



Analysis of Patient Compensation Systems

ARTICLE INFO

Article Type

Anatical Review

Authors

Piri Amirhajiloo F.¹ PhD,
 Rahmani M.^{*2} PhD

How to cite this article

Piri Amirhajiloo F, Rahmani M. Analysis of Patient Compensation Systems. Scientific Journal of Forensic Medicine. 2020;26(2):131-138.

¹Department of Criminal Law and Criminology, Faculty of Law and Political Science, Kharazmi University, Tehran, Iran

²Department of Civil Law, Faculty of Law and Political Science, Kharazmi University, Tehran, Iran

*Correspondence

Address: Department of Civil Law, Faculty of Law and Political Science, Kharazmi University, Tehran, Iran.
 Postal Code: 1571914911.
 Phone: +98 (21) 8832922-3
 Fax: -
 rahmani_mahdi@khu.ac.ir

Article History

Received: June 25, 2020
 Accepted: September 01, 2020
 ePublished: September 21, 2020

ABSTRACT

Introduction Compensation of patients in case of injury in the treatment process is one of the most critical issues in medical law. Besides compensating some problems, some systems have helped to improve the performance of medical staff, prevent from providing inadequate health care and harm to patients, and ensure the safety of patients. The purpose of this study was to investigate patient compensation systems, which was done by the descriptive-analytical method and by collecting information in the form of a library.

Conclusion The tort liability system, enterprise liability system, and the no-fault liability system are the most common physician legal liability systems globally. The tort liability system that is currently prevalent in Iran and many other countries has not successfully achieved the goals of compensation and deterrence for reasons such as lengthy litigation, difficulty in proving medical fault, and incomplete compensation for the patient.

If the doctor is not at fault in the treatment process, but the patient suffers the damage caused by medical procedures, according to the rule of "la-zarar" in Islamic jurisprudence, the No-fault system can be implemented, and the patient can be guaranteed and compensated. In this regard, medical law, such as labor and family law, can enact laws to protect the patients; because one of the examples of supporting a patient is compensating for the damage done to him if the doctor is not at fault.

Keywords Fault; Compensation; Tort Liability; Enterprise Liability; No-fault Liability

CITATION LINKS

[1] Arabic language (Lisan al-Arab) [2] Explanation of the benefits in describing the problems of the rules (Eizah al-favaed fi sharh moshkelat al-ghavaed) [3] Gardens of matters (Riyaz al-masael) [4] Mabsoot: dictionary terms of law [5] Civil liability (extra-contractual obligations) [6] Criminal law (crimes against person) [7] Drivers' liability assessment based on their degree of guilt [8] Civil liability (extra contractual obligations) [9] Islamic laws in halal and haram matters [10] Guidance of minds (Ershad al-azhan) [11] Writing the sentences (Tahrir al-ahkam) [12] Beautiful garden in the description of the radiance of Damascus (Al-rawzat al-bahiyah fi sharh al-lom'at al-Dameshghiyah) [13] Characteristics (Al-sara'er) [14] Total benefit and reason in the description of mind guidance (Majma al-faedeh va al-borhan fi sharh ershad al-azhan) [15] Defensive medicine: ethical or unethical? A case study of Tehran University of Medical Sciences Hospitals [16] Evaluating the medical malpractice system and options for reform [17] Experience and etiology of defensive medicine in view of residents in Mashhad University of Medical Sciences in 2016 [18] No-fault compensation systems [19] Medical-malpractice reform: Is enterprise liability or no-fault a better reform? [20] A no-fault compensation system for medical injury is long overdue [21] Assessment of medical liability systems with more emphasize on ethical challenges [22] No fault insurance systems in Polish law and in other European legal systems [23] Jurisprudential rules (Ghaved al-fiqhhiyeh) [24] Rules of Islamic jurisprudence: losing and harming are not in Islam [25] The unique of principles (Faraed al-osoul) [26] Sufficiency of principles (Kefayat al-osoul) [27] Revenue of the days (Avaed-al ayam) [28] The principle of "Lazara" [29] Treatises: on ijtehad and imitation (Al-rasael: fi al-ijtehad va al-tghlid)

تجزیه و تحلیل سیستم‌های جبران خسارت بیمار

فاطمه پیری امیرحاجیلو PhD

گروه حقوق جزاء و جرم‌شناسی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مهدی رحمانی* PhD

گروه حقوق خصوصی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: جبران خسارت بیماران در صورت ورود آسیب به آنان در فرآیند درمان از مباحث بسیار مهم در زمینه حقوق پزشکی است. برخی از سیستم‌ها علاوه بر جبران خسارت به بهبود عملکرد کادر درمان، بازداشتن آنان از ارایه مراقبت‌های بهداشتی نامناسب و ورود آسیب به بیماران و تضمین ایمنی بیماران کمک شایانی کرده‌اند. هدف این پژوهش بررسی سیستم‌های جبران خسارت بیماران بود که با روش توصیفی-تحلیلی و با گردآوری اطلاعات به‌صورت کتابخانه‌ای انجام شد.

نتیجه‌گیری: سیستم مسئولیت مبتنی بر تقصیر، سیستم مسئولیت سازمانی و سیستم مسئولیت غیرمبتنی بر تقصیر یا (No-fault) از رایج‌ترین سیستم‌های مسئولیت حقوقی پزشک در دنیا هستند. سیستم مبتنی بر تقصیر که در حال حاضر در ایران و بسیاری از کشورهای دیگر رواج دارد به دلایلی مانند طولانی بودن فرآیند دادرسی، دشواری اثبات تقصیر پزشکی و عدم جبران کامل خسارات وارده به بیمار، در تامین اهداف جبران خسارت و بازدارندگی به‌گونه‌ای موفق عمل نکرده است.

در صورتی که پزشک در فرآیند درمان مرتکب تقصیری نشود؛ اما بیمار متحمل آسیب شود، می‌توان با استناد به قاعده "لاضرر" در فقه اسلامی سیستم No-fault را پیاده‌سازی کرد و حکم به ضمان و جبران خسارت وارده به بیمار نمود. در این راستا حقوق پزشکی می‌تواند مانند حقوق کار و حقوق خانواده با وضع قوانین به حمایت از طبقه ضعیف‌تر که بیماران هستند بپردازد؛ زیرا یکی از مصادیق حمایت از بیمار، جبران خسارت آسیب وارده به وی در صورت عدم تقصیر پزشک است.

