

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة 2

كلية الحقوق والعلوم السياسية

قسم: حقوق

العنوان:

الضمانات الممنوحة للمستهلك في المجال الطبي

أطروحة دكتوراه في القانون الخاص

إشراف الأستاذ:

الدكتور عكروم عادل

إعداد الطالب:

شلبي نبيل

أعضاء لجنة المناقشة

رئيسا

أستاذ

د عقاب عبد الصمد

مشرفا ومقررا

أستاذ

د عكروم عادل

عضوا مناقشا

أستاذة محاضرة "أ"

د بن عثمان فريدة

عضوا مناقشا

أستاذ محاضر "أ"

د رفاف لخضر

عضوا مناقشا

أستاذ

د النوي عبد النور

عضوا مناقشا

أستاذ "أ"

د بن النوي خالد

السنة الجامعية: 2025/2024

شكر وتقدير

عن أبي هريرة رضي الله عنه أن النبي صلى الله عليه وسلم قال: " لا يشكر الله من لا يشكر الناس "

لا بد لنا و نحن نخطو خطواتنا الأخيرة في الحياة الجامعية من وقفة على أعوام قضيناها في رحاب الجامعة مع أساتذتنا الكرام الذين قدموا لنا الكثير باذلين جهودا كبيرة في بناء جيل الغد.

و بعد شكر الله عز و جل يجب شكر الأستاذ المشرف " الدكتور محروم عادل " الذي لم يبخل علينا بنصائحه و إرشاداته.

الإهداء

أحمد الله عز وجل على منه عونهُ لإتمام هذا البحث.

إلى الذي وهبني كل ما أملك لتحقيق أُمالي، إلى الذي وتحمل المشقات على تعليمي ولم يبخلني ويحرمني ممن الوصول إلى هدفي أبي الغالي والعزیز أطل الله في عمره.

إلى التي وهبت فلذة كبدها كل العطاء والحنان إلى التي صبرت على كل شيء التي كانت سدي القوي في الشدائد...إلى التي أحاطتني بدعواتها.

أُمي نصفي الثاني وأعز إنسان وملاك على القلب والعين جزاها الله خيرا
إليهما أهدي هذا العمل المتواضع لكي ادخل على قلوبهما شيء من السعادة.

إلى الزوجة رفيقة الدرب وأبنائي هدير ياسمين ومحمد فراس.

مقدمة

مقدمة

مع إستقلال الجزائر وما صاحب ذلك من ظروف إقتصادية واجتماعية صعبة وتدهور فضيع في القدرة الشرائية و فقر مدقع ساد أغلب الشرائح الإجتماعية في البلاد وجدت السلطات السياسية آنذاك نفسها مجبرة على إتباع النهج الإشتراكي أسلوبا في إدارة الحياة الإقتصادية و السياسية على حد سواء.

غير أن هذا النهج وما صاحبه من إيجابيات جمة على رأسها و ضع الحجر الأساس لإقتصاد جزائري و بداية ظهور مرافق صحية ضخمة و صناعة جزائرية تعبر من خلالها الدولة عن سيادتها، تكفلت الدولة من خلالها بالمواطن من خلال إتباع سياسة التدعيم سواء للمواد الغذائية أو الصحية.

إتباع أسلوب أو النهج القائم على التكفل التام بالمواطن في إطار مجانية العلاج و بالتالي كانت الدولة تحتكر كل الجوانب الإقتصادية والخدماتية وكانت الأخطار المحدقة بالمواطن أو المستهلك قليلة جدا و كان القطاع الصحي خاضع لرقابة وإحتكار تام من قبل الدولة.

غير أنه مع التحولات الاقتصادية الكبيرة التي عرفتها الجزائر إثر الأزمات الاقتصادية المتتالية متأثرة بتغيير الجغرافيا الإقتصادية العالمية وظهور تكتلات إقتصادية عالمية وجدت الدولة نفسها مجبرة على التأقلم ومواكبة هذا التطور حتى تتمكن من الخروج من الأزمة الإقتصادية الخانقة.

وبالتالي مواكبة الحاجيات المستمرة للمواطن في مجال الخدمات الطبية نتيجة التطور المستمر لنسبة الأمراض و ظهور أمراض جديدة ومستعصية وذلك بإحداث ثورة في الجانب التنظيمي والتشريعي وتزامن ذلك مع تكريس لمبدأ حرية الأشخاص في ممارسة الأنشطة الإقتصادية وتكريس هذا دستوريا من خلال المادة 37 من دستور 96 وما تلاه من عدم التمييز بين المستثمر الأجنبي والوطني وبين المستثمر العام والخاص وذلك بداية من قانون القرض و النقد

سنة 1990 ثم قانون الإستثمار سنة 1993 ثم الأمر 03/01 الصادر في 20 أوت 2001 المتعلق بتطوير الإستثمار في الجزائر الذي يدخل في إطار المساعي الهادفة إلى تفعيل الإصلاحات الإقتصادية.

وهو يمثل إلى جانب نصوص قانونية أخرى ذات طابع تشريعي وتنظيمي الإطار القانوني العام الذي يحكم الإستثمار في الجزائر و الهدف منه هو إعادة بعث النشاط الإقتصادي وخلق المناخ الملائم لدفع و تنشيط الإستثمارات الأجنبية والوطنية لتحقيق النهوض الإقتصادي والاجتماعي هذا من جهة ومن جهة أخرى وتحت ضغط المديونية وجدت الدولة نفسها ملزمة بإعادة تنظيم الإقتصاد الوطني حسب مقتضيات الكلفة والفعالية وصار تدعيم القطاع الخاص هو الكفيل بالوصول إلى إقتصاد قوي بدءا بإلغاء الإعتماد الذي كان يشترط على المستثمرين في قانون 88/ 25 المؤرخ في 12/07/1988 المتعلق بتوجيه الإستثمار الخاص الوطني ثم وضع حد للإحتكار العمومي للمؤسسات الإشتراكية ذات الطابع الإقتصادي بموجب مرسوم 201/88 المؤرخ في 18/10/1988

وبالتالي انتشرت المؤسسات الاستشفائية العامة و الخاصة وكذا العيادات الخاصة وماصاحبها من تخصصات جديدة كان في السابق يتم التكفل بها في الخارج و أصبحت بعدها يتكفل بها وطنيا.

غير أن هذا الإنفتاح الإقتصادي رغم ما صاحبه من إيجابيات سواء تعلق الأمر بنمو نسبة التكفل الصحي وتقريب الهياكل الصحية من المواطن وظهور حركة خدماتية وثورة في الميدان الطبي و الجراحي بصورة خاصة.

من خلال انفتاح القطاع للاستثمار الخاص ودخول متعاملين أجانب في هذا الخصوص والذي أدى إلى انتشار العيادات الخاصة والذي صاحبه تطور كبير للمرافق الصحية العامة والمتخصصة في ظل نمو ديموغرافي متسارع و تفاقم فضيع للأمراض الذي تزامن مع ظهور

أخطار محدقة بصحة المواطن ومن خلاله المستهلك عليه أصبح من الضروري بمكان أن تكون للمستهلك ضمانات تحميه في المجال الطبي خاصة التعاون الأجنبي في مجال العمليات الجراحية المعقدة كأمراض القلب وزرع الأعضاء يصاحب ذلك من أخطاء طبية فادحة يدفع ثمنها المواطن المستهلك هذا من جهة ومن جهة أخرى حاجة المستهلك إلى ضمانات أثناء التداوي في المصحات العامة أو الخاصة.¹

إن مهنة الطب تتعلق بمقصود عظيم من مقاصد الشرع وهو حفظ النفس و يعتبر هذا القصد مشتركا إنسانيا عاما لا يختلف أحد على أهميته وأهمية المهنة و نبل القيم المستندة عليها ، مهما كان جنسهم ودينهم وفلسفتهم للحياة الإنسانية وإن امتداد آثار التطور العلمي الطبي إلى بعض الجنسيات والمجتمعات قد يفضي إلى وجود فرق ما بين طبيعة الممارسة الطبية المتقدمة والمتشعبة اليوم وبين القوانين والضوابط التي تحكم العلاقة المهنية بين الطبيب والمريض.

ولعل هذا أظهر ما يكون في الدول والمجتمعات التي تكون التقنيات الطبية فيها مستوردة لا أصلية، بحيث لا يكون هناك مجال زمني لمجازاة التطور العلمي بالضبط القانوني والاخلاقي ولا يتعارض هذا مع وجود أصول وكمليات قانونية شرعية تحكم هذه العلاقة في الجملة، غير أن الحاجة اليوم هي للتقنين التفصيلي الذي يمكن من فض الخصومات وحسم النزاعات بصورة منضبطة، مطردة في المجتمع الواحد على وجه يحفظ الأصول الاعتقادية ويراعي الخصوصيات الاجتماعية ويحقق العدالة بين أفراد المجتمع الواحد.

إن مهنة الطب مهنة إنسانية وأخلاقية وعلمية قديمة قدم الإنسانية أكسبتها الحقب الطويلة تقاليد و مواصفات تحتم على من يمارسها أن يحترم الشخصية الإنسانية في جميع الظروف والأحوال و أن يكون قدوة حسنة في سلوكه ومعاملته مستقيما في عمله محافظا على الأرواح البشرية و أعراضهم رحيمًا بهم باذلا جهده في خدمتهم ومن هنا فان كل عمل طبي يجب أن

¹ - د/عبد المنعم موسى إبراهيم، حماية المستهلك، منشورات الحلبي الحقوقية، سنة 2007، ص53.

يستهدف مصلحة المريض المطلقة و أن تكون له ضرورة تبرره وأن يتم برضاه أو رضا ولي أمره إن كان قاصرا أو مصابا باضطرابات عقلية أفقدته الوعي.

فميدان الطب هو أكبر الميادين حساسية وخطورة في نفس الوقت، و تبدوا هذه الحساسية من خلال اتصاله بالجسم الإنساني وما يقتضيه ذلك من احترام وتقدير حيث أن الكثير من الأطباء لا ينتبهون إلى التزاماتهم القانونية التي يعتقد أنها مجرد واجبات أدبية تخضع لسلطته التقديرية وليس هذا موقف الطبيب فحسب بل الكثير من المرضى كانوا يعتقدون ذلك أيضا.

وقد شاع الإحساس بأنه لا يمكن مسألة الطبيب ولا المرفق الصحي أو العيادة الطبية ولذا أصبح لزاما وضع ترسانة قانونية لحماية المستهلك المريض أو المعالج خاصة مع ما شهده علم الطب الحديث من تقدم ملحوظ نظرا لاتساع آفاق المعرفة أمامه بصورة مذهلة، وكان لهذا التطور صداه بالضرورة على شكل ممارسة الطب الذي كان في البداىء يقتصر على الممارسة الفردية للطب

ثم تحول إلى الممارسة الجماعية لاسيما في العمليات الجراحية ولاشك في أن ممارسة الأعمال الطبية والعلاجية والجراحية بأنواعها قد ينجر عنها المساس بسلامة الجسم و هذا ما يجرنا إلى ضرورة تحديد الضمانات الأساسية والجوهرية الواجب توافرها من أجل حماية وصيانة حقوق المستهلك في المجال الطبي الذي هو في تطور مستمر من حيث الجانب الهيكلي أو التنظيمي أو التشريعي أو العلمي.

إن حق الإنسان في سلامة جسمه هو الحق في أن تظل أعضاء الجسم و أجهزته تؤدي وظائفها على نحو عادي وطبيعي فكل إخلال بالسير العادي و الطبيعي لهذه الأعضاء أو الأجهزة يعد اعتداء على الحق في سلامة الجسد و يتحقق هذا الاختلال إذا حدث هبوطا بالمستوى الصحي البدني أو العقلي أو النفسي فإذا أصيب الإنسان بمرض فان أي فعل من شأنه زيادة في مقدار المرض يعد مساسا بسلامة الجسم.

وحق الإنسان في سلامة جسمه هو أيضا الحق في الاحتفاظ بكل أعضاء الجسم غير منقوصة فكل فعل يؤدي إلى الانتقاص من هذه الأعضاء يعد مساسا بسلامة الجسم وتكامله يجرمه القانون فإجراء عملية جراحية لو كانت يسيرة تعد مساسا بسلامة الجسم ولا تخرج عن دائرة التجريم إلا بفصل أسباب الإباحة التي يحددها القانون.

وحق الإنسان في سلامة جسمه هو كذلك الحق في أن يتحرر من الآلام البدنية ويتحقق ذلك بما يلحق الشخص في شعوره بالارتياح والسكينة بعد زوال الأذى الذي يصيبه فأى فعل يؤدي إلى إحداث آلام بدنية لم تكن موجودة من قبل أو الزيادة من مقدارها يعد مساسا بالحق في سلامة الجسد.

فجسم الإنسان إذا هو الكيان الذي يباشر الوظائف الحيوية وهو محل الحق في سلامة الجسم و الحق في سلامة الجسم هو من الحقوق الشخصية التي يصونها المجتمع لكل فرد من أفرادها لذلك يقرر المشرع الحماية لحق الإنسان في سلامة جسمه الذي يعد مبدأ دستوري هام ولاشك أن ممارسة الأعمال الطبية العلاجية الجراحية تتطلب المساس بسلامة جسم الإنسان لكن المتفق عليه هو إباحة هذه الأعمال لأنها تهدف إلى تحقيق هذه السلامة للجسم لا العكس وفي ذلك تحقيقا لمصلحة أكيدة للمجتمع نفسه ومن ثم فإنها لا تخضع لنطاق التجريم إذا توافرت شروط إباحتها من ترخيص قانوني ومن وجوب مراعاة أصول المهنة وقصد العلاج والتخلص من الآلام.

فميدان الطب هو من أكبر الميادين حساسية، تبدو هذه الحساسية من خلال اتصاله بالجسم الإنساني وما يقتضيه ذلك من احترام وتقدير حيث أن كثير من الأطباء كان يخلص من دراسته دون أن ينتبه إلى التزاماته القانونية التي يعتقد أنها مجرد واجبات أدبية تخضع لسلطته التقديرية وليس هذا موقف الطبيب فحسب بل الكثير من المرضى كان يعتقد ذلك أيضا وقد نتج عن هذا الاعتقاد المشترك أن شاع الإحساس بأنه لا يمكن مساءلة الطبيب.

فالتطور الإنساني قد انتهى إلى إلغاء مظاهر العبودية والرق فاستقرت للإنسان شخصيته القانونية الكاملة واستقر معها مبدأ معصومة الجسد فكان لزاما على العلوم الإنسانية أن يستفيد من التقدم العلمي على أوسع نطاق ممكن عليه شهد علم الطب الحديث تقدما ملحوظا نظرا لاتساع آفاق المعرفة أمامه بصورة مذهلة وكان لهذا التطور صداه بالضرورة على شكل ممارسة الطب الذي كان في البداى يقتصر على الممارسة الفردية للطب ثم تحولت الممارسة الجماعية لاسيما في العمليات الجراحية كما سبق الإشارة إليها سالفًا.

وقد ساهم هذا التطور العلمي في الطب أن تشهد المسؤولية الطبية أمدا كبيرا في العصر الحاضر لذلك أصبح القضاء وجل التشريعات في حيرة بين أمرين الأول هو حماية المرضى مما قد يصدر عن الأطباء من أخطاء تكون لها آثار سيئة وضمان توفير العناية الطبية اللازمة من خلال تأكيد مسؤولية الأطباء.

أن الأصل في العمل الطبي أن يكون علاجيا أي يستهدف التخلص من المرض أو تخفيف حدته أو مجرد تخفيف آلامه، غير أن هناك من الحالات ما تستدعي الأعمال الأكثر تعقيدا أي الأعمال الجراحية ويعد كذلك من قبيل الأعمال الطبية.

ما يستهدف الكشف عن سوء الصحة أو مجرد الوقاية من المرض ويستلزم العمل الطبي بالمفهوم المتقدم المساس بأجسام المرضى الأمر الذي يدخل في ظاهرها تحت أحكام قانون العقوبات الخاصة بالضرب والجرح بل قد تؤدي هذه الأعمال إلى وفاة المريض وهذا ما يدفع بنا إلى ضرورة تبيان التصرفات الطبية العلاجية والجراحية وتحديد طبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض.

ومن هنا فانه يتضح للعيان بأن الطبيب ملزم اتجاه المستهلك ببذل العناية الصادقة اليقظة و التى تقتضيها ظروفه التى تتفق مع الأصول الفنية الثابتة، وأن يصف له ما يرجى له شفاؤه و لا يلتزم في عقد العلاج ضمان تحقيق الشفاء، لان عدم الشفاء له أسباب عديدة لا سلطان

للطبيب عليها مثل العوامل الوراثية واستعداد المريض والإمكانيات المتاحة للطبيب ووقت العلاج الحالة المرضية للمريض ، و إذا لم يتم شفاء المريض أو تخلفت به عاهة أو حتى إذا توفي المريض من جراء العلاج فلا يسأل الطبيب إلا في حالة حدوث خطأ.

و بالتالي يلتزم الطبيب في موقع عمله الوظيفي أو الخاص بأن يكون عمله خالصا لمرضاة الله و خدمة المجتمع الذي يعيش فيه بكل إمكانياته وطاقاته في ظروف السلم و الحرب و في جميع الأحوال و يجب أن يكون قدوة حسنة في المجتمع بالالتزام بالمبادئ والمثل العليا ، أمينا على حقوق المواطنين في الحصول على الرعاية الصحية الواجبة، منزها عن الاستغلال بجميع صورته لمرضاه أو زملائه أو تلاميذه و بالتالي فان الطبيب ملزم بمراعاة الأمانة و الدقة في جميع تصرفاته و أن يلتزم السلوك القويم و أن يحافظ على كرامته و كرامة المهنة مما يشينها وفقا لما ورد في قسم الأطباء و في لائحة آداب المهنة.

غير أنه ما تجدر الإشارة إليه أنه في بعض الحالات لم يعد التزام الطبيب قاصرا على بذل العناية بل إن الأمر قد تحول إلى التزام بتحقيق نتيجة ألا وهي سلامة المريض و صحة العمل الطبي الذي يقوم به ، و يتحقق ذلك في الحالات التي يكون محلها محددا تحديدا دقيقا و لا تحمل أية صعوبة بالنسبة للطبيب العادي نظرا للتقدم العلمي الذي أحرزه الطب في هذا المجال و توافر الإمكانيات و من أمثلة ذلك عمليات التجميل و نقل الدم و إجراء التحاليل.

و يعد الطبيب مسؤولا عما يترتب على نتائج جهله و عدم معرفته بما استجد في حقل مهنته اختصاصه فالأمانة العلمية تحتم عليه مواصلة الإطلاع لكي يوفر للمريض أفضل عناية و لعل أهم ما يبرز معيار الخطأ الطبي و المسؤولية الطبية هي طبيعة الخطأ الطبي، فخطأ الطبيب ليس كخطأ الشخص العادي لما ينطوي عليه من طبيعة فنية و تعقيد علمي ودقة معينة.

إن طبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض تقوم على التعاقد بين الطرفين على بذل مصلحة معينة للمريض "التشخيص أو العلاج أو الجراحة " في مقابل أجر و هذه الطبيعة التعاقدية

للعلاقة بين الطبيب والمريض مستفيضة عند الفقهاء وهو ما نجده عند النظر في تعريف الرابطة الطبية الأمريكية للعلاقة بين الطبيب والمريض حيث جاء في لوائح أخلاقيات الطب لهذه الرابطة : " إن إنشاء علاقة بين الطبيب والمريض له طبيعة تعاقدية، ولكل من طرفي العقد أن يختار إنشاء هذه العلاقة أو النكال عنها على وجه العموم"¹.

إن الطبيعة التعاقدية للعلاقة الطبية تعني أن المسؤولية الطبية تتعلق بالسؤال عن إخلال أحد الطرفين أو كليهما بما يلزمهما بالعقد، هذا من حيث العموم، غير أن موضوع البحث هنا يقتصر على الإخلال الواقع من جهة الطبيب ومن في حكمه.

ومن هنا فإن التطرق إلى التزامات الطبيب يعد من الأمور الحساسة لان الأمر يتعلق بخدمة على اتصال بالجسم الإنساني وما يقتضيه ذلك من احترام وتقدير وتكمن الحساسية والحيرة في أمرين :

1/- حماية المرضى مما قد يصدر من الأطباء من أخطاء تكون لها آثار سيئة، وضمان توفير العناية الطبية اللازمة لتأكيد مسؤولية الأطباء

2/- توفير الحرية اللازمة للأطباء في معالجة مرضاهم، فالطبيب يجب الذي يخشى إرهاب المسؤولية سيحجم عن الإقدام على فحص المريض و تبني الطرق اللازمة والتي تستدعيها حالته ، فعمل الأطباء يجب أن يتم في جو كاف من الثقة والاطمئنان لذلك الموازنة بين مصلحتين غالبا ما تكونا متضاريتين هما مصلحة المريض في سلامة جسده و عدم المساس به من قبل الغير و مصلحة الطبيب في ممارسة مهنته بقدر كبير من الحرية دونما قيود أو خطر قد يلحق به.

ومن هنا فالطبيب عليه أن يبذل كل ما في وسعه لعلاج مرضاه وأن يعمل على تخفيف آلامه و أن يحسن معاملتهم و أن يساوي بينهم في الرعاية دون تمييز ويوفر لمرضاه المعلومات

¹ - د/ السيد محمد السيد عمران، حماية المستهلك أثناء تكوين العقد، دراسة مقارنة، منشأة المعارف، طبعة 2003، ص33.

المتوفرة لديه حول حالته المرضية ويقدمها له بسيطة ومفهومة غير أنه لأسباب إنسانية يمكن له عدم إطلاع المريض بحالته المرضية الخطيرة و هنا عليه أن ينهي إلى أهل المريض بطريقة إنسانية لائقة خطورة المرض وعواقبه الخطيرة إلا إذا أبدى المريض رغبته في عدم إطلاع أحد على حالته أو حدد أشخاصا معينين لإطلاعهم عليها ولم تكن هناك خطورة على من حوله.

محاور الموضوع:

إن المجال الطبي يعتبر من أقدم المهن حيث أنه في العصور الغابرة كان الذي يتولى العلاج كاهنا ذو مكانة اجتماعية ودينية خاصة حيث إذا مات المريض من جراء العلاج ينسب موته إلى الشيطان أو إلى غضب الآلهة إلا أنه مع مرور الأزمنة نجد البابليين إذا لم ينجح الطبيب في العلاج ينسب ذلك إلى الإرادة الإلهية العليا أما عند الإغريق فعرف نوع من الجزاء يقع على الأطباء منها المالية أو الأدبية و يسأل الطبيب جنائيا في حالة وفاة المريض نتيجة خطئه وأخيرا أصبح الطبيب عند الرومان يسأل مدنيا أو جزائيا عما يحدثه من إصابات للأفراد، وقد أكدت الدراسات الاكتشافات التاريخية والأثرية أن الفراعنة قطعوا أشواط كبيرة في أكبر دليل على ذلك فن التحنيط الذي اشتهروا به بل وأن فن التحنيط لا يزال من الأسرار غير المعروفة للأطباء حتى الآن كما أنهم أول من عرف وظائف الأعضاء البشرية و تفصيلات الجسم البشري و أقسامه و مسار الدورة الدموية الخ وكانت مهنة الطب لديهم تسجل في كتب كان لها من القدسية ما حملهم على تكريمها في الأعياد بل وقد اهتم المشرع المصري القديم بحماية الناس من الأطباء، فأوجب على الطبيب إتباع ما دونه كبار الأطباء في كتاب السفر المقدس، وإلا تعرض للمسؤولية والعقاب الذي قد يصل إلى الإعدام .

وقد عرف اليهود أيضا الطب كسائر الأمم القديمة، إلا أنهم لم يسمحوا بمزاولة الطب إلا بعد أخذ إذن من مجلس القضاء و قد عالج التلمود مسألة مسائل الطبيب، أما شريعتنا الغراء فقد

عرفت المسؤولية وعالجتها وناقشتها بشرط أن يقوم بممارسة الطب العارف بمهنة الطب وذلك حفاظا على النفس الإنسانية من التلف والقاعدة الشرعية أن كل من يزاول عملا أو علما لا يعرفه يكون مسؤولا عن الضرر الذي يصيبه نتيجة ممارسة العمل وقد جاء الحديث الشريف أنه من تطيب ولم يكن بالطب معروفا فأصاب نفسا فما دونها فهو ضامن " لذلك أثارت الشريعة الغراء مسألة الطبيب العارف و ليس الجاهل الذي لا يعتبر أصلا طبيب.

غير أنه أنه مع العصور الوسطى تفشى الجهل والخرافات وانتشرت الأوبئة ولم تعد مهنة الطبيب ظاهرة كمهنة قائمة بذاتها.

ومع اشتداد نفوذ الكنيسة و سمو الفكر القائل بأن الحياة ليست إلا تجربة في سبيل الحياة الأبدية في الآخرة وأن جسم الإنسان شيء حقير فلا جدوى من العناية به ولذلك صارت القذارة وسيلة لسمو الروح وفي القرن التاسع عشر لم يكن تقدم الطب يسيرا فقد ظلت القيود على التشريع قائمة وكان الأطباء يحصلون على الجثث بطرق غير مشروعة ما اضطر المشرع الإنجليزي إلى إصدار قانون أباح به تشريح جثث الموتى في المستشفيات و قد صدر هذا القانون في 10 جويلية 182 حيث أصبح التشريع مشروعا وفي 1802/04/21 صدر قانون ينص بالتعويض في حالة إجراء عملية وحدثت إصابات خطيرة من طرف المتعاونين الصحيين من غير إشراف طبيب.

ويعتبر هذا القانون أول نص خاص بمسؤولية المعالجين عن الأضرار التي تحدث نتيجة معالجتهم إلى جانب ما نص عليه القانون المدني الفرنسي من المسؤولية عن الجرح وشبه الجرح المدنية في المادة 1382 و1383.¹

أما في الشريعة الإسلامية فقد أدركت المذاهب الفقهية المختلفة طبيعة العمل الطبي وما ينطوي عليه من أخطار ومضاعفات لا يستطيع معها الطبيب مهما أوتي من علم و خبرة أن

¹ -calais-AULYO, rapport de synthèse, in les contrats d'adhésion et la protection du consommateur, paris E.N.A.G P263.

يتجنبها، لذلك اتجه الفقهاء لرعاية الطبيب والتخفيف من مسؤوليته عن المضاعفات التي قد تنتج عن عمله واتفقوا على انه لا ضمان على الطبيب ومن في حكمه من ممرضين وفنيين و نحوهم إذا ما روعيت الشروط التالية :

- أن يكون من ذوي المعرفة في صناعة الطب وهو ما يعبر عنه حالياً بالحياسة الرسمية للشهادات العلمية التي تثبت دراسته للطب.

-أن يؤذن له بمزاولة المهنة وهو ما يعبر عنه حالياً بحياسة شهادة مزاولة الطب والتي تمنحها وزارات الصحة ، كل حسب تخصصه .

-أن يأذن له المريض بمداواته وهذا الأمر له أهميته خصوصا عندما يتغيب طبيب ما عن مكان عمله و يوكل طبيبا آخر للقيام بمهامه ففي مثل هذه الحالة على المريض أن يعلم بذلك فهو قد يرفض تلقي العلاج من طبيب آخر وإلا يعتبر الطبيب الوكيل مسؤولا في حالة وقوع اختلاط ما لأنه لم يؤذن له من قبل المريض بمداواته .

- أن لا يتجاوز ما ينبغي له في المداواة كأن يعطي جرعة من الدواء أكبر من المحددة فأدى ذلك تضرر المريض.

لقد أقرت مؤخرا المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية والتي مقرها الكويت، في الدستور الإسلامي للمهنة الطبية شروطا أساسية يمكن معها نفي المسؤولية عن الطبيب في حالة حدوث الضرر و هذه الشروط هي:

- إذن الشارع بمزاولة المهنة وهذا ما يعني اليوم الحصول على ترخيص بمزاولة المهنة وفق تخصص معين وذلك من جهات معنية وهي غالبا ما تكون وزارة الصحة.

وقد فرق الأطباء والفقهاء المسلمين منذ القدم بين من يموت بسبب العلاج وبين من يموت بقصد جنائي كما فرقوا بين ممارسات الطبيب العادية التي يجري عليها ما يجري على ما يجري على تصرفات بقيه الناس وبينما يفعل الطبيب

ولم يهمل المشرعون في العهود الاسلاميه الأولى ضوابط الإسلام وكتلياته وقد سبقوا بذلك أوروبا بقرون طويلة ولم يقتصر تقديمه تقدمهم ذلك على التقدم العلمي الطبي بل امتدا ليشمل وضع التشريع للممارسات الطبية الطبيب لقد انشأت مراكز ومدارس طبية في بغداد والبصرة والكوفة وقرطبة والقاهرة ودمشق وظهرت تخصصات كجراحه النساء والتوليد وكان المتخرج من هذه المدارس يؤدي إختبارا في موضوعة والحكام يمنعون الطبيب الجاهل الذي يخدع الناس بمظهره ويضرهم من خلال مزاولته لمهنة الطب.

وقد كانت القاعدة المعمول بها أن من يمارس الطب يكون عارف بخباياها حفاظاً على النفس من التلف والقاعدة الشرعية أن كل من يزاول عملاً او علماً لا يعرفه يكون مسؤولاً عن الضرر الذي يصيب الآخرين نتيجة ممارسة العمل وقد جاء الحديث الشريف : "من تطيب ولم يكن بالطب معروفاً فأصاب نفساً فما دونها فهو ضامن" عليه فإن الشريعة الاسلامية تثير مسؤولية الطبيب العارف و لا الطبيب الجاهل حيث أن الأخير لا يعد طبيباً بالمرّة لذلك لا يسأل على أساس المسؤولية الطبية.

من هنا فإن مسؤولية الطبيب تم معالجتها من القدم ومازالت قيد الدراسة وتبقى أساس الدراسات أن الفراعنة وصفوا الأساس العام لهذا الجانب والذي كانوا قد قطعوا أشواطاً كبيره في التطبيب و أكبر فن التحنيط والذين اشتهروا به والذي مزال سر من الأسرار الغير معروفة والفراعنة يبقوا أول من عرف وظائف الأعضاء البشرية وتفصيلات الجسم وأقسامه ومسار الدورة الدموية وكان الطب يسجل في كتب لها من القدسية ما حملهم على الاخذ بعين الاعتبار :

- رضا المريض بالعلاج.

- قصد الشفاء عند الطبيب.

- عدم وقوع الخطأ الفاحش من الطبيب والخطأ الفاحش هو الذي لا تقره الأصول الطبية.

من أجل ذلك ونظرا للحساسية الكبيرة للموضوع سنحاول من خلال هذا البحث إعطاء تحليل لتطور المنظومة الصحية والطبية في الجزائر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا من خلال إبراز التطور الذي حصل في المنظومة القانونية والتشريعية المنظمة لقطاع الصحي والتحولت التي عرفت الهيكلة الإدارية للقطاع الصحي.

وتطور انتشار الهياكل الصحية وفق الإستراتيجية المرسومة في الخريطة الصحية مع إعطاء صورة شاملة على القطاع الصحي العمومي من خلال تنظيم المؤسسات العمومية للصحة و المؤسسات الاستشفائية العمومية المتخصصة و الجوارية كمرفق هام و أولي باعتباره يدخل في إطار تقريب المؤسسات الصحية من المواطن في المناطق الداخلية و الريفية بالتحديد وصولا إلى تنظيم العيادات الخاصة كرقم مهم و مدعم للجهود المبذولة لترقية الصحة و إعطاء أفضل الخدمات الطبية.

بعد ذلك سنحاول التعمق في كل الضمانات التي حددها المشرع الجزائري حماية للمستهلك كمريض وملتقى لخدمة صحية وسنحاول التطرق بالتفصيل إلى كل الضمانات الممنوحة له خاصة في الطب العلاجي الذي يطغى على الخدمة الطبية بالتركيز على هذه الخدمة في القطاع العام وفي كل الهياكل مع التدقيق في الخدمة الطبية عند تشخيص المرض أو وصف العلاج أو تقديمه ونفس الإجراء سيشمل الخدمة الطبية الثانية التي يستفيد منها المستهلك وهي العلاج الجراحي وهي الخدمة التي تكون فيها مسؤولية الطبيب واضحة للعيان من جهة وذات خطورة كبيرة نظرا لانعكاساتها الخطيرة على صحة المريض خاصة في ظل التطور الكبير المعقد والمركب للطب الجراحي في الجزائر كسائر الدول الأخرى مسايرة للتطور العلمي الكبير في هذا المجال و دخول القطاع الخاص في منافسة شرسة مع ما واكب ذلك من ظهور تقنيات علمية جد متطورة قد تجعل من ضبط مسؤولية الطبيب وحماية وصيانة حقوق المستهلك من الصعوبة بمكان وهذا بالرجوع للمنظومة التشريعية المنظمة لهذا الجانب، سنحاول حصر نفس

الضمانات الممنوحة للمستهلك المتلقي للخدمة الطبية بأنواعها المشار إليها أغلاه في القطاع الخاص.

ثم في الأخير سنحاول التدقيق مع الشرح للمسؤولية الطبية والأسس التي تقوم عليها خاصة إذا تعلق الأمر بالخطأ الطبي الذي سيكون له انعكاس سلبي على صحة متلقي العلاج كخدمة طبية مع تحديد الخطأ الطبي وصوره مع شرح مسؤولية الطبيب والمرفق الطبي كطرف في العلاقة العقدية مع المستهلك المستفيد من الخدمة الطبية خاصة مع التزامه من جهة ببذل عناية أو بذل نتيجة مع تحديد الجزاءات بأنواعها المدنية أو الجنائية عند إخلال الطبيب من التزاماته أو عند وقوع أضرار تلحق ببدن متلقي الخدمة الطبية .

من أجل صدا فان الإشكالية التي تطرح نفسها بقوة عند التطرق إلى ضمانات المستهلك في المجال الطبي هي ما هي التزامات المشرفين على المستشفى كمرفق عام أو العيادة الخاصة اتجاه المستهلك من حيث الخدمة وما هي واجبات المستخدمين عاملين أم أطباء أم ممرضين أو ما هي ضماناته في الخطأ الطبي وفي التقصير في أداء الخدمة المرجوة وما هي جزاءات إخلال القائمين على القطاع الطبي العام أو الخاص إداريين أم طاقم طبي بالتزاماتهم التي تعد ضمانات اتجاه المستهلك.

وقد تقدم الطب تقدما ملحوظا في العصر الحديث وأصبح للممارسات الطبية قواعد يلزم الأخذ بها تبدأ من الاطلاع على التاريخ المرضي الشامل والقيام بالأبحاث اللازمة التي تؤدي الى التشخيص السليم وثم العلاج المناسب وقد تختلف وسائل التشخيص وتتعدد باختلاف المكان والإمكانيات المتاحة، فقد لا تتوفر أجهزة التشخيص المتقدمة ذات التقنية العالية والنفقات الباهظة في كل مكان فإن توفرت فلا يجب الالتجاء لها إلا عند الضرورة وإلا أصبح التشخيص فوق طاقه المرضى والمجتمع وأصبحت الممارسة الطبية مكلفة، وهذا الازدياد في التكاليف يجب أن يحاسب عليه الطبيب كما تقدمت الأدوية والأمصال والمضادات الحيوية في القرن

الماضي تقدما ملحوظا محققه طفره كبيره وأصبح هناك أنواع كثيرة من الأدوية وقد وصفت ضوابط هذه الأدوية حتى لا تكون مضره للمريض والمجتمع.

والعلاج إما يكون دوائيا أو جراحيا بأنواع الجراحة العديدة من استئصال أو إصلاح و تكميل وزرع أجسام اصطناعية أو نقل أعضاء أو يكون طبيا بديلا لهذين الصنفين من تغيير نمط الحياة والعلاج بالرنين المغناطيسي والوخز بالإبر وتطورت الجراحة والتخدير و أدخلت المناظير الجراحية والجراحات بالليزر والجراحات عن بعد والجراحات باستخدام الإنسان الآلي وقد ظهر مؤخرا مفهوم الطب المستند بالبيانات وهو مبني على أبحاث موثقة أجريت في مراكز متعددة بشكل تجارب للحالات والشواهد على تحليل للتحيز وزيادة في المصادقية للتجارب السريرية.

كما ظهر الطب الشمولي و طب الأسرة حيث يراعي أن تكون نظرة الطبيب عند عنايته بمريضه نظرة شاملة تأخذ في الاعتبار العوامل النفسية والعضوية والاجتماعية والأسرية والتعاون مع الفريق الصحي في منظومة متجانسة تحرص على نيلها رضا المريض عند الخدمات المقدمة له وتميز القرن الماضي أيضا بإدخال مفهوم الصحة بدلا من المرض ومفهوم جودة الحياة بدلا من البرء وأحاطت مفاهيم الجودة الشاملة والإتقان بالممارسات الطبية الحديثه وأصبحت لازمة من لوازمها وقد لعبت الشبكة العالمية للمعلومات دورا مميزا في نشر معرفه الأطباء.

ولكي يكون العلاج حسب القواعد يجب أن يكون الداعي له صحيحا وإن يكون توظيفه صحيحا ومكان تنفيذه معدا للعلاج والقائمين عليه مؤهلين لذلك علميا ومدرّبين على المهارات اللازمة وتكون خطه العلاج معدة لتعليل احتمال المضاعفات التي قد تحدث برغم كل الاحتياطات السابقة ولها و و المعدة مسبقا لها في كل علاج أو عملية جراحية.

إن الطب يتأثر كذلك بالعامل البشري وقد بدأت مراكز طبية عالمية بالاهتمام بأخلاقيات الممارسة الطبية.

الباب الأول

الضمانات العامة للمريض

الباب الأول

الضمانات العامة للمريض

الفصل الأول

الضمانات من خلال تنظيم القطاع الصحي في
الجزائر كضمان للمريض

الفصل الثاني

ضمانات المريض في الشريعة الإسلامية و
المواثيق الدولية

الباب الأول

الضمانات العامة للمريض

الفصل الأول

تنظيم القطاع الصحي في الجزائر

يعتبر القطاع الصحي من القطاعات الحيوية والحساسة التي أولتها الدولة الرعاية الكبيرة والأهمية البالغة ليس بإعتباره مكرس في الدستور كحق من الحقوق الدستورية بل لأنه يدخل في إطار الرعاية التي توليها الدولة للمواطن من جهة وكمبدأ من المبادئ الإستراتيجية القليلة التي إستمرت الدولة في رعايتها وتطويرها وتوفير كل الإمكانيات البشرية والمادية والطبية لضمان مسايرتها للتطورات العلمية العالمية من جهة وتوسعها ونشرها من خلال بناء الهياكل الطبية بشتى أنواعها في كل ربوع الوطن لرفع الغبن عن المريض وتقريب الهياكل الصحية من مقرات إقامته.

وقد بدأت تلك الجهود في التكريس من خلال مجانية العلاج كأولوية تلتها برامج واسعة النطاق لمحاربة الأمراض المتقلة كانت متزامنة مع برنامج توسيع التطعيم ضد هاته الأمراض لتشمل كل الرضع. فكانت السياسة في المجال الصحي تركز على ما يلي:

- ضمان المساواة في الحق في الرعاية الصحية

- ضمان استفادة جميع المواطنين من البرنامج الخاص بالحماية من الأمراض المعدية

- ضمان استقرار النظام الصحي وتطوير قدراته وإمكاناته

غير أن النظام الصحي في الجزائر وجد نفسه في مواجهة عدة عقبات عرقلت نجاعته منها عدم مواكبة تنظيمه و تسييره وكيفيات التمويل مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية وما زاده

النمو الديموغرافي للسكان الذي قفز إلى أكثر من 40.969.443 سنة 2017 بمعدل نمو سنوي يقدر ب 1.7%.

حيث أن نسبة المواليد قدرت ب 22.2% ونسبة الوفيات قدرت ب 4.3% ونسبة وفيات الأطفال قدرت ب 20.4% ووصل معدل الحياة في الجزائر إلى 76.8% سنة حيث أن التغير النسبي من 0 إلى 14 قدر ب 29.31% و من 15 إلى 64 ب 65.04% وأكثر من 65 سنة قدر ب 5.65% .

إن نمو السكان الذي كان في حدود 12.7 مليون في 1965 و زيادة المواليد التي قفزت من 600.000 ألف مولود سنويا في السنوات من 1990 إلى 2000 أي أكثر من مليون مولود سنويا في 2017 كل هاته الأرقام تعطي صورة واضحة على التحديات التي هي في مواجهة المنظومة الصحية في الجزائر.

إن التوزيع السكان المرتكز أساسا على شمال البلاد أين نجد أن نسبة السكان مثلا في 2017 حسب إحصائيات وزارة السكن يفوق 369363 كلم 2 وفي وهران 685.56 في كلم 2 والبلدية 678.58 في كلم 2 أما في الجنوب نجد البيض ب 2.90 في كلم 2 وأدرار 0.94 في كلم 2 وتمنراست 0.32 في كلم 2.

كل هاته الأرقام كانت من بين العوامل الهامة التي ارتكزت عليها المنظومة الصحية في الجزائر في إعداد خريطة صحية تتلائم مع نسبة السكان دون إغفال مبدأ الحق في الصحة وتوفير الحد الأدنى من الرعاية والخدمة الصحية للمواطن.

من اجل هذا أولت السلطات العمومية لتلك المعطيات الأهمية المطلوبة حيث نجد أن الميزانية المخصصة للصحة في 2014 هي 12,1 من الميزانية العامة حيث قدرت نسبة الإنفاق ب 366 مليار دينار في 2014 وبقيت ميزانية الصحة في الزيادة حيث تأتي مباشرة بعد وزارة الدفاع الوطني ووزارة الداخلية والجماعات المحلية بميزانية قدرت في قانون المالية

2018 ب 392.16 مليار دينار وهو رقم يبين بوضوح الطابع الاستراتيجي والحيوي والحساس لهذا القطاع فتم وضع قيد الإشراف مجموعة من الهياكل التي تؤطر هذا القطاع من الجانب اللوجستي وهي:

- الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي ANDS

-الوكالة الوطنية للبحث في العلوم الصحية ATRSS

- الوكالة الوطنية للدم

-المركز الوطني للإدمان

-المركز الوطني للمناجمت إدارة القطاع الصحي ENMAS

-المعهد الوطني للبيداغوجية و التكوين الشبه طبي INPFP

-المعهد الوطني للصحة العمومية INSP

-المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية

-معهد باستور

- الصيدلة المركزية للمستشفيات

وغيرها من الهياكل التي هي الدعامة والركيزة للهياكل الموضوعة تحت تصرف المواطن والمتمثلة في:

- 05 نواحي صحية تشمل 05 مجالات جهوية للصحة، و 05 observatoires جهوية للصحة

-48 مديرية للصحة

-185 قطاع صحي

-13 مستشفى جامعي

-15 مؤسسة إستشفائية متخصصة

-لجان طبية و صحية

-مجالس لأخلاقيات المهنة الصحية

-المعهد الوطني للأخلاقيات في العلوم الصحية

هذا ما يعكس التطور الحاصل و المستمر في هذا القطاع حيث كان غداة الإستقلال 10 ملايين نسمة يقابله 285 طبيب جزائري فقط حيث قبل 1965 لم تكن البلاد تتوفر إلا على 1319 طبيب منهم 285 جزائري و هو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 نسمة و 264 صيدلي أي صيدلي ل 52323 نسمة أما أطباء الأسنان فكانوا حوالي 151 طبيب أي طبيب أسنان واحد كل 70688 نسمة

أما هيكلها فقبل 1967 فكان هناك قرابة 39000 سرير و عليه كانت هاته الفترة تتركز أساسا على حالات الوقاية من الأمراض المعدية و ضمان الحد الأدنى من الرعاية الصحية من خلال مؤسسات إستشفائية تضمن العلاج تسير من قبل وزارة الصحة و المراكز الصحية التي تضمن المساعدة الطبية المجانية.

و في المرحلة بين 65 و 79 عرفت إعادة بعث نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية مع بداية المخطط الوطني و بداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ عام 1964 و تضاعفت قاعات العلاج التي أصبحت منتشرة تقريبا في كل بلدية و بما أن نسبة 37% فقط من السكان ممولة بالمياه و 23% فقط تتوفر على قنوات الصرف الصحي و هو مؤشر

لانتشار الأمراض المتنقلة فأخذت الدولة جملة من التدابير أهمها التكفل بالطب المجاني للأطفال سواء في إطار مراكز حماية الطفولة و الأمومة أو في إطار الطب المدرسي

و ميز هاته الفترة برامج التلقيح ضد السل، الملاريا و الرمد مع توحيد الميزانية على مستوى القطاعات الصحية و التكفل المالي بعمال الصحة من طرف الولايات بعدما كانت تابعة للوزارة و أيضا الميثاق الوطني على حق المواطن في الطب المجاني حيث إعتبره مكسب ثوري و قاعدة لنشاط الصحة العمومية.

وشهد تغير عملي على مستوى التضامن الوطني ووسيلة تجسيد حق المواطن في العلاج كما دعم الدستور 1976 هذا الحق في المادة 67 منه والتي نصت على "كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع الطب الوقائي وكان لهذه الإصلاحات اثر على المنظومة الصحية حيث بلغ عدد الهيئة الطبية الجزائرية 3761 طبيب مقابل 2330 طبيب أجنبي وما يضمن تغطية تعادل طبيب واحد لكل 2960 نسمة .

أما عدد أعوان الشبه الطبي وصل الى 64669 ممرضا وعونا وهو ما يعادل عون شيبهي لكل 386 نسمة .

أما المرحلة من 79 إلى 2017 فعرفت إنشاء هياكل صحية جديدة متمثلة في المراكز الاستشفائية الجامعية وإعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم والتسيير من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية والمتخصصة والقطاعات الصحية والمراكز الاستشفائية الجامعية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وعرفت التغطية اللقاحية 90% مما ساهم في القضاء على عدة أمراض خطيرة وتراجع الوفيات لدى الأطفال وانخفاض وفيات الحوامل.

وقد وصل عدد الأطباء إلى 44,914 طبيب ممارس في القطاع العام و 32,492 في القطاع الخاص مع توافر 22,515 طبيب مختص في القطاعين.

أما الأساتذة والأساتذة المبرزين والأساتذة المساعدين بلغ عددهم 14,788 ألف و 12,872 طبيب أسنان و 11,047 صيدلي وبلغت التغطية الصحية طبيب واحد لكل 1800 نسمة و صيدلي واحد ل 6300 نسمة وطبيب أسنان واحد لأقل من 4000 نسمة أما مستخدمي الشبه الطبي فقد بلغ 121,803 مع توافر 1637 عيادة متعددة التخصص، 5726 قاعة علاج و 163 مركز لتصفية الدم، 1806 وحدة للكشف والمتابعة و 206 مركز لحقن الدم و 60 مركز للكشف التطوعي للسيدا و 220 عيادة طبية و جراحية و 24 عيادة طبية و 7722 عيادة فحص متخصصة، و 6654 عيادة فحص عامة و 5928 عيادة لجراحة الأسنان و 9794 صيدلية .

المبحث الأول

تنظيم المؤسسات الاستشفائية العمومية

تعتبر المؤسسات الإستشفائية العمومية النواة الإصلاحية للقطاع الصحي في الجزائر والذي تم فيه ضخ ميزانيات ضخمة لتنظيمه وتسييره وهيكلته لما لهاته المؤسسة من دور هام في امتصاص تخصصات عدة مضمونه بعتاد ومصالح متخصصة تعتبر ملاذ الفئة الواسعة من المواطنين الراغبين في رعاية صحية في إطار مجانية العلاج.

وهاته المؤسسة العمومية الاستشفائية هي مؤسسات ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي موضوعة تحت وصاية والي الولاية.

هاته المؤسسات لها مهام جبارة تتمثل أساسا في الرفع من أداءات مستخدمي المؤسسات العمومية الاستشفائية وتحسين مستواهم وتجديد معارفهم كما تضمن هاته المؤسسات السهر

على مدى تطبيق السياسة العامة في قطاع الصحة على مستوى الإقليمي خاصة ما تعلق منها ببرامج التلقيح ومحاربه الأمراض المتنقلة والأوبئة أي كل ما يتعلق بالصحة المحلية مما فيها الطب المدرسي الذي أصبحت في السنوات الأخيرة لبنة الصحة الجوارية.

ضف إلى ذلك تعمل هذه الأخيرة على ضمان حفظ الصحة والتنظيم وبرمجة توزيع العلاج الاستشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والإستشفائي.

ضف إلى ذلك تعد هاته المؤسسات الاستشفائية مجالا خصبا وميدانا للتكوين الطبي والشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين¹ مع حرصها على أداء الفحوصات الطبية اللازمة للمريض بإتباع كل إجراءاتها التشخيصية والعلاجية على أفضل ما يمكن من البيانات باستخدام طرق تشخيصية وعلاجية معتمدة.

تعتبر المؤسسات العمومية الاستشفائية مؤسسات صحية عمومية ذات طابع إداري تتولى تقديم مزيج من الخدمات الصحية، الوقائية، التعليمية، التدريسية والبحثية كما تساهم في رفع المستوى الصحي للبلاد.

وعليه فإنها تتكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان وفي هذا الإطار تتولى تطبيق البرامج والمناهج الوطنية للصحة وكذا ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء كما تتكفل بضمان الصحة والنظافة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية والاعتناء بصحة المرضى، دون إغفال ضمان تحسين مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم وذلك بقيام بدوره تكوين خاصة في مجال ما يسمى المناجمنت.

¹ -المادة 05 من المرسوم التنفيذي 140/07 مؤرخ في 2 جمادى الأول عام 1428 الموافق ل 19 ماي 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و تسييرها.

إن مفهوم المؤسسة العمومية الاستشفائية أصبح من المفاهيم الشائعة فقد عرفها ستيفان روبن S.Robbins على أنها كيان اجتماعي منسق بوعي، له حدود واضحة المعالم يعمل على أساس دائم لتحقيق هدف معين أو مجموعة أهداف.

وعليه فإن هاته المؤسسات قائمه على ما يلي:

- اجتماع مجموعة من الأفراد أو الجماعات في شكل واعي وبتخطيط مسبق ليس نتيجة صفة فيشكلون كيانا اجتماعيا.

- وجود رابطة بين العاملين في المنظمة بشكل دائم نسبيا.

- وجود إطار محدد المعالم يحدد هوية أعضاء الجماعة المنطوية تحته.

- وجود أهداف تسعى إلى تحقيقها من خلال توزيع الأدوار على العاملين الذين يشاركون في تحقيقها.

أما تالكوت بارسونز فعرفها بأنها "وحدة اجتماعية تقام وفقا لنماذج بنائي معين لكي تتحقق أهداف محددة¹، ومن خلال هذا التعريف يرى بارسونز المؤسسة بمثابة نسق اجتماعي يتألف من أنساق فرعية مختلفة كالجماعات والأقسام والإدارات كما أنها في نفس الوقت نسقا فرعيا يدخل في إطار نسق اجتماعي اكبر ألا وهو المجتمع.

المؤسسة الصحية كغيرها من المؤسسات يتفاعل الأفراد بداخلها فيما بينهم تفاعلا واعيا ومنسقا بشكل مسبق لكي تضمن تحقيق الأهداف بكفاءة عالية وفق إطار محدد المعالم يحدد هوية أعضاء الجماعة المنطوية تحته ومن خلال توزيع الأدوار على العاملين الذين يشاركون في تحقيقها.

¹ - طلعت إبراهيم لطفي، علم اجتماع التنظيم، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة 1992، ص 09.

ويقصد بالمؤسسة العمومية الاستشفائية كل هيئة تهدف إلى تقديم رعاية صحية وعلاجية ووقائية.

وعليه فإن هاته المؤسسات قائمة في عملها وهدفها على بعدين أساسيين وهما البعد العلاجي والبعد الوقائي وعليه فإن هذا التعريف يركز على المهام والأهداف العامة للمؤسسات الصحية والتي تتصف بتعدد أقسامها، كثرة العاملين بها فكلما زاد حجم المؤسسة الصحية كلما تعددت أقسامها وتعددت أجزائها وإداراتها.

وهناك من عرفها على أنها مجموعة من الأقسام المتخصصة لكل قسم رئيسه بأعضائه وميزانية تشرف عليه المؤسسة ويتمتع إدارتها وكل قسم من هذه الأقسام له جهوده وخدماته التي تناسب تخصصاته وهدفها الأساسي هو مساعدة المرضى على الحصول على الخدمات العلاجية بصورة تناسب حالاتهم المرضية والاستفادة منها أكبر استفادة ممكنة.

المطلب الأول

مجلس الإدارة

يعتبر مجلس الإدارة عصب ومحرك المؤسسة العمومية الاستشفائية لأهميته في تسيير المؤسسة من جهة وضمان حسن أداء جميع هياكلها وعليه يضم هذا المجلس:

- ممثل عن الوالي كرئيس لمجلس الإدارة

- ممثل عن إدارة المال

- ممثل عن التأمينات الاقتصادية

- ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي

- ممثل عن المجلس الشعبي الولائي

- ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة

- ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه نظرائه

- ممثل عن جمعيات مرتفقي الصحة

- ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة

- رئيس المجلس الطبي

يتولى كل من مدير المؤسسات العمومية الاستشفائية ومدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية مداولات مجلس الإدارة باعتبار آرائها استشارية ويتولون أمانتها¹، ويعتبر هذا المجلس معين لمدة حددت بـ 03 سنوات قابلة للتجديد بناءً على اقتراح من الهيئات والسلطات التابعة لها والتي على أساسها يتخذ الوالي قرار التجديد، بيد أنه في حالة تعذر أحد الأعضاء لأداء مهامه لأي سبب كان فإنه يتم استبداله ويعين عضو آخر بنفس الطريقة التي عين فيها أعضاء مجلس الإدارة.

مع التنويه أنه بانتهاء وظائف أعضاء مجلس الإدارة تنتهي عهدهم في مجلس الإدارة، مع إمكانية الاستعانة بأي شخص حسب مؤهلاته وقدراته العلمية والمهنية للمساعدة في أداء ونجاح أشغال المجلس.

¹-المادة 11 من المرسوم 07/140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن انشاء المؤسسات الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها

فرع الأول

رئيس مجلس الإدارة

يعتبر رئيس مجلس الإدارة كضمان أمان سير المجلس وباعتباره يعد ممثل للوالي في هذا المجلس فهو يمثل سلطة القانون التي من خلالها تمكنه من ضبط دقيق لسير أشغال المجلس، فرض الصرامة في أداء مهامه وسير مناقشاته واقتراحاته وبالتالي الوصول إلى النتيجة المرجوة والأهداف المنشودة وهي تطبيق السياسة الصحية والطبية بصورة مهيكلية في نطاق الاختصاص الصحي للمؤسسة وبالتالي فإن الرئيس يعمل على:

- السهر على تطبيق الأحكام التنظيمية التي تخضع لها مداولات المجلس أي العمل على قانونية جميع المداولات وشرعيتها حتى لا ينعكس ذلك على مشروعية القرارات التي تتخذ لصالح نجاح المشروع القطاعي الصحي.

- السهر على حضور ومشاركة أعضاء المجلس في الاجتماع وهذا لضمان الجدية في أشغال المجلس وإدلاء كل عضو كل حسب اختصاصه ومهامه يدلوه في القرارات التي هم بصدد اتخاذها والتي ينبثق عنها مداولات ذات الطابع استعجالي تصب في صالح المريض المستفيد من الخدمة الطبية.

- ضمان حسن سير النقاشات وتنظيمها وعدم خروجها عن النص وجدول الأعمال المخصص لها.

- السهر على تمكين جميع أعضاء المجلس من التغيير و توزيع الوقت بصفة عادلة وعادلة لتفادي الاختلالات في السير الحسن لجلسات المجلس وإعطاء كل عضو حقه كاملا في المساهمة الفعالة والناجعة في مجريات ونتائج أشغال هذا الهيكل التنظيمي الحساس .

- استدعاء المجلس للانعقاد في دورة عادية مرة واحدة كل ستة أشهر ويمكن الاجتماع في دورة غير عادية وهذا بطلب من الرئيس أو بطلب من ثلثي أعضاءه.
- يسهر الرئيس على تحرير مداوالات مجلس الإدارة في محاضر يوقعها مع أمين الجلسة ويتم تقييدها في سجل يعد لهذا الغرض يرقمه الرئيس ويؤشر عليه.
- يعمل الرئيس على إعداد جدول الأعمال الذي يكون على ضوء اقتراح مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية.¹

الفرع الثاني

مهام المجلس

- إن مهام المجلس الأساسية هي:
- إعداد مخطط تنمية المؤسسة على المدى القصير والمتوسط
- إعداد مشروع ميزانية المؤسسة
- إعداد الحسابات التقديرية والحساب الإداري
- إعداد مشاريع الاستثمار ومشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة
- إعداد البرامج السنوية لحفظ البيانات والتجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة وصيانتها --
- إعداد الاتفاقيات الخاصة ببرامج التكوين
- إبرام العقود المتعلقة بتقديم العلاج مع شركاء المؤسسة لاسيما هيئات الضمان الاجتماعي والتأمينات الاقتصادية والتعاقدات والجماعات المحلية والهيئات الأخرى

¹ - المادة 15 من المرسوم 07/140 من المرجع السابق.

- إعداد مشروع جدول تعداد المستخدمين، النظام الداخلي للمؤسسة، اقتناء وتحويل ملكية المنقولات والعقارات وعقود الإيجار
- قبول الهدايا والوصايا أو رفضها.
- موافقة على إبرام الصفقات والعقود والاتفاقيات طبقاً للتنظيم المعمول به وتعرض مداوالات مجلس الإدارة على موافقة الوالي في الثمانية أيام المالية للاجتماع وتكون المداوالات نافعة بعد ثلاثون يوماً من إرسالها إلا في حالة اعتراض صريح .

المطلب الثاني

المدير

يعتبر المدير البنية الأساسية في التسيير والإشراف على المؤسسة العمومية وهو المحرك لكل المبادرات والقرارات داخل المؤسسة، وهذا الأخير وكغيره من المسؤولين على الهيئات العامة في القطاع الصحي يعين بقرار من الوزير المكلف بالصحة وتنتهي المهام بنفس الشكل.

الفرع الأول

مهام المدير

- باعتبار المدير هو المسؤول الأول عن المؤسسة الاستشفائية العمومية فإنه مكلف ب:
- الإشراف عن السير الحسن للمؤسسة.
- تمثيل المؤسسة أمام العدالة وفي جميع أعمال الحياة المدنية.
- تسيير المدير هو الأمر بالصرف في المؤسسة.

- يحضر مشاريع الميزانيات التقديرية ويعد حسابات المؤسسة.
- يعد مشروع التنظيم الداخلي والنظام الداخلي لمؤسسة.
- ينفذ مداولات مجلس الإدارة..
- يعد التقرير السنوي عن النشاط ويرسله إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة عليه
- يبرم كل العقود والصفقات والاتفاقيات في إطار التنظيم المعمول به.
- يمارس السلطة السلمية مع المستخدمين الخاضعين لسلطته.
- يعين جميع مستخدمي المؤسسة باستثناء المستخدمين الذين تقرر طريقة أخرى لتعيينهم
- يمكنه تفويض أحد مساعديه للأعضاء.

من خلال كل هذا يتضح لنا أن المدير ومن خلال الصلاحيات الممنوحة له يعد المشرف العام على كل المؤسسة سواء من جانب الوقوف على السير الحسن للمصالح الصحية أو متابعة وتطوير الوسائل الموضوعة تحت تصرف المؤسسة أو متابعة الإشراف على تسيير المورد البشري والمسار المهني للعاملين الإداريين أو الاسلاك الطبية أو الشبه طبية أو صيانة التجهيزات الطبية والمرافقة لها ومن أجل هذا جاءت المادة 02 من المرسوم التنفيذي تؤكد أن المدير وإضافة الى مكتب التنظيم ومكتب الاتصال الذي يعد الواجهة الناطقة باسم المؤسسة في جميع القضايا التي تكون محل متابعه صحفية أو إعلام العامة بكل جديد في نشاط المؤسسة، تم وضع 04 مديريات فرعية تعد مديريات تنفذ إستراتيجية المؤسسة وهاته المديريات يشرف عليها نواب مدير وممثلته في:

- المديرية الفرعية للمصالح الصحية

- المديرية الفرعية للموارد البشرية

- المديرية الفرعية للمالية والوسائل

- المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات والتجهيزات المرافقة

الفرع الثاني

المديريات الفرعية

أ) المديرية الفرعية للمصالح الصحية: وهاته الأخيرة تتكون من 03 مكاتب أساسية وهي

- مكتب القبول: ووظيفته الأساسية هي التكفل والتأكد من الملف الطبي للمعني لمباشرة المعالجة الطبية مع توجيهه وهو الذي يعد أرشيف المؤسسة فيما يخص كل مريض استفاد من الخدمة الطبية

- مكتب التعاقد وحساب التكاليف.

- مكتب تنظيم النشاطات الصحية ومتابعتها و تقييمها .

وهاته المديرية الفرعية تقوم بتقسيم نشاطات المصالح الاستشفائية والأقسام التقنية من خلال إعداد تقارير أسبوعية وشهرية و فصلية وسنوية حول نشاطات المصالح والأقسام.

- ضف الى ذلك الإشراف على تنظيم وسير المناوبة الطبية، الإدارية، فرق الشبه طبي، التنسيق بين مختلف المصالح الاستشفائية، الإدارية والتقنية.

- متابعة أشغال اللجان التي لها علاقة بالأنشطة الصحية.

وعليه فهاته المديرية تهتم بكل ما يتعلق بالنشاطات والأعمال الصحية التي تقوم بها المصالح الطبية داخل المؤسسة حيث تختص هاته المديرية بتنظيم نشاطات العلاج وبتكفل بمكتب الطب الوقائي وكذا مكتب الدخول الذي يختص بتنظيم حركة المرضى داخل

المؤسسة كما يعتبر عنصر هام في تطبيق نظام التعاقدية في تمويل المؤسسة العمومية وعليه فهو قائم على المكاتب التالية:

- مكتب القبول: ويتكون هذا المكتب من

* قسم القبول والاستقبال:

- تسجيل المرضى الذين قدموا طلب الاستشفاء الممنوح لهم من طرف طبيب المستشفى في سجل.

- إدراج كل معلومة خاصة بالمريض الاسم، اللقب..الخ.

- السهر على استقبال وتوجيه الزائرين وتزويدهم بالمعلومات اللازمة ولهذا نجده مجند ليلاً ونهاراً ويمكن ويمكن القول على أنه يعتبر أكثر المكاتب نشاطاً وحيوية.

* قسم حركة المرضى والإحصائيات:

يهتم هذا القسم بجمع المعلومات والإحصائيات وتسجيلها ألياً ومن أهم التسجيلات نذكر:

- تسجيل دخول المرضى المقبولين في السجل.

- تسجيل دخول المرضى المقبولين في سجل الترقيم بعد 24 ساعة على دخول المرضى اعتماداً على بطاقة المتابعة المسلمة من مكتب الاستقبال.

- تسجيل خروج المرضى في سجل حركة السكان حسب التسلسل الأبجدي من أجل تسهيل عملية البحث .

-إعداد تقرير يوصي لتعداد المرضى ويتم تحديد تحركات المرضى من الدخول والخروج.

- إعداد إحصائيات مختلفة للمرضى المنقولين لأسباب الوفيات وغيرها.

- جمع المعلومات حول نشاطات المصالح الطبية.

***قسم الحالة المدنية:**

يقوم بالتنسيق مع مكتب الحالة المدنية المتواجد على مستوى البلدية و يشرف على تسجيل المواليد بتقديم تصريح ميلاد من طرف قابلة المستشفى كما يقوم بتسجيل الوفيات في سجل خاص وإرسال إثبات إلى البلدية من أجل التسجيل.

***قسم الأرشيف:**

يسهر على الملفات والسجلات التي تخص المرضى وهذا من أجل ضمان تقديم المعلومات التي يطلبها المريض أو المؤسسة كما يعد خزان للمؤسسة ويتم اللجوء إليه في حالة المنازعات والتحقيقات القضائية.

- مكتب تنظيم النشاطات الصحية ومتابعتها و يسهر على :

- تطبيق التعليمات الصادرة من وزارة الصحة والخاصة بتنظيم النشاط العمومي.

- متابعه وتقسيم النشاطات الصحية من خلال جمع المعلومات والإحصائيات حول حجم النشاط الصحي والسهر على مراقبة هذه المعلومات للتأكد منها .

- السهر على السير الحسن لنشاط المؤسسة وتنسيق عملها.

- إعداد استمارة يومية وإرسالها إلى مديرية الصحة والسكان لإعلامها في حالة وقوع حادث استثنائي أو أمراض ذات تصريح إجباري.

- تنظيم عمليات جراحية والسهر على حسن سيرها.

- تسيير صيدلة المؤسسة ومتابعتها وتنظيمها ومراقبتها.

- مكتب التعاقد وحساب التكاليف
- ب) المديرية الفرعية للمالية والوسائل: وتشمل على 03 مكاتب
 - مكتب الميزانية والمحاسبة ويعمل على:
 - السهر على تنفيذ الميزانية ومراقبة احترام الإعتمادات الممنوحة.
 - استلام الفواتير الموقعة من طرف المقتصد وإعداد حوالات الدفع الخاصة بها بعد مراقبتها والتأكد من مطابقة أرقام الميزانية.
 - الإشراف على كل أعمال المحاسبة العمومية من خلال التسجيل في سجل النفقات المصنفة حسب أبواب الميزانية.
 - إعداد و تنفيذ الميزانية لاستكمال السنة المالية وإعداد الحالة كل 03 أشهر.
 - إعداد حوالات الدفع الخاصة بالإنفاق مثل حوالات دفع الأجور ورواتب الموظفين، حوالات الدفع الأوامر بمهمة... الخ ويرسلها إلى قبضة الضرائب.
- مكتب الصفقات العمومية
- مكتب الوسائل والهياكل
- ج) المديرية الفرعية للموارد البشرية ويتكون من مكاتبين أساسيين :
 - مكتب تسيير الحياة المهنية للموظفين تعيين، الترقية،..الخ و هذا من خلال:
 - السهر على تطبيق النصوص القانونية والتنظيمية المتعلقة بتسيير الحياة المهنية للموظفين
 - إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية والذي يضم مختلف الدورات التكوينية لفائدة الموظفين.

- عقد إجتماعات اللجان المتساوية الأعضاء لترتيب ملفات كاملة لكل مستخدمي المؤسسة
- استلام ملفات المترشحين لدى المؤسسة وتسطير برامج المترصات ومتابعتها.
- مكتب المنازعات:
- يتولى تسيير مختلف القضايا التي تكون المؤسسة طرفا فيها مدعي أو مدعى عليه لكونها شخص معنوي ممثلة من طرف المدير كشخص وذلك بتعيين محامي يتولى المساعدة القضائية ومحضر قضائي يتولى التبليغ.
- مكتب التكوين

المطلب الثالث: المجلس الطبي

ويعتبر المجلس الطبي هيئة إستشارية قائمة على رئيس المجلس الطبي ونائبه وأربعة أعضاء يمارسون مهامهم لمدة 03 سنوات قابلة للتجديد

فرع الأول: تركيبة المجلس ونشاطه

يضم المجلس الطبي في تركيبته على الأعضاء التاليين

- مسؤولو المصالح الطبية
- الصيدلي المسؤول عن الصيدلة
- جراح الأسنان
- شبه طبي ينتخبه نظرائه من أعلى رتبة في سلك شبه الطبي
- ممثل عن المستخدمين الإستشفائيين الجامعيين عند الاقتضاء.¹

¹ - المادة 28 من المرسوم 07/140 من المرجع السابق .

إن المجلس الطبي ينعقد بناءً على استدعاء من رئيسه في دورة عادية مرة كل شهرين بيد أنه يمكن أن يجتمع في دورة غير عادية بطلب من رئيس المجلس أو مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية أو مدير المؤسسة الصحية الجوارية أو بطلب من أغلبية أعضاءه .

إن اجتماعات المجلس لا تصح إلا بحضور أغلبية أعضاء أعضائه حيث أنه إذا لم يكتمل النصاب يستدعى المجلس في ظرف 08 أيام التالية ويمكن أن يتداول أعضاؤه حينئذ مهما يكن عدد الحاضرين¹، على أن يحرر في كل اجتماع محضر اجتماع يقيد في سجل خاص مع التنويه أن المجلس الطبي يعد نظامه الداخلي ويصادق عليه أثناء اجتماعه الأول.

الفرع الثاني

مهام المجلس الطبي

إن المجلس يعد الإطار العلمي والتقني الذي يسهر على حسن الأداء العام للطاقتين الطبي والتقني خدمة للمريض، عليه فهو يسهر على تطوير أسلوب أداء الخدمة بما يكفل رفع المعاناة عن المرضى ووصول الخدمة إلى مستحقيها، مع السهر على تقسيم الأداء الطبي لأن العنصر البشري يلعب دوراً محورياً لا يمكن إغفاله.

ويتوقف نجاح العامل في نجاح عمله التي يكتسبها من خلال برامج التكوين التي يخضع لها و عليه يمكن القول أن المجلس الطبي هو هيئته استشارية في كل ما يتعلق بالممارسات الصحية، السياسية، الطبية، الإستراتيجية الواجب انتهاجها التسيير الطبي للمؤسسة وحتى التدخل في الأنماط العلاجية.

ومن هنا يتضح لنا جلياً أن هذا المجلس المنسق والمشرف والمراقب لكل نشاطات الصحية ومن هنا فهو يبدي رأيه الطبي والتقني في:

¹ - المادة 27 من المرسوم التنفيذي 140/07 من المرجع السابق .

- التنظيم والعلاقات الوظيفية بين المصالح الصحية.
 - مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها
 - برامج الصحة والسكان.
 - برامج التظاهرات العلمية والتقنية.
 - إنشاء هياكل طبية أو إغائها.
- ويقترح المجلس الطبي كل التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم المؤسسة وسيرها لاسيما مصالح العلاج والوقاية.

بالإضافة إلى ذلك فإن مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية بإمكانه إخطار المجلس الطبي

المطلب الرابع

التسيير المالي

إن التسيير المالي للمؤسسات العمومية الإستشفائية يخضع للقواعد العامة للمالية من خلال تخصيص باب للإجراءات وباب للنفقات حيث تم تحديد مدونة ميزانية للمؤسسة بناءً على قرار وزاري مشترك بين وزارة المالية ووزارة الصحة وإصلاح المستشفيات.

وهذا ما جاءت به المواد 28 و 29 من المرسوم التنفيذي رقم 07/104 حيث أن باب الإيرادات يشمل إعانات الدولة والإيرادات الناتجة عن التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي فيما يخص العلاج المقدم للمؤمن لهم اجتماعيا وذوي الحقوق والتعاقدات والمؤسسات ومؤسسات التكوين المخصصات الاستثنائية، الهبات والوصايا الإيرادات المختلفة، الموارد الأخرى المرتبطة بنشاط المؤسسات، تعويضات التأمينات الاقتصادية عن الأضرار الجسدية.

أما باب النفقات فيشمل خاصة نفقات التجهيز ونفقات التسيير ومن خلال هذا وبالرجوع إلى القواعد العامة للتسيير المالي فإن مسك المحاسبة يخضع لقواعد المحاسبة العمومية ويشرف عليها عون محاسب يعينه أو يعتمده الوزير المكلف بالمالية.

غير أنه و بالرجوع إلى الصيغة القانونية والخاصة لهاته المؤسسات الاستشفائية فإن خضوعها لقواعد المالية العامة جعل من الأمر بالصرف وهو المدير مجالات تحركاته المالية محدودة ومقيدة حيث أن كل تصرف خارج عن النصوص التنظيمية كتحويل مخصصات مالية خاصة في باب تسيير أقل أهمية إلى باب آخر يتطلب الموافقة المسبقة للسلطة الوصية وهو ما من شأنه أن يستهلك وقت طويل وبالتالي تعطيل مصالح المريض ويعرقل السير الحسن للمصالح التي تحتاج إلى إعتمادات مالية إضافية.

ضف إلى ذلك فإن الإيرادات التي مصدرها مساهمة الدولة والضمان الاجتماعي أساساً الشيء الذي من شأنه أن يجعل الإجراءات تأخذ حيز زمني كبير لأن تحديد الاعتمادات خاصة للقرارات المركزية.

إن هاته الميزانية معدة بصورة لا تترك للمدير حرية التصرف المالي وفقاً للاحتياجات المستعجلة في التسيير حيث أنه عبارة عن أمر بصرف الاعتمادات بصورة مرسومة المعالم مسبقاً وهو ما يجعل أفاق استغلال الإيرادات في مجال تطوير برامج الاستغلال شبه معدومة

ضف إلى ذلك انعدام تقسيم للتكاليف مع صعوبات في مجال تقديرات الميزانية والتي توضع على أساس حسابات تقريبية حيث أنه في بعض الأحيان تعاد نفس الميزانية يضاف إليها نسبة 10 بالمئة جزافية وكل ذلك يدون ويعالج في سجلات تقليدية مثل سجل المداخل والسجل اليومي والكتاب، الجريدة، الكتاب الكبير، سجل الجرد، وكل هذا في غياب بنك معالجة للمعلومات ونقص إن لم نقل غياب التنسيق مع السلطة الوصية.

وهذا ما جعل هناك هوة واسعة بين المؤسسة العمومية والسلطة الوصية في هذا الجانب حيث من جهة تكون الوصاية لا تملك الأدوات الفعالة والصارمة لمراقبة آلية للمورد المالي المخصص للمؤسسة ومن جهة أخرى يجعلها غير مقنعة لما يرسل لها من حاجات ونفاقات ويشمل هذا الجانب خاصة جداول التوقعات للنشاطات والوسائل، مدى استعمال أو استهلاك المواد الصيدلانية.

المبحث الثاني

تنظيم المراكز الإستشفائية الجامعية

يعتبر المركز الاستشفائي الجامعي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي يتم إنشائها بموجب مرسوم تنفيذي بناءً على اقتراح من الوزير المكلف بالصحة ووزير التعليم والبحث العلمي بحيث يمارس وزير الصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي أما وزير التعليم العالي فيمارس الوصاية البيداغوجية ويرجع ذلك إلى الطابع التكويني والبحثي لها.

وتنظيم المراكز الجامعية الاستشفائية بموجب مرسومين تنفيذيين الأول حامل الرقم 86/25 مؤرخ في 11 فيفري 1986 والمرسوم التنفيذي رقم 97/467 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها

والمرسوم التنفيذي 09/319 مؤرخ في 6 أكتوبر 2009 يتم قائمة المراكز الاستشفائية الجامعية الملحقة بالمرسوم التنفيذي رقم 97/467 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 الجريدة الرسمية عدد 58 في 11 أكتوبر 2009 صفحة 11، من هنا يتجلى لنا أن هاته المراكز تتمتع بموقع خاص أين يجب أن تكون تركيبتها البشرية من ذوي الكفاءة العالية وهو ما يتطلب توافر المورد المادي خاصة في مرحلة التدرج وما بعد التدرج حيث يتم التوفيق بين

مهام العلاج والبحث العلمي، ضف إلى ذلك توافر هياكل ودعائم بيداغوجية وعلمية تتلائم وطبيعة المهام ومنها تواجد اختصاصات لا يمكن الإغفال عنها وهي:

- الطب الداخلي
 - الجراحة العامة
 - طب الأطفال
 - أمراض النساء والتوليد
 - أمراض الأنف والأذن والحنجرة
 - أمراض العيون
 - الراديو الإشعاعي
 - البيولوجيا
 - التخدير والإنعاش¹
- وما تجدر الإشارة إليه ونظرا لطابع التكوين والبحث الذي يدخل في وصاية وزير التعليم العالي والبحث العلمي فإن هاته الأخيرة تشرف على:
- المصادقة على مداولات مجلس الإدارة بالنسبة للمسائل المتعلقة بالتكوين والبحث في علوم الطب

- الإشراف البيداغوجي على نشاطات المركز الإستشفائي الجامعي
- تحديد شروط التحاق الطلبة وشروط التوجيه

¹-المرسوم التنفيذي رقم 25/86 المؤرخ في 11 فيفري 1986 م 07 المتضمن القانون الاساسي للمراكز الاستشفائية الجامعية

المطلب الأول

مهام المركز الاستشفائي الجامعي

إن للمراكز الاستشفائية وكما أسلفنا فإنها تمارس أعمالها بارتداء قبعتين، قبة التطبيب، و قبة البحث العلمي والتكوين ومن هنا فإن المركز ينشط وفق ميدانيين أساسيين:

أ) ميدان الصحة والعلاج: وهو الميدان الذي يتضمن نشاط التشخيص والعلاج والاستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية والوقائية إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية وترقية صحة السكان

- كما يقوم بتطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة

- المساهمة في إعداد معايير التجهيزات الصحية والعلمية والتربوية للمؤسسات الصحية

- المساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميادين المتعلقة بالوقاية والنظافة والصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية

- يضمن المركز للسكان القاطنين بالقرب منه والذين لا تغطيهم القطاعات الصحية المجاورة وهي المهام المسندة إلي القطاع الصحي والتي تتمثل أساساً في تنظيم وتوزيع الإسعافات وبرمجتها والوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء والتخطيط العائلي وإعادة تأهيل مستخدمي الصحة و المصالح الصحية بصفه عامة وكذا تحسين مستواهم.

ب) في مجال التكوين والبحث:

تلعب المراكز الإستشفائية دور مهم في التكوين سواء كان تكوين التدرج أو ما بعد التدرج في علوم الطب و هذا بالتعاون مع مؤسسات التعليم العالي، في علوم الطب حيث يضاف إلى ذلك المساهمة في رسكلة للمستخدمين الشبه طبيين والمستخدمين الإداريين والتقنيين التابعين

للصحة العمومية والمشاركة في دورات التكوين المتواصل الذي يجيز العمال مهما كان مستواهم ومررتهم بمتابعة دورات التكوين التي ينظمها المركز أو المراكز الأخرى وهذا التكوين بغض النظر عن أهميته في صقل معارف للعاملين في القطاع الصحي بجميع رتبهم فإنه يعمل كذلك على تحسين المعارف والخبرات ومجارات آخر ما تم الوصول إليه في مجال العمل الطبي بجميع فروعته وتشعباته.

وإضافة إلى ذلك تلعب هاته المراكز دوراً محورياً في مجال البحث من خلال تشجيع البحث العلمي سواء البحوث الفردية أو المساهمة فيه بصورة غير مباشرة من خلال تنظيم الأيام الدراسية، الندوات والمؤتمرات الوطنية أو الدولية وكل هذا من أجل ترقية نشاطات العلاج والتكوين والبحث في علوم الصحة وتدخل هاته المهام كذلك في التكوين المتواصل وتجديد المعلومة واكتساب التقنيات والمهارات الجديدة خاصة في الميدان الصحي الذي استفاد كثيراً من التطور التكنولوجي في ميدان العلاج والتشخيص والفحص .

