

Compensation for Moral Damages arising from Medical Treatments in Iranian and American Law

*Hamid Reza Salehi¹, Seyyed Mohammad Razavi²,
Rasool Rafiei³, Younes Kavoossi⁴*

Abstract

Medical errors included diagnostic error, medication error, surgical error and also infections associated healthcare can causes creation economic and moral damages to the patient. In the meantime, uncertainties about how to evaluate and compensate moral damage as a result of these mistakes, has forced different legal system to adopt different approaches. This article will try to examine, Iranian and American law approach for moral damage due to medical errors with a comparative attitude. In this regard in Iranian law although article 14 of the criminal procedure code of 2013 generally accepted moral damage as mental injuries or indignity and personal, family or social credit and it has ended to the previous ambiguities in this regard; note 2 of this article prohibit monetary compensation for such damages by prohibiting regulation about moral damages in respect of crimes involving blood money including medical errors. However, non-financial compensation such as the required apologize will still be available in Iranian law. In American law, in contrast, courts have issued multiple vote, have accepted monetary and non-financial compensation for different moral damages related to medical errors specially pain and suffering, emotional injuries, grief and sadness caused by the death of one's relatives, apparent deformation of the body and loss of consortium. In this country, the task of evaluation and determination of moral damages has been left to the jury. However, determining of the high amount for moral damage and subsequently increasing actions of defensive medicine by physicians and

1. Assistant Professor, Department of Law, Payame Noor University, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Law, Birjand University, Birjand, Iran.

3. M.A in Private Law, Mofid University, Qom, Iran. (Corresponding author)
Email: r.rafiiee1372@gmail.com

4. M.A in Criminal Law, Allameh Tabataba'ei University, Tehran, Iran.

also increasing costs for professional liability insurance called a civil liability crisis, have forced the legislator to reform in many states. Determining of capping non-economic damages related to medical errors should be considered the most important manifestation of such reforms in American law.

Keywords

Medical Errors, Moral Damages, Monetary Compensation, Non-Financial Compensation

Please cite this article as: Salehi HR, Razavi SM, Rafiei R, Kavoossi Y. Compensation for Moral Damages arising from Medical Treatments in Iranian and American Law. Iran J Med Law 2020; 14(53): 77-120.

جبران خسارت معنوی ناشی از معالجات پزشکی در حقوق ایران و آمریکا

حمیدرضا صالحی^۱

سید محمد رضوی^۲

رسول رفیعی^۳

یونس کاوسی^۴

چکیده

اشتباهات پزشکی، شامل اشتباه در تشخیص، اشتباه در تجویز، اشتباه در جراحی و نیز عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی می‌توانند سبب ایراد خسارات مادی و معنوی به بیمار شوند. در این میان، ابهامات مربوط به چگونگی ارزیابی و جبران خسارات معنوی حاصل از این اشتباهات، سیستم‌های حقوقی مختلف را به اتخاذ رویکردهای متفاوت واداشته است. در این مقاله سعی شده است با نگرشی تطبیقی، رویکرد حقوق ایران و آمریکا در قبال خسارات معنوی ناشی از اشتباهات پزشکی مورد بررسی قرار گیرد. در این خصوص در حقوق ایران علی‌رغم این‌که ماده ۱۴ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲، زیان معنوی را به مفهوم صدمات روحی یا هتک حیثیت و اعتبار شخصی، خانوادگی یا اجتماعی به طور کلی مورد پذیرش قرار داده و به ابهامات سابق در این زمینه خاتمه بخشیده است، لیکن تبصره ۲ این ماده با منع اعمال مقررات راجع به خسارات معنوی در خصوص جرائم موجب دیه که شامل اشتباهات پزشکی نیز می‌شود، جبران مالی این نوع خسارات را به کلی منع کرده است. با این وجود، جبران غیر مالی نظیر الزام به عذرخواهی همچنان در حقوق ایران میسر است. در مقابل، در حقوق آمریکا، محاکم با صدور آرای متعدد، جبران مالی و غیر مالی مصادیق مختلف زیان‌های معنوی مربوط به

۱. استادیار، گروه حقوق، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

۲. استادیار، گروه حقوق، دانشگاه بیرجند، بیرجند، ایران.

۳. کارشناس ارشد حقوق خصوصی، دانشگاه مفید، قم، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: r.rafiee1372@gmail.com

۴. کارشناس ارشد حقوق جزا، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

خطاهای پزشکی به ویژه درد و رنج، آسیب‌های احساسی، اندوه و غم ناشی از مرگ فرد برای نزدیکان وی، تغییر شکل ظاهری بدن و از دست‌دادن کنسرسیوم را مورد پذیرش قرار داده‌اند. در این کشور، وظیفه ارزیابی و تعیین خسارات معنوی به هیأت‌منصفه سپرده شده است. با این حال، تعیین مبالغ سنگین برای جبران خسارات معنوی و متعاقب آن افزایش اقدامات درمانی دفاعی توسط پزشکان و نیز افزایش هزینه‌های بیمه مسئولیت حرفه‌ای که بحران مسئولیت مدنی نامیده می‌شود، قانونگذار بسیاری از ایالات را به اصلاحاتی در این زمینه واداشته است. تعیین سقف قانونی برای آسیب‌های معنوی مربوط به اشتباهات پزشکی را باید مهم‌ترین جلوه چنین اصلاحاتی در حقوق آمریکا دانست.

واژگان کلیدی

اشتباهات پزشکی، خسارات معنوی، جبران مالی، جبران غیر مالی

مقدمه

پزشک با استفاده از معلومات و مهارت‌هایی که کسب کرده است به پیشگیری و تشخیص و درمان بیماری‌ها و همچنین یافتن نوع بیماری در بین بیماران مراجعه‌کننده می‌پردازد (۱). هر نظامی به طور ذاتی مستعد بروز خطاست و طراحی نظامی که عاری از خطا باشد، غیر ممکن است (۲). عملیات درمانی که علی‌الاصول با هدف درمان بیمار به انجام می‌رسد، گاه می‌تواند موجب آسیب‌هایی به مراتب شدیدتر از بیماری اولیه باشد. بدون شک یکی از اصلی‌ترین علل بروز چنین آسیب‌هایی، اشتباهات پزشکی هستند. در حال حاضر، شیوع روزافزون و آثار زیان‌بار ناشی از این اشتباهات که بنا بر تعریف شامل قصور در انجام کامل و صحیح یک عمل از پیش طراحی شده پزشکی (اشتباه در اجرا) یا به کارگیری یک طرح و روش نادرست برای حصول به هدف مورد نظر (اشتباه در برنامه‌ریزی) می‌شوند (۳)، در کشورهای مختلف توجه زیادی را به خود معطوف ساخته است (۴). بر اساس بررسی‌های ناظر بر شکایت‌های مردمی، میزان قصور اثبات‌شده کادر درمان از ۴۲٪ تا ۵۳٪ بوده است. از میان این شکایات، ۲۲٪ تا ۴۴٪ شکایات مربوط به فوت، ۳۵٪ مربوط به عارضه جانبی و ۲۷٪ مربوط به صدمات جسمی هستند (۵). در آمریکا نیز اشتباهات پزشکی در سال ۱۹۹۹ منجر به فوت ۹۸۰۰۰ نفر شده و از این جهت ششمین عامل مرگ و میر در این کشور به حساب می‌آمد (۶)، لیکن مطابق آخرین تحقیقات صورت‌گرفته در سال ۲۰۱۷، خطای پزشکی، تبدیل به سومین عامل مرگ و میر و نیز منجر به مرگ ۲۵۱۰۰۰ نفر در سال شد (۷).

نتایج زیان‌بار ناشی از اشتباهات پزشکی، افزون بر آسیب‌های مادی، شامل آسیب‌های معنوی نظیر درد و رنج، زیان‌های احساسی، نابودی توان فرزندآوری، از دست‌دادن لذت‌های زندگی، تغییر شکل ظاهری بدن انسان، غم و رنج ناشی از مرگ فرد برای نزدیکانش، از دست دادن امکان تربیت و مراقبت والدین برای فرزند نیز می‌شود که تردیدی در لزوم جبران آن‌ها وجود ندارد (۸-۹).

ضرورت جبران خسارات معنوی مربوط به عملیات درمانی در کنار ابهامات و پیچیدگی‌های ناظر به نحوه ارزیابی و جبران آن‌ها، نظام‌های حقوقی مختلف را به اتخاذ شیوه‌هایی متفاوت در این زمینه واداشته است. در این خصوص، رویکرد سیستم حقوقی کشورهای ایران و آمریکا قابل توجه است، زیرا در قوانین و رویه قضایی ایران با اتکا به مبانی فقهی اسلامی، همواره در قبال

مفهوم و نحوه جبران خسارات معنوی به ویژه در جرائم موجب دیه که شامل اشتباهات پزشکی نیز می‌شود، تردیدهایی وجود داشته است (۱۱-۱۰). در مقابل، در آمریکا به عنوان یکی از کشورهای دارای نظام حقوقی کامن‌لا، از دیرباز با صدور آرای متعدد توسط دادگاه‌ها، به نوعی وفاق درباره ضرورت و چگونگی جبران خسارات معنوی ناشی از معالجات پزشکی دست یافته‌اند. با این وجود، در این کشور فرآیندی اصلاحی با هدف افزایش بهره‌وری و کارآمدتر ساختن نظام مسئولیت مدنی و به ویژه، سیستم حقوقی ناظر بر اشتباهات پزشکی به جریان افتاده است (۹، ۱۲).

در این نوشتار سعی شده است با رویکردی تطبیقی مواضع دو نظام حقوقی ایران و آمریکا در قبال آسیب‌های معنوی ناشی از معالجات پزشکی مورد بررسی قرار گیرد. در این راستا پس از تبیین مفهوم و مبنای مطالبه جبران خسارات معنوی، به شرح مصادیق اشتباهات پزشکی پرداخته شده است، سپس با بیان سیستم و طریقه رسیدگی به دعاوی جبران این نوع خسارات، راه‌های جبران خسارات معنوی ناشی از اشتباهات پزشکی در دو نظام حقوقی ایران و آمریکا مورد بررسی قرار گرفته است.

تبیین مفهوم و بیان مصادیق آسیب‌های معنوی

خسارت مصدر از ریشه «خسر» (۱۳) و به معنای نقصان (۱۶-۱۴) و هلاکت (۱۸-۱۷) و در مقابل نفع به کار می‌رود (۱۹). کلمه معنوی در لغت درمقابل مادی به کار می‌رود. بنابراین آسیب معنوی در مقابل آسیب مادی قرار دارد و عبارت است از آسیبی که به حقوق معنوی اشخاص، یعنی حقوقی که متعلق آن‌ها امور اعتباری و معنوی است (۲۰)، وارد می‌شود. برخی سخن‌شناسان می‌گویند واژه «معنوی» از «مینوی» که در زبان پهلوی به گونه «مینویک» بوده، برآمده است و «مینو» در فرهنگ ایران باستان به معنای «جهان غیر مادی» است در برابر «گیتی» که به جهان مادی گفته می‌شده است (۲۱). از آسیب‌های معنوی تعاریف متعددی صورت گرفته است، هرچند تبصره ۱ ماده ۱۴ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲ در مقام تعریف بیان می‌دارد: زیان معنوی عبارت از صدمات روحی یا هتک حیثیت و اعتبار شخصی، خانوادگی یا اجتماعی است (۱۰) و آسیب‌های معنوی را در دو قسم بیان کرده است: قسم اول، آسیب به احساسات و عواطف فرد؛ قسم دوم، لطمه به حیثیت و اعتبار شخص را

شامل می‌شود به نحوی که اشتباهات پزشکی می‌تواند شامل هر دو دسته خسارت‌های معنوی باشد (۲۲)، لیکن تبصره ۲ این ماده با منع اعمال مقررات راجع به خسارات معنوی در خصوص جرائم موجب دیه که شامل اشتباهات پزشکی نیز می‌شود، جبران مالی این نوع خسارات را به کلی منع کرده است. با این وجود، جبران غیر مالی نظیر الزام به عذرخواهی همچنان در حقوق ایران میسر است.

در حقوق آمریکا، مفهوم، مصادیق و ماهیت خسارات معنوی یا غیر اقتصادی مباحث گسترده‌ای را به خود اختصاص داده است. خسارت‌های مزبور نقش مهمی در تلاش برای محدودسازی پرداخت‌های مالی در پرونده‌های مربوط به اشتباهات پزشکی داشته‌اند که «اصلاح حقوق مسئولیت مدنی (Tort Reform)» نامیده می‌شود (۹). این نوع خسارات گاه به اختصار خسارات مربوط به درد و رنج نیز خوانده شده‌اند. در این خصوص باید میان درد (Pain) و رنج (Suffering) تفکیک قائل شد. مقصود از درد، وضعیت ناگواری است که با صدمه جسمی شخص آسیب‌دیده ارتباط دارد، در حالی که رنج، وضعیتی را توصیف می‌کند که مستقیماً به آسیب جسمی مربوط نیست، بلکه بیشتر یک پاسخ احساسی به آن است. رنج را می‌توان با احساس ترس همراه با جراحات و اضطراب، شرمندگی و ترس متعاقب آن همراه دانست (۲۳). نکته قابل توجه در خصوص درد و رنج آنکه در آمریکا و دیگر کشورهای کامن‌لا، خواهان خسارت معنوی باید استمرار درد و رنج (Duration) خود و همچنین آگاهی خود (Consciousness) نسبت به آن را اثبات کند. مقصود از آگاهی، شرایط روانی است که در آن شرایط یک انسان نسبت به اوضاع خود و جهان اطرافش اطلاع دارد. مطابق این شرط، شخص جاهل، مانند کسی که در اثر حادثه دچار کما یا ضایعه مغزی شدید شده و توان درک درد و رنجی که به آن مبتلاست را ندارد. همچنین بیماری که بلافاصله پس از بروز اشتباه و بدون احساس درد، جان خود را از دست می‌دهد، ممکن است مستحق دریافت هیچ خسارت معنوی شناخته نشود. تعارضات و نتایج ناعادلانه این تئوری، نظام حقوقی انگلستان را بر آن داشت تا علی‌رغم اصرار بر عدم استحقاق بیماران ناآگاه بر دریافت خسارت ناشی از درد و رنج، از سال ۱۹۶۲ چنین بیمارانی را شایسته دریافت خسارت برای از دست‌دادن لذت و آسایش زندگی (Loss of Amenity of Life) به عنوان مصداقی دیگر از خسارات معنوی بداند. در واقع در این کشور میان دو مفهوم ذهنی درد و رنج (تنها بر درک فرد قربانی تکیه دارد) و مفهوم عینی

از دست دادن لذت زندگی (به منزله یک مفهوم مبتنی بر شدت آسیب علی‌رغم عدم درک آن توسط قربانی) تفکیک قائل شده‌اند. موضع سیستم حقوقی آمریکا در این خصوص را می‌توان در سه رویکرد بررسی کرد. برخی از حوزه‌های قضایی این کشور به کلی این تفکیک را نفی و پذیرش از دست دادن لذت زندگی به عنوان یکی از اقسام خسارات معنوی را انکار کرده‌اند؛ دسته دوم علی‌رغم پذیرش این نوع خسارت، غالباً آن را به عنوان معیاری برای سنجش درد و رنج مورد استفاده قرار می‌دهند؛ نهایتاً قسم سوم، از دست دادن لذت زندگی را به عنوان یکی از اقسام خسارت معنوی پذیرفته‌اند (۲۳). در پرونده ویلینگر علیه مرکز درمان کاتولیک جنوب شرق پنسیلوانیا، کودکی پنج‌ساله حین عمل جراحی لوزه، دچار ایست قلبی شد و نهایتاً در اثر آسیب مغزی ناشی از این عارضه درگذشت. درخواست جبران خسارت معنوی مربوط به از دست دادن لذت زندگی که توسط پدر وی مطرح شده بود، به سبب مرگ و ناآگاه‌بودن وی نسبت به این خسارت رد شد. در این پرونده چنین استدلال شد که جبران خسارت مربوط به از دست دادن لذت زندگی به عنوان یکی از مصادیق مستقل جبران خسارت معنوی، تنها در صورت زنده‌ماندن قربانی، پس از حادثه موجب زیان قابل پذیرش است (۲۴).

