

**Obligations Arising from Treatment Contract
with Emphasis on Draft Common Frame of Reference (DCFR)**

Ebrahim Shoarian¹, Hojjat Ebadzadeh²

Abstract

A treatment contract involves joint obligations for the contracting parties which are normally a patient, a physician or a health center. A precise and detailed determination of the scope of these obligations plays a crucial part in the performance of the contract and specially in securing patients' rights. This is what the Iranian legislator has failed to address or better to say that only in some separated regulations there have been a set out of rules in regards to some obligations of physicians. On the other hand, the laws of some countries such as the Netherlands and Germany have devoted specific parts of their civil code to deal with treatment contracts. The Draft Common Frame of Reference (henceforth: the DCFR), which amounts to a draft of European prospective Civil Code, has also allocated specific provisions regarding treatment contracts in section addressing "specific contract". This study examines parties' joint obligations in a treatment contract from the perspective of the DCFR, some European countries, and Iranian law.

Keywords

Treatment Contract, Patient, Physician, Obligations, DCFR

Please cite this article as: Shoarian E, Ebadzadeh H. Obligations Arising from Treatment Contract with Emphasis on Draft Common Frame of Reference (DCFR). Iran J Med Law 2016; 10(38): 41-71.

1. PhD, Faculty of Law and Social Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran. (Corresponding author) Email: e_shoarian@tabrizu.ac.ir

2. PhD Student in Private Law, Faculty of Law, University of Qom, Qom, Iran.

تعهدات ناشی از قرارداد درمان با تأکید بر طرح چارچوب مشترک مرجع (DCFR)

ابراهیم شعاریان^۱

حجت عبادزاده^۲

چکیده

قرارداد درمان از عقود است که برای هر یک از طرفین آن، یعنی بیمار و پزشک (یا مرکز درمانی) تعهدات متقابلی را در پی دارد؛ تعیین دقیق حدود و ثغور این تعهدات در اجرای بهتر عقد درمان و به ویژه تضمین حقوق بیمار نقش به سزایی دارد. امری که قانونگذار ایران کم‌تر به آن پرداخته و صرفاً در بعضی قوانین و آیین‌نامه‌ها به طور پراکنده برخی از تعهدات پزشک را بیان کرده است. حال آنکه این موضوع مورد توجه قانونگذاران تعدادی از کشورهای اروپایی از جمله هلند و آلمان قرار گرفته و بخشی از قانون مدنی خود را به مقررات خاص عقد درمان اختصاص داده‌اند. در سند طرح چارچوب مشترک مرجع نیز که طرح قانون مدنی آینده اروپا محسوب می‌شود، مقررات عقد درمان در بخش مربوط به عقود معین گنجانده شده است. در این مقاله به بررسی تعهدات متقابل طرفین عقد درمان در سند مذکور و حقوق برخی کشورهای اروپایی و همچنین حقوق ایران پرداخته شده است.

واژگان کلیدی

عقد درمان، بیمار، پزشک، تعهدات، طرح چارچوب مشترک مرجع

۱. استاد، دانشکده حقوق و علوم اجتماعی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: e_shoarian@tabrizu.ac.ir

۲. دانشجوی دکتری حقوق خصوصی، دانشکده حقوق، دانشگاه قم، قم، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۱/۲۰ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۳/۱۷

مقدمه

با آنکه در ادبیات حقوقی ما مسؤولیت پزشک مورد توجه نویسندگان قرار گرفته است، اما ماهیت حقوقی رابطه پزشک و بیمار از یکسو و تعهدات ناشی از آن از سوی دیگر کم‌تر بررسی شده است. در اکثر قریب به اتفاق موارد، میان پزشک و بیمار قراردادی وجود دارد که مبنای تعهدات طرفین را تشکیل می‌دهد. این قرارداد که به «عقد درمان (Treatment Contract)» شهرت دارد، به تعبیر برخی «قراردادی است شفاهی یا نوشتاری که بر اساس آن پزشک یا مرکز درمانی با بیمار توافق می‌کنند که در مدت معین (مدت زمان لازم) و در مقابل دریافت مبلغ معین به تشخیص بیماری یا درمان مبادرت ورزند» (۱).

قرارداد درمان ممکن است به صورت مستقیم بین بیمار و پزشک یا کادر درمانی منعقد گردد و یا این‌که بیمار با یک مؤسسه درمانی اقدام به انعقاد قرارداد درمان نماید که در حالت اخیر بیمارستان یا مرکز درمانی، در حدود تخصص و تعهدات خود، انجام تمام اقدامات درمانی لازم را در برابر بیمار بر عهده می‌گیرد. با عنایت به این‌که مطابق ماده ۳ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و خوردنی و آشامیدنی اصلاحی ۱۳۷۹، اشتغال به امور پزشکی و تأسیس مراکز درمانی بدون اخذ مجوز، جرم محسوب می‌شود، چنانچه اشخاص فاقد مجوز اقدام به معالجه و درمان بیمار نمایند، عمل آنان غیر قانونی بوده و نمی‌توانند به مقررات راجع به عقد درمان استناد کنند. بنابراین لازم است تا پزشک یا مرکز درمانی طرف عقد درمان، دارای مجوز قانونی لازم از سوی مراجع ذی‌ربط باشند.

در قانون مدنی ما قرارداد درمان در زمره عقود معین نیامده است، اما نویسندگان ما در تحلیل موضوع، رابطه قراردادی پزشک و بیمار را مورد تأیید قرارداده‌اند، هرچند که در ماهیت قرارداد موردنظر میان نویسندگان اتفاق نظر وجود ندارد (۶-۱). از دیدگاه فقها نیز رابطه قراردادی یادشده مورد تأیید قرار گرفته است (۱۱-۷). در اکثر سیستم‌های حقوقی نیز این رابطه قراردادی پذیرفته شده است.

در نظام حقوقی رومی - ژرمنی، رابطه قراردادی پزشک و بیمار مورد توجه قرار گرفته است. به عنوان نمونه‌ای نادر، در قوانین مدنی هلند (قانون ۱۹۹۶) و آلمان (اصلاحات سال ۲۰۱۳) قرارداد درمان به عنوان یکی از عقود معین در نظر گرفته شده و تعهدات طرفین نیز بیان شده است. در حقوق فرانسه در سال ۱۹۳۶ بعد از صدور رأی معروف دادگاه عالی فرانسه در قضیه

مرسیه (Mercier Case)، رابطه پزشک و بیمار نوعی رابطه قراردادی محسوب شد (۱۲). در نظام حقوقی کامن‌لا (کشور انگلیس) نیز وضعیت مشابهی دیده می‌شود و بر اساس رویه قضایی موجود رابطه حقوقی مورد بحث قراردادی تلقی شده است (۱۵-۱۳).

طرح چارچوب مشترک مرجع (Draft Common Frame of Reference) که در حقیقت پیش‌نویس قانون مدنی اروپا تلقی می‌شود (۱۶) و در سال ۲۰۰۷ به کمیسیون اروپا ارائه شده است، در بخش عقود معین، قرارداد درمان را به عنوان یک عقد مستقل مورد نظر قرار داده و تعهدات ناشی از آن را طی احکام جداگانه‌ای بیان داشته است. با در نظر گرفتن این که طرح یادشده با مطالعه تطبیقی کاملی در حقوق کشورهای اروپایی همراه بوده است، بررسی آن در مقاله حاضر نه تنها در شناسایی دقیق تعهدات طرفین و آثار آن، بلکه در الگو برداری برای قانونگذاری آتی نیز مفید به نظر می‌رسد (۱۷).

در این سند مقررات خاص قرارداد درمان در بخش سوم از کتاب چهارم، یعنی ذیل بخش مربوط به قراردادهای خدمات جای گرفته و در نتیجه عقد درمان در سند مذکور از انواع قراردادهای خدمات محسوب شده است. به این صورت که ابتدا مقررات عام قراردادهای خدمات ذکر شده، سپس مقررات خاص برخی از انواع قراردادهای خدمات از جمله عقد درمان تصریح شده است. با این توضیح اگر در خصوص موضوعی عقد درمان فاقد مقرره‌ای خاص باشد، تابع قواعد موجود در قسمت مقررات عام قراردادهای خدمات خواهد بود (۱۸).

با در نظر گرفتن این موضوع که ماهیت قراردادی عقد درمان در نظام‌های مختلف حقوقی مورد پذیرش قرار گرفته است، لازم است تا نوع قرارداد مورد نظر و ماهیت حقوقی آن نیز مورد بررسی قرار گیرد، زیرا شناخت ماهیت حقوقی قرارداد درمان در شناسایی تعهدات طرفین نیز مؤثر است.

ماهیت قرارداد درمان و اوصاف آن

یکی از مباحث مهم پیرامون عقد درمان، شناخت ماهیت حقوقی آن است که تأثیر به‌سزایی در تعیین آثار و احکام آن دارد. در این خصوص دیدگاه‌های متعددی مطرح شده است که به اختصار به موارد زیر می‌توان اشاره کرد: ۱- نظریه مقاطعه‌کاری (۱۹)؛ ۲- نظریه وکالت

(۲۰)؛ ۳- نظریه اجاره (۹-۷، ۲۱)؛ ۴- نظریه قرارداد کار؛ ۵- نظریه جعاله (۱۹)؛ ۶- نظریه قرارداد خصوصی (عقد غیرمعین).

بررسی تفصیلی ادله طرفداران و مخالفان هر یک از نظریات مذکور از حوصله این بحث خارج بوده و در این مجال نمی‌گنجد.

در بیشتر کشورهای اروپایی، قرارداد درمان در زمره قراردادهای خدمات جای می‌گیرد، از جمله آلمان، اسپانیا و پرتغال، ولی در حقوق فرانسه قرارداد مذکور، قرارداد کار محسوب شده است (۲۲). مطابق حقوق سوئیس عقد درمان، قرارداد وکالت تلقی شده است و همچنین مطابق دکترین ترکیه نیز در زمره عقود وکالتی جای گرفته است (۲۳).

در سند DCFR، علی‌رغم اختصاص مقررات خاص به قرارداد درمان، قرارداد مذکور از انواع قراردادهای خدمات محسوب شده است و در صورت نبود حکم خاص در رابطه با موضوعی، مقررات عام مربوط به قراردادهای خدمات نسبت به آن حاکم خواهد بود (۲۲). در قانون مدنی آلمان نیز قرارداد درمان و آثار آن تحت عنوان مستقلی در ذیل بخش مربوط به قراردادهای خدمات و عقود مشابه آن آمده است. به نظر می‌رسد هم سند DCFR و هم قانون مدنی آلمان در تدوین مقررات خاص عقد درمان به قانون مدنی هلند توجه ویژه‌ای داشته‌اند، چراکه قبل از آن‌ها کشور هلند تنها کشور اروپایی است که مقررات قرارداد درمان را به عنوان عقد معین و از انواع قراردادهای خدمات در قانون مدنی خود پیش‌بینی نموده بود.

