



Original Research

Civil Liability of Physicians in Medical Malpractice within Judicial Systems and Imamiyyah Jurisprudence

Mohammad Taati Sershakeh ^{1*}

1 Master of Private Law, Department of Law, Ahrar Institute of Higher Education, Rasht, Iran.

Article ID: ahrar-53216

<p>Received: July , 20, 2024</p> <p>Accepted: September, 22 ,2024</p> <p>Available online: September, 22 ,2024</p> <p>Keywords: Civil liability of physicians, medical malpractice, Imamiya Fiqh, judicial systems.</p> <p>Main Subjects: Civil Law</p>	<p>Abstract</p> <p>This research adopts a comparative-analytical approach to examine the civil liability of physicians across three domains: legal, jurisprudential (Fiqh), and judicial. Utilizing a mixed methodology (library research, analytical, and comparative), it evaluates the medical liability system through three main axes: (theoretical foundations, litigation challenges, and pathology of judicial practices). By proposing a hybrid system emphasizing practical solutions—such as professional liability insurance, a national compensation fund, and specialized medical courts—the study presents an optimized model. This model addresses the challenges of Iran's legal system (e.g., the incomplete integration of Fiqh and codified law, and inadequate compensation for moral damages) while leveraging international experiences (e.g., a 40% reduction in litigation costs in no-fault systems and the efficacy of mixed systems). The research innovates by introducing a "tiered indigenous liability model" (distinguishing the liability of physicians, medical institutions, and the state) and designing a "wise enforcement mechanism" that integrates the principle of Etlaf (unlawful destruction), Article 1 of civil liability law, and restorative justice. This forward-looking model proposes a comprehensive strategy for reforming medical litigation, aligning with Imamiya jurisprudence (Shiite Islamic law) and global standards.</p>
--	---

*Corresponding Author: Mohammad Taati Sershakeh

Address: Master of Private Law, Department of Law, Ahrar Institute of Higher Education, Rasht, Iran.

Email: lawyer.taati@gmail.com



Extended Abstract

1. Introduction

Medical errors, as one of the most challenging issues in medical law, have always been a subject of contention among jurisprudential, legal, and ethical perspectives. This research adopts a comparative-analytical approach to examine the civil liability of physicians across three domains: legal, jurisprudential, and judicial. Utilizing a mixed methodology (library research, analytical, and comparative), it analyzes the medical liability system along three main axes: theoretical foundations, litigation challenges, and pathology of judicial practice. The primary objective of this study is to propose an optimal model for the medical liability system in Iran, one that aligns with Imamiyyah jurisprudence (Shiite Islamic law) and global standards, while establishing a fair balance between patients' rights and the interests of the healthcare system.

2. Theoretical Framework

Civil liability of physicians in different legal systems is based on three fundamental theories: fault (negligence), risk, and no-fault liability:

1. Fault Theory (Negligence Theory): A physician's liability is contingent upon proving three elements: legal duty, breach of care standards, and causation.

2. Risk Theory: The physician is held liable simply for creating risk during the treatment process unless they prove that the harm resulted from external factors.

3. No-Fault Liability Theory: Compensation is provided without the need to prove fault, typically through insurance mechanisms or compensation funds.

In Imamiyyah (Shiite) jurisprudence, a physician's liability rests on two foundations: contractual (breach of the treatment contract) and tortious (rules of civil liability, such as *itlaf* [direct causation] and *tasbib* [indirect causation]). The prevailing view among jurists holds physicians liable even in the absence of fault unless they obtain a release form (*bara'ah*). In contrast, some reformist jurists condition liability on the presence of fault.

3. Methodology

This research adopts a descriptive-analytical method, utilizing library resources, judicial rulings, and authoritative international documents. Additionally, it employs a comparative approach to examine the legal systems of Iran, Common Law, and Civil Law.



4. Results & Discussion

This study, through an analysis of the challenges in medical civil liability under Iran's legal system and a comparison with global models, concludes the following :

1. Structural Challenges in Iran's Legal System :
 - Incomplete Integration of Jurisprudence and Codified Law: Theoretical and practical conflicts between Shiite fiqh (Islamic jurisprudence) and statutory laws .
 - Difficulty in Proving Negligence in Medical Malpractice Cases: The heavy burden of proof on patients and lack of protective legal mechanisms .
 - Reduced Judicial Efficiency: Lengthy litigation processes and inadequate compensation for non-material damages (e.g., emotional distress) .
2. Comparative Analysis with Other Legal Systems :
 - Fault-Based Systems (e.g., Iran and the U.S.) :

Advantage: Preserves incentives for adherence to professional medical standards .

Challenge: Complexity in proving claims and unequal access to justice .

- No-Fault Systems (e.g., Sweden and New Zealand) :

Advantage: Faster compensation and reduced litigation costs .

Challenge: Potential decline in physicians' motivation to exercise maximum caution .

Conclusion : Achieving a balance between restorative justice (swift compensation) and retributive justice (professional accountability) requires legal reforms that incorporate the strengths of both fault-based and no-fault systems .

3. Proposed Solutions :

Hybrid Liability Model: Combining elements of fault, risk, and no-fault liability theories into an integrated framework .

National Compensation Fund: Establishing a state-backed fund to support patients in no-fault scenarios .

Specialized Medical Courts: Creating tribunals with medical-legal expertise for efficient case resolution .

Expansion of Professional Liability Insurance: Enhancing coverage for medical risks to protect both physicians and patients .

5. Conclusions & Suggestions

Indigenous Model of Hierarchical Liability: Allocation of liability among physicians, healthcare institutions, and the government based on the degree of fault and risk assumption.

Restorative Justice: Integration of the *la darar* principle (Islamic jurisprudence) with Article 1 of Civil Liability (legal framework) to ensure equitable compensation for damages.



Judicial Policymaking:

- ✓ Facilitating patients' access to evidentiary means.
- ✓ Expanding medical mediation mechanisms to reduce legal disputes.

Research Innovation:

- Proposing a hierarchical liability model distinguishing the responsibilities of physicians, medical centers, and the state.
- Designing a judicious compensation mechanism based on the integration of Imamiyyah jurisprudence and positive law.

The optimal medical liability system does not entail the elimination of existing theories but rather their judicious combination: fault-based liability for individual errors, risk-based liability for high-risk activities, and no-fault compensation for collective harm. This model can mitigate existing tensions and strengthen public trust in both the healthcare system and the judicial process.

مسئولیت مدنی پزشکان در خطاهای پزشکی در سیستم‌های قضایی و فقه امامیه

محمد طاعتی سرشکه*

۱ کارشناس ارشد حقوق خصوصی، گروه حقوق، موسسه آموزش عالی احرار، رشت، ایران.

کد مقاله: ahrar-53216	
تاریخ دریافت:	چکیده
۳۰ تیر ۱۴۰۳	این پژوهش با رویکردی تطبیقی-تحلیلی، مسئولیت مدنی پزشکان را در سه عرصه حقوقی، فقهی و قضایی واکاوی کرده و با روش شناسی ترکیبی (کتابخانه‌ای، تحلیلی و تطبیقی)، نظام مسئولیت پزشکی را در سه محور اصلی (مبانی نظری، چالشهای دادرسی و آسیب شناسی رویه قضایی) بررسی میکند. و با پیشنهاد یک نظام ترکیبی با تأکید بر راهکارهای عملی مانند بیمه مسئولیت حرفهای، صندوق جبران خسارت ملی و دادگاههای تخصصی پزشکی، الگویی بهینه ارائه میدهد که هم چالشهای نظام حقوقی ایران (مانند تلفیق ناقص فقه و حقوق مدون و ضعف جبران خسارات معنوی) را پوشش میدهد و هم از تجارب بین المللی (کاهش ۴۰٪ هزینه دادرسی در سیستمهای بدون تقصیر و کارآمدی نظامهای مختلط) بهره میبرد. نوآوری تحقیق در ارائه "مدل بومی مسئولیت سلسله مراتبی" (تفکیک مسئولیت پزشک، نهادهای درمانی و دولت) و طراحی مکانیسم ضمانت اجرای حکیمانه تلفیق کننده قاعده اتلاف، ماده ۱ مسئولیت مدنی و عدالت ترمیمی است. این الگوی آینده نگر، راهبردی جامع برای اصلاح دادرسی پزشکی، همسو با فقه امامیه و استانداردهای جهانی، پیش میکشد.
تاریخ پذیرش:	
۱ مهر ۱۴۰۳	
تاریخ انتشار:	
۱ مهر ۱۴۰۳	
کلیدواژه ها:	
مسئولیت مدنی پزشکان، خطای پزشکی، فقه امامیه، سیستم های قضایی.	
موضوعی:	
مسئولیت مدنی	

نویسنده مسئول: محمد طاعتی سرشکه

آدرس: کارشناس ارشد حقوق خصوصی، گروه حقوق، موسسه آموزش عالی احرار، رشت، ایران.

ایمیل: lawyer.taati@gmail.com



۱- مقدمه

خطاهای پزشکی به مثابه زخمی کهنه بر پیکره نظام سلامت، همواره محل تضارب آرای حقوقی و چالش‌های اخلاقی بوده است. در این عرصه حساس که جان آدمی در کف ترازوی مسئولیت حرفه‌ای قرار می‌گیرد، بروز هرگونه قصور یا تقصیر می‌تواند پیامدهای جبران‌ناپذیری را برای بیماران و جامعه پزشکی به همراه داشته باشد. آمارهای سازمان جهانی بهداشت (۲۰۲۳) حاکی از آن است که سالانه میلیون‌ها بیمار در سراسر جهان قربانی خطاهای پزشکی می‌شوند، حال آنکه نظام‌های قضایی در احقاق حقوق این آسیب‌دیدگان با موانع ساختاری متعددی روبرو هستند. این تنش ذاتی میان حریم مقدس پزشکی و حق مسلم بیماران بر دریافت خدمات استاندارد، ضرورت بازخوانی مسئولیت مدنی پزشکان را در پرتو معیارهای عدالت ترمیمی دوجندان می‌سازد.

این پژوهش درصدد است با نگاهی جامع‌نگر به:

تبیین مبانی نظری مدنی پزشکان در چارچوب سه گانه تقصیر، خطر و مسئولیت مطلق، تحلیل شرایط تحقق مسئولیت مدنی پزشکان در موارد تقصیر، تخلف و نقض تعهدات حرفه‌ای، تحلیل کیفی رویه‌های قضایی در رسیدگی به پرونده‌های پزشکی، ارائه الگوی بهینه برای تحقق عدالت قضایی در این حوزه حساس می‌پردازد.

این موضوع پرسش‌های بی‌شماری را برمی‌انگیزد. به‌عنوان نمونه‌ای از انبوه پرسش‌های ممکن، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

مبانی مسئولیت مدنی پزشکان در فقه امامیه و حقوق ایران بر چه اصولی استوار است؟

آیا نظام‌های حقوقی ایران و سایر کشورها در رسیدگی به خطاهای پزشکی عادلانه عمل می‌کنند؟

مبنای فقهی مسئولیت پزشک جاهل و پزشک مقصر در فقه امامیه چیست؟

آیا سیستم‌های مبتنی بر تقصیر (مانند ایران و آمریکا) در مقایسه با سیستم‌های بدون تقصیر (مانند سوئد) کارآمدتر هستند؟

آیا ایجاد صندوق جبران خسارت (مشابه نیوزیلند) می‌تواند به کاهش تنش‌های حقوقی در پرونده‌های پزشکی کمک کند؟

آیا نظام حقوقی ایران باید به سمت سیستم مختلط (ترکیب مسئولیت مبتنی بر تقصیر و جبران خسارت بدون تقصیر) حرکت کند؟

این پژوهش با به‌کارگیری روش تحقیق ترکیبی و رویکرد توصیفی-تحلیلی در تبیین مبانی نظری؛ روش تطبیقی در بررسی نظام‌های حقوقی مختلف و همچنین تحلیل محتوای کیفی آرای قضایی نمونه و با استفاده از ابزارهای کتابخانه‌ای و وب‌سایت‌های تخصصی و اسناد معتبر درصدد ارائه تحلیلی عمیق از این موضوع است.

آنچه این نوشتار را از مطالعات پیشین متمایز می‌سازد، سعی در برخورداری از نگاهی همه‌جانبه به ابعاد حقوقی، اجتماعی و اخلاقی موضوع است تا از رهگذر این واکاوی جامع، گامی در جهت استقرار نظام دادرسی پزشکی عادلانه برداشته شود.

¹ رجوع شود به <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-afety>

۲- پیشینه تحقیق

مت هارتلو و همکاران در مقاله ایی تحت (No-fault compensation in the Nordic countries: A comparative analysis of patient injury schemes in Sweden, Denmark, and Norway) که در سال ۲۰۲۰ در ژورنال European Journal of Health Law به ساختار سیستم های غیر تقصیری که سوئد و دانمارک و نروژ حاکم است پرداختند. در سوئد سیستم جبران خسارت تحت قانون Patient Injury Act (۱۹۹۶) که در آن یک نهاد مستقل LOF= Patientförsäkringen مسئول ارزیابی و پرداخت غرامت است. و در دانمارک سیستم Patient Compensation Association (۱۹۹۲) که مبتنی بر بیمه همگانی است. در نروژ: سیستم Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) که ترکیبی از بیمه عمومی و ارزیابی مستقل است.

مزایای کلیدی این سیستم سرعت در پرداخت غرامت (بیماران بدون نیاز به طی روند طولانی دادگاه، ظرف چند ماه غرامت دریافت می کنند)، کاهش هزینه های حقوقی (حذف هزینه های وکالت و دادرسی) و افزایش گزارش دهی خطاها (پزشکان به دلیل نبود ترس از مجازات، بیشتر خطاها را گزارش می دهند) است. از انتقادات وارد شده به این سیستم به هزینه بالای سیستم، ابهام در تعیین "آسیب قابل جبران" و نگرانی درباره کاهش احتیاط حرفه ای است. این سیستم در میان کشورهای اجراکننده آن نیز با اندک تفاوتی همراه است مثلاً در دانمارک، میزان غرامت ها معمولاً بالاتر از سوئد و نروژ است. سوئد روی پیشگیری از خطا تمرکز بیشتری دارد تا جبران خسارت و در نروژ سیستم ترکیبی دارد که شامل غرامت برای آسیب های نادر نیز می شود. سر انجام نویسندگان چنین نتیجه گیری نموده اند که سیستم های غیر تقصیری اسکاندیناوی موفق تر از سیستم های مبتنی بر تقصیر (مثل آمریکا) در توزیع عادلانه غرامت و کاهش تنش بین پزشک و بیمار هستند. چالش اصلی در این سیستم، تأمین مالی پایدار این سیستم ها و تعریف دقیق "آسیب قابل جبران" است و این مدل نیازمند فرهنگ اعتماد و شفافیت است و ممکن است در کشورهای با سیستم های حقوقی متفاوت، به سختی قابل اجرا باشد. این پژوهش همسو با مطالعه اسمیت و همکاران (۲۰۲۱) است، در آنجا تأکید شده که در این نوع از سیستم به جای اثبات تقصیر پزشک، سیستم بیمه ای جامع مسئول جبران خسارت بیماران است. مزیت این روش، کاهش هزینه های دادرسی و تسریع در پرداخت غرامت است. و نقد اصلی به این سیستم کاهش انگیزه پزشکان برای رعایت احتیاط های حرفه ای به دلیل عدم ترس از پیگرد قانونی می شود.

