

حق الزحمه در قرارداد درمان*

دکتر سید الهام الدین شریفی

استادیار گروه حقوق دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)

مریم تقفی

دانش آموخته کارشناسی ارشد حقوق خصوصی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)

چکیده

حق الزحمه در قرارداد درمان عوضی است که در مقابل سلامتی انسان‌ها قرار می‌گیرد. به لحاظ مقتضیات امور پزشکی و درمانی، تعیین دقیق نوع خدمات و هزینه‌های آن قبل از شروع درمان امکان‌پذیر نیست. این درحالیست که معلوم نمودن مورد معامله از شرایط اساسی صحت معاملات بوده و حداقل علم اجمالی به خدمات و هزینه‌های قابل پیش‌بینی ضروری است. اگرچه این مسئله در برخی نظامهای حقوقی با قاعده کفایت قابل معلوم شدن مورد معامله از طریق ارجاع به ضوابط نوعی، مشکلات کمتری دارد. حتی در برخی از موارد نظیر خدمات اورژانس، تعیین این حداقل‌ها نیز ممکن نبوده و اعتبار قرارداد مورد تردید قرار می‌گیرد.

از سوی دیگر، بدلیل موقعیت نابرابر طرفین این قرارداد، دولت در جهت حمایت از حقوق بیماران و جلوگیری از سوءاستفاده رایبه کنندگان خدمات در تحمیل هزینه‌های گزاف، نرخ خدمات مختلف را در قالب تعرفه‌هایی رایبه و ضمانت اجرای تخلف از آن را مقرر می‌کند. اما مبلغ و میزان تبعیت از تعرفه‌ها در مراکز درمانی مختلف از قبیل دولتی، خصوصی و خیریه متفاوت است. لذا تبیین چگونگی معلوم شدن حق الزحمه درمان در موارد ارجاع به تعرفه‌ها یا موارد عدم هرگونه ارجاعی، علیرغم عدم تعیین حق الزحمه در قرارداد و همچنین درمان بدون قرارداد، اهمیت زیادی دارد.

واژگان کلیدی:

قرارداد درمان، حق الزحمه، بیمار، مراکز درمانی، تعرفه

* تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۱۱/۱۴

تاریخ پذیرش نهایی: ۹۱/۴/۲۵

نشانه پست الکترونیکی نویسنده: Dr.sharifi.se@gmail.com

قرارداد درمان قراردادی آشنا ولی گمنام است. قراردادی که هر روزه هزاران بار منعقد می‌شود، بدون آنکه متعاقدين آن بدانند اقدام حقوقی آنان چیست و چه آثاری دارد. نه تنها عامه مردم، بلکه بسیاری از حقوقدانان نیز با نام چنین قراردادی بیگانه هستند. از اینرو، درحالی‌که موضوع قرارداد درمان، با ارزشترین سرمایه هر انسان یعنی سلامتی اوست، معاملاتی نظیر بیع، اجاره، وکالت و شرکت به مراتب از جایگاه ارزنده‌تری برخوردارند. کم توجهی حقوقدانان به این مقوله سبب شده است، هرگونه تخلفی بدون آگاهی بیماران به سادگی امکان‌پذیر باشد. عدم رعایت تعرفه‌های قانونی، تعیین حق الزحمه دلخواه بویژه در بخش خصوصی و بدون مذاکره با بیماران، عدم اطلاع‌رسانی صحیح به بیماران، از جمله معضلات اینگونه قراردادهاست. این امور تا جایی است که از منظر حقوقی، اکثر قراردادهای منعقد شده بدلیل فقدان شرایط اساسی معاملات محکوم به بطلان می‌شوند. در میان مسائل متعدد قرارداد درمان، حق الزحمه قابل پرداخت از سوی بیماران، موضوع پیچیده و مهمی است که مباحث حقوقی بسیاری را بجا گذاشته است. در فقه نظریات متعددی در باب اجرت پزشک بیان شده است. برخی اقدامات پزشکان را از روی احسان و بخصوص در مواقع اورژانسی از واجبات عینی می‌دانند که مطالبه اجرت برای آن جایز نیست. برخی دیگر معتقدند وضعیت اضطراری بیمار حق دریافت اجرت را سلب نمی‌کند (زرقا، ۱۵۹ به نقل از شیخ مبارک، ۱۳۸۹: ۱۹۷-۱۹۶) و اعمال پزشک از جمله واجبات کفایی بوده و مطالبه دستمزد مباح می‌باشد (محقق داماد، ۱۳۸۹: ۱۲۷). در غالب نظامهای حقوقی مانند انگلیس، ایران و نظام حقوق اروپایی با شناسائی قرارداد درمان به عنوان قالبی برای ارائه خدمات درمانی، دریافت حق الزحمه مورد پذیرش قرار گرفته است. اما در عین حال حق الزحمه به عنوان عوض در قرارداد درمان، ابهامات و مشکلات خاص خود را ایجاد کرده است. زیرا از یک طرف، روش دریافت هزینه‌ها و مقدار حق الزحمه درمان با توجه به شرایط و اوضاع احوال مختلف، نوع خدمات و مراکز درمانی متفاوت است. از طرف دیگر به جهت مقتضیات خاص این قرارداد، اجرای برخی شرایط عمومی عقود نسبت به عوض و معوض این قرارداد با مشکل مواجه است. به عنوان مثال، علیرغم لزوم معلوم و معین بودن عوضین در قراردادها، نوع و هزینه خدمات درمانی در اکثر اوقات قابل پیش بینی نیست یا در موارد تعیین مخارج خدمات درمانی از سوی دولت، وضعیت توافق متعاقدين درباره حق الزحمه روشن نمی‌باشد.

شرایط ویژه حق الزحمه در قرارداد درمان، سبب طرح سوالات متعددی گردیده است: آیا قرارداد درمان بدون معلوم شدن خدمت یا اجرت آن نافذ است؟ جایگاه تعرفه‌های دولتی

در قرارداد درمان چگونه است؟ آیا تخلف از این تعرفه‌ها در اعتبار قرارداد مؤثر می‌باشد؟ در پاسخ به سوالات فوق، ناگزیر ابتدا ماهیت قرارداد درمان تبیین شده و سپس معلوم بودن در این قراردادها بررسی و نهایتاً وضعیت قراردادها با توجه به تعرفه‌های متفاوت مورد بحث قرار گرفته است.

مفهوم و ماهیت قرارداد درمان

قرارداد درمان، قراردادی کتبی یا شفاهی است که در آن یک شخص یا یک مرکز درمانی دارای صلاحیت درمان، به ارایه خدمات بهداشتی یا درمانی در مقابل عوض به بیمار می‌پردازد. خدمات بهداشتی و درمانی موضوع این قرارداد فراتر از تشخیص بیماری و درمان آن در معنی خاص است که در تعریف برخی از علمای حقوق آمده است (محقق داماد، ۱۳۸۹، ۱۲۸) و شامل خدمات به اشخاصی که عرفاً بیمار نامیده نمی‌شوند، مانند طرف قرارداد پزشک در جراحی زیبایی، نیز می‌شود. بطور کلی میتوان گفت که قراردادهای درمان شامل کلیه ارائه خدماتی است که از طریق دانش پزشکی ارائه می‌گردد.

درباره ماهیت این قرارداد نظریات متعددی بیان شده است. برخی قرارداد درمان را عقد جعاله دانسته و معتقدند جراح نسبت به آنچه انجام می‌دهد؛ مستحق اجرت میشود (امام خمینی، ۱۳۷۵: ج ۳/۱۳۴). لذا پزشک تا زمانیکه معاینات، درمان و یا اعمال جراحی را انجام نداده مستحق اجرت نمی‌گردد (صافی گلپایگانی، ۱۴۱۵: ق ۳۳). لذا دریافت حق الزحمه قبل از درمان مجاز نیست مگر با رضایت بیمار (لنکرانی، بی تا: ۵۷). دلیل انتخاب عقد جعاله این است که در جعاله، شخص در مقابل اجرت معین عملی را انجام می‌دهد (ماده ۵۶۱ ق.م.ا). پزشک و مراکز درمانی نیز در مقابل دریافت اجرت خدماتی را به بیماران ارایه می‌دهند. در جعاله مجهول مانند مدت و عمل جایز است (ماده ۵۶۴ ق.م.ا)، برای درمان یک شخص نیز نمی‌توان معمولاً مدت مشخصی تعیین نمود. همچنین عقد جعاله مانند قرارداد درمان عهدی و جایز است (ماده ۵۶۵ ق.م.ا). در عقد جعاله مانند قرارداد درمان، مباشرت طرف قرارداد شرط نیست. اما از جهات زیر این قرارداد مطابقتی با جعاله ندارد: اولاً براساس ماده ۵۶۷ قانون مدنی عامل زمانی مستحق دریافت اجرت می‌شود که عمل تعهد شده را انجام دهد درحالیکه در قرارداد درمان چنین شرطی وجود ندارد و در مراکز درمانی هزینه درمان در ابتدای قرداد مطالبه می‌شود. ثانیاً: جایز بودن قرارداد درمان از ناحیه پزشک یا مرکز درمانی، برخلاف عقد جعاله، بشدت محل تردید است.

نظریه دیگر اجاره اشخاص تلقی شدن قرارداد درمان و اجیر بودن معالج است. در اجاره اشخاص، شخصی در مقابل مبلغ معین اجیر دیگری می‌شود که اعمالی را برای او انجام

دهد که تا این اندازه با قرارداد درمان منطبق می‌باشد. اما عقد اجاره نسبت به طرفین لازم است. در حالیکه قرارداد درمان حداقل نسبت به بیمار جایز است. طبیب در درمان صرفاً از سوی بیمار مأذون بوده و چنانچه بیمار تلف شود ضامن است. در حالیکه در اجاره، اجیر جز در صورت تعدی یا تفریط ضامن نمی‌باشد (رشتی گیلانی، ۱۳۱۱ق: ۳۳۸). همچنین در اجاره مدت باید مشخص باشد (ماده ۵۱۴ قانون مدنی). در حالیکه در قرارداد درمان قید مدت شرط نیست. در اجاره اشخاص، اجیر تحت فرمان موجر است و طبق خواست و نظر او عمل می‌کند در حالیکه در قرارداد درمان معالج در حیطه شغلی خود آزاد است و براساس صلاحدید خود اقدام می‌کند نه خواست و نظر بیمار (شجاعپوریان، ۱۳۷۳: ۵۳-۵۱). براساس برخی نظریات قرارداد درمان به نوعی عقد وکالت تلقی شده است (Cruzp, 2001: 526). مواردی که میتواند موید این نظریه باشد؛ عبارتند از: اولاً: اختیار معالج در قرارداد درمان مانند اختیار وکیل در عقد وکالت مبتنی بر اذن است. ثانیاً: عقد وکالت مانند قرارداد درمان عقدی جایز و عهدی است. ثالثاً: وکیل مانند پزشک و مراکز درمانی متعهد به انجام امری برای طرف مقابل است. رابعاً: در وکالت اصل بر عدم نیابت است و در تمام امور باید به وکالت تصریح شود. در قرارداد درمان نیز مراکز درمانی و معالج باید برای تمام امور رضایت بیمار را اخذ نمایند. اما ایراد اساسی وارده بر این نظریه اینست که به جوهره نیابتی بودن عمل وکیل و اصالتی بودن عمل معالج توجه نشده است. به عبارت دیگر وکیل به نیابت از موکل و در چهارچوب صلاحدید و اختیار وی عمل را انجام میدهد؛ در حالیکه معالج از سوی خود در چهارچوب صلاحدید و اختیار خود عمل می‌نماید.

در نظریه دیگری قرارداد درمان به عنوان یک قرارداد خدماتی معرفی شده است. ارایه خدمت ممکن است به صورت فرآیندی توصیف شود که در آن یک شخص خدمتی را تدارک می‌بیند و یا تعهدی را براساس نیازها و دستورالعمل دیگری انجام می‌دهد. این فرایند خدمت رسانی ممکن است به ارایه و ساخت یک ساختمان و مالی غیرمنقول و یا ارایه خدمتی غیرمادی بیانجامد. در نتیجه قرارداد درمان نیز نوعی قرارداد خدماتی است که در آن یک طرف تعهد می‌کند مراحل ضروری و مورد نیاز برای تغییر و یا مراقبت از موقعیت فیزیکی یا روانی دیگری فراهم آورد و به او خدمات بهداشتی - درمانی ارایه کند (Barendrecht, 2002: 781). در نظام حقوق اروپایی قرارداد درمان به عنوان یکی از قراردادهای خدماتی در اصول قراردادهای اروپایی برای قراردادهای خدمات سال ۲۰۰۲^۱ معرفی شده است (Barendrecht, 2002: 781). در پیش نویس^۲ DCFR که پیش نویس قانون مدنی برای کشورهای اروپایی تلقی میشود، قرار درمان در مجموعه

قراردادهای خدماتی گنجانیده شده است (Von Bar, 2009, 326). قرارداد خدمات در حقوق ما به عنوان عقد معین مورد تعریف قرار نگرفته است و در زمره عقود نامعین می باشد. با توجه به ایرادات وارده بر هر یک از نظریه ها، برخی از علمای حقوق بر این اعتقادند که قرارداد درمان از جمله عقود نامعین و قراردادهای موضوع ماده ۱۰ قانون مدنی است (کاتوزیان، ۱۳۸۸: ج ۱/۹۶). زیرا قالب این قرارداد به قدری وسیع و بدون چارچوب است که هرگونه معامله و عقدی را در خود جای می دهد. اگرچه نظریه عقد نامعین نیز نمی تواند تمام مشکلات قراردادی بودن خدمات درمان از جمله لزوم معلوم بودن مورد عقد به عنوان یک قاعده عمومی حاکم بر تمام عقود (خواه معین و خواه غیر معین) را برطرف نماید. النهایه با توجه به نظریات ارائه شده، نظریه عقد نامعین برای خدمات درمانی، دارای ایرادات کمتری بنظر می رسد.

معلوم بودن حق الزحمه

در نظام حقوقی ایران معلوم بودن مورد معامله از شرایط اساسی صحت عقد می باشد.^۳ علم به مورد معامله باید بطور تفصیلی و در زمان انشاء عقد وجود داشته باشد؛ مگر در موارد استثنائی مانند مورد جعاله^۴ و صلح^۵ که قانونگذار علم اجمالی را کافی دانسته است.^۶ اصل در معاملات علم تفصیلی به مورد معامله است؛ اگرچه بطور استثنائی در برخی از عقود که در نزد مردم با تسامح نگریده می شوند، قانون به علم اجمالی بسنده کرده است (شهیدی، ۱۳۸۰، ۲۹۷). این حکم در نظام حقوقی ایران مبتنی بر نظر مشهور فقهاء امامیه است، به نحوی بر این امر ادعای اجماع نیز شده است (علامه حلی، ۱۴۲۰ق، ۵۲ - عاملی، ۱۴۱۹ق، ج ۱۳، ۲۶ - نجفی، بی تا، ج ۲۲، ۴۰۵).

مسئله معلوم بودن مورد معامله در سایر نظامهای حقوقی به شکل دیگری مطرح شده است. مطابق ماده ۱۱۲۹ قانون مدنی فرانسه مورد معامله باید معلوم یا قابل معلوم شدن پس از عقد باشد (Nicholas, 1982, 109). قابلیت معلوم شدن نیز از طریق ضوابط نوعی مانند ارجاع به کارشناس یا ارجاع به قیمت بازار پذیرفته شده است. لذا ضابطه شخصی مانند واگذاری اختیار تعیین ثمن به اراده یکی از طرفین پذیرفته نیست (صفایی، ۱۳۸۴، ۶۲). نظام حقوقی انگلیس از این امر نیز فراتر رفته است و معلوم نشدن مورد معامله یا عدم تعیین ضابطه برای معلوم شدن در عقد، موجب بطلان نبوده و در این وضعیت عوض متعارف^۷ مبنای تعهد قراردادی خواهد بود (Treitel, 1995, 47). در اصول حقوق قراردادهای اروپائی ۲۰۰۲ علاوه بر شناسائی تعیین ضوابطی برای معلوم کردن ثمن ماندارجاع به قیمت روز یا قیمت کارشناسی، صرف عدم معلوم کردن ثمن یا عدم تعیین ضوابطی برای تعیین آنرا موجب بطلان تلقی ننموده و در ماده ۱۰۴-۶ مقرر داشته است

که در این موارد چنین تلقی می شود که طرفین بر یک مبلغ متعارف توافق داشته اند (Busch, 2002:268 - Barendrecht, 2002:156). کنوانسیون بیع بین المللی ۱۹۸۰^۸ نیز ضابطه قابل تعیین بودن ثمن را در بند ۱ ماده ۱۴ مورد تأیید قرار داده و واگذاری اختیار تعیین ثمن به یکی از طرفین را مشروط به رعایت حسن نیت، پذیرفته است (Honnold, 1991, 197). در این مواقع در حقوق نوشته و حقوق عرفی رویه ای مقرر شده است که حقوق های نوشته معمولاً نرخ بازار و حقوق های عرفی مبلغ متعارف را ثمن معامله محسوب می کنند (Schwenzer, 2012:134).

البته در مورد ادعای اجماع در فقه امامیه باید گفت که علیرغم ادعای اجماع در خصوص لزوم معلوم شدن مورد معامله در زمان انشاء عقد، فقهاء متعددی از متقدمین و متاخرین وجود دارند که معامله را در صورت تعیین ضوابطی برای معلوم نمودن ثمن از جمله ارجاع به نظر یکی از طرفین یا شخص ثالث (کارشناس) یا قیمت روز، بلحاظ قابلیت معلوم نمودن ثمن بر مبنای متعارف، صحیح تلقی نموده اند و جهالت به مورد معامله را در مواردیکه به غرر نمی انجامد از موجبات بطلان عقد نمی دانند (بحرانی، ۱۴۰۵، ج ۱۸، ۴۶۱) - خوبی، ۱۳۷۷، ج ۳، ۶۲۱- اراکی، ۱۴۱۵، ق، ۲۵۴ - محقق اردبیلی، ۱۴۰۳، ج ۸، ۱۷۶).

در قرارداد درمان علاوه بر اینکه معلوم بودن هزینه ها مطابق قواعد عمومی امری ضروری است؛ لزوم دریافت رضایت آگاهانه^۹ از بیمار نیز اقتضاء دارد که قبل از هرگونه اقدام درمانی، اطلاعات مورد نیاز به بیمار ارایه شود. اطلاعات مذکور چگونگی درمان، مراحل آن، آگاهی از بیماری و هزینه های درمانی را دربرمی گیرد. "لزوم آگاهی از هزینه ها در مواقعی که بیمار فاقد بیمه است بیشتر احساس می شود چراکه بیمار و ارایه کننده خدمات می بایست درباره هزینه ها به توافق برسند" (Grant, 1999:134-135). این موضوع در مقررات خاص درمانی نیز لحاظ شده است. در همین راستا، بیمارستانها موظف گشته اند در زمان پذیرش بیمار که هنگام دریافت فرم رضایت و انعقاد قرارداد است، هزینه های قابل پیش بینی را به گیرنده خدمات و مراجعان اطلاع رسانی کنند (جعفری، خلیفه گری، دانایی، ۱۳۸۹: بند ۱-۶: ۲۱).

اما در رویه معمول در مراکز درمانی علیرغم اهمیت معلوم نمودن هزینه ها و رضایت آگاهانه بیمار، اطلاعات ناکافی و محدودی بویژه قبل از اعمال جراحی ارایه می شود که اغلب بیماران از این روند ناراضی می باشند (ظاهری، فرزندی پور، ۱۳۸۷: ۱۵۴). در واقع در تعداد کمی از قراردادهای درمان عوض معین می شود و اغلب بیماران از هزینه هایی که بر آنان متحمل می شود بی اطلاع هستند (Hall, 2008:647). این امر درحالیست که

خریداران خدمات درمانی با خریداران دیگر خدمات و محصولات تفاوت بسیاری دارند. خریداران خدمات درمانی، بیمارانی هستند که به دلیل وضعیت و موقعیت ضعیف خود و وخامت بیماری، نیازمند اعتماد به توصیه‌های ارایه‌کنندگان خدمات هستند. آن‌ها پیش‌بینی و درک درستی از قرارداد و میزان عوض و هزینه‌ها نداشته و فرصتی برای تفحص در این زمینه ندارند. از اینرو تعیین دقیق وضعیت اینگونه قراردادها بسیار حایز اهمیت است (قاسمی، ۱۳۸۹: ۷).

یکی از دلایل عدم تعیین هزینه‌ها قبل از درمان ممکنست واکنش بیماران باشد. در بسیاری از مواقع چنانچه بیمار از هزینه‌ها مطلع شود، ادامه درمان را به تعویق می‌اندازد و گاه از آن دست می‌کشد (Hall, 2008: 659). همچنین تعیین هزینه‌ها قبل از درمان به زیان ارایه‌کننده خدمات است؛ زیرا با طولانی شدن درمان، هزینه‌ها تغییر می‌کند درحالی‌که ارایه‌کننده به هزینه‌های اعلام شده پایبند می‌گردد (Casto, 2006: 4).

علت دیگر قصور مراکز درمانی را میتوان در تحمیلی بودن قرارداد درمان جستجو نمود. در این عقود، یکی از متعاقدين کلیه شروط و تعهدات قراردادی را تهیه کرده و طرف دیگر فقط آنرا امضاء میکند. بعبارت دیگر، "از آنجا که یک طرف در موضع برتری قرارداد شرایط دلخواه خود را بر دیگری تحمیل می‌کند و طرف مقابل به دلیل وضعیت اضطراری خود چاره‌ای جز پذیرش ندارد" (کاتوزیان، ۱۳۸۸: ج ۱/ ۲۶-۲۵). در قرارداد درمان نیز چنین وضعیتی حاکم است. شخصی که از بیماری خود رنج می‌برد در حالت اضطرار و ناتوانی صرفاً به بهبود خود می‌اندیشد؛ چراکه سلامتی اولی به هر امر دیگری است. مراکز درمانی نیز از این موضوع مطلع بوده و می‌دانند که بیمار در هر شرایطی سلامتی خود را مطالبه می‌کنند. به همین دلیل مبلغ قرارداد عموماً یکجانبه و توسط مراکز درمانی تعیین می‌شود و مذاکره‌ای درباره این موضوع با بیمار صورت نمی‌گیرد (Department of Health, 2010a: 14).

از سوی دیگر، امور درمانی از امور دقیقی نیستند که در حین مذاکره و عقد کاملاً معین و قابل پیش‌بینی باشند. از این روست که اصل در تعهدات مراکز درمانی و پزشکان تعهد به وسیله است. به این معنا که درمان بیمار امری قطعی نبوده و پزشکان نمی‌توانند بهبود بیمار را تضمین نمایند و تعهد آنان به کاربرد تمامی دانش و تلاش در جهت سلامت بیمار ختم می‌شود. وضعیت معلوم نمودن حق الزحمه نیز مشابه تعهد به وسیله است. در مانحن فیه نیز میزان استفاده از امکانات و تجهیزات، نوع درمان و هزینه‌ها در ابتدای قرارداد کاملاً روشن و قابل پیش‌بینی نمی‌باشند. به همین دلیل نیز مقررات، بیمارستان‌ها را

مكلف به تعیین تقریبی هزینه قابل پیش‌بینی نموده‌اند و برخی توافق نهایی راجع به حق الزحمه را قبل از شروع به درمان ممکن و لازم نمی‌دانند (لنکرانی، بی‌تا: ۶۶). البته اگر از نظریه جعاله تلقی شدن قرارداد درمان پیروی کنیم، معلوم نبودن اجرت من جمیع جهات به معامله خدشه‌ای نمی‌زند (ماده ۵۶۳ قانون مدنی). همچنین اگر قرارداد درمان را قرارداد پیمانکاری بدانیم، دستمزد پیمانکار مطابق فرمول‌هایی معین می‌شود که به میزان نوسانات ارزش اسکناس و تورم‌های اقتصادی آینده وابسته بوده و عرفاً معلوم تلقی می‌گردد (شهیدی، ۱۳۸۰: ۳۰۱). اما همانگونه که بیان شد، قرارداد درمان از تمام جهات با عقود مذکور منطبق نمی‌باشد و برای برطرف نمودن یک مشکل نمی‌توان ماهیت غیر منطبق را برگزید.

علیرغم اینکه بلحاظ اقتضای امور پزشکی و عدم امکان پیش‌بینی اتفاقات و حوادث و وضعیت بی‌ثبات بیمار، تعیین دقیق و نهایی هزینه‌های درمان امکان پذیر نیست؛ لیکن تعیین اجمالی آن و اطلاع رسانی به بیمار در حدود هزینه‌های قابل انتظار ضروری بوده و فقدان آن موجب بطلان قرارداد است. «در هر جا عقد بر مبنای مسامحه و ارفاق و احسان پایه ریزی شده است یا نیاز عمده و اقتضای کار مورد نظر ایجاب می‌کند که دو طرف درجه‌ای از احتمال را در روابط خود بپذیرند، علم اجمالی کافی است.» (کاتوزیان، ۱۳۸۸: ج ۲/۱۹۹). بنابراین از یکطرف با پذیرش کفایت علم اجمالی در قرارداد درمان، مشکل علم تفصیلی به نوع درمان و هزینه‌های آن، منتفی و عمده توع این نوع قراردادها صحیح تلقی میشوند.

از طرف دیگر، با توجه به تلقی عرف از این امر و مقتضیات روابط در دنیای امروز، ضرورت دارد که قاعده معلوم بودن عوضین حین العقد را بنحوی تفسیر کنیم که ارجاع به یک ضابطه مشخص در قرارداد مانند ارجاع به تعرفه درمانی مشخص یا مصوب را در حکم معلوم تلقی گردد. "در برخی قراردادها ثمن معامله توسط طرفین معین نمی‌شود بلکه ضابطه‌ای برای تعیین آن مقرر می‌گردد که مطابق آن ضابطه ثمن خود به خود معلوم می‌شود (داراب پور، ۱۳۷۷-۱۳۷۶: ۲۲۶). همچنین در مواردی که نرخ بسیاری از کالاها به علت دخالت دولت در کنترل بازار، نرخ معین شده از سوی دولت است؛ اگر ثمن هم ذکر نشود، ثمن عرفاً معلوم و عقد صحیح است. (شهیدی، ۱۳۸۰: ۳۰۱). لذا با چنین تلقی از معلوم نمودن اجرت، تمام مواردیکه اجرت تعیین نشده و به تعرفه ارجاع شده یا اساساً تعیین نشده است، میتوان بلحاظ حاکمیت تعرفه‌ها قرارداد را معلوم محسوب داشت.

حق الزحمه بر مبنای تعرفه

به منظور جلوگیری از رقابت در هزینه‌های درمانی و ارتقای سطح کیفیت و کاهش هزینه خدمات، تعرفه‌های معینی از سوی دولت‌ها برای پزشکان و مراکز درمانی تعیین می‌شود. این نرخ‌های معین نقش بسزایی در نظام سلامت ایفا می‌کنند. از جنبه عرضه خدمات، تعداد ارایه دهندگانی که وارد بازار می‌شوند، طریقه تولید و میزان و حجم خدمات وابسته به این امر است. از منظر تقاضا نیز، اغلب بیماران بر مبنای مبلغی که می‌بایست پرداخت نمایند، خدمت و ارگان مورد نظر خود را برمی‌گزینند (قاسمی، ۱۳۸۹: ۱۰). همچنین وجود تعرفه‌های اجباری از دیدگاه بیماران و سازمان‌های بیمه بسیار مفید است؛ چراکه برای محاسبه هزینه‌ها تردیدی باقی نمی‌گذارد (قاسمی، ۱۳۸۹: ۱۶).

تعرفه‌های درمانی در کشورهای خارجی بخصوص انگلیس نیز رعایت می‌شود و حتی بخش خصوصی را نیز دربر گرفته است (Dixon, 2004: 969). در حقوق ایران تاریخچه تعیین تعرفه‌ها به سال‌های قبل از انقلاب و مواد ۴، ۵ و ۶ قانون تأمین خدمات درمانی مصوب ۱۳۵۱ بازمی‌گردد (حسن‌زاده، علیزاد، ۱۳۸۵: ۲). در سال ۱۳۸۳، تعرفه‌های دولتی به تصویب هیأت وزیران می‌رسید (حسن‌زاده، علیزاد، ۱۳۸۵: ۲۴) و سازمان نظام پزشکی عهده‌دار تعیین نرخ تعرفه‌های بخش خصوصی بود. لیکن در هر مرحله پس از تعیین تعرفه‌ها، دولت تعرفه مشخص شده را حذف و آنرا مطابق تعرفه بخش دولتی می‌نمود. از اینرو، بعدها با تصویب مجلس مبنی بر اینکه یک صنف شغلی نباید خود به تعیین حق‌الزحمه‌اش پردازد، این مهم به شورای عالی بیمه واگذار گردید (برادران نصیری، ۱۳۸۹: ۱). در نهایت با اجرای برنامه پنجم توسعه دولت به تعرفه‌گذاری بخش دولتی و غیردولتی می‌پردازد (هفته نامه سپید، ۱۳۹۱: ۴).

اگرچه تعیین تعرفه‌های درمانی در راستای کاهش هزینه‌ها و حمایت از حقوق بیماران است، لیکن درباره برخی از خدمات نظیر خدمات انحصاری، خدماتی که هزینه‌های غیر-قابل اجتنابی دربردارند و یا نوع درمانی که هیچیک از مراکز حاضر به انجام آن با نرخ دولتی نیستند، یا تعرفه‌هایی موجود نمی‌باشد و یا اینکه نقض شده و مخارج سنگینی را بر بیماران تحمیل می‌کنند (Department of Health, 2010b: 17). جراحی‌های پلاستیک از این قبیل هستند که در صورت تعیین تعرفه و امتناع مراکز درمانی در انجام آن‌ها، آثار منفی بر جسم و روح بیماران خواهد داشت (Dixon, 2004: 969). همچنین وجود برخی مشکلات نظیر غیر واقعی بودن تعرفه‌ها و یا عدم تعیین تعرفه‌ای مشخص برای نوعی از خدمات، به ارایه‌کنندگان اجازه می‌دهد حق‌العلاجی بیش از نرخ‌های قانونی دریافت نمایند (Department of Health, 2010a: 13).

گذشته از موارد بسیاری که تعرفه‌ها نقض و یا قابل اعمال نیستند، نرخ‌های غیرواقعی آن‌ها اگرچه در جهت حمایت از بیماران است، سبب کاهش کیفیت خدمات می‌شود (Boyle, 16)؛ زیرا برخی مراکز درمانی معتقدند نرخ‌های مزبور هزینه‌های وارده را جبران نمی‌کند. البته برخی نیز معتقدند یکسان شدن نرخ خدمات سبب می‌شود که مراکز درمانی به منظور رقابت، کیفیت خدمات خود را افزایش دهند (Dixon, 2004: 969).

برای تعیین تعرفه‌ها از پنج ویژگی زمان، مهارت، شدت بیماری، مخاطره برای بیمار و مخاطره (پزشکی و قانونی) برای پزشک استفاده می‌شود (حسن زاده، علیزاده، ۱۳۸۵: ۴). دریافت حق‌العلاج براساس نرخ تعرفه‌ها به این شیوه است که برای خدماتی نظیر درمان سرپایی، مبلغ مشخصی در نظر می‌گیرند که حق‌العلاج همان مبلغ می‌باشد. در بخش بستری مانند جراحی، داخلی، بیهوشی به صورت ضریبی دستمزدها مشخص می‌شود. بعنوان مثال، در تعرفه عمل جراحی برای هر عمل کدی مشخص شده که مبلغ تعرفه در این کد ضرب می‌گردد. سپس مبلغی بعنوان کارانه به جراح و مابقی به مرکز درمانی مربوطه تعلق می‌گیرد (اسدی، ۱۳۹۱: ۱۰). بنابراین رایه‌کنندگان خدمات ملزم به رعایت این تعرفه‌ها هستند و حق دریافت هزینه‌ای بیشتر و حتی کمتر (به منظور رقابت) از نرخ‌های مصوب نخواهند داشت (Feldstein, 2011: 206). بیماران نیز نسبت به حق‌الزحمه‌ای بیش از تعرفه‌های معین شده، مسئولیتی ندارند (Office of Technology Assessment).

در این راستا آیین نامه انتظامی پزشکی مقرر می‌دارد: بجز در اعمال جراحی، دندانپزشکی و برخی موارد مصرح قانونی در ماده واحده قانون اصلاح قانون استخدام پزشکان، هیچیک از پزشکان و مراکز درمانی نمی‌توانند در درمان بیماران حق‌الزحمه مشخص، تعیین نمایند و موظف به رعایت نرخ‌ها و تعرفه‌های معین شده هستند.^{۱۰} اما مقرر دیگری، کلیه رایه‌کنندگان خدمات درمانی اعم از مراکز و یا اشخاصی که بدون مرکز مجاز به مداخله در امور پزشکی هستند و با بیمار تماس داشته و رایه خدمات می‌نمایند؛ از جمله دندانپزشکان و جراحان را موظف به رعایت تعرفه‌های درمانی نموده است.^{۱۱} بنظر می‌رسد از آنجا که در بحث تعرفه‌ها قانونگذار در پی حفظ منافع عمومی و حمایت از بیماران می‌باشد، در آیین نامه مؤخر خود نیز خواهان تبعیت کلیه رایه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی از نرخ‌های دولتی بوده است. همچنانکه تعیین تعرفه‌های اعمال جراحی و دندانپزشکی نیز گواه این مطلب است. این عقیده بر خلاف نظر اصولیین مشهور دائر بر مخصص بودن خاص در مقام تعارض خاص مقدم با عام موخر، می‌باشد. زیرا با توجه به وجود مرجحات خارجی، از جمله تعیین تعرفه برای اعمال دندانپزشکی و اعمال جراحی، باید عام موخر را ناسخ خاص مقدم تلقی نمود. زیرا در غیر

اینصورت همانگونه که کاپیتان استاد برجسته حقوق فرانسه گفته اند، اجرای حکم خاص (عدم اعمال تعرفه در خصوص دندانپزشکان و جراحان) مقدم موجب بلا اعمال شدن حکم عام (تعرفه های دندانپزشکی و جراحی) می گردد (به نقل از: محمدی، ۱۳۶۸، ۱۱۶). در بین علمای برجسته امامیه شیخ طوسی و سید مرتضی نیز قائل به نسخ در تعارض خاص مقدم با عام موخر بوده اند (به نقل از: محمدی، ۱۳۶۸، ۱۱۵).

مطلب دیگری که مطرح می شود در رابطه با اصل آزادی قراردادها و اختیار طرفین در تعیین مفاد قراردادی از جمله عوض معامله و آیین نامه های مربوط به رعایت نرخ تعرفه- هاست. آیا تخلف انتظامی و نهی مقررات در تعیین حق الزحمه بیش از تعرفه ها به اعتبار قراردادها نیز سرایت می کند؟ آیا تعیین دستمزدی بیش از تعرفه ها موجب بطلان یا عدم نفوذ قرارداد است؟

برخی آزادی قراردادها و رضای طرفین در تعیین مفاد قراردادی را ارجح بر رعایت تعرفه ها دانسته و در صورت رضای بیمار، رایبه دهنده خدمات را مالک حق الزحمه دریافتی می دانند (منتظری، بی تا: ج ۲/۳۲۷). اما باید گفت که این تعرفه ها و نرخ های معین از سوی دولت محدودیت های اساسی در تعیین مفاد قراردادی ایجاد می نماید. بنابراین اینگونه تعرفه ها از جمله موارد محدودیت اصل آزادی قراردادها بوده و طرفین نمی توانند خلاف آن تراضی کنند (کاتوزیان، ۱۳۸۸: ج ۲/۲۰۱-۲۰۰).

حق الزحمه خدمات درمانی در وضعیت اضطراری (اورژانس)

مراکز درمانی مکلف به پذیرش بیماران نیستند و می توانند از رایبه خدمات امتناع نمایند. این اختیار به اصل آزادی قراردادها و ماهیت قراردادی خدمات درمانی بازمی گردد. لیکن استثنای این اصل فوریت های پزشکی و یا اورژانس است. عبارت دیگر، مراکز درمانی قانوناً موظف به پذیرش بیماران اورژانسی می باشند^{۱۲} و^{۱۳}.

فوریت های پزشکی به مواردی از اعمال پزشکی اطلاق می شود که بایستی بیماران را سریعاً مورد رسیدگی و درمان قرارداد و چنانچه اقدام فوری به عمل نیاید باعث خطرات، جانی، نقص عضو، یا عوارض صعب العلاج و یا غیرقابل جبران خواهد شد^{۱۴}. در برخی موارد اورژانسی بیمار به همراه والدین، همسر و یا دوستان خود به مراکز درمانی منتقل می شود. در این موارد همراهان بیمار فرم های رضایت و پذیرش او را تکمیل می نمایند. اما هنگامیکه بیمار بدون همراه است، بدلیل شرایط جسمی قادر به انعقاد قرارداد نبوده و گاه در حالت بیهوشی بسر می برد. از اینرو ماهیت رایبه خدمات در هریک از فروض یاد شده متفاوت است.

۵-۱- رایبه خدمات اورژانسی به بیماران دارای همراه

در شرایطی که بستگان و آشنایان بیمار همراه او هستند، برخی انعقاد دو قرارداد همزمان را متصور شده‌اند. به این ترتیب که قرارداد اولیه میان ارایه‌کننده خدمات همراهان بیمار و قرارداد دیگری بطور ضمنی ما بین ارایه‌کننده و گیرنده خدمات (بیمار) منعقد می‌شود. ارایه‌کننده می‌تواند مطابق قوانین در ابتدا به قرارداد اولیه رجوع کند و حق الزحمه خود را از همراهان بیمار مطالبه نماید. قرارداد ضمنی دوم نیز تضمین دیگری برای ارایه‌دهنده است که در صورت امتناع همراهان بیمار به آن رجوع نماید (Jennings, 2010: 432).

پذیرش نظریه فوق در اتباط با قرارداد اولیه منطقی بنظر می‌رسد چراکه قرارداد الزام نوشته‌ای مکتوب با الفاظ مصرح حاکی از انعقاد معامله نیست. بلکه قرارداد از توافق اشخاص حاصل می‌شود. همچنین علیرغم پذیرش اصل نسبی بودن قراردادها، ایجاد تعهد مستقیم به سود اشخاص ثالث بعنوان استثنایی بر اصل مذکور امکان پذیر است. قرارداد بیمه نمونه بارز اینگونه قراردادهاست. اکثر حقوقدانان تحقق این امر را منوط به دخالت مستقیم یا غیرمستقیم اشخاص ثالث می‌دانند (محقق داماد، ۱۳۸۸: ۵۸۴-۵۸۰). به این معنا که علاوه بر توافق متعاقدين، قبولی ثالث منتفع نیز ضروری است. اما چنانچه تحقق اثر عقد را موکول به رضایت ثالث نماییم در صورت فوت و یا حجر او قبل از قبولی، توافق متعاملین و قرارداد آنها بی‌اثر خواهد بود (محمدی، ۱۳۸۸: ۲۷۴). در این راستا نظریه‌ای تحت عنوان تعهد مستقیم ناشی از قرارداد مطرح شده که حق ثالث را مستقیماً ناشی از قرارداد و بدون نیاز به قبولی او مؤثر می‌داند. به نظر می‌رسد، دیدگاه اخیر با مقتضیات و نیازهای جامعه بخصوص در قراردادهای بیمه سازگارتر باشد (محمدی، ۱۳۸۸: ۲۸۶-۲۸۴). بنابراین، تکمیل فرم‌های مراکز درمانی توسط همراهان بیمار قراردادی است در جهت انتفاع او از خدمات درمانی و مطالبه وجوه از همراهان بر مبنای تعهد قراردادی آنان است. لیکن پذیرش قرارداد ضمنی بیمار توجیه قانونی ندارد. توضیح بیشتر این مطلب در بخش آتی مطرح می‌گردد.

از سوی دیگر، در مواقعی که همراهان بیمار نظیر والدین و یا همسر او به تکمیل فرم‌ها و یا بعبارت دیگر انعقاد قرارداد می‌پردازند، در شرایط اضطراری و غیرعادی بسر می‌برند. از اینرو به شرایط مبهم و نامعلوم قرارداد (فرم‌های مراکز درمانی) اعتنایی نکرده و به هر قراردادی هرچند ناعادلانه راضی می‌شوند. به همین دلیل برخی دادگاه‌ها قراردادهای اینچنینی را غیرنافذ می‌دانند. همچنانکه در پرونده‌ای^{۱۵}، دادگاه انگلیسی به عدم نفوذ قرارداد درمان حکم نمود. زیرا این قرارداد توسط همسر باردار بیمار در شرایطی نامعلوم و با هزینه‌ای گزاف منعقد شده بود و همسر بیمار با توجه به شرایط جسمی خود توان امتناع از قرارداد و انتقال بیمار به مرکز دیگری را نداشت (Hall, 2008: 678).

درباره این احکام و بخصوص این پرونده دو فرضیه مطرح می‌شود. فرض اول عدم نفوذ قرارداد به لحاظ شرایط اضطراری همراهان و سوءاستفاده مراکز درمانی از این امر و تحمیل مخارج گزاف است. فرض دوم عدم نفوذ قرارداد به دلیل شرایط نامعلوم و مبهم و پذیرش همراه بدون توجه به ابهام شرایط و هزینه‌هاست. در فرضی که دادگاه‌ها صرفاً بدلیل وضعیت اضطراری، معامله را غیرنافذ می‌دانند، می‌بایست وضعیت عقود اضطراری بررسی شود.

در حقوق ایران نیز شرایط همراهان بیمار مانند شخصی است که به سبب اضطرار وارد معامله می‌شود؛ زیرا ممکن است منشأ اضطرار حوادث و وقایع خارجی غیر مالی باشد (لنگرودی، ۵۶ به نقل از غفوریان، ۱۳۶۰: ۱۲۲). در اینصورت، گرچه اغلب فقها و حقوقدانان عقد اضطراری را صحیح می‌دانند؛ برخی به استناد ماده ۱۷۹ قانون دریایی^۶، موافق تعدیل و یا عدم نفوذ قرارداد هستند. گروه اخیر معتقدند معاملات مشمول این ماده اضطراری است و از آنجاکه تفاوتی میان معاملات در دریا و خشکی وجود ندارد، با وحدت ملاک از این ماده معاملات اضطراری غیر نافذ بوده و یا حداقل می‌توان تغییر و تعدیل آن‌ها را پذیرفت (غفوریان، ۱۳۶۰: ۱۳۶).

بنظر می‌رسد استدلال فوق با عدالت و حمایت از حقوق مردم سازگارتر است، لیکن در جامعه امروز شاهد عقود اضطراری بسیاری هستیم که لطمه به صحت آنان موجب اخلاص در نظم معاملات می‌شود. در اینصورت بعید نیست اصل عدم لزوم قراردادها جایگزین اصل لزوم گردد. بنابراین می‌بایست ماده ۱۷۹ قانون دریایی بعنوان استثنایی بر اصل صحت عقود اضطراری لحاظ شود و به معاملات اضطراری که فاقد شرایط مصرح در ماده و قانون دریایی هستند تسری نیابد.

از سوی دیگر فرض عدم نفوذ معاملات به جهت ابهام و نامعلوم بودن شرایط قرارداد، صحیح است؛ زیرا همچنانکه بیان شد، معلوم نمودن عوض و موضوع قرارداد از شرایط اساسی معاملات می‌باشد. بنابراین، علیرغم توجه به این موضوع که در امور پزشکی و درمانی تعیین دقیق نوع خدمات قابل ارایه و حق الزحمه و هزینه‌های آن امری دشوار و گاه غیرممکن است، ضرورت تبیین اجمالی خدمات و مخارج قابل پیش بینی غیر قابل انکار است.

در نتیجه، در صورت حضور همراهان بیمار خدمات اورژانسی بر مبنای قرارداد انجام می‌شود و نیازمند شرایط اساسی از جمله معلوم بودن عوضین و لو بنحو اجمالی است. همچنین شرایط اضطراری بیمار و همراهان او به معامله خدشه ای وارد نمی‌کند. مضاف

براینکه هزینه خدمات اورژانس مطابق تعرفه‌ها تعیین و این امر در حکم معلوم بودن اجرت بوده و عدم رعایت تعرفه‌ها و تحمیل هزینه‌های زاید تخلف انتظامی است.

۵-۲- ارایه خدمات اورژانسی به بیماران بدون همراه

هنگامیکه بیمار اورژانسی بدون همراه است، اغلب حقوقدانان رابطه مراکز درمانی و بیمار را غیر قراردادی دانسته و معتقدند در صورت اختلاف، دادگاه‌ها می‌توانند مطابق هزینه‌های متعارف و یا اجرت المثل حکم نمایند (Hall, 2008: 673). زیرا زمانیکه بدون رضایت بیمار اقدام به درمان او می‌شود، مستند خاصی برای اثبات حق الزحمه نبوده و قراردادی منعقد نمی‌شود، چراکه خود رضایت به معنای انعقاد قرارداد است (شیخ مبارک، ۱۳۸۹: ۲۷۲). حق الزحمه متعارف نیز مطابق نوع خدمات ارایه شده، مکان مراکز درمانی، هزینه‌های تمام شده برای مراکز درمانی (Lucas, 2012, 8) یا خدمات ارایه شده مشابه در شرایط عادی و قراردادی محاسبه نمود (Gallant, 18). این نظریه از دلایل الزام به پذیرش بیماران اورژانسی نیز می‌باشد؛ زیرا در گذشته نیز خدمات اورژانس را از نوع خدمات غیر قراردادی می‌دانستند و به همین سبب مشکلات عدیده‌ای برای تعیین حق- الزحمه و مطالبه هزینه‌ها ایجاد می‌شد. بنابراین برای اجتناب از این مشکلات، مراکز درمانی از پذیرش بیماران اورژانسی امتناع می‌کردند. تا اینکه قوانین و عرف دادگاه‌ها ارایه خدمات به اینگونه بیماران را الزامی نمودند (Li-Ming Wong, 2009: 1).

برخی نیز در راستای پذیرش این نظر، اقدام مراکز درمانی را با اداره فصولی مال غیر توجیه می‌نمایند. به این ترتیب که، علی‌رغم ظاهر ماده ۳۰۶ قانون مدنی^{۱۷}، اداره فصولی ویژه امور مالی نبوده و احکام آنرا می‌توان به مواردی نیز که خدمتی به سود دیگری انجام می‌شود، تسری داد. در نتیجه با وجود ظاهر ماده که به امور مالی اختصاص دارد، برای حفظ سلامتی و جان افراد باید از این ظاهر گذشت و قلمرو آن را وسعت بخشید (شجاعپوریان، ۱۳۷۳: ۴۶-۴۵). در پاسخ به این نظر باید گفت که مراکز درمانی برای جواز ارایه خدمات اورژانسی نیازمند رضایت بیمار، انعقاد قرارداد و یا جستجوی مبنایی همچون اداره فصولی نیستند، زیرا قانون این جواز را در اختیار آنان می‌نهد.^{۱۸} مطابق نظریه دیگری درجاییکه بیمار در وضعیت اورژانسی قرار گرفته و بیهوش است و نمی‌تواند توافق صریحی برای درمان خود صورت دهد، قانون چنین تعبیر می‌کند که شخص بیهوش قراردادی ضمنی منعقد کرده است (Lucas, 2012, 5). این امر مانع از دارا شدن بلاجهت بیمار برای خدمات و مخارج آن می‌شود (Showalter, 2008: 26).

چنین دیدگاهی قابل پذیرش نیست. رضایت ضمنی شامل مواردی است که شخص با اعمال و رفتار خود اعلام رضایت می‌کند، مانند تصرف عالمانه مشتری در مبیع معیوب.

درحالیکه مصادیق فوریت‌های پزشکی، مسمومیت، سکته قلبی یا مغزی، اغماء، تشنج (ماده ۲ آیین‌نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی) و وضعیت‌های مشابهی است که غالباً بیمار فاقد هوشیاری و یا دارای سطح پایینی از هوشیاری می‌باشد. بنابراین چنین شخصی چگونه می‌تواند رضای ضمنی داشته باشد تا اینکه قرارداد درمان را ضمنی بدانیم. همچنین در موارد بسیاری وضعیت اورژانسی به سبب خودکشی بیمار حاصل می‌شود. در نتیجه در مواقع اخیر نه تنها بیمار رغبتی به اقدامات درمانی ندارد بلکه صراحتاً مخالف است.

از سوی دیگر مسئله داراشدن بلاجهت مبنایی ندارد؛ زیرا مراکز درمانی قانوناً اقدامات مجازی انجام داده‌اند و مطابق قانون و تعرفه‌ها مستحق دریافت حق الزحمه می‌باشند. لیکن مراکز درمانی اعم از دولتی و خصوصی حق دریافت وجه اولیه را نخواهند داشت (ماده ۶ آیین‌نامه اجرائی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی). هزینه بیماران کم درآمد نیز مطابق مقررات، توسط مرکز اورژانس پرداخت می‌شود (ماده ۴ و ۵ آیین‌نامه اجرائی مرکز اورژانس تهران وابسته به سازمان خدمات درمانی). البته خدمات اورژانسی پیش بیمارستانی یا قبل از درمان که شامل مواقع اضطراری، تصادفات، بیماری‌های حاد و یا پدیده‌های طبیعی است به صورت رایگان انجام می‌پذیرد (ماده ۶ و بند الف ماده ۱ آیین‌نامه ساماندهی پوشش فراگیر خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی کشور).

بنظر می‌رسد که در این موارد، رابطه قراردادی قابل احراز نبوده و رابطه مزبور بر مبنای قواعد استیفاء و مبتنی بر اذن نشأت گرفته از حکم قانون، تفسیر مناسب می‌پذیرد و اجرت نیز براین اساس بر مبنای تعرفه رایج و متعارف قابل محاسبه و مطالبه بوسیله مرکز درمانی خواهد بود.

قرارداد درمان برای خدمات مردد و نامعین

خدمات مردد و نامعین، شامل خدماتی است که نتیجه و موقعیت آن مشخص نبوده و آینده خدمات و حتی اینکه چه نوع خدمتی ارائه می‌شود معین نیست. مانند هنگامیکه با آزمایشات متعدد علت و نوع بیماری مشخص نمی‌شود و یا علت بیماری مشکوک و مردد میان چند عامل است. بیماری که از درد شکم رنج می‌برد و تشخیص مشکل کلیوی یا آپاندیس او قبل از انتقال به اتاق جراحی امکان پذیر نیست. جراحی بیمار به علت عرضه-ای مشخص و سپس کشف عارضه ای جدید نیز حالت دیگری از این نوع خدمات است. از آنجاکه این خدمات نامعین است به تبع حق الزحمه آنان نیز نامعلوم می‌باشد و مسئله چگونگی تعیین مخارج مطرح می‌شود. در برخی مواقع هزینه اینگونه خدمات از طریق

هزینه‌های معین شده و ثابت نظیر تعرفه‌ها تعیین می‌شود (Parry, 2011:132-133).
عده‌ای نیز در تعیین حق الزحمه عواملی نظیر، آسیب پذیری بیمار یا مهارت پزشک را دخیل می‌دانند (Hall, 2008:659). برخی دیگر معتقدند زمانیکه خدمتی بصورت نامعین‌ارایه- می‌شود، پرداخت روزانه مناسب‌ترین شیوه پرداخت است (O'Looney, 1998:86).
اما گذشته از نظریات بیان شده، به منظور بررسی دقیق این وضعیت دو فرض مطرح می- شود:

فرض اول زمانی است که عارضه بیمار بصورت قطعی قابل تشخیص نبوده و پزشک معالج مابین چند موضوع مردد است. گرچه امروزه با پیشرفت علوم و تکنولوژی و تجهیزات پیشرفته مراکز درمانی نظیر ام آر آی، سونوگرافی و رادیولوژی، درصد این احتمالات محدود است اما دور از ذهن نیست. در هر صورت، هنگامیکه چنین موقعیتی محقق می‌شود سوال قابل طرح چگونگی قرارداد است. آیا در واقع امر و با توجه به قوانین عمومی قراردادها، انعقاد قراردادی با موضوع مردد امکانپذیر است؟ آیا در صورت انعقاد، این قرارداد نافذ می‌باشد؟

تردید اولیه نسبت به صحت چنین قراردادی به سبب لزوم معین بودن مورد معامله و ضمانت اجرای بطلان قرارداد مردد است. علت بطلان این امر نیز جهل و غرری است که از این تردید حاصل می‌شود. در نتیجه ممکن است به محض مواجهه با این موضوع، حکم بطلان صادر شود. اما با اندکی تأمل می‌توان به نفوذ اینگونه قراردادها پی برد.
بیان شد که علت عدم نفوذ قرارداد مردد جهل به موضوع و غرر معامل است. اکنون آیا با نفوذ قرارداد درمان مردد بیمار متضرر می‌شود یا با بطلان آن؟ آیا عدم جواز به اینگونه معاملات به نفع بیماران و سلامت آنان است؟ آیا شرایط ویژه این قرارداد سبب تعدیل قوانین نمی‌شود؟

از سوی دیگر، درجاییکه نرخ هریک از خدمات مطابق تعرفه‌های درمانی معین شده و برای مثال اگر مشکل از آپاندیس یا کلیه باشد که هریک درمان معین و حق الزحمه مشخصی را داراست، رنج بیمار تا مرحله کشف دقیق علت مفیدتر است یا اقدام در جهت بهبود او؟

مسئله پاسخ سوالات روشن است. بنابراین مذاکرات انجام شده با بیمار و توضیح احتمالات و هزینه هریک، ابهامی باقی نگذاشته و در صورت رضایت بیمار قرارداد درمان محقق می‌شود. حق الزحمه چنین قراردادی نیز پس از انجام خدمات و تشخیص و درمان آن با توجه به نرخ تعرفه‌ها معین می‌گردد.

فرض دوم حالتیست که درمان معین است و بیماری و عارضه به قطع تشخیص داده شده، لیکن در مرحله ارایه خدمات، عارضه جدیدی حادث می‌شود. این امر علی‌رغم فرض اول از امور شایع در اعمال جراحی است. بیماری که برای جراحی روده و یا هر مشکل دیگری به اتاق عمل منتقل می‌شود و پزشکان پس از باز کردن شکم او به بیماری‌های دیگری از قبیل مشکل کبدی، تومرهای پنهان و یا عضو معیوب پی می‌برند. در این شرایطی دو موضوع مطرح می‌شود؟

نخست اینکه، آیا پزشکان به سبب اذن در جراحی، اجازه درمان عارضه جدید را نیز دارا هستند؟

و دوم، آیا در صورت درمان بیماری جدید، این حق الزحمه نیز مطابق قرارداد محاسبه می‌شود، فراتر از قرارداد است و یا اینکه اصولاً قابل مطالبه نیست؟

در پاسخ به سوال اول باید گفت، اذن جراحی شامل بیماری جدید نمی‌شود، زیرا در این فرض، تشخیص قطعی و علت جراحی تعیین شده و بیمار صرفاً با موضوع مربوطه موافقت نموده است. اما اینکه آیا پزشک بدون اذن اجازه درمان دارد یا خیر به وضعیت بیماری و عارضه جدید بازمی‌گردد. به این معنا که اگر مشکل حادی نبوده و خللی در جراحی ایجاد نمی‌نماید و بطور کلی از شرایط اورژانسی نیست، پزشک اذن مداخله و درمان ندارد. زیرا تمامی اعمالی که برای بیمار صورت می‌گیرد می‌بایست با اذن و اجازه او باشد. اما چنانچه مورد از فوریت‌های پزشکی است که قصور در اقدام فوری خطر جانی، غیرقابل جبران و عوارض صعب‌العلاجی برای بیمار به همراه دارد؛ پزشک مکلف به انجام هرگونه اقدام درمانی بدون توجه به نظر و اذن بیمار یا همراهان او می‌باشد.^{۱۹}

حق الزحمه و هزینه‌های خدمات جدید نیز داخل در قرارداد نبوده و حق الزحمه تعیین شده تغییر می‌کند. لازم به ذکر است که این موضوع صرفاً مختص قرارداد درمان نیست و در برخی قراردادها نیز ثمن از توافق اولیه فراتر رفته و قابلیت تغییر و تعدیل دارد. در این موارد با تغییر اوضاع و احوال ثمن ثانویه جایگزین ثمن ثانویه می‌شود (داراب پور، ۱۳۷۷-۱۳۷۶: ۲۲۸). در نتیجه حق الزحمه قابل مطالبه شامل دو ثمن است، یکی ثمن قراردادی مطابق توافق اولیه و دیگری حق الزحمه درمان جدید که در شرح جراحی به تفصیل بیان و مطابق نرخ تعرفه‌ها و یا اجرت‌المثل و هزینه‌های متعارف تعیین می‌گردد.

نتیجه

علیرغم اینکه علم متعاقدين به عوضين از ضرورتهاي عقلی بوده و معامله نسبت به امر مجهول عاقلانه نبوده و بر خلاف نظم عمومی اقتصادی تلقی می شود؛ اما نحوه معلوم شدن عوضين امری عرفی است که بر حسب ویژگی مورد معامله و اوضاع و احوال آن، عرف نسبت به آن اقدام و گاهی معلوم بودن حین العقد و گاهی قابل معلوم شدن را کافی می داند. بعبارت دیگر گاهی یکی از عوضين در قرارداد معلوم نبوده اما ضوابطی برای معلوم شدن مانند ارجاع به قیمت روز یا قیمت کارشناسی مقرر شده که عرف این امر را در حکم معلوم تلقی و معامله را غرری و متضمن خطر نمی داند.

با توجه به اینکه بلحاظ وضعیت ویژه قرارداد درمان، عملاً تعیین دقیق درمان و به تبع آن اجرت درمان، حین العقد میسر نیست؛ اگر بخواهیم قاعده معلوم بودن عوضين حین العقد را بنحو غیر منعطف اعمال کنیم، این تلقی نتیجه ای جز بطلان قریب به اتفاق قراردادهای درمان نخواهد داشت. لذا باید در این قراردادها باید با توجه به تجربه سایر نظامهای حقوقی و نظرات برخی از متقدمین و متاخرین فقهاء، از دیدگاه رایج عرفی تبعیت نموده: اولاً: تعیین دقیق و نهایی هزینه های درمان را ضروری ندانسته و علم اجمالی به آن و اطلاع رسانی به بیمار در حدود هزینه های قابل پیش بینی را کافی تلقی نماییم. ثانیاً: قاعده معلوم بودن عوضين حین العقد را بنحوی تفسیر کنیم که ارجاع به یک ضابطه مشخص در قرارداد مانند ارجاع به تعرفه درمانی مصوب را در حکم معلوم به حساب آوریم. ثالثاً: موارد ارجاع به حکم یا نظر یکی از طرفین (تعرفه بیمارستان خاص) را ارجاع به قیمت متعارف محسوب نماییم. رابعاً: برای پایان یافتن این مناقشات تفسیری، در اصلاحات آتی قانونگذاری، مسئله معلوم بودن را امری موضوعی و عرفی تلقی نموده و از دیدگاه عرفی در در موضوع معلوم بودن مورد معامله سود جسته و موارد ارجاع به ضوابط نوعی برای معلوم نمودن عوضين را در حکم معلوم تلقی نماییم.

پی نوشتها:

1. Principles of European law on service contract (PELSC) 2002.
2. Draft Common Frame of Reference, Outline Edition, 2009.

۳. ماده ۱۹۰ قانون مدنی ایران.

۴. ماده ۵۶۳ قانون مدنی.

۵. ماده ۷۶۶ قانون مدنی

۶. ماده ۲۱۶ قانون مدنی .

7. Reasonable price.

8. UN Convention on Contract for the International Sale of Goods(1980)

9. Informed Consent

۱۰. ماده ۹ آیین نامه انتظامی پزشکی.

۱۱. ماده ۱ آیین نامه اجرایی قانون تنظیم هزینه های درمانی و بهداشتی.

۱۲. بند ۱ ماده واحده قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی: هرکس شخص یا اشخاصی را در معرض خطر جانی مشاهده کند و بتواند با اقدام فوری خود یا کمک طلبیدن از دیگران یا اعلام فوری به مراجع یا مقامات صلاحیتدار از وقوع خطر یا تشدید نتیجه آن جلوگیری کند ... به حبس جنحه ای تا یک سال و یا جزای نقدی تا پنجاه هزار ریال محکوم خواهد شد. مسئولان مراکز درمانی اعم از دولتی یا خصوصی که از پذیرفتن شخص آسیب دیده و اقدام به درمان او یا کمکهای اولیه امتناع نمایند به حداکثر مجازات ذکر شده محکوم می شوند.

۱۳. ماده ۳ قانون تعزیرات حکومتی ، امور بهداشتی و درمانی : خودداری بیمارستانها از پذیرش و ارائه خدمات اولیه لازم به بیماران اورژانس جرم محسوب شده و متخلف به مجازاتهای زیر محکوم می گردد

۱۴. ماده ۱ آیین نامه اجرائی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی.

15. Valley Hosp.N.Kroll,847 A.2d 636,651(N.J.Super.Ct.Law Div.2003).

۱۶. ماده ۱۷۹ قانون دریایی: ((هر قرارداد کمک و نجات که در حین خطر و تحت تاثیر آن منعقد شده و شرایط آن به تشخیص دادگاه غیر عادلانه باشد ممکن است به تقاضای هر یک از طرفین به وسیله دادگاه باطل و یا تغییر داده شود. در کلیه موارد چنانچه ثابت شود رضایت یکی از طرفین قرارداد بر اثر حيله یا خدعه یا اغفال جلب شده است و یا اجرت مذکور در قرارداد ذکر شده به نسبت خدمت انجام یافته فوق العاده زیاد و یا کم است دادگاه میتواند به تقاضای یکی از طرفین قرارداد را تغییر داده و یا بطلان آنرا اعلام نماید.))

۱۷. ماده ۳۰۶ قانون مدنی : ((اگر کسی اموال غایب یا محجور و امثال آنها را بدون اجازه مالک یا کسی که حق اجازه دارد اداره کند باید حساب زمان تصدی خود را بدهد ، در صورتیکه تحصیل اجازه در موقع مقدور بوده یا تأخیر در دخالت موجب ضرر نبوده

است حق مطالبه مخارج نخواهد داشت ولی اگر عدم دخالت یا تأخیر در دخالت موجب ضرر صاحب مال باشد، دخالت کننده مستحق اخذ مخارجی خواهد بود که برای اداره کردن لازم بوده است.

۱۸. بند ۲ ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی.

۱۹. ماده ۱ آیین نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی - بند ۲ ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی و تبصره ماده ۱۸ آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرفه های پزشکی.

منابع:

منابع فارسی

۱. آیین نامه اجرایی قانون تنظیم هزینه های درمانی و بهداشتی مصوب ۱۳۵۹.
۲. آیین نامه اجرایی مرکز اورژانس تهران وابسته به سازمان خدمات درمانی مصوب ۱۳۵۵.
۳. آیین نامه انتظامی پزشکی مصوب ۱۳۴۸.
۴. آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلین حرفه های پزشکی در سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳.
۵. آیین نامه تأسیس و اداره مراکز خیریه بهداشتی درمانی مصوب ۱۳۶۴ و اصلاحیه ۱۳۶۷.
۶. آیین نامه ساماندهی پوشش فراگیر خدمات فوریت های پزشکی پیش بیمارستانی کشور مصوب ۱۳۸۶.
۷. آیین نامه اجرایی قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع مخاطرات جانی مصوب ۱۳۶۴.
۸. اراکی، محمد علی. (۱۴۱۵ ق.)، «کتاب البیع»، قم، مؤسسه اسماعیلیان.
۹. اردبیلی، احمد بن محمد. (۱۴۰۳ ق.)، «مجمع الفائدة و البرهان فی شرح إرشاد الأذهان»، جلد ۸، قم، دفتر انتشارات اسلامی.
۱۰. اسدی، فرهاد (۱۳۹۱/۴/۲۸)، «آشنایی با سیستم HIS و چگونگی چارج بیماران و علل کسورات». برگرفته از سایت: <http://namazi.sums.ac.ir>
۱۱. امام خمینی، روح الله. (۱۳۷۵)، «ترجمه تحریر الوسیله»، ترجمه موسوی همدانی، ج ۳، چاپ سوم، قم: مؤسسه انتشارات دارالعلم.

۱۲. برادران نصیری، مستوره. (۱۳۸۹/۱۵/۱۰)، «روزنامه جام جم»، برگرفته از سایت: www.jamejamonline.ir
۱۳. بحرانی، آل عصفور، یوسف. (۱۴۰۵ ق.)، «الحدائق الناضرة فی أحكام العترة الطاهرة»، ج. ۱۸، چاپ اول، قم، دفتر انتشارات اسلامی.
۱۴. توفیقی، شهرام، نصیری پور، امیر اشکان، فرهادی، فریده، «ارایه الگوهای مدیریت بیمارستان های خیریه در ایران»، فصلنامه پرستاری ایران، ۱۳۸۶. برگرفته از سایت: www.sid.ir
۱۵. جعفری، غلامعلی، خلیفه گری، صمد، دانایی، خدیجه، دولتشاهی، پریسا، رضانی، مؤده (۱۳۸۹). «استانداردهای اعتبار بخشی بیمارستان در ایران»، تهران: مرکز نشر صدا.
۱۶. حلی، حسن بن یوسف. (۱۴۲۰ ه. ق.)، «تذکره الفقهاء»، قم، چاپ اول، موسسه آل البيت.
۱۷. خوبی، سید ابوالقاسم. (۱۳۷۷ ق.)، «مصباح الفقاهه»، جلد ۳، قم مکتبه الدواری.
۱۸. حسن زاده، علی، فخیم علیزاد، سعیده، «مروری بر مبنای تعرفه گذاری خدمات بهداشتی درمانی در ایران». فصلنامه تأمین اجتماعی، ۱۳۸۵، سال هشتم، شماره ۲۶ و ۲۷.
۱۹. داراب پور، مهرباب. «ثمن شناور»، مجله تحقیقات حقوقی، ۱۳۷۷-۱۳۷۶، شماره ۲۱ و ۲۲ برگرفته از سایت: www.noormags.com
۲۰. رشتی گیلانی، میرزا حبیب الله (۱۳۱۱ ق.). «کتاب اجاره»، چاپ اول، بی نا.
۲۱. روزنامه همشهری (۱۳۹۱/۵/۳). برگرفته از سایت: www.hamshahrionline.ir
۲۲. شادپور، کامل، «اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران»، مجله پژوهشی حکیم، ۱۳۸۵، دوره نهم، شماره ۳. برگرفته از سایت: www.sid.ir
۲۳. شجاعپوریان، سیاوش. (۱۳۷۳)، «مسئولیت مدنی ناشی از خطای شغلی پزشک»، چاپ اول، تهران: انتشارات فردوسی.
۲۴. شهیدی، مهدی. (۱۳۸۰)، «تشکیل قراردادها و تعهدات»، چاپ دوم، تهران: انتشارات مجد.
۲۵. شیخ طاهری، عباس، فرزندی پور، مهرداد. «کیفیت اخذ رضایت آگاهانه در بیماران بستری تحت عمل جراحی». مجله علمی پزشکی قانونی، ۱۳۸۷، دوره ۱۴، شماره ۳.

۲۶. شیخ مبارک، قیس بن محمد. (۱۳۸۹)، «حقوق و مسئولیت پزشکی در آیین اسلام»، ترجمه محمود عباسی، چاپ دوم، تهران: انتشارات حقوقی.
۲۷. صافی گلپایگانی، لطف الله (۱۴۱۵ق). «استفتاءات پزشکی»، چاپ اول، قم: دارالقرآن الکریم.
۲۸. صانعی، شیخ یوسف (بی تا). «احکام پزشکی»، قم: انتشارات میثم تمار.
۲۹. طاهرخانی، حسین. «قرارداد با عوض شناور از دیدگاه اصول حقوقی»، مجله حقوقی دادگستری، ۱۳۸۲، شماره ۴۳. برگرفته از سایت: www.jlj.ir.
۳۰. عاملی، سید جواد (۱۴۱۹ق)، «مفتاح الکرامه فی شرح قواعد العلامه»، جلد ۱۳، چاپ اول، قم دفتر انتشارات اسلامی.
۳۱. غفوریان، احمد، «نقش اضطرار در مسئولیت مدنی»، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، ۱۳۶۰، شماره ۲۲. برگرفته از سایت: www.noormags.com.
۳۲. قاسمی، حمید. (۱۳۸۹)، «آشنایی با روش های پرداخت به ارایه دهندگان خدمات در نظام سلامت»، اداره کل بیمه خدمات درمانی استان اردبیل. برگرفته از سایت: www.msio.org.
۳۳. قانون مجازات اسلامی.
۳۴. قانون مدنی.
۳۵. قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی مصوب ۱۳۶۷.
۳۶. کاتوزیان، ناصر. (۱۳۸۸)، «قواعد عمومی قراردادها»، ج ۱، چاپ هشتم، تهران: شرکت سهامی انتشار.
۳۷. کاتوزیان، ناصر. (۱۳۸۸)، «قواعد عمومی قراردادها»، ج ۲، چاپ اول، تهران: شرکت سهامی انتشار.
۳۸. لنکرانی، محمد فاضل موحدی. (بی تا)، «احکام پزشکان»، بی تا.
۳۹. ماده واحده قانون مجازات خودداری از کمک به مصدومین و رفع خطرات جانی مصوب ۱۳۵۴.
۴۰. محقق داماد، مصطفی. (۱۳۸۹)، «فقه پزشکی»، چاپ اول، تهران: انتشارات حقوقی.
۴۱. محقق داماد، مصطفی. (۱۳۸۸)، «نظریه عمومی شروط و التزامات در حقوق اسلامی»، چاپ اول، مرکز نشر علوم اسلامی.
۴۲. محمدی، ابوالحسن. (۱۳۶۸)، «مبانی استنباط حقوق اسلامی»، چاپ اول، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

۴۳. محمدی، سام، «ماهیت حقوقی تعهد به نفع شخص ثالث»، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره ۳۹، شماره ۱.
۴۴. نجفی، محمد حسن. (بی تا)، «جواهر الکلام»، ج. ۲۲، بیروت، دار الاحیاء التراث العربی.
۴۵. هفته نامه سپید. (۱۳۹۱/۲/۲۸)، برگرفته از سایت: www.sepidweekly.ir

منابع لاتین

46. Barendrecht, Jansen (2002), Principles of European Law, Service Contracts, London: European Law Publishers.
47. Boyle, Sean, Payment by Results in England, Health Policy Developments, Vol. 13 No1, Available at: www.pdfgeni.com.
48. Casto, Anne, Rhia, Layman, CCS Elizabeth (2006), Principles of Healthcare Reimbursement, Chicago: American Health Information Management, Association, Available at: www.books.google.com.
49. Carver, S. R., Commonwealth Statistician(1961), Official Year Book of The Commonwealth of Australia, Commonwealth Bureau of Census and Statistics, Available at: www.books.google.com.
50. De Cruzp (2001), Comparative Healthcare Law, London, Cavendish Publishing.
51. Department of Health (2010), Regulating Healthcare Providers, Available at:
52. www.cuh.org.UK/resources/pdf/cuh/.../regulating_healthcare_providers.pdf.
53. Dixon, Jennifer, ((Payment by Result-New financial Flows in the NHS)), BMJ, 2004, Vol. 328. Available at: <http://scholar.google.com>.
54. Feldstein, Paul (2011). Healthcare Economics, 7th ed., Delmar Cengage Learning, Available at: www.books.google.com.
55. Gallant, Mark, ((Medicaid Managed Care: Statutory Standards, Provider Network Access and Coverage Obligations, and Hot Button Contract Issues. Available at:
56. www.cozen.com.admin/files/Attpdf/Mark%20H%Gallant_238_1.pdf.
57. Grant, Rebecca, Bennett, Colin John(1999), Visions of Privacy: Policy Choices for the Digital Age, University of Toronto Press. Available at: www.books.google.com.
58. Hall, Mark, E.Schneider, Carl. Patients as Consumers , Michigan Law Review, 2008, Vol.106:643. Available at:

59. www.michiganlawreview.org/assets/pdfs/106/4/hallschneider.pdf.
60. Hall, Randolph(2006). Patient Flow: Reducing Delay in Healthcare Delivery, Springer Publishing. Available at: www.books.google.com.
61. Helewitz, Jeffrey(2010).Basic Contract Law for Paralegals, 6nd ed., Aspen Publishers. Available at: www.books.google.com.
62. Holtz, Carol (2012), Global Healthcare Issues and Policies, 2nd ed., Jones & Bartlett Learning, LLc, and Ascend Learning Company. Available at: www.books.google.com.
63. Honnold, John (1991), Uniform law for International Sales under the 1980 United nations Convention, 3rd ed., Boston.
64. Jennings, Marianne (2010), Business: Its Legal, Ethical, and Global Environment, 9th ed., South-Western Cengage Learning, Available at: www.books.google.com.
65. Irene Ng, Parry, Glenn, J. Wild, Peter, Duncan, McFarlane(2011). Complex Engineering Services Systems, UK: Springer- Verlag London Limited . Available at: www.books.google.com.
66. Lucas, Carlo, A. Williams, Michelle (2012/7/17), The Rights of Nonparticipating Providers In A Managed Care World, Available at: www.healthlawyers.org/Events/Programs/Materials/Documents/HHs09/lucas_williams.pdf.
67. Li-Ming Wong, Michael, C. Howells, Dana(2009),California High Court Bans Balance Billing and Spawns Uncertainty in Emergency Services Billing Disputes, Bloomberg Law Reports, 2009, Vol2, No.7. Available at: www.ropesgray.com/.../Wong-and-Howell-author-Bloomberg-Law-Reports-article-July-2009.pdf.
68. Nicholas, Barry, French Law of Contract(1982),first ed., London, butterworth.
69. Office of Technology Assessment Congress (1986), Payment for Physician Services: Strategies for Medicare, Diane Publishing, Available at: www.books.google.com.
70. O'Looney, John (1998), Outsourcing State and Local Government Services, Greenwood Publishing Group. Available at: www.books.google.com.
71. Showalter, J Stuart (2008), The Law of Healthcare Administration, Chicago: Health administration Press.
72. Treitel, G.H., The Law of Contract (1995), 3rd International student Edition, London, Sweet & Maxwell.
73. von Bar, Christian(2009), Principles, Definitions and Model Rules of European Private Law, Draft Common Frame of Reference (DCFR), Munich, European law publishers GmbH.