

Dispute Resolution Methods for Telemedicine in Iran, England and the United States

Reza Rastegar¹, Mohammad Bagher Fijan², Dariush Babaei³

1. Department of Law, Yas.C., Islamic Azad University, Yasuj, Iran. E-mail: reza.rastgar@iau.ir
2. Department of Law, NoM.C., Islamic Azad University, Noorabad Mamasani, Iran. (Corresponding Author). E-mail: Mohammad.Fijan@iau.ac.ir
3. Department of Law, Yas.C., Islamic Azad University, Yasuj, Iran. E-mail: dariush.babaei@iau.ac.ir

Received: 2025-04-29	How to cite this article: Rastegar, R., Fijan, M.B., & Babaei, D. (2025). Dispute Resolution Methods for Telemedicine in Iran, England and the United States. Research Journal on Business Law and Investment, 1(1) (1): 57-80.
Revised: 2025-07-16	
Accepted: 2025-08-16	
Available Online: 2025-09-23	

Introduction

Telemedicine, as an emerging technology, has revolutionized the delivery of healthcare services and improved access to healthcare, especially in remote areas. However, the cross-border and remote nature of these services has created complex legal challenges regarding the resolution of disputes arising from medical errors, determining the competent authority, and establishing the standard of care. In many legal systems, including Iran, specific and comprehensive laws have not been enacted to address these challenges. Focusing on this legal gap, this article conducts a comparative study of dispute resolution methods in telemedicine within three legal systems: Iran, England, and the United States. The primary objective of this research is to analyze and elucidate the legal frameworks governing civil liability and dispute resolution in the field of telemedicine. The objectives include: 1) Identifying competent authorities for handling disputes. 2) Analyzing the standard of care in remote services and comparing it with traditional services. 3) Examining the basis of liability for physicians and medical centers (both contractual and tort-based). 4) Analyzing complex issues of conflict of laws and jurisdiction of courts in cross-border lawsuits.

Method

This research has been conducted using a comparative-analytical approach and a qualitative research method. The required data and information were collected through library studies and content analysis of legal texts, statutory laws, judicial precedents, and legal doctrines in the three jurisdictions of Iran, England, and the United States. Furthermore, by examining key judicial cases (such as *White v. Harris* in the U.S. and *McDonald v. Shrews*) and analyzing court rulings, legal arguments and practical challenges in each system have been explored.

Findings

The findings of this research indicate that the approaches of the three studied countries towards telemedicine differ significantly. The Iranian legal system lacks specific laws in the field of telemedicine. The liability of medical centers can be contractual or based on theories such as "direct liability," but theories like "apparent agency" are not applicable due to their non-acceptance in Iranian law. The main challenge lies in determining the competent jurisdiction for handling disputes and the governing law in international cases. In the United Kingdom, although there is no specific law for telemedicine, these services are regulated precisely like in-person services and under the supervision of powerful regulatory bodies such as the Care Quality Commission (CQC) and the General Medical Council (GMC). The standard of care for remote services is considered equivalent to in-person services, and physicians are obliged to adhere to "high-level principles" to ensure patient safety and obtain informed consent. The primary challenge in the United States is the conflict of state laws and determining the "standard of care." Jurisprudence is moving from the "locality rule" (based on the standards of the local medical community) towards a "national standard of care" and the "proper law" approach. In most states, the standard of care for telemedicine is set at the same level as in-person services, which conflicts with the inherent limitations of this technology (such as the inability to perform physical examinations, as seen in the McDonald case). This lack of uniformity increases the liability risk for physicians and may hinder the widespread development of telemedicine.

Conclusion

The most significant obstacle to the development of telemedicine is the lack of transparent and integrated legal frameworks, especially in countries like Iran. The findings show that clarity of laws and defining responsibilities builds trust among physicians and patients and accelerates the adoption of this technology. Therefore, enacting comprehensive and specific laws for telemedicine in Iran, which clearly define the standard of care, determine competent supervisory authorities, explain the basis of liability, and provide solutions for resolving conflict of laws, is an unavoidable necessity. Furthermore, investing in the development of technological infrastructure, providing legal training to stakeholders, and leveraging international experiences are among other key measures for the successful institutionalization of telemedicine in Iran's healthcare system.

English Keywords: Disputes, Telemedicine, Iran, England, USA.



حل و فصل اختلافات ناشی از تله مدیسین (پزشکی از راه دور) در حقوق ایران،

انگلیس و آمریکا

رضا رستگار^۱، محمدباقر فیجان^۲، داریوش بابایی^۳

۱. دانشجوی دکتری حقوق خصوصی، گروه حقوق، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران. رایانامه: reza.rastgar@iau.ac.ir

۲. استادیار، گروه حقوق، واحد نورآباد ممسنی، دانشگاه آزاد اسلامی، نورآباد ممسنی، ایران. (نویسنده مسئول). رایانامه: Mohammad.Fijan@iau.ac.ir

۳. استادیار، گروه حقوق، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران. رایانامه: dariush.babaei@iau.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

در این مقاله، به بررسی شیوه‌های حل و فصل اختلافات ناشی از تله‌مدیسین در سه نظام حقوقی ایران، انگلیس و آمریکا می‌پردازیم. پرسش اصلی ما این است که در فقدان قوانین مدون و مشخص، چگونه می‌توان مسئولیت مدنی ناشی از خطاهای پزشکی از راه دور را تبیین کرد و مرجع صالح برای رسیدگی به این اختلافات کجاست؟ همچنین، آیا استاندارد مراقبت در تله‌مدیسین باید هم‌سطح خدمات حضوری باشد یا متناسب با محدودیت‌های ذاتی این فناوری تعریف شود؟ ادعای مهم ما این است که روشن‌نبودن چارچوب‌های حقوقی و تعارض قوانین در حیطه‌های قضایی مختلف، مهم‌ترین مانع در توسعه و پذیرش گسترده تله‌مدیسین است. برای نمونه، در پرونده «وایت در برابر هریس» در آمریکا، دادگاه به‌رغم استفاده از ویدئوکنفرانس، استاندارد مراقبت را معادل خدمات حضوری دانست، حال آنکه در عمل، ناتوانی در معاینه فیزیکی ممکن است به تشخیص نادرست بینجامد. در ایران نیز با فقدان قوانین خاص، مسئولیت پزشک راه دور عمدتاً بر اساس قواعد عمومی مسئولیت مدنی و با اثبات تقصیر پیگیری می‌شود. در پایان، ما به این نتیجه می‌رسیم که تدوین قوانین شفاف، تعیین نهادهای ناظر و توسعه زیرساخت‌های فناوری، نه تنها زمینه‌ساز گسترش امن تله‌مدیسین خواهد بود، بلکه اعتماد عمومی و حقوق بیماران را نیز تضمین می‌کند.

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۰۹

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۴/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۲۵

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱

کلیدواژه‌ها: اختلافات، تله مدیسین (پزشکی از راه دور)، ایران، انگلیس، آمریکا.

استناد: رستگار، رضا؛ فیجان، محمدباقر و بابایی، داریوش (۱۴۰۴). حل و فصل اختلافات ناشی از تله مدیسین (پزشکی از راه دور) در حقوق ایران، انگلیس و آمریکا، *حقوق کسب و کار و سرمایه‌گذاری*، ۱(۱) (پیاپی ۱)، ۵۷-۸۰.

<http://doi.org/10.82466/jbli.2025.1205359>

ناشر: دانشگاه آزاد اسلامی

مقدمه

چنانچه وسایل الکترونیکی واسطه عرضه خدمات پزشکی باشند، به آن شیوه درمانی تله مدیسین یا پزشکی از راه دور گفته می‌شود. مشاوره ساده تلفنی بین پزشک و بیمار، مشاوره پزشکی بین صاحبان حرفه پزشکی، ویزیت‌های اینترنتی، نظارت بر عمل جراحی از طریق ویدئو کنفرانس، عمل جراحی پزشک از راه دور به‌طور مستقیم توسط بازوهای مکانیکی (روبات) و حتی عمل جراحی توسط روبات با برنامه طراحی شده قبلی پزشک، همگی نمونه‌هایی از پزشکی از راه دور هستند (فرهمنده، رستگار و نجفی، ۱۳۹۷: ۳-۴).

تله مدیسین یا پزشکی از راه دور برای اولین بار در سال ۱۹۲۰ وارد واژه‌نامه پزشکی شد. سازمان ناسا اولین مرکزی بود که برای ارائه مشاوره‌های پزشکی به فضانوردان و درمان آنان از راه دور با استفاده از ماهواره اقدام به برقراری ارتباط بین فضانوردان با پزشکان حاضر در کره زمین کرد و به این طریق این فناوری وارد عرصه پزشکی گردید (فرهمنده و همکاران، ۱۳۹۷: ۲).

در ایران توجه به مبانی نظری در زمینه سلامت الکترونیک از اواسط دهه‌ی قبل آغاز شده است و در سالیان اخیر نیز اقداماتی برای اجرای بعضی از سیستم‌ها و نرم‌افزارها و ... انجام شده است. در زمینه‌ی EMR^۱ و HIS^۲ از جمله تله مدیسین نیز موردی از اجرای تله مدیسین در خرم‌آباد در سال ۱۳۸۵ در دومین همایش راهکارهای توسعه استفاده از IT در دانشگاه‌های علوم پزشکی گزارش شد. یک مورد از پایش از راه دور نیز در سال ۱۳۸۵ در بیرجند گزارش شده است (قهرمانی تبار، خیری و قلی‌پور، ۱۳۹۳: ۹) در بهمن ۱۳۸۷ هم طرحی با نام میاد در بیمارستان‌های مسیح دانشوری و فیروزکوه شروع شده است که قصد بکارگیری خدمات مشاوره از راه دور را دارد. همچنین بنیاد شهدا و ایثارگران نیز بر آن است تا از این فناوری برای ارائه‌ی بهینه‌ی خدمات به جانبازان قطع نخاعی و بدحال استفاده کند. اولین ویزیت با روش تله مدیسین (پزشکی از راه دور) توسط متخصصین مرکز درمان ناباروری جهاد دانشگاهی قم با حضور رئیس دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۹۲ انجام شد. در این روش که بیمار در قزوین حضور داشت، متخصصین مرکز درمان ناباروری جهاد دانشگاهی از قم نسبت به ویزیت و بررسی شرایط بیمار اقدام کردند. (قهرمانی تبار و همکاران، ۱۳۹۳: ۲-۵)؛ و نیز فناوری پزشکی از راه دور در بیمارستان‌های امام خمینی فیروزکوه و زعیم پاکدشت (هر دو در تهران) انجام گرفته است (مسجدی و همکاران، ۱۳۹۳).

تله مدیسین اغلب به‌عنوان یک مدل دوست‌دار محیط‌زیست است. بهبود دسترسی و نتایج برای بیماران و کاهش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را در پی دارد. این فناوری در کشورهای پیشرو نرخ پذیرش سریع‌تری نسبت به کشور ما داشته و این امر منجر به تکامل قوانین بهداشت از راه دور در این کشورها شده است. از مدت‌ها قبل فناوری پزشکی از راه دور، به کشور ما ورود پیدا کرده؛ اما همچنان در کشور ما منبع قانونی مدونی در رابطه با مسئولیت مدنی ناشی از پزشکی از راه دور وجود ندارد؛ نبود قوانین، پایین بودن درک مردم و آگاهی کادر درمان از مسئولیت‌هایشان را در پی دارد (جعفری لنگرودی، ۱۳۹۳) فلذا از آنجایی‌که تاکنون قانون‌گذار ما به تدوین و تصویب قوانین متناسب با این فناوری نوین و روشن کردن مفاهیم و مؤلفه‌های این تکنولوژی نپرداخته است در این راستا و قبل از تصویب قوانینی متناسب با این موضوع، اساسی‌ترین کار پرداختن به این مهم و بررسی زوایای پوشیده و پنهان آن از سوی حقوقدانان و متخصصان حقوقی می‌باشد که این تحقیق هم درصدد است در جهت تحقق بخشیدن به این هدف، گامی هر چند کوچک بردارد.

با پیشرفت فناوری و گسترش استفاده از تله مدیسین، اهمیت تضمین و تعیین مرجع صلاحیت‌دار برای نظارت بر کیفیت و اعتبار خدمات ارائه شده، بیش از پیش مشهود است. این امر به‌منظور حفظ حقوق بیماران و اطمینان از ارائه خدمات بهداشتی با

^۱ پرونده الکترونیک بیمار

^۲ سامانه الکترونیک بیمارستان

کیفیت و ایمن ضرورت دارد. کشورهای پیشرو در زمینه تله مدیسین با تدوین قوانین و مقررات جامع و مشخص، توانسته‌اند چارچوب‌های قانونی مناسبی برای تعیین مسئولیت مدنی و نحوه نظارت بر این نوع خدمات پزشکی فراهم کنند (ره پیک، ۱۳۹۵). در این کشورها، نهادهای مشخصی به‌عنوان مراجع صلاحیت‌دار تعیین شده‌اند که وظیفه نظارت و تضمین کیفیت خدمات تله مدیسین را بر عهده دارند. این نهادها با اعمال استانداردها و پروتکل‌های مشخص، از حقوق بیماران و پزشکان حمایت می‌کنند و به ارتقای کیفیت خدمات کمک می‌نمایند. در ایران، اگرچه تله مدیسین به‌تدریج جایگاه خود را در نظام سلامت پیدا کرده است، اما همچنان نیاز به تدوین مقررات جامع و تعیین مرجع صلاحیت‌دار برای نظارت بر این خدمات احساس می‌شود (حیدری، عامری و آل‌بویه، ۱۳۹۷). بررسی و تحلیل قوانین و مقررات موجود نشان می‌دهد که نیاز به اصلاح و تکمیل چارچوب‌های قانونی و اجرایی در این زمینه وجود دارد. این امر می‌تواند به حفظ حقوق بیماران و اطمینان از کیفیت خدمات پزشکی از راه دور کمک کند.

