

Principles of Criminal Responsibility of Physicians in Unintentional Crimes in Iran and England

Mohammad Ali Mahdavi Sabet¹, Mohammad Ashuri²

Nasrin Mehra³, Sajjad Mazloumi⁴

Abstract

Physicians all over the world are responsible for the care, recovery and treatment of patients, but sometimes as a result of inadequate care or negligence of Physicians, there is a great deal of damage to patients, which in addition to the legal aspect of the case that results in substantial damages, can result in criminal or police liability of physicians. In principle, criminal law does not interfere with errors because of the deliberate nature of the crimes. Because it is unjustifiably excluded from the scope of criminal law, criminal law only permits its individuals to intervene in unintentional acts, only in very rare and important cases, such as the protection of their physical integrity. Neglect and error, except in exceptional cases, should not fall within the scope of criminal law. If unintentional behavior is not recognized in criminal law, physician behavior should be excluded from criminal law. However, the Iranian legal system has classified such actions as unintentional offenses and within the jurisdiction of criminal authorities. Even in the British legal system, a competent criminal authority is under consideration even for the presumption that the punishment for unintentional misconduct would result in physical harm. Harmful acts committed by a physician such as abortion are only a crime if they are deliberately committed, except in the event of death by the physician, which the legislator has in any case mandated imprisonment to commit unintentional

1. Assistant Professor, Faculty of Law, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

2. Professor, Faculty of Law, University of Tehran, Tehran, Iran.

3. Associate Professor, Faculty of Law, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

4. Ph.D. in Criminal Law and Criminology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran. (Corresponding author)

Email: sajjad.mazloumi@gmail.com

crime. It is the fault of the perpetrator that involves not following scientific and practical standards. The findings of the study show that both legal systems consider the criminal record to be applicable if the physician has committed gross negligence.

Keywords

Physicians, Negligence, Unintentional Crime, Criminal Liability

Please cite this article as: Mahdavi Sabet MA, Ashuri M, Mehra N, Mazloumi S. Principles of Criminal Responsibility of Physicians in Unintentional Crimes in Iran and England. Iran J Med Law 2020; 14(53): 33-53.

مبانی مسؤولیت کیفری پزشک در جرائم غیر عمدی در حقوق ایران و انگلستان

محمدعلی مهدوی ثابت^۱

محمد آشوری^۲

نسرین مهرآ^۳

سجاد مظلومی^۴

چکیده

پزشکان در تمام دنیا وظیفه مراقبت، بهبود و مداوای بیماران را بر عهده دارند، اما گاه در اثر عدم مراقبت یا بی احتیاطی پزشکان صدمات فراوانی به بیماران وارد می شود که علاوه بر جنبه حقوقی قضیه که منجر به پرداخت خسارات هنگفت می شود، سبب ایجاد مسؤولیت کیفری یا انتظامی پزشکان نیز می گردد. اصولاً حقوق کیفری به دلیل اصل عمدی بودن جرائم در مورد خطاها مداخله نمی کند، چون خطا به اعتبار غیر عمدی بودن از شمول احکام حقوق کیفری خارج است و حقوق کیفری تنها در موارد بسیار نادر و مهم مانند حمایت از تمامیت جسمانی افراد خود را مجاز به دخالت در مورد اعمال غیر عمدی می داند. مسامحه و خطا جز در موارد استثنایی نباید داخل در حوزه حقوق کیفری شود، چنانچه رفتار غیر عمدی در قانون جرم شناخته نشده باشد، اصولاً باید رفتار پزشک را از شمول حقوق کیفری خارج دانست. با این وجود نظام حقوقی ایران چنین اقداماتی را در دسته جرائم غیر عمد و در صلاحیت مراجع کیفری طبقه بندی کرده است. در نظام حقوقی انگلستان نیز حتی در فرض عدم پیش بینی مجازات برای رفتار ارتكابی غیر عمدی که ایراد صدمه بدنی را به دنبال داشته باشد، مرجع کیفری صالح به رسیدگی است. اعمال زیان بار ارتكابی توسط پزشک همانند سقط جنین فقط در صورتی جرم

۱. استادیار، دانشکده حقوق، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

۲. استاد، دانشکده حقوق، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳. دانشیار، دانشکده حقوق، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. دکتری حقوق کیفری و جرم شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

Email: sajad.mazloumi@gmail.com

(نویسنده مسؤل)

هستند که عمداً ارتکاب یافته باشند، جز در مورد تقصیر منتهی به مرگ از ناحیه پزشک که قانونگذار در هر حال آن را مستوجب حبس اعلام کرده است. تحقق جرم غیر عمدی منوط به احراز تقصیر مرتکب است که شامل عدم رعایت موازین علمی و عملی می‌شود. یافته‌های تحقیق نشان می‌دهد هر دو نظام حقوقی ضمانت اجرای کیفری را در صورتی قابل اعمال می‌دانند که پزشک مرتکب تقصیر فاحش شده باشد.

