

نحو أطر تشريعية جديدة للمسؤولية الطبية في دولة الكويت: مراجعات لازمة.. مقترحات ممكنة وآمال طموحة

د. مشاعل عبد العزيز الهاجري*

«لا ضماناً على الطبيب بموت العليل من معالجته... إلا أن يعلم أنه تعدى، فيضمن حينئذ».

ابن رشد

الملخص:

تبحث هذه الورقة في مشروع قانون متكامل ينظم كلاً من مزاولة مهنة الطب وحقوق المريض، وكذلك المسؤولية الطبية باعتبارها جسراً رابطاً بين الاثنتين، ويتسم بجملة من الخصائص التي تمثل أسساً صارمة تذهب الدراسة إلى كونها لازمة للتشريع السليم.

من هذا المنطلق، تعرض الدراسة الماثلة إلى المنظور «المختلف» الذي جاء به مشروع القانون هذا، من حيث المنهجية ومن حيث المحتوى معاً: فأما من حيث المنهجية، فإن الدراسة تقدم نموذجاً تذهب إلى كونه صالحاً للتأبع بصدد إعداد مشروعات القوانين المستقبلية بشكل عام - أيّاً ما كان موضوعها - وهو منظورٌ يقوم على آلياتٍ عديدة، لعل أبرزها هو عقد الشراكات المبكرة والحقيقية بين الجهة التي تقوم بإعداد مشروع القانون والجهة التي تقوم بتبنيه، وبين كل من المخاطبين به والمختصين وأساتذة الجامعات والجهات الاستشارية ومنظمات المجتمع المدني ومراكز البحوث والقطاع الخاص من جهة أخرى. إن كل ذلك يمثل خطوات لازمة لضمان حسن المنتج التشريعي ولضمان دور أنجع له وأكثر فعالية.

وأما من حيث الموضوع، فتعرض الدراسة لأفكارٍ مختارة لبعض ما جاء به مشروع القانون المقترح، من ضمنها: أهمية ضبط الجهاز المفاهيمي للممارسة الطبية (خصوصاً في جوانبه ذات الانعكاسات القانونية والقضائية)، استحداث مؤسساتٍ جديدة لضبط المسؤولية الطبية، إبراز حقوق المريض بوضوح (للمرة الأولى في تاريخ التشريعات الطبية الكويتية، ربما)، إعادة تعريف فكرة الخطأ الطبي (لتنقيتها مما لوحظ اختلاطه بها من سوء فهم فقهيٍّ وقضائيٍّ قديم، وهو خلطٌ يبدو أنه يتعدى المشهد الكويتي خصوصاً ليمتد إلى القانون المقارن عموماً)، الدعوة لإنشاء قضاءٍ طبيٍّ متخصص، إضافة إلى أفكارٍ عديدةٍ أخرى.

* أستاذ القانون الخاص المساعد، كلية الحقوق، جامعة الكويت.

هذا، ويُطرح جميع ما تقدم من منطلق جودة الرعاية الصحية بالدرجة الأولى، فليس الطبيب والمريض بخصمين، وإنما هما طرفان في علاقة تكاملية، يستفيد فيها كل منهما من تحسين النظم والقواعد والإجراءات، بل والبنى ابتداءً، وهو أمرٌ لن يُتاح له أن يتحقق إلا من خلال القوانين المحكمة، المفترض وجودها كشرطٍ أولي لازم لحفظ الحقوق، إنتاج الممارسات الرفيعة وضمان أفضل النتائج.

كلمات دالة: الطبيب، المريض، الممارسة الطبية، مهنة الطب، حقوق المريض.

تمهيد:

يحتل الاهتمام بتطوير وإصلاح النظام الصحي في الكويت مكانة مركزية، إذ تواجه المؤسسات الصحية والعاملون فيها ومتلقو الخدمات الصحية تحديات عديدة تحول دون تحقيق الإمكانيات الهائلة في النظام الصحي لأهداف الصحة العامة في الكويت. وكما هو الحال في الأنحاء المختلفة من العالم، فإن النظم والمؤسسات العامة في الدولة تقوم على منظومة من التقاليد المؤسسية، والتشريعات، إضافةً إلى تاريخ من التفاعل الداخلي بين مكونات هذه النظم والمؤسسات. ولذلك، فقد كان لزاماً على المهتمين بإصلاح النظام الصحي في البلاد النظر في منظومة التقاليد المؤسسية والتشريعات التي يقوم عليها هذا النظام، وتحليلها ومقارنتها بالسياق التشريعي العام في البلاد من ناحية، وبتوقعات الدولة من النظام الصحي من ناحية ثانية، ثم مضاهاتها بأفضل الممارسات العالمية من ناحية ثالثة، إذ لن يتسنى للنظام الصحي الإيفاء بالمرجات المتوقعة منه دون أطرٍ تشريعيةٍ مُحكمة تضمن سلامة العمل فيه، وبلورة الجوانب الإيجابية في تقاليده، مع تمكين عناصره المختلفة من القيام بدورها على الوجه الأكمل.

وفي هذا السياق، تم تشكيل فريق متخصص لإعادة النظر في التشريعات الخاصة بأطراف النظام الصحي، والمتمثلة في المجتمع الطبي كمقدم للرعاية الصحية، والمريض (المجتمع ككل) كمتلقٍ لهذه الرعاية، والنظم الراعية للعلاقة بينهما. وقد اضطلع الفريق المكلف بهذه المهمة بوضع مشروع قانون لممارسة المهن الطبية وحقوق المريض بمنهجية جديدة في التشريع تقوم على التفاعل الجاد مع جميع أطراف العلاقة، وفي ظل فلسفة قانونية قائمة على محاور واضحة، وإطار منهجي مقارن ينظر للخصوصية المحلية في سياقها الإقليمي والعالمي، لا بمعزل عنهما، ولم يفتر الفريق المكلف بإعداد مشروع القانون توثيق هذه المنهجية، وتفصيل الأطر الفلسفية والقانونية والتاريخية للمشروع، وذلك لتحقيق هدفين، الأول: أن ترفق هذه الوثيقة بمشروع القانون كوثيقة توضيحية له. أما الهدف الثاني: فهو التوثيق لمنهجية خاصة بوضع التشريعات في الكويت، تقوم على القرائن والأدلة العلمية من جهة، والتفاعل الجاد مع أصحاب العلاقة والخبرات الوطنية من جهة أخرى، وذلك لتحقيق تراكم المعرفة والخبرة، وتجنب مثالب التجارب السابقة المماثلة، على أمل أن يمثل هذا الأمر خطوة بالاتجاه الصحيح نحو عقلنة الحوار الوطني حول السياسات العامة في دولة الكويت، وسن تقاليد للعمل المؤسسي المشترك القائم على القرائن وأفضل الممارسات العالمية.

وقد تم الأمر بتكليف من مؤسسة الكويت للتقدم العلمي (KFAS)، بشراكة مع مركز السياسات العامة⁽¹⁾. وتستند هذه الدراسة، في كثير من جوانبها، إلى «الورقة البيضاء» (white paper) التي قدمها الباحثان شرحاً لمشروع قانون قاما بإعداده في هذا الصدد⁽²⁾، إذ رأى الفريق المعد للمشروع (الباحثان) أن تقديم تصور لمشروع قانون جديد حول تنظيم المهن الطبية في الكويت وما يرتبط بها من مسؤوليات، يتبع وضعه أسلوباً منهجياً منتظماً، تصاحبه وثيقة تتمثل في «ورقة بيضاء» شارحة لأطره ومنهجية العمل فيه ومكوناته، هو أمر سيمثل ممارسة نموذجية رشيدة، جديرة بالاتباع كلما تعلق الأمر بمشروعات القوانين التي تقدم للبرلمان الكويتي، لتكوين رأي مستنير من قبل جميع أطراف العلاقة؛ الحكومة والبرلمان والمعنيين والرأي العام معاً.

هذا، على أمل ألا تكون هذه الطريقة غير المسبوقة في وضع مسودات القوانين محض حالة أكاديمية تجريبية، بل بدايةً لنهج تشريعي ذكي ونشط في دولة الكويت.

(1) وقد تكوّن الفريق المُكلّف من كاتبة هذه الدراسة، إضافة إلى د. رائد سيد هاشم الأستاذ في كلية الطب بجامعة الكويت.

(2) انظر، بشكل عام: مشاعل عبدالعزيز الهاجري ورائد سيد هاشم، علاج لأوضاع المعالجين - مقارنةً تشريعيةً مقترحة لتنظيم الممارسة الطبية في دولة الكويت: الإطار المنهجي، الفلسفة العامة و منطوق مستحقّ لحقوق المريض، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي KFAS ، وثيقة بيضاء-White Paper ضمن سلسلة السياسات العامة، الكويت، يناير 2019 ، غير منشور، حيث تستند هذه الدراسة إليها بصفة أساسية.

المبحث الأول

الخلفية التاريخية والخطة المنهجية

يتناول هذا المبحث الجوانب المتعلقة بالخلفية التاريخية لمشروع القانون المقترح، فيتعرض للسياق التاريخي للمشروع، ولمنهجية إعداده كمشروع قانون جديد للمسؤولية الطبية، وذلك من حيث الآلية والمراحل، مع إشارة إلى المراجعة المعيارية لمشروع القانون، واستعراض عام وملاحظات موضوعية حول ما هو مطروح من اقتراحات ومشروعات بقوانين، وبيان بالجدول الزمني للمشروع، ويختتم هذا المبحث بعرض للمفاهيم المستجدة والأحكام المستحدثة في مشروع القانون المقترح.

1. حول مشروع القانون:

لما كانت نقاط الارتكاز في مشروع القانون المقترح حول المسؤولية الطبية في الكويت تتعلق بالمنهجية «المختلفة» التي طرح خلالها، إضافة إلى الموضوعات والحلول الجديدة التي أتت بها، فإن الأمر يستلزم العرض التالي.

1.1 – السياق التاريخي للمشروع:

استشعرت الحاجة لتعديل التشريعات الخاصة بمزاولة المهن الطبية، ووضع تنظيم جديد للمسؤولية الطبية وحقوق المريض خلال السنوات العشر الأخيرة، إلا أنها تعاضمت بصورة ملحوظة في السنة الماضية، فقد عُقدت أربعة مؤتمرات أو ندوات رئيسية في الكويت، دعا المشاركون في كل منها إلى ضرورة إعادة النظر في التشريعات القائمة التي لم تعد تفي بالحد الأدنى المطلوب من دعم الفعالية المتوقعة والمرجوة من النظام الصحي في دولة الكويت. وكانت هذه الفعاليات كالتالي:

1. ندوة المسؤولية عن الخطأ الطبي في معهد الكويت للدراسات القضائية والقانونية (18 ديسمبر 2017).
2. المؤتمر السنوي لرابطة الجراحين الكويتية AKUPAS (12 فبراير 2018).
3. مؤتمر الكويت الثاني لجراحة المناظير المتقدمة وجراحة السمنة (21 أبريل 2018).
4. ندوة رابطة أطباء القلب الكويتية (30 أبريل 2018).

وقد أشار المشاركون في جميع هذه الفعاليات إلى أهمية توحيد الجهود لتطوير قانون عصري يتماشى مع متطلبات العمل الطبي في الكويت الحالية والمستقبلية، وتوفير الضمانات الضرورية لمزاولة المهنة في ظل الحماية الصريحة لحقوق المريض وصولاً لجودة الرعاية الصحية.

1.2 - منهجية إعداد مشروع قانون جديد للمسؤولية الطبية - الآلية والمراحل:

روعي، منذ البداية، الحرص على أن يتَّسم مشروع القانون المطروح بجملة من الخصائص التي تمثل أساساً شكليةً وموضوعيةً لازمةً وفقاً للقواعد الفنية للتشريع السليم؛ ولذلك فقد تم اتباع منهجية صارمة بصدده وضع هذا المشروع، تمثلت بالآتي:

1. عقد اجتماع تمهيدي أول يضم جميع الأطراف ذات الاهتمام والمصلحة والعلاقة.
2. تشكيل فريق متعدد الاختصاصات (a multidisciplinary team)⁽³⁾.
3. تخطيط تقسيم العمل إلى مراحل وظيفية، تبدأ بمراجعة الأفكار، فالكتابة، ثم الصياغة، يليها العرض على وزارة الصحة، وبعدها إحالة القانون على مجلس الأمة، ليتبع ذلك دراسة المشروع في اللجنة التشريعية والقانونية، تليها مناقشته في الجلسة العامة للمجلس ومن ثم التصويت عليه.
4. دراسة المشهد التشريعي لدولة الكويت، باعتباره «النظام البيئي القانوني» الذي سوف يتم تطبيق المشروع في إطاره، والتثبت المستمر (والقلق) من توافق النصوص الموضوعية فيه مع البنية القانونية للبلاد دستورياً وتشريعياً، منعاً للتعارض والاصطدام بين النصوص، وضماناً للتطبيق السلس مع المنظومة التشريعية القائمة.
5. طرح وبلورة الأفكار الرئيسية التي ستشكل الهيكل الأساسي للقانون (المشكلات القانونية في مجال الممارسة الطبية)، ثم تحديد ما لا يمكن التخلي عنه منها.
6. حصر التخصصات الفنية ذات العلاقة (والتي تمثلت في التخصصات القانونية، الطبية، التأمينية، والوزارية) ذات الخبرات المتراكمة والمعرفة العميقة في الجوانب المختلفة للتشريع المراد وضعه. وبذلك، فقد تمثلت الفئات التي تم الحرص على اللقاء بها بالآتي:
أ- جهات طبية: حكومة / قطاع خاص / خبرات فنية.
ب- جهات قانونية: أكاديميون / محامون / الإدارة العامة للتحقيقات.
ج- جهات تأمينية: المؤسسة العامة للتأمينات الاجتماعية / القطاع الخاص.
7. عقد اجتماعات مكثفة مع خبراء في الموضوعات التي سينظمها المشروع (من زواياها الطبية والقانونية والتأمينية والوزارية)، مع إعداد جملة من الأسئلة ل طرحها عليهم للاسترشاد بأرائهم، وترك المجال الحرّ أمامهم للإدلاء بما يرون، مع عقد جلسات لاحقة للفريق لتقييم ما تم طرحه⁽⁴⁾.

(3) مشار إليه سابقاً في هامش رقم (1).

(4) مثلت تلك الاجتماعات حلقات متسلسلة قاد بعضها إلى الآخر من خلال استضافة متخصصين كان لهم فضل كبير في الإرشاد والتنبه والإضافة، ناهيك عن الربط بأطراف مفيدة أخرى.

8. خلال هذه الاجتماعات واللقاءات بتلك الأطراف ذات المشارب المتنوعة، حرص فريق العمل على أن يتزوّد منهم بالعديد من المستندات ذات العلاقة (قوانين، لوائح، قرارات، نماذج، محاضر اجتماعات، توصيات وعداها). لقد ساهمت هذه المواد، في مجملها، في إغناء منظور فريق العمل إلى درجة كبيرة، ووسّعت من آفاق رؤيته للموضوع.
9. الحرص على انسجام التشريع المُزمع وضعه مع السياسات الصحية العامة للبلاد، أو أن يكون محايداً - على الأقل - بحيث لا تصطدم مكوناته مع هذه السياسات في حال تغييرها لأسبابٍ سياسية، أو بسبب اعتبارات الملاءمة وتغيّر الأولويات العامة.
10. وضع مصالح كل من القطاع العام والقطاع الخاص في عين الاعتبار، باعتبار الاثنين لاعبين أساسيين في مجال مشروع القانون المزمع وضعه.
11. دراسة التجارب المقارنة والمقاربة إقليمياً، لا سيما التشريعات الطبية الخليجية، استفادةً من الخبرات السابقة وتلافياً للمشكلات التي يمكن أن يكون تطبيق هذه التشريعات قد كشف عنها، ومن هذا المنطلق، فقد تم إجراء مسح استعراضيٍّ لمجموعة مختارة من القوانين المقارنة، كانت القوانين الخليجية على رأسها، باعتبار هذه القوانين تمثل بيئة التطبيق المحيطة جغرافياً أولاً، ولأن أغلبها حديث عهد بالإصدار ثانياً.
12. ضبط الأفكار أولاً بأول، مع عقد جلسات المراجعة المستمرة ما استلزم الأمر ذلك، مع الحرص على الضبط المستمر لجميع النصوص - لا سيما النصوص ذات الأولوية - من خلال عرضها على مساطر مختلفة (فرضيات، احتمالات، مخاطر) ودراسة مدى صلاحيتها لتجاوز كل منها.
13. صياغة النصوص التشريعية صياغة منضبطة، مع الحرص على وضع تعريف محدد ومنضبط لكل فكرة محورية في مشروع القانون، تضييقاً لمساحات الخلاف بين الأطراف الذين سيتعاملون مع هذا المشروع مستقبلاً (كالطبيب والمريض والوزارة والمؤسسة الصحية وجهة التحقيق والقضاء وعداها).
14. كان من نتيجة الحرص على الصياغة والمراجعة والتنقيح وعقد جلسات التقييم الخاصة (لدراسة الأثر والتناسق والقيمة والترابط) أن بلغت مسودات مشروع القانون هذا 18 مسودة.
15. لدى الانتهاء من مشروع القانون تم تسليم المسودة النهائية إلى الأطراف الحكومية والمتخصصة ذات الاهتمام والعلاقة⁽⁵⁾.