۱. رویکرد قانونی کشورها در رابطه با تله مدیسین

الف) انگلیس

در حال حاضر هیچ قانون یا مقررات خاصی در بریتانیا وجود ندارد که به سلامت از راه دور و پزشکی از راه دور بپردازد؛ بنابراین، این خدمات مانند سایر خدمات مراقبت‌های بهداشتی تنظیم می‌شوند. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی (به‌عنوان مثال کلینیک‌هایی که خدمات پزشکی و دندانپزشکی ارائه می‌دهند) توسط سازمان‌های مختلف در هر یک از کشورهای انگلستان تنظیم می‌شوند: کمیسیون کیفیت مراقبت^۱ در انگلستان، بهبود مراقبت‌های بهداشتی اسکاتلند^۲، بازرسی مراقبت‌های بهداشتی ولز^۳ و مرجع تنظیم و بهبود کیفیت در ایرلند شمالی^۴ (سادات اخوی، ۱۳۹۴).

بر اساس آیین‌نامه فعالیت‌های تنظیم‌شده قانون مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی ۲۰۰۸ (۲۰۱۴)، «خدمات حمل و نقل، تریاژ و توصیه‌های پزشکی ارائه شده از راه دور» یک فعالیت تنظیم شده است و در انگلستان CQC فعالیت‌های ارائه‌دهندگان پزشکی از راه دور را تحت این قانون می‌داند. ارائه‌دهندگان باید در CQC ثبت‌نام کنند و آن را متقاعد کنند که الزامات مقررات مربوطه را برآورده می‌کنند. این امر عملاً این معنی است که ارائه‌دهندگان پزشکی از راه دور مانند ارائه‌دهندگان حضوری تنظیم می‌شوند (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۳: ۹).

بنابراین هیچ تفاوتی بین مقررات ارائه‌دهندگان پزشکی از راه دور و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در یک محیط دیجیتال در مقایسه با یک محیط غیر دیجیتال وجود ندارد (فجری، ۱۳۹۵).

پزشکان فردی، توسط شورای پزشکی عمومی^۵ تنظیم می‌شوند. همه پزشکانی که در انگلستان به طبابت می‌پردازند باید در GMC ثبت‌نام کرده و استانداردهای خاصی را برای عملکرد خوب پزشکی که توسط GMC تعیین شده است رعایت کنند. استانداردهای تعیین شده توسط GMC برای پزشکان به‌طور یکسان در مورد مشاوره از راه دور و مشاوره حضوری اعمال می‌شود. به‌طور مشابه، شورای عمومی دندانپزشکی^۶، حرفه دندانپزشکی را در بریتانیا تنظیم می‌کند و استانداردهای رفتاری، عملکرد و اخلاقی را منتشر می‌کند که بر متخصصان دندانپزشکی حاکم است. این موارد برای مشاوره از راه دور و حضوری

^۱ CQC

^۲ HIS

^۳ HIW

^۴ RQIA

^۵ The GMC

^۶ The GDC

به‌طور یکسان اعمال می‌شود. شورای عمومی بینایی^۱، تنظیم‌کننده متخصصان بینایی در بریتانیا و شورای داروسازی عمومی^۲، تنظیم‌کننده مستقل برای داروسازان است (کریمی، رحیمی پور و حسنی، ۱۳۸۹).

با توجه به فقدان مقررات، نهادهای مختلف نظارتی، دستورالعمل‌هایی را برای متخصصانی که آنها را تنظیم می‌کنند، صادر کرده‌اند. در نوامبر ۲۰۱۹، تعدادی از نهادها (از جمله چهار سازمانی که ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را در هر یک از کشورهای انگلستان تنظیم می‌کنند، GMC, GDC, GOC & GPC)، با همکاری یکدیگر، مجموعه‌ای از اصول سطح بالا را برای مشاوره و تجویز از راه دور، تألیف و منتشر کردند (اصول سطح بالا^۳). اینها بیان می‌کنند که: متخصصان مراقبت‌های بهداشتی ثبت‌شده در بریتانیا، باید ایمنی بیمار را در اولویت قرار دهند، از بیماران آسیب‌پذیر محافظت کنند؛ اطمینان حاصل کنند که بیماران از نحوه کار مشاوره از راه دور و اینکه ممکن است محدودیت‌هایی در تجویز وجود داشته باشد، کسب رضایت آگاهانه، انجام یک ارزیابی بالینی کافی، ارائه تمام گزینه‌های موجود به بیماران، برنامه‌ریزی کردن پس از مراقبت، یادداشت‌برداری کنند و با راهنمایی‌های مربوطه به‌روز باشند (مسجدی و همکاران، ۱۳۹۲).

علاوه بر این، GMC اسناد راهنمایی متعددی در رابطه با مشاوره و تجویز از راه دور صادر کرده است. این موارد نشان می‌دهد که پزشکان باید همیشه در نظر بگیرند که آیا مشاوره از راه دور مناسب است یا خیر، اطمینان حاصل کنند که بیماران تمام اطلاعات مورد نیاز خود را دارند (و می‌توانند آن را درک کنند) و اطمینان حاصل کنند که بیماران ظرفیت تصمیم‌گیری را دارند. علاوه بر این، پزشکان باید برای اطمینان از تداوم مراقبت، تاریخچه بیمار را از پزشک عمومی خود دریافت کنند. این اصل، استانداردهایی را تعیین می‌کند که تحت پنج اصل دسته‌بندی شده‌اند که صاحبان داروخانه‌ها باید قبل از تصمیم‌گیری در مورد اینکه آیا خدمات داروخانه‌شان را، به‌جای روش سنتی رو در رو، می‌توان به‌طور ایمن و مؤثر، از راه دور ارائه کرد، در نظر بگیرند. آنها باید از ترتیبات، کارکنان، محیط و وضعیت محل، نحوه ارائه خدمات و تجهیزات و امکانات مورد استفاده از سلامت، ایمنی و رفاه بیماران اطمینان حاصل کنند (محسنی و جوهر، ۱۳۹۳: ۹۸).

انجمن پزشکی بریتانیا، یک اتحادیه صنفی و نهاد حرفه‌ای برای پزشکان در بریتانیا، توصیه‌هایی را در مورد مشاوره از راه دور منتشر کرده است که به‌طور مرتب به روز می‌شود. این توصیه بر اهمیت حفاظت از اطلاعات محرمانه بیمار با اطمینان از اینکه مشاوره‌ها با استفاده از دسترسی امن به اینترنت و ابزارهای رمزگذاری انجام می‌شود، تأکید و خاطرنشان می‌کند که: پزشکان باید اطمینان حاصل کنند که مشاوره از راه دور در این شرایط مناسب است (محسنی و جوهر، ۱۳۹۳: ۹۹).

در مارس ۲۰۱۷، CQC پیشنهادهایی را برای تنظیم ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی دیجیتال، در مراقبت‌های اولیه، ارائه کرد که آن، بیان می‌کند که CQC اطلاعاتی را از ارائه‌دهندگان درخواست می‌کند، از جمله: خدمات ارائه‌شده، شکایات و عوارض جانبی و داروهای تجویز شده. CQC همچنین بازرسی‌هایی را انجام خواهد داد که دارای چارچوب ارزیابی واضح و بازدید از محل خواهد بود. پس از هر بازرسی، CQC گزارشی را تهیه خواهد کرد. اگر نگرانی‌هایی پیدا و شناسایی شود، CQC ممکن است اقدامات اجرایی را انجام دهد.

(ب) آمریکا

– قانون محلی (مکان) در مقابل استاندارد ملی مراقبت

چندین روش فراگیر وجود دارد که حوزه‌های قضایی استاندارد مراقبت از یک پزشک را تعیین می‌کنند: یا استاندارد مراقبت در یک سطح محلی تنظیم می‌شود، بر اساس اینکه یک پزشک که در آن محل طبابت می‌کند چه استانداردی دارد؛ یا در یک

¹ The GOC

² The GPC

³ The "High Level Principles"

استاندارد ملی در رابطه با یک تخصص خاص تنظیم می‌شود. قانون محلی "ایجاب می‌کند که یک متخصص از همان جامعه پزشکی باشد که پزشک متهم هست و اقدامات پزشک را با استاندارد قابل اجرا در جامعه یا محلی که خدمات بهداشتی و درمانی در آن ارائه می‌شود، مقایسه کند." از سوی دیگر، استاندارد ملی مراقبت، پزشک را ملزم می‌کند که "مراقبتی قابل مقایسه با مراقبت ارائه شده به بیماران در هر نقطه از ایالات متحده، بدون توجه به مهارت و دانش متخصص خاص و منطقه‌ای که در آن مراقبت می‌شود، ارائه دهد. (صفایی و رحیمی، ۱۳۹۶: ۶۵).

در حال حاضر، دادگاه‌ها در بیشتر حوزه‌های قضایی، استاندارد ملی مراقبت را به رسمیت می‌شناسند، اگرچه چندین ایالت به برخی از بقایای قانون محلی پایبند هستند. دادگاه‌های ایالتی که قانون محلی را به رسمیت می‌شناسند، عموماً به تمایل برای حفاظت از پزشکانی اشاره می‌کنند که در جوامع روستایی فعالیت می‌کنند. فرض بر این است که پزشکان روستایی فاقد دسترسی و دانش مشابه پزشکانی هستند که در مناطق بزرگ شهری کار می‌کنند. با از بین رفتن قانون محلی، برخی از ایالت‌هایی که این قانون را حفظ می‌کردند آن را طوری تنظیم کردند که راحت‌تر در چشم‌انداز پزشکی مدرن جای گیرد، درحالی که برخی دیگر آن را تا حد زیادی دست‌نخورده باقی گذاشتند (صفایی و رحیمی، ۱۳۹۶: ۶۶).

استاندارد ملی مراقبت و قانون محلی نشان‌دهنده یکی از دو متغیر مورد استفاده برای تعیین استاندارد مراقبت در یک حوزه قضایی است. متغیر دیگر که توسط یک محقق به عنوان "متغیر ابزار مقایسه"^۱ نامیده می‌شود، به روشی اشاره دارد که در آن رفتار متهم (پزشک) در یک پرونده قصور با رفتار پزشکان دیگر مقایسه می‌شود. استاندارد سنتی "مبتنی بر عرف"^۲ درمان یک پزشک خاص را با درمان پزشکی مرسوم در هنگام تعیین اینکه آیا پزشک در محدوده "هنجارهای صنعتی"^۳ عمل کرده است، مقایسه می‌کند. این استاندارد در نظر می‌گیرد که آیا متهم (پزشک) به عنوان یک پزشک منطقی در شرایط مشابه عمل کرده است یا خیر (عرفانی فر و همکاران، ۱۴۰۳: ۴۹).

از نظر استفاده از خدمات پزشکی از راه دور، تعیین استاندارد مراقبت برای پزشک معالج از اهمیت حیاتی برخوردار است. تفاوت در استاندارد مراقبت می‌تواند برای پزشکانی که از خدمات پزشکی از راه دور برای ارائه مراقبت در خارج از ایالتی که در آن فعالیت دارند، استفاده می‌کنند، مشکل‌ساز باشد. چنین تفاوت‌هایی می‌توانند پزشکان را مجبور به یادگیری و پیروی از استانداردهای متعدد مراقبت کنند تا حدی که آن‌ها باید خود را با نکات ظریف در استانداردهای موجود در ایالت‌ها و ایالت‌های خاص آشنا کنند. این خطر مسئولیت، احتمالاً برای استفاده گسترده از پزشکی از راه دور مضر است، زیرا ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی ممکن است از استفاده از خدمات پزشکی از راه دور برای درمان بیماران، خارج از حوزه استحفاظی خود اجتناب کنند. درحالی که نهادهای قانون‌گذاری در بسیاری از حوزه‌های قضایی قبلاً استانداردهای مراقبت از راه دور را مورد توجه قرار داده‌اند، سایرین هنوز در حال تلاش برای رسیدگی به این موضوع هستند (فرهمند و همکاران، ۱۳۹۸: ۸).

