دوفصلنامه علمی ـ تخصصی جستارهایی در فقه پزشکی
سال نهم/ شماره ۱۲/ پاییز و زمستان ۱۴۰۵

Two quaterly scientific- specified Journal of Medical Jurisprudence
Year 9 No.12, Autumn & Winter 2026

# تقسیم مسئولیت جزایی در خطای دارویی زنجیره‌ای با نگاهی به فقه و حقوق

□ سحر بلالی *

## چکیده

خطای دارویی به دلیل ماهیت زنجیره‌ای (پزشک، داروساز، شرکت پخش و تولیدکننده)، تعیین مسئول جزایی میان عوامل متعدد را دشوار ساخته است. پرسش اصلی آن است که در فرض وقوع خسارت، آیا همه عوامل به یک اندازه مسئول هستند یا سهم هر یک بر اساس میزان تأثیرشان تعیین می‌گردد. این مقاله با روش تحلیلی-توصیفی و با نگاهی به قواعد فقهی و حقوق موضوعه ایران، الگویی برای تقسیم مسئولیت جزایی در خطای دارویی زنجیره‌ای ارائه می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد در حقوق ایران، اصل اولیه بر تساوی مسئولیت است اما در صورت اثبات تفاوت در میزان تأثیر، مسئولیت به نسبت همان میزان تقسیم می‌شود. در فقه امامیه نیز قواعد اتلاف، تسبیب و اشتراک در جنایت، همراه با روایاتی مانند صحیحه حلبی و قاصعه، این رویکرد را پشتیبانی می‌کنند. قاعده «واسطه آگاه» و نظرات فقهایی چون امام خمینی و مکارم شیرازی، تفکیک نقش پزشک، داروساز و پرستار را ممکن ساخته است. قانون امور پزشکی ۱۳۳۴ مجازات اعدام را برای تقلب دارویی پیش‌بینی کرده و قانون تعزیرات بهداشتی ۱۳۶۷ نیز ضبط کالا را در پی دارد. نتیجه نهایی آن‌که فقه اصول کلی تقسیم مسئولیت را دارد، اما نیاز به بررسی مجدد در تعریف «مباشر» و «سبب» و اصلاح قانون برای خطای چندحلقه‌ای احساس می‌شود.

**کلید واژه‌ها:** واسطه آگاه، ضمان، اشتراک در جنایت، تسبیب.

---

* دانشجوی ارشد فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشگاه حکیم سبزواری، ایران (saharbalali33@gmail.com).

**مقدمه**

خطای دارویی از جمله چالش‌برانگیزترین مباحث مسئولیت پزشکی در نظام‌های حقوقی معاصر است. آنچه این مسئله را از سایر خطاهای درمانی متمایز می‌سازد، ماهیت زنجیره‌ای آن است. یک خطای دارویی می‌تواند در هر یک از حلقه‌های تجویز (پزشک)، تأمین و تحویل (داروساز)، تولید و بسته‌بندی (شرکت‌های داروسازی) و توزیع (شرکت‌های پخش) رخ دهد. گاهی ترکیبی از خطای چند حلقه به طور همزمان موجب جنایت بر بیمار می‌گردد. در چنین وضعیتی، تعیین این که هر یک از این عوامل چه میزان مسئولیت جزایی (دیه، تعزیر، قصاص) دارند، از پیچیده‌ترین مسائل حقوق جزای پزشکی ایران و فقه امامیه است.

در فقه اسلامی، بحث خطای دارویی ذیل مباحث «ضمان طبیب» و «تسبیب» بررسی می‌شود. فقیهانی همچون میرزای قمی، امام خمینی، گلپایگانی، بهجت و مکارم شیرازی با تفکیک نقش پزشک، داروساز و دیگر عوامل، مبانی روشنی برای مسئولیت هر یک ارائه داده‌اند. روایاتی مانند صحیحه حلبی و قاصعه بر امکان تقسیم مسئولیت میان چند عامل دلالت دارند. در حقوق موضوعه ایران نیز مواد ۵۲۶، ۵۲۷، ۵۲۸ و ۵۳۳ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲، اصل تساوی مسئولیت را پذیرفته‌اند، اما امکان تقسیم به نسبت تأثیر را نیز پیش‌بینی کرده‌اند. با این حال، ابهاماتی چون تعارض ظاهری میان ماده ۵۲۷ و ۵۳۳ و نبود نص صریح درباره «زنجیره خطای دارویی» همچنان پابرجاست.

ضرورت پرداختن به این موضوع از آن روست که با پیشرفت صنعت داروسازی، دعاوی مرتبط با خطای دارویی رو به افزایش است. فقدان الگوی روشن برای تقسیم مسئولیت میان پزشک، داروساز، شرکت پخش و تولیدکننده، موجب صدور آرای متفاوت و گاه متناقض گردیده است. این مقاله در پی آن است که با نگاهی به قواعد فقهی و حقوق موضوعه ایران، الگویی عملیاتی برای تقسیم مسئولیت جزایی در خطای دارویی زنجیره‌ای ارائه دهد.

## مبانی تقسیم مسئولیت جزائی در حقوق ایران

در شرایطی که چند عامل به طور مشترک خسارتی ایجاد می‌کنند، این پرسش مطرح است که

آیا همه آن‌ها به یک اندازه مسئول جبران زیان هستند یا سهم هر یک متفاوت است و در صورت تفاوت، ملاک تعیین سهم چیست؟ در حقوق بسیاری از کشورها، نظام‌های حقوقی گوناگونی پیش‌بینی شده و نهایتا تشخیص میزان مسئولیت هر یک به دادگاه واگذار گردیده است تا با بررسی همه جوانب، سهم عادلانه هر عامل را مشخص نماید. اما در فقه اسلامی از دیرباز بر اساس دلایل شرعی و عقلی، اصل بر تساوی مسئولیت قرار داشته و پس از انقلاب نیز با تصویب قوانین دیات و مجازات اسلامی، این مبنا وارد حقوق موضوعه ایران شده است. با این وجود، رویه قضایی کشور تحت تأثیر دیدگاه‌های حقوقی، چنین استدلال کرده که نظریه تساوی مبتنی بر فرض یکسان بودن میزان تأثیر رفتار هر یک از عاملان است و خلاف این فرض قابل اثبات می‌باشد؛ از این رو دادگاه‌ها معمولا با ارجاع پرونده به کارشناس، سهم هر یک را بر مبنای درجه تأثیرشان در وقوع خسارت تعیین می‌کنند.

