



سیاست‌های تقنینی و انحصار در مقررات حوزه درمان

فردین مرادخانی*

داوود کاظمی**

چکیده

هدف از اصول ۴۴ و ۴۶ قانون اساسی، ایجاد رقابت، منع انحصار، کارآیی و نظارت بر اقتصاد برای افزایش رفاه جامعه و ایجاد عدالت است. با وجود اصل ۴۶ قانون اساسی، هیچ شخصی اجازه ندارد به استناد شغلی که دارد و فعالیتی که انجام می‌دهد، از اشتغال دیگران جلوگیری کند. شایبه انحصارطلبی در مقررات حوزه‌هایی مانند درمان وجود دارد که در این پژوهش بررسی می‌کنیم تا با شناسایی چنین مقرراتی، زمینه اصلاح آن فراهم شود. در پژوهش حاضر، با بهره‌گیری از مطالب کتاب‌خانه‌ای و اینترنتی، از روش توصیفی - تحلیلی برای بررسی داده‌ها استفاده شده است. این مقاله به دنبال پاسخ به این پرسش است که آیا مقررات وضع‌شده در حوزه درمان، اصل منع انحصار را نقض می‌کند؟ برای پاسخ به این پرسش، با بیان مؤلفه‌های انحصار در قانون اجرای سیاست‌های اصل ۴۴ قانون اساسی و بررسی مقررات و قوانین موجود در حوزه درمان به تناقض‌های این مقررات با اصل ۴۶ قانون اساسی خواهیم پرداخت. در نهایت، به این نتیجه رسیدیم که در قوانین و مقررات موجود در بخش درمان، برخی از مؤلفه‌های انحصار مانند ظرفیت بسیار پایین دانشگاه‌های علوم پزشکی، موانع ضد رقابتی از طریق صادر نشدن مجوز برای پزشکان طب سنتی و تعیین تعرفه‌های پزشکی در این حوزه توسط خود پزشکان مشاهده می‌شود که به عنوان راهکار روبه‌ای، ابتدا باید این قوانین اصلاح شود. به عنوان راهکاری بنیادین، قانون سیاست‌های کلی ضد انحصارطلبی اصل ۴۶ قانون اساسی تدوین شود.

کلیدواژه‌ها: اصل ۴۴ قانون اساسی، اصل ۴۶ قانون اساسی، انحصار، پزشکان، رقابت.

*. دانشیار حقوق عمومی، گروه حقوق، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان. (نویسنده مسئول).

f.moradkhani@basu.ac.ir

davoodkazemi1359@gmail.com

** دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران.

مقدمه

طبق اصل چهل و ششم قانون اساسی، هر کس، مالک حاصل کسب و کار مشروع خویش است و هیچ کس نمی‌تواند به عنوان مالکیت بر کسب و کار خود، امکان کسب و کار را از دیگری سلب کند. این اصل دارای دو قسمت است. قسمت اول را می‌توان «اصل حق مالکیت» نام‌گذاری کرد و قسمت دوم را که هیچ فرد حقیقی و حقوقی اجازه ندارد به استناد شغلی که دارد و فعالیتی که انجام می‌دهد، از اشتغال دیگران جلوگیری کند، می‌توان «اصل ضد انحصار» در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران دانست.

در مشروح مذاکرات مجلس نهایی قانون اساسی، مطلبی در خصوص این اصل وجود ندارد. این اصل در پیش‌نویس به عنوان اصل نهم معرفی و در آن جا بیان شده بود: «سعی و کار حاصل از آن، حق هر کسی می‌باشد. هیچ کس نمی‌تواند به عنوان مالکیت رسمی و کار خود، امکان سعی و کار را از دیگری سلب کند. امکان کار و کوشش برای همه باید چنان فراهم گردد که هیچ کس مورد بهره‌کشی و استثمار دیگران قرار نگیرد».^۱ در استفاده از این اصل در این جهت و ارجاع به آن در مجلس نیز سابقه‌ای وجود ندارد و فقط یک بار، نماینده شهرستان اراک در مجلس شورای اسلامی با استناد به این اصل، درخواست حذف بند «د» ماده ۶۵ برنامه پنجم توسعه در خصوص بازخرید نکردن ذخیره مرخصی کارمندان را تقاضا کرد^۲ که فقط به قسمت ابتدای اصل توجه داشت و ارجاع مربوط به قسمت جلوگیری از انحصار نیست.

فصل نهم از قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل چهل و چهارم قانون اساسی نیز به مبحث تسهیل رقابت و منع انحصار می‌پردازد. تاکنون به دلایل مختلف مانند ماده ۵۰ این قانون، برخی از اصناف که مشمول قانون نظام صنفی شده‌اند و به عرضه جزئی (خرده‌فروشی) کالاها یا خدمات می‌پردازند، از شمول این فصل مستثنا شده‌اند. یکی از اصناف که از این قاعده استثنا شده، بخش درمان کشور است که می‌تواند یکی از دلایل ایجاد شایبه انحصار در حوزه تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌های پزشکی باشد.

سؤال اصلی این پژوهش آن است که آیا مقررات وضع‌شده در حوزه درمان در مقایسه با دیگر کشورها انحصارطلبانه است؟ اگر این گونه است، چه تأثیری بر جامعه داشته و چه مشکلاتی را به وجود آورده است؟ فرضیه ما در این پژوهش آن است که وضعیت کنونی بخش

۱. کاتوزیان، ناصر، گامی به سوی عدالت (جلد ۱)، تهران: میزان، ۱۳۸۷، صص ۳۳۵-۳۸۰.

۲. خبرگزاری خانه ملت، «عدم بازخرید ذخیره مرخصی کارمندان با قانون اساسی مغایرت دارد»،

۱۳۸۷ (تاریخ مشاهده: ۱۴۰۰/۰۴/۱۸)، در:

درمان مانند بالا بودن هزینه درمان و خدمات پزشکی مانند دندان پزشکی و فاصله بالای این هزینه‌ها نسبت به درآمد سرانه خانوار در جامعه از وجود چنین انحصاری برمی‌خیزد. برای پاسخ به این سؤال سعی می‌کنیم با بررسی مقررات مختلف در حوزه درمان و بیان تناقض‌های این مقررات با اصل ۴۶ قانون اساسی، برای توسعه این اصل و رجوع به آن برای جلوگیری از انحصار در کشور راهکاری بسنجیم. هم‌چنین با بیان مؤلفه‌های انحصار در قانون اجرای سیاست‌های اصل ۴۴ و بررسی مقررات و قوانین موجود در حوزه درمان و معرفی موادی از آن‌ها که با این اصول در تضادند، می‌توان نتیجه گرفت برخی از مؤلفه‌های انحصار در این حوزه مشاهده می‌شود.

هدف از انجام این پژوهش، معرفی یکی از مصداق‌های انحصار در کشور، از طریق مقایسه قوانین این بخش با کشورهای دیگر و بررسی مشکلات به وجود آمده بر اثر آن در حوزه درمان و مجموعه قوانین و مقرراتی است که در حوزه درمان وضع شده است و در نابسامانی این حوزه نقش اساسی دارد و جای بررسی حقوقی در این حوزه به شدت خالی است. در خصوص سابقه پژوهش، بررسی‌ها نشان می‌دهد که هیچ یک از منابع علمی به انحصار در حوزه درمان و اصل ۴۶ قانون اساسی به عنوان یکی از منابع اصلی جلوگیری‌کننده از انحصار اشاره نکرده است و فقط مکتوباتی در خصوص برخی مصداق‌های انحصار در حوزه درمان در روزنامه‌ها و فضاها اینترنتی وجود دارد. همین موضوع، ضرورت مطالعه حقوقی این بحث را دو چندان می‌کند.

این پژوهش بر آن است که خلأ موجود در منابع قانونی در حوزه انحصار را اندکی تعدیل کند. در این مقاله، تنها به برخی از وجوه انحصار در حوزه درمان مانند منفک کردن رشته‌های پزشکی از وزارت علوم، نظام تعرفه‌گذاری، رسیدگی به تخلفات، پذیرش در کنکور، ایجاد محدودیت برای حرفه‌های رقیب و نظام ارجاع خواهیم پرداخت؛ چون پرداختن به همه وجوه و مشکلات این حوزه، نیازمند نوشته‌های متعدد دیگری است.

گفتار اول. انحصار و تاریخچه آن

سابقه اولیه قوانین ضد انحصار، به اعتراض‌های مردم آمریکا به تراست‌های^۱ تجاری برمی‌گردد. نتیجه این اعتراض‌ها، تصویب قانون «شرمن»^۲ (۱۸۹۰) بر اساس طرح سناتور شرمن بود. بعد از این قانون، قوانینی همانند قانون ویلسون^۳ (۱۸۹۵)، قانون کمیسیون بازرگانی فدرال^۴ (۱۹۱۶) و اصلاحیه‌های متعدد آن‌ها، نظام کلی مقررات ضد انحصار را در

1-Trust.

2-Sherman Antitrust Act.

3-Wilson Act.

4-Federal Trade Commission Act.

امریکا سازمان داد. محدودیت‌های نظارتی در امریکا، موانع قابل توجهی برای آزادی انتخاب امریکایی‌ها در مراقبت‌های بهداشتی ایجاد می‌کند. به گفته کلارک هاویگورست، قوانین صدور مجوزهای حرفه‌ای مدت‌هاست که خدمات‌رسانی بهداشتی را در انحصار پزشکان قرار داده است.^۱

شاید بتوان گفت شایبه ایجاد انحصار در حوزه درمان هم‌زمان با صدور مجوزهای پزشکی پدید آمد. مجوز پزشکی اولین بار در انگلستان در سال ۱۴۴۲ مطرح شد که آرایشگران لندنی مجوز انجام برخی اقدامات را دریافت کردند. این اساس‌نامه، آرایشگران را برای درمان زخم، خون‌ریزی و کشیدن دندان مجاز کرد. در ایالات متحده، اولین قانون صدور مجوز حرفه‌ای مراقبت‌های بهداشتی در سال ۱۶۳۹ در ویرجینیا تصویب شد. در سال ۱۷۶۰، شهر نیویورک، اولین حوزه قضایی امریکا بود که فعالیت پزشکان غیر مجاز را ممنوع کرد. پس از آن، بسیاری از شهرها و ایالت‌های دیگر هم شرایط صدور مجوز را فراهم کردند.^۲ در اوایل قرن نوزدهم، یک مقاله تاریخی در مجله انجمن پزشکی امریکا توضیح می‌دهد که در اواسط قرن نوزدهم، گیاه‌شناسی و هومیوپاتی^۳ تقاضای زیادی داشت. این شیوه‌های درمانی جای‌گزین روش داروی منظم پزشکی شد و به دلیل تقاضای گسترده مصرف‌کنندگان گیاهان دارویی، بیش‌تر قوانین صدور مجوزهای ایالتی که امتیازاتی ویژه به پزشکان اعطا می‌کردند، لغو شد. در آن دوره، ایالات متحده با کم‌ترین میزان مرگ و میر نوزادان در جهان، یکی از سالم‌ترین کشورها بود.

