



The Iranian Medical Council at the Boundary Between Professional Regulation and Occupational Interest Representation



Hadi Salehi

Assistant Professor of Public Law, Department of Public Law, Faculty of Law and Political Science, Shiraz University, Shiraz, Iran.



salehi.0306@gmail.com



Emad Safarnezhad Borujeni

Ph.D. Student in Public Law, Department of Public Law, Faculty of Law and Political Science, Shiraz University, Shiraz, Iran.



Emads1996@gmail.com

Abstract

The Iranian Medical Council is one of the principal regulatory institutions in the healthcare sector. In addition to participating in professional licensing, setting professional standards, and conducting disciplinary proceedings, it also represents and advances the interests of medical professionals. This combination of regulatory authority and representative functions raises the question of whether consolidating these roles within a single institution is compatible with the requirements of professional regulation in healthcare. This article argues that the central issue is not whether the Council is a professional or representative body, but rather the integration of public regulatory powers with mechanisms for representing professional interests. Such an arrangement may create conflicts of interest, weaken accountability, and reduce public confidence. Using a descriptive-analytical and comparative approach, the study first examines the distinction between professional regulatory bodies and representative organizations and then analyzes the institutional position of the Iranian Medical Council in light of its legal powers, institutional structure, and quasi-judicial functions. The findings suggest that a complete separation between professional regulation and professional representation in healthcare is neither always feasible nor necessarily desirable. However, separating public regulatory responsibilities from representative functions is an institutional necessity. Accordingly, reform of the Iranian Medical Council should focus on clarifying its legal mandate, restructuring disciplinary mechanisms, strengthening public accountability, and reducing conflicts of interest.

Keywords:

Conflict of interest; professional regulation; health law; Iran Medical Council (IRIMC); professional system; guild system; professional representation.

How To Cite:

Salehi, H., & Safarnezhad Borujeni, E. (2026). The Iranian Medical Council at the boundary between professional regulation and occupational interest representation. *Health Law and Policy*, 1(1), pp. 23-54.

Received: 16/06/2026

Received in revised form: 07/07/2026

Accepted: 26/08/2026

Published online:



سازمان نظام پزشکی ایران در مرز تنظیم‌گری حرفه‌ای و نمایندگی صنفی

دریافت: ۱۴۰۵/۰۳/۲۶
بازنگری: ۱۴۰۵/۰۵/۲۰
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۵/۲۵
انتشار برخط:

■ salehi.0306@gmail.com

هادی صالحی^۱

■ Emads1996@gmail.com

✉ عماد صفرنژاد بروجنی^۲

سازمان نظام پزشکی ایران یکی از نهادهای مهم تنظیم‌گر حوزه سلامت است که علاوه بر مشارکت در صدور مجوز وظيفه تعیین ضوابط حرفه‌ای و رسیدگی انتظامی و نمایندگی و پیگیری منافع شاغلان حرفه پزشکی را نیز بر عهده دارد. این همنشینی صلاحیت‌های تنظیم‌گرانه و کارکردهای صنفی این پرسش را مطرح می‌کند که آیا تجميع این وظایف در یک نهاد با الزامات تنظیم‌گری حرفه‌ای در حوزه سلامت سازگار است. فرض مقاله آن است که مسئله اصلی نه حرفه‌ای یا صنفی بودن سازمان، بلکه اختلاط صلاحیت‌های ناظر به منفعت عمومی با سازکارهای نمایندگی منافع حرفه‌ای است؛ اختلاطی که می‌تواند زمینه تعارض منافع، ابهام در پاسخ‌گویی، و کاهش اعتماد عمومی را فراهم آورد. پژوهش با روش توصیفی-تحلیلی و رویکرد تطبیقی ابتدا تمایز میان نظام حرفه‌ای و نظام صنفی را بررسی و سپس جایگاه سازمان نظام پزشکی ایران را بر اساس صلاحیت‌های قانونی، ساختار نهادی، و کارکردهای شبه‌قضایی آن تحلیل می‌کند. یافته‌ها نشان می‌دهد تفکیک کامل نهاد حرفه‌ای و صنفی در حوزه سلامت نه همواره ممکن است نه لزوماً مطلوب. اما تفکیک صلاحیت‌های تنظیم‌گری عمومی از کارکردهای نمایندگی صنفی ضرورتی نهادی است. ازاین‌رو، اصلاح ساختار سازمان باید بر شفاف‌سازی صلاحیت‌ها، بازآرایی سازکارهای انتظامی، تقویت پاسخ‌گویی عمومی، و کاهش تعارض منافع متمرکز باشد.

واژگان کلیدی:

تعارض منافع، تنظیم‌گری حرفه‌ای، حقوق سلامت، سازمان نظام پزشکی، نظام حرفه‌ای، نظام صنفی، نمایندگی صنفی.

استناد:

صالحی، هادی، و صفرنژاد بروجنی، عماد (۱۴۰۵). سازمان نظام پزشکی ایران در مرز تنظیم‌گری حرفه‌ای و نمایندگی صنفی. حقوق و سیاست‌گذاری سلامت، (۱)، صص ۲۳-۵۴.

۱. استادیار حقوق عمومی، گروه حقوق عمومی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

۲. دانشجوی دکتری حقوق عمومی، گروه حقوق عمومی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران.

مقدمه

تنظیم‌گری حرفه‌های سلامت یکی از حوزه‌های پیچیده حکمرانی عمومی است. زیرا این حوزه در نقطه تلاقی سه ارزش بنیادین قرار دارد: صیانت از سلامت و منافع عمومی، تضمین استقلال حرفه‌ای صاحبان دانش تخصصی، و حمایت از حقوق و منافع شاغلان حرفه‌های درمانی. تحقق هم‌زمان این اهداف مستلزم طراحی نهادهایی است که از یک سو توانایی ارزیابی تخصصی عملکرد اعضای حرفه را داشته باشند و از سوی دیگر در برابر جامعه و نهادهای عمومی پاسخگو باقی بمانند. به همین دلیل، چگونگی سازمان‌دهی نهادهای حرفه‌ای و ارتباط آن‌ها با نهادهای صنفی از مسائل مهم نظام‌های تنظیم‌گری سلامت در جهان معاصر به شمار می‌رود.

در تحلیل نهادهای تنظیم‌گر سلامت، می‌توان میان نهادهای حرفه‌ای و نهادهای صنفی از حیث کارکرد تفکیک گذاشت. نهادهای حرفه‌ای عموماً مسئولیت‌هایی نظیر صدور مجوز فعالیت، تعیین استانداردهای حرفه‌ای، رسیدگی انتظامی به تخلفات، و حفاظت از منافع عمومی را بر عهده دارند؛ درحالی‌که نهادهای صنفی وظیفه نمایندگی، حمایت، و پیگیری مطالبات اقتصادی و شغلی اعضای حرفه را دنبال می‌کنند. این تفکیک نهادی با هدف جلوگیری از تعارض منافع و حفظ اعتماد عمومی به سازکارهای تنظیم‌گری حرفه‌ای صورت می‌گیرد. با این حال، مرز میان این دو کارکرد در همه نظام‌های حقوقی یکسان نیست و در برخی کشورها اشکال مختلفی از هم‌پوشانی میان آن‌ها مشاهده می‌شود. بنابراین معیار اصلی در این مقاله عنوان نهادی «حرفه‌ای» یا «صنفی» نیست، بلکه نوع صلاحیت‌ها، جهت‌گیری آن‌ها به سوی منفعت عمومی یا منافع اعضا، و ارتباط آن‌ها با پاسخ‌گویی عمومی است.

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران نمونه‌ای برجسته از این هم‌پوشانی نهادی است. این سازمان از زمان تأسیس خود تاکنون، علاوه بر ایفای برخی وظایف تنظیم‌گرانه و شبه‌حاکمیتی در حوزه سلامت، مأموریت‌هایی در زمینه پیگیری مطالبات و منافع صنفی اعضای حرفه پزشکی نیز بر عهده داشته است. تجمع این دو دسته کارکرد در یک نهاد همواره پرسش‌هایی را درباره ماهیت حقوقی سازمان، حدود استقلال حرفه‌ای آن، میزان پاسخ‌گویی عمومی، و امکان بروز تعارض منافع مطرح کرده است. این پرسش‌ها به‌ویژه در سال‌های اخیر و هم‌زمان با گسترش مباحث حکمرانی سلامت، تنظیم‌گری مستقل، و شفافیت نهادی اهمیت بیشتری یافته‌اند.

در مباحث حقوقی ایران، سازمان نظام پزشکی و سایر نظام‌های حرفه‌ای از جنبه‌های مختلف بررسی شده‌اند. اما کمتر پژوهشی به ارتباط میان کارکردهای حرفه‌ای و صنفی این نهادها پرداخته است. برخی مطالعات به مقایسه سازمان نظام پزشکی با کانون وکلا و بررسی ویژگی‌های ساختاری و انتظامی آن پرداخته‌اند (ملکی، ۱۳۴۸). برخی دیگر ساختار و اهداف و وظایف سازمان‌های حرفه‌ای را به صورت توصیفی تحلیل کرده‌اند (مرادزاده و طلابکی، ۱۳۹۶). همچنین، صلاحیت‌های شبه‌قضایی سازمان نظام پزشکی و امکان گسترش نقش آن در رسیدگی به تخلفات حرفه‌ای مورد توجه قرار گرفته است (باقری مطلق و قاسمی‌حامد، ۱۳۹۸). در سطحی کلی‌تر نیز مبانی و جایگاه نظام‌های حرفه‌ای در حقوق عمومی ایران



(مرادزاده و طلابکی، ۱۳۹۶؛ مرادزاده، ۱۴۰۰) و جایگاه سازمان نظام پزشکی در نظام حقوق عمومی و نقش آن در رسیدگی به تخلفات حرفه‌ای پزشکان بررسی شده است (جهان‌بخشی، ۱۴۰۲). با این حال، موضوع اختلاط صلاحیت‌های تنظیم‌گرانه و کارکردهای نمایندگی صنفی در سازمان نظام پزشکی، به‌ویژه از منظر تمایز نظام حرفه‌ای و نظام صنفی در حقوق ایران و ارتباط آن با صلاحیت‌های شبه‌قضایی، موضوعی است که تاکنون به صورت مستقل و نظام‌مند مطالعه نشده است.

پژوهش حاضر با رویکردی توصیفی-تحلیلی و با بهره‌گیری از مطالعه تطبیقی در پی پاسخ به این پرسش است که آیا تجمیع کارکردهای حرفه‌ای و صنفی در سازمان نظام پزشکی ایران با منطق نهادهای حرفه‌ای در نظام‌های معاصر تنظیم‌گری سلامت سازگار است و در صورت وجود تعارض چه راهکارهای نهادی برای اصلاح آن قابل تصور است؟ برای پاسخ به این پرسش، ابتدا روند تاریخی شکل‌گیری نهادهای حرفه‌ای از دل انجمن‌ها و اتحادیه‌های صنفی و ویژگی‌های خاص حرفه‌های سلامت بررسی می‌شود. سپس ساختار تنظیم‌گری حرفه‌ای در دو نظام حقوقی بریتانیا و ایالات متحده آمریکا، به منزله دو الگوی اثرگذار، مطالعه و با وضعیت ایران مقایسه می‌شود. در ادامه، پیشینه و ساختار و کارکردهای سازمان نظام پزشکی ایران تحلیل و آسیب‌شناسی می‌شود. در نهایت، پیشنهادهایی برای بازآرایی نهادی تنظیم‌گری حرفه‌های سلامت در ایران ارائه می‌شود.

همچنین پژوهش در پی پاسخ به این پرسش است که سازمان نظام پزشکی ایران از حیث توزیع صلاحیت‌های تنظیم‌گرانه عمومی و کارکردهای نمایندگی صنفی چه جایگاهی دارد و آیا ساختار موجود از منظر تعارض منافع، پاسخ‌گویی عمومی، و کارآمدی رسیدگی‌های حرفه‌ای به بازآرایی نهادی نیاز دارد؟ فرضیه پژوهش آن است که مسئله اصلی نه صرف حرفه‌ای یا صنفی بودن سازمان نظام پزشکی بلکه اختلاط صلاحیت‌های ناظر به منفعت عمومی با سازکارهای نمایندگی منافع حرفه‌ای است؛ اختلاطی که می‌تواند در حوزه‌هایی مانند صدور مجوز، تعیین استانداردهای حرفه‌ای، و رسیدگی انتظامی زمینه ابهام در پاسخ‌گویی و تعارض منافع را فراهم کند. با هدف بررسی فرضیه پژوهش، ابتدا مبانی تمایز نظام حرفه‌ای و نظام صنفی و پیشینه فشرده شکل‌گیری این دو کارکرد مطالعه می‌شود. سپس، ساختار تنظیم‌گری حرفه‌ای در دو نظام حقوقی بریتانیا و ایالات متحده آمریکا نه به منزله الگوهای بی‌نقص یا نزدیک‌ترین نمونه‌ها به ایران، بلکه به مثابه دو تجربه اثرگذار در تنظیم‌گری سلامت و صرفاً از حیث توزیع صلاحیت‌های الزام‌آور میان نهادهای تنظیم‌گر و نهادهای نمایندگی حرفه‌ای/صنفی بررسی و با وضعیت ایران مقایسه می‌شود. از این رو، مطالعه تطبیقی در این مقاله بر برچسب نهادی «حرفه‌ای» یا «صنفی» استوار نیست، بلکه بر صلاحیت‌هایی مانند صدور مجوز، نظارت انتظامی، ترکیب ارکان تصمیم‌گیری، حضور یا عدم حضور اعضای غیر حرفه‌ای، و ارتباط نهاد با منفعت عمومی تمرکز دارد. در ادامه، پیشینه و ساختار و کارکردهای سازمان نظام پزشکی ایران تحلیل و آسیب‌شناسی می‌شود و در نهایت پیشنهادهایی برای بازآرایی نهادی تنظیم‌گری حرفه‌های سلامت در ایران ارائه خواهد شد.



۱. از نهادهای صنفی تا کارکردهای حرفه‌ای حوزه سلامت

نهادهای حرفه‌ای^۱ حوزه سلامت سازمان‌هایی متشکل از گروه خاصی از شاغلان حوزه سلامت هستند که بخشی از وظایف تنظیم‌گرانه دولت را بر پایه تصمیمات تخصصی بر عهده می‌گیرند. با این حال ترکیب تخصصی این نهادها سبب می‌شود، با وجود این کارکردهای عمومی، کارکردها و رویکردهایی را نیز از نهادهای سلف خود (انجمن‌های صنفی)^۲ به میراث برند. از این رو، مقصود از تمایز نهاد حرفه‌ای و نهاد صنفی در این مقاله جدایی مطلق تاریخی یا نهادی میان این دو نیست؛ بلکه تفکیک تحلیلی میان کارکردهایی است که به تنظیم‌گری عمومی، صدور مجوز، تعیین استاندارد، و رسیدگی انتظامی مربوط می‌شود و کارکردهایی که ناظر به نمایندگی و حمایت از منافع اعضای حرفه است. در این بخش تلاش می‌شود منطق شکل‌گیری انجمن‌های صنفی و تفویض تدریجی کارکردهای عمومی به آن‌ها تا نقطه تأسیس نهادهای حرفه‌ای، به مثابه سازمان‌هایی در درجه اول، عمومی، پیگیری شود و سپس به بررسی پیشینه تاریخی این نهادها در حوزه سلامت پرداخته می‌شود.

