الباب الثاني

المسؤولية الطبية في الممارسة المعاصرة

د. محمد سعيد حسن الغامدي

استشاري طب الأسرة

كيف تستشهد بهذا الفصل

الغامدي، محمد سعيد حسن. «المسؤولية الطبية في الممارسة المعاصرة». موقع فقه وأخلاقيات مهنة الطب، 1448هـ/2026م.

حقوق النشر والترخيص

© 1448هـ/2026م د. محمد سعيد حسن الغامدي. جميع الحقوق محفوظة للمؤلف. هذا الملف متاح مجانًا للقراءة والتنزيل والمشاركة برخصة المشاع الإبداعي: نَسب المصنف، غير تجاري، منع الاشتقاق 4.0 الدولية (CC BY-NC-ND 4.0). نرحّب بتداوله ونشره كما هو مع ذكر مصدره، ونرجو ألّا يُباع وألّا يُغيَّر نصّه.

للتواصل

dmshgg@gmail.com

الفصل العاشر

المسؤولية الطبية في الممارسة المعاصرة

الخطأ والمضاعفة ومعيار الممارس المماثل • أركان المسؤولية وموانعها • القرار 142 (8/15) في ضمان الطبيب • المباشرة والتسبب وتوزيع الضمان • المواد 26–31 من نظام مزاولة المهن الصحية • نظام المعاملات المدنية والإثبات والقضاء المتخصص • التأمين المهني • الوثائق السريرية الأربع: الملف والشهادة والتقرير والوصفة

محتويات الفصل

- خلاصة الفصل
- تمهيد
- أولًا: الركن الطبي
- ثانيًا: الركن الأخلاقي
- ثالثًا: الركن الفقهي
- رابعًا: الركن النظامي
- خامسًا: أدوات عملية
- سادسًا: الحالات التطبيقية
- سابعًا: النتائج والتوصيات
- ثامنًا: الخاتمة
- أسئلة المراجعة والنقاش
- المراجع

بطاقة الفصل — الباب الثاني: حقوق المريض والمسؤولية والسلامة • الجمهور المقصود: الممارسون الصحيون بمختلف مهنهم، وقادة المنشآت الصحية وإدارات الجودة والشؤون القانونية، وطلاب العلوم الصحية، والباحثون في الفقه الطبي والنظام الصحي • الفصل الأم لـ: القرار 142 (8/15) في ضمان الطبيب بنصه الكامل، والمواد 26–31 من نظام مزاولة المهن الصحية، وأحكام الفعل الضار في نظام المعاملات المدنية، وانتقال اختصاص الهيئات الصحية الشرعية إلى القضاء (10/5/1444هـ) • يحيل إلى: الفصول 5، 6، 7، 8، 9، 11، 12، 32، 50 • تاريخ القطع: 31 أكتوبر 2026م

خلاصة الفصل

يعالج هذا الفصل سؤالًا يتكرر بعد كل نتيجة سيئة: متى تكون خطأً يوجب المسؤولية، ومتى تكون مضاعفةً متوقعة لا يُسأل عنها أحد؟ ويقرر أن التزام الممارس الصحي التزامُ ببذل عناية يقظة

CC BY-NC-ND 4.0

وفق الأصول العلمية المتعارف عليها، لا ضمانٌ للشفاء. فالنتيجة السيئة قرينةٌ تستدعي الفحص، لا دليلٌ على الخطأ.

ويبني الفصل المسؤولية على ثلاثة أركان: خطأ يُقاس بمعيار الممارس المماثل بمعطيات وقت القرار، وضرر محقق، وسببية بينهما. ثم يعرض موانعها. ويبسط النص الكامل للقرار 142 (8/15) في ضمان الطبيب: حالات الضمان الثماني، والمسؤولية الجزائية، ومسؤولية الفريق والمؤسسة، وقاعدة أن المسؤول عند اجتماع المباشرة والتسبب هو المباشر «ما لم يكن المتسبب أولى بالمسؤولية منه». ويبين كيف تتنزل هذه القاعدة على المباشر المأذون له، كالممرضة التي تنفذ أمرًا طبيًا.

وفي الركن النظامي يعرض الفصل المواد 26–31 من نظام مزاولة المهن الصحية، وأحكام الفعل الضار وتعدد المسؤولين في نظام المعاملات المدنية، وانتقال دعاوى الأخطاء الطبية إلى دوائر قضائية متخصصة في 10/5/1444هـ، والتأمين الإلزامي ضد الأخطاء المهنية. ثم يضبط الوثائق السريرية الأربع التي تدور عليها أكثر النزاعات: الملف الطبي وتعديله اللاحق، والشهادة، والتقرير، والوصفة. ويستند إلى دراسات محلية تكشف تزايد الدعاوى وارتفاع نسب الإدانة، وأثر التوثيق والإذن الطبي في تجنبها. ثم يحلل أربع حالات: ثقبًا معويًا تأخر التعرف عليه، وشاشةً جراحية منسية، وتعديل الملف بعد شكوى، وشهادةً رجعية. وينتهي إلى أن أفضل حماية للممارس هي بعينها أفضل رعاية للمريض.

كلمات مفتاحية: المسؤولية الطبية؛ ضمان الطبيب؛ الخطأ والمضاعفة؛ معيار الممارس المماثل؛ السببية؛ المباشر والمتسبب؛ القرار 142 (8/15)؛ نظام مزاولة المهن الصحية؛ نظام المعاملات المدنية؛ القضاء الطبي؛ التأمين ضد الأخطاء المهنية؛ الملف الطبي؛ التقارير الطبية؛ الوصفة الطبية.

تمهيد

موضوع الفصل وسياقه المحلي

الطب عملٌ على أجسادٍ متفاوتة بأدواتٍ ناقصة اليقين، والنتيجة السيئة فيه ليست دليلًا على التقصير؛ فكم من طبيب أحسن ثم ساءت النتيجة! وأكثر ما يقع من ظلمٍ في هذا الباب سببه الخلط بين الأمرين: فيُلام طبيبٌ بذل ما عليه لأن المريض تضرر، أو يُعفى مقصّرٌ لأن النتيجة جاءت جيدة بالمصادفة. فالمعيار الصحيح ليس النتيجة، وإنما الطريق الذي سُلك إليها.

ويتناول الفصل أصول المسؤولية، ثم الوثائق السريرية الأربع التي تدور عليها أكثر النزاعات في الواقع: الملف الطبي والتعديل اللاحق فيه، والشهادة الطبية، والتقرير الطبي، والوصفة وأوامر الدواء. ثم يتناول توزيع المسؤولية بين الطبيب والصيدلي والتمريض والمنشأة. وأخطر ما يقع في هذا الباب ثلاثة أمور يعرفها كل من جلس في لجنة تحقيق: أن يُعدَّل الملف بعد الشكوى فيتحول نقصٌ في التوثيق إلى شبهة تزوير، وأن تُكتب شهادةٌ مجاملةً فتصير مسؤوليةً تأديبية وربما جزائية، وأن تُنفَّذ وصفةٌ ملتبسة بالتخمين بدل التوقف والتحقق.

وقد شهد الإطار السعودي تحولًا جوهريًا: أعلنت وزارتا العدل والصحة في 10/5/1444هـ (4/12/2022م) نقل اختصاصات الهيئات الصحية الشرعية إلى القضاء العام، وإنشاء دوائر متخصصة في المحكمة العامة ومحكمة الاستئناف بالرياض، والاستعانة بالخبراء عبر منصة

CC BY-NC-ND 4.0

«خبرة» بالتعاون مع الهيئة السعودية للتخصصات الصحية [1]. وأثر ذلك في العمل أن قيمة الملف الطبي ورأي الخبرة تضاعفت؛ فالقضية تُحسم بما يثبت على الورق، لا بما يُروى بعد ذلك.

وتكشف الدراسات المحلية حجم المسألة. فقد حللت دراسة إحصاءات اللجان الطبية الشرعية للأعوام 2016–2018م، فبلغ مجموع الدعاوى 3,684 دعوى، بزيادة قدرها 26% خلال المدة [2]. ووجدت دراسة في المنطقة الشرقية شملت 718 ممارسًا أُحيلوا إلى لجنة المخالفات الطبية، في دعاوى مخالفات رفعتها جهات حكومية بين 2016 و2019م، أن 82% منهم صدر عليهم حكم بالإدانة [3]. ووجدت دراسة وطنية على 864 قضية أسنان صدرت فيها أحكام نهائية بين 2017 و2020م أن 76% من المدعى عليهم أُدينوا، وأن حسن التوثيق والالتزام بإجراءات الإذن الطبي والامتيازات السريرية كانا مما أعان الممارسين على تجنب الإدانة [4].

الدراسات السابقة وما يضيفه الفصل

الدراسات الطبية. قدّرت دراسة هارفارد للممارسة الطبية معدلات الأحداث الضارة والإهمال بين المرضى المنومين [5]، وتفصيلها وما تلاها من أدبيات سلامة المرضى ونموذج الخطأ البشري في موضعها (انظر الفصل 11، التمهيد: الدراسات السابقة، والمطلب 1-3). والذي يعني باب المسؤولية منها جزؤها الثالث؛ إذ ربط بين المطالبات والإهمال، فوجد أمرًا قد يدهش من لم يتأمله: أن قلةً قليلة من الإصابات الناشئة عن إهمال انتهت إلى مطالبة، وأن أكثر المطالبات لم يثبت فيها إهمال [6]. وأكدت دراسة لاحقة على عينة من المطالبات المغلقة أن نحو ثلثها لم يقم على خطأ، وأن أغلب هذه لم يُعوَّض [7]. فالخطأ والدعوى لا يتطابقان، ولهذا كان معيار الحكم أهم من عدد الدعاوى.

الدراسات الأخلاقية. وجدت دراسة على 1,943 ممارسًا صحيًا في ثلاثة مستشفيات بالطائف أن 87.4% أيّدوا حق المريض في أن يُبلَّغ بوقوع خطأ طبي، بينما لم يقل إلا 61.8% إنهم لم يُجروا قط عملًا على مريض دون إذنه المستنير [8]. ووجدت دراسة على 281 مريضًا أو من ينوب عنهم في مستشفى تخصصي بالرياض أن 66.2% لم يقرؤوا نموذج الإذن قبل توقيعه، وأن 40.6% لم يستطيعوا ذكر أي خطر للإجراء، وأن 19.9% لم يعرفوا هل له بديل [9]. فبين القناعة والتطبيق فجوة، والتوقيع وحده ليس دليلًا على الفهم (انظر الفصل 5).

الدراسات الفقهية. قرر الفقهاء أن الطبيب الحاذق المأذون له لا يضمن ما لم يتعدَّ أو يفرّط، ووضعوا القواعد للمباشرة والتسبب واجتماعهما [10]. ثم جاء القرار 142 (8/15) فنقل هذه الأصول إلى صيغة جماعية معاصرة تشمل الفريق والمؤسسة [11].

ما يضيفه الفصل. يجمع الفصل هذه المسارات في معيار واحد للمساءلة، ويبين كيف تتنزل قاعدة المباشرة والتسبب على سلسلة الرعاية المعاصرة، حيث يباشر المأذون له أمرًا صاغه غيره. ويضبط الوثائق السريرية الأربع ضبطًا عمليًا يصلح للعمل اليومي، ثم يربط ذلك كله بالنصوص السعودية النافذة بعد انتقال الاختصاص إلى القضاء.

المشكلة والسؤال المركزي

وفي باب المسؤولية نزعتان ضارتان تتجاذبانه: نزعة تحاكم الممارس بالنتيجة وبأثر رجعي، ونزعة تحمي المقصّر باسم تعقيد الطب. وبينهما تضيع العدالة للمريض والممارس معًا.

CC BY-NC-ND 4.0

السؤال المركزي: كيف تُحرَّر المسؤولية الطبية طبيًا وأخلاقيًا وفقهيًا ونظاميًا؟ وكيف يُميَّز الخطأ من المضاعفة؟ وكيف يُوزَّع الضمان بين الطبيب والصيدلي والتمريض والمنشأة على مقتضى القرار 142 (8/15) ونظام المعاملات المدنية؟ وكيف تُصان الوثائق السريرية الأربع بوصفها أدوات رعاية قبل أن تكون أدلة نزاع؟

الأهداف والحدود

الأهداف.

- تحرير الفرق بين الخطأ والمضاعفة والحدث الضار، ومعيار الممارس المماثل.
- بيان أركان المسؤولية وموجباتها وموانعها بلغة عملية.
- عرض النص الكامل للقرار 142 (8/15) وتنزيل قاعدة المباشرة والتسبب على فريق الرعاية.
- عرض النصوص السعودية الحاكمة للمسؤولية المهنية والمدنية والتأديبية والجزائية.
- ضبط الملف الطبي والشهادات والتقارير والوصفات.

الحدود. يعرض الفصل الأصول والمبادئ، ولا يُغني عن الرأي القانوني في الواقعة المحددة؛ فالتكييف والتقدير للجهة القضائية مستعينةً بأهل الخبرة، وتُراجع النصوص النافذة عند التطبيق. ولا يتناول الفصل ثقافة السلامة، والإبلاغ عن الحوادث، وتحليل السبب الجذري، والإفصاح والاعتذار، ومشروع القرار 223 (7/23)، إلا بقدر الإحالة؛ فموضعها الفصل 11. أما الإفصاح بوصفه صدقًا فموضعه الفصل 8.

القواعد الحاكمة لهذا الباب: التزام الممارس بذلُ عناية يقظة وفق الأصول العلمية، لا ضمانُ الشفاء. والمسؤولية تدور مع التعدي والتفريط والجهل، لا مع مجرد النتيجة. والوثيقة تُكتب لتأمين الرعاية في وقتها لا للدفاع بعد المشكلة؛ ومن كتبها لغرض الدفاع أفسدها في الغرضين.

أولًا: الركن الطبي

1-1 الخطأ والمضاعفة والحدث الضار

يُفرَّق بين ثلاثة أوصاف يُخلط بينها، والخلط بينها أصل أكثر الظلم في هذا الباب.