– مراقبت حضوری در مقابل مراقبت از راه دور

فراتر از تفاوت‌های قضایی در استانداردهای مراقبت برای شیوه‌های پزشکی سنتی حضوری، تفاوت‌های دیگری در چگونگی تعیین استانداردهای مناسب مراقبت برای شیوه‌های پزشکی از راه دور توسط دولت‌ها وجود دارد. آن دسته از ایالت‌هایی که استاندارد پزشکی از راه دور را مورد توجه قرار داده‌اند، عموماً از رویکردی طرفداری می‌کنند که استاندارد را در همان سطحی تنظیم می‌کند که یک پزشک در حال انجام مراقبت‌های حضوری سنتی است. این امر برای آن دسته از کشورها که هنوز در حال تصویب قوانین مربوط به این استاندارد مراقبتی هستند، صادق است. با این حال، هاوایی یک استثنا برای این رویکرد ارائه می‌دهد: در اساسنامه این کشور تصریح شده است که توصیه‌های درمانی پزشک از طریق پزشکی از راه دور، همان استانداردهایی

¹ Means of Comparison Variable

² Custom-Based

³ Industry Norms

را دارد که توصیه‌های پزشکی در محیط‌های سنتی بیمار-پزشک، حتی در صورت عدم ویزیت حضوری، دارا هستند (صفایی و رحیمی، ۱۳۸۶: ۸۴).

مفهوم تفاوت بین این روش‌ها این است که پزشکی که پزشکی از راه دور را در ایالتی مانند تگزاس انجام می‌دهد، ممکن است نسبت به پزشکی که پزشکی از راه دور را در هاوایی انجام می‌دهد، از استاندارد بالاتری در مراقبت برخوردار باشد. اگر یک ایالت قانون محلی زبان قانونی مشابه با ایالت تگزاس را اتخاذ کند، دادگاه‌های آن احتمالاً پزشک در حال تمرین را در همان استاندارد مراقبتی نگه می‌دارند که یک پزشک به صورت حضوری و در همان محلی که مراقبت برای او فراهم شده است، انجام می‌دهد. نیویورک نمونه‌ای از ایالتی است که یک قانون محلی را اعمال می‌کند و پزشکانی را که پزشکی از راه دور را در آن ایالت انجام می‌دهند، به همان استاندارد مراقبتی که یک پزشک مراقبت‌های حضوری سنتی را انجام می‌دهد، نگه می‌دارد (قاسم‌زاده، ۱۳۹۵: ۸۵).

برعکس، اگر پزشکی که در یک ایالت قانون محلی تمرین می‌کند (عملی انجام می‌دهد)، از پزشکی از راه دور برای تمرین در ایالتی که یک استاندارد ملی مراقبت را رعایت می‌کند، استفاده کند، ممکن است خود را در معرض یک استاندارد بالقوه بالاتر مراقبتی ببیند. این امر ممکن است چنین پزشکانی را از استفاده از خدمات پزشکی از راه دور منصرف کند. مطالعات نشان می‌دهد که تکنیک‌های مدرن‌تر توسط دولت‌هایی اتخاذ می‌شوند که قانون محلی خود را با استاندارد ملی مراقبت جایگزین می‌کنند. چنین روندهایی نشان می‌دهند که پزشکان با اجرای شیوه‌های فعلی، به تغییرات در استاندارد قصور درمان پاسخ می‌دهند. این امر از این استدلال حمایت می‌کند که قانون محلی ممکن است مانع پذیرش خدمات پزشکی از راه دور در جایی شود که مشاهده می‌شود (شریفی و ثقفی، ۱۳۹۳: ۴۷).

درحالی‌که در حال حاضر در مورد استاندارد تعیین مراقبت در پرونده‌های قصور پزشکی از راه دور بین ایالتی کمبود قانون پرونده حل و فصل شده (قانون قضایی ثابت) وجود دارد، رویه قضایی نشان می‌دهد که دادگاه‌ها ابتدا به قوانین ایالتی برای تعیین استاندارد مناسب مراقبت نگاه می‌کنند. در پرونده وایت در برابر هریس^۱، دادگاه عالی ورمونت پرونده‌ای را بررسی کرد که در آن یک روان‌پزشک با یک بیمار از طریق ویدئو کنفرانس مشورت می‌کرد و توصیه‌هایی را برای یک طرح درمانی به تیم درمان بیمار ارائه می‌داد. این بیمار بعدها خودکشی کرد و شاکیان با طرح شکایتی مدعی شدند که مراقبت‌های ارائه شده توسط روان‌پزشک پایین‌تر از حد استاندارد مراقبت‌های لازم بوده است. درحالی‌که این پرونده در درجه اول بر این موضوع تمرکز داشت که آیا رابطه پزشک و بیمار از طریق ویدئو کنفرانس برقرار شده است یا خیر، دادگاه استاندارد مراقبت را تا حدی مورد توجه قرار داد. دادگاه نشان داد که استاندارد کلی مراقبت بر اساس اساسنامه دولت تنظیم شده است، اگرچه جزئیات استاندارد مراقبت را توضیح نداد. این امر نشان می‌دهد که دادگاه‌ها به دنبال مقررات قانونی برای راهنمایی در مورد استاندارد مراقبت از پرونده‌های قصور پزشکی از راه دور هستند؛ بنابراین، اگر قانون ایالتی، استاندارد مراقبت پزشکی از راه دور را با استاندارد مراقبت‌های حضوری سنتی برابر کند، همانطور که اکثریت ایالت‌ها انجام می‌دهند، دادگاه‌ها به جای پایبندی به قانون مشترک ایجاد شده (قانون عرفی تعیین شده)، این قانون را به تعویق می‌اندازند (شریفی و ثقفی، ۱۳۹۳: ۴۹).

یک مسئله مهم در برابر کردن و یکسان قرار دادن استاندارد مراقبت‌های پزشکی از راه دور با مراقبت‌های حضوری، این واقعیت است که اگر پزشکان قادر به انجام یک معاینه حضوری نباشند، ممکن است شانس تشخیص اشتباه افزایش یابد. درحالی‌که قانون مورد حل و فصل مستقیماً به این مشکل نپرداخته است، حقایق موجود در پرونده مک‌دونالد در برابر شریرو^۲ این مسئله را نشان می‌دهد. در این پرونده قصور پزشکی ناشی از یک کنفرانس پزشکی از راه دور، یک زندانی (شاکی) پس از اقتادن از تختش زانویش را زخمی کرد. شاکی از طریق یک ویدئو کنفرانس پزشکی از راه دور MRI گرفت و پزشک (متهم) را دید. در

¹ White v. Harris, 36 A.3d 203, 205, 207-08 (Vt. 2011)

² MacDonald v. Schriro

طول این قرار، شاکی شلوار بلندی پوشیده بود و نشسته بود، زیرا پزشک (متهم) او را برای نشان دادن تحرک مجبور به ایستادن نمی‌کرد. بر اساس قرار، پزشک (متهم) دستور هیچ نوع جراحی را صادر نکرد، در عوض توصیه کرد که شاکی یک زانو بند بپوشد و داروهای ضدالتهاب مصرف کند. سه سال بعد، شاکی بار دیگر متهم را دید و متهم دستور عمل جراحی داد که منجر به خارج شدن تکه استخوانی شل از زانوی شاکی شد؛ متهم (پزشک) قبلاً این قطعه استخوان را نادیده گرفته بود (درماتریوسان و همکاران^۱، ۲۰۲۲).

دادگاه در نهایت با اشاره به اینکه هیئت منصفه می‌تواند تشخیص دهد که پزشک آزمایش انجام نداده و نتایج اشتباه MRI را بررسی کرده است، پیشنهاد متهم برای قضاوت خلاصه و اجمالی در مورد ادعای قصور پزشکی را رد کرد. در این مورد خاص، اشتباه پزشک در رابطه با خواندن ام‌آر‌آی نادرست، واضح است، اما هنوز مسئله معاینه وجود دارد. متهم (پزشک) این پرونده در گزارش پزشکی خود مدعی شده بود که معاینه جسمی نشان‌دهنده تحرک در زانوی شاکی است، اما چه می‌شود اگر استاندارد مناسب مراقبت برای معاینه فردی ایجاب کند که زانو به‌طور فیزیکی توسط پزشک لمس شود؟ اگر قانون دولتی استاندارد مراقبت برای معاینات پزشکی از راه دور را به همان سطح معاینات حضوری نگه می‌داشت، آنگاه پزشک احتمالاً با استفاده از خدمات پزشکی از راه دور برای انجام معاینات، استاندارد مناسب مراقبت را نقض می‌کرد. تشخیص چنین شرایطی از طریق خدمات پزشکی از راه دور ممکن است برای پزشک دشوارتر باشد. با این حال، در شرایطی که یک پزشک واجد شرایط به آسانی در دسترس نیست، این احتمال وجود دارد که سطحی از مراقبت به‌هیچ‌وجه ارجحیت نداشته باشد (رید و همکاران^۲، ۲۰۲۳: ۱۳۴۹).

ایالات متحده به‌وضوح رویکردی شکست‌خورده نسبت به استاندارد مراقبت از پزشکان دارد. این نتیجه پنجاه ایالت است که به‌طور مستقل استانداردهای خود را تعیین می‌کنند، اگرچه این کشور در سال‌های اخیر به سمت یکنواختی حرکت کرده است. برای کاهش نگرانی‌های پزشکان در رابطه با قصور پزشکی از راه دور، باید یکنواختی بیشتری وجود داشته باشد. علاوه بر این، رویکرد اکثریت فعلی، نگه‌داشتن پزشکان تله مدیسین به همان استاندارد پزشکی که به‌صورت حضوری تمرین می‌کنند، محدودیت‌های ذاتی تله مدیسین را در نظر نمی‌گیرد. این موضوع ممکن است باعث نگرانی پزشکی شود که می‌خواهند از این روش محبوب استفاده کنند (هایز^۳، ۲۰۲۲).

ج) ایران

در ارائه خدمات به روش تله مدیسین، مسئولیت ورود خسارات و ضرر و زیان وارده به بیماران را می‌توان بر مراکز درمانی، پزشکان داخل مراکز درمانی و پزشکان خارج از مراکز یا پزشکان راه دور تحمیل نمود.

– مسئولیت مراکز درمانی

در اغلب مواردی که بیماران به مراکز درمانی مراجعه می‌نمایند، رابطه بیماران و مرکز، مبتنی بر قرارداد بوده و به‌تبع آن، مسئولیت مرکز درمانی نیز مسئولیت قراردادی است. لذا چنانچه خدمات تله مدیسین از جانب مرکز درمانی ارائه شود، مسئولیت مرکز درمانی مبتنی بر قرارداد است. البته لازم به ذکر است که وجود مسئولیت قراردادی، مانع از اقامه دعوی بر مبنای مسئولیت مدنی و ضمان قهری نمی‌باشد و از این رو بیمار می‌تواند از هر دو چهره مسئولیت منتفع شود (کاتوزیان، ۱۳۸۸: ۳۱۶).

¹ Der-Martirosian et al

² Reed et al

³ Hays

مسئولیت مراکز درمانی گاه مستقیماً ناشی از تقصیر و خطای خود آنان است که مطابق نظریه مسئولیت مستقیم یا مسئولیت قانونی^۱ می‌بایستی صدمات وارده بر بیمار را جبران نمایند. زیرا به محض انعقاد قرارداد با بیمار، تعهداتی ایجاد می‌شود که عدم ایفای هر یک از این تعهدات از سوی مرکز درمانی، تقصیر محسوب می‌شود و موجب مسئولیت است (خشنودی، ۱۳۹۲: ۴۵).

در برخی مواقع نیز، مسئولیت مرکز درمانی به موجب خطا و تقصیری است که پزشکان و پرسنل درمانی آنان مرتکب می‌شوند. در فرض اخیر، مسئولیت مراکز درمانی مطابق نظریاتی چون مسئولیت کارفرما^۲، مسئولیت جانشینی^۳، نظریه نمایندگی ظاهری^۴ یا تقصیر سازمانی^۵ توجیه می‌شود. لیکن از آنجا که غالباً پزشک از راه دور از پرسنل و خدمه مرکز درمانی محسوب نمی‌شود، نمی‌توان نظریاتی نظیر مسئولیت کارفرما یا مسئولیت جانشینی را اعمال نمود. لذا به نظر می‌رسد نظریه نمایندگی ظاهری مناسب‌تر از نظریات دیگر باشد. مطابق این نظریه، بیماران با مراجعه به یک مرکز درمانی معتبر گمان می‌کنند که کادر درمانی مرکز، دارای تخصص و مهارت کافی هستند و بر همین اساس، جواز ورود به مرکز و ارائه خدمات بهداشتی درمانی به آنان داده شده است (کاوالر و اسپیکل^۶، ۲۰۰۳: ۲۵۵). از این رو، چنانچه از اعمال پزشک راه دور و خارج از مرکز، صدمه‌ای به بیماران وارد شود می‌تواند مطابق نظریه مذکور، از مرکز درمانی مطالبه خسارت نمایند؛ زیرا برخی پزشک راه دور را نماینده مرکز درمانی می‌دانند (کارل^۷، ۲۰۰۱: ۳۹۷). البته لازم به ذکر است که نظریه نمایندگی ظاهری، به دلیل عدم پذیرش و شناسایی در نظام حقوقی ایران نمی‌تواند مبنای مسئولیت مراکز درمانی باشد؛ اما نکته حائز اهمیت این است که در تله مدیسین، خطر عمده و اساسی از جانب پزشکان و پرسنل نیست، بلکه خطر عمده این نوع خدمات، از سوی تجهیزات پیشرفته‌ای نظیر بازوهای رباتیک در جراحی از راه دور، یا اینترنت و وسایل ارتباطی است. زیرا قطع اینترنت و رابطه با پزشک راه دور یا اخلاف در کار تجهیزات دیگر خطرات و صدمات جبران‌ناپذیری به همراه دارد. از این رو، برخی معتقدند در ارائه خدمات از طریق تله مدیسین، بیش‌ترین مسئولیت متوجه مراکز درمانی است زیرا هرگونه اخلاف در تجهیزات مربوطه، موجب صدمه به بیمار شده و مسئولیت اختلال تجهیزات نیز با مرکز درمانی ذی‌ربط است (هافمن و پُدگرسکی^۸، ۲۰۰۹: ۱۵۳۶).

