

عوامل مؤثر در محکومیت تیم جراحی در دعاوی قصور پزشکی و کیفیت رسیدگی به این دعاوی در نظام پزشکی مشهد

دکتر سیدضیاءالله حق* - دکتر غلامعلی زارع** - دکتر حمید عطاران***

* فوق تخصص جراحی توراکس، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد

** متخصص پزشکی قانونی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد

*** متخصص جراحی عمومی، مرکز پزشکی قانونی خراسان رضوی

چکیده

زمینه و هدف: تیم جراحی (مشمول بر جراح و متخصص بیهوشی) با عنایت به ماهیت تهاجمی اقدامات پزشکی خود همواره هدف اصلی شکایات پزشکی هستند. بر این اساس آشنایی با علل طرح شکایت از سوی بیماران و نیز شناخت عوامل مؤثر در محکومیت تیم جراحی در دعاوی سهل انگاری پزشکی برای جراحان و متخصصین بیهوشی اهمیت خاص دارد. هدف از مطالعه اخیر تعیین عوامل خطر محکومیت تیم جراحی در شکایات پزشکی و نیز ارزیابی کیفیت رسیدگی به این شکایات در نظام پزشکی مشهد بوده است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی تحلیلی ابتدا آمار شکایات ثبت شده در سازمان نظام پزشکی طی سال های ۱۳۷۹ تا ۱۳۸۳ از دفاتر سازمان استخراج گردید، سپس ضمن مطالعه آخرین یکصد پرونده مختومه شکایات از تیم جراحی، فرمی مشتمل بر اطلاعات مربوط به پزشک، بیمار، بیماری، درمان، شکایت و مرجع رسیدگی در هر مورد تکمیل گردید و سپس با نرم افزار SPSS و با کمک جداول توزیع فراوانی و آزمونهای ANOVA و T-student و Chi-square و Logistic regression مورد آنالیز آماری قرار گرفت.

یافته ها: از ۱۰۵۷ شکایت مطروحه در نظام پزشکی مشهد طی پنج سال ۱۳۷۹ لغایت ۱۳۸۳، ۵۶٪ شکایات از تیم جراحی بود در حالیکه تنها ۱۳٪ شکایات از سایر پزشکان بود. در یکصد پرونده بررسی شده ۱۰٪ آراء صادره مبنی بر محکومیت تیم جراحی بود. در آنالیز Univariate عوامل پیش بینی کننده محکومیت پزشک عبارت بودند از وقوع عارضه ناشی از سهل انگاری، اقدام درمانی زیر حد استاندارد، اشتغال در رشته بیهوشی، ارجاع پرونده از سوی مراجع حقوقی، طرح همزمان شکایت در سایر مراجع علاوه بر نظام پزشکی، بروز عارضه طی ۲۴ ساعت اول پس از درمان، طرح شکایت ظرف ۳ ماه پس از اقدام درمانی. در آنالیز Multivariate تنها دو عامل اول نقش پیش بینی کننده مستقل داشتند.

نتیجه گیری: مهم ترین عوامل خطر محکومیت تیم جراحی در شکایات پزشکی عبارتند از بروز ضایعه ناشی از سهل انگاری و انجام مراقبت های پزشکی زیر حد استاندارد. بر این اساس می توان گفت سیستم رسیدگی به دعاوی پزشکی در نظام پزشکی مشهد در مقایسه با مطالعات مشابه در برخی کشورها از کفایت مناسبی برخوردار است. اثرات بازدارنده شکایات قصور پزشکی باید از طریق اصلاحاتی که میزان حساسیت و اختصاصی بودن سیستم رسیدگی را بالا ببرد، بهبود یابد.

