

مسئولیت تیم پزشکی در اعمال جراحی

محمود عباسی *

چکیده:

این پرسش مطرح است که چنانچه در نتیجه عمل جراحی اقدامات درمانی تیم پزشکی صدمه‌ای به بیمار وارد یا منجر به مرگ وی شود مسئولیت آن را به چه کسی می‌توان نسبت داد؟ آیا جراح که سرپرستی تیم پزشکی را بر عهده دارد مسئول تلقی می‌شود و سایر اعضای تیم پزشکی به این اعتبار که از نظر جراح تبعیت می‌کنند مسئولیتی در قبال اعمال خویش بر عهده ندارند یا اینکه مسئولیت جراح در سرپرستی تیم پزشکی نافی مسئولیت ناشی از خطاهای ارتكابی زيردستان و سایر اعضای تیم و همکاران جراح در تیم پزشکی نیست؟ در این خصوص تنوریهای مختلفی مطرح شده است که «تنوری مصونیت خیرخواهانه»، «تنوری مسئولیت کارفرما»، «تنوری مسئولیت مشترک»، «تنوری ناخدای کشتی» و «تنوری مسئولیت قانونی» از جمله آنهاست.

واژگان کلیدی:

تیم پزشکی، مسئولیت پزشکی، عمل جراحی، قصور پزشکی، مؤسسه پزشکی.

* دکتر حقوق پزشکی و عضو هیئت علمی دانشگاه شهید بهشتی.

مقدمه

در گذشته، جراح به تنهایی به عمل جراحی می پرداخت و چنانچه اقدامات او منجر به ایراد صدمه یا مرگ بیمار می شد، تنها کسی بود که می توانست مسئول تلقی شود. اما امروزه با تحولات اساسی ای که به تدریج در اعمال جراحی ایجاد شده افراد مختلفی چون متخصص بیهوشی، دستیار، پرستار، تکنسین اطاق عمل و بعضاً مدیر مؤسسه پزشکی به عنوان همکاران جراح در عملیات جراحی شرکت دارند. در نتیجه، در صورت بروز حادثه ای، اظهار نظر در خصوص مسئولیت اعضای تیم پزشکی بسیار دشوار می شود. زیرا از این لحظه به بعد با توجه به اینکه عمل جراحی ماهیت گروهی پیدا کرده است این سؤال مطرح می شود که در صورت بروز مرگ بیمار یا ایراد صدمه ای به او، مسئولیت آن را به چه کسی باید نسبت داد؟ آیا متخصص بیهوشی و سایر اعضای تیم پزشکی با توجه به اینکه، از نظر جراح که سرپرستی تیم را بر عهده دارد تبعیت می کنند مسئولیتی در قبال اعمال خویش بر عهده ندارند یا اینکه مسئولیت جراح در سرپرستی تیم پزشکی نافی مسئولیت ناشی از خطاهای ارتكابی سایر اعضا و همکاران جراح در تیم پزشکی نیست؟

در رابطه پزشک و بیمار و تبیین ماهیت تعهد پزشک، اصل بر مسئولیت قراردادی است و در احراز مسئولیت ناشی از خطای پزشکی، ابتدا باید مفاد قرارداد منعقد شده را ملاک عمل قرار داد؛ بنابراین در صورت وجود قرارداد، مبنای مسئولیت، مفاد قرارداد منعقد شده بین پزشک و بیمار است. اما در مسئولیت قهری که مرجع آن قرارداد نیست در مواردی پزشک، مسئول خطای زیردستان خویش خواهد بود، در حالی که در حقوق جزا با توجه به اصل شخصی بودن جرائم و مجازاتها به سختی می توان پذیرفت که کسی به لحاظ ارتكاب جرم از ناحیه دیگری مجازات شود.

با این توضیح در پاسخ به سؤالاتی که پیش روی ماست نظریه‌ها و تئوریهای مختلفی ابراز شده است که «تئوری مصونیت خیرخواهانه»، «تئوری مسئولیت کارفرما»، «تئوری مسئولیت مشترک»، «تئوری ناخدای کشتی» و «تئوری مسئولیت قانونی» از آن جمله‌اند؛ که از میان این تئوریها، دو نظریه بیشتر قابل دفاع به نظر می‌رسد.

یکی این دیدگاه که مسئولیت ناشی از اعمال همکاران و زیردستان جراح در تیم پزشکی را متوجه جراح می‌داند و بر این فرض استوار است که ما نمی‌توانیم مسئولیت سرپرست تیم جراحی را از مسئولیت متخصص بیهوشی و سایر همکارانش تفکیک کنیم، زیرا آنها در یک تیم پزشکی به عنوان اعضای تشکیل دهنده آن تیم با هم مشارکت می‌کنند و در این میان جراح، رهبری تیم پزشکی را بر عهده دارد. دیدگاهی که به «تئوری ناخدای کشتی» موسوم است. دیدگاه دوم اینکه وقتی چند نفر در یک تیم پزشکی با هم همکاری می‌کنند هر یک مسئولیت اعمال خویش را بر عهده دارند؛ زیرا هر کدام دارای صلاحیت مداخله در امور پزشکی اند و سهمی مستقل از دیگران در عمل خویش دارند. دیدگاهی که امروزه در چهارچوب «تئوری مسئولیت قانونی» مورد مطالعه قرار می‌گیرد.