واژگان کلیدی

پزشک، تقصیر، جرم غیر عمدی، مسؤولیت کیفری

مقدمه

پزشک در خصوص بیمار تعهداتی را بر عهده دارد. بدین معنا که پزشک باید اقدامات مقتضی را برای تشخیص بیماری، مداوای آن و هرگونه اقدام درمانی لازم صورت دهد. پزشک نوعاً با هدف حفظ جان بیمار دست به اقدام می‌زند و با توجه به ارتباط مستقیم اقدام پزشک با حیات انسان به عنوان گران‌بهاترین نعمت خداوند، اهمیت حرفه پزشکی برجسته‌تر می‌شود. پزشک از یک طرف خود را موظف به استمرار حیات و سلامتی بیمار و کمک به هم‌نوع می‌داند و از طرف دیگر همواره در معرض نارضایتی بیمار و تعقیب کیفری از جانب وی قرار دارد. از این رو قانونگذاری در باب مسؤلیت پزشکان نباید به نحوی باشد که شهامت و جسارت طبابت را سلب کند (۱۹). بنابراین انسان بیش از هر چیز سلامت و تداوم حیات خود را وامدار خدمات پزشکی است. با این وجود در برخی موارد بیمار با بی‌نتیجه ماندن فرآیند درمان، خطای پزشکی را عامل آن دانسته و به دنبال طرح دعوا علیه اوست، ولی مسؤول شناختن وی به ویژه از منظر کیفری در هر موردی که از نظر بیمار نامناسب یا نامطلوب جلوه می‌نماید، مانع انجام وظیفه پزشک خواهد بود. امروزه مرگ ناشی از تقصیر پزشکی در مرتبه بعد از قتل عمدی و قتل غیر عمدی ناشی از جرائم رانندگی قرار دارد. قانونگذار ایران مسامحه پزشکی منجر به مرگ بیمار را مجرمانه تلقی نموده و ضمانت اجرای کیفری حبس برای آن پیش‌بینی نموده است در نظام حقوقی انگلستان مقررات خاصی در مورد جرائم پزشکی وضع نشده است و اعمال پزشکان تابع مقررات عام است. اگر پزشکی در انجام وظیفه خود کوتاهی کند و مسامحه وی منتهی به مرگ بیمار شود، عنوان قتل غیر عمد «Manslaughter» خواهد داشت (۱۷). در این کشور هم نوعاً مجازات حبس اعمال می‌شود، ولی در برخی موارد امکان توسل به شیوه‌های میانجی‌گری و جایگزین‌های حبس وجود دارد، البته جنبه مدنی قضیه از حیث جبران خسارت به قوت خود باقی است، علاوه بر آن هرگونه صدمه‌ای که از طرف پزشک بر بدن بیمار وارد شود، تحت عنوان حمله «Assault» قابل تعقیب است (۱۲). مهم‌ترین مطلب در ارتباط با مفهوم خطا، شناسایی و درجه‌بندی خطای حرفه‌ای است. در حقوق انگلستان همانند حقوق ایران مفهوم خطای پزشکی تعریف نشده است و برای تبیین مفهوم آن باید به قواعد عمومی خطا مراجعه کرد، در هر دو نظام حقوقی، خطای خیلی فاحش یا تقصیر آشکار و شدید پزشک موجبات تعقیب کیفری وی را فراهم می‌سازد. در این مقاله با تطبیق نظام حقوقی ایران و انگلستان به

دنبال بررسی مبانی مسؤلیت کیفری پزشکان در جرائم غیر عمدی هستیم. در هر دو نظام حقوقی ساز و کارهایی پیش‌بینی شده است که در رفع مسؤلیت پزشک و معافیت او از آثار احتمالی درمان مؤثر است. با توجه به موضوع تحقیق و روش‌های متداول در علوم انسانی، روش توصیفی - تحلیلی انتخاب شده است، ابتدا داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز از طریق مراجعه به منابع داخلی و خارجی گردآوری و سپس تحلیل می‌شوند. مقاله در دو گفتار نگارش یافته است: در گفتار اول مفهوم خطا و شرایط مسؤلیت کیفری پزشک بررسی شده است؛ در گفتار دوم آثار رضایت و برائت از بیمار در نظام حقوقی ایران و انگلستان بحث شده است.

گفتار اول: مفهوم خطا و شرایط مسؤلیت کیفری پزشک

۱- مفهوم خطا

خطا را می‌توان به دو دسته تقسیم نمود: خطای توأم با تقصیر؛ خطای بدون تقصیر. خطای بدون تقصیر اساساً از حوزه حقوق کیفری خارج است، چراکه مبنای دخالت حقوق کیفری را باید در قابلیت سرزنش رفتار جستجو نمود و جایی که رفتار قابل سرزنشی انجام نیافته باشد، نمی‌توان انسان را مورد مؤاخذه قرار داد. در ماده ۳ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته مصوب ۱۳۷۸ عنوان شده است که اشخاص مذکور باید طبق موازین علمی، شرعی، قانونی و نظامات دولتی صنفی و حرفه‌ای انجام وظیفه کرده و از هرگونه سهل‌انگاری در انجام وظایف قانونی بپرهیزند. تشخیص و ارزیابی خطا، از شرایط زندگی اجتماعی انسان سرچشمه می‌گیرد. بدین معنا هرگاه فردی از افراد جامعه نتواند رفتار خود را با شرایط زندگی و مقررات و نظاماتی که در فرهنگ همگانی پذیرفته شده است، انطباق دهد و در نتیجه اقدام او احتمال خطر و آسیبی برای جان یا مال دیگر و یا اخلال در امری از امور اجتماعی را فراهم نماید، چنین شخصی که با قصور و کوتاهی و یا بی‌توجهی خود عملاً عدم سازش رفتار خود را با مقررات و نظامات اجتماعی نشان داده است، از نظر جامعه فردی خطاکار شناخته می‌شود (۲۴).

خطای توأم با تقصیر، هم‌چنانکه از نام آن پیداست، خطایی است که در آن از انسان عمل قابل سرزنشی صادر شده باشد. قانونگذار ایران برای نخستین‌بار در ماده ۱۲۵ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ به ضرورت وجود تقصیر در جرائم غیر عمدی اشاره نموده است و در

تبصره ماده ۱۴۵ همان قانون تقصیر را تعریف می‌کند. مطابق تبصره مزبور «تقصیر اعم از بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی است. مسامحه، غفلت، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی و مانند آن‌ها، حسب مورد، از مصادیق بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی محسوب می‌شود.» ایراد وارد بر این تعریف آن است که در مقام تعریف تقصیر به جنبه‌های مادی خطا اشاره می‌کند، چون خطا به اعتباری به خطای مادی و معنوی قابل تقسیم است، در حالی که از تقصیر بعد معنوی خطا مد نظر است و نه بعد مادی آن. با این حال از بعد مادی خطا که در تبصره ماده ۱۴۵ ذکر شده است، می‌توان به بعد معنوی آن را برداشت نمود. هر جا که قانونگذار لفظ خطا را به تنهایی به کار برده باشد، باید آن را ناظر به جرم غیر عمدی بدانیم. ماده ۱۴۵ قانون مجازات اسلامی در مقام بیان عنصر معنوی در جرائم غیر عمدی مقرر داشته است: «تحقق جرائم غیر عمدی، منوط به احراز تقصیر مرتکب است. در جنایات غیر عمدی اعم از شبه‌عمدی و خطای محض مقررات کتاب قصاص و دیات اعمال می‌شود. تبصره: تقصیر اعم از بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی است. مسامحه، غفلت، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی و مانند آن‌ها، حسب مورد، از مصادیق بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی محسوب می‌شود.»

بدین ترتیب از نظر قانونگذار عنصر معنوی جرائم غیر عمدی همان تقصیر است. تا اینجا ایرادی بر قانونگذار وارد نیست، اما آنجا که تبصره در مقام تعریف تقصیر بیان می‌کند: «تقصیر اعم از بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی است. مسامحه، غفلت، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی و مانند آن‌ها، حسب مورد، از مصادیق بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی محسوب می‌شود.» ایراد وارد بر قانونگذار آن است که بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی نه عنصر معنوی، بلکه عنصر مادی هستند، چون بی‌احتیاطی عبارت است از انجام‌دادن کاری که نباید انجام داد (فعل مادی مثبت) و بی‌مبالاتی عبارت است از انجام‌ندادن کاری که باید انجام داد (ترک فعل یا فعل مادی منفی)، به این ترتیب، ما عنصر معنوی جرم غیر عمدی را از عنصر مادی آن استنباط می‌کنیم، یعنی کسی که بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی کرده است در حد متعارف فکر نکرده است (۳).

