



Legal Solutions to Address Conflict of Interest in Licensing Healthcare Institutions in Iranian Healthcare System

Vahid Moazzen^{1*}, Ehsan Shamsi Gooshki², Ezatollah Zarei Hanzaki³, Mahboubeh Mohamadrezaei⁴

1. Department of Public and International Law, Farabi Campus, Law Faculty, University of Tehran, Qom, Iran.
2. Medical Ethics and History of Medicine Research Center, Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Judicial Law, Faculty of Law and Political Sciences, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
4. Department of International Trade Law, Faculty of Law, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: Conflict of interest (COI) management and corruption control in settings that government is (at least) one of the main players has always received special attention of legal systems. Undoubtedly, this is especially important in the field of health, which has a susceptible exposure to corruption due to its high financial turnover and also since it is one of the most important and basic human welfare needs, which requires proper management by the governments. Hence, this study aimed to, first identify challenges of managing (COI) in licensing process of medical institutions in the Iran's health rights system and, secondly to propose solutions that can address the gaps and maximize the rights of the nation.

Methods: This research is of theoretical type and the research method is descriptive-analytical and the method of data collection is library and has been done by referring to documents, books and articles.

Ethical Considerations: Throughout the present study, scientific integrity and fidelity have been fully observed.

Results: The findings indicated incompatibility of the current mechanism of establishing medical institutions and their licensing process with the current requirements and high economic attractiveness of institutions and the imbalance between supply and demand have created challenges for (COI) management, indicating the necessity of healthcare reforms.

Conclusion: Reforming establishment process of medical institutions such as need to register legal entities in cases of multiple establishment applicants or the removing the restriction on the need for the applicant to be a physician, along with reviewing the competencies of the commissions of Article 20 of the "Food and Beverage Law approved in 1955" and its replacement with a coherent and systematic structure and organization, along with precise monitoring mechanisms, can have positive results in fighting the (COI) in this sector and consequently attracting the maximum amount of private sector capital in the health system and guarantying the citizens' right to health.

Keywords: Conflict of Interest; Medical Institutions; Discretionary Power; License Issuance; Private Sector

Corresponding Author: Vahid Moazzen; **Email:** vahid.moazzen@ut.ac.ir

Received: February 19, 2022; **Accepted:** October 15, 2022; **Published Online:** May 27, 2023

Please cite this article as:

Moazzen V, Shamsi Gooshki E, Zarei Hanzaki E, Mohamadrezaei M. Legal Solutions to Address Conflict of Interest in Licensing Healthcare Institutions in Iranian Healthcare System. Medical Law Journal. 2023; 17(58): e3.



انجمن علمی حقوق پزشکی ایران

مجله حقوق پزشکی

دوره هفدهم، شماره پنجاه و هشتم، ۱۴۰۲

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

انجمن علمی حقوق پزشکی ایران

راهکارهای حقوقی مدیریت تعارض منافع در فرایند صدور مجوز تأسیس مؤسسات پزشکی در نظام سلامت ایران

وحید موذن^{۱*}، احسان شمسی گوشکی^۲، عزت‌اله زارعی هنزکی^۳، محبوبه محمدرضائی^۴

۱. گروه حقوق عمومی و بین‌الملل، دانشکده حقوق، دانشکدگان فارابی، دانشگاه تهران، قم، ایران.
۲. مرکز تحقیقات اخلاقی و تاریخ پزشکی، گروه اخلاقی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۳. گروه حقوق قضائی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
۴. گروه حقوق تجارت بین‌الملل، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده حقوق، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: مقوله مدیریت تعارض منافع و مقابله با فساد در محیط‌هایی که دولت حداقل یکی از بازیگران اصلی می‌باشد، همواره مورد توجه ویژه نظام‌های حقوقی قرار داشته است. بدون تردید این مهم به ویژه در عرصه سلامت که بستر مستعدی از فساد را بدلیل حجم گردش مالی بالا همراه خود دارد و توأمان از جمله مهم‌ترین و اساسی‌ترین نیازهای رفاهی انسان محسوب می‌شود، اهمیت بیشتری می‌یابد که نیازمند مدیریت صحیح از سوی دولت می‌باشد. از همین روی مقاله حاضر بر آن است تا ضمن شناسایی چالش‌های مرتبط با تعارض منافع در فرایند تأسیس مؤسسات پزشکی و صدور مجوزها در نظام حقوق سلامت ایران، پیشنهادهایی به منظور رفع کاستی‌ها و تضمین حداکثری حقوق ملت ارائه دهد.

روش: این مقاله به روش توصیفی - تحلیلی، به صورت کتابخانه‌ای و با ابزار فیش‌برداری کتب، مقالات، قوانین و بررسی تحلیلی یافته‌ها نگارش یافته است.

ملاحظات اخلاقی: در سراسر پژوهش حاضر صداقت و امانتداری علمی به طور کامل رعایت شده است.

یافته‌ها: یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که سازوکار کنونی نظام تأسیس مؤسسات پزشکی و صدور مجوزها در نظام حقوق سلامت ایران با شرایط و مقتضیات روز همخوانی نداشته و جذابیت بالای اقتصادی مؤسسات و عدم تعادل بین عرضه و تقاضا، مدیریت تعارض منافع بخش سلامت را با چالش‌هایی مواجه ساخته که انجام اصلاحاتی در حوزه صدور مجوزها را اجتناب‌ناپذیر نموده است.

نتیجه‌گیری: انجام اصلاحاتی در فرایند تأسیس مؤسسات پزشکی همچون الزام قانونی ثبت شخصیت حقوقی در موارد تعدد متقاضیان تأسیس و حذف محدودیت لزوم پزشک‌بودن متقاضی، به همراه بازنگری در صلاحیت‌های کمیسیون‌های ماده ۲۰ قانون مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب (۱۳۳۴ ش.) و جایگزینی آن با ساختار و سازمانی منسجم و نظام‌مند به همراه طراحی سازوکار نظارتی دقیق بر فرایند صدور مجوزها، می‌تواند نتایج مثبتی را در مقابله با تعارض منافع موجود در این بخش و به تبع آن جذب حداکثری سرمایه‌های بخش خصوصی در نظام سلامت و تضمین حق بر سلامت شهروندان به همراه داشته باشد.

واژگان کلیدی: تعارض منافع؛ مؤسسات پزشکی؛ صلاحیت تشخیصی؛ صدور مجوز؛ بخش خصوصی

نویسنده مسئول: وحید مؤذن؛ پست الکترونیک: vahid.moazzen@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۱/۳۰؛ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۷/۲۳؛ تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۳/۰۶

خواهشمند است این مقاله به روش زیر مورد استناد قرار گیرد:

Moazzen V, Shamsi Gooshki E, Zarei Hanzaki E, Mohamadrezaei M. Legal Solutions to Address Conflict of Interest in Licensing Healthcare Institutions in Iranian Healthcare System. Medical Law Journal. 2023; 17(58): e3.

مقدمه

در حوزه حقوق عمومی که دولت عهده‌دار ارائه خدمات عمومی (Public Services) و حفظ نظم عمومی (Public Order) است و اعتماد مردم به نوعی در گرو کارکرد بهینه دولت در راستای اجرای وظایف کلاسیک مزبور می‌باشد، چگونگی عملکرد دولت در راستای تضمین حداکثری حقوق ملت و صیانت از آن در برابر فسادها و زیاده‌خواهی‌های صاحبان قدرت از دیرباز جایگاه ویژه‌ای داشته است. در دهه‌های اخیر این مهم را نضج‌گرفتن مفاهیمی، چون ساده‌سازی (Simplification)، شفافیت (Transparency)، پاسخگویی (Accountability) و مقررات‌زدایی (Deregulation) به عنوان مهم‌ترین راهبردهای نظام‌های قانونگذاری پیشرفته با اهدافی همچون بهبود امکان دسترسی ذی‌نفعان به احکام قانونی و جلوگیری از تشتت رویه‌ها و ابلاغ دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های متعدد ناشی از تورم قوانین، اهمیتی دوچندان بخشیده است. در این بین مدیریت مساله تعارض منافع (Conflict of Interest) و کاربست تمهیداتی به منظور تضمین عدم خروج نهادها و مقامات اداری از اهداف مد نظر قانونگذار در مقام اعمال صلاحیت‌های اعطایی، یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام‌های حقوقی را تشکیل می‌دهد.