مبنای مطالبه جبران خسارات معنوی ناشی از معالجات پزشکی

علی‌رغم پیشرفت و حصول دستاوردهای متعدد در عرصه پزشکی (۲۸-۲۵) بروز خطا در سیستم مراقبت‌های پزشکی امری اجتناب‌ناپذیر شده است (۳۲-۲۹) که در صورت استناد آسیب به پزشک، در مقابل بیمار ضامن خواهد بود (۳۳)، البته لازم به ذکر است که برخی از این پیامدها ممکن است ناشی از شرایط طبیعی باشد که بیمار از آن رنج می‌برد و در عنوان تقصیر پزشکی نگنجد (۲، ۳۲). ماده ۳۱۹ قانون مجازات اسلامی پیشین، علی‌الظاهر مسؤولیت محض یا تعهد به نتیجه را در باب مسؤولیت پزشک برگزیده بود (۳۵-۳۴). به این صورت که هرگاه طبیبی گرچه حاذق و متخصص باشد، در معالجه‌هایی که شخصاً انجام می‌دهد یا دستور آن را صادر می‌کند، هرچند با اذن مریض یا ولی او باشد، باعث آسیب شود ضامن است. برخی از فقیهان این شکل مسؤولیت را نظر مشهور می‌دانند و می‌گویند فقیهانی نیز بر آن ادعای اجماع کرده‌اند (۳۶). ایراد ماده مرقوم این بود که با وجود نیاز مبرم به علم پزشکی و نیاز به پیشرفت و پویایی این علم، ماده مذکور تعهد پزشک را تعهد به نتیجه و مسؤولیت او را

مسئولیت محض و بدون تقصیر قلمداد کرده بود که می‌توانست منجر به افزایش اضطراب در حین درمان، عدم قبول جراحی‌های خطرناک و حساس و افزایش دعاوی جبران خسارت گردد. بر اساس نظر برخی فقیهان (۳۷-۳۸) و طبق ماده ۴۹۵ و ۴۹۶ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، پزشک چه مباشرتاً و چه به تسبیب اقدام به درمان نماید، اصولاً مسؤول زیان‌های وارد بر بیمار است، مگر این‌که عدم تقصیر او اثبات شود (۳۹). بنابراین مقنن برای پزشک فرض تقصیر کرده و نیازی به اثبات تقصیر پزشک توسط بیمار نیست، لیکن پزشک می‌تواند عدم تقصیر خود را اثبات کند (۱۱). قابل توجه است که اثبات عدم تقصیر که یک امر عدمی است، سخت و دشوار است و می‌توان بیان داشت که همان آثاری که برای مسئولیت محض متصور است تا حدودی در این فرض نیز باقی خواهد ماند.

گرچه برخی از فقیهان برای اذن بیمار و براءت پزشک از وی در میزان مسئولیت تأثیر به سزایی را پذیرفته‌اند (۲۷)، لیکن مقنن در تبصره ۱ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، صرفاً عدم مسئولیت را به عدم وجود قصور و تقصیر منوط کرده و حتی اخذ براءت از مریض یا اولیای او را بی‌اثر دانسته است، هرچند در بند «ج» ماده ۱۵۸ همان قانون هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی و رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام می‌شود را غیر قابل مجازات اعلام کرده و بیان کرده است در موارد فوری اخذ رضایت ضروری نیست. در جمع بند «ج» ماده ۱۵۸ و تبصره ۱ ماده ۴۹۵ می‌توان گفت بند «ج» صرفاً در مقام بیان شرایط جواز تصرف در نفس دیگران به عنوان معالجه و درمان بوده و نفس فعل طبابت، صرف نظر از نتایج احتمالی آن مورد نظر است.

تقصیر عبارت است از انجام‌دادن عملی که شخص ملزم به انجام آن عمل است یا ارتکاب عملی که شخص از انجام آن منع شده است (۴۰). با این وجود به نظر می‌رسد که این مفهوم از تقصیر پزشکی نیز دارای نقصان است، چه حقوق و سرمایه‌های معنوی، همواره مورد توجه بشر بوده و همچون سرمایه‌های مادی در معرض ایراد خسارت قرار داشته‌اند (۴۱) و آموزه‌های دینی انسان‌ها را به رعایت حقوق دیگران اعم از مادی و معنوی ترغیب نموده‌اند (۴۲). بنابراین احتساب آسیب‌های معنوی در مفاهیم تقصیر پزشکی، امری ضروری به نظر می‌رسد. النهایه این‌که اگرچه عنصر تقصیر برای مسئولیت پزشک شرط لازم است، اما کافی نیست و دو عنصر دیگر ایراد آسیب به بیمار و رابطه سببیت میان تقصیر پزشک و آسیب وارده بر بیمار نیز

ضروری است. عنصر اول بیان‌کننده این مفهوم است که اگر حتی پزشک مرتکب تقصیر شد، ولی ضرر و آسیب مادی یا معنوی (ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی مصوب ۱۳۳۹ ش.) متوجه بیمار نشد، مسئولیتی متوجه پزشک نخواهد بود (۱۱)؛ عنصر دوم نیز بدین معناست که بیمار باید رابطه سببیت میان تقصیر خوانده و ورود آسیب به خود را اثبات نماید. منظور از وجود رابطه سببیت میان تقصیر پزشک و آسیب ایجادشده بر بیمار بدین معناست که عرفاً بتوان گفت که آن آسیب ناشی از تقصیر پزشک است (۱۱). برخی پیشنهاد داده‌اند که رویه قضایی می‌تواند در وجود رابطه علیت بین فعل پزشک و ورود ضرر تردید کند تا حکم قانون به عدالت و ضرورت‌های زندگی اجتماعی نزدیک‌تر شود (۴۳).

در حقوق آمریکا، تقصیر، به اعمال و رفتارهایی می‌گویند که استاندارد در آن‌ها رعایت نمی‌شود و از استاندارد به دور است و بیشترین معیار استاندارد را شخص معقول و منطقی (Reasonable Person) می‌گویند (۴۴). در اصطلاح حقوق پزشکی، تقصیر عبارت است از رفتار نامتعارف پزشک با در نظر گرفتن شرایط و اوضاع و احوال خاص موجود (۴۵). در حقوق آمریکا نیز نظریه تقصیر، مبنای مسئولیت مدنی پزشک و جبران خسارات وارد بر بیمار تعیین شده است (۱۲)، با این تفاوت که در حقوق ایران، مسئولیت پزشک مبتنی بر نظریه تقصیر مفروض است و پزشک باید عدم تقصیر خود را اثبات کند، لیکن در حقوق آمریکا، بیمار باید برای اثبات تقصیر پزشک (Medical Negligence) چهار عنصر قانونی وجود وظیفه قانونی پزشک برای دقت و مراقبت یا درمان (Standard of Care)، نقض وظیفه به علت رعایت نکردن استانداردهای حرفه پزشکی (Breach of Duty)، رابطه سببیت بین نقض وظیفه پزشک و آسیب وارد بر بیمار (Proximate Causation) و ایراد آسیب بر بیمار (Damages) به نحوی که بتواند از طریق قانونی درخواست جبران خسارت نماید را اثبات کند (۱۳-۱۲).

وظیفه قانونی که پزشک نسبت به بیمار دارد زمانی ایجاد می‌شود که رابطه حرفه‌ای بین پزشک و بیمار ایجاد شده باشد. نظریه عمومی و عرف بر این است که هر شخص یکسری وظایفی در برابر دیگران دارد و به یک نسبتی وظیفه منطقی و عرفی دارد که از دیگران هم مراقبت کند، پس هر کس نسبت به شغلش باید مراقبت نسبت به دیگران را به وجود آورد. بنابراین پزشک نیز متناسب با منطقی و عرف پزشکی، وظیفه دقت و مراقبت از بیمار را دارد. باید توجه نمود که این وظیفه تا زمانی که رابطه‌ای میان پزشک و بیمار وجود نداشته باشد،

ایجاد نخواهد شد. بنابراین در صورت عدم وجود این رابطه، مطابق قاعده احسان (Good Samaritan Laws) نمی‌توان مسئولیتی را برای پزشک متصور شد (۱۲)، لیکن هنگامی که این رابطه شکل گرفت، یک وظیفه منطقی مراقبت و دقت برای پزشک ایجاد خواهد شد.

تعریف استاندارد دقت و مراقبت، در حوزه‌های قضایی و ایالات متفاوت است به همین دلیل نمی‌توان تعریف جامعی از آن به دست آورد، لیکن کلیات آن، مراقبت‌ها و دقت‌های منطقی و عرفی است که پزشک در برابر بیمار خود باید انجام دهد (۱۲). برای اثبات نقض وظیفه حرفه‌ای و منطقی درمان توسط پزشک، بیمار باید نقض وظیفه استاندارد دقت و مراقبت توسط پزشک را اثبات کند. در این راستا، اظهار نظر کارشناسان ضروری است، زیرا هیأت‌منصفه قادر به درک و شناخت جزئیات مراقبت و دقت‌های پزشکی نیست، البته باید توجه داشت که برخی از نقض‌های استاندارد دقت و مراقبت، بسیار آشکار است، به نحوی که نیاز به اظهار نظر کارشناسان نیست، مانند عمل جراحی اشتباه روی عضو سالم بدن که یک نقض وظیفه آشکار است. بنابراین در چنین حالت‌هایی روند دادرسی کوتاه می‌شود و هیأت‌منصفه بدون اظهار نظر کارشناس تصمیم می‌گیرد (۱۲). باید توجه داشت که آسیب‌دیده باید رابطه مستقیم و کافی بین نقض وظیفه توسط پزشک، با جراحت و آسیب به وجود آمده را اثبات کند که به این رابطه مستقیم، رابطه سببیت می‌گویند (۳۲). النهایه، آخرین عنصر از عناصر قانونی مسئولیت مدنی پزشک، ایراد آسیب بر بیمار است به نحوی که اگر بیمار نتواند ورود آسیب را اثبات کند، نمی‌تواند درخواست جبران خسارت مادی یا معنوی وارد بر خود را نماید (۳۲).

مصادیق اشتباهات پزشکی منجر به خسارات معنوی

اشتباه پزشکی را می‌توان انجام یا عدم انجام اقدامی دانست که توانایی ایجاد صدمه به بیمار را دارد و این اقدام در قضاوت توسط همکاران خبره، اشتباه معرفی می‌شود (۴۶)، اما در خصوص مصادیق اشتباهات پزشکی، تقسیم‌بندی‌های متعددی به عمل آمده است که در ادامه به بررسی چهار مصداق اصلی این اشتباهات، یعنی اشتباه در تشخیص (Diagnostic Error) (۴۷-۴۸)، اشتباه در تجویز (Medication Error) (۴۹-۵۰)، عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی (Infections Associated Healthcare) (۵۱-۵۲) و اشتباه در جراحی (Surgical Error) (۵۳-۵۴) پرداخته می‌شود.

۱- اشتباه در تشخیص

اشتباه در تشخیص عبارت از اعلام و اطلاع یا برداشت نادرست از نوع بیماری یا شدت و ضعف آن به بیمار یا اقرای او در اثر نقص علم پزشکی یا تقصیر حرف پزشکی با اعتقاد به صحیح بودن آن‌هاست (۴۷). این نوع اشتباه پزشکی چنانکه از نامش پیداست، هنگامی رخ می‌دهد که فرد ارائه‌دهنده خدمات درمانی به کلی هیچ نوع بیماری را تشخیص ندهد یا برداشت وی از نوع بیماری و ویژگی‌های آن اشتباه یا با تأخیر و در زمان نامناسب باشد (۴۸). فرآیند تشخیص بیماری شامل مراحل نظیر بررسی اولیه، انجام و تفسیر آزمایشات پزشکی، مطالعه سوابق و پرونده پزشکی بیمار است و بروز خطا در هر یک از این مراحل می‌تواند منجر به تشخیص اشتباه شود (۵۵). در پرونده هوپر علیه لویز، مردی ۵۷ ساله، بعد از تشنج به بیمارستان منتقل شد. پزشکان به منظور کشف علت این عارضه، برای وی MRI تجویز نمودند. با این حال رادیولوژیست در تفسیر نتیجه MRI دچار اشتباه شد و نتوانست سینوزیت وی را تشخیص دهد. بنا بر گزارش وی، متخصص اعصاب اجازه ترخیص وی از بیمارستان را صادر کرد. دو هفته بعد بر اثر گسترش عفونت به ناحیه چپ مغز بیمار، مجدداً دچار تشنج شد و برای به تثبیت‌رساندن وضعیت، نیاز به انجام پنج عمل جراحی بود. نهایتاً بیمار دچار نقص شناختی عمیق و دائمی شد که تمام ابعاد حیاتش را تحت تأثیر قرار داد. در این پرونده هیأت منصفه، رادیولوژیست را به پرداخت دو میلیون و ششصد و بیست و شش هزار دلار محکوم کرد که ۶۲۶ هزار دلار برای هزینه‌های درمان گذشته و آینده، یک میلیون دلار برای از دست‌دادن امکان زندگی طبیعی و ۲۵۰ هزار دلار برای درد و رنج وی بود. ۷۵۰ هزار دلار نیز به همسر بیمار برای از دست‌دادن کنسرسیونم تعلق گرفت (۵۶).

بر اساس نتایج پژوهشی در آمریکا که بر روی صد پرونده مربوط به اشتباه در تشخیص صورت گرفت، نشان می‌دهد که ۹۰٪ آن‌ها منتهی به ایراد خسارت به بیمار از جمله ۳۳ مورد مرگ شده است (۵۷). بعضی از آمارها حکایت از آن دارد که سالانه حدود چهار هزار تا هشتاد هزار مرگ در آمریکا به علت چنین اشتباهی رخ می‌دهد (۴۸). تعجب‌آور نیست که در این کشور، میزان دعاوی جبران خسارت ناشی از اشتباه در تشخیص، تقریباً دو برابر دعاوی مربوط به اشتباه در تجویز دارو بوده است (۶). این در حالی است که در پژوهشی که به صورت مصداقی در بیمارستان قائم مشهد صورت گرفته، پس از بررسی پرونده ۱۵۰ بیمار که به علت

بیماری سردرد به پزشک مراجعه کرده بودند، میزان تشخیص درست پزشکان ۸۲٪ بیشتر از تشخیص نادرست (۱۸٪) آن‌ها ارزیابی شده است (۵۸).

