



Hospital Liability for Employee Wrongdoing in the American Legal System and Rethinking of the Iranian Legal System

 Mona Abdi

PH. D in Private Law, Shahid Beheshti University, Faculty of Law, Tehran, Iran

 monaabdi7@yahoo.com



Abstract

Among the most widely used civil liability claims are those arising from injuries in the medical field, one of the important sub-categories of which is the issue of hospital liability for the wrongdoing of its employees. Historically, for a long time, many hospitals had complete immunity due to the valuable services they provided to the communities and it was not possible to file a lawsuit against them. Gradually, as the many flaws of this approach became clear, researchers in the field of civil liability moved towards accepting liability for hospitals and tried to justify this liability based on four main bases, including the theory of “apparent agency”, “liability arising from the act of another or vicarious liability”, “Corporate/enterprise hospital liability” and “informed consent”. Considering that each of these bases had advantages and disadvantages, in the most recent perspective, the move towards collective liability has been introduced as a more efficient solution. For this purpose, an attempt has been made in this article to introduce this new approach and transfer the experiences of advanced countries in this field with a comparative and analytical approach, and then the legal situation of Iran and the possibility of applying this new approach in the Iranian legal system are examined in detail. The findings of this study show that although the conditions for applying this new approach exist in the current legal system, some reforms are necessary in the legislative system of this issue in order to make its implementation more efficient in practice.

Keywords:

Collective liability, apparent agency, vicarious liability, Corporate/enterprise hospital liability, informed consent.

How To Cite:

Abdi, M. (2026). Hospital liability for employee wrongdoing in the American legal system and rethinking of the Iranian legal system. *Health Law and Policy*, 1(1), pp. 209-237.

Received: 11/06/2026

Received in revised form: 11/08/2026

Accepted: 26/08/2026

Published online:



مسئولیت بیمارستان در برابر خطای کارکنان در نظام حقوقی امریکا و تأملی در نظام حقوقی ایران

دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۲۱
بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۲۰
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۲۵
انتشار برخط:

■ Monaabdi7@yahoo.com

✉ مونا عبدی^۱

یکی از دعوای بسیار پرکاربرد حوزه مسئولیت مدنی دعوای مطروحه ناشی از آسیب‌ها و صدمات وارده در حوزه پزشکی است که از زیرمجموعه‌های مهم آن مسئولیت بیمارستان در برابر خطای کارکنانش است. از نظر تاریخی، تا مدتی طولانی، بیمارستان‌ها به دلیل خدمات ارزنده‌ای که به جوامع ارائه می‌کردند دارای مصونیت کامل بودند و طرح دعوا علیه آن‌ها امکان‌پذیر نبود. به تدریج، با مشخص شدن عیوب فراوان این رویکرد، محققان حوزه مسئولیت مدنی به سمت پذیرش مسئولیت بیمارستان‌ها رفتند و بر اساس چهار مبنای اصلی - شامل نظریه «نماینندگی ظاهری»، «مسئولیت ناشی از فعل غیر»، «مسئولیت شرکتی بیمارستان‌ها»، و «رضایت آگاهانه» - سعی کردند برای این مسئولیت توجیه ارائه کنند. با توجه به اینکه هر یک از این مبانی مزایا و معایبی داشت، در جدیدترین دیدگاه مطرح‌شده، حرکت به سوی پذیرش مسئولیت جمعی به عنوان یک راه‌حل کارآمدتر معرفی شده است. در این نوشتار تلاش شده با رویکردی تطبیقی و تحلیلی به معرفی این رویکرد و انتقال تجربیات کشورهای پیشرفته در این زمینه پرداخته و سپس وضعیت حقوقی ایران و امکان اعمال این رویکرد در نظام حقوقی ایران به تفصیل بررسی شود. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد اگرچه امکان اعمال این رویکرد در شرایط کنونی نظام حقوقی ایران وجود دارد، جهت کارآمدتر کردن اجرای آن در عمل لازم است برخی اصلاحات در نظام تقنینی این حوزه انجام گیرد.

واژگان کلیدی:

رضایت آگاهانه، مسئولیت جمعی، مسئولیت مستقیم بیمارستان، مسئولیت نیابتی، نمایندگی ظاهری.

استناد:

عبدی، مونا (۱۴۰۵). مسئولیت بیمارستان در برابر خطای کارکنان در نظام حقوقی امریکا و تأملی در نظام حقوقی ایران. *حقوق و سیاست‌گذاری سلامت*، ۱(۱)، صص ۲۰۹-۲۳۷.

۱. دانش‌آموخته دکتری حقوق خصوصی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

مسئولیت بیمارستان در قبال خطای کارکنان در طول تاریخ مسیری طولانی طی کرده است. تا اوایل سال ۱۹۰۰ میلادی، بیمارستان‌ها مصونیت کامل داشتند و اصولاً طرح دعوا علیه آن‌ها، به سبب خطای کارکنانشان، امکان‌پذیر نبود. به تدریج و با گذشت زمان این مصونیت‌ها برداشته شد و ابتدا در موارد محدود قابلیت طرح دعوا علیه بیمارستان‌ها مطرح شد. برخی نویسندگان حوزه مسئولیت مدنی مسئولیت مشترک میان فرد متخلف و بیمارستان را پذیرفتند. اما مهم‌ترین چالشی که در این مباحث وجود داشت تعیین مبنای مناسب مسئولیت برای بیمارستان به واسطه خطای کارکنان بود. زیرا اگرچه بیماران به اعتبار آن بیمارستان به پزشکان و کادر درمانی آن مراجعه می‌کردند، تیم پزشکی و درمانی در همه فرایندهای تشخیص و درمان کاملاً مستقل از کنترل بیمارستان بودند. با تجاری شدن مراکز مراقبتی و بهداشتی و شغل تلقی شدن درمان، به رسمیت شناختن شخصیت حقوقی مستقل، و نیز توسعه و گسترش نقش و اهمیت بیمارستان‌ها در تأمین نظم عمومی حوزه سلامت و بهداشت جامعه وظیفه‌گزینش کارکنان ماهر و متخصص و نظارت و ارزشیابی مستمر فعالیت آنان، به شکل مناسب، بیش از دیگر وظایف بیمارستان‌ها جلوه‌گر شد؛ تا حدی که پس از مدتی سخن از مسئولیت انحصاری و محض بیمارستان‌ها در قبال تقصیر همه کارکنان، از جمله پزشکان متخصص بیمارستان، مطرح شد. با وجود آنکه این مبنا مناسب‌ترین مبنای موجود برای مسئول دانستن بیمارستان‌ها تلقی می‌شد، پس از تحقیقات و مطالعات آماری فراوان، نقص‌های این نظریه، به‌ویژه در زمینه بیمه و جبران خسارات وارده بر بیماران، مشخص شد. بدین ترتیب، پژوهشگران حوزه مسئولیت مدنی از مسئولیت شخصی و انفرادی به سمت مسئولیت‌های جمعی^۱ تغییر مسیر دادند تا برای تضمین حقوق بیماران در جبران سریع و مناسب خسارات وارده و نیز جلوگیری از اشتباهات آینده بهتر به اهداف مسئولیت مدنی دست پیدا کنند. این در حالی است که در مباحث حقوقی ایران همچنان بیشترین تأکید نظری و رویه‌ای بر مسئولیت مبتنی بر تقصیر شخص پزشک یا فرد واردکننده آسیب به دیگری است و در تعداد محدودی از مطالعاتی که به مسئولیت بیمارستان‌ها نیز توجه کرده‌اند عمدتاً مبنای مسئولیت بیمارستان‌ها بر اساس نظریه مسئولیت ناشی از فعل غیر (رابطه کارگر و کارفرما) بوده است که دارای نواقص بسیار است و مدت‌هاست در بیشتر کشورهای کامن‌لا کنار گذاشته شده است.

در این نوشتار تلاش شده بر اساس روشی عمدتاً تطبیقی و تحلیلی و با تأکید بر برخی آرای قضایی صادره در نظام حقوقی کامن‌لا به بررسی و ارزیابی چهار مبنای اصلی مطرح‌شده جهت مسئول دانستن بیمارستان‌ها در برابر خطای کارکنان پرداخته شود (قسمت اول)، سپس راه‌حل‌های جایگزین ارائه‌شده در برخی از کشورها جهت حذف عیوب این نظریه‌ها به اختصار معرفی شود (قسمت دوم)، در ادامه به مهم‌ترین ارکان مسئولیت مدنی بیمارستان‌ها بر اساس راه‌حل‌های معرفی‌شده و حرکت به سمت مسئولیت‌های جمعی اشاره شود (قسمت سوم)، و در نهایت وضعیت کنونی نظام حقوقی ایران و اینکه آیا بسترهای لازم

1. Collective Liability

منظور از مسئولیت جمعی مسئول دانستن دو یا چند شخص یا نهاد مؤثر در وقوع یک خسارت به جای مسئول دانستن صرفاً یک شخص است که در برخی موقعیت‌ها کارآمدتر از مسئولیت صرف شخصی است.

برای پیش‌بینی این راه‌حل‌ها و حرکت به سوی مسئولیت‌های جمعی در خصوص حوادث بیمارستانی وجود دارد یا خیر توصیف شود (قسمت چهارم).

گفتنی است اگرچه عمده مباحث و آرای بیان‌شده در این نوشتار بیشتر در ارتباط با مسئولیت بیمارستان‌ها در قبال خطای کارکنانشان است، همه این نکات در مورد دیگر مراکز ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبتی- از جمله کلینیک‌ها و پاراکلینیک‌ها، درمانگاه‌های عمومی و تخصصی، مراکز درمانی سرپایی، مراکز ارائه‌کننده خدمات زیبایی، مراکز عکس‌برداری، آزمایشگاه‌ها، و غیره- نیز قابل اعمال است.

۱. مبانی مسئولیت بیمارستان‌ها در برابر خطای کارکنان

امروزه بیمارستان‌ها به مراکز مراقبت و درمان چندگانه تبدیل شده‌اند که جنبه‌های مختلفی از مراقبت و تشخیص و درمان را به بیماران ارائه می‌کنند و این خدمات گسترده را با یک‌دیگر ادغام کرده‌اند. از طرف دیگر، در دنیای امروز، درمان یک شغل و حرفه محسوب می‌شود و مراکز درمانی نهادهایی به شمار می‌روند که در کنار ارائه خدمات به دنبال کسب سود و درآمد بیشتر هستند. بنابراین، بسیاری از بیمارستان‌ها تخصصی شده‌اند و تجهیزات و کادر پزشکی و پیراپزشکی خود را در رسانه‌های مختلف تبلیغ می‌کنند (Fraser, 2004, p. 253) و در کنار نقشی که در تضمین ایمنی و مراقبت از شهروندان دارند وظایف گسترده‌ای هم پیدا کرده‌اند. برخی از این وظایف عبارت‌اند از: ۱. تجهیز مناسب و کافی بیمارستان برای ارائه خدمات به بیماران؛ ۲. سیاست‌گذاری‌های مناسب با دانش روز و پیروی از این سیاست‌ها و رویه‌ها و استانداردهای درمانی و مراقبتی؛ ۳. انتخاب و گزینش کارکنان حرفه‌ای و مناسب؛ و ۴. نظارت مستمر بر کار کارکنان (Rutchik, 1994, pp. 540-548).

در کنار تحولات و پیشرفت‌های حاصله در حوزه درمان و گسترش وظایف و نقش بیمارستان‌ها و تبدیل شدن درمان به حرفه و شغل و در واقع نوعی بنگاه اقتصادی به شمار رفتن مراکز درمانی، معایبی در زمینه مسئول دانستن پزشکان (به صورت شخصی و انفرادی) پدید آمد که توجه حقوق‌دانان را به حرکت از مسئولیت انفرادی به سوی مسئولیت‌های جمعی یا ارائه طرح‌های جایگزین مسئولیت جلب کرد. در واقع، محققان مدت‌هاست که از شکست قانون مربوط به تخلفات پزشکی ابراز تأسف می‌کنند و بر آن‌اند که این قوانین خطاهای پزشکی را کاهش نداده است. زیرا پزشکان همچنان مدعی‌اند که ارائه خدمات باکیفیت‌تر برای آن‌ها هیچ مزایایی ندارد و آن‌ها را از مسئولیت مصون نمی‌کند. بنابراین، این قوانین نتوانسته‌اند اثر بازدارندگی مناسبی ایجاد کنند (Peters, 2008, p. 370). علت این وضعیت را می‌توان در چند مورد جست‌وجو کرد:

۱. صرف طرح دعوی علیه پزشکان در نظر آن‌ها بیان نوعی عدم صلاحیت است و هرچند ممکن است پزشکان در دادگاه به سبب آسیب‌های وارده به بیمار مسئول شناخته نشوند یا شرکت‌های بیمه خسارت نهایی را پرداخت کنند، در هر حال این دعاوی در سوابق آن‌ها باقی می‌ماند و عزت نفس و شهرت و اعتبار آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در برخی موارد این سوابق پزشکان را برای تمدید مجوز یا پروانه پزشکی یا پرداخت حق بیمه با مشکلاتی مواجه می‌کند (Bovbjerg, 2006, pp. 252-254).