جدول: التمييز الثلاثي

الوصف	معناه	مثاله
المضاعفة المتوقعة	أثرٌ معروف للإجراء يقع رغم سلامة الأداء، ويُذكر في التبصير	ثقبٌ معوي نادر بعد استئصال سليلة أُجري بأصوله
الحدث الضار غير القابل للمنع	نتيجةٌ ضارة لا يد فيها للممارس ولا للنظام	تفاعل تحسسي أول لدواء بلا سابقة معروفة
الخطأ الطبي	انحرافٌ عن الأصول العلمية المتعارف عليها	إغفال علامة إنذارية واضحة، أو إعطاء دواء موثقة حساسية

CC BY-NC-ND 4.0

الوصف	معناه	مثاله
		المريض له

وقد فرّقت الأدبيات القانونية بين الخطأ العمدي — إرادة الفعل والنتيجة معًا — وخطأ الإهمال — إرادة الفعل دون النتيجة، ويتفاوت بين جسيم ويسير. وأما التفرقة القديمة بين الخطأ «الفني» الذي لا يُسأل عنه الطبيب إلا إذا كان جسيمًا، والخطأ «العادي»، فقد عدل عنها القضاء. فقضت محكمة النقض المصرية بأن الطبيب «يُسأل عن كل تقصيرٍ في مسلكه الطبي لا يقع من طبيبٍ يقظ في مستواه المهني وُجد في نفس الظروف الخارجية التي أحاطت بالطبيب المسؤول». لكن التفرقة بين أنواع الخطأ تبقى نافعة في الوقاية وإن لم تُعتبر في الضمان: فخطأ المعرفة يُعالَج بالتعليم، وخطأ السكر بالمساءلة، والزلة بالتصميم.

وقد يجتمع وصفان في واقعة واحدة: مضاعفةٌ لا خطأ في وقوعها، ثم خطأٌ في التعرف عليها أو علاجها. وهذا الموضع هو أكثر مواضع النزاع دقة (انظر الحالة الأولى). ويوافق هذا التمييزَ ما قرره مجمع الفقه الإسلامي الدولي في مشروع القرار 223 (7/23)، وتحليله في موضعه (انظر الفصل 11، المبحث ثالثًا).

ويُقرَّر ضابطٌ حاكم: النتيجة السيئة قرينةٌ تستدعي الفحص لا دليلٌ على الخطأ؛ فقد تسوء النتيجة مع أداءٍ ممتاز، وقد تحسُن مع تقصيرٍ لم يظهر أثره.

1-2 معيار الممارس المماثل

يُقاس سلوك الممارس بما كان يفعله ممارسٌ مماثل: في التخصص نفسه، والدرجة نفسها، والظروف نفسها، وبالمعطيات التي كانت متاحة وقت القرار لا بعده.

وهذا القيد الأخير أهم ما يُغفل. فالمراجعة بعد الحادثة تقع تحت «تحيّز الأثر الرجعي»: تبدو العلامة واضحةً لمن يعرف النتيجة، وربما لم تكن كذلك لمن كان يراها بين عشرين علامة أخرى.

ولا يعني المعيار المماثل الاكتفاء بما يفعله الأكثرون؛ فقد يشيع خطأ. والمرجع الأصول العلمية المتعارف عليها والأدلة المعتبرة، لا العادة وحدها. ويُراعى فيه مستوى الرعاية المتاح: فما يُطلب من مركزٍ تخصصي ليس كما يُطلب من مركزٍ أولي، لكن واجب الإحالة قائمٌ على الجميع.



شكل: معيار الممارس المماثل بقيوده الأربعة: التخصص، والدرجة، والظروف، والمعطيات المتاحة وقت القرار.

CC BY-NC-ND 4.0

1-3 صور الخطأ وخطأ الترك

تتوزع صور الخطأ على ستة مواضع: التشخيص، والعلاج، والإجراء، والدواء، والمتابعة، والتواصل. ويُنبَّه إلى خطأ الترك؛ فهو أخفى من خطأ الفعل: ألّا يُطلب فحصٌ لازم، أو ألّا تُتابع نتيجة، أو ألّا تُطلب استشارة، أو ألّا يُبلَّغ المريض بما يستدعي عودته.

وقد جعل النظام السعودي من صور الخطأ المهني صراحةً: «نقص المتابعة»، و«التقصير في الرقابة، والإشراف»، و«عدم استشارة من تستدعي حالة المريض الاستعانة به» [12]. وكلها من خطأ الترك لا الفعل. وأدوات منعه بالتصميم، كقوائم التحقق وتتبع النتائج، مبسوطة في موضعها (انظر الفصل 11، المبحث أولًا).

1-4 الطبيعة الجماعية للخطأ

أكثر الأخطاء الجسيمة اليوم لا يصنعها فردٌ واحد، بل تقع في المسافة بين الأيدي: عند التسليم بين المناوبات، وعند انتقال المريض بين الوحدات، وعند تبديل أحد أفراد الفريق في منتصف الإجراء. ولذلك فالسؤال الصحيح بعد الحادثة ثلاثي: من كان يملك المهمة؟ ومن كان يعلم؟ وما الذي كان يجب أن ينتقل ولم ينتقل؟

وهذا السؤال هو المدخل الطبي لتوزيع المسؤولية في الركنين الفقهي والنظامي. فمعرفة من باشر ومن تسبب ومن كان يملك الرقابة لا تتم إلا بإعادة بناء مسار الرعاية كما وقع.

1-5 مساران لا يُخلطان

تُقرأ كل حادثة مرتين: مرةً لتحديد المسؤولية إن لزم، ومرةً لاستخراج الدرس الوقائي. ويُفصل المساران؛ فخلطهما يحوّل التحليل إلى تحقيقٍ يدافع فيه الناس بدل أن يتعلموا. وتفصيل مسار الإبلاغ والتعلم وأدواته في موضعه (انظر الفصل 11، المطلب 4-2 والمبحث خامسًا).

ثانيًا: الركن الأخلاقي

2-1 الطبيب مؤتمن: أساس المسؤولية

العلاقة العلاجية علاقة ائتمان قبل كل شيء؛ فالمريض يسلّم بدنه وسره لمن يعرف ما لا يعرفه هو. ومن هنا تنشأ المسؤولية: فليست عقوبةً على نتيجةٍ سيئة، وإنما هي مساءلةٌ عن أمانةٍ قُبِلت. فمن بذل ما عليه ثم ساءت النتيجة لم يُخل بالأمانة، ومن قصّر ثم نجت الحالة بالمصادفة فقد أخلّ بها، وإن لم يظهر لذلك أثر.

وللممارس في المقابل حقوقٌ، هي في الحقيقة ضماناتٌ للمريض قبل أن تكون امتيازات له: أن يُحاكَم بمعيارٍ عادل لا بأثرٍ رجعي، وأن تُتاح له بيئةٌ آمنة وأدواتٌ كافية، وألّا يُحمَّل ما صنعه نظام عملٍ معيب (انظر الفصل 12).

2-2 منظومة واجبات العناية

تُختصر واجبات العناية في ست: الكفاءة وحدودها، والتشخيص اليقظ، والتبصير الصادق، والتنفيذ المتقن، والمتابعة حتى إغلاق الحلقة، والتوثيق الأمين.

CC BY-NC-ND 4.0

وأدقّها في مسائل المسؤولية التبصير؛ فكثيرٌ من الدعاوى لا يقوم على خطأٍ فني في اليد، بل على أن المريض لم يفهم ما وافق عليه. ولذلك يُقاس التبصير بما فهمه المريض، لا بما قاله الطبيب، وقد تقدم دليله المحلي [9] (وتفصيل الإذن في الفصل 5).

ويليه إغلاق الحلقة؛ فالواجب لا ينتهي حين تطلب الفحص، بل حين تصل نتيجته إلى من يتصرف بها.

2-3 الإفصاح والمساءلة العادلة: ما يخص باب المسؤولية

والإفصاح بعد الخطأ امتحان الأمانة الحقيقي؛ لأنه يقع في الساعة التي تكون فيها مصلحة الممارس في الصمت. وأصله الأخلاقي في الصدق (انظر الفصل 8)، ومساره العملي والاعتذار وثقافة المساءلة العادلة مبسوطة في موضعها (انظر الفصل 11، المبحث ثانيًا).

ويخص باب المسؤولية منه أمران. الأول: أن التعبير عن الأسف لا يُعدّ وحده إقرارًا بالمسؤولية؛ فالتكييف لا يملكه الممارس منفردًا قبل التحقق. والثاني: أن ربط استمرار العلاج بتنازل المريض عن شكواه، أو عرض مالٍ عليه مقابل سكوته عن حق يطالب به، أمرٌ ممنوع؛ فحق المريض في الشكوى مسارٌ مستقل لا يُساوَم عليه بحال.

2-4 التوثيق أمانةٌ قبل أن يكون دليلًا

كثيرًا ما يُنظر إلى التوثيق على أنه حمايةٌ قانونية، وهذا نظرٌ ناقص يُفسده. فالسجل أداة رعاية أولًا: به تنتقل المعلومة، وعليه يبني قراره من يأتي بعدك في المناوبة التالية. ومن كتب للدفاع لا للرعاية أفسد الغرضين جميعًا: كتب كثيرًا مما لا ينفع، وأغفل ما ينفع، وأنشأ نصًّا يبدو دفاعيًا فيُضعف الثقة فيه.

والأمانة في التوثيق تقتضي ثلاثة: أن تكتب ما وقع لا ما كان ينبغي أن يقع، وأن تميّز ما شاهدته مما نُقل إليك مما استنتجته، وأن تصحّح الخطأ بإضافةٍ ظاهرة لا بحذفٍ خفي.

وهنا أصلٌ أخلاقي حاسم، فلا تحسبنّه مبالغة: التعديل الخفي بعد الشكوى أشد من الخطأ نفسه؛ إذ يحوّل نقصًا قابلًا للتفسير إلى شبهة تزوير، ويهدم الثقة بالسجل كله، بما فيه ما هو صحيح.

ثالثًا: الركن الفقهي

3-1 الأصل النبوي والقواعد الناظمة

الأصل في الباب حديث: «من تطبب ولا يُعلم منه طب فهو ضامن»، أخرجه أبو داود والنسائي وابن ماجه، وقال أبو داود إنه لم يروه إلا الوليد ولا يُدرى أصحيح هو أم لا، وحسّنه الألباني [13]. وفيه ثلاثة معانٍ تُبنى عليها المسؤولية:

- أن الضمان عُلّق على الجهل بالطب لا على النتيجة؛ فالحاذق لا يضمن بمجرد سوء النتيجة.
- أن الإقدام على ما لا يُحسنه المرء تعدٍّ في ذاته وإن حسنت النية.
- أن المعيار موضوعي، «لا يُعلم منه طب»، ولا يرجع إلى تقدير الفاعل لنفسه.

CC BY-NC-ND 4.0

وقد استقر عند الفقهاء أن الطبيب الحاذق المأذون له لا يضمن إذا لم يتعدَّ ولم يفرّط؛ فالضمان يدور مع التعدي والتفريط والجهل. وهذه القاعدة هي ما قنّنه النظام السعودي في المادة السادسة والعشرين (انظر المبحث رابعًا، 4-2).

وقد وقف ابن القيم عند لفظ الحديث، فعلّل مجيئه بصيغة «تطبب» دون «طبّ» بقوله: «لأن لفظ التفعُّل يدل على تكلف الشيء، والدخول فيه بعسر وكلفة، وأنه ليس من أهله»، وقال في حكمه الشرعي: «فإيجاب الضمان على الطبيب الجاهل» [26]. فدلالة الحديث المباشرة في المتطبب الذي ليس من أهل الصنعة، ويلحق به من تجاوز اختصاصًا لا يحسنه؛ أما الحاذق المأذون له فمدار ضمانه على التعدي أو التفريط أو مخالفة أصول المهنة، كما تقدم. وهو يؤيد المعنى الثاني أعلاه: أن الإقدام على ما لا يحسنه المرء تعدٍّ في ذاته.

ومن القواعد الناظمة للباب، كما دوّنتها مجلة الأحكام العدلية [10]:

- «لا ضرر ولا ضرار» و«الضرر يُزال»: أصلٌ في وجوب دفع الضرر وجبره.
- «الأمور بمقاصدها»: فيُميَّز الخطأ من العمد، والتصحيح من التزوير.
- «اليقين لا يزول بالشك»: فلا يُضمَّن أحدٌ بالاحتمال.
- «الغرم بالغنم»: فمن انتفع بالنشاط تحمّل تبعته، وهو من أصول مسؤولية المنشأة.
- «إذا اجتمع المباشر والمتسبب يضاف الحكم إلى المباشر»، و«المباشر ضامن وإن لم يتعمد»، و«المتسبب لا يضمن إلا بالتعمد» (المواد 90 و92 و93) [10].

تنزيل قاعدة المباشر على المأذون له. قاعدة «المباشر ضامن وإن لم يتعمد» وُضعت في الإتلاف الذي لا إذن فيه، كمن أتلف مال غيره خطأً. وتقابلها في المجلة نفسها قاعدة: «الجواز الشرعي ينافي الضمان» (المادة 91) [10]. والعمل الطبي المأذون فيه شرعًا ونظامًا ومن المريض داخلٌ في هذا الجواز. وقد علّل علي حيدر المادة بأن تصرف المرء في ملكه «غير مقيد بشرط السلامة»، وضمّن من حفر في الطريق العام بغير إذن [10]؛ فالقاعدة تجري فيما جاز فعله دون تقييد بشرط السلامة. والعمل الطبي المأذون من هذا الباب إذا أُدّي على أصوله؛ لأنه مأذون فيه أو مطلوب، وسرايته المعتادة لا يمكن التحرز منها. فلا يضمن المباشر المأذون له، طبيبًا كان أو ممرضًا، ما سرى من عمله المأذون فيه إذا أداه على أصوله. وإنما يضمن إذا خرج عن الإذن، أو تعدى، أو فرّط.

