

«مسئولیت‌های کیفری، مدنی و اداری پزشکان، کادر درمانی و شخصیت‌های حقوقی واحد درمانی»

کیوان الوندی پور*

پیشگفتار:

قانونگذار متناسب با نوع شغل و حرفه و خدماتی که یک صنف و طبقه از جمله جامعه پزشکی به اجتماع عرضه می‌دارد، یکسری قوانین و مقررات حمایتی وضع می‌نماید تا حقوق جامعه صیانت و در صورت تخلف از این مقررات بسته به این که کدام نوع از دستورات نظارتی نقض شده باشد، برخورد متناسب می‌نماید.

به طور کلی اصول و موازین پزشکی به اعمالی اطلاق می‌شود که پزشک از لحظه پذیرش بیمار تا پایان معالجه باید انجام دهد و در صورت تخلف از این اصول و مقررات بحث مسئولیت پزشک مطرح می‌گردد.

کادر درمانی در راستای انجام وظایف شغلی خود واجد مسئولیت‌های کیفری، مدنی و اداری هستند و بسته به مورد ممکن است یک، دو و یا هر سه نوع مسئولیت یاد شده شامل ایشان شود. برای مثال اگر به واسطه سهل‌انگاری شدید و عدم رعایت فاحش مقررات مربوطه، پزشکی باعث فوت یا آسیب دیدگی بیمار شود، اینجا مسئولیت مدنی بابت بروز فوت یا نقص عضو دارد و البته پرداخت دیه به عهده اوست که هر دو جنبه کیفری و مدنی را شامل می‌شود ضمن آن که ممکن است، محکوم به حبس یا شلاق هم به شود. علاوه بر اینها در بیشتر موارد باید پرونده پزشک خاطی در مراجع اداری هم مطرح و رسیدگی به شود که یکی از آن مراجع، هیأت‌های رسیدگی به تخلفات اداری اند.

به موازات دواثر مذکور [کیفری و اداری] پرونده پزشکی می تواند راساً توسط دادستان نظام پزشکی { و یا با اعلام به نظام پزشکی صالح، در آن مرجع هم رسیدگی شود و همچنین در صورت تخلف پرستاران، نظام پرستاری می تواند، از حیث جرائم و تخلفات مندرج در قانون مربوطه ورود کند.

بنابراین دایره مسئولیت های پزشکان و پیراپزشکان و ابعادی که این مسئولیت ها در چارچوب آن رصد می شوند با توجه به مراجع قضایی و شبه قضایی صالح ترسیم می شود.

در این گفتار به بررسی اجمالی انواع مسئولیت های اشخاص حاضر در حیطه درمانی می پردازیم.

مسئولیت:

در لغت به معنای پاسخگو بودن و در معنای حقوقی و مدنی مسئولیت عبارت است از تکلیف قانونی شخص در عدم وارد نمودن ضرر به دیگری به صورت مستقیم یا غیرمستقیم. در معنای فقهی و شرعی نیز مسئولیت مترادف با عبارت ضمان به کار گرفته شده است و کسی را که مسئولیت بر ذمه و عهده او قرار می گیرد، مسئول یا ضامن می نامند.

مسئولیت بسته به این که مبنای مسئولیت را در چه حوزه و محدوده ای تعریف کنیم به اقسامی تقسیم می شود مثلاً در حوزه قانونگذاری مسوولیت به دو بخش عمده حقوقی یا مدنی و کیفری یا جزایی تقسیم می شود، در حوزه علم پزشکی نیز مسئولیت و ارکان آن شرایط خاص خود را دارد و در علم حقوق تحت عنوان مسئولیت پزشکی مورد بحث قرار می گیرد. در واژه شناسی حقوقی هر چند در میان تقصیر و قصور تفاوت وجود دارد، ولی با کمی تسامح می توان گفت. عبارت قصورات پزشکی تا حدودی منعکس کننده مباحث مرتبط با مسئولیت پزشکی می باشد که به معالجه نادرست؛ کوتاهی؛ سهل انگاری؛ بر خلاف شئون حرفه ای عمل کردن؛ عمل بی رویه؛ سوء عمل و عمل سوء تعبیر می شود، لکن در اصطلاح قانونی و حقوقی به معنای تخطی از موازین و الزامات قانونی در امر درمان بیماران به کار می رود.

چنانچه بخواهیم اسلوب و چارچوب مشخص برای بحث حاضر تعیین کنیم و از پراکنده‌گویی و اشاره به مباحث غیر ضروری جلوگیری نماییم مسئولیت پزشکی را می‌توانیم به تفسیر و تجزیه و تحلیل عبارت زیر خلاصه کنیم:

«وقتی یک پزشک معالجه یک بیمار را پس از رضایت بیمار یا به حکم قانون می‌پذیرد، موظف است اصول و موازین پزشکی را تا درمان کامل بیمار یا انصراف وی از ادامه درمان یا ممنوعیت بعدی قانونی در ادامه درمان مراعات نماید؛ پزشک در صورت تخطی از وظایف پزشکی یا ورود ضرر به بیمار مسئول بوده لہذا در مقابل قانون و زیان دیده پاسخگو خواهد بود».

تعریف قصور پزشکی از دید قانون مجازات اسلامی:

ماده ۶۱۶ ق.م.ا. اشعار می‌دارد: «در صورتی که قتل غیر عمد به واسطه بی احتیاطی یا بی مبالاتی یا اقدام به امری که مرتکب در آن مهارت نداشته است یا به سبب عدم رعایت نظام واقع شود مسبب به حبس از یک تا سه سال و نیز پرداخت دیه در صورت مطالبه از ناحیه اولیای دم محکوم خواهد شد، مگر این که خطای محض باشد».

