

الجديد في قانون المسؤولية الطبية الإماراتي رقم (4) لسنة 2016

علي هادي العبيدي

كلية القانون

جامعة العين للعلوم والتكنولوجيا، الإمارات العربية المتحدة

ali.obaidi@aau.ac.ae

الملخص

بتاريخ 2/8/2016 صدر في دولة الإمارات العربية المتحدة القانون رقم (4) لسنة 2016 بشأن المسؤولية الطبية ليحل محل القانون رقم (10) لسنة 2008 بشأن المسؤولية الطبية، وقد اشتمل القانون الجديد على (45) مادة قانونية، وقد تضمنت هذه المواد أحكاماً قانونية جديدة كثيرة، وقد قمنا في هذا البحث بتسليط الضوء على هذه الأحكام وذلك من خلال عرضها والتعليق عليها بالتأييد أو المعارضة، وفي حال المعارضة فقد تم اقتراح ما نراه مناسباً من الأحكام. وقد صنفنا الأحكام القانونية الجديدة إلى ثلاثة أصناف، صنف يتعلق بالواجبات الطبية، وآخر يتعلق بالمحظورات الطبية، وثالث يتعلق بالمسؤولية عن الأخطاء الطبية، لذا تم تقسيم البحث إلى ثلاثة مباحث. وقد ختمنا هذا البحث بمجموعة من النتائج والتوصيات، منها أن هذا القانون قد تضمن أحكاماً قانونية جديدة وجيدة كثيرة لمصلحة المريض، كواجب الطبيب في تبصير المريض بخيارات العلاج المتاحة، ومنعه من إجراء عمليات تغيير الجنس، في حين يجوز له إجراء عمليات تصحيح الجنس وفق الضوابط التي حددها القانون، ومنعه من رفع أجهزة الإنعاش عن المريض إلا إذا توقف القلب والتنفس توقفاً تاماً ونهائياً أو توقفت جميع وظائف المخ توقفاً تاماً ونهائياً، وغير ذلك. ومن الأحكام الجديدة التي جاءت لمصلحة مزاوي المهنة زيادة النسبة التي تتحملها المنشأة الصحية من أقساط التأمين المقررة في عقود التأمين التي تبرمها مع شركات التأمين ضد المسؤولية المدنية عن الأخطاء الطبية الصادرة عن مزاوي المهنة العاملين لديها، وغير ذلك.

الكلمات الدالة: قانون المسؤولية الطبية الإماراتي؛ الواجبات الطبية؛ المحظورات الطبية؛ تغيير الجنس؛ التأمين ضد المسؤولية المدنية عن الأخطاء الطبية؛ رفع أجهزة الإنعاش.

The Latest Emirati Law of the Medical Liability, Law N0. (4) of 2016

Ali Hadi Elobaidi

College of Law

Al Ain University of Science and Technology, UAE

ali.obaidi@aau.ac.ae

Abstract

On 2/8/2016, Law No. (4) of 2016 was issued in the United Arab Emirates to replace Law No. (10) of 2008 regarding medical liability. The new law included (45) articles dealing with many new legal provisions. In this research, the author will highlight these provisions through presenting and commenting on them either in approval or opposition. In the case of having an opposing opinion, a suggested provision is provided.

The present research categorizes the new legal provisions in the law into three categories: First, the medical duties, secondly the medical prohibitions, and thirdly the liability for medical errors. Accordingly, the present research will be divided into three sections.

The research is concluded with a set of conclusions and recommendations. Among which, is that the new law includes many new legal provisions in the benefit of the patient, such as compelling the doctors to inform and enlighten the patient with the available treatment options, as well as prohibiting doctors to conduct sex change operations unless according to conditions stated by the law. In addition, preventing doctors from lifting the recovery apparatus from the patient unless the heart and breathing comes to a complete stop as well as the reaching the state of complete brain and organs failure. There are also new provisions that came in support to the profession practitioners. For example, the increase in the installments of the insurance payments paid by the medical institution stated in the insurance contracts conducted with the insurance companies in the case of the civil liability towards medical errors committed by the practitioners of the medical profession.

Keywords: UAE Medical Liability Law; medical duties; medical prohibitions; sex change; Insurance against civil liability for medical errors; lifting the recovery apparatus.

مقدمة

بتاريخ 2/8/2016 أصدر رئيس دولة الإمارات العربية المتحدة مرسوما بقانون اتحادي يحمل رقم (4) لسنة 2016 بشأن المسؤولية الطبية ليحل محل القانون الاتحادي رقم (10) لسنة 2008 بشأن المسؤولية الطبية. وقد اشتمل القانون الجديد على (45) مادة قانونية، بدلا من (39) مادة التي كان يشتمل عليها القانون القديم، وقد تضمنت هذه المواد أحكاما قانونية جديدة كثيرة. ولغرض تسليط الضوء على هذه الأحكام ارتأينا القيام بإعداد هذا البحث، وسوف نعتمد في هذا البحث أسلوب عرض الأحكام الجديدة والتعليق عليها بالتأييد أو المعارضة، وفي حال المعارضة اقتراح ما نراه مناسبا من الأحكام.

ويمكن تصنيف الأحكام القانونية الجديدة إلى ثلاثة أصناف، صنف يتعلق بالواجبات الطبية، وآخر يتعلق بالمحظورات الطبية، وثالث يتعلق بالمسؤولية عن الأخطاء الطبية. وعليه نقسم هذا البحث إلى ثلاثة مباحث، وذلك على النحو التالي:

المبحث الأول: الواجبات الطبية

المبحث الثاني: المحظورات الطبية

المبحث الثالث: المسؤولية عن الأخطاء الطبية

المبحث الأول

الواجبات الطبية

لقد عالج المشرع الإماراتي الواجبات الطبية في مادتين، تتعلق إحداها - وهي المادة (3) - بواجبات من يزاول إحدى المهن الطبية، سواء أكان طبيباً أو لم يكن طبيباً. والجديد الذي تضمنته هذه المادة هو عبارة: (كما يجب عليه الالتزام بالتشريعات النافذة في الدولة) التي وردت في آخرها، وتعليقاً على ذلك نرى بأنه لم تكن هناك حاجة لإضافة هذه العبارة؛ لأن الالتزام بالتشريعات النافذة في الدولة واجب يقع على عاتق الجميع دون حاجة للنص عليه.

أما المادة الأخرى - وهي المادة (4) - فتتعلق بواجبات الطبيب بصفة خاصة، وقد فرضت هذه المادة أربعة واجبات جديدة على الطبيب لم يرد لها ذكر في القانون القديم، وهي على النحو التالي:

أولاً: استخدام وسائل التشخيص والعلاج المتاحة واللازمة للحالة المرضية⁽¹⁾

مما لا شك فيه أن الطبيب ملزم باستخدام وسائل التشخيص والعلاج المتاحة واللازمة للحالة المرضية وإن لم يوجد نص قانوني يلزمه بذلك؛ لأن هذا الواجب يعد واجباً متقرباً من واجب الطبيب العام الذي نصت عليه المادة (3)، إذ يجب على كل من يزاول مهنة طبية تأدية واجبات عمله بما تقتضيه المهنة من الدقة والأمانة ووفقاً للأصول العلمية والفنية المتعارف عليها وبما يحقق العناية اللازمة للمريض. ويبدو أن المشرع دفع المشرع إلى النص صراحة على هذا الواجب في القانون الجديد هو رغبته في التأكيد على هذا الواجب لمنع حصول أي شك بشأنه نظراً لأهميته، ولكننا نتساءل عن ماهية الحكم فيما لو كانت وسائل التشخيص والعلاج اللازمة للحالة المرضية غير متاحة بالنسبة للطبيب، فهل يُعفى من هذا الواجب؟ مما لا شك فيه أن الطبيب يُعفى من هذا الواجب، إلا أن إعفاءه من هذا الواجب لا يعني عدم تحقق مسؤوليته ومسؤولية المنشأة الطبية التي يعمل فيها؛ إذ يجب على الطبيب أن يطلب من المنشأة التي يعمل فيها توفير المستلزمات الطبية الضرورية، كما يجب على المنشأة توفير هذه المستلزمات ما دام ذلك ممكناً.

ثانياً: استخدام الأدوات والأجهزة الطبية اللازمة في تشخيص ومعالجة المريض بكل يقظة وانتباه ووفقاً للأصول الطبية المتعارف عليها⁽²⁾

يمكن القول بأن ما ذكرناه بشأن الواجب الأول آنف الذكر من أن الطبيب ملتزم بتنفيذ هذا الواجب وإن لم يوجد نص قانوني يلزمه بذلك ينطبق على هذا الواجب أيضاً؛ لأن هذا الواجب يعد واجباً متقرباً من واجب الطبيب العام الذي نصت عليه المادة (3).

ولكننا نتساءل: هل يعد التزام الطبيب باستخدام الأدوات والأجهزة الطبية التزاماً ببذل عناية، بحيث لا تتحقق مسؤوليته عن الضرر الذي ألحقته هذه الأدوات والأجهزة بالمريض إلا إذا أثبت هذا الأخير بأن الطبيب لم يبذل العناية المطلوبة منه في استخدام هذه الأدوات والأجهزة، أي أنه لم يستخدمها بكل يقظة وانتباه ووفقاً للأصول

1- الفقرة (3) من المادة (4) من قانون المسؤولية الطبية.

2- الفقرة (4) من المادة (4) من ذات القانون.

الطبية المتعارف عليها؟ أم يعد التزام الطبيب التزاماً بتحقيق نتيجة، بحيث تتحقق مسؤوليته بمجرد تعرض المريض للضرر من هذه الأدوات والأجهزة ما لم يتمكن الطبيب من إثبات السبب الأجنبي الذي أدى إلى حصول الضرر؟ في الواقع إن التزام الطبيب باستخدام الأدوات والأجهزة الطبية يعد التزاماً بتحقيق نتيجة؛ لأنه إذا كانت مسؤولية الطبيب عن الضرر الذي أصاب المريض بسبب هذه الأدوات والأجهزة مسؤولية تقصيرية، وذلك عندما لا يوجد عقد بين الطبيب والمريض كما هو الحال بالنسبة للطبيب الذي يعمل في المستشفيات الحكومية والطبيب الذي يتدخل لمعالجة المريض في الحالات الطارئة، وجب في هذه الحالة تطبيق المادة (316) من قانون المعاملات المدنية التي نصت على أن: "كل من كان تحت تصرفه أشياء تتطلب عناية خاصة للوقاية من ضررها أو آلات ميكانيكية يكون ضامناً لما تحدثه هذه الأشياء أو الآلات من ضرر إلا ما لا يمكن التحرز منه. وذلك مع عدم الإخلال بما يرد في هذا الشأن من أحكام خاصة". والضرر الذي لا يمكن التحرز منه هو الضرر الذي لا يمكن توقع حصوله ولا يمكن دفعه لمنع حصوله، أي هو ذلك الضرر الذي يعزى لسبب أجنبي⁽³⁾. وهذا يعني أن التزام الحارس بالحراسة - طبقاً لهذا النص - يعد التزاماً بتحقيق نتيجة هي منع الإضرار بالغير⁽⁴⁾. أما إذا كانت مسؤولية الطبيب عن الضرر الذي أصاب المريض بسبب هذه الأدوات والأجهزة مسؤولية عقدية، وذلك عندما يوجد عقد بين الطبيب والمريض، وهو الغالب، فإن التزام الطبيب - طبقاً للرأي الراجح - يعد التزاماً بتحقيق نتيجة أيضاً، هي ضمان سلامة الأجهزة التي يستخدمها في معالجة المريض⁽⁵⁾.

وبالنظر للخلاف الحاصل بشأن طبيعة التزام الطبيب باستخدام الأدوات والأجهزة الطبية فإننا ندعو المشرع الإماراتي إلى النص صراحة بأن التزام الطبيب في هذه الحالة يعد التزاماً بتحقيق نتيجة.

