

مسئولیت مدنی پزشک و پیراپزشک ناشی از عمل دیگری در حقوق ایران و فرانسه

محسن خانی پور* - دکتر زهره رحمانی**

چکیده:

همه ما این قاعده را خوب می‌دانیم که در مسئولیت قهری، شخص مسئول خطای زیردستان خود باشد که در هنگام انجام کار یا به مناسبت آن موجبات ورود زیان به دیگری را فراهم ساخته است. یکی از حقوق مهم اشخاص در جامعه «حق بنیادین بر حمایت از سلامت»*** می‌باشد و هر تجاوز به این حق اشخاص، مسئولیت به‌بار می‌آورد. مسئولیت پزشک در این موارد و جبران خسارتی که ناشی از عمل خود پزشک باشد، مسئله تازه‌ای نیست، یکی از تحولات به‌وجودآمده در این مورد این است که گاهی کار طبابت و معالجه گروهی انجام می‌شود و تعیین مسئول جبران خسارت در حوادث پزشکی اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند. عمده مسئله قابل‌بحث در این است که چنانچه در نتیجه عمل جراحی، اقدامات درمانی، صدمه یا آسیبی به بیمار وارد آید و حتی منجر به فوت او گردد، مسئولیت آن برعهده چه کسی خواهد بود؟ آیا پزشک جراح به‌تنهایی مسئولیت خواهد داشت یا تیمی که همراه او در جریان اقدامات درمانی فعالیت دارند نیز مسئولیتی مشابه او خواهند داشت؟

کلیدواژه‌ها:

پیراپزشک، پزشک، مسئولیت مدنی، حقوق فرانسه، سلامت، خسارت.

* دانشجوی کارشناسی ارشد حقوق خصوصی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بین‌المللی بندر انزلی، گیلان، ایران،

Email: Mohsen4227@yahoo.com

نویسنده مسئول

** استادیار گروه حقوق، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بین‌المللی بندر انزلی، گیلان، ایران

Email: zohreh_4549@yahoo.com

*** LA Droit Fondamental à la Protection de La Santé.

مقدمه

در گذشته، جراح به تنهایی به عمل جراحی می‌پرداخت و چنانچه اقدامات او منجر به ایراد صدمه یا مرگ بیمار می‌شد، تنها کسی بود که می‌توانست مسئول تلقی شود اما امروزه با تحولات اساسی‌ای که به تدریج در اعمال جراحی ایجاد شده افراد مختلفی همچون متخصص بیهوشی، دستیار و تکنسین اتاق عمل و در برخی حالات مدیر مؤسسه پزشکی به‌عنوان اشخاصی که در عملیات جراحی شرکت دارند، وجود دارند. در عالم پزشکی به افرادی که در جریان عملیات جراحی با پزشک جراح همکاری دارند، اصطلاحاً پیراپزشک گویند. پیراپزشک افرادی را شامل می‌شود که به حفظ یا بازگرداندن سلامتی کمک می‌کنند و کاردرمانی را تکمیل می‌کنند؛ مانند فیزیوتراپی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و پرتونگاری، هوشبری، علوم آزمایشگاهی، رادیولوژی و فیزیک هسته‌ای. رشته پرستاری کاملاً مجزاً از این دو رشته بوده و دارای زیرگروه‌های خود می‌باشد.

اگرچه پیراپزشکان و رشته‌های مرتبط با آن در جامعه پزشکی شناخته شده هستند اما برای گروه‌های دیگر جامعه عموماً ناشناخته‌اند. اغلب با واژه «پزشک» و وظایف و نقش آن در سلامت بیماران آشنا هستیم. از طرفی، مسئله دیگر در مصادیق متصدیان پزشکی می‌باشد که آیا می‌توان پیراپزشک را نیز پزشک بدانیم و به تبع آن مسئولیت‌های ناشی از اعمال یک پزشک را به پیراپزشک تسری دهیم؟

رشته‌های پیراپزشکی از تنوع خاصی برخوردار می‌باشند که از آن جمله، کارشناسی پیوسته تکنولوژی پرئوشناسی، گروه آموزشی علوم آزمایشگاهی و گروه آموزشی هوشبری. این گروه‌ها هرکدام مطابق آموزش‌هایی که در طول دوران تحصیل خود فراگرفته‌اند، دارای مسئولیت‌هایی متناسب با حرفه خود می‌باشند و همچون پزشک جراح امکان دارد دچار اشتباه شده و از این راه موجب ورود خسارت و ایجاد ضرر شوند. یا به دلیل تقصیر و کوتاهی در اعمال خود درمان بیمار را به تأخیر انداخته یا با تشخیص نادرست خود پزشک جراح را در درمان بیمار به اشتباه انداخته و موجب خساراتی گردند درواقع متخصصان امر پزشکی نیز همانند سایرین از خطا مصون نبوده و ممکن است باعث ایراد صدماتی به بیماران شوند.

۱- مسئولیت مدنی

مسئولیت در مقام خسارتی که شخص (یا کسی که تحت مراقبت یا اداره شخص است) یا اشیاء تحت حراست وی به دیگری وارد می‌کند و همچنین مسئولیت شخص بر اثر تخلف از انجام تعهدات ناشی از قرارداد و درمقابل مسئولیت کیفری قرار می‌گیرد.^۱ به عبارت دیگر نمایانگر مجموع قواعدی است که واردکننده زیان را به جبران خسارت زیان‌دیده ملزم می‌سازد.^۲ «مسئولیت مدنی»، ترجمه معادل فرانسوی^۳ است که در «حقوق ایران» وارد شده است و اکثر «حقوق‌دانان ایران» از آن استفاده کرده‌اند.

۲- خطای پزشکی

بروز خطا در پزشکی امری غیرقابل‌اجتناب است و این به دلیل پیچیدگی دانش پزشکی، عدم قطعیت پیش‌گویی‌های بالینی و ... می‌باشد.

