أنواع الأخطاء الطبية وآليات عمل مؤسسات الطب العدلي؛
دراسة مقارنة بين القانون العراقي والإيراني

د. عباس منصور أبادي
أستاذ مستشار في القانون الجنائي بجامعة طهران، إيران. (المؤلف المسؤول)
behmansour@ut.ac.ir

د. مهدي خاقاني إصفهاني
أستاذمساعد في القانون الجنائي بأكاديمية البحث والتطوير في العلوم الإنسانية (سمت)، طهران، إيران.

صهيب سالم عز الدين
باحث دكتوراه في القانون الجنائي بجامعة طهران، إيران.

الكلمات المفتاحية: الأخطاء الطبية؛ المسؤولية الجنائية الطبية؛ الطب العدلي؛ الإثبات الجنائي؛ القانون العراقي والإيراني .

كيفية اقتباس البحث
أبادي، عباس منصور ، مهدي خاقاني إصفهاني ، صهيب سالم عز الدين أنواع الأخطاء الطبية وآليات عمل مؤسسات الطب العدلي؛دراسة مقارنة بين القانون العراقي والإيراني،مجلة مركز بابل للدراسات الانسانية، تشرين الثاني ٢٠٢٦، المجلد:١٦ ،العدد:١١ .

هذا البحث من نوع الوصول المفتوح مرخص بموجب رخصة المشاع الإبداعي لحقوق التأليف والنشر (Creative Commons Attribution) تتيح فقط للآخرين تحميل البحث ومشاركته مع الآخرين بشرط نَسب العمل الأصلي للمؤلف، ودون القيام بأي تعديل أو استخدامه لأغراض تجارية.

مفهرسة في Indexed
IASJ

مسجلة في Registered
ROAD

Types of Medical Errors and the Operational Mechanisms of Forensic Medicine Institutions: A Comparative Study of Iraqi and Iranian Law

Dr. Abbas Mansour Abadi
Associate Professor of Criminal Law and Criminology, University of Tehran, Iran. (Corresponding Author).
Email: behmansour@ut.ac.ir

Dr. Mahdi Khaghani Esfahani
Assistant Professor of Criminal Law and Criminology, The Institute for Research and Development in Humanities (SAMT) Tehran, Iran.

Sohayb Salim Ezzeddin
PhD student in Criminal Law and Criminology, University of Tehran, Iran.

Keywords Medical Errors; Medical Criminal Liability; Forensic Medicine; Criminal Evidence; Iraqi and Iranian Law.

How To Cite This Article
Abadi, Abbas Mansour , Mahdi Khaghani Esfahani , Sohayb Salim Ezzeddin, Types of Medical Errors and the Operational Mechanisms of Forensic Medicine Institutions: A Comparative Study of Iraqi and Iranian Law,Journal Of Babylon Center For Humanities Studies, November 2026,Volume:16,Issue 11.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.

Abstract

This study examines the principal forms of medical error and the operational mechanisms of forensic medicine institutions under Iraqi and Iranian law. It proceeds from the problem of the fragmentation of the rules governing medical criminal liability, the lack of a clear dividing line between occupational or professional misconduct and medical error amounting to a criminal offence, the complexities involved in proving

fault, harm, and causation, and the varying practical probative value of forensic medical reports in shaping judicial conviction. The significance of the study lies in the direct impact of these issues on the rights to life and bodily integrity, as well as in the need to ensure that physicians are not subjected to criminal liability merely because an adverse outcome has occurred, particularly in light of the expanding use of digital medical systems and electronic evidence. The study aims to classify the most significant forms of criminal medical error, particularly a physician's absence from the workplace or presence while intoxicated, refusal to provide medical care, errors in clinical examination, diagnosis, treatment, and follow-up, and breaches of the duty to supervise members of the medical teamThe principal research question is: To what extent do Iraqi and Iranian legal rules ensure a legally sound criminal characterization of the various forms of medical error and provide a reliable forensic mechanism for proving them in the context of technological transformation? The study adopts a comparative descriptive and analytical methodology by examining criminal, procedural, and health-related legal provisions, together with the regulations governing forensic medicine, and by comparing the rules of criminalization, evidence, and technical expertise in the two countries. The study concludes that criminal liability may arise from an omission or failure to act whenever such conduct creates a risk to patients' lives or health, even where no harmful result materializes, although the occurrence of harm and the existence of a causal link affect the legal characterization of the offence and the applicable penalty. This deficiency is more pronounced in Iraq, whereas the Iranian legal system demonstrates comparatively greater progress.

الملخص

تتناول هذه الدراسة صور الأخطاء الطبية وآليات عمل مؤسسات الطب العدلي في القانونين العراقي والإيراني، انطلاقًا من إشكالية تتمثل في تشتت القواعد المنظمة للمسؤولية الجنائية الطبية، وعدم وضوح الحد الفاصل بين المخالفة الوظيفية أو المهنية والخطأ الطبي الذي يرقى إلى مرتبة الجريمة، فضلًا عن تعقّد إثبات الخطأ والضرر ورابطة السببية، وتفاوت القيمة العملية لتقارير الطب العدلي في تكوين قناعة القضاء. وتتجلى ضرورة البحث في مساس هذه المسائل المباشر بالحق في الحياة والسلامة الجسدية، وبضمان عدم إخضاع الطبيب لتجريم قائم

على مجرد تحقق النتيجة الضارة، ولا سيما مع توسع استخدام الأنظمة الطبية الرقمية والأدلة الإلكترونية.

تهدف الدراسة إلى تصنيف أبرز صور الخطأ الطبي الجنائي، وبخاصة عدم وجود الطبيب في محل عمله أو وجوده في حالة سُكر، والامتناع عن تقديم الرعاية الطبية، والخطأ في الفحص السريري والتشخيص والعلاج والمتابعة، والإخلال بواجب الإشراف على أعضاء الفريق الطبي. كما تهدف إلى تحليل سير العمل في مؤسسات الطب العدلي، وبيان الفروق بين الفحص الطبي السريري والفحص الطبي العدلي، وحدود حجية التقرير العدلي، ودور التقنيات الحديثة في الوقاية من الجرائم الطبية وكشفها وإثباتها. ويتمثل السؤال الرئيس في :إلى أي مدى تكفل القواعد العراقية والإيرانية تكييفًا جنائيًا منضبطًا لصور الخطأ الطبي، وآليةً عدلية موثوقة لإثباتها، في ظل التحول التكنولوجي؟

تعتمد الدراسة المنهج الوصفي التحليلي المقارن، من خلال تحليل النصوص الجزائية والإجرائية والصحية والتعليمات المنظمة للطب العدلي، ومقارنة قواعد التجريم والإثبات والخبرة الفنية في البلدين.

وتخلص الدراسة إلى أن المسؤولية الجنائية قد تقوم عن الترك أو الامتناع متى أنشأ خطرًا على حياة المرضى أو صحتهم، ولو لم تتحقق نتيجة ضارة، مع تأثير النتيجة ورابطة السببية في الوصف الجرمي والعقوبة. كما أن توزيع المسؤولية داخل الفريق الطبي ينبغي أن يقوم على الاختصاص والسيطرة الفعلية وواجب الرقابة، لا على الصفة الوظيفية المجردة. وتبيّن أن تقرير الطب العدلي يمثل دليلًا فنيًا جوهريًا قابلًا للمناقشة والطعن، ولا يحل محل سلطة القاضي في التقدير. وأخيرًا، تسهم السجلات الإلكترونية وسلاسل الأثر الرقمي والأجهزة الذكية في تقليل الأخطاء وتعزيز الإثبات، غير أن فاعليتها ما تزال مقيدة بغياب تنظيم تشريعي متكامل، وهو قصور أشد وضوحًا في العراق، مع تقدم نسبي للنظام الإيراني.

١ – المقدمة

تُعدّ المسؤولية الجنائية الناشئة عن الأخطاء الطبية من الموضوعات الدقيقة في القانون الجنائي؛ إذ يمارس الطبيب عمله في مجال تحكمه احتمالات علمية ومخاطر علاجية قد تترتب عليها نتائج ضارة رغم مراعاة الأصول المهنية. ولذلك لا يكفي تحقق الضرر لقيام المسؤولية الجنائية، بل يلزم إثبات إخلال الطبيب بواجب قانوني أو مهني محدد، وقيام رابطة سببية بين هذا الإخلال والنتيجة، مع التمييز بين الخطأ الطبي الجنائي والمضاعفات المحتملة والاجتهاد العلاجي المقبول والمخالفة المهنية التي لا تبلغ حدّ التجريم.

وتزداد دقة الموضوع في القانونين العراقي والإيراني بسبب توزّع الأحكام المنظمة للمسؤولية الطبية بين قوانين العقوبات، وتشريعات مزاولة المهن الصحية، والأنظمة والتعليمات المهنية، وقواعد الإثبات والخبرة. كما يثير تعدد المتدخلين في تقديم الرعاية الصحية، وتفاوت الإمكانات المتاحة، وتداخل حالة المريض السابقة مع السلوك الطبي، صعوباتٍ في تحديد مصدر الخطأ ونسبته إلى المسؤول عنه، ولا سيما في حالات غياب الطبيب أو امتناعه عن تقديم الرعاية، والخطأ في الفحص أو التشخيص أو العلاج والمتابعة، والإخلال بواجب الإشراف على أعضاء الفريق الطبي.

وفي هذا السياق، «يؤدي الطب العدلي دورًا محوريًا في بيان طبيعة الإصابة أو سبب الوفاة، وتقييم مدى مراعاة الأصول العلمية والمهنية، وتحديد أثر السلوك الطبي في النتيجة. ومع ذلك، يظل التقرير الطبي العدلي دليلًا فنيًا يخضع لتقدير المحكمة ومناقشة الخصوم»[١]، ولا يحل محل القضاء في التكييف القانوني وتقرير المسؤولية. وقد أضاف استخدام السجلات الإلكترونية والأجهزة الذكية وتقنيات التشخيص الحديثة أبعادًا جديدة تتعلق بتحديد مصدر الخلل وسلامة الأدلة الرقمية وتوزيع المسؤولية بين الطبيب والفريق الطبي والمؤسسة الصحية.

وعليه، تتمحور الدراسة حول مدى كفاية القواعد العراقية والإيرانية في ضبط التكييف الجنائي لصور الخطأ الطبي، ومدى فاعلية مؤسسات الطب العدلي وتقاريرها في إثباته، ولا سيما في ظل التطور التكنولوجي المتسارع. وتتناول هذه المسائل في إطار مقارن يكشف أوجه الاتفاق والاختلاف بين النظامين، تمهيدًا لتقييم قدرتهما على تحقيق التوازن بين حماية حياة المريض وسلامته وبين ضمان عدم مساءلة الطبيب جنائيًا لمجرد تحقق نتيجة علاجية ضارة.

٢- أهمية البحث

تنبع أهمية هذا البحث من الطبيعة الخاصة للأخطاء الطبية، بوصفها واقعة تقع في منطقة شديدة الحساسية بين مقتضيات الحماية الجنائية للحق في الحياة والسلامة الجسدية من جهة، ومتطلبات استمرار العمل الطبي وتمكين الطبيب من أداء وظيفته العلاجية في نطاق من الحرية المهنية المعتبرة من جهة أخرى. فالعمل الطبي، خلافًا لكثير من الأنشطة التي يتدخل القانون الجنائي لتنظيمها، عمل مشروع ونافع في أصله، غير أنه ينطوي بطبيعته على قدر من المخاطر والاحتمالات العلمية التي قد تفضي إلى نتيجة ضارة حتى مع مراعاة الأصول الطبية المتعارف عليها. ومن ثم، لا يجوز اعتبار كل ضرر طبي دليلًا بذاته على وقوع جريمة، كما لا يصح في المقابل أن تتحول خصوصية المهنة الطبية إلى وسيلة تحول دون مساءلة الطبيب عند ثبوت إخلاله الجسيم بواجبات الحيطة والعناية أو امتناعه غير المشروع عن تقديم الرعاية

اللازمة. وتأسيسًا على ذلك، تكتسب الدراسة أهميتها من سعيها إلى بناء توازن قانوني بين حماية المريض من الأخطاء المستوجبة للمساءلة، وحماية الطبيب من إسناد جنائي يقوم على النتيجة الضارة وحدها دون إثبات السلوك الخاطئ ورابطة السببية والركن المعنوي.

وتظهر الأهمية النظرية للبحث في الحاجة إلى ضبط مفهوم الخطأ الطبي الجنائي وتمييزه عن المفاهيم المتداخلة معه؛ ولا سيما المضاعفات الطبية المتوقعة، والمخاطر الملازمة للعلاج، والخطأ المهني أو التأديبي، والاجتهاد الطبي المقبول. «ويترتب على عدم وضوح هذه الحدود اضطراب في التكييف القانوني، إذ قد يُعامل الخطأ البسيط أو الاختلاف العلمي في اختيار وسيلة العلاج بوصفه جريمة، أو تُختزل واقعة الإهمال الجسيم في مجرد مخالفة مهنية. ويزداد الأمر تعقيدًا لأن الخطأ الطبي قد يتخذ صورة فعل إيجابي، كالتشخيص أو العلاج الخاطئ»[٢]، وقد يقع بطريق الترك أو الامتناع، كعدم حضور الطبيب إلى محل عمله، أو الامتناع عن إسعاف المريض، أو إهمال متابعة حالته. ولذلك فإن تحديد القيمة الجنائية لكل صورة يقتضي بيان مصدر الواجب، وطبيعة الخطر، ومدى قابلية النتيجة للتوقع، وقدرة الطبيب على التدخل، والظروف الواقعية والمهنية المحيطة بالسلوك.