در حقوق ایران دو دیدگاه درباره مسئولیت اسباب متعدد وجود دارد. گروهی با استناد به قاعده تأثیر متقابل اسباب و با استفاده از وحدت ملاک مواد مربوط به غصب، ضمان ید و ماده ۱۴ قانون مسئولیت مدنی، قائل به مسئولیت تضامنی هستند. در مقابل، گروه دیگر با توجه به استثنایی بودن تضامن، معتقدند مسئولیت باید بین اسباب متعدد تقسیم شود، زیرا اصل اولیه در تعهدات، قابلیت تجزیه است و تضامن نیاز به دلیل قانونی یا قراردادی دارد. همچنین فرض بر این است که مجموعه اسباب مجموعاً موجب خسارت شده‌اند و هر سبب به تنهایی هر چند مؤثر در زیان است اما سبب تمام خسارت محسوب نمی‌شود (صادقی، ۱۳۸۷: ۲۳). در قانون مجازات اسلامی جدید (ماده ۵۳۳)، قانونگذار با پذیرش تقسیم مسئولیت میان اسباب متعدد در فرض مشارکت عرضی چند سبب در ورود خسارت، از نظریه «سبب جزئی» پیروی کرده است. به این معنا که هر یک از اسباب به میزان تأثیری که در ایجاد زیان داشته‌اند، مسئول شناخته می‌شوند و مسئولیت به صورت تضامنی نیست. این ماده بر اساس فتاوای فقهای امامیه نوشته شده است (موسوی خویی، ۱۳۹۶ق: ۲۵۵). ماده ۵۲۸ قانون مجازات اسلامی نیز که برگرفته از فقه است، بر همین مبنا یعنی نظریه سبب جزئی و تقسیم مسئولیت به نسبت تأثیر استوار شده است (صفایی و رحیمی، ۱۳۹۵).

اسباب عرضی به حالتی گفته می‌شود که چند عامل در ایجاد خسارت نقش دارند. قانونگذار در ماده ۵۳۳ قانون مجازات اسلامی با پیروی از ماده ۳۶۵ قانون پیشین و بر اساس نظریه اجتماع عرضی اسباب در جنایت، قاعده تساوی را مطرح کرده است. بر این اساس، خسارت به همه اسباب مستند می‌شود و عواملی که صرفا مقدمه یا شرط وقوع هستند، مسئولیتی ندارند. عبارت «به نحو شرکت» در این ماده نشان می‌دهد که منظور قانونگذار اسباب متعدد عرضی است که به طور همزمان موجب زیان شده‌اند. با این حال، هرچند این حکم به تسهیل فرایند دادرسی کمک می‌کند، با مبانی پذیرفته‌شده در مورد تجزیه سبب و توزیع خسارت ناسازگار است. برای نمونه، ماده ۵۲۷ همان قانون مسئولیت را بر اساس میزان تأثیر تعیین کرده و جمع این دو ماده دشوار است. برای رفع این تعارض، اصل بر تساوی مسئولیت است مگر آن‌که تفاوت در میزان تأثیرگذاری اثبات شود. در هر حال، ماده ۵۳۳ تداخل اسباب را موجب اشتراک در مسئولیت می‌داند نه تضامن را (صفایی و همکاران، ۱۳۹۷).

در نظام حقوقی ایران، اصل بر این است که مسئولیت بر پایه تقصیر شکل می‌گیرد و هرگونه مسئولیت بدون تقصیر، استثنا محسوب می‌شود. در مواردی که تقصیر نقشی در ایجاد مسئولیت ندارد، اثبات رابطه سببیت اهمیت ویژه‌ای می‌یابد. به این معنا که صرف اثبات زیان دیدن فرد و ارتکاب رفتار نادرست از سوی خوانده یا افرادی که اعمالشان به او نسبت داده می‌شود، برای موفقیت در دعوای خسارت کافی نیست؛ بلکه باید ثابت شود که میان رفتار زیانبار و خسارت وارده، پیوند عرفی و منطقی برقرار است و آن خسارت در نتیجه مستقیم همان فعل روی داده است (قاسمی و کارمرزی، ۱۳۹۲: ۱۲۸).

در مسئولیت کیفری، درجه تقصیر نقش اساسی دارد و مجازات بر اساس آن تعیین می‌شود، اما در مسئولیت مدنی تنها جبران خسارت اهمیت دارد و میزان تقصیر در مقدار آن تأثیری ندارد. برخی نویسندگان (خدابخشی، ۱۳۸۸: ۱۶۸-۱۷۱) با تأکید بر این تفاوت، راهکار تساوی مسئولیت را ترجیح می‌دهند. با این حال، نظریه تقسیم مسئولیت به نسبت درجه تأثیر در زیان، در صورت اثبات تفاوت تأثیر، با قاعده تجزیه رابطه سببیت و توزیع ضمان هماهنگی بیشتری داشته و از نظر عدالت و بنای عقلا مقبول‌تر است.

در برخی موارد، مسئولیت بر اساس تقصیر شخص تعیین می‌شود، اما گاه بدون آن‌که خطا یا کوتاهی در کار باشد، شخصی که مستقیما خسارت را وارد کرده است (مباشر) موظف به جبران آن خواهد بود. قانون مجازات اسلامی جدید در مواد ۵۲۶ و ۵۲۷، ضمن تأکید بر ضرورت انتساب عرفی زیان به رفتار مرتکب و همچنین تفکیک سه حالت یعنی تداخل سبب و مباشر، تجمع چند سبب در کنار هم (عرضی) و توالی اسباب (طولی)، برای مسئولیت کسی که خسارت به او نسبت داده می‌شود، دو راهکار ارائه داده است: گاهی به میزان تأثیر در ایجاد زیان و گاهی نیز به طور مساوی بین اسباب متعدد تقسیم می‌شود. ماده ۵۲۶، برخلاف ظاهر ماده ۳۶۳ قانون مجازات اسلامی پیشین و ماده ۳۳۲ قانون مدنی، مسئولیت مشترک مباشر و سبب را به رسمیت شناخته و در واقع کاستی‌های آن مواد را جبران کرده است (ره‌پیک، ۱۳۹۳: ۱۷۹).

با بررسی و کنار هم قرار دادن مفاد مواد ۵۲۶ و ۵۲۸ قانون مجازات اسلامی، این نتیجه به دست می‌آید که در کلیه مواردی که زیان وارده به دو یا چند شخص منتسب می‌گردد، اصل اولیه بر این است که مسئولیت به طور یکسان و مساوی میان آنان تقسیم می‌شود. البته این قاعده زمانی اعمال می‌گردد که تأثیر رفتار هر یک از آنان در ایجاد خسارت برابر باشد؛ اما چنانچه اثبات شود که میزان نقش و تأثیر آنان متفاوت است، در این صورت هر فرد تنها به همان اندازه‌ای که در بروز خسارت نقش داشته است، مسئول خواهد بود. این راهکار افزون بر آن‌که فرآیند رسیدگی قضایی را با بهره‌گیری از اصل تساوی تسهیل می‌کند، رویکردی عادلانه و خردپسند به شمار می‌رود، زیرا هیچ‌کس را به مسئولیت فراتر از حد تأثیر واقعی خود ملزم نمی‌سازد و بار گناه دیگری را بر دوش کسی نمی‌گذارد. این شیوه همچنین با مفهوم آیه کریمه «وَلَا تَزِرُ وَازِرَةٌ وِزْرَ أُخْرَى» (انعام، ۱۶۴) کاملا هماهنگ و سازگار است.

در قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، قانونگذار به جای قرعه، برای مسئله سبب مجمل سه راهکار متفاوت ارائه کرده است. بر اساس مواد ۴۷۷ و ۴۷۹، میان دو حالت تمایز قائل شده: نخست اینکه عمل زیانباری رخ داده اما عامل آن میان چند نفر معین مشخص نیست؛ دوم این‌که گروهی رفتاری انجام داده‌اند اما معلوم نیست ضرر مستند به کدام یک از آن‌هاست. در حالت دوم، ماده ۴۷۹ حکم به تقسیم مساوی دیه میان همه می‌کند. در حالت

اول، اگر منشأ علم اجمالی اقرار متهمان باشد، صاحب حق می‌تواند به هر یک از آن‌ها برای دریافت خسارت مراجعه کند. درغیراین صورت، متضرر می‌تواند از طرفین سوگند بخواهد؛ اگر همگی سوگند خوردند، در قتل دیه از بیت المال و در غیر قتل به صورت مساوی میان آن‌ها تقسیم می‌شود و در صورت امتناع از سوگند، امتناع‌کنندگان به صورت مساوی مسئول پرداخت خواهند بود. ماده ۴۸۲ نیز در علم اجمالی به انتساب جنایت، قصاص را ساقط و پرداخت دیه را مقرر کرده و در فرض شرکت، تساوی در مسئولیت مدنی را نتیجه می‌گیرد؛ هرچند قانون در نحوه تقسیم دیه میان مشارکت کنندگان در قتل سکوت کرده و این از کاستی‌های آن به شمار می‌رود (صفایی و همکاران، ۱۳۹۷).

## مبانی تقسیم مسئولیت جزائی در فقه

بر اساس فقه اسلامی، نظر قاطع فقیهان اعم از شیعه و سنی، بلکه اجماع آنان براین است که مسئولیت خسارت به طور مساوی میان همه عاملان زیان تقسیم می‌شود. قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۷۰ نیز در مواد مختلف (از جمله مواد ۳۳۴ تا ۳۳۸ و ۳۶۵) همین دیدگاه را پذیرفته بود. با این حال، دکترین حقوقی تقسیم مسئولیت بر اساس میزان تأثیر هر یک از عاملان در ایجاد زیان را عادلانه‌تر و منطقی‌تر می‌دانست (کاتوزیان، ۱۳۷۴: ۴۱۷).

در فقه اسلامی، نظریه «تقسیم مسئولیت به تساوی» نه تنها نظر قاطع، بلکه اجماعی فقیهان شیعه و سنی محسوب می‌شود. ادله‌ای که برای اثبات این دیدگاه در فقه به آن‌ها استناد گردیده، به دو دسته کلی قابل تقسیم است:

الف) روایات: برخی از روایات مرتبط با اشتراک در جنایت، جنبه عمومی و کلی دارند و برخی دیگر خاص هستند. در اینجا برای هر دسته به یک روایت اشاره می‌شود. نخستین روایت در زمینه اشتراک در جنایت، حدیث معروفی است به نام «صحیحه حلبی» که از امام صادق (ع) نقل شده است. مضمون این روایت درباره حکم ده نفری است که همگی در قتل یک نفر شریک بوده‌اند. امام (ع) در پاسخ فرموده‌اند: اولیای دم شخص کشته‌شده می‌توانند هر یک از آن ده نفر را که بخواهند قصاص کنند. پس از اجرای قصاص، هر یک از نه نفر باقی‌مانده باید

یک دهم دیه کامل را به اولیای دم فرد قصاص‌شده بپردازند (کلینی، ۱٤۰۷ق: ۲۸۳/۷). مفهوم این روایت در زمینه تقسیم یکسان مسئولیت و ضمان، به قدری واضح است که نیازی به تفسیر بیشتر ندارد. همچنین در صحت و اعتبار سند نیز تردیدی وجود ندارد.

روایت دیگری که بر تساوی مسئولیت دلالت دارد، حدیث مشهوری است از امیرالمؤمنین (ع) که به «قاصعه» معروف شده است. شرح واقعه در کتاب الإرشاد شیخ مفید چنین نقل شده است: سه دختربچه مشغول بازی بودند؛ یکی از آن‌ها بر دوش دیگری سوار شد تا از او سواری بگیرد. دختر سوم از روی شیطنت، پای دختری را که نقش حامل را داشت، محکم فشار داد. در اثر این درد ناگهانی، دختر حامل از جا پرید و دختری که سوار بر دوش او بود، با سر به زمین افتاد و در اثر شکستگی گردن جان باخت. اولیای مقتول اقامه دعوی کردند. حضرت علی علیه‌السلام در مقام قضاوت چنین حکم فرمودند: از آنجا که هر سه دختر در وقوع قتل مشارکت داشته‌اند و جنایت به همه آنان مستند است، هر یک به طور مساوی ضامن دیه مقتول هستند؛ بنابراین دو نفر باقی‌مانده باید دو سوم دیه را به اولیای دم بپردازند. اما چون در این حادثه، خود مقتول نیز با سوار شدن بر دوش دیگری در ایجاد حادثه مقصر بوده، یک سوم باقی‌مانده دیه سهم خود او محسوب شده و از مجموع دیه ساقط می‌گردد (مفید، ۱٤۱۳ق:۱۹٦).

ب) ادله عقلی: مهم‌ترین دلیلی که فقیهان برای اثبات نظریه تساوی مسئولیت مطرح کرده‌اند، یک استدلال عقلی است. خلاصه آن‌که وقتی خسارت یا تلف پیش‌آمده قابل انتساب به تمامی عوامل و اسباب موجود باشد و امکان تعیین سهم دقیق هر یک از آن‌ها وجود نداشته باشد، در این صورت همه آن عوامل به طور یکسان و مساوی ضامن شناخته می‌شوند (کاظمی و قسمتی تبریزی، ۱٤۰۲).

## قاعده واسطه آگاه؛ از فقه تا حقوق ایران

میرزای قمی در کتاب جامع الشتات درباره مسئولیت پزشک در تجویز دارو چنین بیان می‌دارد: «آگاه باش که در صورتی که پزشک دارو را مستقیماً با دست خود به بیمار بنوشاند، ضمان او قطعی و بی‌اشکال است. همچنین اگر پزشک بیمار را به نوشیدن دارو امر کند، باز هم حکم مذکور جاری خواهد بود» (قمی، ۱٤۱۳ق: ٤٤۸).