با این اقدام می‌توان متصور شد که منافع شخصی پزشکان کاهش می‌یافت. لغو قوانین صدور مجوز، حرکتی را برانگیخت که منجر به تشکیل انجمن پزشکی^۴ امریکا شد. AMA برای محافظت از پزشکان در برابر رقابت ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی غیر پزشک تعیین شد. قوانین صدور مجوز حدود سال ۱۸۷۰ مجدداً ظهور کرد. در سال ۱۸۹۵، تقریباً همه ایالت‌ها نوعی هیئت مدیره برای بررسی مجوز پزشکان ایجاد کرده بودند.^۵ مطالعه‌ای در مورد توسعه اولیه قوانین صدور مجوز پزشکی در ایالات متحده گزارش می‌دهد که اهداف AMA برای حمایت از صدور مجوز شامل این موارد است:

1-Havighurst, C., "The Changing Locus of Decision Making in the Health Care Sector", Journal of Health Politics, Policy and Law 11, 1986, p. 700

2-Lowell, L., Final Report of the Commission on Medical Education, New York: Association of American Medical Colleges, 1932, pp.151-153

3-Homeopathy.

4-American Medical Association.

5-Wilson, L., "The Case against Medical Licensing in The Dangers of Socialized Medicine", ed. Jacob Hornberger and Richard Ebeling, Fairfax, Va.: Future of Freedom Foundation, 1994, p.59

۱. ورود به حرفه را محدود می‌کند و از این طریق، فضای مالی باثبات‌تری برای پزشکان فراهم می‌شود؛

۲. تعطیل دانشکده‌های پزشکی انتفاعی و جای‌گزینی آن‌ها با مؤسسات غیر انتفاعی؛

۳. از بین بردن دیگر فرقه‌های پزشکی.^۱

به گفته استارجو،^۲ با وجود قوانین جدید صدور مجوز، درگاه‌های ورود به حوزه پزشکی هنوز کاملاً باز بود و مراکز زیادی در این حوزه مشغول به کار بودند که این موضوع می‌توانست به دو دلیل از نظر پزشکان نامطلوب باشد: اول این‌که این مراکز با هم در جذب دانشجو رقابت کرده و باعث افزایش فارغ‌التحصیلان شده بودند. دوم این‌که این رقابت باعث کاهش هزینه آموزش می‌شد.

در سال ۱۹۰۴، AMA شورای آموزش پزشکی را ایجاد کرد که مأموریت داشت استانداردهای آموزش پزشکی را بالا ببرد. در طول ۱۰ سال تقریباً ۱۳۰ قانون تصویب شد که امور حداقل ۱۴ شغل مربوط به بهداشت را تنظیم می‌کرد. بعد از گذشت چهار سال از این وقایع، رئیس موسسه هومیوپاتی، دکتر دیوید ویلکاکس^۳ اعلام کرد که انجمن پزشکی امریکا به سرعت در حال تبدیل شدن به یک ماشین سیاسی است که هر چیزی را خفه می‌کند که مانع دستیابی به برتری پزشکی باشد.^۴

در ایران هم ایجاد انحصار مرحله‌ای داشته است که بی‌شباهت به این فرآیند نیست. در ایران، دو عامل اخلاق و مذهب در تدوین قواعد حقوق پزشکی نقش چشم‌گیری دارند. از این رو، ایجاد انحصار در آن جای تعجب دارد.^۵ مبنای قواعد قانونی حقوق رقابت در ایران را می‌توان فصل نهم قانون اصلاح موادی از قانون برنامه چهارم توسعه و اجرای سیاست‌های کلی اصل چهارم و چهارم دانست که در سال ۱۳۸۹ عنوان قانون یافت. ماده ۵۰ قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ مقرر می‌کند: «افراد صنفی مشمول قانون نظام صنفی که به عرضه جزئی خرده‌فروشی کالاها یا خدمات می‌پردازند، از شمول این فصل مستثنی هستند». می‌توان استنباط کرد جامعه پزشکی از فصل نهم مستثنی شده است. هم‌چنین طبق تبصره ماده ۴۴ قراردادهای تشکلهای کارگری و کارفرمایی هم می‌تواند یک استثنای دیگر محسوب شود.^۶

1-Hamowy, R., "The Early Development of Medical Licensing Laws in the United States, 1875-1900", Journal of Libertarian Studies, 1979, pp. 73-119

2-Star Joe.

3-David Wilcox.

4-Goldberg, B., Alternative Medicine: The Definitive Guide, Puyallup, Wash: Future Medicine, 1993, p.277.

۵. محمودی، ژیلا، «سیر تحولی حقوق پزشکی در ایران»، فصل‌نامه علمی - حقوقی قانون‌یار، دوره دوم، ۱۳۹۶، شماره ۶، ص ۲۳۹.

۶. غمامی، سید محمد مهدی و محسن اسماعیلی، «مطالعه تطبیقی نظام حقوقی رقابت در ایران و فرانسه»، پژوهش‌نامه حقوق اسلامی، سال یازدهم، ۱۳۸۹، شماره ۲، صص ۱۵۳.

طبق ماده ۸ قانون حمایت از حقوق مصرف‌کنندگان، تبانی بین عرضه‌کنندگان کالا و خدمات به شرط آن‌که کاهش عرضه یا کیفیت محصول یا افزایش قیمت آن را در پی داشته باشد، جرم است. یکی دیگر از مواردی که قانون‌گذار، تبانی را در فعالیتهای اقتصادی منع کرده، ماده ۴۴ قانون اصلاح موادی از قانون برنامه چهارم و اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی است که به نظر می‌رسد سیاست‌های وزارت بهداشت در خصوص ظرفیت پایین دانشگاه‌های علوم پزشکی و جلوگیری از ورود طبیبان طب سنتی به بازار کار و طرح جامع نظام ارجاع، نوعی انحصار ایجاد کرده است و با قوانین یادشده در تضادند. فراهم شدن شرایط تعارض منافع، زمینه‌ساز این شده است که قانون یا مقررات رنگ و بوی انحصاری به خود بگیرد.

گفتار دوم. انحصار در حوزه پزشکی

شایبه وجود انحصار در حوزه درمان را در دو وجه می‌توان بررسی کرد؛ یکی، اعلام ظرفیت‌ها و دیگری، اعطای پروانه فعالیت صنفی. ظرفیت رشته‌های پزشکی مدت‌هاست اندکی تغییر کرده، به طوری که میانگین فارغ‌التحصیلان تمام رشته‌های دکتری حرفه‌ای بر اساس سال‌نامه آمار کشور در سال ۱۳۹۷ به طور تقریبی، ۵ هزار نفر در سال است. همچنین فقط ۵/۳ درصد از کل فارغ‌التحصیلان در سال ۱۳۹۷ از دانشگاه‌های وابسته به وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی فارغ‌التحصیل شده‌اند.^۱

بنا بر آمار سازمان بهداشت جهانی، سرانه پزشک در ایران، ۱۵/۸ نفر به ازای هر ۱۰ هزار نفر است،^۲ در حالی که این آمار در کشورهای پیشرو در نظام سلامت بین ۳۰ تا ۵۰ نفر برآورد می‌شود. GHO،^۳ سرانه پزشک در ایران را حتی پایین‌تر از کشورهایی هم‌چون تاجیکستان، ازبکستان و لیبی می‌داند. همچنین سرانه پزشکان متخصص به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ایران، حدود ۰/۶ برآورد شده، در حالی که در کشورهای پیشرفته، این شاخص بین ۲ تا ۳ است.^۴

اصلی‌ترین راهکار افزایش تعداد پزشکان در کشور، افزایش ظرفیت پذیرش رشته‌های پزشکی است. در حال حاضر، کل ظرفیت پذیرش رشته‌های پزشکی در دانشگاه‌ها حدود

۱. مرکز آمار ایران، سال‌نامه آماری کشور، تهران: مرکز آمار ایران، ۱۳۹۷، صص ۶۶۳ و ۶۶۷.

2-World health data platform/GHO/Indicators, The Global Health Observatory, Medical doctors (per 10 000 population), Friday, July 9,2021, <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator>

3-Global Health Observatory .

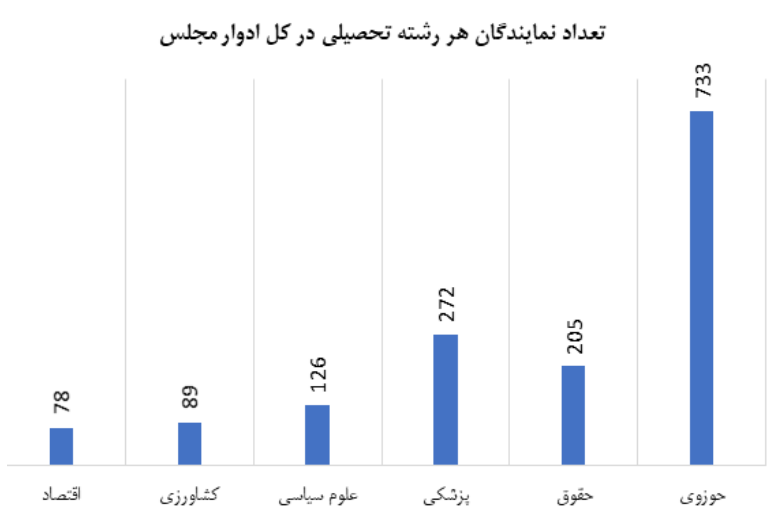
4-Shetty, A. and Shetty, S., "The impact of doctors per capita on the mortality rate in asia", Int J Med Pharm Sci, Vol 04(09), 2014

۷۳۴۶ نفر است که در صورت ثابت ماندن این ظرفیت‌ها، رسیدن به حداقل سرانه مطلوب که ۳۰ پزشک به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت برآورد شده است، بیش از ۳۰ سال به طول خواهد انجامید.