وترتبط بذلك ضرورة دراسة أركان المسؤولية الجنائية الطبية على نحو يراعي خصوصية النشاط العلاجي. فالركن المادي لا يُستخلص من مجرد وقوع الوفاة أو الإصابة، وإنما يتطلب إثبات انحراف محدد عن السلوك المهني الواجب، فضلًا عن قيام رابطة سببية بين ذلك الانحراف والنتيجة. «وهذه الرابطة كثيرًا ما تكون مركبة في المجال الطبي بسبب تداخل حالة المريض السابقة، وطبيعة المرض، واستجابة الجسم للعلاج، وتأخر المريض في مراجعة المؤسسة الصحية، ونقص الأجهزة أو الأدوية، وعدوى المستشفيات، وتعدد المتدخلين في العملية العلاجية. أما الركن المعنوي، فإن غالبية صوره تقوم على الخطأ غير العمدي المتمثل في الإهمال أو الرعونة أو عدم الاحتراز أو مخالفة القوانين والأنظمة والتعليمات.»[٣] ومن هنا تبرز ضرورة اعتماد معيار موضوعي مرن يقيس سلوك الطبيب بسلوك طبيب مماثل له في التخصص والخبرة، ويأخذ في الاعتبار حالة الاستعجال والإمكانات المتاحة والظروف المحيطة، بدل إخضاع المسؤولية لتقدير مجرد يتأثر بجسامة النتيجة اللاحقة.

وتتجلى الأهمية التشريعية للدراسة في تفرق الأحكام المنظمة للمسؤولية الطبية بين قوانين العقوبات، وقوانين مزاولة المهن الصحية، والأنظمة والتعليمات الوزارية، وقواعد السلوك المهني والإثبات والخبرة. وقد يؤدي هذا التعدد إلى غموض مصدر الالتزام الطبي، وتداخل المسؤوليات الجنائية والمدنية والتأديبية، وعدم وضوح العتبة التي تبرر تدخل القانون الجنائي. وتبدو الحاجة

إلى البحث أكثر إلحاحًا في إطار المقارنة بين العراق وإيران؛ لأن النظامين، على الرغم من تقاربهما في بعض الخلفيات الثقافية والدينية والتاريخية، يختلفان في البناء التشريعي والمؤسسي وفي تنظيم المسؤولية الطبية والطب العدلي ومسارات الخبرة الفنية. وتتيح المقارنة الكشف عن مواطن القوة والقصور في كل نظام، وتحديد مدى إمكان الإفادة من الحلول التي تبناها أحدهما لمعالجة الفراغ أو التباين الموجود في النظام الآخر، بدل الاكتفاء بعرض النصوص الوطنية بصورة منفصلة .

كما تكتسب الدراسة أهمية قضائية وإثباتية خاصة؛ لأن الجريمة الطبية من المسائل التي يصعب على القاضي حسمها بالمعرفة القانونية المجردة، إذ يتوقف الفصل فيها غالبًا على مسائل فنية تتصل بمعيار الرعاية الطبية، وسلامة التشخيص والعلاج، ومدى إمكان تجنب النتيجة، وتحديد العامل المؤثر في وقوعها. ومن ثم، يؤدي الطب العدلي دورًا جوهريًا في تحويل الوقائع الطبية الفنية إلى معطيات قابلة للتقييم القضائي. غير أن أهمية التقرير الطبي العدلي لا تعني منحه قوة ملزمة مطلقة، لأن تحديد المسؤولية الجنائية والتكييف القانوني يظلان من اختصاص القضاء. ولذلك تتأكد ضرورة البحث في منهج إعداد التقرير، وكفاءة الطبيب العدلي واستقلاله، ومدى استناده إلى الفحوص والوثائق والسجلات، وحق الخصوم في مناقشته والطعن فيه، وحدود سلطة القاضي في الأخذ به أو طرحه أو طلب خبرة تكميلية. ويؤدي ضبط هذه المسائل إلى حماية مزدوجة؛ فهو يمنع إدانة الطبيب استنادًا إلى تقرير غير مستوفٍ للمتطلبات العلمية، ويحول في الوقت نفسه دون ضياع حقوق المريض بسبب قصور فني أو إجرائي في إثبات الواقعة.

وتتبع الأهمية المؤسسية والمهنية للبحث من تحول الممارسة الطبية المعاصرة من نشاط فردي يقوم به طبيب واحد إلى عمل جماعي تشترك فيه فرق متعددة التخصصات، تشمل الأطباء والممرضين والصيادلة والعاملين في المختبرات والأشعة وإدارات المؤسسات الصحية. وفي هذا السياق، لا يكون من العدل إسناد النتيجة الضارة إلى الطبيب الأعلى مرتبة أو الأقرب إلى المريض لمجرد صفته الوظيفية، بل ينبغي توزيع المسؤولية بحسب الاختصاص، وواجب التدخل، والسيطرة الفعلية على مصدر الخطر، والقدرة على منع النتيجة. كما تظهر الحاجة إلى تحديد مسؤولية المشرف عن الإخلال بالرقابة على تابعيه، ومسؤولية الإدارة الصحية عن نقص التدريب أو المعدات أو البروتوكولات، بحيث لا يُحمّل الفرد نتائج خلل مؤسسي يتجاوز نطاق سلطته الفعلية.

Journal Of Babylon Center For Humanities Studies 2026 Volume :16 Issue : 11
(ISSN): 2227-2895 (Print) (E-ISSN):2313-0059 (Online)

وتتعزز ضرورة الدراسة من منظور حقوق الإنسان والسياسة الجنائية. فالإفراط في التجريم قد يؤدي إلى انتشار الطب الدفاعي، حيث يتجنب الأطباء الحالات المعقدة أو التدخلات عالية الخطورة، أو يفرطون في طلب الفحوص والإحالات خشية الملاحقة، بما يرفع تكلفة الرعاية ويؤخر العلاج ويضر بالمريض والمرفق الصحي. وعلى النقيض، فإن التساهل في مساءلة حالات الإهمال الجسيم يقوض الثقة في المؤسسات الصحية والقضائية ويضعف الردع ويهدد حقوق المرضى. ولهذا ينبغي أن يظل القانون الجنائي ملاذًا أخيرًا يُستخدم عندما يبلغ الإخلال درجة من الجسامة تبرر العقاب، مع إبقاء الأخطاء الأقل جسامة ضمن نطاق المسؤولية المدنية أو التأديبية وفقًا لطبيعتها وآثارها.

وأخيرًا، تبرز ضرورة البحث في ضوء التحول التكنولوجي المتسارع في المجال الطبي، وما صاحبه من انتشار السجلات الصحية الإلكترونية، والأجهزة التشخيصية الذكية، والأنظمة الرقمية، ونظم دعم القرار الطبي. فهذه التقنيات يمكن أن تسهم في الوقاية من الأخطاء، وتوثيق مراحل الرعاية، وتحديد أوقات التدخل وهوية القائم به، وتعزيز إثبات الخطأ أو نفيه. لكنها تثير في المقابل إشكالات تتعلق بصحة الدليل الإلكتروني وسلامته، وحماية البيانات الطبية، ونسبة الخطأ إلى الطبيب أو المؤسسة أو مصمم النظام، والتمييز بين خطأ التشغيل والخلل التقني وقصور الإشراف. وبذلك لا تقتصر قيمة البحث على معالجة الصور التقليدية للخطأ الطبي، بل تمتد إلى اختبار قدرة القانونين العراقي والإيراني ومؤسسات الطب العدلي فيهما على مواكبة بيئة طبية رقمية متغيرة. ومن ثم، يُنتظر أن تسهم الدراسة في ترشيد السياسة الجنائية، وتوحيد المعايير الفنية والإثباتية، وتعزيز الثقة بين المريض والطبيب والقضاء، بما يحقق حماية فعالة للسلامة الجسدية من دون تحويل الممارسة الطبية إلى نشاط محاط بتهديد جنائي دائم.

٣- مخطط البحث

اقتضت الطبيعة المركّبة لموضوع البحث تقسيمه إلى مبحثين مترابطين، تسبقهما مقدمة تتضمن الإطار العام للدراسة، وأهميتها، وموقعها من الدراسات السابقة، والمنهج المعتمد فيها. خُصّص المبحث الأول لتأصيل المسؤولية الجنائية الناشئة عن الأخطاء الطبية، من خلال بيان أصول ممارسة مهنة الطب والطبيعة القانونية للواجبات الملقاة على عاتق الطبيب، ثم تصنيف أبرز صور الإخلال بهذه الواجبات، سواء اتخذت صورة فعل إيجابي أم امتناع، وسواء تعلقت بوجود الطبيب وصلاحيته لأداء العمل، أم بتقديم الرعاية، أم بالفحص والتشخيص والعلاج والمتابعة، أم بالإشراف على أعضاء الفريق الطبي. ويهدف هذا المبحث إلى ضبط الحد الفاصل

بين المخالفة المهنية والخطأ الطبي ذي الوصف الجنائي، في ضوء أركان المسؤولية وقواعد الإسناد ورابطة السببية في القانونين العراقي والإيراني.

أما المبحث الثاني، فقد خُصّص لبيان آليات عمل مؤسسات الطب العدلي ودورها في كشف الأخطاء الطبية وإثباتها؛ وذلك عبر تحديد الاختصاص المؤسسي لهذه الجهات، والتمييز بين الفحص الطبي السريري والفحص الطبي العدلي، وتحليل المراحل الفنية والإجرائية لإعداد التقارير العدلية. كما يتناول هذا المبحث القيمة الإثباتية لتلك التقارير، وحدود سلطة الخبير الطبي إزاء سلطة القاضي، ووسائل الاعتراض على الخبرة ومناقشتها، فضلًا عن أثر السجلات الإلكترونية والأجهزة الذكية والأدلة الرقمية في الوقاية من الأخطاء الطبية وتحديد المسؤول عنها. وينتهي البحث بخاتمة تُجمع فيها أبرز النتائج المستخلصة من المقارنة، وتُطرح على أساسها توصيات تشريعية ومؤسسية وإجرائية ترمي إلى إحكام تنظيم المسؤولية الطبية وتعزيز موثوقية الخبرة العدلية في كلا النظامين.

٤ – منهج البحث

اعتمد البحث المنهج الوصفي التحليلي المقارن، من خلال عرض صور الأخطاء الطبية وآليات عمل مؤسسات الطب العدلي، وتحليل النصوص الجنائية والإجرائية والصحية المنظمة لها في القانونين العراقي والإيراني. كما استُخدم المنهج الاستقرائي في تتبع الآراء الفقهية والدراسات السابقة والتطبيقات القضائية والتقارير الطبية العدلية ذات الصلة، والمنهج الاستنباطي لاستخلاص الضوابط الحاكمة للتكييف الجنائي والإثبات. وتُوظَّف المقارنة لبيان أوجه الاتفاق والاختلاف بين النظامين، وتقييم مدى كفاية قواعدهما في ضبط المسؤولية الجنائية الطبية وحجية الخبرة العدلية في ظل التطور التكنولوجي.

المبحث الأول

أصول ممارسة مهنة الطب والطبيعة القانونية لواجب الطبيب

يقصد بأصول ممارسة مهنة الطب مجموعة القواعد العلمية والمهنية والتنظيمية التي يتعين على الطبيب مراعاتها منذ استقبال المريض وحتى انتهاء مرحلة العلاج والمتابعة.[٤] ولا يقتصر مفهوم هذه الأصول على صحة التشخيص أو اختيار العلاج، بل يشمل كذلك حضور الطبيب إلى مقر عمله، ومباشرته واجباته بنفسه، وعدم تفويض الأعمال الطبية إلى غير المرخص لهم، وامتلاكه القدرة العقلية والجسدية الكافية لأداء العمل.

وبناءً على ذلك، يمكن ردّ الالتزامات الأساسية للطبيب إلى أربعة عناصر مترابطة:

المطلب الأول: الالتزام الشخصي بأداء العمل الطبي، لأن الترخيص والخبرة والتخصص صفات مرتبطة بشخص الطبيب، ولا يجوز له أن يعهد بالمهام العلاجية الجوهرية إلى شخص غير مؤهل أو غير مرخص. يقوم الالتزام الشخصي على الاعتبار المهني في شخص الطبيب؛ إذ إن إباحة المساس بجسم المريض تتحدد بنطاق ترخيصه وكفاءته وتخصصه، فلا يجوز له أن يتخلى لغير المؤهل عن سلطة التشخيص أو وصف العلاج أو إجراء التدخل الطبي.[٥] ولا يتعارض ذلك مع الاستعانة بأعضاء الفريق الصحي، ما دامت الأعمال المفوَّضة داخلة في اختصاصهم وتُنجز تحت إشراف الطبيب ورقابته الفعلية.[٦] فإذا أسند الطبيب عملًا طبيًا جوهريًا إلى غير مرخص له، عُدَّ ذلك إخلالًا مستقلًا بواجب الحيطة، ولا يعفيه من المسؤولية مجرد وقوع الفعل المادي من الشخص المفوَّض إليه.[٧]

المطلب الثاني: الالتزام الزمني، ويعني حضور الطبيب في الوقت المحدد وعدم التأخر عن تقديم الرعاية، ولا سيما في أقسام الطوارئ التي يرتبط العمل فيها بعنصر السرعة ومواجهة خطر وشيك على الحياة. لا يُختزل الالتزام الزمني في مجرد احترام ساعات الدوام، بل يقتضي مباشرة التقييم والتدخل الطبيين ضمن المدة التي تفرضها درجة استعجال الحالة؛ لأن التأخير قد يحوّل خطرًا قابلًا للاحتواء إلى ضرر محقق.[٨] ويشتد هذا الواجب في الطوارئ، حيث يحظر على الطبيب الامتناع عن العلاج قبل استقرار المريض، ويلزمه، ولو خرج الإجراء عن تخصصه، بإجراء الإسعافات الضرورية وتأمين إحالته المناسبة.[٩] ويُقدَّر الخطأ الزمني بمقارنة زمن الاستجابة الفعلي بالزمن الذي كان سيلتزم به طبيب يقظ من التخصص نفسه وفي الظروف ذاتها، مع مراعاة الإمكانات المتاحة وعدد الحالات المتزامنة.[١٠] ولا تقوم المسؤولية الجنائية عن مجرد التأخر الإداري، بل يجب إثبات أن التأخر غير المبرر أنشأ خطرًا محظورًا أو أسهم سببيًا في تفاقم الإصابة أو الوفاة.