ثالثاً: تبصير المريض

من المعلوم أن علاقة الطبيب بالمريض هي غالباً ما تكون علاقة عقدية ممثلة بعقد العلاج الطبي، إذ الأصل هو عدم جواز قيام الطبيب بأي عمل يتعلق بجسم المريض إلا بعد الحصول على موافقته، والعقد لا ينعقد إلا بارتباط الإيجاب الصادر من أحد العاقدين بقبول الآخر⁽⁶⁾، أي باتفاق إرادتهما. وعليه فالإرادة هي أساس العقد، ولكي تكون هذه الإرادة صالحة لإنشاء العقد وترتيب آثاره القانونية لا بد أن تكون إرادة واعية ومدركة وحررة؛ لذا يلزم لصحة التراضي باعتباره الركن الأساسي في العقد تمتع طرفي العقد بالأهلية وخلو إرادتهما من العيوب. إلا أن الإرادة بهذه المواصفات قد يتعذر تحققها على الرغم من كمال أهلية الطرفين وخلو إرادتهما من العيوب، وذلك عند اختلال التوازن بين طرفي العقد بسبب القوة الاقتصادية لأحدهما أو تأهيله دون الآخر، كما هو الحال بالنسبة لعلاقة المهني بالمستهلك، كعلاقة الطبيب بالمريض. ولغرض إعادة التوازن المفقود بين الطرفين ظهر اتجاه على صعيد القضاء والتشريع بخلق التزامات جديدة بذمة المهني⁽⁷⁾، منها التزامه بالإعلام أو التبصير. ويراد بالالتزام بالإعلام أو

3- د. محمد المرسي زهرة، المصادر غير الإرادية للالتزام في قانون المعاملات المدنية لدولة الإمارات العربية المتحدة، مطبوعات جامعة الإمارات العربية المتحدة، الطبعة الأولى، 2002، ص444. ويبدو أن محكمة تمييز دبي تؤيد هذا الرأي، إذ تقول في حكم لها: (ولا يمكن للمسئول أن يدرأ مسؤوليته عن الضرر الذي تحدثه هذه الأشياء إلا بنفي رابطة السببية بين الشيء والضرر بإثبات السبب الأجنبي الذي لا يمكن التحرز منه). الحكم الصادر في 21/11/1993 - مجلة القضاء والتشريع، 4ع، 1996، ص787. نقل عن: د. محمد زهرة، مرجع سابق، ص440.

4- إلا أنه يوجد رأي آخر يذهب إلى أن الضرر الذي لا يمكن التحرز منه هو الضرر المعتاد الذي يُصاحب استعمال الشيء الاستعمال الصحيح المعهود (د. مصطفى الجمال، القانون المدني في ثوبه الإسلامي، مصادر الالتزام، الطبعة الأولى، 1996، ص588)، أي هو ذلك الضرر الذي ليس بإمكان الحارس منع حصوله رغم قيامه بواجب الحراسة على نحو يتفق مع سلوك الشخص المعتاد. وهذا يعني أن التزام الحارس بالحراسة - طبقاً لهذا النص - يعد التزاماً ببذل عناية الشخص المعتاد لمنع الإضرار بالغير.

5- د. حسن علي الذنون، المبسوط في شرح القانون المدني، الخطأ، دار وائل للنشر، عمان، الطبعة الأولى، 2006، ص519. د. مصطفى الجمال، المسؤولية المدنية للأطباء والمؤسسات الطبية في ضوء أحكام قانون المعاملات المدنية الإماراتي والفقه والقضاء المقارن، جامعة الإمارات العربية المتحدة، بدون تاريخ، ص9. علماً بأن الأصل في التزام الطبيب أنه التزام ببذل عناية. راجع: المادتين (25، 26/2) من قانون مزاوله مهنة الطب البشري الإماراتي، المادة (6) من قانون المسؤولية الطبية الإماراتي الجديد. كذلك راجع في هذا المجال: د. محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية، منشأة المعارف، الإسكندرية، ص147. د. علي هادي العبيدي، الطبيعة القانونية لالتزام الطبيب تجاه المريض، بحث مقدم إلى مؤتمر الحماية القانونية من الأخطاء الطبية الذي تم تنظيمه من قبل معهد التدريب والدراسات القضائية بتاريخ: 28 - 30 نوفمبر 2012، الإمارات العربية المتحدة، دبي، ص6.

6- راجع المادة (125) من قانون المعاملات المدنية.

7- راجع: د. عدنان سرحان، المهني: المفهوم والانعكاسات القانونية، بحث منشور في مجلة الحقوق للبحوث القانونية والاقتصادية، العدد 1، سنة 2003، ص69.

التبصير قيام المهني بتزويد عميله بالمعلومات التي تقتضي مصلحته تزويده بها وأن تكون هذه المعلومات صحيحة. والغاية التي لأجلها فُرض هذا الالتزام على المهني أن تكون موافقة العميل على العقد موافقة مستنيرة، أي موافقة مُدركة لمزايا العقد وعواقبه.

وقد نصت على هذا الالتزام الفقرة (5) من المادة (4) من قانون المسؤولية الطبية الجديد بالقول يجب على الطبيب بصفة خاصة: "تبصير المريض بخيارات العلاج المتاحة"، أي يجب على الطبيب بعد الانتهاء من الفحوصات وتشخيص الحالة المرضية إعلام المريض إن كان هناك خيار واحد للعلاج ومزاياه ومخاطره وسلبياته، أم هناك عدة خيارات للعلاج ومزايا كل خيار ومخاطره وسلبياته.

والسؤال الذي يطرح نفسه بشأن الالتزام بالتبصير الذي أشار إليه النص آنف الذكر هو: هل يعد هذا الالتزام التزاماً جديداً في قانون المسؤولية الطبية الإماراتي؟ وقبل الشروع بالإجابة عن هذا السؤال لا بد من التعرف على نطاق هذا الالتزام، وما إذا كانت له مسميات أخرى. فبخصوص نطاقه يوجد التزام بالتبصير قبل إبرام عقد العلاج الطبي، فلو جاء شخص إلى أحد الأطباء وطلب منه معالجته من مرض معين يعاني منه وكان هذا المرض من الأمراض التي لا علاج لها أو لا فائدة من علاجه أو أن علاجه يتطلب تخصصاً دقيقاً غير متوفر فيه، وجب على الطبيب أن يبصر المريض بحقيقة مرضه وأن يمتنع عن إبرام عقد العلاج معه، أو كان هذا المرض من الأمراض التي لها علاج محفوف بمخاطر كبيرة أو له مضاعفات شديدة، وجب على الطبيب - في هذه الحالة أيضاً - أن يبصر المريض بحقيقة مرضه، وأن يحصل على موافقته قبل إبرام عقد العلاج معه. كما يوجد التزام بالتبصير بعد إبرام عقد العلاج الطبي باعتباره أحد الالتزامات الناشئة عن هذا العقد، فلو جاء شخص إلى أحد الأطباء وطلب منه معالجته من بعض المشاكل التي يعاني منها أو الآلام التي يشعر بها والتي لا يعلم سببها، في هذه الحالة يتم إبرام عقد العلاج الطبي الذي بموجبه يلتزم الطبيب بإجراء الفحوصات الضرورية اللازمة لتشخيص المرض، وبعدها يلتزم بعلاج هذا المرض، كما يلتزم الطبيب بموجب هذا العقد بتبصير المريض ببعض الفحوصات التي سيجريها له والتي لها مساس بجسمه وربما لها بعض الآثار السلبية عليه⁽⁸⁾، كأخذ عينة من دمه وخضوعه للتصوير الشعاعي مثلاً، إذ يجب على الطبيب أن يبين للمريض أهمية الموافقة على هذه الفحوصات لتشخيص المرض ويبين له ما يترتب عليها من آثار سلبية. وبعد الانتهاء من مرحلة الفحص والتشخيص يجب على الطبيب قبل المباشرة بالعلاج تبصير المريض بنوع العلاج إن كان علاجاً دوائياً أو جراحياً أو غير ذلك، وإذا كانت الأدوية التي سيفسها للمريض فيها خطورة على جسمه وجب عليه أن يبصره بذلك ويحذره من خطورة مخالفة تعليمات تناول الدواء من حيث الكمية والوقت والطريقة، وإذا كان للعلاج مضاعفات معينة وجب عليه أن يبصره بذلك، وإذا كانت هناك عدة خيارات للعلاج وجب عليه أن يبصره بهذه الخيارات ومزايا كل خيار ومخاطره وسلبياته. وبعد الانتهاء من مرحلة العلاج يجب على الطبيب أن يبصر مريضه بنتيجة العلاج، كما يجب عليه أن يبصره بأي تدابير أو احتياطات ضرورية لضمان نجاح العلاج وتجنب حصول أية آثار سلبية⁽⁹⁾.

وبشأن تسمية الالتزام بالتبصير نرى بأنه ليس بالضرورة التعبير عن هذا الالتزام بكلمة: (تبصير)، وإنما من الممكن استخدام أية كلمة أخرى تدل على ذات المعنى، مثل كلمة: (الإعلام) وكلمة: (الإخبار) وكلمة: (التنبيه أو التحذير) وغير ذلك. بل أكثر من ذلك نرى بأنه من الممكن أن نستدل على هذا الالتزام من خلال ثمرته المتمثلة في موافقة المريض المستنيرة على الخضوع للفحوصات أو العلاج.

وبعد أن انتهينا من التعرف على نطاق الالتزام بالتبصير ومسمياته الأخرى نحاول الآن الإجابة عن السؤال السابق من خلال استعراض بعض النصوص الواردة في قانون المسؤولية الطبية الجديد، والتي كانت في معظمها موجودة

8- في حين لا ضرورة للتبصير بالنسبة للفحوصات التي ليس لها مساس بجسم المريض ولا ينتج عنها أية آثار سلبية عليه، كقياس درجة الحرارة والضغط وسماع دقات القلب وإجراء الفحص السريري العادي.

9- راجع بشأن الالتزام بالتبصير: د. أكرم محمود حسين و د. زينة غانم العبيدي، تبصير المريض في العقد الطبي، بحث منشور في مجلة الرافدين للحقوق، العراق، مجلد 8، السنة 11، 2006، العدد 30، كانون الأول، ص3 وما بعدها. د. أحمد سليمان، الموافقة المستنيرة للمريض، ورقة عمل مقدمة إلى مؤتمر الحماية القانونية من الأخطاء الطبية الذي تم تنظيمه من قبل معهد التدريب والدراسات القضائية بتاريخ: 28 - 30 نوفمبر 2012، الإمارات العربية المتحدة، دبي، ص3 وما بعدها

في القانون القديم، مع بيان الأحكام الجديدة التي تضمنتها هذه النصوص إن وُجدت⁽¹⁰⁾، وذلك على النحو التالي:

1. نصت الفقرة (6) من المادة (4) على أنه يجب على الطبيب بصفة خاصة: "تنبيه المريض أو ذويه حسب الأحوال إلى ضرورة التقيد بالأسلوب الذي حدده للعلاج...".
2. نصت الفقرة (7) من المادة (4) على أنه يجب على الطبيب بصفة خاصة: "إبلاغ المريض بطبيعة مرضه ودرجة خطورته إلا إذا اقتضت مصلحته غير ذلك أو لم تكن حالته النفسية تسمح بإبلاغه ويتعين إبلاغ أي من ذوي المريض أو أقاربه أو مرافقيه في الحالتين الآتيتين:
 - أ) إذا كان عديم الأهلية أو ناقصها.
 - ب) إذا كانت حالته الصحية لا تسمح بإبلاغه شخصياً، ولم يحدد شخصاً لإبلاغه". وتتمثل الأحكام الجديدة التي تضمنها هذا النص في أمرين، هما:

الأمر الأول: السماح بإبلاغ مرافقي المريض وأقاربه فضلاً عن ذويه، وتعليقاً على هذا الحكم نشير بداية إلى أن المقصود بعبارة ذوي المريض - الواردة في النص قبل تعديله - أقاربه، وبالتالي فلا مبرر لإضافة الأقارب مع الإبقاء على الذوي. ونرى بأن المشرع الإماراتي قد أحسن صنعا بتوسيع نطاق الأشخاص الذين يجب إبلاغهم بدلاً من المريض وذلك بالسماح بإبلاغ مرافقيه؛ لأن المريض قد يراجع الطبيب دون أن يصطحب معه أحداً من ذويه أو أقاربه أو يتعذر على الطبيب معرفة الصلة التي تربط المريض بمن اصطحبه معه، إضافة إلى ذلك فإن من يرافق المريض عادة ما تربطه به صلة قوية وإن لم يكن من أقاربه⁽¹¹⁾.

الأمر الثاني: استبدال عبارة: (ولم يحدد شخصاً لإبلاغه) بعبارة: (وتعذر الحصول على موافقته لإبلاغ ذويه) باعتبارها شرطاً لوجوب إبلاغ ذوي المريض أو أقاربه أو مرافقيه بدلاً من إبلاغ المريض عندما تكون حالته الصحية لا تسمح بذلك، وتعليقاً على ذلك نرى بأن المشرع الإماراتي قد أحسن صنعا بهذا التعديل؛ إذ من جهة لا مبرر لاشتراط تعذر الحصول على موافقة المريض لإبلاغ ذويه أو أقاربه أو مرافقيه لأن حالته الصحية لا تسمح بإبلاغه شخصياً، وبالتالي يجب على الطبيب إخبار من ورد ذكرهم بالنص سواء وافق المريض أو لم يوافق على إبلاغهم، ومن جهة أخرى نؤيد المشرع في اشتراط عدم تحديد المريض شخصاً معيناً لإبلاغه؛ لأن إرادة المريض في هذا المجال واجبة الاحترام.

