

مطالعه تله‌مدیسین (پزشکی از راه دور) از منظر حقوقی

سید محمدهادی ساعی^۱

مریم تقفی^۲

چکیده

تله‌مدیسین به معنای پزشکی از راه دور یکی از طرق ارائه خدمات بهداشتی درمانی است که با استفاده از فناوری نوین و تجهیزات مدرن ارائه می‌شود. تله‌مدیسین خدمات گسترده‌ای نظیر مشاوره از راه دور، رادیولوژی از راه دور و جراحی از راه دور را در بر می‌گیرد. ارائه خدمات تله‌مدیسین به بیماران، نیازمند کسب رضایت آگاهانه آنان از نحوه ارائه خدمات، روش درمان و میزان خطرات احتمالی این روش است. ارائه‌کنندگان خدمات تله‌مدیسین گاه پزشکان و گاه مراکز درمانی هستند. زمانی که این خدمات توسط پزشکان ارائه می‌شود طرف قرارداد بیمار، پزشکی است که برای مثال به مشاوره یا درمان اینترنتی و آن‌لاین او می‌پردازد و مسؤولیت این پزشک نیز گاه در قالب مسؤولیت قراردادی ناشی از نقض تعهدات قراردادی و گاه در قالب مسؤولیت قهری ناشی از خطای او محقق می‌شود. در مقابل هنگامی که خدماتی نظیر جراحی از راه دور به بیمار ارائه می‌شود، مرکز درمانی که جراحی در آن واقع می‌شود، طرف قرارداد بیمار است. با وجود این که در این فرض رابطه قراردادی میان بیمار و پزشک راه دور متصور نیست اما مسؤولیت خطاهای پزشک به صورت تبعی و بر اساس مبانی‌ای نظیر مسؤولیت کارفرما، مسؤولیت جانشینی و نمایندگی ظاهری با مرکز درمانی مطرح می‌باشد.

واژگان کلیدی:

تله‌مدیسین، پزشک راه دور، مرکز درمانی، بیمار، مسؤولیت مدنی در

تله‌مدیسین.

۱- استادیار گروه حقوق و عضو هیأت علمی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)

۲- کارشناس ارشد حقوق خصوصی، مربی دانشگاه پیام نور مرکز قزوین، (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیک: M.saqafi@hotmail.com

نوع مقاله: مروری تاریخ ارسال مقاله: ۹۲/۳/۲۲ تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۳/۱/۱۷

مقدمه

سلامت الکترونیک^۱ زمینه جدید و روبه رشدی است که حاکی از تلاقی اطلاع‌رسانی پزشکی- سلامت عمومی و مبادلات تجاری می‌باشد. در سلامت الکترونیک، خدمات بهداشتی درمانی از طریق اینترنت و فناوری‌های وابسته به آن ارائه می‌شود. اصطلاح سلامت الکترونیک از سال ۲۰۰۰ میلادی مورد استفاده قرار گرفته و زمینه فعالیت‌های آن بسیار گسترده است که از جمله می‌توان به ایجاد پرونده‌های الکترونیکی و اطلاعات سلامت برای شهروندان از طریق اینترنت، تله‌مدیسین^۲ (پزشکی از راه دور) و قراردادان دستگاه‌هایی خاص در بدن انسان به منظور تنظیم کارکرد بدن اشاره نمود (ترابی؛ صفدری، ۱۳۸۷ش، ص ۱۹). اما از آنجا که بازار اینترنت و خدمات این‌چنینی بسیار گسترده و بی‌نام و نشان است، این‌گونه فعالیت‌ها و خدمات نیازمند تمهیدات قانونی و ایجاد حد و مرز مقرراتی است (حامدان، ۱۳۸۶ش، ص ۵۲). چرا که سلامت الکترونیک و بهره‌مندی از تکنیک‌های نوین پزشکی، چالش‌های حقوقی و اخلاقی جدیدی را به همراه دارد (حامدان، ۱۳۸۶ش، ص ۵۵). البته در کشورهای خارجی، قوانین و مقررات و هم‌چنین متون حقوقی متعددی را در این زمینه می‌توان یافت لیکن به دلیل این‌که فعالیت‌های مذکور صرفاً مختص کشورهای پیشرفته و خارجی نیست و در داخل ایران نیز از خدمات گسترده آن نظیر تله‌مدیسین در کلینیک‌های مجازی تخصصی و با همکاری دانشگاه‌های علوم پزشکی بهره‌برداری می‌شود (هفته‌نامه نوین دارو، ۱۳۹۱ش، ص ۱۲). در نظام حقوقی ما خلاء قوانین و مقررات و هم‌چنین تحلیل و تبیین مباحث حقوقی این امور احساس می‌شود. از سوی دیگر، به دلیل عرصه گسترده سلامت الکترونیک، بررسی حقوقی تمام حوزه‌های موجود امکان‌پذیر نبوده و از این رو در مقاله حاضر به تبیین حقوقی یکی از این حوزه‌ها با نام تله‌مدیسین پرداخته می‌شود. لذا به جهت

اینکه ارائه خدمات از طریق تله‌مدیسین به روابط گسترده و بعضاً پیچیده بیماران و ارائه‌کنندگان خدمات می‌انجامد سؤالات و ابهاماتی مطرح می‌شود از قبیل این‌که؛ رابطه بیمار با پزشک از راه دور چگونه است و بر این اساس رابطه بیمار و ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی داخل در مرکز درمانی چگونه تبیین می‌شود؟ آیا آگاهی بیمار از نوع درمان به روش تله‌مدیسین و از راه دور ضروری است؟ و در آخر این‌که مسؤولیت ضرر و زیان احتمالی بیمار به عهده کیست؟ مرکز درمانی؟ پزشک مرکز درمانی یا پزشکی که از راه دور به درمان و مشاوره مشغول است؟

پاسخ به سؤالات فوق نیازمند بررسی کلیاتی در ارتباط با تله‌مدیسین و نحوه ارائه خدمات بهداشتی درمانی به بیماران، دریافت رضایت آگاهانه از بیمار، روابط بیمار، پزشک، مرکز درمانی و پزشک خارج از مرکز و مسؤولیت صدمات احتمالی وارده بر بیمار است که هر یک در بخشی جداگانه تبیین می‌شود.

بخش اول: ارائه خدمات بهداشتی درمانی از طریق تله‌مدیسین

ارائه خدمات بهداشتی درمانی غالباً در مقوله‌ای با عنوان قرارداد درمان صورت می‌پذیرد؛ قراردادی که حاصل توافق شفاهی یا کتبی بیمار و مرکز درمانی یا پزشکی است که برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی از قبیل معاینه، درمان، جراحی یا حتی مشاوره و پیش‌گیری به بیماران در مقابل حق الزحمه و عوض منعقد می‌شود (شریفی؛ ثقفی، ۱۳۹۱ش، ص ۸۶). در نظام حقوق اروپایی، قرارداد درمان را در حیطه قرارداد خدمات^۳ (Barendrecht, 2002, P.781; Von Bar, 2009, p.326) و در نظام حقوقی ایران از جمله عقود نامعین می‌دانند (کاتوزیان، ۱۳۸۸ش، ص ۹۶؛ صالحی، ۱۳۹۲ش، ص ۱۵۱). این قرارداد، رضایی، معوض، عهدی، از جانب بیمار جایز و از

جانب پزشک یا مرکز درمانی لازم است (ثقفی، ۱۳۹۱ش، صص ۱۰-۶). طرفین قرارداد درمان نیز ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی اعم از پزشکان و مراکز درمانی^۴ و بیماران هستند (ثقفی، ۱۳۹۱ش، ص ۵۱).