در نظام حقوقی انگلستان، قانونگذار در مقام تبیین خطای قابل مؤاخذه که از ناحیه پزشک صورت بگیرد، به خطای فاحش اشاره می‌کند. منظور قانونگذار آن است که تقصیر باید به قدری فاحش باشد که امکان عدول از آن وجود نداشته باشد. در حقوق انگلستان، یکی از شایع‌ترین تعریف‌های مسامحه، کوتاهی در اقدام با پشتکار لازم است که شخص متعارفی در همان اوضاع

و احوال انجام می‌داد. برای امکان طرح ادعای مطالبه خسارت لازم است اثبات شود که شخص مسامحه کار وظیفه مراقبت در مورد شخص مصدوم را داشته و این که صدمه مزبور مستقیماً از عدم مراقبت وی حاصل شده است و به عبارت دیگر سببیت وجود داشته باشد (۱۱). در پرونده Barnett v Chelsea ۱۹۶۸ سه شخص به بخش فوریت‌های بیمارستانی در چلسی مراجعه نمودند. آن‌ها به پرستار بیمارستان عنوان کردند که از ساعت ۵ صبح که چای خورده‌اند، دچار حالت تهوع شده‌اند. پرستار این امر را به پزشک بیمارستان اطلاع داد و وی در جواب عنوان نمود که آن‌ها بهتر است به خانه بروند و با پزشک خویش تماس بگیرند. یکی از بیماران ۵ ساعت بعد از این ماجرا به دلیل مسمومیت آرسنیک فوت نمود. همسر متوفی از پزشک به دلیل نقض وظیفه مراقبت و سببیت او در این ماجرا شکایت نمود و عنوان داشت که اگر پزشک بیمار را معاینه می‌کرد، وی فوت نمی‌کرد. در این پرونده دادگاه سبب نزدیک را در صدور حکم خود مبنا قرار داد (۱۸). در پرونده دیگر تحت عنوان R v Adomako 1995 متهم، متخصص بیهوشی بود. او وظیفه خود را در جریان عمل جراحی چشم انجام می‌داد که در طی آن بیمار باید تحت بیهوشی عمومی قرار گیرد. در حین عمل و در حالی که عملیات زیر نظر متهم بود، لوله حیاتی از دستگاه هواکش جدا شد و بیمار دچار ایست قلبی کشنده شد. متهم با نقض وظیفه به قتل غیر عمد محکوم شد. متهم از این رأی تجدید نظرخواهی نمود، اما دادگاه در رأی خود به نقض وظیفه، وجود سببیت و تقصیر وی استناد نمود و تجدید نظرخواهی مزبور را رد کرد (۱۰).

یکی از سؤالات بسیار سخت در مورد حقوق مسامحه پزشکی، قضاوت در مورد صلاحیت پزشک و این که رفتار پزشک به سطح غیر قابل قبولی رسیده که منتهی به مصدوم شدن بیمار شود، می‌باشد. در قضیه Frien V Bolam کمیته مدیریت بیمارستان تلاش کرد این مسائل را با سنجش آن‌ها با معیار مراقبت پزشکان دیگر حل نماید. اگر تعداد قابل ملاحظه‌ای از پزشکان به همان نحو عمل کرده باشند، پزشک مسامحه کار تلقی نمی‌شود. با این حال، تعریفی که در قضیه مزبور در سال ۱۹۵۷ صورت گرفت و به قضیه Bolam معروف شد، باعث نوعی تحیر شد و تا اندازه‌ای در قضیه «Bolitho-v-City and Hackney Health Authority» در سال ۱۹۹۷ تغییر یافت و مقرر شد، حتی اگر شیوه درمان توسط بدنه حرفه پزشکی مورد حمایت

قرار گیرد و شیوه درمان مزبور هنوز به دلایل منطقی مورد استفاده قرار گیرد، می‌تواند یک نوع دفاع تلقی شود (۱۵).

عنصر نهایی در حقوق مسامحه پزشکی در انگلستان برای موفقیت آمیز بودن ادعای جبران خسارت مستلزم آن است که شاکی اثبات نماید که در نتیجه عدم مراقبت کافی از جراحی رنج برده است. به عبارت دیگر بیمار باید اثبات نماید که اقدامات پزشک سبب ایجاد صدمه یا آسیب واقعی به او گشته است. این شرط به اعتبار آنکه ممکن است شاکی قبل از شروع به درمان، بیمار باشد سخت است. به عبارت دیگر منظور قانونگذار آن است که اگر شاکی ملزم به اثبات تحمل رنج به اعتبار عدم مراقبت کافی شود، در همه موارد امکان اثبات آن وجود نخواهد داشت، چون در فرضی که خدمات مشاوره پزشکی باعث تعدیل درد و رنج بیمار شده باشد، او چگونه می‌تواند اثبات نماید که وی در اثر عدم مراقبت کافی متحمل درد شده است. بیماری که در نتیجه تقصیر پزشکی متحمل آسیب می‌شود، می‌تواند علیه پزشک مزبور طرح دعوا نماید. در این موارد دادگاه حسب مورد حکم به خسارت معادل زیان می‌دهد که این امر برای هزینه‌های پزشکی قبل و بعد درمان و از کار ماندگی می‌باشد. دادگاه همچنین می‌تواند حکم به خسارت معنوی و تنبیهی نیز صادر کند که خسارت معنوی همانند حقوق ایران در خصوص درد و رنج می‌باشد و خسارت تنبیهی خسارت غیر ترمیمی است، ناظر به تجری و بی‌احتیاطی در رفتار زیان‌بار پزشک است که وی را از انجام رفتارهای مشابه بازدارد (۲۳).

قانونگذار انگلستان برای حل این مشکل راه حل میانه را برگزیده و به نوعی مرور زمان طرح دعوی را مطرح کرده و در این موارد قانون مرور زمان اعمال می‌شود و به طور کلی ادعای مربوط به جبران خسارت باید ظرف ۳ سال از تاریخ وقوع آسیب مطرح شده باشد. عدم اقدام مطابق قاعده مزبور به نوعی مفید آن خواهد بود که ادعای جبران خسارت برای همیشه غیر قابل طرح است. با وجود تلاش‌هایی که جهت اصلاح صورت گرفته است، نظام شبه جرم فعلی، مسؤولیت مبتنی بر تقصیر است (۱۶).