المطلب الثالث: الالتزام بالوعي والأهلية المهنية الفعلية، فلا يكفي الحضور الشكلي إذا كان الطبيب في حالة سكر أو تحت تأثير مادة تمنعه من التقدير السليم واتخاذ القرار الطبي. يُشترط في الطبيب، عند مباشرة العمل، أن تكون ملكاته الإدراكية والجسدية صالحة للفحص والتقدير واتخاذ القرار؛ لأن الترخيص المهني لا يغطي أداءً صادرًا في حالة اختلال وظيفي ظاهر.[١١] ويُعدّ إقدامه على العلاج تحت تأثير مسكر أو مخدر إخلالًا س[١٢]ابقًا على الخطأ الفني ذاته، إذ يكون قد أنشأ بإرادته خطرًا غير مأذون به على حياة المريض وسلامته[١٣]. ويمتد الحكم إلى الأدوية الموصوفة والإرهاق المرضي الحاد متى ثبت تأثيرهما الفعلي في الانتباه أو التناسق الحركي، من دون مساواتهما تلقائيًا بحالة السكر الاختياري. وتُحدَّد المسؤولية بفحص درجة

الاختلال وصلتها بالسلوك الطبي والنتيجة، اعتمادًا على التحاليل والسجلات والشهادات والقرائن الرقمية، لا على مجرد الاشتباه أو المظهر الخارجي[4].

المطلب الرابع: الالتزام بالقواعد العلمية والبروتوكولات العلاجية، مع مراعاة أن المهنة الطبية لا تقوم على التطبيق الآلي للنصوص، بل تتيح للطبيب قدرًا من التقدير الفني، بشرط أن يستند إلى أسس علمية معترف بها. ويترتب على هذه الطبيعة المركبة أن الخطأ الطبي قد يكون خطأً فنيًا يتعلق بالفحص أو العلاج، وقد يكون خطأً وظيفيًا يتمثل في الغياب أو ترك العمل، وقد يجمع بين النوعين عندما يؤدي الإخلال الوظيفي إلى تعطيل العلاج أو إحداث ضرر بالمريض.

المبحث الثاني

عدم وجود الطبيب في محل عمله أو حضوره في حالة سكر

يمثّل وجود الطبيب في مقر عمله متمتعًا بالوعي والأهلية الفعلية شرطًا لازمًا لأداء واجبه المهني؛ فلا يتحقق الالتزام بالحضور الشكلي إذا كان غائبًا أو عاجزًا عن تقديم الرعاية السليمة بسبب السكر. وقد ينهض هذا السلوك أساسًا للمسؤولية الجنائية متى أنشأ خطرًا غير مشروع على المريض أو أفضى إلى تأخير العلاج أو وقوع نتيجة ضارة ترتبط به سببيًا.

المطلب الأول: عدم الوجود بوصفه إخلالًا وظيفيًا وجنائيًا

يمثل غياب الطبيب عن محل عمله، خصوصًا في أقسام الطوارئ، من أخطر صور الإخلال بالواجب الطبي؛ لأن طبيعة هذه الأقسام تقوم على احتمال ورود حالات عاجلة في أي وقت. ولذلك لا يُقاس واجب الحضور بعدد المرضى الموجودين وقت الغياب، وإنما باحتمال الحاجة الفورية إلى التدخل الطبي.

ولا يقتصر أثر الغياب على قيام المخالفة التأديبية، بل قد يثير المسؤولية الجنائية متى كان من شأن الترك أو الامتناع أن يجعل حياة الناس أو صحتهم في خطر[١٤]. ويستند هذا التصور إلى اعتبار بعض صور الغياب **جرائم خطر** لا يشترط فيها تحقق وفاة أو إصابة فعلية، ما دام السلوك قد أنشأ خطرًا حقيقيًا على المصلحة المحمية.

وتزداد جسامة السلوك إذا كان الغياب متكررًا أو منظمًا أو تم باتفاق عدد من الأطباء على ترك المؤسسة الصحية أو تعطيل العمل فيها[١٥]. كما يجب ألا ينحصر التحقيق في الطبيب الغائب إذا ثبت أن الظاهرة ناتجة عن خلل إداري أو نقص في تنظيم الخفارات أو سوء توزيع الأطباء؛ إذ قد تمتد المسؤولية إلى الجهات الإدارية التي علمت باستمرار المخالفة ولم تتخذ الإجراءات اللازمة لمنعها.

المطلب الثاني: الغياب دون تحقق نتيجة ضارة

لا يمنع عدم وقوع ضرر فعلي من مساءلة الطبيب عن ترك العمل، متى كان الغياب صالحًا بطبيعته لتعريض حياة المرضى أو صحتهم للخطر. وقد لا تقع النتيجة الضارة لأسباب عارضة، مثل عدم ورود حالة طارئة خلال فترة الغياب، أو قيام طبيب آخر بالتدخل، أو إحالة المريض إلى مستشفى آخر.

ولا تنفي هذه الاحتمالات خطورة السلوك، لأن عدم تحقق الضرر قد يرجع إلى تدخل سبب خارجي لا علاقة له بإرادة الطبيب الغائب. ولذلك يبقى الغياب محل مساءلة بقدر ما يعكس إخلالًا متعمدًا بواجب الحضور وتعطيلًا محتملًا للمرفق الصحي. أما إذا تم الاتصال بالطبيب وإبلاغه بوجود حالة عاجلة تستوجب حضوره، ثم رفض الحضور مع علمه بالخطر، فقد ينتقل السلوك من مجرد مخالفة واجب وظيفي إلى **امتناع عمدي عن أداء الواجب**؛ لأن الطبيب يكون قد علم بالواقعة وتوقع ما قد يترتب على عدم تدخله، ومع ذلك قبل بالمخاطرة.

المطلب الثالث: الغياب المقترن بنتيجة ضارة

إذا ترتب على عدم وجود الطبيب إصابة المريض أو وفاته، وجب الانتقال من بحث جريمة الخطر إلى بحث جريمة النتيجة، وذلك من خلال إثبات ثلاثة عناصر: وجود واجب قانوني ومهني يفرض على الطبيب الحضور والتدخل، إمكان قيام الطبيب، لو كان حاضرًا، بإجراء طبي من شأنه منع النتيجة أو تقليل احتمال وقوعها.، ثبوت رابطة سببية بين الغياب والضرر.[١٦] وتتسم السببية في هذه الحالات بالتعقيد؛ فقد يصل المريض إلى المستشفى مصابًا بجروح خطيرة سببها شخص آخر، ثم تسهم عدم معالجة الإصابة في الوفاة. هنا تتعدد الأسباب بين الفعل الأول المنشئ للإصابة، والامتناع الطبي اللاحق الذي حال دون إنقاذ المريض.

ولا يؤدي تعدد الأسباب بالضرورة إلى نفي مسؤولية الطبيب، بل يتطلب تحديد القيمة السببية لكل عامل. فإذا ثبت أن التدخل الطبي في الوقت المناسب كان قادرًا بدرجة معتبرة على إنقاذ المريض، فإن امتناع الطبيب أو غيابه قد يعد سببًا مساهمًا في النتيجة. أما إذا كانت الوفاة حتمية طبيًا ولا يمكن منعها حتى مع التدخل، فإن رابطة السببية بين الغياب والوفاة لا تقوم، مع بقاء المسؤولية عن ترك الوظيفة أو تعريض المرفق للخطر.

المطلب الرابع: إثبات عدم وجود الطبيب

يمكن إثبات الغياب بوسائل متعددة، من أهمها: أقوال العاملين في أقسام الطوارئ، بمن فيهم الكوادر التمريضية والصحية والصيادلة ومساعدو التخدير، تسجيلات كاميرات المراقبة الموجودة في مداخل المستشفى وممراته وأقسامه، البيانات المكانية المستمدة من هاتف الطبيب وأبراج

الاتصالات، وفق الضوابط القانونية للإثبات، السجلات الطبية وملف المريض وأوراق المختبر والصيدلية وتقارير الفحص، مضاهاة التوقيعات والخطوط لتحديد من قام بالفعل بتدوين البيانات أو إصدار الأوامر الطبية. وتُظهر هذه الوسائل أهمية الأدلة الرقمية والمادية في إثبات الحضور الفعلي، وعدم الاكتفاء بسجلات الدوام الشكلية أو التوقيعات التي قد لا تعكس الواقع.

المطلب الخامس: حضور الطبيب في حالة سكر

الحضور إلى العمل في حالة سكر أخطر من الغياب في بعض الحالات؛ لأن الطبيب يوجد في المؤسسة ويباشر اتخاذ قرارات علاجية، بينما تكون قدرته على الإدراك والتمييز والتنسيق الحركي متأثرة. ولا يكفي لإثبات السكر مجرد الاشتباه أو رائحة الكحول، بل ينبغي الاستناد إلى قرائن وفحوص موضوعية، مثل فحص نسبة الكحول أو المواد المخدرة، وملاحظة السلوك واضطراب الكلام والحركة، وشهادة العاملين، وفق إجراءات تحفظ سلامة الدليل.

ومن حيث التكييف، قد يُنظر إلى مباشرة العمل في حالة سكر على أنها خطأ غير عمدي مشدد إذا أدى ضعف الإدراك إلى وقوع خطأ علاجي. غير أن المادة محل الدراسة تميل إلى اعتبارها أقرب إلى السلوك العمدي أو القصد الاحتمالي؛ لأن الطبيب يتعاطى المادة بإرادته، ويعلم أن عمله يتطلب وعيًا كاملًا، ثم يقبل مباشرة المهنة رغم احتمال الإضرار بالمريض.

المبحث الثالث

امتناع الطبيب عن تقديم الرعاية الطبية

يختلف الامتناع عن الغياب؛ ففي الامتناع يكون الطبيب حاضرًا وقادرًا من حيث الأصل على أداء العمل، لكنه يرفض تقديم الرعاية. وتكمن خطورته في أن المريض يصل إلى المؤسسة الصحية معتمدًا على توافر الخدمة، ولا سيما في الحالات الطارئة التي لا تحتمل التأخير.

وتتقيد حرية الطبيب في اختيار المرضى أو رفض علاجهم في أقسام الطوارئ، لأن طبيعة الوظيفة تفرض عليه التدخل لإنقاذ الحياة، وقد يباشر العلاج الضروري حتى دون الحصول على الموافقة إذا كان التأخير يهدد حياة المريض.

المطلب الأول: الامتناع بسبب خطر غير طبي

قد يواجه الطبيب خطرًا لا يتعلق بالمرض ذاته، وإنما بظروف أمنية أو عسكرية أو بوجود متفجرات أو ذخائر غير منفجرة داخل جسد المصاب. وفي هذه الحالات يجب التمييز بين واجب تقديم المساعدة الطبية وبين إجبار الطبيب المدني على مواجهة خطر لا يملك التدريب أو الوسائل اللازمة للتعامل معه.

فلا يجوز تحميل الطبيب التزامًا يؤدي إلى التضحية المؤكدة بحياته، كما لا يجوز ترك المصاب من دون إسعاف. والحل المؤسسي يتمثل في توفير فرق متخصصة ومستشفيات عسكرية وطواقم تجمع بين التدريب الطبي والأمني، والاستعانة بأطباء متطوعين أو ذوي خبرة خاصة في البيئات القتالية.

وعليه، قد يكون الامتناع مبررًا إذا كان الخطر غير الطبي حقيقيًا وجسيمًا ويتعذر دفعه بوسائل الحماية المعتادة. أما إذا أمكن عزل الخطر أو الاستعانة بجهة مختصة أو تقديم إسعاف أولي آمن، فلا يجوز اتخاذ الخطر ذريعة لرفض كل تدخل.

المطلب الثاني: الامتناع بسبب خطر طبي معلوم

لا يُقبل امتناع الطبيب عن علاج مريض مصاب بمرض انتقالي معروف إذا كانت وسائل الوقاية متاحة. فمخاطر العدوى جزء متوقع من العمل الطبي، وقد وُضعت لمواجهتها قواعد مكافحة العدوى ومعدات الوقاية الشخصية والتعقيم والعزل.

وتشمل واجبات الطبيب في هذه الحالة: استخدام القفازات والملابس الواقية والنظارات والكمامات المناسبة، تعقيم الأجهزة والأدوات الجراحية، اتباع بروتوكولات العزل ومكافحة العدوى، حماية بقية المرضى والعاملين من انتقال المرض. وبالتالي، فإن وجود خطر العدوى لا يبيح الامتناع المطلق، بل يفرض رفع مستوى الاحتياط المهني[١٧].

المطلب الثالث: الامتناع في مواجهة خطر طبي جديد

ينطبق الحكم ذاته من حيث الأصل على الأمراض المستجدة والأوبئة. فحداثة المرض لا تعفي الطبيب من واجب العلاج، لكنها قد تؤثر في معيار العناية المطلوبة وفق مستوى المعرفة العلمية المتاحة وقت الواقعة. ويجب على المؤسسة الصحية توفير معدات الوقاية والتدريب والمعلومات اللازمة، لأن عدم توفيرها قد ينقل جزءًا من المسؤولية من الطبيب الفرد إلى الإدارة الصحية.