حال با این مقدمه به بررسی ارائه خدمات درمانی از طریق تله‌مدیسین می‌پردازیم. تله^۵ به معنای «فاصله، مسافت، دور» و مدیسین^۶ به معنای «پزشکی، طب» است و از این رو معنای تله‌مدیسین «پزشکی از راه دور» می‌باشد (کریمی، رحیمی‌پور، حسنی، ۱۳۸۹ش، ص ۴۹). تله‌مدیسین موجب ارتباط مراکز درمانی و تیم درمان یا انتقال اطلاعات تشخیصی می‌شود و برای بیماران و ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی امکان بهره‌مندی از خدمات و تخصص پزشکان مناطق مختلف را فراهم می‌سازد (نطاق؛ رضایی‌راد، ۱۳۹۰ش، ص ۲۴). از جمله خدمات تله‌مدیسین، مشاوره، جراحی، رادیولوژی، پاتالوژی و مراقبت‌های خانگی از راه دور است (کاظمی، ۱۳۹۱ش، صص ۴-۵). برای مثال ممکن است بیمار در محل سکونت خود و از طریق اینترنت و رابطه سمعی-بصری ویزیت شده و حتی علایم حیاتی وی نیز کنترل شود (نطاق؛ رضایی‌راد، ۱۳۹۰ش، ص ۲۷) یا اینکه جراحی بیمار در اتاق عمل با فرامین مکانیکی از راه دور انجام می‌شود (عباسی؛ صالحی‌کیا؛ رضایی، ۱۳۹۲ش، ص ۱۵۸). لذا در تله‌مدیسین ما با روابط ساده بیمار و ارائه‌کننده خدمات روبه‌رو نیستیم و روابط پیچیده‌ای متصور است که گاه به رابطه بیمار و پزشک خارج از مرکز درمانی منجر می‌شود و گاه پزشک خارج از مرکز درمانی و محل مداوای بیمار هیچ‌گونه رابطه‌ای با او ندارد و همین روابط نیز در میزان مسؤولیت ارائه‌کنندگان خدمات تأثیرگذار است. قبل از ورود به مباحث مذکور، بررسی نحوه اطلاع‌رسانی به بیمار و جلب رضایت او در ارائه خدمات بهداشتی-درمانی از طریق تله‌مدیسین ضروری است.

بخش دوم: جلب رضایت آگاهانه بیمار در تله‌مدیسین

تمامیت جسمانی انسان‌ها محترم است و هیچ انسانی بدون مجوز قانونی حق تصرف در جسم و جان دیگری ندارد و عدم تعرض به تن آدمی از اصول غیرقابل انکار و اجتناب‌ناپذیری است که جز در موارد ضروری برای درمان بیمار و اخذ رضایت قبلی نباید نقض شود (نرگسی خرم‌آباد، ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ ش.، ص ۲۳). در این راستا قانون مجازات اسلامی فقط زمانی اعمال طبی و جراحی را مجاز و فاقد مسؤولیت کیفری می‌داند که با رضایت شخص یا اولیاء و نمایندگان قانونی وی صورت گیرد.^۷ اما تنها اخذ رضایت کافی نیست و این رضایت باید آگاهانه باشد. لذا در ابتدا به بررسی رضایت آگاهانه می‌پردازیم.

۱. رضایت آگاهانه

امروزه رضایت بیمار باید رضایت آگاهانه^۸ باشد؛ توضیح این که پزشک وظیفه دارد قبل از هرگونه تصمیم‌گیری از سوی بیمار، خطرات درمان را برای او بازگو کند تا بیمار بتواند با دیدی روشن و آگاهی از چگونگی معالجه، درباره آن تصمیم گرفته و رضایت دهد (Stauch, 2008, P.103). ارائه اطلاعات کافی و جامع از سوی پزشک، ضامن حفظ استقلال و آزادی اراده و انتخاب بیمار است؛ زیرا موجب می‌شود بیمار بتواند با ارزیابی منافع و مضرات یک روش درمانی و خطرات احتمالی آن، درباره رد یا قبول درمان تصمیم‌گیری کند (لطفی، ۱۳۸۸ ش.، ص ۴۲).

رضایت آگاهانه از احکام و اصول اساسی حقوق و اخلاق پزشکی است (Cohen, 2013, P.xvi) از این رو در حقوق ایران نیز منشور حقوق بیمار به نوعی در راستای تأیید رضایت آگاهانه بوده و مقرر داشته است: روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش آگاهی و عوارض آن و نیز کلیه اطلاعات تأثیرگذار در روند تصمیم‌گیری بیمار می‌بایست به او

ارائه شود.^۹ در تعریفی بیان شده است: رضایت آگاهانه، «رضایت به پذیرش اختیاری درمان از جانب بیمار اطلاق می‌گردد که متعاقب کسب اطلاعات لازم از نحوه عمل و درمان، درصد احتمال موفقیت معالجه، امکان راه‌حل‌های درمانی جایگزین و... حاصل می‌شود» (پارساپور، قاسم‌زاده، ۱۳۹۰ش، ص ۴۱).

هم‌چنین قصد و رضای بیمار هنگامی به صورت صحیح واقع می‌شود که آگاهانه و به دور از هرگونه اضطرار، اکراه یا فریب باشد (Simon, Shuman, 2007, P60). این رضایت، گاه صریح و گاه ضمنی است. مثال رضایت ضمنی هنگامی است که پزشک قبل از درمان، رضایت صریح بیمار را دریافت نماید، لیکن در حین درمان با مورد مشابهی روبرو می‌شود؛ در این مواقع برخی بیان می‌دارند رضایت بیمار ضمنی است و به دلیل مشابه بودن درمان، پزشک مجاز به اقدام می‌باشد (Kazmier, 2009, P35).

۲. رضایت آگاهانه در تله‌مدیسین

برخی بر این نظرند که اشخاصی که به ارائه خدمات و تجهیزات پزشکی به صورت تله‌مدیسین می‌پردازند می‌بایستی قبل از ارائه هرگونه خدمات، رضایت آگاهانه بیمار یا نماینده قانونی یا قراردادی او را کسب نمایند (Ray Hays, 2006, P.217). برخی با تأکید بر دریافت رضایت آگاهانه از بیماران بیان می‌دارند که این رضایت حاکی از حداقل آگاهی بیمار از اطلاعات لازم درباره درمان به روش تله‌مدیسین است (Hedberg, 2010, P.166).

