

مطالعه تطبیقی تبیین مسئولیت مدنی بیمارستان در قبال اعمال کارکنان خود و تحلیل آن در راستای مسئولیت ناشی از فعل غیر

علیرضا یزدانیان^۱

استادیار گروه حقوق دانشگاه اصفهان

حمید آرای^۲

دانشجوی دکتری حقوق خصوصی دانشگاه اصفهان

تاریخ دریافت: ۹۲/۰۳/۱۸

تاریخ تأیید: ۹۲/۱۰/۱۸

چکیده

در دنیای امروز هر کس باید در قبال رفتاری که انجام می‌دهد پاسخگو باشد. به دیگر سخن حقوق، کلیه افراد جامعه را مسئول اعمال خود می‌داند و از این حیث تمایزی بین شخص حقیقی و حقوقی وجود ندارد. با توجه به روند رو به رشد فعالیت‌های صنعتی و اقتصادی و همین طور حجم وسیع اعمال خطرآفرینی که نهادها و صنایع برای افراد و محیط پیرامون خود ایجاد می‌کنند، مبانی مسئولیت مدنی به این سمت سوق داده شده است تا با اتخاذ تدابیری مناسب، ضرری جبران‌نشده باقی نماند. در راستای همین تحلیل، بیراهه نخواهد بود نهادی چون بیمارستان را با توجه به اینکه امروزه رنگ و بوی تجاری نیز به خود گرفته‌اند، در قبال اعمالی که منجر به ایراد خسارت به دیگران می‌گردد، مسئول بدانیم. در همین راستا، گاهی سخن از مسئولیت بیمارستان نسبت به آلودگی‌های زیست محیطی است که سبب آن شده است. از سویی، بیمارستان در قبال هزینه‌ای که از بیماران اخذ می‌کند، تعهد به ارائه امکانات سالم و مطلوب دارد که کوتاهی و بی‌مبالاتی در انجام آن موجبات مسئولیت را برای او فراهم می‌کند. حال نوع و مبنای مسئولیت در این گونه موارد بسیار حائز اهمیت خواهد بود. مسئله دیگر، مسئولیت بیمارستان در قبال اعمال مقصرانه کارکنان خود و دیدگاه‌های مطرح پیرامون مسئولیت یک بیمارستان به خاطر رفتار توأم با تقصیر و بی‌مبالاتی کارکنانش از جمله پزشکانی می‌باشد که در این پژوهش با رویکرد تطبیقی به تفصیل هر یک از این دیدگاه‌ها و انواع مسئولیت‌های بیمارستان به نقد و بررسی گذاشته خواهد شد.

واژگان کلیدی: مسئولیت مدنی، بیمارستان، تعهد، جبران خسارت، مسئولیت ناشی از فعل غیر

1. Email: Dr.alireza_yazdanian@yahoo.com

2. Email: hamid_araei@yahoo.com

«نویسنده مسئول»

مقدمه

حقوق مسئولیت مدنی یکی از حوزه‌هایی است که مقدماً به این مسئله می‌پردازد که آیا این خسارت‌ها در قبال زیان‌دیده، توسط فاعل فعل زیانبار باید جبران شود یا خیر (Stephenson, 2000: 1). مسئولیت مدنی به وضعیتی اطلاق می‌شود که یک شخص (یا گروهی از اشخاص) به خاطر فعل یا ترک فعلشان، یا با انجام اعمالی خطرناک به دیگران خساراتی وارد می‌کنند و در اثر آن ملزم به جبران خسارت می‌گردند^۱ (Harlow, 2005: 27). مسئولیت مدنی را به دو شاخه مهم یعنی، (قراردادی و قهری) تقسیم‌بندی کرده‌اند. مسئولیت زمانی قراردادی است که شخص قرارداد صحیحی را که با طرف دیگر منعقد کرده است نقض کند و در نتیجه آن خسارتی به بار آورد (کاتوزیان، ۱۳۸۶: ۷۳)؛ اما اگر فردی با نقض یک تعهد قانونی موجب ضرر و زیان به دیگر افراد جامعه شود، مسئولیت او قهری خواهد بود (Hodgson & Lewthwaite, 2004: xliv)؛ که ممکن است به صورت فعل^۲ یا ترک فعل^۳ باشد و هر کدام از این‌ها می‌توانند به شکل مثبت^۴ یا منفی^۵ رخ دهند (Assailit, 2006: 2). خلاصه آنکه حقوق مسئولیت مدنی عبارت است از حقوق و منافع مردم که توسط قانون مورد حمایت واقع شده است (داراب پور، ۱۳۸۷: ۶۹).

از آنجا که مسئولیت مدنی در کشور ما به عنوان یک شاخه از علم حقوق، رشته نوپایی است و قدمت آن به زحمت به چند دهه می‌رسد، توجه شایسته به مباحث تئوریک و عملی مسئولیت مدنی بیمارستان نیز نشده است. وانگهی، نداشتن منابع علمی مناسب و جامع و نیز فقدان رویه قضایی منسجم یکی از مشکلات عمده در بررسی و تحلیل موضوعات این حوزه را شکل می‌دهد. در این میان، گذشته از تحلیل نظام حقوقی ایران در خصوص مسئولیت مدنی بیمارستان، در مقام تطبیق، هدف تحقیق نگاه به رویکردهای دو نظام حقوقی نوشته و کامن‌لا خواهد بود؛ لیکن بررسی نظرات حقوقی و رویه قضایی حقوق مسئولیت مدنی فرانسه^۶، و نیز

۱. البته در قوانین برخی کشورها مسئولیت مدنی دارای مفهوم وسیعی است به عنوان نمونه ماده ۱۲۹۳ قانون مدنی اتریش خسارت را هر عملی دانسته است که موجب ضرر به اموال، حقوق و شخصیت فردی شود و آن را مستوجب مسئولیت مدنی و جبران می‌داند (Kamer & Riss, 2009: 13).

2. Commission
3. Abstention ou omission
4. Positif
5. Négatif

۶. به عنوان نظامی که حقوق ایران در برخی از حوزه‌ها به ویژه حقوق تعهدات متأثر از آن بوده است.

حقوق انگلیس و آمریکا^۱ به عنوان هدف اصلی این مطالعه تطبیقی انتخاب شده است و از اهمیت بیشتری برخوردار خواهند بود. رابطه میان حقوق و پزشکی از دیرباز محل بحث و نظر بوده است و منابع بسیار کهنی که در این زمینه وجود دارد از جمله کد حمورابی^۲ و سوگند طب بقراطی^۳، ارتباط متقابل این دو حوزه را به خوبی نشان می‌دهد و امروزه هم که در خصوص رفتار پزشکان و بیمارستان و مسئولیت آن‌ها قوانین و مقررات بسیاری چه در قوانین داخلی کشورها و چه در عرصه‌های بین‌المللی همچون اعلامیه ژنو، هلسینکی، اُسلو، توکیو و قانون بین‌المللی اخلاق پزشکی وضع شده‌اند (Van Oosten, 1991: 23).

باید دانست که مسئولیت پزشک در مقابل بیمار یک بحث است و مسئولیت بیمارستان بحثی دیگر. پیرامون مسئولیت مدنی پزشک به اجمال باید گفت که رویه قضایی فرانسه تا مدت‌ها مسئولیت پزشک را غیر قراردادی می‌دانست تا اینکه با صدور رأی بیستم می ۱۹۳۶، مسئولیت پزشک قراردادی دانسته شد و با ایجاد این تحول به اختلاف نظر دادگاه‌ها خاتمه داده شد (Verg, 1953: 431). نظام‌های حقوقی بلژیک و مصر نیز مسئولیت پزشک را به تبعیت از حقوق فرانسه، قراردادی دانسته‌اند (اسماعیل آبادی، ۱۳۸۳: ۱۱). در فقه امامیه، نظر مشهور فقهاء بر مسئولیت محض پزشک است و پزشک را ضامن می‌دانند، گرچه حاذق باشد (پیروی، ۱۳۷۹: ۲۲۷).^۴ در انتقاد از این نظر، عده‌ای از حقوقدانان مسئولیت مبتنی بر تقصیر را بهترین مبنا برای پزشک دانسته‌اند که هم در فقه و هم در حقوق تطبیقی مورد توجه واقع شده است (صفایی، ۱۳۹۱: ۱۴۷). شاید به همین خاطر است که مسئولیت پزشک را جز در مواردی که پزشک حصول نتیجه مشخصی را تعهد و تضمین می‌کند، غالباً از نوع تعهد به وسیله دانسته و متضرر را ملزم به اثبات تقصیر پزشک می‌کنند.

آنچه از نوشته‌های حقوقدانان استنباط می‌شود این است که مسئولیت بیمارستان را باید در چند بخش مجزا مورد مطالعه قرار داد. گاهی مسئولیت بیمارستان ناشی از آلودگی محیط زیست است و گاهی اوقات، ممکن است ناشی از صدماتی باشد که در اثر عدم توجه بیمارستان به مقررات و نظامات قانونی و یا نقص وسایل، امکانات و یا تجهیزاتی

۱. به عنوان دو کشور دارای نظام حقوقی کامن‌لا که آراء و نظرات اندیشمندان آن قابل توجه به نظر می‌رسد.

2. Hammurabi's Code

3. Hippocratic Oath

۴. گرچه برخی معتقدند قول مشهور فقها بر مبنای محکمی استوار نیست و برخلاف این شهرت باید مسئولیت

پزشک را مبتنی بر تقصیر توجیه نمود (کاظمی، ۱۳۸۹: ۳۰۵).

که در محیط بیمارستان برای رفاه حال بیماران در نظر گرفته شده است، حاصل شود (Lowe, 1952: 220) و یا در برخی موارد دیگر در اثر تقصیر، بی‌مبالاتی و بی‌توجهی کارکنان بیمارستان از جمله پزشکان، پرستاران، ماماها و اورژانس‌ها و ... اتفاق می‌افتد (Peters, 2008: 370).

لذا در این پژوهش ابتدا در بخش اول به مسئولیت بیمارستان در قبال آلودگی‌های زیست محیطی که ایجاد می‌کنند پرداخته می‌شود و در قسمت دوم آن، نقص تجهیزات و امکانات بیمارستان و مسئولیتی که در اثر آن حاصل می‌گردد مورد بحث و تحلیل قرار خواهد گرفت و در پایان به افعال زیانبار کارکنان بیمارستان و خساراتی که در اثر آن به دیگر افراد جامعه وارد می‌سازند و نیز رابطه مسئولیتی که بین بیمارستان و کارکنانش در این نوع از اعمال مقصرانه و طریقه جبران خسارتی که باید در قبال زیان‌دیده صورت گیرد اشاره خواهد شد. ضمن اینکه قبل از آغاز بحث باید به این نکته اشاره گردد که امروزه دیگر پذیرش مسئولیت برای اشخاص حقوقی امری غیرقابل انکار است و نهاد بیمارستان نیز به عنوان یک شخص حقوقی از این امر مستثنی نیست.

۱- مسئولیت بیمارستان به خاطر ایجاد آلودگی‌های زیست محیطی

بیمارستان به عنوان یک مؤسسه پزشکی، از مواد شیمیایی و دارویی بسیاری برای درمان بیماران خود استفاده می‌کند حال اگر خسارتی در اثر عمل بیمارستان ایجاد گردد باید چگونه و بر چه مبنایی جبران گردد؟

آلودگی‌های ناشی از زباله‌های پزشکی یکی از موضوعات بسیار مهم عصر حاضر در حوزه مسئولیت مدنی است. در این راستا، «آلودگی»^۱ به معنای دگرگونی که موجب آسیب رساندن به پاک‌ی دیگر اشیاء محیط می‌گردد تعریف شده است (Dávila, 2007: 9). آلودگی زیست محیطی ناشی از وسایل پزشکی هم برای افراد داخل بیمارستان از جمله پزشکان، پرستاران و غیره؛ و هم برای اشخاصی که خارج از محیط بیمارستان به فعالیت مشغول هستند و با این ابزارها در ارتباطند، مضر و خطرناک است (Twinch, 2011: 16). لازم به ذکر است که آلودگی پزشکی زیرمجموعه آلودگی بیمارستانی به حساب می‌آید و شامل هر گونه آلودگی است که منجر به ایجاد یک بیماری واگیردار و مسری می‌گردد.