المطلب الرابع: الامتناع دون عذر مشروع

يكون الامتناع أكثر وضوحًا عندما يرفض الطبيب معالجة مريض بسبب خلاف إداري، أو اعتراضه على إحالة المريض من مستشفى آخر، أو وقوع مشادة مع ذوي المريض. فالأخطاء التي ارتكبتها الجهة المحيلة لا تبرر ارتكاب خطأ جديد، كما أن سوء تصرف المرافقين لا يجوز أن يؤدي إلى معاقبة المريض بحرمانه من العلاج.

وفي هذه الحالات يجب على الطبيب تقديم الرعاية أولًا، ثم اللجوء إلى الوسائل القانونية والإدارية، كإبلاغ الشرطة أو إدارة المؤسسة أو تقديم شكوى ضد المعتدي. أما إذا امتنع وهو يعلم

بأن حالة المريض حرجة، فقد تقوم مسؤوليته عن جريمة عمدية بطريق الترك، وتشتد المسؤولية إذا أدى الامتناع إلى الوفاة.

المبحث الرابع

الخطأ في الفحص والتشخيص والعلاج

تمر الرعاية العلاجية بثلاث مراحل مترابطة: الفحص، والتشخيص، والعلاج. ويترتب على الخطأ في المرحلة الأولى انتقال آثار الخطأ إلى المراحل اللاحقة، ولذلك يجب تحديد المسؤول عن كل مرحلة بحسب اختصاصه والقرار الذي اتخذه.

المطلب الأول: الخطأ في الفحص السريري

الفحص السريري هو أول اتصال مهني مباشر بالمريض، ويشمل ملاحظة الأعراض، وفحص العلامات الظاهرة، وقياس المؤشرات الحيوية، والاستماع إلى شكوى المريض وتاريخه المرضي.

ويسأل الطبيب عن الخطأ إذا أغفل فحصًا أساسيًا، أو لم يسجل المؤشرات الحيوية، أو تجاهل علامة ظاهرة تدل على خطر عاجل، أو لم يطلب الفحوص المكملة التي تقتضيها الحالة. غير أن المسؤولية لا تُبنى على عدم الوصول إلى التشخيص الصحيح وحده، وإنما على إثبات أن الطبيب لم يتبع المنهج الذي كان سيتبعه طبيب مماثل في الظروف ذاتها.

المطلب الثاني: الخطأ في استخدام الأجهزة المختبرية والتشخيصية

قد يقرر الطبيب المعالج إحالة المريض إلى الأشعة أو المختبر أو المفراس أو الرنين. ويجب أن يكون هذا القرار قائمًا على موازنة بين الفائدة التشخيصية والآثار الجانبية أو المخاطر المرتبطة بالفحص. أما الطبيب أو الفني الذي يجري الفحص، فيتحمل مسؤولية سلامة التنفيذ ودقة التقرير ضمن حدود اختصاصه[١٨]. فإذا اعتمد الطبيب المعالج على تقرير خاطئ صادر عن مختص آخر، وجب التمييز بين خطأ إجراء الفحص وخطأ تفسير نتيجته. كما يجب التحقق من استيفاء شروط الفحص، كالصيام قبل بعض التحاليل، ومعايرة الأجهزة، وصلاحية المواد المختبرية.

المطلب الثالث: الخطأ في التشخيص

التشخيص هو النتيجة التي يتوصل إليها الطبيب بعد جمع الأعراض والعلامات والنتائج المختبرية والشعاعية. ولا يعد كل تشخيص غير صحيح خطأً جنائيًا، لأن بعض الأمراض تتشابه أعراضها أو تكون في مراحل مبكرة يصعب اكتشافها. وتقوم المسؤولية عندما يكون الخطأ ناشئًا

عن إهمال واضح في جمع المعلومات، أو تجاهل نتائج صريحة، أو عدم استشارة تخصص آخر رغم الحاجة، أو اعتماد استنتاج لا يستند إلى أساس علمي.

المطلب الرابع: الخطأ في العلاج الدوائي

يجب أن يراعي الطبيب عند وصف العلاج: سن المريض ووزنه وحالته العامة، الأمراض المزمنة والحساسية الدوائية، الجرعة وطريقة الإعطاء ومدة العلاج، التفاعلات بين الأدوية، التحذيرات والآثار الجانبية، ترخيص الدواء وصلاحيته ومصدره. وتفيد التحقيقات في هذا النوع من الأخطاء من إشراك الصيدلي السريري وتحليل الوصفة والنشرات الدوائية والسجلات الإلكترونية. كما ينبغي تحديد ما إذا كان الخطأ في اختيار الدواء، أو الجرعة، أو الجمع بين مواد متعارضة، أو عدم متابعة الاستجابة للعلاج.

المطلب الخامس: الخطأ في العملية الجراحية

نظرًا إلى خطورة العمل داخل صالات العمليات، تبرز أهمية أنظمة التحقق المسبق، مثل اللوحة التي تتضمن اسم المريض، ونوع العملية، وموضعها، وأسماء أعضاء الفريق، وعدد الأدوات والمستلزمات المستخدمة.

وتساعد هذه الإجراءات في منع أخطاء المريض الخطأ، أو العضو الخطأ، أو العملية الخطأ، أو ترك أداة داخل الجسد. كما تمثل وسيلة لتوزيع المسؤولية وتحديد من كان مكلفًا بكل إجراء.[١٩] وأما الخطأ في العلاج التحفظي فقد يلجأ الطبيب إلى علاج مؤقت لحين استكمال التشخيص. ويكون هذا الخيار مشروعًا إذا استند إلى ضرورة طبية وتمت متابعة الحالة. أما إبقاء المريض مدة طويلة تحت العلاج التحفظي دون طلب الفحوص أو الاستشارات اللازمة، فقد يمثل إخلالًا بواجب العناية.

المبحث الخامس

آلية العاملين فى الطبابات العدلية العراقي والإيراني وإمتيازاتها

حدد نص المادة (١٦) من قانون الطب العدلي النافذ وهو بديل المادة (١٨) من القانون الملغات على الطرق التي يلزم الطبيب العدلي ان يسلكه عند القيام بعمله اذ نصت على انه:

اولا: تحليل الوقعات الطبية العدلية المحالة من القضاء والجهات التحقيقية القضائية حصراً الى الطبابة العدلية بموجب سلسلة إدارية وفنية اصولية. وهذه الفقرة اضيفة في القانون الجديد. واستنادا الى تعلمات الطب العدلي رقم (٢) لسنة ٢٠١٦ م المادة . ١ . اولا (تلتزم دائرة الطب العدلي في بغداد واقسام الطبابة في المحافظات بتلبية طلبات السلطة القضائية والتحقيقية

المختصة واجراء الفحوصات الطبية العدلية حسب الاختصاص واخبار السلطات المذكورة عن الوقائع المشتبه بكونها جرمية والتي تردها دون علم السلطة التحقيقية). واشار الى تعلمات الطب العدلي رقم (٢) لسنة ٢٠١٦ م المادة ٢ . فقد اضافة فقرة والتي تنص (اي فحوصات طبية عدلية تستجد او يتم طلبها من الجهات القضائية او التحقيقية). وهذه الفقرة اعطة للقاضي السلطة الواسعة بارسال اي فحص قد يكون ليس من اختصاص الطب العدلي وانما من اختصاص لجان اخرى.

ثانيا: للطبيب قبل البدء بالفحص ان يطلع على الاضبارة التحقيقية الخاصة بالوقعة الطبية العدلية.

واستنادا الى نص المادة (٣) من تعلمات الطب العدلي رقم (٢) لسنة ٢٠١٦ م على ان(عند عدم مطابقة المعلومات المرسلة في استمارة الفحص، على الطبابة العدلية والطبيب الفاحص الامتناع عن الفحص وإعادة ما راسل للفحص إلى الجهة المرسلة بموجب كتاب رسمي يوضح اسباب عدم الفحص.

ثالثا: يحيل مدير عام دائرة الطب العدلي أو الطبيب العدلي في المحافظة الوقعة المتعلقة بالوفيات الي القسم أو الشعبة المختصة أو الى لجنة من ثلاثة اطباء عدليين عند الاقتضاء يتم تشكيلها بقرار من مدير عام دائرة الطب العدلي أو مدير عام دائرة صحة المحافظة.

رابعا: تعرض الوقعات المتعلقة بفحوصات الأحياء على اللجنة المنصوص عليها في البند (ثانيا) من هذه المادة.

خامسا: تقوم الطبابات العدلية التابعة للقوات المسلحة بفحص الوقعات الطبية العدلية المختلفة الخاصة بمنتسبي القوات المسلحة والمنظورة من قبل المجالس التحقيقية العسكرية او المحاكم العسكرية وحسب الضوابط المعمول بها في دائرة الطب العدلي (وهذه الفقرة اضيفة في القانون الجديد).

والمادة ٤٨ من قانون أصول المحاكم الجزائية العراقية رقم ٢٣ لسنة ١٩٧١ م "كل مكلف بخدمة عامة علم أثناء تأديته عمله أو بسبب تأديته بوقوع جريمة أو اشتبه في وقوع جريمة تحرك الدعوى فيها بلا شكوى وكل من قدم مساعدة بحكم مهنته الطبية في حالة يشتبه معها بوقوع جريمة وكل شخص كان حاضرا ارتكب جناية عليهم يخبرون فورا احد ممن ذكروا في المادة (٤٧)".

كما ان المادة (١٧) حول كيفية تنظيم التقرير الطبي العدلي وهو تغير للمادة ١٩ من القانون القديم والذي ينص على.

اولا–ينظم الطبيب العدلي او القسم المختص او اللجنة (القائمين بالفحص) تقريراً طبياً عدلياً بنتائج الفحوص ويصادق علية المدير العام لدائرة الطب العدلي أو رئيس قسم الطبابة العدلية في المحافظة.

ثانيا– تعرض الوقعات المتعلقة بتقدير العمر والوقعات الماسة بالأخلاق و الآداب العامة وفحوصات الشدة على لجنة طبية عدلية من ثلاثة أطباء يرأسها طبيب عدلي. (وهذه الفقرة اضيفة في القانون الجديد).

كما ان المادة (٢٤) اشارة حول امكانية احالة الوقعات الطبية العدلي وهو ما يقابله في للمادة (٢٦) من القانون الملغات والذي ينص على. يجوز احالة اي وقعة طبية عدلية من محافظة الى أخرى عند الاقتضاء بقرار من قاضي التحقيق المختص بعد موافقة رئيس محكمة الجنايات المختصة. كما اشارتعليمات وزارت الصحة رقم (٢) لسنة ٢٠١٦ م من المادة . ١٦ . (لا يجوز احالة اية وقعة طبية عدلية من محافظة الى اخرى الا بقرار مسبب من الجهة التحقيقية المختصة وموافقة رئيس محكمة الجنايات في المحافظة، وللجنة الطبية المشكلة في الطبابات العدلية في المحافظات استشارة دائرة الطب العدلي في بغداد في شان الواقعات الطبية العدلية.

اصدرت دائرة الطب العدلي بكتابهم ذي العدد /د.ط.ع/٢/١١٤٢٣ في ٢٠١٥/٤/١٥ م اعمام والذي جاء فيه تم بمجبه استحصال موافقة السيدة الوزيرة على عدم احالة القضايا الواردة من المحافظات التي يوجد في شعب طباباتها العدلية طبيب عدلي الى دائرة الطب العدلي بغداد وفي الحالات الصعبة التي تحتاج الى لجنة طبية ممكن ان يكون رئيس اللجنة طبيب عدلي واعضاء من الاختصاصات الطبية الاخرى كالاطباء الجراحين واطباء.

في نظام الطب العدلي الإيراني، يمكن أن يكون الطب الشرعي مصدر التأثير في ثلاثة مجالات للتحول، وهي: تقليل وقت المعالجة، وتوحيد الأصوات وحماية الحقوق العامة. التعليق على المسائل المتخصصة بدقة ودقة. اشارة المادة (٢) من القانون النافذ وهوبديل للمادة (١) من القانون الملغي وتنص على اهداف الطب العدلي: تهدف دائرة الطب العدلي إلى تنظيم عمل الطب العدلي في العراق ورفع مستوى كفاءة العاملين فيه وتطوير مهامه لمساعدة العدالة.[٢٠]

وذلك عن طريق اقامة دورات والقاء محاظرات حول كيفية عمل الطب العدلي ودوره في كشف الجريمة كما تقوم الطبابات العدلية بالمشاركة في بعض الدروس العملي لمادة الطب العدلي للمرحلة الرابعة في كلية الطب وان دائرة الطب العدلي لديها شعبة البحوث تقدم للباحثين كافة التسهيلات في مجال البحثي وهناك برنامج بحثي يتم من خلاله ادخال بيانات حول القضايا

التي ينظرها الطب العدلي وهذا البرنامج يساعد الباحثين في بحثهم كما يضمن عدم ولوج الباحث الى معلومات خاصة وسرية الموجودة في التقارير كما تقوم دائرة الطب العدلي باحصائيات شهرية وفصلية وسنوية لكافة الوقوعات التي ترد الى الطبابات العدلي وان قسم الطب العدلي كركوك لديه برنامج بحثي احصائي يعمل به من سنة ٢٠١٤ م والعمل مستمر به وهو الثاني بعد دائرة الطب العدلي بغداد.

كما ان المادة (٣) من القانون النافذ وهو بديل للمادة (٢) من القانون الملغي والذي ينص على. تعتمد دائرة الطب العدلي وأقسام الطبابة العدلية في المحافظات التحقيق أهدافها ما يأتي:

أولا – توحيد أسلوب عمل الطبابة العدلية في العراق والإشراف على تنفيذه.

ثانيا – تقديم الخبرة العلمية والفنية للقضاء والجهات التحقيقية المختصة.

ثالثا – تدريب الملاكات الطبية والصحية والفنية.

رابعا – إعداد البحوث والدراسات ذات العلاقة بالطب العدلي.

خامسا – إجراء التحليل الإحصائي لواقعات الطب العدلي.