3. نصت الفقرة (8) من المادة (4) على أنه يجب على الطبيب بصفة خاصة: "إعلام المريض أو ذويه بالمضاعفات التي قد تنجم عن التشخيص أو العلاج الطبي أو التدخل الجراحي قبل بدء تطبيقه ورصدها والمبادرة إلى علاجها متى أمكن ذلك". والجديد الذي تضمنته هذه الفقرة يتمثل في الأمور التالية:

الأمر الأول: استخدام مصطلح: (المضاعفات) بدلاً من مصطلح: (الآثار الجانبية)، ونعتقد بأن مفاد المصطلحين واحد.

الأمر الثاني: عدم اشتراط كون هذه المضاعفات هامة ومتوقعة كما كان النص القديم يشترط ذلك. وحسنا فعل المشرع في عدم اشتراط ذلك؛ لأن شرط المتوقعة شرط بديهي؛ إذ لا يمكن إلزام الطبيب بالإعلام عن أمر غير متوقع، كما أن شرط (الهامة) يعد شرطاً فضفاضاً؛ نظراً لعدم خضوعه لمعيار دقيق، وهو أيضاً قابل لاختلاف وجهات النظر، وبالتالي يعد سبباً لحصول الخلاف.

الأمر الثالث: عدم اشتراط حصول الإعلام قبل البدء بالعلاج الطبي أو التدخل الجراحي. وحسنا فعل المشرع؛ لأن هذا الشرط يعد شرطاً بديهيّاً أيضاً، إذ لا فائدة من إلزام الطبيب بالإعلام بعد البدء بالعلاج الطبي أو التدخل الجراحي.

الأمر الرابع: إضافة سبب جديد قد تنجم عنه المضاعفات، فضلاً عن العلاج الطبي أو التدخل الجراحي، وهو التشخيص، ونتساءل هل يمكن أن يكون التشخيص سبباً قد تنجم عنه المضاعفات؟ في الواقع قد يحصل ذلك عندما تستخدم بعض الوسائل أو الأجهزة التي تنتج عنها بعض الأضرار، مثل بعض أنواع

10- وتجدر الإشارة إلى أن بعض هذه النصوص تتعلق بمحظورات طبية؛ لذا ستكون لنا عودة إليها في المبحث الثاني إن كانت قد تضمنت أحكاماً جديدة.

11- وفي هذا المجال يرى د. حسن علي الذنون بأن المراد بأهل المريض أو ذويه هو كل من يمثلته تمثيلاً قانونياً أو فعلياً، ولا يراد بهم من لهم على المريض حق الولاية أو الوصاية أو القوامة، فقد ينوب عنه صديقه أو من يرافقه إلى الطبيب. مرجع سابق، ص 485. وعليه طبقاً لهذا الرأي لم تكن هناك حاجة لإضافة عبارة المرافقين؛ لأنهم مشمولون بعبارة الذوي. المرجع السابق ذاته، ص 519.

الصور الشعاعية.

الأمر الخامس: رفع عبارة: (بحسب الأحوال) الواردة بعد عبارة: (المريض أو ذويه). وقبل التعليق على موقف المشرع هذا، لا بد من التعرف على مفاد العبارة المحذوفة، إذ نرى بأن مفادها هو وجوب إعلام ذوي المريض بدلاً من المريض في الحالات التي يوجد فيها مانع من إخباره شخصياً، كما لو كان عديم الأهلية أو ناقصها أو كانت حالته الصحية لا تسمح بإبلاغه. ونرى بأن موقف المشرع الحالي غير صحيح؛ لأنه أعطى الخيار للطبيب في إعلام المريض أو ذويه بالمضاعفات، علماً بأنه لا يجوز إعلام غير المريض إلا إذا وجد مانع من إعلامه شخصياً أو تم الحصول على رضاه بذلك. وندعو المشرع إلى التسوية في الحكم بين هذه الحالة والحالة الواردة في الفقرة (7) والمتعلقة بالإبلاغ عن طبيعة المرض ودرجة خطورته.

ونود أن نشير أخيراً إلى أننا نؤيد المشرع هنا في عدم إضافة أقارب المريض إلى ذويه؛ لأن هذه الأخيرة تُغني عنها، ولكننا لا نؤيده في عدم إضافة مرافقي المريض إلى ذويه.

4. قضت الفقرة (1) من المادة (5) بوجود قيام الطبيب بتبليغ أقارب المريض ناقص الأهلية أو مرافقيه بخطة العلاج.
5. قضت الفقرة (3) من المادة (5) - عندما تكون حالة المريض خارجة عن اختصاص الطبيب - بوجود الامتناع عن علاجه، على أن يقوم بإجراء الإسعافات الأولية اللازمة، ثم يوجهه إلى الطبيب المختص.
6. قضت الفقرة (10) من المادة (5) بمنع الطبيب من القيام بإجراءات طبية أو عمليات جراحية غير ضرورية للمريض دون موافقته المستتيرة.
7. نصت الفقرة (1 - ج) من المادة (8) على أنه لا يجوز إجراء العمليات الجراحية إلا بعد الحصول على موافقة كتابية من المريض وذلك: "... بعد تبصيره بالآثار والمضاعفات الطبية المحتملة التي قد تترتب على الجراحة".
8. نصت الفقرة (1 - ج) من المادة (9) على أنه: "لا يجوز إخراج المريض من المنشأة الصحية إلا ... بناء على طلب المريض إذا كان كامل الأهلية رغم تبصيره بعواقب خروجه دون النصيحة الطبية ...".
وتعليقاً على ما ورد في هذه النصوص جميعاً نرى بأن المشرع الإماراتي يأخذ - بشكل صريح أو ضمني - بالالتزام بالتبصير بصوره المختلفة، ومع ذلك حسناً فعل؛ إذ نص في الفقرة (5) من المادة (4) على إلزام الطبيب بتبصير المريض بخيارات العلاج المتاحة؛ نظراً لعدم ورود هذه الحالة المهمة ضمن النصوص المشار إليها آنفاً؛ وذلك لأنه في بعض الحالات تتعدد خيارات العلاج ويكون لكل منها إيجابياته وسلبياته، فيُرجح الطبيب أحدها لقناعته بأنه يمثل الخيار الأفضل للمريض، وهنا يأتي واجب الطبيب بتبصير المريض بخيارات العلاج المتاحة وسبب اختيار الطبيب لأحدها دون الأخرى.

رابعاً: التعاون مع مزاولي المهنة ممن لهم علاقة بحالة المريض الصحية⁽¹²⁾

لقد ألزم القانون الجديد الطبيب بالتعاون مع مزاولي المهنة ممن لهم علاقة بحالة المريض الصحية بعد أن كان القانون القديم يلزمه بالتعاون فقط مع غيره من الأطباء، إذ نرى بأن ما قصده المشرع بعبارة: (مزاولي المهنة) كل من يزاول مهنة من المهن الطبية أو المهن المرتبطة بها⁽¹³⁾.

وحسناً فعل المشرع إذ وسع في نطاق الأشخاص الذين يجب على الطبيب التعاون معهم؛ لأن الأعمال الطبية بمختلف أنواعها يكتمل بعضها بعضاً من أجل تحقيق الهدف المنشود منها جميعاً وهو علاج المريض. وتجدر الإشارة بأن القيد الوحيد الذي أورده المشرع على واجب الطبيب بالتعاون هو وجوب كون مزاول المهنة ممن له علاقة بحالة المريض الصحية، أي أنه غير مكلف بهذا الواجب مع أي مزاول للمهنة وإن لم تكن له علاقة بحالة المريض الصحية⁽¹⁴⁾، لذا فلا يعدّ قيده على هذا الواجب كون مزاول المهنة - ممن له علاقة بحالة المريض الصحية - لا يعمل في ذات المنشأة الصحية التي يعمل فيها الطبيب، إلا أن التعاون مع من يعمل في منشأة صحية أخرى

12- الفقرة (10) من المادة (4) من قانون المسؤولية الطبية.

13- فقد نصت المادة الأولى من قانون المسؤولية الطبية على أن المراد بالمهنة إحدى المهن الطبية أو المهن المرتبطة بها، والمراد بمزاولة المهنة مزاولة إحدى المهن الطبية أو المهن المرتبطة بها.

14- بل وأكثر من ذلك قد يكون ممنوعاً من التعاون مع هكذا شخص إذا ترتب على ذلك إفشاء أسرار المريض.

ينبغي أن يكون ضمن الحدود التي تسمح بها القوانين، كقانون العمل مثلا.

وفي هذه الحال حسنا فعل المشرع؛ إذ لم يحدد طريقة معينة من طرق التعاون لتشمل أي طريقة ممكنة من طرق التعاون، ولا تقتصر على طرق معينة كما فعل ذلك في القانون القديم، حيث ألزم الطبيب بتقديم ما لديه من معلومات عن حالة المريض الصحية والطريقة التي اتبعها في علاجه كلما طُلب منه ذلك واستشارة زميل متخصص إذا استدعت الحالة ذلك⁽¹⁵⁾.

وإذا لم يقدّم الطبيب بتنفيذ هذا الواجب فإنه يتحمل المسؤولية العقدية أو التقصيرية - حسب الأحوال - عن الضرر الذي أصاب المريض والذي كان بإمكان الطبيب أن يمنع حصوله لو تعاون مع غيره من مزاولي المهنة ممن لهم علاقة بحالة المريض الصحية.

ونود أن نشير أخيرا بأن هذا الواجب يعدّ واجبا عاما يدخل بضمنه واجب الطبيب الجراح بالتعاون مع فريقه الطبي الذي يرأسه. وجدير بالذكر أن الطبيب الجراح لا يتحمل فقط المسؤولية عن أفعاله الشخصية الضارة بالمريض، وإنما يتحمل أيضا المسؤولية العقدية عن الأفعال الضارة الصادرة من أعضاء فريقه الطبي إن كان هو الذي اختارهم⁽¹⁶⁾، علما بأن الحكم قد يختلف من حيث تحمل المسؤولية عنهم أو عدم تحملها ومن حيث نوع المسؤولية إن كانت عقدية أو تقصيرية تبعا لاختلاف المكان الذي يعمل فيه الطبيب الجراح إن كان في عيادته الخاصة أو في مستشفى خاص أو في مستشفى حكومي⁽¹⁷⁾، إلا أن قانون المسؤولية الطبية لم يتطرق لهذا النوع من المسؤولية، وبالتالي فهي تخضع للقواعد العامة في مجال المسؤولية عن فعل الغير، عقدية كانت أو تقصيرية⁽¹⁸⁾. وبالنظر لأهمية هذا الموضوع ندعو المشرع الإماراتي إلى معالجته في قانون المسؤولية الطبية.

المبحث الثاني

المحظورات الطبية

لقد تعرض المشرع الإماراتي للمحظورات الطبية في عدة مواد من قانون المسؤولية الطبية، في مقدمتها المادة (5)، ويمكن تصنيف الجديد في مجال هذه المحظورات إلى صنفين: صنف يختص بمحظورات طبية جديدة وصنف يتعلق بمحظورات طبية ليست جديدة ولكن طالها بعض التعديل. وفيما يأتي نوردتها جميعا على أن نبدأ بالمحظورات الجديدة.

أولاً: إيواء المرضى في غير الأماكن المعدة لذلك عدا ما تقتضيه الحالات الطارئة⁽¹⁹⁾

مما لا شك فيه أن الطبيب - والمنشأة الصحية - ملزمان بإيواء المرضى في أماكن معدة لذلك صحيا وإنسانيا، وإن لم يوجد نص قانوني يحظر الإيواء في غير الأماكن المعدة لذلك؛ لأن هذا الواجب يعدّ واجبا متفرضا من واجب الطبيب العام الذي نصت عليه المادة (3)، إذ يجب على كل من يزاول مهنة طبية تأدية واجبات عمله بما تقتضيه المهنة من الدقة والأمانة، ووفقا للأصول العلمية والفنية المتعارف عليها، وبما يحقق العناية اللازمة للمريض. ويبدو إن الذي دفع المشرع إلى النص صراحة على هذا المحذور أو الواجب في القانون الجديد هو رغبته في التأكيد عليه نظرا لأهميته. ولكننا نتساءل لو كان الطبيب يعمل في منشأة صحية ليس فيها أماكن مناسبة لإيواء المرضى فمن الذي يتحمل المسؤولية عن ذلك؟ مما لا شك فيه أن المنشأة الصحية هي التي تتحمل المسؤولية

15- الفقرة (6) من المادة (4) من قانون المسؤولية الطبية القديم.

16- راجع بشأن هذا الموضوع: د. عدنان سرحان و د. علي المهدي، الخطأ في المسؤولية المدنية الطبية، بحث مقدم إلى مؤتمر الحماية القانونية من الأخطاء الطبية الذي تم تنظيمه من قبل معهد التدريب والدراسات القضائية بتاريخ: 28 - 30 نوفمبر 2012، الإمارات العربية المتحدة، دبي، ص16، 17.