بنابراین، اگرچه دریافت رضایت آگاهانه برای انجام هرگونه اعمال بهداشتی-درمانی نیاز است، لیکن این امر در تله‌مدیسین اهمیت بیشتری می‌یابد؛ زیرا این نوع درمان نوآوری جدید و به گونه‌ای غیرمتعارف است و بیمار بیش از هر زمان

دیگری نیازمند کسب آگاهی از روند درمان، خطرات و منافع آن است (Soyer, 2012, P.162). هم‌چنین بیمار باید از تخصص و مهارت پزشکی که از طریق اینترنت و از راه دور به درمان او می‌پردازد مطلع باشد و به خصوص این‌که بداند اطلاعات محرمانه او در روند درمان اینترنتی در اختیار چه کسانی قرار خواهد گرفت (Cullen, 2006, P.180). زیرا در این روش آسیب‌پذیری سوابق بیمار و اطلاعات محرمانه او افزایش می‌یابد (عباسی؛ صالحی‌کیا؛ رضایی، ۱۳۹۲ش، ص ۱۶۰). این‌که آیا خدمات و روش‌های مدنظر پزشکان قبلاً آزمایش شده یا جدید هستند و چه تفاوت‌هایی میان درمان از طرق عادی و درمان به روش تله‌مدیسیین وجود دارد نیز از دیگر اطلاعاتی است که می‌بایستی به بیمار ارائه شود (Yogesana, 2012, P.205). لازم به ذکر است که حقوق دانان درباره کسب رضایت آگاهانه در تله‌مدیسیین نظرات یکسانی ندارند و برخی در فرض مختلف نظریات متفاوتی ارائه داده‌اند. در این راستا عده‌ای معتقدند هنگامی که پزشک معالج بیمار، صرفاً از طریق اینترنت یا سایر وسایل ارتباطی از پزشکی که در منطقه‌ای دیگر و خارج از مرکز درمانی است مشورت می‌گیرد و برای مثال تصویر رادیولوژی بیمار را جهت دریافت نظر پزشکی متخصص برای او ارسال می‌نماید، دریافت رضایت بیمار و اطلاع به او درباره مشاوره با دیگری نیاز نیست (Carroll, 2001, P.24). اما در فرض دیگری نظیر جراحی از راه دور یا به طریق ویدئوکنفرانس، یا در جایی که بیمار از طریق اینترنت یا سایر وسایل ارتباطی مستقیماً با پزشک از راه دور ارتباط برقرار می‌کند، رضایت آگاهانه بیمار امری مسلم است (Darr, Koerner, 1997, P.24).

بنابراین با توجه به نظریات فوق، دریافت رضایت از بیمار آن هم به صورت آگاهانه و با ارائه اطلاعات کافی در تله‌مدیسیین امری ضروری است که ضرورت آن با توجه به نوظهور بودن این‌گونه خدمات و مشکلات احتمالی نظیر قطع ارتباط

اینترنتی در اواسط جراحی یا لزوم تعویض و تغییر پزشکان (Cohen, 2013, P.xvi) بیش از درمان به روش عادی احساس می‌شود.

از سوی دیگر، در تله‌مدیسین، امکان دسترسی به اطلاعات بیمار، نظیر پرونده پزشکی او، نوع بیماری و روند بهبود برای اشخاص متعددی فراهم می‌شود؛ لذا چنانچه حتی این اشخاص در روند درمان دخیل نباشند باز هم برای آگاهی از اطلاعات بیمار نیازمند رضایت او هستند. این نکته‌ای است که برخی از نظریه‌پردازان در فروض یادشده به آن توجهی نداشته‌اند و در فرضی که پزشک معالج برای مشاوره با پزشک دیگر اقدام می‌کند، جلب رضایت بیمار را ضروری ندانسته‌اند. اما باید توجه داشت، اگرچه قانون، اشخاص واجد صلاحیت برای دسترسی به اطلاعات بیمار را احصا نکرده و این امر از لحاظ حقوقی در حاله‌ای از ابهام است (کریمی و همکاران، ۱۳۸۹ش، ص ۵۸)؛ لیکن باید گفت غیر از اشخاصی که در امر درمان بیمار و ارائه خدمات موردنیاز به او دخیل هستند، اشخاص دیگر حق دسترسی به اطلاعات بیمار را ندارند و در قوانین ما برای دسترسی غیرمجاز به اطلاعات اشخاص، من جمله بیماران، ضمانت اجرای کیفری موجود است. این ضمانت اجراها در قانون مجازات اسلامی،^{۱۰} قانون تجارت الکترونیک^{۱۱} و قانون جرایم رایانه‌ای^{۱۲} مشخص شده است. همچنین حفاظت از اطلاعات و اسرار بیماران از وظایف امانی ارائه‌کنندگان خدمات می‌باشد و نقض این وظیفه، ضمانت اجرای مدنی نیز به همراه دارد.^{۱۳}

بخش سوم: روابط بیماران و ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی در

تله‌مدیسین

هنگامی که خدمات بهداشتی درمانی به روش عادی ارائه می‌شود تشخیص روابط موجود میان بیماران و ارائه‌کنندگان خدمات آسان است. لیکن در ارائه

خدمات به صورت تله‌مدیسین همواره شاهد دخالت مستقیم یا غیرمستقیم حداقل یک پزشک هستیم که نه تنها از اعضاء مرکز درمانی نیست، بلکه در منطقه‌ای دوردست و گاه در کشوری دیگر حضور دارد. در نتیجه این سؤال مطرح می‌شود که آیا می‌توان میان بیمار و پزشک مذکور رابطه‌ای اعم از قراردادی یا غیر قراردادی قائل شد؟ در صورت تحقق این رابطه، روابط بیمار و مرکز درمانی یا پزشک حاضر در صحنه چگونه توجیه می‌شود؟

اهمیت تبیین این روابط از آن جهت است که اگر بیمار از خدمات ارائه شده صدمه ببیند برای مطالبه ضرر و زیان و مراجعه به مسئولین، علی‌الاصول می‌بایستی رابطه‌ای میان او و پزشک یا مرکز درمانی موجود باشد (Daar, Koerner, 1997, P.19). لذا برای پاسخ به این سؤالات در ابتدا رابطه بیمار و مرکز درمانی و پزشک حاضر در مرکز بررسی می‌شود و سپس به تبیین رابطه بیمار و پزشک خارج از مرکز درمانی پرداخته می‌شود.

۱. رابطه بیمار با مرکز درمانی و پزشک حاضر در مرکز

اصولاً رابطه بیمار با مرکز درمانی یا پزشک معالج، مبتنی بر قرارداد است و این قرارداد هنگام مراجعه بیمار به مراکز درمانی یا مطب یک پزشک با پرداخت حق ویزیت یا تکمیل فرم‌های پذیرش ایجاد می‌شود. لذا غیر از موارد استثنایی، نظیر فوریت‌های پزشکی، رابطه بیمار و ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی، مبتنی بر قرارداد است (ثقفی، ۱۳۹۱ش، ص ۶۴). بنابراین هنگامی که بیمار برای دریافت خدمات بهداشتی-درمانی حتی از طریق تله‌مدیسین به یک مرکز درمانی نظیر بیمارستان یا درمانگاه مراجعه می‌کند رابطه‌ای قراردادی میان بیمار و مرکز درمانی ایجاد می‌شود. هم‌چنین اگر بیمار برای بهره‌مندی از خدمات مذکور به مطب پزشک

مراجعه کند که به صورت مستقل و خارج از مراکز درمانی نظیر بیمارستان‌ها به امر طبابت می‌پردازد، رابطه قراردادی میان بیمار و پزشک شکل می‌گیرد. از سوی دیگر، در مواردی نظیر فوریت‌های پزشکی که امکان انعقاد قرارداد درمان موجود نیست روابط بیمار و ارائه‌کننده خدمات، غیرقراردادی و بر مبنای قوانینی است که پزشکان و مراکز درمانی را ملزم به ارائه خدمات به بیماران می‌نماید.^{۱۴}

۲. رابطه بیمار و پزشک خارج از مرکز درمانی (پزشک راه دور)