واژگان کلیدی: سهل انگاری حرفه ای، قصور، رضایت، خطا

وصول مقاله: ۱۳۸۴/۲/۲۴ اصلاح نهایی: ۱۳۸۴/۸/۲۴

نویسنده مسئول: مشهد - خیابان سناباد - مرکز پزشکی قانونی خراسان رضوی hmdattaran@yahoo.com

مقدمه

طبابت آنان می گردد. تیم جراحی با عنایت به ماهیت تهاجمی اقدامات پزشکی خود همواره هدف اصلی شکایات پزشکی هستند. در یک دوره پنج ساله شکایات مطرح شده علیه تیم جراحی (جراح یا متخصص بیهوشی) در نظام پزشکی مشهد حدود ۴/۳ برابر متخصصین غیر جراح بوده است. در مطالعه دیگری که روی ۳۴۶ پرونده شکایات پزشکی طی سال ۱۳۷۸ در سازمان پزشکی قانونی کشور انجام شد تعداد شکایات علیه تیم جراحی حدود ۷ برابر شکایات علیه سایر متخصصین

جراحی همواره با خطر همراه است. جراح به این مسأله واقف است که نتیجه خوب عمل جراحی، حتی با وجود ماهرترین دست ها قطعی نیست، ولی بیمار همیشه به این نکته وقوف ندارد. نتایج نامطلوب، اعم از اینکه واقعاً اینگونه باشد یا بیمار چنین تصور نماید، عامل طرح شکایت علیه درصد قابل توجهی از پزشکان در طول عمر

گزارش گردیده است (۱). در مطالعه انجام شده بر روی شکایات علیه پزشکان در کشور عربستان سعودی طی سالهای ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۳ نیز شکایات واصله علیه جراحان و متخصصین بیهوشی ۳ برابر متخصصین رشته‌های غیر جراحی بوده است (۲). در گزارشی از کشور اسپانیا اشاره گردیده که بیشتر شکایات علیه متخصصین رشته‌های زنان و زایمان، ارتوپدی، جراحی پلاستیک، بیهوشی، جراحی اعصاب و چشم پزشکی صورت می‌گیرد (۳).

بر این اساس هدف مطالعه اخیر ارزیابی و تعیین عوامل مؤثر در محکومیت تیم جراحی (اعم از جراح یا متخصص بیهوشی) در دعاوی قصور پزشکی بوده است. از آنجاکه مقصود نهایی هر سیستم رسیدگی کننده به دعاوی سهل انگاری پزشکی، افزایش کیفیت مراقبت‌های پزشکی است، هدف دیگر این مطالعه بررسی چگونگی عملکرد نظام پزشکی مشهد در این راستا می‌باشد.

روش بررسی

این مطالعه به روش مقطعی و توصیفی تحلیلی و گذشته نگر انجام شده است. لازم به ذکر است از آنجا که بررسی پرونده‌های شکایت پزشکی پس از مختومه شدن آن مد بوده است و زمان صدور رأی نهایی پس از طرح شکایت بسیار متغیر و گهگاه تا چند سال نیز به طول می‌انجامد، اجرای مطالعه به روش آینده نگر امکان پذیر نبود. جمعیت مورد مطالعه مشتمل بر جراحان کلیه رشته‌ها و متخصصین رشته بیهوشی می‌باشد که پرونده‌های شکایت از آنان پس از ارایه به سازمان نظام پزشکی مشهد و یا ارسال به هیأت عالی انتظامی نظام پزشکی تهران (به دلیل تجدیدنظر خواهی) مختومه گردیده است. از آنجا که متخصصین بیهوشی جزو تیم جراحی هستند و در مراقبت از بیمار با جراح مشارکت دارند و شکایت از هریک از آنان می‌تواند منجر به صدور رأی علیه دیگری نیز گردد، در این مطالعه گنجانده شده‌اند.

در این مطالعه یکصد پرونده از پرونده‌هایی که اخیراً در سازمان نظام پزشکی مشهد مختومه گردیده‌اند و طی آنان از جراح یا متخصص بیهوشی شکایت شده است انتخاب گردیدند (از آخرین پرونده مختومه به قبل).

در ابتدا فرم مخصوصی تهیه و متغیرهای مورد مطالعه در آن گنجانده شد و سپس با مطالعه کامل هر پرونده، یک فرم جهت آن تکمیل گردید.