17- راجع: د. حسن علي الذنون، مرجع سابق، ص517-515.

18- راجع المادة (1-313/ب) من قانون المعاملات المدنية الإماراتي.

19- الفقرة (8) من المادة (5) من قانون المسؤولية الطبية.

عن ذلك، ولكن قد يشترك الطبيب في المسؤولية إذا لم يقد بدوره المتمثل في تنبيه القائمين على المنشأة الصحية ومطالبتهم بتوفير الأماكن المناسبة. وتجدر الإشارة إلى أن المشرع قد أورد استثناءً أجاز فيه إيواء المرضى في غير الأماكن المعدة لإيوائهم، وذلك في الحالات الطارئة، كما لو استقبلت المنشأة الصحية مريضاً في حالة طارئة وكانت جميع الأماكن المعدة لإيواء المرضى مشغولة.

ثانياً: إجراء عمليات تغيير الجنس⁽²⁰⁾

نصت المادة الأولى من قانون المسؤولية الطبية على أن المراد بتغيير الجنس هو: "تغيير جنس الشخص الذي يكون انتماءه الجنسي واضحاً ذكورة أو أنوثة، وتتطابق ملامحه الجسدية الجنسية مع خصائصه الفسيولوجية والبيولوجية والجنينية، ولا يوجد اشتباه في انتمائه الجنسي ذكراً أو أنثى...". وحسنا فعل المشرع إذ قام بحظر عمليات تغيير الجنس؛ نظراً لما فيها من تغيير في خلق الله وتغيير في الأحكام الشرعية التي تختلف باختلاف جنس الشخص، كالزواج والميراث والعبادات، وما ينتج عنها من زيادة في المعاناة النفسية والمشاكل الاجتماعية. إلا أن المشرع أجاز عمليات تصحيح الجنس نظراً للفرق الكبير بينها وبين عمليات تغيير الجنس، فقد نصت المادة الأولى من قانون المسؤولية الطبية على أن المراد بتصحيح الجنس هو: "التدخل الطبي بهدف تصحيح جنس الشخص الذي يكون انتماءه الجنسي غامضاً، بحيث يشتبه أمره بين أن يكون ذكراً أو أنثى، وذلك كأن تكون له ملامح جسدية جنسية مخالفة للخصائص الفسيولوجية والبيولوجية والجنينية للشخص، كمن تدل ملامحه على أنه ذكر بينما هو في الحقيقة أنثى والعكس".

وقد أجازت المادة (7) من قانون المسؤولية الطبية عمليات تصحيح الجنس وفق الضوابط الآتية:

1. أن يكون انتماء الشخص الجنسي غامضاً ومشتبه في أمره بين ذكر أو أنثى.
2. وأن تكون له ملامح جسدية جنسية مخالفة لخصائصه الفسيولوجية والبيولوجية والجنينية.
3. أن يتم التثبت من حكم الفقرتين (1، 2) من هذه المادة بتقارير طبية وموافقة لجنة طبية متخصصة تنشئها الجهة الصحية؛ وذلك بهدف تحديد جنس المريض والموافقة على عملية التصحيح، وعلى تلك اللجنة إحالة الموضوع إلى الطبيب النفسي لإجراء التهيئة النفسية اللازمة".

ثالثاً: القيام بإجراءات طبية أو عمليات جراحية غير ضرورية للمريض دون الحصول على موافقته المستنيرة⁽²¹⁾

تشير بداية إلى أن المراد بالإجراءات الطبية أو العمليات الجراحية غير الضرورية ربما يُثير صعوبة؛ لأن ما يعد عملاً جراحياً غير ضرورياً بالنسبة لشخص ما قد يكون ضرورياً بالنسبة لغيره، نظراً للاختلاف الكبير بين الناس في الاهتمامات، فإذا كان الشكل يعد أمراً ثانوياً بالنسبة للكثير منهم فإنه يعد أمراً أساسياً بالنسبة لغيرهم ليسوا بالعدد القليل. وتوجد عوامل كثيرة من شأنها أن تؤثر في اهتمامات الناس، كالجنس والعمر ونوع العمل. وعلى أية حال نرى من جانبنا بأن المراد بالإجراءات الطبية أو العمليات الجراحية غير الضرورية الأعمال الطبية غير العلاجية، أي التي يقوم الطبيب بإجرائها على جسم المريض دون أن يكون لديه أي مشاكل صحية في وظائف أعضاء الجسم ولا يعاني من أي آلام. ونرى بأن الإجراءات أو العمليات غير الضرورية لا تشمل الأعمال الطبية التي يكون الهدف منها تحسين شكل الإنسان، أي عمليات التجميل؛ لأن بعض عمليات التجميل - وهي العمليات التوقيمية - تعد عمليات ضرورية عندما يكون الهدف منها ليس فقط تحسين الشكل، وإنما إصلاح عيب في جسم الإنسان، من نقص أو تلف أو تشوه، خلقياً كان أم طارئاً، كالشق في الشفة والتصاق أصابع اليد أو الرجل وعيوب صيوان الأذن والتشوهات الناتجة عن الحروق والحوادث وغير ذلك⁽²²⁾. إلا أن معظم عمليات التجميل - وهي العمليات التحسينية أو الترفية - تعد من العمليات الجراحية غير الضرورية، والتي يكون الهدف منها تحسين مظهر الشخص الاعتباري غير المصاب بعاهة جسمانية أو يكون الهدف منها تجديد الشباب⁽²³⁾.

20- الفقرة (9) من المادة (5) من ذات القانون.

21- الفقرة (10) من المادة (5) من ذات القانون.

22- د. منذر الفضل، المسؤولية الطبية في الجراحة التجميلية، مكتبة دار الثقافة، عمان، ط1، 1992، ص6 - 7.

23- د. حسن القزويني، فن جراحة التجميل، مكتبة دار المعرفة، بيروت، 1974، ص15. ومن الأمثلة على ذلك:

1. تجميل الجفون وإزالة بعض تجاعيد الجلد وتصحيح تهدل الجفن.

ومهما يكن من أمر تحديد المراد بالإجراءات الطبية أو العمليات الجراحية غير الضرورية فإن المشرع في القانون الجديد لم يمنع هكذا أعمال، وإنما اشترط للقيام بها الحصول على موافقة المريض المستنيرة. ونرى بأن المشرع لم يأت بجديد في هذا المجال؛ فقد سبق لنا وأن قلنا بأنه يوجد التزام عام على الطبيب بتبصير المريض وأن الهدف من إلزام الطبيب بهذا الواجب هو الحصول على موافقة مستنيرة من المريض لإبرام عقد العلاج الطبي أو لإجراء التدخل الجراحي، أي الحصول على موافقة مدركة لحقيقة العمل الطبي الذي سيجريه الطبيب ومزاياه وسلبياته أو مخاطره. وعليه فقد نصت الفقرة (8) من المادة (4) على أنه يجب على الطبيب: "إعلام المريض أو ذويه بالمضاعفات التي قد تنجم عن التشخيص أو العلاج الطبي أو التدخل الجراحي قبل بدء تطبيقه..."، ونصت الفقرة (1-ج) من المادة (8) على أنه لا يجوز إجراء العمليات الجراحية إلا بعد الحصول على موافقة كتابية من المريض وذلك: "... بعد تبصيره بالآثار والمضاعفات الطبية المحتملة التي قد تترتب على الجراحة". ويبدو إن الذي دفع المشرع إلى النص صراحة على وجوب الحصول على موافقة المريض المستنيرة على الإجراءات الطبية أو العمليات الجراحية غير الضرورية هو الرغبة في التأكيد أو التشديد على إلزام الطبيب بالتبصير في هذه الحالات التي لا تكون ضرورية وغالبا ما تكون محفوفة بالمخاطر الكبيرة⁽²⁴⁾.

رابعاً: معالجة المريض دون رضاه

لقد وردت الإشارة إلى هذا المحذور في الفقرة (1) من المادة (5)، والجديد الذي تضمنته هذه الفقرة هو ما ورد في آخرها من أنه: "ويعتد برضى المريض ناقص الأهلية بالنسبة للفحص والتشخيص وإعطاء الجرعة الأولى من العلاج على أن يُبلغ أي من أقارب المريض أو مرافقيه بخطة هذا العلاج". ويثير هذا الحكم تساؤلين، يتعلق الأول بالسبب الذي دفع المشرع إلى الاعتداد برضى ناقص الأهلية؛ إذ لم يتطرق المشرع للسبب الذي دفعه لإقرار هذا الاستثناء، ونرى من جانبنا بأنه كان يفترض بالمشرع أن يَصْرَّحَ تطبيق هذا الاستثناء على الحالات التي يتعذر فيها الحصول على موافقة الأقارب أو المرافقين لعدم اصطحاب أي شخص معه وتعذر الاتصال بأقاربه. وعليه نرى عدم جواز تطبيق هذا الاستثناء فيما لو رفض الأقارب أو المرافقون الفحص أو العلاج. ويختص التساؤل الثاني بالهدف من تبليغ أي من أقارب المريض أو مرافقيه بخطة العلاج، هل هو للحصول على موافقتهم أم هو مجرد إبلاغهم فقط؟ أرى بأن الهدف هو لأخذ موافقتهم؛ لأن القول بغير ذلك يعني أن الاعتداد برضى ناقص الأهلية لم يعد قاصراً على الفحص والتشخيص وإعطاء الجرعة الأولى من العلاج.

خامساً: الامتناع عن علاج المريض في الحالات الطارئة أو الانقطاع عن علاجه في جميع الأحوال

لقد وردت الإشارة إلى هذا المحذور في الفقرة (2) من المادة (5)، والجديد الذي تضمنته هذه الفقرة هو ما ورد في آخرها من أنه: "مع مراعاة أحكام المادتين (9 و 10) من هذا المرسوم بقانون". ونرى بأنه ليست هناك حاجة لإضافة هذه العبارة؛ لأن الطبيب ملزم بمراعاة جميع النصوص القانونية سواء ما ورد منها في هذا القانون أو في أي قانون آخر، علماً بأن المادة (9) تتعلق بعدم جواز إخراج المريض من المنشأة الصحية إلا إذا توفرت حالة من

2. رفع الجبهة: وذلك لإخفاء التجاعيد في هذه المنطقة إما عن طريق الجراحة أو عن طريق الحقن.
 3. جراحة الأنف التجميلية: وذلك إما بتصغير الأنف أو تكبيره أو إزالة أيّة نتوءات ظاهرة بالأنف.
 4. جراحة الأذن التجميلية: تهدف إلى تصحيح بعض العيوب مثل الأذن البارزة.
 5. شد الوجه: تهدف إلى إزالة التجاعيد، وكذلك تقشير بشرة الوجه بالليزر أو بواسطة بعض الآلات الدقيقة، وإزالة القشرة الخارجية لجلد الوجه لإزالة عيوب حادثة فيه أو ليبدو أكثر نضارة.
 6. عمليات الصدر التجميلية: تهدف إلى تحسين شكل الثدي أو تغيير حجمه.
 7. عمليات شد البطن: تهدف إلى إزالة الجلد المترهل مع الدهون المتركمة في منطقة الوسط، وشد عضلات البطن لتقويته والحد من بروزه.
 8. جراحة الأرداف والفخذين: تهدف إلى تحسين محيط شكل الأرداف ومنطقة الفخذين.
 9. حقن وتحسين الجلد: كحقن الدهون والكولاجين والبولتوكس؛ حيث تحقن الدهون ليتم تعويض ضمور الأنسجة، وبالتالي تساعد على إخفاء التجاعيد، كما أنها تستخدم لإعطاء الشفتين والوجنتين امتلاءً طبيعياً.
 10. شفط الدهون: تهدف هذه العملية إلى تعديل القوام، وإحداث توازن في توزيع الدهون.
- (راجع: <https://fr-fr.facebook.com/notes>).

24- راجع: رياض أحمد العاني، الجراحة التجميلية ومسؤولية الطبيب المدنية الناشئة عنها، رسالة ماجستير، جامعة النهدين، بغداد، 2002، ص 83، د. أكرم محمود حسين و د. زينة غانم العبيدي، مرجع سابق، ص 39.

الحالات التي حددتها هذه المادة، بينما تتعلق المادة (10) بعدم جواز إنهاء حياة المريض وعدم جواز رفع أجهزة الإنعاش. وتعليقا على ما ورد في الفقرة (2) نرى بأنه كان يفترض بالمشروع أن يحظر على الطبيب الامتناع عن علاج المريض في جميع الأحوال وليس في الحالات الطارئة فقط؛ إذ من حق المريض الالتجاء إلى أي طبيب أو منشأة صحية لطلب العلاج، ولا يجوز للطبيب الامتناع عن علاجه إلا إذا وجدت أسباب خارجة عن إرادته أو كانت الحالة تخرج عن اختصاصه، سواء أكانت حالة المريض حالة طارئة أم عادية.