كما أن البحث لا يركز على عمليات التكوين بأنواعها بل يتعداه إلى إمكانية قيام المركز بإبرام اتفاقيات مع مراكز أخرى متخصصة أو معاهد علمية وطنية أو أجنبية بغرض تأطير البحوث أو الإشراف عليها أو برمجة عمليات تكوين.

مطلب الثاني

تسيير المركز الاستشفائي الجامعي

إن المراكز الاستشفائية الجامعية تسيير وفق ما جاء في المرسوم التنفيذي رقم 97/466 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 عن طريق مدير عام يزود بجهاز استشاري يسمى المجلس العلمي ويساعد المدير العام لجنة استشاريه في دورات المجلس العلمي ولكن بالرجوع إلى المرسوم رقم 86/25 المؤرخ في 11 فيفري 1986 فإن المراكز الاستشفائية الجامعية يديرها

مدير عام ويساعده كاتب عام ومديرين، وعليه تستتبط أنه ما مدى تغيير مجلس التوجيه بمجلس الإدارة فإن باقي الهيئات لم يقع عليها أي تغيير.

الفرع الأول

مجلس الإدارة

وهو أهم هيئة في المؤسسة ويضم ممثل الوزير المكلف بالصحة والذي يعد رئيس للمجلس وممثل عن الوزير المكلف بالبحث العلمي والتعليم العالي وممثل عن إدارة المالية وممثل عن التأمينات الاقتصادية وممثل عنه هيئات الضمان الاجتماعي وممثل عن المجلس الشعبي الولائي للولاية وممثل عن المجلس الشعبي البلدي وممثل عن الأخصائيين الاستشفائيين الجامعيين ينتخبه زملائه وممثل عن المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه زملائه وممثل عن جمعيات المنتفعين، ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة، رئيس المجلس العلمي للمركز الاستشفائي.¹

أما المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي فإنه يتولى الأمانة العامة للمجلس وله صوت استشاري كما يمكن أن يستعين مجلس الإدارة بأي شخص من شأنه أن يساعده في أشغاله مع التنويه أن أعضاء مجلس الإدارة يعينون لعهدة ثلاث سنوات كاملة صالحة للتجديد بقرار من الوزير المكلف بالصحة وباقتراح من السلطات التابعة لها.

ويتداول المجلس في مسائل تسيير المؤسسة على:

- مخطط التنفيذ القصير والمتوسط المدى، الحساب الإداري، الحساب التقديري، مشاريع المخططات التنظيمية للمصالح، مشاريع الاستثمار، البرامج السنوية الخاصة بصيانة البنيات والتجهيزات، العقود المتعلقة بالخدمات العلاجية الموقعة مع شركاء المركز

¹ - المادة 12 من المرسوم رقم 466/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 محدد قواعد انشاء القطاعات الصحية و تنظيمها و سيرها.

الاستشفائي الجامعي خاصة مع هيئات الضمان الاجتماعي والهيئات الاقتصادية والتعاقدات والجماعات المحلية والمؤسسات والهيئات الأخرى، الاتفاقيات مع الهيئات أو المؤسسات الصحية من أجل القيام بمهام التكوين والبحث في العلوم الطبية، مشروع جدول الموظفين النظام الداخلي للمؤسسة اقتناء المنقولات والعقارات وعقود الإيجار وتحويلها، قبول الهبات والوصايا أو رفضها.

ويجتمع المجلس وجوباً في دورة عادية مرة كل ستة أشهر كما يمكنه أن يجتمع في دورة طارئة باستدعاء من رئيسه أو بطلب من ثلثي أعضائه وكما أسلفنا سابقاً فإن المجلس يعد ويصادق على النظام الداخلي الخاص به وأعمال المجلس لا تصح إلا بحضور أغلبية أعضائه حيث أن قراراته تتخذ بأغلبية الأعضاء الحاضرين وفي حالة تساوي الأصوات فصوت الرئيس هو المرجح ومن جهة أخرى فإن مداولة المجلس تعرض للمصادقة على السلطة الوصية في الأيام الثمانية التي تلي الاجتماع وتكون المداولات قابلة للتنفيذ 30 يوم بعد إرسالها إلا في حالة معارضة صريحة تبلغ خلال هذه المدة.

الفرع الثاني

المدير

بالرجوع إلى المادة 12 من المرسوم 97/466 فإن المركز الاستشفائي الجامعي يسيره مدير عام هذا الأخير يعين بمرسوم تنفيذي وباقتراح من وزير الصحة وتنتهي مهامه بنفس الطريقة، ويساعد المدير العام أمين عام ومديرون وعند الضرورة مديرو وحدات وكل هؤلاء المساعدين يعينون بقرار من الوزير المكلف بالصحة باقتراح من المدير العام للمركز الجامعي

والمدير العام للمركز هو المكلف بالتسيير¹ وعليه فإنه يتولى تمثيل المركز الاستشفائي الجامعي أمام العدالة وفي جميع أعمال الحياة المدنية، وهو الذي يمارس سلطة التعيين على مجموع مستخدمي المركز الاستشفائي الجامعي باستثناء تلك الخاضعين لكيفيات التعيين الأخرى وهو الأمر بالصرف فيما يخص نفقات المركز الاستشفائي الجامعي ويعد مشاريع الميزانية التقديرية ويضبط حسابات المؤسسة ويضع مشروع الهيكل التنظيمي والنظام الداخلي للمؤسسة ويقوم بتنفيذ مداوالات مجلس الإدارة ويضع التقرير السنوي للنشاطات ويرسله إلى الوزير المكلف بالصحة بعد مصادقه مجلس الإدارة عليه ويقوم كذلك بإبرام جميع العقود والصفقات والاتفاقيات والاتفاقات في إطار التنظيم المعمول به كما يمارس السلطة السلمية مع مستخدمين الخاضعين لسلطته كما له حق تفويض أعضاءه لصالح معاونيه وبالرجوع إلى القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 26 أبريل 1998 المحدد للهيكل التنظيمي للمراكز الاستشفائية الجامعية فإن المدير يساعده:

أ) مديرية الموارد البشرية: ومن مهامها الأساسية تحديد الاحتياجات للمستخدم وإعداد المخططات السنوية لتوظيف المستخدمين طبقاً للتنظيم المعمول به وهي التي تشرف على التوزيع المحكم للمستخدمين على المصالح والسهر على استخدامهم واستخدام أمثل كما تبادر بالاتصال على الهياكل الأخرى التابعة للمركز الاستشفائي الجامعي بأعمال تكوين المستخدمين الإداريين والتقنيين وتحسين مستواهم وتجديد معارفهم وتأقلمهم مع التغيرات التي تطرأ سواء على المستوى الداخلي أو الخارجي وتضمن من جهة أخرى نشاطات الخدمات الاجتماعية لفائدة المستخدمين لهذه المهام وغيرها وتنشعب مديرية الموارد البشرية إلى:

*المديرية الفرعية للمستخدمين: وتتكون من ثلاث مكاتب وهي:

¹ - المادة 22 من المرسوم رقم 466/97.

مكتب تعداد وتسوية الموظفين والأجور، مكتب تسيير الحياة المهنية للسلك الطبي والشبه الطبي والأخصائيين النفسيين، مكتب تسيير الحياة المهنية للسلك الإداري والتقني والخدمات.

* المديرية الفرعية للتكوين والتوثيق: وتتفرع إلى مكتبين وهما

مكتب التكوين، مكتب الوثائق أو التوثيق.

ب) مديرية المالية والمراقبة: وتختص هاته المديرية على مسك المحاسبة المالية وإعداد الحساب السنوي الخاص بالتسيير المالي كما تقوم بجمع طلبات الإعتمادات التي ترد من مختلف المصالح وتحضير مشروع الميزانية كما تقوم فيما بعد على متابعة استهلاك الإعتمادات وإعداد الجداول الدورية الخاصة بها لذلك فإنها تتفرع إلى:

*مديرية فرعية للمالية: وتتكون من مكتبين

مكتب الميزانية ومكتب المحاسبة

*مديرية فرعية للتحليل وتقسيم التكاليف: وتتكون من مكتب إنجاز الفواتير، مكتب التحليل والتحكم في التكاليف.

ج) مديرية الوسائل المادية: وهاته المديرية هي العصب الحسي للمراكز الاستشفائية الجامعية لأنها تمثل الجانب اللوجستي الذي يركز عليه المركز في أداءه لمهامه المتعددة، وعليه فإن مديرية الوسائل المادية تتولى جميع الاحتياجات التي تبديها مختلف المصالح والهياكل سواء في مجال التجهيزات والمنتجات أو المعدات، إذ تقوم بتموين وتسيير المخازن والوسائل التي تتعلق بالتغذية والصيانة والنظافة كما تقوم بمتابعه برامج البناءات وعمليات تجديد بناءات المراكز كما تسهر على تجديد العتاد اللازم للعلاج والتكوين والبحث مع ضمان سير ورشات الصيانة والترميم، كما تتولى اقتناء المعدات الطبية والأدوات الصيدلانية

والكواشف وتحضر الملفات الخاصة بالصفقات والاتفاقات التي لها صلة بأعمال المديرية وكل هذا النشاط يتولى تنفيذه:

*مديرية فرعية للهياكل والتجهيز والصيانة: وتتكون من مكتب الصيانة، مكتب التجهيز مكتب الهياكل.

*مديرية فرعية للنشاطات الاقتصادية: وتتكون من مكتب التموين، مكتب التوريد، مكتب الإطعام، مكتب الإيواء، مكتب تسير المخازن.

*مديرية فرعية للمنتوجات الصيدلانية والوسائل ومواد الاستهلاك: وتتكون من مكتب الوسائل ومواد الاستهلاك، مكتب المنتوجات الصيدلانية.

(د) مديرية النشاطات الطبية وشبه الطبية:

وهاته الأخيرة تتولى متابعة أعمال العلاج وتعد لذلك التقارير والملاحظات كما تنظم مع المعهد الوطني للتعليم العالي في العلوم الطبية تسيير حركة الطلبة المقيمين ضمن احترام البرامج المحددة في المخطط بالنسبة لكل فرع وتتلقى التقارير عن النشاط يعدها رؤساء المصالح لعرضها على المجلس العلمي وتستقبلها وتراقب من جهة أخرى مواظبة الطلبة والأطباء المقيمين في فرق الحراسة وتنظيم مساهمة المركز الاستشفائي الجامعي في التكوين شبه الطبي ومتابعة الطلبة وبرمجة تربصاتهم في مختلف المصالح كما تقوم بتقسيم النشاطات الطبية والشبه طبية وجمع الإحصائيات ودراستها واستغلالها لإعداد حصيلة الأمراض والأوبئة التي عالجتها المؤسسة وتحضر مع الهيئات المعنية برامج التظاهرات العلمية في المؤسسة ومشاركة الاستشفائيين الجامعيين في المؤتمرات والملتقيات التي لها علاقة بالعلوم الطبية، وتتلقى التقارير عن ذلك، كما لها مهام إدارية أخرى تتمثل في حفظ الملفات الطبية والإدارية للمرضى وتنظم توزيع المعلومات الطبية والعلمية وتقوم هذه المديرية

بكتابة المجلس العلمي مع التنويه أن مدير هذه المديرية يعين من بين الاختصاصيين الإستشفائيين الجامعيين وتتفرع بدورها إلى:

*مديرية فرعية للنشاطات الطبية: وتتكون من مكتب البرمجة، مكتب الطلبة، مكتب المناوبة والاستعجال، مكتب تنظيم وتقسيم النشاطات الطبية.

*مديرية فرعية للتسيير الإداري للمريض: وتتكون من مكتب الاستقبال والتوجيه والنشاط العلاجي الاجتماعي، مكتب القبول.

الفرع الثالث

المجلس العلمي واللجنة الاستشارية

أ) المجلس العلمي: يتكون المجلس العلمي من الرئيس الذي ينتخب من ضمن أعضائه لمدة 03 سنوات وهذا من رؤساء المصالح ومدير مؤسسة التكوين العالي المعنية أو ممثله وعند الاقتضاء مسؤولو وحدات البحث بالإضافة إلى عضوان أو ثلاثة أعضاء حسب الحالة يعينهم المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي من بين المجموعة العلمية للمؤسسة، أستاذ محاضر وأستاذ مساعد ينتخبهما زملاؤهما لمدة 03 سنوات، موظف شبه طبي يعينه المدير العام يتمتع بأعلى رتبة في سلك شبه الطبيين ويتولى المجلس إقامة علاقات علمية مع المصالح الطبية، مشاريع البرامج الخاصة بالتجهيزات الطبية ويعطي رأيه بخصوص بناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها، برامج الصحة والسكان، برامج التظاهرات العلمية والتقنية، إنشاء المؤسسات الطبية والغائها، الاتفاقيات الخاصة بالتكوين والبحث وعلوم الطب ويشارك في إعداد برامج التكوين والبحث في علوم الطب ويقدر نشاط المصالح في ميدان العلاج والتكوين و البحث.

ويمكن لمدير المركز الاستشفائي الجامعي أن يطلع المجلس على كل أمر ذي طابع علمي أو تكويني وعليه فإنه باستدعاء منه أو من طرف الرئيس يجتمع المجلس العلمي في دورة عادية كل شهرين ويمكنه أن يجتمع في دورة طارئة يطلب من رئيس المجلس أو أغلبية أعضائه أو المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي.

ب) اللجنة الاستشارية: اللجنة الاستشارية أو الهيئة الاستشارية هي هيئة إدارية تقوم أصلاً بمعاونة الهيئات التنفيذية الرسمية فهي هيئات فنية مساعدة تتحصر مهامها في الإعداد والتحضير والبحث وتقديم النصح للجهة الإدارية التي تملك إصدار القرار وقد نشأت هذه الهيئات نتيجة تعقد المشكلات الإدارية بسبب طابعها الطبي في الوقت الحاضر وتساعد اللجنة الاستشارية المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي في أدائه لمهامه وعلى الخصوص في تطبيق اقتراحات المجلس العلمي وتوصياته على التذكير بأن هذه اللجنة تشمل إضافة إلى المدير العام، رئيس المجلس العلمي، ثلاثة إلى سبعة رؤساء مصالح يعينهم المجلس العلمي وبمبادرة من المدير العام أو أغلبية أعضاء اللجنة ويمكن لهذه اللجنة التوسع لتشمل الأمين العام ومدير هياكل المؤسسة وتكون اجتماعاتها مرة كل شهر مع التنويه أن عدد المراكز الاستشفائية الجامعية حدد بثلاثة عشر مركزاً وهي الآن في تزايد حتى يبلغ عددها حالياً 14 مركزاً.

المطلب الثالث

التسيير المالي للمراكز الاستشفائية الجامعية

لقد حددت مدونة ميزانية المركز الاستشفائي الجامعي بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة ووزير المالية حيث أنها تخص قواعد التسيير المالي القائمة على:

1) الإيرادات:

وهاته الإيرادات تتمثل في إعانات الدولة المتمثلة في مساهمتها في أعمال العلاج والوقاية والبحث الطبي والتكوين والتكفل بالمعوزين غير المستفيدين من التأمينات الاجتماعية، إعانات الجماعات المحلية، الإيرادات الناتجة عن التعاقد على هيئات الضمان الاجتماعي والخاصة بالعلاج المقدم للمؤمنين الاجتماعيين ولذوي الحقوق ومع التعاقد مع التعااضديات والمؤسسات ومؤسسات التكوين، التخصصات الاستشفائية، الهبات والوصايا الممنوحة في إطار التشريع والتنظيم المعمول بهما، الإيرادات المختلفة، الإيرادات والإعانات الأخرى المتعلقة بنشاط المؤسسة لتسديدات التأمينات الاقتصادية الخاصة بالأضرار الجسدية.

2) النفقات: تتضمن

- نفقات التسيير: في مقدمتها الأجور الأساسية والتعويضات على اختلاف أنواعها والتي تمس المستخدمين بما فيهم الاستشفائيين الجامعيين، النفقات المتعلقة بالتكوين في العلوم الطبية التي لها علاقة بالمركز الاستشفائي الجامعي، أعمال العلاج، أعمال البحث، التعويضات والرواتب المسبقة المقدمة للطلبة المترشحين، تنظيم التدريبات والملتقيات التي لها علاقة بالمركز الاستشفائي الجامعي، التغذية، التكاليف الملحق.

- نفقات التجهيز: وبصفه عامة كل التكاليف التي لها علاقة بسير المؤسسات الضرورية لتحقيق هدفه المسطر.

ويحضر المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي مشروع الميزانية ويعرضه على مجلس الإدارة للمداولة ويرسله بعد ذلك إلى السلطة الوصية للمصادقة عليه.

إن حسابات المركز الاستشفائي الجامعي تمسك طبقا للقواعد المحاسبية العمومية وتُسند إدارة الأموال إلى عون محاسب تعينه أو تعتمده الوزارة المكلفة بالمالية، هذا المحاسب

المعتمد يمسك كذلك محاسبة عامة وخاصة للمواد والقيم والسندات ومحاسبة تحليلية تسمح على الخصوص بالتحكم في التكاليف المختلفة و كما هو معلوم فإن السنة المالية تبدأ في أول جانفي وتنتهي في 31 ديسمبر ويمكن أن تستمر المدفوعات والأوامر بالصرف إلى غاية 31 مارس من السنة الموالية.

المبحث الثالث

تنظيم المؤسسات الاستشفائية المتخصصة

إن المؤسسات الاستشفائية المتخصصة هي مؤسسات ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي¹، والصبغة الإدارية لتلك المؤسسات هي التي تبرر اختصاص القاضي الإداري فهي منازعات ذات إطار إداري بحث وهذا ما أكده المرسوم التنفيذي 97/465 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، تنظيمها وتسييرها، والمؤسسات العمومية المتخصصة هي مؤسسات ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي على غرار باقي المؤسسات العمومية الاستشفائية ويتم إنشائها بمرسوم تنفيذي بناء على اقتراح من الوزير المكلف بالصحة بعد استشارة الوالي²، وتوضع تحت وصاية هذا الأخير في الولاية الموجودة بها مقر المؤسسة وتتكون المؤسسات الاستشفائية المتخصصة من هيكل أو عدة هياكل متخصصة للتكفل بمرض معين أو مرض أصاب جهاز أو جهازاً عضوياً معين أو مجموعة ذات عمر معين كما يجب ذكر الاختصاص الموافق للنشاط المتكفل به إلى جانب تسمية المؤسسة الاستشفائية المتخصصة.

المطلب الأول

مهام المؤسسات العمومية الاستشفائية المتخصصة

بالرجوع إلى المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 97/465 المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وتسييرها على أن المؤسسات العمومية

¹ عيساني رتيبة، المسؤولية الطبية أمام القاضي الإداري، مذكرة لنيل شهادة الماجستير قانون عام، سنة 2008/ص 60.

² المادة 2 من المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و تنظيمها و تسييرها.

الاستشفائية المتخصصة تختص في علاج ومتابعة مرض معين أو مرض أصاب جهاز أو جهاز عضوي معين أو مجموعه ذات عمر معين بالإضافة إلى ذلك تطلع حسب ما نصت عليه المادة الخامسة منه على أنه تتكفل المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في مجال نشاطها ب:

- تنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكليف الطبي والإستشفاء

- تطبيق البرامج الوظيفية والجهوية والمحلية للصحة

- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم كما يمكن استخدام المؤسسات الاستشفائية المتخصصة كميدان لتكوين شبه الطبيين والتسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات توضع على مؤسسة التكوين ويمكن أيضاً اعتماد مؤسسة إستشفائية متخصصة مثلما جاء في أحكام المرسوم التنفيذي رقم 14/ 142 مؤرخ في 20 جمادى الثاني 1435 الموافق ل 20 أفريل 2014.

أو جزء من هياكلها لضمان نشاطات إستشفائية جامعية بناءً على قرار وزاري مشترك بين الوزير المكلف بالصحة ووزير التعليم العالي.

المطلب الثاني

تنظيم المؤسسات الاستشفائية المتخصصة

بالرجوع إلى المرسوم التنفيذي المحدد لإنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة على أنه يدير المؤسسة الاستشفائية المتخصصة مجلس إدارة ويسيرها مدير وتزود بجهاز استشاري يسمى المجلس الطبي.

الفرع الأول

مجلس الإدارة

وهو جهاز يقوم بإدارة المؤسسات الاستشفائية المتخصصة أي الاشراف الاداري العام و الشامل .

أ) تكوين مجلس الإدارة: يشتمل على مجموعة من أعضاء ممثلين في ممثل عن الوالي كرئيس لمجلس الإدارة، ممثل عن إدارة المالية، ممثل عن التأمينات الاقتصادية، ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي، ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة، ممثل عن المجلس الشعبي الولائي، ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه زملائه، ممثل عن المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه زملائه، ممثل عن جمعيات المنتفعين، ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة، رئيس المجلس الطبي، ممثل مؤسسة التكوين في العلوم الطبية المؤهلة إقليمياً إذا كانت المؤسسة الاستشفائية المتخصصة تمارس النشاطات الاستشفائية الجامعية، كما يمكنه الاستعانة بأي شخص من شأنه أن يساعده في مداولاته.

يشارك المدير في مداولات المجلس ويدلي بصوت استشاري ويتولى أمانة المجلس، يتم تعيين أعضاء مجلس الإدارة لعهد مدتها ثلاث سنوات قابلة لتجديد بقرار من الوالي وباقتراح من السلطات التي ينتمون إليها وفي حال انقطاع أحد أعضاء المجلس لسبب ما يتم تعيين عضو جديد حسب الأشكال نفسه ليحل محله إلى غاية نهاية العهد كما تنتهي عهد الأعضاء بحكم وظائفهم على انتهاء هذه الوظيفة.

ب) تنظيم عمل مجلس الإدارة:

نظراً لكون مجلس الإدارة يقوم بمهام إدارة المؤسسة فهو يتداول في المواضيع التي لها علاقة بالمؤسسة وهي:

- مخطط التنمية القصير والمتوسط المدى .
- مشروع ميزانية المؤسسة.
- الحسابات التقديرية.
- الحساب الإداري.
- مشاريع الاستثمار.
- مشاريع المخططات التنظيمية للمصالح.
- البرامج السنوية الخاصة بصيانة البنايات والتجهيزات.
- الاتفاقيات المبرمة مع مؤسسات التكوين.
- العقود المتعلقة بالخدمات العلاجية والموقعة مع شركاء المؤسسة والتأمينات الاقتصادية والتعاقدات والجماعات المحلية والمؤسسات والهيئات الأخرى
- مشروع جدول الموظفين.
- النظام الداخلي للمؤسسة.
- اقتناء وتحويل المنقولات والعقارات وعقود الإيجار.
- قبول الهبات الوصايا أو رفضها.
- يعد مجلس الإدارة نظامه الداخلي ويصادق عليه خلال الاجتماع الأول ويجتمع وجوبا في دورة عادية مرة كل ستة أشهر كما يمكنه أن يجتمع في دور طارئة باستدعاء من رئيسه أو بطلب من 2/3 أعضائه وتحرر مداولات في محاضر تسجل في سجل خاص موقع بمضيه رئيس وأمين الجلسة.

إن مداولات المجلس لا تصح إلا بحضور أغلبية أعضائه وإذا لم يكتمل الأعضاء يستدعي مجلس الإدارة من جديد في الأيام الثمانية الموالية ويمكن حينئذ لأعضائه أن يتداولوا مهما يكن عدد الأعضاء الحاضرين وتتخذ القرارات بالأغلبية وفي حالة التساوي يرجح صوت الرئيس وتعرض المداولات للموافقة عليها من طرف الوالي في الأيام الثمانية التي تلي الاجتماع وتكون بذلك قابلة للتنفيذ 30 يوم بعد إرسالها إلا في حالة معارضة صريحة تبلغ خلال هذه المدة وبذلك تتم كل مداولات مجلس الإدارة¹

(ب) المدير:

وهو الجهة المخولة لها صلاحية تسيير المؤسسة العمومية المتخصصة ويعين المدير على غرار باقي مدراء المؤسسات العمومية الاستشفائية الأخرى وذلك بقرار من الوزير المكلف بالصحة وتنتهي مهامه بنفس الشكل وكون المدير مسؤول عن سير المؤسسة فهو يطلع بمهام عديدة منها:

- يمثل المؤسسة أمام العدالة وفي جميع أعمال الحياة المدنية
- هو الأمر بالصرف فيما يخص نفقات المؤسسة
- يعد مشروع الميزانية التقديرية ويضع حسابات المؤسسة
- يضع مشروع الهيكل التنظيمي والنظام الداخلي للمؤسسة
- يقوم بتنفيذ مداولات مجلس الإدارة
- يضع التقرير السنوي للنشاطات ويرسله إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة
- يقوم بإبرام جميع العقود والصفقات والاتفاقيات والاتفاقات في إطار التنظيم المعمول به

¹ - المادة 14، 15، 16 من المرسوم التنفيذي 97/ 465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997

- يمارس السلطة السلمية على المستخدمين الخاضعين لسلطته في إطار التنظيم المعمول به

- يمارس سلطة التعيين والتسيير على مجموع مستخدمي المؤسسة باستثناء المستخدمين الذين خصص لهم شكل آخر من أشكال التعيين لكي يمكنه تفويض أعضائه على مسؤوليته لصالح مساعدته

يساعد المدير في تأدية مهامه مديرون مساعدون وبالرجوع للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 29 ذي الحجة عام 1418 الموافق ل 26 أفريل 1998 الذي يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية المتخصصة فإن المدير يساعده بالإضافة إلى مكتب التنظيم العام ومكتب الاتصال ثلاثة مديريات فرعية وهي:

- المديرية الفرعية للإدارة والوسائل: وتتكون من ثلاثة مكاتب هي

* مكتب تسيير الموارد البشرية

* مكتب المنازعات

* مكتب الميزانية والمحاسبة

* مكتب التكاليف الصحية

- المديرية الفرعية للنشاطات الصحية: وتتكون من 04 مكاتب وهي

* مكتب الوقاية

* مكتب تنظيم نشاطات العلاج وتنسيقها

* مكتب الاستقبال والتوجيه والنشاطات الاجتماعية العلاجية

* مكتب دخول المرضى

- المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية والمنشآت القاعدية والتجهيزات وتتكون من مكتبين:

* مكتب المصالح الاقتصادية

* مكتب المنشآت القاعدية والتجهيزات والصيانة

الفرع الثاني

المجلس الطبي

وهو جهاز ذو طابع استشاري يكلف بإصدار آراء تقنية في مجالات حددها له القانون

المجلس الطبي: وهو جهاز استشاري يكلف بإصدار آراء تقنيه في مجالات حددها القانون وهذا المجلس يوكل له المهام التالية:

- إقامة علاقات عملية بين المصالح الطبية

- مشاريع البرامج الخاصة بالتجهيزات الطبية ببناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها

- برامج الصحة

- برامج التظاهرات العلمية والتقنية

- يقترح كل الإجراءات التي من شأنها أن تحسن تنظيم مصالح العلاج والوقاية وسيرها مع إمكانية قيام المدير بإطلاع المجلس الطبي بكل أمر ذي طابع طبي، علمي، أو تكويني

يتكون المجلس الطبي من مجموعة من الأعضاء ينتخب من بينهم رئيس ونائب رئيس لمدة ثلاثة سنوات قابلة للتجديد ويضم الأعضاء الآتية:

* ممارسون طبيون، رؤساء مصالح، عضوان اثنان من المستخدمين الطبيين ينتخبهما زملائهما، عضو من المجموعة العلمية للمؤسسة ومن غير المجموعة الطبية ينتخبه زملائه، الصيدلي المسؤول عن صيدلية المؤسسة، موظف شبه طبي يتمتع بأعلى رتبة في السلك شبه الطبي ينتخبه زملائه، ممثل المستخدمين الاستشفائيين الجامعيين عند الاقتضاء يجتمع المجلس الطبي باستدعاء من رئيسه في دورة عادية مرة كل شهرين ويمكنه أن يجتمع في دورة طارئة بطلب رئيسه أو أغلبية أعضائه أو بطلب من مدير المؤسسة يتوج الاجتماع بمحضر رسمي يدون في سجل خاص غير أنه لا تصح اجتماعات المجلس الطبي إلا بحضور أغلبية أعضائه وإذا لم يكتمل الأعضاء يستدعي المجلس من جديد في الأيام الثمانية الموالية ويمكن لأعضائه حينئذ أن يجتمعوا مهما كان العدد للأعضاء الحاضرين هو الذي يقوم بوضع النظام الداخلي للمجلس ويصادق عليه بدوره¹

المطلب الثالث

التسيير المالي

تتضمن ميزانية المؤسسات الاستشفائية المتخصصة كما في باقي المؤسسات وكما هو معمول به في تسيير الإيرادات إلى باب خاص بالإيرادات وباب خاص بالنفقات.

ويشمل باب الإيرادات على إعانات الدولة المتمثلة في مساهمتها في أعمال الوقاية والبحث الطبي والتكوين والتكفل بالمعوزين غير المستفيدين من التأمينات الاجتماعية، إعانات الجماعات المحلية، الإيرادات الناتجة عن التقاعد على هيئات الضمان الاجتماعي والخاصة بالعلاج المقدم للمؤمنين اجتماعيا وذوي حقوقهم وعن التعاقد مع التعاقدات والمؤسسات وهيئات التكوين، التخصيصات الاستثنائية، الهبات والوصايا الممنوحة في إطار التشريع

¹ -المواد 22 إلى 25 من المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في 1997/12/02. المتضمن تحديد قواعد انشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و تنظيمها و سيرها .

والتنظيم المعمول بهما، الإيرادات المختلفة، الإيرادات والإعانات الأخرى المتعلقة بنشاط المؤسسة لتسديد التأمينات الاقتصادية الخاصة بالأضرار الجسدية.

ويشتمل باب النفقات بدوره على نفقات التسيير، نفقات التجهيز، أي نفقة أخرى ضرورية لتحقيق هدفها وتخضع لنفس نظام المحاسبة الخاص بالمؤسسات الصحية.

المبحث الرابع

تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة

المستشفيات الخاصة أو كما تسمى المستشفى الخصوصي هو مستشفى مملوك من قبل شركه غير ربحية أو منظمة غير ربحية بتمويل خاص من خلال دفع ثمن الخدمات الطبية من قبل المرضى أنفسهم أو من خلال دفع ثمن الخدمات الطبية من قبل المرضى أنفسهم أو من قبل شركات التأمين أو من خلال برامج التأمين الصحي الحكومية أو من قبل السفارات الأجنبية و هذا النوع من المستشفيات يتواجد بشكل طبيعي في أغلب دول العالم وهذا راجع إلى أن هاته المؤسسات في الغالب تقدم خدمات بطريقة ودية وسلسة جعلت الناس يفضلونها على المؤسسات الصحية العمومية.

ويعد مشروع إنشاء عيادة طبية في مجال من مجالات الطب من المشاريع الهامة والمربحة في حال الإدارة الجيدة والتسيير المضبوط لكل المصالح الطبية والشبه طبية خدمه للمريض.

والقطاع الصحي الخاص في الجزائر مر بمراحل مختلفة ومتغيرة تبعاً لتغير النظام السياسي والاقتصادي والاجتماعي السائد فبعدما كانت الدولة تحتكر القطاع الصحي بالكامل في المرحلة الأولى تغير الأمر وتم فتح المجال أمام القطاع الخاص للسماح له بالمشاركة في تقديم مختلف الخدمات الصحية وكان ذلك بصيغ ومراحل مختلفة وصولاً إلى المؤسسات الاستشفائية الخاصة بغية تحقيق نوع من تعاون وتكامل ولو في بعض الخدمات الصحية

بين القطاع العمومي والخاص خاصة أمام ثقل وصعوبة تحمل الدولة لمجمل الخدمات الصحية وهذا كله أمام المتابعة والمراجعة الصارمة للدولة من خلال نظام قانون متكامل يوازن بين الحرية في ممارسة النشاط وبين خصوصية التي تلتزم وجود مبادئ وشروط وجب احترامها.

والعلاج الخاص كان في الأول منحصر في العيادات الخاصة التي كانت منظمة بموجب المرسوم رقم 88/204 الذي يحدد شروط إنشاء عيادة خاصة وفتحها وعملها

وتتمتع المؤسسة الاستشفائية الخاصة بالشخصية المعنوية تطبيقا لنص المادة الثالثة من المرسوم 07/321 المؤرخ في 22 أكتوبر 2007 وباعتبار أنها تتمتع بالشخصية المعنوية فإنها توضع تحت المسؤولية الفعلية والدائمة لمدير تقني طبيب وتزود بلجنة طبية وهاته المؤسسة هي مؤسسة علاج واستشفاء تمارس فيها أنشطة الطب والجراحة بما فيها طب النساء والتوليد وأنشطة الكشف¹، وألزم المشرع على المؤسسة الاستشفائية الخاصة نسبة معينة من طاقة استيعابها للأسرة وقدرها ب 07 أسر كحد أدنى ولم يحدد الحد الأقصى لها وهو ما يؤكد تشجيع ودعم الدولة لتنمية هذا النوع من الهياكل كما أوجب على المؤسسة أن تضمن للمتعاملين مع خدمه دائمة ومستمرة وفرض عليها كذلك إجراء التأمين حيث أوجب عليها اكتساب تأمين لتغطية المسؤولية المدنية للمؤسسة ومستخدميها ومرضاها

وبالرجوع إلى المادة 208 من قانون حماية الصحة وترقيتها إمكانية استغلال المؤسسات الاستشفائية الخاصة من قبل مؤسسات وشركات تجارية ناهيك عن التعاضديات والجمعيات فعند التطرق لهذه الشركات التجارية يتضح جاليا بأنها تعتبر شركات أموال نظرا للطابع الحساس وبالغ الأهمية للخدمة المقدمة من طرف المؤسسة الاستشفائية الخاصة ذلك لأنه لايمكن بأي حال من الأحوال أن يقام هذا الهيكل من قبل شركات أشخاص لأنه من مميزات

¹ -المادة 01-02 من المرسوم 321/07 المؤرخ في 22 أكتوبر 2007 المتضمنة تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة و سيرها .

هذه الأخيرة أنه يمكن حلها بسبب وفاة أحد الشركاء أو الحجز عليها أو إفلاسها أو انسحابه من الشركة وهذه العوارض لا تتماشى مع الخدمة الطبية أما شركات الأموال فهي تقوم على الاعتبار المالي لا يكون لشخصية الشريك أمر فيها فالعبرة في ما يقدم كل شريك من المال إن المؤسسات الاستشفائية الخاصة وكباقي المؤسسات العلاجية تقوم على تنظيم إداري وهيكلية تدريجية تضمن تسيير إداري ناجح وخدمة طبية ممنهجة وعلمية ومضبوطة تحقق الغاية العلاجية المراد للوصول إليها وتتناسب وتتوافق مع العائد المالي الناتج عن هذه الخدمة الطبية العلاجية.

المطلب الأول

شروط الإنجاز والفتح

إن إنجاز هذه المؤسسات الاستشفائية الخاصة وبالرجوع إلى أهمية الخدمة المسداة تخضع إلى ترخيص وزير الصحة بعد إعداد ملف إداري وتقني يودع لدى المديرية الولائية المكلفة بالصحة ويتضمن الملف على الوثائق المطلوبة في البناء والمخططات والوصف التفصيلي للمشروع وموقع إقامته والأنشطة والأعمال المزعم القيام به¹، حيث وبالرجوع إلى المادة التاسعة من المرسوم 07/321 فإن الملف يتضمن وجوبا

- طلب إنجاز

- نسخة من شهادة ميلاد صاحب المشروع أو أصحابه

- مستخرج من شهادة السوابق العدلية لصاحب المشروع أو أصحابه

- نسخة من شهادة الجنسية لصاحب أو أصحاب المشروع

¹-المادة 08 من المرسوم 321/07.

- سند ملكية للملك العقاري خاصة عقد الملكية أو عقد الإيجار
- البطاقة التقنية الوصفية للمشروع تتضمن التخصصات الطبية
- بيان مفصل للأنشطة والمقرات والمساحات المخصصة لكل نشاط، بطاقة الاستشفاء من الأسرة، الطاقم التقني لاسيما العتاد المتعلق بالأشعة والاستكشاف الوظيفي والتصوير الطبي والتجهيزات الطبية
- تقرير خبرة تعدده المصالح التقنية لمراقبه البناء أو مكتب معتمد للدراسات والخبرة في مجال البناء في حالة هيكل موجود .
- تقرير المطابقة لمقاييس الأمن تعدده مصالح الحماية و المراقبة في حالة هيكل موجود
- مخطط الوضعية يبين موقع المشروع وحدوده.
- المخطط الإجمالي 50/1 يوضح كل البيانات الضرورية لاسيما التسوية العامة للأرضية والتوجيه والبنائيات المجاورة والطرق الموجودة ومواقف السيارات والشبكات المختلفة والمساحات الخضراء.
- المخططات المفصلة لأنواع التصميمات الاستشفائية.
- المخططات المفصلة للمقرات المواجهة لممارسة الجراحة 50/1.
- المقاطع العرضية والطولية.
- ارتفاع مختلف الواجهات.
- من أجل ذلك تتكفل مديرية الصحة الولائية بالتأكد من صحة مكونات الملف بالرجوع الى المديرية المعنية بكل جزئية في الملف على أن يوضع على مستوى وزارة الصحة في أجل

45 يومًا ابتداء من تاريخ إيداع الملف¹، على أن يتم فصل الوزير في الطلب في غضون 03 أشهر ابتداء من تاريخ استلام الملف .

يمنح لصاحب المشروع أجل مدته 03 سنوات لإتمام المشروع قابل للتمديد لسنتين بمبررات قانونية على أن تسلم مديرية الصحة الولائية مقرر المطابقة لصاحب المشروع .

ويخضع فتح المؤسسة إلى ترخيص الوزير كذلك بعد أن يودع صاحب المشروع لطلبه لدى مديرية الصحة الولائية ملف يحتوي على:

- طلب فتح

- نسخه من شهادة الميلاد والسوابق العدلية والجنسية لصاحب أو أصحاب المشروع

- بطاقة تقنية وصفية للمشروع المنجز ويتضمن:

- التخصصات الطبية

- الأنشطة المفصلة

- طاقة الاستيعاب

- المقرات والمساحات المخصصة لكل نشاط

- الطاقم التقني

- نسخة من مقرر الترخيص بالإنجاز

- نسخه من مقرر المطابقة

- تقرير الموافقة النهائية لمصالح الحماية المدنية

¹ - المادة 10 من المرسوم 321/07.

- التقرير النهائي للمراقبة التقنية للبناء أو مكتب معتمد للخبرة في مجال البناء
 - تقرير المطابقة الخاص بالمنشآت الكهربائية تسلمه المؤسسة الوطنية للاعتماد والمراقبة التقنية
 - تقرير المطابقة الخاص بالمنشآت الإشعاعية
 - محضر إقامة آلة تحرق النفايات معتمد من مصالح البيئة المعتمدة أو عند انعدامها نسخه من الاتفاقية المبرمة مع مؤسسة عمومية أو خاصة لحرق النفايات الاستشفائية معتمد من الوزارة المتعلقة بالصحة
 - نسخه من الاتفاقية المبرمة مع مركز حقن الدم الولائي والمعلن بالتموين بمنتجات الدم غير الثابتة
 - الملف الإداري للمدير التقني
 - الملفات الإدارية للمستخدمين الطبيين وشبه الطبيين
- هذا الملف بعد فحصه ودراسته وتحليله والتأكد منه من خلال كافة المصالح الخارجية والمديريات الولائية كل حسب اختصاصها يرسل إلى الوزارة الوصية مرفوق بتقرير يتضمن الملاحظات والتحفظات المسجلة أو المحتملة على تقرير زيارة وهذا في أجل 30 يومًا من إيداع الملف الخاص بطلب الفتح.
- يخضع كل تغيير في تخصيص المقرات أو الأنشطة الطبية للمؤسسة الاستشفائية الخاصة أو إلغائها إلى ترخيص صريح ومسبق للوزير المكلف بالصحة.

تحدد كفاءات تنظيم مؤسسات الصحة الخاصة من النوع الذي لا يتوفر على إقامة للمرضى وسيرها وكذا المقاييس التقنية والصحية بها لقرار من الوزير مع ضرورة حيازتها على نظام داخلي.

المطلب الثاني

التنظيم والتسيير

إن التسيير الإداري والتنظيمي لمؤسسات الاستشفائية الخاصة ومع الرجوع ومراعاة للمادة 21 من المرسوم يخضع التسيير لتلك المنشأة من قبل التعاقدات والجمعيات لمجلس إدارة ويديرها مدير أو مدير تقني طبيب ويتم بتنظيمها على النحو التالي:

الفرع الأول

مجلس الإدارة

إن مجلس الإدارة هو النواة الأساسية لعمل وتسيير وصاحب أو أصحاب مشروع المؤسسة الاستشفائية ويضم في عضويته ممثل عن الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعمال الأجراء، رئيس اللجنة الطبية للمؤسسة الاستشفائية الخاصة وممثل عن مستخدمي المؤسسة الاستشفائية الخاصة وممثلان عن جمعيات المرفقين وممثل عن الممارسين الطبيين ينتخبه نظرائه وممثل عن المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه نظرائه وعليه ينتخب أعضاء المجلس رئيساً عليهم¹، إن عمل مجلس الإدارة هو التداول في كل شؤون تسيير وعامل واستراتيجيه المؤسسة الاستشفائية الخاصة ويقوم بإعداد تقرير سنوي للنشاط يعده ويقدمه المدير التقني للمؤسسة الاستشفائية الخاصة إضافة إلى أنه يتولى قبول الهدايا والهبات والوصايا مع

¹ - المادة 24 من المرسوم 321/07.

إشرافه على إعداد برامج حفظ البنايات والتجهيزات وصيانتها وكذا برامج توسيع مستقبلية للمؤسسة الخاصة وتهيئتها

إضافة إلى كل ما يتعلق باقتناء الأملاك المنقولة والعقارية ومشاريع التنظيم الداخلي والنظام الداخلي للمؤسسة الاستشفائية الخاصة، ضف إلى ذلك فإن مجلس الإدارة يتولى إعداد مشاريع الميزانية والحسابات الخاصة بالمؤسسة الاستشفائية الخاصة.

الفرع الثاني

المدير

إن المدير هو المحرك و المنسق بين كل المصالح ومن أجل ذلك فإن المدير يشترط فيه خبرة مهنية تقدر على الأقل ب05 سنوات في مجال التسيير باعتباره مكلف على مسك كل السجلات التي تحدد صنفها بقرار من الوزير وكذا مسك الملف الطبي للمريض ويتولى كذلك إعداد التقرير السنوي عن نشاط المؤسسة وعرضه على مجلس الإدارة مع إشرافه على المحافظة على عتاد المؤسسة والتجهيزات الخاصة بها حتى يتم ضمان أريحية في عمل الطاقم الطبي والشبه طبي من جهة وضمان خدمة طبية وعلاجية ترقى بما يطلبه و يرجاه المريض وترقى إلى ما تم دفعه من مقابل مالي نظير ذلك .

ضف إلى ذلك فإن المدير يتولى و يشرف على تحضير ميزانية وحسابات المؤسسة الاستشفائية الخاصة وممارسته السلطة السلمية على جميع مستخدمي المؤسسة الاستشفائية الخاصة وتمثيل المؤسسة أمام العدالة وفي جميع أعمال الحياة المدنية وختامًا تنفيذ كل مداورات مجلس الإدارة أما المدير التقني الطبيب فيتولى تنظيم النشاط الطبي والاستشفاء للمؤسسة والتأكد من الحضور للطاقم الطبي وشبه طبي والتسيير والتوجيه الصارم لسيرورة استخدام الدواء.

مع التنويه أن قائمه الطاقم الطبي والشبه طبي والإداري يجب أن ترسل إلى المديرية الولائية للصحة مع تحديد مهام كل واحد فيهم بدقة.

وكل تغيير في الطاقم الطبي أو الإداري يبلغ به مباشرة مدير الصحة الولائية بما فيها المدير الذي يجب أن يستخلف وفقاً لشروط المهنة مع المسابقة.

الفرع الثالث

اللجنة الطبية

اللجنة الطبية هي هيئة استشارية تقنية بحتة تتمثل مهامها الأساسية في التقسيم التقني الطبي العلاجي لكل المصالح الموجودة في المؤسسة وفي كل التخصصات الطبية أو الجراحية المتاحة حيث أن عمل اللجنة محدد في القانون الداخلي للمؤسسة وهاته اللجنة تعد كذلك إستراتيجية المؤسسة وفق برنامج نشاط معد وفق أهداف محددة قريبة ومتوسطة وبعيدة المدى وبالإضافة إلى ذلك فإنها تبدي رأيها في مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية للمؤسسة وكذا في إنشاء واستحداث مصالح طبية جديدة أو إلغائها وهي هيئة استشارية كذلك في مجال البرامج المستقبلية للتظاهرات العلمية والتقنية للمؤسسة الاستشفائية الخاصة وفي اتفاقيات التكوين الخاصة بالمؤسسة الاستشفائية الخاصة.

هاته اللجنة تقوم كذلك بتقسيم أنشطة التكوين والعلاج في المؤسسة الاستشفائية وتقويمها.

هاته اللجنة تضم في تشكيلتها ممارساً طبياً في كل تخصص طبي معتمد في المؤسسة الاستشفائية ممثلاً عن المستخدمين شبه الطبيين يعينه مسؤول المؤسسة الاستشفائية الخاصة ويعين رئيساً منها من ضمن أعضائها ويمكن اللجنة أن تستعين بكل شخص من شأنه مساعدتها في أشغالها.¹

¹ - المادة 34 من المرسوم 321/07.

تحدد قواعد سير اللجنة الطبية في النظام الداخلي للمؤسسة الاستشفائية الخاصة

المطلب الثالث

التسيير المالي للمؤسسات الاستشفائية الخاصة

إن المؤسسة الاستشفائية الخاصة باعتبار أن الخدمات الطبية والعلاجية المقدمة مقابل دفع مالي محدد مسبقا و عليه فإن نشاطها ذو طابع تجاري ومالي بالأساس فإنها تقوم على عمل محاسب يضم ميزانيه باب فيها للإيرادات ويضم الموارد الخاصة لها والإيرادات الناتجة عن أنشطتها الخدماتية والمساهمات المحلية أيا كانت طبيعتها وأخر للنفقات يضم نفقات التسيير والتجهيز وكل النفقات الضرورية لإنجاز مهامها.

إن نشاطها المحاسبي يمسك وفقا للقواعد المعمول بها في النشاط التجاري وطبقا للقوانين والتنظيمات المعمول بها في هذا الشأن بما فيها المراقبة المالية للمؤسسة الاستشفائية الخاصة التي يتولاها محافظ حسابات طبقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما.

ناهيك عن ذلك فإن المؤسسات الاستشفائية الخاصة تخضع لمراقبة المصالح المختصة التابعة لوزارة المالية على المستوى المحلي.

إن هذه المراقبة المالية تشمل:

- مدى توافر شروط أمن الممتلكات والأشخاص
- حالة السير للمصالح والعتاد والتجهيزات
- مدى تطبيق أحكام التشريع والتنظيم لاسيما في مجال التعاقد والتسيير والوقاية الصحية الاستشفائية
- نوعية الخدمة الطبية العلاجية المقدمة

في حالة المراقبة المالية للأعوان المختصين يتم تدوين ما تم تسجيله في سجل خاص مرقم ومؤشر عليه في سجل المدير الولائي للصحة ويوجه إذار إلى المسؤول الأول للمؤسسة لتدارك ما تم تسجيله من نقائص واحتمالات في غضون مده شهر واحد.

كل البروتوكولات الطبية المعمول بها في خدمة المريض وتوفر كل العلاجات الضرورية لكل حالة معروضة على العلاج وضمان تطبيق برنامج علاج قائم على أساس علمي ممنهج وهو ما يكون له أثر إيجابي على صحة المريض لان وجود عمليات مراقبة متداخلة بين كل المتدخلين الطبيين والشبه طبيين في الدورة العلاجية للمريض يضمن له نتائج جيدة تنعكس بالإيجاب على تحسن حالته الصحية وتعافيه من المرض.

ضاف إلى ذلك فإن وجود رقابة مالية صارمة على نشاط المؤسسة الاستشفائية العامة والخاصة والمتخصصة يعمم وضع العتاد الصحي الأجود والأرقى في خدمة المريض و يكفل أن يكون العتاد متوفر على كل الشروط التقنية والعلمية المتعارف عليها وهو ما من شأنه أن يبعد كل تلاعب أو غش في اقتناء العتاد والذي من شأنه استعماله للوصول إلى نتائج خاطئة وخطيرة على صحة المريض وسلامته الجسدية ووجود رقابة صارمة على النشاط المحاسبي والمالي على المؤسسات الاستشفائية الخاصة من شأنها أن يؤدي إلى فرض رقابة دقيقة على الفواتير وطبيعة العلاج وتقادي الأثمان الباهظة للعلاج التي لا تتلائم مع العمل الطبي المتبع أو الذي استفاد منه المريض وبالتالي تقادي الفواتير المبالغ فيها وكذا التعامل المالي الزائد الذي يفرض على المريض الزبون نظير بعض الأعمال الطبية الزائدة التي تثقل كاهل المريض و عليه وجود رقابة مالية دقيقة داخليا ومحليا من خلال مصالح المالية للولاية من شأنه تعويض ووضع حد لمحاولة تضخيم الفواتير أو فرض رسوم إضافية أو المزايدة في قيمة العلاج.

وفي حالة العود يمكن أن تتعرض المؤسسة إلى التوقيف عن النشاط لمدة شهرين أو غلق المؤسسة لمدة لا تتجاوز 03 أشهر أو سحب الترخيص الخاص بنشاط المؤسسة.

إن هذا التنظيم والهيكلية الدقيقة التي وضعها المشرع الجزائري في كل المراسيم المنظمة للمؤسسات العمومية أو المتخصصة أو الخاصة و تحديد المهام الدقيقة لكل طرف متدخل في العملية العلاجية وفي النشاط الطبي كل حسب التخصص وكذا وضع ميكانيزمات متماثلة لضمان خدمة طبية علاجية متميزة للمريض المستهلك ووضع قيود صارمة من أجل توفير كل ظروف السلامة والأمن في التطبيب والعلاج وكل الظروف الملائمة لرعاية صحية مدروسة وبدون آثار سلبية على المريض وفرض رقابة قبلية من خلال وضع شروط ودفتر شروط صارم في إنجاز كافة الهياكل الاستشفائية العامة أو المتخصصة أو الخاصة وضمانة هامة لوضع هياكل بمميزات ومعايير متعارف عليها عالمياً في مجال الهيكلية الصحية والهندسة الملائمة للنشاط الطبي في متناول المستهلك المريض حتى يكون ظروف الإقامة الطبية مريح وملائم ومساعد في الإسراع في العلاج من جهة والرفع المعنوي لحالة المريض ورقابة آلية من خلال فرض ميكانيزمات عمل متناسقة فوجود مدير يضمن للمريض وضع حيز الخدمة أحسن الطواقم الطبية والشبه طبية وأحسن وأجود عتاد من خلال الطاقم الإداري العامل معه و الذي يحرص على أن يكون العتاد يتلائم ويساهم في تطبيق عالي الجودة ويوفر أريحية كبيرة للمريض.

ووجود مجلس طبي بتشكيله متناسقة يضم كل الفاعلين في المجال الطبي يضمن للمريض وضع حيز الخدمة أجود الخدمات الطبية .

الفصل الثاني

ضمانات المريض في الشريعة الإسلامية و
المواثيق الدولية

الفصل الثاني

ضمانات المريض في الشريعة الإسلامية والمواثيق الدولية

من حق كل إنسان أن يتلقى العلاج اللازم لتحسين حالته الصحية وشفائه وبدون أي تمييز بين إنسان وآخر لأي سبب كان وإذا ما أراد الشخص أن يعالج على حسابه الخاص فمن حقه اللجوء إلى الطبيب الذي يختاره فعقد العلاج الطبي من العقود القائمة على التراضي والثقة المتبادلة بين الطرفين ومن هنا سنحاول في هذا الفصل التطرق إلى هذا الضمان في المواثيق والاتفاقيات الدولية وفي الشريعة الإسلامية ثم الضمانات قيد العقد العلاجي.

المبحث الأول

حقوق المريض في الشريعة الإسلامية

باعتبار أن الدين الاسلامي هو الدين الرسمي للدولة بالرجوع إلى المادة 02 من الدستور لهذا سيتم تناول أهم ما جاء في هذه الشريعة من أحكام في مجال حماية الإنسان وصحته بشكل عام وحماية المريض بشكل خاص ولنتعرف على مدى الحماية التي وصلت إليها الشريعة في مجال حقوق المريض.

المطلب الأول

حق الإنسان في السلامة الجسدية

الفرع الأول

حماية حق الإنسان في السلامة الجسدية

إن هذا الحق من حقوق المقدسة التي أولت لها شريعتنا السمحاء أهمية بالغة فالإنسان هو خليفة الله في الأرض وهو أهم مخلوقات الله عز وجل ومن هنا فالمحافظة على حياة الإنسان وسلامة جسده ضرورة قصوى فلا يمكن تعمير الأرض بدون الإنسان.

ولقد خلق الله الإنسان وكرمه >> ولقد كرّمنا بني آدم << وحرّم الاعتداء على الحياة الإنسانية بنصوص مقدسة وقطعية في الكتاب والسنة النبوية الشريفة حيث أعتبر القتل

جريمة شنعاء ومحرمة بل ومن الكبائر لأنها إزهاق لروح إنسان بدون وجه حق لقوله جلا وعلى >> أنه من قتل نفساً بغير نفس أو فساد في الأرض فكأنما قتل الناس جميعاً ومن أحياها فكأنما أحيا الناس جميعاً <<.

والحفاظ على النفس والبدن من أهم مقاصد الشريعة الإسلامية فهي من الضروريات الخمس التي يجب الحفاظ عليها وفي ذلك يقول الإمام الشاطبي في الموافقات >> الشريعة وضعت للمحافظة على الضرورات الخمس وهي الدين والنفس والنسل والعرض والمال والعقل وثلاث من هذه الضروريات متصل بصحة الإنسان وهي النفس والنسل(العرض) والعقل¹، ومن قصص السنة أن امرأة تم قذفها بحجر من قبل امرأة أخرى أدى إلى إجهاضها فأمر الرسول صلى الله عليه وسلم بأن تدفع الثانية للأولى تعويضاً حيث روي عن أبي هريرة رضي الله عنه أن إمرأتين من هذيل رمت إحداهما الأخرى فطرحتن جنيها فقضى رسول الله صلى الله عليه وسلم بغرة عبد أو وليدة وفي رواية أخرى عبد أو أمة.²

والشريعة الإسلامية عاملت المرأة الحامل المحكومة بالإعدام معاملة إنسانية رحمة بها وبجنيها وبوليدها بعد ولادته فقد قدمت الحماية لحق الجنين في الحياة ولو في أول مراحل تكوينه برفعها الضرر عن الحمل وذلك بإرجاع تنفيذ عقوبة القصاص عليها إذا كانت قد جنت على نفس حتى تضع المولود حديثاً سواء أكان المولود قد نتج عن زواج شرعي أم علاقة غير شرعية وفقاً لما روي عن النبي صلى الله عليه وسلم أنه قد رد الغامدية حين أقرت بالزنا حتى تلد فلما رجعت إليه بعد الميلاد قال لها اذهبي فأرضعيه حتى تقطميهِ فلما فطمته أته بالصبي في يده بكسرة خبز فقالت له هذا يا نبي الله قد فطمته وقد أكل الطعام فأمر برجمها وهذا الأمر بتأجيل تنفيذ عقوبة الرجم بالغامدية وهذا إن دل فإنه يدل على إنسانية وسماحة الدين الإسلامي نصاً وتطبيقاً.

ولم تكتفي الشريعة بالنهي عن القتل فقط للمحافظة على حياة الإنسان وسلامة جسده بل حرمت كل عمل يؤدي إلى أذى للإنسان ولو كان بسيطاً فكل عمل يمس جسم الإنسان بأذى

¹ - زهير أحمد السباعي، الطبيب أدبه و فقهه، ط2، دار القلم، دمشق، ص91.

² - أحمد بن علي بن خजर العسقلاني، فتح الباري، شرح صحيح البخاري، ج12، ط3، مكتبة دار السلام، الرس جنين المرأة، ص308.

أو يؤثر في سلامته كالضرب والجرح والإيذاء يعد محرماً وفي هذا حماية للإنسان من اعتداء الآخرين عليه كما حمت الشريعة الإنسان من اعتدائه على نفسه وجسده أيضاً لقوله تعالى >> ولا تقتلوا أنفسكم إن الله كان لكم رحيماً << وقوله كذلك >> ولا تلقوا بأيديكم إلى التهلكة << وقوله صلى الله عليه وسلم >> من قتل نفسه بشيء عذب به يوم القيامة <<. وحكم التعدي على الإنسان بإزهاق روحه أو إتلاف بعض أعضائه أو إصابته بجرح في جسمه هو:

- إذا كان عمداً وهو أن يقصد الجاني قتل المؤمن أو أذيته فإنها توجب القصاص أو الدية على الجاني أو أن يعفو المجني عليه (المعتدى عليه) عن الجاني في قول صلى الله عليه وسلم >> من أصيب بدم أو خبل أي جرح فهو بالخيار بين إحدى ثلاث: إما أن يقتص أو يأخذ العقل أي الدية أو يعفو <<.

- إذا كان شبه عمد وهو أن يقصد الجاني الجناية دون القتل أو الجرح كأن يضره بعصا خفيفة لا تقتل عادة أو يهدده فيموت لذلك فحكمه أنه يتوجب على الجاني الدية على عائلته والكفارة عليه.

- إذا كان خطأ وهو أن يفعل الشخص ما يباح له فعله من رماية أو اصطياذ فتصيب أحداً فيموت بذلك أو يجرح فحكمه أيضاً الدية والكفارة لقوله تعالى في سورة النساء الآية 92 >>ومن قتل مؤمناً خطأ فتحرير رقبة مؤمنة ودية مسلمة إلى أهله إلا أن يصدقوا<< والدية هنا محققة والجاني غير أثم بخلاف شبه العمد فإن فيه مغلطة والجاني أثم¹، وكذلك يعد من أهم مقاصد الشريعة منع الأضرار والخبائث والمضرات ومنع الأسباب المؤدية إلى المرض وسد الوسائل الموصولة إلى الضعف.

ولذلك أحل الله للإنسان الطيبات وأمر بها وحرم عليها الخبائث ونهى عنها لقوله تعالى >> ويحل لهم الطيبات ويحرم عليهم الخبائث<< وقد ورد عن النبي صلى الله عليه وسلم تحريم كل ما هو ضرر وأدى لمفسدة لقوله صلى الله عليه وسلم >> لا ضرر ولا ضرار<< ولذلك

¹د. عبد الله بن سالم الغامدي، مسؤولية الطبيب المهنية، دراسة تأصيلية مقارنة بين الشريعة الإسلامية و القوانين المعاصرة، ط1، دار الأندلس الخضراء للنشر و التوزيع، جدة، المملكة العربية السعودية، 1997، ص 118

فقد نهى الرسول عن الوصال في الصيام كما أعطت الشريعة الرخصة للكبير والمريض والمسافر والأم الحامل والمرضع للإفطار في رمضان حفظاً للنفس وصوناً لها من الخطر ويقول أيضاً جل وعلى >> وكلوا واشربوا ولا تسرفوا إنه لا يحب المسرفين>> فقد دعت هذه الآية إلى الأكل والشرب لما فيه من حفظ للنفس ونهت عن الإسراف في المأكل والمشرب لما في ذلك من مسببات للأمراض والعلل وفي ذلك يقول صلى الله عليه وسلم >> ما ملأ ابن آدم وعاء شراً من بطنه بحسب لقيمات يقمن صلبه، فإن كان لا محالة فتلت لطعامه وتلت لشربه وتلت لنفسه>>¹

وأخيراً فقد أسبقت الشريعة حمايتها للإنسان وجسده وكرامته حتى بعد موته حيث شرع غسل الموتى وتكفينهم والصلاة عليهم وحرم نبش القبور ونهى عن التمثيل بالجثة فقد صح عن النبي صلى الله عليه وسلم أنه قال >> كسر عظم الميت ككسره ميتاً >> وأخرج البخاري في صحيحة (كتاب الجنائز) أن جنازة مرت بالنبي صلى الله عليه وسلم فوقف لها فقال بعض أصحابه: إنه يهودي فقال صلى الله عليه وسلم >> أليست نفساً >>، فدل ذلك على احترام الإنسان حياً وميتاً، مسلماً وكافراً.

الفرع الثاني

طبيعة حق الإنسان في الحياة وفي سلامة جسده

الحق في الشريعة الإسلامية إما يكون لله تعالى أو للعبد أو قد يجتمع الحقان معا وحق الله تعالى هو ما يتعلق به النفع العام من غير اختصاصه بأحد.

ويتجسد أساساً في العبادات والحدود وهذا الحق لا خيرة فيه للمكلف ولا يسقط بإسقاطه فلا يجري فيه العفو أو الإبراء أو الصلح فهو كالنظام العام في القانون الوضعي أما حق العبد فهو ما يتعلق بمصلحة خاصة كالحقوق المالية للأفراد وهذا الحق يسقط بإسقاط العبد ويجوز فيه العفو والإبراء والصلح أما ما يجتمع فيه حق الله وحق العبد فقد يكون حق الله تعالى هو الغالب كحد القذف وقد يكون حق العبد فيها هو الغالب ومثاله القصاص من القتل العمد

¹ رواه الترميذي و ابن ماجه و الحاكم و ابن حبان في صحيحهما و شرح الحديث لابن قيم الجوزية، الطب النبوي، تحقيق و مراجعة، عبد الغاني عبد الخالق، دار كرم للطباعة و النشر، دمشق، بلا سنة طبع، ص16.

ويعد الحق في سلامة الحياة والجسد من الحقوق التي يختلط فيها حق الله بحق العبد والرأي الغالب في الفقه يذهب إلى رجحان حق الله تعالى منه حيث أن جواهر الاعتداء على هذا الحق يختص بها مرة العبد وهذا هو حال القصاص والدية ويتعلق بها حق الله مرة أخرى وهذا هو حال الكفارة كما بينا ذلك سابقاً في جرائم الاعتداء على النفس والجسد وإذا كان الحق في الحياة وفي السلامة الجسدية يدخلان في طائفة الحقوق التي يجتمع فيها حق الله وحق العبد فإن مؤدي ذلك أنه إذا جاز للعبد أن يسقط جزئيات الحق الذي ينسب له فإنه لا يجوز له إسقاط الحق في مجموعه كما أنه ليس للعبد إسقاط حقه إذا أدى ذلك إلى إسقاط حق الله تعالى وتطبيقاً لذلك ليس للعبد أن يقتل نفسه أو يموت عضواً من أعضائه ولا يملك أن يأذن لغيره بذلك فإذا أكمل الله تعالى على عبده حياته وجسمه وعقله الذي يتم به القيام بما كلف به فلا يصح للعبد إسقاط شيء من ذلك.¹

المطلب الثاني

حق الإنسان المريض في التداوي والعلاج

أمر الرسول الكريم بالتداوي والعلاج وحث عليه ونهى عن التواكل والإهمال ودعا الناس للأخذ بالأسباب وبذل الجهد في محاربه الداء حتى يقوى الإنسان ويحافظ على استمرارية صحته.

فقد روى احمد والحاكم وأبو داود وابن ماجه بسندهم عن أسامة بن شريك قال: كنت عند النبي صلى الله عليه وسلم وجاءت الأعراب فقالوا: يا رسول الله أنتدأى فقال: نعم يا عباد الله تداؤوا فإن الله عز وجل لم يضع داء إلا وضع له شفاء غير داء واحد، قالوا: ما هو قال: الهرم.

وقال صلى الله عليه وسلم <وما أنزل الله من داء إلا أنزل له شفاء> وبهذا يذهب نجيب الكيلاني إلى القول: الاهتمام بالعلاج أو التداوي واجب ديني من ناحية أخرى قد يخفى على الكثيرين فلا يعلم جزء من الوقاية لأن علاج أي مرض قد يجنب غيره الإصابة بالمرض إذا

¹ - د. أحمد شرف الدين، الأحكام الشرعية للأعمال الطبية، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، 1983، ص34-

كان المرض معدياً ومن ثم فإن الأمر بالتداوي ليس مجرد حفاظ على فرد بعينه ولكنه وقاية للمجتمع ككل.¹

وقد نصح الرسول صلى الله عليه وسلم بالتحذر من العدوى والاحتياط من إصابة الناس بها فقال صلى الله عليه وسلم في حديث الطاعون >> إذا سمعتم بالطاعون في أرض فلا تدخلوها وإذا وقع بأرض وأنتم فيها فلا تخرجوا منها>>²

وثابت عن الرسول صلى الله عليه وسلم أنه كان يوصي بالعلاجات الطبيعية وكان يوجه أمته إلى ما فيه دواء، كالغسل والحبة السوداء والحجامة والأعشاب، حيث كان يوصي بالدواء الطبيعي ومع ذلك كان يعود إلى المختصين في الطب لكي يتصدوا للعلاج وعن جابر أنه لما مرض أبي بن ثعب رضي الله عنه بعث إليه الرسول الكريم طبيباً فقطع منه عرقاً ثم كواه وعن عائشة رضي الله عنها أن الرسول الكريم كثرت أمراضه عندما تقدم به السن فكان يقدم عليه الأطباء فيعالجونه³

المطلب الثالث

إباحة عمل الطبيب

من المتفق عليه بين علماء الشريعة الإسلامية القراء أن تعلم الطب ودراسته والعمل به فرض من فروض الكفاية وأنه واجب حتمي على كل شخص لا يسقط عنه إلا إذا قام به غيره وذلك لحاجة المجتمع للتطبيب و لأنه ضرورة اجتماعية على أن التطبيب يعد واجباً كفائياً كلما وجد أكثر من طبيب في مكان واحد فإذا لم يوجد إلا طبيب واحد فالتطبيب يكون فرضاً عينياً عليه أي أنه يصبح واجب غير قابل للسقط⁴، وبما أن الحق في الحياة وفي سلامة الجسد من الحقوق التي يجتمع فيها حق الله تعالى وحق العبد لذا فإنه يلزم لإباحة

¹ - د.محمود الحاج قاسم محمد، السلوك الطبي الإسلامي، الجمعية الطبية الإسلامية، الموصل، العراق، 2004، ص17.

² - فتح الباري من صحيح البخاري، مصدر سابق، ج10، ص179.

³ - د.زهير أحمد السباعي و د.محمد علي البار، الطبيب أدبه و فقهه، ط2، دار القلم، دمشق، الدار الشامية، بيروت 1997 ص 233.

⁴ - د. سميرة عايد الديات، عمليات نقل و زرع الأعضاء البشرية بين الشرع و القانون، ط1، رسالة دكتوراه، دار الثقافة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، 1999، ص36.

المساس بمحل هذين الحقين أن يأذن أصحابهما به فلا يغني إذن واحد من صاحبهما عن إذن الآخر وهكذا فإن عدم مساءلة من يقوم بعمل يترتب عليه المساس بمحل الحق في الحياة أو الحق في السلامة الجسدية يفترض توافر إذن الشارع إضافة إلى إذن الفرد.

وبناءً على ما تقدم فإن عمل الطبيب في جسد الإنسان لا يصح إلا إذا كان هناك إذن من الشارع وإذن من المريض حيث يذهب الرأي الراجح في الفقه الإسلامي إلى أن أساس عدم مسؤولية الطبيب أو الجراح هو إذن الشرع وإذن المريض لذا فقد وضع الفقهاء المسلمون عدة شروط لإباحة عمل الطبيب نذكر منها:

1- أن يكون مؤهلاً علمياً وعملياً ذا حذق ومهارة في طبه أي ضرورة الحصول على الشهادة الطبية والإذن بممارسة المهنة الطبية من الجهة الطبية المختصة بالمفهوم الحالي المعاصر.

وقد إتفق الأئمة الأربعة على إيجاب الضمان على من طبب بغير إذن أي بدون ترخيص بمزاولة المهنة لقوله صلى الله عليه وسلم << من تطبب ولم يعلم منه طب فهو ضامن >> فلا يجوز للطبيب الذي يجهل أصول مهنة الطب معالجة المرضى ويمنع عمله لأنه يفسد أبدان الناس وإذا قام بالعمل الطبي أو الجراحي فهو متعمد لأنه غير مأذون له من جهة الشرع كما أن إبدائه الطب عزز المريض ويلزمه حينئذ بالضمان ويحجز عليه ويمنع شرعاً من ممارسة الطب.¹

2- أن يكون قصده علاج المريض وشفائه بحسن نية وليس الإضرار به أي يجب أن يكون الباعث على عمل الطبيب هو علاج المريض أو بصفة عامة رعاية مصلحة مشروعة فالمفروض في الطبيب عند مباشرته مهنة الطب أن يكون حسن النية يقصد من عمله نفع المريض فلا يقوم بأعمال يقصد منها تلف عضو من أعضاء المريض أو قتله أو زيادة المرض أو إجراء إكتشاف علمي على المريض دون أن يقصد علاجه فإذا خرج عن ذلك كان مسؤولاً.²

¹ - د.حسان شمسي باشا ود.محمد علي البار، مسؤولية الطبيب بين الفقه و القانون، دار القلم، دمشق، ص40 وص58.

² - د.أحمد شرف الدين، المصدر السابق، ص48-49.

3- أن يعمل طبقاً للأصول الفنية لمهنة الطب أي يكون عمله حسب ما تقرره أصول المهنة وموافقاً للقواعد التي يتبعها أصل الصناعة في مهنة الطب وإذا أخطأ الطبيب في عمله فإنه لا يسأل عن هذا الخطأ إلا إذا كان خطأ فاحشاً وهو ما لا تقره أصول فن الطب ولا يقره أهل العلم بفن الطب.

الضمان الواجب خطئه عند جمهور الفقهاء هو كالأتي: إذا كان مقدار التعويض أقل من ثلث الدية فهو من مال الطبيب أما إذا كان الثلث أو أكثر فيجب على عاقلة الطبيب وإن لم تكن للطبيب عاقلة فهو من مال أو من بيت المال (يقابله التأمين ونقابة الأطباء في الوقت الحالي).

4- أن يحصل على إذن المريض أو من يقوم مقامه ولا شك أن الذي يقرر قبول التداوي والعلاج من عدمه هو المريض ذاته أو وليه إذا كان ناقص الأهلية أو معدومها ويتسنى من ضرورة الحصول على إذن المريض أو وليه الحالات العاجلة التي تتطلب تدخلاً طبياً أو جراحياً سريعاً لإنقاذ حياته بسبب تعرضه للإصابة بحادث أو غيره ولا يمكن الحصول فيها على إذن المريض لفقده الوعي وعدم وجود وليه.¹

وإذا تولد عن عمل الطبيب الحادق تلف النفس أو العضو بعد اجتماع هذه الشروط فلا ضمانه على الطبيب لا في النفس ولا في العضو لأن القاعدة الكلية تقول بأن الجواز الشرعي ينافي الضمان.²

و بغية الالتزام بالإطار العام لممارسة مهنة الطب فقد وضع الأطباء المسلمون أساس الرقابة الطبية على نحو عصري فشرعوا لذلك نظاماً حددوا فيه الأركان التي يجب أن يدور عليها علاج الطبيب وتدبيره وهي:

- حفظ الصحة الموجودة

- رد الصحة المفقودة بحسب الإمكان

¹ - د. محمد علي البار، المصدر السابق، ص 69.

² - د. عبد الستار أبوغدة، المبادئ الشرعية للتطبيق و العلاج، المصدر السابق ص 11-12.

- إزالة العلة أو تقليلها بحسب الإمكان

- إحتمال أدنى المفسدتين لإزالة أعظمها

- تفويت أدنى المصلحتين لتحصيل أعظمها.¹

وأناطوا تطبيق ذلك بالمحتسب في ديوان الحسبة الذي كان إضافة إلى واجباته الأخرى في مراقبة مرافق الدولة، يقوم بمراقبة الصحة العامة والسلوك المهني للأطباء والصيادلة ويقوم المحتسب وهو كبير الأطباء أيضا باختبارهم ومنحهم إجازة الممارسة بعد أداء القسم الطبي أمامه و كان له حق حجب الإجازة ممن يجد منه تقصيرا أو عجزا وتحميل المقصر مسؤولية فعلته.²

وكان للمحتسب أن يمتحن الأطباء بما ذكره حنين ابن إسحاق في كتابه المعروف محنة الطبيب لجالينوس وأما الكحالون فيمتحنهم المحتسب بعشر مقالات في العين من كتاب حنين ابن إسحاق أما المجبرون فلم يكن يحل لأحد منهم بالتصدي للجبر إلا بعد أن يحكم معرفه المقالة السادسة من كناش بولص (الاجانيطي) في الجبر وأما الجرائحيون فيجب عليهم كتاب جالينوس المعروف باسم بقاطا جانس في الجراحات والمراهم وأيضا كتاب الزهراوي في الجراحة وهكذا نجد بأن أصل الحسبة يدققون جدا في صفات الطبيب والصيدلي والكمال (طبيب العين) ولا يأذنون لهم بالعمل وممارسة المهنة إلا بعد أن يمتحنوهم بواسطة أهل الخبرة والفن في كل نوع وكل حسب تخصصه في بابه.³

وكان المحتسب في العصور الوسطى يأخذ عليهم عهد أبقراط حيث قام المسلمون بتعديل القسم لإزالة الشريكات والقسم بآلهة اليونان وأسقليبيوس...الخ وجعله قسما بالله سبحانه وتعالى وأبقوا على ما لا غبار عليه وأبقراط هو أكبر وأهم أطباء اليونان وهو واضع القسم المشهور كما أنه هو الذي وضع نظرية الإخلاط ويتبعه في ذلك جالينوس الذي أتى بعده و سار على نهجه.

¹ - د. محمود الحاج قاسم محمد، المصدر السابق، ص143.

² - د. محمد علي البار، المصدر السابق، ص40-41.

³ - د. محمد علي البار، المصدر السابق، ص40-41.

وكان المحتسب يأخذه على سائر الأطباء ويجعلهم ألا يعطوا دواءً مضرًا ولا يركبوا سمًا ولا يصنعوا السمائم عند أحد العامة ولا يذكروا للنساء الدواء الذي يسقط الأجنة ولا للرجال الدواء الذي يقطع النسل وليغضوا أبصارهم على المحارم عند دخولهم على المرضى ولا يفشوا أسرارهم ولا يهتكوا الأستار.

وبعد نظام الحسبة في الإسلام من النظم الرائعة التي طبقت للحفاظ على المصلحة العامة وكان من نتائج نظام الحسبة في المجال الطبي وأن منع دخول الأطباء الذين يدعون مهنة الطب ويجهلون بها كالعرايين والمشعوذين إلا ميدان الطب كيلا يضرُوا بالناس ويغرروا بالمرضى ويهموهم بأنهم أطباء وهم لا يعرفون شيئاً عن الطب.

المطلب الرابع

واجبات الطبيب

إن من قواعد الإسلام العناية بالإنسان والرفق به بوصفه بنيان الله الذي أنشأه هو خلقه في الأرض وأمره بإعمارها لعبادته فيها والأعمال في عمومها والعبادة في خصوصها أفعال تتطلب نفوساً مستقيمة في سلوكها وأفعالها سواء من قبل أصحابها اتجاه أنفسهم أو اتجاه غيرهم من جنسهم ذلك أن النفس كينونة تصدر عنها الأفعال الحسنة كما تصدر عنها السيئة إن مهنة الطبيب من أشرف المهن وما يقوم به الطبيب من مداواة للمرضى وإسعاف الجرحى يعد من باب الفضائل والإحسان التي يجازي الله أصحابها بأحسن ما يجزون به ويقع على عاتق الطبيب اتجاه المريض عدة واجبات استنبطها الفقهاء المسلمون من روح ومبادئ الشريعة الإسلامية وقد تم ترجمتها إلى باب خاص بواجبات الطبيب في وثيقة دولية تسمى الميثاق العالمي للأخلاقيات الطبية والصحة وهذه الواجبات تشكل بالمقابل حقوقاً للمريض تجاه طبيبه ويمكن إجمالاً تأكيدها فيما يلي:

الفرع الأول

احترام المريض وضمان خصوصيته ورعايته

على الطبيب أن يحسن الاستماع لمعاناة مريضه لفهم ما يتألم به وأن يحسن معاملة جميع مرضاه ويساوي بينهم في الرعاية الصحية دون تمييز بسبب تباين مراكزهم الأدبية والاجتماعية أو شعوره الشخصي نحوهم أو الانتماء الديني أو العرقي أو الجنس وعليه تجنب التعالي على المريض أو النظرة الدونية أو الاستهزاء أو السخرية به مهما كان مستواه العلمي أو الاجتماعي فكلما زاد الطبيب تواضعًا كلما ازداد علمًا ونجاحًا في عمله، فيقول الإمام الرازي <حوأعلم أن التواضع في هذه الصنعة زينة وجمال>¹.

كما أنه عليه أن يراعي الرفق بالمريض عند الفحص وأن يتجنب مسه وإلحاق الألم به إذا لم تكن هناك ضرورة وألا يجرح مشاعره كما عليه أن يستخدم مهاراته في طمأنه المريض وتخفيف ألأمه وفي ذلك يقول صلى الله عليه وسلم << بشروا ولا تنفروا ويسروا ولا تعسروا>> لأن تفريج نفس المريض وتطبيب قلبه وإدخال ما يسره عليه له تأثير كبير في شفاء علته وخفتها وهنا يقول صلى الله عليه وسلم <<إذا دخلتم على المريض فنفسوا له في الأجل فإن ذلك لا يرد فشيئًا ويطيب نفسه>>².

ضف إلى ذلك فإن الطبيب المسلم مسؤول عن الحفاظ على عورة المريض فلا يحل للطبيب أن يكشف أو يحبس من جسم المريض ما لا حاجة له، فلا يجدر للطبيب الاطلاع على عوره المريض إلا بالقدر الذي تقتضيه عملية الفحص والتشخيص والعلاج وبعد الاستئذان من المريض.

وعليه أن يتقي الله في مرضاه، وأن يحترم عقيدة المريض ودينه وعاداته أثناء عملية الفحص والتشخيص والعلاج وأن يحرص على عدم ارتكاب أيه مخالفات شرعية مع مرضاه.³

¹ - عبد الله محمد الجبوري فقه الطبيب و أدبه في منظور الاسلام مجلة الحكمة العدد 25 ص 14.

² - د. زهير أحمد السباعي و د. محمد علي البار، المصدر السابق، ص 27-28.

³ - د. حسان شمسي باشا و د. محمد علي البار، المصدر السابق، ص 27-28.

