

Insolvency of Private Healthcare Institutions and Protection of Patients and Creditors in Iranian Law and UNCITRAL Instruments

Mitra Omidi¹, Farid Beiranvand^{2*}

1. Department of Law, International Trade Law, STe.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2. Department of Law, STe.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Email: faridbayranvand@gmail.com

Received: 14 Feb 2026 **Revised:** 01 Mar 2026 **Accepted:** 03 Apr 2026 **Available Online:** 21 Mar 2026

Abstract: The expansion and privatization of the healthcare sector have heightened the financial vulnerability of healthcare institutions, generating a fundamental conflict between the imperative of asset liquidation and the mandate to ensure the continuity of vital services while safeguarding patients' rights. Accordingly, this study aims to analyze the protective gaps in Iranian insolvency law and explore the potential of international UNCITRAL standards in managing the financial crises of such institutions. Employing a descriptive-analytical and comparative approach, this research examines the legal status of patients and creditors under Iranian commercial laws and compares it with the UNCITRAL Legislative Guide on Insolvency Law. The findings reveal that the Iranian legal framework—owing to its exclusive reliance on a liquidation-oriented approach, failure to distinguish patients from ordinary creditors, lack of interim measures to prevent abrupt dissolutions, and disregard for the confidentiality of health data—remains inadequate in protecting the right to health. Conversely, UNCITRAL instruments facilitate the preservation of public service enterprises through mechanisms such as the stay of execution proceedings, post-commencement emergency financing, and structural reorganization. Consequently, resolving this dilemma requires designing a policy package within Iranian law encompassing interim healthcare administration, mandatory safe patient-transfer protocols, structural protection of medical records, limited statutory priority for patients' treatment costs, and early warning duties for directors to strike a fair balance between creditors' claims and public health interests.

Keywords: Healthcare Insolvency, UNCITRAL, Continuity of Service, Patient Rights, Interim Administration.

Please Cite This Article As: Omidi, M & Beiranvand, F (2027). "Insolvency of Private Healthcare Institutions and Protection of Patients and Creditors in Iranian Law and UNCITRAL Instruments". *Iranian Health System Law*, 2(1): 17-31.

Copyright

This is an open access article distributed under CC BY 4.0 License.

© 2026 The Authors.

ورشکستگی مؤسسات درمانی خصوصی و حمایت از بیماران و طلبکاران در حقوق ایران و اسناد آنسیترال

میترا امیدی^۱، فرید بیرانوند^{۲*}

۱. گروه حقوق، حقوق تجارت بین الملل، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. گروه حقوق، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: faridbayranvand@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۲۵ تاریخ ویرایش: ۱۴۰۴/۱۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۱۲ تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۱/۰۱

چکیده:

گسترش و خصوصی سازی بخش بهداشت و درمان، آسیب پذیری مالی مؤسسات درمانی را افزایش داده و تعارضی بنیادین میان ضرورت تصفیه دارایی ها و الزام به تداوم خدمات حیاتی و حفظ حقوق بیماران پدید آورده است؛ از این رو، هدف پژوهش حاضر تحلیل خلأهای حمایتی حقوق ورشکستگی ایران و واکاوی ظرفیت استانداردهای بین المللی آنسیترال در مدیریت بحران مالی این مؤسسات است. این مطالعه با روش توصیفی-تحلیلی و رویکرد تطبیقی، به بررسی جایگاه حقوقی بیماران و بستانکاران در قوانین تجاری ایران پرداخته و آن را با راهنمای قانون گذاری آنسیترال در حوزه ورشکستگی مقایسه کرده است. یافته ها نشان می دهد نظام حقوقی ایران به دلیل اتکاء صرف بر رویکرد تصفیه ای، تفکیک نکردن بیمار از طلبکار عادی، فقدان تدابیر فوری برای جلوگیری از انحلال ناگهانی مراکز درمانی و بی توجهی به محرمانگی داده های سلامت، در صیانت از حق بر سلامت ناکارآمد است. در مقابل، اسناد آنسیترال با پیش بینی ابزارهایی نظیر توقف اقدامات اجرایی، تأمین مالی اضطراری و بازسازی ساختاری، زمینه ساز حفظ فعالیت بنگاه های ارائه دهنده خدمات عمومی می شوند. در نتیجه، برون رفت از این چالش مستلزم طراحی بسته ای سیاستی در حقوق ایران شامل پیش بینی سازوکار اداره موقت درمانی، تدوین پروتکل الزامی انتقال ایمن بیماران، صیانت ساختاری از پرونده های پزشکی، ایجاد حق تقدم محدود برای هزینه های درمانی بیماران و استقرار نظام هشدار زود هنگام توسط مدیران است تا تعادل میان حقوق طلبکاران و منافع عمومی سلامت محقق گردد.

کلمات کلیدی: ورشکستگی مؤسسات درمانی، آنسیترال، تداوم خدمت، حقوق بیمار، اداره موقت.

مقدمه

گسترش بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و مراکز تخصصی خصوصی، در کنار کاهش ظرفیت مستقیم دولت در ارائه برخی خدمات، مؤسسات درمانی خصوصی را به یکی از ارکان تأمین سلامت تبدیل کرده است. با این حال، افزایش هزینه تجهیزات، دارو، نیروی انسانی، اجاره، بیمه و نگهداری زیرساخت‌ها، همراه با تأخیر بیمه‌گران در پرداخت مطالبات و نوسان درآمد، این مؤسسات را در معرض ناتوانی مالی قرار می‌دهد. ورزشکستگی چنین مؤسسه‌ای صرفاً شکست یک بنگاه تجاری نیست؛ زیرا آثار آن از قلمرو دارایی‌ها و دیون فراتر می‌رود و ممکن است سلامت، تمامیت جسمانی و حتی حیات بیماران را تهدید کند. بنابراین، اعمال قواعد عمومی ورزشکستگی بدون توجه به ماهیت خدمت درمانی، می‌تواند نتیجه‌ای ناسازگار با اهداف نظام سلامت ایجاد کند.

در ورزشکستگی بنگاه‌های متعارف، توقف فعالیت، جمع‌آوری اموال، جلوگیری از اقدامات انفرادی و تقسیم دارایی میان طلبکاران، راهکاری پذیرفته شده برای حفظ برابری و بیشینه‌سازی ارزش دارایی‌هاست؛ اما توقف ناگهانی فعالیت یک مرکز درمانی ممکن است درمان بیماران بستری، دیالیزی، سرطانی یا نیازمند مراقبت مستمر را مختل سازد. بیمار در این وضعیت تنها دارنده طلب مالی نیست، بلکه شخصی وابسته به ادامه فوری و منظم خدمتی حیاتی است. از این رو، برابری صوری میان او و سایر طلبکاران نمی‌تواند همواره به عدالت واقعی بینجامد. هزینه انتقال، تکمیل درمان، استرداد پیش‌پرداخت و جبران خسارت ناشی از قطع خدمت، مطالباتی هستند که منشأ و کارکردی متفاوت از دیون تجاری عادی دارند.

تعارض میان تداوم درمان و حفظ حقوق طلبکاران، مسأله میان تداوم درمان و حفظ حقوق طلبکاران، مسأله اصلی این پژوهش است. دارایی باقیمانده را کاهش دهد و وصول مطالبات کارکنان، تأمین‌کنندگان، بانک‌ها، بیمه‌گران و نهادهای عمومی را دشوارتر کند؛ در مقابل، تصفیه‌گران و نهادهای عمومی را دشوارتر کند؛ در مقابل، تصفیه افزایش زیان اجتماعی منجر شود. راه حل مناسب، نه تعطیلی بی‌درنگ و نه ادامه نامحدود فعالیت، بلکه مداخله‌ای محدود، سریع و تحت نظارت است که انتقال ایمن بیماران، حفظ خدمات حیاتی و واگذاری مؤسسه به صورت فعال را امکان‌پذیر سازد.

پرونده‌های پزشکی نیز پیچیدگی مستقلی پدید می‌آورند؛ این پرونده‌ها ممکن است در اختیار مؤسسه باشند، اما نمی‌توان آن‌ها را همانند اموال قابل فروش تلقی کرد. محرمانگی اطلاعات، دسترسی بیمار، نگهداری امن و انتقال کنترل شده سوابق باید حتی در جریان تصفیه تضمین شود. همچنین، استمرار قراردادهای تأمین دارو، اکسیژن، تجهیزات و خدمات تخصصی برای جلوگیری از اختلال درمان ضرورت دارد؛ درحالی که قواعد عمومی ممکن است طرف قرارداد را به فسخ یا توقف همکاری سوق دهد.

حقوق ایران عمدتاً ورزشکستگی را بر پایه وضعیت تاجر، توقیف اختیار او و تصفیه جمعی دارایی‌ها تنظیم کرده و سازوکار صریحی برای اداره موقت مؤسسه درمانی، تأمین مالی اضطراری یا حمایت ویژه از بیمار پیش‌بینی نکرده است. پراکندگی مقررات سلامت، مسؤولیت مدنی، قراردادهای ورزشکستگی نیز هماهنگی تصمیم‌های قضایی و اداری را دشوار می‌کند. در برابر، اسناد کمیسیون حقوق تجارت بین‌الملل سازمان ملل متحد بر نجات بنگاه قابل احیا، توقف اقدامات اجرایی، حفظ ارزش، استمرار قراردادهای ضروری و مداخله زود هنگام تأکید دارند و ظرفیت طراحی الگویی متناسب را فراهم می‌سازند. بر این اساس، پژوهش حاضر می‌پرسد قواعد ایران تا چه اندازه از بیماران و طلبکاران حمایت می‌کند، استانداردهای یادشده چه راه‌حلهایی عرضه می‌کنند و چگونه می‌توان با اصلاحات تقنینی، اجرایی و نهادی، میان تداوم درمان، محرمانگی، برابری طلبکاران و کارایی فرایند ورزشکستگی تعادل برقرار کرد.