در حقوق ایران عقد درمان با هیچ یک از عقود معین موجود سازگار نبوده و با توجه به ویژگی‌های خاص آن، نظر مقبول و مرجح در خصوص ماهیت این قرارداد، عقد غیرمعین از نوع خصوصی است (۴-۱، ۲۵-۲۴). چنین دیدگاهی نسبت به عقد درمان در حقوق سوریه نیز پذیرفته شده است (۲۶). از خصایص بارز عقد درمان به عنوان یک عقد نامعین، می‌توان به شخصی بودن (۲۲-۱۱)، رضایی بودن، معاوضی بودن، مستمر بودن و عقد مدنی بودن (در برابر عقد بازرگانی) اشاره کرد (۲۵-۱۱).

موضوع قرارداد درمان شامل تمام اقداماتی است که به منظور بهبود سلامتی فیزیکی و روحی بیمار توسط پزشک یا کادر درمانی انجام می‌گیرد. بنابراین هر اقدامی که عرفاً بتوان بدان عملیات پزشکی و درمانی اطلاق کرد، از قبیل معاینات پزشکی، اقدامات دندانپزشکی، اعمال جراحی زیبایی و مشاوره‌های روان‌درمانی می‌تواند موضوع عقد درمان قرار گیرد، اما اقداماتی از

قبیل کوتاه کردن موی سر، خالکوبی و خدمات زیبایی که عرفاً اقدامات درمانی محسوب نمی‌شوند و توسط اشخاص غیر پزشک انجام می‌گیرند، موضوع عقد درمان نبوده و مقررات خاص عقد درمان در این خصوص حاکم نخواهد بود.

در رابطه با لزوم یا جواز عقد درمان نیز هرچند برخی آن را جز عقود جایز دانسته‌اند (۳)، اما به نظر می‌رسد با توجه به مفاد ماده ۱۸ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی، قرارداد مذکور از جانب پزشک لازم و از طرف بیمار جایز است (۱). همین وضعیت، یعنی جواز عقد درمان از طرف بیمار و لزوم آن از جانب پزشک، از سند DCFR نیز قابل برداشت است. مطابق بند ۲ ماده ۸:۱۰۸ سند مذکور «بیمار در هر زمانی و بدون هیچ گونه دلیلی می‌تواند رضایت خود به درمان را فسخ کند»، در صورتی که بر اساس بند یک ماده ۸:۱۱۰: «درمانگر صرفاً تحت شرایط خاصی می‌تواند اجرای قرارداد را آن هم به دلیل عدم اجرای آن توسط بیمار، متوقف و یا آن را فسخ نماید.» این امر ناشی از ارتباط عقد درمان با تمامیت جسمانی بیمار است که مقدم بر آزادی قراردادی درمانگر دانسته شده است (۲۲). چنین حکمی یعنی عدم امکان فسخ عقد درمان از طرف ارائه‌دهنده خدمات درمانی، در ماده ۷:۴۶۰ قانون مدنی هلند نیز به صراحت آمده است.

تعهدات ناشی از قرارداد درمان

در عقد درمان که از جمله عقود عهدی محسوب است، هر یک از درمانگر و بیمار در قبال هم تعهدات متقابلی را بر عهده می‌گیرند (۱۱). حقوق و تعهدات طرفین این عقد آثار مترتب بر ماهیت حقوقی ناشی از قرارداد است که به دلیل ارتباط با سلامت جسمانی و روانی اشخاص و نظم عمومی جامعه در اغلب موارد به موجب قوانین و آیین‌نامه‌های مختلف به طرفین تحمیل می‌گردد تا جایی که شرط خلاف آن نیز در بیشتر موارد بلااثر است. بنابراین حقوق و تعهدات طرفین عقد درمان محدود به چیزی که طرفین به آن تصریح کرده‌اند، نیست، بلکه تمام آثاری را که عرف و قانون بر آن مترتب می‌سازد، شامل می‌شود (۲۷). در این مبحث با توجه به ویژگی‌های خاص قرارداد درمان لازم است تعهدات هر یک از طرفین قرارداد جداگانه مورد بررسی قرار گیرد.

۱- تعهدات درمانگر

درمانگر اعم از این که خود پزشک باشد و یا مرکز درمانی، در نتیجه عقد درمان تعهداتی از قبیل ارائه اطلاعات درست به بیمار، ارائه درمان غیر منقطع و حفظ اسرار بیمار را بر عهده می‌گیرد. با توجه به موقعیت برتر پزشک امکان پیش‌بینی صریح تعهدات وی در قرارداد درمان عملاً وجود ندارد و در اغلب موارد شروط قراردادی به جهت الحاقی بودن آن به نفع پزشک تنظیم می‌گردد. بنابراین در بیشتر موارد که بیمار برای نقض قرارداد درمان اقامه دعوا می‌کند، باید به دنبال اثبات شروط ضمنی قراردادی باشد که در قوانین نشانه‌هایی از آن وجود دارد (۱۵). در نتیجه هرچند شروع و پایان رابطه پزشک و بیمار مبتنی بر توافق طرفین قرارداد است، اما اغلب تعهدات پزشک به استناد مقررات و قوانین موجود مشخص می‌گردد (۱۳).

علی‌القاعده تعهدات پزشک از نوع تعهد به وسیله است (۲)، مگر در موارد خاص از قبیل آزمایش خون، انتقال خون، بیهوشی و جراحی‌های زیبایی غیر ضروری (۲۸-۲۷). با این وجود چنانچه پزشک، تعهدی را به عنوان تعهد به نتیجه بر عهده بگیرد، در صورت عدم حصول نتیجه مسؤول خواهد بود، حتی اگر هیچ خطایی اثبات نگردد (۱۲).

شایان ذکر است که باید بین مسؤولیت قراردادی و مسؤولیت مدنی پزشک قائل به تفکیک شد. اگر مسؤولیت پزشک ناشی از نقض تعهد قراردادی باشد و به عبارت دیگر موضوع قرارداد نقض شود، برای نمونه در معالجه دندان از مواد مناسب برای درمان استفاده نکند یا دندان را معیوب معالجه نماید، مسؤولیت وی قراردادی خواهد بود، اما چنانچه پزشک اقدامی انجام دهد که موضوع عقد درمان نبوده و ارتباطی به آن ندارد، منشأ چنین مسؤولیتی قرارداد نبوده و ناشی از ضمان قهری است. بنابراین مسؤولیت قراردادی پزشک یا مرکز درمانی، صرفاً موضوع قرارداد را شامل می‌شود و هر گونه اقدام خارج از موضوع قرارداد، در حیطه مسؤولیت مدنی قرار می‌گیرد.

۱-۱- تعهد به ارائه اطلاعات مناسب در رابطه با فرایند درمان: در روابط مبتنی بر

اعتماد از جمله رابطه پزشک و بیمار اطلاعات طرفین در خصوص موضوع قرارداد خیلی با هم فاصله دارد. پزشک با اطلاع کافی از وضعیت جسمانی بیمار و انواع درمان و آثار آن، طرف قرارداد با بیماری قرار می‌گیرد که اطلاعات چندانی در این رابطه ندارد، بلکه بر اساس توصیه‌ها و رهنمودهای پزشک و اطلاعات اخذ شده از ایشان، نسبت به آینده بیماری خود تصمیم

می‌گیرد. به همین دلیل در این نوع از قراردادها تعهد به ارائه اطلاعات اهمیت زیادی دارد (۲۹). چنین تعهدی پزشک را ملزم می‌کند که به زبان بیمار و به طور قابل فهم اطلاعات را به وی منتقل کند (۳۰). بنابراین در صورتی که از اصطلاحات خاص پزشکی در این رابطه استفاده شود، به منزله آن است که اطلاعات مورد نظر به بیمار ارائه نشده است.

درمانگر مجاز نیست تا با سوء استفاده از موقعیت و جایگاه خود بیمار را از حق مطلع شدن منصرف سازد (۱۸). او باید اطلاعات لازم را در خصوص وضعیت سلامتی بیمار، اقدامات تشخیصی درمانی، عوارض درمان و روش‌های مناسب درمانی با ذکر خطرات و فواید آن به طور روشن و قابل فهم به بیمار یا نماینده وی ارائه نماید تا مخاطب تصمیم مناسب را در خصوص درمان اخذ کند (۳۱-۳۲).

تعهد مذکور برای معتبر شدن رضایت بیمار به درمان ضروری بوده و نقض آن حاکی از این است که درمان فاقد رضایت آگاهانه می‌باشد (۳۳).

تعهد به ارائه اطلاعات در بند یک ماده ۸:۱۰۵ DCFR آمده است که بر اساس آن درمانگر به منظور اعطای حق انتخاب به بیمار در خصوص درمان، باید بیمار را نسبت به موارد زیر آگاه سازد:

- وضعیت موجود سلامتی بیمار.
- ماهیت درمان پیشنهادی.
- مزایای درمان پیشنهادی.
- مخاطرات درمان پیشنهادی.
- جایگزین‌های درمان پیشنهادی و مزایا و مخاطرات این جایگزین‌ها در مقایسه با درمان پیشنهادی.
- نتیجه و پیامد عدم درمان.

چنین تعهدی در ماده ۷:۴۴۸ قانون مدنی هلند و ماده ۶۳۰d قانون مدنی آلمان نیز به صراحت آمده است. در حقوق فرانسه چنین تعهدی با توجه به ماده ۳۵ قانون اخلاق پزشکی ۲۰۱۳ و قانون حقوق بیمار ۲۰۰۲ و پیش از آن در حقوق عرفی شناسایی شده است (۱۲). در حقوق انگلیس نیز تعهد به اطلاع‌رسانی نقش مهمی ایفا می‌کند و عدم ارائه اطلاعات به معنای عدم رضایت است (۳۱). بنابراین تعهد مذکور در مقررات داخلی اکثر کشورهای اروپایی مورد شناسایی واقع شده است و تنها تفاوت در خصوص حدود آن است (۲۲).