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۴ به منظور تقسیم‌بندی علل وقوع خطاهای پزشکی توسط روبرسون در آمریکا انجام گرفت، مشخص شد بیشترین خطای صورت‌گرفته (۱۹٪) خطاهای تکنیکی بودند. (۱۰/۴٪) از کل خطاهای صورت‌گرفته مربوط به درخواست آزمایش برای بیمار (اعم از درخواست آزمایش اشتباه و عدم بررسی نتایج آزمایش‌های درخواست‌شده یا خطاهای آزمایشگاهی مثل گم کردن نمونه یا استفاده از برچسب اشتباه بر روی نمونه) و (۱۳/۷٪) از آنها مربوط به تجویز نامناسب دارو برای بیمار (اعم از اشتباه در دوزاژ دارو یا تجویز دارویی که نسبت به آن آلرژی دارد)، رخ داده است. (۱۰٪) دیگر از خطاها شامل اشتباهات در برنامه‌ریزی برای جراحی بیمار (از جمله عدم اطمینان از کامل بودن مطالعات پیش از عمل و اشتباه در قضاوت مثل انجام عمل جراحی علی‌رغم وجود خطر بالا برای بیمار) بود. سایر خطاهای صورت‌گرفته عبارت بودند از خطاهای تجهیزات از قبیل عدم دسترسی به تجهیزات یا استفاده از وسایل غیراستاندارد (۹/۴٪)، خطاهای مربوط به مراقبت‌های پس از جراحی (۸/۵٪ موارد)، خطاهای مربوط به انجام جراحی برای فرد، عضو یا سمت غیر موردنظر (۶٪) خطاهای دارویی در خلال جراحی (۴٪) و خطاهای ارتباطی با بیمار و سایر همکاران (۴٪)^۴

۱. لنگرودی، ترمینولوژی حقوق، ۶۴۵.

۲. کاتوزیان، الزامات خارج از قرارداد (مسئولیت مدنی)، ۳۴.

3. Responsabilite Civile

۴. شجاع‌پوریان، مسئولیت قراردادی پزشک در برابر بیمار، ۳۱۸.

همچنین در مطالعه‌ای که در ایران در سال ۱۳۹۳ در همین رابطه، انجام شد، جامعه آماری‌ای که در نظر گرفته شد، شامل ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت سلامت در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران بود. در شش ماهه اول سال، ۱۹۲۷ مورد خطا گزارش شد که تعداد گزارش خطا در بخش‌های بالینی (کلیه بخش‌های بستری بجز بخش مراقبت‌های ویژه) ۸۲۰ مورد (۴۲/۵۵۳ درصد)، در بخش مراقبت‌های ویژه ۵۵۰ مورد (۲۸/۵۴۱ درصد)، در اتاق عمل ۷۶ مورد (۳/۹۴۳ درصد)، بخش‌های پاراکلینیکی ۴۰۱ مورد (۲۰/۸۰۹ درصد)، بخش اداری یک مورد (۰/۰۵۱ درصد) و سایر مکان‌ها ۷۹ مورد (۴/۰۹ درصد) بود. در مجموع تعداد گزارش‌دهندگان خطا ۲۰۴۷ نفر بود. که از نظر سطح تحصیلات افراد گزارش‌دهنده خطا، دکتر ۱۴ مورد (۰/۶۸۳ درصد)، کارشناسی ارشد ۲۵ مورد (۱/۲۲۱ درصد)، کارشناسی ۱۸۹۷ مورد (۹۲/۶۷۲ درصد)، کاردانی ۱۰۰ مورد (۴/۸۸۵ درصد) و سایر ۱۱ مورد (۰/۵۳۷ درصد) بود. از نظر شغل افراد گزارش‌کننده خطا، پزشک ۱۲ مورد (۰/۵۸۰ درصد)، پرستار ۸۳۸ مورد (۴۰/۹۳۰ درصد)، مسئولین ۵۹۳ مورد (۲۸/۹۶۰ درصد)، کارکنان پاراکلینیکی ۳۹۰ مورد (۱۹/۰۵۰ درصد)، بهیار ۲ مورد (۰/۹۷۰ درصد)، دانشجویان ۲ مورد (۰/۰۹۷ درصد) و سایرین ۱۰ مورد (۰/۴۸۰ درصد) بود. نتیجه مطالعه نشان داد که از خطاهای رخ داده تعداد ۴۸۲ خطا، خطای تشخیصی بوده است که از این تعداد ۳۴ مورد (۷/۰۵۳ درصد) مربوط به فقدان تشخیص، ۳۱ مورد (۶/۴۳۱ درصد) مربوط به اشتباه در تشخیص، ۲۱۸ مورد (۴۵/۲۲۸ درصد) مربوط به خطای آزمایشگاهی، ۵۰ مورد (۱۰/۳۷۳ درصد) مربوط به تأخیر در تشخیص، ۸۳ مورد (۱۷/۲۱۹ درصد) مربوط به خطای دارویی و ۶۶ مورد (۱۳/۶۹۲ درصد) مربوط به سایر خطاها بود. همچنین ۴۶۳ مورد خطای دارویی گزارش شده است.^۵

در قانون مجازات اسلامی نیز چه در قانون سابق ۱۳۷۵ و چه در قانون جدید ۱۳۹۲ مواد قانونی پیرامون این موضوع دیده می‌شود. تبصره ماده ۳ ماده ۲۹۵ ق.م.ا.س بیان می‌داشت: «هرگاه بر اثر بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی یا عدم‌مهارت یا عدم‌رعایت مقررات مربوطه، قتل یا ضرب‌وجرح واقع شود و به‌نحوی که اگر آن مقررات رعایت می‌شد حادثه‌ای اتفاق نمی‌افتاد، قتل و ضرب‌وجرح در حکم شبه‌عمد خواهد بود.» یعنی مصادیق خطا را به این شرح ذکر کرده بود: الف) بی‌احتیاطی؛ ب) بی‌مبالاتی؛ ج) عدم‌مهارت؛ د) عدم‌رعایت نظامات دولتی، در

ماده ۶۱۶ قانون جدید مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ نیز با عبارتی مشابه به تبصره مذکور بیان می‌دارد: «در صورتی که قتل غیر عمد به واسطه بی احتیاطی یا بی‌مبالاتی یا اقدام به امری که مرتکب در آن مهارت نداشته است، یا به سبب عدم رعایت نظامات واقع شود، مسبب به حبس از یک ماه تا یک سال و نیز به پرداخت دیه در صورت مطالبه از ناحیه اولیای دم محکوم خواهد شد؛ مگر اینکه خطای محض باشد.»^۶

۳- مفهوم و علل خطای پزشکی

حقوق دانان میان خطای شغلی و خطای عادی تفکیک قائل می‌شوند. خطای حرفه‌ای تخلف از موازین و الزاماتی است که در یک حرفه، صاحب فن باید آن را انجام دهد ولی خطای عادی، تخلف از اصول و قواعد عمومی است، بدون اینکه ربطی به خطا کار داشته باشد. معیار عمومی برای سنجش خطا (خواه ناشی از عقد باشد یا ناشی از تقصیر) یک شخص متعارف از عموم مردم می‌باشد و خروج از رفتار متعارف خطا محسوب می‌شود. در مورد خطای پزشک، عمل او با رفتار یک پزشک متعارف سنجیده می‌شود. ثمره این تفکیک در تشخیص شمول یا عدم شمول بیمه‌نامه‌های مسئولیت است؛ بدین توضیح که اگر پزشک به دلیل آنکه عرف عام، او را ملزم به پرداخت خسارت به بیمار می‌داند، خسارت وارده را پرداخت نماید و بعد معلوم شود که عرف خاص پزشکان، او را در این مورد مسئول نمی‌دانسته است، نمی‌تواند از شرکت بیمه، وجوه پرداختی را مطالبه نماید.^۷

علل بروز خطا را می‌توان در مواردی جست‌وجو نمود که عبارتند از:

الف) عوامل تنش‌زا برای پزشک مثل بی‌خوابی؛ ب) فاکتورهای مربوط به مراقبت از بیمار مثل کثرت وظایف؛ ج) ویژگی‌های خاص هر بیمار و دشواری‌های مربوط به آن؛ د) ویژگی‌های شخصی پزشک مثل بی‌تجربه بودن.