کلیدواژه‌ها: تقصیر، جبران خسارت، مسئولیت مبتنی بر تقصیر، مسئولیت سازمانی، مسئولیت غیرمبتنی بر تقصیر

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۱۱

*نویسنده مسئول: rahmani_mahdi@khu.ac.ir

مقدمه

مسئولیت کادر درمان هنگامی که آسیبی ناشی از اقدامات پزشکی به بیمار و افراد مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی وارد شود یکی از چالش‌برانگیزترین موضوعات حقوقی در زمینه پزشکی است. سیستم مسئولیت مبتنی بر تقصیر یکی از سیستم‌های رایج در دنیا است که پزشک و کادر درمان را زمانی که مرتکب تقصیری شوند و در نتیجه این تقصیر آسیبی به بیمار وارد آید، مسئول می‌داند. هدف اصلی این سیستم جبران خسارت واردآمده به بیمار و جلوگیری از عملکرد اشتباه پزشک و سایر کادر درمان است. به این صورت که در سطح نظری در هنگام وارد آمدن آسیب، بیمار بتواند از پزشک یا فرد مقصر شکایت کند و از این طریق هم آسیب وارده به او جبران شود و هم از خطای پزشکان در آینده جلوگیری

شود؛ اما در سطح عملکرد این سیستم نتوانسته موفقیتی به دست آورد و گزارش‌ها و مطالعات حاکی از افزایش روزافزون خطاهای پزشکی است. به‌عنوان مثال سازمان بهداشت جهانی (WHO) در گزارشات خود در سال ۲۰۱۸ تخمین زده است که ۱۰٪ افرادی که تحت نظر مراقبت‌های پزشکی قرار می‌گیرند به‌علت خطاهای پزشکی قابل پیشگیری، آسیب می‌بینند. همچنین طبق گزارش این سازمان میزان حوادث ناخواسته در کشورهای در حال توسعه حدود ۸٪ است که ۸۳٪ آنها قابل پیشگیری هستند و ۳۰٪ منجر به مرگ بیمار می‌شوند و تقریباً دوسوم خطاهای پزشکی نیز در این کشورها اتفاق می‌افتند.

مسئولیت سازمانی و مسئولیت غیرمبتنی بر تقصیر دو مدل اصلاحی برای سیستم مبتنی بر تقصیر هستند که در حال حاضر در بسیاری از کشورها با موفقیت اجرا شده‌اند. این دو سیستم در بسیاری از ویژگی‌ها مشترک هستند. در حقیقت، مسئولیت سازمانی بخشی از اساس و شالوده سیستم غیرمبتنی بر تقصیر (No-fault) را تشکیل می‌دهد. مسئولیت سازمانی، تقصیر مورد نیاز در سیستم مبتنی بر تقصیر را حفظ می‌کند، اما مسئولیت را به بیمارستان یا سازمان‌های مشابه آن محول می‌سازد. اصلاحات No-fault با حذف تقصیر مورد نیاز یک قدم فراتر از نظام سازمانی می‌گذارد.

رسالت اصلی این پژوهش، پاسخگویی به این سئوالات است که سیستم‌های جبران خسارت موجود در دنیا چه اهدافی را دنبال می‌کنند؟ در صورتی که پزشک مرتکب تقصیر شود کدام یک از این سیستم‌ها به نحو موثرتری از عهده جبران خسارت برخوردارند؟ آیا سیستم‌های اصلاحی جایگزین سیستم مبتنی بر تقصیر که در بسیاری از کشورها به‌صورت موفقیت‌آمیزی اجرا شده‌اند، قابل پیاده‌سازی در ایران هستند؟ آیا مبانی‌ای برای این سیستم‌ها در فقه امامیه و حقوق ایران وجود دارد؟

بر این اساس ابتدا به مفهوم‌شناسی تقصیر پرداخته شده است، سپس مسئولیت پزشک و انواع سیستم‌های جبران خسارت بیمار با یکدیگر مقایسه و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند تا کارآمدی یا ناکارآمدی این سیستم‌ها با معیارهایی مانند چگونگی و میزان جبران خسارت، میزان بازدارندگی و یادگیری از خطاهای پزشکی و غیره سنجیده شوند.

لذا هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی سیستم‌های جبران خسارت بیماران بود که با روش توصیفی-تحلیلی و با گردآوری اطلاعات به‌صورت کتابخانه‌ای انجام شد.

مفهوم‌شناسی تقصیر

به‌دلیل اهمیتی که شناخت مفهوم تقصیر در تعیین مسئولیت پزشک دارد در این مبحث به تبیین مفهوم تقصیر از نظر لغوی و اصطلاحی پرداخته می‌شود.

تقصیر مصدر عربی از ریشه قَصَرَ، يُقَصِّرُ، تقصیر است که در لغت به معنی سستی‌کردن، اهمال‌کاری‌کردن و چرت‌زدن آمده است [1]. در

در این مبحث سه نوع سیستم مسئولیت که در حال حاضر در دنیا رواج بیشتری دارند مورد بررسی قرار می‌گیرد تا مشخص شود که کدام یک از این سیستم‌ها در تأمین این اهداف بهتر عمل کرده‌اند.

سیستم مبتنی بر تقصیر

سیستم مبتنی بر تقصیر یکی از سیستم‌های رایج در زمینه مسئولیت پزشکی است که در حال حاضر در ایران و بسیاری از کشورهای دیگر از جمله ایالات متحده اجرا می‌شود. در این سیستم پزشک هنگامی مسئول و مکلف به جبران خسارت وارده به بیمار شناخته می‌شود که تقصیر او به اثبات رسیده باشد. در واقع مبنای سنجش مسئولیت پزشک نظریه تقصیر است؛ به این صورت که عملکرد پزشک با آنچه یک پزشک معقول و محتاط در همان شرایط انجام می‌دهد مقایسه می‌شود و در صورتی که غیرمعیاریبودن مراقبت پزشکی که او انجام داده است ثابت شود، وی مسئول جبران خسارت وارده به بیمار است در غیر این صورت مسئول نیست [8].

قانون مدنی و قانون مسئولیت مدنی نسبت به مسئولیت پزشک ساکت است؛ ولی در قانون مجازات اسلامی موادی به آن اختصاص یافته است. در قانون مجازات اسلامی ۱۳۷۰ مسئولیت محض یا بدون تقصیر پزشک، به پیروی از قول گروهی از فقهای امامیه پذیرفته شده بود که مورد انتقاد بسیاری از حقوقدانان قرار گرفت؛ زیرا هر چند که قاعده یادشده با پذیرش شرط برائت از ضمان (شرط عدم مسئولیت) تعدیل شده بود، اما تحصیل برائت از ضمان، پزشک را از مسئولیت به‌طور کامل معاف نمی‌کرد؛ چرا که در این فرض نیز با اثبات تقصیر، وی مسئول و مکلف به جبران خسارت بود.