(5) كما تم تقديم المسودة النهائية (رقم 18) من هذا المشروع إلى المجلس الأعلى للتخطيط، وذلك في الاجتماع المنعقد بتاريخ 10 أكتوبر 2018 والذي أسفر عن قرار يحمل الرقم (3) ويقضي بتكليف وزارة الصحة ومؤسسة الكويت للتقدم العلمي بالإضافة إلى الأمانة العامة للمجلس الأعلى للتخطيط والتنمية عقد جلسات حوارية للوصول إلى إيجاد صيغة متكاملة للإطار العام لاستراتيجية القطاع الصحي (هذا، باعتبار أن =

16. لما كان كل من الإشراف والإدماج ركيزتين من أهم ركائز هذا المشروع، فقد استقر الرأي على أن تقوم الجمعية الطبية الكويتية بعرض المسودة النهائية من هذا المشروع على منتسبيها من الأطباء المسجلين فيها، من خلال نشره ثم طرح استبيان يتحرى آراءهم بصدده ما ورد فيه من أحكام ومفاهيم، باعتبارهم طرفاً أصيلاً في العلاقات القانونية التي ينظمها.
17. كما تقرر أن تقدم الجمعية الطبية الكويتية كلاً من المسودة النهائية من هذا المشروع، والاستبيان أيضاً، إلى جمعية المحامين الكويتية لاستطلاع الرأي القانوني لمنتسبي تلك الجمعية من المحامين وعدهم من المتخصصين القانونيين، حرصاً على إدماج الرأي المجتمعي فيه، وإثراءً لزوايا النظر القانونية في بنوده.
18. بعد ورشة العمل مباشرة، قام فريق العمل بالمشروع بعقد جلسة تقييمية لمراجعة أوجه القوة والضعف فيه.
19. تم عقد جلسة موسعة أخرى لفريق العمل، تم فيها مراجعة وتقييم الملاحظات المبداة في ورشة العمل، ووفق أطر معيارية منضبطة (الملاءمة، الارتباط، وحدة القانون، أفضل الممارسات، القواعد القانونية الإدارية في دولة الكويت، وعدها)⁽⁶⁾.
20. قام فريق العمل بتعديل مشروع القانون بما يتوافق والمناسب والمقبول من الملاحظات المبداة في ورشة العمل.
21. تقرر أن يتم تقديم الصيغة المنفق عليها في نهاية سبتمبر 2019، وذلك إما إلى مجلس الأمة مباشرة باسم الجهات المشاركة جميعاً، أو من خلال مركز السياسات العامة في المجلس الأعلى للتخطيط ومنه إلى مجلس الوزراء، على أن يتم التأكد - في جميع الحالات - من تقديم النسخة النهائية إلى وزارة الصحة كطرف أصيل في العلاقات التي ينظمها القانون.
22. لقد تخلل جميع تلك الخطوات واللقاءات مع المختصين اجتماعات مركزة بين أعضاء فريق المشروع، ومراجعات جارية لا تتوقف، وجلسات مستمرة، ونقاش داخلي مكثف وثرى (وقاس أحياناً) بهدف المراجعة المستمرة والتقييم والصياغة، يصاحب ذلك

= خطة التنمية في الكويت قد تضمنت منظوراً حول الخدمات الصحية كما ورد في الجزء الثالث من أهداف وسياسات الخطة الإنمائية للبلاد، للسنوات 2015/2016 - 2019/2020. كما أصدر وزير الدولة للشؤون الاقتصادية القرار الوزاري رقم (23) لسنة 2018، بناء على قرار لجنة التنمية البشرية في المجلس الأعلى للتخطيط المنعقدة بتاريخ 12 ديسمبر 2018، بتشكيل لجنة فنية توجيهية يعهد إليها بإعداد الإطار العام لاستراتيجية وزارة الصحة، تتشكل من ممثلين عن الأمانة العامة للمجلس الأعلى للتخطيط والتنمية، ومؤسسة الكويت للتقدم العلمي، ووزارة الصحة، وتتضمن مهامها وضع قانون مزاولة المهنة وحقوق المريض بصورته النهائية.

(6) لقد تبين لفريق العمل أن كثيراً من هذه الملاحظات وجيهة فعلاً، وقد تم أخذها بعين الاعتبار، فتم إجراء اللازم نحو تعديل المشروع بما يتماشى معها.

نظراتٌ ناقدةٌ دائماً، تعيد مراجعة ما سبق، تعدل فيه، وتضيف بنوداً جديدة إلى ما هو مقررٌ إعداده لاحقاً.

وبعد كل ذلك، فقد كان من الواضح دائماً أنه من الأهمية بمكان عقد الشراكات الحقيقية بين الجهة التي ستقوم بتبني القانون وبين كل من المخاطبين به والمختصين وأساتذة الجامعات والجهات الاستشارية ومنظمات المجتمع المدني ومراكز البحوث والقطاع الخاص (مع تفعيل دور الأخير من حيث التزاماته القيمة القائمة على مسؤوليته الاجتماعية تجاه المجتمع ومواطنيه). إن كل ذلك يمثل خطوات لازمة لضمان حسن المنتج التشريعي ولضمان دور أنجع له وأكثر فعالية.

تجدد الإشارة إلى أنه - في جميع ما تقدم - حرصت مؤسسة الكويت للتقدم العلمي (KFAS) على لعب الدور التنظيمي وحده كمظلة راعية للنشاط البحثي فحسب، من خلال ضمان الفصل بين دور الضغط التشريعي من جهة (وهو ما حرصت على النأي عنه) ودور البحث والصياغة من جهة أخرى (وهو ما تمثل بالمشروع المقترح)، وذلك من خلال عدم البدء بأجندة محددة، بل الاستماع للعديد من الأطراف ذوي العلاقة من أفراد ومؤسسات، ليلها دراسة للوضع العام، ومن ثم وضع تصوّر لإصلاحه من خلال وضع مشروع القانون المائل.

2.1- المراجعة المعيارية لمشروع القانون:

إيماناً بضرورة قياس أي تعديل للقانون الراهن على مسطرة أفضل الممارسات العالمية، فقد تقرر عرض مشروع القانون على جهة استشارية عالمية خبيرة في أفضل الممارسات الطبية لمراجعة المشروع المقترح وإبداء الرأي فيه. ولما كانت جامعة London School of Economics - LSE، في إطار الاتفاقية التي تربطها بمؤسسة الكويت للتقدم العلمي KFAS، قد سبق لها في العام الماضي أن أجرت دراسة لتشخيص النظام الصحي في الكويت⁽⁷⁾، وكذلك اضطلعت بوضع إطار عام لاستراتيجية الصحة العامة للبلاد التي من المقرر أن تتضمن التوصيات الملائمة لإصلاح وتطوير استراتيجية الصحة العامة في البلاد وفقاً لأفضل الممارسات العالمية، فقد تقرر استشارة LSE Health لمقايسة القانون المقترح مع أفضل الممارسات العالمية ودراستي التشخيص والاستراتيجية المقترحة⁽⁸⁾. وقد جاء هذا الاقتراح لتحقيق التكامل بين جميع جوانب المشروع والتحقق من جودة القانون المقترح نسبة إلى ما يمارس في الدول الأخرى ذات النظم الصحية العامة⁽⁹⁾.

(7) وقد تبع ذلك عقد ورشة عمل تخصصية حول إصلاح القطاع الصحي في الكويت، تحدث فيها متخصصون محليون وآخرون من جامعة London School of Economics - LSE، وذلك في 17 أبريل 2018.

(8) سبق لـ LSE Health أن عملت بشكل مكثف على مواءمة قوانين الاتحاد الأوروبي في مجال الرعاية الصحية.

(9) بهذا الصدد، يشار إلى أن LSE Health كانت قد أعدت مؤخراً دراسة ممولة من قبل مؤسسة الكويت للتقدم العلمي KFAS، بعنوان «مراجعة النظام الصحي وتطوير استراتيجية الصحة العامة في الكويت»⁽⁹⁾ انتهت =

2.2- استعراضٌ عام وملاحظات موضوعية حول ما هو مطروحٌ من اقتراحات ومشروعات بقوانين:

نظراً لقدم عهد التنظيم القانوني للممارسة الطبية في دولة الكويت بالتحديد، ونتيجة لما ينتجه واقع الحياة المتحرّك من مستحدثاتٍ تتطلب المراجعة التشريعية المستمرة، ظهرت العديد من الجهود الجادة ولكن المتناثرة نحو تقديم مقترحات تشريعية جديدة لإعادة هيكلة العمل الطبي تشريعياً⁽¹⁰⁾. ومن الملاحظ أن كثيراً من هذه الاقتراحات ومشروعات القوانين قد حملت العديد من الأفكار المعتبرة والمستحقة للفتاة جادة، والتي هي في حقيقتها جهد مشكور ينبغي الاستفادة منه؛ لكونه قد خرج من رحم تجارب عملية كانت ذات ارتباط فعليّ بأرض الواقع. لذا، فقد تقرر عدم استبعادها بل تبنيها ومن ثمّ البناء على كثير منها، مع تطعيمها بما قد يتطلبه الحال من المتطلبات الشكلية للتشريع (كالمهجيّة والضبط والاتساق والترابط والصيغة) أو الموضوعية (كدراسة علاقتها بالخارطة التشريعية العامة للبلاد) أو القصدية (كتقصي آراء شرائحٍ من جمهور المخاطبين فيها).

2.3- الجدول الزمني للمشروع:

تم تطوير المحتوى على تسع مراحل:

1. المرحلة الأولى: تشكيل مظلة العمل المشترك وتفويض المؤسسة بوضع مسودة قانون جامع (مايو 2018).
2. تكليف فريق متخصص لوضع منهجية العمل والإطار الفلسفي للقانون (مايو 2018).
3. عقد لقاءات موسعة مع المعنيين من أصحاب الخبرات (مايو 2018 - سبتمبر 2018).
4. تنظيم ورشة العمل الثانية لتقديم مسودة القانون لقائمة موسعة من المشاركين، واستدراج الآراء والنقد بغرض طرح مسودة نهائية.
5. تقديم القانون لمركز الكويت للسياسات العامة⁽¹¹⁾ لمراجعته ودراسة ملاءمته.

= فيها إلى رصد لأوجه القصور في البنية الطبية لدولة الكويت، وقد تنبه مشروع القانون المائل إلى بعض أوجه القصور الواردة في تلك الدراسة، وتم التصدي لها في بعض نصوصه (مثل عدم وجود الأمان الكافي في البيئة التي يعمل فيها القطاع الصحي، غياب نظم التأمين الناجعة ضد الأخطاء الطبية، على سبيل المثال). (10) على سبيل المثال، فقد راجعت اللجنة الصحية في مجلس الأمة ثلاثة مشروعات ومقترحات قوانين مؤخراً، تمثلت فيما يلي: 1. مشروع بقانون مزاولة المهنة (مقدم من وزارة الصحة العامة). 2. اقتراح بقانون بشأن حقوق المريض (مقدم من نواب في مجلس الأمة). 3. اقتراح بقانون بشأن المسؤولية الطبية (مقدم أيضاً من نواب في مجلس الأمة). (11) مركز تم الإعلان عن تأسيسه في سبتمبر 2018 يتبع المجلس الأعلى للتخطيط والتنمية يهتم بالاقتصاد الكلي لدولة الكويت.

6. عرض المشروع على لجنة التنمية البشرية في المجلس الأعلى للتخطيط كجزء من مبادرة المؤسسة، ومركز السياسات العامة لوضع إطار متكامل لإصلاح النظام الصحي في الكويت (نوفمبر 2018).
7. تقديم المشروع للجمعية الطبية الكويتية باعتبارها الممثل الرسمي للأطباء، ووزارة الصحة باعتبارها الجهة الرسمية الممثلة لمقدمي الرعاية الصحية (18 أكتوبر 2018).
8. استقطاب آراء أصحاب الخبرة في الكويت في المجالين الطبي والقانوني من خلال الاستبيان كوسيلة للوصول إلى أوسع قاعدة من الآراء التخصصية.
9. طرح النسخة النهائية للقانون بعد إدخال التعديلات اللازمة إثر استبيان آراء الأطباء والقانونيين (فبراير 2019).

2.4- إحصاءات المشروع:

- بلغت ساعات العمل في المشروع حوالي 500 ساعة.
 - تم إعداد 18 مسودة لهذا المشروع.
 - بلغ عدد من قابلهم فريق العمل من المختصين وذوي العلاقة أكثر من 20 شخصاً.
 - كانت اجتماعات الفريق تتم خلال ثلاثة أيام في الأسبوع، بالإضافة إلى أيام السبت كاملة من الصباح وحتى المساء، من يونيو إلى سبتمبر، ثم تم الاجتماع من يوم إلى يومين بالأسبوع خلال الأشهر التالية وإلى تاريخ الطرح النهائي للمشروع.
- وقد حرص فريق العمل على توثيق الجهد اللازم لوضع هذه الوثائق، وتحليلها بالدرجة اللازمة من التفصيل، لكي يمكن للفرق العاملة على تشريعات مشابهة في المستقبل تقدير الجهد اللازم بشكل مقارن، حيث لا يُكتفى بسن التشريعات في المداولات العامة، وإنما الانتباه أيضاً إلى أهمية التحليل الدقيق لتفاصيل القانون المقترح ومقايسته من منظور جميع أطراف العلاقة، وذلك لضمان توازنه وخدمته للغرض المنشود.

3- هذا المشروع: لماذا؟

تم تقديم مشروع القانون هذا في فترة حرجة، لوحظ فيها تحول في السياق الاجتماعي العام المتعلق بطبيعة المجتمع الكويتي وطريقة تفاعله مع الأداء الطبي، ففي حين جرت طبيعة الحياة الاجتماعية في الكويت على النأي عن الآليات القانونية من شكوى وتقاض، والاكتفاء - عند الضرورة - بالشكاوى الإدارية دون تلك القضائية، فقد لوحظ في السنوات الأخيرة تحول ملحوظ في نمط التفاعل مع أداء الأطباء في الكويت، رُصد معه تغيير ملحوظ في البيئة الفكرية تجاه هؤلاء الممارسين، مع ميل واضح نحو التقاضي السريع والعجل.

ولما كان هذا الوضع ينعكس بشكل سلبي على أداء الأطباء بالضرورة، من حيث إنه يخلق في أوساطهم الخوف وضعف التعاطف وعدم المبادرة في ظل بيئة قد يشعرون بكونها معادية لهم وغير حساسة تجاه الطبيعة الخاصة لعملهم - لاسيما وأن سيف السجن صار مسلطاً دائماً على رقابهم - فإن بيئة عمل الأطباء أصبحت بيئة غير ملائمة على المدى المستدام لممارسة مهنة الطب بشكل واقعي (إضافة إلى تأثير ذلك على مصالحي المرضى التي ستتأثر من خوف معالجيهم من التحرك والمبادرة)، كما أنها غير متسقة إطلاقاً مع الممارسة العالمية، لاسيما وأن الخطأ - الذي يُعامل دائماً من حيث اعتباره ذا طبيعة مدنية وليس جنائية في أوساط ما عداهم من المهنيين - هو أمرٌ واردٌ دائماً في إطار أية ممارسة مهنية.

من هنا، تم وضع مشروع القانون المائل، وفيما يلي تعداد لأبرز ما جاء فيه:

3.1- من حيث الأحكام المستجدة:

جاء هذا المشروع الجديد بجملة من المستجدات التي رُوِيَ أن تلعب دوراً محورياً في تغيير المشهد الخاص بالممارسة الطبية إلى الأفضل، وفيما يلي تعدادٌ لأبرزها:

1. تقديم جملة من التعريفات الحيوية اللازمة للجانب القانوني من العمل الطبي، مما يحقق:
 - أ- ضبط المصطلحات، وخلق ثقافة جديدة من حيث الحرص على الوضوح المزيل لأي لبس.
 - ب- تقديم الدعم للعمل القضائي (لا سيما من حيث ما لوحظ من كون الأحكام القضائية في مجال تأصيل مسؤولية الأطباء تنحو نحو الاختصار).
 - ج- وضع حدود فنية للسلطة التقديرية لكل من جهات التحقيق والقضاء (تحريراً للضبط المسبق للدور القانوني في هذا الصدد).
 - د- تمكين شركات التأمين من أن تصبح أكثر قدرة على تحديد قيم أقساط التأمين المستحقة على الأطباء.
2. التشديد على حقوق المريض وتقديم منظومة متكاملة منها.
3. ضمان جودة الخدمة الطبية.
4. تحديد دور المحاكم في مرحلة التحقيق من خلال قصر الأمر على التعويض المدني، بواسطة تبني آليات التسوية / التحكيم (لما ينطوي عليه المسار الجنائي من شروطٍ وتحقيقٍ وضبطٍ وإحضارٍ ومنع سفرٍ وحبسٍ احتياطيٍ وعداها من إجراءاتٍ تتعارض مع الممارسة الطبية التي تدور آثارها - من حيث الطبيعة القانونية - في نطاق الخطأ المهني المدني، ناهيك عما ينطوي عليه ذلك من تداعياتٍ مهينةٍ للطبيب).

5. استحداث مؤسسات جديدة:

- أ- وحدة للمسؤولية الطبية تكون هي الخبير الفني في جميع شكاوى الخطأ الطبي (تقع تحت مظلة وزارة العدل تحرياً للاستقلالية ونأياً بها عن الهيكل الإداري الذي يضم جهات الضبط والتحقيق).
 - ب- محاكم متخصصة في المسؤولية الطبية.
 - ج- إدارة متخصصة في المسؤولية الطبية لدى جهة التحقيق (الإدارة العامة للتحقيقات/ النيابة)، مع ما يعني ذلك من تراكم الخبرات حول الخطأ الطبي والبناء المعرفي بشأنه.
 - د. الجهاز الكويتي لحماية المهن الطبية (وهو معني بالتأمين الإلزامي على الأطباء وبالدفاع عنهم في حال الشكوى ضدهم؛ لكونه صاحب المصلحة في تقديم الدفاع، باعتباره الجهة التي ستقوم بدفع أية تعويضات يحكم بها القضاء على الأطباء، بحيث يكون المبدأ المطبق هنا هو «الدافع-هو-المدافع»).
 - هـ. مكتب فني يضطلع بمتابعة ودراسة المعايير المعتمدة وأفضل الممارسات الدولية في المجال الصحي والاتفاقيات الدولية ذات العلاقة والتي صدقت دولة الكويت عليها (مع ربط قرارات وزير الصحة به).
6. تحويل أغلب القضايا الطبية إلى قضايا مدنية وليس جنائية.
 7. تقليل الضغط على الجهات القضائية (باعتبار أن وحدة المسؤولية الطبية هي من سيبحث الموضوع).
 8. تقديم فكرة التسوية settlement إلى الممارسة القانونية الكويتية.
 9. إيجاد آلية واضحة للتظلم من قرار وحدة المسؤولية الطبية (لا سيما وأن الاعتراض على قرار الوحدة يكون من خلال الطعن فيه أمام القضاء، بما يعني إتاحة ضمانات قانونية رفيعة).
 10. ضبط اعتبارات الحوكمة، عن طريق فصل السلطات والحد من تعارض المصالح، من خلال تصحيح الوضع الحالي الذي تلعب فيه وزارة الصحة أدواراً متعددة ومتداخلة (فالوزارة هي الآن المنظم للنظام الصحي والخدمات الصحية، والمرخص للخدمات، والمقدم للخدمات الصحية، والممول للنظام، وجهة التحقيق وفرض العقوبات إما كرب عمل أو كمنظم للخدمة، بما يعني أنها يمكن أن تكون في مركز المنافس للقطاع الأهلي أو الغريم له في بعض الأحيان).