وجاء في مغني المحتاج للشافعية >> وأما عند الحاجة فالنظر والمس مباحان لقصد وحجامة وعلاج ولو في فرج للحاجة الملجئة إلى ذلك لأن في التحريم حينئذ حرجاً فللرجل مداواة المرأة وعكسه وليكن ذلك بحضور محرم أو زوج.¹

وعلى الطبيب أن يبذل ما في وسعه لعلاج مرضاه وأن يعمل على تخفيف ألامهم بكل ما يستطيعه هو ما يحتاج له من وسائل علاجية ونفسية ومادية بإشعار المريض بحرصه على العناية به ورعايته وأن يقوم بتسجيل الحالة الصحية للمريض والسيرة المرضية الشخصية والعائلية الخاصة به وذلك قبل الشروع في التشخيص والعلاج.

وعليه أيضاً التزام الدقة في الفحص الطبي والتشخيص ووصف العلاج كتابة وبخط واضح مع تحديد مقاديره.

وللأطباء المسلمين القدامى آراء سديدة في بيان مدى الرعاية التي يجب أن يقدمها الطبيب لمريضه وتحميله المسؤولية إذا ما قصر في عمله فعلى سبيل المثال إذا دخل الطبيب على مريض أن يسأله عن سبب مرضه وعما يجد من الألم ويعرف السبب والعلامة والنبض والقارورة أي فحص البول ثم يرتب له قانوناً أي وصفة طبية مكتوبة من الأشرية وغيرها ثم يكتب نسخة بما ذكره له المريض وبما رتب له في مقابلة المرض ويسلم نسخته لأولياء المريض بشهادة من حضر معه عند المريض، فإذا كان من الغد حضر ونظر إلى دائه وسأل المريض ورتب له قانوناً على حسب مقتضى الحال وكتب له نسخة وسلمها إليهم وفي اليوم الثالث كذلك وهكذا إلى أن يبرأ المريض أو يموت فإذا برئ المريض أخذ أجرته وكرامته وإن مات حضر أولياؤه عند الحكيم المشهور وعرضوا عليه النسخ التي كتبها لهم الطبيب فإذا رأى مقتضى الحكمة وصناعة الطب من غير تفريط ولا تقصير من الطبيب أعلمهم وإذا رأى الأمر بخلاف ذلك قال لهم >> خذوا ديه صاحبكم من الطبيب فإنه هو الذي قتله بسوء صناعته وتفريطه<<.²

¹ د. عبد الله محمد الجبوري، المصدر السابق، ص 47-48.

² عبد الرحمان بن نصر الشيرازي، نهاية الرتبة في طلب الحسبة، ط2، تحقيق د. السيد الباز العريني، دار الثقافة، بيروت، 1981، ص 89.

وعلى الطبيب أن يحرص على إجراء الفحوص اللازمة للمريض دون إضافة فحوص لا تتطلبها حالته المرضية وأن يتمتع عن استخدام طرق تشخيصية أو علاجية غير معتمدة أو متعارف عليها أو غير معترف بها علمياً فالإسلام يحث الطبيب على أن يحذق في صناعته ويتقنها لقوله صلى الله عليه وسلم << من تطبب ولم يعلم منه طب فهو ضامن >> وعليه فحذق الطبيب لعمله وإتقانه لعمله واجب وهو مسؤولية وعليه أن يعطيها حقها.¹

الفرع الثاني

موافقة المريض على العلاج وتبصيره والمحافظة على أسرار

إن معالجة المريض لا يمكن أن تكون دون موافقته أو دون رضاه ما عدى في الحالات التي تتطلب تدخلاً طبياً طارئاً ويتعذر منها الحصول على الموافقة لأي سبب كان أو إذا كان مرضه معدياً أو مهدداً للصحة أو السلامة العامة، ويتحقق رضاء المريض بموافقته الشفهية أو الصمتية إذ كان كامل الأهلية ويعد رضا المريض على العلاج حقا من حقوق المريض بإحدى الشروط العامة لإباحة عمل الطبيب في علاج المريض كما يتعين على الطبيب تبصير مريضه و تحري الصدق في إخبار المريض ومن ينوب عنه بالحالة الصحية وأسبابها ومضاعفاتها وفائدة الإجراءات التشخيصية والعلاجية وتعريفهم بالبدائل المناسبة للتشخيص أو العلاج بأسلوب إنساني لائق وبسيط وواضح وذلك بالقدر الذي تسمح به حالة المريض الجسمية والنفسية.

وتؤكد التعاليم الإسلامية على التلطف بالمريض والرفق به في التعريف بمرضه مراعاة لحالته النفسية والثقافية حيث يقول صلى الله عليه وسلم << أمرنا أن نكلم الناس على قدر عقولهم >> كما وتحبب إظهار التفاؤل أمام المريض ومحاولة تطمينه ورفع معنوياته وعدم التصريح بخطورة مرضه وإعلام ذلك إلى ذويه المقربين وفي ذلك يقول صلى الله عليه وسلم << إذا دخلتم على المريض فنفسوا له في الأجل فإن ذلك لا يرد شيئاً وهو يطيب نفس المريض >>.

¹- د. زهير أحمد السباعي ود. محم علي البار، المصدر السابق، ص 111 و 112.

ويقول صلى الله عليه وسلم >> بشروا ولا تنفروا وسيروا ولا تعسروا>> لأنه عندما يبعث الطبيب الطمأنينة في نفس المريض فإن ذلك يساعده على سرعة البرء من مرضه فالطمأنينة والسكينة يشدان من عزيمة المريض ويرفعان روحه المعنوية ويقول ابن القيم في هذا الصدد >>وقد علم أن الأرواح متى قويت قويت النفس والطبيعة تعوناً على دفع الداء وقهره>>¹.

فالإسلام هنا لا يضع حدوداً ضيقة ولا يضع مواقف صلبة وإنما يطالب الطبيب أن يتصف بالحكمة وأن يتعامل مع كل حالة بحسب ما تتطلبه كما على الطبيب أن يحفظ أي معلومة تصل إلى علمه من خلال ممارسته لمهنته وروح الشريعة الإسلامية تؤكد على حماية حق المريض في أن يصون الطبيب سره الذي إنتمنه عليه لقوله صلى الله عليه وسلم >>المستشار مؤتمن>>.

ولكن إذا كان المريض مصاباً بمرض معد وبخشي أن ينتقل إلى زوجته أو سائر أفراد أسرته أو مجتمعه فإن الضرر المتوقع بإصابته الأبرياء أعظم من الضرر الذي ينال المريض نفسه ببيان حاله وحينئذ يبقى على الطبيب البيان إن سئل عن ذلك أو إقتضته الحال²، وهنا يقول الإمام الرازي في إحدى نصائحه الموجهة إلى أحد تلامذته >>وأعلم يا بني أنه ينبغي على الطبيب ان يكون رفيقاً بالناس حافظاً لغيبيهم كتوما لأسرارهم سيما أسرار مخدومه فإنه ربما يكون بعض الناس من المرض من أخص الناس به مثل أبيه وأمه وولده وإنما يكتمنونه خصوصيتهم ويفشونه إلى الطبيب ضرورة>>³.

فهذه أهم الواجبات الملقاة على عاتق الطبيب على مريضه فمن حق المريض وفقاً للشريعة الإسلامية أن يحترم من قبل طبيبه ويعامل معاملة حسنة وجيدة ودون أي تمييز بين مريض وآخر ولأي سبب كان كما من حقه أن تحترم خصوصيته وعقائده الشخصية بأن يتم علاجه وفقاً لأصول الطب العلمية المتعارف عليها بعلم الطب وأن لا يتم علاجه إلا بعد إبداء

¹ - ابن القيم الجوزية، المصدر السابق، ص 96-117.

² - محمود الحاج قاسم، السلوك الطبي الإسلامي، الجمعية الطبية الإسلامية، الموصل، العراق، 2004، ص 27.

³ - د. زهير أحمد السباعي ود. محمد علي البار، المصدر السابق، ص 115.

موافقته على العلاج بعد تبصيره بطبيعة مرضه والحلول اللازمة لعلاجهِ وأخيراً فإن من حق المريض على طبيبه حفظ أسرارهِ الطبية والشخصية وكنمانها ومن هنا فالشريعة أبدت إهتماماً واضحاً لحقوق المريض والحماية التي قدمت له كانت واقية بالنسبة لتلك الحقبة.

المبحث الثاني

حقوق المريض في المواثيق الدولية

بالرجوع إلى الاتفاقيات الدولية نجد بأن أغلب الاتفاقيات التي وردت في مجال حقوق الإنسان بوجه عام قد تضمنت مواداً لحماية حق الحياة والكرامة الإنسانية وكذلك حماية أمن وسلامة جسد الإنسان وصحته بما في ذلك منع تعذيب الإنسان والاعتداء على جسده وأيضاً وجدنا اتفاقيات إقليمية تضمنت مواداً مماثلة وتعد هذه المواد مبدأ عام يمكن أن نسترشد بها لاستنباط حقوق المريض منها.

كما وردت اتفاقيات أخرى وهي محدودة متخصصة في مجال الطب فالبعض منها يقدم الحماية المباشرة لحقوق المريض حيث يبين حقوق والتزامات المريض والأشخاص العاملين في مجال الطب والآخر يقدم الحماية العامة للأشخاص الخاضعين للإجراءات الطبية وأخرى تقدم حماية خاصة لنوع معين من الإجراءات الطبية.

المطلب الأول

الاتفاقيات الجهوية والإقليمية

الفرع الأول

الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحة

إن من الأمور التي لا جدال فيها ضرورة تحقيق العدالة والمساواة قدر الإمكان في توزيع الموارد الصحية على أفراد المجتمع وفي إتيانهم الرعاية الوقائية والعلاجية من دون أدنى

تميز بينهم بسبب الجنس أو العرق أو العقيدة أو الانتماء السياسي أو بسبب اعتبار أي اعتبار اجتماعي أو قضائي أو غير ذلك من الأسباب وهو ما يعبر عن الشعار المشهور لمنظمة الصحة العالمية << تحقيق الصحة للجميع >>، ومن المبادئ الإسلامية السمحاء في المجال الطبي مبدأ لا ضرر ولا ضرار وهذا المبدأ نص حديث شريف صحيح وجامع يراد به عدم جواز الإضرار بالنفس أو بالغير أو بأي شكل من أشكال ولا تخفي أهميه هذا المبدأ في المجال الصحي ولا سيما من حيث عدم جواز إقدام الطبيب أو غيره من أرباب المهن الصحية على تعريض المريض أي إجراء تشخيصي أو علاجي يكون من شأنه تعريض المريض إلى أي إجراء تشخيصي أو علاجي يكون من شأنه تعريضه إلى الضرر أو الخطر.

ومن هنا نجد أن الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية ومن خلال مواده 108 أعطى تأطير تأمل لأهل المجالات الخاضعة للتطبيق وعلاقة الطبيب بالمريض وواجباته حيث تناول الباب الأول لأخلاقيات الطبيب أين تم وضع أطر عمل وأخلاقيات يجب أن يتحلى بها الطبيب إزاء مريضه خاصة ما تعلق منها بالاستماع إليه وتفهم معاناته واحترام كرامته والمساواة في المعاملة بين جميع المرضى وأن يستخدم كل الوسائل العلمية المتاحة لمداواة المريض وتحري الصدق والمصادقية في إخطار المريض أو من ينوب عنه بحالته الصحية والاستعانة بأي طبيب لتقديم يد المساعدة وهذا حتى يحقق أهم واجب وهو بذل كل الجهد لتعافي المريض واحترام إرادته ورضاه في بروتوكول العلاج الذي أعد له وإطلاعه به وتنقيفه بمرضه حتى يكون على دراية بما يعاني منه ويحضره نفسياً للعلاج.

وقد تطرق الميثاق كذلك من خلال الباب الثالث إلى السر المهني حيث لا يجوز البوح بما وصل إلى علم الطبيب من معلومات حول مرض الشخص الذي يعالج لديه إلا إذا أباح المريض ذلك لإخطار أهله أو من هو أقرب إليه.

وفي الباب الرابع تطرق الميثاق إلى واجبات الطبيب اتجاه المجتمع من خلال مساهمته الفعالة مع عناصر تعزيز الصحة والوقاية والمساهمة في تحسين الخدمة الطبية ومساهمته في حاله تبوئه لمنصب مسؤولية في سن في سن الأنظمة ورسم السياسات الصحية وحل المشكلات الصحية.

كما عليهم المساهمة في توظيف ما لديهم من خيارات مهنية للمشاركة في عملية اتخاذ القرارات الخاصة بتوزيع الموارد الطبية المحدودة أو ترشيد استهلاكها وهو ما نوه عنه الباب الخامس من الميثاق.

ومن جانب آخر نوه الباب التاسع من الميثاق بحقوق الطبيب الذي على المجتمع أن يوفر كل وسائل التدريب والتأهيل العلمي التي تمكنه من أداء عمله بكل أريحية من خلال استفادته من فرص التعليم والتدريب الطبي المستمر وأن يحضى بمعاملة تليق بما يقوم به من عمل إنساني وفي الباب العاشر نوه الميثاق إلى واجبات الطبيب اتجاه مهنته والتي تتمحور خاصة في المحافظة على شرف المهنة والالتزام بمعايير مزاولته وأن يتجنب الطبيب اتجاه المريض بكل ما يخل بأمانته ونزاهته وكل ما من شأنه الإساءة لمهنة الطب وأن لا يخسر ثقة المريض وأن لا يعرض صحة مرضاه في حالة إصابته بأي من الأمراض المعدية وأن لا يستغل مهنته من أجل الترويج والإشهار للأدوية أو القيام باستشارات طبية في مجال تجارته.

ومن خلال كل هذا يتضح أن الميثاق هو تكريس للمكانة الكبرى التي كان يخصصه العلماء للطب حتى قال سلطان العلماء العز بن عبد السلام في كتابه قواعد الأحكام في مصالح الأنام فان الطب كالشرع، وضع لجلب مصالح السلامة والعافية ولدرء مفسد المعاصي

والأسقام والذي وضع الشرع هو الذي وضع الطب، فإن كل واحد منهما موضوع لجلب مصالح العباد ودرء مفاسدهم.¹

ومن أجل ذلك يقول صلى الله عليه وسلم فيما رواه أبو نعيم >> من تطيب ولم يكن بالطب معروفا فأصاب نفساً فما دونها فهو ضامن<<.²

ونظام الحسبة الذي هو من عبقریات ما ابتكرته هذه الأمة هو نظام ضمان الجودة بمعناه الواسع والشامل والكامل وقد تطبيقه منذ عهد الخلافة الراشدة بل إن أول محتسب في الإسلام كان سيدة اسمها الشفاء ولاها الخليفة عمر بن الخطاب رضي الله عنه السوق ثم تواصل نظام الحسبة اكتمالا واتساعا وكان من أهم وظائف المحتسبين مراقبة الأطباء.

ولا تكاد ترى كتاباً في الطب إلا مشتملاً على أخلاقيات هذه المهنة الشريفة ومثال ذلك ما أورده صلاح الدين بن يوسف الكحال الحموي (الكحال طبيب العيون) قبل سبعة قرون في كتابه "نور العيون وجامع الفنون" وهو كتاب في طب العيون يوصي كل تلميذ من تلاميذه يأخذ عنه صناعة الطب ب>> وأعلم أن هذه الصناعة منحة من الله تعالى يعطيها لمستحقها لأنه يصير واسطة بين المريض وبين الحق سبحانه وتعالى في طلب العافية حتى تجري على يديه فتحصل له الحرمة الجزيلة من الناس ويمثل عندهم ويشار إليه في صناعته ويطمأن إليه فيما يعتمد به وفي الآخرة الأجر والمجازاة من رب العالمين لأن النفع المتعدي لخلق الله عظيم خصوصاً للفقراء المحتاجين العاجزين مع ما يحصل لنفسك من كمال الأخلاق وخلق الكرم والرحمة فيجب عليك حينئذ أن تلبس ثوب الطهارة والعفة والنقاء والرفقة ومراقبة الله تعالى وخاصة في عبورك على حريم الناس كتوماً على أسرارهم، محباً للخير والدين مكباً على الأشغال في العلوم تاركاً للشهوات البدنية، معاشراً للعلماء، مواظباً

¹ - د. أمجد زاده، قصور الطب، دار الاكرام، 1989، ص18.

² - د. أمجد زاده، المصدر السابق ، ص20.

للمرضى، حريصاً على مداواتهم، متحلياً في جلب العافية إليهم وإن أمكنك أن تؤقر الصنعاء من مالك فافعل>>¹.

وقد كانت هذه الحكمة جامعة وشاملة لحقوق وواجبات الطبيب وهو ما يبين عظمة هذه الأمة التي كانت سباقة في العلوم والأخلاق عن باقي الأمم بمئات السنين وهذه الحكم والأخلاق السامية تم تجميعها وتجسيدها بنسبة عالية في هذا الميثاق الإسلامي الذي جمع بين سماحة الدين والخلق الإسلامية والرفقة والشفقة بالضعيف في أجل صورته وهو المريض دون الإخلال بحقوق الطبيب الطبيعية من أجل ضمان خدمة طبية راضية تلبيق بنبل هذه المهنة.

الفرع الثاني

الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب لعام 1981

نصت المادة 04 منه على أنه لا يجوز انتهاك حرمة الإنسان ومن حقه احترام حياته وسلامته الشخصية والبدنية والمعنوية ولا يجوز حرمانه من هذا الحق تعسفاً.

كما تضمن الميثاق مواداً في مجال الصحة حيث نصت المادة 16 منه على أن لكل شخص الحق في التمتع بأفضل حالة حاله صحية وبدنية وعقلية يمكنه الوصول إليها مع تعهد الدول الأطراف في هذا الميثاق باتخاذ التدابير اللازمة لحماية صحة شعوبها وضمان حصولها على العناية الطبية في حالة المرض.

وهذا وقد أكدته المادة 18 منه على حماية الأسرة من قبل الدولة وهذا الميثاق صدر عن الدول الأعضاء في منظمة الوحدة الإفريقية وتمت إجازة هذا الميثاق بواسطة مجلس الرؤساء الأفارقة في دورته العادية رقم 18 بنairobi بكينيا في جوان 1981 .

¹ - د. أحمد زاده، المصدر السابق، ص98.

غير أنه ما يلاحظ إفريقيا أن الدول الأعضاء في منظمة الوحدة الإفريقية لم تذهب بعيدا في مجال حماية حقوق الفرد من الجانب الصحي رغم أن إفريقيا تعد القارة الأكثر تضرراً من الناحية الصحية وشعوبها تعد من الشعوب التي كل أنواع الأمراض الفتاكة أتت على أغلبها ومن هنا نجد أن المنظومة الصحية لهاته البلدان من بين الأضعف والكارثي عالميا وهو ما كان له أثر بالغ في نفسي الأمراض التي كانت من الماضي وعانت منها الشعوب من عدة قرون كالمalaria وهي أمراض كان بالإمكان تفاديها بمجرد تلقي لقاحات مضادة لهذه الأوبئة غير أن عزوف المشرعين عن إيجاد بدائل تشريعية علمية لمجابهة هاته الأمراض وصيانة حقوق الفرد في المجال الصحي والاكتفاء بالمساعدات الطبية والإنسانية من المنظمات الإنسانية العالمية في هذا المجال كالطبيب الأحمر الدولي ومنصة صفحة بلا حدود هو ما أثر على تدهور مستمر وخطر للصحة في هاته البلدان بل وخرق وردم لأدنى حقوق للمريض كإنسان من حقه أن تضمن له السلطات أدنى الضمانات الطبية.

الفرع الثالث

الاتفاقيات والمواثيق الأوروبية

لقد أشارت الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان اتفاقية حقوق الإنسان في نطاق مجلس أوروبا لسنة 1950 التي عقدت في روما بتاريخ 4 نوفمبر 1953 والتي تم تعديلها في وفقاً لقواعد البروتوكول رقم 3 الذي بدأ العمل به في 21 ديسمبر 1970 والبروتوكول رقم 05 الذي بدأ العمل به في 20 ديسمبر 1971¹، وهذا من خلال المادة 02 الفقرة الأولى إلى حماية حق الإنسان في الحياة أما المادة 05 منه فقد أكدت على حق الإنسان في الحرية والأمن الشخصي وأجازت الفقرة هذه منه حجز الأشخاص طبقاً للقانون واستثناءً وذلك لمنع انتشار مرض معد وأجازت كذلك حجز الأشخاص ذوي الخلل العقلي وهذه الفقرة تقدم الحماية لجسد

¹ - د. محمود شريف بسيوني، المعاهدات الأوروبية لحماية حقوق الإنسان، ط1، دار العلم للملايين، بيروت لبنان، 1989، ص15 و ص44.

الإنسان وفي الوقت نفسه تقدم الحماية لصحة المجتمع عندما تقيد حرية الأفراد منعاً للانتشار الأمراض المعدية وعندما تجيز الأشخاص ذوي الخلل العقلي فإنها تحمي الشخص المريض نفسه من خلال منعه من إيذاء نفسه وتقديم العلاج اللازم له وفي الوقت نفسه تحمي الآخرين أيضاً من الإيذاء الذي قد يصدر منه.

واعتبرت هذه الاتفاقية حماية الصحة من ضمن القيود القانونية التي ترد على حرية الأشخاص في إعلان ديانتهم أو معتقداتهم وفي الاجتماعات السلمية وتكوين الجمعيات وذلك في الفقرة الثانية من المادتين 9 و 11 منها حيث نصت المادة 09 الفقرة 02 على أن حرية الإنسان في إعلان ديانته أو عقيدته تخضع فقط للقيود المحددة في القانون والتي تكون ضرورية في مجتمع ديمقراطي لصالح أمن الجمهور وحماية النظام العامل والصحة العامة والآداب أو لحماية حقوق الآخرين.

غير أن ميثاق الحقوق الأساسية للاتحاد الأوروبي لعام 2000 كان معالجته لحقوق المريض بأكثر تبصر وتعمق حيث أن هذا الميثاق يعد من أهم المواثيق الإقليمية في مجال صحة الإنسان وحقوق المريض حيث أنه بالإضافة إلى نصه على حق الإنسان في الحياة فقد خصص المادة الثالثة الفقرة الثانية منه إلى حق الشخص في سلامته البدنية والعقلية على حقوق الإنسان في مجال الطب وعلم الأحياء حيث جاء فيها ما يلي: >> في مجال الطب وعلم الأحياء يجب احترام ما يلي على وجه الخصوص:

- الموافقة الحرة المعلومة للشخص المعني طبقاً للإجراءات التي يضعها القانون
- حظر الممارسات التي تتعلق بتحسين النسل وخاصة تلك التي تهدف إلى انتقاء الشخص
- حظر جعل للجسم الإنسان وأجزائه مصدراً للكسب المالي
- حظر الاستتساخ التناسلي البشري

وعليه يتضح من هذه المادة بأن الموافقة الحرة تشير إلى حق المريض في الرضا عن الأعمال الطبية التي تجرى له كما تضمنت هذه الفقرات حماية جسد الإنسان وذلك عن طريق حظر جعل جسم الإنسان وأجزائه مصدرا للكسب المالي مما يقتضي الالتزام بعدم جواز بيع الإنسان لأعضائه البشرية إلا التبرع بها لأغراض إنسانية وعلاجية كما نصت عليها القوانين الوضعية لأغلب دول العالم.

بالإضافة إلى ما تقدم فقط خضعت المادة 35 من الميثاق لحق كل إنسان في الحصول على الرعاية الصحية والوقائية والحق في الاستفادة من العلاج الطبي وكفالة مستوى عال من حماية صحة الإنسان في تحديد وتنفيذ كافة سياسات وأنشطة الإتحاد.

كما أكدت المادة 34 منه على احترام الحق في إعانات الضمان الاجتماعي والخدمات الاجتماعية التي تتوفر في حالات منها الأمومة والمرض وإصابات العمل...الخ

الفرع الرابع

الاتفاقية الدولية والإعلان الأمريكي لحقوق الإنسان

تعتبر الاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان الصادرة عن منظمة الدول الأمريكية بموجب القرار رقم 30 الذي اتخذته المؤتمر الدولي التاسع للدول الأمريكية في 1948 من الاتفاقيات المهمة ذات البعد الدولي في مجال حماية الحقوق الإنسانية غير أنه لم يرد حق الإنسان في الصحة في هذه الاتفاقية وإنما ورد فيها فقط مبدأ عام وحق الإنسان في الحياة حيث نصت المادة 04 الفقرة الأولى منها على أنه لكل إنسان الحق في أن تكون حياته محمية، هذا الحق يحميه القانون وبشكل عام منذ لحظة الحمل ولا يجوز أن يحرم أحد من حياته بصورة تعسفية.

إلا أن حق الإنسان في الصحة قد ورد في البروتوكول الإضافي للاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان في مجال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية حيث أشار بروتوكول سان

سلفادور الصادر عن منظمة الدول الأمريكية رقم 69 الصادر في 1988 والذي دخل حيز التنفيذ في 16 نوفمبر 1999 إلى هذا الحق حيث خصص المادة 10 منه فقرة أشارت فيه لحق كل شخص في الصحة أي التمتع بأعلى مستوى من الرفاهية البدنية والعقلية.¹

ومن أجل ضمان ممارسة الحق في الصحة فقد أوجبت الاتفاقية الدول للأطراف بالاعتراف بالصحة كمصلحة عامة واتخاذ إجراءات عديدة في هذا المجال كالتطعيم العام ضد الأمراض المعدية الرئيسية والوقاية من الأمراض المستوطنة والمهنية وعلاجها وتوعيه السكان بالوقاية والعلاج والوفاء بالاحتياجات الصحية للمجموعات التي تتعرض للإخطار وخاصة الذين يتعرضون للإخطار بسبب الفقر.

أما الإعلان الأمريكي لحقوق الإنسان وواجبات الإنسان لسنة 1948 الصادر عن منظمة الدول الأمريكية بموجب القرار رقم 30 الذي اتخذته المؤتمر الدولي التاسع للدول الأمريكية في 1948 فقد نصت في المادة الأولى منه على أنه لكل إنسان الحق في الحياة والحرية وسلامة شخصه أما المادة 11 منه فقد أكدت على أن لكل شخص الحق في المحافظة على صحته عن طريق الإجراءات الصحية والاجتماعية التي تتعلق بالغذاء والملبس والإسكان والرعاية الطبية إلى الحد الذي تسمح به الموارد العامة وموارد المجتمع.

الفرع الخامس

المواثيق العربية

وقد أشار الميثاق العربي لحقوق الإنسان لسنة 1945 والذي أعد في إطار جامعة الدول العربية عام 1945 في مادته الثالثة منه إلى حق الإنسان في الحياة وسلامة شخصه في

¹ - د. السيد أبو الحيز، نصوص المواثيق و الاعلانات و الاتفاقيات لحقوق الانسان، ط1، ايتراك للنشر والوزيع، مصر، القاهرة، 2005، ص313-328.

حين أكدت المادة 04 الفقرة ب منه على عدم جواز إجراء تجارب طبية أو علمية على أي إنسان دون رضائه الحر.

وبعدها صدر الميثاق العربي لحقوق الإنسان لعام 1997 الذي أعتمد ونشر بموجب قرار مجلس جامعة الدول العربية رقم 5427 المؤرخ في 15 سبتمبر 1997 حيث نص هذا الميثاق الذي سبقه على حق كل إنسان في الحرية وفي سلامة شخصه على أن يحمي القانون هذه الحقوق وذلك في المادة 05 منه.

المطلب الثاني

الاتفاقيات والمواثيق الدولية:

سنتطرق هنا إلى الاتفاقية والمواثيق الصادرة تحت تحت هيئة الأمم المتحدة في جانب أول وفي الجانب الثاني نتطرق إلى المراتب الصادرة تحت هيئة المنظمات الدولية المتخصصة

الفرع الأول

الاتفاقيات والمواثيق الصادرة تحت هيئة منظمه الأمم المتحدة

1) الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر عن الأمم المتحدة 1948

أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة الإعلان العالمي لحقوق الإنسان بقرارها رقم 217 في دورة انعقادها الثالثة بتاريخ 10 ديسمبر لسنة 1948.

لطالما كانت حماية الإنسان وسلامة جسده وصحته هي محور اهتمام الاتفاقيات الدولية المعنية بحقوق الإنسان وفي مقدمتها الإعلان العالمي لحقوق الإنسان حيث ورد حق الفرد في الحياة والحرية والسلامة الشخصية في المادة 03 منه كما أشارت المادة 25 الفقرة الأولى منه إلى حق كل شخص في مستوى من المعيشة كافٍ للمحافظة على الصحة والرفاهية له ولأسرته يتضمن ذلك التغذية والملبس والسكن والعناية الطبية وتأمين معيشتهم

في حالات المرض والعجز وقد أكدت الفقرة الثانية من نفس المادة على أن الأمومة والطفولة الحق في مساعدة ورعاية خاصتين.

وتعد هذه المادة المرجع الدولي الرئيس للقوانين الوضعية وبخاصة الصحية منها في دول العالم والاتفاقيات الدولية التي تلتها والتي يستمد منها حق الإنسان في الصحة بوجه عام وحقوق المريض بوجه خاص.

وأخيراً فقد نصت المادة 05 منه على أنه >> لا يعرض أي إنسان للتعذيب ولا للعقوبات أو المعاملات القاسية أو الوحشية أو الحاطة بالكرامة << وفي هذه المادة حماية لسلامة جسد الإنسان من الإيذاء والاعتداء بدون وجه حق.

(2) العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والتعاقدية الصادرة عن الأمم المتحدة عام 1966

هذا العهد أعتمد وعرض للتوقيع والتصديق والانضمام بموجب قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 2200 ألف (د-21) المؤرخ في 16 كانون الأول ديسمبر 1966 والذي بدأ النفاذ فيه في 03 كانون الثاني، يناير 1976 وفقاً للمادة 27.

وقد أكد هذا العهد في المادة 12 منه على حق كل فرد في المجتمع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية وذلك من خلال إيراد عدة خطوات يجب أن تتخذ من قبل الدول الأطراف في العهد لتحقيق هذا الحق كالعامل على خفض نسبة الوفيات في المواليد والأطفال والوقاية من الأمراض المزمنة والمتفشية وخلق ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية.

والعناية الطبية في حالة المرض كذلك تضمنها هذا العهد بمادة للحفاظ على صحة العمال حيث أشارت المادة 07 منه إلى حق كل فرد في العمل في ظروف عمل مأمونة وصحية، كما أقرت المادة 11 منه بحق كل فرد في مستوى معيشي مناسب لنفسه ولعائلته بما في

ذلك الغذاء المناسب والملبس والمأكل كما له علاقة مباشرة في تأمين حق الإنسان في الصحة.

(3) العهد الدولي بشأن الحقوق المدنية والسياسية الصادر عن الأمم المتحدة عام 1966

ورد حق الإنسان في الحياة في المادة 6 من هذا العهد حيث جاء في الفقرة الأولى منه على ما يلي: >> لكل إنسان الحق الطبيعي في الحياة ويحمي القانون هذا الحق ولا يجوز حرمان أي فرد من حياته بشكل تعسفي.<<.

أما المادة 07 من العهد فقد نصت على: >> لا يجوز إخضاع أي فرد للتعذيب أو العقوبة أو معاملة قاسية أو غير إنسانية أو مهنية وعلى وجه الخصوص فإنه لا يجوز إخضاع أي فرد دون رضائه الحر للتجارب الطبية أو العلمية.<<.

وتعد هذه الاتفاقية أول تقنين عالمي يؤكد على حماية الجسم البشري من الأضرار التي قد تلحق به أثناء التجارب الطبية والعلمية.

وأعتبر هذا العهد كغيره من الاتفاقيات الأخرى أن حماية الصحة العامة من القيود القانونية التي تفرض على ممارسة الفرد لحقه في التعبير عن ديانته أو معتقداته وحقه في حرية التعبير وحقه في التجمع السلمي وتشكيل النقابات أو الانضمام إليها.

(4) اتفاقية حقوق الطفل CRL لعام 1989

هاته الاتفاقية أقرتها الجمعية العامة للأمم المتحدة في 20 نوفمبر 1989 ودخلت حيز التنفيذ في 02 سبتمبر 1990 حيث ورد حق الطفل في الرعاية الصحية في المادة 24 من الاتفاقية حيث أشارت إلى حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وعدم حرمان أي طفل من حقه في الحصول على الخدمات والرعاية الصحية والعمل على خفض

الوفيات الرضع والأطفال ومكافحة الأمراض وسوء التغذية كما أكدت على كفالة الرعاية الصحية للأمهات وزيادة الوعي الصحي للأبوين وإلغاء الممارسات التقليدية التي تضر بصحة الأطفال وتشجيع التعاون الدولي من أجل تطبيق هذا الحق وبصفة خاصة في الدول النامية.

أما المادة 25 من الاتفاقية فقد خصصت للإهتمام بصحة الطفل الذي تودعه السلطات لأغراض الرعاية أو الحماية أو العلاج.

وقد أكدت المادة 23 الفقرة الثانية منها على ضمان حصول الطفل المعوق على خدمات الرعاية الصحية من قبل الدولة.

وتعد الرعاية الصحية من الحاجات الضرورية والأساسية التي يجب على المجتمع أن يؤمنها لأطفاله لأن الأطفال هم فئة هامة في المجتمع وهم بأمرس الحاجة إلى تقديم الدعم والرعاية الصحية لهم خاصة في حالة مرضهم، فالكفل المريض أيضاً له حقوق كإنسان البالغ المريض ويجب على جميع الأطراف المعنية تأمينها له.

(5) اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة لعام 1979

هذه الاتفاقية اعتمدها الجمعية العامة وعرضتها للتوقيع والتصديق والاهتمام بقرارها رقم 180/34 المؤرخ في 18 ديسمبر 1979، حيث خصصت المادة 12 منها للمساواة بين الرجل والمرأة في الرعاية الصحية فبموجب الفقرة الأولى منها على الدول الأطراف أن تضمن المساواة بين الرجل والمرأة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية ويتطلب ذلك إزالة أي عقبات قانونية واجتماعية يمكن أن تؤدي أي منع النساء من الاستفادة الكاملة من خدمات الرعاية الصحية المتاحة ويعترف في الفقرة 02 منها بأن المرأة تحتاج إلى عناية واهتمام إضافيين أثناء فترة الحمل وما بعد الولادة وتوجب على الدول الأطراف أن تعترف باحتياجات

المرأة كمقدمة ومتلقية للرعاية الصحية في الوقت نفسه، بالإضافة إلى توفير التغذية الكافية لها أثناء الحمل وبعده.

وكل هذه الأمور تهدف إلى حق المرأة والطفل أيضا حتى قبل ولادته في الصحة اللازمة لهما في هذه الفقرة.

ويقدر بأن ما لا يقل عن نصف مليون امرأة يتوفين كل عام لأسباب تتعلق بالحمل والولادة وتحدث معظم هاته الوفيات في البلدان النامية في آسيا وإفريقيا وتنفيذ المادة 12 يعد خطوة أولى أساسية في تخفيض المعدل العالمي لوفيات الأمهات.¹

وفيما يتعلق بالحفاظ على صحة المرأة العاملة فقد أوجبت الفقرتان (هـ، و) من المادة 11 من هذه الاتفاقية على الدول الأطراف اتخاذ كافة التدابير المناسبة للقضاء على التمييز ضد المرأة في ميدان العمل، لكي تكفل لها المساواة في حق الضمان الاجتماعي في حالات المرض والعجز مثلا، وكذلك الحق في إجازة مدفوعة الأجر والحق في الوقاية الصحية وسلامة ظروف العمل بما في ذلك حماية وظيفة الإنجاب.

وتقضي الفقرة الثانية منها بأن تتخذ الدول الأطراف التدابير المناسبة لحظر فصل المرأة من الخدمة بسبب الحمل أو إجازة الأمومة ولإدخال نظام إجازة الأمومة المدفوعة الأجر ولتوفير حماية خاصة للمرأة أثناء فترة الحمل في الأعمال التي يثبت أنها مؤذية لها.

وأخيرا فقد نصت المادة 14 الفقرة الثانية على وجوب توفير التسهيلات الممكنة لحصول النساء الريفيات على رعاية صحية مناسبة

هذه النصوص هي أهم ورد في الاتفاقية في مجال حق المرأة وطفلها أيضا في الصحة والحصول على الرعاية الصحية اللازمة لها وخاصة في فترات الحمل والولادة دون أي تمييز مع الرجل.

¹ - world health organization, maternal mortality,A.Global.Factbook.Geneve.1991.p30.

(6) اتفاقية منع إبادة الجنس البشري (الإبادة الجماعية) والتعاقب عليها لسنة 1948

وتجزم هذه الاتفاقية الأفعال المرتكبة بقصد التدمير الكلي أو الجزئي لجماعة قومية أو إثنية أو عنصرية أو دينية كقتل أعضاء من الجماعة أو إلحاق أذى جسدي أو روحي خطير بأعضاء من الجماعة أو فرص تدابير تستهدف الحول دون إنجاب الأطفال داخل الجماعة وتعاقب عليها ونجد هذه النصوص حماية لحق الحياة وأمن وسلامة الجسد لجماعة معينة من الناس.

وقد اعتمدت وعرضت للتوقيع والتصديق والانضمام بقرار الجمعية العامة للأمم المتحدة 260 ألف (د-3) المؤرخ في ديسمبر 1948.

(7) اتفاقية جنيف 1949

في 1949 أنعقد في جنيف المؤتمر الدبلوماسي لوضع اتفاقية دولية لحماية ضحايا الحرب الذي دعا إليه المجلس الاتحادي السويسري بوصفه راعياً لاتفاقيات جنيف وبعد أربعة شهور من المداولات المفصلة والمعمقة توصل المؤتمر إلى اعتماد الاتفاقيات الأربعة التالية:

- الاتفاقية الأولى: اتفاقية جنيف لتحسين حالة الجرحى والمرضى والقوات المسلحة في الميدان.

- الاتفاقية الثانية: اتفاقية جنيف لتحسين حال جرحى ومرضى وغرقى القوات المسلحة في البحار.

- الاتفاقية الثالثة: اتفاقية جنيف بشأن معاملة أسرى الحرب.

- اتفاقية الرابعة: اتفاقية جنيف بشأن حماية الأشخاص المدنيين وقت الحرب.

لقد وردت أحكام عديدة في هذه الاتفاقيات تقدم الحماية لحياة الإنسان والحفاظ على الصحة العامة للأشخاص في وقت النزاعات المسلحة المختلفة بما فيها حماية حقوق المرضى

والجرحى وقد ورد البعض من هذه الأحكام بصورة مشتركة في الاتفاقيات الأربعة والبعض الآخر منها ورد في شكل خاص.

في هذا الصدد تدعوا المادة 03 المشتركة منه إلى وجوب معاملة الأشخاص الذين لا يشتركون مباشرة في الأعمال العدائية بما فيهم الأشخاص عاجزون عن القتال بسبب المرض أو الجرح، معاملة إنسانية دون أي تمييز ضار يقوم على العنصر أو اللون أو الدين أو المعتقد أو الجنس أو المولد أو الثروة أو أي معيار مماثل آخر ولهذا تحظر أفعال الاعتداء على الحياة والسلامة البدنية وخاصة القتل بجميع أشكاله والتنشويه والمعاملة القاسية والتعذيب كما توصي هذه المادة بجمع الجرحى والمرضى والاعتناء بهم.

هذا وقد خصص الفصل الثاني من الاتفاقيتين الأولى والثانية لحماية الجرحى والمرضى أما الفصل الثالث منهما فقد خصص لحماية الوحدات والمنشآت الطبية أما الفصل الرابع فقد تناول حماية مباني ومخازن المنشآت الطبية وقد عالج الفصل الخامس منهما احترام وحماية وسائل نقل الجرحى والمرضى أو المهمات الطبية.

وفيما يتعلق بالاتفاقية الثالثة فقد خصصت الفصل الثالث من الباب الثالث منها لبيان الشروط الصحية والرعاية الطبية لأسرى الحرب والفصل الرابع لحماية أفراد الخدمات الطبية والدينية الباقين لمساعدة أسرى الحرب.

أما الاتفاقية الرابعة فقد قدمت المادة 16 من الباب الثاني منها الحماية والاحترام الخاصين للجرحى والمرضى وكذلك العجزة والحوامل كما خصص الفصل الثالث من القسم الرابع من الباب الثالث منها الغذاء وملبس المعتقلين بحيث يكفل تقديم وجبة للمعتقلين بشكل يحفظ التوازن الصحي الطبيعي للمعتقلين.

أما فيما يتعلق بالبروتوكولات الملحقين بالاتفاقية فقد تضمن كل منهما باباً خاصاً لتبيان أحكام حماية الجرحى والمرضى المنكوبين في البحار بما فيها حماية الأشخاص المشمولين بالحماية وحماية وسائل النقل الطبي وحماية الأشخاص المفقودين والمتوفين.

الفرع الثاني

الاتفاقيات الدولية المتخصصة

وهنا سنحاول التطرق إلى أهم الاتفاقيات التي خصصت للمجال الطبي لحماية حقوق المريض بوجه خاص

1) إعلان جنيف للقسم الطبي 1948

هذا الإعلان تم تبنيه من قبل الجمعية العامة للجمعية الطبية العالمية في جنيف سويسرا في سبتمبر 1948 وعدل في سنوات 1968 و 1983 و 1994 المنقحة في سنة 2006.¹ بين هذا الإعلان بأن الطبيب الذي يريد أن يصبح عضواً في المهنة الطبية أن يؤدي القسم التالي والالتزامات التالية:

- أتعهد بكل احترام أن أقدم حياتي لخدمة الإنسانية
- أقدم احترامي وتقديري لأساتذتي
- أن أمارس مهنتي وفقاً لضميري وشرفي
- أن أولي صحة المريض الاعتبار الأول
- أن أحافظ على أسرار مريض حتى بعد موته

¹ - أنظر الموقع الإلكتروني: http://en.wikipedia.org/wiki/declarationof_geneva. accessed in: 15/07/2007.

- أن أحافظ بكل ما بوسعي على شرف ومثل أصول المهنة الطبية
- زملائي هم إخوتي وأخواتي
- لن أسمح لأي اعتبارات كالعمر أو المرض أو العوق أو المعتقد أو الديانة أو الأثنية أو الجنس أو الجنسية أو الانتماء السياسي أو العرق أو الشذوذ الجنسي أو الأسس الاجتماعية أو أية عوامل أخرى أن تدخل بين واجبي وبين مريضتي.
- سأحافظ بكل ما بوسعي على صحة الإنسان (سأصون بكل احترام صحة الإنسان)
- لن أستخدم معرفتي الطبية ضد القواعد الإنسانية حتى تحت التهديد.

ونلاحظ بأن هذا القسم يتضمن عدة حقوق للمريض يلتزم بها الطبيب إتجاه مريضه كإتباع أصول المهنة في عمله وحفظ أسرار مريضه وأن يولي صحة المريض الاعتبار الأول وأن يعامل مرضاه معاملة إنسانية وبكل احترام ودون تمييز

2) اتفاقية حماية حقوق الإنسان وكرامة الكائن البشري فيما يتعلق بتطبيق البيولوجيا والطب واتفاقية عن حقوق الإنسان والطب الحيوي لعام 1997

هاته الاتفاقية عقدت من قبل المجلس الأوروبي في 04 أبريل 1997 في مدينة Oviedo الإسبانية.

هاته الاتفاقية تتكون من ديباجه و 38 مادة والغرض منها هو حماية هوية وكرامة جميع البشر وأن تضمن لكل إنسان وبدون أي تمييز احترام جميع الحقوق والحريات الأساسية الأخرى فيما يتعلق بتطبيق البيولوجيا والطب وتعطي الأولوية والاعتبار الأول للإنسان في هذا المجال وتدعو إلى وجوب ترجيح مصلحة الإنسان ومنفعته على مصلحة المجتمع أو العلم وإلى ضرورة الحصول العادل للرعاية الصحية المناسبة للجميع وتؤكد على أخذ رضا المريض عن الأعمال الطبية التي تجرى له وكذلك حماية الأشخاص غير القادرين على

التعبير عن الرضا وقد خصصت الاتفاقية الفصل الرابع منها للجين البشري والفصل الخامس منها للبحث العلمي أما الفصل السادس فخصص لزراعة الأعضاء البشرية وعدم جواز جعلها سببا للكسب المادي، أما الفصل الثامن مخالفة أحكام هذه الاتفاقية وتقديم الحماية المناسبة لوضع حد لأي انتهاك غير مشروع للحقوق والمبادئ المبينة في الاتفاقية.

(3) الإعلان العالمي بشأن الجينات البشرية وحقوق الإنسان 1997

هذا الإعلان صدر عن المؤتمر العام لليونسكو في نوفمبر 1997 والغرض منه هو حماية الكرامة الإنسانية وهو الغرض المشترك لكل الاتفاقيات والمؤتمرات الدولية والإقليمية التي تناولت حماية حقوق الإنسان حيث جاءت في المادة الثالثة منه <> أن لكل إنسان الحق في أن تحترم كرامته وحقوقه وأياً كانت سمته الوراثية <>

(4) إعلان بشأن تعزيز وتطوير حقوق المريض في أوروبا 1994

هذا الإعلان صدر من قبل منظمة الصحة العالمية لمجلس أوروبا بشأن حقوق المرضى في اجتماعهم في أمستردام في الفترة بين 28-30 مارس 1994.

هذا الإعلان أقر وثيقة حقوق المرضى في أوروبا بوضعها مجموعة من المبادئ التي تهدف إلى تعزيز وتنفيذ حقوق المرضى في الدول الأوروبية الأعضاء في منظمة الصحة العالمية وتهدف الوثيقة إلى وضع الاستراتيجيات الممكنة لتعزيز حقوق المرضى على أساس المبادئ الواردة في الوثيقة وترجمتها إلى إجراءات عملية كالقوانين واللوائح التي تحدد حقوق ومسؤوليات المرضى والعاملين في المهن الصحية، مؤسسات الرعاية الصحية وكذلك الدعم الحكومي وإجراء الندوات والمؤتمرات الوطنية وتوعية المواطنين عبر وسائل الإعلام حول حقوق المرضى وتعزيز البحوث العلمية في هذا المجال والتعاون بين منظمة الصحة العالمية ومجلس أوروبا والاتحاد الأوروبي لدعم حقوق المرضى.

وتهدف إلى تأكيد حقوق الإنسان الأساسية في الرعاية الصحية وخاصة من أجل حماية كرامة وسلامة الشخص وإلى تعزيز احترام المريض وتؤكد على حق كل إنسان في الحصول على الرعاية الصحية دون أي تمييز وحق المرضى في أن يكونوا على علم تام بوضعهم الصحي والإجراءات الطبية المقترحة لعلاجهم مع تبصيرهم بفوائد ومخاطر العلاج المقترح وبدائله وإبلاغ المريض بطريقة مناسبة على ما يتلائم مع قدره المريض على الفهم كما أكدت على الموافقة المستنيرة للمريض أو من ينوب عنه إذ كان المريض غير قادر على التعبير عن موافقته وهي شرط أساسي لأي تدخل طبي كما أشارت إلى المحافظة على السرية والخصوصية فيما يتعلق بحالة المريض الصحية في مرحلة التشخيص والعلاج.

(5) إعلان لشبونة حول حقوق المريض لعام 1981

وقد صدر هذا الإعلان أو اللائحة عن الإتحاد الدولي للأطباء ويتكون هذا الإعلان من إحدى عشر مادة تبين حقوق المريض كحق المريض في اختيار طبيبه وحقه في التبصير حول حالته الصحية والعلاج وحقه في الموافقة المستنيرة على العلاج أو رفضه وأيضا حق كل مريض بعد إعلامه بحالته في قبول أو رفض العلاج وكذا حقه في المحافظة على أسراره وحق المريض في الموت بشكل مشرف.

(6) تقنين نورمبورغ لسنة 1947

أنشأت محكمة نورمبورغ بعد نهاية الحرب العالمية الثانية من قبل الدول المنتصرة بزعامة الولايات المتحدة الأمريكية وهي محكمة عسكرية دولية لمحاكمة كبار مجرمي الحرب من النازيين حيث أحيل على المحكمة 23 من بينهما من بينهم مسؤولون عن المؤسسات الصحية في الإدارة والجيش وأطباء في المعسكرات النازية وقد أتهم هؤلاء بإجراء تجارب طبية على أسرى الحرب دون مراعاة القواعد القانونية والأخلاقية المنظمة لهذه الأعمال حيث أشارت

المحكمة إلى أن ما ارتكبه المتهمون ليس تجارب طبية وإنما جرائم فضيحة في حق البشرية.¹

وقد أصدرت محكمه نورمبورغ مجموعة من المبادئ التي يجب مراعاتها حتى تكون التجارب الطبية على الإنسان مقبولة أخلاقيا وقانونيًا وقد شكلت هذه المبادئ ما يعرف بتقنين نورمبورغ.

وقد ذهب بعض الآراء إلى نفي الطابع الدولي لهذه المحاكمة باعتبار أنه وعلى الرغم من أن هذه المحاكمة قد تمت باتفاق دولي آنذاك إلا أنها تمت بمعرفة المحكمة العسكرية المشكلة من قضاة أمريكيين ووفقًا للقواعد الإجرائية الأمريكية إلا أن اعتماد الجمعية العامة للأمم المتحدة في 11 ديسمبر 1946 لتقنين نورمبورغ وتبنيه من قبل المجتمع الدولي كأساس لاتفاقيات دولية لاحقة مثل إعلان هلسنكي الصادر عام 1964 جعل الكثير يعترف بالطابع الدولي لتلك القواعد.²

وأهم المبادئ الأساسية التي تضمنها هذا التقنين:

- نصت المادة الأولى من التقنين على ضرورة الحصول على الموافقة الحرة والخالية من عيوب الإرادة للشخص الخاضع للتجربة مع وجوب إعلامه بطبيعة التجربة ومدتها وهدفها والمخاطر المحتملة والأضرار التي قد يتعرض لها في تلك التجربة وقد أكدت المادة الثالثة منه على أن لا يتم التجريب على الإنسان إلا بعد التجربة على الحيوان وبعد التأكيد من عناصر المشكلة محل البحث و الدراسة.

- كما أوجبت المادة الرابعة من التقنين تجنب الآلام والأضرار الجسدية والعقلية غير الضرورية أثناء مباشرة التجارب على الإنسان وضرورة تجنب الشخص الخاضع للتجربة من

¹ - د. مأمون عبد الكريم، رضا المريض عن الأعمال الطبية والجراحية، دراسة مقارنة، دار المطبوعات الجامعية، الإسكندرية، 2006، ص722-723.

² - د. مأمون عبد الكريم، المصدر السابق، ص721-722.

كل خطر محتمل مهما كان قليلا يؤدي إلى إحداث جروح بجسمه أو عجز أو وفاة وذلك بموجب المادة 07 منه وفقا للمادة 08 منه كذلك يجب أن تباشر التجارب الطبية على الإنسان من قبل أطباء أو باحثين أكفاء ويتعين على كل مشارك في هذا النوع من التجارب توخي الحيلة والحذر طوال فترة التجربة.

(7) إعلان طوكيو لسنة 1975

هذا الإعلان أصدرته الجمعية الطبية العالمية في اجتماعها الثامن عشر في هلسنكي 1964 وأكده في اجتماعها التاسع والعشرون في طوكيو عام 1975.

وبعد هذا الإعلان من أهم الاتفاقيات الدولية على المستوى العالمي بخصوص حماية حقوق الإنسان في مواجهة التجارب الطبية ويتضمن مجموعة مبادئ وقواعد متعلقة بإجراء التجارب الطبية والعلمية على الإنسان وتعد هذه المبادئ والقواعد التي أصدرتها الجمعية الطبية العالمية بمثابة قانون أخلاقي يتعين على الأطباء الباحثين الالتزام به عند مباشرة التجارب الطبية على الإنسان

وقد أوجب هذا الإعلان على الطبيب أن يمارس مهنته خدمة للإنسانية وأن يحافظ على حياة الإنسان منذ الحمل والمحافظة على الصحة البدنية والعقلية دون تمييز والتخفيف من آلام المرضى وعدم استعمال معلوماته الطبية ضد القواعد الأخلاقية الإنسانية ويجب على الطبيب أيضا ألا يقلل وألا يشارك في أعمال التعذيب والأشكال الأخرى للممارسات القاسية واللاإنسانية والمحطة بالكرامة مهما كان الذنب الذي اقترفه الضحية ومهما كانت التهمة الموجهة له.

هذه المبادئ بينت الإطار التنظيمي للتجارب الطبية بهدف تحقيق التوازن الضروري بين حماية حقوق الإنسان من جهة وحق المجتمع في التطور العلمي من جهة أخرى.

هذا وقد وردت إعلانات عديدة أخرى تتضمن نصوصاً لحماية حق الإنسان في الصحة وسلامة الجسد نذكر منها الإعلان الخاص بحقوق المعوقين لعام 1975 وكذلك الإعلان الخاص بحقوق المتخلفين عقلياً لعام 1971 ومبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية وإعلان الالتزام بشأن فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز) ووثيقة حول الممارسات التقليدية التي تؤثر في صحة المرأة والطفل والإعلان العالمي الخاص باستئصال الجوع وسوء التغذية وكذلك الاتفاقية المناهضة للتعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة لعام 1987.

(8) ميثاق الحقوق الأساسية للإتحاد الأوروبي لعام 2000

يعد هذا الميثاق من أهم المواثيق الإقليمية في مجال صحة الإنسان وحقوق المريض حيث أنه بالإضافة إلى نصه على حق الإنسان في الحياة فقد خصصت الفقرة الثانية من المادة 03 منه للحديث عن حق الشخص في سلامته البدنية والعقلية وعلى حقوق الإنسان في مجال الطب وعلم الأحياء حيث جاء فيها ما يلي: >> في مجال الطب وعلم الأحياء يجب احترام ما يلي:

- الموافقة الحرة المعلومة للشخص المعني طبقاً للإجراءات التي يضعها القانون
- حظر الممارسات التي تتعلق بتحسين النسل وخاصة تلك التي تهدف إلى انتقاء الشخص
- حظر جعل جسم الإنسان وأجزائه مصدراً للكسب المالي
- حظر الاستئساخ البشري

يتضح لنا من هذه المادة بأن الموافقة الحرة تشير إلى حق المريض في الرضا عن الأعمال الطبية التي تجرى له كما تضمنت هذه الفقرات حماية جسد الإنسان وذلك عن طريق حظر جعل جسم الإنسان وأجزائه مصدراً للكسب المالي، مما يقتضي الالتزام بعدم جواز بيع

الإنسان لأجزائه وأعضائه البشرية إلا التبرع بها لأغراض إنسانية وعلاجية كما نصت عليها القوانين الوضعية لأغلب دول العالم.

بالإضافة إلى ما تقدم فقد خصصت المادة 35 من الميثاق لحق كل إنسان في الحصول على الرعاية الصحية والوقاية والحق في الاستفادة من العلاج وكفالة مستوى عال من حماية صحة الإنسان في تحديد وتنفيذ كافة سياسات وأنشطة الإتحاد، كما أكدت المادة 34 منه على احترام الحق في إعانات الضمان الاجتماعي والخدمات الاجتماعية التي توفر في حالات منها الأمومة والمرض وإصابات العمل.

اتفاقية حماية حقوق الإنسان وكرامة الكائن البشري فيما يتعلق بتطبيق البيولوجيا والطب الحيوي لعام 1997

وهاته الاتفاقية تتكون من ديباجة و38 مادة والغرض منها هو حماية هوية وكرامة جميع البشر وأن تضمن لكل إنسان وبدون أي تمييز احترام جميع الحقوق والحريات الأساسية الأخرى فيما يتعلق بتطبيق البيولوجيا والطب وتعطي الأولوية والاعتبار الأول للإنسان في هذا المجال.

وتدعو إلى وجوب ترجيح مصلحة الإنسان ومنفعته على مصلحة المجتمع أو العلم وفي ضرورة الحصول العادل للرعاية الصحية المناسبة للجميع ونؤكد على أخذ رضا المريض عن الأعمال الطبية التي تجرى له وكذلك حماية الأشخاص غير القادرين على التعبير عن الرضا وقد خصصت الاتفاقية الفصل الرابع منها للجنين البشري والفصل الخامس منها للبحث العلمي أما الفصل السادس فقد خصص لزراع الأعضاء البشرية وعدم جواز جعلها سبباً للكسب المادي أما الفصل الثامن فخصص لمخالفة أحكام هذه الاتفاقية وتقديم الحماية لوضع حد لأي انتهاك غير مشروع للحقوق والمبادئ المبينة في الاتفاقية

9) الإعلان العالمي بشأن الجينات البشرية وحقوق الإنسان لعام 1997

صدر هذا الإعلان عن المؤتمر العام لليونسكو في نوفمبر 1997 والغرض منه هو حماية الكرامة الإنسانية وهو الغرض المشترك لكل الاتفاقيات والمؤتمرات الدولية والإقليمية التي تناولت حماية حقوق الإنسان حيث جاء في المادة الثانية منه أن لكل إنسان الحق في أن تحترم كرامته وحقوقه أيًا كانت سمته الوراثية.

10) الإعلان بشأن تعزيز وتطوير حقوق المريض في أوروبا لعام 1994

أقرت وثيقة حقوق المرضى في أوروبا بوصفها مجموعة من المبادئ من أجل تعزيز وتنفيذ حقوق المرضى في الدول الأوروبية الأعضاء في منظمة الصحة العالمية وتهدف الوثيقة إلى وضع الاستراتيجيات المتممة لتعزيز حقوق المرضى على أساس المبادئ الواردة في الوثيقة وترجمتها إلى إجراءات عملية كالقوانين واللوائح التي تحدد حقوق ومسؤوليات المرضى والعاملين في المهن الصحية ومؤسسات الرعاية الصحية وكذلك الدعم الحكومي وإجراء الندوات والمؤتمرات الوطنية وتوعية المواطن عبر وسائل الإعلام حول حقوق المرضى وتعزيز البحوث العلمية في هذا المجال والتعاون بين منظمة الصحة العالمية ومجلس أوروبا والاتحاد الأوروبي لدعم حقوق المرضى.

وتهدف إلى تأكيد حقوق الإنسان الأساسية في الرعاية الصحية وخاصة من أجل حماية كرامة الشخص وتعزيز احترام المريض وتؤكد على حق كل إنسان في الحصول على الرعاية الصحية ودون أي تمييز.

وحق المريض في أن يكون على علم تام بوضعه الصحي والإجراءات الطبية المقترحة لعلاجهم على تبصيرهم بفوائد ومخاطر العلاج المقترح وبدائله وإبلاغ المريض بطريقة مناسبة مع ما يتلائم مع قدرة المريض على الفهم كما أكدت أن الموافقة المستنيرة للمريض

أو من ينوب عنه إن كان غير قادر على التعبير عن موافقته وهي شرط أساسي لأي تدخل طبي.

كما أشارت إلى المحافظة على السرية والخصوصية فيما يتعلق بحالة المريض الصحية في مرحلة التشخيص والعلاج.

منظمات نشطة أخرى:

الجماعة الطبية الدولية: تأسست عام 1948 من قبل أطباء وممرضين متطوعين عن الولايات المتحدة وهي منظمة تطوعية غير سياسية خاصة تعني برفع مستوى المعيشة عبر العمل على تحسين قدرة المجتمعات المحلية على النهوض بالأحوال الصحية والأوضاع المجتمعية وذلك في البلدان التي لا تتوفر بها منظمات قادرة على القيام بذلك.

جمعية برامج التطوع الدولية:

وهي عبارة عن تحالف من جمعيات غير ربحية وغير حكومية تقع أساسا في الأمريكيتين وتتيح جمعية برامج التطوع الدولية قائمة بالوكالات والمنظمات التي تبحث عن متطوعين في مناطق مختلفة من العالم.

الرائد الدولية:

خلال الخمس والأربعين سنة الماضية دعمت منظمة الرائد الدولية جهود تنظيم الأسرة وعملت على النهوض بالخدمات الصحية المعنية بصحة النساء والرجال والأطفال وذلك في العديد من مناطق العالم وعبر عملها في 23 دولة في إفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية وحرصت منظمة الرائد الدولي على توفير خدمات تنظيم الأسرة والصحة التناسلية لمن يرغب في الحصول عليها وعبر التعاون مع الحكومات والهيئات والأطراف المحلية قامت المنظمة

بتنظيم برامج مبتكرة للتجارب للتجاوب مع الاحتياجات الصحية لدول تنتم أوضاعها بالتمايز.

مركز بحوث التنمية الدولي:

تأسس مركز بحوث التنمية الدولي من قبل برلمان كندا عام 1970 كشركة عامة و ذلك بهدف مساعدة الدول النامية على استخدام العلم والتكنولوجيا لإيجاد حلول علمية طويلة المدى للمشاكل البيئية والاقتصادية والاجتماعية التي تواجهها.

ويوجه المركز دعمه بشكل مباشر لتطوير القدرات المحلية المعنية بتوفير تكنولوجيا وسياسات تخدم البلدان النامية بما يحقق الرفاه والعدالة والازدهار.

منظمة التحرر من الجوع:

منظمة التحرر من الجوع هي منظمة تنموية دولية تعمل في 16 بلد حول العالم و تقوم المنطقة بتقديم و دعم وسائل و آليات الاعتماد المستمر على النفس وتحت على الابتكار في الجهود الهادفة إلى كسب المعركة ضد الفقر والجوع وقد تأسست المنظمة في عام 1946 وبدأت بالعمل على تقديم الوجبات للملايين واتجه تركيزها إلى تقديم طعام متعدد الوظائف غني بالبروتين وفي السبعينات انتقل تركيز المنطقة إلى تنفيذ برامج التغذية التطبيقية موجهة عناية خاصة إلى ما يتعلق بصحة وتغذية الأمهات والأطفال

حملة حق إفريقيا في الصحة:

فيضمن موقع هذه الحملة على الانترنت وبعد نقطة بداية هامة لمزيد من البحث وجمع المعلومات حول المسائل الصحية العالمية وبشكل خاص ما يتعلق بإفريقيا كصحة المرأة والأمراض المنتشرة بشكل خاص في إفريقيا كفيروس نقص المناعة البشرية.

مركز الوقاية من الأمراض والسيطرة عليها

تأسس مركز الوقاية من الأمراض والسيطرة عليها كأحد وكالات الحكومة الفيدرالية الأمريكية وذلك من أجل حماية الصحة وتحقيق الأمن للأفراد في الولايات المتحدة الأمريكية وفي الخارج، وتتمتع المعلومات التي يقدمها المركز بخصوص سبل وفرص تحسين الصحة بالمصداقية ويلعب المركز بدوره بالتعاون الوثيق على العديد من الجهات المعنية الأخرى. ويقوم المركز بدور رائد على صعيد الولايات المتحدة الأمريكية فيما يخص العمال على تطوير والحد من الأمراض والعمل على السيطرة عليها وكذلك العناية بالصحة البيئية وسبل النهوض بالصحة والتوعية الصحية

أطباء بلا حدود:

يقوم أطباء بلا حدود بتقديم المعونة في حالات الطوارئ ولضحايا حالات النزاع المسلح وانتشار الأوبئة أو الكوارث الطبيعية والصناعية وكذلك تقدم المعونة إلى هؤلاء الذين يفتقرون إلى خدمات الرعاية الصحية نتيجة لعزلتهم الاجتماعية أو الجغرافية.

وقد تم تأسيس أطباء بلا حدود عام 1971 من قبل جماعة صغيرة من الأطباء الفرنسيين المؤمنين بحق كافة الأفراد في الرعاية الطبية بصرف النظر عن جنسهم أو دينهم أو عقيدتهم أو انتماؤهم السياسي وأن حاجات الأفراد بهذا الخصوص يجب أن تتجاوز الحدود القومية وكانت منظمة أطباء بلا حدود أول منظمة غير حكومية تعني بتقديم المساعدات الطبية وتعمل في نفس الوقت على التعريف بمأزق والمخاطر التي يعاني منها الأفراد الذين تقدم إليهم المنطقة خدماتها.

المنظمة الأمريكية للصحة:

وهي منظمة دولية تعني بالرعاية الصحية لديها خبره لما يزيد 100 سنة وتعمل على تحسين الأوضاع الصحية ومستوى معيشة الأفراد الأمريكيين وتقع مقر المنظمة الأمريكية

للصحة في واشنطن بالولايات المتحدة الأمريكية ويعمل بها علماء وخبراء تقنيين ويتركز عمل المنظمة بمكاتبها الواقعة في 27 دولة ومراكزها العلمية الثمانية على الأولويات الصحية في بلدان أمريكا اللاتينية والكاريبي وتتمثل المهمة الرئيسية للمنظمة في العمل على تقوية والنهوض بنظم الصحة المحلية ومستوى الصحة في الأمريكيتين وذلك بالتعاون مع الحمائيات الوطنية كوزارات الصحة والهيئات الدولية والحكومية وغير الحكومية والجامعات و المؤسسات المجتمعية والجماعات المحلية.

أطباء العالم - الولايات المتحدة الأمريكية

تقوم جماعة أطباء العالم بالعمل على حشد قطاع الصحة من أجل العمل على ترقية وحماية حقوق الإنسان وذلك من أجل ضمان حصول الأفراد على الحقوق التالية:

- أعلى مستوى ممكن من الرعاية النفسية والجسدية يمكن بلوغها
- المساواة أمام القانون
- الحماية من التعرض من التعذيب
- وتعمل هذه المنظمة بالتعاون مع شبكات معنية أخرى في مناطق العالم المختلفة وأطراف المجتمع الدولي الأخرى وهذا في المناطق التي تتعرض فيها الأوضاع الصحية للمخاطر نتيجة لانتهاك حقوق الإنسان والحريات المدنية.

المجلس العالمي للصحة:

يعد المجلس العالمي أكبر تحالف دولي يعين بالعمل على تحسين الأوضاع الصحية في مناطق العالم وكان يعرف سابقاً بالمجلس القومي للصحة العالمية وقد تأسس في عام 1972 كمنظمة لا تهدف للربح مقرها الولايات المتحدة الأمريكية وذلك من أجل تحديد المشاكل الصحية العالمية الرئيسية وتقديم التقارير والمعلومات ذات الصلة للهيئات العامة

في الولايات المتحدة والمجالس التشريعية والهيئات والحكومة الدولية والوطنية والمعاهد الأكاديمية والمجتمع الدولي.

أطباء من أجل حقوق الإنسان:

تعمل منظمة أطباء من أجل حقوق الإنسان منذ عام 1986 من أجل مناهضة التعذيب وجرائم القتل السياسية التي ترتكب من قبل الحكومات أو جماعة المعارضة وكذلك تسعى إلى تحسين الأوضاع والظروف الصحية في السجون والإصلاحات وتهتم كذلك بالصحة المادية والنفسية لانتهاكات القانون الدولي الإنساني في النزاعات المسلحة الدولية أو غير الدولية كما تعمل المنظمة للدفاع عن حياة العاملين بالمهن الطبية وحق المحاربين في تلقي الرعاية الطبية خلال فترة الحرب.

ولتفعيل وتوضيح النصوص الواردة أعلاه قامت لجنة الأمم المتحدة المعنية بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في عام 2000 والتي تتولى رصد الامتثال للعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية باعتماد تعليق عام بشأن الحق في الصحة.

ويقضي التعليق العام بأن الحق في الصحة لا ينطوي على توفير خدمات الرعاية الصحية في الوقت المناسب فحسب بل ينطوي أيضا على محددات الصحة الدفينة مثل توفير المياه النقية والصالحة للشرب ووسائل الإصحاح الملائمة وإمدادات كافية من الأغذية والأطعمة المغذية المأمونة والمساكن الآمنة وظروف مهنية وبيئية صحية وتوفير وسائل التغذية الصحي والمعلومات الصحية المناسبة بما في ذلك في مجال الصحة الجنسية والإنجابية.

يشمل الحق في الصحة حسب التعليق العام أربعة عناصر:

التوافر:

وهو القدر الكافي من المرافق الصحية العمومية ومرافق الرعاية الصحية والسلع والخدمات والبرامج.

إمكانية الوصول:

استفاد الجميع من فرص الوصول إلى المرافق والسلع والخدمات الصحية ضمن نطاق الولاية القضائية للدولة الطرف وتتسم إمكانية الوصول بأربعة أبعاد:

- عدم التمييز

- إمكانية الاقتصادية للوصول

- إمكانية الحصول على المعلومات

المقبولية:

يجب أن تحترم جميع المرافق والسلع والخدمات والأخلاق الطبية وأن تكون مناسبة ثقافية وأن تراعي متطلبات الجنسين ودورة الحياة.

الجودة:

يجب أن تكون المرافق والسلع والخدمات الصحية مناسبة علمياً وطبياً وذات نوعية جيدة. ويفرض الحق في الصحة على الدول الأطراف شأنه شأن حقوق الإنسان كافة ثلاثة أنواع من الالتزامات وهي:

الاحترام: أي عدم التدخل في التمتع بالحق في الصحة.

الحماية: أي ضمان أن لا تقوم أطراف ثالثة (جهات أخرى غير الدول) بإعانة التمتع بالحق في الصحة.

الأداء: أي اتخاذ خطوات إيجابية لإعمال الحق في الصحة ويشمل الحق في الصحة أيضا حسب التعليق العام محتوى أساسياً يتعلق بالمستوى الأساسي الأدنى من ذلك الحق وعلى الرغم من تعذر تحديد هذا المستوى من الناحية النظرية بسبب الاختلافات القائمة بين البلدان المعنية بأعماله فإن ثمة عناصر أساسية مبنية تمكن من توجيه عملية تحديد الأولويات ومن المسائل المدرجة في المحتوى الأساسي:

- الرعاية الصحية الأولية الأساسية

- القدر الأدنى من الأغذية الأساسية والأطعمة المغذية

- وسائل الإصحاح

- المياه النقية والصالحة للشرب

- الأدوية الأساسية

ومن الالتزامات الأخرى اعتماد وتنفيذ إستراتيجية وخطة عمل وطنيين في مجال الصحة العمومية وينبغي أن تتناول الإستراتيجية والخطة الشواغل الصحية للسكان قاطبة.

وينبغي أيضا تصميمها واستعراضها على أساس المشاركة والشفافية كما ينبغي تضمينها المؤشرات والمعالم التي تمكن من رصد التقدم بشكل وثيق مع إيلاء اهتمام خاص لجميع الفئات المستضعفة أو المهشمة.

ويجب على الدول الأطراف اتخاذ خطوات طبقا لمبدأ الأعمال التدريجي ويفرض ذلك المبدأ التزاما بالمضي قدماً بأسرع وأنجع طريقة ممكنة وذلك بشكل منفرد أو بفضل المساعدة والتعاون الدولي.

وإلى أبعد حد نتيجة الموارد المتوفرة ومن الأهمية بمكان في هذا السياق التمييز بين عدم قدرة الدولة الطرف على الامتثال لالتزاماتها بموجب الحق في الصحة وبين عدم إرادتها في الإمتثال لتلك الالتزامات.

الباب الثاني

الضمانات الخاصة

للمريض

الفصل الأول

ضمان حق المريض في العلاج و إختيار الطبيب

الفصل الثاني

ضمانات المريض في التطبيب

الفصل الأول

ضمان حق المريض في العلاج و إختيار الطبيب

الباب الثاني: الضمانات الخاصة للمريض

الفصل الأول

ضمان حق المريض في العلاج واختيار الطبيب

من حق الإنسان أن يتمتع بأعلى مستوى من الرعاية الصحية وتقع نظرة وجوب تلبية احتياجات الصحية للأفراد في لب الدفاع عن حقوق الإنسان وهي تشمل الحق في البقاء والحياة دون التعرض لمعاناة يمكن تلقيها.

فمن حق كل إنسان أن يتلقى العلاج اللازم لتحسين حالته الصحية وشفائه وبدون أي تمييز بين الإنسان والآخر و لأي سبب كان وإذا ما أراد الشخص أن يتعالج على نفقته الحاصلة فمن حقه حينئذ أن يختار الطبيب الذي سيتعالج عنده إلا أن هذا الحق يصطدم بمبدأ حق المريض في اختيار مرضاه فقد فعقد العلاج الطبي من عقود التراضي التي تبرم برضا الطرفين وهو عقد يقوم على الثقة المتبادلة بين طرفي هي ومن حق كل طرفين أن يختار الطرف الآخر بحرية.

ويعاني سكان الدول النامية من درجات مختلفة من الأمراض التي من الممكن الإصابة بها أو من ممكن العلاج منها في الدول المتقدمة وهو ما يعود جزئيا إلى أن العديد من حكومات الدول النامية لا تستطيع أن تضمن مستوى مناسب للرعاية الصحية وأوضاع المعيشة مناسبة لكافة مواطنيها.

ووفقا لمنظمة الصحة العالمية يقدر أن هناك 1.7 مليون فرد يموتون سنويا في الدول النامية بسبب أمراض تنتج عن تناول مياه غير نقيه وعدم وجود مصاريف مجاري مناسبة وهناك كذلك 1.7 مليون فرد يموتون سنويا في الدول النامية بسبب أمراض تنتج عن تناول المياه غير نقيه وعدم وجود مصاريف مجري مناسبة وهناك كذلك 3 مليون طفل يموتون سنويا جراء الإصابة بالأنيميا وكذلك يعاني 170 مليون طفل من سوء التغذية.¹

¹ د/ أحمد زاده، المصدر السابق، ص 80.

ويرجع ارتفاع معدل وفيات الأطفال الذين لم يبلغوا خمس سنوات في البلدان النامية إلى عدم توفر الرعاية الصحية لفترة ما قبل الولادة ولمرحلة الطفولة المبكرة وانتشاره سوء التغذية وإذ انه فيما يتدنى معدل الوفيات الأطفال اقل من خمس سنوات في الدول المتقدمة إلى حد كبير ففي السويد يبلغ معدل 3.5 لكل 1000 نجد ان هذا معدل يبلغ أقصاه بالسيراليون إذ يصل إلى 313 من حاله وفاه لكل 1000 من الأطفال اقل من خمس سنوات هذا وتختلف الأوضاع الصحية للمجموعات السكانية الأصلية وال اغلبية الأغنياء والفقراء سكان المدن والأرياف ففي عام 1999 كان معدل الوفيات لمواليد في الولايات المتحدة الأمريكية لكل 1000 الطفل يبلغ 14.1 في الأوساط الأمريكيين من أصل إفريقي فيما يبلغ 5.8 في الأوساط الأمريكية من أصل الاسباني.

ويستلزم العمل على رفع مستوى المعيشة في البلدان النامية أن يتم ايلاء عناية مباشرة وعلى نحو عاجل لتحقيق التغيرات التالية:

- العمل على توفير المياه النقية على نطاق واسع.
 - تشييد أوضاع معيشية صحية.
 - توفير الطعام على نحو كاف.
 - توفير التطعيمات والأدوية على نطاق واسع.
 - تنفيذ خطط للرعاية بالصحة النفسية.
 - توعية الأفراد فيما يخص الوقاية من الأمراض والإصابة بسوء التغذية.
- وتشير بعض المبادرات الدولية فعالة الكلفة إلى أن أغلبية المشاكل الصحية في البلدان العالم النامي يمكن التعامل معها بفعالية فعل سبيل المثال :

نجحت أوغندا إلى حد كبير في تخفيض معدل انتقال الفيروس نقص المناعة البشرية الايدز من الأم إلى الطفل اعتمادا على ميزانيه تبلغ 4 دولار فقط وذلك باستخدام بديل مقاوم

للفيروسات منخفض التكلفة يعرف ب " يتعيراباين" وذلك بدلا من مثيله مرتفع الكلفة والذي يعرف ب "آزت".

يولي برنامج العلاج بالملاحظة المباشرة عناية خاصة بأوضاع المصابين بالسبل معتمدا على متابعه دقيقه لمدى تأثير الأدوية التي يتناولها المرضى ومدى تقدم حاله المريض فيما تصل نسبه الشفاء من المصابين بالسبل ممن يتم معالجتهم وفقا لهذا البرنامج 72% فإنها تبلغ 22% في برامج العلاج الأخرى.¹

لقد ساهم توفير برامج فعالة لتطعيم ضد الجدري والشلل الأطفال في استئصال هذين المرضين في كافه أنحاء العالم على نحو مدهش، ساهمت الجهود الهادئة للتوعية فيما يتعلق بالوقاية من مرض الايدز وكذلك توفير الأدوية المنخفضة الكلفه للمصابين به في البرازيل في إبطاء معدل انتشار المرض وكذلك إطاله حياه المصابين به.

إلا أن الأوضاع الأقتصادية في بعض الدول تحول دون توفير الأدوية حتى تلك المنخفضة التكلفة ولذلك فان تقديم المساعدات من قبل الدول المتقدمة يعد أمرا حيويا حتى يمكن كفالة التمتع بالحق على مستوى معيشي مناسب من اجل هذا سنحاول في المبحث الأول التطرق إلى حق المريض في العلاج وفي المبحث الثاني إلى حق المريض في اختيار الطبيب. تقع فكرة وجوب تلبية الاحتياجات الصحية للأفراد في لب الدفاع عن حقوق الإنسان وهي تشمل الحق في البقاء والحياة دون التعرض لمعاناة يمكن تلاقيها .

وتقر المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان بالحق في الصحة إذ تنص على أن: " لكل شخص الحق في مستوى معيشي يكفي لضمان الصحة والرفاهية له ولأسرته وخاصة على صعيد المأكل والملبس والسكن والعناية الطبيه" هذا التعريف استند على النظرة القائمة للحق في القرن 18 والقرن 19 وهي نظره ترى أن الدوله عليها فقط أن لا تحول بين الأفراد وبين التمتع بحقوقهم المدنية والاقتصادية كما تضمن المادة 25 من

¹ جورج ساخي، برامج الأمم المتحدة الصحية، دار الأرياق ، طبعة 2008، ص 16.

الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الإشارة إلى انه على الدولة اتخاذ تدابير لضمان تمتع جميع المواطنين بمستوى معيشي مناسب فيما يخص المأكل والملبس والسكن والعناية الطبية والخدمات الاجتماعية وكذا العناصر الأساسية لمستوى معيشي مناسب على الصعيد الصحة والرفاهية.¹

إن الوقوف على معايير محدده لتلك العناصرأمرًا بالغ الصعوبة نظرا لأن أوضاع الدول وتاريخها الاقتصادي والاجتماعي مختلف وهو ما ينعكس في تبنيها لمعايير مختلفة لها يعد مستوى معيشي لائق.

وتعرف المادة 12 من العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الحق في الصحة باعتبار حق الإنسان في التمتع بأعلى مستويات الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغها إلا أن هذا التعريف على أيه حال لا يقدم تحديدا لمستوى الحق في الصحة نظرا لأنه من غير الواضح ما إذا كان التمتع بأعلى مستوى يجب أن ينظر إليه في ضوء الظروف الوطنية لدولة ما أما في ضوء الاقتصاد العالمي ومن المؤكد انه علناًصعيد بعض القضايا فان اعلى مستوى يمكن التمتع به في ضوء الأوضاع الوطنية لبعض الدول لا يتماشى مع ما هو مقرر فيما بعد ضمن الحد الأدنى لمستوى الحق في الصحة الذي يحق للأفراد التمتع به في أية ظروف كالتطعيم، العلاج الطبيعي، الرعاية الطبية لكبار السن.... الخ.

