

Possibility of Demanding Blood Money from Treatment Centers in the Light of Court Judgments

Maryam Saqafi¹

Abstract

Medical centers including hospitals, clinics, rehabilitation centers, infertility treatment and... whether governmental, private or charitable have legal entity in most cases. This legal entity, in some cases, is affiliated with the state or state universities of medical sciences and sometimes these centers take their entities in the form of business firms. The existence of a legal entity provides that the health center, in accordance with article 588 of the Commercial Code, has all the rights and duties as same as a person. In this regard, to pay the victim Blood Money in the case of Itlaf an Tasbib is one of the duties of the persons and in spite that the Itlaf of a person and direct harm to is not possible due to the legal entity; this is not however, the denial of their liability to pay the Diyah arising from the Tasbib of legal entity.

Contrary to the views of some jurists and lawyers, and the appearance of some articles of Islamic Panel Code, Tasbib is due to pay Blood Money in the case that is accompanied by a fault. One of the most obvious failure of medical centers that is leading to hurt the patients is to violate the state regulations that not only there is no need to expert opinion, but also is achieved upon the violation of the rules and regulations and there is no need to proof of fault. For various reasons, recognizing the liability of health centers to pay Blood Money, in every respect is in favor of patients and to support their right.

Keywords

Blood Money, Treatment Centers, Legal Entity

1. Assistant Professor and Faculty Member, Department of Law, Zanzan University, Zanzan, Iran. Email: m.saqafi@znu.ac.ir

Please cite this article as: Saqafi M. Possibility of Demanding Blood Money from Treatment Centers in the Light of Court Judgments. Iran J Med Law 2020; 14(54): 91-113.

امکان مطالبه دیه از مراکز درمانی در پرو آرای دادگاهها

مریم تقفی^۱

چکیده

مراکز درمانی اعم از بیمارستان، درمانگاه، مراکز توان بخشی، درمان ناباروری و... خواه دولتی، خصوصی و یا خیریه در اغلب مواقع دارای شخصیت حقوقی هستند. در برخی موارد این شخصیت حقوقی وابسته به دولت و یا دانشگاه‌های دولتی علوم پزشکی است و گاه این مراکز شخصیت خویش را در قالب شرکت‌های تجاری اخذ می‌نمایند. وجود شخصیت حقوقی این امکان را فراهم می‌سازد که مرکز درمانی مطابق ماده ۵۸۸ قانون تجارت دارای کلیه حقوق و تکالیف اشخاص حقیقی باشد. در این راستا یکی از تکالیف اشخاص حقیقی پرداخت دیه مصدوم در صورت اتلاف و یا تسبیب است و با وجود این که تلف شخص و صدمه مستقیم به وی به سبب شخصیت اعتباری اشخاص حقوقی ممکن نیست، اما این امر نافی مسؤولیت آنان برای پرداخت دیه ناشی از تسبیب شخصیت حقوقی نمی‌باشد. برخلاف نظر برخی فقها و حقوقدانان و ظاهر موادی از قانون مجازات اسلامی، تسبیب در صورتی موجب ضمان پرداخت دیه است که همراه با تقصیر باشد. از بارزترین قصور مراکز درمانی که منجر به صدمه به بیماران می‌شود، نقض نظامات دولتی است که نه تنها نیازمند نظریه کارشناسان نبوده، بلکه به صرف نقض قوانین و مقررات محقق می‌شود و نیازی به اثبات تقصیر نیز ندارد. به دلایل متعدد، شناسایی مسؤولیت مراکز درمانی برای پرداخت دیه از هر لحاظ به نفع بیماران و در راستای حمایت از حقوق آنان است.

واژگان کلیدی

دیه، مراکز درمانی، شخصیت حقوقی

۱. استادیار و عضو هیأت علمی گروه حقوق دانشگاه زنجان، زنجان، ایران.

Email: M.saqafi@znu.ac.ir

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۱۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۹/۴/۹

مقدمه

مراکز درمانی عبارتند از بیمارستان، درمانگاه، مرکز باروری و مرکز انتقال خون که تمامی آنان در اکثر مواقع دارای شخصیت حقوقی هستند. امروزه بیشتر خدمات بهداشتی درمانی از طریق مراکز درمانی به بیماران ارائه می‌شود و اشخاص حقیقی مرتبط با خدمات درمانی در قالب این مراکز فعالیت می‌کنند. هنگامی که بیمار برای معالجات پزشکی و دریافت خدمات بهداشتی درمانی به مراکز مزبور مراجعه می‌کند - که اغلب دولتی نیز هستند - طرف قرارداد بیمار، مرکز محسوب می‌شوند. بیمار بدون توجه به این که کادر درمانی چه اشخاصی هستند و یا در برخی موارد بدون توجه به پزشکان و جراحان و صرفاً به دلیل نام و آوازه یک مرکز درمانی، برای درمان به آنجا مراجعه می‌کند و بدون این که با پزشکان و پرسنل درمانی آنان قراردادی منعقد نماید، فرم‌های پذیرش مرکز درمانی را امضا می‌کند.

امکان مطالبه خسارات بدنی - که در نظام حقوقی ما در قالب دیه ممکن است - از مراکز درمانی اهمیت ویژه‌ای دارد. مراکز درمانی نسبت به کادر درمانی و حتی پزشکان و جراحان، به لحاظ مالی، تمکن بیشتری داشته و در جبران خسارات وارده و حتی دیه اشخاص زیان‌دیده، توانا تر هستند. جبران خسارت زیان‌دیده توسط این اشخاص به طور کامل مهیاست. بر همین اساس مطابق حکمی از دادگاه تجدید نظر تهران، دادخواست اعسار مرکز درمانی به دلیل این که شخصیت حقوقی دارد، پذیرفته نشده است (دادنامه شماره ۱۱۱۲/۱۸۰۲۲۱۸۰۲۳۰۹۹۷۰۹۳۰ مورخ ۱۳۹۳/۸/۲۷ صادره از شعبه ۱۸ دادگاه تجدید نظر استان تهران: «دادنامه تجدید نظر خواسته به شماره ۹۳۰۹۹۷۲۸۸۵۶۰۰۵۵۲ مورخه ۱۳۹۳/۶/۹ صادره از شعبه ششم دادگاه عمومی حقوقی اسلامشهر که به موجب آن حکم بر رد دعوی تجدید نظرخواه مرکز خیریه درمانی س. به خواسته اعسار از پرداخت هزینه دادرسی در مرحله واخواهی صادر شده است، مخالف قانون و مقررات موضوعه بوده و مستوجب نقض آن می‌باشد، زیرا که اولاً مقنن به شرح ماده ۵۰۴ از قانون آیین دادرسی مدنی در مقام تعریف از معسر از واژه کسی استفاده نموده که این واژه صرفاً ناظر بر اشخاص حقیقی بوده و تسری به اشخاص حقوقی ندارد؛ ثانیاً مؤسسه خیریه درمانی س. دارای شخصیت حقوقی مستقل بوده و در اداره ثبت شرکت‌ها به شماره ... به ثبت رسیده است؛ ثالثاً مطابق صراحت ماده ۵۱۲ از قانون مرقوم از شخص حقوقی درخواست اعسار پذیرفته نمی‌شود. بنابراین به حکم مقرر در ماده ۲ از همان قانون دعوی به کیفیت مطروحه از

ناحیه شخص حقوقی قابلیت پذیرش و استماع را ندارد. از این رو دادگاه ضمن نقض دادنامه معترض‌عنه به استناد قسمت اول از ماده ۳۵۸ از قانون آیین دادرسی مدنی قرار رد دعوی خواهان را صادر و اعلام می‌نماید. رأی صادره حضوری و قطعی است.»