۲. محتوای آرای قضایی صادره هیچ‌گونه راهنمایی به پزشکان ارائه نمی‌کند که کدام شیوه درمانی یا بالینی با استانداردهای قانونی مراقبت هماهنگ است (Mello, 2006, pp. 459, 469). در حقیقت، استانداردهای پزشکی در زمان‌ها و مکان‌های مختلف متفاوت است و هیچ استاندارد مراقبتی یکسانی وجود ندارد. مثلاً در سال ۱۹۸۰ یک مطالعه تحقیقاتی گسترده اثبات کرد که کنترل دقیق گلوکز عوارض طولانی‌مدت دیابت را کاهش می‌دهد؛ درحالی‌که پانزده سال بعد از هر چهار نفر صرفاً به یک نفر چنین توصیه‌ای می‌شد. بنابراین، استانداردهای یکسانی وجود ندارد که بر اساس آن ارزیابی‌های قضایی یکسان صورت بگیرد (Peters, 2008, p. 391).

۳. بر اساس برخی مطالعات صورت‌گرفته، فقط ۲ تا ۳ درصد بیمارانی که به دلیل سهل‌انگاری و تقصیر پزشک دچار آسیب می‌شوند اقدام به طرح دعوا می‌کنند. بنابراین، این میزان طرح دعوا انگیزه قانونی لازم برای اتخاذ بهترین روش‌ها و صرف هزینه را در پزشکان ایجاد نمی‌کند (Peters, 2008, p. 371).

۴. همچنین مسئولیت انفرادی پزشکان نوعی چرخه معیوب در سیستم‌های بیمه‌ای ایجاد می‌کند. اولاً بیمه‌ها در تعیین حق بیمه دریافتی به میزان دانش و تخصص و مهارت و تجربه پزشک توجه نمی‌کنند و رتبه‌بندی ندارند. به عبارت دیگر، پرداخت حق بیمه توسط پزشکان به کیفیت خدمات مراقبتی، که ارائه می‌کنند، وابسته نیست. بنابراین، ارائه خدمات بهتر و دقیق‌تر آن‌ها را مستحق هیچ پاداشی در حق بیمه‌های پرداختی نمی‌کند (Peters, 2008, p. 371). ثانیاً بعضی از تخصص‌های پُرسرگشته حوزه پزشکی، همچون زنان و زایمان یا جراحی‌های مغز، یا اصلاً بیمه نمی‌شوند یا با حق بیمه‌های بسیار بیشتری نسبت به دیگر تخصص‌ها بیمه می‌شوند.^۱ ثالثاً بیمه مسئولیت پزشکان به صورت انفرادی سبب کم‌رنگ شدن اثر بازدارندگی مسئولیت مدنی می‌شود. رابعاً گاه دعوای اقامه‌شده چند خواننده دارد و بحث تخصیص مسئولیت پرداخت میان چند بیمه‌گر مطرح می‌شود که دشواری‌های خاص خود را دارد.

این تحولات و پیشرفت‌ها از یک سو و معایب اعمال مسئولیت انفرادی و شخصی بر پزشکان از سوی دیگر سبب شد محققان حوزه مسئولیت مدنی به فکر پیدا کردن مبنایی برای مسئول دانستن بیمارستان‌ها در قبال خطای کارکنانشان بیفتند و بدین ترتیب چهار مبنای اصلی برای مسئول دانستن بیمارستان‌ها مطرح شد:

۱. نظریه نمایندگی ظاهری؛^۲

۱. مثلاً در دهه ۱۹۸۰، با افزایش حق بیمه مسئولیت پزشکان متخصص زنان و زایمان، سه شرکت بزرگ بیمه‌ای در ایالت ویرجینیا این نوع تخصص‌ها را با دریافت حق بیمه بسیار بالاتری بیمه می‌کردند و یک شرکت دیگر نیز به طور کامل از ارائه خدمات بیمه‌ای در این زمینه کنار کشید. علت این موضوع این بود که طرح شکایات علیه این گروه از پزشکان دو تا سه برابر میانگین دیگر تخصص‌ها و میزان خسارت پرداختی در این زمینه نیز به نحو قابل توجهی بالاتر از میانگین دیگر تخصص‌ها بود. این وضعیت سبب شد در نواحی روستایی و بسیار کوچک ارائه مراقبت‌های بهداشتی در این زمینه به شدت کاهش یابد. در نتیجه ساکنان این نواحی با مشکلات بسیاری مواجه شدند؛ تا حدی که انجمن پزشکی ویرجینیا مجبور شد یک طرح جبرانی پیشنهاد دهد:

Joint Legislative Audit and Review Commission of the Virginia General Assembly, "Review of the Virginia Birth-related Neurological Injury Compensation Program" (2003). pp. 1-3.

2. Apparent/ Ostensible Agency



۲. نظریه مسئولیت ناشی از فعل غیر؛^۱

۳. نظریه مسئولیت مستقیم/ شرکتی بیمارستان‌ها؛^۲

۴. نظریه رضایت آگاهانه.^۳

در ادامه هر یک از این مبانی بررسی و ارزیابی می‌شود.

۱-۱. نظریه نمایندگی ظاهری

یکی از مبانی اولیه مطرح شده برای مسئول دانستن بیمارستان‌ها استفاده از نظریه «نمایندگی ظاهری» است. این نظریه در دومین بازخوانی امریکا در زمینه نمایندگی^۴ به رسمیت شناخته شد. در ماده ۲۶۷ این بازخوانی آمده است: «شخصی که وانمود می‌کند دیگری کارمند، مستخدم، یا نماینده اوست و به این وسیله سبب می‌شود تا شخص ثالثی منطقاً به مهارت این نماینده ظاهری اعتماد کند مسئول خساراتی است که به سبب فقدان مهارت یا مراقبت نماینده او بر شخص ثالث وارد شده است؛ گو اینکه خود او این کار را انجام داده است».

بررسی تفصیلی تعریف این نظریه و شرایط تحقق و دامنه آن و مصادیق کاربردش در حوزه نمایندگی از حوصله این بحث خارج است (امینی و عبدی، ۱۳۹۳، ص. ۶۴ به بعد). با این حال، یکی از موارد کاربرد این نظریه در مورد مسئولیت بیمارستان‌ها در برابر تقصیر پزشکی است که در استخدام بیمارستان نیستند، اما، به دلیل ظاهر ایجاد شده - یعنی کار در آن بیمارستان - در نظر بیماران، کارمند بیمارستان محسوب می‌شوند و باید تحت نظر بیمارستان به ارائه خدمات درمانی بپردازند (Britcher & Brown, 2009, pp. 1-2). برخی دیگر از محققان مبنای ایجاد چنین ظاهری را تبلیغات^۵ بیمارستان‌ها می‌دانند. این موضوع در بعضی از آرای صادره از سوی محاکم امریکا نیز تأیید شده است. در یکی از این پرونده‌ها (Glover v. St. Mary's Hospital of Huntington, 2001) بیمار در مرحله تجدید نظر ادعا کرد که بیمارستان به دلیل تبلیغات گسترده رادیویی و تلویزیونی و چاپی ظاهری ایجاد کرده که بهترین کیفیت خدمات درمانی را با بهترین کادر درمان و تحت نظر بیمارستان ارائه می‌کند و به همین دلیل بیمارستان را مسئول می‌داند. دادگاه تجدید نظر ادعای او را پذیرفت. اما دیوان عالی حکم دادگاه مرحله قبل را نقض کرد. زیرا به مسئولیت ناشی از تبلیغات نپرداخته بود. دیوان عالی تأکید کرد این نوع مسئولیت با بازخوانی دوم حقوق مسئولیت مدنی امریکا هم سازگار است. در نهایت، با اتکا به تبلیغات صورت گرفته، به نفع بیمار رأی صادر شد و بیمارستان مسئول خسارات وارده شناخته شد (Hurney & Aliff, 2003, p. 439). البته، به باور برخی، شرط لازم برای اعمال این نظریه جهت مسئول دانستن بیمارستان‌ها این است که بیمار با این دیدگاه به بیمارستان مراجعه

1. Vicarious Liability
2. Corporate/ Enterprise Hospital Liability
3. Informed Consent
4. Restatement (Second) of Agency (1958)
5. Advertising Liability



کند که خدمات را از آن بیمارستان و پزشکان مورد اعتماد آن دریافت کند. اگر بیمار به دنبال پزشکی خاص به بیمارستانی مراجعه کند همان پزشک شخصاً مسئول تقصیر و خطای خود است و بیمارستان در این زمینه مسئولیتی نخواهد داشت (Kreisman, 2012, p. 1).

با وجود آنکه مدتی نظریه نمایندگی ظاهری مبنایی برای مسئول دانستن بیمارستان‌ها قرار گرفت، این نظریه با انتقاداتی مواجه شد و دیگر از کارایی لازم برخوردار نبود. یکی از این انتقادات این بود که هیچ ظاهری مبنی بر اینکه پزشکان در استخدام بیمارستان هستند و به عنوان نماینده آن خدمات درمانی ارائه می‌کنند وجود نداشت. چون در غالب موارد پزشکان بیمارستان‌ها در تخصص‌های مختلف به صورت پیمانکار مستقل در بیمارستان کار می‌کنند و کارمند بیمارستان نیستند و این موضوع را اکثر بیماران می‌دانند. در واقع، هیچ ظاهر مهمی در مورد نوع رابطه پزشک با بیمارستان در باورهای مردم وجود ندارد (Hason & Stromberg, 1969, p. 7). همچنین، از دیدگاه برخی قضات، تبلیغات بیمارستان هیچ ربطی به ایجاد مبنایی برای مسئولیت بیمارستان ندارد. زیرا نمی‌توان مدرکی ارائه کرد که نشان دهد بیمار صرفاً بر مبنای تبلیغات به بیمارستان مراجعه کرده است. به علاوه، پذیرش این موضوع سبب می‌شود به صرف انجام دادن تبلیغ از سوی بیمارستان‌ها همه آن‌ها مسئول شناخته شوند؛ موضوعی که پذیرفتنی نیست (Hurney & Aliff, 2003, p. 440). بنابراین، فلسفه ایجاد این نظریه حمایت از اشخاص ثالثی بود که به ظاهر اعتماد کرده بودند؛ درحالی‌که در زمینه مسئولیت بیمارستان اولاً ظاهر مهمی وجود ندارد و در نتیجه بیماران به ظاهر معتبری اعتماد نمی‌کنند. نیازی هم به حمایت ندارند. زیرا اگر بیمارستان مسئول نباشد، مستقیم به خود پزشک مراجعه می‌کنند و در هر حال بدون جبران نمی‌مانند. ثانیاً در غالب موارد پزشکان نماینده یا کارمند بیمارستان نیستند که به نیابت از بیمارستان عمل کنند. ثالثاً این نظریه یک نظریه استثنایی و خلاف قاعده است که نباید آن را بدون دلیل توسعه داد (طباطبایی و شنیور، ۱۳۹۳، صص. ۲۲-۲۳).

۲-۱. نظریه مسئولیت ناشی از فعل غیر

مبنای دیگری که برای مسئول دانستن بیمارستان‌ها مطرح شد نظریه مسئولیت نیابتی یا مسئولیت ناشی از فعل غیر است که از یک اصل معروف دیگر با عنوان «مسئولیت مقام مافوق» ناشی می‌شود. بر اساس این اصل، در مواردی که رابطه میان اشخاص به گونه‌ای است که یکی (کارفرما) بر فعالیت دیگری نظارت دارد و نسبت به او در موقعیت برتری قرار گرفته مسئول اشتباهاتی است که کارمند او انجام داده است. البته برای مسئول بودن بر اساس این نظریه شرایطی لازم است؛ از جمله اینکه:

۱. نوع و ماهیت اقدام صورت گرفته باید همان اقداماتی باشد که استخدام بر اساس آن انجام شده است؛

۲. در محدوده زمانی و مکانی مجاز (در محل کار و ساعات کاری) اتفاق افتاده باشد؛

۳. در چارچوب هدف استخدامی بوده باشد؛

۴. استفاده از قدرت برتر کارفرما در تصمیم‌گیری‌ها مورد انتظار باشد.

اگر این شرایط وجود داشته باشد، در صورت وقوع تقصیر یا سهل‌انگاری از سوی کارمند، کارفرما مسئول

خواهد بود (Hicky, 2002, 91).