۱- مبانی نظری

برای تحلیل ورزشکستگی مؤسسات درمانی خصوصی، ابتدا باید مفاهیم و مرزهای حقوقی روشن شود: ورزشکستگی و تفاوت آن با اعسار، ماهیت و جایگاه نهادی مؤسسه درمانی خصوصی در نظام مقررات سلامت و تنوع طلبکاران آن. سپس با توجه به ویژگی‌های خاص خدمت درمانی و دارایی‌های حساس آن، معیارهایی برای ارزیابی کفایت حمایت‌ها و تعادل میان تداوم درمان، محرمانگی پرونده پزشکی و حقوق طلبکاران تنظیم می‌شود.

۱-۱- مفهوم‌شناسی

شناخت نهاد ورشکستگی در نظام حقوقی ایران مستلزم تفکیک میان ناتوانی مالی اشخاص عادی و توقف تجاری است. ورشکستگی حالتی است که تنها بر اشخاصی بار می‌شود که مطابق قانون، وصف تاجر یا شرکت تجاری را دارا باشند (اسکینی، ۱۴۰۴: ۱۵). در مقابل، اعسار به حوزه حقوق مدنی تعلق داشته و ناظر بر ناتوانی از پرداخت به دلیل فقدان دارایی یا عدم دسترسی به آن است. مؤسسه درمانی خصوصی، چنانچه در قالب شرکت‌های تجاری به ثبت رسیده باشد، در صورت ناتوانی از تأدیه دیون، مشمول رژیم سخت‌گیرانه ورشکستگی شده و از تصرف در اموال خود منع می‌گردد (توکلی، ۱۴۰۴: ۴۲). این مؤسسات ماهیتی دوگانه دارند؛ از یک سو تحت نظام نظارتی و مجوزی وزارت بهداشت فعالیت می‌کنند و از سوی دیگر به‌عنوان یک واحد اقتصادی در پی سودآوری هستند؛ از این رو، توقف آن‌ها تنها یک واقعه مالی ساده نیست، بلکه با امنیت سلامت جامعه گره خورده است.

بستانکاران در یک مؤسسه درمانی طیف گسترده‌ای را شامل می‌شوند که تضاد منافع آنان، تحلیل حقوقی ورشکستگی را دشوار می‌سازد. در لایه نخست، بیماران قرار دارند که مطالبات آن‌ها فراتر از وجوه پیش‌پرداختی، شامل ضرورت استمرار درمان و دسترسی به سوابق پزشکی است. لایه دوم شامل کارکنان و کادر متخصص است که مطالبات مزدی آن‌ها از حقوق ممتاز به شمار می‌رود (اسکینی، ۱۴۰۴: ۲۱۰). تأمین‌کنندگان تجهیزات حیاتی، بانک‌های دارای وثیقه و سازمان‌های بیمه‌گر که طرف قراردادهای بلندمدت هستند، بخش‌های دیگر این زنجیره را تشکیل می‌دهند. تحلیل اقتصادی حقوق ورشکستگی ایجاب می‌کند که در مواجهه با ناتوانی مالی این مراکز، رویکرد صرف تصفیه‌ای جای خود را به اولویت‌بندی بر مبنای کارایی اجتماعی و حفظ خدمات حیاتی بدهد (بنی‌اسدی، ۱۴۰۰: ۷۶). در واقع، به دلیل پیوند ناگسستنی مطالبات این اشخاص با حق بر سلامت، نمی‌توان بستانکار بیمار را در ردیف بستانکاران عادی بنگاه‌های تجاری قرار داد (بنی‌اسدی، ۱۴۰۰: ۱۱۴). تلاقی حقوق بستانکاران وثیقه‌گذار با ضرورت‌های عمومی سلامت، نشان از ضرورت بازنگری در مفهوم سنتی توقف برای این مؤسسات دارد.

۱-۲- ویژگی‌های خاص ورشکستگی درمانگاه/ بیمارستان

ورشکستگی مراکز درمانی خصوصی از حیث ماهیت تعهدات و نوع مخاطرات، تفاوت بنیادینی با توقف بنگاه‌های تجاری متعارف دارد. در این مؤسسات، توقف فعالیت صرفاً یک شکست اقتصادی نیست، بلکه متضمن «ریسک فوری» و نقض مستقیم حق بر سلامت و حیات انسان‌ها است؛ پیوندی ناگسستنی که چارچوب توجیهی نیرومندی برای اعمال حمایت‌های ویژه قانونی فراهم می‌آورد. توقیف اموال و پلمب فوری واحد درمانی بر پایه قواعد عام دادرسی تجاری، مستقیماً سلامت بیماران را هدف قرار می‌دهد که حیاتشان به تجهیزات تنفسی یا دیالیز وابسته است (جوهر، ۱۳۹۹: ۸۸). دارایی‌های یک مرکز درمانی ماهیتی به‌شدت حساس دارند؛ داروهای راهبردی، زنجیره سرد ذخیره‌سازی، ابزارهای تخصصی احیا و به‌ویژه پرونده‌های درمانی، اموالی نیستند که بتوان با آن‌ها رفتاری مشابه کالاهای انبارشده در یک شرکت تجاری داشت. در رویه عملی محاکم نیز این چالش نمود می‌یابد که توقیف فیزیکی تجهیزات پزشکی حیاتی به نفع بستانکاران، به دلیل تعارض آشکار با نظم عمومی سلامت، فرایند دادرسی را دچار تعارض منافع می‌کند (جمشیدی و نیازی، ۱۴۰۴: ۱۴۵).

از سوی دیگر، پیوستگی درمان بر بستر قراردادهای در حال اجرا جریان دارد؛ بیمار با مرکز درمانی پیوند حقوقی مستمری برقرار ساخته که قطع دفعی آن به دلیل صدور حکم توقف، خسارات جبران‌ناپذیر جسمی در پی دارد. در چنین وضعیتی، شیوه کلاسیک مهر و موم دارایی‌ها که در مقررات تصفیه پیش‌بینی شده، پاسخگوی حفاظت از این دارایی‌های سیال و خطیر نیست (حاجعلی، ۱۴۰۴: ۱۰۲). تداوم مراقبت‌های بالینی مستلزم آن است که حتی در صورت توقف مالی، قراردادهای تأمین گازهای طبی و خدمات حیاتی به‌صورت یک‌جانبه معلق نشوند (حاجعلی، ۱۴۰۴: ۱۷۸). از این رو، حفظ تمامیت فیزیکی و محرمانگی داده‌های سلامت بیماران، هم‌راستا با اجرای پروتکل‌های دقیق پزشکی، مقتضی بازتعریف جایگاه اموال درمانی در رویه تصفیه است؛ به‌گونه‌ای که صیانت از حقوق بنیادین اشخاص آسیب‌پذیر، بر منطق مکانیکی توقف مقدم شناخته شود.

۳-۱- معیارهای ارزیابی (Framework)

ارزیابی کارآمدی هر نظام حقوقی در مواجهه با ورزشکستگی مؤسسات درمانی، نیازمند چارچوب تحلیلی چندبعدی است که فقط بر سنجه صرف وصول مطالبات تکیه ننماید. نخستین سنجه، تداوم خدمت حیاتی است؛ مرکز درمانی صرفاً واحد تولیدکننده سود نیست، بلکه نهاد ارائه‌دهنده مراقبت‌های فوری است که قطع آن، مخاطره جانی برای بیماران در پی دارد. از این‌رو، میزان حفظ جریان مستمر درمان، نخستین معیار تصمیم‌گیری در این حوزه قلمداد می‌شود (مجاهد، ۱۴۰۰: ۶۶). در کنار آن، حمایت ویژه از ذی‌نفع آسیب‌پذیر ضروری است؛ به این معنا که بیمار به دلیل وابستگی فیزیکی به تجهیزات و قراردادهای جاری، از جایگاه یک بستانکار عادی خارج‌شده و در مرکز اصلاحات لازم قرار می‌گیرد (صالحی و دیگران، ۱۴۰۱: ۱۱۲).

حفاظت از داده و پرونده پزشکی، سنجه سومی است که دو ملاحظه محرمانگی و قابلیت دسترسی را توأمان می‌طلبد؛ سوابق سلامت در فرایند فروش دارایی‌ها نباید دچار تسهیل دسترسی غیرمجاز یا از بین رفتن گردند. برابری و پیش‌بینی‌پذیری برای بستانکاران، چهارمین سنجه است که بر رعایت نظم ترجیحی و پرهیز از رفتارهای سلیقه‌ای تأکید دارد، هرچند این برابری در حوزه سلامت باید با استثنائات محدود و قابل توجیه همراه باشد. کارایی و سرعت مداخله، سنجه پنجم بوده و نشان می‌دهد که دادرسی طولانی و توقف اموال در مراکز درمانی، به خودی خود موجب فروپاشی ظرفیت احیا می‌گردد؛ از این‌رو، اقدامات فوری و محافظت‌کننده در بحران، گامی بایسته تلقی می‌شود (صالحی و دیگران، ۱۴۰۱: ۱۱۸).