هنگام ورود خسارت به بیمار، به ویژه هنگامی که اسباب متعددی در ایجاد آسیب سهیم هستند، تشخیص سبب اصلی و یا حتی اسباب متعددی که ضرر و زیان وارده منتسب به آن‌هاست، کار دشواری است. از این رو عادلانه نیست بر بیمار زیان‌دیده و یا خانواده او رنج مضاعفی تحمیل نموده و آنان را همچون بازپرسی به بررسی عوامل دخیل در ورود زیان موظف نماییم، حتی بحث تشخیص سبب واردکننده زیان و یا مقصر صدمات و خسارات وارده در درمان پیچیده‌تر از موضوعات دیگر است، زیرا بیمار در شرایطی مداوا می‌شود که یا هشیار نبوده و نمی‌تواند شاهد قصور انجام شده باشد و یا در حال بیماری تنها به فکر تسکین درد و آرام خویش و از محیط پیرامون غافل است و اگر در شرایطی آگاه به رویدادهای پیرامونش باشد، هیچ‌گونه بینه‌ای برای اثبات آن ندارد.

۳
۲
۱

از این رو به دلیل این که مطالبه دیه و خسارات از مرکز درمانی از جهات مختلف مثمر ثمر بوده و منافع بیماران را بهتر تأمین می‌کند؛ این مقاله به بررسی امکان مطالبه دیه از مراکز درمانی پرداخته است.

شخصیت حقوقی مراکز درمانی

بیمارستان، مهم‌ترین مرکز درمانی است که مستقیماً در امر درمان و ارائه خدمات بهداشتی درمانی دخیل است. بعد از بیمارستان درمانگاه دومین مرکز درمانی است که امر خطیر درمان و ارائه خدمات بهداشتی درمانی را به عهده دارد. بیمارستان، مریض‌خانه یا دارالشفای لغت به جایی اطلاق می‌شود که بیماران را نگهداری، معالجه و درمان می‌کنند (۱). مفهوم اصطلاحی بیمارستان عبارت از «یک مؤسسه پزشکی است که با استفاده از امکانات تشخیصی، درمانی، بهداشتی، آموزشی و پژوهشی به منظور درمان و بهبودی بیماران سرپایی و بستری به صورت شبانه‌روزی تأسیس می‌گردد» (ماده ۱ آیین‌نامه نحوه تأسیس و بهره‌برداری بیمارستان‌ها). درمانگاه مؤسسه‌ای است که «به طور شبانه‌روزی بیماران سرپایی را برای درمان می‌پذیرد و در آن محل می‌توان موارد فوری یا نیازمند کمک‌های ویژه را حداکثر ۲۴ ساعت تحت نظر قرار داد

و در صورت عدم بهبودی و داشتن مشکلاتی خاص و نیازمند به خدماتی بیشتر بایستی در طول این مدت هماهنگی لازم جهت اخذ پذیرش و اعزام به بیمارستان در صورت لزوم فراهم گردد» (ماده ۱ آیین‌نامه تأسیس درمانگاه‌ها). در حقوق ایران پس از تصویب آیین‌نامه تأسیس درمانگاه‌ها، نمی‌توان از عناوین کلینیک و پلی کلینیک استفاده نمود و اصطلاح «درمانگاه» جایگزین این عناوین است (تبصره ۲ ماده ۱ آیین‌نامه تأسیس درمانگاه‌ها). از طرفی هر یک از مراکز درمانی فقط می‌توانند به ارائه خدمات مشخص شده از سوی مقررات بپردازند و از انجام برخی خدمات ممنوع شده‌اند. به عنوان مثال اعمالی نظیر جراحی‌های عمومی، عمل پولیپ، زایمان‌های فوری، دندان‌پزشکی و چشم‌پزشکی از اعمال مجاز در درمانگاه‌ها می‌باشند (اعمال مجاز در درمانگاه‌ها، مصوب هیأت‌مدیره نظام پزشکی مرکز). از سوی دیگر شناسایی عنوان درمانگاه در قانون مختص درمانگاه‌های شبانه‌روزی می‌باشد، در نتیجه درمانگاه‌های غیر شبانه‌روزی، کلینیک و یا هر عنوان دیگر غیر از درمانگاه‌های شبانه‌روزی به رسمیت شناخته نشده و نمی‌توانند طرف قرارداد بیماران محسوب شوند.

به لحاظ منبع تأمین اعتبار و مؤسسی، مراکز درمانی را می‌توان به سه نوع دولتی، خصوصی و خیریه تقسیم نمود:

- مراکز درمانی دولتی، مؤسساتی هستند که درآمد خود را از بودجه سالانه دولت، آنچه در برابر ارائه خدمات دریافت می‌کنند، فرانشیز (Franchise) پرداخت شده توسط مردم و بخشی از اعتبارات استانی (جهت تعمیرات و تجهیزات) تأمین می‌کنند (۲).

مراکز درمانی خصوصی، مراکزی هستند که درآمدشان از ارائه خدمات و دریافت از مردم و سازمان‌های بیمه حاصل می‌شود (۲)، اگرچه بخش خصوصی از درآمد اشخاص غیر دولتی تغذیه می‌کند و طرفین قرارداد هر دو در موقعیت اجتماعی برابری هستند، اما باز هم دولت در راستای حمایت از قشر ضعیف‌تر که توان مالی قابل مقایسه‌ای با مراکز درمانی ندارند، برای حق‌الزحمه بیمارستان‌های خصوصی نیز تعرفه‌گذاری کرده است. این امر نه تنها در ایران، بلکه در کشورهای دیگر نیز اعمال می‌شود (۳).

مراکز درمانی خیریه «مؤسساتی هستند که به صورت عام‌المنفعه و غیر انتفاعی و هیأت امنایی اداره و با کمک و مشارکت‌های مردمی توسط افراد خیر و سازمان‌های خیریه برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی به مردم تشکیل می‌گردند» (ماده ۱ آیین‌نامه تأسیس و اداره مراکز

خیریه بهداشتی درمانی). این مراکز عموماً تحت قوانین ارگان‌های غیر انتفاعی ایجاد می‌شوند. همچنین مراکز مزبور به صورت خصوصی یا نیمه‌دولتی اداره شده و دارای ارکانی چون هیأت مؤسس، هیأت امنا، هیأت مدیره، مدیر عامل و بازرس هستند که تمامی این ارکان در آیین‌نامه مربوط به تشکیلات آن‌ها بیان شده است (ماده ۳ آیین‌نامه تأسیس و اداره مراکز خیریه بهداشتی درمانی: «مؤسسه خیریه باید طبق ضوابط قانونی در صورتی که موقوفه رسمی نمی‌باشند، به ثبت رسیده و دارای ارکان زیر باشند: ۱- هیأت مؤسس؛ ۲- هیأت امنا؛ ۳- هیأت مدیره؛ ۴- مدیر عامل؛ ۵- بازرس»). مقررات مذکور تصویب و ثبت اساس‌نامه این مؤسسات را الزامی می‌دانند (ماده ۵ همان: «اساس‌نامه مؤسسات خیریه شامل ارکان مذکور باید به تصویب مراجع صلاحیتدار برسد»). همچنین این مراکز تحت بازرسی وزارت بهداشت، ستاد فوریت‌های پزشکی و هیأت‌های ارزشیابی دانشگاه‌ها می‌باشند (۴) و از سرمایه‌گذاری‌های اولیه مؤسسين، درآمدهای حاصل از ارائه خدمات، کمک‌های مردمی، صدقات و نذورات تأمین می‌شوند (بند ۵ ماده ۱۵ آیین‌نامه تأسیس و اداره مراکز خیریه بهداشتی درمانی)، البته علاوه بر این منابع، از یارانه‌های مستقیم و غیر مستقیم بخش دولتی نیز بهره‌مند می‌گردند. از این رو کاملاً مستقل نبوده و اعمال نفوذ دولت‌ها در شرایط قراردادی و انتخاب بیماران دیده می‌شود (۵).