۱-۱. پیشینه و منطق شکل‌گیری نهادهای حرفه‌ای

نهادهای صنفی از دیرباز به مثابه سازکارهایی برای سازمان‌دهی فعالیت‌های حرفه‌ای و اقتصادی شکل گرفته‌اند و هدف اصلی آن‌ها مدیریت رقابت، تضمین کیفیت، و نظارت بر بازار بوده است. ریشه این نهادها در اروپا به دوران امپراتوری روم بازمی‌گردد و حتی در دوران تاریک قرون چهارم تا دهم میلادی نیز آثار آن‌ها مشاهده می‌شود. با رشد تجارت و ثبت اسناد عمومی از ابتدای هزاره دوم، حضور نهادهای صنفی پررنگ‌تر شد و در قرون وسطی متأخر به اوج فعالیت خود رسیدند. این سازمان‌ها به تاجران و صنعتگران محلی امکان می‌دادند با نخبگان سیاسی برای دریافت امتیازات انحصاری مذاکره و در مقابل سهمی از این مزایا را به آن‌ها منتقل کنند (Ogilvie, 2014, pp. 170-171).

در جهان اسلام، اتحادیه‌های صنفی عملکردی دوگانه داشتند. برخی پژوهش‌ها ارتباط شکل‌گیری این نهادها با جنبش قرمطیان را نشان می‌دهند که هدف آن‌ها بسیج نیروی کار برای اعمال فشار بر حاکمان بود. تحت خلافت عباسیان، اصناف با محدودیت‌های شدید مواجه بودند و استقلال کامل نداشتند. اما در خلافت فاطمیون از رفاه و امتیازات قابل توجه برخوردار شدند و نقش مهمی در تجارت و آموزش ایفا کردند (Lewis, 1937, pp. 20-37). در دوره‌های بعد، به ویژه در امپراتوری عثمانی، اصناف تحت نظارت شدید دولت فعالیت می‌کردند و مدیران آن‌ها معمولاً توسط حکومت منصوب می‌شدند که نشان‌دهنده فقدان استقلال واقعی نهادهای صنفی در این منطقه بود (اشرف، ۱۳۷۵، صص. ۱۹-۲۶).

1. Professional Associations

2. Guild

البته این واژه برای انواع دیگری از اجتماعات نیز به کار رفته است؛ مانند گروه‌های مذهبی، قومی، همسایگی، و حتی شبه‌نظامی.

در قرون دهم و یازدهم میلادی اتحادیه‌های صنفی در شهرهای ایران وجود داشته‌اند؛ هرچند نقطه این اتحادیه‌ها به عصر ساسانی برمی‌گردد. مثلاً کلاه‌دوزان و طناب‌بافان و بازرگانان ابریشم خام و فروشندگان منسوجات ابریشمی از دیگر اتحادیه‌ها متنفذتر بوده‌اند. سازمان‌های صنفی در ایران آن زمان به نسبت معادل‌های خود در اروپای غربی ضعیف‌تر بودند و نتوانستند انحصار صنفی در شهرها برقرار کنند؛ همچنین نمی‌توانستند نرخ محصولات پیشه‌وران را به میل خود در بازار تعیین کنند.^۱ این اتحادیه‌ها هرچند می‌توانستند رئیسی برای خود انتخاب کنند، این رئیس تابع رئیس شهر بود و در بسیاری از شهرها کماکان به دولت یا فئودال‌های محلی خراجی به شکل مصنوعات پیشه خود پرداخت می‌کردند (پیگولوسکایا و همکاران، ۱۳۵۳، صص. ۲۴۹-۲۵۰).

حضور گسترده کسبه و پیشه‌وران شهری و سازمان‌دهی بازارهای محلی در ایران زمینه شکل‌گیری نهادهای صنفی را فراهم کرد. این نهادها، ضمن تأمین نظم بازار و مدیریت امور مالیاتی، نقش مهمی در آموزش نیروی انسانی و ساماندهی فعالیت‌های حرفه‌ای ایفا می‌کردند. در دوره صفویه، با رونق شهرنشینی و رشد اقتصادی، دامنه فعالیت‌های صنفی گسترده‌تر شد. اما اصناف همچنان تحت نظارت حکومت قرار داشتند و استقلال کامل نداشتند^۲ (اشرف، ۱۳۷۵، صص. ۱۹-۲۶).

با این حساب کارکردهای نهادهای صنفی را می‌توان ذیل دو مفهوم (به حیث مصداقی) هم‌پوشان تحلیل کرد: کارکردهای خصوصی که منافع اعضا را دنبال می‌کنند و کارکردهای عمومی^۳ که بر تنظیم بازار و رفاه عمومی تأثیر دارند:

- **تنظیم رقابت:** نهادهای صنفی با محدود کردن ورود اعضای جدید بر اساس معیارهایی همچون جنسیت یا طبقه اجتماعی یا پرداخت حق عضویت امکان حفظ سهم اعضای موجود در بازار را فراهم می‌کردند و مانع از رقابت کامل در عرضه می‌شدند. این محدودیت‌ها به اعضا اجازه می‌داد سرمایه‌گذاری بلندمدت داشته باشند و از نوسانات بازار در امان بمانند (Ogilvie, 2014, pp. 174-177).

- **تضمین قراردادها:** در غیاب نهادهای عمومی کارآمد، اصناف با ایجاد شبکه‌های اعتماد و اعمال تحریم‌های داخلی اجرای قراردادها و حقوق مالکیت را تضمین می‌کردند^۴ (Aghion & Durlauf, 2014, pp. 408-411).

۱. وقتی صنف نانوایان کوشید در شهر غزنه قیمت جدیدی برای نان وضع کند سلطان محمود غزنوی امر کرد رئیس صنف ایشان را به زیر پای فیل‌ها ببندازند.

۲. ریاست اصناف بر عهده نقیب یا اوستاباشی بود و وظایف آن شامل نظارت بر رفتار اعضا، رسیدگی به امور شاگردان، مدیریت مالیات‌ها، و تنظیم قیمت‌ها بود.

۳. اطلاق صفت عمومی به این کارکردها، به‌ویژه در مورد دوره‌هایی از تاریخ جهان اسلام و ایران، خالی از اشکال نیست. این کارکردها در این دوره‌ها بیشتر در جهت منافع سلاطین و حاکمان محلی اعمال می‌شدند. با این حال، در دوره‌هایی که منافع حاکمان ولو به تصادف یا از سر غریزه حاکمان با منافع عمومی هم‌پوشانی‌هایی پیدا می‌کرد، می‌توان به تبع نامی که در دوران مدرن (با شکل‌گیری ایده حاکمیت مردم یا ملت) به این کارکردها داده شد به آن‌ها عمومی گفت.

۴. برخی اتحادیه‌ها، مانند اتحادیه بازرگانان مغربی (Maghribi Traders' Coalition) نشان دادند که نهادهای خصوصی می‌توانند در غیاب نهادهای عمومی نظم اقتصادی را به طور مؤثر حفظ کنند.

- **کنترل کیفیت و اطلاعات:** نهادهای صنفی با مرجعیت فنی خود می‌توانستند سطحی از کیفیت کالاها را تضمین کنند، هرچند تمرکز اصلی آن‌ها اغلب بر منافع اعضا بود (Ogilvie, 2014, pp. 179-181).

- **افزایش قدرت چانه‌زنی:** با نمایندگی جمعی، اصناف موضع قوی‌تری در مذاکره با تأمین‌کنندگان و خریداران پیدا می‌کردند (Epstein & Prak, 2008, pp. 156-157).

- **آموزش نیروی انسانی و انتقال تکنولوژی:** اصناف، با نظام شاگردی، بخشی از سرمایه انسانی مورد نیاز را تأمین می‌کردند و انتقال تجارب، مهارت‌ها، تکنولوژی، و حتی شکلی از اخلاق حرفه‌ای را در یک نسل یا در میان نسل‌ها تضمین می‌کردند (Ogilvie, 2014, pp. 183-186).

- **رفاه اعضا:** برخی نهادها در تأمین اجتماعی اعضا نیز نقش داشتند؛ از جمله تقبل هزینه تدفین، بازنشستگی، بیوگی، و بیماری برای استادان و کارگران روزمزد (Van Leeuwen, 2012, pp. 61-90).

- **مرجع خطاب حکومت:** نهادهای صنفی رابطه بین اعضای صنف و حکومت را تسهیل می‌کردند و در جمع‌آوری مالیات، تعیین سهمیه‌ها، و نظارت بر فعالیت‌ها نقش داشتند (اشرف، ۱۳۷۵، ص. ۲۵).

به این ترتیب نهادهای صنفی در طول تاریخ صرفاً ابزار پیگیری منافع مشترک اعضای خود نبوده‌اند، بلکه به اعتبار جایگاهشان در بازار و رابطه متقابلشان با حکومت بخشی از کارکردهای عمومی را نیز بر عهده گرفته‌اند؛ به‌ویژه در حوزه‌هایی مانند صدور مجوز فعالیت و رسیدگی شبه قضایی به تخلفات صنفی. اما همین نکته نشان می‌دهد که تمایز نهاد صنفی و نهاد حرفه‌ای را نباید صرفاً بر وجود یا فقدان صلاحیت عمومی استوار کرد. زیرا برخی نهادهای صنفی نیز در دوره‌هایی واجد کارکردهای عمومی بوده‌اند. معیار مهم‌تر غلبه جهت‌گیری نهادی است: آیا نهاد عمدتاً برای نمایندگی منافع اعضا عمل می‌کند یا برای اعمال صلاحیت‌های تنظیم‌گرانه‌ای که مستقیماً با منفعت عمومی، سلامت عمومی، و حقوق اشخاص ثالث پیوند دارد؟ از همین منظر، نهاد حرفه‌ای را می‌توان صورت عام‌تر و تکامل‌یافته‌تر نهاد صنفی دانست؛ نهادی که در کنار نمایندگی منافع اعضا واجد کارکردهای عمومی و حاکمیتی نیز هست.

بررسی پیشینه اصناف در اروپا و جهان اسلام نشان می‌دهد که شکل‌گیری این نهادها بر دو منطق اصلی استوار بوده است؛ از یک سو تمایل حکومت‌ها به کنترل و سازمان‌دهی و بهره‌برداری از واحدهای اقتصادی و از سوی دیگر کوشش خود این واحدها برای تجمیع قدرت و پیگیری منافع مشترک در برابر بازار و حکومت. این دو منطق در نحوه تأسیس، ساختار اداره، و قلمرو صلاحیت اصناف اثر گذاشته است؛ چنان که در اروپا اصناف غالباً از نوعی خودگردانی برخوردار بودند، درحالی که در جهان اسلام رؤسا و کارکردهای نهادهای یادشده بیشتر از سوی قدرت سیاسی تعیین می‌شد.

با این حال، این تفاوت را نباید مبنای جدایی مطلق میان این دو تجربه دانست. حتی نهادهایی که از دل منافع خصوصی و صنفی شکل گرفته‌اند، برای اعمال اقتدار، ناگزیر از اتکا به مناسبات حکومتی بوده‌اند؛ همان‌گونه که نهادهای برساخته حکومت نیز برای تحقق اهداف خود محتاج نیروها و دانش فنی و مناسبات درونی اجتماعات صنفی بوده‌اند. بنابراین، در عمل، کارکرد این نهادها همواره محصول رابطه متقابل میان حکومت و اصناف و آمیزه‌ای از ملاحظات عمومی و خصوصی بوده است.

در دولت‌های مدرن، چنان که در ادامه خواهیم دید، این رابطه پیچیده به پیدایش ساختارهای مختلط تنظیم‌گری انجامیده است. از یک سو مسئولیت اصلی تنظیم بازار بر عهده نهادهای حکومتی و ادارات

تنظیم‌گر قرار گرفته و از سوی دیگر اصناف و نهادهای حرفه‌ای از مسیرهای مختلف در فرایند قانون‌گذاری و سیاست‌گذاری نقش‌آفرینی می‌کنند. پیچیدگی موضوع زمانی بیشتر می‌شود که نهادهای حکومتی در درون خود از نیروهای فنی و صنفی بهره می‌برند و نهادهای حرفه‌ای نیز در مواردی به عامل اجرای سیاست‌های عمومی بدل می‌شوند. از این رو، فهم جایگاه نهادهای صنفی و حرفه‌ای با دوگانه ساده‌انگارانه منافع عمومی و خصوصی ممکن نیست و نیازمند بررسی دقیق‌تر صورت‌های مدرن تنظیم‌گری است؛ موضوعی که در ادامه با مطالعه نمونه‌های ایالات متحده و بریتانیا دنبال خواهد شد. این بحث در حوزه سلامت، به دلیل ویژگی‌های خاص این حوزه، صورت متمایزتری می‌یابد و از این رو در ادامه پیشینه نهادهای حرفه‌ای درمان بررسی خواهد شد. در این مقاله، این بررسی نه برای ارائه تاریخ کامل اصناف بلکه برای نشان دادن منشأ تاریخی اختلاط دو کارکرد نمایندگی منافع اعضا و اعمال صلاحیت‌های عمومی انجام می‌شود؛ اختلاطی که در حوزه سلامت به دلیل ویژگی‌های خاص این حوزه پیامدهای جدی‌تری دارد.

۲-۱. وضعیت استثنایی حوزه سلامت

تمایز نهادهای حرفه‌ای به معنای خاص را می‌توان در تفویض بخشی از صلاحیت‌های عمومی، به‌ویژه اجازه فعالیت و رسیدگی به تخلفات حرفه‌ای، صورت‌بندی کرد. با این حال، در حوزه درمان به سبب ویژگی‌هایی مانند عدم تقارن شدید اطلاعاتی و شأن اجتماعی متمایز پزشکان این صلاحیت‌ها حتی پیش از شکل‌گیری نهادهای صنفی و حرفه‌ای نیز تا حدی در اختیار خود شاغلان این حوزه بوده است. از این رو مسئله اصلی در این بخش، نه صرف وجود یا فقدان نهاد صنفی، نحوه اعمال صلاحیت نظارت و تمیز پزشک از غیر پزشک است.