3.2- من حيث المفاهيم المُستحدثة:

1. بعد عقد اجتماعاتٍ مكثفةٍ مع الأطراف ذات العلاقة من أطباءٍ (من القطاعين العام والخاص) وقانونيين (جهات إدارية حقوقية، مستشارين قانونيين)، لوحظ ما يبدو شكلاً من أشكال ضعف الاتصال أو سوء الفهم بين الفريقين فيما يتعلق بالأطر الممارساتية من جهة (طبيعة العمل الطبي) وانعكاساتها القانونية (المسؤوليات) من جهةٍ أخرى. من هنا، فإنه من أهم أهداف هذه الوثيقة تجسير هذه الالتباسات المفاهيمية بين الاثنین، من خلال بيان كلٍ من الحدود الفاصلة بينها ونقاط الارتباط التي تجمعهما.
2. خلال تاريخ التجربة التشريعية في دولة الكويت، جرى العمل على أن تصدر التشريعات «من الأعلى إلى الأسفل»، إن صحَّ التعبير، بمعنى أنها تنبع من المؤسسة التشريعية (مجلس الأمة) لتطبَّق على المُخاطبين بها مباشرة، من دون أن يسبق ذلك أي شكلٍ جاد - بالمعنى العلمي - من أشكال فحص الحاجات وتلمُّس رؤى الأطراف ذات العلاقة. وبذلك، فلعلها المرة الأولى في تاريخ إعداد مشروعات القوانين في دولة الكويت التي يتم فيها إعداد مشروع قانون بطريقة مغايرة، أي «من الأسفل إلى الأعلى»، بحيث يبدأ من تلمس احتياجات ذوي العلاقة من الأطراف، وبطريقة منهجية، ومن ثم إلى المؤسسة التشريعية.
3. من المأمول أن يوفر مشروع القانون هذا مخططاً هيكلياً «مفاهيمياً» لأية تشريعاتٍ طبيةٍ مستقبليةٍ، بحيث يتم الانطلاق منه كأرضية مفاهيمية لأية أفكارٍ تناقش في هذا المجال (وربما لعبت التعريفات التي حرص معداً المشروع على إدراجها فيه دوراً مفصلياً في ذلك).

المبحث الثاني فلسفة المشروع

يتناول هذا المبحث التنظيم القانوني للممارسة الطبية، فيعرض لفكرة الحق في الصحة في الإطار الدولي أولاً، ثم في النظام القانوني الكويتي ثانياً. وفي داخل هذا الأخير يعرض للإطارين الدستوري والتشريعي، فيستعرض القوانين المنظمة للممارسة الطبية إضافة إلى قوانين أخرى ذات علاقة مباشرة بالممارسة الطبية، والغرض من جميع ما تقدم هو بيان المنطلقات الفلسفية للمشروع القائم والأسس الفكرية التي يقوم عليها.

1. التنظيم القانوني للممارسة الطبية:

تناقش الممارسة الطبية في الكويت من خلال مدخلٍ لازم هو الحق في الصحة، باعتباره أساساً في خلق الأوضاع القانونية لجميع المنخرطين في الممارسة الصحية في دولة الكويت.

1.1- الحق في الصحة - الإطار الدولي:

الحق في الصحة هو فكرة محورية في أديبات الأمم المتحدة (United Nations – UN) عموماً ومنظمة الصحة العالمية خصوصاً (World Health Organization – WHO)، باعتباره حقاً أساسياً من حقوق الإنسان، لا غنى عنه من أجل تمتع حقيقي وكامل بحقوق الإنسان الأخرى. وتتص العديد من الصكوك الدولية على الحق في الصحة: فالفقرة 1 من المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة في 10 ديسمبر 1948، تؤكد على أن: «لكل شخص الحق في مستوى معيشة يكفي لضمان الصحة له ولأسرته، ويشمل المأكل والملبس والسكن والرعاية الطبية والخدمات الاجتماعية الضرورية».

وينص العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الصادر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة في 16 ديسمبر 1966 والذي دخل حيز النفاذ في 3 يناير 1976، على أشمل مادة تتعلق بالحق في الصحة في القانون الدولي لحقوق الإنسان، كما أنه وفقاً للمادة (12/1) من هذا العهد، فإن الدول الأطراف فيه تقر: «بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه»، في حين تسرد المادة (12/2)، على سبيل التمثيل عدداً من «التدابير التي يتعين على الدول الأطراف... اتخاذها لتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق». وإضافة إلى ذلك، فالحق في الصحة معترف به، في المادة (5هـ) (4') من الاتفاقية الدولية للقضاء على جميع أشكال التمييز العنصري لعام 1965، وفي المادتين (11-1) (و) و(12) من اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد

المرأة لعام 1979، وكذلك في المادة 24 من اتفاقية حقوق الطفل لعام 1989، إضافة إلى جملة مصادر أخرى.

هذا، ويُعترف بالحق في الصحة في عدد من صكوك حقوق الإنسان الإقليمية، مثل الميثاق العربي لحقوق الإنسان (المادة 39)⁽¹²⁾ والميثاق الاجتماعي الأوروبي لعام 1961 بصيغته المنقحة (المادة 11)، والميثاق الأفريقي لحقوق الإنسان والشعوب لعام 1981 (المادة 16)، والبروتوكول الإضافي للاتفاقية الأمريكية لحقوق الإنسان في مجال الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لعام 1988 (المادة 10). وبالمثل، فقد أعلن عن الحق في الصحة من جانب لجنة حقوق الإنسان، وكذلك في إعلان وبرنامج عمل فيينا لعام 1993، وفي العديد من الصكوك الدولية الأخرى.

1.2 الحق في الصحة - النظام القانوني الكويتي:

1.2.1 الإطار الدستوري:

يؤكد الدستور الكويتي في المادة (7) منه على مبدأ المساواة بين الناس دون تمييز، حيث تقرر أن: «العدل والحرية والمساواة دعائم المجتمع...». وهذا المبدأ هو حجر أساس في أي نظام صحي، كما تشير المادة (11) من الدستور إلى واجب الدولة في أن تكفل «المعونة للمواطنين في حالة الشيخوخة أو المرض أو العجز عن العمل، كما توفر لهم خدمات التأمين الاجتماعي والمعونة الاجتماعية والرعاية الصحية». وتؤكد المادة (15) من الدستور الكويتي على اهتمام الدولة في هذا الجانب الحيوي والحرص من حياة المواطن الكويتي، فتشير إلى أن الدولة تعنى: «... بالصحة العامة وبوسائل الوقاية والعلاج من الأمراض والأوبئة».

ثم يُطرَّح كل ذلك ما ورد في المادة رقم (7) من الدستور من أن: «العدل والحرية والمساواة دعائم المجتمع، والتعاون والتراحم صلة وثقى بين المواطنين». وبطبيعة الحال، فإن جميع التشريعات الصادرة عن مجلس الأمة باعتباره برلمان البلاد ومصدر إرادتها التشريعية المقننة يجب أن تخضع لهذه المبادئ الكبرى التي تقرر حقوقاً عريضة، فلا تخالفها أو تصطدم بها أو تنتقص منها، وذلك تحت طائلة حق المتضرر في اللجوء إلى المحكمة الدستورية للحكم بعدم دستورية مثل هذا التشريعات⁽¹³⁾.

(12) تنص المادة (39) من الميثاق العربي لحقوق الإنسان، الصادر بموجب قرار مجلس جامعة الدول العربية رقم 5427 المؤرخ في 15 سبتمبر 1997 على أنه: «1 - تقر الدول الأطراف بحق كل فرد في المجتمع بالتمتع بأعلى مستوى من الصحة البدنية والعقلية يمكن بلوغه، وفي حصول المواطن مجاناً على خدمات الرعاية الصحية الأساسية، وعلى مرافق علاج الأمراض من دون أي نوع من أنواع التمييز...».

(13) من المقرر، على ما جرى به قضاء المحكمة الدستورية في الكويت، أن أحكام المحكمة الدستورية هي بحسب طبيعتها «نهائية لا تقبل تعقيباً ولا تعديلاً أو تبديلاً، وأنه بإصدارها تكتسب الحجية بما يحول دون =

ورغم ما تقدم، فينبغي هنا التوقف حول أبعاد هذه النصوص الدستورية وآفاقها - وفق ما تقرر فيها - من حيث التوقعات حول دور الدولة فيها، ففي إطار العقد الاجتماعي المبرم بين الدولة والمواطنين في دستور 1962، والذي ضمّن فيه الشعب آماله وتصوراتهِ حول دور الدولة، يتبيّن من الصياغات الدستورية أن تلك الآمال والتصورات كانت واقعية فترتجى كل ما هو ممكن، دونما تنازل في القيمة أو في المستوى، وأن ذلك كان محدوداً دائماً بفهم واقعي ناضج، يتحرى أقصى ما هو معقول وممكن التحقيق، وهو ما يفهم من تعبير «تكفل» الذي تكرر كثيراً في دستور دولة الكويت، والذي يفيد ضمان توفير الحق أولاً، ثم العمل على ذلك في إطار معيار معقول ثانياً، بحيث تضع الحكومة أمام المشرّع ما تراه من سبل فاعلة لضمان هذا الحق الدستوري كخدمة أو مادة تقدّمها سلفاً أو تعمل على تنفيذها مستقبلاً.

وهكذا، يتضح أنه - دستورياً - فإن دور الدولة في هذا الصدد يتمثل بالآتي: 1. ضمان وجود الخدمة المعتادة والمعقولة. 2. ضمان العدالة والمساواة في تقديم الخدمة. 3. ضمان توفير شبكة ضمان اجتماعي. على ذلك، وبغرض الخروج بفهم منضبط نحو المقصود في هذه المواد، ينبغي أن تُفهم حدود دور الدولة في مجال الرعاية الصحية بأنها تتمثل بتقديم سبل الخدمة الصحية المعقولة للمواطن، بما يكفل رعاية صحية عالية الجودة، دون أن يتعدى الأمر ذلك إلى تقديم الخدمات الاستثنائية أو ذات الطبيعة الخاصة (كتوفير العلاج المجاني، أو الخدمات الصحية الكمالية، أو الرعاية الصحية استثنائية الجودة وفق الممارسة العالمية). هذا، مع الحرص دائماً على تحقيق المساواة بين جميع متلقي الخدمة الصحية من المواطنين، وتوفير الضمان الاجتماعي اللازم لهم.

1.2.2 - الإطار التشريعي:

لم تعرف الكويت الطب كمهنة تُمارس وفق أطر علمية ممنهجة إلا في أكتوبر من عام 1904، عندما تم افتتاح أول مستوصف في البلاد، والذي كان مقره دار الاعتماد البريطانية، حيث قدّم هذا المستوصف خدماته إلى أعضاء دار الاعتماد وإلى القاطنين في الكويت مجاناً. أما الخدمات الطبية المنظّمة فقد بدأت في الكويت عام 1913 مع تشييد مبنى الإرسالية الأمريكية (American Mission) ليكون أول مستشفى في البلاد، إلا أن الدائرة الرسمية للصحة لم تنشأ إلا عام 1936، عندما تم افتتاح أول مستوصف حكومي للعلاج المجاني، ليليه

= مراجعتها فيها أو المجادلة في شأنها أو السعي لنقضها، باعتبار أن هذه المحكمة من حيث اختصاصها جهة قضائية وحيدة، لم يُجز المشرع الطعن على أحكامها بأي طريقة من طرق الطعن، بما فيها التماس إعادة النظر، إدراكاً من المشرع لضرورة تأمين دواعي استقرار القواعد الدستورية، ووضع حد للتقاضي والحيلولة دون تجديد النزاع بلا نهاية». يُراجع في هذا الشأن: قرار المحكمة الدستورية الصادر في 18 أبريل 2018، والخاص بالطلب المقيد في سجل المحكمة برقم 1 لسنة 2018، بشأن التماس إعادة النظر في الحكم الصادر في القضية المقيدة في سجل المحكمة الدستورية، برقم 5 لسنة 2017 دستوري.

افتتاح المستشفى الأميري، ومستشفى الأمراض العصبية عام 1949، ثم تم افتتاح بقية المستشفيات، إذ أنشئ في عام 1952 مستشفى الأمراض الصدرية وتلاه في عام 1954 إنشاء مستشفى الأمراض السارية، وفي عام 1955 تم إنشاء مراكز مكافحة السل ومراكز رعاية الأمومة والطفولة، ومنذ ثمانينات القرن الماضي، بدأت وزارة الصحة العامة بافتتاح عدة مستشفيات كبرى هي: مستشفى العدان، مستشفى مبارك الكبير، مستشفى الجهراء، مستشفى الفروانية، المستشفى الأميري الجديد، مستشفى الرازي، مستشفى ابن سينا، بالإضافة إلى عدد من المراكز المتخصصة وهي مراكز جراحة السرطان والحساسية والكلية والطب الإسلامي⁽¹⁴⁾.

1.2.2.1- القوانين المنظمة للممارسة الطبية:

تشرف وزارة الصحة العامة على الممارسة الطبية في الكويت بجانبها العام (إدارة المرافق الصحية العامة) والخاص (ترخيص المرافق الصحية الخاص)، وذلك استناداً إلى المرسوم في شأن وزارة الصحة العامة الصادر في 7 يناير 1979⁽¹⁵⁾.

لكل ذلك، فقد تم - تدريجياً - وضع أطر تشريعية متتابعة لتنظيم مهنة الطب في دولة الكويت.

وقد تمثل أبرز الأطر التشريعية المنظمة لمهنة الطب بالآتي: 1. القانون رقم 49 لسنة 1960 في شأن المؤسسات العلاجية. 2. القانون رقم 23 لسنة 1964 في شأن مزاولة مهنة التمريض بالكويت. 3. القانون رقم 30 لسنة 1972 بإنشاء بنك العيون (الجريدة الرسمية الكويت اليوم، العدد رقم 787، المؤرخ في 7 مايو 1972). 4. مرسوم بالقانون رقم 25 لسنة 1981 بشأن مزاولة مهنة الطب البشري وطب الأسنان والمهن المعاونة لهما. 5. القانون الذي ينظم عمليات زرع الكلية للمرضى في الكويت، القانون رقم 7/1983 (الجريدة الرسمية الكويت اليوم، العدد رقم 1459، المؤرخ 20 فبراير 1983) والذي حل محله المرسوم بقانون رقم 55 لسنة 1987 بشأن زراعة الأعضاء (الجريدة الرسمية الكويت اليوم، العدد 1751، المؤرخ

(14) من المقرر أن تدخل عشرة مستشفيات جديدة إلى الخدمة في الفترة من 2018 إلى 2023.

(15) وقد نص هذا المرسوم على الآتي: مادة أولى: «تتولى وزارة الصحة العامة تهيئة البيئة الصحية في الدولة ورعاية صحة المواطنين». مادة ثانية: «تختص الوزارة بالأمور الآتية: 1. تقديم الخدمات الوقائية وحماية المواطنين من الأمراض والمحافظة على صحتهم. 2. تقديم الخدمات العلاجية للمرضى. 3. الإشراف على المنشآت والمؤسسات التي تمارس نشاطاً يتعلق بالصحة العامة وعلى العاملين في مجال الخدمات الصحية، ووضع الاشتراطات وإصدار التراخيص اللازمة لذلك وفقاً لأحكام القانون. 4. الإشراف على الشؤون المتعلقة بتداول المستحضرات الصيدلانية والمعدات الطبية. 5. ضبط سجلات المواليد والوفيات لأحكام القانون. 6. التعاون مع الوزارات والجهات المعنية الأخرى في تنفيذ القوانين المتعلقة بالصحة العامة وسلامة المواد الغذائية. 7. الإشراف على تصنيع الأدوية المحلية بالتنسيق مع الجهات المعنية. 8. التعاون والتنسيق مع الدول والمنظمات العربية والأجنبية في مجالات الصحة العامة».

27 ديسمبر 1987). 6. مرسوم بالقانون رقم 55 لسنة 1987 في شأن زراعة الأعضاء.
7. مرسوم بالقانون رقم 32 لسنة 1987 بشأن مزاولة مهنة الطب البيطري والمهن المعاونة لها بالكويت. 8. مرسوم بالقانون رقم 62 لسنة 1992 في شأن الوقاية من مرض متلازمة العوز المناعي المكتسب (الإيدز). 9. القانون رقم 28 لسنة 1996 في شأن تنظيم مهنة الصيدلة وتداول الأدوية.

1.2.2.2- قوانين أخرى ذات علاقة مباشرة بالممارسة الطبية:

هناك جملة من القوانين العاضدة للتشريعات الطبية، والتي تمثل البنية التشريعية الأساسية التي تستند عليها هذه التشريعات مباشرة، من حيث إنها تمثل الإطار العام لها، نورد هنا بعضاً من أبرزها:

أ. **القانون الإداري:** ويتضمن القواعد التي تنظم نشاط السلطة التنفيذية وكيفية أدائها لوظيفتها الإدارية، إضافة إلى تنظيم الفصل في المنازعات الإدارية. وقواعد هذا القانون معنية بالآتي: 1. تنظيم المرافق العامة (كالمستشفيات والمستشفيات الحكومية). 2. تحديد حقوق واجبات العاملين في القطاع الحكومي (كل ما يتعلق بالشؤون الوظيفية للأطباء العاملين في الحكومة وعدهم من الموظفين، لا سيما في موضوعات العمل، تقييم الأداء، التأديب، وإنهاء الخدمة). 3. تنظيم القضاء الإداري (الدعاوى التي ترفع أمام المحكمة الإدارية من قبل كل متعامل مع المرفق الصحي الحكومي، سواء أكان طبيباً أم مريضاً أم موظفاً أم طرفاً في عقد إداري ما مبرم مع المرفق، أو عدهم)⁽¹⁶⁾.

ب. **القانون الجزائي**⁽¹⁷⁾: وهو القانون الذي يحدّد أنواع الجرائم ويبين العقوبات المقررة لكل منها، وهو ينقسم إلى قسمين: أ. القسم العام: ويتضمن الأحكام العامة السارية على جميع الجرائم (مثل الظروف المخففة كالحالة العقلية وعدم وجود سوابق، والظروف المشددة: كسبق الإصرار والترصد). ب. القسم الخاص: الأحكام الخاصة بكل جريمة (القتل والاعتداء وعدهما).

أما من حيث أنواع الجرائم التي يصنفها هذا القانون، فهي على ثلاثة أنواع: (1) الجنايات: وهي الجرائم التي يعاقب عليها بإحدى العقوبات الآتية: الإعدام، الأشغال الشاقة، الحبس

(16) تنص المادة (169) من الدستور على أن: «ينظم القانون الفصل في الخصومات الإدارية بواسطة غرفة أو محكمة خاصة بين القانون نظامها»، وعليه، فقد صدر المرسوم بقانون بإنشاء الدائرة الإدارية بالمحكمة الكلية في 17 فبراير 1981.