– مسئولیت پزشک داخل در مرکز درمانی

در برخی نظام‌های حقوقی نظیر نظام حقوقی آمریکا، رابطه میان پزشک معالج و پزشک راه دور را مطابق احکام و قوانین وکالت تبیین می‌کنند (کالاکمب و همکاران^۹، ۲۰۰۶: ۶۱۵). مطابق این نظر، پزشک از راه دور که به مشاوره یا درمان بیمار می‌پردازد به نیابت از پزشک معالج اقدام می‌کند، در نتیجه اعمال او برای پزشک معالج بوده و مسئولیت نیز متوجه پزشک معالج است. لیکن با فرض پذیرش این نظر نیز، مسئولیت موکل، مانع از مسئولیت وکیل نسبت به خطا و تقصیر خود نمی‌باشد.^{۱۰} در نظر دیگری آمده که در خدمات تله مدیسین، مسئولیت صدمات وارده به بیمار، متوجه هر دو پزشک است: هم پزشک معالج و هم پزشک از راه دور، مسئول جبران خسارات وارده هستند (آنگود^{۱۱}، ۲۰۱۱: ۱۴۴۹). لازم به ذکر است که در مواقعی که نقش پزشک از راه دور بسیار کم‌رنگ بوده باشد به‌نوعی که صرفاً در مسئله‌ای خاص نظیر تفسیر آزمایشات بیمار، مورد مشورت پزشک معالج قرار گیرد، مسئولیت اصلی و عمده خسارات وارده به بیمار، متوجه پزشک معالج است که ممکن است این مسئولیت،

^۱ Direct or Legal Liability

مطابق نظریه مسئولیت مستقیم یا قانونی، هر شخص مستقیماً مسئولیت قانونی دارد و بر این اساس، تمامی کارکنان گروه درمانی در قبال اعمال خود از یک سطح اولیه مسؤولیت برخوردارند.

^۲ Respondeat Superior

^۳ Vicarious Liability

^۴ Apparent Agency

^۵ Corporate Negligence

^۶ Kavalier & Spiegel

^۷ Carroll

^۸ Hoffman & Podgurski

^۹ Challacombe et al

^{۱۰} ماده ۶۶۶ قانون مدنی: «هرگاه از تقصیر وکیل خساراتی به موکل متوجه شود که عرفاً وکیل مسبب آن محسوب می‌گردد مسؤول خواهد بود.»

^{۱۱} Angood

قراردادی (در مواقعی که پزشک به صورت مستقل و در مطب خود به معالجه بیمار اشتغال دارد و طرف قرارداد بیمار است) یا قهری باشد (ساعی و ثقفی، ۱۳۹۳: ۱۵۷).

– مسئولیت پزشک خارج از مرکز درمانی (پزشک راه دور)

بیمار برای مطالبه خسارات وارده از پزشک راه دور می‌بایست امور ذیل را اثبات نماید:

۱. رابطه بیمار و پزشک راه دور که مطابق این رابطه، پزشک وظیفه مراقبت از بیمار را داشته و این وظیفه را نقض کرده باشد؛
 ۲. نقض وظیفه مراقبت از سوی پزشک موجب خسارت به بیمار شده باشد؛
 ۳. زیان وارده مستقیماً نتیجه نقض وظایف از سوی پزشک باشد (کارل، ۲۰۰۱: ۳۹۲).
- مطابق یک نظریه سنتی، هنگامی که میان پزشک و بیمار رابطه‌ای متصور باشد که در اکثر مواقع این رابطه به شکل قراردادی نمایان می‌شود؛ پزشک، وظیفه مراقبت از بیمار را دارد و در صورت نقض آن، مسئول است. همان‌گونه که گذشت، در اکثر خدمات تله مدیسین، تصور رابطه میان بیمار و پزشک راه دور امکان‌پذیر است لیکن با این حال برخی، مسئولیت پزشک راه دور را محدودتر و کمتر از پزشکان داخل در مرکز درمانی می‌دانند (کومر^۱، ۲۰۰۸: ۱۷۴-۱۷۳). در مقابل این نظر باید گفته شود، در مواقعی که پزشک راه دور همچون پزشک معالج عادی که در مطب و مرکز درمانی حضور دارد به درمان بیمار می‌پردازد، نظیر ارائه خدمات از طریق تلفن و اینترنت به بیمار، مسئولیت پزشک راه دور همچون پزشکان عادی است. بنابراین در مقابل انجام خطا و تقصیر خود، مسئول می‌باشند. از مصادیق خطای خدمات این‌چنینی نیز می‌توان به عدم پیگیری و عدم پاسخ‌گویی اینترنتی یا تلفنی پزشک یا اهمال در دعوت از بیمار به مرکز درمانی در صورت نیاز مبرم و فوری بیمار، اشاره نمود. این مصداق، مورد حکم دادگاه نیز واقع شده و در پرونده‌ای^۲، قاضی، پزشک راه دور را مسئول شناخت، زیرا او می‌توانست با پیگیری تلفنی وضعیت بیمار خود، جان او را که طفلی مبتلا به مننژیت بود، نجات دهد (هافمن و پُدگرسکی، ۲۰۰۹: ۱۵۵۰).
- همچنین در مواقعی که پزشک راه دور به عنوان یک راهنما به مدیریت تیم جراحی می‌پردازد، در صورت قصور و خطا، مسئولیت او مفروض است. البته در این فرض می‌توان با نظریاتی چون نظریه ناخدای کشتی، پزشک راه دور را نه تنها مسئول خطا و تقصیر خود، بلکه مسئول دیگر اعضای تیم جراحی نیز محسوب نمود. البته این نظر در نظام حقوقی ایران پذیرفته شده نیست و هیچ‌یک از اعضای تیم جراحی، مسئول اعمال دیگری نیستند و هرکس مسئولیت خطا و تقصیر خود را بر عهده دارد؛^۳ اما گذشته از مباحث مباحث مذکور در نظام حقوقی ایران، مسئولیت پزشک راه دور را همواره می‌توان با اثبات خطا و تقصیر او بر اساس ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی^۴ اثبات نمود (ساعی و ثقفی، ۱۳۹۳: ۱۵۸).

۲. حل مسائل بین صلاحیتی

یکی از مسائل کلیدی ناشی از فقدان مقررات در این زمینه، این است که خدمات پزشکی از راه دور در کدام حوزه واقع شده است: در حوزه قضایی که بیمار در آن مستقر است، حوزه قضایی که پزشک در آن مستقر است، یا حوزه قضایی که شرکت ارائه‌دهنده تله مدیسین در آنجا واقع است (تارن و همکاران^۵، ۲۰۲۱).

^۱ Kumar

^۲ Fletcher v. Ford 377 S.E.2d 206,207,209 (Ga.Ct, App. 1988)

^۳ بخش‌نامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۳۸۳۷۹۸/پ/گ، مورخ ۱۳۸۲/۰۲/۲۷.

^۴ «هر کس بدون مجوز قانونی عمداً یا در نتیجه بی‌احتیاطی به جان یا سلامتی یا مال یا آزادی یا حیثیت یا شهرت تجاری یا به هر حق دیگر که به موجب قانون برای افراد ایجاد گردیده لطمه‌ای وارد نماید که موجب ضرر مادی یا معنوی دیگری شود مسئول جبران خسارت ناشی از عمل خود می‌باشد.»

^۵ Tarn et al

الف) انگلیس

در اتحادیه اروپا، مشخص نیست. در رابطه با انگلستان، پزشکان معالج بیماران مستقر در بریتانیا، باید در GMC ثبت‌نام کرده و دارای مجوز فعالیت باشند؛ بنابراین، یک بیمار در بریتانیا تنها در صورتی می‌تواند از یک پزشک مستقر در خارج از بریتانیا، درمان دریافت کند که آن پزشک نیز در GMC ثبت‌نام کرده باشد. درحالی‌که GMC صلاحیت انجام اقدامات اجرایی در خارج از بریتانیا را ندارد، آنها می‌توانند به فردی که صلاحیت قانونی دارد مشاوره دهند و اظهارهای توقف و دست نگه داشتن، ارسال کنند. سازمان استانداردهای تبلیغاتی، افرادی را که در GMC یا GDC ثبت‌نام نکرده‌اند، از استفاده از عنوان «دکتر^۱» یا «دکتر^۲» در تبلیغاتی که برای افراد در بریتانیا، از جمله در اینترنت، ارسال می‌شود، منع می‌کند. در صورتی که تبلیغات از کشوری خارج از بریتانیا منشأ گیرد، به‌عنوان یک شکایت فرامرزی تلقی می‌شود و به تنظیم‌کننده محلی ارجاع می‌شود، اگرچه ASA^۳ می‌پذیرد و قبول دارد که اختیاراتش در این زمینه محدود است (باومن و همکاران^۴، ۲۰۲۲: ۴۸).

ب) آمریکا

بر اساس گزارش اروپا اکونومیکس^۵، اکثر قانون‌گذاران ایالات متحده و کانادا معتقدند که صلاحیت قضایی مربوطه، مربوط به بیمار است. (یعنی دادگاهی صلاحیت رسیدگی دارد که بیمار در حوزه قضایی آن تحت معالجه یا مشاوره یا ... قرار گرفته است) (کاسی و همکاران^۶، ۲۰۲۴: ۶۳).

ج) ایران

– رابطه بیمار با مرکز درمانی و پزشک حاضر در مرکز

اصولاً رابطه بیمار با مرکز درمانی یا پزشک معالج، مبتنی بر قرارداد است و این قرارداد هنگام مراجعه بیمار به مراکز درمانی یا مطب یک پزشک با پرداخت حق ویزیت یا تکمیل فرم‌های پذیرش ایجاد می‌شود. لذا غیر از موارد استثنایی، نظیر فوریت‌های پزشکی، رابطه بیمار و ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی-درمانی، مبتنی بر قرارداد است (ثقفی، ۱۳۹۱: ۶۴). بنابراین هنگامی که بیمار برای دریافت خدمات بهداشتی-درمانی، حتی از طریق تله مدیسین به یک مرکز درمانی نظیر بیمارستان یا درمانگاه مراجعه می‌کند، رابطه‌ای قراردادی میان بیمار و مرکز درمانی ایجاد می‌شود. هم‌چنین اگر بیمار برای بهره‌مندی از خدمات مذکور به مطب پزشک مراجعه کند که به‌صورت مستقل و خارج از مراکز درمانی نظیر بیمارستان‌ها به امر طبابت می‌پردازد، رابطه قراردادی میان بیمار و پزشک شکل می‌گیرد.

از سوی دیگر، در مواردی نظیر فوریت‌های پزشکی که امکان انعقاد قرارداد درمان موجود نیست، روابط بیمار و ارائه‌کننده خدمات، غیر قراردادی و بر مبنای قوانینی است که پزشکان و مراکز درمانی را ملزم به ارائه خدمات به بیماران می‌نماید^۷ (ساعی و وثقفی، ۱۳۹۳: ۱۵۱-۱۵۲).

^۱ Doctor

^۲ DR

^۳ اداره استانداردهای تبلیغاتی (ASA) تنظیم‌کننده مستقل تبلیغات بریتانیا است و از سال ۱۹۶۲ فعالیت می‌کند.

<https://www.iabuk.com/member-directory/advertising-standards-authority-asa>.

