



مسئولیت مدنی کادر پزشکی درمانی در حقوق ایران

محمد دهقان طزره^۱

Mohammad dehghan tazareh

رضا صیدی^۲

Reza seyedi

چکیده

از جمله مسؤولیت‌هایی که امروزه در حقوق مورد توجه قرار گرفته، مسؤولیت مدنی کادر پزشکی درمانی است. در نظام حقوق جزای ایران، اگر کادر پزشکی درمانی در انجام وظایف درمانی و بهداشتی خود قصور نماید و موجب ورود زیان مالی، جانی یا معنوی به بیمار یا اولیای دم وی گردد، مسؤل است و باید جبران نماید؛ اما در قانون مدنی و قانون مسؤولیت مدنی ایران به روشنی به این موضوع پرداخته نشده است و از این رو در صدمات بدنی، مسؤولیت مدنی کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. طبق اصول کلی حاکم بر مسؤولیت مدنی و قواعد فقهی چون لاضرر، اتلاف و تسبیب و ماده ۱ قانون مسؤولیت مدنی و مواد ۱۴۵ و ۴۹۵ و ۴۹۷ و ۵۱۰ قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۹۲ مجلس شورای اسلامی مسؤولیت مدنی پزشک و کادر درمانی مبتنی بر تقصیر آنان یعنی عدم تخصص و مهارت و بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی و عدم رعایت مقررات پزشکی و موازین فنی است. مسؤولیت کادر پزشکی درمانی در صورتی است که بین کادر پزشکی درمانی و شخص زیان‌دیده قراردادی چه به صورت شفاهی و چه به صورت کتبی وجود داشته باشد قراردادی است. در صورتی که هیچ قراردادی بین کادر پزشکی درمانی و زیان‌دیده وجود نداشته باشد مسؤولیت مدنی بستگی به این دارد که زیان‌دیده بتواند تعدی یا تفریط کادر پزشکی درمانی را اثبات نماید. متأسفانه با وجود افزایش حوادث پزشکی، رویه قضایی حاکم بر مراجع صالح به رسیدگی و بیمه مسؤولیت مدنی کادر پزشکی درمانی هیچ‌گاه نتوانسته‌اند پاسخگوی مناسبی برای جبران خسارات وارده به بیماران باشند.

mohammaddehghan۱۳۵۱@yahoo.com

^۱ دکترای کلام – فلسفه دین؛ دانشگاه آزاد اسلامی واحد دامغان

^۲ دانش آموخته کارشناسی ارشد حقوق خصوصی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دامغان



اولین همایش ملی
ارتقاء نظام مسؤولیت مدنی در حقوق ایران؛
چالشها و راهکارها
۱۳۹۷ ز ۲۵



واژگان کلیدی: مسؤولیت مدنی، کادر پزشکی درمانی، زیان دیده



مقدمه

هنگامی که انسان بر اثر بیماری به پزشک یا مراکز درمانی مراجعه می‌کند در واقع مسؤولیت سلامتی خود را به کادر درمان می‌سپارد. در یک تقسیم‌بندی کلی کادر پزشکی - درمانی عبارتند از گروه پزشکان معالج یا جراحان و سایر کادر درمانی غیر پزشک. پزشک معالج یا جراح، وظیفه اصلی درمان بیمار را برعهده دارد و سایر کادر درمانی به دستور و زیر نظر آنها عمل می‌کنند. یک پزشک و کادر درمانی همواره در قبال خسارات احتمالی که بر اثر انجام وظایف پزشکی به آنها واگذار شده مسؤول می‌باشند. هر چند موضوع مسؤولیت پزشک و کادر درمانی از گذشته‌های دور مطرح بوده اما امروزه به دلیل پیشرفت علوم و صنایع و ازدیاد مراجعه به مراکز درمانی و وجود عوامل ناشناخته بسیار در فرآیند درمان، مسؤولیت کادر پزشکی - درمانی اهمیت روزافزونی یافته است. مسؤولیت حرفه‌ای کادر پزشکی - درمانی یکی از مهمترین مباحث علم حقوق است که شامل مسؤولیت اخلاقی، قانونی، مدنی، حقوقی و کیفری پزشک و همه دست‌اندرکاران حرف پزشکی در برابر بیمار در رابطه با هر گونه کوتاهی و خطا اعم از عمدی یا سهوی در درمان، اقدامات درمانی و افشای اسرار پزشکی بیماران می‌باشد.

در واقع هر فعل یا ترک فعل زیان‌باری که برخلاف عرف پزشکی است و باعث ورود خسارت شود، مسؤولیت‌آور است. بنابراین تفسیر نادرست یک رادیوگرافی، بی‌احتیاطی در جابجایی بیمار از محل حادثه تا مراکز درمانی، بی‌دقتی متصدی آزمایشگاه در انجام آزمایش‌ها و جابجایی نمونه آزمایش افراد، تحویل داروی اشتباهی از سوی مسؤول داروخانه، تقصیر در گچ گرفتن عضو و بروز مشکل، عدم پذیرش به موقع بیمار که منجر به تشدید بیماری شده است و... همگی از اعمالی است که باید مرتکب (مرتکبان) در برابر صدمات وارده، مسؤول دانست.

در مورد اعمال پزشکی و اقدامات درمانی دو نوع زیان ممکن است به بیمار وارد شود و به تبع آن مسؤولیت پزشکی در دو زمینه مطرح می‌شود: اول، مسؤولیت ناشی از عدم موفقیت درمان و عدم بهبودی بیمار؛ دوم: مسؤولیت ناشی از زیان‌های جدیدی است که به مناسبت انجام اقدام درمانی به بیمار وارد می‌شود. از سوی دیگر تعهد پزشک در زمینه اول، در تمام نظام‌های حقوق دنیا، از نوع تعهد به وسیله و در نتیجه، مسؤولیت، مبتنی بر تقصیر خواهد بود و تحولی که به سمت مسؤولیت نوعی مطرح می‌باشد، در این زمینه وجود ندارد. اما انجام هر عمل پزشکی - درمانی ولو بسیار ساده، ممکن است صدمات و زیان‌های بسیار شدیدی را برای بیمار به دنبال داشته باشد که هیچ ارتباطی با بیماری قبلی وی که برای درمان آن مراجعه کرده بود ندارد؛ همچنین ممکن است اقدامات انجام شده موجب تشدید بیماری قبلی وی شود.

بطور کلی مسؤولیت کادر پزشکی - درمانی (همچون سایر افراد) در دو گروه کلی جای می‌گیرد؛ اول: مسؤولیت جزایی که بیشتر جنبه کیفری موضوع را دربر می‌گیرد. دوم: مسؤولیت مدنی که بعد جبران خسارت و مالی دارد. در این مقاله برخی شقوق مسؤولیت مدنی کادر پزشکی - درمانی در برابر زیان وارده به بیمار مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت.

قلمرو مسؤولیت مدنی

در هر مورد که شخص ناگزیر از جبران خسارت دیگری باشد می‌گویند در برابر او مسؤولیت مدنی دارد. مسؤولیت مدنی هیچگاه نتیجه‌ی مستقیم اعمال حقوقی نیست و بایستی آن را در زمره‌ی وقایع حقوقی تلقی کرد.^۳ به عبارتی اضرار به غیر که باعث پرداخت خسارت به زیان دیده می‌شود، مسؤولیت مدنی نامیده می‌شود. ورود ضرر شرایط تحقق چنین مسؤولیتی بوده و از ارکان مهم آن است. چه بسا فردی مقصر نباشد لیکن به دلیل ورود ضرر به دیگری مسؤولیت مدنی پیدا کند. زیان دیده با مراجعه به دادگستری می‌تواند خسارت خود را جبران کند. چهره غالب، مسؤولیت مدنی جبران خسارت زیان دیده است تا کیفر دادن مقصر و مبنای آن هم این عبارت است که: هیچ ضرری نباید جبران نشده باقی بماند و از همین رو است که مهجورین از جمله مجانین و صغار با این که قابلیت تشخیص خوب و بد را ندارند و به همین جهت نیز از مسؤولیت کیفری مبری هستند لیکن بر اساس قاعده‌ی فقهی، لاضرر و لاضرار فی الاسلام و به استناد قانون، مسؤولیت مدنی پیدا می‌کنند. (ماده ۱۲۱۶ ق.م.) چون هدف مسؤولیت مدنی، مجازات مرتکب نیست بلکه جبران خسارتی است که زیان دیده به طور ناروا متحمل آن شده است. لیکن این گونه افراد که در حقوق کیفری در صورت ارتکاب جرم، مسؤولیت مخدوش (مخففه) دارند در حقوق مدنی دارای مسؤولیت تام و کامل هستند.

