

بررسی تطبیقی ضمان قهری پزشکان و مراکز درمانی در نظام‌های حقوقی ایران و انگلیس

سید الهام الدین شریفی^{۱*}، مریم ثقفی^۲

۱. استادیار دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران
۲. کارشناس ارشد حقوق خصوصی دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران

پذیرش: ۹۳/۱/۳۰

دریافت: ۹۲/۲/۲

چکیده

خدمات بهداشتی درمانی در اغلب موارد در قالب قراردادی میان پزشکان یا مراکز درمانی و بیماران ارائه می‌گردد. این قرارداد موسوم به «قرارداد درمان» است. بنابراین مسئولیت پزشکان و مراکز درمانی نیز مسئولیت قراردادی است؛ لکن در برخی موارد نظیر فوریت‌های پزشکی و اقدامات خارج از توافق طرفین، نظیر بروز عارضه‌ای جدید در جراحی، امکان توافق و انعقاد قرارداد درمان فراهم نیست و لذا مسئولیت پزشکان یا مراکز درمانی در حیطه مسئولیت مدنی و ضمان قهری بررسی می‌شود.

از طرفی، با توجه به حاکمیت نظریه تقصیر در نظام حقوقی ایران، مشکلات متعددی در مسیر اثبات خطا و تقصیر ارائه‌کنندگان خدمات درمانی پیش روی بیماران است. از این رو بیماران نیازمند اطلاعاتی از مصادیق و مبانی تقصیر و خطای پزشکان هستند. از سوی دیگر مراجعه به مراکز درمانی سرگردانی بیماران را دو چندان می‌کند؛ چرا که در تشخیص مسئول و مقصر میان پزشکان، پرسنل و مراکز درمانی دچار ابهام می‌شوند. لذا تبیین ضمان قهری مرکز درمانی، خواه هنگامی که خود مرکز مقصر است و خواه به تبع خطای پزشکان و پرسنل



درمانی، موجب رفع ابهامات مذکور می‌گردد. در این راستا توسل به نظریاتی چون مسئولیت کارفرما، تقصیر سازمانی و مسئولیت مستقیم که در حقوق ایران مورد پذیرش است و همچنین نظریه مسئولیت جانشینی، نمایندگی ظاهری و مسئولیت تضامنی که در نظام حقوقی انگلیس به‌عنوان مبانی مسئولیت مراکز درمانی معرفی شده‌اند، راهگشا است. از این رو این مقاله در جهت حمایت از حقوق بیماران و کاهش موانع نظریه تقصیر با تکیه بر نظریات و مبانی مطرح شده به تبیین ضمان قهری پزشکان و مراکز درمانی می‌پردازد.

واژگان کلیدی: ضمان قهری، پزشک، مرکز درمانی، بیمار، نظریه تقصیر

۱. مقدمه

در برخی نظام‌های حقوقی نظیر ایران که اصولاً مسئولیت مدنی مبتنی بر نظریه تقصیر می‌باشد، اثبات ضمان قهری بسیار دشوار است. این مشکل هنگامی که زیان‌دیده و واردکننده زیان در شرایط نابرابر هستند، دو چندان می‌گردد. نمونه این امر وضعیت بیماران مصدوم و پزشکان و مراکز درمانی است؛ چرا که بیماران خواه از منظر وضعیت مالی و خواه اطلاعات، هم‌ردیف پزشکان و مراکز درمانی نیستند. قرارداد درمان با تعیین چارچوب تعهدات ارائه‌کنندگان خدمات، از مشکلات بیماران کاسته است؛ زیرا بیماران می‌توانند با توسل به تعهدات قراردادی یا تعهدات قانونی که بر قرارداد حاکم است، از پزشک یا مرکز درمانی مطالبه خسارت کنند. لذا با وجود قرارداد درمان، اثبات تقصیر لازم نیست، بلکه صرف عدم انجام تعهدات قراردادی، موجب مسئولیت طرف مقابل است.

لکن در برخی مواقع خدمات درمانی بدون قرارداد ارائه می‌شود. در این شرایط اثبات تقصیر، زیان‌دیده را با مشکلات مضاعفی مواجه می‌سازد. اما در چه شرایطی خدمات بهداشتی درمانی بدون قرارداد ارائه می‌شود؟ در این شرایط تقصیر ارائه‌کنندگان خدمات بر چه مبنایی است؟ در صورت آسیب بیمار، مسئولیت زیان

وارد شده با پزشک است یا مرکز درمانی؟

مقاله حاضر در جهت پاسخ به سؤالات فوق، به تبیین اوضاع و احوالی می‌پردازد که خدمات بهداشتی درمانی بدون هرگونه توافقی میان بیماران و ارائه‌کنندگان خدمات ارائه می‌شوند. به منظور حمایت از بیماران و تسهیل اثبات تقصیر پزشکان و مراکز درمانی، نظریات مطرح شده در حقوق ایران و انگلیس در این خصوص بررسی می‌شود.

۲. کلیات

خدمات بهداشتی درمانی، اقداماتی هستند که از سوی پزشکان و مراکز درمانی به منظور درمان و ارتقای سلامت بیماران ارائه می‌شوند. از آنجا که این اقدامات بر جسم انسان اعمال می‌شود^۱، انجام امور مذکور نیازمند رضایت بیماران است. لذا چنانچه بیماران متقاضی بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی و مرکز درمانی نیز با این درخواست موافق باشد این امر به انعقاد قراردادی می‌انجامد که حاصل توافق بیماران و پزشکان یا مراکز درمانی بوده، به قرارداد درمان^۲ موسوم است. قرارداد درمان در اغلب نظام‌های حقوقی اروپایی از جمله انگلیس در زمره قراردادهای خدمات جای گرفته [۱، ص ۷۸۱] و در نظام حقوقی ایران در قالب عقود نامعین شناخته شده است [۲، ج ۱، ص ۹۶؛ ۳، ص ۸۸؛ ۴، ص ۸۳؛ ۵، ص ۱۵۱]. این قرارداد، مانند سایر قراردادهای متضمن تعهداتی است که نقض هر یک به معنای نقض قرارداد بوده، از ضمانت اجرای آن بازگرداندن اجرت یا حواله‌زحمه به بیمار است [۶، ص ۴۱]. لذا در صورت وجود قرارداد، مسئولیت ناشی از نقض تعهدات، قراردادی خواهد بود. در حقوق انگلیس مسئولیت قراردادی در صورت نقض تعهدات صریح یا ضمنی [۷، ص ۱۱] و یا عدم اجرای قرارداد از سوی ارائه‌کننده خدمات، محقق می‌شود [۸، ص ۵۴]؛ اما در حقوق ایران افزون بر

۱. لازم به ذکر است که خدمات بهداشتی درمانی گاه به منظور ارتقای سلامت جسم انسان و گاه سلامت روان او ارائه می‌شوند، لکن در این مقاله صرفاً خدمات مرتبط با جسم بررسی می‌گردند.

2. treatment contract

موارد مذکور، نقض قوانین آمره قانونی نظیر حفظ اسرار بیمار نیز از موجبات مسؤولیت قراردادی است.