فصل اول: انواع مسئولیت

انواع مسئولیت در حیطه درمان:

اولین قانون در خصوص امور پزشکی و درمانی به سال ۱۲۹۰ و تحت عنوان «قانون طبابت مصوب ۱۲۹۰/۳/۱۱ هجری شمسی» تصویب شده و طی آن اولین قواعد حاکم بر این حرفه معین گردید. بدیهی است؛ برای روشن شدن مسئولیت‌های پزشکان و پیراپزشکان باید به قوانین حاکم در حیطه شغلی ایشان توجه نمود؛ بر این اساس واکاوی قوانین تعزیرات حکومتی در امور بهداشتی درمانی، نظام پزشکی و نظام پرستاری، پزشکی قانونی به ویژه در بحث صدور گواهی فوت، مقررات وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، قواعد و دستورالعمل‌های ملاک عمل خاص

واحدهای درمانی دولتی، خصوصی یا تأمین اجتماعی و در آخر مفاد قانون مسئولیت مدنی و قانون مجازات اسلامی مفید بوده و رئوس مسئولیت‌ها را تبیین می‌نماید.

خطای پزشک و سایر اشخاص حاضر در حیطه درمان به معنی کلی یعنی عدول از قانون؛ قانونی که معرف مسئولیت‌های ایشان است پس با شناخت باید و نبایدهای آن قانون در می‌یابیم که مسئولیت‌های این صنف چیست.

شاید بهترین تعریف را ماده ۶۱۶ قانون مجازات اسلامی ارائه کرده و به نظر می‌رسد مفاد این ماده که درباره قتل غیر عمد غیر از تصادف رانندگی ایفاد شده، در خصوص اعمال پزشکی بیش از همه قوانین موجود گویا باشد. با این تعریف می‌توان مسئولیت‌های اشخاص حاضر در حرفه درمان را به سه گروه مسئولیت مدنی، مسئولیت کیفری و مسئولیت اداری تقسیم کرد.

بند اول - مسئولیت مدنی:

هر چند نظام حقوقی ایران بخصوص در زمینه پزشکی تفکیکی بین مسئولیت مدنی و کیفری به دست نمی‌دهد و دلیل آن منشأ گرفتن حقوق و مسئولیت پزشکان از فقه شیعه است (ضمان) که این تفکیک در آن وجود ندارد، لکن منابع حقوقی مسئولیت مدنی پزشکان در حقوق جزا و قانون مجازات اسلامی وجود دارد.

آن چنان که مفاد ماده ۶۱۶ ق.م.ا. صراحت دارد، جبران آسیب وارد شده به افراد در صورت تقصیر اشخاص دخیل در فرایند درمان با ایشان است و از طریق پرداخت دیه (با این دید که اینجا دیه را جبران خسارت و واجد جنبه مدنی لحاظ کنیم) خواهد بود و البته مفاد قانون مسئولیت مدنی (مواد ۱ الی ۶) نیز درباره جبران خسارت وارده و یا پرداخت مستمري به کسی که در نتیجه بی احتیاطی دیگری (در اینجا پزشک یا کادر درمانی) آسیب دیده صراحت دارد. با این تعریف اگر ثابت شود که پزشک یا سایر پرسنل و یا شخصیت حقوقی واحد درمانی تقصیری در تشخیص، مداوا یا نگهداری بیمار نموده اند موظف هستند جبران خسارت نموده و حتی در مواردی، حقوق متصوره قانونی برای ایام کسالت یا ازکارافتادگی بیمار را بصورت موقت یا دائمی پرداخت نمایند.

قانونگذار از جنبه مدنی این موضوع را به حالت بعد از فوت بیمار نیز تسری داده و دادگاه می‌تواند هزینه کفن و دفن وی و یا بالاتر از آن؛ مستمری بازماندگان وی را طی حکم لازم‌الاجرا بر ذمه مقصر بگذارد [گرچه عموماً محاکم حکم بر مستمری علاوه بر دیه نمی‌دهند ولی اگر محکمه‌ای بخواهد حکم دهد باید به استناد قانون مسئولیت مدنی حکم دهد و آن حکم درست است].

دیگر آن‌که، حالتی در امور مربوط به پزشکی و مبحث درمان وجود دارد که در آن درمانگر (اغلب پزشکان مدنظر هستند) همه مساعی خود را در بهبودی بیمار به کار می‌برد، او واجد حداکثر تجربه و مهارت در حرفه خود است، امکانات و دستگاه‌های به کار برده شده در روند درمان در نهایت کآرائی فنی می‌باشند و دستیاران وی هم بی نقص و براساس بهترین متدها همکاری می‌کنند، لکن با وجود همه اینها به علت ماهیت بیماری یا هر علت ناشناخته دیگری که علم پزشکی پاسخی در تعریف آن نداشته باشد بیمار فوت می‌کند یا آسیب می‌بیند؛ در اینجا پزشک ضامن خسارت جانی یا مالی یا نقص عضو است.

این مطلب از مفاد مادتین ۵۹ و ۶۰ ق.م.ا. مستفاد می‌شود و طی آن تنها راه برای مصون ماندن پزشک از پرداخت خسارت اخذ براءت نامه قبل از عمل عنوان شده است.

«ماده ۶۰ ق.م.ا.: چنانچه طبیب قبل از شروع درمان یا اعمال جراحی از مریض یا ولی او براءت حاصل نموده باشد، ضامن خسارت جانی یا مالی یا نقص عضو نیست و...»

بنابراین شاهد حالتی هستیم که شخص (پزشک) براساس قانون مرتکب جرم یا تقصیر نشده لکن از حیث مدنی ضامن خسارات جانی و مالی یا نقص عضو است. در سیستم حقوقی ایران به تبعیت از فقه امامیه تعهد پزشک تعهد به نتیجه است، لکن در صورت اخذ براءت مسئول زیانها و صدمه وارده به بیمار نیست، مگر این‌که بیمار ثابت کند پزشک مرتکب تقصیر شده است در غیر اینصورت بروز زیان ظاهر در تقصیر پزشک دارد و این پزشک است که باید ثابت کند قصوری اتفاق نیفتاده است.