بدون شک در بین حوزه‌های گسترده فعالیت دولت و مقامات عمومی، حوزه بهداشت و درمان به دلیل ویژگی‌های خاص خود همچون کالای (نفع) عمومی بودن سلامت (Public Goods)، شکست بازار (Failure Market) و به ویژه عدم تقارن اطلاعاتی (Information Asymmetry) بسیار مستعد رانت‌جویی‌ها و مسائل غیر رسمی مالی و سوءاستفاده از قدرت و روابط است، از همین روی در کلیه نظام‌های حقوقی تدابیر ویژه‌ای از سوی نهاد واضع قانون و ایضاً دولت جهت جلوگیری از تضاد منافع در نظام سلامت اتخاذ گردیده است.

در کشور ایران نیز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان جزئی از دولت جمهوری اسلامی ایران و متولی تحقق یکی از بنیادی‌ترین حق‌های نسل دوم حقوق بشر تحت عنوان حق بر دریافت خدمات سلامت (Right to Health Care)،

در حوزه‌های وسیعی از فعالیت‌ها و مسائل زندگی روزمره شهروندان اقدام به وضع مصوبات موجد حق و تکلیف عمومی می‌نماید که بدون شک وجود شفافیت و ساده‌سازی در فرایند تنظیم و تدوین این مقررات که طیف وسیعی از اقدامات از جمله «تنظیم قواعد مرتبط با فعالیت بخش خصوصی در حوزه بهداشت و درمان» را دربر می‌گیرد، نقش به‌سزایی در ایجاد بستر مناسب جهت تحقق رسالت و اهداف مندرج در اصل ۴۴ قانون اساسی و سایر قوانین، از جمله «قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ مصوب ۱۳۸۶» (ماده ۷) ایفا می‌کند.

در همین راستا ضمن پذیرش وجود مصادیق متعدد تعارض منافع در نظام سلامت که در مقالات و تحقیقات پیشین بدان‌ها پرداخته شده است، در مقاله حاضر با توجه به عدم برقراری تعادل منطقی بین عرضه و تقاضا درخواست متقاضی بخش خصوصی و صدور موافقت اصولی از سوی دولت (وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) برخاسته از سود مالی قابل توجه تأسیس مؤسسات پزشکی و شرکت‌های سلامت‌محور، درصدد آن برآمده‌ایم تا به طور خاص بحث مدیریت تعارض منافع در حوزه فرایند تأسیس مؤسسات پزشکی و صدور مجوزها به عنوان حوزه‌های منتخب این پژوهش را مورد بررسی قرار داده و ضمن شناسایی چالش‌ها، پیشنهاداتی به منظور مرتفع‌شدن کاستی‌های موجود ارائه دهیم.

به همین منظور پس از بیان مفهوم و تبیین مقوله مدیریت تعارض منافع در نظام حقوق سلامت ایران در بخش نخست مقاله، در ادامه به ترتیب چالش‌های حقوقی مستتر در فرایند تأسیس مؤسسات پزشکی و صدور سایر مجوزها در نظام سلامت که مستعد شکل‌گیری مقوله تعارض منافع هستند مورد بررسی قرار گرفته و به دنبال آن و در بخش نتیجه‌گیری، به ارائه راهکارهای حقوقی لازم جهت مقابله با این چالش‌ها مبادرت شده است.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر جنبه‌های اخلاقی مطالعه کتابخانه‌ای شامل اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

روش

این مقاله به روش توصیفی - تحلیلی، به صورت کتابخانه‌ای و با ابزار فیش‌برداری کتب، مقالات و قوانین و بررسی تحلیلی یافته‌ها نگارش یافته است.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از این پژوهش حاکی از آن است که سازوکار کنونی نظام تأسیس مؤسسات پزشکی و صدور مجوزها در نظام حقوق سلامت ایران با شرایط و مقتضیات روز همخوانی نداشته و ترکیب عواملی همچون جذابیت بالای اقتصادی مؤسسات سلامت‌محور، عدم تعادل بین عرضه و تقاضا، امکان دخالت منافع صنفی و حرفه‌ای در اتخاذ تصمیمات اداری و وجود خلأهای قانونی، مدیریت تعارض منافع بخش سلامت را با چالش‌هایی مواجه ساخته که نیازمند انجام اصلاحاتی در نظام حقوق سلامت کشور می‌باشد.

بحث

۱. مفهوم تعارض منافع در نظام سلامت: به موجب اصل تعارض منافع جانب‌داری، رفتار تبعیض‌آمیز و غرض‌ورزی در انجام وظایف قانونی و ارائه خدمات عمومی ممنوع است (۱). علیرغم این مهم، در مقام اعمال صلاحیت‌های قانونی ممکن است خواسته و یا ناخواسته موقعیت‌هایی ایجاد شود که منافع شخصی مقامات با منافع عمومی در تعارض قرار گیرد و ناگزیر منافع عمومی قربانی منافع شخصی گردد، ضمن پذیرش اینکه در موقعیت‌های مذکور لزوماً فساد ناشی از تعارض منافع شکل نمی‌گیرد، ولیکن تلقین حس بی‌اعتمادی شهروندان و حساسیت افکار عمومی عواملی هستند که لزوم ورود دولت‌ها جهت مقابله با این چالش را ضروری می‌سازند (۲).

به صورت خلاصه تعارض منافع به وضعیتی اطلاق می‌شود که شخص یا اشخاصی از طرفی در مقام و موقعیت نیازمند اعتماد عمومی قرار می‌گیرند، و از طرف دیگر خود دارای منافع شخصی یا گروهی مجزا و در تقابل و تعارض با مسئولیت مورد نظر هستند. گاهی فردی به صورت ناخواسته و بی‌طرف در

شرایطی قرار می‌گیرد که میان منافع شخصی و حرفه او تضاد ایجاد می‌شود و گاه مسئولیت یک فرد در قبال فرد دوم این محدودیت را برای وی به وجود آورده است که بتواند مسئولیت خود را به فرد سومی محول کند (۳). مطابق تعریفی دیگر تعارض منافع مجموعه‌ای از شرایط است که خطر تأثیرگذاری بی‌مورد یک منفعت ثانویه بر قضاوت حرفه‌ای یا اقدامات مربوط به یک منفعت اولیه را ایجاد می‌کند (۴)، البته لازم به ذکر است منفعت ثانویه تنها محدود به منفعت مالی نمی‌گردد، بلکه مصادیقی چون میل به پیشرفت حرفه‌ای، رسیدن به مناصب مدیریتی و موفقیت شخصی و مانند آن‌ها را نیز دربر می‌گیرد (۵) که اتفاقاً دارای مصادیق مشهودی در حوزه سلامت نیز می‌باشد. علت غلبه منفعت مالی در مفهوم تعارض منافع، نه لزوماً فسادآورتر بودن آن، بلکه آن است که فساد مالی ملموس‌تر، عینی‌تر و قابل سنجش بیشتری است.