وتجدر الإشارة إلى أن القانون الجديد قد أضاف حالة أخرى، في الفقرة (3) من المادة (5)، يحظر فيها على الطبيب الامتناع عن علاج مريض أو إسعاف مصاب ما لم تكن حالته خارجة عن اختصاصه، وعليه في هذه الحالة تقديم الإسعافات الأولية له. والجديد الذي تضمنته هذه الحالة هو إضافة سبب جديد يبيح للطبيب الامتناع عن علاج المريض وهو خروج الحالة عن اختصاصه ولكن مع إلزامه بإجراء الإسعافات الأولية. ونرى بأنه كان بإمكان المشرع إضافة هذه الحالة إلى الفقرة (2) لأنها تتعلق بذات الموضوع.

سادساً: وصف أي علاج قبل إجراء الكشف السريري على المريض

لقد وردت الإشارة إلى هذا المحظور في الفقرة (5) من المادة (5)، والجديد الذي تضمنته هذه الفقرة هو ما ورد في آخرها من أنه: "وبجوز للجهات الصحية وضع نظام لتقديم الخدمات الصحية عن بعد وفقا للضوابط والشروط التي تحددها اللائحة التنفيذية لهذا المرسوم بقانون". ومن الواضح أن ما تضمنته هذه الحالة من جديد هو بمثابة استثناء يجوز فيه وصف العلاج قبل إجراء الكشف السريري على المريض. ومما لا شك فيه أن الهدف من هذا الاستثناء هو التيسير على المرضى من خلال تمكينهم من الحصول على الخدمات الصحية عن بعد، أي دون الحضور إلى المنشأة الصحية. ولكن يجب على المشرع أن يجعل بوضع الضوابط والشروط التي يجب مراعاتها لتطبيق هذا الاستثناء، علما بأنه يفترض أن يكون في مقدمة الشروط انتفاء الحاجة للكشف السريري إما لسبق حصوله أو لوضوح الحالة المرضية.

سابعاً: إفشاء أسرار المريض

لقد وردت الإشارة إلى هذا المحظور في الفقرة (6) من المادة (5)، والجديد الذي تضمنته هذه الفقرة هو إضافة حالتين جديدتين يجوز فيهما للطبيب إفشاء أسرار المريض ليصبح عدد هذه الحالات سبعة بدلا من خمس، والحالتان هما:

الحالة الأولى: إذا كان إفشاء السر بناء على طلب من الجهة الصحية وكان الهدف من ذلك حماية الصحة العامة وفقا للشروط والضوابط التي تحددها اللائحة التنفيذية⁽²⁵⁾. ونتفق مع المشرع في إضافة هذه الحالة الجديدة؛ لأنها تعد تطبيقا لقاعدة: "يتحمل الضرر الخاص لدفع الضرر العام"⁽²⁶⁾، وتطبيقا لقاعدة: "الضرورات تبيح المحظورات"⁽²⁷⁾ أيضاً.

الحالة الثانية: إذا كان الغرض من إفشاء السر هو دفاع الطبيب عن نفسه أمام جهة تحقيق أو أية جهة قضائية وبحسب ما تقتضيه حاجة الدفاع⁽²⁸⁾. ونتفق مع المشرع في إضافة هذه الحالة الجديدة أيضاً؛ لأنها تعد تطبيقا لقاعدة: "الضرورات تبيح المحظورات" أنفة الذكر.

وبالإضافة إلى هاتين الحالتين الجديدتين تم تعديل الحالة الأولى التي تجيز للطبيب إفشاء السر بناء على طلب المريض، وذلك بإضافة عبارة: (أو موافقته)⁽²⁹⁾. ونتفق مع المشرع فيما ذهب إليه بهذا التعديل؛ لأن المهم في جواز إفشاء السر هو تحقق رضا المريض وليس المهم أن يكون ذلك بناء على طلب منه. وتجدر الإشارة إلى أنه يشترط

25- الفقرة (6 - و) من المادة (5) من قانون المسؤولية الطبية.

26- المادة (105/1) من قانون المعاملات المدنية.

27- المادة (43) من قانون المعاملات المدنية.

28- الفقرة (6 - ز) من المادة (5) من قانون المسؤولية الطبية.

29- الفقرة (6 - أ) من المادة (5) من ذات القانون.

لصحة رضا المريض بإفشاء السر - طبقاً للقواعد العامة - تمتعه بالأهلية الكاملة، وخلو إرادته من العيوب حتى في الحالة التي يعتد فيها برضا المريض ناقص الأهلية بالنسبة للفحص والتشخيص وإعطاء الجرعة الأولى من العلاج.

ثامناً: إجراء العمليات الجراحية في غير الحالات الطارئة

لقد منع قانون المسؤولية الطبية إجراء العمليات الجراحية في غير الحالات الطارئة، إلا إذا توفرت مجموعة من الشروط. وقد قام المشرع في القانون الجديد بإجراء بعض التعديلات على الشرط المتعلق بوجوب أخذ موافقة كتابية من المريض للسماح بإجراء هذه العمليات، وتتمثل هذه التعديلات في الأمور الثلاثة التالية:

الأمر الأول: تعديل العبارة التالية: (أن تؤخذ موافقة كتابية من المريض إن كان كامل الأهلية أو من أحد أقاربه حتى الدرجة الرابعة إن كان ناقص الأهلية أو تعذر الحصول على موافقته) لتصبح على النحو التالي: (أن تؤخذ موافقة كتابية من المريض إن كان كامل الأهلية أو من أحد الزوجين أو من أحد أقاربه حتى الدرجة الرابعة وإن كان عديم الأهلية أو ناقص الأهلية أو تعذر الحصول على موافقته)⁽³⁰⁾. والجديد الذي أراد المشرع إضافته إلى النص هو جواز أخذ موافقة أحد الزوجين. ونؤيد المشرع فيما ذهب إليه؛ لأن الزوج هو الأقرب للمريض من أي قريب، ولكننا لا نؤيده في طريقة صياغته للنص، وعليه نقترح صياغة النص على النحو التالي: (أن تؤخذ موافقة كتابية من المريض إن كان كامل الأهلية أو من زوجه أو أحد أقاربه حتى الدرجة الرابعة إن كان عديم الأهلية أو ناقصها أو تعذر الحصول على موافقته)، علماً بأن إضافة عبارة: (عديم الأهلية) ليست ضرورية ويمكن الاكتفاء بعبارة: (ناقص الأهلية)؛ لأن اشتراط كون المريض ناقص الأهلية يشمل عديم الأهلية من باب أولى.

الأمر الثاني: تعديل العبارة التالية: (ويعتبر أهلاً للموافقة كل من أتم الثامنة عشرة سنة ميلادية) من خلال إضافة الاستثناء التالي: (ما لم يكن عديم الأهلية) إلى آخرها⁽³¹⁾. ونحن نؤيد المشرع في هذه الإضافة، ولكن كان يفترض فيه أن يقول ما لم يكن عديم الأهلية أو ناقصها. إذ أن ما قصده المشرع بهذه الإضافة هو رغبته في تأكيد أنه لا يريد مخالفة الأحكام العامة للأهلية إلا بالنسبة للعمر فقط.

الأمر الثالث: إضافة الفقرة (د) إلى المادة (8) التي نصت على أنه: "في حال تعذر الحصول على موافقة المريض أو زوجه أو أي من أقارب المريض حتى الدرجة الرابعة يكتفى بتقرير من الطبيب المعالج وطبيب آخر من ذات المنشأة الصحية ومديرها يؤكد حاجة المريض للعملية الجراحية ما لم يكن كامل الأهلية وكذلك تعذر الحصول على أي من تلك الموافقات". وتعليقاً على ما ورد في هذه الفقرة نورد الملاحظتين التاليتين:

الملاحظة الأولى: كان يفترض بالمشرع أن يدمج هذا النص مع نص الفقرة (ج) ولا يفرد له فقرة جديدة؛ لأنها تتعلق بذات الموضوع ولا تمثل شرطاً جديداً، علماً بأن المشرع قد ذكر في كل فقرة شرطاً من شروط إجراء العمليات الجراحية في غير الحالات الطارئة.

الملاحظة الثانية: نؤيد المشرع فيما أورده في الفقرة (د) من جواز الاكتفاء بتقرير من الطبيب المعالج وطبيب آخر من ذات المنشأة الصحية ومديرها يؤكد حاجة المريض للعملية الجراحية لإجراء هذه العملية؛ لأنه أحياناً قد تقتضي مصلحة المريض إجراء العملية ولكن يتعذر الحصول على الموافقة المطلوبة. ولكننا نتساءل عما قصده المشرع بالاستثناء الذي أورده في نهاية هذه الفقرة، فهو يقول: (ما لم يكن كامل الأهلية وكذلك تعذر الحصول على أي من تلك الموافقات)، إذ نرى بأن العبارة غير واضحة، فالفقرة (د) تقول في مطلعها بأنه: (في حال تعذر الحصول على موافقة المريض)، ويفترض أن المقصود بالمريض هنا هو المريض كامل الأهلية، وبالتالي فهو مشمول بالحكم الذي أورده، ثم عادت الفقرة في نهايتها لتستثني من حكمها، وهذا تناقض. وعليه نقترح حذف عبارة: ما لم يكن كامل الأهلية وكذلك تعذر الحصول على أي من تلك الموافقات.

تاسعاً: إخراج المريض من المنشأة الصحية

30- المادة (8/ 1- ج) من ذات القانون.

31- المادة ذاتها.

لقد منع قانون المسؤولية الطبية إخراج المريض من المنشأة الصحية إلا إذا كانت حالته الصحية تسمح بذلك أو بناء على رغبته مع وجوب توفر بعض الشروط. وقد قام المشرع في القانون الجديد بإجراء بعض التعديلات على حالة إخراج المريض بناء على رغبته، كما أنه أضاف حالة جديدة يجوز فيها إخراج المريض من المنشأة الصحية، وفيما يأتي بيان ذلك:

1. إخراج المريض من المنشأة الصحية بناء على رغبته: يتمثل التعديل الذي أجراه المشرع على حالة إخراج المريض من المنشأة الصحية بناء على رغبته في الأمور التالية:

الأمر الأول: لقد أوضح المشرع في النص الجديد بأن الإقرار الكتابي الذي يجب أن يؤخذ من المريض الكامل الأهلية هو إقرار بتحملة المسؤولية. ونرى أن هذا التوضيح جيد؛ لأن الإقرار الكتابي المجرد قد يُفسر على أنه رضا المريض بالخروج وليس بتحمل المسؤولية⁽³²⁾.

الأمر الثاني: لقد أوجب المشرع في النص الجديد، في حالة كون المريض ناقص الأهلية أو عديمها، لجواز إخراجه من المنشأة الصحية توفر شرطين، هما: موافقة كتابية من أحد الأطباء في المنشأة، وإقرار من الولي أو الوصي بمسؤولية نقله إلى منشأة صحية أخرى. وتجدر الإشارة بأن الشرط الثاني ليس جديداً، ولكنه يختلف عما كان موجوداً في النص القديم من حيث أن المشرع اشترط إقرار الولي أو الوصي وليس أي قريب من الدرجة الثانية، كما أنه أوضح بأن هذا الإقرار هو إقرار بمسؤولية نقله إلى منشأة صحية أخرى⁽³³⁾. وحسنا فعل المشرع بهذا التعديل حفاظاً على مصلحة ناقص الأهلية أو عديمها. ولكننا ندعو المشرع إلى اشتراط الكتابة في إقرار الولي أو الوصي لسد الباب أمام أي احتمال لتلمص الولي أو الوصي من مسؤوليته من خلال إنكار الإقرار.

ونود أن نشير أخيراً إلى أننا لا نؤيد المشرع فيما ذهب إليه من قصر تطبيق هذا الحكم على حالة المريض ناقص الأهلية أو عديمها، واستبعاد حالة المريض الكامل الأهلية عند تعذر الحصول على موافقته التي كانت موجودة في القانون القديم؛ لأن تعذر الحصول على الموافقة تجعل المريض وإن كان كامل الأهلية بحاجة إلى من ينوب عنه في الموافقة لتحقيق مصلحته.