سرانجام، شفافیت و پاسخگویی مدیران، سنجه ششم است که بر گزارش‌دهی خط‌ریسک نقدینگی و تعیین تکلیف دارایی‌ها در جریان رسیدگی تأکید دارد؛ بدون این نظارت، امکان سوءاستفاده و فرار از تکالیف در آستانه ناتوانی افزایش می‌یابد. ترکیب این شش سنجه، هرگونه پیشنهاد تقنینی و رویه‌ای را در مسیر تعادل میان منافع بستانکاران و ضرورت‌های عمومی سلامت هدایت می‌کند و اجرای آن مستلزم کنار گذاشتن رویکرد صرفاً تصفیهای در مواجهه با این مؤسسات است.

۲- حمایت از بیماران در حقوق ایران هنگام ورزشکستگی مؤسسه درمانی

ورزشکستگی مؤسسه درمانی زمانی مسأله‌ساز می‌شود که بیمار، هم‌زمان موضوع قرارداد درمان و دارنده حق بر تداوم دسترسی به خدمت حیاتی است و کاهش توان مالی مرکز می‌تواند این دو را به تعارض بکشد. در این بخش، جایگاه بیمار در حقوق قراردادهای و مسؤولیت مدنی، حقوق او در مقررات سلامت، ظرفیت‌ها و خلأهای موجود برای جلوگیری از قطع خدمت و نیز وضعیت پرونده پزشکی و داده‌های سلامت در فرایند ورزشکستگی بررسی می‌شود تا میزان کفایت حمایت‌های فعلی روشن گردد.

۲-۱- جایگاه بیمار از منظر حقوق قراردادهای و مسؤولیت مدنی

موقعیت حقوقی بیمار در هنگام بروز ورزشکستگی مؤسسه درمانی، تابع هم‌پوشانی متقابل تعهدات قراردادی و مسؤولیت مدنی خارج از قرارداد است. بیمار با ورود به مرکز درمانی، قراردادی چند وجهی برای دریافت خدمات بالینی و بستری منعقد می‌سازد که تعهد به ایمنی و مراقبت تخصصی از ارکان اصلی آن محسوب می‌شود. در صورت صدور حکم توقف مالی، مطالبات بیمار ناشی از این رابطه حقوقی به دو دسته اساسی تقسیم می‌گردد؛ نخست، مطالبات قراردادی شامل استرداد مبالغ پیش‌پرداخت‌شده برای درمان‌های نافرجام، خسارات ناشی از عدم انجام یا تأخیر در اجرای تعهد و مبالغ سپرده‌گذاری‌شده؛ دوم، مطالبات ناشی از مسؤولیت مدنی که منبعث از قصور پزشکی، صدمات جسمانی، دیه یا ارش جبران خسارات بدنی است. چالش بنیادین حقوقی زمانی رخ می‌نماید که دادگاه ورزشکستگی درصدد تقویم و اثبات این مطالبات در جریان تصفیه برمی‌آید. اثبات مسؤولیت مدنی و تعیین میزان خسارات وارده به بیمار، نیازمند طی تشریفات طولانی احراز تقصیر پزشکی و اخذ نظریه‌های کارشناسی تخصصی است که با سرعت مورد نیاز در دادرسی ورزشکستگی تعارض آشکار دارد (Akintola, 2020: 115).

از سوی دیگر، توقف فوری اقدامات اجرایی که به منظور صیانت از دارایی‌های ورزشکسته اعمال می‌شود، عملاً امکان وصول مستقیم این خسارات حیاتی را برای بیمار مسدود می‌سازد (Abrams, 2023: 84). عدم تفکیک میان مطالبات مالی متعارف و خسارات وارده بر سلامتی، بیمار را در وضعیت نامساعدی قرار می‌دهد؛ زیرا طبق مقررات عام تصفیه، این مطالبات در زمره دیون

عادی و بدون وثیقه قرار می‌گیرند. چنین رویکردی، تعهد مدنی مرکز درمانی را به یک طلب مالی تقلیل یافته تنزل داده و بدون در نظر گرفتن ماهیت آسیب‌شناسانه خسارات بدنی، اثربخشی جبران خسارت را در قالب سهم‌دهی متناسب میان بستانکاران از بین می‌برد. در نتیجه، ساختار سنتی مسئولیت مدنی و حقوق قراردادهای بدون ایجاد قواعد ویژه تقویم و اولویت‌دهی، قادر به حمایت مؤثر از خسارت‌دیدگان جانی در فرایند توقف مراکز درمانی نیست.

۲-۲- حقوق بیمار در نظام مقررات سلامت

حقوق بیمار در نظام مقررات سلامت، مجموعه‌ای به هم پیوسته از حق دسترسی به درمان، دریافت اطلاعات، رضایت آگاهانه، محرمانگی و دسترسی به پرونده پزشکی است که تحقق هر یک، پیش‌شرط بهره‌مندی مؤثر از سایر حقوق محسوب می‌شود. ورشکستگی مؤسسه درمانی نمی‌تواند این حقوق را به مطالباتی مالی تقلیل دهد؛ زیرا توقف ناگهانی خدمت، افزون بر نقض قرارداد، ممکن است سلامت یا حیات بیمار را به مخاطره اندازد. بنابراین، حق دسترسی به درمان اقتضا دارد مؤسسه پیش از توقف فعالیت، استمرار مراقبت را تا زمان انتقال ایمن بیمار تضمین کند. حق اطلاع‌رسانی نیز مستلزم اعلام به موقع وضعیت مرکز، آثار آن بر برنامه درمان و معرفی مراکز جایگزین است تا بیمار بتواند آگاهانه درباره ادامه درمان تصمیم بگیرد. اعتبار رضایت آگاهانه در چنین وضعیتی وابسته به ارائه اطلاعات دقیق درباره تغییر پزشک، روش درمان، هزینه‌ها و خطرهای ناشی از انتقال است؛ رضایتی که بر پایه اطلاعات ناقص تحصیل شود، واجد ارزش حقوقی کافی نیست.

محرمانگی اطلاعات سلامت نیز با آغاز فرایند تصفیه زائل نمی‌شود و مدیر تصفیه، کارکنان و انتقال‌گیرنده دارایی‌ها باید از دسترسی غیرضروری یا بهره‌برداری اقتصادی از داده‌ها جلوگیری کنند. گسترش ثبت و تبادل رقمی اطلاعات، امکان استمرار درمان را افزایش می‌دهد، اما هم‌زمان دامنه خطر افشاء، دست‌کاری یا نابودی سوابق را توسعه می‌بخشد (احمدی، ۱۴۰۴: ۱۲۶). از این رو، دسترسی بیمار به نسخه‌ای کامل، خوانا و قابل انتقال از پرونده باید مستقل از اختلافات مالی مؤسسه تضمین شود. همچنین، تحول رقمی بدون تعیین مسؤول نگهداری، شیوه انتقال و حدود دسترسی، به جای حمایت از بیمار می‌تواند زمینه نقض حقوق او را فراهم سازد (عاشوری، ۱۴۰۳: ۹۴). بر این مبنا، قطع غیرمنصفانه درمان هنگامی تحقق می‌یابد که مؤسسه بدون اطلاع کافی، برنامه انتقال، حفاظت از پرونده و تأمین مراقبت ضروری فعالیت خود را متوقف سازد. جلوگیری از چنین وضعی نیازمند پیوند مقررات سلامت با قواعد ورشکستگی و تقدم موقت تداوم درمان بر تصفیه فوری دارایی‌هاست.

۲-۳- ابزارهای موجود در حقوق ایران در برابر قطع خدمت

ابزارهای موجود در حقوق ایران برای مقابله با قطع خدمات مؤسسه درمانی ورشکسته، از پیوند مقررات نظارت سلامت، قواعد مسئولیت مدنی و ضوابط انتقال بیمار به دست می‌آیند، اما نظامی منسجم و ویژه تشکیل نمی‌دهند. وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی، در مقام مراجع صدور مجوز و نظارت، می‌توانند با بازرسی، اخطار، محدودسازی پذیرش بیمار و تعلیق یا لغو مجوز، از استمرار فعالیت نامطمئن جلوگیری کنند؛ با این حال، این اختیارات اساساً برای کنترل کیفیت و تخلف حرفه‌ای طراحی شده‌اند و لزوماً امکان اداره موقت مرکز ناتوان از پرداخت را فراهم نمی‌سازند. تعلیق مجوز نیز بدون برنامه انتقال، خود می‌تواند به قطع ناگهانی درمان بینجامد. از این رو، مداخله ناظر سلامت باید ابتدا متوجه توقف پذیرش جدید، شناسایی بیماران پرخطر و انتقال مرحله‌ای آنان به مراکز جایگزین باشد. مؤسسه، مدیران و کادر درمان نیز مکلف‌اند تا زمان انتقال ایمن، از ترک درمان و رهاسازی بیمار خودداری کنند؛ زیرا قطع مراقبت بدون اطلاع‌رسانی، تحویل پرونده و فراهم کردن جانشین درمانی، می‌تواند نقض تعهد قراردادی و منشأ مسئولیت مدنی تلقی شود. استمرار پوشش بیمه‌ای و تبادل اطلاعات میان درمانگر، بیمه‌گر و مرکز جایگزین نیز برای جلوگیری از وقفه درمان ضرورت دارد؛ با این حال، تحول رقمی خدمات بدون تعیین مسئولیت نهادی، خطر سرگردانی بیمار و گسست سوابق را افزایش می‌دهد (مطوری‌نژاد احمدی، ۱۴۰۰: ۸۶).