نکته قابل توجه دیگر این است که همین تعداد محدود پزشک هم توزیع مناسبی در کشور ندارند و حدود یک هفتم کل پزشکان عمومی و یک پنجم متخصصان و یک چهارم پزشکان فوق تخصص در استان تهران مشغول هستند و مردم ساکن روستاها و شهرهای کوچک از مشکل کمبود پزشک متخصص رنج می‌برند. همچنین در ایران، ۳۳ درصد از کل پزشکان وزارت بهداشت و درمان، پزشک عمومی و ۵/۴ درصد، پزشک فوق تخصص هستند، در حالی که در کشورهای پیشرفته، این آمار کم‌تر از ۳۰ درصد است. به دلیل کم بودن ظرفیت پذیرش دانشگاه‌ها در مقطع تخصص و فوق تخصص، بیش‌تر پزشکان مجبورند به دوره عمومی اکتفا کنند و همین موضوع می‌تواند به شایبه وجود انحصار در مقاطع بالاتر پزشکی قوت بخشد.

بند اول. ریشه ایجاد انحصار در حوزه درمان

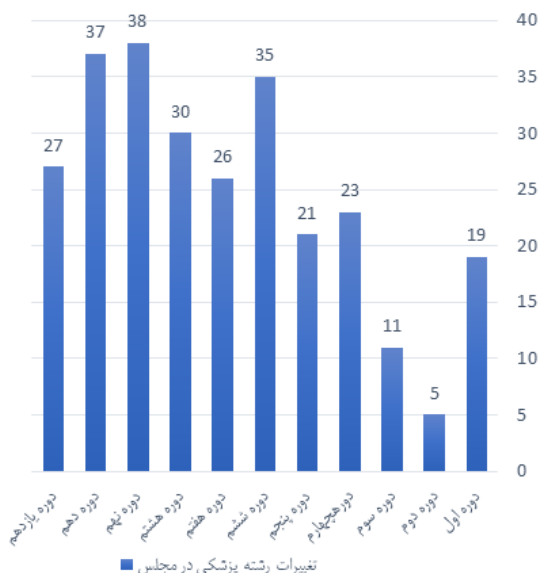
می‌توان گفت که ریشه برخی انحصارهای قانونی در قوانینی است که بر خلاف اصل ضد انحصار ۴۶ قانون اساسی در حوزه درمان وضع شده و انحصارها یا حمایت‌هایی را در این حوزه به وجود آورده است. برای این‌که یک صنف بتواند قوانینی را به نفع خود وضع کند، باید اعضای در پارلمان کشور داشته باشد که بتواند در کسب آرا و جلب نظر دیگر اعضا اثرگذار باشند. با بررسی رشته تحصیلی نمایندگان ادوار مختلف مجلس شورای اسلامی مشخص شد که ۲۷۵ نماینده ادوار مختلف مجلس شورای اسلامی دارای مدرک پزشکی بوده‌اند که در مقایسه با دیگر رشته‌های تخصصی بعد از سطوح مختلف روحانیون، بیش‌ترین تعداد نماینده را در مجلس داشته‌اند (تصویر شماره ۱).



تصویر شماره ۱ - مقایسه تعداد نمایندگان ۶ مدرک تحصیلی که بیشترین تعداد را در طول ادوار یازده گانه مجلس داشته‌اند.

نکته مهم این است که نوع توزیع نمایندگان با مدرک پزشکی در طول ادوار مجلس شورای اسلامی توزیع یک نواخت تری نسبت به دیگر رشته‌ها دارد (تصویر شماره ۲) و دارای انحراف معیار ۹/۹ است. انحراف از معیار برای نمایندگان روحانیت در مجلس ۵۰/۵ است که نشان دهنده تغییرات بالای تعداد روحانیون در ادوار مجلس است، پزشکان به جز دو دوره دوم و سوم در دیگر ادوار دارای تعداد مطلوبی نماینده در مجلس بودند. به جز دوره دوم، در هیچ دوره‌ای، اجازه حضور به دیگر رشته‌ها را در کمیسیون درمان نداده‌اند که می‌تواند عامل مهمی در ایجاد این شایبه باشد که از این طریق، یک صنف بتواند قوانین را به سمت منافع صنفی خود و به نام مجلس پیش ببرد.

تغییرات رشته پزشکی در مجلس



تصویر شماره ۲ - تغییرات تعداد نمایندگان با مدرک پزشکی در ادوار مختلف مجلس شورای اسلامی.^۱

گام اول برای ایجاد شایبه انحصار در حوزه درمان در ۱۳۳۴/۰۳/۲۹ با تصویب قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی برداشته شد.^۲ ماده ۱۰ و ۱۱ این قانون برای پزشکان خارجی تعیین تکلیف کرد، اما در مورد طب سنتی سکوت کرد و در ماده ۳ به طور غیر مستقیم، آنان را متخلف معرفی کرد. ادامه تدوین چنین قوانینی بعد از انقلاب از طریق تصویب قانونی در شورای انقلاب با عنوان اجازه اجرای طرح توسعه مجتمع آموزشی، پژوهشی و درمانی وزارت بهداشتی و بهزیستی در ۱۳۵۸/۱۰/۲۲ بود. در این ماده واحده به وزارت بهداشتی و بهزیستی، اجازه تشکیل مجتمع آموزشی و پژوهشی وزارت بهداشتی و بهزیستی داده شد. در این ماده واحده، همه فرآیندهای آموزشی در قسمت بهداشت بر عهده این سازمان قرار می‌گیرد و در بند ۲ اصول اجرایی طرح عنوان می‌کند این سازمان از یک عده مؤسسات آموزشی و پژوهشی وزارت بهداشتی و بهزیستی و دیگر سازمان‌های وابسته که

۱. همان.

۲. قانون مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی، مصوب ۱۳۳۴، ماده ۱ و ۲.

صلاحیت آموزشی آن‌ها در سطوح مختلف قبلاً مورد تأیید وزارت فرهنگ و آموزش عالی قرار گرفته یا قرار خواهد گرفت، تشکیل می‌شود. نکته قابل توجه در این ماده واحده آن است که یکی از دلایل نیاز به تأسیس این سازمان در بند ب، «عدم همکاری از طرف پزشکان وزارت بهداشت با این مؤسسات در امر آموزش به علت عدم تمایل و یا سایر اشکالات موجود» معرفی شده است که جای بسی تأمل دارد.^۱

گام بعدی با تشکیل شورایی برای سیاست‌گذاری و رسیدگی به امور بهداشت درمان و آموزش پزشکی برداشته شد که هیئت وزیران در جلسه ۱۳۶۳/۷/۲۹ و با پیشنهاد وزارت بهداشت تصویب کرد. اعضای این شورا کاملاً با حضور پزشکان تشکیل می‌شود که نمونه آشکاری از تعارض منافع در قانون است.^۲

از موضوعات قابل تأمل و شایبه‌آفرین این است که در کابینه دولتی که این مصوبه به تصویب رسید، چهار پزشک حضور داشتند: دکتر علی‌اکبر ولایتی، وزیر امور خارجه؛ دکتر مرندی، وزیر بهداشت؛ دکتر ایرج فاضل، وزیر علوم (رئیس سابق نظام پزشکی)؛ دکتر هادی منافی، رئیس سازمان محیط زیست (وزیر بهداشت دولت قبل). به این ترتیب، کابینه‌ای که تأثیر متخصصان پزشکی در آن بالاست و مهم‌تر از همه، وزیر علوم آن هم که باید مخالف جدایی آموزش پزشکی شود، پزشک است، باعث شد مدیریت و برنامه‌ریزی آموزش پزشکی در ایران که از سال ۱۳۵۲ بر اساس ماده ۱ قانون تشکیل شورای آموزش پزشکی و تخصصی رشته‌های پزشکی به عهده وزارت علوم و آموزش عالی قرار گرفته بود، به وزارت بهداشت و آموزش پزشکی داده شود.^۳ این موضوع با تصویب قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مصوب ۱۳۶۴/۰۷/۰۹ تکمیل گردید. در ماده ۲ این قانون، وظایف و اختیارات وزیر فرهنگ و آموزش عالی در ارتباط با امر بهداشت، درمان، آموزش و پژوهش پزشکی به این وزارت‌خانه محول گشت.^۴

سپردن مسئولیت آموزش دانشجویان رشته‌های پزشکی به وزارت‌خانه بهداشت در ایران برخلاف سنت اداره دانشگاه‌ها و تجربه دیگر کشورها بود و با این استدلال باید نظام دانشگاهی تعطیل گردد و هر وزارت‌خانه به تربیت نیروهای متخصص و مورد نیاز خود اقدام کند و برای نمونه، رشته حقوق به وزارت دادگستری و رشته علوم سیاسی به وزارت خارجه

۱. لایحه قانونی راجع به اجازه اجرای طرح توسعه مجتمع آموزشی، پژوهشی، درمانی وزارت بهداشت و بهزیستی، شورای انقلاب، مصوب ۱۳۵۸.

۲. قانون تشکیل شورایی برای سیاست‌گذاری و رسیدگی به امور بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، مصوب ۱۳۶۳.

۳. قانون تشکیل شورای آموزش پزشکی و تخصصی رشته‌های پزشکی، مصوب ۱۳۵۲.

۴. قانون تشکیل وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، مصوب ۱۳۶۴، ماده ۲.

انتقال یابد (وضعیتی که قبل از تأسیس دانشگاه در ایران حاکم بود). برای مثال، در کشور چین از سال ۲۰۱۰، اضافه کردن دستورات عمل‌های حرفه‌ای قبل یا بعد از نام رشته‌های پزشکی کارشناسی و عالی (تخصص) پزشکی بدون تصویب وزارت آموزش و پرورش مجاز نیست.^۱ از نکاتی که شایبه انحصار را در این حوزه تقویت می‌کند، ماده ۷ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که دست این وزارت‌خانه را باز گذاشت تا بر میزان ورودی‌های پزشکی اثرگذار باشد که به نوعی بر خلاف اصل ۴۶ قانون اساسی است. نکته دیگر این است که در ایران، برای رشته پزشکی فقط مدرک پزشکی با تحصیلات هفت ساله وجود دارد، اما به طور مثال، در کشور چین، سه نوع مدرک پزشکی وجود دارد. نوع اول، پزشکی با برنامه کارشناسی مدرک‌گراست که شامل ۵ سال تحصیلات پزشکی در مقطع کارشناسی و ۳ سال اقامت است. نوع دوم، آموزش پزشکی عالی است که کالج‌های پزشکی پایه نامیده می‌شود و ۳ سال تحصیل بعد از دبیرستان را ارائه می‌دهند و به صدور دیپلم حرفه‌ای منجر می‌شوند. نوع سوم، آموزش پزشکی در سطح متوسطه است به نام هنرستان‌های متوسطه که آموزش پزشکی بسیار محدودی را پس از دوره راهنمایی ارائه می‌دهند و منجر به صدور دیپلم حرفه‌ای متوسطه می‌شوند. این فارغ‌التحصیلان می‌توانند با تمدید سال آموزش خود پس از دوره کارشناسی، مدرک کارشناسی ارشد یا دکتری دریافت کنند. قانون فعلی اجازه می‌دهد تا فارغ‌التحصیلان پزشکی با مدرک غیر کارشناسی، دست‌یار دکتری شوند و سپس فرصت دارند که پس از به دست آوردن تجربه کار و گذراندن امتحان، مدرک دکتری دریافت کنند.^۲