قانون جدید مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ از این قاعده عدول کرده و مبنای تقصیر را در مسئولیت پزشک پذیرفته است؛ اما به نظر می‌رسد که مبنای مسئولیت در این قانون تقصیر مفروض است، نه تقصیر اثبات‌شده؛ بدین معنی که قانون پزشک را مسئول فرض می‌کند، مگر این که عدم تقصیر او به اثبات برسد.

از این ماده چنین بر می‌آید که پزشک اصولاً مسئول زیان‌های وارده به بیمار است، مگر این که عدم تقصیر او اثبات شود یا برائت اخذ کرده باشد که اخذ برائت نیز پزشک را از مسئولیت در صورت اثبات تقصیر معاف نمی‌کند و فقط بار اثبات را جابه‌جا می‌نماید، بدین معنی که اگر برائت از ضمان اخذ نشده باشد، بار اثبات عدم تقصیر بر دوش پزشک و در صورت اخذ برائت بار اثبات تقصیر بر عهده زیان‌دیده است.

پذیرش نظریه تقصیر در زمینه مسئولیت پزشکان مبتنی بر این فکر است که اصولاً تعهد پزشک تعهد به وسیله است نه تعهد به نتیجه؛ یعنی پزشک به موجب قرارداد یا قانون متعهد است بیمار را با رعایت موازین پزشکی مداوا کند و کوشش و مهارت خود را

اصطلاح فقهی تقصیر بیشتر در همان معنای لغوی خود به کار رفته است، اما معانی همچون کوتاه‌کردن مقداری از مو یا ناخن که سومین واجب از واجبات منی در مراسم حج است و کوتاه‌کردن و دورکعتی خواندن نمازهای چهاررکعتی برای مسافر نیز بیان شده است. فقها در بحث ضمان طبیب، زمانی که پزشک در حرفه خود مهارت کافی نداشته باشد یا این که با وجود علم و مهارت کافی در معالجه و طبابت کوتاهی کند فقها عباراتی مانند "قاصراً فی المعرفة" و "قاصراً فی العلاج" [2,3] را به کار برده‌اند.

در اصطلاح حقوقی تقصیر به معنی کوتاهی و مسامحه فرد در فعل یا ترک فعلی که باعث خسارت و آسیب به فرد دیگری می‌شود به کار رفته است؛ برخی تقصیر را خودداری از انجام عملی با وجود شایستگی و توانایی انجام‌دادن آن عمل تعریف کرده‌اند [4]. در حقوق امروز برای تقصیر مفهومی جدید بیان شده است که جنبه نوعی دارد و گاه تقصیر مدنی نیز نامیده می‌شود. تقصیر به مفهوم جدید زمانی محقق می‌شود که فرد رفتاری برخلاف رفتار یک شخص معقول و متعارف در شرایط و اوضاع و احوال یکسان داشته باشد [5].

تقصیر در حقوق پزشکی نیز جایگاه ویژه‌ای دارد؛ چرا که ماهیت بسیاری از تعهدات پزشکی به گونه‌ای است که نمی‌توان به صرف عدم حصول نتیجه مطلوب متعهد را مسئول جبران خسارت وارده دانست بلکه لازم است زیان‌دیده تقصیر را نیز اثبات کند. با الهام از تعاریف ارائه‌شده، می‌توان گفت در اصطلاح پزشکی رفتاری مشمول تقصیر است که پزشک قادر به تشخیص و درمان بوده، اما به دلیل بی‌احتیاطی، بی‌مبالایی و عدم رعایت موازین و مقررات فنی، باعث ایراد صدمه و آسیب به بیمار می‌شود [6].

مسئولیت پزشک و انواع سیستم‌های حقوقی مسئولیت

پزشک

مسئولیت پزشک، مفهوم جدیدی در عرصه روابط اجتماعی محسوب نمی‌شود و ریشه در تمدن بشری دارد. مسئولیت خطیری که پزشک در معالجه و درمان بیماران عهده‌دار می‌شود از ابتدایی‌ترین سال‌های حیات پزشکی، مورد توجه بوده است و هر تمدن و نظام فکری، راه حلی را برای برخورد با پزشکان و افرادی که در درمان بیماران دچار شکست می‌شدند، برگزیده است. آنچه نیاز امروز جامعه پزشکی است، تدوین سیستم‌هایی برای شناسایی مسئولیت است؛ سیستم‌هایی که در عین حفظ امنیت شغلی پزشکان، رعایت حقوق بیماران را نیز تضمین کند [7].

در رابطه با مسئولیت پزشک سیستم‌های حقوقی مختلفی در دنیا وجود دارند که اهداف عمده این سیستم‌ها عبارت از پاسخگویی در برابر افرادی که با مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی آسیب‌دیده‌اند و جبران خسارت آسیب‌های وارده به آنان، تأمین ایمنی بیماران، بازداشتن ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی از ورود آسیب به بیماران و یادگیری از خطاهای رخ داده هستند.

بیماران بسیاری از خطاهای پزشکی را که در حین درمان رخ می‌دهد، گزارش نمی‌کنند و این امر مانع از جبران خسارت بیمار و یادگیری از خطاهای رخ داده برای جلوگیری از آنها در آینده می‌شود.

بنابراین به نظر می‌رسد که سیستم مبتنی بر تقصیر در عمل در تامین اهداف جبران خسارت، بازدارندگی و یادگیری با شکست مواجه شده است و تجربه کشورهایی مانند ایالات متحده یا کشورهای که اصلاحات اساسی در سیستم قصور پزشکی ایجاد کردند، می‌تواند موبدی بر این مطلب باشد.