برخی معتقدند در تله‌مدیسین روابط میان پزشک و بیمار هنگامی قابل تصور است که پزشک از راه دور، اگرچه برخورد فیزیکی با بیمار نداشته باشد، تعهد به تشخیص، معاینه یا درمان بیمار نماید و بیمار نیز این تعهد را بپذیرد (Fleisher, Dechene, 2004, P.1-45). بسیاری از دادگاه‌ها نیز با نظر مذکور موافق هستند و روابط پزشک و بیمار را حتی در شرایطی که این دو هیچ‌گونه مواجهه و رویارویی با یکدیگر ندارند نیز متصور می‌دانند (Fleisher, Dechene, 2004, P.1-45). برای برقراری این روابط، نیازی نیست حتماً پزشک بیمار را ببیند یا به مداوای او بپردازد. در نتیجه، پزشک مسؤول صدماتی است که بیمار به سبب اعمال عمدی یا غیرعمدی او متحمل می‌شود (Tandel-Korenchuk, 1997, P.110). در پرونده‌ای نیز این موضوع مورد بررسی واقع شد^{۱۵} و دادگاه حکم کرد که رابطه میان پزشک و بیمار حتی در صورتی که پزشک با بیمار ملاقاتی نداشته یا صحبت نکرده است نیز محقق می‌شود؛ زیرا برای خدمات ارائه‌شده حق‌الزحمه‌ای در نظر گرفته می‌شود و بیمار هزینه‌های معین‌شده و اجرت پزشک را پرداخت می‌کند (Daar, Koerner, 1997, P.19). مع‌الوصف، با لحاظ چنین رابطه‌ای، باز هم مسؤولیت و وظایف پزشک

از راه دور را محدودتر از مراکز درمانی و پزشکان آنان شناختند (Richards, 1999, P.201) تا حدی که حتی در شرایطی که پزشک معالج برای مشاوره با پزشک دیگر با او مذاکره می‌کند، به دلیل عدم تأثیر مستقیمی که پزشک مشاور بر درمان بیمار دارد، رابطه‌ای میان وی و بیمار قائل نیستند (Fleisher, 2004, P.1-46). در حالی که در فرض مذکور نیز اگر پزشک مشاور به ارزیابی بیمار بپردازد و پزشک معالج، مطابق توصیه‌های او بیمار را درمان کند، رابطه میان پزشک مشاور و بیمار مفروض است (Faust, 2007, P.51) زیرا در این حالت پزشک مشاور به صورت غیرمستقیم در امر درمان دخیل می‌شود (Youngberg, 2012, P.563).

از طرفی، هنگامی که دخالت پزشک خارج از مرکز درمانی و از راه دور تا اندازه‌ای است که خود او پزشک معالج محسوب می‌شود، مانند جراحی از راه دور و با زوهای رباتیک، رابطه بیمار و او یقیناً حاصل شده و وظایف و مسؤولیت‌های پزشک مذکور مانند یک پزشک معالج است (Richards, Rathbun, 1999, P.201).

بنابراین، چنانچه رابطه‌ای میان بیمار و پزشک از راه دور قائل باشیم - که این امر اجتناب ناپذیر است - می‌بایست وظایف معینی نیز برای این‌گونه پزشکان تعریف نماییم و آنان را مسؤول ضرر و زیان حاصل از معاینات، تشخیص، درمان و اهمال و تقصیر در توصیه‌ها، و مشاورات خود بدانیم (Richards, Rathbun, 1999, P.202; Youngberg, 2012, P.563).

از سوی دیگر با پذیرش روابط میان بیمار و پزشک راه دور این سؤال مطرح می‌شود که مبنای این روابط چیست؟ در پاسخ، برخی بر این نظرند که رابطه بیمار و این‌گونه پزشکان در اغلب موارد مبتنی بر رابطه قراردادی است (Simmers, 2009, P.326). (Simmers-Nartker, Simmers-Kobelak, 2009, P.326).

اما باید گفت که در غالب موارد نمی‌توان رابطه قراردادی را لحاظ نمود بلکه می‌بایست میان موارد مختلف تفاوت قائل شد. از این رو در جایی که بیمار از طریق اینترنت یا سایر وسایل ارتباطی با پزشکی از راه دور مستقیماً ارتباط برقرار می‌کند و از توصیه‌ها و تشخیص و درمان او بهره‌مند می‌شود، تحقق رابطه قراردادی میان بیمار و پزشک مفروض است. لیکن زمانی که بیمار به یک مرکز درمانی مراجعه می‌نماید و در آن مرکز و با استفاده از تجهیزات مرکز مزبور از طریق ویدئوکنفرانس جراحی می‌شود یا توسط بازوهای رباتیک حرکت دست جراح به درون بدن بیمار منتقل می‌شود یا این که پزشک از طریق اینترنت نقش راهنما و سرپرست تیم جراحی با جراحان کم تجربه را به عهده دارد (حسینی، مقدسی، اسدی، ۱۳۹۱ش، ص ۶۵) تصور رابطه قراردادی میان بیمار و پزشک خارج از مرکز صحیح به نظر نمی‌رسد. زیرا در این مواقع، بیمار توسط مرکز درمانی پذیرش می‌شود و هزینه‌های درمان را نیز به مرکز پرداخت می‌کند و گاه پزشک خارج از مرکز و از راه دور را نمی‌شناسد، بنابراین، رابطه قراردادی بیمار با مرکز درمانی ایجاد می‌شود و رابطه بیمار و پزشک راه دور را باید در قالب روابط غیرقراردادی و مسئولیت او را مطابق مسئولیت مدنی بررسی نمود.

بخش چهارم: مسئولیت ضرر و زیان وارد شده بر بیمار در تله‌مدیسین

در ارائه خدمات به روش تله‌مدیسین، مسئولیت ورود خسارات و ضرر و زیان وارده به بیماران را می‌توان بر مراکز درمانی، پزشکان داخل مراکز درمانی و پزشکان خارج از مراکز یا پزشکان راه دور تحمیل نمود.

۱. مسؤولیت مراکز درمانی

همان گونه که بیان شد در اغلب مواردی که بیماران به مراکز درمانی مراجعه می‌نمایند رابطهٔ بیماران و مرکز مبتنی بر قرارداد بوده و به تبع آن، مسؤولیت مرکز درمانی نیز مسؤولیت قراردادی است. لذا چنانچه خدمات تله‌مدیسین از جانب مرکز درمانی ارائه شود، مسؤولیت مرکز درمانی مبتنی بر قرارداد است. البته لازم به ذکر است که وجود مسؤولیت قراردادی، مانع از اقامهٔ دعوی بر مبنای مسؤولیت مدنی و ضمان قهری نمی‌باشد و از این رو بیمار می‌تواند از هر دو چهرهٔ مسؤولیت منتفع شود (کاتوزیان، ۱۳۸۸ش، ص ۳۱۶).