انتقال داده‌های درمانی باید محدود، ایمن و مبتنی بر ضرورت مراقبتی باشد؛ زیرا دسترسی گسترده مدیر تصفیه یا خریدار دارایی‌ها با محرمانگی اطلاعات سلامت تعارض دارد (قاسم‌زاده ده‌آبادی، ۱۴۰۴: ۱۳۲). کاستی اصلی آن است که قواعد ورشکستگی، مرجع سلامت و مدیر تصفیه را به تدوین برنامه مشترک تداوم خدمت، تأمین هزینه اضطراری و اداره موقت درمانی ملزم نکرده‌اند. در

نتیجه، ظرفیت‌های کنونی بیشتر واکنشی و پراکنده‌اند و نمی‌توانند میان حفاظت از بیماران، حفظ ارزش دارایی‌ها و حقوق طلبکاران تعادل برقرار سازند؛ رفع این خلأ مستلزم پیش‌بینی اداره موقت قضایی با مشارکت مرجع سلامت و نظارت زمانی است.

۲-۴- پرونده پزشکی و داده‌های سلامت در ورزشکشی

پرونده پزشکی و داده‌های سلامت در جریان ورزشکشی مؤسسه درمانی، جایگاهی دوگانه میان دارایی مالی و سند زیستی دارند که رویکرد تصفیه‌محور حقوق تجارت به تنهایی قادر به حل تعارضات آن نیست. اگرچه این داده‌ها در قالب سامانه‌های رقمی، سرورها و پایگاه‌های اطلاعاتی ممکن است واجد ارزش اقتصادی به‌عنوان بخشی از دارایی‌های غیرمنقول یا معنوی بنگاه به شمار آیند، اما محتوای هویتی و سلامت‌محور آن‌ها مانع از تلقی پرونده به منزله کالای قابل فروش و توقیف است. حاکمیت داده‌های درمان مستلزم تفکیک ظرف فنی و ارزش مالی سامانه‌ها از محتوای حساس پزشکی است تا تصفیه دیون تجاری به نقض گسترده محرمانگی یا تصرف غیرمجاز خریداران دارایی‌ها منجر نشود (Chauhan, 2025: 142).

در نقطه مقابل، پیوستگی درمان و نجات جان بیماران در معرض خطر، وابستگی مستقیم به استمرار دسترسی، صحت و قابلیت انتقال ایمن همین سوابق دارد. رهاسازی سرورها، قطع پشتیبانی فنی به دلیل بدهی، یا مصادره تجهیزات رایانه‌ای توسط طلبکاران، تهدیدی فوری علیه حق بر سلامت ایجاد می‌کند و بیماران را از پیگیری درمان در مراکز دیگر محروم می‌سازد. از این حیث، اصلاح سازوکارهای سلامت نیازمند تحول در مدیریت بحران و خروج اطلاعات درمانی از شمول تصفیه عام است، زیرا بی‌توجهی به سرنوشت داده‌ها در تالطم مالی، آسیب‌های غیرقابل جبرانی بر نظام مراقبت عمومی تحمیل می‌کند (Hobson, 2025: 88). با این وصف، ابزارهای کنونی حقوق ایران به دلیل ماهیت سنتی و تمرکز بر فروش سریع اموال، تکلیفی روشن برای مدیر تصفیه در جهت حفظ یکپارچگی داده‌ها، تأمین هزینه نگهداری امن، تضمین حق دسترسی نامحدود بیمار و انتقال نظارت‌شده پرونده‌ها به مرجع امین یا مراکز جانشین تعیین نکرده‌اند. برون‌رفت از این خلأ، مستلزم وضع قواعد خاصی است که حاکمیت بر داده‌های درمانی را از فرآیند عادی تقویم و نقد کردن دارایی‌ها مستثنا سازد.

۳- حمایت از طلبکاران (غیر بیمار) و تعارض منافع در حقوق ایران

در ورزشکشی مؤسسات درمانی، قواعد کلاسیک تصفیه در پی وصول مطالبات کارکنان، وثیقه‌داران، تأمین‌کنندگان و طلبکاران عادی از دارایی‌های محدود مرکز است؛ اما ضرورت حفظ حیات و سلامت بیماران، تعارضی جدی میان منطق برابری طلبکاران و اولویت‌دهی به تداوم خدمت ایجاد می‌کند. این بخش با بررسی ساختار تصفیه، طبقه‌بندی طلبکاران، وضعیت قراردادهای حیاتی تأمین و مسؤولیت مدیران، گستره حمایت از طلبکاران غیر بیمار و چالش‌های ناشی از تراکم منافع آنان را در حقوق ایران واکاوی می‌کند.

۳-۱- ساختار کلی ورزشکشی و تصفیه در ایران

ساختار کلی ورزشکشی و تصفیه در حقوق ایران بر منطق «توقف از پرداخت تاجر» و مدیریت جمعی دارایی‌ها برای پرداخت دیون استوار است و در نتیجه، کارکرد اصلی آن تبدیل دارایی به وجه نقد و توزیع میان طلبکاران بر پایه قواعد اولویت و منع تبعیض است. از همین رهگذر، ورزشکشی بیشتر به‌عنوان سازوکار پایان‌بخشی به فعالیت و مهار رفتارهای فرصت‌طلبانه پیش از فروپاشی اقتصادی طراحی شده است: محدود شدن اختیار تصرف بدهکار، جلوگیری از پرداخت‌های ترجیحی و تجمیع دعاوی در چارچوبی واحد، هدف کاهش مسابقه طلبکاران و حفظ برابری نسبی آنان را دنبال می‌کند (امیرخانلو و همکاران، ۱۴۰۳: ۱۹). با این حال، وزن غالب این ساختار بر تصفیه، سبب می‌شود ابزارهای احیایی و امکان استمرار اداره بنگاه، جایگاه محدود و بیشتر استثنایی داشته باشند؛ به‌ویژه در مواردی که ارزش بنگاه در تداوم فعالیت آن نهفته است، فروش جزء به جزء دارایی‌ها می‌تواند هم ارزش اقتصادی را کاهش دهد و هم هزینه‌های اجتماعی را افزایش دهد.

نقش دادگاه و اداره تصفیه در این نظام، عمدتاً تضمین نظم جمعی، شفافیت نسبی در شناسایی دارایی‌ها و تعیین تکلیف مطالبات است، نه طراحی مداخله زود هنگام برای پیشگیری از توقف یا هدایت بازسازی. این الگو در بنگاه‌های عادی ممکن است با هدف

تقسیم منصفانه سازگار باشد، اما در بنگاه‌های ارائه‌دهنده خدمت ضروری، میان کارایی اقتصادی و مصلحت عمومی تعارض آشکار ایجاد می‌کند. تجربه‌های تطبیقی نشان می‌دهد نظام‌های نوین، طیفی از ابزارهای جایگزین تصفیه را برای مدیریت بحران و حفظ کارکرد حیاتی نهادهای به رسمیت می‌شناسند و به مداخله پیش‌دستانه وزن بیشتری می‌دهند (انصاری و عسکری، ۱۳۹۸: ۹۸). بر این مبنا، ساختار موجود ایران اگرچه در مهار ترجیح و سامان‌دهی طلبکاران کارآمد است، اما از منظر زمان‌بندی مداخله، انعطاف‌پذیری و ظرفیت حفظ ارزش بنگاه در قالب تداوم فعالیت، دچار کمبود نهادی است. همین کمبود در مؤسسات درمانی به‌صورت خطر قطع خدمت و بی‌ثباتی حقوق بیماران و کارکنان بروز می‌کند و ضرورت بازاندیشی در پیوند میان تصفیه و استمرار خدمت را برجسته می‌سازد.

۲-۳- طبقه‌بندی طلبکاران و مسأله اولویت‌ها

طبقه‌بندی طلبکاران در ورشکستگی بر این مبنا استوار است که برابری، لزوماً به معنای برخورد یکسان با همه مطالبات نیست؛ بلکه تفاوت در منشأ طلب، وجود وثیقه و ملاحظات اجتماعی می‌تواند ترتیب پرداخت را تغییر دهد. در ورشکستگی مؤسسه درمانی، طلبکاران وثیقه‌دار، کارکنان، مراجع عمومی، تأمین‌کنندگان و بیماران از موقعیت‌های متفاوتی برخوردارند. طلبکار وثیقه‌دار اصولاً بر مال موضوع وثیقه حق تقدم دارد، اما اعمال بی‌قید این امتیاز نسبت به تجهیزات حیاتی ممکن است به توقف درمان و کاهش ارزش مؤسسه منجر شود. از این‌رو، حمایت از وثیقه نباید مانع تعلیق محدود و جبران‌پذیر اجرای آن برای انتقال ایمن بیماران یا فروش یکپارچه مرکز شود. تعیین دقیق ارزش دارایی‌ها و مطالبات نیز در حفظ حقوق گروه‌های مختلف اهمیت دارد؛ زیرا گزارش کارشناسی ناقص می‌تواند میزان دارایی قابل تقسیم، ارزش وثایق و امکان ادامه فعالیت مؤسسه را به نادرستی نشان دهد (شاهسوند و قائمی، ۱۴۰۲: ۱۵۱).