در آمریکا، کارکنان بیمارستان وظیفه دارند تا زباله‌های بیمارستان را بر حسب نوع آن به نحو مناسب مدیریت و کنترل کنند و هر گونه کوتاهی در انجام این کار موجب مسئولیت برای بیمارستان می‌گردد (Brannen, 2005: 18). از آنجا که مواد شیمیایی و دارویی به طور متعارف برای محیط زیست خطرآفرین می‌باشند، بیمارستان‌ها نوعی مسئولیت محض نسبت به کنترل و بکارگیری آن‌ها دارند و در صورت خسارت به محیط پیرامون خود بی‌تردید مسئول جبران خسارات وارده خواهند بود و فقط کافی است متضرر، رابطه سببیت بین فعل بیمارستان و وقوع زیان را اثبات نماید. بنابراین بیمارستان در قبال آلودگی‌های ناشی از زباله‌ها و پسماندها مسئولیت مستقیم دارد و باید اطمینان دهد که استفاده و دفع آن‌ها موجب خسارت به محیط زیست و مؤسسات و رودخانه‌ها و دریاها نخواهد شد (Purcell, 2005: 13). این امر مبین این موضوع است که تعهد بیمارستان در رابطه با خساراتی از این دست نوعی تعهد به نتیجه است. مسئولیت ناشی از فعل شیء در حقوق فرانسه، وقتی است که محافظت از شیء مستلزم تلاش ویژه‌ای باشد که ماهیتاً آن شیء خطرناک باشد، یا در اوضاع و احوالی قرار گیرد که خطرآفرین باشد یعنی در وضعیتی قرار گیرد که معمولاً منجر به ایجاد ضرر می‌شود و در تحقق ضرر حالت ایجابی داشته باشد (السنهوری، ۱۳۹۰: ۲۸۳). در حقوق فرانسه در مورد اشیاء مالکیت نیز گاه منشاء مسئولیت است^۱. در اینجا نیز وضع به همین صورت است، زیرا بیمارستان با استفاده از مواد پزشکی - دارویی خطرناک، عملاً محیط خطرناکی ایجاد می‌کند که ضررآفرین است و لذا در صورت وقوع ضرر مسئولیت ناشی از محافظت شیء پیدا می‌کند. به همین خاطر است که حقوق فرانسه در خصوص عفونت‌های بیمارستانی از یک مسئولیت مبتنی بر تقصیر به مسئولیت ناشی از تعهد ایمنی تغییر گرایش داده است (Olivier, 2001: 11). اما در حقوق ایران وضع به این روشنی نیست مثلاً به طور کلی نوع مسئولیت زیست محیطی بیمارستان و اینکه بیمارستان در اثر آلودگی‌های زیست محیطی مسئولیت عینی دارد یا خیر مورد بررسی و توجه جدی قرار نگرفته است. ولی با توجه به قواعد فقهی و حقوقی می‌توان به اصل مسئولیت بیمارستان و نوع آن در ایجاد آلودگی‌های زیست محیطی دست یافت. فقهای ما در موارد مختلف در جهت اثبات ضمان و مسئولیت مدنی به ائتلاف^۲ استناد جسته‌اند (مراغه‌ای، ۱۴۱۷ق: ۳۴۳/۲). از طرفی دیگر

1. Art. 1384: «On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde ...».

۲. قاعده «من اتلف مال الغير فهو له الضامن»

مال قابل احترام است و باید از تعدی و تجاوز مصون بماند و در صورت عدم رعایت این امر موجبات مسئولیت و ضمان را در پی خواهد داشت. بر این اساس هر کس اقدام به اتلاف و تخریب اموال اعم از عمومی و یا خصوصی نماید مسئول جبران خسارات خواهد بود (انتظاری و محقق داماد، ۱۳۹۱: ۴۵). از آنجا که عناصر زیست محیطی اعم از خاک، آب، هوا و غیره مال محسوب می‌شوند و انسان برای ادامه حیات و داشتن محیط زیستی سالم برای رشد به همه این عناصر نیازمند است، پس این اموال هم قابل احترامند و هر کس باعث آلودگی و تخریب آن شود، چون از موارد اتلاف است ضمان او را در پی خواهد داشت (نراقی، ۱۳۷۵: ۴۹)؛ و فرقی هم نخواهد داشت که یک شخص حقیقی موجب این آلودگی زیست محیطی گردد یا شخص حقوقی همچون بیمارستان عامل این امر شود. از طرف دیگر، بر مبنای قاعده تسبیب هم می‌توان حکم به مسئولیت بیمارستان در این گونه موارد نمود با این توضیح که، چنانچه عدم اقدام به موقع نهادهایی چون بیمارستان‌ها سبب از بین رفتن و آلوده شدن عناصر زیست محیطی گردد و یا احتیاطات لازم را به عمل نیاورده باشد و این امر موجب آلودگی زیست محیطی گردد بیمارستان از باب تسبیب مسئولیت خواهد داشت. بنابراین، آلودگی زیست محیطی بیمارستان مشمول قواعد اتلاف و تسبیب قانون مدنی از جمله مواد ۳۲۸ و ۳۳۱ قانون مدنی و ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی ما می‌گردد. از نظر نوع مسئولیت در این گونه موارد اصل بر مبنای تقصیر است که باید توسط زیان‌دیده به اثبات برسد، منتهی در موارد مربوط به اتلاف، صرف اثبات رابطه سببیت عرفی بین عمل بیمارستان و ایجاد آلودگی کفایت می‌کند، اما با این حال در خصوص آن قسم از مواد شیمیایی و دارویی مورد استفاده بیمارستان که نوعاً خطرآفرین و حسب ظاهر ایجاد ضرر آن بسیار محتمل است، باید همانند حقوق فرانسه، مسئولیت بیمارستان را در حقوق ایران عینی و مطلق تلقی نموده و زیان‌دیده را بی‌نیاز از اثبات تقصیر بیمارستان دانست.

۲- مسئولیت بیمارستان در اثر نقص تجهیزات، امکانات و وسایل بیمارستان (عدم انجام صحیح تکالیف و تعهدات)

۲-۱- پذیرش مسئولیت برای بیمارستان

بیمارستان‌ها به عنوان یک نهاد ارائه‌کننده خدمات به بیماران، به عنوان عضوی از افراد جامعه، در قبال هزینه‌ای که بابت این خدمات و امکانات از بیمار دریافت می‌کنند، تکالیفی را به عهده دارند که قصور در انجام آن، موجبات مسئولیت را برای آن‌ها فراهم می‌کند. به عنوان مثال اغذیه و

نوشیدنی‌هایی که در داخل بیمارستان برای استفاده بیماران تجویز می‌شود، باید سالم و از کیفیت مناسبی برخوردار باشند و چنانچه بیماری با دستور و توصیه پزشک یا مسئولین دیگر بیمارستان از آن‌ها استفاده نماید و خود نیز از نامناسب بودن آن اطلاعی نداشته باشد، بیمارستان در قبال خسارات وارده به او مسئولیت خواهد داشت (Hartwell, Edwards & Symonds, 2006: 10).

از دیگر تعهداتی که بیمارستان در قبال بیماران دارد این است که وسایل گرمایشی و سرمایشی، تهویه متبوع، تجهیزات مناسب برای شوک دادن به بیمار، دستگاه‌های تنفسی مجهز برای بیهوش کردن، اتاق‌های استراحت و عمل مناسب و سالم برای بیماران، ارائه خدمات اورژانسی برای بیمارانی که نیاز به اقدام فوری برای رسیدگی به حال آن‌ها ضروری است را به نحو مطلوبی فراهم نماید؛ و هر گونه خسارتی که در اثر بی‌مبالاتی بیمارستان به بیمار وارد شود، مسئول آن بیمارستان خواهد بود. در دادگاه‌های آمریکا بیمارستان در قبال خسارت وارده مسئول است و شخص زیان‌دیده می‌تواند به طور مستقیم از این بابت به بیمارستان مراجعه کند (Bitterman, 2011: 3).

در همین رابطه، در حقوق آمریکا پرونده‌ای تحت عنوان «Bull v. Devon AHA CA» در سال ۱۹۹۳ که طی آن، بعد از اینکه فرزند اول خانمی متولد شد، پس از درخواست کمک فوری دکتر متخصص، به خاطر دوری مسافت و تأخیر پزشک کمکی، فرزند دیگر با نقص مغزی به دنیا آمد. دادگاه طی حکمی اعلام نمود که بیمارستان مرتکب تقصیر گردید؛ زیرا بی‌مبالاتی او در انجام تمامی احتیاط‌های لازم، باعث وقوع این حادثه شد و لذا بیمارستان را ملزم به جبران خسارت نمود (Maclean, 2001: 195).

علاوه بر این‌ها، تهیه داروهایی که پزشک برای درمان و انجام عمل جراحی بر روی بیمار لازم می‌داند، و در مواردی که فراهم کردن آن بر عهده بیمارستان است (نه خود بیمار یا همراهانش)، باید سالم و به دور از هر گونه عیب و نقص باشد و منجر به بیماری دیگر یا تشدید بیماری شخص تحت معالجه نگردد. در این خصوص، رأی شعبه اول مدنی دیوانعالی کشور^۱ فرانسه در ۷ نوامبر ۲۰۰۰^۲ قابل توجه به نظر می‌رسد. در این پرونده، بیمارستانی به منظور آماده‌سازی بیمار برای عمل جراحی، بنا بر نظر پزشک از مواد ضدعفونی کننده پوستی استفاده کرد. بلافاصله بعد از آن، پوست بیمار دچار سوختگی درجه یک و دو شد و عمل جراحی به تأخیر افتاد. بر اساس شکایت زیان‌دیده، دادگاه تجدیدنظر، بیمارستان را محکوم و دیوان کشور نیز

1. La cour de cassation

2. Cir. Ire, 7nov, 2000, AGF, et autre c/ Rigaud et autres, Bull, civ, 1, n.272.

فرجام‌خواهی از این رأی را رد کرد و حکم به ابرام حکم تجدیدنظر داد و طی آن مقرر نمود که، «قرارداد پذیرش و درمان که میان بیمار و مؤسسه درمانی خصوصی منعقد شده باشد، مؤسسه درمانی را در مورد فرآورده‌هایی که تهیه می‌کند، نظیر داروها، موظف به تعهد ایمنی می‌کند».

این رأی، توسط برخی از حقوقدانان مسئولیت مدنی فرانسه از این جهت که گر چه، مسئولیت بیمارستان در تهیه فرآورده‌های دارویی می‌تواند بر مبنای تعهد ایمنی پذیرفته شود، اما اینکه بیمارستان در خصوص مسئولیت ناشی از عیب داروها نیز تعهد به نتیجه داشته باشد، غیرمنطقی دانسته شده است؛ زیرا بیمارستان در ساخت و تولید فرآورده‌های دارویی هیچ نقشی ندارد، بلکه مسئولیت عیب دارو بر عهده تولیدکنندگان آن‌ها است (ژوردن، ۱۳۸۶: ۱۸۴-۱۸۶).