مسؤولیت مراکز درمانی گاه مستقیماً ناشی از تقصیر و خطای خود آنان است که مطابق نظریهٔ مسؤولیت مستقیم یا مسؤولیت قانونی^{۱۶} می‌بایستی صدمات وارده بر بیمار را جبران نمایند. زیرا به محض انعقاد قرارداد با بیمار، تعهداتی ایجاد می‌شود که عدم ایفای هر یک از این تعهدات از سوی مرکز درمانی، تقصیر محسوب می‌شود و موجب مسؤولیت است (خشنودی، ۱۳۹۲ش، ص ۴۵). در برخی مواقع نیز مسؤولیت مرکز درمانی به موجب خطا و تقصیری است که پزشکان و پرسنل درمانی آنان مرتکب می‌شوند. در فرض اخیر، مسؤولیت مراکز درمانی مطابق نظریاتی چون مسؤولیت کارفرما، مسؤولیت جانشینی، نظریهٔ نمایندگی ظاهری یا تقصیر سازمانی^{۱۷} توجیه می‌شود. لیکن از آنجا که غالباً پزشک از راه دور از پرسنل و خدمهٔ مرکز درمانی محسوب نمی‌شود، نمی‌توان نظریاتی نظیر مسؤولیت کارفرما یا مسؤولیت جانشینی را اعمال نمود. لذا به نظر می‌رسد نظریهٔ نمایندگی ظاهری مناسب‌تر از نظریات دیگر باشد. مطابق این نظریه، بیماران با مراجعه به یک مرکز درمانی معتبر گمان می‌کنند که کادر درمانی مرکز، دارای تخصص و مهارت کافی هستند و بر همین اساس، جواز ورود به مرکز و ارائهٔ خدمات بهداشتی درمانی به آنان داده شده

است (Kavaler, Spiegel, 2003, P.255). از این رو، چنانچه از اعمال پزشک راه دور و خارج از مرکز، صدمه‌ای به بیماران وارد شود می‌توانند مطابق نظریه مذکور، از مرکز درمانی مطالبه خسارت نمایند؛ زیرا برخی پزشک راه دور را نماینده مرکز درمانی می‌دانند (Carroll, 2001, P.397). البته لازم به ذکر است که نظریه نمایندگی ظاهری به دلیل عدم پذیرش و شناسایی در نظام حقوقی ما نمی‌تواند مبنای مسؤولیت مراکز درمانی باشد. اما نکته حائز اهمیت این است که در تله‌مدیسین، خطر عمده و اساسی از جانب پزشکان و پرسنل نیست، بلکه خطر عمده این نوع خدمات، از سوی تجهیزات پیشرفته‌ای نظیر بازوهای رباتیک در جراحی از راه دور یا اینترنت و وسایل ارتباطی است. زیرا قطع اینترنت و رابطه با پزشک راه دور یا اخلاص در کار تجهیزات دیگر خطرات و صدمات جبران‌ناپذیری به همراه دارد. از این رو، برخی معتقدند در ارائه خدمات از طریق تله‌مدیسین، بیش‌ترین مسؤولیت متوجه مراکز درمانی است زیرا هرگونه اخلاص در تجهیزات مربوطه، موجب صدمه به بیمار شده و مسؤولیت اختلال تجهیزات نیز با مرکز درمانی ذی‌ربط است (Hoffman, Podgurski, 2009, P.1536).

۲. مسؤولیت پزشک داخل در مرکز درمانی

در برخی نظام‌های حقوقی نظیر نظام حقوقی آمریکا، رابطه میان پزشک معالج و پزشک راه دور را مطابق احکام و قوانین وکالت تبیین می‌کنند (Challacombe, Kavoussi, Patriciu, 2006, P.615). مطابق این نظر، پزشک از راه دور که به مشاوره یا درمان بیمار می‌پردازد به نیابت از پزشک معالج اقدام می‌کند، در نتیجه اعمال او برای پزشک معالج بوده و مسؤولیت نیز متوجه پزشک معالج است. لیکن با فرض پذیرش این نظر نیز مسؤولیت موکل، مانع از مسؤولیت وکیل نسبت به خطا و

تقصیر خود نمی‌باشد.^{۱۸} در نظر دیگری آمده که در خدمات تله‌مدیسین، مسؤولیت صدمات وارده به بیمار، متوجه هر دو پزشکان است و هم پزشک معالج و هم پزشک از راه دور مسؤول جبران خسارات وارده هستند (Angood, 2001, P.1449).

لازم به ذکر است که در مواقعی که نقش پزشک از راه دور بسیار کم‌رنگ بوده باشد به نوعی که صرفاً در مسأله‌ای خاص نظیر تفسیر آزمایشات بیمار مورد مشورت پزشک معالج قرار گیرد، مسؤولیت اصلی و عمدۀ خسارات وارده به بیمار، متوجه پزشک معالج است که ممکن است این مسؤولیت قراردادی (در مواقعی که پزشک به صورت مستقل و در مطب خود به معالجه بیمار اشتغال دارد و طرف قرارداد بیمار است) یا قهری باشد.

۳. مسؤولیت پزشک خارج از مرکز درمانی (پزشک راه دور)

بیمار برای مطالبۀ خسارات وارده از پزشک راه دور می‌بایست امور ذیل را اثبات نماید:

- ۱- رابطه بیمار و پزشک راه دور که مطابق این رابطه، پزشک وظیفۀ مراقبت از بیمار^{۱۹} را داشته و این وظیفه را نقض کرده باشد؛
- ۲- نقض وظیفۀ مراقبت از سوی پزشک موجب خسارت به بیمار شده باشد؛
- ۳- زیان وارده مستقیماً نتیجه نقض وظایف از سوی پزشک باشد (Carroll, 2001, P.392).

مطابق یک نظریۀ سنتی، هنگامی که میان پزشک و بیمار رابطه‌ای متصور باشد که در اکثر مواقع این رابطه به شکل قراردادی نمایان می‌شود؛ پزشک، وظیفۀ مراقبت از بیمار را دارد و در صورت نقض آن، مسؤول است (Kumar, 2008, P.173). همان‌گونه که در بخش گذشته بیان شد، در اکثر خدمات تله‌مدیسین،

تصور رابطه میان بیمار و پزشک راه دور امکان پذیر است لیکن با این حال برخی مسؤولیت پزشک راه دور را محدودتر و کم تر از پزشکان داخل در مرکز درمانی می دانند (Kumar, 2008, P.174). در مقابل این نظر باید گفته شود در مواقعی که پزشک راه دور هم چون پزشک معالج عادی که در مطب و مرکز درمانی حضور دارد به درمان بیمار می پردازد، نظیر ارائه خدمات از طریق تلفن و اینترنت به بیمار، مسؤولیت پزشک راه دور هم چون پزشکان عادی است. بنابراین در مقابل انجام خطا و تقصیر خود مسؤول می باشند. از مصادیق خطای خدمات این چنینی نیز می توان به عدم پی گیری و عدم پاسخ گویی اینترنتی یا تلفنی پزشک یا اهمال در دعوت از بیمار به مرکز درمانی در صورت نیاز مبرم و فوری بیمار، اشاره نمود. این مصداق مورد حکم دادگاه نیز واقع شده و در پرونده ای،^{۲۰} قاضی، پزشک راه دور را مسؤول شناخت زیرا او می توانست با پی گیری تلفنی وضعیت بیمار خود، جان او را که طفلی مبتلا به مننژیت بود، نجات دهد (Hoffman, Podgurski, 2009, P.1550).