در فرض تقصیر و سهل انگاری پزشک یا کارکنان بیمارستان، این بیمارستان است که کارکنان را گزینش و انتخاب می‌کند و مسئول نظارت و مراقبت بر اعمال آنان است و نسبت به آن‌ها در موقعیت برتر قرار دارد. بنابراین، برای تضمین حقوق بیماران بهتر است، علاوه بر فرد مقصر، بیمارستان هم، به دلیل کوتاهی در وظیفه مراقبت و نظارت، مسئول جبران خسارت باشد. تنها مسئله‌ای که در اعمال این نظریه جهت مسئول دانستن بیمارستان باقی می‌ماند پاسخ به این پرسش است که «کارمند یا مستخدم» چه کسی است و آیا پزشک و دیگر اعضای کادر درمان هم کارمند یا مستخدم بیمارستان محسوب می‌شوند و بیمارستان بر اعمال آن‌ها کنترل دارد تا بتوان این نظریه را مبنای مسئولیت بیمارستان دانست؟

بر اساس معیار سنتی موجود در حوزه روابط کاری، چون رابطه مستقیم قراردادی میان بیمار با پزشک است نه با بیمارستان و در نتیجه بیمارستان کنترلی بر رابطه آن‌ها ندارد، پزشکان پیمانکاران مستقل هستند و نه کارمند یا مستخدم بیمارستان و بیمارستان نمی‌تواند بر نوع خدمات درمانی که پزشک به بیمار ارائه می‌کند نظارت یا کنترل داشته باشد. پس نمی‌توان پزشکان را کارمندان یا مستخدمان بیمارستان دانست (Barfield v. South Highland Infirmary, 1915; Teter v. Davis-Fischer Sanitarium Co, 1922; Kuglich v. Fowle, 1924). این موضوع بزرگ‌ترین ایراد و انتقادی بود که بر این مبنا وارد می‌شد. برای حل این مشکل، محاکم تفاسیر و بعضاً تفکیک‌هایی را مطرح کردند؛ از جمله اینکه برخی از محاکم (Manual, 1957) در امریکا میان مسئولیت حرفه‌ای و مسئولیت مدیریتی پزشکان یک بیمارستان تفکیک قائل می‌شدند. اگر تقصیر صورت گرفته مربوط به مسئولیت حرفه‌ای آنان بود، بیمارستان مسئولیتی در این خصوص نداشت. اما اگر تقصیر مربوط به مسئولیت مدیریتی پزشکان بود (مثلاً برخی از پزشکان سهامدار یا جزء مدیران و هیئت‌های نظارت و بازرسی و به طور کلی یکی از مسئولان بیمارستان بودند)، بیمارستان نیز مسئول تقصیر آن‌ها محسوب می‌شد. برخی دیگر از محاکم (Gilstrap v. Osteopathic Sanitorium Co, 1925; Vaughn v. Memorial Hosp, 1929) معیار اعمال چنین نظریه‌ای را دریافت حقوق از بیمارستان می‌دانستند. بر این اساس، اگر پزشکی از بیمارستان حقوق دریافت می‌کرد، حتی اگر بیمارستان کنترلی بر نحوه ارائه خدمات او به بیماران نداشت، بیمارستان مسئول تقصیر و سهل انگاری این پزشک بود. اما اگر پزشک از بیمارستان دریافتی نداشت، پیمانکار مستقل محسوب می‌شد و بنابراین بیمارستان مسئول تقصیر و سهل انگاری او نبود. پزشکان مقیم در بیمارستان - مثلاً پزشکان اورژانس، کارآموزان و انترن‌ها، پرستاران، و دیگر کارکنان خدماتی و نظافتی - اصولاً در استخدام بیمارستان هستند و بنابراین مشمول اعمال این نظریه بودند (Hason & Stromberg, 1969, pp. 6-8). تنها استثنای این نظریه در مورد «مستخدمان عاریه‌ای»^۱ بود؛ بدین معنا که ممکن بود بیمارستان به طور موقت فردی را، مثلاً بر اساس توصیه و خواست پزشکی، استخدام کند که تحت نظارت همان پزشک کار کند. در مورد این‌گونه افراد، بیمارستان هیچ مسئولیتی نداشت و کارفرمای این افراد محسوب نمی‌شد. این نظریه در مورد همه افرادی که در اتاق عمل و حین جراحی حضور داشتند نیز اعمال می‌شد. چون پزشک جراح همچون کاپیتان کشتی به شمار می‌رفت و اوضاع در اتاق عمل تحت نظارت و کنترل او بود. بنابراین، در صورت وقوع تقصیر از سوی افراد حاضر در



اتفاق عمل، بر اساس نظریه مستخدمان عاریه‌ای، بیمارستان معاف از مسئولیت تلقی می‌شد و صرفاً پزشک مسئول اقدامات آن افراد بود. البته برخی محاکم همچنان این نظریه را کنار می‌گذاشتند و بیمارستان را مسئول می‌دانستند. برخی دیگر (Swigard v. Ortonville, 1956) هم بر آن بودند که در چنین مواردی اگر مثلاً پرستار وظایف معمول و همیشگی خود را در اتفاق عمل انجام دهد، بیمارستان مسئول خواهد بود. زیرا اقدامات او مثل همیشه در کنترل و نظارت بیمارستان است. اما اگر یک اقدام حرفه‌ای یا بر اساس تشخیص و قضاوت پزشک انجام دهد، بیمارستان مسئول نخواهد بود. زیرا او تحت کنترل و نظارت پزشک است و کارفرمای او موقتاً پزشک است نه بیمارستان (Hason & Stromberg, 1969, pp. 9-10).

در هر حال نظریه مسئولیت ناشی از فعل غیر در بحث مسئول دانستن بیمارستان‌ها، به دلیل انتقادات متعددی که بر آن وارد بود، که مهم‌ترین آن نبود رابطه استخدامی (کارگر- کارفرما) میان پزشک و بیمارستان بود، کارایی لازم را برای مسئول دانستن بیمارستان‌ها نداشت؛ ضمن اینکه بعدها استثنائات زیادی هم- همچون نظریه مستخدمان عاریه‌ای- بر آن وارد شد که در بسیاری از فروض دیگر این نظریه قابل اعمال نبود. به همین دلیل پژوهشگران حوزه مسئولیت مدنی به دنبال مبنایی قوی‌تر برای مسئول دانستن بیمارستان‌ها بودند. به علاوه، در این نظریه پزشک از مسئولیت مبرا نمی‌شد و در واقع بیمار می‌توانست هم علیه پزشک هم علیه بیمارستان اقامه دعوا کند و هر دو را مسئول خسارت وارده بداند. بنابراین، همان ایراداتی که در مورد مسئولیت پزشک سابقاً مطرح شد در اینجا هم می‌توانست مطرح باشد؛ به‌ویژه اینکه گاهی موضوع تقسیم مسئولیت پرداخت میان شرکت‌های بیمه پزشک و بیمارستان هم مطرح می‌شد که اگرچه تضمین بیشتری برای حقوق بیماران بود، در عمل، دشواری‌های زیادی در مرحله جبران خسارت ایجاد می‌کرد.

۳-۱. نظریه مسئولیت مستقیم/ شرکتی بیمارستان

همان‌طور که اشاره شد، مسئولیت بیمارستان‌ها در طول زمان تکامل یافت و از مرحله مصونیت کامل بیمارستان‌ها در اوایل ۱۹۰۰ میلادی کم‌کم به سمت مسئولیت مشترک یا تضامنی بیمارستان‌ها همراه با فرد مقصر پیش رفت. اما، به دلیل ناکارآمد بودن نظریه‌های مطروحه قبلی و از آنجا که امروزه پزشکان غالباً پیمانکاران مستقل هستند نه کارمند و در استخدام بیمارستان، هنوز مبنای دقیق و مطلوبی برای مسئول دانستن بیمارستان‌ها مطرح نشده بود. از همین رو، نظریه دیگری مطرح شد که با عنوان «نظریه مسئولیت شرکتی بیمارستان»^۱ یا «مسئولیت مستقیم بیمارستان ناشی از شخصیت حقوقی مستقل آن» شناخته شد. این نظریه اولین بار در پرونده معروفی (Darling v. Charleston Community Memorial Hosp, 1965) مطرح شد که در آن پای یک دانشجوی کالج حین بازی فوتبال دچار شکستگی شد و پس از انتقال او به بیمارستان پزشک مقیم اورژانس به شیوه نامناسبی پای او را گچ گرفت و همین امر سبب کبودی و تورم و بعد بی‌حسی پای او شد. دکتر اورژانس حین بریدن گچ نیز به پای او آسیب زد و در نهایت این بیمار به بیمارستان دیگری منتقل شد و بخشی از پای او به دلیل وجود بافت‌های مرده متعدد قطع شد. دیوان عالی



ایالت ایلینوی در این پرونده بیمارستان را، به دلیل عدم نظارت مناسب و کافی، مستقیماً مسئول دانست و مسئولیت را صرفاً بر خود بیمارستان بار کرد (Cohoon, 1980, pp. 385-386).

ایده اصلی این نظریه این بود که در دنیای تجاری-اقتصادی امروز، در بیشتر زمینه‌های تجاری، یک شرکت یا یک شخصیت حقوقی مستقل در برابر قصور و تقصیر کارکنان و عوامل اجرایی اش مسئول مستقیم است. تصور کنید در یکی از فروشگاه‌های زنجیره‌ای اگر به دلیل تقصیر یکی از کارمندان مثلاً شیشه‌ترشی بشکند و یکی از مشتریان لیز بخورد و آسیب ببیند، فرد آسیب دیده از فروشگاه شکایت می‌کند، نه از کارکنان آن مجموعه؛ اعم از اینکه مقصر یک پرسنل معمولی باشد یا یکی از پرسنل‌های حرفه‌ای و متخصص. بنا بر دیدگاه برخی، همین تحلیل در مورد بیمارستان‌ها هم باید ارائه شود و چون بیمارستان دارای شخصیتی مستقل از کارکنان و کادر درمانی خود است و بر اساس وظایفی که امروزه دارد وظیفه انتخاب و گزینش کارکنان و از جمله پزشکان و نظارت مستمر بر عملکرد آن‌ها و فراهم کردن تجهیزات و محیط مناسب یکی از وظایف مهم و اصلی آن است، همانند دیگر زمینه‌های تجاری، در صورت وقوع تقصیر از سوی یکی از کارکنان، صرف نظر از نوع رابطه استخدامی، بیمارستان مستقیماً مسئول جبران خسارت خواهد بود (Peters, 2008, p. 373).

در سال ۱۹۹۱ مؤسسه حقوقی آمریکا (ALI) مطالعه‌ای انجام داد و نتایج آن را در قالب گزارشی ارائه کرد. در این گزارش، مؤسسه پیشنهاد تغییر سیستم فعلی مسئولیت مدنی را از مسئولیت مبتنی بر تقصیر شخصی و انفرادی پزشکان به پذیرش مسئولیت بدون تقصیر (مسئولیت محض) بیمارستان مطرح کرد (American Law Institute (ALI), 1991, pp. 125-126). از این زمان به بعد، نظریه مسئولیت شرکتی بیمارستان با توجه به مزایای فراوانی که داشت مورد توجه بسیاری از محققان در حوزه حقوق سلامت قرار گرفت.

یکی از مزایای مهم این نظریه این بود که بر اساس آن برچسب‌ها و عناوینی که از طریق قرارداد یا قانون و غیره بر روابط میان پزشکان با بیمارستان زده می‌شد و بر اساس آن این روابط توصیف می‌شد بی‌اهمیت جلوه می‌کرد. در واقع، برخی از نظریه «وظیفه غیر قابل تفویض و واگذاری» بیمارستان در گزینش و انتخاب کارکنان و نظارت مستمر بر نحوه رفتار آن‌ها یاد کرده‌اند که بر اساس قوانین، قراردادها، اساسنامه‌های تأسیس بیمارستان‌ها، منشورهای حقوقی، یا مقررات عرفی بر بیمارستان‌ها تحمیل شده است. در نتیجه صرفاً بیمارستان است که باید مسئول مستقیم خسارات وارده بر بیماران باشد (Bales & Demarco, 1993, p. 466). یکی دیگر از مزایای این نظریه این بود که دیگر پزشکان مخاطب دعوی و ابلاغ اوراق قضایی قرار نمی‌گرفتند و اعتبار و شهرت آن‌ها از بین نمی‌رفت. همچنین، هزینه‌های قضایی طرح دعوی بسیار کاهش پیدا می‌کرد؛ به‌ویژه در مواردی که دعوایی علیه چند نفر اقامه می‌شد (مثلاً پزشک، پرستار، دکتر داروساز، آزمایشگاه مستقر در بیمارستان، و...) دیگر نیاز نبود هر یک از آن‌ها به صورت جداگانه هزینه‌های قضایی را پرداخت کنند، که شامل هزینه‌های وکیل، شاهد، تهیه اسناد، کارشناسی، و غیره است. در نتیجه، زمان

1. Non-Delegable Duty Theory

البته برخی به اصطلاح «وظیفه غیر قابل واگذاری» ایراد وارد کردند با این استدلال که این وظیفه قابل واگذاری به پیمانکار مستقل است. آنچه قابل واگذاری نیست، مسئولیت بیمارستان در این خصوص است. پس مناسب‌تر است که به جای «وظیفه غیر قابل واگذاری» از اصطلاح «مسئولیت غیر قابل واگذاری» برای بیمارستان استفاده کرد (Fraser, 2004, p. 260).