سادسا– المساهمة في التحري عن المفقودين وأعمال المقابر الجماعيةوإجراءات الفحوصات التكميلية.

في القانون الإيراني تعتبر نظرية الطب الشرعي نظرية خبير ويجب إبلاغها للمتقاضين ولهم حق الاعتراض على رأي الخبير وفق القواعد العامة التي تحكم الخبرة.

المطلب الأول: الفروق بين الفحص الطب العدلي والفحص الطبي السريري وتأثيرها على المخالفات والجرائم الطبية

يوجد هناك فروق رئيسة بين الفحص الطبي العدلي والفحص الطبي السريري أو الاعتيادي لابد أن نوضح هذه الفروق وهي: الجدول رقم.[٢١]

الفحص الطبي السريري الاعتيادي	الفحص الطبي العدلي
١– المريض يختار الطبيب ويذهب إليه بحريته.ومراجعة أكثر من طبيب وأي مستشفى وله حق الاعتراض	١– تحال قضايا الأموات أو الأحياء أو غيرها بكتاب رسمي من جهة تحقيقية إلى الطبابة العدلية. ولا يحق له الاعتراض إلاَّ أمام القضاء
٢– قد يكون حكومياً أو أهلياً. يمكنه العمل بعد الدوام الرسمي	٢– حكومي فقط وفي مؤسسات الطب العدلي. لا يمكنه العمل بعد الدوام الرسمي إلا في الحالات الضرورية والذي يحدده القانون وفي مؤسسات الطب

	العدلي
٣- التاريخ المرضي مهم ويعول عليه في التشخيص. ويكون أكثر مصداقية	٣- التاريخ مهم لكن مع التحفظ والحذر لاحتمال كونه كاذباً للحصول على مكسب معين أو لإبعاد شبهة عن شخص معين.
٤-لا حدود لحرية الفحص السريري و المختبري إلا بما تقتضيه الأصول الطبية المعروفة	٤-الفحص مقيد بالشيء المطلوب مثلا تقدير العمر فقط.
٥. عادة الحق هنا خاص بالمريض إلا في حالات الأمراض الوبائية.	٥- الحق هنا مزدوج شخصي خاص بالمفحوص كذلك عام لكونه متعلق بالحق العام والقضاء.
٦-المسؤولية الطبية موجودة في حالة التقصيروالإهمال والتسبب بمضاعفات.،وخطأ الطبيب المعالج الذي يدفن مع مريضه احيانا	٦- المسؤولية موجودة دائماً وكل كلمة تكتب في أي تقرير طبي عدلي من الممكن إن يسأل عنها الطبيب حتى لو بعد سنين. إن خطأ الطبيب االعدلي وإنْ كان غير مقصود لا ينجو من المحاسبة والعقوبة القانونية والأدهى من ذلك هو محاسبة الضمير الذي يظل شبحاً يلاحقه حتى مماته
٧. السر الطبي موجود مع بعض المبررات لإفشائه.	٧- السر الطبي موجود بصورة أكثر حيث إن كل التقارير الطبية العدلية سرية و لا ترسل إلا إلى الجهة التحقيقية التي طلبت الفحص حصراً.
٨- بعد الفحص الطبي وتشخيص المرض يقوم الطبيب بكتابة العلاج في الوصفة الطبية أو التحضير لعملية جراحية إن كان جراحاً.	٨- بعد الفحص الطبي العدلي يقوم الطبيب الفاحص بكتابة تقرير طبي عدلي وإرساله للجهة التحقيقية التي طلبت الفحص.
٩. ينظم الطبيب شهادة والوفاة في الحالات المرضية ولا يمكنه في الحالات الجنائية أو المشتبه بها جنائياً	٩. ينظم الطبيب العدلي شهادة الوفاة للقضايا المحالة إليه من الجهات التحقيقية فقط.
١٠. قد يكون الطبيب غير اختصاصي وليس من الضروري الاستعانة بالاختصاص	١٠. يجب أن يكون الطبيب اختصاصياً ومن الضروري الاستعانة بذوي الاختصاص
١١. المريض له حرية الامتناع عن الذهاب إلى الطبيب ولا يتحمل أي تبعات قانونية	١١. لا يحق له عدم الذهاب إلى الطبيب العدلي و يحق له الامتناع عن الفحص ويتحمل تبعية ذلك قانونياً

المطلب الثاني: مدى إلتزام القضاء بتقرير الطب العدلي المشبوه والجرائم والمخالفات المرتبطة

في القانون الايراني الطب الشرعي، مثل أي مؤسسة ومجموعة، له واجبات محددة. في معظم الحالات التي يكون فيها أحد الخصوم أو كلاهما يعاني من مشاكل جسدية أو جنسية أو عقلية، يكون رأي الطبيب الشرعي ضروريًا. لذلك، قبل عقد جلسات المحكمة، يطلب المحامون من كلا الجانبين من الطبيب الشرعي فحص القضايا وتقديم رأيه الخبير. بعد إعلان رأي الأطباء

الشرعيين، ستعقد جلسات المحكمة. وفي الوقت نفسه، هناك أوقات يعترض فيها أحد طرفي النزاع أو كلاهما على القرار المعلن. لذلك، يجب عليهم الاستئناف أمام المحكمة وطلب الاستئناف.

ان التقارير الطبية العدلي متعددة الاشكال ومختلفة الاغراض ويجب ان تكتب باسلوب موجز وان تكون سهلة التعبير واضحة المعاني. على الطبيب الفاحص في اقسام الطوارىء والمستشفيات ان يميز بين الوقائع الطبية العدلية وبين الحالات المرضية العادية لان التقارير الطبية العدلية تكتب فقط في وقائع الشرطة. فقد اشارنص المادة (١٠١) من قانون الصحة العامة رقم (٨٩) لسنة ١٩٨١ م النافذ ثالثاً "إذا اشتبه الطبيب بأن إصابة المريض كانت بسبب فعل جرمي سواء أدت أو لم تؤد إلى وفاته فيجب عليه إخبار أقرب مركز شرطة بعد معالجة المصاب وفي حالة وفاته إحالة الجثة إلى الطبابة العدلية لتشريحها لبيان سبب الوفاة".[٢٢]

المادة (٤٩٨) من قانون العقوبات رقم (١١١) لسنة ١٩٦٩ م وتعديلاته: (يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على ثلاثة أشهر أو بغرامة لا تزيد على ثلاثين ديناراً كل صاحب مهنة طبية أو صحية وجد بميت أو مصاب بإصابة جسيمة أثناء قيامه بالكشف عليه أو بإسعافه علامات تشير إلى إنَّ وفاته أو إصابته نتجت عن جريمة أو توافرت قرائن تدعوه إلى الاشتباه في سببها ولم يبلغ السلطات المختصة بذلك). وان التقارير الطبية العدلية تحفظ لمدة خمسة عشر عاما حسب كتاب وزارة الصحة دائرة الامور الفنية ذي العدد (٥٨٦٥) في ٢٠١٤/١/٢٦.

وإنَّ التقارير الطبية العدلية تمر بعدة مراحل مختلفة وعلى الطبيب أن يتبع تلك المراحل حتى لا تترتب عليه أي مسؤولية. وهي: اولاً . التقرير الطبي العدلي الأولي وثانياً . التقرير الدوري وثالثاً التقرير النهائي بنسبة للاحياء في المستشفى. واما في الطبابات العدلية بنسبة للتقرير فحص الاحياء والتقرير التشريح. وسوف يتم شرحها كلا في موضوعه وبالتفصيل. كما ان الفحص الطبي يتحدد بالغرض الذي طلب من اجله ويعين هذا الغرض الجهات التحقيقية ولا يعني ذلك عدم تسجله في مشاهداته ما يعثر عليه من اثار ومظاهر. وانما يقتصر على مناقشة ماله علاقة من تلك الاثار او المظاهر بالغرض الذي طلب الفحص من اجله.

في القانون الإيراني الطب الشرعي، مثل أي مؤسسة ومجموعة، له واجبات محددة. في معظم الحالات التي يكون فيها أحد الخصوم أو كلاهما يعاني من مشاكل جسدية أو جنسية أو عقلية، يكون رأي الطبيب الشرعي ضروريًا. لذلك، قبل عقد جلسات المحكمة، يطلب المحامون من كلا الجانبين من الطبيب الشرعي فحص القضايا وتقديم رأيه الخبير.[٢٣] بعد إعلان رأي الأطباء الشرعيين، ستعقد جلسات المحكمة. وفي الوقت نفسه، هناك أوقات يعترض فيها أحد

طرفي النزاع أو كلاهما على القرار المعلن. لذلك، يجب عليهم الاستئناف أمام المحكمة وطلب الاستئناف.

لأجل بحث الأهمية القانونية للتقرير التشريحي يجب علينا أولاً بيان ما المقصود بالتقرير التشريحي و آلية و جهة إصدار تلك التقارير و أهميتها في إستكشاف الأخطاء الطبية، "إن الطبيب الشرعي، ولو كان عمله فنياً صرفاً، فإنه يكاد يكون مشاركاً للقاضي في قراره. من هنا عظيم مسؤوليته و أهمية مهمته، فإن أحسن القيام بها كان عوناً و مساعداً أميناً للعدالة، و إن أساء أو أستخف عرّض الحق للهدر و الضياع و ما أصعب ذلك. و لهذا وجب على الطبيب الشرعي أن ينكبّ على مهمته بعقل العالِم و قلب المؤمن، مإن لا ينصرف عنها إلا وقد حدد سبب الوفاة أو الإيذاء تحديداً علمياً دقيقاً مسنداً إلى مناهج العلم و قواعده[٢٤]". و الفقرتين (ب، د) من نص المادة (٥) من قانون الطب العدلي

العلاقة بين الطب العدلي و الأدلة الجنائية: هي تحول الأثر المادي الذي يتم العثور عليه في مسرح الجريمة إلى دليل مادي يفيد التحقيق، على سبيل المثال "عند العثور على بقع دموية في مسرح الجريم" هنا تكمن أهمية فحوصات الطبية العدلية في تحليل تلك البقعة و تأكيد من كونها تلك دم حيواني أو يعود للإنسان، و إن كان دم إنساني يعود للجاني أو المجني عليه أو لشخص آخر، و للطب العدلي أهمية في إستبعاد الطابع الجنائي للأخطاء الطبية من خلال تحديد سبب الوفاة، و تحليل مجريات الأحداث، و على سبيل المثال طبيبة نسائية أثناء إجراء علمية لولادة قيصرية أحدثت تمزق أو قطع الأوردة و الشريان و على آثرها فأصيبت المريضة بنزف دموي أدت إلى وفاتها. إذا تبين من خلال تشريح جثة المتوفية بأن سبب الوفاة هي (النهي العصبي أو الصدمة العبية) هنا يجب على الجهات التحقيقية أن تكون لديها إلمام بالمصطلحات الطبية، و كذلك الأسباب التي تؤدي إلى كل من الموت بسبب (النهي العصبي أو الصدمة العصبية)

تقرير الطب العدلي الأولي و الذي يعرف بأنه التقرير الذي يستعمل في جميع وقائع الشرطة للإصابات التي لم تؤدِ إلى الموت و يتم الفحص بناء على كتاب مركز الشرطة و يفحص المصاب لأول مرة في قسم الطوارئ و المستشفى خلال أربعة و عشرون ساعة و لاتي يقوم بفحص المصاب الطبيب العدلي أو القائم بأعمال الطبابة العدلية، إذا يكتب التقرير بثلاث نسخ و إذا كانت الإصابات بسيطة يتم تسجيل المشاهدات المتضمنة تشخيص نوع الإصابة و الآلة المسببة لها و زمن حدوثها و المدة اللازمة لشفائها و حالة المصاب و درجة وعيه و النماذج و الفحوصات المختبرية التي تم أخذها و يتم إخراجه إذا كانت الإصابة بسيطة أما إذا كانت

الإصابة خطيرة يتم إدخاله إلى الردهة لإكمال الفحص و يكون تحت المشاهدة و تكتب في التقرير الأولي داخل المستشفى،[٢٥] و على الطبيب في الحالات المرضية التي ترد إلى تشكيلات الطوارئ إذا أشتبه بأن الإصابة كانت بسبب جرمي إخبار أقرب مركز للشرطة بعد معالجة المصاب،[٢٦] و بالإمكان إخبار قاضي التحقيق أو المحقق أو الإعاء العام بالإضافة إلى مراكز الشرطة،[٢٧] و إذا لم يقوم مقدم الخدمة الطبية بإبلاغ السلطات المتخصة بذلك فأن يخضع للمسألة الجنائية.[٢٨]

أما تقرير الطب العدلي النهائي "يعرف تقرير الطبيب العدلي بأنه ناتج الخبرة الطبية التي يقدمها الطبيب الشرعي إلى القضاة بناءً على طلبه أو طلب من يمثله، و يكون عوناً و سنداً للقضاء في إصدار الحكم و من ثم تحقيق العدالة،[٢٩]"التقرير الطبي الشرعي هو شهادة طبية مكتوبة تتعلق بحادث قضائي و تعالج أسباب الحادث و ظروفه و نتائجه،[٣٠] و يعتبر من السندات الرسمية التي يحررها موظفي الدولة و للقاضي الإستعانة بها كقرينة أو أدلة من أدلة الإثبات أو النفي في الوقائع الجنائية المعروضة أمامه.