متغیرهای در نظر گرفته شده در فرم به شش دسته به شرح زیر تقسیم بندی گردیدند:

۱ - مشخصات فردی بیمار: مشتمل بر سن زمان درمان، جنس، نوع بیمه

۲ - اطلاعات مربوط به بیماری: مشتمل بر نوع بیماری اولیه، نحوه انتخاب پزشک، نوع مراجعه (اورژانس یا غیراورژانس)، مدت زمانی که

بیمار تحت نظر پزشک مربوطه درمان می‌شده است، رابطه شاکی با بیمار، نحوه پیگیری بعد از عمل

۳ - اطلاعات مربوط به شکایت: مشتمل بر فرد یا افراد مورد شکایت، مضمون شکایت شاکی، نوع ضایعه حاصله (بدون ضایعه، عارضه شناخته شده مرتبط با بیماری یا اقدام درمانی، عارضه غیر مرتبط با اقدام درمانی، ضایعه ناشی از سهل انگاری)، نتیجه ضایعه (آسیب یا نقص عضو بیمار، فوت بیمار یا جنین وی، بهبودی نهایی و رفع عارضه)، تاریخ عمل جراحی، فاصله زمانی اقدام درمانی تا بروز عارضه منجر به شکایت، فاصله زمانی اقدام درمانی تا طرح شکایت، نحوه درمان بعد از بروز عارضه، طرح شکایت در سایر مراجع (نظیر دادگستری، نظارت بر درمان، تعزیرات حکومتی، استانداری و غیره)

۴ - مشخصات فردی پزشک: مشتمل بر جنس، رشته تخصصی، رتبه علمی یا دانشگاهی، شماره نظام پزشکی

۵ - اطلاعات مربوط به درمان: مشتمل بر محل درمان، نوع رابطه پزشک و بیمار (معالج، مشاور، بیهوشی دهنده)، نوع عمل جراحی انجام شده.

۶ - اطلاعات مربوط به مرجع رسیدگی: مشتمل بر منبع ارجاع پرونده به نظام پزشکی (شاکی خصوصی، دادگستری، نظارت بر درمان، غیره)، نوع تخلف انتسابی (کیفری، انتظامی)، مدت زمان رسیدگی در هیئت بدوی نظام پزشکی مشهد، تعداد کارشناسان، رأی هیئت بدوی، ارجاع به هیئت عالی نظام پزشکی تهران، مدت زمان رسیدگی در هیئت عالی، رأی هیئت عالی و هویت معترض.

لازم به ذکر است علاوه بر متغیرهای فوق الذکر، متغیرهای متعدد دیگری در هر یک از بخش‌های شش گانه فوق در نظر گرفته شده بود که به دلیل عدم وجود اطلاعات مربوطه در پرونده‌ها، از موضوع مطالعه حذف گردیدند.

پس از تکمیل یکصد فرم موردنظر، اطلاعات مندرج در آنان کدگذاری شده و به جداول نرم افزار SPSS منتقل گردید و سپس توصیف داده‌ها انجام شد. در توصیف داده‌ها از جداول توزیع فراوانی و شاخص‌های آماری استفاده گردید و برای مقایسه در زیرگروه‌ها، آزمون‌های ANOVA و T-student و chi-square به کار گرفته شد. همچنین برای ارزیابی و مقایسه متغیرهایی که از پراکندگی طبیعی برخوردار نبودند از آزمونهای nonparametric نظیر Mann-Whitney استفاده گردید. بررسی میزان خطر نیز با محاسبه Odds ratio برای عوامل خطر انجام شد. در نهایت نیز ارزیابی Multivariate عوامل خطر با کمک آزمون logistic regression انجام گردید.

یافته‌ها

از یکصد پرونده بررسی شده، ۹۱ پرونده به صدور رأی منجر شده که ۸۲ مورد برائت و ۹ مورد محکومیت پزشکان را در برداشته

است. ۸ پرونده دیگر قبل از صدور رأی به دلیل گذشت شاکی مختومه گردیده و یک پرونده به دلیل فاصله زمانی بیش از یکسال از اقدام درمانی تا طرح شکایت، طبق ضوابط موجود قابل رسیدگی نبوده است. اختلافات موجود بین دو گروه پرونده های منتهی به برائت و منتهی به محکومیت پزشکی به شرح زیر بوده است:

الف - اختلافات معنی دار از نظر آماری:

۱ - نوع ضایعه منجر به شکایت: در ۷۵٪ مواردی که ضایعه پیش آمده ناشی از سهل انگاری پزشکی بوده است رأی محکومیت پزشکی صادر شده و در مقابل در ۳٪ مواردی که ضایعه ایجاد شده از عوارض شناخته شده مرتبط با بیماری یا نوع درمان بوده است پزشکی محکوم گردیده است. لازم به ذکر است منظور از عوارض شناخته شده، آن دسته از عوارض بوده اند که براساس متون علمی در درصد شناخته شده ای از موارد اقدامات پزشکی بدون وجود شواهدی از سهل انگاری نیز به وقوع می پیوندد، نظیر عفونت زخم جراحی، بدجوش خوردن شکستگی ها، نشت آناستوموز روده و نظایر آن. همچنین منظور از ضایعه ناشی از سهل انگاری، صدماتی هستند که نوعاً و در شرایط معمول احوال و بی مبالائی فرد یا افرادی بروز نمی کنند، نظیر باقی گذاردن جسم خارجی در موضع عمل، اقدام به جراحی در عضو سالم به جای عضو بیمار و مانند آنها (۴).

۲ - اقدام درمانی صحیح و اصولی: در ۱/۴٪ مواردی که اقدام درمانی انجام شده توسط پزشک در حد استاندارد متعارف صحیح و اصولی بوده پزشکی محکوم گردیده است و در مقابل در ۴۷٪ مواردی که اقدام پزشک از حد متعارف پایین تر بوده رأی محکومیت پزشکی صادر گردیده است ($P \text{ value} < 0/05$). لازم به ذکر است علت تیره پزشکی در سایر مواردی که اقدام وی غیرمتعارف بوده است دلایلی از جمله عدم وجود رابطه علت بین سوء عملکرد پزشک با عارضه حاصله، مورد شکایت بوده است. قابل ذکر است در اغلب دعاوی قصور پزشکی تعیین موارد اختصاصی استاندارد مراقبت از بیمار توسط کارشناسان پزشکی تعیین می گردد (۴). غالباً اعتقاد بر این است که معیار قصور پزشکی رفتار یک پزشک متعارف از همان گروه و رده و با همان توان علمی و مهارت و آگاهی با در نظر گرفتن شرایط خاصی که پزشک مورد شکایت در آن قرار گرفته است، می باشد (۵) و چنانچه پزشک مطابق با چنین رویه ای عمل کرده باشد، صرفاً بدین خاطر که مقام صاحب نظری وجود دارد که نقطه نظر مخالفی اتخاذ خواهد کرد، مقصر شناخته نمی شود (۶). برای اینکه یک روش درمانی، در حد مراقبت استاندارد تلقی شود کافی است که توسط یک دانشکده پزشکی معتبر تأیید گردد (۴).

۳ - زمان بروز عارضه: ۲۰/۶٪ مواردی که عارضه منجر به شکایت، طی ۲۴ ساعت اول پس از اقدام درمانی پزشکی به وقوع پیوسته رأی محکومیت پزشکی صادر گردیده است. در مقابل، تنها ۲/۶٪ مواردی که عارضه منجر به شکایت پس از ۲۴ ساعت اول به وجود آمده به

محکومیت پزشکی منتهی شده است ($P \text{ value} = 0/01$).
۴ - زمان طرح شکایت: در ۱۹٪ مواردی که شکایت ظرف سه ماه اول پس از اقدام درمانی مطرح گردیده، پزشکی محکوم شده است. در مقابل تنها در ۲/۲٪ مواردی که شکایت بعد از سه ماه از اقدام درمانی مطرح شده بوده پزشکی محکوم گردیده است ($P \text{ value} = 0/01$).

۵ - طرح شکایت در سایر مراجع: پرونده هایی که شاکیان آنها علاوه بر نظام پزشکی در سایر مراجع نظیر دادگستری یا اداره نظارت بر درمان دانشگاه نیز شکایت کرده بودند در ۱۶/۷٪ موارد منجر به صدور رأی محکومیت پزشکی از سوی نظام پزشکی شده است. در مقابل فقط ۲/۳٪ پرونده هایی که شاکیان آنها فقط در نظام پزشکی طرح شکایت کرده بودند منجر به محکومیت پزشکی شده است ($P \text{ value} = 0/02$).

