

Medical Ethics and Law
Research Center

Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics

2026; 20: e1

Shahid Beheshti
University of Medical Sciences

Ethical and Legal Dimensions of Compensation for Loss of a Chance in the Treatment of Acute Neurological Diseases: A Comparative Analysis of the Legal Systems of Iran, England, and the United States

Mohammad Hossein Taghipour Darzi Naghibi¹, Zeinab Tari^{2*}, Farveh Ramzanzadeh Badeleh³

1. Department of Private Law, Faculty of Law and Political Science, University of Mazandaran, Babolsar, Iran.

2. Department of Private Law, Faculty of Law, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

3. Department of Neurology, Faculty of Medicine, Babol University of Medical Sciences, Mazandaran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Loss of chance in medical treatment is one of the most challenging issues at the intersection of medical ethics and professional liability, particularly in acute neurological diseases where time plays a decisive role in treatment outcomes. In such cases, medical negligence does not necessarily lead to death or permanent disability, but rather to a significant reduction in the chance of recovery or prevention of irreversible damage. This situation makes it difficult to establish a definitive causal relationship and leads to the denial of compensation in many legal systems. Therefore, examining how different legal systems address this issue may help explain the ethical and legal foundations of compensation for such damage. The aim of this study is to comparatively examine the ethical and legal dimensions of compensation for damage following loss of chance in treatment in acute neurological diseases in the legal systems of Iran, England, and the United States.

Methods: This research is a review study. Keywords, including "Loss of chance", "Medical malpractice", "Causation" and "Medical liability" were searched in PubMed, Scopus, Google Scholar, SID, Magiran and Noormags databases. Relevant legal texts and selected case law were studied and analyzed.

Ethical Considerations: Throughout all stages of the present research, the authenticity of sources and the principles of honesty and academic integrity were observed.

Results: The findings indicate that English law, with a conservative approach, generally refuses to recognize loss of chance as an independent compensable damage. In contrast, many U.S. jurisdictions, by adopting a proportional loss of recovery, have provided a more ethically responsive compensation framework for the damage suffered by patients. Despite having significant ethical and jurisprudential foundations, Iranian law faces a gap between time-sensitive medical realities and legal remedies due to the lack of explicit recognition of this doctrine.

Conclusion: Disregarding loss of treatment opportunity solely due to uncertainty in outcomes is inconsistent with the principles of medical ethics and therapeutic justice. Ethical-legal recognition of loss of chance, subject to scientific and legal safeguards, can be an effective step towards fair protection of patients, especially in acute neurological diseases.

Keywords: Loss of Chance; Medical Ethics; Medical Liability; Therapeutic Justice; Acute Neurological Diseases

Corresponding Author: Zeinab Tari; **Email:** Zeinab.tari1367@gmail.com

Received: February 09, 2026; **Accepted:** May 12, 2026; **Published Online:** July 12, 2026

Please cite this article as:

Taghipour Darzi Naghibi MH, Tari Z, Ramzanzadeh Badeleh F. Ethical and Legal Dimensions of Compensation for Loss of a Chance in the Treatment of Acute Neurological Diseases: A Comparative Analysis of the Legal Systems of Iran, England, and the United States. *Faṣḥnāmah-i akhlāq-i pizishkī*, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2026; 20: e1.



بررسی تطبیقی ابعاد اخلاقی و حقوقی جبران خسارت از دست دادن فرصت درمان در بیماری‌های حاد مغز و اعصاب: تحلیل نظام‌های حقوقی ایران، انگلستان و ایالات متحده آمریکا

محمدحسین تقی‌پور درزی نقیبی^۱، زینب تار^{۲*}، فروه رمضان‌زاده باده^۳

۱. گروه حقوق خصوصی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه مازندران، بابل، ایران.

۲. گروه حقوق خصوصی، دانشکده حقوق، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۳. گروه نورولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بابل، مازندران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: از دست دادن فرصت درمان یکی از مسائل چالش‌برانگیز در حوزه مشترک اخلاق پزشکی و مسئولیت حرفه‌ای است، به ویژه در بیماری‌های مغز و اعصاب حاد که عنصر زمان نقشی تعیین‌کننده در پیامد درمان دارد. در این موارد، قصور پزشکی لزوماً به مرگ یا ناتوانی قطعی منجر نمی‌شود، بلکه موجب کاهش معنادار شانس بهبودی یا پیشگیری از آسیب‌های غیر قابل بازگشت می‌گردد. چنین وضعیتی اثبات رابطه سببیت قطعی را دشوار ساخته و در بسیاری از نظام‌های حقوقی به نفع جبران خسارت می‌انجامد. از این رو، بررسی نحوه مواجهه نظام‌های حقوقی با این مسأله می‌تواند به تبیین مبانی اخلاقی و حقوقی جبران این نوع خسارت کمک کند. هدف این پژوهش، بررسی ابعاد اخلاقی و حقوقی جبران خسارت «از دست دادن فرصت درمان در بیماری‌های مغز و اعصاب حاد» در نظام‌های حقوقی ایران، انگلستان و ایالات متحده آمریکا است.

روش: این پژوهش یک مطالعه مروری است. واژگان کلیدی «از دست دادن فرصت درمان»، «سببیت احتمالی»، «مسئولیت پزشکی»، «Loss of Chance» و «Medical Malpractice» در پایگاه‌های داده‌ای PubMed، Scopus، Google Scholar، Magiran، SID و Noormags جستجو شدند. مقالات و منابع مرتبط مورد مطالعه و تحلیل قرار گرفتند.

ملاحظات اخلاقی: در تمام مراحل پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان می‌دهد که حقوق انگلستان با رویکردی محافظه‌کارانه، کاهش فرصت درمان را به عنوان زبانی مستقل قابل جبران نمی‌داند. در مقابل، حقوق ایالات متحده در بسیاری از ایالات با پذیرش الگوی جبران تناسبی، امکان پاسخگویی اخلاقی‌تر به زیان بیماران را فراهم کرده است. حقوق ایران، علیرغم برخورداری از ظرفیت‌های فقهی و اخلاقی قابل توجه، به دلیل فقدان شناسایی صریح این نظریه، با شکافی میان واقعیت‌های پزشکی زمان‌محور و پاسخ‌های جبرانی مواجه است.

نتیجه‌گیری: نادیده گرفتن کاهش فرصت درمان صرفاً به دلیل عدم قطعیت نتیجه نهایی، با اصول اخلاق پزشکی و عدالت درمانی سازگار نیست. شناسایی اخلاقی - حقوقی از دست دادن فرصت درمان، همراه با قیود علمی و حفظ امنیت حقوقی، می‌تواند گامی مؤثر در جهت حمایت منصفانه از بیماران، به ویژه در بیماری‌های مغز و اعصاب حاد، محسوب شود.

واژگان کلیدی: از دست دادن فرصت درمان؛ اخلاق پزشکی؛ مسئولیت پزشکی؛ عدالت درمانی؛ بیماری‌های مغز و اعصاب حاد

نویسنده مسئول: زینب تار؛ پست الکترونیک: Zeinab.tari1367@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۲۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۲؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۴/۲۱

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Taghipour Darzi Naghibi MH, Tari Z, Ramzanazadeh Badeleh F. Ethical and Legal Dimensions of Compensation for Loss of a Chance in the Treatment of Acute Neurological Diseases: A Comparative Analysis of the Legal Systems of Iran, England, and the United States. *Faṣḥnāmāh-i akhlāq-i pizishkī*, i.e., Quarterly Journal of Medical Ethics. 2026; 20: e1.