بند دوم - مسئولیت کیفری:

اکثریت قریب به اتفاق مواردی که به واسطه تقصیر (با مفهوم عام آن) کادر درمانی منجر به آسیب یا فوت بیماران می شود دارای جنبه کیفری هستند به دلایل زیر:

اول: صلاحیت محاکم: همه پرونده های مربوط به امر درمان و شکایت های نهادهای ذی ربط از بخش درمان و البته مرجع تظلم خواهی افراد جامعه از کادر درمانی، دادسرا است. با این تعریف وجهه کیفری تخلفات شاغلان حرف پزشکی و پیراپزشکی ثابت می شود. {مباحث مشمول ق م م به تبع رسیدگی کیفری بوده و استثناست}

دوم: در همه پرونده های مربوط به تقصیر کادر درمانی، رای بر دیه یا ارش یا تعیین جریمه مالی توسط قاضی کیفری صادر می شود. واضح است که در تعیین این دیه، قواعد مربوط به ماه های حرام و یا مهلت پرداخت دیه وفق قانون مجازات مراعات می شود و علت آن است که قانونگذار هر نوع آسیب را که ناشی از فعل یا ترک فعل پزشک و گروه درمانگر باشد، را تحت عنوان قتل و چارچوب شبه عمد می بیند و حتی جایی که هیچ تقصیری توسط درمانگر انجام نشده است، نیز موضوع از دید دادگاه کیفری، قتل غیر عمد محسوب و تعیین دیه می شود.

سوم: مراجع شبه قضایی مانند وزارت بهداشت، نظام پزشکی، نظام پرستاری و پزشکی قانونی؛ آنجا که به مسائل درمان و تقصیر مجموعه درمان می پردازند، واجد احکامی در قوانین خود هستند که به واسطه سلبی بودن و نوع آن احکام، کیفر و مجازات تلقی می شوند؛ هرچند جنبه خفیف تری از کیفرهای تعیین شده در قانون مجازات و تعزیرات حکومتی را در لیست مجازات های خود داشته باشند، لکن در نهایت جنبه کیفری دارند.

با این توضیح لازم است، تا به صورت اجمالی جنبه ایی دیگر از مسئولیت های اشخاص حقیقی و حقوقی حیطه درمان را نیز بررسی نماییم.

بند سوم - مسئولیت اداری (صنفی و استخدامی):

سومین بخش از مسئولیت های مرتبط با امور پزشکی، مقررات انضباطی و اداری است، پزشکان مانند سایر حرفه های مشاغل اداری و غیر اداری علاوه بر این که در

مقابل قوانین اصلی کشور از جمله قانون مجازات اسلامی و قانون مدنی و به عنوان یک شهروند پاسخگو هستند باید به واسطه حرفه پزشکی خود از یک سری مقررات انضباطی و اداری و به تعبیری اخلاق پزشکی تبعیت نمایند. شرح وظایف و لیست تخلفات صنفی و حرفه ای پزشکان در مجموعه قوانینی تحت عنوان آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای مشاغلان حرفه‌ای پزشکی و وابسته در سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران آمده است این قانون که در راستای ماده ۲ و مواد ۲۸ تا ۴۳ قانون سازمان نظام پزشکی مصوب ۸۳/۱/۲۵ مجلس شورای اسلامی در تاریخ ۸۳/۸/۱۶ با اصلاحاتی به تصویب مجمع تشخیص مصلحت نظام رسیده است توسط اولیای منتخب حرفه پزشکی - شورای عالی سازمان نظام پزشکی کشور - گردآوری شده است. از جمله تخلفات صنفی و حرفه ای پزشکی می توان به ناخوانانوشته شدن و عدم رعایت اصول علمی نسخه نویسی؛ به کارگیری افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی؛ فروش دارو و محصولات بهداشتی و ... در محل طبابت بدون اخذ مجوز رسمی از وزارت بهداشت، جذب و هدایت بیمار از موسسات بهداشتی درمانی دولتی و وابسته به دولت، تحمیل مخارج غیر ضروری به بیمار و .. اشاره کرد.

مجازات های انتظامی در نظر گرفته شده برای پزشک متخلف ۷ مورد است که در تبصره ۱ ماده ۲۸ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی مصوب ۱۳۸۲ مجمع تشخیص مصلحت نظام آمده است؛ این مجازات ها از توبیخ یا تذکر شفاهی در حوزه هیات مدیره نظام پزشکی محل شروع و به محرومیت دائم از اشتغال به حرفه پزشکی و مشاغل وابسته در تمام کشور ختم می شود؛ نکته مهم و قابل توجه این که اعمال هر یک از مقررات سه گانه بر عمل پزشک، مانع از اعمال مقررات قانون نوع دیگر نخواهد شد، برای مثال زمانی که یک پزشک به دلیل ارتکاب یک جرم محکوم می شود، این امر مانع از اعمال قوانین حقوقی و مسئولیت مدنی نیست و صدور حکم محکومیت جزایی توأم با پرداخت خسارت و دیه علاوه بر مجازات اداری وفق مقررات صنفی (نظام پزشکی) امکانپذیر و در مواقعی مکمل هستند.

علاوه بر آن چنانچه مشخص شود پزشک مرتکب تخلف انتظامی هم گردیده به این موضوع هم از مجاری مشخص شده رسیدگی خواهد شد، به عبارتی ممکن است؛ یک خطا و قصور پزشک همزمان هم جرم باشد هم موجب مسئولیت مدنی گردد و هم تخلف انتظامی محسوب شود. ولی عکس آن همیشه صادق نیست چرا که یک تخلف انتظامی ممکن نیست نه جرم باشد نه موجب مسئولیت حقوقی پزشک را موجب شود. دیگر آن که چنانچه پزشک در استخدام دولت و یا تأمین اجتماعی باشد و تخلف صورت گرفته در زمان (حین) خدمت واقع شود، سازمان یا وزارتخانه متبوع می تواند، مطابق قانون رسیدگی به تخلفات اداری کارکنان دولت مصوب ۱۳۷۲/۹/۷ مجلس شورای اسلامی پزشک را در هیأت‌های تخلفات اداری موضوع قانون یاد شده محاکمه نماید.