۳
۳

در نظام حقوقی فرانسه و بسیاری از کشورها، برای مراکز درمانی شخصیت حقوقی قائل هستند و امکان انعقاد قرارداد درمان میان مرکز درمانی و بیمار موجود است (۶). در حقوق ایران نیز همچون نظام‌های حقوقی دیگر می‌توان برای مراکز درمانی مختلف شخصیت حقوقی شناسایی نمود. ماده ۵۸۷ قانون تجارت مقرر می‌کند: «مؤسسات و تشکیلات دولتی و بلدی به محض ایجاد و بدون احتیاج به ثبت دارای شخصیت حقوقی می‌شوند»، ولی آیا این ماده بر شخصیت حقوقی مستقل مؤسسات و تشکیلات دولتی تصریح می‌کند؟ در پاسخ گفته شده مفاد ماده ۵۸۷ به این معناست که این سازمان‌ها مانند اشخاص حقوقی حقوق خصوصی احتیاج به ثبت ندارند و منظور این نیست که هر واحد اداری برای خود شخصیت حقوقی مستقل داشته باشد، اما از سویی دیگر، دولت مؤسسات مستقلی نیز دارد که قانونگذار صراحتاً به شخصیت حقوقی آن‌ها اشاره کرده است، از جمله این مؤسسات بانک‌ها، شرکت‌ها و دانشگاه‌ها هستند (۷). بنابراین با وجود شخصیت حقوقی مستقل دانشگاه‌های دولتی، به شخصیت حقوقی بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های دولتی و به طور کلی مراکز درمانی دولتی اشاره‌ای نشده است، اما

از آنجا که مراکز درمانی دولتی زیرمجموعه دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار می‌گیرند، می‌توان گفت طرف قرارداد مراجعین مراکز درمانی دولتی، این مراکز نیستند و در حقیقت این قرارداد به طرفیت دانشگاه مربوطه‌ای است که اداره و بودجه و کلیه تشکیلات مراکز درمانی را زیر نظر دارد (۸) و چنانچه خسارتی از سوی این مراکز متوجه بیمار و یا همراهان او شود، این خسارت از بودجه دانشگاه پرداخت می‌گردد.

قوانین و مقررات ما در رابطه با شخصیت حقوقی مراکز درمانی خصوصی ساکت است. آیین‌نامه و مقررات نیز مجوز تأسیس مراکز درمانی را به اشخاص واجد شرایط حرفه پزشکی اعم از حقیقی و حقوقی اعطا می‌نماید (تبصره ۲ ماده ۳ آیین‌نامه نحوه تأسیس و بهره‌برداری بیمارستان‌ها درباره چگونگی تشکیل بیمارستان مقرر می‌دارد: «متقاضیان تأسیس بیمارستان باید حداقل ده نفر بوده، به طوری که شش نفر از اعضای مؤسس (نصف به علاوه یک) از گروه پزشکی و پیراپزشکی از مقطع کاردانی به بالا که سه نفر آن‌ها مؤسسان واحدهای پاراکلینیک (آزمایشگاه، داروخانه، رادیولوژی) و بقیه از سایر افراد حقیقی یا حقوقی باشند.» آیین‌نامه تأسیس درمانگاه‌ها: «متقاضیان تأسیس درمانگاه باید حداقل ۵ نفر بوده و ۳ نفر از آن‌ها (نصف به علاوه یک) از گروه پزشکی و پیراپزشکی جوپای کار از مقاطع کاردانی به بالا باشند. بقیه اعضا می‌توانند از سایر افراد حقیقی و حقوقی باشند.» بنابراین چنانچه اشخاص حقیقی به تأسیس مراکز درمانی بپردازند - از آنجا که مجوز تأسیس به چند شخص حقیقی تعلق می‌گیرد - تمامی مؤسسين طرف قرارداد بیماران هستند. به عبارت دیگر تجمع آنان شرکتی مدنی‌ای را تشکیل می‌دهد که همگی در سود و زیان مشارکت سهیم بوده و در مقابل بیماران مسؤولند. با این حال در عمل مؤسسين برای محدود نمودن مسؤولیت خویش، مرکز درمانی خود را در قالب شرکت‌های تجاری‌ای که از سوی قانونگذار دارای شخصیت حقوقی هستند، مانند شرکت‌های سهامی خاص، تشکیل می‌دهند. در این صورت طرف قرارداد بیماران شرکت تجاری است که شخصیتی مجزا از مؤسسين خود دارد، ولی عنوان آن بیمارستان، درمانگاه یا مرکز درمان ناباروری است.

در باب شخصیت حقوقی مراکز درمانی خیریه نیز می‌توان از ماده ۵۸۴ قانون تجارت مدد گرفت. این ماده مقرر می‌دارد: «تشکیلات و مؤسساتی که برای مقاصد غیر تجاری تأسیس شده یا بشوند از تاریخ ثبت در دفتر ثبت مخصوصی که وزارت عدلیه معین خواهد کرد، شخصیت

حقوقی پیدا می‌کنند.» بنابراین مطابق این ماده قانونگذار برای تشکیلات غیر تجاری شخصیت حقوقی قائل شده است. اما آیا مراکز درمانی خیریه تشکیلات غیر تجاری هستند؟ پاسخ این سؤال را می‌توان در آیین‌نامه اصلاحی ثبت تشکیلات و مؤسسات غیر تجاری مصوب ۱۳۳۷ یافت (۹). ماده ۱ آیین‌نامه مزبور مقرر می‌دارد: «مقصود از تشکیلات و مؤسسات غیر تجاری مذکور در ماده ۵۸۴ قانون تجارت کلیه تشکیلات و مؤسساتی است که برای مقاصد غیر تجاری از قبیل امور علمی یا ادبی یا امور خیریه و امثال آن تشکیل می‌شود، اعم از آنکه مؤسسين و تشکیل‌دهندگان قصد انتفاع داشته یا نداشته باشند»، در نتیجه با توجه به آیین‌نامه اخیر به دلیل مقاصد خیریه این مراکز درمانی، مراکز مذکور مطابق قانون تجارت از تاریخ ثبت شخصیت حقوقی خواهند داشت. مؤید این مطلب نیز رأی مذکور در مقدمه است که صراحتاً مؤسسه خیریه درمانی را دارای شخصیت حقوقی مستقل تلقی کرده است، در نتیجه اغلب مراکز درمانی دارای شخصیت حقوقی بوده و به عنوان طرف قرارداد بیمار محسوب می‌شوند و در صورت نقض تعهدات و یا آسیب بیمار، اقامه دعوی علیه آنان امکان‌پذیر است.

مسئولیت قهری مراکز درمانی

مسئولیت قهری یا غیر قراردادی در حقوق پزشکی در اغلب موارد در نظریه تقصیر جستجو می‌شود. آنچه از دیرباز مورد توجه بوده، مبنای تقصیر برای تحمیل بار مسئولیت بر پزشکان است. به این ترتیب که پزشک هنگامی مسؤول خسارات وارده به بیمار محسوب می‌شود که قوانین و قواعد علم پزشکی را نقض کند، اقدامی که به طور معمول از پزشکی محتاط و سخت‌کوش مشاهده نمی‌گردد (۱۰). برای مثال در یک پرونده () , 1921, pqs. 1920, Bruges é' juillet 1920, 3.76; Liège 10 juillet 1951, R.G.A.R.1951, n 4851. فرانسوی پزشک به دلیل به کارگیری روش‌های بیهوشی اشتباه در جراحی و فقدان تجربه لازم در انتقال خون، مقصر شناخته شد. این نظر در نظام حقوقی ایران نیز به عنوان اصلی کلی پذیرفته شده است، گرچه با وجود قاعده اتلاف به ویژه بیان آن در قانون مجازات سابق در مبحث مسئولیت پزشک به طور صریح و روشن، برخی حقوقدانان مبنای مسئولیت پزشک در قانون مجازات سابق را مسئولیت مطلق می‌دانند (۱۱)، زیرا ماده ۳۱۹ قانون مذکور مقرر می‌کند: «هرگاه طبیبی گرچه حاذق باشد، در معالجه‌هایی که شخصاً انجام می‌دهد یا دستور آن را صادر می‌کند،

هرچند با اذن مریض یا ولی او باشد، باعث تلف جان یا نقص عضو یا خسارت مالی شود، ضامن است.»

آنچه مسلم است به دلیل شخصیت اعتباری مراکز درمانی امکان اتلاف و ضرررسانی مستقیم این مراکز منتفی است، اما با عنایت به ماده ۵۸۸ قانون تجارت و تبصره ماده ۱۴ قانون مجازات جدید، ضمان قهری مراکز درمانی به عنوان شخصیت حقوقی و به تبع آن پرداخت دیه، قابل پذیرش است، زیرا ماده ۵۸۸ مقرر می‌دارد: «شخص حقوقی می‌تواند دارای کلیه حقوق و تکالیفی شود که قانون برای افراد قائل است...» و یکی از این تکالیف، پرداخت دیه در صورت آسیب بدنی به اشخاص حقیقی است. استثنائات این ماده نیز مشمول پرداخت دیه نمی‌شود، زیرا پرداخت دیه از امور مربوط به طبیعت انسان نیست و به دارایی و تکالیف مالی او ارتباط دارد. تبصره ماده ۱۴ نیز که دلیل دیگری بر امکان مطالبه دیه از شخص حقوقی است در ادامه بررسی می‌گردد.