دیدگاه اول منطقی تر به نظر می‌رسد، ولی دیدگاه دوم، با شرایط جدید بیشتر انطباق دارد. طبیعتاً در وهله نخست این گونه به نظر می‌رسد که جراح به عنوان رهبر تیم پزشکی مسئولیت سنگین تری هم بر دوش دارد و در دیدگاه دوم این نکته قابل توجه است که هر اقدامی در چهارچوب منافع خاص بیمار تعریف می‌شود، در نتیجه مشارکت توأم با مشاوره، مبنای معالجه و مراقبت از بیمار است. به هر حال در صورتی که هر یک از این دو دیدگاه را مبنای مسئولیت تیم پزشکی قرار دهیم، باید به این سؤال اساسی پاسخی روشن داد که در تیم

پزشکی آیا جراح به عنوان سرپرست تیم پزشکی به تنهایی مسئول تلقی می‌شود یا همکاران وی نیز مسئول به شمار می‌آیند؟ در پاسخ به این پرسش ابتدا به تشریح تئوریهای مسئولیت پزشکی خواهیم پرداخت و سپس مسئولیت متخصص جراحی و همکاران جراح را مورد مطالعه قرار می‌دهیم.

بخش اول: تئوریهای مسئولیت پزشکی

مبحث اول: تئوری مصونیت خیرخواهانه

از نظر تاریخی، بیمارستانها مسئول اعمال کارکنان خود شناخته نمی‌شدند. این مسئله از نظریه «تئوری مصونیت خیرخواهانه» نشئت می‌گیرد. اساس این نظریه، این اعتقاد بود که بیمارستانها، بیماران را از مراقبتهای خیرخواهانه خود بهره‌مند می‌کنند، بنابراین یک سازمان خیریه از قبیل بیمارستان تحت پی‌گرد قانونی قرار نخواهد گرفت. این تئوری تا قبل از گسترش بیمه‌های خدمات درمانی؛ یعنی حدوداً دهه پنجاه میلادی رواج داشت. از نیمه قرن بیستم به بعد که بیمارستانها از خط نامرئی ارائه مراقبتهای خیریه به سوی وضعیت یک سازمان تجاری عبور کردند، کم‌کم روشن شد که این نظریه به نفع بیماران نیست. [۲۷: ۵]

مبحث دوم: تئوری مسئولیت کارفرما

تئوری دیگری که در رابطه پزشک و بیمار مطرح شده است، «تئوری مسئولیت کارفرما» است. مفهوم این تئوری آن است که کارفرما مسئول اعمال کارکنان خویش است. در اینجا مسئولیت کارفرما تقریباً یک مسئولیت غیرارادی است و بر این فرض استوار است که همواره دفاع از کارکنان بیمارستان، به نفع بیمارستان است. در هیچ‌یک از دیگر زمینه‌های حقوقی، به اندازه پرسنل درمانی و پرستاران این نظریه کاربرد نیافته است.

به تدریج اختلافاتی در زمینه دعای حقوقی مطرح شد و با تفکیک اعمال پرسنل درمانی به اداری و پزشکی، این فرضیه مطرح شد که چنانچه پرسنل درمانی عملی انجام داده باشند که جزء معیارهای پزشکی قرار گیرد، مسئولیت آن متوجه پزشک و اگر بتوان عمل را اداری تلقی کرد، مسئولیت آن بر عهده بیمارستان خواهد بود.

سؤال این بود که فعل پرسنل درمانی، پزشکی است یا اداری؟ که سرانجام در سال ۱۹۵۷ این روش ارزیابی به عنوان یک سیستم ساختگی در تقسیم بندی عملکرد پرستاران و کادر درمانی شناخته شد و کاربرد امور پزشکی در مقابل امور اداری و تفکیک آنها ممنوع اعلام گردید. [۵: ۳۰]

مبحث سوم: تئوری ناخدای کشتی

«تئوری ناخدای کشتی» تئوری دیگری است که بر اساس مفهوم مسئولیت کارفرما بنا شده است. این تئوری مسئولیت اعمال هر فردی را که در اتاق عمل کار می‌کرد بر عهده جراح می‌نهاد ولی باید دانست که پزشکان معمولاً از جانب بیمارستان استخدام نمی‌شوند بلکه منتخب گروه پزشکی هستند.

تئوری مسئولیت ناخدای کشتی، هرگونه فعل کارکنان بیمارستان را مادامی که تحت نظارت جراح کار می‌کنند از بیمارستان سلب می‌کند. بر اساس نظر دادگاهها، کارکنان بیمارستان، «کارکنان فرضی» پزشک محسوب می‌شوند. [۲: ۳۳]

فرضیه ناخدای کشتی مسئولیت رادرورای دیوارهای اتاق عمل نیز بر عهده جراح می‌نهد و پزشک حق دارد تصور کند که کارکنان بیمارستان صلاحیت پیگیری فرامین منطقی وی را دارند، زیرا نمی‌توان از پزشک انتظار داشت تا پیوسته بر بالین بیمار حاضر باشد و از او مراقبت کند. امروزه با توجه به ارتقای نقش و مسئولیت پرستاران و دیگر کادر درمانی در نظام ارائه خدمات درمانی، و