إن الحق في التمتع بمستوى من الصحة مناسب لم يتم تخصيص اتفاقية معينه لتناوله إلا انه قد جرى تناوله ضمن العديد من الاتفاقيات والقرارات وفيما تختلف اللغة التي استخدمتها والمعاهدات الدولية فيما يخص الحق في العلاج فهناك ثلاث التزامات أساسيه :

¹ - أحمد زاده، مصدر سابق، ص 201.

1- يقع على عاتق الدول مسؤولية ضمان تمتع مواطنيها بالحق في مستوى مناسب من العلاج وفيما كانت دول ما غير قادرة على كفاله ذلك فان على المجتمع الدولي أن يقدم المساعدات اللازمة ويتحمل مسؤوليته بهذا الخصوص.

2- تقع على الدول مسؤولية ضمان أن لا يحرم أي من مواطنيها من التمتع بالحق في العلاج نتيجة لتصرفات الدولة نفسها.

3- على الدولة كفالة التمتع بالحق في العلاج لكافة مواطنيها بغض النظر عن العرق أو اللون أو الجنس أو اللغة أو الدين أو الرأي السياسي أو غير السياسي أو الأصل القومي أو الاجتماعي أو الثروة أو السن أو غير ذلك من الأسباب.¹

ويجب النظر بعناية إلى التزام الأخير حيث أن التمييز يمارس في كافه أنحاء العالم ضد العديد من الأفراد على نحو ينتهك هذا الالتزام وان كان ذلك يتم على نحو غير واضح للعيان في بعض الأحيان فالأصل العرقي للفرد أو جنسه أو دينه أو مكانته الاجتماعية قد تؤثر أحيانا على مستوى تمتعه بالحق في الصحة إذ تقوم الدولة أو المؤسسة الصحية بالامتناع عن او عدم الاهتمام أو فيما يتعلق بتقديم خدمات الرعاية الصحية لمجموعة معينة.

وقد يرجع مثل هذا التمييز إلى طبيعة الوقائع على الأرض وليس إلى سياسة رسمية تهدف إلى تحقيقه.²

ويمكن القول بان عدم وجود أفراد منتمين لأقلية ما ضمن العاملين بالمهن الصحية ومؤسساتها كالمصحات أو المستشفيات قد ينعكس بالسلب على مدى تمتع أفراد هذه الأغلبية بالحق في مستوى مناسب من الصحة بالإضافة إلى ذلك فقراء في البلدان المتقدمة والنامية قد يحرمون من التمتع بالحق في مستوى مناسب من الصحة نظرا لغياب تقديم المساعدات اللازمة لهم في حالة عدم استطاعتهم تحمل النفقات المالية و هذا ما ينعكس

¹ - أحمد زاده، المصدر السابق، ص 33.

² - أحمد عباس الشريات، أحكام الطب ، دار الأثير للتوزيع ، طبعة 2020، بيروت، ص 205.

على تمركز المرافق الصحية في المدن على السكان المناطق الريفية بالسلب وغالبا ما تعين الأقليات الدينية أو القومي في مناطق لا تتوفر فيها الخدمات بشكل مناسب سواء بسبب سياسات اجتماعيه كنتيجة تدني مستوى أوضاعهم أالاقتصادييه .

وهذا ويتعرض الأطفال وكذلك كبار السن أكثر من غيرهم للتمتع بمستوى ادني من الرعاية الصحية وذلك نظرا لما لهم من احتياجات خاصة وغالبا ما يكون غير علمين أو على معرفه بانتهاء حقوقهم.

المبحث الأول

حق المريض في العلاج

إن أول حق يثبت للإنسان عندما يمرض هو حقه في العلاج وهو يعادل الحق في الحياة وفي سلامة الجسد.

انه في الحقيقة حق من حقوق الإنسان يثبت للمريض في مرحله سابقة على التعاقد مع الطبيب فكل إنسان مريض له حق في أن يتلقى العلاج اللازم كي يشفى ويستعيد صحته من جديد وقد أقرت الشريعة الإسلامية السمحاء هذا الحق من خلال حثها لكل إنسان مريض على التداوي والعلاج، كما أكدت عليه اغلب المواثيق والاتفاقيات الدولية والإقليمية المختصة في مجال حقوق الإنسان من خلال نصها على حق الإنسان في الحياة وفي الصحة وسلامة الجسد مما يعني ضمناً حق كل إنسان في العلاج في حاله مرضه كالمادتين 3 و 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان كما نصت بعض من هذه المواثيق على ضرورة تأمين الخدمات والعناية الصحية في حاله المرض كالمادة 12 من العهد الدولي الخاص بحقوق الاقتصادية والثقافية لعام 1966 .

هذا وقد أكدت الاتفاقيات الدولية المعنية بالصحة وحقوق المريض على ضرورة الحصول العادل للرعاية الصحية المناسبة لجميع المرضى دون تمييز كالمادة الثالثة من اتفاقيه حقوق الإنسان وكرامه الكائن البشري فيما يتعلق بتطبيق البيولوجيا والطب وكذلك ألقره الخامسة من الفصل الخاص بحقوق المرضى في الإعلان الصادر بشأن تعزيز وتطوير المريض في أوروبا.

وهو حق ورد أيضا في دساتير اغلب الدول حيث نصت على حق كل مواطن في الصحة العامة والرعاية الصحية وعلى الدولة التكفل به وتوفير وسائل الوقاية له.

وفي الدستور الجزائري أكدت المادة 54 منه صراحة على الرعاية الصحية التي أكدت أنه حق المواطنين أن تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها.

وقد تجسد هذا الحق أيضا في القوانين الوضعية حيث نصت اغلب قوانين الصحة في معظم الدول على تقديم الخدمات الصحية العلاجية في المؤسسات الصحية التابعة للدولة، كما تتكفل الدولة بتقديم العلاج للمرضى في مؤسسات التابعة لها بموجب القانون كدور الدولة والمدارس وأيضا تلزم قوانين العمل أرباب العمل بشروط معينة بتقديم العلاج والدواء للعمال في مقر العمل دون مقابل ومن هنا نجد أن المادة 06 من مدونه أخلاقيات مهنة الطب أكدت على أن الطبيب في خدمة الفرد والصحة العمومية وفي مادته السابعة تم التأكيد على على أن رسالة الطبيب الرئيسية هي الدفاع عن صحة الإنسان البدنية والعقلية والتخفيف معاناته دون تمييز بالسن أو الجنس أو العرق أو العقيدة أو التوجه السياسي أو الوضع الاجتماعي أو في السلم أو الحرب.

كما أضافت المادة 8 على ضرورة أن يسعى الطبيب إلى تقديم يد المساعدة لعمل السلطات المختصة من اجل حماية الصحة العمومية في حين نجد أن قانون الصحة 11/18 المؤرخ في 2 جويلية 2018 لم يخرج عن هذا النهج حيث أكد في مادته الثانية على أن حماية الصحة تساهم في ترقية الراحة البدنية والنفسية والاجتماعية للفرد وتساهم في التنمية الاقتصادية والاجتماعية في حين أن المادة الثالثة منه ركزت على أن الأهداف في مجال الصحة هي حماية المواطن من الجانب الصحي وضمان المساواة في الحصول على العلاج والاستمرارية .

أما المادة السادسة فأشارت أن المنظومة الصحة الوطنية تهدف إلى التكفل باحتياجات المواطنين في مجال الصحة بصورة شاملة ومنسجمة ومستمرة .

وفي الأخير أكدت المادة التاسعة منه على أن حماية الصحة وترقيتها تهدف إلى ضمان حماية المستهلك والبيئة وحفظ الصحة والسلامة في المحيط وإطار المعيشة والعمل.

كل هذا يبين أن المشرع الجزائري وبالرجوع إلى التشريعات الأخرى خاصة العربية منها كان أكثر تدقيقا في وضع الإطار العام المرجو من حماية المواطنين في الجانب الصحي والطبي

ووضع الإطار العام الذي يجب أن تعمل عليه كل العاملين وفي الفاعلين والمتدخلين في الجانب الطبي ومما تقدم يتبين أن الدولة تتكفل بتأمين الخدمات العلاجية لمواطنيها من خلال المؤسسات الصحية الحكومية التابعة لها.

ان هذا الالتزام يدخل انطلقا من إيمان الدولة بحقك المواطن المريض في العلاج وفقا لما تقرره المواثيق الدولية ودساترها حيث أن الدول تختلف في تأمين هذا الحق لمواطنيها باختلاف أنظمتها السياسية والاقتصادية والاجتماعية وهو ما أكدته المادة الخامسة من قانون الصحة عندما أشارت إلى أن المنظومة الوطنية للصحة تركز على قطاع عمومي قوي هذا فيما يتعلق بحق العلاج على صعيد النطاق العام في الدولة .

أما على صعيد القطاع الخاص لممارسة مهنة الطب فموضوع مختلف تماما حيث يقع على عاتق الطبيب واجب أو التزام تأمين حق العلاج للمريض الذي يعالجه فهل للطبيب الحرية في قبول أو رفض طلب المريض للعلاج؟ وهل هناك حالات استثنائية يلتزم فيها بعلاج مرضى رغما عن إرادته؟ تتضمن القواعد التي تنظم آداب المهنة الطبية لأغلب الدول فقرة خاصة لمعالجة الموضوع والذي يتطلب منا البحث في مبدأ حرية الطبيب في اختيار مرضاه والاستثناءات الواردة على ذلك .

وقبل التطرق إلى الموضوع وجب التنويه الي مشاركة عدة هيئات ووكالات دولية في مسعى حماية الصحة وضمانها بإحدى أهم الضمانات الممنوحة للفرد ولعل أهمها:

1- منظمه الأغذية والزراعة للأمم المتحدة:

هذه المنظمة تأسست في 1948 وأدلت الاهتمام البالغ بالتغذية الإنسانية لضمان تأطير وحماية صحية رائدة للفرد خاصة في المناطق الريفية النامية التي تضم 70% من الفقراء والجياع في العالم

2- الصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والسل والملاريا:

تم تأسيس هذا الصندوق في 2001 ضمن منظومة الأمم المتحدة للعمل على توفير وتمويل اللازم لمشاريع ذات الصلة في مناطق العالم المختلفة وعلى نحو خاص في الدول التي ترتفع فيها مستويات الإصابة بهذه الأمراض يمكن الحكومات والمؤسسات الخاصة والجماعات أن تطلب من الصندوق تقديم منح مالية لتسهيل النمو وتحسين وضعيه البنية التحتية للخدمات الصحية في بلادهم ويمكن تقديم طلبات الحصول على معونة من الصندوق فيما يخص المشاريع التي تجري بالتعاون فيما بين المؤسسات الحكومية والمؤسسات الخاصة والعامة ويجب أن تتم إدارة تلك المشاريع من قبل المجموعات المحلية في الدولة المعنية وان يكون الهدف من المشاريع تحسين فرص العلاج والوقاية من الإيدز أو السل أو الملاريا

3- صندوق الأمم المتحدة لرعاية الطفولة يونيسف:

تأسس صندوق الأمم المتحدة لرعاية الطفولة في عام 1946 ويهدف إلى تحسين الأوضاع للأطفال في العالم ويدعم اليونيسف المبادرات المعنية بتعليم الأطفال والمساعدة على حفظ وفياتهم ويوجه عناية خاصة لحفظ معدل الوفيات والمواليد ويقدم اليونيسف مساعدات للدول التي تعاني من ارتفاع معدل الوفيات المواليد أو انتشار الأنيميا أو من اندلاع نزاعات مسلحة وتساهم اليونيسف في تمويل المشروعات الهادفة إلى دفع الدول التي تبني سياسات وبرامج النهوض بحقوق الطفل وتوجه عناية خاصة للتعاون مع المنظمات الغير حكومية المعنية¹.

4- مفوضة الأمم المتحدة للاجئين:

تأسست مفوضة الأمم المتحدة للاجئين في عام 1950 تقوم بالعمل على حماية حقوق اللاجئين وتعد المفوضة إلى حد ما امتداد للجنة المعنية بوضع اللاجئين التي كانت قائمة

¹ - د/ اليا شريل، منظمة الصحة العالمية، دار النشر، بيروت، 2000، ص 58.

ضمن عصبة الأمم والتي كانت قد تم تأسيسها عام 1921 ويعرض حق اللاجئين في الصحة للخطر فمنهم ليسوا من مواطنين الدول التي يطلبون اللجوء إليها مما يحول على الصعيد العملي بينهم وبين التمتع بمستوى الصحة التي يتمتع بها مواطنين الدولة المعنية. وتسعى مفوضة الأمم المتحدة للاجئين على نحو ضمان تمتع اللاجئين بحقوقهم وأهمها الحق في الرعاية الطبية والصحية¹.

5- منظمه الصحة العالمية:

تأسست منظمه الصحة العالمية عام 1948 للعمل على تمتع الأفراد بأعلى مستوى من الصحة يتمكن بلوغه وتتضمن ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية تعريفا للصحة ينظر إلى مفهوم الصحة بتبني مفهوما للصحة باعتبار ذلك يمثل احد أهم مهامها وتعد أيضا الجهة الرئيسية بهذا الخصوص.²

6- مؤسسه بيل وميلندا جيتس:

تأسست مؤسسة بيل وميلندا جيتس عام 2000 وتقوم بتوفير منح مالية للعديد من المشاريع المتصلة بالخدمة العامة بما في ذلك المبادرات المعنية بالصحة العامة والعالمية كذلك التي تهدف إلى تطوير أدوية رخيصة ومؤثرة، وتقوم المؤسسة أيضا بتوفير منح مالية للهيئات العامة والمؤسسات الخاصة للمساهمة في مشاريعها الخاصة بتطوير وتحسين البنية التحتية لنظم الرعاية الصحية وتطوير مواد التوعية والتعليم الصحي والبحث عن طرق مؤثرة ومبتكرة للوقاية من الأمراض.³

7- اللجنة الدولية للصليب الأحمر :

تأسست اللجنة الدولية للصليب الأحمر عام 1983، وهي توجه عمل كل من الصليب الأحمر الدولي وحركات الهلال الأحمر وتحضى اللجنة بالشرعية لدى الدول الأطراف في

¹ - د/ اليا شريل، المصدر السابق، ص 59.

² - د/ اليا شريل، المصدر نفسه، ص 60.

³ - د/ اليا شريل، المصدر نفسه، ص 60.

معاهده جينيف لعام 1948 وتوجة اللجنة الدولية لصليب الأحمر جل اهتمامها للأوضاع خلال فترات النزاع وتعمل على تقديم المساعدات للمنكوبين المصابين والمصابين من الجنود والأسرى وضمان أقصى تامين صحي ورعاية صحية بكل المعايير الدولية.¹

8- منظمه أكسفورد للإغاثة الدولية:

تأسست منظمه أكسفورد للإغاثة الدولية في عام 1942 وتركز مجهوداتها على تخفيف المجاعة والفقر وذلك عبر التعاون مع المنظمات التي تعمل مع المجتمعات المحلية وذلك فيما يزيد عن 100 بلد وهناك ما يزيد عن 3000 منظمة وطنية وإقليمية تشترك في تلك الجهود وبينما منظمة أكسفورد ليست منظمة خاصة بالصحة فان مجهودها للحد من الفقر والمجاعة والحروب أدى الى تقديم مساهمات كبيرة اتجاه تحسين الأوضاع الصحية في العالم.

9- شبكه مؤسسة سورس :

تأسست شبكة مؤسسة سورس من قبل رجل الأعمال جورج سورس وذلك كجزء من مؤسسة المجتمع المفتوح وتقوم شبكة مؤسسة سورس بدعم العديد من مبادرات العدالة الاجتماعية التي تهدف إلى تحسين البنية التحتية للخدمات الصحية وإمكانية الحصول على الأدوية والاهتمام بالأطفال واحتياجاتهم ما قبل الولادة وكذلك العناية بكبار السن وللشبكة مكاتب في 29 دولة.

10- مؤسسه الأمل:

تأسس مشروع الأمل من قبل ويليام وذلك بعد استطلاعه عن قرن على الظروف الصحية الرديئة في دول جنوب اسباسفك وعلى نحو خاص ارتفاع معدل الوفيات صغار السن من الأطفال وهو الأمر الذي يمكن الحد منه فيما لو كانت هناك توعية بالوقاية من الأمراض وتوفير الرعاية الطبية وتشمل رسالة مشروع الأمل في العمل على تحقيق تقدم في توفير

¹ - د/اليا شربيل، المصدر سابق، ص 61.

رسالة مشروع الأمل في العمل وتحقيق تقدم في توفير الرعاية الصحية في مناطق العلم المختلفة وذلك عبر تنفيذ برامج التربية الصحية ودعم الابحات الخاصة بالسياسات الصحية وتزويد مناطق الحاجة بالمساعدات الإنسانية .

11- مؤسسه المساعدة الطبية لشرق إفريقيا :

مؤسسه المساعدات الطبية لشرق إفريقيا هي منظمة تطوع غير ربحية تقع في نورث اكوس بولاية مينوسوتا بالولايات المتحدة الأمريكية، وتسعى هذه المؤسسة التي تجنيد متطوعين لتوفير التعليم والتدريب الطبي ومعدات الطبية والرعاية الطبية للسكان شرق إفريقيا وكذلك يجمع التبرعات المالية للمساعدة في تحقيق أهدافها.

12-وكالة البيانات الدولية للتطوع:

تعد وكالة البيانات الدولية للتطوع لتشمل جهة في مجال التطوع في العالم وقامت الوكالة منذ عام 1985 بإرسال ما يزيد عن 29,000 متطوع للعمل في إفريقيا واسيا وبلدان البحر الكاريبي ومنطقه باسيفيك وبشكل احدث إلى بلدان أوروبا الشرقية وفي اللحظة الراهنة هناك 1500 متطوع تابع للوكالة يعملون في هذه المناطق وتضم المتطوعين تشكيلة واسعة من حيث انتقائهم في بلدان مختلفة وكذلك أعمارهم وتقوم الوكالة بدلا من إرسال الطعام إلى إرسال متطوعين بالتعاون مع الزملاء من المجتمعات المحلية من اجل التكفل الصحي بالفئات الضعيفة والفقيرة وتقديم الرعاية الصحية اللازمة لحالاتهم وضمان تغطية صحية ملائمة من اجل حياة مستقرة.

13- الجماعات الطبية الدولية:

تأسست عام 1948 من قبل الأطباء وممرضين ومتطوعين من الولايات المتحدة وهي منظمة تطوعية غير سياسية خاصة تعني برفع مستوى معيشة عبر العمل لتحسين قدرة المجتمعات المحلية على النهوض بالأحوال الصحية والأوضاع المحيطة وذلك في البلدان التي لا تتوفر فيها منظمات قادرة على القيام بذلك.

14- جمعية برامج التطوع الدولية:

جمعية برامج التطوع الدولية عبارة عن تحالف من جمعيات غير ربحية وغير حكومية تقع أساسا في الأمريكيتين وتتيح جمعية برامج التطوع الدولية قائمة بالوكلاء والمنظمات التي تبحث عن المتطوعين في مناطق مختلفة من العالم يعني بتطوير الوضع الصحي بالبلدان الفقيرة وضمان توفير الرعاية الصحية اللازمة خاصة بالنسبة للأمراض المزمنة .

15- مركز الوقاية من الأمراض والسيطرة عليها: تأسست مركز الوقاية من الأمراض والسيطرة عليها كأحد وكالات الحكومة الليبرالية الأمريكية وذلك من اجل حماية الصحة وتحقيق الأمن للأفراد في الولايات المتحدة وفي الخارج وتتيح المعلومات التي يقدمها المركز بخصوص السبل وفرص تحسين الصحة بالمصادقية، ويلعب المركز دوره على صعيد الولايات المتحدة الأمريكية فيما يخص الحد من الأمراض المتصلة بالعمل.

المطلب الأول

حرية الطبيب في اختيار مريضه

قبل تكوين عقد العلاج الطبي لا توجد أي رابطة عقدية تربط المريض بالطبيب وهذه المرحلة هي مرحله سابقة على التعاقد والسؤال الذي طرح هنا: هل يحق للمريض أن يلزم الطبيب بعلاجه إذا ما طلب منه ذلك؟

أي هل يلزم الطبيب أن يعالج مريض يراجعه طلبا للعلاج أي يقبل كل إيجاب يصدر من المريض لعلاجه أم له الحق في رفض علاجهم وهل يمكن أن يعد امتناع طبيب عن علاج المريض إخلالا بواجبه نحو المريض يؤدي إلى تحميله للمسؤولية؟

لقد كان الاتجاه السائد وفقا للمذهب الفردي لدى الفقه والقضاء الفرنسيين بان الطبيب كسائر المواطنين له كامل الحرية في ممارسه مهنته وبالطريقة التي تروقه إذ له الحق في قبول أو رفض دعوه الطبيب للعلاج ولا يلتزم باجابه طلب المريض.¹

¹ - د/ محمد حسين منصور، المصدر السابق، ص 34.

فقيام العلاقة بين الطبيب والمريض في إطار عقدي يستتبع أن يكون الطبيب حرا في اختيار من يتعاقد معه وتبعاً لذلك يكون له الحق في رفض التعاقد مع مريض معين أيا كان الدافع وراء هذا الرفض.

وهذه القاعدة ليست في الواقع سوا تطبيق لمبدأ حرية التعاقد الذي يعني في شق منه أن كل فرد الحرية في أن يتعاقد أم لا كما انه حر في اختيار الشخص الذي يتعاقد معه وكما أن المريض حر في اختيار طبيبه كذلك يكون من حق الطبيب اختيار مرضاه.¹

إلا أن ظهور الاتجاهات الحديثة في نسبة الحقوق ووظيفتها كان له اثر فعال في تقييد تلك الحرية المطلقة للطبيب، فعلى الرغم من التسليم بحرية الطبيب في مزاوله مهنته يجب عليه أن لا يستعملها إلا في حدود الفرض الاجتماعي الذي من اجله تم الاعتراف له بها وإلا كان متعسفا في استعمال حقه يقابله واجب إنساني وأدبي على الطبيب اتجاه مرضاه والمجتمع الذي يحيا فيه تفرضه عليه أصول ومقتضيات مهنته وبناء على ما تقدم يمكننا القول بان الطبيب لا يلتزم بعلاج أي مريض ولكن حقه في رفض العلاج إذا كان تعسفيا يعد خطأ يستوجب المسؤولية ومع ذلك فان بعض الفقهاء يرون أن مجال فكرة التعسف في استعمال الحق لا يتسع لمثل هذه الحالة نظرا لأننا بصدد رخصة أو حرية من الحريات العامة وهي حرية التعاقد أو عدم التعاقد.²

إلا أننا لسنا مع هذا الرأي فعقد العلاج الطبي عقد ذو طبيعة خاصة ويتميز كما بينا سابقا عن غيره من العقود بأنه عقد انساني ويجب على الطبيب مراعاة الجانب الإنساني فيه حتى عند التعاقد.

فموضوع التعاقد هو علاج يمس مباشرة حق الإنسان في حياته وفي سلامته الجسدية والصحية فقد يؤدي رفض علاج المريض من قبل الطبيب إلى موته في بعض الحالات، لذا نرى من الافضل أن نضع قيد للتعسف في استعمال الحق أو أي قيد آخر يصب في

¹ - د/ جابر محبوب على، المصدر السابق، ص 29-30.

² - د. عبد الحميد الشواربي، المصدر السابق، ص 176.

مصلحة المريض على حرية الطبيب في التعاقد مع المريض، لان استعمال الطبيب لهذا الحق قد يتعارض في بعض الأحيان مع حق الإنسان الآخر في الحياة وفي الصحة وفي سلامة جسده وبحسب الأحوال .

ومن هنا وباعتبار الأطباء وحدهم لهم الحق في ممارسة الطب فلهم استثنائ علمي وقانوني فيما يتعلق بمزاولة هذه المهنة وان مباشرة العمل الطبي بواسطة الطبيب يعد سببا من أسباب الإباحة التي تحول دون مساءلة الطبيب، فلأطباء حرية في اختيار من يتعاقد معهم فلهم الحق في رفض التعاقد مع مريض معين وهذا جاء طبقا لمبدأ حرية الفرد في اختيار مع من يتعاقد، فما دام للمريض الحق والحرية في اختيار الطبيب الذي يعالجه فانه يصبح من حق الطبيب أيضا أن يختار المريض الذي يتعاقد معه.¹

ومن هنا نجد أن المادة 15 من لائحة آداب مهنة الطبيب البشرية المعدة لعام 1974 التي أكدت "يجوز للطبيب أن يعتذر عن معالجة أي مريض منذ البداية لأسباب شخصية أو تتعلق بالمهنة."

وقضت المادة 13 من الدستور الطبي الأردني بأنه فيما عدا الحالات الطارئة والإسعاف للطبيب حق في رفض المعالجة لأسباب مهنية أو شخصية .

كما أكد قانون الآداب الطبية اللبناني الصادر في 1994 على حق الطبيب في اختيار مرضاه من خلال المادة 27 منه والتي جاءت بـ"على الطبيب أن يترك للمريض...ولهذا الأخير أن يرفض قرار بإجراء عملية...و لأي سبب شرعي آخر" .

أما المشرع الجزائري فأكد من خلال المادة 42 من المدونة أخلاقيات الطب على انه " للمريض الحرية في اختيار طبيبه أو جراح أسنانه أو مغادرته ويبقى للطبيب او الجراح الأسنان أن يحترم حق المريض هذا... ويمكن للطبيب والجراح الأسنان أن يرفض لأسباب شخصيه تقديم العلاج ."

¹ - د. منصور مصطفى منصور، المصدر السابق، ص11.

أما المشرع اليمني فقد أشار في قانون المهن الصحية اليمني إلى حرية الأطباء وحقهم في اختيار مرضاهم من خلال المادة الخامسة منه وأكد على حرية الأطباء وحقهم في اختيار مرضاهم اشارة إليه انه يتمتع ذوي المهن الصحية بالحقوق والواجبات التالية:
الامتناع عن تقديم الخدمات الطبية تحت شروط الإكراه أو الإملاء.

أما المشرع الفرنسي فقد قضى في المادة 47 من قانون أخلاقيات مهنة الطب عام 2000 بما يطابق هذه النصوص إذ جاءت تقضي على أنه مهما كانت الظروف فانه ينبغي ضمان استمرارية العناية بالمريض والاستثناء الحالات المستعجلة أو حاله الضرورة أو الحالة التي يقتصر فيها الطبيب في القيام بواجباته الإنسانية فان من حقه رفض القيام بأعمال العناية لأسباب مهنية أو شخصية وإذا ما تخلص من مهنته فان عليه عندئذ إخطار المريض .
ومن هنا فان جميع القوانين المقارنة وان اختلفت في التعبير فهي متفقة في المعنى على إعطاء الطبيب حق وحرية اختيار مرضاه.

لكن هل هذه الحرية مطلقة أم أن هناك من اعتبارات وحدود ما يحول أو يحد منها , ما يمكن قوله أن الطب هو وظيفة اجتماعية يتعين بمقتضاها على الطبيب أن يلتزم بأدائها وفقا لما تمليه مصلحة المجتمع وحاله الإنسانية وعليه لا يحق للطبيب أن يمتنع عن تلبية أغاثه أو دعوه المريض له ولا يحق له أن يتخذ موقفا سلبيا لا يخدم مصلحة المجتمع والحالة الإنسانية.

فالتطور الاجتماعي اتجه بالنظام القانوني إلى تعزيز فكرة الوظيفة الاجتماعية والتضامن الاجتماعي فتقرر مبدأ حرية الطبيب في اختيار مرضاه إلا أن هذا المبدأ لا يبدو مطلقا اذ وردت عليه استثناءات كحالة التعاقد بين الطبيب وإحدى المنشآت وحالة الضرورة .

لكن هنا يطرح السؤال التالي: هل يعد الطبيب في حالة إيجاب دائم؟

ما يمكن قوله هو أن الطبيب يكون في حالة دعوة للتعاقد وليس في حالة إيجاب موجهة للجمهور للأسباب التالية:

1- العقد الطبي من عقود الثقة التي تقوم على الاعتبار الشخصي وهذه الثقة لا تقتصر على ثقة المريض بالطبيب بل تمتد إلى ثقة الطبيب لعلمه وفنه وخبراته وإمكانياته في القيام بالتدخلات العلاجية فلا ينعقد هذا العقد بمجرد دخول المريض إلى طبيبه إنما ينعقد في اللحظة التي يتطابق فيها الإيجاب بالقبول وهذا لا يتم إلا بعد دخول طرفيه في الحوار ومناقشة حول نوع التدخل الطبي وطبيعته ومخاطره وأثاره ونتائجه لان المريض بدخوله إلى الطبيب يعد ذلك إيجابا منه، من ثم فان من حق الطبيب أن يقبل بعلاج المريض من عدمه فإذا قبل ذلك عد هذا قبولا للإيجاب ومن ثم انعقد العقد بين طرفيه لتطابق الإيجاب والقبول، إذ إن التطابق يعني أن ينصرف القبول إلى كامل الإيجاب، وعليه فان أي إضافة أو تعديل صادر عن القابل بخصوص الإيجاب يمنع التطابق.

أما إذا رفض الطبيب تقديم خدماته الطبية للمرضى انعدم العقد لان إيجاب المريض لم يصادفه القبول، إذ من حق الطبيب أن يمتنع عن تقديم خدماته الطبية للمرضى بشرط لا يكون متعسفا في استعمال حقه هذا .

2- ما يؤكد أن الطبيب في هذه الحالة في حاله دعوة للتعاقد هو أنه لو عددناه في حالة إيجاب فانه يشترط في الإيجاب في حد ذاته قيام شروط معينة وهي أن يكون محددا ومؤكدا وقاطعا إلا أن تحديد الأطباء أجرة الفحص، مثلا لا يكفي القول بان الطبيب في حالة إيجاب دائم لأنه لابد أن يكون الإيجاب مؤكدا قاطعا في الوقت نفسه وكى يكون كذلك يجب أن يكون كلا من طرفي العقد قد أراد التعاقد حقيقة وان لا يكون لدى أي منهما تحفظات على التعاقد.¹

لكن في الواقع أن طرفي العقد قد يبديان نوعا من التحفظ بعد أن يدخل المريض في حوار ومناقشة مع طبيبه على نوع التدخل وطبيعته.

¹ - د/ زياد محمد النضار، المصدر السابق، ص 84.

إذا فان الطبيب بهذا الغرض يعد في حال الدعوة إلى التعاقد خاصة وان الدعوة إلى التعاقد لا تتضمن شروط العقد الجوهرية إنما الهدف منها حدوث اتصال بين الطرفين لمناقشة هذه الشروط وتحديد بها بغية التوصل إلى اتفاق بشأنها أي أن الأسس المقترحة لم تحدد بعد بصفة النهائية.

يتضح من خلال كل هذا أن الأصل للطبيب الحق في رفض علاج المريض الذي يراجعه للعلاج لأسباب مهنية أو شخصية ولا يحق له ذلك إلا في حالات استثنائية سنأتي على تبيانها لاحقاً.

فالتبيب يحق له رفض علاج مريض يراجعه لأسباب مهنية كأن تتعارض موافقته على علاج المريض مع آداب مهنة الطب مثلاً فقد يرفض علاج المريض لكون مرضه خارجاً عن اختصاصه أو لا يندرج ضمن اختصاصه الدقيق و من المحتمل أن يضر تدخله العلاجي بالمريض.

أو أن يرفض علاج مريض يتلقى العلاج في الوقت نفسه من طبيب آخر زميله في المهنة ودون اخذ موافقة طبيبه الأول ففي هذه الحالة يحق للطبيب رفض علاج المريض.¹

كما يحق للطبيب رفض طلب المريض للعلاج لأسباب تخصه كأن يكون الطبيب مرهقاً أو متعباً أو مريضاً ولا يمكنهم معالجة عدد اكبر من المرضى المراجعين لعيادته ولذلك فقد يرفض علاج من يراجع عيادته في ساعة معينة أو بعد ساعة معينة أو في يوم معين .

أو قد يرفض الطبيب علاج مريض وفي غير حالة الضرورة والاستعجال إذا كان بينه وبين المريض عداوة شخصية فقد يشعر الطبيب بأن هناك حاجزاً نفسياً يمنعه من أداء واجبه الطبي في علاج هذا المريض.

كما يجب اذا رفض علاجه كي لا يضر المريض أي انه يرفض علاجه حفاظاً على مصلحة المريض وصحته.

¹ - توفيق الزيات، المصدر السابق، ص 23.

ففي الحالتين المتقدمتين يحق للطبيب رفض طلب المريض للعلاج إذا تعسف الطبيب في استعمال حقه في الرفض فحينئذا يتحمل المسؤولية عن رفضه هذا كونه متعسفا في استعمال حقه.¹

والتعسف واستعمال الحق استعمالا غير جائز وهذا الاستعمال يصبح غير جائز في الحالة:

- (أ) إذا لم يقصد بهذا الاستعمال سوى الإضرار بالغير.
- (ب) إذا كانت المصالح التي ترمي هذا الاستعمال إلى تحقيقها قليلة الأهمية بحيث لا تتناسب مطلقا مع ما يصيب الغير من ضرر بسببها.
- (ج) إذا كانت المصالح التي ترمي هذا الاستعمال إلى تحقيقها غير مشروعة.

ومن هنا فإن الطبيب يعد متعسفا في استعمال حقه إذ لم يقصد من علاج المريض سوى الإضرار به كأن يرفض الطبيب علاج المريض دون أن يكون له أي مبرر أو سبب مهني أو شخصي لرفضه بل فقط يرفض من أجل الإضرار بالمريض أو أن يكون للطبيب سبب شخصي لرفض العلاج.

وهذا الرفض يستخدمه بقصد الإضرار بصحة المريض ففي المثال الذي ذكرناه أعلاه عندما يكون للطبيب عداوة شخصية مع المريض والمريض محتاج لعلاج جدا لكون الطبيب مختص أو بارع في مجال اختصاصه، ويرفض الطبيب علاجه فقط بغية الإضرار به وعدم شفائه ففي هذه الحالة إذا أدى السبب الشخصي إلى إضرار بصحة المريض فعندئذ لا يحق للطبيب أن يرفض علاج المريض .

وطبقا للحالة الثانية من حالات التعسف في استعمال الحق يكون الطبيب متعسفا في استعمال حقه في رفض العلاج إذ كانت المصالح التي يرمي إلى تحقيقها من استعماله لهذا الحق قليلة الأهمية بحيث لا تتناسب مطلقا مع الضرر الذي يصيب المريض بسبب رفضه هذا.

¹ - توفيق الزيات، المصدر السابق، ص 23

والمثال الذي يحضرنا بهذا الصدد هو أن يرفض الطبيب طلب مريض للعلاج بإجراء التدخل الجراحي بزرع كلى له بحجة أن المريض قد راجع في الوقت نفسه طبيباً آخر أقل خبرة وبراعة منه في إجراء مثل هذه العملية دون أن يعلمه بذلك.

ومن هنا يجب أن نوازن بين مصلحتين أو حقين بين مصلحة والضرر مع الأخذ بعين الاعتبار نوع المرض المريض وحجمه كالتالي :

إذا كان نوع المريض وحجمه من الأمراض التي قد يؤدي رفض الطبيب علاجه إلى ضرر كبير قد يصيب الإنسان في حياته أو صحته أو سلامة جسده فهنا يكون الضرر الذي لحق المريض والنتائج عن رفض الطبيب علاجه أكبر بكثير من المصلحة التي يرمي الطبيب إلى تحقيقها من استعماله لحقه في رفض العلاج والتي قد تكون في هذه الحالة مصلحة معنوية تتمثل في حفظ كرامته بسبب شعوره بالإهانة عند علمه بأن مريضه قد قام بمراجعة طبيب آخر أقل مهارة وحقاً منه في مجال اختصاصه دون أن يعلمه بذلك، أي أن مصلحة الطبيب في استعمال حقه في رفض علاج المريض في هذه الحالة قليلة الأهمية إذا ما قورنت بالضرر الذي يصيب المريض من جراء رفضه هذا والتي قد تشكل خطراً على حياته في بعض الأحيان، لذا فإن الطبيب في مثل هذه الحالات يعد تعسفا باستعمال حقه استعمالاً يوجب تحميله المسؤولية عنه وتعويض المريض عن الضرر الذي أصابه من رفضه لعلاجه.¹

والتي قد تكون في هذه الحالة مصلحة معنوية تتمثل في حفظ كرامته بسبب شعوره بالإهانة عند علمه بأن مريضه قد قام بمراجعة طبيب آخر غيره أقل مهارة وحقاً منه في مجال اختصاصه دون أن يعلمه بذلك أي أن مصلحة الطبيب في استعمال حقه في رفض علاج المريض في هذه الحالة قليلة الأهمية إذا ما قورنت بالضرر الذي يصيب المريض من جراء رفضه هذا والتي قد تكون في هذه الحالة مصلحة معنوية تتمثل بحفظ كرامته بسبب شعوره

¹ - توفيق الزيات، المصدر السابق، ص 24.

بالإهانة عند علمه بأن مريضه قد قام بزيارة طبيب آخر أقل مهارة وحذقا منه في مجال اختصاصه دون أن يعلمه بذلك أي أن مصلحة الطبيب في استعمال حقه في رفض العلاج في هذه الحالة قليل الأهمية إذا ما قورنت بأن الضرر الذي يصيب المريض من جراء رفضه هذا و التي قد تشكل خطرا على حياته في بعض الأحيان، لذا فإن الطبيب في مثل هذه الحالات يعد متعسفا باستعمال حقه استعمالا يوجب تحميله المسؤولية عنه وتعويض المريض عن الضرر الذي أصابه من رفضه لعلاج .

أما إذا كان نوع وحجم المرض من الأمراض البسيطة التي يمكن معالجتها من قبل أي طبيب مختص آخر فحينئذ لا يكون الضرر الذي يصيب المريض من جراء رفض الطبيب لعلاج أكبر من المصلحة التي يرمي الطبيب إلى تحقيقها من خلال استعماله لحقه في رفض طلب المريض للعلاج.

وبالتالي لا يمكننا القول بأن الطبيب كان متعسفا في استعمال حقه في رفض علاج المريض أما الحالة الثالثة من حالات التعسف في استعمال الحق فهي أن تكون للطبيب مصلحة غير مشروعة من خلال رفضه طلب المريض للعلاج كأن يقوم الطبيب بالتواطئ مع مستشفى خاص مختص بعلاج نوع معين من الأمراض فيرفض أن يعالج المريض في عيادته الخاصة كي يجبره بشكل غير مباشر بمراجعة المستشفى وتلقي العلاج فيها بحجة أنه لن يتلقى العلاج اللازم إلا في تلك المستشفى .

أو كأن يقوم عدو المريض أو منافسه بالتواطئ مع الطبيب وتقديم الرشوة له كي يرفض علاج المريض بقصد الإضرار بمصلحة وصحة المريض ففي هذه الحالات يعد الطبيب متعسفا في استعمال حقه لأنه يرمي إلى تحقيق مصلحة غير مشروعة من استعماله لحقه.

ففي الحالات المتقدمة أعلاه، يتحمل الطبيب المسؤولية عند استعماله لحقه في رفض دعوة المريض يلجأ إليه للعلاج إذا كان متعسفا في استعماله حقه ونحن نرى أن يترك تقدير كون الطبيب متعسفا في استعماله حقه في الرفض من عدمه لقاضي الموضوع يقدرها بحسب

الأحوال والظروف المحيطة بكل حالة على حدة والتي تختلف من حالة إلى أخرى وذلك من خلال استخدام المعايير الموضوعية وبالشكل الذي يبناه أعلاه .

وفي كل الأحوال نرى بأن الأسباب الشخصية والمهنية التي يجب للطبيب أن يتمتع بموجبها عن علاج المريض ويجب أن لا تتعارض مع الجانب الإنساني لمهنة الطب بشكل عام، ومع عقد العلاج الطبي الذي يتميز بسمة الإنسانية بشكل خاص وأن لا تتعارض في الوقت نفسه مع مصلحة المريض أي أن لا تضر به بل يجب أن تصب في مصلحة المريض.

المطلب الثاني:

الاستثناءات الواردة على مبدأ حرية الطبيب في اختيار مرضاه:

إذا كان للطبيب الرجوع إلى مكانته في العقد الحرية في رفض العلاج فإن هذه الحرية ترد عليها إستثناءات وهي:

الفرع الأول:

حالة المريض الذي يتابع المريض حالته

حالة المريض الذي يتابع المريض حالته، وهاته الحالة تخص المريض الذي يتابع الطبيب حالته سواء تمت المتابعة في إطار العقد الذي بدأ به العلاج أم تمت في حالة المريض الذي يبرم في كل مرة يأتي فيها لزيارة الطبيب عقدا جديدا¹ .

إن قواعد أخلاقيات المهنة الطبية تمنع على الطبيب أن يتخلّى عن مريضه أي تمنع عليه أن يرفض الاستمرار في متابعة حالة قد بدأ فعلا بمعالجتها في وقت غير لائق وبغير مسوغ قانوني .

ومن هنا جاءت المادة 50 من مدونة أخلاقيات المهنة بأن للطبيب أن يتحرر من مهنته بشرط أن تضمن مواصلة العلاج المريض ومن هنا يمكن القول أن الأصل أن لا يتمتع الطبيب من الاستمرار في متابعة علاج المريض بدأ بعلاجه بموجب عقد العلاج الطبي

¹ - د/ جابر محجوب على، المصدر السابق، ص 30.

ولكن استثناءً يمكن له ذلك بشرط أن يضمن استمرار العلاج للمريض من قبل طبيب آخر في حالات معينة يجد فيها الطبيب لنفسه مبرراً لترك المريض وقطع العناية به. ومن ذلك كأن يهمل المريض إتباع تعليمات الطبيب أو أن يعتمد في عدم إتباعها أو أن يقوم المريض بالاستعانة بطبيب آخر خفية عن الطبيب الأول الذي يعالجهم مما يؤدي كرامة الطبيب المعالج أو أن يمتنع المريض عن دفع أتعاب الطبيب في مواعيدها ففي هذه الحالات يجوز للطبيب وفقاً للقواعد والأداب المهنية أن يترك المريض ويرفض علاجه ولكن بشرط أن لا يكون في وقت غير لائق أي غير مناسب للمريض، لذلك عليه أن يعلم المريض بأنه سوف يقطع عن عناية به ويمتنع عن علاجه وفي وقت يتاح للمريض بأنه سوف يقطع العناية به ويمتنع عن علاجه وفي وقت يتاح للمريض خلاله إختيار طبيب آخر يحل محله أي أن يضمن استمرار علاج المريض من قبل طبيب آخر وبخلافه فإن الطبيب يتحمل مسؤولية الترك وما تنشأ عنه من أضرار قد تصيب المريض.¹

الفرع الثاني

خالد الطبيب المتعاقد مع منشأة تجارية أو صناعية

قد يتعاقد الطبيب مع منشأة تجارية أو صناعية لمعاينة العاملين فيها وعلاجهم سواء في عيادته الخاصة أو في المستشفى الخاص الذي يملكه أو حتى في المنشأة التجارية أو الصناعية نفسها أي في مقر العمل.

فالتبيب في هذه الحالة يفقد بتعاقد مع المنشأة حقه في إختيار مرضاه، بحيث يكون ملتزماً بتقديم الرعاية الطبية لكل مستفيد من عقد الإشتراط الذي أبرمه في العقد على الطبيب دور المشترك.²

¹ - د/ محمد حسين منصور، المصدر السابق، ص 36.

² - منير رياض حنا، المسؤولية الجنائية للأطباء والصيدلية، دار المطبوعات الجامعية، الاسكندرية، 1989، ص 100.

ومن المعلوم أن الاشتراط لمصلحة الغير ينشئ لصالح المستفيد حقا مباشرا من قبل المتعهد على وجه يستطيع معه المريض مطالبة الطبيب مباشرة بتقديم العلاج له دون حاجة إلى وساطة المنشأة التي يقتصر دورها على مجرد تحويل العامل المريض إلى الطبيب المتعهد.¹ ولا يستطيع الطبيب في هذه الحالة رفض علاج العامل لأن مجرد رفضه العلاج يثير مسؤوليه التعاقدية إتجاه المنشأة التي تعاقد معها بموجب عقد الاشتراط لمصلحة الغير.

وهنا نجد أن محكمة التمييز اليمنية أقرت بقرار مقتضاه ما يلي:

"إمتناع الطبيب العمل على تطبيب العامل المصاب باعتباره أحد منتسبي المعمل يوجب مسؤولية التعاقدية."²

ويتضح من هذا القرار بأن محكمة التمييز عدت حالة الطبيب المتعاقد مع منشأة أو معمل معين لمعالجة العاملين فيه استثناء من مبدأ حرية الطبيب في إختيار مرضاه. بحيث لا يمكنه رفض معالجتهم وإلا تحمل المسؤولية التعاقدية عن ذلك على الرغم من عدم ورود الاستثناءات في المادة المخصصة لمبدأ حرية الطبيب في اختيار مرضاه في أداب المهنة.

الفرع الثالث

حالة الطبيب الذي يعمل في المستشفيات أو المستوصفات العامة

إن علاقة الطبيب بالمريض في مستشفى أو مستوصف عام هي علاقة شخص مكلف بأداء خدمة عامة طبقاً للوائح بشخص ينتفع بخدمات المرفق العام طبقاً للقانون . ويؤدي ذلك أنه لا يوجد عقد بين الطبيب الممارس في مستشفى عام والمريض الذي ينتفع بخدماتها فعلاقة الطبيب الموظف بالجهة الإدارية التي يتبعها هي علاقة تنظيمية أو لائحية تحكمها القوانين واللوائح لذا لا يمكن تطبيق أحد أنظمه القانون الخاص عليها، فلا يمكن

¹ - القرار رقم 2178 / م 68/1 الصادر في 06/06/1998، غير منشور .

² - د/ سعيدي اسماعيل البرز نجمي، الاشتراك لمصلحة الغير في الفقه الغزلي و الفقه الاسلامي، 1971، ض 52.

القول مثلا بوجود اشتراط لمصلحة المريض بين إدارة المستشفى العام وبين الطبيب الممارس بها في علاقتها هذه الغير عقدية¹.

وليس من شأنها أن تسمح للطبيب بإختيار مرضاه فالطبيب ملتزم طبقا لنظام الوظيفة الذي يحتمه بأن يقدم العناية الطبية ضمن إختصاصه لكل من يتقدم طالبا للعلاج في المستشفى الذي يعمل فيها وإمتناع الطبيب عن تقديم العلاج لمرضاه يثير مسؤوليته أمام الجهة الإدارية التي يتبعها ويثير كذلك مسؤولية إتجاه المريض إذ ما لحق هذا الأخير ضرر من جراء إمتناع الطبيب عن تقديم العلاج له.²

ونود أن نشير إلى أنه يستثنى مما تقدم حالة ما يعرف بالقسم الخاص داخل المستشفيات العامة وكذلك ما يسمى بالعيادات المفتوحة حيث تأخذ بعض الدول بهذين النظامين ومن بينها فرنسا وفي الحالتين يسمح لأطباء المستشفى في أوقات محددة بأن يستقبلوا المرضى على نحو خصوص وبأجر تتقاضى المستشفى نسبة منه نظير إستخدام الطبيب المكان والأجهزة والمساعدین التابعین للمستشفى.

ووفقا لهذا النظام وفي حدود فقط، يحق للطبيب أن يختار مريضه وتتשא بين الطرفين علاقة تعاقدية كتلك التي تقوم بين المريض والطبيب الذي يستقبل مرضاه في عيادته الخاصة وهذا يعني أن الطبيب أيضا يسترد حقه في اختيار مريضه، ويجوز له في غير حالة الضرورة أو الاستعجال أن يرفض تقديم العلاج للمريض لأسباب شخصية أو مهنية.

إن خضوع العلاقة بين الطبيب والمريض في هذه الحالة لقواعد القانون الخاص يؤدي إلى القول بأن دعوى المسؤولية التي يرفعها المريض حال إصابته بضرر تتأسس على الخطأ الشخصي للطبيب ولا علاقة لها بالخطأ المرفقي ويختص بنظرها القضاء العادي وليس القضاء الإداري.

¹ - د. أحمد شرف الدين، المصدر السابق، ص19.

² - د. أحمد شرف الدين، المصدر السابق، ص 17-28.

الفرع الرابع

حالة الاستعجال والضرورة

إن القاعدة العامة في المهن الطبية وقواعدها أن حالة الاستعجال وحالة الضرورة تستثنى

من مبدأ حرية الطبيب في إختيار مرضاه حتى تتعدم حرية الإختيار لدى الطبيب في مثل هذه الحالات فالطبيب الذي يوجد في مواجهة مريض يحتاج إلى تدخل علاجي عاجل

وضروري ليس له حق رفض تقديم العلاج للمريض وإلا تعرض للمسؤولية.¹

وإذا ما رجعنا إلى موقف القوانين المقارنة بهذا الصدد نجد بأن أغليبتها قد نص على هاته

الحالة إلا أنه كل استخدام ألفاظاً مختلفة للدلالة إلى حالة الضرورة والاستعجال، فمنها من

إستخدم لفظ الحالات المستعجلة كالمادة 15 من لائحة آداب وشرف مهنة الطب المصري

أما المشرع الأردني فقد إستخدم عبارة حالات الطوارئ والإسعاف وذلك في المادة 13 من

دستور السلوك الطبي الأردني، أما المشرع اللبناني والكويتي واليميني فقد استخدم عبارة

الحالة الطارئة وذلك في المادة 07 من المرسوم الخاص بممارسة مهنة الطب البشري

الكويتي.

أما المادة 16 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري فذكرت عبارة بأنه يخول للطبيب القيام

بكل أعمال التشخيص والوقاية والعلاج ولا يجوز له تقديم علاجاً أو يواصله أو يقدم وصفات

في ميادين تتجاوز إختصاصه أو إمكانياته إلا في الحالات الاستثنائية.

والذي يهمنا في هذا الموضوع بأن هذه القوانين وإن إختلفت في تعابيرها عن حالة الضرورة

والاستعجال إلا أن جميعها قد إستثنت حالة الطوارئ أو الضرورة أو الإستعجال من مبدأ

حرية الطبيب في إختيار مرضاه ويفقد الطبيب بموجبها حقه في رفض العلاج، إلا أنها

جميعاً لم تبين لنا شروط تحقق هذه الحالة ولم تضع ضابطاً أو معياراً نستند إليه لتحديد

حالات الطوارئ أو الضرورة أو الاستعجال التي تتعدم فيها حرية الطبيب في إختيار مرضاه،

¹ - د. أحمد محمود سعد، المصدر السابق، ص 267-268.

لذا سنحاول فيما يلي البحث عن شروط تحقق هذه الحالة مستنديين إلى الآراء الفقهية وإلى بعض الأحكام القضائية التي وردت في هذا الشأن.

إن حالة الطوارئ والضرورة والاستعجال توحى لنا بوجود مريض مصاب أو لحق به أذى أو خطر جسيم حل وطارئ، كالإصابة في حوادث سير مثلاً أو الإصابات التي تنشأ بسبب انفجارات معينة أو إصابه المريض بنوبة قلبية حادة أو تطور حالته المرضية وتدهورها بحيث تحتاج إلى علاج عاجل وهذا الخطر الجسيم يجب أن يهدد حياة الإنسان المريض أو صحة أو سلامة جسده، وهذا ما نستشفه من أحد أحكام محكمة النقض الفرنسية حيث جاء فيه >> والجسامة لا تعني بالضرورة أن يكون المريض معرضاً لخطر الموت بل يكفي فقط أن يهدد الخطر السلامة البدنية للشخص بإصابة بالغة>>¹.

كما يجب أن تطلب الحالة العلاج العاجل الفوري الذي لا يحتمل التأخير أي أن لا يمكن تأجيله إلى المستقبل فإذا لم تستدع حالة المريض التدخل الفوري العاجل فعندئذ يحق للطبيب رفض علاجه ولا يتحمل المسؤولية.²

أما إذا استدعت حالة المريض التدخل الفوري العاجل من قبل الطبيب الحاضر أو الذي يتم استدعاؤه فعندئذ يسأل الطبيب إذا امتنع عن علاجه بل يسأل كذلك عن التأخر في حضوره أو في التدخل لإنقاذ المريض والمسؤولية هنا هي مسؤولية جنائية وفي الوقت نفسه مسؤولية مدنية.

إن امتناع الطبيب عن علاج المريض وتقديم المساعدة له في هذه الحالة يعد خطأ يترتب في ذمته الالتزام بالتعويض ومسؤولية الطبيب في هذه الحالة ستكون مسؤولية تقصيرية لعدم

¹ - د. عبد الكريم مأمون، المصدر السابق، ص 184.

² - د. جابر محجوب علي، المصدر السابق، ص 179.

وجود عقد بينه وبين المريض في هذه الحالة وإلى جانب ذلك فإن الطبيب يسأل تأديبيا عن فعله هذا لأنه يمثل إخلالا بواجب من واجبات المهنة.¹

بالإضافة إلى ما تقدم ما يشترط لتحقيق حالة فقدان الطبيب لحيته في اختيار مرضاه في حالة الضرورة أن يوجد طبيب واحد أو أن يتم استدعاء طبيب واحد دون سواه أي أن لا يوجد سوى طبيب واحد في مواجهة حالة المريض.

فمثلا أن يوجد المريض أو المصاب في قرية نائية ولم يكن هناك سوى طبيب واحد لإنتقاذه أو علاجه، ولا يتخلص الطبيب من المسؤولية إذا امتنع عن تقديم العلاج في هذه الحالة إلا إذا حالت قوة القاهرة كالفيضانات والحروب دون وصول الطبيب إلى موقع الحادث وهذا وفقا للقواعد العامة للمسؤولية.²

فقد يوجد طبيب آخر في القرية المجاورة أو في المدينة إلا أن حالة المريض لا تحتل الوصول إليه والمثال نفسه يصدق في حالات وقوع حوادث السير في طريق خارجي بعيد عن مركز المدينة أو في حالة الطبيب الذي يصادف وجوده في طائرة ويتعرض أحد الركاب إلى أزمة مرضية حادة.

أما في حالة الحوادث التي تؤدي إلى إصابة وجرح مجموعة من الناس فعند نقل المصابين إلى قسم الطوارئ ففي هذه الحالة يتوجب على كافة الأطباء المتواجدين التدخل العاجل لإسعافهم ومعالجاتهم بحسب إمكانياتهم حتى ولو لم يكن ذلك ضمن اختصاصهم.

فإذا وجد عدة أطباء في موقع الحادث مثلا أو في المستشفى الذي ينقل إليه المريض فإن الطبيب الذي تكون حالة المريض أقرب إلى اختصاصه سيتولى على عاتقه علاج المريض ولا بأس أن يساعده الأعداء عند استدعت الحالة.

¹ - د/ أحمد محمود سعد، المصدر السابق، ص 252-253.

² - د/ منصور مصطفى منصور، المصدر السابق، ص 14.

ومن هنا فان معيار توفر حاله الطوارئ أو الضرورة أو الاستعجال هو وجود خطر جسيم عاجل يهدد حياة الإنسان أو صحته أو سلامه جسده وان لا يوجد سوى طبيب واحد لمواجهه هذه الحالة سواء كان موجودا أو حاضرا أو كان قد تم استدعائه.

فالأوجب الإنساني في مثل هذه الحالات يحتم على الطبيب التدخل العاجل الإنساني في مثل هذه الحالات يحتم على الطبيب التدخل العجل لإنقاذ المريض وبذل العناية اللازمة في علاجه بقدر إمكانياته وبدون تأخير ولا يحق له رفض علاج المريض أو المصاب وإلا تحمل المسؤولية عن ذلك.

ويبقى تقدير حاله الطوارئ والضرورة لقاضي الموضوع يقدرها في ضوء المعايير التي أشرنا إليها أعلاه العوامل المحيطة بكل حالة.

الفرع الخامس

حالة الطبيب العضو في فريق طبي

المقصود بالفريق الطبي تعدد المتدخلين في عملية العلاج كله حسب تخصصه كتعدد الأطباء في العملية الجراحية الواحدة كطبيب الجراح، الطبيب المخدر الطبيب المختص في أمراض القلب، الممرضين والمضمدين، إلى غير ذلك من الفرق الطبية.

وقد أثار هذا النوع من الممارسة الطبية العديد من المشاكل القانونية خاصة ما يتعلق منها بتحديد المسؤولية في حالة وقوع الأخطاء الطبية سواء أكانت مدنيه أم جنائية، سواء أكان المسؤولية المدنية تعاقدية أم تقصيرية، ومن ناحية أخرى يثير الفريق الطبي مشكله ثانية تتعلق برضا الطبيب العضو في الفريق الذي لم يتعاقد معه المريض مباشرة.

فهل يعد الطبيب الجراح نائبا عن زملائه في التعاقد مع المريض أم أن كل عضو في الفريق الطبي يتعاقد على المريض لوحده وهذا ما نحاول تبينه.

يذهب اتجاه في الفقه إلى أن كل عضو من أعضاء الفريق الطبي تربطه رابطة عقدية مستقلة بالمريض وذلك لان المريض لا يربطه عقد فقط بالطبيب الجراح إنما يربطه عقد آخر مع بقية أفراد الفريق الطبي وهو عقد ضمني على إعتبار أنه لم يعترض على وجودهم وعدم اعتراضه هذا يفترض وجود عقد ضمني بين الطرفين وبالتالي تعتبر مسؤوليتهم مسؤولية عقدية مباشرة وهذا ما ذهب إليه التشريع الفرنسي وكذلك استقر القضاء الفرنسي عليه عندما إعتبر المسؤولية الأطباء في هذه الفرق عقدية وإعتبر رضا الأطباء بالنسبة للمريض رضا ضمناً.¹

حيث يرى القضاء الفرنسي أن تحديد المسؤوليات بهذه الكيفية يتناسب والاستقلالية التي يتمتع بها كل طبيب في الفرق الطبية من حيث تخصصه وعدم تلقيه لأوامر من غيره مما يجعله مسؤولاً مباشراً بما يقوم به من عمل.

وذهب إتجاه آخر في الفقه إلى أن الطبيب المساعد أو طبيب التخدير لا يمكن أن يقوم بإجراء العمل المكلف به قبل أن يتصل بالمريض ويخبره ويلتزم معه في علاقة تعاقدية حتى ولو كان هذا العقد مختاراً ومفروضاً من قبل رئيس الفريق الطبي.

والاتجاه الغالب والمرجح هو الإتجاه الأول أي الرضا الضمني إلا أننا نجد بأنها لا تصل إلى حد القول بوجود عقد ضمني بين المريض وأعضاء الفريق الطبي حيث نرى أنه في الواقع العملي يقوم المريض بإبرام عقد العلاج الطبي مع الطبيب الجراح أو رئيس الفريق وهو بدوره يتمتع بحرية إختيار مرضاه وله الحق في رفض علاج المريض الذي يطلب منه العلاج في غير حالات الضرورة والاستعجال.

¹ - د. أحمد محمود سعد، المصدر السابق، ص 272 - 273.

أما بقية أعضاء الفريق الطبي فهم عادة لا يقومون بإختيار مرضاهم ولا تربطهم بالمريض علاقة مباشرة حتى أنهم لا يتعرفون على المريض إلا في غرفة العمليات فهم مرتبطون في عملهم برئيس الفريق وبالمستشفى التي يعملون فيها سواء أكانت المستشفى عامة أم خاصة.

لذلك فهم عمليا لا يتمتعون بحرية إختيار مرضاهم وبالتالي ليس لهم رفض علاج مريض دون آخر لأنهم لا يبرمون عقد العلاج الطبي مع المريض بصورة مباشرة إلا أن مباشرتهم في عملهم لعلاج المريض مع الفريق الطبي دليل على رضاهم الضمني على علاج أي مريض يحتاج إلى تدخل جراحي وعمل جماعي من قبل الفريق الطبي بموجب عقدهم الذي أبرموه مع رئيس الفريق أو مع المستشفى الخاص الذي يعملون فيه وليس بموجب عقد ضمني أبرموه مع المريض وبهذا فهم لا يتمتعون بحق إختيار مرضاهم أو رفض علاجهم.

وبالرجوع إلى مدونة أخلاقيات مهنة الطب نجد في المادة 73 منه إشارة واضحة إلى أنه عندما يتعاون عدد من الزملاء على فحص مريض بعينه أو معالجته فإن كل منهم يتحمل مسؤولياته الشخصية أما المساعدون الذين يختارهم الطبيب أو الجراح فإنهم يعملون تحت مراقبته وتحت مسؤوليته.

المبحث الثاني

حق المريض في اختيار الطبيب

يعد حق كل مارس في إختيار الطبيب الذي يعالجه من المبادئ الأساسية التي تحكم ممارسة مهنة الطب ولذلك نجد أن أغلب الاتفاقيات الدولية الخاصة بحقوق المريض قد أشارت إلى حق المريض في إختيار طبيبه في نصوصها وخاصة في مجال القطاع الخاص.¹

¹ - المادة 02 من إعلان لشبونة حول حقوق المريض لعام 1981.

وأيضاً فقد وضعتها قواعد الأخلاقيات المهنية ضمن المبادئ التي يلتزم كل طبيب باحترامها وعدم التخلي عنها حيث أقرت حينها هذا الحق للمريض ومع ذلك توجد بعض الحالات التي يفقد فيها المريض حق إختيار طبيب الذي سيتعالج عنده.

المطلب الأول

مبدأ حرية المريض في اختيار طبيبه

هذا المبدأ يستند إلى مبدأ حرية المريض في اختيار طبيبه إلى فكرة الثقة التي يجب أن تسود بين الطرفين في عقد العلاج الطبي كونه عقداً من العقود القائمة على الإعتبار الشخصي فإختيار الطبيب المعالج لا يتم على أساس مهني فحسب بل أيضاً على اعتبارات شخصية تدور أساساً حول عنصر الثقة.

وقد أقر هذا المبدأ المادة 13 من الدستور الطبي الأردني والمادة 27 من قانون الأداب الطبية اللبناني والمادة 42 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب أين أشارت صراحة إلى حرية المريض في إختيار طبيبه أو مغادرته وينبغي على الطبيب هنا أن يحترم حق المريض هذا مشيراً كذلك إلى أن حرية الإختيار هذه مبدأ أساسي تقوم عليه العلاقة بين الطبيب والمريض والعلاقة بين جراح الأسنان والمريض.

ومن هنا فالأصل هو أن الإنسان عندما يمرض يكون له مطلق الحرية في إختيار طبيب معين كي يبرم معه عقد العلاج الطبي لمعالجته والذي يراه مناسباً لعلاجته وخاصة عندما يريد المريض أن يعالج نفسه على نفقته الخاصة وضمن القطاع الخاص إلى أن النص أعلاه قد قيد حرية المريض في إختيار طبيبه في بعض الحالات الاستثنائية كعلاجه في مؤسسة مجانية أو على نفقة مؤسسة إرتبط بها المريض وهو ما سنأتي إلى بيانه بالتفصيل.

وإذا كان الأصل هو حرية المريض في اختيار الطبيب فيجب منع كل ما يمكن أن يؤدي إلى التأثير في إرادة المريض عند الاختيار لتحقيق مصلحة الطبيب في جلب المرضى أو الشهرة ولذلك يرى البعض أن من مكملات مبدأ حرية المريض في اختيار الطبيب هو ما تقرره القوانين في الدول المختلفة من منع الأطباء من اللجوء إلى وسائل الدعاية لأنفسهم لجلب المرضى.¹

ومن خلال ذلك نجد أن المادة 20 من مدونة أخلاقيات المهنة أشارت صراحة إلى أنه لا تمارس مهنة الطب أو الجراحة ممارسة تجارية ويمنع القيام بجميع أساليب الإشهار المباشر أو الغير المباشر.

ومن هنا فإن إجتذاب الطبيب للمرضى بصورة مباشرة أو غير مباشرة إساءة للسلوك المهني كما هو الحال في استعمال وسطاء أو نشر مقالات في الجرائد والمجلات غير مهنية أو بنشر لافتات دعائية أو إستعمال وسائل إعلام أخرى غير المهنية تتضمن دعاية لشخصه أو الإيحاء إلى مثل هذه الوسائل بالتتويه عن مهاراته الفنية أو بتوزيع نشرات أو بطاقات أو كتابة على لافتة العيادة بما يشير إلى ذلك.

ولذا نجد أن المادة 77 من مدونة أخلاقيات المهنة أشارت صراحة أن الطبيب لا يسوغ له أن يثبت على الورق المخصص للوصفات والبطاقات الشخصية أو الدليل المهني إلى البيانات التالية:

- الاسم واللقب والعنوان ورقم الهاتف وساعات الاستشارة الطبية.
- أسماء الزملاء المشتركين إذا كان طبيب أو جراح الأسنان يمارس مهنته بصفة مشتركة.
- الشهادات والوظائف والمؤهلات المعترف بها .

¹ - د. منصور مصطفى منصور، المصدر السابق، ص16.

كما أن الطبيب لا يرخّص له أن يثبت على لوحات باب عيادته إلا البيانات التالية:

- اسم واللقب وأيام وساعات الاستشارة الطبية.
- الطابق وشهادات المتحصل عليها والمؤهلات والوظائف المعترف بها وفقا للمادة 77 من نفس المدونة.

- ولا توضع هذه اللوحات إلا في مدخل العيادة على صندوق البريد وفي مدخل المبنى.¹

وفيما عدا ذلك هو من قبيل الإشهار الممنوع قانونا والمترتب عنه تبعات عقابية.

بل ونجد أن بعض الفقهاء أكد أنه يجوز نشر شكل المريض إلى طبيبه أو إلى مجموعة من الأطباء والطاقم العامل معه الذين أشرفوا على علاجه بشرط أن يذيل بإسم المريض الكامل وعنوانه الذي يمكن للجهة الناشرة الاتصال به قبل النشر والتأكد بأن ليس للطبيب أو الأطباء يد في الموضوع.²

ولكي يمارس المريض حقه في اختيار الطبيب لابد أن يتمتع بأهلية الأداء الكاملة أي أن يكون كامل الإدراك والتمييز أما إذا كان المريض غير قادر على التعبير عن إرادته في اختيار المريض أي أن يكون عديم أو ناقص الأهلية كأن يكون صغير السن أو مجنوناً أو معتوها أو أن يكون فاقداً لوعيه فعندئذ يقوم من ينوب عنه باختيار الطبيب بدلا عنه، كالوالى أو الوصى أو القيم.

ولابد أن ننوه أخيرا إلى أن وقوع اختيار المريض الذي يتمتع بالإدراك والتمييز أو من ينوب عنه على طبيب معين يكون في مرحلة سابقة لإبرام عقد العلاج الطبي ومجرد الاختيار لا يكفي لانعقاد العقد، إذ يبقى هذا الاختيار مجرد تحديد نظري إلى أن يصدر من الطرفين

¹ - المادة 78 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب، المرسوم التنفيذي رقم 276/92 المؤرخ في 06 يوليو 1992.

² - د/ عباس محمود عباس، التزامات الطبيب، دار النهضة للنشر، بيروت، 2001، ص 115.

تعبير عن الإرادة حيث يتجسد هذا الاختيار في مرحلة إبرام العقد بصورته النهائية في شكل إيجاب يصدره المريض عند مراجعته لعيادة الطبيب الخاصة مثلا.¹

وينعقد به العقد إذا لقي قبولا من الطبيب بمعالجة المريض، لأن فتح العيادة الخاصة من قبل الطبيب ووضع اللافتة وكما بينا سابقا هو بمثابة دعوة للتعاقد يتقيد إبرام العقد استنادا إليها، بما للطبيب من حرية في أن يعتذر عن تقديم الخدمة في حالة معينة إذا كان ثمة ما يمنعه من أدائها.

وما دام الأمر يتعلق بدعوة للتعاقد فإن الإيجاب في عقد العلاج الطبي يصدر من المريض عن طريق التقدم إلى الطبيب في عيادته وإستدعائه للكشف عليه في منزله والقبول يصدر من الطبيب بمجرد موافقته على توقيع الفحص المبدئي على المريض.

وعلى هذا الأساس فقد يتوقف عقد العلاج الطبي عند مجرد الفحص والتشخيص إذا رغب المريض عن العلاج بعد إخباره بما يعانيه من مرض وبالطريقة المقترحة لعلاجيه وقد يستمر العقد الطبي إذا قبل المريض قبولا حرا مستتيرا الخضوع للعلاج الذي يقترحه الطبيب.

ومن هنا يتضح جليا أن للمريض الحق في التعبير عن إرادته وإبداء رضاه في مرحلتين مختلفتين من مراحل عقد العلاج الطبي ففي مرحلة إبرام العقد يبدو رضا المريض واضحا عندما يمارس حقه في اختيار الطبيب الذي سيعالجه والذي يتجسد في صورة الإيجاب الذي يصدره وينعقد به العقد إذا لحقه قبول من الطبيب.

أما في مرحلة تنفيذ العقد فيكون لإرادة المريض دورا آخر يبدو في صورة الرضا الحر المستتير الذي يتعين على الطبيب الحصول عليه من المريض قبل البدء في تنفيذ العلاج.

¹ - د/ جابر محجوب علي، المصدر السابق، ص 44.

فالأمر يتعلق إذا برضائين منفصلين، لكل منهما نطاق مستقل عن الآخر فالأول ضروري لإنعقاد العقد في حين يلعب الثاني دورة في مرحلة تنفيذ العقد ويضفي على عمل الطبيب وصف المشروعية من الوجهتين المدنية والجنائية.

ومن هنا نجد أن اتجاه في الفقه وخاصة الانجلوساكسوني ذهب إلى أن الرضا الصادر من المريض عند انعقاد العقد والذي يستنتج من عيادته أو زيارته للطبيب هو كافي لجميع مراحل العلاج حيث يعبر عن رضا المريض الضمني على الأعمال الطبية التي يجريها له الطبيب في جميع مراحل العلاج ويحقق في الوقت نفسه مشروعية ما يقوم به الطبيب من أعمال على جسم المريض.¹

أما الإتجاه الثاني فيذهب إلى معالجة موضوع رضا المريض بالعلاج ويشترط أن يكون حرا مستتيरा دون أن يعرض للرضاء اللازم لإبرام العقد.²

و ذهب إتجاه ثالث إلى وجود إلتزام سابق على التعاقد يقع على عاتق الطبيب بالإدلاء للمريض بكافة المعلومات المتعلقة بالمرض و العلاج المقترح فإذا حصل المريض على هذه المعلومات أصدر قبولاً حراً مستتيرا يقوم به العقد الطبي.³

و من ثم يتطلب رضا المريض المستتيير على العلاج أثناء سريان العقد.⁴

ففيما يتعلق بالإتجاه الأول نجد أن تطبيق نظرية الرضا الضمني غير مجد في المجال الطبي كمبدأ عام، ذلك أن دعوة الطبيب للكشف عن جسم المريض لا تشكل موافقة نهائية من المريض لكي يباشر الطبيب التدخلات الطبية اللازمة بدون إستشارته مجددا بشأنها .

¹ - د/ محمد حسين منصور، المصدر السابق، ص 80-81.

² - عبد الكريم مأمون، المصدر السابق، ص 190-199.

³ - د. نزيه المهدي، الإلتزام قبل التعاقد بالبيانات المتعلقة بالعقد، القاهرة، 1990، ص 17.

⁴ - د. علي حسين نجيدة، المصدر السابق، ص 10-19.

يضاف إلى ذلك أن الرضا الضمني المستخلص من زيارة المريض للطبيب ويقصد به الرضا الصادر من المريض لإبرام العقد هو رضا خاص بالكشف التقليدي الخارجي والذي يكون لغرض تشخيص المرض والحصول على العلاج المناسب وقد يتوقف المريض عن هذا الحد ولا يقبل بالعلاج في بعض الأحيان وحتى في هذه الحالة لا نرى بأن الطبيب لا يستطيع إجراء الكشف التقليدي أيضا بدون أخذ رضا المريض.

وإذا ما أخذ بهذا الرأي ويقول لنا بأن رضا المريض لإبرام العقد يغني عن أخذ رضاه في جميع مراحل العلاج فإن ذلك يعني أن يقوم الطبيب بإجراء العلاج عن طريق التدخل الجراحي حتى دون أخذ موافقة المريض وهو أمر لا يستقيم من الناحية القانونية.

أما فيما يخص الاتجاه الثاني فإننا نجد أن عدم تناوله لرضا المريض في مرحلة تكوين العقد قد يرجع إلى سببين أولهما إما لأنه لا يميز بين رضاء المريض اللازم لإبرام عقد العلاج الطبي ورضاءه عن العلاج المقترح له من قبل الطبيب المعالج في مرحلة تنفيذ العقد، في حين هناك فرق بينهما فالرضا المطلوب من المريض لإبرام عقد العلاج الطبي هو نفس الرضا المطلوب من أي متعاقد آخر لإبرام أي عقد من العقود الرضائية وتطبق عليه الأحكام التي تنظم كل العقود لكونه ركنا من أركان العقد أما الرضا الحر المستتير فيقصد به أخذ رضا المريض حول العلاج المقترح من قبل الطبيب حيث يلتزم الطبيب بالحصول على موافقة المريض وذلك بعد تبصيره وإفادته علما بمجموعة من المعلومات المتعلقة بحالاته الصحية لغرض مساعدته.

وهذه المساعدة الغرض منها إتخاذ القرار الذي يراه مناسبا بشأن حالته الصحية بإرادة حرة ومتبصرة.

إن هذا الالتزام يعد من الآثار المترتبة عن عقد العلاج الطبي ويترتب في مرحلة تنفيذ العقد.¹

وثانيهما هو أن أصحاب هذا الإتجاه قد تناولوا بالبحث الرضا الحر المستتيرة عن العلاج ويقصد به الرضا الصادر من المريض في مرحلة تنفيذ العقد بإعتباره أثراً من أثاره الذي يترتب بموجبه إلتزام على عاتق الطبيب بأخذ موافقة ورضا المريض حول العلاج المقترح.

ومن جهة أخرى لم يتطرقوا إلى الرضا الصادر من المريض عند التعاقد بشكل خاص بإعتبار أنه يخضع للقواعد العامة التي تحكم الرضا في جميع العقود وهو أمر بديهي ولا يوجد داع أو مبرر للبحث عنه.²

وكان من الأفضل أن يشير إلى الرضا في مرحلتي إبرام العقد وأن يميز بينهما.

وفيما يتعلق بالإتجاه الثالث الذي يلزم الطبيب بتبصير المريض والإدلاء له بالمعلومات اللازمة حول المرض والعلاج قبل التعاقد وأن يستند رضا المريض عليه لإبرام عقد العلاج الطبي.

وهذا في الحقيقة رأي مردود عليه حيث أنه من غير المنطقي الأخذ بهذا الرأي لأن الطبيب لا يستطيع أن يدلي للمريض بالمعلومات اللازمة حول مرضه والطرق المقترحة لعلاجيه إلا بعد قبول المريض وإذنه، بأن يكشف عليه أو بعد أن يراجع في البيت ويبدأ بفحصه فحصاً مبدئياً وقد يجري له بعض الفحوص والتحليل الإشعاعية.

كل هذا حتى يشخص مرضه من ثم إخباره بنوع مرضه والعلاج المقترح والمناسب لحالته الصحية وهذه المراحل العلاجية تأتي بعد إبرام العقد أي في مرحلة تنفيذ العقد.

¹ - د. عبد الكريم مأمون، المصدر السابق، ص73.

² - د. أيمن مصطفى الباقي، مصادر الإلتزام الطبي، دار الأمل للنشر، عمان، 1999، ص106.

إن إلتزام الطبيب بإعلام المريض قبل التدخل العلاجي هو التزم سابق على إبرام العقد العلاجي وبالتالي لا يمكن وصف هذا الإلتزام بأنه متولد عن العقد.

فلا يعقل أن ينشأ الإلتزام قبل نشوء مصدره، يضاف إلى ذلك أنه إذا كان هناك إرتباط بين المرحلة السابقة على إبرام العقد ومرحلة إبرامه وتنفيذه فلا ينبغي أن يؤدي هذا الإرتباط إلى الخلط بين مرحلتين مختلفتين من حيث الطبيعة القانونية ومن حيث الآثار الناجمة عن الإخلال بالإلتزامات الخاصة بكل من المرحلتين.¹

نستخلص مما تقدم بأنه يتعين علينا عدم الخلط بين الرضا اللازم لتكوين عقد العلاج الطبي والذي يخضع للقواعد العامة في الرضا كأحد أركان العقد ويؤدي إنعدامه إلى بطلان العقد وبين رضا المريض بالعلاج الذي يريد الطبيب إخضاعه له والذي لا يصدر إلا بعد إبرام العقد.

ويعد عدم الحصول عليه يمثل إخلالا بالتزام عقدي تنشأ عنه مسؤولية عقدية لا يؤثر قيامها على وجود العقد الذي نشأ سلفاً بإلتقاء إرادتي المريض والطبيب.

المطلب الثاني

الاستثناءات الواردة على مبدأ حرية المريض في إختيار الطبيب.

في بعض الأحيان نلاحظ بأن المريض يفقد حقه في حرية إختيار الطبيب الذي سيعالجه كحالة تلقي المريض في المستشفيات العامة أو كحالة الاستعجال والضرورة أو كأن يعالج المريض على نفقة منظمة أو شركة أو مؤسسة يعمل فيها وحالات أخرى.

¹ - د/ عبد الكريم مأمون، المصدر السابق، ص 114.

الفرع الأول

العلاج في المستشفيات العامة

تقوم المستشفيات العامة بدور هام في أداء الخدمات الطبية للموظفين في جميع الدول وترجع أهمية هذا الدور إلى الميزانيات الضخمة التي تخصص لها من نيل الدولة بما يمكنها من مسايرة التقدم العلمي والفني في المجال الطبي وهذا بصورة لا تقدر عليها المستشفيات الخاصة.

عليه يمكن للمريض بصرف النظر عن وضعه الاجتماعي وإمكانيته المادية أن يتردد على المستشفيات العامة لتلقي العلاج.

عند مراجعة المستشفى للعلاج يصبح منتقعا بمرفق عام هو مرفق الصحة الذي تتولى الدولة إدارته فيكون المريض ومنذ دخوله المستشفى العام وحتى خروجه منه في مركز لائحي ومن ثم فهو يخضع طيلة هذه الفترة للنظام الداخلي للمستشفى.

إن المريض يتعامل في هذه الحالة من أطباء مرفق صحي في المستشفيات والذي حددته الإدارة من أجل معالجته وتطبيبه فهو في هذه الحالة لا يتعامل معه بصفة شخصية ولكن الطبيب هنا يتعامل مع المريض بصفته مستخدما في تلك الإدارة ومن هنا فعلاقة المريض بالطبيب في المستشفى العام علاقة غير مباشرة لا تقوم إلا من خلال المرفق الصحي العام.

ومؤدى كل ذلك أنه لا يوجد عقد بين الطبيب الممارس في المستشفى العام والمريض المنتفع بخدماتها وتبعاً لذلك فهو يفقد حقه في إختيار الطبيب الذي يعالجه أو الأطباء معاونين له لأن هؤلاء جميعاً تعينهم الأنظمة الإدارية الخاصة بتوزيع العمل داخل المستشفى.¹

¹ - د/ أحمد شرف الدين، المصدر السابق، ص 18.