و انرژی و آرامش ذهنی تیم درمانی برای ارائه خدمات بهتر حفظ می‌شد و اجازه می‌داد آن‌ها بر روش‌های جدیدتر و کم‌خطاتر تمرکز کنند.^۱ نیز بی‌عدالتی‌های پرداختی در مورد برخی از تخصص‌های پزشکی پُرریسک حذف می‌شد. ضمناً درحالی‌که حق بیمه‌ها ۵ درصد از هزینه پزشکان را شامل می‌شود فقط ۱ درصد از هزینه بیمارستان‌ها را به خود اختصاص می‌دهد. بنابراین، با افزایش حق بیمه، به بیمارستان‌ها فشار کمتری وارد می‌شود تا پزشکانی که به صورت انفرادی خود را بیمه می‌کنند (Peters, 2008, pp. 386-387). در مرحله پرداخت خسارت نیز دشواری‌های تقسیم میزان مسئولیت و وصول خسارت از شرکت‌های بیمه و موضوع قائم مقامی در بازیافت خسارت پرداختی توسط بیمه‌ها مطرح نمی‌شد. در واقع بسیاری از معایب بیمه انفرادی پزشکان را برطرف می‌کرد. به علاوه، با توجه به اینکه بیمه‌های مسئولیت پزشکان در گروه بیمه‌های اختیاری قرار می‌گیرند، گاهی خسارات وارده بر بیماران به دلیل نبود بیمه‌نامه یا محدودیت سقف جبرانی آن بدون جبران باقی می‌ماند (Ehrenzweig, 1964, pp. 279, 283).

از نظر اهداف مسئولیت مدنی نیز تغییر تمرکز از سرزنش شخصی به سوی طراحی سیستمی که خطاهای انسانی در آن بیشتر دیده می‌شود و منابع بیشتری برای پیشگیری از خطا و برنامه‌ریزی دارد بهتر می‌تواند در بازدارندگی از اشتباهات آینده کمک کند. بیمارستان‌ها کارکنان زیادی دارند و از منابع و اطلاعات و داده‌ها و امتیازات بیشتری برای طراحی این نوع سیستم‌ها برخوردارند و می‌توانند با تجزیه و تحلیل این داده‌ها در مقیاس بزرگ‌تر و در سطح بیمارستان به طراحی و اجرای سیستم‌های ارتقای سلامت و پیشگیری از خطای انسانی اقدام کنند (Mello & Brennan, 2002, p. 1623)؛ درحالی‌که پزشکان به‌تنهایی از این منابع و امتیازات برخوردار نیستند. مسئول دانستن بیمارستان با نظریه‌های تحلیل اقتصادی حقوق نیز سازگار است. زیرا از دیدگاه تحلیلگران اقتصادی حقوق مسئولیت باید بر کسی بار شود که بتواند با حداقل هزینه^۲ جلوی ورود آسیب و خسارت را بگیرد (Calabresi, 1970, pp. 135-173) که در فرض مورد بحث ما بیمارستان‌ها دارای چنین موقعیتی هستند.

با وجود مزایای بسیاری که این مبنای مسئولیتی دارد و سبب شده محققان زیادی از جنبه‌های مختلف طرفدار این نظریه باشند، در عمل، معایبی نیز در ارتباط با این مبنا وجود دارد؛ از جمله: ۱. اگرچه بیمارستان‌ها وظیفه کنترل و نظارت بر عملکرد پزشکان و کادر درمان خود را دارند، در عمل، بررسی دقیق و کامل همه روابط میان پزشکان با بیماران شدنی نیست. زیرا بعید است که پزشک یا مسئولی در بیمارستان از اقدامات همه پزشکان آن بیمارستان آگاه باشد. پس نمی‌تواند مسئول نظارت بر کلیه رفتارها و اقدامات کادر پزشکی بیمارستان باشد (Cohoon, 1980, pp. 395-397)؛ ۲. این بیمارستان نیست که بیماران را درمان می‌کند، بلکه پزشکان آن بیمارستان هستند که به صورت مستقل اقدام به تشخیص و تعیین نوع درمان بیمار می‌کنند. در واقع، قرارداد پزشکان با بیمارستان قراردادهای خدماتی نیست (بدین معنا که

۱. این موضوع در یک طرح تحقیقاتی در مورد متخصصان بیهوشی در مدرسه پزشکی هاروارد آزمایش شد که در آن هیچ‌یک از پزشکان بیهوشی به صورت انفرادی مسئول نبودند. مدرسه پزشکی هاروارد برای آنان اقدام به خرید بیمه مسئولیت کرد که سبب پیشرفت‌های چشمگیری در این عرصه شد؛ هرچند در برخی دیگر از حوزه‌ها نتایج مانند این مورد نبود (برای مطالعه بیشتر در مورد نتایج این طرح تحقیقاتی ر.ک: Eichhorn & Cooper, 1986, pp. 1017-1020).

2. The Cheapest/ the Least Cost Avoider

پزشکان باید به بیمارستان خدمت کنند)، بلکه قرارداد برای ارائه خدمات به بیماران بیمارستان است که بیمارستان در نوع روابط آن‌ها هیچ کنترلی ندارد (V.T.H.D, 1952, p. 45)؛ ۳. نظارت کامل بر روابط میان پزشک و بیمار به نفع بیمار نیست. چون سبب ایجاد اخلاق و آثار منفی بر روابط پزشک و بیمار می‌شود (Cohoon, 1980, pp. 395-397)؛ ۴. اگر برای مسئولیت مدنی دو هدف اصلی در نظر بگیریم - یکی جبران کامل خسارات وارده بر بیماران و دیگری بازدارندگی و پیشگیری از وقوع خسارات آینده (Cohoon, 1980, p. 399)، مسئول دانستن بیمارستان‌ها، اگرچه رسیدن به هدف اول را بهتر و سریع‌تر محقق می‌کند، در تأمین هدف دوم ناکارآمد است. زیرا پزشکانی که هیچ‌گونه مسئولیتی ندارند انگیزه لازم را هم برای پیشگیری از خسارات آینده نخواهند داشت. بنابراین، بار کردن مسئولیت صرفاً بر بیمارستان نمی‌تواند اهداف حقوق مسئولیت مدنی را به خوبی پوشش بدهد. به لحاظ اقتصادی نیز قانون‌گذاران به خوبی از این موضوع آگاه بودند که تحمیل کردن مسئولیت آن‌هم بدون تقصیر و از نوع مسئولیت محض بر بیمارستان‌ها، ضمن اینکه دربردارنده هزینه‌های بالقوه و بالفعل زیادی برای بیمارستان‌هاست، که می‌تواند آن‌ها را از سرمایه‌گذاری در مرحله تحقیق و توسعه و ارتقای ایمنی بیماران بازدارد، بیم ایجاد فرهنگ مطالبه خسارت را در حوزه آسیب‌های پزشکی افزایش خواهد داد (Van boom, 2007, p. 164). به همین دلایل بود که از سال ۲۰۰۶ این ایده کنار گذاشته شد و قانون‌گذاران امریکایی به دنبال ارائه پیشنهاد‌های جایگزینی بودند که در آن‌ها مسئولیت انحصاری بیمارستان به تنهایی ملاک عمل نباشد (Peters, 2008, pp. 377).

۴-۱. نظریه رضایت آگاهانه

یکی دیگر از مبانی مطرح‌شده برای مسئول دانستن بیمارستان‌ها، که در واقع می‌توان آن را زیرمجموعه مسئولیت مستقیم بیمارستان دانست، نظریه «اخذ رضایت آگاهانه از بیمار» است. همان‌طور که مطرح شد، امروزه بیمارستان‌ها وظایف و نقش‌های گسترده‌تری در حوزه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی دارند. یکی از این وظایف اخذ رضایت آگاهانه از بیماران برای انجام دادن اقدامات تشخیصی و درمانی مناسب است. هسته اصلی مفهوم رضایت آگاهانه بیمار استقلال او در انتخاب پزشک و روش درمان است (Valles v. Albert Einstein med. Ctr., 2002). در مورد پزشکان شاغل در بیمارستان، با توجه به اینکه بیمار مجبور است تحت درمان پزشک بیمارستان قرار بگیرد و در نتیجه استقلال و آزادی لازم برای تصمیم‌گیری را ندارد، اخذ رضایت آگاهانه محقق نمی‌شود و بر این اساس، در صورت وقوع تقصیر از جانب پزشک یا کادر درمان، بیمارستان مسئول جبران خسارات وارده خواهد بود. این مبنا در برخی از آرای صادره در مورد پزشکان مستقر در بخش‌های سی‌تی‌اسکن، رادیولوژی، اورژانس، و غیره اعمال شد و در نهایت بیمارستان، به دلیل عدم اخذ رضایت آگاهانه، مسئول شناخته شد (Keel v. St. Elizabeth Med. Cdr., 1992; Friter v. Lalob Corp, 1992). با این هدف که بیمارستان بر اساس این مبنا مسئول شناخته نشود و مسئولیت اخذ رضایت آگاهانه بیمار با پزشک معالج باشد، بیمارستان موظف است اقداماتی را انجام دهد که بر اساس آن بیمار به نحو کاملاً واضح و روشن در جریان مستقل بودن پزشک در درمان قرار گیرد؛ که از آن اقدامات به چند مورد اشاره می‌شود:



۱. تهیه بروشور، فرم‌های قبل از جراحی یا اقدامات تشخیصی، نصب تابلوها و اطلاعیه‌هایی در بیمارستان که به نحو مناسب نشان‌دهنده این موضوع باشد که پزشکان این بخش کاملاً مستقل هستند و بیمار حق دارد از میان آن‌ها انتخاب کند و نیز بیمارستان مسئول اقدامات پزشکی آن‌ها نخواهد بود.
 ۲. آموزش کارکنان بیمارستان برای آگاهی دادن به بیماران و مراجعه به پزشکان مستقل و خصوصی.
 ۳. پرهیز از تبلیغات با عباراتی که اقدامات پزشکان را به بیمارستان نسبت دهد.
 ۴. ممنوع کردن پزشکان در استفاده از نام بیمارستان (در نسخه، مهر، برچسب‌های مورد استفاده، لباس‌های مورد استفاده، و غیره)، مگر در مواردی که به نمایندگی از بیمارستان اقدام می‌کنند.
 ۵. عدم ارائه صورت حساب برای پزشکان.
 ۶. اجتناب از تهیه توافقات مالی با پزشکان (به نحوی که آن‌ها را در استخدام یا شاغل در بیمارستان نشان دهد (Tottenham, 2002, 32)).
- اگر بیمارستان این آگاهی را به خوبی در بیماران ایجاد نکند یا بیمار به هر دلیل، مانند شرایط اضطراری یا بیهوشی، امکان آگاه شدن به نحو مطلوب برایش فراهم نشود، بیمارستان مسئول اقدامات پزشکان خواهد بود (Fraser, 2004, pp. 265-267).
- در یکی از پرونده‌های مهم (Canterbury v. Spence, 1972) در این زمینه دادگاه معیار احراز تقصیر را از ضابطه «پزشک معقول و استاندارد» یا «عرف جامعه پزشکی» به معیار «بیمار معقول» تغییر داد. بر اساس این معیار، استاندارد مراقبتی از بیمار باید مواردی باشد که یک بیمار منطقی و معقول از بیمارستان انتظار دارد. بنابراین تیم پزشکی بیمارستان در ارائه خدمات درمانی و مراقبتی باید به گونه‌ای عمل کند و به بیمار اطلاع دهد که هر بیمار منطقی و معقولی به صورت آگاهانه به درمان یا اقدامات تشخیصی رضایت دهد. عناصر اساسی در نظریه اخذ رضایت آگاهانه نیز عبارت است از: ۱. یک خطر ذاتی بر روش انتخابی درمانی یا جراحی وجود داشته باشد؛ ۲. این خطر به میزانی مهم باشد که بتواند بر تصمیم بیمار منطقی برای رضایت به این نوع درمان یا روش اثر بگذارد (Fraser, 2004, pp. 257-258). اگر در چنین شرایطی رضایت آگاهانه بیمار اخذ نشود، بیمارستان مسئول قصور و سهل‌انگاری کارکنان خود خواهد بود؛ مگر اینکه به نحو روشن و شفاف عدم مسئولیت خود را به اطلاع بیمار رسانده باشد.
- نظریه اخذ رضایت آگاهانه، همان‌طور که اشاره شد، یکی از نظریات فرعی و زیرمجموعه نظریه مسئولیت مستقیم و انحصاری بیمارستان است که برخی محققان آن را مبنایی مستقل برای مسئول دانستن بیمارستان‌ها در نظر گرفته‌اند. بنابراین، همان انتقاداتی که پیش‌تر در مورد مسئولیت انحصاری بیمارستان‌ها مطرح شد در مورد این مبنا هم وجود دارد. به علاوه، در عمل اخذ رضایت آگاهانه از همه مراجعه‌کنندگان به یک بیمارستان، با توجه به تنوع گسترده خدمات بیمارستان و تخصصی و پیچیده بودن این حوزه، دشوار است. بنابراین، به نظر می‌رسد بهتر باشد این وظیفه بر عهده پزشکان هر بخش قرار گیرد تا بیمارستان. همچنین، این نظریه صرفاً محدود خواهد بود به روش‌های درمانی و تقصیری که در این زمینه‌ها اتفاق می‌افتد. در نتیجه شامل مواردی دیگر از سهل‌انگاری پزشکان و دیگر کارکنان نمی‌شود. به علاوه، همان‌طور که مطرح شد، بیمارستان می‌تواند با بعضی اقدامات خود را از این مبنای مسئولیتی خارج کند و در نتیجه مسئول تلقی نشود.