گزارش مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی (۱۴۰۰): در این پژوهش به بررسی چالش های اساسی سیستم دادرسی پزشکی ایران می پردازد که مهم ترین آن ها عبارتند از: طولانی بودن فرآیندهای قضایی در مراجع رسیدگی کننده از جمله کمیسیون های پزشکی و محاکم قضایی، ابهام در استانداردهای تشخیص تقصیر پزشکی و عدم تمایز واضح بین خطای کیفری و خطاهای غیر عمدی ناشی از شرایط پیچیده درمان، نارسایی در جبران آسیب های روحی و روانی بیماران به دلیل فقدان مکانیسم های مؤثر حمایتی. به عنوان راهکار، این مطالعه تصویب بیمه اجباری مسئولیت حرفه ای پزشکان (ایسانسور)^۳ و همچنین تشکیل محاکم تخصصی پزشکی را به عنوان دو اقدام کلیدی برای ارتقای کارآمدی نظام دادرسی پزشکی پیشنهاد می دهد.

سید محمد مهدی احمدی اصفهانی و مونا رجب زاده باغی در مقاله ایی با عنوان تبیین حقوقی ماهیت اخذ براءت و اثر آن بر مسئولیت مدنی پزشکان و مراکز درمانی که در پاییز ۱۴۰۲ در فصلنامه مطالعات حقوقیه چاپ رسید به بررسی ماهیت حقوقی (اخذ براءت) به عنوان شرط

² Mette Hartlev

³ Enactment of Mandatory Professional Liability Insurance for Physicians (Esansur)



عدم مسئولیت در قرارداد پزشک و بیمار پرداخته و بیان نمودند که این سازوکار حقوقی، اگرچه پزشکان و مراکز درمانی را از مسئولیت مدنی ناشی از عوارض غیرقابل پیش‌بینی معاف می‌کند، اما در برابر تقصیر، سهل‌انگاری یا خطای پزشکی مصونیتی ایجاد نمی‌کند. نویسندگان با استناد به قوانین ایران و رویه‌های فقهی، تأکید نمودند که براءت تنها در صورت رعایت استانداردهای پزشکی و ارائه رضایت آگاهانه بیمار معتبر است و در مواردی مانند تجاوز از حدود درمان مجاز یا عدم تخصص پزشک، بی‌اثر خواهد بود. مقاله همچنین به مسئولیت مراکز درمانی به‌عنوان اشخاص حقوقی می‌پردازد و توضیح می‌دهد که این مراکز، حتی با اخذ براءت، در قبال خطاهای سازمانی یا نقض استانداردهای مراقبتی مسئول هستند. در بخشی دیگر، تغییر بار اثبات دعوا مورد بررسی قرار گرفته است: در صورت وجود براءت، بیمار باید تقصیر پزشک را ثابت کند، در حالی که در غیاب آن، این پزشک است که باید رعایت موازین حرفه‌ای را اثبات نماید.

در نهایت، پژوهشگران با اشاره به خلأهای قانونی در زمینه رضایت آگاهانه بیماران، بر ضرورت تدوین مقررات منسجم‌تر برای ایجاد تعادل بین حمایت از حقوق بیماران و امنیت شغلی پزشکان تأکید می‌کنند. این مقاله با ترکیب مبانی نظری حقوقی و تحلیل‌های کاربردی، چارچوبی روشن برای درک جایگاه براءت در نظام مسئولیت مدنی پزشکی ارائه می‌دهد و راهکارهایی برای بهبود آن پیشنهاد می‌کند.

علی شریفی در پژوهشی تحت عنوان مبانی مسئولیت مدنی پزشکان در فقه امامیه که در دو بخش در زمستان ۱۳۸۹ و بهار ۱۳۹۰ در پژوهشنامه فقهی به بررسی مبانی مسئولیت مدنی پزشکان با تمرکز بر فقه امامیه پرداخت، موضوعات اصلی بررسی شده و نتایج بیان شده در این پژوهش عبارتند از: ۱. ماهیت مسئولیت پزشک: این امر در فقه امامیه به دو شکل قابل بررسی است، مسئولیت قراردادی (مبتنی بر توافق طرفین) و سئولیت قهری (ناشی از قواعد عمومی ضمان مانند اتلاف و لاضرر)، عقد طبابت عموماً در زمره «اجاره اشخاص» طبقه‌بندی می‌شود. ۲. مسئولیت پزشک فاقد تخصص (جاهل): پزشک غیرمتخصص به محض ورود خسارت ضامن است. این مسئولیت مطلق بوده و حتی با آگاهی بیمار از عدم تخصص پزشک نیز ساقط نمی‌شود. مستندات این امر قاعده اتلاف و حرمت شرعی اقدام به درمان بدون تخصص می‌باشد. ۳. مسئولیت پزشک متخصص مقصر: در صورت تقصیر (مانند سهل‌انگاری) مسئولیت کامل دارد. خسارت بدنی ناشی از تقصیر، جنایت شبه عمد محسوب می‌شود. به عنوان مستند در این باب به روایات خاصه (مانند روایت سکونی) و قواعد فقهی (اتلاف، لاضرر) اشاره شده است. ۴. اخذ براءت از بیمار: براءت نامه تنها در موارد زیر مؤثر دانسته شده است: عدم وجود تقصیر از سوی پزشک، خسارات ناشی از عوامل خارجی و در صورت تقصیر پزشک، براءت نامه بی‌اثر است. ۵. تفکیک موارد مسئولیت: پزشک مباشر (جراح)، ضامن کامل است. پزشک غیرمباشر (تجویزکننده)، در صورت اقوای سببیت ضامن است. در خطای پزشکی، ضامن با اثبات تقصیر موجود است. در قصور علمی، ضامن مشروط حاکم است و در نقص تجهیزات، عدم ضامن حاکم می‌باشد. ۶. موانع ضمانت‌بارتند از اذن بیمار که به تنهایی کافی نیست، ضرورت اجتماعی که در موارد خاص مؤثر است و قاعده احسان در درمان‌های رایگان قابل استناد می‌باشد. به عنوان جمع‌بندی و پیشنهاد در این پژوهش، نظام مسئولیت پزشکان را مبتنی بر اصول ذیل طراحی می‌شود: ۱. ترکیب مسئولیت قراردادی و قهری، ۲. توجه به نقش تقصیر در ایجاد ضمان، ۳. تعدیل ضمان مطلق با در نظر گرفتن شرایط خارجی، ۴. پیشنهاد سازوکارهای نوین برای انطباق با نظام سلامت مدرن و در نهایت چنین نتیجه‌گیری می‌نماید که مسئولیت پزشک در فقه امامیه نظامی انعطاف‌پذیر است که با حفظ اصول حقوقی، قابلیت تطبیق با نیازهای پزشکی معاصر را دارد. بازخوانی متون فقهی با توجه به تحولات پزشکی نوین ضروری به نظر می‌رسد.

تحقیقات تطبیقی نشان می‌دهد که نظام‌های حقوقی جهانی در زمینه مسئولیت پزشکی به دو الگوی متمایز گرایش دارند: نظام‌های غیرتقصیری (مانند کشورهای اسکانندیناوی که هارتلو به آنها اشاره دارد) در مقابل نظام‌های مبتنی بر تقصیر (مانند سیستم حقوقی ایران). این تفاوت بنیادین، همراه با عدم هماهنگی میان مبانی فقهی، قوانین موضوعه و رویه قضایی در ایران، چالش‌های عمیقی در نظام دادرسی پزشکی کشور ایجاد کرده است. به نظر می‌رسد مطالعات میان‌فرهنگی عمیق‌تر میان سه نظام حقوقی کامن‌لا، رومی-ژرمنی و فقه امامیه -



با تأکید بر تلفیق مزایای نظام جبران خسارت غیرتقصیری با اصول مسلم فقهی - می‌تواند به طراحی الگویی کارآمدتر بینجامد که هم از پیچیدگی‌های دادرسی‌های تقصیرمحور بکاهد و هم پاسخگوی نیازهای عدالت‌جویانه جامعه پزشکی و بیماران باشد.

در میان انبوه پژوهش‌های ارزشمندی که در این حوزه به رشته تحریر درآمده، آنچه در این مقال به اختصار بدان اشاره رفت، تنها گزیده‌ای از دریای بیکران مطالعات انجام شده بود. هرچند وسعت مباحث و ژرفای موضوع، مجال بیشتری برای واکاوی می‌طلبید، لیکن به ناچار و با توجه به محدودیت‌های متعارف پژوهش، از تفصیل بیشتر در این زمینه چشم پوشیده و مسیر اصلی بحث را پی می‌گیریم. این گذار نه از سر کم‌اهمیتی موضوع، که به ضرورت ایجاز و رعایت اختصار در مسیر پژوهشی روشمند بوده است.

۳- مبانی مسئولیت مدنی پزشکان

۳-۱-۱- شرح حقوقی مبسوط مسئولیت مدنی پزشکان

مسئولیت مدنی پزشکان از چالش‌برانگیزترین و حیاتی‌ترین مباحث حقوق پزشکی محسوب می‌شود که در نظام‌های حقوقی مختلف بر مبنای مبانی نظری متفاوتی مورد تحلیل قرار گرفته است. در این زمینه سه نظریه اساسی قابل تمایز است: نظریه تقصیر که مبنای مسئولیت را خطای پزشک می‌داند، نظریه خطرپذیری که مسئولیت را ناشی از ماهیت خطرناک فعالیت پزشکی قلمداد می‌کند، و نظریه مسئولیت بدون تقصیر که بدون نیاز به اثبات تقصیر، پزشک را مسئول می‌شناسد. این موضوع در فقه امامیه و حقوق ایران نیز با دقت مورد واکاوی قرار گرفته و از زوایای گوناگونی مانند مسئولیت قراردادی و قهری، معیارهای تشخیص تقصیر، و جایگاه نهادهای دولتی در جبران خسارات ناشی از عملکرد پزشکان مورد تحلیل واقع شده است. در ادامه این نوشتار، هر یک از این نظریه‌ها با استناد به منابع معتبر حقوقی، آرای فقهی و رویه‌های قضایی به تفصیل مورد بررسی قرار خواهد گرفت. نگارنده در این تحلیل سعی بر آن دارد تا با بهره‌گیری از آخرین دیدگاه‌های علمی و با توجه به تحولات نظام‌های حقوقی معاصر، تصویری روشن از چارچوب‌های نظری و عملی مسئولیت مدنی پزشکان ترسیم نماید.

۳-۱-۱-۱- نظریه تقصیر (Negligence Theory)

۳-۱-۱-۱-۱- چارچوب نظری و مبانی حقوقی

نظریه تقصیر به عنوان سنگ بنای مسئولیت مدنی پزشکان در بسیاری از نظام‌های حقوقی جهان شناخته می‌شود. بر اساس این نظریه، مسئولیت پزشک منوط به احراز سه عنصر اساسی است: ۱. وجود تکلیف قانونی ۲. نقض استانداردهای مراقبتی ۳. رابطه سببیت بین تقصیر

۳-۱-۱-۲- تحلیل تطبیقی در نظام‌های حقوقی

مؤلفه	کامن لا (Common Law)	سیویل لا (Civil Law) فرانسه	حقوق ایران
-------	----------------------	-----------------------------	------------



تقصیر (ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی) و گاه مسئولیت بدون تقصیر (مثل اتلاف)	تقصیر (Faute) مبتنی بر رفتار قابل سرزنش (رفتار نامتعارف)	تقصیر (Negligence) مبتنی بر نقض وظیفه مراقبت (Duty of Care)	مبنای مسئولیت
۱. تقصیر (عمد یا بی احتیاطی). ۲. ضرر. ۳. رابطه سببیت	۱. رفتار تقصیرآمیز (Faute) ۲. ضرر (Préjudice) ۳. رابطه سببیت (Lien de causalité)	۱. وجود Duty of Care ۲. نقض وظیفه (Breach) ۳. ضرر (Damage) ۴. رابطه سببیت (Causation)	عناصر تشکیل دهنده
بار اثبات بر مدعی، مگر در موارد خاص (مثل مسئولیت حرفه‌ای پزشکان طبق رأی وحدت رویه ۸۳۸).	بار اثبات بر مدعی، اما در برخی موارد (مثل مسئولیت پزشک) معکوس می‌شود.	بار اثبات بر مدعی - (Claimant) باید تقصیر خوانده را ثابت کند.	دلیل اثبات تقصیر
مسئولیت بدون تقصیر در اتلاف (ماده ۳۲۸ قانون مدنی) و برخی فعالیت‌های خطرناک.	مسئولیت محض (Responsabilité objective) در برخی موارد (مثل مسئولیت ناشی از اشیاء تحت حراست).	مسئولیت مطلق (Strict Liability) در موارد خاص (مثل فعالیت‌های پرخطر).	استثنائات (مسئولیت بدون تقصیر)
جبران خسارت مادی و معنوی (ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی و ماده ۱۴ قانون آیین دادرسی کیفری)	جبران کامل ضرر (Réparation intégrale) شامل ضرر مادی و معنوی.	غرامت مالی (Damages) شامل خسارت مادی و معنوی (در برخی موارد).	جبران خسارت
تفسیر قانون مدنی و شرع با تأثیرپذیری از فقه امامی	تفسیر قانون مدون (Code Civil) با رویکردی انعطاف‌پذیرتر.	تفسیر رویه‌های قضایی (Case Law) و ایجاد سابقه (Precedent).	نقش دادگاه

تحلیل کلی:

کامن لا: تأکید بر سابقه قضایی و نقض وظیفه مراقبت، با انعطاف در تفسیر تقصیر. در این نظام به پرونده کلیدی Bolam v. Friern Hospital (۱۹۵۷): در تعریف، اصل پزشک معقول^۴ و استاندارد مراقبت پزشکی^۵ تأثیر فراوانی داشت هر چند بعدها تعدیلهای بر آن صورت پذیرفت مثلاً پرونده Bolitho v. Hackney Health Authority (1997) اصل "منطقی و دفاع‌پذیر بودن" بولام^۶ Test اضافه شد. یعنی صرف تأیید یک گروه از متخصصان کافی نیست؛ روش مورد استفاده باید از نظر منطقی قابل توجیه باشد. سیویل لا: تمرکز بر تقصیر ذهنی (Faute) و در عین حال گسترش مسئولیت محض.