فصل دوم: مسئولیت پزشکان، پیراپزشکان و شخصیت حقوقی واحد درمانی

بند اول - پزشکان:

محور اصلی فرایند تشخیص و درمان بیماران در هر محیط درمانی پزشکان هستند؛ در واقع باقی افراد ذی مدخل در امر درمان نقش خود را در همکاری با پزشکان و انجام دستورات و خط مشی ترسیمی اطبا باز می یابند. با این تعریف مشخص است که به واسطه این جایگاه تعیین کننده و ریاست و مدیریت تیم درمانی در محل طبابت، مسئولیت اصلی سلامت بیمار با پزشک است و این مسئولیت شامل اکثر فعالیت‌هایی است که از زمان پذیرش تا ترخیص و حتی طی دوران نقاهت در منزل، درباره بیمار صورت می گیرد، چه آن‌که فرایندهای مربوط به پذیرش، معاینه اولیه، تشخیص بیماری، اقدام پاراکلینیکی، تعیین روش درمان و نظارت بر روند بهبودی بیمار یا اثر روش درمان بر بیمار توسط پزشک انجام می پذیرد و باقی کادر درمان مثل پرسنل پرستاری، آزمایشگاه، اتاق عمل و بخش‌های ویژه صرفاً به دستورات پزشک عمل می نمایند؛ موئید این نظر، تعدادی از مفاد قانون مجازات اسلامی اند.

شاید حائز اهمیت ترین مسئولیتی که پزشکان به موجب قانون بر عهده دارند، همان مسئولیت و ضمانی است که به واسطه نفس انجام طبابت مشمول حال ایشان می‌شود، بدین ترتیب که صرف رضایت بیمار (مجنی علیه) به درمان توسط پزشک معالج، موجب رفع مسئولیت پزشک نمی‌شود.

طبق ماده ۳۱۹ ق.م.ا.: (طیب هر چند حاذق باشد در معالجه‌هایی که خود انجام می‌دهد، یا دستور آن را صادر می‌کند، هر چند با اذن مریض یا ولی او باشد، اگر باعث تلف جان یا نقص عضو یا خسارت مالی شود، ضامن صدمه خسارت وارده است).
[در مورد اذن و رضایت مریض برای معالجه، فقه‌های شیعه اذن را فقط مسقط حق قصاص می‌دانند و معتقدند که اذن موجب سقوط دیه نمی‌گردد مگر آن‌که طیب قبل از درمان از مریض در این مورد برائت حاصل نماید. این نظر در بین فقه‌های شیعه اجماعی است]

الف: تقصیر پزشک حتی در صورت مراعات ضوابط

اصل بر تقصیر پزشک است!؟

به واقع در حیطه درمان برخلاف رویه معمول وقواعد حقوقی جاری، اصل بر تقصیر پزشک است و این اوست که باید بی‌گناهی خود را ثابت کند، بنابراین صرف اعلام شکایت از سوی «مجنی علیه» کافیت تا پزشک را به چالشی بزرگ بکشاند و پزشک باید با تشریح روند تشخیص و درمان بیماری و تک تک اقدام‌های انجام شده روی بیمار، صحت کردار خود - چه آنچه انجام داده و چه آنچه دستور انجام آن را داده - را از همه حیث ثابت کند، مثل آن‌که با ارائه دلایل محکمه پسند اثبات نماید، در معالجه بیمار واجد این اوصاف بوده:

مهارت، تجربه، علم کافی و اشراف به آخرین دستاوردهای علم پزشکی درخصوص موضوع، کفایت فنی محل، لوازم و ابزار طبابت، داروی تجویزی و به‌طور کلی رعایت قواعد و مقررات قانونی، حرفه‌ای و صنفی در برخورد با بیمار و بیماری وی.

پس مشخص شد که بنابر قانون لازم نیست، بیمار دلایل تخطی پزشک را ارائه کند، بلکه پزشک باید دلایل بی‌گناهی خود را تقدیم مقام قضایی نماید.

شاید علت این رویه در نظام قضایی ایران و البته فقه شیعه این باشد که با مراجعه بیمار به طبیب توقع می‌رود که بیماری با طی زمان معقول (که البته حداکثر زمان بهبودی هم در علم پزشکی تعیین شده) مبدل به سلامتی شود و منطق پزشکی در اغلب موارد درمان را مترادف بهبودی می‌داند؛ اساساً گستره علم پزشکی و وجود حجم عظیمی از دانش در این حیظه که شامل همه بیماریها و روش های درمان آنها است و البته سابقه این علم که از ابتدای تاریخ باید محاسبه شود قانونگذار را برآن داشته تا حکم نماید مراجعه به پزشک باید نتیجه مثبت بدهد چه آن‌که در تمامی بیماریها {اکثر بیماریها}، راه درمان و داروهای متناسب با آن مرض در علم پزشکی تبیین و ثبت شده، پزشکان همه این روشها را آموخته‌اند یا می‌توانند در مواجهه با بیمار به منابع علمی خود رجوع کنند؛ صحیح است که روش‌های درمانی بر روی بیماران ممکن است، نتایج متفاوتی داشته یا برای بیماری‌هایی انگشت شمار، علاجی کشف نشده باشد لکن اینها استثنا است و اصل براین است که درمان نتیجه اش سلامتی باشد.

چکیده نظرشهادتانی یا بهتر است بگوییم فقه شیعه این است:

«اول: اصالت برائت جاری نمی‌گردد، به دلیل اشتغال ذمه طبیب که براساس روایات وارده ذمه طبیب به سبب طبابت مشغول می‌باشد. (واین دلیل اجتهادی (وجود روایات) جلوی جاری شدن اصل برائت را می‌گیرد).