۲. طرح‌های جایگزین مسئولیت بیمارستان‌ها در برابر خطای کارکنان

بر اساس نکات مطرح شده، با توجه به اینکه هر یک از مبانی عیوبی دارند، بسیاری درصدد ارائه راه‌حل‌های جایگزین برای مسئول دانستن بیمارستان‌ها هستند. همه راه‌حل‌های ارائه شده دو ویژگی مشترک و مهم دارند. ویژگی اول اینکه در هیچ‌یک از این طرق جبرانی جایگزین مسئولیت بدون تقصیر به طور کامل جایگزین مسئولیت با تقصیر نشده است. اگرچه ارائه خدمات درمانی یکی از خدمات ضروری و مهمی است که به شهروندان ارائه می‌شود و با توجه به اینکه در غالب موارد بیماران از اطلاعات کافی در این زمینه برای اثبات تقصیر پزشک یا کادر درمان یا حتی بیمارستان برخوردار نیستند (عدم تقارن اطلاعاتی) و تحمیل بار اثبات تقصیر بر آن‌ها دشوار است و در بسیاری از زمینه‌های دیگر (مانند مسئولیت داروسازان) نیز حرکت نظام‌های حقوقی به سمت مسئولیت محض و بدون تقصیر بوده است، تحمیل کردن مسئولیت بدون تقصیر بر پزشکان یا بیمارستان نیز دارای آثار منفی بسیار خواهد بود که مهم‌ترین آن‌ها کاهش بودجه بیمارستان‌ها برای سرمایه‌گذاری در بخش تحقیق و توسعه و ارائه تجهیزات به‌روز و کافی است. برای ایجاد تعادل میان این دو ضرورت اجتماعی (ارائه خدمات درمانی و تحقیق و توسعه) در بیشتر روش‌های جایگزین مسئولیت بیمارستان‌ها مسئولیت بدون تقصیر پذیرفته شده است. اما در خصوص مباحث مربوط به سببیت و میزان جبران خسارات محدودیت‌هایی در نظر گرفته شده است که در بخش بعدی به آن‌ها پرداخته خواهد شد. بر این اساس دومین ویژگی مشترک این‌گونه طرح‌ها خارج شدن از اصل جبران کامل کلیه خسارات وارده بر بیمار یا اطرافیانش است (Van Boom, 2007, p. 146).

یکی از این راه‌های جایگزین این است که به جای آنکه بیمارستان‌ها به طور مستقیم و انحصاری مسئول جبران خسارات ناشی از تقصیر و سهل‌انگاری پزشکانشان باشند کمیته‌ای در هر بیمارستان مسئول نظارت بر عملکرد و ارزیابی مستمر کادر درمان آن بیمارستان باشد و در صورت وقوع چنین خطاهایی آن دسته از اعضای این کمیته که مسئول ارزیابی اعتبار و عملکرد اعضای آن مجموعه بوده‌اند مسئول جبران خسارات وارده بر بیماران، با استفاده از منابع بیمه‌ها یا صندوق‌های خاص دولتی یا خصوصی مناسب، باشند که پس از اثبات تقصیر و کوتاهی آن‌ها در انجام دادن وظیفه باید این مبالغ پرداخت شده توسط صندوق به صورت مساوی از آنان اخذ شود. اصولاً پزشکان «در یک لحظه» ضعیف و دارای عملکرد نامطلوب نمی‌شوند؛ حتی اگر مرتکب تقصیرهای سنگینی شده باشند. عملکرد ضعیف آن‌ها حاصل رفتارهای نادرست و خارج از استانداردی است که مدت‌ها انجام داده‌اند و همکاران نزدیک آن‌ها، با وجود آگاهی از این موضوع، مسئولان بیمارستان را مطلع نکرده‌اند (Cohoon, 1980, pp. 399-401). مطالعات اخیر نشان داده است که تقریباً هر تشخیص اشتباه یا خطا ترکیبی از خطاهای شناختی فردی و ضعف سیستمی است. بیشترین علل چنین خطاهایی عیوب تجهیزات و وسایل مورد استفاده در درمان، وجود مشکلات هنگام تغییر شیفت‌های کاری، انتقال بیمار از نظارت یک پزشک به پزشک دیگر، نادرست بودن نتایج آزمایش‌های اعلامی، شیفت‌های کاری زیاد، یا حجم کار بالا بوده است (Peters, 2008, pp. 384).

حقوق مسئولیت مدنی نوین اقتضا دارد که صرفاً بیمارستان یا کمیته‌های ارزیابی مسئول نباشند، بلکه پزشکانی که تخلف کرده‌اند هم مسئول رفتارهای خود باشند تا دقت بیشتری بر اعمال خود داشته باشند



(Cohoon, 1980, pp. 399-401). اما برای اینکه معایب اقامه دعوی قضایی علیه پزشک متخلف ایجاد نشود بهترین راه اعمال مجازات اداری و صنفی است که بر اساس میزان و تعداد تخلفات و درجه اهمیت آن‌ها توسط کمیته‌های ارزیابی تعیین شود.

این نوع کمیته‌ها هم‌اکنون با عناوین مختلفی در بسیاری از بیمارستان‌ها وجود دارد؛ از جمله کمیته بررسی و نظارت بیمارستان، کمیته بازرسی، کمیته بازبینی طرح‌های خدمات درمانی حوزه سلامت، کمیته بازبینی بیمه‌های سلامت، کمیته ارزیابی خسارات و آسیب‌های وارده بر بیماران، کمیته ارزیابی عملکرد و اعتبار کارکنان، یا هر نوع سازمان، کمیته، انجمن، هیئت، یا نهادی که متشکل از تعدادی افراد متخصص حوزه پزشکی باشد که وظیفه آن‌ها صرفاً بررسی و نظارت مستمر بر عملکرد کارکنان و جمع‌آوری اطلاعات و داده‌های آن بیمارستان یا مراکز درمانی است با هدف^۱ ارتقای ارزیابی و بهبود کیفیت مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده؛^۲ ارائه راه کارهای کاهش عوارض درمان یا کاهش مرگ و میر؛^۳ ایجاد و وضع رویه‌های استاندارد و اجرای دستورالعمل‌های ابلاغی در حوزه خدمات بهداشتی و درمانی (Hurney & Aliff, 2003, p. 442). با توجه به اینکه این افراد دارای تخصص‌های مورد نیاز برای ارزیابی عملکرد پزشکان متخصص هستند و ضمناً از منابع و امتیازات لازم برای انجام دادن وظایف یادشده برخوردارند و همچنین زمان کافی برای انجام دادن این وظایف دارند، مناسب‌ترین افراد برای اعمال وظیفه نظارت بیمارستان‌ها بر اعمال کارکنانشان تلقی می‌شوند.

۳. ارکان مسئولیت بیمارستان‌ها

با توجه به اینکه مسئولیت گروه ارزیابی عملکرد در برابر خطای پزشکان و دیگر کارکنان بیمارستان مسئولیت بدون تقصیر تعیین شده، ارکان مسئولیت صرفاً احراز وجود رابطه سببیت و ورود خسارت است. اما، برای جلوگیری از ایجاد آثار منفی مسئولیت بدون تقصیر، کشورها به وضع مقرراتی در جهت محدود کردن احراز رابطه سببیت و نیز اعمال محدودیت‌هایی در مورد خسارات قابل جبران در خصوص حوادث بیمارستانی اقدام کردند.

در مورد رابطه سببیت، دیوان عالی کشور کانادا در چند پرونده بسیار مهم (Bazley v. Curry, 1999؛ Jacobi v. Griffiths, 1999)، که تأثیر آن را می‌توان در سراسر کشورهای کامن‌لا ملاحظه کرد، معیار احراز رابطه سببیت در مورد حوادث بیمارستانی را وجود ارتباط «به حد کافی نزدیک»^۱ اعلام کرد و آن را معیار اصلی برای احراز این شرط دانست؛ هرچند توضیح بیشتری در مورد معیار و میزان نزدیک بودن ارائه نکرد (McBride, 2003, pp. 255-256). برخی دیگر از پژوهشگران صرف اینکه آسیب وارده نتیجه وضعیت بیمار یا اقدام قبل از ورود او به بیمارستان نباشد را کافی برای احراز رابطه سببیت در این زمینه دانسته‌اند و آن را سبب نزدیک نامیده‌اند (Hason & Stromberg, 1969, p. 29).^۲

1. Sufficiently Close Connection

2. Approximate Cause

در ایالت ویرجینیای غربی در امریکا، سال ۱۹۸۶، قانون جدیدی در ارتباط با مسئولیت حرفه‌ای پزشکان وضع شد.^۱ در این قانون از مباحث سببیت نسبی (مقایسه‌ای)^۲ و سببیت مشارکتی^۳ یاد شده است. بر اساس این قانون، در صورتی که خسارت وارده بر بیمار برابر یا بیشتر از ۵۰ درصد به سبب تقصیر خود بیمار (سببیت نسبی) باشد، حکم به جبران چنین خسارتی داده نخواهد شد. البته بیمارستان‌ها یا مراکز بهداشتی و مراقبتی که به تقصیر خواهان (بیمار) استناد می‌کنند باید اثبات کنند: ۱. خواهان هم وظیفه مراقبت از خود را داشته؛ ۲. خواهان وظیفه مراقبت از خود را نقض کرده؛ و ۳. این نقض وظیفه یکی از اسباب یا سبب نزدیک ورود خسارت بوده است (Hurney & Aliff, 2003, pp. 430-432). همچنین در مواردی که اسباب متعدد سبب ایجاد خسارت وارده بر بیمار شده باشند، در صورتی که میزان تقصیر هر یک از خواندگان ۲۵ درصد یا بیشتر باشد، بیمار با دیگر خواندگان دارای مسئولیت تضامنی و مشترک خواهد بود و اگر کمتر از این میزان باشد، دادگاه رأی به مسئولیت جداگانه او خواهد داد.^۴ بنابراین، تقصیر یا سهل‌انگاری یکی از کارکنان باید سبب نزدیک و مؤثر و نیز یگانه سبب ورود خسارت باشد تا بیمارستان منحصراً مسئول خطای کارکنانش باشد. نیز خود بیمار نباید یکی از اسباب مؤثر در ایجاد خسارت تلقی شود.

محدودیت بعدی در خصوص نوع خسارات قابل جبران مطرح شده است. همان‌طور که اشاره شد، اگرچه در حوزه پزشکی اصولاً مسئولیت‌های بدون تقصیر بنا بر ملاحظات پذیرفته شده است، برای جلوگیری از آثار مالی منفی پذیرش آن تلاش بسیاری از کشورها بر این است که تا حد امکان میزان جبران خسارات وارده را تا سطح حداقل‌ها حفظ کنند و صرفاً خسارات مادی وارده جبران شود. به همین دلیل، یکی از ویژگی‌های این طرح‌های جایگزین این است که در غالب آن‌ها زیان‌های غیر پولی، همچون خسارات معنوی، نیز زیان‌های اقتصادی (مانند از دست دادن درآمد) و خسارات تنبیهی قابل جبران نیست یا تا سقف معینی قابل جبران است (Hason & Stromberg, 1969, p. 29). نمونه این موضوع قانون مورد اشاره در ایالت ویرجینیای غربی است که بر اساس اصلاحیه آن، در سال ۲۰۰۰، زیان‌های غیر اقتصادی^۵ محدود به رعایت سقف یک میلیون دلار است^۶ و بر مبنای ماده دیگر آن زیان‌های غیر اقتصادی شامل زیان ناشی از غم و اندوه، درد و رنج، مشکلات روحی و روانی، و مانند آن‌هاست؛ بدون اینکه محدود به این موارد باشد (Hurney & Aliff, 2003, p. 446). نمونه دیگر را می‌توان در برنامه پیشنهادی انجمن پزشکی ویرجینیا برای تغییر از مبنای تقصیر به سوی یک طرح جبران خسارات بدون تقصیر در مورد کودکان متولدشده با نقص‌های مادرزادی و ژنتیکی ملاحظه کرد که در آن‌ها نیز خسارات پولی و غیر پولی وارده به والدین این نوزادان و همچنین خسارات تنبیهی به صراحت جبران‌ناپذیر شناخته شده است (Sloan, 1997, p. 38). در سال ۱۹۸۸ ایالت

1. The Medical Professional Liability Act (MPLA) (1986). W.Va. Code. § 53-7B-1 to 11.

2. Comparative Causation

3. Contributory Causation

4. The Medical Professional Liability Act (MPLA) (1986). W.Va. Code. § 55-7B-9(a), (b).

5. Non-Economic Loss

6. W.Va. Code. § 55-7B-8 (2000).

7. W.Va. Code. § 55-7B-2 (g).

فلوریدا نیز قانون «جبران خسارت آسیب‌های مغزی مربوط به تولد»^۱ را تصویب کرد که شرایط بسیاری را برای جبران خسارت مقرر کرد تا دامنه جبرانی این خسارات بسیار محدود شود؛ از جمله اینکه نوزاد باید حین تولد حداقل ۲۵۰۰ گرم وزن داشته باشد و آسیب به دلیل کمبود اکسیژن یا عیوب تجهیزات مکانیکی حین زایمان ایجاد شده باشد و نوزاد به صورت اساسی و دائمی از نظر ذهنی و جسمی آسیب دیده باشد تا بر اساس این قانون، بدون اثبات تقصیر، جبران خسارت صورت گیرد (Van Boom, 2007, p. 150). نمونه دیگر در قانون جدید نیوزلند، با عنوان «قانون جلوگیری از آسیب، توان بخشی، و جبران خسارت»^۲، مصوب ۲۰۰۵، ملاحظه می‌شود که به نظر می‌رسد این طرح مباحث تقصیر و رعایت استانداردهای فرعی مراقبتی را نادیده می‌گیرد و صرفاً به جبران خسارات وارده در نتیجه مراحل تشخیص و درمان می‌پردازد؛ به شرطی که اقدامات انجام شده جزء ضروری درمان بوده باشد. بنابراین خساراتی که غیر ضروری تشخیص داده شود یا پیامد معمول آن درمان نباشد و به دلیل شرایط خاص بیمار یا دانش موجود بوده باشد جبران نخواهد شد. در ماده ۳۲ بند ۳ همین قانون نیز تصریح شده است که صرف اینکه درمان به نتیجه نرسد آسیب درمانی تلقی نمی‌شود و قابل جبران نخواهد بود (Van Boom, 2007, pp. 147-148).