⁴ Reasonable Doctor Standard

⁵ Medical Standard of Care

⁶ Logical and Defensible



حقوق ایران: تلفیقی از فقه امامیه و حقوق مدون، با گرایش به سمت مسئولیت مبتنی بر تقصیر، اما با استثنائات مهم (مانند مسئولیت پزشکان در برخی موارد). اگرچه سیستم حقوقی ایران مبتنی بر سیویل لا است، اما در تعیین خطای پزشکی، رویه‌های مشابهی (مانند ارجاع به نظر متخصصان) وجود دارد یعنی اگر یک جراح روشی را انتخاب کند که ۱۰٪ از متخصصان آن را تأیید کنند، اما این روش قابل دفاع و مبتنی بر منطق علمی باشد، تقصیری محقق نشده است. شاید بتوان بیان نمود که در رویه قضایی ایران تأکید بر نظریه "پزشک متعارف یا معقول" (استاندارد شخصی-نوعی) حاکم است.

۳-۱-۱-۳- چالش‌های اجرایی و راهکارها

محور	چالش‌های اجرایی	راهکارهای پیشنهادی
اثبات تقصیر	عدم تقارن اطلاعاتی بین پزشک و بیمار پیچیدگی فنی پرونده‌ها هزینه‌بر بودن کارشناسی	ایجاد سامانه ملی پرونده الکترونیک سلامت الزام به مستندسازی کامل فرآیند درمان تسهیل دسترسی به کارشناسی تخصصی
استانداردهای حرفه‌ای	ابهام در معیارهای تشخیص خطا اختلاف نظرهای تخصصی عدم روزآمدی استانداردها	تدوین راهنمای بالینی مصوب تشکیل کمیته‌های بازنگری استانداردها -نظام‌مندسازی نظارت حرفه‌ای
جبران خسارت	طولانی بودن رسیدگی قضایی ناکافی بودن سازوکارهای غیرقضایی عدم پوشش بیمه‌ای	توسعه بیمه اجباری مسئولیت پزشکی ایجاد مراجع شبه قضایی تخصصی راه‌اندازی صندوق جبران خسارت
عدالت ترمیمی	تأکید صرف بر جبران مالی غفلت از ابعاد معنوی عدم رضایت طرفین از فرآیندها	اجرای برنامه‌های میانجی‌گری پزشکی توجه به جبران معنوی و عذرخواهی رسمی

۳-۱-۲- نظریه خطرپذیری (مسئولیت عینی)^۷

۳-۱-۲-۱- مبانی نظریه خطرپذیری در مسئولیت پزشکان

نظریه خطرپذیری (Risk Theory) یکی از مبانی نوین مسئولیت مدنی است که بر اساس آن، پزشک به صرف ایجاد خطر در فرآیند درمان، مسئول خسارات وارده به بیمار محسوب می‌شود، مگر آنکه ثابت کند ضرر ناشی از عوامل خارجی همچون قوه قاهره (Force Majeure) یا تقصیر خود بیمار بوده است. این نظریه که ریشه در حقوق فرانسه دارد، در برخی نظام‌های حقوقی اروپایی به عنوان جایگزینی برای نظریه سنتی تقصیر پذیرفته شده است.

پشتوانه حقوقی

⁷ Risk Theory



در نظام حقوقی فرانسه، ماده ۱۳۸۴ قانون مدنی با تأکید بر مسئولیت ناشی از اشیاء تحت کنترل، مبنایی برای مسئولیت عینی پزشکان محسوب می‌شود. رویه قضایی فرانسه در آرای متعدد این اصل را به فعالیت‌های درمانی پرخطر تعمیم داده است.

نظام کامن لا نیز از طریق دکترین "مسئولیت مطلق^۸ زمینه‌ساز پذیرش این نظریه در مواردی مانند جراحی‌های تجربی بوده است. در آلمان، مواد ۸۲۳ و ۸۲۶ قانون مدنی (BGB) مسئولیت عینی را در فعالیت‌های پرخطر پزشکی به رسمیت شناخته‌اند.

در نظام حقوقی ایران، ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی ۱۳۳۹ با بیان کلی خود، امکان تفسیر موسع و اعمال مسئولیت عینی را فراهم می‌آورد. ماده ۳۲ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ نیز با تأکید بر ضمان ناشی از امر غیرقانونی، مبنایی برای مسئولیت پزشکان بدون نیاز به اثبات تقصیر ارائه می‌دهد. همچنین در رویه قضایی ایران؛ دیوان عالی کشور در رأی وحدت رویه ۶۰۸ (۱۳۸۷) با تأکید بر مسئولیت ذاتی فعالیت‌های پزشکی پرخطر، رویکردی نزدیک به نظریه خطرپذیری اتخاذ نموده است. بررسی آرای محاکم نشان می‌دهد گرایش فزاینده‌ای به پذیرش مسئولیت عینی در موارد خاص پزشکی وجود دارد.

در فقه امامیه، سه قاعده اساسی پشتیبان این نظریه است: قاعده لاضرر؛ که هرگونه ضرر غیرقابل جبران را نفی می‌کند؛ قاعده اتلاف؛ ضمانت ناشی از هرگونه اتلاف مال یا جان؛ قاعده تسبیب؛ مسئولیت ناشی از اقدامات غیرمستقیم

به هر تقدیر تحقق کامل این نظریه مستلزم تدوین معیارهای دقیق برای تشخیص مصادیق خطر ذاتی، توسعه نظام‌های بیمه‌ای تخصصی، آموزش مستمر جامعه حقوقی، ایجاد نهادهای تخصصی ارزیابی ریسک پزشکی است.

نظریه خطرپذیری با تکیه بر مبانی حقوقی مستحکم، می‌تواند مکمل مناسبی برای نظام سنتی مسئولیت مبتنی بر تقصیر باشد. با این حال، اجرای متعادل آن نیازمند ایجاد سازوکارهای حمایتی و نظارتی کارآمد است.

۳-۱-۲-۲-مزایا، چالش‌های اجرایی و راهکارهای نظریه خطرپذیری

عنوان	مزایا	چالش‌ها و معایب	راهکارهای پیشنهادی
کاهش بار اثبات دعوا	بیماران نیازی به اثبات تقصیر پزشک ندارند. تسهیل دسترسی به عدالت برای بیماران.	ممکن است پزشکان را در معرض اتهامات بی‌اساس قرار دهد. افزایش تعداد دعاوی حقوقی.	ایجاد کمیسیون‌های تخصصی پزشکی-حقوقی برای بررسی عادلانه پرونده‌ها. تعیین استانداردهای شفاف برای مسئولیت پزشک.
حمایت از بیماران	جبران خسارت بیماران در موارد پیچیده پزشکی	احتمال پزشکی دفاعی (اقدامات غیرضروری برای کاهش مسئولیت)	توسعه بیمه حرفه‌ای برای پوشش خسارات. مسئولیت

⁸ strict liability



آموزش بیماران درباره ریسک‌های درمان.	افزایش هزینه‌های نظام سلامت.	توازن اطلاعاتی بین پزشک و بیمار.	
تعریف مصادیق فعالیت‌های پرخطر در قانون. معافیت پزشک در صورت اثبات رعایت تمام پروتکل‌ها.	مسئولیت ناعادلانه برای پزشکان حتی در صورت رعایت استانداردها. کاهش انگیزه پزشکان برای پذیرش موارد پرریسک.	در جراحی‌های پرخطر، نیازی به اثبات تقصیر نیست. سرعت در جبران خسارت.	مسئولیت بدون تقصیر
تلفیق نظریه خطرپذیری با تسبیب و اتلاف در فقه استفاده از نظر فقهای معاصر مانند شهید صدر.	اختلاف نظر فقها در پذیرش مسئولیت بدون تقصیر. نبود ضمانت اجرای مشخص در فقه.	امکان تطبیق با قاعده "لاضرر" و "ضمان" در فقه. حمایت از حقوق آسیب‌دیدگان.	سازگاری با فقه امامیه

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که نظریه خطرپذیری می‌تواند به عنوان مکملی برای نظریه تقصیر در نظام مسئولیت مدنی پزشکان مورد توجه قرار گیرد. این نظریه با انتقال بار اثبات از بیمار به پزشک، دسترسی به عدالت را تسهیل نموده و در موارد خاص مانند جراحی‌های پرخطر، از حقوق بیماران حمایت مؤثری به عمل می‌آورد. با این حال، چالش اصلی در اجرای این نظریه، ایجاد تعادل منطقی بین حمایت از حقوق بیماران و حفظ انگیزه‌های حرفه‌ای جامعه پزشکی است.

برای اجرای مؤثر این نظریه، نگارنده راهکارهای زیر پیشنهاد می‌نماید:

۱) تدوین قوانین شفاف و مصادیق دقیق برای فعالیت‌های پزشکی پرخطر، ۲) توسعه نظام بیمه مسئولیت حرفه‌ای پزشکان به منظور پوشش مالی خسارات، ۳) تشکیل کمیسیون‌های تخصصی متشکل از حقوقدانان و پزشکان برای ارزیابی عادلانه پرونده‌ها، ۴) تلفیق این نظریه با موازین فقهی مانند قاعده لاضرر و نظریه تسبیب در حقوق اسلامی. پیشنهاد می‌شود نظام حقوقی ایران با اتخاذ رویکردی متعادل، این نظریه را صرفاً در موارد خاص و فعالیت‌های پزشکی پرخطر مورد پذیرش قرار دهد.

۳-۱-۳- نظریه مسئولیت بدون تقصیر^۹

۳-۱-۳-۱- مبانی و تعریف مسئولیت مدنی بدون تقصیر در نظام‌های حقوقی

این نظریه به نظامی حقوقی اشاره دارد که در آن جبران خسارت بیماران بدون نیاز به اثبات تقصیر پزشک و صرفاً بر اساس وقوع ضرر محقق می‌شود. این سیستم با ایجاد صندوق‌های عمومی جبران خسارت، رویکردی حمایتی و جمع‌گرایانه در پیوند با حقوق سلامت اتخاذ می‌کند. نمونه‌های موفق این نظام در کشورهای پیشرفته‌ای مانند نیوزیلند، سوئد و فنلاند به چشم می‌خورد.

⁹ No-Fault Liability



۲-۳-۱-۳. پشتوانه‌های حقوقی

مبنای حقوقی	شرح نظریه و مستندات	منابع و رفرنس‌ها
قانون مجازات اسلامی ایران	ماده ۴۹۵: مسئولیت پزشک در صورت نقض موازین علمی، حتی بدون تقصیر شخصی.	قانون مجازات اسلامی، ماده ۴۹۵.
قانون مسئولیت مدنی ایران	ماده ۱: مسئولیت ناشی از ضرر بدون نیاز به اثبات تقصیر در برخی موارد.	قانون مسئولیت مدنی، ماده ۱.
رویه قضایی ایران	رای دیوان عالی کشور شماره ۷۳۰ (۱۳۸۴): مسئولیت پزشک در صورت تخلف از استانداردهای فنی.	مجموعه آرای وحدت رویه قضایی، دیوان عالی کشور.
حقوق فرانسه	نظریه تضمین حق (Théorie de la garantie) و تمایز بین تعهد به وسیله و تعهد به نتیجه.	Viney, G. (2007). <i>Traité de droit civil</i> . Paris: LGDJ.
حقوق آمریکا	مسئولیت محض در پرونده‌های محصولات معیوب پزشکی و اصل Res Ipsa Loquitur.	Restatement (Third) of Torts: Products Liability (1998).
حقوق اتحادیه اروپا	دستورالعمل ۳۷۴/۸۵ EEC: مسئولیت تولیدکنندگان تجهیزات پزشکی به صورت محض.	Directive 85/374/EEC on Product Liability.
دکترین حقوقی	نظریه خطر (مسئولیت ناشی از فعالیت‌های پرخطر مانند جراحی).	Carbonnier, J. (2002). <i>Droit civil</i> . Paris: PUF.
فقه اسلامی	قاعده ضمان قهری (مبنای مسئولیت عینی در فقه امامیه).	یزدی، سید محمدکاظم. (۱۴۲۹ق) <i>قواعد فقه (بخش مدنی)</i> ، ج ۲، ص ۱۲۳-۱۲۵.

نظریه مسئولیت بدون تقصیر در مسئولیت مدنی پزشکان در نظام‌های حقوقی مختلف با استناد به قوانین موضوعه، رویه‌های قضایی و دکترین‌های حقوقی توجیه شده است. در حقوق ایران، هرچند اصل بر مسئولیت مبتنی بر تقصیر است، اما در مواردی مانند تخلف از موازین پزشکی یا استفاده از تجهیزات معیوب، می‌توان به مسئولیت محض استناد کرد.



در نیوزیلند، قانون جامع جبران خسارت حوادث^۱ با جایگزینی مسئولیت مدنی سنتی با یک سیستم بیمه‌ای همگانی، انقلابی در حقوق پزشکی ایجاد کرد.

در ایران، اگرچه طرح‌هایی نظیر صندوق حمایت از بیماراندر سطح سیاست‌گذاری مطرح شده‌اند، اما تاکنون به دلیل چالش‌های اجرایی و مالی، به مرحله عملیاتی نرسیده‌اند.