سیستم مبتنی بر مسئولیت سازمانی

مسئولیت پزشکی سازمانی یکی از مدل‌های اصلاحی برای مسئولیت مبتنی بر تقصیر است. در این سیستم مراکز بهداشتی درمانی مسئولیت برخی از خطاهای پزشکی که توسط پزشکان یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی ایجاد شده را به همراه این افراد یا به‌جای آنها بر عهده می‌گیرند [16, 18]. به عبارت دیگر در مسئولیت سازمانی، مسئولیت به‌طور کلی یا قسمتی از آن از افراد ارائه‌دهنده در مراقبت‌های بهداشتی برداشته شده و به بیمارستان‌ها یا سایر مراکز درمانی واگذار می‌شود. این نوع از مسئولیت ابتدا توسط طرفداران اصلاح سیستم مبتنی بر تقصیر در سال ۱۹۷۰ در ایالات متحده مطرح شد؛ اما اجرای این ایده در آن زمان بسیار بعید به نظر می‌رسید؛ زیرا بیمارستان‌های اولیه ایالات متحده موسسات خیریه بودند که پزشکان با نیت احسان و کمک به هم‌نوعان در آنجا به طبابت می‌پرداختند و دادگاه‌ها این ایده که یک بیمارستان خیریه مسئول اقدامات سهل‌انگانه پزشک باشد را رد می‌کردند. این طرح مجدداً در سال ۱۹۹۳ میلادی توسط رئیس‌جمهور وقت ایالات متحده به‌همراه اصلاحات کلی در نظام سلامت آن کشور مطرح شد که به‌سرعت مورد مخالفت واقع شد؛ چرا که مخالفان معتقد بودند با مسئول دانستن انحصاری بیمارستان‌ها در موارد خطای پزشکی، استقلال پزشک توسط بیمارستان‌ها و مدیران کاهش می‌یابد [19]. با وجود اینها پس از گذشت چند سال این سیستم بیشتر مورد توجه پزشکان و حقوق‌دانان قرار گرفت و در حقوق کامن‌لا مسیری طولانی را طی کرد به گونه‌ای که امروزه شاهد هستیم که رویه قضایی کامن‌لا در حقوق پزشکی پر از آرای حاکی از مسئولیت سازمانی است.

مسئولیت سازمانی، زیرساخت‌ها و هنجارهای قانونی سیستم مبتنی بر تقصیر را حفظ کرده و مسئولیت همچنان مبتنی بر اثبات تقصیر است؛ ولی مسئولیت را به بیمارستان یا سازمان‌های مشابه آن محول کرده است. در حقوق کامن‌لا تحت یک سیستم مسئولیت سازمانی، بیمارستان‌ها صرف‌نظر از این که ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی و درمانی، کارمند یا پیمانکار مستقل باشند، مسئول همه خطاهای پزشکی هستند [19]. در واقع در این سیستم بیماران اجازه دارند تنها بیمارستان‌ها را تحت تعقیب قرار دهند و پزشک و سایر ارائه‌دهندگان مصون از مسئولیت هستند. با

برای درمان او به کار گیرد؛ اما درمان قطعی بیمار وظیفه او و مورد تعهد او نیست. بنابراین پزشک را فقط هنگامی می‌توان مسئول شناخت که تقصیر او به اثبات برسد.

در فقه امامیه در صورتی که پزشک مهارت نداشته باشد یا بدون اذن بیمار یا ولی او اقدام به درمان کند یا در کار خود مرتکب تقصیری شود، فقها اجماع دارند که پزشک ضامن است [9-11]؛ اما در صورتی که پزشک با وجود مهارت و تخصص کافی، با اذن بیمار یا ولی او و بدون این که به‌هنگام معالجه قصور و تقصیری از او سر زده باشد، در معالجه و درمان موفقیتی به دست نیابد و در نتیجه بیمار دچار نقص عضو شده یا جان خود را از دست دهد، در میان فقهای شیعه اختلاف نظر وجود دارد. گروهی از فقها که می‌توان گفت مشهور فقهای امامیه هستند، با استناد به دلایلی مانند قاعده اتلاف، قیاس اولویت، روایات، اجماع و جلوگیری از به‌هدر رفتن خون مسلمان، نظریه مسئولیت محض را پذیرفته و معتقدند که پزشک در این صورت نیز ضامن است [3, 11, 12]. در مقابل این دیدگاه گروه دیگری از فقها به مخالفت برخاسته و قایل به مسئولیت مبتنی بر تقصیر هستند؛ چرا که اولاً به مقتضای اصل برائت، پزشک متخصص که با اذن بیمار یا ولی او، وی را معالجه می‌کند و در این راستا تمام مهارت‌ها و تجربیات خود را به کار می‌گیرد، وظیفه‌ای نسبت به جبران خسارت ندارد. ثانیاً اذن بیمار یا ولی او ساقط‌کننده مسئولیت پزشک است، در غیر این صورت امر درمان متعذر یا مختل خواهد شد. ثالثاً درمان و معالجه بیمار امری است شرعاً جایز که به مقتضای "الجواز الشرعی ینافی الزمان" نمی‌تواند مسئولیتی در پی داشته باشد [13, 14].

تجزیه و تحلیل سیستم مبتنی بر تقصیر

هدف اصلی سیستم مبتنی بر تقصیر اگر چه در سطح نظری جبران خسارت بیماران آسیب‌دیده از تقصیر پزشک و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و جلوگیری از اقدامات سهل‌انگانه آنان بوده است به این صورت که اگر در حین انجام اقدامات پزشکی، آسیبی به بیمار وارد آید، بیمار بتواند از پزشک شکایت کند و از این طریق هم آسیب بیمار جبران می‌شود و هم از خطای بعدی پزشکان جلوگیری به عمل می‌آید، اما در عمل مطالعات و گزارش‌ها حاکی از چیز دیگری است؛ زیرا در این سیستم علاوه بر این که فرآیند دادرسی برای جبران خسارت بسیار پرهزینه، وقت‌گیر و طولانی است جبران خسارت بیماران نیز به‌طور کامل صورت نمی‌گیرد. همچنین تحقیقات بسیاری در کشورهای مختلف از جمله ایران و ایالات متحده نشان می‌دهد که به‌کارگیری این سیستم موجب افزایش پزشکی تدافعی در بین پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی می‌شود که این امر علاوه بر این که ایمنی بیماران را به خطر می‌اندازد باعث تحمیل هزینه‌های اضافی زیادی به بیماران می‌شود [15-17].

از سوی دیگر پزشکان نیز به‌خاطر ترس از دادرسی، ازدست‌دادن شغل، خدشه‌دار شدن شهرت یا حتی ترس از آسیب بیشتر به

آن مال نیز بر عهده او خواهد بود. استناد به این قاعده در باب مسئولیت مدنی شخص منتفع در شرایط خاص به‌عنوان تأیید ادله مسئولیت مدنی می‌تواند مورد پذیرش قرار گیرد.

بنابراین در بحث ما برای پیدا کردن مسئول جبران خسارت باید به‌دنبال کسی بود که منفعت و فواید حاصله نصیب او شده است. چون سود و منافع حاصل از اقدامات بهداشتی و درمانی بیشتر نصیب بیمارستان‌ها و مراکز درمانی می‌شود، لذا اگر خسارتی نیز در اثر این اقدامات به وجود آمد آنان مسئول جبران خسارت هستند.