مهم‌ترین نمود کارکرد عمومی پزشکان در دوره اسلامی^۱ نقش آنان در معرفی پزشکان و افشای مدعیان دروغین طبابت بود؛ کسانی که از نیاز مردم برای کسب منفعت شخصی استفاده می‌کردند. از آنجا که شواهد روشنی از وجود اصناف پزشکی در دوره اسلامی در دست نیست، بررسی همین کارکرد می‌تواند تمایز حرفه پزشکی را از دیگر اصناف بازار نشان دهد. اعمال این صلاحیت نیازمند معیارهایی بود که از یک سو به برخورداری از دانش مرجع پزشکی و از سوی دیگر به تبعیت از قواعد اخلاق حرفه‌ای بازمی‌گشت (Pormann, 2005, p. 196).^۲

۱. پس از ورود مباحث پزشکی به جهان اسلام؛ از قرن چهارم هجری قمری به بعد.

۲. پزشکان دوره اسلامی این دانش مرجع را عمدتاً در امتداد سنت پزشکی یونانی می‌فهمیدند و از همین رو مرجعیت پزشکیانی مانند جالینوس در تعیین معیارهای علمی و اخلاقی طبابت نقشی اساسی داشت. القفطی و ابن ابی‌اصیبه از جالینوس نقل می‌کنند که او روزی در رم با مردی روبه‌رو شد که ادعا می‌کرد اهل حلب است و جالینوس را دیده و همه علوم او را آموخته است. آن مرد به مردم می‌گفت درمانی برای کرم دندان دارد؛ پنبه و قیر را بر کهربا می‌گذاشت و در دهان بیمار دود می‌کرد و از بیمار می‌خواست چشم‌هایش را ببندد. سپس کرمی را که از پیش پنهان کرده بود از دهان بیمار بیرون می‌کشید و در برابر آن پول می‌گرفت. جالینوس خود را معرفی کرد، مردم را از فریب او آگاه ساخت، و از حاکم خواست او را تازیانه بزند. این روایت هم بر مرجعیت دانش پزشکی یونانی دلالت دارد هم نشان می‌دهد که پزشک، برای اعمال صلاحیت تشخیص پزشک صالح، گاه به اقتدار حاکم متوسل می‌شده است.

در دوره اسلامی، مهم‌ترین ابزار حاکمان برای نظارت بر بازار درمان، نهاد حسبه بود. محتسب، که اساساً وظیفه نظارت بر بازار را بر عهده داشت، بر پزشکان و دیگر شاغلان حوزه درمان نیز نظارت می‌کرد. البته روشن نیست این نظارت در عمل تا چه اندازه و با چه کیفیتی انجام می‌شده است؛ اما در برخی آثار پزشکی^۱ تصویری از وظایف محتسب در این حوزه ارائه شده است (Russell, 1981, pp. 63-84).^۲

با این حال، محتسب خود واجد تخصص پزشکی نبود و از این رو در بررسی‌های تخصصی ناگزیر به مشورت با کارشناسان هر شاخه بود. هر شهر معمولاً پزشک یا چشم‌پزشک برجسته خود را داشت و در برخی شاخه‌ها، به ویژه چشم‌پزشکی، متون مستقلی برای آزمون و ارزیابی متخصصان نوشته شده بود. همین امر نشان می‌دهد که اعمال نظارت عمومی در حوزه درمان، حتی زمانی که در دست نهاد حکومتی قرار داشت، بدون اتکا به دانش و مرجعیت اهل حرفه ممکن نبود. بنابراین، اشاره به نهاد حسبه در اینجا نه به منزله دلیل کافی برای استثنایی بودن حوزه سلامت، بلکه به مثابه شاهد تاریخی بر نتیجه استثنایی بودن حوزه سلامت آورده شده است؛ تنظیم‌گری سلامت همواره میان اقتدار عمومی و دانش تخصصی اهل حرفه توزیع شده است.

۱. مانند نهاییه الرتبه فی طلب الحسبه شیزری و معالم القریه فی طلب الحسبه ابن الاخوه.

۲. در مورد فصد و حجامت، محتسب باید صلاحیت خون‌گیر را بررسی می‌کرد؛ از جمله بینایی، شناخت رگ‌ها و شریان‌ها، مهارت عملی، نرمی دست، سلامت ابزار، آرامش هنگام عمل، و رعایت احتیاط در مواردی که نیازمند مشورت با پزشک بود. حجامت نیز موضوع بازرسی قرار می‌گرفت و مهارت عامل آن، از جمله سبکی دست، آزموده می‌شد. این نظارت نشان می‌دهد که حتی در سطوح پایین‌تر خدمات درمانی نیز صرف تجربه عملی کافی تلقی نمی‌شد؛ بلکه نوعی دانش فنی و رعایت قواعد حرفه‌ای لازم بود. ابن الاخوه، در بحث از پزشکان، به کمبود پزشکان مسلمان نیز اشاره می‌کند و می‌گوید بسیاری از افراد، به جای طب، به فقه روی می‌آوردند. زیرا از طریق آن امکان دستیابی به مناصب حکومتی بیشتر بود. این نکته، در کنار گزارش‌هایی که از حضور پزشکان مسیحی و یهودی در شهرهای اسلامی وجود دارد، نشان می‌دهد حوزه درمان از حیث دینی و اجتماعی و سیاسی نیز واجد حساسیت‌هایی خاص بوده است. شیزری و ابن الاخوه نقل می‌کنند که یونانیان در هر شهر پزشکی مشهور را منصوب می‌کردند تا بیماران ناراضی بتوانند برای دآوری پزشکی به او مراجعه کنند. این پزشک همچنین وظیفه داشت پزشکان شهر را بررسی کند و کسانی را که فاقد صلاحیت می‌یافت از کار بازدارد. محتسب، پس از بررسی پزشک، باید سوگند بقراط را از او می‌گرفت؛ سوگندی که در آن پزشک متعهد می‌شد دآوری زیان‌آور یا سم ندهد، دآوری سقط جنین یا ضد بارداری تجویز نکند، اسرار بیماران را آشکار نسازد، و حدود اخلاقی رابطه پزشک و بیمار را رعایت کند. اهمیت این سوگند در آثار پزشکی عربی نشان می‌دهد که اخلاق پزشکی، در کنار دانش مرجع، از عناصر بنیادین تشخیص صلاحیت پزشک بوده است. افزون بر این، محتسب باید اطمینان می‌یافت که پزشک ابزارهای لازم را در اختیار دارد و سپس او را بر اساس معیارهایی که در آثاری مانند کتاب حنین بن اسحاق درباره معاینه پزشکان آمده بود می‌آزمود؛ هرچند خود این کتاب باقی نمانده است. در شاخه‌های تخصصی نیز معیارهای جداگانه‌ای وجود داشت. چشم‌پزشک باید بر اساس رساله حنین بن اسحاق درباره چشم آزموده می‌شد و آناتومی چشم و بیماری‌ها و ابزارهای درمانی آن را می‌شناخت. شکسته‌بند باید شمار استخوان‌ها و آناتومی آن‌ها را می‌دانست تا بتواند شکستگی را به جای خود بازگرداند. جراح نیز باید با آثار جالینوس و کتاب جراحی زهراوی آشنا می‌بود، آناتومی عضلات و رگ‌ها و شریان‌ها و اعصاب را می‌شناخت، و ابزارها و داروهای لازم برای جراحی را در اختیار می‌داشت. بنابراین، نظارت بر طبابت در دوره اسلامی صرفاً نظارتی اخلاقی یا بازاری نبود، بلکه به ارزیابی دانش تخصصی و ابزار حرفه‌ای و توان عملی نیز گره خورده بود. داروسازان نیز تحت نظارت محتسب قرار داشتند. اما کنترل این حرفه دشوارتر از دیگر شاخه‌ها بود. زیرا شناسایی تقلب در داروها، به ویژه داروهای ترکیبی، آسان نبود. منابع حسبه به دشواری کشف تقلب در داروسازی اشاره کرده‌اند و حتی برخی از شرح جزئیات تقلب‌ها پرهیز کرده‌اند تا موجب آموزش روش‌های تازه نشود. با این حال، محتسب باید داروها را به طور منظم بررسی می‌کرد، داروسازان متخلف را هشدار می‌داد، و در صورت لزوم آنان را مجازات می‌کرد. البته حدود این مجازات‌ها روشن نیست و در بسیاری موارد به رسوایی عمومی یا کتک زدن یا ضبط کالا محدود می‌شد.

۱-۳. مقومات نهادهای حرفه‌ای حوزه سلامت

بررسی پیشینه دوره اسلامی نشان می‌دهد کارکرد تمییز پزشکی بر دو مبنا استوار بوده است: نخست تشخیص برخورداری پزشک از دانش مرجع پزشکی^۱ و دوم احراز تبعیت او از کد اخلاق حرفه‌ای. ماهیت این دو معیار سبب می‌شد اعمال این کارکرد جز از طریق پزشکان یا دست‌کم با کمک آنان ممکن نباشد. دانش پزشکی در مقایسه با دانش فنی بسیاری از اصناف دیگر چنان گسترده و پیچیده بود که افراد غیر حرفه‌ای نمی‌توانستند مدعیان طبابت را به درستی ارزیابی کنند. از این جهت، عدم تقارن اطلاعاتی در پزشکی صورتی رادیکال پیدا می‌کرد. در بسیاری از مشاغل، حتی اگر مردم از فنون داخلی حرفه آگاه نباشند، می‌توانند از طریق محصول نهایی درباره مهارت صاحب حرفه داوری کنند. اما در پزشکی نتیجه درمان همواره برای بیمار و اطرافیان او قابل فهم دقیق نیست و همین امر گاه به سود شارلاتان‌ها تمام می‌شود. توجه پزشکان دوره اسلامی به این موضوع چنان جدی بود که رسائلی درباره علت موفقیت بیشتر پزشکان جاهل و عوام‌فریب در مقایسه با پزشکان فاضل نوشته شد.^۲ بنابراین، تشخیص صلاحیت علمی پزشک، به منزله تشخیصی مبنایی، فقط از عهده خود اهل طب برمی‌آمد.

در مورد اخلاق پزشکی نیز وضعیت مشابهی وجود داشت. کد اخلاقی پزشکان با اخلاق عرفی یکی نبود و داوری درباره آن نیازمند فهم خاصی از حرفه پزشکی بود. مقصود اصلی از اخلاق در این حوزه ترجیح منفعت بیمار بر منفعت شخصی پزشک بود؛ اما این ترجیح لزوماً با قواعد عام اخلاق عرفی انطباق کامل نداشت (نظامی سمرقندی، ۱۳۲۷، صص. ۱۱۲-۱۱۸؛ Pormann, 2005, p. 198).^۳ روایت‌های پانویشت نشان می‌دهد پزشک برای کاهش رنج یا اضطراب بیمار از تدبیری استفاده می‌کند که اگر تنها با معیارهای اخلاق عرفی سنجیده شود، ممکن است نوعی فریب به شمار آید. اما، در منطق اخلاق پزشکی، ارزش آن در نسبت با منفعت درمانی بیمار ارزیابی می‌شود. بنابراین، اخلاق پزشکی صرفاً تکرار اخلاق عمومی نیست، بلکه مجموعه‌ای از قواعد حرفه‌ای است که در پرتو رابطه پزشک و بیمار، خطر درمان، اعتماد بیمار، و مسئولیت تخصصی پزشک معنا می‌یابد.

۱. چنان که پیش‌تر اشاره شد مقصود از دانش مرجع، در این دوره، عمدتاً مرجعیت تخصصی پزشکان یونانی بود.
۲. مانند رساله «فی العلة آلتی لها ینجح جهال الاطباء و العوام و النساء اکثر من العلماء» و «فی الأغراض الممیله لقلوب کثیر من الناس عن أفاضل الأطباء إلى اخسائهم» از زکریای رازی.
۳. ابن ربن طبری در فردوس الحکمه از جالینوس نقل می‌کند که مردی پس از بیدار شدن دچار این توهم شد که ماری وارد گلولی او شده است. جالینوس، پس از معاینه، فهمید چنین اتفاقی رخ نداده است. اما، چون اضطراب بیمار از میان نرفت، ماری را پنهانی در کیسه‌ای گذاشت، به بیمار دارونما داد، و از او خواست چشم‌هایش را ببندد و استفرغ کند. سپس مار را در ظرفی گذاشت و وانمود کرد که از شکم او بیرون آمده است. بیمار نیز بلافاصله بهبود یافت. نظامی عروضی در چهار مقاله داستانی مشابه از زکریای رازی نقل می‌کند: یکی از شاهان سامانی بیمار شد و رازی را به اجبار برای درمان به دربار بردند. رازی، پس از ناکامی روش‌های معمول، شاه را به حمام برد و در آنجا با شمشیر به سوی او رفت و به بهانه اجبار شدن به آمدن او را ترساند. شاه از شدت ترس و خشم برخاست و علائم بیماری‌اش بهبود یافت. رازی سپس گریخت و در نامه‌ای علت رفتار خود را برای شاه توضیح داد. این داستان‌ها نشان می‌دهند که در پزشکی حتی عملی مانند فریب بیمار، که در اخلاق عرفی قبیح است، ممکن است در شرایطی و از منظر اخلاق حرفه‌ای، به دلیل ترجیح منفعت بیمار، توجیه شود. از این رو قضاوت درباره اخلاقی بودن عمل پزشک نیز، مانند قضاوت درباره صلاحیت علمی او، نیازمند فهم درونی از حرفه است و نمی‌توان آن را صرفاً به معیارهای عمومی اخلاق عرفی فروکاست.



در جهان سنت، اطمینان از درست‌کاری پزشک عمدتاً از مسیر ویژگی‌های فردی او فهم می‌شد. مثلاً، زکریای رازی، علاوه بر دانش پزشکی، مرد بودن^۱ و برخورداری از منزلت اجتماعی بالا را نیز از شرایط پزشک صالح می‌دانست. زیرا تصور می‌شد پزشک شریف و بی‌نیاز کمتر منافع شخصی خود را بر مصلحت بیمار ترجیح می‌دهد. با این حال، در جهان نهادی شده جدید، این اطمینان صرفاً بر شرافت فردی متکی نیست، بلکه از طریق سازکارهای نهادی نیز دنبال می‌شود. مثلاً، در نهادهای حرفه‌ای جدید، مانند شورای عمومی پزشکی بریتانیا، حضور افراد غیر پزشک در کنار پزشکان را می‌توان تلاش برای تضمین همین موضوع دانست؛ یعنی مراقبت از این که نهاد حرفه‌ای، در عین اتکا به دانش تخصصی پزشکان، منفعت بیمار و جامعه را بر منفعت صنفی مقدم بدارد. با روشن شدن وضعیت خاص حرفه پزشکی، این راهکارهای نهادی را در بخش آینده و ذیل دو نظام سلامت بریتانیا و ایالات متحده بررسی می‌کنیم.