البته گفته شده است که اگر بیمارستانی فرآورده‌ای را تغییر دهد، در اینجا خود به عنوان تولیدکننده و تهیه‌کننده آن فرآورده به حساب می‌آید؛ و چنانچه به بیمارستان یا مؤسسه درمانی دیگری منتقل نماید و در اثر استفاده از آن توسط بیمارستان منتقل‌آلیه به بیمارانش خسارت وارد آید، بیمارستان انتقال‌دهنده می‌تواند مسئول قرار گیرد (Ridgway, 1999: 1832). همچنین درباره داروها و لوازم پزشکی و بهداشتی که داروخانه‌های مستقر در بیمارستان در اختیار بیماران قرار می‌دهند، چنانچه معیوب و ناسالم باشد و سبب خسارت به بیمار گردد باز هم خود بیمارستان مسئولیت جبران زیان را بر عهده خواهد داشت (Manitoba Pharmaceutical, 2004: 10).

اما به نظر می‌رسد رویه قضایی فرانسه تمایل دارد تا جایی که امکان دارد مسئولیت تولیدکنندگان و تهیه‌کنندگان مواد ضروری و خطرآفرین را به سمت تعهد ایمنی سوق دهد، تا زیان‌دیده در پیچ و خم اثبات تقصیر فاعل فعل زینبار دچار مشقت نگردد؛ چرا که در اثر آن خسارات وارده به او جبران نشده باقی می‌ماند و این امر مغایر با «اصل جبران کامل خسارت»^۱ به عنوان یکی از اهداف بنیادین مسئولیت مدنی است؛ دیوان کشور فرانسه در سال ۱۹۹۹ در طی سه رأی، حتی پا را فراتر از این می‌گذارد و این بار نه تنها مؤسسات درمانی، بلکه پزشکان را نیز در خصوص عفونت‌های بیمارستانی، متعهد به ایمنی به نتیجه می‌داند (ژوردن، ۱۳۸۶: ۱۷۲)^۲. با این حال به نظر می‌رسد قوانین مسئولیت مدنی در کشورهای اروپایی برای اینکه زیان‌دیده را در تنگنای انتخاب تنها یک طریق برای جبران خسارت قرار ندهند، به کسی که از فرآورده‌های معیوب متحمل ضرر شده است اجازه می‌دهند تا بر اساس سه مبنای

1. Le principe de la réparation intégrale des dommages

2. Civ. Ire, 29juil1999, CPAM de la seine- saint- Denis c/ Henry et autres ; Aebi c / Marek et autres ; Follet c/ Friquet et autres, JPC1999. II. 10139, rapp. P.Sargos D. affaire. 1999. 1359, obs. J.F.; defrénois, 1999.994

مسئولیت قراردادی (در صورت احراز آن)، مسئولیت مبتنی بر فرض تقصیر یا تعهد ایمنی (در مورد کالاهای خطرناک) و مسئولیت مستقیم تولید برای مطالبه خسارت اقامه دعوی نماید (Bright, 1999: 172). در حقوق ایران، نص صریحی که مسئولیت بیمارستان در ارائه امکانات مطلوب و نوع آن را بیان کرده باشد وجود ندارد، اما بر اساس قواعد کلی مسئولیت مدنی می‌توان به این تحلیل رسید که گرچه در حقوق ما اصل بر مسئولیت مبتنی بر تقصیر نهاده شده است لیکن، امروزه با توجه به اینکه در برخی از حوزه‌های پزشکی همچون بیماری‌های هیپاتیت و ایدز نظریه تقصیر دیگر جوابگو نیست و با توجه به اینکه محیط خطرناکی که بیمارستان ایجاد می‌نماید و سبب ضرر می‌گردد، باید به دنبال نظریه‌ای گشت تا به نحو مطلوب مسئولیت بیمارستان را لحاظ نماید (عباسی، ۱۳۸۸: ۵۰). از ظاهر ماده ۲۳ آیین‌نامه نحوه تأسیس و بهره‌برداری بیمارستان‌ها مصوب ۱۳۸۳ نیز همین امر قابل استنباط است که در این گونه موارد می‌توان بر مسئولیت محض بیمارستان معتقد گردید، گرچه اصل مبتنی بر تقصیر ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی ایران و رویه قضایی کنونی دادگاه‌ها به سختی این دیدگاه را پذیرفته و هنوز هم زیان‌دیده را مکلف به اثبات ضرر و انتساب آن به بیمارستان می‌نمایند. بنابراین تا زمانی که قانونگذاری جدیدی در این خصوص پایه‌ریزی نگردد نمی‌توان در این گونه موارد به طور قاطع مسئولیت بیمارستان را در حقوق ایران بر فرض تقصیر دانست.

۲-۲- تعیین نوع مسئولیت بیمارستان در تعهد به ارائه امکانات سالم و مطلوب

بعد از اینکه مسئولیت مدنی از دایره اخلاقی بودن فاصله گرفت و جنبه حقوقی به خود گرفت، اولین نظریه‌ای که در باب مسئول بودن افراد مطرح شد «نظریه تقصیر»^۱ بود. این نظریه گرچه در آخرین تحول خود به جنبه اجتماعی آن تغییر مفهوم یافت و «تقصیر اجتماعی»^۲ ملاک مسئولیت قرار گرفت^۳ (کاتوزیان، ۱۳۸۹: ۷۵)، با این حال بر مبنای آن، شخص در صورتی مسئول خواهد بود که بر اثر عمل توأم با تقصیر و بی‌مبالاتی او، به دیگری ضرری وارد نماید و قانون او را ملزم به جبران خسارت بداند (Van Dam, 2007: 46). بعدها با روند رو به رشد فعالیت‌های صنعتی و ماشین‌آلات، و محیط‌های خطرناکی که برای دیگر افراد جامعه ایجاد

1. La théorie de faute

2. La faute sociale

۳. بر مبنای مفهوم اجتماعی تقصیر، برای سنجیدن عمل فرد به اینکه تقصیر کرده است یا خیر، فعل او با رفتار انسان متعارف در همان شرایط و احوال سنجیده می‌شود (Gerhart, 2010, 135). که در حقوق فرانسه از آن به عنوان «پدر خوب خانواده» یا «Bon père de famille» تعبیر می‌شود.

می‌کردند، «نظریه خطر»^۱ به عنوان مبنای مسئولیت شناخته شد. این نظریه، هدف مسئولیت مدنی که جبران ضرر از زیان دیده بود را در این موارد به خوبی تأمین می‌نمود و او را مکلف به اثبات تقصیر مرتکب نمی‌کرد (Malaurie, 2011: 9).

ایراداتی به این تئوری وارد شده، از جمله اینکه این نظریه به طور جانبدارانه از زیان دیده حمایت می‌کند و از حال عامل زیان غافل است (حسینی‌نژاد، ۱۳۷۰: ۴۵)، که این امر منجر به پیدایش نظریه‌های مختلط و نظریه‌های «تعهد ایمنی»^۲ و «تضمین حق»^۳ به عنوان دیگر مبنای جدید مسئولیت مدنی گردید.^۴

بیرامون مسئولیت بیمارستان در قبال ارائه امکانات و تجهیزات مطلوب و نیز الزام به رعایت نظامات قانونی، در حقوق فرانسه در خصوص حمایت از زیان دیده در قبال خسارات وارده از سوی یک نهادی همچون بیمارستان، بحثی وجود ندارد و در واقع این موضوع یک مسئله غیرقابل تردید است (Viney, 2000: 57). اما اینکه مبنای مسئولیت بیمارستان چه باشد، خود محل بحث است. گرچه سابقاً عقیده بر این بود که بیمارستان را تنها بر مبنای تقصیر او می‌توان مسئول دانست و این زیان دیده است که باید بر اساس قواعد عمومی مسئولیت، با اثبات تقصیر بیمارستان در عدم انجام تعهدات مطلوب به بیمار یا نقص وسایل بهداشتی و پزشکی و نیز داروها و فرآورده‌های بهداشتی معیوب و ناسالم، خسارت خود را مطالبه کند. اما امروزه، با توجه به گسترش فعالیت و خدمات‌دهی بیمارستان‌ها در قبال هزینه‌ای که از بیماران دریافت می‌کنند، دادگاه‌ها به این سمت تمایل پیدا کرده‌اند تا مسئولیت بیمارستان را از نوع «تعهد ایمنی» یا «تعهد به نتیجه»^۵ تلقی کنند؛ یعنی با وقوع خسارت، به صرف اثبات رابطه سببیت بین عمل بیمارستان و ورود زیان توسط بیمار، این نهاد را مکلف به جبران خسارت بدانند. در واقع اگر مبنای مسئولیت بیمارستان بر اساس نظریه تقصیر تحلیل کنیم، دشواری‌های اثبات تقصیر بیمارستان سبب خواهد شد که بسیاری از زیان‌ها بدون جبران باقی بماند. این نوع مسئولیت برای بیمارستان، یک «مسئولیت عینی یا محض»^۶ است. در حقوق آمریکا، اولین بار دادگاه عالی کالیفرنیا در سال ۱۹۶۳ طی پرونده‌ای به نام «Green man v. Yuba Power Product»، مسئولیت عینی را برای تولیدکنندگان دارو به

1. La théorie du risque

2. La théorie de l'obligation de sécurité

3. La théorie de l'obligation de garantie

۴. برای مطالعه بیشتر این نظرات؛ ر.ک: به یزدانیان، علیرضا، قلمرو مسئولیت مدنی، ۱۳۷۹، صص ۴۴ تا ۴۶.

5. L'obligation de résultat

6. Strict Liability

کار گرفت؛ چرا که آن‌ها از سالم بودن و یا نبودن فرآورده‌های خود آگاه‌تر بودند؛ اما از به کار گرفتن این نوع مسئولیت برای بیمارستان‌ها پرهیز کرده و آن‌ها را استثناء نمود. تا اینکه در اوایل دهه ۱۹۸۰ میلادی در پرونده‌ای به نام «Hector V. Cedars-Sinai Medical Center»، دادگاه تجدیدنظر کالیفرنیا، از استثناء کردن بیمارستان از مسئولیت عینی به نظریه فرض تقصیر تغییر دیدگاه داد (Willis, 2007: 192/196). با این حال با آغاز قرن بیست و یکم، بیمارستان‌ها و مؤسسه‌های درمانی در آمریکا به عنوان نهادهایی تجاری و صنعتی به فعالیت می‌پردازند و با این انقلاب در اهداف بیمارستان‌ها، پذیرش مسئولیت عینی آن‌ها در جبران خسارت چندان غیرمنطقی به نظر نمی‌رسد (Dranove, 2000: 93).

گرچه، عده‌ای معتقدند که عینی شدن مسئولیت مدنی با یکی از اهداف اصلی این حوزه یعنی «اثر بازدارندگی» مغایرت دارد^۱ (بادینی، ۱۳۸۳: ۷۶)، اما در حال حاضر در حقوق اکثر کشورهای اروپایی به عنوان بهترین مبنا برای فعالیت‌هایی که با خطر همراه هستند، پذیرفته شده است (Neething, 2006: 92). همان‌طور که پیش از این اشاره شد، آرائی که دیوان کشور فرانسه در سال‌های ۱۹۹۹ و ۲۰۰۰ میلادی، پیرامون عفونت‌های بیمارستانی و نیز مواد ضدعفونی‌کننده پوستی صادر نمود، صراحتاً به تعهد ایمنی و تعهد به نتیجه داشتن عمل بیمارستان در این گونه موارد حکم داد (ژوردن، ۱۳۸۲: ۱۸۹). در دادگاه‌های آمریکا نیز مسئولیت محض را در مورد فرآورده‌های دارویی به بیمارستان و پزشکان معالج نیز گسترش دادند، زیرا آن‌ها آگاهی بیشتری از داروها و مواد پزشکی که برای معالجه تجویز می‌کنند دارند (Barkus&Derian, 2001: 864). برخلاف بیمار که تشخیص مناسب بودن دارو برای او تکلیفی مالا یطاق و غیرمعقول است. لذا زیان‌دیده فقط با اثبات رابطه سببیت بین فعل بیمارستان و ضرر، می‌تواند مطالبه خسارت کند و اخیراً در اصلاحات سال ۲۰۰۲ حقوق مسئولیت مدنی آلمان، دادگاه‌های این کشور حتی در برخی از شرایط، این رابطه سببیت را نیز مفروض می‌پندارند (Magnus, 2003: 7).