در این شرایط، بیمار چنان اعتماد کاملی به پزشک دارد که ناچار از پذیرش وضعیت و مصرف دارو است. همچنین گلپایگانی می‌نویسد: «ضمان پزشک در جایی است که بیمار به گفته پزشک فریب خورده باشد. اما اگر بیمار با وجود احتمال خطای پزشک، خودش دارو را بخورد یا تزریق کند، پزشک ضامن نیست. همچنین در مورد داروهایی که احتمال سقط‌زایی دارند، تجویز آن‌ها در صورتی که بر اساس دانش پزشکی احتمال سقط وجود داشته باشد، جایز نیست، اما در حکم ضمان، مانند حالت اول (عدم ضمان) خواهد بود» (گلپایگانی، ۱٤۰۹ق: ۲٦۸).

اگر بیمار احتمال متعارفی از خطای پزشک بدهد، پزشک مسئولیتی ندارد و این بر اساس قاعده اقدام زیان‌دیده (بیمار) است. به گفته مرحوم بهجت، اگر پزشک تنها بر اساس نشانه‌های عرفی نظر داده و مستقیماً اقدامی نکرده باشد، ضامن نخواهد بود، حتی اگر بیمار به گفته او اعتماد کرده باشد (بهجت، ۱٤۲٦ق).

برای بررسی امکان استفاده از این قاعده در حقوق ایران، ابتدا باید تعهد پزشک به ارائه اطلاعات دارویی ثابت شود؛ یعنی اثبات گردد که پزشک وظیفه اطلاع‌رسانی به بیمار را دارد. در حقوق ایران قانون مشخصی درباره ارائه اطلاعات و هشدارهای دارویی وجود ندارد، اما منشور حقوق بیمار در داروخانه (گرچه بیشتر جنبه اخلاقی دارد) می‌تواند مفید باشد. این منشور هرچند ضمانت اجرایی ندارد، اما می‌تواند به عنوان ملاکی عرفی برای اثبات قصور در هشدار به کار رود.

بر اساس مفاد منشور حقوق بیمار در داروخانه، بیمار دارای حقوق متعددی است، از جمله: دریافت اطلاعات کامل درباره مقدار و نحوه مصرف دارو، پرسش از داروساز درباره منافع، مضرات، هزینه‌ها، تداخلات دارویی با غذا و سایر داروها، عوارض جانبی، و نیز نحوه اقدام در صورت فراموشی یک نوبت مصرف. همچنین داروساز موظف است ضمن بررسی صحت دوز تجویزی متناسب با سن و وزن بیمار، در صورت نیاز با پزشک مشورت کرده و نسبت به مصرف دارو در شرایط خاص مانند بارداری یا بیماری زمینه‌ای توصیه‌های لازم را ارائه دهد. داروساز در برابر توصیه‌های خود مسئول است و باید پاسخگوی سوالات بیمار باشد.

منشور حقوق بیمار هرچند به مسئولیت داروساز اشاره دارد، اما به نظر می‌رسد تنها شامل داروهایی می‌شود که داروساز خود شخصاً تولید می‌کند و داروهای آماده و بسته‌بندی‌شده صنعتی را در بر نمی‌گیرد. با این حال، اگر بر اساس عرف و رویه جاری، داروفروش (اعم از تولیدکننده یا عرضه‌کننده داروهای دیگران) موظف به ارائه اطلاعات دارویی باشد، به طریق اولی پزشک نیز با توجه به آگاهی کامل از حال بیمار و دانش تخصصی از عوارض دارو، مسئول اطلاع‌رسانی خواهد بود؛ هرچند این ملاک عرفی و متغیر است. در حال حاضر، بهترین مبنا برای الزام پزشک به ارائه اطلاعات دارویی، قانون حمایت از حقوق مصرف‌کنندگان مصوب ۱۳۸۸ است که هر چند ضمانت اجرای مؤثری ندارد، اما گامی نوین در نظام حقوقی ایران به شمار می‌رود.

قانونگذار در بند ۲-۱ ماده ۱ قانون حمایت از حقوق مصرف‌کنندگان، تمام ارائه‌دهندگان خدمات حرفه‌ای و فنی را در قالب عرضه‌کننده کالا قرار داده که شامل پزشکان نیز می‌شود، هرچند بهتر بود به دلیل حساسیت بالای خدمات پزشکی، مسئولیت آنان به صورت جداگانه دیده می‌شد. مطابق ماده ۲، عرضه‌کنندگان در قبال سلامت کالا یا خدمت خود مسئولند و مصرف‌کننده در صورت دریافت خدمت معیوب می‌تواند به آن‌ها مراجعه کند. بند ۲-۳ ماده ۳ نیز صراحتاً ارائه اطلاعات از جمله آگاهی‌های پیش از مصرف را از وظایف عرضه‌کننده برشمرده است؛ از این رو پزشک نیز موظف است اطلاعات لازم، به ویژه موارد مهم پیش از مصرف دارو را در اختیار بیمار بگذارد و در صورت کوتاهی یا ارائه اطلاعات ناقص، پاسخگوی خسارت باشد. البته این وظیفه اطلاع‌رسانی تنها بر عهده پزشک نیست و تولیدکننده و توزیع‌کننده نیز مسئولند. همچنین در هیچ‌یک از آن‌ها این مسئولیت مطلق نبوده و مثلاً صرف وجود بروشور، تولیدکننده را از هرگونه مسئولیت معاف نمی‌کند. در نتیجه، استناد به قاعده «واسطه آگاه» در نظام حقوقی ایران تنها زمانی ممکن است که رابطه مستقیمی میان خسارت بیمار و قصور پزشک در ارائه اطلاعات دارویی اثبات شود.

برای اثبات مسئولیت پزشک در قبال عدم ارائه اطلاعات دارویی، باید ثابت شود که اگر پزشک هشدارهای لازم را به بیمار می‌داد، آن آسیب رخ نمی‌داد. این مسئولیت به‌ویژه در مواردی

قابل استناد است که عوارض دارو، به دلیل شرایط خاص و منحصر به فرد بیمار، فقط برای پزشک قابل شناسایی باشد. برای نمونه، دارویی همراه با بروشور کامل عرضه می‌شود، اما پزشک با وجود آگاهی از حساسیت بیمار به یکی از مواد تشکیل‌دهنده، هشدار لازم را نمی‌دهد و در نتیجه بیمار دچار خسارت می‌گردد. در چنین شرایطی، بی‌تردید تنها پزشک مسئول جبران خسارت ناشی از قصور در اطلاع‌رسانی است (عبداللهی ویشکائی، ژیان: ۱۳۹۵).