اما انعقاد قرارداد درمان همیشه امکانپذیر نیست و در نتیجه مسؤولیت ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی نیز همواره قراردادی نیست. لذا در صورت فقدان قرارداد، مسؤولیت ارائه‌کنندگان خدمات، مسؤولیت قهری است. لازم به ذکر است که وجود رابطه قراردادی نیز مانع اثبات مسؤولیت غیرقراردادی نمی‌شود؛ همچنان‌که در حقوق انگلیس دادگاه‌ها معتقدند شخص می‌تواند علیرغم وجود قرارداد، مطابق هر مبنایی که منافع بیش‌تری برای او دارد اقامه دعوا کند [۹، ص ۵۹-۶۰]. در حقوق ایران نیز بیمار می‌تواند به هر دو چهره قراردادی یا قهری مسؤولیت استناد کند [۱۰، ج ۱، ص ۳۱۶]؛ با این تفاوت که بار اثبات مسؤولیت غیرقراردادی سنگین‌تر از مسؤولیت قراردادی است، زیرا بیمار باید تقصیر ارائه‌کننده خدمات را ثابت کند، در حالی که در حقوق انگلیس با اثبات این‌که ارائه‌کننده خدمات موظف به مراقبت از بیمار بوده، مسؤولیت اثبات می‌شود و گاهی تقصیر ارائه‌کننده خدمات بهداشتی درمانی مفروض است [۱۱، ص ۷۰]. تحمیل مسؤولیت بر مراکز درمانی، بسی سودمندتر از تحمیل مسؤولیت بر پزشکان است؛ زیرا از یک طرف مراکز درمانی به لحاظ مالی توانایی بیش‌تری برای جبران خسارات دارند و از سوی دیگر مطابق نظریاتی که در ادامه بیان می‌گردد، مسؤول اعمال کادر و پرسنل درمانی خود نیز هستند.

لکن تحمیل مسؤولیت بر مراکز درمانی همواره ممکن نیست و بناچار باید مسؤولیت قهری پزشکان نیز به صورت انفرادی تحلیل شود. از این رو ابتدا ضمان قهری پزشکان و سپس مراکز درمانی بررسی می‌گردد.

۳. ضمان قهری پزشکان

هنگامی که قرارداد درمان موجود نباشد و عمل پزشک به آسیب یکی از بیماران بینجامد، مسؤولیت اصلی متوجه خود پزشک است [۶، ص ۳۹]. این مسؤولیت هنگامی

حادث می‌شود که تقصیر پزشک اثبات شود؛ چرا که در نظام حقوقی ما مسئولیت اصولاً مبتنی بر تقصیر است [۱۲، ص ۱۴۰]. بنابراین به منظور تبیین ضمان قهری پزشکان، در ابتدا به ذکر مصادیقی از درمان بدون قرارداد می‌پردازیم.

۳-۱. موارد ضمان قهری پزشکان

فوریت‌های پزشکی و جراحی بدون قرارداد از مواردی است که درمان بدون قرارداد صورت می‌گیرد.

۳-۱-۱. فوریت‌های پزشکی

فوریت‌های پزشکی مربوط به زمانی است که انجام عمل فوری برای حفظ زندگی یا سلامت بیمار مورد نیاز باشد و بیمار نتواند طرف مشاوره قرار گرفته، دستورالعملی را ارائه کند [۱۳، ج ۱، ص ۶۰]. در شرایط مذکور قوانین و مقررات متعددی، وظیفه ارائه خدمات به بیماران را بر پزشکان و مراکز درمانی تحمیل کرده‌اند:

- قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مقرر کرده که چنانچه مراکز درمانی از پذیرش بیماران آسیب‌دیده امتناع کنند به حداکثر مجازات مقرر در این ماده واحده محکوم می‌شوند. آیین‌نامه این قانون، فوریت‌های پزشکی را مواردی می‌داند که باید بیمار سریعاً درمان شود و چنانچه اقدام فوری نشود موجب خطرهای جانی، نقص عضو یا عوارض غیرقابل جبران است، مانند مسمومیت‌ها، سکته قلبی و مغزی و شوک‌ها.^۱

- مطابق ماده ۳ قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی، خودداری بیمارستان‌ها از پذیرش و ارائه خدمات لازم به بیماران اورژانسی جرم و متخلف به مجازات محکوم می‌گردد.

۱. ماده ۱ و ۲ آیین‌نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۵۴.



ماده ۳ آیین‌نامه اجرایی مرکز اورژانس تهران مصوب ۱۳۵۵ مقرر می‌دارد: «کلیه بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تهران اعم از عمومی و خصوصی موظفند بیماران اورژانس را پذیرفته و خدمات درمانی اورژانس مورد نیاز را انجام دهند».

در حقوق انگلیس، پزشکان و مراکز درمانی قانوناً مکلف به مراقبت و پذیرش بیماران اورژانسی نیستند. این نظر مطابق نظریه مصونیت نیکوکاران^۱ است؛ به این معنا که اقدامات ارائه‌کنندگان خدمات در کمک به بیماران اورژانسی از سر نیکوکاری است [۱۴، ص ۱۴۶]. البته برخی معتقدند وظیفه کمک‌رسانی به بیماران اورژانسی مطابق وظیفه اخلاقی الزام‌آور است [۱۵، ص ۹۱].

در مواقع فوریت‌های پزشکی، بیمار قادر به انعقاد قرارداد نیست و لذا در این شرایط ارائه‌کنندگان خدمات چگونه می‌توانند بدون رضای بیمار به مداوای او بپردازند؟ ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی سابق مقرر می‌کرد: «... در موارد فوری، اخذ رضایت ضروری نخواهد بود»؛ در حالی که قانون جدید در مواد ۴۹۵ تا ۴۹۷ صرفاً به براءت پرداخته، درباره رضایت بیمار ساکت است. لازم به ذکر است که رضایت متفاوت از براءت است؛ چنان‌که مطابق ماده ۱۹۰ قانون مدنی، رضایت از شرایط صحت هر معامله است، در حالی که براءت معالج از سوی بیمار، همان‌گونه که از فحواى ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی مشخص است، برای رفع ضمان معالجه است که مرتکب تقصیر نشده است. به همین دلیل نیز در بیمارستان‌ها فرم‌های رضایتنامه و براءتنامه مجزا هستند. البته با توجه به سکوت قانون جدید درباره رضایت بیمار و ضمانت اجرای عدم آن، برخلاف ماده ۵۹ قانون سابق، درمان بدون رضایت بیمار خواه در شرایط عادی و خواه در فوریت‌های پزشکی فاقد وصف کیفری است، اما مسؤولیت مدنی چگونه است؟

برخی معتقدند اگرچه در وضعیت اورژانسی، پزشک بر مبنای احسان اقدام می‌کند، لکن نقض استانداردهای مراقبتی، چنانچه موجب صدمه بیمار شود، مسؤولیت‌آور

1. good samaritans immunity

است [۱۶، ص ۵۱۲]. مؤید این نظر ماده ۵۱۰ قانون مجازات اسلامی است که مقرر می‌دارد: «هرگاه شخصی با انگیزه احسان و کمک به دیگری رفتاری را که به جهت حفظ مال، جان، عرض یا ناموس او لازم است، انجام دهد و همان عمل موجب صدمه و یا خسارت شود در صورت رعایت مقررات قانونی و نکات ایمنی، ضامن نیست»؛ اما عده‌ای این‌گونه خدمات را بر مبنای قاعده احسان موجب مسؤولیت نمی‌دانند [۱۷، ص ۵۰]. از سوی دیگر به دلیل این‌که در شرایط مزبور امکان اخذ رضایت از بیمار میسر نیست، قاعده اتلاف حاکم نبوده، پزشکان مبرا هستند [۱۸، ص ۱۹۶]. اما از آن‌جا که در فوریت‌های پزشکی ارائه خدمات درمانی تکلیف قانونی پزشک و مراکز درمانی است، اقدامات آنان از روی احسان نبوده، احکام این قاعده حاکم نیست. در نهایت ماده ۴۹۷ قانون مجازات جدید این معضل را حل کرده، بیان می‌دارد که در شرایط ضروری که اخذ برائت ممکن نیست اگر پزشک مطابق مقررات اقدام کند ضامن نیست. لذا پزشکی که برخلاف مقررات اقدام می‌کند ضامن است. به نظر می‌رسد «مقررات» اعم از مقررات حرفه‌ای و قانونی است.

