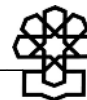


خلاصه اجرایی نگاهی بر قانونگذاری در  
بخش سلامت در هشت دوره مجلس  
شورای اسلامی

## به نام خدا

### فهرست مطالب

۱	مقدمه
۱	روش کار
۲	مجلس اول
۲	بررسی مجلس اول
۵	مجلس دوم
۵	بررسی مجلس دوم
۷	مجلس سوم
۸	بررسی مجلس سوم
۱۰	مجلس چهارم
۱۰	بررسی مجلس چهارم
۱۲	مجلس پنجم
۱۲	بررسی مجلس پنجم
۱۴	مجلس ششم
۱۵	بررسی مجلس ششم
۱۸	مجلس هفتم
۱۸	بررسی مجلس هفتم
۲۰	مجلس هشتم
۲۰	بررسی مجلس هشتم
۲۱	مقایسه دوره‌ها
۳۵	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری
۳۵	منبع و مأخذ



## خلاصه اجرایی نگاهی بر قانونگذاری در بخش سلامت در هشت دوره مجلس شورای اسلامی

### مقدمه

سابقه مجلس در کشور ایران به بیش از یکصد سال می‌رسد که سی سال از این دوران مربوط به پس از پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی است. با پیروزی انقلاب اسلامی، مجلس شورای اسلامی به‌عنوان مرجع منحصر قانونگذاری در جمهوری اسلامی ایران فعالیت خود را آغاز کرد. در این دوران قوه مقننه در چارچوب ساختار سیاسی متکامل جمهوری اسلامی، براساس آموزه‌های دینی و در قالب «مجلس شورای اسلامی» مبنای پویایی و تکامل جامعه ایران قرار گرفته است. وظایف عمده مجلس در دو بخش قانونگذاری و نظارت خلاصه می‌شود. علاوه بر این براساس قانون اساسی هرکس شکایتی از طرز کار مجلس یا قوه مجریه یا قضائیه داشته باشد، می‌تواند شکایت خود را کتباً به مجلس شورای اسلامی عرضه کند. مجلس موظف است در مواردی که شکایت به قوه مجریه یا قوه قضائیه مربوط است رسیدگی و پاسخ کافی از آنها بخواهد و در مدتی مناسب نتیجه را اعلام نماید و در موردی که مربوط به عموم باشد به اطلاع عامه برساند. در این گزارش به بررسی قوانین مصوب در حوزه سلامت پرداخته شده است و سعی شده علاوه بر تدوین فهرست قوانین و وضعیت طرح‌ها و لوایح اعلام وصول شده در حوزه سلامت به تحلیل قوانین شاخص هر دو نیز پرداخته شود.

### روش کار

در ابتدا کلیه قوانین و طرح‌ها و لوایح مرتبط با سلامت در دوره‌های مختلف مجلس استخراج گردید و تجزیه و تحلیل شد. سپس با استفاده از نظر خبره، قوانین تأثیرگذار هر دوره مشخص شد و مورد نقد قرار گرفت. لازم به‌ذکر است در استخراج موارد مرتبط با سلامت کلیه قوانین، طرح‌ها و لوایحی که مستقیماً بر بخش بهداشت و درمان مؤثر بودند ملاک عمل قرار گرفتند و قوانینی که به‌صورت عمومی بر کلیه حوزه‌ها تأثیر داشتند (نظیر قانون مدیریت خدمات کشوری و...) در این دسته‌بندی قرار داده نشد. تنها مورد استثنا قوانین بودجه سنواتی و قوانین برنامه توسعه‌ای بود که به‌لحاظ داشتن احکامی مشخص و تأثیرگذار در بخش سلامت جزو قوانین مستخرج قرار گرفت.