در بحث از مسؤولیت مدنی ناشی از اشتباه در تشخیص، شناسایی و درک علل بروز چنین اشتباهاتی به منظور احراز عنصر تقصیر نقش تعیین‌کننده‌ای خواهد داشت. علل اشتباه در تشخیص را می‌توان به سه دسته عوامل شناختی شامل مواردی چون عدم بهره‌مندی از دانش و مهارت کافی و قصور در جمع‌آوری و پردازش داده‌ها شامل تجویز عمل جراحی برای بیماری قابل درمان به وسیله دارو، مشکلات سیستمی شامل اشکالات فنی و سازمانی مانند ناکافی بودن نیرو و تجهیزات و علل اجتناب‌ناپذیر شامل مواردی نظیر محدودیت‌های دانش پزشکی و ناتوانی در ارائه تشخیص صحیح، علی‌رغم انجام کلیه اقدامات لازم، تقسیم کرد (۵۹). در توضیح قسم اخیر از علل اشتباه در تشخیص باید گفت هنگامی که پزشک با توجه به جدیدترین پیشرفت‌های علم پزشکی و مجهزترین ابزارهای پزشکی و با رعایت تمام قوانین و مقررات تصمیم‌گیری نماید و بیماری را تشخیص دهد به نحوی که هر پزشک متخصص و متعارف دیگری هم در آن زمان و شرایط همان تصمیم را اتخاذ می‌کرد، در صورتی که تشخیص پزشک نادرست باشد، نمی‌توان وی را مقصر و مسؤول جبران خسارت‌های مادی و معنوی وارده دانست، لیکن اگر پزشک، از روش‌های قابل دسترس و متداول مانند تست‌های آزمایشگاهی، رادیوگرافی، سونوگرافی، پرتو تشخیصی و حتی مشورت با همکاران دیگر استفاده نکرده باشد، در حالی که هر پزشک متعارف و متخصص دیگری در چنین وضعیتی این چنین اقدام می‌کرد، چه بسا خطا کار شناخته شود و مسؤول جبران خسارت تلقی گردد (۴۷). بنابراین به نظر می‌رسد به استثنای دسته اخیر، در سایر موارد امکان احراز تقصیر فرد یا مؤسسه ارائه‌دهنده خدمات درمانی و نتیجتاً مسؤول شناختن آن‌ها برای جبران خسارت وارده به بیمار وجود دارد.

۲- اشتباه در تجویز

خطای دارویی به هرگونه حادثه قابل پیشگیری در طی مراحل فرآیند دارودرمانی اطلاق می‌شود که می‌تواند منجر به استفاده ناصحیح از دارو یا آسیب به بیمار شود (۴۹). به بیان دیگر، هر اشتباهی که در فرآیند استفاده از دارو رخ دهد، نظیر تجویز داروی نامناسب، عدم آموزش کافی به بیمار در خصوص نحوه مصرف دارو، عدم تجویز داروی ضروری برای بیمار و اشتباه در تعیین دُز دارو را می‌توان اشتباه در تجویز نامید (۵۰) که این امر سبب ایراد آسیب

بر بیمار می‌شود. در پرونده‌ای که اشتباه پزشک در تجویز دارو، منجر به فوت کودک دوساله شده بود، دادگاه ۳۶۶۲۲۲۱ دلار برای بازماندگان وی تعیین کرد که شامل ۷۸۱۳ دلار برای هزینه‌های درمانی، ۴۴۰۸ دلار برای هزینه تدفین و ۳۶۵۰۰۰۰ دلار برای از دست‌دادن جامعه یا غم از دست‌دادن وی (زیان اطرافیان) می‌شد. این مبلغ نیز به این ترتیب تقسیم شد: ۱۵۰۰۰۰۰ دلار برای هر یک از پدر و مادر، ۲۵۰۰۰۰۰ دلار برای یکی از برادران وی و ۱۰۰۰۰۰۰ دلار نیز برای هر یک از چهار برادر و خواهر وی (۶۰).

در اینجا ضروری می‌نماید که میان اشتباه در تجویز و عوارض جانبی دارو تفکیک قائل شد. عوارض جانبی دارو، شامل نتایج نامطلوبی است که احتمالاً استفاده از یک ماده دارویی به همراه دارد. به تعبیر دقیق‌تر، این عوارض، اثرات و واکنش‌هایی غیر قابل پیشگیری هستند. عوارض جانبی دارو بعضاً در نتیجه اشتباه در تجویز حادث می‌شوند. برای مثال، اگر بیماری برای اولین بار آنتی‌بیوتیک مصرف نموده و دچار عارضه شود، باید آن را جزء عوارض دارویی به شمار آورد که ارتباطی با تجویز اشتباه ندارد. بالعکس، در صورتی که با وجود اطلاع از حساسیت وی نسبت به آنتی‌بیوتیک، چنین دارویی برای او تجویز شود، عارضه حادث‌شده، ناشی از تجویز اشتباه خواهد بود (۶۱). مهم‌ترین مصادیق اشتباه در تجویز شامل مواردی نظیر استفاده از داروی بدون مجوز، استفاده از دُز دارویی نامناسب یا غلط، آماده‌سازی ناصحیح دارو، به کارگیری روش‌های غلط در مصرف دارو، مصرف داروی فاسد و قصور در کنترل اثرات دارو می‌شود. بنا بر اعلام انجمن داروسازان سیستم سلامت آمریکا، مهم‌ترین علل بروز چنین اشتباهاتی را باید در نحوه نامگذاری داروها، ناخوانا بودن نسخ، اشتباه در برچسب‌زنی داروها، حجم کاری بیش از اندازه پزشکان، پرستاران و داروخانه‌ها و کمبود تولید دارو جستجو کرد (۶۲).

بر اساس آمارها، در ایالت تگزاس آمریکا، تجویز نادرست، در میان ۱۰ سبب اصلی دعوا علیه پزشکان به شمار می‌آید. بر اساس پژوهش صورت‌گرفته در ایران، ۱۰ هزار پرونده تقصیر پزشکی به سازمان‌های نظام پزشکی و پزشک قانونی ارجاع شده است که خطاهای دارویی، شایع‌ترین نوع تقصیر پزشکی در کشور ایران محسوب می‌شود (۲) که متأسفانه بیشترین خطاهای دارویی توسط پرستاران در هنگام تجویز دارو به بیماران صورت می‌گیرد (۶۳).

در طول سال‌ها، نسخه‌نویسی کتبی، روش انتخابی برای پزشکان به منظور برقراری ارتباط در زمینه تصمیمات مرتبط با دارودرمانی بوده است که سبب بروز اشتباهاتی از قبیل اشتباه در دُز، نام و دوره درمان، صدور نسخه اشتباه برای بیمار، مفقودشدن داده‌های بیمار و نسخه‌نویس و سوابق ناقص دارویی بیمار شده است. سیستم نسخه‌نویسی الکترونیکی می‌تواند بر مشکلات فراوان فرآیند نسخه‌نویسی کاغذی غلبه کند و موجب کاهش اشتباهات نسخه‌نویسی، خطاهای دارویی، بهبود دارودرمانی، ایمنی بیمار، افزایش خوانایی، دقت، صحت و کامل‌بودن نسخه‌ها و افزایش رضایت‌مندی بیمار شود (۶۴).

۳- عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی

بستری‌کردن بیماران در بیمارستان و تحت مراقبت قراردادن آن‌ها در کنار فواید خود می‌تواند مسبب آسیب‌هایی به ایشان شود. یکی از مهم‌ترین این آسیب‌ها، عفونت‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی هستند. عفونت‌هایی که در اثر عامل عفونی یا سمی ایجاد می‌شوند، در حالی که به هنگام تحت مراقبت قراردادن بیمار وجود نداشته‌اند. عفونت‌های مزبور معمولاً ظرف ۴۸ ساعت تا ۷۲ ساعت از زمان آغاز مراقبت ظاهر می‌شوند (۵۱). بر اساس آمارهای مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری آمریکا سالانه ۱/۷ میلیون بیمار تحت مراقبت، دچار این عارضه شده و بیش از ۹۸۰۰۰ از این بیماران بر اثر آن جان خود را از دست می‌دهند (۶۵). مطابق گزارش‌ها، عفونت‌های مرتبط با مراقبت پزشکی، رایج‌ترین عارضه جانبی بستری‌شدن در بیمارستان بوده و در میان ۱۰ عامل اصلی مرگ در آمریکا به حساب می‌آید. از میان هر صد بیمار بستری‌شده، هفت بیمار در کشورهای پیشرفته و ده بیمار در کشورهای در حال توسعه دچار این عفونت می‌شوند (۶۶). بر اساس پژوهشی در هشت بیمارستان ایران، میزان بروز این عفونت‌ها ۹/۴ درصد برآورد شده است (۵۲). این عفونت‌ها به ۱۳ گروه تقسیم می‌شوند (۵۱). در پرونده‌ای که بیمار مبتلا به یک نوع بیماری عفونی جدی شده بود، هیأت‌منصفه ۳۵۰۰۰۰ دلار برای از دست‌دادن امکان زندگی طبیعی، ۲۰۰۰۰۰ دلار درد و رنج بیمار، ۵۰۰۰۰ دلار تغییر شکل ظاهری بدن وی و ۱۷۵۰۰۰ دلار مشکلات احساسی و ۳۹۴۴۴ دلار برای هزینه درمان وی در نظر گرفت که جمعاً ۸۱۴۴۴۴ دلار می‌شود (۶۷).

۴- اشتباه در جراحی

در صورت بروز بیماری، وظیفه پزشک، صرفاً معالجه و درمان بیمار است، ولی در جراحی، مسئولیت هر پزشک و اعضای تیم جراحی در قبال سلامت و درمان بیمار، جدی‌تر نمایان می‌شود و این امر تعهدات خاصی را برای آنان به همراه دارد. بنابراین اعضای تیم جراحی باید بتوانند علاوه بر رعایت کامل حقوق بیمار، اقدامات پزشکی را مطابق با استانداردهای پزشکی و نظامات دولتی انجام دهند (۶۸). از جمله مهم‌ترین اشتباهات جراحی می‌توان انجام عمل در محل نامناسب و نادرست، انجام عمل به اشتباه روی بیمار دیگر، باقی‌گذاشتن ابزار جراحی و اجسام خارجی در محل عمل و اشتباه در اجرای جراحی (مانند اشتباه در برش) را نام برد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که خطای انسانی عامل اصلی اشتباه در جراحی است (۵۴-۵۳). به عنوان نمونه در آمریکا، سالانه ۳ میلیون جراحی لیزیک چشم رخ می‌دهد که اگر در آینده حتی درصد کمی از این تعداد در اثر اشتباه پزشک معالج، متحمل اختلال بینایی شوند، جمعیت قابل توجهی از شاکیان بالقوه را تشکیل خواهند داد (۶۹). بر طبق یک پژوهش، تعداد ۷۳۶ پرسشنامه مبنی بر درخواست گزارش از وجود تجربه شخصی یا اطلاع از رخداد جراحی اشتباه در طی ۲ سال گذشته برای تمامی اعضای انجمن جراحان ارتوپدی ایران ارسال شد. از ۷۳۶ پرسشنامه ارسالی، به ۵۴ پرسشنامه پاسخ داده شد که ۲۹ نفر از بروز چنین اشتباهی در ۴۰ مورد اطلاع داشتند که شامل ۳۲ اشتباه در محل جراحی و ۸ اشتباه در سمت جراحی بود (۵۳).

همانطور که پیداست، اشتباه در جراحی می‌تواند سبب بروز آسیب‌های شدید مادی و معنوی بر بیمار شود، به عنوان مثال در یکی از پرونده‌های اشتباه پزشکی، در سال ۱۹۸۰، زنی ۳۲ ساله به دلیل وجود توده‌ای در گردنش مورد جراحی قرار گرفت. این جراحی عموماً سبک و با ریسک و آسیب کم در نظر گرفته می‌شود. با این حال، در اثر اشتباه جراح و آسیب‌دیدن مری او، پزشکان مجبور به برداشتن این عضو بدن او شدند. در اثر این اتفاق، بیمار توانایی بلع و هضم غذا را از دست داد و خود و اطرافیانش درگیر وضعیت اسفناکی شدند. درمان‌های بعدی نیز بر روی او مؤثر واقع نشد. در این پرونده، ضررهای مالی به جهت هزینه درمان و از دست دادن توانایی کارکردن ۵۹۰۰۰ دلار تعیین شد، اما در خصوص ضررهای معنوی، هیأت‌منصفه مبلغ دو میلیون دلار تعیین کرد (۷۰).

طریقه رسیدگی به دعاوی جبران خسارات ناشی از معالجات پزشکی

در حقوق ایران، اشتباهات پزشکی و خسارات ناشی از آن بیش از آنکه رنگ و بوی مسئولیت مدنی داشته باشد، دارای ابعاد کیفری است. علت پیدایش این وضعیت را باید در ابهامات راجع به ماهیت حقوقی دیات و نیز اختلافات مربوط به جبران خسارات مازاد بر دیه، خصوصاً خسارات معنوی جستجو کرد. از بُعد جزایی، ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، هر نوع عمل جراحی یا طبی مشروع که با رضایت شخص یا اولیا یا سرپرستان یا نمایندگان قانونی وی و با رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی انجام می‌شود را قابل مجازات نمی‌داند. مواد ۴۹۵ و ۴۹۶ این قانون نیز، پزشک را در معالجاتی که شخصاً و مباشرتاً به انجام می‌رساند یا دستور آن را صادر می‌کند، در صورت تلف یا نقص عضو یا خسارت مالی ضامن دانسته است، مگر آنکه عمل او مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی باشد یا این که قبل از معالجه براءت گرفته و مرتکب تقصیری هم نشود، ضمن این که در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک، حتی با وجود عدم اخذ براءت هم برای وی ضمانی وجود نخواهد داشت. مقصود از ضمان نیز، الزام پزشک به پرداخت دیه جنایت وارده بر بیمار است، زیرا جنایات ناشی از اشتباهات پزشکی طبق ماده ۲۹۱ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، شبه‌عمدی و مستوجب پرداخت دیه از ناحیه مرتکب است، البته ماده ۶۱۶ قانون تعزیرات مصوب ۱۳۷۵ در صورتی که قتل غیر عمد به سبب بی‌احتیاطی یا بی‌مبالاتی یا اقدام به امری که مرتکب در آن مهارت نداشته است یا به سبب عدم رعایت نظامات واقع شده باشد، برای مسبب در کنار پرداخت دیه، یک تا سه سال حبس مقرر داشته است که بنا بر تفاسیر موجود، اشاره به مواردی دارد که مانند جراحی پزشک، عمل مرتکب متوجه فرد خاصی باشد و به دلیل تقصیر، قتل غیر عمد رخ می‌دهد (۷۱). رسیدگی به دعاوی ناشی از اشتباهات پزشک و صدور حکم به پرداخت دیه نیز اصولاً توسط مراجع کیفری صورت می‌گیرد. در این راستا، ماده ۱۴ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲، امکان مطالبه کلیه ضرر و زیان‌های مادی و معنوی ناشی از جرم را برای شاکی به رسمیت شناخته است. بدین منظور بعد از طرح شکایت کیفری از جانب زیان‌دیده برای مطالبه دیه، وی می‌تواند دادخواست مطالبه سایر ضرر و زیان‌های وارده به خود را نیز تا قبل از ختم دادرسی به مرجع کیفری تسلیم نماید. پس از انجام تحقیقات لازم از جانب دادرس، پرونده برای رسیدگی به دادگاه کیفری دو ارسال شده و در مرجع مزبور مورد رسیدگی واقع می‌گیرد.