در مجموع در خصوص حدود و ثغور تعهد مذکور دو دیدگاه وجود دارد. مطابق دیدگاه «استاندارد بیمارمحور (Patient-based Standard)» پزشک ملزم به ارائه هر گونه اطلاعاتی در رابطه با منافع و خطرات درمان و جایگزین‌های آن است که در تصمیم بیمار به پذیرش درمان پیشنهادی مؤثر است. در مقابل مطابق «استاندارد پزشک‌محور (Physician-based Standard)»، درمانگر باید تمام اطلاعات لازم را آن چنانکه از یک پزشک محتاط به طور متعارف انتظار می‌رود، برای بیمار ارائه دهد (۳۲). در حقوق هلند، معیار شخصی (بیمار) برای تعیین حدود اطلاعات لازم برای ارائه مورد پذیرش قرار گرفته است. در انگلیس درمانگر ملزم به ارائه اطلاعاتی است که یک پزشک متعارف و متوسط ملزم است. در ایتالیا، هلند، پرتغال و اسپانیا بیمار باید از خطرات جدی و قابل پیش‌بینی آگاه گردد و در آلمان خطرات رایج باید گفته شود و همچنین خطرات نادر چنانچه در صورت تحقق، به طور جدی بیمار خاص را تحت تأثیر قرار دهد (۲۲). در فرانسه تمام خطرات رایج یا جدی که به طور متعارف قابل پیش‌بینی است، باید به بیمار ارائه شود (۱۲).

نظر مرجع در سند DCFR بیان خطرانی است که به طور متعارف و معقول تصمیم بیمار را متأثر می‌سازد (۲۲). چنین حکمی از بند ۲ ماده ۸:۱۰۵ سند مذکور قابل برداشت است که درمانگر را مکلف می‌سازد تا بیمار را درباره هر نوع خطر یا درمان جایگزینی که به طور متعارف ممکن است در تصمیم وی نسبت به رضایت به درمان پیشنهادی مؤثر باشد، آگاه سازد.

از دیگر عوامل مؤثر در تعیین حدود ارائه اطلاعات، معیار «فوریت (Urgency)» و «ضرورت (Necessity)» می‌باشد. هر اندازه درمان فوریت و ضرورت کم‌تری داشته باشد، تعهد به اطلاع‌رسانی سختگیرانه‌تر خواهد بود (۲۲). معیار مذکور از بند ۱ ماده ۸:۱۰۶ DCFR استنباط می‌گردد که مطابق آن، چنانچه درمان برای حفاظت و یا بهبود سلامتی بیمار ضروری یا فوری نباشد، درمانگر باید تمام خطرات شناخته‌شده را اعلام کند. همچنین مطابق بند ۲ ماده مذکور، چنانچه درمان ماهیت آزمایشی و تجربی داشته باشد، درمانگر باید تمام اطلاعات در خصوص اهداف آزمایش، ماهیت درمان، مزایا و خطرات آن و طرق جایگزین را حتی اگر صرفاً بالقوه باشد، بیان کند.

ناگفته نماند که تعهد مذکور در مقررات DCFR تعهد مطلق نبوده و استثنائاتی نیز دربر دارد؛ به این صورت که چنانچه ارائه اطلاعات به طور جدی سلامتی یا زندگی بیمار را تحت

تأثیر قرار دهد یا در مواردی که درمان اضطراری باشد و همچنین در مواردی که بیمار به طور واضح و روشن بیان کند که مایل نیست آگاه شود (مشروط به این که کتمان اطلاعات، سلامتی یا امنیت اشخاص ثالث را به مخاطره نیندازد)، درمانگر می‌تواند از ارائه اطلاعات خودداری کند (ماده ۸:۱۰۷ DCFR). عدم ارائه اطلاعات در صورت درخواست بیمار در ماده ۷:۴۴۹ قانون مدنی هلند، بند ۴ ماده ۶۳۰c قانون مدنی آلمان و ماده ۳۵ قانون اخلاق پزشکی فرانسه مصوب ۲۰۱۳ نیز آمده است.

بنابراین به جهت پیچیدگی مسائل پزشکی و عدم آشنایی قریب به اتفاق بیماران با اطلاعات پزشکی، تعهد به ارائه اطلاعات از مهم‌ترین تعهدات پزشک در برابر بیمار است که در اتخاذ تصمیم و پذیرش درمان پیشنهادی توسط وی و رضایت آگاهانه به آن نقش اساسی دارد. بر همین اساس بند ۲ منشور حقوق بیمار در ایران مصوب ۱۳۸۸ مقرر نموده است که اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

محتوای این اطلاعات باید از جمله شامل مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش، ضوابط و هزینه‌های قابل پیش‌بینی، انواع روش‌های درمان و عوارض احتمالی هر کدام بوده و همچنین اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با ویژگی‌های فردی بیمار، زبان، تحصیلات و توان درک وی در اختیار او قرار گیرد، مگر در مواردی که بیمار از حق دریافت اطلاعات صرف نظر نموده و یا انجام اقدامات درمانی فوریت داشته باشد که در مورد اخیر، انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری باید در اولین فرصت مناسب انجام گیرد.

۱-۲- تعهد به حفظ اسرار و اطلاعات بیمار: در رابطه بین پزشک و بیمار، رازداری نقش مهمی دارد. بدون تضمین رازداری، بیماران ممکن است تمایلی به اخذ مراقبت‌های درمانی یا دادن اطلاعات به پزشک جهت ارائه یک درمان مناسب نداشته باشند (۳۴).

بشر ذاتاً تمایل ندارد که اطلاعات شخصی و خصوصی‌اش فاش شود. بیشتر مردم در صورت عدم اعتماد به محرمانه‌ماندن اطلاعاتشان از مراجعه به پزشک و بیان اطلاعات مرتبط با بیماری اجتناب خواهند کرد و یا حداقل اطلاعات ناقصی را به پزشک ارائه خواهند داد که در نتیجه ممکن است پزشک در تشخیص نوع بیماری و اتخاذ تصمیم مناسب نسبت به درمان دچار اشتباه گردد. بنابراین تعهد به رازداری در روابط بین پزشک و بیمار، بر کیفیت درمان و سلامت عمومی جامعه تأثیر مستقیم دارد و نقض چنین تعهدی جدا از مسؤولیت پزشک در قبال بیمار

متضرر، به طور غیر مستقیم سلب اعتماد عمومی نسبت به سیستم بهداشتی و درمانی را در پی خواهد داشت.

هرچند در قراردادهای درمان کم‌تر اتفاق می‌افتد تا تعهد به رازداری به صورت یک شرط صریح در قرارداد ذکر شود، اما چنین شرطی به طور ضمنی فهمیده می‌شود (۱۵). به عبارت دیگر تصریح به چنین تعهدی در مقررات و قوانین مختلف، دلالت بر پذیرش ضمنی این شرط در قراردادهای درمان دارد، بدون این‌که نیازی به تصریح آن در قرارداد باشد.

در حقوق ایران ماده ۴ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته مصوب ۱۳۹۰ مقرر می‌دارد «شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته، حق افشای اسرار و نوع بیماری بیمار، مگر به موجب قانون مصوب مجلس شورای اسلامی را ندارند». همچنین افشای اسرار بیماران به موجب ماده ۶۴۸ قانون تعزیرات و مجازات‌های بازدارنده مصوب ۱۳۷۵ جرم دانسته شده است. علاوه بر مواد مذکور، مطابق بند ۴ منشور حقوق بیمار مصوب ۱۳۸۸، ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار و رعایت اصل رازداری باشد. رعایت اصل رازداری در خصوص تمام اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است، مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد.

در سند DCFR تعهد پزشک به رازداری در بند ۶ ماده ۸:۱۰۹ تصریح شده است. مطابق این ماده درمانگر نمی‌تواند اطلاعات مربوط به بیمار یا سایر اشخاص درگیر در درمان را برای اشخاص ثالث فاش کند، مگر این‌که بیان اطلاعات به منظور حمایت از اشخاص ثالث یا منافع عمومی ضروری باشد. همچنین درمانگر می‌تواند از پرونده پزشکی بیمار بدون ذکر نام او برای اهداف آماری، آموزشی یا علمی استفاده کند (۲۲).

در حقوق فرانسه مطابق ماده ۴ قانون اخلاق پزشکی ۲۰۱۳ پزشک نه تنها اطلاعاتی را که از بیمار دریافت می‌کند، بلکه باید تمام اطلاعاتی را که در رابطه با بیمار می‌بیند، می‌شنود و یا درک می‌کند، به طور سری و محرمانه نگه دارد. همچنین با توجه به ماده ۷۲ همان قانون، پزشک باید رازداری کارمندان خود را نیز تضمین نماید.

به طور کلی هیچ‌شکی در وجود چنین تعهدی در رابطه بین پزشک و بیمار که مبتنی بر اعتماد است، وجود ندارد، اما باید حدود این تعهد به موجب قرارداد یا قانون مشخص گردد. تعهد به رازداری هرچند مهم است، اما مطلق نمی‌باشد و در صورت رضایت بیمار و همچنین

اقتضای منفعت عمومی، افشای اطلاعات مجاز است (۳۴). علاوه بر این، تعهد مذکور در مواردی از قبیل انجام کارهای کارشناسی دادگستری، صدور گواهی پزشکی از جمله گواهی ولادت و فوت، ابلاغ جرائم به مقام صالح، اطلاع‌رسانی بیماری‌های واگیردار، مطلع ساختن محققین و شرکت‌های داروسازی و مؤسسات گردآوری اطلاعات پزشکی، اطلاع‌رسانی به اعضای تیم پزشکی یا پزشک جایگزین، اذن بیمار و یا در مقام دفاع از خود به تخصیص برمی‌خورد (۳۵).

مستنبط از تبصره ۳ ماده ۱۰۰ قانون آیین دادرسی کیفری مصوب ۱۳۹۲ نیز این است که نقض تعهد پزشک به رازداری، در مقام احقاق حق خود در دادگاه جایز است. در این ماده آمده است: «شاکي بايد از انتشار مطالب و مداركي كه انتشار آنها به موجب شرع يا قانون ممنوع است، امتناع كند مگر در مقام احقاق حق خود در مراجع صالح.»

در پایان ذکر این نکته ضروری است که تعهد مذکور با قطع ارتباط پزشک با بیمار یا کناره‌گیری وی از پزشکی به هر علتی و همچنین در طول دوره زمانی مشخصی پایان نمی‌یابد، بلکه پزشک در طول حیاتش ملتزم به آن است. گذشت زمان و حتی مرگ بیمار و یا بهبودی بیماری، تأثیری در نقض تعهد به رازداری نخواهد داشت. افشای راز مجاز نیست، مگر در مواردی که قانون مقرر می‌دارد (۳۵).