2. إخراج المريض من المنشأة الصحية من أجل نقله إلى منشأة أخرى لاستكمال علاجه: تتمثل الحالة الجديدة التي أضافها المشرع لجواز إخراج المريض من المنشأة الصحية عندما يكون إخراجه من أجل نقله إلى منشأة أخرى لاستكمال علاجه مع توفر مستلزمات النقل الصحي السليم وعدم تضرر المريض من عملية النقل⁽³⁴⁾. ويبدو أن السبب الذي دفع المشرع لإضافة هذه الحالة التي يتم فيها الإخراج بقرار تتخذه المنشأة الصحية دون حاجة للحصول على موافقة المريض هو المصلحة الاقتصادية للمنشأة، كما لو تطلبت حالة المريض إجراء عملية مكلفة غير مغطاة ببطاقة التأمين التي يحوزها المريض. وحسنا فعل المشرع إذ لم يسمح بتطبيق هذه الحالة إلا بتوفر الشروط الثلاثة المشار إليها آنفاً؛ حفاظاً على مصلحة المريض، إذ بهذه الشروط وازن المشرع بين المصلحة الاقتصادية للمنشأة والمصلحة الصحية للمريض.

وتجدر الإشارة أخيراً إلى أنه إذا كان المشرع قد منع إخراج المريض من المنشأة الصحية حفاظاً على مصلحته فإنه بالمقابل منع بقاء أي شخص في المنشأة دون رضاها ودون مبرر طبي حفاظاً على المصلحة الاقتصادية للمنشأة⁽³⁵⁾. ونحن نؤيد المشرع فيما ذهب إليه، ولكننا نرى بأنه كان يفترض فيه أن يمنع بقاء أي شخص في المنشأة دون مبرر طبي وإن كان برضاها حفاظاً على مصلحة شركات التأمين.

عاشراً: إنهاء حياة المريض

لقد أكد القانون الجديد على الحكم المقرر في القانون القديم والقاضي بعدم جواز إنهاء حياة المريض أياً كان السبب ولو بناء على طلبه أو طلب الولي أو الوصي عليه⁽³⁶⁾. ولكن الجديد في هذا المجال هو إضافة الحكيمين التاليين:

32- راجع المادة (9/ 1- ج) من ذات القانون.

33- راجع المادة (9/ 1- د) من ذات القانون.

34- راجع المادة (9/ 1- ب) من ذات القانون.

35- راجع المادة (9/ 2) من ذات القانون.

36- راجع المادة (10/ 1) من ذات القانون.

الحكم الأول: عدم جواز رفع أجهزة الإنعاش عن المريض

نصت على هذا الحكم الفقرة (2) من المادة (10) بقولها: "لا يجوز رفع أجهزة الإنعاش عن المريض إلا إذا توقف القلب والتنفس توقفا تاما ونهائيا، أو توقفت جميع وظائف المخ توقفا تاما ونهائيا، وفقا للمعايير الطبية الدقيقة التي يصدر بها قرار من الوزير، وحكم الأطباء بأن هذا التوقف لا رجعة فيه". يتبين لنا من هذا النص أنه يلزم للسماح برفع أجهزة الإنعاش عن المريض أن يتوفر شرطان، هما: الأول، أن يتوقف كل من القلب والتنفس توقفا تاما ونهائيا، أو تتوقف جميع وظائف المخ توقفا تاما ونهائيا، وذلك كله وفقا للمعايير الطبية الدقيقة التي يصدر بها قرار من الوزير. ونظرا لأهمية هذا الموضوع يفترض الإسراع بوضع هذه المعايير. يتبين لنا من هذا الشرط أن المشرع الإماراتي قد أخذ بمعياري تحديد لحظة الموت؛ المعيار القديم الذي يعتمد توقف القلب والجهاز التنفسي أساسا لتحديد لحظة الموت والمعيار الحديث الذي يعتمد توقف الدماغ أساسا لتحديد لحظة الموت، أي أن الموت يتحقق بتوقف القلب أو بتوقف الدماغ، ويتفق هذا الشرط مع ما توصل إليه مجمع الفقه الإسلامي في عام 1986⁽³⁷⁾.

والثاني، أن يكون التوقف لا رجعة فيه طبقا لحكم الأطباء. ونرى بأن هذا الشرط لم يضيف جديدا إلى الشرط الأول الذي ورد فيه بأن التوقف يجب أن يكون نهائيا، أي لا رجعة فيه. كما أن عبارة: (حكم الأطباء) لا مبرر لها ويغني عنها المعايير الطبية الدقيقة.

الحكم الثاني: جواز عدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي⁽³⁸⁾ للمريض

نصت على هذا الحكم المادة (11) بقولها: "يجوز السماح بحدوث الوفاة الطبيعية وذلك بعدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي للمريض في حالة الاحتضار، وذلك عند توفر الشروط التالية:

1. إذا كان المريض يعاني من مرض غير قابل للشفاء منه غالبا.
2. أن يتم استنفاد كافة طرق العلاج.
3. أن يثبت عدم جدوى العلاج في مثل هذه الحالة.
4. أن ينصح الطبيب المعالج بعدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي.
5. أن يقرر ثلاثة على الأقل من الأطباء الاستشاريين أن مصلحة المريض تقتضي السماح بحدوث الوفاة الطبيعية وعدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي. ولا يشترط في هذه الحالة الحصول على موافقة المريض أو وليه أو الوصي عليه.
6. ولا يجوز الامتناع عن إجراء الإنعاش في حالة طلب صريح من المريض ولو كان الإنعاش غير مجد لعلاجيه".

والمفئت في شروط جواز السماح بحدوث الوفاة الطبيعية من خلال عدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي للمريض هو الشرط الأخير القاضي بوجوب عدم وجود طلب صريح من المريض بإجراء الإنعاش له؛ وذلك لأن المريض محتضر ومصاب بمرض غير قابل للشفاء وقد قرر الأطباء أن مصلحة المريض تقتضي السماح بحدوث الوفاة الطبيعية وعدم إجراء الإنعاش القلبي الرئوي له، وبالتالي فلا مبرر لهذا الشرط.

حادي عشر: إجراء عمليات الاستنساخ البشري

لم يحصل أي تعديل على هذا المحظور بموجب القانون الجديد، فقد نصت المادة (12/1) من هذا القانون على أنه: "يحظر إجراء عمليات الاستنساخ البشري، كما يحظر إجراء الأبحاث والتجارب والتطبيقات بقصد استنساخ كائن بشري". إلا أن هذا القانون أورد تعريفا للاستنساخ على أنه تكوين كائن بشري بنقل نواة من خلية جسدية بشرية

37- راجع: د. منذر الفضل، التصرف القانوني في الأعضاء البشرية، وزارة الثقافة والإعلام، بغداد، ط1، 1990، ص150.

38- يراد بالإنعاش القلبي الرئوي إنعاش القلب والرئتين (Cardiopulmonary resuscitation) واختصاراً (CPR)، وهي عملية إسعافية طارئة يقوم بها الشخص المسعف ويتم تنفيذها يدوياً في محاولة للحفاظ على وظائف الدماغ سليمة حتى يتم اتخاذ مزيد من التدابير لاستعادة الدورة الدموية والتنفس من أجل إنقاذ حياة الشخص المصاب بسكتة قلبية. ويعتبر المريض الذي تجرى له عملية الإنعاش القلبي في حالة موت سريري، وإذا لم يتم على الفور البدء بعملية الإنعاش فإن خلايا الدماغ تبدأ بالتلف خلال دقائق. وتختلف عملية الإنعاش بحسب المسعف، حيث تقسم إلى قسمين، إنعاش ابتدائي وإنعاش متقدم. (نقلا عن: <https://ar.wikipedia.org>).

إلى بويضة منزوعة النواة، وتتكاثر الخلية الناتجة عن ذلك مكونة جنينا هو نسخة إرثية تكون مطابقة لصاحب الخلية الجسدية⁽³⁹⁾.

ثاني عشر: إجراء أبحاث أو تجارب طبية على الإنسان

لقد أضاف قانون المسؤولية الطبية الجديد شرطا جديدا مهما للسماح بإجراء أبحاث أو تجارب طبية على الإنسان، وهو الحصول على موافقة الشخص؛ إذ لا يمكن إجراء هذه الأبحاث أو التجارب دون الحصول على هذه الموافقة. وبالتأكيد نحن نؤيد المشرع فيما ذهب إليه، ولكننا ندعوه إلى اشتراط أن تكون هذه الموافقة مكتوبة. كما أن القانون الجديد اشترط في التصريح الواجب الحصول عليه من الجهة المختصة أن يكون تصريحها كتابيا نظرا لخطورة هذه الأبحاث أو التجارب على الإنسان.

وبخصوص صياغة النص ندعو المشرع إلى حذف كلمة: (اللجنة) وبدلا عنها توضع كلمة: (الجهة) أو (اللجنة)⁽⁴⁰⁾.

ثالث عشر: إجراء عمليات إجهاض أو وصف أي شيء من شأنه أن يؤدي إلى الإجهاض

لم يحصل تعديل على هذا المحظور ولا على الحالتين اللتين يجوز فيهما الإجهاض، إلا أن القانون الجديد أضاف شرطا جديدا للسماح بالإجهاض في الحالة الأولى التي يكون فيها استمرار الحمل يشكل خطرا على حياة الأم، وهو: (ألا تكون هناك وسيلة أخرى لإنقاذ حياة الحامل غير الإجهاض)⁽⁴¹⁾، ورغم أن هذا الشرط يعدّ شرطا بديها يجب مراعاته، ولكننا مع ذلك نؤيد المشرع في النص عليه صراحة نظرا لخطورة الإجهاض. كما أن هذا القانون قد أجرى تعديلا على الشرط الثاني للسماح بالإجهاض في هذه الحالة، فبعد أن كان القانون القديم لا يشترط موافقة الزوج لإجراء عملية الإجهاض في الحالات الطارئة، أي أنه كان يشترط موافقة الحامل فقط أو وليها عند تعذر الحصول على موافقتها، أصبح القانون الجديد لا يشترط موافقة أي منهم، فقد ورد في النص الجديد: (ولا تشترط موافقة أي منهم في الحالات الطارئة التي تتطلب تدخلا جراحيا فوريا)⁽⁴²⁾. وبالتأكيد نحن نؤيد المشرع فيما ذهب إليه؛ لأن الفعل الضروري اللازم لإنقاذ حياة إنسان لا يتوقف على موافقة أحد حتى الشخص نفسه.

وبخصوص صياغة نص المادة (16) ندعو المشرع إلى حذف كلمة: (أو) الواردة في مطلعها والتي توسطت كلمتي: (عملية و إجهاض).

المبحث الثالث

المسؤولية عن الأخطاء الطبية

لقد عالج المشرع الإماراتي في قانون المسؤولية الطبية القديم الخطأ الطبي والمسؤولية الطبية في مادة قانونية واحدة هي المادة (14)، في حين فصل - في القانون الجديد - بين هذين الموضوعين، فقد عالج الخطأ الطبي في المادة (6) وعالج المسؤولية الطبية في المادة (17)، وكان الأولى به لو ترك معالجتهما في مادة واحدة أو مادتين متتابعتين؛ نظرا للترابط الوثيق بين هذين الموضوعين؛ إذ يمثل الخطأ الطبي الركن الأول في المسؤولية الطبية، بل أكثر من ذلك كان الأولى به لو عالج موضوع التأمين من المسؤولية المدنية عن الأخطاء الطبية في نفس المكان الذي عالج فيه الخطأ الطبي والمسؤولية الطبية، وذلك لذات السبب.

39- المادة (1) من ذات القانون. لقد عرفه د. هاني رزق في بحثه بيولوجيا الاستنساخ على أنه: (تكون كائن حي كنسخة مطابقة تماما، من حيث الخصائص الوراثية والبيولوجية والشكلية، لكائن حي آخر). نقلا عن: د. عبد الفتاح محمود إدريس، الاستنساخ من منظور إسلامي، بحث مقدم إلى مؤتمر: أخلاقيات العلوم الحياتية وتطبيقاتها من منظور علمي وشرعي وقانوني، كلية العلوم، جامعة اليرموك، 2001، ص3.

40- راجع المادة (12/ 2) من قانون المسؤولية الطبية.

41- راجع المادة (16/ 1 - أ) من ذات القانون.

42- راجع المادة (16/ 1 - ج) من ذات القانون.

وبعد هذه المقدمة سنورد أدناه الأحكام الجديدة التي جاء بها المشرع في مجال المسؤولية عن الأخطاء الطبية، وكما يأتي:

أولاً: الخطأ الطبي

نصت المادة (6) من قانون المسؤولية الطبية الجديد على أن: "الخطأ الطبي هو ما يرتكبه مزاول المهنة نتيجة أي من الأسباب التالية:

1. جهله بالأمور الفنية المفترض الإلمام بها في كل من يمارس المهنة من ذات درجته وتخصصه.
2. عدم اتباعه الأصول المهنية والطبية المتعارف عليها.
3. عدم بذل العناية اللازمة.
4. الإهمال وعدم اتباعه الحيطة والحذر. وتحدد اللائحة التنفيذية لهذا المرسوم بقانون معايير الخطأ الطبي الجسيم".