۴. مبانی مسئولیت بیمارستان‌ها در نظام حقوقی ایران

در خصوص مسئولیت بیمارستان‌ها در قبال خطای کارکنان در نظام حقوقی ایران مقررات صریحی مشاهده نمی‌شود و غالب نویسندگان در این زمینه به مقررات کلی مسئولیت، همچون مقررات مندرج در قانون مسئولیت مدنی و قانون مجازات اسلامی، استناد کرده‌اند. چنانچه خسارت وارده به بیمار به سبب نقص تجهیزات بیمارستان باشد که مسئولیت مستقیم بیمارستان برای چنین قصوری محرز و بر اساس قواعد عمومی (ماده ۱ قانون مسئولیت مدنی، مصوب ۱۳۳۹) بیمارستان مسئول خواهد بود. در مورد خطای کارکنان بیمارستان، که رابطه استخدامی با بیمارستان دارند، نیز بر اساس مبنای مسئولیت ناشی از فعل توجیه‌ناپذیر است و مشکلی وجود ندارد. برخی نیز این مبنا را با قاعده فقهی «من له الغنم فعلیه الغرم» سازگار می‌دانند. زیرا وقتی بیمارستان از مراجعه بیماران و درمان آن‌ها سود می‌برد در موارد تقصیر یا قصور کارکنانش هم باید پاسخگو باشد (طباطبایی و شنیور، ۱۳۹۳، ص. ۴۰). بیشتر موضوع مورد بحث در فرض مسئولیت بیمارستان در برابر خطای پزشکان آن بیمارستان است که با توجه به مستقل بودن آن‌ها همواره با چالش‌هایی مواجه بوده است. برخی پژوهشگران بر آن‌اند که بر مبنای ماده قانون مدنی در قرارداد میان بیمارستان و پزشک تعهد به نفع ثالثی (بیمار) هم وجود دارد و بیمار با استناد به این موضوع و نیز بر مبنای مسئولیت ناشی از فعل غیر (ماده ۱۲ قانون مسئولیت مدنی) می‌تواند به بیمارستان نیز مراجعه کند (یزدانیان و آرابی، ۱۳۹۳، ص. ۱۶۹). البته در خصوص احراز رابطه تابع و متبوعی، با توجه به ضعف نظارت وزارت بهداشت بر فعالیت پزشکان بیمارستان، می‌توان گفت نظارت رئیس بیمارستان بر پزشکان آن بیمارستان بیشتر است. پس، از دیدگاه برخی، این رابطه تابع و متبوعی یا کارگر و کارفرما را می‌توان در این رابطه بیشتر دید. بنابراین،

1. The Birth-related Neurological Injury Compensation Act (NICA) (1988).

2. The New Zealand Injury Prevention, Rehabilitation and Compensation Amendment Act (No. 2) (2005).

رئیس بیمارستان باید برای عمل غیر (پزشک) پاسخگو باشد و در مورد تیم جراحی پزشک جراح مسئول تیم خواهد بود (یزدانیان، ۱۳۹۱، ص. ۴۹). با وجود اینکه مبنای مسئولیتی مسئولیت ناشی از فعل غیر را غالب پژوهشگران در نظام حقوقی ایران پذیرفته‌اند، با توجه به معایبی که دارد و اینکه در واقعیت رابطه کارگر و کارفرمایی یا تابع و متبوعی میان پزشکان متخصص با بیمارستان و ریاست آن وجود ندارد (بر اساس ماده ۱۲ کارفرما (بیمارستان) باید مشمول قانون کار باشد و اینکه در این ماده صرفاً فرض تقصیر کارفرما شده است و او می‌تواند با اثبات رعایت همه احتیاط‌های لازم از مسئولیت مبرا شود)، این نظریه به خوبی توصیف‌کننده مبنای مسئولیت بیمارستان‌ها برای خطای پزشکانشان نخواهد بود. در ضمن، همان‌طور که مطرح شد، در حوزه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در بسیاری از کشورها مسئولیت بدون تقصیر بیمارستان پذیرفته شده است؛ درحالی‌که در نظام حقوقی ایران به چنین موضوعی نه در مورد مسئولیت پزشک نه در مورد مسئولیت بیمارستان به صراحت اشاره نشده است.

در مورد ماده ۱۲ ق.م.م برخی حقوق دانان بر این باورند که بدون اثبات تقصیر کارگر، بر اساس این ماده، به کارفرما رجوع می‌شود. اما کارفرما صرفاً پس از پرداخت در صورتی می‌تواند به کارگر مراجعه کند که او مرتکب تقصیری شده باشد (کاتوزیان، ۱۳۸۶، ص. ۵۴۵). اما برخی دیگر بر آن‌اند که با توجه به اینکه بر اساس ماده ۱ ق.م.م اثبات تقصیر لازمه جبران خسارت است، اثبات تقصیر کارگر برای مسئول بودن کارفرما ضروری است (یزدانیان و آرای، ۱۳۹۳، ص. ۱۶۹). به علاوه، در مورد مسئولیت پزشک، بر اساس ماده ۴۹۵ ق.م.ا مصوب ۱۳۹۲ و به‌ویژه تبصره ۱ آن، که تصریح کرده است: «در صورت عدم قصور یا تقصیر پزشک در علم و عمل برای وی ضمان وجود ندارد...»، تقصیر پزشک در قالب عدم رعایت موازین فنی یا مرتکب تقصیر شدن شرط مسئولیت او دانسته شده است. با این حال، برخی دیگر از محققان بر آن‌اند که در این‌گونه موارد احراز تقصیر جهت احراز رابطه سببیت است و اگر تقصیر فرد احراز نشود خسارت منتسب به او نخواهد بود. بنابراین، همچنان مواد قانون مجازات اسلامی، در زمینه آسیب‌های بدنی، اصل مسئولیت محض یا مسئولیت بدون تقصیر را پذیرفته است (جواهرکلام، ۱۴۰۰، ص. ۱۹۳). اما به نظر می‌رسد با توجه به اینکه مبنای اصلی مسئولیت مدنی در نظام حقوقی ما بر اساس ماده ۱ ق.م.م مبتنی بر تقصیر است و خلاف آن نیازمند تصریح قانون‌گذار است و اینکه در زمینه مسئولیت پزشک نیز بر اساس ماده ۴۹۵ و تبصره آن احراز تقصیر لازم دانسته شده است و به علاوه در رویه قضایی^۱ اصولاً وقتی پزشک مرتکب تقصیر شود او را ملزم به جبران می‌دانند و نه بیمارستان را و کاری به رابطه استخدامی او با بیمارستان ندارند (یزدانیان و آرای، ۱۳۹۳، ص. ۱۶۹)، هنوز مبنای مسئولیت بدون تقصیر (محض) در رابطه با مسئولیت پزشک و بیمارستان به صراحت پذیرفته نشده است و نظریه مسئولیت ناشی از فعل غیر هم نمی‌تواند مبنای مناسبی برای مسئول دانستن بیمارستان‌ها در برابر خطای پزشکان مستقل آن بیمارستان باشد و ضمناً پذیرش این نظریه در عمل معایبی خواهد داشت که پیش‌تر به آن اشاره شد.

۱. در این زمینه می‌توان به دادنامه شماره ۹۵۰۹۹۷۰۲۲۲۹۰۰۱۴۰، مورخ ۱۳۹۵/۰۲/۱۱، صادره از شعبه ۲۹ دادگاه تجدیدنظر استان تهران، اشاره کرد که در این پرونده، به دلیل تقصیر پزشک در عملیات لوله‌گذاری در یکی از بیمارستان‌ها، صرفاً پزشک مسئول جبران خسارت شناخته شد و بیمارستان نه طرف دعوی قرار گرفت نه مسئول شناخته شد (برای مشاهده جزئیات این رأی ر.ک: <https://ara.gri.ac.ir/judge/text/31243>).

تا اینجا، وضعیت فعلی نظام حقوقی ایران توصیف شد؛ بدین معنا که مبنای مسئولیت نظریه تقصیر شخص مقصر بود و هیچ مبنای قابل قبولی، نه در تئوری نه در عمل و رویه قضایی، برای مسئول دانستن بیمارستان در برابر خطای پزشکان مستقل وجود نداشت. اما مسئله دوم این است که آیا می‌توان این راه‌حل‌های جایگزین مسئولیت بیمارستان‌ها را، که هم‌اکنون بسیاری از کشورها به آن رسیده‌اند، در نظام حقوقی ایران نیز قابل اجرا دانست؟ به نظر می‌رسد پاسخ به این پرسش مثبت باشد. براساس ماده ۱ آیین‌نامه نحوه تأسیس و بهره‌برداری از بیمارستان‌ها، مصوب وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، به تاریخ ۱۳۸۳/۱۲/۲۴، بیمارستان یک مؤسسه پزشکی است که با اخذ مجوزهای لازم تأسیس می‌شود. در عمل، غالب بیمارستان‌ها به صورت شرکت‌های سهامی (اعم از عام و خاص) به ثبت می‌رسند یا اساسنامه آن‌ها به عنوان مؤسسات غیرتجاری ارائه‌دهنده خدمات درمانی به ثبت می‌رسد. در نتیجه می‌توان آن‌ها را به عنوان یک شخصیت مستقل یا یک شرکت به رسمیت شناخت. این شخصیت مستقل از اعضا و کارکنانش دارای وظایف متعدد است. یکی از آن وظایف انتخاب و گزینش کارکنان مناسب و نظارت مستمر بر فعالیت آن‌هاست. این وظیفه به گروهی خاص، یعنی مسئولان فنی هر بیمارستان یا درمانگاه، سپرده می‌شود (ماده ۱۳ آیین‌نامه نحوه تأسیس و بهره‌برداری از بیمارستان‌ها مصوب ۱۳۸۳/۱۲/۲۴، ماده ۲۰ آیین‌نامه تأسیس درمانگاه‌ها (مصوب وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی)، مواد ۸ و ۹ آیین‌نامه تأسیس درمانگاه‌های تخصصی غیرتخصصی قلب و عروق، مصوب ۱۳۷۹/۰۵/۰۵ (مصوب وزارت بهداشت، درمان، آموزش پزشکی) صرفاً برخی از مقررات این حوزه در زمینه لزوم به‌کارگیری مسئولان فنی و تعداد و تخصص آن‌ها و شرح وظایف این گروه است). بنابراین، وظیفه نظارت مستمر، همانند دیگر کشورها، در ایران هم بر گروهی خاص از مسئولان و کارکنان بیمارستان‌ها و دیگر مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی بار شده است. بدین ترتیب، می‌توان مبنای مسئولیت بیمارستان‌ها را همان نظریه مسئولیت مستقیم بیمارستان دانست؛ اما مسئولیت را نه بر کل بیمارستان بلکه بر گروهی ویژه، که این وظیفه بیمارستان را به عهده می‌گیرند، بار کرد. به منظور جبران نیز می‌توان از ابزارهایی نظیر ایجاد صندوق‌های خاص جبران خسارات بیماران یا طرح‌های بیمه‌ای اجباری در این زمینه استفاده کرد.