تکامل «تئوری مسئولیت قانونی» تمسک به تئوریهای قبلی در انطباق با تعیین میزان مسئولیت همکاران جراح در تیم پزشکی کم‌رنگ شده که بازتاب دقیق تری از وضعیت کنونی مسئولیت را به نمایش می‌گذارد. [۱۳۳: ۴]

مبحث چهارم: تئوری مسئولیت قانونی

تئوری دیگری که امروزه در حال تکامل است و بازتاب دقیق تری از وضعیت کنونی مسئولیت مشترک جراح و همکارانش در تیم پزشکی را به نمایش می‌گذارد «تئوری مسئولیت قانونی» است بدین معنی که شخص حقوقی جدا از وظیفه‌ای که به عنوان کارفرما بر عهده دارد مؤظف است تا مطمئن باشد که بیماران از مراقبتهای مناسب برخوردار می‌شوند. برای مثال، بیمارستان محلی نیست که بیمار با ورود به آن تحت مراقبت افراد دیگر قرار گیرد؛ بیمارستان مکانی است جهت ارائه خدمات بهداشتی و درمانی و در نتیجه از مسئولیت قانونی ویژه خود برخوردار است. بنابراین حفظ اموال بیمارستان، خطرات زیست محیطی، ناکامی در ایجاد و اجرای سیاستهای درست، نیاز به انواع و مقادیر مناسب تجهیزات، به علاوه مسئولیت بیمارستان در قبال اعمال پزشکی که جزء گروه پزشکان بیمارستان محسوب می‌شوند و کارمند آن تلقی نمی‌شوند، از جمله مواردی است که در قلمرو «تئوری مسئولیت قانونی» مورد مطالعه قرار می‌گیرد.

به عنوان مثال، مفهوم مسئولیت قانونی برای پرستار، عبارت است از وظیفه پرستار در ابلاغ و ایجاد ارتباط با بخشهای مختلف بیمارستان. تمامی موارد مسئولیت که بر هیئت بیمارستانی تحمیل می‌شود شرایطی است که در سطح واحد بالینی روی می‌دهد. چنانچه مسئله، کمبود تعداد کارکنان، فقدان تجهیزات کافی، یا عدم صلاحیت پزشک باشد، پرستار ملزم به گزارش این شرایط به سرپرست خود است. عدم ابلاغ پیوسته و مرتب این موارد می‌تواند

سبب تحمیل مسئولیت بر پرستار شود. اما ابلاغ و گزارش این شرایط، پرستار را از مسئولیت قانونی فردی مبرا می‌سازد.

فرضیه اصلی «تئوری مسئولیت قانونی» بر این اندیشه استوار است که هر فرد از مسئولیت مستقیم قانونی برخوردار است و تمام کارکنان گروه پزشکی در قبال اعمال خود از یک سطح اولیه مسئولیت برخوردارند، چه این فرد حرفه‌ای باشد، چه غیر حرفه‌ای. اگر فردی که جزء کارکنان است فاقد صلاحیت باشد و سرپرست او مشکل را به درستی حل و فصل نکند، علاوه بر مسئولیت کارمند سرپرست نیز مسئول غیر مستقیم نتیجه عملکرد وی خواهد بود.

در گذشته کارفرما، مسئولیت را به طور مستقیم و تحت «نظریه مسئولیت کارفرما» که بر طبق آن، چنانچه کارمند مسئول شناخته می‌شد کارفرما نیز به طور غیر ارادی مسئول شناخته می‌شد تجربه می‌کرد، اما امروزه کارفرمای حقوقی بر اساس نظریه مسئولیت قانونی، مسئول شناخته می‌شود.

امروزه سرایت مسئولیت پرستار به کارفرمای او از جمله بیمارستان یا درمانگاه ناشی از بسط و گسترش نظریه‌ای است که از آن به عنوان مسئولیت قانونی یاد می‌شود. [۲: ۳۴] ارتقای «تئوری مسئولیت قانونی» نشان‌دهنده افزایش شناختی است که از موقعیت شغلی و حرفه‌ای شاغلین رشته پزشکی به عمل آمده است.

با توجه به مراتب فوق، اینک مسئولیت جراح و همکاران وی در اعمال جراحی را در نظام حقوقی ایران مورد مطالعه قرار می‌دهیم.

بخش دوم: مسئولیت متخصص جراحی

آنچه در وهله نخست به ذهن متبادر می‌شود این است که در واقع بیمار برای معالجه خود به پزشک مراجعه می‌کند و در صورت ضرورت عمل جراحی

پزشک متعهد می‌شود بیمار را معالجه کند، خواه توافق و قرارداد او با بیمار کتبی باشد خواه شفاهی. بنابراین اگر فرد یا افراد دیگری در عمل جراحی، پزشک معالج را یاری می‌دهند، اقدام آنان در چهارچوب تیم جراحی و حول محور اقدامات پزشک معالج معنا می‌یابد. این دیدگاهی است که با عنوان «تئوری ناخدای کشتی» مورد مطالعه قرار می‌گیرد. در اینجا دو فرض قابل توجه و اهمیت است:

اول اینکه، جراح بدون حضور متخصص بیهوشی، مبادرت به عمل جراحی نموده باشد.

و دوم اینکه عمل جراحی با حضور و همکاری متخصص بیهوشی انجام شده باشد.