ومع ذلك فإن العلاقة بين المريض وبين المستشفى التي تقدم الخدمة الطبية في إطاره تظل علاقة المرفق بمن ينتفع به ولذلك فإن القضاء الإداري هو الذي يختص بالنظر في دعوى المسؤولية إذا كان الضرر قد نشأ عن سوء إدارة المرفق أو ما يقدمه من خدمات.¹

فالعلاقة التي تقوم بين المريض والطبيب في المستشفى العام هي علاقة تنظيمية لائحية وليست علاقة تعاقدية.

فحقوق وواجبات الطبيب مع المريض قائمة على اللوائح المنظمة لنشاط المرفق العام الصحي هذا من جهة ومن جهة أخرى لا يوجد عقد بين الطبيب والمريض في هذا المرفق الصحي العام.

ومن هنا فإن الطبيب لا يرتبط بعقد العلاج الطبي مع المريض لإنعدام إرادته في اختيار الطبيب.

وفي هذا الإطار نجد أن محكمة النقض المصرية أقرت بأنه لا يمكن مسائلة الطبيب عن الضرر الذي يصيب المريض بسبب خطأ الأول إلا على أساس المسؤولية التقصيرية وهذا على أساس أنه لا يمكن القول في هذه الحالة بأن المريض قد إختار الطبيب لعلاجته حتى ينعقد عقد بينهما.²

ومن هنا وبالنظر إلى هذا القرار الذي يصب إلى الإتجاه العام السائد فإن مسؤولية الطبيب هنا في حالة تقصيره هي مسؤولية تقصيرية لا عقدية لإنعدام إرادة المريض في إختيار طبيبه.

¹ - د/ جابر محجوب على، المصدر السابق، ص 39.

² - د/ محمد لبيب شنب، نظرة في مسؤولية الأطباء عن الأشياء في حراستهم، مجلة المحامي، سنة 5، الأعداد 7-9. 1980، ص 134.

وبذلك فإن المريض الذي يتداوى في المستشفيات العامة لا يتمتع بالحرية اللازمة التي تسمح له باختيار طبيبه لكن ما يجب التنويه إليه أن ذلك لا يفقده اختيار نوع العلاج كأن يختار الأقراص بدل السائل كدواء أو يختار التخدير بدل عدم التخدير وغيرها من العلاجات لكن تحقيق ذلك يقوم دائما على الإمكانيات المتاحة في هذه المستشفيات العمومية.

وفي هذا الإطار نجد أنه في فرنسا يحظى المريض بحرية اختيار العلاج الذي يخضع له داخل المستشفيات العامة هذه ففي داخل مستشفى العام ففي داخل مستشفى العام توجد غرفة معدة لسرير واحد أو سريرين بإمكانها استقبال مريضين، فالمريض يستطيع وفي غير حالات الاستعجال ووفقا للإمكانيات المتاحة من الأسرة أن يختار القسم الذي يعالج فيه أو يختار العلاج الذي يخضع له فيسترد جزءا من حريته.¹

وهناك كذلك حالات يسترجع فيها المريض حقه في حرية اختيار الطبيب الذي يعالجه في المستشفى العام كنظام العيادات الخارجية الاستشارية التابعة للمستشفى العام وكذلك قد يعمل الطبيب في نفس المستشفى العام أو المستوصف العام ويستخدم المكان والأجهزة والأدوات اللازمة لفحص وعلاج المريض في الدوام المسائي حيث يعمل الطبيب فيها لحسابه الخاص مع إعطائه نسبة من الأجور في المستشفى.

وفي هذه الحالة يكون للمريض الحرية في اختيار طبيبه وفي الحالتين أعلاه يفلت المريض من الخضوع للأنظمة الإدارية ليخضع لقواعد القانون الخاص فتقوم بينه وبين الطبيب الذي يعالجه علاقات جوهرها العقد الطبي يسترد في إطارها المريض حريته في اختيار من يعالجه كما لو كان في مستشفى خاص.²

¹. Dr / fabienne majzoub la-4- responsabilité du service public hospitalier; paris,2000,p 585.

² - د/ جابر محبوب على، المصدر السابق، ص 39.

الفرع الثاني

الاستعجال

إن حالة الاستعجال من الحالات التي يفقد فيها المريض حريته في اختيار الطبيب وهي من الحالات الاستثنائية التي ترد على حرية إرادة المريض ومقابل ذلك الطبيب الذي تعرض عليه مثلا هذه الحالات ملزم بإنقاذ المريض وهو بالتالي يفقد إرادته في اختيار مريضه.

وهاته الحالة كثيرة الوقوع أين يكون الطبيب في مواجهة حادثة قد تؤدي إلى وفاة الشخص فيتدخل من تلقاء نفسه لإسعافه دون عقد بين الطبيب والمصاب ومن هنا لابد من توافر شروط معينة كي تكون أمام حالة الاستعجال باعتبارها أحد الاستثناءات التي ترد على حق المريض في اختيار طبيبه وهي:

الشرط الأول: أن لا تحتل حالة المريض التأخر.

فهناك بعض الحالات المرضية التي لا تحتل التأخير إذ لكل لحظة من الوقت قيمة كبير وتأثير مصيري على حياة المريض في التدخل الطبي من قبل الطبيب يجب أن لا يتأخر وإلا يترتب على ذلك أثر سلبي على صحة المريض كأن يتعرض المريض للموت أو تتعرض صحته لأثار جانبية ومضاعفات يتعذر علاجها بعد ذلك.

الشرط الثاني: أن يكون المريض فاقدا للوعي.

إن فقدان المريض لوعيه هو ما يجعله في حالة يتعذر عليه اختيار الطبيب الذي يعالجه ومن ثم يفرض الطبيب إرادته على مرضاه والحالات التي يفقد فيها المريض وعيه لا تعد ولا تحصى لكن لا يتسع لنا المقام لذكرها جميعا في هذا النطاق نذكر مثلا حالات التسمم بالمخدرات والممنوعات والمهدئات وحالات الغيبوبة الناتجة عن إصابات الرأس ففي هذه

الحالات يفقد المريض وعيه وهذا بدوره يفقده إرادته التي تمكنه من اختيار الطبيب المعالج لحالاته كما يفقد المريض وعيه في حالة وفاة المخ التامة.¹

أو الجزئية لأنه في حالة الوفاة التامة للمخ يفقد المصاب الوعي والحركة والقدرة على الكلام والسمع والبصر والتنفس فتتعطل الدورة الدموية والذاكرة فيفقد المصاب وعيه وإرادته في اختيار من يعالجه وغالبا ما يموت المريض المصاب ب وفاة المخ التام بعد مدة تتراوح بين أسبوع وأسبوعين.

أما في حالة وفاة المخ الجزئية والتي من شأنها أن تتلف الأجزاء العليا من المخ خاصة الأجزاء التي تتحكم باليقظة والسمع والبصر والإحساس والإدراك فيدخل المريض في غيبوبة تمنعه من القدرة على الكلام والحركة وحتى الإحساس.

إلا أن الدورة الدموية والتنفس يستمران في العمل لكن مع ذلك يفقد المريض إرادته في اختيار الطبيب الذي سيعالجه حتى لو أفاق من غيبوبته هذه فإنه يصبح فاقدا للإدراك والتميز مما يتعذر عليه اختيار طبيبه المعالج.

الشرط الثالث: عدم توافر قريب أو مقرب برفقه المريض.

من المبادئ العامة التي تحكم العلاقة بين الطبيب والمريض هو أن يحترم الطبيب إرادة مريضه وذلك بتبصيره والحصول على رضاه بأي عمل طبي يقوم به سواء كان علاجيا أم جراحيا.

غير أنه إذا كان المريض فاقدا لوعيه فهذا لا يكفي لإعفاء الطبيب من التزامه هذا بل عليه أن يحترم إرادة القريب من المريض أو من برفقته أي عليه تبصيرهم والحصول على رضاهم

¹ - د/ مارك نصر الدين، الانعاش الصناعي و المسؤولية الطبية تحت منشور في المجلة القضائية الجزائرية، العدد 1،

1998، ص 32.

لكن متى إنعدم وجود الأخير أصبح ذلك استثناء على الأصل ومن ثم منح المجال أمام الطبيب للقيام بالعمل الطبي الذي يريد القيام به متجاوزا بل متجاهلا لإرادة مريضه.

إذ لابد من توفر الشروط الثلاثة مجتمعة كي يحق للطبيب فرض إرادته على مرضاه ومن ثم يفقد المريض حقه في اختيار طبيبه.

لكن السؤال الذي يفرض نفسه في هذا المجال هو:

كيف تُكيف العلاقة بين الطبيب والمصاب الصغير أو فاقد الوعي في مثل هذه الفروض؟ لقد ذهب جانب من الفقه إلى القول بأن طبيعة العلاقة بين الطبيب والمريض في المسألة السابقة لا يمكن تأسيسها أو تكييفها إلا على أساس الفضالة على إعتبار أن أول ركن من أركانها قائم الذي هو إرادة الفضولي في أن يتصرف لمصلحة رب العمل بغير علم هذا الأخير أو موافقته ولحاجة ماسة.

ولا شك أن ذلك واضح في قيام هذا الركن بالنسبة إلى الطبيب الذي يسخر جهوده ووقته في سبيل عودة المريض إلى وعيه وإنقاضه من الخطر المحدق به لأن المصاب ليس لديه القدرة على التعبير عن رضاه وبمعنى آخر أن المصاب سواء أكان قد شعر بتدخل الطبيب أم لا فإن فعله هذا لا يخرج عن كونه فضالة¹.

لكن مع تقديرنا لهذا الرأي فإنه لا يمكن التعويل عليه لسببين أساسيين:

1- إن محل العقد الطبي هو جسم الإنسان والفارق واضح وجلي بين محل العقد الطبي وغيره من العقود الأخرى التي ترد في الغالب على أشياء مادية خاصة.

2- في العقد الطبي الطبيب إذا أجرى عملية جراحية للمريض تحت ظروف الاستعجال وكان المريض فاقدًا لوعيه ثم عاد إليه الوعي فالوضع هنا يكون خارج عن المؤلف إذا لا

¹ - د/ حسن شرف الدين أحمد، التزامات الطبيب في المستشفيات، دار الألام للنشر والتوزيع، القاهرة، دس، ص 201.

يمكن القول بأن المريض إذا أجاز العقد نفذ وإن لم يجزه بطل خصوصاً وأن العملية قد تم إجراءها بالكامل.

ومن هنا وللخصوصية التي يتحلى بها العقد الطبي من حيث أنه من العقود ذات الطابع الإنساني الذي تختص به مهنة الطب كل هذا وذلك يقودنا إلى القول بعدم إمكانية تكييف العلاقة بين الطبيب الصغير أو فاقد الوعي في حالة الاستعجال إلا على أساس القاعدة التي تقتضي بأن الضرورات تبيح المحظورات¹.

لأن الطبيب وكأصل عام لا يستطيع أن يمس بجسم الإنسان حتى لو كان ذلك لضرورة علاجه ما لم يحصل على رضا المريض أو إذن من يمثله ولكن لضرورة المحافظة على أرواح الناس وأجسادهم يمكن للطبيب المساس بجسم المرضى في الفروض التي قد تتعرض فيها أرواحهم إلى الخطر إن وقف الأطباء مكتوفي الأيدي.

ومن هنا نجد أن محكمة استئناف باريس وفي قضية مفادها أن مريضة كانت تشكو من آلام شديدة في منطقة الحوض جعلتها تعزف عن مزاولة عملها فاضطرت إلى دخول المستشفى وبقيت تحت الملاحظة لمدة 12 يوماً وكانت نتيجة الفحص هي إصابتها بانقلاب الرحم فأجريت لها عملية جراحية على هذا الأساس.

لكن أثناء الجراحة إتضح للطبيب الجراح أن المبيضين مصابان بأورام خبيثة وخطيرة تقتضي إزالتها فيضطر الطبيب إلى أن يجري لها عملية الاستئصال لكن بعد أن أفادت المريضة وعلمت بطبيعة العملية، رفعت الدعوى على الطبيب تطالبه بالتعويض على اعتبار أنه قد أجرى العملية بغير رضا منها ولا من زوجها كما أنها إدعت بأنه لم توجد ضرورة لإجراء هذه العملية خاصة وأنها أفقدتها الأمل في أن تكون أماً في المستقبل.

ALain serge belkor, responsabilité du medecin, TMT, 2008, p 207.

إلا أن المحكمة وجدت أن الطبيب الذي أجرى العملية لها من المقام العلمي ما يسمح بالاطمئنان إلى تقريره في لزوم الجراحة التي أجراها الهدف الأساسي من إجرائها هو مصلحة المريض لا غير.

كما أقر أن هذه العملية عدد كبير من الأطباء على اعتبار أن الأورام السرطانية في المبايض من الأمراض الخطيرة التي تؤدي إلى الموت ويجب إزالتها حال التحقق من وجودها ونجاح العملية يتوقف على سرعة إجرائها، ولذلك قررت المحكمة رفض دعوة السيدة ضد الطبيب الجراح الذي أجرى لها العملية تحت ظرف الاستعجال¹.

الفرع الثالث

حالات استثنائية أخرى

هناك حالات متفرقة تتعدى فيها حرية المريض في اختيار طبيبه كأن يتم العلاج من قبل فريق طبي أو في حالة علاج الأشخاص المصابين بأمراض خطيرة ومعدية من المودعين في المصحات الخاصة وكذلك معالجة اللاعب المصاب أثناء اللعبة ومعالجة السجناء الموقوفين لذلك سنأتي ببيان تلك الحالات:

1- المعالج من قبل فريق طبي:

إن حالة المريض قد تتطلب التدخل العلاجي من قبل فريق طبي كحالة العمليات الجراحية التي تتكون من الطبيب الجراح الذي هو عادة رئيس الفريق ومن الأطباء مساعدين له كالطبيب التخدير والطبيب المختص في أمراض القلب وكذلك من ممرضين ومضمدين.

وعادة يقوم المريض باختيار الطبيب الذي سيجري العملية الجراحية له ويبرم العقد الطبي معه أما بقية أعضاء الفريق فيتولى الفريق الطبي اختيارهم وقد يكون ذلك برضا ضمني من قبل المريض يخول فيه الطبيب الجراح باختيار مساعديه.

¹ - أ/ عبد الرحمان أسعد شيكي، حقوق المرضى، مجلة المحامي اليمني، السنة 5، العدد 10، 1988، ص 75.

ومع ذلك لا يمكننا القول بأن المريض قد اختارهم بصورة مباشرة أو أبرم عقد العلاج معهم حتى في الحالات التي يقوم المريض بالتوقيع على ورقة العملية قبل إجرائها تعبيراً عن لرضاه عن إجراء العملية من قبل الطبيب الجراح وقد يكتب إسم الطبيب التخدير أيضاً إلا أن ذلك لا يعني بأن المريض قد قام باختيار الطبيب التخدير بإرادته الحرة، فكثيراً ما يوقع المريض دون أن يعرف شيئاً عن طبيب التخدير أو الإسم الذي كتب في الورقة .

وفي بعض الأحيان تقوم إدارة المستشفى بتحديد أعضاء الفريق الطبي العاملين في العمليات الجراحية وفي هذه الحالة يفقد المريض أيضاً حقه في اختيار الطبيب العضو في الفريق الطبي وتعتبر موافقة على إجراء العملية في ذلك المستشفى تعبيراً عن رضائه الضمني بجمع أعضاء الفريق الطبي.

ولكن مع ذلك أشارت المادة 73 من مدونة أخلاقيات المهنة بأنه في حالة تعاون عدة أطباء على معالجة طبيب فإن كل طبيب يتحمل مسؤوليته الشخصية أما المساعدون الذين يختارهم الطبيب فإنهم يعملون تحت مراقبته وتحت مسؤوليته.

2- حاله الأشخاص الذين يتم إيداعهم في مصحات خاصة

وفي هذه الحالات يفقد المريض حقه في اختيار الطبيب الذي يعالجه وتتمثل في حالة الأشخاص المصابين بأمراض خطيرة أو معدية في الوقت نفسه كحالة المصاب بمرض الإيدز على سبيل المثال أو الجذري أو مرض الملاريا وغيره من الأمراض المعدية ذات الخطورة البالغة على صحة المجتمع ككل، إذ غالباً ما يتم إيداعهم في المصحات الخاصة بهذا الشأن.¹

هاته المصحات عادة فيها أطباء ذو إختصاص وكفاءة في معالجة هذه الأمراض وبمجرد إيداع هؤلاء الأشخاص في هذه المصحات يفقدون حريتهم في اختيار الطبيب المعالج لأنهم يخضعون لمعاينة وتشخيص وعلاج الأطباء التابعين لهذه المصحات.

¹ - زينة غانم يونس العبيدي، إرادة المريض في العقد الطبي، دراسة مقارنة، أطروحة دكتوراه مقدمة إلى كلية القانون في جامعة الموصل، سنة 2005 ، ص38.

لكن هل يعني فقدان هؤلاء المرضى لحقهم في اختيار الطبيب المعالج فقدانهم لإختيار طريقة العلاج ونوعه أيضا؟

إن إيداع الأشخاص المصابين بأمراض خطيرة ومعدية في المصحات المحددة لهذا الشأن وإن كان يفقدهم حقهم في اختيار الطبيب المعالج إلا أنهم يتمتعون بحرية نسبية في التطبيب الذي تتعدد فيها أنواع العلاجات التي تتطلبها حالتهم إذ بإمكان طبيب المصحة أن يخيرهم بين العلاجات المتعددة الأنواع والمشاركة الأهداف كلما كان ذلك ممكنا.

كما ويفقد المريض حقه وحرية في اختيار طبيبه الذي يعالجه بالنسبة للأشخاص المصابين بإضطرابات عقلية.

ومن هنا نجد أن المريض عقليا عند الاقتضاء يمكن استشفائه أو إيقافه بالمستشفى وينحصر تقييد ممارسة الحريات الفردية للأشخاص الذين تم إستشفائهم دون موافقتهم بسبب إضطرابات عقلية في القيود الضرورية كحاله المريض الصحية وتنفيذ العلاج الخاص به.¹

ويمكن لقاضي الجهة القضائية المختصة التي تتبع لإختصاصها المؤسسة الإستشفائية المستقلة أن يعين مقدما طبقا للتشريع المعمول به للمريض المصاب بإضطرابات عقلية الذي تم استشفائه دون موافقته والذي لم يستفيد من إجراء آخر للحماية.²

ويمكن أن يتم اللجوء إلى الوضع في الملاحظة أو الإستشفاء بفعل الغير عندما تتسبب إضطرابات المريض العقلي في إستحالة الحصول على موافقته من جهة وجود ظرف طارئ يستلزم وضعه في أقرب وأسرع وقت في المؤسسة الإستشفائية.

ويتولى عرض المريض على الطبيب العقلي أحد أفراد عائلته أو ممثلة الشرعي أو السلطة التي تتصرف لمصلحة المريض كالولي أو رئيس المجلس الشعبي البلدي أو رئيس أمن الدائرة أو قائد كتيبة الدرك الوطني أو ممثليهم.³

¹ - المادة 129 من قانون الصحة 11/18 المؤرخ في 02 يوليو 2018.

² - المادة 134 من نفس القانون.

³ - المادة 137 من نفس القانون.

وفي حالة ما إذا إرتأت السلطة العمومية إلى تقدير حدوث خطر وشيك بسبب مرض يتعرض له المريض نفسه أو الغير يمكن إتخاذ قرار الفحص الإجباري في طب الأمراض العقلية بكتابة عبارة " فحص إجباري في طب الأمراض العقلية " وهذا على إستمارة طلب الفحص في طب الأمراض العقلية .

ويكون النائب العام لدى المجلس القضائي أو الولي المؤهلين دون سواهما لإتخاذ قرار الفحص الإجباري في طب الأمراض العقلية.

ويمكن للطبيب أن يقوم بالفحص الإجباري في طب الأمراض العقلية ويحوله إلى وضع في الملاحظة الإجبارية وهذا ما أقرته المواد 145 و 147 من قانون الصحة.

3- حالة المرضى المسجونين والموقوفين

ويعقد المريض حقه و حريته في اختيار طبيبه عندما يكون من نزلاء السجن والموقوفين وتستوجب حالتهم الصحية مراجعة الأطباء لأغراض علاجية إذ أنه يخضع لمعاينة وفحص الطبيب التابع للسجن أو المؤسسة على الموقوف فيها فلا يتمتع بحق اختيار طبيبه فبلا شك يعد من حق الأشخاص التمتع بكل حقوق الرعاية الصحية وبنفس المستوى الذي يتمتع به المواطنون الآخرون فمتى شعر النزير بالأم تهدد صحته، له الحق بأن يعرض حالته على الطبيب المختص والتابع للمؤسسة فالمريض في هذه الحالة يتمتع بحق المحافظة على صحته داخل المؤسسة أو السجن إلا أنه يفقد حقه في اختيار الطبيب المعالج له.

لكن هذا لا يفقده حق الحياة بين أنواع العلاجات وطرقها المختلفة كلما كان ذلك ممكنا.

ولذا نجد في حالات يتمتع السجناء أو الموقوفين بحق الخيار في تناول العلاج أو عدم تناوله عند ثبوت مرضه حيث يُفرض عليه جبراً لأن ذلك يتعلق بالحفاظ على الوضع الصحي داخل المؤسسة الإصلاحية منعا من إنتشار المرض والعدوى إلى بقية المحكوم عليهم.

ومن هنا نجد أن المشرع اللبناني قد أشار إلى حق السجين في قبول العلاج أو رفضه وذلك في المادة 27 فقرة 05 منه و التي نصت على مايلي: >> يحق للسجين قبول العلاج أو رفضه إذا كان ذلك لا يعرضه للخطر حسب تقرير الطبيب<<¹.

فصحيح أن السجن يفقد حقه وحرية في اختيار الطبيب المعالج إلا أنه يبقى متحفظاً بحقه في قبول أو رفض العلاج متى كان ذلك ممكناً ولا يعرض صحته للمخاطر وهذا كله يتوقف على تقرير الطبيب المعالج.

في حين أن المادة 101 من قانون الصحة أشارت إلى تكفل الدولة بوقاية صحة المحبوسين وحمايتهم وترقيتهم وحفظها والعلاج الإستهجالي والعلاج القاعدي والتكفل بالأمراض التي تم الكشف عنها.

ويتولى ذلك النشاط مستخدموا الصحة في مصالح الصحة في المؤسسات العقابية و/أو في الهياكل والمؤسسات العمومية للصحة.

وتتولى مصالح الوزارة المكلفة بالصحة المختصة إقليمياً مرافقة ومتابعة نشاطات هياكل الصحة في الوسط العقابي .

4- العلاج على نفقة المنشآت التجارية أو الصناعية:

كما بينا سابقاً تقوم عادة المنشآت أو المؤسسات التجارية أو الصناعية بالتعاقد مع طبيب معين، ليعالج الأفراد العاملين فيها في حالة مرضهم ففي هذه الحالة أيضاً ينعدم حق المريض في اختيار طبيبه إذا ما أراد أن يتعالج وفقاً للنظام العلاجي للمنشأة التي يعمل فيها لأنه سيضطر إلى اللجوء إلى الطبيب الذي تعاقدت معه المنشأة دون غيره من الأطباء ولا يبقى له حق الخيار إلا إذا أراد العلاج على نفقته الخاص فعندئذ تبقى له حرية اختيار الطبيب الذي سيعالجه.

¹ - د/ جورج الراوي، حماية المريض في المنظومة الصحية اللبنانية، دار الأمل للنشر، لبنان، 1996، ص 93.

وفي بعض الأحيان تتعاقد المنشأة مع طبيبين أو أكثر لمعالجة الأفراد العاملين فيها فعندئذ يسترد العامل حريته في اختيار الطبيب الذي سيعالجه ولو بشكل جزئي لأنه لا يستطيع اختيار هؤلاء الأطباء المحددين له من قبل المنشأة التي يعمل فيها للعلاج عنده.

5- حالة الرياضي المصاب:

وتوجد حالة أخرى يفقد بموجبها المريض حقه في اختيار الطبيب المعالج وهذه الحالة لا يمكن تصورها إلا في الإصابات التي تقع على أحد أعضاء الفريق الرياضي عند أدائه لعبة رياضية.

فبعد أن أصبحت الرياضة حرفة يزاولها عدد من الأفراد أصبح عمل الطبيب الرياضي مرتبطاً بحرفتين هما الطب والرياضة وهذا يفرض عليهم مراعاة القواعد العامة لمهنة الطب.

فضلا عن القواعد الخاصة لمهنته كطبيب رياضي، غالبا ما تتعاقد الاتحاديات والأندية الرياضية مع الأطباء من أجل معالجة لاعبيها من الإصابات.¹

التي قد تقع أثناء تأديتهم للعبة الرياضية فيفقد هؤلاء اللاعبين حقهم وحريتهم في اختيار الطبيب المعالج.

بل أكثر من ذلك فإنهم يفقدون أيضا في الغالب الأحيان حريتهم في اختيار طريقة العلاج المناسبة للإصابة أثناء اللعبة أو هذه الحالة على ما تبدو من قبل الاستثناءات التي ترد على حرية المريض في اختيار طبيبه والتي لم تنل حظا من التنظيم القانوني.

وعليه من خلال كل هذا فالطبيب المعالج الذي تتعاقد معه الاتحاديات أو الأندية الرياضية لمعالجة لاعبيها في حالة الإصابات التي قد تقع أثناء تأديتهم للعبة الرياضية بمعالجة اللاعبين عند إصابتهم أثناء اللعبة وتقديم الإسعافات الفورية لهم ففي هذه الحالة يفقد هؤلاء اللاعبين حقهم في اختيار الطبيب.

¹ - د/ محمد سليمان الأحمد، المسؤولية عن الخطأ التنظيمي في إدارة المنافسات الرياضية ، ط1، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2002، ص 49.

ولذا يمكن القول أن اللاعب يفقد حقه في اختيار الطبيب لسببين في بعض الأحيان، فعندما يصاب بإصابة بالغة وتحتاج إلى تدخل علاجي لإسعافه ففي هذا الوضع تكون حالته عاجلة واستثنائية ويفقد حقه في اختيار الطبيب وعندها يمكن أن تدرج حالته تحت الإستثناءات خاصة بحالة الاستعجال والضرورة أيضا.

بالإضافة إلى كون الطبيب المعالج معينا أصلاً من قبل النادي الرياضي في الملعب الذي تجرى اللعبة فيه ولا يوجد غيره.

أما فيما يتعلق بالأطفال الذين يعيشون في دور الدولة فقد بدت لنا حالتهم في الوهلة الأولى بأنها من الحالات الاستثنائية التي يفقد فيها المريض حقه في اختيار طبيبه وبعد تمنعنا في الموضوع فقد استبعدنا هذه الحالة لأن الأطفال بشكل عام إما عادمي أو ناقصي الأهلية وهم لا يفقدون حقهم في اختيار طبيبهم بل يقوموا من ينوبوا عنهم بإدارة أمورهم والتعبير بدلا عنهم في كل أمور حياتهم بما فيها الأمور المتعلقة بحالتهم الصحية ومنها إبرام عقد العلاج الطبي وتنفيذه أيضا.

ونفس الشيء ينطبق على الأطفال المودعين في مراكز الأطفال فيقوم من يتولى شؤونهم في تلك المؤسسة بالتعبير بدلا عنهم في سائر أمورهم.

ونفس الأمر ينطبق على الأشخاص البالغين العاجزين عن التعبير عن إرادتهم فلا يستطيع القول بأنهم فقدوا حريتهم في اختيار الطبيب لأن من ينوب عنهم في إدارة أمورهم هو الذي يقوم بالتعبير بدلا عنهم في سائر شؤون حياتهم ومن ضمنها اختيار الطبيب.

الفصل الثاني

ضمانات المريض في التطبيب

الفصل الثاني

ضمانات المريض في التطبيب

لقد سعى المشرع الجزائري على وضع حيزا لعمل ترسانة قانونية تكفل حماية في مجال الخدمات الطبية والصحية بصفة خاصة للمريض المستهلك من خلال توفير كافة الوسائل المادية اللازمة من تجهيزات طبية وأدوية وتهيئة للأقسام العلاجية مع طاقم طبي متخصص وذو كفاءة مهنية في المستوى المطلوب ومع التطور الاجتماعي والاقتصادي زادت الأمراض وزادت معها الحالات الاستعجالية وهو ما جعل المريض في حالات عديدة يذهب ضحية أخطاء طبية في العلاج أو الجراحة أو بالوسائل والأدوات والآلات المستخدمة أو في الأدوية التي تم استهلاكها لهذا كان لازماً وضع أطر إجرائية وقانونية للحد والتقليل من هذه الأخطاء التي تكون لها آثار كارثية على صحة وسلامة المريض وفي أحيان أخرى أخطاء دائمة على صحته وعجز بنسب مرتفعة.

وكل هذا يجب أن يتم ويحرص عليه في ظل مقاربة في غاية الحساسية والتعقيد في نفس الوقت وهي الموازنة بين مصلحتين غالباً ما تكون متضاربتين هما مصلحة المريض في سلامة جسده وعدم المساس فيه ومصلحة الطبيب في ممارسة مهنته بقدر كبير من الحرية دون قيود أو خطر قد يلحق به.

إن الجانب الإنساني للخدمة الطبية العلاجية وحساسية المستفيد من الخدمة وحساسية جانب أو موضوع الخدمة وهو الجسم البشري وهو الذي ألزام في ظل موازنة معقدة بوضع قيود تعد ضمانات للمريض جاءت في نصوص قانونية أو تنظيمية أو لوائح أو مدونات باعتبار أن مبدأ إعطاء الحرية للطبيب في أداء مهامه لا يمكنها بأي حال من الأحوال أن تمس بواجب بذل أقصى جهد لتخفيف آلام المريض وتطبيبه وتوفير كل الأدوات والمعلومات للإلمام بالمرض وطرق العلاج.

إن مهنة الطب هي مهنة إنسانية وأخلاقية وعلمية أكسبتها الحقب الطويلة تقاليد ومواصفات تحتم على من يمارسها أن يحترم الشخصية الإنسانية والأحوال وأن يكون قدوة حسنة في سلوكه ومعاملته مستقيماً في عمله محافظاً على أرواح الناس وأعراضهم رحيماً باذلاً جهده في خدمتهم.

إن كل عمل طبي يجب أن يستهدف مصلحة المريض المطلقة وأن تكون له ضرورة تبرره وأن يتم برضائه أو رضاء ولي أمره إن كان قاصراً أو مصاباً باضطرابات عقلية أفقدته الوعي.

إن الطب العلاجي هو في الأصل إتفاق من جهة بين المريض أو من ينوب عنه ومن جهة أخرى الطبيب بمقتضاه يلتزم الطبيب في اتجاه المريض بالعناية الصحية له وهذا الأمر سبق وأن تم التنبؤ به من قبل محكمة النقض الفرنسية في حكمها الشهير في 20 ماي 1936 والذي جاء فيه أن ما بين المريض والطبيب إلزام حقيقي بشفاء المريض أو على الأقل إعطائه علاجاً يقظاً حذراً ومتفقاً مع الأصول العلمية.¹

وقد جرى الأمر أنه إذا كان هناك عقد بين المريض والطبيب وهو في الغالب عقد معنوي غير أن مواصفاته وشروطه تم تركها لأصول وقواعد وأعراف وتقاليد مهنة الطب التي ينتمي إليها الطبيب.

والعلاج غالباً ما يكون رضائياً وحتى في الحالات التي لا يكون فيها رضائياً وهذا من خلال القيام بأعمال طبيب دون موافقة المريض أو من يكون عنه لأسباب تتعلق من جهة بضرورة العمل التشخيصي أو في الحالات الاستعجالية أو كمرحلة إجبارية يجب التقيد بها ضمن بروتوكول علاجي محدد الأهداف.²

¹ - د. بسام محتسب بالله، المسؤولية الطبية المدنية والجزائية بين النظرية والتطبيق، ط2، دمشق، 2006، ص103.

² - savartier. R.<< traité de droit medicale>>, paris,1956, p 211.

من هنا سنحاول في مرحلة أولى التطرق إلى ضمانات المريض في الطب العلاجي والضمانات أثناء وصف العلاج والضمانات بعد وصف العلاج والضمانات في الطب الجراحي.

المبحث الأول

ضمان الشفافية

كل إنسان معرض لأن يمرض وعندما يكون بحاجة إلى علاج فالطبيب هو أول من يفكر به كي يلجأ إليه ليعالجه وهو مخير في ذلك في أن يتعالج مجاناً في المستشفيات العامة أو لدى الطبيب الذي يعمل في المنشأة أو المؤسسة التي يعمل فيها المريض أو أن يتعالج على نفقته في مستشفى خاص أو في العيادة الخاصة للطبيب وذلك بموجب عقد العلاج الطبي.

فكل مريض له الحق في اختيار الطبيب الذي يريد أن يتعالج عنده كما له الحق في أن تحترم إرادته وإنسانيته وكرامته وأن يتلقى العلاج والعناية اللازمة في كل مراحل العلاج.

إن المريض هو الطرف الضعيف عادة في الطب العلاجي حيث يوجد نوع من عدم التوازن المعرفي إن صح التعبير بين معلومات المريض ومعلومات الطبيب مما أدى في حالات كثيرة إلى انتهاكات يتعرض لها المريض في مجتمعنا وانتشار مظاهر عدم إحترام إنسانية المريض.¹

¹ - د. غادة فؤاد مجيد مختار، حقوق المريض في عقد العلاج الطبي في القانون المدني، دراسة مقارنة، منشورات الحلبي الحقوقية، 2011، ص 114.

المطلب الأول

تعريف الشفافية

الشفافية لغة من الشف وهو الثوب أو الستر الرقيق بحيث يرى ما وراءه في اللغة الانجليزية transparence معناه الطريقة النزيهة في عمل الاستياء التي تمكن الناس من معرفة ما تقوم به بالضبط.

ومن هنا فإن شفافية هي ما لا يمنع الرؤية أو ما لا يحجب أو يستر أو ما يمكن الرؤية من خلاله من الزجاج.¹

الشفافية من الناحية الإدارية هي العمل في بيت من زجاج أي كل عمل مكشوف للعاملين والجمهور أي الإفصاح والعلانية والوضوح في إيصال المعلومة أي توافر المعلومات لعامة الناس حول السياسات والأنظمة والتعليمات والقوانين والقرارات الحكومية وبمعنى آخر فإنها تعني الوضوح والسهولة في إيصال المعلومة وتبصير المتلقي بها.

في حين أنه دولياً نجد أن الشفافية من المبادئ الأساسية الحاكمة للنظام التجاري الدولي حيث تقوم إتفاقية القات على عدد من الشروط الأساسية المتعلقة بالجريمة.²

أما من ناحية التشريعات فيذهب إلى القول بأن الشفافية تعني وضوح التشريعات وسهولة فهمها واستقرارها وانسجامها مع بعضها وموضوعها ووضوح لغتها ومرونتها وتطورها وفقاً للتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والإدارية وبما يتناسب مع روح العصر إضافة إلى تبسيط الإجراءات ونشر المعلومات والإفصاح عنها بسهولة للوصول إلى ما يكون متاح للجميع في

¹ - د. فارس بن علوش بن بادي السبيعي، دور الشفافية والمساءلة في الحد من الفساد الإداري في القطاعات الحكومية، رسالة مقدمة لجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا، طبعة 1431هـ 2010م، ص13.

² - د. ماجدة شاهين منظمة التجارة العالمية تنظيم التفاعيات وتحديات التطبيق كتاب الأهرام الإقتصادي، العدد 22، سنة 2006، ص20.

حين ذهب تقرير التسمية في العالم لعام 1997 إلى ضرورة زيادة درات الأجهزة المؤسسة للدولة عن طريق توفير أكبر قدر من المعلومات والشفافية بما يؤدي إلى الكشف عن الحقائق وإتاحة الحوار بما يؤدي إلى تحقيق المصلحة العامة.¹

والمستفاد مما تقدم هو أنه يوجد ارتباط وثيق بين شفافية وحرية تدفق المعلومات والمكاشفة وأن الشفافية يمكن أن تكون نقيضاً للسرية والكتمان ويمكن القول أن الشفافية هي حرية تدفق المعلومات بحيث يكون في متناول من يهمه الأمر مما يؤدي إلى القدرة على المشاركة في القرارات.

وعلى هذا الأساس فإن الشفافية تعني الوضوح وسهولة الوصول إلى المعلومات بحيث يكون على صاحب المسؤولية أن يعمل في بيت زجاجي يسمح لأصحاب الحق في المعرفة والإطلاع وتمكين هؤلاء من الحصول على المعلومة كما أن الشفافية تعني إزاحة كافة السبل والمعوقات التي تعيق المعرفة وحرية المعلومات والحد من السرية إلى أقصى درجة ممكنة وبما لا يؤدي إلى إلحاق الضرر بأي طرف وهو ما يدفع إلى شيء مهم وهو الإلتزام الطبيب والمستشفى بعرض كافة المعلومات الهامة وغير الهامة بل وتسيير سبل الإطلاع عليها كما يقع عليهم الإلتزام بإزاحة كافة وسائل المنع والحجب والتغيم ومنع السرية بقصد إظهار وجه الحقيقة والوضوح الشديد في كل شيء وبالتالي تقديم صورة حقيقية لكل شيء أو الكشف عن الحقيقة المجردة والوضوح الشديد في كل شيء والصراحة في القول والصدق في الخدمة المقدمة.

وعلى هذا أضحى الإلتزام بالشفافية حقيقة على أرض الواقع نظرا لما يقدمه من فوائد ومزايا تساهم في القضاء على أسباب البطلان في العلاقة بين الطبيب والمريض أو المؤسسة الإستشفائية العامة أو المتخصصة أو الخاصة والمستهلك المريض.

¹ - د. باسم حوامدة، درجة تطبيق المساءلة الإدارية في المدارس الحكومية في محافظة جرش، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، عام 2005، العدد 58، الجزء الثاني، ص 20.

وعليه فإن الشفافية هي ضد كل ما يرمز إلى الخداع والتدليس والغش في العلاقة بين المهني الطبي بمفهومه الواسع والمريض المستهلك بما فيها الأفعال التعليلية التي تمس بالدرجة الأولى بحقوق المريض وتؤثر بعدها على النتيجة المرجوة من العلاج.

والشفافية في نهاية المطاف هو وسيلة في الدرجة الأولى بيد المريض المستهلك التي تساعد في اتخاذ القرار بشأن الاستفادة من الخدمة الطبية العلاجية أو الإرتباط مع مؤسسة إستشفائية لطلب العلاج مقابل مالي محدد يتلائم بصورة واضحة مع العلاج الذي يتلقاه وعلى الخدمة الطبية أو الجراحية التي يستفيد منها المستهلك المريض.

المطلب الثاني

الشفافية ضامن لحقوق المريض

إن عمل الطبيب في جسد الإنسان لا يصح إلا إذا كان هناك إذن من الشارع وإذن من المريض وهي ما يعبر عنها بشفافية العلاقة العلاجية مع الطبيب وهذه الشفافية قائمة على إظهار أن من يقوم بالعلاج شخص مؤهل علميا وعمليا وذا حذق ومهارة في تخصصه فلا يجوز للطبيب الذي يجهل أصول تخصصه الطبي أن يعالج المريض وفي حال العكس فقد أخل بمبدأ شفافية علاقته العلاجية مع المريض¹، والشفافية تقتضي أن يكون الهدف من مداواة المريض هي شفاؤه أي علاجه ورعاية مصلحته ومنفعته وبالتالي عليه أن يكون ظاهر من أعماله الطبية المتعددة للمريض أنه إعتد في كل مراحل علاجه كل الأدوات والتقنيات العلمية اللازمة والتطبيب المستغل حاليا في حالة المريض وبالتالي المريض يرى بوضوح كل ما يجب أن يتم في حالته قد طبق ونفذ على أرض الواقع.

¹ - د. محمد علي البار، المسؤولية الطبية وأخلاقيات الطبيب، دار المنارة للنشر و التوزيع، بحث مقدم لمجمع الفقه الإسلامي في دورته الثامنة المنعقد في بردناي دار السلام في 21-27 جوان 1993، ص 66-67.

وعليه يكون العمل الطبي عبارة عن كتاب مفتوح يتابعه المريض بتفاصيله وأن يكون تعامل الطبيب مع المريض قائمة على شفافية مطلقة بكل ما تم من علاج وكيفيته وطرقه وأثاره، مع إجراء الفحوص الطبية اللازمة للمريض دون إضافة فحوص أخرى.

وأصدرت الجمعية الطبية العالمية في اجتماعها الثامن عشر في هلسنكي سنة 1964 بيان أكدت فيه أن العلاقة بين الطبيب والمريض يجب أن تكون شفافة دون أيه ضبابية فيقوم الطبيب بكل ما هو ملزم به اتجاه المريض وهذا الأخير تتضح له صورة علاجه بصورة مباشرة.

بل إن الشفافية تضمن حتى المتخلفين عقليا والمصابين بمرض فقدان المناعة وكذا الأطفال وعديمي الأهلية.¹

من هنا فإن الشفافية تقتضي أن يقوم الطبيب بتقديم العناية اليقظة التي تقتضيها حالة المريض والتي تتفق مع أصول المهنة ومقتضيات التطور العلمي وهذا التصرف يجب أن يكون واضح العيان للمريض بحكم أن العلاقة بين الطبيب والمريض في الغالب هي علاقة تعاقدية صورية ومع ذلك فإن الواجب الأخلاقي المهني للمهنة يضمن للمريض وضوح مراحل التطبيب التي تخص حالته المرضية.

والشفافية تقتضي أن الطبيب يمكنه أن يتصل مع المعالجة لأسباب شخصية أو طارئة أو مهنية بشرط أن لا تضر بالمريض ويكون المريض على قناعة مسبقة بشرعية تصرف الطبيب.

والشفافية كذلك تقتضي أن يكون رفض أي عمل تطبيب أو علاج يكون مبرر وقائم على أسس علمية وقانونية ومسببة شرعا وهذا خاصة في حالات الإجهاض ما إذا كان لا يشكل

¹ - وثيقة الاسم المتحدة 2/2000، F/CN4 أعتمدت بدون تصويت في الجلسة 32 المؤرخة في 25 أغسطس 1999.

خطر على حياة المريض وهاته الشفافية هي ضمان لحقوق المريض خاصة في حالات القصر أو المرضى الذين يكونون في حالات نفسية غير سوية ومضطربة.

والشفافية تقتضي المساواة بين المرضى عند تطبيق بروتوكول المعالجة وهو ضمان هام للمريض يكفل له رعاية صحية متساوية بينه وبين كل مريض في حالته الصحية.

والشفافية تلزم الطبيب الذي يعتذر عن معالجة مريض لأي سبب كان أن يدلي بكل المعلومات الخاصة بصحة المريض للطبيب الذي سيتكفل بحالته الصحية حتى يكون فيه استمرارية في تطبيق مراحل العلاج وهو ما يضمن للمريض ثبات في التشخيص وعدم الضبابية فيه.

والشفافية تقتضي على الطبيب عدم استغلال صلته بالمريض وعائلته لأغراض تتنافى مع كرامة مهنته وتؤثر على معنويات المرضى الآخرين الذين يتأثرون بهذه المعاملة التفضيلية وعليه فإن معظم هذه التصرفات تدخل في إطار شفافية العلاقة الطبية والممارسة الطبية والتي تضمن للمريض معالجة متساوية وعادلة مع كل المرضى وهاته الشفافية تمتد حتى للذين حريتهم مقيدة حيث أنهم يضمن لهم معالجة شفافة لحالتهم الصحية واستفادتهم من الرعاية الصحية المطلوبة دون المساس بخصوصيتهم أو استخدام الطبيب في المساعدة في التحقيق أو الاستجواب وهذا ضمان بالغ الأهمية للمقيدة حقوقهم ويضمن لهم شفافية علاج دون إضرار بدني أو شخصي بهم ضمن كل بمعالجته والتخفيف من ألامه.

ومن هنا فإن شفافية العلاقة بين الطبيب والمريض تضمن لهذا الأخير حصوله على الإسعاف في حالة خطر وشيك واستفادته من العلاج الضروري وفقاً لما تقتضيه المادة 09 من مدونة أخلاقيات الطب.

ومن هنا فإن المريض تضمن له شفافية العلاقة مع الطبيب استفادته عند النجدة من المساعدة الطبية اللازمة والطائرة والطبيب ملزم بأدائها طالما أن الأمر لا يشكل خطر على

حياته أو حياة الغير وإلا سيكون تحت طائلة القانون وهذا الردع كذلك يعد ضماناً أوردته شفافية علاقته مع الطبيب تكفل له رعاية صحية دون إخلال أو تقصير.

والشفافية تعطي للمريض كذلك استفادته من الرعاية الطبية اللازمة للمصابين بأمراض غير قابلة للعلاج أو المستعصية أو المميتة التي يضمنها الطبيب ويحرص على تقديمها له واللجوء إلى الوسائل التقنية اللازمة للتخفيف من آلامه ووطئة مخلفات المرض له وهاته الشفافية المتبادلة بين الطبيب والمريض الذي يكون على بينة بخطورة مرضه وصعوبة شفائه وعلاجه وهي ضمانة هامة له من استفادته من كل طرق ووسائل العلاج إلى غاية آخر مرحلة من حياته.

عليه فإن شفافية علاقة الطبيب والمريض تضمن له حصوله على ثقافة لمرضه وحالته الصحية وحول كيفية حفاظه على صحته ووقايته من الأمراض بالطرق المناسبة والفعالة وذلك من خلال استفادته مباشرة من الأعمال الطبية التي تجرى عليه بالوسائل الفعالة المتوفرة ومن هنا فالشفافية تجعل المريض على دراية بأن البرنامج الطبي المطبق عليه هو البرنامج الأنجع لحالته الصحية.

والشفافية تضمن للمريض استفادته من نفس الرعاية الصحية في حال تحويله من مؤسسة استشفائية إلى أخرى والتي تقتضيها الضرورة القصوى وتكون حالته الصحية تسمح له بذلك ويكون هو على بصيرة بكل هذه الإجراءات أو الأعمال الطبية وعلى قناعة بضرورتها.

ومن هنا فإن بذل الطبيب لكل مجهود مطلوب في علاج المريض وحزمة الوظائف المؤداة إجباراً وبصورة واضحة للعيان للمريض بدون الدخول في إشكالات النتيجة التي يريد البعض إلزامها للطبيب هي ضمانة هامة للمريض فإنه سيتحصل على أحسن علاج بأنجع الطرق لأن تقييد الطبيب بالنتيجة تدخل في نفسه الخوف والريبة وهو ما يجعل عامل الخطأ يسيطر على عمل طبي يريد القيام به وشكه في فعاليته ونتيجته الإيجابية على صحة المريض.

وهو ما جعل عقود العلاج الطبي في العموم من العقود الغير المسماة في القوانين المدنية بصفة عامة باعتبار أن مهنة الطب غالبا من المهن ذات الطابع الخاص عدة أحكام وأثار لهاته العقود غير منظمة صراحة.

والعقود الغير المسماة كما يعرف عنها هي التي لم يخصصها القانون باسم معين ولم يتولى تنظيمه فيخضع في تكوينه وفي الآثار المترتبة عليه للقواعد العامة التي قررت لجميع العقود.¹

وهاته الشفافية كرسنها المادة 35 الصادر عن الدول الأعضاء في منظمة الوحدة الإفريقية وتمت إجازة هذا الميثاق بواسطة مجلس الرؤساء الأفارقة في دورته العادية رقم 18 في نيروبي (كينيا) في جوان 1981 من خلال تأكيدها على أن العلاقة بين الطبيب والمريض قائمة على علاقة شفافية متماثلة في تطبيق علاج طبي ذو مستوى عالي يتضمن كافة السياسات والأنظمة الطبية الكفيلة بتطبيب وعلاج فعال وناجع وقد جاء في إعلان جنيف للقسم الطبي 1948 بأن الطبيب الذي يريد أن يصبح عضوا في المهنة الطبية عليه أن يضمن شفافية في عمله مع المريض من خلال إعطاء صحته الأولوية القصوى ولا يكون للعمر أو المرض أو الإعاقة أو الديانة أو الجنس أو الجنسية أو الانتماء السياسي أو العرفي أو الأسس الاجتماعية أو أيه عوامل أخرى التي تدخل في مهامه التي يؤديها إتجاه المريض ولا يستخدم معارفه الطبية من أجل التهديد.²

وفي هذا الصدد نجد أنه ورد في قواعد السلوك المهني في العراق لسنة 2002 ضمن خصائص المهنة الطبية تتميز مهنة الطبابة بخصوصيات لا شبيهة لها بين المهن الأخرى أنها ممارسة علمية فنية أخلاقية هدفها خدمة إنسانية يستحق فيها الطبيب الثقة التي يودعها

¹ - د. عبد الرزاق السنهوري، الوسيط في شرح القانون المدني، ج1، دار إحياء التراث العربي، بيروت، لبنان، 1964، ص155.

² - الإعلان تم تبنيه من قبل الجمعية العامة للجمعية الطبية العالمية بجنيف سويسرا في سبتمبر 1948 وعدل في سنوات 1968 و 1983 و 1994 وفي 2006.

فيه مريضه والتي تستوجب إحترام كرامته وأسراره إلى جانب تقديم أقصى العناية به بصرف النظر عن دينه أو عنصره أو معتقده السياسي.¹

إن إختيار الطبيب لمهنته بمحض إرادته ورغبته يحتم عليه الإلتزام بمبادئها وتقاليدها التي تعتبر الرّيح المادي شيئاً ثانوياً بالنسبة للخدمة الإنسانية وهو ما أشارت إليه المادة 20 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب الجزائري.

ورغم ذلك فقد استغل بعض الأطباء مهنتهم ومارسوها كوسيلة للريح المادي بالدرجة الأولى بخلاف المبادئ الأخلاقية والقواعد الإنسانية.

المبحث الثاني

ضمان السرية

يعد حق المريض في حفظ أسرار من الحقوق العامة التي يكتسبها المريض بموجب عقد العلاج الطبي حيث يلتزم الطبيب بمقتضى العقد بالحفاظ على أسرار مريضه التي تصل إلى علمه أثناء علاجه له ويتقرر هذا الإلتزام سواء نص عليه المتعاقدان صراحة أم لم ينص عليه لأنه من مقتضيات عقد العلاج الطبي ذلك بأن مضمون العقد لا يقتصر فقط على ما ورد فيه بل يشمل كل ما هو من مستلزماته وفقاً للعرف والعدالة وطبيعة الإلتزام ومما لا جدال فيه أن العرف يتطلب وجود هذا الإلتزام ولا يوجد أدنى شك في أن المريض ينتظر من الطبيب المحافظة على السر الذي أودعه إياه بنفس القدر الذي ينتظره منه تنفيذ إلتزامه بالعلاج.

¹ - د. أحمد حسن عباس الحيارى، المسؤولية المدنية للطبيب في القطاع الخاص في ضوء القانون الأردني والنظام القانوني الجزائري، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2005، ص 215.

وهذا الالتزام هو إلتزام مستمر يمتد تنفيذه إلى المرحلة اللاحقة على العقد أي إلى مرحلة ما بعد إنتهاء العقد ويستمر حتى بعد وفاة المريض أيضا لما قد يلحق من ضرر بعائلة المريض وسمعة ذويه.

إن قدسية أسرار المهنة الطبية قديمة حيث أنه منذ 25 قرنا أي منذ قسم أبقراط (470-360ق.م) كان الأستاذ يأخذ على الطالب القسم التالي " لا أفشي سرا بالنسبة لما أرى وأسمع من الناس سواء ذلك ما يتصل بمهنتي وما يخرج "، وكذلك ما جاء في إعلان جنيف 1948 للقسم الطبي لعام 1948 " إنني سوف أحترم الأسرار التي أؤتمن عليها وحتى بعد وفاة المريض".

كما لا يخلو أي قسم طبي للأطباء عند تخرجهم في سائر دول العالم من هذا القسم حيث جاءت في المادة 1 من لائحة وميثاق شرف مهنة الطب البشري في مصر عام 1974 حيث جاء فيها " أقسم بالله العظيم أن أؤدي عملي كطبيب بصدق وأمانة وأخلاق وأن أحافظ على سر المهنة ¹

المطلب الأول

تعريف السر الطبي

الباحثين لم يتفقوا على تعريف جامع مانع وشامل للسر الطبي فكل عرفه حسب مفهومه ولعل مرد ذلك كون السر الطبي يختلف باختلاف الزمان والمكان والأشخاص فما كان سر في زمن ما لا يكون كذلك في زمن آخر وما كان سرا في مكان ما لا يكون كذلك في مكان آخر، فعند اكتشاف الطبيب بأن مريضته حامل من زنا يعالجها بصورة عادية ويحافظ على السر باعتبار أن الأمر عادي في مجتمعهم ومعالجتهم ومتابعه حالتها الشخصية تتم كأى

¹ - د. غادة فؤاد محمد المختار، حقوق المريض في عقد العلاج الطبي في القانون المدني، منشورات الحلبي الحقوقية، سنة 2011، ص 371.

حالة مرضية أخرى في حين في بلدان أخرى يعد اكتشاف الطبيب لحمل غير شرعي لفاتة جريمة يعاقب عليها ويقوم بإفشاء السر ويقوم بالتبليغ عنها لدى الجهات الأمنية والقضائية.

فالفرقة الفرنسية عرف السر المهني بأنه إلزام مفروض على جميع أعضاء الهيئة الطبية بأن لا يفشوا ما إطلعوا عليه وما علموه أثناء ممارسة مهنتهم.¹

وهناك من إعتبرها كلمة مستعصاة على التحليل وهي تثير قبل كل شيء واجب السكوت المفروض على الطبيب وهو واجب تفرضه علاوة على القواعد القانونية قواعد الدين والأخلاق.²

وهناك من عرفه على أنه كل أمر أو واقعة تصل إلى علم الطبيب سواء أفضى به إلى المريض أو الغير أو علم به نتيجة الفحص أو التشخيص أثناء أو بمناسبة ممارسته لمهنته أو بسببها وكان للمريض أو لأسرته أو الغير مصلحة مشروعة في كتمانها.

وأخر عرفه بأنه ما يعرفه الطبيب أثناء أو بمناسبة مهنته أو بسببها وكان في إفشائه ضرر لشخص أو لعائلة إما لطبيعة الواقعة أو ظروف التي أحاطته بالموضوع.³

ومن خلال ذلك يتضح جليا أن السر المهني هو كل أمر أو معلومة يتعلق بالمريض تصل إلى علم طبيبه أثناء علاجه له سواء أكان المريض قد أخفى بها للطبيب نفسه أم علم به أو اكتشفها الطبيب أثناء علاجه له سواء كانت المعلومة متعلقة بالحالة الصحية للمريض أو ببقية نواحي حياته كأموره الشخصية أو الاجتماعية أو الاقتصادية وقد تتعلق المعلومة أحيانا

¹ - د. عبد السلام الترماني، السر الطبي، مجلة الحقوق والشرعية، العدد الثاني 1981، جامعة الكويت، الكويت، ط4، 1997، ص40.

² - د. علي حسين نجيدة، التزامات الطبيب في العمل الطبي، دار النهضة العربية، 1992، ص 211

³ - د. محمود مصطفى، مدى المسؤولية الجنائية للطبيب إذا أفشى سراً من أسرار مهنته، مجلة القانون والاقتصاد، السنة(11)، 1951، العدد الخامس، ص655 وما بعدها.

بأمور غيره والواجب الأخلاقي والقانون يحتم على الطبيب حفظ تلك الأسرار وعدم الإفشاء بها إلا في الحالات التي يوجبها القانون.

وإذا كان السر أمر نسبي فإن حدوده أثرت في شأنه عدة أقوال فهناك من أقر بالرجوع إلى العرف عند تحديده وآخر إلى كل ما يضر بسمعة وكرامة المريض عند إفشائه وإلى كل الأحداث التي يسعى إلى كتمها المريض.¹

غير أن الاجتهاد والفقه الفرنسي توسع في تحديد نطاق وحدود السر وأقر بأن السر لا يشمل ما يقضي به المريض إلى الطبيب المعالج بل يتعداه إلى كل ما هو سر بطبيعته ولو لم يعهد به صاحبه إلى الطبيب وفي ذلك ذهب قضاء محكمة النقض الفرنسية إلى القول بأن السر الطبي يشمل جميع الوثائق المتعلقة بالحالة الصحية للشخص من أي نوع كانت وهي تشمل أيضا الوثائق الطبية التي تتضمن نتيجة سلبية التي لا تدل على أية حالة مرضية.

ونجد أن نطاق السر المهني أشارت إليه المادة 04 من قانون أخلاقيات مهنة الطب الفرنسي على أنه كل ما وصل إلى علم الطبيب عن طريق مهنته سواء أكان هذا العلم مما عهد به إليه المريض وائتمنه عليه أم كشفه الطبيب بنفسه أم سمع عنه.

المطلب الثاني

السر المهني كضمان لكرامة المريض

بالرجوع إلى روح الشريعة الإسلامية فإنها تؤكد على حق المريض في أن يصون الطبيب سره الذي ائتمنه عليه لقوله صلى الله عليه وسلم " المستشار مؤتمن " وفي ذلك يقول الإمام الرازي في إحدى نصائحه الموجهة إلى أحد تلامذته " وأعلم يا بني أنه ينبغي للطبيب أن يكون رفيقاً بالناس حافظاً لغيبيهم كتوما لأسرارهم سيما أسرار مخدمه فإنه ربما يكون بعض

¹ - د. عبد السلام الترميني، السر الطبي، مجلة الحقوق والشريعة، ط4، جامعة الكويت، السنة الخامسة، العدد الثاني،

الناس من المرض ما يكتمه من أخص الناس به مثل أبيه وأمه وولده وإنما يكتُمونه خصوصياتهم ويفشونه إلى الطبيب ضرورة.¹

وعليه يمكن القول أن إلزام الطبيب بالحفاظ على السر الطبي لمريضه إلزاماً عقدياً إذا كان هناك عقد يربطه بمريضه ويسأل الطبيب عند إفشاء أسرار مريضه على أساس قواعد المسؤولية العقدية أما إذا لم يكن هناك عقد يربط الطبيب بمريضه كحالات إنعدام الأهلية وحالات الضرورة والاستعجال فإن الطبيب يسأل عن إفشاء أسرار المريض على أساس قواعد المسؤولية التقصيرية وهذا الإلزام والمسؤولية هي ضمانات جوهرية وصلابة لحماية المريض في مواجهة الطبيب أو من يسأل عنه.

ومن هنا فإن هناك فقهاء اعتبروا السر المهني الطبي صفة تخلع على موقف أو مركز أو خبر أو عمل مما يؤدي إلى وجود رابطة تتصل بهذا الموقف أو المركز أو الخبر بالنسبة لمن له حق العلم به وبالنسبة لمن يقع عليه الإلزام بعدم إفشائه.²

وعليه فإن الطبيب ملزم بعدم إعلام إلا الأشخاص الذين تحتم الظروف وقوفهم على هذه السرية كما تقتضي أن يتم العمل الذي يحيطه المشرع بالكتمان في غير علانية بعيداً عن كل شخص ليس طرفاً فيه.

وبالتالي فالطبيب ملزم اتجاه المريض في حصر النطاق العلم بحالته الصحية إلى عدد محدود من الأشخاص إذا كانت تمت مصلحة يعترف بها القانون لشخص أو أكثر في أن يطل العلم بها محصوراً في ذلك النطاق وهنا فإن السر الطبي هنا هو إحترام لرغبة المريض في عدم الحصول على المعلومات المتعلقة بمرضه وإخفاء الأمر في نطاق السرية بحيث يحتفظ الطبيب بهذه المعلومات ولا يفصح بها لأحد إلا إذا رغب المريض في إلزام الطبيب بإفشاء هذا السر إلى عدد محدود من أقارب المريض وهذا ما انتهى إليه المشرع الفرنسي في القانون الصادر في 2003 حيث أنه بمقتضى هذا القانون أصبحت الفقرة الرابعة من المادة

¹ - د. زهير أحمد السباعي، الطبيب أدبه وفقهه، ط2، دار العلم دمشق، الدار الشامية، بيروت 1997. ص 176

² - جمال الدين العطيفي، الحماية الجنائية للخصوصية من تأثير النشر، رسالة دكتوراه، طبعة 1964، ص 365.

1111-2 من قانون الصحة العامة توجب احترام إرادة المريض الذي يرغب في أن يبقى جاهلاً في تشخيص حالته أو أن يبقى هذه الحالة سرا لا يجوز لأحد الاطلاع عليها.¹

بل ومن ضمانات المريض في جانب السرية إلزام الطبيب بعدم استخدام معلوماته التي يحوزها عن المريض في المساعدة في استجواب الأشخاص المقيدة حريتهم على نحو يضر بالحالة الصحية والجسمية والنفسية له أو المشاركة في أي إجراء يقتصر بالمريض وهو ما أشار إليه الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية والصحية في مادته 26 ومن هنا فكل ما يطلع عليه الطبيب من أحوال المريض الصحية والنفسية وما قد يراه أو يفهمه أو يستتبطه من حالته الصحية هو مقيد بعدم البوح بها والتكتم عنها وعدم الإفصاح عنها إلا في حالات سنوضحها لاحقاً.

هذا وقد نصت المادة 36 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب الجزائري على نفس مفهوم السر المهني الطبي وهو نفس مضمون المادة 20 من لائحة آداب وميثاق شرف مهنة الطب البشري المصري التي أقرت بعدم جواز إفشاء أسرار المريض التي اطلع عليها.

وعليه فإن حفاظ الطبيب على سر مريضه هو تصرف أخلاقي قبل أن يكون قانوني ومن هنا وجب التذكير أن الطبيب لا يلتزم فقط في مواجهة المريض بالسر المهني بل يشمل مساعديه ومعاونيه من الأطباء والمرضات والسكرتيرات وحافظي الملفات الطبية التي يطلعون منه على أسرار المرضى وهم ملتزمون بالمحافظة على تلك الأسرار كالطبيب ويجب على الطبيب أن لا يطلع أي فرد من هؤلاء على أي سر طبي خارج عن نطاق مساعدة كل منهم له في علاج المريض أي يجب على الطبيب أن يتقيد بإفشاء ما يلزم للعلاج وعدم التطرق لما لا يلزم وفي نفس الوقت على الطبيب أن يختار أشخاصا محل ثقة لمساعدته كي يستطيع إفشاء ما يلزم من الأسرار والمعلومات الطبية أمامهم.²

¹ - قانون أخلاقيات المهنة في فرنسا المادة 2/35.

² - د. يوسف الكيلاني، سر المهنة الطبية، مجلة الحقوق و الشريعة، السنة الخامسة، العدد الثاني، ط4، جامعة الكويت، 1997، ص71.

والسر المهني يشمل كذلك السجلات والملفات الطبية فالمريض له ملف طبي يتضمن كل العلاجات والفحوصات والأشعة التي خضع لها وكل الوصفات الطبية والأدوية والحقنات التي تناولها في كل مراحل علاجه وهاته الملفات تحفظ في أماكن غير معروضة على العامة.

عليه على الطبيب أو من هو مسؤول عنه ملزم ويتوجب عليه أن يتابع ويشرف على عملية حفظ هذه الملفات بما يضمن عدم تسرب المعلومات منها وبشكل يضمن حفظ أسرار مرضاه الذين يعالجون عنده في عيادته كما يتوجب عليه أن يشرف على عملية حفظ هذه الملفات بما يضمن عدم تسرب المعلومات عنها وبشكل يضمن حفظ أسرار مرضاه الذين يتعالجون عنده.

كما يتوجب على المستشفيات تؤمن ملفات المرضى في أماكن مأمونة ويشرف عليها موظفين مؤهلين وعلى الطبيب التدخل ويرفض حفظ ملفات مرضاه إذا رأى أنها ليست في أيدي أمنة.

وفي حالة الطبيب الذي يريد الاستفادة من الملف الطبي للمريض لمعالجة مريض آخر بنفس حالته وعليه الرجوع إلى الطبيب المعالج هذا الأخير يعود إلى المريض لأنها من أسرار الخاصة وله كامل السلطة التقديرية في تحقيق رغبة الطبيب أو رفضها.

ومن ضمانات السرية الخاصة بالمريض إلزام الطبيب باستقبال المريض لوحده أو مع شخص رافقه بإرادته سواء كان من الأقارب أو الأهل وخاصة إذا كان ناقص أو عديم الأهلية لأن قيام الطبيب بالاستماع إلى شكوى المريض وفحصه وتشخيص حالته المرضية ووصف العلاج له و حتى متابعة حالته الصحية أمام مرضى آخرين فيه اعتداء على حق المريض في الخصوصية والذي أقرته سائر الاتفاقيات الدولية بالإضافة إلى أن مثل هذا التصرف في ذاته يعتبر إنشاء لجميع أسرار المريض ويعدم حرية في الكلام والبوح لطبيبه

بما يشعر به من ألام جسدية ونفسية ومعاناة يمر بها وبالتالي يهدم الثقة التي يجب أن يقوم عليها عقد العلاج الطبي.

والطبيب بإدخاله أكثر من مريض واحد للفحص في نفس الوقت يعتبر مخلا بالتزامه بحفظ أسرار المريض المترتب الذي يترتب عليه عقد العلاج الطبي ويعد كذلك مخلا للقسم الذي أداه عند تخرجه وأيضا مخلا للأداب وقواعد وأخلاقيات مهنته.

وللأسف فإن عددًا لا يستهان به من أطبائنا اليوم يقومون باستقبال أكثر من أربعة مرضى معا في نفس الوقت ويبدأ الطبيب في الاستماع إلى شكاوهم وفحصهم ووصف العلاج لهم أو متابعة علاجهم أمام مرضى آخرين وأمام الأشخاص المرافقين للمرضى الآخرين وهو أمر مغل بالتزام الطبيب في حفظ أسرار المريض وهو أمر يجب أن تتداركه نقابة الأطباء وتحاسب الأطباء الذين يقومون بهذه المخالفة لأداب المهنة الطبية ويمنعهم منها.

المطلب الثالث

حالات إفشاء السر الطبي

للطبيب الحق في إفشاء أسرار مرضاه وهذا لأسباب تتعلق بالصالح العام أو أسباب تتعلق بالصالح الخاص للطبيب الحق في إفشاء الحالة الصحية لمريضه للحفاظ على المصلحة العامة أو لحماية المصلحة الخاصة للطبيب أو المريض أو أحد أقاربه.

الفرع الأول

إفشاء السر المهني حماية للمصلحة العامة

1) التبليغ عن حالات الولادات والوفيات

إن الطبيب ملزم بالإبلاغ والإخطار عن حالات الولادات والوفيات بالطبيب ملزم بالإبلاغ عن المواليد في حالة وجود الأب والأم أو في حالة عدم وجود الأب والأقارب البالغين الذين حضروا الولادة.

وفي حالة الوفاة فإن الطبيب ملزم بالإبلاغ عنها سواء عند حدوثها في المؤسسة الصحية الحكومية أو الخاصة بعد الكشف عن الجثة والتأكد من صحة الوفاة وكونها طبيعته ليتم إرسالها إلى مصلحة الأحوال الشخصية وفي حالة تسجيل وفاة خارج المؤسسات الصحية يلزم الطبيب بعد الكشف عن الجثة بإعداد شهادة وفاة بعد التأكد من صحة الوفاة ويحتفظ بنسبة منها ويقوم بالاحتفاظ بنسخة منها ويرسل الأخرى إلى الجهات الوصية المختصة التي تقوم بتسجيلها في سجل الوفيات.

وهذه الحالة أي إفشاء السر المهني تخص كذلك الأخطار في حالات الوفيات التي تتم أثناء إجراء العمليات الجراحية والإفصاح عن سبب الوفاة ويتم إعداد شهادة الوفاة على هذا الأساس والذي يسلم إلى عائلة الميت أو من يكفل به.

ونفس الشيء بالنسبة للتسخرات التي تسلم إلى الطبيب من الجهات المخولة بذلك كضبطية قضائية أو جهة تحقيق قضائية أين يتم إعداد تقرير طبي يحدد بدقة أسباب الوفاة ومسبباته وإخطار الجهة المستقرة أو الطالبة بنتائج التشريح وبالتالي الإفصاح عن أسباب الوفاة.

(2) الأمراض المعدية

في حالة ما تأكد الطبيب أن المريض مصاب بمرض معدي فعليه وحفاظا على المصلحة العامة وحتى لا ينشر المرض وحصره ومنع إنتشاره في المجتمع وإصابة أشخاص آخرين. ومن هنا فإن المصلحة العامة للمجتمع أجدر وأسبق من المصلحة الخاصة للمريض ومن هنا ففي الحالة التي يكون فيها المريض يعمل في مرفق عمومي أو خدماتي فإن الطبيب ملزم بإخطار السلطات المحلية بحالة المريض من أجل عرض كل من كان يخالطهم أو يجالسهم أو يتردد عليها للفحص والتأكد من عدم إصابتهم بالعدوى وإجراء تعقيم شامل للمكان خاصة للأماكن التي يعمل فيها أو يتردد عليها مع إخطار عائلته بحالته من أجل إتخاذ كل التدابير اللازمة لعزل المريض وإبعاده عن كل اتصال وإخضاعه لعلاج وبروتوكول علاج صارم يلزم بتطبيقه والحرص على التنفيذ بمراحله بكل صرامة.

(3) حالات حوادث العمل

إن حوادث العمل من الحوادث الأكثر انتشارا التي يتعرض لها العامل أثناء تأدية واجباته المهنية ومن هنا فإن الطبيب عن فحص العامل الذي أصيب ملزم بإخطار مسؤوليته وإدارته بحالته الصحية بدقة وبتدقيق وتحديد الأضرار التي يتعرض لها أو الأورام والأمراض التي أصيب بها بمناسبة أدائه لمهامه ويكون ذلك من خلال شهادة طبية دقيقة جدا تحدد فيها كذلك نسبة العجز ومدته والتاريخ المتوقع لشفاء المريض واستئنافه لنشاطه المهني غير أنه لا يعني ذلك المساس بحالة المريض التي لا علاقة لها بالحادثة الذي تعرض لها أثناء أدائه لنشاطه المهني فهذا الجانب مشمول بالسر المهني ولا يجوز البوح به أو إفشائه ومن هنا فإن الحوادث أو الأمراض المهنية التي مردها تسمم المعادن أو مركباتها أو مختلف الإصابات بالالتهابات والأمراض الجلدية للعاملين في المستشفيات المتخصصة بالطبيب ملزم بالإخطار عنها والإبلاغ عن كل تفاصيلها حماية للمريض من جهة وحماية للصالح العام.

(4) حالات الأمراض العقلية

إن الطبيب إذا اكتشف أثناء تقديمه للعلاج بأن الشخص المريض هو شخص مريض عقليا ومن أجل الحفاظ على السلامة الجسدية والبدنية للمريض وحتى لا يلحق الأذى بنفسه أو غيره أو بعائلته فإنه ملزم بإخطار مسؤولية الذين بدورهم يقومون بإخطار المصالح البلدية من أجل تحويله إلى المصحات النفسية أو العقلية من أجل التكفل بحالته الصحية، وهنا فإن الطبيب في هذه الحالة ملزم بالتخلي عن واجبه بالحفاظ على السر المهني حفاظا على الصالح العام باعتبار أن المصابين بالأمراض العقلية إذا لم يتم الإخطار عن حالتهم فإن رد أفعالهم في غالب الأحيان غير متوقع وعنيف وخطير في حالات كثيرة على الأشخاص وخطير على نفسه في نفس الوقت لإمكانه إلحاق الضرر بنفسه بكل سهولة دون المبالاة لفقدانه الوعي.

(5) حالات التأمين على الحياة

يذهب الرأي الغالب إلى أن الطبيب الذي يعمل لحساب شركة تأمين على الحياة أن يخطر الشركة بكل أمور المؤمن الصحية دون أن يتعرض للمساءلة عن إفشاء سر المهنة باعتبار أن رضا المؤمن بالكشف عليه عند طبيب الشركة يعتبر بمثابة رضا ضمني بإفشاء حالته إلى الشركة صاحبة التأمين وبالتالي لا يمكن للطبيب أن يخفي عن الشركة ما يطلع عليه من أحوال المريض الصحية إذا كان متعلقاً بشروط التأمين وعلى من تلقى تقرير الطبيب أن يلتزم جانب الكتمان.¹

ويذهب رأي آخر إلى أن الطبيب المتعاقد مع شركة التأمين على الحياة أن يكشف لها المعلومات التي تتعلق بصحة العملاء وإذا إطلع على ما يجب ستره وكان متعلقاً بشرط من شروط التأمين فعليه أن ينوه به بالقدر الضروري ولا يتجاوز به إلى ما سواه وعلى إدارة التأمين أن تلتزم الكتمان ويتبين من كل ذلك أن لكل منهما وجهة نظر معتبرة²، فالعميل المؤمن عندما يقبل إجراء الفحص والكشف عليه من قبل طبيب شركة التأمين فهذا يعني رضا ضمنيًا منه بأخبار الشركة بكل ما يتعلق بوضعه الصحي ومع ذلك فإننا نفضل الرأي الثاني لأن على الطبيب أن يدلي للشركة ما يراه لازماً من أسرار المريض لإنشاء العقد وتحقيق شروطه أما الأسرار الأخرى الجانبية التي تصل إلى علمه من خلال فحصه للمريض والاستماع إليه كوضع المريض النفسي والاقتصادي والاجتماعي فإننا نرى بأنه يتوجب على الطبيب عدم إفشائها لشركة التأمين ومن حق المريض أن يحتفظ بخصوصيته ويطلب من الطبيب عدم الإدلاء بتلك الأسرار للشركة.

(6) حالات التقارير الطبية

¹ - G.B, chamard&P.manzein, la responsabilité medicale, paris, 1974, p220.

² - د. عبد السلام الترماني، المصدر السابق، ص34.

إن الطبيب قد يكلف من قبل صاحب العمل أو جهة حكومية أو مستخدم بفحص الشخص بفحوص معينة للتعرف على مدى قدرته وقابليته وصلاحيته في مجال معين في مجالات الحياة وتحدد عادة الفحوصات اللازمة لكل نوع مؤمن ثم يقوم الطبيب بكتابة تقرير للجهة المختصة يتضمن نتائج الفحوصات التي أجراها والتي يحدد بموجبها مدى أهلية أو صلاحية الشخص لعمل ما أو لوظيفة ما أو لممارسة أمر ما من عدمه كتقرير اللياقة للخدمة الحكومية والخدمة العسكرية والتقرير الذي يعد حول صحة الطلاب في مدارسهم وتقرير شهادة اللياقة الزوجية وتقارير أطباء الشركات والمنظمات العملية وكذلك الشهادات الطبية المنظمة بحسب طلب المريض أو التقارير التي يقدمها الطبيب حول الموقوفين والسجناء ليبين مدى قدرتهم على الإدلاء بشهادة أو الوقوف أمام الهيئات القضائية.

(7 حالات شهادة الطبيب أمام القضاء

إن الطبيب ملزم بالإدلاء بشهادته أمام القضاء متى كلف بذلك ومن هنا وجب التمييز بين الحالتين:

(أ) **حالة الطبيب المعالج:** إن الطبيب المعالج الأصل فيه أنه ملزم بكتم أسرار المريض التي وصلت إلى علمه أثناء علاجه له غير أنه إذا استدعى أمام القضاء للشهادة فإنه ملزم بالإفصاح عن حالته باعتبار أن شهادته ستكون مرتكز علمي يقوم عليه الحكم الذي يصدر الذي يصدره القاضي.

(ب) **شهادة الطبيب الخبير أمام القضاء:** إن الطبيب الخبير الذي تنتدبه السلطة القضائية لفحص المريض كفحص مصاب في حادث أو تشريح جثته لمعرفة سبب وظروف الوفاة ملزم بقول الحقيقة التي يقسم على إدلائها أمام المحكمة فإذا ما دعي إلى تحقيق أو شهادة أمام المحكمة فإن يمين السر الذي أقسم عليه لا تعفيه من اليمين الذي أقسم بموجبه أن يقول

الحقيقة فيما رآه وعائنه، الطبيب الشرعي كالطبيب الخبير كلاهما يحرم عليهما إفشاء السر لغير السلطة القضائية.

وعلى الطبيب الخبر إنشاء المعلومات الخاصة بالمسائل التي ندب من أجلها وأن لا يتجاوز نطاقها أما الأسرار الأخرى التي وصلت إلى علمه أثناء فحصه للمريض فعليه أن يلتزم بكتمانها وعدم الإفشاء بها وفي ذلك يقول البعض أن شرف وكرامة المهنة يقتضي التزام الطبيب الخبير بالسر وعليه التزام الصمت فيما لا يبرره.¹

ومن المستقر عليه أن لا يكون الطبيب الخبير هو الطبيب المعالج للشخص موضوع الفحص وإذا كلفت السلطة القضائية الطبيب المعالج لإجراء الخبرة على مريضه فعليه أن يعتذر ولا يجوز له أن يقبل هذا التكليف إذا كان فيه ما يدعو إلى إفشاء سر طبي لمريضه كما أنه ليس للطبيب المعالج الكشف عن سر المريض إلى الخبير حتى لو كان الطبيب المعالج أو المسؤول عن الحقوق المدنية إلا إذا اقتضت حالة الضرورة ولكن له أن يجيب عن الأسئلة التي يطلبها منه في هذا الشأن ولا يعد مفشياً لسر مهنته.²

ونفس الأمر والحكم يطبق على المؤسسات التي تخصص طبياً عدلياً واحداً على الأقل تتناط به معالجة الوقائع الطبية العدلية، ويكون مهنياً لفحص هذه الوقائع، إن الطبيب الفاحص مسؤولاً شخصياً عن سرية ما يعالجه من وقائع وعليه أن لا يسمح لأي شخص بالاطلاع على ما شاهده أو سمعه من الشخص المحال إليه للفحص أثناء الاتصال المهني به من أمور خاصة بالواقعة باستثناء المحقق المسؤول عنها والذي يكون ذو علاقة مباشرة بالواقعة.

¹ - د. علي حسين نجيدة، إلتزامات الطبيب في العمل الطبي، دار النهضة العربية، 1992، ص 101.

² - د. عبد الحميد الشواربي، المصدر السابق، ص 307.

(8) حالات التبليغ عن الجرائم

وهي الجرائم التي يعلم بها الطبيب أثناء ممارسته لمهنته أو بسببها حيث إستقر الرأي على تغليب الإلتزام بالتبليغ عن الجرائم على واجب الكتمان إذ أنه أكثر تحقيقاً للمصلحة العامة التي ترجح على المصلحة الخاصة في الحماية والإفلات بحجة المحافظة على السر المهني ويبنى على ذلك أنه لا يعد إفشاء لسر المهنة إبلاغ الطبيب عن تسمم مريضه وإبلاغ السلطات عن جريمة قتل وقعت كان يراجعها القاتل المصاب عند هروبه لمعالجته.