(17) قانون الجزاء رقم 16 لسنة 1960، الذي لحقته عدة تعديلات أبرزها التعديل بالقانون رقم 31 لسنة 1981. وقد يسمى هذا القانون بالقانون الجنائي أو قانون العقوبات في النظم القانونية المقارنة.

المؤبد، الحبس المؤقت الذي تزيد مدته على ثلاث سنوات. ومن جرائم الجنايات على سبيل المثال القتل العمد والقتل الخطأ وهتك العرض. (2) الجرح: وهي الجرائم التي يعاقب عليها بالحبس المؤقت التي لا تزيد مدته على ثلاث سنوات. ومن جرائم الجرح مثلاً الجرح والضرب والسب. (3) المخالفات: وهي الجرائم التي يعاقب عليها بالغرامات المالية (كما هو الحال مع بعض المخالفات الإدارية التي توقع على العيادات الخاصة).

ج. القانون المدني⁽¹⁸⁾: وهو القانون الذي ينظم المعاملات المالية بين أشخاص القانون (سواء أكانوا أشخاصاً طبيعيين أم أشخاصاً اعتباريين)، أي الالتزامات المالية ومصادرها وآثارها وأوصافها وانتقالها وانقضائها. ومن الأهمية بمكان الإشارة إلى مبدئين هامين هنا:

1. يعتبر القانون المدني أساساً للقانون الخاص، وهو يوصف بأنه الشريعة العامة لجميع فروع القانون الخاص؛ لأنه القانون الذي يطبق في حالة سكوت أحد فروع عن وضع قاعدة لحالة معينة⁽¹⁹⁾. وبذلك، ففي العلاقة بين القانون المدني والقانون الطبي ما يقرر المسؤولية الخطئية للطبيب، من حيث إن القانون المدني هو القانون العام *lex generalis* فيما الآخر هو القانون الخاص *lex specialis*، فالقاعدة هي أن الخاص يُقيد العام فيما اختص فيه، فيما العام مكمل فيما لم يرد فيه نص خاص. وبذلك، فإن ما يُقصد بهذا المبدأ القانوني الهام هو أن القانون الخاص الذي ينظم مسألة ما بشكل خاص (مثل المسؤولية الطبية مثلاً) هو تشريع خاص بتنظيم العلاقات الخاصة، حيث إن أحكام هذا القانون لها الأولوية في التطبيق على أحكام القانون المدني باعتباره الشريعة العامة. وبذلك، فكل ما ورد فيه نص في القانون الخاص تكون له الأولوية في التطبيق، أما ما لم يرد فيه نص في القانون الخاص فيتم الاحتكام بشأنه إلى ما ورد في القانون المدني باعتباره القانون العام للمسألة أو الشريعة العامة لها. وما تقدم هو مبدأ قانوني واجب الاحترام والتطبيق، وممارسة قضائية راسخة، فلا بد من التنبه له لمعرفة أي من القانونين هو الذي سيتم الاحتكام لقواعده.

2. إن صدور قانون ما وتطبيقه لفترة من الزمن - طال أم قصرت - ثم صدور قانون آخر جديد ينظم ذات الموضوعات يمكن أن يعني إلغاء القانون القديم وسريان القانون الجديد

(18) المرسوم بقانون بإصدار القانون المدني رقم 67 لسنة 1980. و«القانون المدني الكويتي - كمنظيره المصري - لم يتناول إلا ما يدخل في دائرة المعاملات المالية. أما مسائل الأحوال الشخصية، فقد تركها إلى حكم الدين (بحيث تنظم وفقاً لقانون الأحوال الشخصية). لذلك، فإن ما يطلق عليه «القانون المدني» هنا هو أقل نطاقاً حالياً مما يفيد هذا التعبير في دول أخرى. انظر: عبدالرزاق أحمد السنهوري باشا وأحمد حشمت أبو ستيت، أصول القانون أو المدخل لدراسة القانون، لجنة التأليف والترجمة والنشر، 1950، القاهرة، ص 270.

(19) عبدالرزاق أحمد السنهوري باشا، وأحمد حشمت أبو ستيت، المرجع السابق، ص 267.

(وهو ما يعرف بـ «النسخ» أي إلغاء قانون لآخر)، فالنسخ الضمني لتشريع ما يكون حين يصدر تشريع لاحق على ذات مستوى التشريع السابق، مع تعارضه معه بصورة تجعل من غير الممكن التوفيق بينهما وإعمالها معاً. ومع ذلك، فحيث يكون لكل من التشريعين مجال يختلف عن الآخر فلا يكون ثمة نسخ، فإذا أورد المشرع تنظيماً خاصاً بمسألة قانونية محددة كانت قد وردت الإشارة إليها بصفة عامة في قانون آخر، فإنه يتعين عندها نبذ التنظيم العام وتطبيق التنظيم الخاص، وذلك تطبيقاً لقاعدة أن «الخاص يقيد العام»⁽²⁰⁾. وفي إشارة قضائية مُحْكَمَة (ونادرة)، تعرضت محكمة التمييز الكويتية إلى مسألة تفكيك طبيعة العلاقة بين القانون العام والقانون الخاص، أوردت: «إنه وإن كان من المقرر قانوناً أنه مع قيام قانون خاص لا يُرجع إلى أحكام القانون العام إلا فيما فات القانون الخاص من الأحكام - إذ لا يجوز إهدار القانون الخاص لإعمال القانون العام لما في ذلك من منافاة صريحة للغرض الذي من أجله وضع القانون الخاص - إلا أن شرط ذلك أن يتطابق موضوع القانونين أو التشريعين وألا تتعارض أحكامهما، أما حين يكون لكل منهما مجال لإعماله يختلف عن الآخر فلا يكون هناك إهدار ولا نسخ؛ لأن القانون الخاص يُعتبر استثناء من القانون العام، يحد من عموم أحكامه فيقيدها وينسخها فيما جاء بتخصيصه فحسب، ومن ثم، يسري كل منهما في نطاقه؛ القانون الخاص فيما خُصَّص له والقانون العام فيما بقي له من اختصاص، وبالتالي، فإذا صدر قانون خاص صيغت قواعده على نحو استبعد معه ما نص عليه في القانون الخاص السابق عليه، فإن مؤدى ذلك إن المشرع استهدف ترك الأمر في ذلك إلى أحكام القانون العام لانتفاء التعارض بين أحكام القانونين في هذه الحالة»⁽²¹⁾.

د. **قانون العمل**⁽²²⁾: هو مجموعة القواعد التي تنظم العلاقة بين العامل ورب العمل في القطاع الخاص، وهو يدور ابتداءً حول عقد العمل وما يترتب عليه من الأجور وحوادث العمل وساعات العمل والراحة الأسبوعية والإجازات ومكافأة نهاية الخدمة. ويجد استقلال قانون العمل عن القانون المدني منطقه في التوازن الاقتصادي المختل بالضرورة بين العامل ورب العمل كطرفين لعقد العمل، إذ عادة ما يكون العامل في مركز تعاقدى ضعيف بالنسبة لرب العمل، مما استدعى تدخل المشرع لحمايته⁽²³⁾ (هذا، وقد كانت الأحكام الخاصة بحماية

(20) محكمة النقض المصرية، الطعن 1283 لسنة 14 ق.

(21) محكمة التمييز، الدائرة العمالية الأولى، الطعن بالتمييز رقم 477/2001 مدني 1، جلسة 30/12/2002.

(22) قانون العمل في القطاع الأهلي رقم 3 لسنة 1964، وقانون تنظيم علاقات العمل في قطاع الأعمال النفطية رقم 28 لسنة 1969.

(23) مشاعل عبد العزيز الهاجري، قانون العمل الكويتي الجديد - السّمات المنهجية والمُستحدثات الموضوعية: دراسة انتقادية للقانون رقم 6 لسنة 2010 في شأن العمل في القطاع الأهلي، شركة آفاق للنشر والتوزيع، الكويت، 2017.

العامل ضد إصابات العمل والبطالة والمرض والشيخوخة تعتبر في الأصل جزءاً من قانون العمل، إلا أنها انفصلت عنه وأصبحت تخضع لقانون التأمينات الاجتماعية الآن). ويؤثر قانون العمل أكثر ما يؤثر في المجال الطبي على المؤسسات الصحية الخاصة من عيادات ومستشفيات وعياداتها، لأنه يتناول مسائل انتقال الأيدي العاملة من صاحب عمل إلى آخر، والوظائف والمهن والأعمال التي لا يجوز شغلها إلا بعد اجتياز الاختبارات المهنية وفقاً للضوابط التي تضعها الوزارة بالتنسيق مع الجهات المعنية.

2. التحول المفاهيمي المطلوب:

2.1- التعريفات:

في صياغة هذا المشروع، تم إيلاء أهمية كبرى لتعريف المصطلحات الحرجة للقانون المقترح، وقيم المشروع هذه التعريفات كحجر أساس في ترابطه وضبط معاني نصوصه. وقد تم إيلاء اهتمام خاص لضبط هذه التعريفات وإحكامها بحيث «تجمع شتات أجزاء المَعْرِف، فيما تمنع في نفس الوقت التباسه بغيره»⁽²⁴⁾. وقد تم تحري أن يتم استخدام التعريفات فقط عندما يكون معنى المصطلح مهماً لفهم وتطبيق نص في التشريع المقترح، أو عندما يرد استخدام المصطلح بصورة متكررة فيه. ومن منظور وضع مشروع هذا القانون، فإن التعريفات الواردة فيه تكتسب أهمية خاصة من حيث الآتي:

1. ضبط المصطلحات ضبطاً مفاهيمياً لمنع التباسها أو اختلاطها بسواها (علماً بأن أكثر التعريفات الواردة في هذا المشروع - إن لم يكن جميعها - لم يسبق أن تعرض لها قانون سابق في الكويت من قبل).
2. خلق ثقافة جديدة في أوساط المتعاملين بهذا القانون المقترح، تتحرى الحرص على الوضوح والإصرار على وضوح المعاني دائماً.
3. سد النقص المستشعر في بنية الأحكام القضائية الصادرة في مجال المسؤولية الطبية، لا سيما وأنه من الملاحظ أن هذه الأحكام تنحو نحو الاختصار.
4. تحديد معنى كل مصطلح ذي طبيعة فنية لوضع حدود للسلطة التقديرية لكل من جهات التحقيق والقضاء، قصراً لمجال اللبس والخلط والتخمين.
5. دعم الأطراف المتعاطية مع مشروع القانون المطروح من حيث حملها على أن تكون أكثر انضباطاً في قراراتها ذات العلاقة (فعلى سبيل المثال، فإن دعم المشروع بالتعريفات الواضحة سوف يجعل جهات التأمين أكثر قدرة على تحديد قيمة قسط التأمين المستحق

(24) خالد جمال أحمد، ماهية الصياغة التشريعية ومقومات جودتها، مجلة كلية القانون الكويتية العالمية، أبحاث المؤتمر السنوي الرابع «القانون: أداة للإصلاح والتطوير»، ملحق خاص، العدد 2، الجزء الأول، مايو 2017، ص 171.

على الطبيب الطرف في دعوى الخطأ الطبي، إذ حتى في الأحوال التي قد ينتهي فيها الحكم القضائي إلى عدم مسؤولية الطبيب بسبب وجود خطأ دون وجود ضرر، فإن هذا الحكم يمكن أن تسترشد به شركة التأمين في تحديد قيمة القسط المستحق على الطبيب، لأن الحكم قد أثبت الخطأ في حقه، وإن كان قد نفى وجود الضرر).

2.2- معيار العناية:

كقاعدة عامة، يضع المشروع على الطبيب التزاماً بأن يقوم بتأدية عمله بما يقتضيه من الحرص والأمانة، وفقاً للأصول العلمية والفنية والأخلاقية المتعارف عليها، وبما يحقق العناية اللازمة بصحة متلقي الخدمة ويليق بالمهنة الطبية⁽²⁵⁾، مع التزامه بطلب المشورة اللازمة متى دعت الضرورة إلى ذلك، مع قيد صارم يتمثل بعدم استغلال حاجة المريض لغرض تحقيق منفعة خاصة لنفسه أو لغيره. ومعيار العناية المطلوبة من الطبيب في هذا الصدد يجد مرجعيته في الأعراف والقواعد والأصول المهنية المتعارف عليها والمعتمدة والمُعترف بها في الأوساط الطبية، والتي يلتزم بها الطبيب المعتاد، والتي تحدد من قبل الخبير في هذا المجال، وذلك كما تم تعريفه في مشروع القانون المائل. وقد ارتُئي وضع تعريف لمعيار العناية في مشروع القانون المائل لعدة أسباب هامة، تتمثل بالآتي:

1. من الملاحظ أن الممارسة الصحية الحالية في دولة الكويت تخلو من الأطر المعيارية المحددة لدرجة أو نوعية العناية التي يتوقع من الطبيب تقديمها للمريض أو لمستوى هذه العناية، والتي يمكن أن تُفعل كمرجعية مرجحة لدى الخلاف حول درجة الخدمة أو مستواها فيما يتعلق باعتبارات الجودة؛ لذلك يتطلب الأمر ضرورة الالتفات إلى وضع معيار مقبول للعناية الصحية المتوقعة بحيث إنه في حالة الخلاف، فإن معيار العناية سيكون هو المعيار الفيصل في تحديد الخدمة الطبية المقبولة من طرف الطبيب وتمييزها عن تلك غير المقبولة.

2. يأتي ممارسو مهنة الطب في دولة الكويت من مشارب مختلفة من حيث التعليم والتدريب والخبرة، الأمر الذي يعني أنه من الأهمية بمكان تحديد معيار للعناية حتى يمكن اعتباره مرجعية تسمح بتأطير الممارسة في المؤسسات الصحية في البلاد، لما ينطوي عليه من خلق لغة مشتركة، ممارسات موحدة، أداءات متوقعة. وبذلك، فإن معيار العناية يعمل بمثابة أداة مهنية «توحيدية» للممارسة الطبية في الكويت، منعاً للفوضى والتشتت.

(25) إن التزام الطبيب تجاه المريض، رغم اعتباره ذا طابع تعاقدية، ليس التزاماً بتحقيق غاية، وإنما هو التزام ببذل عناية، وبالتالي لا يثبت خطأ الطبيب بمجرد عدم تحقق الشفاء، بل لا بد للمريض أن يقيم الدليل على إهمال الطبيب وتقصيره.

3. في تحديد معيار العناية بكونه يتمثل في الطبيب «المعتاد» وليس الطبيب «الممتاز» تأكيداً لموقف القضاء الكويتي خاصة⁽²⁶⁾ - والمقارن عامة - من أن معيار الخطأ عند تقرير قيام المسؤولية القانونية من عدمه يتمثل في سلوك «الشخص المعتاد». والشخص المعتاد هو شخص «افتراضي» يمثل أوساط الناس وغالبيتهم، فيقوم عادة بالأعمال المتوقعة منهم. ويمكن أن يكون الشخص المعتاد «نسيباً»، فيمثل فئة أو طائفة معينة من المجتمع، كما هو الحال مع الأطباء، فالمطلوب في شأن الطبيب هو أن يكون طبيباً معتاداً من حيث الإعداد والتدريب والدراسة والأداء، وبذلك فإن معيار العناية المطلوب هو درجة العناية المعقولة والمعتادة⁽²⁷⁾. إن أي فهم بخلاف ذلك سيكون من شأنه إعاقة تقديم الخدمات الطبية إلى درجة خطيرة. من أجل جميع ما تقدم، فإن البناء المنطقي لأية قضية خطأ طبي سوف يدور وجوداً وعدمياً حول معيار العناية وجوداً وطبيعيةً ودرجةً وأداءً، ذلك أنه - بشكل أو بآخر - فإن الأسئلة الحرجة والحاسمة في أي من دعاوى الأخطاء الطبية سوف تتمثل بالآتي: 1. ما هو معيار العناية؟ 2. لماذا نحتاج تحديداً لمعيار العناية؟ 3. هل كان سلوك الطبيب مقبولاً وفقاً لمعيار العناية؟ 4. هل كانت هنالك حيدة عن معيار العناية؟ 5. ما مظاهر هذه الحيدة؟ (الأدلة)، 6. ما نتائج هذا الحيدة؟ (الضرر)، 6. كيف تثبت أن هذا الضرر كان نتيجة للحيدة عن معيار العناية؟ (علاقة السببية).

3.2- حقوق المريض:

في الكويت، وضمن إطار الخطط التطويرية لأية منظومة للخدمات الصحية، تأخذ حقوق المريض أهمية خاصة، تجد أساسها في المراكز الإنسانية والدستورية معاً، فأما من حيث البعد الإنساني، فإن المادة رقم 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر عام 1948 الذي صدقت عليه دولة الكويت تنص على أن: «لكل شخص حق في مستوى معيشة يكفي

(26) دائرة التمييز، الحكم رقم 42/ 1975 تجاري، صادر في جلسة 11/ 3/ 1976، منشور في: مجلة المحامي، جمعية المحامين الكويتية، العددان 11 و 12 أبريل - مايو 1978، ص 63.

(27) حول «معيار العناية» ومعيار «الطبيب المعتاد»، يورد محمد هشام القاسم مناقشة مفيدة، يقرر فيها ما يلي: «... وإذا اتخذنا من سلوك الطبيب الوسط - مع مراعاة مستوى الخبرة والتخصص - معياراً لتقدير الخطأ الطبي، فإننا نستطيع القول إن الطبيب الوسط هو الذي لا يهمل في بذل العناية اللازمة بالمريض والتزام جانب الحيطة والانتباه والحذر في معالجته من جهة، وهو الذي لا يخرج في عمله عن أصول المهنة وقواعدها الثابتة من جهة ثانية، فإذا انحرف الطبيب عن هذا السلوك - كأن يهمل العناية بالمريض أو لم يلتزم الحيطة والانتباه والحذر، أو إذا أبدى جهلاً بيئياً أو تهاوناً بالأصول الفنية الثابتة التي لا مجال للنقاش فيها - كان مخطئاً ومسؤولاً. وهكذا نصل مرة ثانية إلى أن الخطأ الطبي هو إما خطأ مادي يقوم على الإهمال وعدم الاحترار اللذين يجب على كل شخص تجنبهما، وإما خطأ مهني يتمثل في مخالفة الأصول الفنية الثابتة للمهنة والخروج عليها، والطبيب مسؤول في الحالتين أيًا كانت درجة خطئه». انظر: محمد هشام القاسم، الخطأ الطبي في نطاق المسؤولية المدنية، مجلة الحقوق والشريعة، جامعة الكويت، المجلد 3، العدد 1، مارس 1979، ص 13.