مبحث اول: عمل جراحی بدون حضور متخصص بیهوشی

این وضعیت که جراح بدون حضور متخصص بیهوشی دست به عمل جراحی بزند قبلاً بسیار شایع و رایج بود اما امروزه نادر و کمیاب است. به هر حال ممکن است یک جراح به هر دلیل، بدون حضور متخصص بیهوشی مبادرت به عمل جراحی نماید. در این صورت آیا مسئولیتی متوجه وی هست یا خیر؟ در اینجا دو حالت قابل تصور است: اول اینکه، عملیات جراحی منجر به مرگ یا ایراد صدمه و خسارتی نسبت به بیمار شود، در این صورت در مسئولیت جراح تردیدی نیست.

به عنوان مثال، یک بیمار شدیداً روانی که قبلاً از بیمارستان روانی فرار کرده است مبادرت به خودکشی می‌نماید، بلافاصله او را به بیمارستان منتقل می‌کنند، پزشک تصمیم می‌گیرد که با شوک الکتریکی و اقدامات احیاگرانه وی را به هوش آورد اما اقدامات وی نتیجه نمی‌دهد و بیمار فوت می‌کند. در اینجا پزشک معالج از متخصص بیهوشی جهت اقدامات احیاگرانه و نجات

بیمار کمک نگرفته است.

قاضی پرونده در رأی خود استدلال می‌کند که اقدامات پزشک معالج در مخاطرات این چنینی کفایت نمی‌کند و پزشک مکلف بوده است از متخصص بیهوشی کمک بگیرد. در نتیجه وی مسئول مرگ بیمار تلقی می‌گردد.^۱

البته باید توجه داشت که باید بین اقدام پزشک و بیماری، رابطه سببیتی وجود داشته باشد، زیرا مورد از موارد اورژانسی است و باید متخصص بیهوشی حاضر باشد.

حال سؤال اینجاست که چنانچه متخصص بیهوشی حضور می‌داشت، آیا شدت حادثه و حالت وخیم بیمار به گونه‌ای بود که حضور متخصص بیهوشی منجر به نجات وی شود یا خیر؟

اگر نظر کارشناسی بر این باشد که حضور متخصص بیهوشی مؤثر در مقام بوده و می‌توانسته باعث نجات جان بیمار شود، در این صورت می‌توان پزشک معالج را مسئول شناخت. نکته دیگر شرایط و وضعیت بیمارستان یا بخش اورژانس است. چنانچه محل بستری، بیمارستان عمومی یا خصوصی بوده است که طبق موازین حرفه‌ای مکلف بوده است همواره متخصص بیهوشی در اختیار داشته باشد، مسئولیت پزشک محرز است و الاً چنانچه کلینیک تخصصی و یا بیمارستان در یک شهر کوچک واقع شده باشد و پزشک معالج، تنها مسئول فنی بیمارستان باشد و موضوع از موارد فوریت‌های پزشکی باشد، مسئولیت پزشک منتفی است. مگر اینکه احراز کنیم پزشک در انجام وظیفه خود مرتکب قصور و سهل‌انگاری شده است. ولی در حالت دوم، هر چند جراح بدون حضور و همکاری متخصص بیهوشی مبادرت به عمل جراحی کرده است، لیکن در صورتی که هیچ‌گونه صدمه یا خسارتی متوجه بیمار نشده باشد

1. L'Arrêt 24 Février 1983 tribunal de paris, Recuille Dalloz, 1984.

مسئولیتی متوجه جراح نیست، زیرا موضوع طرح شده دعوی خصوصی است و جز با شکایت شاکی خصوصی قابل تعقیب نمی باشد.^۲

مبحث دوم: عمل جراحی با همکاری متخصص بیهوشی

اگر بیماری در نتیجه یک حادثه مرگبار، به بیمارستان منتقل شود و مشکل حاد تنفسی و خونریزی مغزی داشته باشد و اقدامات تیم پزشکی نتیجه‌ای به دنبال نداشته باشد و در نهایت بیمار فوت کند آیا مسئولیتی متوجه جراح یا متخصص بیهوشی است؟ پاسخ این پرسش در دو محور ارائه خواهد شد.

۱. درباره اقداماتی که بین جراح و متخصص بیهوشی مشترک است و لازم است توأماً جهت بیهوشی بیمار توان خود را به کار بندند؛ همانند ایست تنفسی ناشی از خونریزی شدید مغزی که باید بلافاصله نسبت به احیای بیمار از طریق اتصال وی به دستگاه تنفسی و گذاشتن لوله تخلیه خونریزی اقدام کرد، طبیعتاً هماهنگی و همکاری تنگاتنگی بین جراح و متخصص بیهوشی لازم است تا منتهی به نتیجه مطلوب شود.

هرچند حال بیمار وخیم گزارش شده باشد اما اگر نظریه کارشناسی بر این نکته تأکید داشته باشد که مرگ بیمار ناشی از بی احتیاطی تیم پزشکی است چنانچه آمیختگی و امتزاج اقدامات احیاگرانه پزشکی به گونه‌ای باشد که نتوان تفکیکی بین وظایف و تعهدات جراح و متخصص بیهوشی ایجاد کرد به استناد ماده ۳۶۵ قانون مجازات اسلامی که مقرر می‌دارد: «هرگاه چند نفر با هم سبب آسیب یا خسارتی شوند به طور تساوی عهده‌دار خسارت خواهند بود.» هر دو مسئول‌اند.