ومن هنا فإن حماية الأسرار المهنية جاءت للمحافظة على آداب مهنة الطب وقديسية العلاقة بين الطبيب ومريضه ولكن هذا لا يشمل التستر على الجريمة إذ أن مثل هذا التستر يعد نفسه جريمة وحرب على القانون وعلى المجتمع ينبغي على الطبيب تحاشيه.

فالتبيب يتوجب عليه إفشاء سر مريضه إذا علم من خلاله فحصه وعلاجه له بأن هناك جريمة قد وقعت عليه أن يقوم بتبليغ السلطات المختصة لأنه ملزم قانوناً بالتبليغ عن الجرائم التي تصل إلى علمه.

وإذا رجعنا إلى التشريعات المقارنة نجد أن المشرع المصري قد أوجب على الطبيب التبليغ عن الجرائم التي علم بوقوعها وهذا بالرجوع إلى المادة 310 من قانون العقوبات المصري إلى أن بعض الآراء تذهب إلى أن المشرع المصري لم يقرر عقوبة على من يخالف هذا الواجب ولذا فإن تنفيذ مقتضى نص المشرع لا يعدو أن يكون أمراً مندوباً فحسب ولا يرقى إلى مرتبة الإلزام وبالتالي فإن الطبيب لا يعد ملزماً قانوناً بالإبلاغ عن الجرائم.

أما في الكويت المادة 6/ب من قانون رقم 25 لسنة 1981 لتنظيم مهنة الطب على جواز إفشاء السر من قبل الطبيب منعا لحدوث جريمة لم تقع هذا ولم تنص المادة 24 من الدستور الطبي الأردني على حالة تبليغ الطبيب عن الجرائم ضمن الحالات التي يجوزه

إفشاء السر فيها إلا أننا نؤيد إتجاه دستور السلوك الطبي العراقي ونرى ضرورة إلزام الطبيب بالتبليغ عن الجرائم التي وصلت إلى علمه أثناء علاج مرضاه.

(9) إفشاء السر للضرورة العلمية

إن الأبحاث العلمية من الأسس والركائز العلمية التي تقوم وتحيا بها التكنولوجيات والإنسانية نظرا للفائدة الكبيرة التي تجنيها المجتمعات والدول.

فالطبيب الذي يقوم بالأبحاث والدراسات العلمية عن حالات مرضية معينة ليتم استنباط الأدوية والعلاجات الضرورية وعليه يجوز للطبيب الباحث إفشاء أسرار مرضاه بالقدر اللازم للغرض العلمي والبحث دون ذكر الأسماء والصور المعرفة.

الفرع الثاني

إفشاء السر المهني حماية للمصلحة الخاصة

في حالات ووضعيات معينة يجوز للطبيب أن يفشي سر المريض لوجود مصلحة خاصة جديرة بالحماية وتقدم على مصلحة المريض في كتمان أسرارهِ لإعتبارات عدة نذكر منها:

(1) حالة الضرورة

لقد لجأ بعض الفقهاء إلى البحث عن أساس قانوني لتبرير مشروعية إفشاء السر الطبي فذهب إلى القول بنظرية الضرورة كأساس لإباحة الاقتناء بالسر الطبي فهناك ظروف تحتم على الطبيب الإفشاء بأسرار المريض تحقيقاً لمصلحة خاصة فهناك حالات يجب على الطبيب الإفشاء عن الحالة الصحية للمريض لوالده أو زوجته إذا كان المرض معدي أو خطير معاً كالأمراض الجنسية المعدية تجنباً للإصابات بالعدوى.

وعليه فمن حق الطبيب أن يفشي سر المريض تجنباً لضرر أكبر من الضرر الذي ينتج عنه الإفشاء وهنا لا يكون الإفشاء بالسّر مخالفاً لآداب مهنة الطبيب بل يكون بذلك محققاً لروح المهنة الطبية التي هي مهنة إنسانية قبل كل شيء.

فالواجب الإنساني يحتم عليه تحذير الزوجة من إنتقال مرض معدي أصيب به زوجها كي تتجنب الإصابة هي الأخرى به أو إخبار أهل أو والد المريض بمرضه كي يقوم باتخاذ ما يلزم من إجراءات وقائية وعلاجية في نفس الوقت لمساعدة ولدهم على العلاج والشفاء من مرضه وكذلك وقاية أفراد أسرته ومن يعيشون معه من الإصابة بمرضه إذا كان معدياً ونجد في القانون المقارن أن المادة 24 من الدستور الطبي الأردني تؤكد على جواز إفشاء السر لذوي المريض إذا عرف أن لهذا الإفشاء فائدة في المعالجة وكانت حالة المريض لا تساعد على إدراك ذلك ونفس الشيء أقرته المادة 6 من المرسوم 25 لسنة 1982 لآداب مهنة الطب الكويتي على جواز إفشاء السر إذا كان الإفشاء لمصلحة الزوج أو الزوجة ويكون الإفشاء لهما شخصياً.

(2) رضا صاحب السر بإفشاءه

إن الاتجاه الراجح أن المريض هو ملك سره ويمكن أن يفشيه بنفسه كما له أن يسمح للطبيب بإفشاءه فإذا أصيب الشخص بمرض معدي ولم يستطع أن يواجه أسرته بذلك وطلب من الطبيب إبلاغهم بهذا فالمسؤولية على الطبيب أن فعل ذلك وعليه فإذن المريض أو تصريحه للطبيب بالإفشاء يرفع عنه واجب الكتمان.¹

وبالنسبة لورثة صاحب السر فيحق لهم إفشاء سر الموروث إذا كانت لهم مصلحة مشروعة تبرر هذا الإفشاء شرطاً لا يترتب على الإفشاء أضرار بسمعته أو شرف صاحب السر، فمن

¹ - د. عبد الحميد الشواربي، المصدر السابق، ص 304.

حق ورثته البائع مثلاً الحصول على شهادة الطبيب المعالج تثبت إصابة مورثهم بعاهة عقلية في وقت صدور الرضا عنه لإبرام عقد البيع مثلاً.¹

وفي القانون المقارن نجد أن دستور السلوك المهني الطبي العراقي 2002 يجيز إفشاء السر في حالة الشهادات الطبية المنظمة بحسب طلب المريض أي يجوز للطبيب تحرير شهادة طبية حول حالة المريض الصحية وبطلب من المريض نفسه أي برضا المريض وإذن منه ولا يعتبر تحرير الطبيب للشهادة في هذه الحالة إخلالاً بما يوجبه عقد العلاج الطبي عليه من إلزام بحفظ سر مريضه طالما قد قام بإصدارها الشهادة بناء على طلب من المريض نفسه.

(3) حق الطبيب في كشف السر للدفاع عن نفسه أمام المحاكم

إستقر الرأي على أن للطبيب الحق في كشف السر دفعا للمسؤولية في نطاق حقه في الدفاع عن نفسه عندما يتهم بإرتكاب جريمة جنائية كالإجهاض أو الاغتصاب أو خطأ في العلاج فعليه أن يقدم الأوراق الطبية التي تثبت إصابة المريض بمرض يحول دون إرتكاب الجريمة وفي خارج هذه الحالة لا يجوز له الإفشاء وكانت محكمة Douai قد قضت في فرنسا بأنه لا يمكن حرمان أي شخص كائناً من كان من حقه في الدفاع عن نفسه وأنه لا يمكن أن تسقط هذه الحرية الأساسية قواعد السر المهني.²

ومن ثم يعد كشف الطبيب عن وقائع لا تستلزمها ضرورة الدفاع عن نفسه إخلالاً بالإلتزام بالحفاظ على سر المريض لأن من شأن هذا المسلك أن يشين المريض دون أن يمثل أي فائدة للطبيب في الدفاع عن نفسه.

¹ - شريف الطباخ، جرائم الخطأ الطبي والتعويض عنها، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2005، ص 16.

² - le douai, 26 oct, 1951,GAZ pal, 1951, p125.

وأيضاً يحظر على الطبيب الخوض في هذه الأمور تصريحاً أو تلميحاً وعليه أن يقتصر دفاعه على الأمور التي تتعلق مباشرة بالدعوى المقامة عليه واللازمة لكشف الحقيقة ولا يمنعه ذلك من الإشارة إلى المسؤول الحقيقي عن ضرر الذي يبرئ نفسه.

وكما لا يكون الكشف عن السر أمام سلطة الإتهام كالنيابة والقضاء والمحقق الإداري والمحكمة التأديبية كي يبرئ نفسه من الاتهام أيضاً لا يجوز الكشف عن السر في الصحف. ويكفي أن يكون الطبيب موضع إتهام حتى لو لم يوجه إليه الاتهام بالفعل ولا يشترط وجود دعوة قضائية ضد الطبيب بل يمكن أن يتدخل في دعوة مرفوعة على الغير طالما أنه وضع فيها موقع الإتهام.

وفي الأخير وجب التنويه إلى أنه يجوز لأسباب إنسانية عدم إطلاع المريض على عواقب المرض الخطيرة وفي هذه الحالة عليه أن ينهي إلى علم أهل المريض خطورة المرض وعواقبه الخطيرة إلا إذا أبدى المريض رغبته في عدم اطلاع أحد على حالته أو عين شخصاً أو أشخاصاً لاطلاعهم عليها.

على هذا الأساس يحق للطبيب إخفاء المعلومات على المريض ما دام الأمر يتسم بالخطورة فبالتالي يرجح فكرة إخفاء المعلومات على المريض إستناداً لأسباب إنسانية.

وقد ذهب جانب من الفقه إلى القول بأن مصلحة المريض التي هي غاية يسعى المشرع إلى حمايتها لا تتطلب أن يزف المريض خبر دنو أجله أو أن مرضه غير قابل للشفاء بل ومميت أما من ناحية طبية المهنة فهي بلا شك محاولة لتخليص المريض مما يعاني أو على الأقل تخفيف ألامه الناتج عن ذلك فإذا كان ما إنتهى إليه الطبيب قد كشف له عن إستحالة ذلك بالنسبة لمرضه فإن الأمر يكون قد تجاوز حدود المهنة لتتفي الإعتبارات الإنسانية البحتة والتي لا تعتقد أنها تؤيد أن يبشر المريض بأن مرضه قاتل وأن لا أمل له في الشفاء وما عليه إلا أن ينتظر الرحيل.

بالإضافة إلى ما تقدمه ومن المنظور القانوني هذه المرة فقد رأينا فيما تقدم أن إعلام المريض غايته إحترام كرامته الإنسانية وأدميته وكذلك صون حرمة جسده وفي هذه الحالة التي نحن بصددنا نعتقد أن الأمر لا يتعلق بشيء من ذلك وإنما هو على العكس إعلان من قبل طبيب بعجزه عن فعل شيء لصالح المريض لذلك نرى أنه مصلحة المريض أن يترك على جهة ما دام له أمل له من الناحية الطبية في شفاؤه مع إحاطة أقاربه علمًا بذلك.¹

المبحث الثالث

ضمان الرضا

إن للمريض الحق في إبداء رضاه في مرحلتين من مراحل العقد فالرضا الصادر عن المريض في مرحلة إنعقاد العقد يطبق عليها الأحكام العامة التي تطبق على جميع العقود وهذا الرضا كاف فقط لإنعقاد العقد.

وقد ذهب بعض الآراء إلى أن الرضا الصادر من المريض لانعقاد عقد العلاج الطبي يتضمن تفويضاً مسبقاً وضمنياً للطبيب في اتخاذ ما يراه من طرق العلاج بحيث يكون للطبيب أن يقرر ما يراه مناسباً من الأعمال الطبية.

غير أن هذا الاتجاه لم يلقى الإجماع حيث أن العقد العلاجي يترتب عليه إلزاماً مستمراً من الطبيب بالحصول على موافقة المريض في جميع مراحل العلاج وإلا تحمل الطبيب مسؤولية العلاج من تلقاء نفسه دون أخذ رضاه أو رضا من يمثله.²

ومن هنا فمن الواجب عليه الأخذ بواجب إحترام إرادة المريض خاصة وأن المريض كإنسان له حقوق مقدمة على جسده لا يجوز المساس بها بغير رضائه وكل اعتداء على هذه

¹ - د. محمد حسن قاسم، الطب بين الممارسة وحقوق الإنسان، دراسة إلزام الطبيب بإعلام المريض أو حق المريض في الإعلام، طبعة 2012، دار الجامعة الجديدة للنشر، ص 44

² - د. حسن زكي الأبرشي، مسؤولية الأطباء و الجراحين المدنية، دار النشر للجامعات المصرية، 1951، ص 96.

الحقوق ولو كان الدافع إليه مصلحة المريض يترتب عليه مسؤولية على من ارتكبه ومتى كان في استطاعته أن يحصل على ذلك الرضا لذا يلتزم الطبيب بالحصول على الرضا الحر المستتير من المريض قبل البدء بأي تدخل علاجي أو جراحي بحرية عليه بل أكثر من ذلك فلو وجدت عدة طرق للعلاج فإن على الطبيب أن يكفل للمريض الاختيار من بينهما.

وهذا الرضا الصادر عن المريض في مرحلة تنفيذ العقد هو مضمون هذا الجانب والأصل يفترض أن يصدر من المريض بالغ عاقل متمتع بقدرات وملكات عقلية تمكنه من فهم وإدراك ما يقضي له الطبيب من معلومات حول طبيعة مرضه والعلاج المقترح له و يترتب الآثار القانونية عليه لكونه صادرا عن إرادة حرة وواعية مستتيرة.¹

والمريض يعبر عن رضاه إما بشكل صريح أو ضمني وإما شفاهة أو كتابة لذا يتطلب منا البحث في شكل الرضا الصادر عن المريض.

وقد لا يستطيع المريض التعبير عن إرادته ورضائه حول العلاج المقترح له لكونه عديم أو ناقص الأهلية، كأن يكون صغيرا أو مجنونا أو معتها أو سفيها أو ذا غفلة فيقوم عندئذ من يتولى إدارة شؤون المريض بالتعبير عن الرضا بدلاً عنه كالولي أو الوصي أو القيم.

وهذا الموضوع قد يثير مشاكل عديدة كأن يوجد شخص يتولى قانونا رعاية شؤون المريض القاصر وآخر يتولى شؤونه فعليا ففي هذه الحالة من هو الشخص الذي يجب أن يعتد الطبيب بأخذ موافقته أو رفضه حول العلاج.

وفي حالة المريض عاجز عن إبداء رضائه بسبب صغر سنه فقد لا يتفق الوالدان حول العلاج المقترح ففي هذه الحالة فإرادة أي منهما يجب ان يعتد الطبيب.

وفي حالات عدة قد تتعارض مصلحة المريض مع ما أبداه من يتولى إدارة شؤونه من رآب حول العلاج كأن يرفض الولي ما اقترحه الطبيب لعلاج صغيره ويرى الطبيب أن العلاج

¹ - د. محسن عبد الحميد البيه، نظرة حديثة إلى خطأ الطبيب الموجب للمسؤولية المدنية في ظل القواعد القانونية التقليدية، مطبوعات جامعة الكويت، 1993، ص224 .

المقترح ضروريا جدا لانقاذ حياة المريض أو لتحسين حالته الصحية فما هو الإجراء الذي يجب على الطبيب اتخاذه في مثل هذه الفروض.

وقد لا يستطيع المريض أن يعبر عن إرادته وإبداء رضائه عن العلاج بسبب فقدان لوعيه أو لكون الظروف التي يتواجد فيها لا تسمح له بإبداء رأيه وذلك في حالات الضرورة والاستعجال وهنا يمكن للطبيب أن يباشر العلاج أو التدخل الجراحي دون أخذ رضا المريض أو موافقته أو أن يقوم بأخذ موافقة أهله أو أقاربه إن وجدوا وقد يرفض المريض العلاج المقترح عليه من قبل الطبيب جزئيا أو كليا أو قد يختار أحد الطرق العلاجية دون غيرها.

المطلب الأول

صور الرضا

إن رضا المريض قد يكون بشكل صريح أو ضمني وقد يكون الرضا الصريح شفويا أو كتابيا والكتابة قد يكون لها شكل معين مهيأة مسبقا أو يكون نموذجا مطبوعا بشكل معين لضمان إثبات موافقة المريض أو ممثله القانوني من خلال بيانات محددة.

الفرع الأول

الرضا الصريح والرضا الضمني

1) الرضا الصريح

يحصل الطبيب غالبا على الموافقة الصريحة للمريض ويكون الرضا الصادر عن المريض أو ممن يمثله صريحا إذا كانت العبارات الصادرة بهذا الشأن تدل صراحة وبصفة مباشرة بما لا يدع مجالا للشك على قبوله للعلاج المقترح من قبل الطبيب وهنا الرضا يكون أصدق ما يعبر عن الإرادة الحقيقية.

والأصل أن الرضا أو موافقة المريض على الأعمال الطبية لا يشترط فيه شكل معين فقد يكون شفاهة أو كتابة والغالب أن رضا المريض في جميع مراحل العلاج يكون شفاهيا إلا أنه جرت العادة أن يكون الرضا كتابة في بعض الأعمال الطبية خاصة العمليات الجراحية المعقدة والخطيرة والتي قد يكون لها أثار مستقبلية على صحة المريض ولكن من شأنها أن تتقذ حياته ومن هنا نجد أن بعض المؤسسات الإستشفائية الخاصة تعد نموذج خاص لهذه الموافقة تتضمن كافة المعلومات عن العملية وأثارها وموافقة المريض على إجرائها ومن هنا نجد مثلا أن وزارة الصحة في إنجلترا أعدت نموذج كتابي لرضا المريض يسمى وثيقة الرضا (consent from) حيث يتعين على المريض أو من يمثله الراغب في الفحص أو العلاج ملأ هذا النموذج وتوقيعه وقد لقي هذا الإجراء إستحسان وموافقة جميع الأطراف المعنية في ميدان الصحة.¹

وبعد قدوم المريض ذاتيا إلى الطبيب لاستشارته علامة للرضا في الحالات العادية التي لا تحتاج إلى عمليات جراحية أو أعمال طبية متداخلة وفي مثل هذه الحالات يقع على عاتق الطبيب إثبات حصول الرضا بصورة من الصور سواء كان ذلك كتابة موقعة بالتوقيع من قبل المريض أو الشخص المخول له.

ويرى الفقه ضرورة الكتابة باعتبارها وسيلة لإثبات وليس باعتبارها شرطا لصحة العمل الطبي وتبدو أهميه الكتابة واضحة في مجال الإثبات في حالة رفض المريض العلاج سواء أكان الرفض كليا أي ينصرف إلى العلاج الطبي إجمالا أم كان جزئيا أن يتعلق بعمل طبي محدد فإنه من الأفضل للطبيب بعد أن يحاول إقناع المريض بالعلاج وإثائه على رفضه أن يحصل على دليل مكتوب موقع من المريض أو من يمثله قانونا يقصد رفضه للعلاج فهذا

¹ - د. عبد الكريم مأمون، حق الموافقة على الأعمال الطبية وجزاء الإخلال به، دراسة مقارنة، دار النهضة العربية

الدليل يسمح عند المنازعة بإثبات عدم تقصيره في تقديم الرعاية الطبية للمريض ومن ثم تخليصه من عبء المسؤولية.¹

(2) الرضا الضمني

قد يكون الرضا صادر من المريض أو ممن يمثله ضمناً بحيث يستفيد من فعل أو تصرف المريض أو من اتخاذه موقفاً معيناً يعبر أم لا عن رضائه بالتدخل العلاجي.

ومن ذلك جاءت المادة 60 من القانون المدني الجزائري بما لا يدع مجال للشك كما يكون التعبير عن الإرادة باتخاذ موقف لا يدع أي شك في دلالة على مقصود صاحبه.

ومن صور الرضا الضمني للمريض قيام المريض بنزع ملابسه بالنسبة لعمل طبي بسيط كتوقيع الكشف بالسماعة على الصدر أو مد المريض ذراعه للطبيب بغرض حقنه أو اتجاه الجريح إلى قسم الطوارئ إلى لغرض تلقي العلاج الضروري لإسعافه مما يفيد قبوله ضمناً بقيام أي طبيب متواجد هناك بتقديم الإسعافات الأولية له واتخاذ ما يراه مناسباً من علاج له فهنا يعد هذا الفعل في هذه الحالات في هذه الحالات وغيرها دلالة في التعبير عن الإرادة الحقيقية لصاحبها.

ولا يختلف من حيث قوته في التعبير عن الإرادة عن الرضا الصريح الذي يعبر عنه قولاً أو كتابة.

وهذا يعني أن الرضا الضمني للمريض تسري عليه قواعد الرضا الصريح لذلك على الطبيب أن يتأكد من أن الرضا الضمني للمريض إنما يعبر عن إرادته الحقيقية وهو ما يترتب عليه الالتزام بحدود هذه الإرادة فلا يتجاوزها إلا ما لا يوافق عليه المريض وإلا قامت مسؤوليته القانونية وبحسب الأحوال.

¹ - د. جابر محجوب علي، دور الإدارة في العمل الطبي، دراسة مقارنة مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، لجنة

ومن هنا فإن الرضا الضمني يستفاد منه في الغالب في حالات التدخل علاج البسيط كإجراء الفحوصات الخارجية أما في حالة التدخل الجراحي أو العلاج الذي ينطوي عليه خطورة على جسم الإنسان كالتدخل الإسعافي أو عمليات المسطرة وهنا يتطلب أن يصدر الرضا عن المريض قولاً أو كتابة ويعد تبصيره بنزوي وتفكير مسبق.

كما أن تقدير وجود الرضا الضمني من عدمه من قبل المريض هو من مسائل الواقع التي تترك للقاضي الموضوع ليقدرها بما لو من سلطة تقديرية وبحسب الظروف والأحوال المحيطة بكل قضية على حدى.

الفرع الثاني

سكوت المريض وعدم اعتراضه على التدخل الطبي

هل يمكن اعتبار سكوت المريض وعدم اعتراضه على التدخل الطبي بمثابة موافقة على الأعمال الطبية.

إذا كانت القاعدة تتضمن على أنه لا ينسب إلى ساكت قول، فالسكوت هو مجرد مظهر سلبي محض للتعبير عن الإرادة فالساكت لا يعبر بطريق ايجابي عن أية إرادة إلا أن السكوت يمكن أن يعد قبولاً إذا اقترنت به ملاسبات تجعل دلالاته تنصرف إلى الرضا.¹

ويذهب الرأي الغالب في الفقه إلى عدم الأخذ بسكوت المريض وعدم اعتراضه على العمل الطبي كأساس لإباحة العمل الطبي فلا يمكن أن يستنتج من السكوت الرفض أساساً كما لا يمكن أخذه على أنه موافقة.

¹ - د. عبد القادر الفار، مصادر الإلتزام، مصادر الحق في القانون المدني، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن،

إلا إذا ثبت من خلال الظروف المصاحبة له، فقد يكون السكوت نابعاً في بعض الحالات عن الخوف من الرفض وما قد يترتب عليه من نتائج وقد يسكت المريض أحيانا بسبب إحراجه وعدم جرأته على رفض العلاج الذي يقترحه الطبيب وقد يكون بسبب جهل المريض بحالته الصحية وعدم استيعابه للمعلومات المقدمة له بشأنها مما يجعله في حيرة من أمره وعدم تمكنه من اتخاذ قراره بالموافقة أو الرفض فيسكت ومن هنا ومن خلال كل ما تقدم يتضح جليا بأن الأصل في رضا المريض بالعلاج أن يكون صريحا سواء كان شفاهة أم كتابة والغالب أن يصدر الرضا كتابة في العمليات الجراحية والتدخلات العلاجية التي تتطلب على خطورة ولكن هنا ما يمنع من أن يصدر الرضا ضمنا ولذلك باتخاذ موقفا بحيث لا يدعو مجالا لأي شك عن قبوله للتدخل الطبي المقترح له، كما أن السكوت لا يمكن أن يعد قبولا إلا إذا صاحبه ظروف تدل على موافقة المريض للعلاج المزمع القيام به والرضا الضمني والسكوت يعدان من مسائل الواقع التي تترك للسلطة التقديرية لقاضي الموضوع، وعموما فإن القبول أو الرضا سواء كان صريحا أم ضمنيا يجب أن يكون معبرا عن الإرادة الحقيقية للمريض وإلا يكون قد انتزع من المريض عن طريق الإكراه المادي أو المعنوي.

المطلب الثاني

الرضا الصادر على المريض البالغ

الأصل أن يصدر الرضا من المريض البالغ الذي أبرم عقد العلاج الطبي على الطبيب بداية ويفترض أن يكون المريض بالغاً راشداً أي يكون كامل الأهلية متمتعاً بالملكات التي تمكنه من تلقي المعلومات من طبيبه حول حالته الصحية وطبيعة التدخل العلاجي اللازم والشرح لتحسين وضعه الصحي بحيث يعتد بالرضا الصادر منه.

ويمس الأمر كذلك ضرورة الحصول على الموافقة الحرة والخالية من عيوب الإرادة للشخص الخاضع للتجربة مع وجوب إعلامه بطبيعة التجربة ومدتها وهدفها والمخاطر المحتملة والأضرار التي قد يتعرض لها في تلك التجربة.

وهذا الحق أكدت عليه المادة 07 من الاتفاقية الدولية بشأن الحقوق المدنية والسياسية لعام 1966 والمادة 4/ب من الميثاق العربي لحقوق الإنسان 1945 والمادة 3/ف2 من ميثاق الحقوق الأساسية للاتحاد الأوروبي لعام 2000 وإعلان هلسنكي لعام 1964 وإعلان طوكيو لعام 1975.

ونجد بعض الدساتير قد أشارت صراحة إلى هذا الموضوع فنجد أن المادة 16 من الدستور الفلسطيني أشارت إلى أنه لا يجوز إجراء أية تجربة طبية أو علمية على أحد دون رضا قانوني صريح.

وموضوع التجارب العلمية والطبية من المواضيع التي أخذت موقفا مهما ومثار اهتمام الموائيق الدولية والإقليمية وعليه لا يجوز المساس بحرمة جسم الإنسان البالغ خاصة إلا وفقا لشروط معينة أهمها رضا المريض عن تجارب الطبية أو العلمية التي تجرى له.

وفي تشريعاتنا لم يتم التطرق إلى موضوع التجارب على الإنسان لإعتبارات خاصة وأراء متضاربة يأخذ فيها الشق الديني حيز هام ومهم، ويذهب البعض إلى القول بأن المريض عندما يصدر الرضا الذي ينعقد به عقد العلاج الطبي فإنه يعبر ضمنا عن رضائه بأن يقوم الطبيب بفحصه فحصا عاديا ومبدئيا كي يشخص المرض.

أما إذا استدعت حالة المريض إجراء فحوص أخرى غير الفحص المبدئي الجاري فعندئذ يتوجب على الطبيب تبصير مريضه حول الفحوص اللازمة ومخاطرها ونتائجها المتوقعة وأخذ موافقة عليها إلى أننا نرى بأن للمريض الحرية في إبداء رضائه في جميع مراحل العلاج حتى على الفحوصات الأولية التي تجرى له فقد يكتفي المريض باستشارة الطبيب

فقط عن حالته الصحية دون السماح له بفحصه حيث يلتزم الطبيب بأخذ رضا مريضه في كل مرحلة من مراحل العلاج أي أن الرضاء الأول الذي أبرم به عقد العلاج الطبي لا يكتفي لذا يتطلب تنفيذ العقد رضا جديدا من المريض عن كل مرحلة تشخيصية أو علاجية وبالرجوع إلى النصوص الجزائية لم تنص صراحة على أهليه المريض الطبية أي أهليته لقبول أو رفض العلاج في مراحل العلاج المختلفة.

ومن خلال زيارة أحد المستشفيات الاستشفائية العمومية للوقوف على موضوع أخذ رأي المريض البالغ حول العلاج المقترح قبل البدء في تنفيذه فقد أكد 90% من 10 أطباء شملهم هذا السؤال بأنهم لا يأخذون برضا المريض في العلاج الذي سيقدم لهم عليه فإن غالبية الأطباء في ذلك المستشفى لا يهتمون بأخذ رأي وموافقة المريض قبل البدء في تنفيذ العلاج إلا في حالة التدخل الجراحي حيث يتم أخذ موافقة الموارد مسبقا وهو أمر متبع، وكانت نفس النسبة بالنسبة لتخيير المريض بين علاج وآخر فجاءت النسب غير مشجعة أيضا وهذا يدل على أن غالبية الأطباء لا يخبرون مرضاهم بين علاج وآخر.

أما عن أهليه المريض لإبداء الرضا فعلى الرغم من عدم وجود نص صالح بذلك إلا أنه يتضح جليا بأن المريض يجب أن يكون متمتعا بكواه العقلية بالغا سن الرشد وغير فاقد لوعيه بسبب حادث أصابه وغير عاجز عن التفكير أو التعبير عن إرادته بسبب مرضه أو إصابته وهذه الأهلية مطلوبة في الفحوصات العادية أو تدخلات العمل أو التدخلات والعمليات الجراحية وهذه الأهلية تكون كاملة أي لا يعثرها أي عارض من العوارض التي تعدم أو تنقص الأهلية أما عبارة الوعي فيقصد بها الإنسان البالغ الذي يكون في كامل وعيه أن يستطيع التعبير عن إرادته غير أنهما يجب أن تتوه عنه أنه في بعض التشريعات العربية وحتى يتوافر هذا الشرط غير أنه في حالة قيام الزوجة بإجراء عملية جراحية تتعلق بالأمور النسائية كعملية استئصال الرحم مثلا فهي تشترط أخذ موافقة الزوج قبل إجراء العملية على الرغم من كون الزوجة بالغة وهذه الأهلية يتم التأكيد عليها ضمنا وفي حالة العمليات

الجراحية تدون كتابة من خلال تعهد كتابي يمضي عليها يؤكد فيها المريض من خلال تعهد كتاب يمضي عليها يؤكد فيها بأنه يتعهد وهو في كامل حالته العقلية والنفسية وكامل الأهلية وواعي تمام الوعي بكل تصرفاته.

بأنه يتحمل كامل النتائج والمسؤولية عن أيه نتائج ومضاعفات أثناء وبعد العملية ويعد هذا إقرارا كاملا يوقعه بكامل حريته وإرادته بعد الاطلاع عليه بصورة دقيقة ويؤكد فيه بأنه ليس له ولا لمن بعده بمقاضاة من ذكر أعلاه أو المستشفى ولأي سبب كان لإفهامه الكامل من قبل الجميع بخطورة العملية واختلاطاتها.

غير أنه في الواقع فإن هذا الإقرار إذا كان يعد دليل كتابي بأن المريض على دراية بكل المعلومات المتعلقة بالعملية وقد وافق المريض عليها إلا أن ما تضمنه من إعفاء الطبيب والمستشفى من أية مسؤولية هو تحايل على المريض المقدم على إجراء العملية الجراحية خاصة إذا كان لا يعي القراءة والكتابة وحتى لو لم يكن أميا أو جاهلا بالقراءة والكتابة فإن الضرورة إلى إجراء العملية تؤدي بالمريض إلى التوقيع على هذه الشروط.

وعليه فإن غالبا مثل هذه التعهدات الهدف منها ليس إعلام المريض للحصول على رضا صريح منه بل الهدف منها هو الإعفاء من المسؤولية العقدية للطبيب أو المستشفى أي الإعفاء من المسؤولية التي قد تنشأ عن خطأه اليسير والتافه حتى إذا انشأ عنها ضرر في صحة وسلامة جسد المريض، ورغم مثل هذه المحاولات للتملص من المسؤولية فإن أغلب الفقهاء أجمعوا بأن مثل هذه التعهدات تصلح في المضاعفات اللاإرادية التي تحدث للمريض أثناء إجرائه للعملية الجراحية غير أن الأخطاء الطبية الناتجة عن رعونة من الطبيب أو سوء استخدام الأجهزة أو نقص النظافة والتعقيم كلها لا تعفي من المسؤولية بوجود مثل هذه التعهدات وعليه فلا يجوز الإعفاء مقدما على الإعفاء من المسؤولية الناتجة عما يصيب الإنسان من أضرار ببذنه فسلامة بدن الإنسان لا تساوم، وبالنسبة للطبيب فإنها مثل هذه

الوثائق هي دلالة على رضا المريض على العملية ولا تعفي الطبيب من مسؤوليته عن الأضرار التي تلحق به من جراء إجراء العملية.¹

المطلب الثالث

الرضا الصادر عن المريض عديم أو ناقص الأهلية

إذا كان الأصل كما سبق هو صدور الرضا عن شخص بالغ غير ناقص الأهلية أو معدوم منها غير أن المريض قد يكون عديم أو ناقص الأهلية ومن هنا غير قادر على إبداء رضاه حول العلاج المقترح له من قبل الطبيب مما يتطلب وجود من ينوب عنه لإبداء رأيه والأمر يكون في حالة المريض إذا كان صغيراً أو مجنوناً أو معتوها أو سافياً أو ذا غفلة.

الفرع الأول

الرضا الصادر عن المريض صغير السن

إن القانون الجزائري لم يتضمن تنظيمًا خاصاً لعقد العلاج الطبي وبالتالي لا نجد نصوصاً تعالج الأهلية اللازمة للرضا عن العلاج أثناء تنفيذ العقد لذا فإننا سنرجع إلى الرضا في الأحكام العامة الواردة في القانون المدني فلا يعتد برضا الصغير الغير مميز الصادر حول العلاج المقترح له من قبل الطبيب سواء بالقبول أو الرفض أما الصغير المميز فإننا نرى أن الرضا صادر من المريض يحتاج إلى تفكر وتدبر للموازنة بين مخاطر العلاج المحتملة وبين تركه أو عدم الأخذ به أو الاختيار بين إحدى طرق العلاج المقترحة من قبل الطبيب لذا فإنه من التصرفات الدائرة بين النفع والضرر الذي يصيب المريض من جراء العلاج الذي سيختاره ويوافق عليه أو يرفضه لذا فإن الأمر يتطلب أخذ رأي والديه أو من يتولى

¹ - د. سعيد البرزنجي، شروط الإعفاء من المسؤولية العقدية في القانون الفرنسي و العراقي، المصدر السابق، ص137.

رعايته وإدارة شؤونه قانوناً أو فعلاً ولا يكفي برأينا إرادة الصغير المميز لوحده في اتخاذ هكذا قرار.

ومما لا شك فيه فإنه لو كان في العلاج المقترح ضرر محض للصغير فلا يعتد برضاه حتى لو أذن وليه بذلك أو وافق عليه أما إذا كان العلاج المقترح له فيه نفع محض له كقبول التبرع له بكلى أو أي جزء من أجزاء الجسد فعندئذ يعتد برضا الصغير المميز حتى ولو لم يرضى به والداه أو وليه لأن في هذا العلاج نفعاً محضاً لمصلحة المريض.

ويرى بعض الفقهاء إلى الاعتداد برضا الصغير المميز مطلقاً وذهب آخرون إلى حصر حق القاصر في قبول أو رفض نوع معين من العلاج.

كما ذهبت بعض الآراء إلى معاملة الصغير ناقص الأهلية كالصغير معدوم الأهلية وعدم الاعتداد بالرضا الصادر عن المريض صغير السن سواء أكان ناقص أو عدم الأهلية وضرورة أخذ رضا ممثليه القانونيين أو أقربائه المقربين.¹

وذهب رأي آخر إلى أنه يجب تحديد لسن معين للصغير المميز الذي يعد عند بلوغها أهلاً للرضا مباشرة الأعمال الطبية على جسده حيث يرى البعض بأن لا محل في تحديد هذه السن في الرجوع إلى القانون المدني إذ يتعلق هذا التحديد بموضوع مختلف وإنما ينبغي الاعتداد بالسن التي يكون الشخص قادراً ببلوغها على إدراك مغزى تصرفه وتقدير خطورته.²

ويذهب الرأي الغالب في الفقه أي أن القاصر المأذون له بالتجارة لديه الأهلية القانونية لاتخاذ قراراته الطبية فيعتد برضاه في إبرام عقد العلاج الطبي وكذلك بإمكانه أن يعبر عن

¹ - محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية - الطبيب، الجراح، طبيب الأسنان، الصيدلي، التمريض، العيادة والمستشفى، الأجهزة الطبية، منشأة المعارف، الإسكندرية، بلا سنة طبع، ص 39.

² - د. شريف الطباح، جرائم الخطأ الطبي و التعريف عنها، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 2005.

رضاه أو رفضه عند تنفيذ العقد أيضا ولكن بما أن الإذن الممنوح له هو إذن بإدارة الأموال لا التصرف فيها فإن ما يتعلق بالتزامه بدفع أتعاب الطبيب يقتضي موافقة الولي أو الوصي عليه أي الموافقة على الجانب المالي في العقد أما الموافقة أو رفض العلاج فيقتصر دور الولي فيه على النصيحة فقط.¹

ويثار هنا حكم رضا المريض القاصر المتزوج بإذن من القاضي أين تم التأكد بأنه يعتد بتصرفاته باعتبار له الأهلية اللازمة لصدور الرضا منه عن العلاج المقترح له في مرحلة تنفيذ العقد بل أكثر من ذلك فقد يكون له أولاد ويكون وليا عنهم فله الحق حينئذ لإصدار الموافقة أو الرفض عن العلاج المقترح لأولاده ونفس الكلام يصدر حول إبدائه الرضا أو الرفض عن العلاج المقترح لزوجته أيضا.

إلا أنه إذا عدنا إلى قواعد السلوك المهني وأداب المهنة الطبية فإننا نجد بأنه لم يأت بمبدأ عام بشأن أهلية المريض الصغير وما على الطبيب أن يتبعه عند معالجته لمريض صغير السن حيث لم ترد فيها نصوص خاصة بأهلية المريض اللازمة لإبرام عقد العلاج الطبي وكذلك للأهلية اللازمة لقبول أو رفض العلاج أثناء تنفيذ العقد.

وإذا رجعنا إلى موقف التشريعات المقارنة بهذا الصدد نجدنا مختلفة في تشريع إلى آخر ومن دولة إلى أخرى وذلك بسبب الاختلافات الاجتماعية والثقافية والظروف المختلفة الخاصة بهذه الفئات من مجتمع لأخر بالإضافة إلى الظروف الاقتصادية التي قد تدفع بعض الأولياء إلى رفض علاج أبنائهم لذا يجب أن يبرز القانون في حماية هذه الطائفة من المرضى بسبب عدم قدرتهم على التعبير الكامل عن إرادتهم.

ومن خلال دراسة موقف التشريعات الصحية العربية بهذا الصدد، وجدنا بأن أغلبها لم تنظم أهلية صغير السن لقبول أو رفض التدخل الطبي العلاجي أو الجراحي بل وردت فيها

¹ - د. عبد الرشيد مأمون، المصدر السابق، ص 42.

نصوص تشير إلى أخذ موافقة ولي الصغير في حالات العملية الجراحية أو الاستئصال كالمادة 38 من قانون أخلاقيات المهنة في مصر والمادة 18 من الدستور الطبي الأردني والمادة 07 من قانون نقابة الأطباء اللبناني.

إلا أن المشرع الجزائري قد تميز عن غيره من التشريعات العربية حيث قدم الحماية اللازمة للصغير قدر الإمكان وهذا بالرجوع إلى المواد 52، 53، 54 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب الجزائري التي أكدت على أن يسعى الطبيب جاهداً عند معالجته للقاصر لإخطار الأولياء أو الممثل الشرعي ويحصل على موافقتهم وعلى أن يكون الطبيب حامي الطفل المريض عندما يرى بأن مصلحته الصحية لا تحظى بالتفهم اللائق ولا باهتمام المحيطين به وكذلك أوجب على الطبيب أن يبلغ الجهات المختصة إذا لاحظ أن المريض صغير السن الذي يعالجه ضحية معاملة قاسية أو غير إنسانية أو حرمان، وهذه خطوة مميزة في التشريع الجزائري حيث أن المدونة وعلى الرغم من أنها لم تحدد سنا معينا للمريض الصغير إلا أنها أوردت ثلاث مواد لحماية مصلحة المريض صغير السن عندما يتولى أولياءه أو من ينوب عنه قبول أو رفض العلاج اللازم له وذلك وفقا لما يراه الطبيب في مصلحة الصغير الصحية.

ففي كثير من الأحيان نجد بأن الأطفال يتعرضون لإهمال وسوء معاملة من قبل أولياء أمورهم أو من يتولون رعايتهم مما يؤثر سلبا على قرارهم بقبول أو رفض التدخل العلاجي أو الجراحي اللازم للصغير والذي قد يتعارض مع مصلحة الصغير لذا فإن أفضل وسيلة لحمايتهم هي إلزام الطبيب قانونا بحماية المصلحة الصحية للمريض الصغير مثلما جاء في التشريع الجزائري.

أما في التشريعات المقارنة فنجد أنه في بريطانيا مثلا حدد قانون الأسرة الانجليزي السن القانونية للموافقة على الأعمال الطبية على اختلاف أنواعها ب 16 سنة كاملة وبناءً على

ذلك يمكن للطبيب في إنجلترا أن يباشر الأعمال الطبية على القاصر 16 من العمر معتمداً على موافقته حتى ولو رفض والداه هذا التدخل الطبي لأن الرضا الصادر منه يعد كأنه صادر عن شخص كامل الأهلية وذلك وفقاً للمادة 8/1 من قانون الأسرة الانجليزي.¹

أما الصغير دون 16 سنة في الأصل أخذ موافقة والديه أو ممثله القانوني عن أي تدخل طبي مع بقاء السلطة التقديرية للطبيب لمعرفة ما إذا كان الصغير أهلاً لفهم وإدراك طبيعة العمل الطبي ونتائجه وقادراً على الاختيار السليم وإعطاء رضا صحيح من الجانب القانوني. أما في الولايات المتحدة الأمريكية فالمبدأ الغالب الذي يسود أغلب الولايات هو عدم الاعتداد برضا الصغير الذي لم يبلغ 18 من عمره إلا أن بعض الولايات تجبر الصبي المميز الذي لم يبلغ بعد السن القانونية والذي يتميز بالقدرة على الإدراك والاختيار أن يوافق على الأعمال الطبية متى كانت تحقق مصلحة مؤكدة وثابتة للقاصر ولو أمام رفض الوالدين.²

وهنا تجدر الإشارة إلى أنه إذا كان من البديهي لمن يتولى إدارة ورعاية شؤون المريض صغير السن بالتعبير عن الإرادة بدلاً عنه سواء بقبول أو رفض التدخل العلاجي أو الجراحي المقترح له.

ومن هنا نجد أن المادة 44 من مدونة السلوك لمهنة الطب أشارت صراحة في مدتها 44 إلى أن كل عمل طبي يكون فيه خطر على المريض يخضع لموافقة الصريحة أي رضاه أو موافقة ورضا من هو يتولى شؤونه بصورة شخصية أو طبقاً للقانون.

أما التشريعات العربية المقارنة فقد استخدمت تعابير مختلفة للدلالة على من يتولى التعبير عن الرضا بدلاً من الصغير ومنها ما ورد في المادة 07 من قانون نقابة الأطباء اللبنانيين

¹ - family law reforma act 1969.

² - د. عبد الكريم مأمور، المصدر السابق، ص 205.

أو ما جاء في الدستور الطبي الأردني فكان تعبيره أفضل حيث استخدم عبارة ولي أمره في المادة 02 منه.

وقد جاء التعبير بموافقة أحد أفراد العائلة أو المعارف المسؤولين عنه عند الإشارة إلى موافقة من ينوب عن المريض الطفل وهذا في المادة ب/ أربعة من قانون السلوك المهني العراقي لسنة 2002.

ومن هنا فإن من ينوب عن الطفل المريض هو الأب ثم الأم وفي غياب الأبين تنتقل الولاية إلى من يخول القانون والقضاء حق الولاية على الطفل ومن هنا وباعتبار الوالدين هم المسؤولون عن حفظ ورعاية صحة أولادهما وهو واجب يقع على عاتقهما لكون الأم تتولى حضانة الطفل والأب يتولى إدارة ورعاية شؤونه الأخرى فكلاهما يتوليان الطفل بالرعاية والحفظ والتربية لذا على الطبيب أن يأخذ رأي الوالدين عن التدخل العلاجي أو الجراحي المقترح لأولادهما ورسمياً يجب أن تؤخذ موافقة الأب أو الولي القانوني والشرعي إذا لم يوجد الأب على إجراء العمليات الجراحية للصغير وهنا نجد أن التشريع في فرنسا أشار إلى حالة اختلاف الوالدين على علاج ابنهما حيث وجهت النقابة العامة للأطباء، الطبيب الذي يواجه فرض عدم الاتفاق بين الوالدين إلى ضرورة التصرف بحذر وتوظيف سلطته للبحث عن اتفاق بين الطرفين حيث أن المادة 1/372 من القانون المدني تحيل الطرفين إلى ما استقر عليه العرف الأسري أما الفقرة 2 من نفس المادة فإنها تجيز للزوج الأكثر استعجالاً أن يرفع هذا الخلاف إلى قاضي شؤون الأسرة والقاضي يقوم في هذه الحالة بدور المحكم ومن ثم فإنه سيحاول قبل إصدار قراره أن يصلح بين الوالدين ويحصل على اتفاقهما فإن لم يستطع فيعين خبيراً ليساعده إذا تعلق الخلاف بالاختيار بين علاجين على تحديد مزايا ومخاطر كل منهما وفرص نجاحه.¹

¹ - د. جابر محجوب علي، دور الإدارة في العمل الطبي، دراسة مقارنة، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، لجنة التأليف والتقريب والنشر 2000، ص 68.

وفي ذلك نجد أن المشرع الجزائري مشى على درب النهج المتعلق بفرض أقصى الحماية الضرورية للقاصر الطفل فأوجب في المادة 54 من المدونة أنه يجب على الطبيب أو جراح الأسنان المدعو للاعتناء بالقاصر أو بشخص معوق إذا لاحظ أنها ضحية معاملة قاسية أو غير إنسانية أو حرمان وهذا يعد من أقصى الضمانات التي يمنحها القانون للمريض الطفل حيث تتوقف حياة الطفل ومستقبله الصحي على هذه الرعاية فالطفل المريض أو السقيم هو شخص عليل في المستقبل لا يتمكن من استخدام طاقته واستغلالها بفعالية وأداء.¹

أما في حالة الطلاق فإن الرضا والرعاية الصحية حسب أغلب ما جاء به الفقه تسند إلى الشخص الذي أسندت إليه حضانة الطفل.²

وفي كل الأحوال فإن أي رأي يقدم أو رضا يعبر عنه يجب أن يأخذ مصلحة الصغير وصحته في الاعتبار الأول.

أما إذا كان الطفل يتيم الأبوين متوفين أو غائبين هنا يكون تحت وصاية شخص معين أو في كنف ورعاية أشخاص آخرين هنا الطبيب يأخذ برضا الشخص الذي يتولى رعاية شؤونه فعلاً وقانوناً وإذا كان في عهدة إحدى المؤسسات ودور الدولة الاجتماعية هنا من يتولى بشؤونه هو من يكون صاحب الرضا.

الفرع الثاني

الرضا الصادر عن المريض المجنون أو المعتوه أو المصاب بأمراض عقلية

إن المرض العقلي أو الذهني هو اضطراب أو انحراف شديد يصيب الشخصية بأكملها فيشمل العمليات العقلية كال تفكير والإدراك والذاكرة والجهاز المعرفي فضلاً عن النواحي

¹ - المادة 24 من اتفاقية حقوق الطفل CRL سنة 1989.

² - د. عبد الكريم مأمون، المصدر السابق، ص 221.

النفسية والوجدانية فيسبب ذلك خلل في نواحي كثيرة مثل فقدان الوعي الشامل وعدم القدرة على مواجهة متطلبات الحياة الاعتيادية وعدم القدرة على تمييز الواقع فتظهر على المريض أعراض خطيرة كالهوس والهذيان وفقدان الذاكرة من أجل ذلك وباعتبار المريض في هاته الحالة غير قادر وعاجزاً عن التعبير عن رضاه بإرادة حرة مستتيرة واعية عن أي تدخل علاجي أو جراحي يقترحه الطبيب له في مرحلة ينفذ عقد العلاج الطبي لذا يجب أن يقدم من ينوب عنه بالتعبير عن الرضا بدلاً عنه.

وفي هذا الشأن نجد في المعايير الدولية الواردة في مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية الصادرة عن الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1991 حيث أكدت معظم فقراتها على احترام كرامة المريض المصاب بمرض عقلي وحمايته من جميع أنواع الأذى بما في ذلك الأدوية التي لا مبرر لها والأعمال الأخرى التي تسبب ألماً عقلياً أو طيباً بدنياً ومعاملته معاملة إنسانية¹.

ولم تجز هذه المبادئ استعمال القوة على المريض مطلقاً والإشارة الوحيدة التي وجدناها كانت حول التقييد الجسدي والعزل غير الاختياري وردت في الفقرة 11 من المبدأ الحادي عشر حيث أجازته بشروط فهو يجب أن يتم للحيلولة دون وقوع ضرر فوري أو وشيك للمريض أو للآخرين وأن لا يمتد إلى ما بعد الفترة الضرورية لتحقيق الغرض منه وأن تسجل هذه الحالة وأسبابها في السجل التجاري وأن يشعر ممثل المريض بها على الفور.

وفي التشريعات المقارنة نجد أن المادة 108 من القانون المدني العراقي أشارت إلى المجنون المطبق الذي هو في حكم الصغير غير المميز أما المجنون غير المطبق فتصرفاته في حالة إفاقة كتصرفات العاقل والتي تقابلها المادة 128 /فقرة 02 من القانون المدني العراقي وهذا لا يعني عدم احترام إرادة المريض في الحالات التي لا يمر فيها بفترات إفاقة حيث

¹ - الفقرة 2 و3 من المبدأ الأول والفقرة 02 من المبدأ الثامن والفقرة 11 من المبدأ 11 من (مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية).

يبقى الطبيب ملتزمًا باحترام إرادة المريض وليس بإمكانه أن يفرض عليه علاجًا معينًا بالقوة إنما عليه أن يحصل على رضا من يمثله عن العلاج المقترح له لأن المجنون هو في حكم الصغير غير المميز وعلى هذا فإن القيم هو الذي يتخذ القرارات المتعلقة بالحالة الصحية له.¹

لكن ما العمل لو كان المريض عقليًا مودعًا في مصحة عقلية خاصة أو أيه مؤسسة علاجية وصحية أخرى وتعذر عليه التعبير عن رضا في علاج معين حدده الطبيب المعالج لحالته كالعلاج بالصدمات الكهربائية على سبيل المثال ففي هذه الحالة فإن السؤال يثور عن تحديد صاحب الحق في إصدار الرضا اللازم لتطبيق العلاج الطبي عليه ففي هذا الغرض لا يمكن للمصحة العقلية أو المؤسسة العلاجية أن تستند إلى الرضا الذي صدر مما يمثل المريض عند إبرام العقد العلاجي الطبي.²

لأن هذا الرضا غير كافٍ ولا يغني عن الرضا المطلوب لتنفيذ العقد كالرضا عن العلاج بالصدمة الكهربائية لذا لا بد من الحصول على رضا خاص لتنفيذ هذا العقد وفي هذه الحالة يتعين علينا أن نفرق في تحديد صاحب الحق في إصدار الرضا بين أعمال العلاج البسيطة والخطيرة فبالنسبة للعلاج البسيط كتوقيع الكشف عن المريض بإعطائه العلاجات المهدئة في حالات الهياج أو اللازمة فإن المستشفى يستطيع القيام به دون حاجة إلى طلب رضا خاص أما بالنسبة للأعمال الهامة أو الخطيرة فإن المستشفى لا يستطيع من تلقاء نفسه أن يخضع المريض لهذا النوع من العلاج بالاعتماد على الإذن الصادر من المريض نفسه.

وبالرجوع إلى المشرع الجزائري فخلافاً للتشريع المصري والأردني حسب ما جاءت قواعد السلوك المهني خالية من الإشارة إلى قبول أو رفض العلاج المقترح للمريض المصاب عقلياً

¹ - د. علي حسين نجيدة، المصدر السابق، ص 92.

² - د. جابر محجوب علي، المصدر السابق، ص 76.

في مرحلة تنفيذ العقد أين إهتم تنظيم حالة المريض المصاب عقلياً والذي أطلق عليه لفظ البالغ العاجز في نص المادة 52 من مدونة أخلاقيات المهنة أين أشارت إلى:

>> يتعين على الطبيب أو جراح الأسنان المطلوب منه تقديم العلاج أو العاجز بالغ أن يسعى جاهداً لإخطار الأولياء أو الممثل الشرعي ويحصل على موافقتهم.... وأن يأخذ في حدود الإمكان رأي العاجز البالغ بعين الاعتبار إذا كان قادراً على إبداء رأيه<<.

ونجد أن المشرع اليمني ذهب في نفس النسق أين أكد في المادة 22 من قانون مزاوله المهنة الصحية على أنه إذا كان المريض فاقد للوعي أو كان مصاباً بعاهة تمنعه من التعبير عن إرادته فتؤخذ موافقة ولي أمره أما المشرع اللبناني فأكد في المادة 27 الفقرة 9 من قانون الآداب الطبية على أنه إذا رفض المصاب أو المتخلف عقلياً تناول العلاجات المقترحة يسمح لأقاربه وللطبيب الاستغناء عن موافقته المسبقة.

غير أنه ما يجب التنويه إليه أنه أثّرت مشكلة رفض من يمثل المريض المصاب عقلياً برفع العلاج المقترح من قبل الطبيب فعلى الطبيب في هذه الحالة الموازنة بين مصلحة المريض الصحية والتزامه بأخذ رضا من يمثله عن العلاج المقترح وفي كل الأحوال على الطبيب أن يقدم مصلحة المريض ويقرر ما يراه مناسباً من علاج له مع مراعاة الجانب الإنساني في معاملته مع المريض.

أما في حالة السفية وهي خفة تعتري العقل فتحمله على العمل على خلاف مقتضي الشرع والعقل أو الذي يصرف ماله في غير موضعه ويبذر في مصاريفه ويضيع أمواله ويهدرها بالإسراف أو ذي الغفلة هو من تعتريه الضعف الملكات النفسية تبرز من خلال انخداع الشخص على وجه يهدد ماله بالضياح فإنه يعتد بالرضا الصادر عنهما في مرحلة تنفيذ العقد ويعاملهم الطبيب معاملة الشخص الكامل الأهلية ويحق لهم الحصول على تفسيرات ومعلومات حول الحالة الصحية والموافقة على العلاج دون مغالاة للأطباء حول الأتعاب.

المطلب الرابع

الرضا الصادر عن المريض في حالة الضرورة والاستعجال

إن حالة الضرورة والاستعجال تتحقق عند وقوع خطر جسيم وحال يهدد صحة أو حياة المريض بحيث لا يمكن التأخير في العلاج وغالبًا ما يؤدي إلى فقدان وعي المريض أو عدم قدرته على الكلام أو يكون في وضع لا يسمح له باتخاذ القرار المناسب حول العلاج له كإصابة شخص في حادث طارئ ونقله إلى طبيب أو مستشفى وكانت الإصابة بقدر من الجسامة بحيث لا تحتل أي تأخير لإنقاذ حياته فعلى الطبيب في هذه الحالة أن يبادر في تقديم الإسعافات الأولية والعلاج اللازم حتى لو استدعى الأمر التدخل الجراحي دون انتظار إفاقة المريض أو استعادته قدرته على اتخاذ القرار بشأن العلاج الذي يجريه الطبيب له أي يمكن للطبيب التدخل دون أخذ موافقة المريض أو إنتظار حضور ذويه لأخذ موافقتهم إن لم يكونوا حاضرين.

ومن هنا نجد أن مدونة أخلاقيات المهنة الجزائري أشارت في المادة 52 في الفقرة الثانية منه على أن الطبيب أو جراح الأسنان يجب عليه في حالة الاستعجال أو تعذر الاتصال بهم أن يقدم العلاج الضروري للمريض ومن هنا يتضح جالياً أن المشرع الجزائري نهج نهج أغلبية التشريعات التي أحاطت بالحالة الطارئة الحماية اللازمة للمريض والضمانة الأساسية بصون حقوقه، وهو ما جاء في المادة 38 من قانون أخلاقيات المهنة المصري والمادة 07 من قانون نقابة الأطباء اللبناني والمادة 18 من الدستور الطبي الأردني.

ومن هنا يتم تطبيق القواعد العامة في مثل هاته الحالة أي أنه إذا كان المريض فاقد للوعي ولم يكن أحد من أقربائها أو المسؤول عنها شرعاً موجوداً تحتاج إلى تدخل جراحي فوري لإنقاذ حياتها فإن هذه الحالة تعد من الحالات العاجلة التي تتيح للطبيب أن يتدخل جراحياً استعمالاً لحق مقرر بمقتضى القانون دون الحاجة إلى الحصول على رضا المريض أو

ممثله الشرعي أما إذا كان خطر الموت غير حال وغير محدث لها فلا بد من التريث لحين إفاقتها للحصول على رضاها إن كانت بالغة رشيدة أو رضاء ممثليها الشرعي إن كانت قاصرة.

وهذا ما جاء في قرار لديوان التدوين القانوني المرقم 973/175 الصادر بعدد 2/63 بتاريخ 1972/07/07 الذي أضاف كذلك أنه في حالة المريضة في حالة غيبوبة غيبوبة وتحتاج إلى تدخل جراحي لإنقاذ حياتها ولكن أهلها يرفضون إجراء العملية فإذا كان خطر الموت محدقاً بها ولا سبيل لإنقاذها إلا بالتدخل الجراحي فلا عبرة بهذا الرفض إذ تعد هذه الحالة من الحالات العاجلة ويكون تدخل الطبيب جراحياً لإنقاذ حياتها إستعمالاً لحق مقر قانوناً. وفي حالة مريضة في كامل وعيها وتحتاج إلى تدخل جراحي لإنقاذ حياتها وهي موافقة على إجراء العملية إلا أن أهلها يرفضون ذلك فالعبرة برضاها إن كانت بالغة رشيدة، أما إذا كانت المريضة قاصرة وكان خطر الموت حالاً ومحدقاً بها فيكون من حق الطبيب التدخل جراحياً لإنقاذ حياتها ولا يعتمد لرفض التدخل الجراحي.

ما ينوه عنها بكثرة في الواقع العملي على حالة الاستعجال هي حالة الطبيب أثناء العملية الجراحية والمريض تحت تأثير التخدير بأن العلة التي يهدف إلى استئصالها أخطر مما كشف عنه التشخيص المبدئي كأن يبدأ الجراح في باستئصال ورم يعتقد حميداً فإذا به ورم خبيث تقتضي إزالته استئصال عضو بأكمله وهنا تثار الإشكالية التالية:

هل يعتمد بالرضا المبدئي في مجال العمليات الجراحية وبعده رضاء عامّاً بحيث لا تقوم به حاجة لطلب رضا جديد من المريض إذا اقتضت الظروف أن يجري جراحة إضافية أو جراحة مختلفة.

إلا أن الرأي الغالب يتجه إلى وجوب عند حالة الاستعجال واعتبارها الحالة التي تسمح وحدها للطبيب بأن يجري جراحة جديدة أو جراحة مختلفة عن تلك التي تم الاتفاق عليها

دون حاجة للحصول على رضا جديد من المريض أو ذويه بسبب حالة الاستعجال، فحالة الاستعجال تعد عذراً معفياً للطبيب من واجب الحصول على رضا المريض.¹

المطلب الخامس

حق المريض في رفض العلاج

إذا كان رضا المريض هو القاعدة في عقد العلاج الطبي العلاجي أو الجراحي وكما يحق للمريض أن يبدي رضاه عن العلاج مسبقاً فله الحق في رفض العلاج الذي يقترحه الطبيب عليه وفي هذه الحالة يجب على الطبيب أن يحاول إقناع المريض بالعدول عن موقفه وذلك عن طريق تنبيهه إلى خطورة رفض العلاج وما له من أثار فإذا أصر المريض على رفضه هنا يجب على الطبيب أن يخضع لإرادة المريض طالما صدرت عن حرية وإدراك كاملين فالمريض له الحرية الكاملة في قبول العلاج والخضوع له أو تشمل الآثار المترتبة على التطور الطبيعي للمرض وفي بعض الأحيان قد يرفض طريقة علاجية دون أخرى أو قد يرفضها كلياً في أحيان أخرى.

وتذهب الآراء إلى أنه في حالة كون تدخل الطبيب ضرورياً وتستدعيه حالة المريض، فعندئذ يتوجب على الطبيب إثبات رفض المريض كتابةً لتدخله ليتخلص من المسؤولية.²

وهذا ما أشار إليه المشرع في مدونة أخلاقيات مهنة الطب الجزائري في مادته ال 49 التي اشترطت على المريض إذا رفض العلاج الطبي أن يقدم تصريحاً كتابياً في هذا الشأن.

وفيما يتعلق بالتشريعات الصحية في هذا الشأن فإننا نجد بأن المشرع الصحي العراقي والمصري والأردني واليمني لم يعالج موضوع رفض المريض للعلاج على الرغم من أهميته إلا أن المشرع اللبناني نص في المادة 28 من قانون الآداب الطبية اللبنانية على أنه في

¹ - د. عبد الرشيد مأمون، المصدر السابق، ص46.

² - د. محمد حسين منصور، المصدر السابق، ص41.

حالة رفض المريض العلاج يحق للطبيب التوقف عنهم متابعتة وإذا تبين له أن المريض في خطر عليه أن يبذل جهده لإقناعه بالعلاج وعند الاقتضاء يقوم باستشارة طبيب آخر أو أكثر.

غير أنه ما يجب التنويه إليه وهو أن المريض قد يرفض العلاج لعدة أسباب منها:

الفرع الأول

الرفض لسبب ديني

قد يرفض المريض في حالات معينة العلاج لسبب ديني عقائدي فهناك معتقدات لدى بعض المرضى تدفعه إلى رفض العلاج ونقل دم غيره إليه إذا كان من ديانة أخرى رغم أن حالته تتطلب ذلك وهنا يجد الطبيب نفسه أمام ضرورة احترام المعتقدات الدينية لمريضه والتي عبر عنها بوعي وإدراك تام برفض العلاج والمحافظة على صحة وسلامة جسد مريضه من الأمراض وكلاهما حق من حقوق الإنسان المريض والتي تنادي بها سائر الاتفاقيات الدولية بهذا الصدد.

غير أن الرأي الراجح في الفقه يذهب إلى ضرورة احترام إرادة المريض وحرية في رفض قبول التدخل الطبي كأصل إلا أنه إذا شعر الطبيب بوجود خطر يهدد حياة المريض وصحته فعندئذ يجب على الطبيب أن يقدم مصلحة المريض والحفاظ على حياته ومحاولة علاجه سواء عن طريق الاستعانة بأسرة المريض أو السلطة صاحبة الاختصاص لحمل المريض على تلقي العلاج حفاظاً على حياته.¹

ونظراً للطابع الطائفي السائد في لبنان نجد المشرع فيها نظم هذا الجانب من خلال المادة 27 الفقرة 07 و 08 التي أشارت إلى أنه إذا رفض المريض لسبب عقائدي نقل الدم وجب

¹ - د. جابر محبوب علي، المصدر السابق، ص 215-219.

على الطبيب إحترام إرادته إلا في حالة الخطر الداهم أين عليه إخطار السلطات القضائية ويعمل وفق ضميره.

الفرع الثاني

الرفض بدافع الرغبة في الانتحار

قد يجد الطبيب نفسه أمام حالة الشخص الذي يرغب في الانتحار من خلال رفض إنقاذه في الوقت المناسب ويرفض أيه مساعدة من هذا العمل وهنا فالرأي الفقهي الغالب يتجه إلى رفض هذه النظرة ويرى أن الطبيب يجب أن يتدخل لتقديم المساعدة للشخص الذي حاول الانتحار، حتى لو عرض في ذلك ومبرر ذلك أن الشخص الذي حاول أن يضع حدًا لحياته لم تكن له إرادة حرة واعية يمكن الاعتداد بها¹، ويؤكد الأطباء بدورهم هذه الحجة فالشخص الذي يحاول الانتحار لا يكون في حالة عقلية سليمة فهو أشبه ما يكون بالمريض عقليًا ومن ثم يعد عدم الاعتداد بإرادته فيما يتعلق برفض ما يريد الطبيب القيام به لإنقاذ حياته.

ومن هنا فالطبيب ملزم بتقديم مصلحة المريض مما يعني بأنه يتوجب على الطبيب تقديم العلاج واتخاذ ما يلزم لإنقاذ حياته في حالة إقدامه على الانتحار دون الاعتداد برفضه العلاج.

الفرع الثالث

الرفض من قبل الشخص المضرب عن الطعام

إن الإضراب عن الطعام من شأنه أن يعرض الإنسان إلى أخطار تنهي بحياته ولا جدال في أن التدخل الطبي سيكون مطلوبًا في لحظة من خلال فترة الإضراب عن الطعام لإنقاذ

¹ - د. جابر محجوب علي، المصدر السابق، ص 208-209.

حياة المضرب ولكن الإشكال يقع في حالة رفض المضرب عن الطعام تلقي المساعدة الطبية فهل يجب أن يوضح الطبيب لهذا الرفض ويترك المضرب يلقي حتفه.

في الغالب لا يرفض المضربون عن الطعام الخضوع للتدخلات الطبية التي تحفظ الجسم وتكفل بقاءه على قيد الحياة إلا أنه توجد بعض الحالات النادرة لأشخاص أُضربوا عن الطعام واستمروا على رفضهم كل تغذية أو علاج طبي حتى الموت، إن من يصل إلى هذه الدرجة من التطرف يكون بالضرورة في حالة نفسية شبيهة بحالة الشخص الذي يقدم على الانتحار.

ومن هنا فإن ما يصدر منه من تعبير وإضراب لا يعبر عن إرادة حرة واعية لأنها ضد إرادة الحياة لدى الإنسان وتبعاً لذلك لا يكون الطبيب ملزماً بما يصدر عنه من رفض للعلاج بل يكون واجباً عليه أن يقدم له العلاج اللازم لإنقاذ حياته ودون الاعتداد برفضه.¹

الفرع الرابع

رفض العلاج في القتل بدافع الشفقة

وهو من الأفعال التي لا يتم مناقشتها بالأساس في مجتمعاتنا لأسباب دينية من جهة وأخلاقية وإنسانية ولحرمة الروح الإنسانية كقاعدة أساسية.

ومع ذلك وجب الإشارة إلى أن مجتمعات عدة أجازت ما يسمى بالموت الرحيم لتعجيل وضع حد لحالة ميؤوس منها يعاني صاحبها من آلام كثيرة لا يمكن تحملها.

والقتل الرحيم نوعان:

- **قتل الرحمة الإيجابي:** وفيه يقوم الطبيب المسؤول عن علاج المريض الميؤوس من شفائه بناءً على طلبه المتكرر بإنهاء حياته.

¹ - د. جابر محجوب علي، المصدر السابق، ص 213-214.

- **قتل الرحمة السلبي:** وهو عملية تسهيل وفاة مريض ميؤوس من شفائه ويكون ذلك بإيقاف إعطاء العلاج أو عدم إعطائه كإيقاف أجهزة التنفس.¹

وقد أثار هذا الموضوع جدلاً فقهيًا ودينيًا حادًا فذهب البعض إلى اعتبار الحق في الحياة والسلامة الجسدية من الحقوق التي اختلط فيها حق الإنسان وحق المجتمع ولذا من واجب المجتمع أن يحميها ويصونها بكل الوسائل المتاحة ويذهب فريق آخر إلى اعتبار للإنسان الحق في الموت كما له الحق في الحياة وله الحق المريض في قبول أو رفض العلاج ولا يستطيع أحد إجباره على العلاج عنوه عنه.²

غير أن الرأي الراجح هو القائل بأن العلاقة بين الطبيب والمريض هي علاقة عقد علاج يلتزم فيه الطبيب بعلاج المريض، وعليه فالمصلحة العلاجية هي الدافع للعلاج والتعاقد أما إذا إتفق المريض مع الطبيب على أن يقوم الطبيب بتخليصه من حياته فإن هذا الاتفاق لا يسمى عقد علاج لأن الهدف منه ليس العلاج بل القتل.³

هذا وقت خصصت التشريعات العربية خاصة الأردنية والسعودية حيّزًا لهذا الجانب أين أشارت المادة 03 من الدستور الطبي الأردني إلى عدم جواز إنهاء حياة مريض مصاب بمرض مزمن مستعصي غير قابل للشفاء ومهما رافق ذلك من ألام سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة ما عدى موت الدماغ.

أما المادة 21 من نظام مزاوله مهنة الطب وطب الأسنان في المملكة العربية السعودية فقد أشارت إلى عدم جواز بأي حال من الأحوال إنهاء حياة مريض ميؤوس من مرضه ولو كان بناءً على طلبه أو طلب ذويه.

¹ - د. أسامة إبراهيم علي التايه، مسؤولية الطبيب الجنائية في الشريعة الإسلامية، ط1، دار البيارق، الأردن، 1999، ص157.

² - د. محمد سعد خليفة، المصدر السابق، ص80.

³ - د. محمد سعد خليفة، المصدر السابق، ص101.

أما في التشريعات الغربية نلاحظ مواقف مختلفة إزاء قتل الرحمة، فعلى سبيل المثال نجد أن بريطانيا وألمانيا وسويسرا ليس بها تشريعات خاصة تجيز القتل الرحيم ومع ذلك يتم ممارسته عملياً إذا كان المريض ميؤوس من شفائه وكان قد طلب ذلك بإلحاح.

أما في هولندا والدنمارك وبعض الولايات الأمريكية فقد أجازت قوانينهم قتل الرحمة صراحة للمريض الميؤوس من شفائه وفي بعض الأحيان أجازته ضمناً وذلك من خلال وضع نظام كثير التعقيد يحمي الأطباء من المساءلة القانونية في حال إقدامهم على القتل الرحيم بناءً على طلب المريض الميؤوس من شفائه.

ومن هنا يمكن القول أن القتل الرحيم هو جريمة قتل بمفاهيم يراد بها الإنسانية ولكن هي في الأصل هي إزهاق روح إنسان ولذا فمساهمة الطبيب الأساسية ليس في إراحته من الآلام التي يعاني منها جراء مرض ميؤوس منه بل من خلال بذل كل المجهودات وإعطاء كل العلاجات النافعة والضرورية لتحقيق قدر المستطاع من ألام هذا الأخير وإعطائه جرعة أمل من مرضه هذا.¹

المبحث الرابع

ضمان التبصير

يعتبر ضمان التبصير من الضمانات العامة والأساسية التي تسبق الرضا وهو تنوير المريض بحالته الصحية وطبيعة مرضه ودرجة خطورته وما يقترح له من علاج والغاية من التبصير أو الإعلام هو السماح للمريض من الحصول على نظرة شاملة وصحيحة عن علاجه ومخاطره أو الأخطار التي تحدث به كتبصيرة مثلاً عن مخاطر أو الآثار الجانبية للدواء الذي حدد له وتفاصيل كل ذلك حتى يكون على بينة من أمره وهو ما يتحقق من

¹ - د. محمد محمود الهواري، قتل الرحمة في ميزان الأخلاق والقانون، المتبع على الموقع الإلكتروني

<http://www.islamonline.net>.accessedin.

خلال إبراز كافة الاحتياطات التي ينبغي أن يتخذها المريض عند إستخدامه للدواء وتحذير المريض بكل وضوح من مخاطر عدم اتخاذ هذه الاحتياطات مع الالتزام بالنصح والإرشاد والإعلام عن الخصائص الأساسية لبروتوكول العلاج الذي أعد له وطريقة تطبيق برنامج العلاج والأدوية المخصصة له وطريقة أخذ الدواء والجرعات ومواعيد تناول الدواء وطريقته.¹ وعليه فالتبصير هو من الجوانب الأساسية التي تضمن للمريض معرفة كل ما يتعلق بحالته الصحية من أسباب للمرض، أسباب تأزم حالته، أسباب تقبله لعلاج معين دون آخر، آثار بروتوكول العلاج المعدلة و نتائج في المدى القصير والمتوسط والبعيد.

ويجب بذلك أن يكون مفهوماً وكافياً وواضحاً ودقيقاً ومفصلاً حتى يتحضر المريض نفسياً إيجاباً لكل نتيجة للعلاج أو نتائج غير متوقعة ولذا فالطبيب هنا من جانب التبصير ييوح بكل ما يحوزه من معلومات حول الحالة الصحية للمريض وطرق ومناهج العلاج والآثار الغير مرغوب فيها وبالتالي يكون المريض على بينة ودراية بحالته المرضية وطرق العلاج والنتائج المتوقعة والغير المتوقعة.

وبالتالي فالتبصير يؤدي إلى الإفصاح عن كل المعلومات والكشف عنها للمريض وإظهار الحقيقة بشكل مجرد.

ويعد الالتزام بالإعلام حديث النشأة مقارنة مع الالتزام الأصلي وهو الرضا ففي وقت قريب إكتفى الطبيب بالحصول على موافقة المريض دون أن يكون ملزماً بإعلامه غير أن التطور العلمي والتكنولوجي في جميع مجالات الحياة وخاصة في مجال العلوم الطبيعية أدى إلى نشوء نظرة جديدة إلى العلاقات بين الطبيب ومريضه هذا من جهة ومن جهة أخرى فقد أدى الإعلان العالمي لحقوق الإنسان والمواثيق الدولية والإقليمية في مجال حقوق الإنسان إلى تكريس الحريات الفردية كحرية التفكير والتعبير عن الرأي والاختيار تليه المواثيق الدولية

¹ - د. مصطفى أحمد أبو عمرو، الإلتزام بالإعلام في عقود الإستهلاك، دار الجامعة الجديدة، 2010، ص114.

الخاصة بالمجال الطبي وحقوق المريض والتي أكدت على حق المريض في تبصيره من قبل الطبيب قبل أخذ رضائه على العلاج المقترح.

وهنا نجد أن إعلان ليشبونة حول حقوق المريض لعام 1981 والمادة الأولى من تقنين نورمبورغ لسنة 1947 وقد ذهب الفقه إلى أنها الالتزام القانوني في إعلام المريض بهذا التقنين من الناحية التاريخية إذ دفعت المعاملات غير الإنسانية التي تعرض لها الكثير من الناس على أيدي الأطباء النازيين إبان الحرب العالمية الثانية إلى صياغة عدة مواثيق دولية حول كيفية وجوب معاملة البشر في المجالات الطبية المختلفة وخاصة التجارب الطبية وبعد تقنين نورمبورغ من أهم المواثيق.¹

المطلب الأول

مفهوم التبصير

يعد التبصير من الحقوق الهامة التي يلتزم الطبيب بموجب عقد العلاج الطبي بضمانة فلا عمل طبي ولا نشاط طبي ولا إجراء طبي ولا بروتوكول طبي دون أن يكون المريض مستتيراً مسبقاً وتم إفادته بمعلومات كافية حول حالته الصحية لغرض مساعدته على اتخاذ القرار المناسب بشأن حالته الصحية على أساس إرادة حرة ومتبصرة.

وعقد العلاج الطبي قائم على الثقة المتبادلة بين الطرفين والمريض والطبيب ولذا فالتبصير يعد الوسيلة المثلى للحفاظ على الثقة في العلاقة بين المريض والطبيب.²

فالثقة تفترض المصارحة أي أن يفضي الطبيب إلى مريضه بالمعلومات اللازمة عن حالته وعن العلاج الذي يريد تطبيقه وماله من مزايا ومخاطر فالتبصير الغاية منه هو تساوي أطراف العقد من الناحية العلمية فأحدهما يمتحن الطب والآخر مريض يجهله عادة لذلك

¹ - د. عبد الكريم مأمون، المصدر السابق، ص 252.

² - د. جابر محبوب علي، المصدر السابق، ص 64.

فالعلاقة بينهما قائمة على أساس مطالبة الطبيب بتوظيف هذا العلم لأجل مساعدة المريض. فالطبيب يقع عليه التزام جوهري بتبصير المريض بطريقة علمية ليس فقط بوجود مخاطر عادية للعلاج وللمنهج الطبي الذي حدد له بل بالمخاطر الغير عادية وعليه فالتبصير هنا يقع على عاتق الطرف الذي يملك بسبب موقعه المهني معلومات أو تخصص لا يمكنه أو لا يشاركه في الإلمام به المتعاقد الآخر.

وحقيقة الأمر أنه يوجد ارتباط وثيق بين الالتزام بالضمان والالتزام بالتبصير في القانون المدني وإن كان الالتزام بالتبصير أوسع نطاقاً من الالتزام بالضمان حيث يقع على عاتق الملتزم بالتبصير إلزام بإيضاح وتبصير المتعاقد الآخر بأشياء لا تدخل في مفهوم العيوب مثل مخاطر الاستعمال وبالتالي فإن الالتزام بالتبصير يكون أوسع نطاقاً من الالتزام بضمان العيوب.¹

وتبدوا أهمية الالتزام بالتبصير في كونه يساعد في توجيه المتعاقد المستعد منه وهو المريض في هذه الحالة على بيان كافة تفاصيل العقد العلاجي وذلك حتى يتمكن من اتخاذ قراره الصائب في التعاقد من عدم أي تلقي العلاج أو رفضه ومن هنا يلتقى مفهوم الالتزام بالتبصير مع مفهوم الإفصاح والشفافية في كون مضمون كل من المفهومين يقوم على المعلومات والبيانات والعلاقة بين الملتزم بالتبصير وهو الطبيب والطرف الآخر هي علاقة تعاقدية مباشرة مبنية على الاتفاق بين الطرفين.

وببقى الالتزام بالتبصير أقل اتساعاً ونطاقاً من الالتزام بالشفافية ذلك أن الأطراف الملتزمة بالتبصير تكاد تكون محدودة بأشخاص معدودون مرتبطون بعلاقة تعاقدية فيما بينهم بينما تتعدد الجهات الملزمة بتطبيق مبادئ الشفافية وتتعدد كذلك الجهات المستفيدة منها.

¹ - د. أسامة أحمد البدر، ضمان مخاطر المنتجات الطبية، دار الجامعة الجديدة، طبعة 2005، ص 89.

فالتبصير إذا هو تلك المعلومات المتواترة التي يبلغها الطبيب إلى المريض تتضمن تأويلات ونصائح وأراء وتنبؤات فهي فئة من المفاهيم التي تستوعبها عقول المرضى وتسجلها عن وعي ومن شأنها في الغالب تحسين الحالة المعرفية لحالة المريض.

وهاته المعلومات المقدمة من قبل الطبيب تكون إما:

- تكررًا أو تأكيدًا لمعلومات سبق أن كانت لدى المتلقي بالفعل.
- أو تكون إضافة إلى ما يعرفه المتلقي بالفعل عن أحد الموضوعات
- أو أن تكون تصحيحًا أو تعديلًا لمعرفة قائمة بالفعل لدى المتلقي عن أحد الموضوعات
- تكون المعلومة المتلقاة فتحًا لمجال معرفة جديد.¹

فالتبصير هو إعلام المريض وتوصيل رسالة إليه وهي إيصال معرفة إلى المتلقي وهو المريض.