لضمان الصحة...»، وأما من حيث البُعد الدستوري، فقد تمت الإشارة إليه فيما تقدم. وقد تعددت الأشكال القانونية الصادرة ضمن المساعي المبذولة في شأن حفظ حقوق المريض في دولة الكويت، فتراوحت من القوانين المنشئة للمؤسسات الصحية التي تُمثل بيئات تلك الحقوق (كالمرسوم في شأن وزارة الصحة العامة الصادر في 7 يناير 1979) إلى اللوائح الضامنة لها (مثل لائحة حماية حقوق المرضى في مجال الرعاية الصحية الصادرة بموجب قرار وزاري عام 2017). كما كانت هناك محاولات مستمرة وتراكمية لإصدار تشريعات لحقوق المريض في الكويت، إلا أنها جميعها لم يقدر لها النجاح على ما يبدو، ولعل آخرها كان مشروع قانون حقوق المرضى، الذي عرض على مجلس الأمة عام 2017، الذي لم يقدر له أن يصدر بعد. وفيما بينها جميعاً، تنظم جميع هذه الأدوات أموراً تخص المريض كطرف أصيل ومتأثر بالعلاقة الطبية، فتقرر له ضمانات تتعلق بأمور لازمة لعلاج (مثل الحق في الحصول على الرعاية الطبية، معايير الجودة والسلامة، توفير المعلومات الطبية الكاملة حول وضعه الصحي، القيام بالفحوص الطبية، التشخيص السليم لحالته، إحاطته بالإجراءات الطبية المقرر اتباعها بشأنه سواء، توضيح أهمية هذه الإجراءات لحالته وإحاطته بما قد تتضمنه من مخاطر أو مضاعفات محتملة، نظم العلاج البديلة وآثارها، احترام خصوصيته وكرامته، سرية المعلومات المتعلقة بوضعه الصحي، وعدم إخضاع المريض لأية علاجات تجريبية أو إشراكه في أية أبحاث طبية من دون الحصول على موافقته الصريحة والحرّة أو موافقة من ينوب عنه مع ضمان أن يكون إقراره بالقبول بما تقدم إقراراً مستنيراً)، وهو أمر من شأنه التذكير دائماً بأن المريض هو في قلب أي نشاط صحي والهدف الأول والأخير له، وأن التحري المستمر لحقوق المريض من شأنه أن يمثل خطوة هامة نحو تحسين الخدمة ومن ثم ضمان الجودة. بذلك، فإن هذا المشروع يقوم على فلسفة متوازنة تتحرى دائماً الموازنة بين أضلاع مثلث الممارسة الصحية، وهم ثلاثية المريض والطبيب والمؤسسة الصحية، وذلك إيماناً من واضعي هذا المشروع بأن التشريع المنضبط والدقيق هو السبيل الأمثل لتحقيق هذا التوازن. من هنا فقد تم تضمين هذا المشروع قسماً خاصاً تم إفراده لحقوق المريض بشكل واضح ومحدد. ولعل هذه هي المرة الأولى التي يتم فيها إفراده قسم خاص في قانون طبي في دولة الكويت مُكرّس تحديداً للمريض ولحقوقه، ويتضمن هذا القسم الموضوعات التالية:

2.3.1- الموافقة المستنيرة:

تُعرّف الموافقة المستنيرة (informed consent) على أنها: «عملية تواصل معقّدة بين الطبيب والمريض، ويتعلق الأمر بإعطاء المعلومات أولاً، ومنح الموافقة ثانياً، لينتهي الأمر بإجراء التدخل الطبي ثالثاً. وعليه، فإن ذلك يشمل: 1. المعلومات الوافية التي تعزز القدرة على اتخاذ القرار الصائب السليم والحد من التعرض لأي خطر أو أذى، 2. الموافقة المدركة التي لا تصدر

إلا بعد الحصول على المعلومات الوافية، وعن إدراك سليم، بما يعني وجوب أن يتمتع الفرد بالأهلية والقدرة العقلية الكافية لفهم المعلومات» (وبذلك، فإن الأمر لا ينطبق على ناقصي الأهلية أو فاقدتها).

وعلى خلفية من فهم هذه المبادئ الهامة، فقد كان من الضرورة بمكان إعادة تعريف الموافقة المستنيرة وتنظيم عناصرها الرئيسية في المشروع كما تطورت هذه الموافقة في الممارسة الطبية العالمية⁽²⁸⁾ لذلك، فقد قرر المشروع المائل إلزام الطبيب بالآتي قبل الحصول على أية موافقة من المريض أو ممثله القانوني:

أ- شرح تشخيص المرض الذي يعاني المريض منه من واقع التاريخ المرضي والفحوصات الإكلينيكية والتحليلات المخبرية وغيرها من وسائل التشخيص المختلفة.

ب- سرد خطته العلاجية قبل البدء بها، وما ينتوي القيام له، من إجراءات طبية أو عمليات جراحية أو عداها.

ح- تعداد الخيارات العلاجية المتاحة والمزايا والمخاطر المترتبة على كل منها.

د- الإجابة على الاستفسارات.

هـ- بيان نسبة احتمال عدم تحقق النتائج المرجوة من تلك الإجراءات الطبية أو العمليات.

و- إيضاح المضاعفات الطبية المحتملة لتلك الإجراءات الطبية أو العمليات.

ز- الحصول على الموافقة المستنيرة على تلك الإجراءات الطبية، وذلك وفقاً للنموذج المعد لهذا الغرض مسبقاً.

2.3.2- التوجيهات المسبقة:

إن فكرة إصدار المريض للتوجيهات المسبقة بصدد رفض العلاج الطبي أو تلقي بعض أو كل أنواع وسائل الإنعاش والإعاشة مثلت دائماً نقاشاً حرجاً في أي تنظيم طبي، لا سيما وأنها تمس معاناة إنسانية حرجة لدى قطاع من المواطنين الذين قد يمرون بمثل ذلك في أنفسهم أو في من يهمهم أمره من قريب أو صديق، ناهيك عن التزايد الملحوظ في أعداد من يعيشون الحالة الإنبائية⁽²⁹⁾، وما يعني ذلك من آلام معتبرة على المستوى الشخصي، وضغوط كبيرة على الأداء المرفقي. وقد قرر مشروع القانون المقدم تبني موقف متوازن من هذه الإشكالية، يحرص على قدسية الحياة البشرية من جهة، ويحفظ للمريض حقه على جسده من جهة أخرى. من هنا، فقد أقر المشروع للمريض بالحق في إبداء التوجيهات

(28) بإصداره للقانون رقم 574 بشأن «حقوق المرضى والموافقة المستنيرة» في 12 فبراير 2004، كان لبنان الدولة العربية الرائدة في الالتفات إلى هذه الموضوع الهام.

(29) وهي حالة اضطراب في الوعي يكون فيه المصابون بحالة تهيج جزئي.

التي تعبر عن رغبته المسبقة في رفض العلاج الطبي أو تلقي بعض أو كل أنواع وسائل الإنعاش والإعاشة، وذلك فقط في أي من الحالات التالية: 1. الحالات التي لا جدوى فيها من الإنعاش، 2. الحالات التي تكون فيها فرصة الخروج من أجهزة استدامة الحياة ضئيلة، 3. الحالات المرضية الميئوس منها، 4. المراحل النهائية من الأمراض المزمنة المستعصية، 5. الحالة الإنبائية المستديمة (Persistent Vegetative State – PVS)، 6. الإعاقة الجسدية الشديدة والمستديمة، 7. الإعاقة الذهنية الشديدة والمستديمة.

وبالمقابل، فلقبول هذه التوجيهات اشترط المشروع توافر الاشتراطات التالية في المريض: 1. أن يكون المريض كامل الأهلية، 2. أن يكون المريض في حالة صحية عقلية تسمح له بأخذ القرار المستنير في هذا الشأن وفهم أبعاده، 3. أن يشهد على توقيع هذا الطلب شاهداً كامل الأهلية (مع اشتراط ألا يكون هذا الشاهد من المستحقين لرفض في تركة المريض حال وفاته).

2.3.3- أهلية المريض لاتخاذ القرارات الطبية:

فيما وقر القانون المدني إطاراً تشريعياً عاماً للقواعد المنظمة للأهلية القانونية للشخص الطبيعي⁽³⁰⁾ (وهذه في حال قيام أية إشكالات بشأنها تحدها، طبياً، اللجان الطبية التي تشكلها المحاكم)، فإن إشكالات الأهلية تثار في الأوساط الطبية في سياقات مغايرة، تتعلق لا بالذمة المالية للمريض أو بعناصرها، وإنما بمدى قدرته الذهنية على اتخاذ القرارات ذات الأثر الحرج على حالته الصحية. إذ يثار التساؤل هنا حول مدى قدرة هذا المريض على اتخاذ القرارات ذات الأثر أو مدى قدرة الطبيب على لعب دور في ذلك. وفيما يتعلق بقدرة المريض الذهنية على اتخاذ القرارات الصحية (بشأن الجراحة، قرار الإنعاش، الأدوية ذات الآثار الجانبية القوية وعدها)، يجب أن يقوم الطبيب المعالج بتقييم أهلية المريض بناء على المعطيات التالية والتي يعد غياب أي منها كافياً لإضفاء صفة فقدان الأهلية على المريض: 1. أن يكون المريض واعياً، مدركاً للزمان والمكان وهويته الشخصية، وأن يكون مدركاً لهوية من يحيط به. 2. أن يمكنه فهم طبيعة المرض، والخيارات المتاحة للعلاج، والمضاعفات الممكنة لكل من الخيارات العلاجية، بما يتناسب مع سنه ودرجة تعليمه.

وفي حالة الشك ينبغي على الطبيب المعالج توثيق تقييمه لأهلية المريض وفقاً للتالي: 1. أن يوثق الطبيب تقييمه لحالة المريض من حيث درجة الوعي والأهلية كما سبق شرحه، 2. وجود شاهد (طبيب أو ممرض) يؤكد حالة الوعي، 3. تسجيل القرار كتابةً في سجل المريض.

(30) انظر: المواد من (84 إلى 109) من المرسوم بقانون بإصدار القانون المدني الكويتي رقم 67 لسنة 1980.

وتجدر هنا التفرقة بين ثلاثة أطوار للأهلية: 1. الفقد الدائم للأهلية (Permanent Loss or Loss of Mental Capacity of expected)، 2. الفقد المؤقت للأهلية (Mental Capacity temporary nature): يرتبط فقد الأهلية - ومن ثم فقد القرار الصحي - بالمدة التي يتم خلالها فقد المريض لأهليته (بحيث إنه إذا استفاق بعدها عاد إليه قراره)، 3. الفقد المتقلب للأهلية (Fluctuating loss of Mental Capacity): يتعلق الموقف هنا بالحالات التي يتأرجح فيها المريض بين فترات الوعي وفترات غيابه (لاسيما في حالات شيخوخة كبار السن أو حالات إصابات الرأس، أو التهابات المخ أو الاختلال العقلي أو عداها من الحالات الصحية المؤثرة على الوعي والإدراك).

وفي جميع حالات فقدان الأهلية يتم أخذ القرارات الصحية كما يلي: 1. في حال وجود قيم يأخذ القرار الصحي نيابة عن المريض (Surrogate decision maker): هذا الشخص هو من يأخذ القرار عنه، 2. في حال عدم وجود قيم يأخذ القرار الصحي نيابة عن المريض: يقوم الطبيب باتخاذ القرارات نيابة عنه، وفقاً لاشتراطات ضابطة للأمر.

2.4- الخطأ الطبي:

2.4.1- المسعى - إعادة تعريف الخطأ الطبي:

يظهر العمل في دولة الكويت أن هناك خللاً في فهم فكرة الخطأ الطبي وفي التعامل مع حالات هذا الخطأ، وهو فهمٌ مشترك بين الأطراف الثلاثة المعنية: ممارسو المهنة، المؤسسة القضائية، والرأي العام. فأما من حيث الأطباء، فإنهم يتخذون عشرات القرارات الحرجة يومياً عند التعامل مع المرضى، مما يعني أن الخطأ الطبي وارد بدرجة عالية وقابل للوقوع في حالة كل طبيب ما دام يعمل. هذا، كما أن أغلب الأخطاء الطبية لا ينتج عنها ضرر، فإن نتج عنها ذلك فهو غالباً ما يكون طفيفاً وغير ملحوظ. وأما من حيث المؤسسة القضائية، فرغم التجربة العريقة الجديرة بالتقدير والمساعي الجادة والمثمّنة في هذا الشأن، إلا أنه يظل هناك دائماً هامش للتطوير والمراجعة والبحث، لاستشعار طبيعة العمل الطبي بشكلٍ دقيق، ولتجاوز القناعة القديمة الذي تذهب إلى اعتبار الطبيب الذي يرتكب خطأ طبياً طبيياً سيئاً، ينبغي أن يُعاقب وأن يتوقف عن ممارسة مهنة الطب. وأما من حيث الرأي العام، فمن الملاحظ أن هناك ميلاً عاماً لتصعيد قضايا الأخطاء الطبية لتتحول إلى قضايا عامة، ولا شك أن من شأن ذلك التأثير على مسار هذه القضايا.

وتظهر الممارسات المحلية الخاصة بالقوانين الطبية أنه عادة ما يتم التعامل مع الموت الناجم عن الخطأ الطبي كقتل غير متعمد، وهذه مقاربة خاطئة لا تنتشر إلا في هذه المنطقة من العالم، فيما ليس لها نظير في النظم القانونية المقارنة. فبصفة عامة، كثيراً ما يكون تعقّد

الحالة الصحية للمريض بسبب مضاعفات صحية متوقع حدوثها، وهي مسألة تتعلق بطبيعة الحالة فلا يسأل عنها الطبيب ولا تمثل خطأ من جانبه ما دام الطبيب قد بذل العناية اللازمة ولجأ في تشخيص المرض وفي علاجه إلى جميع الوسائل التي كانت متاحة لمن كان في مثل ظروفه وخبرته، وهو ما يظهر أن القضاء الكويتي يأخذه بعين الاعتبار، حيث يورد في بعض أحكامه: «إن المضاعفات التي أملت (بعين المريض) من الوارد حدوثها، ويترتب عليها ما آلت إليه حالته في مثل الجراحة التي أجراها (الطبيب)»⁽³¹⁾.

أما الخطأ الطبي، إن وجد فعلاً، فينبغي التعامل معه من جانبه المدني (فيعتبر خطأً مدنياً يتم التعامل معه من خلال نظم التأمين) لا من جانبه الجنائي (فلا يصح اعتباره جريمة قتل خطأً)، باعتبار أنه خطأً فني حدث بحسن نية رغم جسامة النتيجة (كما في حالات الخطأ المؤدي للوفاة). أما التعامل الجنائي مع الممارسات الطبية فيجب أن ينحصر في الحالات التي تتضمن خطأً جسيماً أو سوء نية فقط، كإجراء عمليات طبية مخالفة لقوانين البلاد، أو في حالة تعمد إحداث الأذى. ويعود السبب في انتشار هذا التعامل إلى الخلط بين فكرتي «الخطأ الجسيم» و«الضرر الجسيم» رغم أن الاثنين ليسا واحداً، فالخطأ قد يكون خطأً عادياً يترتب عليه إما ضرر بسيط أو ضرر جسيم، بينما الخطأ الجسيم (faute grave/faute lourde) هو درجة متقدمة من درجات الخطأ، لا يصدر من أقل الناس تبصراً⁽³²⁾، وينجم عنه ضرر جسيم غالباً، ولكن قد يحدث مع ذلك أن يترتب ضرراً بسيطاً أو لا يترتب أي ضرر إطلاقاً⁽³³⁾. ويجد ذلك أساسه في العناصر الأساسية التي لا بد من تحققها جميعاً لقيام المسؤولية الطبية، وهي العلاقة بين الطبيب والمريض التي تنشئ واجب العناية (Duty of care)، مع ما تتطلبه تلك المسؤولية من قيام (1) الخطأ (2) الضرر، (3) علاقة سببية، ورغم هذه التفرقة، فإن جهات التحقيق عادةً ما تكيّف الأخطاء الطبية على أنها «خطأ جسيم» وهذا ليس صحيحاً دائماً بالضرورة⁽³⁴⁾، ولعل السبب في ذلك يعود إلى ما يلاحظ في الكويت حالياً من كون

(31) محكمة التمييز، الدائرة المدنية الأولى، الطعن رقم 893/2013 مدني/1، جلسة 2015/5/17.

(32) مجمع اللغة العربية، معجم القانون، الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية، القاهرة، 1999، ص 211.

(33) يبدو من تفحص العديد من الأدبيات القانونية وغير القانونية أن هناك خلطاً بين مفهوم الخطأ الطبي (أي القيام بعمل خاطئ، أي تنفيذه) وبين الإهمال الطبي (أي ترك القيام بعمل كان ينبغي القيام به، أي الإغفال). وعلى أية حال، فإن المصطلحين يستخدمان بشكل تبادلي، وهما جميعاً ينتهيان إلى تقرير الخطأ المنتج للمسؤولية (شرطية تحقق بقية أركانها من ضرر وعلاقة سببية).

(34) نُظمت أحكام الخطأ الجسيم في المادة (168) من القانون رقم 16 لسنة 1960 بإصدار قانون الجزاء والتي جاء فيها بأن: «كل شخص تعهد، في غير الحالات الاضطرارية، بإجراء عملية جراحية لشخص آخر أو بعلاجه أو بالقيام بعمل مشروع ينطوي على خطر يهدد الحياة أو الصحة، ولم يكن عنده القدر الواجب من الخبرة الفنية، أو لم يبذل العناية الواجبة في القيام بعمله، وترتب على ذلك وفاة المجني عليه أو إصابته بأذى، يُعاقب وفقاً للأحكام المبينة في المادتين (154، 164)».

الخيار الجنائي مفتوحاً على مصراعيه ومشجعاً جداً للمدعي، لأنه لا توجد نصوص خاصة بالمسؤولية الطبية، فيتم لذلك اعتماد النصوص الجنائية العامة.

إن القواعد العامة لقانون الجزاء الكويتي تقرر مدداً قصيرة لاستمرار رابطة السببية بين الفعل الواقع والضرر الناتج، وهذه القاعدة - التي وضعت أصلاً للمتهمين بتهم جنائية - صار يتم تطبيقها على الأطباء، بحيث إن أي شخص تمت معالجته من قبل طبيب يقع عليه ضرر خلال فترة قصيرة من هذا العلاج، يكون له ولذويه الحق في تقديم شكوى ضد الطبيب.