ويتمثل الجديد الذي تضمنه هذا النص في الأمور التالية:

1. إعادة صياغة النص القديم من خلال تعداد معايير الخطأ الطبي في أربع نقاط، والإحالة إلى اللائحة التنفيذية بشأن تحديد معايير الخطأ الطبي الجسيم، علماً بأن هذه اللائحة لم تصدر بعد. ومما لا شك فيه أن ما أقدم عليه المشرع من تعداد معايير الخطأ الطبي يعد أمراً جيداً، إلا أن الإحالة إلى اللائحة التنفيذية بشأن تحديد معايير الخطأ الطبي الجسيم تُولد لدى القارئ تصوراً غير صحيح بأن المعايير المشار إليها في النص هي معايير الخطأ الطبي اليسير. إذ نرى بأن المعايير التي أوردها المشرع تعد معايير للخطأ الطبي بنوعيه، الجسيم واليسير، وذلك تبعاً لدرجة الخطأ الذي يرتكبه مزاول المهنة الطبية.
2. تعديل المعيار الأول من معايير الخطأ الطبي من خلال إضافة العبارة التالية: (من ذات درجته وتخصصه) إلى نهاية الفقرة الأولى. وحسناً فعل المشرع إذ أضاف هذه العبارة؛ لأن نطاق الأمور الفنية المفترض الإلمام بها ليس واحداً لدى كل من يمارس المهنة، فهو يتسع ويضيق تبعاً لاختلاف درجة مزاول المهنة وتخصصه، فالطبيب العام مثلاً ليس كالطبيب المتخصص.
3. إضافة معيار جديد إلى معايير الخطأ الطبي، وهو معيار عدم اتباع الأصول المهنية والطبية المتعارف عليها. وحسناً فعل المشرع إذ أضاف هذا المعيار؛ إذ لكل مهنة أصول متعارف عليها ينبغي الالتزام بها.

ثانياً: حالات انتفاء المسؤولية الطبية

لقد أوردت المادة (17) من قانون المسؤولية الطبية الجديد أربع حالات لا تتحقق فيها المسؤولية الطبية، والجديد الذي جاء به المشرع في هذا المجال يتمثل في الأمور التالية:

1. إضافة حالة جديدة إلى الحالات التي لا تتحقق فيها المسؤولية الطبية، فقد نصت الفقرة (1) من المادة (17) على أنه: "لا تقوم المسؤولية الطبية ... : 1- إذا لم يكن الضرر نتيجة أي من الأسباب المحددة بالمادة رقم (6) من هذا المرسوم بقانون ولائحته التنفيذية"، أي أن الضرر الذي أصاب المريض لم يكن نتيجة للخطأ الذي ارتكبه مزاول المهنة.
2. حذف العبارة التالية: (وذلك كله دون إخلال بحكم البند الفرعي (د) من البند (1) من المادة (7) من هذا القانون) من الحالة الثانية من الحالات التي لا تتحقق فيها المسؤولية الطبية، التي نصت عليها الفقرة (2) من المادة (17) بالقول: "لا تقوم المسؤولية الطبية ... : 2- إذا كان الضرر قد وقع بفعل المريض نفسه أو رفضه العلاج أو عدم اتباعه للتعليمات الطبية الصادرة إليه من المسؤولين عن علاجه أو كان نتيجة لسبب خارجي". ويتعلق البند الفرعي (د) من البند (1) من المادة (7) من القانون القديم بوجوب أخذ موافقة كتابية من المريض باعتبارها أحد شروط إجراء العمليات الجراحية في غير الحالات الطارئة. وحسناً فعل المشرع بحذفه لهذه العبارة؛ إذ لا داعي لها ولا تضيف جديداً، فلو أن الطبيب قد أجرى عملية دون الحصول على الموافقة المطلوبة يكون قد ارتكب خطأ، وبالتالي يتحمل مسؤولية الضرر الذي أصاب المريض وإن كان نتيجة رفضه العلاج أو عدم اتباعه للتعليمات الطبية. ومن جهة أخرى فإن ما ورد في هذه العبارة يعد واجباً على من يتصدى لتطبيق القانون، حيث إن ما يرد في النصوص القانونية يعتبر وحدة متكاملة، فلا يجوز الالتزام بجزء منه ومخالفة

جزء آخر.

وتجدر الإشارة أخيراً إلى أن ما ورد في الحالة الثانية من الحالات التي لا تتحقق فيها المسؤولية الطبية يعد مجرد تطبيق للقواعد العامة في المسؤولية المدنية المتعلقة بالسبب الأجنبي⁽⁴³⁾، وهذا يعني أنه بالإمكان حذف هذه الحالة والاكتفاء بما ورد في القواعد العامة.

3. تعديل الحالة الرابعة من الحالات التي لا تتحقق فيها المسؤولية الطبية وذلك على النحو التالي: "لا تقوم المسؤولية الطبية...: 4- إذا حدثت الآثار والمضاعفات الطبية المتعارف عليها أو غير المتوقعة في مجال الممارسة الطبية وغير الناجمة عن الخطأ الطبي". والجديد الذي تضمنته هذه الحالة، هما الأمران التاليان: الأمر الأول: إضافة عبارة: (أو غير المتوقعة)، وحسنا فعل المشرع بإضافة هذه العبارة؛ إذ بعد إجراء هذا التعديل أصبحت المسؤولية الطبية لا تتحقق في حالتين، إحداهما إذا كانت الآثار والمضاعفات الطبية متعارفاً عليها، أي تعد نتيجة طبيعية للعمل الطبي ولا يمكن تجنب حصولها، والأخرى إذا كانت الآثار والمضاعفات الطبية غير متوقعة. والمعيار المعول عليه في هذا المجال هو معيار موضوعي وليس شخصي، أي ينبغي أن تكون هذه الآثار والمضاعفات غير متوقعة بالنسبة لمن هو في ذات درجة وتخصص من قام بالعمل الطبي. وعليه لم تعد المسؤولية الطبية تتحقق لمجرد كون الآثار والمضاعفات الطبية غير متعارف عليها، وإنما لا بد أن تكون أيضاً غير متوقعة. وبعبارة أخرى يمكن القول بأنه يلزم لتحقيق المسؤولية الطبية عن الآثار والمضاعفات توفر شرطين، هما: أن تكون هذه الآثار والمضاعفات غير متعارف عليها وغير متوقعة.

الأمر الثاني: حذف عبارة: (وقالما هو مبين في البند (1) من هذه المادة) التي هي ليست ضرورية، فالبند (1) يبين الحالات التي يتحقق فيها الخطأ الطبي، علماً بأن هذا البند أصبح مادة مستقلة تحمل الرقم (6).

وتجدر الإشارة أخيراً إلى أننا نفضل أن تكون صياغة الحالة الرابعة من الحالات التي لا تتحقق فيها المسؤولية الطبية على النحو التالي: "لا تقوم المسؤولية الطبية...: 4- إذا كانت الآثار والمضاعفات الطبية التي حصلت متعارفاً عليها أو غير متوقعة في مجال الممارسة الطبية وغير ناجمة عن الخطأ الطبي".

ثالثاً: التأمين من المسؤولية المدنية عن الأخطاء الطبية

لقد عالج المشرع هذا الموضوع في القانون الجديد في ذات المكان الذي عالجه فيه في القانون القديم، وهو الفصل الرابع، وبثلاث مواد تحمل ذات الأرقام، وهي: (25، 26، 27). والجديد الذي جاء به المشرع في هذا المجال يتمثل في الأمرين التاليين:

الأمر الأول: إضافة كلمة: (المدنية) إلى المسؤولية التي يتم التأمين ضدها، فبعد أن كان عنوان الفصل الرابع التأمين ضد المسؤولية عن الأخطاء الطبية أصبح التأمين ضد المسؤولية المدنية من الأخطاء الطبية. ونؤيد المشرع فيما ذهب إليه؛ لأن الأخطاء الطبية غالباً ما يتولد عنها نوعان من المسؤولية، مدنية وجزائية، والتأمين لا يكون من المسؤولية الجزائية، وإنما من المسؤولية المدنية. ولكننا نرى بأن الأصح لغة أن يقول المشرع: التأمين ضد المسؤولية المدنية عن الأخطاء الطبية وليس التأمين ضد المسؤولية المدنية من الأخطاء الطبية.

الأمر الثاني: زيادة النسبة التي تتحملها المنشأة الصحية من أقساط التأمين المقررة في عقود التأمين التي تبرمها مع شركات التأمين ضد المسؤولية المدنية عن الأخطاء الطبية الصادرة عن مزاوولي المهنة العاملين لديها، فبعد أن كانت هذه النسبة لا تقل عن 80% أصبحت 100%. وبالتأكيد نحن نؤيد المشرع فيما ذهب إليه؛ لأن هذا الحكم يحقق العدالة في العلاقة القانونية التي تربط المنشأة الصحية بمزاوولي المهنة العاملين لديها، فالأعمال الطبية التي يقوم بها هؤلاء العاملون هي لصالح المنشأة، وبالتالي ينبغي أن تتحمل هي المسؤولية المدنية عنها، طبقاً لقاعدة الغرم بالغنم⁽⁴⁴⁾.

43- راجع المادة (287) من قانون المعاملات المدنية.

44- راجع المادة (67) من قانون المعاملات المدنية.

رابعاً: لجان المسؤولية الطبية

لقد خصص قانون المسؤولية الطبية القديم الفصل الثاني للجنة العليا للمسؤولية الطبية، وقد اشتمل هذا الفصل على المواد من 15 إلى 21 التي تطرقت لتشكيل هذه اللجنة واختصاصاتها وأسلوب عملها وغير ذلك من الأحكام. وتعد هذه اللجنة بمثابة خبير قضائي في قضايا المسؤولية الطبية⁽⁴⁵⁾، وتكون التقارير الصادرة عنها والمشملة على رأيها الفني في القضايا المعروضة عليها تقارير نهائية وغير قابلة للطعن فيها؛ بالنظر لعدم وجود نص قانوني يجيز ذلك. في حين خصص قانون المسؤولية الطبية الجديد الفصل الثاني للجان المسؤولية الطبية واللجنة العليا للمسؤولية الطبية، وقد اشتمل هذا الفصل على المواد من 18 إلى 21 التي تطرقت لبعض أحكام لجان المسؤولية الطبية واللجنة العليا للمسؤولية الطبية. وأهم ما ورد في هذا القانون هي الأمور الثلاثة التالية:

الأمر الأول: عدم قبول دعاوى التعويض التي ترفع بسبب المسؤولية الطبية إلا بعد اللجوء والعرض على لجان المسؤولية الطبية⁽⁴⁶⁾.

الأمر الثاني: الحق في التظلم من تقرير لجنة المسؤولية الطبية أمام اللجنة العليا للمسؤولية الطبية خلال ثلاثين يوماً من تاريخ الإخطار القانوني بالتقرير، وإذا لم يتم التظلم خلال هذا الميعاد فإن التقرير يكون نهائياً ولا يجوز الطعن به أمام أية جهة⁽⁴⁷⁾. ومما لا شك فيه أننا نؤيد المشرع فيما ذهب إليه من تقرير حق التظلم.

الأمر الثالث: يحق لـ (اللجنة العليا للمسؤولية الطبية) عند النظر في التظلم تأييد التقرير ورفض التظلم أو تعديله أو إلغائه، ويعتبر تقريرها نهائياً، ولا يقبل الطعن به أمام أية جهة.

خامساً: التحقيق مع مزاولي المهنة

في الواقع إن أهم ما ورد في القانون الجديد بشأن التحقيق مع مزاولي المهنة هو ما نصت عليه المادة (24) من أنه: "وفي جميع الأحوال لا يجوز التحقيق مع مزاولي المهنة أو القبض عليهم أو حبسهم احتياطياً نتيجة شكوى ضدهم إلا بعد صدور التقرير الطبي النهائي من الجهة الصحية متضمناً توافر الخطأ الطبي الجسيم من المشكو في حقه". في حين كانت هذه المادة تنص على أنه: "لا يجوز القبض على الأطباء أو حبسهم احتياطياً أثناء التحقيق في الوقائع المتعلقة بالخطأ الطبي، ومع ذلك يجوز القبض عليهم أو حبسهم احتياطياً إذا اقتضت مصلحة التحقيق ذلك بناء على أمر النائب العام". وأهم ما يميز النص الجديد عن القديم أنه يوفر حماية قانونية أكبر تتمثل في الأمور الثلاثة التالية:

الأمر الأول: اتساع نطاقه من حيث الأشخاص ليشمل جميع مزاولي المهنة وليس فقط الأطباء.

الأمر الثاني: منع التحقيق مع مزاولي المهنة بشأن أي شكوى مقدمة ضدهم إلا بعد صدور التقرير الطبي النهائي من الجهة الصحية متضمناً توافر الخطأ الطبي الجسيم من المشكو في حقه، بينما كان يجوز - طبقاً للنص القديم - التحقيق معهم بمجرد تقديم الشكوى ضدهم.