جناية اليد خارج محل الإذن. نص الفقهاء على أن الحاذق يضمن ما جنته يده وإن لم يتعمد. قال الخرقي: «ولا ضمان على حجام ولا ختان ولا متطبب إذا عُرف منهم حذق الصنعة ولم تجنِ أيديهم»، وعلّل ابن قدامة ضمان من جاوز موضع القطع بأنه «إتلاف لا يختلف ضمانه بالعمد والخطأ» [14]. وهذا موضع قاعدة «المباشر ضامن وإن لم يتعمد» في العمل الطبي. وصاغ القرار 142 (8/15) موجب الضمان في هذا الباب بعبارة: «إذا ارتكب خطأ لا يقع فيه أمثاله ولا تقرّه أصول المهنة، أو وقع منه إهمال أو تقصير» [11]، ومفهومها أن الخطأ الذي يقع فيه الأمثال لا يوجب الضمان. فيُعرض الموقفان: ضمان جناية اليد عند الفقهاء مطلقًا، وتقييده في القرار بما لا يقع فيه الأمثال. ويبقى تكييف الواقعة، أهي سراية في محل الإذن أم تجاوز له، لأهل الخبرة والقضاء. ويقرن شرّاح المجلة التعمد في قاعدة المتسبب بالتعدي، ويمثّلون للتعدي بإحراق الأعشاب في يوم شديد الريح [10].

فالممرضة التي تعطي دواءً بأمرٍ طبي صحيح الظاهر مباشرةٌ مأذونٌ لها، لا تضمن ضررًا لم تفرّط فيه. فإن كان في الأمر خطأٌ ظاهر يكتشفه مثلها بالتحقق المعتاد، فنفّذته دون استيضاح، فقد

CC BY-NC-ND 4.0

فرّطت؛ وضمانها حينئذ بسبب تفريطها لا بمجرد المباشرة. وهـذا هـو المقصـود حين يُعلَّـق ضـمان المنفّذ على العلم بالشبهة أو إمكان العلم بها.

3-2 القرار 142 (8/15) في ضمان الطبيب: النص الكامل

صدر القـرار عن مجمـع الفقـه الإسـلامي الـدولي في دورتـه الخامسـة عشـرة بمسـقط، 14–19 المحرم 1425هـ (6–11/3/2004م) [11]. ونص البند «أولًا: ضمان الطبيب»:

«(1) الطب علم وفن متطور لنفع البشرية، وعلى الطبيب أن يستشعر مراقبة الله تعـالى في أداء عمله، وأن يؤدي واجبه بإخلاص حسب الأصول الفنية والعلمية.

(2) يكون الطبيب ضامنًا إذا ترتب ضـرر بـالمريض في الحـالات الآتيـة: أ- إذا تعمـد إحـداث الضرر. ب- إذا كان جاهلًا بالطب، أو بالفرع الذي أقدم على العمل الطـبي فيـه. ج- إذا كان غير مأذون له من قبل الجهة الرسمية المختصة. د- إذا أقدم على العمل دون إذن المريض أو مَن يقوم مقامه. هـ- إذا غرر بالمريض. و- إذا ارتكب خطأ لا يقع فيه أمثالـه ولا تقرّه أصول المهنة، أو وقع منه إهمال أو تقصير. ز- إذا أفشى سـر المـريض بـدون مقتضى معتبر. ح- إذا امتنع عن أداء الواجب الطبي في الحالات الإسعافية.

(3) يكون الطبيب -ومَن في حكمه- مسؤولًا جزائيًّا في الحالات السابق ذكرهـا إذا تـوافرت شروط المسؤولية الجزائية فيما عدا حالة الخطأ (فقرة و) فلا يُسأل جزائيًّا إلا إذا كـان الخطأ جسيمًا.

(4) إذا قام بالعمل الطبي الواحد فريق طبي متكامل، فيُسـأل كـل واحـد منهم عن خطئـه تطبيقًا للقاعدة (إذا اجتمعت مباشرة الضرر مع التسبب فيه فالمسـؤول هـو المباشـر، ما لم يكن المتسبب أولى بالمسؤولية منه). ويكـون رئيس الفريـق مسـؤولًا مسـؤولية تضامنية عن فعل معاونيه إذا أخطأ في توجيههم أو قصر في الرقابة عليهم.

(5) تكـون المؤسسـة الصـحية (عامـة أو خاصـة) مسـؤولة عن الأضـرار إذا قصّـرت في التزاماتها، أو صدرت عنها تعليمات ترتب عليها ضرر بالمرضى دون مسوغ» [11].

وألحق المجمع بالقرار توصيات، منها إجـراء دراسـة خاصـة بمشـكلات التطـبيق المعاصـر لنظـام العاقلة واقتراح البدائل المقبولة، ودراسة الضرر المعنوي والتعويض عنه في حالات الضمان [11].

قراءة في الفقرة (2). حوّل القرار القاعدة الكلية، «الحـاذق المـأذون لا يضـمن»، إلى قائمـة فحص عملية من ثماني حالات: التعمد، والجهل بالطب أو بالفرع، وانعدام الـترخيص، وانعـدام إذن المريض، والتغرير، والخطأ الذي لا يقع فيه الأمثال أو الإهمال والتقصير، وإفشـاء السـر، والامتنـاع في الإسعاف. وتقابل هذه الحالات موجبات المسـؤولية النظاميـة مقابلـةً قريبـة. وكـل حالـة منهـا سؤال يُطرح على الواقعة قبل الحكم.

قراءة في الفقرة (3). فرّق القرار بين الضـمان المـالي والمسـؤولية الجزائيـة: فالخطـأ غـير الجسيم يوجب الضمان، ولا يوجب المساءلة الجزائية. وهـذا أصـلٌ في منـع تجـريم الخطـأ المهـني العادي.

CC BY-NC-ND 4.0

قراءة في الفقرة (4). قاعدة الفقرة صريحة: عند اجتماع المباشرة والتسبب فالمسؤول هو المباشر، ما لم يكن المتسبب أولى بالمسؤولية منه. فالأصل تقديم المباشر، والاستثناء تقديم المتسبب إذا كان أولى. ولم يحدد القرار ضابط هذه الأولوية.

الأصل الفقهي في القسمة. الأصل المقرر في كتب الفقه عند اشتراك جماعة في جناية واحدة أن يُقسم الضمان على عددهم بالتساوي، لا بقدر أفعالهم؛ فمن جرحه رجل جرحًا والآخر مائة فمات «كانا سواءً في القصاص والدية» [14]. ويوافقه نص المادة 127 من نظام المعاملات المدنية في الرجوع إلى التساوي إذا تعذر تعيين الأنصبة [15].

وجه الاجتهاد في التوزيع بقدر الإسهام. يرى المؤلف، اجتهادًا، أن المتسبب يكون «أولى بالمسؤولية» في ثلاث صور تكثر في سلسلة الرعاية. الأولى: أن يكون المباشر مأذونًا له ينفذ ما صاغه المتسبب، ولم يكن في الأمر ما يكشفه مثله، فلا تفريط منه. والثانية: أن يكون خطأ المتسبب هو الذي أفضى إلى الضرر وكان فعل المباشر مجرد أداة له. والثالثة: أن يكون المتسبب هو صاحب الرقابة الذي قصّر فيها، كرئيس الفريق أو المنشأة. فإن اشترك المباشر والمتسبب في التقصير، فالأقرب إلى مقاصد القرار أن يُسأل «كل واحد منهم عن خطئه» بقدر إسهامه. وهذا عدولٌ عن أصل القسمة على العدد، وعلّته أمران: أن نص القرار يفرّد المسؤولية بالخطأ، وأن أخطاء فريق الرعاية متمايزة النوع والأثر، لا جناية واحدة متماثلة. ويسند هذا الاجتهادَ نصُّ نظام المعاملات المدنية على أن المحكمة تعيّن نصيب كل واحد من المسؤولين المتعددين في التعويض (انظر المبحث رابعًا، 4-3). وليس في القرار نفسه نصٌّ على التوزيع بالنسب؛ فهذا تنزيلٌ اجتهادي لقاعدته، لا نقلٌ لحكمه.

قراءة في الفقرة (5). قرر القرار مسؤولية المؤسسة الصحية العامة والخاصة عن تقصيرها في التزاماتها، وعن تعليماتها الضارة بلا مسوغ. وهذه مسؤولية أصلية، لا تبعية لخطأ فرد.

3-3 مشروع القرار 223 (7/23) والقرار 79 (10/8): إحالة

ميّز مجمع الفقه الإسلامي الدولي في مشروع القرار 223 (7/23) بشأن مسؤولية الطبيب عن الأخطاء الطبية غير العمدية بين الخطأ الطبي والحادث والمضاعفة، وبين تقصير الطبيب وتقصير المؤسسة، وأوصى بدراسة نظم التأمين على أخطار الممارسة، وبتشكيل دوائر متخصصة [16]. ونصه وتحليله في موضعه (انظر الفصل 11، المبحث ثالثًا).

وقرر القرار 79 (10/8) أن السر أمانة وأن حفظه يتأكد في المهن الطبية [17]، وهو ما يجعل الشهادة والتقرير محلًّا للأمانة لا مجرد ورقة إدارية. ونصه وتحليله في موضعه (انظر الفصل 7، المبحث ثالثًا).

3-4 التوثيق والشهادة والوصفة في الميزان الفقهي

يُكيَّف التوثيق الطبي بأنه من باب حفظ الحقوق وكتابة ما يُخشى نسيانه. وأصله قوله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِذَا تَدَايَنتُم بِدَيْنٍ إِلَىٰ أَجَلٍ مُّسَمًّى فَاكْتُبُوهُ﴾ [البقرة: 282]. فإذا شُرعت الكتابة لحفظ المال، فحفظ النفس أولى.

وأما التعديل اللاحق: فالتصحيح المعلن المؤرَّخ جائزٌ بل واجبٌ إذا وقع خطأ؛ لأن بقاء الخطأ في السجل ضررٌ على المريض. أما الحذف الخفي أو الإضافة الرجعية غير المعلنة فداخلان في كتمان الشهادة وتغييرها؛ قال تعالى: ﴿وَلَا تَكْتُمُوا الشَّهَادَةَ وَمَن يَكْتُمْهَا فَإِنَّهُ آثِمٌ قَلْبُهُ﴾ [البقرة: 283].

CC BY-NC-ND 4.0

وأما الشهادة والتقرير الطبي فهما شهادةٌ بالمعنى الشرعي، فتلزمهما شروطها من العلم والصدق والعدل. قال تعالى: ﴿وَلَا تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ﴾ [الإسراء: 36]، وقال: ﴿وَاجْتَنِبُوا قَوْلَ الزُّورِ﴾ [الحج: 30]. فتقرير المجاملة شهادة زورٍ وإن سُمّي مجاملة، والجزم بما لا يعلمه الطبيب قفوٌ لما ليس له به علم.

وأما الوصفة وأمر الدواء فمن باب الأمانة في الإرشاد؛ ففي الحديث: «المستشار مؤتمن»، أخرجه أبو داود والترمذي وابن ماجه [18]. وفي صحيح مسلم: «من غشنا فليس منا» [19]. فوضوح الوصفة جزءٌ من الأمانة لا من حسن الخط؛ والغموض الذي يُفضي إلى الخطأ تفريطٌ يُضمن به.

وأما المسؤولية المشتركة فتُبنى على قاعدة المباشرة والتسبب كما صاغها القرار 142 (8/15) [11]، وعلى تنزيلها على المباشر المأذون له كما تقدم في 3-1: فالطبيب الذي كتب أمرًا خاطئًا متسبب، والصيدلي الذي صرفه دون مراجعة متسبب، والممرضة التي أعطته مباشرة مأذون لها، والمنشأة التي لم توفر نظام تحقق مسؤولةٌ عن تقصيرها. ثم يُنظر: هل فرّط المباشر؟ وهل المتسبب أولى؟ ولا يُحمَّل المباشر وحده ما صنعه غيره، ولا يُعفى المتسبب بأن غيره باشر.

3-5 آثار ثبوت الضمان

إذا ثبت موجب الضمان رُتّبت آثاره بحسب المحل. فإن أفضى الخطأ إلى وفاةٍ بُحثت الدية. وإن أفضى إلى فقد عضوٍ أو منفعة فالأرش المقدَّر حيث ورد تقديره. وما لا تقدير فيه ففيه حكومة عدل، وهي تقديرٌ بالاجتهاد القضائي بمعونة أهل الخبرة. وتشمل الدعاوى المنتقلة إلى القضاء المطالبة بالدية والأرش والتعويض [1].

> خلاصة فقهية: الحاذق المأذون لا يضمن ما سرى من عمله المعتاد في محل الإذن ما لم يتعدَّ أو يفرّط، والمباشر المأذون له كذلك؛ أما ما جنته يده خارج محل الإذن فيضمنه عند الفقهاء وإن لم يتعمد. وعند اجتماع المباشرة والتسبب فالمسؤول المباشر ما لم يكن المتسبب أولى. والتقرير شهادةٌ تلزمه شروطها، والتعديل الخفي بعد الواقعة تغييرٌ للشهادة لا تصحيحٌ لها.

رابعًا: الركن النظامي

4-1 خريطة النصوص

تحكم هذا الباب في المملكة ستة نصوص: نظام مزاولة المهن الصحية ولائحته التنفيذية، ونظام المعاملات المدنية بوصفه التقنين العام للفعل الضار، ونظام الإثبات، وترتيبات القضاء المتخصص بعد انتقال الاختصاص، والصيغة النموذجية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، ولائحة التقارير الطبية المنصوص عليها في نظام الأحوال الشخصية.

> منهج القراءة: النظام أعلى، ثم اللائحة، ثم الأدلة والسياسات. ولا تُنقل قاعدة من نظامٍ إلى واقعةٍ خارج نطاقه، وتُراجع النصوص النافذة عند التطبيق.

CC BY-NC-ND 4.0

4-2 نظام مزاولة المهن الصحية: المواد 26–31

صدر النظام بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ [12]. وتسبق مواد المسؤولية مادةٌ تؤسس لها، هي المادة الخامسة عشرة:

> «يجب على الممارس الصحي أن يجري التشخيص بالعناية اللازمة مستعينًا بالوسائل الفنية الملائمة، وبمن تستدعي ظروف الحالة الاستعانة بهم من الأخصائيين أو المساعدين، وأن يقدم للمريض ما يطلبه من تقارير عن حالته الصحية ونتائج الفحوصات مراعيًا في ذلك الدقة والموضوعية» [12].

فالعناية التشخيصية والاستعانة بالمختص وصدق التقارير عناصر نظامية منصوصة، لا آدابٌ اختيارية.