حقوق مسؤولیت مدنی در آخرین تحولات خود، با تمایل به لزوم جبران ضرر و پیروی از قاعده مهم فقهی لاضرر از تکیه مطلق خود بر تقصیر مرتکب و مجازات وی کاسته است. بر همین مبنا است که احکام و قواعد مسؤولیت مدنی، صرفاً به مفهوم بازدارندگی از تقصیر زیانبار نیست، بلکه وسیله‌ای برای تأمین احترام حقوقی زیان دیده نیز هست.^۴

با توجه به قواعد فقهی و حقوقی مربوط به مسؤولیت مدنی، این مسؤولیت می‌تواند ناشی از دو حالت زیر باشد:

مسؤولیت قراردادی: این مسؤولیت در نتیجه‌ی عدم ایفای تعهد ناشی از قراردادهاست که در این صورت تخلف به دلیل عدم وفای به عهد و در نتیجه ضرر به طرف دیگر قرار داد، بایستی بر اساس قواعد مسؤولیت مدنی، خسارت وارده به طرف مقابل را جبران نماید. شرایط ایجاد چنین مسؤولیتی اول وجود قرارداد بین دو طرف و دوم ایجاد خسارت ناشی از اجرا نکردن مفاد قرارداد توسط یکی از طرفین می‌باشد.

مسؤولیت خارج از قرارداد (قهری): مسؤولیتی است که در آن دو طرف، هیچ قراردادی با هم ندارند و یکی از آنها چه به عمد و یا به خطا به دیگری زیان می‌رساند. چنین مسؤولیتی بر خلاف اراده‌ی شخص به او تحمیل می‌شود و محدود به امری که در قلمرو انتظار و پیش بینی او باشد نیست. در مسؤولیت‌های خارج از قرارداد، اجرای مفاد قرارداد و یا احترام به اراده‌ی اشخاص مطرح نیست بلکه نظم عمومی ایجاب می‌کند که قانون، کسی را که به طرز نامشروع به دیگری ضرر زده است مسئول قرار دهد. به بیان دیگر در مسؤولیت قهری، فعل نامشروع ایجاد التزام می‌کند. به همین اعتبار نیز در زمره منابع تعهد است. برعکس در مسؤولیت قراردادی، اراده، مبنای تعهد و تعهد منبع مسؤولیت است.^۵

^۳ بادینی، حسن، فلسفه مسؤولیت مدنی، ۱۳۸۴، ص ۲۶.

^۴ کاتوزیان، ناصر، حقوق مدنی (الزام‌های خارج از قرارداد، ضمان قهری)، ۱۳۸۷، ص ۴۸.

^۵ همان، ص ۱۰۸.



کادر پزشکی درمانی

در بیشتر موارد امر درمان مستلزم دخالت عوامل مختلفی است. در این صورت به مجموعه عوامل درگیر امر درمان و معالجه در سطوح مختلف اعم از اینک در اورژانس یا درمانگاه یا بیمارستان دولتی یا خصوصی اشتغال دارند «کادر درمان» گفته می‌شود.

ماده یک آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌ای پزشکی وابسته موضوع ماده ۲۴ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی در تعریف «کادر درمان» آورده است: «فارغ‌التحصیلان کاردانی، کارشناسی و کارشناس ارشد شاغل در رشته‌های علوم آزمایشگاهی، تکنولوژی پزشکی، رادیولوژی، بیورادیولوژی، رادیوتراپی، پرستاری و مامایی، اتاق عمل، هوش‌بری، داروسازی، تغذیه، مبارزه با بیماری‌ها، بهداشت خانواده، بهداشت کاردهان و دندان، فارغ‌التحصیلان دانشکده بهداشت، رشته‌های مختلف توانبخشی، فیزیوتراپی، اودیومتری، اپتومتری، مدارک پزشکی، رشته‌های مربوط به تجهیزات پزشکی، مهندسی پزشکی، بیوفیزیک، بیوشیمی، خدمات اجتماعی و مددکاری و علوم پزشکی.

تبصره: شاغلان پزشکی و حرفه‌های وابسته موضوع این ماده، افرادی هستند که در یکی از مراکز درمانی و بهداشتی اعم از خصوصی، دولتی، وابسته به دولت یا خیریه اشتغال دارند.

مبنای مسؤولیت مدنی کادر درمان در قانون مجازات اسلامی

معالجه و درمان یک ضرورت عمومی و مورد نیاز اساسی افراد جامعه است که در آموزه‌های دینی هر چند با اخذ اجرت در ردیف عمل نیک و احسان به شمار آمده است، نجات جان بیمار نیازمند، دارای اهمیت زیادی است. با وجود این، اصل منع آسیب به اشخاص و لزوم حفظ سلامت آنان ایجاب می‌کند که جمع هر دو مصلحت با هم باشد. در این راستا در منابع فقهی عدم مهارت و تخصص در امر درمان و طبابت یا بی‌احتیاطی و قصور، ضمان آور شناخته شده است و در ماده ۴۹۵ قانون مجازات ۱۳۹۲ موجب مسؤولیت پزشک و کادر درمان شناخته شده است.

در فرض عدم مهارت و عدم رعایت مقررات قانونی، مبنای مسؤولیت کادر درمانی تقصیر آنان است و در صورتی که کادر درمانی دارای تخصص و تجربه و مهارت کافی باشند در منابع فقهی دو نظریه مطرح شده است. نظر مشهور این است که هرگاه درمان بیمار منجر به فوت یا زیان بدنی او شود پزشک و کادر درمان دخیل در آن، ضامن هستند اگر چه در این امر متبخر و دارای مهارت کافی باشند و معالجه با اذن بیمار یا ولی او باشد و پزشک را در هر حال ضامن می‌دانند. و در صورتی که پزشک و کادر درمان تخصص لازم را داشته باشند و امر درمان با اجازه بیمار یا ولی او طبق موازین پزشکی و متعارف صورت گرفته باشد، مسؤولیتی ندارند که البته قانون‌گذار همین نظریه را پذیرفته است.



در مواد ۳۱۹ و ۳۲۲ قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۷۵ مسؤولیت بر مبنای تقصیر و نیز عدم تحصیل براءت از بیمار یا اولیاء او پیش‌بینی شده است. در حالی که، در قانون مجازات جدید مبنای مسؤولیت، تقصیر کادر درمانی شناخته شده است و عدم تحصیل براءت از بیمار و اولیاء او شرط مسؤولیت نیست. طبق اصول کلی حاکم بر مسؤولیت‌مدنی و قواعد فقهی چون لاضرر، اتلاف و تسیب و ماده ۱ قانون مسؤولیت مدنی و مواد ۱۴۵ و ۴۹۵ و ۴۹۷ و ۵۱۰ قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۹۲ مجلس شورای اسلامی مسؤولیت مدنی پزشک و کادر درمانی مبتنی بر تقصیر آنان یعنی عدم تخصص و مهارت و بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی و عدم رعایت مقررات پزشکی و موازین فنی است.

شرایط مسؤولیت مدنی کادر درمان

اصولا مسؤولیتی که متوجه کادر درمانی می‌شود از دو حال خارج نیست، یا مسؤولیت قراردادی است و یا خارج از قرارداد. اگر بین کادر درمانی و شخص زیان‌دیده قراردادی ولو شفاهی وجود داشته باشد، مسؤولیت ضرر و زیان وارده بر اساس نقض قرارداد برعهده کادر درمان بوده چرا که در این فرض از شمول قاعده احسان خارج شده و بحث ضمان مطرح می‌شود. در جایی که بین کادر درمانی و زیان‌دیده قراردادی وجود نداشته باشد، ضمان بر اساس مسؤولیت خارج از قرارداد است که این مسؤولیت هم منوط به اثبات تعدی و تفریط کادر درمان توسط زیان‌دیده است. در این فرض، شرط اجرای قاعده احسان، عدم تعدی و تفریط است.

مسؤولیت قراردادی منوط به وجود قرارداد بین بیمار با پزشک و کادر درمانی و یا با بیمارستان و درمانگاهی که کادر درمان به موجب قراردادی به معالجه بیماران آن می‌پردازند و نیز اثبات زیان ناشی از عدم اجرای تعهدات قراردادی است.

چنانچه بین بیمار و پزشک و کادر درمانی یا بیمارستان قرارداد معتبری نباشد، مسؤولیت قهری آنان با اثبات این شرایط محقق می‌شود:

تقصیر: یعنی هرگاه کادر درمان با توجه به شرایط خاص حاکم بر بیمار و موقعیت مکانی و زمانی درمان و امکانات، موازین علمی و فنی را رعایت نکرده و مرتکب بی‌احتیاطی، بی‌مبالاتی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی شده باشند در برابر زیان‌دیده، شخصا یا مجتمعا مسؤول جبران خسارت هستند که میزان مسؤولیت بر اساس رابطه تقصیر آنان و در غیر این صورت به نحو تساوی خواهد بود.

ورود ضرر: یعنی باید تقصیر کادر درمان سبب فوت، نقص، تشدید بیمار، بروز بیماری جدید و مانند آن شده باشد. کادر درمان علاوه بر مسؤولیت انتظامی و مجازات‌های مندرج در ماده ۲۸ قانون سازمان نظام پزشکی که توسط دادسرا و هیات بدوی انتظامی پزشکی تعیین می‌شود، به استناد مقررات جزایی از جمله مواد ۱۴۵ و ۴۹۵ و ۴۹۶ قانون مجازات اسلامی مصوب سال ۱۳۹۲ مجلس شورای اسلامی نیز قابل تعقیب است که با طرح شکایت در دادسرا و انجام تحقیقات و معاینات لازم و جلب نظر کارشناسی هیات‌های بدوی انتظامی پزشکی مطابق مقررات قانونی به دیه محکوم خواهد شد.