در یک نگاه کلان دولت‌ها به منظور پیشگیری و کاهش زمینه‌های تعارض منافع اغلب از سه راهبرد تشدید محدودیت‌ها و ممنوعیت‌ها، تغییر قوانین بازی و افزایش شفافیت و نظارت عمومی استفاده می‌کنند (۶). همچنین از راهبردهایی همچون آشکارسازی (Full Disclosure Principle) همچون آشکارسازی منافع مالی و یا تعارض منافع احتمالی، پرهیز به معنای پرهیز از ورود به شرایطی که در آن منافع اولیه به صورت بالقوه از منافع ثانویه تأثیر می‌پذیرند و مکانیسم‌های بررسی و تأیید رسمی با هدف ضابطه‌مند کردن صلاحیت‌ها و کنترل نیز به عنوان دیگر تمهیدات مقابله با تعارض منافع توسط دولت‌ها یاد شده است (۷). به عنوان مثال انجمن پزشکان و صنایع داروسازی آمریکا در سال ۱۹۹۰ جلوگیری از شکل‌گیری تعارضات واقعی و حتی تعارضات احتمالی ناشی از حضور صنایع داروسازی را ضروری اعلام نموده و پذیرش هدایا و پرداخت‌های اضافی صنایع توسط پزشکان را تنها در صورتی مجاز دانسته است که اثبات شود تأثیری در جهت‌گیری قضاوت بالینی پزشکان نداشته و بار اثبات این عدم تأثیر نیز بر پزشکان بار شده است (۸)، در حالی که در کشور کانادا قوانین سخت‌گیرانه‌تری تنظیم شده و قبول هدایای اهدایی صنایع

داروسازی از هر نوع و با هر انگیزه‌ای از سوی پزشکان ممنوع اعلام شده است (۹). در تعدادی از ایالات کشور آمریکا نیز، شرکت کارمندان و مقامات در فعالیت‌هایی که برای ایشان نفع اقتصادی در پی داشته باشد، به کلی منع شده است (۱۰). همچنین در بسیاری از نظام‌های سلامت در سرتاسر جهان دولت‌ها اهتمام ویژه‌ای در برخورد با پدیده شوم دخالت صنایع مرتبط با دخانیات در روند تحقیقات پزشکی و زیست‌محیطی مؤید آثار زیانبار دخانیات بر سلامت انسان و محیط داشته و با اتخاذ رویکرد پیشگیرانه از طریق وضع قوانین بازدارنده و تنبیهی تلاش نموده‌اند تا از تطمیع و اعطای رشوه توسط صنایع فعال در این حوزه به دلیل تعارض منافع موجود ممانعت به عمل آورند (۱۱). فارغ از مصادیق مذکور، ایجاد سازوکارهای قانونی، حقوقی، فرهنگی و سیاسی برای شکل‌گیری سوت زنان و حمایت از آن‌ها، از جمله اولین اقدامات راهبردی دولت‌ها در این حوزه به شمار می‌آید (۱۲). در مجموع عموماً تصمیم‌گیری و مدیریت مقوله تعارض منافع در بخش سلامت با این استدلال که یک گروه خاص از بین ذی‌نفعان همچون پزشکان در حوزه بهداشت و درمان، از تخصص و صلاحیت بیشتری برای مدیریت برخوردار هستند و به صورت غیر جانبدارانه (Unbiased) عمل خواهند کرد، به یک گروه ممتاز (Privileged Group) واگذار شده است (۱۳).

ذکر این نکته ضروری است که پایبندی به «اصل تخصص» همواره پاشنه آشیل استدلال‌های صورت‌گرفته در حمایت از مداخله حداقلی دولت‌ها در مدیریت مقوله تعارض منافع در نظام سلامت بوده است. در یک برآیند کلان می‌توان این‌گونه ادعان داشت که ادبیات موجود به ویژه در حوزه سلامت، حمایت از صحت قضاوت‌های حرفه‌ای و حفظ اعتماد عمومی را مهم‌تر از تلاش در جهت تسکین مشکلات ناشی از جهت‌گیری‌ها و یا بدگمانی‌ها بعد از رخداد فساد ناشی از تعارض منافع دانسته است (۹). در این رویکرد با نگاهی آینده‌نگرانه مشخص می‌گردد که کدام دسته از روابط باید حذف گردیده، کدام یک مجاز شمرده شده و چه گروهی از روابط نیاز به مدیریت توسط دولت دارند (۱۴)، هرچند اشتغال

۲. مدیریت تعارض منافع در نظام حقوق سلامت ایران: به عنوان یکی از مهم‌ترین مقررات در حوزه مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت می‌توان از «راهنمای عمومی اخلاق حرفه‌ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۹۷ شورای عالی نظام پزشکی» یاد کرد. ماده ۱ سند مذکور کلیه شاغلان حرف پزشکی و وابسته را مکلف نموده است تا در همه فعالیت‌هایی که در کسوت حرفه‌مندان پزشکی انجام می‌دهند، موازین قانونی و مقررات حرفه‌ای، علمی و فنی را رعایت نمایند. همچنین در مواردی که وجود مصداقی از تعارض غیر قابل حلی را تشخیص می‌دهند، این اختیار را دارند که از مراجع ذی‌صلاح همچون کمیته اخلاق بیمارستان یا سازمان نظام پزشکی و یا مراجع قضایی و قانونی استعلام کنند.

فصل چهارم سند مزبور نیز تحت عنوان «اولویت منافع بیمار» در ۲۳ ماده مقررات جامعی را در راستای مدیریت تعارض منافع کلیه شاغلان حرف پزشکی و وابسته وضع نموده است. مطابق مقررات مندرج در این فصل انجام اقداماتی از قبیل ترغیب بیماران به استفاده از خدمات غیر ضروری، مقدم دانستن منافع شخصی بر منافع بیمار در هر موقعیتی که تعارض منافع احتمالی بین منافع گروه مذکور و منافع بیماران را به همراه دارد (از جمله مشارکت در هر نوع توافق یا قرارداد)، ارجاع بیمار به مراکز تصویربرداری، داروخانه، بیمارستان، آزمایشگاه و مانند آن برخلاف منافع و مصالح

منظور استفاده مادی ممنوع است. همچنین به موجب حکم مقرر در ماده ۱۴ جذب بیمار به صورتی که مخالف شؤن حرفه پزشکی باشد، ممنوع اعلام گردیده و ماده ۱۷ نیز شاغلان حرفه‌های پزشکی را از دریافت و پرداخت هرگونه وجهی به هر عنوان بابت اعزام و معرفی بیماران به مطب و مؤسسات پزشکی منع نموده است، گرچه به نظر می‌رسد تبیین تفسیر نهفته در منطوق عبارت «خلاف شؤن حرفه پزشکی» در ماده ۱۴، تا حدودی امکان نظارت بر این تکلیف را متزلزل ساخته است. «آیین‌نامه اجرایی نحوه معرفی، ارائه اطلاعات علمی و بازاریابی فرآورده‌های دارویی، بیولوژیک، مکمل‌ها، فرآورده‌های طبیعی، سنتی و تجهیزات پزشکی مصوب ۱۳۹۷» وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز در مواد متعددی به بحث تعارض منافع پرداخته است که از تفصیل آن به دلیل ورود به مقوله صدور مجوزها می‌پرهیزیم.

همان‌گونه که مشاهده می‌گردد و پیش از این نیز بیان شد، بحث تعارض منافع در حوزه سلامت از زوایای مختلفی قابل مطالعه است، لیکن به نوعی می‌توان گفت اصلی‌ترین محور که ظهور و بروز چشم‌گیری در جامعه دارد و به طور مستقیم بر حقوق بخش خصوصی تأثیرگذار است، مقوله صدور و تمدید مجوزهای مؤسسات سلامت‌محور است که جزء وظایف ذاتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محسوب گردیده و در مواردی حسب مورد از سوی وزارت به سازمان غذا و دارو و یا دانشگاه‌ها/ دانشکده‌های علوم پزشکی واگذار گردیده است. همان‌گونه که در تعریف کلاسیک تعارض منافع بیان شده است، در این حوزه منافع ثانویه، منافع اولیه را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به عنوان مثال افرادی که در جایگاه شخصیت حقوقی خود وظیفه صدور مجوز را بر عهده دارند، همزمان خود و یا نزدیکان ایشان متقاضی اخذ مجوز تأسیس هستند. از دیگر سو ضابطه‌گذاران که وظیفه تدوین و ارائه پیشنهادات به منظور بروزرسانی و اصلاح آیین‌نامه‌های تأسیس را دارند و اغلب نیز در زمره اعضای هیأت‌علمی و یا پزشکان سرآمد جامعه پزشکی هستند، به صورت بالقوه خود می‌توانند به عنوان متقاضی حائز شرایط اخذ پروانه مؤسسات پزشکی در

پزشکی بیمار و یا دریافت و اعطای هرگونه پاداش یا امتیاز اعم از وجه نقد، هدیه، تخفیف در اجاره یا هزینه‌های مطب و یا ارجاع متقابل، به کارگیری و استفاده از تجهیزات تشخیصی و درمانی برخلاف منافع و مصالح بیمار، دریافت هدیه از هر نوع از شرکت‌ها و صنایع مرتبط با نظام سلامت، جذب و هدایت بیمار از مؤسسات بهداشتی، درمانی دولتی، وابسته به دولت و خیریه به مطب شخصی یا بخش خصوصی و تبلیغ تجاری کالاهای پزشکی و دارویی اعم از مستقیم یا غیر مستقیم را ممنوع اعلام نموده است (۱۶).