موضوع دیگر، تحت نظارت درآمدن همه مؤسسات بهداشتی در ماده ۸ این قانون است. اعضای چنین اجازه‌ای به این وزارت‌خانه باعث گردید در جلسه ۱۳۶۵/۵/۲۶، آیین‌نامه اجرایی ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت تصویب شود. در ماده ۱ این آیین‌نامه آمده است: «اجازه تأسیس مراکز و مؤسسات پزشکی خصوصی فقط به نام کسانی که دارای مدرک دکتری در رشته‌های پزشکی، دندان‌پزشکی، داروسازی و یا یکی از رشته‌های تخصصی گروه پزشکی باشند، توسط وزارت بهداشت صادر می‌گردد و به مؤسس یا مؤسسان، بیش از یک پروانه تأسیس داده نخواهد شد.» این در حالی است که طبق ماده ۲ قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی، هر کس

1-Education Law of the People's Republic of China, Adopted at the Third Meeting of the Standing Committee of the Eighth National People's Congress on March 18, 1995 and promulgated by Order No. 45 of the President of the People's Republic of China on March 18, 1995, http://en.moe.gov.cn/Resources/Laws_and_Policies/201506/t20150626_191385.html

2-Chee-Ruey, H. and Chengxiang, T., «The multi-tiered medical education system and its influence on the health care market—China's Flexner Report», Human Resources for Health, 2019, p. 13

می‌توانست مؤسسه بهداشتی تأسیس کند. فقط باید از متخصصان به عنوان مسئول فنی استفاده می‌کرد. در ماده ۱ آیین‌نامه اجرایی ماده ۸، این حق به صورت انحصاری در اختیار دارندگان مدارک پزشکی قرار گرفت.^۱ سؤال این جاست چرا دیگرانی که مدرک پزشکی ندارند، نمی‌توانند مجوز تأسیس مرکز و مؤسسه پزشکی خصوصی دریافت کنند؟ آیا اگر این افراد چنین کاری را انجام دهند، نمی‌توانند تحت پوشش قانون کار، پزشک استخدام کنند و مشغول خدمات درمانی شوند؟ وجود چنین قوانینی، اجازه سرمایه‌گذاری در حوزه درمان را منحصر به پزشکان خواهد کرد و تأثیر زیادی روی درآمد سرانه پزشکان کشور خواهد گذاشت و فاصله طبقاتی شدید بین این رشته تحصیلی با دیگر رشته‌های تحصیلی ایجاد می‌کند.

نکته قابل توجه دیگر، ماده ۲ این آیین‌نامه اجرایی است که طبق آن، صلاحیت مؤسس یا مؤسسان و هم‌چنین مسئول فنی باید به تأیید کمیسیون قانونی تشخیص امور پزشکی ذی‌ربط برسد که در ادامه، تعیین صلاحیت را به اعضای وابسته به صنف پزشکی واگذار کرده است. هم‌چنین در ماده ۲۹ آن آمده است که همه مراکز و مؤسسات درمانی موضوع این آیین‌نامه ارزش‌یابی شده به استناد امتیازات مکتسبه در سه درجه (یک، دو و سه) قرار می‌گیرند. هزینه تخت - روز (هتلینگ) هر بیمارستان بر اساس درجه تعیین‌شده در آخرین ارزش‌یابی، بر مبنای جدول هزینه تخت - روز که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و اعلام می‌گردد، پرداخت خواهد شد. به این ترتیب، تخمین هزینه‌های درمانی به عهده وزارت بهداشت قرار گرفته است که این موضوع می‌تواند شرایط انحصار و ایجاد قیمت‌های ناعادلانه و یک‌طرفه را فراهم آورد و از موقعیت‌های به وجود آمده تعارض منافع در قوانین است. در دیگر اصناف، این موضوع در اختیار سازمان حمایت مصرف‌کنندگان و تولیدکنندگان قرار گرفته است که با حضور نمایندگان دو طرف صورت می‌پذیرد یا این‌که در قانون کار، تعیین دست‌مزد در اختیار شورای عالی کار با حضور نمایندگان دولت، کارگران و کارفرمایان است.^۲

یکی از نکات بسیار مهم در این آیین‌نامه که ذهنیت را به سمت انحصار در این حوزه سوق می‌دهد، ماده ۳۱ است که بر اساس آن، استفاده‌کنندگان از دستگاه‌های تخصصی نظیر سونوگرافی و سی‌تی اسکن باید علاوه بر داشتن مدرک پزشکی تخصصی در رشته مربوط، حداقل دوره آموزشی لازم را که به تأیید کمیته تخصصی مربوط در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد رسید، در یکی از مراکز علمی و دانشگاهی داخل یا خارج

۱. آیین‌نامه اجرایی ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مصوب ۱۳۶۵.

۲. قانون کار، مصوب ۱۳۶۹.

از کشور گذرانده باشند که با رعایت اصل ۴۶ قانون اساسی فاصله دارد. در کشورهای دیگر، تحصیل و اشتغال برای همه رشته‌ها در رشته‌هایی چون رادیولوژی و سونوگرافی فراهم است، مانند آلمان و ایالات متحده آمریکا.^۱

از دیگر نکات شایه‌انگیز انحصار مربوط به لایحه‌ای با عنوان اصلاح بعضی از مواد قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی، مصوب ۱۳۳۴ است که وزارت بهداشت آن را در ۱۳۶۷/۰۱/۲۳ تقدیم مجلس کرد. در ماده ۴ این قانون، چهار تبصره به عنوان تبصره‌های ۳، ۴، ۵، ۶ به ماده ۶ اضافه شده و کار را برای متخصصان رشته‌های علوم شیمی سخت‌تر کرده که در این حوزه، توان‌مندتر از پزشکان هستند. پزشکان، داروسازان و دام‌پزشکان فقط با گذراندن یک دوره کارورزی می‌توانند مجوز آزمایشگاه‌های بالینی دریافت کنند، در حالی که این امتیاز شامل رشته‌های شیمی نمی‌شود. از دیگر موارد انحصار آفرینی در این حوزه، تصویب قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی در ۱۳۶۷/۱۲/۲۳ به دست مجمع تشخیص مصلحت نظام است که بدون اشاره به فعالیت‌های طب سنتی، این گونه فعالیت‌ها را ممنوع می‌کند.^۲

بند دوم. تعرفه‌گذاری

از دیگر موارد انحصار در هر حوزه، سیستم تعرفه‌گذاری است. تعرفه‌گذاری در حوزه درمان، اولین بار در ۱۳۵۱/۱۲/۲۷ در ماده ۶ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت در قانون به کار گرفته شد و عنوان گردید که میزان سرانه تأمین خدمات درمانی و حدود این خدمات، تغییرات آن و همچنین سهم مشارکت مراجعه‌کننده (مبلغ فرانشیز) به موجب مقرراتی خواهد بود که از طرف شورای فنی پیشنهاد می‌شود و پس از تأیید مجمع عمومی به تصویب هیئت وزیران می‌رسد. در ماده ۴، اعضای شورای فنی با ترکیب کاملاً پزشکی انتخاب می‌شود، به طوری که از ۵ عضو آن، ۳ نفر پزشک است. پس موضوع تعارض منافع در این قانون به خوبی رعایت نشده است.

پس از انقلاب، در ۱۳۶۶/۰۷/۱۹ بعد از تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، این وزارت‌خانه به طور رسمی، میزان حق درمان مشمولین ماده ۱ قانون تأمین خدمات درمانی را از طریق هیئت وزیران تعیین کرد.^۳ گام بعدی تعرفه‌گذاری در ۱۳۶۹/۰۴/۲۴ در بند

1-Wolf, R., Geuthel, N., Gnatzy, F. and Rotzoll, D., «Undergraduate ultrasound education at German-speaking medical faculties: a survey», GMS journal for medical education, 2019, V.36, p. 3

۲. قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی، مجمع تشخیص مصلحت نظام، مصوب ۱۳۶۷.

۳. مصوبه تعیین میزان حق درمان مشمولین ماده ۱ قانون تأمین خدمات درمانی، مصوب ۱۳۶۶.

۱۰ ماده ۲ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران برداشته شد که در آن، به نظام پزشکی حق داده شد در اجرای صحیح تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی با مراجع صلاحیت‌دار همکاری کند. در بند ۱۰ ماده ۳ هم ذکر شد: «همکاری و تلاش برای اجرای صحیح تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی با مراجع ذی‌صلاح». در سال ۱۳۷۴ یعنی بعد از قانون بیمه همگانی، عبارت «اجرای صحیح» به «اظهار نظر و مشارکت فعال هنگام تعیین یا تجدید نظر در تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی و همکاری با مراجع ذی‌صلاح در اجرای آن» تبدیل شد.^۱ در سال ۱۳۸۳ این عبارت به این شکل عوض شد: «اظهار نظر و مشارکت فعال هنگام تعیین یا تجدید نظر در تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی بخش دولتی و تعیین تعرفه‌ها در بخش غیر دولتی براساس ضوابط بند ۸ ماده یک قانون بیمه همگانی درمانی کشور».^۲

در واقع، سازمان نظام پزشکی که در شورای عالی بیمه، نماینده ارائه‌کننده (به ویژه بخش خصوصی) است، به صورت تلویحی، اختیار تعرفه‌گذاری برای بخش غیر دولتی (خصوصی) را دارد. در سال ۱۳۹۳، تعرفه‌های بخش خصوصی هم همان رشد چشم‌گیر دولتی را داشت و قدر مطلق پرداخت از جیب بیماران در بخش خصوصی زیادی افزایش یافت. سؤالی که در این جا به وجود می‌آید، این است که آیا بیمارستان‌های خصوصی هم مثل بیمارستان‌های دولتی در آستانه ورشکستگی قرار داشتند که تعرفه‌های آن‌ها هم باید دو یا سه برابر می‌شد؟

همان طور که مشخص است، ریاست شوراهای تعرفه‌گذاری از سال ۶۴ تا ۱۳۷۳ که با نام شورای فنی فعالیت می‌کرد و از سال ۱۳۷۴ تا ۱۳۸۳ با نام شورای عالی بیمه خدمات درمانی فعالیت کرده است (یعنی ۲۰ سال)، بر عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده است.^۳ چون بیش از ۹۰ درصد اعضای شورای عالی بیمه را پزشکان تشکیل می‌دهند، در حقیقت، پزشکان، خودشان برای خدماتشان تعرفه تعیین می‌کنند که این کار بر خلاف اصل عدم تعارض منافع است.