ارکان مسؤلیت مدنی کادر پزشکی درمانی

مجموعه قواعد و مقررات کلیه کشورها این حق را به بیمار می‌دهد که در رابطه با مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود، دعوا طرح کنند و در نتیجه این دادرسی، چنانچه ثابت شود که حقی از بیمار ساقط یا صدمات مادی و معنوی به او وارد و دچار صدماتی شده است، واردکننده زیان مسئول جبران کلیه خسارات می‌باشد.

در طول سه دهه آخر قرن ۲۰، تغییر و تحولات بسیاری در سیستم قانون گذاری ایالات متحده آمریکا راجع به خطاها و مسؤلیت‌های پزشکی و درمانی اتفاق افتاده که تمامی آنها نشأت گرفته از اصلاحاتی در خصوص مسؤلیت مدنی است و یکی از عمده ترین آنها ایجاد دادگاه‌ها و مراجع خاص رسیدگی به خطاهای پزشکی است.^۶ بر طبق قواعد حقوقی این کشور، برای اقامه دعاوی مسؤلیت مدنی ناشی از خطاهای پزشکی، باید چهار عنصر ثابت شود. به عبارتی، بیمار موظف است ثابت کند:

- ۱- کادر درمانی، متعهد به یک وظیفه قانونی، مبتنی بر فراهم کردن اقدامات درمانی مناسب بوده است؛
 - ۲- آن وظیفه قانونی از سوی کادر درمانی نقض شده است؛
 - ۳- نقض این وظیفه، علت بروز آسیب و صدمات وارده به بیمار بوده است (اثبات رابطه سببیت میان رفتار زیان بار و خسارت پدیدآمده)؛
 - ۴- تحقق زیان. (زیرا بدون وجود خسارت هیچ پایه و اساسی برای طرح یک دعوا وجود ندارد).
- این در حالی است که در نظام حقوقی ایران، ارکان تحقق مسؤلیت مدنی مجموعه درمانی عبارتند از:
- الف - بروز خطای پزشکی و درمانی؛ ب - ورود خسارت به بیمار؛ ج - احراز رابطه سببیت میان خطای وارده و بروز خسارت.

خطای پزشکان و پرستاران

در عرف پزشکی، خطای پزشکی به بخشی از اتفاقات ناخواسته پزشکی که قابل پیشگیری باشد، تعریف شده است.^۷ خطای پزشکی قصور خدمت یا ارتکاب عمل اشتباه در برنامه‌ریزی یا اجراست که به طور بالفعل یا بالقوه باعث یک نتیجه ناخواسته می‌شود.

برای آنکه خطای پزشکی، از جمله خطاهای جزایی پزشکی محسوب شده و قابلیت پیگرد قانونی را داشته باشد، در وهله نخست باید موجب ایجاد عارضه و آسیبی شده باشد و دیگر این که عارضه ناشی از قصور و یا تقصیری از ناحیه کادر درمان باشد.

^۶ مرادزاده، حسن؛ سالارکریمی، حدیثه (۱۳۹۳)، مسؤلیت مدنی مجموعه درمانی در آینه آراء مراجع قضایی با نگاهی به کمیسیون‌های تخصصی پزشکی قانونی، مجله حقوق پزشکی، شماره ۲۸، ص ۵۲.

^۷ اصغری، فریبا و همکاران (۱۳۸۴)، اظهار خطای پزشکی، مجله دیابت و لیپید ایران، ویژه نامه اخلاق و تاریخ پزشکی، ص ۲۵.

قصور (و تقصیر) پزشکی به هر صورتی که باشد یک امر نسبی است. چه بسا پزشکان متبحر در موردی مرتکب قصور (و تقصیر) می‌شوند که پزشکان دیگر آن را به سادگی انجام می‌دهند. از طرفی نمی‌توان انتظار داشت که همه پزشکان از معلومات یکسان در سطح بالا برخوردار باشند.^۸ آنچه در معیار تشخیص خطای پزشکی، مهم است انتظار طبیعی از یک پزشک متعارف است. خطای جزایی پزشکی نسبت به خطای پزشکی عنوانی خاص محسوب می‌شود. خطای پزشکی به معنای عام آن موضوع بحث پژوهشگران حوزه سلامت است؛ در حالی که خطای جزایی پزشکی به آن دسته از خطاهایی اطلاق می‌شود که به جهت متصف بودن به اوصاف مندرج در قانون مجازات اسلامی، دارای ضمانت اجرای قانونی و جزایی هستند.

بعضی از مسؤولیت‌ها در اثر نقض قوانین و فقدان مراقبت ایجاد می‌شود. به عبارتی، مسؤولیت در مراقبت و اقدامات درمانی به معنای انحراف از دستورالعمل‌های استاندارد شده‌ای است که سبب مسؤولیت‌های حرفه‌ای، مدنی یا جزایی می‌شود. بدین ترتیب خطای پزشکی در هنگام نقض تعهدات هر یک از کادر درمانی نسبت به بیمارش به وجود می‌آید؛ خواه ریشه این تعهدات قرارداد مابین مجموعه درمانی و بیمار باشد یا به موجب قانون و در هر حال، پزشک، پرستار و... می‌بایست اصول و قواعد طبی مسلم در فن پزشکی را رعایت نماید.

باید توجه داشت که در فرآیند درمان، یک پزشک، پرستار، ماما، فیزیوتراپ، گفتار درمانگر و... تعهد نمی‌دهند که معالجه و اقدام درمانی وی حتما نتیجه بدهد و عاری از هر گونه لغزش باشد بلکه او متعهد است که در سطح و شرایطی اقدام به مداوا و درمان بیماران خود کند که معمول و جاری است. به عبارت دیگر، هر جا که کادر درمانی از انجام تعهد خویش سرباز زند مرتکب خطا شده است ولی این بدین معنا نیست که هرگونه شکست و عدم موفقیت یا حادثه در هنگام معالجه ضرورتاً خطای پزشکی به حساب آید زیرا عمل پزشکی فی‌نفسه و به حکم طبیعت خود، از خطر جدا نیست.

اصل بر این است که بار اثبات خطا بر عهده مدعی است. در اجرای اصل فوق بار اثبات خطای پزشکی و درمانی بر عهده بیمار است. زیرا وی مدعی ارتکاب خطا و اشتباه در اقدامات درمانی انجام شده نسبت به خود است و در همه حالاتی که هر یک از افراد مجموعه درمانی متعهد به سعی، کوشش و مواظبت بوده است، بیمار می‌بایستی خطایی را که هریک از ایشان مرتکب آن شده است را اثبات نماید. کلیه دلایلی که از لحاظ رسیدگی قضایی قابل استناد است، در اینجا نیز می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. بنابراین بیمار می‌تواند در اثبات خطای پزشک به اقرار یا شهادت شهود یا ارجاع امر به کارشناس و... توسل جوید و دادگاه ملزم است در هر مورد از انواع فوق رسیدگی نماید. یکی از نتایج حاصله از بررسی مقطعی انجام شده نشان می‌دهد که خطاهای صورت پذیرفته در حوزه جراحی و مراقبت‌های پس از درمان هر کدام به ترتیب با ۴۷/۸۲ و ۲۱/۷۳ درصد بیشترین میزان مسؤولیت را در میان نمونه‌های مورد بررسی به خود اختصاص داده‌اند.

^۸ عابدی خوراسگانی، م.ح. (۱۳۷۸)، بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی رشته بیهوشی در یک دوره ۶ ساله رسیدگی در کمیسیون سازمان پزشکی قانونی کشور طی سال‌های ۷۳ تا ۱۳۷۸ پایان نامه دریافت دکترای تخصصی رشته پزشکی قانونی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ص ۶۹

انواع خطای کادر پزشکی درمانی

بی‌مبالاتی: شامل ترک فعلی است که از نظر علمی و فنی انتظار انجام آن از پزشک می‌رود، ولی بر اثر غفلت انجام نمی‌شود؛ به عنوان نمونه: اقدام جراح به عمل جراحی بیمار مبتلا به هموفیلی، بدون انجام آزمایش زمان سیلان و انعقاد خون و خسارت یا تلف شدن بیمار در جریان این موضوع، همچنین عدم ارجاع و معرفی بیمار مبتلا به پارگی تاندون به جراح توسط پزشک عمومی از جمله مصادیق بی‌مبالاتی در جراحی ارتوپدی محسوب می‌شود.

بی‌احتیاطی: انجام فعلی که از نظر علمی و اصول پزشکی نایستی انجام پذیرد، ولی در اثر سهل‌انگاری انجام می‌شود؛ مانند عمل جراحی بی‌مورد برای بلند کردن قد روی فردی که قد وی متناسب بوده است و بیمار متعاقب آن دچار نقص عضو شدید شده است؛ یا مرخص کردن بیماری که دچار شکستگی متعدد بوده و می‌بایست چند روز بعد از جا اندازی و گچ‌گیری تحت نظر و بستری می‌شد.