ومن هنا فالتبصير هو إبلاغ الطبيب للمريض بالمرض الذي يعاني منه وحقيقية ما يعانيه بغض النظر عن مراحل العلاج الأخرى.²

كما يجب على الطبيب إعلام المريض بطبيعة العلاج أو العملية الجراحية التي تستوجبها حالة المريض والغاية التي يهدف إلى تحقيقها.

كما يجب على الطبيب إعلام المريض بالفائدة التي ينتظر تحقيقها من العلاج ومدى الاستعجال في متابعة العلاج أو إجراء العملية الجراحية وكذلك فعالية العلاج أي فرص الشفاء أو تحقق النتيجة المرجوة .

¹ - H.GROZE ETXBTS MUTH, droit de l'information de responsabilité pénale nee de

l'information, page209.

² - P. Henry et b. de cocqieau, le droit médical en mouvement 121LGDJ2008 , p23-p29.

وعلى الطبيب أيضا إعلام المريض بالمضاعفات السلبية المرتبطة بالعلاج والآثار التي ستخلف عنه.¹

فالتبصير إذا هو أداة لاحترام حقوق الإنسان في مجال العلاقات الطبية وأنه بمتابعة تطور هذا الالتزام فقد استحال حقًا من حقوق الإنسان في مجال هذه العلاقة تؤكد الموثائق والمعاهدات الدولية وهذا الحق لا يشمل المعرفة فقط بل يمتد إلى مرحلة التشخيص حيث لا يتوقف الحقل لدى إعطاء وصف معين لما يعاني منه المريض ولكن يجب أن يسمح ذلك للمريض بتفهم ما يعاني منه ولذلك ينبغي على الطبيب أن يشرح له بصورة سلسلة ميسورة الفهم أعراض المرض ومظاهره والتطورات المهنية وإمكانية الشفاء.²

هذا وإذا كان التشخيص لا يمكن التوصل إليه من قبل الطبيب إلا بعد القيام ببعض الفحوصات الطبية كتحليل الدم أو الأشعة بأنواعها المختلفة أو المنظار أو المسطرة مثلا فإنه في مثل هذه الحالات يتعين على الطبيب إعلام المريض بالهدف المقصود من مثل هذه الفحوصات الطبية وشرح مسارها ومخاطرها المحتملة أو مضاعفاتها.

وقد نصت المادة 1111 الفقرة 02 من قانون الصحة العامة في فرنسا في هذا الصدد على ضرورة إعلام المريض بشأن حالته الصحية وهذا أيضا ما نصت عليه أيضا المادة الثانية من قانون حقوق المرضى والموافقة المستنيرة اللبناني بالقول أنه يحق لكل مريض بأن يحصل على المعلومات الكاملة حول وضعه الصحي.

و الإعلام أصبح التزام قائم الأركان وحقيقة مؤكدة تلزم الطبيب بضرورة إبراز كافة الآثار التي يمكن أن تترتب كنتيجة لاستخدام علاجه و تحذير المريض من المخاطر التي يحتمل

¹ - د. محمد حسن قاسم، المرجع السابق، ص 39.

² - د. محمد حسن قاسم، الطب بين الممارسة وحقوق الإنسان، دراسة في التزام الطبيب بإعلام المريض أو حق المريض في الإعلام، طبعة 2012، دار الجامعة الجديدة، ص 38.

تعرضه لها حال استخدامه العلاج فضلا عن ضرورة تبصيره بالطريقة المثلى لاستخدام المنتج مما يجنبه المخاطر المعلومة أو المحتملة.

المطلب الثاني

أركان التبصير وشكله

إن التبصير قائم على أسس و أركان جوهرية يقوم عليه لتحقيقه ويتمثل في:

الفرع الأول

أركان التبصير

1) أن يكون التبصير قبل التدخل العلاجي

إن التبصير الذي يصدر بعد التدخل الطبي يكون عدم الفائدة والنفع بالنسبة للمريض إذ لا جدوى من رضا يصدر من مريض بعد إجراء العمل الطبي عليه لذلك لابد أن يتحقق الإعلام في مرحلة سابقة على بدء العلاج بحيث يعطي للمريض فسحة من الوقت للتفكير بشأن حالته الصحية وما يقترح عليه من علاج فيساعده ذلك الإعلام على اتخاذ القرار الملائم بشأن قبول أو رفض العلاج المقترح بإرادة واعية ومدركة لكل جوانب المرض وما يتصل به من علاج.

2) أن يكون الإعلام بسيطا ومفهوماً لدى المريض

من الواجب على الطبيب أن يقوم بتبصير مريضه حول نوع المرض والعلاج له و بدائله و خطورته بلغة بسيطة ليسهل على المريض استيعابها دون اللجوء إلى استخدام المصطلحات الطبية والعلمية التي يقتصر فهما على أهل الطب ويجعلها الشخص العادي من الناس.

وقد أشارت المادة 18 من الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية إلى أنه على الطبيب تبصير المريض بحالته الصحية والبدائل المتاحة للعلاج إذا كان المريض مدركاً ولا يجوز للطبيب إرغام المريض على معالجة معينة كما لا يجوز له أن يرغم المريض على التوقيع على بيانات في الملف الطبي دون رضاه.

بل أشارت في المادة 27 على أن الأطباء ملزمون أثناء تقديم العلاج للمرضى الذين لم يبلغوا سن الرشد على تبصيرهم بطبيعة الإجراء أو التدخل الطبي كل وفقاً لقدرته.

ومن هنا فعل الطبيب أن يوفر لمريضه المعلومات المتعلقة بحالته المرضية بطريقة مبسطة ومفهومة ويجوز للطبيب لأسباب إنسانية عدم إطلاع المريض على عواقب المرض الخطيرة وهنا عليه أن ينهي إلى علم أهليه بطريقة إنسانية ولاتقة عن حالة وعواقب مرضه إلا إذا أبدى عدم رغبته في إخطار أهله بذلك.

ومن هنا نجد أن المادة 43 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب أشارت صراحة على أن الطبيب أو جراح الأسنان عليه أن يجتهد لإفادة مريضه بمعلومات واضحة وصادقة شأن كل عمل طبي.

من هنا يجب على الطبيب أن يراعي عند تقديم المعلومات للمريض مدى قدرة المريض على فهمها ولذلك يجب على الطبيب أن لا يستطرد في استعمال المصطلحات الطبية الدقيقة فمن ناحية لأن عمله ليس تثقيف المريض أو إعطاء محاضرات علمية من ذلك نقل عن أفلاطون قوله لأحد الأطباء الذي كان من عاداته أن يعطي لمرضاه محاضرة في الطب >>إن ما نفعله هو حمق لأن لا تشفي مريضك وإنما تثقفه وكأن مهمتك ليس إعادته إلى حالته الصحية وإنما جعله طبيباً<<¹.

¹- د. جابر محجوب علي، المصدر السابق، ص 104.

ضف إلى ذلك فإن الإكثار من استخدام مصطلحات غير مفهومة لدى المريض قد يؤدي إلى إثارة الرعب والفرع لدى هذا الأخير وجعله يتوهم أن مرضه أكثر خطورة مما يتصور لذا يتوجب على الطبيب أن يلتزم بمراعاة الظروف الشخصية للمريض عند إعلامه مثل عمره ومستواه الثقافي، شخصيته، جنسيته، ودرجة خطورة مرضه فلا ينبغي على الطبيب أن يتعامل مع مرضاه بطريقة آلية وإنما ينبغي عليه أن يتفاعل مع كل مريض فيراعي ظروفه الخاصة عند إعلامه، فعدم جواز إخفاء خطورة المرض عن المريض لا يعني البوح له بأنه ميت لا محلة بل يجب أن يكون الإخطار بأسلوب حكيم وحذر ويستحسن أن يحاط الأهل علمًا في حالة إخفاء الأمر عن المريض.

وقد ثار جدل فقهي بشأن المعلومات والبيانات الواجب على الطبيب إعلام وإخطار المريض بها لتحقيق قدر معقول من الشفافية فذهب الفقه إلى أن يقتصر على البيانات والمعلومات المتعلقة بالمخاطر الجسيمة متكررة الحدوث بالنسبة للعلاج الذي يتلقاه أو العملية الجراحية التي ينوي القيام بها.¹

(3) أن يكون الإعلام كافيًا

لم يتفق فقهاء القانون وأهل الخبرة في المجال الطبي على تحديد كمية المعلومات التي يلتزم الطبيب بإعطائها لمريضه من أجل تبصيره بحالته الصحية والعلاج المقترح له وهذا يعني عدم وجود معيار موضوعي لتحديد مقدار المعلومات التي يجب أن تعطى للمريض.²

لذا نجد بأن المعيار الضابط لمقدار المعلومات اللازمة للتبصير هو معيار شخصي يختلف من مريض إلى آخر بحسب حالته الصحية والظروف الخاصة والخارجية المحيطة

¹ - د. محمد حسن قاسم، المصدر السابق، ص 104.

² - د. علي حسين نجيدة، المصدر السابق، ص 63-64-73.

بالمريض.¹

ومن هنا نجد أن المادة 31 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب الجزائري أقرت بأنه لا يجوز للطبيب أو جراح الأسنان أن يقترح على مرضاه أو التعريض إليهم علاجاً أو طريقة وهمية أو غير مؤكدة بما فيه الكفاية كعلاج شاف أو لا خطر فيه.

ومما لا شك فيه فإن الإعلام الناقص لا يعطي للمريض صورة حقيقية عن حالته الصحية وما تحتاجه من علاج ولا يحقق الغاية المرجوة منه في تنوير المريض لذلك كان من الطبيعي أن يشترط في الإعلام أن يكون كافياً ولا تتحقق الكفاية إلا بشمول الإعلام لكل العناصر التي تساعد المريض على اتخاذ قرار واعٍ ومستتير كأن يتضمن الإعلام نوع المرض ودرجة خطورته والعلاج المقترح ومخاطره وبدائله وبهذا الصدد فقد جاء في مشروع توصية لجنة وزراء المجلس الأوروبي بشأن الواجبات الملقاة على عاتق الطبيب إتجاه مرضاهم أنه يجب على الطبيب أن يزود الشخص المطلوب أخذ موافقته لإجراء أي تدخل طبي عليه بالمعلومات الكافية وهذا ما أكدته الفقرتان 2 و 3 من العمل الخاص بحقوق المرضى من الإعلان الصادر بشأن تعزيز وتطوير حقوق المريض في أوروبا لعام 1994.

(4) أن يكون الإعلام دقيقاً وصادقاً

الأصل أن يتسم تبصير الطبيب وإعلامه بالدقة في وصفه للمرض الذي يشكو منه المريض وللعلاج الذي يقترحه عليه كما يجب على الطبيب مراعاة الدقة أيضاً عند عرضه للبدائل العلاجية خاصة فيما يتعلق بالمزايا والمساوئ المقترحة بها حتى يتسنى للمريض مشاركة الطبيب بالمزايا في اختيار إحداها عن دراية وعلم لا عن عدم دراية وجهل.

¹ - د. عبد الكريم مأمون، المصدر السابق، ص 58.

كما ينبغي على الطبيب بصورة عامة أن يكون صادقاً في إعلامه للمريض حيث يقتضي ذلك تزويده بمعلومات صحيحة بخصوص مرضه أو علاجه ما لم يكن ثمة مبرر قوي تقتضي فيه مصلحة المريض أن يلجأ الطبيب إلى الكذب في الإعلام تفادياً لما قد يلحق مريضه من أثار سيئة جراء مصارحته بخطورة المرض أو خطورة علاجه، وقد أعرب القضاء الفرنسي في العديد من أحكامه عن اشتراط الصحة والصدق في المعلومات المقدمة للمريض من لدى الطبيب بحيث يتعرض للمسؤولية إذا خل إعلامه من هذين الوصفين، فقد قررت محكمة النقض الفرنسية في حكم لها بأن الطبيب ملزم بأن يخبر مريضه بصدق وأمانة عن لزوم العملية الجراحية من عدمه وعن إمكانية الاستغناء عنها بالعلاج الطويل.¹

وفي حكم آخر قررت المحكمة ما يلي >> إن الأمر الذي يتحكم في كمية المعلومات التي يجب على الطبيب تقديمها لمريضه هو الغرض المرجو من هذا الإعلام وهو إعطاء المريض فكرة صحيحة ودقيقة عن حالته الصحية حتى يتسنى له في ضوء تلك المعلومات أن يقرر قبول أو رفض التدخل العلاجي المقترح.²

ويستثنى مما تقدم أنه يجوز للطبيب في بعض الحالات إخفاء حقيقة المرض وعواقبه عن المريض وذلك إذا كان في ذكر الحقيقة أثر سلبي في نفسية المريض.

إن إخفاء الحقيقة في مثل هذه الحالات من قبل الطبيب لا يعد كذباً على المريض بالمعنى المألوف وإنما يستهدف الحفاظ على مصلحة المريض ويؤثر إيجاباً على حالته الصحية وهذا الكذب يسمى فقهيًا "بالكذب المتفائل".

وتذهب أغلب القوانين إلى إعفاء الطبيب من المسؤولية في هذه الحالة وفي ذلك فللمريض الحق في معرفة حقيقة مرضه وهو الأساس في إقامة التعاون بين الطبيب ومريضه ويتسنى

¹ - د. عبد الكريم مأمون، المصدر السابق، ص 148-149.

² - د. عبد الكريم مأمون، المصدر السابق، ص 148-149.

من ذلك المرض المميت الذي يتجنب فيه الطبيب إخبار مريضه به خوفاً من تدهور حالته الصحية فيلجأ عند ذلك إلى إخبار أقرب المقربين إليه والمسؤولين عنه إلا إذا لم يتوفر هؤلاء وكان المريض في حالة نفسية وعقلية سليمة فيتحتم الواجب إخباره مع الاحتياطات المناسبة التي تقتضيها المواقف والظروف إذ لا بد للمريض من معرفة الحقيقة لكي يتسنى له تصفية شؤونه وعلاقاته الحياتية وفي مثل هذه المواقف على الطبيب أن يحذر من التسرع في الوقوع بخطأ تشخيصي أو إعطاء إنذار لا يتحقق مما يسبب صدمة كبيرة للمريض وذويه ويزعزع ثقتهم بطبيبهم إلى جانب المسؤولية الأدبية.

ومن هنا نجد أن المادة 51 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري أكدت في محتواها على إمكانية إخفاء تشخيص مرض خطير عن المريض لأسباب مشروعة يقدرها الطبيب.

أما إذا كان الكذب يهدف إلى تضليل المريض وحمله على قبول طريقة معينة للعلاج يريد بها الطبيب لهدف مادي أو تجريبي فإنه يعد سبباً في إقامة مسؤولية الطبيب ونفس الحكم ينطبق بالنسبة للطبيب الذي يبالغ في وصف حالة المريض كي يحمله على قبول تدخل جراحي لا تستدعيه حالته مما قد يترتب عليه بتر عضو من أعضاء جسمه.¹

ومن هنا نجد أن المادة 31 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب الجزائري أكدت على عدم جواز أن يقترح الطبيب على مريضه علاجاً أو طريقة وهمية أو غير مؤكدة بما فيه الكفاية لعلاج شاف أو لا خطر فيه.

والدقة والصدق يشمل حتى مجال الاختلاف بين الأطباء ولذا نجد أن المادة 70 من المدونة الخاصة بأخلاقيات مهنة الطب أكدت أنه إذا اختلف رأي الطبيب ومستشاريه حول طريقة العلاج فعلى الطبيب أن يتحرى الصدق مع المريض ويخبره بهذا الاختلاف خاصة إذا كان

¹ - د. محمد حسين منصور، المصدر السابق، ص 45.

الاختلاف كبيراً خلال الاستشارة، وهنا يكون للطبيب حرية تقديم العلاج في حالة ترجيح المريض أو أسرته رأي الزميل المستشار.

وفي حالة ما إذا طلب المريض طبيباً آخر بسبب غياب طبيبه المعالج، فعلى هذا الزميل أن يكفل العلاج طيلة الغياب ويتوقف عن ذلك فور عودة الطبيب المعالج ويقدم لهذا الأخير مع علم المريض واتفاق معه كل المعلومات الضرورية والصدق والدقة في العلاج تمس كذلك حالة إقتراح فحص مشترك إذا أراد المريض طلب مجرد رأي دون تغيير الطبيب إذا رفض الاقتراح يقدم له رأيه العلاج الضروري عند الاقتضاء وبالاتفاق مع المريض مع إخطار الطبيب المعالج.¹

ومن هنا نجد أن المادة 06 من الميثاق الإسلامي للأخلاقيات الطبية والصحية أكدت على ضرورة أن يحرص الطبيب على تحري الصدق في إخبار المريض أو من ينوب عنه بالحالة المرضية وأسبابها ومضاعفاتها وفائدة الإجراءات التشخيصية والعلاجية وتعريفهم بالبدائل المناسبة للتشخيص أو العلاج بأسلوب إنساني ولائق ومبسط وواضح وذلك بالقدر الذي تسمح به حالة المريض الجسمية والنفسية.

وعلى الطبيب أن يحرص على إجراء الفحوص الطبية اللازمة للمريض دون إضافة لا تتطلبها حالته المرضية وعليه أن يبنى كل إجراءاته التشخيصية والعلاجية على أفضل ما يمكن من البيانات وأن يمتنع عن استخدام طرق تشخيصية أو علاجية غير معتمدة أو غير متعارف عليها أو غير معترف بها علمياً أما أن عليه أن يقتصر في وصف الدواء أو إجراء العمليات الجراحية على ما تتطلبه حالة المريض.²

¹ - المادة 67 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب الجزائري.

² - المادة 05 من الميثاق الإسلامي العالمي للأخلاقيات الطبية و الصحية.

وقد ذهبت المادة 35 من قانون أخلاقيات المهنة في فرنسا إلى وصف المعلومات التي يجب على الطبيب إخطار وإعلام المريض بها في العلاج الطبي بأن تكون هذه المعلومات صادقة وملائمة لموضع المريض وأن تتسم بالوضوح الضروري وأن يراعي حسن فهمها من المريض.

ولقد رده المشرع اللبناني في حقوق المرضى والموافقة المستنيرة لعام 2004 نفس الوصف للمعلومات التي وردت بالقانون الفرنسي حيث اشترط البعض أن تكون المعلومات متصفة بالصدق والوضوح وأن تكون مفهومة بالنسبة للمريض.

وهكذا في حملة القول يجب أن تتصف المعلومات التي يقدمها الطبيب للمريض بالوضوح والصدق والبساطة التي تمكن المريض من استيعاب المعلومة وفهمها ويجب أن تكون المعلومة كاملة غير منقوصة بحيث يحاط المريض علمًا بكافة الأضرار التي سوف تترتب على العلاج الطبي.

وقد أشارت المادة 343 من قانون الصحة في ضرورة أن يكون المريض على إطلاع بمختلف الاستكشافات أو العلاجات أو الأعمال الوقائية المقترحة ومنفعتاتها وطابعها الاستعجالي المحتمل وعواقبها والأخطار الاعتيادية أو الخطيرة التي تتطوي عليها التي يمكن عادة توقعها.

إضافة إلى الحلول الأخرى الممكنة والعواقب في حالة الرفض ويضمن تقديم المعلومة كل مهني الصحة في إطار صلاحياته ضمن احترام القواعد الأدبية والمهنية المطبقة.

ومن هذا المنطلق يتجلى بكل وضوح أن الطبيب ليس ملزمًا فقط بتقديم العلاج الضروري للمريض وفقًا للمعطيات والمعلومات والفحوصات التي أجراها للمريض ومن بعد إعطاء الحلول العلاجية والبروتوكول الطبي لمعالجة حالته المرضية، بل هو ملزم بإعطاء نظرة شاملة ومخطط عام لكل مراحل العلاج وخصوصية وأهداف كل علاج وأثاره على صحة

المريض وتأثيراته الجانبية والغير مستحبة حتى يكون المريض على بينة لكل مراحل التطبيب ويكون في راحة نفسية حول نتائج العلاج المتوخاة.

الفرع الثاني

شكل التبصير

يقصد بشكل التبصير الأسلوب الذي يعبر به الطبيب عن المعلومات التي يلتزم بتقديمها لمريضه حول نوع المرض والعلاج المقترح له أكان هذا التعبير كتابة أو شفاهة والسؤال الذي يثار في هذا المجال هو هل أن الطبيب يلتزم بتقديم المعلومات اللازمة لتبصير المريض في صورة مكتوبة أو أنه يستطيع تقديمها شفاهية.

الأصل أن الأسلوب الكتابي في تقديم المعلومات أكثر تأثيرا من تقديمها شفاهية لأن الكتابة تكفل الوضوح والتحديد للمعلومات التي تتضمنها وبذلك يسهل على المريض الرجوع إليها واستذكارها بسهولة واستمرار كما أن الكتابة تبرز أهمية المعلومات وضرورة الحرص على تنفيذها والعمل بها.¹

وإذا ما رجعنا إلى نصوص مدونة أخلاقيات مهنة الطب الجزائري لم تتضمن ما يفيد إلزام الطبيب باستعمال الكتابة كوسيلة لتبصير مريضه بشكل عام.

إذا فالأصل في التبصير هو أن للطبيب الحرية الكاملة في اختيار شكل وطريقة تبصير مريضه دون التزامه بشكل معين، فالطبيب يستطيع أن يقدم لمريضه معلومات مكتوبة ولكن لا يؤخذ عليه إذ هو قدم هذه المعلومات شفاهية.

¹ - د. جابر محجوب علي، المصدر السابق، ص 96-100.

إلا أن هناك حالات استثنائية يتوجب فيها على الطبيب تقديم المعلومات كتابة إلى المريض مثل الوصفات الدوائية التي يجب أن تكون مكتوبة دائمة لأن خطأ المريض في فهمها قد يسيء بحالته الصحية.

ومن هنا نجد أن المادة 47 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب نوهت إلى ضرورة أن تكون الوصفات التي يحررها الطبيب لمريضه محررة بكل وضوح وأن يحرص على تمكين المريض أو محيطه من فهم وصفاته فهمًا جيدًا كما يتعين عليه أن يجتهد للحصول على أحسن تنفيذ للعلاج.

المطلب الثالث

مراحل التبصير

يلزم عقد العلاج الطبي الطبيب بتبصير مريضه في المراحل المختلفة لينفذ عقد العلاج الطبي والتي تشمل مراحل العلاج المختلفة من تشخيص وعلاج الآثار المترتبة على العلاج ونظرًا لخصوصية كل مرحلة سنأتي في بيان التبصير في كل مرحلة على حدة.

الفرع الأول

التبصير بالتشخيص

بعد التوجه إلى الطبيب يبرم عقد العلاج الطبي مع المريض وتبدأ مرحلة أخرى هي مرحلة تنفيذ العقد وذلك عند بدئ الطبيب بالكشف عن المريض وفحصه ليتوصل إلى تشخيص حالته المرضية فإذا كانت الفحوصات التي يحددها الطبيب للمريض تنطوي على مخاطر أو أعراض جانبية يمكن توقعها فعندئذ يتوجب على الطبيب أن يحيط المريض علما بها بحيث يساعده على أن يتخذ القرار بقبول الخضوع للفحص أو رفضه .

و هنا يلتقي مفهوم الإلتزام بإبداء النصح مع مفهوم الإفصاح والتبصير في بعض نقاط الالتقاء والتشابه حيث يلتقي كل المفهومين في أن كليهما ناتج عن علة قانونية بين طرف ملتزم وطرف آخر متلقي بالإضافة إلى أن كليهما يتضمن معنى الإعلام أو الأخبار من طرف الملتزم به إلى الطرف المتلقي وبالرغم من هذا الاتفاق بين المفهومين إلا أنهما يختلفان في بعض المسائل مثال الاختلاف والتي يتمثل في أن أصل الإلتزام الطرف الملزم بالإفصاح يكون مقررًا وفقًا للقانون ولا يستطيع التنصل منه بينما يرتبط الطرف الملتزم بالنصيحة طوعة مع الطرف المستفيد بموجب اتفاق بين الطرفين وحقيقة الأمر وبالنظر إلى نطاق الإلتزام بالنصيحة ونطاق الإلتزام بالتبصير أثناء الكشف نجد أن كل من النطاقين يختلف عن الآخر وأنه هو رغم وجود بعض أو كثير من مناطق الاتفاق بين الاتفاقين إلى أنه لكل منهما نطاقه المختلف عن الآخر حيث يبدو أن نطاق الإلتزام بالشفافية والإعلام أكثر إتساعا وشمولا من الإلتزام بالنصيحة لصالح الطرف الضعيف في التعاقد.

وعلى هذا الأساس فإن الإلتزام الذي يقع على عاتق الطبيب ينصرف أولاً إلى تبصير المريض بالوسائل الفنية أي الفحوص والتحاليل والأسعاف التي يريد الطبيب إخضاع المريض لها لاكتشاف مرضه وهذه الأعمال وإن لم تكن في ذاتها أعمالاً علاجية إلا أنها تعد أعمالاً طبية وتمثل أساساً بسلامة جسم المريض وحرية الشخصية وهذا ما نوهت إليه المادة 23 من قانون الصحة بخصوص التزام الطبيب بإخطار المريض بالعلاج الذي تتطلبه حالته الصحية والأخطار التي يتعرض لها.

وأشارت المادة 174 من قانون الصحة إلى أن مهنة الصحة الممارسين الطبيين المؤهلين لممارسة مهامهم وفي حدود اختصاصهم دون سواهم وصف أعمال تشخيص وعلاج واكتشاف ومواد صيدلانية مع احترام الممارسات الحسنة للوصف.

بالإضافة إلى ذلك فإن في مرحلة التشخيص يصنف القانون للمريض إلزام واجبات الطبيب على عدم تعريض حياته لأخطار غير متكافئة مع الفائدة العلاجية المرجو واستخدام كل الوسائل الضرورية واللازمة من أجل ضمان حياة كريمة للمرضى.¹

ومن هنا فإنه في حالة الفحوص التشخيصية التي تحتاج إلى تدخل جراحي أو تخدير وما شابه يكون من واجب طبيب شرح ما سيجري من فحص وفائدته للمريض مع أخذ موافقة المريض الواعي والعاقل وذويه الخطية.

وبعد إجراء الفحوصات اللازمة لتشخيص المرض وتوصل الطبيب إلى تشخيص معين يصبح لزاماً عليه أن يشرح للمريض في عبارات سلسلة ميسورة الفهم العلة التي يعاني منها وأن يصف له بصورة واضحة التطور الذي يمكن أن يؤول إليه المرض وإذا لم يتم علاجه وإن هذا التبصير له أهمية كبيرة في مساعدة المريض على اتخاذ القرار المناسب برفض أو قبول العلاج من خلال الموازنة بين الآثار المترتبة على رفضه أو قبول العلاج على ضوء ذلك التشخيص.²

وجدير بالذكر بأننا لم نجد في القوانين العربية المقارنة نصوص المشابهة لما جاء في قواعد أخلاقيات مهنة الطب الجزائري في مجال دقة التشخيص لحرص المشرع الجزائري على إعطاء أكبر ضمانات ممكنة للمريض للاستفادة من علاج مثالي وواضح المعالم.

وأخيراً لا بد أن نلاحظ بأن التبصير بالتشخيص قد يتوقف عند مرحلة التشخيص بصرف النظر عن مسألة الرضا بالعلاج الطبي المقترح من قبل الطبيب بناءً على التشخيص وبهذا يكون التبصير بالتشخيص ضرورياً لذاته دون الحاجة إلى مراحل العلاج الأخرى.

¹ - المادة 181 من قانون الصحة رقم 11/18 المؤرخ في 18 شوال 1439 الموافق ل 2 جويلية 2018.

² - د. جابر محجوب علي، المصدر السابق، ص71-72.

ففي بعض الأحيان قد يطلب صاحب الشأن من الطبيب مجرد وضع تشخيص معين دون أن يطلب منه علاجاً ما لأن التشخيص يكفي بذاته لاتخاذ قرار معين وقد يريد المريض التأكد من التشخيص لإجراء العلاج المقترح له من قبل طبيب آخر أو في بلد آخر أكثر تطوراً في وسائل العلاج وكطبيب العمل الذي يلتزم بتبصير العمال بحالتهم الصحية في حالة عدم ملائمتها مع ظروف العمل ونفس الكلام يطبق في مجال الطب الوقائي المدرسي.

حيث قرر مجلس الدولة الفرنسي مسؤولية مرفق الصحة المدرسية الذي يعد قيامه بتوقيع الفحص بالأشعة على التلاميذ وثبوت إصابة أحدهم بالسل الرئوي ولم يحم بالإنفشاء لوالدي الطفل بهذا الأمر مما يترتب عليه تأخرهما في بدء علاج ابنهما واستتبع ذلك زيادة خطورة حالته.¹

ومن هنا فإنه في مرحلة التشخيص، الطبيب ملزم ببذل جهداً صادقاً في سلوكه نحو المريض فعليه في مرحلة التشخيص أن يستمع إلى شكوى المريض وأن يحصل على كافة المعلومات من أهله وأن يقوم بفحصه فحصاً دقيقاً مستعملاً الوسائل التي يضعها العلم تحت تعرضه من أجل الوصول إلى تحديد طبيعة المرض وعليه أن يلتزم بمواضع الألم والداء حتى يكون بعيداً عن الوقوع في الغلط بقدر الإمكان.

فإذا أهمل الطبيب خلال قيامه بعملية التشخيص ولم يتخذ الضمانات التي تبعده عن الزلل فإنه يكون مسؤولاً عن الأضرار التي تلحق بالمريض نتيجة للخطأ في التشخيص.²

من حق المريض على الطبيب في مرحلة التشخيص أن يحسن الاستماع إليه وإلى شكواه وأن يسأله بتأن ويستعلم منه كل ما هو ضروري عن مرضه وحالته الصحية وسوابقه

¹ - د. جابر محجوب علي، المصدر السابق، ص 72.

² - د. عبد الرشيد مأمون، المصدر السابق، ص 205.

المرضية والحوادث التي تعرض لها والظروف المختصة به ووضعه النفسي ومدى تأثيره على تطور المرض.

فعلى الطبيب أن يتعامل برفق وعطف مع المريض حتى يكسب ثقته ويدعمه ويتحدث له ويخبره عن كل المعلومات اللازمة عن مرضه ووضعه الصحي والظروف المحيطة به والتي يمكن أن تؤثر على مرضه فكثيراً ما يخفي المريض المعلومات عن طبيبه إما بسبب تخوفه من أن يتعرض لعلاج خطير أو لعملية جراحية أو لأنه يشعر بالإحراج أو القلق أو لشعوره بعدم أهمية معلومة معينة فقد يخفي عنه بعض المعلومات الوراثية التي قد يكون لها دور كبير في تشخيص المرض لذا يتوجب على الطبيب أن يجعل المريض يطمئن إليه ويشعره بالثقة حتى يشجعه على أن يبوح له بكل ما يتعلق بمرضه من أمور وأسرار يصعب عليه البوح بها لغير طبيبه الذي يثق به وبالتالي حتى يتمكن الطبيب من الحصول على المعلومات اللازمة لتشخيص مرضه وعلاجه وذلك لأن قيام المريض بإخفاء المعلومات عن طبيبه قد يؤدي إلى وقوع الطبيب في التشخيص الخاطئ للمرض ومن ثم له الخطأ في العلاج مما يؤدي إلى تضرر صحة المريض وفي هذه الحالة يتحمل المريض النتائج الضارة التي تترتب عن عدم تعاونه مع الطبيب لأن المريض الذي يتعاقد مع الطبيب بموجب عقد العلاج الطبي يقع عليه إلزام بمعاونة الطبيب بتزويده بكافة المعلومات اللازمة.¹

وللأسف إنتشرت ظاهرة عدم الاستماع إلى شكوى المريض أصبح ظاهرة واضحة من قبل العديد من أطباءنا وليس جميعهم مما أدى إلى كثرة الأخطاء في التشخيص وبالتالي العلاج.

¹ - د. عبد الرشيد مأمور، المصدر السابق، ص 86-87.

الفرع الثاني

مرحلة التبصير بالعلاج

بعد أن يتوصل الطبيب إلى تشخيص مرض المريض تبدأ مرحلة أخرى من مراحل العلاج ألا وهي تحديد العلاج اللازم والمناسب للمريض سواء كان العلاج طبيعياً أو عن طريق الأدوية أو بالتدخل الجراحي وفي هذه المرحلة يلتزم الطبيب بتبصير مريضه كإعلامه بطبيعة العلاج أو العملية التي يراها ضرورية وكذلك الغاية التي يسعى إلى تحقيقها كما يجب عليه أيضاً أن يبصر المريض بالفوائد التي تعود عليه من العلاج وكذا إعلامه بالمدة المطلوبة لتحقيق إكمال العلاج أو الفترة الزمنية اللازمة للعلاج ويضاف إلى ذلك ضرورة إعلام المريض بمخاطر العلاج وكذا إحاطته علماً بمخاطر ترك المرض يتابع تطوره الطبيعي حتى يتمكن من الموازنة بين مخاطر العلاج وعدمه ويتخذ القرار المناسب بهذا الشأن وفي الغالب يقوم الطبيب بتبصير المريض بمخاطر وفوائد العلاج بنسب مئوية للنجاح والفشل كأن يقول الطبيب للمريض أو ذويه فنسبة نجاح العلاج بالمئة كذا أو فشلها بالمئة كذا.¹

يبين من ذلك أن الطبيب يلتزم بتبصير مريضه بجميع المعلومات اللازمة التي ذكرناها أعلاه حول العلاج الذي يريد تطبيقه على المريض وبخلافه يعد الطبيب مسؤولاً عن ذلك وتقابل هذا النص كل من المادة 48 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري والمادة 22 من قانون مزاوله المهنة الصحية اليمني والمادة 41 من أخلاقيات مهنة الطب الفرنسية 2002 وهنا يثار إشكال وهو هل يحق للمريض أن يختار طريقة العلاج التي يراها مناسبة له من بين الطرق المقترحة عليه من قبل الطبيب.

¹-د. جابر محبوب علي، المصدر السابق، ص74-75.

في الحقيقة إنقسم الفقه بصدد الإجابة على هذا السؤال إلى قسمين فذهب الاتجاه الأول إلى اختيار طريقة العلاج هو حقاً للمريض نفسه و تبعاً لذلك ألزموا الطبيب بأن يعرض على مريضه طرق العلاج الممكنة والخيارات والبدايل المتاحة مبيهاً مخاطر كل طريقة ومميزاتها بصورة مسبقة بعيداً عن التعقيدات والمصطلحات الطبية ثم يترك له اختيار الطريقة التي يريد أن يعالج بها.¹

أما الاتجاه الثاني في الفقه فذهب إلى وجوب أن يترك للطبيب الحرية في اختيار وسيلة العلاج التي يستخدمها على ضوء ظروف الحالة التي تعرض عليه بشرط أن يكون العلاج الذي اختاره متفقاً مع المعطيات العلمية المكتسبة المتبعة وأن لا يكون علاجاً شاذاً لا يتلائم مع ظروف المريض ويستند أصحاب هذا الرأي إلى أن المريض يكون غالباً في حالة نفسية تجعله عازفاً غير قادر على منافسة الطبيب في طريقة العلاج ولذلك فهو يكتفي بأن يسلم نفسه إليه مؤكداً ثقته في علمه وخبرته وحكمته في اختيار الحل الذي يراه الأفضل لمعالجته ومن جهة أخرى فإن هذا الرأي يمكن أن يجد سنده في مبدأ الاستقلال الفني الطبي للطبيب حريته في اختيار العلاج وهي مبادئ تؤكد قواعد أخلاقيات المهنة الطبية بنصوص صريحة والتي تشترط أن يهدف الطبيب في اختيار العلاج لتحقيق مصلحة المريض.²

وبهذا الصدد يذهب الدكتور جابر محجوب علي إلى القول: إن حسم مشكلة المريض في اختيار العلاج يقتضي التفريق بين أمرين: بدائل العلاج والتفصيلات الفنية لتطبيقه، ويقصد ببدايل العلاج الخيارات المختلفة المطروحة أمام الطبيب لعلاج حالة معينة كأن يرى الطبيب أن الحالة المعروضة يمكن أن تعالج عن طريق الأدوية أو عن طريق الجراحة أو أن يرى أن حالة أخرى يمكن أن يتم علاجها باستعمال الجبائر أو بواسطة العلاج الطبيعي... الخ،

¹ - د. علي حسين نجيدة، المصدر السابق، ص 77-78.

² - د. علي حسين نجيدة، المصدر السابق، ص 35-36.

وسنده في ذلك ما للمريض من حقوق على جسده تجعله سيداً عليه ومن ثم صاحب الكلمة العليا في اختيار طريقة المساس بهذا الجسد.

فإذا تم اختيار العلاج صار الطبيب هو صاحب الاختصاص الوحيد في تنفيذها من الوجهة الفنية دون أدنى تدخل من جانب المريض فليس للمريض أن يطلب استعمال مشروط من نوع معين أو أدوية من صنع منتج محدد أو أن يختار جرعة معينة للعلاج فهذه التفاصيل الفنية يجب أن تترك برمتها لإختيار الطبيب الذي يملك من العلم والخبرة ما يؤهله لتحديد¹

إلا أننا نرى أن الاتجاه الأول هو أكثر ملائمة مع حق المريض في تبصيره حول العلاج المقترح له و اختيار الطريقة التي يراها الأفضل من وجهة نظره لعلاج مستنداً في ذلك إلى المعلومات التي يقدمها له الطبيب حول طبيعة العلاج وبدائله والتي يجب أن تتصف كما بينا سابقاً بالبساطة والدقة والشمولية والكفاية وبشكل يسهل على المريض اختيار طريقة العلاج من بين الطرائق المقترحة له وكذلك قد يستند المريض في اختياره طريقة العلاج على الاعتبارات النفسية، فقد يفضل المريض العلاج بالأدوية ويتحمل تأخر شفائه لكونه قد يكون من وجهة نظره أقل إيلاًماً من العملية الجراحية أو أن يفضل الحبوب على الإبر وكذلك قد يستند المريض في اختياره على مقدار تكلفة العلاج أو مكان العلاج أو مدة العلاج، وقد إنتقد بعض الفقهاء هذا الرأي بقولهم إن المريض لا يستطيع تقدير مزايا وسائل العلاج المختلفة مستندين إلى جهل المريض بالأمور الطبية ولكن هذا مردود عليه لأنه إذا سلمنا بهذا الرأي فعندئذ لن يكون هناك محل لبحث نظرية الرضا المتبصر للعلاج المقترح وبالتالي يصبح البحث في التزام الطبيب بتبصير مريضه وأخذ رضاه حول العلاج المقترح له لا معنى له.

¹ - د. علي محبوب علي، المصدر السابق، ص 78-80.

وهذا ما يتناقض مع مزايا عقد العلاج الطبي لكونه من عقود الثقة التي تضمن حرية الاختيار للطرفين وبالتالي يعد متنافيا مع جميع المواثيق الدولية التي تضمن حق الإنسان على جسده وحرية في التعبير عن الرأي والاختيار وحقه في تقرير مصيره بشكل عام ومتنافيا مع ما تضمنته المواثيق الدولية الخاصة بالمجال الطبي من حق المريض في تبصيره بشكل خاص.

وبخصوص رأي الدكتور جابر محجوب علي فإننا نرى بأن التفرقة التي قام بها بين بدائل العلاج والتفصيلات الفنية لتطبيقه لحسم مشكلة حق المريض في اختيار العلاج كانت في غير محلها فالواقع العملي يبين في بعض الأحيان بأن بعض التفصيلات الفنية قد يكون لها دور في اختيار المريض لطريقة العلاج كأن يقوم المريض باختيار أدوية معينة من صنع منتج محدد أو باختيار الطريقة التي تتم بها العملية كأن يفضل أن تكون العملية بواسطة الليزر على أن تتم بواسطة العملية الجراحية أو قد يفضل الطريقة الآلية للختان مثلا على الطريقة اليدوية وهكذا ومع ذلك تبقى للطبيب الحرية المطلقة في ممارسة مهنته وفقاً لقواعد وأصول الفن المتبعة في علم الطب ودون أي تدخل من قبل المريض في ذلك.

عليه فإن أصول المهنة أن يقوم الطبيب في البداية بفحص المريض من خلال فحوص مبدئية بسيطة كالتمسك والطرق الخفيف على بعض المواضع وتسمع دقات القلب وقياس ضغط الدم والتي تتم بمساعدة أجهزة بسيطة كالسماعة والمطرقة لقياس ردود الفعل وجهاز قياس ضغط الدم وجهاز قياس حرارة الجسم ولا شك أن مثل هذه الأجهزة البسيطة تساعد الطبيب على بدأ علاج المرض بطريقة أولية فقط قد يطمئن لها الطبيب وقد لا يكفيها فيطلب إجراء بعض الفحوصات التكميلية عن طريق إرسال المريض إلى مختبرات التحاليل الطبية لتحليل الدم أو البول أو إرساله لطبيب الأشعة لإجراء تصوير بالأشعة أو أن يطلب منه

رسماً للقلب أو القيام بعملية واستخدام المناظير الطبية أو الموجات فوق الصوتية وغيرها من الفحوصات.¹

فعلى الطبيب بذل العناية والحرص والجهود الصادقة من أجل الوصول إلى حقيقة المرض وإتباع جميع الأصول الثابتة وإذا وقع منه غلط في العلاج وكان من المحتمل أن يقع من أي طبيب آخر في نفس مستواه العلمي والمهني وفي نفس الظروف الخارجية وأمام نفس الحالة فإن ذلك الغلط لا يؤدي إلى قيام مسؤولية الطبيب أما إذا كان الخطأ في العلاج ناتجاً عن رعونة وإهمال وقع من الطبيب فإن الأمر في هذه الحالة يتعلق بخطأ في برنامج العلاج لا الغلط فيه وهو يؤدي إلى قيام مسؤولية الطبيب سواء أكان الخطأ في العلاج من الناحية العلمية أو بسبب إهمال في منهج العلاج.²

وهذا ما أكدته محكمة اليمن في قرارها الصادر في 13/01/1937 بخصوص ضرورة الالتجاء إلى الطرق العلمية للتحقق من الحالة المرضية.³

وفي ذلك نجد أن المادة 30 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب الجزائري نصت على أنه يحظر على الطبيب اللجوء إلى أساليب يمكنها أن تتسبب بمهنة الطب خاصة منها ما يدخل في زمرة الغش والتدجيل والادعاء باكتشاف طريقة للعلاج غير مثبتة علمياً.

وهذا الطرح ذهب إليه المادة 10 من الدستور الطبي الأردني، ومن هنا نجد أن المشرع الجزائري كان أكثر تدقيقاً في هذا الجانب من التشريعات العربية والغربية.

وقد تتطلب حالة المريض أن يستعين الطبيب بأطباء آخرين لاستشارتهم حول العلاج وخاصة في الحالات المرضية الخطيرة والتي قد يجد الطبيب صعوبة في تشخيص إيجاد

¹ - د. أمير فرح يوسف، خطأ الطبيب من الناحية الجنائية والمدنية، المكتب الجامعي الحديث، 2007، ص 1025.

² - د. شريف الطباح، المصدر السابق، ص 38.

³ - د. بسام محتسب بالله، المصدر السابق، ص 138.

العلاج اللازم، فهنا عليه استشارة أطباء آخرين اختصاصيين أو غير اختصاصيين إذا تطلبت ظروف الحال ذلك أو إذا طلب إليه المريض أو أهله بل ونجد أن في الحالات المرضية الخطيرة المستعصية نجد أن الأطباء يتوجب عليهم أن يقوموا باستشارة ما لا يقل عن ثلاث أطباء آخرين ذوي اختصاص لهم علاقة بالمرض عند تشخيص المرض وقبل أي تدخل جراحي يجريه على المريض أن يوافق المريض أو أهله على الاستشارة وأن تكون الاستشارة ملزمة للطبيب وموثقة بدليل كتابي.

ومن هنا فالطبيب يلتزم ببذل العناية اللازمة في اختيار العلاج الملائم للمريض وهي التوصل إلى شفاؤه أو التخفيف من آلامه.¹

واختيار العلاج يشترط به أن لا يتجاوز الحدود المفروضة طبقاً للقواعد العامة للحذر واليقظة والتي يجب أن يكون عليها سلوك الطبيب حيث يجب أن يدخل ما اختاره من علاج ضمن الأصول العلمية السليمة والمعترف بها في مجال الطب وفي هذه الحدود فإن اختيار علاج دون آخر لا يعد خطأ من قبل الطبيب غير أن الأمر يكون على خلاف ذلك إذا كان الطبيب باختياره علاجاً معيناً قد عرض المريض لمخاطر غير مبررة خلافاً لما تقضي به قاعدة التناسب بين مخاطر العلاج والغاية المرجوة من تحقيقها منه.²

وهنا لو كان المرض يمكن شفاؤه أو التخفيف من آلامه وأثاره بالأدوية والعقاقير وأي أسلوب آخر أكثر أماناً وأقل خطورة من الجراحة فعلى الطبيب ألا يقرر اللجوء إلى الجراحة.

ومن المعلوم بأن العلوم الطبية تقدم لنا كل يوم وسائل متنوعة لمعالجة كل مريض وهذا التنوع يفتح الباب أمام الطبيب للاختيار بين الوسائل التي أمامه وفقاً لما يراه أكثر فعالية في شفاء المريض وأكثر ملائمة لحالته، لذا فمن الضروري أن يتابع الطبيب كل التطورات

¹ - د. أحمد محمود سعد، مسؤولية المستشفى الخاص عن أخطاء الأطباء والمساعدين، رسالة دكتوراه مقدمة إلى كلية

الحقوق، جامعة عين شمس، 1983. ص 111

² - د. عبد الرشيد مأمون، المصدر السابق، ص 217-218.

الحاصلة في مجال علم الطب والعلم بالطرق الحديثة والعامة التي استحدثت في العلاج لأن لجوءه إلى اختيار واستخدام وسائل علاجية قديمة تخلى عنها أقرانه من الأطباء من شأنه أن يؤدي إلى قيام مسؤوليته، وعليه فإن الأمانة العلمية والمهنية تحتم على الطبيب مواصلة البحث والتكوين بعد تخرجه لكي يوفر لمريضه أفضل العناية لأن تخلفه عن سير التقدم العلمي وإهماله الاطلاع على ما يستجد في حقل مهنته تهديدًا لحياة المريض وإساءة إلى وضعه وسمعة المهنة التي ينتسب إليها وقد يهدد جهله إلى المسائلة المهنية كما قد يترتب عليه من نتائج سلبية تنعكس على صحة مريضه.

وفي هذا الإطار يحق للطبيب استخدام طريقة جديدة في العلاج بهدف شفاء المريض أو التخفيف من ألامه بشرط أن يكون الهدف منها مصلحة المريض نفسه أولاً ومن ثم تحقيق مصلحة أكبر من خلال تطبيقها على الحالات المرضية المماثلة من بعده.

ويجب أن تجرى بموافقة المريض أو من ينوب عنه ومن هنا فالطبيب هنا يستوجب عليه أن يلجأ إلى الطريقة التي يطمئن إليها في علاج المريض مع الدقة اللازمة والحذر المطلوبين عند تنفيذ مخطط العلاج وبذلك يكون الطبيب قد استنفذ كل المجهود والعناية اللازمين في مواجهة الحالة المرضية لمريضه واستخدم كل الطرق العلمية والوسائل المستحدثة والحديثة اللازمة والضرورية في الحالة التي يعاني منها والتي تعد أقصى ما يمكن القيام به دون إغفال الاطلاع على التجارب والأعمال الطبية المماثلة لحالة مريضه والنتائج الايجابية التي حققت أو تم التوصل إليها.

الفرع الثالث

التبصير ببروتوكول العلاج وبعده

بعد أن يقوم الطبيب باختيار طريقة العلاج المناسبة لمريضه ويبدأ في العلاج بعد تنفيذه في ذلك بالآصول العلمية لقواعد مهنته وكمال خطته سابقاً فإن العلاج يكون بوصف دواء معين

أو أدوية معينة على بعض العلاجات الطبيعية والنفسية وبعض النصائح والإرشادات أو بإجراء عملية جراحية.

1) العلاج عن طريق الأدوية:

يجب على الطبيب أن يتخذ الحيطة والحذر اللازمين عند وصف دواء معين للمريض فعليه أن يكتب الوصفة الطبية بدقة وبطريقة واضحة أن تتضمن إسم المريض وسنه وإسم ونوع الدواء وعدد جرعاته المطلوبة وكيفية استعماله وكذلك ما يطلبه من فحوص أو أشعة أو تحاليل بالإضافة إلى المعلومات الضرورية التي يجب أن تكون مطبوعة على وجه الورقة وعليه فإن التبصير يشمل حتى كيفية تناول الدواء واستعمال جرعاته وصولاً إلى وضوح الخط مع كتابة الوصفة الطبية وكذا شرحه كيفية استعمال العلاج بطريقة بسيطة مفهومة من قبل الطبيب بغض النظر عن مهام الصيدلي وهذا ما أشارت إليه المادة 6 و 49 من نظام واجبات الطبيب وأداء المهنة رقم 7962 لعام 1978 وكذا المادة 47 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب الجزائري حيث أشارت إلى أنه يتوجب على الطبيب أن يحرر وصفاته بكل وضوح وأن يحرص على تمكين المريض أو محيطه من فهم وصفاته فهمًا جيدًا كما يتعين عليه أن يجتهد للحصول على أحسن تنفيذ للعلاج بل وذهبت المادة 48 من نفس المدونة على أن الطبيب المدعوا لتقديم علاج لأسرة أن يسعى بكل مجهوده للوصول إلى احترام قواعد الرعاية الصحية والوقاية من الأمراض وأن يبصر المريض ومن حوله بمسؤولياتهم في هذا الصدد اتجاه أنفسهم وجوارهم بل وذهب أبعد من ذلك من خلال المادة 50 عندما أشار إلى استمرارية وضمان مواصلة العلاج للمريض حين يتحرر من مهنته كشرط لتحقيق رغبته، وهذا الجانب مهم جدًا لأنه يتعين على الطبيب أن يصف الدواء وكمية الجرعة بدقة كبيرة لأن الأمر هنا يدخلنا في جانب الخطأ فإذا أخطأ الصيدلي في إعداد الدواء بناء على التركيبة التي وصفها الطبيب فلا

مسؤولية إلا على الطبيب الذي وصف هذه الترتيبية أما إذا كان الخطأ في زيادة أو نقصان نسبة التركيبة يرجع إلى الصيدلي فيكون هو المسؤول في هذه الحالة.

وهنا نجد أن المادة 11 من المدونة أشارت صراحة إلى ضرورة تقديم الطبيب للوصفة التي يراها أكثر ملائمة للحالة المرضية ويجب أن تقتصر وصفاته وأعماله على ما هو ضروري في نطاق ما ينسجم مع نجاعة العلاج ودون إهمال واجب المساعدة المعنوية.

(2) العلاج عن طريق التدخل الجراحي

تعد الجراحة من المهن الطبية الإنسانية الهامة لذا تتطلب المزيد من العناية أكثر مما تتطلبه العلاجات العادية الطبية الأخرى، فلا يحق للجراح أن يجري جراحة إلا بعد تفكير وتبصير وروية وبعد التأكد من أن إجراء الجراحة ضروري لحالة المريض وإلا اعتبر مسؤولاً عن نتائج التدخل من غير ضرورة واضحة خاصة إذا كانت خطيرة ودقيقة ولازمة لإنقاذ حياة المريض وتخليصه من آلامه وهو هدف نبيل حقاً.

ونظراً لأهمية عملية الجراحة لابد للطبيب قبل إجراء الجراحة أن يحصل على موافقة المريض أو من ينوب عنه بعد أن يبصره ويشرح له حقيقة وضعه وطبيعة العلاج وتفاصيل العملية وإمكانيتها ومضاعفتها المحتملة على أن يأخذ موافقة المريض الخطية على إجراء العملية.

ولا تجرى العملية دون رضا المريض إلا في الحالات المستعجلة والطارئة التي تقتضي إنقاذ حياة المريض ويجوز للمريض استشاره أحد زملائه إن كان الوقت يسمح بذلك وهذا ما تؤكد وأغلب التشريعات.¹

¹ - د. توفيق خير الله، مسؤولية الطبيب الجراح عن خطأ المهني، المجموعة المتخصصة في المسؤولية القانونية للمهنيين، المسؤولية الطبية، ج1، الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان، 2000، ص491-492.

ولا يسأل الطبيب طالما اتبع الطرق العلمية السليمة المسلم بها في الطب ولم يحصل منه خطأ مهما كانت نتيجة العملية وبخلاف ذلك يعد مسؤولاً عن إهماله وتقصيره.

كما يتوجب على الطبيب قبل إجراء عملية ما، أن يقوم بفحص المريض الذي تستدعي حالته وتقتضيه طبيعة الجراحة المزعم عملها على أن يشمل الفحص الحالة العامة للمريض مع التحاليل المخبرية اللازمة للتأكد من سلامته وعدم وجود أي أعراض جانبية يمكن أن تؤثر على سلامته بعد التدخل الجراحي وبعد التخدير وهذه الفحوصات هامة جداً ولأسف كثيراً ما نجد بعض الأطباء الذين يهملون إجراء تلك الفحوصات خاصة في العمليات الجراحية الصغرى التي تجرى في عياداتهم الخاصة مما قد يسبب مضاعفات للمريض بعد إجراء العملية، كأن يكون المريض مصاباً بارتفاع ضغط الدم أو مرض في القلب ويؤثر إجراء العملية عليه.

وعلى الطبيب الجراح أن يتأكد من توفر ما يحتاج إليه أثناء العملية من مواد وأدوات وكونها معقمة بشكل جيد وتحضير قناني الدم التي قد يحتاج إليها كذلك التأكد من وجود الوسائل المساعدة والإمكانات البشرية لتتبع حالة المريض ومراقبتها كلما أمكن ذلك في مكان العمل وإلا اعتبر مسؤولاً.

ويعد الطبيب الجراح مثلاً مسؤولاً عن إهماله بعض الأمور كإهماله إعطاء المصاب المصل المضاد للكرّاز إذا كان مصاباً بجرح عميق ملوث أو بجرح بسيط حدث في مكان ملوث وعن عدم تأكده من تعقيم الآلات المستعملة في العملية الجراحية وكذلك عن نسيانه مواد غريبة مستخدمة أثناء العملية في داخل الجسم بعد العمليات وتم ذكر هذا المثال لأنه بعد مراجعة عدة أطباء خاصة في المستشفيات العمومية تم تأكيد أن هذه

الحالة هي أكثر الأخطاء شيوعاً في الجراحة كترك قطعة شاش أو آلة جراحية في جوف المريض والأحكام القضائية عديدة في هذا المجال.¹

والطبيب هنا مسؤولاً عن إهماله استشارة زملاء عند الحاجة أو عن إهمال نتائجها بدون سبب علمي أو الامتناع عن الاستجابة للاستشارة الطبية في الحالات الطارئة المهددة للحياة دون وجود سبب قاهر ومعقول ومن هنا فالطبيب ملزم بأن يقوم في الحالات المرضية المستعصية والصحية والحرجة والتي فيها خطورة بالغة على حياة المريض كأن يلزم الطبيب باستشارة ما يقل عن ثلاثة من زملائه إلى الأخصائيين وأن يستعين بخبرتهم أن لا يهمل مشورتهم لإتخاذ القرار المناسب حول وسيلة التدخل الجراحي وإمكانياته وإحتمالات نجاحه والمضاعفات التي قد تصيب المريض من تدخله نظراً لخطورة هذا النوع من العمليات وإلا اعتبر الطبيب مسؤولاً عما يصيب المريض من ضرر نتيجة الجراحة التي أجراها دون استشارة زملائه.

وهنا نجد أن المادة 21 من لائحة ميثاق مهنة الطب في مصر لعام 1974 أقرت أنه على الطبيب أن يقبل أو يدعو إلى استشارة طبيب غيره يوافق عليه المريض وأهله.

أيضاً نجد بأن هذه المادة لا تلزم الطبيب بالاستشارة الطبية إلا في حالة الضرورة وهي غير موفقه أيضاً في معالجة هذا الموضوع بما فيه الكفاية لأنها لم تحدد ما المقصود بالضرورة ولم تلزم الطبيب بالاستشارة ولم يبين الكيفية التي تتم بها الاستشارة وكذلك يعد الجراح مسؤولاً عن عدم توجيه وإرشاده المشتغلين معه من أطباء مساعدين ومقيمين وممرضات وممرضين ومضمدين وغيرهم.

والجدير بالذكر بأن الطبيب يسأل عن الأخطاء التي تقع من مساعديه إذا كان العلاج يحتاج إلى رقابة الطبيب وتوجيهه وذلك طبقاً للعرف الطبي المتفق عليه وللأصول

¹ - د. شريف الطباخ، المصدر السابق، ص 55-57.

العلمية الطبية الثابتة وكذلك لا يسأل الجراح عن خطأ صادر من أحد مساعديه من الأطباء يصيب المريض بضرر إلا إذا كان الطبيب هو اختار هذا المساعد لمعاونته في العملية أو تركه يتدخل فيها مع استطاعته منعه من هذا التدخل.

وإذا ما رجعنا إلى قواعد آداب المهنة لأغلب الدول العربية نجدها لا تنظم الأحكام الخاصة لعمليات التدخل الجراحي ولا تبين أيضا الحالات التي يعد الطبيب الجراح فيها مسؤولاً عن الخطأ وإهماله وتقصيره بل تركت تلك التشريعات بيان هذه الحالات للأحكام العامة التي تحكم الخطأ والمسؤولية التعاقدية في هذا المجال.¹

إلا أن المشرع الجزائري أكد في المادة 14 على أنه يجب أن تتوفر لدى الطبيب في المكان الذي يمارس فيه مهامه ومهنته على التجهيزات الملائمة والوسائل التقنية الكافية لأداء هذه المهنة ولا ينبغي له بأي حال من الأحوال أن يمارس مهنته في ظروف من شأنها أن تضر بنوعية العلاج أو الأعمال الطبية.

بل وأكثر من ذلك فإن المادة 34 من المدونة نفسها أشارت بعدم جواز إجراء أي عملية بتر أو استئصال لعضو من دون سبب طبي بالغ الخطورة وما لم تكن ثمة حالة إستعجالية أو استحالة إلا بعد إبلاغ المعني أو وصيه الشرعي وموافقته بل ولا يمكن ممارسة عمليات أخذ الأعضاء إلا حسب الحالات والشروط المنصوص عليها قانوناً وهو مامذهبت إليه المادة 35 من نفس المدونة.

وهنا تثار مسألة جد هامة وهي قيام طبيب بديل بإجراء العملية بدلا من الطبيب الجراح الذي تعاقد مع المريض فمن المعلوم أن شخصية الطبيب محل اعتبار في عقد العلاج الطبي وهذا يبدو واضحا عندما يستعين المريض بأخذ الجراحين المختصين دون غيره ويتعاقد معه لإجراء العملية الجراحية له وبموجبه يتعهد الطبيب بتنفيذ العلاج للمريض

¹ - د. أمير فرح يوسف، المصدر السابق، ص 42-43.

شخصيا فلا يحق له بعد ذلك اللجوء إلى الطبيب بديل لإجراء العملية بدلا عنه لأنه مدين بتنفيذ هذا الإلتزام للمريض بموجب عقد العلاج الطبي وبخلافه يكون أخل بالتزامه في العقد وأخل بالثقة المتبادلة التي يقوم عليها عقد العلاج الطبي وهو بذلك يتحمل المسؤولية العقدية عن فعله هذا.

ولذا وجب التنويه في حالة أخرى أن الطبيب إذا أعطى الفرصة لطلابه والمعيدين لإجراء العملية بدلا عنه لاكتساب الخبرة اللازمة فإن على الطبيب أن يخبر المريض بذلك مسبقا ويأخذ رضاه حول ذلك فمن حق المريض أن يؤخذ موافقته عندما يقوم طبيب بديل غير طبيبه المعالج بتنفيذ العلاج وإجراء العملية الجراحية له وإلا أعتبر ذلك اعتداء على حقوق المريض وهو أمر قد اعتاد عليه أطباءنا وخاصة عندما يقوم الطبيب المعالج بإجراء عملية في المستشفيات العامة خاصة في حالة ضعف الإمكانيات المادية للمريض وعدم قدرته على إجراء العملية في مستشفى خاص حيث يقوم الطلبة والأطباء الجدد بإجراء العملية بدلا عن الطبيب الأصلي دون أن يتم إعلام المريض بذلك ودون أخذ رضاه.

(3) متابعة ومراقبة الحالة الصحية للمريض

يلتزم الطبيب بموجب عقد العلاج الطبي الذي يربطه مع المريض بمتابعة علاجه وبأن لا يترك المريض قبل انتهاء هذا العلاج طالما أن المريض بحاجة إلى جهوده وبعد الطبيب مسؤولا مسؤولية عقدية عما يصيب المريض من أضرار في الحالات التي ينقطع فيها معالجة المريض في وقت غير لائق وبغير مبرر قانوني.¹

¹ - د. محسن عبد الحميد البيه، نظرة حديثة إلى خطأ الطبيب الموجب للمسؤولية المدنية في ظل القواعد القانونية التقليدية، مطبوعات جامعة الكويت 1993، ص 110.

ومع ذلك فإن هناك حالات يجد الطبيب لنفسه فيها مبررا لترك المريض، كأن يهمل المريض إتباع تعليمات الطبيب أو يعتمد في عدم إتباعها أو أن يستعين بطبيب آخر خفية عن الطبيب الذي يعالجه مما يؤدي كرامة هذا الأخير ففي مثل هذه الحالات يجوز للطبيب أن يترك علاج مريضه بشرط هام هو أن لا يكون في ظرف غير مناسب للمريض وأن يضمن متابعة حالته من قبل طبيب آخر.

كما يلزم الطبيب بموجب عقد العلاج الطبي بمراقبة الوضع الصحي للمريض ويكون هذا الالتزام متولداً من العقد باعتباره من مقتضياته وطبقاً للقواعد العامة فإن الطبيب هنا يعد مسؤولاً في هذه الحالات إلا إذا أقام الدليل على وجود قوة قاهرة أو حادث فجائي كاستحالة الزيارة أو التأجيل بسبب عطل في المواصلات أو ظروف مرضية.¹

فمن المعلوم أن علاقة الطبيب بمريضه لا تنتهي بمباشرة الطبيب للعلاج أو التدخل الجراحي فعلى الطبيب مراقبة الوضع الصحي لمريضه بعد ذلك للتأكد من أثار العلاج الذي باشره ومدى تأثيره على المريض.

ومما لا شك فيه أن واجب مراقبة المريض تظهر أهمية بصفة خاصة بعد انتهاء العمليات الجراحية غير أن ذلك لا ينفي أهميته في حالات العلاج غير الجراحي لاسيما إذا كان العلاج عن طريق استخدام أدوية يمكن أن ينتج عنها أثار ضارة أو خطيرة بالنسبة للمريض.

وبالرجوع إلى أساليب العمل في المستشفيات الجزائرية تم الوقوف على أن الجراح يتأكد من وجود الوسائل المساعدة والإمكانات البشرية لتتبع حالة المريض ومراقبتها كلما أمكن ذلك في مكان العمل وملزم بإعطاء التعليمات اللازمة الخاصة بمراقبة ومتابعة حالة المريض إلى الأطباء المساعدين والعناصر المسؤولة عن التمريض وعن الأضرار الإشعاعية التي قد

¹ - د. محسن عبد الحميد البيه، المصدر السابق، ص 208

تصيب المريض وعن عدم محاولة منع حدوث المضاعفات التي قد تحدث أثناء وجود المريض تحت الإشراف في المستشفى مثلاً كمضاعفات نقل الدم والحقن خارج الوريد لبعض العقاقير الخاصة وذلك بالاشتراك مع الأشخاص المسؤولين بذلك كالممرضات.

ومن هنا نجد أن المادة 90 من المدونة الخاصة بأخلاقيات المهنة أكدت على أن الطبيب المكلف بمهمته يجب عليه أن يخطر المريض الخاضع لرقابته بأن يفحصه بصفته طبيب مراقب ويجب أن يتحلى بأقصى حدود الاحترام مع الامتناع عن إفشاء أي سر أو الإدلاء بأي تفسير، أما المادة 94 فأكدت على أن الطبيب المراقب يستلم مقابل ما قام به أتعاباً من المريض المراقب.

في حين أشارت المادة 21 من قانون الصحة 11/18 المؤرخ في جويلية 2018 على حق المريض في المرافقة التي تتطلبها حالته الصحية في كل مراحل حياته وفي كل مكان بل استفادته من خدمات المصالح المتخصصة في إطار التسلسل الطبي للعلاج بعد الرجوع إلى الطبيب المرجعي وهو الطبيب الأول والمعالج وهذا ما أكدته المادة 22 من نفس القانون.

وبالرجوع إلى المشرع الأردني فلم ترد فيه خاصة في هذه المرحلة إلا مادة واحدة لم يجز للطبيب بموجبها أن ينيب عنه بصورة مؤقتة مراقبة مريض أو معالجته إلا طبيباً مسجلاً في نقابة الأطباء الأردنية ومرخص له بالعمل في نفس الاختصاص الطبي وهو ما جاءت به المادة 37 من دستور الطبي الأردني.

ومن هذا المنطلق يجب التنويه بأن الطبيب يحيط مريضه علماً بأي حادث يكون قد وقع أثناء تطبيق العلاج أو الجراحة وهو ما أكدت عليه محكمة الاستئناف الفرنسية في حكم أصدرته في 23 نوفمبر 1959 حيث جاء فيه: >> القضية تتعلق بمريض أجريت له عملية تفريغ لخراج إقتظت إدخال مشروط بالتجفيف الصدري ولكن طرف المشروط انفصل أثناء العملية ولم يتمكن الجراح من إخراجهِ والتزم الجراح الصمت إزاء هذه الحادثة ولم يخطر بها

المريض وعلى إثر شعور هذا الأخير بالألم أثناء رحلة عمل كان يقوم بها في مدينة نيويورك أجريت له جراحة جديدة حيث تم إخراج طرف المشروط الذي تركه الجراح الأول وقد أدانت محكمة الاستئناف بباريس هذا الجراح لإهماله إخطار المريض بعدم استخراج المشروط وبالنتائج المحتملة لهذه الحادثة وضرورة الخضوع لرقابة طبية فعالة لتلاقي أثارها.¹

ومن هنا فالمريض من حقه أن يكون على دراية بنتائج العملية الجراحية وسيورتها وإن كان البروتوكول المنتهج نجح أم لا من الوجهة الفنية إلا أن النتائج المبتغاة منه تبقى غير مؤكدة بسبب ارتباطها بعوامل أخرى خارجية، فعندئذ على الطبيب أن يبصر مريضه بهذا الخطر مهما بلغت ضالته حتى يتخذ المريض من الاحتياطات ما يمنع من تحققه، وفي حالة الفشل فإن على الطبيب أن يخطر المريض أيضا، على أن يكون الإخطار بسلاسة بحيث لا يؤدي إلى الإضرار بالحالة النفسية للمريض وغالبا ما يقوم الأطباء بعدم الاعتراف لمرضاهم بفشل بروتوكول العلاج أو العملية الجراحية بسبب كبريائهم وتخوفهم أحيانا أخرى من تحمل المسؤولية عن أخطائهم.

ويجب على الطبيب أيضا أن يفحص لمريضه عن السلوك الواجب إتباعه بعد العلاج والاحتياطات الواجب مراعاتها لضمان تحقق الآثار المرجوة.²

كإعطاء إرشادات وتوجيهات احتياطية معينة إلى مريضه بعد إجراء العملية الجراحية له ضمانا لتحقيق النتائج المرجوة منها كأن يلزمه بإتباع حمية معينة لفترة معينة بعد العملية أو منعه من القيام ببعض الحركات وغيرها أي إخبار المريض بعد العملية بالاحتياطات الواجب إتباعها من أجل تجنب الآثار الجانبية التي تقع.

¹ – C.A.paris 23 nov 1959,JCP1960 II ,11469, notle R. savatier, RTD. CIV1960, p269, obs.h.etl.majeaud.

² - د. جابر محبوب علي، المصدر السابق، ص81.

ومن هنا فالتحذير ينطوي على جذب وحث انتباه المريض بخصوص آثار سلبية قد تنتج عن عدم الأخذ بالاحتياطات والالتزامات والقيود المفروضة على المريض بعد إجراء العملية والتي يجب أن يتقيد منها تحت طائلة تحمل تبعات ذلك على صحته وعلى حقوقه.

وبالتالي فإن الأمر هنا يصبح متصل بحسن النية من خلال إخطار المريض أن العمل الطبي الذي أنجز في حقه لا يمكن أن يصل إلى المبتغى دون التنفيذ بالاحتياطات الوقائية المناسبة لتفادي آثار سلبية غير متوقعة وهذا الالتزام كما ذكر سالفا قائم على مبدأ حسن النية حيث أن المتعافي غير الخبير وهو المريض في مثل هاته الحالة من حقه أن ينتظر تنفيذاً أميناً للعقد من الطرف الثاني وهو الطبيب الذي يكون في موقع الخبير كما ذهب جانب من الفقه الفرنسي إلى تعريف الالتزام بالتحذير بأنه إلتزام ينطوي على جذب أو حث انتباه المتعاقد الآخر بخصوص أثر سلبي في العقد أو في الشيء محل التعاقد وأن هذا الأثر هو في الحقيقة خطر أو مخاطرة يتم التحذير منها من جانب الطرف الآخر.¹

والتحذير هو إلتزام تبعي يقع على عاتق أحد الطرفين بأن يحذر الطرف الآخر أو يثير انتباهه إلى ظروف أو معلومات معينة بحيث يحيطه علما بما يكشف هذا العقد أو ما ينشأ عنه من مخاطر.

ومن هنا بات من الواجب التأكيد أن دور الطبيب سيكون ذو أهمية جوهرية بعد نهاية العمل الطبي خاصة الجراحي في وضع المريض في الطريق الصحيح الممنهج للوصول إلى شفاء تام للمريض أدعى الأمر درئ خطر الموت عنه أو تخفيف ألامه إلى أبعد حد.

¹ - د. تغريد أبو الكارم، الالتزام بالإعلام، رسالة جامعية عين شمس، 2007، ص108.

المطلب الرابع

الحالات المؤثرة في درجة التبصير

هناك حالات عديدة تؤثر في مدى إلتزام الطبيب في تبصير مريضه فبعضها يؤدي إلى تشديد الإلتزام والبعض الآخر إلى تشديد الإلتزام والبعض الآخر إلى تخفيف الإلتزام.

الفرع الأول

تشديد الإلتزام بالتبصير

ويقصد بها الحالات والتي يكون فيها الطبيب ملزماً بأن يقدم لمريضه معلومات أكثر تفصيلاً من تلك التي يقدمها عند قيامه بعمل من الأعمال الطبية العلاجية وهذه الحالات هي التجارب الطبية وقطع الأعضاء البشرية والجراحة التجميلية والإجهاض غير العلاجي ويطبق بعض الفقه إلى الحالات المتقدمة حالات أخرى يتعين أن يكون الإعلام فيها كاملاً وتتمثل في تلك التي يتوقف فيها نجاح العلاج إلى حد كبير على المساهمة الإيجابية من قبل المريض كحالة الأمراض التناسلية وأيضاً الحالات التي يلجأ فيها الطبيب إلى إتباع أساليب علاجية غير متداولة على نطاق واسع وأخيراً حالات الأمراض غير القابلة للشفاء بشكل نهائي ولكن يمكن للمريض التعايش معها إذا إلتزم باحتياجات معينة مثل مرض السكر.¹

1) تشديد الإلتزام بالتبصير في مجال التجارب الطبية

إن إجراء التجارب الطبية على الإنسان تتطوي على المساس بحياة الإنسان وسلامة جسده وخاصة وأن البعض منها لا يحقق أية مصلحة مباشرة للشخص الخاضع لها كما هو الحال في التجارب غير العلاجية لذا إشتطت معظم التشريعات المنظمة للتجارب

¹ - د. محمد حسن قاسم، المصدر السابق، ص 164.

الطبية الحصول على الموافقة المسبقة والمستنيرة للشخص الخاضع للتجربة عليه ولا تكون لهذه الموافقة أية قيمة قانونية إلا إذا سبقها إعلام كافي بكل العناصر اللازمة للتبصير الشخص الخاضع للتجربة بحيث يشمل الغاية من إجراء التجربة والأخطار المقترفة بإجرائها ومدتها والنتيجة المتوخات من إجرائها والآثار الإيجابية المترتب عنها مع إعطاء الحق لمن تجرى عليه التجربة برفض ذلك وسحب رضاه في أية لحظة وبناء على ما تقدم سنرى مدى تشديد التزام الطبيب بتبصير مريضه في التجارب الطبية العلاجية وغير العلاجية كالآتي:

1- التجارب العلاجية:

التجارب العلاجية هي التجربة التي يباشرها الطبيب بقصد علاج المريض باستخدام وسائل حديثة في الحالات المرضية التي تفتقد إلى دواء معروف كفيل بتحقيق الشفاء.¹ فالغرض الأساس من هذا النوع من التجارب هو محاولة إيجاد علاج للمريض من خلال تجريب طرق جديدة في العلاج كالأدوية الجديدة أو الأشعة أو غيرها من الوسائل الحديثة وبشبه هذا النوع من التجارب التداخلات العلاجية المختصة من حيث الغرض، وهو علاج المريض إلا أن لهذا النوع من التجارب ميزة أخرى وهي إمكانية استفادة المرضى الآخرين من المعارف المكتسبة منها وعلى العموم فإن الغاية التجريبية هي ليست الهدف الرئيسي من هذا التدخل العلاجي بالنسبة للمريض فإن العمل يجري على تغليب الجانب العلاجي واعتبار التجربة علاجية، ويلاحظ أن هذه الغاية التجريبية يمكن أن تتفاوت أهميتها فهي تبدو محدودة الأهمية عندما يتم اللجوء للعلاج الجديد نظرا لعدم وجود وسيلة علاجية تقليدية فعالة، وتكون أكثر أهمية عندما يتم تجريب علاج جديد بطريقة منظمة على مجموعة من المرضى.²

¹ - د. أسامة عبد الله قايد، المسؤولية الجنائية للأطباء، دراسة مقارنة، دار النهضة العربية، القاهرة، ص 313.

² - د. مأمون عبد الكريم، المرجع السابق، ص 694.

2- التجارب الغير علاجية

التجارب الغير علاجية هي أعمال فنية وعلمية يباشرها الطبيب على جسم المريض بغرض اكتساب معارف جديدة بخصوص الوقاية من الأمراض أو المعالجة الوقائية أو العلاج.¹

من هنا نجد أن المشرع الجزائري تطرق إلى هذا الجانب في قانون الصحة 11/18 من خلال المادة 372 تحت مسمى الأعمال العيادية البيولوجية المتصلة بالمساعدة الطبية على الإنجاب، أين أكد على ضرورة أن تتم بموجب إطار طبي متمرس وفي مؤسسات ومخابر يرخص لها الوزير المكلف بالصحة بل تتم الإشارة إلى المنع التام للتداول للبحث العلمي أو التبرع أو البيع للبويضات أو الحيوانات المنوية ومنع تام للأنساخ الأجسام الحية المتماثلة جينيا فيما يخص الكائن البشري.

والبحث في مجال طب الأحياء لإجراء الدراسات على الكائن البشري بغرض تطوير المعارف الوبائية والتشخيصية والعلاجية وتحسين الممارسات الطبية وهذه الأبحاث يجب أن يراعي فيها المبادئ الأخلاقية والعلمية والأخلاقيات والأدبيات التي تحكم الممارسة الطبية ويجب أن يتم هذه الأبحاث بالتطابق مع قواعد الممارسة الحسية في هذا المجال.²

وهاته الأبحاث العيادية لا تجرى على الكائن البشري إلا إذا كانت قائمة على آخر ما توصل إليه البحث العيادي والمعارف العلمية وتجربة ما قبل عيادته كافية وبأن يكون معدل الخطر في صالح المريض المعني بالدراسة وأن تتم تحت تنفيذ إدارة ومراقبة طبيب باحث يثبت الخبرة المناسبة وأن تتم في ظروف مادية وبشرية تتلائم مع الدراسة العيادية وتتوافق ومقتضيات الصرامة العلمية وأمن من يخضع للدراسة.³

¹ - د. مأمون عبد الكريم، المرجع السابق، ص 694.

² - أنظر المواد 377-378-379 من قانون الصحة 11/18.

³ - أنظر المادة 380 من قانون الصحة المنوه عنه سابقا.

وطبعا هذه الدراسات لا تتم إلا بعد الحصول على الموافقة المبدئية للمريض أو الشخص الذي خضع للدراسة أو من يمثله تمثيل شرعي وهاته الموافقة تكون صريحة ومستنيرة وكتابية كما له الحق في الانسحاب من الدراسة والتخلي عنها وعدم الموافقة عليها.

ففي هذه الحالات يلتزم الطبيب بأن يقدم للمريض معلومات كاملة عن مخاطر التدخل المراد القيام بها حتى تلك التي لا تتحقق إلا نادراً بل حتى تلك التي تحققها أمراً استثنائياً فالمريض لا يمكنه أن يقرر على بيئة تامة إلا إذا كان على علم بكل ما يتعلق بالتجربة التي تجرى له.

وجدير بالذكر أن الاتفاقيات الدولية الصادرة في هذا المجال كتقنين نورمبرغ، إعلان هلسنكي وإعلان طوكيو تؤكد جميعها على ضرورة تشديد إلزام الطبيب بتبصير الشخص الخاضع للتجربة.

وهذا ما ذهب إليه أيضا معظم التقنيات الطبية في معظم الدول كالمادة 209 الفقرة 09 من التقنين الخاص بالصحة العامة الفرنسية وهو القانون الصادر في 20 ديسمبر 1988 الذي نص على: >> يتعين قبل إجراء أي بحث طبي على شخص الحصول على الرضا الحر المستنير الصريح لهذا الشخص وذلك بأن يقوم الباحث أو الطبيب الذي يمثله بتعريفه بالعناصر التالية:

- هدف البحث وطريقته ومدته.
- الفوائد المنتظرة منه، القيود والمخاطر المتوقعة، بما في ذلك المخاطر التي تنشأ عن توقف البحث قبل الأجل المعين له.
- رأي اللجنة الاستشارية لحماية الأشخاص الذين يشاركون في أبحاث بيولوجية طبية.¹

¹ - د. جابر محبوب علي، المصدر السابق، ص 239 - 240.

ومن هنا فإن الالتزام بالتبصير في حالة التجارب الطبية موجود وبديهي ومتعارف عليه في الواقع العملي ومن هنا نجد أن المادة 18 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب الجزائري أشارت في المادة 18 بأنه >> لا يجوز النظر في استعمال علاج جديد للمريض إلا بعد إجراء دراسات بيولوجية ملائمة تحت رقابة صارمة أو عند التأكد من أن هذا العلاج يعود بفائدة مباشرة على المريض<<.

وعليه فإن المريض بتبصيره هنا يجعله في موقع لا يمكن أن يوافق على عمل إذا كان فيه مساس بحياته وسلامة جسده دون أن يكون قد تم تبصيره به ومع ذلك كان لزاماً التشديد في تبصير المريض في حالة التجارب الصحية.