در حقوق فرانسه، تفکیکی میان خطای قراردادی و خطای خارج از قرارداد وجود ندارد. عده‌ای معتقدند که خطا کار، کسی است که قابل سرزنش باشد و اطلاق آن به مدیونی که وفای به عهد نکرده است به معنای منحرف ساختن این مفهوم از معنای مرسوم است؛ بنابراین پزشکی که عملی جراحی یا درمان را انجام داده، ولی نتوانسته بیمار را نجات دهد، وقتی مسئولیت دارد که ثابت شود مرگ بیمار در اثر تقصیر او بوده است. به دیگر سخن، پزشک،

۶. همان.

۷. سید محمد دریاباری، «مبانی مسئولیت حرفه‌ای پزشک»، ۱۳.

تنها هنگامی از نظر پزشکی خطا کار محسوب می‌شود که آنچه را که در توان و اختیار دانش پزشکی روز است و طبیعت بیمار، اقتضای آن را دارد، به کار نگیرد.^۸

حال سؤالی که مطرح می‌شود این است آیا لازم است که خطا یا تقصیر پزشک به حد معینی از خطرناکی و سنگینی رسیده باشد یا پزشک مسئول همه خطاهای خویش در همه درجات آن اعم از سبک و سنگین است؟

در پاسخ به این سؤال اختلاف نظر وجود دارد؛ اما در رویکرد جدید رویه قضایی نیز پزشک در برابر همه خطاهای خود، به هر درجه‌ای که باشد - ولو اینکه سبک باشند - مسئول است. دیوان عالی کشور فرانسه در حکم صادره در سال ۱۹۱۹ در خصوص مسئولیت پزشکان رأی داد مواد ۱۳۸۲ و ۱۳۸۳ قانون مدنی فرانسه قاعده عامی را بنا نهادند که به موجب این قاعده برای امکان الزام مسئول به جبران ضرری که از فعل او ناشی می‌شود، صرف اهمال و عدم توجه و دقت، کفایت می‌کند. این قاعده بر همه مردم در هر شغل و حرفه‌ای باشند بدون استثناء جاری می‌شود، مگر حالاتی که قانون بدان تصریح کرده است و استثنایی در مورد پزشکان در قانون دیده نمی‌شود. پزشکان به مانند بقیه مردم تابع قواعد عمومی هستند. در حکم صادره در سال ۱۹۵۶ بر همین نظریه نیز تأکید شده است و دیوان عالی کشور فرانسه مقرر نموده: «برای مسئول دانستن پزشک لازم نیست خطای او سنگین باشد و لذا اگر جین عمل جراحی، سهواً وسیله یا قطعه‌ای پارچه در شکم بیمار جا بماند، مسئول است. تعهد به مواظبت و وسیله پزشک، سعی و تلاش و مواظبت معمولی را می‌طلبد و پزشک مسئول هر خطایی است، ولو اینکه سبک باشد.^۹ اگر پزشک در تصمیم‌گیری احتیاط‌های مناسب را برای دفع خطرات در نظر گرفته باشد، نمی‌توان او را مسئول دانست اما اگر متد درمانی که به کار می‌گیرد، در واقع درست نباشد، وی در قبال عدم استفاده از تکنولوژی و تکنیک درست برای اعمالی که انجام می‌دهد، مسئول می‌باشد و در غیر این حالت او مصون می‌باشد.»^{۱۰}

به نظر می‌رسد در حقوق ما و حداقل در مسائل حقوق پزشکی، خطا و تقصیر مینا و شرط منحصراً مسئولیت مدنی نیست. البته این امر نفی‌کننده این حقیقت نیست که خطا نقش عمده‌ای را در حقوق ما دارد و مشخصاً از عوامل عمده احراز رابطه سببیت و دلیل صدور حکم

۸. همانجا.

۹. شجاع‌پوریان، پیشین، ۳۳۶.

10. savatier, 497, La Responsabilité Médical En France: Aspects de droit privé, Revue Internationale de Droit Comparém (2016) il ne sera que si don choix a méconnu les connaissances et les recherches qu'il aurait du utiliser avant de choisie a été mal réalisée, le médecin ayant omis ou n'ayant pas.

به جبران خسارت است. مفهوم تقصیر در نظام مسئولیت مدنی ایران تحولات بسیاری یافته است، زیرا اقتضای عدالت با تغییر شرایط زندگی دگرگون می‌شود.^{۱۱} در همین راستا، قائلین به مبنا بودن تقصیر معتقدند که در احراز تقصیر، معیار نوعی و اجتماعی را باید ملاک قرار داد و رفتار پزشک خاطی را با هم‌تراز او از نظر تخصص و باتوجه‌به شرایط زمانی و مکانی وقوع خطا مقایسه نمود.

۴- مصادیق عمومی خطای پزشک

۴-۱- خطای در تشخیص

در این مرحله پزشک باید مطابق آزمایش‌های انجام‌شده بیماری را به‌طور صحیح تشخیص دهد و متناسب با آن دارو تجویز نماید. در صورت تشخیص نادرست و مصرف اشتباه دارو موجب تشدید بیماری و از موجبات ضمان است. برخی از فقها بر این عقیده‌اند که در صورتی که خود بیمار احتمال اشتباه پزشک را بدهد، پزشک ضامن نخواهد بود.^{۱۲}

۴-۲- خطای در معالجه

اگر پزشک در انتخاب معالجه خود از نظریات و اصول مسلم پزشکی بهره گیرد اما موفقیتی نائل نشود، ضامن نخواهد بود، این می‌تواند همان عدم فرض تقصیر برای پزشک باشد. در حقوق فرانسه در سال ۱۹۰۴، محکمه جنحه لیون، پزشکی را به اتهام قتل خطئی محکوم کرد؛ زیرا برای انجام عمل جراحی او را با دو گرم کوکائین بیهوش کرده بود و در نتیجه بیمار فوت کرد، پزشک در اثبات بی‌گناهی خود ابراز داشت که کتاب یکی از اساتید خویش را ملاک قرار داده و سرانجام دادگاه رأی به برائت او داد!