عدم مهارت: شامل مواردی است که پزشک تبحر علمی و فنی لازم برای انجام آن کار به خصوص را نداشته باشد؛ مانند پزشکی که از پیچ و پلاک داخلی برای شکستگی چندقطعه‌ای توأم با زخم باز استفاده کند و این عمل باعث عفونت شدید پا شود؛ یا بیماری که دچار انحراف زانو و کوتاهی مختصر همان اندام از دوران کودکی بوده است، پزشک ابتدا بیمار را تحت عمل جراحی اصلاح کوتاهی پا و سپس تحت عمل جراحی اصلاح انحراف محور اندام قرار دهد که این عمل از نظر علمی اشتباه است و از نظر علمی می‌بایست ابتدا عمل جراحی اصلاح محور و سپس عمل جراحی اصلاح کوتاهی پا انجام شود.

بیماران ارتوپدی طیف وسیعی از مسائل و مشکلات را دارند؛ مثل پیری و کهولت سن، وجود بیماری‌های مرتبط با سالمندی و یا افراد جوانی که به دلیل تروما آسیب‌های دیگری هم دیده اند که در انتخاب روش بیهوشی می‌تواند تأثیرگذار باشد؛ لذا متخصص بیهوشی در برخورد با چنین بیماری نباید فقط به منطقه آسیب دیده ناشی از تروما توجه کند بلکه یک معاینه کامل لازم است. اکثر آنان بیماری‌های همزمان دیگری نیز دارند؛ به علاوه، کنترل درد پس از عمل آنان یک مسأله جدی است. به دلیل موارد بارز عوارض قلبی پس از اعمال ارتوپدی و از آنجا که بررسی ظرفیت عمل کردی و رزرو قلبی آنان به دلیل محدودیت در انجام فعالیت‌ها مشکل است خیلی از این بیماران نیازمند بررسی‌های قلبی قبل از عمل می‌باشند.

عدم رعایت نظامات دولتی: عدم توجه به آیین‌نامه‌ها، بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های اداری و اجرایی، نظام پزشکی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ مانند نفرستادن نسوج خارج شده از بدن پس از انجام عمل جراحی جهت آزمایش بافت شناسی و آسیب شناسی؛ عدم پذیرش بیمار اورژانسی و انجام ندادن اقدامات اولیه برای وی؛ انجام جراحی‌ها در مراکز غیرمجهز و یا در مطب یا انجام عمل جراحی ارتوپدی پیچیده توسط جراح عمومی.^۹

^۹ عباسی، محمود؛ احمدی، احمد (۱۳۹۲)، جراحی ارتوپدی و مسؤولیت‌های ناشی از آن در نظام حقوقی ایران، مجله حقوق پزشکی، شماره ۲۶، صص ۲۵-۲۳.

ماهیت حقوقی رابطه کادر پزشکی درمانی و بیمار

رابطه کادر پزشکی درمانی و بیمار یک رابطه عهدی است و سبب ایجاد این تعهدات نیز اگر قراردادی در میان باشد، قراردادی والا قانونی خواهد بود. بدیهی است اگر بیمار مجبور بوده و به نماینده قانونی او دسترسی نباشد، یا بیمار در حالت اورژانس بدون اینکه اراده ای در تن دادن به درمان داشته، تحت معالجه قرار گرفته باشد، تعهدات پزشک قانونی است و در صورت مراجعه خود بیمار و با رعایت شرایط اساسی قرارداد، تعهدات کادر پزشکی درمانی، قراردادی خواهد بود.

مطالعه مبانی حقوقی و فقهی ما نشان می دهد که در تحلیل یک رابطه حقوقی باید اثر اصلی یا ماهیت حقوقی این رابطه را از آثار فرعی، که حقوق و تعهدات ناشی از آن ماهیت هستند، باز شناخت. از آنجا که ادبیات حقوقی ما ترکیبی از ادبیات حقوقی فرانسه (که تعهد را محور مطالعه قرار می دهد) و ادبیات فقهی (که عمده ترین سبب ایجاد آن یعنی عقد را کانون مطالعه قرار می دهد) می باشد، مباحث حقوقی از تعهد به قرارداد دوران دارد! به همین جهت همین که از یک رابطه صحبت می شود، بلافاصله از سبب ایجاد آن سخن به میان می آید. در حالی که باید ماهیت یک رابطه را از سبب ایجاد آن تفکیک کرد. هم باید سبب حقوقی یک رابطه را از ماهیت حقوقی ناشی از آن جدا کرد و هم در تحلیل ماهیت حقوقی ناشی از یک سبب حقوقی مانند قرارداد باید ماهیت حقوقی را از آثار حقوقی ناشی از آن باز شناخت. به تعبیر دیگر آثار اصلی یک سبب حقوقی را از آثار فرعی سوا کرد و شناخت نوع سبب حقوقی را بر تشخیص آثار اصلی آن (ماهیت حقوقی) مبتنی کرد نه آثار فرعی آن.^{۱۰}

وجود یک قرارداد صحیح و احراز رابطه علیت، شرط تحقق مسؤولیت قراردادی است پس عدم اجرای تعهد ناشی از هر قرارداد، به معنای ارتکاب یک خطای قراردادی است. خواه این امر، ناشی از عمد یا ناشی از خطا باشد. در هر صورت رکن بنیادی مسؤولیت قراردادی نقض تعهدی است که هر یک از طرفین در یک رابطه قراردادی پذیرفته اند.^{۱۱} حقوقدانان فرانسوی، برای سهولت تشخیص مفاد عقد که لزوماً به تمییز تعهدات قراردادی طرفین منجر می گردد. تعهدات را به دو شاخه تقسیم کرده اند. دسته اول، تعهداتی که ناظر به انجام کار معین یا نتیجه خاصی می باشد. در این صورت، حاصل نشدن نتیجه مورد نظر، به معنای تحقق تقصیر قراردادی بوده است. زیان ناشی از آن، باید جبران شود. مگر اینکه متعهد، ثابت نماید که عدم انجام تعهد، ناشی از یک حادثه خارجی غیرقابل پیش بینی و اجتناب ناپذیر شده است. دسته دوم، تعهداتی است که ناظر به تهیه مقدمات کار معین یا کوشش و احتیاط در انجام کار خاصی بوده است. در این قبیل تعهدات، عدم حصول نتیجه مطلوب خطای متعهد را ثابت نمی نماید بلکه اثبات تقصیر وی در گرو اثبات بی احتیاطی و عدم مراقبت در انجام وظایف ناشی از قرارداد می باشد. تعهدات دسته اول را تعهد به نتیجه و تعهدات دسته دوم را تعهد به وسیله می گویند.

^{۱۰} کاتوزیان، ناصر (۱۳۶۴)، قواعد عمومی قراردادها، جلد ۱، تهران، انتشارات بهنشر، ص ۱۷.

^{۱۱} سنهوری، عبدالرزاق (۱۹۵۲)، الوسیط فی شرح القانون المدنی، مصادر الالتزام، ص ۶۵۵.



بررسی حقوقی نظریه قهری بودن مسؤولیت پزشک

پیروان قهری بودن مسؤولیت پزشک، معتقدند که آنچه پزشک تعهد به انجام آن می‌کند، درمان بیمار است و این امر، به زندگی انسان وابستگی دارد که قابل داد و ستد نیست و نمی‌تواند مورد معامله قرار گیرد. همچنین آنان استدلال می‌کنند که رعایت اصول و موازین پزشکی و الزام به تعهدات اخلاقی پزشکی در حیطه قراردادها نمی‌گنجد. برخی دیگر از حقوقدانان معتقدند که اگر پزشک بدون رضایت بیمار اقدام به معالجه بیمار نماید، یا در صورتی که بیمار، به رضایت شخصی خود به پزشک رجوع نکرده است، مسؤولیت او قهری است ولی اگر میان پزشک و بیمار، قرارداد وجود داشته باشد، مسؤولیت او قراردادی است.^{۱۲} البته، تمییز مسؤولیت قراردادی از مسؤولیت قهری، گاه دشوار است. این اشکال، ناشی از تردید در طبیعت رابطه حقوقی منع تعهد است اما مهمترین تفاوت تمییز مبنای مسؤولیت، در این نکته خلاصه می‌شود که در مسؤولیت قراردادی، اثبات عهدشکنی خواننده دعوی، کافی است. در حالی که در ضمان قهری، به طور معمول باید ثابت شود که مسؤل، مرتکب تقصیر شده است.^{۱۳}

بررسی حقوقی نظریه قراردادی بودن مسؤولیت پزشک

وجود یک قرارداد صحیح و احراز رابطه علیت، شرط تحقق مسؤولیت قراردادی است پس عدم اجرای تعهد ناشی از هر قرارداد، به معنای ارتکاب یک خطای قراردادی است. خواه این امر، ناشی از عمد یا ناشی از خطا باشد. در هر صورت رکن بنیادی مسؤولیت قراردادی نقض تعهدی است که هر یک از طرفین در یک رابطه قراردادی پذیرفته‌اند. حقوقدانان فرانسوی، برای سهولت تشخیص مفاد عقد که لزوماً به تمییز تعهدات قراردادی طرفین منجر می‌گردد. تعهدات را به دو شاخه تقسیم کرده‌اند. دسته اول، تعهداتی که ناظر به انجام کار معین یا نتیجه خاصی می‌باشد. در این صورت، حاصل نشدن نتیجه موردنظر، به معنای تحقق تقصیر قراردادی بوده است. زیان ناشی از آن، باید جبران شود. مگر اینکه متعهد، ثابت نماید که عدم انجام تعهد، ناشی از یک حادثه خارجی غیرقابل پیش‌بینی و اجتناب ناپذیر شده است. دسته دوم، تعهداتی است که ناظر به تهیه مقدمات کار معین یا کوشش و احتیاط در انجام کار خاصی بوده است. در این قبیل تعهدات، عدم حصول نتیجه مطلوب خطای متعهد را ثابت نمی‌نماید بلکه اثبات تقصیر وی در گرو اثبات بی‌احتیاطی و عدم مراقبت در انجام وظایف ناشی از قرارداد می‌باشد. تعهدات دسته اول را تعهد به نتیجه و تعهدات دسته دوم را تعهد به وسیله می‌گویند.