المادة السادسة والعشرون: طبيعة الالتزام.

> «التزام الممارس الصحي الخاضع لأحكام هذا النظام هو التزام ببذل عناية يقظة تتفق مع الأصول العلمية المتعارف عليها» [12].

بهذا النص قنّن النظام القاعدة الفقهية في سطرٍ واحد: لا ضمانَ نتيجةٍ ولا التزامَ شفاء، وإنما عنايةٌ موصوفة بوصفين. فكلمة «يقظة» تنفي التساهل، وعبارة «تتفق مع الأصول العلمية المتعارف عليها» تجعل المرجع معيار الممارس المماثل لا اجتهاد الأفراد.

المادة السابعة والعشرون: المسؤولية المدنية. نصت على أن «كل خطأ مهني صحي صدر من الممارس الصحي، وترتب عليه ضرر للمريض؛ يلتزم من ارتكبه بالتعويض»، وجعلت تقدير التعويض للهيئة الصحية الشرعية، وهو اختصاصٌ انتقل إلى القضاء (انظر 4-3). ثم عدّدت صور الخطأ بقولها «ويعد من قبيل الخطأ المهني الصحي ما يأتي»، فدلّت على التمثيل لا الحصر:

> «1- الخطأ في العلاج، أو نقص المتابعة. 2- الجهل بأمور فنية يفترض فيمن كان في مثل تخصصه الإلمام بها. 3- إجراء العمليات الجراحية التجريبية وغير المسبوقة على الإنسان بالمخالفة للقواعد المنظمة لذلك. 4- إجراء التجارب، أو البحوث العلمية غير المعتمدة، على المريض. 5- إعطاء دواء للمريض على سبيل الاختبار. 6- استخدام آلات أو أجهزة طبية دون علم كاف بطريقة استعمالها، أو دون اتخاذ الاحتياطات الكفيلة بمنع حدوث ضرر من جراء هذا الاستعمال. 7- التقصير في الرقابة، والإشراف. 8- عدم استشارة من تستدعي حالة المريض الاستعانة به» [12].

ويُلحظ في هذه الصور حضور الترك والإشراف والاستشارة، لا الفعل المباشر وحده. وختمت المادة بحكمٍ مهم: «ويقع باطلًا كل شرط يتضمن تحديد، أو إعفاء الممارس الصحي من المسؤولية» [12]. فلا تتحول النماذج والعقود إلى صكوك براءة مسبقة.

المادة الثامنة والعشرون: العقوبات الجزائية. تعاقب، مع عدم الإخلال بأي عقوبة أشد في أنظمة أخرى، بالسجن مدة لا تتجاوز ستة أشهر، وبغرامة لا تزيد على مئة ألف ريال، أو بإحداهما. ومن صورها: مزاولة المهن الصحية دون ترخيص، وتقديم بيانات غير مطابقة للحقيقة للحصول على الترخيص، وانتحال لقب من ألقاب المهن الصحية، والامتناع عن علاج مريض دون سبب مقبول (انظر الفصل 9)، ومخالفة مواد نص عليها، منها الفقرة (3) من المادة السابعة والعشرين

CC BY-NC-ND 4.0

في العمليات التجريبية، والمتاجرة بالأعضاء البشرية [12]. ويُلحظ أن الخطأ المهني العادي ليس من صورها؛ وهذا يوافق الفقرة (3) من القرار 142 (8/15).

المادة التاسعة والعشرون. تعاقب بغرامة لا تزيد على خمسين ألف ريال من خالف أحكام المواد العاشرة والثانية عشرة والثالثة عشرة، والفقرات (ب، ج، د، هـ) من المادة الرابعة عشرة [12]؛ ومن مشمولاتها الإعلان عن النفس والدعاية في المادة العاشرة [20].

المادة الثلاثون. تعاقب على كل مخالفة لأحكام النظام أو لائحته لم يرد نص خاص بعقوبتها، بغرامة لا تتجاوز عشرين ألف ريال [12].

المادة الحادية والثلاثون: المسؤولية التأديبية.

> «مع عدم الإخلال بأحكام المسؤولية الجزائية أو المدنية، يكون الممارس الصحي محلًا للمساءلة التأديبية، إذا أخل بأحد واجباته المنصوص عليها في هذا النظام، أو خالف أصول مهنته، أو كان في تصرفه ما يعد خروجًا على مقتضيات مهنته أو آدابها» [12].

فالمساءلة التأديبية مستقلة عن الضرر والتعويض، وقد تقوم ولو لم يتضرر أحد. وحددت المادة الثانية والثلاثون العقوبات التأديبية: الإنذار، والغرامة التي لا تتجاوز عشرة آلاف ريال، وإلغاء الترخيص وشطب الاسم من سجل المرخص لهم، ولا يُقبل طلب ترخيص جديد إلا بعد سنتين على الأقل من الإلغاء [12].

جدول: مسارات المسؤولية الثلاثة في النظام

المسار	مناطه	الأثر	النص
المدني	خطأ مهني وضرر وسببية	التعويض	المادة 27
الجزائي	صور محددة نصًا	السجن أو الغرامة أو هما	المواد 28–30
التأديبي	الإخلال بالواجب أو أصول المهنة أو آدابها	الإنذار أو الغرامة أو إلغاء الترخيص	المادتان 31 و32

وهذه المسارات النظامية الثلاثة غير «الضمان» الفقهي في القرار 142 (8/15): فالضمان حكم شرعي بجبر الضرر يلتقي بالمسار المدني في الغاية، لكنه لا يُنشئ بذاته عقوبة جزائية ولا جزاءً تأديبيًا؛ فلكلٍّ من المسارات الأربعة مناطه وجهته وأثره.

4-3 المعاملات المدنية والإثبات والقضاء المتخصص

نظام المعاملات المدنية. صدر بالمرسوم الملكي رقم (م/191) وتاريخ 29/11/1444هـ [15]، ونظّم القواعد العامة للفعل الضار. ومن نصوصه ذات الصلة:

- المادة 120: «كل خطأ سبب ضررًا للغير يُلزم من ارتكبه بالتعويض» [15].
- المادة 121: «إذا كان الفعل الضار من مباشر له؛ عُدَّ الضرر ناشئًا بسبب ذلك الفعل؛ ما لم يقم الدليل على خلاف ذلك» [15]. فالسببية مفترضة في المباشرة، قابلةٌ لإثبات العكس.

CC BY-NC-ND 4.0

- المادة 125: «لا يكون الشخص مسؤولًا إذا ثبت أن الضرر قد نشأ عن سبب لا يد له فيه، كقوة قاهرة أو خطأ الغير أو خطأ المتضرر؛ ما لم يُتفق على خلاف ذلك» [15].
- المادة 127: «إذا تعدد المسؤولون عن فعل ضار كانوا متضامنين في التزامهم بتعويض الضرر، وتعين المحكمة نصيب كل منهم في التعويض وفق القواعد الواردة في هذا الفصل، وإذا تعذر ذلك كانت المسؤولية بينهم بالتساوي» [15].

والمادة 127 هي السند النظامي لتوزيع التعويض بين أطراف الرعاية؛ فالتضامن يحمي المتضرر، وتعيين الأنصبة يحقق العدل بين المسؤولين. ويبقى نظام مزاولة المهن الصحية هو النص الخاص في الخطأ المهني الصحي، ويُرجع إلى نظام المعاملات المدنية فيما لم يرد فيه نص خاص.

القضاء المتخصص. أعلنت وزارتا العدل والصحة في 10/5/1444هـ (4/12/2022م) نقل اختصاصات الهيئات الصحية الشرعية إلى القضاء العام. ويشمل المنتقل دعاوى الأخطاء الطبية والأخطاء المهنية الصحية المتعلقة بالحق الخاص، ومنها المطالبة بالدية والتعويض والأرش؛ وما نتج عنه وفاة أو تلف عضو أو فقد منفعته ولو لم تُرفع به دعوى خاصة؛ ومسؤولية المؤسسات الصحية الخاصة بالحق الخاص أو العام. وأُنشئت لذلك دوائر متخصصة في المحكمة العامة ومحكمة الاستئناف بالرياض، ويُستعان بالخبراء المتخصصين عبر منصة «خبرة» بالتعاون مع الهيئة السعودية للتخصصات الصحية [1].

وقد بيّنت وزارة العدل، في أسئلتها المنشورة عن الانتقال، خطوات الشكوى بعده: تُقدَّم الشكوى إلى المرفق الصحي الذي وقع فيه الخطأ أو إلى الشؤون الصحية ذات العلاقة، ثم تنظر فيها لجنة من الخبراء المختصين لإبداء الرأي الطبي، وتعرض اللجنة التسوية الودية على أطراف النزاع، فإن تعذرت أُحيلت الشكوى إلكترونيًا إلى القضاء فتُنظر عن بُعد، ثم يصدر الحكم [25]. ويُوفَّر الخبراء عبر منصة «خبرة» بالاتفاق مع الهيئة السعودية للتخصصات الصحية، ويُعترض على الحكم أمام محكمة الاستئناف المختصة، ثم بطريق النقض أمام المحكمة العليا [25]. أما الدعاوى التي كانت قيد النظر لدى الهيئات الصحية الشرعية، فما لم يصدر فيه قرار أُحيل إلى المحكمة المختصة، وما صدر فيه قرار ابتدائي بقي لديها حتى يصدر القرار النهائي [25].

ولهذا المسار أثران في عمل الممارس والمنشأة. الأول: أن أول ما تُبنى عليه الشكوى رأي الخبراء في الملف، فما لم يُوثَّق في حينه يصعب إثباته بعد ذلك (المطلب 4-5). والثاني: أن التسوية الودية التي تعرضها لجنة الخبراء مرحلةٌ منظمة في مسار الشكوى، وهي غير المساومة الممنوعة التي يُربط فيها استمرار العلاج بالتنازل عن الشكوى أو يُعرض فيها المال مقابل السكوت (المطلب 2-3)؛ فالأولى تجري في مسارها النظامي بعد الرأي الطبي، والثانية تصادر حق المريض في الشكوى قبل أن يبدأ.

نظام الإثبات. صدر بالمرسوم الملكي رقم (م/43) وتاريخ 26/5/1443هـ [21]، وينظم طرق الإثبات، ومنها المحررات والدليل الرقمي والقرائن والخبرة. فالسجل الطبي الإلكتروني وسجل التدقيق فيه دليلٌ رقمي، ورأي الخبير تستعين به المحكمة ولا يحل محل حكمها.

> تنبيهٌ مهم: لا توجد قاعدةٌ تقول إن عبء الإثبات «ينتقل تلقائيًا» إلى الطبيب عند كل نقص في التوثيق؛ فالنقص قرينةٌ تقدّرها المحكمة في سياق الأدلة كلها.

CC BY-NC-ND 4.0

4-4 التأمين المهني

جعلت المادة الحادية والأربعون من نظام مزاولة المهن الصحية الاشتراك في التأمين التعاوني ضد الأخطاء المهنية الطبية إلزاميًا على جميع الأطباء وأطباء الأسنان العاملين في المؤسسات الصحية العامة والخاصة. وجعلت هذه المؤسسات ضامنةً سداد التعويضات التي يصدر بها حكم نهائي على تابعيها إذا لم تتوافر تغطية تأمينية أو لم تكفِ، ولها حق الرجوع على المحكوم عليه فيما دفعته عنه. وأجازت أن يشمل التأمين فئات أخرى من الممارسين بقرار من مجلس الوزراء [12].

وأصدر البنك المركزي السعودي في 24/2/1443هـ (1/10/2021م) الصيغة النموذجية لوثيقة التأمين ضد الأخطاء المهنية الطبية، لتوحيد الحد الأدنى من التغطيات والاستثناءات، وسرى العمل بها من 1/1/2022م [22].

والتأمين أداة جبرٍ وتمويلٍ للخطر، لا صكُّ إباحة. فهو يضمن للمريض تعويضًا قابلًا للتحصيل، ويحمي الممارس من مطالبةٍ تعصف به. لكنه لا يرفع المسؤولية التأديبية ولا الجزائية، ولا يحدد وحده مقدار التعويض، وتغطيته محكومة بحدود الوثيقة واستثناءاتها.

4-5 الملف الطبي والتوثيق والتعديل اللاحق

الملف الطبي جزءٌ من العلاج قبل أن يكون دليلًا في النزاع. يحفظ تسلسل الحالة، وما عُرف من حساسية وأدوية، وما فُحص، وكيف تكوّن التشخيص والخطة، وما أُبلغ للمريض، ومن استلم النتيجة أو المهمة. وتبقى المنشأة مسؤولةً عن حفظ السجل وأمنه، ويتمتع المريض بحق الاطلاع والحصول على المعلومات وفق الأنظمة النافذة (انظر الفصل 6، المبحث رابعًا والحالة الرابعة). ولا يصح اختزال المسألة في قولٍ عام إن الملف «ملكٌ» لطرفٍ واحد.

والتوثيق الجيد خمس صفات: معاصرٌ للحدث لا لاحق له، وواضحٌ ومؤرَّخ بالساعة عند الأهمية، ويذكر المصدر فيميّز ما شوهد مما نُقل مما استُنتج، ويذكر القرار وأساسه لا الوصف وحده، ويذكر خطة المتابعة ومن يملكها.

وأما التعديل اللاحق فهو موضع الخطر الحقيقي، ويُضبط بأربعة:

- لا تُحذف المعلومة القديمة لإصلاحها، بل يُضاف تصحيحٌ متأخر بعنوانٍ ظاهر.
- يُذكر في التصحيح تاريخه ووقته، واسم صاحبه، وسببه.
- يبقى الأثر الأصلي وسجل التدقيق الإلكتروني؛ وأكثر النظم الإلكترونية تسجّل التعديل ووقته ومُجريه.
- لا يُجرى تعديلٌ بعد العلم بشكوى أو حادثة إلا بعلم الجهة المختصة في المنشأة وبتوثيقٍ ظاهر.

ويُقرَّر ضابطٌ حاسم: نقص التوثيق لا يُثبت الخطأ الفني تلقائيًا، لكنه يُضعف الإثبات، وقد يكون مخالفةً مهنية مستقلة. أما التعديل الخفي بعد الواقعة فأشد من النقص بكثير (انظر 2-4). وأما طلب تحريف السجل من الممارس وحقه في الرفض والإبلاغ فموضعه الفصل 12 (انظر الفصل 12، المطلب 4-6 والحالة الأولى).