ماده ۱۰۹ سند مزبور نیز که به نوعی بیشترین قرابت با بحث مورد نظر ما را دارد نیز مقرر داشته است کلیه شاغلان حرفه پزشکی و وابسته در صورتی که در جایگاه عضو کمیته‌ها و یا کمیسیون‌های مختلف مرتبط با مسائل حرفه‌ای قرار گرفته‌اند، موظف هستند همه اصول اخلاقی حاکم بر عضویت در این کمیته‌ها همچون حفظ محرمانگی، بی‌طرفی، آشکارسازی تعارض منافع احتمالی، احترام به حریم خصوصی و دیگر هنجارهای اخلاقی یادشده در اساسنامه و یا آیین‌نامه‌های مربوطه را رعایت کنند. به نظر می‌رسد مهم‌ترین چالش در خصوص این سند در حقیقت بحث ضمانت اجرای آن باشد. در این خصوص تخطی از مفاد تکالیف مقرر در سند مزبور در زمره مصادیق رفتار خلاف شؤن پزشکی موضوع ماده ۶ آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلین حرفه پزشکی و وابسته محسوب می‌گردد که رسیدگی به آن‌ها در صلاحیت دادسراها و هیأت‌های انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای مستقر در سازمان نظام پزشکی می‌باشد.

همچنین می‌توان از «آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی وابسته مصوب ۱۳۷۳» هیأت وزیران به عنوان یکی دیگر از قوانین مجری در تعارض منافع نظام سلامت ایران نام برد. ماده ۱۲ آیین‌نامه مزبور مقرر داشته است جذب بیمار از مؤسسات بهداشتی و درمانی دولتی، وابسته به دولت و خیریه، مطب شخصی یا بیمارستان، پلی‌کلینیک، داروخانه و یا پاراکلینیک خصوصی به

مصوب ۱۳۶۷» مقرر گردیده است. به موجب احکام مندرج در قانون مزبور به منظور رسیدگی به صلاحیت کسانی که می‌خواهند در مؤسسات پزشکی و داروسازی عهده‌دار مسئولیت فنی گردند و یا تقاضای صدور یکی از پروانه‌های مربوط را بنمایند و همچنین رسیدگی به صلاحیت ورود و ساخت هر نوع دارو و مواد بیولوژیک، کمیسیون‌هایی به نام کمیسیون‌های تشخیص به ریاست معاون ذی‌ربط وزارت بهداشت بر حسب رشته تشکیل می‌گردد و رأی اکثریت قطعی خواهد بود که کمیسیون‌های مذکور تحت عنوان کمیسیون‌های ماده ۲۰ شناخته می‌شوند و ما نیز در ادامه از آن‌ها تحت همین عنوان یاد خواهیم کرد. همچنین قانون فوق‌الذکر اجازه داده است تا وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بتواند اجازه تشکیل کمیسیون‌های قانونی مؤسسات پزشکی و داروسازی را با رعایت ترتیبات مقرر در قانون به هر یک از دانشگاه‌ها یا دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی واگذار نماید. کمیسیون‌های مزبور با ترکیب مقرر در قانون و به ریاست رییس دانشگاه و عضویت معاون درمان و داروی دانشگاه تشکیل می‌گردند. با دقت در قوانین مزبور روشن می‌گردد عملاً بخش مهمی از نظارت دولت در حوزه تنظیم فعالیت بخش خصوصی در حوزه نظام سلامت از طریق سازوکارهای کمیسیون‌های ماده ۲۰ صورت می‌پذیرد.

از جمله نخستین ایرادات وارد بر رویه موجود عدم انطباق وضعیت مؤسسات حقوقی که مؤسس آن شخص حقوقی هستند، با قانون تجارت است. با این توضیح که با توجه به عدم امکان تطبیق وضعیت این قبیل مؤسسات با مقررات موجود، تمامی مشکلات و چالش‌ها از طریق کمیسیون ماده ۲۰ حل می‌شود، در حالی که حدود صلاحیت کمیسیون‌های مزبور در قانون مشخص شده و اظهار نظر موردی خارج از حدود صلاحیت آن است. علیرغم تأکید فراوان بر شفاف‌شدن روند و فرآیند تصمیم‌گیری توسط کمیسیون‌های مذکور، متأسفانه این امر هیچ‌گاه اتفاق نیفتاده و برای مثال در موارد مشابه مطروحه در کمیسیون واحد، نتایج متفاوتی حاصل شده است (۱۷). شایان ذکر است کمیسیون‌های مزبور علاوه بر نظارت پیشینی، نوعی از نظارت پسینی را نیز اعمال می‌کنند

زمره افراد ذی‌نفع منتفع از حک و اصلاح آیین‌نامه‌ها و قوانین باشند و به تناسب رشته تحصیلی و تخصص خود نسبت به تغییر یا وضع احکامی اقدام نمایند که اخذ مجوز را برای عده‌ای که خود در شمول آن هستند، تسهیل و یا برای عده‌ای ممنوع و یا دشوار نماید، به این امید که مراجعه‌کنندگان خود را از دست ندهند یا افزایش دهند. از همین روی لازم است مقررات به گونه‌ای تدوین گردند که اشخاصی که در برهه‌ای از زمان تصدی امور مربوط را بر عهده دارند، نتوانند در جهت منافع خود نسبت به اصلاح مقررات اقدام نمایند، به نحوی که اخذ مجوز توسط خود یا نزدیکان خود را امکان‌پذیر و یا حتی تسریع و تسهیل نمایند.

در همین راستا در ادامه این نوشتار به طور خاص به بررسی چالش‌های مستعد بروز و ظهور تعارض منافع در فرایند صدور مجوزهای تأسیس مؤسسات سلامت‌محور در نظام حقوق سلامت ایران خواهیم پرداخت.

۳. چالش‌های صدور مجوز توسط کمیسیون‌های ماده ۲۰

قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد

خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴: به موجب احکام مقرر

در ماده ۱ «قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۷»، صدور، تمدید و لغو موقت یا دائم پروانه‌های مؤسسات پزشکی، دارویی و کارگاه‌ها و مؤسسات تولید مواد خوراکی و آشامیدنی و بهداشتی و آرایشی و همچنین ساخت فرآورده‌های دارویی و مواد بیولوژیک، خوراکی، آشامیدنی، بهداشتی، آرایشی و آزمایشگاهی و تجهیزات و ملزومات و مواد مصرفی پزشکی و توان‌بخشی و انجام نظارت و کنترل کیفی مواد مذکور و تعیین ضوابط و مقررات لازم برای موارد مذکور، از جمله صلاحیت‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برشمرده شده است که طیف صلاحیت بسیار گسترده‌ای را در ارتباط با مجوزهای بخش خصوصی جهت فعالیت در حوزه بهداشت و درمان دربر می‌گیرد. چگونگی و نحوه اعمال صلاحیت‌های مزبور نیز در «قانون اصلاح بعضی از مواد قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴،

قانون است که لاجرم فسادآفرین است و یا حداقل زمینه‌های شکل‌گیری فساد را تقویت می‌کند، ولو آنکه در عمل فساد رخ ندهد. این نقیصه را ماهیت تشخیصی بودن صلاحیت کمیسیون نیز پررنگ‌تر می‌کند، به نحوی که می‌توان مدعی شد نظارت‌های شکلی مقرر در «قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب ۱۳۹۲» نیز ظرفیت لازم برای مقابله و حذف تعارض منافع در این حوزه را دارا نمی‌باشد.