^{۱۲} صفایی، حسین (۱۳۵۱)، حقوق مدنی (تعهدات و قراردادها) تهران، مؤسسه عالی حسابداری، صص ۵۴۰-۵۳۸.

^{۱۳} کاتوزیان، ناصر (۱۳۷۱)، وقایع حقوقی، چاپ اول، تهران، نشر یلدا، ص ۹.

بررسی حقوقی نظریه «تعهد به نتیجه» بودن مسؤولیت کادر پزشکی درمانی

دیدگاه متعهد بودن پزشک به نتیجه، در فقه امامیه نیز طرفداران فراوانی دارد. شهید ثانی معتقد است که پزشک حتی اگر دارای علم و دانش کافی باشد و تمام مهارت خود را جهت درمان بیمار به کار گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشده باشد در صورت مرگ و یا هر گونه صدمه جسمانی به بیمار، ضامن است.^{۱۴}

علامه طباطبائی نیز معتقد است که پزشک، در آنچه که ناشی از فعل اوست و منجر به تلف بیمار یا شدت بیماری او شود، ضامن است حتی اگر نهایت تلاش و کوشش خود را جهت درمان بیمار به کار گرفته باشد و مأذون از بیمار در معالجه باشد.^{۱۵}

مقدس اردبیلی نیز در «مجمع الفائده و البرهان» می‌گوید: «اگر پزشک حاذق یا ماهر در علم و عمل باشد و معالجه او منجر به فوت یا تشدید بیماری یا نقص عضو مریض گردد، به گفته شیخ مفید، شیخ طوسی، ابن براج، سلار، ابن زهره طبرسی، کیدری و نجم‌الدین، به دلیل مستند بودن ضمان به فعل او و حرمت هدر رفتن خون مسلمانان و اجماع منقولی که در مورد ضمان آور بودن فعل شبیه به عمل وجود دارد... پزشک ضامن است».^{۱۶}

البته پزشک جاهل که مرتکب تقصیر شده و اذن در معالجه بیمار نگرفته باشد را به طور اجماعی ضمان می‌دانند. حتی اگر برائت گرفته باشد.^{۱۷}

بررسی حقوق نظریه «تعهد به وسیله» بودن مسؤولیت پزشک

آنان معتقدند که برای اثبات خطای پزشک، عدم حصول نتیجه کافی نیست. بنابراین در صورتی که بیمار، بهبودی کامل نیافت، پزشک مسؤولیتی ندارد مگر اینکه بیمار، تقصیر پزشک را ثابت کند. زیرا که تعهد پزشک تعهد به وسیله است و او سعی می‌کند تمامی امکانات خویش را جهت درمان بیمار به کار گیرد. بسیاری از حقوقدانان عرب، از جمله استاد عبدالمعین لطفی، اعتقاد دارند که تعهد پزشک، تعهد به وسیله است و پزشکی که با بذل عنایت و تلاش و کوشش خود، تمام امکانات لازم برای درمان را به کار می‌گیرد، عدم حصول نتیجه موجب مسؤولیت او نمی‌شود. از نظر اجتماعی نیز مسؤل شناختن پزشک درباره زیان ناشی از اقدامی که او در چهارچوب دانش زمان خود انجام داده است، قدرت ابتکار را از او می‌گیرد و علم را در مرز ماده‌های مرسوم و بی‌ضرر متوقف می‌سازد. از نظر اخلاقی نیز، چگونه می‌توان جزای احسان را به بدی داد و از انسانی که همه کوشش و دانش خود را در راه درمان بیمار به کار برده است، خسارت گرفت؟

روایات موجود نیز تنها دلالت بر ضمان پزشک جاهل دارد. مانند روایت پیامبر(ص) که می‌فرمایند: «من تطیب و لم یعلم من الطب، فهو ضامن» یا در این روایت که می‌فرمایند: «من تطیب و لم یکن بالطب معروفاً، فاصاب نفساً فمادونها، فهو ضامن». عبارت «لم

^{۱۴} شهید ثانی، الروضه البهیة، جلد ۱۰، چاپ اول، قم، انتشارات داوودی.

^{۱۵} طباطبائی، علی (۱۴۰۴ ق)، ریاض المسائل، جلد ۲۲، قم، موسسه آل‌البیت، ص ۵۳۳.

^{۱۶} اردبیلی، احمد بن محمد، مجمع‌الفائده و البرهان، جلد ۱۴، ص ۲۲۷.

^{۱۷} نجفی، محمد حسن، جواهر الکلام، جلد ۴۳، ص ۴۴.



یعلم منه الطب» و «لم یکن بالطب معروفاً» مؤید آنچه گفته شد، می‌باشد. با توجه به مراتب گفته شده، از عدم ضمان پزشک حاذق مأذون غیرمقصر، «تعهد به وسیله بودن» مسؤولیت پزشک، بدست می‌آید.

مبنای مسؤولیت مدنی کادر پزشکی درمانی با توجه به قانون جدید مجازات اسلامی

خوشبختانه قانون جدید مجازات اسلامی مسؤولیت محض یا مسؤولیت بدون تقصیر کارکنان بیمارستان و مراکز درمانی را با توجه به گفته‌های برخی از فقهای امامیه و انتقادهای حقوقدانان نپذیرفته و به مبنای تقصیر بازگشته است. ماده ۴۹۵ قانون جدید در این باره مقرر می‌دارد: «هر گاه 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 اینکه قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه أخذ برائت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او، معتبر نباشد و یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، برائت از ولی مریض تحصیل می‌شود.

تبصره ۱- در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای وی ضمان وجود ندارد هر چند برائت أخذ نکرده باشد.

از این ماده چنین بر می‌آید که کارکنان بیمارستان و مراکز درمانی اصولاً مسؤل زیان‌های وارده به بیمار است، مگر اینکه عدم تقصیر او اثبات شود یا برائت اخذ کرده باشد. در این فرض نیز در صورتی کارکنان بیمارستان و مراکز درمانی معاف از مسؤولیت است که مرتکب تقصیر نشده باشد. به دیگر سخن، از سیاق ماده فوق مبنای فرض تقصیر یا به تعبیری اماره تقصیر قابل استنباط است: بدین معنی که برای مسؤولیت اثبات تقصیر لازم نیست؛ ولی کارکنان بیمارستان و مراکز درمانی می‌تواند عدم تقصیر خود را ثابت کند، چنان که ثابت کند که مقررات پزشکی و موازین فنی را کاملاً رعایت کرده و مرتکب هیچ گونه بی‌احتیاطی نشده است، هر گاه کارکنان بیمارستان و مراکز درمانی از بیمار یا ولی او برائت اخذ کرده و به عبارت دیگر عدم مسؤولیت خود را شرط نموده باشد، بار اثبات تقصیر برعهده زیان‌دیده خواهد بود. بنابراین، شرط برائت از ضمان کارکنان بیمارستان و مراکز درمانی را از مسؤولیت در صورت اثبات تقصیر معاف نمی‌کند و فقط بار اثبات را جابجا می‌نماید، بدین معنی که اگر برائت از ضمان اخذ نشده باشد، بار اثبات عدم تقصیر بر دوش کارکنان بیمارستان و مراکز درمانی و در صورت اخذ برائت بار اثبات تقصیر برعهده زیان‌دیده است.^{۱۸}

مسؤولیت مدنی پرستاران و مصادیق آن

حرفه پرستاری از جمله مراکز ثقل سیستم‌های خدمات بهداشتی است به نحوی که در میان متصدیان امر سلامت، پرستاران بیشترین تعداد را به خود اختصاص می‌دهند و به دلیل ارتباط مستقیم و زیاد با بیمار، این حرفه از اهمیت خاصی

^{۱۸} بخشی، ماندانا؛ معصومی، جمشید؛ یارم طاقلو سهرابی، مریم (۱۳۹۵)، مسؤولیت مدنی و کیفی ناشی از تخلفات کارکنان بیمارستان‌ها و مراکز درمانی در حوزه درمان، چهارمین کنفرانس بین‌المللی پژوهش در مهندسی علوم و تکنولوژی، یونان، ص ۶.

برخوردار است. در فرانسه، حرفه پرستاری طی سالهای اخیر با تحولات قابل توجهی هم از نقطه نظر اجرایی و هم از حیث مسؤولیتها مواجه شده است.