## قواعد ضمان طبیب و تسبیب در بررسی خطای دارویی از منظر فقهای شیعه

در فقه اسلامی، بحث خطای دارویی ذیل مباحث «ضمان طبیب» و «تسبیب» بررسی می‌شود. اصل کلی این است که هر کس در زنجیره درمان قصور یا خطایی کند که منجر به ضرر شود، ضامن است. فقها مسئولیت را بر اساس نقش هر فرد (پزشک در تجویز، داروساز در تهیه و تحویل، شرکت تولیدکننده) تفکیک می‌کنند.

### ۱. اصل مسئولیت و ضمان در خطای پزشکی و دارویی

فقها بر این باورند که پزشک، داروساز و شرکت تولیدکننده اگر در کار خود کوتاهی کنند یا خطایی ورزند که منجر به آسیب شود، ضامن جبران خسارت (دیه یا ارش) هستند.

امام خمینی‌ﷺ در تحریر الوسیله می‌فرمایند: «پزشک ضمان می‌کند آنچه را که با درمانش تلف شود، اگر در علم یا عمل کوتاه آمده باشد، هرچند اجازه داشته باشد؛ یا اگر بدون اجازه ولی، کودک یا دیوانه‌ای را درمان کند، یا بالغی را بدون اجازه‌اش درمان نماید، هرچند در کارش ماهر و دقیق باشد. اما اگر پزشک در علم و عمل حاذق و متقن باشد و بیمار بالغ یا ولی کودک به او اجازه داده باشد، ضامن نخواهد بود» (خمینی، ۱۳۹۲: ۵۹۹/۲).

همچنین در جای دیگر تأکید می‌کنند: «پزشک ضامن است اگر خود مستقیماً درمان کند، بلکه بعید نیست ضمان در طبابت به نحو متعارف حتی اگر مباشرت نکند» (خمینی، ۱۳۹۲: ۶۲۱/۱).

## ۲. تفکیک مسئولیت در زنجیره درمان

در مواردی که خطا ناشی از تعامل چند نفر است (زنجیره خطا)، فقها به منشأ خطا نگاه می‌کنند. خطای پزشک در تجویز: اگر پزشک داروی اشتباه تجویز کند و داروساز عیناً همان را بدهد، مسئولیت با پزشک است. خطای داروساز در تهیه یا تحویل: اگر نسخه صحیح باشد اما داروساز داروی اشتباه بدهد یا در ترکیب دارو خطا کند، ضمان متوجه داروساز است. خطای پرستار در تزریق: اگر نسخه و دارو صحیح باشند اما پرستار در نحوه تزریق (مقدار، سرعت، محل تزریق) اشتباه کند، مسئولیت با پرستار است.

امام خمینی‌ﷺ در بحث اجتماع سبب و مباشر می‌فرمایند: «اگر سبب با مباشر جمع شود، ضمان بر عهده مباشر است نه فاعل سبب... بله اگر سبب از مباشر قوی‌تر باشد، ضمان بر عهده سبب است نه مباشر» (خمینی، ۱۳۹۲: ۲۰۷/۲).

و در مورد تشخیص اینکه چه زمانی سبب ضامن است: «هرگاه سبب و مباشر جمع شوند، اگر مساوی باشند یا مباشر قوی‌تر باشد، مباشر ضامن است و اگر مباشر ضعیف و سبب قوی باشد، ضمان بر عهده سبب است» (خمینی، ۱۳۹۲: ۶۰۸/۲).

## ۳. مسئولیت مشترک (تسبیب و مباشرت)

اگر خطا ناشی از همکاری چند نفر باشد (مثلاً پزشک بد تجویز کند و داروساز هم بدون بررسی دقیق داروی نامناسب بدهد)، برخی فقها قائل به مسئولیت مشترک هستند و برخی دیگر کسی که تأثیر مستقیم‌تری داشته (مباشر اصلی) را ضامن می‌دانند.

آیت‌الله مکارم شیرازی در مورد مسئولیت پزشک و کادر درمان در صورت عدم رعایت بهداشت بیان می‌دارند: «در صورتی که از حد معمول و متعارف پزشکی کمتر رعایت کنند، و بیم انتقال بیماری برود، موجب ضمان است» (مکارم،۱٤۲۷ق: ۵۰۹/۳). در مورد تفکیک مسئولیت پزشک در اعلام عوارض: «اگر پزشك اثر زیان‌بخش دارو را اعلام کند مسئولیتی در برابر عارضه ندارد و اگر اعلام نکند، مسئول است ولی در هر صورت پزشك باید مقاومت کرده و داروی مضر را به بیمار معرفی نکند» (مکارم،۱٤۲۷ق: ٤۲۱/۱). همچنین در مورد مسئولیت

داروساز: «با توجه به این که تجویز دارو (به استثنای داروهای بدون نسخه) به عهده پزشك است نه داروساز، اگر بیماری به حال اضطرار به داروساز مراجعه کند و داروساز، دارویی در اختیار وی قرار ندهد. در صورت بروز نقص جسمی، جرح یا فوت بیمار؛ داروساز ضامن نیست هرچند در برخی صور مسئله دچار گناه شده است» (مکارم،۱٤۲۷ق: ۵۹۷/۲).

در فقه اسلامی، مفهوم «زنجیره خطای دارویی» به صورت مدرن کلمه‌به‌کلمه نیامده، اما اصول آن تحت قواعد «لاضرر»، «تسبیب» و «ضمان اتلاف» کاملاً پوشش داده شده است. دیدگاه غالب فقها این است که مسئولیت کیفری و مالی (دیه) متوجه کسی است که «سبب» اصلی ضرر بوده است. اگر خطا در تجویز باشد، پزشک؛ اگر در ساخت/تحویل باشد، داروساز؛ و اگر در اجرا باشد، پرستار ضامن است. در مواردی که تقصیر مشترک است، مسئولیت بین آنان تقسیم می‌شود. فقهای شیعه و سنی اتفاق نظر دارند که در زنجیره خطای دارویی، پزشک در صورت تجویز اشتباه ضامن است. داروساز در صورت خطا در ترکیب یا تحویل داروی اشتباه ضامن است. پرستار در صورت خطا در نحوه مصرف یا تزریق ضامن است. ملاک نهایی تشخیص میزان مسئولیت هر فرد در پرونده‌های پیچیده، نظر کارشناسان رسمی دادگستری برای تعیین درصد تقصیر هر یک از حلقه‌های زنجیره است.