الأمر الثالث: منع القبض على مزاولي المهنة أو حبسهم احتياطياً إلا بعد صدور التقرير الطبي النهائي من الجهة الصحية متضمناً توافر الخطأ الطبي الجسيم من المشكو في حقه، بينما كان يجوز - طبقاً للنص القديم - القبض عليهم أو حبسهم احتياطياً إذا اقتضت مصلحة التحقيق ذلك بناء على أمر النائب العام.

ونحن نؤيد المشرع فيما ذهب إليه من توفير حماية قانونية أكبر لمزاولي المهنة تمثلت في الأمور الثلاثة المشار إليها آنفاً؛ لأنها تسهم في توفير بيئة آمنة لمزاولي المهنة تشعرهم بالأمان الذي من شأنه أن يرفع مستوى الأداء

45- نصت المادة (20) من قانون المسؤولية الطبية القديم على أنه: "تسري في شأن أعضاء اللجنة الأحكام الخاصة بالخبراء ... ويؤدي كل منهم اليمين القانونية لمرة واحدة أمام إحدى دوائر الاستئناف الاتحادية ...".

46- المادة (18) من قانون المسؤولية الطبية.

47- المادة (20) من قانون المسؤولية الطبية.

المهني. ويبدو أن المشرع فيما ذهب إليه في النص الجديد قد نفى الوصف الجرمي عن الخطأ الطبي اليسير أيا كان نوعه؛ لأنه منع التحقيق مع مزاولي المهنة والقبض عليهم عن هكذا خطأ. وعليه ندعو المشرع إلى الإسراع في إصدار اللائحة التنفيذية لتحديد معايير الخطأ الطبي الجسيم.

خاتمة:

وبعد أن فرغنا من دراسة نصوص قانون المسؤولية الطبية الجديد فإن النتيجة الأساسية التي نخلص إليها من هذا البحث هي أن هذا القانون قد تضمن أحكاماً قانونية جديدة وجيدة كثيرة لمصلحة المريض، منها، على سبيل المثال لا الحصر: واجب الطبيب في استخدام وسائل التشخيص والعلاج المتاحة واللازمة للحالة المرضية، واستخدام الأدوات والأجهزة الطبية اللازمة في تشخيص ومعالجة المريض بكل يقظة وانتباه ووفقاً للأصول الطبية المتعارف عليها، وتبصير المريض بخيارات العلاج المتاحة، والتعاون مع جميع مزاولي المهنة ممن لهم علاقة بحالة المريض الصحية وليس فقط مع الأطباء، ومنع الطبيب من إيواء المرضى في غير الأماكن المعدة لذلك عدا ما تقتضيه الحالات الطارئة، ومنعه من إجراء عمليات تغيير الجنس، في حين يجوز له إجراء عمليات تصحيح الجنس وفق الضوابط التي حددها القانون، ومنعه من القيام بإجراءات طبية أو عمليات جراحية غير ضرورية للمريض دون الحصول على موافقته المستنيرة، ومنعه من رفع أجهزة الإنعاش عن المريض إلا إذا توقف القلب والتنفس توقفاً تاماً ونهائياً أو توقفت جميع وظائف المخ توقفاً تاماً ونهائياً، وأخيراً السماح للجهات الصحية بوضع نظام لتقييم الخدمات الصحية عن بعد وفقاً لضوابط وشروط معينة، وإنشاء لجان للمسؤولية الطبية وإعطاء الحق في النظم من تقاريرها أمام اللجنة العليا للمسؤولية الطبية.

ومن الأحكام الجديدة التي جاءت لمصلحة مزاولي المهنة زيادة النسبة التي تتحملها المنشأة الصحية من أقساط التأمين المقررة في عقود التأمين التي تبرمها مع شركات التأمين ضد المسؤولية المدنية عن الأخطاء الطبية الصادرة عن مزاولي المهنة العاملين لديها، فبعد أن كانت هذه النسبة لا تقل عن 80% أصبحت 100%، ومنع التحقيق مع مزاولي المهنة أو القبض عليهم أو حبسهم احتياطياً نتيجة شكوى ضدهم إلا بعد صدور التقرير الطبي النهائي من الجهة الصحية متضمناً توافر الخطأ الطبي الجسيم من المشكو في حقه.

ولكن على الرغم من الإيجابيات الكثيرة لهذا القانون كانت لنا في هذا البحث بعض الملاحظات على بعض نصوصه، وعليه نوصي المشرع بما يلي:

1. النص صراحة بأن التزام الطبيب باستخدام الأدوات والأجهزة الطبية هو التزام بتحقيق نتيجة؛ نظراً للخلاف الحاصل بشأن تفسير المادة (316) من قانون المعاملات المدنية المتعلقة بمسؤولية حارس الأشياء الخطرة.
2. إعادة عبارة: (بحسب الأحوال) إلى الفقرة (8) من المادة (4) لتكون على النحو التالي: يجب على الطبيب بصفة خاصة: "إعلام المريض أو ذويه - بحسب الأحوال - بالمضاعفات..."; لأن حذف هذه العبارة معناه إعطاء للطبيب الحق في إعلام ذوي المريض بالمضاعفات وإن لم يوجد مانع من إعلام المريض شخصياً، علماً بأنه في إعادة هذه العبارة تحصل التسوية في الحكم بين هذه الحالة والحالة الواردة في الفقرة (7) المتعلقة بالإبلاغ عن طبيعة المرض ودرجة خطورته.
3. تنظيم المسؤولية الطبية عن فعل الغير وعدم تركها للقواعد العامة؛ نظراً لأهمية هذا الموضوع خصوصاً في مجال مسؤولية الطبيب الجراح عن أخطاء الفريق الطبي الذي يرأسه.
4. اشتراط تعذر الحصول على موافقة الأقارب أو المرافقين للاعتداد برضى المريض ناقص الأهلية بالنسبة للفحص والتشخيص وإعطاء الجرعة الأولى من العلاج الواردة في الفقرة (1) من المادة (5)؛ إذ لا مبرر للاعتداد برضى المريض ناقص الأهلية في هذه الحالة عند إمكانية الحصول على موافقة الأقارب أو المرافقين.
5. حذف عبارة: (الحالات الطارئة) من الفقرة (2) من المادة (5)؛ إذ نرى بأنه لا يجوز للطبيب الامتناع عن علاج المريض في جميع الأحوال وليس في الحالات الطارئة فقط، إذ من حق المريض الالتجاء إلى أي طبيب أو منشأة صحية لطلب العلاج ولا يجوز للطبيب الامتناع عن علاجه إلا إذا وجدت أسباب خارجة عن إرادته أو كانت الحالة تخرج عن اختصاصه، ويجب عليه في هذه الحالة الأخيرة إجراء الإسعافات الأولية.
6. إعادة صياغة الشرط الوارد في البند (ج) من الفقرة (1) من المادة (8) على النحو التالي: (أن تؤخذ موافقة كتابية من المريض إن كان كامل الأهلية أو من زوجه أو أحد أقاربه حتى الدرجة الرابعة إن كان عديم الأهلية

- أو ناقصها أو تعذر الحصول على موافقته).
7. حذف عبارة: (ما لم يكن كامل الأهلية وكذلك تعذر الحصول على أي من تلك الموافقات) الواردة في نهاية البند (د) من الفقرة (1) من المادة (8)؛ إذ نرى بأن هذه العبارة غير واضحة، ومن شأنها أن تؤدي إلى حصول التناقض.
 8. حذف عبارة: (دون رضاها) الواردة في نهاية الفقرة (2) من المادة (9)؛ إذ لا يجوز بقاء أي شخص في المنشأة الصحية دون مبرر طبي وإن كان برضاها حفاظاً على مصلحة شركات التأمين.
 9. اشتراط الكتابة في موافقة الشخص على الخضوع لأبحاث أو تجارب طبية طبقاً للفقرة (2) من المادة (12)؛ نظراً لخطورة هذه الأبحاث أو التجارب، وحذف كلمة: (اللجنة) الواردة في نهاية هذه الفقرة وبدلاً عنها وضع كلمة: (الجهة) أو (اللائحة) لتكون عبارات النص منسجمة فيما بينها.
 10. حذف كلمة: (أو) الواردة في مطلع المادة (16) والتي توسطت كلمتي: (عملية و إجهاض) لأنها زائدة.
 11. إعادة صياغة الفقرة (4) من المادة (17) على النحو التالي: "لا تقوم المسؤولية الطبية... :-4 إذا كانت الآثار والمضاعفات الطبية التي حصلت متعارفاً عليها أو غير متوقعة في مجال الممارسة الطبية وغير ناجمة عن الخطأ الطبي".
 12. إعادة صياغة عنوان الفصل الرابع ليكون: التأمين ضد المسؤولية المدنية عن الأخطاء الطبية بدلاً من التأمين ضد المسؤولية المدنية من الأخطاء الطبية، وكذا الحال بالنسبة لذات العبارة الواردة في المادة (25).
 13. وأخيراً ندعو مجلس الوزراء الإماراتي إلى الإسراع في إصدار اللائحة التنفيذية لقانون المسؤولية الطبية؛ لأن هذا الأخير قد أحال إليها في العديد من الأحكام المهمة، خصوصاً وأن المادة (41) من هذا القانون قد أوجبت صدور هذه اللائحة خلال ستة أشهر من تاريخ نشر القانون.

المراجع

1. د. أحمد سليمان، الموافقة المستنيرة للمريض، ورقة عمل مقدمة إلى مؤتمر الحماية القانونية من الأخطاء الطبية الذي تم تنظيمه من قبل معهد التدريب والدراسات القضائية بتاريخ: 28 - 30 نوفمبر 2012، الإمارات العربية المتحدة، دبي.
2. د. أكرم محمود حسين و د. زينة غانم العبيدي، تبصير المريض في العقد الطبي، بحث منشور في مجلة الرافدين للحقوق، مجلد: 8، العدد 30، كانون الأول السنة 11: 2006، العراق.
3. د. حسن القزويني، فن جراحة التجميل، مكتبة دار المعرفة، بيروت، 1974.
4. د. حسن علي الذنون، المبسوط في شرح القانون المدني: الخطأ، دار وائل للنشر، عمان، ط1، 2006.
5. رياض أحمد العاني، الجراحة التجميلية ومسؤولية الطبيب المدنية الناشئة عنها، رسالة ماجستير، جامعة النهريين، بغداد، 2002.
6. د. عبد الفتاح محمود إدريس، الاستنساخ من منظور إسلامي، بحث مقدم إلى مؤتمر: أخلاقيات العلوم الحياتية وتطبيقاتها من منظور علمي وشرعي وقانوني، كلية العلوم، جامعة اليرموك، 2001.
7. د. عدنان سرحان، المهني: المفهوم والانعكاسات القانونية، بحث منشور في مجلة الحقوق للبحوث القانونية والاقتصادية، العدد 1، سنة 2003.
8. د. عدنان سرحان و د. علي المهداوي، الخطأ في المسؤولية المدنية الطبية، بحث مقدم إلى مؤتمر الحماية القانونية من الأخطاء الطبية الذي تم تنظيمه من قبل معهد التدريب والدراسات القضائية بتاريخ: 28 - 30 نوفمبر 2012، الإمارات العربية المتحدة، دبي.
9. د. علي هادي العبيدي، الطبيعة القانونية لالتزام الطبيب تجاه المريض، بحث مقدم إلى مؤتمر الحماية القانونية من الأخطاء الطبية الذي تم تنظيمه من قبل معهد التدريب والدراسات القضائية بتاريخ: 28 - 30 نوفمبر 2012، الإمارات العربية المتحدة، دبي.
10. د. محمد المرسي زهرة، المصادر غير الإرادية للالتزام في قانون المعاملات المدنية لدولة الإمارات العربية المتحدة، مطبوعات جامعة الإمارات العربية المتحدة، الإمارات العربية المتحدة، ط1، 2002.
11. د. محمد حسين منصور، المسؤولية الطبية، منشأة المعارف، جمهورية مصر العربية، الإسكندرية، ط1، (د.ت).
12. د. مصطفى الجمال، القانون المدني في ثوبه الإسلامي، مصادر الالتزام، الفتح للطباعة والنشر، جمهورية مصر العربية، الإسكندرية، ط1، 1996.
13. د. مصطفى الجمال، المسؤولية المدنية للأطباء والمؤسسات الطبية في ضوء أحكام قانون المعاملات المدنية الإماراتي والفقه والقضاء المقارن، جامعة الإمارات العربية المتحدة، الإمارات العربية المتحدة، ط1، (د.ت).
14. د. منذر الفضل، المسؤولية الطبية في الجراحة التجميلية، مكتبة دار الثقافة، عمان، ط1، 1992.
- د. منذر الفضل، التصرف القانوني في الأعضاء البشرية، وزارة الثقافة والإعلام، بغداد، ط1، 1990.