۴-۳- خطا در عمل جراحی

عمل جراحی دارای سه مرحله است: ۱- آمادگی برای عمل جراحی؛ در این مرحله پیراپزشکان (متخصص بیهوشی نقشی اساسی دارد و مسئولیت بیهوش کردن بیمار را برعهده دارد و تنها در صورتی کار او کاملاً انجام می‌شود که بیمار را پس از انجام جراحی به هوش

۱۱. حمیدرضا صالحی، محمدرضا فلاح، «مطالعه تطبیقی مسئولیت مدنی پرستاران در حقوق ایران و فرانسه»،

۲۱.

۱۲. درباباری، پیشین، ۱۳.

آورد. شرط خارج شدن بیمار از بیهوشی شرطی لازم و واجب است و متخصص این امر ملزم به آن می‌باشند و در صورت افراط یا تفریط در اجرای وظیفه خود مسئولیت ناشی از اضرار به بیمار برعهده او می‌باشد؛ ۲- مرحله عمل جراحی: در این مرحله پزشک ملزم به انجام عمل جراحی مطابق اصول علمی است؛ ۳- مرحله نظارت و مراقبت: در این مرحله علاوه بر مراقبت پزشک، دستیاران و سایر متخصصین مرتبط نیز نقشی اساسی دارند و می‌بایست وضعیت بیمار را تحت کنترل قرار دهند. در صورت عدم انجام این وظایف و ترک بیمار از موجبات مسئولیت می‌باشد.^{۱۳}

در حقوق فرانسه^{۱۴}، شکل دیگری از خطا وجود دارد به معنای «خطا در دانش و مهارت»^{۱۵} در این نوع خطا پزشک باید از خطرات ناروایی که به بیمار در طی تحقیقات و معالجاتی که انجام می‌دهد، جلوگیری کند و این بستگی به مهارت وی دارد.^{۱۶} تشخیص این نوع خطا، امری دشوار است چه اینکه ارتباط زیادی به دانش و مهارت پزشک دارد. پس از مرحله بروز خطا و متعاقب آن ایجاد صدمه به بیمار و بعضاً مرگ، مسئولیت ناشی از این صدمات برعهده چه کسی می‌باشد؟ در این رابطه نظریات مختلفی بیان شده که ذیلاً به آنها می‌پردازیم.

۵- تئوری‌های موجود

ابتدائاً این نکته فراموش نشود که در رابطه پزشک و بیمار و تبیین ماهیت تعهد پزشک، اصل بر مسئولیت قراردادی است و برای احراز تقصیر پزشک و صدمه‌ای که به بیمار آمده ابتدا به مفاد قرارداد رجوع می‌کنیم اما در مسئولیت قهری، قراردادی وجود ندارد و در مواردی که خطایی رخ می‌دهد و صدمه‌ای ایجاد می‌شود، پزشک را مسئول اعمال زیردستانش می‌دانند که مغایر با اصل شخصی بودن جرایم و مجازات‌ها می‌باشد.

الف) نظریه مسئولیت مجموعه درمانی ناشی از اعمال همکاران (سایر پزشکان، پرستاران، تکنسین‌ها و ...): مطابق این تئوری در یک محیط درمانی و پزشکی، عموماً همکاران از اشخاص حرفه پزشکی و مشتمل بر پزشک، تکنسین‌های بیهوشی، پرستاران و ... می‌باشند که خود دارای صلاحیت مداخله در امور پزشکی هستند. مطابق ماده ۴۹۶ قانون

۱۳. همان، ۱۴.

14. Le Médecin Doit S'interdire, Dans Investigation et Inventions Qu'il Pratique Comme Dans les Thérapeutiques Qu'il Prescrit, de Faire Courir au Patient un Risque Injustifié.

15. La Faut de "Science".

16. Welsch, "La Faute Medical: Les Condition de la Resposibilité Civile", 23

مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲: «پزشک در معالجاتی که دستور انجام آن را به مریض یا پرستار و مانند آن صادر می‌نماید در صورت تلف یا صدمه بدنی ضامن است» بنابراین مطابق این ماده پزشک تنها نسبت به اعمال خود مسئولیت ندارد بلکه نسبت به اعمالی که از ناحیه کادر پزشکی که در حیطة دستورات او انجام وظیفه می‌کنند نیز مسئول است؛ اما به‌طور قطع یقین نمی‌توان این را بیان نمود چراکه مواد ۱۹ و ۲۰ آیین‌نامه انتظامی پزشکی، مشاوره و انجام اعمال پزشکی به‌وسیله پزشک جانشین را تنها با درخواست بیمار و وابستگان او مجاز دانسته و اغلب نیز مسئولیت پزشک با ورود دیگری پایان می‌پذیرد و در واقع تبدیل تعهد رخ می‌دهد. همچنین مطابق رأی دادگاه سن در کشور فرانسه: «پزشکی که بر اثر وخیم بودن حال بیماری که معالجه وی را به‌عهده دارد و همچنین کمبود وسایلیش برای درمان او، از جراحی دیگر، یاری می‌جوید مسئول اعمال مسئولیت‌آور این جراح نخواهد بود و این طبیب فقط عهده‌دار پرداخت مخارج جراح می‌باشد.» بر همین اساس رأی دادگاه پاریس بیان می‌دارد: «حتی اگر پزشکی، پزشک دیگری را به‌جای خود قرار دهد باز پزشک نخست، مسئول اعمال پزشک دوم نخواهد بود»^{۱۷}؛ اما نظام حقوقی و برخی حقوق‌دانان دایره مسئولیت قراردادی را فراتر می‌داند و پزشک را مسئول فعل دستیاران خود نیز می‌داند. (البته در جایی که این تعهد به فعل دستیاران در قرارداد آمده باشد و استنباط شود)؛

ب) تئوری مصونیت‌های خیرخواهانه: اساس این تئوری بر این پایه است که بیمارستان‌ها مسئول اعمال کارکنان خود نیستند. بیماران از مراقبت‌های خیرخواهانه بیمارستان بهره‌مند می‌شوند به همین منظور یک سازمان خیرخواهانه نمی‌تواند تحت پیگرد قانونی قرار گیرد. این تئوری تا قبل از دهه ۵۰ میلادی (پیش از گسترش بیمه‌های خدمات درمانی) رواج داشت؛ اما کم‌کم (حدوداً نیمه قرن بیستم به بعد) که بیمارستان‌ها از خط ارائه خدمات مراقبتی به‌سوی وضعیت یک سازمان تجاری عبور کردند، مشخص گردید که این تئوری به سود بیماران نیست؛