تجزیه و تحلیل سیستم مبتنی بر مسئولیت سازمانی

مسئولیت سازمانی به‌عنوان یک راه حل اصلاحی برای سیستم مبتنی بر تقصیر به‌منظور ارتقای جبران خسارت منصفانه، بهبود کیفیت بالینی و کارایی اداری در سیستم مراقبت‌های بهداشتی پیشنهاد شد. هر چند این سیستم با حفظ شرط تقصیر، جبران خسارت را به همان نوع آسیب‌ها و ادعاهایی محدود می‌کند که تحت سیستم مبتنی بر تقصیر موفق هستند اما در سیستم مسئولیت سازمانی امکان جبران خسارت بهتر و بیشتری برای بیمارانی که در اثر خطاهای پزشکی آسیب دیده‌اند وجود دارد؛ زیرا بیمارستان‌ها به‌دلیل این که به اندازه پزشکان ترس از تعقیب و دادرسی و آسیب‌دیدن شهرت و اعتبار خود را ندارند به‌صورت موثرتری ادعاها را حل و فصل کرده و به جبران خسارت بیماران می‌پردازند. همچنین بیمارستان‌ها به‌طور معمول از حیث اقتصادی در وضعیت مساعدتری نسبت به پزشکان هستند و برای بیمار آسیب‌دیده، مراجعه به بیمارستان برای مطالبه خسارت بهتر و مناسب‌تر است.

سیستم مسئولیت سازمانی به بیمارستان‌ها انگیزه بیشتری می‌دهد تا اطلاعات بیشتری درباره خطاهای پزشکی و علل وقوع آنها جمع‌آوری کنند و تدابیری برای حذف یا کاهش خطاهای پزشکی اتخاذ نمایند. علاوه بر این، بیمارستان انگیزه بیشتری برای اصلاح یا حذف پزشکان و کارکنان ناکارآمد و به‌کارگیری پزشکان و کارکنان مجرب‌تر دارد که این امر بیشترین تأثیر را در فرآیند درمان بهتر بیماران خواهد داشت.

همچنین با محول کردن مسئولیت به بیمارستان‌ها، پزشکان دیگر از تعقیب کیفی و این که شخصاً مسئولیت را بر عهده بگیرند هراس ندارند و با آرامش خاطر بیشتری می‌توانند به حرفه خویش مشغول شوند و تمامی تخصص و تجربه خویش را برای درمان بیماران به کار گیرند، امری که به بهبودی و درمان بیماران نیز کمک خواهد کرد و پزشکی تدافعی را تحت کنترل خواهد گرفت و از آنجا که پزشکی تدافعی می‌تواند منجر به مراقبت‌های غیرضروری شود که بیماران را در معرض خطر آسیب بیشتر قرار دهد، کاهش پزشکی تدافعی موجب بهبود و افزایش ایمنی بیماران می‌شود.

محدود کردن مسئولیت به بیمارستان‌ها، پرونده‌های قصور و تقصیر پزشکی به‌طور محسوسی ساده می‌شوند و بیماران و شاکیان با یک متهم روبه‌رو هستند.

در قوانین موضوعه ایران مقررات صریحی در خصوص مسئولیت سازمانی بیمارستان‌ها وجود ندارد لکن با دقت در ماهیت و طبیعت مسئولیت سازمانی بیمارستان‌ها می‌توان دریافت که این مسئولیت در واقع چیزی جز مسئولیت ناشی از فعل غیر نیست که در قانون مجازات اسلامی، قانون مدنی، قانون مسئولیت مدنی و سایر قوانین به آن توجه شده است. با عنایت به موادی مانند ماده ۱۴۲ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ که بیان می‌دارد: "مسئولیت کیفری به‌علت رفتار دیگری تنها در صورتی ثابت است که شخص به‌طور قانونی مسئول اعمال دیگری باشد یا در رابطه با نتیجه رفتار ارتكابی دیگری، مرتکب تقصیر شود"، یا ماده ۱۲ قانون مسئولیت مدنی که اشعار می‌دارد: "کارفرمایانی که مشمول قانون کار هستند مسئول جبران خساراتی هستند که از طرف کارکنان اداری یا کارگران آنان در حین انجام کار یا به مناسبت آن وارد شده است"، امکان تبیین مسئولیت سازمانی در موارد خطای پزشکی و ورود آسیب به بیمار وجود دارد. با وجود این نباید چنین پنداشت که مسئولیت بیمارستان در خصوص پزشکان و سایر کارکنان مسئولیتی مطلق است و بیمار برای اثبات ادعای خویش و مطالبه خسارت نیازی به اثبات تقصیر ندارد. بلکه بیمار باید اثبات کند که آسیب رخ داده، ناشی از تقصیر پزشک یا سایر ارایه‌دهندگان در امر درمان است. علاوه بر این اقامه دعوی به طرفیت بیمارستان هنگامی امکان‌پذیر است که به‌کارگیری پزشک در بیمارستان با وجود قرارداد کار بین پزشک و بیمارستان یا تبعیت حقوقی وی نسبت به بیمارستان احراز شود. همچنین باید احراز شود که خسارات وارده بر بیمار آسیب‌دیده در حین انجام کار توسط پزشک یا به مناسبت آن بوده است.

در فقه اسلامی به این دلیل که در آن زمان بیمارستان و مراکز درمانی با ساختار و وظایف کنونی، وجود نداشته است از مسئولیت مدنی بیمارستان سخنی به میان نیامده است. اما به نظر می‌رسد مسئولیت نیابتی بیمارستان در خصوص قصور و تقصیر پزشکان در انجام اعمال پزشکی با مبانی فقهی مانند قاعده "غرم" مطابقت داشته باشد. قاعده "من له الغنم فعلیه الغرم" یکی از قواعد مسلم فقهی است که براساس این قاعده هر کس که غنم و منفعت برای اوست، غرم و خسارت نیز بر عهده او خواهد بود. این قاعده در بحث ملازمه بین نماء و درک اموال در کلام برخی از فقها یافت می‌شود. به عبارت دیگر اگرچه قاعده به حسب لفظ به معنی تبعیت غرم از غنم است، اما در واقع از مصادیق قاعده کلی‌تری است که در آن بین منافع و نمائات اموال از یک طرف و خسارت و نقصان وارده به اموال از طرف دیگر ملازمه برقرار شده است. معنی قاعده "من له الغنم فعلیه الغرم" تلازم بین خسارت و فایده است. پس هر کسی که فواید مال شرعاً برای اوست، خسارت

سیستم غیرمبتنی بر تقصیر یا No-fault

مدل اصلاحی دیگر برای سیستم مبتنی بر تقصیر، سیستم No-fault است که برای اولین بار در نیوزلند در سال ۱۹۷۴ و سپس در سوئد در سال ۱۹۷۵ معرفی شد و در حال حاضر در بسیاری از کشورها از جمله نروژ، فنلاند، دانمارک و فرانسه وجود دارد [18, 20].