بند سوم. تخلفات پزشکی

از دیگر مؤلفه‌های قابل بررسی در انحصار آفرینی در حوزه‌های مختلف، موضوع دادرسی است. اولین گام در خارج کردن مرجع رسیدگی به شکایت‌های حرفه‌ای از قوه قضاییه با تصویب قانون نظام پزشکی و ماده ۳۸ آن صورت گرفت که مرجع نهایی اعلام رأی و رسیدگی

۱. قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، مصوب ۱۳۷۴، ماده ۳، بند ۱۰.

۲. قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، مصوب ۱۳۸۳، فصل دوم، بند ک.

۳. مصوبه تعیین تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی، مصوب سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ و ۱۳۸۳.

به اعتراض و شکایت اشخاص (حقیقی یا حقوقی) از طرز کار هیئت‌های بدوی و تجدید نظر انتظامی موضوع مواد (۳۵) و (۳۶) این قانون، نظارت عالی بر کار هیئت‌های بدوی و تجدید نظر انتظامی و ایجاد هماهنگی بین آن‌ها و تجدید نظر در احکام صادرشده از سوی هیئت‌های تجدید نظر انتظامی را هیئت‌های عالی انتظامی با ترکیب بالای پزشکی قرار داد. در ماده ۳۴ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی وابسته، مصوب ۱۳۷۳/۰۵/۰۹ هیئت وزیران اعلام شد که مرجع رسیدگی به تخلفات انتظامی شاغلان حرفه‌های پزشکی در هر شهرستان، هیئت بدوی انتظامی نظام پزشکی آن شهرستان است. در نهایت، در ماده ۵۱ بیان شد که رأی هیئت عالی انتظامی قطعی و لازم‌الاجراست و با امضای رئیس هیئت عالی انتظامی ابلاغ می‌شود.^۱ نکته قابل تأمل این است که آیا با وجود این تعداد پزشک به عنوان اعضای هیئت عالی انتظامی نظام پزشکی، اصل بی‌طرفی تهدید نمی‌شود؟

پس از تصویب این قوانین، ریاست قوه قضاییه در ۱۳۷۶/۰۷/۲۸، مصوبه‌ای ابلاغ کرد که بر اساس آن، رسیدگی به جرایم مشاغل پزشکی با کسب نظر هیئت بدوی انتظامی نظام پزشکی صورت گیرد که تشخیص رعایت نشدن موازین فنی و علمی و نظامات دولتی در جرایم ناشی از حرفه صاحبان مشاغل پزشکی، امری است فنی و محتاج به جلب نظر کارشناسی. با توجه به ماده ۵۹ قانون مجازات اسلامی و تشکیل سازمان نظام پزشکی در شهرستان‌ها، دادگاه‌ها در این جرایم باید قبل از احضار پزشک متهم، نظر کارشناسی و تخصصی مشورتی هیئت بدوی انتظامی نظام پزشکی، موضوع ماده ۲۷ قانون نظام پزشکی را بگیرند.^۲ شاید به جرئت بتوان گفت نمونه چنین مصوبه‌ای در مورد هیچ یک از شغل‌های دیگر وجود ندارد که قبل از احضار متهم، از گروه صنفی آن‌ها نظر کارشناسی دریافت شود.

بند چهارم. طب سنتی در تجربه کشورهای دیگر

مؤلفه دیگری که می‌تواند به شناسایی انحصارآفرینی در حوزه خاص شغلی کمک کند، بررسی رعایت اصل رقابت آن حوزه با حوزه‌های رقیب است. در حوزه درمان، دولت با محدود کردن جذب دانشجویان پزشکی از به‌کارگیری رسمی متخصصان طب سنتی نیز جلوگیری می‌کند و عملاً منجر به ایجاد گزینه‌های کم‌تر و قیمت‌های بالاتر برای مصرف‌کنندگان شده است. در دیگر کشورها، اقدامات متفاوتی در این خصوص صورت پذیرفته است. دولت ویتنام، طب سنتی را از سال ۱۹۵۵ به رسمیت شناخت و اکنون این نظام دارای ۲۵۵۰۰

۱. آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی وابسته، مصوب ۱۳۷۳.

۲. مصوبه رسیدگی به جرایم مشاغل پزشکی با اخذ نظر هیئت بدوی انتظامی نظام پزشکی، قوه قضاییه، مصوب ۱۳۶۷.

پزشک، ۴۹ بیمارستان و ۳ مؤسسه تحقیقاتی است. در اوگاندا، هند و اتیوپی نقش طب سنتی در خدمات بهداشتی اولیه به ترتیب ۶۰،۷۰ و ۹۰ درصد است. در مالزی، سالانه ۵۰۰ میلیون دلار هزینه صرف طب سنتی و مکمل می‌گردد، در حالی که هزینه‌های طب جدید، ۳۰۰ میلیون دلار تخمین زده می‌شود. در بیش‌تر کشورهای توسعه‌یافته نیز طب سنتی و مکمل را افراد بسیاری در این جوامع پذیرفته‌اند، به طوری که ۴۸ درصد مردم استرالیا، ۷۰ درصد جمعیت کانادا، ۴۲ درصد مردم امریکا، ۳۸ درصد بلژیکی‌ها و ۷۵ درصد مردم فرانسه، حداقل یک مرتبه در سال از خدمات طب مکمل بهره می‌برند. در استرالیا، ۸۰ میلیون دلار؛ کانادا، ۲/۴ میلیارد دلار؛ انگلیس، ۲/۳ دلار و امریکا، ۲۱/۲ میلیارد دلار در سال از بودجه صرف خدمات طب مکمل می‌شود.^۱ سهم بودجه طب سنتی در بودجه سال ۱۴۰۰ نظام سلامت ایران تقریباً صفر است. در قانون بودجه ۱۴۰۰ معادل ۱۵۵ هزار میلیارد تومان برای بودجه سلامت سهمیه در نظر گرفته شد که ۷/۵ میلیارد تومان یعنی کم‌تر از ۵ هزارم درصد آن به طب سنتی اختصاص دارد.^۲

با قانون‌مند شدن درمان در ایران، نه تنها هیچ تلاشی برای به رسمیت شناختن پزشکان سنتی که مشغول خدمات‌رسانی طب سنتی بودند، صورت نگرفت، بلکه قانون‌گذاران، قوانین را به گونه‌ای طراحی می‌کردند که این افراد از چشم قانون، مجرم شناخته شوند. برای حل این موضوع، نمایندگان ویژه رییس جمهوری، مصوبه‌ای در ۱۳۹۲/۰۲/۲۸ در هیئت وزیران برای ایجاد معاونت طب سنتی ایرانی - اسلامی تصویب کردند^۳ که نشان داد دولت وقت به دنبال حذف این شایبه انحصار است. هم‌چنین در ۱۳۹۲/۰۴/۲۵، مصوبه سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی در شورای عالی انقلاب فرهنگی تصویب شد.^۴ اصلاحات گسترده‌ای در قوانین بهداشتی در دستور کار دولت‌های مختلف قرار گرفته است، اما در نظام مراقبت‌های بهداشتی ایران، مشکلات جدی وجود دارد. دلیل اساسی این مشکلات نیز نبود بازار آزاد فعال در بهداشت و درمان کشور است.

بند پنجم. نظام ارجاع

مؤلفه دیگری که می‌تواند باعث ایجاد انحصار شود، جلوگیری از رقابت داخلی در یک صنف است که در بخش درمان از طریق اجرای طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده صورت

۱. غفاری، فرزانه، محسن ناصری و محمود خدادوست، «طب سنتی ایران و دلایل لزوم احیا و توسعه

آن»، مجله طب و تزکیه، دوره نوزدهم، ۱۳۸۹، شماره ۳، ص ۶۵.

۲. لایحه بودجه سال کل کشور، مصوب ۱۴۰۰.

۳. مصوبه ایجاد معاونت طب سنتی ایرانی - اسلامی، مصوب ۱۳۹۲.

۴. مصوبه سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی، شورای عالی انقلاب فرهنگی، مصوب ۱۳۹۲.

پذیرفته است که بیش‌تر به قانون ضد رقابت شبیه است تا نظام خدمت‌رسانی عادلانه. در این طرح، حرکت بیمار از یک سطح به سطح بالاتر یا پایین‌تر و ارجاع پزشک خانواده به پزشک متخصص - بیمارستان عمومی، ارجاع از متخصص به فوق تخصص، ارجاع مستقیم پزشک متخصص به پزشک فوق تخصص ممکن نیست، مگر با اعلام و موافقت (تلفنی) پزشک خانواده یا با بازگشت از ارجاع و دریافت موافقت حضوری پزشک خانواده. اگر فرد خارج از سیستم ارجاع به پزشک متخصص مراجعه کند، باید ۱۰۰ درصد ویزیت را شخصاً پرداخت کند و در این حالت، همه هزینه‌های کلینیک و پاراکلینیک و داروخانه به عهده بیمار خواهد بود.^۱ در این طرح، هم پزشکان متخصص مجبور می‌شوند که وارد این بازی شوند و هم مردم برای مراجعه به متخصص باید فرآیندی طولانی بپیمایند. دلیل اصلی سطح‌بندی خدمات در نظام ارجاع، افزایش کیفیت سلامت و بهبود دریافت درمان و صرفه‌جویی در زمان بیان و گفته شده است اجرای مناسب این کار می‌تواند از هزینه‌های وارد شده به بیمار و دولت بکاهد. در صورتی که در کشور امریکا، قوانین فدرال، همکاری پزشکان و مهار رقابت را منع می‌کند؛ زیرا گزینه‌های مصرف‌کننده را کاهش و قیمت‌ها را افزایش می‌دهد.^۲

بند ششم. قانون محل مطب پزشکان

از دیگر مؤلفه‌های بررسی انحصارآفرینی در یک حوزه شغلی، امتیازاتی ویژه است که قانون‌گذار به آن شغل می‌دهد و دیگر شغل‌ها را محروم می‌کند که در این جا به یکی از این قوانین می‌پردازیم. طبق قانون محل مطب پزشکان، فعالیت شغلی پزشکان و صاحبان حرفه‌ها و وابسته در ساختمان‌های مسکونی و تجاری ملکی و اجاری مانع ندارد. گفتنی است فعالیت اداری در ملک مسکونی ممنوع است و کمیسیون ماده ۱۰۰ شهرداری با این موارد مانند فعالیت اداری در ملک مسکونی برخورد می‌کند. البته این اصل در مشاغل مطب پزشکی، دفتر و کالت، دفتر اسناد رسمی، دفتر ازدواج و طلاق، دفتر روزنامه و مجله و دفتر مهندسی مستثناست.^۳ بند ۲۴ ماده ۵۵ قانون شهرداری‌ها فقط برای صنف پزشکان به طور کامل استفاده می‌شود و شهرداری‌ها در رویه عملی خود، دیگر موارد اشاره‌شده در این بند را فقط منحصر به مالک می‌دانند. رویه دیوان عدالت اداری نیز تا حدودی این مسئله را تأیید کرده است.^۴ قانون‌گذار بدون در نظر گرفتن قوانین بهداشتی، شایبه چنین انحصاری را برای جامعه پزشکی به وجود آورده و به فکر انتقال بیماری‌های بیماران مراجعه‌کننده به

۱. دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، مصوب ۱۳۹۱، ص ۱۶.