به نظر می‌رسد که در نظام حقوق ایران مواد ۴۲ و ۳۶۵ قانون مجازات اسلامی مبنای «تئوری مسئولیت مشترک» تلقی می‌شود.

۲. ر.ک: عباسی (محمود)، مسئولیت انتظامی پزشکان، جلد دوازدهم سلسله مباحث حقوق پزشکی،

«مردی جوان و سالم در حین بازی فوتبال دچار دررفتگی در ناحیه شانه شد. قرار شد او را تحت عمل جراحی قرار دهند. متخصص بیهوشی، به بیمار داروی بیهوشی تزریق کرد. جراح، بیمار و حتی صورت او را با پارچه پوشاند. بدین ترتیب هنگامی که بیمار در تنفس دچار اشکال شد، پرستار نتوانست صورت او را ببیند. پس از عمل، جراح بدون آنکه از طبیعی بودن تنفس بیمار اطمینان حاصل کند اتاق عمل را ترک کرد. در این هنگام بود که متخصص بیهوشی متوجه شد که تنفس بیمار دچار اشکال شده است. تلاش در جهت ۵۶ احیای بیمار صورت گرفت، اما نتیجه‌ای به دنبال نداشت و بیمار جان باخت.

«یکی از دادگاه‌های آمریکا، بر اساس تئوری ناخدای کشتی، بیمارستان را در قبال اعمال پرستار و جراح و متخصص بیهوشی را بر اساس نظریه مسئولیت مشترک در قبال قصور و سهل انگاری ارتكابی مسئول شناخت.» [۵:۳۲]

به نظر می‌رسد در قضیه فوق، طبق قواعد حاکم بر مسئولیت پزشکی در نظام حقوقی ایران، به استناد ماده ۳۶۵ قانون مجازات اسلامی، «تئوری مسئولیت مشترک» حاکم است و متخصص جراحی و بیهوشی در قبال موضوع مسئولیت تضامنی یا مشترک دارند.

۲. چنانچه بتوان اقدامات جراح و متخصص بیهوشی را از یکدیگر تفکیک کرد، طبیعتاً خطاهایی که در صلاحیت متخصص بیهوشی است مسئولیتش به وی باز می‌گردد و آن دسته از خطاهایی که به جراح باز می‌گردد منتسب به جراح است.

دادگاه پاریس در رأی ۲۴ فوریه ۱۹۸۳ خود این تعهدات را به طور صریح و روشن بیان و تأکید کرده است:

«بیمار تازمانی که بیمارستان را ترک نکرده است در خصوص عوارض مربوط به بیهوشی تحت مراقبت متخصص بیهوشی است و در زمینه سایر معالجات

تحت مراقبت متخصص جراحی است.» [۷: ۳۲۴] در خصوص مسئولیت مشترک جراح و متخصص بیهوشی، رأیی از شعبه ۲۵ دادگاه عمومی تهران صادر شده که بدین شرح است: «در خصوص اتهام آقایان ... دایر به شرکت در قتل غیر عمدی ... بر اثر قصور در امر پزشکی، اولی به میزان ۳۰ درصد و دومی به میزان ۱۰ درصد با عنایت به شکایت اولیای دم متوفی با توجه به نظریه مورخ ۸۱/۳/۶ کمیسیون پزشکی تشکیل شده در پزشکی قانونی و دفاعیات غیرموجه متهمان، اتهام وارده به آنان از نظر دادگاه محرز و مستنداً به ماده ۴۲ قانون مجازات اسلامی^۲ و ماده ۲۹۷ قانون دیات از لحاظ جنبه خصوصی موضوع، حکم بر محکومیت آقای ... [متهم ردیف اول] به پرداخت ۳۰ درصد و آقای ... [متهم ردیف دوم] به پرداخت ۱۰ درصد دیه مرد مسلمان در حق اولیای دم با انتخاب متهمان یکی از اقسام دیات و از لحاظ جنبه عمومی قضیه نیز مستنداً به ماده ۶۱۶ قانون تعزیرات با رعایت ماده ۲۲ قانون مجازات اسلامی حکم بر محکومیت متهم ردیف اول به پرداخت مبلغ دو میلیون ریال و متهم ردیف دوم به پرداخت مبلغ یک میلیون ریال جزای نقدی بدل از حبس صادر و اعلام می‌گردد. حکم صادره در مهلت قانونی قابل اعتراض در مرجع تجدیدنظر استان تهران می‌باشد.»^۴

بخش سوم: مسئولیت همکاران جراح

همان گونه که اشاره کردیم در یک تیم پزشکی، علاوه بر جراح که سرپرستی

۳. ماده ۴۲ قانون مجازات اسلامی مقرر می‌دارد: «هر کس عالماً و عامداً با شخص یا اشخاص دیگر در یکی از جرائم قابل تعزیر یا مجازاتهای بازدارنده مشارکت نماید و جرم مستند به عمل همه آنها باشد خواه عمل هر یک به تنهایی برای وقوع جرم کافی باشد خواه نباشد و خواه اثر کار آنها مساوی باشد خواه متفاوت، شریک در جرم محسوب و مجازات فاعل مستقل آن جرم خواهد بود. در مورد جرائم غیر عمدی (خطایی) که ناشی از خطای دو نفر یا بیشتر باشد مجازات هر یک از آنان نیز مجازات فاعل مستقل خواهد بود.»