۳-۲. عدم وجود سازوکار نظارتی منسجم بر عملکرد کمیسیون‌ها: با دقت در قوانین و مقررات جاری کشور به نظر می‌رسد ماده قانونی که به طور ویژه به نظارت و بررسی عملکرد کمیسیون‌های موضوع ماده ۲۰ بپردازد از سوی قانونگذار پیش‌بینی نشده است که با توجه به گستره و تأثیر صلاحیت‌های کمیسیون‌های مزبور بر روی حقوق بخش خصوصی به دور از صواب می‌باشد. در این خصوص می‌توان گفت علاوه بر نظارتی که به موجب «قانون تشکیلات و آیین دادرسی دیوان عدالت اداری مصوب ۱۳۹۲» از سوی دیوان نسبت به بررسی شکلی مصوبات یادشده قابل ذکر است، می‌توان به سایر مواد قانونی مندرج در قوانین مرتبط با شرح وظایف سازمان بازرسی کل کشور، دیوان محاسبات، حراست و بازرسی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اشاره کرد که در عمل فاقد سازوکارهای لازم جهت نظارت صحیح و به موقع بر عملکرد کمیسیون‌های یادشده می‌باشند. بنابراین با عنایت به این مهم که فعالیت کمیسیون‌ها می‌بایست در راستای قوانین بالادستی و راهبردهای آن همچون «سند سیاست‌های کلی نظام سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال ۱۳۹۳»، «سند نقشه راه درمان کشور تا سال ۱۴۰۴»، «قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۹۶» و رعایت نظام سطح‌بندی کشور و مصادیقی از این قبیل باشد، نیاز است تا قانونی متضمن طراحی و استقرار یک سازوکار منسجم مبتنی بر اصول شفافیت (Transparency) و حسابرسی (Accountability) در راستای نظارت بر عملکرد

و حتی در مواردی در ردای یک مقام شبه‌قضایی، اختیار تصمیم‌گیری و صدور رأی را نیز دارا می‌باشند، مانند ابطال پروانه‌های تأسیس و حتی تعطیلی مراکز بهداشتی، درمانی (۱۸). با دقت در مراتب مذکور می‌توان گفت در عمل فرایند و سازوکار مذکور با فاصله از مقتضیات روز نظام سلامت، بسیار مستعد فساد و رانت بوده و متضمن چالش‌هایی است که بارزترین آن‌ها به شرح زیر می‌باشد:

۳-۱. عدم تناسب سازوکار موجود با حجم تقاضا: گرچه به موجب «قانون الحاق یک تبصره به ماده ۲۰ اصلاحی قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۷۹» کمیسیون‌های مزبور مکلف به تبعیت از سیاست‌ها و خط مشی‌ها و برنامه‌های وزارت بهداشت گردیده‌اند، ولیکن بدون شک ساختار فعلی تشکیل و ترکیب کمیسیون‌های مزبور تناسبی با وضعیت موجود در نظام سلامت ایران ندارد. توضیح بیشتر آنکه گرچه قانون مصوب سال ۱۳۳۴ در بازه‌های زمانی مختلف در راستای بروزرسانی و تطبیق با شرایط و اوضاع و احوال روز اصلاحاتی داشته است، ولیکن چارچوب، ساختار و به طور کلی منطق آن در راستای مقتضیات نزدیک به هفتاد سال پیش تدوین شده است، دوره‌ای که بدون شک حوزه بهداشت و درمان تا این حد گسترده نبوده و تقاضاهای موجود جهت تأسیس مؤسسات پزشکی و یا واردات و ساخت دارو و تجهیزات پزشکی و... محدود بوده و تعادل بین عرضه و تقاضا در این حوزه وجود داشته است. بدون شک اینکه در سال ۱۴۰۱ که گروه کثیری از فعالان بخش خصوصی اعم از پزشکان و... به دلیل سود مالی قابل توجه مؤسسات پزشکی و یا دارو و تجهیزات پزشکی علاقمند و متقاضی فعالیت در این بخش هستند، مکانیسم اعطای مجوز کماکان تنها در کمیسیون‌هایی مرکب از چند نفر که خود نیز دارای سمت‌هایی در بخش‌های مختلف وزارت هستند تعیین گردد، زمینه‌ساز ظهور و شکل‌گیری پدیده‌هایی چون لابی‌گری، رانت و سهم‌خواهی‌های متعدد خواهد بود. لازم به ذکر است این ایراد چندان مرتبط با اعضای کمیسیون‌ها نیست، بلکه این خود ساختار و سیستم مقرر در

۴. چالش‌های فرایند تأسیس مؤسسات پزشکی در نظام سلامت ایران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای ارائه خدمات عمومی خود در حوزه بهداشت و درمان، نیازمند تأسیس بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی متعددی است که بدون شک با توجه به حجم گسترده مراجعه دریافت کنندگان خدمات به مراکز درمانی و نیاز کشور، حضور و مشارکت فعال بخش خصوصی در کنار بخش دولتی در این حوزه اجتناب‌ناپذیر می‌نماید. از همین روی بخش قابل توجهی از مصوبات وزارت را آیین‌نامه‌های مربوط به تأسیس مؤسسات پزشکی و مؤسسات سلامت محور تشکیل می‌دهند که بررسی مقوله تعارض منافع در این بخش و راهکارهای مقابله با آن مستلزم اهتمام ویژه از سوی دولت‌هاست. در همین خصوص می‌توان از مصادیق ذیل به عنوان اعم چالش‌ها و کاستی‌های فرایند موجود در نظام حقوقی کنونی ایران نام برد:

۴-۱. لزوم حضور یک پزشک در هیأت مؤسس: یکی از بارزترین مصادیق تعارض منافع در نظام سلامت ایران را می‌توان در آیین‌نامه‌های تأسیس مؤسسات پزشکی مشاهده نمود، بدین ترتیب که در فرمت استاندارد آیین‌نامه‌های تأسیس قید شده است که مؤسس درمانگاه حتماً می‌بایست از میان پزشکان انتخاب شده و در صورتی که مؤسسین چند نفر باشند، یکی از آن‌ها حتماً باید پزشک باشد. آنچه در این مقام مورد نظر ما می‌باشد، تعارض منافع شکل گرفته در مواردی است که نحوه تنظیم مناسبات مجری در زمینه تأسیس و بهره‌برداری مؤسسات پزشکی و مراکز درمانی که از سوی دولت به عنوان نهاد حاکمیتی صورت می‌پذیرد، باعث به وجود آمدن عدم تقارن در حقوق بخش دولتی و خصوصی می‌گردد و یا منافع یا امتیازات ویژه‌ای را به نفع فارغ‌التحصیلان پزشکی جاری می‌سازد. لازم به ذکر است مواردی که یک مقام دولتی توأمان سهامدار یک شرکت و یا مؤسسه سلامت‌محور می‌باشد را می‌توان به نوعی در زمره مصادیق تعارض تعهد (Conflict of Commitment) نیز به شمار آورد، چراکه فرد مذکور همزمان متعهد به دو مسئولیت اولیه می‌باشد (۱۹).

کمیسیون‌های یادشده از سوی مجلس شورای اسلامی به تصویب برسد.