برخی محققان برای توجیه امکان استفاده از ابزارهای جبرانی جمعی به وجود نهاد عاقله و ضامن جریه اشاره کرده‌اند و این نهادها را زمینه مناسب برای پیش‌بینی سازکارهای مشابه به منظور مسئول دانستن نهادهای دیگر و جمعی کردن مسئولیت و جبران خسارت دانسته‌اند (غفاری و همکاران، ۱۳۹۹، صص. ۶۸-۶۹). علاوه بر آن می‌توان به پیش‌بینی صندوق‌های خاص جبرانی، نظیر صندوق تأمین خسارات بدنی، اشاره کرد که به حکم قانون (ماده ۲۱ قانون بیمه اجباری خسارت، مصوب ۱۳۹۵/۰۲/۲۰، تبصره ۱ ماده ۵۵۱ قانون مجازات اسلامی، مصوب ۱۳۹۲/۰۲/۰۱، تبصره ۲ ماده ۵ قانون حمایت از زیان‌دیدگان ناشی از اسیدپاشی، مصوب ۱۳۹۸/۰۷/۲۱، ماده ۲۶ قانون رسیدگی به تخلفات رانندگی، مصوب ۱۳۸۹/۱۲/۰۸) برای جبران خسارات زیان‌دیده در موارد خاص در نظام حقوقی ایران پیش‌بینی شده است. علاوه بر آن، با نوآوری‌های خاص قانون آیین دادرسی کیفری، مصوب ۱۳۹۲، برای جبران خسارات وارده بر اشخاصی که بازداشت می‌شوند و

۱. «بیمارستان یک مؤسسه پزشکی است که با استفاده از امکانات تشخیصی، درمانی، بهداشتی، آموزش و پژوهشی به منظور درمان و بهبودی بیماران سرپایی و بستری به صورت شبانه‌روزی تأسیس می‌گردد.»

در نهایت حکم براءت یا قرار منع تعقیب برای آن‌ها صادر می‌شود صندوقی پیش‌بینی شده است. با توجه به اینکه استفاده از خدمات پزشکی و مراقبتی بسیار ضروری است و کمتر کسی را می‌توان یافت که در طول دوران حیات خود به این خدمات نیازی نداشته باشد، همچنین با توجه به لزوم جبران سریع خسارات وارده و نیز دشواری اثبات تقصیر پزشک یا حتی بیمارستان در این زمینه‌ها، ضروری به نظر می‌رسد که با تأسیس صندوقی خاص در این خصوص و پذیرش مسئولیت بدون تقصیر بیمارستان‌ها، به دلیل تخطی از وظیفه مهم و تخصصی نظارت بر پزشکان و کادر درمان و ارزیابی مستمر فعالیت آن‌ها، این امکان برای شهروندان فراهم شود تا بدون طی فرایندهای طولانی و دشوار اثبات تقصیر و در سریع‌ترین زمان ممکن خسارات وارده را دریافت کنند. البته لازم است در مرحله بعد، در صورت احراز تقصیر پزشک یا فردی که مباشر درمان بوده، بر اساس مجازات اداری و صنفی و بر اساس نوع و میزان و درجه اهمیت تقصیر، با فرد مقصر برخورد شود. با توجه به اینکه نظام حقوقی ایران در زمینه جبران خسارت یک نظام جبرانی حداقلی را پذیرفته است و به‌ویژه در ورود آسیب‌های جسمانی، که دیه برای آن دریافت می‌شود، بر اساس تبصره ۲ ماده ۱۴ قانون آیین دادرسی کیفری آن صرفاً دیه یا ارش مورد حکم قرار می‌گیرد^۱ و جبران خسارت معنوی و منافع ممکن‌الحصول به صراحت منع شده است، این نوع صندوق‌ها با آثار منفی مالی هم مواجه نخواهند بود. البته به این نوع برخورد قانون‌گذار در مباحث جبران خسارت انتقادات بسیاری وارد است و در برخی آرای صادره در محاکم قضایی مطالبه هزینه‌های درمانی مازاد بر دیه قابل مطالبه دانسته شده.^۲ اما این موارد محدود هستند و به نظر نمی‌رسد رویه غالب باشد. در هر حال قانون‌گذار می‌تواند برای دریافت خسارات مادی یا معنوی دیگر از این صندوق‌ها، همانند برخی کشورها، سقف معینی تعیین کند.

نتیجه و پیشنهاد

با توجه به اهمیت و جایگاه خدمات بهداشتی و مراقبتی در جوامع امروزی و تصریح به وظیفه نظارت و ارزیابی مستمر بیمارستان‌ها بر عملکرد کارکنان در قوانین بسیاری از کشورها، نظریه‌های سنتی مطرح‌شده برای مسئول دانستن بیمارستان‌ها با توجه به ایراداتی که داشتند پاسخگوی نیازهای این حوزه نبودند. به همین دلیل، بر اساس نظریه‌های جدیدتر، این وظیفه بیمارستان‌ها نیز همانند دیگر وظایف آن‌ها، همچون تهیه و تجهیز بیمارستان و فراهم کردن محیط مناسب، است که سبب می‌شود خود بیمارستان مسئول

۱. در این زمینه می‌توان به دادنامه شماره ۹۵۰۹۹۷۰۲۲۲۹۰۰۱۴۰ صادره از شعبه ۲۹ تجدید نظر استان تهران، مورخ ۱۳۹۵/۰۲/۱۱، اشاره کرد: «... تحمیل مازاد بر دیه خلاف نص شارع مقدس می‌باشد...». همچنین دادنامه قطعی شماره ۹۳۰۹۹۷۰۲۲۴۴۰۰۸۸۴ صادره از شعبه ۴۴ دادگاه تجدید نظر استان تهران، مورخ ۱۳۹۳/۰۶/۳۰، خسارت ناشی از عدم النفع ایام بی‌کاری را مطالبه خسارت مازاد بر دیه دانسته و آن را دارای محمل قانونی ندانسته است.

۲. نمونه این‌گونه آرا دادنامه قطعی شماره ۹۲۰۹۹۷۰۲۲۱۵۰۰۰۵۱ تأییدشده در شعبه ۱۵ دادگاه تجدید نظر استان تهران است. همچنین دادنامه قطعی شماره ۹۴۰۹۹۷۰۲۲۱۲۰۱۶۴۵ صادره از شعبه ۱۲ تجدید نظر استان تهران، که در آن تصریح شده: «از مفهوم و محتوای منابع فقهی و ادله و منابع قانونی نفی خسارات مالی وارده به زیان‌دیده از جمله هزینه‌های درمانی استفاده نمی‌شود و قواعد فقهی لاضرر و تسبیب، نفی عسر و حرج، و اتلاف لزوم جبران خسارات دیگر را توجیه می‌کند...»

مستقیم خطاهای کارکنان باشد. پذیرش مسئولیت جمعی ضرورتی انکارناپذیر است. در کشورهای دیگر، مثلاً در ایالات مختلف آمریکا، طرح‌های بسیاری در زمینه‌های مختلف مربوط به آسیب‌های پزشکی مطرح شده که در آن‌ها به جای مسئول دانستن انفرادی پزشک یا فرد متخلف از مسئولیت جمعی کمیته‌هایی که در بیمارستان وظیفه نظارت مستمر بر فعالیت کارکنان و ارزیابی عملکرد آن‌ها را بر عهده دارند استقبال کرده‌اند و برای جبران سریع‌تر و مناسب‌تر خسارات وارده در زمینه آسیب‌های بیمارستانی اقدام به وضع صندوق‌های خاص جبرانی کرده‌اند که در نهایت، با اثبات تقصیر این گروه، خسارات پرداختی صندوق به نحو مساوی میان آن‌ها تقسیم و از آن‌ها دریافت خواهد شد. با هدف جلوگیری از ایجاد آثار منفی نیز برای خسارات‌های خاص و جنبی، نظیر خسارات معنوی یا اقتصادی، سقف معینی تعیین می‌کنند و برخی از این خسارات، مثلاً خسارات تنبیهی، را اصلاً قابل مطالبه نمی‌دانند.

با توجه به اینکه در عمل این نظریه کارکردهای مطلوب‌تری در جوامع داشته است، پیشنهادهایی برای ارتقای نظام مسئولیت مدنی ایران بر اساس تجربه این کشورها قابل ارائه است:

۱. لزوم تصریح مسئولیت بدون تقصیر بیمارستان‌ها (یا کمیته‌های فنی ناظر بر عملکرد کارکنان بیمارستان‌ها) در قوانین حوزه بهداشت و سلامت؛

۲. تصریح به مسئولیت کمیته‌های ارزیابی و نظارت به جای مسئولیت بیمارستان‌ها؛

۳. بیان روشن و شفاف ارکان مسئولیت و موارد محدودیت مسئولیت این افراد یا موارد محدودیت جبرانی خسارات؛

۴. تعیین و تصریح سلسله‌مراتب مجازات اداری و صنفی برای پزشکان متخصص متناسب با درجه تقصیر و اهمیت آن بدون داخل کردن آن‌ها در فرایندهای رسیدگی قضایی؛

۵. پیش‌بینی صندوق خاص جبران خسارات وارده بر بیماران و وضع مقررات سهل‌گیرانه در دریافت خسارات مادی ضروری برای ادامه درمان و پیش‌بینی منابع لازم برای تأمین وجوه این صندوق، از جمله دریافت خسارات پرداخت شده بر اساس میزان مسئولیت افراد مقصر از این افراد جهت بازایی مالی یا دریافت مبالغ بسیار اندک در زمان تمدید مجوز پزشکان و نیز جریمه‌های اداری و صنفی از افراد متخلف و غیره.

توضیحات:

تأمین مالی

این پژوهش از مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت، حمایت مالی دریافت نکرده است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منافی در ارتباط با این پژوهش وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش بر پایه تحلیل اسناد و منابع کتابخانه‌ای انجام شده و مستلزم اخذ کد اخلاق نبوده است.

مشارکت نویسندگان

تمام مراحل طراحی پژوهش، تحلیل، نگارش و بازنگری مقاله با مشارکت همه نویسندگان انجام شده است.



1. Bales, J., & Demarco, L. (1993). Selected Topics in Medical Malpractice Litigation, in *Health Care Law at Practising Law Institute Commercial Law & Practice*. Course Handbook Series. No. 669.
2. Calabresi, G. (1970). The costs of Accidents: A Legal and Economic Analysis. Yale University Press: New Haven and London, <https://www.jstor.org/stable/j.ctt1cc2mmw>.
3. Tottenham, T. (2002). Suggestions to Avoid Finding of Vicarious liability/ostensible Agency. in *Healthcare Law: A Practice Guid*. LexisNexis. Vol. 1.
4. Van boom, W. (2007). Shifts from Liability to Solidarity: The Example of Compensation of Birth Defence. in *Shifts in Compensation Between Private and Public Systems*. Vienna: Faure (ed).

1. Abraham, K. S., & Weiler, P. C. (1994). Enterprise Medical Liability and the Evolution of the American Health Care System. *Harvard Law Review*, 108(2), 381-436. <https://doi.org/10.2307/1341896>
2. Bovbjerg, R. (2006). Reform of Medical Liability and Patient Safety: Are Health Courts and Medicare the Keys to Effective Change. *Journal of Health Care L & Pol*, Y, 9(2), 252-279. <https://digitalcommons.law.umaryland.edu/jhclp/vol9/iss2/4/>
3. Britcher, D., & Brown, A. (2009). Professional Malpractice: The Doctrine of Apparent Employment. *New Jersey Law Review*, CXCV(3), 1-31.
4. Cohoon, J. B. (1980). Piercing the Doctrine of Corporate Hospital Liability. *San Diego Law Review*, 17(2), 383-401. <https://digital.sandiego.edu/sdlr/vol17/iss2/9>
5. Ehrenzweig, A. (1964). Compulsory Hospital-accident Insurance: A Needed First Step Toward the Displacement of Liability for Medical Malpractice. *The University of Chicago Law Review*, 31(2), 279-291.
6. Eichhorn, J., & Cooper, J. (1986). Standards for Patient Monitoring During Anesthesia at Harvard Medical School. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 256(8), 1017-1020.
7. Fraser, Sh. (2004). Hospital Liability: Drawing A Fine Line with Informed Consent in Today's Evolving Health Care Arena. *Indiana Health Law Review*, 1(1), 253-278. <https://doi.org/10.18060/16451>
8. Hason, R., & Stromberg, R. (1969). Hospital Liability for Negligence. *Hastings Law Journals*, 21(1), 1-34. https://repository.uclawsf.edu/hastings_law_journal/vol21/iss1/1
9. Hicky, T. (2002). Hospital's liability for Physicians, GA. Jur. *Personal Injury & Torts*, 14, 90-110.
10. Hurney, T., & Aliff, R. (2003). Medical Professional Liability in West Virginia. *West Virginia Law Review*, 105(2), 369-386. <https://researchrepository.wvu.edu/wvlr/vol105/iss2/5>
11. Kreisman, R. (2012). Hospital Not Liable on Theory of Apparent Agency, p. 1. Available at: <http://www.chicago-medical-malpractice-attorney-blog.com.2012/03/Hospital-not-liable-on-theory-of-apparent-agency-Rosenfeldt-v-Burk-medical-group.html>. (Last visited: 10/06/2026)
12. McBride, N. (2003). Vicarious Liability in England and Australia. *The Cambridge Law Journal*, 62(2), 255-260.
13. Mello, M., (2006). Health Court and Accountability for patient safety. *MiL Bank Q*, 84(3), 459-492. 10.1111/j.1468-0009.2006.00455.x
14. Mello, M., & Brennan, T. A. (2002). Deterrence of Medical Errors: Theory and Evidence for Malpractice Reform. *Texas Law Review*, 80(7), 1595-1620.
15. Peters, Ph. (2008). Resuscitating Hospital Enterprise Liability. *Missouri Law Review*, 73, 369-397.
16. Rutchik, D. (1994). The Emerging Trend of Corporate Liability: Courts Uneven Treatment of Hospital Standards Leaves Hospital Uncertain and Exposed. *Vand Law Review*, 47, 535-571.
17. Sloan, F. Whetten-Goldstein. K, Entman. S, Kulas. E, Stout. E, . (1997). The Road from Medical Injury to Claims Resolution: How No-fault and Tort differ. *Law and Contemporary*



Problems, 60(2), 35-70.