۳-۳-۱-۳-۳- ارزیابی کارکردی نظام غیر تقصیری

عنوان	فرصت‌ها (مزایا)	چالش‌ها	راهکارهای پیشنهادی
کارآیی قضایی	کاهش حجم پرونده‌های حقوقی مرتبط با خطای پزشکی. تسریع در پرداخت غرامت به زیاندیدگان.	افزایش هزینه‌های بیمه‌ای برای پزشکان و مراکز درمانی.	ایجاد صندوق‌های جبران خسارت دولتی یا مشارکتی استفاده از داوری تخصصی پزشکی.
تنش‌زدایی از رابطه درمانی	کاهش تنش بین پزشک و بیمار تقویت اعتماد عمومی به نظام سلامت.	-احتمال کاهش انگیزه پزشکان برای رعایت حداکثر استانداردهای ایمنی.	نظارت مستمر بر عملکرد پزشکان توسط نهادهای ناظر. نظام تشویق و تنبیه مبتنی بر عملکرد.
عدالت توزیعی	تضمین جبران خسارت برای تمام بیماران، حتی در صورت عدم اثبات تقصیر.	فشار مالی بر سیستم بهداشت و درمان. امکان سوءاستفاده برخی بیماران.	تعیین سقف غرامت‌ها بر اساس نوع خسارت. ایجاد سیستم غربالگری پرونده‌های سوءاستفاده.
کیفیت خدمات پزشکی	افزایش شفافیت و پاسخگویی در ارائه خدمات درمانی.	کاهش نوآوری در روش‌های درمانی به دلیل ترس از مسئولیت.	حمایت از تحقیقات پزشکی با معافیت‌های مسئولیتی محدود. بیمه مسئولیت حرفه‌ای ویژه.
اجرای نظام غیر تقصیری	ساده‌سازی فرآیندهای دادرسی. کاهش نیاز به اثبات تقصیر در دادگاه.	ابهام در تعیین مصادیق مشمول مسئولیت محض.	تدوین دستورالعمل‌های شفاف توسط مراجع پزشکی قانونی ایجاد کمیته‌های تخصصی ارزیابی خسارت.

¹ Accident Compensation Act 1972⁰



نظام مسئولیت بدون تقصیر با وجود چالش‌های ساختاری، گامی رو به جلو در تحقق عدالت ترمیمی و کارآمدی نظام سلامت محسوب می‌شود. تجربه کشورهای پیشگام نشان می‌دهد که تلفیق این نظام با مکانیسم‌های نظارتی تقویت‌شده می‌تواند توازن مطلوب بین حمایت از بیماران و حفظ انگیزه‌های حرفه‌ای پزشکان ایجاد کند. برای ایران، طراحی یک مدل بومی با در نظر گرفتن ظرفیت‌های مالی و ساختار حقوقی موجود، ضرورتی انکارناپذیر است.

۲-۳- جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

نظریه	مبانی حقوقی	مزایا	چالش‌ها	راهکارهای پیشنهادی
مسئولیت مبتنی بر تقصیر	ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی ایران رویه قضایی (رأی وحدت‌رویه ۸۳۸) استاندارد پزشک معقول (کامن‌لا)	حفظ انگیزه پزشکان انطباق با اصول سنتی مسئولیت با چالش‌های اثباتی مواجه است اما انصاف را در مسئولیت فردی رعایت می‌کند.	دشواری اثبات تقصیر توسط بیماران هزینه‌بر بودن رسیدگی‌های قضایی	تسهیل دسترسی به کارشناسی تخصصی مستندسازی فرآیندهای درمانی
مسئولیت عینی (خطرپذیری)	ماده ۳۲ قانون مجازات اسلامی قواعد فقهی (لاضرر، اتلاف) مسئولیت مطلق در کامن‌لا	-کاهش بار اثبات بر بیماران -حمایت بهتر از زیاندیدگان	افزایش هزینه‌های بیمه‌ای احتمال پزشکی دفاعی	تعریف مصادیق فعالیت‌های پرخطر توسعه بیمه مسئولیت حرفه‌ای
مسئولیت بدون تقصیر	تجربه موفق کشورها (نیوزیلند) صندوق‌های جبران خسارت	-کاهش حجم دعاوی قضایی -سرعت در جبران خسارت	فشار مالی بر نظام سلام نیاز به زیرساخت‌های اجرایی	ایجاد صندوق ملی جبران خسارت الگوپردازی از مدل‌های موفق بین‌المللی

هر یک از نظریه‌های سه‌گانه مسئولیت مدنی پزشکان دارای مزایا و چالش‌های خاص خود هستند:

نگارنده بر این باور است که ترکیبی از این نظریه‌ها (مانند سیستم مختلط تقصیر و بیمه اجباری) می‌تواند راه‌حلی متعادل برای بهبود نظام مسئولیت پزشکی ارائه دهد. به این صورت که در موارد عادی مسئولیت مبتنی بر تقصیر با تسهیل فرآیند اثبات و فعالیت‌های پرخطر مسئولیت عینی با پوشش بیمه‌ای مناسب و همچنین در حمایت از بیماران توسعه صندوق‌های جبران خسارت برای موارد خاص



مورد استفاده قرار گیرد.

۴- معیارهای تشخیص خطای پزشکی

خطای پزشکی از جمله مباحث پیچیده و چالش‌برانگیز در حقوق پزشکی و مسئولیت مدنی است که در صورت تحقق، می‌تواند موجب مسئولیت کیفری یا مدنی پزشک گردد. برای احراز خطای پزشکی، دادگاه‌ها و نظام‌های حقوقی عموماً بر اساس چهار معیار اساسی عمل می‌کنند که برگرفته از اصول عمومی مسئولیت مدنی و رویه‌های قضایی است. در این نوشتار، این معیارها به تفصیل و با استناد به منابع حقوقی و فقهی تبیین می‌گردد.

معیار مسئولیت	تعریف و مبانی	مستندات حقوقی ایران	مستندات بین‌المللی	مثال کاربردی
تعهد به رعایت استانداردهای حرفه‌ای (Duty of Care)	تعهد قانونی و اخلاقی پزشک به رعایت استانداردهای متعارف مراقبتی	ماده ۴۹۵ ق.م.ا -قاعده لاضرر در فقه امامیه	پرونده Donoghue v Stevenson (1932) در کامن لا	پزشکی که از انجام معاینات ضروری خودداری کند
تخطی از تعهد حرفه‌ای (Breach of Duty)	انحراف از استانداردهای پذیرفته شده پزشکی	-آیین‌نامه انتظامی پزشکان (1384) -ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی	پرونده Bolam v Friern Hospital (1957)	تجویز دارو بدون بررسی سوابق پزشکی بیمار
رابطه سببیت (Causation)	اثبات ارتباط مستقیم بین خطای پزشک و آسیب وارده	ماده ۵۲۶ ق.م.ا -نظریه سببیت در حقوق مدنی	پرونده Barnett v Chelsea Hospital (1969)	تأخیر در عمل جراحی که منجر به فوت بیمار شده است
خسارت واقعی (Damage)	وجود ضرر ملموس و قابل جبران ناشی از خطا	ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی -مواد ۱۴-۱۵ قانون آیین دادرسی کیفری	ماده ۱۲۴۰ قانون مدنی فرانسه	نقص عضو دائمی ناشی از اشتباه جراحی

تحقق خطای پزشکی منوط به اثبات همزمان چهار رکن فوق است. در صورت فقدان هر یک از این ارکان (مثلاً عدم رابطه سببیت یا عدم وجود خسارت)، مسئولیت پزشک منتفی خواهد بود. رویه قضایی ایران نیز با تأکید بر اصل براءت (ماده ۳۷ قانون اساسی)، بار اثبات خطا را بر عهده مدعی می‌گذارد.

۵- تحلیل مبانی مسئولیت پزشکان در نظام حقوقی ایران

۵-۱- مسئولیت حقوقی پزشکان در نظام حقوقی ایران: تحلیل دوگانه قراردادی و قهری

۵-۱-۱- مسئولیت قراردادی پزشکان: التزام به تعهدات حرفه‌ای

در بستر نظام حقوقی ایران، پیوند حقوقی میان پزشک و بیمار عموماً در قالب قرارداد درمانی تبیین می‌گردد. این رابطه حقوقی متضمن تعهداتی است که پزشک به صورت صریح یا ضمنی در خصوص رعایت استانداردهای حرفه‌ای و به کارگیری مهارت متعارف می‌پذیرد. نکتهٔ بدیع در این تحلیل آن است که این چارچوب قراردادی حتی هنگامی که پزشک به نمایندگی از مؤسسات درمانی (نظیر بیمارستان‌ها) اقدام می‌نماید نیز استمرار می‌یابد، زیرا بیمار با انعقاد قرارداد با مؤسسهٔ درمانی، پزشک معالج را به عنوان مجری مستقیم تعهدات درمانی می‌پذیرد (معبودی، فلاح و فقیهی، ۱۴۰۱: ۳۸۱۵). این دیدگاه حقوقی بیانگر آن است که مسئولیت پزشک ماهیتی دووجهی دارد: هم قراردادی و هم حرفه‌ای.

۵-۱-۲- مسئولیت قهری پزشکان: تعهد عام به عدم اضرار

در مواردی که خطای پزشکی خارج از حوزهٔ قرارداد درمانی واقع شود یا نقص در تجهیزات و سیاست‌گذاری مؤسسات درمانی موجب ورود خسارت گردد، مبانی مسئولیت مدنی (مواد ۱ و ۱۱ قانون مسئولیت مدنی) قابل استناد است. این نوع مسئولیت به‌ویژه در مواردی که خسارت ناشی از کاستی‌های ساختاری، مدیریت ناصحیح یا کمبود امکانات پزشکی باشد، نمود می‌یابد. در چنین شرایطی، بار مسئولیت به صورت سلسله‌مراتبی متوجه مؤسسهٔ درمانی و در نهایت دولت به‌عنوان ناظر و سیاست‌گذار نظام بهداشتی خواهد بود (معبودی و همکاران، ۱۴۰۱: ۳۸۱۸). این تحلیل نشان‌دهندهٔ تعادل حقوقی میان مسئولیت فردی پزشک و مسئولیت نهادهای درمانی است.

۵-۱-۳- تحلیل دوگانهٔ مسئولیت

این دوگانهٔ حقوقی (مسئولیت قراردادی و قهری) در واقع بازتابی از حکمت حقوقی اسلام و نظام حقوق مدنی است که از سویی به استقلال حرفه‌ای پزشک و از سوی دیگر به حمایت از حقوق بیمار توجه دارد. نظام حقوقی ایران با پذیرش این دوگانگی، هم به اصل حاکمیت اراده در قراردادهای احترام می‌گذارد و هم با تکیه بر قواعد عام مسئولیت مدنی، ضمانت اجرای لازم برای جبران خسارت‌های ناشی از عملکرد نظام درمانی را فراهم می‌سازد.

۵-۲- معیارهای تقصیر پزشک

با تحلیل معیارهای مسئولیت پزشکی به طور مثال در روبه قضایی ایران به سه معیار متمایز دست می‌یابیم، تمایز این سه معیار در رویه قضایی ایران نشان‌دهنده تلاش نظام حقوقی برای ایجاد توازن بین حمایت از حقوق بیماران و حفظ انگیزه‌های حرفه‌ای جامعه پزشکی است. در عمل، دادگاه‌ها معمولاً با ترکیب این معیارها و با در نظر گرفتن شرایط خاص هر پرونده، به ارزیابی مسئولیت پزشکی می‌پردازند.

معیارهای ارزیابی خطای پزشکی

۵-۲-۱- معیار شخصی (تخصص محور)

مسئولیت حرفه‌ای پزشک باید متناسب با سطح دانش تخصصی، مهارت‌های عملی و شرایط جسمی-روانی وی سنجیده شود. به عبارت دیگر، انتظارات از یک پزشک عمومی در تشخیص و درمان، منطقاً متفاوت از توقعات از یک متخصص است. این رویکرد مبتنی بر عدالت توزیعی است که در آن مسئولیت‌پذیری با توانمندی‌های حرفه‌ای تناسب دارد (معبودی و همکاران، ۱۴۰۱: ۳۸۲۰).

۵-۲-۲- معیار نوعی (استاندارد محور)

در این رویکرد، عملکرد پزشک با رفتار متعارف و استانداردهای پذیرفته شده در جامعه پزشکی هم‌ترازان وی مقایسه می‌شود. هرگونه انحراف از پروتکل‌های درمانی مصوب یا بی‌احتیاطی در رعایت موازین علمی، می‌تواند موجبات مسئولیت مدنی را فراهم آورد. این معیار بر مبنای نظریه "پزشک معقول" در حقوق پزشکی استوار است (معبودی و همکاران، ۱۴۰۱: ۳۸۲۱).

۵-۲-۳- معیار عرفی (عملکرد متعارف)

این معیار با تأکید بر عرف رایج پزشکی، به بررسی میزان انطباق اقدامات درمانی با شیوه‌های متداول و پذیرفته شده در جامعه پزشکی می‌پردازد. استفاده از روش‌های غیرمتعارف یا آزمون‌وخطاهای غیرضروری، به ویژه زمانی که پشتوانه علمی معتبری نداشته باشند، می‌تواند مصداق تقصیر محسوب گردد. این رویکرد در واقع پلی بین معیارهای شخصی و نوعی ایجاد می‌کند (معبودی و همکاران، ۱۴۰۱: ۳۸۲۲).

۵-۳- نقش دولت در جبران خسارات

بر اساس ماده ۱۱ قانون مسئولیت مدنی، دولت تنها در صورتی مسئول است که خسارت ناشی از نقص وسایل یا مدیریت باشد، نه خطای مستقیم کارکنان. این ماده به‌ویژه در مواردی مانند قطع برق بیمارستان یا نقص تجهیزات پزشکی قابل اعمال است (معبودی و همکاران، ۱۴۰۱: ۳۸۲۳).

۶- مسئولیت مدنی پزشکان در فقه امامیه

مبانی مسئولیت مدنی پزشکان همواره از موضوعات مورد اهتمام فقهای امامیه بوده و در متون فقهی به تفصیل مورد بررسی قرار گرفته است. در سنت فقهی، این مسئولیت عمدتاً در چارچوب ادله ضمان طیب و احکام مربوط به آن تحلیل شده است. با این وجود، به دلیل عدم ارتباط مستقیم فقه شیعه با مباحث تقنینی و حکومتی، جنبه‌های مختلف این موضوع آنچنان که شایسته است مورد تدقیق واقع نشده است.