۲. الگوهای جهانی تنظیم‌گری حرفه‌ای حوزه سلامت

در این بخش، با تمرکز بر بریتانیا و ایالات متحده، جایگاه نهادهای حرفه‌ای درمان در دو الگوی متفاوت نظام مراقبت سلامت بررسی می‌شود. انتخاب این دو کشور نه از آن جهت است که الگوهای بی‌نقص یا لزوماً نزدیک‌ترین نمونه‌ها به حقوق ایران‌اند، بلکه از آن روست که دو صورت متفاوت از توزیع صلاحیت‌های تنظیم‌گرانه در حوزه سلامت را نشان می‌دهند. هرچند هر دو نظام از ترکیب سازکارهای عمومی و خصوصی استفاده می‌کنند، در انگلستان اصل بر تضمین دسترسی همگانی و کیفیت معقول و عدم تبعیض در خدمات سلامت است. از این رو تنظیم‌گری حرفه‌ای درمانی در پیوند نزدیک با مسئولیت عمومی دولت و الزامات اتحادیه اروپا، به‌ویژه شناسایی متقابل صلاحیت حرفه‌ای و تضمین سلامت عمومی و ایمنی بیمار، فهم می‌شود. در این چارچوب، خودتنظیم‌گری حرفه‌ای عمدتاً در ورود به حرفه و رسیدگی انضباطی به تخلفات پزشکان نقش دارد؛ اما در نهایت درون ساختار عمومی تنظیم خدمات سلامت قرار می‌گیرد (Orentlicher, 2022, pp. 45-47). در مقابل، نظام سلامت ایالات متحده بیش از آنکه بر یک طراحی عمومی منسجم استوار باشد بر رابطه آرمانی شده پزشک و بیمار و ایده انتخاب آزاد بنا شده است. این الگو از یک سو با اولویت دادن به انتخاب بیمار و استقلال پزشک توجیه می‌شود و از سوی دیگر قدرت سیاسی و نهادی پزشکان را در برابر دولت و شرکت‌ها بازتاب می‌دهد. به همین دلیل، بخش مهمی از تنظیم‌گری سلامت در ایالات متحده، چه در سطح فدرال چه ایالتی، همچنان پزشک‌محور است؛ از هیئت‌های صدور مجوز و نهادهای اعتباربخشی بیمارستان‌ها تا کمیته‌های مشورتی مؤثر بر پرداخت‌های مدیکر و نقش انجمن پزشکی آمریکا و سازمان‌های تخصصی. بنابراین تفاوت اصلی دو الگو در آن است که در اروپا خودتنظیم‌گری حرفه‌ای درون منطق خدمات عمومی سلامت مهار می‌شود، اما در ایالات متحده استقلال و قدرت حرفه‌ای پزشکان یکی از عناصر اصلی شکل‌دهنده تنظیم‌گری سلامت باقی مانده است.

۱. غرض از اشاره به این مورد تأیید رویکرد جنسیت‌زده مباحث دوره اسلامی در این حوزه نیست؛ موضوع تأکید بر ویژگی‌های شخصی دوران سنت در مقابل چارچوب‌های نهادی دوران مدرن است.

(Orentlicher, 2022, pp. 45-47). با این حال، در هر دو کشور باید میان نهادهایی که صلاحیت الزام‌آور برای صدور مجوز و رسیدگی انتظامی دارند و نهادهایی که عمدتاً از مسیر نمایندگی، تدوین استانداردهای حرفه‌ای، مشارکت در سیاست‌گذاری، یا لابی‌گری اثرگذارند تفکیک کرد. همین تفکیک صلاحیتی مبنای مقایسه با سازمان نظام پزشکی ایران در بخش‌های بعدی خواهد بود.

۱-۲. نهادهای حرفه‌ای در بریتانیا

در نظام تنظیم‌گری سلامت بریتانیا می‌توان از سه سنخ نهاد تنظیم‌گر سخن گفت. نخست نهادهای تنظیم‌گری دولتی‌اند که به موجب قانون و در ساختار اجرایی دولت تأسیس می‌شوند، بودجه عمومی دارند، مدیران آن‌ها مستقیم یا غیر مستقیم از سوی مقامات سیاسی تعیین می‌شوند، و وظیفه اصلی‌شان تضمین کیفیت و ایمنی و دسترسی عمومی به خدمات سلامت است؛ مانند کمیسیون کیفیت مراقبت که مبنای اصلی صلاحیت‌ها و ساختار آن را باید در قوانین بهداشت و مراقبت اجتماعی و قوانین مرتبط با مراقبت جست‌وجو کرد (Health and Social Care Act 2008, c. 14; Health and Social Care Act 2012, c. 7; Care Act 2014, c. 23). رابطه این نهاد با وزارت بهداشت و مراقبت اجتماعی نیز در چارچوب توافق‌نامه میان کمیسیون کیفیت مراقبت و وزارتخانه صورت‌بندی شده است (Care Quality Commission & Department of Health and Social Care, 2014). دوم نهادهای تنظیم‌گری حرفه‌ای‌اند که هرچند به حکم قانون ایجاد می‌شوند، از حیث تشکیلاتی و مالی و تصمیم‌گیری از دولت مستقل‌اند و وظیفه اصلی آن‌ها تنظیم ورود به حرفه، ثبت شاغلان، تعیین استانداردهای حرفه‌ای، و رسیدگی انتظامی به تخلفات است. مقوم اصلی این نهادها ترکیب استقلال حرفه‌ای با جهت‌گیری به سوی منفعت عمومی است؛ به همین دلیل در ساختار حکمرانی آن‌ها هم اعضای حرفه‌ای هم اعضای غیر حرفه‌ای حضور دارند و رابطه آن‌ها با حاکمیت عمدتاً از مسیر شورای خصوصی برقرار می‌شود. شورای عمومی پزشکی نمونه روشن این گروه است که صلاحیت‌ها و ساختار اصلی آن بر پایه قانون پزشکی و فرمان‌های شورای خصوصی تنظیم شده است (Medical Act 1983; General Medical Council (Miscellaneous Amendments) Order of Council). شورای پرستاری و مامایی (2017; Anaesthesia Associates and Physician Associates Order 2024 Nursing and) نیز در همین سنخ قرار می‌گیرد و مبنای قانونی تنظیم‌گری آن فرمان پرستاری و مامایی است (Midwifery Order 2001, SI 2002/253). سوم نهادهای صنفی یا حرفه‌ای غیر حاکمیتی‌اند که از اجتماع داوطلبانه شاغلان یک حرفه شکل می‌گیرند و برخلاف دو دسته پیشین صلاحیت حاکمیتی مستقیمی ندارند. این نهادها با بودجه مستقل، عضویت اختیاری، و گاه بر پایه منشور سلطنتی فعالیت می‌کنند و نقش آن‌ها بیشتر در نمایندگی منافع اعضا، مشارکت در سیاست‌گذاری، ارتقای استانداردهای حرفه‌ای، و حمایت صنفی از اعضاست؛ مانند کالج سلطنتی پزشکان عمومی که بر پایه منشور سلطنتی فعالیت می‌کند (Royal Charter of the Royal College of General Practitioners, 1972).

بر این اساس، تنظیم‌گری سلامت در بریتانیا از ترکیب سه لایه شکل می‌گیرد: تنظیم‌گری عمومی دولت برای تضمین منفعت عمومی، تنظیم‌گری حرفه‌ای مستقل برای کنترل صلاحیت و رفتار شاغلان، و نهادهای



صنفی غیر حاکمیتی برای نمایندگی و مشارکت حرفه‌ای.

نکته مهم در الگوی بریتانیا نحوه سیاست‌زدایی از تنظیم‌گری حرفه‌ای است. در این نظام، استقلال نهادهای حرفه‌ای به معنای گسست کامل از حاکمیت نیست، بلکه به معنای قطع رابطه مستقیم آن‌ها با جناح‌های سیاسی حاکم است. برای تحقق این هدف، از ابزارهایی مانند تأسیس قانونی، تعیین ساختار از مسیر شورای خصوصی، انتصاب اعضا بر پایه معیارهای حرفه‌ای و عمومی، ترکیب اعضای متخصص و غیر متخصص، و تأمین مالی از محل حق ثبت نام شاغلان استفاده شده است (Medical Act 1983; General Medical Council (Miscellaneous Amendments) Order of Council 2017; Nursing and Midwifery Order 2001, SI 2002/253). بدین ترتیب، نهاد حرفه‌ای نه به یک انجمن صنفی صرف فروکاسته می‌شود نه در ساختار اداری دولت ادغام می‌شود.

از این منظر، شورای خصوصی نقش واسطی میان دولت سیاسی و نهاد حرفه‌ای ایفا می‌کند؛ نهادی حاکمیتی اما غیر جناحی که از یک سو اتصال نهاد حرفه‌ای به نظم عمومی را حفظ می‌کند و از سوی دیگر مانع وابستگی مستقیم آن به سیاست‌های اکثریت‌های حاکم می‌شود. در کنار آن، حضور اعضای غیر حرفه‌ای در ساختار حکمرانی این نهادها نیز برای کنترل خطر غلبه منفعت صنفی بر منفعت عمومی به کار گرفته شده است (General Medical Council (Miscellaneous Amendments) Order of Council 2017; Nursing and Midwifery Order 2001, SI 2002/253). بنابراین سیاست‌زدایی در الگوی بریتانیا از مسیر حذف حاکمیت انجام نمی‌شود، بلکه از راه ایجاد واسطه‌های نهادی، ترکیب حرفه‌ای. عمومی در حکمرانی، و محدود کردن مداخله مستقیم دولت سیاسی در تصمیمات تخصصی تحقق می‌یابد.

۲-۲. نهادهای صنفی و حرفه‌ای در ایالات متحده

در نظام تنظیم‌گری سلامت ایالات متحده نیز می‌توان از سه سنخ نهاد تنظیم‌گر سخن گفت. نخست نهادهای تنظیم‌گری دولتی فدرال‌اند که به موجب قانون کنگره تأسیس می‌شوند و در سطح ملی وظایفی مانند تضمین ایمنی محصولات سلامت، کنترل بازار، حمایت از مصرف‌کننده، تأمین مالی عمومی، و مدیریت خطرات بهداشتی را بر عهده دارند. این نهادها اگرچه در نسبت با قوه مجریه تعریف می‌شوند، مدیران اصلی آن‌ها غالباً با پیشنهاد رئیس جمهور و تأیید سنا منصوب می‌شوند و از این جهت واجد نوعی استقلال تخصصی درون ساختار سیاسی‌اند؛ مانند سازمان غذا و دارو (Food and Drug Administration, 2026). دوم هیئت‌های پزشکی ایالتی‌اند که صلاحیت اصلی آن‌ها صدور مجوز، تعیین حدود اشتغال حرفه‌ای، و رسیدگی انتظامی به تخلفات شاغلان حوزه درمان است. این نهادها بر اساس قوانین هر ایالت تشکیل می‌شوند و ساختار آن‌ها از ایالتی به ایالت دیگر تفاوت دارد. با این حال، ویژگی مهم آن‌ها این است که تنظیم‌گری ورود به حرفه و انضباط حرفه‌ای در آمریکا نه در سطح ملی بلکه عمدتاً در سطح ایالتی اعمال می‌شود و در بسیاری موارد وزن اعضای حرفه‌ای در آن‌ها پررنگ‌تر از نمونه بریتانیایی است (Medical Board of California, 2025). سوم نهادهای صنفی و حرفه‌ای غیر حاکمیتی‌اند که با استقلال از دولت، بودجه غیر دولتی، و عضویت اختیاری فعالیت می‌کنند. این نهادها صلاحیت مستقیم برای صدور مجوز یا اعمال



ضمانت اجرای انتظامی ندارند. اما از طریق نمایندگی منافع اعضا، مشارکت در سیاست‌گذاری، لابی‌گری، و حضور در رقابت‌های سیاسی نقش مهمی در جهت‌دهی به تنظیم‌گری سلامت ایفا می‌کنند؛ مانند انجمن پزشکی آمریکا (American Medical Association, 2024).

بر این اساس، تنظیم‌گری سلامت در این کشور متشکل است از تنظیم‌گری فدرال برای کنترل بازار و ایمنی محصولات و مدیریت برنامه‌های عمومی سلامت، تنظیم‌گری ایالتی برای ورود به حرفه و انضباط حرفه‌ای، و تنظیم‌گری صنفی غیر حاکمیتی برای نمایندگی و اثرگذاری سیاسی. تفاوت اصلی این الگو با بریتانیا در آن است که در آمریکا تنظیم‌گری حرفه‌ای کمتر متمرکز و به نحو آشکارتری پزشک محور است. از حیث سیاست‌زدایی نیز الگوی آمریکا با بریتانیا تفاوت بنیادین دارد. در بریتانیا تلاش می‌شود استقلال نهادهای حرفه‌ای از مسیر نهادهایی مانند شورای خصوصی، منشورهای سلطنتی، انتصاب‌های غیر حزبی، و تفکیک نسبی این نهادها از جناح حاکم تضمین شود. در مقابل، آمریکا کمتر به بیرون بردن نهاد تنظیم‌گر از میدان سیاست می‌اندیشد و بیشتر می‌کوشد اثر سیاست را از طریق توزیع آن میان اکثریت‌ها^۱ و مراکز قدرت متفاوت مهار کند. به همین دلیل، در سطح فدرال تأسیس نهادها به قانون‌کنگره، انتصاب مدیران به رئیس‌جمهور، و تأیید آن‌ها به سنا وگذار می‌شود و گاه حتی ترکیب حزبی نهادهایی مانند کمیسیون تجارت فدرال نیز به گونه‌ای طراحی می‌شود که یک حزب به‌تنهایی بر آن مسلط نشود (Federal Trade Commission Act, 1914).

در سطح ایالتی نیز همین منطق به شکلی دیگر تکرار می‌شود. صلاحیت صدور مجوز و رسیدگی انتظامی به جای تمرکز در یک نهاد ملی میان ایالت‌ها توزیع می‌شود و در هر ایالت ترکیبی از مقامات سیاسی، اعضای حرفه‌ای، و گاه نمایندگان عمومی در ساختار تصمیم‌گیری حضور دارند. بنابراین سیاست‌زدایی در آمریکا به معنای نفی سیاست نیست، بلکه به معنای شکستن تمرکز سیاسی و حرفه‌ای از طریق درگیر کردن اکثریت‌ها، نهادها، و سطوح مختلف حکمرانی است. این الگو البته استقلال بیشتری برای حرفه و ایالت‌ها ایجاد می‌کند؛ اما در عین حال تنظیم‌گری سلامت را بیش از الگوی بریتانیایی در معرض قدرت صنفی، لابی‌گری، و رقابت‌های سیاسی قرار می‌دهد (U.S. Senate, 2025).