مقدمه

پیشرفت‌های پزشکی در دهه‌های اخیر، به ویژه در حوزه بیماری‌های حاد مغز و اعصاب، امکان مداخلات درمانی مؤثر و نجات‌بخش را به طور چشم‌گیری افزایش داده است. در این میان، عامل زمان به عنوان یکی از مؤلفه‌های تعیین‌کننده سرنوشت بیمار، نقشی اساسی در موفقیت یا ناکامی درمان ایفا می‌کند (۱). در بیماری‌هایی نظیر سکته مغزی، آسیب‌های مغزی تروماتیک و سایر اختلالات حاد عصبی، هرگونه تأخیر در تشخیص یا شروع درمان می‌تواند به کاهش معنادار شانس بهبودی، تثبیت ناتوانی یا بروز آسیب‌های برگشت‌ناپذیر منجر شود (۲). برای نمونه، تشخیص و درمان سکته مغزی در چهار یا پنج ساعت نخست بیماری و استفاده از داروی Tenecteplase می‌تواند به بهبود معنادار علائم سکته مغزی طی سه ماه اول شود (۱) و هر دقیقه تأخیر در درمان با از بین رفتن میلیون‌ها نورون عصبی همراه است (۲). چنین داده‌هایی به روشنی نشان می‌دهد که فرصت درمان، مفهومی صرفاً نظری یا انتزاعی نیست، بلکه عنصری عینی و قابل اتکا در تصمیم‌گیری بالینی محسوب می‌شود (۱، ۲).

نظریه «از دست دادن فرصت درمان» ناظر بر وضعیتی است که در آن، در نتیجه فعل یا ترک فعل قابل انتساب، امکان عقلایی و معنادار یک شخص برای تحصیل منفعت یا دفع ضرر در آینده از میان می‌رود (۳). به بیان دیگر، خسارت نه به صورت ورود مستقیم زیان نهایی، بلکه در قالب از بین رفتن شانس دستیابی به یک موقعیت مطلوب یا اجتناب از پیامد نامطلوب تحقق می‌یابد (۴). در حوزه پزشکی، این امکان غالباً به صورت «فرصت درمان، بهبود یا پیشگیری از وخامت وضعیت» متجلی می‌شود. برای مثال، بیماری که به موقع برای درمان مراجعه کرده است، در نتیجه تقصیر پزشک، فرصت بهره‌مندی از مداخله مؤثر را از دست می‌دهد. آنچه به عنوان زیان موضوع بحث قرار می‌گیرد، نفس فرصت از دست رفته است که به خودی خود واجد ارزش تلقی می‌شود. این نظریه باید از مفهوم عدم‌النفع تفکیک شود؛ در نظریه فرصت از دست‌رفته، ضرر به صورت بالفعل و هم‌زمان با وقوع تقصیر تحقق می‌یابد. حال آنکه در عدم‌النفع، زیان ناظر بر منافع احتمالی آینده‌ای است

که هنوز ایجاد نشده‌اند. به بیان دیگر، در نظریه فرصت از دست‌رفته، آنچه زیان تلقی می‌شود، نفس از بین رفتن فرصت است، نه منفعت نهایی که صرفاً انتظار تحقق آن در آینده وجود داشته است (۵، ۶).

در سطح بین‌المللی، رویه‌های قضایی متفاوتی در این زمینه شکل گرفته است. در انگلستان، پرونده *Gregg v Scott* (۲۰۰۵ م.) نقطه عطفی در تثبیت رویکرد محافظه‌کارانه این نظام حقوقی محسوب می‌شود (۷). در ایالات متحده، نظریه از دست دادن فرصت در بسیاری از ایالت‌ها مورد پذیرش قرار گرفته و دادگاه عالی ماساچوست در پرونده *Matsuyama v. Birnbaum* (۲۰۰۸ م.) صراحتاً اعلام کرد که کاهش فرصت بقا یا بهبودی خود یک آسیب حقوقی مستقل است (۸، ۹). با این حال، برخی ایالت‌ها مانند کالیفرنیا و تگزاس همچنان بر معیار سنتی تأکید دارند و ایالت‌هایی مانند میشیگان و داکوتای جنوبی این نظریه را قانوناً ممنوع کرده‌اند (۶). در ایران، اگرچه آمار دقیقی از دعاوی مرتبط با کاهش فرصت درمان وجود ندارد، اما نظام حقوقی ایران فاقد شناسایی صریح این نظریه بوده و دعاوی پزشکی غالباً در چهارچوب دعاوی کیفری و دیه پیگیری می‌شوند (۱۰).

دلیل انتخاب سه نظام حقوقی ایران، انگلستان و ایالات متحده آمریکا در این پژوهش، تقابل آشکار رویکردهای آنان در مواجهه با عدم قطعیت پزشکی است. حقوق انگلستان با پایبندی به معیار سنتی «توازن احتمالات»، رویکردی محافظه‌کارانه اتخاذ کرده و از شناسایی مستقل کاهش فرصت درمان خودداری می‌ورزد (۱۱، ۱۲). در مقابل، حقوق ایالات متحده در بسیاری از ایالت‌ها با پذیرش الگوی جبران تناسبی، امکان پاسخگویی منصفانه‌تری فراهم کرده است (۱۳، ۱۴). حقوق ایران، علیرغم برخورداری از ظرفیت‌های فقهی قابل توجه، از جمله قاعده لاضرر و قواعد اتلاف و تسبیب، به دلیل فقدان شناسایی صریح این نظریه، با شکافی میان واقعیت‌های پزشکی حساس به زمان و پاسخ‌های جبرانی مواجه است (۱۰، ۱۵، ۱۶).

اگرچه در نظام‌های حقوقی مختلف بحث‌های گسترده‌ای پیرامون نظریه فرصت از دست‌رفته صورت گرفته، اما تمرکز بر

«مسئولیت پزشکی»، «Loss of Chance» و «Medical Malpractice» انجام شد. بازه زمانی جستجو برای منابع انگلیسی از ابتدای سال ۲۰۰۰ تا اول سال ۲۰۲۵ و برای منابع فارسی از ابتدای سال ۱۳۸۰ تا آخر سال ۱۴۰۴ در نظر گرفته شد. معیارهای ورود شامل مرتبط بودن با موضوع، انتشار به زبان فارسی یا انگلیسی و در دسترس بودن متن کامل بود و مقالات صرفاً همایشی بدون متن کامل خارج شدند. در نهایت، از میان ۵۳ منبع، ۲۹ منبع معتبر برای تحلیل نهایی انتخاب شد. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. برای تحلیل داده‌ها، کلیه متون حقوقی و آرای قضایی انتخاب شده مورد بررسی و مطالعه قرار گرفته‌اند.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها

در این مطالعه مروری، تعداد ۲۹ منبع علمی شامل مقالات پژوهشی، مروری، آرای قضایی منتخب و متون حقوقی مرتبط با نظریه از دست دادن فرصت درمان در بیماری‌های مغز و اعصاب حاد مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس تحلیل یافته‌ها، نتایج در چهار محور اصلی دسته‌بندی شدند: ۱- مدل‌های حقوقی شناسایی زیان در سه نظام حقوقی؛ ۲- مسأله سببیت؛ ۳- الگوهای محاسبه خسارت؛ ۴- پیامدهای سیاست عمومی. خلاصه یافته‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

بیماری‌های حاد مغز و اعصاب کمتر مورد توجه واقع شده است، به ویژه در حقوق ایران، علیرغم وجود مبانی فقهی مستعد، خلأ پژوهشی قابل توجهی در خصوص قابلیت اعمال این نظریه در بیماری‌های حاد عصبی وجود دارد. این پژوهش، برای نخستین بار به تحلیل اخلاقی - حقوقی نظریه از دست دادن فرصت درمان در بستر بیماری‌های حاد مغز و اعصاب می‌پردازد. این مطالعه می‌کوشد به این پرسش اساسی پاسخ دهد که آیا نادیده گرفتن کاهش فرصت درمان در بیماری‌های حاد مغز و اعصاب، صرفاً به دلیل عدم قطعیت نتیجه نهایی، با اصول عدالت، انصاف و اخلاق پزشکی سازگار است یا خیر و چگونه می‌توان با حفظ امنیت حقوقی، به سمت نظام منصفانه‌تری از جبران خسارت در حقوق ایران حرکت کرد. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر بررسی تطبیقی ابعاد اخلاقی و حقوقی جبران خسارت «از دست دادن فرصت درمان در بیماری‌های مغز و اعصاب حاد» در سه نظام حقوقی ایران، انگلستان و ایالات متحده آمریکا است.

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه مروری است و گردآوری اطلاعات بر مبنای روش کتابخانه‌ای بوده است. این مطالعه در بازه زمانی آذرماه ۱۴۰۴ تا بهمن‌ماه ۱۴۰۴ انجام شده است. جامعه پژوهش شامل منابع حقوقی، فقهی و اخلاق پزشکی مرتبط با مسئولیت پزشکی و نظریه از دست دادن فرصت درمان در بیماری‌های مغز و اعصاب حاد است. جستجو در پایگاه‌های PubMed، Scopus، Google Scholar، SID، Magiran و Noormags با واژگان کلیدی «از دست دادن فرصت درمان»،

جدول ۱: خلاصه یافته‌های تطبیقی

محور مقایسه	حقوق ایران	حقوق انگلستان	حقوق ایالات متحده
شناخت فرصت درمان به عنوان زیان مستقل	خیر (فقدان شناسایی صریح) (۱۵، ۱۰)	خیر (۱۲، ۷)	بله (در اکثر ایالت‌ها) (۱۴، ۱۳، ۶)
آزمون سببیت	سببیت قطعی (۱۵، ۱۰)	توازن احتمالات (< ۵۰ درصد) (۷، ۱۲)	کاهش قابل توجه فرصت (۱۳، ۸)
دیه (ثابت و غیر منعطف)، بدون در نظر گرفتن فرصت درمان از دست‌رفته (۱۰)	دیه (ثابت و غیر منعطف)، بدون در نظر گرفتن فرصت درمان از دست‌رفته (۱۰)	همه یا هیچ (۱۸، ۱۲، ۷)	جبران تناسبی (۱۴، ۱۳)
نقش بستر نهادی	خلأ نهادی، فقدان رویه (۱۵، ۱۰)	کنترل هزینه خدمات سلامت ملی، رد آگاهانه (۱۹، ۱۸)	ساختار بیمه‌محور، پذیرش الگوهای منعطف (۶)

۱. مدل‌های حقوقی شناسایی زیان در سه نظام حقوقی

۱-۱. حقوق انگلستان: نظام حقوقی انگلستان، برخلاف آنچه ممکن است در نگاه نخست تصور شود، با مفهوم «فرصت از دست‌رفته» بیگانه نیست. این نظام در حوزه‌هایی، نظیر مسئولیت حرفه‌ای و دعاوی تجاری، کاهش فرصت دستیابی به منفعت را به عنوان زیانی قابل جبران به رسمیت می‌شناسد و دادگاه‌های انگلیسی در این حوزه‌ها با پذیرش ارزیابی احتمالاتی و محاسبه نسبی خسارت، عدم قطعیت نتیجه را مانعی ذاتی برای مسئولیت نمی‌دانند (۱۱، ۲۰).

پرونده Gregg v Scott در سال ۲۰۰۵ نقطه عطفی در تثبیت رویکرد محافظه‌کارانه حقوق انگلستان نسبت به نظریه از دست‌دادن فرصت درمان در مسئولیت پزشکی به شمار می‌رود. در این پرونده، خواهان مدعی بود که تشخیص نادرست و تأخیر نه‌ماهه در آغاز درمان، فرصت بقای عاری از بیماری ده‌ساله او را از ۴۲ درصد به ۲۵ درصد کاهش داده است. با وجود این کاهش معنادار، اکثریت قضات مجلس اعیان با پایبندی سخت‌گیرانه به معیار سنتی «توازن احتمالات» و آزمون سببیت but for، دعوا را مردود اعلام کردند. استدلال محوری آن بود که از آنجا که حتی در فرض تشخیص و درمان به موقع، احتمال بهبودی کامل بیمار کمتر از ۵۰ درصد بوده است، نمی‌توان خطای پزشک را سبب غالب نتیجه نهایی

دانست. بر این اساس، کاهش یک فرصت - ولو معنادار - به تنهایی ضرر قابل جبران تلقی نشد (۷، ۱۲).

این رویکرد در امتداد پرونده Hotson v East Berkshire Health Authority (۱۹۸۷ م.) شکل گرفته است، جایی که از دست‌دادن فرصت ۲۵ درصدی برای اجتناب از ناتوانی دائمی ناشی از آسیب لگن کودک، به دلیل عدم عبور از آستانه ۵۰ درصد، غیر قابل جبران تلقی شد (۱۲، ۲۱).

۲-۱. حقوق ایالات متحده: بررسی منابع نشان داد که رویه قضایی آمریکا به سه روش عمده برای شناسایی این نظریه منجر شده است: ۱- رویکرد «از دست‌دادن محض فرصت» که در آن پزشک مسئول جبران کامل خسارت است، حتی اگر فرصت اولیه بقا پایین بوده باشد، این رویکرد به دلیل نادیده‌گرفتن وضعیت پیشین بیمار، مورد انتقاد قرار گرفته است؛ ۲- رویکرد «جبران تناسبی» که مسئولیت پزشک را به میزان درصد شانس از دست‌رفته محدود می‌کند؛ ۳- رویکرد «امکان قابل ملاحظه» که بار اثباتی آسان‌تری برای خواهان ایجاد می‌کند، اما میزان جبران خسارت باز هم به روش تناسبی محاسبه می‌شود (۱۳، ۱۴).