دوم: اذن از ناحیه مریض، اذن در معالجه و درمان است نه اذن در اتلاف.

سوم: منافاتی بین جواز فعل و ضمان نیست مانند: زدن به قصد تأدیب که مجاز

ولی موجب ضمان است».

ب: اثر برائت نامه در هنگام اثبات تقصیر پزشک

در همین راستا نکته حائز اهمیت آن‌که ممکن است، طبیب قبل از عمل برائت اخذ کرده باشد لکن در صورتی این برائت موثر است که طبیب تقصیر نکرده باشد و در صورت تقصیر (و به طریق اولی تعمد) ممکن است، هر دو وجهه کیفری و ضمان جبرأت خسارات در حق وی اجرا شود. خلاصه آن‌که اثر برائت نامه ماخوذه از بیمار تا جایی است که تقصیری از جانب پزشک سر نزده باشد.

نکته قابل توجه آن است که در این حالت بیمار یا مدعی العموم باید تلاش کنند تا گناه پزشک را اثبات نمایند.

در اینجا باید تعریفی از برائت نامه هم ارائه داد و آن عبارت است از سندی که موید رضایت و همچنین اعلام برائت بیمار نسبت به سلسله اعمالی است که تیم درمانی در حین عمل پزشکی تا ترخیص بیمار انجام می دهند؛ این سند باید مشتمل بر توضیحاتی پیرامون علت عمل، نوع و روش برای مثال جراحی و البته نام پزشک مربوطه بوده و به امضای دردرجه اول بیمار و در صورت عدم امکان اولیای صالح وی رسیده باشد.

ج: خطای پزشکی یا تقصیر

با توجه به آن که همیشه همه محاکم قضایی و شبه قضایی در امر درمان در نهایت پس از بررسی و تحقیق و مصاحبه با طرفین دعوی به واژه تقصیر می‌رسند و آن را به شخص و یا اشخاصی نسبت می دهند و فی الواقع ایشان را مسئول قلمداد می کنند پس لازم است که واژه تقصیر در امور مربوط به دعاوی درمانی تعریف شود.

تقصیر چیست:

تقصیر به فعل یا ترک فعلی گفته می‌شود که خارج از معیارها و هنجارهای شناخته شده رخ می‌دهد؛ معیارها و هنجارهایی که می‌تواند، ناشی از قانون، اخلاق، دین، عرف و ... باشد. تمرکز ما بر روی خطا بیشتر انجام فعل یا ترک فعلی است که خارج از موازین علمی و فنی پزشکی - که عرف خاص پزشکی محسوب می‌شود انجام پذیرد. اکنون با تعریف فوق از خطا، به نسبت آن با مسئولیت پزشکان می‌پردازیم.

د: رابطه بین مسئولیت و خطای پزشکی

براساس موازین حقوقی ایران سه نوع رابطه بین مسئولیت و خطای پزشکی وجود دارد.

اول: مسئولیت بدون خطا

در نظام حقوقی ما در قالب قرارداد یا تخلف عمدی (غصب) این گونه مسئولیت‌ها وجود دارد ولی در پزشکی که انجام عمل انسانی و خدمت به بیمار است و مسئولیت قانونی است تا قراردادی، درک آن مشکل است.

استناد قانونی راجع به این گونه مسئولیت ماده ۳۱۹ قانون مجازات اسلامی است که اختصاص به پزشکی دارد و اشعار می‌دارد اگر پزشک هر چند حاذق و متخصص باشد (یعنی بدون خطا عمل کرده باشد) در اعمالی که انجام می‌دهد، هر چند به اذن بیمار یا ولی او باشد، خسارتی به او بزند (اعم از جانی، مالی و نقص عضو) ضامن است و مسئول خسارت به بار آمده می‌باشد؛ پس اینجا مسئولیت به صورت قانونی و براساس معیارها و هنجارهای قانونی بر عهده پزشک است البته برای رهایی از این مسئولیت سنگین در ماده ۳۲۲ قانون مجازات اسلامی راه علاج را اخذ برائت درباره عمل پزشکی از بیمار می‌داند.

پزشکی در بعضی از اقدام‌ها به خصوص اعمال جراحی و بیهوشی و حتی روش تشخیص، مداخله‌ای توأم با عوارض و تبعات منفی می‌تواند باشد که در اصل علم پزشکی با پذیرش این تبعات و آثار اجازه به آن می‌دهد و پزشک خطایی را مرتکب نمی‌شود، بلکه در اصل مسئولیت متوجه علم پزشکی است ولی در نظام حقوقی ما مسئولیت را متوجه پزشک می‌دانند.

دوم: خطای بدون مسئولیت

یادآور می‌شویم که ارکان مسئولیت مدنی شامل انجام فعل زیانبار، ایراد خسارت و رابطه سببیت «علت و معلولی» بین فعل زیانبار و خسارت است؛ در اینجا هم مانند مورد قبل درک آن سنگین به نظر می‌رسد، ولی از آنجا که مسئولیت در قبال ورود خسارت ناشی از فعل پزشک به وجود می‌آید، پس ممکن است حالتی داشته باشیم که خطایی انجام گرفته باشد، ولی خسارتی اعم از جانی، مالی و نقص عضو در پی نداشته باشد.

برای مثال: پزشکی در تشخیص خود اشتباه کرده است، ولی بیمار از این اشتباه ضرری ندیده فلذا پزشک مقصر نیست. دارویی به اشتباه تجویز شده ولی بیمار اصلاً آن دارو را مصرف نکرده و یا در صورت مصرف ضرری متوجه وی نشده است و تأخیر در درمان نیز ضرری متوجه وی نکرده لذا مسئولیت متوجه پزشک نیست هر چند خطا رخ داده است.