^۴ Baughman et al

^۵ Europe Economics

^۶ Casey et al

^۷ بند ۱ ماده واحده قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی: «هرکس شخص یا اشخاصی را در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به مراجع یا مقامات صالحیت‌دار از وقوع خطر یا تشدید نتیجه آن جلوگیری کند بدون اینکه با این اقدام خطری متوجه خود خود او یا دیگران شود و با وجود استمداد یا دلالت اوضاع و احوال بر ضرورت کمک از اقدام به این امر خودداری نماید، به حبس جنحه‌ای تا یک سال و یا جزای نقدی تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد. در این مورد اگر مرتکب از کسانی باشد که به اقتضای حرفه خود می‌توانسته کمک مؤثری بنماید به حبس

– رابطه بیمار و پزشک خارج از مرکز درمانی (پزشک راه دور)

برخی معتقدند در تله مدیسین روابط میان پزشک و بیمار هنگامی قابل تصور است که پزشک از راه دور، اگرچه برخورد فیزیکی با بیمار نداشته باشد، تعهد به تشخیص، معاینه یا درمان بیمار نماید و بیمار نیز این تعهد را بپذیرد. بسیاری از دادگاه‌ها نیز با نظر مذکور موافق هستند و روابط پزشک و بیمار را حتی در شرایطی که این دو هیچ گونه مواجهه و رویارویی با یکدیگر ندارند نیز متصور می‌دانند (فلشر و دیشن^۱، ۲۰۰۴: ۱-۴۵). برای برقراری این روابط، نیازی نیست حتماً پزشک بیمار را ببیند یا به مداوای او بپردازد. در نتیجه، پزشک مسئول صدماتی است که بیمار به سبب اعمال عمدی یا غیرعمدی او متحمل می‌شود (ساعی و ثقفی، ۱۳۹۳: ۱۵۲). در پرونده‌ای^۲ نیز این مورد بررسی واقع شد و دادگاه حکم کرد که رابطه میان پزشک و بیمار حتی در صورتی که پزشک با بیمار ملاقاتی نداشته یا صحبت نکرده است نیز محقق می‌شود؛ زیرا برای خدمات ارائه شده حق الزحمه‌ای در نظر گرفته می‌شود و بیمار هزینه‌های معین شده و اجرت پزشک را پرداخت می‌کند (دار و کرنر، ۱۹۹۷: ۱۹). مع الوصف، با لحاظ چنین رابطه‌ای، باز هم مسئولیت و وظایف پزشک از راه دور را محدودتر از مراکز درمانی و پزشکان آنان شناختند. تا حدی که حتی در شرایطی که پزشک معالج برای مشاوره با پزشک دیگر با او مذاکره می‌کند، به دلیل عدم تأثیر مستقیمی که پزشک مشاور بر درمان بیمار دارد، رابطه‌ای میان وی و بیمار قائل نیستند (فلشر و دیشن، ۲۰۰۴: ۱-۴۶). درحالی که در فرض مذکور نیز اگر پزشک مشاور به ارزیابی بیمار بپردازد و پزشک معالج، مطابق توصیه‌های او بیمار را درمان کند، رابطه میان پزشک مشاور و بیمار مفروض است (فوست^۳، ۲۰۰۷: ۵۱). زیرا در این حالت پزشک مشاور به صورت غیرمستقیم در امر درمان دخیل می‌شود (یانبرگ^۴، ۲۰۱۲: ۵۶۳).

از طرفی، هنگامی که دخالت پزشک خارج از مرکز درمانی و از راه دور تا اندازه‌ای است که خود او پزشک معالج محسوب می‌شود، مانند جراحی از راه دور با بازوهای رباتیک، رابطه بیمار و او یقیناً حاصل شده و وظایف و مسئولیت‌های پزشک مذکور مانند یک پزشک معالج است. بنابراین، چنانچه رابطه‌ای میان بیمار و پزشک از راه دور قائل باشیم – که این امر اجتناب‌ناپذیر است – می‌بایست وظایف معینی نیز برای این گونه پزشکان تعریف نماییم و آنان را مسئول ضرر و زیان حاصل از معاینات، تشخیص، درمان و اهمال و تقصیر در توصیه‌ها و مشاورات خود بدانیم (یانبرگ، ۲۰۱۲: ۵۶۳).

از سوی دیگر با پذیرش روابط میان بیمار و پزشک راه دور این سؤال مطرح می‌شود که مبنای این روابط چیست؟ در پاسخ، هر چند برخی بر این نظرند که رابطه بیمار و اینگونه پزشکان در اغلب موارد مبتنی بر رابطه قراردادی است (سیمرز و سیمرز ناکر^۵، ۲۰۰۹: ۳۲۶).

اما باید گفت که در غالب موارد نمی‌توان رابطه قراردادی را لحاظ نمود بلکه می‌بایست میان موارد مختلف تفاوت قائل شد. از این رو در جایی که بیمار از طریق اینترنت یا سایر وسایل ارتباطی با پزشکی از راه دور مستقیماً ارتباط برقرار می‌کند و از

جنگه‌ای از سه ماه تا دو سال یا جزای نقدی از ده هزار ریال تا یکصد هزار ریال محکوم خواهد شد. مسئولان مراکز درمانی اعم از دولتی یا خصوصی که از پذیرفتن شخص آسیب‌دیده و اقدام به درمان او یا کمک‌های اولیه امتناع نمایند به حداکثر مجازات ذکر شده محکوم می‌شوند.»

ماده ۳ قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی: «خودداری بیمارستان‌ها از پذیرش و ارائه خدمات اولیه لازم به بیماران اورژانسریال جرم محسوب شده و متخلف به مجازات‌های زیر محکوم می‌گردد: مرتبه اول – جریمه نقدی از یکصد هزار تا پانصد هزار ریال، توبیخ کتبی و درج در پرونده پزشکی. مرتبه دوم – جریمه نقدی پانصد هزار تا یک میلیون ریال، لغو پروانه مسئول فنی مؤسسه، توبیخ کتبی و درج در پرونده پزشکی. مرتبه سوم – جریمه نقدی از مبلغ یک میلیون تا پنج میلیون ریال، لغو پروانه مسئول فنی مؤسسه، لغو پروانه تأسیس، توبیخ کتبی و درج در پرونده پزشکی.»

ماده ۳ آیین‌نامه اجرایی مرکز اورژانس تهران وابسته به سازمان خدمات درمانی: «کلیه بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تهران اعم از عمومی و خصوصی موظفند بیماران اورژانس را پذیرفته و خدمات درمانی اورژانس مورد نیاز را انجام دهند.»

¹ Fleisher & Dechene

² 15-Hand v. Tavera. 864 s.w.2d 678 (cr.APP.Tex.1993)

³ Faust

⁴ Youngberg

⁵ Simmers & Simmers-Nartker

توصیه‌ها و تشخیص و درمان او بهره‌مند می‌شود، تحقق رابطه قراردادی میان بیمار و پزشک مفروض است. لیکن زمانی که بیمار به یک مرکز درمانی مراجعه می‌نماید و در آن مرکز و با استفاده از تجهیزات مرکز مزبور از طریق ویدیوکنفرانس جراحی می‌شود یا توسط بازوهای رباتیک حرکت دست جراح به درون بدن بیمار منتقل می‌شود یا اینکه پزشک از طریق اینترنت، نقش راهنما و سرپرست تیم جراحی با جراحان کم‌تجربه را به عهده دارد (حسینی و همکاران، ۱۳۹۱: ۶۵) تصور رابطه قراردادی میان بیمار و پزشک خارج از مرکز صحیح به نظر نمی‌رسد. زیرا در این مواقع، بیمار توسط مرکز درمانی پذیرش می‌شود و هزینه‌های درمان را نیز به مرکز پرداخت می‌کند و گاه پزشک خارج از مرکز و از راه دور را نمی‌شناسد، بنابراین، رابطه قراردادی بیمار با مرکز درمانی ایجاد می‌شود و رابطه بیمار و پزشک راه دور را باید در قالب روابط غیر قراردادی و مسئولیت او را مطابق مسئولیت مدنی بررسی نمود (ساعی و ثقفی، ۱۳۹۳: ۱۵۴).

۳. صلاحیت و حل مسئله تعارض قوانین در بحث مسئولیت مدنی ناشی از تله مدیسین

۳-۱. رابطه بین تعارض قوانین و تعارض دادگاه‌ها

در روابط بین‌المللی علاوه بر مسئله تعارض در صلاحیت قوانین، صورت دیگری از تعارض وجود دارد که عبارت است از تعارض در صلاحیت دادگاه‌ها. این تعارض هنگامی پیش می‌آید که یک عامل خارجی در دعوی وجود داشته باشد و این پرسش به میان می‌آید که آیا دادگاه ایران برای رسیدگی به دعوی صلاحیت دارد یا دادگاه خارجی؟ به‌طور مثال، هرگاه در مورد مالی که در خارج ایران واقع است دعوی مطرح شود باید دید دادگاه ایران برای رسیدگی به آن واجد صلاحیت است یا دادگاه خارجی، یا فرضاً هرگاه در مورد قراردادی بین دو نفر خارجی که در ایران اقامت دارند اختلافی بروز کند می‌خواهیم بدانیم که آیا دادگاه‌های ایران برای رسیدگی به این اختلاف صلاحیت دارند یا نه؟ باید متذکر شویم که حل مسئله تعارض دادگاه‌ها مقدم بر حل مسئله تعارض قوانین است چه دادگاه باید قبل از تعیین قانون حاکم بر دعوی نسبت به صلاحیت یا عدم صلاحیت خود اظهارنظر کرده باشد.

به‌علاوه تذکر این نکته ضروری است که صلاحیت دادگاه یک کشور الزاماً همراه با صلاحیت قانون آن کشور نیست، یعنی هر گاه در دعوی دادگاه یک کشور واجد صلاحیت باشد این صلاحیت با صلاحیت قانون دولت متبوع دادگاه ملازمه ندارد مثلاً در دعوی مربوط به احوال شخصیه بیگانگان، دادگاه‌های ایران صلاحیت دارند ولی قانون ایران صلاحیت ندارد (ماده ۷ قانون مدنی). مگر اینکه مسئله با نظم عمومی ارتباط پیدا کند که در این حالت دادگاه ایران مکلف است نسبت به ماهیت دعوی، قانون ایران را به موقع اجرا گذارد (الماسی، ۱۴۰۱: ۱۷-۲۲).

علاوه بر این، امروزه به دلیل تغییر مبنای فلسفی حقوق بین‌الملل خصوصی، رجوع به داوری به‌عنوان وسیله‌ای برای حل و فصل اختلافات در کنار دادگاه‌ها پذیرفته شده است. تحت تأثیر این دیدگاه، امروزه مقررات برخی کشورها توافق بر صلاحیت را با رعایت شرایطی صحیح و معتبر می‌دانند. در این زمینه توجه به کنوانسیون لاهه راجع به توافقی‌های انتخاب دادگاه (۲۰۰۵) به‌عنوان مهم‌ترین کنوانسیون در حوزه حاکمیت اراده در تعیین صلاحیت بین‌المللی دادگاه‌ها قابل توجه است. این کنوانسیون که همه کشورهای اتحادیه اروپا، مکزیک، انگلستان و همچنین سنگاپور به عضویت آن درآمده‌اند، توافق صلاحیت را معتبر دانسته و مقرر داشته که دادگاه منتخب طبق توافق صلاحیت باید به دعوی رسیدگی کند، مگر اینکه توافق مزبور طبق قانون دولت متبوع دادگاه منتخب، باطل و بلااثر باشد و سایر دادگاه‌ها جز دادگاه منتخب باید از رسیدگی به دعوی خودداری کنند. همچنین مطابق ماده ۱۷ کنوانسیون بروکسل (۱۹۶۸)^۱، ماده ۲۳ مقررات بروکسل یک ۲۰۰۱/۴۴^۲، ماده ۲۵ مقررات بروکسل یک جدید

^۱ Brussels Convention on Jurisdiction and the Enforcement of Judgments in Civil and Commercial Matters, 1968.

^۲ Council Regulation (EC) No 44/2001 of 22 December 2000 on Jurisdiction and the Recognition and Enforcement of Judgments in Civil and Commercial matters ('Brussels I').

۱۲/۲۰۱۵^۱، ماده ۱۷ کنوانسیون لوگانو (۱۹۸۸)^۲ و ماده ۲۳ کنوانسیون لوگانو (۲۰۰۷)^۳ شرط تعیین دادگاه صالح لازم‌الاجرا است (کابری و انصاری، ۱۳۹۸: ۲۲۹).

۳-۲. روش حل تعارض

مسئله روش حل تعارض از آن جهت واجد اهمیت است که برحسب این که کدام روش را انتخاب کنیم نحوه طرح مسائل مربوط به تعارض قوانین و یافتن پاسخ برای آنها متفاوت می‌شود.

به‌طور کلی در این مورد دو روش وجود دارد که در واقع معرف دو مکتب متفاوت هستند: یکی روش اصولی یا جزمی و دیگری روش حقوقی یا روش انتخاب انساب.