۱- ضمان قهری مراکز درمانی در قانون مجازات اسلامی جدید

در ماده ۴۹۵ قانون مجازات جدید (هرگاه پزشک در معالجاتی که انجام می‌دهد، موجب تلف یا صدمه بدنی گردد، ضامن دیه است، مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا این که قبل از معالجه برائت گرفته باشد و مرتکب تقصیری هم نشود و چنانچه اخذ برائت از مریض به دلیل نابالغ یا مجنون بودن او، معتبر نباشد و یا تحصیل برائت از او به دلیل بیهوشی و مانند آن ممکن نگردد، برائت از ولی مریض تحصیل می‌شود) مبنای مسؤولیت پزشک به اماره یا فرض تقصیر تغییر یافته است (۱۲)، یعنی فرض بر این است که در صورت ورود صدمات به بیمار پزشک ضامن می‌باشد، زیرا مرتکب تقصیر شده، مگر این که ثابت نماید تقصیری محقق نشده و اقدامات وی بر طبق مقررات پزشکی و موازین فنی بوده است. اخذ برائت مطرح شده در قانون نیز - خواه قانون سابق خواه قانون کنونی - برای بری شدن پزشک از مسؤولیت در مواقعی است که بدون ارتکاب تقصیر و با وجود رعایت اصول علمی و عملی پزشکی به بیمار خسارت وارد می‌کند (۱۱). بنابراین اگر پزشک مرتکب تقصیر شود، با وجود برائت‌نامه باز هم مسؤولیت وی پا بر جاست (۱۱)، حتی اگر در برائت‌نامه شرط شود که پزشک به صورت مطلق یا با وجود تقصیر، باز هم معاف از مسؤولیت است، پزشک در مقابل خسارات ناشی از تقصیر خود ضامن است، زیرا چنین شرطی خلاف قانون آمره بوده (ماده ۴۹۵ قانون

مجازات اسلامی) و به دلیل عدم مشروعیت باطل است (ماده ۲۳۲ قانون مدنی: «شروط مفصله ذیل باطل است، ولی مفسد عقد نیست: ۱- شرطی که انجام آن غیر مقدور باشد؛ ۲- شرطی که در آن نفع و فایده نباشد؛ ۳- شرطی که نامشروع باشد». این امر در رویه قضایی نیز پذیرفته شده است، هم‌چنانکه قاضی دادگاه حقوقی تهران در حکمی اعلام نمود: «تحصیل رضایت یا برائت دلالت بر تجویز قصور پزشکی از ناحیه پزشک معالج نبوده و نمی‌باشد» (دادنامه شماره ۹۱۰۹۹۷۰۲۲۱۵۰۰۹۱۲ مورخ ۱۳۹۱/۷/۲۹ شعبه ۸۶ دادگاه حقوقی تهران).

در نتیجه بر اساس ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی کنونی، اگر برائت‌نامه‌ای از بیمار گرفته نشود، برای پزشک فرض تقصیر متصور است و در این صورت پزشک برای رهایی از مسؤولیت موظف است ثابت نماید که مقررات و موازین پزشکی را رعایت کرده است (۱۱). این در حالیست که در فرض وجود برائت‌نامه، بیمار است که برای مطالبه خسارات وارده باید تقصیر پزشک را ثابت کند، اما اگر برائت‌نامه‌ای نباشد، تقصیر پزشک مفروض بوده و نیازی به اثبات آن از جانب بیمار نیست.

در این رابطه اشاره به نظریه مشورتی اداره حقوقی (نظریه شماره ۷/۹۲/۱۸۰۱ - ۱۳۹۲/۹/۱۶ اداره کل حقوقی قوه قضاییه) نیز خالی از لطف نیست. در این نظر بیان شده: «از ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی ۱۳۹۲ و مفهوم مخالف آن استنباط نمی‌شود که اخذ برائت توسط پزشک در موارد غیر ضروری پیش از معالجه الزامی است و آنچه از ماده مذکور و تبصره آن و همچنین ماده ۴۹۶ قانون مجازات اسلامی استنباط می‌شود، این است که هرگاه اقدام پزشک مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد و هیچ‌گونه قصور یا تقصیری نداشته باشد، برای او ضمان وجود ندارد، هرچند برائت اخذ نکرده و از موارد ضروری و فوری هم نباشد.» به نظر می‌رسد در این دیدگاه اداره کل حقوقی، فرض تقصیر پزشک پذیرفته نشده و در صورت عدم اخذ برائت نیز این بیمار است که باید تقصیر پزشک را اثبات نماید.

نکته حایز اهمیت تفسیر اصطلاح پزشک در ماده ۴۹۵ است. به این معنا که در تفسیر این اصطلاح دو فرض متصور است: نخست این که اصطلاح پزشک در این ماده مختص مسؤولیت پزشک است نه سایر صاحبان حرفه پزشکی، زیرا صرفاً از لفظ پزشک یاد کرده و چون فرض تقصیر مبنایی استثنایی در این ماده است، باید آن را تفسیر مضیق نموده و تنها درباره مسؤولیت اشخاصی که لفظ پزشک برای آن‌ها به کار می‌رود، نظیر پزشک عمومی، جراح،

متخصصین مختلف تسری داد، در نتیجه فرض تقصیر مطرح شده در این ماده مبنای مسؤولیت پرستار، بیمارستان، مراکز درمانی و سایر صاحبان حرفه پزشکی که پزشک محسوب نمی‌شوند، نبوده و مبنای مسؤولیت آنان در صورت فقدان قانون خاص، نظریه حاکم بر نظام مسؤولیت مدنی، یعنی نظریه تقصیر است؛ در فرض دوم با توسل به ماده ۱ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی می‌توان گفت که اصطلاح پزشک شامل کلیه اشخاصی است که به ارائه خدمات بهداشتی درمانی می‌پردازند، اعم از اشخاص حقیقی و حقوقی، اشخاص دارای مدرک دکتری حرفه‌ای، کارشناسی ارشد و یا حتی کارشناسی. چنین تفسیری با عنایت به فرض تقصیر پذیرفته شده در قانون، برای حمایت از بیماران مناسب است.

اگرچه مرکز درمانی طرف قرارداد بیماران محسوب می‌شود، اما در فرم‌های براءت به براءت ذمه پزشکان معالج، اعضای کادر درمانی و مسؤول فنی اشاره می‌شود. این در حالی است که با توجه به شخصیت حقوقی بیمارستان، اجرای تعهدات نیز به عهده بیمارستان است. بنابراین قید نام اشخاص مذکور برای براءت، موجب عدم مسؤولیت آنان می‌شود، ولی از مسؤولیت بیمارستان نمی‌کاهد. بنابراین عدم ذکر نام بیمارستان، حق آسیب‌دیدگان را برای مراجعه به آن محفوظ می‌دارد.

با توضیحات فوق اگر نام مرکز درمانی نیز به عنوان شخصی که از مسؤولیت بری می‌شود در براءت نامه ذکر گردد، در صورت ورود ضرر و زیان به بیمار تنها با اثبات تقصیر بیمارستان می‌توان ضرر و زیان وارده را مطالبه نمود (۱۳)، مگر این‌که اصطلاح پزشک مذکور در ماده تفسیر مضیق شده و مراکز درمانی را دربر نگیرد. در این فرض اخیر تنها راه مطالبه دیه از مراکز درمانی اثبات تقصیر آن‌ها و استناد به ماده ۱ قانون مسؤولیت مدنی و یا قاعده تسبیب است.

