

شناسایی ابعاد حقوقی قراردادهای درمان

در نظام حقوقی ایران و حقوق بین الملل

(تاریخ دریافت ۱۴۰۴/۰۷/۱۵، تاریخ تصویب ۱۴۰۴/۱۲/۰۳)

سارا میناوی

چکیده

قراردادهای درمان در نقطه تلاقی حقوق خصوصی، حقوق عمومی و اخلاق پزشکی قرار دارند و همین موقعیت بین رشته‌ای سبب می‌شود تحلیل آن‌ها صرفاً با اتکا به قواعد عمومی قراردادها کافی نباشد. در عمل، رابطه پزشک یا مؤسسه درمانی با بیمار گاه در قالب توافق صریح شکل می‌گیرد و گاه در اثر مراجعه بیمار و پذیرش درمان به صورت ضمنی و مبتنی بر عرف حرفه‌ای محقق می‌شود. با این حال، نتیجه حقوقی واحدی پدید می‌آید: مجموعه‌ای از تعهدات متقابل که محور آن حفظ کرامت انسانی، صیانت از خودمختاری بیمار، رعایت استانداردهای علمی و حرفه‌ای، و جبران خسارت‌های ناشی از نقض تعهدات است. مسئله اصلی این پژوهش شناسایی و طبقه‌بندی ابعاد حقوقی قراردادهای درمان در حقوق ایران و مقایسه آن با چارچوب‌های بین‌المللی و برخی تجربه‌های تطبیقی است؛ از جمله اینکه قرارداد درمان از حیث ماهیت و آثار حقوقی با کدام دسته از قراردادها نزدیک‌تر است، قلمرو تعهدات پزشک و بیمار چگونه ترسیم می‌شود، نقش رضایت آگاهانه و رازداری پزشکی در ساختار قراردادی چیست، و در صورت تخلف یا خطا، نظام مسئولیت چگونه سامان می‌یابد. مقاله با روش توصیفی تحلیلی و با اتکا به منابع حقوقی فارسی و انگلیسی نشان می‌دهد که حقوق ایران گرچه مقررات پراکنده و نسبتاً پرشمار در حوزه مسئولیت و انتظامات حرفه‌ای دارد، اما از



حیث تنظیم صریح «عقد درمان» به عنوان عقدی معین، به صراحت و انسجام برخی نظام‌های خارجی نرسیده است. با این وجود، از دل قواعد عمومی قراردادها، اصول فقهی و مقررات خاص، می‌توان چارچوبی نسبتاً منسجم برای ارکان، تعهدات و مسئولیت‌های ناشی از قرارداد درمان استخراج کرد. در پایان، راهکارهایی برای نزدیک کردن رویه و تقنین به نیازهای نوپدید مانند درمان از راه دور، مدیریت داده‌های سلامت و شروط قراردادی جدید پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: قرارداد درمان، رضایت آگاهانه، تعهد به وسیله، مسئولیت پزشک، حقوق بیمار، حقوق بین الملل

مقدمه

قرارداد درمان در ظاهر، توافقی ساده برای ارائه خدمت پزشکی و پرداخت هزینه آن است. اما واقعیت اجتماعی و حقوقی درمان نشان می‌دهد که این رابطه، رابطه‌ای عادی مانند خرید و فروش یا اجاره نیست؛ موضوع آن سلامت و گاه حیات انسان است، طرفین از حیث دانش و اطلاعات در موقعیت برابر نیستند، و نتیجه نهایی درمان نیز همیشه تحت کنترل درمانگر قرار ندارد. همین ویژگی‌ها سبب می‌شود حقوق، برای تنظیم این رابطه از یک سو به قواعد عمومی قراردادها و از سوی دیگر به قواعد ویژه اخلاق پزشکی، استانداردهای حرفه‌ای، و اصول حمایت از بیمار تکیه کند. از منظر سیاست حقوقی نیز قراردادهای درمان در مرکز مطالبات



عمومی درباره کیفیت خدمات سلامت، عدالت درمانی، پاسخگویی حرفه‌ای و اعتماد اجتماعی قرار دارند.

در حقوق ایران، اصطلاح «قرارداد درمان» در ادبیات حقوقی و در برخی پژوهش‌ها رواج یافته است و بر پایه آن تلاش شده رابطه پزشک و بیمار در قالب یک رابطه قراردادی تحلیل شود، بی‌آنکه قانون مدنی به عنوان متن کلاسیک حقوق خصوصی، فصل مستقل و صریحی را به آن اختصاص داده باشد. در مقابل، برخی نظام‌های حقوقی در دهه‌های اخیر به سمت تنظیم دقیق‌تر این رابطه حرکت کرده‌اند؛ نمونه برجسته آن، جای دادن «قرارداد درمان» در قانون مدنی آلمان و نیز بحث‌های اروپایی درباره الگوهای هماهنگ‌ساز در قرارداد خدمات پزشکی است. آنچه ضرورت مطالعه حاضر را تقویت می‌کند، افزایش پیچیدگی درمان در عصر فناوری است. درمان‌های مبتنی بر هوش مصنوعی، تله‌مدیسین، گردشگری سلامت، تبادل فرامرزی داده‌های پزشکی و حتی الگوهای جدید پرداخت و بیمه، همگی مرزهای سنتی قرارداد درمان را جابه‌جا کرده‌اند. در چنین فضایی، شناسایی ابعاد حقوقی قراردادهای درمان و مقایسه آن با اصول بین‌المللی نه تنها از جهت نظری، بلکه برای طراحی قواعد کارآمد و حل اختلافات عملی اهمیت دارد.

بخش اول: کلیات و مفهوم شناسی قراردادهای درمان

قرارداد درمان را می‌توان توافقی دانست که به موجب آن، درمانگر یا ارائه‌کننده خدمت سلامت متعهد می‌شود در چارچوب دانش روز و استانداردهای حرفه‌ای، اقداماتی را برای تشخیص، پیشگیری، مراقبت یا درمان انجام دهد و بیمار نیز متعهد می‌شود همکاری‌های لازم را به عمل آورد و در صورت تعلق، هزینه‌های مربوط را بپردازد. در سطح مفهومی، قرارداد



درمان صرفاً یک «قرارداد ارائه خدمت» نیست؛ زیرا موضوع آن با حقوق شخصیت، تمامیت جسمانی و حیثیت انسانی پیوند دارد و به همین دلیل، مؤلفه‌های حمایتی و اخلاقی در آن پررنگ‌تر از بسیاری قراردادهای دیگر است.

ویژگی نخست قرارداد درمان، عدم تقارن اطلاعاتی است. بیمار معمولاً امکان ارزیابی علمی درمان، عوارض و گزینه‌های جایگزین را ندارد و ناگزیر به اعتماد به درمانگر است. از منظر حقوق قراردادهای، این عدم تقارن، اهمیت تعهد به اطلاع رسانی و رضایت آگاهانه را دوچندان می‌کند و حتی می‌تواند در تحلیل عیوب اراده، تدلیس، یا سوءاستفاده از وضعیت اضطرار بیمار اثرگذار باشد.

ویژگی دوم، پیوند نزدیک قرارداد درمان با نظم عمومی و اخلاق حسنه است. حتی اگر بیمار بخواهد از برخی حقوق بنیادین خود مانند دریافت اطلاعات ضروری یا رعایت حریم خصوصی صرف نظر کند، چنین صرف نظری همیشه معتبر نیست؛ زیرا بخشی از قواعد حمایتی در این حوزه ناظر به منافع عمومی و اعتماد اجتماعی به نظام سلامت است. از همین رو، قرارداد درمان یک قرارداد صرفاً ارادی و خصوصی نیست و رنگ و بوی قواعد آمره و الزامات حرفه‌ای را به همراه دارد.

ویژگی سوم، تنوع اشکال تحقق قرارداد است. در بسیاری از موارد، قرارداد درمان به صورت ضمنی شکل می‌گیرد؛ بیمار مراجعه می‌کند، پذیرش انجام می‌شود و درمان آغاز می‌گردد. در خدمات بیمارستانی نیز ممکن است طرف قرارداد از نگاه بیمار «بیمارستان» باشد، در حالی که اقدام درمانی توسط پزشک یا تیم درمان انجام می‌شود. این ساختار چندلایه، در تعیین طرف مسئول و تحلیل مسئولیت تضامنی یا توزیع مسئولیت نقش تعیین کننده دارد.



بخش دوم: مبانی حقوقی قرارداد درمان در نظام حقوقی ایران

هرچند قانون مدنی ایران عنوان مستقل «قرارداد درمان» را نمی‌شناسد، اما این به معنای فقدان ظرفیت حقوقی برای تحلیل قراردادی درمان نیست. نخستین مبنا، اصل حاکمیت اراده و آزادی قراردادهای است که امکان می‌دهد اشخاص در چهارچوب قانون، قراردادهایی را منعقد کنند که نام و قالب مشخص در قانون ندارند. از این منظر، قرارداد درمان غالباً در زمره قراردادهای نامعین قرار می‌گیرد و تابع قواعد عمومی قراردادهای است.

مبنای دوم، قواعد عام مسئولیت و جبران خسارت است. حتی اگر در موردی رابطه قراردادی محل تردید باشد، قواعد جبران خسارت می‌تواند نقش مکمل را ایفا کند. با این حال، اهمیت تحلیل قراردادی در این است که بسیاری از تعهدات کلیدی درمان مانند تعهد به مراقبت حرفه‌ای، تعهد به اطلاع رسانی، و تعهد به رازداری، به نحو طبیعی در چارچوب قرارداد قابل صورت بندی است و این صورت بندی به دادرس کمک می‌کند مسیر اثبات و ارزیابی تقصیر را دقیق‌تر سامان دهد.

مبنای سوم، قواعد فقهی و اخلاقی پذیرفته شده در حقوق ایران است. در فقه امامیه، بحث اذن و رضایت در تصرف در بدن انسان، جایگاه محوری دارد و همین امر به تقویت نقش رضایت آگاهانه در قرارداد درمان می‌انجامد. همچنین، قواعدی مانند لاضرر و اتلاف و تسبیب، در کنار قواعد الزام به وفای به عهد، امکان تحلیل چندلایه مسئولیت درمانگر را فراهم می‌کند.

مبنای چهارم، مقررات و اسناد مرتبط با حقوق بیمار است. منشور حقوق بیمار در ایران، هرچند به معنای دقیق کلمه قانون مدنی نیست، اما چارچوبی هنجاری ارائه می‌کند که در تفسیر



تعهدات قراردادی و استانداردهای رفتاری ارائه کنندگان خدمات سلامت اثرگذار است و بر محورهایی مانند دریافت مطلوب خدمت، حق انتخاب و تصمیم گیری، احترام به حریم خصوصی و امکان شکایت تأکید می‌کند.

نکته مهم در نظام حقوقی ایران این است که پراکندگی منابع باعث می‌شود دادرس و حقوقدان برای بازسازی قرارداد درمان به مجموعه‌ای از قواعد متنوع تکیه کند. همین پراکندگی، هم فرصت انعطاف ایجاد می‌کند و هم خطر ناهمسانی رویه‌ها را به همراه دارد.

بخش سوم: ارکان، شرایط و آثار قراردادهای درمان

برای تحقق قرارداد درمان، وجود اراده معتبر، اهلیت طرفین، موضوع معین و جهت مشروع ضروری است. در عمل، اراده بیمار گاه تحت فشار اضطراب جسمی و روانی شکل می‌گیرد. اضطراب به خودی خود اراده را باطل نمی‌کند، اما می‌تواند سطح انتظار از اطلاع رسانی، ضرورت رعایت انصاف، و حساسیت نسبت به شروط سنگین یا مبهم را افزایش دهد.

اهلیت نیز در درمان اهمیت ویژه دارد. بیمار ممکن است صغیر، محجور یا فاقد ظرفیت تصمیم‌گیری باشد. در این وضعیت، نقش نماینده قانونی یا تصمیم‌گیرنده جایگزین مطرح می‌شود. اما حتی در این حالت نیز اصل احترام به شخصیت بیمار ایجاب می‌کند تا حد امکان نظر و خواست او شنیده و در تصمیم‌گیری لحاظ شود، به ویژه در مواردی که بیمار در بخشی از فرایند درمان توان تصمیم معقول دارد.

موضوع قرارداد درمان غالباً «اقدام درمانی» است نه «نتیجه قطعی درمان». این تمایز بنیادین، قرارداد درمان را از برخی قراردادهای نتیجه محور جدا می‌کند. البته در برخی حوزه‌ها مانند



برخی خدمات زیبایی یا آزمایش‌های مشخص، ممکن است انتظار نتیجه ملموس بیشتر باشد؛ اما حتی در این موارد نیز باید میان تضمین نتیجه به معنای تعهد قطعی و تعهد به رعایت استاندارد حرفه‌ای تفکیک کرد. یکی از مباحث نوین، امکان درج شرط «تضمین نتیجه» یا شرط جبران در صورت عدم حصول نتیجه است که تحلیل صحت و حدود آن نیازمند دقت فقهی و حقوقی است و در پژوهش‌های جدید نیز مورد بحث قرار گرفته است.

از حیث آثار، قرارداد درمان مجموعه‌ای از تعهدات اصلی و تبعی ایجاد می‌کند. تعهدات اصلی درمانگر معمولاً شامل تشخیص و درمان مطابق استاندارد، مراقبت و پایش، و در موارد لازم ارجاع به متخصص دیگر است. تعهدات تبعی شامل اطلاع رسانی، حفظ اسرار، تنظیم پرونده پزشکی، احترام به کرامت بیمار، و رعایت ایمنی و بهداشت حرفه‌ای است.

در سوی دیگر، بیمار نیز تعهداتی دارد: ارائه اطلاعات صحیح درباره سابقه بیماری، همکاری با دستورهای منطقی درمان، رعایت نوبت‌ها و پیگیری‌ها، و پرداخت هزینه در حدود قرارداد و تعرفه‌های مربوط. عدم همکاری بیمار می‌تواند رابطه سببیت را در مسئولیت مدنی دگرگون سازد یا به عنوان تقصیر مشارکتی در کاهش میزان جبران خسارت اثر داشته باشد.

بخش چهارم: تعهدات پزشک و بیمار و استانداردهای قراردادی

هسته تعهد پزشک در قرارداد درمان، تعهد به رعایت استاندارد حرفه‌ای است. استاندارد حرفه‌ای مفهومی ایستا نیست؛ با پیشرفت علم و تغییر پروتکل‌ها تحول می‌یابد. بنابراین، تعهد پزشک به معنای به کارگیری دانش و مهارت متعارف و احتیاط لازم در شرایط زمانی و مکانی ارائه خدمت است. ارزیابی این تعهد، غالباً به نظر کارشناسی و عرف تخصصی وابسته است، اما



تصمیم نهایی باید با معیارهای حقوقی مانند پیش بینی پذیری خطر، امکان اجتناب از ضرر، و تناسب اقدام سنجیده شود.

تعهد به اطلاع رسانی و رضایت آگاهانه، ستون دوم قرارداد درمان است. رضایت در درمان، صرف «رضایت شکلی» نیست که با امضای یک فرم تحقق یابد، بلکه نتیجه یک فرایند ارتباطی است. بیمار باید اطلاعات متناسب با وضعیت خود درباره ماهیت مداخله، منافع مورد انتظار، خطرات مهم و رایج، گزینه‌های جایگزین و پیامدهای ترک درمان دریافت کند. در اسناد بین‌المللی مرتبط با زیست پزشکی نیز همین مضمون با صراحت بیان شده است. برای نمونه، کنوانسیون اروپایی حقوق بشر و زیست پزشکی رضایت آزاد و آگاهانه را شرط مداخله در حوزه سلامت می‌داند و بر ارائه اطلاعات مناسب پیشینی تأکید می‌کند.

تعهد به رازداری و حفظ حریم خصوصی، از تعهدات بنیادی است. اعتماد بیمار به درمانگر بدون رازداری امکان شکل‌گیری ندارد. با این حال، رازداری مطلق نیست و در مواردی مانند ضرورت پیشگیری از خطر جدی برای دیگران یا تکالیف قانونی می‌تواند محدود شود. در پژوهش‌های تطبیقی نیز نشان داده شده که تکلیف اطلاع رسانی یا هشدار در برخی شرایط حتی فراتر از بیمار و در جهت حفاظت از اشخاص ثالث مطرح می‌شود.

تعهد به تنظیم و نگهداری پرونده پزشکی و امکان دسترسی بیمار به اطلاعات درمانی نیز به عنوان یک تعهد قراردادی و حرفه‌ای اهمیت یافته است. پرونده پزشکی علاوه بر نقش درمانی، در حل اختلافات حقوقی و اثبات رعایت استانداردها نقش کلیدی دارد. فقدان یا نقص پرونده، می‌تواند به ضرر درمانگر در ارزیابی تقصیر و اثبات انجام تعهدات تمام شود.



از سوی بیمار، تعهد به همکاری یک تعهد مبهم و نیازمند تفسیر دقیق است. همکاری به معنای اطاعت بی چون و چرا نیست، بلکه انجام رفتارهای معقول برای پیشبرد درمان است. اگر بیمار تصمیم به رد درمان بگیرد، اصل خودمختاری او باید محترم شمرده شود، اما در عین حال درمانگر باید پیامدها را روشن کند و مستندسازی لازم انجام دهد تا تعارضات بعدی کاهش یابد.

بخش پنجم: مسئولیت ناشی از نقض قرارداد درمان و شیوه های جبران خسارت

نقض قرارداد درمان می تواند در قالب ترک فعل، فعل نامناسب، یا ارائه اطلاعات ناقص رخ دهد. در تحلیل مسئولیت، نخست باید مشخص شود مبنای دعوا قراردادی است یا خارج از قرارداد. در بسیاری از پرونده ها، هر دو مبنا قابلیت طرح دارد و انتخاب هر کدام بر بار اثبات، مرور زمان، و نحوه ارزیابی رابطه سببیت اثر می گذارد.

مسئولیت قراردادی معمولاً بر پایه اثبات وجود قرارداد، نقض تعهد و ورود خسارت شکل می گیرد. در قرارداد درمان، اثبات قرارداد غالباً دشوار نیست زیرا مراجعه و پذیرش و شروع درمان قرینه روشن است. گره اصلی در اثبات «نقض تعهد» و «رابطه سببیت» است. از آنجا که تعهد پزشک غالباً تعهد به وسیله است، بیمار باید نشان دهد درمانگر از استاندارد حرفه ای عدول کرده است. در مطالعات تطبیقی نیز تأکید شده که مسئولیت پزشک غالباً مسئولیت محض نیست و نیازمند احراز تقصیر یا دست کم احراز تخطی از معیار مراقبت است.

با این حال، در برخی موارد می توان از قرائن برای تسهیل اثبات استفاده کرد. برای مثال، اگر عارضه ای بسیار غیرمتعارف رخ دهد که معمولاً در صورت رعایت اصول فنی پیش نمی آید،



یا اگر پرونده پزشکی ناقص باشد، ممکن است دادرس به سمت اماره تقصیر یا تغییر بار اثبات حرکت کند. هدف چنین رویکردی، برقراری توازن میان طرفی است که ابزارهای فنی و اطلاعاتی در اختیار دارد و طرفی که غالباً از آن محروم است.

جبران خسارت در حوزه درمان محدود به هزینه‌های درمانی نیست. خسارت بدنی، از کارافتادگی، هزینه‌های آینده، و خسارت معنوی در مواردی که قانون و رویه اجازه دهد قابل طرح است. در کنار مسئولیت مدنی، سازوکارهای انتظامی و اخلاقی نیز نقش مکمل دارند و می‌توانند به اصلاح رفتار حرفه‌ای و پیشگیری از تکرار خطا کمک کنند، هرچند جایگزین جبران خسارت خصوصی نمی‌شوند. مسئولیت ناشی از نقض تعهد اطلاع رسانی نیز اهمیت روزافزون دارد. حتی اگر اقدام پزشکی از نظر فنی صحیح باشد، فقدان رضایت معتبر می‌تواند مداخله را غیرمجاز جلوه دهد و مسئولیت ایجاد کند. در اسناد اخلاق زیستی جهانی نیز رضایت آگاهانه به عنوان شرط مداخله تشخیصی و درمانی به رسمیت شناخته شده است. مسئولیت مراکز درمانی در کنار مسئولیت پزشک نیز از مسائل کلیدی است. بیمار غالباً مرکز درمانی را طرف اصلی می‌بیند. در برخی نظام‌های حقوقی، قواعدی برای مسئولیت مشترک و حتی تضامنی در درمان‌های سازمانی پیش بینی شده است تا بیمار در گیر پیچیدگی تشخیص عامل دقیق خطا نشود. بحث مسئولیت مشترک در قراردادهای درمان در حقوق تطبیقی، از جمله در تجربه‌های اروپایی، مورد توجه قرار گرفته است.

بخش ششم: ابعاد بین المللی و تطبیقی قرارداد درمان

مطالعه بین‌المللی قرارداد درمان را می‌توان در سه سطح دنبال کرد. سطح نخست، اسناد حقوق بشری و اخلاق زیستی است که اصول کلی را ارائه می‌کنند. این اصول عبارتند از کرامت



انسانی، خودمختاری، منع تبعیض، دسترسی منصفانه به خدمات سلامت، و رضایت آگاهانه. اعلامیه‌های حرفه‌ای مانند اعلامیه لیسبون درباره حقوق بیمار نیز بر حقوقی مانند حق انتخاب پزشک، حق دریافت اطلاعات، حق محرمانگی و حق شکایت تأکید می‌کنند.

سطح دوم، اسناد منطقه‌ای الزام آور یا شبه الزام آور است. کنوانسیون اروپایی حقوق بشر و زیست پزشکی نمونه‌ای مهم است که رضایت آزاد و آگاهانه را قاعده بنیادین مداخلات پزشکی می‌شناسد و امکان پس گرفتن رضایت را نیز به رسمیت می‌شناسد.

در کنار تقنین ملی، بحث همگرایی و طراحی مدل‌های فراملی نیز مطرح است. آثار پژوهشی درباره امکان شکل‌گیری مدل «قرارداد درمان» در اروپا نشان می‌دهد که گرچه نظام‌های حقوقی در جزئیات متفاوت‌اند، اما از حیث اصول کلان مانند محوریت رضایت، تعهد به مراقبت حرفه‌ای و حمایت از بیمار، ظرفیت همسویی قابل توجهی وجود دارد.

برای حقوق ایران، این تجربه‌ها دو فایده دارد. نخست، در سطح تفسیر، می‌توان از اصول مشترک برای پر کردن خلأهای داخلی استفاده کرد، به ویژه در حوزه‌هایی مانند پرونده پزشکی، اطلاع رسانی مؤثر، و استانداردهای ایمنی. دوم، در سطح تقنین، می‌توان به سمت تجمیع و شفاف‌سازی قواعد پراکنده حرکت کرد، بی‌آنکه الزاماً تقلید شکلی از مدل‌های خارجی صورت گیرد.

بخش هفتم: چالش‌های نوپدید و بازتعریف قلمرو قرارداد درمان

یکی از چالش‌های نوپدید، درمان از راه دور و ارائه مشاوره پزشکی در بسترهای دیجیتال است. در این فضا، تعیین زمان انعقاد قرارداد، احراز هویت بیمار و درمانگر، استانداردهای



اطلاع رسانی، امنیت داده‌ها و مسئولیت ناشی از خطا پیچیده‌تر می‌شود. قرارداد درمان دیجیتال غالباً به قراردادهای پلتفرمی گره می‌خورد و طرف‌های متعددی مانند شرکت فناوری، ارائه دهنده زیرساخت، و پزشک را وارد رابطه می‌کند. راه حل حقوقی، تفکیک نقش‌ها و تعیین دقیق تعهدات هر بازیگر است، همراه با الزام به شفافیت در شرایط استفاده و تضمین محرمانگی و امنیت داده‌ها.

چالش دوم، داده‌های سلامت و مالکیت و دسترسی به آن‌ها است. پرونده پزشکی دیگر فقط یک پوشه کاغذی نیست؛ مجموعه‌ای از داده‌های قابل انتقال و تحلیل است که ارزش اقتصادی نیز پیدا کرده است. در قرارداد درمان، باید روشن باشد داده‌ها برای چه مقاصدی قابل استفاده است، حدود رضایت بیمار برای استفاده پژوهشی یا آموزشی چیست، و در صورت نقض امنیت داده‌ها مسئولیت چگونه توزیع می‌شود.

چالش سوم، شروط قراردادی نامتعارف است؛ مانند شرط تضمین نتیجه، شرط محدودسازی مسئولیت، یا شروط مالی خاص. تحلیل این شروط باید با توجه به نامتوازن بودن قدرت چانه زنی، وضعیت اضطرار، و ارتباط قرارداد با کرامت انسانی انجام شود. پژوهش‌های جدید درباره شرط تضمین نتیجه در قرارداد درمان نشان می‌دهد که باید میان تعهد به تلاش و تعهد به نتیجه واقعی تفکیک کرد و در صورت تبدیل درمان به تعهد نتیجه قطعی، خطر بطلان شرط یا دست کم تعارض با معیارهای امکان و مشروعیت مطرح می‌شود.

چالش چهارم، درمان‌های تیمی و سازمانی است. در بیمارستان‌های بزرگ، درمان حاصل کار مجموعه‌ای از پزشکان، پرستاران، تکنسین‌ها و مدیران است. قرارداد درمان در اینجا ماهیت شبکه‌ای پیدا می‌کند. برای حمایت از بیمار، لازم است سازوکارهای مسئولیت جمعی و



مدیریت ریسک تقویت شود و بیمار درگیر تفکیک دقیق خطای فردی نشود، مگر در مرحله توزیع مسئولیت میان عوامل.

نتیجه گیری

قراردادهای درمان در حقوق ایران، با وجود فقدان فصل مستقل در قانون مدنی، قابلیت بازسازی منسجم دارند؛ به شرط آنکه قواعد عمومی قراردادها، اصول فقهی مرتبط با اذن و ضمان، مقررات مسئولیت و استانداردهای حرفه‌ای به صورت هماهنگ تفسیر شوند. ماهیت قرارداد درمان در اغلب موارد مبتنی بر تعهد به وسیله است و از درمانگر انتظار رعایت استاندارد علمی و احتیاط حرفه‌ای می‌رود، نه تضمین نتیجه قطعی. در عین حال، تعهدات تبعی مانند اطلاع رسانی، رازداری، تنظیم پرونده و احترام به کرامت بیمار، در ساختار این قرارداد نقش اساسی دارند و نقض آن‌ها می‌تواند مستقل از خطای فنی درمان، مسئولیت ایجاد کند.

مقایسه با حقوق بین الملل و تجربه‌های تطبیقی نشان می‌دهد که اصول مشترکی در حال تثبیت است: محوریت رضایت آزاد و آگاهانه، حق دسترسی بیمار به اطلاعات، لزوم حفاظت از داده‌ها و محرمانگی، و امکان پاسخگویی مؤثر در برابر خطا. بهره‌گیری از این اصول می‌تواند خلأهای داخلی را در تفسیر و تقنین کاهش دهد، به ویژه در حوزه‌های نوپدید مانند تله‌مدیسین و مدیریت داده‌های سلامت.

بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در سطح تقنینی، مقررات پراکنده مربوط به تعهدات درمانگر و حقوق بیمار تجمیع و شفاف شود و مفاهیمی مانند «تعهد به اطلاع رسانی مؤثر»، «پرونده پزشکی استاندارد» و «مسئولیت مراکز درمانی در درمان‌های سازمانی» با زبان حقوقی دقیق‌تر تنظیم گردد. در سطح رویه‌ای، توسعه معیارهای کارشناسی واحد و الزام به مستندسازی کامل



فرایند اطلاع رسانی و رضایت، می تواند هم حقوق بیمار را تضمین کند و هم از درمانگر در برابر ادعاهای غیرموجه حمایت نماید. در نهایت، قرارداد درمان باید به گونه ای تفسیر شود که اعتماد اجتماعی به نظام سلامت را تقویت کند و میان حمایت از بیمار و امکان فعالیت حرفه ای درمانگر توازن برقرار سازد.



منابع و مآخذ

۱. آجوری عیاسک، عاطفه؛ محمدحسینی، صدیقه. «مطالعه تطبیقی مسئولیت مدنی پزشک در برابر اشخاص غیربیمار در حقوق ایران و امریکا». مجله مطالعات حقوقی دانشگاه تهران، مقاله انگلیسی با عنوان *A Comparative Study of Physicians Civil Liability to Non-Patients in Iran and U.S.A.*
۲. مجتهد سلیمانی، ابوالحسن؛ حکیم، محمود؛ خزائی، سیدعلی. «مطالعه تطبیقی مسئولیت مدنی پزشک در نظام حقوقی ایران و مصر». جامعه پژوهی فرهنگی، دوره ۱۶، شماره ۱، بهار ۱۴۰۴، صفحات ۲۲۷ تا ۲۵۳.
۳. شعاریان، ابراهیم؛ عبادزاده، حجت. «تعهدات ناشی از قرارداد درمان با تأکید بر طرح چارچوب مشترک مرجع». *(DCFR)* فصلنامه حقوق پزشکی، پاییز ۱۳۹۵، شماره ۳۸، صفحات ۴۲ تا ۷۴.
۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. «منشور حقوق بیمار». نسخه اعلام شده در سال ۲۰۰۹، چارچوب پنج‌محوری و ۳۷ بند.
۵. قانون مدنی جمهوری اسلامی ایران. مصوب ۱۳۰۷ با اصلاحات بعدی.
۶. قانون مسئولیت مدنی. مصوب ۱۳۳۹.
- *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine (Oviedo Convention). Council of Europe, 1997, entered into force 1999, Article 5 on consent.*
- *UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Adopted by the General Conference of UNESCO, 19 October 2005, Article 7 on consent.*



- World Medical Association. *WMA Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient*. Adopted ۱۹۸۱, amended ۱۹۹۵, editorially revised ۲۰۰۵, reaffirmed ۲۰۱۵.
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). §§ ۶۳۰a ff. *Behandlungsvertrag* (Treatment Contract), Germany.
- Glanowski, Grzegorz. "How to Regulate a Contract with a Medical Treatment Element". *Forum Prawnicze*, ۲۰۲۳.
- "Europe Towards a Pan-European Treatment Contract". In: *SpringerLink book chapter*, ۲۰۲۲.