در این راستا در پرونده بیمار ۷۸ ساله‌ای که برای آنژیوگرافی به بیمارستان منتقل شده و در هنگام درآوردن لوله کاتتر دچار ایست قلبی گشته بود، رأی به برائت پزشکان داده شد؛ با این استدلال که عملیات اورژانسی بوده، امکان اخذ برائت وجود نداشته و عملیات احیا با حضور جراح اتاق عمل و امکانات لازم صورت گرفته است و بنابراین به دلیل عدم قصور از سوی گروه اورژانس، پزشکان مسؤول مرگ بیمار شناخته نشدند [۱۹، ص ۱۸۴].

۳-۲-۱. اعمال جراحی غیر قراردادی

گاهی در حین عمل جراحی عارضه جدیدی مشاهده می‌شود که در دستور کار و رضایتنامه لحاظ نشده و لذا جزء قرارداد نیست. در این مواقع مسؤولیت پزشکان و کادر اتاق عمل چگونه است؟



به‌عنوان مثال بیماری برای جراحی آپاندیس وارد اتاق عمل شده، لکن جراح پس از باز کردن شکم او با یک تومور مواجه می‌شود. در این مواقع آیا جراح می‌تواند برای درمان عارضه جدید نیز اقدام کند؟

چنانچه عارضه جدید خطر جانی برای بیمار داشته باشد و این خطر از فوریت‌های پزشکی محسوب شود، پزشک موظف است مطابق تکلیف قانونی که در فوریت‌های پزشکی مطرح شد، اقدام به درمان کند، اما اگر بیماری جدید با وجود خطرهای جانی، عارضه‌ای قدیمی باشد و یا تأخیر در درمان امکانپذیر باشد نمی‌تواند بدون اذن بیمار اقدام به جراحی کند. البته نظریات دیگری نیز بیان شده که مطابق آن‌ها عملکرد جراح حتی در غیر از فوریت‌های پزشکی، مجاز محسوب شده است. به‌عنوان مثال، برخی مطابق نظریه تقلیل خسارت^۱ معتقدند اگر «جراحی برای معالجه مریضی، عضوی از بدن او را بردارد، با اثبات این‌که وجود این عضو برای سلامت او زیانبار بوده و این عمل باعث بهبودی سایر اعضای بدن او شده است، از میزان خساراتی که جراح باید بپردازد کاسته می‌شود» [۲۰، ص ۲۰۲]. اما این نظر قابل قبول نیست و نه تنها خسارات وارد شده کاهش نمی‌یابد، بلکه جراح به دلیل اقدام بدون رضایت مسؤول است.

عده دیگری معتقدند در برخی مواقع مانند اذن به درمان دندان فاسد، اذن بیمار کلی است. بنابراین اگر جراح به دلیل وضعیت خطرناک‌تر دندان دیگری اقدام به کشیدن آن کند، دندانپزشک مسؤول نیست [۲۱، ص ۶۴-۶۵]. برخی دیگر نیز اقدامات جراح در فروض مذکور را مصداق بارز اداره فضولی دانسته، جراح را مستحق اجرت‌المثل می‌دانند [۲۲، ص ۱۳۴]. همچنین در نظر دیگری این اقدامات در جهت بهترین منافع بیمار شناخته شده که علاوه بر بهبود بیمار، از صرف هزینه‌های مضاعف جلوگیری می‌کند [۲۳، ص ۱۷۰].

در رد نظریات فوق می‌توان گفت که پزشک حتی در جهت منافع بیمار نیز نمی‌تواند فراتر از اذن او عمل کند. گذشته از این امر، ممکن است این اقدام پزشک نه تنها در جهت

1. mitigation of damage

منافع بیمار نباشد، بلکه وی را متضرر کند؛ زیرا ممکن است بیمار از عارضه کشف شده مطلع بوده، ولی بنا به مصالحی جراحی آن را لازم نمی‌دیده و یا حتی قصد داشته بیماری حادث شده را نزد متخصص دیگری درمان کند. در برخی مواقع نیز پیشرفت‌های علمی درمان با دارو را جایگزین جراحی می‌دانند و اقدام جراح به ضرر بیمار تمام می‌شود.

حال اگر وضعیت اورژانسی بود و جراحی صورت گرفت، مسئولیت قهری جراح و تیم جراحی چگونه است؟

در حقوق انگلیس، برخی دادگاه‌ها نظریه ناخدای کشتی^۱ را اعمال می‌کنند. مطابق این نظریه، سرپرست یک مکان مانند اتاق عمل، علاوه بر مسئولیت شخصی اعمال خود، مسئول عملکرد زیر دستانش خویش است [۲۴، ص ۶۵]. جراح مانند ناخدای کشتی بوده، مسئول تمامی اتفاقاتی است که در حین جراحی رخ می‌دهد [۲۵، ص ۱۳۵]. این نظر حق نظارت بر تیم جراحی را از وظایف جراح دانسته، او را مسئول خطاهای تیم می‌داند [۲۶، ص ۸۱].

اما در حقوق ایران به سبب فقدان قوانین مدون در این زمینه صرفاً می‌توان به مقررهای اشاره کرد که براساس آن گروه‌های تخصصی و تیم جراحی هریک مسئولیت خاص خود را داشته، کسی به‌عنوان مسئول و رهبر تیم شناخته نمی‌شود.^۲ بنابراین مسئولیت هریک از اعضا مطابق میزان تقصیر آنان مشخص می‌شود. مثلاً در یک پرونده، خانمی به دلیل آبسه ناشی از یک عدد گاز که پس از جراحی در شکم او باقی مانده بود شکایت کرد. بیمار مذکور به دلیل این آبسه دچار جوشگاهی ناهنجار و سپس برداشتن بخشی از روده و نهایتاً نقص عضو ۲۰ درصدی شده بود. در این پرونده کمیسیون پزشکی به ارشی معادل ۲۰ درصد دیه کامل رأی داد که در آن

1. captain the ship

۲. بخشنامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شماره ۲/۱۸۲۴۴/س مورخ ۸/۱۱/۸۲: «...در انجام اعمال جراحی گروه‌های تخصصی و هریک از افراد تیم جراحی، مسئولیت خاص خود را دارند که تعریف شده است و در عین حال همه گروه‌های تخصصی در جهت بهبودی بیمار در تعامل دائم هستند».

مسئولیت جراح ۷۵ درصد و مسئولیت پرستاران اسکراب و سیرکوله اتاق عمل جمعاً ۲۰ درصد به طور مساوی تعیین شد [۲۷، ص ۱].