۲- شرایط مسؤولیت پزشک

پزشک در معالجه بیمار، باید اصول مسلم پزشکی را رعایت کند. اگر وی در انتخاب معالجه از نظریه اساتید فن طب تبعیت نموده باشد و به موفقیتی دست نیابد، عدم توفیق او خطا محسوب نمی‌گردد، بلکه نقص در علم پزشکی است که به حد کمال نرسیده است، ولی انجام

مطالعه یا عمل جراحی که بین اطبا متروک شده است، خطایی است که منجر به مسؤولیت پزشک می‌شود (۶). قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰ حکم مشخص و صریحی در مورد مفهوم تقصیری که از ناحیه پزشک سر می‌زند، نداشت. طبق بند ۲ ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی پیشین: «هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی آن‌ها و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام شود، جرم محسوب نمی‌شود. در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نخواهد بود.» ماده ۶۰ قانون مزبور نیز مقرر داشته بود: «چنانچه طبیب قبل از شروع درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی او براءت حاصل نموده باشد، ضامن خسارت جانی یا مالی یا نقص عضو نیست و در موارد فوری که اجازه گرفتن ممکن نباشد، طبیب ضامن نمی‌باشد.»

از سوی دیگر در ماده ۳۱۹ همان قانون آمده بود: «هرگاه طبیبی، گرچه حاذق و متخصص باشد، در معالجه‌هایی که شخصاً انجام می‌دهد یا دستور آن را صادر می‌کند، هرچند با اذن مریض یا ولی او باشد، باعث تلف جان یا نقص عضو یا خسارت مالی شود، ضامن است.» حکم این مواد متعارض به نظر می‌رسید. درباره این تعارض دو نظریه وجود داشت برخی معتقد بودند که رضایت موجب رفع مسؤولیت کیفری می‌شود و اخذ براءت از بیمار باعث زوال مسؤولیت مدنی می‌گردد که رویه قضایی نیز بر این نظر استوار بود، اما عده‌ای دیگر اعتقاد داشتند که طبق ماده ۳۱۹ قانون مزبور پزشک دارای مسؤولیت مطلق است، حال اگر پزشک از بیمار خود براءت اخذ کرده باشد، در تحمل بار اثبات تقصیر مؤثر است به این معنا که در صورت اخذ براءت، اثبات وجود تقصیر با بیمار است، اما در صورت عدم اخذ براءت، این پزشک است که باید عدم تقصیر را ثابت کند (۷)، اما در ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ تصریح شده است «هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می‌دهد موجب تلف یا صدمه بدنی گردد، ضامن دیه است، مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا این که قبل از معالجه براءت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه اخذ براءت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او معتبر نباشد و یا تحصیل براءت از او به دلیل بیهوشی و مانند او ممکن نگردد، براءت از ولی مریض تحصیل می‌شود.»

در حقوق انگلستان تقصیر پزشکی در صورتی موجب مسؤولیت کیفری می‌گردد که تقصیر از نوع فاحش باشد، یعنی چنان شدید باشد که جرم بودن و مجازات را توجیه کند (۹). در

صورتی که این تقصیر فاقد این درجه از شدت باشد، صرفاً باعث مسؤولیت مدنی خواهد بود و راه‌های جبران آن اصولاً عذرخواهی، پرداخت غرامت یا توضیح و تعهد به عدم تکرار آن است. طبق نظریه مجلس اعیان تنها در فرض تقصیر فاحش است که عمل باید مجرمانه تلقی گردد. برای مثال در یک پرونده، پزشک متخصص بیهوشی در یک عمل جراحی متوجه جداشدن دستگاه تنفسی مصنوعی از بدن بیمار نشد و بیمار به دلیل ایست قلبی فوت کرد. دادگاه در این پرونده تقصیر را از نوع فاحش دانست و جرم را قتل غیر عمد اعلام کرد (۲۰). بنابراین پزشکی که در اعمال خود تقصیر نموده و اقدام او منجر به فوت بیمار می‌گردد، تحت اتهام قتل غیر عمد سنگین «Gross Negligence Manslaughter» توسط اداره تعقیب پادشاهی «Crown Prosecution Service» مورد محاکمه قرار می‌گیرد، البته اداره مذکور در صورتی اقدام به دادخواهی مذکور خواهد نمود که نفع عمومی اقتضا نماید (۴). در پرونده Hadiza Bawa-Garba Case در سال ۲۰۱۱ دو نفر پزشک درمانگاه سلطنتی لیستر در انگلستان حین جراحی معمولی بر روی پای بیمار ۶ ساله، علی‌رغم مشهودبودن نشانه‌های بیماری عفونی در بیمار، متوجه بیماری وی نشدند و بیمار حین جراحی فوت کرد. دادگاه نیز آن‌ها را به قتل غیر عمد ناشی از بی‌احتیاطی به حبس و ممنوعیت مادام‌العمر محکوم کرد. آن‌ها به رأی اعتراض نموده و استدلال کردند که فاحش‌بودن یک تقصیر امری قطعی و مسلم نیست، اما دادگاه تجدید نظر اعتراض آن‌ها را رد کرد (۱۶).

۱-۲- رضایت: قانون مجازات اسلامی در مورد عمل جراحی هم از رضایت صحبت می‌کند هم از براءت. رضایت بیمار عبارت است از تمایل قلبی و موافقت فرد به این‌که تعرضی موافق قانون و موازین علمی علیه حقوق و آزادی وی انجام گیرد.