شایان ذکر است «آیین‌نامه اجرایی نحوه معرفی، ارائه اطلاعات علمی و بازاریابی فرآورده‌های دارویی، بیولوژیک، مکمل‌ها، فرآورده طبیعی، سنتی و تجهیزات پزشکی مصوب ۱۳۹۷» نیز که در ماده ۱۱ خود کمیته ملی اخلاق بالینی و کمیته‌های دانشگاهی اخلاق بالینی را به عنوان مرجع اصلی پیگیری تخلفات مرتبط با کمیسیون‌های موضوع ماده ۲۰ ذی صلاح دانسته است، با درج قید «در صورت لزوم» در بیان حکم ارجاع مراتب از سوی کمیته‌های مزبور به مراجع قضایی و انتظامی ذی‌صلاح، عملاً همین حکم حداقلی در مقام نظارت بر کمیسیون‌های یادشده را نیز تا حدودی متزلزل ساخته است، چراکه عملاً تاب تفسیر نهفته در بطن عبارت «در صورت لزوم» دست کمیته‌های اخلاق بالینی دانشگاه‌ها را در ارجاع موارد تخلف به مراجع قضایی ذی‌ربط باز گذاشته و این شائبه را به وجود آورده است که این تدبیر قانونی به جای حل معضل، به محل لابی‌گری دیگری تبدیل گردد، حتی اگر در عمل چنین اتفاقی هرگز نیفتد. همچنین می‌توان از حکم مقرر در بند «پ» ماده ۷۲ قانون برنامه ششم توسعه مبنی بر تعیین فهرست رسمی دارویی ایران توسط سازمان غذا و دارو به عنوان حکم قانونی مستعد دیگری در شکل‌گیری بحث تعارض منافع در نظام سلامت ایران یاد کرد، چراکه شرکت‌های داروسازی و یا واردکنندگان دارو، انگیزه زیادی خواهند داشت تا با لابی‌گری و اهرم‌های مختلف سعی بر وارد نمودن داروی مد نظر خود در فهرست داشته تا از مزایا و منافع مترتب بر فهرست رسمی دارویی ایران بهره‌مند گردند. همچنین اخیراً سازمان غذا و دارو با هماهنگی انجمن داروسازان برنامه‌ای را اجرایی نموده است که به موجب آن تنها داروخانه‌های منتخب به انتخاب سازمان، سهمیه برخی داروها مانند انسولین را خواهند داشت که این انتخاب بدون ذکر معیارها و مصادیق انتخاب، خود مستعد شکل‌گیری بستر دیگری از تعارض منافع بوده و نیازمند حضور آگاه و به موقع نهاد قانونگذار به منظور برچیده‌شدن زمینه‌های مستعد تعارض منافع در نظام سلامت می‌باشد.

تا مشکلات ناشی از دوشغله‌بودن (Dual Practice) برای مؤسسين ایجاد نگردد، در حالی که مطابق آمار موجود معضل دوشغله‌بودن پزشکان به ویژه در میان اعضای هیأت‌علمی تمام وقت ایران شایع گزارش شده است (۲۰)، از دیگر سو مطابق حکم مقرر در ماده ۳ «آیین‌نامه اداری و استخدامی اعضای هیأت‌علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کشور مصوب ۱۳۹۱»، اعضای هیأت‌علمی تمام‌وقت جغرافیایی حق کار انتفاعی تخصصی خارج از مؤسسه را ندارند، ولیکن مسئولین با این استدلال که مؤسس‌بودن کار و شغل تلقی نمی‌شود، به اعضای هیأت‌علمی تمام‌وقت اجازه تأسیس مؤسسات پزشکی را اعطا نموده‌اند، نتیجتاً این پرسش به ذهن متبادر می‌گردد که چنانچه مؤسس‌بودن شغل نیست، استدلال‌های صورت‌گرفته بر ضرورت اشراف مؤسس به مسائل بهداشتی و درمانی مردود است و چنانچه شغل است که اعضای هیأت‌علمی امکان انجام آن را ندارند.

به نظر می‌رسد رویه موجود در حال حاضر تنها موجب می‌گردد تا سرمایه‌گذاران علاقمند به سرمایه‌گذاری و فعالیت در حوزه نظام سلامت تمایلی به حضور در این حوزه از خود نشان ندهند و عملاً بخش سلامت کشور از جذب سرمایه غیر پزشکان محروم گردد. این عارضه را قوانین سخت‌گیرانه و ناقص موجود در حوزه‌های مختلف، از جمله قوانین مالیاتی علی‌الخصوص در مورد درمانگاه‌های خیریه دوچندان می‌نماید. به عنوان مثال علیرغم وجود قوانین حمایتی متعدد در خصوص خیرین مدرسه‌ساز، خیرین علاقمند به تأسیس مراکز درمانی، بهداشتی از حمایت‌های دولت محروم مانده و در عمل بار سنگین مالیات‌ها و سایر موانع موجود موجب گردیده است تا خیرین تمایلی به سرمایه‌گذاری در حوزه نظام سلامت از خود نشان ندهند. به عنوان نمونه‌ای از این تبعیض که به نظر می‌رسد سهوی نیز بوده است، متن احکام مقرر در ماده ۶۳ «قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۹۶» در حمایت از خیرین مدرسه‌ساز و ماده ۶۵ آن قانون در باره خیرین علاقمند به فعالیت در حوزه نظام سلامت شایان توجه است. به موجب

در مقام دفاع از این حکم فعالان حوزه بهداشت و درمان استدلال می‌کنند، چون ماهیت و فعالیت اصلی مؤسسات پزشکی فعالیت انتفاعی صرف نیست و با سلامت مردم سروکار دارد، لذا فرد مؤسس می‌بایست از بین پزشکان انتخاب گردد تا با مقتضیات سلامت آشنایی کافی داشته و در این بین با ملاحظات اقتصادی احتمالی مؤسس غیر پزشک، سلامت مردم قربانی منافع اقتصادی نگردد. به نظر می‌رسد پاشنه آشیل این استدلال این باشد که با وجود مسئول فنی در مؤسسات پزشکی با شرح وظایف مشخص، دغدغه مذکور چندان وارد نباشد، زیرا مطابق متن آیین‌نامه‌های تأسیس، وظایف مؤسس با مصادیقی همچون معرفی مسئول فنی، اجرای نظرات و پیشنهادات مسئولین فنی بخش‌های مختلف مؤسسه جهت اجرای امور پزشکی و فنی، برنامه‌ریزی و سازماندهی مناسب مؤسسه جهت ارائه خدمات مطلوب و جلب رضایت بیماران، رعایت منشور حقوق بیماران و پرسنل و رعایت موازین تأمین حفاظت فنی و ایمنی، نظارت بر حسن اجرای استانداردهای مربوطه، پاسخگویی به محاکم قضایی، تأمین تجهیزات و ملزومات پزشکی، مصرفی، دارویی و کلیه اقلام مورد نیاز و اجرا و رعایت الزامات قانونی مرتبط با ضوابط اعتباربخشی مؤسسه بیشتر در حدود اقدامات مدیریتی بوده و تداخلی با وظایف و صلاحیت‌های مسئول فنی در مقام نظارت بر روند و کیفیت اقدامات پزشکی تشخیصی و درمانی مؤسسه ندارد.

از دیگر سو با دقت در شرح وظایف مؤسس مرکز در آیین‌نامه‌های تأسیس می‌توان گفت وظایف مزبور به گونه‌ای تدوین گردیده است که برخلاف مسئول فنی، مؤسسین الزامی به حضور تمام‌وقت در مؤسسه پزشکی نداشته باشند که این مهم در عمل موجب گردیده بسیاری از این پزشکان مؤسس اساساً مقیم ایران نباشند و در عمل این نقیصه خود استدلال وجود تعارض منافع برای مقید کردن تأسیس به حضور پزشک را تقویت می‌کند. به بیان صریح‌تر قوانین و مقررات موجود از طرفی پزشک‌بودن را به عنوان شرط اساسی تأسیس قلمداد نموده‌اند و از دیگر سو، بر اساس همین قوانین وظایف مؤسس به گونه‌ای تدوین شده که نیاز به حضور تمام‌وقت نداشته باشد

حکم مقرر در بند «ت» ماده ۶۳ قانون مذکور دولت مکلف به تنظیم و اجرای سیاست‌های حمایتی از خیرین مدرسه‌ساز می‌باشد و باید معادل کمک‌های تحققیافته آنان را جهت تکمیل طرح‌های (پروژه‌های) نیمه‌تمام خیرین در بودجه سنواتی منظور نماید که آیین‌نامه اجرایی این حکم نیز در سال ۱۳۹۷ به تصویب دولت رسیده و اجرایی گردیده است، در حالی که مطابق حکم مقرر در بند «ث» ماده ۶۵ قانون دولت صرفاً موظف گردیده تا با تشویق خیرین و واقفین و رفع موانع موجود، به گونه‌ای برنامه‌ریزی نماید تا سهم وقف و خیریه از تأمین مالی دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی و فناوری افزایش یابد. همچنین در ادامه مقرر داشته است: «خیرینی که طرح‌هایی را برای حمایت و توسعه آموزش، پژوهش، فناوری و نوآوری‌های فناورانه به انجام برسانند، مشمول مزایا و حمایت‌های مربوط به خیرین مدرسه‌ساز خواهند شد.» همان‌گونه که مشاهده می‌گردد در حوزه حمایت از خیرین نیز اهتمام ویژه‌ای از سوی قانونگذار در مقام حمایت و جذب سرمایه‌های بخش خصوصی در حوزه بهداشت و درمان مشاهده نمی‌گردد که این مهم اثر منفی محدودیت لزوم پزشک‌بودن متقاضی تأسیس مؤسسات پزشکی را در جذب سرمایه‌های بخش خصوصی در نظام سلامت تشدید می‌نماید. پیش‌بینی امکان فعالیت فارغ‌التحصیلان یک یا چند تخصص خاص در عداد مسئولین فنی مؤسسات پزشکی در آیین‌نامه‌های تأسیس نیز می‌تواند به عنوان مصداق دیگری از مقوله تعارض منافع در این حوزه برشمرده شود، نقیصه‌ای که به نظر می‌رسد با دعوت از نمایندگان انجمن‌های علمی و یا بخش خصوصی در جلسات تدوین متون پیش‌نویس آیین‌نامه‌های مزبور و تدقیق و توجه ویژه به کوریکولوم‌های آموزشی رشته‌های مختلف مرتفع گردد.