۲-۳. مبانی ضمان قهری پزشکان

مبانی ضمان قهری پزشکان در بی‌مبالاتی، بی‌احتیاطی، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی خلاصه شده است؛ به این معنا که با اثبات هریک از موارد مذکور می‌توان پزشک مرتکب را مسئول خسارات وارده دانست. در ذیل به بررسی هریک از این مبانی می‌پردازیم:

۱-۲-۳. بی‌مبالاتی

غفلت، مسامحه، سهل‌انگاری و اهمال است. لذا بی‌مبالاتی جنبه منفی دارد و به نوعی ترک فعل است [۲۸، ج ۱، ص ۲۴۸-۲۴۹]؛ مانند این‌که پزشک موظف است قبل از جراحی، نتیجه آزمایش‌ها و حساسیت‌های بیمار را بررسی کند و پزشکی که در انجام این اقدامات کوتاهی می‌ورزد، مرتکب بی‌مبالاتی شده است.

۲-۲-۳. بی‌احتیاطی

بی‌احتیاطی برخلاف بی‌مبالاتی جنبه مثبت دارد و مجموعه اقداماتی را تشکیل می‌دهد که پزشک موظف به انجام آنان بوده و انجام داده، لکن انجام آن با اهمال همراه بوده است. نمونه این گونه اقدامات پاره کردن رحم در حین کورتاژ است [۲۹، ص ۲۶]. لذا «بی‌احتیاطی نوعی تقصیر است و زمانی به وقوع می‌پیوندد که شخصی کاری را که خطرناک و زیانبار است بدون رعایت احتیاط لازم و از روی بی‌توجهی و پرهیز از افراط و تفریط انجام می‌دهد» [۳۰، ص ۵]. البته با توجه به تعاریف مذکور شاید بتوان «درمان بیهوده» را نیز مصداقی از بی‌احتیاطی پزشک دانست. درمان بیهوده عبارت است از اقداماتی که به منظور تشخیص، پیشگیری، درمان و... صورت می‌گیرد، لکن

هیچ‌گونه فایده‌ای برای بیمار ندارد [۳۱، ص ۴۸].

۳-۲-۳. عدم مهارت

مهارت یک طبیب، کارایی و توانایی او در انجام وظایفی است که به عهده می‌گیرد و ناتوانی در این امور تخصصی که توانایی و کارایی خاصی می‌طلبد، عدم مهارت است. این امر ممکن است ناشی از بی‌تجربگی، تازه‌کاری یا عدم بهره‌مندی از دانش کافی باشد. بنابراین عدم مهارت، عدم آشنایی با اصول و دقایق علمی و فنی کاری معین است.

۳-۲-۴. عدم رعایت نظامات دولتی

نظامات خاصی که به صاحبان حرفه‌های پزشکی یا رشته‌های وابسته به آن اختصاص دارد. هرگونه قانون، مصوبه، آیین‌نامه و دستورالعملی که در امور پزشکی وضع کرده- اند [۳۲، ص ۱۷۴]. از جمله مصادیق این تخلفات نیز عبارت است از: افشای اسرار بیماران و یا تجویز دارو خارج از مجموعه دارویی کشور [۳۳، ص ۸۹].

علاوه بر مسؤولیت انفرادی پزشک، برخی پزشکان به موجب وظیفه نظارت مسؤول اعمال غیر نیز هستند. این مسؤولیت هنگامی است که شخص قانوناً، عرفاً یا عادتاً وظیفه سرپرستی و اداره اعمال دیگری را به عهده دارد. از این رو این اشخاص در صورت ارتکاب جرم و خطای زبردستان خود، مسؤول هستند [۳۴، ص ۹۰]. این مسؤولیت در حقوق انگلیس پذیرفته شده است و لذا چنانچه اعمال زبردستان موجب خسارات بیماران شود، پزشک ناظر مسؤول است. مصداق بارز این امر نیز هنگامی است که پزشک خارج از مرکز درمانی و به صورت انفرادی به درمان بیماران می‌پردازد و در راستای ارائه خدمات بهداشتی درمانی مبادرت به استخدام زبردستانی می‌کند. از این رو مسؤول نظارت بر اعمال مستخدمین خود و بعضاً اشتباه و خطای آنان است [۳۵، ص ۹۲]. اما در حقوق ایران مسؤولیت ناشی از اعمال و اقدامات



همکاران به این اعتبار که یک پزشک مسئول و سرپرست تیم پزشکی است امری استثنایی و غیر متداول محسوب می‌شود؛ چرا که مطابق قواعد حقوقی، هرکس مسئول اعمال خویش بوده، مسئولیت فعل غیر امری استثنایی است و چهره حمایتی دارد [۳۶، ص ۵۷]. لکن زمانی که یک پزشک برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی به طور انفرادی اقدام کرده و جهت تسهیل ارائه خدمات به استخدام پرسنل اقدام می‌کند، در صورت احراز شرایط کارفرما، مسئول اعمال زیردستان خود است.^۱

۴. ضمان قهری مراکز درمانی

مراکز درمانی شامل کلیه مؤسسات و مراکز هستند که به گونه‌ای در امر خدمات‌رسانی به بیماران دخیلند. لذا این مراکز طیف وسیعی نظیر بیمارستان، درمانگاه، کلینیک، پاراکلینیک، مطب و مراکز دیگر را شامل می‌شوند. تعهد و مسئولیت این مراکز نیز همانند پزشکان در وهله اول قراردادی است، لکن در مواردی نظیر مواقع اورژانسی، مسئولیت قهری این مراکز محقق می‌شود. از سوی دیگر، در حقوق انگلیس، خدماتی که از سوی نظام بهداشت و درمان ملی و به صورت دولتی ارائه می‌شود، در قالب خدمات بدون قرارداد قرار می‌گیرد [۱۴، ص ۱۳۶]. بنابراین، به دلیل این که بخش اعظم خدمات درمانی این کشور از سوی مراکز دولتی ارائه می‌گردد، اصل اولیه مسئولیت قهری مراکز درمانی است و به همین جهت درباره مبنای مسئولیت قهری مراکز درمانی نظریات متعددی مطرح شده است. البته در نظام حقوقی ما صرفاً برخی از این نظریات مورد پذیرش است.

۴-۱. موارد ضمان قهری

مسئولیت قهری مراکز درمانی در دو فرض محقق می‌شود. فرض اول هنگامی است که

۱. ماده ۱۲ قانون مسئولیت مدنی: «کارفرمایانی که مشمول قانون کار هستند مسئول جبران خساراتی می‌باشند که از طرف کارکنان اداری و یا کارگران آنان در حین انجام کار یا به مناسبت آن وارد شده است...».

صدمات وارد به بیمار ناشی از خطای خود مرکز است. در این فرض مسئولیت مرکز درمانی تحت عنوان مسئولیت مستقیم یا قانونی^۱ بررسی می‌گردد. فرض دوم مسئولیت ناشی از خطای کادر درمانی اعم از پزشکان و پرسنل است که در قالب نظریاتی متعدد بیان می‌گردد.

مطابق نظریه مسئولیت مستقیم، کارفرما نه به دلیل مسئول شناخته شدن کارمند، بلکه به دلیل مسئولیت قانونی خود ضامن است و هر شخص مستقیماً مسئولیت قانونی دارد. بر این اساس تمامی کارکنان گروه درمانی در قبال اعمال خود مسئول هستند. اگر فردی از کارکنان فاقد صلاحیت باشد، علاوه بر کارمند، سرپرست او نیز به صورت غیر مستقیم مسئول است. حفظ اموال، جلوگیری از خطرهای زیست‌محیطی و تجهیزات درمانی از جمله مسئولیت‌های قانونی بیمارستان است [۳۷، ج ۶، ص ۲۳۲-۲۳۳]. بنابراین هنگامی که که تجهیزات بیمارستان به دلیل نقص فنی موجب صدمه بیمار یا همراهان بیمار شود، خسارات وارد شده مستقیماً برعهده بیمارستان است.