بنابراین در این صورت بیمارستان تنها با اثبات حادثه خارجی یا فورس‌ماژور می‌تواند از مسئولیت خود رهایی یابد. در واقع بیمارستان‌ها با توجه به نوع فعالیتشان به طور ضمنی تعهد به ارائه امکانات مطلوب و مناسب و نیز سالم بودن ابزارآلات پزشکی و مواد مورد نیاز بیمار را می‌کنند و با نقض این تعهد، مسئولیت مدنی پیدا خواهند کرد (Viorst, 2009: 11). تعهد به

۱. زیرا در مسئولیت محض، شخص هر چند هم احتیاط کند باز ممکن است مسئول شناخته شود، بنابراین چنین مسئولیتی اثر بازدارندگی نخواهد داشت.

نتیجه دانستن تعهدات بیمارستان به نفع زیان‌دیده نیز خواهد بود، چرا که بیمار به عنوان طرف ضعیف‌تر با رجوع به بیمارستان بهتر می‌تواند مطالبه خسارت کند و بیمارستان نیز می‌تواند با بیمه کردن مسئولیت خود عملاً بیمار زیان‌دیده را به شرکت بیمه‌گر ارجاع دهد (Ian McEwin, 1999: 735)؛ زیرا امروزه بیمه مسئولیت حرفه‌ای بیمارستان، خسارات ناشی از قصور در ارائه خدمات پزشکی و بیمارستانی را جبران می‌کند (زمان دریاباری، ۱۳۸۱: ۷۵). حتی اگر بیمارستان خود مجبور به جبران خسارت بیمار گردد، این مانع از این نیست که به عنوان مثال در خصوص فرآورده‌های دارویی با اثبات رابطه سببیت، به تولیدکنندگان و تهیه‌کنندگان دارو بابت میزان خسارتی که جبران شده، رجوع نماید.

در حقوق فرانسه، حتی فرزندی که در اثر نقص وسایل پزشکی و قصور بیمارستان و یا حتی تقصیر پزشک ناقص به دنیا آید، دادگاه‌های فرانسه یک نوع مسئولیت تضامنی^۱ را برای عاملین زیان در نظر گرفته‌اند. از نظر تاریخی هم، اتخاذ چنین رویکردی با مبانی مسئولیت مدنی فرانسه که همواره به دنبال جبران ضرر از زیان‌دیده است و کمتر به عامل زیان نگاه می‌کند، مطابقت و همگرایی دارد (Van Boom, 2006: 10).

۳- مسئولیت بیمارستان در قبال اعمال مقصرانه کارکنان خود

گاهی اوقات در اثر اعمال توأم با بی‌مبالاتی و تقصیری که کارکنان بیمارستان انجام می‌دهند ممکن است به بیماران خسارت و زیان‌هایی وارد آید. در این صورت، بحثی که پیش می‌آید این است که مسئول جبران خسارت بیمار، در حقیقت چه کسانی خواهند بود و مبنای مسئولیت در چنین فرض‌هایی چگونه باید تحلیل شود؟

امروزه دعاوی که مربوط به شکایت از کارمندان بیمارستان و مطالبه خسارت از بیمارستان مطرح می‌شود، بخش قابل توجهی از پرونده‌های دستگاه قضایی و سازمان نظام پزشکی را تشکیل می‌دهد^۲ (سالارزایی و شیبانی، ۱۳۸۸: ۱۰۰).

1. Responsabilité de solidarité

۲. بر اساس مطالعه‌ای که توسط مؤسسه پزشکی (IOM) آکادمی ملی علوم در سال ۲۰۰۱ در ایالات متحده انجام گرفته است، سالانه بین ۴۴۰۰۰ تا ۹۸۰۰۰ بیمار در آمریکا به خاطر خطاهای پزشکی جان خود را از دست می‌دهند و میلیون‌ها تن نیز دچار آسیب‌های بدنی و جانی می‌گردند (Linda, 2001: 12). بنا بر مطالعات مرکز پزشکی هاروارد (Harvard Medical Practice)، که بر اساس داده‌های بیمارستان‌ها صورت گرفته است، چیزی در حدود ۴ درصد از بیماران بیمارستانی به‌رغم حسن توجه و مواظبت‌های پزشکی دچار آسیب می‌گردند و تقریباً ۱ درصد از بیماران به خاطر خطاهای پزشکی صدمه می‌بینند (Sher, 2006: 3).

۳-۱- عدم مسئولیت بیمارستان

در این بخش ضمن تشریح این گرایش، نظریه‌های متعارضی که بعدها در خصوص مسئولیت بیمارستان شکل گرفته است نیز مورد بحث قرار خواهد گرفت.

۳-۱-۱- نظریه مصونیت خیرخواهانه^۱

گرچه مشخص نیست که پزشکی، نخستین بار در کجا و از چه زمانی شکل گرفته است، ولی این اندازه روشن است که اولین بار کاهنان و جادوگران با خواندن ورد و جادو تلاش می‌کردند تا خشم خدایان را فرو بنشانند و از همین دوره‌هاست که واژه «طیب» که ناظر به جنبه روحانی درمان است پدید می‌آید (گودرزی، ۱۳۷۷: ۵۴/۱). با مراجعه به سابقه تاریخی، تا قبل از سال ۱۹۵۷ میلادی، «مسئولیت نیابتی»^۲ به خاطر قصور عمل پزشک برای بیمارستان‌ها قابل اعمال نبود. بیمارستان‌های عمومی و خصوصی از مسئولیت مدنی نیابتی معاف بودند؛ چرا که آن‌ها به عنوان نهادهای خیریه عمل می‌کردند. این مصونیتی که برای بیمارستان‌ها در نظر گرفته شده بود به عنوان دکترین «مصونیت خیرخواهانه» شهرت یافت. پرونده مهم در این خصوص که قبل از سال ۱۹۵۷ مورد بررسی قرار گرفت، دعوی «New York hospital Schloendorff v.» می‌باشد که طی آن دادگاه حکم داد یک بیمارستان، در قبال اعمال مقصرانه پزشکان و پرستاران خود که ممکن است به بیمارانش خسارت وارد کنند، مسئولیتی نخواهد داشت (Kaufman & Endick, 2009: 9). استدلال دادگاه بر این مبنا استوار بود که بیمارانی که کمک و ارائه عمل خیرخواهانه را از سوی یک بیمارستان می‌پذیرند، حق نخواهند داشت او را به خاطر خسارت تحت تعقیب قرار دهند. اساس این نظریه، این اعتقاد بود که بیمارستان‌ها، بیمارانی را از مراقبت‌های خیرخواهانه خود بهره‌مند می‌سازند (عباسی، ۱۳۸۵: ۶۲). بنابراین یک سازمان خیریه، نظیر بیمارستان، در قبال اعمال کارکنان خود مسئولیتی ندارد و نباید تحت پیگرد قرار گیرد و در گذشته این دیدگاه کاملاً هم مورد حمایت دادگاه‌ها بوده است (Picard, 1981: 997). دادگاه‌های انگلیس نیز هیچ‌گونه تمایلی برای اینکه بیمارستان‌ها را بابت اعمال کارمندانشان مسئول بدانند از خود نشان نمی‌دادند (Kerridge, 2005: 293).

این تئوری تا قبل از ظهور بیمه‌های خدمات درمانی، یعنی حدوداً دهه پنجاه میلادی رواج داشت. از نیمه قرن بیستم به بعد که بیمارستان‌ها از رسالت اولیه خود یعنی ارائه مراقبت‌های

1. Doctrine of Charitable Immunity
2. Vicarious Liability

خیریه عدول کردند و در قبال ارائه خدمات هزینه آن را دریافت می‌کنند، به تدریج این نظریه نسبت به بیمارستان‌ها به بوته فراموشی سپرده شد؛ چرا که این دیدگاه، با نادیده انگاشتن نفع بیماران بسیاری از خسارت‌های وارد شده به متضررین را جبران نشده باقی می‌گذاشت (Fiesta, 1998: 27). حال سؤالی که می‌توان طرح نمود این است که آیا می‌توان در حقوق ایران بر مبنای اصل عدم، جایگاهی برای این نظریه در خصوص مسئولیت مدنی بیمارستان یافت یا خیر؟ شاید در نظر اول پاسخ مثبت به این سؤال داده شود؛ چرا که تردید وجود دارد که آیا می‌توان به مسئولیت بیمارستان‌ها به عنوان نهادهای عام‌المنفعه حکم داد یا خیر که در این صورت در مواقع شک و تردید، با کمک گرفتن از اصل فقهی عدم، عدم وجود مسئولیت برای بیمارستان را احراز می‌کنیم. اما از سوی دیگر با نگاه دقیق‌تر می‌توان تحلیل دیگری ارائه نمود که بر این اساس برای اثبات مسئولیت برای هر شخصی، احراز شرایط سه‌گانه مسئولیت که به عنوان اصول مسلم حقوق مسئولیت مدنی به شمار می‌آید ضروری است. بنابراین وقوع ضرر، فعل زیانبار و رابطه سببیت میان این دو شرط عمومی مسئولیت می‌باشد و امروزه با توجه به اینکه تقصیر مفهوم اجتماعی یافته است و ضابطه شخص متعارف مبنای تمییز آن قرار گرفته است، مسئولیت اشخاص حقوقی امری مسلم تلقی می‌گردد (یزدانیان، ۱۳۸۶: ۱۵۵). لذا با وقوع ضرر و انتساب آن به بیمارستان با اثبات رابطه سببیت، مسئولیت آن قابل احراز است؛ به دلیل آنکه کاربرد اصل عدم در مسئولیت مدنی در مواقعی است که ظهوری در بین نباشد. مضافاً به اینکه شبهه ما در اینجا از نوع شبهه حکمیه نیست تا با اعمال اصل عدم حکم به عدم مسئولیت بیمارستان نماییم، بلکه حکم موضوع برای ما مسلم بوده ولی موضوع خاصی از آن مورد تردید است؛ به عبارتی اگر تردید وجود داشته باشد که فعل زیانبار توسط بیمارستان رخ داده است یا خیر، اثبات آن با زیان‌دیده مدعی است؛ و در صورت عدم امکان اثبات آن با اعمال اصل عدم، عدم مسئولیت بیمارستان را حکم می‌کنیم. لذا نمی‌توان با اجرای اصل عدم، حکم کلی عدم مسئولیت بیمارستان و مصونیت آن را نسبت به خساراتی که وارد می‌نماید احراز نمود.

۳-۲- فرض وجود مسئولیت برای بیمارستان (طرح نظریه‌های مسئولیت)

همان‌طور که اشاره گردید، با شروع نیمه قرن بیستم میلادی، مسئول دانستن بیمارستان‌ها با بسیاری از اهداف قانونگذاران از جمله، جبران کامل خسارت مطابقت و سازگاری داشت که در این بخش نظریه‌های مسئولیت بیمارستان نسبت به اعمال کارکنان بحث و بررسی خواهد شد.