2-Kumar, P. D., «Antitrust laws in health care: Evolving», American association for physician leadership, 2019, p. 7

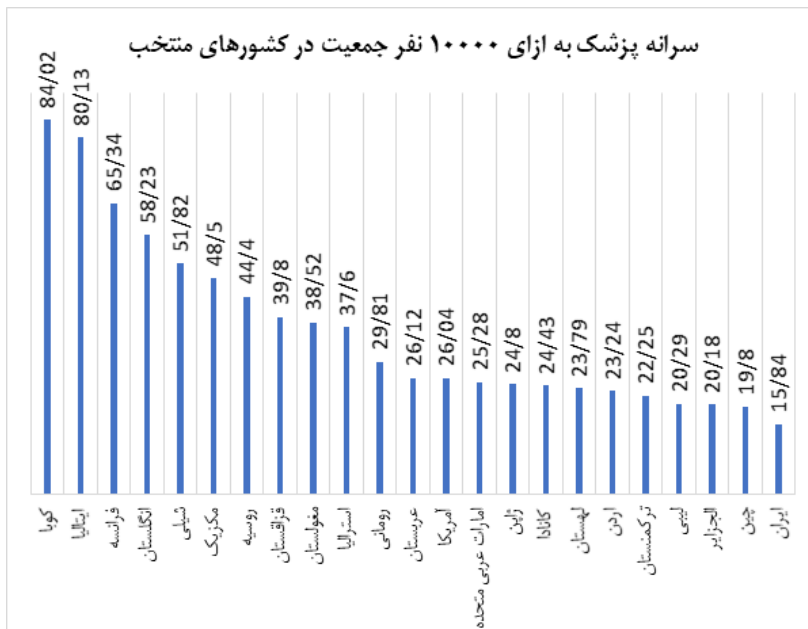
۳. قانون شهرداری‌ها، مصوب ۱۳۳۴، ماده ۵۵، بند ۲۴.

۴. مصوبه شماره ۱۷۱ هیئت عمومی دیوان عدالت اداری، ۱۳۷۲/۱۰/۰۴.

این مطبها نبوده است. بهتر بود مجلس شورای اسلامی به جای چنین انحصارگری، این بند را اصلاح می‌کرد.

بند هفتم. پزشکی، یکی از علل اصلی مشکل کنکور

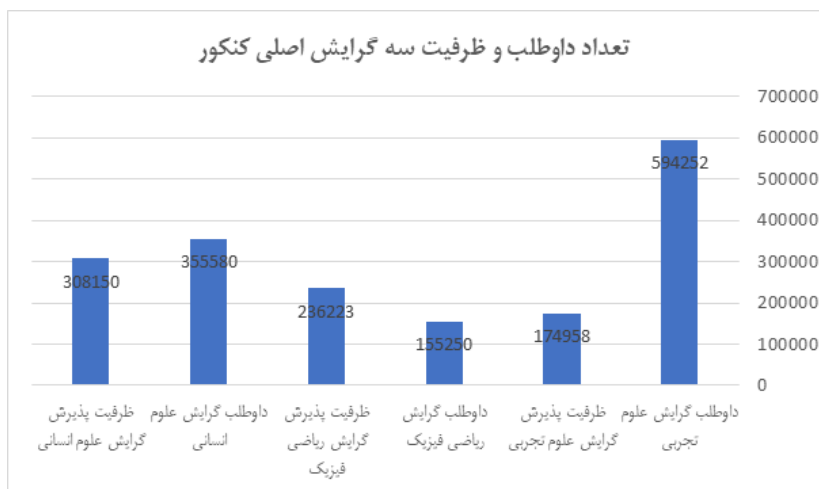
وجود انحصار برای یک جامعه به طور غیر مستقیم، مشکلات بسیار زیادی هم برای دولت و هم برای جامعه ایجاد می‌کند که برای شناسای این مشکلات به دقت بیشتری نیاز است. بنا بر گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۸، شاخص پزشک به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت برای ایران، ۱۵/۸۴ نفر بود. (تصویر شماره ۳) تعداد کم پزشک و تعداد زیاد بیماران باعث فاصله گرفتن درآمد پزشکان از دیگر رشته‌های تحصیلی می‌شود و سبب افزایش هواداران رشته پزشکی در کنکور می‌گردد و کفه ترازوی متقاضیان کنکور به سمت رشته پزشکی سنگین‌تر خواهد شد. با وجود زیرساخت‌های لازم و کافی و رشد جمعیت کشور، هر سال تنها تعداد محدودی از این متقاضیان وارد این رشته می‌شوند. شاید بتوان این گونه تحلیل کرد که این موضوع در رشته پزشکی، ریشه اصلی حذف نشدن کنکور از زندگی اجتماعی مردم ایران است و مشکلات روانی و اقتصادی زیادی هم برای جامعه ایجاد کرده است.



تصویر شماره ۳ - سرانه پزشک به ازای ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت در کشورهای منتخب.^۱

1-World health data platform/GHO/Indicators, The Global Health Observatory, Medical doctors (per 10 000 population), Friday, July 9,2021, <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator>

تصویر شماره ۴ به خوبی نشان می‌دهد که گرایش تحصیلی ریاضی دارای ظرفیتی بیش از داوطلب و گرایش انسانی نیز به ظرفیت بسیار نزدیک است، ولی گرایش تحصیلی تجربی، ظرفیتی بسیار کم‌تر از داوطلبان دارد و ریشه این فاصله فقط رشته پزشکی است و با اتمام کنکور، بیش‌ترین ظرفیت‌های خالی در دانشگاه‌ها مربوط به رشته‌های زیرمجموعه تجربی (به جز رشته‌های شاخه پزشکی) است. رشته پزشکی در کنکور سراسری سال ۱۳۹۹ دارای ۵ هزار و ۸۶۱ نفر ظرفیت بود که از این میان، ۳ هزار و ۸۳۶ نفر ظرفیت دوره روزانه و ۱ هزار و ۱۹۴ ظرفیت دوره شبانه بود. ظرفیت دانشگاه آزاد اسلامی نیز ۶۵۱ نفر بود. ظرفیت کل دندان‌پزشکی در کنکور همین سال، ۱۳۷۳ نفر بود. ظرفیت دوره روزانه دندان‌پزشکی ۸۹۶ نفر و ظرفیت دوره شبانه ۲۷۲ نفر بود. ظرفیت دانشگاه آزاد در رشته دندان‌پزشکی نیز ۲۰۵ نفر بود.



تصویر شماره ۴ - تعداد داوطلبان و ظرفیت سه گرایش اصلی کنکور.^۱

رشته داروسازی دارای ۱۱۸۰ نفر ظرفیت مجموع روزانه و شهرییه‌پرداز است. ظرفیت روزانه، ۷۵۴ نفر و ظرفیت شبانه این رشته، ۲۹۱ نفر است. ظرفیت دانشگاه آزاد در رشته داروسازی تنها ۱۴۰ نفر است. در مجموع، ۸ هزار و ۴۱۹ نفر ظرفیت سه رشته پرتعداد پزشکی، دندان‌پزشکی و داروسازی است. همچنین ظرفیت دانشگاه آزاد اسلامی در این سه رشته، حدود ۹۹۲ نفر است.^۲

۱. سازمان سنجش آموزش کشور، راهنمای عملی انتخاب رشته آزمون سراسری، تهران: سازمان سنجش آموزش کشور، ۱۳۹۹.

۲. مرکز آمار ایران، پیشین، ص ۶۸۰.

بند هشتم. توزیع ناعادلانه پزشکان متخصص

به مرور زمان، وجود انحصار در یک حوزه باعث رسوخ تفکر اشتباه آن می‌شود و در نهایت، انحصارگرایی را در داخل خود حوزه شغلی به وجود می‌آورد. در سال ۱۳۹۸ تعداد ۵۰۲۱۲ نفر پزشک در دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور مشغول به فعالیت بودند. از تعداد پزشکان شاغل در این سال، ۱۷۰۹۰ نفر، پزشک متخصص، ۲۶۷۹ نفر، پزشک فوق تخصص مشغول به کار بودند. از این تعداد، ۲۷۶۵ پزشک متخصص یعنی بیش از ۱۶ درصد و ۷۵۶ پزشک فوق تخصص یعنی بیش از ۲۸ درصد، ساکن استان تهران بودند.

توزیع ناعادلانه سرانه پزشک متخصص در سطح کشور باعث نوعی تبعیض در توجه به مشکلات درمانی بیماران شده است. بسیاری از پزشکان متخصص و فوق تخصص در انواع رشته‌ها، تهران را سکونت‌گاه دائمی خود برگزیده‌اند که این وضعیت، مشکلات عدیده‌ای برای قشر محروم و آسیب‌پذیر جامعه فراهم آورده است. با افزایش تعداد پزشکان متخصص، دیگر نه تنها از تعرفه‌های بالا و صف‌های طولانی مطب‌ها خبری نیست، بلکه در بین پزشکان نیز رقابتی سالم برای ارائه بهتر کیفیت خدمات ایجاد می‌شود. نبود رقیب در یک حوزه شغلی باعث افزایش تقاضا می‌شود و این موضوع، هزینه‌های دسترسی به آن خدمت را در جامعه افزایش می‌دهد و سبب می‌شود نه تنها مردم از پس آن هزینه‌ها برنیایند، بلکه دولت‌ها نیز با تخصیص بودجه به کمک جامعه برآیند.