سوم: مسئولیت مبتنی بر خطا

خطا و تقصیر در ذهن هر کسی تداعی کننده مسئولیت و پاسخگویی است، خطایی منجر به مسئولیت و جبران خسارت می‌گردد که سبب بروز خسارتی (جانی، مالی، نقص عضو) گردیده است. در قانون مجازات اسلامی بند (ب) ماده ۲۹۵ آمده است: اگر فردی مرتکب خطایی شبه عمد گردد یعنی فعلی که نوعاً آسیب رسان نیست انجام دهد ولی اتفاقاً سبب ضرر جانی شود باید دیه آن را بپردازد و از مصادیق خطای شبه عمد را خطای پزشکی برمی‌شمرد و در تبصره ۳ همان ماده قانونی انواع خطای شبه عمد را تحت عنوان بی احتیاطی، بی مبالاتی، عدم رعایت موازین علمی و فنی (مهارت) و عدم رعایت نظام دولتی تعیین می‌کند.

در اینجا لازم است با استفاده از قانون مجازات اسلامی به تشریح این بند (مسئولیت مبتنی بر خطا) بپردازیم:

تبصره ۳ ماده ۲۹۵ قانون مجازات اسلامی اشعار می‌دارد:

«هرگاه بر اثر بی احتیاطی یا بی مبالاتی یا عدم مهارت و عدم رعایت مقررات مربوط به امری قتل یا ضرب یا جرح واقع شود به نحوی که اگر آن مقررات رعایت می‌شد، حادثه‌ای اتفاق نمی‌افتاد قتل و یا ضرب و یا جرح در حکم شبه عمد خواهد بود».

ماده ۳۳۶ قانون مجازات اسلامی نیز در تبصره خود تعریفی جامع از تقصیر ارائه کرده و برای اجراز تخطی از موازین پزشکی یا به عبارت عامیانه‌تر قصورات پزشکی ۴ مصداق ذکر نموده است:

الف - بی مبالاتی ب- بی احتیاطی

ج- عدم مهارت د- عدم رعایت نظام‌های دولتی

در قوانین ایران تعریفی دقیق از مصادیق یاد شده ارائه نگردیده و احراز هر کدام

بر اساس ضابطه عرفی و تعاریف حقوقی خواهد بود.

و: تعریف اجمالی قصور در حیطة پزشکی

(۱) بی مبالاتی:

از نظر لغوی بی مبالاتی عبارت است از این که فاعل عمل با وجود این که احتمال و پیش‌بینی ورود ضرر را از عمل خود دارد ولی به این احتمال توجهی نمی‌کند و در نهایت منجر به ورود ضرر به غیر می‌گردد.

عباراتی همچون اهمال فاحش و بی تدبیری و غفلت می‌تواند، انعکاسی از مفهوم این عبارت باشد، این جملات و عناوین در آراء منجر به محکومیت نظام پزشکی زیاد دیده می‌شوند.

شخص بی مبالا در واقع امر قانونگذار و ضابطه را به صورت فعل منفی یا ترک فعل نقض می‌کند یعنی کاری را که باید انجام دهد انجام نمی‌دهد، مثل این که پزشک یا پرستار مبادرت به تزریق دارویی به بیمار نماید که به آن حساس است و در نهایت بیمار به دلیل شوک آنافیلاکسی فوت کند یا دچار آسیب مغزی شود، در حالی که قبل از تزریق وفق مقررات باید موضوع حساسیت چک می‌شد؛ نتیجه این که هر گاه خسارت و ضرر در اثر کوتاهی فاعل از رعایت استانداردها وارد شود، مسئولیت فرد به دلیل بی مبالاتی قابل اثبات خواهد بود.

(۲) بی احتیاطی:

این عبارت در مقابل غفلت و بی مبالاتی به کار می‌رود یعنی انسان مرتکب عملی شود که اساساً مطابق ضوابط مقرر نباشد آن عمل را انجام می‌داد. در اینجا نیز رگه‌هایی از سهل‌انگاری و کوتاهی وجود دارد ولی از نوع مثبت و انجام فعل. البته در معنای عام بی احتیاطی شامل بی مبالاتی هم می‌شود و ضابطه تمیز این دو، موضوع فعل یا ترک فعل است، به عنوان مثال چنانچه پزشکی در اثر بی دقتی وسیله جراحی را در شکم بیمار باقی گذاشته باشد مرتکب قصور از نوع بی احتیاطی شده است. علاوه بر ضابطه‌ای که برای تفکیک بی مبالاتی از بی احتیاطی ارائه شد (فعل یا ترک فعل) می‌توان گفت: دامنه افعال بی احتیاطی وسیع‌تر و نامعین‌تر است و هر فعل مثبت زایدی که آثار منفی بر جای بگذارد می‌تواند نوعی بی احتیاطی تلقی شود، ولی در بی مبالاتی

به طور معمول ضابطه‌ای از قبل تعریف شده یا عقلاً وجود داشته ولی فاعل از این ضابطه‌ها و موازین عدول نموده است.

۳) عدم مهارت:

مسئولیت ناشی از عدم تبحر علمی و فنی و تجربی یک نفر برای انجام یک فعل چنانچه منجر به بروز عارضه منفی شود عدم مهارت تلقی خواهد شد. در یک تعبیر ساده تر می‌توان گفت عدم مهارت معمولاً ناشی از بی احتیاطی یا بی مبالاتی است یعنی یک پزشک و متخصص به دلیل ترک موازین قانونی یا انجام فعل ممنوعه و غیر قابل توجیه مرتکب تقصیر می‌شود لکن فرق عدم مهارت با دو مقوله قبلی در این است که در عدم مهارت پزشک به دلیل عدم اطلاع و آگاهی دچار افراط و تفریط می‌شود لکن در بی احتیاطی یا بی مبالاتی پزشک اطلاع ضمنی از عواقب بی دقتی و کوتاهی خود دارد و حادثه در اثر عدم آگاهی علمی و فنی پزشک واقع نمی‌گردد، مثل این که پزشک جهت تشخیص نوع درمان در مواقع اورژانس از سرعت عمل لازم جهت تصمیم‌گیری برخوردار نباشد. (عدم مهارت معنوی) و یا این که پزشک در حین انجام عمل جراحی با یک شرایط خاص و غیر منتظره‌ای روبه‌رو شود و معالجه و عکس‌العمل مناسب نسبت به کنترل اوضاع و شرایط نداشته باشد (عدم مهارت مادی)

۴) عدم رعایت نظامات دولتی:

نظام‌های دولتی به قوانین؛ تصویب‌نامه‌ها و آیین‌نامه‌ها؛ بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌هایی که از طرف قانونگذار یا مقامات صلاحیت‌دار تصویب می‌شود اتلاق می‌گردد. بخشی از این نظام‌های، عمومی و ناظر بر تمامی افراد ذی‌مدخل در حیطه مشخص است و بخشی هم شامل تخصص و طبقه خاصی از جامعه مخاطب آن ضابطه.