بر این اساس در یک پرونده انگلیسی^۲ جراح بیماری که در حال زایمان دوقلوهایش بود، پس از تولد نخستین نوزاد به بخش اورژانس اعزام شد. سپس پزشک متخصص امراض زنان که تخصصی در زایمان نداشت برای تولد نوزاد دوم به اتاق عمل فرستاده شد. از این رو نوزاد دوم دچار صدمات مغزی گشت. والدین نوزادان شکایت کردند و دادگاه بیمارستان را به دلیل بی‌کفایتی و ناکارایی در بخش‌ها و در اجرای نظام مراقبتی، مسئول مستقیم خسارات معرفی کرد [۳۸، ص ۱۹۵-۱۹۶].

اگرچه در حقوق ایران نظریه‌ای با این عنوان دیده نمی‌شود، لکن در این راستا می‌توان به نمونه‌ای از پرونده‌های پزشکی اشاره کرد. در این پرونده خانمی که برای مشکل دندان‌هایش به درمانگاه مراجعه کرده بود پس از تعبیه ۲۴ واحد روکش، مجبور شد به دلیل رنج حاصل از آن‌ها مجدداً به درمانگاه مراجعه کند. درمانگاه تجدید

1. direct or legal liability

2. Bull v. Devon A.H.A [1993] 4Med.L.R.117(C.A).



پروتزهای دیگری را تجویز کرد. بیمار برای قصور دندانپزشک اقامه دعوا کرد، ولی کمیسیون پزشکی دلیلی برای قصور دندانپزشک نیافت؛ لکن درمانگاه را به دلیل کوتاهی در استخدام دندانپزشک متخصص جهت درمان بیماران این‌چنینی محکوم کرد [۱۹، ص ۱۸۸]. بنابراین در این پرونده کمیسیون پزشکی بر مبنای مسئولیت مستقیم درمانگاه و اهمال در انتخاب پزشک با صلاحیت، حکم کرده است. علیرغم نظریه مسئولیت قانونی و مستقیم مرکز درمانی که مستقیماً از اعمال خود مرکز ناشی می‌شود، نظریات دیگری که متعاقباً بررسی می‌گردند در راستای اثبات مسئولیت مراکز درمانی هستند؛ آن‌هم به دلیل تقصیر و خطای کارکنان آن‌ها.

۲-۴. نظریات مطرح شده درباره ضمان قهری مراکز درمانی

در باب مسئولیت مراکز درمانی در مقابل قصور خدمه ارائه‌کننده خدمات، نظریات متعددی مطرح شده است. این نظریات شامل نظریه مسئولیت کارفرما^۱، مسئولیت جانشینی^۲، نمایندگی ظاهری^۳، تقصیر سازمانی^۴ و مسئولیت تضامنی^۵ هستند. در نظام حقوقی ما فقط نظریه مسئولیت کارفرما و مسئولیت تضامنی صراحتاً مطرح شده است و در برخی قوانین و مقررات نیز می‌توان مصادیقی از نظریه تقصیر سازمانی را مشاهده کرد.

۱-۲-۴. نظریه مسئولیت کارفرما

یک کارفرما در شرایط بسیاری مسئول اعمال کارکنان خود است. در حقوق انگلیس مطابق این نظریه، چنانچه کارگر در مقابل ثالث مرتکب خطای مدنی شود، کارفرما

-
1. respondeat superior
 2. vicarious liability
 3. apparent agency
 4. corporate negligence
 5. joint liability

مسئول است. البته این امر هنگامی است که اعمال کارگر در حوزه روابط شغلی او با کارفرما ارتکاب یافته است. در نتیجه شخص ثالث می‌تواند هم علیه خدمه براساس مسئولیت مستقیم آنان و هم علیه کارفرما اقامه دعوا کند. این نظریه بیش‌تر در رابطه با مرکز درمانی و مسئولیت پرسنل و کادر درمانی مطرح است [۳۷، ج ۶، ص ۲۳۰]. در حقوق ایران نیز نظریه مسئولیت کارفرما مطرح و درخصوص مراکز درمانی قابل اعمال است. ماده ۱۲ قانون مسئولیت مدنی کارفرما را در مقابل اعمال کارگران خود مسئول می‌داند.

برای درک مفهوم عبارت «در حین کار» می‌توان به ماده ۶۰ قانون تأمین اجتماعی رجوع کرد. مقصود از حین انجام کار، تمامی اوقاتی است که بیمه شده در کارگاه یا مؤسسات وابسته به آن یا ساختمان‌ها یا محوطه آن مشغول به کار باشد و یا این‌که به دستور کارفرما در خارج از محوطه کار، عهده‌دار انجام مأموریتی شود [۳۹، ص ۳۳]. «به مناسبت کار» نیز به این معنا است که «اگر کاری در زمره لوازم انجام وظایف کارگری باشد، زمانی که کارگر به انجام آن می‌پردازد، در حکم وقتی به حساب می‌آید که به کار اصلی خود مشغول است». به عبارت دیگر لوازم انجام تکالیف کارگر مواردی هستند که موقعیتی فراهم کنند تا کار محول شده انجام شود و یا این‌که رابطه متعارفی با کار محول شده داشته باشد [۳۹، ص ۳۴].

در نظریه مسئولیت کارفرما، زیان‌دیده برای اثبات مسئولیت کارفرما نیازی به مراجعه به کارگر ندارد و می‌تواند مستقیماً به کارفرما رجوع کند. از سوی دیگر اثبات بی‌تقصیری کارگر تأثیری در معافیت کارفرما ندارد و کارفرما برای رهایی از مسئولیت باید ثابت کند که احتیاط‌های لازم را به جا آورده است [۴۰، ج ۲، ص ۱۷]. در این راستا تبصره ۲ ماده ۹۵ قانون کار نمونه‌ای از مصادیق معافیت کارفرما را بیان می‌دارد: «چنانچه کارفرما یا مدیریت واحدهای موضوع ماده ۸۵ این قانون برای حفاظت فنی و بهداشت کار، وسایل و امکانات لازم را در اختیار کارگر قرار داده باشند و کارگر با وجود آموزش‌های لازم و تذکرات قبلی بدون توجه به دستورالعمل و



مقررات موجود از آن‌ها استفاده ننماید، کارفرما مسؤولیتی نخواهد داشت.» نکته دیگر این است که نظریه مسؤولیت کارفرما درباره پزشکان و کارکنانی که مستخدم مرکز درمانی نیستند و به صورت پیمانی اقدام می‌کنند، اعمال نمی‌شود؛ زیرا شرط اصلی و اولیه این مسؤولیت وجود رابطه کارگر و کارفرمایی میان کادر درمانی و مرکز ذیربط است و ملاک اصلی این رابطه تبعیت کارگر از کارفرما و نظارت کارفرما بر اعمال کارگر است [۳۹، ص ۳۱]؛ تبعیتی که در رابطه پزشکان و مراکز درمانی کمتر مشاهده می‌شود. افزون بر این، بیمار در اثبات مسؤولیت کارفرما راهی سخت و طولانی در پی دارد. تشخیص رابطه کار میان مرکز درمانی و پرسنل آن و اثبات این رابطه به آسانی محقق نمی‌شود [۴۱، ص ۴۸۷]. این امر و نواقص دیگر این نظریه سبب ایجاد نظریات دیگری در باب مسؤولیت مراکز درمانی شده است.