تا قبل از تصویب قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲، مطالبه خسارت معنوی مازاد بر دیه، با استناد به سکوت قانونگذار و عدم نفی این نوع خسارت در قانون آیین دادرسی کیفری پیشین و با اشاره به قوانینی نظیر مواد ۱، ۲، ۳ و ۱۰ قانون مسئولیت مدنی مصوب ۱۳۳۹، صورت می‌گرفت (۱۱) و دارای جنبه های مدنی به شمار می‌رفت، مع ذلک تبصره ۲ ماده ۱۴ ق.آ.د.ک ۱۳۹۲، اعمال مقررات مربوط به خسارت معنوی را در جرائم موجب دیه ممکن ندانسته است. این استثنا که به جهت ایراد شورای نگهبان و برای تأمین نظر این شورا در نظر گرفته شده، امکان مطالبه خسارت معنوی ناشی از اشتباهات پزشکی را در حقوق ایران با مانعی جدی مواجه می‌سازد. این در حالی است که صدور حکم به جبران خسارت معنوی از جانب مراجع کیفری در جرائم مستلزم حد یا قصاص یا تعزیر غیر منصوص بدون هیچ مانعی، میسر خواهد بود (۷۲). قابل توجه است که مطابق قواعد حقوقی ایران نظیر قواعد تسبیب، اتلاف، مواد ۱ و ۱۰ قانون مسئولیت مدنی مصوب ۱۳۳۹ و نیز ماده ۱۴ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲، هیچ محدودیتی در قبال ذی‌نفع دعوای جبران خسارت معنوی ناشی از اشتباهات پزشکی وجود ندارد. بدین معنا که هر شخصی در صورت اثبات ارکان دعوای مربوط به مسئولیت مدنی، می‌تواند به عنوان خواهان، دعوی مربوط را مطرح سازد. شاید مهم‌ترین چالش برای خواهان این دعوی، اثبات ورود ضرر به وی و اثبات رابطه سببیت میان رفتار مرتکب و ضرر وارده باشد. در این خصوص، استناد به نظریه کارشناسان مربوط و تحقیق در مورد شرایط خواهان دعوی جبران خسارت معنوی، قبل و بعد از بروز اشتباه و نوع رابطه مدعی با بیمار، در فرضی که مدعی، شخصی غیر از بیمار، قربانی اشتباه پزشکی باشد، راه‌گشا خواهد بود.

در حقوق آمریکا، جبران خسارت معنوی ناشی از اشتباهات پزشکی، یک دعوی مربوط به مسئولیت مدنی ناشی از تقصیر به حساب می‌آید، البته در صورت تقصیر آشکار و سنگین پزشک امکان طرح دعوی کیفری نیز علیه وی وجود دارد. در این کشور مثل سایر کشورهای دارای نظام کامن‌لا، حقوق مربوط به اشتباهات پزشکی بیشتر بر آرای صادره توسط دادگاه‌ها استوار بوده و تحت حاکمیت ایالات و نه دولت فدرال قرار دارد، البته طی سی سال اخیر، قوانین متعددی نیز در این زمینه به تصویب رسیده است. بنابراین حقوق ناظر بر اشتباهات پزشکی در آمریکا بر اساس کامن‌لا بنا نهاده شده و توسط قانونگذار اصلاح شده است.

از جمله مهم‌ترین دعاوی مبتنی بر قانون (Statutory Claims)، دعاوی جبران خسارات معنوی ناظر بر مرگ ناشی از اشتباهات پزشکی هستند. این قوانین اکثراً به قرن نوزده برمی‌گردند. قوانین سنتی موجود در این زمینه تنها از خسارات مادی وارده به بازماندگان حمایت می‌کردند، لذا خساراتی نظیر وضعیت روانی نامطلوب، قابلیت پرداخت نداشتند. در نتیجه این وضعیت، در مواردی که متوفی طفل، بازنشسته، زن خانه‌دار یا دیگر اعضای اصطلاحاً «غیر مولد» خانواده محسوب می‌شد، خسارات مادی چندانی برای بازماندگان در نظر گرفته نمی‌شد. برای حل این مسأله دادگاه‌ها چند راه حل در نظر گرفتند. دسته‌ای روش ارائه خدمات برای جبران ارزش مالی خدمات ارائه‌شده توسط متوفی را برگزیدند. توضیح آنکه فرد متوفی احتمالاً خدماتی با ارزش مالی مانند خانه‌داری و آشپزی ارائه می‌داده است که در این روش معادل پولی که بازماندگان برای خرید چنین خدماتی پرداخت می‌نمایند، به آن‌ها تعلق می‌گیرد. روش دیگری که توسط دادگاه‌ها انتخاب شد، تخصیص ارزش پولی به جنبه‌های غیر مادی روابط خانوادگی بود. در این روش مواردی شامل از دست دادن همراه و همنشین، اجتماع، عشق، حمایت و راهنمایی که اغلب از آن به عنوان کنسرسیوم تعبیر می‌شود، دارای ارزش مالی تلقی شدند. به مرور زمان، دادگاه‌ها مفهوم خسارات مادی را گسترش داده و محدودیت‌های آن را نادیده گرفتند. برای مقابله با چنین وضعیتی قانونگذاران ایالات، قوانین خود را در جهت میسر ساختن جبران غم و اندوه مرتبط با مرگ ناشی از تقصیر اصلاح نمودند (۷۳).

هرچند مطابق قوانین بیشتر ایالات، پزشکان و مراکز مراقبت‌های بهداشتی به صورت توأمان برای اشتباه پزشکی مسؤول هستند، با این حال عملاً پزشکان به تنهایی و طور انفرادی خوانده دعوی مسؤولیت مدنی قرار می‌گیرند. در واقع، اگرچه نهادهای مراقبت بهداشتی در کنار خوانده اصلی می‌توانند طرف دعوا واقع شوند، با این حال، شرایط برای مسؤول شناختن یک بیمارستان یا دیگر سازمان‌های درمانی، بسیار مضیق تنظیم شده است. توضیح آنکه دادگاه‌ها در عمل، تئوری «تقصیر مشارکتی (Corporate Negligence)» را به پرونده‌هایی مانند تقصیر در اعتبارسنجی و گزینش کارکنان که بیمارستان‌ها در انجام مسؤولیت‌های نظارتی خود دچار تقصیر شده‌اند، محدود کرده‌اند. مبنای دیگری که برای طرح دعوی علیه بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و دیگر مؤسسات درمانی در نظر گرفته‌شده این ادعاست که آن‌ها به طور غیر مستقیم، مسؤول اعمال کارکنانشان هستند (۷۴). در کنار بیمار قربانی اشتباه پزشکی و پزشک

یا مؤسسه ارائه‌دهنده خدمات درمانی، سازمان‌های بیمه یکی دیگر از عناصر تأثیرگذار در حقوق مسئولیت ناشی از اشتباهات پزشکی در آمریکا محسوب می‌شوند. در این کشور، بیشتر پزشکان برای جبران خسارات احتمالی ناشی از اشتباهات خود و نیز پرداخت هزینه‌های دادرسی موظف به استفاده از بیمه مسئولیت حرفه‌ای هستند. این بیمه‌ها عموماً حداکثر تا یک میلیون دلار برای هر حادثه و تا سقف سه میلیون دلار در سال خسارت ناشی از اشتباه پزشک را تأمین می‌نمایند، البته امکان افزایش این مبالغ نیز با توافق طرفین وجود دارد (۷۴).

از نظر آیین رسیدگی، دعاوی مربوط به جبران خسارت ناشی از معالجات پزشکی در دادگاه ایالت اقامه می‌شود، لیکن اگر اشتباه پزشکی، دولت فدرال را شامل شود. بدین معنی که کلینیک پزشکی تحت نظارت دولت فدرال باشد یا طرفین از دو ایالت متفاوت باشند یا این که پزشک، قانون اساسی را نقض کرده باشد، به پرونده آن‌ها در دادگاه فدرال رسیدگی می‌شود. در سطح ایالتی، با وجود تفاوت در اسم دادگاه‌ها، ساختار و سلسله مراتب آن‌ها یکی است. هر ایالت، دادگاه‌هایی در مرحله بدوی و تجدید نظر دارد که قضات برجسته در دادگاه‌های تجدیدنظر مشغول به کار هستند. محل صالح برای تقدیم دادخواست توسط بیمار آسیب‌دیده، محل اقامت طرفین و محل ارتکاب تقصیر توسط پزشک است. دادگاه فدرال همانند دادگاه ایالتی، شامل یک قاضی و هیأت‌منصفه است. هنگامی که پرونده اشتباه پزشکی در دادگاه فدرال بررسی می‌شود، قانون اشتباه پزشکی ایالت بر آن حاکم است، لیکن از لحاظ شکلی بر طبق قوانین رویه‌ای و شکلی آن حوزه فدرال رسیدگی می‌شود (۱۲). ۹۴ دادگاه فدرال در ۵۰ ایالت تقسیم شده است، به طوری که تقریباً هر ایالت دارای حداقل یک دادگاه فدرال است. تصمیم‌گیری در خصوص دعاوی مربوط به اشتباهات پزشکی به هیأت‌منصفه سپرده شده است و این هیأت در تمام پرونده‌های مربوط به اشتباه پزشکی حضور دارند. اعضای هیأت‌منصفه که مورد حمایت قانون اساسی آمریکا هستند، از عموم مردم انتخاب و از آن‌ها درخواست می‌شود که علاوه بر نظارت، اسناد و مدارک را بررسی و تصمیم‌گیری نمایند. در این کشور، سیستم حاکم بر اختلافات مدنی بین طرفین، سیستم توافعی (Adversarial System) است. بدین صورت که طرفین و وکلای آن‌ها، اظهارات و دفاعیات خود را در مقابل قاضی و هیأت‌منصفه ارائه می‌کنند. این سیستم در کشورهای کاملاً برای حل اختلافات مربوط رفتارهای موجب تقصیر، اعم از تقصیرات پزشکی یا دیگر رفتارهای موجب تقصیر در سایر حرف استفاده می‌شود.

سیستم مذکور در مقابل سیستم تفتیشی (Inquisitorial System) است که در کشورهای اروپایی به کار می‌رود که بر طبق آن قاضی به شکل مستقل به بررسی پرونده می‌پردازد و سپس تصمیم‌گیری می‌نماید (۱۲).

نقش هیأت‌منصفه در تعیین خسارات به ویژه خسارات معنوی در حقوق آمریکا به شدت مورد انتقاد واقع شده است. به اعتقاد منتقدین، اعضای هیأت‌منصفه در تعیین خسارات معنوی از هیچ معیار و مبنایی استفاده نمی‌کنند و فارغ از هر نوع ضابطه معقولانه‌ای، صرفاً با اتکا بر احساسات شخصی خویش، وظیفه سنگین ارزیابی و تقویم خسارات معنوی را بر عهده دارند. همین فقدان منطق و تکیه بر احساسات است که سبب شده مبالغ تعیینی برای خسارات معنوی بسیار سنگین‌تر از خسارات مادی باشد. افزون بر این، ماحصل چنین فرآیندی را می‌توان در ورود احکام غیر منصفانه و غیر منتظره به حقوق مسؤولیت مدنی ملاحظه کرد که سبب تشتت آرا و تفاوت‌های عمیق علی‌رغم تشابه شرایط دعاوی شده است (۹). به منظور بهبود عملکرد هیأت‌منصفه در این خصوص پیشنهادهای متعددی به ویژه تعیین دستورالعمل‌های لازم و همچنین مطلع‌ساختن هیأت‌منصفه از تصمیمات اتخاذی در موارد مشابه مطرح شده است (۷۵).

ارزیابی نظام حقوقی آمریکا در دعاوی ناشی از معالجات پزشکی بنا بر اهداف اصلی این نظام، یعنی جبران خسارت زیان‌دیده و بازداشتن پزشکان و سایر عوامل درمانی از تکرار اشتباهات مشابه، موضوع پژوهش‌های تجربی متعددی واقع شده است. برخی از این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تنها یک بیمار از هر ۱۵ بیمار قربانی اشتباه پزشکی موفق به اخذ خسارت می‌شود (۷۶). بر اساس تحقیقی دیگر، تنها ۱۰٪ قربانیان اشتباهات پزشکی مبادرت به طرح دعوی علیه پزشک می‌نمایند و از میان این گروه حداکثر ۴۰٪ موفق به اخذ خسارت خواهند شد. به تعبیر دقیق‌تر در صورت ارتکاب اشتباه از جانب پزشک فقط ۴٪ احتمال محکومیت وی به جبران خسارت وارده وجود خواهد داشت (۷۷). روند رسیدگی و پرداخت خسارت نیز بسیار با تأخیر و کند صورت می‌پذیرد. میانگین زمان خاتمه یک دعوی جبران خسارت ناشی از اشتباهات پزشکی حدود ۴ سال تعیین شده است. از هر یک دلار که برای جبران خسارت تعیین می‌شود ۵۴ سنت آن برای هزینه دادرسی به مصرف می‌رسد (۷۶). بررسی تأثیر این سیستم بر میزان دقت عمل پزشکان و کاهش اشتباهات ایشان، هرچند دشوار است با این حال

پژوهش‌های صورت گرفته حکایت از فزونی چنین اشتباهاتی دارد (۷۷). به علاوه نباید فراموش کرد که این سیستم در کنار بازدارندگی ممکن است احتیاط افراطی پزشکان را باعث گردد که سبب پزشکی تدافعی (Defensive Medicine) می‌شود، حتی با وجود اطمینان پزشک از هزینه‌های مالی دعوی جبران خسارت، پیامدهای غیر مالی آن نظیر از دست دادن زمان، استرس و آسیب به اعتبارشان برای آن‌ها اهمیت زیادی دارد. پزشکی تدافعی می‌تواند دو صورت مثبت و منفی داشته باشد. جلوه مثبت آن، درمانی را دربر می‌گیرد که غیر مولد، بی‌تأثیر و حتی مضر است، حال آنکه جلوه منفی آن شامل خودداری از تأمین درمان مفید و ضروری و حتی تصمیم پزشکان برای خروج از این حرفه به صورت دسته‌جمعی می‌شود (۷۸).