۳-۲-۱- نظریه مسئولیت بر مبنای اعطای اختیار ظاهری^۱

بسیاری از دادگاه‌های ایالات متحده آمریکا، مسئولیت بیمارستان‌ها را در قبال اعمال مقصرانه پزشکانی که به استخدام آن بیمارستان در نیامده‌اند، با این تحلیل که بیمارستان یک نوع نمایندگی ظاهری به پزشک برای درمان بیمار داده است، مسئول شناخته‌اند (Woodruff, 1999: 4). در ضمن یک دعوی^۲، دادگاه عالی جورجیا^۳ مقرر نمود که دکترین نمایندگی ظاهری در موارد قصور حرفه‌ای پزشکی اعمال می‌گردد؛ بنابراین یک بیمارستان ممکن است در اثر تقصیر پزشک مسئول قرار گیرد، حتی اگر دکتر یک پیمانکار مستقل باشد، به شرطی که بیمارستان پزشک را به عنوان نماینده‌اش معرفی نماید و بیماران به این نمایندگی اعتماد نمایند. بنابراین همان‌طور که در ضمن یک رأی اعلام گردید، خواهان نمی‌تواند به تئوری نمایندگی ظاهری در جایی که می‌دانسته و یا باید می‌دانسته است که دکتر معالج نماینده بیمارستان نبوده است، استناد نماید^۴. با این وجود، در پرونده‌ای دادگاه در صورت وجود شرایط ذیل رابطه نمایندگی را محرز دانست: ۱- بیمارستان لازم بداند دکتر تعداد روزهای مشخصی را در بخش اورژانس کار کند؛ ۲- کار دکتر مشروط به تأیید بیمارستان بوده باشد؛ ۳- دکتر بر اساس شروط قراردادش نتواند کار شخصی راه بیندازد؛ و ۴- پزشک موظف به کسب استانداردهای بیمه کیفیت بیمارستان باشد. البته این دیدگاه توسط برخی از دادگاه‌های آمریکا مورد انتقاد قرار گرفت، به طوری که دادگاه عالی کارولینای جنوبی^۵ در مقام رسیدگی به پرونده‌ای مقرر نمود که بیمارستان‌ها یک وظیفه غیرقابل تفویض در ارائه خدمات شایسته به بیماران خود در بخش‌های اورژانس را دارند، حتی اگر کارکنان بیمارستان به طور مستقل با پزشکان قرارداد بسته باشند^۶. بنابراین این دادگاه‌ها معتقدند که مسئولیت بیمارستان را باید نسبت به اعمال پزشکانی که به طور مستقل در بیمارستان فعالیت می‌کنند نیز در نظر گرفت که عمده دلیشان استناد به جنبه نظم عمومی داشتن فعالیت و اعمال بیمارستان‌هاست (Woodruff: 1999: 6). هر چند بعدها این نظریه نیز خود تعدیل شد و به عنوان نمونه، قوانین و رویه قضایی در ایالت کالیفرنیا، تفسیر موسع از «دکترین غیرقابل تفویض

1. Apparent Authority liability
2. Richmond County Hosp. Auth. v. Brown, 257 Ga. 507, 361 S.E.2d 164 (1987).
3. Georgia Supreme Court
4. Holmes v. Univ. Health Services, 205 Ga. App. 602, 423 S.E.2d 281 (1992).
5. Supreme Court of South Carolina
6. Simmons v. Tuomey Regional Medical Center, 1998 WL 57450.

مواظبت^۱ توسط بیمارستان‌ها را نپذیرفته است و آن را مغایر با طبیعت برخی از اعمال و بیماری‌های مربوط به حوزه پزشکی دانسته است (Edward, 2012: 1)؛ و حتی دادگاه عالی اوهایو^۲ در ضمن پرونده‌ای این نظریه را کلاً رد کرده است.^۳

۳-۲-۲- نظریهٔ مسئولیت مستقیم بیمارستان^۴

ایراداتی که به نظریه مسئولیت نمایندگی ظاهری یا اعطای اختیار ظاهری بیمارستان مطرح گردید، سبب شد تا برخی تئوری «مسئولیت مستقیم بیمارستان» را نسبت به اعمال مقصرانه کارمندان خود از جمله پزشکان مطرح نمایند. بر اساس نظریه مزبور این بیمارستان است که کارکنان خود از جمله جراحان و پزشکان را به استخدام خود در می‌آورد تا به شهروندان از جمله بیماران، خدمات درمانی ارائه نماید؛ و باید دقت کافی را به خرج دهد تا از سوی کارکنان او به بیماران آسیب وارد نشود. بنابراین در این حالت خود بیمارستان به طور مستقیم مسئول اعمالی است که انجام داده یا پرسنل زیرمجموعه او انجام داده‌اند (Laura, 2010: 2). اتخاذ این نوع مسئولیت برای بیمارستان در قبال اعمال کارکنان، خود مبتنی بر تئوری تکلیف بیمارستان به حسن مواظبت و توجه است که بر اساس آن بیمارستان یک سری وظایفی در انجام فعالیت‌های خود از جمله استخدام و بکارگیری مجموعه کارکنان به عهده دارد که از جمله آن‌ها عبارت است از:

۱- التزام به دقت معقول در حفظ ایمنی و تسهیلات و امکانات مناسب؛

۲- تعهد به انتخاب و حفظ پزشکان و کارمندان شایسته؛

۳- حسن توجه در سرکشی و نظارت بر اعمال همه کارکنان بیمارستان در ارائه امکانات مطلوب به بیماران؛

۴- تکلیف داشتن در تنظیم، اتخاذ و اجرایی کردن قواعد و نظامات مناسب در تضمین

کیفیت حسن مراقبت و توجه از بیماران (Woodruff, 1999: 12).

البته این نظریه نیز در آمریکا از انتقاد مصون نمانده است، دادگاه عالی اوهایو اعلام کرده است که «بیمارستان‌ها تعهد به استخدام و حفظ پزشکان مناسب و شایسته دارند، اما آن‌ها هیچ‌گونه تعهدی مبنی بر اینکه کارمندان شایسته مرتکب تقصیر نگردند را نخواهند داشت و در واقع این امری غیرممکن است»^۵ (Edward, 2012: 3).

1. theory of non-delegable duty of care for hospitals

2. Supreme Court of Ohio

3. Albain v. Flower Hospital, 553 N. E.2d 1038 (Ohio 1990)

4. Theory of Direct Liability: Corporate Negligence

5. Acevedo v. Life mark Hosp. of Florida, Inc. 2005 WL 1125306, 5-6 (Fla. 11th Cir. Ct. 2005)

۳-۲-۳- نظریه مسئولیت نیابتی^۱

مسئولیت نیابتی تعبیری دیگر از مسئولیت کارفرما در قبال کارگر است و نباید این دو را نظریه‌های جداگانه در رابطه با مسئولیت بیمارستان پنداشت. به عبارت صحیح‌تر، مسئولیت نیابتی را باید یکی از مبانی تحلیل مسئولیت کارفرما دانست. در تشریح این نظریه گفته شده است که مسئولیت نیابتی، مسئولیت A بابت عمل مبتنی بر خطا یا تقصیر B است که در برابر C مرتکب می‌گردد، در حالی که A هیچ‌گونه دخالتی در ارتکاب آن عمل نداشته است (Arthur, 1960: 153). در واقع مبنای تحلیل این نظریه این عبارت معروف «بگذارید کارفرما مسئول باشد»^۲ است. مسئولیت نیابتی اساساً از این مفهوم نشأت می‌گیرد که یک کارفرما باید در قبال خطاهایی که از سوی کارگر او در طی فعالیتش حادث می‌گردد، مسئول شناخته شود. گفته شده است که بر مبنای این تئوری در بسیاری از شرایط، کارفرما مسئول شناخته می‌شود، حتی اگر کارگر خارج از حیطه اختیارات خود عمل نماید. با این حال کارفرما بابت اعمال مقصرانه پیمانکار مستقل مسئولیت ندارد (Berta, 2003: 1). در حقوق انگلستان، در سال ۱۹۵۱ در طی رسیدگی به پرونده‌ای تحت عنوان «Cassidy v. Ministry of Health [1951] 2 KB 343»، قاضی «Lord Denning» مقرر نمود که پرستاران خدمتکار بیمارستان به حساب می‌آیند، حتی اگر تحت نظارت پزشکان قرار داشته باشند. استدلال او بر این مبنا استوار بود که، «بیمارستان یک درجه معینی از کنترل و نظارت را روی پرستاران که به عنوان کارمندان به حساب می‌آیند دارد، بیشتر از آن مقداری که جراحان پزشک دارند و لذا می‌توان گفت که بیمارستان «سرپرست خدمتکار»^۳ خود به حساب می‌آید و به تعبیر حقوقی کلاسیک، رابطه کارگر و کارفرما در اینجا حکم فرماست» (Cashin, 2009: 127).

لازم به توضیح است «تئوری ناخدای کشتی» که در برخی از نوشته‌ها، در تحلیل مسئولیت جراح پزشک نسبت به افراد زیر مجموعه‌اش مطرح شده است (عباسی، ۱۳۸۵: ۶۳)، به نظر می‌رسد در مقام تحلیل مسئولیت نیابتی بهتر قابل توجیه باشد، اعم از اینکه این نظریه در رابطه با مسئولیت پزشک به کار گرفته شود یا در خصوص مسئولیت بیمارستان نسبت به کارکنان خود استعمال گردد؛ زیرا به نوعی در این نظریه یک نوع سرپرستی و کنترل باید از طرف مقام یا نهاد مافوق صورت گیرد، که در این صورت با توجه به اینکه کارفرما قدرت امر و

1. Theory of Vicarious Liability
2. let the master answer
3. Master to servant

نهی زبردستان خود را دارد، خساراتی که از سوی افراد متبوعش صورت می‌گیرد به طور مستقیم متوجه او خواهد بود؛ و لذا طرح تئوری ناخدای کشتی اساساً وجهی نخواهد داشت. برای تحقق مسئولیت نیابتی حصول شرایطی لازم است؛ از جمله اینکه فعل زیانباری باید توسط کارگر صورت گیرد و در زمان وقوع آن فعل باید شخص، کارگر یا نماینده کارفرما باشد (Neyers, 2005: 4). البته در مسئولیت نیابتی، مسئولیت کارفرما و کارگر به نوعی تضامنی و مشترک است و زیان‌دیده حق مراجعه به هر دو را برای مطالبه خسارت خواهد داشت؛ به کارفرما بر مبنای مسئولیت ناشی از فعل غیر و به کارگر بر مبنای قواعد عمومی مسئولیت مدنی و اثبات تقصیر می‌تواند رجوع کند (Markesinis, 2003: 273).

۳-۲-۴- ارزیابی نظریه‌های مسئولیت و طرح دیدگاه مختار (یا نظریه مسئولیت ناشی از فعل غیر) هر یک از نظریه‌هایی که پیرامون مسئولیت بیمارستان در قبال اعمال مقصرانه کارکنان مطرح گردیده است، به نوعی بیان‌کننده ارتباط بیمارستان با عوامل زیرمجموعه‌اش اعم از پزشکان، جراحان، پرستاران، ماماها و ... می‌باشند اما واجد تمام زوایای مربوط به رابطه بیمارستان با کارکنان خود و رابطه بیمار زیان‌دیده با هر یک از این‌ها نیستند. با دقت در تئوری‌های مسئولیت بیمارستان می‌توان این مطلب را به خوبی استنباط نمود که، گرچه بیمار برای درمان خود غالباً با کارکنان بیمارستان ارتباط دارد و تمام اعمال پزشکی توسط اشخاص حقیقی حاضر در مجموعه بیمارستان صورت می‌گیرد، اما با توجه به شکل‌گیری مجموعه‌ای به نام بیمارستان دیگر نمی‌توان شخصیت حقوقی این نهاد را انکار نمود. هر مؤسسه درمانی هر چند کوچک اعم از اینکه خصوصی یا دولتی باشد برای خود اساسنامه و تشکیلات و نظامات قانونی دارد که تمام روابط و مسائل باید در چارچوب آن ملاحظه گردد. به همین خاطر امروزه سخن از مسئولیت «سازمانی» به نام بیمارستان مطرح می‌شود (Peters, 2009: 31). بنابراین مسئولیت بیمارستان در اینجا صرف نظر از مسئولیت کارکنانش نمود و بروز پیدا می‌کند، همان‌گونه که ماده ۱ آیین‌نامه نحوه تأسیس و بهره‌برداری بیمارستان‌ها مصوب ۱۳۸۳، بیمارستان را به عنوان نهادی واجد شخصیت حقوقی شناخته است. کارکنان بیمارستان بابت کاری که برای بیمارستان پیدا می‌کنند، حقوق و مزایا دریافت می‌کنند و در عوض تعهدات و وظایفی نیز بر عهده دارند که تخطی از آن مسئولیت‌زاست. به همین خاطر قواعد مسئولیت ناشی از فعل غیر در اینجا مصداق پیدا می‌کند. نقدی که بر نظریه مسئولیت مستقیم بیمارستان مطرح می‌شود این است که این نظریه کلاً در پی انکار نقش عامل انسانی در ایجاد ضرر است و

تنها بیمارستان را در هر صورت مسئول می‌داند. این امر مغایر با قواعد مسئولیت مدنی است که مقرر می‌دارد، اصولاً فاعل فعل زیانبار باید خساراتی که به متضرر وارد شده را جبران نماید (5: McCumber, 2010). در خصوص مسئولیت عوامل بیمارستان غیر از پزشک کمتر بحث وجود دارد، زیرا این کارکنان از استقلال کاری برخوردار نیستند و چون به عنوان نماینده بیمارستان و زیر نظر آن کار می‌کنند با اعمال نظریه مسئولیت نیابتی و تحلیل آن بر اساس رابطه کارگر و کارفرما، می‌توان بیمارستان را به عنوان کارفرما، مسئول آن دسته از اعمال کارکنانش دانست که در حیطه قلمرو خود و به مناسبت آن انجام می‌دهند (2: Pollack, 2008).