وعليه، يصبح الطبيب متهماً إلى حين إثبات براءته في المحكمة (في هذا الصدد، تتناقل الأوساط الطبية أنه لم يصدر في الكويت - حتى الآن - أي حكم بالحبس لأي طبيب في قضية خطأ طبي، وإنما كل ما يحدث في حالة الإدانة هو حفظ الحكم فقط، إلا أنه لم يتح لفريق العمل التحقق من ذلك). هذا، علماً بأن الوضع الحالي يُجبر المريض أو ذويه على رفع قضية جنائية ضد الطبيب لا رغبة في حبسه بالنهاية، وإنما مجرد استصدار حكم جنائي بالإدانة، ومن ثم الوصول لحكم مدني بتعويض مالي. إن هذا الوضع يستنزف أجهزة التحقيق ويعرض الطبيب لضغط نفسي شديد نتيجة اتهامه في قضية جنائية قد تؤدي به إلى الحبس.

وفي ذلك، تتجه محكمة التمييز إلى أن: «الحكم الصادر في المواد الجنائية تكون له حجية قبل الكافة أمام المحكمة المدنية كلما كان قد فصل فصلاً لازماً في وقوع الفعل المكون للأساس المشترك بين الدعويين المدنية والجزائية، وفي الوصف القانوني لهذا الفعل ونسبته إلى فاعله، فإذا فصلت المحكمة الجزائية في هذه الأمور فإنه يتمتع على المحكمة المدنية أن تعيد بحثها، ويتعين عليها أن تنقيد بها وتلتزمها في بحث الحقوق المدنية المتصلة بها كي لا يكون حكمها مخالفاً للحكم الجزائي السابق صدوره»⁽³⁵⁾.

ومما يفاقم في غموض الأمر أن محكمة التمييز الكويتية لا توضّح المقصود بـ «الخطأ الجسيم»، فيما عدا ما أورده في معرض بعض أحكامها الخاصة بحالات ضمان أذى النفس⁽³⁶⁾، حين فرّقت بين الخطأ الفاحش والخطأ الجسيم، فوصفت الأول بأنه: «سوء السلوك الفاحش هو، وعلى ما جرى به قضاء هذه المحكمة، انحراف مفرط عن الجادة - يربو على الخطأ الجسيم دون أن يصل إلى درجة تعمّد النتيجة - يرتكبه فاعله عن إرادة بإقدامه على عمل أو امتناع لا مبرر له ومن إدراك للخطر المحيط به»⁽³⁷⁾. ولكنها، مع ذلك، لم تبين المقصود بالخطأ الجسيم ولم تضع معايير للوقوف عليه، مما يعني أن محكمة التمييز

(35) محكمة التمييز، الدائرة المدنية الأولى، الطعن بالتمييز رقم 132 لسنة 2015 مدنى 1، جلسة 2016/ 4/ 4.

(36) نظم المرسوم بالقانون رقم 67 لسنة 1980 بإصدار القانون المدني مسألة ضمان أذى النفس في المواد من 255 إلى 261 منه.

(37) محكمة التمييز (الكويت)، الدائرة التجارية الثالثة، الطعن رقم 1001/ 2004 تجاري/ 3 جلسة 18 يونيو 2005.

الكويتية تحتفظ لنفسها بسلطة تقديرية واسعة في تقدير درجات الخطأ وتصنيفه، وما ينطوي تحت كل فئة (خطأ يسير / خطأ جسيم، فلم تعرف إلا الخطأ الفاحش)، من دون أن تضع تعريفاً لنوعي الخطأ هذين أو تبين معاييرها في تقديرهما، فتأخذ الأمر وكأنه من المسلمات بحيث تفترض علم الكافة بمعايير تصنيف الخطأ هذه كما تراها، فيما الأمر في واقعه على غاية من الإشكال حقيقة⁽³⁸⁾.

هذا، كما أن هناك توجهاً عالمياً الآن ينحو نحو اعتبار كل خطأ فردي للموظف (الطبيب في هذه الحالة) كخطأ مرفقي في حقيقته، وذلك لأن ارتكاب الموظف (الطبيب) للخطأ في العمل يعني تقصيراً من المؤسسة إما في التعيين أو الإدارة أو المراقبة أو التفتيش أو الترخيص، أو توفير بيئة عمل منضبطة (نظام للجودة).

وعلى كل، ففي حال عمل الطبيب لدى مؤسسة ما، عامة كانت أم خاصة، فإن علاقة قانونية تقوم بين الاثنين قوامها تبعية التابع (الطبيب) للمتبوع (المؤسسة)، تتمثل في سلطة المتبوع الفعلية في رقابة وتوجيه التابع، في إطار عمل يقوم به الثاني لمصلحة الأول، إذا كان هذا العمل هو ما أدى إلى التسبب بالأضرار موضوع المطالبة.

وقد جرى قضاء التمييز الكويتي على ذلك، إذ يقرر بأطراد أنه: «من المقرر في قضاء هذه المحكمة... إن نص المادة (240) من القانون المدني على أن: (يكون المتبوع مسؤولاً في مواجهة المضرور عن الضرر الذي يحدثه تابعه بعمله غير المشروع متى كان واقعاً منه في أداء وظيفته أو بسببها، وتقوم رابطة التبعية ولو لم يكن للمتبوع سلطة فعلية في رقابته وتوجيهه) مفاده أن مسؤولية المتبوع عن الضرر الذي يحدثه تابعه لعمله غير المشروع تقوم عن خطأ مفترض في جانب المتبوع فرضاً لا يقبل إثبات العكس، متى كان العمل غير المشروع قد وقع منه أثناء تأدية وظيفته أو بسببها أو ساعدته هذه الوظيفة أو هيأت له إتيان فعله، كما أن استخلاص الخطأ الموجب للمسؤولية، ونسبته إلى فاعله، وما نجم عنه من ضرر، ورابطة السببية فيما بينهما، وتقدير التعويض الجابر لهذا الضرر، هو من أمور الواقع التي تستقل بها محكمة الموضوع بما لها من سلطة فهم الواقع في الدعوى وتقدير الأدلة»⁽³⁹⁾.

وفي هذا الصدد، ربما كان في عبارة القرار الصادر عن إحدى اللجان القضائية تعبيراً

(38) من الملاحظ أن استخدام مصطلحي «الخطأ الناتج عن سلوك فاحش» و«الخطأ غير المغتفر» يشيع كثيراً بصدد المسؤولية التصورية فقط وليس المسؤولية العقدية، عدا في عقد العمل رغم أنه ينطوي على مسؤولية عقدية بطبيعة الحال، وهذا الأمر لا يمكن تفسيره إلا بالإشارة إلى النزعة الحمائية التي تكتنف تشريعات العمل، وإلى تعلق حماية العمال فيه بالنظام العام، والتي أدت مؤخراً إلى اعتباره ينتمي إلى شريحة خاصة من القوانين هي «القوانين الاجتماعية».

(39) محكمة التمييز، الدائرة التجارية الأولى، جلسة 201 / 2 / 3، رقم 1622 لسنة 2013 تجاري/1.

منضبط، حيث فرقت بين الخطأين «الشخصي» و«المرفقي»، فأوردت: «إن القانون - بصفة عامة - قد أحاط الموظف بسياج من الضمانات التي تحميه من سطوة الرهبة أو الخوف من الخطأ الذي قد يؤثر عليه سلبياً في أداء عمله، وفرق في مجال المسؤولية بين الخطأ الشخصي والخطأ المرفقي.

ويعتبر الخطأ شخصياً إذا كان العمل مصطنعاً بطابع يكشف عن الإنسان بضعفه ونزواته وعدم تبصره، أما إذا كان غير ذلك وينم عن موظفٍ معرضٍ للخطأ والصواب فيكون الخطأ في هذه الحالة مرفقياً، إذ العبرة بالقصد الذي ينطوي عليه تصرف الموظف وهو يؤدي واجبات وظيفته، فكلما كان القصد من العمل الذي وقع من الموظف هو تحقيق مصلحة عامة أو كان تصرفه لتحقيق أحد الأهداف المنوط بالإدارة تحقيقها والتي تدخل في وظيفتها، فإنه - وعلى فرض خطأ هذا العمل أو التصرف - فإن خطأ الموظف يندمج في أعمال الوظيفة بحيث لا يمكن فصله عنها، وتعتبر من الأخطاء المنسوبة إلى المرفق، ويكون خطأ الموظف في هذه الحالة خطأ مرفقياً تُسأل عنه الإدارة دون الموظف.

وهذا ما يجد صداه في المادة (237) من القانون المدني التي تنص على أنه: (لا يكون الموظف العام مسؤولاً عن عمله الذي أضر بالغير إذا أداه تنفيذاً لأمر القانون، أو كانت لديه أسباب معقولة جعلته يعتقد مشروعية العمل الذي أتاه، وأنه راعى في عمله جانب الحيطة والحذر). كما أنه من المقرر عملاً بالمادة (37) من قانون الجزاء رقم 16 لسنة 1960 أنه: «لا جريمة إذا وقع الفعل من موظف عام أثناء مباشرته اختصاصه استعمالاً لسلطة يقررها له القانون، أو تنفيذاً لأمر يوجب القانون عليه طاعته، بشرط أن يلتزم حدود السلطة والأمر»⁽⁴⁰⁾. وهكذا، ففي جوهر الأمر، تعتبر المؤسسة مسؤولة دائماً، بحيث أن الخطأ - إن وجد - يجب أن يكون مؤسسياً بالدرجة الأولى، فلا يكون فردياً إلا في أضيق الحالات.

إن فكرة «معاقبة» الطبيب لأنه «أخطأ» هي فكرة خطيرة، وسوف يكون لها أثر مجتمعي فادح، إذ سوف تضر بالمجتمع في النهاية؛ لأن الأطباء سوف يعزفون عن المهنة، وستتحول إلى مهنة طاردة بسبب الارتفاع الشديد لمعامل الخطر القانوني فيها، كما أنهم قد يترددون في اتخاذ القرارات الحرجة والماسة بصحة المريض أو بحياته.

2.4.2- الهدف - وقف عسف الإجراءات ضد الطبيب (الملاحقة الجزائية):

تتطلب ممارسة الطبيب الآمنة لمهنته منحه حصانة من التوقيف الجنائي على خلفية من الادعاء بممارسته للخطأ الطبي، فهذا الادعاء - على فرض صحته - تنتفي معه الحاجة لملاحقة أي طبيب جنائياً؛ لأن الملاحقة الجنائية تفترض ارتكاب جريمة جنائية، وهذا ما

(40) قرار لجنة التحقيق الخاصة بمحاكمة الوزراء، 29 أبريل 2010.

يتعارض مع فكرة الخطأ الطبي كما يقدمها هذا القانون، لأن الخطأ الطبي له - في صميمه - طبيعة مدنية وليس جنائية، مما يعني عدم صحة إجراء التوقيف، كما أن في التوقيف إهانة للطبيب لأنه يضعه في مصاف المجرمين قبل التأكد من وقوع الخطأ الطبي، هذا ناهيك عن أن التحقيق في الخطأ المنسوب إلى الطبيب يمكن أن يتم بسلاسة وفعالية من دون حاجة إلى هذا الإجراء المهين (من ذلك على سبيل المثال أنه يمكن دائماً فرض الكفالة المالية بدلاً من التوقيف). ولعله من قبيل المفارقة هنا أن من عدا الطبيب من المهنيين لا يتم تحميلهم هذه الدرجة من المسؤولية المهنية المشددة، التي يبلغ من فداحتها أن تصل إلى حد المساءلة الجنائية تلقائياً (فصدور الخطأ الجسيم من القاضي، مثلاً، لا يستتبع مسؤوليته الجنائية بالضرورة، وإنما يُعقد له مجلس تأديب أو تُقام عليه الدعوى التأديبية، ما لم يتطلب الأمر النظر - جزائياً - من قبل مجلس القضاء الأعلى أو المحكمة الجزائية المختصة)⁽⁴¹⁾.

إن المبالغة في اتخاذ أقصى الإجراءات بحق الطبيب في حالة تطور حالة المريض تطوراً سلبياً هو أمرٌ من شأنه أن يجعل من مهنة الطب مهنةً طارئةً على المديين المتوسّط والبعيد، ناهيك عن أن في ذلك تبسيطاً لطبيعة السبب الذي أدى إلى تدهور حالة المريض، الأمر الذي لا يمكن معه القول ابتداءً أنه يعود إلى خطأ الطبيب أو إهماله قبل البحث والتدقيق من قبل خبير فني، إذ يمكن أن يعود السبب إلى جملة من الاحتمالات التي لا تعود إلى فعل الطبيب (كالمضاعفات الصحية أو إهمال المريض أو فعل عامل خارجي كالعدوى، وعباها من عوامل أخرى لا يمكن التثبت من وجودها إلا من خلال خبير فني).

3- استحداث مؤسسات جديدة:

3.1 - القضاء الجنائي المتخصص:

1.1.2 - السمة العامة للقضاء في دولة الكويت - عدم الميل إلى التخصص:

لعل واحدة من أبرز سمات النظام القضائي في دولة الكويت - إن لم تكن مثالبه - هو عدم تخصص القضاة فيه، واعتماد تدويرهم الدائم والمستمر على جميع دوائر القضاء، مما يترتب عليه أن القاضي ينظر في عدة تخصصات قانونية في الآن ذاته، فيجلس تارة في المحاكم المدنية، وتارة أخرى في المحاكم الجزائية، لينتقل منها إلى محاكم العمل، أو الشركات، أو الإيجارات، أو الأحوال الشخصية، بل إنه قد يقوم بمهام التحقيق، ثم عضويات اللجان، وهكذا. إن ممارسة من هذا القبيل هي مدعاة للتشتت وعدم خلق الفرصة لتكون تراكمي للخبرة، ناهيك عن أنها مقدمة لازمة لنتائج معروفة، تتراوح من البطء في إجراءات التقاضي إلى التأخر في حسم النزاعات. وبذلك، فإن الدعوة إلى إنشاء

(41) انظر المواد من 35 إلى 49 من المرسوم بالقانون رقم 23 لسنة 1990 في شأن تنظيم القضاء.

قضاء متخصص في دعاوى المسؤولية الطبية ترمي إلى تحقيق ثلاثة أغراض أساسية، هي سرعة الإجراءات وفعاليتها أولاً، وتراكم المعارف والخبرات لدى المحكمة ثانياً، ثم تحقيق العدالة السريعة والناجزة ثالثاً⁽⁴²⁾.

1.1.3- نماذج قضائية غير معيارية - المحاكم المتخصصة:

رغم ما تقدم، فإن فكرة القضاء المتخصص ليست أجنبية تماماً على النظام القضائي الكويتي، إذ توجد عدة دوائر متخصصة للقضايا التجارية في المحكمة الكلية، كما أن هناك دوائر استئنافية متخصصة في محكمة الاستئناف العليا، ودوائر تجارية في محكمة التمييز. وبذلك، فإن ترتيب المحاكم في البلاد يعرف صوراً متعددة من المحاكم المتخصصة بالمعنى الموضوعي الضيق (وإن كانت هذه المحاكم غير معيارية فلا يربطها رابط تنظيمي أو منهجي واحد). ويلاحظ هنا أنه رغم القول بتخصص هذه المحاكم - من حيث إن كلاً منها يتخصص بالنظر إلى طائفة محددة من الأفعال - إلا أنه من الأهمية بمكان الإشارة إلى أن القضاة العاملين في هيئاتها هم غالباً قضاة غير متخصصين من حيث الخبرة والتدريب في موضوعاتها، كما أنهم عادة ما يكونون غير متفرغين للعمل فيها. وفي هذا الصدد - ورغم ما سبق ذكره من أن السمة العامة للقضاء في دولة الكويت هي عدم الميل إلى التخصص - نورد فيما يلي بعضاً من الأمثلة حول حالات التخصص التي يعرفها النظام القضائي في دولة الكويت، وهي وإن كانت في مجملها حالات قضائية غير معيارية، إلا أنها تصلح للتدليل على إمكان استحداث قضاء طبي متخصص في البلاد، وذلك مثل الدائرة الإدارية، الدائرة العمالية، محكمة الوزراء، محكمة الأسرة، محكمة الجرائم المتعلقة بمخالفة أحكام قانون هيئة أسواق المال ونشاط الأوراق المالية، المحاكم الخاصة بقانون تعزيز الاستقرار المالي في الدولة، وعداها.

1.1.4- الخلاصة - الحاجة لإنشاء محاكم متخصصة في دعاوى المسؤولية الطبية:

إن هذا العرض المتقدم الذي تم التدليل فيه على حقيقة أن النظام القضائي الكويتي يعرف فكرة المحاكم المتخصصة - رغم السمة العامة في ميل قضاء البلاد إلى الممارسة العامة لا التخصصية - لهو أمر يسمح بالانتهاء إلى إمكان الدعوة للعمل على إنشاء محاكم تخصصية تضطلع تحديداً بمهام الفصل في مسؤوليات ممارسي المهن الطبية. ولعل في الأمر فرصة لفتح باب النقاش حول تشكيل الهيئة القضائية لهذه المحاكم، بحيث يتم تطعيمها، بالإضافة إلى القضاة، بعناصر فنية أخرى، كالأطباء مثلاً.

(42) أحمد ماهر زغلول، قواعد المرافعات، دار النهضة العربية، القاهرة، 2001، ص. 192.

3.2- الجهاز الكويتي لحماية المهن الطبية ومبدأ «الدافع هو المدافع»⁽⁴³⁾:

تدور فكرة الجهاز الكويتي لحماية المهن الطبيّة حول استحداث وحدة إدارية تضطلع بمهمة العمل كجهة تأمينية، يكون اشتراك الأطباء فيها اشتراكاً إلزامياً للتأمين ضد الأخطاء الطبيّة، سواء أكانوا من العاملين في المؤسسات الصحيّة العامة أو الخاصة⁽⁴⁴⁾. ولا يسمح لأي طبيب بممارسة مهنة الطب من دون تأمين سار، وتعد وثيقة التأمين ضد الأخطاء الطبيّة لدى الجهاز الكويتي لحماية المهن الطبيّة من مسوّغات التعيين الواجب تقديمها للإدارة المختصة بوزارة الصحة قبل إصدار الترخيص للطبيب بممارسة المهنة وتجديد هذا الترخيص، سواء بالمؤسسات الصحيّة العامة أو الخاصة، وتحظر ممارسة المهنة في البلاد دون هذه الوثيقة.