پذیرش نظریه از دست‌دادن فرصت درمان در آمریکا فراتر از یک تحول حقوقی ساده است و بازتاب تغییر نگرش‌های اجتماعی نسبت به عدالت درمانی و حمایت از بیماران محسوب می‌شود. این تحول با تغییر در برداشت جمعی از

عدالت و انصاف همراه شده و زمینه‌ساز پذیرش نظریه‌های نوین مسئولیت پزشکی در ایالات مختلف شده است (۶). زمینه نظری پذیرش این نظریه در آمریکا، متأثر از نقدهای گسترده دانشگاهی به رویکرد سنتی «همه یا هیچ» در سببیت پزشکی است. این نقدها با تأکید بر ناکارآمدی تمرکز انحصاری بر نتیجه نهایی درمان (مرگ یا بقا)، مفهوم مسئولیت را به سمت شناسایی حق بیمار بر حفظ و ارتقای فرصت درمان سوق داده‌اند. در این چهارچوب، کاهش فرصت نه به عنوان یک وضعیت صرفاً اثباتی، بلکه به مثابه زیانی مستقل و قابل شناسایی تلقی می‌شود (۱۷).

نقطه عطف پذیرش قضایی این نظریه، رأی دادگاه عالی ایالت ماساچوست در پرونده *Matsuyama v. Birnbaum* (۲۰۰۸ م.) است. دادگاه در این پرونده به صراحت اعلام کرد که از دست دادن فرصت بقا یا بهبودی خود یک آسیب حقوقی مستقل است و نباید آن را صرفاً به مسأله اثبات رابطه سببیت محدود کرد (۹، ۱۷، ۲۰). ریشه‌های این تحول را می‌توان در آرای پیشروتری همچون پرونده *Hicks v. United States* (۱۹۸۳ م.) مشاهده کرد، جایی که دادگاه استدلال پزشکان مبنی بر «حدسی بودن» فرصت موفقیت درمان را نپذیرفت و تأکید کرد هرگاه قصور حرفه‌ای فرصتی قابل ملاحظه برای بقا یا بهبود را از بیمار سلب کند، خواهان ملزم به اثبات تحقق قطعی نتیجه مطلوب نخواهد بود (۱۳، ۲۲).

ساختار فدرال ایالات متحده موجب شده است که این نظریه در ایالت‌های مختلف با سرعت و دامنه متفاوتی توسعه یابد. نمونه گویا، سیر تحول رویه قضایی ایالت مینه‌سوتا است؛ جایی که دادگاه عالی این ایالت از رد کامل نظریه در پرونده *Fabio v. Bellomo* (۱۹۹۳ م.) به پذیرش صریح آن در پرونده *Dickhoff v. Green* (۲۰۱۳ م.) رسید. دادگاه در رأی اخیر، با اتکا به پیشرفت‌های علم پزشکی و قابلیت اتکای آمارهای بالینی، کاهش احتمال بقا را زیانی ملموس، قابل اندازه‌گیری و شایسته جبران دانست. به طور مشابه، دادگاه عالی ایالت اورگن در پرونده *Smith v. Providence Health & Services* (۲۰۱۷ م.) با شناسایی کاهش فرصت قابل توجه برای دستیابی به نتیجه درمانی بهتر، مبنای مسئولیت را

از تحقق نتیجه قطعی به تفویت فرصت درمانی منتقل کرد (۲۵-۲۳).

۳-۱. **حقوق ایران:** بررسی منابع نشان داد که اگرچه در فقه امامیه (که منبع اصلی قواعد حقوقی ایران به شمار می‌رود)، نص صریحی در خصوص نظریه فرصت از دست‌رفته درمان وجود ندارد، اما قواعد کلی، از جمله قاعده لاضرر، قواعد اتلاف و تسبیب و بنای عقلا ظرفیت لازم برای شناسایی ضمان ناشی از تفویت فرصت درمان را دارا هستند (۱۰، ۱۵، ۱۶). افزون بر مبانی کلی، برخی نهادهای شناخته‌شده فقهی شباهت مفهومی قابل توجهی با نظریه فرصت از دست‌رفته دارند. برای نمونه، در عقود مضاربه و جعالة، چنانچه یکی از طرفین پس از آغاز اقدامات طرف مقابل و در شرایطی که احتمال تحصیل سود وجود داشته است، قرارداد را فسخ کند، مکلف به جبران خسارتی متناسب با ارزش کار انجام‌شده خواهد بود (۲۶، ۲۷). ماده ۵۶۵ قانون مدنی نیز بر همین منطق استوار است. برخی از حقوقدانان، این نوع مسئولیت را قابل تحلیل در چهارچوب نظریه فرصت از دست‌رفته دانسته‌اند (۲۸). با این حال، رویه قضایی منسجم و شفاف برای شناسایی، ارزیابی و جبران این نوع خسارت در ایران شکل نگرفته است و دادگاه‌ها عموماً از ورود به تحلیل‌های مبتنی بر سببیت احتمالی اجتناب کرده‌اند (۱۵).

این وضعیت ریشه در ساختار نهادی دعاوی پزشکی در ایران دارد. به این ترتیب که بخش قابل توجهی از پرونده‌های قصور پزشکی نه در دادگاه‌های حقوقی با هدف جبران خسارت، بلکه در کمیسیون‌های پزشکی قانونی و سازمان نظام پزشکی با تمرکز بر احراز تقصیر و تعیین دیه مطرح می‌شوند. در این مسیر انتظامی - کیفری، امکان طرح دعاوی مستقل برای «کاهش فرصت درمان» پیش‌بینی نشده و دیه به عنوان نهادی ثابت و از پیش تعیین‌شده، جایگزین ارزیابی نسبی خسارت می‌گردد (۱۰).

۲. مسأله سببیت

۲-۱. **آستانه ۵۰ درصد در حقوق انگلستان:** بررسی پرونده *Gregg v. Scott* نشان داد که دادگاه آستانه ۵۰ درصد را نه

از این منظر، مانع اصلی در حقوق ایران نه فقدان مبنای فقهی، بلکه قرائت مضیق و سنتی از قواعد ضمان است؛ قرائتی که با واقعیت‌های پزشکی مبتنی بر عدم قطعیت و ملاحظات اخلاقی سلامت انسان همخوانی ندارد.

۳. الگوهای محاسبه خسارت: بررسی منابع تطبیقی نشان می‌دهد که در حقوق انگلستان، الگوی «همه یا هیچ» در محاسبه خسارت حاکم است؛ بر اساس این الگو، خواهان تنها در صورتی موفق به دریافت خسارت می‌شود که بتواند اثبات کند شانس از دست‌رفته بیش از ۵۰ درصد بوده است (۷، ۱۸). در مقابل، الگوی غالب در حقوق ایالات متحده، «جبران تناسبی» است که بر اساس آن، پزشک به میزان درصد شانس که در اثر تقصیر از بین رفته، مسئول جبران همان نسبت از خسارت نهایی خواهد بود (۱۳، ۱۴). برای نمونه، اگر شانس اولیه بقای بیمار ۴۰ درصد بوده و در اثر قصور به ۲۰ درصد کاهش یافته باشد، پزشک مسئول ۲۰ درصد خسارت نهایی خواهد بود. در حقوق ایران، دیه به عنوان نهادی ثابت و غیر منعطف، جایگزین جبران جامع خسارات شده و کاهش درصدی فرصت بهبودی بیمار به عنوان زیانی مستقل تقویم نمی‌شود (۱۰).