در حقوق ایران، به فرض وجود قرارداد بین بیمارستان و بیمار، بیمار می‌تواند بر اساس بر مبنای دو نهاد حقوقی به پزشک و بیمارستان مراجعه نماید. بر مبنای ماده ۱۹۶ قانون مدنی و تعهد به نفع ثالثی که بیمارستان در قرارداد با پزشک به نفع بیمار می‌نماید، بیمار در صورت وقوع ضرر حق مراجعه به شخص پزشک را خواهد داشت. برای رجوع به بیمارستان می‌تواند بر مبنای مسئولیت ناشی از فعل غیر مراجعه نماید که ماده ۱۲ قانون مسئولیت مدنی ما این تحلیل را تأیید می‌نماید، ولی با این حال رویه قضایی ما اصولاً وقتی تقصیری از سوی پزشک سر می‌زند او را ملزم به جبران خسارت می‌داند و توجهی به خدمه بودن یا نبودن و رابطه او با بیمارستان نمی‌کند. البته در اینکه در این گونه موارد تقصیر کارگر شرط است یا خیر؛ اتفاق نظر وجود ندارد. برخی از حقوقدانان بر این عقیده‌اند که از مفاد ماده ۱۲ قانون مسئولیت مدنی چنین بر می‌آید که شخص متضرر بدون اینکه نیاز به اثبات تقصیر کارگر باشد، می‌تواند مستقیماً به کارفرما رجوع نماید، ولی خود کارفرما پس از جبران زیان برای رجوع به کارگر باید تقصیر او را ثابت نماید (کاتوزیان، ۱۳۸۶: ۵۴۵). این نظر گرچه در راستای اصل جبران کامل خسارت در مسئولیت مدنی مطرح شده است و با موازین عدالت و انصاف سازگاری دارد، اما با ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی که اثبات تقصیر را لازمه جبران خسارت می‌داند مغایرت دارد، هر چند به نظر می‌رسد ماده ۱۳ قانون مسئولیت مدنی که کارفرما را ملزم به بیمه کارگران خود می‌کند، در نهایتاً نظر مزبور را به نوعی تقویت می‌نماید. اما در مورد مسئولیت بیمارستان در قبال اعمال پزشکان که منجر به ورود ضرر به بیماران می‌گردد، رویه قضایی فرانسه تحولاتی را داشته است. تا قبل از

۱. به همین خاطر برخی‌ها معتقدند که مسئولیت کارفرما تبعی و تابع مسئولیت کارگر است؛ یعنی چنانچه کارگر بر اساس قواعد عمومی مسئول تلقی شود در آن صورت کارفرما ملزم به جبران خسارت است و الا خیر و از ماده ۱۲ قانون مسئولیت مدنی بیشتر از این استنباط نمی‌گردد (عباسلو، ۱۳۸۵: ۱۲۶).

سال ۱۹۹۱ میلادی قراردادی بودن مسئولیت پزشک قابل پذیرش برای دادگاه‌های فرانسه نبود و بر اساس ماده ۱۳۸۲ قانون مدنی فرانسه^۱ و نظریه سنتی تقصیر به مسئولیت پزشک و بیمارستان نگریسته می‌شد. عمده‌ترین مبنای تحلیل مسئولیت این بود که استقلال کاری پزشکان با مسئولیت بیمارستان منافات دارد. اما دو رأی دیوان کشور فرانسه در سال‌های ۱۹۹۱ و ۱۹۹۹، تحولی در مسئولیت مدنی بیمارستان و پزشک ایجاد نمود. بر اساس رأی شعبه اول مدنی دیوان عالی کشور، ۴ ژوئن ۱۹۹۱^۲، مؤسسه درمانی در قبال فعالیت پزشکی پزشکانی که در آنجا کار می‌کنند مسئولیت قراردادی دارد (ژوردن، ۱۳۸۶: ۲۷۳). اما قبل از آن این طور تحلیل می‌شد که بیمار اساساً دو نوع قرارداد برای درمان خود منعقد می‌کند؛ یکی با بیمارستان که مراقبت‌های پزشکی و درمانی را برای او فراهم آورد و دیگری با پزشک معالج که به نوعی «قرارداد درمان» او به حساب می‌آید. بر این مبنای دیگر بیمارستان بابت خسارت‌های ناشی از اعمال پزشک هیچ‌گونه مسئولیتی در قبال بیمار متضرر نداشت و در صورت عدم انجام تعهدات درمانی، فقط پزشک است که بر مبنای مسئولیت قراردادی مسئول شناخته می‌شود و رأی شعبه اول مدنی، آوریل ۱۹۷۴ و دادگاه پاریس، ۳ نوامبر ۱۹۸۹^۳ به خوبی به این مسئله اشاره می‌کنند. در تحولی دیگر پیرامون مسئولیت مدنی بیمارستان در حقوق فرانسه، رأی شعبه اول مدنی دیوان عالی کشور در ۲۶ مه ۱۹۹۹^۴ قابل توجه به نظر می‌رسد. بر اساس این رأی «با توجه به قرارداد پذیرش که میان درمانگاه و بیمار وجود دارد، مؤسسه درمانی خصوصی مسئول تقصیرهایی است که به بیمار وارد شده است، خواه از جانب خود مؤسسه این زیان حاصل شده باشد، یا از طرف جانشینان و کارگران مؤسسه درمانی و بیمارستان» (ژوردن، ۱۳۸۶: ۲۷۸). البته مقرر مهمی که در این رأی مطرح می‌شود، شرط مزدبگیر بودن پزشک است که بر این اساس، پزشک مزدبگیر هیچ‌گونه تعهد قراردادی با بیمار ندارد، بلکه او فقط از طرف کارفرمای خود و به حساب او که بیمارستان است کار می‌کند. در تحلیل مسئولیت بیمارستان در قبال اعمال کارکنان خود، باید آن را نوعی مسئولیت قراردادی ناشی از فعل غیر، تلقی کرد. با این توضیح که بیمارستان در قبال اعمال توأم با تقصیر پزشکان خود مسئول جبران خسارت بیماران زیان‌دیده است و پس از

1. Art. 1382: «Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer»

2. Civ. Ire, juin 1991, Bouaziz c/ Boksenbaun et autre, Bull civ. II, n.185 JCP ; 1991, I.21730, note J. Savatier

3. Civ. Ire, avr. 1973, Bull civ. I, N.130; Paris, 3 nov.1989, D. 1991 somm.176 obs. J.Penneau

4. Civ. Ire, 26 mai 1999, Société Clinique Victor Pauchet de Butler c/ Reitzbaum et autres, JPC 1999. II 10112, rapp. P. Srgos

جبران خسارت، بیمارستان می‌تواند با رجوع به پزشکی که تقصیر کرده است از او همان مقدار را مطالبه نماید. در حقوق ایران، ماده‌ای مانند ماده ۱۳۸۴ قانون مدنی فرانسه که به طور کلی در مقام بیان مسئولیت ناشی از فعل غیر^۱ باشد وجود ندارد، ولی از برخی مواد از جمله ماده ۷ و ۱۲ ق.م.م. می‌توان این نوع مسئولیت را در حقوق ایران جاری دانست. یکی از شرایط اعمال این نوع مسئولیت این است که مسئول باید اقتدار کافی^۲ بر فاعل فعل زیانبار داشته باشد، مثل رابطه کارگر و کارفرما (یزدانیان، ۱۳۹۱: ۲۵۳ و ۲۶۱). البته تحلیل مسئولیت بیمارستان به این طریق بیشتر به خاطر استطاعت بیشتری است که بیمارستان به عنوان یک شخص حقوقی برای جبران خسارت دارد و این امر مانع از این نیست که زیان‌دیده با اثبات تقصیر پزشک مقصر بر مبنای مسئولیت خارج از قرارداد مستقیماً به او رجوع نموده و مطالبه خسارت نماید (Edersheim, 2009: 116). در حقوق انگلیس، دادگاهی طی پرونده‌ای به نام «Cassidy v. Ministry of Health»، حکم داد که بیمارستان مسئولیت نیابتی در برابر غفلت حرفه‌ای کارکنان خود دارد، هر چند پزشک، پرستار یا اتاق جراحی مقصر باشند (احمدوند، ۱۳۸۴: ۱۳). البته می‌توان بر این عقیده بود که بیمارستان به خاطر «اقتدار»^۳ و نظارتی که نسبت به کارمندان خود دارد به نوعی مسئولیت تابع ناشی از عمل متبوع در مورد آن صدق می‌کند که این نوع مسئولیت گسترده‌تر از مسئولیت کارگر و کارفرما و در عین حال خود یکی از مصادیق مسئولیت ناشی از فعل غیر است (یزدانیان، ۱۳۹۱: ۳۸ و ۴۱)؛ که در این صورت نیازی به وجود قرارداد بین بیمارستان و کارکنانش نخواهد بود.

بر مبنای دکتترین «ناظر پاسخگو»^۴ عامل مهمی که کارفرما را در قبال اعمال کارگر مسئول می‌داند، کنترل و نظارت کارفرما (در اینجا بیمارستان) است و برای تشخیص این کنترل توجه به چند مسئله حیاتی است: الف- اینکه کارفرما کنترل خود را بر روش و نوع کار انجام شده داشته است یا خیر؛ ب- آیا کارفرما ابزارها و لوازم اجرای کار را مهیا نموده است یا خیر؛ ج- اینکه آیا کارفرما کنترل بر مدت زمان انجام کار داشته است؛ د- آیا کارفرما حق داشته است رابطه خود را با کارگر بدون هیچ مسئولیتی خاتمه دهد یا خیر (Viorst, 2009: 11). بر این اساس بیمارستان تعهد و تکلیف به نظارت معقول بر اعمال کارکنانش دارد و نقص در انجام آن برای او مسئولیت ایجاد می‌کند.