۴-۲-۲. نظریه مسؤولیت جانشینی

مسؤولیت جانشینی شکلی از مسؤولیت غیرمستقیم^۱ است که در نظام حقوقی کامن‌لا ناشی از نظریه مسؤولیت کارفرما است. براساس این نظریه مسؤولیت با شخصی است که موجب زیان نیست، لکن رابطه ویژه‌ای با مقصر دارد. در مسؤولیت جانشینی، مسؤولیت از واردکننده زیان به کارفرما منتقل می‌شود. این کارفرما ممکن است شخصیت حقوقی یا حقیقی، بیمارستان یا درمانگاه و گاه یک پزشک باشد [۴۲، ص ۱۲۷].

مسؤولیت جانشینی حاکی از آن است که زمانی که ارائه‌کننده خدمات پزشکی که مستخدم یا نماینده مرکز است، در مسیر شغل و رابطه استخدامی اقدام می‌کند، مرکز درمانی مسؤول قصور و اهمال او است. البته ممکن است زمانی که شخص، داوطلبانه و عمداً مرتکب تقصیر می‌شود این امر مانع اعمال نظریه مسؤولیت جانشینی باشد؛ مانند پزشکی که با بیمار خود روابط نامشروع برقرار می‌کند؛ چرا که شخص در این

1. secondary liability

حالت به‌عنوان مستخدم و یا حتی نماینده مرکز محسوب نمی‌شود [۴۳، ص ۷۴]. البته اگر اوضاع و احوال ویژه‌ای موجود باشد و مثلاً مرکز درمانی بتواند به لحاظ حرفه‌ای چنین واقعه‌ای را پیش‌بینی کند، مسؤولیت پا برجا است [۴۴، ص ۳-۹].

با این حال، این نظریه مانع از مسؤولیت شخصی مقصر نیست. بنابراین، زیان‌دیده می‌تواند میان مسؤولیت مرکز درمانی و مقصر انتخاب کند و یا مسؤولیت تضامنی آنان را مطالبه کند [۴۵، ص ۳۳]. البته مراکز درمانی نیز در صورت عدم تقصیر متضرر نمی‌شوند، زیرا خسارت پرداخت شده را از حقوق مستخدم جبران می‌کنند [۴۵، ص ۳۵]. از سوی دیگر، مسؤولیت جانشینی یک نظریه تبعی است و بنابراین اگر خدمه مقصر شناخته نشوند و یا این‌که تبرئه شوند، مرکز مربوط نیز مسؤولیتی نخواهد داشت. این نظریه بیش‌تر درباره قصور پزشکان مطرح می‌شود، چرا که پزشکان معمولاً مستقل هستند و به دلیل مهارت و تخصص بالایی که دارند کم‌تر تحت نظارت بیمارستان قرار می‌گیرند [۴۷، ص ۸]. اما این مسؤولیت درباره کادر درمانی که مستخدم نیستند و به صورت پیمانی خدمت می‌کنند اعمال نمی‌شود [۴۵، ص ۶۱].

تفاوت نظریه مسؤولیت جانشینی و مسؤولیت کارفرما در این است که در نظریه نخست، اثبات تقصیر مرتکب ضروری است، زیرا کارفرما به جانشینی از مرتکب مقصر مسؤول شناخته می‌شود؛ لکن در مسؤولیت کارفرما، همان‌گونه که بیان شد، نیازی به اثبات تقصیر کارگر نیست و حتی اثبات بی‌تقصیری کارگر تأثیری در مسؤولیت کارفرما ندارد. این نظریه در حقوق ما شناسایی نشده و مصادیقی از آن نیز دیده نمی‌شود.

۳-۲-۴. نظریه نمایندگی ظاهری

در وکالت ظاهری، موکل با گفتار یا رفتار خویش به شخص دیگری (وکیل ظاهری) اجازه می‌دهد که داشتن نمایندگی از جانب او را مطرح کند و با توجه به این‌که رفتار یا گفتار مزبور به نحوی به طرفیت شخص ثالث صورت گرفته است و شخص مزبور به



گفتار و رفتار مزبور تکیه معقول کرده، موکل باید به اعمال حقوقی انجام شده از جانب او پایبند باشد [۴۶، ص ۳۳۶]. شخصی که ظاهر منسوب به او است، در برابر شخص ثالث مسئولیت دارد.

دلیل پذیرش این نظر درباره مسئولیت مراکز درمانی این است که بیماران با ورود به مراکز درمانی بخصوص بیمارستان‌ها، به جای خدمات محدود انتظار ارائه طیف وسیعی از خدمات را دارند. در نتیجه نمی‌توان انتظار داشت بیماری که با این دیدگاه وارد مرکز درمانی می‌شود به دنبال کشف رابطه پزشک، پرسنل درمانی و مرکز باشد تا در نهایت نتیجه‌گیری کند که کدامیک از آنان کارگر و مشمول مسئولیت کارفرما است و کدامیک مسئولیت شخصی دارد [۴۷، ص ۴۳].

مسئولیت مرکز درمانی زمانی مشمول این نظریه می‌شود که: (۱) مرکز مذکور صریحاً یا ضمناً وانمود کند که پزشکان و کادر درمانی نمایندگان او هستند؛ (۲) بیمار بر چنین نمایندگی تکیه کند؛ (۳) بیمار بر این مبنا موقعیت خود را تغییر دهد. به‌عنوان مثال بدون آشنایی با جراح و صرفاً به دلیل این‌که او را نماینده مرکز درمانی معتبری می‌داند حاضر به جراحی شود [۴۷، ص ۴۳]. همچنین بیماران با دیدن کادر درمانی، این‌گونه تصور می‌کنند که مرکز ذیربط اعتبار و تخصص کادر درمانی خود را بررسی کرده و براساس همین تخصص و مهارت به آنان اجازه داده که در بیمارستان مشغول به کار شوند و به مداوا و ارائه خدمات بپردازند [۴۸، ص ۲۵۵]. بنابراین شرط اساسی اعمال نظریه نمایندگی ظاهری این است که بیمار به دلیل شهرت و اعتبار مرکز درمانی به پرسنل او اعتماد کند و در ارائه خدمات، آنان را نماینده مرکز بداند [۴۱، ص ۴۸۹].

۴-۲-۴. نظریه تقصیر سازمانی

نظریه تقصیر سازمانی براساس نظریه مسئولیت مستقیم مطرح می‌شود. این نظریه خلأهای موجود در نظریات مسئولیت کارفرما، مسئولیت نیابتی و نمایندگی ظاهری را جبران کرده و شامل مسئولیت تمامی خطاها و قصوراتی است که در مراکز درمانی

اتفاق می‌افتد [۴۹، ص ۲۲۲].

مسئولیت در این نظریه مستقیم بوده، به روابط مرکز درمانی و بیماران مربوط می‌شود. از این رو نظریه تقصیر سازمانی بیش‌تر شبیه نظریه مسئولیت مستقیم یا قانونی است؛ اما همچون نظریه مسئولیت جانشینی، در مواقعی مانند روابط نامشروع پزشک با بیمار و یا در تقصیر عمدی اعمال نمی‌شود. در نتیجه، مرکز درمانی نه‌تنها مسئول اعمال کارکنان خود در مسیر وظیفه مراقبت و درمان بیماران است، بلکه مسئول نقض وظایف ناشی از پذیرش و درمان بیماران نیز به‌شمار می‌آید. اعمال این وظایف نیازمند تجهیزات ایمن، پزشکان باصلاحیت و نظارت بر اعمال و رفتار کادر درمانی است [۴۳، ص ۷۰].