گفتار سوم. انحصار و تعارض منافع در نظام سلامت

یکی از موضوعات بسیار مهم در حوزه درمان در ایران که با مسئله انحصار به شدت گره خورده، موضوع تعارض منافع است. در حقیقت، کم‌تر وزارت‌خانه‌ای در ایران به اندازه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با مشکل تعارض منافع درگیر است. بررسی این موضوع و نقد و تحلیل مصداق‌های آن، نیازمند نگارش مقاله‌ای مستقل است. با این حال، به دلیل ارتباط داشتن با موضوع این مقاله به آن اشاره خواهیم کرد.

بسیاری از مواردی که در بندهای قبل نقد شد و گفتیم که باعث ایجاد انحصار در حوزه درمان شده‌اند، در حقیقت، از تعارض منافع ناشی می‌شوند. انحصارهای معرفی‌شده در گفتارهای قبلی، زمانی ایجاد تعارض منافع را در بخش درمان فراهم می‌کنند که ظرفیت منافع فردی یا گروهی سیاست‌گذاران با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی یکی باشد یا منافع بهداشتی جامعه، آن را به خطر بیاندازد. به طور کلی، سه نوع تضاد منافع در حوزه سلامت رخ می‌دهد: یک - نوع اول زمانی رخ می‌دهد که سیاست‌گذاران یا تنظیم‌کنندگان، نقش‌های متعدد

یا دوگانه داشته باشند. از مصداق این نوع در ایران می‌توان به این موارد اشاره کرد:

۱. سازمان نظام پزشکی که اعضای آن را پزشکان انتخاب می‌کنند و هزینه‌هایش را نیز پزشکان می‌دهند و بر اساس قانون سازمان نظام پزشکی، حفظ و حمایت از حقوق بیماران و حفظ و حمایت از حقوق صنفی شاغلان حرفه‌های پزشکی را به عهده دارد. آیا می‌توان قضاوت و حمایت از حقوق دو طرف دعوا را به یک طرف واگذار کرد؟
۲. اعطای حق تعرفه‌گذاری خدمات به این سازمان باعث می‌شود به جای در نظر گرفتن منافع عمومی، منافع گروهی در تعیین تعرفه‌ها لحاظ شود.
۳. واگذاری آموزش پزشکی از دیگر مصادیق نوع اول است. واگذاری آموزش و قانون‌گذاری به وزارت بهداشت می‌تواند به آن، امتیازات مهمی اعطا کند، از جمله قدرت تعیین استانداردهای آموزشی و اخلاقی. قدرت تعیین استانداردها، تنش‌های خاصی ایجاد می‌کند.
۴. صدور مجوز توسط سازمان نظام پزشکی باعث شده است مجوز طبابت به پزشکان طب سنتی ندهند یا به پزشکان تحصیل کرده در خارج از کشور با شرایط سخت مجوز بدهند که از دیگر مصادیق تعارض منافع است.^۱

دو - نوع دوم تضاد منافع به دلیل روابط مالی پنهان بین ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی بخش دولتی با بخش خصوصی رخ می‌دهد.

از مصداق‌های این نوع تعارض منافع در ایران می‌توان به این موارد اشاره کرد:

۱. اشتغال هم‌زمان پزشکان در بخش عمومی و خصوصی.
۲. پزشکان مسئول در وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی، سهام‌دار بیمارستان یا شرکت‌ها و صنایع حوزه سلامت هستند.

سه - نوع سوم تضاد منافع ناشی از روش‌هایی است که در آن، پزشکان برای خدمات خود، دست‌مزد دریافت می‌کنند.

از مصداق‌های نوع سوم می‌توان به این موارد اشاره کرد:

۱. بودجه وزارت بهداشت به درآمد ناشی از خدمات وابسته است. بنابراین، سود آن‌ها از خدمات متنوع افزایش می‌یابد.
۲. مالکیت پزشکان بر امکانات مراقبت‌های بهداشتی، بیمارستان‌های خصوصی، شرکت‌های تولیدکننده محصولات بهداشتی و داروی و شیوه‌های خودارجاعی.

1-Rahman, A., Balasubramaniam, P., Gautham, M., Hutchinson, E., Kitutu, F., Marten, R., et al, Conflicts of interest: an invisible force shaping health systems and policies policies, [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00202-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00202-3), 2021, p. 1

نگرانی در مورد چنین پی‌آمدهایی، رویکردهای جدیدی ایجاد کرده است. در کشورهای دیگر، تجربه‌های خوبی در این زمینه وجود دارد. در سال ۱۹۷۲، کنگره ایالات متحده امریکا، پرداخت‌های صنعتی خاص یا دیگر مشوق‌ها را به پزشکان غیر قانونی اعلام کرد. چندین سازمان حرفه‌ای پزشکی، دستورالعمل‌ها، کدها یا بیانیه‌های دیگری تدوین کردند که روابط پزشکان را با صنعت کنترل می‌کرد. تعدادی از گروه‌های حرفه‌ای، منشوری را برای حرفه‌گرایی پزشکی تأیید کرده‌اند که «حفظ اعتماد از طریق مدیریت تضاد منافع» را یکی از مسئولیت‌های کلیدی پزشکان معرفی می‌کند. قانون فدرال، «هر گونه پاداش (شامل هر گونه رشوه یا تخفیف) را به طور مستقیم یا غیر مستقیم، آشکار یا پنهان، نقدی یا غیر نقدی، در ازای سفارش، خرید یا ارجاع بیماران برای خدمات یا اقلام تحت پوشش مراقبت‌های بهداشتی فدرال ممنوع می‌کند». ایالت ماساچوست به عنوان بخشی از یک سیاست گسترده که بسیاری از انواع پرداخت‌های شرکت‌ها را به پزشکان ممنوع یا محدود و افشای دیگر پرداخت‌ها را الزامی می‌کند، اخیراً مقرراتی تصویب کرده است که شرکت‌ها را به افشای پرداخت‌ها به پزشکان برای مطالعاتی ملزم می‌کند. هم‌چنین از دیگر راهکارهای جلوگیری از تعارض منافع در مورد درآمدهای پزشکان آن است که پرداخت به پزشکان به صورت پرداخت ثابت انجام شود و محدودیت‌هایی در ارجاعات و خدمات خاص ایجاد گردد.^۱

1-Lo, B. and Field, M., Conflict of interest in medical research, education, and practice, Washington D.C.: Board on Health Sciences Policy of the national academies press, 2009, pp. 166-177

نتیجه‌گیری

انحصارطلبی به معنای مخصوص کردن امری به شخص یا گروه، انواع متعدد و متنوع دارد که شامل حوزه‌های اجتماعی، فرهنگی، سیاسی، اقتصادی و مانند آن می‌شود. انحصارطلبی در فضای کسب و کار از طریق ایجاد قوانین از مهم‌ترین جلوه‌های آن است که بررسی‌ها نشان داد مصداق‌های بسیاری از انحصار در این حوزه وجود دارد. با مقایسه مؤلفه‌های انحصار در این اصول و تعریف‌های بیان‌شده از آن مشخص شد در برنامه‌ریزی و شیوه مدیریت بخش درمان به دلایلی چون سطح علمی و ایمنی جامعه، از ایجاد رقابت جلوگیری شده است. از نشانه‌های بارز آن نیز می‌توان به تعداد پایین پزشکان در کشور، جلوگیری از افزایش پذیرش در دانشگاه‌ها، اثرگذاری بر مدیریت منابع انسانی کشور، نبود تعادل منطقی میان عرضه و تقاضا در خدمات پزشکی، جلوگیری از فعالیت رقبای پزشکی مانند طب سنتی، جلوگیری از آموزش دانشگاه‌های خصوصی، تراکم نامناسب پزشکان در شهرها و دسترسی نداشتن مردم مناطق مختلف کشور به متخصصان پزشکی و تعیین و محاسبه نرخ پزشکی توسط خود پزشکان اشاره کرد.

برقراری عدالت اجتماعی و رفاه برای مصرف‌کنندگان نهایی مستلزم رقابت در فعالیت‌های اقتصادی است. حفظ نظم اجتماعی، تقویت سلامت اقتصادی جامعه، ایجاد فضای سالم و جلوگیری از مفاسد اقتصادی ایجاب می‌کند همه روابط اقتصادی افراد در سایه مقررات مصوب شکل بگیرد و تخلف و تجاوز و نقض تکالیف قانونی با ضمانت‌های اجرا همراه باشد. در مواردی نیز که ثبات و توسعه پایدار اقتصادی جامعه آسیب می‌بیند، جرم‌انگاری و تعیین کیفر صورت گیرد.

در قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل چهل و چهارم قانون اساسی، اختیاراتی به نهادی به نام شورای رقابت برای تصمیم‌گیری با هدف خنثی و اصلاح کردن انحصارطلبی واگذار شده که در همین قانون، فعالیت پزشکان مستثنی شده است. این موارد بر اثر کم‌توجهی به اصل ۴۶ قانون اساسی و فصل نهم از قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل چهل و چهارم قانون اساسی رخ داده است که به مبحث تسهیل رقابت و منع انحصار می‌پردازد. برای حل این مشکل، دو نوع راهکار پیشنهاد می‌شود: راهکارهای رویه‌ای و راهکارهای بنیادین.

به عنوان راهکارهای رویه‌ای پیشنهاد می‌شود ابتدا موانع ضد رقابتی رفع گردد. در همین راستا، قوانین صدور مجوز پزشکان طب سنتی مانند کشورهای چین، هند و مالزی به رسمیت شناخته شود. خدمات پزشکان طب سنتی و داروهای گیاهی تحت پوشش خدمات بیمه درمانی درآید. تعیین ظرفیت دانشگاه‌های علوم پزشکی از طریق شورایی بی‌طرف بر اساس نیاز مناطق مختلف کشور و با تعهدات خدمت‌سنگین در همان مناطق صورت پذیرد.

محاسبه نرخ درمان از طریق شاخص درآمد خانوار کشور انجام شود. مانند کشور چین، سطوح مختلف تحصیلی برای رشته پزشکی ایجاد گردد. پرداخت‌های واحدهای تولیدکننده حوزه درمان یا دیگر مشوق‌ها به پزشکان و هر گونه پاداش (شامل هر گونه رشوه یا تخفیف) به طور مستقیم یا غیر مستقیم، آشکار یا پنهان، نقدی یا غیر نقدی در ازای سفارش، خرید یا ارجاع بیماران برای خدمات یا اقلام تحت پوشش مراقبت‌های بهداشتی ممنوع گردد. پرداخت به پزشکان به صورت پرداخت ثابت انجام گردد. محدودیت‌هایی در ارجاعات و خدمات خاص ایجاد شود.