در جمع‌بندی این بخش، بریتانیا و ایالات متحده دو پاسخ متفاوت به موضوع ارتباط میان دانش تخصصی و منفعت عمومی و منافع حرفه‌ای ارائه می‌کنند. در بریتانیا، تأکید بر نهادهای حرفه‌ای مستقل اما پاسخ‌گو و دارای ترکیب حرفه‌ای عمومی است و در ایالات متحده تأکید بر توزیع صلاحیت میان سطوح مختلف حکمرانی و تفکیک هیئت‌های مجوزدهی ایالتی از انجمن‌های صنفی و حرفه‌ای است. بنابراین، نتیجه تطبیقی این بخش نه اثبات برتری مطلق یکی از این دو الگوست نه پذیرش دوگانه ساده حرفه‌ای/ صنفی؛ بلکه نشان دادن این نکته است که در هر دو نظام صلاحیت‌های الزام‌آور مرتبط با ورود به حرفه و رسیدگی انتظامی دست‌کم از حیث نهادی یا صلاحیتی از کارکردهای صرفاً نمایندگی و چانه‌زنی صنفی متمایز می‌شوند. این معیار مبنای بررسی جایگاه سازمان نظام پزشکی ایران در بخش بعدی خواهد بود.

۱. منظور اکثریت‌های متفاوتی است که در انتخاب نهادهای انتخابی، از جمله رئیس‌جمهور و سنا و مجلس نمایندگان، ایفای نقش می‌کنند.

۳. سازمان نظام پزشکی، الگوی تنظیم‌گری حرفه‌ای در ایران

نظام تنظیم‌گری سلامت در ایران عمدتاً ذیل وزارت بهداشت سامان یافته است. وزارت بهداشت و نهادهای وابسته یا مرتبط با آن، مانند سازمان غذا و دارو (مصوبه شورای عالی اداری در خصوص ایجاد سازمان غذا و دارو، ۱۳۸۸) و سازمان بیمه سلامت (اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران، ۱۳۹۰)، سازمان تأمین اجتماعی (اساسنامه سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۸۷)، نیز مراکز تخصصی، مانند مرکز مدیریت بیماری‌های واگیر، بخش مهمی از سیاست‌گذاری سلامت را بر عهده دارند. این تمرکز تا سطح جزئیاتی مانند صدور و تمدید مجوزها، نظارت بر مراکز درمانی، و حتی مداخله در فرایندهای مربوط به مؤسسات درمانی و بیمارستانی امتداد پیدا می‌کند.

در کنار این لایه دولتی، سازمان‌های حرفه‌ای مانند سازمان نظام پزشکی (قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳)، نظام پرستاری (قانون ایجاد سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۰)، و نظام روان‌شناسی و مشاوره (قانون تشکیل سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۲) بخشی از وظایف تنظیم‌گری حرفه‌ای از جمله رسیدگی به تخلفات، صدور یا مشارکت در صدور پروانه، اظهارنظر کارشناسی، مشارکت در تعرفه‌گذاری، همکاری در آموزش و ارزیابی را بر عهده دارند. اما استقلال آن‌ها محدود است و در ساختار، انتخابات، صلاحیت‌ها، و اجرای وظایفشان مداخلات یا وابستگی‌های جدی به دولت دیده می‌شود. در نهایت، نهادهای صنفی به معنای مستقل و اثرگذار کلمه جایگاه پررنگی در نظام تنظیم‌گری سلامت ندارند. نمونه‌های موجود بیشتر به صورت انجمن‌های علمی (انجمن علمی پزشکان عمومی ایران، ۱۳۹۵) یا صنفی (انجمن صنفی دندان‌پزشکان ایران، ۱۳۷۹) به شدت محدود فعالیت می‌کنند و نقش آن‌ها حتی در سطح پیگیری مطالبات صنفی نیز نیست چه رسد به تنظیم‌گری مستقل و نهادمند (پایگاه رسمی اطلاع‌رسانی انجمن پزشکان عمومی ایران، ۱۴۰۳). در این بخش با تمرکز بر سازمان نظام پزشکی به بررسی و آسیب‌شناسی نظام تنظیم‌گری حرفه‌ای در ایران پرداخته می‌شود.

۳-۱. پیشینه، ساختار، کارکردهای سازمان نظام پزشکی

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران سازمانی مستقل و با شخصیت حقوقی است که نخستین بار در سال ۱۳۳۹ به موجب قانون مجلس شورای ملی تأسیس شد. در این قانون چهارده ماده‌ای «حفظ شئون و پیشرفت امور پزشکی و تنظیم روابط حرفه‌ای بین پزشکان و حفظ حقوق مردم و مؤسسات ملی و دولتی در برابر صاحبان فنون پزشکی و بالعکس» به عنوان اهداف این سازمان تعیین شد. در این قانون اعضای هیئت مدیره متشکل از هفده نفر پزشک و دندان‌پزشک انتخابی و دو نفر پزشک لشکری و انتظامی انتصابی بود که به ترتیب از سوی ستاد بزرگ ارتشتاران و وزارت کشور منصوب می‌شدند. پزشکان و دندان‌پزشکان غیر نظامی با شرایطی تفسیرناپذیر (سن سی و پنج سال به بالا، نداشتن سابقه محکومیت جنحه و جنایت، حسن شهرت و سابقه عضویت ده‌ساله) انتخاب می‌شدند. نبود اعضای غیر پزشک، اکثریت مطلق داشتن پزشکان غیر نظامی، شرایط غیر قابل تفسیر انتخاب‌شوندگان، و محول کردن تنظیم آیین‌نامه انتخابات به



هیئت مدیره سازمان (از دوره دوم) سبب می شود سازمان مورد نظر این قانون، به حیث ساختار، به نهادهای صنفی نزدیک باشد. با این حال، با وجود صلاحیت های صنفی، محول کردن وظیفه ارائه نظر مشورتی در رسیدگی به اتهام بزه ناشی از حرفه و همچنین رسیدگی به تخلفات انتظامی حرفه پزشکی ماهیت صرفاً صنفی این سازمان را به چالش می کشد (قانون راجع به نظام پزشکی، ۱۳۳۹، مواد ۱ و ۱۰ و ۱۱ و ۱۲).

این قانون در سال ۱۳۴۶ اصلاح شد. مهم ترین تغییر این ماده واحده در بحث حاضر افزوده شدن صلاحیت رسیدگی به تخلفات صنفی بدون شکایت شاکی بود (قانون اصلاح بعضی از مواد قانون نظام پزشکی، ۱۳۴۶).

در سال ۱۳۵۴ تحولاتی بنیادین در قانون سال ۱۳۳۹ ایجاد شد؛ از جمله مقرر شد ریاست هیئت مدیره به پیشنهاد هیئت مدیره و به استدعای نخست وزیر به فرمان مبارک ملوکانه منصوب شود. همبسته با این مقرر، که نشانه فاصله گرفتن هر چه بیشتر از مشخصات نظام صنفی بود، وظایف دیگری نیز به تکالیف این سازمان اضافه شد (قانون اصلاح قانون نظام پزشکی و الحاق چند ماده به قانون مذکور، ۱۳۵۴).

به علاوه صدور پروانه اشتغال به کار طبابت برای پزشکان و دندان پزشکان پس از تعیین و تأیید ارزش تحصیلات و تخصص در هر مورد از طرف وزارت علوم و آموزش عالی با توجه به قوانین مربوط به عهده این سازمان گذاشته شد و ثبت نام در این سازمان برای پزشکان و دندان پزشکان الزامی شد. در مقابل به این سازمان اجازه داده شد صندوق هایی را برای جبران غرامت های ناشی از اعمال پزشکی و همچنین صندوق هایی برای رفاه شاغلان این دو حرفه ایجاد و مدیریت کند (قانون اصلاح قانون نظام پزشکی و الحاق چند ماده به قانون مذکور، ۱۳۵۴، بندهای «و» و «ز»).

در سال ۱۳۵۹ شرایط انتخاب شوندگان مجلس شورای ملی (قانون انتخابات مجلس شورای ملی، ۱۳۵۸) به شرایط انتخاب شوندگان هیئت مدیره نظام پزشکی افزوده شد. بدین ترتیب برای نخستین بار مداخله تفسیرپذیر و سیاسی حاکمیت (عدم اشتغال به فساد، اعتقاد به نظام، ابراز وفاداری به قانون اساسی) در انتخاب اعضای هیئت مدیره به چارچوب تقنینی سازمان نظام پزشکی وارد شد (لایحه قانونی الحاقی به قانون نظام پزشکی، ۱۳۵۹).

در سال ۱۳۶۳ اصلاحاتی جزئی در شرایط انتخاب شوندگان هیئت مدیره ایجاد شد؛ از جمله حداقل سن از سی و پنج سال به سی سال کاهش یافت و حسن شهرت و سابقه اشتغال و سابقه عضویت در نظام

۱. الف) اظهار نظر مشورتی در تنظیم ضوابط مربوط به ارزش تحصیلات خارج از کشور پزشکان و دندان پزشکان و شاغلین حرفه های دیگر پزشکی و وابسته پزشکی و درجات و عناوین عملی آنان؛

ب) اظهار نظر مشورتی در تهیه و اصلاح آیین نامه ها و مقررات مربوط به شرایط تأسیس و ضوابط فنی و اداری مؤسسات پزشکی و حرفه های وابسته پزشکی؛

ج) اظهار نظر مشورتی در تنظیم لوایح غیر فوری مربوط به امور پزشکی و بهداشتی و درمانی و آموزش پزشکی و رشته های وابسته پزشکی؛

د) اظهار نظر مشورتی در تنظیم ضوابط فنی مؤسسات آموزش پزشکی و تخصصی پزشکی و رشته های وابسته پزشکی؛

ه) اظهار نظر مشورتی در تنظیم ضوابط تبلیغات و آگهی های دارویی و مواد خوراکی و آشامیدنی و آرایشی و امور پزشکی.

۲. تدوین مقررات و ضوابط مربوط به تبلیغات و آگهی های حرفه ای شاغلین حرف پزشکی و وابسته پزشکی و مؤسسات پزشکی خصوصی (بند «ز» ماده واحده).



پزشکی به شرایط اضافه شد. به علاوه داروسازان و متخصصان علوم آزمایشگاهی نیز به هیئت مدیره افزوده شدند. همچنین به عدم لزوم استعفای پزشکانی که مسئولیت اجرایی داشتند برای نامزدی در انتخابات هیئت‌های مدیره تصریح شد. مجلس شورای اسلامی، ضمن اصلاح مجدد قانون سازمان نظام پزشکی، دولت را موظف کرد ظرف شش ماه لایحه سازمان نظام پزشکی را به مجلس ارائه کند (قانون اصلاح موادی از قانون نظام پزشکی و الزام دولت به تنظیم و ارائه لایحه سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۶۳، مواد ۱ و ۲ و تبصره ماده ۶).

این الزام قانونی تا سال ۱۳۶۵ به تأخیر افتاد. در نهایت در این سال دولت وقت لایحه‌ای را به مجلس ارائه کرد که مناقشاتی را در جامعه پزشکی برانگیخت؛ از جمله به این دلیل که در این لایحه حمایت‌های سازمان از منافع صنفی پزشکان تقلیل یافته و در موضوع تعرفه‌های پزشکی نقش سازمان به نقشی مشورتی کاهش پیدا کرده بود. این مناقشات در نهایت به اعتصاب در تابستان ۱۳۶۵ به دعوت سازمان نظام پزشکی انجامید که در شرایط جنگ با برخورد شدید دولت مواجه شد.

قانون‌گذار، تحت تأثیر همین مناقشات، سازمان نظام پزشکی سابق را منحل کرد و همه امکانات آن را در اختیار سازمان جدیدی قرار داد (قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی، ۱۳۶۹، ماده ۲۹). این قانون، که با استناد به اصل ۸۵ قانون اساسی در کمیسیون تخصصی و به صورت آزمایشی برای پنج سال تصویب شد، به حیث ساختار و سیاق و مواد شباهت زیادی به قانون فعلی (قانون ۱۳۸۳) داشت. از جمله تغییرات این قانون این بود که رئیس کل سازمان با پیشنهاد شورای عالی و تأیید رئیس جمهور انتخاب می‌شد؛ موردی که یادآور اصلاحات سال ۱۳۵۴ بود با این تفاوت که در این قانون تصریح شده بود عزل و نصب رئیس کل بر عهده رئیس جمهور است و همچنین در صورتی که هیچ‌یک از پیشنهادهای شورای عالی مورد تأیید رئیس جمهور نباشد شورا موظف به پیشنهاد گزینه‌های دیگری است. این موضوع به وضوح غیر تشریفاتی بودن و نقش کم‌رنگ شورا در انتخاب ریاست سازمان را نشان می‌دهد. با این حال برخلاف قانون ۱۳۵۴ عبارت «کمک دولت» از منابع تأمین بودجه سازمان حذف شد. البته در ماده ۳۲ در باب اعتبارات مورد نیاز برای اجرای قانون به کمک‌های «اختیاری» دولت اشاره شده است (قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی، ۱۳۶۹، مواد ۷ و ۱۳ و ۳۲).

در این قانون هیئت مرکزی نظارت بر انتخابات متشکل از نماینده دادستان کل کشور، نماینده وزارت کشور، دو نفر کادر پزشکی به انتخاب وزیر بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی، و سه نفر پزشک به انتخاب کمیسیون بهداری و بهزیستی مجلس شورای اسلامی تشکیل شد (ماده ۱۸). این هیئت وظیفه اعمال معیارهای انتخاب‌شوندگان و تأیید صلاحیت آن‌ها را در مراحل مختلف بر عهده داشت؛ معیارهایی که در قانون جدید شامل تابعیت ایران، عدم فساد اخلاقی و مالی، حسن شهرت و عمل به اصول پزشکی و رعایت اخلاق و شئون پزشکی، حسن شهرت در تعهد عملی به احکام دین مبین اسلام و وفاداری به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، و سه سال سابقه عضویت در نظام پزشکی می‌شد. به علاوه قوانین مربوط به نمایندگی مجلس شورای اسلامی نیز به استثنای شرط سنی برای نامزدی هیئت مدیره شرط بود (قانون تشکیل سازمان

۱. متن لایحه در دسترس نیست. اطلاعات ارائه شده از مقالات اینترنتی جمع‌آوری شده است؛ از جمله: زمانی، بابک (۱۴۰۳). نظام پزشکی، مرداد ۶۵. سایت سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۴۰۰/۰۵/۱۱. لینک منبع (۱۴۰۳/۱۰/۰۱).