موضوع نارضایتی و شکایت بیماران از گروه درمان به خصوص پرستاران، به دلیل تخلفات و خطاهای تشخیصی، درمانی و مراقبتی و... از جمله موضوعات مبتلابه در مراکز پزشکی و حقوقی است. پرستاران در هر مقام و موقعیتی در قبال بیمار، به طور مستقیم و غیر مستقیم مسؤول تقصیرات خود هستند. بنابراین اگر در صورت غفلت، عدم مهارت و سهل انگاری آنان در فرآیند درمان و عدم رعایت نظامات دولتی و موازین طبی و مانند آن سبب ایراد خسارت به بیماران شوند، ملزم به جبران خسارات وارده هستند. همچنین ممکن است علاوه بر پرداخت جزای نقدی یا خسارات مادی، محکومیت کیفری و انتظامی نیز پیدا کنند که پرداختن به آن تخصصاً از موضوع این پایان نامه خارج است.^{۱۹}

در قانون مدنی ایران به صراحت در مورد مسؤولیت مدنی پرستار مقرراتی نیامده است، اما از آنجا که قانون مدنی براساس فقه اسلام تدوین یافته است، چنانچه پیرامون پرستاری و مقررات حاکم بر اعمال و اقدامات پرستار در قوانین خاص مقرره‌ای یافت شود، باید مطابق آن عمل نمود و در صورت عدم وجود، به مقررات عام قانونی مدنی مراجعه کرد. در مواد ۲۰۳۲۸ در خصوص اتلاف و ۳۲۱ در خصوص تسبیب در قانون مدنی به بیان مقررات پرداخته است. بنابراین چنانچه شخص مطابق ماده ۳۲۸ شخصاً یا بالمباشره مالی را تلف کند و مطابق ماده ۳۳۱ قانون مدنی سبب تلف یا نقص مالی را فراهم نماید، باید از عهده خسارت برآید.^{۲۱} بعضی از مصادیق مهم مسؤولیت مدنی این حرفه نظیر: حالت اورژانس، مراقبت از بیماران پر خطر، داشتن آگاهی اولیه اساسی و لزوم بازآموزی آن، انجام اقدامات درمانی توسط پرستار می باشد که به بررسی آن می پردازیم.

حالت اورژانس

حالت اورژانس، پرستار را از تعهد اخذ رضایت بیمار معاف می کند. به عبارتی در حالت اورژانس، ارائه خدمات پرستاری و در بعضی موارد معالجه به صورت فوری ضروری است، زیرا جان بیمار یا سلامتی او در معرض خطر جدی است. در این حالت، پرستار ملزم به اخذ رضایت نیست و می تواند به میزانی که برای نجات بیمار ضروری است اقدامات لازم را مبذول نماید، چنانچه اگر بیمار هوشیار بود به حکم غریزه حب بقا،^{۲۲} اذن درمان را به پرستار می داد. مفهوم تئوری اورژانس که در پزشکی حول عنصر فوریت مطرح شده، این است که مداخله سریع پزشکی ضروری است و تأخیربردار نیست. در بیماری، حالتی وجود دارد که هر لحظه آن برای بیمار نافع است و مداخله پزشکی باید در اسرع وقت انجام پذیرد.

^{۱۹} صالحی، حمیدرضا (۱۳۹۲)، شمایی از مسؤولیت مدنی پرستاران، مجله اخلاق پزشکی، شماره ۲۵، ص ۱۶۴.
^{۲۰} ماده ۳۲۸ - هر کس مال غیر را تلف کند ضامن آن است و باید مثل و یا قیمت آن را بدهد اعم از اینکه از روی عمد تلف کرده باشد یا بدون عمد و اعم از اینکه عین باشد یا منفعت و اگر آن را ناقص یا معیوب کند ضامن نقص قیمت آن مال است.
^{۲۱} ماده ۳۳۱ - هر کس سبب تلف مالی بشود باید مثل یا قیمت آن را بدهد و اگر سبب نقص یا عیب آن شده باشد باید از عهده نقص و قیمت آن برآید.
^{۲۲} دهقان نیری، ناهید؛ نگارنده، رضا؛ یزدی، خدیجه، نگاهی به مسؤولیت اخلاقی و مدنی پرستار در حقوق ایران، پیشین، ص ۴.
^{۲۳} از جمله اموری که در فطرت هر جاندار به ودیعه گذارده شده حب ماندگاری و بقا است.

ماده ۱ آیین‌نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومان و رفع مخاطرات جانی، فوریت‌های پزشکی را بدین نحو تعریف نموده است: فوریت‌های پزشکی به مواردی از اعمال پزشکی اطلاق می‌شود که بایستی بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرار داد و چنانچه اقدام فوری به عمل نیاید باعث خطرات جانی، نقص عضو یا عوارض درمانی و یا غیر قابل جبران خواهد شد. ماده ۲ آیین‌نامه مارالذکر، مصادیق فوریت‌های پزشکی را بیان نموده است که با مذاقه در بند ۱۲ ماده ۲ آیین‌نامه مذکور، می‌توان نتیجه گرفت که موارد فوریت مذکور در ماده ۲ احصایی نبوده، بلکه از باب تمثیل است، زیرا در بند ۱۲ آمده است: «سایر مواردی که در شمول تعریف ماده ۱ قرار می‌گیرد».

فلذا اگر پرستار تصادفاً با بیمار فاقد هوشیاری مواجه شود؛ مثال در صحنه تصادفی شخصاً حضور داشته باشد و یکی از مصدومین را ملاحظه کند که مواظبت و رسیدگی به او تأخیربردار نیست یا در بیمارستان و در بخش فوریت‌های پزشکی به بیمار فاقد هوشیاری برخورد کند که حال او مداخله سریع را اقتضا کند، در این حالت پرستار هم به استناد قانون مجازات خودداری از کمک به افراد آسیب دیده و هم به استناد ماده ۹ قانون تشکیل وزارت بهداشت و تکالیف حرفه‌ای که به موجب قانون و اخلاق و عرف خاص حرفه‌ای بر عهده دارد، مکلف به کمک به چنین افرادی است و از آنجایی که نسبت به سایر افراد عادی که در واقعه مثال تصادف حضور دارند این فرد متخصص حرفه‌ای محسوب می‌شود، برای کمک به مصدومان اولویت دارد و در صورت ترک نجات و امداد، با اجتماع شرایط مقرر قانونی، حسب مورد به مسؤلیت مدنی و کیفری و بعضاً انتظامی نیز ممکن است محکوم شود. پرستاران در چنین شرایطی نمی‌توانند به نداشتن اذن استناد کنند و خود را تبرئه سازند، زیرا در صورت اجتماع شرایط اورژانس، نیاز به اذن بیمار نیست.

در بند ج ماده ۱۵۸ ق.م.ا. مصوب ۲۳/۱۳۹۲ بر عنصر فوریت تأکید شده است: «هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیاء یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام می‌شود. در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نیست».

اداره حقوقی قوه قضائیه در نظریه تئوری، مرجع تشخیص موارد فوری و ضروری مذکور در بند ۲ ماده ۵۹ ق.م.ا. مصوب ۱۳۷۰ را پزشک معالج دانسته است که در صورت شکایت برای احراز فوریت می‌توان از سازمان نظام پزشکی یا پزشکی قانونی کسب نظر کرد.^{۲۴}

لفظ پزشک در این نظریه خصوصیتی ندارد که آن را محدود به اطبا نماییم، زیرا در اینجا استعمال لفظ پزشک ناظر به مورد غالب بوده است، پس در خصوص پرستاران هم با عنایت به این نظریه، معیار تشخیص فوریت خود آنها می‌باشند. از نقطه نظر حقوقی هم اصولاً معیار تشخیص فوریت در فقدان یک معیار قانونی، مراجعه به عرف است. با این توضیح که ابتدا باید به عرف خاص که همان عرف حرفه مربوطه است مراجعه نمود و در صورت عدم امکان تشخیص فوریت، عرف عام را مناط عمل قرار داد.^{۲۵}

^{۲۳} بند ۲ ماده ۵۹ و ۶۰ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰.

^{۲۴} نظریه ۷/۱۸۳۰ مورخ ۱۳۷۱/۳/۱۱ اداره حقوقی قوه قضائیه.

^{۲۵} صالحی، حمیدرضا، شمایی از مسؤلیت مدنی پرستاران، پیشین، ص ۱۷۱.