در حال حاضر، منتقدان اصلی سیستم مسئولیت مدنی ناشی از اشتباهات پزشکی آمریکا را باید پزشکان و مؤسسات بیمه دانست. به اعتقاد ایشان این نظام، پزشکان و سایر فراهم‌آوردندگان خدمات درمانی را با مسئولیتی افراط‌گونه و غیر منصفانه مواجه ساخته است. به واسطه این وضعیت و به ویژه صدور احکام متضمن محکومیت پزشک به پرداخت مبالغ سنگین برای جبران خسارت معنوی، حقوق مسئولیت مدنی ناشی از اشتباهات پزشکی در آمریکا از دهه ۷۰ میلادی، سه دوره بحران را پشت سر نهاده است. منظور از بحران، افزایش سریع هزینه بیمه مسئولیت برای پزشکان است که گاهی سبب دشواری انعقاد قرارداد بیمه در هر قیمتی می‌شود (۷۹). چنانکه در اولین دوره بحران بین سال‌های ۱۹۷۴ تا ۱۹۷۶ با افزایش دعاوی جبران خسارات پزشکی، بسیاری از مؤسسه‌های بیمه از این عرصه خارج شدند و سایر مؤسسات نیز نرخ بیمه خود را تا پنج برابر افزایش دادند (۸۰). در واکنش به ناکارآمدی این سیستم، پیشنهاد‌های بسیاری برای اصلاح نظام مسئولیت ناشی از اشتباه پزشکی در راستای اصلاح نظام مسئولیت مدنی آمریکا (Tort Reform) مطرح شده و از دهه ۱۹۷۰ در پاره‌ای از موارد صورت قانونی یافته‌اند. از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به تعیین محدودیت زمانی برای طرح دعوی جبران خسارت، امکان پرداخت اقساطی خسارت به جای پرداخت نقدی آن، اجازه پرداخت خسارت‌های آینده مانند درآمد از دست‌رفته و هزینه مراقبت‌های بعدی و تعیین سقف برای پرداخت خسارت‌های معنوی، اصلاح قاعده مسئولیت تضامنی، تعیین محدودیت برای دستمزد و کلاً اشاره کرد (۸۰). برخی دیگر ضمن ناکارآمد دانستن سیستم مسئولیت مدنی برای جبران خسارات ناشی از اشتباهات پزشکی، مدل‌های جایگزینی نظیر مسئولیت سرمایه‌گذار

(Enterprise Liability)، التزام به شیوه‌های جایگزین حل اختلاف (Binding Alternative Dispute Resolution) شامل مذاکره، میانجی‌گری، داوری و برنامه غربالگری پیش از دادگاه و سیستم‌های جبران خسارت اداری (Administrative Compensation Systems) را مطرح کرده‌اند (۷۸).

طرق جبران خسارات معنوی ناشی از معالجات پزشکی

فقیهان، سهل‌انگاری در تمامی اعمال درمانی را حرام و مستوجب ضمان دانسته‌اند (۸۱). امروزه نیز با توجه به اهمیت وصف تندرستی بدن انسان، شادابی، حیثیت و آبروی شخص، سلامت روح و روان، حرمت و شان اجتماعی و بسیاری از امور غیر مالی دیگر که به شخصیت انسان برمی‌گردد، خسارت معنوی را قابل جبران دانسته (۴۱، ۸۲) و به تبع آن به ارزیابی و ارائه طریق برای جبران آن پرداخته‌اند. اصل ۱۷۱ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، ماده ۵ قانون تشدید مجازات اسیدپاشی و حمایت از بزه‌دیدگان ناشی از آن مصوب ۱۳۹۸، مواد ۱، ۸، ۹ و ۱۰ قانون مسئولیت مدنی مصوب ۱۳۳۹، ماده ۱۴ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲، ماده ۲۳ قانون مطبوعات و ماده ۲۱ قانون انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات مصوب ۱۳۸۸ مؤید این ادعا است. قابل توجه است که با وجود ذکر ماده ۱۴ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲ در ماده ۵ قانون تشدید مجازات اسیدپاشی و حمایت از بزه‌دیدگان ناشی از آن مصوب ۱۳۹۸، مطابق تبصره ۱ آن پرداخت خسارت معنوی در جرائم مستوجب دیه به رسمیت شناخته نشده است. در آمریکا خسارات ناشی از معالجات پزشکی به طور کلی به دو دسته خسارات جبرانی و خسارات یا جریمه کیفری تقسیم می‌شوند. خسارات جبرانی متشکل از خسارات مادی و معنوی است و در قالب حقوق مسئولیت مدنی مورد بررسی قرار می‌گیرند (۸۲). در مقابل، در خسارات یا جریمه کیفری، ممکن است پزشک با وجود هیچ‌گونه سوءنیت و قصدی، فقط در صورت ارتکاب تقصیر فاحش (Gross Negligence) بزه‌کار شناخته شود و دارای مسئولیت کیفری باشد. برای ایجاد مسئولیت کیفری برای پزشک، ابتدا باید وظیفه درمان و مراقبت برای پزشک به وجود آمده باشد و سپس نقض این وظیفه توسط پزشک رخ دهد، به نحوی که دادگاه تشخیص دهد رویه درمانی که پزشک اتخاذ کرده است و رای بی‌دقتی بوده و شامل تقصیر فاحش است. بدیهی است اثبات رابطه سببیت و ایراد آسیب بر بیمار نیز

باید اثبات شود (۳۲). متعاقباً طرق جبران خسارات معنوی ناشی از معالجات پزشکی در حقوق ایران و آمریکا، در قالب چهار عنوان جبران مالی، تعیین سقف قانونی، جبران از طریق ابراز عذرخواهی و جبران نمادین یا اسمی پرداخته شده است.

جبران مالی خسارات معنوی ناشی از معالجات پزشکی

تا قبل از تصویب ق.آ.د.ک مصوب ۱۳۹۲، امکان مطالبه خسارت معنوی در حقوق ایران با تردیدهای بسیاری همراه بود. علت این امر انکار و تردیدهایی است که فقیهان در مورد اصل جبران خسارت معنوی با پول دارند، به عنوان مثال گفته شده اگر کسی به دیگری افترا زد و موجب خسارت معنوی او شود، نمی‌توان حکم به جبران این خسارت با پول داد، اما افترازننده باید نزد کسانی که افترا زده است خود را تکذیب نماید (۸۳). به همین دلیل و در پی غیر شرعی دانستن جبران خسارات معنوی توسط شورای نگهبان، در ق.آ.د.ک مصوب ۱۳۷۸، تنها به خسارات مادی اشاره شده بود. با تصویب ق.آ.د.ک در سال ۹۲، ماده ۱۴ این قانون صریحاً امکان جبران مالی و غیر مالی خسارات معنوی را به رسمیت شناخت. با این حال تبصره ۲ این ماده با عبارت «... مقررات مرتبط به منافع ممکن‌الحصول و نیز پرداخت خسارت معنوی شامل جرائم موجب تعزیرات منصوص شرعی و دیه نمی‌شود» مطالبه جبران مالی خسارت معنوی در جرائم موجب دیه که شامل اشتباهات پزشکی نیز می‌شود را به امری غیر ممکن مبدل ساخت. این استثنا بر اصل قابل جبران بودن خسارات معنوی به دلیل ایراد شورای نگهبان به این مضمون که در تبصره ۱ ماده ۱۴ ق.آ.د.ک مصوب ۱۳۹۲، با قبول اصل جبران خسارت معنوی حکم به خسارت مالی در مواردی که از نظر شرع یا قانون، تعزیر و دیه تعیین و در دادگاه در مورد آن حکم صادر شده، خلاف موازین شرع است، توسط قانونگذار پیش‌بینی شد. در واقع، چنین فرض شده است که مبلغ مقطوع دیه، تمام خسارت‌های وارده به زیان‌دیده از جمله خسارت‌های معنوی را دربر گرفته و با پرداخت آن، زیان دیگری باقی نمی‌ماند، فرضی که علی‌الظاهر خلاف آن را قابل اثبات ندانسته‌اند (۱۰).

نکته قابل ذکر آنکه در حقوق ایران دیه تعیین‌شده برای برخی آسیب‌ها، حکایت از توجه قانونگذار به ارزش زیبایی و شکل ظاهری اعضای بدن دارد و به رغم این که به عنوان خسارت معنوی تعریف نشده‌اند، می‌توان آن را گونه‌ای جبران مالی خسارت معنوی دانست، مثلاً طبق

ماده ۵۹۳ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، شکستن بینی در صورتی که موجب فساد بینی شود، موجب دیه کامل و در صورت اصلاح بدون عیب و نقص، موجب یک‌دهم دیه کامل خواهد بود یا بر اساس ماده ۶۰۰ این قانون، برای از بین بردن دو لاله گوش، دیه کامل تعیین شده است و در این حکم تفاوتی میان گوش شنوا یا ناشنوا وجود نخواهد داشت. همچنین در قانون فوق‌الذکر، برای جراحات وارده بر سر و صورت دیه بیشتری به نسبت سایر اعضا معین شده که حکمت آن می‌تواند تأثیر چنین جنایاتی بر زیبایی فرد بوده باشد. به علاوه، هم‌چنانکه گفته‌اند با توجه به تبصره ۱ ماده ۱۴ ق.آ.د.ک مصوب ۱۳۹۲ که بیان می‌دارد: «زیان معنوی عبارت از صدمات روحی یا هتک حیثیت و اعتبار شخصی، خانوادگی یا اجتماعی است. دادگاه می‌تواند علاوه بر صدور حکم به جبران خسارت مالی، به رفع زیان از طرق دیگر از قبیل الزام به عذرخواهی و درج حکم در جراید و امثال آن حکم نماید» و نیز ایراد شورای نگهبان به شکل پیش‌گفته که حکم به خسارت مالی را در مواردی که برای آن دیه تعیین‌شده خلاف شرع دانسته است؛ امکان جبران خسارت معنوی از طرق غیر مالی مثل الزام به عذرخواهی امکان‌پذیر باشد. استفاده از عبارت «پرداخت خسارت معنوی» در تبصره ۲ این ماده نیز مؤید همین نظر است (۸۴).

جبران مالی خسارت معنوی در حقوق آمریکا نیز همواره بحث‌های فراوانی را به خود اختصاص داده است. در این کشور پیشنهادات زیادی در خصوص تعیین ضابطه برای سنجش این نوع خسارات، در نظرگرفتن محدودیت‌هایی برای جبران آن و حتی حذف جبران مالی خسارات معنوی مطرح شده است (۸۵). بسیاری با استناد به ماهیت خسارات معنوی، جبران مالی آن را با اهداف مسئولیت مدنی ناسازگار دانسته‌اند، چه از جمله اهداف مسؤولیت مدنی، اعاده وضعیت زیان‌دیده به حالت قبل از سانحه عنوان شده است، در حالی که در این قبیل خسارات، وصول به چنین آرمانی محال به نظر می‌رسد. چنین خساراتی را هرگز نمی‌توان محاسبه و تبدیل به پول نمود. میان پول و خسارات معنوی هیچ سنخیتی یافت نمی‌شود. اغلب خسارات معنوی شامل درد و رنج توأم با آسیب‌های روانی محسوس، حس ناخوشایند و تجارب تلخ ناشی از آسیب‌های واقعی یا احتمالی جسمی، آسیب و ترس ناشی از مواجهه با جراحی یا مرگ، قبل و بعد از حادثه را دربر می‌گیرد. چنین آسیب‌هایی علاوه بر قربانی مستقیم حادثه، اشخاصی را که رابطه معینی با وی داشته و حادثه بر روابط آنان اثری نامطلوب می‌گذارد را هم

شامل می‌شود، اما در مورد خسارات معنوی، چگونه می‌توان با پول وضعیت قربانی را به حالت سابق بازگرداند. پول هرگز نمی‌تواند درد و رنج گذشته و آینده قربانی را از بین ببرد، البته اغلب، رنج و درد و آسیب‌های روانی وارده به افراد، پیامدهای مالی، چون هزینه درمان به دنبال دارد که پرداخت پول تنها با فراهم آوردن چنین هزینه‌هایی می‌تواند سبب بهبودی درد و رنج فرد شود، نه این‌که مستقیماً آسیب‌های معنوی را کارساز شود (۸۶). در توجیه پرداخت پول برای خسارات معنوی به چند دسته توجیهات اشاره شده است. برخی جبران مالی را نوعی غرامت برای تشفی خاطر (Solatium) قربانی دانسته‌اند. گروهی دیگر، پرداخت مال را به منزله تأمین یک منبع مالی برای انجام فعالیت‌های لذت‌بخش به شمار آورده‌اند که از رنج و درد وارده بر بیمار کاسته و وی را در تحمل آن یاری می‌بخشد. توجیه دیگر برای این امر، اثرات روانی جبران مالی است که می‌تواند سبب التیام فرد آسیب‌دیده شود (۸۷).

از نظر مخالفان جبران خسارت معنوی چنین توجیهاتی بر مبنای نادیده‌انگاشتن طبع پیچیده بشر و منحصر دانستن ذات وی بر دو مفهوم درد و لذت تبیین شده‌اند. به باور ایشان، پرداخت پول ممکن است حس خوشایندی در شخص آسیب‌دیده ایجاد کند، ولی هرگز نمی‌تواند درد حال و آینده وی را خنثی سازد. مطابق این دیدگاه، جبران مالی خسارت معنوی پاسخ غیر انسانی به درد و رنج آدمیان است. پاسخی که پول را جایگزین شفقت، حسادت را جایگزین همدردی و عشق را تبدیل به کالایی قابل خرید و فروش می‌کند (۸۶).

ایراد دیگر، به نحوه محاسبه خسارات معنوی و تبدیل آن به پول است. نحوه عملکرد هیأت‌منصفه در پرونده‌های مربوط به اشتباه پزشکی بحث‌برانگیزترین موضوع در خصوص نحوه عملکرد سیستم عدالت مدنی آمریکا بوده است. به عقیده منتقدین، هیأت‌منصفه افرادی غیر متخصص و غیر حرفه‌ای هستند که صرفاً بر پایه احساسات خود و بدون اتکا به هیچ معیار و عقلانیتی خسارات معنوی را تعیین می‌نمایند (۸۸). در خصوص نحوه تصمیم‌گیری هیأت‌منصفه در پژوهشی که در خصوص نسبت میان خسارات معنوی و مادی در پرونده‌های اشتباه پزشکی انجام شد، نتایج نشان داد که خسارات معنوی پنجاه درصد از کل خسارات تعیینی را تشکیل می‌دهند (۸۹).

هم‌چنانکه اشاره شد، بسیاری از منتقدین به ویژه پزشکان و سازمان‌های بیمه مسئولیت حرفه‌ای، هیأت‌منصفه را به تعیین مبالغ ناعادلانه و سنگین برای خسارات معنوی ناشی از

اشتباهات پزشکی متهم می‌کنند. چنین انتقاداتی باعث شده که پیشنهادهای برای محدود کردن و منطقی‌ساختن خسارات معنوی مطرح شود که مهم‌ترین ثمره آن را می‌توان در تعیین سقف قانونی برای خسارات معنوی ملاحظه کرد.