۴. پیامدهای سیاست عمومی

۴-۱. حقوق انگلستان: مطالعات انجام‌شده مؤید این نکته است که رد نظریه از دست‌دادن فرصت درمان در انگلستان را باید در بستر نهادی و سیاستی این نظام حقوقی تحلیل کرد. نقش محوری خدمات سلامت ملی (NHS: National Health Services) در این میان تعیین‌کننده است. از آنجا که بخش اعظم خدمات درمانی در چهارچوب نظام عمومی سلامت ارائه می‌شود، هرگونه گسترش دامنه مسئولیت پزشکی می‌تواند فشار مستقیم و قابل توجهی بر منابع عمومی وارد کند (۱۸). این رویکرد، ترجیح آگاهانه حفظ قطعیت، پیش‌بینی‌پذیری و کنترل بار مالی به بهای محدودسازی جبران آسیب‌های اخلاقاً معنادار بیماران است (۱۹).

۴-۲. حقوق ایالات متحده: تفاوت رویکردها در ایالت‌های مختلف آمریکا بازتاب‌دهنده تعارضی بنیادین در سیاست

صرفاً به مثابه یک ابزار اثباتی، بلکه به عنوان مرزی ماهوی میان ضرر و عدم ضرر تلقی می‌کند. دادگاه در پرونده Gregg با استناد به مفروضات دادرسی مدنی، اعلام کرد که تنها ادعاهایی که احتمال صحت آن‌ها دست کم به ۵۱ درصد می‌رسد، می‌توانند به عنوان واقعیت حقوقی شناسایی شوند، در نتیجه، کاهش شانس که از این آستانه عبور نمی‌کند، اصولاً قابلیت جبران ندارد (۷، ۱۸). Lord Nicholls در نظر مخالف خود (که در اقلیت باقی ماند) تأکید کرد: «از دست‌دادن فرصت ۴۵ درصدی بهبودی در بیماری بالقوه ناتوان‌کننده، همان‌قدر زیان واقعی است که از دست‌دادن فرصت ۵۵ درصدی و تفکیک بیماران صرفاً بر اساس عبور یا عدم عبور از آستانه ۵۰ درصد با منطق انصاف سازگار نیست» (۷، ۱۲).

۲-۲. رویکرد سببیت در حقوق آمریکا: در این مطالعه مشخص شد که حقوق آمریکا با تفکیک تحلیلی میان «زیان» (از دست‌دادن فرصت) و «سببیت» (نسبت‌دادن به قصور پزشک)، امکان شناسایی کاهش فرصت درمان را بدون فروپاشی ساختار سنتی مسئولیت مدنی فراهم می‌سازد (۱۳، ۱۷). در پرونده Matsuyama، دادگاه معیار کاهش قابل توجه فرصت را به عنوان آزمون سببیت مناسب در مواردی که آسیب دارای علل متعدد است، تأیید کرد. این معیار به این معناست که خواهان نیازی به اثبات «سببیت قطعی» مبتنی بر آزمون اگر نه (but for) ندارد، بلکه کافی است ثابت کند که قصور پزشک عاملی «قابل توجه» در کاهش شانس بقا یا بهبودی بیمار بوده است، حتی اگر شانس اولیه موفقیت درمان کمتر از ۵۰ درصد باشد (۸).

۲-۳. حقوق ایران: بررسی‌ها حاکی از آن است که غلبه رویکردهای کیفی و نهاد دیه، امکان تحلیل سببیت احتمالی را به حاشیه رانده است (۱۰، ۱۵)، در حالی که در فقه، قاعده تسبیب ظرفیت پذیرش سببیت احتمالی را دارد (۱۶)، رویه قضایی موجود از ورود به چنین تحلیل‌هایی اجتناب می‌کند. این وضعیت ریشه در نگرش سنتی نظام مسئولیت مدنی ایران دارد که تحقق نتیجه قطعی زیان‌بار را شرط لازم احراز ضرر می‌داند و ارزیابی خسارت بر مبنای احتمال را برنمی‌تابد (۱۵).

عمومی است: تعارض میان تأمین عدالت فردی برای بیماران متضرر و نگرانی‌های سیستمی مانند افزایش دعاوی، رشد هزینه‌های بیمه مسئولیت و گسترش پزشکی تدافعی (۶). در دعاوی پزشکی، اصل عدالت ترمیمی و ارزیابی فرصت از دست‌رفته مورد توجه قرار می‌گیرد و روش جبران تناسبی به عنوان الگویی که این دو را توأمان تأمین می‌کند، بیش از سایر رویکردها به کار گرفته می‌شود (۱۳، ۱۴).

۳-۴. حقوق ایران: بررسی منابع نشان داد که فقدان نظام کارشناسی تخصصی پزشکی - حقوقی و نبود رویه قضایی معیارمند، از موانع اصلی پذیرش این نظریه در ایران است. برخلاف انگلستان که رد این نظریه یک انتخاب سیاستی آگاهانه است، در ایران این خلأ بیشتر ناشی از عدم توسعه نظری و رویه قضایی است (۱۰، ۱۵).

بحث

هدف از این مطالعه، بررسی تطبیقی ابعاد اخلاقی و حقوقی جبران خسارت ناشی از از دست‌دادن فرصت درمان در بیماری‌های مغز و اعصاب حاد در سه نظام حقوقی ایران، انگلستان و ایالات متحده آمریکا بود. یافته‌های این مطالعه مروری (جدول ۱) نشان داد که این سه نظام حقوقی رویکردهای متفاوتی نسبت به این نظریه دارند. مهم‌ترین یافته آن است که حقوق انگلستان با رویکرد محافظه‌کارانه و آستانه ۵۰ درصد، حقوق آمریکا با الگوی جبران تناسبی و حقوق ایران با خلأ نظری و رویه قضایی مواجه است. در این بخش، یافته‌های به دست‌آمده تحلیل و تفسیر می‌شود.

۱. تحلیل تفاوت رویکردها در شناسایی زیان: یافته‌های این مطالعه نشان داد که حقوق انگلستان با تمرکز بر نتیجه فیزیکی محقق‌شده، کاهش احتمال بهبودی را زیانی مستقل نمی‌شناسد (۷، ۲۱). این یافته با مطالعات قبلی (۱۱، ۱۹) همخوانی دارد که نشان می‌دهد این رویکرد، اگرچه پیش‌بینی‌پذیری قضایی را افزایش می‌دهد، اما فرآیند مراقبت و منافع بیمار در مسیر درمان را نادیده می‌گیرد. در مقابل، یافته‌های مربوط به حقوق آمریکا (۸، ۱۳، ۱۴) نشان داد که

بخش قابل توجهی از رویه قضایی این کشور کاهش فرصت بقا یا بهبودی را به عنوان زیانی مستقل به رسمیت شناخته است. این تحول ریشه در نقدهای دانشگاهی به رویکرد سنتی «همه یا هیچ» دارد که تمرکز صرف بر نتیجه نهایی درمان را ناکارآمد می‌دانند (۱۷). رأی *Matsuyama v. Birnbaum* (۲۰۰۸ م.) نقطه عطف این رویکرد است که در آن دادگاه صراحتاً اعلام کرد «از دست‌دادن فرصت بقا خود یک آسیب حقوقی مستقل است» (۸، ۹). تحولات بعدی در ایالت‌هایی مانند مینه‌سوتا و اورگن نشان می‌دهد که حقوق آمریکا توانسته است خود را با واقعیت‌های علمی پزشکی و نیازهای اخلاقی بیماران هماهنگ سازد (۲۴، ۲۵).