18. V.T.H.D. (1952). Liability of Hospitals for the Negligence of their Staffs. *Irish Jurist*, 18(4), 45-48.

اسناد

1. American Law Institute (ALI) (1991). Report's Study Enterprise Responsibility for Personal Injury.
2. Joint Legislative Audit and Review Commission of the Virginia General Assembly (2003). Review of the Virginia Birth-related Neurological Injury Compensation Program.
3. The Birth-related Neurological Injury Compensation Act (NICA) (1988).
4. The Medical Professional Liability Act (MPLA) (1986). W.Va. Code. § 53-7B-1 to 11.
5. The New Zealand Injury Prevention, Rehabilitation and Compensation Amendment Act (No. 2) (2005).
6. West Virginia. Code. (2000). § 55-7B-1 to 11.

پرونده‌ها و آرا

1. Barfield v. South Highland Infirmary, 191 Ala. 553, 68 So. 30 (1915).
2. Bazley v. Curry [1999] 2 S.C.R. 534.
3. Cal. State. 1961, ch. 1401 at 3209.
4. Canterbury v. Spence, 464 F.2d 772 (D.C. Cir. 1972)
5. Darling v. Charleston Community Memorial Hosp. 33 Ill. 2d 326, 328, 211 N.E.2d 253, 255 (Ill.1965).
6. Friter v. Lalob Corp, 607 A.2d 1111, 1116 (Pa. super. Ct. 1992).
7. Gilstrap v. Osteopathic Sanitorium Co., 224 Mo. App. 798, 24 S.W.2d 249 (1929).
8. Glover v. St. Mary's Hospital of Huntington, 551 S.E. 2d 31 (W. Va. 2001).
9. Jacobi v. Griffiths [1999] 2.S.C.R. 570.
10. Keel v. St. Elizabeth Med. Cdr. 842 S.W.2d 860, 862 (Ky. 1992).
11. Kuglich v. Fowle, 185 Wis. 124, 200 N.W. 648 (1924).
12. McDonald v. Massachusetts Gen. Hosp, 120, Mass 432 (1876).
13. Swigard v. Ortonville, 246 Minn. 339, 75 N.W.2d 217 (1956).
14. Teter v. Davis-Fischer Sanitarium Co., 28 Ga. App. 708, 113 S.E. 29 (1922).
15. Valles v. Albert Einstein med. Ctr., 805 A.2d 1232 (Pa. 2002).
16. Vaughn v. Memorial Hosp., 100 W.Va. 290, 130 S.E. 481 (1925).



Extended Abstract

Hospital liability for the faults of their employees has come a long way throughout history. Until the early 1900s, hospitals enjoyed complete immunity and were generally not subject to lawsuits for the wrongdoings of their employees. Gradually, these immunities were eliminated, and initially, in limited cases, the ability to sue hospitals was raised. Some writers on civil liability, accepted joint liability between the wrongdoer and the hospital, but the most important challenge in these regard was determining the appropriate basis of hospital liability caused by the wrongdoings of its employees, because although patients referred to the doctors and medical staff of that hospital based on the relying to that hospital, the medical and treatment team was completely independent of the hospital's control in all diagnostic and treatment processes. With the commercialization and consideration of healthcare centers as an economic enterprise and business, the recognition of independent legal personality, and the development and expansion of the role and importance of hospitals in ensuring public policy in the field of health and hygiene of the society, the duty of selecting suitable skilled and specialized personnel and continuously monitoring and evaluating their activities became more prominent than other duties of hospitals, to the extent that after a while, talk of hospitals' exclusive and strict liability for the faults of all their employees, including the specialist physicians of that hospital, was raised. Although this basis was considered the most appropriate basis available for holding hospitals directly responsible, after extensive research and statistical studies, the shortcomings of such a theory, especially in the discussion of insurance and compensation for injured patients, were identified, causing the authors of civil liability to change their direction from personal and individual liability to collective liability in order to better achievements of the goals of civil liability, to guarantee patients' rights to prompt and appropriate compensation for damages incurred and to prevent future mistakes. This is while in Iranian legal literature, the greatest theoretical and procedural emphasis is still on liability based on the fault of the physician or the person causing harm to another, and in a limited number of works that have also paid attention to the liability of hospitals, the basis of hospital liability has mainly been justified based on the theory of liability arising from the act



of another (the relationship between the employee and the employer), which has many shortcomings and has long been abandoned in most common law countries. Therefore, this article attempts to examine and evaluate the four main bases proposed for holding hospitals liable for the faults of their employees, addressing a mainly comparative and analytical method and with an emphasis on some judicial decisions issued in the common law legal system (Part One). Then, the alternative solutions presented in some countries to eliminate the flaws of these theories are briefly introduced (Part Two), and the most important pillars of the civil liability of hospitals based on these new solutions and the move towards collective responsibilities are indicated (Part Three). Finally, it describes the current status of the Iranian legal system and whether the necessary conditions exist to anticipate these newer solutions and move towards collective responsibilities regarding hospital accidents. (Part Four). Given that in practice this theory (collective responsibilities) has had more desirable functions in societies, suggestions for improving Iran's civil liability system can also be presented, including:

1. The need to specify the no-fault (strict) liability for hospitals (or technical committees overseeing the performance of hospital personnel) in health laws and regulations.
2. Specifying the liability for these evaluation and monitoring committees instead of the liability for hospitals.
3. A clear and transparent statement about the elements of liability and cases of limitation of liability in compensating damages.
4. Determining and specifying the hierarchy of voluntary, flexible and professional punishment for specialist physicians in proportion to the degree of fault and its importance without involving them in judicial proceedings.

Anticipating a Special Fund to compensate for damages incurred by patients and establishing lenient regulations in receiving pecuniary losses for continuing treatment and determining the necessary resources to secure financing of this Fund, including receiving damages paid based on the level of responsibility of the wrongdoing or receiving very small amounts when renewing doctors' licenses, as well as administrative and union fines from wrongdoing party, etc.



References

- Amini, M., & Abdi, M. (2014). Barresi Tatbighi Namayandegi Zaheri [Comparative Study of Doctrine of Apparent Agency]. *The Judicial Law Journal Majalleh-Hoghooghi-Dadgostary*, 87(88), 65-93. (in Persian) 10.22106/jlj.2014.1193
- Bales, J. & Demarco, L. (1993). Selected Topics in Medical Malpractice Litigation, in Health Care Law at Practising Law Institute Commercial Law & Practice. *Course Handbook Series*. No. 669.
- Tottenham, T. (2002). Suggestions to Avoid Finding of Vicarious liability/ostensible Agency. in *Healthcare Law: A Practice Guid*. Vol. 1. LexisNexis.
- Van boom, W. (2007). Shifts from Liability to Solidarity: The Example of Compensation of Birth Defence. in *Shifts in Compensation Between Private and Public Systems*. Vienna: Faure (ed).
- Abraham, K. S., & Weiler, P. C. (1994). Enterprise Medical Liability and the Evolution of the American Health Care System. *Harvard Law Review*, 108(2), 381-436. <https://doi.org/10.2307/1341896>
- Bovbjerg, R. (2006). Reform of Medical Liability and Patient Safety: Are Health Courts and Medicare the Keys to Effective Change. *Journal of Health Care L & Pol*, Y, 9(2), 252-279. <https://digitalcommons.law.umaryland.edu/jhhelp/vol9/iss2/4/>
- Britcher, D., & Brown, A. (2009). Professional Malpractice: The Doctrine of Apparent Employment. *New Jersey Law Review*, CXCV(3), 1-31.
- Calabresi, G. (1970). The costs of Accidents: A Legal and Economic Analysis. Yale University Press: New Haven and London, 1-340. <https://www.jstor.org/stable/j.ctt1cc2mmw>
- Cphoon, J. B. (1980). Piercing the Doctrine of Corporate Hospital Liability. *San Diego Law Review*, 17(2), 383-401. <https://digital.sandiego.edu/sdlr/vol17/iss2/9>
- Ehrenzweig, A. (1964). Compulsory Hospital-accident Insurance: A Needed First Step Toward the Displacement of Liability for Medical Malpractice. *The University of Chicago Law Review*, 31(2), 279-291.
- Eichhorn, J., & Cooper, J. (1986). Standards for Patient Monitoring During Anesthesia at Harvard Medical School. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 256(8), 1017-1020.
- Fraser, Sh. (2004). Hospital Liability: Drawing A Fine Line with Informed Consent in Today's Evolving Health Care Arena. *Indiana Health Law Review*, 1(1), 253-278. <https://doi.org/10.18060/16451>
- Ghaffari, S., Ebrahimian, N., Ghasemi, M., & Abbaslu, B. (2020). Jam'ee Shadan Masuliat dar Jobran Khesarat Nashi Az Havades Pezshki [Collecting Liability in Compensation for Medical Accidents]. *MLJ, Fasl-name-ye-Hoghoogh-e-Pezeshki*, 14(53), 55-76. (in Persian) URL: <http://ijmedicallaw.ir/article-1-1037-fa.html>
- Hason, R., & Stromberg, R. (1969). Hospital Liability for Negligence. *Hastings Law Journals*, 21(1), 1-34. https://repository.uclawsf.edu/hastings_law_journal/vol21/iss1/1
- Hicky, T. (2002). Hospital's liability for Physicians, GA. *Jur. Personal Injury & Torts*, 14, 90-110.
- Hurney, T., & Aliff, R., (2003). Medical Professional Liability in West Virginia. *West Virginia Law Review*, 105(2), 369-386. <https://researchrepository.wvu.edu/wvlr/vol105/iss2/5>
- Javaher-Kalam, M.H. (2021). *Mabani va Osul Jobran Khesarat Badani* [Basics and Principles



- of Compensation for Bodily Injury]. EntesharCo. (in Persian)
- Katouzian, N. (2007). *Elzamhaye Kharej az Gharardad* [Extra Contractual Obligations]. Tehran University Press. (in Persian)
- Kreisman, R. (2012). Hospital Not Liable on Theory of Apparent Agency. p. 1. Available at: <http://www.chicago-medical-malpractice-attorney-blog.com.2012/03/Hospital-not-liable-on-theory-of-apparent-agency-Rosenfeldt-v-Burk-medical-group.html>. (Last visited 10/06/2026)
- McBride, N. (2003). Vicarious Liability in England and Australia. *The Cambridge Law Journal*, 62(2), 255-260.
- Mello, M., Studert, D., Kachalia, A., & Brenna, T. (2006). Health Court and Accountability for patient safety. *MIL Bank Q*, 84(3), 459-492. 10.1111/j.1468-0009.2006.00455.x
- Mello, M., & Brennan, T. A. (2002). Deterrence of Medical Errors: Theory and Evidence for Malpractice Reform. *Texas Law Review*, 80(7), 1595-1620.
- Peters, Ph. (2008). Resuscitating Hospital Enterprise Liability. *Missouri Law Review*, 73, 369-397.
- Rutchik, D. (1994). The Emerging Trend of Corporate Liability: Courts Uneven Treatment of Hospital Standards Leaves Hospital Uncertain and Exposed. *Vand Law Review*, 47, 535-571.
- Sloan, F. Whetten-Goldstein. K, Entman. S, Kulas. E, Stout. E. (1997). The Road from Medical Injury to Claims Resolution: How No-fault and Tort differ. *Law and Contemporary Problems*, 60(2), 35-70.
- Tabatabaei, M. S., & Shaneivar, G. (2014). Gostareye Masuliat Madani Bimarestan Dar Bara-Bar Bimar [The Scope of The Civil Liability of Hospitals for Patients]. *MLJFasl-name-ye-Hoghoogh-e-Pezeshki*, 8(31), 11-47. (in Persian)
- URL: <http://ijmedicallaw.ir/article-1-275-fa.html>
- V.T.H.D. (1952). Liability of Hospitals for the Negligence of their Staffs. *Irish Jurist*, 18(4), 45-48.
- Yazdanian, A. (2012). Nazariyeh Omumi Masuliat Madani Matboo Nashi az Amal Tabe va Tarh An Dar Hoghoogh Iran [Designing of General Theory of the Liability of Follower of the Act of Master in French Law and Iranian Law]. *The Judicial Law Journal, Majalleh-Hoghooghi- Dadgostary*, 76(77), 35-68. (in Persian) 10.22106/jlj.2012.11062
- Yazdanian, A., & Arayee, H. (2014). Motaleye Tatbighi Tabyeen- e – Mauliat Madani Bimarestan dar Ghebale Amale Karkonan-e Khod va Tahlil An Dar Rastaye Masuliat Nashi Az Fe'el-e-ghair [Comparative Study of Explaining of the Hospital Civil Liability in order to Their Employee's Actions and its Analysis in Line with the Liability Arising from the Act of Other]. *Journal of Comparative Law, Majalleh-Hoghoogh-Tatbighi*, 1(2), 151-180. (in Persian)