تعیین سقف قانونی برای پرداخت خسارات معنوی ناشی از معالجات پزشکی

در حال حاضر تعدادی از ایالات آمریکا به صورت قانونی یک نوع سقف پرداخت یا حداکثر مبلغ قابل تعیین (Capping Non-Economic Damages) برای خسارات معنوی ناشی از اشتباهات پزشکی به تصویب رسانیده‌اند. وضع چنین محدودیتی برای پرداخت خسارات معنوی، یکی از خصایص متمایز نظام مسئولیت مدنی آمریکا و بارزترین برنامه در راستای اصلاح این نظام (Tort Reform) است (۸۰). به کارگیری این تدبیر قانونی، در سه برهه تاریخی و در پاسخ به بحران افزایش قیمت حق بیمه و متعاقب آن دشواری دسترسی به بیمه مسئولیت حرفه‌ای پزشکان صورت گرفته است (۸۲).

نخستین بحران مسئولیت مدنی ناشی از اشتباهات پزشکی در اواسط دهه هفتاد میلادی رقم خورد. برای حل این بحران، در سال ۱۹۷۵ تعدادی از ایالات، قوانین تعیین سقف پرداخت برای خسارات معنوی مربوط به معالجات پزشکی را به تصویب رسانیدند. به عنوان مثال در این سال قانون اصلاح جبران خسارت جراحات پزشکی کالیفرنیا (MICRA) به وسیله قانونگذار این ایالت به تصویب رسید و سقف ۲۵۰ هزار دلار را برای خسارت معنوی ناشی از معالجات پزشکی تعیین کرد که البته با نرخ تورم قابل تعدیل نیست. قانون مذکور که دربردارنده بعضی دیگر از اصلاحات برای کاهش دعاوی جبران خسارات ناشی از معالجات نیز بود، برای طرفداران اصلاح سیستم مسئولیت مدنی یک الگوی موفق به حساب می‌آمد. در اواخر دهه هفتاد میلادی، بحران مسئولیت مدنی کاهش یافت. با این حال در سال ۱۹۸۵، بازار بیمه مسئولیت حرفه‌ای مجدداً در بحران قرار گرفت. به همین دلیل در سال ۱۹۸۶، چهل و یک ایالت آمریکا تدابیر اصلاحی مسئولیت مدنی را به تصویب رساندند که تعیین سقف برای خسارات معنوی ناشی از اشتباهات پزشکی بین مبالغ ۳۵۰ هزار تا ۵۰۰ هزار دلار مهم‌ترین آن‌ها بود. با افزایش سریع حق بیمه مسئولیت حرفه‌ای پزشکان در آغاز قرن ۲۱، سومین بحران حقوق مسئولیت مدنی ناشی از اشتباهات پزشکی رقم خورد تا جایی که بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۲، حق بیمه

مسئولیت حرفه‌ای پزشکان حدود ۱۵٪ افزایش یافت، حتی در برخی از تخصص‌های پزشکی این افزایش بالاتر از این مقدار بود. در واکنش به این بحران چندین ایالت به تعیین سقف برای خسارات معنوی بین ۲۵۰ هزار دلار تا ۶۵۰ هزار دلار پرداختند، مثلاً در سال ۲۰۰۳ ایالت نوادا سقف ۳۵۰ هزار دلار و در سال ۲۰۰۴ ایالت اورگن از طریق رفراندوم سقف ۵۰۰ هزار دلار را برای خسارات معنوی ناشی از اشتباهات پزشکی به تصویب رساندند (۷۳)، البته در همین زمان در ایالت واشنگتن پیشنهاد تعیین سقف ۳۵۰ هزار دلاری، توسط رأی‌دهندگان رد شد. در این دوران، رئیس‌جمهور وقت آمریکا جرج بوش، پیشنهاد تصویب قانون سقف پرداخت برای خسارات معنوی ناشی از اشتباهات پزشکی را در سطح فدرال در کنگره آمریکا مطرح کرد. وی در سخنان خود به رابطه میان افزایش هزینه‌های سیستم بهداشت و درمان و دعاوی جبران خسارات ناشی از اشتباه پزشکی تأکید نمود. به اعتقاد او، افزایش حق بیمه مسئولیت حرفه‌ای پزشکان سبب انجام اقدامات درمانی دفاعی و نهایتاً افزایش هزینه‌های سیستم درمان می‌شود. نتیجتاً آنکه بهترین راه حل برای مقابله با بحران، تعیین سقف برای خسارات معنوی خواهد بود. پیشنهادی که البته در مجلس سنا مورد موافقت قرار نگرفت (۹۰).

گذشته از بحران در صنعت بیمه، مهم‌ترین دلیلی که در توجیه تعیین سقف برای خسارات معنوی ناشی از اشتباهات پزشکی بیان شده، ضرورت حمایت از حق دسترسی بیماران به خدمات درمانی و کاهش اقدامات درمانی دفاعی است (۸۲). به نظر بسیاری از سیاستمداران و مدیران نظام سلامت، زنگ خطر دشواری دسترسی به خدمات بهداشتی خصوصاً تخصص‌های پزشکی با ریسک بالا به صدا درآمده است. در این قبیل تخصص‌ها پزشکان ممکن است مجبور به کناره‌گیری یا روی آوردن به مشاغل با ریسک کمتر شوند. بر اساس دیدگاه انجمن پزشکی آمریکا، بسیاری از ایالات دچار بحران بیمه هستند که دسترسی به درمان را مشکل می‌سازد. علت اصلی این بحران نیز افزایش مبلغ خسارات معنوی تعیینی توسط هیأت‌منصفه و هزینه بالای دفاع از پزشکان در دعاوی جبران خسارت است. در واقع با تعیین خسارات معنوی سنگین و متعاقب آن افزایش حق بیمه‌های مسئولیت حرفه‌ای پزشکان، بسیاری از ایشان از ارائه خدمات درمانی کناره‌گیری کرده، لذا امکان دسترسی کلیه شهروندان به خدمات درمانی مناسب به شدت مورد تهدید قرار می‌گیرد. این در حالی است که با تعیین سقف مناسب برای پرداخت خسارات معنوی، شرکت‌های بیمه مسئولیت حرفه‌ای بدون ترس از ضررهای سنگین و

با اطمینان خاطر، تشویق به ارائه خدمات خود در همه ایالات خواهند شد. نتیجه این که شرکت‌های بیشتری وارد عرصه رقابت شده و با افزایش رقابت، حق بیمه کاهش خواهد یافت (۷۳). طرفداران تعیین سقف می‌افزایند که فقدان محدودیت برای خسارات معنوی، نظام عدالت را به یک «لاتاری» تبدیل می‌کند. به باور ایشان، هیأت‌منصفه اغلب با خواهان همدردی کرده و خساراتی بیش از حد ضرورت تعیین می‌کنند. به علاوه، خسارات مادی که برخلاف خسارات معنوی، واقعی و قابل سنجش هستند مشمول هیچ محدودیت و سقفی نمی‌شوند. بنابراین می‌توان اطمینان داشت که زیان‌دیده، خساراتی را که سزاوار آن است دریافت خواهد کرد. ایشان اضافه می‌کنند که وکلا با انگیزه دست‌یابی به درآمدهای کلان، مبادرت به طرح دعاوی بی‌شمار و متعدد مطالبه خسارات معنوی می‌کنند که ابتدا بر احساس و وجود هیأت‌منصفه ناآگاه و غیر متخصص از خصیصه‌های اصلی آن هستند. در نهایت، هواداران تعیین سقف استدلال می‌کنند که یکی از اهداف قواعد مسئولیت مدنی، بهبود کیفیت خدمات است. در حالی که اثر ترس پزشکان از مسئولیت سنگینی که احتمالاً با آن مواجه شوند مانع از رغبت به افشای اشتباهات پزشکی و جست‌وجوی راه‌های کاهش آن است (۹۱).

ایالت‌های مختلف در تعیین سقف پرداخت، شیوه‌های متنوعی به کار گرفته‌اند. در کنار اکثریت ایالات که تنها برای خسارت معنوی سقف تعیین کرده‌اند، برخی از ایالات، کلیه خسارات را مشمول چنین محدودیتی دانسته‌اند. از دهه ۱۹۷۰، ۲۵ ایالت برای خسارات ناشی از اشتباهات پزشکی محدودیت‌هایی وضع نموده‌اند. به علاوه، ۱۰ ایالت، محدودیت‌های کلی برای جبران کلیه خسارات از جمله خسارات ناشی از معالجات پزشکی در نظر گرفته‌اند. چنانکه اشاره شد، رایج‌ترین شکل محدودسازی جبران خسارت، تعیین سقف قانونی برای خسارات معنوی است. در حال حاضر ۱۶ ایالت دارای قوانینی ناظر بر تعیین سقف برای خسارات معنوی ناشی از اشتباهات پزشکی هستند. گذشته از این، ایالت‌های کلرادو، ایندیانا، لوئیزیانا، نبراسکا، نیومکزیکو و ویرجینیا، سقف قانونی را برای مجموع خسارات ناشی از اشتباهات پزشکی مقرر کرده‌اند. این سقف بین مبالغ ۵۰۰ هزار دلار تا ۱/۷۵ میلیون دلار متغیر است. هر یک از شش ایالت مورد اشاره در کنار سقف پرداخت، نوعی صندوق جبران خسارت بیمار نیز پیش‌بینی کرده‌اند که در کنار محدود کردن مسئولیت پزشک، امکان جبران خسارت مازاد بر سقف را برای زیان‌دیده فراهم می‌کند. سقف‌های پرداختی که در دهه ۲۰۰۰ میلادی وضع شده‌اند، از پیچیدگی بیشتری نسبت به

همتایان خود در دهه ۱۹۷۰ میلادی برخوردارند، زیرا در این دسته از سقف‌های قانونی، فهرستی از استثنائات به ویژه با هدف تعیین محدودیت کم‌تر برای آسیب‌های جدی‌تر گنجانده شده است. همچنین معدودی از ایالات، برای جریمه‌های کیفری مربوط به دعاوی ناشی از اشتباهات پزشکی نیز سقف مقرر کرده‌اند. نادر بودن این دسته از قوانین ناشی از این واقعیت است که تعداد کمی از پرونده‌های پزشکی به احراز لزوم تعیین کیفر برای پزشک می‌انجامد (۸۲).

تعیین سقف برای پرداخت خسارات معنوی از انتقادات مصون نمانده است. از نظر منتقدین، کاهش هزینه بیمه با وجود این محدودیت حتمی نیست، چنانکه تعیین سقف پرداخت در ایالت کالیفرنیا که از آن به عنوان الگوی اصلاح حقوق مسئولیت مدنی یاد می‌شود، هرچند در آغاز سبب کاهش حق بیمه شد، ولی دوازده سال پس از تصویب این قانون، حق بیمه در این ایالت ۴۵٪ به نسبت سال تصویب افزایش یافت، حتی با وجود کاهش حق بیمه و صرفه‌جویی در این زمینه، چنین نتیجه‌ای تأثیر اندکی بر هزینه‌های نظام درمانی در سطح کلان دارد. آمارها نشان می‌دهد که هزینه جبران خسارات ناشی از معالجات پزشکی تنها کم‌تر از ۲٪ بودجه درمانی را به خود اختصاص می‌دهد. به علاوه، دیگر اثرات وضع این محدودیت، مانند کاهش اقدامات درمانی دفاعی و جلوگیری از کاهش دسترسی به خدمات درمانی نیز احتمالی و ضعیف هستند. از نظر منتقدان، علت اصلی افزایش حق بیمه به خود این صنعت برمی‌گردد. فقدان رقابت، سوءمدیریت منابع و کاهش درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری، فاکتورهایی به مراتب تأثیرگذارتر از تعیین سقف برای خسارات معنوی هستند (۷۳). همچنین تعدادی از دادگاه‌های تجدید نظر ایالتی، قوانین تعیین سقف پرداخت خسارات معنوی را مخالف قانون اساسی دانسته‌اند. این دادگاه‌ها در رای خود به استدلالاتی شامل حق برخورداری از هیأت‌منصفه در محاکمات، حق دسترسی به دادگاه، تضمین برابری طرفین دعوا تمسک جسته‌اند (۹۲). در پرونده کوک علیه مؤسسه خدمات درمانی استنفورد، هیأت‌منصفه سانفرانسیسکو مبلغ ۷۰/۹ میلیون دلار برای جبران خسارات وارده به یک کودک ۹ ساله که در اثر تقصیر بیمارستان در تشخیص بیماری متابولیک او رخ داد، تعیین نمود. تعیین چنین مبلغی در حالی صورت گرفت که ایالت کالیفرنیا با تصویب قانون موسوم به «MICRA» برای پرداخت خسارات معنوی ناشی از اشتباهات پزشکی، سقف پرداخت تعیین نموده است. در این پرونده تنها ۵۰۰ هزار دلار برای خسارات معنوی تعیین شده بود و مابقی مبلغ تعیینی برای خسارات مادی به خصوص خدمات درمانی

مورد نیاز وی، آموزش‌های خاص، هزینه‌های بازپروری و ناتوانی در کسب درآمد تعیین شد (۹۳). در واقع چنین پرونده‌هایی نشان می‌دهد از آنجایی که برای خسارات مادی برخلاف خسارات معنوی سقفی تعیین نشده است، هیأت‌منصفه با تعیین خسارات مادی سنگین به نوعی سقف تعیین‌شده برای خسارات معنوی را عملاً نادیده می‌گیرند، لذا اهداف تعیین سقف از جمله کاهش هزینه‌های بیمه مسئولیت حرفه‌ای از این جهت تأمین نمی‌شود (۷۳).

از منظر اخلاقی نیز این تدبیر محدودکننده مورد ارزیابی قرار گرفته و روشی غیر اخلاقی توصیف شده است. توضیح آنکه از منظر عدالت توزیعی به مفهوم انصاف در توزیع و تقسیم منافع و مضار اجتماعی، تعیین سقف برای جبران خسارت را نمی‌توان عادلانه دانست، زیرا با تصویب آن، زیان‌دیده، صرف نظر از ضرری که به وی وارد شده، تنها به مقداری که قانون تعیین کرده است، مستحق دریافت خسارت شناخته می‌شود. به علاوه، اجرای این برنامه که به منظور کاهش هزینه‌های درمان و دعاوی ناشی از اشتباهات پزشکی طراحی شده مستلزم آن است که شخص آسیب‌دیده، مسئولیت کامل افزایش هزینه نظام سلامت و از آن مهم‌تر بار اشتباه پزشکان و سوءمدیریت صنعت بیمه را بر دوش کشد، امری که اصول زیربنای عدالت توزیعی را نقض می‌کند (۹۱).

در خصوص نتایج تعیین سقف برای خسارات معنوی در ابعاد مختلف، پژوهش‌های متعددی به عمل آمده است. بر اساس پژوهشی که درباره تأثیر این محدودیت بر حق بیمه بین سال‌های ۱۹۹۴ تا ۲۰۰۳ صورت گرفت، افزایش حق بیمه در ایالات دارای سقف ۵۰۰ هزار دلار یا کم‌تر، حدود ۵/۷ درصد کم‌تر از ایالات فاقد چنین سقفی بوده است (۸۰). در خصوص تأثیر این تدبیر بر میزان دفاع درمانی نیز برخی از پژوهش‌ها حکایت از کاهش چنین درمان‌هایی دارد، مثلاً «کسلر» و همکارش در سال ۲۰۰۰ چنین استنباط کردند که تعیین سقف، اقدامات درمانی دفاعی را در خصوص بیمارهای قلبی بین سال‌های ۱۹۸۴ تا ۱۹۹۴ کاهش داده است (۹۴).