CC BY-NC-ND 4.0

وفي النظم الإلكترونية وعند استعمال أدوات الذكاء الاصطناعي يبقى الممارس مسؤولًا عن المراجعة والاعتماد (انظر الفصل 50). فلا يجوز توقيع نصٍّ آلي لم يقرأه، ولا نسخ ملاحظةٍ سابقة دون تحديثها؛ فالنسخ المتكرر يُنتج سجلًّا يبدو كاملًا وهو لا يصف الحال.



شكل: التوثيق أمانة قبل أن يكون دليلًا: خمس صفات تحفظه، وآفات تُفسده، وكيف يكون التصحيح.

4-6 الشهادات والتقارير الطبية

يُفرَّق بين الشهادة والتقرير. فالشهادة بيانٌ قصير لغرضٍ محدد، كالإجازة المرضية أو اللياقة أو العجز أو الوفاة. والتقرير عرضٌ للوقائع السريرية والفحوص والتشخيص والعلاج والرأي الطبي في حدود اختصاص كاتبه.

وفي كليهما تلزم ستة: التحقق من الهوية، وبيان سبب الإصدار، والتمييز بين ما شاهده الممارس وما نُقل إليه، وذكر تاريخ الفحص لا تاريخ الطلب وحده، وتجنب الجزم بما لا تسمح به الأدلة، والبقاء داخل حدود الاختصاص. ولا يجوز خمسة: تقرير المجاملة، والإجازة الرجعية بلا أساسٍ موثق، وإدخال نتيجةٍ لم تُرَ، وإخفاء قيدٍ مؤثر، والجزم خارج الاختصاص. والأصل النظامي في ذلك المادة الخامسة عشرة التي تشترط «الدقة والموضوعية» في التقارير التي يطلبها المريض عن حالته [12]؛ وهو معيار يُستأنس به في سائر الشهادات والتقارير. أما تقرير الخبرة المطلوب من جهة تحقيق فسنده أمانة الشهادة ولائحة نظام الإجراءات الجزائية (انظر الفصل 32).

وفي التقارير الطبية المطلوبة لقضايا الأحوال الشخصية صدرت لائحة التقارير الطبية المنصوص عليها في نظام الأحوال الشخصية، بقرار وزير العدل رقم (3411) وتاريخ 16/11/1444هـ، ونُشرت في جريدة أم القرى في 5/12/1444هـ (23/6/2023م) [23]. ومن أحكامها أن يُكتب التقرير باللغة العربية، وأن يصدر بعد التحقق من شخصية المفحوص، وأن يُحدَّد المطلوب بألفاظ واضحة. واشترطت في تقارير الأهلية ومدة الحمل وغيرها لجنةً طبية من ثلاثة أطباء استشاريين، وساوت بين التقارير الصادرة عبر الأنظمة الإلكترونية المعتمدة والتقارير الورقية، وعدّت الطلب والتقرير وثيقتين سريتين [23]. وهذه الأحكام خاصة بنطاقها، لكنها تصلح معيارًا مرشدًا لجودة كل تقرير.

CC BY-NC-ND 4.0

ويُقرَّر تمييزٌ مهم: التقرير غير الصحيح قد يولّد مسؤوليةً مهنية وتأديبية ومدنية، وقد ينتقل إلى المسار الجزائي إذا توافرت عناصر الجريمة التي تحددها الجهة المختصة. فلا يصح القول إن كل خطأ كتابي تزوير، كما لا يصح التساهل معه؛ والفارق في القصد والأثر.

4-7 الوصفة الطبية وأوامر الدواء

الوصفة دواءٌ خارج المنشأة، وأمر الدواء توجيهٌ علاجي داخلها. وكلاهما يحتاج إلى: بيانات المريض، واسم الدواء، ويُفضَّل الاسم العلمي، والتركيز والجرعة وطريق الإعطاء والتكرار والمدة أو الكمية، وتاريخ الأمر، وهوية الواصف. ويُراجَع قبل الوصف ما يؤثر في الأمان: الحساسية، والعمر والوزن ولا سيما في الأطفال، والحمل والإرضاع، ووظائف الكلى والكبد، والتداخلات، والمراقبة المطلوبة.

ووضوح الأمر جزءٌ من واجب الواصف؛ فالغموض سببٌ مباشر لكثير من أخطاء الدواء. وقواعد كتابة الجرعة وأنماط أخطاء الدواء وسبل منعها مبسوطة في موضعها (انظر الفصل 11، المطلب 11-5).

> القاعدة الذهبية: إذا بدت الجرعة أو العبارة غير مألوفة، فالتصرف الآمن التوقف والتحقق لا التخمين. ومن خمّن فأصاب فقد نجا بالمصادفة لا بالمهنية.

ونص النظام في المادة الثالثة والعشرين على أنه يُحظر على الصيدلي مخالفة محتوى الوصفة الطبية دون موافقة الطبيب الذي اعتمدها، وصرف الدواء إذا شك في أن الوصفة خطأ، «وعليه أن يستوضح عن ذلك من الطبيب» [12]. وأجازت اللائحة التنفيذية، في نصها المنشور ضمن الإصدار الثالث لوزارة الصحة (1440هـ)، صرف البدائل المماثلة المسجلة بشروطها، والامتناع عن الصرف إذا ظهر خطأ في الوصفة حتى يستوضحه من محررها [20].

وفي المستشفى يجب على التمريض ألّا ينفذ أمرًا ملتبسًا أو ظاهر الخطأ حتى يُوثَّق التوضيح؛ فالتنفيذ مع الشك تفريطٌ ومشاركةٌ في الخطأ، لا امتثالٌ للأمر.

4-8 المسؤولية المشتركة: من يحمل ماذا؟

تتوزع المسؤولية بحسب الإسهام، لا بحسب الرتبة ولا بحسب من كانت يده آخر يد. ويجمع الجدول الآتي الواجب النظامي بالتكييف الفقهي.

جدول: توزيع المسؤولية بين أطراف الرعاية

الطرف	واجبه الأساسي	صورة التقصير	تكييفه الفقهي
الطبيب الواصف أو الآمر	اختيار العلاج، ووضوح الأمر، ومراجعة موانع الأمان	أمر خاطئ أو ملتبس، أو إغفال حساسية معروفة	متسبب إذا باشر غيره التنفيذ؛ ويضمن بالتفريط، وقد يكون أولى بالمسؤولية من المباشر
الصيدلي	المراجعة المهنية، والاستيضاح عند الشك	صرف وصفة ظاهرة الخطأ بلا استيضاح	متسبب؛ ويضمن بترك واجب المراجعة المنصوص

CC BY-NC-ND 4.0

الطرف	واجبه الأساسي	صورة التقصير	تكييفه الفقهي
التمريض	التحقق قبل التنفيذ، والتنفيذ الصحيح، والمراقبة بعده	تنفيذ أمر ظاهر الخطأ لمثله دون استيضاح	مباشر مأذون له؛ لا يضمن إلا بالتعدي أو التفريط
رئيس الفريق	التوجيه والرقابة على المعاونين	خطأ في التوجيه أو تقصير في الرقابة	مسؤولية تضامنية عن فعل معاونيه بنص الفقرة (4) من القرار 142 (8/15) [11]
المنشأة	نظام عمل آمن، وتنبيهات فعالة، وسياسات، وكادر كافٍ	غياب نظام تحقق، أو نقص كادر، أو تعليمات ضارة	مسؤولية أصلية بنص الفقرة (5) من القرار 142 (8/15) [11]

ويُقرَّر مبدآن متقابلان يمنعان الظلم في الاتجاهين:

- لا يُعفي أمر الطبيب المنفِّذَ من خطأ ظاهر؛ فمن نفّذ ما يعلم شبهته، أو ما كان مثله يكتشفه بالتحقق المعتاد، فقد فرّط.
- ولا يُنقل كل خطأ إلى آخر حلقة في السلسلة؛ فتحميل المنفّذ المأذون له وحده خطأً صاغه غيره، دون تفريط منه، ظلمٌ بيّن، والمتسبب هنا أولى بالمسؤولية.

وهذا التوزيع يجمع نص القرار، «يُسأل كل واحد منهم عن خطئه» [11]، ونص نظام المعاملات المدنية في تعيين المحكمة نصيب كل مسؤول [15].

خامسًا: أدوات عملية

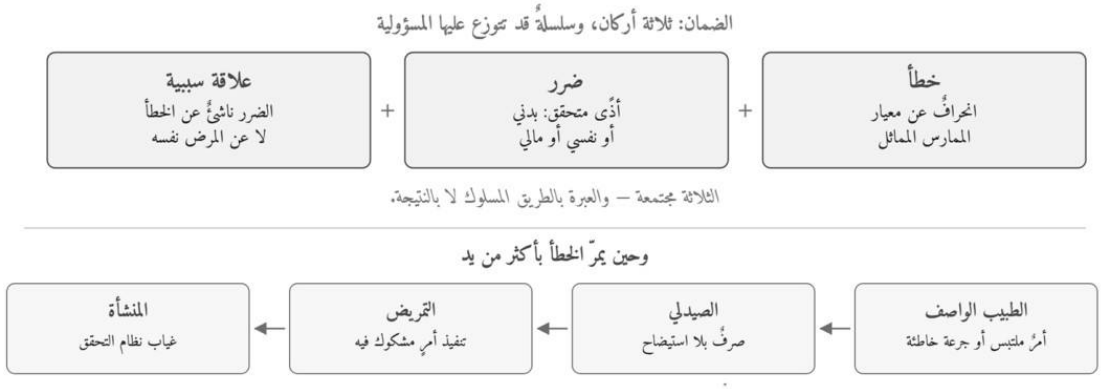
5-1 أركان المسؤولية الثلاثة

لا تقوم المسؤولية المدنية إلا باجتماع ثلاثة، وسقوط أحدها يُسقطها:

- الخطأ: انحرافٌ عن الأصول العلمية المتعارف عليها، يُقاس بمعيار الممارس المماثل.
- الضرر: أذًى محقق بدني أو نفسي أو مالي؛ فلا تعويض بلا ضرر ولو ثبت الخطأ.
- السببية: رابطةٌ بين الخطأ والضرر؛ فقد يقع خطأ ويقع ضرر ولا يكون أحدهما سبب الآخر.

وأكثر ما يُغفل السببية؛ إذ يُفترض أنها متحققة لمجرد اجتماع الخطأ والضرر في حالةٍ واحدة. والسؤال الصحيح: هل كان الضرر ليقع لو لم يقع الخطأ؟ وهل زاد الخطأ في الضرر، وبأي قدر؟

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: أركان الضمان الثلاثة، والسلسلة التي قد يتوزع عليها الخطأ الواحد.

5-2 موانع المسؤولية

- انتفاء الخطأ: أداءٌ موافق للأصول ونتيجةٌ سيئة، وهي المضاعفة.
- انتفاء السببية: ضررٌ سببه المرض نفسه أو عاملٌ مستقل.
- السبب الأجنبي: قوةٌ قاهرة، أو خطأ الغير، أو خطأ المتضرر نفسه [15].
- مساهمة المتضرر: كإخفاء المريض معلومةً مؤثرة أو مخالفته الإرشادات الطبية، وتُقدَّر بقدرها.
- حالة الضرورة الإسعافية بشروطها (انظر الفصل 5، المبحث رابعًا).

ولا يُعدّ من الموانع توقيع المريض على نموذج إعفاء؛ فالمادة السابعة والعشرون أبطلت شروط الإعفاء صراحةً [12]. ولا وجود تأمين؛ فالتأمين جبرٌ لا إباحة.

5-3 نموذج تحليل الواقعة في ثماني خطوات

1. اجمع الوقائع بتسلسلها الزمني من السجل لا من الذاكرة.
2. حدّد ما كان معلومًا وقت القرار لا بعده، واحذر تحيّز الأثر الرجعي.
3. قِس السلوك بمعيار الممارس المماثل في الظرف نفسه.
4. صنّف النتيجة: خطأ أم مضاعفة أم حادث، أم مضاعفة تلاها خطأ؟
5. افحص الأركان الثلاثة كلًّا على حدة: الخطأ، والضرر، والسببية.
6. حدّد المباشر والمتسبب وصاحب الرقابة، واسأل: هل فرّط المباشر المأذون له؟ وهل المتسبب أولى؟
7. افحص العوامل النظامية: أهو خللٌ في التصميم أم في الشخص؟
8. استخرج الدرس الوقائي، وافصله عن مسار تحديد المسؤولية.

CC BY-NC-ND 4.0



شكل: خطوات تحليل الواقعة الثماني، من جمع الوقائع من السجل إلى استخراج الدرس الوقائي.

5-4 قائمة تحقق الوثائق السريرية الأربع

جدول: الحد الأدنى وعلامات الخطر في الوثائق السريرية

الوثيقة	الحد الأدنى	علامة الخطر	التصرف الآمن
الملف الطبي	وقت وهوية وفحص وتقدير وخطة وتواصل ومتابعة	إضافة رجعية خفية أو حذف الأصل	تصحيح مؤرَّخ باسم وسبب مع بقاء سجل التدقيق
الشهادة	هوية وغرض وتاريخ فحص ونطاق واضح	مجاملة أو أثر رجعي بلا سند	رفضها أو تقييدها بما ثبت فعلًا
التقرير	مصادر الوقائع والنتائج والرأي وحدود اليقين	جزم خارج الاختصاص أو نقل غير متحقق	توضيح المصدر والشك وطلب رأي متخصص
الوصفة أو الأمر	دواء وجرعة وطريق وتكرار ومدة وهوية الواصف	جرعة شاذة أو عبارة تحتمل أكثر من قراءة	إيقاف التنفيذ والاستيضاح والتوثيق

قاعدة عملية جامعة: الوثيقة لا تُكتب للدفاع بعد وقوع المشكلة، بل لتأمين الرعاية في وقتها. ومن كتبها بنية الدفاع أنتج نصًّا يُضعف موقفه لا يقويه.