۲-۴. عدم الزام به ثبت شخصیت حقوقی در مورد مؤسسان بیش از یک نفر: به عنوان دیگر چالش مشهود در فرایند تأسیس مؤسسات پزشکی می‌توان از خلأ حکم قانونی مبنی بر تأسیس شخصیت حقوقی برای مؤسسه در مواردی که مؤسس بیش از یک نفر باشد، یاد کرد. توضیح آنکه در حال

حاضر، حتی اگر چند ده نفر به صورت مشترک سهامدار یک مؤسسه پزشکی باشند، با عدم الزام بر ثبت شخصیت حقوقی همگی در حکم مؤسس تلقی می‌شوند و این نقیصه در عمل موجب گردیده است تا علیرغم ممنوعیت خرید و فروش سهام مؤسسات در قوانین جاری، امکان خرید و فروش سهام مؤسسات به صورت غیر قانونی فراهم گردد، بدین‌نحو که اسامی افراد در آیین‌نامه تأسیس مؤسسه قید گردیده و بعد از مدتی فرد اصیل، سهام خود را به فرد جدیدی که به تازگی وارد هیأت مؤسس شده است، واگذار می‌نماید که این فرایند در عمل موجب می‌گردد تا حکم قانونی منع خرید و فروش سهام مؤسسات پزشکی بلااثر گردد.

توضیح بیشتر آنکه مطابق حکم مقرر در ماده ۳ «قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴ با اصلاحات و الحاقات بعدی»، واگذاری پروانه مؤسسات پزشکی به غیر ممنوع است، از دیگرسو اخذ مجوز تأسیس پروانه هر یک از مؤسسات پزشکی نیز مستلزم وجود شرایطی از جمله رعایت نظام سطح‌بندی، کسب امتیازات لازم برای تأسیس مؤسسه در آن شهرستان و... می‌باشد، ولیکن در عمل نقیصه مذکور موجب گردیده است تا برخلاف قوانین، امکان انتقال پروانه به دیگری محقق گردد، هرچند ظاهر این روند انتقال نیست و عنوان ورود و خروج هم زمان به آن داده شده است، ولی حقیقت آن است که نتیجه‌ای جز انتقال ندارد، با این توضیح که بدواً یک مؤسس به عداد مؤسسان اضافه می‌شود و در ادامه به موجب صورت‌جلسه کمیسیون ماده ۲۰ اجازه ورود مؤسس جدید و استعفای مؤسس قبلی داده می‌شود. لازم به ذکر است تصمیم‌سازان این حوزه غالباً از چالش عدم امکان احراز صلاحیت اشخاص حقوقی به عنوان مانع اصلی الزام به ثبت شخصیت حقوقی در موارد مؤسس بیش از دو نفر یاد می‌کنند، در حالی که طبق حکم مقرر در ماده ۸ «قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مصوب ۱۳۶۴» و ماده ۱ «آیین‌نامه اجرایی ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اصلاحی مصوب ۱۳۹۱»، صدور پروانه برای اشخاص حقوقی پیش‌بینی گردیده است، فلذا استدلال عدم امکان تأیید

تصویب و ابلاغ آیین‌نامه مزبور، پس از آن برای تأسیس مؤسسات پزشکی ضوابط مربوط تنها در محدوده بیان شرایط و ضوابط اختصاصی (علی‌حده بر شرایط عمومی تأسیس، شامل شرح فعالیت‌ها و صلاحیت مؤسسه و ضوابط پرسنلی و تجهیزاتی) مصوب گشته و تنها در ماده‌ای از آیین‌نامه‌های تخصصی هر مؤسسه به لزوم تبعیت ذی‌نفعان از مفاد این آیین‌نامه در خصوص ضوابط عمومی تأسیس و بهره‌برداری مؤسسات پزشکی تأکید می‌گردد. این سازوکار موجب می‌گردد تا اصل «رفتار برابر با افراد برابر» که از جمله نخستین اصول استقرار عدالت محسوب می‌گردد، محقق گشته و از تشتت رویه و برخوردهای سلیقه‌ای و یا تعارضات سهوی مؤثر بر حقوق بخش خصوصی جلوگیری گردد. بدیهی است در صورت تدوین و ابلاغ آیین‌نامه مذکور می‌توان با درج احکام مرتبط با لزوم تأسیس شخصیت حقوقی برای مؤسساتی که بیش از یک نفر مؤسس دارند. همچنین حذف محدودیت الزام به پزشک بودن مؤسس و یا یکی از مؤسسين در زمانی که چند نفر متقاضی تأسیس هستند، همراه با اعمال حمایت‌های بیشتر از خیرین علاقمند در حوزه نظام سلامت همچون معافیت‌های مالیاتی، ضمن تلاش برای حذف چالش‌های موجود، مشکل کمبود منابع در نظام سلامت را نیز با جذب حداکثری سرمایه‌های بخش خصوصی در حوزه بهداشت و درمان تا حدودی مرتفع نمود. همچنین پیشنهاد می‌شود به طور خاص قانونی در ارتباط با نحوه جذب سرمایه‌گذاری خارجی در حوزه بهداشت و درمان از سوی مجلس شورای اسلامی تدوین گردد. در خصوص کمیسیون‌های ماده ۲۰ و به طور کل فرایند صدور مجوز تأسیس مؤسسات پزشکی نیز ضمن تأیید اقدام خوب راه‌اندازی پنجره واحد صدور الکترونیکی مجوزهای کشور از سوی دولت، با توجه به مقتضیات خاص نظام سلامت و مقوله حساس سلامت جامعه باید یکی از مهم‌ترین اقدامات مجلس شورای اسلامی جهت حفظ و سیانت از حقوق ملت در بخش بهداشت و درمان را تصویب قانونی خاص جهت ساختار بندی و سر و سامان بخشیدن به بحث صدور مجوزهای تأسیس در بخش بهداشت و درمان دانست تا سلامت و حیات مردم اولین

صلاحیت اشخاص حقوقی پذیرفته نیست، از سوی دیگر مطابق قانون تجارت شخصیت حقوقی شرکت از مدیران و شرکا مستقل است، فلذا صدور پروانه تأسیس به نام مدیران در مؤسسات حقوقی برخلاف قانون است، مضاف بر آنکه می‌توان از طریق تهیه اساسنامه تیپ برای شرکت‌های متقاضی تأسیس مؤسسه پزشکی و بازنگری ضوابط داخلی وزارت متبوع تمهیدات لازم برای احراز صلاحیت شرکت‌های مزبور را فراهم نمود.

به عنوان دیگر دلیل عدم الزام به ثبت شخصیت حقوقی برای مؤسسين بیش از دو نفر، از اجتناب از شمول «قانون منع تصدی بیش از یک شغل برای کارکنان دولت مصوب ۱۳۷۳» در خصوص پزشکان یاد می‌شود که این استدلال نیز گواه دیگری بر تقویت امکان وجود مقوله تعارض منافع در فرایند موجود می‌باشد، چراکه از نگاه کمیسیون ماده ۲۰ قانون و مسئولین مربوطه، عمده مدیران عامل و روسای هیأت مدیره مؤسسات پزشکی کارکنان دولت هستند (یعنی پزشکان مستخدم دولت) که در صورت تأسیس مؤسسه تحت عنوان شخصیت حقوقی مشمول قانون منع تصدی بیش از یک شغل می‌شوند.