۳-۱- تعهد به ارائه درمان غیر منقطع (مستمر): تعهد به ارائه خدمات درمانی و انجام اقدامات لازم برای درمان بیمار، تعهد اصلی پزشک در عقد درمان محسوب می‌شود (۲۳-۲). انجام عملیات پزشکی از جمله پذیرش و معاینه بیمار، تشخیص بیماری، انجام آزمایشات لازم و اعمال طرق مناسب درمانی جهت بهبود سلامتی بیمار، موضوع اصلی قرارداد درمان است. بیمار از مراجعه به پزشک و انعقاد عقد درمان با وی هدفی جزء تسکین درد و رهایی از عارضه بیماری ندارد. در نتیجه تعهد مذکور پایه و اساس عقد درمان و مقتضای ذات آن بوده و شرط خلاف آن باطل و مبطل قرارداد می‌باشد.

علی‌القاعده تعهد مذکور، تعهد به انجام خدمات پزشکی و معالجه است نه نتیجه معالجه (۶). صرف عدم وصول نتیجه مطلوب یعنی عدم بهبودی بیمار، به منزله نقض تعهد و تحقق مسؤولیت پزشک نمی‌باشد. با این حال اگر پزشکی درمان و معالجه بیمار را به عنوان تعهد به نتیجه بر عهده بگیرد، چنین شرط و توافقی نافذ و معتبر است، هرچند از نظر قوانین نظام پزشکی تخلف شمرده شود (۲). بنابراین اگر بیمار و پزشک نسبت به شیوه خاص درمانی توافق

کرده باشند، انجام عمل به همان شیوه پزشک را از مسؤلیت معاف می‌کند، پس در موارد توافق نسبت به شیوه درمان، باید به ضابطه شخصی عمل کرد و در صورت عدم توافق در این رابطه، باید اصول متعارف پزشکی (ضابطه نوعی) را ملاک عمل قرار داد (۳۶).

وقتی از تعهد پزشک به درمان سخن به میان می‌آید، مراد تعهد به درمان مستمر (غیر منقطع) است. پزشک باید پس از شروع به درمان، آن را تا پایان و بدون هیچ وقفه‌ای ادامه دهد (۳۷). چنین حکمی در ماده ۱۸ آیین‌نامه انتظامی مصوب ۱۳۹۰ به این صورت بیان شده است «پزشک معالج مسؤؤل ادامه درمان بیمار خود در حد توانایی و تخصص به استثنای موارد ضروری است.»

مطابق ماده ۷:۴۶۰ قانون مدنی هلند، «درمانگر نباید قرارداد درمان را فسخ کند، مگر این‌که دلایل قانع‌کننده‌ای برای فسخ آن داشته باشد.» همچنین در سند DCFR با توجه به بند یک ماده ۸:۱۱۰ علی‌القاعده درمانگر نمی‌تواند اجرای قرارداد درمان را متوقف یا آن را فسخ کند و در مواردی که به دلیل نقض قرارداد توسط بیمار، درمانگر حق فسخ قرارداد یا توقف اجرای آن را داشته باشد، اجرای آن منوط به این است که از ناحیه این عمل، یعنی فسخ یا توقف اجراء، سلامتی بیمار به خطر نیفتد. مطابق بند ۲ ماده مذکور نیز چنانچه درمانگر حق فسخ و یا توقف اجرای قرارداد را دارا باشد، برای اعمال چنین حقی لازم است ابتدا بیمار را به درمانگر دیگری ارجاع دهد.

بنابراین پزشک در اجرای تعهد مذکور باید متناسب با وضعیت بیمار و مطابق با موازین علمی و فنی موجود از میان طرق درمانی متعدد، آن را که برای درمان بیمار ضروری تشخیص می‌دهد، انتخاب و به بیمار تجویز نماید. او باید در انجام این تعهد حسن نیت داشته و از ایجاد و یا ارائه هر گونه خدمات مازاد بر احتیاج برای درمان اجتناب کند. امری که عدم رعایت آن به منظور سودجویی از بیمار، مطابق ماده ۴ قانون تعزیرات حکومتی در امور بهداشتی و درمانی مصوب ۱۳۶۷ مجمع تشخیص مصلحت نظام جرم تلقی شده است.

۴-۱- اخذ «رضایت آگاهانه» از بیمار قبل از شروع درمان: رضایت به درمان پایه و اساس رابطه پزشک و بیمار را تشکیل داده و اخذ رضایت آگاهانه (Informed Consent)، ارتباط ناگسستنی با اعتماد در رابطه پزشک و بیمار دارد. همچنین لزوم اخذ رضایت بیمار برای انجام هر گونه اقدام درمانی، کنترل اشخاص را بر جسم و جان خود حفظ می‌کند (۳۸). صرف

نظر از آثار عدم درمان، بیمار نمی‌تواند ملزم به درمانی گردد که تمایلی به آن ندارد. چنین قاعده‌ای هم در اصول اخلاقی و هم در مقررات حقوقی مورد شناسایی واقع شده است. علت پذیرش چنین قاعده‌ای احترام به «استقلال (Autonomy)» بیمار و همچنین حق «خودمختاری (Self-Determination)» وی می‌باشد (۱۵، ۳۲، ۳۹). احترام به استقلال بیمار به معنی مجازدانستن او برای اخذ تصمیم شخصی در خصوص پذیرش یا عدم پذیرش درمان پیشنهادی، می‌باشد (۱۵).

هر انسان دارای اهلیت قانونی حق دارد تعیین کند چه عملی بر جسم او انجام شود و اگر پزشکی بدون رضایت بیمار اقدامی بکند، مسؤول جبران خسارت است (۳۰). رضایت معتبر بیمار است که اعمال پزشکی را قانونی می‌سازد. پزشکی که به بیمار اطلاعات ندهد و از او رضایت نگیرد، حتی اگر اعمال پزشکی را با موفقیت انجام دهد، حقوق مربوط به آزادی شخصی، حیثیت و تمامیت بیمار را نقض می‌کند (۳۳). بنابراین رضایت آگاهانه گام اول هر آزمایش و درمان پزشکی است (۴۰).

رضایت بیمار وقتی معتبر و دارای اثر قانونی است که پزشک به تعهد خود نسبت به ارائه اطلاعات کافی در خصوص وضعیت بیمار، ماهیت درمان پیشنهادی و آثار آن و همچنین سایر طرق درمانی چنانچه در مباحث قبلی شرح آن گذشت، عمل نموده باشد (۳۱). به عبارت دیگر رضایت باید آگاهانه و آزادانه اخذ شده باشد (۴۱). رضایت آگاهانه رضایتی است که بعد از این که بیمار به طور کافی در خصوص منافع و زیان‌های درمان پیشنهادی در مقایسه با سایر طرق درمانی مطلع و آگاه گردید، اخذ شده باشد (۴۲).

رضایت بیمار به درمان ممکن است صریح یا به طور ضمنی از اوضاع و احوال فهمیده شود. بنابراین مراجعه به پزشک به قصد درمان و یا مراجعه به دندانپزشک برای کشیدن دندان، تحت شرایطی می‌تواند رضایت ضمنی به درمان محسوب شود (۴).

در رابطه با لزوم اخذ رضایت آگاهانه از بیمار در هر مرحله از درمان مقررات کاملی در سند DCFR آمده است و ماده ۸:۱۰۸ سند مذکور اختصاص به همین بحث دارد. مطابق بند یک ماده مذکور درمانگر نباید اقدام به درمان کند، مگر این که بیمار از قبل رضایت آگاهانه به آن داده باشد، البته به موجب بند ۲ همان ماده، بیمار هر لحظه می‌تواند رضایت خود را باطل (لغو) کند. همچنین مطابق بند ۳ ماده مذکور در مواردی که بیمار اهلیت رضایت‌دادن به درمان را

ندارد، رضایت آگاهانه شخص یا مؤسسه‌ای که از جانب بیمار صلاحیت اتخاذ تصمیم در خصوص درمان را دارد، معتبر می‌باشد. با این حال چنانچه به استناد مقررات یا آیین‌نامه‌ای درمان بیمار بدون نیاز به رضایت او ممکن باشد، یا درمان از مواردی باشد که فوراً باید اجرا گردد، درمانگر بدون نیاز به اخذ رضایت، باید درمان را اجرا کند (۲۲).

ناگفته نماند که رضایت شخص ثالث از جانب بیمار با توجه به بند ۵ ماده مذکور فقط در مورد معالجات ضروری می‌تواند مصداق داشته باشد و در مورد درمان‌های غیر ضروری از جمله عمل جراحی زیبایی و نازایی شخص ثالث نمی‌تواند از جانب بیمار فاقد اهلیت تصمیم بگیرد (۲۲).

در حقوق انگلیس درمان اشخاص دارای اهلیت بدون اخذ رضایت از آنان غیر قانونی است (۳۹). در حقوق فرانسه لزوم اخذ رضایت برای هر گونه درمان یا آزمایش پزشکی در ماده ۳۶ قانون اخلاق پزشکی ۲۰۱۳ تصریح شده است. در حقوق ایران مطابق بند ج ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲، برای این‌که هر نوع عمل جراحی یا طبی هرچند مشروع فاقد وصف مجرمانه باشد، باید با رضایت بیمار یا اولیاء یا سرپرستان و یا نمایندگان قانونی او انجام شود.

در مواردی که امکان دستیابی به خواست و اراده بیمار در خصوص پذیرش یا رد درمان پیشنهادی وجود ندارد، اراده شخص یا مقام قانونی دیگر جایگزین اراده بیمار شده و از طرف وی اتخاذ تصمیم می‌نماید. چنانچه اشخاص مذکور علی‌رغم ضرورت درمان و اورژانسی بودن آن، مانع درمان بیمار شوند، به استناد منشور حقوق بیمار مصوب ۱۳۸۸، پزشک می‌تواند از طریق مراجع ذی‌ربط درخواست تجدیدنظر در تصمیم‌گیری را نماید. نظر به اهمیت درمان و سلامتی افراد، به ویژه کودکان و بیماران اورژانسی، شایسته است که در صورت مخالفت اولیا یا سرپرستان کودکان یا افراد بیهوش و فاقد اهلیت تصمیم‌گیری، پزشک یا مراکز درمانی مکلف به گزارش امر و کسب تکلیف از مراجع ذی‌ربط گردند.

حال سؤال این است که چنانچه بعد از رضایت به درمان بیماری خاصی و در اثنای عمل، پزشک متوجه بیماری دیگری گردد، اجازه درمان آن را نیز دارد یا نه؟ باید گفت که علی‌القاعده اذن به جراحی شامل بیماری جدید نمی‌گردد و بیمار صرفاً با موضوع مربوطه توافق کرده است، اما چنانچه چنین موردی از موارد فوریت‌های پزشکی باشد که قصور در اقدام فوری خطر جانی

و عوارض غیر قابل جبران در پی داشته باشد، پزشک مکلف به انجام اقدامات لازم بدون توجه به اذن بیمار است (۴۳).