مؤید قانونی که مطالبه دیه از مراکز درمانی را ممکن می‌سازد، تبصره ماده ۱۴ قانون مجازات اسلامی است که مقرر می‌دارد: «چنانچه رابطه علیت بین رفتار شخص حقوقی و خسارت وارد شده احراز شود دیه و خسارت، قابل مطالبه خواهد بود...»، البته لازم به ذکر است برخی بر همین اساس قابلیت انتساب ضرر به فاعل فعل زیان بار برای مطالبه دیه لازم و کافی

تلقی نموده و اثبات تقصیر را ضروری نمی‌دانند (۱۴) که در ادامه این نظر و دیدگاه مخالف، بررسی و تحلیل می‌گردد.

اما پیش از بررسی لزوم تقصیر در مطالبه دیه از باب تسبیب، اشاره به آرای که در آن‌ها شخص حقوقی محکوم به پرداخت دیه شده است، متمر ثمر خواهد بود:

- در پرونده‌ای دادگاه کیفری ۲ تهران (دادنامه شماره ۹۵۰۹۹۷۰۲۳۰۶۰۰۳۱۴ مورخ ۱۳۹۵/۵/۲۵ صادره از شعبه ۱۰۵۸ دادگاه کیفری)، اداره راه و شهرسازی را محکوم به پرداخت ۵۰٪ دیه متوفی نموده است: «در خصوص اتهام اداره راه و شهرسازی شهرستان ... با نمایندگی آقای ... دایر بر عدم رعایت نظامات دولتی منجر به قتل غیر عمدی آقای ح.ن. به نحو تسبیب با تقصیر به میزان ۵۰٪ با این توضیح که در تاریخ ۱۳۹۲/۱۰/۳ تصادفی در کیلومتر ۳ جاده ورامین - فیروزآباد به سمت کهریزک به وقوع پیوسته که در آن راکب موتورسیکلت مصدوم و النهایه در اثر صدمات متعدد بدنی به علت اصابت جسم سخت و عوارض ناشی از آن فوت می‌نماید و حسب نظریه هیأت کارشناسی در زمینه تصادفات، مسؤول وقت اداره راه و شهرسازی شهرستان ... را به دلیل عدم ایمن‌سازی لازم (فقدان نصب علائم هشداردهنده) به میزان ۵۰٪ مقصر اعلام نموده است... حکم به محکومیت اداره راه و شهرسازی شهرستان ... به پرداخت ۵۰٪ دیه کامل در حق اولیای دم ... صادر و اعلام می‌گردد.»

- در پرونده‌ای دیگر در همان دادگاه (دادنامه شماره ۹۵۰۹۹۷۰۲۳۰۶۰۰۲۶۶ مورخ ۱۳۹۵/۷/۲۲ صادره از شعبه ۱۰۵۸ دادگاه کیفری) اداره آموزش و پرورش شهرستان ... به پرداخت دیه محکوم گردید: «در خصوص اتهام شخصیت حقوقی اداره آموزش و پرورش شهرستان ... دایر بر شرکت در عدم رعایت نظامات دولتی منجر به قتل غیر عمدی مرحوم ... در ماه حرام با تقصیر به میزان ۳۰٪ ... با این توضیح که مرحوم ... در حین کار در باشگاه شهید رجایی آموزش و پرورش شهرستان ... از پشت بام سقوط نموده و فوت می‌نماید و حسب نظر هیأت هفت نفره کارشناسان رسمی دادگستری به شرحی که گذشت، نامبردگان فوق مقصر اعلام شده‌اند.»

۲-۱- کفایت رابطه علیت و انتساب ضرر برای مطالبه دیه: همان‌گونه که بیان شد، برخی از حقوقدانان بر این نظرند که وجود رابطه سببیت و علیت برای مطالبه دیه کافی است و نیازی به اثبات تقصیر نیست. فقهای متقدم و متأخر کثیری نیز بر این نظر بوده و ملاک ضمان

را سببیت محسوب می‌کنند (۱۷-۱۵). در این راستا ظاهر موادی از قانون مجازات اسلامی نیز مؤید این نظر است:

- ماده ۵۰۶: «تسبیب در جنایت آن است که کسی سبب تلف‌شدن یا مصونیت دیگری را فراهم کند و خود مستقیماً مرتکب جنایت نشود، به طوری که در صورت فقدان رفتار او جنایت حاصل نمی‌شد.»

- ماده ۴۹۲ قانون مجازات اسلامی: «جنایت در صورتی موجب قصاص یا دیه است که نتیجه حاصله مستند به رفتار مرتکب باشد، اعم از آنکه به نحو مباشرت یا به تسبیب یا به اجتماع آن‌ها انجام شود.»

- ماده ۵۰۰ قانون مجازات اسلامی: «در مواردی که جنایت یا هر نوع خسارت دیگر مستند به رفتار کسی نباشد، مانند این که در اثر علل قهری واقع شود، ضمان منتفی است.»

ظاهر مواد مذکور دال بر این است که در خسارات بدنی که منجر به پرداخت دیه است، ضرورت وجود تقصیر منتفی بوده و صرف منتسب‌بودن جنایت یا صدمه به یک شخص، موجب ضمان وی برای پرداخت دیه است. بنابراین این نظر، قانونگذار در این مواد قانونی به مسؤولیت بدون تقصیر تصریح نموده و با وجود چنین موادی از قانون مجازات به علاوه دکترین مطرح‌شده می‌توان مدعی شد که در نظام حقوقی ایران نیز مسؤولیت بدون تقصیر پذیرفته شده است.

اما آیا در واقع امر نیز چنین ادعایی قابل پذیرش است؟ آیا رویه قضایی از این نظر تبعیت می‌کند و قاضی در غیر موارد اتلاف، به صرف انتساب یک جنایت به شخص، اعم از حقیقی یا حقوقی، به پرداخت دیه حکم می‌کند؟

در مبحث بعدی پاسخ سؤالات مزبور با ذکر برخی از آرای دادگاه کیفری بیان می‌گردد.

۲-۱- ضرورت وجود تقصیر برای مطالبه دیه: در بادی امر از آنجا که موضوع مقاله مراکز درمانی است و در ارتباط با شخصیت حقوقی صرفاً تسبیب قابل پذیرش است نه اتلاف، به تحلیل آرای مربوط به محکومیت پرداخت دیه اشخاص حقوقی‌ای می‌پردازیم که پیش از این بیان گردید:

در هر دو رأی بیان‌شده محکومیت ادارات راه و شهرسازی و آموزش و پرورش به دلیل «عدم رعایت نظامات دولتی» بود. مطابق تبصره ماده ۱۴۵ قانون مجازات اسلامی: «تقصیر اعم از بی‌احتیاطی و بی‌مبالاتی است. مسامحه، غفلت، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی و

مانند آن‌ها، حسب مورد، از مصادیق بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی» و یا به عبارت دیگر تقصیر محسوب می‌شود، لذا در احکام مذکور نیز، اشخاص حقوقی به دلیل تقصیر محکوم به پرداخت دیه شده‌اند.

در همین راستا آرای دیگری از محاکم نیز در باب تسبیب و لزوم وجود تقصیر، مشعر بر این امر است:

- دادگاه تجدید نظر استان تهران (دادنامه شماره ۱۰۸۰/۲۲۲۷۰۲۲۹۷۰۹۹۷۰۹۲۰ مورخ ۱۳۹۲/۸/۱۱ صادره از شعبه ۲۷ دادگاه تجدید نظر استان تهران): «در خصوص تجدید نظرخواهی آقای ج.ف. با وکالت آقای ر.م. نسبت به دادنامه شماره ۰۵۵۸ مورخ ۱۳۹۲/۵/۲۹ صادره از شعبه ۱۰۴۳ دادگاه عمومی جزایی تهران که به موجب آن رأی بر محکومیت آقای ف.ن. به پرداخت دیه و جزای نقدی به لحاظ انتساب اتهام قتل غیر عمدی طفل تحت درمان وی به نام الف.ق. در اثر قصور پزشکی صادر گردیده و در این مرحله از دادرسی تجدید نظرخواه به عنوان ولی دم به میزان تقصیر معترض بوده که این میزان تقصیر بر اساس اظهار نظر کمیسیون پزشکی تعیین و نظر به این که در این مرحله از رسیدگی، از ناحیه تجدید نظرخواه، ایراد و اعتراضوجهی که موجبات نقض دادنامه تجدید نظر خواسته را فراهم نماید، ارائه و عنوان نگردیده است و تجدید نظرخواهی با هیچ یک از شقوق مندرج در ماده ۲۴۰ قانون آیین دادرسی دادگاه‌های عمومی و انقلاب در امور کیفری منطبق نمی‌باشد، دادگاه ضمن رد تجدید نظرخواهی به عمل آمده، در اجرای بند «الف» از ماده ۲۵۷ قانون مذکور، دادنامه موصوف را تأیید و استوار می‌نماید. این رأی قطعی است.»