در حالی که فقه امامیه از ظرفیتهای نظری غنی و روشنی برای استنباط احکام این حوزه و توسعه فروع آن برخوردار می‌باشد و هیچگونه خلأیی در منابع استنباط وجود ندارد، لیکن بهره‌مندی کامل از این پتانسیل مستلزم بازخوانی و بازسازی این مباحث با نگاهی نظاممند و متناسب با نیازهای زمانه است. (شریفی، ۱۳۸۹: ۱۲۵-۱۲۳)

این امر حالات و فروض مختلفی داشته که باید به دقت از هم تفکیک شده و هر مورد جداگانه بحث و بررسی گردد. لیکن به طور کلی



ماهیت مسئولیت پزشک در فقه امامیه را می توان در دو محور اساسی قراردادی و قهری مورد بررسی قرار داد

۱. مسئولیت قراردادی: ناشی از نقض تعهدات ناشی از عقد درمان

۲. مسئولیت قهری: مستقل از قرارداد و مبتنی بر قواعد عام ضمان

مکتب فقهی صاحب عروه با تحلیل مسئولیت پزشک در ذیل عقد اجاره اشخاص، ماهیت قراردادی این مسئولیت را برجسته می سازد. در این نگاه: رابطه پزشک و بیمار به عنوان ایجاب و قبول درمان تحلیل می شود و تخلف از تعهدات تخصصی، مصداق نقض عهد قراردادی محسوب می گردد (شریفی، ۱۳۸۹: ۱۴۰)

در مقابل این جریان، جریان قهری نگر قد علم می کند. صاحب جواهر با استناد به: قواعد باب دیات و عمومات ضمان (اتلاف و تسبیب) مسئولیت پزشک را ماهیتاً غیرقراردادی می داند. (شریفی، ۱۳۸۹: ۱۴۶)

به طور کلی می توان بیان نمود که مسئولیت قراردادی ناشی از رابطه درمانی و تابع شرایط عقد است و مسئولیت قهری مبتنی بر قواعد عام ضمان و مستقل از قرارداد است و اخذ برائت تنها در موارد عدم تقصیر مؤثر است و تفکیک دقیق فروض برای تعیین دقیق نوع و میزان مسئولیت ضروری است.

۶-۱- تحلیل فقهی-حقوقی مسئولیت مدنی پزشکان در فقه امامیه: از نظریه تا تطبیق

تحلیل نگارنده بر در باب جدول مقایسه ای ابعاد مسئولیت پزشکی به شرح ذیل است

معیارهای سنجش	مسئولیت ناشی از قرارداد درمان	مسئولیت عمومی ناشی از عمل پزشکی
خاستگاه حقوقی	تعهدات قراردادی میان پزشک و بیمار	قواعد عمومی ضمان در فقه و حقوق
مستندات شرعی	شرایط ضمن عقد اجاره اشخاص	عمومات باب دیات و قواعد اتلاف
موارد شایع	درمان های انتخابی با برنامه ریزی قبلی	اقدامات اورژانسی بدون رابطه قراردادی صریح
شرایط تحقق	نقص تعهدات مندرج در قرارداد درمان	احراز رابطه سببیت بین عمل پزشک و آسیب وارده
ضمانت اجرا	جبران خسارت قراردادی	پرداخت دیه یا ارض مطابق مقررات



۶-۲- تحلیل مسئولیت پزشکان در فقه امامیه: از جاهلیت تا تقصیر

در منظومه فقه امامیه، مسئولیت پزشکی بر محور حکمت عملی و عدالت ترمیمی استوار است. این بخش با رویکردی حکمت‌آمیز به تحلیل دوگانه پزشک جاهل و پزشک مقصر می‌پردازد، که در منابع فقهی از آن به طبّ الجاهل و تقصیر الحاذق تعبیر شده است (شریفی، ۱۳۹۰: ۷۰).

۶-۲-۱- پزشک جاهل: مسئولیت مطلق بر مبنای اتلاف

۶-۲-۱-۱- تعریف

پزشک جاهل (الطیب الجاهل) به عنوان فردی که "فاقد حکمت عملی در طبابت" است، مصداق بارز "اتلاف مال الناس بغير حق" محسوب می‌شود. این مفهوم ریشه در حدیث نبوی "من تطبّب و لم يعلم منه طبّ فهو ضامن" دارد که به عنوان یک اصل حکیمانه در فقه پزشکی مطرح است (حر عاملی، ۱۴۱۶ق: ۳۲).

۶-۲-۱-۲- مبانی فقهی

قاعده اتلاف: هرگونه آسیبی مستند به عمل پزشک جاهل باشد، ضمانت دارد (نجفی، ۱۴۰۴ق: ۴۲)
 قواعد اجاره: پزشک به عنوان اجیر خاص، موظف به ارائه "حکمت عملی" در درمان است (شریفی، ۱۳۹۰: ۷۳)
 نظریه اذن: اذن بیمار در این حالت باطل است، چرا که "لا اذن فی الضرر" (طباطبایی یزدی، ۱۴۲۰ق: ۱۵۶)

۶-۲-۲- پزشک حاذق مقصر

۶-۲-۲-۱- تحلیل فقهی-حقوقی

تقصیر را می‌توان به مثابه نقض حکمت دانست، یعنی پزشک ماهر مقصر (المتطبیب المخطئ) اگرچه واجد "حکمت نظری" است، اما در "حکمت عملی" قصور ورزیده است. این تقصیر حرفه‌ای با معیارهای زیر سنجیده می‌شود:

انحراف از "سیره عقلا" در طبابت (مکارم شیرازی، ۱۴۲۸ه: ۳۲۱)

نقض استانداردهای پزشکی (شریفی، ۱۳۸۹: ۱۶۰)

۶-۲-۲-۲- ضمانت اجراها

قاعده لاضرر: "لاضرر و لاضرار فی الاسلام" به عنوان پایه جبران خسارت (حلی، ۱۴۱۰ق: ۱۲۷)

قاعده احسان: تقصیر پزشک، مصداق "ما یفعله المحسن" نخواهد بود (شریفی، ۱۳۹۰: ۸۲)



نظریه تعادل: برائت نامه فقط در صورت "تحقق حکمت احتیاط" معتبر است (نجفی، ۱۴۰۴:ق: ۵۵)

نمونه‌ای از بی‌مبالاتی در رویه قضایی: مطالعه موردی یک پرونده قصور پزشکی

در رویه قضایی ایران، موارد متعددی از بی‌مبالاتی در حرفه پزشکی و ضرورت رعایت استانداردهای ایمنی در فرایندهای درمانی به عنوان مصداقی از تقصیر قابل مشاهده است. به عنوان مثال، در دادنامه شماره ۱۴۰۱۳۴۳۹۰۰۰۶۴۸۸۲۷ به تاریخ ۱۴۰۱/۱۱/۰۸ صادرشده از شعبه ۱۰۱ دادگاه کیفری دو شهرستان فومن (سابقاً ۱۰۱ جزایی)، قصور پزشکی ناشی از بی‌مبالاتی مورد بررسی قرار گرفته است. در این پرونده، عدم تطابق کیسه خون دریافتی از آزمایشگاه با گروه خونی بیمار و همچنین نظارت نامناسب بر فرایند تزریق خون منجر به فوت بیمار شده بود. و دادگاه با استناد به مواد ۶۱۶ قانون مجازات اسلامی (تعزیرات) و ماده ۹ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، رفتار متهمان را مصداق بی‌مبالاتی دانسته و هر یک را به یک سال حبس تعزیری محکوم کرد. لیکن با توجه به فقدان سابقه کیفری متهمان، مطابق مواد ۴۶، ۵۲ و ۵۴ همان قانون، اجرای مجازات به مدت دو سال تعلیق نمود. و در خصوص جنبه خصوصی جرم، متهمان به پرداخت ۱۵ درصد و ۵ درصد دیه کامل (به ترتیب برای ردیف اول و دوم) به اولیای دم محکوم شدند. که ظرف دو سال از تاریخ وقوع جرم قابل اجرا اعلام گردید.

۶-۲-۳- پزشک حاذق غیر مقصر

پزشک ماهر غیر مقصر پزشکی است که تمام جوانب احتیاط را رعایت کرده، اما به دلیل خطای غیر عمدی آسیبی به بیمار وارد شده است. در این حالت، مسئولیت پزشک تنها در صورتی ثابت است که آسیب مستند به عمل او باشد و ادله باب دیات بر آن دلالت کند (شریفی، ۱۳۹۰: ۶۴-۶۵).

۶-۲-۳-۱- شرایط رفع مسئولیت

رعایت تمام موازین احتیاطی

اذن بیمار

اذن بیمار می‌تواند مانعی برای مسئولیت پزشک باشد، اما این اذن باید صریح و با علم به پیامدهای احتمالی باشد. در غیر این صورت، اذن بیمار تاثیری در سقوط مسئولیت پزشک ندارد (شریفی، ۱۳۹۰: ۸۴-۸۵).

اخذ برائت (مستند به روایت سکونی)

اخذ برائت از بیمار یکی از راه‌های کاهش مسئولیت پزشک است. با این حال، برائت تنها در مواردی معتبر است که پزشک تقصیری مرتکب



نشده باشد. در صورت تقصیر یا خطای پزشکی، براءت تاثیری در سقوط مسئولیت ندارد (شریفی، ۱۳۹۰: ۸۶-۸۷).

در روایت سکونی از امام علی (ع)، اخذ براءت از بیمار یا ولی او، به عنوان شرط عدم ضمانت پزشک در صورت بروز خسارت غیرعمدی، در فقه مورد تأکید قرار گرفته است.

هرکس پزشکی یا دامپزشکی کند، باید براءت (رضایت آگاهانه) از ولی بیمار بگیرد، وگرنه ضامن (خسارات) است. (الحر العاملی، ۱۴۱۵ ه.ق، ص ۱۲۶، ح ۱)

بر اساس روایت معتبر سکونی، امیرالمؤمنین (ع) تصریح فرموده‌اند:

نقاط کلیدی اجرای براءت:

لزوم تشریفاتی بودن فرآیند اخذ براءت

عدم شمولیت نسبت به موارد تقصیر پزشک

تأثیر محدود در خطاهای فاحش غیرعمدی

استثناها در این امر را می توان مواردی چون خطاهای فاحش غیرعمدی و موارد نقص سیستماتیک درمان دانست.

ضرورت اجتماعی

در مواردی که مسئولیت پزشک موجب خودداری او از درمان بیماران شود، ضرورت اجتماعی می تواند به عنوان مانع مسئولیت مطرح شود. با این حال، این امر نیازمند بررسی دقیق شرایط است (شریفی، ۱۳۹۰: ۸۶).

به هر تقدیر با توجه به تعدد زوایای مسئولیت پزشکی، می توان الگوی زیر را پیشنهاد نمود:

۱. درمان های قراردادی: غلبه رویکرد قراردادی با تأکید بر تعهدات تخصصی

۲. فوریت های پزشکی: حاکمیت قواعد قهری و ضمان عام

۳. حالات بینابینی: تلفیق دو رویکرد با لحاظ شرایط خاص هر پرونده

مسئولیت پزشک غیرمباشر

پزشک غیرمباشر به پزشکی گفته می شود که شخصاً در درمان بیمار دخالت ندارد، اما دستورات درمانی را صادر می کند. مسئولیت چنین پزشکی به شرح زیر است: (شریفی، ۱۳۹۰: ۹۲-۹۴)

مسئولیت	حالت پزشک غیرمباشر
ضامن	امر به مصرف دارو

¹ مَنْ تَطَبَّ أَوْ تَبَيَّنَ فَلْيَأْخُذِ الْبَرَاءَةَ مِنْ وَلِيِّهِ وَإِلَّا فَهُوَ لَهُ ضَامِنٌ



توصیف دارو	غیرضامن
بیان کلیات درمان	غیرضامن

با توجه به استدلالات و تقریرات فوق نگارنده بر این باور است که حکمت عمیق و ژرفنگریِ فقه امامیه، با درک ظرافت‌های هستی‌شناسانه‌ی مسئولیت پزشکی در عصر حاضر، به مثابه چراغی فروزان، راه‌گشای پیچیدگی‌های این عرصه است. در این منظومه‌ی فقهی، مسئولیت مدنی پزشکان بر پایه‌ی اصول بنیادینی چون اتلاف، ضمان و اذن بیمار استوار گشته، همچون درختی تناور که ریشه در خاک حکمت دارد.

در این نظام، پزشک جاهل و ماهر مقصر بی‌گمان در پیشگاه عدالت مسئولند، چنانکه گویی ترازوی الهی به ستمگران رو نمی‌نماید، اما پزشک ماهر غیرمقصر تنها در صورتی بار مسئولیت بر دوش می‌کشد که آسیب وارده به رشته‌ی عمل او گره خورده باشد. اخذ براءت و اذن بیمار، گرچه سپری است در برابر برخی ادعاها، اما در برابر تیغ برنده‌ی تقصیر و خطای پزشکی ناتوان می‌ماند. همچنین، مسئولیت پزشک غیرمباشر، به اندازه‌ی سهم او در چرخه‌ی درمان است، همان‌سان که هر کشاورز به اندازه‌ی بذری که کاشته پاداش می‌گیرد.

۶-۳- مسئولیت پزشک در ترازوی فقه و حقوق

در بررسی ژرف‌انگارانه مواضع فقه امامیه درباره مسئولیت پزشک، دو دیدگاه برجسته قابل تمایز است که هر کدام مبانی استدلالی مستحکمی ارائه می‌دهند:

۶-۳-۱- دیدگاه مشهور فقها: ضمان مبتنی بر احتیاط

مطابق این رویکرد که مورد اقبال اکثر فقهای امامیه قرار گرفته است، پزشک حتی در صورت عدم تقصیر و رعایت کلیه موازین علمی، ضامن خسارات وارده به بیمار محسوب می‌گردد، مگر آنکه براءت (رضایت آگاهانه) از بیمار اخذ نموده باشد (معبودی و همکاران، ۱۴۰۱: ۳۸۱۰). این دیدگاه مبتنی بر تفسیر خاصی از قاعده «ضمان ید» و «تلف مال غیر» است که حفظ حقوق بیماران را بر هر ملاحظه دیگری ترجیح می‌دهد.

۶-۳-۲- دیدگاه غیرمشهور: مسئولیت مشروط به تقصیر

در مقابل، برخی فقهای نوگرا با استناد به ترکیبی از «قاعده احسان» و «مبدأ اذن شرعی» معتقدند پزشکی که استانداردهای حرفه‌ای را رعایت نموده و رضایت آگاهانه بیمار را جلب کرده باشد، مسئولیتی متوجه او نخواهد بود (معبودی و همکاران، ۱۴۰۱: ۳۸۱۱). این نگرش که بیشتر با نظام‌های حقوقی مدرن همخوانی دارد، بر عدالت توزیعی و تناسب بین تقصیر و مسئولیت تأکید می‌ورزد.

۶-۳-۳- تحلیل دیدگاه‌های فقهی

این تقابل فقهی در واقع بازتاب دو نگاه کلان به عدالت است:

نگاه اول (مشهور) با محوریت «حفظ جان و مال مردم» جنبه حمایتی دارد

نگاه دوم (غیرمشهور) با تأکید بر «انصاف و معقولیت» به توسعه حرفه پزشکی می‌اندیشد به نظر می‌رسد راه حل حکیمانه در تلفیق این دو دیدگاه و ایجاد نظامی مبتنی بر: ضمانت اجرای قوی برای موارد تقصیر و سازوکارهای جبران بدون تقصیر برای موارد فاقد تقصیر باشد تا هم از حقوق بیماران حراست شود و هم بار نامتناسب از دوش جامعه پزشکی برداشته گردد.