در پرونده‌ای^۱ که جراح از آگاه کردن بیمار نسبت به موقعیت بیماری تخطی کرده و آیین‌نامه‌ها و مقررات مربوط به ارائه اطلاعات به بیماران را نادیده گرفته بود، دادگاه بیمارستان را مسئول دانست؛ زیرا مرکز مزبور از وظیفه نظارت بر اجرای مقررات مربوط تخطی کرده بود [۴۹، ص ۲۲۲-۲۲۳]. مطابق این نظر، مرکز درمانی مسئول اعمال کلیه پرسنل و پزشکان خود است [۴۶، ص ۴۲]؛ زیرا در مواردی که پزشک یا کادر درمانی مستخدم مرکز محسوب نمی‌شوند، مرکز درمانی با قبول خدمت آنان به طور ضمنی به بیماران اطمینان می‌دهد که اشخاص مذکور دارای صلاحیت و مهارت کافی بوده، مدارک و سوابق آنان بررسی شده است [۸، ص ۴۰].

در حقوق ایران مسئولیت اداری مراکز درمانی مطرح شده که شبیه به نظریه تقصیر سازمانی است. این مسئولیت در نتیجه خسارات واردشده‌ای است که در راستای خدمات عمومی مراکز درمانی به بار می‌آید [۴۰، ج ۲، ص ۱۶۰]. همچنین مقررات متعددی به وظایف اداری و سازمانی مراکز درمانی اشاره دارند. مواد ۱۹ و ۲۰ آیین‌نامه تأسیس درمانگاه‌ها نمونه‌ای از این مقررات است. البته به نظر می‌رسد با توجه به احصای مبانی ضمان در قوانین موضوعه ایران و حاکمیت قوانین موضوعه بر

1. Darling v.Charleston Memorial Hospital, June30, 1964.



سید الهام‌الدین شریفی و همکار بررسی تطبیقی ضمان قهری...

مقرراتی نظیر آیین‌نامه‌ها، پذیرش نظریه تقصیر سازمانی محل تردید باشد؛ اگرچه تکامل یک نظام حقوقی نیازمند انعطاف در مقابل نظریات و تفاسیر جدید است و لذا می‌توان در این مسیر تکاملی از هر نشانی ولو در قالب یک مقررہ یاری گرفت.

۴-۲-۵. نظریه مسؤولیت تضامنی

مطابق این نظریه، زیان‌دیده می‌تواند همزمان خسارات مربوط را از کادر درمانی و مرکز ذیربط مطالبه کند؛ همچنان‌که در پرونده‌ای^۱، پزشک و هیأت مدیره بیمارستان متضامناً مسؤول مرگ یکی از بیماران شناخته شدند. در این پرونده پزشک شش ماه قبل از بیهوشی بیمار مدرک خود را دریافت کرده بود. از این رو به دلیل فقدان تجربه لازم با تزریق بیش از حد داروی بیهوشی سبب مرگ بیمار گشته بود. هیأت مدیره نیز به دلیل آگاهی از این بی‌تجربگی پزشک و اجازه درمان به او مسؤول شناخته شد [۲۲]؛ ص ۱۲۷].

نظام حقوقی ما نیز با این مفهوم بیگانه نبوده است. اما در حقوق ما اصل بر مسؤولیت تضامنی نیست و تحمیل این نوع مسؤولیت نیاز به نص قانونی دارد. مسؤولیت تضامنی هیأت مدیره شرکت‌های تجاری و یا مسؤولان اسناد تجاری نمونه‌هایی از مسؤولیت تضامنی است. علت عمده این محدودیت نیز مخالفت‌های فقهی گسترده با پذیرش مدیون‌های متعدد برای دینی واحد است [۵۰، ص ۹]؛ همچنان‌که مسؤولیت غاصبان نیز به‌عنوان امری استثنایی معرفی می‌شود [۵۰، ص ۲۰]. لذا نمی‌توان این نوع مسؤولیت را بر مراکز درمانی تحمیل کرد.

۵. نتیجه‌گیری

به دلیل مشکلات فراوانی که اثبات تقصیر واردکننده زیان و خلأ قرارداد درمان در مواقعی چون فوریت‌های پزشکی برای بیماران به همراه دارد، شناسایی مسؤولان

1. Jones v. Manchester Corp.[1952]2 QB 852.

متعدد و تحمل خسارات بر آنان می‌تواند تا حدی از این مشکلات بکاهد. هنگامی که پزشک و یا پرسنل به‌عنوان مقصر اصلی و مرکز درمانی ذیربط به‌عنوان کارفرما و مسئول تبعی معرفی می‌شود، بیمار می‌تواند به کسی که پاسخگوی مناسب‌تری در جهت جبران خسارات واردشده او است، مراجعه کند. در نتیجه، در درمان بدون قرارداد، بیمار می‌تواند با اثبات بی‌احتیاطی، بی‌مبالاتی، عدم رعایت نظامات دولتی، عدم مهارت به پزشک مربوط مراجعه کند و یا این‌که با اثبات اهمال مرکز درمانی در وظایف ناشی از مسؤلیت مستقیم، سازمانی و یا مسؤلیت کارفرما، خسارات واردشده را بر مرکز تحمیل کند. لذا شناسایی مسؤلیت مرکز درمانی با توجه به نظریاتی چون مسؤلیت کارفرما، مسؤلیت مستقیم و تقصیر سازمانی که در نظام حقوقی ایران شناخته شده است، پشتوانه مطمئنی برای جبران ضرر و زیان بیماران است.

از سوی دیگر، تبیین نظریاتی همچون مسؤلیت جانشینی و یا نمایندگی ظاهری که در حقوق انگلیس به‌عنوان مبانی مسؤلیت مراکز درمانی معرفی شده است، راهی در جهت گسترش نظام حقوقی ایران و شناسایی مبانی جدید است؛ مبانی‌ای که نه تنها در اثبات مسؤلیت مراکز درمانی، بلکه در عرصه‌های دیگر نیز قابل اعمالند.

۶. منابع

[1] Barendrecht, Jansen, *Principles of European Law, Service Contracts*, London, European Law Publishers, 2002.

[۲] کاتوزیان، ناصر، *حقوق مدنی، عقود معین*، ج ۱، چ ۱۰، تهران، شرکت سهامی انتشار، ۱۳۸۷.

[۳] شریفی، سید الهام‌الدین، تقفی، مریم، «حق‌الزحمه در قرارداد درمان»، *مجله پژوهشنامه اندیشه‌های حقوقی*، ش ۲، ۱۳۹۱.

[۴] خانی، محمد، فخاری، محمد، «تحلیلی حقوقی ماهیت قرارداد درمان»، *فصلنامه فقه پزشکی*، ش ۱۳ و ۱۴، ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲.

[۵] صالحی، حمیدرضا، «ماهیت قراردادهای درمان»، فصلنامه حقوق پزشکی، ش ۲۷، ۱۳۹۲.

[6] Paul, George, *Medical Law for the Dental Surgeons*, Jaypee Brothers Publishers, 2004.