- دادگاه تجدید نظر استان تهران (دادنامه شماره ۱۱۰۴/۲۲۰۴۰۲۲۰۹۹۷۰۹۲۰ مورخ ۱۳۹۲/۸/۱۴ صادره از شعبه ۴ دادگاه تجدید نظر استان تهران): «در خصوص اتهام آقای م.ط. فرزند م. متولد ۱۳۴۲، شغل پزشک، اهل و ساکن تهران، باسواد، فاقد سابقه کیفری، آزاد با معرفی کفیل مبنی بر قتل غیر عمدی ناشی از عدم رعایت نظامات دولتی و موازین علمی و فنی، دادگاه توجهاً به شکایت شاکی خصوصی و کیفرخواست دادسرا و نظریه‌های کمیسیون تخصصی پزشکی قانونی (سه نفره، پنج نفره و هفت نفره) که سوراخ‌شدن روده (پرفوراسیون روده) را جزء عوارض شناخته شده، این‌گونه اعمال جراحی اعلام کرده‌اند و وکیل محترم شاکی در لایحه تقدیمی اعلام کرده که چون وضعیت خاص جسمانی متوفی، یعنی چاقی هیچ تأثیری در ایجاد عارضه

مذکور نداشته، فلذا قصور پزشک معالج صددرصد است... نامبرده را به پرداخت بهای ریالی ۱۰٪ دیه کامل از جهت ارش قصور پزشکی در حق وراث قانونی متوفی محکوم می‌نماید. مهلت پرداخت دیه از تاریخ وقوع جرم ۲ سال است. رأی صادره حضوری بوده و ظرف مهلت بیست روز پس از ابلاغ، قابل تجدید نظر در محاکم محترم تجدید نظر استان تهران می‌باشد.»

در نتیجه رویه قضایی مسبب حادثه را در صورتی محکوم به پرداخت دیه می‌کند که مرتکب تقصیر شده باشد.

عده‌ای از فقهای امامیه نیز بر این امر تأکید نموده و در جنایات غیر عمدی - در غیر موارد اتلاف - در صورتی دیه را قابل مطالبه می‌دانند که جنایت بر اثر تعدی ایجاد شده باشد (۱۹-۱۸).

اما در مقابل ظاهر مواد مذکور در قانون مجازات اسلامی می‌توان به ماده ۴۵۲ قانون مجازات اسلامی اشاره نمود که مقرر می‌کند: «دیه، حسب مورد حق شخصی مجنی‌علیه یا ولی دم است و احکام و آثار مسوولیت مدنی یا ضمان را دارد...» این ماده را می‌توان به عنوان ناقض مواد مزبور محسوب نمود، چراکه این ماده تکلیف را روشن نموده و تمام احکام و آثار و مواد مربوط به دیه را به مباحث مسوولیت مدنی احاله می‌دهد. از آنجا که در مواد مسوولیت مدنی از قبیل ماده ۱ و قاعده تسبیب و همچنین نظریه پذیرفته شده در نظام حقوقی ایران در باب مسوولیت مدنی مبتنی بر تقصیر است؛ در غیر از اتلاف که بی‌نیاز از تقصیر موجب مسوولیت است، دیه در صورت ارتکاب تقصیر قابل مطالبه می‌باشد. نظریه مشورتی اداره حقوقی قوه قضاییه (نظریه شماره ۷/۹۲/۲۱۲۹ مورخ ۱۳۹۲/۱۱/۸) نیز مشعر بر این امر است: «به موجب ماده ۱۴۱ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲/۲/۱ مسوولیت کیفری، شخصی است و ماده ۱۴۳ قانون مذکور نیز تصریح نموده است که اصل بر مسوولیت کیفری شخص حقیقی است و شخص حقوقی در صورتی دارای مسوولیت کیفری است که نماینده قانونی شخص حقوقی به نام یا در راستای منافع آن مرتکب جرمی شود و به هر صورت مسوولیت کیفری اشخاص حقوقی مانع مسوولیت اشخاص حقیقی مرتکب جرم نیست، اما در خصوص ضرر و زیان ناشی از جرم و یا دیه، احکام و آثار مسوولیت مدنی یا ضمان را دارد، هم‌چنانکه در خصوص دیه ماده ۴۵۲ بر این امر تصریح دارد و تبصره ماده ۱۴ قانون فوق‌الذکر نیز با توجه به ارکان مسوولیت مدنی بیان داشته است که «چنانچه رابطه علیت بین رفتار شخص حقوقی و خسارت وارد شده

احراز شود، دیه و خسارت قابل مطالبه خواهد بود و در موارد دیگر قانونی نظیر ماده ۱۱ قانون مسؤولیت مدنی مصوب ۱۳۳۹ در خصوص اشخاص حقوقی حقوق عمومی و ماده ۱۸۴ قانون کار مصوب ۱۳۶۹ احکام خاصی را در خصوص خسارات وارده به اشخاص و چگونگی تعیین مسؤول آن‌ها مقرر نموده است. بنابراین مسؤولیت پرداخت دیه و خسارت، حسب مورد با رعایت قواعد مربوط به مسؤولیت مدنی و از جمله مقررات فوق متوجه شخص حقیقی یا حقوقی است.» با این‌که در این نظر تنها رابطه علیت به عنوان رکن مسؤولیت مدنی ذکر شده، اما مشخص است که فعل زیان‌بار رکن دیگر مسؤولیت مدنی است که فعل همراه با تقصیر می‌باشد. در این رابطه ماده ۱۴۵ قانون مجازات اسلامی نیز به لزوم وجود تقصیر در جرائم غیر عمدی تأکید می‌کند (تحقق جرائم غیر عمدی، منوط به احراز تقصیر مرتکب است...).

۲- تقصیر قابل انتساب به مرکز درمانی

اما مرکز درمانی با عنایت به شخصیت اعتباری‌ای که دارد، چه نوع تقصیری می‌تواند مرتکب شود؟

۳
۲
۱

ماده ۹۵۳ قانون مدنی تقصیر را تعدی و تفریط می‌داند. تبصره ماده ۱۴۵ قانون مجازات اسلامی، مصادیق بیشتری از تقصیر اعم از بی‌احتیاطی، بی‌مبالاتی، مسامحه، غفلت، عدم مهارت و عدم رعایت نظامات دولتی را ذکر می‌کند. در بین این مصادیق بهترین نوع تقصیر قابل انتساب به مراکز درمانی، عدم رعایت نظامات دولتی است، چراکه اولاً نظامات دولتی فراوانی در ارتباط با مراکز درمانی موجود است؛ ثانیاً برخلاف سایر مصادیق تقصیر به دلیل تخصصی بودن امور پزشکی، نیازمند احراز نظریه کارشناسان پزشکی است، عدم رعایت نظامات دولتی را قاضی دادگاه به شخصه می‌تواند تشخیص دهد و صرف نقض آن‌ها تقصیر محقق می‌گردد.