- روش اصولی یا جزمی

روشی است که به‌موجب آن برای تعیین قاعده حل تعارض قوانین ابتدا باید یک مسئله اصلی یا عقیده جزمی مورد قبول قرار گیرد و نظریات کلی بر روی آن بنا نهاده شود سپس احکام مورد خاص از آن نظریات کلی استنتاج گردد. طرفداران این روش عقیده دارند که حقوق بین‌الملل خصوصی دارای ماهیت سیاسی است. بدین معنی که این رشته حقوقی را عوامل سیاست بین‌المللی چنان احاطه کرده است که دیگر نمی‌توان هدف آن را به دست آوردن بهترین حکم از لحاظ حقوقی دانست و بنابراین جنبه حقوقی آن تحت‌الشعاع جنبه سیاسی قرار می‌گیرد. هر گاه طرفداران روش اصولی یا جزمی بخواهند برای یک تعارض معین راه‌حلی پیدا کنند منافع خاص هر کشور را در نظر می‌گیرند و سپس احکام مربوط به آن تعارض معین را استنتاج می‌کنند مثلاً اگر بخواهند راه‌حلی برای مسائل مربوط به احوال شخصیه ارائه دهند ابتدا به این مسئله توجه می‌کنند که کشوری که قاعده حل تعارض برای آن باید تعیین شود از کشورهای مهاجرپذیر است یا از کشورهای مهاجرفرست می‌گویند مصلحت کشورهای دسته اول ایجاب می‌کند که احوال شخصیه را تابع قانون اقامتگاه بدانند. (همچنان که در مسئله تابعیت نیز مصلحت این کشورها ایجاب می‌کند که سیستم خاک را اعمال نمایند). درحالی‌که کشورهای دسته دوم مصلحت خود را در آن می‌بینند که احوال شخصیه را مطیع قانون ملی بدانند (همچنان که در مسئله تابعیت نیز مصلحت خود را در آن می‌بینند که سیستم خون را اعمال نمایند) (عرفانی فر و همکاران، ۱۴۰۳: ۴۸).

- روش حقوقی یا انتخاب انساب

برخلاف روش اصولی یا جزمی، روش حقوقی یا انتخاب انساب روشی است که به‌موجب آن برای تعیین قاعده به‌منظور حل تعارض قوانین صرفاً از لحاظ علمی و نظری، حکمی را که مناسب هر دسته از تعارض باشد جستجو می‌کنند. در این روش هیچ‌گونه فرضیه قبلی یا اصل مسلم و غیرقابل بحثی وجود ندارد و جنبه سیاسی مسئله تعارض قوانین تحت‌الشعاع جنبه حقوقی آن قرار می‌گیرد.

پیروان روش حقوقی در مواردی که با مسئله‌ای از مسائل تعارض قوانین از قبیل نکاح، طلاق، نسب، قرارداد و مانند اینها روبرو می‌شوند، قطع‌نظر از اینکه منافع و مصالح خاص هر کشوری چیست راه‌حل مسئله را از لحاظ علمی جستجو می‌کنند و می‌کوشند تا قانون مناسب را کشف نمایند؛ به‌عبارت دیگر در این روش عامل سیاسی موردنظر قرار نمی‌گیرد و در نتیجه برای آثار مساعد یا نامساعد ناشی از اعمال قواعد متخذه به‌هیچ‌وجه اهمیتی قائل نمی‌شوند (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۳).

¹ The Regulation (EU) No 1215/2012 of the European Parliament and the Council of 12 December 2012 on Jurisdiction and the Recognition and Enforcement of Judgments in Civil and Commercial Matters (recast) ('Brussels I Recast').

² The Lugano Convention on Jurisdiction and the Enforcement of Judgments in Civil and Commercial matters, 1988.

³ The Lugano Convention on Jurisdiction and the Recognition and Enforcement of Judgments in Civil and Commercial Matters, 2007.

حال این سؤال مطرح می‌شود که برای حل تعارض قوانین کدام‌یک از این دو روش را باید کار برد؟

به نظر می‌رسد که این مسئله جواب قاطع و کلی نداشته باشد زیرا حقوق بین‌الملل خصوصی و به‌ویژه در مبحث اساسی آن یعنی تعارض قوانین، ما با موضوعات مختلفی مواجه هستیم که با توجه به خصوصیات هر یک از آنها باید روشی را که مناسب است به کار ببریم؛ به عبارت دیگر، برای به کار بردن روش حل تعارض قوانین، هر مسئله را باید جداگانه در نظر بگیریم و برحسب اینکه جنبه سیاسی یا حقوقی آن غلبه داشته باشد روش مناسب را اعمال کنیم؛ زیرا بین مسئله مطروحه و روش حل آن همیشه باید نوعی تناسب و سازگاری وجود داشته باشد.

اعمال روش اصولی یا جزمی در مورد بعضی موضوعات مانند تابعیت و صلاحیت دادگاه‌ها که بیشتر جنبه سیاسی دارند مناسب‌تر است درحالی‌که برای موضوعاتی دیگر که بیشتر جنبه حقوقی داشته و در آنها منافع افراد بیشتر از مصالح سیاسی ملحوظ می‌گردد (از قبیل مسائل مربوط به قراردادهای بهتر است روش حقوقی یا انتخاب انسب را اعمال کنیم (الماسی، ۱۴۰۱: ۵۱-۵۵).

۳-۳. قانون حاکم بر مسئولیت مدنی در حقوق ایران و انگلیس و آمریکا

الف) ایران

– قانون مدنی و راه‌حل‌های ارائه شده

برخلاف قوانین مدنی بسیاری از کشورها قانون مدنی ایران در خصوص قواعد حل تعارض حاکم بر مسئولیت مدنی ساکت است و در این قانون ماده‌ای که در ارتباط با قانون حاکم بر مسئولیت مدنی باشد ملاحظه نمی‌گردد. با این حال در این خصوص چند فرض را می‌توان تصور نمود:

فرض اول، اعمال قانون مقر دادگاه: یکی از اصول بنیادین حقوقی در دعاوی بین‌المللی، اصل سرزمینی بودن قوانین است. به موجب اصل مزبور قوانین هر کشوری در قلمرو هوایی، دریایی و زمینی آن کشور اعمال می‌گردد و کلیه اشخاصی که در آن قلمرو ساکن هستند ناگزیر از تبعیت از آن قانون هستند. در موضوع مورد بحث، با توجه به عدم وجود قاعده‌ای خاص در خصوص قواعد حل تعارض حاکم بر مسئولیت مدنی با اتکا به ماده ۵ قانون مدنی و اصل سرزمینی بودن قوانین، می‌توان قائل به اجرای قانون مقر دادگاه (قانون مدنی ایران) شد. یکی از حقوقدانان معتقد است: «در مقام رفع تعارض قوانین، هر جا که تردید در اجرای قانون خارجی باشد اصل، اجرای قانون ایران، درباره ساکنان است» بعضی دیگر گفته‌اند در حقوق ایران، قاعده کلی تعارض قوانین، درون‌مرزی هستند و حاکمیت برون‌مرزی قوانین نیاز به تصریح دارد که در اینجا وجود ندارد (کرمانشاهی و بهرامپوری، ۱۳۹۷: ۴۱).

اعمال این فرض، از این مزیت برخوردار است که در خصوص قواعد حاکم بر مسئولیت مدنی تعیین تکلیف می‌نماید و دادرس را از سرگردانی نبودن قاعده رها می‌سازد. با وجود این، اعمال این فرض با ایراداتی مواجه است: اساساً چه دلیلی وجود دارد که به صرف مراجعه به دادگاه ایرانی قانون ایران در این مورد حاکم باشد؛ به عبارت دیگر، اجرای قانون مدنی ایران در فرضی که اصحاب دعوا هر دو تبعه خارجی بوده و محل وقوع فعل زیان‌بار نیز خارج از قلمرو ایران باشد هیچ‌گونه تناسبی نیست. همچنین اعمال این فرض، این اختیار را به خواهان می‌دهد که اگر قانون ایران را مناسب به حال خویش دید به دادگاه مراجعه کند؛ و اگر قانون ایران به ضرر وی بود از مراجعه به قانون ایران خودداری کند (فجری، ۱۳۹۵: ۸۳).

فرض دوم، اعمال قانون مناسب: طبق این فرض بهترین گزینه در خصوص قواعد حاکم بر مسئولیت مدنی، قانون مناسب است. در واقع در مسائل مربوط به مسئولیت مدنی در حقوق بین‌الملل خصوصی بهتر است که دادرس با مراجعه به اوضاع و احوال موجود در پرونده و با توجه به شرایط خاص دعوا از قبیل تابعیت طرفین دعوا، اقامتگاه طرفین دعوا، محل وقوع فعل

زبان بار و غیره، از میان قانون مقر دادگاه، قانون محل وقوع فعل زیان بار، قاعده سبب و منشأ وقوع فعل زیان بار، قانون مناسب را انتخاب کند. اعمال این فرض در حقوق ایران از این مزیت برخوردار است که نظریه اعمال قانون مناسب همگام با جدیدترین دکتترین پذیرفته شده در ایالات متحده است. افزون بر این، اعمال این نظریه، فاقد ایرادات نظریه قانون مقر دادگاه است. با وجود این، اعمال مطلق این نظریه در حقوق ایران خالی از اشکال نیست. نظریه اعمال قانون مناسب هیچ گونه راه حلی را ارائه نمی دهد. از طرفی اعمال قانون مناسب نیز امر نسبی است و ممکن است در یک دعوا، قانون یک کشور حاکم باشد و در پرونده ای مشابه، قانون کشور دیگر حاکم باشد و این امر منجر به تشت آراء محاکم می شود، البته علت این امر نبود قاعده ای ثابت در این خصوص است. (فرهمند و همکاران، ۱۳۹۸: ۶۶).

– بررسی امکان اعمال قاعده محل وقوع فعل زیان بار در حقوق ایران

قانون محل وقوع فعل زیان بار در خصوص مسائل مسئولیت مدنی در دعاوی حقوق بین الملل خصوصی در حقوق بسیاری از کشورها مورد پذیرش قرار گرفته است: ماده ۲۰ قانون مدنی الجزایر، ماده ۲۲ قانون مدنی اردن، قانون حقوق بین الملل خصوصی ترکیه، قانون حقوق بین الملل خصوصی آلمان مصوب ۱۹۷۵، ماده ۲۱ قانون مدنی مصر، ماده ۲۱ قانون مدنی لیبی، ماده ۲۲ قانون مدنی سوریه، ماده ۲۷ قانون مدنی عراق، ماده ۲۸ قانون مدنی سودان و ... از نظریه قانون محل وقوع فعل زیان بار استفاده شده است. در ابتدا به نظر می رسد که در حقوق ایران نیز بتوان از این قاعده پیروی کرد، چرا که قاعده مزبور از اصول بنیادین حقوق بین المللی خصوصی است و با اتکا به ماده ۳ قانون آیین دادرسی مدنی «اجرای اصول حقوقی» (در صورت سکوت قانون) می توان قائل به اجرای قانون محل وقوع فعل زیان بار شد. برخی از نویسندگان از این نظر پیروی کرده اند. یکی از استادان نیز به وحدت ملاک ماده ۹۶۸ ق.م. در خصوص تعهدات ناشی از عقد، قائل به اجرای قانون محل وقوع فعل زیان بار در خصوص وقایع حقوقی و ضمان قهری است.

با وجود این، اعمال نظریه مزبور با ایراداتی مواجه است. ممکن است اعمال قانون محل وقوع فعل زیان بار هیچ گونه سختی با اوضاع و احوال موجود در پرونده نداشته باشد. به طور مثال هرگاه متعاقدين تابعیت یکسانی داشته باشند ولی فعل زیان بار در کشور بیگانه تحقق یافته باشد، اعمال قانون محل وقوع فعل زیان بار (قانون کشور بیگانه) منجر به نتایج ناعادلانه ای می گردد. همچنین کشورهایی که از نظریه قانون محل وقوع فعل زیان بار پیروی می کنند، هیچ گاه قاعده مزبور را به طور مطلق اجرا نمی کنند و هرگاه بر طبق محل وقوع فعل زیان بار، مدعی، ذی حق باشد اما بر طبق قانون مقر دادگاه حقی برای وی به اثبات نرسد، ادعای وی با شکست مواجه می گردد. همچنین در برخی موارد در مورد محل وقوع فعل زیان بار ممکن است اختلاف نظر حاصل شود. مضافاً در فرضی که محل وقوع فعل زیان بار نامشخص باشد، یا فعل زیان بار در محدوده جغرافیایی چند کشور مختلف واقع شده باشد، یا محل وقوع فعل زیان بار در حاکمیت هیچ کشوری نباشد (همانند تصادم دو کشتی یا دو هواپیما در دریا و فضای بین المللی)، یا فعل زیان بار در نقطه صفر مرزی تحقق یابد، اجرای قاعده محل وقوع فعل زیان بار با دشواری مواجه می گردد؛ و آن ها که از قاعده مزبور پیروی کرده اند دچار تکلف شده اند، اگرچه راه حل هایی را ارائه نموده اند.