1. Le principe général de responsabilité du fait d'autrui
2. autorité suffisante
3. Autorité
4. doctrine of respondeat superior

نتیجه‌گیری

مسائل حقوقی همواره همگام با تحولات اجتماعی و اقتصادی و حرکت شتابان نوع بشر در مسیر دستیابی به پیشرفت‌های تکنولوژیکی و فن‌آوری‌های نوین در حرکت بوده است و این موضوع در کشورهای مدرن و مرفه‌تر از ملل دیگر بوده است. یکی از مباحثی که در همین راستا مطرح می‌شود، مسئولیت مدنی بیمارستان‌ها در عصر حاضر است. آن هنگام که در عهد قدیم، نهادهایی به نام بیمارستان یا مؤسسات درمانی و بهداشتی توسط انسان‌ها شکل گرفت، تصور اینکه یک روزی این مؤسسه در قبال خدماتی که برای افراد ارائه می‌کند، بتواند مسئول شناخته شود، چندان قابل تصور در عالم ذهن نبود و تا حدودی غیرمنطقی می‌نمود. معنا نداشت مرکزی که برای بهبودی حال افراد تلاش می‌کند و خدمات عام‌المنفعه برای عموم مردم عرضه می‌کند در عوض آن، به جای پاداش، تنبیه و مواخذه گردد. شاید همین طرز تلقی از رسالت بیمارستان‌ها بعدها به ویژه در طی دو قرن اخیر سبب پیدایش نظریه مسئولیت خیرخواهانه برای این مؤسسات درمانی، توسط نظریه‌پردازان حقوق گردیده است. اما با رشد چشمگیر فعالیت‌های صنعتی به ویژه از ابتدای نیمه قرن نوزدهم میلادی که خاستگاه آن در کشورهای مغرب زمین بوده است، بیمارستان‌ها نیز در مسیر متلاطم صنعتی شدن از رسالت اولیه خود تا حدودی دست شسته و بیشتر رنگ و لعاب تجاری و درآمدسازی به خود گرفته‌اند. از مراکز کوچک و ساده دوران سابق فاصله گرفته و به نهادهای مجهز، پیچیده و با تشکیلات و نظامات مدون قانونی تغییر ساختار داده‌اند. اشخاص حقوقی قدرتمندی که بسیاری از افراد حقیقی متخصص را به کار می‌گمارند تا بتوانند خدمات مناسب و شایسته به شهروندان جامعه خود ارائه کرده و در قبال آن سود و درآمد مالی درخوری تحصیل کنند. در راستای انجام این اهداف خود، بدیهی است که گاهی موجبات خسارت و زیان که گاهی قابل ملاحظه و جبران‌ناپذیر است را فراهم کنند. اینجاست که مسئولیت مدنی بیمارستان از سه منظر مطرح می‌گردد. در قبال آلودگی‌های زیست محیطی که بیمارستان ایجاد می‌کند، از آنجا که برخی از زباله‌ها و پسماندها و حتی مواد شیمیایی و دارویی که بیمارستان‌ها برای درمان و یا آزمایش پزشکی استفاده می‌کنند بسیار خطرناک و زیانبار است، قانونگذاران را به سمت در نظر گرفتن نوعی مسئولیت مبتنی برتعهد به نتیجه و یا به عبارتی دقیق‌تر مسئولیت عینی و مطلق برای بیمارستان‌ها در این گونه موارد سوق داده است. مسلم است که بیمارستان تنها با اثبات قوه قاهره خواهد توانست از بار جبران خسارات

وارد رهایی یابد. گاهی مسئولیت بیمارستان ناشی از تعهدات و تکالیفی است که قانون بر عهده آن‌ها گذاشته است، از جمله ارائه امکانات و تسهیلات مطلوب برای رفاه حال بیماران همچون وسایل گرمایشی و سرمایشی، مواد خوردنی و آشامیدنی مورد نیاز و ... در این گونه موارد به نظر می‌رسد مسئولیت بیمارستان بر اساس قواعد عمومی مسئولیت مدنی و اثبات تقصیر از سوی بیمار متضرر استوار می‌گردد. اما در مواردی که تجهیزات و وسایل لازم برای جراحی و معالجه بیماران مانند، دستگاه تنفس مصنوعی، تزریق خون به بیمار و مواد دارویی مصرفی حیاتی و در عین حال خطرناک که صرفاً بر عهده بیمارستان است، قوانین مسئولیت مدنی در اغلب کشورها مسئولیت بیمارستان را عینی و نوعی فرض کرده‌اند؛ چرا که بیمارستان به عنوان نهاد به کارگیرنده آن به مشخصات و ویژگی‌های آن آگاه‌ترند و طبیعتاً باید تبعات استفاده نادرست آن یا ناسالم بودنشان را به عهده بگیرند. وانگهی، استطاعت بیمارستان برای جبران خسارت از آنجا که زیرمجموعه دولت یا اشخاص خصوصی اداره می‌شود، بیشتر است. لذا در این گونه موارد زیان‌دیده نیازی به اثبات تقصیر بیمارستان ندارد و این بیمارستان است که برای رها کردن خود از بار مسئولیت باید فورس‌ماژور را اثبات نماید. قسم سوم مسئولیت بیمارستان پیرامون مسئولیت ناشی از اعمال توأم با تقصیر و بی‌مبالاتی کارکنانش می‌باشد. گرچه اعتقاد اولیه بر عدم مسئولیت بیمارستان و پزشک بر مبنای تئوری مصونیت خیرخواهانه بوده است، لیکن بعدها مسئول دانستن بیمارستان در این گونه موارد قوت گرفت و نظریه‌های مختلفی از جمله مسئولیت مستقیم، اعطای اختیار ظاهری، نظریه مسئولیت قانونی، نظریه مسئولیت نیابتی در تبیین مسئولیت پزشک و بیمارستان مطرح گردیده‌اند. به نظر می‌رسد همه این تئوری‌ها در پی بیان ارتباط پزشک با بیمارستان و مسئول دانستن بیمارستان در قبال اعمال پزشکان و کارمندان به خاطر نظارت و کنترلی که بر آن‌ها دارد، هستند. منتهی در مقام تبیین دقیق آن، هر یک به راهی رفته‌اند. در آخرین تحول، رویه قضایی فرانسه در سال ۱۹۹۹ میلادی، مسئولیت بیمارستان را در قبال خطای پزشکان خود نوعی مسئولیت قراردادی ناشی از فعل غیر دانست. بر این اساس بیمارستان مسئول اعمال مقصرانه کارکنان خود از جمله پزشک خواهد بود و بیمار زیان‌دیده حق مراجعه به بیمارستان را بر اساس مسئولیت ناشی از فعل غیر و رجوع به پزشک را بر مبنای تقصیرش خواهد داشت. آنچه که از ماحصل مطالعه تطبیقی در خصوص مسئولیت مدنی بیمارستان به عنوان نتیجه می‌توان برای دستگاه تقنینی ایران برای تدوین قانونی مطلوب در این رابطه ارائه نمود این

است که اساساً فعالیت‌های بیمارستان را که برای محیط زیست خطرناک و آسیب‌زننده است، با توجه به اینکه سلامت محیط پیرامون ما برای ادامه حیات ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است، واجد مسئولیت حقوقی که بی‌نیاز از اثبات تقصیر توسط زیان‌دیده و یا زیان‌دیدگان باشد تلقی نماید. از سوی دیگر، در آن گونه از تعهداتی که بیمارستان نسبت به بیماران دارد و صرفاً در حوزه تخصصی بیمارستان بوده و عرفاً از نوع تعهد به نتیجه می‌باشد همچون ارائه خون سالم برای تزریق به بیمار و یا اتمام عمل مناسب هنگام جراحی را بر مبنای فرض تقصیر بیمارستان استوار نماید و در سایر موارد اصل را بر نظریه تقصیر قرار دهد. در خصوص مسئولیت بیمارستان نسبت به اعمال کارکنان خود، نظام حقوقی بنا نهد که بیمار بر مبنای تعهد به نفع ثالث بیمارستان در قرارداد با پزشک و نیز تقصیر او و ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی حق مراجعه به پزشک را داشته باشد و به خود بیمارستان بر اساس مسئولیت ناشی از فعل غیر و ماده ۱۲ قانون مسئولیت مدنی برای جبران خسارت خود رجوع نماید. با توجه به مواد ۴۰۳ و ۴۰۴ قانون تجارت که مسئولیت تضامنی را یک استثناء و منوط به تصریح قانون و قرارداد نموده است، نمی‌توان قائل به مسئولیت تضامنی بیمارستان و پزشک نسبت به زیان‌دیده بود ولی از آنجا که موضوع خسارت واحد بوده و منبع آن متعدد می‌باشد، می‌توان مسئولیت تضامنی را لحاظ نمود که بر اساس آن بیمار می‌تواند برای جبران کل خسارت خود به هر یک از بیمارستان یا پزشکان مراجعه نماید.

منابع

الف - فارسی

۱. احمدوند، ولی‌الله، «مطالعه تطبیقی مسئولیت مدنی کارفرما در سیستم حقوقی ایران و انگلیس»، مجله مصباح، ۱۳۸۴، شماره ۴۶.
۲. اسماعیل آبادی، علیرضا؛ بررسی مسئولیت یا عدم مسئولیت پزشک، مطالعات اسلامی، ۱۳۸۳، شماره ۲۸.
۳. انتظاری، علیرضا و محقق داماد، سید مصطفی؛ «نقش قواعد اتلاف و تسبیب در مسئولیت مدنی زیست محیطی»، فقه و اصول، ۱۳۹۱، شماره ۸۹.
۴. بادینی، حسن؛ «هدف مسئولیت مدنی»، تهران، فصلنامه حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، ۱۳۸۳، شماره ۶۶.
۵. بازگیر، یدالله؛ قانون مجازات اسلامی در آیین آرای دیوانعالی کشور، قتل شبه عمد و خطای محض، انتشارات بازگیر، چاپ دوم، ۱۳۸۲.

۶. پیروی، حبیب‌الله؛ **بررسی مسئولیت جزائی پزشکان از نظر شرع، حقوق موضوعه ایران و حقوق بین‌الملل**، تهران، موسسه فرهنگی انتشاراتی خانه نویسندگان، چاپ اول، ۱۳۷۹.
۷. حسینی نژاد، حسینقلی؛ **مسئولیت مدنی**، تهران، جهاد دانشگاهی دانشگاه شهید بهشتی، چاپ دوم، ۱۳۷۰.
۸. داراب‌پور، مهرباب؛ **«اصول کلی مسئولیت مدنی در سیستم حقوقی انگلستان»**، فصلنامه دیدگاه‌های حقوقی، دانشکده علوم قضایی و خدمات اداری، ۱۳۸۷، شماره ۴۴ و ۴۵.
۹. زمان درباباری، سید محمد؛ **«بیمه مسئولیت پزشک»**، پژوهش‌نامه بیمه، ۱۳۸۱، شماره ۶۷.
۱۰. ژوردن، پاتریس؛ **اصول مسئولیت مدنی**، ترجمه و تحقیق مجید ادیب، تهران، نشر میزان، چاپ اول، ۱۳۸۲.
۱۱. _____؛ **تحلیل رویه قضایی در زمینه مسئولیت مدنی**، ترجمه و تحقیق مجید ادیب، تهران، نشر میزان، چاپ اول، ۱۳۸۶.
۱۲. سالارزایی، امیر حمزه؛ شبانی، مریم؛ **«بررسی مسئولیت کیفری تیم پزشکی»**، مطالعات فقه و حقوق اسلامی، ۱۳۸۸، شماره ۱.
۱۳. عباسلو، بختیار؛ **«مسئولیت نیابتی در حوادث رانندگی»**، دانش انتظامی، ۱۳۸۵، شماره ۳۰.
۱۴. عباسی، محمود؛ **مسئولیت پزشکی**، تهران، مؤسسه حقوق پزشکی سینا، چاپ اول، ۱۳۸۸.
۱۵. _____؛ **«مسئولیت تیم پزشکی در اعمال جراحی»**، تهران، مجله حقوقی دادگستری، ۱۳۸۵، شماره ۵۴.
۱۶. کاتوزیان، ناصر؛ **الزام‌های خارج از قرارداد، ضمان قهری - مسئولیت مدنی**، تهران، انتشارات دانشگاه تهران، چاپ هشتم، ۱۳۸۶.
۱۷. _____؛ **شیوه تجربی تحقیق در حقوق**، تهران، شرکت سهامی انتشار، چاپ اول، ۱۳۸۹.
۱۸. کاظمی، محمود؛ **«جستاری نقادانه پیرامون نظریه مشهور فقهای امامیه در خصوص مسئولیت پزشک»**، فصلنامه حقوق، ۱۳۸۹، شماره ۹.
۱۹. گودرزی، فرامرز؛ **پزشکی قانونی**، جلد ۱، تهران، انتشارات اینشتین، چاپ اول، ۱۳۷۷.
۲۰. نراقی، احمد؛ **عوائد الایام**، قم، انتشارات دفتر تبلیغات اسلامی، الطبعة الاولى، ۱۳۷۵.
۲۱. یزدانیان، علیرضا؛ **حقوق مدنی، قلمرو مسئولیت مدنی**، تهران، نشر ادبستان، چاپ اول، ۱۳۷۹.
۲۲. _____؛ **قواعد عمومی مسئولیت مدنی**، جلد ۱، تهران، نشر میزان، چاپ اول، ۱۳۸۶.
۲۳. _____؛ **مطالعه تطبیقی طرح قاعده مسئولیت مدنی ناشی از عمل غیر در حقوق ایران و فرانسه**، مجله فصلنامه حقوق دانشگاه تهران، ۱۳۹۱، شماره ۴.