۴. دادنامه شماره ۴۹۴ مورخ ۱۳۸۱/۱۰/۲۴ صادره از شعبه ۲۵ دادگاه عمومی تهران.

تیم پزشکی را بر عهده دارد و متخصص بیهوشی، افراد دیگری چون دستیار، پرستار و تکنسین اطاق عمل نیز حضور دارند.

بنابراین می توان بین مسئولیت همکارانی که در تیم پزشکی نقش کلیدی دارند مانند متخصص بیهوشی و سایر همکارانی که نقش آنان از اهمیت کمتری برخوردار است قائل به تفکیک شد.

مبحث اول: مسئولیت متخصص بیهوشی

تکنیک بیهوشی در قلمرو تخصص و صلاحیت متخصص بیهوشی است و در صورت بروز حادثه ای برای بیمار، چنانچه رابطه سببیت بین صدمه وارده و خطای وی احراز شود مسئولیت آن متوجه متخصص بیهوشی است و تفاوتی نمی کند که خطای ارتكابی وی مربوط به دوره قبل از عمل، دوره عمل یا مراقبتهای بعد از عمل باشد.

یک بیمار ۳۲ ساله تحت عمل جراحی کیسه صفرا قرار گرفت. در حین عمل جراحی بیرون آوردن کیسه صفرا، جراح متوجه کوتاهی غیرطبیعی مجرای صفراوی شد که در کبد فرو رفته بود. جراح قسمت کوچکی از مجرای مشترک صفراوی را خارج کرد و کوشید تا آن را ترمیم کند. اما در بخش تحتانی و حساس کبد زخم کوچکی ایجاد شد و شروع به خونریزی کرد. جراح پس از این مسئله سعی کرد با ایجاد فشار خلفی روی ورید اجوف، خونریزی را کنترل کند. متخصص بیهوشی که متوجه خونریزی شد، دستور تهیه واحد خون اضافی صادر و درخواست انجام نوار قلبی (الکترو کاردیوگرافی) کرد. بیمار با وجود اینکه خون اضافی دریافت کرده بود، دچار افت فشار خون و نهایتاً ایست قلبی شد. یک کمک جراح شروع به انجام ماساژ قلبی کرد و توانست فعالیت قلب را حفظ کند؛ اما، بیمار هرگز از حالت کما خارج نشد. [۴: ۱۲۶]

گزارش کارشناسی نشان داد که متخصص بیهوشی با تشخیص ندادن ایست

قلبی بیمار، در زمان وقوع آن، موجب مرگ بیمار و قصور و سهل انگاری در انجام وظیفه گردیده است.

همچنین بیمار ۴۹ ساله‌ای که تحت عمل جراحی کیسه صفرا قرار داشت، در حین عمل جراحی، جراح به متخصص بیهوشی اعلام کرد که نبض بیمار به خوبی حس نمی‌شود اقدامات اورژانسی انجام گرفت و در فرصت کوتاهی بیمار به حالت عادی برگشت و ضربان قلب او طبیعی شد. به نظر می‌رسید که بیمار پنج دقیقه در حالت ایست قلبی بوده است و مغز او دچار آسیب دائمی، همراه با کوری سمت چپ و حالت اسپاسم بدن و عدم توانایی در نگهداری و مراقبت از خود شده است.

بیمار به دلیل سهل انگاری ایجاد شده علیه متخصص بیهوشی شکایت کرد که نبض وی را در حین عمل کنترل نکرده و از بروز ایست قلبی پیش‌گیری نکرده است. در این قضیه، قصور و سهل انگاری متخصص بیهوشی در انجام وظیفه مبنای مسئولیت پزشکی وی می‌باشد که در چهارچوب تئوری مسئولیت قانونی قابل توجیه است. [۱۲۷: ۶ و ۱۲۶: ۴]

مبحث دوم: مسئولیت سایر همکاران

مسئولیت سایر همکاران جراح در تیم پزشکی به جز متخصص بیهوشی، در دایره محدودی قرار می‌گیرد که می‌توان آن را تحت دو عنوان مطالعه کرد.

۱. استثنائات مسئولیت جراح

در تیم پزشکی به استثنای موارد ذیل، مسئولیت همکاران جراح بر عهده جراح است:

الف - در صورتی که مرتکب قصور و سهل انگاری در انجام وظایف خاص خود شده باشند؛

ب - در صورتی که به دقت دستور جراح یا متخصص بیهوشی را اجرا نکنند؛

ج - در صورت ارتکاب خطایی که از وظایف و اختیارات قانونی آنها نیست؛
د- در صورتی که فاقد شرایط و صلاحیتهای لازم و قانونی باشند.
برخی حقوق دانان در این باره عقیده دارند:

«در دایره مسئولیت قهری شکی در مسئولیت پزشک از عمل پرستارانی که
استخدام نموده است به این اعتبار که کارکنان او محسوب و با نظارت و هدایت
او به کار می پردازند، وجود ندارد.