## چالش‌های حقوقی قراردادهای تولید دارو

قراردادهای تولید دارو ازجمله توافقات پیچیده و تخصصی هستند که در آن‌ها باید قواعد عمومی قراردادها با مفاهیم فنی، دارویی و قوانین خاص این حوزه تلفیق شده و همه جزئیات از پیش تعیین گردد؛ زیرا اختلافات در این نوع قراردادها، به دلیل هزینه‌های سنگین تحقیق و تولید، خسارت‌های گسترده و جبران‌ناپذیری برای طرفین به همراه دارد و از همه مهم‌تر، چرخه علمی و خودکفایی ملی در عرصه سلامت را دچار آسیب می‌کند. افزون براین، حجم خسارات ناشی از تخلف در این قراردادها بسیار بالاست و فرآیند دادخواهی نیز هزینه‌های سنگینی نظیر کارشناسی، دادرسی و وکالت را تحمیل می‌کند؛ در نتیجه گاه زیان‌دیده به دلیل صرف‌نظر از طرح دعوا، نه تنها اهداف پروژه محقق نمی‌شود، بلکه شکست آن به پروژه‌های دیگر نیز سرایت کرده و به منافع فردی و ملی

لطمه وارد می‌آورد. از این رو، بررسی دقیق قراردادهای تولید مشترک دارویی باید در چارچوب مطالعات میان‌رشته‌ای حقوق پزشکی انجام شود (صالحی و همکاران: ۱۳۹۵).

## بررسی قانون امور پزشکی و دارویی مصوب ۱۳۳۴ از جزای نقدی تا اعدام

بر اساس قانون مقررات امور پزشکی و دارویی مصوب ۱۳۳۴، مجازات‌های اصلی شامل جزای نقدی، حبس، یا ترکیب این دو است. همچنین مجازات‌های تکمیلی مانند تعطیلی مؤسسه توسط صاحب پروانه، تعلیق پروانه مسئول فنی به تشخیص کمیسیون ماده ۲۰، و ضبط یا معدوم‌سازی داروهای بدون مجوز پیش‌بینی شده است. شدیدترین مجازات‌ها در ماده ۱۸ این قانون آمده: مطابق بند «الف»، اگر مصرف داروی تقلبی تنها علت مرگ باشد، مجازات اعدام است و اگر جزو علل مرگ باشد، حبس ابد تعیین می‌شود (جمشیدی و همکاران: ۱۴۰۲). همچنین براساس بند «ب»، چنانچه مصرف این داروها به بیماری دائمی یا از دست دادن یا نقص یکی از حواس یا اعضای بدن مصرف‌کننده منجر شود، مجازات حبس دائم اعمال می‌گردد (قریشی محمدی، ۱۴۰۳).

ماده ۱۸ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی: اشخاصی که در تهیه مواد دارویی به هر کیفیتی مرتکب تقلب شوند از قبیل آن‌که جنسی را به جای جنس دیگر قلمداد نمایند و یا آن را با مواد خارجی مخلوط سازند و همچنین با علم به فساد و تقلبی بودن آن مواد برای فروش آماده و یا عرضه بدارند و یا به فروش برسانند و یا دارویی را به جای داروی دیگر بدهند به مجازات های ذیل محکوم خواهند شد:

الف – در صورتی که استعمال مواد داروئی منحصرا علت فوت باشد مجازات تهیه کننده اعدام است و در صورتی که یکی از علل فوت باشد مجازات تهیه کننده حبس دائم با اعمال شاقه خواهد بود.

ب – در صورتی که مواد مذکور منتهی به مرض دائم و یا فقدان و یا نقص یکی از حواس و یا اعضاء مصرف کننده گردد مجازات تهیه کننده حبس دائم با اعمال شاقه خواهد بود.

## قانون تعزیرات بهداشتی و درمانی ۱۳۶۷ و انواع مجازات‌های آن

دراین قانون، مجازات‌های اصلی عموماً شامل ضبط کالا و تعطیلی مؤسسه است و در مواردی

مانند تکرار جرم، علاوه براین دو، جریمه نقدی، انتشار نام مؤسسه متخلف در جراید و حبس از شش ماه تا یک سال نیز اعمال می‌شود. از دیگر مجازات‌های پیش‌بینی‌شده می‌توان به تعطیلی مؤسسه، توبیخ کتبی و درج در پرونده پزشکی، ضبط مؤسسه به نفع دولت، لغو پروانه مسئول فنی و پروانه تأسیس اشاره کرد. لازم به ذکر است که مطابق قانون مجازات اسلامی جدید، کلیه مجازات‌های قانونی در صورت فراهم بودن شرایط، قابل تخفیف یا تبدیل خواهند بود.

## محتوای پیش‌نویس لایحه تعزیرات ۱۴۰۱

در پیش‌نویس لایحه تعزیرات ۱۴۰۱، جرائم بهداشتی جرم‌انگاری شده‌اند که مهم‌ترین مصادیق آن‌ها عبارت است از: تولید مواد غذایی، بهداشتی و آرایشی بدون پروانه ساخت، تولید این مواد بدون حضور مسئول فنی، عدم درج مشخصات بهداشتی روی کالا از جمله تاریخ تولید، تاریخ مصرف و شماره پروانه، عدم رعایت فرمول ساخت و تولید در تولید مواد غذایی، بهداشتی و آرایشی، عرضه کالاهای فاقد پروانه ساخت توسط واحدها و شرکت‌های پخش و همچنین عدم رعایت ضوابط بهداشتی.

## مسئولیت تولیدکنندگان دارو در قوانین ایران

طبق بند ۲ ماده ۳ قانون حمایت از حقوق مصرف‌کنندگان (مصوب ۱۳۸۸)، تولیدکنندگان و عرضه‌کنندگان کالا و خدمات موظفند اطلاعاتی از قبیل نوع، کیفیت، کمیت، آگاهی‌های مقدم بر مصرف، تاریخ تولید و انقضا را در اختیار مصرف‌کنندگان قرار دهند. منظور از «آگاهی‌های مقدم بر مصرف»، نحوه استفاده صحیح و هشدار درباره آثار سوء مصرف نادرست کالا است. ماده ۱۹ همین قانون ضمانت اجرای تخلف از این مقرره را تعیین کرده است: در صورت ورود خسارت ناشی از مصرف، متخلفان علاوه بر جبران خسارت، به جزای نقدی حداکثر معادل دو برابر خسارت وارده محکوم می‌شوند. همچنین مطابق ماده ۷، تبلیغات خلاف واقع و ارائه اطلاعات نادرست که موجب فریب یا اشتباه مصرف‌کننده گردد، ممنوع است.

ماده ۳۴ قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی (مصوب ۱۳۶۷) کلیه تولیدکنندگان را موظف کرده است که برچسب اطلاعاتی حاوی شماره پروانه ساخت و تاریخ

مصرف را بر روی محصولات خود درج نمایند. تخلف از این حکم جرم محسوب می‌شود.