وبذلك، يمثل هذا الجهاز مظلة للتأمين الإلزامي ضد الأخطاء الطبيّة، ومن هنا يلتزم جميع الأطباء بالتأمين لديه ضد أخطائهم الطبيّة المحتملة، ويتمثل الهدف من استحداث هذا الجهاز في التحول من منطق الخطأ الطبي/ الجريمة إلى الخطأ الطبي/ المدني، وهو أمر يستتبع معيار «الرجل المعتاد» المطبق في القانون المدني، ففي تحديد ما إذا كان الشخص قد «أخطأ» فعلاً، يعرف القانونيون أن القضاء يطبق ما يعرف بمعيار «الشخص المعتاد». فعند تقييم التصرف لتحديد ما إذا كان يشكل خطأً (أي خروجاً على السلوك المتوقع من الشخص المعتاد)، يقوم القضاء بتقييم الظروف الخارجية / الموضوعية للمدعى عليه (أي تلك الخارجة عن الشخص نفسه كظرف الزمان والمكان والأجواء المناخية السيئة) دون تلك الداخلية للصيقة بالشخص نفسه (كالسّن والصحة والحالة الذهنية أو مستوى التعليم)، لأن تلك ظروف شخصية لا يعتد بها، فالسلوك المعياري الذي يعتبر الشخص المخالف له مخطئاً خطأً تقصيراً في نظم القانون المدني هو سلوك الشخص العادي (وهو تحديداً «معيار الشخص المعتاد»). وهذا الشخص العادي/المعتاد هو شخص «افتراضي» يمثل أوساط الناس وغالبيتهم، ويقوم عادة بالأعمال المتوقعة منهم (وليس هناك ما يمنع من أن يكون الشخص المعتاد «نسبياً»، أي يمثل فئة أو طائفة معينة من المجتمع، كالأطباء على سبيل المثال، بمراعاة ما تفرضه المهنة عليهم من فنٍ وحرص)⁽⁴⁵⁾.

(43) تقرّر ترجمة اسم الجهاز الكويتي لحماية المهن الطبيّة بالإنجليزية إلى Kuwait Medical Protective Association – KMPA.

(44) يُذكر أنه كان قد سبق صدور قرار من مجلس الوزراء يقوّر التأمين الإلزامي ضد الأخطاء الطبيّة، وقد ورد في هذا القرار: «اطلع مجلس الوزراء بجلسة (89/50) المنعقدة بتاريخ 1989/12/5 على توصيات اللجنة الوزارية في اجتماعها رقم (89/46) وأصدر قراره رقم (1179) بالموافقة على ما يلي: (1) جعل التأمين ضد أخطاء المهنة الطبيّة إجبارياً على جميع الأطباء وأطباء الأسنان العاملين في الكويت. (2) أن تتولى شركات التأمين الكويتية القيام بهذه المسؤولية». ومع ذلك، فهذا القرار لم يُقدّر له التنفيذ على ما يبدو.

(45) يستند «معيار الشخص المعتاد» إلى سلوك رب الأسرة الصالح، الذي يسميه الفقه الفرنسي bon père de famille، نسبة إلى التسمية اللاتينية bonus pater familias، المستقاة من القانون الروماني (كان نطاق الحالة العائلية familias status في هذا القانون يركّز على السلطة الأبوية patria potestad وما ينجم عنها من

أما موقف القضاء الكويتي بهذا الصدد فهو موقفٌ قديمٌ وثابتٌ من حيث انتهاءه إلى وجوب التجرد من الظروف الذاتية لشخص المدعى عليه (وهو الطبيب لأغراض هذه المناقشة)، والنظر فقط إلى الظروف الموضوعية التي وجد فيها، قبل القول بتوافر عنصر الخطأ في طرفه من عدمه. أما من حيث الاختصاص، فيقوم الجهاز الكويتي لحماية المهن الطبية بالاختصاصات التالية تجاه الأطباء ومزاولي المهن الطبية المساعدة: 1. الاختصاص التأميني: التأمين ضد الأخطاء الطبية التي تنسب إلى الأطباء صلحاً أو قضاءً، 2. الاختصاص القانوني: تقديم الاستشارات القانونية والتمثيل القانوني (مع تحمل تكاليفها).

وتظهر أهمية استحداث الجهاز الكويتي لحماية المهن الطبية في تبني فكرة جديدة هي تحديد الجهة التي ستقوم بدفع التعويضات التي يحكم بها القضاء على الأطباء، وبذلك فإن دور هذا الجهاز لا يقتصر على كونه الجهة التأمينية للأطباء فقط، وإنما يتعدى ذلك إلى جعله جهة الدفاع القانوني عنهم أيضاً، وذلك لخلق رابط مصلحي بين الدور التأميني لهذا الجهاز وبين دوره المالي باعتباره هو من سيتحمل دفع قيمة التأمين بالنهاية، فتكون للجهاز مصلحة مباشرة في الدفاع عن الطبيب المدعى عليه. إن هذه الوظيفة المزدوجة التي ينظمها مشروع القانون المائل إلى الجهاز الكويتي لحماية المهن الطبية من شأنها تطوير العمل التأميني التقليدي، والمضي به إلى آفاق جديدة تجعل هذه الجهة التأمينية تلعب دوراً أكثر فاعلية، فتمارس دورها من خلال تطبيق مبدأ جديد وهام يتمثل في كون «الدافع هو المدافع»، فمن يلتزم بدفع التعويض المحكوم به، هو من يقوم بمهمة الدفاع قبلها أمام المحكمة التي حكمت به. إن من شأن ذلك أن تحمل هذه الجهة التأمينية على أن تنخرط في العملية القانونية كاملة منذ البداية إلى النهاية، بما يضمن تحقيق مصلحة الطبيب ومصالحها معاً.

1.2- من «الطبيب الشرعي» إلى «الخبير الفني»:

1.3.1- الواقع - الإدارة العامة للطب الشرعي:

عندما تتعلق وقائع الدعوى بمسائل فنية، يغلب ألا تجد المحكمة في نفسها القدرة على الفصل فيها لكونها تتطلب معارف تخصصية تعوز هيئة المحكمة - ذات الخلفية القانونية

= حقوق وواجبات أسرية ومالية معاً. وفي القانون الإنجليزي، فإن الشخص المعتاد في السوابق القضائية هناك يسمى «الرجل الذي يركب حافلة مدينة كلابام» (the man on the Clapham omnibus) كنية عن الوسطية والاعتدال، فهو شخصٌ من أوساط الناس يتصرف كما يتصرف عامةم ويمارس ما يمارسون (McQuire v. Western Morning News [1903] 2 KB 100)، وقد تطورت هذه التسمية الآن لتصبح «رجل الشارع» (the man in the street)، «الرجل العقلاني» (the reasonable man)، و«الشخص المعتاد» (the average person). انظر: مشاعل عبد العزيز الهاجري، حول المنصّة، لا عليها: ستُّ مقاربات حول المرأة والقضاء في دولة الكويت»، ورقة عمل مقدمة إلى منتدى المرأة والقضاء، الجمعية الثقافية الاجتماعية النسائية، الكويت، 8 مارس 2017.

بالضرورة - المعرفة فيها. من هنا، فإن التشريعات المقارنة على اختلاف مشاربها تجيز للقاضي مكنة الرجوع إلى ذوي التخصص في الوقائع موضوع البحث - وهو ما يسمى بالجوء إلى الخبرة (expertise) - لاستكمال أي نقص يستشعره في معارفه غير القانونية. ومن المطمئن حقاً أن محكمة التمييز الكويتية تقرّ بعقيدة التخصص هذه وتعتنقها، فتشير في العديد من أحكامها الخاصة بالمسؤولية الطبية إلى «أصول الفن الطبي»، إذ تقرّر باستمرار أنه: «من المقرّر في قضاء هذه المحكمة أن المناط في مسؤولية الطبيب عن خطئه المهني أو تقصيره أن يثبت بصورة أكيدة واضحة أنه قد خالف في سلوكه عن جهل أو تهاون أصول الفن الطبي الثابتة وقواعده العلمية الأساسية التي لا مجال فيها للجدل أو الخلاف، وأن تكون ثمة رابطة سببية بين هذا الخطأ والضرر الذي يحدث للمريض، وتقدير توافر أو نفي الخطأ أو التقصير الموجب للمسؤولية، وقيام علاقة السببية بينه وبين الضرر هو ما تستقل به محكمة الموضوع بما لها من سلطة تحصيل فهم الواقع في الدعوى، وتقدير ما يقدم لها من الدلائل والمستندات بما فيها رأي الخبراء وموازنة بعضها ببعض الآخر وترجيح ما يطمئن إليه منها، والأخذ بتقريره دون غيره متى رأت فيه ما يقنعها، مادام قائماً على أسباب لها أصلها الثابت بالأوراق وتؤدي إلى النتيجة التي انتهى إليها»⁽⁴⁶⁾. وبذلك، فقد يتمثل لجوء القضاء إلى الخبرة في طلب رأي شخص متخصص تحرياً لهذا «الفن الطبي»، كما هو شأن القضاء دائماً، «فإذا كانت مسألة طبية أمكنه الاستعانة بطبيب، وإذا كانت مسألة هندسية أمكنه الاستعانة بمهندس، وإذا كانت مسألة تزوير أمكنه الاستعانة بخبير في مضاهاة الخطوط، أو خبير في الكيمياء في مسائل التزييف»، وهكذا⁽⁴⁷⁾.

هذا، وفي الدعاوى التي تدور حول المسؤولية الطبية تحديداً، فقد جرى العمل في النظام القضائي الكويتي - تاريخياً - على إحالة أغلب الدعاوى المتعلقة بالمسؤولية الطبية إلى الإدارة العامة للطب الشرعي التابعة لوزارة الداخلية لعدم وجود البديل، وذلك باعتبارها جهة الخبرة الطبية الوحيدة، وهي ممارسة قديمة تعود إلى عهد تأسيس الإدارة العامة للأدلة الجنائية في الكويت في عام 1956، عندما بدأت هذه الإدارة كقسم صغير هو «قسم تحقيق الشخصية»، لتتطور منه إلى «قسم المختبرات الجنائية والطب الشرعي» عام 1961، ليتم بعدها توحيد هذين القسمين ودمجهما في إدارة واحدة هي «الإدارة العامة للأدلة الجنائية»⁽⁴⁸⁾. ورغم أن أغلب دعاوى المسؤولية الطبية تُحال - كما تقدم - إلى هذه الإدارة، إلا

(46) محكمة التمييز، الدائرة المدنية الأولى، الطعن بالتمييز رقم 802 و829 لسنة 2012 مدني/1، جلسة 2016/1/25.

(47) فاضل نصر الله وأحمد حبيب السماك، شرح قانون الإجراءات والمحاكمات الجزائية الكويتي، ط 4، جامعة الكويت، 2015، ص 560.

(48) عرسان عبداللطيف، أضواء على الإدارة العامة للأدلة الجنائية في الكويت، مجلة الأمن والحياة، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، العدد 3، مجلد 3، نوفمبر 1984، ص 45.

أنه يحدث في كثير من الأحيان أن تتم عوضاً عن ذلك الإحالة إلى لجان من الأطباء من وزارة الصحة أو من أطباء كلية الطب في جامعة الكويت. وهنا، يجدر التنبيه إلى المشكلات التالية التي تخالط شؤون الخبرة، وهي تظهر بوضوح في الدعاوى التي تدور حول المسؤولية الطبية، فيحيل فيها القضاء الأمر إلى الإدارة العامة للطب الشرعي، وهي على الوجه الآتي:

1- كثيراً ما يلاحظ ميل المحاكم إلى طلب تقارير الخبرة بشأن الموضوعات المطروحة عليها، لا بسبب صعوبة موضوع الدعوى بالضرورة (وهو أمر لا شك وارد في كثير من الحالات)، وإنما رغبة من القضاة في التخفف من أعباء مهام الفحص والمعاينة وإحالتها إلى الخبراء (والحقيقة هي أنه يخشى أنه من شأن اعتياد هذا النهج الإضرار بسير العدالة، لكونه يؤدي إلى ارتفاع نفقات الخصومة وبطء سير إجراءاتها، ناهيك عن أن الأمر بذلك ينتهي - عملياً - إلى تحوّل الخبراء من مستشارين فنيين إلى قضاة قانونيين، بسبب ميل القضاة في الأغلب الأعم من الدعاوى إلى الأخذ برأي الخبير كما هو⁽⁴⁹⁾.

2- إن هذا الرجوع التلقائي من طرف المحاكم إلى إدارة الطب الشرعي أصبح يمثل آلية شبه معتمدة في إطار التقاضي، بما يخضع مصير الدعوى لقناعات الطبيب الشرعي وسلطته التقديرية بصفته الخبير فيها، مع ما يعني ذلك - عملياً - من إهدارٍ وتفريغٍ للضمانات التي كان يجب أن توفرها لجانٌ طبيةٌ مشكلة وفق أسس علمية.

3- ورغم ما تقدم، فإن المحكمة تُعتبر الخبير الأعلى دائماً في كل ما يتعلق بالدعوى إطلاقياً، وإن تعلقت الدعوى بشأن فني لا يمكن الوقوف عليه إلا من خلال الخبرة الفنية. من هنا، فإن المحكمة لا تعتبر نفسها بأي حال من الأحوال ملزمة برأي الخبير، فتقرر مثلاً: «أن تقدير آراء الخبراء والفصل فيما وجه إلى تقاريرهم من مطاعن واعتراضات مرجعه إلى محكمة الموضوع، التي لها كامل الحرية في تقدير القوة التدليلية للخبير، شأنه في ذلك شأن سائر الأدلة، وإذا كانت المحكمة قد اطمأنت - في حدود سلطتها التقديرية - إلى ما جاء بالتقرير الطبي الشرعي واستندت إلى رأيه الفني فلا يجوز مجادلتها في ذلك، ولا مصادرة عقيدتها فيما انتهت إليه، وكان التقرير الطبي الشرعي وإن كان لا ينهض بذاته دليلاً على نسبة إحداث الإصابات إلى المتهم إلا أنه يصح كدليل مؤيد لغيره من الأدلة»⁽⁵⁰⁾.

4 بل أكثر من ذلك، فإن المحكمة لا تجد نفسها ملزمة بالبحث في مدى تطابق الأدلة القولية (الإفادات) مع نظيرتها الفنية (تقارير الخبرة)، إذ قرّرت محكمة التمييز في ذلك أنه: «ليس بلازم أن يتطابق مضمون الدليل القولي مع الدليل الفني، بل يكفي أن يكون مجموع الدليل القولي غير متناقض مع الدليل الفني تناقضاً يستعصي على التوفيق

(49) فتحي والي، قانون القضاء المدني الكويتي، جامعة الكويت، 1977، ص 336.

(50) محكمة التمييز، الدائرة الجزائية الثالثة، الحكم رقم 757 لسنة 2012 جزائي 3، الصادر في جلسة 2005/4/16.

والملاءمة، وكان ما حصلته هذه المحكمة من أقوال الشهود لا يتناقض مع ما أثبتته الطبيب الشرعي في تقريره، بل يتلاءم معه»⁽⁵¹⁾.

5- إن هذا الذي جرى عليه العمل في النظام القضائي الكويتي من اعتماد على خبير من الإدارة العامة للطب الشرعي في الأمور الفنية يعني إغفال التنبّه إلى حقيقة عدم وجود أية معرفة لدى الطبيب الشرعي المنتدب بالتخصّص الطبي موضوع الدعوى المطروحة للنقاش (المرجعيات، الإجراءات، الممارسات، التطورات، الخبرات الشخصية). فالطب الشرعي هو تخصص علمي قائم بذاته (يتعلق بمسرح الجريمة والمختبرات الجنائية والاعتداءات البدنية والجنسية وأسباب الوفيات والإصابات وإثبات النسب وتحديد نسب العجز والعاهات المستديمة والاستعراف⁽⁵²⁾ والتزييف والتزوير وتحقيق الشخصية وعداها)، وهو بذلك لا يعدو أن يكون واحداً من تخصصات طبيّة أخرى كثيرة، وليس مظلة لها، ناهيك عما آل إليه الطب حالياً من تخصص وتعقيد يرتب عدم قدرة طبيب الطب الشرعي - باعتباره متخصصاً في فرع واحد فقط في فروع الطب العديدة هذه - من الإلمام بها جميعاً من حيث تفاصيلها والأطر الحاكمة لها⁽⁵³⁾، لا سيما وأن أغلب المعايير الفنية لهذه التخصصات غير مسجلة، ومن ثم غير منشورة في بروتوكولات عالمية (بما يعني استحالة علم الطبيب الشرعي بها).

6- وفي الحقيقة، فإن هذه الإشكالية - أي إشكالية التخصّص الذي يقع خارج منطقة خبرة الطب الشرعي - هو أمر يقرّ به الأطباء الشرعيون أنفسهم مباشرةً ووضوح، إذ من المعتاد لهم أن يضمنوا تقارير الخبرة التي يقدمونها إلى المحاكم ما يفيد ذلك، فنجد في هذه المحاكم ما يشير، مثلاً، إلى أنه بشأن دعوى قضائية ما «ثبت بتقرير الطبي الشرعي أن اكتشاف الخطأ والضرر وعلاقة السببية بينهما لا يتم إلا بواسطة لجانٍ طبيّة من أطباء متخصصين»⁽⁵⁴⁾.

(51) محكمة التمييز، الدائرة الجزائية الثانية، رقم 115 لسنة 2013 جزائي 2، الصادر في جلسة 2015/ 5/ 4.

(52) الاستعراف هو التعرّف على هوية الأشخاص الأحياء أو الموتى.

(53) مثل تخصصات: طب الأطفال، طب أمراض الدم، طب المناطق الحارة، طب الأورام، طب الأوعية الدموية، طب العلاج الطبيعي، طب التخدير، الجراحة العامة، الجراحة المتخصصة، طب الباطنية، طب العظام، طب الجلد، طب الجهاز التنفسي، طب الجهاز البولي، طب الجهاز الهضمي، طب الجهاز العصبي، طب الأنف والأذن والحنجرة، طب العناية المركزة، طب السموم، طب الأسنان، الطب التلطيفي، طب زراعة الأعضاء، الطب الحيوي، الطب الوقائي، طب الشيخوخة، طب العيون، طب الغدد الصماء، طب القلب، طب المناعة، طب النساء، الطب النووي، الطب النفسي، طب التجميل، طب الطوارئ، طب الطيران، الطب الرياضي، الطب الوقائي، طب الخلايا الجذعية، طب الأشعة، وعداها كثير.

(54) محكمة التمييز، الدائرة المدنية الأولى، جلسة 2015/ 5/ 25، رقم 841 لسنة 2014 مدني 1.