در طرح اولیه سیستم غیرمبتنی بر تقصیر که در زمینه تصادفات رانندگی بود بر پنج اصل تاکید می‌شد که عبارت بودند از: مسئولیت جامعه در تصادفات، اصل انصاف و دلالت آن بر یاری‌رساندن به همه افراد صدمه‌دیده در تصادفات، لزوم بهبود و بازتوانی مجروحان در کوتاه‌ترین زمان ممکن، لزوم جبران خسارت بر مبنای صدمه واقعی و کارایی و موثر بودن مراحل اجرایی مربوطه. منابع مالی این طرح نیز از محل درآمد بیمه مسئولیت خودرو تامین می‌شد. توسعه این قانون سپس به تدریج باعث پوشش همه انواع جراحات بدنی شد و یکی از این جراحات، آسیب وارده به بیمار در اثر خطای پزشکی است [21].

این سیستم به جبران خسارت آسیب‌ها و صدمات وارده به بیماران در فرآیند درمان، بدون در نظر گرفتن تقصیر می‌پردازد و نیاز به دادگاه‌ها برای یافتن پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی مقصر برای دریافت خسارت به‌خاطر آسیب وارده به بیمار را از بین می‌برد و به‌جای آن ضرری که به بیماران طی فرآیند درمان می‌رسد از طریق مجاری اداری- اجرایی و پس از پرکردن فرم مربوطه توسط بیمار و بررسی درخواست بیمار در هیات بازبینی جبران می‌شود [19]. ولی در این سیستم وجود آسیب، میزان آن و رابطه علی بین عمل پزشک یا سازمان و ایجاد آسیب باید به اثبات برسد [22].

در برخی از کشورها الگوی جبران خسارت بر مفهوم قابل اجتناب بودن استوار است؛ یعنی بیمارانی که در فرآیند درمان دچار آسیب شده و درخواست جبران خسارت دارند باید ثابت کنند که آسیب وارده قابل اجتناب بوده است نه این که پزشک دچار سهل‌انگاری و تقصیر شده است؛ زیرا طراحان این سیستم، جبران تمام صدمات حاصل از خدمات پزشکی را گران و هزینه‌بر می‌دانند و صدماتی را که نتیجه درمان نبوده و همچنین، غیرقابل اجتناب باشند از قانون جبران خسارت No-fault خارج کرده‌اند [19]. در این کشورها پزشکان و سایر کادر درمان بیماران را از احتمال وقوع خسارت پزشکی آگاه کرده و در تکمیل فرم‌های مخصوص درخواست جبران خسارت که در همه درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها وجود دارند کمک می‌کنند و از این طریق نقشی فعال در شکل‌گیری درخواست‌های جبران خسارت دارند. منبع تامین مالی برای این درخواست‌ها صندوق بیمه جبران خسارت بیماران است [21]. سیستم No-fault برای پرداخت هزینه‌های خطای پزشکی به بیمارستان‌ها نیاز دارد و در این رابطه این سیستم مشابه مدل مسئولیت سازمانی خواهد بود.

در قوانین ایران و فقه به سیستم جبران خسارت No-fault اشاره‌ای نشده است اما با استناد به برخی از قواعد فقهی مانند

قاعده لاضرر- که مبنای مواد متعددی در حقوق ایران است- می‌توان مبنایی برای این نوع سیستم‌ها تعیین نمود و این سیستم را در مراکز بهداشتی و درمانی قابل اجرا دانست.

قاعده "لاضرر و لاضرار فی الاسلام" که از حدیث نبوی اقتباس شده از مشهورترین قواعد فقهی است که در بیشتر ابواب فقه جاری می‌شود و شکی نیست که نفی ضرر و ضرار، از اموری است که علاوه بر آن که مواردی از آیات قرآن و بسیاری از روایات بر آن دلالت دارند، عقل نیز مستقلاً به آن حکم می‌کند [23]. ضرر در این قاعده حمل بر معنای عرفی آن می‌شود که شامل ضرر معنوی مانند آسیب‌های روحی یا لطمه وارد کردن به موقعیت اجتماعی، و ضرر مادی مثل آسیب‌رساندن به جان و مال افراد می‌شود [24].

اساسی‌ترین و مهم‌ترین بحث در این مقوله، مفهوم قاعده لاضرر است که در این زمینه دیدگاه‌ها یکسان نیستند. برخی از فقها آن را نفی حکم ضرری [25]، گروهی نفی حکم به لسان نفی موضوع ضرری [26]، عده‌ای نفی ضرر غیرمتدارک [27]، برخی نفی ضرر [28] و بعضی هم آن را از احکام حکومتی [29] دانسته‌اند.

موضوع اصلی که مورد مناقشه و بحث است این است که آیا با استناد به این قاعده می‌توان حکم به جبران خسارت بیماری نمود که در فرآیند درمان بدون این که پزشک و سایر کادر درمان مرتکب تقصیری شده باشند دچار آسیب شده است و این آسیب نیز در نتیجه درمان بوده است؟

اگر چه اکثر فقها کاربرد این قاعده را فقط در مقام نفی حکم ضرری می‌دانند، نه جعل حکم، اما در بسیاری از مسایل فقهی به جنبه اثباتی بودن قاعده "لاضرر" اشاره شده است. مانند جایی که کسی انسان آزادی را حبس کند در نتیجه مقدار کاری از او فوت شود که بسیاری از فقها در اینجا با استناد به قاعده "لاضرر" قایل به ضمان حابس هستند [3].

برخی از فقها در این که قاعده شامل عدمیات (عدم حکم) هم می‌شود دلایل قایل قبولی را ارائه می‌دهند که عبارتند از: (۱) در مواقعی که عدم حکم موجب ضرر می‌شود، امر عدمی را می‌توان به امر وجودی بازگرداند مثل بازگرداندن عدم ضمان به براءت ذمه یا ضمان، (۲) با تنقیح مناط و الغای خصوصیت می‌توان دلالت قاعده "لاضرر" بر عدمیات را پذیرفت؛ زیرا هیچ خصوصیتی برای "وجود" و "عدم" در آنچه که خداوند بر بندگان منت نهاده و ضرر را از آنان نفی کرده وجود ندارد، (۳) از قاعده "لاضرر" به دست می‌آید که هیچ ضرری از ناحیه شارع بر کسی یا هیچ ضرری از ناحیه مکلفان نسبت به یگدیگر وارد نمی‌شود و اگر در موردی به‌خاطر عدم جعل حکم، ضرری به شارع یا مکلفان استناد داده شود، واجب است که ضرر را با این قاعده نفی کنند؛ چرا که در عنوان دلیل "لاضرر" گفته نشده "لاحکم ضرری" تا بخواهیم در مورد این که آیا این قاعده بر امور عدمی صدق می‌کند یا نه صحبت کنیم؛ بلکه ملاک، صدق نسبت اضرار به شارع یا مکلفان است [23].