کارکنان، به‌ویژه کادر درمان، افزون بر طلب مزدی، برای استمرار خدمت ضروری‌اند و حمایت از مطالبات آنان می‌تواند هم‌زمان کارکرد اجتماعی و اقتصادی داشته باشد. بیماران معمولاً بابت پیش‌پرداخت درمان، هزینه انتقال یا خسارت ناشی از قطع خدمت در جایگاه طلبکار عادی قرار می‌گیرند؛ حال آنکه منشأ آسیب‌پذیری آنان با طلب تجاری برابر نیست. ایجاد اولویت مطلق برای تمام مطالبات بیماران، حقوق وثیقه‌داران و امکان تأمین مالی آینده مراکز درمانی را تضعیف می‌کند؛ زیرا پیش‌بینی‌پذیری مرتبه وثیقه از عناصر اساسی اعتباردهی است (شریفی، ۱۴۰۴: ۱۲). راه‌حل متوازن، شناسایی اولویتی محدود برای پیش‌پرداخت درمان انجام‌نشده و هزینه‌های ضروری انتقال یا تکمیل درمان است. این اولویت باید دارای سقف، معیار روشن و نظارت قضایی باشد تا حمایت از بیمار به بی‌ثباتی نظام توزیع مطالبات نینجامد؛ بنابراین، عدالت در ورشکستگی درمانی مستلزم تلفیق برابری طلبکاران با تناسب، آسیب‌پذیری و ضرورت استمرار خدمت است.

۳-۳- قراردادهای جاری و تأمین‌کنندگان حیاتی

استمرار فعالیت مؤسسات درمانی ورشکسته به طرز ناگسستگی با تداوم زنجیره تأمین ملزومات حیاتی، نظیر دارو، اکسیژن و تجهیزات مصرفی پزشکی گره خورده است. در قواعد عمومی ورشکستگی، ناتوانی بدهکار از پرداخت دیون، حق فسخ یا تعلیق یک‌جانبه تعهدات را برای طرف‌های قرارداد ایجاد می‌کند و تأمین‌کنندگان به‌منظور جلوگیری از تشدید زیان مالی، فوراً عرضه کالا و خدمات را متوقف می‌سازند. اگرچه این رویکرد در بنگاه‌های تجاری عادی توجیه‌پذیر است، اما اعمال بی‌قید آن در مراکز درمانی، فرآیند درمان را مختل کرده و سلامت بیماران را با خطر جدی مواجه می‌سازد. از سوی دیگر، اجبار تأمین‌کنندگان به ادامه تحویل کالا بدون دریافت وجه، حقوق آنان را تضعیف کرده و بر بار مالی‌شان می‌افزاید. چالش اصلی در نظام حقوقی، فقدان سازوکار قانونی مشخص برای اداره قراردادهای در حال اجرا در زمان بحران مالی درمانی است؛ زیرا عدم پیش‌بینی حق تعلیق موقت فسخ و نبود تضمین برای پرداخت مطالبات جدید، تأمین‌کنندگان را به خروج فوری از زنجیره خدمت سوق می‌دهد (مقدم، ۱۴۰۱: ۱۱۲).

حل این تعارض مستلزم بهره‌گیری از ابزارهای حقوقی متوازن جهت تعیین تکلیف شتابان این قراردادها است؛ به‌گونه‌ای که از یک سو امکان ادامه اجرای قراردادهای حیاتی با پرداخت‌های اولویت‌دار یا تضمین‌شده فراهم آید و از سوی دیگر، ساختار شفاف پرداخت برای جلب اطمینان تأمین‌کنندگان شکل گیرد. در نظام‌های نوین ارائه خدمات، بهره‌گیری از زیرساخت‌های دیجیتال و مدل‌های

مبتنی بر فناوری توانسته شفافیت در زنجیره تأمین و فرآیندهای مالی را افزایش دهد و پیش‌بینی‌پذیری جریان نقدی را تقویت کند (مطوری‌نژاد احمدی، ۱۴۰۰: ۶۵). همچنین اتخاذ راهبردهای هوشمندانه در تعامل با تأمین‌کنندگان و بازطراحی ارتباطات قراردادی در بسترهای نوین، نقش مهمی در تسریع وصول مطالبات و حفظ پایداری زنجیره عرضه ایفا می‌کند. بنابراین، حفاظت از تداوم خدمت درمانی مستلزم بازنگری در قواعد قراردادهای جاری و ایجاد اولویت پرداختی برای تعهدات جدید تأمین‌کنندگان حیاتی است.

۳-۴- مسئولیت مدیران و حاکمیت شرکتی در ورزشکشی موسسات درمانی

در ساختار راهبری شرکتی، مدیریت مؤسسات درمانی در آستانه ناتوانی مالی با تکالیف دوگانه‌ای مواجه است که ناشی از پیوند تنگاتنگ فعالیت اقتصادی با حفظ سلامت عمومی است. در این برهه حساس، وظایف امانی و مراقبتی مدیران از تمرکز صرف بر منافع سهامداران به سمت حفظ دارایی‌ها به نفع مجموع بستانکاران و بیماران تغییر جهت می‌دهد. طبق موازین عمومی حقوق تجارت، مدیران موظفاند ظرف مهلت مقرر قانونی از تاریخ توقف در پرداخت دیون، وضعیت ناتوانی مالی را به مرجع قضایی اعلام کنند تا از تعمیق بحران و اتلاف اموال جلوگیری شود. امتناع از این تکلیف نه تنها نقض صریح الزامات حرفه‌ای است، بلکه زمینه مسؤولیت مدنی و در شرایطی مسؤولیت کیفری ناشی از ورزشکشی به تقصیر را فراهم می‌آورد (کاویانی، ۱۴۰۴: ۱۱۲). بر خلاف بنگاه‌های تجاری متعارف، در مراکز درمانی تأخیر در اعلام توقف مستقیماً جان بیماران تحت درمان و جریان تأمین ملزومات حیاتی را با خطر مواجه می‌سازد.

از سوی دیگر، اصل برابری بستانکاران ایجاب می‌کند که مدیران در دوره بحران مالی از هرگونه تسویه ترجیحی دیون یا انتقال بلاعوض و صوری اموال که موجب تضییع حقوق سایر بستانکاران به‌ویژه بیماران صاحب حق بازپس‌گیری مبالغ یا غرامت شود، خودداری نمایند (محمدزاده وادقانی، ۱۴۰۰: ۱۲۵). با این حال، خلأ سامانه جامع هشدار زود هنگام در نظام حقوقی کنونی، مداخله پیشگیرانه را با چالش روبرو می‌کند. این نقیصه لزوم بازتعریف مسؤولیت هیئت‌مدیره را در قالب شفافیت اطلاعاتی، پایش مستمر نقدینگی و گزارش‌دهی فوری به مرجع ناظر بخش سلامت پیش از وقوع فروپاشی مالی قطعی نشان می‌دهد تا خطر انباشت دیون، مهار شده و دارایی‌های عمومی مؤسسه محفوظ بماند. بدین‌سان، ادغام تکالیف شرکتی با ملاحظات سلامت، مسؤولیت مدیران را از چارچوب سنتی بدهکار - بستانکار به ساحت حمایت از حقوق بنیادین ارتقا می‌دهد.

۴- استانداردهای آنسیترال درباره ورزشکشی و قابلیت اعمال بر مؤسسات درمانی

استانداردهای آنسیترال با تأکید بر بازسازی بنگاه قابل احیا، مداخله زود هنگام، حفظ ارزش دارایی‌ها مداخله زود هنگام، حفظ ارزش دارایی‌ها برای مواجهه با ورزشکشی مؤسسات ارائه می‌کنند. در این بخش، قابلیت انطباق این استانداردها با ویژگی‌های مؤسسات درمانی، از جمله ضرورت استمرار خدمات حیاتی، حفظان از داده‌های پزشکی و همکاری‌های فرامرزی، بررسی و خلأهای حقوق ایران بر پایه آن ارزیابی می‌شود.

۴-۱- اهداف و اصول کلیدی در متون آنسیترال

اسناد کمیسیون حقوق تجارت بین‌الملل سازمان ملل متحد، نظام حقوقی ناتوانی مالی را بر پایه‌های بنیادینی چون کارایی، شفافیت، پیش‌بینی‌پذیری، رفتار برابر با بستانکاران و بیشینه‌سازی ارزش دارایی‌ها استوار می‌سازند. هدف غایی در این چارچوب هنجاری، گذار از رویکرد سنتی تصفیه قهری به سمت نجات و بازسازی مالی بنگاه‌های اقتصادی دارای توجیه بازرگانی است (Alpert & Epstein, 2023: 295). اعمال این استانداردها در مؤسسات درمانی، مستلزم پیوند میان بیشینه‌سازی منافع بستانکاران و استمرار مراقبت از بیماران است؛ زیرا حفظ ارزش اقتصادی بنگاه در گرو تداوم ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بدون انقطاع خواهد بود. در حقیقت، بازسازی ساختار مالی به‌جای فروش خرد و اِزهم‌گسیخته دارایی‌های درمانی، علاوه بر تضمین دریافت حداکثری مطالبات توسط بستانکاران، زیرساخت حیاتی سلامت عمومی و حقوق بیماران تحت معالجه را نیز صیانت می‌کند (Altman et al., 2022:).

118). این در حالی است که نظام حقوقی ایران به دلیل تکیه انحصاری بر احکام سنتی ورشکستگی و غلبه نگرش صرفاً انحلالی، از ابزارهای نوین بازسازی تجاری و احیای فعالیت‌های ضروری بی‌بهره مانده است.

نبود تدابیر پیشگیرانه و شفافیت رویه‌ای در قوانین داخلی موجب می‌شود توقف مراکز درمانی به اخلال فوری در ارائه خدمات حیاتی و افت شدید ارزش دارایی‌ها بینجامد. بنابراین، الگوبرداری از رهنمودهای بین‌المللی می‌تواند خلأهای ساختاری حقوق ملی را پوشش دهد و زمینه پیش‌بینی‌پذیری تصمیمات قضایی و ایجاد توازن میان بازستانی مطالبات و حفظ مؤسسه درمانی را فراهم سازد. پذیرش این اصول هنجاری، فرآیند دادرسی را از تقابل صرف منافع شخصی بدهکار و بستانکاران به سمت مصلحت جمعی و بازیافت ارزش‌های اقتصادی و اجتماعی سوق می‌دهد.