سادسًا: الحالات التطبيقية

تغطي الحالات الأربع الآتية: التمييز بين المضاعفة والخطأ والسببية، وتوزيع الضمان بين المباشر والمتسبب ورئيس الفريق والمنشأة، ثم وثيقتين من الوثائق السريرية الأربع: الملف والشهادة. وتليها مواقف متكررة بأجوبة مختصرة.

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة الأولى: ثقب معوي بعد تنظير القولون: مضاعفة أم خطأ؟

الوقائع. رجل في الثامنة والخمسين أُجري له تنظير قولون مع استئصال سليلة كبيرة في وحدة تنظير خاصة. وكان خطر الثقب مذكورًا بالاسم في نموذج الإذن، ووقّعه المريض في العيادة قبل الإجراء بأسبوع. وفي غرفة الإفاقة اشتكى ألمًا بطنيًا يزداد، فأبلغت الممرضة الطبيب المنظّر، فأمر بخروجه مع مسكّن من غير أن يفحصه أو يطلب تصويرًا، وكُتب في الملف «ألم غازي متوقع». ثم عاد الرجل بعد 20 ساعة بالتهاب بريتوني، وأُجريت له جراحة انتهت بفغر قولوني مؤقت. فرفع دعوى أمام الدائرة المختصة، وطلبت المنشأة رأيًا داخليًا قبل الرد.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: عولج المريض جراحيًا وهو مستقر الآن؛ فلا ضغط إسعافيًا على القرار المطلوب. • **الأمن:** لا خطر على الغير ولا على الفريق. • **القدرة على القرار:** المريض قادر، وهو المدعي بنفسه. • **صاحب الصفة:** المريض صاحب الحق في الدعوى. والجهة المختصة بالتكييف الدائرة القضائية مستعينةً بالخبرة، لا المنشأة ولا الطبيب. • **السؤال المطلوب تقريره:** هل الثقب نفسه خطأ أم مضاعفة؟ وهل التأخر في التعرف عليه خطأ مستقل؟ وهل زاد هذا التأخر في الضرر؟ وما موقف المنشأة المهني من الرد والإفصاح والتعلم؟

الركن الطبي. الثقب بعد استئصال سليلة كبيرة مضاعفةٌ معروفة قد تقع مع أداء سليم؛ فالحكم عليه بالخطأ يحتاج دليلًا على مخالفة الأصول في التقنية. أما الألم المتزايد بعد التنظير فعلامة إنذار تستدعي الفحص السريري والتصوير قبل الخروج في الأصول المتعارف عليها، وإغفالها يُعدّ خطأ ترك مستقلًا. والسببية في الشق الثاني هي موضع الخبرة: هل كان التعرف المبكر سيتيح علاجًا أقل ضررًا من الفغر؟ ويُحذر في التقييم من تحيّز الأثر الرجعي، فما أسهل الحكم بعد ظهور النتيجة! والعبرة بما كان أمام الطبيب في غرفة الإفاقة.

الركن الأخلاقي. التبصير في هذه الحالة سليم في ظاهره؛ فقد ذُكر الخطر بالاسم ووُقّع في وقت كافٍ. وإنما وقع الإخلال في واجب المتابعة حتى إغلاق الحلقة. والعدل مع الطبيب يقتضي ألّا يُحاسَب على الثقب ما دام أداؤه سليمًا، والعدل مع المريض يقتضي ألّا يُغطّى التأخر بأن الثقب «مضاعفة معروفة». والإفصاح عن الوقائع للمريض واجبٌ قائم بنفسه، مستقل عن الدعوى (انظر الفصل 11، المبحث ثانيًا).

الركن الفقهي. الطبيب حاذق مأذون له، فلا يضمن الثقب إذا أجرى الاستئصال على أصوله؛ لأنه سراية فعل معتاد في محل الإذن لا تجاوزٌ له، والجواز الشرعي ينافي الضمان [10]. فإن أثبتت الخبرة تجاوزًا لمحل القطع صار من جناية اليد (انظر 3-1). أما ترك الفحص مع قيام علامة الإنذار فيدخل في الحالة (و) من الفقرة (2) من القرار 142 (8/15): «أو وقع منه إهمال أو تقصير» [11]. ولا يُضمَّن إلا ما ثبت أن التأخر زاده؛ لأن «اليقين لا يزول بالشك» [10]. وأما الممرضة فقد أدت ما عليها بالإبلاغ، فلا تفريط منها.

الركن النظامي. التزام الطبيب ببذل عناية يقظة لا بتحقيق نتيجة (المادة 26)، و«نقص المتابعة» من صور الخطأ المهني (المادة 27) [12]. ويُطلب في الدعوى إثبات الخطأ والضرر والسببية [15]، ويستعين القضاء بخبير من التخصص عبر منصة «خبرة» [1]. والملف ونموذج الإذن وسجل الإفاقة أدلةٌ مكتوبة ورقمية [21]. ولا يجوز أي تعديل للملف بعد الدعوى.

القرار المهني الموزون. تُعدّ المنشأة ردَّا مهنيًا يفصل بين الشقين: الثقب مضاعفة معروفة أُبلغ بها المريض، والتأخر في التعرف عليه يُعرض بوقائعه كما في الملف؛ ويُحفظ الملف وسجل الإفاقة وسجل التدقيق دون تعديل، ويُطلب رأي خبرة مستقل في التقنية وأثر التأخر، ويُفصح

CC BY-NC-ND 4.0

للمريض عن الوقائع المعروفة، ويُترك التكييف النهائي للمسؤولية للـدائرة القضـائية دون مسـاس بحق المريض في دعواه؛ لأن الخلط بين الشقين يظلم أحـد الطـرفين: فوصـف الحالـة كلهـا بأنهـا «مضاعفة» يخفي خطأ الترك، والإقرار الشامل بالخطأ يحمّل الطبيب ما لا يد له فيـه. واسـتُبعدت التسوية المشروطة بالتنازل عن الشكوى، لأنها مساومة على حقه. ويُعـاد النظـر إذا أثبتت الخـبرة خللًا في تقنية الاستئصال، فيصير الثقب خطأً، أو أن التعرف المبكـر مـا كـان ليغيّـر العلاج، فتنتفي السببية في شق التأخر.

الدرس. قد تبدأ الواقعة مضاعفةً ثم تصير خطأً في التعرف عليها؛ فيُحكم على كل شق بمعيـاره، ويُضمَّن التأخر بقدر ما زاد من الضرر.

الحالة الثانية: شاشة جراحية منسية: المباشر والمتسبب ورئيس الفريق

الوقائع. امـرأة في الأربعين أُجـري لهـا استئصـال رحم بـالبطن المفتـوح. وفي منتصـف العمليـة استُبدلت ممرضة العدّ بأخرى لانتهاء مناوبتها، من غير عدٍّ مشترك عند التسليم؛ إذ لا تنص سياسـة المنشأة عليه، وكان القسم يعمل بنقص في الكادر. وقبل الإغلاق سأل الجـرّاح عن العـدّ، فأجابتـه الممرضة الثانية بأنه «صحيح»، ووُثّق كـذلك. فـأغلق الجـرّاح البطن دون تفقـد منهجي للجـرح. ثم عادت المريضة بعد ثلاثة أسابيع بخُراج، وكشف التصوير شاشة منسية، فأُعيدت الجراحـة. وطلبت المريضة التعويض، وطلبت الإدارة تحليلًا لتوزيع المسؤولية.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: عـولجت المريضـة وهي مسـتقرة. • **الأمن:** لا خطـر قـائم على الغير، لكن غياب سياسة العدّ عند التسليم خطرٌ على مرضى آخرين يستدعي معالجة فوريـة. • **القـدرة على القـرار:** المريضـة قـادرة. • **صـاحب الصـفة:** المريضـة صـاحبة الحـق في التعويض. والتكييف للقضـاء إن لم تقـع تسـوية مشـروعة. • **السؤال المطلـوب تقريـره:** من المباشـر ومن المتسـبب ومن صـاحب الرقابـة؟ وهـل المتسـبب أولى بالمسـؤولية؟ وكيـف يُـوزَّع الضمان؟

الركن الطبي. ترك جسـم غـريب في الجـرح من الأحـداث الـتي يُفـترض أن تُمنـع كليًـا، ومنعـه مسؤولية مشتركة بين الجرّاح وفريق التمريض، بالعـدّ المنهجي والتحقـق قبـل الإغلاق [24]. وقـد وقع الخلل هنا في ثلاثة مواضع، كأنها ثلاثة أبواب تُركت مفتوحة: تسليمٌ بلا عدّ مشترك، وإقرارٌ بعدٍّ «صحيح» غير مبني على عدٍّ كامل، وإغلاقٌ دون تفقد منهجي للجرح.

الركن الأخلاقي. لا يُحمَّل آخر من لمس الجرح وحده، ولا يُعفى من صـمّم مسـار عمـل يسـمح بالتسـليم دون عـدّ. والإفصـاح للمريضـة عن الوقـائع واجب، والاعتـذار الإنسـاني لا يعـني الإقـرار بتكييف بعينه. وأما الممرضة الثانيـة فتُعـالج بالمسـاءلة المتناسـبة لا بالتشـهير؛ فقـد عملت داخـل نظام معيب (انظر الفصل 11، المبحث ثانيًا).

الركن الفقهي. الجرّاح مباشرٌ للإغلاق الذي حبس الشاشة، والممرضـة الثانيـة متسـببة بـإقرار عدٍّ لم يكتمل، والمنشأة مسؤولة عن تقصيرها في سياسة التسـليم والكـادر بنص الفقـرة (5) من القرار 142 (8/15) [11]. والأصل في الفقرة (4) أن المسؤول المباشر «مـا لم يكن المتسـبب أولى بالمسؤولية منه» [11]. وفي هذه الواقعة لم يكن الجرّاح مباشرًا بريئًا: فقد أغلق دون تفقـد منهجي، وهو رئيس الفريق المسـؤول تضـامنًا إذا قصّـر في الرقابـة [11]. فيُسـأل كـل واحـد عن خطئه. والأصل الفقهي قسمة الضمان على المشتركين بالتساوي [14]؛ ويـرى المؤلـف، اجتهـادًا، أن يُقسم بقدر الإسهام بين الجرّاح والممرضة والمنشـأة لتمـايز أخطـائهم (انظـر 3-2). ولـو كـان

CC BY-NC-ND 4.0

الجـرّاح قـد تفقّـد الجـرح على الأصـول واعتمـد على عـدٍّ موثـق خـاطئ، لكـانت المتسـببة أولى بالمسؤولية منه.

الركن النظامي. «التقصير في الرقابة، والإشراف» من صور الخطأ المهني (المادة 27) [12]. والمسؤولون المتعددون متضامنون أمام المريضـة، وتعيّن المحكمـة نصـيب كـل منهم، فـإن تعـذر فبالتساوي (المادة 127) [15]. والمنشأة ضامنة سداد التعويض المحكـوم بـه على تابعيهـا إن لم تكفِ التغطية التأمينية، ولها حق الرجوع (المـادة 41) [12]. وقـد تقـوم المسـاءلة التأديبيـة لكـل مقصّر مستقلةً عن التعويض (المادة 31) [12].

القرار المهني الموزون. تُبلَّغ المريضة بالوقائع، ويُعرض عليهـا تعـويض مشـروع عـبر التـأمين دون شرط تنازل عن الشكوى، ويُعدّ تقرير داخلي يحدد إسهام كل طرف: الجرّاح في الإغلاق دون تفقد، والممرضة الثانية في إقرار عدٍّ غير مكتمل، والمنشأة في غياب سياسـة العـدّ عنـد التسـليم ونقص الكادر، دون أن يحسم الأنصبة، فتعيينها للمحكمة عند الـنزاع، أو يُسـتعمل أداة عقـاب قبـل التحقق؛ وتُصدر فورًا سياسة إلزامية للعـدّ المشـترك عنـد كـل تسـليم؛ لأن الضـرر نشـأ من ثلاثـة إسهامات متراكبة لا يصح اختزالها في يد واحدة. ويُعاد النظر إذا ثبت أن الجرّاح تفقّـد الجـرح على الأصول، فينتقل ثقل المسؤولية إلى المتسببة والمنشأة، أو أن الممرضة الثانية أجرت عـدًّا كـاملًا، فيُبحث عن مصدر آخر للشاشة ويتغيّر التحليل كله.

الدرس. المباشر هو المسؤول مـا لم يكن المتسـبب أولى؛ ومن كـان رئيسًـا للفريـق فقصّـر في الرقابة لم يعد مباشرًا بريئًا.

الحالة الثالثة: تعديل الملف بعد الشكوى

الوقائع. بعد أن وردت شـكوى من أسـرة مـريض، فتح طـبيب السـجل الإلكـتروني، وأضـاف إلى ملاحظته السابقة عبارةً تفيد أنه فحص علامةً لم يذكرها أصلًا، من غير أن يبيّن أن الإضافة لاحقـة. ثم تبيّن من سجل التدقيق أن التعديل جرى بعد الشكوى بيومين. فأُحيل الأمر إلى المدير الطبي.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا مريض في خطـر يتوقـف على القـرار. • **الأمن:** لا خطـر على الأشخاص، لكن سـلامة السـجل نفسـه مهـددة، فيُحفـظ فـورًا. • **القدرة على القرار:** لا مسألة قدرة. • **صاحب الصفة:** المدير الطبي في الإجراء الداخلي، والجهـة المختصـة بـالتحقيق في المخالفة، والأسرة في شكواها الأصلية. • **السؤال المطلوب تقريره:** كيف تُعالج الإضـافة الخفية؟ وكيف تُفصل عن الشكوى الأصلية؟

الركن الطبي. التعديل الـرجعي الخفي في سـجلٍ صـار محـلّ نـزاع مسـألةٌ مسـتقلة عن أصـل الشكوى. وأكثر النظم الإلكترونية تحفظ سـجل تـدقيق يـبيّن وقت التعـديل ومن أجـراه، فمـا يُـراد إخفاؤه يصعب إخفاؤه غالبًا. والبديل الصحيح كان ملاحظة مؤرَّخة تبيّن أنها لاحقة وسببها.