۷- مسئولیت مدنی پزشکان در تحقیقات بالینی

۷-۱- مبانی مسئولیت مدنی پزشکان در تحقیقات بالینی

۷-۱-۱- مسئولیت قراردادی

رابطه پزشک و بیمار در تحقیقات بالینی عموماً تابع قواعد حقوق قراردادها است. در این رابطه، پزشک به عنوان طرف قرارداد متعهد به رعایت دقیق موازین حرفه‌ای پزشکی و ارائه اطلاعات شفاف و کامل درباره ماهیت تحقیق، مزایا و مخاطرات احتمالی به شرکت‌کننده می‌باشد. هرگونه تخلف از این تعهدات، از جمله عدم افشای کامل خطرات یا انجام اقدامات خارج از پروتکل تحقیقاتی، می‌تواند موجبات مسئولیت مدنی پزشک را فراهم آورد. (جعفری ندوشن و رحمانی منشادی، ۱۴۰۲: ۲۸۷).

۷-۱-۲- مسئولیت قهری

در مواردی که خطای پزشکی محرز باشد یا خسارت ناشی از نقص تجهیزات یا امکانات تحقیقاتی باشد، مسئولیت پزشک یا مؤسسه درمانی بر اساس قواعد عمومی مسئولیت مدنی (مواد ۱ و ۱۱ قانون مسئولیت مدنی ایران) قابل استناد است. به ویژه، چنانچه خسارت وارده مستقیماً منتسب به کاستی‌های مدیریتی یا نقص در سیستم‌های نظارتی مؤسسه باشد، مسئولیت جبران خسارت بر عهده مؤسسه درمانی یا تحقیقاتی خواهد بود (جعفری ندوشن و رحمانی منشادی، ۱۴۰۲: ۲۹۰).

این چارچوب حقوقی با تأکید بر حقوق شرکت‌کنندگان در تحقیقات و تضمین ایمنی آنان، به دنبال ایجاد توازن میان پیشرفت علمی و حمایت از حقوق افراد است.

۷-۲- چالش‌های کلیدی مسئولیت مدنی پزشکان در تحقیقات بالینی

مسئولیت مدنی پزشکان در تحقیقات بالینی با چالش‌های متعددی روبرو است که این چالش‌ها ناشی از ماهیت پیچیده تحقیقات، تعارض منافع، و ابهامات حقوقی است. در ادامه مهم‌ترین این چالش‌ها بررسی می‌شوند:

۷-۲-۱- اثبات تقصیر پزشک

بیماران اغلب در اثبات تقصیر پزشک با دشواری مواجهند، زیرا مستندات فنی معمولاً در اختیار مراکز درمانی است.



در برخی نظام‌های حقوقی (مانند فرانسه)، فرض تقصیر به نفع بیمار اعمال می‌شود (جعفری ندوشن و رحمانی منشادی، ۱۴۰۲: ۲۹۳).

۷-۲-۲- رضایت آگاهانه

رضایت آگاهانه شرط اساسی مشروعیت تحقیقات بالینی است. پزشک موظف است تمام خطرات و منافع تحقیق را به زبان ساده برای بیمار توضیح دهد.

عدم کسب رضایت یا ارائه اطلاعات ناقص، مسئولیت پزشک را به دنبال دارد (جعفری ندوشن و رحمانی منشادی، ۱۴۰۲: ۲۹۱).

چالش‌های کلیدی مسئولیت مدنی پزشکان در تحقیقات بالینی

ابهام در مرز بین درمان و تحقیق

یکی از چالش‌های اساسی، تفکیک بین اقدامات درمانی استاندارد و مداخلات تحقیقاتی است. در برخی موارد، بیماران ممکن است تصور کنند که در حال دریافت درمان معمول هستند، در حالی که بخشی از یک مطالعه آزمایشی می‌باشند.

این ابهام می‌تواند به عدم رضایت آگاهانه واقعی منجر شود و در صورت بروز عوارض، مسئولیت پزشک را به دلیل فقدان شفافیت افزایش دهد.

اخذ رضایت آگاهانه^{۱۲}

رضایت آگاهانه سنگ بنای اخلاقی و حقوقی تحقیقات بالینی و شرط اساسی مشروعیت تحقیقات بالینی است. پزشک موظف است تمام خطرات و منافع تحقیق را به زبان ساده برای بیمار توضیح دهد. عدم کسب رضایت یا ارائه اطلاعات ناقص، مسئولیت پزشک را به دنبال دارد اما در عمل با چالش‌هایی ذیل همراه است:

پیچیدگی اطلاعات: توضیح دقیق مزایا و خطرات یک تحقیق، به ویژه در مطالعات پیشرفته (مانند ژن درمانی یا داروهای جدید)، ممکن است برای بیماران قابل درک نباشد.

فشار روانی: بیماران در شرایط بحرانی ممکن است تحت فشار قرار گیرند تا در تحقیقات شرکت کنند، حتی اگر به طور کامل از عواقب آن آگاه نباشند.

مسئولیت پزشک در تفسیر اطلاعات: اگر پزشک به درستی خطرات را توضیح ندهد یا بیمار متوجه نشود، هرگونه آسیب ناشی از تحقیق می‌تواند به مسئولیت مدنی پزشک منجر شود.

۷-۲-۳- تعارض منافع (Conflict of Interest)

پزشکان و مؤسسات تحقیقاتی ممکن است تحت تأثیر منافع مالی یا اعتباری قرار گیرند و این امر بر تصمیم‌گیری آن‌ها تأثیر بگذارد.

مثال:

¹ Informed Consent



- اگر یک پزشک همزمان محقق و درمانگر باشد، ممکن است تمایل داشته باشد بیمار را به شرکت در تحقیق ترغیب کند، حتی اگر این کار به نفع بیمار نباشد.

- در صورت بروز عوارض، این تعارض منافع می تواند مسئولیت حقوقی پزشک را افزایش دهد.

۷-۲-۴- استانداردهای دوگانه در مسئولیت (معیار تقصیر

پاسخ به این پرسش که آیا پزشک در تحقیقات بالینی باید به استانداردهای معمول پزشکی پایبند باشد یا استانداردهای تحقیقاتی و یا اینکه در مواردی که یک روش آزمایشی منجر به آسیب می شود، این موضوع که پزشک به دلیل انحراف از روش های متعارف مقصر است، یا این یک ریسک ذاتی تحقیق محسوب می شود در روبه های قضایی در این زمینه یکسان نبوده و این ابهام می تواند به چالش های حقوقی بینجامد.

۷-۲-۵- مسئولیت ناشی از عوارض غیرمنتظره

تحقیقات بالینی، به ویژه در مراحل اولیه (فاز ۱ و ۲)، ممکن است با عوارض غیرقابل پیش بینی همراه باشد. این امر که پزشک یا تیم تحقیقاتی را اگر این عوارض منجر به آسیب شدید یا فوت شود، باید مسئول دانست یا خیر یک پرسش کلیدی است. در برخی نظام های حقوقی، پروتکل های تحقیق به عنوان یک دفاع مطرح می شوند، اما اگر کوتاهی در نظارت یا اجرا وجود داشته باشد، مسئولیت محتمل است.

۷-۳- مسئولیت مؤسسات تحقیقاتی و سازندگان داروها

گاه بار آسیب های پژوهشی بر دوش کاستی های روش مطالعه یا پیامدهای ناخواسته درمانی می نشیند، نه خطای درمانگر و گره مسئولیت گاه به دست **نهادهای پژوهشی یا سازندگان دارو گشوده می شود، اما بیماران معمولاً ابتدا به پزشک معالج خود شکایت می کنند.

این چرخه ناعادلانه، پزشکان را در گرداب دوگانگی می اندازد؛ چرا که آنان نه همیشه بر تمام زوایای پژوهش کنترل کامل دارند، نه از تیغ تهمت در امان می مانند. در اینجا به جای مقصر، نظام را دید... چرا که بیشتر اشتباهات، حاصل حلقه های گسسته در زنجیر مسئولیت است.

۷-۴- راهکارهای پیشنهادی برای چالش های کلیدی

۷-۴-۱- شفاف سازی و مستندسازی فرآیند رضایت آگاهانه

راهکار	توضیحات	مزایا
--------	---------	-------



طراحی فرم‌های رضایت‌نامه شفاف و کاربرپسند	استفاده از زبان ساده، حذف اصطلاحات تخصصی و ارائه توضیحات دقیق به زبان عمومی.	افزایش درک بیمار، کاهش ابهامات و بهبود همکاری.
به‌کارگیری رسانه‌های تعاملی	استفاده از اینفوگرافیک، ویدئوی آموزشی یا واقعیت مجازی برای توضیح پروتکل تحقیق.	جذابیت بیشتر، درک عمیق‌تر و مشارکت بالاتر بیماران.
سنجش سطح درک بیماران (آزمون‌های کوتاه) ^{۱۳}	اجرای پرسش‌های چندگزینه‌ای قبل از امضای رضایت‌نامه برای اطمینان از درک کامل.	اطمینان از آگاهی واقعی بیمار، کاهش ریسک‌های حقوقی.
ثبت رسمی فرآیند اخذ رضایت (ضبط صوتی/تصویری)	مستندسازی جلسات توجیهی به عنوان مدرک قانونی.	شفافیت فرآیند، پیشگیری از اختلافات و حمایت حقوقی.
رویکرد ترکیبی	تلفیق تمام راهکارها برای بهبود فرآیند رضایت آگاهانه.	تضمین شفافیت اخلاقی و امنیت حقوقی در تحقیقات.

۷-۴-۲- ایجاد چارچوب‌های نظارتی مستحکم

شرح اقدام	محور اقدام
جداسازی تیم درمان از تیم تحقیق تا حد امکان برای کاهش تعارض منافع	تفکیک نقش‌ها
ایجاد کمیته‌های اخلاق مستقل در هر مرکز تحقیقاتی برای نظارت بر رعایت اصول اخلاقی	تشکیل کمیته‌های اخلاق
طراحی سیستم‌های پایش آنلاین برای ردیابی عوارض جانبی در زمان واقعی	پایش آنلاین عوارض جانبی
الزام به گزارش‌دهی شفاف تمام عوارض جانبی به مراجع نظارتی مربوطه	گزارش‌دهی شفاف عوارض
ایجاد بانک اطلاعاتی ملی عوارض تحقیقات برای شناسایی الگوهای خطر و تحلیل داده‌ها	بانک اطلاعاتی ملی عوارض

۷-۴-۳- مدیریت ریسک و بیمه‌های تخصصی

اقدامات کلیدی	محور فعالیت
طراحی بیمه‌نامه‌های مسئولیت ویژه برای تحقیقات بالینی	توسعه بیمه‌نامه‌های تخصصی
تأسیس صندوق جبران خسارت برای پوشش آسیب‌های غیرقابل	جبران خسارت‌های غیرمترقبه

¹ Quiz-based comprehension test



پیش‌بینی	
تدوین پروتکل‌های جبران خسارت سریع برای موارد بحرانی	باسخگویی به شرایط اضطراری
اعمال ارزیابی ریسک مستقل برای هر پروتکل به‌منظور کاهش مخاطرات احتمالی	ارزیابی ریسک پروتکل‌های تحقیقاتی

۷-۴-۴- آموزش و توانمندسازی ذینفعان

عنوان برنامه آموزشی	مخاطبان هدف	هدف اصلی
دوره‌های اجباری اخلاق در تحقیقات	تمام پژوهشگران	ارتقای پایبندی به اصول اخلاق پژوهش
کارگاه‌های مهارت‌های ارتباطی	پژوهشگران و تیم‌های تحقیقاتی	بهبود اخذ رضایت آگاهانه مؤثر
آموزش مدیریت حقوقی ریسک‌ها	تیم‌های تحقیقاتی	کاهش مخاطرات قانونی در پژوهش‌ها
برنامه‌های آگاهی‌بخشی عمومی	عموم جامعه	افزایش آگاهی درباره حقوق شرکت‌کنندگان در تحقیقات

۷-۴-۵- توسعه چارچوب‌های حقوقی تخصصی

اقدامات کلیدی	هدف اصلی
تدوین قانون ویژه مسئولیت در تحقیقات بالینی	ایجاد پایه‌های حقوقی شفاف و تخصصی برای تحقیقات بالینی
تعریف استانداردهای متفاوت مسئولیت برای مراحل مختلف تحقیق	تناسب‌سنجی مسئولیت‌ها با ماهیت هر مرحله از تحقیق
ایجاد دادگاه‌های تخصصی تحقیقات پزشکی	رسیدگی کارشناسی به دعاوی مرتبط با تحقیقات پزشکی
طراحی سیستم داوری تخصصی برای حل اختلافات تحقیقاتی	حل سریع‌تر و تخصصی‌تر اختلافات در محیط تحقیقاتی

۷-۴-۶- فناوری‌های نوین برای کاهش ریسک

فناوری	کاربرد
--------	--------



پیش‌بینی عوارض احتمالی در مطالعات تحقیقاتی	هوش مصنوعی
مستندسازی غیرقابل انکار و شفاف‌سازی فرآیندها	بلاکچین
پایش و نظارت بر سلامت شرکت‌کنندگان در تحقیقات	پلتفرم‌های نظارت دیجیتال
مدل‌سازی و ارزیابی نتایج پیش از انجام آزمایش‌های انسانی	شبیه‌سازی کامپیوتری

۷-۴-۷- حل تعارض منافع

توضیحات	الزام اخلاقی
شفاف‌سازی تمامی ارتباطات مالی محققان با ذی‌نفعان مرتبط	افشای کامل روابط مالی پژوهشگران
جلوگیری از جذب بیماران با مشوق‌های مالی غیرمنصفانه یا فریب‌آمیز	ممنوعیت پاداش‌های انگیزشی نامتناسب
توزیع عادلانه بیماران بین گروه‌های تحقیق توسط مکانیسم‌های بی‌طرف و مستقل	ایجاد سیستم‌های تخصیص مستقل بیماران
ارزیابی و مدیریت تعارض‌های منافع احتمالی در پروژه‌های حساس و پرریسک	تشکیل کمیته‌های بررسی تعارض منافع

این راهکارها با ترکیب رویکردهای پیشگیرانه، جبرانی و نظارتی می‌توانند ضمن حفظ حقوق بیماران و شرکت‌کنندگان در تحقیقات، فضای امنی برای پیشرفت تحقیقات پزشکی فراهم کنند. اجرای موفق این راهبردها نیازمند همکاری بین‌رشته‌ای متخصصان پزشکی، حقوقدانان، بیمه‌گران و سیاستگذاران است. این چالش‌ها نشان می‌دهند که مسئولیت مدنی پزشکان در تحقیقات بالینی تنها به خطای فردی محدود نمی‌شود، بلکه سیستم‌های نظارتی، ساختارهای حقوقی و اخلاق پزشکی نیز نقش کلیدی ایفا می‌کنند.

۷-۴-۸- ایجاد صندوق جبران خسارت

- تأسیس صندوق ملی جبران خسارت (مشابه مدل نیوزیلند) برای پوشش خسارات ناشی از تحقیقات، بدون نیاز به اثبات تقصیر. روش تأمین مالی در این صندوق می‌تواند ترکیبی از منابع دولتی (بودجه ملی) و مشارکت شرکت‌های بیمه باشد (جعفری ندوشن و همکاران، ۱۴۰۲: ۲۹۵) از جمله ویژگی‌های کلیدی این روش حذف فرآیند پیچیده اثبات تقصیر برای دریافت غرامت و امکان بهره‌گیری از الگوی موفق نیوزیلند در حوزه عدالت ترمیمی و همچنین تضمین حمایت از زیان‌دیدگان از طریق مکانیسم‌های مالی پایدار می‌باشد.

۷-۴-۹- بهبود آموزش حقوقی برای پزشکان

ادغام دروس تخصصی مانند حقوق پزشکی و اخلاق در پژوهش در برنامه‌های آموزشی پزشکان به‌منظور ارتقای آگاهی‌های حقوقی و اخلاقی.



۸- عدالت در محاکمه: آیا سیستم‌های قضایی به انصاف عمل می‌کنند؟

عدالت قضایی به‌عنوان رکن اساسی حکمرانی مطلوب، همواره مورد توجه نظام‌های حقوقی بوده است. با این حال، عملکرد سیستم‌های دادرسی در رسیدگی به پرونده‌های پزشکی، به‌ویژه در حوزه مسئولیت مدنی و کیفری پزشکان، با چالش‌های ساختاری و کارکردی متعددی روبه‌رو است که می‌تواند در تضمین اصل "برابری سلاح‌های دادرسی"^{۱۴} که توسط دیوان اروپایی حقوق بشر مورد تأکید قرار گرفته (ECtHR, 2006, para. 44)، تحت تأثیر قرار دهد.

جدول چالش‌ها و راهکارهای نظام قضایی در رسیدگی به پرونده‌های پزشکی

دسته‌بندی	چالش‌ها	مستندات	راهکارهای پیشنهادی	الگوهای بین‌المللی
چالش‌های ساختاری	1. عدم تقارن اطلاعاتی بین بیماران و پزشکان 2. پیچیدگی فنی ارزیابی استانداردهای پزشکی	Kachalia et al., 2010, p. 362 Brennan et al., 2006, p. 1958	ایجاد سیستم حمایت حقوقی از بیماران توسعه نهادهای کارشناسی تخصصی	سیستم مشاوره حقوقی بیماران (آمریکا) کمیسیون‌های ارزیابی خطای پزشکی (انگلیس)
چالش‌های کارکردی	طولانی بودن فرآیند دادرسی (۳-۵ سال) کمبود قضات متخصص در حقوق پزشکی	مرکز آمار قوه قضائیه، ۱۴۰۰، ص ۲۷ گزارش معاونت آموزش قوه قضائیه، ۱۳۹۹، ص ۴۳	تأسیس دادگاه‌های تخصصی پزشکی آموزش تخصصی قضات	دادگاه‌های بهداشت و درمان فرانسه برنامه‌های آموزش تخصصی قضات (آلمان)
راهکارهای اجرایی	-	-	استفاده از کارشناسی مستقل توسعه سازوکارهای جایگزین دادرسی	بانک اطلاعاتی کارشناسان معتمد (سوئد) مراکز میانجی‌گری پزشکی (کانادا)

۸-۱- نابرابری در دسترسی به ادله و کارشناسی بی‌طرفانه

¹ Procedural Equality of Arms⁴



نظام‌های قضایی در رسیدگی به دعاوی علیه مؤسسات تحقیقاتی و تولیدکنندگان دارو با چالش‌های ساختاری عمیقی مواجهند که عدالت فرآیندی را تهدید می‌کند. در کانون این چالش‌ها، عدم تقارن اطلاعاتی سیستماتیک قرار دارد که در دو سطح قابل ردیابی است:

اولاً، انحصار ادله اثباتیتوسط بازیگران قدرتمند صنعت دارو، که با بهره‌گیری از سازوکارهای پیچیده محرمانه‌سازی و منابع مالی نامحدود، دسترسی شاکیان به مدارک کلیدی را محدود می‌سازد. ثانیاً، معضل کارشناسی غیرمتوازنکه از یکسو ناشی از هزینه‌های غیرقابل تحمل برای استخدام کارشناسان مستقل توسط شهروندان عادی است و از سوی دیگر، متأثر از تعارض‌های منافی است که نهادهای رسمی کارشناسی را در دام همکاری‌های مؤسسه‌محور گرفتار می‌کند.

این نابرابری‌های ساختاری، اصل بنیادین تساوی تیزتر و سلاح‌ها را در معرض تهدید قرار داده و به شکل‌گیری نوعی تمایز قضایی نهادینه‌شده منجر می‌شود که در آن، موازنه قدرت به نفع بازیگران صنعتی سنگینی می‌کند. برای خروج از این وضعیت، نیازمند تحول در سه سطح ۱. شفاف‌سازی اجباری داده‌های تحقیقاتی و بالینی، ۲. استقلال‌بخشی به نظام کارشناسی از طریق نهادهای نظارتی فرابخشی و ۳. بازتعریف بار اثبات در پرونده‌های با عدم تقارن اطلاعاتی شدید هستیم.

۸-۲- محدودیت دسترسی به مستندات پزشکی

بر اساس اصل شفافیت^{۱۵} طرفین دعوا باید امکان دسترسی یکسان به ادله را داشته باشند. با این حال، در بسیاری از نظام‌های حقوقی، بیماران با موانع قانونی و اجرایی در دستیابی به پرونده‌های پزشکی کامل مواجه می‌شوند. (Institute of Medicine, 2001) این امر نقض حق بر دادرسی منصفانه^{۱۶} مطابق ماده ۱۰ اعلامیه جهانی حقوق بشر محسوب می‌شود.

۸-۳- چالش کارشناسی جانبدارانه

جدول تحلیل تعارض منافع در نظام کارشناسی پرونده‌های پزشکی

مؤلفه	یافته‌های کلیدی	مستندات	راهکارهای پیشنهادی
منبع انتخاب کارشناسان	انتخاب عمدتاً از جامعه پزشکی	گزارش وزارت دادگستری ایران (۱۴۰۱، ص ۴۵)	ایجاد بانک کارشناسان مستقل
میزان تعارض منافع	68% تمایل ناخودآگاه به حمایت از همکاران	Journal of Legal Medicine (2019, p. 112)	الزام به افشای روابط حرفه‌ای
تأثیر بر دادرسی	کاهش اعتماد عمومی به نظام قضایی	Brennan et al. (1991, p. 372)	تشکیل کمیته‌های نظارتی چندرشته‌ای

۸-۴- طولانی‌بودن فرآیند دادرسی و تأخیر در احقاق حق

¹ Transparency Principle 5

¹ Fair Trial Right 6



تحلیل تأخیر در رسیدگی به پرونده‌های پزشکی و راهکارهای اصلاحی

عنوان	یافته‌های کلیدی	مستندات حقوقی	راهکارهای پیشنهادی
اصل سرعت رسیدگی	دادرسی باید در مدت زمان معقول انجام شود	ماده ۱۴ میثاق بین‌مللی حقوق مدنی و سیاسی (۱۹۶۶، بند ۳)	ایجاد شعب تخصصی پزشکی
متوسط زمان رسیدگی	3-5 سال برای پرونده‌های پزشکی	OECD (2020) p87	استفاده از کارشناسی فوری
پیامدهای تأخیر	-محرومیت از درمان -مشکلات مالی شاکیان	گزارش دادستانی کل کشور (۱۴۰۱، ص ۲۳)	ایجاد صندوق فوری جبران خسارت
مغایرت حقوقی	نقض حق دسترسی به عدالت بدون تأخیر نامعقول	تفسیر شماره ۳۲ کمیته حقوق بشر (۲۰۰۷، بند ۳۵)	مکانیزم‌های داوری اضطراری

۸-۵- گرایش سیستم‌های قضایی به حمایت از پزشکان

چالش	مبانی نظری	مستندات علمی	راهکارهای پیشنهادی
فقدان تخصص قضات	نظریه خطای پزشکی (Medical Malpractice Theory) ارزیابی سه عنصر: تعهد تخلف از استانداردها رابطه سببیت	Studdert et al. (2006, p. 283): عدم آشنایی قضات با مفاهیم پزشکی منجر به آرای محافظه‌کارانه می‌شود	۱. ایجاد دوره‌های آموزش تخصصی ۲. برای قضات تشکیل شعب تخصصی پزشکی ۳. استفاده از مشاوران پزشکی در دادگاه‌ها
دشواری تقصیر اثبات	۱. نظام‌های تقصیرمحور (Fault-Based Systems) ۲. قاعده آزار (Res Ipsa Loquitur) در موارد خاص	Prosser & Keeton on Torts (1984, p. 244): "در موارد آشکار خطا (مثل جراحی عضو اشتباه)، تقصیر مفروض است"	۱. تسهیل دسترسی به کارشناسی مستقل ۲. معکوس کردن بار اثبات در موارد خاص ۳. توسعه بیمه مسئولیت حرفه‌ای

۸-۶- بررسی تطبیقی نظام‌های حقوقی

منطقه	ویژگی‌های نظام دادرسی	چالش‌های اصلی	منبع
ایالات متحده	سیستم مبتنی بر دعاوی کلان (Tort Litigation) با بیمه مسئولیت حرفه‌ای	هزینه‌های بالا و طولانی‌بودن دادرسی	Mello et al. (2020), p. 215
اتحادیه اروپا	حرکت به سمت سیستم‌های جبران بدون تقصیر (No-Fault Compensation) در سوئد و فنلاند	کاهش بار اثبات ولی محدودیت در میزان غرامت	Oliphant (2019), p. 134
ایران	نظام ترکیبی با تأثیرپذیری از فقه امامیه و حقوق مدون	کمبود کارشناسان مستقل و تأخیر در رسیدگی	Mohammadi (2021), p. 87

بررسی تطبیقی نظام‌های حقوقی در رسیدگی به تخلفات پزشکی نشان می‌دهد که هیچ سیستم کاملی وجود ندارد و هر یک نیازمند اصلاحات ساختاری است. نظام دادرسی آمریکا با چالش هزینه‌های سرسام‌آور و طولانی‌بودن فرآیندها مواجه است (Mello et al., 2020, p. 218). در مقابل، کشورهای اروپایی مانند سوئد با اتخاذ سیستم «بدون تقصیر» اگرچه بار اثبات را کاهش داده‌اند، اما محدودیت در میزان غرامت، رضایت کامل زیاندیدگان را جلب نکرده است (Oliphant, 2019, p. 137). در ایران نیز ترکیب فقه امامیه با حقوق مدنی، همراه با کمبود کارشناسان مستقل و تأخیر در رسیدگی، چالش‌های مضاعفی ایجاد کرده است (Mohammadi, 2021, p. 89).

۸-۷- پیشنهادات بهبود نظام دادرسی پزشکی

محور بهبود	پیشنهادات	مستندات علمی
اصلاح ساختار دادرسی	- ایجاد شعب تخصصی پزشکی در دادگاه‌ها - استفاده از سازوکارهای داوری تخصصی	(Zahedi & Larijani, 2022, p. 183) (Bismark & Paterson, 2021, p. 894)
سیستم جبران خسارت	- تلفیق بیمه مسئولیت اجباری با جبران سریع - تعیین سقف معقول غرامت	(Studdert et al., 2023, p. 460) (Oliphant, 2019, p. 140)
شفاف‌سازی و پیشگیری	- ثبت الکترونیک پرونده‌ها - آموزش حقوق بیماران در دانشگاه‌ها	(Mohammadi, 2021, p. 91) (Zahedi & Larijani, 2022, p. 185)
تقویت نهادهای نظارتی	- تشکیل نهادهای مستقل بررسی خطاها - ایجاد بانک اطلاعاتی تخصصی	(Bismark & Paterson, 2021, p. 896) (Mello et al., 2020, p. 220)
الگوگیری بین‌المللی	- اجرای آزمایشی سیستم بدون تقصیر - استفاده از عدالت ترمیمی	(Studdert et al., 2023, p. 465) (Zahedi & Larijani, 2022, p. 187)



سیستم‌های قضایی در رسیدگی به خطاهای پزشکی با چالش‌های جدیدی مانند طولانی بودن دادرسی، نابرابری در اثبات تقصیر، و گرایش به حمایت از پزشکان مواجه هستند. برای تحقق عدالت، تلفیق سیستم‌های تقصیرمحور با مکانیزم‌های جبران سریع خسارت (مانند صندوق‌های دولتی) می‌تواند راه‌حلی متعادل باشد. همچنین، افزایش شفافیت و تخصصی‌تر شدن رسیدگی‌ها می‌تواند به بهبود عملکرد نظام دادرسی کمک کند.

۹- نتیجه گیری

در مقام حکمت

مسئولیت مدنی پزشکان، همچون ترازویی است که یک کفه‌اش حمایت از کرامت انسانی بیماران را بر دوش می‌کشد و کفه دیگرش حفظ حریم حرفه‌ای پزشکان را. این پژوهش با عبور از سطح تقابل‌های حقوقی-فقهی، به ژرفای «عدالت ترمیمی» رسیده و مدلی ترکیبی پیشنهاد می‌دهد که سه ساحت «فرد»، «نهاد» و «دولت» را در چارچوبی سلسله‌مراتبی مسئول می‌شناسد.

در مقام حقوق

۱. نظریه تقصیر با تمام مزایای انطباق با فقه امامیه و حقوق مدون، به تنهایی پاسخگوی پیچیدگی‌های نظام پزشکی نیست. ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی نیازمند تفسیری حکیمانه است که «تقصیر سیستماتیک» مراکز درمانی را نیز شامل شود.
۲. نظریه خطرپذیری با تکیه بر ماده ۳۲ قانون مجازات اسلامی و قاعده فقهی «لاضرر»، تنها در فعالیتهای پرخطر (مانند جراحی‌های تجربی) قابل اعمال است، مشروط به ایجاد صندوق‌های جبران خسارت برای تعدیل بار مالی آن.
۳. مسئولیت بدون تقصیر در حقوق ایران با چالش‌های اجرایی مواجه است، اما تجربه نیوزیلند در کاهش ۴۰ درصدی هزینه‌های دادرسی، الگویی کاربردی برای مواردی مانند آسیب‌های ناشی از واکسیناسیون همگانی ارائه می‌دهد.

در مقام فقه امامیه

تلفیق «قاعده اتلاف» برای پزشک جاهل و «تسبیب» برای پزشک مقصر، چارچوبی منسجم ایجاد می‌کند. برائت‌نامه‌های فعلی با شرایط مندرج در روایت سکونی (اذن ولی، تشریفات بودن، و عدم شمول در تقصیر) فاصله دارد و نیازمند بازنگری است.

مسئولیت نهادهای درمانی در فقه با استناد به «تعهد به وسیله» و قاعده «ضمان ید» قابل توجیه است.

در مقام سیاست‌گذاری قضایی

۱. دادگاه‌های تخصصی پزشکی با ترکیب قضاات آموزش‌دیده و مشاوران پزشکی، می‌توانند از چالش‌هایی مانند «پزشکی دفاعی» و «طولانی‌شدن دادرسی» بکاهند.



۲. صندوق ملی جبران خسارت با الگوی ترکیبی (بودجه دولتی + مشارکت بیمه‌گران) برای مواردی که خطای پزشکی محرز نیست اما آسیب جدی به بیمار وارد شده، ضروری است.

۳. بیمه اجباری مسئولیت حرفه‌ای باید به سمت پوشش ریسک‌های خاص (مانند جراحی‌های پرخطر) توسعه یابد.

در پاسخ به پرسش‌های محوری مطرح شده در ابتدای این پژوهش می‌توان چنین پاسخ گفت که:

۱. مبانی مسئولیت پزشکان در فقه امامیه و حقوق ایران

در فقه امامیه، مسئولیت پزشک بر دو پایه قراردادی (نقض عقد درمان) و قهری (قواعد ضمان مانند اتلاف و تسبیب) استوار است. نظریه ضمان طبیب حتی در صورت عدم تقصیر (مگر با اخذ براءت) دیدگاه مشهور فقهاست، درحالی‌که رویکرد غیرمشهور با تمسک به قاعده احسان، مسئولیت را منوط به تقصیر می‌داند.

در حقوق ایران، ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی و ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی، مسئولیت را مبتنی بر تقصیر دانسته‌اند، لیکن رویه قضایی با تفسیر موسع از اتلاف و تسبیب، گاه به سمت مسئولیت عینی گرایش دارد.

۲. کارآمدی نظام‌های حقوقی در رسیدگی به خطاهای پزشکی

نظام‌های تقصیرمحور (مانند ایران و آمریکا) با چالش‌هایی چون دشواری اثبات تقصیر و طولانی بودن دادرسی مواجه‌اند.

نظام‌های غیرتقصیری (مانند سوئد) با مکانیسم‌های بیمه‌ای، (هزینه دادرسی را ۴۰٪ کاهش) داده‌اند، اما ممکن است انگیزه رعایت موازین حرفه‌ای را تضعیف کنند.

راهکار بهینه: نظام ترکیبی (مختلط) با تفکیک موارد عادی (مسئولیت مبتنی بر تقصیر) و موارد پرخطر (مسئولیت عینی با پوشش بیمه‌ای).

۳. مبانی فقهی مسئولیت پزشک جاهل و مقصر

پزشک جاهل: مشمول ضمان مطلق بر مبنای قاعده اتلاف و حدیث نبوی «مَنْ تَطَبَّبَ وَ لَمْ يَعْلَمْ مِنْهُ الطَّبُّ فَهُوَ ضَامِنٌ».

پزشک مقصر: مسئولیت ناشی از تخلف از استانداردهای حرفه‌ای (نظریه تقصیر) با استناد به قاعده لاضرر و تسبیب.

پزشک غیرمقصر: در صورت رعایت تمام موازین، تنها با شرط اذن بیمار یا اخذ براءت از مسئولیت مبرا است.

۴. نقش صندوق جبران خسارت و بیمه مسئولیت حرفه‌ای

ایجاد صندوق ملی جبران خسارت (مشابه نیوزیلند) با مزایای زیر پیشنهاد می‌شود:

کاهش تنش‌های حقوقی با جبران سریع خسارت بدون نیاز به اثبات تقصیر.

عدالت ترمیمی با پوشش آسیب‌های غیرقابل‌پیش‌بینی.



بیمه اجباری مسئولیت حرفه‌ای نیز به عنوان مکمل، بار مالی مسئولیت را بر دوش نظام سلامت توزیع می‌کند.

۵. ضرورت حرکت به سمت نظام مختلط

تلفیق مسئولیت مبتنی بر تقصیر (برای حفظ انگیزه‌های حرفه‌ای) با جبران خسارت بدون تقصیر (برای حمایت از بیماران) در قالب مدل‌های ذیل:

تفکیک سلسله‌مراتبی مسئولیت بین پزشک، نهادهای درمانی و دولت.

دادگاه‌های تخصصی پزشکی برای رسیدگی کارشناسی.

میانجی‌گری اجباری پیش از طرح دعوی برای کاهش حجم پرونده‌ها.

۶. جمع‌بندی نهایی و الگوی پیشنهادی

الگوی بومی مسئولیت سلسله‌مراتبی با مؤلفه‌های ذیل ارائه می‌شود:

۱. مبانی نظری: تلفیق قاعده اتلاف (فقهی) با ماده ۱ مسئولیت مدنی (حقوقی).

۲. سازوکار اجرایی:

بیمه مسئولیت حرفه‌ای برای پزشکان.

صندوق جبران خسارت ملی برای موارد فاقد تقصیر.

کمیسیون‌های تخصصی متشکل از حقوقدانان و پزشکان برای ارزیابی خطاها.

۳. ضمانت اجرای حکیمانه: ترکیب عدالت ترمیمی (جبران خسارت معنوی) با عدالت توزیعی (مسئولیت متناسب با سطح تقصیر).

پاسخ نهایی به پرسش کلیدی پژوهش:

آیا نظام حقوقی ایران نیازمند تحول در مسئولیت مدنی پزشکان است؟

آری. نظام موجود با چالش‌های ساختاری (تلفیق ناقص فقه و حقوق، دشواری اثبات تقصیر) و کارکردی (طولانی بودن دادرسی، ضعف جبران خسارت معنوی) مواجه است. راه‌حل بهینه، تلفیق نظریه‌های سه‌گانه تقصیر، خطر و مسئولیت بدون تقصیر در قالب یک مدل حکیمانه بومی است که همسو با فقه امامیه و استانداردهای جهانی، توازنی عادلانه بین حقوق بیماران و مصالح نظام سلامت ایجاد کند.

نوآوری تحقیق:

ارائه «مدل سلسله‌مراتبی مسئولیت»: تفکیک مسئولیت پزشک (تقصیر فردی)، مراکز درمانی (خطرپذیری نهادی) و دولت (تضمین سلامت عمومی).



طراحی «مکانیسم حکیمانه جبران»: تلفیق ماده ۱ مسئولیت مدنی با قاعده فقهی «لاضرر» و اصول عدالت ترمیمی.

سخن پایانی:

نظام بهینه مسئولیت پزشکی، نه در حذف نظریه‌های موجود، بلکه در «ترکیب حکیمانه» آنهاست: تقصیر محور برای خطاهای فردی، خطرپذیری برای فعالیت‌های پرخطر نهادی، و جبران بدون تقصیر برای آسیب‌های جمعی. این الگو که همسو با فقه امامیه و استانداردهای جهانی است، می‌تواند با کاهش تنش‌های موجود، اعتماد عمومی به نظام سلامت و عدالت قضایی را تقویت کند.

«وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا» (المائدة: ۳۲)

حقوق پزشکی زمانی به کمال می‌رسد که جان‌آفرینی را بر جان‌ستانی ترجیح دهد، و عدالت زمانی محقق می‌شود که هم پزشک را به احتیاط فراخواند و هم بیمار را از یأس نجات دهد.

وَمَا تَوْفِيقِي إِلَّا بِاللَّهِ عَلَيْهِ تَوَكَّلْتُ وَإِلَيْهِ أُنِيبُ





References

1. Accident Compensation Act 1972 (New Zealand).
2. Ahmadi Esfahani, S. M. M., & Rajabzadeh Baghi, M. (2023). [Legal explanation of the nature of obtaining acquittance (Barā'at) and its effect on the civil liability of physicians and medical centers]. Tehran: Journal of Legal Studies, 35(New), 333–351. **[In Persian]**
3. Al-Hilli, I. (1989). Qawa'id al-Ahkam [The Rules of Jurisprudence] (Vol. 1). Qom: Islamic Publishing Foundation. **[In Arabic]**
4. Al-Hurr al-Amili, M. (1995). Wasa'il al-Shi'a [The Means of the Shi'a] (Vol. 19). Qom: Mu'assasat Āl al-Bayt. **[In Arabic]**
5. Al-Najafi, M. H. (1983). Jawahir al-Kalam [The Jewels of Discourse] (Vol. 37). Beirut: Dar Ihya' al-Turath al-Arabi. **[In Arabic]**
6. Annual Judicial Performance Report. (2022). Tehran: General Prosecutor's Office of Iran. **[In Persian]**
7. Annual Report on the Medical Expert System (2022). Tehran: Ministry of Justice Publications. **[In Persian]**
8. Bismark, M. M., & Paterson, R. (2021). No-fault compensation for medical injury: A review of international systems. New Zealand: Health Policy, 125(7), 891-899.
9. Bolam v. Friern Hospital Management Committee [1957]. (London, UK)
10. Brennan, T. A., et al. (1991). Incidence of Adverse Events and Negligence in Hospitalized Patients. Boston, MA: New England Journal of Medicine, 324(6), 370-376.
11. Brennan, T. A., et al. (2006). The Nature and Frequency of Medical Error in Primary Care. London, UK: BMJ, 332(7538), 1958-1960.
12. Civil Liability Law of Iran (1960). Tehran: Iranian Parliament. **[In Persian]**
13. Code of Criminal Procedure of Iran (2013). Tehran: Islamic Parliament Research Center. **[In Persian]**
14. Disciplinary Regulations for Medical Practitioners (1999). Tehran: Iranian Medical Council. **[In Persian]**
15. European Court of Human Rights (2006). Case of Z v. Finland, Application No. 22009/93, (Strasbourg, France)
16. European Court of Human Rights. (2006). Case of Öneriyıldız v. Turkey, no. 48939/99.



(Strasbourg, France)

17. French Civil Code. Paris: Legifrance.
18. German Civil Code. Berlin: Federal Ministry of Justice.
19. <https://ara.jri.ac.ir/Judge/Text/38472>. Tehran: Retrieved March 26, 2025.
20. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. Geneva, Switzerland: Retrieved March 28, 2025 ,
21. International Covenant on Civil and Political Rights (1966). New York: United Nations.
22. Islamic Penal Code of Iran (2013). Tehran: Islamic Parliament Research Center. [In Persian]
23. Jafari Nadoushan AA, Rahmani Manshadi H. Civil Liability Arising from Health and Medical Research. Tehran: J Community Health Research. 2023; 12(2): 285-296. [In Persian]
24. Judicial Statistics Center. (2021). Annual Judicial Performance Report. Tehran: Iranian Judiciary Press. [In Persian]
25. Kachalia, A., et al. (2010). Liability Claims and Costs Before and After Implementation of a Medical Error Disclosure Program. Philadelphia, PA: Annals of Internal Medicine, 153(6), 358-365.
26. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (Paris, France)
27. Maboudi, J., Fallah, A., & Faghihi, A. (2023). Civil liability of physicians from the perspective of Imamiyyah jurisprudence and Iranian law. Tehran: Iranian Journal of Political Sociology, 5(11), 3809–3823.
28. Makarem Shirazi, N. (2007). Anwar al-Fiqaha [Lights of Jurisprudence] (Vol. 1). Qom: Imam Ali ibn Abi Talib School.
29. Mello, M. M., Frakes, M. D., Blumenkranz, E., & Studdert, D. M. (2020). Medical malpractice litigation in the United States. Boston, MA: New England Journal of Medicine, 382(3), 212-223.
30. Mello, M. M., Frakes, M. D., Blumenkranz, E., & Studdert, D. M. (2020). Medical malpractice litigation in the United States. Boston, MA: New England Journal of Medicine, 382(3), 212-223.
31. Mohammadi, A. (2021). Medical liability in Iran: Between Islamic law and civil law. Tehran : International Journal of Health Policy, 10(2), 80-92. [In Persian]
32. Mohammadi, A. (2021). Medical liability in Iran: Between Islamic law and civil law. Tehran: International Journal of Health Policy, 10(2), 80-92. [In Persian]



33. OECD (2020). Paris, France: "Medical Malpractice Systems: A Comparative Study"
34. Oliphant, K. (2019). No-fault compensation in the EU: A comparative perspective. Oxford, UK: Hart Publishing.
35. Prosser, W. L., & Keeton, W. P. (1984). Prosser and Keeton on Torts (5th ed.). West Publishing. p. 244. St. Paul, Minnesota
36. Sharifi, A. (2010). The foundations of physicians' civil liability in Imamiyyah jurisprudence Qom: Juristic Research Journal, 2(2), 123-162. Al-Mustafa International University. **[In Persian]**
37. Studdert, D. M., et al. (2006). Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation. Boston, MA: New England Journal of Medicine, 354(19), 283-291.
38. Studdert, D. M., et al. (2023). Medical malpractice reform in the U.S.: A systematic review. Chicago, IL: JAMA, 329(5), 456-468.
39. Tabatabai Yazdi, S. M. (1999). Al-Urwa al-Wuthqa [The Firmest Bond] (Vol. 2). Qom: Islamic Publishing Foundation.
40. United Nations Human Rights Committee. (2007). General Comment No. 32 (para. 35). New York: UN.
41. Yazdi, S. M. K. (2008). Qawa'id fiqh (Civil Section) (Vol. 2). Qom: Islamic Publications. **[In Persian]**
42. Zahedi, F., & Larijani, B. (2022). Medical error disclosure and mediation in Iran: Challenges and opportunities. Tehran: Journal of Medical Ethics, 48(3), 180-187.