نظام پزشکی، ۱۳۶۹، مواد ۱۸ و ۲۲). با پایان یافتن مدت زمان آزمایشی قانون سال ۱۳۶۹، در سال ۱۳۷۴، این قانون با تغییرات جزئی (از جمله الزام به تغییر آرم) به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. یکی از تغییرات مهم در این مرحله تغییر نقش مشورتی سازمان در تنظیم دستورالعمل‌های تبلیغاتی و آگهی‌های دارویی و مواد خوراکی و آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی و امور پزشکی به نقش اصلی بود. همچنین، به جای عبارت «همکاری و تلاش در اجرای صحیح تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی با مراجع ذی صلاح» در قانون آزمایشی عبارت «اظهارنظر و مشارکت فعال به هنگام تعیین یا تجدید نظر در تعرفه‌های خدمات بهداشت و درمانی و همکاری با مراجع ذی صلاح در اجرای آن» جایگزین شد. این تغییر مهم که از موارد مناقشه‌برانگیز در لایحه سال ۱۳۶۵ بود گامی به جلو برای پذیرفته شدن نقش سازمان در تنظیم‌گری حرفه‌ای حوزه درمان محسوب می‌شد. هرچند در کنار تغییراتی که پیش‌تر در مورد انتخاب ریاست سازمان و هیئت نظارت بر انتخابات هیئت‌ها ایجاد شده بود کم‌رنگ به نظر می‌رسید (قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۷۴، مواد ۳۱ و ۳).

در سال ۱۳۸۳ مجدداً قانون نظام پزشکی تغییراتی را شاهد بود. در قسمت اهداف، این قانون با قانون سال ۱۳۷۴ تفاوت چندانی نداشت، با این استثنای که موارد ۶ و ۷ قانون سابق در یک مورد تجمیع شده بود: «تنظیم روابط شاغلین حرف پزشکی با دستگاه‌های ذی ربط در جهت حسن اجرای موازین و مقررات و قوانین مربوط به امور پزشکی» (قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳، ماده ۲). این تغییر را می‌توان با هدف سلب مسئولیت مستقیم سازمان به منظور اجرای قوانین تفسیر کرد.

در بخش وظایف و اختیارات، تغییرات گسترده‌تر بوده است؛ تغییراتی که ماهیت صنفی این نهاد را کاهش می‌داد و حتی صدور پروانه اشتغال مطب‌های پزشکی را به این نهاد واگذار می‌کرد (قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳، ماده ۳).^۱

در قانون جدید رئیس کل از طرف «مجمع عمومی» و «از بین منتخبین هیئت‌مدیره سراسر کشور» انتخاب و جهت «صدور حکم» معرفی می‌شود. حق استیضاح و عزل او نیز در اختیار شورای عالی سازمان است (قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳، ماده ۹).

مجمع عمومی سازمان، که متشکل از نمایندگان هیئت‌های مدیره هر یک از شهرستان‌هاست، اعضای انتخابی شورای عالی را انتخاب می‌کند. شورای عالی متشکل از بیست و پنج نفر از کادر پزشکی به انتخاب مجمع عمومی، دو نفر از اعضای کمیسیون بهداشت و درمان به معرفی کمیسیون بهداشت و درمان و انتخاب مجلس شورای اسلامی (به عنوان ناظر)، یک نفر از کادر پزشکی به انتخاب وزیر بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و رئیس سازمان پزشکی قانونی کشور است. همچنین وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی می‌تواند همه یا بخشی از مسئولیت‌های خود در رابطه با آموزش مداوم جامعه پزشکی، برگزاری امتحانات در سطوح مختلف، ارزشیابی و نظارت بر امور آموزش و درمان را به سازمان نظام پزشکی واگذار کند (قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۳، مواد ۷ و ۸ و ۴۵).

۱. در مورد اظهارنظر مشورتی سازمان در تهیه و تدوین لوایح، طرح‌ها، و تصویب نامه‌ها و آیین‌نامه‌های مرتبط با امور پزشکی عبارت «و پیراپزشکی و امور صنفی» حذف شده است.

۳-۲. آسیب‌شناسی جایگاه سازمان نظام پزشکی در نظام تنظیم‌گری سلامت

نظام بهداشت و درمان جمهوری اسلامی ایران متشکل از ادارات دولتی، نهادهای حرفه‌ای به معنای خاص، و انجمن‌های علمی و صنفی حوزه درمان است. با این حال نحوه تقسیم صلاحیت‌ها و ساختار تأسیسی این نهادها با نمونه‌های متناظر در بریتانیا و ایالات متحده تمایز اساسی دارد.

نگاه متمرکزگرا به حوزه درمان، که با تجاری‌مانند اعتصاب پزشکان در سال ۱۳۶۵ تقویت شده، سبب شده بار اصلی صلاحیت‌های حوزه تنظیم‌گری درمان بر عهده وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی و ادارات تابعه آن باشد. این نگاه متمرکز در مقابل حوزه محدودی از مسئولیت‌ها را با محدودیت‌های اساسی در نحوه تأسیس به نهادهای حرفه‌ای به معنای خاص، از قبیل سازمان نظام پزشکی و سازمان نظام پرستاری، سپرده است که عمدتاً شامل ارائه مجوز فعالیت، مشارکت در رسیدگی انضباطی به تخلفات حرفه‌ای، و (در قانون جدید) تعرفه‌گذاری بخش خصوصی می‌شود. به علاوه با هدف جلوگیری از ایجاد هزینه‌های ناشی از حضور نهادهای مستقل و غیر حاکمیتی، برخلاف نمونه‌های جهانی و در مغایرت با فلسفه تأسیس این شکل از نهادهای حرفه‌ای، مسئولیت پیگیری مطالبات صنفی نیز بر عهده این نهادها گذاشته شده است.

سپردن مطالبات صنفی به سازمان‌های حاکمیتی هرچند در بادی امر قدرت پزشکان را در نظام بهداشت و درمان کشور بیشتر نشان می‌دهد، از آنجا که این سازمان‌ها متأثر از نگاه امنیتی ساختاری بسته و کنترل‌شده دارند، این موضوع را می‌توان با هدف کاهش قدرت نهادهای صنفی غیر حاکمیتی تحلیل کرد. توضیح آنکه نهادهای حرفه‌ای به معنای خاص اساساً نهادهایی هستند که قرار است همسو با منفعت عمومی (یا حفاظت از سلامت عموم مردم) معیارها و ملاک‌هایی را در زمینه حرفه‌های حوزه درمان تدوین و اعمال کنند. از آنجا که این هدف غایی، یعنی منفعت عمومی، مستلزم دانش حرفه‌ای (سیاست‌زدایی شده) در کنار نمایندگی عموم جامعه یا مصرف‌کنندگان خدمات بهداشت و درمان است، در نمونه‌های جهانی این نهادها متشکل از اعضای حرفه‌ای و غیر حرفه‌ای هستند.

اعضای حرفه‌ای در این نهادها نه به عنوان نمایندگان صنفی بلکه به عنوان حرفه‌ای‌هایی انتخاب می‌شوند که دانش آن‌ها در حوزه مربوطه از سوی اکثریت شاغلین حوزه درمان تأیید می‌شود. به بیان دیگر انتخاباتی که در نمونه‌های جهانی برای انتخاب این اعضا برگزار می‌شود نوعی تشخیص جمعی حرفه‌ای است. در مقابل، اعضای غیر حرفه‌ای نیز نه به نمایندگی از دیدگاه‌های عموم مردم (مانند نمایندگان مجلس) بلکه به عنوان نمونه‌های حاضر از دغدغه‌های مصرف‌کننده «عادی» در این نهادها حضور دارند. به بیان دیگر، اساس این نهادها با این مبنا شکل می‌گیرد که اولاً تشخیص صلاحیت حرفه‌ای‌های حوزه درمان و قضاوت درباره دانش و اخلاق‌مداری آن‌ها تشخیصی تخصصی است و ثانیاً این تشخیص تخصصی در گفت‌وگو با افراد عادی به حیث عادی بودنشان می‌تواند از پزشک‌سالاری یا غلبه منفعت‌های صنفی بر منفعت عمومی جلوگیری کند. بخش غیر حرفه‌ای این نهادها در مقام مخاطب با بخش حرفه‌ای مجالی را فراهم می‌کند تا بخش حرفه‌ای وادار به توضیح دادن مدام خود به زبانی غیر تخصصی باشد. این الزام به گفت‌وگو و توجیه مواضع خود به زبان غیر تخصصی دائم آن‌ها را با دغدغه منفعت عمومی مواجه می‌سازد. به بیان دیگر، از آنجا که گفت‌وگو در زبان همگانی مستلزم توسل به منفعت عمومی به عنوان حد

وسط هر گونه استدلالی، له یا علیه یک موضع تخصصی، است، این دیالوگ آن موضع را در پیوند با منفعت عمومی نگاه می‌دارد.

این تحلیل از ساخت نهادهای حرفه‌ای به معنای خاص مستلزم انتخاب حرفه‌ای فقط با ملاک‌های حرفه‌ای و انتخاب غیر حرفه‌ای با ملاک‌های غیر سیاسی است؛ حال آنکه در نظام تمرکزگرای درمان ایران کنترل سیاسی. امنیتی ریشه‌دار در مرحله انتخاب اعضای حرفه‌ای و نبود اعضای غیر حرفه‌ای سبب شده این نهادها به حیث تأسیسی نتوانند کارکرد مورد نظر خود را داشته باشند. به علاوه نهادهایی که به این شیوه انتخاب شده‌اند، با بر عهده گرفتن مسئولیت‌های ذاتاً صنفی، از طرفی مجال تأسیس و فعالیت نهادهای صنفی غیر حاکمیتی را نمی‌دهند و از طرف دیگر این تصور را در عموم جامعه ایجاد می‌کنند که مرجع قابل اعتمادی برای تشخیص صلاحیت پزشکان و قضاوت درباره رفتار آنها نیستند.

عدم تفکیک مطالبات صنفی از صلاحیت‌های حرفه‌ای و نقش آن در کم‌رنگ شدن نهادهای صنفی غیر حاکمیتی را می‌توان در فرایند دشوار و پیچیده مجوزدهی به این نهادها و همچنین تأکید بر عدم فعالیت سیاسی این نهادها مشاهده کرد؛ حال آنکه نهادهای صنفی اساساً در جایگاه جزئی از جامعه مدنی و نماینده گروهی از منفعت‌های خصوصی قرار است در عرصه سیاسی مشارکت کنند. به بیان دیگر نهاد صنفی هرچند ماهیتاً با حزب سیاسی متفاوت است، به حیث ابزارها، مانند اشخاص طبیعی، باید بتواند مطالبات خود را در صحنه سیاسی و با ابزارهای سیاسی پیگیری کند. به عبارت دیگر از تفکیک حزب سیاسی از نهاد صنفی این نتیجه حاصل شده که نهاد صنفی باید بیرون از مناسبات سیاسی قرار گیرد؛ حال آنکه بدون حضور در این مناسبات اساساً نهاد صنفی عرصه‌ای برای اثرگذاری و نمایندگی از منافع جمعی اعضای خود ندارد.

در نمونه‌های جهانی نیز به‌ویژه در مورد ایالات متحده شاهد مبارزات تبلیغاتی و سیاسی و همچنین استفاده از ابزارهایی مانند لابی برای مشارکت در فضای تقنینی و تنظیم‌گرانه توسط این نهادها هستیم. به حیث تأسیسی و پایداری نهادی نیز به‌ویژه در مورد بریتانیا مشاهده می‌کنیم که ابزارهایی مانند منشور سلطنتی امکان حضور پایدار و بدون نظارت سیاسی را برای نهادهای صنفی و حرفه‌ای مستقل فراهم می‌کنند.

از دیگر چالش‌های نهادهای حرفه‌ای در ایران صلاحیت شبه قضایی این سازمان‌هاست. مثلاً سازمان نظام پزشکی به موجب قانون تأسیس خود صلاحیت رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای و انتظامی مشاغل پزشکی را دارد. با این حال این صلاحیت در ایران با چالش‌هایی مواجه است؛ از جمله به موجب تبصره الحاقی این قانون آرای هیئت‌های انتظامی قابل تجدیدنظرخواهی در دادگاه تجدید نظر استان دانسته شده است (الحاق یک تبصره به ماده ۴۰ قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۲). استفاده از لفظ تجدید نظرخواهی در این تبصره سبب شده، به موجب رأی وحدت رویه دیوان، صلاحیت رسیدگی ماهوی به آرای این هیئت‌ها به دادگاهی غیر تخصصی داده شود (هیئت عمومی دیوان عالی کشور، رأی وحدت رویه شماره ۷۹۷، ۱۳۹۹). این موضوع مغایر با فلسفه تفویض صلاحیت رسیدگی به تخلفات به نهادهای حرفه‌ای است (شریعتی‌نسب، ۱۴۰۲).

بر این اساس، به نظر می‌رسد مهم‌ترین چالش نظام تنظیم‌گری حرفه‌ای در ایران، به‌ویژه در سازمان نظام

پزشکی، تلفیق کارکردهای تنظیم‌گرانه و صنفی در یک نهاد واحد، محدود بودن مشارکت نمایندگان منافع عمومی در فرایندهای تصمیم‌گیری، وابستگی نسبی به سازکارهای سیاسی، و ضعف سازکارهای پاسخگویی و نظارت مستقل است. برای رفع این کاستی‌ها می‌توان، با الهام از الگوهای تطبیقی، وظایف صنفی را به انجمن‌های مستقل و غیر دولتی واگذار و سازمان نظام پزشکی را به نهادی صرفاً حرفه‌ای و تنظیم‌گر تبدیل کرد. در مقابل، بخشی از صلاحیت‌های تنظیم‌گرانه وزارت بهداشت را به آن انتقال داد. همچنین حضور نمایندگان بیماران، جامعه مدنی، و سایر اعضای غیر حرفه‌ای در ارکان تصمیم‌گیری و اصلاح سازکارهای انتخاباتی و مالی به منظور تقویت استقلال حرفه‌ای و ایجاد نهادهای نظارتی مستقل همراه الزامات شفافیت و انتشار عمومی اطلاعات می‌تواند تعادل میان استقلال حرفه‌ای، پاسخگویی عمومی، و صیانت از منافع بیماران را به نحو مؤثرتری تأمین کند.