۶ - منبع ارجاع به نظام پزشکی: در ۲۰٪ پرونده هایی که جهت رسیدگی در نظام پزشکی از سوی مراجع قضایی و اداری ارجاع شده بودند رأی محکومیت پزشکی صادر شده در حالیکه فقط ۲٪ پرونده هایی که صرفاً بنا به درخواست شاکی حقیقی رسیدگی شده است منجر به محکومیت پزشکی شده است ($P \text{ value} = 0/005$).

۷ - رشته تخصصی: هنگامی که شکایت علیه تیم جراحی متوجه متخصص بیهوشی بوده ۳۷/۵٪ منجر به محکومیت شده در حالیکه شکایات علیه جراح ۷/۱٪ موارد به محکومیت وی منتهی شده است ($P \text{ value} < 0/05$).

ب - اختلافات حائز اهمیت از نظر عملی:

در موارد زیر اگرچه اختلافات موجود بین دو گروه پرونده منجر به محکومیت و منجر به برائت از نظر آماری معنی دار نبوده است ($P \text{ value} > 0/05$)، معیناً اختلافات موجود از نظر عملی حائز اهمیت می باشند.

۱ - جنسیت بیمار: ۱۳/۷٪ پرونده هایی که بیماران آن مونث بوده اند در مقابل ۵٪ پرونده هایی که بیماران آن مذکر بوده اند منجر به محکومیت پزشکی شده است.

۲ - جنسیت پزشک: ۷٪ پزشکان مرد در مقابل ۱۹٪ پزشکان زن مورد شکایت نهایتاً محکوم شده اند.

۳ - نتیجه عارضه: در ۱۸/۵٪ پرونده های منجر به فوت در مقابل ۵/۸٪ پرونده های منجر به آسیب عضوی بیمار، رأی محکومیت پزشکی صادر شده است ($P \text{ value} = 0/085$).

۴ - نوع اقدام درمانی: ۷٪ اعمال جراحی مورد شکایت در مقابل ۳۳٪ اقدامات مداخله ای غیر جراحی منجر به صدور رأی محکومیت پزشکی شده اند.

۵ - محل انجام اقدام درمانی: ۴/۵٪ از شکایات از بیمارستان های خصوصی و ۱۵/۴٪ از بیمارستان های دولتی منجر به محکومیت شده بودند ($P \text{ value} = 0/09$).

در مقابل ادعای نقض تعهد از جانب پزشک) و نیز شدت آسیب وارده به بیمار و چنین نتیجه گیری شده که سیستم طرح دعاوی قصور پزشکی در ژاپن با ایجاد یک جو خصمانه روند جبران خسارت را ضایع نموده، از این طریق می تواند تا حدودی به ارائه خدمات پزشکی مطلوب خدشه وارد نماید(۷).