هم چنین در مواقعی که پزشک راه دور به عنوان یک راهنما به مدیریت تیم جراحی می پردازد (کاظمی، ۱۳۹۱ش، ص ۶)، در صورت قصور و خطا، مسؤولیت او مفروض است. البته در این فرض می توان با نظریاتی چون نظریه ناخدای کشتی،^{۲۱} پزشک راه دور را نه تنها مسؤول خطا و تقصیر خود، بلکه مسؤول خطای دیگر اعضای تیم جراحی نیز محسوب نمود. البته این نظر در نظام حقوقی ایران پذیرفته شده نیست و هیچ یک از اعضای تیم جراحی مسؤول اعمال دیگری نیستند و هرکس مسؤولیت خطا و تقصیر خود را برعهده دارد.^{۲۲} اما گذشته از مباحث مذکور در نظام حقوقی ایران، مسؤولیت پزشک راه دور را همواره می توان با اثبات خطا و تقصیر او بر اساس ماده ۱ قانون مسؤولیت مدنی اثبات نمود.^{۲۳}

نتیجه‌گیری

ابعاد حقوقی تله‌مدیسین به عنوان ابزاری نوین در جهت ارائه خدمات بهداشتی درمانی به بیماران در حاله‌ای از ابهام قرار دارد؛ لذا این مقاله در جهت تبیین امور حقوقی این خدمات در حقوق ایران تدوین شده است. چگونگی کسب رضایت آگاهانه از بیماران، تبیین روابط بیماران، مراکز درمانی و پزشکان اعم از پزشکان داخل در مرکز درمانی و پزشکان راه دور و در نهایت، بررسی مسؤلیت مدنی ارائه‌کنندگان خدمات این‌چنینی از مباحثی است که در این مقاله بررسی شده است. مطابق آنچه بیان شد، بیماران برای بهره‌مندی از خدمات تله‌مدیسین می‌بایست از نحوه ارائه این خدمات، منافع و خطرات آن آگاه شوند و به طور کلی با چشم‌اندازی روشن و آگاهانه به استقبال دریافت این خدمات روند. رضایت آگاهانه بیماران به جهت نوظهور بودن خدمات مذکور و خطرات غیر قابل اغماض آنها بیش از سایر خدمات بهداشتی درمانی احساس می‌شود.

ارائه‌کنندگان خدمات تله‌مدیسین گاه پزشکان و گاه مراکز درمانی هستند. هنگامی که بیمار به طور مستقیم و بدون دخالت یک مرکز درمانی و از راه دور تحت درمان یک پزشک قرار می‌گیرد، طرفین قرارداد بیمار و پزشک راه دور هستند و فاصله دور و عدم دسترسی مستقیم به بیمار، مانع از انعقاد قرارداد درمان نیست. ارائه مشاوره به بیمار به صورت آن‌لاین توسط پزشک، نمونه این گونه قراردادهاست. در این فرض، چنانچه از مشاوره پزشک، آسیبی به بیمار وارد شود، زیان‌دیده می‌تواند بر مبنای قرارداد منعقدشده و مسؤلیت قراردادی پزشک یا مسؤلیت قهری و استناد به تقصیر و خطای او، اقامه دعوی نماید. از سوی دیگر، هنگامی که خدمات تله‌مدیسین به واسطه یک مرکز درمانی ارائه می‌شود، طرف قرارداد بیمار، مرکز درمانی است؛ هرچند مداوای بیمار توسط پزشکی از راه دور صورت پذیرد.

نمونه چنين قراردادى جراحى بيمار در يك مركز درمانى توسط ويدئوکنفرانس و تحت نظر يك جراح متخصص در خارج مركز درمانى است كه به هدايت تيم جراحى مى پردازد. در فرض اخير، مسؤليت مركز درمانى به صورت مستقيم و غيرمستقيم متصور است. مسؤليت مستقيم مركز به سبب عيوب تجهيزات يا قطع ارتباط با جراح راه دور در حين عمل و امورى از اين قبيل محقق مى شود. اما مسؤليت غير مستقيم مركز، ناشى از خطاهائى پرسنل درمانى يا حتى پزشكان راه دور است كه با نظرياتي چون مسؤليت كارفرما، مسؤليت جانشينى يا نمايندگى ظاهرى توجيه مى شود.

در نهايت بايد گفت كه پيشرفت تكنولوژى و به كارگيرى خدمات تله‌مديسين، گامى مؤثر در علم پزشكى است كه از جمله فوايد آن دسترسى بيماران مناطق محروم از متخصصين اين علم، بدون نياز به پيمودن مسافتى طولانى و از طريق اينترنت و فناورى‌هاى وابسته به آن است. اما خطرات احتمالى اين تكنولوژى جديد، تبين قوانين، مقررات و تفاسير حقوقى مرتبطى را مى‌طلبد تا حقوق بيماران هرچه بيشتر و بهتر مورد حمايت قرار گيرد.

پی‌نوشت‌ها

1-E-Health.

2-Telemedicine.

3-Service Contract.

۴- البته تمامی پزشکان و مراکز درمانی نمی‌توانند طرف قرارداد محسوب شوند. به عبارت دیگر، هنگامی که پزشک زیرمجموعه یک مرکز درمانی نظیر بیمارستان و یا درمانگاه است، طرف قرارداد مرکز درمانی مربوطه می‌باشد و پزشک از اعضا و پرسنل آن مرکز درمانی محسوب می‌شوند و به نمایندگی از مرکز اقدام می‌کند. هم‌چنین تمامی مراکز درمانی از طرفین قرارداد درمان محسوب نمی‌شوند و این امر محدود به مراکز نظیر بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های خیریه است که دارای شخصیت حقوقی هستند. بنگرید به: ثقفی، مریم. (۱۳۹۱). مطالعه تطبیقی قرارداد درمان در نظام‌های حقوقی ایران و انگلیس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد حقوق خصوصی. قزوین: دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره). صص ۶۱-۵۱.

5-Tele.

6-Medicine.

۷- ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲: «...رفتاری که در قانون جرم محسوب می‌شود در موارد زیر قابل مجازات نیست: ...ج- هر نوع عمل جراحی یا طبیبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیاء یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام می‌شود...».

8- Informed Consent.

۹- ماده ۲-۱-۴ منشور حقوق بیمار در ایران.

۱۰- ماده ۶۴۸ قانون مجازات اسلامی نیز مقرر می‌دارد: «اطباء و جراحان و ماماها و داروفروشان و کلیه کسانی که به مناسبت شغل یا حرفه خود محرم اسرار می‌شوند هرگاه در غیر از موارد قانونی، اسرار مردم را افشا کنند به سه ماه و یک روز حبس... محکوم می‌شوند».

۱۱- ماده ۷۱ قانون تجارت الکترونیک: «هرکس در بستر مبادلات الکترونیکی شرایط مقرر در مواد (۵۸) و (۵۹) این قانون را نقض نماید مجرم محسوب و به یک تا سه سال حبس محکوم می‌شود» و ماده ۵۸ این قانون مقرر می‌دارد: «ذخیره، پردازش یا توزیع «داده‌پیام»‌های شخصی مبین ریشه‌های قومی یا نژادی، دیدگاه‌های عقیدتی، مذهبی، خصوصیات اخلاقی و «داده پیام»‌های راجع به وضعیت جسمانی، روانی و یا جنسی اشخاص بدون رضایت صریح آن‌ها به هر عنوان غیر قانونی است».

۱۲- ماده ۱۷ قانون جرایم رایانه‌ای: «هرکس به وسیله سیستم‌های رایانه‌ای یا مخابراتی صوت یا تصویر یا فیلم خصوصی یا خانوادگی یا اسرار دیگری را بدون رضایت او منتشر کند یا در دسترس دیگران قرار دهد، به نحوی که منجر به ضرر یا عرفاً موجب هتک حیثیت او شود، به حبس از نود و یک روز تا دو سال یا جزای نقدی از پنج تا چهل میلیون ریال یا هر دو مجازات محکوم خواهد شد».