نتیجه‌گیری

مطابق یافته‌های مطالعه حاضر، با عنایت به این مهم که منطبق با حوزه گسترده خدمات بهداشتی، درمانی «آیین‌نامه‌های تأسیس مؤسسات پزشکی»، درصد متناهی از مصوبات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را تشکیل می‌دهند و بخش عمده مصوبات یادشده نیز به بیان شرایط عمومی تأسیس شامل اختصارات و تعاریف، شرایط تأسیس و بهره‌برداری، وظایف مؤسس، شرایط و وظایف مسئول فنی و تخلفات می‌پردازد، پیشنهاد می‌گردد تا با تدوین و ابلاغ یک متن واحد با عنوان «شرایط عمومی تأسیس مؤسسات سلامت محور» ضمن جلوگیری از تشتت و عدم اتخاذ رویه یکسان در کلیات مرتبط با تأسیس مؤسسات، گام مهمی در مسیر اجرای عدالت در این حوزه برداشته شود. بدیهی است در صورت

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع احتمالی را در رابطه با تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله اعلام نکرده‌اند.

تأمین مالی

نویسندگان اظهار می‌نمایند که هیچ‌گونه حمایت مالی برای تحقیق، تألیف و انتشار این مقاله دریافت نکرده‌اند.

قربانی منافع اقتصادی و تضاد منافع این حوزه نباشد. در این خصوص به نظر می‌رسد طراحی یک سازوکار منسجم با تأسیس یک دفتر و یا اداره کل با سطوح متعدد تصمیم‌گیری نسبت به صرفاً اصلاح ترکیب کمیسیون‌های ماده ۲۰ ارجحیت داشته باشد، چراکه فارغ از اشخاص حقیقی عضو کمیسیون‌ها، این خود ساختار موجود است که لاجرم مستعد شکل‌گیری تعارض منافع می‌باشد. دعوت از نمایندگان اصناف و تشکلهای صنفی و خبرگان خارج از حوزه مدیریتی وزارت بهداشت در جلسات مربوط به تصمیم‌گیری در خصوص صدور مجوزها و یا تدوین و تصویب آیین‌نامه‌های تأسیس نیز می‌تواند گام مؤثری در مسیر حذف تک‌صدایی و مقابله با آفت نقض حقوق ذی‌نفعان در این فرایند محسوب گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد با تأسی از اصل بدیهی نظارت و تعادل (Check and Balance) در حقوق اساسی به منظور مهار قدرت، کمیته‌های علمی متعددی با ساختار و سازوکارهای شفاف، هم‌عرض یکدیگر در نهادهای تصمیم‌ساز در حوزه‌های منتخب این پژوهش تشکیل گردد تا هر یک با ایفای نقش ناظر و مکمل، بتوانند از زیاده‌خواهی‌ها و عدول از شرایط انصاف و قانون یکدیگر جلوگیری کنند. همچنین تدوین و پیاده‌سازی یک سازوکار نظارتی منسجم، به موقع و بهینه در مراحل مختلف صدور مجوزها، مشروط به اینکه در تضاد با اصل ساده‌سازی و شفافیت نبوده و نظام را دچار آفت بوروکراسی ننماید نیز می‌تواند گام مثبت دیگری در میسر مدیریت تعارض منافع این حوزه از نظام سلامت تلقی گردد.

مشارکت نویسندگان

وحید مودن: ارائه ایده، بررسی متون و منابع، تحلیل مطالب، ارائه پلان و نگارش متن.

احسان شمسی گوشکی: مشاوره، بازبینی، اصلاح و ویرایش مقاله. عزت‌اله زارعی هنزکی و محبوبه محمدرضائی: ایده‌پردازی و مشاوره.

نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تأیید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته‌اند.

References

1. Dennis F. Thompson. understanding financial conflict of interest. *N Engl J Med*. 1993; 329(8): 573-576.
2. Cain MD, Loewenstein G, Moore DA. Coming Clean but Playing Dirty: The Shortcomings of Disclosures as a solution to Conflict of Interest, in conflict of interest: Challenges and solutions in business, law, medicine and public policy. Cambridge: Cambridge University Press; 2005. p.108.
3. Anonymous. Law West's Encyclopedia of American Conflict of Interest. Online. 2021. Available at: <http://www.answers.com/topic/conflict-of-interest>. Accessed May 11, 2021.
4. Bekelman JE, Ly Y, Gross CP. Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*. 2003; 289(4): 454-465.
5. Bruning P, Baghurst T. Improving Ethical Decision Making in Health Care Leadership. *Business and Economics Journal*. 2013; 4(2): 1-5.
6. Manzor D, Abasi Kalash M. Naghshe Shafafiyat dar Kahesh Taaroz Manafe va Moghabele Ba Fesad. *Quarterly Journal of Fiscal and Economic Policies*. 2020; 7(27): 87-103. [Persian]
7. Jafarian A, Parsapour A, Asghari F, Shahi F. Conflict of Interests in the Health System, Generalities and Management Framework. *Quarterly Journal of Health Promotion: Academy of Medical Sciences of Islamic Republic of Iran*. 2021; 5(1): 29-35. [Persian]
8. Anonymous. American College of Physicians. ACP Clinical Recommendations. Online. 2020. Available at: http://www.acponline.org/clinical_information/guidelines. Accessed November 27, 2020.
9. Chan AW, Krlaza-Jeric K, Schmid I, Altman DG. Outcome reporting bias in randomized trials funded by the Canadian Institutes of Health Research. *Canadian Medical Association Journal*. 2004; 171(7): 735-740.
10. Milanifar A, Akhondi MM, Paikarzadeh P, Larijani B. Arzyabi Hoghoghi Taaroz Manafe dar Hoghoghe Nezame Salamate Iran. *Iranian Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2011; 5(1): 1-16. [Persian]
11. Ong EK, Glantz SA. Constructing "sound science" and "good epidemiology": Tobacco, lawyers and public relations firms. *Am J Public Health*. 2001; 91(11): 1749-1757.
12. Givati Y. A Theory of Whistle-blower Rewards. *Journal of Legal Studies*. 2016; 45(1): 43-72.
13. Cain D, Loewenstein G, Moore D. The dirt on coming clean: The perverse effects of disclosing conflicts of interest. *Journal of Legal Studies*. 2005; 34: 1-25.
14. Henderson JA, Smith JJ. Financial conflict of interest in medical research: Overview and analysis of institutional controls. *Food and Drug Law Journal*. 2003; 58(2): 251-267.
15. Hutchinson E, Balabanova D, McKee M. *International Journal of Health Policy Management*. 2019; 8(4): 191-194.
16. Shamsi Gooshki E, Parsapoor A, Asghari F, Parsa M, Saedinejad Y, Biroudian S, et al. Developing "Code of Ethics for Medical Professionals, Medical Council of Islamic Republic of Iran". *Arch Iran Med*. 2020; 23(10): 658-664.
17. Delpasand K, Torkman Nezhad SH, Nourian M. Conflict of Interest and Lack of Transparency as Corruption in the Health System. *Legal Thoughts Journal*. 2020; 1(3): 31-39. [Persian]
18. Vahedi Z, Sheibani A, Bidar Z. Nature and competencies of article 20 commissions with a focus on the legal system governing pharmacies in light of administrative justice court precedent. *Iran J Med Law*. 2019; 12(47): 63-82. [Persian]
19. Mills ME. Conflict in Health Care Organizations. *J Health Care Law Policy*. 2002; 5(2): 502-523.
20. Bayat M, Salehi Zalani G, Harirchi I, Shokri A, Mirbahaeddin E, Khalilnezhad R, et al. Extent and nature of dual practice engagement among Iran medical specialists. *Hum Resources for Health*. 2018; 16(61): 2-10. [Persian]