۲۴. _____؛ «نظریه عمومی مسئولیت مدنی متبوع ناشی از عمل تابع در حقوق فرانسه و طرح آن در حقوق ایران»، مجله حقوقی دادگستری، ۱۳۹۱، شماره ۷۷.

ب- عربی

۲۵. السنهوری، عبدالرزاق احمد؛ *الوسیط فی الشرح القانون المدنی، منابع تعهدات، ضمان قهری* - *مسئولیت مدنی*، ترجمه سید مهدی دادرزی و محمد حسین دانش کیا، جلد دوم، قم، دانشگاه قم، چاپ دوم، ۱۳۹۰.
۲۶. مراغه‌ای، سید میر عبد الفتاح؛ *العناوین الفقهیه*، جلد ۲، قم، مؤسسه النشر الاسلامی، الطبعة الاولى، ۱۴۱۷ ه.ق.

ج- لاتین

27. Alasdair, Maclean; 2001, *Briefcase on Medical Law*, first pub, Faculty of Law, University of Southampton, Cavendish Publishing Limited, London.
28. Assailit, Amandine; 2006, *Les fondements de la responsabilité civile délictuelle*, master pratiques juridiques et judiciaire, Paris.
29. Arthur F; 1960, *Southwick, vicarious liability of hospitals*, Marquette Law Review, volume 44, issue 2 falls.
30. Barkus, Ramune E.,E sq.,J .D.,B .A. and Armen Derian,J .D; 2001, *Drug Injury: Liability Analysis and Prevention, Physician and Hospital liability in Drug and Medical Device Litigation*, chapter48.
31. Berta, Joseph, *Employer Liability for the Wrongful Acts of its Employees*, Presented by Earl Phillips and Robert Cooper, McCarthy, Tétrault LLP, 2003.
32. Bitterman, Robert A; 2011, *Hospital and Physician Civil Liability under EMTALA*, MSHRM 32ND, Annual Educational Conference.
33. Brannen, Laura et al; 2005, *Best Management Practices for Hospital Waste*, Spokane Aquifer Joint Board and Washington State Department of Ecology, Hazardous Waste and Toxics Reduction Program, Publication Number 05-04-013.
34. Bright, J; 1999, *European Medical device regulatory law and product Liability*, Cameron McKenna Solicitors, Mitre House, 160 Aldersgate Street, London ECI 4DD, Journal of Hospital Infection 43 (Supplement): S I 69-S I73.
35. Cashin, Andrew et al; 2009, *Ultimate doctor liability: A myth of ignorance or myth of control?*, published by Elsevier Australia (a division of Reed International Books Australia Pty Ltd) on behalf of Royal College of Nursing, Australia.

36. Dávila I. et al; 2007, "**Effect of pollutants upon patients with respiratory**", allergies, J Investing Allergol ClinImmunol 2007; Vol. 17, Suppl. 2: 9-20.
37. Dranove, David; 2000, *The Economic Evolution of American Health Care: From Marcus Welby to Managed Care*, 93 Princeton U. presses.
38. Edershiem, Judith G; 2009, *Liability Associated with Prescribing Medications*, Rounds in the General Hospital, physicians' postgraduate press Inc.
39. Edward J. Carbone; 2012, *Hospitals and the Non-Delegable Duty of Care*, Insight from Carlton Fields.
40. Fiesta, Janine; 1988, *The Law and Liability, A guide for Nurses (A Wiley medical publication)*, second edition, University of McGill.
41. Fordham law review; 1952, "**Status of the law in New York concerning tort liability of hospitals**", volume 25, issue 3, article 7.
42. Fordham law review; 1956, "**status of law in New York concerning tort liability of hospitals**", vol. 32, issue 12.
43. Gerhart, Peter M; 2010, *Tort Law and Social Morality*, School of Law, Case Western Reserve University, Cambridge University Press, New York.
44. Harlow, Carol, 2005, *Understanding Tort Law*, sweet& Maxwell, third edition, London.
45. Hartwell H.J., Edwards J.S.A. and Symonds C; 2006, "**Food service in hospital: development of a theoretical model for patient experience and satisfaction using one hospital in the UK NHS as a case study**", The Worshipful Company of Cooks Research Centre, Bournemouth University, Talbot Campus, Poole, Dorset, BH12 5BB.
46. Hodgson, John & Lewthwaite, John; 2004, *Tort Law*, first publication, Oxford University Press, New York.
47. Kaufman, Andrew S., Endick, Marshal S; 2009, "**Hospitals' vicarious liability for the acts of their attending and contract physicians**", first published online, Journal of Healthcare Risk Management, Volume 14, Issue 2, pages 9-16, Spring 1994.
48. Karner, Ernst & Riss, Olaf; 2009, *Aggregation and Divisibility of Damage In Austria: Tort Law*, Tort and Insurance Law Vol.26, Edited by the European Centre of Tort and Insurance Law together with the Institute for European Tort Law of the Austrian Academy of Sciences, Springer Wien New York.
49. Kerridge, I., Lowe, M., & McPhee, J; 2005, *Ethics and law for the health professions*, 2nd ed., Sydney, The Federation Press.

50. Laura L. Spring, Esq; 2010, "**Partner, Sugarman Law Firm, LLP, Physician Liability for the Actions of Others: A Primer**", volume 9 Number 2, a newsletter for MLMIC- Insured physician & facilities.
51. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan & Molla S; 2001, *Donaldson Institute of Medicine, to Errors Human: Building a Safer Health System*, National Academy Press Ed.
52. Lowe, Charles; 1952, *Civil Liability Arising Out of Hospital Treatment*, Medico- Legal Society, British Medical Association Hall.
53. Magnus, Ulrich; 2003, *The Reform of German Tort Law*, Facultad de Derecho Universidad de Hamburgo, Working Paper No. 127.
54. Manitoba Pharmaceutical; 2004, *Hospital Standards of Practice (For Community and Personal Care Home Practice*, Personal Care and Guidelines on Practice in Hospital Pharmacy.
55. Malaurie, ph, Aynes, L., Stoffel-Munck, ph; 2011, *Les obligations*, ed.5, Déférions, Paris.
56. Markesinis, B. S. et al; 2003, *Markesinis and Deakin's Tort Law*, New York, Oxford University Press.
57. Mc Ewin, R. Ian; 1999, *No-Fault Compensation Systems*, Case Associates, Sydney, Australia, 3600.
58. Mc Cumber, Daniels, Buntz, Hartig & Puig, P.A; 2010, *the Broad Extension of Hospital Liability*, Professional Liability Defense Quarterly vol. 2.
59. Neething, Johne; 2005, *Toward a European Ius Commune in tort Law: A Practical Experience*, Eundomina (12-1), University of South Africa.
60. Neyers, J.W; 2006, *A theory of vicarious liability*, Alberta Law Review, 43:2.
61. Olivier, Hélène; 2001, *La responsabilité de l'hôpital en matière d'infection nosocomiales*, mémoire de l'école nationale de la santé publique.
62. Peters. Jr, Philip G; 2008, *Resuscitating Hospital Enterprise Liability*, School of Law, University of Missouri, 73 Missouri Law Review 369.
63. Peters. Jr, Philip G; 2009, *Making Hospitals Accountable*, Hospital-level liability could revive the dormant deterrent power of tort liability, University of Missouri-Columbia School of Law.
64. Picard, Ellen; 1981, "**The Liability of Hospitals in Common Law Canada, Comments-Commentaries**", McGill Law Journal, Vol. 26, University of Alberta.

65. Pollack, Elliot b; 2008, "When Should Hospitals be Responsible?, State judges take differing view of vicarious liability claims", Connecticut Law Tribune, Vol. 34, No. 19.
66. Purcell, John; 2005, *Waste Management in Hospitals*, Comptroller and Auditor General Report on Value for Money Examination Department of Health and Children.
67. Ridgway G L, Hodges C J S, Kreuzer M. H; 1998, *Commentary, the Lancet*, Vol. 351, Department of Microbiology, University College London Hospitals, London WC1E 6DB, UK; Cameron McKenna, London; and Association of British Health-Care Industries, London.
68. Rutala, William A; 1992, *Medical Waste*, the society for hospital Epidemiology of America, SHEA position paper, Vol. 13, No. 1.
69. Sher, Noam; 2006, *New Differences between Negligence and Strict Liability and their Implications on Medical Malpractice Reform*, New York University, School of Law Hauser Global Law School Program 245 Sullivan Street, Suite 340.
70. Stephenson, Graham; 2000, *Sourcebook on Torts*, Second Edition, Solicitor Principal Lecturer in Law University of Central Lancashire, Cavendish Publishing Limited, Great Britain.
71. Solid Waste Management Program; 2012, *Infectious Waste Management Guidance*, Utah Division of Solid and Hazardous Waste.
72. Twinch, Elizabeth; 2011, *Medical Waste Management*, International Committee of the Red Cross 19, avenue de la Paix 1202 Geneva, Switzerland.
73. Van Boom, Willem H., Pinna, Andrea; 2006, *Shifts from liability to solidarity the example of compensation of birth defects*, Rotterdam Institute of Private Law, Erasmus University Rotterdam.
74. Van Dam, Gees; 2006, *European Tort Law*, first published, Oxford University Press, London.
75. Van Oosten F. F. W; 1991, *the legal liability of doctors and hospitals for medical malpractice*, SAMJ Vol 80, Department of Criminal Law, University of Pretoria.
76. Verg, Emmanuel & Gerges, Ripert; 1953, *Encyclopédie Dalloz, Répertoire de droit civil*, Paris, Jurisprudence générale Dalloz.
77. Viney, Genevieve, Van Gerven W., Lever J., Larouche P; 2000, *Cases, Materials, and Text on National, Supranational and International Tort Law*, Hart Publishing.
78. Viorst, Anthony; 2009, "General Principles Relating to Hospital Liability", Trial Talk, 55 Years on the Side of People Volume 58 Issue 2.

79. Willis, Robert; 2007, *Restrict Product Liability and Hospitals: Liability of Modern Hospital and the Use of Surgically Implanted Medical Products, Tools and Prosthetic Devices*, Western State University Review, V.34#2.
80. Woodruff, Lyle Griffin; 1999, *Hospital Liability*, This paper was prepared by a Warshauer Law Group attorney, for an audience of lawyers, as part of a Continuing Legal Education program or for publication in a professional journal.