ج) تئوری مسئولیت کارفرما: مطابق این تئوری، کارفرما مسئول اعمال کارکنان خویش است. در اینجا مسئولیت کارفرما تقریباً یک مسئولیت غیرارادی است و بر این فرض استوار است که همواره دفاع از کارکنان بیمارستان، به نفع بیمارستان است. در هیچ‌یک از

دیگر زمینه‌های حقوقی، به اندازه پرسنل درمانی و پرستاران این نظریه کاربرد نیافته است. سؤالی که پیش آمد این بود، فعل پرسنل درمانی، پزشکی است یا اداری؟ که سرانجام در سال ۱۹۵۷ این روش ارزیابی به‌عنوان یک سیستم ساختگی در تقسیم‌بندی عملکرد پرستاران و کادر درمانی شناخته شد و کاربرد امور پزشکی در مقابل امور اداری و تفکیک آنها ممنوع اعلام شد؛

د) تئوری، مسئولیت پزشکان سرپرست یا اتندهای بیمارستان نسبت به اعمال انترن‌ها و رزیدنت‌ها: پزشکی که در انجام تعلیمات، مرتکب خطا شود به‌تنهایی در مقابل بیمار مسئول خواهد بود. پزشک مسئول اقدامات تمامی افرادی است که آنان را مأمور ایفای تعهد خود نموده است؛ اما اگر انترن بیمارستان بدون اطلاع رزیدنت یا اتند، بیماری را بپذیرد و خود مبادرت به درمان نماید، شخص او مسئول خواهد بود چراکه انترن برخلاف کارآموز و کالت که یک حقوق‌دان فارغ‌التحصیل است، یک پزشک فارغ‌التحصیل نیست و فعلاً اجازه طبابت ندارد؛

ه) تئوری ناخدای کشتی: این تئوری مسئولیت اعمال هر فردی را که در اتاق عمل کار می‌کند، برعهده جراح می‌گذارد. به‌عبارت‌دیگر هرگونه فعل کارکنان بیمارستان را مادامی که تحت نظارت جراح کار می‌کنند از بیمارستان سلب می‌کند و مسئولیت را حتی خارج از اتاق عمل نیز برعهده جراح می‌داند. در اتاق عمل بر اساس نظر دادگاه‌ها، کارکنان بیمارستان، «کارکنان فرضی» پزشک محسوب می‌شوند؛

و) مسئولیت قانونی: شخص حقوقی جدا از وظیفه‌ای که به‌عنوان کارفرما برعهده دارد، موظف است تا مطمئن باشد که بیماران از مراقبت‌های مناسب برخوردارند. درواقع فرضیه اصلی این تئوری بر این اندیشه استوار است که هر فرد از مسئولیت مستقیم قانونی برخوردار است و تمام کارکنان گروه پزشکی در قبال اعمال خود از یک سطح اولیه مسئولیت برخوردارند، چه این فرد حرفه‌ای باشد، چه غیرحرفه‌ای. اگر فردی که جزء کارکنان است، فاقد صلاحیت باشد و سرپرست او مشکل را به‌درستی حل و فصل نکند، علاوه بر مسئولیت کارمند سرپرست نیز مسئول غیرمستقیم عملکرد وی خواهد بود. امروزه سرایت مسئولیت پرستار به کارفرمای او از جمله بیمارستان یا درمانگاه ناشی از گسترش نظریه است که از آن به‌عنوان مسئولیت قانونی یاد می‌شود؛

پس از بیان تئوری‌های مختلف، مسئولیت جراح و همکاران وی در طول درمان و پس از آن را بررسی می‌کنیم و از این راه به تحلیل اینکه آیا همکاران پزشک جراح (در فرض این

مقاله پیراپزشک) مسئولیتی مستقل از پزشک جراح خواهند داشت یا مسئولیت اعمال آنان با پزشک جراح می‌باشد، خواهیم پرداخت. همچنین اینکه رابطه‌ای که پزشک و متخصص پزشکی را مسئول جبران خسارت بیمار می‌کند، قراردادی است یا قهری را بررسی خواهیم کرد.

۶- مسئولیت پزشک معالج و متخصصین جراحی

با مراجعه بیمار به پزشک، پزشک متعهد می‌شود بیمار را معالجه کند، خواه توافق و قرارداد او با بیمار کتبی باشد خواه شفاهی. در اینجا اگر قراردادی بین بیمار و پزشک قابل تصور باشد آن را «قرارداد طبی»^{۱۸} می‌نامند که این قرارداد متضمن تعهد پزشک به مواظبت، مراقبت و مداوا و نیز تعهد بیمار به پرداخت هزینه‌هاست. در مواردی نیز بیمار بدون قصد و اراده‌ای نزد پزشک برده می‌شود، مانند فرضی که بیمار در حالت اغماء به سر می‌برد که در این حالات تصور قرارداد بین بیمار و پزشک منتفی است، برای مثال شخصی که پس از تصادف در حالت اغماء توسط اشخاص دیگری نزد پزشک برده شود. در این حالات نیز برخی عقیده دارند که شخصی که بیمار (مصدوم) را به بیمارستان برده است به نمایندگی از بیمار، قراردادی با پزشک منعقد می‌کند و در نتیجه قراردادی بین بیمار و پزشک شکل می‌گیرد. هرچند به این نظر خدشه وارد شده است. به همین دلیل در حقوق فرانسه عقیده چنین است که مسئولیت مدنی پزشک نمی‌تواند تابع دو نظام قراردادی و قهری باشد و باید تابع نظام واحدی قرار بگیرد. به عبارت دیگر اینکه بیمار با پای خود نزد پزشک حاضر شود یا توسط شخص دیگری به بیمارستان برده شود نباید بر مسئولیت پزشک در مقابل بیمار مؤثر باشد. اغلب حقوق دانان نیز چنین تفکیکی را تصنعی می‌دانند و عقیده دارند در چنین مواقعی مسئولیت مدنی نه قراردادی است و نه قهری بلکه نوعی مسئولیت «خاص» است که در قلمرو «مسئولیت حرفه‌ای»^{۱۹} است. النهایه تمایل به قراردادی دانستن مسئولیت مدنی پزشک می‌باشد هرچند ناگفته نماند که پزشک ممکن است تحت برخی نظامات حرفه‌ای مسئولیت قانونی نیز داشته باشد و رعایت آنها برای او الزام‌آور باشد.^{۲۰} حال این فرض را بررسی می‌کنیم که اگر پس از پذیرش بیمار توسط تیم پزشکی و تشخیص پزشک جراح بر انجام عمل جراحی و انجام آن،

18. La Contract Medical

19. La Resdponsabilité Professionelle

۲۰. یزدانیان، قواعد مسئولیت مدنی (با مطالعه تطبیقی در حقوق فرانسه)، ۳۵۲.