به عنوان راهکارهای بنیادین نیز پیشنهاد می‌شود چون انحصار در سایه بی‌توجهی به اصل ۴۶ قانون اساسی و استثنا شدن از قانون سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی ایجاد می‌گردد، تأمل بیشتری روی این اصول صورت گیرد و در صورت نیاز، قانون سیاست‌های کلی ضد انحصارطلبی اصل ۴۶ قانون اساسی تدوین شود.

فهرست منابع

۱. فارسی

الف) کتاب

۱. باقری، محمود، نقش حقوق شرکت‌ها و بازار بورس در موفقیت خصوصی‌سازی، تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۹۰.
۲. دهخدا، علی‌اکبر، لغت‌نامه، تهران: دانشگاه تهران، ۱۳۷۷.
۳. ساروخانی، باقر، دایره‌المعارف علوم اجتماعی، تهران: کیهان، ۱۳۷۹.
۴. سازمان جهانی تجارت، ساختار قواعد و موافقت‌نامه‌ها، تهران: شرکت چاپ و انتشار بازرگانی، ۱۳۸۵.
۵. سازمان سنجش آموزش کشور، راهنمای عملی انتخاب رشته آزمون سراسری، تهران: سازمان سنجش آموزش کشور، ۱۳۹۹.
۶. صورت مشروح مذاکرات مجلس بررسی نهایی قانون اساسی (جلد ۴)، تهران: اداره کل امور فرهنگی و روابط عمومی مجلس شورای اسلامی، ۱۳۶۸.
۷. غفاری فارسانی، بهنام، حقوق رقابت و ضمانت اجرای مدنی آن، تهران: میزان، ۱۳۹۳.
۸. کاتوزیان، ناصر، گامی به سوی عدالت (جلد ۱)، تهران: میزان، ۱۳۸۷.
۹. مجلس شورای اسلامی، معرفی نمایندگان ده دوره مجلس شورای اسلامی، تهران: اداره فرهنگی و تبلیغات مجلس شورای اسلامی، ۱۳۹۶.
۱۰. مرکز آمار ایران، سال‌نامه آماری کشور، تهران: مرکز آمار ایران، ۱۳۹۷.
۱۱. مرکز مطبوعات و انتشارات قوه قضاییه، بررسی تطبیقی نقش قوه قضاییه در سرمایه‌گذاری، رقابت و خصوصی‌سازی، تهران: جنگل، ۱۳۹۱.

ب) مقاله

۱. باقری، محمود و علی‌محمد فلاح‌زاده، «مبانی حقوق عمومی حقوق رقابت»، فصل‌نامه حقوق، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره سی و نهم، ۱۳۸۸، شماره ۳، صص ۸۸-۶۱.
۲. غفاری، فرزانه، محسن ناصری و محمود خدادوست، «طب سنتی ایران و دلایل لزوم احیاء و توسعه آن»، مجله طب و تزکیه، دوره نوزدهم، ۱۳۸۹، شماره ۳، ص ۶۵.

۳. غمامی، سید محمدمهدی و محسن اسماعیلی، «مطالعه تطبیقی نظام حقوقی رقابت در ایران و فرانسه»، پژوهش‌نامه حقوق اسلامی، سال یازدهم، ۱۳۸۹، شماره ۲، صص ۱۵۳-۱۸۸.
۴. گل‌علی‌زاده، عزت‌الله، محمود موسی‌زاده، محمدرضا امیراسماعیلی و نادر آهنگر، «چالش‌های سطح دوم ارجاع در برنامه پزشکی خانواده»، مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره بیست و نهم، ۱۳۹۰، شماره ۴، ص ۳۲۱.
۵. محمودی، ژیللا، «سیر تحولی حقوق پزشکی در ایران»، فصل‌نامه علمی - حقوقی قانون‌یار، دوره دوم، ۱۳۹۶، شماره ۶، ص ۲۳۹.

ج) قانون و مقررات

۱. آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی واپسته (۱۳۷۳).
۲. آیین‌نامه اجرایی ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۶۵).
۳. دستورالعمل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری (۱۳۹۱).
۴. قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور (۱۳۷۳).
۵. قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت (۱۳۵۱).
۶. قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۶۹).
۷. قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۴).
۸. قانون تشکیل شورای آموزش پزشکی و تخصصی رشته‌های پزشکی (۱۳۵۲).
۹. قانون تشکیل شورایی برای سیاست‌گذاری و رسیدگی به امور بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (۱۳۶۳).
۱۰. قانون تشکیل وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (۱۳۶۴).
۱۱. قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی و درمانی، مجمع تشخیص مصلحت نظام (۱۳۶۷).
۱۲. قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۳).
۱۳. قانون شهرداری‌ها (۱۳۳۳).
۱۴. قانون کار (۱۳۶۹).
۱۵. قانون مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی (۱۳۳۴).
۱۶. لایحه بودجه سال ۱۴۰۰ کل کشور (۱۴۰۰).

۱۷. لایحه قانونی راجع به اجازه اجرای طرح توسعه مجتمع آموزشی، پژوهشی، درمانی وزارت بهداشت و بهزیستی، شورای انقلاب (۱۳۵۸).
۱۸. مصوبه ایجاد معاونت طب سنتی ایرانی - اسلامی (۱۳۹۲).
۱۹. مصوبه تعیین تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی (۱۳۸۰).
۲۰. مصوبه تعیین تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی (۱۳۸۱).
۲۱. مصوبه تعیین تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی (۱۳۸۳).
۲۲. مصوبه تعیین تعرفه و فرانشیز خدمات تشخیصی و درمانی و نرخ حق سرانه خدمات درمانی (۱۳۸۲).
۲۳. مصوبه تعیین میزان حق درمان مشمولین ماده ۱ قانون تأمین خدمات درمانی (۱۳۶۶).
۲۴. مصوبه رسیدگی به جرایم مشاغل پزشکی با اخذ نظر هیئت بدوی انتظامی نظام پزشکی، قوه قضاییه (۱۳۶۷).
۲۵. مصوبه سند ملی گیاهان دارویی و طب سنتی، شورای عالی انقلاب فرهنگی (۱۳۹۲).

د) پایگاه اینترنتی

۱. خبرگزاری خانه ملت، «عدم بازخرید ذخیره مرخصی کارمندان با قانون اساسی مغایرت دارد»، ۱۳۸۷ (تاریخ مشاهده: ۱۴۰۰/۰۴/۱۸)، در:

<https://www.icana.ir/Fa/Newsamp/124195>

2-Latin source

A(Book

- 1-Feldstein, P. j., Health Associations and the Demand for Legislation Cambridge, Mass: Ballinger, 1977
- 2-Goldberg, B., Alternative Medicine: The Definitive Guide, Puyallup, Wash: Future Medicine, 1993
- 3-Lo, B. and Field, M., Conflict of interest in medical reserch, education, and practice, Washington D.C.: Board on Health Sciences Polinstitute of medicin of the national academies press, 2009
- 4-Lowell, L., Final Report of the Commission on Medical Education, New York: Association of American Medical Colleges, 1932
- 5-Starr, P., The Social Transformation of American Medicine, New York: Harper Collins, 1982

B) Article

- 1-Chee-Ruey, H. and Chengxiang, T., «The multi-tiered medical education system and its influence on the health care market—China's Flexner Report», Human Resources for Health, 2019
- 2-Hamowy, R., «The Early Development of Medical Licensing Laws in the United States, 1875-1900», Journal of Libertarian Studies, 1979, pp. 73-119
- 3-Havighurst, C., «The Changing Locus of Decision Making in the Health Care Sector», Journal of Health Politics, Policy and Law 11, 1986, p. 700
- 4-Kumar, P. D., «Antitrust laws in health care: Evolving», American association for physician leadership, 2019, pp.1-13
- 5-Pruit, A. R., «The Medical Marketplace», in: Politicized Medicine, Irvington-on-Hudson, N. Y: Foundation for Economic Education, 1993, pp. 23-33
- 6-Shetty, A. and Shetty, S., «The impact of doctors per capita on the mortality rate in asia», Int J Med Pharm Sci, Vol 04(09), 2014
- 7-Wilson, L., «The Case against Medical Licensing in The Dangers of Socialized Medicine», ed. Jacob Hornberger and Richard Ebeling, Fairfax, Va.: Future of Freedom Foundation, 1994, p.59
- 8-Wolf, R., Geuthel, N., Gnatzy, F. and Rotzoll, D., «Undergraduate ultrasound education at German-speaking medical faculties: a survey», GMS journal for medical education, 2019, V.36

C) Website

- 1-Rahman, A., Balasubramaniam, P., Gautham, M., Hutchinson, E., Kitutu, F., Marten, R., et al, Conflicts of interest: an invisible force shaping health systems and policies policies, :[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00202-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00202-3), 2021, p. 1
- 2-World health data platform/GHO/Indicators, The Global Health Observatory, Medical doctors (per 10 000 population), Friday, July 9,2021, <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator>
- 3-Education Law of the People's Republic of China, Adopted at the Third Meeting of the Standing Committee of the Eighth National People's Congress on March18,1995 and promulgated by Order No. 45 of the President of the People's Republic of China on March 18,1995, http://en.moe.gov.cn/Resources/Laws_and_Policies/201506/t20150626_191385.html

Legislative policies and monopoly in the field of treatment

Fardin Moradkhani *
Davood kazemi**

Abstract:

The purpose of principles 44 and 46 of the constitution is to create competition, prohibit monopoly, efficiency and monitor the economy in order to increase the welfare of the society and create justice. Despite Article 46, no person is allowed to prevent the employment of others with respect to the activity and job they do, there is a suspicion of monopolization in the regulations of areas such as treatment. In this research, we will examine it. By identifying such regulations, it can be amended, In the current research, library and internet materials were used and descriptive-analytical method was used to check the data. This article seeks to answer the question of whether the regulations established in the field of treatment violate the principle of non-monopoly? As an answer, by stating the monopoly components in the policy implementation law, Article 44, reviewing existing regulations and laws, we will deal with the contradictions of these regulations with Article 46 of the Constitution in the field of treatment. Finally, we have come to the conclusion that in the existing laws and regulations in the treatment sector, some monopoly components such as the very low capacity of universities of medical sciences, anti-competitive obstacles through the non-issuance of licenses for traditional medicine doctors, determination of medical tariffs by the doctors themselves can be seen, that as a procedural solution, these laws should be amended first and As fundamental solutions, the general anti-monopoly policies law, article 46 is proposed.

Keywords: Principle 44, Principle 46, Monopoly, Doctors, Competition.

*. buali sina university, hamedan, iran.. (Corresponding Author). moradkhani.fardin@yahoo.com

** . buali sina university, hamedan, iran

. davoodkazemi1359@gmail.com