

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

*** دکتر سید ضیاء اللہ حقی * - 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 پیشگیری قانونی، خراسان رضوی

چندھ

زیمنه و هدف: تیم جراحی (مشتمل بر جراح و متخصص بیهوشی) با عنایت به ماهیت تهاجمی اقدامات پزشکی خود همواره هدف اصلی شکایات پزشکی هستند. بر این اساس آشنای با علل طرح شکایت از سوی بیماران و نیز شناخت عوامل موثر در محکومیت تیم جراحی در دعایوی سهل انگاری پزشکی برای جراحان و متخصصین بیهوشی اهمیت خاص دارد. هدف از مطالعه اخیر تعیین عوامل خطر محکومیت تیم جراحی در شکایات بیشکن، و نیز ارزیابی کفت درستگ، به این شکایات در نظام پیشک، 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 استخارج گردید، سپس ضمن مطالعه آخرین یکصد پرونده مختومه شکایات از تیم جراحی، فرمی مشتمل بر اطلاعات مربوط به پزشک، بیمار، یاریمندی، 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 Chi-square و T-student Logistic regression مورد آنالیز آماری قرار گرفت.

یافته ها: از ۱۰۵۷ شکایت مطروحه در نظام پزشکی مشهد طی پنج سال ۱۳۷۹ تا 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، استغال در رشته پیوهشی، 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 مراقبت‌های پزشکی زیر حد استاندارد. بر این اساس می‌توان 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 فصوص پزشکی باید از طریق اصلاحاتی که میزان حساسیت و ختخصاصی بودن سیستم رسیدگی را بالا ببرد، بهبود یابد.

وازگان کلیدی: سهل انگاری حرفه ای، قصور، رضایت، خطأ

١٣٨٤/٣/٢٤ وصوٰر، مقاله: ١٣٨٤/٨/٢٤ اصلاح نهایی:

نویسنده مسئول: مشهد - خیابان سپاهاد - مرکز پژوهشکی، قانونی، خراسان (ضوی) hmdattaran@yahoo.com

طببالت 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 عليه تیم جراحی (جراح یا متخصص بیهوشی) در نظام پزشکی مشهد حدود $\frac{4}{3}$ برابر متخصصین غیرجراح 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

مقدمة

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

- بیمار تحت نظر پزشک مربوطه درمان می شده 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 (نظری دادگستری، نظارت بر درمان، تعزیرات حکومتی، استانداری و غیره)
- ۴ - مشخصات فردی پزشک: مشتمل بر جنس، رشته تحصیلی و 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 بدوي نظام پزشکی مشهد، تعداد کارشناسان، رأی هیئت بدوي، ارجاع به هیئت عالی نظام پزشکی تهران، مدت زمان رسیدگی در هیئت عالی، رأی هیئت عالی و هویت مفترض.
- لازم به ذکر است علاوه بر متغیرهای فوق الذکر، متغیرهای متعدد دیگری در هر یک از بخش های شش گانه فوق در نظر گرفته شده بود که به دلیل عدم وجود اطلاعات مربوطه در پرونده ها، 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 داده ها انجام شد. در توصیف داده ها از جداول توزیع فراوانی و شاخص های آماری استفاده گردید و برای مقایسه در زیرگروه ها، آزمون های ANOVA و T-student و chi-square به کار گرفته شد. همچین برای ارزیابی و مقایسه متغیرهایی که از پراکنده گی طبیعی برخوردار نبودند از آزمون های nonparametric نظریه Mann-Whitney استفاده گردید. بررسی میزان خطر نیز با محاسبه Odds ratio برای عوامل خطر انجام شد. در نهایت نیز ارزیابی Multivariate logistic regression انجام گردید.

یافته ها

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

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 رشته های غیر جراحی بوده است(۲). در گزارشی از کشور اسپانیا اشاره گردیده که بیشتر شکایات علیه متخصصین رشته های زنان و زایمان، ارتопدی، جراحی پلاستیک، بیهوشی، جراحی اعصاب و چشم پزشکی صورت می گیرد (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 مراقبت های پزشکی است، هدف دیگر این مطالعه بررسی چگونگی عملکرد نظام پزشکی مشهد در این راستا می باشد.