با وجود این که عدم رعایت نظام‌های دولتی بیشتر جنبه انضباطی و انتظامی دارد قانونگذار این موضوع را هم از مصادیق خطای جزایی تلقی نموده است به عبارتی در معنای وسیع و کلی می‌توان گفت هر بی احتیاطی و بی مبالاتی یا عدم مهارت حکایت از نادیده گرفتن یک ضابطه و نظامنامه است. لکن در معنای خاص، عدم رعایت نظام‌های دولتی در زمانی احراز می‌گردد که یک پزشک؛ مشخصاً یک دستورالعمل

صریح قانونی و انضباطی را نادیده گرفته باشد، صرفنظر از این که این تخطی ناشی از فعل یا ترک فعل یا جهل و ناآگاهی به حوزه های تخصصی خود باشد مثل تاسیس موسسه پزشکی بدون اخذ پروانه و یا صدور گواهی خلاف واقع، بنابراین باید توجه داشت که یک عمل در بعضی موارد ممکن است، هم مصداق عدم رعایت نظام های دولتی باشد و هم یکی از سه صور قبلی مذکور و در چنین شرایطی تشخیص نوع تقصیر با مرجع رسیدگی به شکایت خواهد بود.

بند دوم - پیراپزشکان:

تمامی کارکنان گروه پزشکی در قبال اعمال خود از یک سطح اولیه از مسئولیت برخوردارند.

پیراپزشک عنوانی است که شامل همه پرسنل دخیل در امر درمان غیر از پزشکان می شود نظیر پرستاران؛ پرسنل رادیولوژی، بیهوشی، اتاق عمل و...

در مطالب قبلی بیان شد که مسئولیت بیمار از دید قانون با پزشک است، چون رهبر تیم درمانگراست لکن اعضای غیرپزشک این گروه در اجرای دستورات پزشک، همان مسئولیت های پزشکان را دارند، بدین معنی که پزشک دستور انجام مانور خاصی را روی بیمار می دهد برای مثال دستور کنترل فشارخون؛ عکسبرداری یا آماده کردن بیمار برای جراحی؛ در اینجا پرستاران براساس دانشی که در دوران تحصیل کسب کرده اند باید آن دستورات را براساس متد علمی و اصول حرفه ایی انجام دهند و لازم و البته منطقی نیست که پزشک در دستور خود همه جزییاتی را که یک پرستار باید بداند تکرار کند برای مثال پرستاران در اجرای دستور دارویی پزشک باید به مواردی توجه کنند مثل:

هنگام دارو دهی بررسی علائمی مانند: نبض (تجویز داروی تنظیم کننده ضربان قلب مثل دیگوکسین)، فشارخون (تجویز داروهای پایین آورنده فشار خون مثل آدالات)، تنفس (تجویز داروهای مخدر)، ضد انعقاد (تجویز داروهای افزایش دهنده زمان انعقاد مثل کونادین)، وزن (تجویز داروهای مدر مثل لازیکس) ضروری است و نیاز به دستور پزشک ندارد و هر پرستاری این را می داند که باید اول اینها کنترل شود.

مثال تقصیر کادر پرستاری: پرستار سرعت تزریق سرم را افزایش دهد مثلاً؛ بجای هر ۱۲ ساعت ۱ سرم، روند سریعتر بشود یا آن‌که با وجود گذشت ۴۸ تا ۷۲ ساعت یا فلبیت شدن مسیر رگ، آن را تعویض نکند یا به واسطه تشابه های اسمی در داروها خطا کند یا با بی دقتی داروی اشتباهی تزریق کند یا پنی سیلین را تست نکند و یا اگر تست بیمار مثبت است در کاردکس او یادداشت نکند.

برای قضاوت درباره عملکرد پرسنل پرستاری و مامایی به مقررات پرستاری و دروس دانشگاهی ایشان توجه می‌شود و می‌گویند چون فلان مطلب علمی را یک لیسانس پرستاری منطقاً باید بداند یا فلان مقررات را، پس عملکرد او را باید این گونه سنجید.

واضح است که مفاهیمی مثل بی مبالائی، عدم رعایت نظامات و سایر موارد مارالذکر درخصوص این دسته از کادر درمانی نیز در سطح خود مصداق دارد.

فصل سوم: شخصیت حقوقی مرکز درمانی

از دید قانونگذار شخصیت حقوقی درمانگاه یا بیمارستان خلاصه می‌شود در رئیس یا مسئول فنی آن واحد و شخص مذکور به واسطه تصدی آن جایگاه همیشه استعداد قرار گرفتن در معرض اتهام های کیفری و البته حقوقی (ضمان) را دارد.

مانند پزشکان و کادر درمان اینجا هم در نسبت دادن مسئولیت، باید قواعد (بایدها و نبایدها) و به خصوص شرح وظایف را مدنظر قرار داد و تخطی از این اصول مساوی با داشتن مسئولیت برای رؤسا و مسئولان فنی واحد درمانی است.