۱۳- Fiduciary Duty- بنگرید به: ثقفی، مریم. (۱۳۹۱). مطالعه تطبیقی قرارداد درمان در نظام‌های حقوقی ایران و انگلیس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد حقوق خصوصی. قزوین: دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره). صص ۱۱۱-۹۹.

۱۴- بند ۱ ماده واحده قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی: «هرکس شخص یا اشخاصی را در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به مراجع یا مقامات صلاحیت‌دار از وقوع خطر یا تشدید نتیجه آن جلوگیری کند بدون اینکه با این اقدام خطری متوجه خود خود او یا دیگران شود و با وجود استمداد یا دلالت اوضاع و احوال بر ضرورت کمک از اقدام به این امر خودداری نماید. به حبس جنحه‌ای تا یک سال و یا جزای نقدی تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد. در این مورد اگر مرتکب از کسانی باشد که به اقتضای حرفه خود می‌توانسته کمک مؤثری بنماید به حبس جنحه‌ای از سه ماه تا دو سال یا جزای نقدی از ده هزار ریال تا یک صد هزار ریال محکوم خواهد شد. مسؤولان مراکز درمانی اعم از دولتی یا خصوصی که از پذیرفتن شخص آسیب‌دیده و اقدام به درمان او یا کمک‌های اولیه امتناع نمایند به حداکثر مجازات ذکر شده محکوم می‌شوند».

ماده ۳ قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی: «خودداری بیمارستان‌ها از پذیرش و ارائه خدمات اولیه لازم به بیماران اورژانس جرم محسوب شده و متخلف به مجازات‌های زیر محکوم می‌گردد...».

ماده ۳ آیین‌نامه اجرایی مرکز اورژانس تهران وابسته به سازمان خدمات درمانی: «کلیه بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تهران اعم از عمومی و خصوصی موظفند بیماران اورژانس را پذیرفته و خدمات درمانی اورژانس مورد نیاز را انجام دهند».

15-Hand v. Tavera.864 s.w.2d 678(cr.APP.Tex.1993).

۱۶- Direct or Legal Liability: مطابق نظریه مسؤولیت مستقیم یا قانونی هر شخص مستقیماً مسؤولیت قانونی دارد و بر این اساس تمامی کارکنان گروه درمانی در قبال اعمال خود از یک سطح اولیه مسؤولیت برخوردارند. بنگرید به: ثقفی، مریم. (۱۳۹۱). همان، صص ۱۴۷-۱۴۶.

۱۷- Apparent Agency.Vicarious Liability..Respondeat Superior . Corporate Negligence. بنگرید به: ثقفی، مریم. (۱۳۹۱). همان، صص ۱۵۵-۱۴۸.

۱۸- ماده ۶۶۶ قانون مدنی: «هرگاه از تقصیر وکیل خساراتی به موکل متوجه شود که عرفاً وکیل مسبب آن محسوب می‌گردد مسؤول خواهد بود».

۱۹- Duty of Care: وظیفه مراقبت شامل مراقبت متعارف و به کارگیری مهارت در ضمن معاینه، مشاوره و درمان است. هم‌چنین این وظیفه زمانی به خوبی ایفا می‌شود که موقعیت بیمار، سابق، علائم فیزیکی و جسمی او به دقت بررسی شود. در مواقع لزوم، آزمایشات کافی صورت گیرد و تلاش لازم در جهت کاهش درد و رنج بیمار انجام پذیرد، خواه بیمار درمان شود و خواه بیماری ناعلاج داشته باشد. بنگرید به:

Koch, Bernhard A.(2011). Medical Liability in Europe: A Comparison of Selected Jurisdictions. Walter de Gruyter. PP. 171-172.

20-Fletcher v.Ford 377 S.E.2d 206,207,209(Ga.Ct, App.1988).

۲۱- Captain the Ship: مطابق این نظریه، جراح مانند ناخدای کشتی بوده و مسؤول تمامی اتفاقاتی است که در حین جراحی رخ می‌دهد. هم‌چنین سرپرست یک مکان مانند اتاق عمل، علاوه بر مسؤولیت شخصی و مستقیم اعمال خود، مسؤول غیرمستقیم عملکرد زیر دستانش نیز می‌باشد. بنگرید به: عباسی، محمود. (۱۳۸۵). مسؤولیت تیم پزشکی در اعمال جراحی، مجله حقوقی دادگستری، ج ۵۴، ص ۶۵.

Showalter. J Stuart. (2008). The Law of Healthcare Administration. Chicago: Health administration Press.P.135. و

۲۲- بخش نامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۳۸۳۷۹۸/پ/گ، مورخ ۱۳۸۲/۲/۲۷.

۲۳- ماده ۱ قانون مسؤولیت مدنی: «هرکس بدون مجوز قانونی عمداً یا در نتیجه بی احتیاطی به جان یا سلامتی یا مال یا آزادی یا حیثیت یا شهرت تجارتي یا به هر حق دیگری که به موجب قانون برای افراد ایجاد گردیده لطمه‌ای وارد نماید که موجب ضرر مادی یا معنوی دیگری شود مسؤول جبران خسارات ناشی از عمل خود می‌باشد».

فهرست منابع

الف) منابع فارسی

پارساپور، محمدباقر؛ قاسم‌زاده، سید روح‌اله. (۱۳۹۰). بررسی فقهی حقوقی رضایت آگاهانه بیمار و وظیفه اطلاع رسانی پزشک (با مطالعه تطبیقی در حقوق انگلیس و فرانسه)، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره پنجم، شماره ۱، ۵۰-۳۹.

ترابی، ماشالله؛ صفدری، رضا. (۱۳۸۷). سلامت الکترونیک، چاپ اول، دبیرخانه شورای عالی اطلاع رسانی.

ثقفی، مریم. (۱۳۹۱). مطالعه تطبیقی قرارداد درمان در نظام‌های حقوقی ایران و انگلیس، پایان نامه کارشناسی ارشد حقوق خصوصی، قزوین، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره).

حامدان، مهناز. (۱۳۸۶). چالش‌های اخلاقی و حقوقی سلامت الکترونیک، فصلنامه علمی - آموزشی مدارک پزشکی، شماره ۱، ۵۹-۴۹.

حسینی، اعظم السادات؛ مقدسی، حمید؛ اسدی، فرخنده. (۱۳۹۱). امکان‌سنجی پیاده‌سازی جراحی از راه دور در بیمارستان‌های آموزشی درمانی تابعه دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران، مدیریت اطلاعات سلامت، دوره نهم، شماره ۱، ۷۴-۶۴.

خشنودی، رضا. (۱۳۹۲). تحول در مفهوم تقصیر پزشکی و مصادیق آن در نظام حقوقی فرانسه، فصلنامه حقوق پزشکی، سال هفتم، شماره ۲۶، ۶۴-۴۱.

دوهفته نامه نوین دارو. (۱۳۹۱). شماره ۶۵، برگرفته از سایت:

www.novin-daroo.com/65magazin.pdf.

شریفی، سید الهام‌الدین؛ ثقفی، مریم. (۱۳۹۱). حق الزحمه قرارداد درمان، پژوهش‌نامه اندیشه‌های حقوقی، دوره اول، شماره ۲، ۱۰۷-۸۴.

صالحی، حمیدرضا. (۱۳۹۲). ماهیت حقوقی قراردادهای درمان، فصلنامه حقوق پزشکی، سال هفتم، شماره ۲۷، ۱۶۰-۱۲۷.