أما الطعن بالتقرير الطب العدلي النهائي فلقد حدد القانون طريقة الطعن بالتقارير الطبية العدلية حيث أجاز للمحكمة و الإدعاء العام أو ذوي العلاقة من أطراف الدعوى المنظورة أمام القضاء الإعتراض على التقرير الطب العدلي أمام لجنة الإعتراضات،[٣١] حيث يتولى دائرة الطب العدلي في بغداد تشكيل لجنة من ثلاث أطباء عدليين إختصاصيين للنظر في الإعتراضات المقدمة في شأن التقارير الطبية العدلية و يكون قرارها قطعياً من الناحية الطبية العدلية.[٣٢]

التقرير الطبي العدلي الاولي وهو التقرير الذي يستعمل في جميع وقائع الشرطة للإصابات التي لم تؤدِ إلى الموت و يتم الفحص بناءً على كتاب من مركز الشرطة ويفحص المصاب لأول مرة في قسم الطوارىء و المستشفى خلال اربعة وعشرون ساعة والتي يقوم بفحصها الطبيب العدلي او القائم باعمال الطبابه العدلية حسب ماجاء بتعليمات طبية عدلية لسنة ١٩٧٣ م الفقرة ثامناً ويكتب التقرير بثلاث نسخ و اذا كانت الاصابات بسيطة يتم تسجيل المشاهدات المتضمنة تشخيص نوع الاصابة والآلة المسببة لها وزمن حدوثها والمدة اللازمة لشفائها وحالة المصاب ودرجة وعيه والنماذج والفحوصات المختبرية التي تم أخذها ويتم اخراجه اذا كانت الاصابة بسيطة أما إذا كانت حالة المصاب خطرة فيتم ادخاله الردهة لاكمال الفحص ويكون تحت المشاهدة وتكتب في التقرير الأولي ادخل المستشفى.

وكما جاء بكتاب وزارة الصحة المرقم (٥١١١٠) في ٢٠١٢/٩/٤ م والذي ينص على التقيد التام بالاستمارة الخاصة بالتقرير الطبي العدلي الاولي وحصر مسؤولية توقيعها بالطبيب القائم

بالفحص الفعلي للمصاب في وقت قيامه بأجراء الفحص. ولا يجوز كتابة التقرير الطبي العدلي الاولي من مقبل المقيم الدوري الا باشراف مقيم اقدم او طبيب اختصاص.

التقرير الطبي العدلي الأولي: وهو التقرير الذي يستعمل في جميع وقائع الشرطة للإصابات التي لم تؤدِ إلى الموت و يتم الفحص بناءً على كتاب من مركز الشرطة ويفحص المصاب لأول مرة في قسم الطوارىء و المستشفى خلال اربعة وعشرون ساعة والتي يقوم بفحصها الطبيب العدلي او القائم باعمال الطبابه العدلية حسب ماجاء بتعليمات طبية عدلية لسنة ١٩٧٣ م الفقرة ثامناً ويكتب التقرير بثلاث نسخ و اذا كانت الاصابات بسيطة يتم تسجيل المشاهدات المتضمنة تشخيص نوع الاصابة والآلة المسببة لها وزمن حدوثها والمدة اللازمة لشفائها وحالة المصاب ودرجة وعيه والنماذج والفحوصات المختبرية التي تم أخذها ويتم اخراجه اذا كانت الاصابة بسيطة أما إذا كانت حالة المصاب خطرة فيتم ادخاله الردهة لاكمال الفحص ويكون تحت المشاهدة وتكتب في التقرير الأولي ادخل المستشفى.

وكما جاء بكتاب وزارة الصحة المرقم (٥١١١٠) في ٢٠١٢/٩/٤ م والذي ينص على التقيد التام بالاستمارة الخاصة بالتقرير الطبي العدلي الاولي وحصر مسؤولية توقيعها بالطبيب القائم بالفحص الفعلي للمصاب في وقت قيامه بأجراء الفحص. ولا يجوز كتابة التقرير الطبي العدلي الاولي من مقبل المقيم الدوري الا باشراف مقيم اقدم او طبيب اختصاص.[٣٣]

عند تحسن حالة المصاب بحيث يتضح للطبيب المعالج بأن إصابته ليست من النوع الذي تؤدي إلى أختلاطات ثانوية ولا يوجد ضرورة لبقائه في المستشفى فيخرج منها ثم يدون الطبيب المعالج تقريره في استمارة (التقرير النهائي) ذاكراً فيها تاريخ دخول المصاب إلى المستشفى وخروجه منها ونوع الاجراءات العلاجية التي أجريت له والمدة اللازمة لشفائه بعد مغادرته المستشفى وإذا أرتأى أن هناك ضرورة لاعادة فحصه بغية التاكد من عدم حصول مضاعفات أو عطل فعليه أن يسجل ذلك في التقرير ذاته وإذا اكتسب الشفاء التام فعليه كتابته في التقرير النهائي.

لا يجوز اخراج المصاب في الوقائع الطبية العدلية في حالة وجود ضرورة لبقائه الا إذا اصبح من الممكن المعالجة خارج المستشفى وفي حالة رفض المصاب (غير موقوف) أو ذويه البقاء في المستشفى فعلى الطبيب الفاحص استحصال وثيقة تحريرية منه او من ذويه تؤيد ذلك وعلى الطبيب ان يعلم بان ليس من حقه اجبار المريض ما على قبول المعالجة وفي حالة الرفض يخبر المرجع المختص باسرع وقت ممكن على ان توصف حالة المصاب الذي كان عليها قبيل خروجه من المستشفى وتدوين ما سبق من اجراءات طبية علاجية في حالة

حصولها.[٣٤] كما نصت التعليمات وزارة الصحة رقم (٢) لسنة ٢٠١٦ م المادة (٧): لا يسمح للمصاب الخروج من المؤسسة الصحية في حالات الوقائع العدلية الا اذا كان بالامكان معالجته خارج المؤسسة الصحية وفي حالة رفض المصاب غير الموقوف او ذويه البقاء في المستشفى فعلى الطبيب الفاحص استحصال وثيقة تحريرية منه او من ذويه تؤيد ذلك وابلاغ المرجع المختص باسرع وقت ممكن على ان توصف حالة المصاب التي كان عليها قبل خروجه من المستشفى وما تم اتخاذه في شانه من اجراءات طبية علاجية.

كما نصت التعليمات وزارة الصحة رقم (٢) لسنة ٢٠١٦ م المادة (٨) يلتزم الطبيب الفاحص في المؤسسات الصحية غير الحكومية عند ورود حالات طبية عدلية بتثبيت المشاهدات والاضرار الخارجية في الطبلة الخاصة بالمريض ولا يجوز للمؤسسة اصدار التقرير الطبي العدلي وبخلافه تتحمل المؤسسة التبعات القانونية.[٣٥]

كما نصت التعليمات وزارة الصحة رقم (٢) لسنة ٢٠١٦ م المادة (٩) اولا: يخبر الطبيب المعالج في حالة موت المصاب السلطة المختصة التي سبق لها ان ارسلته للفحص والمعالجة على ان لا يتخذ اي اجراء على الجثة وما عليها من البسة ولا يسلمها الى ذويها ولا يصدر شهادة وفاة. ثانيا: تكون المؤسسة الصحية مسؤولة عن المتعلقات الخاصة بالجثة من البسة ومواد وعليها ان تسجل مفرداتها واوصافها في سجل خاص. ثالثا: تسلم الجثة الى الجهات التحقيقية المرسلة بعد التوقيع بالتسلم. رابعا: تتسلم الطبابة العدلية الجثة المرسلة من قاضي التحقيق المختص مع الطبلة الخاصة بها والحاوية على كتاب السلطة المختصة المرسلة للوقعة وجميع المشاهدات والاجراءات العلاجية ونتائج الفحوص المختبرية والشعاعية على اختلاف انواعها[٣٦]. خامسا: يتولى الطبيب المسؤول في الطبابة العدلية او من ينوب عنه تسلم الجثة والاحتفاظ بها مع الطبلة المرسلة اليه مع استمارة طلب تشريح.

أما في القانون الإيراني، فلا تُعدّ منظمة الطب الشرعي جهةً استشارية خاصة يلجأ إليها الخصوم مباشرة، بل هي مؤسسة خبرة رسمية تعمل تحت إشراف رئيس السلطة القضائية، وتتولى إبداء الرأي في المسائل الطبية العدلية وإجراء التشريح والفحوص المختبرية وشبه السريرية بناءً على أمر المرجع القضائي المختص.[٣٧] ومن ثمّ، يدخل تقريرها في الدعوى بوصفه خبرة فنية مأمورًا بها قضائيًا، لا حكمًا مستقلًا ولا قرارًا يجوز استئنافه بذاته. وقد أخضع قانون الإجراءات الجنائية الإيراني لسنة ١٣٩٢هـ.ش هذا التقرير للضمانات العامة المنظمة للخبرة؛ إذ تقضي المادة (١٦١) بإبلاغ الخصوم بوصول رأي الخبير، وتجيز لهم، خلال أسبوع من تاريخ التبليغ، الاطلاع عليه وتقديم ملاحظاتهم كتابةً.[٣٨] وبذلك لا ينصب الاعتراض على التقرير

بوصفه قرارًا قضائيًا، وإنما يتخذ صورة منازعة فنية في مقدماته أو منهجه أو نتائجه، تتولى السلطة القضائية تقدير مدى جديتها.

وإذا كان التقرير ناقصًا أو غامضًا، أوجبت المادة (١٦٣) على المحقق تحديد أوجه النقص في محضر التحقيق ودعوة الخبير لتقديم الإيضاحات اللازمة؛ فإذا ظل النقص قائمًا، جاز له إصدار قرار باستكمال الخبرة بواسطة الخبير ذاته أو خبير آخر.[٣٩] أما إذا ساور المحقق شك في سلامة الرأي، أو وقع تعارض بين آراء عدة خبراء، فإن المادة (١٦٥) تخوله الاستعانة بخبراء آخرين، بما لا يتجاوز مرتين إضافيتين، أو عرض الآراء المتعارضة على متخصص في العلم أو الفن المعني.[٤٠] والأهم أن المادة (١٦٦) توجب على المحقق رفض رأي الخبير رفضًا مسببًا وإحالة الموضوع إلى خبير آخر متى كان التقرير غير منسجم مع الوقائع والظروف الثابتة والمعلومة في ملف القضية.[٤١] ويدل ذلك على أن تقرير الطب الشرعي في النظام الإيراني يتمتع بقيمة استدلالية قوية، لكنه لا يقيد القاضي على نحو مطلق ولا يحل محل سلطته في التكييف القانوني وتقدير الدليل.

وبالمقارنة، يجيز القانون العراقي الاعتراض على التقرير الطبي العدلي أمام لجنة اعتراضات متخصصة، ويكون قرارها قطعيًا من الناحية الطبية العدلية؛ في حين تتوزع ضمانات مراجعة التقرير في القانون الإيراني بين حق الخصوم في تقديم الملاحظات الكتابية وسلطة المحقق في طلب الإيضاح واستكمال الخبرة وتعدد الخبراء واستبعاد الرأي المعيب. ولذلك يغلب على المراجعة العراقية الطابع الفني المؤسسي، بينما تتخذ المراجعة الإيرانية طابعًا قضائيًا إجرائيًا متدرجًا، مع بقاء الفصل في المسؤولية والتكييف القانوني من اختصاص القضاء في النظامين. كما نبّهت دراسة إيرانية حديثة إلى مخاطر تعارض المصالح داخل مؤسسات الطب الشرعي، مؤكدة ضرورة تعزيز استقلال الخبير والإفصاح عن المصالح وفحص المنهج الذي بُني عليه التقرير، بدل الاكتفاء بصفته الرسمية.

النتائج

انتهى هذا البحث، من خلال المقارنة بين القانونين العراقي والإيراني، إلى أن إشكالية المسؤولية الجنائية عن الأخطاء الطبية لا ترجع إلى نقص النصوص العقابية وحده، بل إلى تداخل مصادر الالتزام الطبي، وصعوبة التمييز بين المضاعفة العلاجية والخطأ المهني والخطأ الجنائي، وتعقّد إثبات السببية في بيئة علاجية تتعدد فيها الأفعال والأطراف والعوامل المرضية والتنظيمية. كما ظهر أن الطب العدلي لا يؤدي وظيفة فنية محضة، بل يشكل حلقة مركزية في

بناء الحقيقة القضائية، مع بقاء التكييف القانوني والإسناد الجنائي من الاختصاص الأصيل للقضاء.

وقد أظهر التحليل أن النظام العراقي يتضمن تنظيمًا أكثر تفصيلًا لبعض إجراءات الطب العدلي، ولا سيما الإحالة والفحص وتنظيم التقارير والاعتراض عليها، غير أن فاعلية هذا التنظيم تتأثر بتشتت الأحكام، وضعف التوثيق الرقمي، والتفاوت في الإمكانات الفنية بين المؤسسات والمحافظات. أما النظام الإيراني، فيتمتع بتقدم نسبي في البنية المؤسسية واستخدام الأنظمة الصحية الرقمية، لكنه يواجه، بدوره، غموضًا في تحديد القيمة القانونية لرأي الخبير، وتوزيع المسؤولية عن الأخطاء المرتبطة بالأنظمة التقنية، وضبط العلاقة بين النتيجة الطبية والتكييف الجنائي. ومن ثم، فإن التفوق النسبي لأحد النظامين في جانب معين لا ينفي اشتراكهما في الحاجة إلى بناء إطار متكامل يربط القواعد الموضوعية للمسؤولية بآليات الخبرة والإثبات والرقمنة. وقد استندت هذه الخاتمة إلى موضوعات المقال المتعلقة بصور الخطأ الطبي، وتنظيم الطب العدلي، وحجية تقاريره، والتحول التكنولوجي في العراق وإيران.