صدمه و آسیب به بیمار وارد شود یا وی فوت کند، پزشک جراح، مسئول اعمال متخصصینی که به او یاری می‌دهند، می‌باشد؟ ابتدا برای پاسخ به این سؤال دو فرض را بررسی خواهیم کرد:

۱) عمل جراحی بدون حضور متخصص بیهوشی انجام گیرد: در این فرض، دو حالت متصور است: اول اینکه عملیات جراحی منجر به مرگ یا ایراد صدمه و خسارتی در بیمار شود. در این مورد در مسئولیت پزشک جراح شکی نیست. برای مثال بیماری که از بیمارستان روانی فرار می‌کند و اقدام به خودکشی می‌کند، او را به بیمارستان منتقل می‌کنند و پزشک جراح تصمیم می‌گیرد با شوک الکتریکی و اقدامات احیاء‌گرانه بیمار را به هوش آورد اما افاقه نمی‌کند و بیمار فوت می‌کند. در اینجا از متخصص بیهوشی کمک نگرفته است بنابراین مسئولیت برعهده پزشک می‌باشد؛ فرض دوم این است که اگر مطابق نظر کارشناس حضور متخصص بیهوشی مؤثر در مقام بوده و باعث نجات جان بیمار می‌شده است، در این صورت نیز پزشک معالج را باید مسئول دانست. مسئولیت پزشک در بیمارستان‌های تخصصی و عمومی‌ای که طبق موازین علمی حضور متخصص بیهوشی همواره در آنها لازم است، محرز است اما در جایی که شهر کوچک است و پزشک جراح تنها مسئول فنی بیمارستان است و موضوع از فوریت‌های پزشکی باشد، مسئولیت پزشک منتفی است، مگر در صورت قصور پزشک؛

۲) حالت دوم انجام عمل جراحی با حضور متخصص بیهوشی است: در این باره اگر اقدامات پزشک و متخصص پزشکی مشترک باشد و توأمان جهت بیهوشی و اقدامات درمانی بیمار توان خود را به کار بندند به طوری که نتوان مرز مشخصی برای اقدامات هر دو قائل شد، مطابق ماده ۳۶۵ ق.م.ا که مقرر می‌دارد: «هرگاه چند نفر با هم سبب آسیب یا خسارتی شوند به طور تساوی عهده‌دار خسارت خواهند بود»؛ و بر مبنای تئوری «مسئولیت مشترک» اشتراکاً دارای مسئولیت می‌باشند؛ اما اگر بتوان تفکیکی میان اقدامات آنها ایجاد نمود، خطاهای ناشی از اقدام هر یک، منتسب به او خواهد بود.^{۲۱}

دادگاه پاریس در رأی ۲۴ فوریه ۱۹۸۳ خود این تعهدات را به طور صریح بیان نموده: «بیمار تا زمانی که بیمارستان را ترک نکرده است در خصوص عوارض مربوط به بیهوشی

تحت مراقبت متخصص بیهوشی است و در زمینه سایر معالجات تحت مراقبت متخصص جراحی است.^{۲۲}

سؤالی که ممکن است مطرح شود این است که در مواقعی که بیمار به بیمارستان آورده می‌شود، بیمارستان چه نقشی دارد؟ آیا در جبران ضرری که به بیمار وارد آمده علاوه بر پزشک جراح و متخصص بیهوشی که مشترکاً مسئول می‌باشند، مؤسسه پزشکی (بیمارستان) دارای مسئولیت می‌باشد؟

برای پاسخ به این سؤال به سراغ همان مبنای قراردادی یا قهری بودن رابطه بیمار و پزشک بازمی‌گردیم، زمانی که پزشک حقوقی از بیمارستان دریافت می‌کند و در واقع به استخدام بیمارستان درآمده است و بیمار به بیمارستان مراجعه می‌کند، رابطه قراردادی بین بیمار و پزشک وجود ندارد و مسئولیت مدنی پزشک مسئولیت قهری است. مگر اینکه بیمار به بیمارستان وکالت در انتخاب یک پزشک دهد و در واقع قراردادی بین بیمار و پزشک منعقد شود. در حقوق فرانسه نیز علی‌رغم اینکه رویه قضایی و دکترین، رابطه بیمار و پزشک را قراردادی توصیف کرده‌اند اما با تصویب قانون ۴ مارس ۲۰۰۲ که در آن از قرارداد درمان نامی برده نشده، مشکل بتوان رابطه این دو را قراردادی دانست.^{۲۳}

۷- مسئولیت همکاران جراح

علاوه بر جراح و متخصص بیهوشی، افراد دیگری چون دستیار، پرستار و تکنسین اتاق عمل نیز حضور دارند. پیش از ورود به بحث لازم است میان دو واژه «پزشکی گروهی»^{۲۴} و «تیم پزشکی یا جراحی»^{۲۵} تفاوت قائل شویم زیرا اگرچه از نظر لفظی نزدیک می‌باشند اما هر کدام معنای خاص خود را دارد.

در پزشکی گروهی تعدادی از پزشکان در یک محل اجتماع می‌یابند و با هم کار می‌کنند و ممکن است خدمات متقابلی ارائه دهند. در این موارد هر پزشکی به‌تنهایی در مقابل مشتریان خود مسئول اعمال خویش است؛ بنابراین در پزشکی گروهی، تعدادی از پزشکان اصولاً در ساختمانی واحد خدماتی را ارائه می‌دهند و هر یک به‌تنهایی در مقابل بیماران خود مسئول جبران خسارتی است که از فعل وی وارد شده است و این نوعی مسئولیت ناشی از

۲۲. همانجا.

۲۳. یزدانیان، پیشین، ۳۶۰.

فعل شخص است. درحالی‌که در تیم پزشکی یا جراحی، یک تیم بر روی یک بیمار فعالیتی را انجام می‌دهند و این زمینه وجود دارد که برخی، مسئول اعمال دیگران باشند. در این مورد هر یک از اعضاء از استقلال کمتری برخوردار می‌باشند.^{۲۶} امروزه متخصص بیهوشی در جریان یک عمل پزشکی، نقش عمده‌ای را پیدا نموده است. متخصص بیهوشی قبل از عمل، بیمار را آماده برای عمل کرده و در طول عمل نیز مراقب حال بیمار بوده و بعد از عمل نیز یاری بیمار را برعهده دارد تا دوباره کارکرد حیاتی وی از سر گرفته شود، در نتیجه او مسئول فعل شخصی خود می‌باشد.