نتیجه گیری

یکی از نتایج مهم مطالعه اخیر ارزیابی عوامل مؤثر در آراء صادره در پرونده های شکایات پزشکی رسیدگی شده در سازمان نظام پزشکی مشهد می باشد که خود گویای چگونگی عملکرد سیستم بررسی دعاوی قصور پزشکی در مشهد است. ملاحظه می گردد برخلاف نتایج مطالعات در آمریکا و ژاپن که عامل اصلی تعیین کننده محکوم شدن پزشک در مرجع رسیدگی کننده به دعاوی پزشکی را شدت عارضه و نه بروز یا عدم بروز سهل انگاری پزشکی اعلام کرده اند، در این مطالعه عوامل اصلی پیش بینی کننده محکومیت پزشک عبارتند از بروز ضایعه ناشی از سهل انگاری و نیز ارایه مراقبت های پزشکی زیر حد استاندارد و متعارف. بر این اساس می توان چنین نتیجه گیری کرد که سیستم رسیدگی به دعاوی پزشکی در این مطالعه کیفیت عملکرد صحیح تری نسبت به مطالعات آمریکا و ژاپن نشان داده است. از جمله دلایل این تفاوت در کفایت عملکرد سیستم های رسیدگی به دعاوی پزشکی در مطالعه حاضر با مطالعات انجام شده در آمریکا و ژاپن، می توان به تفاوت در چگونگی عملکرد آنان اشاره کرد. بدین معنی که در محاکم آمریکا، پس از استماع و بررسی اظهارات کارشناسان پزشکی غالباً این اعضا هیئت منصفه هستند که در خصوص وقوع یا عدم وقوع قصور از سوی پزشک تصمیم می گیرند و از آنجا که یک هیئت منصفه متشکل از مردم عادی ممکن است تحت تأثیر شواهد احساسی قرار گیرند لذا عواملی همچون شدت آسیب وارده به بیمار و نه علت آن ممکن است مبنای اصلی تصمیم گیری واقع شود(۴). در حالی که در ایران شکایات پزشکی چه به طور مستقیم در سازمان نظام پزشکی مطرح گردد یا از طریق سایر مراجع نظیر دادگستری جهت کارشناسی به این سازمان ارجاع گردد، توسط یک هیئت تخصصی پزشکی کارشناسی شده، تصمیم گیری در خصوص وقوع یا عدم وقوع قصور پزشکی به دور از عوامل احساسی توسط این هیئت انجام می گیرد و در صورت احراز قصور پزشکی، مرجع قضایی ضمن کسب نظریه کارشناسی پزشکی قانونی در خصوص میزان پرداخت غرامت به شاکی اظهار نظر می نماید.

اثرات بازدارنده شکایات قصور پزشکی باید از طریق اصلاحاتی که میزان حساسیت و اختصاصی بودن سیستم رسیدگی را بالا ببرد، بهبود یابد. اصلاحات به منظور افزایش حساسیت سیستم رسیدگی باید از طریق ساده تر کردن مراحل دادرسی، سریع و مؤثر کردن آن

در مرحله بعدی با استفاده از آزمون آماری Logistic Regression اقدام به آنالیز Multivariate کلیه عوامل فوق گردید. بر این اساس عوامل اصلی پیش بینی کننده محکومیت تیم جراحی در صورت طرح دعوی عبارتند از ۲ عامل ماهیت عارضه پیش آمده (نه شدت آن) و کیفیت عملکرد پزشک. بدین ترتیب چنانچه عارضه پیش آمده از مواردی باشد که نوعاً به دنبال سهل انگاری به وقوع می پیوندد ریسک محکومیت پزشک را حداقل ۱۱ برابر و حداکثر تا بیش از ۵۰۰ برابر بالا می برد. همچنین اگر عملکرد پزشک پایین تر از حد استاندارد باشد این عامل نیز ریسک محکومیت وی را با ۹۵٪ فاصله اطمینان^۱ حداقل ۷ برابر و حداکثر بیش از ۵۰۰ برابر بالا می برد. در آنالیز Multivariate، حقیقی یا حقوقی بودن شاکی از اهمیت مستقلی برخوردار نیستند و بر این اساس می توان عوامل فوق را تنها دارای ارزش پیش بینی کننده دانست.

بحث

با عنایت به یافته های فوق می توان عواملی مشتمل بر بروز عارضه ناشی از سهل انگاری، ارایه خدمات پزشکی زیر حد استاندارد، بروز ضایعه زودرس طی ۲۴ ساعت اول، طرح شکایت طی ۳ ماه از اقدام درمانی، طرح شکایت در مراجع متعدد، ارجاع پرونده به نظام پزشکی از سوی مراجع حقوقی و اشتغال در رشته بیهوشی را عوامل خطر محکومیت تیم جراحی در دعاوی قصور پزشکی دانست که در میان این عوامل ۲ مورد اول نقش اصلی و تعیین کننده دارند.