این تفاوت رویکرد را می‌توان ناشی از برداشت متفاوت از «عدالت» در نظام‌های کامن‌لا دانست؛ جایی که حقوق انگلستان بر قطعیت و پیش‌بینی‌پذیری تأکید دارد و حقوق آمریکا بر انصاف فردمحور (۶، ۱۸). در خصوص حقوق ایران، یافته‌ها نشان داد که این نظام از حیث نظری در موقعیتی میانه قرار دارد (۱۰، ۱۵، ۱۶)، هرچند مبانی فقهی مانند قاعده لاضرر و قواعد اتلاف و تسبیب امکان شناسایی چنین زیانی را فراهم می‌کند (۱۶)، اما رویه غالب قضایی همچنان به زیان‌های قطعی گرایش دارد. این وضعیت را می‌توان ناشی از غلبه رویکردهای کیفری بر مسئولیت مدنی در نظام حقوقی ایران دانست (۱۰، ۱۵).

۲. تحلیل آستانه سببیت: یافته‌های این مطالعه نشان داد که حقوق انگلستان با پایبندی سخت‌گیرانه به آزمون سنتی «مگر با»، سببیت را تنها در صورتی محقق می‌داند که تقصیر پزشک به احتمال غالب سبب نتیجه نهایی شده باشد. به عبارت دیگر، حقوق انگلستان با پایبندی به آزمون سنتی «توازن احتمالات» و آستانه ۵۰ درصد، در بیماری‌های با نتایج غیر قطعی عملاً به انکار مسئولیت می‌انجامد (۸). در بیماری‌های حاد مغز و اعصاب، که حتی با بهترین درمان نیز احتمال بهبودی کامل به ندرت از ۵۰ درصد عبور می‌کند (۱)، اهمیت این رویکرد دوچندان است. برای مثال، در موارد سکتة مغزی یا آسیب‌های شدید نخاعی، درمان زود هنگام

در حقوق ایران، یافته‌ها حاکی از آن است که غلبه رویکردهای کیفری و نهاد دیه، امکان تحلیل سببیت احتمالی را به حاشیه رانده است (۱۰، ۱۵)، در حالی که در فقه، قاعده تسبیب ظرفیت پذیرش سببیت احتمالی را دارد (۱۶)، رویه قضایی موجود از ورود به چنین تحلیل‌هایی اجتناب می‌کند. این شکاف میان ظرفیت نظری فقه و رویه قضایی موجود، یکی از مهم‌ترین یافته‌های این مطالعه است.

۳. تحلیل الگوهای جبران خسارت: یافته‌های این مطالعه نشان داد که پذیرش جبران تناسبی در حقوق آمریکا بیانگر گذار از منطق «همه یا هیچ» به سمت توزیع منصفانه زیان ناشی از عدم قطعیت درمان است (۱۳، ۱۴، ۱۷). این الگو با واقعیت‌های بیماری‌های حاد عصبی که در آن‌ها شانس موفقیت درمان به ندرت به ۱۰۰ درصد می‌رسد، سازگاری بیشتری دارد (۱۴). در دعاوی مرتبط با تصویربرداری سکنه مغزی، این الگو به طور فزاینده‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد (۲۹).

در مقابل، رویکرد «همه یا هیچ» حقوق انگلستان (Gregg v Scott) و الگوی دیه در حقوق ایران هر دو فاقد انعطاف لازم برای جبران متناسب با میزان فرصت از دست‌رفته هستند. با این تفاوت که در انگلستان این رویکرد آگاهانه و مبتنی بر سیاست کنترل هزینه‌های نظام سلامت اتخاذ شده است (۱۸)، در حالی که در ایران بیشتر ناشی از فقدان رویه قضایی منسجم و غلبه نگاه کیفری است (۱۵).

۴. تحلیل نقش سیاست‌های عمومی: یافته‌های این مطالعه نشان داد که سیاست‌های عمومی و بستر نهادی و اقتصادی در شکل‌دهی رویکردهای حقوقی نقش اساسی دارد. در انگلستان، ساختار مالیات‌محور نظام سلامت ملی و نگرانی از افزایش هزینه‌های عمومی، ملاحظات کارآمدی را بر دغدغه‌های بیمارمحور غلبه داده است، چراکه خدمات سلامت ملی به عنوان یک نظام درمانی دولتی و همگانی، عمدتاً از محل مالیات‌های عمومی تأمین مالی می‌شود و بخش اعظم خدمات سلامت را ارائه می‌دهد. از این رو هزینه‌های ناشی از دعاوی خطای پزشکی مستقیماً بر منابع عمومی تحمیل می‌شود. در چنین ساختاری، گسترش دامنه مسئولیت پزشکی - به ویژه از

می‌تواند به طور قابل ملاحظه‌ای شانس کاهش آسیب دائمی را افزایش دهد، بی‌آنکه تضمینی برای بهبودی کامل وجود داشته باشد. با این حال، بر اساس منطق حاکم در پرونده Gregg v Scott، چنانچه این شانس افزایش یافته از آستانه ۵۰ درصد عبور نکند، نظام حقوقی انگلستان اساساً از شناسایی آن به عنوان زیان قابل جبران خودداری می‌کند (۸). نتیجه عملی این رویکرد آن است که بسیاری از بیماران مبتلا به سکنه مغزی، آسیب‌های نخاعی یا صدمات مغزی شدید - که کاهش فرصت درمان در مورد آنان امری شایع است - به طور نظام‌مند از دایره حمایت جبرانی خارج می‌شوند.

این نتیجه با انتقادات Lord Nicholls در نظر مخالف پرونده Gregg هم‌سو است که تأکید کرده است تفکیک بیماران صرفاً بر اساس عبور یا عدم عبور از آستانه ۵۰ درصد با منطق انصاف سازگار نیست (۱۲). افزون بر این، از منظر اخلاق پزشکی، توجیهات دادگاه در پرونده Gregg محل تردید جدی است. حقوق انگلستان در حوزه‌های اقتصادی و حرفه‌ای با پذیرش ارزیابی احتمالاتی و محاسبه نسبی خسارت، نشان داده است که عدم قطعیت نتیجه، مانعی ذاتی برای مسئولیت نیست (۱۱، ۲۰). سؤال اساسی آن است که چرا عدم قطعیت در منافع اقتصادی قابل تحمل است، اما در سلامت انسان به مانعی مطلق تبدیل می‌شود؟ (۱۸)، این تناقض، رویکرد انگلستان را از منظر انصاف و عدالت درمانی آسیب‌پذیر می‌سازد.