برخی نیز معتقدند که در خصوص قانون حاکم بر مسئولیت مدنی در حقوق بین الملل خصوصی ایران، بهتر است قاعده محل وقوع فعل زیان بار را مبنا قرار داده و در پاره ای از موارد استثنائی، قانون مناسب اعمال شود. همچنین در خصوص مسئولیت کارفرما در مورد خساراتی که کارگران آن ها به اشخاص ثالث وارد می گردد، مطابق اصل کلی، قانون محل وقوع فعل زیان بار حاکم است (شریفی و ثقفی، ۱۳۹۳: ۶۰)؛ اما چنانچه محل وقوع فعل زیان بار و محل خسارت متعدد باشد، قانون محل خسارت حاکم می گردد. همچنین در خصوص قانون حاکم بر حوادث جاده ای تمایل بر این است که قانون مناسب (قانون اقامتگاه، قانون ملیت طرفین) جایگزین قانون محل وقوع فعل زیان بار شود. پیرامون مسئولیت مدنی تولیدکننده و سازندگان کالا، اعمال قانون محل وقوع فعل زیان بار با این ایراد مواجه است که در برخی موارد، تولیدکنندگان، انتظار مصرف کالای تولیدشده را در منطقه

خاصی ندارند، در نتیجه آن‌ها ملزم به رعایت ضوابط (ضوابط تولید) در منطقه مزبور نیستند. در صورت بروز حادثه ناشی از تولید در آن منطقه، قانون کشور مزبور نباید قانون صالح باشد.

نظریه مزبور در حقوق انگلستان موردپذیرش قرار گرفته که آمیزه‌ای از قانون محل وقوع فعل زیان‌بار (قانون فرانسه) و قانون مناسب (حقوق آمریکا) است. به نظر می‌رسد در حقوق ایران باید دیدگاهی را که ترکیبی از قانون محل وقوع فعل زیان‌بار و قانون مناسب است، پذیرفت. در تأیید و تقویت این نظر می‌توان گفت در حال حاضر با توجه به فقدان قاعده خاص در خصوص مسئولیت مدنی، محاکم ناگزیر از پذیرش قانون مقر دادگاه هستند (خواه محل وقوع فعل زیان‌بار در ایران باشد یا خارج از ایران). با وجود این در صورت وضع قانونی در خصوص قانون حاکم بر مسئولیت مدنی بهتر است که قانون محل وقوع فعل زیان‌بار، قانون حاکم بر دعوی مسئولیت مدنی در دعوی حقوق بین‌الملل خصوصی باشد و در مواردی که از اوضاع و احوال موجود در پرونده بتوان قانون کشور ثالث را مناسب دانست آن قانون را اعمال نمود (طباطبائی و شنیور، ۱۳۹۴: ۳۵-۳۹).

– آمریکا

در ایالات متحده آمریکا برای سالیان متمادی، قانون محل وقوع خطا را، بدون در نظر گرفتن سایر عوامل ارتباط به‌عنوان قانون حاکم بر دعوی مسئولیت مدنی برگزیده بودند؛ لیکن رویه قضایی این کشور در حال حاضر متحول گشته و در آخرین تحولات خود، قانون محل وقوع خطا را تنها به‌عنوان یکی از عوامل ارتباط مورد بررسی قرار می‌دهد و ملاک اصلی این کشور برای تعیین قانون حاکم، رعایت مصالح عمومی و تأمین حداکثر منافع طرفین دعوا و ایالت‌های درگیر حادثه است. دادگاه‌ها محل وقوع خطا را برای سالیان متمادی، در دعوی مسئولیت مدنی اعمال می‌کردند. صرف‌نظر از مسائل مطروحه نزد دادگاه نظیر رفتار طرفین دعوی، جاری ماندن دعوا، قابلیت اعمال قانون مربوط به قتل غیر عمد، مصونیت از مسئولیت یا سایر قواعد اثبات‌کننده خسارت. درواقع این‌طور فرض می‌شد که قانون محل وقوع خطا، سبب دعوا را ایجاد نموده و ضرورتاً قلمرو مسئولیت را تعیین می‌کند. به غیر از دشواری‌های دادرسی، این نظریه زمانی به‌خوبی کاربرد دارد که همه رویدادهای مرتبط، در یک حوزه قضایی به وقوع پیوسته باشد ولی دعوا در حوزه قضایی دیگری اقامه گردد. در یک وضعیت پیچیده و مرتبط با چند ایالت نمی‌توان بر این عقیده بود که قوانین یک ایالت به‌تنهایی قادر به تعیین حقوق انحصاری حاکم بر موضوع باشد. (باوی و بهمنی، ۱۳۹۳: ۴۵)

دادگاه باید با توجه به منافع طرفین دعوا و ایالت‌های درگیر موضوع، در پی یافتن قانون مناسب برای اعمال بر مسئله باشد؛ یعنی قاضی می‌تواند قانونی را که صلاح می‌بیند اعمال نماید. هنگامی که نظریه مزبور ملاک عمل قرار گیرد، این امر به معنای اعمال حقوق خارجی نیست بلکه انتخاب یک قاعده خارجی برای تصمیم‌گیری به‌عنوان قاعده‌ای مناسب برای اعمال در پرونده مطرح‌شده، نزد دادگاه است. به‌علاوه، اکنون ثابت شده است که در مسئله حاکم نمودن قانون خارجی به‌منظور تعیین حق مکتسب، اگر انتخاب قانون با یک معیار نامناسب صورت گرفته باشد ممکن است باعث تضییع منافع مشروع طرفین دعوا و ایالت‌های درگیر شود (ره پیک، ۱۳۹۵: ۳۸).

بر این اساس، زمانی که اعمال قانون محل وقوع خطا، منافع خواهان و ایالات مربوطه را تضییع نماید ما هیچ‌گاه آن قانون را اعمال نمی‌کنیم.

با این حال، عملی بودن تعیین قانون قابل‌اعمال و حفظ یکنواختی قواعد حاکم بر تصمیمات تا حدود زیادی به این هدف مناسب که از تعیین قانون حاکم بر دعوا دنبال می‌شود، بستگی دارد که باید قانونی به‌عنوان قانون حاکم بر دعوا تعیین و اعمال گردد که دارای بیشترین تناسب با دعوی مربوطه است. افزون بر آن، حوزه‌های قضایی یکی پس از دیگری، صرف‌نظر از موضوع دعوا، از انتخاب قانون محل وقوع خطا به‌عنوان قانون حاکم بر دعوی مسئولیت مدنی، فاصله گرفته‌اند؛ و دیگر حتی قانون محل وقوع خطا ظاهراً نیز قاعده عمومی قابل‌اعمال در دعوی مسئولیت مدنی نیست (این موضوع سابقاً به‌عنوان نقطه قوت بزرگ

قانون محل وقوع خطا، محسوب می‌شد). ما این گونه نتیجه گرفتیم که قانون محل وقوع خطا، الزاماً قانون حاکم در تمامی دعاوی مسئولیت مدنی که در دادگاه‌های این ایالت اقامه شده، نبوده است (کرمانشاهی و بهرامپوری، ۱۳۹۷: ۳۹-۴۵).

– انگلیس

قانون حاکم بر مسئولیت مدنی در رویه قضایی انگلیس دارای پیشینه‌ای طولانی است و بیش از صد سال از تعیین قاعده‌ای مشخص در این مورد می‌گذرد. رویه قضایی انگلیس در ابتدا قاعده تجانس و همانندی را به عنوان قاعده حاکم بر دعاوی مسئولیت مدنی برگزید، لیکن با گذشت زمان دادگاه‌ها به این نتیجه رسیدند که اعمال قاعده مزبور منجر به نتایج نامطلوب و ناعادلانه‌ای می‌گردد. لذا به کرات از اعمال قاعده مزبور خودداری نمودند و قواعد دیگر را جایگزین قاعده مزبور ساختند. با این وجود، این قاعده تا پیش از تصویب مقررات سال ۱۹۹۵ به حیات خود ادامه داد و با تصویب قانون حقوق بین‌الملل خصوصی، قاعده محل وقوع فعل زیان‌بار جانشین قاعده مزبور گردید. البته قانون حقوق بین‌المللی خصوصی انگلیس از تاریخ اول می ۱۹۹۶ لازم‌الاجرا گردیده است و عطف به ماسبق نمی‌گردد و در خصوص دعاوی پیش از لازم‌الاجرا شدن قانون مزبور، قاعده تجانس و همانندی حاکم می‌باشد (باهوم، ۱۳۹۱: ۴۸).

۴. نتیجه‌گیری

تله مدیسین، جایگاه ویژه‌ای در سراسر دنیا در امور آموزشی و درمانی به خود اختصاص داده است و موجب به وجود آمدن نوع خاصی از روابط پزشک و بیمار گردیده است؛ اما در کشور عزیزمان ایران، هیچ‌گونه منبع قانونی مدونی برای حل مسائل تعارض و اختلاف در صلاحیت که به طور تخصصی به تله مدیسین بین‌المللی بپردازد، مشاهده نمی‌شود. در نتیجه ما به ناچار با استفاده از معاهدات موجود در حوزه بین‌المللی باید به پاسخ این سؤال خود دست یابیم. با بررسی رابطه پزشک و بیمار به این پی بردیم که این رابطه، یک قرارداد است؛ تحت عنوان قرارداد درمان و قانون حاکم بر آن می‌تواند قانون محل انعقاد قرارداد، قانون اقامتگاه مشترک طرفین، قانون محل اجرای تعهد، قانون دولت متبوع طرفین یا قانون مورد تراضی طرفین باشد. در سطح معاهدات بین‌المللی نیز می‌توان برای حل و فصل اختلافات ناشی از این نوع قرارداد، قرارداد درمان را ذیل کنوانسیون رم ۱۹۸۰ که در مورد (قانون حاکم بر تعهدات قراردادی) است بررسی کرد. ماده ۳ این معاهده که شاید مهم‌ترین ماده آن باشد، تحت عنوان «آزادی انتخاب» به صراحت قاعده آزادی انتخاب قانون قابل اعمال بر قرارداد را می‌پذیرد.

نتایج این پژوهش همچنین تأکید دارد بر اینکه پزشکان در صورتی که ابعاد حقوقی و قانونی تله مدیسین روشن و شفاف شود، تمایل بیشتری به استفاده از این فناوری خواهند داشت. این یافته‌ها با تحقیقات گذشته که نشان می‌دهند قوانین و چارچوب‌های قانونی مناسب می‌تواند پذیرش فناوری‌های نوین را تسهیل کند، سازگار است. از آنجاکه عدم اطمینان در زمینه‌های حقوقی می‌تواند پزشکان را از استفاده گسترده‌تر از تله مدیسین بازدارد، ضروری است که سیاست‌گذاران و نهادهای قانونی در این زمینه اقدامات مؤثری انجام دهند.

بنابراین، این پژوهش نشان می‌دهد که پذیرش تله مدیسین در ایران، مشابه بسیاری از کشورها، تحت تأثیر عواملی چون آگاهی از فناوری و آشنایی با چالش‌های حقوقی آن است. آگاهی پزشکان از مزایا و معایب این فناوری، همراه با تعیین و روشن ساختن ابعاد حقوقی آن، می‌تواند منجر به استفاده گسترده‌تر از تله مدیسین شود. همچنین، نیاز به قوانین شفاف و جامع در این زمینه به‌ویژه در کشورهایی که این فناوری در مراحل ابتدایی پذیرش قرار دارند، به‌طور جدی احساس می‌شود.

بنابراین در راستای پژوهش حاضر، این پیشنهادات مطرح می‌گردند:

۱- تدوین و تنظیم قوانین جامع برای تله مدیسین: یکی از مهم‌ترین اقدامات برای بهبود نظام حقوقی تله مدیسین در ایران، تدوین و تنظیم قوانین جامع و مشخص است. این قوانین باید تمامی جنبه‌های حقوقی، اخلاقی و عملیاتی تله مدیسین را

در برگرد و به‌وضوح مسئولیت‌های پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر عوامل مرتبط را تعیین کند. این اقدام می‌تواند به کاهش تعارضات حقوقی و افزایش اعتماد عمومی به خدمات پزشکی از راه دور کمک کند.

۲- تعیین مراجع صلاحیت‌دار برای نظارت بر کیفیت خدمات: برای اطمینان از کیفیت و ایمنی خدمات تله‌مدیسین، ضروری است که نهادهای مشخصی به‌عنوان مراجع صلاحیت‌دار تعیین شوند. این نهادها باید وظیفه نظارت بر استانداردهای کیفیت و ایمنی، ارزیابی عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات و رسیدگی به شکایات بیماران را بر عهده داشته باشند. ایجاد چنین مراجع نظارتی می‌تواند به ارتقای کیفیت خدمات و حفظ حقوق بیماران کمک کند.

۳- آموزش و توانمندسازی پزشکان و سایر عوامل مرتبط: با توجه به نوظهور بودن تله‌مدیسین، آموزش و توانمندسازی پزشکان و سایر عوامل مرتبط با این حوزه ضروری است. برنامه‌های آموزشی می‌تواند شامل آموزش‌های فنی، حقوقی و اخلاقی باشد تا پزشکان و کارکنان بهداشتی بتوانند خدمات تله‌مدیسین را با کیفیت بالا و مطابق با استانداردهای قانونی ارائه دهند. این اقدام می‌تواند به افزایش کارایی و اثربخشی خدمات پزشکی از راه دور منجر شود.