نظامات دولتی هر نوع مقررات کلی اعم از قانون، تصویب‌نامه، آیین‌نامه یا دستور کار الزامی است و تخلف از هر یک از آن‌ها عدم رعایت نظامات دولتی محسوب می‌شود (۲۰). با وجود فقدان مجموعه قوانین مدون در ارتباط با حقوق پزشکی و مراکز درمانی، مقررات متعددی را می‌توان در زمینه تکالیف و تخلفات مراکز درمانی برشمرد. آیین‌نامه تأسیس و بهره‌برداری بیمارستان‌ها، آیین‌نامه تأسیس و اداره مراکز خیریه بهداشتی درمانی، دستورالعمل ضوابط تأسیس، اداره و انحلال مراکز درمانی و توان‌بخشی بیماران روانی مزمن، آیین‌نامه تأسیس درمانگاه چند تخصصی درد، آیین‌نامه تأسیس مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری، آیین‌نامه

تأسیس رادیولوژی و مرکز تصویربرداری پزشکی، آیین‌نامه تأسیس مراکز تخصصی درمان ناباروری، آیین‌نامه جراحی ایمن و چک لیست جراحی ایمن، ضوابط و روش‌های مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته، استانداردهای اعتباربخشی ملی بیمارستان‌های ایران و آیین‌نامه تأسیس درمانگاه‌ها از جمله این مقررات هستند. برای مثال، بند «ب» ماده ۳ آیین‌نامه تأسیس مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری، پرستار را شخصی محسوب می‌کند دوره‌های آموزش پرستاری را در یکی از مراکز یا دانشکده‌های معتبر شورای آموزش عالی گذرانده باشد. بنابراین اگر چنین مرکزی تأسیس و شخصی به عنوان پرستار به ارائه خدمات بپردازد که چنین دوره‌ای را طی نکرده و شخص مذکور به بیمار صدمه وارد کند، به صرف صدمه وارد شده مرکز درمانی مسؤول است، زیرا از پرستاری استفاده کرده که فاقد معیار مورد پذیرش مقررات بوده و این عدم رعایت نظامات دولتی و تقصیر است، لذا مرکز مذکور با تقصیر خود سبب ورود زیان به بیمار شده و مسؤول دیه، ارش و یا دیگر خسارات مالی بیمار است. نمونه دیگر بند «ب» ماده ۲۲ آیین‌نامه تأسیس و بهره‌برداری بیمارستان‌هاست که مقرر می‌دارد: «بیمارستان‌ها مکلفند براساس دستورالعمل کشوری کنترل عفونت که توسط وزارت اعلام می‌گردد، اقدام نمایند»، لذا اگر بیماری به دلیل عدم رعایت این دستورالعمل از سوی بیمارستان، آلوده شود، بیمارستان مسؤول است، زیرا مرتکب تقصیر از نوع عدم رعایت نظامات دولتی شده و ضامن دیه بیمار است.

مسئولیت قراردادی مراکز درمانی

رابطه میان بیمار و پزشک اصولاً یک رابطه قراردادی است (۲۱) که موسوم به قرارداد درمان می‌باشد. در این قرارداد تعهد پزشک اعطای مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی درمانی به بیمار و تعهد بیمار پرداخت حق‌الزحمه پزشک و اجرای دستورالعمل پزشک است (۲۱). امروزه رابطه قراردادی بیمار بیشتر با شخصیت حقوقی مراکز درمانی است و پزشک به عنوان عضوی از مرکز درمانی به درمان بیمار می‌پردازد (۲۲-۲۳).

در قرارداد درمان، طرفین (مرکز درمانی و بیمار) در انعقاد عقد آزاد هستند و می‌توانند از انعقاد آن امتناع نمایند. تنها استثنای موجود، فوریت‌های پزشکی و موارد اضطراری است (۲۱)، چراکه در این مواقع صاحبان این حرف موظف به درمان بیماران بوده و اختیاری برای امتناع

ندارند (قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی). همچنین ماهیت خدمات اورژانسی را غالباً نمی‌توان در قالب قرارداد تبیین نمود.

در نظام حقوقی ایران با عنایت به ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی که به مسؤلیت پزشک پرداخته است و نهاد دیه که به عنوان خسارات بدنی ناشی از قصور پزشک مطرح می‌شود و هر دو در حیطه ضمان خارج از قرارداد هستند؛ در بادی امر به نظر می‌رسد که مسؤلیت قراردادی جایگاهی ندارد، اما این برداشت اولیه صحیح به نظر نمی‌رسد، چراکه اولاً اگر مسؤلیت قراردادی، حتی در مواقعی که طرفین تعهدات خویش را منسوب به عقد نمی‌دانند و در اندیشه انعقاد قرارداد نیز نیستند، قابل تصور است (۲۲). به صرف جمع توافق دو اراده به یک امر و با لحاظ شرایط اساسی قرارداد، عقد محقق می‌شود. خواه طرفین به انعقاد آن آگاه، خواه جاهل باشند. تصریح دیه به عنوان ضمانت اجرای خسارات بدنی و یا ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی نیز نمی‌تواند نافی قرارداد درمان باشد؛ ثانیاً ارائه خدمات بهداشتی درمانی بدون انعقاد قرارداد در اکثر مواقع قابل تصور نیست. به تعبیر بهتر، غیر از موارد اورژانسی که بیمار فاقد شرایط انعقاد عقد است، در شرایط عادی تعهد مراکز درمانی برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی و تعهد بیمار به پرداخت هزینه، ناشی از قرارداد درمان و توافق طرفین است و در قالب غیر قراردادی قابل تصور نیست. چگونه می‌توان بیمارستانی را بدون توافق و قرارداد متعهد به درمان و ارائه خدمات به بیمار نمود. بیماران را نیز نمی‌توان بدون رضایت به پرداخت هزینه‌های درمان موظف کرد. ممکن است بیماری با وجود تمکن مالی، به درمان در بیمارستان فوق تخصصی با هزینه‌های گزاف رضایت نداشته باشد و یا این‌که برای بیمارستان به دلیل حجم کثیر بیمار، مداوای شخص جدیدی امکان‌پذیر نباشد، در نتیجه انکار قرارداد درمان در نظام حقوقی ایران امکان‌پذیر نیست، لذا مسؤلیت قراردادی مراکز درمانی نیز قابل تصور است، هم‌چنانکه در رویه قضایی نیز شاهد آرای در زمینه مسؤلیت قراردادی پزشک هستیم (دادنامه شماره ۹۱۰۹۹۷۰۲۲۱۵۰۰۹۱۲ مورخ ۱۳۹۱/۷/۲۹ شعبه ۸۶ دادگاه حقوقی تهران مشعر بر تعهدات قراردادی پزشک و به تبع آن مسؤلیت قراردادی پزشک و همچنین است دادنامه شماره ۹۰۰۹۹۷۰۲۲۸۹۰۰۵۵۴ مورخ ۱۳۹۰/۶/۳۰ شعبه ۲۹ دادگاه عمومی حقوقی مجتمع قضایی شهید بهشتی تهران: «... تعهد پزشک در انجام عمل جراحی زیبایی برخلاف سایر جراحی‌ها پزشکی که در راستای درمان رفع بیماری خاص صورت می‌گیرد، تعهد به نتیجه می‌باشد نه

تعهد به وسیله که در ما نحن فیه خوانده محترم قادر به اجرای تعهد خود نگردیده است، لذا نامبرده با وصف مذکور مستحق برای دریافت وجهی به عنوان حق الزحمه نمی‌باشد... در نهایت این بیمار است که بدون هیچ‌گونه منع قانونی می‌تواند خسارات خود را از باب مسؤولیت قراردادی مطالبه نماید و یا این‌که مبنای دعوی خویش را ضمان خارج از قرارداد قرار دهد (۲۲).

قرارداد درمان دارای دو تعهد است: ۱- تعهد به وسیله مراقبت و درمان بیمار؛ ۲- تعهد به نتیجه که برخی تعهد اخیر را به حفظ ایمنی بیمار اختصاص می‌دهند (۲۴)، گرچه تعهد به نتیجه صاحبان حرفه پزشکی محدود به ایمنی بیمار نبوده و مباحث متعددی نظیر جراحی زیبایی و آزمایشات پزشکی را دربر می‌گیرد که از موضوع بحث خارج است.