جبران خسارات معنوی ناشی از معالجات پزشکی از طریق عذرخواهی

هر کس به مسلمان فقیری کم اعتنایی کند و او را کوچک و حقیر شمرد، به حق خداوند استخفاف کرده و خداوند در روز قیامت او را کوچک و بی‌ارزش شمرد، مگر این‌که توبه کند و از او عذرخواهی نماید (۹۵). مطابق ماده ۱۰ ق.م.م، کسی که به حیثیت و اعتبارات شخصی یا

خانوادگی او لطمه وارد شود، می‌تواند از کسی که لطمه وارد آورده است، جبران زیان مادی و معنوی خود را بخواهد. هرگاه اهمیت زیان و نوع تقصیر ایجاب نماید دادگاه می‌تواند در صورت اثبات تقصیر علاوه بر صدور حکم به خسارت مالی، حکم به رفع زیان از طریق دیگر از قبیل الزام به عذرخواهی و درج حکم در جراید و امثال آن نماید. مطابق تبصره ۱ ماده ۱۴ ق.آ.د.ک مصوب ۱۳۹۲، ... دادگاه می‌تواند علاوه بر صدور حکم به جبران خسارت مالی، به رفع زیان از طرق دیگر از قبیل الزام به عذرخواهی و درج حکم در جراید و امثال آن حکم نماید و مطابق تبصره ۲ ماده مذکور، ... همچنین مقررات مرتبط به منافع ممکن‌الحصول و نیز پرداخت خسارت معنوی شامل جرائم موجب تعزیرات منصوص شرعی و دیه نمی‌شود. به نظر می‌رسد با توجه به این‌که قانونگذار در این‌جا از اصطلاح «پرداخت» استفاده کرده، ممنوعیت جبران خسارت معنوی در جرائم موجب دیه را تنها ناظر به پرداخت مالی دانسته است (۸۴).

در آمریکا بر این روش جبران تأکید فراوانی شده است و به صورت جزئی و تخصصی به تشریح این روش پرداخته‌اند که نشان‌دهنده اهمیت آن در جبران خسارت‌های معنوی ناشی از معالجات پزشکی است. معذرت‌خواهی عبارت از پذیرش خطا، عواقب و مسؤولیت ناشی از آن و ابراز پشیمانی به سبب ایراد آسیب به شخص زیان‌دیده است (۹۶). عذرخواهی می‌تواند سبب کاهش شرمندگی و عصبانیت، کاهش سرزنش نسبت به پزشک، جلوگیری از آسیب مشابه در آینده توسط پزشک، افزایش و بازگشت اعتماد به پزشک، کاهش واکنش‌های احساسی و منفی و به تبع آن بهبود روابط میان پزشک و بیمار، کاهش دادخواست و طرح دعوی و مؤثر در حل اختلاف بین پزشک و بیمار واقع شود (۹۶). بر طبق شواهد، آنچه مسلم است بیماران انتظار معذرت‌خواهی و توضیح از پزشک دارند، لیکن در عمل، پزشکان بعد از وقوع خطا، کم‌ترین اطلاعات را به بیماران انتقال می‌دهند و در موارد معدودی از آن‌ها عذرخواهی می‌کنند، اگرچه ترس از طرح شکایت توسط شخص زیان‌دیده، مهم‌ترین مانع برای عذرخواهی بعد از یک خطای پزشکی است (۹۷). عذرخواهی اثر برابری ندارد و در شرایط برابر هم تأثیرگذاری متفاوتی دارد. یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های معذرت‌خواهی، قبول مسؤولیت از آسیب ایجادشده است (۹۶).

تشخیص اثربخشی معذرت‌خواهی و افشای خطای پزشکی بر جبران خسارت معنوی واردشده بر بیمار، با مطالعه و تحقیق امکان‌پذیر نیست، بلکه تحقیق میدانی در بیمارستان و

پرس و جو از بیماران بهترین روش برای درک این مهم است. اولین مؤسس این سیستم، مرکز پزشکی آمریکا در شهر «لگزینگتون کنتاکی» بوده که نسبت به شکایت‌های صورت گرفته از بیمارستان، اقدام به تأسیس برنامه‌ای از افشای اشتباهات پزشکی می‌کند که طی این برنامه، بیماران از خطای پزشک و به سبب آن آسیب وارده بر خود مطلع می‌شوند و سپس پس از افشا، کمیته مدیریت خطر با بیماران ملاقات و به آن‌ها مشاوره ارائه می‌کردند و اگر کمیته پس از پایان افشا و مشاوره، پزشک را مقصر می‌دانست، وی را مکلف به ابراز عذرخواهی از بیمار می‌کرد. بعد از اجرای این سیستم در سال ۱۹۸۷، بیمارستان از به حداقل رسیدن هزینه برای جبران خطای پزشکی نسبت به بیمارستان‌های دیگر خبر داد. به همین شکل در مرکز کودکان «جان هاپکینز»، مطابق یک سیاستگذاری در سال ۲۰۰۱، پزشکان را ترغیب کرد که خطاها را افشا و سپس عذرخواهی کنند که در پی آن مقامات بیمارستان کاهش ۳۰ درصدی طرح دعاوی را نسبت به اشتباهات پزشکی تخمین زدند (۹۷). نکته‌ای که حائز اهمیت است و باید بدان اشاره کرد، عبارت است از آنکه عذرخواهی پزشک به تنهایی سبب ایجاد مسئولیت و احراز تقصیر برای وی نمی‌گردد، بلکه عذرخواهی تنها یک اماره بر تقصیر پزشک است، بلکه مطابق قاعده، بیمار باید چهار عنصر قانونی مربوطه را اثبات کند (۹۷، ۱۲).

جبران خسارات معنوی ناشی از معالجات پزشکی به روش نمادین

این روش معمولاً در جایی به کار می‌رود که زیان دیده بخواهد ثابت کند که لطمه‌های روحی وارده به او را با پول نمی‌توان جبران کرد یا در مواردی که خطای ناشی از معالجات پزشکی، زیان اندکی را به زیان دیده وارد کرده است (۹۸). هم‌چنانکه قبلاً اشاره شد در حقوق بسیاری از کشورها، اثبات آگاهی زیان دیده (Consciousness) به رنج و دردی که بدان مبتلاست، برای جبران خسارات معنوی وی ضروری است. در این خصوص، نظام حقوقی تعدادی از کشورها از جمله آمریکا، بلژیک و هلند، برای بیمار ناآگاه، شیوه جبران با پرداخت سمبلیک مال را برگزیده‌اند (۲۳). در این روش معمولاً پزشک به کم‌ترین مقدار واحد پولی یعنی یک دلار یا یک پوند محکوم می‌شود. در حقیقت آنچه برای خواهان موضوعیت دارد، صدور حکم به لزوم جبران خسارت معنوی است و صرف صدور حکم به جبران خسارت معنوی برای او ارزش حقوقی و اجتماعی دارد (۹۹). «روش نمادین و اسمی» از جمله روش‌های مؤثر

در جبران خسارت معنوی ناشی از معالجات پزشکی است. این روش در حقوق ایران مورد توجه قرار نگرفته است که به نظر می‌رسد بایستی قانونگذار با تصریح خویش بر جایگاه این روش در جبران خسارت معنوی تأکید کند و رویه قضایی نیز به آن اهتمام ورزد، اگرچه قانونگذار ق.م.م طبق ماده ۳ آن، قاضی را واجد اختیار لازم در اعمال روش جبران دانسته است، اما برخی معتقدند در صورت عدم تقاضای زیان‌دیده، قاضی نتواند رأساً به جبران اسمی و نمادین خسارت معنوی حکم کند (۹۸).

نتیجه‌گیری

به منظور نتیجه‌گیری از مقارنه رویکرد حقوق ایران و آمریکا در قبال اشتباهات پزشکی، استنباط وجوه افتراق و اشتراک حقوق این دو کشور در این خصوص اجتناب‌ناپذیر است. پذیرش نظریه تقصیر به عنوان مبنای مسئولیت مدنی پزشک در معالجات پزشکی ضروری را باید تنها وجه اشتراک حقوق دو کشور در این زمینه دانست. به رغم وجود چنین نقطه اشتراکی، در خصوص مصادیق، شیوه ارزیابی و نیز طرق جبران خسارات معنوی اختلافات بنیادینی میان حقوق ایران و آمریکا وجود دارد. در خصوص مصادیق، چنانکه گذشت ق.آ.د.ک ایران، صدمات روحی یا هتک حیثیت و اعتبار شخصی، خانوادگی یا اجتماعی را به عنوان خسارت به حساب آورده است حال آنکه در حقوق آمریکا، افزون بر موارد پیش‌گفته، مواردی چون درد و رنج، از دست‌دادن لذت‌های زندگی، از دست‌دادن «کنسرسيوم»، تغییر شکل ظاهری بدن انسان، غم و رنج ناشی از مرگ وی برای نزدیکانش و از دست‌دادن امکان تربیت و مراقبت والدین برای فرزند نیز در زمره زیان‌های معنوی به شمار می‌آیند. در واقع، اگرچه زیان‌های احساسی در حقوق ایران مفهومی بسیار گسترده دارد، لیکن نمی‌توان آن را شامل تمامی مصادیق پیش‌گفته در حقوق آمریکا دانست. از نظر شیوه ارزیابی نیز در حقوق ایران، ارزیابی خسارات اصولاً به عهده دادگاه و دادرس آن است که به کمک نظریه کارشناسان و بر پایه مدارک ارائه‌شده توسط زیان‌دیده به این امر مبادرت می‌ورزند، ولی در حقوق آمریکا ارزیابی خسارات وارده و به ویژه خسارات معنوی به هیأت‌منصفه سپرده شده است. با این حال، می‌توان مهم‌ترین وجه افتراق سیستم حقوقی ایران و آمریکا در خصوص خسارات معنوی ناشی از اشتباهات پزشکی را در روش‌های پیش‌بینی‌شده برای جبران این نوع خسارات جستجو کرد، چه در حقوق ایران،

قانونگذار دیه تعیین شده برای صدمات بدنی را برای جبران کلیه خسارات اعم از معنوی و مادی کافی دانسته، لذا جبران مالی خسارات معنوی را منع کرده است، حال آنکه در حقوق آمریکا، جبران مالی، روش اصلی و غالب جبران خسارات معنوی به شمار می‌آید تا جایی که تعیین مبالغ سنگین توسط هیأت منصفه، قانونگذاران بسیاری از ایالات را بر آن داشته تا با اتخاذ تدابیری اصلاحی به ویژه تعیین سقف قانونی برای خسارات معنوی ناشی از اشتباهات پزشکی با این پدیده و پیامدهای مربوط به آن مقابله نمایند.

بر اساس آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد طرح جبران مالی خسارات معنوی در حقوق ایران مشابه آنچه در حقوق آمریکا وجود دارد، گام بلندی در جهت احقاق حقوق زیان دیده محسوب می‌شود. تعیین مبلغی ثابت به عنوان دیه برای کلیه خسارات بدنی وارده به فرد، صرف نظر از وضعیت و شرایط وی و به خصوص آثار روانی چنین صدمه‌ای با موازین عدالت همخوانی ندارد. همچنین با توجه به تنوع و طیف گسترده آسیب‌های روانی مرتبط با خسارات بدنی، توسعه دامنه مصادیق خسارات معنوی در حقوق ایران می‌تواند بسیار کارساز باشد. به علاوه، در حقوق پزشکی آمریکا، با وجود کلیه کاستی‌ها، نوعی پویایی و تلاش مداوم برای بهبود هرچه بیشتر این سیستم و اصلاح آن به چشم می‌آید. با ملاحظه آرای صادره توسط دادگاه‌ها و نیز تدابیر اصلاحی قانونگذار این کشور، تکاپوی فراوانی در جهت ایجاد تعادل میان منافع اشخاص حاضر در فرآیند درمان اعم از بیمار، سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی، پزشک و سازمان‌های بیمه قابل استنباط است، در حالی که حقوق پزشکی ایران به سبب فقدان استقلال و تخصصی نبودن، پویایی و تحرک مورد نیاز را ندارد. بر این اساس، تخصصی‌شدن اصول و قوانین ناظر بر حقوق پزشکی در سیستم حقوقی ایران، مسیر نیل به هدف والای عدالت در این زمینه را هموارتر خواهد ساخت.

References

1. Delavari MH. Civil liability at result disclosure of medical secrets in Iranian law and common law. 1th ed. Tehran: Law Publication; 2014. p.30. [Persian]
2. Doshmangir L, Sari AA. Look at the amount, nature and causes of unwanted events and medical errors in Iran and the world. Hospital Journal 2008; 18(12): 45-48. [Persian]
3. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N. Engl. J. Med 1991; 324(6): 370-376. [English]
4. Abbasi M, Ahmadi A. Orthopedic surgery and responsibilities caused by it in the legal system of Iran. Medical Law Journal 2013; 7(26): 14-39. [Persian]
5. Sadooghi F, Ahmadi M, Moghadasi H, Sheykhtaheri A. Patient safety information system: objectives, structure and tasks. Mazandaran University of Medical Sciences Journal 2011; 21(85): 174-188. [Persian]
6. Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. N. Engl. J. Med 1991; 324(6): 377-384. [English]
7. Anderson JG, Abrahamson K. Your Health Care May Kill You: Medical Errors. Ios Press Journal 2017; 234(2): 13-17. [English]
8. Safaie SH, Zakerinia H. A Comparative study of compensation in non-contractual civil liability. Civil Law Studies Journal 2015; 9(2): 265-283. [Persian]
9. Kritzer HK, Liu G. An Exploration of "Non-economic" Damages in Civil Jury Awards. William and Mary Law Review 2014; 971(55): 973-1022. [English]
10. Mohamadi P, Moradpoorshad A, Mobin H. The Impact of the criminal procedure code of 1392 on the possibility of claim for moral damages and non-benefits in the Iranian legal system. Research Civil Law Journal 2018; 6(24): 65-94. [Persian]