بدیهی است که هدف نهایی مقابله با موارد قصور پزشکی، افزایش ضریب ایمنی مراقبت های بهداشتی درمانی و میزان اثربخشی خدمات پزشکی است. در این راستا کیفیت عملکرد سیستم های رسیدگی کننده به دعاوی سهل انگاری پزشکی نقش تعیین کننده دارد. یکی از عوامل مهم در ارزیابی کفایت سیستم رسیدگی به دعاوی قصور پزشکی در جهت جبران خسارت بیماران زیان دیده و ایجاد مکانیسمی برای جلوگیری از آسیب دیدن آنان، مشخص نمودن عوامل دخیل در نتیجه نهایی این قبیل دعاوی است. چنانچه عامل تعیین کننده رأی صادره، وقوع یا عدم وقوع قصور حرفه ای باشد، سیستم رسیدگی کننده از کفایت لازم برخوردار است(۷). با این حال برخی مطالعات در آمریکا حاکی از این است که تنها عامل مهم تعیین کننده دریافت غرامت توسط بیماران در شکایات پزشکی، شدت آسیب وارد شده به بیمار بوده است و نه بروز یک ضایعه ناشی از سهل انگاری پزشکی(۸). مطالعه مشابهی در ژاپن بر روی نتایج آراء صادره در ۴۲۱ پرونده شکایات پزشکی که نهایتاً در ۳۱/۸٪ موارد به محکومیت پزشک و پرداخت غرامت با میانگین ۷/۵ میلیون ین در هر پرونده منجر شده بود، نشان داد که عوامل مهم تعیین کننده در تصمیم گیری دادگاه به نفع بیمار عبارتند از نوع ادعای حقوقی بیمار (ادعای بروز قصور پزشکی

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از زحمات آقای دکتر رضا شجاعیان، دستیار رشته جراحی عمومی و خانم معصومه خرسند، مسئول دفتر گروه جراحی عمومی بیمارستان قائم که در آماده سازی متن مقاله همکاری فرمودند سپاسگزاری می گردد.

و رفع جنبه خصمانه شکایات، باعث افزایش درصد شکایت در آن گروه از بیماران شود که واقعاً به دلیل سهل انگاری آسیب دیده اند. نمونه ای از این اصلاحات طراحی سیستم جبران خسارت بدون اعلام فرد مقصر^۲ است. اصلاحات در جهت افزایش اختصاصی بودن سیستم رسیدگی با هدف کم کردن آمار ادعاهای بیهوده مشتمل بر طراحی کمیته های غربالگری شکایات قبل از ارایه آنها به دادگاه و نیز ضرورت تأیید قابل طرح بودن شکایت توسط متخصصین پزشکی قبل از طرح آن در دادگاه می باشد(۹).

References

- ۱ - عمویی محمود، سلطانی کامران، کاهانی علیرضا، نجاری فارس، روحی ملیندا. بررسی موارد قصور پزشکی ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی کشور در سال ۱۳۷۸. مجله علمی پزشکی قانونی ۱۳۷۹؛ ۲۱ : ۲۳-۱۵.
- 2- Alsaddique A. Medical liability: The dilemma of litigations. Saudi Med J. 2004; 25: 901-905.
- 3- Trilla A, Bruguera M. Spain: avoiding lawsuits. The Lancet. 2000 ; 356 : 1266-7.
- 4- Will SC, Nagan J. Legal medicine for the surgeon. Way LW, Doherty GM. Current surgical Diagnosis & Treatment. 11th edition. California: Lange; 2003: 72-85.
- ۵ - عباسی محمود. مجموعه مقالات حقوق پزشکی. ج ۳، تهران: انتشارات حقوقی؛ ۱۳۷۷. صفحه ۱۴۳.
- ۶ - عباسی محمود. در ترجمه حقوق و پزشکی، بنت بلیندا (مؤلف). تهران: انتشارات حقوقی؛ ۱۳۷۷: صفحه ۷۲.
- 7- Hagihara A, Nishi M, Nobutomo K. Standard of care and liability in medical malpractice litigation in Japan. Health Policy. 2003; 65: 119-127.
- 8- Brennan TA, Sox CM, Burstin HR. Relation between negligent adverse events and the outcomes of medical malpractice litigation. N Engl J Med. 1996; 335: 1963-7.
- 9 - Mello MM, Hemenway D. Medical malpractice as an epidemiological problem. Social science & Medicine. 2004; 59: 39-46.