(2) تبصير المريض بعمليات نقل وزرع الأعضاء البشرية

تعد عمليات نقل وزرع الأعضاء البشرية من أهم الأساليب الطبية الحديثة في العلاج وهي تستهدف إنقاذ المرضى المحكوم عليهم بالموت والذين لا تجدي معهم وسائل العلاج التقليدي وفي نفس الوقت تعد من العمليات الخطيرة والمؤثرة على حياة الإنسان ذلك لأنها تعد خروجاً عن القواعد القانونية المستقرة التي تحمي حق الإنسان في الحياة وفي سلامة جسده وتقتضي تلك العمليات استقطاع عضو من شخص معطي والذي لا يحقق له أية فائدة علاجية مما يستوجب إلزام الحرص في الميول على رضاه وتشديد الالتزام بتبصيره بصورة خاصة ويتم بالتالي إعادة زرع هذا العضو في جسم شخص آخر المتلقي والذي يعد علاجاً بالنسبة له بما أننا نتكلم عن أعمال غير علاجية فاستقطاع الأعضاء لا يكون له هذه الصفة إلا بالنسبة للمعطي وحده لذا فإننا سنبحث في تشديد إلزام الطبيب في تبصير الشخص المعطي في عمليات زرع الأعضاء البشرية.

ويتفق الفقه على ضرورة حصول المعطي على تبصير كامل فالمعطي يجب أن يحاط علماً بطريقة محددة وتفصيلية ليس فقط بالمخاطر المحتملة بل أيضاً بالنتائج المؤكدة

المرتبة على حرمانه من عضو من جسمه كما يجب أيضا أن يعلم بالتعقيدات التي يمكن أن يسببها غياب العضو المستقطع في المستقبل والاحتياطات التي تكفل الحد من هذه التعقيدات قدر الإمكان والمعلومات التي تقدم للمريض في هذا الخصوص لا تقع فقط على الجانب الطبي بل تشمل كذلك العملية وغياب العضو على حياة الشخص الأسرية والاجتماعية ومن الناحية الاقتصادية تشمل أيضا مدى تأثير طاقته على العمل والإنتاج في أعقاب العملية وفي المستقبل.¹

هذا وهناك من التشريعات ما أضافت إيجابيات للمعطي بالنسبة لما يحققه الزرع للمتلقي أي تبصير المعطي بالمزايا التي يمكن أن يحققها زرع العضو لدى المتلقي أي تبصير المعطي بالمزايا التي يمكن أن يحققها زرع العضو لدى المتلقي كالفقرة الثانية من المادة الأولى من المرسوم الفرنسي رقم 375 الصادر في 29 ابريل 1996.

وبعد الإقرار الكتابي شرط لابد منه لإثبات رضا وموافقة المتبرع (المعطي) لإستقطاع عضو من جسمه، ومن هنا نجد أن بعض التشريعات نصت صراحة على إلزام الطبيب بتبصير المعطي في عمليات نقل الأعضاء وزراعتها كالمادة 01 الفقرة الثانية من المرسوم الاشتراكي اللبناني رقم 109 لسنة 1983 الخاص بأخذ الأنسخة الأعضاء البشرية لحاجات طبية وعلمية والمادة 25 الفقرة ج من قانون مزاولة المهن الصحية اليمني والمادة 04 من قانون عمليات استقطاع وزرع الأعضاء الكويتي رقم 55 لسنة 1987 والتي نصت على >> إحاطة المتبرع بكافة النتائج الصحية المترتبة على استئصال العضو المتبرع به وتتم الإحاطة كتابة من قبل فريق طبي متخصص وذلك بعد إجراء فحص شامل<<.

ومن هنا نجد المادة 35 من مدونة أخلاقيات مهنة الطب أكدت على عدم جواز ممارسة عمليات أخذ الأعضاء إلا حسب الحالات والشروط المنصوص عليها قانوناً.

¹ - د. محمود السيد عبد المعطي خيال، التشريعات الحديثة في عمليات نقل الأعضاء، جامعة حلوان، كلية الحقوق، الاسراء الطبيعية، 2008، ص 106.

وعمليات نقل الأعضاء يطبق عليها أن حددت أحكام المادة 44 من المدونة التي أشارت إلى أن كل عمل طبي يكون فيه خطر جدي على المريض أن يخضع لموافقة المريض موافقة حرة متبصرة أو لموافقة الأشخاص المخولين منه أو من القانون.

وفي قانون الصحة 11/18 أكد المشرع على عدم جواز نزع الأعضاء والأنسجة والخلايا البشرية وزرعها إلا لأغراض علاجية أو تشخيصية وضمن الشروط المحددة قانوناً، حيث أنشأت وكالة وطنية لزراعة الأعضاء تكلف بنسب بتنسيق وتطوير نشاطات نزع وزرع الأعضاء والأنسجة والخلايا البشرية وضمان قانونيتها.¹

وقد أكد المشرع في نفس القانون من خلال المواد 358 و 355 بالمنع التام لأن يكون نزع الأعضاء وزرعها محل صفقة مالية.

كما يجدر الإشارة إليه إلى عدم جواز ممارسة نزع الأعضاء والزرع إذا عرض الأمر حياة المتبرع للخطر بل ويجب أن يكون المتبرع أب أو أخ أو أخت أو عمّة أو ابنة عم أو ابنة خال أو ابنة خالة أو ابن عم أو ابن خال أو ابن عمّة أو ابن خالة أو ابن شقيق أو ابن شقيقة أو ابنة شقيق أو ابنة شقيقة أو زوج أو زوجة أو أب وزوج أم المتلقي.²

وفي حالة عدم التطابق المناعي بين المتبرع والمتلقي الذين لهما قرابة عائلية يمكن اقتراح على المتبرعين والمتلقين المحتملين اللجوء إلى التبرع المتقاطع للأعضاء والمتمثل في تشكيل ثنائيين متبرع ومتلقي متطابقين ويكون التبرع المتقاطع للأعضاء وبدون كشف هوية المتبرع، ويجب أن يكون التبرع والزرع بناء على موافقة صريحة للمتبرع مع إمكانية سحب موافقته.

¹ - أنظر المواد من 355 إلى 357، من قانون 11/18 المؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق ل 02 يوليو سنة 2018 المتعلق بالصحة.

² - أنظر المادة 360 من قانون الصحة 11/18 الصادر في 11/18/2018.

إن لجنة الخبراء ملزمة بإخطار المتبرع بالأخطار التي قد يتعرض لها وبالعواقب المحتملة للنزاع وكذا النتائج المرجوة من الزرع وفي حالة الحصول على الموافقة تقوم اللجنة بالترخيص بالزرع على ضوء موافقة صريحة ومستتيرة من جهة وبعد التأكد من أن الزرع هو الوسيلة الوحيدة للحفاظ على حياة المتلقي وسلامته الجسدية وبعد التأكد من أن الأمر لا يتعلق بمتبرع قاصر أو عديم الأهلية أو مصاب بأمراض من شأنها أن تصيب صحة المتبرع أو المتلقي مع التأكيد أن القانون السالف الذكر كان أكثر تشدداً أو صرامة من خلال رفض نزع الأعضاء إلا بعد موافقة صريحة وواضحة ومستتيرة من المتبرع أثناء حياته ومعاينة طبية وقانونية لحالة الوفاة بناءً على معايير علمية مع إعلام أفراد أسرة المتبرع المتوفي البالغين بعمليات النزع التي قد تم القيام بها.¹

إن هاته الأعضاء التي تم نزعها تمنح للمرضى المسجلين في قائمة الانتظار الوطنية التي تمسكها الوكالة الوطنية لزرع الأعضاء، ولا يتم ذلك إلا على مستوى المؤسسات الإستشفائية العمومية المرخص لها من طرف الوزير المكلف بالصحة بعد أخذ رأي الوكالة الوطنية لزرع الأعضاء.

(3) تشديد التبصير في عمليات التجميل الغير علاجية

لعمليات التجميل صورتان: الصورة الأولى تتمثل في العمليات التقويمية وهي التي تهدف إلى إزالة العيب البدني سواء أكان في صورة نقص أو تلف أو تشوه وهذا العيب قد يكون خلقيا أي يولد مع الإنسان كالتصاق أصابع اليدين أو الرجلين وقد يكون العيب ناشئا من الآفات المرضية التي تصيب الإنسان كالإصابة بمرض الجذري وقد يكون العيب مكتسبا كالتشوهات الناشئة عن الحروق أو كسور الوجه الشديد التي تقع بسبب حوادث السير مثلا أما الصورة الثانية لعمليات التجميل فهي التحسينية أو جراحة الترف كما تسمى ويقصد بها

¹ - أنظر المادة 362 من قانون الصحة 11/18 الصادر في 11/18 المؤرخ في 18 شوال 1439 الموافق ل 2 يوليو سنة 2018.

جراحة تحسين المظهر للشخص الاعتيادي وغير المصاب بعاهة جسمانية ويبدوا واضحاً بأن الهدف من هذه العمليات هو غير علاجي فلا يقصد منها شفاء المريض وإنما إجراء بعض التحسينات كتجميل الأنف أو شد تجاعيد الوجه.¹

وما يهمنا في الموضوع هو تشديد إلزام الطبيب في الصورة الثانية حيث تقع على الطبيب في هذه الحالة إلزام بتشديد التبصير للشخص الخاضع لها فيتوجب عليه أن ينور المريض قبل العملية بكافة المعلومات اللازمة لتبصيره حول حوادث وظروف ونتائج العملية دون أن يغفل ذكر جميع المخاطر المحتملة العادية والاستثنائية وحتى النادرة لأنه ليست هناك حالة ضرورية أو استعجال وهذا ما يساعده على أخذ القرار الواعي بإجراء أو عدم إجراء العملية.²

ونجد أن قانون الأداب الطبية الفرنسي في مادته 40 شددت على إلزام الطبيب بالتبصير في عمليات الجراحة التجميلية.

غير أنه في التشريعات العربية لا وجود لتجديد إلزام الطبيب بالتبصير فيه على الرغم من أهميه عمليات جراحة التجميل وتطورها في المجال الطبي بشكل عام.

ولذا أصبح من الضرورة وضع ضوابط قانونية لهذه العمليات التجميلية وإيجاد وسائل لحماية الخاضعين لها نظراً إلى ما تخلفه من أضرار سواء على الفرد أم على الأسرة والمجتمع.

وإن عمليات التجميل إنتشرت في الجزائر في الأونة الأخيرة بشكل كبير جداً بالنظر إلى التقدم الكبير في العلوم الطبية فرغم تكلفة هذه العمليات إلا أن الجزائريين يقبلون عليها

¹ - د. منذر الفضل، المسؤولية الطبية في الجراحة التجميلية، دراسة مقارنة، ط2، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 1995، ص16.

² - د. توفيق خير الله، مسؤولية الطبيب الجراح عن خطأ المهني، المجموعة المتخصصة في المسؤولية القانونية للمهنيين، الجزء الأول، منشورات الحلبي 2000، ص498.

ويبقى مختصون الفرق بين الجراحة الترميمية أو التقويمية التي تكون عادة لإصلاح ما نتج عن حوادث أو حروق أو تشوهات خلقية وبين نوع آخر يسمى بالجراحة التحسينية أو التجميلية التي تكون لأغراض غير علاجية الهدف منها تغيير شكل عضوي من أعضاء الجسم لا يشعر الفرد بالرضا عنه وهذه الجراحة غير معترف بها على مستوى المجلس الوطني لأخلاقيات مهنة الطب في الجزائر ولا يدرس في الجامعات الجزائرية كما أن المشرع الجزائري لم ينظمها بنصوص قانونية.

وتثير عمليات التجميل جدلا فقها وقانونيا من حيث ضوابطها والبحث عن الحماية القانونية للخاضعين لها لما تثيره مسؤولية جراح التجميل من الناحية العملية باعتباره خارجا عن القواعد العامة للمسؤولية الطبية وأن إلتزامه يكون بتحقيق نتيجة كما أن مسؤوليته تشمل الأخطار الاستثنائية إلى جانب الأخطار المتوقعة.

لكن ما يمكن قوله هو أن عمليات التجميل التي تهدف إلى إصلاح العيوب والتشوهات الخلقية والمكتسبة يمكن القول بمشروعيتها لأنها تغيير من الجراحة العلاجية التي تخلص الشخص من الألام النفسية التي تسببها له هذه التشوهات وبالتالي تعتبر من الجراحة العامة ويمارسها الجراحون العموميون أما جراحة التجميل التي تهدف إلى تحقيق هدف جمالي فتعتبر غير مشروعة لخروجها عن قصد العلاج أولا والترخيص بممارستها من جهة ثانية.

(4) تشديد التبصير في حالة الإجهاض الغير العلاجي

الإجهاض في المجال الطبي نوعان: إجهاض طبي أو علاجي وآخر إجهاض غير علاجي أو جنائي فالإجهاض العلاجي أو الطبي هو الإجهاض الذي تلجأ إليه المرأة عندما يكون في استمرار الحمل خطر يهدد الأم وأن تكون مخاطر الإجهاض أقل من مخاطر الاستمرار

في الحمل لأن بقاء الجنين في بطن الأم في هذه الحالة قد يؤدي بحياتها أو قد يولد الجليل مشوهاً.

ومن هنا يلجأ الأطباء إلى التضحية بحياة الجنين مقابل حياة الأم وهذا النوع من الإجهاض يلزم الطبيب بتبصير المريض بالمخاطر المؤكدة الحدث¹، إلا أن هذا ليس هو التبصير المشدد المقصود بل إن التبصير في حالة الإجهاض العلاجي يخرج عن نطاق بحثنا لأن هذا النوع من الإجهاض جائز شرعاً وقانوناً ولا يلزم الطبيب بتشديد التبصير.

لذا سنركز عملنا على التبصير في حالة الإجهاض غير العلاجي الذي يقصد به انفصال الحمل عن الرحم وخروجه أو تدميره وإنهاء حياته حتى لو طال الحمل في الرحم وأن يتم انفصاله في غير موعده الطبيعي عمداً دون أن يكون هناك ضرورة علاجية مثال ذلك حالة إسقاط الجنين لنسل العار أو لجوء المرأة الحامل إلى إسقاط جنينها لأسباب اقتصادية كالعوز أو شدة الفقر أو غيرها من الأسباب.

وهنا يلتزم الطبيب بتبصير المرأة الحامل بكل المخاطر والمحاذير الطبية التي تتعرض لها سواء هي شخصية أم أمومتها المستقبلية والخطورة البيولوجية للتدخل التي تطلبه من الطبيب.

وقد أشارت المادة 63 فقرة ل من قانون الصحة العامة الفرنسي لسنة 1979 إلى إلزام الطبيب بتسليم المرأة الحامل ملفاً إرشادياً وهو الملف الذي يتضمن تعداداً للوسائل الأخرى بدلاً عن الإجهاض والتي يمكن أن تحقق من آثار العوز والشدة كالمساعدات التي تقدمها الدولة للأسرة والأمهات والأولاد وضم إلى ذلك إمكانية تقديم الولد للتبني وكذلك قيام طالبة

¹ - د. أمير عدلي أمير ، جريمة إجهاض الحامل بالتقنيات المستحدثة، منشأة المعارف الاسكندرية، سنة 2007، ص 17.

الإجهاض بزيارة إحدى مراكز التوعية الأسرية أو أحد مكاتب الخدمة الاجتماعية لمحاولة تذليل المشاكل التي تعاني منها.¹

غير أن أغلب التشريعات في الدول العربية إعتبرت هذا النوع من الإجهاض جريمة يعاقب عليها القانون ونجد بعض الدول العربية أشارت إلى الإجهاض في قواعد السلوك المهني الطبي كالمادة 21 من قانون الأطباء الأردني والمادة 43 من أخلاقيات مهنة الطب المصري والمادة 12 من قانون الجزاء الكويتي.

وفي مدونة أخلاقيات مهنة الطب الجزائري أشارت المادة 33 منه على عدم جواز قيام الطبيب بعملية لقطع الحمل إلا حسب الشروط المنصوص عليها قانوناً ومن هنا نجد أن قانون الصحة الجزائري كان واضحاً في مجال إيقاف الحمل حسب المادة 77 منه أن إيقاف الحمل يكون حماية للأم عندما تكون حياتها أو توازنها النفسي والعقلي في خطر بسبب الحمل مشيراً كذلك في مادته 78 أن هذا الإيقاف لا يكون إلا في المؤسسات العمومية الاستشفائية.

وقد شدد المشرع على ممارسة الإجهاض خارج الإطار القانوني من خلال المادة 304 منه التي أكدت أن كل من أجهض امرأة حاملاً أو مفترض حملها بإعطائها مأكولات أو مشروبات أو أدوية أو باستعمال طرق أو أعمال عنف أو بأنه وسيلة أخرى سواء وافقت على ذلك أو لم توافق أو شرع في ذلك يعاقب بالحبس من سنة إلى خمس سنوات وبغرامة مالية أما إذا أفضى هذا العمل الشنيع إلى الموت فتكون العقوبة السجن من 10 إلى 20 سنة.

ومن هنا فإن إجازة وقف الحمل لحماية الأمن بالدرجة الأولى نال تأشيرة القطاعات الأخرى المعنية بما فيها وزارة الشؤون الدينية والأوقاف.

¹ - د. جابر محجوب علي، المصدر السابق، ص 257-258.

أيضا فقد ظهر لأول مرة في قرار لمحكمة النقض الفرنسية الصادر بتاريخ 10/07/1998 الذي جاء فيه ما يلي: >> في غير حالات الاستعجال والحالات التي يستحيل فيها إعلام المريض أو رفضه لذلك يلتزم الطبيب بتوفير معلومات صادقة وواضحة ومناسبة للمريض حول كل مخاطر التشخيص والعلاج وأنه غير معفى من هذا الالتزام (الالتزام بالإعلام) لمجرد أن هذه الأخطار لا تتحقق إلا بصفة استثنائية.

بالإضافة إلى ما تقدم فإن حالة المريض أيضا تدعو إلى تخفيف الالتزام بالتبصير فالطبيب ملزم عند تبصيره لمريضه بمراعاة حالته من حيث كونه مريضاً كبير السن أو صغير السن، امرأة أو رجل، شديد الحساسية من عدمها، شديد العاطفة من عدمها له مشاكل سياسية أو اقتصادية أو اجتماعية... الخ من عدمه، له حالات نفسية من عدمه مثال ذلك أن يواجه الطبيب مريضاً عاطفياً أو حساساً أو شديد التأثر ففي هذه الحالة يواجه الطبيب صعوبة في الادلاء لمريضه بكافة المعلومات عن حقيقة مرضه لأن الكشف له عن حقيقة حالته المرضية أو عن مخاطر العلاج يمكن أن يؤثر على المريض سلباً ويزيد من مخاوفه مما يؤثر ويقلل من فرصة شفائه وقد يسبب له مضاعفات عضوية كأن يصاب بقرحة المعدة أو ارتفاع ضغط الدم أو ذبحة صدرية أو جلطة دماغية هذا من جهة ومن جهة أخرى قد يؤدي التبصير الكامل له إلى تراجع عن العلاج ورفضه له مع كونه ضرورياً لتحسين حالته الصحية.

وكل هذه الآراء والاختلافات انعكست على قوانين وأداب ممارسة مهنة الطب لمعظم الدول حيث نصت على أن للطبيب أن يخفي على مريضه التشخيص الخطير لحالته والذي ينذر بقرب وفاته، فالمريض من حقه معرفة حقيقة مرضه ويستثنى من ذلك المرض المميت الذي يتجنب فيه الطبيب إخبار مريضه به خوفاً من تدهور حالته الصحية فيلجأ عند ذلك إلى إخبار أقرب المقربين إليه والمسؤولين عنه إلا إذا لم يتوفر هؤلاء وكان المريض في حالة نفسية.

الفرع الثاني

تخفيف الالتزام بالتبصير

الأصل أن يلتزم الطبيب بتبصير المريض وإحاطته علماً بطبيعة مرضه والعلاج المقترح له حتى يتمكن من أن يقرر في ضوء المقارنة بين مخاطر كل منهما إما بأن يقبل العلاج بمخاطره وإما أن يرفض العلاج ويقبل مخاطر التطور الطبيعي للمريض ومع ذلك هناك حالات استثنائية تخفف من التزام الطبيب بتبصير مريضه وذلك بالسماح له بأن يكتف عن المريض بعض المعلومات حول مرضه وهذا التخفيف يجد سنده تارة في طبيعة الخطر الذي تتم كتمانته وتارة في الحالة التي يكون عليها المريض والتي لا تسمح له بالإفصاح عن الحقيقة كلها.

وقد اختلف الفقه والقضاء الفرنسيان في تحديد معيار معين لتحديد نوع الأخطار التي تدعو الطبيب إلى تخفيف إلتزامه بالتبصير ففي مرحلة معينة ذهبت الأراء إلى إعفاء الطبيب من الإفصاح للمريض بالأخطار الاستثنائية غير المتوقعة التي يؤدي علمه بها إلى اضطرابه فيعجز عن اتخاذ القرار المناسب.¹

وقد اختلفوا أيضاً في تحديد معيار دقيق لمعرفة الحالات التي يكون فيها الخطر استثنائياً وغير متوقع وفي مرحلة أخرى ذهب رأي القضاء الفرنسي إلى ضرورة إخطار المريض حتى بالأخطار الاستثنائية.

ومثال على الخطر الاستثنائي غير المتوقع هو ما ورد في قرار لمحكمة النقض الفرنسية في قضية تتعلق بمريض توفي على إثر حرقه بمادة معينة لغرض إخضاعه للتطوير بالأشعة قضت محكمة الاستئناف (MONTPELLIER) بأن الطبيب لم يكن ملتزماً بالإفصاح

¹ - د. مأمون عبد الكريم، المصدر السابق، ص 130-131.

للمريض بالخطر الذي يقع من كل مائة ألف حالة فمثل هذا الخطر يعد ضئيلاً استثنائياً ولم يكن ثمة متوقعاً في حالة المريض.

أما فيما يتعلق بالزام الطبيب بموجب إخطار المريض بالمخاطر الاستثنائية وعقلية سليمة فيتحتم الواجب إخباره مع الاحتياطات المناسبة التي تقتضيها المواقف والظروف، إذ لا بد للمريض من معرفة الحقيقة لكي يتسنى له تصفيه شؤونه وعلاقاته الحياتية ومن هنا نجد أن المادة 51 من مدونة أخلاقيات الطب الجزائري أكدت صراحة على أنه يمكن إخفاء تشخيص مرض خطير عن المريض لأسباب مشروعة يقدرها الطبيب بكل صدق وإخلاص غير أن الأسرة يجب إخبارها إلا إذا كان المريض قد منع مسبقاً عملية الإفشاء أو عين أطراف يجب إبلاغها بالأمر ولا يمكن كشف هذا التشخيص الخطير أو التنبؤ الحاسم إلا بمنتهى الحذر والاحتراز.

وفي المادة 25 من قانون الصحة 11/18 تم الإقرار بأنه في حالة التشخيص أو احتمال مرض خطير يمكن لأسرة المريض الحصول على معلومات حول مرضه حتى تتمكن من تحقيق وطأة ذلك على المريض ما لم يمتنع عن ذلك، ومن هنا فالطبيب مستثنى من إلزام تبصير مريضه بحقيقة مرضه إذا كان المرض خطير فأجاز له التخفيف من إلزامه بتبصير المريض في هذه الحالة إلا أن إخفاء الحقيقة على المريض في هذه الحالة لا يعني عدم تبصير المريض نهائياً بحالته وإنما هو إخفاء جزء من الحقيقة أو تزيينها وإخباره بها في شكل مناسب ومتقائل مراعاة لحالة المريض الصحية والنفسية إلا أن الإعفاء يعني عدم التبصير نهائياً كحالة الاستعجال هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن مسألة كون المرض خطير من عدمه يرجع تقديره إلى أهل الخبرة في المجال الطبي.

ومن هنا فالإخفاء مرده خطورة المرض وكذا الحالة النفسية للمريض ومدى تجاوبه و استعداداه لمعرفة حقيقة مرضه عند التبصير فإذا وجد الطبيب بأن حالة المريض لا تسمح

بإخباره بحقيقة مرضه فيلجأ إلى إخبار أشخاص مقربين له و بعكسه إذا كان المريض بحالة نفسية وعقلية جيدة وسليمة فعندئذ يتحتم على الطبيب إخبار المريض بحقيقة مرضه بأسلوب يراعي فيه الظروف المحيطة بالمريض.

ومن جهة أخرى فإنه ما يلاحظ وهو أن المشرع أشار إلى تحقيق إلتزام التبصير بالمرض الخطير، غير أن هذا التخفيف لا يعني أنه يسمح للطبيب بالكذب على مريضه بل تزيين الحقيقة بأسلوب يخفف وطأة وشدة الحقيقة المرة على المريض بشكل لا يترتب عليه أضرار ومضاعفات له وفي ذلك مصلحة للمريض ليس إلا.

الفرع الثالث

الإعفاء من الإلتزام بالتبصير

من المعلوم أن الطبيب يلتزم بموجب عقد العلاج الطبي بتبصير مريضه تبصيرا كاملا إلا أنه في بعض الحالات قد يعفى الطبيب من هذا الإلتزام ولا يتحمل المسؤولية عن عدم إلتزامه بتبصير مريضه وهذه الحالات تتمثل في حالة الاستعجال والضرورة وكما بينا سابقا فإن قواعد آداب المهنة الطبية بصورة عامة تلزم الطبيب بالتدخل لتقديم العلاج للمريض وإسعافه قدر الإمكان في حالة الضرورة والاستعجال والتي يقصد بها وقوع خطر جسيم حالي يهدد حياة الإنسان أو سلامته البدنية والعقلية بصورة لا تتحمل التأخير فحالة الضرورة والاستعجال تعفي الطبيب من المسؤولية الطبية في العديد من الأمور في مجال المسؤولية تخوله المساس بشخص المريض دون الاهتمام بالحصول على رضاه المستنير.¹

¹ - د. علي حسين نجيدة، المصدر السابق، ص 86.

وغني عن الذكر أن حالة الاستعجال لا تكفي لإعفاء الطبيب من إلتزامه بتبصير المريض والحصول على موافقته بالعلاج في حالة فقدان المريض لوعيه فقط بل تمتد لتشمل كون المريض في حالة لا تسمح له استيعاب شروح الطبيب والتعبير عن موافقته.¹

وبناءً عليه إذا وجد الطبيب الجراح أثناء قيامه بعملية جراحية صرح لها المريض أن هناك ضرورة لإجراء جراحة أخرى تستلزمها حالته بحيث لا يتمكن من إعلام المريض بذلك فيقوم بإجراءها فوراً دون إمكانية الحصول على موافقة المريض، فلا يمكن إثارة المسؤولية في هذه الحالة على أساس عدم إلتزامه بتبصير المريض.

وهنا نشير إلى أحد أحكام القضاء الفرنسي دلالة على تأثير حالة الاستعجال على إلتزام الطبيب بالإعلام وهو حكم محكمة Roven الصادر في 1970/12/17 حيث جاء هذا الحكم في منتهى الصراحة على أن الطبيب سيد قراره في الحالة التي يواجه فيها بورم خبيث يرى ضرورة استئصاله ولم يكن في استطاعته بالطبع أن يحصل على موافقة المريض ولا أهلها لقراره²، ومن هنا وجب التأكيد على أنه في غير حالة الضرورة والاستعجال، يلتزم الطبيب بتبصير مريضه في جميع مراحل العلاج تبصيراً صادقاً، بسيطاً وواضحاً وكافياً وشاملاً لكل العناصر التي تساعد المريض في اتخاذ قراره المناسب بشأن العلاج ويشدد هذا الإلتزام في حالات التجارب الطبية وعمليات استقطاع الأعضاء البشرية وزرعها وعمليات التجميل غير العلاجي وغيرها من الأعمال الطبية التي تنطوي على خطورة بالغة ويجوز تحسين إلتزام الطبيب بتبصير مريضه في حالة المرض الميؤوس من شفائه والأمراض الخطرة الأخرى التي تستدعي مصلحة المريض عدم إخباره بصحة مرضه بصورة كاملة.

¹ - د. محمد حسين منصور، المصدر السابق، ص46.

² - د. علي حسين نجيدة، المصدر السابق، ص88 - 89.

خاتمة

الخاتمة

من خلال كل ما تم التطرق إليه يتضح جلياً أن الموضوع ورغم تفرعه وتشعبه وتعمقه وهذا راجع إلى الحساسية الكبيرة للموضوع باعتباره يشمل من جهة طرف يمثل أحد أنبل المهن الإنسانية وهو الطب لما له من مكانة كبيرة ومترسخة ومتجددة في المجتمع فهو الجانب الذي عرفه الإنسان منذ غابر الأزمان وتطور تطوراً ملحوظاً مس هذا التطور طرق العلاج ومناهجه ووسائل والجوانب المتعلقة به ومن جهة أخرى طرف ثاني هو المريض الإنسان، أعظم مخلوقات الله جل جلاله ويمس جسمه بما له من قدسية وحساسية والذي أصبح جسده يتعرض لأمراض مختلفة ومعقدة وخطيرة وحساسة ومعدية وفتاكة نتيجة التطور الاقتصادي والاجتماعي والتلوث البيئي وتعتبر أنماط التغذية والذي صاحبه تطور تكنولوجي وعلمي في أدوات العلاج وطرق التداوي والوسائل المستعملة في التقصي عن الأمراض أو تشخيص الآلام أو طرق المعالجة المختلفة بين التقليدية القائمة عن التداوي التقليدي وفقاً لوصفات طبية معينة أو كيميائية أو باستخدام أجهزة الليزر وصولاً إلى العمليات بالمنظار.

كل هذا التحول صاحبه مخاطر وأخطار وأثار جانبية أو مستدامة على صحة الإنسان في بعض الأحيان يكون الأمر راجع إلى أخطاء المريض في استخدام الدواء أو راجع إلى عدم تقبل جسم المريض للدواء أو بروتوكول علاج وفي حالات أخرى راجع إلى خطأ في التشخيص أو في تصنيف بروتوكول علاج وفي حالات أخرى تخرج الأمور عن السيطرة بظهور مضاعفات فجائية لا دخل للتطبيق فيها تؤدي في حالات كثيرة إلى عجز جزئي أو دائم أو فشل في العلاج ووفاة المريض والتي كانت في البداية تدخل في النتائج العائدية للعلاج ويتقبلها أهل المريض بكل رحابة صدر ويدخلونها في القضاء والقدر ودنو الأجل غير أنه مع ما عرفه المجتمع من تطور في التفكير والتطور والتحليل لم يعد وفاة المريض يمر مرور الكرام بالنسبة للطبيب أو المؤسسة الاستشفائية أو العيادة التي عالج فيها المريض، فأصبح الخطأ الطبي يأخذ كمنطلق أول لأي رد فعل من أهل المريض في حالة

الوفاة نتيجة إجراء عملية جراحية أو ترتب عن هذه الأخيرة عجز كلي أو دائم جراء العملية وهو أدى إلى ارتفاع كبير في المتابعات القضائية ضد الأطباء والمؤسسات الاستشفائية بكل أنواعها وفروعها وتخصصها.

فالطب من العلوم التي يشوبها النظريات والأراء الجدلية في غالبية الأحيان فلا يجوز أن يؤخذ على الطبيب أنه استند في تشخيصه إلى رأي دون آخر في المسائل الخلافية طالما أنه استند في تشخيصه إلى رأي دون آخر في المسائل الخلافية طالما أنه لا يوجد عادة طبية مستقرة في هذا الشأن نظرا لأن الطب بصفة عامة مجال يغلب عليه التخمين، فأعراض المرض مختلطة ومتشابهة في عدد كبير من الأمراض والطبيب من جهة أخرى لا يعتمد في التشخيص فقط على المجال النظري لدراسته بل على مقدرته التخمينية وخبراته وقوته في الملاحظة وصحة الاستنتاج وعلى الأشعة والتقارير الطبية التي تفرض عليه ، فالخطأ الطبي في أحيان كثيرة لا يكون عن جهل طبي بقدر ما يكون ناتج عن صفن في أحد العوامل السابقة.

إن كل هذا متفاوت عن طبيب إلى آخر وهو ما يجعل الطبيب بين صفتين مختلفتين حسب الحالة المرضية ووضعية المرض وبروتوكول المرض فقد يكون متابع إذا صدر خلل في التشخيص وهنا نكون أمام حالة جهل واضح في أصول الفن الطبي وقواعد المعالجة الطبية.

أو يكون أمام حالة لامسائلة إذا كانت النتيجة الطبية الغير مرضية وسوء النتيجة العلاجية خارجة عن نطاق الطبيب بالرجوع إلى استخدامه لكل الوسائل والأدوات والمناهج والتجارب الطبية المتاحة والمبكرة ولجأ إلى مشورة أطباء آخرين أكثر ممارسة وتمرسًا وخبرة منه ومع ذلك كانت هناك آراء مختلفة في طرق العلاجية ولم يرسوا الرأي الراجح لمعالجة هاته الحالة معالجة فعالة ومقتدرة وذات نتائج إيجابية على ديمومة العلاج الايجابي والمريض من جهة أخرى يجد نفسه أمام طرق يتجاوزها مهنيًا وعلميًا ومنصبًا وقوة في العلاقة التي أصبحت

ترابطهما بموجب العقد الطبي، فالطبيب يخضع إلى قاعدة طبية يمكن إعتبارها مركز قوته وتمركزه في العقد وهي مستمدة من التقاليد الطبية ومرسخة من خلال التضامن الموجود بين الإطفاء كطبيب معالج أو طبيب شرعي أو طبيب خبير لتحديد إن كان هناك خطأ طبي وهذه القاعدة أو القوة تتمثل في حريته في إختيار العلاج الذي يراه مناسباً بالرجوع إلى المعطيات التي لديه والتي جمعها من عمليات التشخيص المختلفة التي أجراها للمريض أو بالرجوع إلى نتائج التحاليل الطبية المتعددة التي أجريت على المريض.

هذا الأمر الذي جعل أغلب الفقة باختلاف مشارعهم يجتمعون ويفقهون على رأي جامع أولي وهو أنه طبيب إذا انتهج نهج الطبي معين بما استعمله واستند إليه سابقاً فهو في منأى عن أية متابعة أو حتى غياب طالما أنها كانت قناعة منه من أن هذا العلاج هو الأنسب وهاته القناعة مبنية على معطيات علمية وتحليلية ورقمية وضعت بين يديه وحلها بكل أمانة وصدق وبكل مهنية وموضوعية كل هذا يجعله خارج حسابات المتابعة وهو ما يقلل من حظوظ المريض في الدفاع عن نفسه إذا كان مازال حياً وألدهماغ أو السماح عنه من خلال عائلته وذوي الحقوق إذا ترتب عن العلاج الطبي وفاة.

ولكن وكما أجمع عليه أغلب الفقهاء فيجب حتى يضمن طبييته الحصانة التي يعتبرها الأطباء حصانة عادية يجب أن تتوفر حتى يستمر الطبيب في رسالته النبيلة وإلا توقف الأطباء عن هاته المهنة وتحولوا إلى مهن أخرى أقل خطورة عن مسارهم المهني والسيرورة العادية لوظيفتهم.

ومن هنا وجب على الطبيب أن يضمن أن تكون طريقة علاجه مبنية على أسس علمية صحيحة مع العلم أنه ينبغي ترك مقدار من الحرية بجانب هذا القيد حتى يستطيع الطبيب أن يحسن استخدام مهاراته الشخصية والتجارية.

ومن جهة أخرى يتعين على الطبيب أن لا يعرض مريضه لخطر لا تدعو إليه حالته أو بمعنى آخر لا تتناسب هذه المخاطر مع الفائدة التي يمكن أن تتجم عن إتباع هذه الطريقة.

واخيراً ينبغي على الطبيب أن يوازن بين أخطاء المرض وأخطاء العلاج فإذا كان المرض لا يهدد سلامة المريض فإنه لا محل لتعريض المريض للخطر أو لعلاج يؤذيه حتى ولو كان المريض هو الذي طلب هذا العلاج لأن المريض ليس لديه المعرفة الطبية والفن الطبي الكافي لتقدير العلاج الذي يناسبه.

ولا يسأل الطبيب عن الألام التي يمكن أن تترتب على العلاج أو العملية طالما أن العلاج أو العملية روعيت فيها مقتضيات الفن الطبي كما لا يسأل عن المضاعفات التي يمكن أن تترتب على المرض طالما أنه إتخذ جميع الاحتياطات اللازمة.

ولكنه يسأل عن كل إهمال أو جهل بأصول الفن الطبي وعن مخالفة العادات الطبية المستقرة والتي ثبت نجاحها على نحو ما قد بيناه سلفاً.

واسباب الجهل بأصول المهنة عديدة منها عدم إتباع القواعد المتفق عليها في العلاج أو في إعطاء هذا العلاج بدرجة أقل أو أكبر مما تقضي به القواعد الطبية ومثال ذلك عدم تعقيم الجرح، إهمال التحاليل الطبية عند التشخيص أو وجود دواء تم وصفه على سبيل الخطأ أنه غير سام برغم أنه في حقيقته دواء سام وكان ذلك راجع إلى الإهمال وسواء كان الدواء ساماً أو غير سام على اعتبار أنه في الحالة الأخيرة قرر الطبيب زيادة الجرعة مما جعلت الدواء ساماً فيسأل هذا الطبيب عن ذلك الاختلال في المعالجة.

وعلى الطبيب أن ينظر إلى حجم المرض محل الشكوى ودرجة خطورته وأيضاً التأكد من تأثير الدواء على المريض وعليه أن يرشد المريض على أخطار هذا العلاج وينظر ما إذا كان المريض يستطيع أن يتحمل هذا العلاج أم لا كما لو كان طبيعة جسده لا تتحملة أو أن

بعض الأجهزة العضوية لديه صارت بها بعض الآلام والأمراض التي يصعب معها تحمل العلاج الموصوف للمريض.

ويجب على الطبيب أن لا يكتفي بالنشرة الطبية لتبصير المريض وبالأثار السلبية للدواء والإرشادات التي تتعلق بطريقة استخدام ومدى تأثيره لأن هذه النشرة بعضها مكتوب باللغة الأجنبية والبعض الآخر يتضمن معلومات طبية لا يفهمها المريض العادي بالإضافة إلى أن هناك مرضى لا يعرفون القراءة أصلاً.

غير أن ما يؤرق المريض أكثر حالات الحالات التي قد تعكس مجرى العلاج بصورة عكسية وهي أخطاء الأشعة باعتبارها جزئية هامة في الكشف عن الأمراض الدقيقة والخطيرة التي يصعب تشخيصها بدون تصوير بالأشعة.

فالتصوير بالأشعة يعد أحد الأجهزة الحساسة والأساسية المساعدة للطبيب في علاج الكثير من الأمراض خصوصاً في ظل تقدم هذه الأجهزة.

وبالرغم من مزايا التفضيلية والجوهرية لهاته الأجهزة والتي في بعض الأحيان تعطي تحديد دقيق ولا متناهي للمرض إلا أنه قد يشوبها بعض العيوب في الاستخدام أو استخدام لهاته الأجهزة التي يجب أن تستخدم بمنتهى الحيطه والحذر واستخدام الأجهزة الصالحة منها مع مراعاة مدى صلاحيتها لأن في حالة العكس قد تكون لهاته الأجهزة أثار وخيمة على المريض لأن من جهة تعطي تشخيص خاطئ ومنحرف للمرض ومن جهة أخرى توجيه الطبيب إلى علاج خاطئ كذلك وما لذلك من أثار وخيمة في بروتوكول العلاج وصحة المريض بصفة عامة.

والجانب الثاني الأكثر جدلاً في العلاقة الجدلية والغير متوازنة مع الطبيب هي الجراحة والتي يمكن اعتبارها الموضوع الأول لكل الجدليات الفقهية والاجتهادات والتوجيهات

القضائية وهي بدون أي منازع الموضوع الأول لكل القضايا المطروحة على العدالة سواء في بلادنا أو كاهه بلدان العالم.

وحساسية الموضوع أن الطبيب لا يسأل في الأحوال العادية التي لا تشوبها أخطاء يمكن تشخيصها بالعين المجردة كاستئصال عن طريق الخطأ لعضو غير العضو المعني بالعلاج أو ترك أو تجاهل القواعد الرئيسية والعامة للمهنة كأن يهمل في تنظيف الجرح وغسله أو يترك مقص أدى إلى تسمم المريض ووفاته في أغلب الأحيان أو إهماله في الاعتناء اللازم بالمريض بعد إجراء العملية الجراحية له أو في حالة السماح له بالخروج من عيادته أو من المستشفى إذا كانت حالته تقتضي بقاءه في العيادة أو المستشفى.

أي ما عدى ما هو واضح للعيان من لا مبالاة وتقصير واضح وخطر في الممارسة الطبية فالطبيب الجراح يكون في أريحية تامة في مواجهة المريض.

عن كل ضرر يصيبه جراء العملية الجراحية وستكون نتيجة مساعي المريض في الغالب بدون أي نتيجة لإدخال الأمر في النتائج العادية لعدم تقبل جسم المريض للتدخل الجراحي أو لكون المرض نقشى في المعني والتدخل الطبي الجراحي لم يتمكن من تقادي المضاعفات.

كل هذا الأمر وكل هذه الجوانب وللأسف ما زال الأمر يتم معالجته ودراسته وتفصيله والبحث فيه من جانب واحد فقط وهي العمل على معافية الطبيب ومتابعته القضائية على أساس المسؤولية التقصيرية في غالب الأحيان وهي جوانب إجرائية تقف على عدة عوائق نذكر منها:

* صعوبة تحديد الخطأ

* صعوبة تحديد المتسبب في الخطأ

* صعوبة حصر تهاون الطبيب

* صعوبة حصر تهاون المبلغ عمليات التشخيص والتحاليل والأشعة

* صعوبة إجراء تحقيق استقصائي قبلي على مراحل العلاج من بدايتها إلى نهايتها لتدخل عدة أطراف في العملية وصعوبة تحديد المقصر

* ضعف القدرات العلمية والمهنية والتقنية للمريض في غالب الأحيان وعدم استيعابه لتفاصيل العلاج الطبي وتفصيلاته مهما كانت درجته العلمية

* ضعف المنظومة القانونية الصحية في الجزائر وعدم مجاراتها للتطور العلمي السريع والمسارع وقيام النصوص المنظمة للجانب الطبي سواء في مدونة أخلاقيات المهنة أو قانون الصحة الساري المفعول على قواعد عامة أصبحت في الوقت الحالي متجاوزة زمانياً وغير متناسقة مع تشعب الأعمال الطبية خاصة الجراحية منها بتشعباتها، الجراحة التجميلية العلاج بالمنظار، الجراحة عن بعد بتقنية الفيديو وغيرها من أنماط العلاج الحصري

* تعقد إجراءات المتابعة على المستوى القضائي وطولها وقيمها أساساً على جانب الخبرة الطبية من أطباء خبراء في الغالب إن لم نقول في جل القضايا واجب التضامن الطبي يغلب على جانب الخبرة.

عدم وجود مكنيزمات التسوية الودية التي من شأنها تفادي كل هاته الإجراءات القضائية من جهة وتفاذي

إن التوجه العالمي الحالي يذهب إلى حل يعد الحل الأنسب الذي يحافظ على نبو مهنة الطب وقُدسية الرسالة الطبية وإعطاء حصانة للنشاط الطبي ومن جهة أخرى صون حقوق المريض الذي لا حول ولا قوة له ولا ذنب له فيما لا حق به من ضرر ناتج عن ممارسة طبية غير محسوبة النتائج.

ومن هنا نجد أنه في 2003 عملت مجلة beobachter وهي مجلة طبية سويسرية تحاول إيجاد حل لمأساة المرض الذين يقعون ضحية الأخطاء الطبية من تشخيصات غير صائبة وعلاج غير مناسب وعمليات جراحية فاشلة فضلاً عن ضرر الصحي الذي لا يمكن استدراكه في أغلب الأحيان يجد الضحايا أنفسهم في قلب معمة من الإجراءات القانونية المستعصية والبطيئة قبل أن يتمكنوا من الحصول على سنتيم تعويض واحد فهم يجبرون على إثبات الخطأ الطبي الذي ارتكب في حقهم قبل الاستفادة من أي تعويض.

وهذا يعني اللجوء إلى المحامين أو شركات التأمين المتخصصة في كل ما يتعلق بالمسؤولية المدنية وتشتترط هذه الشركات التحقق أولاً من الخطأ الطبي ومرتكبه قبل تقديم تعويضات للمريض المتضرر.

وعادة ما يتطلب هذا الإجراء نفقات عالية ويتسبب في مضيق للوقت للضحية التي تجد نفسها في وضع صحي تعيس ووضع مالي أتعس.

ولتخليص ضحايا الأخطاء الطبية من المتاهات القانونية والمفاوضات المنهكة مع شركات التأمين إقترحت مجلة beobachter وثلاث جمعيات طبية أخرى حلاً قد يخفف من معاناة المتضررين.

ففي إجتماع عقد يوم الخميس 11 جويلية 2002 في العاصمة برن إقترحت المجلة ورابطة الأطباء السويسرية والشركة السويسرية للسياحة والصحة والصليب الأحمر إنشاء صندوق تعويضات لفائدة ضحايا الأخطاء الطبية بقيمة 10 مليون فرنك¹. ويقترح المشروع تسهيل إجراءات الحصول على التعويضات عن طريق رفع القيود الرئيسية التي تعرقل هذه العملية.

¹ - jeon claud le marc, le medecin et la responsabilité de la faute médical, journal des avocat, 2004, paris, p21.

الفكرة الجديدة تتلخص في عدم إرغام الضحايا على تقديم الأدلة عن تضررهم من خطأ الطبي من جهة وعدم إتهام الأطباء بارتكاب الخطأ ويعتقد أصحاب هذه الفكرة أن إعطاء الأولوية لحالة المريض بدل التركيز على الخطأ قد يحث الإطار الطبي على إعادة النظر في موقفه الدفاعي المتطلب عادة والإقرار بوقوع أخطاء في صفوفه.

إن هذا المقترح كان من أهم البيانات الضامنة لحقوق المريض من إلى خلل يقع أثناء عمليات الطبي سواء كان خطأ طبي ناتج عن معالجة سيئة وغير سوية أو خطأ ناتج عن استخدامات سيئة.

ففي فرنسا تم المرور إلى هذا المقترح حيث أن المريض عليه الإخطار عن ضرر الذي لحق به ونتج عنه ضرر في غضون 15 يوماً من اكتشاف الضرر.

حيث يتم عرض الشكوى على لجنة جهوية التي تقوم بتجميع كل الملف ولها 06 أشهر من أجل الفصل في الشكوى.

خلال هذه الفترة يتم إجراء خبرة طبية لتحديد إن كان هناك فعلاً خطأ طبي ونسبة العجز هذا من الجهة ومن جهة أخرى على الجهة المؤمن لديها الطبيب الذي يقدم على ضوءها مقترح بنسبة ومبلغ التعويض .

وهنا الديوان الوطني للتعويض عن الحوادث الطبية هو الفيصل في مبلغ التعويض وفي حالة عدم رضا المريض بالمبلغ، هنا يمكنه إخطار القضاء.

من هنا نجد أن هذا الحل هو الأنجح حالياً لضمان حقوق المريض من جهة بأسرع الطرق ومن جهة أخرى درءاً للجهد والمال الذي سيلقى على كاهل المريض المتضرر أصلاً ويكفيه عناء الإجراءات القضائية المعقدة.

وفي هذا الإطار ذهب المشرع التونسي في نفس النهج مضيئاً بتوزيع المسؤولية بين الطبيب والمؤسسة الإستشفائية شريطة أن تكون الأضرار نتيجة إخلال غير مقصود من الطبيب بالتزامه ببذل العناية الواجبة طبقاً للأصول والقواعد العلمية المتعارف عليها ووفقاً للوسائل المتاحة له في حدود وظيفته وتخصصه ومؤهلاته.¹

ومن هنا نجد أن التشريعات الحديثة والمتجددة تتعامل حالياً من أجل ضمان حقوق المريض في مواجهة المهني وهو الطبيب أو المستشفى بموضوعه من خلال البحث عن الأسباب والحلول والتيقن بأن أي خلل في ضمانات المريض ليست مسؤولية فردية ولكن مسؤولية مشتركة وأن خطأ ما أو ضرر ما، ما كان ليتحقق إلا بعد المرور على عدة مخطئين أي أن الخلل في المنظومة الصحية والطبية هو الذي سمح بالإضرار بالمريض.

أي أنه قبل حدوث الضرر والبحث عن كيفية حله وجب إعداد خارطة طريق لرصد خطر الأخطاء قائم على:

- (1) رصد خطر الأخطاء الطبية وجراء التعامل معها أي أن الخطأ ارتكب إما جراء إنعدام الخبرة أو نتيجة ممارسة جديدة وحديثة أو نتيجة مواجهة حالة طارئة أو نتيجة العلاج المعقد.
- (2) سياسة درء الخطر: التعامل مع الخطر كما هو دون تعقيد أو إخفاء للحقائق أو الفاعلين منه.
- (3) إجراء التعامل مع مخاطر الأخطاء الطبية حال حدوثها: وقائمة على تحديد مكان الخطر والشخص المسؤول والإجراء الفوري حال العلم بالخطر وهو إتباع أسرع الطرق لوقف الضرر.
- (4) الإجراءات المتخذة لمعالجة الخطر: وهي التسوية الودية لحماية طرفي العقد.

¹ - د. رضوان الورثاني، الضمان التعويضي للمريض، دار القدس، عمان، 2016، ص104.

ومن هنا وبالرجوع إلى ما نشرته جريدة الشروق أونلاين بتاريخ 2014/14/10 بخصوص تصريح رئيس المنظمة الجزائرية لضحايا الأخطاء الطبية بوجود 1200 حالة ضحية للأخطاء الطبية مؤكداً أن الإحصاء المقدم من قبل وزارة العدل بوجود 20 ألف قضية خطأ طبي لا يعكس الواقع باعتبار أن هذا سيشكل 40% من الذين يلجأون إلى العدالة أما الباقي فلا يثق في اللجوء إلى العدالة باعتبار أن 90% من الذين لجأوا إلى القضاء ملفاتهم أحييت على المحكمة العليا وفي حال الفصل فيها يكون الحكم إما الحبس الموقوف النفاذ أو غرامات مالية بين 30 و 60 مليون.

وهو ما يجعل الطرف القوي في العقد الطبي وهو الطبيب أو المستشفى هم من يتمتعون بالحماية خلافاً لما يجب أن يكون عليه الحال.

ومرد هذا الخلل هو الفراغ القانوني في المنظومة القانونية الجزائرية المنظمة لقطاع الصحة حيث أن القاضي يجد صعوبة في التكيف فيكون الحل السهل هو أخطاء أثناء تأدية المهام، الجرح الخطأ، القتل الخطأ، وهو ما يؤدي إلى تعرض المريض الضحية للظلم في تحديد نسبه التعويض.

وبالرجوع إلى التقرير المشترك الصادر بتاريخ 5 يوليو 2018 والقاضي بأن منظمة الصحة العالمية ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي ومجموعة البنك الدولي إلى أن تدني جودة الخدمات الصحية يعرقل تحقيق تحقيق تقدم في تحسين الصحة في البلدان على مختلف مستويات الدخل.

وبالرجوع إلى أن التشخيص الخاطئ والأخطاء الطبية والعلاج غير المناسب أو الضروري وعدم كفاية المرافق أو الممارسات الإكلينيكية وعدم سلامتها أو افتقار مقدمي هذه الخدمات للقدر الكافي من التدريب والخبرة هي السمات السائدة في جميع الدول.

عليه فإن القائمين على شؤون الصحة ملتزمون بضمان حصول المريض في كل مكان على الخدمات الصحية متى وأينما إحتاجوا إليه وأن تكون هذه الخدمات بالقدر المناسب وتكون الخدمات جيدة فلا يمكن أن تكون هناك تغطية صحية شاملة دون رعاية صحية جيدة.

فبدون خدمات صحية جيدة ستبقى التغطية الصحية الشاملة وعدًا فارغًا فالمريض بحاجة إلى رؤية تركيز أقوى بكثير على الاستثمار في الجودة وتحسينها لإيجاد الثقة في الخدمات الصحية وإتاحة إمكانية حصول الجميع على خدمات صحية عالية الجودة ينصب تركيزها على المريض.

ومن هنا فإن الأوان للقائمين على القطاع الصحي بأخذ زمام المبادرة من خلال وضع سياسات واستراتيجيات وطنية قوية للرعاية الصحية وأن ترتكز الأنظمة الصحية على الرعاية التي تتسم بالكفاءة وتجربة الفاعلين في القطاع الصحي بغية بعث ثقة المريض في منظومته الصحية ويجب اشتراك المواطن في قرارات الرعاية الصحية من خلال المنظمات والجمعيات العاملة والناشطة في هذا المجال وكذا مشاركتهم في وضع نماذج جديدة للرعاية الصحية تتماشى ومتطلبات الرعاية الصحية ويتم التعامل مع المريض كشريك فاعل في المنظومة الصحية.

من أجل كل هذا يمكن القول أن ضمان حقوق المريض في المجال الطبي لا يمكن بأي حال من الأحوال معالجتها بصورة منفردة أو حالة بحالة ولكن معالجتها هي معالجة كلية وشاملة وممنهجة وموضوعة ومسطرة وفقًا لمناهج علمية طبية وإنسانية.

صحيح ومن خلال ما تم التطرق إليه من ضمان للمريض في المجال الطبي من خلال هيكل منظمة كل هيكل طبي متخصص أو عام وتحديد للمهام والصلاحيات والواجبات وهذا

التقسيم والهيكلية من شأنها أن تضمن معالجة أنية ومستقرة ودائمة للمريض من لحظة ولوجه إلى المستشفى إلى غاية مغادرته.

وصحيح أن ضمان المريض لحقه في التبصير والرضا والإعلام وحفظ أسرارته هو متابعة لما بعد التطبيب مع جملة من الإجراءات والبروتوكولات الطبية إلى تسيير في صالح المريض الذي هو الحلقة الأضعف في العقد الطبي.

وصحيح أن المشرع أورد عقوبات في قانون الصحة ضد كل من ثبت تورطه أو إخلاله أو مساسه بصحة المريض وألحق بجسده أثناء التداوي أضرار مباشرة أو غير مباشرة.

غير أن المعالجة المنفصلة لكل جانب من جوانب هذه المنظومة الصحية جعلها غير كافية لضمان تغطية شاملة و عاملة للتكفل الصحي بالمريض فرغم هاته الهيكلية غير أنه مازال يتم تسجيل عدة وفيات أثناء ولوجهم إلى قاعات الاستعجال لعدم وجود منظومة صارمة لتكفل بقسم الاستعجال وما زال نسل أعداد هائلة من التجارب المسجلة من قبل الأطباء والمساعدين أثناء تكفلهم بمعالجة مرضاهم الذين يلقون معاملة مشينة ومذلة في أحيان كثيرة مستغلين الحاجة إلى التطبيب كأداة للضغط والمعاملة السيئة.

وما زال نسل العشرات من الدعاوى القضائية ما زالت مطروحة أمام العدالة للمطالبة بتعويضات أن أضرار متفاوتة الخطورة راح ضمنها مرض جاءوا للمعالجة من أمراض فتعرضوا لحالات عجز غير متوقعة لأسباب عدة سبق التنويه عنها.

من أجل ذلك نقترح:

1) الإسراع في المصادقة على قانون الصحة الجديد من أجل إعطاء نفس جديد للمنظومة الصحية.

- (2) إعادة هيكلة جديدة للمؤسسات الإستشفائية العمومية والخاصة وإدخال منظومة رقابة داخلية تضمن حقوق المريض والعكس على السواء.
- (3) تكثيف برامج التبادل طبي مع أكبر النماذج الطبية تميزًا وتألقًا كالمستشفيات الإماراتية الألمانية أو السعودية الألمانية أو المستشفيات الفرنسية الإسبانية وهي نماذج للنجاح الهيكلي والطبي.
- (4) تكثيف المحاضرات والملتقيات ذات البعد الدولي بخصوص آخر ما جاء به الطب الدولي في توفير الحماية اللازمة للمريض في مصالح الاستعجالات والمصالح الجراحية.
- (5) تحسين المستوى المعيشي والاجتماعي للأطباء لأن الرقي الاجتماعي للطبيب يجعله يتفرغ كليًا للبحوث والأبحاث وتطوير قدراته العلمية والعملية ويجعل تكفله بالمريض متعة بالنسبة إليه وتحقيق نتائج طبية جيدة يزيده من المضي قدمًا في سبيل تحقيق الأفضل.
- (6) تقادي اللجوء إلى الردع الجزائي عن الأخطاء الطبية التي لا يوجد فيها العمد أي لا يوجد الركن المعنوي أي القصد الجنائي للإضرار بالمريض أو دفعة إلى التهلكة أو التسبب عن قصد في الإضرار به والأخذ بالنموذج الفرنسي الذي نجح إلى أبعد حد وهو التسوية الودية داخل هياكل طبية من خلال صندوق للتعويض يعمل بناءً على معطيات مادية وعلمية وتجارب وخبرات أنية باشتراك صناديق الضمان الاجتماعي من خلال إجبار الطبيب على التأمين عن الأخطاء الطبية وبالتالي يحصل المريض على حقوقه دون اللجوء إلى العدالة مع الحفاظ على كرامة الطبيب.

قائمة المصادر و المراجع

قائمة المصادر و المراجع

1- قائمة المصادر

أ/ القوانين

الدستور الجزائري

الدستور الطبي الأردني لحقوق المريض

القانون المدني

قانون الصحة رقم 11/18 المؤرخ في 18 شوال 1439 الموافق لـ 02 يوليو 2018 المتعلق بالصحة .

قانون مزولة مهنة الطب و جراحة الأسنان المصري 1979.

قانون الاداب الطبية اللبناني 1994.

قانون المهن الصحية اليمني 1992

قانون أخلاقيات مهنة الطب الفرنسي 1995

ب/ التنظيم

المرسوم التنفيذي 140/07 المؤرخ في 27 جمادى الأول عام 1428 الموافق لـ 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات الغستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها وسيرها.

المرسوم التنفيذي 319/09 مؤرخ في 06 أكتوبر 2009 يتم قائمة المراكز الاستشفائية الجامعية الملحقه بالمرسوم التنفيذي رقم 467/97 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997-جر رقم 58 في 11 أكتوبر 2009.

المرسوم التنفيذي 25/86 المؤرخ في 11 فيفري 1986، المادة 07، جريدة رسمية عدد 06 الصادرة في 12 فيفري 1986، يتضمن القانون الأساسي النموذجي للمراكز الاستشفائية الجامعية.

المرسوم التنفيذي 466/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية و تنظيمها و سيرها.

المرسوم التنفيذي 465/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997، المتضمن تحديد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و تنظيمها و سيرها.

المرسوم التنفيذي 204/88 المحدد لشروط انشاء عيادات خاصة و فتحها و عملها

المرسوم التنفيذي 321/07 المؤرخ في 22 أكتوبر 2007 المتضمن تنظيم المؤسسات الاستشفائية الخاصة و سيرها

المرسوم التنفيذي 276/92 المؤرخ في 05 محرم 1413 الموافق لـ 06 يوليو 1992، يتضمن مدونة أخلاقيات الطب

ج/ القرارات

القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 26 أبريل 1998 المحدد لتنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية المتخصصة.

د/الاعلانات والمواثيق والاتفاقيات الدولية و الإقليمية

الاعلان العالمي لحقوق الانسان الصادر في الأمم المتحدة في 1928.

إعلان جنيف للقسم الطبي 1948.

إعلان طوكيو 1975.

الاعلان الخاص بحقوق المعوقين 1975

إعلان لشبونة حول حقوق المريض 1981.

الاعلان الأمريكي لحقوق الانسان وواجبات الانسان.

الميثاق العربي لحقوق الانسان 1945.

الميثاق العربي لحقوق الانسان 1997.

الميثاق العالمي للأخلاقيات الطبية و الصحية.

إتفاقية منع إبادة الجنس البشري والمعاينة عليها سنة 1948.

إتفاقية جنيف المؤرخة في 1949.

إتفاقية حقوق الطفل CRC لعام 1989.

الاتفاقية الأمريكية لحقوق الانسان.

2/ المراجع باللغة العربية

أ/ الكتب باللغة العربية

أحمد بن علي بن حجر العسقلاني، فتح الباري، شرح صحيح البخاري، ج12، ط3، مكتبة

دار السلام، الرياض،

أحمد حسن عباس الحيارى، المسؤولية المدنية للطبيب في القطاع الخاص في ضوء القانون الأردني والنظام القانوني الجزائري، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان الأردن، 2005.

أحمد شرف الدين، الأحكام الشرعية للأعمال الطبية، المجلس الوطني للثقافة والفنون، 1983.

أحمد شرف الدين، الأحكام الشرعية للأعمال الطبية، المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الأدب، 1983.

أحمد عباس الشريان، أحكام الطب، دار الأثير للتوزيع، طبعة 2020، بيروت.

أسامة إبراهيم علي التايه، مسؤولية الطبيب الجنائية في الشريعة الاسلامية، ط1، دار البيارق، الأردن، 1999.

أسامة عبد الله قايد، المسؤولية الجنائية للأطباء، دراسة مقارنة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1999.

إليا شريل، منظمات الصحة العالمية، دار النشر بيروت، 2000.

أمجد زادة، قصوؤر الطب، دار الاكرام، دمشق، سنة 1989.

أيمن مصطفى الباقي، مصادر الالتزام الطبي، دار الأمل للنشر، عمان، 1999.

بسام محتسب بالله، المسؤولية الطبية المدنية والجزائية بين النظرية والتطبيق، ط2، دمشق، 2006.

توفيق الزيات، الطب وأدابه، دار الحكمة، بيروت، طبعة 2012.

توفيق خير الله، مسؤولية الطبيب الجراح عن خطأه المهني المجموعة المتخصصة في المسؤولية القانونية للمهنيين، المسؤولية الصحية، ج1، الحلبي الحقوقية، بيروت لبنان، 2000.

جابر محجوب علي، دور الادارة في العمل الطبي، دراسة مقارنة، مجلس النشر العلمي، جامعة الكويت، لجنة التأليف و التقريب والنشر، 2000.

جورج الراوي، حماية المريض في المنظومة الصحية اللبنانية، دار الأمل للنشر، لبنان، 1996.

جورج الساحي، برامج الأمم المتحدة الصحية، دار الارياق، بيروت، طبعة 2008.

حسان شمسي باشا ود/ محمد علي البار، مسؤولية الطبيب بين الفقه و القانون ط، دار القلم، دمشق.

حسن شرف الدين أحمد، التزامات الطبيب في المستشفيات، دار الارقم للنشر والتوزيع، القاهرة، 2009.

رعد الجدة، التشريعات الدستورية في العراق، بيت الحكمة، قسم الدراسات التاريخية، السلسلة الوثائقية، المكتبة الوطنية، بغداد، 1998.

رؤوف أحمد السيوطي، حقوق المواطن الطبية، دار الارقم، طبعة 1999، القاهرة.

زهير أحمد السباعي، الطبي أدبه وفقهه، ط2، دار العلم، دمشق، دار الشامية 1997.

زياد محمد النصار، العقد الطبي، دار النهضة، دمشق، 2019.

السيد أبو الخير ، نصوص المواثيق والاعلانات والاتفاقيات لحقوق الانسان، ط1، ايتراك للنشر و التوزيع، مصر، القاهرة، 2005.

السيد محمد السيد عمران، حماية المستهلك أثناء تكوين العقد، دراسة مقارنة، منشآت المعارف، 2003.

شريف الطباح، جرائم الخطأ الطبي و التعويض عليها، دار الفكر الجامعي، الاسكندرية، 2005.

طلعة إبراهيم لطفي، علم إجتماع التنظيم، دار الغريب للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة، 1992.

عباس محمود عباس، إلتزامات الطبيب، دار النهضة للنشر، بيروت، 2001.

عبد الحميد الشواربي، مسؤولية الاطباء و الصيادلة و المستشفيات، ط2، منشأة المعارف بالاسكندرية، مصر، 2004.

عبد الرحمن بن نصر الشيرازي، نهاية الرتبة في طلب الحسبة، ط2، تحقيق د/السيد الباز العريني، دار الثقافة، بيروت، 1981.

عبد الرزاق السنهوري، الوسيط في شرح القانون المدني، ج1، دار إحياء التراث العربي، بيروت، لبنان، 1964.

عبد الرشيد مأمون، عقد العلاج بين النظرية و التطبيق، دار النهضة العربية، القاهرة، 1986.

عبد الستار أبو غدة، المبادئ الشرعية للطبيب و العلاج.

عبد الغاني عبد الخالق، شرح الحديث لابن القيم الجوزية، تحقيق ومراجعة، دار الكرم للطباعة والنشر، دمشق، د.س .

عبد الكريم مأمون، حق الموافقة على الأعمال الطبية وجزاء الاخلال به، دراسة مقارنة، دار النهضة العربية، القاهرة، 2006.

عبد الله بن سالم الغامدي، مسؤولية الطبيب المهنية، دراسة تأصيلية مقارنة بين الشريعة الاسلامية و القوانين المعاصرة، ط1، داتر الأندلس الخضراء للنشر و التوزيع، جدة ، المملكة العربية السعودية، 1997.

عبد المنعم موسى إبراهيم، حماية المستهلك، منشورات الحلبي الحقوقية، 2007.

علي حسين نجيدة، إلتزامات الطبيب في العمل الطبي، دار النهضة العربية، 1992.

غادة فؤاد مجيد المختار، حقوق المريض في عقد العلاج الطبي في القانون المدني، دراسة مقارنة، منشورات الحلبي الحقوقية، 2011.

غادة فؤاد محمد المختار، حقوق المريض في عقد العلاج الطبي في القانون المدني، منشورات الحلبي الحقوقية، 2011.

محسن عبد الحميد البيه، نظرة حديثة إلى خطأ الطبيب الموجب للمسؤولية المدنية في ظل القواعد القانونية التقليدية، مطبوعات جامعة الكويت، 1993.

محمد حسن قاسم، الطب بين الممارسة وحقوق الانسان، دراسة التزام الطبيب بإعلام المريض أو حق المريض في الاعلام، دار الجامعة الجديدة للنشر، طبعة 2012.

محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية_ الطبيب الجراح، طبيب الاسنان، الصيدلي، التمريض، العيادة و المستشفى، الأجهزة الطبية، منشأة المعارف بالاسكندرية، بلا سنة طبع.

محمد سليمان الاحمد، المسؤولية عن الخطأ التنظيمي في إدارة المنافسة الرياضية، ط1، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2002.

- محمد علي البار، الطبيب أدابه وفقهه، ط2، دار القلم، دمشق، سوريا، 1997.
- محمود الحاج قاسم محمد، السلوك الطبي الاسلامي، الجمعية الطبية الاسلامية، الموصل، العراق، 2004.
- محمود السيد عبد المعطي خيال، التشريعات الحديثة في عمليات نقل الأعضاء، جامعة حلوان، كلية الحقوق، الاسراء الطبيعية، 2008.
- محمود شريف بسيوني، المعاهدات الاوروبية لحماية حقوق الانسان، ط1، دار العلم للملايين، بيروت لبنان، 1989.
- مصطفى أحمد أبو عمرو، الالتزام بالاعلام في عقود الاستهلاك، دار الجامعة الجديدة، 2010.
- مفتاح محمد أقریط، الحماية المدنية و الجنائية للجنس بين الفقه الاسلامي و القانون الوضعي، دار الكتب القانونية، مصر، 2006.
- منذر الفضل، المسؤولية الطبية في الجراحة التجميلية، دراسة مقارنة، ط2، مكتبة دار الثقافة للنشر و التوزيع، عمان الاردن، 1995.
- منير رياض حنا، المسؤولية الجنائية للأطباء والصيدلة، دار المطبوعات الجامعية، الاسكندرية، 1989.
- ب/ الرسائل و أطروحات الدكتوراه والبحوث
- أحمد محمود إبراهيم سعد، مسؤولية المستشفى الخاص عن أخطاء الطبيب ومساعديه، رسالة دكتوراه مقدمة إلى مجلس كلية القانون، جامعة الموصل، 1999.

باسم حوامدة، درجة تطبيق المساءلة الإدارية في المدارس الحكومية في محافظة جرش،
مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، 2005.

جمال الدين العظمي، الحماية الجنائية للخصومة من تأثير النشر، رسالة دكتوراه، سنة
1964.

زينة غانم يونس العبيدي، إرادة المريض في العقد الطبي، دراسة مقارنة، أطروحة دكتوراه
مقدمة إلى كلية القانون في جامعة الموصل، 2005.

سمير عابد الديات، عمليات نقل وزرع الأعضاء البشرية بين الشرع والقانون، ط1، رسالة
دكتوراه، دار الثقافة للنشر و التوزيع، عمان الأردن، 1999.

عبد الرحمن أسعد شكي، حقوق المرضى، مجلة المحامي اليمني، العدد 10، 1988.

عبد السلام الترماني، السر الطبي، مجلة الحقوق والشرعية، العدد الثاني 1981، جامعة
الكويت.

عبد اللع محمد الجبوري، فقه الطبيب و أدبه في المنظور الاسلامي، مجلة الحكمة،
العدد 25.

عيسات رفيقة، المسؤولية الطبية أمام القاضي الإداري، مذكرة لنيل شهادة الماجستير قانون
عام، بتاريخ 20/08/2007.

فارس بن علوش بن بادي السبيعي، دور الشفافية والمساءلة في الحد من الفساد الاداري في
القطاعات الحكومية، رسالة مقدمة لجامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، كلية الدراسات العليا،
طبعة 2010.

ماجدة شاهين، منظمة التجارة العالمية، تقييم الاتفاقيات وتحديث التطبيق، كتاب الأهرام
الاقتصادية، العدد 22، سنة 2006.

محمد علي البار، المسؤولية الطبية وأخلاقيات الطب، دار المنارة للنشر والتوزيع، بحث مقدم لمجمع الفقه الاسلامي في دورته الثامنة المنعقدة في بروتاي، دار السلام، سنة 1993.

محمد لبيب شنب، نظرة في مسؤولية الأطباء عن الأشياء في حراستهم، مجلة المحامي، السنة 5، الاعداد 7-9، سنة 1980.

مروك نصر الدين، الانعاش الصناعي والمسؤولية الطبية، بحث منشور في المجلة القضائية الجزائرية، العدد 1، 1998.

منصور مصطفى منصور، حقوق المريض على الطبيب، مجلة الحقوق والشرعة، ط4، جامعة الكويت، السنة الخامسة، العدد الثاني، 1997.

3/ المراجع باللغة الأجنبية

calais-auloy, rapport de synthèse, in les contratsb d'adhesion et la protection du consommateur, paris ENAG.

world health organization, matirnal motality, A Global, facebook, geweve-1991.

[http://en-wikipedia.org/wiki/declation of geneva](http://en-wikipedia.org/wiki/declation_of_geneva), accessed in:15.07, 2007.

dr. fabrieme majzoub la-4- responsabilité du service public, hesjutaleer, paris, 2000.

alain serge belkor, responsabilite des mdecin, T.M.T-2-2008.

savantier-R. <<thaité de droit medicale. paris 1956.

G.B.chammard LP,manjéun, la responsabilité medicale, paris1974.

H.GROZE et XBTS MUTH, droit de l'information,les responsabilité
penale nee de l'information 2007.

DR.P.henry et B de cocqiew, le droit medical. les mouvement 121
LGDJ2008.

4/ المواقع الإلكترونية:

محمد محمود الهواري، قتل الرحمة في ميزان الأخلاق والقانون، المتاح على الموقع
الإلكتروني <http://www.islamonline.net> accessed in

الفهرس

الصفحة	الموضوع
16-1	المقدمة:
19	الباب الأول: الضمانات العامة للمريض
19	الفصل الأول: الضمانات من خلال القطاع الصحي في الجزائر كضمان للمريض
24	المبحث الأول: تنظيم المؤسسات الإستشفائية العمومية
27	المطلب الأول: مجلس الإدارة
29	الفرع الأول: رئيس مجلس الإدارة
30	الفرع الثاني: مهام مجلس الإدارة
31	المطلب الثاني: المدير
31	الفرع الأول: مهام المدير
33	الفرع الثاني: المديريات الفرعية
37	المطلب الثالث: المجلس الطبي
37	الفرع الأول: تركيبة المجلس ونشاطه
38	الفرع الثاني: مهام المجلس الطبي
39	المطلب الرابع: التسيير المالي
41	المبحث الثاني: تنظيم المراكز الإستشفائية الجامعية
43	المطلب الأول: مهام المركز الإستشفائي الجامعي
44	المطلب الثاني: تسيير المركز الإستشفائي الجامعي
45	الفرع الأول: مجلس الإدارة
46	الفرع الثاني: المدير
50	الفرع الثالث: المجلس العلمي و اللجنة الإستشارية
51	المطلب الثالث: لاالتسيير المالي للمراكز الإستشفائية الجامعية
54	المبحث الثالث: تنظيم المؤسسات الإستشفائية المتخصصة

54	المطلب الأول: مهام المؤسسات العمومية الإستشفائية المتخصصة
55	المطلب الثاني: تنظيم المؤسسات العمومية الإستشفائية المتخصصة
56	الفرع الأول: مجلس الإدارة
60	الفرع الثاني: المجلس الطبي
61	المطلب الثالث: التسيير المالي
62	المبحث الرابع: تنظيم المؤسسات الإستشفائية الخاصة
64	المطلب الأول: شروط الإنجاز و الفتح
68	المطلب الثاني: التنظيم و التسيير
68	الفرع الأول: مجلس الإدارة
69	الفرع الثاني: المدير
70	الفرع الثالث: اللجنة الطبية
71	المطلب الثالث: التسيير المالي للمؤسسات الإستشفائية الخاصة
75	الفصل الثاني: ضمانات المريض في الشريعة الإسلامية والمواثيق الدولية
75	المبحث الأول: حقوق المريض في الشريعة الإسلامية
75	المطلب الأول: حق الإنسان في السلامة الجسدية
75	الفرع الأول: حماية حق الإنسان في السلامة الجسدية
78	الفرع الثاني: طبيعة حق الإنسان في الحياة وفي سلامة جسده
79	المطلب الثاني: حق الإنسان المريض في التداوي والعلاج
80	المطلب الثالث: إباحة عمل الطبيب
84	المطلب الرابع: واجبات الطبيب
85	الفرع الأول: إحترام المريض وضمان خصوصيته ورعايته
87	الفرع الثاني: موافقة المريض على العلاج وتبصيره والمحافظة على أسرار
89	المبحث الثاني: حقوق المريض في المواثيق الدولية
89	المطلب الأول: الإتفاقيات الجهوية والإقليمية
89	الفرع الأول: الميثاق الإسلامي للأخلاقيات الطبية والصحية

93	الفرع الثاني: الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب لعام 1981
94	الفرع الثالث: الإتفاقيات والمواثيق الأوروبية
96	الفرع الرابع: الإتفاقية والإعلان الأمريكي لحقوق الإنسان
97	الفرع الخامس: المواثيق العربية
98	المطلب الثاني: الإتفاقيات والمواثيق الدولية
98	الفرع الأول: الإتفاقيات والمواثيق الصادرة تحت هيئة الأمم المتحدة
105	الفرع الثاني: الإتفاقيات الدولية المتخصصة
124	الباب الثاني: الضمانات الخاصة للمريض
124	الفصل الأول: ضمان حق المريض في العلاج وإختيار الطبيب
130	المبحث الأول: حق المريض في العلاج
137	المطلب الأول: حرية الطبيب في إختيار مريضه
146	المطلب الثاني: الإستثناءات الواردة على مبدأ حرية الطبيب في إختيار مريضه
146	الفرع الأول: حالة المريض الذي يتابع المريض حالته
147	الفرع الثاني: حالة الطبيب المتعاقد مع منشأة تجارية أو صناعية
148	الفرع الثالث: حالة الطبيب الذي يعمل في المستشفيات أو المستوصفات العامة
150	الفرع الرابع: حالة الإستعجال والضرورة
153	الفرع الخامس: حالة الطبيب العضو في فريق طبي
155	المبحث الثاني: حق المريض في إختيار الطبيب
156	المطلب الأول: مبدأ حرية المريض في إختيار طبيبه
163	المطلب الثاني: الإستثناءات الواردة على مبدأ حرية المريض في إختيار الطبيب
164	الفرع الأول: العلاج في المستشفيات العامة
167	الفرع الثاني: الإستعجال

171	الفرع الثالث: حالات إستثنائية أخرى
179	الفصل الثاني: ضمانات المريض في التطبيب
181	المبحث الأول: ضمان الشفافية
182	المطلب الأول: تعريف الشفافية
184	المطلب الثاني: الشفافية ضمان لحقوق المريض
189	المبحث الثاني: ضمان السرية
190	المطلب الأول: تعريف السر الطبي
192	المطلب الثاني: السر المهني كضمان لكرامة المريض
196	المطلب الثالث: حالات إفشاء السر الطبي
196	الفرع الأول: إفشاء السر المهني حماية للمصلحة العامة
203	الفرع الثاني: إفشاء السر المهني حماية للمصلحة الخاصة
207	المبحث الثالث: ضمان الرضا
209	المطلب الأول: صور الرضا
209	الفرع الأول: الرضا الصريح والرضا الضمني
212	الفرع الثاني: سكوت المريض وعدم إعتراضه على التدخل الطبي
213	المطلب الثاني: الرضا الصادر عن المريض البالغ
217	المطلب الثالث: الرضا الصادر عن المريض عديم أو ناقص الأهلية
217	الفرع الأول: الرضا الصادر عن المريض صغير السن
223	الفرع الثاني: الرضا الصادر عن المريض المجنون أو المعتوه أو المصاب بأمراض عقلية
227	المطلب الرابع: الرضا الصادر عن المريض في حالة الضرورة والإستعجال
229	المطلب الخامس: حق المريض في رفض العلاج
230	الفرع الأول: الرفض لسبب ديني
231	الفرع الثاني: الرفض بدافع الرغبة في الإنتحار
231	الفرع الثالث: الرفض من قبل الشخص المضرب عن الطعام

232	الفرع الرابع: رفض العلاج في القتل بدافع الشفقة
234	المبحث الرابع: ضمان التبصير
236	المطلب الأول: مفهوم التبصير
240	المطلب الثاني: أركان التبصير وشكله
240	الفرع الأول: أركان التبصير
248	الفرع الثاني: شكل التبصير
249	المطلب الثالث: مراحل التبصير
249	الفرع الأول: التبصير بالتشخيص
254	الفرع الثاني: مرحلة التبصير بالعلاج
260	الفرع الثالث: التبصير ببروتوكول العلاج وبعده
271	المطلب الرابع: الحالات المؤثرة في درجة التبصير
271	الفرع الأول: تشديد الإلتزام بالتبصير
284	الفرع الثاني: تخفيف الإلتزام بالتبصير
286	الفرع الثالث: الإعفاء من الإلتزام بالتبصير
289	الخاتمة
304	قائمة المصادر و المراجع
315	الفهرس