أولًا: النتائج

لا تقوم المسؤولية الجنائية الطبية بمجرد تحقق النتيجة الضارة؛ لأن الوفاة أو الإصابة قد تكون من المضاعفات المتوقعة أو من المخاطر الملازمة للعلاج رغم التزام الطبيب بالأصول العلمية. ويلزم لقيام المسؤولية إثبات إخلال محدد بواجب قانوني أو مهني، وتوافر الخطأ الجنائي، وثبوت رابطة السببية بينه وبين النتيجة. **يختلف الخطأ الطبي الجنائي عن الخطأ المهني أو التأديبي من حيث الجسامة والوظيفة القانونية** .فليس كل انحراف عن قاعدة مهنية مستوجبًا للعقاب، بل ينبغي أن يبلغ السلوك حدًا يكشف عن إهمال جسيم، أو إخلال بيّن بواجب الحيطة، أو تعمد في مخالفة واجب جوهري يعرض حياة المريض أو صحته لخطر غير مقبول. وأما **تقرير الطب العدلي دليل فني جوهري لكنه غير ملزم للقاضي من الناحية القانونية** .ففي كلا النظامين العراقي والإيراني، يبقى الرأي الطبي خاضعًا للمناقشة والاعتراض والتقدير القضائي. ولا يجوز للخبير أن يحل محل المحكمة في تقرير توافر القصد أو جسامة الخطأ أو الوصف الجرمي، كما لا يجوز للمحكمة اعتماد التقرير أو طرحه دون تسبيب، ولا سيما عند تعارضه مع أدلة أخرى.

يكشف التنظيم الإيراني عن ميزة مؤسسية تتمثل في ارتباط منظمة الطب الشرعي بالسلطة القضائية، بما يعزز استقلال الخبرة الطبية عن الجهات الصحية محل المساءلة؛ وهو اتجاه يمكن للمشرع العراقي الإفادة منه بتدعيم الاستقلال الإداري والفني لدائرة الطب العدلي وضمان عدم

تأثرها بالمؤسسات الصحية موضوع التحقيق. ويتميز القانون الإيراني بتحديد الوظائف الفنية لمنظمة الطب الشرعي، ومنها إبداء الرأي في المسائل الطبية العدلية، والتشريح، وإجراء الفحوص المختبرية وشبه السريرية، والإجابة عن استعلامات الجهات القضائية؛ ويمكن اعتماد تنظيم مماثل في العراق لتوحيد الاختصاصات ومنع تداخلها بين المستشفيات والطبابة العدلية واللجان الطبية.

يتيح قانون الإجراءات الجنائية الإيراني للخصوم الاطلاع على تقرير الخبير وتقديم ملاحظاتهم كتابة خلال أسبوع من تاريخ التبليغ، وهو ضمان إجرائي قابل للاقتباس عراقيًا بما يكفل العلم الفعلي بمضمون التقرير والرد على مقدماته ونتائجه قبل أن تبني المحكمة حكمها عليه. يوفر النظام الإيراني آلية متدرجة لمعالجة التقرير الناقص أو الغامض، تبدأ بطلب الإيضاح من الخبير، ثم استكمال الخبرة بواسطة الخبير نفسه أو خبير آخر؛ ويمكن للمحاكم العراقية تبني هذا التدرج بدل الانتقال مباشرة إلى رفض التقرير أو عرضه على لجنة الاعتراضات. يمنح القانون الإيراني المحقق سلطة الاستعانة بخبراء إضافيين عند الشك في التقرير أو تعارض الآراء، كما يجيز عرض المسألة على متخصص في العلم أو الفن المعني؛ وهو حل مناسب للقضايا الطبية المعقدة التي تتطلب خبرة دقيقة لا تتوافر دائمًا لدى لجان الطب العدلي العامة في العراق.

يلزم التنظيم الإيراني المحقق برفض رأي الخبير رفضًا مسببًا إذا تعارض مع الوقائع والظروف الثابتة، مع إحالة الموضوع إلى خبير آخر؛ ويمكن اقتباس هذا الحكم لإلزام القضاء العراقي بتسبيب الأخذ بالتقرير الطبي العدلي أو طرحه، ومنع اعتماده لمجرد صدوره عن جهة رسمية. تؤكد التجربة الإيرانية أن تقرير الطب الشرعي ذو قيمة استدلالية قوية، لكنه لا يحل محل المحكمة في تحديد القصد أو جسامة الخطأ أو التكييف الجنائي؛ وهو مبدأ ينبغي ترسيخه في التطبيق العراقي للفصل بين الاختصاص الفني للطبيب العدلي والاختصاص القانوني الحصري للقاضي. يمكن الإفادة من النموذج الإيراني في إنشاء سجل وطني موحد للخبرات الطبية العدلية، وربط التقارير والنتائج المختبرية بالملف القضائي إلكترونيًا، بما يضمن معرفة زمن الفحص وهوية الخبير والتعديلات التي أُجريت على التقرير، ويحد من ضياع الوثائق أو العبث بها. تظهر الحاجة، في ضوء التجربة الإيرانية، إلى تنظيم حالات تعارض المصالح وردّ الخبير الطبي العدلي والإفصاح عن علاقته بالمؤسسة الصحية أو الطبيب محل التحقيق؛ وهو ضمان ضروري يمكن إدراجه في قانون الطب العدلي العراقي وفي قواعد عمل لجان الاعتراضات.

وعليه، تتمثل أبرز العناصر القابلة للاقتباس في تعزيز استقلال الطب العدلي، وتحديد اختصاصاته بدقة، وتمكين الخصوم من مناقشة التقرير، وإقرار تدرج واضح لاستكمال الخبرة، والاستعانة بخبراء متعددين، وإلزام القضاء بالتسبيب، وتنظيم تعارض المصالح والرقمنة؛ بما يرفع موثوقية الإثبات الطبي ويحمي المريض والطبيب معًا.

ثانيًا: التوصيات

يوصى المشرّع العراقي بوضع تنظيم خاص للمسؤولية الجنائية الطبية يحدد مفهوم الخطأ الطبي ويميزه عن المضاعفات العلاجية والمخالفات المهنية، مع قصر التدخل الجنائي على الإهمال الجسيم أو الامتناع الواعي عن واجب الإنقاذ. ينبغي تنظيم المسؤولية الناشئة عن غياب الطبيب أو امتناعه عن العلاج أو حضوره تحت تأثير المسكرات، مع اشتراط إثبات السببية في جرائم النتيجة، ووضع بروتوكول فني يضمن سلامة فحوص الكحول والمخدرات وحق الطبيب في إعادة التحليل. يوصى بتقنين توزيع المسؤولية داخل الفريق الطبي وفق الاختصاص والسيطرة الفعلية على مصدر الخطر، وإلزام المؤسسات الصحية بتوثيق أسماء جميع المشاركين في الفحص والتخدير والجراحة والتمريض والمتابعة وتحديد أعمال كل منهم.

يمكن للمشرّع العراقي الاقتباس من التنظيم الإيراني في تدعيم استقلال مؤسسة الطب العدلي عن الجهات الصحية الخاضعة للتحقيق، وتحديد اختصاصاتها في الخبرة والتشريح والفحوص المختبرية والإجابة عن الاستعلامات القضائية ضمن إطار مؤسسي واضح. يستحسن اعتماد الضمان المقرر في القانون الإيراني بتمكين الخصوم من الاطلاع على تقرير الخبير وتقديم ملاحظاتهم كتابة خلال مدة محددة، بما يكفل المناقشة الفعلية للتقرير قبل بناء الحكم القضائي عليه. يوصى بالأخذ بالتدرج الإجرائي الإيراني في مراجعة الخبرة، وذلك بطلب الإيضاح من الخبير أولًا، ثم استكمال التقرير، والاستعانة بخبراء آخرين عند الشك أو التعارض، وإحالة المسألة إلى متخصص دقيق إذا تجاوزت نطاق الخبرة الطبية العامة.

ينبغي إلزام المحاكم العراقية، أسوة بالاتجاه الذي يعكسه قانون الإجراءات الجنائية الإيراني، بتسبيب الأخذ بالتقرير الطبي العدلي أو استبعاده، وإحالة القضية إلى خبير آخر إذا خالف التقرير الوقائع الثابتة، مع إبقاء القصد والتكييف والإسناد من اختصاص القضاء. يوصى بتوحيد منهج إعداد التقارير الطبية العدلية، بحيث يتضمن التقرير الوثائق المعتمدة والمنهج العلمي ودرجة الاحتمال والأسباب البديلة وحدود الرأي الفني، مع تنظيم تعارض المصالح وردّ الخبير وإتاحة خبرة مضادة مستقلة ومتعددة التخصصات. ينبغي للعراق الإفادة من التقدم الإيراني النسبي في رقمنة الخدمات الصحية والعدلية، بإنشاء سجل إلكتروني موحد يثبت زمن

الفحص وهوية القائم به والتعديلات اللاحقة، مع تنظيم حجية الدليل الرقمي وسلسلة حيازته وسريته ومدد حفظه وحق الدفاع في فحصه.

يوصى كذلك بوضع قواعد لتوزيع المسؤولية عن الأنظمة الطبية الذكية بين الطبيب والمؤسسة والمطور والمصنّع، وإنشاء قاعدة وطنية مجهّلة للأخطاء الطبية، وتدريب القضاة والمحققين والأطباء العدليين على السببية الطبية وتقييم التقارير والسجلات الرقمية. وبذلك ينبغي أن يقوم الإصلاح العراقي على الاستفادة الانتقائية من إيجابيات النموذج الإيراني، ولا سيما استقلال الطب العدلي، وتدرج مراجعة الخبرة، ومشاركة الخصوم في مناقشتها، وتعدد الخبراء، والتسبيب القضائي؛ مع تكييف هذه الحلول بما يلائم بنية القضاء والنظام الصحي العراقي.

الهوامش

[١] جلال، احمد. (٢٠١١). *موسوعة الفقه والقضاء في الطب الشرعي*، ص ١٩٢.

[٢] الخضري، مديحة فؤاد، واحمد بسيوني. (٢٠٠٥). *الطب الشرعي ومسرح الجريمة*، ص ٣٨.

[٣] حنا، منير رياض. (٢٠٢١). *الأخطاء الطبية في الجراحات العامة و التخصصية، شرح واف للقانون رقم ٥ لسنة ٢٠١٠ بشأن نقل و زرع الأعضاء*، ص ١٢٢.

[٤] زيدان، القاضي سلام. (٢٠١٦). *مسؤولية الطبيب الجزائية و قانون حماية الأطباء رقم ٢٦ لسنة ٢٠١٣*، ص ٩٣.

[٥] سلمان عايد الخوي الحريجي، «المسؤولية المدنية عن الأخطاء الطبية»، *مجلة البحوث القانونية والاقتصادية*، ٤(٦)، ٢٠٢٥، ولا سيما ما أورده بشأن وجوب مباشرة العمل الطبي وفق المعايير المهنية وبذل العناية اللازمة.

[٦] لا يُقصد بالطابع الشخصي للعمل الطبي منع تقسيم العمل داخل الفريق الصحي؛ وإنما حظر نقل القرار الطبي الجوهري أو الإجراء الذي يستلزم ترخيصًا خاصًا إلى شخص لا يملك التأهيل القانوني أو الفني اللازم.

[٧] زهية بوزرارة زقار، «المسؤولية الجنائية للطبيب عن الأخطاء الطبية: دراسة مقارنة»، *مجلة البحوث والدراسات القانونية والسياسية*، ٩(٢)، ٢٠٢٣؛ إذ تربط الدراسة المسؤولية بخروج الطبيب على القواعد والأصول المقررة عند تنفيذ العمل الطبي.

[٨] أكدت منظمة الصحة العالمية أن جودة الرعاية الطارئة ترتبط بحسن توقيتها، وأن الفجوات التنظيمية المؤدية إلى تأخر التعرّف على الحالات المرضية وانقطاع استمرارية الرعاية ترفع مخاطر الوفاة والإعاقة. منظمة الصحة العالمية، «استراتيجية عالمية جديدة لتعزيز الرعاية الطارئة والحرجة والجراحية المنقذة للحياة»، ٢٢ أيار/مايو ٢٠٢٦. يُنظر: https://www.who.int/ar/news/item/05-12-1447-seventy-ninth-world-health-assembly-daily-update-22-may-2026

[٩] انظر، بوصفه اتجاهًا تشريعيًا عربيًا حديثًا: قانون تنظيم المسؤولية الطبية وسلامة المريض المصري رقم (١٣) لسنة ٢٠٢٥، المادة (٦/٣-٤)، التي تحظر الامتناع عن علاج المريض في الحالات الطارئة أو الانقطاع عن علاجه قبل استقرار حالته، *الجريدة الرسمية*، العدد ١٧ مكرر، ٢٨ نيسان/أبريل ٢٠٢٥، ص ٧.

[١٠] لا يُقاس التأخر بعدد ثابت من الدقائق في جميع الحالات؛ فالمعيار زمنيٌّ وظيفي يتغير بحسب شدة الحالة، ووضوح علاماتها، وتوافر الطبيب والتجهيزات، وإمكان طلب المساندة أو الإحالة.

[١١] سلمان عايد الخوي الحريجي، «المسؤولية المدنية عن الأخطاء الطبية«، *مجلة البحوث القانونية والاقتصادية*، ٢٠٢٥؛ إذ يربط معيار الخطأ بعدم اتخاذ الطبيب إجراءات العناية اللازمة وفق المعايير المهنية، وهو معيار يفترض تمتعه بالأهلية الفعلية وقت الأداء.

[١٢] يختلف تناول دواء مشروع لأغراض علاجية عن التعاطي الاختياري للمسكر أو المخدر؛ فلا تثبت الجسامة إلا إذا كان الطبيب عالمًا، أو كان يتعين عليه أن يعلم، بأن أثر الدواء يجعله غير صالح لمباشرة العمل، ثم أقدم عليه مع ذلك.

[١٣] نظر، بوصفه اتجاهًا تشريعيًا عربيًا حديثًا: قانون تنظيم المسؤولية الطبية وسلامة المريض المصري رقم (١٣) لسنة ٢٠٢٥، المادة (١١/١)، التي تعدّ ارتكاب الخطأ الطبي تحت تأثير مسكر أو مخدر أو غيرهما من المؤثرات العقلية من صور **الخطأ الطبي الجسيم**، *الجريدة الرسمية*، العدد ١٧ مكرر، ٢٨ نيسان/أبريل ٢٠٢٥، ص ٤.