بنابراین با پذیرش این نظریه که قاعده "لاضرر" توان اثبات حکم ضمان و جبران خسارت را دارد، چنانچه از عدم وجود حکمی، خواه

ندارند در صورتی که اشتباه یا خطایی مرتکب شوند به آسانی آن را گزارش می‌کنند که این خود موجب شناسایی خطاهای پزشکی، مدیریت و در نتیجه کاهش آنها در آینده می‌شود. سیستم No-fault در کاهش پزشکی تدافعی نیز نسبت به سیستم مسئولیت سازمانی یک قدم جلوتر است؛ زیرا این سیستم فشار مسئولیت برای جبران خسارت را از کادر درمان بیش از مسئولیت سازمانی برمی‌دارد. به همین خاطر آنان ترس کمتری از ادعاهای قصور و تقصیر پزشکی دارند تا مراقبت‌های غیرضروری و پرهزینه را برای محافظت از خود تجویز کنند.

نتیجه‌گیری

قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ سیستم مسئولیت مبتنی بر تقصیر پزشک را به تبعیت از فقه امامیه پذیرفته است. این قانون هر چند گام موثری نسبت به قانون مجازات ۱۳۷۰ برداشته است، اما تحقیقات در کشورهای مختلف از جمله ایران و ایالات متحده نشان می‌دهد که در این سیستم علاوه بر این که فرآیند دادرسی برای جبران خسارت بیمار بسیار پرهزینه، وقت‌گیر و طولانی است، موجب افزایش پزشکی تدافعی در بین پزشکان نیز می‌شود. بر این اساس حقوق ایران می‌تواند از آخرین دستاوردهای حقوق پزشکی جهان در زمینه استفاده از سیستم‌های اصلاحی جایگزین بهره‌مند شود و با بومی‌سازی آنها در تامین ایمنی بیماران به گونه موثری عمل نماید. سیستم مسئولیت سازمانی در مواردی که پزشک در بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی مرتکب تقصیر شود می‌تواند با قاعده فقهی "من له الغنم فعلیه الغرم" و همچنین با قاعده "مسئولیت ناشی از فعل غیر" مطابقت داشته باشد و به جبران خسارت بیماران بپردازد؛ چرا که بیمارستان‌ها به طور عمده‌ای از خدمات پزشکان بهره‌مند می‌شوند و منطقی است که خسارت ناشی از آن را بر عهده گیرند. به علاوه پزشکان زیر نظر بیمارستان‌ها مشغول به کار هستند و اگر چه از لحاظ فنی به طور مستقل عمل می‌کنند، اما از لحاظ اداری بسیاری از اعمال آنان تحت نظارت بیمارستان انجام می‌شود.

همچنین در صورتی که پزشک در فرآیند درمان مرتکب تقصیری نشود، اما بیمار متحمل ضرر و آسیبی ناشی از اقدامات پزشکی شود می‌تواند با استناد به قاعده "لاضرر" در فقه اسلامی سیستم No-fault را پیاده‌سازی کرد و حکم به ضمان و جبران خسارت وارده به بیمار نمود. در این راستا حقوق پزشکی می‌تواند مانند حقوق کار و حقوق خانواده، با وضع قوانین به حمایت از طبقه ضعیف‌تر که بیماران هستند بپردازد؛ زیرا یکی از مصادیق حمایت از بیمار، جبران خسارت آسیب وی در صورت عدم تقصیر پزشک است. علاوه بر این دولت نیز می‌تواند وجوهی برای پرداخت خسارت به بیمار در این موارد در نظر بگیرد.

تشکر و قدردانی: موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تأییدیه اخلاقی: موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

حکم تکلیفی و خواه حکم وضعی، ضرر و زیانی متوجه کسی شود که آن ضرر از مصادیق اتلاف و تسبیب نیز نباشد، با استناد به قاعده لاضرر می‌توان حکم به جبران خسارت و اثبات ضمان نمود. پس هر گاه در فرآیند درمان و در نتیجه آن آسیبی به بیمار وارد شود بدون این که کادر درمان مرتکب تقصیری شده باشند با استناد به این قاعده علاوه بر نفی حکم ضرری می‌توان به اثبات حکم ضمان و جبران خسارت وارده به بیمار اقدام کرد، اگر چه پذیرش این نظریه سبب شود که بیمارستان‌ها یا سایر مراکز بهداشتی و درمانی یا حتی دولت متحمل هزینه‌هایی شوند؛ اما این امر نمی‌تواند مانعی شود تا خسارتی غیرقابل جبران باقی بماند. به‌منظور حل این معضل نیز می‌توان صنعت بیمه را گسترش داد یا دولت وجوهی را از بیت‌المال برای جبران خسارت این افراد در نظر بگیرد.

تجزیه و تحلیل سیستم غیرمبتنی بر تقصیر یا No-fault

سیستم غیرمبتنی بر تقصیر به‌عنوان راه حل دیگری برای جبران خسارت بیمارانی که در سیستم مسئولیت مبتنی بر تقصیر به دلایلی مانند طولانی‌بودن فرآیند دادرسی و دشواری اثبات تقصیر پزشکی، به‌طور کامل جبران خسارت نمی‌شدند ارائه شد؛ چرا که در موارد بسیاری بیمار در فرآیند معالجه و درمان دچار آسیب جدی می‌شد اما به‌دلیل این که نتوانسته بود تقصیر پزشک را ثابت کند یا این که پزشک مرتکب تقصیری نشده است، آسیب وارده به او بدون جبران باقی می‌ماند و فرد علاوه بر تحمل درد و رنج ناشی از آسیب وارده، هزینه‌های زیادی را نیز متحمل می‌شد.

در رابطه با هدف جبران خسارت سیستم بدون تقصیر، مطالعات نشان داده‌اند که این سیستم نسبت به سیستم مبتنی بر تقصیر و مسئولیت سازمانی جبران خسارت بهتری خواهد داشت؛ زیرا در دو سیستم اخیر برای جبران خسارت نیاز به اثبات تقصیر است و تنها افراد آسیب‌دیده‌ای که قادر به اثبات تقصیر باشند جبران خسارت خواهند شد. هر چند مسئولیت سازمانی در حل و فصل دعاوی مربوط به تقصیر و قصور پزشکی و جبران خسارت بیمار عملکرد بهتری نسبت به مسئولیت مبتنی بر تقصیر دارد، ولی در مقایسه با سیستم No-fault در برآوردن هدف جبران خسارت به‌خوبی عمل نمی‌کند.