روش بودسی

این مطالعه به روش مقطعی و توصیفی تحلیلی و گذشته نگرانجام شده است. لازم به ذکر است از آنجا که بررسی پرونده های شکایت پزشکی پس از مختومه شدن آن مدد بوده است و زمان صدور رأی نهایی پس از طرح شکایت بسیار متغیر و گهگاه تا چند سال نیز به طول می انجامد، اجرای مطالعه به روش آینده نگر امکان پذیر نبود. جمعیت مورد مطالعه مشتمل بر جراحان کلیه رشته ها و متخصصین رشته بیهوشی می باشد که پرونده های 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 می تواند منجر به صدور رأی علیه دیگری نیز گردد، در این مطالعه گنجانده شده اند.

در این مطالعه یکصد پرونده از پرونده هایی که اخیراً در سازمان نظام پزشکی مشهد مختومه گردیده اند 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 غیر اورژانس)، مدت زمانی که

محکومیت پزشک منتهی شده است ($P value = 0.01$).
 ۴ - زمان طرح شکایت: در ۱۹٪ مواردی که شکایت ظرف سه ماه اول پس از اقدام درمانی مطرح گردیده، پزشک محکوم شده است. در مقابل تنها در ۲٪ مواردی که شکایت بعد از سه ماه از اقدام درمانی مطرح شده بوده پزشک محکوم گردیده است ($P value = 0.01$).

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٪ موارد منجر به صدور رأی محکومیت پزشک 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 پزشک شده است ($P value = 0.02$).

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 پزشک صادر شده در حالیکه فقط ۲٪ پرونده هایی که صرفاً بنا به درخواست شاکی حقیقی رسیدگی شده است منجر به محکومیت پزشک شده است ($P value = 0.005$).

۷ - رشتہ 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 ($P value < 0.05$).

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 ($P value > 0.05$), معهداً اختلافات موجود از نظر عملی حائز اهمیت می باشند.

۱ - جنسیت بیمار: ۱۳/۷٪ پرونده هایی که بیماران آن مونت بوده اند در مقابل ۵٪ پرونده هایی که بیماران آن مذکور بوده اند منجر به محکومیت پزشک 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 ۵/۵٪ پرونده های منجر به آسیب عضوی بیمار، رأی محکومیت پزشک صادر شده است ($P value = 0.085$).

۴ - نوع اقدام درمانی: ۷٪ اعمال جراحی مورد شکایت در مقابل ۳٪ اقدامات مداخله ای غیر جراحی منجر به صدور رأی محکومیت پزشک 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 ($P value = 0.09$).

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 پزشک 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 پزشک بوده است رأی محکومیت پزشک صادر شده و در مقابل در ۳٪ مواردی که ضایعه ایجاد شده از عوارض شناخته شده مرتبط با بیماری یا نوع درمان بوده است پزشک محکوم گردیده است. لازم به ذکر است منظور از عوارض شناخته شده آن دسته ای 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 روود و نظایر آن. همچنین منظور از ضایعه ناشی از سهل انگاری، صدماتی هستند که نوعاً و در شرایط معمول اهمال و بی مبالاتی 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 ۱۴٪ مواردی که اقدام درمانی انجام شده توسط پزشک در حد استاندارد متعارف صحیح و اصولی بوده پزشک محکوم گردیده است و در مقابل در ۴٪ مواردی که اقدام پزشک از حد متعارف پایین تر بوده رأی محکومیت پزشک صادر گردیده است ($P value < 0.05$). لازم به ذکر است علت تبرئه پزشک در سایر مواردی که اقدام وی غیرمتعارف بوده است دلایلی از جمله عدم وجود رابطه علیت 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، مقصیر 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 پزشک به وقوع بیوسته رأی محکومیت پزشک صادر گردیده است. در مقابل، تنها ۲/۶٪ مواردی که عارضه منجر به شکایت پس از ۲۴ ساعت اول به وجود آمده به