امروزه رابطه بیمار با پزشک تفاوت بسیار اساسی با گذشته کرده است. در گذشته روابط پزشک با بیمار جنبه پدرسالارانه داشت، به این معنا که راه مداوا و درمان بیمار را پزشک انتخاب می‌کرد و برای خود بیمار هیچ گونه حق انتخابی وجود نداشت، زیرا تصور می‌شد که پزشک نیت خیرخواهانه دارد و دارای شناخت و دانش پزشکی نیز است و همین دو امر برای داشتن اختیار تام در مداوای بیمار کافی بود (۲۰). نخستین بار در سال ۱۸۶۴ میلادی موضوع رضایت به طور جدی مطرح شد. در این سال انجمن پزشکان آمریکا به موضوع مدیریت اطلاعات پزشکی در مواجهه با بیماران پرداخت که به موجب آن تا حد امکان باید از بیان

واقعیات به بیمار خودداری ورزند، چون ممکن است موجب صدمات روحی جبران‌ناپذیری به وی شوند. در سال ۱۹۶۴ انجمن پزشکان جهان در هلسینکی فنلاند بیانیه‌ای در همین راستا صادر نمود که از بیانیه قبلی چند گام جلوتر بود. به موجب بیانیه مزبور پزشک در صورت امکان با توجه به روان‌شناسی بیمار ملزم است رضایت بیمار را که به طور آزادانه اعلام شده است، پس از کسب توضیح کامل به بیمار از وی کسب کند. بنابراین مطابق این بیانیه پزشک به طور کامل ملزم و موظف به اخذ چنین رضایت‌نامه‌ای نبود تا این‌که در سال ۱۹۸۱ انجمن پزشکان آمریکا رضایت آگاهانه به درمان را به عنوان یکی از حقوق بیمار شناخته و پزشکان ملزم و موظف به اخذ آن گردیدند (۲۳).

رضایت‌نامه معتبر از نگاه قانون دارای اوصافی است که بدون رعایت آن‌ها، مسئولیت از پزشک رفع نمی‌شود. وصف نخست این است که رضایت‌دهنده باید عاقل، بالغ و دارای اهلیت قانونی باشد، یعنی این‌که به سن قانونی برای رضایت‌دادن رسیده باشد و از لحاظ روحی و روانی در سلامت کامل باشد. در عمل مراکز درمانی سن ۱۸ سال را به عنوان سن قانونی در نظر می‌گیرند و برای درمان افراد زیر ۱۸ سال از اولیا سرپرستان یا دیگر نمایندگان قانونی آن‌ها رضایت گرفته می‌شود؛ وصف دوم این است که رضایت باید آگاهانه و آزادانه باشد، به این معنا که باید تمام اطلاعات مربوط به بیماری و راه‌های درمان و خطرات احتمالی آن در اختیار بیمار گذاشته شود و بیمار با میل و اراده و انتخاب آزادانه تصمیم بگیرد که چه نوع درمانی را انتخاب کند. رضایتی که ناشی از اطلاعات ناقص یا در حالت غیر آزادانه اخذ شده باشد، مسلماً از لحاظ قانونی معتبر نخواهد بود؛ وصف سوم آن است که رضایت باید قبل از شروع درمان یا حداقل مقارن با درمان از بیمار گرفته شود. اخذ رضایت بعد از عمل درمانی موجب رهایی پزشک از مسئولیت نمی‌گردد. این امر در بند ۳ منشور حقوق بیمار نیز به صراحت مورد اشاره قرار گرفته است که عنوان می‌نماید بیمار حق دارد در خصوص مراحل تشخیص درمان و سیر پیشرفت بیماری اطلاعات ضروری را شخصاً یا در صورت تمایل از طریق یکی از بستگان از پزشک درخواست نمایید، به طوری که در فوریت‌های پزشکی این امر نباید منجر به تأخیر در درمان را تهدید جانی بیمار شود (۱۸).

لازم به ذکر است در موارد فوری اخذ رضایت از بیمار ضروری نیست و برای پزشک ایجاد مسئولیت نمی‌کند. موارد فوری در آیین‌نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به

مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۶۴/۸/۱۵ تعریف شده است. در این آیین‌نامه فوریت‌های پزشکی به مواردی از اعمال پزشکی اطلاق شده است که باید بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرار داد و چنانچه اقدام فوری به عمل نیاید باعث خطرات جانی، نقص عضو یا عوارض صعب‌العلاج و یا غیر قابل جبران خواهد شد. باید توجه داشت که اخذ رضایت موجب رفع مسؤولیت کیفری یا مدنی یا انتظامی به طور مطلق نخواهد شد. رضایت تنها به معنای اجازه معالجه است که در صورت عدم اخذ آن صرف نظر از نتیجه درمان یا معالجه می‌تواند برای پزشک مسؤولیت کیفری به همراه داشته باشد. رضایتی که برای مثال بیمار برای عمل جراحی به پزشک می‌دهد برای شکافتن بدن بیمار و اعمالی است که نوعاً و در شرایط عادی از سوی شخص دیگر جرم و جنایت محسوب می‌شود و این رضایت هیچ ارتباطی با تقصیر پزشک ندارد. برای روشن‌تر شدن موضوع می‌توان به تقصیر راننده تاکسی اشاره کرد. زمانی که مسافری برای طی کردن مسیری سوار تاکسی می‌شود، عمل حقوقی ای که در این میان ایجاد می‌شود، اجاره شخص است. مسافر با رضایت کامل قبول می‌کند که راننده با اتومبیل خود وی را به مقصدی برساند. رضایت مسافر موجب رفع جرم آدم‌ربایی می‌گردد، اما اگر راننده در زمان رانندگی مقررات راهنمایی و رانندگی را رعایت نکند و با تقصیر خود موجب صدمه به مسافر سرنشین گردد، بدون تردید مسؤول خواهد بود و رضایت اولیه موجب رفع مسؤولیت وی نخواهد شد.

در انگلستان این یک باور عمومی است که رضایت بیمار به درمان پزشکی مانع از آن می‌شود که درمان یک خطای مدنی و یک حمله مجرمانه محسوب شود، البته این به این معنا نخواهد بود که رضایت قربانی در جرائم ایراد صدمه جسمی شدید دفاع محسوب می‌شود، برخی از اقدامات پزشکی مانند گرفتن فشار خون بیمار، هیچ صدمه‌ای به بیمار وارد نمی‌کند، اما در جراحی، بدن بیمار شکافته می‌شود که بدون رضایت این امر جرم می‌باشد و در غیر امور پزشکی این جراحت ولو با رضایت قربانی موجه نمی‌باشد.

آرای صادره از دادگاه‌ها مانند رأی صادره در دعوی Gerberr V Pince بیانگر آن است که کوتاهی و غفلت از بیان عواقب احتمالی درمان به زیان‌دیده حق درخواست جبران خسارت می‌دهد، زیرا پزشک همانند مشاور یا وکیل است و باید عواقب احتمالی ناشی از کار خود را به بیمار اطلاع دهد. در این دعوی پزشک شی خارجی را در بدن بیمار قرار داده بود که در این

حالت بیمار مستحق جبران خسارت دانسته شده بود (۲). خودمختاری و استقلال نظر بیمار چنان اهمیت دارد که او می‌تواند از معالجه و درمان خود سر باز زند، ولو آنکه دلیلش غیر منطقی، عجیب و غریب یا غیر واقعی باشد و نندادن به درمان موجب فوت او گردد. نمی‌توان بیمار را بدون رضایتش به درمان مجبور کرد (۸).