داروی فاقد اطلاعات لازم (مانند تاریخ انقضا) می‌تواند خطرآفرین باشد و امنیت جامعه را تهدید کند؛ از این رو قانونگذار برای آن مجازات تعیین کرده است. چنین دارویی از دید قانون فاقد ایمنی و سلامت تلقی می‌شود، زیرا تعهد به ایمنی کالا، تعهدی ضمنی و ناشی از نظم عمومی است.

سلامت کالا، شرط ضمنی هر عقد بیعی به شمار می‌رود. خریدار با حسن ظن و بر اساس تضمین فروشنده نسبت به سلامت کالا، اقدام به خرید می‌کند و اگر از ناایمن بودن آن آگاه بود، هرگز معامله نمی‌کرد. بنابراین هنگامی که کالایی ناسالم تشخیص داده شود، خریدار حق جبران خسارت دارد. اگر تضمین ایمنی دارو را شرط صحت معامله و تعهدی ناشی از نظم عمومی بدانیم، عدم ارائه اطلاعات از سوی تولیدکننده، نقض این تضمین است. داروساز با عدم ارائه اطلاعات که از متعلقات کالا می‌باشد، تعهد تسلیم را ناقص انجام داده و کالا را به محصولی خطرناک تبدیل می‌کند. در نتیجه چنین کالایی فاقد ایمنی متعارف است و ضمانت ایمنی، مسئولیت را متوجه تولیدکننده می‌کند، البته در صورتی که آن کالا واقعاً فاقد ایمنی مورد انتظار بوده و باعث خسارت به مصرف‌کننده گردد.

در نتیجه، با تخلف از این تعهد (که به صورت شرط ضمنی نیز قابل تصور است)، خریدار حق دارد تمام خسارات خود را مطالبه کند. این مبنا، تنها موردی است که به استناد مسئولیت قراردادی (نقض تعهد قراردادی) می‌توان به جبران خسارت واقعی دست یافت؛ در حالی که سایر مبانی به مسئولیت قهری منتهی می‌شوند و نیاز به اثبات تقصیر دارند. بنابراین بر پایه قاعده «تسبیب»، داروساز ضامن خسارات وارده است، مگر آن‌که علل خارجی مانند قوای طبیعی، دخالت شخص ثالث یا فعل زیان‌دیده در وقوع خسارت دخالت داشته باشند که در این صورت مسئولیت داروساز رفع می‌گردد (صالحی و همکاران، ۱۳۹۶).

## تاثیر قوانین بر توزیع دارو؛ فرصت‌ها و تهدیدها

حق بهره‌مندی از دانش پزشکی و داروسازی از یک‌سو و حق مالکیت فکری از سوی دیگر، هر دو از حقوق پایه و اولیه انسان هستند و نباید هیچ‌کدام از بین برود. با توجه به نقش ویژه دارو در زندگی

مردم، باید علاوه بر منافع شخصی تولیدکنندگان و صاحبان اختراعات، منافع جامعه و نیازهای بهداشتی و توسعه‌ای کشورهای فقیر و در حال توسعه نیز تأمین شود. همچنین کشورهای در حال توسعه باید راهکارهایی برای توزیع مناسب دارو و دسترسی آسان شهروندان به آن فراهم کنند. در نتیجه، عواملی مانند ثبات کشور و وجود ساختار و سازماندهی مناسب است که می‌تواند به استحکام اقتصادی و نظام مطلوب توزیع دارو منجر گردد (جعفری و همکاران، ۱۳۹۹: ۳۰۵).

## بررسی بزه ساخت داروی غیرمجاز از سوی شرکت‌های توزیع‌کننده

بر اساس ماده قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی ۱۵، عمل ساخت دارو بدون مجوز جرم است. برای وقوع این جرم، تنها قصد سوءنیت عام کافی بوده و نیازی به قصد خاصی نیست. این جرم از نوع «جرایم مطلق» به شمار می‌آید؛ یعنی صرف انجام عمل ساخت، جرم محسوب می‌شود، چه دارو مصرف شود یا نشود و چه نتیجه مجرمانه‌ای حاصل گردد یا نگردد.

## الزام به حفظ فرمول و بسته‌بندی اصلی دارو تا پس از تحصیل پروانه

ماده ١٦ اصلاحی ۱۳۶۷: سازندگان داروها و مواد بیولوژیک موضوع این فصل پس از تحصیل پروانه حق ندارند فرمول و ترکیب و شکل و یا بسته بندی دارو یا فرآورده بیولوژیک خود را قبل از کسب اجازه مجدد از وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تغییر داده و یا دخل و تصرف در آن نمایند. درصورت ارتکاب به حسب مورد به مجازات مذکور در ماده ۱۵ محکوم خواهند شد.

عنصر قانونی این جرم، ماده ۱۶ و عنصر مادی آن، انجام عمل دخل و تصرف در فرمول، ترکیب، شکل یا بسته‌بندی دارو می‌باشد. عنصر روانی نیز سوءنیت عام است؛ بنابراین برای تحقق جرم، نیاز به قصد مجرمانه خاص نیست و این جرم از جرایم عمدی محسوب می‌شود. منظور از دخل و تصرف، ایجاد تغییراتی است که دارو را از حالت اولیه خارج سازد، خواه این تغییر در شکل و بسته‌بندی ظاهری باشد و خواه در ماهیت و خاصیت دارو.

## ممنوعیت عرضه داروی بدون پروانه یا مجوز ورود در داروخانه

داروهای قابل عرضه در ایران یا ساخت داخل هستند یا از خارج وارد می‌شوند. تولیدکنندگان

و واردکنندگان به استناد ماده ۱۴ ق.م.ا.پ.د، تبصره ۴ ماده ۴ قانون مقررات صادرات و واردات و آیین‌نامه‌های مربوط، موظف به جلب موافقت وزارت بهداشت هستند. بر اساس بند ۱۷ ماده ۱ قانون تشکیلات وزارت بهداشت (مصوب ۱۳۶۷)، تعیین ضوابط ورود، ساخت، نگهداری و مصرف فرآورده‌های دارویی از وظایف این وزارتخانه است. همچنین به استناد بندهای ۵ و ۶ ماده ۱۷، وزارت بهداشت می‌تواند شرکت‌های تولیدی و خدماتی را در حوزه دارو ایجاد کند. افزون براین، طبق تبصره ۳ ماده ۳ اصلاحی قانون مقررات پزشکی و دارویی (مصوب ۱۳۳۴)، تنها داروهایی مجاز به تولید یا دریافت مجوز ورود هستند که نام آن‌ها در فهرست داروهای مجاز کشور (فارماکوپه) ثبت شده باشد.