مسئله‌ای که در اینجا به بیان می‌آید تعریف رابطه تبعیت است. روی هم
رفته غرض از تبعیت در رابطه کارفرما و گماشته، تبعیت حقوقی است و مطابق
این نظر کارفرما کسی است که حق دارد به گماشته، هم درباره هدف کاری که
باید انجام گیرد و هم درباره وسایل انجام دادن این کار دستور بدهد.» [۱:۴۷]
مثال زیر گرچه از موارد هولناک پزشکی است ولی خوشبختانه یک امر
استثنائی و نادر است: در حالی که یک متخصص زنان عملیات زایمان بیمار را
شروع می‌کند، پرستار، ضمن آماده کردن وسایل عمل ماده بی‌حس کننده اتر را
روی ابزار جراحی می‌ریزد. ناگهان آتش شعله‌ور می‌شود و جراح و پرستار،
بیمار را تنها می‌گذارند و فرار می‌کنند. بیمار در اثر سوختگی جان می‌سپارد. در
اینجا با توجه به تئوری مسئولیت مشترک و به استناد ماده ۳۶۵ قانون مجازات
اسلامی مسئولیت متوجه هر دوی آنهاست.

«بیماری به دنبال انسداد سرخرگ کرونر قلب تحت درمان قرار داشت و قرار
شد تا داروی ضد انعقاد خون به وی تزریق شود. ولی تزریق در عصب ران بیمار
صورت گرفت، و او از ناحیه پا دچار آسیب دائمی شد.» [۲:۳۷]

از آن جهت که این تزریق یکی از اقدامات معمولی و ساده پرستاری است
و نیاز به تخصص و مهارت پیچیده‌ای ندارد، پرستار در قبال قصور و خطای
ارتكابی خویش مسئول است. مسئولیتی که در چهارچوب تئوری مسئولیت

قانونی قابل توجیه است.

۲. مسئولیت مدیر مؤسسه پزشکی

مدیر مؤسسه پزشکی که در تیم پزشکی شرکت نمی‌کند، در صورتی که در امور پزشکی مورد مشورت اعضای تیم پزشکی قرار گیرد و یا رابطه سببیتی بین صدمه و خسارت وارده و عمل وی احراز نگردد، مسئولیتی متوجه وی نیست.

«مدیر بیمارستانی در ضمن تشکیل جلسات مشترک با پزشکان، پیشنهاد می‌کند که بیمار مورد عمل جراحی قرار گیرد. هنگامی که عمل نتیجه سوء به بار آورد، مدیر بیمارستان در قبال شکایت بیمار از خود دفاع کرد که وظیفه وی در قبال بیمار شکل نگرفته است و شخص جراح خوانده واقعی دعوی است. دفاعیات مدیر بیمارستان با این استدلال که هیچ گونه وظیفه مراقبتی در قبال خواهان بر عهده نداشته است مورد قبول دادگاه قرار گرفت.» [۲:۳۵]

«در قضیه دیگری، بیمار ۲۲ ساله‌ای پس از زایمان کودک خود فلج شد. بیمار زیر دستگاه تنفس مصنوعی بود و پرسنل پرستاری اطلاعی از اینکه دستگاه به درستی کار نمی‌کند نداشتند.» دادگاه با این استدلال که نمی‌توان از پزشک انتظار داشت تا پیوسته بر بالین بیمار از او مراقبت کند و پزشک حق دارد فرض را بر این بگیرد که پرستارانی که از جانب بیمارستان استخدام شده‌اند صلاحیت انجام وظایف محوله را دارند و دستگاه‌هایی که در بیمارستان وجود دارد سالم است براساس تئوری مسئولیت کارفرما، مدیر بیمارستان را مسئول این واقعه دانست. [۲:۳۵]

در نتیجه می‌توان گفت که در تیم پزشکی مسئولیت مدیر بیمارستان و سایر همکاران پزشک در دایره محدودی قرار می‌گیرد و معمولاً مسئولیت متوجه جراح و متخصص بیهوشی است و نباید فراموش کرد که اقدامات جراح یا

متخصص بیهوشی و سایر همکاران آنها در جهت بهبودی و سلامتی بیمار است و اقدامات آنها بیان‌کننده تلاشی است که بدین منظور صورت می‌گیرد.

نتیجه‌گیری

از مجموع مطالبی که بیان شد، می‌توان نتیجه گرفت که وقتی سخن از تیم پزشکی است، طبیعتاً اولین مطلبی که به ذهن متبادر می‌گردد این است که یک نفر به عنوان سرپرست تیم پزشکی، همچون ناخدای یک کشتی، آن را هدایت و رهبری می‌کند. با توجه به اینکه مسئولیت ناشی از فعل غیر، یک امر استثنائی است آیا سرپرستی تیم پزشکی، الزاماً به معنی انتساب مسئولیت ناشی از اقدامات زيردستان و سایر اعضای تیم جراحی به سرپرست تیم می‌باشد؟

در خصوص مسئولیت جراح به عنوان پزشک معالج و متخصص بیهوشی به تفضیل سخن گفتیم و شقوق مختلف آن را مورد بررسی قرار دادیم، اما در خصوص مسئولیت پزشک معالج به عنوان سرپرست تیم پزشکی چند نکته حائز اهمیت است:

۱. چنانچه قراردادی بین پزشک و بیمار وجود داشته باشد مسئولیت پزشک در دایره مسئولیت قراردادی تعریف و توجیه می‌شود. ابتدا باید مفاد قرارداد و تعهدات پزشک را مورد بررسی و مطالعه قرار داد. چنانچه احراز گردد که جراح در معالجه و مراقبت از بیمار چیزی بیش از اظهار نظر و جراحی و اجرای وظیفه خود تعهد نکرده است او تنها مسئول خطای خویش است و مسئولیت ناشی از خطای دیگران به وی منتسب نمی‌شود، هر چند که سرپرستی تیم جراحی را بر عهده داشته باشد. در نتیجه چنانچه تعهدی از مفاد قرارداد مستفاد گردد که پزشک مسئول اعمال و اقدامات دستیاران خویش خواهد بود و مسئولیت متوجه اوست.

۲. در دایره مسئولیت قهری، مسئولیت ناشی از اعمال و اقدامات همکاران پزشک معالج که با نظارت و هدایت او انجام می‌شود به این اعتبار که او سرپرست تیم پزشکی است و در این گونه همکاریها تبعیت حقوقی امری لازم و ضروری است با پزشک معالج است، لیکن این امر همان‌گونه که اشاره کردیم یک امر استثنائی است، زیرا قاعده این است که هر کس مسئول خطای خویش است و مسئولیتهای ناشی از فعل غیر یا اعمال زيردستان چهره حمایتی دارد و این امر به این دلیل است که زبانی جبران نشده باقی نماند و این همان نکته اساسی در تئوری ناخدای کشتی است که مسئولیت را در ورای دیوارهای اتاق عمل نیز بر عهده جراح می‌نهد.

بنابراین:

الف) مسئولیت ناشی از خطای متخصص بیهوشی از دایره شمول این قاعده مستثنی است و وضعیت خاص خود را داراست؛

ب) سایر همکاران پزشک در صورتی که واجد صلاحیت و شرایط مقرر قانونی نباشند، خطاهای ناشی از اعمال و اقدامات آنان در دایره مسئولیت سرپرستی تیم پزشکی قرار نمی‌گیرد؛

ج) مسئولیت ناشی از اعمال و اقدامات هر یک از همکاران تیم پزشکی که دستورات جراح یا متخصص بیهوشی را اجرا نکنند متوجه خود آنهاست؛

د) مسئولیت ناشی از خطا و اعمال و اقدامات سایر همکاران تیم پزشکی که از وظایف و اختیارات قانونی آنها به شمار می‌رود منتسب به خود آنهاست به جز موارد فوق، هر نوع فعالیت دیگری که سایر همکاران جراح در تیم پزشکی انجام دهند چنانچه منتهی به ایراد صدمه یا خسارتی شود مسئولیت آن متوجه پزشک معالج به عنوان سرپرست تیم پزشکی است، زیرا فرض بر این است که آنها در اجرای وظایفشان به درستی هدایت نشده‌اند و مسئول، در این زمینه بی‌مبالاتی

کرده است. [۵۳۴: ۳]

از ماده ۳۱۹ قانون مجازات اسلامی نیز چنین نتیجه‌ای مستفاد می‌شود. دستوری که پزشک معالج می‌دهد به عنوان سبب است و مباشر شخص دیگری است، ولی چون سبب اقوی از مباشر است مسئولیت بر عهده پزشک است.

به موجب ماده مزبور: «هرگاه طبیعی گرچه حاذق و متخصص باشد در معالجه‌هایی که شخصاً انجام می‌دهد یا دستور آن را صادر می‌کند هر چند با اذن مریض یا ولی او باشد باعث تلف جان یا نقص عضو یا خسارت مالی شود ضامن است.»

بنابراین آنچه در مسئولیت پزشک که ناشی از اعمال دستیاران و زیردستانش در تیم پزشکی می‌باشد دارای اهمیت است لزوم احراز رابطه سببیت بین نتیجه حاصله و خطای پزشک می‌باشد که در مسئولیت کیفری استثنائی بر اصل شخصی بودن جرائم و مجازات‌ها و در مسئولیت مدنی امری بر خلاف قاعده است.

فهرست منابع

۱. حسینی نژاد (حسینقلی)، مسئولیت مدنی، دانشگاه شهید بهشتی، چاپ اول ۱۳۷۰.
۲. فیستا (جانین)، حقوق و مسئولیت پرستاران، ترجمه: عباسی (محمود) و عباسی (مهین)، نشر طبیب، چاپ دوم ۱۳۸۱.
۳. کاتوزیان (ناصر)، مسئولیت مدنی، انتشارات دانشگاه تهران.

4. Abbasi (Mahmoud), Etude comparative de la responsabilité pAnal de la mÅdecine en droit Iranien et Franpçais, thÅse en doctorat de droitmÅdical, UniversitÅ Paris 1, PanthÅon. Sorbonne, 2005.

5. Fiesta (Janine), **the law and liability, A guide for Nurses**, University of McGill, 1998.
6. Kelcw (Henri), et Genicot (Gilles), **le droit mÄdical, Aspects juridiques de la relation mÄdecin. patient**, Edition De Book UniversitÄ, 2001.
7. MÄmeteau (GÄrard), **Cours de droit mÄdical**, Editions: les Etudes HospitaliÄres, 2003.