نتیجه

بررسی تطبیقی نظام‌های تنظیم‌گری سلامت در بریتانیا، ایالات متحده، و ایران نشان می‌دهد در نمونه‌های بررسی شده کارکردهای الزام‌آور تنظیم‌گری حرفه‌ای، به‌ویژه صدور مجوز و ثبت حرفه‌ای و رسیدگی انتظامی، از کارکردهای نمایندگی و پیگیری منافع صنفی متمایز شده‌اند؛ هرچند این تمایز همواره به معنای جدایی مطلق نهادی میان نهاد حرفه‌ای و نهاد صنفی نیست. در این الگوها، نهادهای حرفه‌ای با هدف صیانت از سلامت عمومی، صدور مجوز، تدوین استانداردهای حرفه‌ای، و رسیدگی به تخلفات انتظامی فعالیت می‌کنند و در عین حال از طریق حضور اعضای غیر حرفه‌ای و سازکارهای پاسخ‌گویی از غلبه منافع صنفی بر منافع عمومی جلوگیری می‌شود. در مقابل، نهادهای صنفی به منزله بخشی از جامعه مدنی، وظیفه دفاع از حقوق و مطالبات شاغلان حرفه را بر عهده دارند. بنابراین، معیار اصلی تمایز در این پژوهش عنوان ظاهری نهادها نیست، بلکه نوع صلاحیت و جهت‌گیری آن به سوی منفعت عمومی یا منافع اعضا و میزان پاسخ‌گویی عمومی در اعمال آن صلاحیت‌هاست.

در ایران، سازمان نظام پزشکی در طول تحولات تاریخی خود به نهادی تبدیل شده است که هم‌زمان بخشی از وظایف تنظیم‌گری حرفه‌ای و بخشی از کارکردهای صنفی را بر عهده دارد. این وضعیت می‌تواند زمینه بروز تعارض منافع، تضعیف اعتماد عمومی، و محدود شدن امکان شکل‌گیری نهادهای صنفی مستقل را فراهم کند. افزون بر این، مداخلات سیاسی و محدودیت‌های ساختاری در فرایند انتخاب و اداره این سازمان استقلال حرفه‌ای آن را با چالش مواجه کرده است. این چالش به‌ویژه در صلاحیت‌های شبه قضایی سازمان اهمیت بیشتری می‌یابد. زیرا رسیدگی انتظامی به تخلفات حرفه‌ای صرفاً رسیدگی درون صنفی نیست، بلکه با حق اشتغال صاحبان حرفه، حقوق بیماران، اعتماد عمومی، و سلامت جامعه پیوند دارد. ازاین‌رو، ترکیب مراجع انتظامی، حدود نظارت قضایی بر آرای آن‌ها، و میزان حضور عناصر غیر حرفه‌ای یا نمایندگان منفعت عمومی در ارزیابی جایگاه سازمان نظام پزشکی نقشی تعیین‌کننده دارد.

ازاین‌رو، اصلاح نظام تنظیم‌گری سلامت در ایران مستلزم بازتعریف جایگاه سازمان نظام پزشکی بر پایه تفکیک صلاحیتی و نهادی میان وظایف حرفه‌ای و صنفی، تقویت حضور نمایندگان عمومی و اعضای

غیر حرفه‌ای در ارکان تصمیم‌گیری، کاهش مداخلات سیاسی در ساختار نهادهای حرفه‌ای، و فراهم ساختن زمینه فعالیت مستقل نهادهای صنفی است. در این چارچوب، مقصود از اصلاح حذف نقش حرفه‌ای سازمان نظام پزشکی یا نفی ضرورت مشارکت پزشکان در تنظیم‌گری سلامت نیست. زیرا تنظیم‌گری حرفه‌ای بدون دانش تخصصی اهل حرفه ممکن نیست. مسئله اصلی آن است که صلاحیت‌های ناظر به منفعت عمومی. مانند صدور مجوز، تعیین استانداردهای حرفه‌ای، رسیدگی انتظامی، مشارکت در سیاست‌گذاری سلامت. نباید بدون سازکارهای کافی پاسخ‌گویی و کنترل تعارض منافع در کنار کارکردهای نمایندگی صنفی اعمال شوند.

تحقق این اصلاحات می‌تواند، ضمن افزایش کارآمدی نظام سلامت، اعتماد عمومی به نهادهای حرفه‌ای را تقویت و تعادل پایداری میان استقلال حرفه‌ای و پاسخ‌گویی عمومی ایجاد کند. بر این اساس، راهکار مناسب نه ادغام کامل سازمان نظام پزشکی در ساختار اداری دولت است نه واگذاری بی‌قید صلاحیت‌های عمومی به نهادی با غلبه منافع حرفه‌ای؛ بلکه بازآرایی نهادی بر پایه تفکیک کارکردها، شفاف‌سازی صلاحیت‌ها، تقویت نظارت عمومی، و ایجاد امکان فعالیت مؤثر برای انجمن‌های صنفی مستقل است.

توضیحات:

تأمین مالی

این پژوهش از مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت، حمایت مالی دریافت نکرده است.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تعارض منفعی در ارتباط با این پژوهش وجود ندارد.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش بر پایه تحلیل اسناد و منابع کتابخانه‌ای انجام شده و مستلزم اخذ کد اخلاق نبوده است.

مشارکت نویسندگان

تمام مراحل طراحی پژوهش، تحلیل، نگارش و بازنگری مقاله با مشارکت همه نویسندگان انجام شده است.



فهرست منابع

الف) فارسی

کتاب‌ها

۳. پیگولوسکایا، نینا ویکتوروونا، یاکوبوسکی، الکساندر یوریویچ، پطروشفسکی، ایلیا پاولویچ، بلنیتسکی، الکساندر میخائیلویچ، و استرویوا، لیودمیلایا واسیلیونا. (۱۳۵۳). تاریخ ایران از دوران باستان تا پایان سده هجدهم میلادی (کریم کشاورز، مترجم). پیام.
۴. نظامی سمرقندی، احمد بن عمر بن علی (۱۳۲۷). چهار مقاله. ارمغان.

مقاله‌ها

۱. اشرف، احمد (۱۳۷۵). نظام صنفی، جامعه مدنی، و دموکراسی در ایران. گفت‌وگو، ۱۴، ۱۹-۲۶.
۲. باقری مطلق، نرگس، و قاسمی حامد، عباس (۱۳۹۸). مراجع شبه قضایی رسیدگی کننده به تخلفات صورت گرفته در ارائه خدمات نظام سلامت. حقوق پزشکی، ۱۳(۵۱)، ۱۷۷-۲۰۵. <http://ijmedicallaw.ir/article-1-1019-fa.html>
۳. جهان بخشی، آرش (۱۴۰۲). جایگاه سازمان نظام پزشکی در نظام حقوق عمومی ایران. مطالعات علوم سیاسی، حقوق، و فقه، ۹(۳)، ۳۸۳-۴۰۶.
۴. شریعتی نسب، صادق (۱۴۰۲). نقد رسیدگی ماهوی به آرای انتظامی سازمان نظام پزشکی در دادگاه تجدیدنظر استان: واکاوی رأی وحدت رویه شماره ۷۹۷ دیوان عالی کشور (۱۳۹۹/۰۷/۰۸). نقد و تحلیل آرای قضایی، ۲(۴)، ۳۸۸-۴۱۷. <https://doi.org/10.22034/analysis.2023.2007365.1030>
۵. مرادزاده، مهدی (۱۴۰۰). ویژگی‌های سازمان‌های حرفه‌ای (مورد مطالعه: کانون وکلا و نظام پزشکی). مطالعات علوم سیاسی، حقوق، و فقه، ۷(۱)، ۱۴۹-۱۶۹.
۶. مرادزاده، مهدی، و طلابکی، اکبر (۱۳۹۶). بررسی سازمان‌های نظام پزشکی، روان پزشکی، مهندسی ساختمان. تحقیقات جدید در علوم انسانی، ۷، ۳۰۵-۳۳۸.
۷. ملکی، مهدی (۱۳۴۸). مقایسه اجمالی بین لایحه استقلال کانون وکلای دادگستری و قانون نظام پزشکی. کانون وکلا، ۱۱۴، ۶۰-۷۱.

قوانین و مقررات فارسی

۱. اساسنامه انجمن علمی پزشکان عمومی ایران (۱۳۹۵/۱۰/۲۲). مجمع عمومی.
۲. اساسنامه انجمن صنفی دندان پزشکان ایران (۱۳۷۹/۱۰/۲۳). مجمع عمومی.
۳. اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران (۱۳۹۰/۱۱/۰۹). هیئت وزیران.
۴. اساسنامه سازمان تأمین اجتماعی. (۱۳۸۷/۰۳/۲۶). هیئت وزیران.
۵. الحاق یک تبصره به ماده ۴۰ قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۴/۰۷/۱۳). مجلس شورای اسلامی.
۶. رأی وحدت رویه شماره ۷۹۷ (۱۳۹۹/۰۷/۰۸). هیئت عمومی دیوان عالی کشور.
۷. قانون الحاقی به قانون نظام پزشکی (۱۳۵۹/۰۴/۱۵). شورای انقلاب جمهوری اسلامی ایران.
۸. قانون انتخابات مجلس شورای ملی. (۱۳۵۸/۱۱/۱۰). شورای انقلاب جمهوری اسلامی ایران.

۹. قانون ایجاد سازمان نظام پرستاری جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۰/۰۹/۱۱). مجلس شورای اسلامی.
۱۰. قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۰-۱۳۹۴ (۱۳۸۹/۱۰/۱۵). مجلس شورای اسلامی.
۱۱. قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی، و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۶-۱۴۰۰ (۱۳۹۵/۱۲/۱۴). مجلس شورای اسلامی.
۱۲. قانون تأمین اجتماعی با اصلاحات و الحاقات بعدی (۱۳۵۴/۰۴/۰۳). مجلس شورای ملی.
۱۳. قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۶۹/۰۴/۲۴). مجلس شورای اسلامی.
۱۴. قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۷۴/۱۰/۲۰). مجلس شورای اسلامی.
۱۵. قانون تشکیل سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۲/۰۲/۰۹). مجلس شورای اسلامی.
۱۶. قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۳/۰۸/۱۶). مجلس شورای اسلامی.
۱۷. قانون نظام پزشکی (۱۳۳۹/۱۰/۰۳). مجلس شورای ملی.
۱۸. قانون اصلاح بعضی از مواد قانون نظام پزشکی (۱۳۴۶/۰۴/۱۵). مجلس شورای ملی.
۱۹. قانون اصلاح قانون نظام پزشکی و الحاق چند ماده به قانون مذکور (۱۳۵۴/۰۳/۳۱). مجلس شورای ملی.
۲۰. قانون اصلاح موادی از قانون نظام پزشکی و الزام دولت جهت تهیه و تنظیم و ارائه لایحه سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۶۳/۱۰/۰۴). مجلس شورای اسلامی.
۲۱. مصوبه شورای عالی اداری در خصوص ایجاد سازمان غذا و دارو (۱۳۸۸/۱۱/۰۸). شورای عالی اداری.

وبسایت‌های فارسی

۱. انجمن پزشکان عمومی ایران (بی‌تا). گوشه‌ای از دستاوردهای دو دوره اخیر. پایگاه رسمی اطلاع‌رسانی انجمن پزشکان عمومی ایران. بازیابی شده در ۱ دی ۱۴۰۳.
<https://isgp.ir/%d8%af%d8%b1%d8%a8%d8%a7%d8%b1%d9%87%e2%80%8c-%d8%a7%d9%86%d8%ac%d9%85%d9%86/%d9%86%d8%b4%d8%a7%d9%86-%d8%a7%d9%86%d8%ac%d9%85%d9%86/>
۲. زمانی، بابک (۱۱ مرداد ۱۴۰۰). نظام پزشکی، مرداد ۶۵. سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. بازیابی شده در ۱ دی ۱۴۰۳.
<https://irimc.org/%D8%A2%D8%B1%D8%B4%DB%8C%D9%88-%D9%85%D8%B7%D8%A7%D9%84%D8%A8/at/view/pid/2090>

ب) انگلیسی

Books and Book Chapters

1. Ogilvie, S., & Carus, A. W. (2014). Institutions and economic growth in historical perspective. In P. Aghion & S. N. Durlauf (Eds.), *Handbook of economic growth* (Vol. 2A, pp. 403–513). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53538-2.00008-3>
2. Orentlicher, D., & Hervey, T. K. (Eds.). (2021). *The Oxford handbook of comparative health law*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190846756.001.0001>
3. Russell, A. W. (Ed.). (1981). *The town and state physician in Europe from the Middle Ages to the Enlightenment*. Herzog August Bibliothek.



Journal Articles

1. Epstein, S. R. (2008). Craft guilds in the pre-modern economy: A discussion. *The Economic History Review*, 61(1), 155–174. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0289.2007.00411.x>
2. Lewis, B. (1937). The Islamic guilds. *The Economic History Review*, 8(1), 20–37. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0289.1937.tb01703.x>
3. Ogilvie, S. (2014). The economics of guilds. *Journal of Economic Perspectives*, 28(4), 169–192. <https://doi.org/10.1257/jep.28.4.169>
4. Pormann, P. E. (2005). The physician and the other: Images of the charlatan in medieval Islam. *Bulletin of the History of Medicine*, 79(2), 189–227. <https://doi.org/10.1353/bhm.2005.0085>
5. Van Leeuwen, M. H. D. (2012). Guilds and middle-class welfare, 1550–1800: Provisions for burial, sickness, old age, and widowhood. *The Economic History Review*, 65(1), 61–90. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0289.2011.00602.x>

Laws and Regulations

1. Business and Professions Code. (1980). California State Legislature.
2. Care Act 2014, c. 23 (UK).
3. Education Law. (1947, April 14). New York State Legislature.
4. Federal Trade Commission Act. (1914, September 26). U.S. Congress.
5. Health and Social Care Act 2008, c. 14 (UK).
6. Health and Social Care Act 2012, c. 7 (UK).
7. Public Officers Law. (1909, February 17). New York State Legislature.
8. Royal Charter of the Royal College of General Practitioners. (1972, October 23). Privy Council.
9. The Anaesthesia Associates and Physician Associates Order 2024 (UK).
10. The General Medical Council (Miscellaneous Amendments) Order of Council 2017 (UK).
11. The Medical Act 1983 (UK).
12. The Nursing and Midwifery Order 2001, SI 2002/253 (UK).

Websites

1. Federal Trade Commission. (n.d.). *About the FTC*. Retrieved December 21, 2024, from [<https://www.ftc.gov/about-ftc/commissioners-staff>]
2. Privy Council. (n.d.). *Royal charters*. Retrieved December 21, 2024, from [<https://privycouncil.independent.gov.uk/royal-charters/#:~:text=A%20Royal%20Charter%20is%20an,to%20govern%20its%20own%20affairs>]
3. Statista. (2024). *Leading 10 U.S. states with the most number of active physicians as of 2024*. Retrieved December 21, 2024, from [<https://www.statista.com/statistics/250141/us-states-with-highest-total-number-of-active-physicians/>]



Extended Abstract

Introduction

The regulation of health professions is a fundamental mechanism for ensuring the quality of healthcare services, protecting public health, and safeguarding patients' rights. Effective regulation requires an institutional framework that clearly distinguishes professional regulatory functions from the representation of occupational interests. In Iran, however, the Iranian Medical Council simultaneously performs both professional regulatory and guild functions, creating potential conflicts of interest and challenges to public trust.