## نتیجه

بررسی مبانی فقهی و حقوقی نشان می‌دهد که نظام حقوقی ایران و فقه امامیه اصول کلی برای تقسیم مسئولیت در خطای مرکب دارند، اما قاعده مشخصی برای «خطای دارویی زنجیره‌ای» وضع نشده است. مواد ۵۲۶ تا ۵۳۳ قانون مجازات اسلامی، اصل تساوی مسئولیت را مبنا قرار داده‌اند، اما در صورت اثبات تفاوت تأثیر، مسئولیت به همان نسبت تقسیم می‌شود. در فقه نیز قواعد اتلاف، تسبیب و قاعده «واسطه آگاه» تفکیک نقش پزشک، داروساز و تولیدکننده را ممکن ساخته است. قوانین خاصی مانند قانون امور پزشکی ۱۳۳۴ (با مجازات اعدام برای تقلب دارویی) نیز به خطای زنجیره‌ای نپرداخته‌اند.

پیشنهادهای پژوهش عبارتند از: بازاجتهاد در تعریف «مباشر» و «سبب» متناسب با پزشکی مدرن، و اصلاح ماده ۵۲۶ قانون مجازات اسلامی با اضافه کردن تبصره‌ای درباره خطای مرکب زنجیره‌ای که دادگاه با کمک کارشناسان، درصد مسئولیت هر یک از عوامل (پزشک، داروساز، شرکت پخش) را تعیین نماید. این رویکرد با قاعده فقهی «تسبیب» و آیه «**لا تَزِرُ وازِرَةٌ وِزْرَ أُخْرى**» هماهنگ است.

## کتابنامه


**قرآن کریم**.

بهجت، محمد تقی. (١٤٢٦ق). **جامع المسائل**. قم.

تاج خراسانی، سمیرا. (١٤٠٢). **تحلیل و بررسی جرایم مربوط به حوزه دارو و درمان توسط شاغلین حرفه پزشکی و دارویی. پژوهش های بنیادین در حقوق**. شماره اول.

جعفری، مصطفی؛ رضایی زاده، محمدجواد؛ عباسی، بیژن. (۱۳۹۹). **بررسی مقررات حاکم بر توزیع و قیمت گذاری نظام دارویی ایران از منظر حق بر سلامت. فصلنامه علمی پژوهشی طب و تزکیه**. ۲۹(٤).

جمشیدی، علیرضا؛ جمشیدی، حمیدرضا؛ زردشت، سعید. (١٤٠٢). **ماهیت جرایم بهداشتی، درمانی و دارویی در قانون تعزیرات حکومتی در نظام حقوقی جمهوری اسلامی ایران**. تهران: دومین کنفرانس بین المللی علوم انسانی، علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی.

خدابخشی، عبدالله. (۱۳۸۸). **بیمه و حقوق مسئولیت مدنی. چاپ نخست**، تهران: انتشارات روزنامه رسمی کشور.

خمینی، روح الله. (۱۳۹۲). **تحریرالوسیله: فتاوای الامام الخمینی**. جلد دوم. تهران: موسسه تنظیم و نشر آثار امام خمینی رحمه‌الله.

ره‌پیک، حسن. (۱۳۹۳). **حقوق مسئولیت مدنی و جبران‌ها**. چاپ بیست و دوم. تهران: انتشارات خرسندی.

شفتی قمی، میرزا ابوالقاسم بن محمدحسن. (١٤١٣ق). جامع الشتات. تهران: انتشارات کیهان.

صالحی، خسرو؛ عرفان منش، محمد حسین؛ عباسی، محمود. (۱۳۹۵). **بررسی جنبه‌های حقوقی قرارداد مشارکت در تولید دارو**. فصلنامه حقوق پزشکی. ۱۰(۳۹). صص ٥٤-٥٣.

صالحی، مهدی؛ علی‌عسگری، ابراهیم؛ جعفرزاده، سیامک. (١٣٩٦). **بررسی مسئولیت ناشی از اخفای مضرات دارو و نقش قاعده تحزیر. فصلنامه حقوق پزشکی**. ۱۱(٤١).

صفایی، حسین؛ بادینی، حسن؛ عباسلو، بختیار؛ صالحی، سعیده. (۱۳۹۷). **معیار تقسیم مسئولیت در فرض تعدد اسباب و تحول آن در حقوق ایران. فصلنامه دیدگاه های حقوق**

**قضایی**، ۲٤(۸٤).

صفایی، حسین؛ رحیمی، حبیب الله. (۱۳۹۵). **مسئولیت مدنی**. چاپ نهم. تهران: انتشارات سمت.

صادقی، محمود؛ رعدی، کامبیز؛ عیسائی تفرشی، محمد. (۱۳۷۸). **بررسی فقهی ضمان قهری مسئولان متعدد. فصلنامه مدرس علوم انسانی**، ۱۲(۳).

عبداللهی ویشکائی، سمیه؛ ژیان، پژمان. (۱۳۹۵). **جستاری در مسئولیت پزشک در ارائه اطلاعات دارویی با تطبیق در حقوق کامن لا (قاعده واسطه آگاه). فصلنامه حقوق پزشکی**. ۱۰(۳۹). صص ۲٤-۲۰.

قاسمی، ناصر؛ کارمرزی، عبدالکریم. (۱۳۹۲). **مسئولیت آمر و مامور در حقوق ایران**. چاپ اول. تهران: انتشارات خرسندی.

قریشی محمدی، فاطمه السادات. (۱٤۰۳). **مجله حقوق پزشکی. بررسی رویکرد حقوق کیفری ایران در قبال جرائم بهداشتی و دارویی**.

کاتوزیان، ناصر. (۱۳۷٤). **الزام های خارج از قرارداد: ضمان قهری**. جلد اول. چاپ اول. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

کاظمی، محمود؛ قسمتی تبریزی، علی. (۱٤۰۲). **نحوه تقسیم مسئولیت بین عاملان زیان؛ مطالعه تطبیقی در فقه اسلامی و قانون مجازات اسلامی سال ۱۳۹۲. مجله حقوقی دادگستری**. ۸۷(۱۲۲).

کلینی، ابو جعفر محمد بن یعقوب. (۱٤۰۷ق). **الکافی**. چاپ چهارم. تهران: دارالکتب الإسلامیة.

گلپایگانی، محمدرضا. (۱٤۰۹ق). **مجمل المسائل**. قم: انتشارات دارالقرآن.

مفید، محمد بن محمد. (۱٤۱۳ق). **الارشاد فی معرفة حجج الله علی العباد**. چاپ اول. قم: موسسه آل البیت علیهم‌السلام.

مکارم شیرازی، ناصر. (۱٤۲۷ق). **استفتاءات جدید**. قم: مدرسه الامام علی بن ابی طالب علیه‌السلام.

موسوی خویی، ابوالقاسم. (۱۳۹٦ق). مبانی تکلمه المنهاج. جلد دوم. چاپ دوم. قم: دارالهادی.