۲-۲- برائت: برخلاف رضایت که اساساً منبعث از حقوق غربی است، برائت یک تأسیس فقهی است که وارد قانون شده است و در اصطلاح فقهی به معنای عدم تعهد است. به عبارت دیگر عدم مسؤلیت پزشک در برابر بیمار در صورت فوت یا وخامت احتمالی حال بیمار است. طبق نظر مشهور فقها رضایت بیمار موجب سقوط ضمان نمی‌شود و در صورت ورود صدمه یا فوت ولو بدون تقصیر، پزشک دارای مسؤلیت است، مگر آنکه عدم ضمان شرط یا برائت حاصل شده باشد.

برائت فراتر از رضایت است. در فرض برائت، رضایت به طور ضمنی یا صریح یا شفاهی و یا کتبی وجود دارد، یعنی با وجود برائت نیازی به اخذ رضایت نیست. فقط باید توجه داشت که اگر قرار بر جایگزینی برائت با رضایت باشد، باید برای کسب برائت، اوصاف مورد نیاز برای رضایت، یعنی وجود اهلیت قانونی، آگاهانه و آزادانه بودن برائت و قبل یا مقارن بودن با درمان در نظر گرفته شود، ولی لازم به ذکر است در مواردی می‌توان رضایت ضمنی بیمار را استنباط کرد، مانند مراجعه به اورژانس که دلالت بر رضایت ضمنی به معالجه دارد، اما در مورد برائت این‌گونه نیست و تحت هیچ شرایطی نمی‌توان برائت ضمنی را برداشت کرد، بلکه باید به صورت صریح اخذ شود، چنانچه گفته شد برائت خاستگاهی روایی دارد. برخی از صاحب‌نظران می‌گویند برائت و عدم ضمان پزشک باید ضمن قرارداد معالجه و یا قرارداد لازم دیگری شرط شود تا مسؤلیت احتمالی پزشک برداشته شود. از این رو تا زمانی که شرط برائت در ضمن عقد لازمی گنجانده نشود، وعده‌ای بیش نیست. از سوی دیگر برخی از فقها بر این باورند که برائت به خودی خود لازم‌الوفا است و لازم نیست در ضمن عقد لازمی گنجانده شود.

رضایت ناظر بر اجازه به معالجه است، اما برائت ناظر به رفع مسؤلیت از نتایج و پیامدهای معالجه است. صاحب‌نظران حقوق اسلامی در این خصوص که آیا برائت می‌تواند به طور جزئی یا کامل موجب رفع مسؤلیت پزشک گردد، با هم اختلاف نظر دارند. عده‌ای بر این باورند که پزشک حاذق با وجود برائت، مسؤلیت کیفری و مدنی نخواهد داشت، ولی اگر پزشک حاذق

نباشد، حتی با وجود براءت دارای مسؤولیت کیفری و مدنی است. برخی دیگر معتقدند براءت موجب سقوط مسؤولیت کیفری نیست و پزشک با وجود براءت اعم از این که حاذق باشد یا غیر حاذق در صورت بروز آسیب دارای مسؤولیت است و عده‌ای دیگر معتقدند پزشک مأذون از سوی قانون، شرع و بیمار مسؤول خسارت وارده به بیمار نیست و مسؤولیت بر جا نخواهد ماند تا با براءت رفع شود (۲۱). در قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ تلاش شده تا از یکسو دایره ضمان پزشک محدود شود و از سوی دیگر به حمایت از بیماران پرداخته است. قانونگذار در اولین گام با عدول از نظریه خطر، نظریه فرض قصور و تقصیر را پذیرفته است. در گام بعدی حمایت از پزشکان، اخذ رضایت از بیمار را مسقط ضمان پزشک دانسته است و در سومین گام، آگاهی پرستار یا بیمار از دستور درمانی اشتباه را سبب رفع ضمان پزشک می‌داند (۵). باید اشاره نمود براءت مندرج در قانون مجازات اسلامی ناظر به ضررهای ناخواسته ناشی از معالجه یا اشتباهاتی است که هر پزشک متعارف و با احتیاطی ممکن است در تشخیص نوع بیماری و درمان مرتکب شود. همین راه حل در دادگاه‌ها نیز پذیرفته شده است و قضات تحصیل براءت را توجیه‌کننده عدم دقت در معالجه نمی‌دانند (۲۱).

گفتار دوم: آثار رضایت و براءت از بیمار

۱- نظام حقوقی ایران

رضایت آگاهانه فرآیندی است که طی آن بیمار یا قائم مقام قانونی وی اقدام درمانی را درک کرده و با موافقت می‌کند. تأثیر رضایت در قانون پیشین و فعلی یکسان بوده است. رضایت شرط اباحه اعمال پزشک است و با وجود رضایت، اعمال پزشک که نوعاً جرم هستند تبدیل به اعمال قانونی و غیر مجرمانه می‌گردند. تنها باید توجه داشت که قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ اجازه درمان‌های مشروع اعم از ضروری یا غیر ضروری را داده است در حالی که قانون مجازات اسلامی پیشین تنها اعمال پزشکی ضروری را مجاز می‌دانست، اما در مورد براءت از مسؤولیت ناشی از نتایج و پیامدهای معالجه در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ نسبت به قانون مجازات اسلامی پیشین تفاوت‌هایی ایجاد شده است که شایان ذکر است. ابرای طبیب که به تبع فقه امامیه یکی از تأسیسات حقوقی جدید و از مؤلفه‌های خاص سیستم قانونگذاری ایران است، در نظام حقوقی ما امری متمایز از اذن بیمار و دارای آثار