سیستم غیرمبتنی بر تقصیر در تامین هدف بازدارندگی و جلوگیری از ورود آسیب به بیماران نیز بهتر عمل می‌کند؛ زیرا این سیستم بیمارستان‌ها را مسئول طیف وسیعی از آسیب‌های ناشی از مراقبت پزشکی می‌داند و این مسئولیت افزایش‌یافته آنان را به یافتن راه‌های بیشتر برای کاهش خطای پزشکی از جمله خطای ناشی از سهل‌انگاری تشویق می‌کند و به همین خاطر آنان را وادار می‌سازد تا با جدیت بیشتر به آموزش ارائه‌دهندگان در مورد ایمنی بیمار و ارائه مراقبت‌های بهداشتی کافی و مناسب بپردازند^[19]. همچنین ارائه‌دهندگان چون ترسی از مسئولیت و دادخواهی

benefit and reason in the description of mind guidance (Majma al-faedeh va al-borhan fi sharh ershad al-azhan). Volume 14. 1st Edition. Qom: Office of Islamic Publications; 1983. [Arabic]

15- Dargahi H, Moraveji M. Defensive medicine: ethical or unethical? A case study of Tehran University of Medical Sciences Hospitals. J Public Health. 2018;2(2):1-7. [Persian]

16- Kessler DP. Evaluating the medical malpractice system and options for reform. J Econ Perspect. 2011;25(2):93-110.

17- Rezayi AA, Vafaei Najar A, Houshmand E, Esmaeili H, Kouhestani S, Experience and etiology of defensive medicine in view of residents in Mashhad University of Medical Sciences in 2016. J Paramed Sci Rehabil. 2017;6(2):60-8. [Persian]

18- Gaine WJ. No-fault compensation systems. BMJ. 2003;326(7397):997-8.

19- Tappan K. Medical-malpractice reform: Is enterprise liability or no-fault a better reform? Boston College Law Rev. 2005;46(5):1095-130.

20- Weisbrot D, Breen KJ. A no-fault compensation system for medical injury is long overdue. Med J Aust. 2012;197(5):296-8.

21- Bahmani F, Khorsandian MA, Tabei SZ. Assessment of medical liability systems with more emphasize on ethical challenges. J Ethics Sci Technol. 2015;9(4):1-10. [Persian]

22- Serwach M. No fault insurance systems in Polish law and in other European legal systems. Prawo Asekuracyjne; 2015;1(82):33-46.

23- Makarem Shirazi N. Jurisprudential rules (Ghaved al-fiqhhiyeh). Volume 1. 2nd Edition. Qom: Imam Ali School; 1991. [Arabic]

24- Jamali J. Rules of Islamic jurisprudence: losing and harming are not in Islam. Kanoon J. 1971;(1):64-7. [Persian]

25- Sheikh Ansari M. The unique of principles (Faraed al-osoul). Volume 2. 1st Edition. Qom: Majma al-Fekr al-Islami; 1998. [Arabic]

26- Akhund Khorasani MK. Sufficiency of principles (Kefayat al-osoul). 1st Edition. Qom: Al al-Bayt; 1989. [Arabic]

27- Naraghi Ahmad ibn Mohammad. Revenue of the days (Avaed-al ayam). 1st Edition. Qom: Qom Seminary Islamic Propaganda Office; 1996. [Arabic]

28- Shariat Esfahani F. The principle of "Lazara". 1st Edition. Qom: Islamic Publishing Office. No date. [Arabic]

29- Mousavi Khomeini R. Treatises: on ijtihad and imitation (Al-rasael: fi al-ijtehad va al-tghlid). Volume 1. 1st Edition. Qom: Esmaeilian; 1990. [Arabic]

تعارض منافع: موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان: فاطمه پیری امیرحاجیلو (نویسنده اول)، نگارنده مقاله/پژوهشگر اصلی/نگارنده بحث (۷۰٪)؛ مهدی رحمانی (نویسنده دوم)، پژوهشگر اصلی (۳۰٪)

منابع مالی: موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع

1- Ebn Manzoor Mohammad ibn Mokarram. Arabic language (Lesan al-Arab). Volume 5. 1st Edition. Beirut: Dar al-Fekr; 1993. [Arabic]

2- Fakhri al-Mohagheghin Mohammad ibn Hassan Helli. Explanation of the benefits in describing the problems of the rules

(Eizah al-favaed fi sharh moshkelat al-ghavaed). Volume 10. 1st Edition. Qom: Esmaeilian Institute; 1967. [Arabic]

3- Tabatabaei Ali ibn Mohammad. Gardens of matters (Riyaz al-masael). Volume 16. Qom: Al al-Bayt; 1997. [Arabic]

4- Jafari Langroodi MJ. Mabsoot: dictionary terms of law. 3rd Edition. Tehran: Ganje Danesh; 2007. [Persian]

5- Safaei SH, Rahimi H. Civil liability (extra-contractual obligations). Tehran: SAMT; 2014. [Persian]

6- Aghaeinia H. Criminal law (crimes against person). 8th Edition. Tehran: Mizan; 2016. [Persian]

7- Ghodsi SE, Norouzi S. Drivers' liability assessment based on their degree of guilt. J Criminal Law Doctrines. 2017;(13):33-55. [Persian]

8- Katouzian N. Civil liability (extra contractual obligations). Volume 2. Tehran: Tehran University Press; 2016. [Persian]

9- Mohaghegh Helli Jafar ibn Hassan. Islamic laws in halal and haram matters. (Sharaye al-Islam fi masael al-halaal va al-haram). Volume 4. 2nd Edition. Qom: Esmaeilian Institute; 1988. [Arabic]

10- Allameh Helli Hassan ibn Yousof. Guidance of minds (Ershad al-azhan). Volume 2. 1st Edition. Qom: Office of Islamic Publications; 1990. [Arabic]

11- Allamah Helli Hassan ibn Yousof. Writing the sentences (Tahrir al-ahkam). Volume 5. 1st Edition. Qom: Institute of Imam Sadeq; 1999. [Arabic]

12- Shahid Thani Zayn al-Din. Beautiful garden in the description of the radiance of Damascus (Al-rawzat al-bahiyah fi sharh al-lom'at al-Dameshghiyah). Volume 10. Qom: Davari; 1990. [Arabic]

13- Ibn Idris Helli Mohammad ibn Ahmad. Characteristics (Al-sara'er). Volume 3. 2nd Edition. Qom: Office of Islamic Publications; 1990. [Arabic]

14- Moghaddas Ardabili Ahmad ibn Mohammad. Total