[١٤] بوترعة، عبد القادر. (٢٠٢٥). المسؤولية المدنية للطبيب الجراح عن الخطأ الطبي الجراحي، ص ١٦٦.

[١٥] حمدان، ثامر أحمد. (٢٠٠٩ م). *الأسس الأخلاقية والشرعية لمهنة الطب*، ص ١٨٣.

[١٦] زيد، أسامة عقيل محمد. (٢٠٢٥). طرق إثبات الخطأ الطبي وعبء إثباته في القانون اليمني والفقه الإسلامي، *ص ٧٤*.

[١٧] شديفات، صفوان محمد. (٢٠١١ م). *المسؤولية الجنائية عن الأعمال الطبية*. ص ١١٩.

[١٨] زيد، أسامة عقيل محمد. (٢٠٢٥). طرق إثبات الخطأ الطبي وعبء إثباته في القانون اليمني والفقه الإسلامي، *ص ٩١*.

[١٩] رحمان، يوسف، ورايس، محمد. (٢٠٢٤). إثبات وقوع المسؤولية في المجال الطبي: دراسة مدعمة باجتهادات المحكمة العليا، ص ١٢٢.

[20] Attarieh S, Attarieh M A, Kalantary Daroonkola K, Saadeghi A. Evaluating the Liability of Physicians under the Scope of Differentiating the Concepts of Non-Criminal Fault or Error and Fault. MLJ 2025; 19 (60), p. 815. http://ijmedicallaw.ir/article-1-1904-en.html

[٢٢] الشمري، قيس موسى حسين محمد. (٢٠٢٣). رابطة السببية في إطار المسؤولية الطبية، ص ٧٦.

[23] Arefi Maskuni,A , Mozafari Anari,M and Islam,S . (2024). Conflict of Interests in Forensic Institutions in Iran's Legal System; From Explaining Examples of Conflict to Providing Solutions for its Management. *Majlis and Rahbord*, *31*(117), p. 198. https://nashr.majles.ir/article_582.html

[٢٤] يُنظر: الشهراني، نوف بنت سعيد بن سياف. (٢٠٢٦). المسؤولية الجنائية للطبيب عن الخطأ الطبي في القانون القطري: دراسة مقارنة.

[٢٥] محمود و أحمد، *الوجيز في الطب العدلي العراقي دراسة مقارنة في ضوء قانون الطب العدلي رقم (٣٧) لسنة ٢٠١٣ و تعليماته*: صص ٨٠ – ٨١

[٢٦] الفقرة ثالثاً من المادة (١٠١) قانون الصحة العامة

[٢٧] المادة (٤٨) قانون اصول المحاكمات الجزائية

[٢٨] المادة (٤٩٨) قانون العقوبات العراقي

[٢٩] محمود و أحمد، *الوجيز في الطب العدلي العراقي دراسة مقارنة في ضوء قانون الطب العدلي رقم (٣٧) لسنة ٢٠١٣ و تعليماته*: ص ٧١

[٣٠] المعايطة، *الطب الشرعي في خدمة الأمن و القضاء*،: ص ٢٧

[٣١] المادة (٧) قانون الطب العدلي

[٣٢] الفقرة ثانياً من المادة (١١) قانون الطب العدلي

[٣٣] أحمد، شكر محمود، و نوزاد احمد ياسين. (٢٠٢٠ م). *الوجيز في الطب العدلي العراقي دراسة مقارنة في ضوء قانون الطب العدلي رقم (٣٧) لسنة ٢٠١٣ و تعليماته*، ص ٢٠١.

[٣٤] الجندي، ابراهيم صادق. (٢٠٠٠ م). *الطب الشرعي في التحقيق الجنائي*، ص ٢٩١.

[٣٥] مودع، محمد أمين. (٢٠٢٤). التقارير القضائية كآلية لإثبات الخطأ الطبي، ص ٩٤.

[٣٦] ميهوبي، مراد. (٢٠٢٤). صعوبات إثبات الخطأ الطبي المرفقي وكيفيات تذليلها، ص ٤٩.

[٣٧] قانون تشكيل منظمة الطب الشرعي في الجمهورية الإسلامية الإيرانية، المصادق عليه في ١٣٧٢/٤/٢٧هـ.ش، المادة (١)، التي تنص على إنشاء المنظمة تحت إشراف رئيس السلطة القضائية، وتحدد اختصاصاتها في الخبرة الطبية العدلية والتشريح والفحوص المختبرية والإجابة عن الاستعلامات الرسمية.

[٣٨] قانون الإجراءات الجنائية الإيراني لسنة ١٣٩٢هـ.ش، مع تعديلاته اللاحقة، المادة (١٦١).

[٣٩] المصدر نفسه، المادة (١٦٣)، التي تجيز استدعاء الخبير للإيضاح وإصدار قرار باستكمال الخبرة بواسطة الخبير نفسه أو غيره.

[٤٠] المصدر نفسه، المادة (١٦٥)، بشأن الاستعانة بخبراء آخرين أو استطلاع رأي متخصص عند الشك في التقرير أو اختلاف الخبراء.

[٤١] المصدر نفسه، المادة (١٦٦)، التي تلزم المحقق برفض رأي الخبير رفضًا مسببًا وإحالة الموضوع إلى خبير آخر إذا خالف الوقائع والظروف المحققة والمعلومة.

المصادر

أ) الكتب

١. أحمد، شكر محمود، و نوزاد احمد ياسين. (٢٠٢٠ م). *الوجيز في الطب العدلي العراقي دراسة مقارنة في ضوء قانون الطب العدلي رقم (٣٧) لسنة ٢٠١٣ و تعليماته*: القاهرة: المركز العربي.

٢. الباز، محمد علي. (١٩٩٥ م). *المسؤولية الطبية واخلاقيات الطبيب*. جدة: دار المنار للنشر.

٣. جلال، احمد. (٢٠١١ م). *موسوعة الفقه والقضاء في الطب الشرعي*. القاهرة: دار المصطفى للاصوات.

٤. الجلبي، عبد الوهاب عبد القادر. (١٩٨٨ م). *السلوك الطبي وآداب المهنة*. الموصل: مطبعة جامعة الموصل.

٥. الجندي، ابراهيم صادق. (٢٠٠٠ م). *الطب الشرعي في التحقيق الجنائي*. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الامنية.

٦. حمدان، ثامر أحمد. (٢٠٠٩ م). *الأسس الأخلاقية والشرعية لمهنة الطب*. البصرة: جامعة البصرة.

٧. حنا، منير رياض. (٢٠٢١ م). *الأخطاء الطبية في الجراحات العامة و التخصصية، شرح واف للقانون رقم ٥ لسنة ٢٠١٠ بشأن نقل و زرع الأعضاء*. القاهرة: دار الفكر الجامعي.

٨. الخضري، مديحة فؤاد، واحمد بسيوني. (٢٠٠٥ م). *الطب الشرعي ومسرح الجريمة*. الاسكندرية: المكتبة الجامعي الحديث.

٩. زيدان، القاضي سلام. (٢٠١٦ م). *مسؤولية الطبيب الجزائية و قانون حماية الأطباء رقم ٢٦ لسنة ٢٠١٣*.

بغداد: دار الكتب و الوثائق.
١٠. شديفات، صفوان محمد. (٢٠١١ م). *المسؤولية الجنائية عن الأعمال الطبية*. عمان: دار الثقافة.

ب) البحوث

١.بوترعة، عبد القادر. (٢٠٢٥). المسؤولية المدنية للطبيب الجراح عن الخطأ الطبي الجراحي .*مجلة صوت القانون، المجلد ١٢، العدد ١*.

٢.رحمان، يوسف، ورايس، محمد. (٢٠٢٤). إثبات وقوع المسؤولية في المجال الطبي: دراسة مدعمة باجتهادات المحكمة العليا .*السياسة العالمية، المجلد ٨، العدد ٢*.

٣.زهية بوزرارة زقار. (٢٠٢٣). «المسؤولية الجنائية للطبيب عن الأخطاء الطبية: دراسة مقارنة»، *مجلة البحوث والدراسات القانونية والسياسية*، ٩(٢).

٤.زيد، أسامة عقيل محمد. (٢٠٢٥). طرق إثبات الخطأ الطبي وعبء إثباته في القانون اليمني والفقه الإسلامي .*مجلة العلوم التربوية والدراسات الإنسانية، العدد ٥٠*.

٥.سلمان عايد الخوي الحريجي. (٢٠٢٥). «المسؤولية المدنية عن الأخطاء الطبية»، *مجلة البحوث القانونية والاقتصادية*، ٤(٦).

٦.الشمري، قيس موسى حسين محمد. (٢٠٢٣). رابطة السببية في إطار المسؤولية الطبية .*المجلة القانونية، المجلد ١٨، العدد ١*.

٧.الشهراني، نوف بنت سعيد بن سياف. (٢٠٢٦). المسؤولية الجنائية للطبيب عن الخطأ الطبي في القانون القطري: دراسة مقارنة .*مجلة الدراسات الفقهية والقانونية*،

٨.العصيمي، عبد الرحمن محمد. (٢٠٢٤). الخطأ الطبي ودور جهاز المسؤولية الطبية في إثباته وفق نصوص القانون رقم ٧٠ لسنة ٢٠٢٠ .*مجلة البحوث القانونية والاقتصادية، المجلد ١٤، العدد ٨٨*.

٩.مودع، محمد أمين. (٢٠٢٤). التقارير القضائية كآلية لإثبات الخطأ الطبي .*مجلة دائرة البحوث والدراسات القانونية والسياسية، المجلد ٨، العدد ٢*.

١٠.ميهوبي، مراد. (٢٠٢٤). صعوبات إثبات الخطأ الطبي المرفقي وكيفيات تذليلها .*مجلة الدراسات القانونية والاقتصادية، المجلد ٧، العدد ١*.

References

A) Books

1. Ahmed, Shukr Mahmoud, and Nawzad Ahmed Yassin. (2020). *A Concise Guide to Iraqi Forensic Medicine: A Comparative Study in Light of Forensic Medicine Law No. 37 of 2013 and Its Regulations*. Cairo: The Arab Center.
2. Al-Baz, Mohamed Ali. (1995). *Medical Liability and Medical Ethics*. Jeddah: Dar Al-Manar for Publishing.
3. Jalal, Ahmed. (2011). *Encyclopedia of Jurisprudence and Judicial Rulings in Forensic Medicine*. Cairo: Dar Al-Mustafa.
4. Al-Chalabi, Abdul Wahab Abdul Qadir. (1988). *Medical Conduct and Professional Ethics*. Mosul: Mosul University Press.
5. Al-Jundi, Ibrahim Sadiq. (2000). *Forensic Medicine in Criminal Investigation*. Riyadh: Naif Arab University for Security Sciences.
6. Hamdan, Thamer Ahmed. (2009). *Ethical and Legal Foundations of the Medical Profession*. Basra: University of Basra.
7. Hanna, Mounir Riad. (2021). *Medical Errors in General and Specialized Surgeries: A Comprehensive Explanation of Law No. 5 of 2010 Regarding Organ Transplantation*. Cairo: Dar Al-Fikr Al-Jami'i.

8. Al-Khudari, Madiha Fouad, and Ahmed Basyouni. (2005). *Forensic Medicine and the Crime Scene*. Alexandria: Modern University Library.
9. Zaidan, Judge Salam. (2016). *Physician Criminal Liability and the Physician Protection Law No. 26 of 2013*. Baghdad: House of Books and Documents.
10. Shadifat, Safwan Muhammad. (2011). *Criminal Liability for Medical Acts*. Amman: Dar Al-Thaqafa.
b) Research Papers
1. Bouteraa, Abdelkader. (2025). Civil Liability of the Surgeon for Surgical Medical Error. *Voice of Law Journal*, Vol. 12, No. 1.
2. Rahman, Youcef, & Rais, Mohamed. (2024). Establishing Liability in the Medical Field: A Study Supported by Supreme Court Precedents. *Global Politics*, Vol. 8, No. 2.
3. Zahia Bouzarara Zagar. (2023). "Criminal Liability of the Physician for Medical Errors: A Comparative Study." *Journal of Legal and Political Research and Studies*, 9(2).
4. Zaid, Osama Aqeel Mohammed. (2025). Methods of Proving Medical Error and the Burden of Proof in Yemeni Law and Islamic Jurisprudence. *Journal of Educational Sciences and Humanities*, No. 50.
5. Salman Ayed Al-Khuwai Al-Hariji. (2025). "Civil Liability for Medical Errors." *Journal of Legal and Economic Research*, 4(6).
6. Al-Shammari, Qais Musa Hussein Mohammed. (2023). The Causal Link within the Framework of Medical Liability. *The Legal Journal*, Vol. 18, No. 1.
7. Al-Shahrani, Nouf bint Saeed bin Sayyaf. (2026). Criminal Liability of the Physician for Medical Error in Qatari Law: A Comparative Study. *Journal of Jurisprudential and Legal Studies*,
8. Al-Osaimi, Abdulrahman Mohammed. (2024). Medical Error and the Role of the Medical Liability Body in Establishing It Under the Provisions of Law No. 70 of 2020. *Journal of Legal and Economic Research*, Vol. 14, No. 88.
9. Moudaâ, Mohamed Amine. (2024). Judicial Reports as a Mechanism for Establishing Medical Error. *Journal of the Department of Legal and Political Research and Studies*, Vol. 8, No. 2.
10. Mihoubi, Mourad. (2024). Challenges in Proving Medical Error in Hospital Settings and Ways to Overcome Them. *Journal of Legal and Economic Studies*, Vol. 7, No. 1.