در این میان در حقوق فرانسه گاهی به مسئولیت تضامنی متخصص بیهوشی با پزشک جراح و یا با کلینیک و یا بیمارستان رأی داده شده است^{۲۷}؛ بنابراین مسئولیت متخصص بیهوشی به مراتب مهمتر از سایر همکارانش می‌باشد، به همین خاطر ابتدا به آن می‌پردازیم.

۸- مسئولیت متخصص بیهوشی

تکنیک بیهوشی یک تخصص محسوب می‌شود و چنانچه رابطه سببیت بین صدمه وارده و خطای وی احراز شود، مسئولیت آن متوجه متخصص بیهوشی است و تفاوتی نمی‌کند که خطای ارتكابی وی مربوط به دوره قبل از عمل، دوره عمل یا مراقبت‌های بعد از عمل باشد. در پرونده‌ای، در حین عمل جراحی بیرون آوردن کیسه صفرای بیمار ۳۲ ساله‌ای، جراح متوجه کوتاهی غیرطبیعی مجرای صفرای وی شده که در کبد فرو رفته بود. جراح قسمت کوچکی از مجرای مشترک صفرای وی را خارج کرد و کشید تا آن را ترمیم کند؛ اما در بخش تحتانی و حساس کبد زخم کوچکی ایجاد شد و شروع به خونریزی کرد. جراح پس از این مسئله سعی کرد با ایجاد فشار خلفی روی ورید اجوف، خونریزی را کنترل کند. متخصص بیهوشی که متوجه خونریزی شد، دستور تهیه واحد خون اضافی را صادر نمود و درخواست انجام نوار قلبی (الکتروکاردیوگرافی) کرد. بیمار که خون اضافی دریافت کرده بود، دچار افت فشار خون و نهایتاً ایست قلبی شد. یک کمک‌جراح شروع به انجام ماساژ قلبی کرد و توانست فعالیت قلب را حفظ کند؛ اما بیمار هرگز از حالت کما خارج نشد. گزارش کارشناسی نشان داد که

۲۶. همان، ۴۹۵.

۲۷. همان، ۴۳۹.

متخصص بیهوشی با تشخیص ندادن ایست قلبی در زمان وقوع آن، موجب مرگ بیمار گردیده است.^{۲۸}

سایر همکاران پزشک جراح، دایره محدودتری دارند، به عبارت دیگر تنها در صورت وجود شرایط زیر مسئولیت اعمال آنها با خودشان می‌باشد:

۱- در صورتی که مرتکب قصور و سهل‌انگاری در انجام وظایف خاص خود شده باشند؛

۲- در صورتی که به دقت دستور جراح یا متخصص بیهوشی را اجرا نکنند؛

۳- در صورت ارتکاب خطایی که از وظایف و اختیارات قانونی آنها نیست؛

۴- در صورتی که فاقد شرایط و صلاحیت‌های لازم و قانونی باشند.

تزریق از جمله اقدامات ساده پرستاری می‌باشد و پرستار در قبال خطای خود در این زمینه مسئول است، برای مثال پرستاری که تزریق را اشتبهاً در عصب ران بیمار انجام داد و او از ناحیه پا دچار آسیب دائمی شد.

در اینکه آیا در صورت وجود پزشک جراح، متخصص بیهوشی مسئول اعمال خود می‌باشد یا خیر، در حقوق فرانسه، در ۲۴ فوریه ۱۹۸۳ دادگاه پاریس رأی داد که: «تا زمانی که بیمار در بیمارستان است در خصوص بیماری‌های مربوط به بیهوشی زیر نظر متخصص بیهوشی بوده و در مورد سایر درمان‌ها تحت مراقبت متخصص جراحی می‌باشد.»^{۲۹}

۹- مسئولیت بیمارستان

در حقوق ایران توجه چندانی به مسئولیت بیمارستان، نشده است. در گذشته بر مبنای اینکه بیمارستان به عنوان مؤسسه‌ای خیریه و عام‌المنفعه^{۳۰} شهرت داشت و استدلال این بود که مؤسسه‌ای که از بیماران مراقبت به عمل می‌آورد، نمی‌تواند مسئول باشد، برای بیمارستان مسئولیتی متصور نبودند؛ اما امروزه بیمارستان صرفاً یک مؤسسه خیریه نبوده و مکانی برای تجارت شده است. در واقع قصد سوداگری بر قصد احسان آن غلبه دارد. از جمله تقصیراتی که امروزه می‌توان برای یک بیمارستان متصور بود عمدتاً مطابق قوانین تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی می‌باشد. مواد ۱، ۳، ۴ و ۵ قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی

۲۸. عباسی، حقوق پزشکی، جلد ۱، چاپ ۱، ۷۲.

۲۹. عباسی، پیشین، ۳۳۹.

برخی از تقصیراتی که مسئولیت بیمارستان را به دنبال دارند، بیان می‌کنند.^{۳۱} در حقوق فرانسه علاوه بر آنچه که گفته شد، بیمارستان به عنوان یک شخصیت حقوقی می‌تواند با بیمار قرارداد منعقد نماید. این امر در رأی ۲۶ می ۱۹۹۱ شعبه اول مدنی دیوان عالی کشور فرانسه تصریح شده است. این قرارداد تعهد دوجانبه‌ای مانند هر قرارداد دیگری برای طرفین ایجاد می‌کند. تعهد بیمار به عدم‌وارد کردن خسارت به اموال و تأسیسات بیمارستان در طول اقامت در بیمارستان و از طرف دیگر تعهد به تأمین سکوت و فراهم آوردن داروهای سالم برعهده بیمارستان است.^{۳۲}

درواقع مسئولیت سوء معالجه پزشکان پیش از قانون (حقوق بیماران) ۲ مارس، در بخش خصوصی به عنوان موضوع قرارداد دیده می‌شد. همچنین که مطابق رأی «مرسیه»^{۳۳} دیوان عالی کشور فرانسه، رابطه بیمار و بیمارستان را رابطه‌ای قراردادی دانست.^{۳۴} از نظر برخی از حقوق دانان قرارداد بین بیمار و بیمارستان را می‌توان نوعی قرارداد پذیرش، بستری شدن و مراقبت تلقی نمود که خود شامل دو قرارداد (قرارداد درمان) و (قرارداد بستری شدن) می‌باشد.