۵-۱- تعهد به رعایت موازین فنی و علمی: یکی از مهم‌ترین تعهدات پزشک در برابر بیمار این است که باید با تحولات علمی مربوط آشنا بوده و با روش‌های نوین به معالجه بپردازند. او باید قبل از شروع به درمان متناسب با تخصص حرفه‌ای خود دانش و مهارت لازم برای این کار را کسب کرده و همگام با پیشرفت علم و فناوری دانش و اطلاعات خود را به روز کند و همچنین از وسایل و تجهیزات به روز و کارآمد در امر درمان بهره ببرد. در مواردی نیز که مؤسسات پزشکی طرف قرارداد با بیمار قرار می‌گیرند، باید از افراد دارای صلاحیت که از مجوز قانونی لازم برخوردار باشند، استفاده کنند (مواد ۵ و ۷ قانون تعزیرات در امور بهداشتی و درمانی مصوب ۱۳۶۷).

بعد از توافق پزشک و بیمار در عقد درمان، تنها شرطی که رعایت آن باعث انتفای مسؤولیت و عدم رعایت آن باعث ایجاد مسؤولیت می‌گردد، «موازین فنی و علمی و نظامات دولتی است» (۵). از پزشک انتظار می‌رود که تمام توان علمی و فنی خود را با استفاده از تجهیزات موجود در جهت رفع بیماری و شفای بیمار به کار گیرد، بدون این که ملزم به تحصیل نتیجه (شفای بیمار) باشد، چون محدودیت‌های علمی و فنی، پزشک را جزء به انجام اقدامات لازم جهت درمان متعهد نمی‌داند (۲۷-۲۳).

هر پزشکی به تناسب تخصص حرفه‌ای که در آن مشغول است، باید به طور متعارف و معقول فرایند درمان را انجام دهد (۴۴). بنابراین تخصص پزشک و شرایط و اوضاع و احوال زمانی و مکانی که عقد درمان در آن اجرا می‌گردد، در تعیین استانداردها مؤثر است (۲۲).

در این خصوص در بند یک ماده ۸:۱۰۴ DCFR آمده است که تعهد درمانگر به مهارت و مراقبت باید مطابق با مراقبت و مهارتی باشد که یک درمانگر متعارف و معقول به کار می‌گیرد. در این ماده یک معیار عینی از استانداردهای مراقبت و مهارت متعارف و معقول ملاک قرار گرفته که می‌تواند با سایر عوامل شخصی و واقعی همانند تخصص درمانگر، اوضاع و احوال یا توافق طرفین تعدیل گردد. بنابراین نسبت به تعهد مذکور، مسؤولیت مبتنی بر تقصیر پذیرفته شده و تقصیر شامل عدم تطابق با استانداردهای مراقبت لازم است که مبتنی بر استانداردهای نوعی و عینی می‌باشد. در انگلیس، آلمان، اتریش، هلند، اسپانیا، اسکاتلند و پرتغال برخلاف

فرانسه و ایتالیا، اگر پزشک متخصص باشد، استانداردهای مراقبت افزایش پیدا می‌کند. در فنلاند، سوئد و دانمارک استانداردهای مراقبت شدیدتر بوده و با مهارت و مراقبت پزشک متخصص سنجیده می‌شود نه حد متوسط مراقبت (۲۲).

در حقوق ایران تعهد مذکور در ماده ۳ آیین‌نامه انتظامی پزشکی مصوب ۱۳۹۰ به این صورت مقرر شده است که «شاغلین حرفه‌های پزشکی و وابسته باید طبق موازین علمی، شرعی و قانونی، با رعایت نظامات دولتی، صنفی و حرفه‌ای انجام وظیفه کرده و از هر گونه سهل‌انگاری در انجام وظایف قانونی بپرهیزند.» همچنین مطابق بند ج ماده ۱۵۸ قانون مجازات اسلامی مصوب ۱۳۹۲ برای رفع مسؤلیت کیفری از اعمال جراحی یا طبی، علاوه بر مشروع بودن عمل، رعایت موازین فنی و علمی و نظامات دولتی لازم است.

۶-۱- مشارکت دادن بیمار در تصمیم‌گیری‌ها: گفتیم که پزشک باید قبل از شروع به

درمان از بیمار رضایت اخذ نماید. در واقع بیمار با رضایت دادن به درمان در فرایند تصمیم‌گیری نسبت به آینده بیماری خود و انتخاب درمان مناسب برای آن مشارکت می‌کند. تحقیقات و شواهد نشان می‌دهد که مشارکت بیماران در درمان می‌تواند موجب افزایش تجربه و رضایتمندی آنان شده و همچنین به لحاظ درمانی و اقتصادی هم مفید باشد (۴۵).

جهت اخذ تصمیم مشترک درمانی، پزشک باید تمام اطلاعات لازم را در خصوص مزایا و معایب درمان پیشنهادی و جایگزین‌های آن با بیمار در میان گذارد (۳۲). تعهد به ارائه اطلاعات که در ماده ۸:۱۰۵ DCFR مقرر شده است، به منظور اعطای فرصت و امکان انتخاب آگاهانه به بیمار در خصوص درمان و اخذ رضایت آگاهانه از او صورت می‌گیرد (۲۲). بیمار با دریافت و درک صحیح اطلاعات اخذشده از پزشک، درمان پیشنهادی را قبول و یا رد می‌کند و بنابراین در جریان انتخاب نوع درمان مشارکت می‌کند (۴۰).

لزوم رعایت حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار، در منشور حقوق بیمار ایران مصوب ۱۳۸۸ پیش‌بینی شده و در بند ۳ مقرر گردیده است که تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه و پس از دریافت اطلاعات کافی و جامع، صورت پذیرفته و همچنین باید زمان لازم و کافی برای اخذ تصمیم به بیمار داده شود. بنابراین فلسفه اصلی تعهد ارائه اطلاعات به بیمار این است که فرصت تصمیم‌گیری نسبت به نحوه درمان و مشارکت آگاهانه به وی داده شود. بر این

اساس پزشک باید شرایط لازم را جهت اخذ تصمیم توسط بیمار فراهم کرده و اطلاعات لازم را در این خصوص در دسترس بیمار قرار دهد.

۷-۱- تعهد به استعمال و استفاده از وسایل و تجهیزات مناسب: وسایل پزشکی که در جریان درمان استعمال می‌شوند، باید با استانداردهای حرفه‌ای تأییدشده مطابقت داشته و به طور مناسبی آزمایش، بازرسی و نگهداری شوند. درمانگر باید از استعمال وسایل، مواد و تأسیسات کهنه یا معیوب اجتناب کند (۲۲).

در بند یک ماده ۸:۱۰۳ DCFR تصریح شده است که درمانگر باید وسایل، داروها، مواد و تجهیزاتی را به کار گیرد که دارای حداقل کیفیت مطلوب به میزان رویه حرفه‌ای معمول و معقول که مطابق با قوانین مدون لازم‌الاجرا است، بوده و برای دستیابی به اهداف خاص که بدین منظور مورد استفاده قرار می‌گیرند، مناسب باشد.

در این خصوص مواد ۱۰ و ۱۴ دستورالعمل «ضوابط نحوه توزیع و عرضه تجهیزات پزشکی» مورخ ۱۳۸۸ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کلیه صاحبان حرف پزشکی را ملزم به تهیه و مصرف تجهیزات پزشکی واجد مجوز و یا پروانه ساخت معتبر دانسته و رعایت اصول علمی و ایمنی نگهداری، انبار و حمل و نقل تجهیزات فوق را ضروری شمرده است.

مطالعات تجربی نشان می‌دهد که مسؤلیت مبتنی بر تقصیر در ارتباط با وسایل و تجهیزات معیوب و مستعمل، اثر پیشگیری غیر مؤثری داشته و با توجه به پیچیدگی وسایل مذکور و احتمال خطای تکنیکی یا بشری موقع استعمال آن و خطرات پیچیده و لاینفک مرتبط با به کارگیری این وسایل، پذیرش مسؤلیت مطلق برای درمانگر در خصوص ایفای مناسب تعهد فوق ضروری است (۲۲). در حقوق فرانسه نیز مسؤلیت مطلق پزشکان در استعمال وسایل و تجهیزات معیوب در جریان درمان از جمله اعضای مصنوعی، داروها، فرآورده‌های خونی و سایر وسایل مرتبط با درمان، پذیرفته شده است (۱۲).

۸-۱- تعهد به تنظیم و حفظ «پرونده پزشکی»: یکی دیگر از تعهدات درمانگر این است که باید تمام اطلاعات لازم در رابطه با بیماری و اقدامات انجام‌شده در خصوص درمان و نتایج آن را به طور دقیق گردآوری و حفظ کرده و در موارد لازم در اختیار بیمار قرار دهد. امکان دسترسی بیمار به پرونده پزشکی (Medical Records) و کپی‌برداری از آن، رابطه بین

بیمار و پزشک را بهبود می‌بخشد و اعتماد بین آن‌ها را افزایش می‌دهد. همچنین استقلال بیمار نیز حفظ می‌گردد که نتیجه آن سهولت اجرای تعهد پزشک به درمان است (۴۶).

تعهد مذکور در ماده ۸:۱۰۹ DCFR مقرر شده است که مطابق آن درمانگر باید مدارک و اسناد مربوط به فرایند درمان به ویژه شامل اطلاعات جمع‌آوری شده، مصاحبه اولیه، آزمایش‌ها یا مشاوره‌ها، اطلاعات در خصوص رضایت بیمار و درمان انجام‌شده را، تهیه کند. او باید حداقل به مدت ۱۰ سال اسناد مذکور را حفظ و در صورت درخواست بیمار یا نمایندگان قانونی وی اطلاعات لازم را همراه با تفسیر و توضیح در اختیار آنان قرار دهد. چنین تعهدی برای تشخیص اجرای کافی تعهدات قراردادی و ارزیابی کیفیت درمان از اهمیت بالایی برخوردار است (۲۲).

تعهد به حفظ پرونده پزشکی در ماده ۷:۴۵۴ قانون مدنی هلند نیز تصریح شده است. مطابق ماده ۷:۴۵۵ قانون مذکور در صورت درخواست بیمار، درمانگر باید امکان دسترسی و کپی‌برداری از اسناد مذکور را تا آنجا که با امور خصوصی اشخاص دیگر تداخل نداشته باشد، برای بیمار فراهم کند. اطلاعات موجود در پرونده پزشکی بیمار، مطابق ماده ۷:۴۵۸ قانون مدنی هلند می‌تواند برای اجرای تحقیقات آماری و علمی، حتی بدون رضایت بیمار در اختیار محققان قرار گیرد. در قانون مدنی آلمان مطابق ماده ۶۳۰f درمانگر متعهد است تا تمام اسناد پزشکی مرتبط با درمان فعلی و آینده بیمار به ویژه برای ایجاد پیشینه درمانی، تشخیص‌ها، آزمایشات و نتایج آن‌ها، یافته‌ها، معالجات و آثار آن، پایان درمان و آثار آن، رضایت و اطلاعات را ضبط کند. در حقوق یونان ماده ۱۴ قانون اخلاق پزشکی ۲۰۰۵ پزشک را ملزم به نگهداری پرونده پزشکی بیمارانش می‌نماید (۳۳).

در حقوق ایران نیز حق دسترسی بیمار به کلیه اطلاعات ثبت‌شده در پرونده بالینی خود و تصویربرداری از آن مورد شناسایی قرار گرفته است (بند ۲-۲-۲ منشور حقوق بیمار مصوب ۱۳۸۸).

هرچند امکان دسترسی بیمار به پرونده پزشکی در مقررات کشورهای مختلف مورد پذیرش قرار گرفته است، اما با استثنائاتی همراه است. در حقوق انگلیس مطابق «قانون دسترسی به پرونده سلامت ۱۹۹۰ (Access to Health Records Act 1990)» پزشکان می‌توانند در مواردی که فکر می‌کنند دسترسی بیمار به پرونده پزشکی می‌تواند موجب آسیب به سلامتی فیزیکی و یا روانی خود بیمار یا اشخاص دیگر گردد، مانع دسترسی وی به آن گردند (۴۶).

همچنین مطابق ماده ۴۶ قانون اخلاق پزشکی فرانسه مصوب ۲۰۱۳ اگر ملاحظه پرونده پزشکی توسط بیمار مخالف منافع او باشد، پزشک باید از این امر امتناع کند.

۹-۱- ارجاع به متخصصین مجرب: پزشک در اموری که در توان و تخصص او نیست، نباید مداخله نماید، حتی اگر خود بیمار علی‌رغم اطلاع از عدم تخصص پزشک به درمان وی رضایت دهد، پزشک نباید اقدام به درمان کند، مگر این‌که اقدام فوری لازم باشد که در این موارد نیز اقدامات وی در حد ضرورت محدود می‌شود. با این وجود برخی از نویسندگان، بیماری را که با علم به عدم تخصص پزشک تقاضای درمان می‌کند، مستحق جبران خسارت از جانب پزشک نمی‌دانند (۳۷)، اما به نظر می‌رسد هیچ پزشکی نمی‌تواند عدم مهارت و بی‌احتیاطی خود را به استناد رضایت بیمار توجیه نماید (۴۴). برای تبری پزشک از مسؤلیت جبران خسارت، مطابق ماده ۴۹۵ قانون مجازات اسلامی، لازم است تا عمل مطابق مقررات پزشکی و موازین فنی بوده و یا این‌که قبل از معالجه، پزشک برائت گرفته و مرتکب تقصیر هم نشده باشد.

برای رفع مسؤلیت پزشک، رعایت مقررات پزشکی و موازین فنی و عدم تقصیر لازم است. انجام اقدامات درمانی در اموری که در صلاحیت و تخصص پزشک معالج نیست، برخلاف موازین پزشکی بوده و خود نوعی تقصیر محسوب است. بنابراین پزشک غیر متخصص باید علی‌رغم رضایت بیمار از انجام درمان خودداری و بیمار را به پزشک متخصص ارجاع دهد به ویژه در مواردی که امکان دسترسی به پزشک متخصص وجود داشته و دخالت پزشک غیر متخصص، ضرورتی نداشته باشد. عدم دخالت پزشک در اموری که آگاهی و مهارت لازم را در آن ندارد، در متن سوگندنامه پزشکان ایران نیز به صراحت آمده است.

در رابطه با این تعهد درمانگر، در بند ۲ ماده ۸:۱۰۴ DCFR آمده است که چنانچه درمانگر فاقد تجربه یا مهارت لازم برای درمان بیمار با درجه لازم از مهارت و مراقبت باشد، باید بیمار را به درمانگر دیگری که چنین توانی دارد، ارجاع دهد. بنابراین اگر پزشک احساس کند که در مورد بیماری خاص اطلاعات و مهارت کافی برای درمان ندارد، باید بیمار را به یک پزشک متخصص دیگر ارجاع دهد یا با چنین شخصی مشورت کند (۲۲).

علاوه بر تعهداتی که اشاره شد و شرح آن گذشت، پزشک از لحاظ اخلاقی نیز تعهدات دیگری دارد. پاکدامنی و پرهیزکاری و رعایت عفت و تحمیل نکردن مخارج غیر ضروری به بیمار و خودداری از ایجاد ترس و اضطراب در بیمار از راه نشان دادن وخامت بیماری به قصد استفاده

مادی را می‌توان از دیگر تعهدات پزشک در برابر بیمار برشمرد. (مواد ۱ تا ۷ آیین‌نامه انضباطی پزشکی مصوب ۱۳۴۸)

۲- تعهدات بیمار

مطالعه و بررسی قوانین، آیین‌نامه‌ها و همچنین پژوهش‌های انجام‌گرفته در زمینه روابط حقوقی پزشک و بیمار حاکی از این است که در قریب به اتفاق این اسناد صرفاً به تحلیل و بررسی تعهدات و الزامات پزشک در برابر بیمار پرداخته شده است، بدون این‌که از تعهدات بیمار در برابر پزشک سخنی به میان آید. حال آنکه رابطه قراردادی پزشک و بیمار از روابط تعهدی بوده و هر یک از طرفین در قبال هم تعهدات متقابلی بر عهده دارند که اجرا یا عدم اجرای این تعهدات در ایفای تعهدات متقابل قراردادی توسط طرف مقابل مؤثر است.

چنین رویه‌ای شاید در جهت حمایت از منافع بیمار به عنوان طرف ضعیف قرارداد درمان مؤثر باشد، اما چه بسا ممکن است تعیین دقیق تعهدات بیمار در برابر پزشک در تضمین حقوق وی مؤثر بوده و ابهام در تعهدات او برعکس به زیان وی تمام شود. در قرارداد درمان به جهت ماهیت خاص آن، تعهدات طرفین پیوندی ناگسستنی با هم دارند. ایفای مناسب تعهدات توسط بیمار از جمله ارائه اطلاعات درست در خصوص عارضه موجود و سوابق آن، در تشخیص بیماری و تعیین درمان مناسب توسط پزشک نقش اساسی دارد. بنابراین شایسته است تا برخلاف رویه معمول، در کنار تعهدات پزشک از تعهدات طرف مقابل، یعنی بیمار نیز سخن گفت. در سند DCFR هرچند در مقررات خاص عقد درمان به تعهدات بیمار اشاره‌ای نشده است، اما از سایر مقررات آن به ویژه قواعد عمومی قراردادهای خدمات می‌توان تعهدات بیمار را به عنوان طرف عقد درمان استخراج کرد.

۱-۲- تعهد به دادن اطلاعات صحیح در خصوص بیماری: حضرت علی (ع) می‌فرمایند:

«هر کس بیماریش را از طبیبان مخفی کند، به بدن خود خیانت کرده است» (۴۷).

در اغلب بیماری‌ها تشخیص نوع بیماری و اطلاع از پیامدها و نتایج اقدامات درمانی بدون اخذ اطلاعات لازم از بیمار میسر نمی‌باشد. تنها کسی که بیماری و درد و رنج ناشی از آن و آثار اقدامات درمانی انجام‌یافته را به طور مستقیم لمس می‌کند، خود بیمار است. به همین جهت امروزه در مراکز درمانی معمول است که در گام نخست و قبل از انجام هر گونه آزمایشات پزشکی، پزشک با بیمار به گفتگو می‌نشیند و علائم بیماری را از وی جویا می‌شود.

یکی از مهم‌ترین مراحل درمان، یعنی تشخیص نوع بیماری معمولاً بر مبنای اطلاعات اخذ شده از بیمار در خصوص علائم بیماری انجام می‌گیرد. اگر بیمار به تعهد خود به ارائه اطلاعات دقیق و کافی در رابطه با بیماری عمل نکند و در نتیجه ارائه اطلاعات نادرست و یا ناقص، پزشک در تشخیص بیماری و نهایتاً گزینش روش درمانی مناسب دچار اشتباه گردد، نباید پزشک را مسؤول شمرد (۳۲)، چون بیمار با این کار مستقیماً به ضرر خود اقدام کرده و در نتیجه به استناد قاعده «اقدام» مسؤول عمل خود می‌باشد.

تعهد بیمار به ارائه اطلاعات و همکاری با پزشک برای اجرای عقد درمان را در سند DCFR می‌توان از ماده ۲:۱۰۳ که در مقام بیان مقررات عام قراردادهای خدمات است و شامل قراردادهای درمان نیز می‌شود، استنباط کرد. مطابق این ماده متقاضی خدمات باید رهنمودهای لازم را تا آنجا که برای اجرای تعهدات ناشی از عقد توسط ارائه‌دهنده خدمت ضروری است، به او ارائه دهد. اگر متقاضی به تعهد خود عمل نکند، ارائه‌دهنده خدمت می‌تواند اجرای قرارداد را متوقف کند و چنانچه در نتیجه عدم انجام تعهدات متقاضی، هزینه انجام خدمات افزایش یابد یا وقت بیشتری از آنچه که توافق شده برای اجرای قرارداد صرف شود، ارائه‌دهنده خدمت استحقاق جبران خسارات متحمل و محاسبه وقت منظور شده به اجرای خدمت را خواهد داشت.

نباید از نظر دور داشت که اعمال ماده مذکور در رابطه پزشک و بیمار، باید با در نظر گرفتن مقررات خاص عقد درمان به ویژه ماده ۸:۱۱۰ صورت گیرد. به این صورت که توقف اجرای قرارداد یا فسخ آن توسط درمانگر به جهت نقض قرارداد توسط طرف مقابل، منوط به این است که از ناحیه این عمل، سلامتی بیمار به مخاطره نیفتد و همچنین قبل از اعمال این حق، پزشک باید بیمار را به درمانگر دیگری ارجاع دهد.

در حقوق هلند مطابق ماده ۷:۴۵۲ قانون مدنی، تعهد به ارائه اطلاعات توسط بیمار و همکاری او با پزشک آن چنانکه پزشک به طور متعارف برای اجرای قرارداد درمان نیاز دارد، آمده است. بیمار باید تا حد توان خود (تا حد علم و درک خود) به درمانگر اطلاعات داده و تا جایی که ممکن است برای اجرای درمان با او همکاری نماید. بنابراین در مواردی که درمان به نتیجه مطلوب نمی‌رسد، نقض تعهدات مذکور ممکن است منجر به عدم مسؤولیت پزشک شده و یا نقض جدی و اساسی این تعهدات، دلیل موجهی برای فسخ قرارداد درمان توسط پزشک باشد (۱۸).

۲-۲- مشارکت فعال در فرایند تشخیص و درمان: از مهم‌ترین تعهدات بیمار در قرارداد درمان، تعهد به مشارکت فعال او در فرآیند تشخیص و درمان بیماری است. تعهدی که اگر بدان عمل نکند، عقد درمان بی‌ثمر می‌ماند. هدف اصلی از قرارداد درمان شفا و بهبودی بیمار است و چنین امری بدون مشارکت و همکاری بیمار، فرضی در حد محال است. تعهد بیمار به ارائه اطلاعات صحیح در خصوص بیماری که در مبحث قبل شرح آن گذشت، از موارد بارز تعهد به همکاری محسوب می‌شود که در تشخیص بیماری و پیشنهاد درمان مناسب توسط پزشک می‌تواند نقش اساسی داشته باشد.

بیمار باید در مواعید مقرر حاضر شده و با توصیه‌ها و معالجات پزشک موافقت و همکاری نماید، در غیر این صورت پزشک مسؤول نخواهد بود (۲۳). چنانچه در نتیجه خودداری بیمار از ادامه درمان و یا بی‌توجهی وی به دستورها و راهنمایی‌های پزشک، بیماری وی تشدید یابد، اقدام وی جزء اسباب ورود ضرر بوده و نباید متوقع جبران خسارت از جانب پزشک باشد (۳۷). بنابراین او باید با پزشک برای انجام هر گونه آزمایشات که با تشخیص بیماری و درمان آن مرتبط است، همکاری نماید. همچنین تمامی دستورالعمل‌های مرتبط از جمله مصرف دارو، استراحت، ورزش و سایر موارد مرتبط را به طور کامل اجرا نماید.

لزوم همکاری بیمار برای اجرای عقد درمان از ماده ۲:۱۰۳ DCFR قابل برداشت است که مطابق آن متقاضی خدمت باید با ارائه‌دهنده خدمت تا آنجا که برای اجرای قرارداد ضروری است، مشارکت و همکاری نماید. قاعده‌ای که پیش از آن در ماده ۱:۱۰۴ از کتاب سوم سند مذکور در مبحث قواعد عمومی قراردادها مورد پذیرش قرار گرفته است. در حقوق آلمان نیز لزوم همکاری طرفین قرارداد از جمله بیمار برای اجرای عملیات درمان در بند یک ماده ۶۳۰c قانون مدنی این کشور تصریح شده است. در خصوص مبنای حقوقی تعهد همکاری بیمار با پزشک برای اجرای درمان، می‌توان به مبنای قراردادی (تعهد صریح و ضمنی)، اصل حسن نیت و عرف و عادت اشاره کرد (۴۸).

۲-۳- پرداخت حق الزحمه (عوض قراردادی): یکی از مهم‌ترین مباحث فقهی در خصوص رابطه پزشک و بیمار، جواز یا عدم جواز اخذ اجرت از بیمار برای امر طبابت است. بررسی منابع معتبر فقهی حاکی از این است که درمان چه واجب کفایی باشد و چه واجب

عینی، پزشک حق دارد از بیمار درخواست اجرت کند (۱۹)، چراکه انجام درمان واجب است، نه مجانی بودن آن و وجوب معالجه با جواز اخذ اجرت منافات ندارد (۸).

علی القاعده در قرارداد درمان تعیین هزینه‌ها و دستمزد ضروری است و لزوم اخذ رضایت آگاهانه از بیمار نیز ضرورت آن را بیشتر نشان می‌دهد، البته با توجه به این که تعیین میزان دقیق استفاده از امکانات و تجهیزات، نوع درمان و هزینه‌ها در ابتدا امکان‌پذیر نیست، مراکز درمانی مکلف به تعیین تقریبی هزینه‌های مذکور می‌باشند. بنابراین علم اجمالی به آن و اطلاع‌رسانی در حدود هزینه‌های قابل پیش‌بینی کافی است (۴۳).

به جهت موقعیت نابرابر طرفین عقد درمان، معمولاً دولت‌ها هزینه خدمات مختلف درمانی را در قالب تعرفه‌هایی مشخص می‌کنند. با توجه به امری بودن چنین قواعدی، تعرفه‌های مذکور آزادی قراردادی طرفین را محدود کرده و طرفین نمی‌توانند خلاف آن به توافق برسند (۴۳). امری که تخلف از آن مطابق ماده ۴ قانون تعزیرات حکومتی در امور بهداشتی و درمانی ۱۳۶۷ جرم محسوب می‌شود، البته باید توجه داشت که توافق بر مبلغی کم‌تر از تعرفه و حتی مجانی بودن امر درمان منع قانونی ندارد.

در سند DCFR با توجه به ماده ۲:۱۰۱، اگر ارائه‌دهنده خدمات درمانی انجام عملیات درمانی را به عنوان یک شغل و پیشه بر عهده گیرد، مستحق اخذ اجرت و دستمزد خواهد بود، مگر این که اوضاع و احوال موجود خلاف آن را نشان دهد. در مواردی که مبلغ قرارداد به هر دلیلی از جمله عدم امکان تعیین آن از قبل توسط طرفین تعیین نشده باشد و همچنین نتوان آن را از سایر مقررات قانونی قابل اعمال و یا عرف و عادت تعیین نمود، مطابق ماده ۹:۱۰۴ از کتاب دوم DCFR مبلغ قابل پرداخت مبلغی است که در اوضاع و احوال مشابه با زمان انعقاد قرارداد قابل پرداخت خواهد بود، در غیر این صورت قیمت معقول ملاک می‌باشد. بنابراین علی القاعده ارائه‌دهنده خدمت مستحق دریافت هزینه‌های درمان و دستمزد است، حتی اگر طرفین توافق صریحی در خصوص مبلغ آن نداشته باشند (۱۳).

لزوم پرداخت دستمزد به درمانگر توسط بیمار در ماده ۷:۴۶۱ قانون مدنی هلند نیز تصریح شده است. مطابق ماده ۷:۴۰۵ همان قانون اگر طرفین مبلغ را تعیین نکرده باشند، نرخ معمول و رایج ملاک خواهد بود و در صورت عدم وجود چنین نرخ، قیمت معقول قابل پرداخت است. مطابق مواد ۶۱۲ و ۶۳۲ قانون مدنی آلمان نیز چنانچه میزان دستمزد توسط طرفین مشخص

نشده باشد، در صورت فقد تعرفه‌ای در این خصوص، دستمزد رایج و متداول ملاک عمل خواهد بود. همچنین در ماده ۱۵ از قانون «تأمین کالا و خدمات ۱۹۸۲ (Supply of Goods and Services Act 1982)» انگلیس اگر دستمزد در قرارداد تعیین نشده باشد، یک شرط ضمنی توسط طرفین پذیرفته شده است که بر اساس آن مبلغ معقول و متعارف باید پرداخته شود. آنچه از مقررات DCFR و همچنین قانون مدنی آلمان استنباط می‌گردد این است که توافق طرفین می‌تواند غیر از تعرفه موجود باشد و تنها در مواردی پزشک ملزم به رعایت تعرفه‌ها است که از قبل توافقی در این خصوص نکرده باشند. بنابراین در هر حال بیمار متعهد به پرداخت هزینه‌های درمان و دستمزد پزشک است خواه از قبل نسبت به مبلغ آن توافقی صورت گرفته باشد یا نه، مگر در مواردی که قصد تبرع پزشک اثبات شود.

چنانچه بیمار از پرداخت هزینه‌های درمان خودداری کند، مطابق بند یک ماده ۱۱۰:۸ DCFR اگر سلامتی بیمار به طور جدی در خطر باشد، درمانگر نمی‌تواند به استناد نقض تعهدات متقابل بیمار از جمله عدم پرداخت اجرت و هزینه‌های درمان، از اجرای قرارداد درمان به عنوان یکی از طرق جبران نقض تعهد، خودداری کرده و انجام اقدامات درمانی را منوط به پرداخت هزینه‌های درمان نماید. این مقرر بر خلاف قواعد عمومی قراردادها در خصوص طرق جبران نقض قرارداد بوده و در واقع تمامیت جسمانی بیمار را بر آزادی قراردادی درمانگر مقدم دانسته است (۲۲).

در حقوق ایران مطابق بند ۱۲-۱ منشور حقوق بیمار مصوب ۱۳۸۸، در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانسی)، اقدامات پزشکی بدون توجه به تأمین هزینه‌های آن باید صورت گیرد. همچنین مطابق ماده یک آیین‌نامه اجرایی ماده ۹۲ قانون برنامه چهارم توسعه مصوب ۱۳۸۶، کلیه بیمارستان‌های عمومی، تخصصی و مراکز درمانی دولتی و غیر دولتی موظف هستند، نسبت به پذیرش، درمان فوری و بدون قید و شرط مصدومین حوادث رانندگی اعم از سرپایی و بستری اقدام کنند.

برخی اظهار عقیده نموده‌اند که عجز بیمار از پرداخت هزینه‌های درمان، رافع مسؤولیت پزشک در درمان او نیست. چنانچه پزشک به دلیل عدم پرداخت هزینه درمان، از معالجه بیمار خودداری کند و در نتیجه آن بیمار آسیب ببیند، پزشک ضامن است (۶)، اما به نظر می‌رسد با توجه به مقررات مورد اشاره در حقوق ایران، بایستی در خصوص این مورد قائل به تفکیک شد.

به این توضیح که هرگاه سلامتی بیمار در خطر بوده و عدم درمان به موقع منجر به ورود خسارات جبران ناپذیری به بیمار گردد، درمانگر نمی‌تواند به استناد نقض تعهدات متقابل بیمار از جمله عدم پرداخت اجرت و هزینه‌های درمان، از معالجه بیمار خودداری کرده و با استناد به ماده ۳۷۷ قانون مدنی در مقام اعمال حق حبس برآید.

اما در مواردی که استفاده از حق حبس توسط درمانگر، سلامتی بیمار را به مخاطره نیندازد، از جمله در جراحی‌های زیبایی، اعمال حق حبس امکان‌پذیر است. در این صورت لازم است تا زمان اجرای تعهدات به طور همزمان مورد توافق قرار گرفته باشد، وگرنه هرگاه زمان اجرای تعهدات یکی از طرفین مقدم بر دیگری باشد، موضوع حق حبس جاری نخواهد بود.