Objective

This study aims to examine the theoretical foundations of the distinction between professional regulatory bodies and guild associations in healthcare, analyze the regulatory models of the United Kingdom and the United States, and reassess the institutional position of the Iranian Medical Council in order to propose reforms for improving healthcare governance in Iran.

Methods

Using a descriptive-analytical and comparative approach, the study investigates the conceptual foundations of professional and trade organizations and examines their institutional arrangements in the healthcare systems of the United Kingdom, the United States, and Iran. Particular attention is given to professional independence, public accountability, governance structures, and the distribution of regulatory and representative functions.

Results

The findings demonstrate that effective healthcare regulatory systems maintain a clear institutional separation between professional regulatory bodies and guild associations. Professional bodies are entrusted with licensing, professional



standard-setting, competency assessment, and disciplinary oversight, whereas trade associations focus on representing and advocating for the interests of practitioners. In the United Kingdom, this distinction is reinforced through public-interest mechanisms and the inclusion of lay members in governance structures. In the United States, the separation is achieved through a multilayered regulatory framework involving federal, state, and professional organizations. By contrast, the Iranian Medical Council combines regulatory and representative functions, while also being affected by political and administrative constraints, thereby facing challenges related to professional autonomy, public accountability, and societal trust.

Conclusion

Reforming healthcare regulation in Iran requires the institutional separation of professional regulatory functions from guild representation, greater independence of professional bodies, broader participation of non-professional and public representatives in governance processes, and the development of autonomous guild associations. Such reforms would reduce conflicts of interest, enhance regulatory effectiveness, and strengthen public confidence in professional healthcare institutions.





References

- Anjoman-e Pezeshkan-e Omumi-ye Iran. (n.d.). Gushe'i az dastavardha-ye do doreh-ye akhir [Some achievements of the last two terms]. Paygah-e Rasmi-ye Ettela'resani-ye Anjoman-e Pezeshkan-e Omumi-ye Iran. Retrieved December 21, 2024, from <https://isgp.ir/%d8%af%d8%b1%d8%a8%d8%a7%d8%b1%d9%87%e2%80%8c-%d8%a7%d9%86%d8%ac%d9%85%d9%86/%d9%86%d8%b4%d8%a7%d9%86-%d8%a7%d9%86%d8%ac%d9%85%d9%86/> (In Persian)
- Asasnameh-ye Anjoman-e Elmi-ye Pezeshkan-e Omumi-ye Iran [Statute of the Iranian Society of General Practitioners]. (2017, January 11). Majma'-e Omumi. (In Persian)
- Asasnameh-ye Anjoman-e Senfi-ye Dandanpezeshkan-e Iran [Statute of the Iranian Dentists Association]. (2001, January 12). Majma'-e Omumi. (In Persian)
- Asasnameh-ye Sazman-e Bimeh Salamat-e Iran [Statute of the Iran Health Insurance Organization]. (2012, January 29). Hey'at-e Vaziran. (In Persian)
- Asasnameh-ye Sazman-e Tamin-e Ejtemai [Statute of the Social Security Organization]. (2008, June 15). Hey'at-e Vaziran. (In Persian)
- Ashraf, A. (1996). Nezam-e senfi, jame'eh-ye madani va demokrasi dar Iran [Guild system, civil society, and democracy in Iran]. *Goftogu*, 14, 19–26. (In Persian)
- Bagheri Motlagh, N., & Ghasemi Hamed, A. (2019). Maraje'-e shibh-qazai-ye residgi-konandeh be takhallofat-e surat-gerefteh dar era'e-ye khadamat-e nezam-e salamat [Quasi-judicial authorities dealing with violations in the provision of health system services]. *Hoghogh-e Pezeshki*, 13(51), 177–205. <http://ijmedicallaw.ir/article-1-1019-fa.html> (In Persian)
- Business and Professions Code. (1980). California State Legislature.
- Care Act 2014, c. 23 (UK).
- Education Law. (1947, April 14). New York State Legislature.
- Elhaq-e yek tabsareh be maddeh-ye 40-e Qanun-e Sazman-e Nezam-e Pezeshki-ye Jomhuri-ye Eslami-ye Iran [Addition of a note to Article 40 of the Law on the Medical Council Organization of the Islamic Republic of Iran]. (2005, October 5). Majles-e Shoray-e Eslami. (In Persian)
- Epstein, S. R. (2008). Craft guilds in the pre-modern economy: A discussion. *The Economic History Review*, 61(1), 155–174. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0289.2007.00411.x>
- Federal Trade Commission. (n.d.). About the FTC. Retrieved December 21, 2024, from <https://www.ftc.gov/about-ftc/commissioners-staff>
- Federal Trade Commission Act. (1914, September 26). U.S. Congress.
- Health and Social Care Act 2008, c. 14 (UK).
- Health and Social Care Act 2012, c. 7 (UK).
- Jahanbakhshi, A. (2023). Jaygah-e Sazman-e Nezam-e Pezeshki dar nezam-e hoquq-e omumi-ye Iran [The place of the Medical Council Organization in Iran's public law system]. *Motale'at-e Olum-e Siasi, Hoquq va Feqh*, 9(3), 383–406. (In Persian)
- Lewis, B. (1937). The Islamic guilds. *The Economic History Review*, 8(1), 20–37. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0289.1937.tb01703.x>
- Maleki, M. (1969). Moqayeseh-ye ejmali beyn-e layeh-ye esteqlal-e Kanun-e Vokalay-e Dadgostari va Qanun-e Nezam-e Pezeshki [A brief comparison between the bill on the independence of the Bar Association and the Medical Council Law]. *Kanun-e Vokala*, 114,

- 60–71. (In Persian)
- Moradzadeh, M. (2021). Vizhegiha-ye sazmanha-ye herfe'i: Mored-e motale'eh-ye Kanun-e Vokala va Nezam-e Pezeshki [Characteristics of professional organizations: A study of the Bar Association and the Medical Council]. *Motale'at-e Olum-e Siasi, Hoquq va Feqh*, 7(1), 149–169. (In Persian)
- Moradzadeh, M., & Tolabaki, A. (2017). Barresi-ye sazmanha-ye Nezam-e Pezeshki, Ravanshenasi, Mohandesi-ye Sakhteman [A study of the Medical Council, Psychology, and Construction Engineering organizations]. *Tahqiqat-e Jadid dar Olum-e Ensani*, 7, 305–338. (In Persian)
- Mosavabeh-ye Shoray-e Ali-ye Edari dar khosus-e ijad-e Sazman-e Ghaza va Daru [Resolution of the Supreme Administrative Council on the establishment of the Food and Drug Organization]. (2010, January 28). *Shoray-e Ali-ye Edari*. (In Persian)
- Nezami Samarqandi, Ahmad ibn Umar ibn Ali. (1948). *Chahar maqaleh* [Four discourses]. Armaghan. (In Persian)
- Ogilvie, S. (2014). The economics of guilds. *Journal of Economic Perspectives*, 28(4), 169–192. <https://doi.org/10.1257/jep.28.4.169>
- Ogilvie, S., & Carus, A. W. (2014). Institutions and economic growth in historical perspective. In P. Aghion & S. N. Durlauf (Eds.), *Handbook of economic growth* (Vol. 2A, pp. 403–513). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-53538-2.00008-3>
- Orentlicher, D., & Hervey, T. K. (Eds.). (2021). *The Oxford handbook of comparative health law*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190846756.001.0001>
- Pigulevskaya, N. V., et al. (1974). *Tarikh-e Iran az dowran-e bastan ta payan-e sadeh-ye hejdahom-e miladi* [History of Iran from ancient times to the end of the eighteenth century AD] (K. Keshavarz, Trans.). Payam. (In Persian)
- Pormann, P. E. (2005). The physician and the other: Images of the charlatan in medieval Islam. *Bulletin of the History of Medicine*, 79(2), 189–227. <https://doi.org/10.1353/bhm.2005.0085>
- Privy Council. (n.d.). Royal charters. Retrieved December 21, 2024, from <https://privycouncil.independent.gov.uk/royal-charters/#:~:text=A%20Royal%20Charter%20is%20an,to%20govern%20its%20own%20affairs>
- Public Officers Law. (1909, February 17). New York State Legislature.
- Qanun-e barnameh-ye panj-saleh-ye panjom-e towse'eh-ye Jomhuri-ye Eslami-ye Iran, 2011–2015 [Law of the Fifth Five-Year Development Plan of the Islamic Republic of Iran, 2011–2015]. (2011, January 5). *Majles-e Shoray-e Eslami*. (In Persian)
- Qanun-e barnameh-ye panj-saleh-ye sheshom-e towse'eh-ye eqtesadi, ejtemai va farhangi-ye Jomhuri-ye Eslami-ye Iran, 2017–2021 [Law of the Sixth Five-Year Economic, Social, and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran, 2017–2021]. (2017, March 4). *Majles-e Shoray-e Eslami*. (In Persian)
- Qanun-e elhaqi be Qanun-e Nezam-e Pezeshki [Addendum law to the Medical Council Law]. (1980, July 6). *Shoray-e Enqelab-e Jomhuri-ye Eslami-ye Iran*. (In Persian)
- Qanun-e entekhabat-e Majles-e Shoray-e Melli [National Consultative Assembly Elections Law]. (1980, January 30). *Shoray-e Enqelab-e Jomhuri-ye Eslami-ye Iran*. (In Persian)
- Qanun-e eslah-e ba'zi az mavadd-e Qanun-e Nezam-e Pezeshki [Law amending certain articles of the Medical Council Law]. (1967, July 6). *Majles-e Shoray-e Melli*. (In Persian)
- Qanun-e eslah-e Qanun-e Nezam-e Pezeshki va elhaq-e chand maddeh be qanun-e mazkur





- [Law amending the Medical Council Law and adding several articles to it]. (1975, June 21). Majles-e Shoray-e Melli. (In Persian)
- Qanun-e eslah-e mavadi az Qanun-e Nezam-e Pezeshki va elzam-e dowlath jahat-e tahieh va tanzim va era'e-ye layehheh-ye Sazman-e Nezam-e Pezeshki-ye Jomhuri-ye Eslami-ye Iran [Law amending articles of the Medical Council Law and requiring the government to prepare and submit the bill on the Medical Council Organization of the Islamic Republic of Iran]. (1984, December 25). Majles-e Shoray-e Eslami. (In Persian)
- Qanun-e ijad-e Sazman-e Nezam-e Parastari-ye Jomhuri-ye Eslami-ye Iran [Law establishing the Nursing Council Organization of the Islamic Republic of Iran]. (2001, December 2). Majles-e Shoray-e Eslami. (In Persian)
- Qanun-e Nezam-e Pezeshki [Medical Council Law]. (1960, December 24). Majles-e Shoray-e Melli. (In Persian)
- Qanun-e Sazman-e Nezam-e Pezeshki-ye Jomhuri-ye Eslami-ye Iran [Law on the Medical Council Organization of the Islamic Republic of Iran]. (2004, November 6). Majles-e Shoray-e Eslami. (In Persian)
- Qanun-e Tamin-e Ejtemai, ba eslahat va elhaqat-e ba'di [Social Security Law, with subsequent amendments and additions]. (1975, June 24). Majles-e Shoray-e Melli. (In Persian)
- Qanun-e tashkil-e Sazman-e Nezam-e Pezeshki-ye Jomhuri-ye Eslami-ye Iran [Law establishing the Medical Council Organization of the Islamic Republic of Iran]. (1990, July 15). Majles-e Shoray-e Eslami. (In Persian)
- Qanun-e tashkil-e Sazman-e Nezam-e Pezeshki-ye Jomhuri-ye Eslami-ye Iran [Law establishing the Medical Council Organization of the Islamic Republic of Iran]. (1996, January 10). Majles-e Shoray-e Eslami. (In Persian)
- Qanun-e tashkil-e Sazman-e Nezam-e Ravanshenasi va Moshavereh-ye Jomhuri-ye Eslami-ye Iran [Law establishing the Psychology and Counseling Council Organization of the Islamic Republic of Iran]. (2003, April 29). Majles-e Shoray-e Eslami. (In Persian)
- Ray-e vahdat-e ravieye shomareh 797 [Unification precedent judgment No. 797]. (2020, September 29). Hey'at-e Omumi-ye Divan-e Ali-ye Keshvar. (In Persian)
- Royal Charter of the Royal College of General Practitioners. (1972, October 23). Privy Council.
- Russell, A. W. (Ed.). (1981). The town and state physician in Europe from the Middle Ages to the Enlightenment. Herzog August Bibliothek.
- Shariati-Nasab, S. (2023). Naqd-e residgi-ye mahavi be ara-ye entezami-ye Sazman-e Nezam-e Pezeshki dar Dadgah-e Tajdidnazar-e Ostan: Vakavi-ye Ray-e Vahdat-e Ravieye shomareh 797-e Divan-e Ali-ye Keshvar (2020/09/29) [A critique of substantive review of disciplinary decisions of the Medical Council Organization in the provincial court of appeal: An analysis of Supreme Court unification precedent judgment No. 797 (2020/09/29)]. Naqd va Tahlil-e Ara-ye Qazai, 2(4), 388–417. (In Persian). <https://doi.org/10.22034/analysis.2023.2007365.1030>
- Statista. (2024). Leading 10 U.S. states with the most number of active physicians as of 2024. Retrieved December 21, 2024, from <https://www.statista.com/statistics/250141/us-states-with-highest-total-number-of-active-physicians/>
- The Anaesthesia Associates and Physician Associates Order 2024 (UK).
- The General Medical Council (Miscellaneous Amendments) Order of Council 2017 (UK).
- The Medical Act 1983 (UK).
- The Nursing and Midwifery Order 2001, SI 2002/253 (UK).

- Van Leeuwen, M. H. D. (2012). Guilds and middle-class welfare, 1550–1800: Provisions for burial, sickness, old age, and widowhood. *The Economic History Review*, 65(1), 61–90. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0289.2011.00602.x>
- Zamani, B. (2021, August 2). *Nezam-e Pezeshki*, Mordad 65 [The Medical Council, August 1986]. *Sazman-e Nezam-e Pezeshki-ye Jomhuri-ye Eslami-ye Iran*. Retrieved December 21, 2024. (In Persian) from <https://irimc.org/%D8%A2%D8%B1%D8%B4%DB%8C%D9%88-%D9%85%D8%B7%D8%A7%D9%84%D8%A8/at/view/pid/2090>