نتیجه

مطابق قوانین خاص و مجموع مواد ۱۵ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ماده ۱ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و یا قانون امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴ می‌توان این‌طور استنباط نمود که واژه «پزشک» علاوه بر پزشک به معنای خاص، سایر حرف پزشکی وابسته به آن را نیز شامل می‌شود و در صورتی که این افراد موجب ایجاد صدمه یا خسارت گردند، ضامن خواهند بود. در واقع همان‌طور که بیان گردید، برای مثال متخصص بیهوشی به عنوان یک تخصص مستقل در جامعه پزشکی معرفی شده همان‌طور که سایر رشته‌های پیراپزشکی در حیطه وظایف خود دارای تخصصی مستقل از پزشک جراح می‌باشند و هر کدام قسمتی از روند درمانی بیمار را برعهده دراند و اینکه بگوییم همگی به تبعیت از او انجام وظیفه می‌کنند اگرچه در قالب یک تیم پزشکی و برای حفظ انسجام تیمی مناسب باشد، اما

۳۱. یزدانین، پیشین، ۴۵۱.

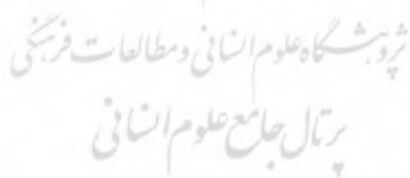
۳۲. ژوردن، اصول مسئولیت مدنی، ۲۷۷.

33. Arrêt Mercier: Consécration de la Notion de Contrat Médical Imposant L'obligation de Donner des Soins Concieux Attentifs et Conformes Aux Données Acquises de la Science.

34. Welsch, *La Faute Medical: Les Condition de la Resposibilité Civile*, 3.

نمی‌تواند نافیه مسئولیت مستقل هرکدام از آنان درمقابل بیمار شد، چه اینکه این نظر مطابق با تئوری مسئولیت قانونی «هرکسی مسئولیت اعمال خود را برعهده دارد» توجیه می‌گردد اما درمورد اتندها و پرستاران می‌توان تئوری ناخدای کشتی یا نظریه تبعیت آنان از پزشک جراح را مطرح نمود چراکه یک پرستار یا کسی که به‌عنوان یک اتند فعالیت می‌کند، تخصص پیچیده و خاصی ندارد و ملزم به تبعیت از دستوراتی است که پزشک جراح به او می‌دهد. همان‌طور که ماده ۴۹۶ ق.م.ا.م صوب ۱۳۹۲ نیز بیان می‌دارد: «پزشک در معالجاتی که دستور انجام آن را به مریض یا پرستار و مانند آن صادر می‌نماید، درصورت تلف یا صدمه بدنی ضامن است مگر آنکه مطابق ماده ۴۹۵ این قانون رفتار کرده باشد. از این ماده و واژه مانند برمی‌آید که پرستاران عموماً به‌تبعیت از پزشک عملی را انجام می‌دهند و مسئولیت اعمال آنان با پزشک می‌باشد اما درصورت تخلف از وظایف خود، بار مسئولیت ناشی از خطای شخصی خود را به دوش خواهند کشید.»

همان‌طور که در حقوق فرانسه^{۳۵} نیز در تعریف مسئولیت پزشکی این‌چنین آمده است: «مسئولیت پزشکان، وابستگان (حرف) مرتبط به پزشکی، مؤسسه بیمارستان، کلینیک آزمایشگاه.»



فهرست منابع

الف) منابع فارسی

- دریاباری، سید محمد. «مبانی مسئولیت حرفه‌ای پزشک». *مجله اندیشه صادق* ۶ و ۷ (۱۳۸۱): ۱۶-۱۳.
- زاهدی، عاطفه. *قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲*. تهران: انتشارات جاودانه، جنگل، ۱۳۹۳.
- ژوردن، پاتریس. *اصول مسئولیت مدنی*. ترجمه مجید ادیب. تهران: انتشارات میزان، ۱۳۹۴.
- سالارکریمی، حدیثه، دکتر سید نبی موسوی شهبابی و دکتر آریا حجازی. «مسئولیت گروه‌درمانی ناشی از اعمال همکاران، دانشجویان و بیماران در حوادث پزشکی». *مجله پزشکی قانونی ایران* جلد ۲۰ شماره ۴ (۱۳۹۳): ۲۲۰-۲۱۱.
- شجاع‌پوریان، سیاوش. *مسئولیت قراردادی پزشک در برابر بیمار*. تهران: انتشارات فردوسی، ۱۳۸۹.
- صالحی، حمیدرضا، محمدرضا فلاح. «مطالعه تطبیقی مسئولیت مدنی پرستاران در حقوق ایران و فرانسه». *فصلنامه حقوق پزشکی* ۷ (۲۶) (۱۳۹۲): ۹۲-۶۵.
- عباسی، محمود. *حقوق پزشکی*. جلد ۱. چاپ ۱. تهران: انتشارات حقوقی، ۱۳۸۳.
- عباسی، محمود. «مسئولیت تیم پزشکی در اعمال جراحی». *مجله حقوقی* ۵۴ (بهار ۱۳۸۵): ۷۸-۵۹.
- کاتبی، حسینی. *فرهنگ حقوق (فرانسه - فارسی)*. تهران: کتابخانه گنج دانش، ۱۳۸۰.
- کاتوزیان، ناصر. *الزامات خارج از قرارداد (مسئولیت مدنی)*. جلد ۱. چاپ ۱۲. تهران: دانشگاه تهران، ۱۳۹۲.
- کاتوزیان، ناصر. *قانون مدنی در نظم حقوقی کنونی*. تهران: میزان، ۱۳۸۶.
- لنگرودی، محمدجعفر. *ترمیم‌ولوژی حقوق*. تهران: انتشارات گنج دانش، ۱۳۷۴.
- ملک‌زاده، رؤیا و فرشته عراقیان مجرد، افشین امیرخانلو، سونا سرافراز، احسان عابدینی. «بررسی عوامل وقوع خطاهای پزشکی در نظام گزارش داوطلبانه در بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران». *راهبردهای مدیریت در سلامت روان* ۱۱ (۱) (پاییز ۱۳۹۵): ۶۹-۶۱.
- یزدانیان، علیرضا. *قواعد مسئولیت مدنی (با مطالعه تطبیقی در حقوق فرانسه)*. جلد چهارم. تهران: میزان، ۱۳۹۵.

ب) منابع خارجی

Welsch, Sylvie. "La Faute Medical: Les Condition de La Resposibilité Civile." UGGC Avocates, 2014

Savatier, René. "La Responsabilité Médical En France: Aspects de Droit Privé." *Revue Internationale de Droit Comparém* (2016).