عباسی، محمود. (۱۳۸۵). مسؤولیت تیم پزشکی در اعمال جراحی، مجله حقوقی دادگستری، شماره ۵۴، ۷۸-۵۹.

عباسی، محمود؛ صالحی‌کیا، نسرين؛ رضایی، راحله. (۱۳۹۲). سلامت الکترونیک؛ از حصارهای بازدارنده تا فرایند قانون‌گذاری، فصلنامه حقوق پزشکی، سال هفتم، شماره ۲۵، ۱۸۸-۱۵۸.

کاتوزیان، ناصر. (۱۳۸۸). قواعد عمومی قراردادها، جلد ۱، چاپ هشتم، تهران، شرکت سهامی انتشار.
کاتوزیان، ناصر. (۱۳۷۴). الزام‌های خارج از قرارداد، جلد ۱، چاپ اول، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.
کاظمی، فریبا. (۱۳۹۱). تله‌مدیسین، برگرفته از سایت:

http://darman.Umsha.ac.ir/uploads/15_363_telemedisiyan.doc

کریمی، عباس؛ رحیمی‌پور، ایمان؛ حسنی، مهدی. (۱۳۸۹). جرایم پزشکی از راه دور ناشی از سلامت الکترونیکی، فصلنامه حقوق پزشکی، سال چهارم، شماره ۱۴، ۶۹-۴۷.
لطفی، احسان. (۱۳۸۸). از رضایت آگاهانه تا انتخاب آگاهانه: گفتاری در تعهد به اطلاع‌رسانی در روابط پزشک و بیمار، فصلنامه حقوق پزشکی، سال سوم، شماره ۱۱، ۷۲-۳۹.
نرگسی خرم‌آباد، نرگس. (۱۳۹۰ و ۱۳۹۱). ابعاد حقوق بیماران از منظر قرآن کریم و سنت اسلامی، فصلنامه فقه پزشکی، سال ۳ و ۴، شماره ۹ و ۱۰، ۳۵-۱۱.
نطاق، فرزانه؛ رضایی‌راد، مجید. (۱۳۹۰). نقش سلامت الکترونیک در ارائه خدمات بهداشتی، فصلنامه علمی-آموزشی دانشکده بهداشت، سال یازدهم، شماره ۴۲، ۳۳-۲۳.

ب) منابع انگلیسی

- Angood, Peter B. (2001). Telemedicine, The Internet, and World Wide Web, Overview, Current Status, and Relevance to Surgeon, World Journal Surgery, Vol.25.
- Barendrecht, Jansen. (2002). Principles of European Law, Service Contracts. London, European Law Publishers.
- Carroll, Roberta. (2001). Management Handbook for Health Care Organizations, 3rd ed, Joosey-Bass.
- Challacombe, Ben; Kavoussi, Louis; Patriciu, Alexandru. (2006). Technology Insight, Telementoring and Telesurgery in Urology, Natu Publishing Group, Vol.3, 611-617.
- Cohen, I. Glenn. (2013). The Globalization of Health Care, Legal and Ethical Issues, New York: Oxford University Press.
- Cullen, Rowena. (2006). Health Information on the Internet, USA, Greenwood Publishing Group.
- Darlene, Marrie; Tandel-Korenchuk, Keith M; Traudel-Korenchuck. (1997). Nursing and The Law, 5th ed, Jones & Bartlett Learn.
- Darr, Judith F; Koerner, Spencer. (1997). Telemedicine, Legal and Practical Implications, Whittier Law Review, Vol.19, 3-28.
- Faust, Russel A. (2007). Robotics in Surgery, History, Current and Future Applications, New York: Nova Publishers.
- Fleisher, Lynn D; Dechene, James C. (2004). Telemedicine and E-Health Law, New York: Law Journal Press.

- Hedberg, Allam G. (2010). *Forms For The Therapist*, London: Academic Press.
- Hoffman, Sharona; Podgurski, Andy. (2009). *E-Health Hazards, Provider Liability and Electronic Health Record Systems*, Berkeley Technology Journal, Vol.24:4.
- Kavaler, Florence; Spiegel, Allen D. (2003). *Risk Management in Health Care Institutions*, London: Jones and Bartlett Publishers.
- Kazmier, Janice. (2009). *Health Care Law, USA*, Cengage Learning.
- Koch, Bernhard A. (2011). *Medical Liability in Europe, A Comparison of Selected Jurisdictions*, Walter de Gruyter.
- Kumar, Sajeesh; Marescaux, Jacques. (2008). *Telesurgery*, New York: Springer.
- Ray Hays, Jay. (2006). *Texas Law for the Social Worker*, Bayou Publishing.
- Richards, Edward P; Rathbun, Katharine C. (1999). *Medical Care Law*. Aspen Publication.
- Showalter, J Stuart. (2008). *The Law of Healthcare Administration*. Chicago, Health administration Press.
- Simmers, Louise; Simmers-Nartker, Karen; Simmers-Kobelak, Sharon. (2009). *Diversified Health Occupations*, 7thed, Cengage Learning.
- Simon, Robert I; Shuman, Daniel W. (2007). *Clinical Manual of Psychiatry and Law*, 1^{ed}, London: American Psychiatric Publishing.
- Soyer, Hans Peter; Binder, Michael; Smith, Anthony C. (2012). *Telemedicine in Dermatology*, Springer.
- Stauch, Marc. (2008). *The Law of Medical Negligence in England and Germany, A Comparative Analysis*, Hart Pub.
- Von Bar. Christian. (2009). *Principles, Definitions and Model Rules of European Private Law Draft Common Frame of Reference(DCFR)*, Munich, European Law Publishers GmbH.
- Yogesana, Kanagasing; Goldschmidt, Leonard Paul; Cuadros, Jorge. (2012). *Digital Teleretinal Screening*, Springer.
- Youngberg, Barbara J. (2012). *Patient Safety Handbook*, 2nd ed, Jones & Bartlett Publishers.

یادداشت شناسه مؤلفان

سید محمدهادی ساعی: استادیار گروه حقوق و عضو هیأت علمی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)

مریم ثقفی: کارشناس ارشد حقوق خصوصی، مربی دانشگاه پیام نور مرکز قزوین، (نویسنده مسؤول)

آدرس الکترونیکی: M.saqafi@hotmail.com

تاریخ ارسال مقاله: ۹۲/۳/۲۲

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۹۳/۱/۱۷

Telemedicine Study in Terms of Legal

Seyed Mohammad Hadi Saei

Maryam Saghafi

Abstract

Telemedicine meaning long-distance medicine is one of the ways to provide health care services that takes place using technology and modern equipment. Telemedicine includes services such as telecouncil, teleradiology and telesurgery. Providing telemedicine services to patients is required their informed consent on the delivery of services, the method of treatment and its rate risk. Telemedicine service providers are either physicians or medical centers. When these services are provided by physicians patients` party is for example a physician who takes his council, and internet and online treatment, and the physicians` liability occurs either in the form of contractual liability resulting from fails to perform of contractual obligation or tortious liability resulting from his negligence. In contrast, when services such as telesurgery is provided to the patient, medical center when the surgery will be offered, patients` party. Although in this assumption, we do not imagine a contractual relationship between patient and remote physician, but liability of medical errors is based on some principles like superior respond eat, apparent agency and vicarious liability.

Keywords

Telemedicine, Remove Physician, medical center, patient, tortious liability in telemedicine.