۲-۴- مداخله زود هنگام و اقدامات فوری (Interim Measures)

مداخله زود هنگام و اتخاذ تدابیر تأمینی و فوری در اسناد بین‌المللی ناتوانی مالی، به منزله ابزاری کلیدی جهت تثبیت وضعیت بدهکار و ممانعت از فروپاشی آنی دارایی‌ها تعریف شده است. استاندارد توقف موقت اقدامات اجرایی بستانکاران و تجویز سازوکارهای تأمین مالی اضطراری در دوره گذار، این امکان را فراهم می‌سازد که فعالیت‌های عملیاتی تا تعیین تکلیف نهایی بدون وقفه استمرار یابد. کارکرد بنیادین این تدابیر در مؤسسات درمانی، جلوگیری از توقیف تجهیزات پزشکی حیاتی، مهار بحران نقدینگی مقطعی و تضمین امنیت جانی بیماران بستری در بخش‌های ویژه است؛ زیرا توقف شتاب‌زده جریان ارائه خدمات یا استرداد دفعی دارایی‌ها توسط بستانکاران صاحب وثیقه، آسیب‌های جبران‌ناپذیری به فرآیند درمان وارد می‌سازد. از سوی دیگر، تسهیل اعطای اعتبارات اضطراری با نظارت مراجع قضایی، امکان خرید داروهای خاص و پرداخت هزینه‌های جاری نگهداری بیمارستان را مهیا می‌کند (Beale et al., 2024: 158). در مقابل، نظام حقوقی ایران فاقد سازوکار مدون برای اعمال توقف فوری اقدامات اجرایی پیش از صدور حکم نهایی ورشکستگی است و مقررات حاکم ظرفیتی برای حمایت مالی پس از بروز توقف پیش‌بینی نکرده‌اند. این خلأ تقنینی، ریسک اخلال ناگهانی در مدیریت بحران مراکز درمانی را افزایش می‌دهد و زمینه تضییع حقوق بیماران و کاهش ارزش کل دارایی‌ها را رقم می‌زند (Binder & Rieker, 2023: 135). بنابراین، تعبیه تدابیر فوری مبتنی بر بازشناسی نیازهای خدمات ضروری در قوانین ملی، امکان موازنه میان حقوق فردی بستانکاران و صیانت از سلامت همگانی را فراهم خواهد ساخت.

۳-۴- حمایت از ذی‌نفعان خاص و خدمات ضروری

در چارچوب هنجاری اسناد کمیسیون حقوق تجارت بین‌الملل، ضرورت حفظ بنگاه‌های ارائه‌دهنده خدمات عمومی و حیاتی، مبنای بازشناسی رژیم‌های حقوقی ویژه در حقوق ناتوانی مالی قرار گرفته است. بر این مبنا، ماهیت فعالیت‌های مرتبط با سلامت و رفاه همگانی، توجیه‌گر انحرافات محدود و قاعده‌مند از اصول عام تصفیه بازرگانی و اولویت‌دهی به تداوم فعالیت است تا از بروز شوک‌های جبران‌ناپذیر اجتماعی جلوگیری شود (Blain & Wood, 2022: 174). کارکرد این استاندارد در مؤسسات درمانی، بازتعریف مفهوم بستانکار و شناسایی بیماران به‌عنوان «ذی‌نفعان آسیب‌پذیر» است؛ گروهی که برخلاف طلبکاران تجاری، مطالباتشان با حیات و یکپارچگی جسمانی پیوند خورده و توقف فعالیت مرکز درمانی مستقیماً سلامت آنان را تهدید می‌کند. تعبیه تمهیدات استثنایی نظیر جلوگیری از استرداد تجهیزات حیاتی، تأمین مستمر اقلام دارویی و تخصیص سهمی از عواید برای حفظ خدمات بستری، بدون نادیده گرفتن کلیت حقوق مالی بستانکاران، از تعمیق بحران انسانی جلوگیری می‌نماید (Boon, 2019: 89).

این در حالی است که نظام حقوقی ایران با اتکا بر رویکرد تصفیه‌محور و نگاه یکدست به تمامی ورشکستگان، از سازوکارهای متمایز برای بنگاه‌های ارائه‌دهنده خدمات عمومی بی‌بهره است. در مقررات جاری، هیچ استثنایی در جهت صیانت از تداوم درمان بیماران در حال معالجه و ایجاد تمایز میان آنان و سایر طلبکاران عادی وجود ندارد که این امر به قطع ناگهانی مراقبت‌های پزشکی و تضییع شدید منافع عمومی می‌انجامد. بنابراین، بازخوانی استانداردهای بین‌المللی امکان بازطراحی رژیم ناتوانی مالی را فراهم

می‌آورد تا مرجع قضایی بتواند در کنار حفظ حقوق صاحبان منافع مالی، سازوکاری قانونی جهت تداوم الزامی خدمات درمانی تا مرحله گذار یا انتقال ایمن تدوین نماید. این پیوند مفهومی، تضمین‌کننده همگرایی میان عدالت توزیعی و امنیت عمومی است.

۴-۴- قراردادهای در حال اجرا و استمرار زنجیره تأمین

در حقوق مدرن ناتوانی مالی، سرنوشت قراردادهای متقابل در حال اجرا نقشی حیاتی در امکان بازسازی و بقای بنگاه ایفا می‌کند. اسناد کمیسیون حقوق تجارت بین‌الملل سازمان ملل متحد با تأکید بر تحدید اثر شرط فسخ به صرف ناتوانی مالی، چارچوبی طراحی کرده‌اند که بر اساس آن، مدیر فرآیند ناتوانی از اختیار انتخاب میان تداوم یا رد قراردادهای برخوردار است (Downey & Davies, 2020: 104). کارکرد این استاندارد در مؤسسات درمانی، ممانعت از گسست ناگهانی زنجیره تأمین داروهای خاص، اکسیژن و ملزومات پزشکی است؛ امری که نقشی بنیادین در پیشگیری از اخلال در بستری و مراقبت‌های ویژه درمانی دارد. اعمال محدودیت بر حق فسخ یک‌جانبه تأمین‌کنندگان حیاتی و اجبار آنان به ادامه ایفای تعهد در ازای تضمین پرداخت بهای معاملات جاری، تداوم حیات بیماران وابسته به تجهیزات پزشکی را تضمین می‌کند و از نابودی ارزش عملکردی مؤسسه جلوگیری به عمل می‌آورد (Downey & Davies, 2022: 118). با وجود این کارایی، حقوق ایران در مواجهه با قراردادهای مستمر فاقد انسجام ساختاری است؛ زیرا با صدور حکم ورشکستگی، مدیر تصفیه به دلیل رویکرد محدود تصفیه‌داری‌ها، الزام قانونی مشخصی برای استمرار قراردادهای خدماتی حساس ندارد و بستانکاران صاحب حق فسخ نیز می‌توانند تأمین اقلام ضروری را فوراً متوقف سازند. این نارسایی، آسیب‌پذیری شدیدی را به شبکه درمان تحمیل می‌کند، به‌گونه‌ای که قطع ارسال تجهیزات زیستی و دارویی می‌تواند آثار جبران‌ناپذیر جانی به همراه داشته باشد. بنابراین، اقتباس از استانداردهای فراملی در تثبیت قراردادهای کلیدی زنجیره تأمین در کنار تضمین اولویت پرداخت به طلبکاران جدید، بستر مناسبی برای نجات فعالیت درمانی و صیانت از سلامت عمومی در نظام ناتوانی مالی ایران پدید خواهد آورد.

۴-۵- حاکمیت داده و اسناد

استانداردهای بین‌المللی ناتوانی مالی با تأکید بر حاکمیت داده‌ها و شفافیت اطلاعاتی، اسناد تجاری و سوابق بنگاه را نه صرفاً ابزاری برای ارزیابی دارایی، بلکه عنصری هنجاری در تضمین حقوق ذی‌نفعان قلمداد می‌کنند (Ebner & Ach, 2021: 85). کارکرد این چارچوب در مؤسسات درمانی، بازشناسی پرونده‌های پزشکی فراتر از یک دارایی صرف و تعریف آن‌ها به‌عنوان داده‌های حساس هویتی و حیاتی است؛ امری که ضرورت گزارش‌دهی نظام‌مند، نگهداری امن سوابق بالینی و ممنوعیت افشای نامتعارف را ایجاد می‌کند. از منظر عملیاتی، صیانت از یکپارچگی این سوابق، امکان انتقال بدون ریسک پرونده‌ها به سایر مراکز درمانی، حفظ حق دسترسی بی‌وقفه بیمار به پیشینه درمانی و صیانت از محرمانگی اطلاعات شخصی را در فرایند نظارت یا فروش دارایی‌ها تأمین می‌سازد (Funston & Gluckman, 2018: 142).