۴- توسعه زیرساخت‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات: برای اجرای موفقیت‌آمیز تله‌مدیسین، نیاز به زیرساخت‌های پیشرفته فناوری اطلاعات و ارتباطات داریم. توسعه و بهبود این زیرساخت‌ها شامل ایجاد شبکه‌های ارتباطی پایدار و امن، توسعه نرم‌افزارهای کاربرپسند و اطمینان از حفظ حریم خصوصی بیماران است. سرمایه‌گذاری در این حوزه می‌تواند به گسترش دسترسی به خدمات تله‌مدیسین و افزایش رضایت بیماران کمک کند.

۵- همکاری بین‌المللی و تبادل تجربیات: بهره‌گیری از تجارب کشورهای پیشرو در زمینه تله‌مدیسین می‌تواند به بهبود نظام حقوقی و عملیاتی این فناوری در ایران کمک کند. همکاری بین‌المللی و تبادل تجربیات با سایر کشورها، از طریق مشارکت در کنفرانس‌ها، سمینارها و پروژه‌های تحقیقاتی، می‌تواند به ارتقای دانش و توانمندی‌های داخلی در زمینه تله‌مدیسین کمک کند. این همکاری‌ها می‌تواند به تنظیم استانداردهای بین‌المللی و هماهنگ‌سازی قوانین کمک شایانی کند.

ملاحظات اخلاقی

نویسندگان اصول اخلاقی را در انجام و انتشار این پژوهش علمی رعایت نموده‌اند و این موضوع مورد تأیید همه آنهاست.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان این مقاله تعارض منافع ندارد.

حامی مالی

این مقاله حامی مالی ندارد.

سپاسگزاری

از داوران محترم به خاطر ارائه نظرهای ساختاری و علمی سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- باوی، محمود و بهمنی، مجید (۱۳۹۳). مقایسه تقصیر در مسئولیت مدنی و کیفری. *دانش و پژوهش حقوقی*، ۶، ۱-۲۶.
- باهو، م (۱۳۹۱). *پزشکی از راه دور و مسئولیت کیفری ناشی از آن در نظام حقوقی ایران*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده حقوق دانشگاه شهید بهشتی.
- جعفری لنگرودی، محمدجعفر (۱۳۹۳). *تاریخ حقوق ایران از انقراض ساسانیان تا آغاز مشروطه*. تهران: کتابخانه گنج دانش.
- حسینی نژاد، حسینقلی (۱۳۹۱). *مسئولیت مدنی*، انتشارات مجد.
- حیدری، قاسم؛ عامری، پرویز و آل بویه، علی (۱۳۹۷). بررسی تطبیقی مبانی مسئولیت مدنی در حقوق ایران و آمریکا. *فصلنامه پژوهش‌های روابط بین‌الملل*، ۸(۲) (پیاپی ۲۸)، ۲۶۳-۲۹۲.
- ره پیک، حسن (۱۳۹۵). *حقوق مسئولیت مدنی و جبران‌ها (با تجدیدنظر)*. چاپ بیست و سوم. تهران: انتشارات خرسندی.
- سادات اخوی، سید محسن (۱۳۹۴). مبنا و هدف مسئولیت انتظامی پزشک، خواستگاه و غایت اخلاقی. *فصلنامه حقوق پزشکی*، ۹(۳۲)، ۱۱-۵۲.
- ساعی، سید محمد هادی و ثقفی، مریم (۱۳۹۳). مطالعه تله مدیسین (پزشکی از راه دور) از منظر حقوقی. *فصلنامه حقوق پزشکی*، ۲۸، ۱۴۳-۱۶۷.
- شریفی، سید الهام الدین و ثقفی، مریم (۱۳۹۳). بررسی تطبیقی ضمان قهری پزشکان و مراکز درمانی در نظام‌های حقوقی ایران و انگلیس. *سامانه نشریات دانشگاه تربیت مدرس*، ۱۸(۱)، ۷۴-۴۹.
- صفایی، حسین و رحیمی، حبیب‌اله (۱۳۹۶). *مسئولیت مدنی (الزامات خارج از قرارداد)*. چاپ دهم، تهران انتشارات سمت.
- طباطبائی، سیدمحمد صادق و شنیور، قادر (۱۳۹۴). مطالعه تطبیقی قانون حاکم بر مسئولیت مدنی در حقوق ایران و انگلیس از منظر تعارض قوانین. *دو فصلنامه علمی حقوقی تطبیقی*، ۲(۲) (شماره پیاپی ۴)، ۲۵-۴۴.
- فرهمند، مجتبی؛ رستگار، عصمت و نجفی، شکوفه (۱۳۹۸). نگاه حقوقی به تله مدیسین به‌عنوان حقیقت مجازی. *سومین کنفرانس ملی نوآوری و تحقیق در علوم انسانی و مطالعات فرهنگی اجتماعی*، تهران، ۷ شهریور، ص ۸.
- قاسم‌زاده، سید مرتضی (۱۳۹۵). *مبانی مسئولیت مدنی*. تهران: نشر میزان.
- قجری، ا (۱۳۹۵). *مسئولیت کیفری و مدنی پزشکان در عملیات پزشکی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان.
- قهرمانی تبار، مجتبی؛ خیری، محمد و قلی پور، محمد (۱۳۹۳). بررسی وضعیت پزشکی از راه دور در ایران. *مجموعه مقاله‌های دومین همایش ملی فناوری‌های نوین در مهندسی برق و کامپیوتر*، فسا، دانشگاه آزاد اسلامی واحد فسا، ۳ مهر، ص ۹-۱.
- کاتوزیان، سید ناصر (۱۴۰۲). *الزام‌های خارج از قرارداد، مسئولیت مدنی (قواعد عمومی)*، ج ۱، چاپ پنجم، انتشارات گنج دانش.
- سیاه بیدی کرمانشاهی، سعید و بهرامپوری، محمد (۱۳۹۷). قانون حاکم بر دعاوی مسئولیت مدنی: بحثی پیرامون تحول قواعد حل تعارض قوانین در دعاوی مسئولیت مدنی. *فصلنامه رأی*، ۷(۲۵)، ۳۹-۴۸.
- کریمی، عباس؛ رحیمی پور، ایمان و حسنی، مهدی (۱۳۸۹). جرائم پزشکی از راه دور ناشی از سلامت الکترونیک. *فصلنامه حقوق پزشکی*، ۴(۱۴)، ۴۷-۶۹.
- محسنی، فرید و جوهر، سعید (۱۳۹۳). ارتباط مسئولیت اجتماعی و مسئولیت کیفری تعامل یا تقابل. *پژوهش حقوق کیفری*، ۸(۳۰)، ۸۷-۱۱۳.
- مسجدی، محمدرضا؛ فدائی زاده، لیدا؛ سادات حسینی، مهسا و ابراهیمی خمخامی، سید محمدرضا (۱۳۹۲). تجربه مقدماتی تله مدیسین در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. *مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۳۱(۲)، ۱۱۳-۱۱۸.

فهرست قوانین

- قانون حقوق بین‌الملل خصوصی آلمان مصوب ۱۹۷۵
- قانون حقوق بین‌الملل خصوصی ترکیه
- قانون مدنی
- قانون مدنی اردن
- قانون مدنی سودان
- قانون مدنی سوریه
- قانون مدنی عراق
- قانون مدنی لیبی

References

- Baho, M. (2012). Telemedicine and its resulting criminal liability in the Iranian legal system. Master's thesis, Faculty of Law, Shahid Beheshti University. (In Persian)
- Baughman, D. J., Jabbarpour, Y., Westfall, J. M., Jetty, A., Zain, A., Baughman, K., & et al. (2022). Comparison of quality performance measures for patients receiving in-person vs telemedicine primary care in a large integrated health system. *JAMA Netw Open*, 5(9), e2233267-e.
- Bavi, M., & bahmaee, M. (2014). The comparison of fault in the civil and criminal liability. *Academic Journal of Knowledge and Research of Law*, 3(2), 1-26. Doi: 10.22055/ajkr.2014.11808. (In Persian)
- Casey, S. D., Sax, D. R., Mark, D. G., Rana, J. S., Solomon, M. D., Huang, J., & et al. (2024). Comparison of Short-Term Health Care Utilization Between Telemedicine-Delivered vs In-Person Care Visits for Heart Failure. *JACC Adv*, 3(6), 100969.
- Der-Martirosian, C., Chu, K., Steers, W. N., Wyte-Lake, T., Balut, M. D., Dobalian, A., & et al. (2022). Examining telehealth use among primary care patients, providers, and clinics during the COVID-19 pandemic. *BMC Prim Care*, 23(1), 155.
- Farahmand, M., Rastghar, E., & Najafi, Sh. (2019). A legal perspective on telemedicine as virtual reality. *The Third National Conference on Innovation and Research in the Humanities and Sociocultural Studies*, Tehran, 16 October 2019. (In Persian)
- Ghahramani Tabar, M., Khairy, M., & Gholipour, M. (2014). Surveying the status of telemedicine in Iran. *The Second National Conference on New Technologies in Electrical and Computer Engineering*, Fasa – Fars, 02 October 2014. (In Persian)
- Ghasemzadeh, S. M. (2008). *Fundamentals of Civil Responsibility*. Mizan Publications, ISBN: 964-7896-72-71. (In Persian)
- Harlow, C. (2005). *Understanding Tort Law*, 3rd ed. 2005, London, Sweet & Maxwell.
- Hays, R. D., & Skootsky, S. A. (2022). Patient experience with in-person and telehealth visits before and during the COVID-19 pandemic at a large integrated health system in the United States. *J Gen Intern Med*, 37(4), 847-852.
- Heydari, Gh., Ameri, P., & Al-Boueh, A. (2018). 'A Comparative Study of the Principles of Civil Liability Iranian and American law. *International Relations Research*, 8(2), 263-299. (In Persian)
- Hosseininejad, H. G. (2013). *Civil liability*. Tehran: Majd Publications. (In Persian)
- Jafari Langroodi, M. J. (2024). *History of Iranian Law from the Extinction of the Sasanians to the Beginning of the Constitutional Era*. Fourth edition, Tehran: Ganj Danesh Publications. (In Persian)
- Karimi, A., Rahimipour, I., & Hassani, M. (2010). Telemedicine Crimes Resulted from Electronic Health. *Medical Law Journal*, 4(14), 47-69. (In Persian)
- Katouzian, N. (2023). *Non-contractual obligations of civil liability, volume one (general rules)*. Tehran: Ganj Danesh Publications. (In Persian)
- Masjedi, M. R., Fadaeizadeh, L., Sadat Hosseini, M., & Ebrahimi Khomkhami, S. M. R. (2013). Preliminary experience of telemedicine at Shahid Beheshti University of Medical Sciences. *Journal of Medical Council of Iran*, 31(2), 113-118. (In Persian)
- Mohseni, F., & Johar, S. (2014). The Relationship between Social Responsibility and Criminal Responsibility; Interaction or Confrontation. *Journal of Criminal Law Research*, 3(8), 87-113. (In Persian)
- Qajari, A. (2016). *Criminal and civil liability of physicians in medical operations*. Master's thesis, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Hamedan Branch. (In Persian)
- Rahpik, H. (2016). *Civil liability rights and compensations*. Sixth edition (25 edition), Tehran: Khorsandi. (In Persian)

- Reed, M., Huang, J., Somers, M., Hsueh, L., Graetz, I., Millman, A., & et al. (2023). Telemedicine versus in-person primary care: treatment and follow-up visits. *Ann Intern Med*, 176(10), 1349-1357.
- Sadat Akhavi, M. (2015). Basis and Goal of Physicians' Disciplinary Liability and the Moral End of Medical Law. *Medical Law Journal*, 9 (32), 11-52. (In Persian)
- Saei, M. H., & Saghafi, M. (2014). Telemedicine Study in Terms of Legal. *Medical Law Journal*, 8(28), 143-166. (In Persian)
- Safaei, H., & Rahimi, H. (2013). *Civil liability (Requirements outside the contract)*. Tehran: Samt. (In Persian)
- Saghafi, M., & Sharifi, S. E. (2014). A comparative study of compulsory liability of doctors and medical centers in the legal systems of Iran and England. *Comparative Law Research*, 18(1), 49-74. (In Persian)
- Siah-Beidi Kermanshahi, S., & Bahrampouri, R. (2018). The law governing civil liability claims: A discussion on the evolution of the rules for resolving conflict of laws in civil liability claims. *Quarterly Journal of Judgment (Judicial Judgment Studies)*, 7(25), 39-48. Doi: 10.22106/jcr.2018.87746.1165, (In Persian)
- Tabatabaei, S. M. S., & Sheneivar, G. (2016). A Comparative Study of the Law Governing the Civil Liability in Iranian and English Law from the Conflict of Laws' Perspective. *Journal of Comparative Law*, 2(2), 25-44. (In Persian)
- Tarn, D. M., Hintz, C., Mendez-Hernandez, E., Sawlani, S. P., & Bholat, M. A. (2021). Using virtual visits to care for primary care patients with COVID-19 symptoms. *The J Am Board Fam Med*, 34(Suppl), S147-S151.