در مقابل، یافته‌های مربوط به حقوق آمریکا نشان داد که این نظام با تفکیک تحلیلی میان «زیان» (از دست‌دادن فرصت) و «سببیت» (نسبت‌دادن به قصور پزشک)، امکان شناسایی کاهش فرصت درمان را بدون فروپاشی ساختار سنتی مسئولیت مدنی فراهم می‌سازد (۱۳، ۱۷). این تفکیک، راه‌حلی میانه ارائه می‌دهد که هم از فروپاشی بنیان‌های کلاسیک مسئولیت جلوگیری می‌کند و هم مانع حذف کامل بیماران از دایره حمایت جبرانی می‌شود. در پرونده Matsuyama، دادگاه معیار کاهش اساسی فرصت را به عنوان آزمون سببیت مناسب در مواردی که آسیب دارای علل متعدد است، تأیید کرد (۸).

طریق شناسایی زیان‌های احتمالی - می‌تواند پیامدهای مالی گسترده‌ای به همراه داشته باشد. این بستر اقتصادی و نهادی توضیح می‌دهد که چرا دادگاه‌های انگلیسی در برابر نظریه‌هایی که به توسعه مسئولیت پزشکان می‌انجامد، رویکردی محتاطانه اتخاذ کرده‌اند. به تعبیر دیگر، رد نظریه از دست دادن فرصت درمان در انگلستان یک «ترجیح سیاستی آگاهانه» به بهای محدودسازی جبران آسیب‌های اخلاقاً معنادار بیماران است (۱۸، ۱۹).

در مقابل، ساختار بیمه‌محور و غیر متمرکز ایالات متحده امکان پذیرش الگوهای منعطف‌تر جبرانی را فراهم آورده است. این تنوع رویکردها نشان‌دهنده چالش اساسی در سیاست‌گذاری حقوقی است: چگونه می‌توان میان حمایت از بیماران متضرر (عدالت فردی) و کنترل هزینه‌های سیستمی (مانند افزایش دعاوی و پزشکی تدافعی) توازن برقرار کرد؟ (۶) تجربه ایالت‌های پیشرو در پذیرش جبران تناسبی نشان می‌دهد که این الگو می‌تواند تا حدی این دو دغدغه را توأمان تأمین کند، بدون آنکه به افزایش بی‌رویه دعاوی یا گسترش پزشکی تدافعی بینجامد (۱۳، ۱۴)، در نتیجه، رویکرد محافظه‌کارانه، اگرچه از حیث پیش‌بینی‌پذیری حقوقی و کارایی دادرسی واجد مزیت است، اما این مزیت را به بهای نادیده گرفتن انصاف فردی برای بیمارانی به دست می‌آورد که فرصت بهبودشان - هرچند کمتر از آستانه ۵۰ درصد - به واسطه قصور پزشکی کاهش یافته است. در مقابل، رویکرد آمریکایی با محوریت عدالت اصلاحی، هزینه افزایش پیچیدگی تحلیل قضایی و نگرانی از گسترش دعاوی را پذیرفته است.

در حقوق ایران، یافته‌ها نشانگر آن است که فقدان نظام کارشناسی تخصصی پزشکی - حقوقی و نبود رویه قضایی معیارمند، از موانع اصلی پذیرش این نظریه است (۱۰، ۱۵). برخلاف انگلستان که رد این نظریه یک انتخاب سیاستی آگاهانه است، در ایران این خلأ بیشتر ناشی از عدم توسعه نظری و رویه قضایی است. این یافته نشان می‌دهد که راه حل مشکلات ایران بیشتر از جنس «توسعه نهادی» است تا «انتخاب سیاستی».

یکی از یافته‌های غیر منتظره این مطالعه، شکاف عمیق میان ظرفیت‌های نظری فقه امامیه (از جمله قاعده لاضرر و قاعده تسبیب) و رویه قضایی موجود در ایران بود که نشان می‌دهد مانع اصلی پذیرش این نظریه، نه فقدان مبانی فقهی، بلکه ضعف در توسعه نهادی و رویه قضایی است. با این حال، این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز مواجه است، از جمله عدم دسترسی به آرای قضایی منتشرنشده در ایران، نبود آمار دقیق و نظام‌مند از دعاوی مرتبط با کاهش فرصت درمان و محدودیت منابع در این حوزه. برای پژوهش‌های آینده، پیشنهاد می‌شود مطالعات تجربی بر روی پرونده‌های قضایی موجود در ایران انجام شود و راهنمای عملی کارشناسی پزشکی - حقوقی برای محاسبه درصد کاهش فرصت بر اساس راهنماهای بالینی معتبر طراحی گردد.

این پژوهش برای نخستین بار به طور اختصاصی به تحلیل اخلاقی - حقوقی نظریه از دست دادن فرصت درمان در بستر بیماری‌های حاد مغز و اعصاب پرداخت و با رویکرد تطبیقی، ظرفیت‌های فقهی و حقوقی ایران را در کنار تجارب انگلستان و آمریکا مورد سنجش قرار داد. چهارچوب پیشنهادی ارائه شده در این مقاله، شامل تعریف آستانه کاهش معنادار، مدل جبران تناسبی، و الزامات نظام کارشناسی، می‌تواند مبنایی برای بازنگری در نظام جبران خسارت پزشکی ایران قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

بررسی تطبیقی نظام‌های حقوقی ایران، انگلستان و ایالات متحده آمریکا نشان می‌دهد که مسأله از دست دادن فرصت درمان، فراتر از یک اختلاف فنی در حقوق مسئولیت مدنی، چالشی بنیادین در اخلاق پزشکی معاصر است. در بیماری‌های مغز و اعصاب حاد که زمان نقشی حیاتی در سرنوشت بیمار ایفا می‌کند، کاهش معنادار شانس بهبودی حتی در شرایط عدم قطعیت، واجد اهمیت اخلاقی و حقوقی مستقل است. نادیده گرفتن این نوع زیان می‌تواند به تضعیف اصل عدالت درمانی بینجامد.

رویکرد محافظه‌کارانه حقوق انگلستان، اگرچه امنیت حقوقی و پیش‌بینی‌پذیری را تقویت می‌کند، اما از منظر اخلاق پزشکی بیماران را در مواجهه با آسیب‌های ناشی از قصور بدون پاسخ منصفانه رها می‌سازد. در مقابل، تجربه حقوق ایالات متحده نشان می‌دهد که پذیرش جبران تناسبی کاهش فرصت درمان، امکان برقراری توازن میان عدالت فردی برای بیمار و کنترل دامنه مسئولیت پزشکی را فراهم می‌کند. این رویکرد، بدون آنکه پزشک را مسئول نتیجه‌ای غیر قابل کنترل بداند، او را نسبت به فرصت درمانی که در اثر قصور از بیمار سلب شده، پاسخگو می‌سازد.