متفاوتی نسبت به رضایت بیمار در اعمال پزشکی است، زیرا اذن بیمار منحصرًا موجب اباحه فعل طبیب در معالجه و درمان می‌گردد و از آن جهت که اذن بیمار متوجه نتیجه حاصله نبوده و فقط اذن در معالجه است که مشروط و مقید به سلامت بیمار و عدم قتل اوست، مانع ثبوت ضمان نسبت به نتیجه ناخواسته و غیر مطلوبی که از طبابت حاصل می‌شود، نمی‌گردد (۱). ماده ۳۱۹ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰ با دو ماده قبل خود، یعنی مواد ۵۹ و ۶۰ در تضاد بود و این شبهه را در ذهن ایجاد می‌کرد که پزشک حاذق و متخصص در معالجه‌هایی که انجام می‌دهد، اگر موجب تلف یا نقص عضو گردد، تحت هر شرایطی مسؤول است، در حالی که طبق مواد ۵۹ و ۶۰ در صورتی که تقصیر وجود نداشته باشد یا برائت حاصل شده باشد، مسؤول نخواهد بود. مطابق آنچه در رویه قضایی عمل می‌شد، این بود که پزشک در صورت اخذ برائت از مسؤولیت نتایج اعمال پزشکی مصون می‌ماند، اما با تصویب ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ تغییراتی در خصوص معنا و اثر برائت ایجاد شده است. طبق ماده مزبور برای عدم مسؤولیت پزشک لازم است موازین علمی و فنی رعایت شده باشد یا این که برائت اخذ شده باشد و تقصیر نیز واقع نشده باشد. با دقت نظر در این شروط می‌توان گفت در صورتی پزشک از مسؤولیت معاف است که مرتکب تقصیر نشده باشد، خواه برائت اخذ شده باشد یا نشده باشد. بنابراین در جایی که قانونگذار شرط عدم مسؤولیت پزشک را کسب برائت یا عدم تقصیر وی قرار داده است، می‌توان پذیرفت که صرف رعایت موازین علمی و فنی موجب رفع مسؤولیت پزشک می‌گردد.

اگر پزشک مرتکب تقصیر شده باشد، با وجود اخذ برائت دارای مسؤولیت کیفری، مدنی و انتظامی است به زعم برخی از اساتید مسؤولیت پزشک یک مسؤولیت مطلق بوده و اخذ برائت موجب رفع مسؤولیت وی نمی‌شود (۵). حاذق بودن یا نبودن نیز تحت عنوان تقصیر واجد اثر خواهد بود، زیرا یکی از شاخص‌های تقصیر حاذق نبودن یا نداشتن مهارت است. از این رو می‌توان گفت برائت در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ به طور کلی بیهوده و مستقلاً واجد هیچ‌گونه اثر حقوقی نیست که این امر فی نفسه مطلوب است، زیرا نمی‌توان از بیماری که نیازمند معالجه است و حاضر است در هر شرایطی تحت معالجه قرار بگیرد، پذیرفت که به طور آزادانه و حتی آگاهانه پزشک را از تقصیراتی که ممکن است حین معالجه مرتکب شده باشد، تبرئه کند.

۲- نظام حقوقی انگلستان

در حقوق انگلیس افراد ۱۶ ساله و بیشتر می‌توانند در خصوص اقدامات پزشکی که نسبت به آن‌ها صورت می‌گیرد، رضایت دهند و این امر صرفاً در موارد استثنایی می‌تواند مورد نقض قرار گیرد. به عبارت دیگر در مورد اشخاص ۱۶ ساله یا بیشتر فرض بر این است که دارای اهلیت قانونی برای این امر هستند، البته همانند ایران رضایت در خصوص افراد زیر ۱۶ سال با والدین آن‌ها است (۱۸)، اگرچه نظام حقوقی انگلستان به طور رسمی اصول جبران خسارت مبتنی بر تقصیر را قبول ندارد، ولی اصول مزبور وقتی که منتهی به حفظ پول از طریق استفاده از ابزارهای جایگزین می‌شود، مورد پذیرش قرار می‌گیرد. در واقع استفاده از روش پرداخت از طریق بیمه ولو غیر اجباری منتهی به تسهیل سیستم پرداخت و کاهش نسبی مدت زمان انتظار برای دستیابی به آسایش می‌شود (۱۴). در انگلستان درمان پزشکی ممکن است در یک کلینیک خصوصی یا در یکی از مراکز ملی خدمات بهداشتی انجام گیرد. اگر در یک کلینیک خصوصی انجام شود، بر اساس یک قرارداد درمان و مراقبت وظیفه پزشک یا کلینیک مربوطه تعیین می‌گردد و اگر در یکی از مراکز ملی خدمات بهداشتی انجام شود، بدون قرارداد و بر اساس وظیفه و با ماهیت احسان درمان انجام می‌شود. در قراردادهای منعقدشده بین بیمار و کلینیک خصوصی با توجه به نابرابری دو طرف تا اندازه زیادی قوانین و مقررات محدودیت‌هایی را بر شروط قابل اعمال در قراردادها تحمیل می‌کنند، برای مثال مواد ۹ و ۴ قانون عرضه کالا و خدمات مصوب ۱۹۸۲ درباره کیفیت مواد و وسایل قابل استفاده برای کلینیک الزام‌هایی ایجاد می‌کند یا ماده (۱) ۲ از قانون شروط غیر منصفانه قرارداد مصوب ۱۹۷۷ مقرر داشته است که نمی‌توان عدم مسؤلیت در صورت فوت یا آسیب را در قرارداد شرط کرد. به عبارت دیگر پزشک نمی‌تواند با وجود تقصیر و در صورت بروز فوت یا آسیب، از مسؤلیت رهایی یابد، ولو آنکه طی قرارداد از بیمار برائت گرفته باشد (۱۳).

نتیجه‌گیری

مبنای مسؤلیت کیفری پزشکان در نظام حقوقی ایران و انگلستان تفاوت قابل ملاحظه‌ای ندارد، در نظام حقوقی ایران این مسؤلیت در جرائم غیر عمدی فقط ناظر به فوت بیمار است و در مورد اعمال پزشکی منتهی به صدمه بدنی ضمانت اجرای کیفری پیش‌بینی نشده است،