هذا، ناهيك عن أن هناك عيباً ذا طبيعة «حوكمية» هامة يعترى إحالة الأمر إلى الإدارة العامة للطب الشرعي، وهو عيبٌ يتمثل في كونها ملحقة بوزارة الداخلية من حيث التبعية الإدارية⁽⁵⁵⁾، مع ما في ذلك من حرج واضح وتعارضٍ للمصالح في حال كون المأمورية القضائية المحالة من المحكمة إلى الإدارة العامة للطب الشرعي متعلقة بقضية طبية ما تتطلب، على سبيل المثال، الكشف على شخص يدعي بإصابته جسدياً نتيجة التعذيب أو استعمال القوة المفرطة أو عداها من تجاوزات جسدية منسوبة إلى رجال الشرطة (علماً بأن الأصل في الاختصاص بجميع شؤون الدعوى الجزائية وفقاً للمادة (167) من الدستور موكولٌ إلى النيابة العامة وليس إلى وزارة الداخلية؛ لذلك قد يكون من الأصح دستورياً والأكثر ضماناً تشريعياً نقل تبعية هذا الجهاز إلى النيابة العامة)⁽⁵⁶⁾.

1.2.2- المأمول - وحدة المسؤولية الطبية:

يتبين من العرض السابق أن إيكال مهمة تقدير أداء الطبيب لتحديد ما إذا كان قد أخطأ في ممارسته لعمله في مهمة ما هو أمر ما عاد ينبغي أن يستمر إيكالها إلى الإدارة العامة للطب الشرعي؛ وذلك للأسباب الفنية والإدارية والحوكمية التي سبق سردها، وإنما ينبغي إيكالها إلى خبير فني هو طبيب موثوق به مهنياً، ومصدرٍ للخبرة في فرع من فروع العمل الطبي،

(55) يُذكر أنه في أكتوبر 2003، تقدم بعض نواب مجلس الأمة باقتراح بقانون بتعديل بعض أحكام المرسوم بالقانون رقم 23 لسنة 1990 بشأن قانون القضاء، وقد جاء في المذكرة الإيضاحية لهذا القانون ما يشير إلى وجود قلق نيابي بهذا الصدد، حيث ورد فيها: «إن المفهوم الحقيقي لاستقلال القضاء ونزاهته لا يتأتى إلا من خلال عدالة معصوية العينين لا تصدر أحكامها إلا طبقاً لأحكام قانونية محددة. ولما كانت الأجهزة المعاونة للقضاء والنيابة العامة من الجهات التي لا غنى عنها لتحقيق هذه العدالة ولعونة القضاء على أداء رسالته، وذلك فيما تحمله أعمالها من خبرة فنية في موضوعات القضايا المنظورة أمام المحاكم - ومن هذه الأجهزة إدارة الخبراء والأدلة الجنائية والطب الشرعي - ولما كان جهاز الأدلة الجنائية والطب الشرعي هما من الأجهزة التابعة لوزارة الداخلية وكان من الأنسب لهما أن يكونا خاضعين لإشراف النيابة العامة وتابعتين لوزارة العدل، باعتبار أن ما يضطلعان به من أعمال تتسم بالدقة البالغة والحيدة المطلوبة لما تشكله النتائج الفنية لأعمالهما من إبرازٍ للدليل الذي يعد آنذاك مطروحا على المحاكم في القضايا المعروضة عليها، وهو ما يتطلب دعماً لحيدتها نقل تبعتها من وزارة الداخلية إلى وزارة العدل باعتبارها الأنسب لأن تكون هي المهيمنة على شؤونهما، وشأنهما في ذلك شأن إدارة الخبراء التابعة لوزارة العدل طبقاً للبند الخامس من مرسوم إنشاء الوزارة الصادر في 1979/1/7، وهي الغاية التي استهدفها تقديم هذا الاقتراح بقانون».

(56) تنص المادة (167) من الدستور على أنه: «تتولى النيابة العامة الدعوى العمومية باسم المجتمع، وتشرف على شؤون الضبط القضائي، وتسهر على تطبيق القوانين الجزائية وملاحقة المدينين وتنفيذ الأحكام، ويرتب القانون هذه الهيئة، وينظم اختصاصاتها، ويعين الشروط والضمانات الخاصة بمن يولون وظائفها. ويجوز أن يعهد بقانون لجهات الأمن العام بتولي الدعوى العمومية في الجرح على سبيل الاستثناء، ووفقاً للأوضاع التي يبينها القانون».

بالنظر إلى عمله في المجال الصحي والمعارف التخصصية المعتمدة التي راكمها، بصورة تفوق الطبيب المعتاد المشتغل في هذا المجال، ويقترح هذا المشروع أن يتم لعب دور الخبير الفني من قبل وحدة إدارية ذات كيانٍ مستقل، مختصة بالنظر في الشكاوى المقدمة ضد الأطباء وممارسي المهن الطبية المساعدة، هي «وحدة المسؤولية الطبية»، باعتبارها الجهة الفنية الوحيدة المخولة بتقرير وجود المسؤولية الطبية في حق الطبيب من عدمه⁽⁵⁷⁾.

ومن حيث الشكل الإداري، فيمكن، في هذا الصدد، اتباع نموذج «وحدة التحريات المالية» التي تم استحداثها في الكويت منذ بضع سنوات، فقد نصت المادة (16) من القانون رقم (106) لسنة 2013 وتعديلاته في شأن مكافحة غسل الأموال وتمويل الإرهاب على إنشاء وحدة تسمى «وحدة التحريات المالية الكويتية» تكون لها شخصية اعتبارية مستقلة، وتعمل بوصفها «الجهة المسؤولة عن تلقي وطلب وتحليل وإحالة المعلومات المتعلقة بما يشتهبه أن تكون عائدات متحصلة من جريمة أو أموال مرتبطة أو لها علاقة بها، أو يمكن استعمالها للقيام بعمليات غسل أموال أو تمويل الإرهاب وفقاً لأحكام هذا القانون».

والهدف من استحداث هذه الوحدة في مشروع القانون هو منع المريض من مقاضاة الطبيب جنائياً في حالة الخطأ إلا فقط إذا قررت وحدة المسؤولية الطبية وجود خطأ جسيم، فقط في مثل هذه الحالة يمكن للمريض المتضرر اللجوء لمسار القضاء الجنائي⁽⁵⁸⁾. لكل ذلك فقد ارتئي

(57) قد لا يكون الأمر سهلاً فيما يتعلق باستحداث وحدة إدارية جديدة، لأنه صار هناك توجه لدى الحكومة مؤخراً لترشيد الإنفاق، وعدم التوسع في استحداث الهياكل الجديدة. انظر: قرار مجلس الوزراء رقم 666 لسنة 2001 بشأن ضبط نمو الهياكل التنظيمية بالوزارات والإدارات الحكومية والهيئات والمؤسسات العامة، المؤرخ 29 / 7 / 2001، والذي ورد فيه: مادة (2): «على الوزارات والإدارات الحكومية والهيئات والمؤسسات العامة أن تراعي عند استحداث أو تعديل هيكلها التنظيمي أن يكون ذلك انعكاساً للاحتياجات الفعلية ومتناسباً مع عبء العمل وحجمه، وأن يتوافر للتنظيم القائم قدر كافٍ من الاستقرار، وذلك بالالتزام بفترة زمنية معينة (يحددها ديوان الخدمة المدنية)». مادة (3): «يكون استحداث أو تعديل الهياكل التنظيمية بالعرض على مجلس الخدمة المدنية من خلال ديوان الخدمة المدنية الذي يقوم بالدراسة وإحاطة الجهة بنتائجها، ثم العرض على مجلس الخدمة المدنية للاعتماد، وعلى الجهة أن ترفق المبررات والبيانات والوقائع والإحصائيات الداعية لاستحداث أو تعديل الهيكل التنظيمي، وأية بيانات أخرى يطلبها ديوان الخدمة المدنية لاستكمال الدراسة، وعلى الديوان أن يوافي الجهة بنتائج الدراسة قبل العرض على مجلس الخدمة المدنية للاعتماد، فإذا تبين عدم اتفاق جهة نظر الديوان مع مقترحات الجهة، فإنه يتعين عند العرض بيان وجهة نظر الديوان وملاحظاته والأسباب التي تستند إليها الجهة لعدم موافقتها على ملاحظات الديوان، وللمجلس الخدمة المدنية تقرير ما يراه في هذا الشأن». مادة (4): «يتولى الديوان معاونته الجهات بتحديد أسلوب عرض وإعداد المشروعات التنظيمية والبيانات والنماذج المطلوبة ومحتويات الدراسة اللازمة».

(58) لذلك ينبغي التفرقة بين: أ. الضرر الجسيم: الوفاة / إعاقة شديدة أو دائمة. ب. الخطأ الجسيم: هو الخطأ الذي يبلغ من الفحش ما لا يتصور من طرف ممارسي المهنة. ج. الخطأ العادي: مثل نسيان الضماد في بطن المريض إثر عملية جراحية.

في هذا المشروع استحداث وحدة إدارية جديدة تضلع بمهام الخبرة الفنية الطبية بشكل حصري، فتكون هي الخبير الفني الوحيد لهذه الأغراض، وقد تحرى هذا المشروع أن يتم تنظيم وحدة المسؤولية الطبية بشكل يضمن استقلالها عن وزارة الداخلية - كما هو الوضع القائم حالياً مع إدارة الطب الشرعي - فيتم إلحاقها بوزارة العدل ليشرف عليها وزيرها، وتتمثل ميزة هذا الأمر في ما يلي: 1. تراكم الخبرات، 2. التناول المعياري للمشكلات الطبية، 3. تحري التخصص، 4. المعالجة المؤسسية، 5. تجنب تعارض المصالح.

ومن حيث دورها كخبير فني، فإن وحدة المسؤولية الطبية هي الجهة الفنية الوحيدة التي ينبغي أن يكون لها الحق في تسمية الخطأ الطبي كخطأ جسيم (والخطأ الجسيم وحده هو فقط ما يحال إلى القضاء الجنائي، وهذه حالات نادرة). أما الخطأ العادي فهو ما يختص به القضاء المدني، وهو الحال مع الغالبية العظمى من الأخطاء الطبية)، وهي تفرقة هامة لكونها تفرقة فنية، ولا يمكن أن يحددها إلا وحدة الأخطاء الطبية باعتبارها «الخبير الفني».

وسواء انتهت الوحدة من وجود الخطأ في حق الطبيب أم لم تنته إلى ذلك، يظل لجهة التحقيق أن تحوّل القضية للمحكمة أو أن تحفظها بحسب قناعاتها، ومع ذلك يجب التأكيد أن حيدة جهة التحقيق عن قرارات الوحدة يجب أن يكون الاستثناء وليس القاعدة، أي يجب أن يكون الرأي الفني هو الفيصل، وليس توجه جهة التحقيق أو قراراتها التعسفية أو العاطفية غير المؤسسة علمياً، كما ينبغي على هذه الجهة -بحكم تخصصها- ألا تحيل إلى القضاء الجنائي الأخطاء الطبية العادية، فلا تحيل إلا الأخطاء الطبية الجسيمة (حسب درجة فحش الخطأ وجسارته) أو حالات العمد فقط⁽⁵⁹⁾.

وأخيراً، وبطبيعة الحال، سيتطلب استحداث وحدة للأخطاء الطبية وضع آليات وقواعد تنفيذية تحدد الموضوعات التي ستضطلع بها هذه الوحدة الجديدة وطرائق تنفيذها لمهامها، مثل: دور الوحدة، الاشتراطات الواجب توافرها في الأعضاء الذين يتم ضمهم، تشكيل اللجان (الانتداب)، التفتيش، تعارض المصالح، اعتماد تقارير اللجان، الاتصال بجهة التحقيق، طريقة إصدار الوحدة لقرارها، عناصر هذا القرار (وجود الخطأ الطبي من عدمه، بيان وجه الخطأ، تحديد مدى جسامة الخطأ، نسبة مشاركة المريض في المسؤولية عن الخطأ من حيث الإهمال الذي أدى إلى تفاقم الحالة)، التظلم من قرارات اللجان وعداها.

(59) وفي جميع الأحوال، يمكن لكل ذي مصلحة أن يتظلم إلى المحكمة من قرار وحدة المسؤولية الطبية، على أن يكون هذا التظلم متاحاً لمرة واحدة فقط.

الخاتمة- أوان التجديد من حيث المنهج والموضوع معاً:

كان ما تقدم عرضاً لتصوير لا شك أنه قد آن أوانه لتغيير مشهد التنظيم القانوني للمسؤولية الطبية في دولة الكويت، وذلك من خلال تقديم أطر جديدة للمسؤولية الطبية فيها. وقد تضمن هذا العرض شرحاً لمشروع قانون مقترح تم تقديمه إلى الجهات المختصة - على الوجه الوارد في مقدمة الدراسة - كان من أهمها الخروج بخطةٍ منهجيةٍ كنموذج لإصدار التشريعات مستقبلاً في دولة الكويت، وهي منهجية ذات طبيعة تشاركية، تدمج أصحاب الشأن في مشروع القانون، فلا تقصيه عن، ويتبع ذلك مراجعات موضوعية، مقترحاتٍ مُستحقة، وآمال طموحة بشأن التغيير وجدواه وإمكان تحقيقه.

هذا، وينبغي أن يُطرح جميع ما تقدّم من منطلق جودة الرعاية الصحية بالدرجة الأولى، فليس الطبيب والمريض بخصمين، وإنما هما طرفان في علاقة تكاملية، يستفيد فيها كل منهما من تحسين النظم والإجراءات، ولن يكون ذلك إلا من خلال سن القوانين المحكمة، اللازمة لحفظ الحقوق والممارسات الرفيعة، لضمان نتائج أفضل.

وبعد، فإن النقاش لا ينبغي له أن يتوقف عند هذه الحقوق وتلك الممارسات فقط، وإنما يجب أن يستمر تحريماً للهدف الحقيقي، وهو خلق بيئة متكاملة لضمان جودة الممارسة الطبية.

المراجع:

- أحمد ماهر زغلول، قواعد المرافعات، دار النهضة العربية، القاهرة، 2001.
- محمد هشام القاسم، الخطأ الطبي في نطاق المسؤولية المدنية، مجلة الحقوق والشريعة، جامعة الكويت، المجلد 3، العدد 1، مارس 1979.
- مشاعل عبد العزيز الهاجري:
 - حول المنصّة، لا عليها: ستُّ مقاربات حول المرأة والقضاء في دولة الكويت، ورقة عمل مقدمة إلى منتدى المرأة والقضاء، الجمعية الثقافية الاجتماعية النسائية، الكويت، 8 مارس 2017.
 - قانون العمل الكويتي الجديد - السمات المنهجية والمستحدثات الموضوعية: دراسة انتقادية للقانون رقم 6 لسنة 2010 في شأن العمل في القطاع الأهلي، شركة آفاق للنشر والتوزيع، الكويت، 2017.
- مشاعل عبدالعزيز الهاجري ورائد سيد هاشم، علاجٌ لأوضاع المعالجين - مقارنةً تشريعيةً مقترحة لتنظيم الممارسة الطبية في دولة الكويت: الإطار المنهجي، الفلسفة العامة ومنظورٌ مستحقٌ لحقوق المريض، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي KFAS، وثيقة بيضاء White Paper ضمن سلسلة السياسات العامة، الكويت، يناير 2019.
- مجمع اللغة العربية، معجم القانون، الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية، القاهرة، 1999.
- عبدالرزاق أحمد السنهوري باشا وأحمد حشمت أبو ستيت، أصول القانون أو المدخل لدراسة القانون، لجنة التأليف والترجمة والنشر، القاهرة، 1950.
- عرسان عبداللطيف، أضواء على الإدارة العامة للأدلة الجنائية في الكويت، مجلة الأمن والحياة، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، العدد 3، مجلد 3، نوفمبر 1984.
- فاضل نصر الله وأحمد حبيب السماك، شرح قانون الإجراءات والمحاکمات الجزائية الكويتي، ط 4، جامعة الكويت، 2015.
- فتحي والي، قانون القضاء المدني الكويتي، جامعة الكويت، 1977.
- خالد جمال أحمد، ماهية الصياغة التشريعية ومقومات جودتها»، مجلة كلية القانون الكويتية العالمية، أبحاث المؤتمر السنوي الرابع «القانون: أداة للإصلاح والتطوير»، ملحق خاص، العدد 2، الجزء الأول، مايو 2017.

المحتوى:

الصفحة	الموضوع
21	الملخص
23	تمهيد
25	المبحث الأول - الخلفية التاريخية والخطة المنهجية
25	1. حول مشروع القانون
25	1.1 - السياق التاريخي للمشروع
26	1.2 - منهجية إعداد مشروع قانون جديد للمسؤولية الطبية - الآلية والمراحل
29	2.1 - المراجعة المعيارية لمشروع القانون
30	2.2 - استعراض عام وملاحظات موضوعية حول ما هو مطروح من اقتراحات ومشروعات بقوانين
30	2.3 - الجدول الزمني للمشروع
31	2.4 - إحصاءات المشروع
31	3 - هذا المشروع: لماذا؟
32	3.1 - من حيث الأحكام المستجدة
34	3.2 - من حيث المفاهيم المستحدثة
35	المبحث الثاني - فلسفة المشروع
35	1 - التنظيم القانوني للممارسة الطبية
35	1.1 - الحق في الصحة - الإطار الدولي
36	1.2 - الحق في الصحة - النظام القانوني الكويتي
36	1.2.1 - الإطار الدستوري
37	1.2.2 - الإطار التشريعي
38	1.2.2.1 - القوانين المنظمة للممارسة الطبية
39	1.2.2.2 - قوانين أخرى ذات علاقة مباشرة بالممارسة الطبية

42	2 - التحول المفاهيمي المطلوب
42	2.1 - التعريفات
43	2.2 - معيار العناية
44	2.3 - حقوق المريض
45	2.3.1 - الموافقة المستنيرة
46	2.3.2 - التوجيهات المسبقة
47	2.3.3 - أهلية المريض لاتخاذ القرارات الطبية
48	2.4 - الخطأ الطبي
48	2.4.1 - المسعى - إعادة تعريف الخطأ الطبي
52	2.4.2 - الهدف - وقف عسف الإجراءات ضد الطبيب (الملاحقة الجزائية)
53	3 - استحداث مؤسسات جديدة
53	3.1 - القضاء الجنائي المتخصص
53	1.1.2 - السمة العامة للقضاء في دولة الكويت - عدم الميل إلى التخصص
54	1.1.3 - نماذج قضائية غير معيارية - المحاكم المتخصصة
54	1.1.4 - الخلاصة - الحاجة لإنشاء محاكم متخصصة في دعاوى المسؤولية الطبية
55	3.2 - الجهاز الكويتي لحماية المهن الطبية ومبدأ «الدافع هو المدافع»
56	1.2 - من «الطبيب الشرعي» إلى «الخبير الفني»
56	1.3.1 - الواقع - الإدارة العامة للطب الشرعي
60	1.2.2 - المأمول - وحدة المسؤولية الطبية
63	الخاتمة - أوان التجديد من حيث المنهج والموضوع معاً
64	المراجع