در حقوق ایران، هرچند مبانی فقهی و اخلاقی لازم برای شناسایی این نوع زیان وجود دارد، تداوم رویکرد سنتی و تمرکز بر زیان قطعی موجب شکل‌گیری شکافی میان الزامات اخلاق پزشکی و پاسخ‌های حقوقی شده است. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود الگوی جبران تناسبی با تعریف آستانه کاهش معنادار مستند به راهنماهای بالینی معتبر و محدودیت دامنه اعمال به بیماری‌های حاد (مانند سکته مغزی، آسیب‌های حاد نخاعی و ترومای شدید مغزی) مورد توجه قانون‌گذار و رویه قضایی قرار گیرد. از منظر نهادی و اخلاقی، تحقق این رویکرد مستلزم تقویت مسیرهای تخصصی مسئولیت مدنی پزشکی، بازتعریف نظام کارشناسی با مشارکت هم‌زمان پزشکان متخصص و حقوقدانان و ارتقای آموزش قضات و کارشناسان در تحلیل عدم قطعیت‌های پزشکی است؛ امری که در دعاوی مرتبط با بیماری‌های حاد عصبی، اهمیتی مضاعف دارد. چنین اصلاحاتی می‌تواند ضمن حفظ امنیت حقوقی و پیش‌بینی‌پذیری نظام قضایی، امکان پاسخگویی منصفانه‌تر به تجربه زیان‌دیدگان پزشکی، به ویژه در بیماری‌های مغز و اعصاب حاد را فراهم آورد.

مشارکت نویسندگان

محمدحسین تقی‌پور درزی نقیبی: نظارت و راهنمایی نگارشی و حقوقی.

زینب تار: جمع‌آوری مطالب و منابع حقوقی و نگارش متن.

فروه رمضان‌زاده بادل: جمع‌آوری مطالب و منابع پزشکی و نظارت بر محتوای پزشکی متن.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

بیانیه هوش مصنوعی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که در تهیه و تدوین این مقاله از هیچ ابزار هوش مصنوعی استفاده نشده و کلیه مراحل علمی و تحلیلی توسط خود ایشان انجام شده است.

References

1. Jangala MS, Kavya C, Subramanyam PB, Rajan SV. A Prospective Study on Safety and Functional Outcome with Tenecteplase Intravenous Thrombolysis in Middle Cerebral Artery Ischemic Stroke. *European Journal of Cardiovascular Medicine*. 2025;15(1):50-7.
2. Hassan K, Rohatgi S. Brain attack: Time to act now. *Medical Journal, Armed Forces India*. 2011;65(1):62-5.
3. Babaei I. Civil Liability Law and Non-Contractual Obligations. Tehran: Mizan Legal Foundation; 2018. p.77. [Persian]
4. Kazemi M. The theory of lost opportunity in civil liability. *Law and Political Science*. 2001;53:185-228. [Persian]
5. Barikloo A. Civil liability. 7th ed. Tehran: Mizan Law Foundation; 2017. p.84. [Persian]
6. Bal SB, Brenner LH. Medicolegal sidebar: The law and social values: Loss of chance. *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 2014;472(10):2923-6.
7. House of Lords. Gregg (FC) (Appellant) v. Scott (Respondent) [Internet]. London: UK Parliament; 2005 [cited 2026 Apr 23]. Available from: <https://publications.parliament.uk/pa/ld200405/ldjudgm/jd050127/greg-1.htm>.
8. Supreme Judicial Court of Massachusetts. Matsuyama v. Birnbaum, 452 Mass. 1, 890 N.E.2d 819 [Internet]. Massachusetts (MA): Supreme Judicial Court of Massachusetts; 2008 [cited 2026 Apr 23]. Available from: <https://case-law.vlex.com/vid/matsuyama-v-birnbaum-sjc-894088673>.
9. Picken MM, Dogan A, Herrera GA. Amyloid and related disorders: Surgical pathology and clinical correlations. Cham: Springer Science & Business Media; 2012. p.39.
10. Mashhadizadeh A, Imani K. Modern Approaches to Assessment of Loss of Chance Damages due to Medical Malpractice. *Private Law*. 2024;20(2):291-305.
11. Stauch MS. Causation Issues in Medical Malpractice: A United Kingdom Perspective. *Annals of Health Law and Life Sciences*. 1996;5(1):247-58.
12. Fordham M. Loss of Chance-A Lost Opportunity. *Singapore Journal of Legal Studies*. 2005:204-17.
13. Van den Heever P. The Application of the Doctrine of a Loss of a Chance to Recover in Medical Law. Pretoria: Pretoria University Law Press; 2007. p.39-40, 53-5.
14. American College of Legal Medicine, American Board of Legal Medicine. Legal medicine: Health care law and medical ethics. 8th ed. Amsterdam: Elsevier; 2024. p.464.
15. Salehi HR. Civil liability arising from the medical treatment process. Tehran: Mizan Law Foundation; 2017. p.297, 304-5. [Persian]
16. Jafari J, Mahdavi SMH. Judicial Analysis in Loss of Opportunity Acceptance. *Journal of Islamic Law & Jurisprudence Researches*. 2015;11(41):11-32. [Persian]
17. Lam CM. Revisiting Loss of Chance in Medical Negligence: Employing Public Policy Positively as Justification. *Journal of Professional Negligence*. 2020;36(3):104-32.
18. Goldberg R. Medical Malpractice and Compensation in the UK. *Chicago-Kent Law Review*. 2011;87(1):131.
19. Van Dam C. European tort law. Oxford: Oxford University Press; 2013. p.339.
20. Barrie M. Personal Injury Law: Liability, Compensation, Procedure. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2005. p.147.
21. House of Lords. Hotson v East Berkshire Health Authority, [1987] AC 750, [1987] 3 WLR 232, [1987] 2 All ER 909 [Internet]. London: House of Lords; 1987 [cited 2026 Apr 23]. Available from: <https://vlex.co.uk/vid/hotson-p-v-east-793615045>.
22. United States Court of Appeals, Fourth Circuit. Hicks v. United States, 368 F.2d 626 (4th Cir.) [Internet]. Richmond (VA): United States Court of Appeals for the Fourth Circuit; 1966 [cited 2026 Apr 23]. Available from: <https://case-law.vlex.com/vid/hicks-v-united-states-891251696>.
23. Supreme Court of Minnesota. Fabio v. Bellomo, 504 N.W.2d 758 (Minn.) [Internet]. Saint Paul (MN): Supreme Court of Minnesota; 1993 [cited 2026 Mar 23]. Available from: <https://case-law.vlex.com/vid/fabio-v-bellomo-no-888933491>.
24. Supreme Court of Minnesota. Dickhoff v. Green, 836 N.W.2d 321 (Minn.) [Internet]. Saint Paul (MN): Supreme Court of Minnesota; 2013 [cited 2026 Mar 23]. Available from: <https://case-law.vlex.com/vid/parents-v-green-no-893709168>.
25. Supreme Court of Oregon. Smith v. Providence Health & Services-Oregon [Internet]. Salem (OR): Supreme Court of Oregon; 2017 [cited 2026 Apr 23]. Available from: <https://case-law.vlex.com/vid/smith-v-providence-health-887078416>.

26. al-Bahrani Y. Al-Hada'iq al-Nadira fi Ahkam al-'Itrah al-Tahirah. Qom: Islamic Publications Institute; 1985. p.252.
27. al-Najafi M. Jawaher al-Kalam fi Sharh Shara'i al-Islam. Beirut: Dar Ihya al-Turath al-Arabi; 1981. p.389.
28. Katouzian A. Non-contractual obligations (tort liability). 13th ed. Tehran: University of Tehran Press; 2014. p.282.
29. Chaudhary SR, Roy S. How stroke imaging shapes malpractice risk. Academic Radiology. 2025;32(Suppl 1):S114-S8.