در نقطه مقابل، نظام حقوقی ورشکستگی در ایران اسناد و دفاتر بنگاه را تنها در قالب دفاتر تجاری به منظور کشف تقصیر مدیران یا احصای مطالبات مالی شناسایی می‌کند و در قبال دارایی‌های ناملموس غیرمالی مانند اطلاعات درمانی ساکت است. این خلأ ساختاری در آستانه تصفیه، خطر تصرف، حراج و از میان رفتن سوابق پزشکی بیماران، یا نقض جدی حریم خصوصی آنان به انگیزه ارزیابی اقتصادی دارایی‌های الکترونیک را به‌شدت افزایش می‌دهد. علاوه بر این، ترتیبات نظارتی برای انتقال امن پایگاه‌های داده بیماران به مراکز درمانی جایگزین در قوانین تجارت پیش‌بینی نشده است. بنابراین، پیوند زدن استانداردهای حاکمیت اطلاعاتی آنسیترال با نظام درمانی ایران، دادگاه‌ها و مدیران تصفیه را به وضع پروتکل‌های امانت‌داری داده، صیانت ساختاری از محرمانگی و تسهیل دسترسی درمانی مکلف خواهد کرد و مانع از تقلیل حقوق اساسی بیمار به ارزیابی‌های صرفاً مالی می‌شود.

۴-۶- بعد فرا مرزی

ورشکستگی فرا مرزی مؤسسات درمانی هنگامی اهمیت می‌یابد که مالکیت، سرمایه‌گذاری، اجاره تجهیزات یا مطالبات بستانکاران در چند حوزه قضایی پراکنده باشد. در این شرایط، تعارض صلاحیت‌ها و توقیف‌های هم‌زمان دارایی‌ها می‌تواند زنجیره خدمت‌رسانی را متوقف و تداوم درمان بیماران را تهدید کند. استاندارد قانون نمونه آنسیترال در ورشکستگی فرا مرزی با تأکید بر شناسایی دعاوی خارجی، هماهنگی میان دادگاه‌ها و مدیریت متمرکز تصفیه، مانع خروج شتاب‌زده تجهیزات و دارایی‌ها از چرخه فعالیت درمانی می‌شود (Gold & Crabtree, 2020: 96). این سازوکار از یک‌سو حقوق بستانکاران خارجی را بر مبنای رفتار برابر و غیر تبعیض‌آمیز صیانت می‌کند و از سوی دیگر، با مهار اقدامات انفرادی طلبکاران، انسجام عملیاتی مراکز درمانی زنجیره‌ای را حفظ می‌نماید.

افزون بر این، سازوکارهای بین‌المللی با ردیابی و بازگرداندن دارایی‌های انتقال‌یافته به خارج از کشور، از تضییع حقوق جمعی ذی‌نفعان جلوگیری می‌کنند؛ هرچند اجرای آن در بخش درمان مستلزم نظارت قضایی دقیق جهت پیشگیری از نقض حریم خصوصی بیماران است (Gawne, 2016: 108). در حقوق ایران، فقدان مقررات ویژه برای ورشکستگی فرا مرزی، دادگاه‌ها را با خلأ جدی در شناسایی احکام خارجی و مهار توقیف تجهیزات حیاتی توسط بستانکاران بین‌المللی روبه‌رو می‌سازد. اقتباس از رهنمودهای آنسیترال در قالب ایجاد تعلیق فرا مرزی اقدامات اجرایی و تعیین مرجع قضایی اصلی، ضرورتی بنیادین برای مدیریت متمرکز دارایی‌ها در ایران به شمار می‌رود. بدین ترتیب، هماهنگی فرا مرزی صرفاً هدفی مالی برای استیفای مطالبات نیست، بلکه ابزاری هنجاری برای تضمین ایمنی بیماران، حفظ زنجیره تأمین دارو و تسهیل انتقال درمان در شرایط بحران است.

۵- الگوی پیشنهادی برای حقوق ایران

گذار از رویکرد سنتی ورشکستگی در حقوق ایران به سوی یک الگوی کارآمد، نیازمند طراحی بسته سیاستی منسجمی است که پیوند میان الزامات حقوق تجارت و مقتضیات حقوق عمومی سلامت را برقرار سازد تا از تبدیل ناتوانی مالی مؤسسات درمانی به بحران‌های جبران‌ناپذیر انسانی جلوگیری شود. در گام نخست، پیش‌بینی سازوکار «اداره موقت درمانی» ضرورتی اساسی به شمار می‌رود؛ به موجب این تدبیر، با آغاز فرایند ورشکستگی، مرجع قضایی با همکاری نهاد ناظر سلامت و اداره تصفیه، مدیریت موقت مؤسسه را سامان می‌دهد تا با جلوگیری از توقف آنی و شتاب‌زده، فعالیت‌های درمانی اساسی تا زمان انتقال ایمن بیماران یا واگذاری مجموعه به عنوان یک بنگاه دایر استمرار یابد و زمینه برای جذب سرمایه‌گذار یا بازسازی مالی بدون اختلال در حیات بیماران مهیا گردد. در امتداد این سازوکار، تدوین پروتکل الزامی انتقال و تداوم خدمت، دومین رکن این بسته سیاستی را شکل می‌دهد؛ این چارچوب، مؤسسه درمانی را مکلف می‌سازد تا در قالب برنامه‌ای سازمان‌یافته و با اولویت‌بندی بیماران پرخطر، افراد بستری در بخش‌های مراقبت‌های ویژه و نیازمندان به درمان‌های مستمر، هماهنگی‌های لازم را با مراکز درمانی جایگزین جهت پذیرش و انتقال بدون وقفه آنان به عمل آورد.

رکن سوم، بازتعریف وضعیت حقوقی داده‌های سلامت است؛ بر این اساس، پرونده‌های پزشکی باید از شمول اموال تجاری قابل فروش یا توقیف در جریان تصفیه خارج شده و پروتکل‌های صریحی برای نگهداری امن، تحویل سوابق به شخص بیمار یا انتقال محرمانه به نهاد امین درمانی تدوین گردد تا از هرگونه دسترسی غیرمجاز یا نقض حریم خصوصی در روند ارزیابی دارایی‌ها پیشگیری شود. چهارمین مؤلفه، اصلاح نظام توزیع دارایی‌ها از طریق بازآرایی سلسله‌مراتب طلبکاران است؛ به گونه‌ای که برای مطالبات ناشی از پیش‌پرداخت درمان‌های انجام‌نشده و هزینه‌های ضروری تحمیل‌شده بر بیمار جهت تکمیل فرایند درمان، یک حق تقدم محدود نسبت به طلبکاران عادی در نظر گرفته شود تا تعادل اقتصادی میان استیفای مطالبات بستانکاران و حمایت از طرف آسیب‌پذیر حفظ گردد. پنجمین ابزار، پیش‌بینی سازوکار تأمین مالی اضطراری با ماهیت حداقلی، زمان‌دار و تحت نظارت دقیق قضایی است که هدف از آن، تأمین اعتبارات فوری برای حفظ زنجیره اقلام دارویی حیاتی و تأمین تجهیزات در دوره گذار بوده و بازپرداخت آن با اعطای اولویت ممتاز قانونی نسبت به سایر دیون تضمین شود، بی‌آنکه حقوق مکتسبه طلبکاران با وثیقه پیشین به نحوی ناعادلانه تضعیف گردد.

در نهایت، پیش‌بینی تکالیف پیشگیرانه در چارچوب حاکمیت شرکتی و نظام هشدار زود هنگام، آخرین رکن این الگو است که مدیران مؤسسه را ملزم می‌دارد تا در آستانه کاهش شدید نقدینگی، ریسک‌های مالی را بی‌درنگ به نهاد ناظر سلامت و سهامداران اعلام کرده و از هرگونه پرداخت ترجیحی، تفریط اموال یا کتمان وضعیت بحرانی تحت ضمانت‌اجراه‌های صریح مدنی و انتظامی خودداری ورزند. تجمیع این اصول در ساختار تقنینی و اجرایی، ورشکستگی مؤسسات درمانی را از فرایندی صرفاً متمرکز بر فروش اموال به سازوکاری پیشگیرانه برای حمایت توأمان از حق بر سلامت و حقوق طلبکاران تبدیل خواهد کرد.

نتیجه‌گیری

تحلیل وضعیت مؤسسات درمانی خصوصی در بستر حقوق ورشکستگی نشان می‌دهد که تسری بی‌قید و شرط قواعد سنتی حقوق تجارت به حوزه سلامت با کاستی‌های بنیادین روبه‌رو است. نظام ورشکستگی سنتی در ایران با تکیه بر الگوی کلاسیک تصفیه، انحلال و فروش دارایی‌ها، صرفاً بر مبنای وصول مطالبات طلبکاران و برابری نسبی آنان سامان یافته است. این نگرش صرفاً مالی، مؤسسه درمانی را همچون یک بنگاه تجاری متعارف فرض می‌کند، درحالی‌که ماهیت عملکردی این مراکز به دلیل پیوند ناگسستنی با حق بر سلامت، حیات بیماران و منافع عمومی، نیازمند صورت‌بندی هنجاری متمایزی است. بیمار در فرایند ناتوانی مالی این نهادها، طلبکار عادی خواهان بازگشت وجه قلمداد نمی‌شود؛ بلکه ذی‌نفعی آسیب‌پذیر و در معرض خطرات جبران‌ناپذیر جانی است که استمرار مراقبت، دسترسی فوری به پرونده پزشکی و انتقال ایمن به مراکز دیگر برای وی جنبه حیاتی دارد. از این‌رو، تعارض منافع میان تصفیه فوری اموال و استمرار خدمات درمانی را نمی‌توان در قالب قواعد عمومی قانون تجارت حل‌وفصل کرد و نادیده گرفتن این تفاوت ساختاری به بحران در نظام سلامت عمومی می‌انجامد.