11. Safaie SH, Rahimi HA. Civil liability. 5th ed. Tehran: Samt Publication; 2013. p.130. [Persian]
12. Sonny Bal B. An Introduction to Medical Malpractice in the United States. Springer 2009; 467(2): 339-347. [English]
13. Abdolrahman M. Mojma al-Mustalahat and al-Alfaz al-Faqhia. 1st ed. Qahirh: Dar al-Fadila; No Date. Vol.2 p.27. [Arabic]
14. Farahidi KH. Kitab al-Eayn. 2nd ed. Qom: Hejrat Publication; 1990. Vol.4 p.195. [Arabic]
15. Humiri N. Shams al-Eulum and diwa kalam al-Earab min al-Kulum. 1st ed. Bayrut: Dar al-Fikr al-Mueasir; 2000. Vol.3 p.1797. [Arabic]
16. Tarihi F. Majmae al-Bahrayn. 3rd ed. Tehran: Ketabfrooshi Mortazavi; 1996. Vol.4 p.406. [Arabic]
17. Johari E. Al-Sahah - Taj al-Lughat and Sahah al-Earabia. 1st ed. Bayrut: Dar al-Eilm Lilmalayin; 1990. Vol.2 p.645. [Arabic]
18. Abn Manzur A. Lisan al-Earab. 3rd ed. Beyrut: Dar al-Fikr Liltibaeat and al-Nashr and al-Tawzie- Dar Sadir; 1994. Vol.4 p.238. [Arabic]
19. Hoseynizobeydi SMM. Taj al-Eurus min jawahir al-qamws. 1st ed. Beyrut: Dar al-Fikr Liltibaeat and al-Nashr and al-Tawzie; 1994. Vol.6 p.343. [Arabic]
20. Hashemi Shahroodi SM. The culture of fiqh according to the religion of the ahlul bayt ealayhimaal-salam. 1st ed. Qom: Dayirat al-Maearif Fiqh Aslama on Mazhab Ahl Bayt Ealayhimaal-Salam: 2005. Vol.3 p.342. [Persian]
21. Toopa Ebrahimi SH. An introduction to moral damages in Iranian law. 1st ed. Tehran: Works of Thought Publication; 2009. p.31. [Persian]
22. Kazemi M, Roshan M, Roozbahani S. Civil liability of moral damage caused by AIDS and hepatitis which are transmitted by infected blood through, looking at the case called hemophilia. Medical Law Journal 2014; 8(30): 147-180. [Persian]
23. Comande G. Towards a Global Model for Adjudicating Personal Injury Damages: Bridging Europe and the United States. Temple International and Comparative Law Journal 2005; 2(19): 241-348. [English]

24. Willinger v Mercy Catholic Medical Center (1978) 393 A.2d 1188. Available at: <https://www.casetext.com/case/gale-v-mercy-catholic-medical-center>. Accessed May 4, 2019. [English]
25. Moghaddasi MB, Yazdani J. The Role of Doctors in the pre-Trial. Medical Law Journal 2019; 13(48): 65-90. [Persian]
26. Maki Ameli M (Shahid Aval). Ghayat almurad fi sharah nakt al-Irshad. 1st ed. Qom: Daftar Tablighat Aslamaa Hawzah Eilmayh Qom; 1994. Vol.4 p.447-449. [Arabic]
27. Ameli ZA (Shahid Sani). Al-Rozat al-Bahiat fi sharah al-Lumeat al-dumashqia. 1st ed. Qom: Davari Book Store; 1990. Vol.10 p.110-111. [Arabic]
28. Esfehiani BA (Fazel Hendi). Kushif al-Litham and al-Iibham Ean Qawaeid al-Ahkam. 1st ed. Qom: Islamic Publication Office Dependent on Community Mudrisin Hawzah Eilmayh Qom; 1996. Vol.11 p.245. [Arabic]
29. Aghakhani N, cheraghi R, Zarei A, Alinejad V, Nazemi N, Rahbar N, et al. Study of causes of health providers Malpractices in records referred to forensic Medicine Organization in Urmia during 2009-2013. Medical Law Journal 2017; 11(42): 83-100. [Persian]
30. Hajinoori QR. Comparative theory on meaning of yardstick of physician's fault. Research Civil Law Journal 2015; 108(7): 10-35. [Persian]
31. Meghdadi MM. Thinking on civil liability of physician. Humanities and Social Sciences of North Journal 2005; 11(42): 45-66. [Persian]
32. Spencer Ley N, Sturgess J. Medical Negligence and complaints. London: Oxford University Press; 2018. p.1-23. [English]
33. Movahedi Lankarani MF. Jamie al-Masayil. 11th ed. Qom: Amir Qalam Publication; No Date. Vol.2 p.458. [Persian]
34. Salmani M, Taghizadeh I, Saei MH. The place of fault on the civil liability of the physicians and its comparison with the general rule of civil liability in jurisprudence and law of Iran. Medical Law Journal 2019; 13(48): 185-207. [Persian]
35. Safaie SH. The basis of civil liability of the physician by looking at the new bill of the Islamic penal code. Judicial Law Views Quarterly Journal 2012; 17(58): 141-156. [Persian]

36. Feizkashani MM. Mafatih al-Sharaye. 1st ed. Qom: Ayatollah Marashi Najafi Library Publication; No Date. Vol.2 p.116. [Arabic]
37. Tabatabaie SA. Riyadh al-Masail. 1st ed. Qom: Al-Albat Institute; 1997. Vol.16 p.374-375. [Arabic]
38. Ardebili A. Majmae al-Fayidat and al-Burhan fi Sharah Irshad al-Azhan. 1st ed. Qom: Islamic Publication Office Dependent on Community Mudrisin Hawzah Eilmayh Qom; 1983. Vol.14 p.223. [Arabic]
39. Salehi HR, Fallah MR, Abbasi M. Nature of medical obligation in the light of comparative study. Medical Law Journal 2010; 4(14): 132-152. [Persian]
40. Baqeripour M, Khazaei AR. Principles of Physician responsibility in jurisprudence and Iran law: Analysis of article 495 of Islamic penal code. Medical Law Journal 2019; 13(48): 49-64. [Persian]
41. Nikfarjam Z. Moral compensation in figh and law. Figh Principles of Islamic Law Journal 2013; 6(11): 105-127. [Persian]
42. The Holy Quran. Hajarat: 11-13; Nesa: 19-29. [Arabic]
43. Katoozian N. Civil liability. 8th ed. Tehran: Tehran University Publication; 2007. p.211-379. [Persian]
44. Beever A. The Standard of Care. London: Hart Publishing; 2007. p.73-114. [English]
45. Shakespeare W. Definition of Malpractice. Negligence Journal 2008; 324(4): 17-34. [English]
46. Asghari F, Yavari N. Expression of medical error. Diabetes and Lipid of Iran Journal 2005; 5(1): 25-35. [Persian]
47. Salehi HR. Civil liability of treatment process. 1st ed. Tehran: Mizan Publication; 2014. p.214. [Persian]
48. Fletcher P, Anuj K. Understanding diagnostic errore. Hospital Medicine Clinics 2013; 324(2): 292-303. [English]
49. Farzi S, Farzi S, Alimohammadi N, Moladoost A. Medication errors by the intensive care units nurses and the Preventive Strategies. Journal of Anesthesiology and Pain 2016; 6(2): 33-45. [Persian]

50. Wittich CM, Brukle CM, Lainer WL, Medication errors: An overview for clinicals. Mayo Clinic Proceedings 2014; 89(8): 1116-1125. [English]
51. Revelas A. Healthcare - associated infections: A public health problem. Niger Med J 2012; 53(2): 59-64. [English]
52. Askarian M, Yadollahi M, Assadian O. Point prevalence and risk factors of hospital acquired infections in a cluster of university-affiliated hospitals in Shiraz, Iran. J Infect Public Health 2012; 5(2): 169-176. [English]
53. Javid M, Shahcheraghi GH, Lahiji F, Ahmadi A. Remember your Last Wrong- Site Surgery? Are You Prepared to Share Your Wrong Doing?. Iranian Journal of Orthopaedic Surgery 2014; 12(1): 1-5. [Persian]
54. Fabri PJ, Zayas-Castro JL. Human error, not communication and systems, underlies surgical complications. Surgery Journal 2008; 144(4): 557-565. [English]
55. Singh H, Giardina TD, Meyer D, Forjuoh SN, Reis MD, Thomas EJ. Types and origins of diagnostic errors in primary care settings. Jama Intern Med 2013; 173(6): 418-425. [English]
56. Hopper v Lopez. 2010. No.05L-10747, Cook Cnty. Jury Verdict Rptr. Available at: https://www.scholarship.law.umn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=faculty_articles. Last Seen May 7, 2019. [English]
57. Graber ML, Franklin N, Gordon R. Diagnostic error in internal medicine. Arch Intern Med 2005; 165(13): 1493-1499. [English]
58. Khayamnia M, Yazdchi MR, Heidari A, Foroughipour M. Fuzzy expert system for medical diagnosis of common headaches. Medical Journal of Mashhad 2016; 59(5): 293-301. [Persian]
59. Graber M, Gordon R, Franklin N. Reducing diagnostic errors in medicine: What's the goal? Acad Med Journal 2002; 77(10): 981-992. [English]
60. Pettway v Advocate trinity hospital. 2010. No.07L-8318, Cook Cnty. Jury Verdict Rptr. Available at: https://www.scholarship.law.umn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=faculty_articles. Accessed May 8, 2019. [English]
61. Aronson JK, Ferner RE. Clarification of terminology in drug safety. Drug Saf Journal 2005; 28(10): 851-870. [English]

62. Bates DW, Boyle DL, Vander V, Schneider J, Leape L. Relationship between medication errors and adverse drug events. *J Gen Intern Med* 1995; 10(4): 199-205. [English]
63. Hosseinzadeh M, Ezate Aghajari P, Mahdavi N. Reasons of Nurses Medication Errors and Perspectives of Nurses on Barriers of Error Reporting. *Journal of Hayat* 2012; 18(2): 66-75. [Persian]
64. Samadbeik M, Ahmadi M. Electronic Prescription System: Concepts and Standards. *Health Inf Manage* 2013; 6(2): 312-324. [Persian]
65. Klevens RM, Edwards JR, Richards CL. Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals, 2002. *Public Health Rep* 2007; 122(2): 160-166. [English]
66. Danasekaran R, Mani G, Annadurai K. Prevention of healthcare-associated infections: protecting patients, saving lives. *Int J Community Med Public Health* 2014; 1(1): 67-68. [English]
67. Petre v Kucich. 2005. No.02L-14506, Cook Cnty. Jury Verdict Rptr. Available at: https://www.scholarship.law.umn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=faculty_articles. Accessed June 3, 2019. [English]
68. Samyari F. Responsibilities and obligations of the surgical team. *Medical Law Journal* 2007; 1(2): 85-106. [Persian]
69. Reilly JO. An eye for an eye: Foresight on remedies for Lasik surgery's problems. *University of Cincinnati Law Review* 2002; 74(2): 540-561. [English]
70. Walters v. Hitchcock. 1985. 237kan.31. Available at: <https://www.casetext.com/case/walters-v-hitchcock>. Accessed June 14, 2019. [English]
71. Mir Mohammad Sadeghi H. Crimes against individuals. 12th ed. Tehran: Mizan Publication; 2013. p.133-134. [Persian]
72. Khaleghi A. Notes in the code of criminal procedure. 5th ed. Tehran: The SD Institute of Law Research and Study; 2016. p.38. [Persian]
73. Sharkey CM. Unintended Consequences of Medical Malpractice Damages Caps. *New York University Law Review* 2005; 80(2): 391-504. [English]

74. Mello MM, Studdert DM. The Medical Malpractice System Structure and Performance at Medical Malpractice and the U.S. Health Care System. London: Cambridge University Press; 2006. p.11-30. [English]
75. Allen JH, Roselle W, Michael JS. Multidimensional Perceptions of Illness and Injury. Current Res. Soc. Psychol 1997; 2(30): 30-37. [English]
76. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, Errors and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation. New England Journal of Medicine 2006; 354(19): 2024-2033. [English]
77. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and Types of Adverse Events and Negligent Care in Utah and Colorado. Medical Care 2000; 38(3): 261-271. [English]
78. Kessler DP. Evaluating the Medical Malpractice System and Options for Reform. The Journal of Economic Perspectives 2011; 25(2): 93-110. [English]
79. Sage WM. Malpractice Reform as a Health Policy Problem, at Medical Malpractice and the U.S. Health Care System. London: Cambridge University Press; 2006. p.30-53. [English]
80. Kilgore ML, Morrissey MA, Nelson LJ. Tort Law and Medical Malpractice. Inquiry 2006; 43(3): 255-270. [English]
81. Movahedi lankarani MF. Sentences of physicians and patients. 1st ed. Qom: Fighhi Center of Aymih Aithar Ealayhimaal-Salam; 2006. p.186. [Persian]
82. Sharkey CM. Caps and the Construction of Damages in Medical Malpractice Cases. London: Cambridge University Press; 2006. p.154-172. [English]
83. Tabrizi J. New aistiftaat. 1st ed. Qom: Sorur Publication; No Date. Vol.2 p.228. [Persian]
84. Hedayati Mahboub A, Asadi MH. Critical to Article 14 of the criminal procedure code. Civil Law Research 2019; 7(26): 10-35. [Persian]
85. Allen RJ, Brunet A, Roth SS. An External Perspective on the Nature of Noneconomic Compensatory Damages and Their Regulation. DePaul Law Review 2007; 56(4): 1249-1278. [English]

86. Kingjr JH. Pain and Suffering, Noneconomic Damages and the Goals of Tort Law. *Smu Law Review* 2004; 57(1): 163-208. [English]
87. Daniel W. Shuman. The Psychology of Compensation Law. *U. KAN. L. REV* 1994; 43(1): 39-45. [English]
88. Vidmar N. Making inferences about jury behavior from jury verdict statistics: Cautions about the Loreleis Lied. *Law and Human Behavior* 1994; 18(6): 599-617. [English]
89. Vidmar N, Rice JJ. Assessment of Noneconomic Awards in Medical Negligence Comparison of Jurors with Legal Professionals. *Iowa Law Review* 1993; 78(6): 883-903. [English]
90. Glassman AD. The imposition of federal caps in medical malpractice liability actions: will they cure the current crisis in health care?. *Akron Law Review* 2004; 37(3): 417-468. [English]
91. Odom L. The ethics of capping non-economic damages to control rising healthcare costs. *Leadership Health Services* 2005; 18(3): 1-11. [English]
92. Gfell KJ. The Constitutional and Economic Implications of a National Cap on Non-Economic Damages in Medical Malpractice Actions. *Indiana Law Review* 2004; 37(3): 773-809. [English]
93. Cook v Stanford Health Servs. 2003. No. Civ. 324905. Available at: https://www.fodsupport.org/pdf/jury_awards.pdf. Accessed June 21, 2019. [English]
94. Kessler DP, McClellan MB. Malpractice Law and Health Care Reform: Optimal Liability Policy in an Era of Managed Care. *Journal of Public Economics* 2002; 84(2): 175-197. [English]
95. Qomi M (Sheikh Saduq). *Man Layahzoruh al-Faqyh*. 1st ed. Tehran: Saduq Publication; 1989. Vol.5 p.320. [Arabic]
96. Jennifer K, Robbennolt JK. Apologies and Medical Error. *The Association of Bone and Joint Surgeons* 2009; 467(2): 376-382. [English]
97. Perlmutter M. Physician Apologies and General Admissions of Fault: Amending the Federal Rules of Evidence. *Ohio State Law Journal* 2011; 72(3): 687-722. [English]
98. Moradzadeh H, Razavi FS. Moral compensation Techniques in Couples lives. *Nedaie Sadeq* 2016; 21(64): 5-30. [Persian]

99. Soltaninejad HA. Civil Liability for Moral Damages. 1st ed. Tehran: Nour al-Saqalein; 2001. p.125. [Persian]