[7] Giesen, Dieter, *International Medical Malpractice Law*, Boston, London, Martinus Nijhoff Publishers, 1988.

[8] McWay, Dana C. *Legal Aspects of Health Information Management*, Delmar Publishers, 1997.

[9] Murphy, John, *Street on Torts*, 12thed, Oxford University Press, 2007.

[۱۰] کاتوزیان، ناصر، *الزامهای خارج از قرارداد*، ج ۱، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۷۴.

[11] stauch, Marc, *The Law of Medical Negligence in England and Germany: A Comparative Analysis*, Hart Publishing, 2008.

[۱۲] کاتوزیان، ناصر، *ضمان قهری-مسئولیت مدنی*، چ ۳، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۷۰.

[۱۳] عباسی، محمود، *مجموعه مقالات حقوق پزشکی*، ج ۱، تهران، انتشارات حقوقی، ۱۳۷۹.

[14] Grubb, Andrew, Judith Laing, Jean McHale, Lan Kennedy, *Principles of Medical Law*, 3rded, Oxford University Press, 2011.

[15] Burton, Rob, Graham Ormrod, *Nursing: Transition to Professional Practice*, Oxford University Press, 2011.

[16] Best, Arthur, David W. Barnes, *Basic Tort Law: Cases Statutes, and Problems*, Aspen Publishers, 2007.

[۱۷] صانعی، یوسف، *احکام پزشکی*، قم، انتشارات میثم تمار، بی تا.

[۱۸] لنکرانی، محمد فاضل، *احکام پزشکان و بیماران*، قم، مرکز فقهی ائمه اطهار علیه

السلام، ۱۳۸۶.

[۱۹] رضایی کوجانی، محسن، بررسی مسئولیت مدنی بیمارستان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، ۱۳۹۰.

[۲۰] کاظمی، محمود، «قاعده جلوگیری از خسارت»، *مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی*، ش ۶۸، ۱۳۸۴.

[۲۱] جعفری تبار، حسن، «از آستین طبیبان، قوی در مسئولیت مدنی پزشکان»، *مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی*، ش ۴۱، ۱۳۷۷.

[۲۲] دریاباری، سید محمد زمان، «مبانی مسئولیت حرفه‌ای پزشک»، *مجله اندیشه صادق*، ش ۷ و ۶، ۱۳۸۱.

[۲۳] آل شیخ مبارک، قیس بن محمد، *حقوق و مسئولیت پزشکی در آیین اسلام*، ترجمه محمود عباسی، چ ۲، تهران، انتشارات حقوقی، ۱۳۸۹.

[۲۴] عباسی، محمود، «مسئولیت تیم پزشکی در اعمال جراحی»، *مجله حقوقی دارگستری*، ش ۵۴، ۱۳۸۵.

[25] Showalter, J. Stuart, *The Law of Healthcare Administration*, Chicago, Health administration Press, 2008.

[26] Katlic, Mark R., *Cardiothoracic Surgery in The Elderly*, Springer, 2011.

[۲۷] سلطانی، کامران، «از اشتباهان پند بگیریم: نگاهی به برخی از پرونده‌های کمیسیون پزشکی»، *مجله علمی پزشکی قانونی*، ش ۱۹، ۱۳۷۹.

[۲۸] اردبیلی، محمد علی، *حقوق جزای عمومی*، ج ۱، تهران، نشر میزان، ۱۳۷۹.

[۲۹] بابایی، محمود، حسن حسینیان، حمید اخوین محمدی، پیامبلوایه، «گزارش یک مورد قصور پزشکی احتمالی و طرح یک سؤال»، *مجله علمی پزشکی قانونی*، ش ۲۴، ۱۳۸۰.

[۳۰] دهقان نیری، ناهید، رضا نگارنده، خدیجه یزدی، «نگاهی به مسئولیت اخلاقی و مدنی پرستار در حقوق ایران»، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، دوره چهارم، ش ۴،



۱۳۹۰.

[۳۱] آرامش، کیارش، «بیهودگی در پزشکی»، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، دوره ۱، ش ۴، ۱۳۸۷.

[۳۲] شیخ آزادی، اردشیر، محمد حسن قدیانی، مهرزاد کیایی، «نحوه رسیدگی به قصور و تخلفات حرفه ای دندانپزشکی در ایران»، *مجله علمی پزشکی قانونی*، دوره ۱۳، ش ۳، ۱۳۸۶.

[۳۳] نصیری پور، امیر اشکان، محمد علی حسینی، حسن فضایی راد، «رابطه علل شکایت بیماران علیه پزشکان با رأی صادره از سوی سازمان نظام پزشکی در بیمارستانهای کرمان ۸۸-۱۳۸۳»، *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، دوره چهارم، ش ۶، ۱۳۹۰.

[۳۴] نجاتی، مهدی، *مسئولیت پزشک در فقه و حقوق کیفری ایران*، تهران، انتشارات خرسندی، ۱۳۸۹.

[35] Sanbar, S. Sandy, *Legal Medicine*, 7thed, American College of Legal Medicine, 2007.

[۳۶] حامدان، مهناز، «چالش‌های اخلاقی و حقوقی سلامت الکترونیک»، *فصلنامه علمی-آموزشی مدارک پزشکی*، ش ۱، ۱۳۸۶.

[۳۷] عباسی، محمود، *حقوق پزشکی*، ج ۶، تهران، انتشارات حقوقی، ۱۳۸۳.

[38] Maclean, Alasdair, *Brief Case on Medical Law*, British Library Cataloguing in Publication Data, 2001.

[۳۹] احمدوند، ولی الله، «مطالعه تطبیقی مسئولیت مدنی کارفرما در سیستم حقوقی ایران و انگلیس»، *فصلنامه مصباح*، س ۱۴، ش ۶۱، ۱۳۸۴.

[۴۰] کاتوزیان، ناصر، *الزامهای خارج از قرارداد*، ج ۲، چ ۸، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، ۱۳۸۷.

[41] Alstott, Adam, "Hospital Liability for Negligence of Independent Contractor Physicians under Principles of Apparent. Agency", *the Journal*

of Legal Medicine, Vol. 25, 2004.

- [42] Griffiths, Forrester, Kim Forrester, Debra Griffiths, *Essentials of Law for Medical Practitioners*, Elsevier Australia, 2010.
- [43] Hodge Jr, James G. , Stephanie H. Calves, Lance Gable, Elizabeth Meltzer, "Risk Management in the Wake of Hurricanes and Other Disasters", *Wayne State University Law School Legal Studies Research Paper Series*, No. 08-28, 2006.
- [44] Smith, James Walker, *Hospital Liability*, Law Journal Press, 1985.
- [45] Giliker, Paula, *Vicarious Liability in Tort: A Comparative Perspective*, Cambridge University Press, 2010.
- [46] McClellan, Frank M. , *Medical Malpractice*, Temple University Press, 1994.
- [47] McWilliams, Martin C. , Hamilton E. Russell, "Hospital Liability for Torts of Independent Contractor Physicians", *South Carolina Law Review*, Vol. 47, N. 3, 1996.
- [48] Kavalier, Florence, Allen D. Spiegel, *Risk Management in Health Care Institutions*, London: Jones and Bartlett Publishers, 2003.
- [49] Cooper, Philip D. , *Health Care Marketing*, Jones & Bartlett Learning, 1994.
- [۵۰] جنیدی، لعیا، «تضامن و آثار و اوصاف آن»، *مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی*، ش ۳۵، ۱۳۷۵.