بررسی تطبیقی راهنمای قانون‌گذاری آنسیترال در حوزه ورشکستگی بیانگر آن است که نظام‌های حقوقی پیشرو، رویکرد صرف انحلال را به سازوکارهای بازسازی، نجات بنگاه‌های دارای توجیه اقتصادی و پیش‌بینی تدابیر فوری حمایتی تغییر داده‌اند. اسناد آنسیترال استانداردهای کارآمدی نظیر تعلیق خودکار اقدامات اجرایی، تأمین مالی برای استمرار فعالیت، تعیین تکلیف قراردادهای جاری و حفظ ارزش بنگاه به‌مثابه یک کل فعال ارائه می‌دهند. این اصول نه تنها از تضییع دارایی‌ها جلوگیری می‌کنند، بلکه چارچوبی انعطاف‌پذیر برای بنگاه‌های ارائه‌دهنده خدمات عمومی فراهم می‌سازند تا تداوم زنجیره خدمات و مراقبت‌های اضطراری بدون تزلزل حقوق طلبکاران تضمین گردد. استانداردهای مزبور همچنین در حوزه حاکمیت اطلاعات و اسناد، رهیافتی راهگشا در صیانت از محرمانگی و در عین حال تضمین دسترسی به اطلاعات کلیدی ارائه می‌دهند که با دغدغه‌های مربوط به پرونده‌های پزشکی کاملاً سازگار است. پیوند دادن این الگوها با ویژگی‌های خاص نظام سلامت، بستر مفهومی مناسبی را برای عبور از بن‌بست‌های حقوقی موجود مهیا می‌سازد.

بر پایه این یافته‌ها، دستیابی به تعادل میان منافع متضاد بیماران و طلبکاران، نیازمند یک بسته اصلاحی سه‌گانه در سطوح تقنینی، نهادی و مقرراتی است. در گام تقنینی، قانون‌گذار باید با خروج از الگوی یکدست ورشکستگی، رژیم حقوقی ویژه‌ای برای توقف مؤسسات خدمات عمومی و درمانی پیش‌بینی کند. در این الگو، مطالبات معطوف به پیش‌پرداخت درمان‌های ناتمام و هزینه‌های ضروری انتقال بیمار باید در زمره دیون ممتاز با اولویت مشخص قرار گیرند و پرونده‌های درمانی از دایره دارایی‌های مشمول تصفیه مالی خارج شوند. در بعد نهادی، تأسیس سازوکار «اداره موقت درمانی» با هم‌افزایی نهاد قضایی و مرجع ناظر بر سلامت امری گریزناپذیر است؛ به گونه‌ای که دادگاه به‌جای تعطیلی فوری مرکز، مجوز فعالیت هدایت‌شده را به منظور تثبیت حال بیماران بدحال و اجرای شیوه‌نامه انتقال ایمن صادر کند. در نهایت، در بعد حاکمیت شرکتی و مقررات‌گذاری، الزام مدیران به استقرار سامانه هشدار زود هنگام ریسک نقدینگی، گزارش‌دهی به نهاد ناظر سلامت و منع شدید رفتارهای ترجیحی در آستانه ناتوانی مالی، ابزارهای کنترلی مؤثری برای مدیریت پیشگیرانه بحران خواهند بود. چنین تحولی نظام حقوقی را قادر می‌سازد تا هم‌زمان با صیانت از امنیت اقتصادی بستانکاران، از کرامت و حق حیات بیماران حمایت کند.

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

تعارض منافع: نویسنده هیچ گونه تعارض منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده است.

سهم نویسندگان: پژوهش حاضر تحت نظارت مستقیم نویسنده مسؤول نگارش یافته است.

منابع و مأخذ

الف. منابع فارسی

- احمدی، شیما (۱۴۰۴). بیمه سلامت در عصر دیجیتال. تهران: نمای علم.
- اسکینی، ربیعا (۱۴۰۴). حقوق تجارت: ورشکستگی و تصفیه امور ورشکسته. تهران: سمت.
- امیرخانلو، محمدصادق؛ غلامعلی زاده، محمد و اسمعیلی، علی اکبر (۱۴۰۳). رویکردی تطبیقی بر قوانین ورشکستگی در حقوق ایران، آمریکا و انگلیس. گرگان: اولین همایش ملی تأثیر متقابل حقوق بین الملل و حقوق داخلی در توسعه قوانین.
- انصاری، علی و عسکری، جواد (۱۳۹۸). «مطالعه تطبیقی ابزارهای حقوقی جایگزین ورشکستگی بانکها». پژوهش حقوق خصوصی، ۷(۲۷): ۹۱-۱۱۳.
- بنی اسدی، علیرضا (۱۴۰۰). تحلیل اقتصادی حقوق ورشکستگی. تهران: گیوا.
- توکلی، محمدمهدی (۱۴۰۴). ورشکستگی بدهکاران بانکی. تهران: مجد.
- جمشیدی، عبدالله و نیازی، عباس (۱۴۰۴). رویه عملی حقوق ورشکستگی در آراء قضایی. تهران: دادگستری کل استان تهران.
- جوهر، سعید (۱۳۹۹). آیین دادرسی ورشکستگی (شیوه عملی رسیدگی به دعوای ورشکستگی). تهران: جاودانه.
- حاجعلی، نعمت الله (۱۴۰۴). ورشکستگی و تصفیه امور ورشکستگی. تهران: قوه قضائیه.
- شاهسوند، منیره و قائمی، محمدحسین (۱۴۰۲). «ارائه ساختار مناسب برای گزارش کارشناسان رسمی دادگستری در زمینه ورشکستگی». حسابداری دولتی، ۱۰(۱): ۱۴۳-۱۶۰.
- شریفی، فاطمه (۱۴۰۴). «تحلیل و بررسی موقعیت طلبکاران با وثیقه در برابر طلبکاران ممتاز». مطالعات علوم سیاسی، حقوق و فقه، ۱۱(۲): ۱-۱۹.
- صالحی، محمود؛ روحانی مقدم، محمد و قدسی، سید ابراهیم (۱۴۰۱). «مداخله کیفری در احکام ورشکستگی و وصول مطالبات بانکی». پژوهش نامه حقوق کیفری، ۱۳(۲): ۱۰۷-۱۳۰.
- عاشوری، فریده (۱۴۰۳). استراتژی تحول دیجیتال در بیمه چالش ها، موانع و فرصت های پیش رو. تهران: زرنوشت.
- قاسم زاده ده آبادی، عارفه (۱۴۰۴). ایشورتک: از حریم داده ها تا مسؤولیت های حقوقی بیمه های دیجیتال. تهران: حقوق یار.
- کاویانی، کورش (۱۴۰۴). حقوق ورشکستگی (حقوق تجارت ۴). تهران: میزان.
- مجاهد، افشین (۱۴۰۰). «مطالعه تطبیقی آثار ورشکستگی در حقوق ایران و فرانسه». فصلنامه پژوهش های حقوق تطبیقی عدل و انصاف، ۴(۱۵): ۶۵-۷۷.

- محمدزاده وادقانی، علیرضا (۱۴۰۰). حقوق تجارت ۴ (ورشکستگی و تصفیه). تهران: مجد.
- مطوری نژاد احمدی، حمیده (۱۴۰۰). تحول دیجیتال در نحوه ارائه خدمات بیمه تأمین اجتماعی. تهران: انتشارات شیل.
- مقدم، داود (۱۴۰۱). بازاریابی دیجیتال و نقش آن در فروش محصولات بیمه‌ای. تهران: موسسه آموزشی تألیفی ارشدان.

ب. منابع انگلیسی

- Alpert, J & Epstein, D (2023). "Asset Maximization in Bankruptcy: A Behavioral Analysis". *The Yale Journal on Law & Finance Year*, 20(2): 287-339.
- Altman, E. I; Rossi, A & Volpin, P (2022). *Distressed Debt Investing and Asset Maximization: A Practical Guide*, London: John Wiley & Sons.
- Beale, G; Ebsworth, M & Pinner, J. P (2024). *The Rise of Asset-Based Restructuring in Corporate Insolvency*. London: Sweet & Maxwell.
- Binder, A & Rieker, M (2023). *Transparency and Disclosure in Cross-Border Insolvency Proceedings*. London: Springer.
- Blain, J & Wood, M (2022). *Cross-Border Restructuring: Emerging Trends and Challenges*. Hague: LexisNexis.
- Boon, G.-J (2019). *Rescue of Business in Europe: A European Law Institute Instrument*. Oxford: Oxford University Press.
- Chauhan, A (2025). *Artificial Intelligence in Smart Healthcare Systems*. London: CRC Press.
- Downey, M & Davies, D (2020). *Cross-Border Insolvency: A Practical Guide*. London: Bloomberg Law.
- Downey, M & Davies, D (2022). *UNCITRAL Model Law on Cross-Border Insolvency: Practical Guidance*. London: Bloomberg Law.
- Ebner, M & von Ach, C (2021). *Disclosure Obligations in Corporate Insolvency: A Comparative Study*. Hague: Wolters Kluwer.
- Funston, M. V. S & Gluckman, B. A (2018). *UNCITRAL Model Law on Cross-Border Insolvency: A Commentary*. London: Sweet & Maxwell.
- Gawne, S (2016). "Recovering Assets from Fraudulent Conveyances in Cross-Border Insolvency". *The World Bank Research Observer*, 31(1): 101-119.
- Gold, J & Crabtree, P (2020). *UNCITRAL Model Law on Cross-Border Insolvency: Commentary and Analysis*. Hague: Kluwer Law International.
- Hobson, C (2025). *New Perspectives on Post-2020 Healthcare Reform: Opportunities and Challenges*. Hague: IGI Global Scientific Publishing.