هرچند قانونگذار در ماده ۱۴ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ دیه را یکی از اقسام مجازات برشمرده است، اما توجه به ماده ۴۵۲ این قانون نشان می‌دهد از نظر قانونگذار دیه نقش مسؤولیت مدنی و جبران خسارت را دارد و تلقی آن به عنوان یکی از اقسام چهارگانه مجازات صرفاً به تبعیت از فقه صورت گرفته است. در هر دو نظام حقوقی، مبنای جرم‌بودن رفتار در اعمال پزشکی منتهی به فوت بیمار، تقصیری است که از پزشک سر می‌زند. اصولاً پزشکی که اصول حرفه‌ای و موازین پزشکی را رعایت نموده است و مرتکب نقض وظیفه نشده است، نباید مورد تعقیب مدنی یا کیفری قرار گیرد. قانونگذار در ماده ۶۱۶ قانون مجازات اسلامی «تعزیرات» مصوب ۱۳۷۵ در مقام بیان حکمی کلی به تقصیر به عنوان شرط مسؤولیت کیفری در قتل غیر عمد اشاره می‌کند و پزشکان از آن دسته صنوفی هستند که تقصیر آنان می‌تواند منجر به مرگ بیمار شود. بنابراین در صورتی که از پزشک تقصیری سر نزده باشد، قابل تعقیب کیفری نخواهد بود و مسؤولیتی از باب دیه هم نخواهد داشت. معیاری که قانون مجازات اسلامی از این حیث برگزیده است، معیار مبتنی بر قاعده احسان است و به این اعتبار، نمی‌توان در فرض عدم تقصیر پزشک را مسؤول شناخت و حتی قانونگذار احکام مربوط به قتل یا آسیب داخل در مفهوم خطای محض را نیز جاری نمی‌داند. این حکم مبتنی بر ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی جدید است. در ایران سیاست بر تسامح و تساهل با پزشکان است و تا آنجا که ممکن است سعی در مصالحه و سازش میان بیمار و پزشک می‌شود و به ویژه پس از صدور بخشنامه شماره ۹۰۰۰/۸۶۷۵/۱۰۰ مورخ ۱۳۹۳/۰۲/۱۶ رییس قوه قضاییه جز در موارد محدودی، مجازات حبس صادر نمی‌شود و به دلیل موقعیت شغلی پزشک به صدور جزای نقدی بسنده می‌کنند، با این حال در انگلستان، هرچند در گذشته دعاوی پزشکی از طریق قواعد حقوق مدنی حل و فصل می‌شد، ولی طی سه دهه اخیر، حقوق جزا نقش برجسته‌ای در تنظیم حرفه پزشکی و حل تعارض‌های پزشکی ایفا کرده است. از این رو رویه قضایی مواردی را نشان می‌دهد که پزشکانی به خاطر سهل‌انگاری آشکار به اتهام قتل غیر عمد، شروع به قتل عمد و حتی قتل عمد تعقیب و محکوم شده‌اند. در راستای پیشگیری از جرائم غیر عمدی و خطاهای پزشکی پیشنهاد می‌شود نظام گزارش‌دهی خطا با هدف از بین‌بردن زمینه‌های بروز مجدد خطا ایجاد شود و شایسته است مدیران نظام سلامت با نگاهی نوین، خطا را به عنوان ماهیت پیچیده و نظام‌مند به رسمیت شناخته و با اتخاذ تدابیر پیشگیرانه درصدد کاهش علل و عوامل بروز آن

برآیند. همچنین پیشنهاد دیگری که می‌توان ارائه کرد در خصوص اصلاح و بهینه‌سازی قوانین بیمه مسؤولیت مدنی پزشکان است. بیمه مسؤولیت مدنی برای پزشکان باید اجباری شود تا از یکسو پزشکان کم‌تر تمایل به فرار از مسؤولیت و اقرار به خطا و تقصیر خود داشته باشند و از سوی دیگر مراجع قضایی و غیر قضایی با دقت و ریزبینی خاصی پرونده‌های پزشکی را مورد بررسی قرار دهند.

References

1. Abbasi M. Necessities of Satisfaction and Satisfaction and its Impact on the fall of Medical Responsibility. *Medical Law Journal* 2007; 1(3): 13-67.
2. Grubb A, Laing J, McHale J, Kennedy I. *Principles of Medical Law*. 3rd ed. London: Oxford University Press; 2011. p.231.
3. Azmayesh A. *Public Criminal Law Course Overview*. Ph.D. in Criminal Law and Criminology. Tehran: Faculty of Law and Political Science, University of Tehran; 2006. p.5.
4. Chrles AE. Ost Suzanne. London: Oxford Monographs on Criminal Law and Justice Oxford University Press; 2008. p.23.
5. Daraei MH. Discharge of Civil Liability of Physicians in New Islamic Penal Code of Iran. *Journal of Private Law* 1395; 4(14): 53-84.
6. Zamani Daryabari SM. Principles of Professional Responsibility for Physicians. *Islamic Law Journal* 2002; 1(6-7): 126-139.
7. Elahi Manesh MR. *Criminal Law and Medical Offenses*. Tehran: Majd Scientific and Cultural Assembly Publication; 2013. p.44.
8. Jackson E. *Medical Law: Text, Cases and Materials*. 4th ed. London: Oxford University Press; 2016. p.912.
9. Essinger K. Medical Liability alternative ways to court procedures. In: *European Conference the Ever-Growing Challenge of Medical Liability: National and European Responses*. Strasbourg: National and European Response; 2008. p.200.
10. Gatrell J. *The Specialist Registrar and New Consultant Handbook: Pt. 2, Understanding the NHS*. 3rd ed. Ohio: CRC Press; 2006. p.81.
11. Sandra J. *A Clinical Handbook on Child Development Pediatrics*. 1st ed. Amsterdam: Churchill Livingstone Australia; 2012. p.36.
12. Corfield L. *Granne Ingrid*. 1st ed. New Jersey: Sayer-Latimer William; 2009. p.4.
13. Corfield L. *Granne Ingrid*. 1st ed. London: Latimer iamWill-Sayer, ABC of Medical Law, BMJ Books; 2009. p.20.
14. MalcolmKhan R. Michelle *Clinical Negligence*. 1st ed. London: Oxford University Press; 2007. p.130.

15. Mayberry M, John F. Mayberry, Consent in Clinical Practice. 1st ed. London: Radcliffe Medical Press; 2003. p.41.
16. Janipoor M, Abbasi M. Investigating Absolute Responsibility from the Perspective of Criminal Law and Jurisprudence with Emphasis on Doctors Responsibility. Journal of Jurisprudence and Islamic Law 2012; 6: 23-53.
17. Allen N. Medical or Managerial Manslaughter? England: Oxford University Press; 2007. p.68.
18. Parsapour MB, Ghasemzadeh SR. Egal Jurisprudence Study of Patient's Informed Satisfaction and Physician Information Task (with a Comparative Study in English and French Law). Journal of Medical Ethics and History 2011; 5(1): 39-50.
19. Davey P. Rathmell Amma Michael Dunn. 1st ed. New Jersey: Medical Ethics, Law and Communication at a Glance Wiley-Blackwell; 2016. p.28.
20. Paul HR, Michael T. Cahill, criminal law. Netherland: Wolters Kluwer Law & Business; 2012. p.56.
21. Spurgeon P. Alex-Markander Sujana. Springer, Systems Healthcare Safer Building. Berlin: Publishing International Springer; 2019. p.34
22. Pour Esmaili AR. Investigating the Concepts of Permission, Satisfaction and Obligation and Their Impact on Physician Responsibility. Studies in Jurisprudence and Islamic Law 2010; 2(2): 53-70.
23. Koenig T. In defense of tort law. New York: January Press NYU; 2002. p.136.
24. Validi MS. Proprietary penal law. Tehran: AmirKabir; 1387. Vol.2 p.145.