مراقبت از بیماران پر خطر

در مواردی که فرد به بیماری واگیرداری مبتلا است و خطر جدی ابتلای پرستاران وجود دارد، این سؤال مطرح است که آیا مسؤولیت پرستاران مرتفع می‌شود یا کاهش می‌یابد؟ از نظر تاریخی، ملاحظات اخلاقی ارائه خدمات درمانی از سوی حرف پزشکی و از جمله پرستاران به مددجو، بسی فراتر از خطراتی است که در این شرایط متوجه خود آنها می‌شود. حتی در صورتی که بیماری به صورت اپیدمی وجود داشته باشد، کادر پزشکی و بیمارستان ملزم به ارائه خدمات به قاطبه بیماران از جمله مبتلایان به امراض پرخطری نظیر ایدز، هپاتیت B و... می‌باشند و در صورت تخلف، حسب مورد منجر به ایجاد مسؤولیت مدنی و انتظامی پرستاران خواهد شد.^{۲۶}

در چنین مواردی، عدم انجام خدمات پرستاری از جانب پرستاران غیرقابل قبول است. البته با توجه به صدر ماده واحده قانون مجازات خودداری از کمک به رفع مصدومین و... تحقق مسؤولیت کیفری به دلیل فقدان عنصر معنوی عمل مجرمانه برای پرستار در این شرایط بعید به نظر می‌رسد.^{۲۷}

ماده ۱۲ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌های شاغلین پزشکی و حرف وابسته مقرر می‌دارد: «شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مکلفند در مواقعی که به منظور پیشگیری از بیماری‌های واگیردار یا در هنگام بروز بحران و سوانح از سوی سازمان نظام پزشکی یا مراجع قانونی ذیربط اعلام می‌شود، همکاری ممکن و لازم را معمول دارند». سرانجام اینکه ترک نجات و قطع خدمات پرستاری به بیماران به دلیل ترس از سرایت بیماری به پرستار، از نظر اخلاقی و قانونی قبیح و ممنوع است و پرستار خاطی با اجتماع شرایط مقرر، مسئول خسارات وارده به بیماران یا اقربای قانونی آنها خواهد بود. از طرف دیگر می‌توان استدلال نمود که لزوم توجه و پاسداشت کرامت ذاتی انسان نیز مانع از آن است که در این شرایط بیماران به حال خود رها شوند.^{۲۸}

داشتن آگاهی اولیه اساسی و لزوم بازآموزی آن

صاحبان هر شغل و حرفه‌ای، لازم است که مهارت‌های مورد نیاز حرفه خود را کسب نمایند و رعایت این اصل برای پرستاران که با جان انسانها سروکار دارند از اهمیت خاصی برخوردار است. صاحبان حرف پزشکی باید قبل از شروع به کار، دارای حداقل اطلاعات اولیه و اساسی باشند که مرجع تشخیص این امر مقنن است. مثال حداقل مدرک پرستاری را داشته باشند، زیرا اگر بدون داشتن مدرک به امر خطیر پرستار بپردازند مانند پزشک جاهل که مسؤولیت مطلق دارد، مسئول خواهند بود.

^{۲۶} زالی، محمدرضا (۱۳۸۷)، مبانی نوین ارتباط بیمار و پزشک. چاپ دوم، تهران، انتشارات مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا.

^{۲۷} غفاری فارسانی، بهنام (۱۳۸۷)، مسؤولیت مدنی ناشی از ترک نجات دیگری. چاپ اول، تهران، انتشارات میزان.

^{۲۸} صالحی، حمیدرضا، شمایی از مسؤولیت مدنی پرستاران، پیشین، ص ۱۷۳.

نتایج برخی تحقیقات نشان داده است که یکی از علل مهم محکومیت شاغلین حرف پزشکی، عدم مطالعه کافی و نداشتن اطلاعات الزم از تازه‌های تخصصی است و راهکار حل این معضل را افزایش شرکت در کنگره‌ها و همایش‌های بازآموزی و مطالعه متون علمی مربوطه دانسته‌اند.^{۲۹}

در برخی تحقیقات چنین آمده است: با یک نگاه دقیق و تیزبینانه و علمی مشخص می‌شود که تفاوت‌های مهمی در برخی از خصائص جراحانی که مرتکب خطاهای مکرر شده‌اند با جراحانی که کمتر دچار خطا شده‌اند یا فاقد خطا بوده‌اند، وجود دارد. مثال تعداد افرادی که فلوشیپ یا بورده تخصصی دارند در بین جراحان پرخطا کمتر از جراحان کم خطاست و به علاوه جراحان پرخطا به میزان کمتری عضو انجمن‌های تخصصی بوده یا وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی هستند. همچنین علایق مذهبی در جراحان پرخطا کمتر مشاهده شده است.^{۳۰}

با عنایت به مطالب فوق، مقنن در مورخه ۱۳۷۵/۲/۱۲، قانون آموزش مداوم جامعه پزشکی را به تصویب رسانده که در تبصره ۴ ماده یک این قانون مقرر شده است: «کلیه اقشار پرستاری بالاتر از فوق دیپلم برای ارتقا و ارزشیابی، موظف به شرکت در دوره‌های خاص آموزش مداوم هستند و شرایط ارتقا و ارزشیابی آنان منوط به ارائه گواهی شرکت در این دوره‌هاست».

انجام اقدامات درمانی توسط پرستار

دخالت‌های غیرمجاز در امور درمانی و پرستاری از یک سو یکی از موارد رایج در سطح کشور می‌باشد به نحوی که برخی از پرستاران با انجام اقدامات پزشکی درمانی و حتی جراحی‌های سرپایی خارج از وظایف خود، با ایجاد عارضه در بیمار منجر به طرح شکایت و محکومیت صد درصد در قبال اقدام انجام گرفته می‌شوند. از سوی دیگر، رده‌های پایین پرستاری مانند بهیار و کمک بهیار، با انجام وظایف تخصصی پرستاری با آسیب به بیمار، درگیر پرونده‌های قصور پرستاری در محاکم می‌شوند.^{۳۱}

ماده ۲۷ آیین‌نامه انتظامی صراحتاً مقرر داشته است: «شاغلین حرفه‌های پزشکی مکلفند در موارد فوریت‌های پزشکی، اقدامات مناسب و لازم را برای نجات جان بیمار بدون فوت وقت انجام دهند». تبصره ماده ۱۸ همین آیین‌نامه در موارد اورژانس، اذن بیمار یا همراهان او را مالک ندانسته و حرف پزشکی را مکلف کرده تا به هرگونه اقدام لازم درمانی بپردازد. ماده یک آیین‌نامه یادشده، حرف پزشکی و وابسته را تعریف کرده است که پرستاران نیز جز یکی از آنها می‌باشند.

با توجه به مطالب فوق مبرهن می‌شود که در موارد اورژانس و در صورت عدم دسترسی به پزشک یا متخصص، پرستار مختار و بلکه مکلف به ارائه خدمات درمانی ضروری برای نجات بیمار می‌باشد و این اقدام اگر در حالت عادی رخ دهد، تقصیر

^{۲۹} شیخ آزادی، اردشیر؛ قدیانی، محمدحسن؛ کیانی، مهرزاد (۱۳۸۶)، نحوه رسیدگی به قصور و تخلفات حرفه‌ای دندانپزشکان در ایران. مجله علمی پزشکی قانونی. دوره ۱۳، ش ۳، صص ۱۷۱-۸۰.

^{۳۰} صدر، شهاب‌الدین؛ قدیانی، محمدحسن؛ باقرزاده، علی‌اصغر (۱۳۸۶)، بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته تخصصی ارتوپدی در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۷۷، مجله علمی پزشکی قانونی. دوره ۱۳، شماره ۲.

^{۳۱} کاظمیان، محمد؛ فرشیدزاده، سمیرا (۱۳۸۵)، آشنایی با قوانین جزایی و شرح وظایف حرفه پرستاری، مجله علمی پزشکی قانونی، دوره ۲۱، شماره ۲، صص ۱۱۲-۱۰۸.

محسوب می‌شود، اما در حالت اورژانس با جمع شرایط خاص قانونی، ترک این کار مستوجب مسؤولیت مدنی و در برخی موارد مسؤولیت کیفری و انتظامی پرستار نیز خواهد شد.

توضیح آنکه تشخیص ضروری بودن با عرف صحیح و مسلم طبی خواهد بود و بایستی این نکته را لحاظ کرد که تمسک به اورژانسی بودن وضعیت، توجیه کننده همه اعمال حرف پزشکی و در بحث ما پرستاران نخواهد بود؛ بلکه بایستی کلیه شرایط جمع باشند تا بتوانیم حکم عدم مسؤولیت افراد مارالذکر را در این شرایط روا بدانیم. قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۵۴/۳/۵ نیز متعرض این مهم شده است. مطابق بند ۲ قانون مذکور، افرادی که حسب قانون یا وظیفه مکلف به کمک به افراد آسیب دیده هستند، در صورت خودداری از کمک، علاوه بر مسؤولیت مدنی و انتظامی، ممکن است محکوم به مسؤولیت کیفری (حبس جنه‌ای از شش ماه تا ۳ سال) نیز بشوند. البته برای تحقق مسؤولیت کیفری باید شرایط مندرج در صدر ماده واحده تماماً ملحوظ گردد.^{۳۲}

نتیجه‌گیری

کادر پزشکی درمانی همواره در قبال سلامت و بهداشت افراد و خانواده‌ها تعهد داشته و دارد. بیماران و خانواده‌ها برای درمان به پزشکان و پرستاران و کادر درمانی درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند و این کادر پزشکی درمانی است که در چنین وضعیتی تعهدات و مسؤولیت‌های ویژه‌ای از جمله مسؤولیت مدنی در قبال بیماران دارد. منظور از مسؤولیت مدنی کادر پزشکی درمانی، مسؤولیتی است که در نتیجه اعمال و اقدامات آنان محقق می‌شود.