در رویه قضایی حتی می‌توان به حکمی اشاره نمود که در آن استرداد حق الزحمه پزشک، به عنوان مسؤولیت قراردادی در نظر گرفته شده است (دادنامه شماره ۹۱۰۹۹۷۰۲۲۱۵۰۰۹۱۲ مورخ ۱۳۹۱/۷/۲۹ شعبه ۸۶ دادگاه حقوقی تهران). در این پرونده خواهان به جهت قصور پزشک در جراحی خواستار خسارات وارده و استرداد هزینه جراحی و اجرت و دستمزد جراح شده بود که دادگاه به شرح ذیل حکم صادر نمود: «... لزوماً مطابق مدلول مواد ۳۳۶-۳۳۷ قانون، مال و عمل اشخاص محترم و مستلزم پرداخت مابه‌ازا است، در صورتی که شخص منتفع از عمل و مال غیر گردد و لزوماً در جایی که فعل اشخاص باعث ورود ضرر مالی و یا جانی به غیر گردد، مستلزم انجام هزینه‌هایی برای جبران خسارت وارده می‌باشد، تجویز اباحه داراشدن بلاوجه را نمی‌نماید، به ویژه آنکه به دلالت محتویات پرونده کیفری واصله، قصور پزشکی مخاطب ثابت و محرز گردیده است. بنابراین دریافت وجه برای عمل جراحی یا اقدام پزشکی غیر متناسب منافی با مدلول مواد ۳۰۱ و ۳۰۳ قانون مدنی و برخلاف اصل تعهدات متقابل قراردادی بوده و مواد ۱ و ۲ قانون مسؤولیت مدنی و اصل لزوم جبران خسارت و قاعده تسبیب و لاضرر و همچنین اصل عدم وجاهت قانونی داراشدن غیر عادلانه هم تجویز این اقدام را نمی‌نماید. بنابراین دادگاه خواسته خواهان را در حدود مطالبه مبلغ ... پرداخت شده به موجب رسید و مبلغ ... هزینه دادرسی در حق خواهان دعوی صادر و اعلام می‌دارد.»

در مسؤولیت قراردادی مرکز درمانی نیز هم استناد به تعهد به وسیله و به نتیجه و مطالبه استرداد هزینه‌ها مطابق رأی فوق امکان‌پذیر است و هم مطالبه دیه، ارش و ضرر و زیان مالی‌ای

که به بیمار وارد می‌شود، زیرا وجود مسؤلیت قراردادی و انعقاد قرارداد نافی ضمان قهری مرکز درمانی و امکان مطالبه دیه و ارش نیست. اثبات مسؤلیت قراردادی مرکز درمانی از این باب مورد توجه است که با اثبات این‌که طرف قرارداد مرکز درمانی است و ضرر و زیان وارده به سبب نقض قوانین و مقررات آمره‌ای که قانونگذار بر مراکز درمانی تحمیل نموده، انجام شده است و از این رو می‌توان مقصر و ضامن دیه را نیز اثبات نمود.

نتیجه‌گیری

با اثبات شخصیت حقوقی مراکز درمانی اعم از دولتی، خصوصی و خیریه، با استناد به تبصره ماده ۱۴ قانون مجازات اسلامی که با استعلام از سامانه شناسه ملی اشخاص حقوقی نیز به سادگی قابل بررسی است، اثبات مسؤلیت آنان اعم از قراردادی و قهری امکان‌پذیر است. مسؤلیت قراردادی مراکز درمانی از باب نقض تعهدات قراردادی، تعهد به وسیله و تعهد به نتیجه که در کتب و مقالات کثیری به تفصیل بررسی شده است و استرداد وجوه بلاجهت مطابق رأی مزبور در مقاله و یا وجوهی که فراتر از تعرفه مقرر دولتی اخذ شده، قابل تحقق است. از آنجا که در باب صدمه و ضرر و زیان بدنی اشخاص حقیقی بحث دیه و ارش به عنوان خسارت بدنی مطرح می‌شود و در زمینه خسارات وارده به بیماران بیش از هر مبحثی قابلیت طرح و بررسی دارد، مطالبه دیه از مراکز درمانی از هر منظر برای بیماران مثمر ثمر است. تمکن مالی مراکز درمانی، تسهیل اثبات تقصیر آنان به صرف نقض نظامات دولتی، فراغت بیماران از واکاویدن کادر درمانی و پزشکان به دنبال مقصر و حوادثی که به دلیل عدم حضور گواه، نه اطلاع از آن برای بیمار امکان‌پذیر است و نه اثبات آن، همگی امکان مطالبه دیه از مرکز درمانی را سودمندتر می‌سازند.

بنابراین در پایان پیشنهاد می‌شود قضات، وکلا و حقوقدانان در زمینه حقوق پزشکی بیش از پیش به مسؤلیت مراکز درمانی عنایت فرموده و مسؤلیت این اشخاص حقوقی را جایگزین مسؤلیت پزشک، مسؤول فنی، جراح و یا پرستار نمایند که اثبات تقصیر آنان علاوه بر این‌که نیازمند بررسی کارشناسان هم حرفه و همکار ایشان است، بعضاً پیچیدگی اثبات تقصیر آنان، دردی مضاعف بر دردهای بیماران و خانواده ایشان تحمیل می‌کند.

References

1. Moein M. Persian dictionary. Tehran: Amir Kabir Publications; 1981. p.1.
2. Shadpoor K. Health system reform in the Islamic Republic of Iran. Hakim Research Journal 2006; 9(3): 1-18.
3. Carver SR. Official Year Book of the Commonwealth of Australia. No Place: Commonwealth Bureau of Census and Statistics; 1961. p.664.
4. Tofighi SH, Nasiripoor A-SH, Farhadi F. Presenting management models of charitable hospitals in Iran. Iranian Journal of Nursing 2007; 20(50): 71-81.
5. Wright A. Public Services and the Third Sector: Rhetoric and Reality. London: House of Commons Public Administration Select Committee; 2007-08. Vol.2 p.237.
6. Florin MP, Moussa T, Ollier CH. Les Obligations et la Responsabilité Juridique de L'infirmière. No Place: Heures de France; 1999. p.117.
7. Tabatabaei Moteni M. Administrative law. Tehran: University of Tehran Press; 2007.
8. Arab M, Akbari F. Management style and organizational structure of public-public hospitals in Iran from the perspective of hospital managers. Journal of Hospital 2002; 3(4): 5-12.
9. Eskini R. Commercial law, commercial companies. Tehran: Samt Publications; 2006. Vol.1 p.29.
10. Deutsch E, Ludwig Schreiber H. Medical Responsibility in Western Europe: Research Study of the European Science Foundation. No Place: Springer Science & Business Media; 2012. p.82.
11. Babaei I. Civil liability rights and non-contractual obligations. Tehran: Mizan Publication; 2015.
12. Bahmani M, Salehi S. Developments in Civil Liability in the New Islamic Penal Code 2013. Tehran: Majd Scientific and Cultural Association; 2014. p.109.
13. Kazemi M. Civil liability arising from medical practices (by comparative study). Ph.D. Thesis. Tehran: University of Tehran; 2005. p.216.

14. Rostami H, Kandsari H. Establishing a causal relationship assuming the intervention of various factors in crimes and financial damages (with emphasis on the Islamic Penal Code 2013, Criminal Law Research 2016; 4(15): 143-171.
15. Shirazi N. New Esteftaat Makarem. 2nd ed. Qom: Imam Ali Ibn Abi Talib School Publications; 2006. Vol.3 p.437.
16. Khomeini R. Tahrirol Vasileh. Translated by Islami A. Qom: Office of Islamic Publications affiliated with the Society of Teachers of the Seminary of Qom; 2004. p.435.
17. Marashi Najafi SH. Retribution on the basis of the Qur'an and Sunnah. Najaf: Ayatollah Marashi Najafi Quds Library Publications; 1994. Vol.1 p.282.
18. Halbi A. Al-Kafi in Fiqh. Mashhad: Public Library of Imam Amir al-Mu'minin, Peace be Upon Her; 1982. p.396.
19. Toosi A. Anahayat fi Mojarad al-Fiqh va al-Fatavi. Beirut: Dar al-Kitab al-Arabi, 1979. p.733.
20. Ardabili MA. General criminal law. Tehran: Mizan Publication; 2013. p.359.
21. Malek K, Christophe Mino J, Lacombe K. Santé Publique: Médecine légale, Médecine du Travail. No Place: De Boeck Secundair; 1996. p.142.
22. Katuzian N. Non-contractual obligations, civil liability. Tehran: University of Tehran Press; 2012. p.160.
23. Rosenbaum S, Kamoie B. Managed Care and Public Health: Conflict and Collaboration. The Journal of Law, Medicine & Ethics 2002; 30(2): 191-200.
24. Vayre P, Vannineuse A. Le Risque Annoncé de la Pratique Chirurgicale. No Place: Springer Science & Business Media; 2002.