الركن الأخلاقي. السجل شهادةٌ على ما وقع، وتغييرها بعد النزاع تغييرٌ للشهادة لا تصـحيحٌ لهـا. والدافع إليه هو الخوف، وهو مفهـومٌ إنسـانيًا، غـير مقبـول مهنيًـا. ومن يفعـل ذلـك يُعـرّض زملاءه ومنشأته لشبهةٍ لم يصنعوها. فإن وقع، فخير ما يُفعل بعده أن يُقرّ به صاحبه فورًا ويبيّن سببه.

الركن الفقهي. يـدخل الفعـل في كتمـان الشـهادة وتغييرهـا: ﴿وَلَا تَكْتُمُـوا الشَّـهَادَةَ﴾ [البقـرة: 283]، ﴿وَاجْتَنِبُوا قَوْلَ الزُّورِ﴾ [الحج: 30]. و«الأمور بمقاصـدها» [10]؛ فالتصـحيح المعلن المـؤرَّخ واجب، والإضافة الخفية بعد النزاع محرّمة. ولا يشفع لها أن أصل العمـل كـان صـحيحًا؛ فالمخالفـة قائمة بذاتها.

CC BY-NC-ND 4.0

الركن النظامي. تجعل المادة الحادية والثلاثون الخروج على مقتضيات المهنة وآدابها محلًّا للمساءلة التأديبية، مستقلًّا عن التعويض [12]. وسجل التدقيق دليلٌ رقمي [21]. وقد ينتقل الأمر إلى مسارٍ جزائي إذا توافرت عناصر الجريمة التي تحددها الجهة المختصة؛ ولا يُقال إن كل تعديل تزوير، ولا يُتساهل معه.

القرار المهني الموزون. يُحفظ السجل بنسخته الأصلية وسجل التدقيق فورًا، ويُمنع أي تعديل إضافي، ويُطلب من الطبيب بيانٌ مكتوب بمحتوى الإضافة وسببها، ويُفتح مساران منفصلان: الشكوى الأصلية تُراجَع بموضوعية على السجل الأصلي، والتعديل يُحال إلى جهة المساءلة، دون حكم مسبق بالتزوير قبل التحقق من القصد، ولا جعل التعديل قرينةً على خطأ فني في الشكوى الأصلية؛ لأن الخلط بين المسارين يُضعف الشكوى أو يُغطي المخالفة الجديدة. واستُبعد حذف الإضافة، لأنه تعديلٌ ثانٍ يطمس الأثر. ويُعاد النظر إذا ثبت أن الإضافة تصحيح لخطأ إدخال سابق للشكوى وُثّق في حينه، فيتغيّر التكييف إلى تصحيح ناقص التوثيق.

الدرس. التصحيح المعلن مشروع، والإضافة الخفية بعد الشكوى أشد من النقص الذي أرادت إخفاءه.

الحالة الرابعة: شهادة إجازة رجعية وتقرير مجاملة

الوقائع. يأتي زميل إلى طبيب فيطلب منه أن يكتب لقريبٍ له إجازة مرضية لثلاثة أيام مضت، لم يُفحص فيها ولم يراجع المستشفى. ويقول إن الأمر «معتاد»، وإن القريب كان مريضًا فعلًا. ويطلب معها تقريرًا يذكر تشخيصًا لم يتحقق منه الطبيب.

البوابات. الاستقرار الإسعافي: لا حاجة إسعافية. • **الأمن:** لا خطر. • **القدرة على القرار:** الطالب قادر، والقريب لم يحضر. • **صاحب الصفة:** الشهادة حقٌّ لمن فُحص فعلًا وبعد التحقق من هويته؛ والزميل الطالب لا صفة له في طلب شهادة عن غيره، والقريب لم يُفحص. • **السؤال المطلوب تقريره:** هل يجوز إصدار الشهادة الرجعية والتقرير؟ وما البديل المشروع؟

الركن الطبي. لا سند موثق للمدة الماضية، فلا محل للشهادة عنها. والتقرير لا يُبنى على تشخيص لم يُتحقق منه. وأما البديل المشروع ففحص القريب إن حضر، وشهادة من تاريخ الفحص فقط، وتقرير بما تحقق منه الطبيب في حدوده.

الركن الأخلاقي. التقرير الطبي شهادةٌ لا مجاملة، ووصف الأمر بأنه «معتاد» لا يغيّر من حقيقته شيئًا. ومن يحصل على إجازة بلا سند يأخذ حقًّا على حساب غيره. وضغط الزمالة ثقيل، ولكنه يُعالج بسياسة معلنة تُريح الطرفين، ويُعتذر للزميل بأدب مع بيان البديل.

الركن الفقهي. ﴿وَاجْتَنِبُوا قَوْلَ الزُّورِ﴾ [الحج: 30]، ﴿وَلَا تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ﴾ [الإسراء: 36]. فالشهادة على مدة لم يقع فيها فحص شهادة زورٍ وإن سُمّيت مجاملة، ومن أعان عليها شاركه في الإثم. ومن حالات الضمان في القرار 142 (8/15): «إذا غرر بالمريض» [11]؛ ويرى المؤلف أن معنى التغرير يتسع هنا إلى جهة العمل التي تُبنى على الشهادة حقوقها.

الركن النظامي. تشترط المادة الخامسة عشرة «الدقة والموضوعية» في التقارير التي يطلبها المريض عن حالته [12]، وهو معيار يُستأنس به في الشهادات كلها. ولائحة التقارير الطبية، وإن كان نطاقها تقارير الأحوال الشخصية، تشترط التحقق من شخصية المفحوص وتحديد المطلوب بألفاظ واضحة [23]، وهما معياران مرشدان هنا. والفعل مخالفة مهنية تأديبية (المادة 31) [12]، وقد ينتقل إلى مسار جزائي بحسب عناصر الواقعة.

CC BY-NC-ND 4.0

القرار المهني الموزون. يعتذر الطبيب عن الشهادة الرجعية وعن التشخيص غير المتحقق، ويعرض البديل المشروع: فحص القريب اليوم، فإن وُجدت حالة مرضية شُهد بها من تاريخ الفحص وقُرّر بما ثبت، ويحيل إلى سياسة المنشأة المعلنة؛ لأن الشهادة على غير فحص شهادة زور، ومخالفة للدقة والموضوعية المنصوصة. ويُعاد النظر إذا وُجد سند موثق للمدة الماضية، كزيارة مسجلة في منشأة أخرى، فيجوز التقرير بما يثبته مع ذكر مصدره.

الدرس. الشهادة الطبية لا تُكتب عن غير فحص، ووصف المخالفة بأنها «معتادة» لا يجعلها مباحة.

وهذه قرارات حالات الفصل مجموعةً في جدول واحد: ما نفعل، ولماذا، ومتى يُعاد النظر.

جدول: الحالات في سطر

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
ثقب معوي بعد استئصال سليلة بالتنظير، وخروج المريض بألم متزايد دون فحص، ثم عودته بالتهاب بريتوني	ردٌّ يفصل الشقين: الثقب مضاعفة أُبلغ بها، والتأخر يُعرض بوقائعه؛ مع حفظ الملف وسجل التدقيق، ورأي خبرة مستقل، وإفصاح بالوقائع، والتكييف للدائرة القضائية	الخلط يظلم أحد الطرفين: وصف الحالة كلها «مضاعفة» يخفي خطأ الترك، والإقرار الشامل يحمّل الطبيب ما لا يد له فيه	أثبتت الخبرة خللًا في تقنية الاستئصال فيصير الثقب خطأً، أو أن التعرف المبكر ما كان ليغيّر العلاج فتنتفي السببية في شق التأخر
شاشة منسية بعد استئصال رحم: تبديل ممرضة العدّ بلا عدّ مشترك، وإغلاق الجرّاح دون تفقد منهجي	إبلاغ المريضة، وتعويض عبر التأمين بلا شرط تنازل، وتقرير يحدد إسهام الجرّاح والممرضة الثانية والمنشأة دون حسم الأنصبة، وسياسة فورية للعدّ المشترك عند كل تسليم	الضرر نشأ من ثلاثة إسهامات متراكبة، لا يصح اختزالها في يد واحدة	ثبت أن الجرّاح تفقّد الجرح على الأصول فينتقل الثقل إلى المتسببة والمنشأة، أو أن الممرضة أجرت عدًّا كاملًا فيتغيّر التحليل كله
طبيب أضاف إلى ملاحظته السابقة بعد الشكوى فحصًا لم يذكره، دون بيان أن الإضافة لاحقة	حفظ السجل الأصلي وسجل التدقيق ومنع أي تعديل، وبيان مكتوب من الطبيب، ومساران منفصلان: الشكوى على السجل الأصلي، والتعديل إلى جهة المساءلة، دون	الخلط بين المسارين يُضعف الشكوى أو يُغطي المخالفة الجديدة	ثبت أن الإضافة تصحيح لخطأ إدخال سابق للشكوى وُثّق في حينه؛ فيتغيّر التكييف إلى تصحيح ناقص التوثيق

CC BY-NC-ND 4.0

الحالة	نفعل	لأن	ويُعاد النظر إذا
	حكم مسبق بالتزوير		
زميل يطلب لقريبه إجازة مرضية عن ثلاثة أيام مضت لم يُفحص فيها، وتقريرًا بتشخيص غير متحقق	يعتذر الطبيب، ويعرض فحص القريب اليوم؛ فإن وُجدت حالة مرضية شُهد بها من تاريخ الفحص وقُرّر بما ثبت، ويحيل إلى سياسة المنشأة المعلنة	الشهادة على غير فحص شهادة زور، ومخالفة للدقة والموضوعية المنصوصة	وُجد سند موثق للمدة الماضية، كزيارة مسجلة في منشأة أخرى؛ فيجوز التقرير بما يثبته مع ذكر مصدره

مواقف متكررة

«شرحتُ له شفهيًا» ولا توثيق. تقع مضاعفةٌ معروفة، فينكر المريض أنه بُصِّر بها، وليس في الملف إلا عبارةٌ عامة «شُرحت المخاطر». الجواب: لا يُضاف إلى الملف شيءٌ بأثرٍ رجعي مهما اشتد الحرج. بل تُكتب ملاحظةٌ مؤرَّخة تبيّن أنها لاحقة وسببها، ويُراجع النموذج للمستقبل ليذكر المخاطر بأسمائها وبدائلها، ويُوقَّع قبل يوم الإجراء (انظر الفصل 5). والضابط: نقص التوثيق يُضعف الإثبات ولا يُثبت الخطأ، والإضافة الخفية تُثبت ما هو أسوأ منه.

أمرُ دواءٍ ملتبس يصل إلى التمريض أو الصيدلية. الجواب: يُوقَف التنفيذ حتى يُوثَّق التوضيح من الواصف، ولا يُسدّ الالتباس بالتخمين؛ فالنظام يحظر على الصيدلي صرف ما يشك في خطئه ويلزمه بالاستيضاح [12]، واللائحة تجيز له الامتناع حتى يتبين [20]. والضابط: المنفّذ المأذون له لا يضمن ما لم يفرّط، والتنفيذ مع الشك تفريط.

طلبُ توقيعٍ على «إعفاءٍ من المسؤولية». يُعرض على المريض قبل الإجراء نموذجٌ يتضمن إعفاء الممارس أو المنشأة من المسؤولية. الجواب: الشرط باطلٌ بنص المادة السابعة والعشرين [12]، فلا يصير النموذج صكّ براءة مهما كثرت فيه التواقيع. والضابط: الإذن يُبيح الإجراء ولا يُسقط الضمان عن التعدي والتفريط، والتأمين جبرٌ لا إباحة.

نسخُ ملاحظةٍ سابقة أو توقيعُ نصٍّ آلي. تُنسخ ملاحظة اليوم السابق كما هي، أو يُوقَّع نصٌّ ولّده نظامٌ آلي من غير أن يُقرأ. الجواب: كلاهما ممنوع؛ فالممارس مسؤولٌ عما يعتمده ويوقّعه، أيًّا كان مصدره. والضابط: التوثيق يُكتب ليصف حال المريض، لا ليملأ الخانات.

سابعًا: النتائج والتوصيات

النتائج

1. التزام الممارس الصحي التزامٌ ببذل عناية يقظة وفق الأصول العلمية المتعارف عليها، لا ضمانٌ للشفاء؛ وقد قنّن النظام هذه القاعدة الفقهية في المادة السادسة والعشرين [12]. فالنتيجة السيئة قرينةٌ تستدعي الفحص لا دليلٌ على الخطأ.

CC BY-NC-ND 4.0

2. لا تقـوم المسـؤولية المدنيـة إلا بخطـأ يُقـاس بمعيـار الممـارس المماثـل بمعطيـات وقت القرار، وضرر محقق، وسببية. والسببية أكثر الأركان إغفـالًا، وقـد تكـون الواقعـة مضـاعفةً في أصلها ثم خطأً في التعرف عليها.
3. حوّل القرار 142 (8/15) القاعـدة الكليـة إلى ثمـاني حـالات للضـمان: التعمـد، والجهـل، وانعدام الترخيص، وانعدام الإذن، والتغرير، والخطـأ الـذي لا يقـع فيـه الأمثـال أو الإهمـال، وإفشاء السر، والامتناع في الإسعاف [11]. وقصـر المسـؤولية الجزائيـة في حالـة الخطـأ على الخطأ الجسيم.
4. نص القرار 142 (8/15) على أن المسؤول عند اجتماع المباشرة والتسـبب هـو المباشـر «ما لم يكن المتسبب أولى بالمسؤولية منه» [11]. والأصل الفقهي قسـمة الضـمان على المشتركين بالتساوي [14]؛ أما توزيعه بقدر الإسهام فاجتهادٌ للمؤلـف يعلّلـه تمـايز أخطـاء الفريق، ويسنده نظام المعـاملات المدنيـة في تعـيين المحكمـة نصـيب كـل مسـؤول، مـع رجوعه إلى التساوي عند التعذر [15].
5. قاعدة «المباشر ضامن وإن لم يتعمد» تقابلها قاعدة «الجواز الشرعي ينـافي الضـمان» [10]؛ فالمباشـر المـأذون لـه في العمـل الطـبي لا يضـمن إلا بالتعـدي أو التفريـط، ومن التفريط تنفيذ أمر ظاهر الخطأ لمثله. أما ما جنتـه اليـد خـارج محـل الإذن فمضـمونٌ عنـد الفقهاء وإن لم يُتعمد [14]، والقرار 142 (8/15) يقيّد الضمان بالخطـأ الـذي لا يقـع فيـه الأمثال [11].
6. في النظام ثلاثة مسارات مستقلة: مدني بالتعويض، وجـزائي في صـور محـددة ليس منهـا الخطأ المهـني العـادي، وتـأديبي قـد يقـوم ولـو لم يقـع ضـرر [12]. وشـروط الإعفـاء من المسؤولية باطلة [12].
7. انتقال دعاوى الأخطاء الطبية إلى دوائر قضائية متخصصة تستعين بـالخبرة [1] رفـع قيمـة الملف الطبي بوصفه دليلًا مكتوبًا ورقميًا؛ والتعديل الخفي بعده أشد من النقص الذي يـراد إخفاؤه.
8. التأمين الإلزامي ضد الأخطاء المهنية أداة جبر لا إباحة، والمنشـأة ضـامنة سـداد التعـويض المحكوم به إذا لم تكفِ التغطية [12، 22].

التوصيات

للممارس.

- أن يقيس قراراته وتوثيقه بسؤال: ماذا كان سيفعل ممـارسٌ مماثـل بمـا هـو أمـامي الآن؟ وأن يوثّق أساس القرار لا الوصف وحده.
- أن يعامل علامة الإنـذار بعـد الإجـراء بوصـفها واجب فحص مسـتقلًا، لا امتـدادًا للمضـاعفة المعروفة.
- أن يتوقف ويستوضح عند أي أمر أو وصفة ملتبسـة، وألا يصـدر شـهادة أو تقريـرًا عن غـير فحص.

للمنشأة.

- أن تعتمد سياسة توثيق وتصحيح تمنع التعديل بعد العلم بشـكوى إلا بـإجراء معلن، وتحفـظ سجل التدقيق.

CC BY-NC-ND 4.0

- أن تضع سياسات مكتوبة لنقاط التسليم الحرجة، كالعدّ المشترك عند تبديل الفريق الجراحي، ومعايير الخروج بعد الإجراءات.
- أن تفصل مسار تحديد المسؤولية عن مسار التعلم، وأن تُعدّ ردودها في الدعاوى بتفصيل يفرّق بين المضاعفة والخطأ، لا بدفاعٍ شامل.
- أن تُعلن سياسة للشهادات والتقارير تنقل الرفض من موقف شخصي إلى قاعدة.

للتعليم والبحث.

- أن يُدرَّس معيار الممارس المماثل وتحيّز الأثر الرجعي والتمييز الثلاثي في برامج التعليم الطبي والتمريضي والصيدلي.
- أن تُدرَّس قاعدة المباشرة والتسبب في القرار 142 (8/15) بتطبيقات على فريق الرعاية.
- أن تُجرى دراسات على أحكام الدوائر القضائية المتخصصة بعد 1444هـ، لبيان معايير الخبرة وتوزيع المسؤولية فيها.

ثامنًا: الخاتمة

وبعد، فالمسؤولية الطبية ليست عقوبةً على نتيجةٍ سيئة، وإنما هي مساءلةٌ عن أمانةٍ قُبِلت. فالطبيب لم يَعِد بالشفاء، وإنما وعد ببذل ما يُحسنه؛ فمن بذله لم يُسأل ولو ساءت النتيجة، ومن قصّر سُئل ولو حسنت.

والنصوص في هذا الباب متسقة على نحوٍ لافت، يشد بعضها بعضًا. فالقرار 142 (8/15) عدّد ثماني حالات للضمان، وقصر المساءلة الجزائية في الخطأ على الجسيم، وقدّم المباشر ما لم يكن المتسبب أولى، وقرر مسؤولية رئيس الفريق والمؤسسة. وأما النظام فقنّن العناية اليقظة، وعدّد صور الخطأ ومنها الترك والإشراف والاستشارة، وأبطل شروط الإعفاء، وجعل المسؤولين المتعددين متضامنين تعيّن المحكمة أنصبتهم.

وأكثر ما تدور عليه النزاعات في الواقع ليس مهارة اليد، وإنما الوثائق السريرية الأربع: ملفٌّ لم يُوثَّق كما ينبغي، وشهادةٌ كُتبت مجاملة، وتقريرٌ جزم بما لا يعلم، ووصفةٌ كُتبت ملتبسة. وهذه كلها قابلةٌ للإصلاح بالتصميم، لا بالتحذير. وأخطر ما يفعله الممارس بعد وقوع المشكلة أن يحاول إصلاح السجل خفيةً؛ فالتصحيح المعلن نجاة، والإضافة الخفية تنقله من موقف يمكن الدفاع عنه إلى شبهة في نزاهته.

ويبقى المعنى الجامع، فاحفظه يا أخي الطبيب: الوثيقة تُكتب لتأمين الرعاية في وقتها، لا للدفاع بعد المشكلة. وأفضل حمايةٍ للطبيب هي بعينها أفضل رعايةٍ للمريض.

أسئلة المراجعة والنقاش

1. ما الفرق بين المضاعفة المتوقعة والحدث الضار غير القابل للمنع والخطأ الطبي؟ ومثّل لواقعة تبدأ مضاعفة ثم تصير خطأً.
2. اشرح معيار الممارس المماثل، ولماذا يُقاس السلوك بمعطيات وقت القرار؟ وكيف يُحترز من تحيّز الأثر الرجعي في تقرير الخبرة؟

CC BY-NC-ND 4.0

3. عدّد حالات الضمان الثماني الواردة في القرار 142 (8/15)، ثم بيّن أيها قد يقابل فعلًا موجبًا للمساءلة الجزائية وفق النظام السعودي، وما الشروط اللازمة لذلك.
4. ما نص قاعدة المباشرة والتسبب في القرار 142 (8/15)؟ وكيف تتنزل على ممرضة نفذت أمرًا طبيًا خاطئًا لم يكن خطؤه ظاهرًا لمثلها؟ وكيف لو كان ظاهرًا؟
5. قارن بين المسارات المدني والجزائي والتأديبي في نظام مزاولة المهن الصحية من حيث المناط والأثر.
6. (تطبيقي) جرّاح أغلق الجرح اعتمادًا على عدٍّ موثق «صحيح» بعد أن تفقّد الجرح على الأصول، ثم ظهرت أداة منسية. وزّع المسؤولية بين أطراف الواقعة، مستندًا إلى القرار 142 (8/15) والمادة 127 من نظام المعاملات المدنية.
7. (تطبيقي) اكتشفت أثناء مراجعة شكوى أن ملاحظتك في الملف ناقصة. ما الذي يجوز لك فعله، وما الذي لا يجوز؟ ولماذا؟
8. هل يعفي التأمين الإلزامي ضد الأخطاء المهنية الممارس من المسؤولية؟ وما دور المنشأة إذا لم تكفِ التغطية؟

المراجع

[1] وكالة الأنباء السعودية. نقل اختصاصات الهيئات الصحية الشرعية إلى القضاء. الرياض، 10 جمادى الأولى 1444هـ / 4 ديسمبر 2022م. spa.gov.sa

[2] Almannie R, Almuhaideb M, Alyami F, Alkhayyal A, Binsaleh S. The status of medical malpractice litigations in Saudi Arabia: analysis of the annual report. Saudi J Anaesth. 2021;15(2):97–100. doi:10.4103/sja.SJA_908_20

[3] AlMubarak SH, Alshatti FA. The government as plaintiff: an analysis of medical litigation against healthcare providers in the Eastern Province of the Kingdom of Saudi Arabia. J Patient Saf. 2023;19(2):e31–e37. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001097

[4] Alsaeed S, Aljarallah S, Alarjani A, Alghunaim G, Alanizy A. Dental malpractice lawsuit cases in Saudi Arabia: a national study. Saudi DentJ.2022;34(8):763–771. https://doi.org/10.1016/j.sdentj.2022.11.002

[5] Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med. 1991;324(6):370–376. https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240604

[6] Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, Laird NM, Hebert LE, Peterson LM, et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: results of the Harvard Medical Practice Study III. N Engl J Med. 1991;325(4):245–251. https://doi.org/10.1056/NEJM199107253250405

[7] Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice

CC BY-NC-ND 4.0

litigation. N Engl J Med. 2006;354(19):2024–2033. https://doi.org/10.1056/NEJMsa054479

[8] Althobaiti MH, Alkhaldi LH, Alotaibi WD, Alshreef MN, Alkhaldi AH, Alshreef NF, et al. Knowledge, attitude, and practice of medical ethics among health practitioners in Taif government, KSA. J Family Med Prim Care. 2021;10(4):1759–1765. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_2212_20

[9] Gray JL, Mrad IC, AlAyed AM, AlHawas FA, AbdulHameed NMF, Mahomed ZB, et al. It’s called “informed consent,” but how “informed” are patients? A patient perspective on informed consent in a tertiary care hospital in Saudi Arabia. J Patient Saf. 2025;21(2):89–94. https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001306

[10] علي حيدر (ت 1353هـ). درر الحكام في شرح مجلة الأحكام. تعريب فهمي الحسيني. ج1، المقالة الثانية في القواعد الفقهية، المواد 2 و4 و19 و20 و87 و90–93. shamela.ws

[11] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 142 (8/15) بشأن ضمان الطبيب. الدورة الخامسة عشرة، مسقط، 14–19 المحرم 1425هـ / 6–11 مارس 2004م. iifa-aifi.org

[12] نظام مزاولة المهن الصحية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/59) وتاريخ 4/11/1426هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[13] حديث «من تطبب ولا يُعلم منه طب فهو ضامن»: سنن أبي داود، كتاب الديات، باب فيمن تطبب ولا يُعلم منه طب فأعنت، ح 4586 وسنن النسائي، كتاب القسامة، باب صفة شبه العمد، ح 4830 وسنن ابن ماجه، كتاب الطب باب من تطبب ولم يعلم منه طب، ح 3466. sunnah.com

[14] ابن قدامة، موفق الدين عبد الله بن أحمد المقدسي (ت 620هـ). المغني. تحقيق طه الزيني ومحمود عبد الوهاب فايد وعبد القادر عطا ومحمود غانم غيث. ط1. القاهرة: مكتبة القاهرة، 1388–1389هـ (1968–1969م). 10 أجزاء. ج5، ص398 (كتاب الإجارات، مسألة: ولا ضمان على حجام ولا ختان ولا متطبب)؛ وج8، ص290 (كتاب الجراح، مسألة: يقتل الجماعة بالواحد). نسخة إلكترونية: shamela.ws

[15] نظام المعاملات المدنية، الصادر بالمرسوم الملكي رقم (م/191) وتاريخ 29/11/1444هـ. هيئة الخبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[16] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. مشروع قرار رقم 223 (7/23) بشأن مسؤولية الطبيب عن الأخطاء الطبية غير العمدية من منظور إسلامي. الدورة الثالثة والعشرون، المدينة المنورة، 19–23 صفر 1440هـ / 28 أكتوبر – 1 نوفمبر 2018م. iifa-aifi.org

[17] مجمع الفقه الإسلامي الدولي. قرار رقم 79 (10/8) بشأن السر في المهن الطبية. الدورة الثامنة، بندر سيري بيجوان، بروناي دار السلام، 1–7 محرم 1414هـ / 21–27 يونيو 1993م. iifa-aifi.org

CC BY-NC-ND 4.0

[18] حـديث «المستشـار مـؤتمن»: سـنن أبي داود، كتـاب الأدب، بـاب في المشـورة، ح 5128 وجامع الترمذي، كتاب الأدب، باب إن المستشار مؤتمن، ح 2822؛ وسنن ابن ماجه، كتـاب الأدب، باب المستشار مؤتمن، ح 3745. sunnah.com

[19] صـحيح مسـلم، كتـاب الإيمـان، بـاب قـول النـبي ﷺ: «من غشـنا فليس منـا»، ح 101. sunnah.com

[20] اللائحة التنفيذية لنظـام مزاولـة المهن الصـحية، الصـادرة بـالقرار الـوزاري رقم 4080489 وتاريخ 2/1/1439هـ. والنص المقتبس هنا من: وزارة الصحة. نظام مزاولة المهن الصحية ولائحتـه التنفيذيـة. الإصـدار الثـالث، 1440هـ / 2019م (اللائحـة تحت المـادة الثالثـة والعشـرين). moh.gov.sa

[21] نظام الإثبات، الصادر بالمرسـوم الملكي رقم (م/43) وتـاريخ 26/5/1443هـ. هيئـة الخـبراء بمجلس الوزراء. laws.boe.gov.sa

[22] البنك المركزي السعودي. الصيغة النموذجيـة لوثيقـة التـأمين ضـد الأخطـاء المهنيـة الطبيـة. أُعلنت في 24 صـفر 1443هـ /1 أكتـوبر 2021 ويسـري العمـل بهـا من 1 ينـاير 2022م (وآل الإشراف على قطاع التأمين إلى هيئة التأمين). rulebook.sama.gov.sa

[23] لائحة التقارير الطبية المنصوص عليهـا في نظـام الأحـوال الشخصـية، الصـادرة بقـرار وزيـر العـدل رقم (3411) وتـاريخ 16/11/1444هـ، والمنشـورة في جريـدة أم القـرى بتـاريخ 5/12/1444هـ / 23 يونيو 2023م (المواد 2 و4 و9 و10). uqn.gov.sa

[24] World Health Organization. WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives. Geneva: WHO; 2009. who.int

[25] وزارة العدل. أهم 30 سؤال وجواب (FAQ) حول انتقال اختصاصات الهيئات الصحية بـوزارة الصـحة إلى القضـاء العـام. الريـاض: وزارة العـدل، 10/5/1444هـ (4/12/2022م)، ولا سـيما الأسئلة 3 و6 و8 و12 و16. https://moj.gov.sa/Documents/MedicalJudiciaryFAQ.pdf

[26] ابن قيم الجوزية، محمـد بن أبي بكـر (ت 751هـ). زاد المعـاد في هـدي خـير العبـاد. ط27. بيروت: مؤسسة الرسالة؛ الكويت: مكتبة المنار الإسلامية، 1415هـ (1994م). 5 أجـزاء. ج4، ص 127–128 (فصل في هديه ﷺ في تضمين من طب الناس وهو جاهل بالطب). نسـخة إلكترونيـة: islamweb.net

CC BY-NC-ND 4.0