بند اول - بایدها و نبایدهای یک رئیس بیمارستان:

تشریفات اداری و پاره‌ای امور روزمره، بخشی از وظایف یک مدیر است لکن می‌دانیم که نظارت بر اجرای مقررات و صحت عملکرد زیردستان مهمترین وظیفه وی است چرا که سهل انگاری در این حیطه ممکن است، به قیمت جان بیماران تمام شود.

نمونه ای از مواردی که مسئول فنی در قبال آن باید پاسخگو باشد، بدین شرح

است؛

فعالیت واحد درمانی بدون اخذ یا تمدید مجوز از وزارت بهداشت؛ ضعف در امکانات و تجهیزاتی که قانون برای آن واحد درمانی تعریف کرده؛ ضعف کلی در دانش پرسنل به مقررات و بروز نبودن علمی ایشان؛ بکارگیری پرسنل و به خصوص پزشکان فاقد صلاحیت علمی لازم (مدرک تحصیلی) در آن واحد؛ نادیده گرفتن خطای پرسنل یا پزشکان که منجر به تکرار آن خطا و ایراد خسارت به بیماران شود (اگر به واسطه خطای پرسنل بیماری آسیب ببیند و ثابت شود که رئیس یا مسئول فنی قبلاً در جریان آن قصور در فعل مشابهی بوده و اقدام پیشگیرانه یا اصلاحی نکرده قطعاً مسئول خواهد بود)؛ نداشتن پزشک یا پرسنل درمانی متخصص در حیطه‌های مختلف به تعداد کافی براساس مقررات؛ دخالت دادن افراد فاقد صلاحیت علمی و قانونی در امر درمان (بیمارستان‌های آموزشی به شرط رعایت مقررات مربوطه از این قاعده مستثنی‌اند).

بند دوم - روش‌های پیشگیری از قصور پزشکی و آمادگی برای برخورد در زمان بروز آن ، مهمترین موارد (به اختصار)

۱. آموزش به پرسنل و یادآوری مقررات و به خصوص شرح وظایف حرفه ای هر شغل به متصدی آن
۲. شناخت مجاری و رفتارهای پرخطر در حیطه درمان و تدوین دستورالعمل‌های تحذیری و اجرایی
۳. بازنگری حقوقی بر فعالیت‌های موجود در واحد درمانی از پذیرش تا ترخیص جلب اعتماد سیستم توسط وکیل بیمارستان یا درمانگاه که به تبع نتیجه آن رابطه دوسویه و اشراف وکیل بر فرایندها خواهد بود. ضمناً همه تعاملات واحد درمانی با مراجع قضایی و شبه قضایی باید توسط وکیل انجام شود یا برآن کنترل کامل و موثر داشته باشد.
۴. تاکید و التزام رئیس بیمارستان و رؤسای سایر واحدهای درمانی به آن‌که تحت پوشش بیمه مسئولیت قرارگیرند. هزینه این امر توسط سازمان تأمین اجتماعی (صرفاً درخصوص رؤسای بیمارستان‌های سازمان) تأمین می‌شود و الزام قانونی برای انجام آن وجود دارد.

۵. دقت در اخذ رضایت و متعاقب آن برائت نامه از بیمار قبل از هرگونه عملی. در صورت اخذ برائت، پزشک مسئول زیان‌ها و صدمه وارده به بیمار نیست مگر این که بیمار ثابت کند پزشک مرتکب تقصیر شده است، در غیر این صورت بروز زیان، ظاهر در تقصیر پزشک دارد و این پزشک است که باید ثابت کند قصوری اتفاق نیفتاده است.

دقت سایر پرسنل حیطة درمان در تکمیل فرم‌ها، ارائه گزارش صحیح به مافوق و هرچه بیشتر مکتوب نمودن و قایع که نتیجه آن شفافیت بیشتر، التزام به رعایت مقررات و البته کاربرد آن یادداشت‌ها در مراجع قضایی است، در ضمن یادآور می‌شود برائت و رضایت عمدتاً برای پزشک و منافع حقوقی آنان اخذ می‌شود نه پرستاران و سایر کادر درمان لذا تهیه گزارش مبسوط و جامع از نحوه اخذ دستور از پزشک و یا ثبت آخرین وضعیت بیمار هنگام تحویل شیفت به پرستار بعدی در حفظ حقوق پیراپزشکان بسیار مفید است.

بند سوم - مسئولیت چگونه تقسیم می‌شود؟

بیماری را تصور کنید که از نظر پزشک معالج نیازمند تزریق خون است؛ پس از تزریق خون مشخص می‌شود خون تزریق شده آلوده به یک نوع بیماری بوده که منجر به عوارض گردیده؛ از طرفی پس از بررسی‌های علمی و تخصصی کاشف به عمل می‌آید که اساساً تجویز خون برای بیمار ضرورت نداشته و یک تشخیص نادرست بوده است؛ در اینجا هر چند پزشک مرتکب یک تشخیص پزشکی از نوع عدم مهارت گردیده لکن میان تقصیر وی و آلوده بودن خون و ورود ضرر رابطه علت و معلولی وجود ندارد زیرا که پزشک دستور تزریق خون سالم را داده است و اگر خون سالم تزریق می‌گردید طبعاً این عارضه ایجاد نمی‌شد.

از طرف دیگر اولیای بیمار وی را با اعطای رضایت به بیمارستان دیگری منتقل می‌کنند و پس از پذیرش و اقدام‌های اولیه در نهایت بیمار در بیمارستان دوم فوت می‌نماید.

وقتی فرایند اخذ خون از بانک خون را بررسی نماییم یا فرایند تشخیصی ایسی که تشخیص پزشک منبعث از آن بوده و یا عملکرد بیمارستان دوم را و یا خارج کردن بیمار با اعطای رضایت توسط خانواده اش که روند درمان را به تعویق انداخته و مواردی از این دست به این نتیجه می رسیم که عمده حوادث پزشکی، ناشی از اشتباه و تقصیر افراد متعدد است که باید با بررسی دقیق، سهم هر کدام را در مسئولیت تعیین نمود.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی