

# MLJ

مجله حقوق پزشکی


دوره پانزدهم، شماره پنجاه و ششم، ۱۴۰۰

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>



مقاله پژوهشی

## ضرورت گذر پزشک از اجرای انفرادی به اجرای مشارکتی (با بهره‌گیری از آورده‌های حقوق تطبیقی)

سیدعباس سیدی آرانی\*<sup>۱</sup> 

۱. استادیار گروه حقوق، دانشکده علوم انسانی و حقوق، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران.

### چکیده

زمینه و هدف: برخی از چالش‌های موسسه فردی پزشکی لاینفک از روش اجرای آن هستند؛ فقدان شخصیت حقوقی نتایجی را برای موسسه به دنبال دارد؛ احتمال تعطیلی موسسه افزایش می‌یابد. مسئولیت موسسه در قبال رفتار زیان‌بار پزشک منتفی می‌گردد و با فوت دارنده، وضعیت اشاعه بر موسسه تحمیل و در نتیجه سازماندهی آن دشوار می‌شود. محوریت فردی واحد، مجموعه را در زمان حیات دارنده امتیاز، فاقد پویایی و توانایی لازم و در زمان فوت وی، محروم از شایسته‌سالاری در موضوع واگذاری امتیاز به شخص جدید می‌سازد. برخی دیگر از چالش‌ها با روش اجرا مرتبط هستند و این به ویژه واقعیتی در مورد ناکارآمدی اجرای انفرادی در رویارویی با دگرگونی‌های علمی و اقتصادی است.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش با بهره‌گیری از آورده‌های حقوق تطبیقی و با استفاده از روش توصیفی و تحلیلی صورت پذیرفته است.

**یافته‌ها:** اجرای مشارکتی به عنوان راهکاری برای برون‌رفت از مسائل اجرای انفرادی پزشکی پیشنهاد می‌شود. طبیبان خواهان اجرای مشارکتی می‌توانند به تاسیس شرکت پزشکی مبادرت ورزند. می‌توان چنین شرکتی را به این صورت تعریف نمود: «شخص حقوقی متشکل از پزشکان که به طبابت می‌پردازند». موضوع این شرکت اجرای مشترک حرفه پزشکی است.

**ملاحظات اخلاقی:** در پژوهش حاضر، پای‌بندی به روش علمی، اصول اخلاقی، امانت‌داری و مالکیت فکری و معنوی رعایت شده است.

**نتیجه‌گیری:** اجرای مشارکتی، با سازمان‌دهی همکار، پزشکان را متمرکز می‌کند تا تخصص‌گرایی، جایگزینی، جابه‌جایی و شایسته‌سالاری امکان‌پذیر شود. با سازماندهی فعالیت نیز، شخصیت حقوقی را به موسسه هدیه می‌دهد تا کل مجموعه به سهم‌الشرکه تجزیه گردد و استمرار خدمات درمانی تضمین شود. هم‌چنین امکان متمرکز شدن سرمایه‌ها و بهره‌بهینه از آن‌ها فراهم می‌شود و مسئولیت پزشک مستظهر به مسئولیت شریک و شرکت گردد؛ حمایت از این مسئولیت نشان می‌دهد اجرای مشارکتی در تعدیل چالش‌های بی‌ارتباط با روش اجرای طبابت نیز بی‌تاثیر نیست.

### اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۴/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۸/۰۶

تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۰۱/۱۶

### واژگان کلیدی:

پزشکی

روش انفرادی اجرا

روش مشارکتی اجرا

شخصیت حقوقی

شرکت

### \* نویسنده مسؤول:

سیدعباس سیدی آرانی

آدرس پستی: ایران، کاشان، دانشگاه کاشان، دانشکده علوم انسانی و حقوق، گروه حقوق

کد پستی: ۸۷۳۱۷-۵۳۱۵۳

تلفن: ۲۱-۷۷۴۶۹۸۱۶

پست الکترونیک:

abbas.seyedi@yahoo.com

**۱. مقدمه**

۱۹۶۶- به دارندگان حرفه‌های آزاد، از جمله پزشکان «شرکت مدنی حرفه‌ای» را پیشنهاد داد. محدودیت‌های شرکت مدنی حرفه‌ای مانند عدم جذب سرمایه بیرونی قانون‌گذار را مجبور به پذیرش نوع خاصی از شرکت‌های تجاری نمود که مقررات استثنائی فراوانی نسبت به حقوق عام این شرکت‌ها دارند. تصویب قانون ش ۱۲۵۸-۹۰- مورخ ۳۱ دسامبر ۱۹۹۰- مسیر اجرای حرفه در قالب برخی شرکت‌های تجاری را برای حرفه-ای‌ها نظیر پزشکان هموار نمود.

پس از آشنایی با روش مشارکتی حقوق فرانسه، حرفه‌ای پزشک با مقایسه محاسن و معایب هر دو روش، فعالیت به- صورت انفرادی یا مشارکتی را برمی‌گزیند. هدف مقایسه میان دو سیستم حقوقی ایران و فرانسه نیست. چه ایران هم‌چنان بر روش انفرادی برای انجام حرفه پزشکی پافشاری دارد. اما سیستم حقوقی فرانسه پس از گذر از اجرای انفرادی و پیوستن به اجرای مشارکتی آن را سازماندهی نیز نموده است. هدف، نشان دادن افق پیش رو به پزشک ایرانی گرفتار اجرای انفرادی است که با الگوبرداری از حقوق فرانسه در روش اجرای مشارکتی مشکلات طبابت را حل و دل‌نگرانی خود را رفع نماید. برای رسیدن به این هدف نگارنده پس از بررسی چالش‌های درونی و بیرونی اجرای انفرادی با بهره‌مندی از آورده‌های حقوق تطبیقی، ره‌آورد اجرای مشارکتی را با تاکید بر دو امتیاز شرکت، یعنی «فن سازماندهی همکار» و «فن سازماندهی فعالیت» برای حرفه‌ای تبیین می‌نماید. بدین- ترتیب این پژوهش حول محور چرایی پذیرش اجرای مشارکتی پزشکی می‌چرخد؛ مناسب است ابتدا ضرورت‌ها احساس و سپس نهادهای حقوقی سازماندهی شوند تا مخاطبان اصلی قانون از جمله مدافعان آن باشند.

**۲. ملاحظات اخلاقی**

در پژوهش حاضر، پای‌بندی به روش علمی، اصول اخلاقی، امانت‌داری و مالکیت فکری و معنوی رعایت شده است.

رسالت علم حقوق صرفاً در ایجاد هنجار خلاصه نمی‌شود بلکه سازماندهی نهادهای حقوقی را نیز دربرمی‌گیرد. رسالتی که در رابطه با اجرای مشارکتی حرفه پزشکی مغفول مانده و علی‌رغم ایجاد هنجار و الزامات فراوان قانونی، حرفه پزشکی هم‌چنان با این روش اجرا بیگانه است. در این شرایط پزشک حسب دوری و نزدیکی با روش اجرا با چالش‌هایی روبرو می‌شود؛ بدون آن- که راهکاری داشته باشد یا حتی دلیل وجود آن‌ها را بداند. با مطالعه روش‌های متفاوت اجرا در سیستم حقوقی فرانسه درمی‌یابیم که نخستین دسته از مسائل ریشه در روش اجرای حرفه دارند و تا زمانی که تغییری در روش اجرا ایجاد نشود، آن‌ها هم‌چنان به قوت خود باقی هستند. عدم تضمین استمرار خدمات درمانی نمونه‌ای از این مسائل است. منشا دسته دوم از مسائل روش اجرای حرفه نیستند و به دلیل دگرگونی‌های علمی و اقتصادی ایجاد می‌شوند. روش‌های قدیمی سلاح خوبی برای رویارویی با آن‌ها نیستند. پس این پرسش مطرح می‌شود که آیا تغییر در روش اجرا می‌تواند در مواجهه با این دگرگونی‌ها به خوبی عمل نماید؟ به نظر می‌رسد بتوان این مسائل را تحت دو عنوان چالش‌های درونی و بیرونی روش انفرادی پزشکی بررسی کرد. البته چالش‌های پزشکی تنها به این موارد محدود نمی‌شوند، بلکه مسائلی بی‌ارتباط با روش اجرا نیز وجود دارند که همیشه حرفه را در هر قالبی که اجرا شود، همراهی می‌کنند، که از این میان برخی در ذات حرفه نهفته‌اند. مسئولیت مدنی طبیب، که با بیمه‌ای اجباری و مکفی تحت پوشش قرار نمی‌گیرد (۱)، از این قبیل است. اگر تغییر در روش اجرا در تعدیل این مسائل نیز موثر باشد، در انجام آن نباید تردید داشت.

لازم است پزشک محصور در اجرای انفرادی، از مزایای اجرای مشارکتی آگاه باشد. مطالعه سیستم حقوقی فرانسه به دلیل سازماندهی اجرای مشارکتی بسیاری از حرفه‌ها، از جمله طبابت بسیار راه‌گشا است؛ قانون‌گذار فرانسه با آگاهی از مسائل حرفه‌ای‌ها (۲)، با تصویب قانون شماره ۸۷۹-۶۶- مورخ ۲۹ نوامبر ۱۹۶۶- یادشده از آن در این مقاله با عنوان قانون

**۳. مواد و روش‌ها**

این پژوهش به روش توصیفی و تحلیلی و با بررسی چالش‌های درونی و بیرونی اجرای انفرادی و با بهره‌مندی از آورده‌های حقوق تطبیقی، افق پیش رو را به پزشک ایرانی گرفتار اجرای انفرادی نشان می‌دهد و در نهایت، با الگوبرداری از حقوق فرانسه مسائل روش اجرای طبابت را حل می‌کند.

**۴. یافته‌ها**

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که شرکت بستر مناسبی برای حل مشکلات پزشک است. اجرای مشارکتی علاوه بر حل چالش‌های درونی، می‌تواند در ناتوانی روش انفرادی برای حل مسائل ناشی از دگرگونی‌های اقتصادی و علمی، کارآمد باشد. ره‌آورد اجرای مشارکتی در طبابت دو امتیاز «سازماندهی همکار» و «سازماندهی فعالیت» است که در ذیل مورد بررسی قرار می‌گیرد.

**۵. بحث****۵-۱. چالش‌های اجرای انفرادی**

چالش‌هایی که امروزه طبابت با آن‌ها روبروست اساساً گریبان‌گیر طبیب، به‌عنوان مسئول اصلی و هم‌چنین بیمار به‌عنوان آسیب‌پذیرترین شخص مرتبط با آن می‌باشند. ممکن است چالش‌ها ریشه در خود روش اجرای حرفه داشته باشند یا از بیرون بر آن عارض شوند.

**۵-۱-۱. چالش‌های درونی**

از میان چالش‌های درونی، محرومیت از شخصیت حقوقی و محوریت فرد واحد به‌عنوان مشکل اصلی خودنمایی می‌کنند که نیازمند چاره‌جویی جدی هستند.

**۵-۱-۱-۱. محرومیت از شخصیت حقوقی**

زندگی شکننده و پایان زودرس از پیامدهای اصلی فقدان شخصیت حقوقی موسسه فردی پزشکی هستند. دلیل این وضعیت را می‌توان در وابستگی موسسه به مالک و دارنده خود

دانست. نبود شخصیت حقوقی آن را به نهادی بی‌استخوان و فاقد وجود حقوقی خاص تبدیل نموده است (۳).

موسسه فردی پزشکی، زندگی شکننده‌ای را تجربه می‌کند؛ غیبت طبیب در مواردی مانند تجویز قانون‌گذار (ماده ۷ آیین‌نامه تاسیس و اداره داروخانه - مصوب ۱۳۹۳-) باعث تعطیلی موقت موسسه می‌شود. درواقع، دو شرط صلاحیت (ماده ۲۵ آیین‌نامه انتظامی) و اخذ پروانه مطب (ماده ۳۰ آیین‌نامه انتظامی)، احتمال تعطیلی مطب را افزایش می‌دهد و پزشک را زندانی رسالت خود در مطب یا موسسه فردی و نگران مساله جانشینی می‌کند که به ضرر بیمار تمام می‌شود. بویژه که قانون‌گذار به درستی در تبصره ۱ ماده ۵ قانون مربوط به امور پزشکی حکم به ممنوعیت دخالت داروسازان در طبابت داده است.

فقدان شخصیت حقوقی در موسسه فردی نتایجی در موضوع مسئولیت نیز به همراه دارد: نخست؛ مجموعه پشتمانه‌ای برای مسئولیت طبیب نیست، بنابراین او در تمام امور مطب (ماده ۲۳ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه پزشکی - مصوب ۱۳۸۳-) یادشده از آن در این مقاله با عنوان آیین‌نامه انتظامی) به تنهایی مسئول است. دوم؛ سایر همکاران حاضر در مجموعه، مسئولیتی در قبال اعمال زیان‌بار پزشک ندارند. وضعیت آن‌ها از دو حالت خارج نیست: یا به عنوان پزشک «هرکس برای خود» فعالیت می‌کند که هر یک مسئول رفتار خویش است یا به عنوان کادر درمانی بدون داشتن حق دخالت در امور پزشکی (ماده ۲۵ آیین‌نامه انتظامی) تحت نظر پزشک اقداماتی را انجام می‌دهد که پزشک در برابر رفتار زیان‌بار آنان، به دلیل این‌که در حیطه دستورات او انجام وظیفه می‌کنند، مسئول است (م ۱۲ مسئولیت مدنی). سوم؛ در صورت ترک مجموعه، مسئولیت، پزشک را همراهی می‌کند؛ او با ترک مجموعه، برخلاف ترک یک شرکت، سهم‌الشرکه را به شخص جدیدی واگذار نمی‌کند تا بتوان دارنده جدید را مسئول تعهدات او دانست. در این شرایط زیان‌دیده در حیات پزشک به خود او و در ممانت به ورثه وی رجوع می‌کند (۴).

مجموعه به دیگری و امکان جایگزینی در درون مجموعه به دلیل نبود افرادی با صلاحیت یکسان وجود ندارد.

محوریت فرد واحد از توانایی موسسه فردی می‌کاهد. تامین سلامت بیماران بعنوان رسالت پزشک با تخصص‌گرایی محقق می‌شود. تخصصی‌گرایی با حضور افرادی با صلاحیت یکسان ممکن است. این رویا در موسسه فردی به حقیقت نمی‌پیوندد. ساختار بسته اجرای انفرادی، بروزرسانی اطلاعات را برای طبیب غیرممکن و مشکلاتی حل‌نشدنی در تخصص‌گرایی و تبادل اطلاعات ایجاد نموده است (۶). در این شرایط، تحقق تخصص‌گرایی به صورتی غیرقاتونی، سبب انتقال ناروای بیمار از یک مجموعه فردی به مجموعه دیگری می‌شود.

به‌علاوه، در اجرای انفرادی، مسئولیت مدنی پزشک فاقد پشتوانه است؛ در صورت ورود زیان به بیمار مسئولیت او با شخص دیگری با حقوق و تکالیف متفاوت مانند پرستار سرشکن نمی‌شود؛ در شرایطی که پرستار به دلیل عدم صلاحیت علمی امکان احراز صحت دستورات پزشک را ندارد، جاهل محسوب و در صورت ایجاد خسارت، پزشک سبب اقوی از مباشر شناخته می‌شود در برابر رفتار زیان‌بار پرستار، مسئولیت دارد (۷، ۸).

علاوه بر عدم تخصص‌گرایی و مسئولیت سنگین پزشک، پزشکان در مسیر دگرگونی ساختار کار و حرفه طبابت، با دو مشکل روبرو هستند (۹)؛ خریداری تجهیزات جدید و بهره بهینه از تجهیزات موجود. لازمه سودآوری تجهیزات، استفاده حداکثری از آنهاست (۱۰). در حالی که در روش انفرادی توانایی محدود پزشک در استفاده از تجهیزات مانع از تحقق این آرمان است. بدیهی است که فشار ناشی از تغییر نیازها و کاهش کیفیت تخصص پزشک در نبود امکانات پیشرفته (۱۱)، پزشک را وادار به خرید تجهیزات مورد نیاز می‌کند. برای نمونه، برابر ماده ۱۱ آیین‌نامه تاسیس درمانگاه تخصصی چشم‌پزشکی، متخصص چشم‌پزشک باید به امکانات تخصصی مرتبط با خدمات تخصصی مجهز باشد.

پایان زودرس از کابوس‌های همیشگی موسسه پزشکی است؛ فوت، از کارافتادگی و انفصال دائم، اغلب «ناقوس نهاد حقوقی فردی» را به صدا درمی‌آورند (۵) این تعبیر به خوبی شکنندگی مجموعه فردی را بیان می‌کند. برای نمونه، هرچند نمی‌توان در برخی مناطق (ماده ۲۵ ق تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی - مصوب ۱۳۶۷-) داروخانه را تعطیل نمود اما هرگونه رفتار خلاف مقررات، داروخانه را به صورت دائم تعطیل می‌کند (مواد ۳، ۶ و ۲۹ آیین‌نامه انتظامی). وضعیتی که تبعات سنگینی برای روابط پزشک و بیمار دارد.

در این شرایط، اجرای انفرادی از عدم تامین امنیت برای بیمار و عدم استمرار خدمات درمانی رنج می‌برد. برای شناخت پیامدهای این مساله در مجموعه فردی، باید بر ویژگی «بهره عمومی موضوع فعالیت» پزشک تاکید و حتی‌المقدور استمرار آن حفظ شود که مستلزم جایگزینی طبیب است. متولی امور سخت‌گیری خود را در گسستن استمرار آن نشان داده و حضور همیشگی پزشک را در مقرراتی مانند ماده ۱۸ آیین‌نامه تاسیس واحد تزریقات و پانسمان در محل مطب پزشکان - مصوب ۱۳۸۶- الزامی می‌داند. در حالی که عملی نبودن این نوع تکلیف بر کسی پوشیده نیست.

#### ۵-۱-۲. محوریت فرد واحد

محوریت فردی به‌عنوان یکی از چالش‌های درونی موسسه فردی مسائلی را در ارتباط با پویایی (عدم امکان جابه‌جایی جایگزینی)

و توانایی (تخصص‌گرایی، مسئولیت و عدم امکان بهره‌وری) مجموعه ایجاد می‌کند.

عدم حضور یا غیبت پزشک هرچند کوتاه مدت و غیرقابل پیش‌بینی پویایی مجموعه را تهدید می‌کند. با کناره‌گیری پزشک، او دیگر محور موسسه فردی نیست. بنابراین او برای فعالیت مجدد باید تشریفات تاسیس یک موسسه جدید را از سر بگیرد. چرا که هر مجموعه فردی با محوریت شخصی واحد فعالیت می‌کند. در این شرایط امکان جابه‌جایی پزشک از یک

**۵-۱-۲. چالش‌های بیرونی**

بررسی چالش‌های درونی حرفه پزشکی نشان داد که در آینده‌ای نه چندان دور، حرفه پزشکی با مسائلی روبرو خواهد شد. پاره‌ای از دگرگونی‌های اقتصادی و علمی در تسریع و تشدید این وضعیت نقش دارند؛ این دگرگونی‌ها، ضرورت بودن حرفه پزشکی را نفی نمی‌کنند اما روش اجرای انفرادی آن را زیر سوال می‌برند.

**۵-۱-۲-۱. دگرگونی‌های علمی**

در سال‌های اخیر رشد کمی و کیفی مشتری دست‌خوش تغییراتی شده‌اند. پزشکان از یک‌سو با پدیده افزایش تعداد مراجعه بیماران مواجه شدند (۱۲)؛ این افزایش تا آن اندازه غیرقابل پیش‌بینی بود که به یکی از چالش‌های نظام سلامت تبدیل گردید (۱۳). از سوی دیگر تغییرات عمده‌ای در روابط میان پزشک و بیمار رخ داد به طوری که رضایت از خدمات ارائه شده به عنوان عاملی مهم در ارتقاء کیفیت در نظام سلامت مطرح شد.

به لحاظ کمی، باید پذیرفت که زمان اختصاص داده شده یا ویزیت، به عنوان یکی از شاخصه‌های مهم ارزیابی کیفیت مراقبت از بیماران علاوه بر «مدت زمان صرف شده بیمار برای دسترسی به پزشک»، شامل «مدت زمان صرف شده پزشک برای معاینه بیمار» می‌باشد (۱۴). در حالی که مجزا بودن محل انتظار از محل معاینه و مجاز نبودن معاینه هم‌زمان بیماران از الزامات قانونی است (ماده ۱۲ دستورالعمل ضوابط بهداشتی و تسهیلات لازم در مطب - مصوب ۱۳۸۶-، پزشکان در افزایش مراجعه بیمار به آنان، به شیوه‌های نامناسب برای ویزیت بیمار مانند «ویزیت گروهی» متوسل می‌شوند. علاوه بر این، در برخی مراجعات زیاد بیماران با وجود ممنوعیت بکارگیری افراد فاقد صلاحیت در امور پزشکی (ماده ۲۵ آیین‌نامه انتظامی) و تکلیف طبیب به پذیرش تعداد مناسبی از بیمار که حسب مورد انجام خدمات آنان در یک زمان مناسب، میسر باشد (ماده ۵ آیین‌نامه انتظامی) او انجام برخی از امور مانند ارائه توضیحات و مشاوره را به منشی

واگذار می‌کند (۱۵). برای توجیه ویزیت گروهی این ادعا که پزشک، اخلاق حرفه‌ای را نمی‌داند (۱۶) صحیح نیست، بلکه منشا این مشکلات عرضه (تعداد پزشکان) کم و تقاضای (تعداد بیماران) زیاد است.

از نظر کیفی؛ چگونگی روابط بیمار و پزشک بر روند درمان به طور مستقیم تاثیرگذار است. تحقیقات درباره رابطه پزشک و بیمار حاکی از نارضایتی بیماران می‌باشد (۱۵). در این راستا خاطر نشان می‌سازیم افزایش کیفیت درخواست‌های بیماران، دو پدیده «دوام» و «صلاحیت» را به همراه دارد. دوام، دسترسی همیشگی به پزشک را می‌طلبد. منتهی موسسه فردی به دلیل فقدان شخصیت حقوقی، با دوام ناسازگار است. صلاحیت، رابطه بین پزشک و بیمار را از «شخص آگاه و ناآگاه» به رابطه بین «دانشمند و شخص ناآگاه» دگرگون می‌سازد (۹). ره‌آورد افزایش سطح آگاهی‌های عمومی، توقع تخصص کامل از پزشکی است که با جان بیماران سر و کار دارد. از این رو تخصصی شدن پزشکی بعنوان یک ضرورت خودنمایی می‌کند. پیشرفت‌های پزشکی صلاحیت‌های گوناگونی را می‌طلبد که جمع آن‌ها در یک فرد غیرممکن است. بنابراین، این پرسش مطرح می‌شود که آیا راهکاری برای جمع میان وحدت (یک شخص) و تعدد (تخصص در چندین شاخه) وجود دارد؟ (۹، ۱۰).

هرچند روش اجرای انفرادی در رویارویی با گسترش نیازهای مشتری هم به لحاظ مقدار و هم به لحاظ تنوع ناکارآمد است (۱۰)، اما نمی‌توان تاثیر برنامه‌ریزی نادرست و اتخاذ تدابیر نامتناسب با نیازهای رو به رشد بیماران (۱۷) در افزایش این ناکارآمدی را نادیده انگاشت. علی‌رغم تدوین برنامه‌هایی نظیر «تدوین نقشه راه درمان ایران (ندا) ۱۴۰۴» (۱۸) توسط وزارت بهداشت در راستای پاسخ‌گویی به دسترسی آسان به پزشک و حفظ تعادل میان منابع محدود و انتظارات نامحدود (۶)، چالش‌هایی نظیر توزیع ناعادلانه پزشکان در دو جنبه جغرافیایی و تخصصی (۶) مشکلاتی ایجاد نمودند. تمرکز اکثر پزشکان در شهرهای بزرگ بویژه تهران و محرومیت برخی مناطق از حضور پزشکان (جغرافیایی) و کمبود یا اشباع

پزشکان عمومی و متخصص را می‌توان از پیامدهای برنامه-ریزی نادرست دانست. سهم کمتر پزشکان عمومی در معاینه بیماران (۲۱) خبر از پیروزی پزشکان متخصص در این مارا تن می‌دهد. مسیر برای پزشک عمومی هموار نیست؛ او علاوه بر رقابت با هم‌طرازان خود باید از پزشکان متخصص نیز پیشی بگیرد؛ در حالی که تنها امکان رقابت میان پزشکان متخصص با گرایش یکسان وجود دارد. تعیین دستمزدها بصورت مقطوع توسط متولی امور (بند ۱۵ م ۱ قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت - مصوب ۱۳۷۵-) ابتکار عمل تعیین دستمزد را از پزشک می‌گیرد و وضعیت را بدتر می‌کند.

#### ۵-۲-۲. ره‌آورد اجرای مشارکتی

گذشت زمان و عیوب اجرای انفرادی و مشکلات عملی آن، پزشک فرانسوی را متوجه این نکته نمود که شرکت بستر مناسبی برای حل مشکلات مذکور است. اجرای مشارکتی علاوه بر حل چالش‌های درونی، می‌تواند در ناتوانی روش انفرادی برای حل مسائل ناشی از دگرگونی‌های اقتصادی و علمی، کارآمد باشد. برای شناخت ره‌آورد اجرای مشارکتی در طبابت در ایران دو امتیاز شرکت، یعنی «فن سازماندهی همکار» و «فن سازماندهی فعالیت» (۳) را خاطر نشان می‌سازیم.

#### ۵-۲-۱. سازماندهی همکار

با این امتیاز، امکان سازماندهی پزشکان همکاری که خواهان اجرای مشارکتی‌اند، فراهم می‌شود و شرکت، پزشکان متخصص و معتمد را جذب می‌کند. بدیهی است در یک مجموعه پزشکی، تامین منافع بیماران و تضمین یک خدمت موثر با وجود گروهی از متخصصان صورت می‌پذیرد تا یک متخصص تنها.

#### ۵-۲-۱-۱. همکاران متخصص

اجرای مشارکتی حرفه می‌تواند تا حدودی مشکل منابع انسانی و پیچیده شدن روزافزون ابعاد سلامت را حل کند. درب‌های

متخصص در برخی رشته‌های پزشکی (تخصصی) (۱۹) بسیاری از مراجعان را برای دریافت خدمات به مراکز استان‌ها می‌کشاند (۱۵) و سبب ایجاد مطب‌های پرتراکمی می‌شوند که پزشک را از ارائه خدمات درمانی مناسب و اداره مجموعه تحت صلاحیت خود ناتوان سازد.

#### ۵-۲-۱-۲. دگرگونی‌های اقتصادی

در گذشته، طبیب برای ویزیت بیمار نیاز به تجهیزات پیشرفته‌ای نداشت. تغییرات علم پزشکی و نگرانی و نارضایتی از کاهش سرعت و دقت تشخیص بیماری به دلیل استفاده از تجهیزات قدیمی (۱۴) پزشک را به فکر خرید و جایگزینی تجهیزات قدیمی با امکانات پیشرفته جدید انداخت. ارائه خدمات به گونه‌ای که علاوه بر تسهیل روند درمان، بیمار را بی‌نیاز از مراجعه به سایر ارائه‌کنندگان خدمات نماید (۶) از انتظارات جدید بیماران است. ضرورت وجود دستگاه سونوگرافی بعنوان یک ابزار تخصصی در مطب زنان و زایمان برابر بخشنامه ش ۴۰۰/۱۹۵۹۴ مورخ ۱۳۹۸/۰۸/۱۸ وزارت بهداشت این ادعا را تایید می‌کند.

افزایش قیمت تجهیزات پزشکی و خرید یا حتی اجاره مکان مناسبی برای مطب، هر روز بر تعداد پزشکانی می‌افزاید که ناتوان از سرمایه‌گذاری و جذب سرمایه‌گذار هستند. این افزایش قیمت‌ها ناشی از تورمی است که برابر مرکز آمار ایران، به طرز چشم‌گیری رو به افزایش می‌رود. بطوری که از سال ۱۳۵۴ تاکنون، ایران تنها کشوری است که نرخ تورم دو رقمی دارد (۲۰). افزایش هزینه‌ها باعث شده تا علی‌رغم احساس نیاز از سوی پزشکان «دو راهکار ناممکن» برای آنان در روش انفرادی باقی بماند؛ بهره‌مندی بیش‌تر از خدمت داده شده و بهره‌مندی حداکثری از تجهیزات. اما از یک‌سو پزشک در جست‌وجوی سود و سوداگری نیست و از سوی دیگر، بهره‌مندی حداکثری در روش انفرادی غیرممکن است.

برنامه‌ریزی نادرست در کنار تورم و نیازهای جدید موانعی جدی بر سر راه اجرای انفرادی ایجاد نموده است. نابرابری تعداد فارغ‌التحصیلان و فرصت‌های شغلی و نیز رقابت میان

در نبود تعریف دقیق و شفاف در خصوص تعارض منافع (۲۴) بیم تقویت سوداگری در طبابت وجود دارد: در اجرای انفرادی با وجود ممنوعیت سهم‌خواری در برخی مقررات نظیر مواد ۱۳ و ۱۲ آیین‌نامه انتظامی، پزشک با توسل به آن (۲۵) درصد جبران هزینه‌هاست. این نگرانی‌ها در شرکت پزشکی متشکل از پزشکان متخصص رفع می‌شود؛ جمع دو امتیاز تخصص و تجهیزات در شرکت پزشکی مانع از مراجعه ناروای بیمار به سایر پزشکان برای بهره‌مندی از امکانات می‌شود. از طرفی تامین کامل حقوق شریک در شرکت پزشکی، او را از دریافت سهمی ناچیز از ارجاع بیماران به سایر پزشکان، بی‌نیاز می‌کند. اصل سرعت در ارائه خدمات پزشکی اقتضا می‌کند که تصمیمات و مشاوره‌ها در کوتاه‌ترین زمان ممکن صورت پذیرند. نیل به این هدف می‌طلبد که هدایت هر خدمت، توسط پزشکی تضمین شود که مسئولیت کامل خود را می‌پذیرد. چنین مدینه فاضله‌ای کمابیش در شرکتی با شرکای صرفاً پزشک ممکن می‌شود تا امر جایگزینی کاملاً تحقق یابد. در حالی که در اجرای انفرادی در مسیر رسیدن به این هدف مسائلی وجود دارد. این ساختار با حذف یا کم‌رنگ‌تر نمودن نقش واسطه‌ای پزشک و بیمار، اجازه حفظ رابطه مستقیم حرفه‌ای با بیمار و افزایش سرعت رسیدگی به پرونده‌ها را می‌دهد. مانند این‌که مسئول فنی درمانگاه دندانپزشکی به تنهایی مسئول تمام امور مجموعه تحت تصدی است (ماده ۲ آیین‌نامه تاسیس درمانگاه‌های دندانپزشکی).

#### ۵-۲-۱-۲. همکاران معتمد

اجتماع همکاران معتمد در اجرای مشارکتی، ایجاد بستر مناسبی را برای تحقق امور مهم نظیر حفظ اسرار حرفه‌ای بیمار در درون مجموعه تضمین می‌کند. البته از آن‌جا که تمام پزشکان، به نام و برای شرکت فعالیت می‌کنند در میان گذاشتن اسرار بیمار با پزشکان شریک برای نتیجه درمانی مناسب، افشای راز محسوب نمی‌شود. در حالی که در اجرای انفرادی، بیان اسرار بیمار حتی با انگیزه کسب نتیجه مطلوب (۱۵) پزشک را در مظان اتهام افشای سر قرار می‌دهد (ماده ۴

شرکت به روی افراد غیرحرفه‌ای نظیر پرستار، به عنوان شریک حرفه‌ای باز نیست (۵): پذیرش وی در تعارض با قصد شریک شدن، یعنی اراده همکاری بر پایه تساوی برای تعقیب هدفی مشترک و تقسیم مسئولیت‌هاست. فرصت تبادل اطلاعات با اشخاص با صلاحیت یکسان و امکان تلاش بر پایه تساوی برای رسیدن به هدف مشترک تنها با تجمع پزشکان ایجاد می‌گردد. به علاوه، به دلیل توانایی اداره تخصصی یک بخش توسط متخصص، دیگر هیچ بیماری به ناروا به موسسات دیگری فرستاده نمی‌شود. بدیهی است که روش اجرای مشارکتی، بر تعداد طبیبان نمی‌افزاید، اما با اجتماع در شرکت و تقسیم کار و شیفتی کردن فعالیت می‌توان از حضور اجباری طبیب جلوگیری و وضعیتی ایجاد نمود تا بیمار از خدمات پزشکان بیش‌تری در طول شبانه‌روز بهره‌مند شود. در نتیجه، هر بیمار توسط یک پزشک معاینه می‌شود. پاسخ به ایراد خدشه به حق انتخاب بیمار در یک واقعیت مهم نهفته است: «موضوع شرکت پزشکی، اجرای مشترک حرفه است». پزشکان با تخصص‌های متفاوت می‌توانند شریک شرکت باشند. چنین رویکردی با روح قانون ۱۹۶۶ نیز منطبق است چه از اهداف این قانون تخصص‌گرایی است. البته تناقضی موجود است؛ تسهیل تخصص‌گرایی مانع از این نیست که پیوستن برخی از تخصص‌ها به شرکت پزشکی منع شود. در فرانسه نیز برابر ماده آر ۲۷-۴۱۱۳ قانون بهداشت عمومی، پزشکان بیولوژیست نمی‌توانند با همکاران خود در سایر تخصص‌ها، تشکیل شرکت دهند (۲۲). در واقع، در حد فاصل قانون ۱۹۶۶ تا وضع آیین‌نامه ۱۹۷۷، قانون ش ۶۲۶-۷۵ مورخ ۱۱ ژوئیه ۱۹۷۵، بهره‌برداری از لابراتوار آنالیز بیولوژی را به عنوان فعالیتی مستقل به رسمیت شناخت (۲۲). سیمون وی، وزیر وقت بهداشت فرانسه، دلیل چنین ممنوعیتی را «ویژگی خاص فعالیت بیولوژی» می‌داند. البته به نظر می‌رسد هدف اصلی واضعان مقررات، کاهش ارجاعات و در نتیجه آنالیزهای پزشکی (۲۳) است. بدیهی است با حضور شریک بیولوژیست، سایر پزشکان بیش از حد معمول، بیمار را به وی ارجاع می‌دهند.

خودنمایی می‌کند (۱۰). حتی می‌توان گفت، انحلال ممکن است خوش‌یمن باشد. چه پزشک شریک آورنده حق معرفی جانشین، می‌تواند جانشین شرکت شود. سایر پزشکان نیز می‌توانند درخواست انتصاب در مجموعه‌های تشکیل شده به این منظور را بدهند. پس با انی لمبولی هم‌صدا می‌شویم که می‌نویسد «موضوع انحلال به دلیل نارضایتی، مانند کناره‌گیری هدفمند خواست قانون‌گذار را برای یافتن راهکار برای حل اختلاف میان شرکای چنین شرکتی را نشان می‌دهد.

### ۵-۲-۲. سازماندهی فعالیت

اصولا شرکت‌های حرفه‌ای برای سازماندهی همکاران تاسیس می‌شوند. اما قصد سازماندهی فعالیت نیز به صورت فرعی در آن‌ها وجود دارد. امتیازات فراوان حقوقی و مالی انتظار شخصی را می‌کشد که بتواند از موضوع فعالیت خود در قالب شرکت بهره‌برداری کند.

### ۵-۲-۱. امتیازات حقوقی

#### ۱. استخوان‌بندی حقوقی مناسب به لطف شخصیت

##### حقوقی

در اجرای انفرادی حرفه، ماحصل غیبت موقت یا دائم طبیب، اخلال در استمرار خدمات سلامت برای مدتی گذرا یا برای همیشه است. در مقایسه با اجرای انفرادی، شرکت به لطف شخصیت حقوقی بعنوان راهکاری مناسب خودنمایی می‌کند. تداوم همیشگی امتیاز بزرگی برای شرکت پزشکی محسوب می‌شود که می‌تواند مانند هر شخص حقوقی دیگری برای همیشه ادامه یابد. بویژه که وقفه در طبابت همیشه سبب از بین رفتن مشتری است؛ از یک طرف، در صورت غیبت موقت پزشک شریک، استمرار خدمت با انجام حرفه توسط سایر شرکا حفظ (۲۷) و شخصیت حقوقی شرکت به تدریج جایگزین شخصیت حقیقی پزشک می‌شود. بنابراین، برخورد انتظامی با حرفه‌ای که رسالت خود را در شرکت انجام می‌دهد به دلیل ترک محل کار توجیه می‌یابد. از طرف دیگر، شرکت با

آیین‌نامه انتظامی). بنابراین، اجرای مشارکتی با کاهش دایره تخلف افشای سر حرفه‌ای نیز کارساز واقع می‌شود.

اجرای مشارکتی علاوه بر جذب همکاران معتمد که بسیار ارزشمند است، راهکارهای خوبی در صورت برهم خوردن رابطه اعتماد و اطمینان میان آنان ارائه می‌کند. پرواضح است ادامه نارضایتی در یک مجموعه آشفستگی شدیدی ایجاد می‌کند، بر همین مبنا راه پایان دادن در اجرای انفرادی، کناره‌گیری عضو ناسازگار است. در حالی که در اجرای مشارکتی، تسهیل جابه‌جایی شریک به شرکت دیگر یا اجازه انتصاب در مجموعه موجود، به نارضایتی‌ها پایان می‌دهد (م ۱۸ ق ۱۹۶۶). این اقدام به معنای شروع مجدد نیست. زیرا اصل بر دوام شخصیت حقوقی است و مجموعه قبلی با رفتن پزشک از بین نمی‌رود و مجموعه موجود با ورود وی ایجاد نمی‌شود. باید به حفظ مشتری بعنوان یک نتیجه ارزشمند این وضعیت، خوش‌آمد گفت.

طبیعتاً چنین مقرراتی از حقوق عام صدور پروانه برای پزشکان جهت فعالیت در مجموعه‌های فردی سرپیچی می‌کند (م ۱۸ ق ۱۹۶۶). این نوع کناره‌گیری به صورتی کاملاً هدفمند مطمح نظر قرار می‌گیرد و برای عملیاتی شدن آن تنها موافقت سایر شرکا برای ورود شریک به شرکت برای قانون‌گذار کفایت می‌کند و به تشریفات خاص دیگری نیاز ندارد. روابط شخصی در چنین شرکتی، که جزء شرکت‌های اشخاص است، چنین موافقتی را می‌طلبد (۱۰). البته کناره‌گیری هدفمند بدون قید و شرط نیست: مانند این‌که شریک عامل نارضایتی از این امتیاز بی‌بهره می‌ماند (۲۶). در نتیجه، این استعفا در شرکت متشکل از چند شریک به دلیل باقی ماندن شریک ناسازگار در شرکت، به نارضایتی خاتمه نمی‌دهد.

خوش‌بختانه در اجرای مشارکتی می‌توان با وضع مقرراتی، نارضایتی را بدون رعایت ترتیبات خاصی از اسباب انحلال دانست. با وجود پیامدهای زیان‌بار انحلال مانند گسستن گروهی که مدت زمانی از تشکیل آن می‌گذرد، شرکای شرکت منحل شده می‌توانند درخواست انتصاب در شرکت دیگری را داشته باشند. چنین انحلالی نیز بصورتی کاملاً هدفمند



از آن آگاهی داشته است. به همین دلیل درج شرط «تضمین دیون شرکت» به نفع وی مفید است. چون به او اجازه رجوع به واگذارکننده سهم‌الشرکه را می‌دهد.

### ۳. تسهیل واگذاری مجموعه

این امتیاز در دو مرحله خودنمایی می‌کند؛ نخست، انتقال سهم‌الشرکه میان شرکا یا به اشخاص ثالث؛ بدیهی است انتقال سهم‌الشرکه به مراتب از واگذاری کل مجموعه آسان‌تر است. دوم فوت شریک؛ فوت، سبب انتقال سهم شریک می‌شود نه واگذاری کل شرکت. وضعیتی که مدیریت شرکت را آسان می‌کند. درست برخلاف اجرای انفرادی، که در صورت فوت دارنده امتیاز، تحمیل اشاعه مدیریت مجموعه را دشوار می‌کند (۳۴). در اجرای مشارکتی می‌توان با سازماندهی واگذاری امتیاز، به مشکلات مساله جانشینی در روش اجرای انفرادی پایان داد. در راستای این سازماندهی و نظر به وضعیت کنونی مقررات حاکم بر طبابت، تفکیکی میان واگذاری موسسه پزشکی و داروخانه لازم است.

**واگذاری امتیاز موسسه پزشکی** - امتیازات تعلق‌یافته به کناره‌گیری شریک در شرکت پزشکی و موسسه فردی پزشکی متفاوت هستند. پزشک خواهان کناره‌گیری از موسسه فردی جز حقوق دریافتی از بیمه یا صندوق خاصی، حق دیگری ندارد. در حالی که شریک شرکت پزشکی، حق دارد علاوه بر قیمت سهام خود و منافع آن، منافع تعلق‌یافته به آورده‌های خود در سرمایه شرکت در زمان کناره‌گیری و پرداخت قیمت سهم‌الشرکه را دریافت کند (۳۵).

در موسسه فردی پزشکی در صورت فوت موسس، وراث او حق معرفی فرد یا افرادی دارای مدرک پزشکی برای تایید صلاحیت با رعایت ماده ۳ قانون مربوط به امور پزشکی را دارند. در حالی که وارث شریک متوفی شرکت پزشکی علاوه بر این حق، از امتیازات دیگری نیز بهره‌مند است: به موجب بند ۴ ماده ۲۴ قانون ۱۹۶۶ بخشی از منافع سهم‌الشرکه در مدت زمان اعطائی برای واگذاری آن، مطابق شرایط پیش‌بینی شده در اساسنامه، متعلق به اوست (۳۶).

شخصیت حقوقی به مجموعه فردی استخوان‌بندی مناسب می‌دهد (۳).

مقررات حاکم بر شرکت پزشکی، مسئولیت شخصی پزشک را حفظ می‌کند. چراکه شریک حرفه را انجام می‌دهد، مسئولیت شرکت را نیز به این مسئولیت می‌افزاید (۲۸) زیرا شرکا حرفه را به نام و برای شرکت انجام می‌دهند. بدین ترتیب، اجرای مشارکتی تعداد اشخاص ملزم به جبران خسارات را افزایش می‌دهد. مناسب است مسئولیت شرکت تضامنی باشد (۲۹). این مسئولیت با روابط شرکا و شرکت قابل توجیه است؛ تقصیر یکی تقصیر دیگری تلقی می‌شود. این تضامن به زیان‌دیده اجازه مراجعه به شریک و شرکت را می‌دهد (۳۰). حتی در صورت خروج شریک نیز مسئولیت تضامنی هم‌چنان باقی است. چه تغییر در ترکیب شرکت تغییری در مسئولیت ایجاد نمی‌کند. این اصل بعنوان یکی از اصول ابتدایی شرکت، ریشه در دوام شخصیت حقوقی دارد. در غیر این صورت، پزشک خاطی با واگذاری سهام خود می‌تواند به آسانی از مسئولیت بگریزد (۳۱، ۳۲). در این شرایط مراجعه به حرفه‌ای شریک نیز به ندرت اتفاق می‌افتد. بویژه که می‌توان با وضع مقرراتی تکلیف پرداخت بیمه را به شرکت تحمیل نمود.

### ۲. جداسازی دارایی

شخصیت حقوقی شرکت میان سرمایه فعالیت و سرمایه شریک، جدایی می‌افکند. منتهی عدم وفاداری قانون‌گذار به این اصل و پذیرفتن مسئولیت نامحدود شرکا نسبت به دیون شرکت ره‌آورد خوبی برای طبابت به ارمغان می‌آورد. حتی در صورت خروج شریک، دیگر نگرانی در مورد مسئولیت شریک جدید نیز وجود ندارد. جبران پیامدهای زیان‌بار رفتار شریک پیشین از نتایج تکلیف پزشک شریک به پرداخت دیون است. استناد به قاعده «تکلیف پرداخت دیون شرکت در زمان (۲۲)» این ادعا را به خوبی اثبات می‌کند (ماده ۱۸۵۷ قانون مدنی فرانسه): شریک جدید باید دیون قابل مطالبه پس از حضورش در شرکت را بپردازد. هرچند منشا دین قبل از ورود او ایجاد شده باشد (۹، ۳۳) چرا که در حقوق فرانسه فرض می‌شود در هنگام خرید سهم‌الشرکه، دیون کاملاً مشخص بوده و شریک

(۲۳) «حاکم بر شرکت حرفه‌ای توجیه می‌شود. نتیجه عدم موافقت شرکت، واگذاری سهم‌الشرکه به ثالث است (۱۰).

**واگذاری امتیاز داروخانه** - مسائل واگذاری امتیاز موسسه پزشکی در این‌جا نیز مطرح می‌شود. هرچند وضعیت در داروخانه بغرنج‌تر است. در واقع، در صورت فوت موسس داروخانه، وراثت باید ظرف مدت‌های تعیین‌شده در تبصره ماده ۲۶ ضوابط تاسیس داروخانه، فرد واجدالشرايط را برای تایید صلاحیت معرفی کنند. برابر ماده ۳ ضوابط تاسیس، موسس می‌تواند مدرکی غیرمرتبط با داروخانه داشته باشد. در وضعیتی که ادامه فعالیت داروخانه در مواردی به ابتکار عمل افرادی خارج از مجموعه (وارث) وابسته گردیده، ایشان ممکن است بدون در نظر گرفتن صلاحیت علمی و عملی، امتیاز را به فردی واگذار نمایند که بالاترین قیمت را پیشنهاد می‌دهد.

درست است که گفته می‌شود «چیزی به اسم واگذاری امتیاز داروخانه وجود ندارد» (دکتر حمید شیبانی، کارشناس مسئول امور داروخانه‌ها رک: [www.isna.ir](http://www.isna.ir)). ولی همین حق معرفی جانشین، بر تعداد قراردادهای واگذاری معوض امتیاز داروخانه می‌افزاید. وارد نشدن فرد پیشنهادی در چرخه رقابت و نبود سخت‌گیری از جانب متولی امور در پذیرش او باعث حضور افرادی می‌شود که بدون هیچ تحصیلات دانشگاهی، دارنده امتیاز داروخانه هستند. ضمن این‌که این وضعیت قیمت داروخانه را نیز افزایش می‌دهد به گونه‌ای که عملاً دسترسی به چنین مجموعه‌ای را برای بیش‌تر افراد صلاحیت‌دار دشوار می‌کند. در این شرایط، پیامدهای زیان‌باری در انتظار بخش تامین داروی وزارت بهداشت می‌باشد.

اجرای مشارکتی راه‌گشا است: از طرفی، چندین جوان صالح، نامزد رسیدن به حرفه داروخانه می‌توانند با تشکیل گروهی، سرمایه لازم برای تشکیل شرکت را جمع‌آوری نمایند یا با خرید سهم‌الشرکه، شریک شرکت شوند. همان‌گونه که فرانسواتره می‌گوید: «می‌توان تصور کرد که دارنده امتیاز یا به سن گذاشته، یا یک یا چندین همکار جوان شریک باشد و به این ترتیب بازنشستگی تدریجی خود را جشن بگیرد (۳۷)». از طرف دیگر، در حقوق شرکت‌ها پذیرفتنی نیست که ادامه

در صورت وجود وارث درجه اول دارای صلاحیت، واگذاری به او به دلایلی توصیه می‌شود: نخست؛ وارث صالح، تا روز فوت حرفه‌ای تحصیلات و مهارت لازم را کسب می‌کند. دوم؛ او کارآموزی لازم را با حضور در موسسه می‌گذراند. سوم؛ او سابقه آشنایی با مشتری را دارد. در شرایط کنونی مقررات، حتی با وجود چند وارث حرفه‌ای صالح برای جانشینی مورث، دیگر وراثت الزامی به معرفی فرد (افراد) دیگری ندارند؛ در صورت تایید صلاحیت چند وارث قانونی براساس ماده ۶ آیین-نامه اجرایی ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت، پروانه تأسیس به نام آنان صادر می‌شود (۲۷).

البته در اجرای انفرادی در مواردی واگذاری موسسه به دلیل انفصال بدموقع پزشک دارنده امتیاز غیرممکن می‌شود؛ به نظر می‌رسد وراثت پزشک دارنده مجوز فردی که در زمان انفصال دائم یا موقت فوت می‌کند، امکان واگذاری امتیاز موسسه را ندارند. چه شخص موردنظر در لحظه فوت حقی نداشته تا به وراثت وی منتقل شود. در حالی‌که در شرکت پزشکان در زمان فوت حرفه‌ای، دیگر امتیاز پزشکی مطرح نیست تا مجازات انتظامی بدموقع! آن را بین ببرد، بلکه سهم‌الشرکه، یعنی یک مال واقعی، مطرح نظر می‌باشد که با وجود امتیاز پزشکی شرکت ارزشمند شده است. از جمله این‌که، برابر بند ۴ ماده ۲۴ قانون ۱۹۶۶ ذی‌نفع این سهم‌الشرکه نسبت به ارزش و منافع آن حق دارد (۳۶).

در همین راستا، پیشنهاد می‌شود که قانون‌گذار با هدف تسهیل تداوم (۱۰) و واگذاری سهم‌الشرکه (۲۷)، حق اولویتی برای جایگزینی متوفی به نفع وراثت در شرکت به رسمیت بشناسد (بند ۲ ماده ۲۴ قانون ۱۹۶۶). مقرره‌ای با این مضمون پیشنهاد می‌شود: «وراثت واجدالشرايط حق درخواست رضایت شرکت را دارند. با کسب رضایت از شرکت، سهم‌الشرکه متوفی ممکن است موضوع حق اولویت به نفع ورثه موافقت شده قرار گیرد، البته مشروط بر این‌که مابه‌التفاوت احتمالی بین ارزش امتیاز ورود به شرکت و باقی‌مانده ماترک تعلق‌یافته به سایر وراثت پرداخت شود». در اجرای مشارکتی الزام وراثت متقاضی به کسب موافقت شرکای فعال در شرکت با «روابط شخصی

### ۵-۲-۲-۲. امتیازات مالی

بهره‌برداری از موضوع فعالیت در قالب شرکت امتیازاتی نظیر تامین مالی و تمرکزگرایی دارد. در مواردی که ثروت یک شخص یا خانواده کافی نیست و نیاز به ورود یک سرمایه‌گذار بیرونی احساس می‌شود، اجرای مشارکتی با به‌ارمغان آوردن امتیاز نخست، درها را به روی سرمایه اشخاص دیگر، اعتبارات بانکی و حتی اموال عموم باز می‌کند. پزشکان فاقد سرمایه از این امتیاز استقبال می‌کنند. اجرای مشارکتی به لطف امتیاز دوم چندین شرکت را با جمع‌آوری انبوهی از سرمایه در قالب یک شرکت گردهم می‌آورد. بدین صورت، شرکت به‌عنوان ابزار ارزشمندی برای تشکیل گروهی توانمند از شرکت‌ها خودنمایی می‌کند. رسالت این نهاد حقوقی بعنوان شرکت سرمایه، جذب سرمایه‌های کلان است. از آن‌جا که این نیاز در خصوص شرکت‌های پزشکان که از شرکت‌های اشخاص هستند، احساس نمی‌شود، تنها به بررسی امتیاز نخست بسنده می‌کنیم.

تمرکز چندین پزشک در یک مکان در اجرای مشارکتی، هزینه‌های کلی کارکرد را کاهش می‌دهد. سرمایه‌های فردی را متمرکز می‌کند و بر بازدهی فعالیت به صورت چشم‌گیری می‌افزاید. امکان سرمایه‌گذاری و استفاده حداکثری از تجهیزات (۹) صرفاً در شرکت پزشکی محقق می‌شود. جذب سرمایه‌های بیرونی وضعیت را به مراتب بهتر می‌کند. بدین صورت، طبیبان می‌توانند با متمرکز کردن نیروها و اشتراک‌گذاری وسایل مادی در رقابت‌ها، موفقیت‌هایی کسب نمایند. از سویی، شرکت به حرفه‌ای پزشک برای حل مسائل اقتصادی مجموعه فردی، قدرت جلوگیری از شکنندگی را می‌دهد که به دلیل تعرفه‌هایی ایجاد شده که وی نقشی در آن ندارد.

می‌توان در اجرای مشارکتی، با تاسیس شرکت‌های حرفه‌ای پزشکی به توزیع عادلانه طبیبان همت گمارد؛ متمرکز شدن سرمایه در یک‌جا و فراهم شدن امکان صرفه‌جویی متخصصان را تجهیز و مناطق محروم را بهره‌مند می‌کند. بدین صورت اجرای مشارکتی، با حفظ انگیزه‌های مالی (۱۹) باعث جذب پزشکان متخصص، سرمایه‌گذاران و تجهیزات پزشکی برای

فعالیت شرکت منوط به رضایت اشخاص خارج از شرکت شود (۳۸) نگرانی شرکای شرکت در خصوص سرنوشت مجموعه باعث می‌شود تا ایشان با ورود هر فردی به شرکت موافقت نکنند. اجرای مشارکتی به دکترا داروساز اجازه سازماندهی تورات امتیاز خود، یعنی انتخاب جانشین از پیش و با توافق شرکا را می‌دهد. به لطف این وضعیت ایشان قادر به تبادل اطلاعات می‌شوند و شرکت تحت تصدی به‌عنوان نهادی قدرتمند، به یکی از بازوان بخش تامین داروی وزارت بهداشت تبدیل می‌گردد.

مساله دیگر این‌که فرد موردنظر برای جانشینی باید علاوه بر معرفی توسط وراث، یک امتیاز داروخانه نیز کسب کند. این معنا به خوبی از روح مقررات «ابطال و تاسیس هم‌زمان داروخانه» استنباط می‌شود. برابر ماده ۱۴ ضوابط تاسیس، دو عملیات ابطال و اخذ مجدد امتیاز داروخانه باید هم‌زمان انجام شود. نمی‌توان در خصوص یک داروخانه بطور هم‌زمان چند امتیاز صادر کرد. در این شرایط بدیهی است در صورت فوت دارنده دو یا چند وارث وی نمی‌توانند جانشین او شوند. دیدگاه مخالف مستلزم این است که واگذاری امتیاز داروخانه به چند فرد دارای مدرک غیرمرتبط امکان‌پذیر باشد. وضعیتی که مطمئناً موردنظر قانون‌گذار و واضعان آیین‌نامه نیست؛ واگذاری امتیاز داروخانه حتی به یک فرد دارنده مدرک غیرمرتبط نیز موجهی از انتقادات را برانگیخته است (رک «آرای شماره ۲۰۴۷ و ۲۰۴۹ هیات عمومی دیوان عدالت اداری»).

ممکن است این مشکل حتی با تصویب مقررات مشارکتی حرفه داروخانه هم‌چنان بدون راهکار و راه‌حل باقی بماند. چون قانون‌گذار چاره‌ای جز پیش‌بینی حق اولویت به نفع «یک» وارث را ندارد. این وضعیت تعداد وراث بهره‌مند از این امتیاز را به یک فرد کاهش می‌دهد و در مواردی مشکل‌آفرین است: توافق در خانواده‌هایی با چند عضو واجد شرایط در بیشتر مواقع، ناممکن می‌شود. در واقع، با کاهش ارزش میراث نقدی در اثر تورم، وراث بجای دل‌خوش کردن به مابقی ماترک ترجیح می‌دهند که در رأس داروخانه قرار بگیرند. در این شرایط آنان چاره‌ای جز واگذاری امتیاز به ثالث ندارند.

«بهره‌مندی از سرمایه‌های جدید و بهره‌گیری بهینه از امکانات موجود». این ره‌آورد در دو جنبه علمی و اقتصادی متجلی می‌شود: از لحاظ علمی، اجرای مشارکتی سرمایه‌های انسانی را جذب و امکان بهره بهینه از آن‌ها را فراهم می‌کند. بدین ترتیب، تقسیم کار، تخصص‌گرایی، تبادل اطلاعات، شایسته‌سالاری، امکان جابه‌جایی، تسهیل جایگزینی و جانشینی فراهم می‌شود. جایگزینی رقابت با رفاقت در شرکت همان بهره بهینه از امکانات موجود است. از لحاظ اقتصادی، جذب سرمایه‌های بیرونی و متمرکز کردن سرمایه‌های شرکا و بهره حداکثری از آن‌ها ممکن می‌شود. بدین ترتیب، پزشکان با اجتناب از رقابت ناسالم گردهم می‌آیند و سهم هریک را در فعالیت و سود و زیان مشخص می‌کنند. اجرای مشارکتی در تعدیل چالش‌های همیشه همراه پزشکی ولی بی‌ارتباط با روش اجرای آن مانند مسئولیت مدنی نیز بی‌تاثیر نیست. این روش اجرا پزشک را از مسئولیت معاف نمی‌سازد، منتهی همراهان قابل اطمینانی برای او فراهم می‌کند. در این شرایط دیگر چرایی پذیرش اجرای مشارکتی طبابت مساله نیست، بلکه خود پاسخی است به فراوان مساله‌ای که در این زمینه مطرح می‌شود. از این پس مساله «چگونگی سازماندهی اجرای مشارکتی» مطرح است.

#### ۷. تقدیر و تشکر

نویسنده از کلیه اشخاصی که در نگارش این مقاله یاری رسانده‌اند، کمال تشکر و قدردانی را دارد.

#### ۸. سهم نویسندگان

این پژوهش ماحصل تلاش یک نویسنده است.

#### ۹. تضاد منافع

پژوهش حاضر تضاد منافع ندارد.

مناطق محروم می‌گردد که تاثیر قابل ملاحظه‌ای بر توازن توزیع تجهیزات و متخصصان دارد. شاید بتوان گفت پزشک با اشتراک‌گذاری وسایل مادی خود در شرکت وسایل نیز همین نتیجه را بدست می‌آورد. در پاسخ می‌توان گفت: در چنین شرکتی «هر شریک برای خود» کار می‌کند و صرفاً وسایل مادی به اشتراک گذاشته می‌شود. در حالی که موضوع شرکت حرفه‌ای، انجام مشترک حرفه است و وسایل مادی در اختیار کسانی می‌باشد که خواهان اجرای حرفه‌اند. بنابراین، جمع این امتیاز با امتیازات دیگر در شرکت حرفه‌ای مناسب به نظر می‌رسد: از جمله این که یک شرکت حرفه‌ای، رفاقت را جایگزین رقابت می‌کند (۳۱). در این شرایط توزیع درآمد میان حرفه‌ای‌های پزشک به‌طور عادلانه-تری صورت می‌پذیرد؛ گردهمایی و متمرکز شدن حرفه‌ای‌ها در یک مجموعه و مشخص نمودن سهم هر شریک در سود و زیان میل به رقابت ناسالم میان آنان را کاهش می‌دهد. به این ترتیب، با این امتیازات، هیچ کس در اجرای مشارکتی پزشکی تردید نخواهد کرد، بیمار، طبیب و جامعه؛ همه بهره خود را از آن خواهند برد.

#### ۶. نتیجه‌گیری

در برنامه اصلاح نظام سلامت، آورده‌های حقوق شرکت‌ها از دید تیزبین کارشناسان مخفی مانده است. واقعیتی که در ناکارآمدی برنامه‌ها بی‌تاثیر نیست. در این که پذیرش روش مشارکتی اجرا چالش‌های درونی روش انفرادی اجرا را مرتفع می‌سازد، جای هیچ‌گونه تردیدی نیست. اما به جرات می‌توان گفت «اجرای مشارکتی» حلقه مفقوده تلاش‌های صورت پذیرفته برای رویارویی با دگرگونی‌های علمی و اقتصادی نیز هست.

در عصری زندگی می‌کنیم که افزایش کمی و کیفی درخواست‌های بیماران نیازهای جدید و تورم اقتصادی عرصه جدیدی را در نظام سلامت ایجاد نموده‌اند. اجرای مشارکتی در این عرصه بطور معجزه‌آسایی نقش‌آفرینی نمی‌کند. شاید بتوان آورده‌های حقوق شرکت‌ها را در یک جمله خلاصه کرد:

## References:

1. Salehi H. Medical Professional Civil Liability Insurance Challenges, Necessities and Opportunities. *Iranian Journal of Medical Law*. 2014;8(29):131-166. [Persian].
2. CHappuis J. Les sociétés civiles professionnelles notariales, thèse. l'Université Lyon III; 1969. [France].
3. Cozian M, Viandier A, Deboissy F. Droit des sociétés. Paris: LexisNexis; 2012. [France].
4. Forgeard M. note sous arrêt de CA de Paris. Paris: Defrénois; 1992. [France].
5. Seyedi Arani S. Professional civil company notary from birth in France to acceptance in Iran. Tehran: Mizan; 2017. [Persian].
6. Mosadeghrad A, Joya T. Factors affecting the selection of a specialist physician by the patient in Tehran. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2017;160(24):62-72. [Persian].
7. Safayi S. Civil liability, requirements outside the contract. Tehran: Samt; 2014. [Persian].
8. Katoziyan N. Civil Liability Legal Events. 13 ed. Tehran: GanjeDanesh; 2014. [Persian].
9. Maury F. L'exercice sous la forme d'une société d'une profession libérale réglementée. Paris: Presses universitaires d'Aix-Marseille; 1998. [France].
10. Lamboley A. La société civile professionnelle. Paris: Librairies techniques; 1974. [France].
11. Taati KE, Meshkini A, Khorasani D. Distribution of specialists in public hospitals of Iran. *Journal of Health Information Management*. 2012;4(9):548-557. [Persian].
12. Jahani MA, Fakhteh R, Fathi AR, Khosravi A, Mahmoudi G. Factors Affecting of the Mean Rates Visiting-Hour Indicator in the Hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences after Implementation of Health System Reform Plan. *Journal of healthcare management*. 2018;9(3):19-27. [Persian].
13. Shahabi M, Tofighi S, Maleki MR. The nurse and specialist physicians manpower distribution by population and its relationship with the number of beds at public hospitals in Iran's 2001-2006. *Journal of health administration*. 2010;13(41):7-14. [Persian].
14. Kordnaeej A, Khaefallahi AA, Zali MR, Rafiee F. Identifying Entrepreneurial Opportunities in the Hospital Industry (Study Mode: Dr. Shariati Hospital). *Journal of Business Management Perspective* 2012;11(44):101-118. [Persian].
15. Shafati M, Zahedi M. Sociological explanation of the doctor-patient relationship (qualitative study in Ahvaz). *Iranian Journal of Social Studies*. 2014;1(25):108-138. [Persian].
16. Bahrani F, Farzin M, Nozari L. Shiraz dentists' knowledge of professional ethics. *Iranian Journal of Medical Ethics and History*. 2012;6(5):69-80. [Persian].
17. Vali L, Kafiyan tafti AR, Soresrafil A, Ataallahi F. Factors affecting the density of general practitioners and specialists in the cities of the country. *Journal of healthcare management*. 2014;3(13):7-14. [Persian].
18. Haghdoost AA, Hassan Hashemi H, Noori Hekmat S, Haji Aghajani M, Janbabaee GH, Maher A. The Geographical Distribution of Hospital Beds in Iran in 2016 and the Estimation of 2026. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2018;13(5):1-13. [Persian].
19. Noori Hekmat S, Hashemi H, Haghdoost A, Haji Aghajani M, Janbabaee G, Maher A. Specialized and geographic distribution of specialists in Iran in 2016 and its estimates in 2026. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2018;13(5):122-132. [Persian].
20. Renani M. Future Perspectives of Iran and World Development. Lecture: Kashan University; 2017. [Persian].
21. Tavakoli F, Nasiripour A, Riahi L, Mahmoodi M. The Effect of Health Policy and Structure of Health Insurance on Referral System in the Urban Family Physician Program in Iran. *Journal of healthcare management*. 2017;8(3):85-93. [Persian].
22. Guillaumond R. Sociétés civiles professionnelles de médecins. *JCP*. 1978;1(1):27.
23. De Mourzitch J. Les sociétés civiles professionnelles de médecins. *JCP*. 1977;1(1):28-66. [France].
24. Milanifar A, Akhondi M, Paykarzade P, Larijani B. Legal assessment of conflict of interest in the rights of the Iranian health system. *Journal of Medical Ethics and History*. 2011;1(5):1-16. [Persian].
25. Parsa M, Larijani B. An overview of shareholding in terms of the concept of history and ethical codes. *Journal of Medical Ethics and History*. 2009;3(1-2):21-28. [Persian].

26. Pillebbout JF. note sous TGI de Bayonne. Paris:Montpellier; 1993. [France].
27. Behin J. Les sociétés civiles professionnelles. Paris: Librairies techniques; 1970. [France].
28. Daigre J. L'associé d'une SCP est personnellement responsable et la société solidairement avec lui. Paris: Bull; 1999. [France].
29. Seyedi Arani SA. Iranian Registry and the Necessity of Reviewing its Implementation Method. Quarterly Journal of Private Law Studies. 2019;2(49):311-328. [Persian].
30. Daigre J. victime d'une faute professionnelle d'un associé d'une SCP peut agir contre l'associé ou contre la société ou contre les deux. note sous arrêt. [France].
31. Seyedi Arani SA. Confounding between propagation and corporation concepts in Iran civil law. Journal of Legal Research. 2014;67(17):255-283. [Persian].
32. Opinions of the Supreme Court of France: Cass.3eciv.2003,n°depourvoi:01-12658:Juris-Data n°2003018760;Bull.civ.2003,III,n°83;Resp.civ .etassur. 2003,comm.n°205.
33. Daigre J. La responsabilité solidaire de la SCP. Paris: Bull; 2003. [France].
34. Seyedi Arani S. Comparison of relative participation in Iranian law with civil participation in French law. Journal of Islamic Law. 2018;59(15):7-34.
35. Opinions of the Supreme Court of France: Cass.1reciv.1er juillet1997,n°de pourvoi:95-17423.
36. Maury F. Sociétés civiles professionnelles, Rép. Dalloz janvier. 2009. [France].
37. Terre F. L'exercice en commun de la profession. JCP. 1970;1(1):2302. [France].
38. Eskini R, Business L. Business Companies. Tehran: Samt; 1993. [Persian].



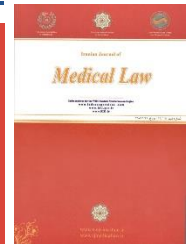
The Iranian Association  
of Medical Law

# MLJ

Medical Law Journal

2021; 15(56): e6.

Journal Homepage: <http://ijmedicallaw.ir>



## ORIGINAL ARTICLE

# The necessity of passing the physician from individual performance to Participatory performance (Through Using Comparative Law)

Seyed Abbas Seyedi Arani<sup>1\*</sup>

1. Assistant Professor of Law, Faculty of Humanities and Law, University of Kashan, Kashan, Iran.

### ARTICLE INFORMATION

**Received:** 20 July 2020

**Accepted:** 27 October 2020

**Published online:** 6 May 2021

#### Keywords:

Physician

Individual performance method

Participatory performance method

Legal personality

Company

### ABSTRACT

**Background and Aim:** Some of the challenges of the individual institute of the physician are inseparable from the method of its implementation. Lack of legal personality has consequences for the institution; the probability of closing the institution increases. The liability of the institution for the harmful behavior of the physician is removed and with the death of the owner, the common ownership situation of is imposed on the institution and as a result it becomes difficult to organize. The single individual centrality makes the institution not have the necessary dynamics, and ability during the life of the Licensee and at the time of his death deprives him of meritocracy in the matter of conferring privileges on the new person. Some other challenges are related to the performance method and this is especially true about inefficiency of individual performance in the face of Scientific and economic changes.

**Materials and Methods:** This research has been done by using the findings of comparative law and organizing participatory performance using descriptive-analytical method.

**Results:** Participatory performance is suggested as a way out of individual medical performance problems. Physicians seeking participatory performance can establish a medical company. Such a company can be defined as: "a legal entity consisting of physicians who practice medicine. The subject of this company is the joint implementation of the medical profession.

**Ethical Considerations:** In the present study, adherence to the scientific method, ethical principles, fiduciary duty and intellectual and intellectual property have been respected.

**Conclusion:** Participatory performance, with partner organization, brings physicians together to make specialization, substitution, relocation and meritocracy possible. By organizing activities, gives the institution a legal personality to divide the whole collection into partner's share and be guaranteed the continuity of physician services. Also, it is possible to concentrate capital and make optimal use of it and the responsibility of the physician is supported by the responsibility of the partner and the company. Supporting this responsibility shows that participatory performance is not ineffective in adjustment the challenges unrelated to the physician performance.

#### \* Corresponding Author:

Seyed Abbas Seyedi Arani

**Address:** Faculty of Humanities and Law, Kashan University, Kashan, Iran.

**Postal Box:** 87317-53153

**Telephone:** 21-77469816

**Email:** abbas.seyedi@yahoo.com

© Copyright (2018) Iranian Association of Medical law, Tehran, Iran.

Cite this article as:

Seyedi Arani SA. The necessity of passing the physician from individual performance to Participatory performance (Through Using Comparative Law). *Medical Law Journal* 2021; 15(56): e6.