مسؤولیت‌های کادر پزشکی درمانی از جمله مسؤولیت مدنی در حقوق نوین بسیار بیش از پیش اهمیت یافته است. کادر پزشکی درمانی باید بتوانند شرایطی را فراهم کنند که علاوه بر رعایت کامل حقوق بیمار، مراقبت‌ها را طبق استانداردها و شرح وظایف طرح شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ارائه دهند. استانداردهای قانونی مراقبت دلالت بر این دارد که کادر پزشکی درمانی برخلاف گذشته بیشتر مورد بازخواست قرار می‌گیرد.

در رابطه مسؤولیت کادر پزشکی درمانی و بیمار اصل بر مسؤولیت قراردادی است و در صورت وجود قرارداد، مبنای مسؤولیت، مفاد قرارداد منعقد بین پزشک و بیمار است. مبنای مسؤولیت در قوانین ما تقصیر مفروض است نه تقصیر اثبات شده؛ بدین معنی که قانون پزشک را مسئول فرض می‌کند، مگر اینکه عدم تقصیر او به اثبات برسد. کادر پزشکی درمانی بر اساس دو مبنای متفاوت ضامن است. اگر زیان دیده مبنای غیرقراردادی را برگزیند، می‌تواند مستقیماً علیه کادر پزشکی درمانی شکایت نماید و با اثبات ارکان مسؤولیت مدنی (فعل زیانبار، ورود ضرر و رابطه سببیت بین این دو) خسارت یا دیه خود را از آنها مطالبه نماید. البته کادر پزشکی درمانی می‌تواند با اثبات اینکه خسارت در هنگام کار یا به سبب انجام وظیفه یا در راستای انجام دستور پزشک معالج بوده از خود دفاع نموده و موسسه درمانی مشمول قانون کار یا پزشک دستور دهنده را در مقابل زیان دیده مسئول معرفی

^{۳۲} منصور، سعید؛ افچنگی، محسن (۱۳۸۸)، کمک و یاری رسانی به دیگری (مبانی اخلاقی و حقوقی)، مسؤولیت افراد، چالشهای موجود.



**اولین همایش ملی
ارتقاء نظام مسؤولیت مدنی در حقوق ایران؛
چالشها و راهکارها
۱۳۹۷ آذر ۱۵**



نماید که در صورت پذیرش دفاع و رعایت شرایط آیین دادرسی مدنی، مرکز درمانی محکوم به جبران خواهد بود نه کادر پزشکی درمانی.

در صورتی که زیان دیده قرارداد را مبنای اقامه دعوا قرار دهد در این صورت نمی‌تواند مستقیماً علیه کادر پزشکی درمانی اقامه دعوا نماید زیرا قراردادی بین کادر پزشکی درمانی و بیمار وجود ندارد بلکه این مرکز درمانی است که با بیمار قرارداد منعقد کرده و در صورت نقض قرارداد مسئول خواهد بود. در این حالت نیز مرکز درمانی پس از پرداخت خسارت می‌تواند با اثبات تقصیر قراردادی کادر پزشکی درمانی علیه وی اقامه دعوای خسارت نماید.



اولین همایش ملی
ارتقاء نظام مسؤولیت مدنی در حقوق ایران؛
چالشها و راهکارها
۱۳۹۷ د ۲۱۵



منابع

الف: فارسی

۱. بادینی، حسن (۱۳۸۴)، فلسفه مسؤولیت مدنی، چاپ اول، تهران، نشر شرکت سهامی انتشار.
۲. بخشی، ماندانا؛ معصومی، جمشید؛ یارم طاقلو سهرابی، مریم (۱۳۹۵)، مسؤولیت مدنی و کیفی ناشی از تخلفات کارکنان بیمارستانها و مراکز درمانی در حوزه درمان، چهارمین کنفرانس بین‌المللی پژوهش در مهندسی علوم و تکنولوژی، یونان.
۳. زالی، محمدرضا (۱۳۸۷)، مبانی نوین ارتباط بیمار و پزشک. چاپ دوم، تهران، انتشارات مؤسسه فرهنگی حقوقی سینا.
۴. صفایی، حسین (۱۳۵۱)، حقوق مدنی (تعهدات و قراردادهای) تهران، مؤسسه عالی حسابداری.
۵. غفاری فارسانی، بهنام (۱۳۸۷)، مسؤولیت مدنی ناشی از ترک نجات دیگری. چاپ اول، تهران، انتشارات میزان.
۶. کاتوزیان، ناصر (۱۳۶۴)، قواعد عمومی قراردادهای، جلد ۱، تهران، انتشارات بهنشر.
۷. کاتوزیان، ناصر (۱۳۷۱)، وقایع حقوقی، چاپ اول، تهران، نشر یلدا.
۸. کاتوزیان، ناصر (۱۳۸۷)، حقوق مدنی (الزامهای خارج از قرارداد، ضمان قهری)، چاپ اول، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.
۹. منصوری، سعید؛ افچنگی، محسن (۱۳۸۸)، کمک و یاری رسانی به دیگری (مبانی اخلاقی و حقوقی). مسؤولیت افراد، چالشهای موجود.

ب: عربی

۱۰. اردبیلی، احمد بن محمد (۱۴۰۳ ق)، مجمع‌الفائده و البرهان، قم، جامعه مدرسین.
۱۱. سنه‌وری، عبدالرزاق (۱۹۵۲)، الوسیط فی شرح القانون المدنی، مصادر الالتزام.
۱۲. شهید ثانی، زین‌الدین بن علی الجبعی العاملی (بی‌تا)، الروضه البهیة فی شرح اللمعه دمشقیة، تصحیح و حاشیه محمد کلانتر، جلد دهم، نجف، منشورات جامعه النجف الدینیة.
۱۳. طباطبایی، علی (۱۴۰۴ ق)، ریاض المسائل، جلد ۲۲، قم، مؤسسه آل‌البیت.
۱۴. نجفی، محمد حسن (۱۴۰۴ ق)، جواهر الکلام، تصحیح و تحقیق رضا استادی، ج ۴۲، تهران، المکتبه الاسلامیه.

ج: مقالات

۱۵. اصغری، فریبا و همکاران (۱۳۸۴)، اظهار خطای پزشکی، مجله دیابت و لیپید ایران، ویژه نامه اخلاق و تاریخ پزشکی.
۱۶. دهقان نیری، ناهید؛ نگارنده، رضا؛ یزدی، خدیجه (۱۳۹۰)، نگاهی به مسؤولیت اخلاقی و مدنی پرستار در حقوق ایران، مجله: مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره چهارم، شماره ۴.
۱۷. سالارکریمی، حدیثه؛ موسوی شهبابی، نبی؛ حجازی، آریا (۱۳۹۳)، مسؤولیت گروه درمانی ناشی از اعمال همکاران، دانشجویان و بیماران در حوادث پزشکی، مجله پزشکی قانونی، دوره بیستم، شماره ۴.



اولین همایش ملی
ارتقاء نظام مسؤولیت مدنی در حقوق ایران؛
چالشها و راهکارها
۱۳۹۷ در ۲۱



۱۸. شیخ آزادی، اردشیر؛ قدیانی، محمدحسن؛ کیانی، مهرزاد (۱۳۸۶)، نحوه رسیدگی به قصور و تخلفات حرفه‌ای دندانپزشکان در ایران، مجله علمی پزشکی قانونی. دوره ۱۳، شماره ۳.
۱۹. صالحی، حمیدرضا (۱۳۹۲)، شمایی از مسؤولیت مدنی پرستاران، مجله اخلاق پزشکی، شماره ۲۵.
۲۰. صدر، شهاب‌الدین؛ قدیانی، محمدحسن؛ باقرزاده، علی‌اصغر (۱۳۸۶)، بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی در رشته تخصصی ارتوپدی در اداره کل پزشکی قانونی استان تهران طی سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۷۷، مجله علمی پزشکی قانونی. دوره ۱۳، شماره ۲.
۲۱. عباسی، محمود؛ احمدی، احمد (۱۳۹۲)، جراحی ارتوپدی و مسؤولیت‌های ناشی از آن در نظام حقوقی ایران، مجله حقوق پزشکی، شماره ۲۶.
۲۲. کاظمیان، محمد؛ فرشیدزاده، سمیرا (۱۳۸۵)، آشنایی با قوانین جزایی و شرح وظایف حرفه پرستاری، مجله علمی پزشکی قانونی، دوره ۲۱، شماره ۲.
۲۳. مرادزاده، حسن؛ سالارکریمی، حدیثه (۱۳۹۳)، مسؤولیت مدنی مجموعه درمانی در آیین آراء مراجع قضایی با نگاهی به کمیسیون‌های تخصصی پزشکی قانونی، مجله حقوق پزشکی، شماره ۲۸.

د: پایان‌نامه

۲۴. عابدی خوراسگانی، م.ح. (۱۳۷۸)، بررسی پرونده‌های شکایت از قصور پزشکی رشته بیهوشی در یک دوره ۶ ساله رسیدگی در کمیسیون سازمان پزشکی قانونی کشور طی سال‌های ۷۳ تا ۱۳۷۸ پایان‌نامه دریافت دکترای تخصصی رشته پزشکی قانونی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.