در پایان شایان ذکر است تعهداتی که طی مباحث قبل به آن‌ها اشاره شد، تعهداتی هستند که از بطن قوانین و مقررات مختلف استخراج گردیده‌اند. تعهداتی که در غالب موارد امری بوده و طرفین نمی‌توانند به ضرر بیمار آن‌ها را نادیده گرفته یا دامنه آن را محدود کنند. با این وجود طرفین قرارداد درمان می‌توانند هر نوع شرطی را که مخالف با قوانین امری و نظم عمومی و همچنین اخلاق حسنه نباشد، در قرارداد پیش‌بینی کنند.

نتیجه‌گیری

در قرارداد درمان هر یک از پزشک و بیمار تعهدات متقابلی را بر عهده می‌گیرند که از مهم‌ترین تعهدات پزشک می‌توان تعهد به انجام عملیات درمانی مطابق موازین فنی و علمی، ارائه اطلاعات لازم به بیمار در خصوص درمان پیشنهادی و نتایج و عواقب آن، لزوم اخذ رضایت بیمار قبل از انجام هر گونه اقدام درمانی و محرمانه نگه‌داشتن اسرار و اطلاعات بیمار را نام برد. در مقابل، بیمار نیز ملزم و متعهد می‌گردد تا هزینه درمان و حق‌الزحمه پزشک را به عنوان عوض قراردادی پرداخت کند. همچنین در اجرای بهتر تعهد پزشک به درمان بیمار باید با او مشارکت و همکاری نموده و اطلاعات لازم را در خصوص وضعیت سلامتی خود در اختیار پزشک قرار دهد.

تعهدات ناشی از قرارداد درمان به ویژه تعهدات پزشک به طور صریح و منسجم در حقوق برخی از کشورهای اروپایی به شایستگی مورد توجه قرار گرفته و در سند DCFR نیز به طور کامل بیان شده است، اما در حقوق ایران جای خالی این مقررات محسوس است و با توجه به

رواج گسترده قرارداد درمان و پیچیدگی روزافزون روابط پزشک و بیمار، تنظیم دقیق این مقررات بیشتر از گذشته احساس می‌شود. امید است که قانونگذار ایران با استفاده از تجربیات برخی از کشورهای پیشرو در این زمینه و با توجه به مقررات اسنادی همچون DCFR که قواعد مناسبی را در خصوص عقد درمان تهیه کرده است، با تدوین مقررات عقد درمان در کنار سایر عقود معین در قانون مدنی، به رابطه خطیر پزشک و بیمار سر و سامان بخشیده و گام بلندی در ارتقای سیستم سلامت و بهداشت جامعه بردارد تا هم پزشک و بیمار به حقوق و تعهدات خود آشنا باشند و هم قضات در برپایی عدالت و تمیز حق از باطل رویه واحدی را پیش رو بگیرند.

References

1. Mohaghegh Damamd SM. Medical Figh. Tehran: Legal Publishing; 2012. [Persian]
2. Katouzian N. Civil Liability Extra Contractual Obligation. Tehran: University of Tehran Press; 2011. Vol.2. [Persian]
3. Sadat Akhavi SM. Analyzing the Legal Bases of the Contracts between Physicians and Patients. Iran J Med Law 2012; 5(19): 11-46. [Persian]
4. Daryabari SMZ. The Principles of Professional Responsibility of Physicians. Journal of Islamic Law 2002; 3(6-7): 126-139. [persian]
5. Shojapurian S. The Position of Fault in Physicians Responsibility and Exemption. Legal and Diplomacy Research 2010; 12(28): 149-176. [Persian]
6. Alimohamadi T, Zarghoshnasab A. Wages for Medical Staff from the Viewpoint of Islamic Religions. Medical Figh 2014; 5(17): 37-69. [Persian]
7. Helli HYM. Tahrir Alahkam Alshareieh ala Almazhab Alemamieh. Qom. Imam Sadegh Alayhe Alsalam Institution; 1999. Vol.2. [Arabic]
8. Mirzaye Ghomi AMH. Jame Alshatat fi Ajobeh Alsoalat. Tehran. Keihan Institution; 1992. Vol.3. [Arabic]
9. Hakim SMT. Menhaj Alsalehin. Beirut. Daar Altaarof Lelmatboaat; 1989. Vol.2. [Arabic]
10. Ministry of Awqaf and Islamic Affairs- Alkoveit. Almosoeh Alfeghhieh. 1983. [Arabic]
11. Saleh F. Almasolieh Almadanieh Leltabib Deraseh Moghareneh fi Alghanon Alsoni va Alfaransi. Majaleh Jameeh Aldameshgh Leloloum Aeghtesadieh va Alghanonieh 2006; 22(1): 121-156. [Arabic]
12. G'Sell-Macrez F. Medical Malpractice and Compensation in France: Part I: the French Rules of Medical Liability since the Patients' Rights Law of March 4. 2002. Chicago: Chicago-Kent Law Review; 2011. Vol.86 p.1093-1123.
13. Hall MA. The Legal and Historical Foundations of Patients as Medical Consumers. The Georgetown Law Journal 2008; 96(2): 583-597.
14. Goldberg R. Medical Malpractice and Compensation in the UK. Chicago: Chicago-Kent Law Review; 2012. Vol.81 p.131-161.

15. Devereux J. Medical Law. Australia: Cavendish Publishing; 2002.
16. Matyas I. Current Issues in the Unification of European Contract Law. Miskolc. Miskolc: European Integration Studies; 2008. Vol.6 p.63-73.
17. Varul P. Performance and Remedies for Non-performance: Comparative Analysis of the PECL and DCFR. Tartu: Juridicia International; 2008. p.104-110.
18. Bartels SE, Giesen I. The Principles of European Law on Service Contract: the Rule on Medical Treatment in a Future Europe Compared to the Rules in the Netherlands. Netherland: Kluwer Law International; 2007. p.169-182.
19. Tabatabaei Yazdi SMK. Alorveh Alvosgha. Beirut: Alalami Lelmatboaat Institution; 1988. Vol.2. [Arabic]
20. Sadat Akhavi SM. The Legal Nature of Relation between Physician and Patient and its Cause. Iran J Med Law 2011; 5(18): 11-40. [Persian]
21. Emami SH. Civil Law. Tehran: Eslamie Publication; 2011. Vol.2. [Persian]
22. Von Bar CH. Clive, Eric and Others. Principles, Definitions and Model Rules of European Private Law, Draft Common Frame of Reference(DCFR), Study Group on a European Civil Code and the Research Group on EC Private Law(Acquis Group); 2009.
23. Oral T. The Definition of Legal Relationship between a Patient and Physician. Ankara: Ankara Bar Review; 2011. p.21-32.
24. Katouzian N. General Rules of Contract. Tehran: Joint Stock Publication; 2009. Vol.1. [Persian]
25. Salehi HR. Legal Nature of Treatment Contracts. Iran J Med Law 2014; 7(27): 127-160. [Persian]
26. Saleh F. Tasir Altaghadom Alelmi fi Majal Alteb Alhaivi ala Alhoghogh Almarzi Deraseh Ghanonieh Moghareneh. Majaleh Jameeh Aldameshgh Leloloum Aleghtesadie va Alghanonieh 2009; 25(2): 469-506. [Arabic]
27. Sadat Akhavi SM. Vocational Commitment of Physician: Source, Subject of Commitment and Appurtenance of the Subject of Commitment. Iran J Med Law 2013; 7(24): 11-46. [Persian]

28. Salehi HR, Abbasi M. Analyze of the Nature of Medical Obligations and their Examples with Comparative Study. *Iran J Med Law* 2011; 5(16): 39-58. [Persian]
29. Vandenberghe AS. The Role of Information Deficiencies in Contract Enforcement. *Erasmus Law Review* 2010; 3(1): 71-91.
30. Plante ML. Some Legal Problems in Medical Treatment and Research, An Analysis of "Informed Consent". *New York: Fordham Law Review*; 1968. Vol.36 p.639-672.
31. Diurni A. The Evolution of Physician-patient Relationship: from Information to Counseling. *Comparative Law review*; 2012. vol.3.
32. King JS, Moulton B. Rethinking Informed Consent: The Case for Shared Medical Decision-Making. *American Journal of Law & Medicine* 2006; 32(4): 429-501.
33. Goffin T, Nys H, Borry P, Dierickx K. Patient Rights in the EU (Greece). *Leuven: European Ethical- Legal Papers N6*; 2007.
34. General Medical Council. *Manchester: Confidentiality*; 2009.
35. Alsharghavi AE. Eltezam Altajib Hefz Asrar Almarzi Alasl va Alestesna(Deraseh fi Tashriaat Mesr va Alemarat va Alkoveit Moghareneh benosos Almisagh Aleslami Alalami Lelakhlaghiat Altajieh va Alseheh). *Majaleh Alhoghogh* 2008; 23(3): 179-282. [Arabic]
36. Tabatabaei SMS, Shanivar GH. The Typology the Obligation and Liability of Physician in Cosmetic and Reconstructive Surgery. *Medical Fighh* 2014; 5(17): 163-190. [Persian]
37. Jafari Tabar H. from Austin Physicians a Promise of Civil Liability of Physicians. *Faculty of Law and Political Science Journal* 1989; 41(0): 61-78. [Persian]
38. Moran PJ. A Military Exception to Informed Consent: *Due v. Sullivan*. *St. John's Law Review* 1992; 66(3): 847-863.
39. Bunting AP. Guiding Principles in Medical Law: The Ability to Treat. A thesis submitted to the University of Birmingham for the degree of Master of Laws; 2005.
40. Puran N. Ulysses Contract (Bound to Treat or Free to choose?). *York: The York Scholar*; 2005. Vol.2 p.42-51.

41. Pavalon EI. Human Rights and Health Care Law. American Journal of Nursing Co. Educational Services Division; 1980.
42. Meredith PH. Patient participation in decision-making and consent to treatment: the case of general surgery. *Sociology of Health & Illness* 1993; 15(3): 315-336.
43. Sharifi SE, Saghafi M. Fees in the Treatment Contract. *Journal of Legal Ideas* 2012; 1(2): 84-107. [Persian]
44. Katouzian N. Civil Liability Extra Contractual Obligation. Tehran: University of Tehran Press; 2010. Vol.1. [Persian]
45. Coulter A, Parsons S, Askham J. Where are the patient in decision-making about their own care?. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
46. Gilhooly MML, McGhee SM. Medical Records: Practicalities and Principles of Patient Possession. *Journal of Medical Ethics* 1991; 17(3): 138-141.
47. Khansari AJ. Persion Explanation Of Gharar Alhakam va Dorar Alkalam Amodi. Qom: The Publication of Propaganda Office; 1987. [Persian]
48. Shoarian E. The Obligation of Obligee to Cooperate in order to perform the Contract. *Private Law* 2011; 8(1): p.109-138. [Persian]