در مقابل ادعای نقض تعهد از جانب پزشک) و نیز شدت آسیب واردہ 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 می‌تواند 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 پرونده‌های شکایات پزشکی رسیدگی شده در سازمان نظام پزشکی مشهده می‌باشد که خود گویای چگونگی عملکرد سیستم برسی دعاوی قصور پزشکی در مشهد است. ملاحظه می‌گردد 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 انگلاری پزشکی اعلام کرده اند، در این مطالعه عوامل اصلی پیش‌بینی کننده محکومیت پزشک عبارتند از بروز ضایعه ناشی از سهل انگاری و نیز ارایه مراقبت‌های پزشکی زیر حد استاندارد و متعارف. بر این اساس می‌توان 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 سیستم‌های رسیدگی به دعاوی پزشکی در مطالعه حاضر با مطالعات انجام شده در آمریکا و ژاپن، می‌توان به تفاوت در چگونگی عملکرد آنان اشاره کرد. بدین معنی که در محاکم آمریکا، پس از استماع و بررسی اظهارات کارشناسان پزشکی غالباً این اعضاء هیئت منصفه هستند که در خصوص وقوع یا عدم وقوع قصور از سوی پزشک تصمیم می‌گیرند و از آنجا که یک هیئت منصفه متشكل از مردم عادی ممکن است تحت تأثیر شواهد احساسی قرار گیرند لذا عواملی همچون شدت آسیب واردہ 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 می‌گیرد و در صورت احراز قصور پزشکی، مرجع قضایی ضمن کسب نظریه کارشناسی پزشکی قانونی در خصوص میزان پرداخت غرامت به شاکی اظهار نظر می‌نماید.

اثرات بازدارنده شکایات قصور پزشکی باید از طریق اصلاحاتی که میزان حساسیت و اختصاصی بودن سیستم رسیدگی را بالا ببرد، بهبود باید. اصلاحات به منظور افزایش حساسیت سیستم رسیدگی باید از طریق ساده‌تر 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 پیش‌بینی کننده محکومیت تیم جراحی در صورت طرح دعوا عبارتند از ۲ عامل ماهیت عارضه پیش‌آمده (نه شدت آن) و کیفیت عملکرد پزشک. بدین ترتیب چنانچه عارضه پیش‌آمده از مواردی باشد که نوعاً به دنبال سهل انگاری به وقوع می‌پیوندد رسیدگی محکومیت پزشک را حداقل ۱۱ برابر و حداکثر تا بیش از ۵۰۰ برابر بالا می‌برد. همچنین اگر عملکرد پزشک پایین تر از حد استاندارد باشد این عامل نیز رسیدگی محکومیت وی را با ۹۵٪ فاصله اطمینان^۱ حداقل ۷ برابر و حداکثر بیش از ۵۰۰ برابر بالا می‌برد. در آنالیز Multivariate، حقیقی با حقوقی بودن شاکی از اهمیت مستقلی برخوردار نیستند و بر این اساس می‌توان عوامل فوق را تنها دارای ارزش پیش‌بینی کننده دانست.

بحث

با عنایت به یافته‌های فوق می‌توان 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 عدوی قصور پزشکی 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 مراقبت‌های بهداشتی درمانی و میزان اثربخشی خدمات پزشکی است. در این راستا کیفیت عملکرد سیستم‌های 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 حرفه‌ای 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 ی恩 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 مصصومه خرسند، مسئول دفتر گروه جراحی عمومی بیمارستان قائم که در آماده سازی متن مقاله همکاری فرمودند سپاسگزاری می گردد.

و رفع جنبه خصم‌مانه شکایات، باعث افزایش درصد شکایت در آن گروه از بیماران شود که واقعاً به دلیل سهل انگاری آسیب دیده اند. نمونه‌ای از این اصلاحات طراحی سیستم جبران خسارت بدون اعلام فرد مقصراً است. اصلاحات در جهت افزایش اختصاصی بودن سیستم رسیدگی با هدف کم کردن آمار ادعاهای بیهوده مشتمل بر طراحی کمیته‌های 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

- ۶- عباسی محمود. در ترجمه حقوق و پزشکی، بنت بلیندا (مؤلف). تهران: انتشارات حقوقی؛ ۱۳۷۷: ۷۲ صفحه.
- 7- Haghara 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 maplactice as an epidemiological problem. Social science & Medicine. 2004; 59: 39-46.
- 1- عمومی 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: ۱۵-۲۳.
- 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.
- 5- عباسی محمود. مجموعه مقالات حقوق پزشکی. ج ۳، تهران: انتشارات حقوقی؛ ۱۳۷۷. صفحه ۱۴۳.