## مجلس اول

مجلس اول به‌عنوان نخستین پایگاه تقنینی کشور در نظام جدید نگاه‌های زیادی را به‌خود معطوف کرد. با توجه به شرایط انقلابی جامعه ایران، در این دوره، اختلاف‌نظر شدید بین نمایندگان که از طیف‌ها و گروه‌های مختلف سیاسی بودند دیده می‌شد. مجلس دوره اول از سال ۱۳۵۹ تا ۱۳۶۳ ادامه داشت. در این دوره ۶۲۵ جلسه علنی و ۱۶ جلسه غیرعلنی برگزار شد که حدوداً ۲۴۰۰ ساعت زمان برد. از میان ۸۰۴ لایحه و طرح مطرح شده، ۳۷۰ مورد به تصویب رسید. این پرکاری به‌دلیل شرایط حساس انقلاب بود و نمایندگان به تغییر قوانین قدیمی و تصویب قوانین جدید مشغول بودند. در این مجلس ۳۱ بار بحث کابینه در دستور قرار گرفت که طی آن ۱۰۲ نفر وزیر رأی اعتماد گرفتند و ۱۲ نفر با رأی عدم اعتماد مجلس به وزارت نرسیدند.

براساس ماده (۴۲) آیین‌نامه داخلی مجلس مصوب ۱۳۶۲، بیست‌و‌چهار کمیسیون دائمی برای مجلس شورای اسلامی در نظر گرفته شد. کمیسیون شماره ۱۳، کمیسیون امور بهداری و بهزیستی و امداد و تأمین اجتماعی و هلال احمر بود. البته این آیین‌نامه و به تبع آن کمیسیون‌های تخصصی در طول سال‌های بعد تغییرات فراوانی پیدا کرد.

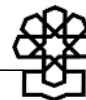
## بررسی مجلس اول

در اولین دوره مجلس شورای اسلامی در مجموع ۶۰ طرح و لایحه در حوزه سلامت ارائه شد که از این بین ۳۶ قانون به تصویب رسید. در مجموع قوانین مصوب در ۳۱ مورد پیشنهاد اولیه به‌صورت لایحه و ۵ مورد به‌صورت طرح تقدیم مجلس شده بود. در بین قوانین مصوب ۳ مورد به‌صورت دوفوریتی، یک مورد به‌صورت یک‌فوریتی و ۶ مورد به‌صورت یک‌شوری مورد بررسی قرار گرفت. ۴ مورد نیز طبق اصل هشتادوپنجم قانون اساسی در کمیسیون مربوطه به تصویب رسید.

بالاترین میزان تصویب قانون در حوزه سلامت در این دوره مجلس بوده است که نشان از نیاز آن زمان دارد. در این دوره قوانین مصوب حوزه سلامت ۹/۷۳ درصد کل قوانین مصوب را تشکیل داده است.

در یک نگاه کلی باید گفت اغلب مصوبات مجلس اول در حوزه سلامت مربوط به بحث نیروی انسانی و ساختار و تشکیلات است، البته با توجه به شرایط پس از پیروزی انقلاب اسلامی و تغییرات ساختارهای تشکیلاتی این موضوع تا حد زیادی قابل انتظار است.

تصویب ۷ قانون در حیطه نیروی انسانی نشان از دغدغه نمایندگان برای خدمت‌رسانی به مناطق محروم از یکسو و اصلاح پیاپی آن حاکی از بی‌دقتی در تنظیم اولیه مواد بوده است. پس از پیروزی انقلاب اسلامی موضوع کمبود پزشک، توزیع ناعادلانه پزشکان در سطح



کشور، محرومیت شدید و عدم دسترسی مردم مناطق روستایی و بخش‌های محروم و دوردست به خدمات درمانی، توزیع عادلانه‌تر امکانات و منابع تأمین خدمات بهداشتی و درمانی در سطح کشور و جلوگیری از تمرکز پزشکان در شهرهای بزرگ و مناطق مرفه، به شدت مورد توجه قرار گرفت؛ به همین دلیل الزام به خدمت اجباری پزشکان و پیراپزشکان در مناطق شهری و روستایی محروم، با نیت تأمین سلامت و عدالت، کاهش محرومیت و پاسخگویی به خواست و انتظار مردم مطرح گردید. وقوع جنگ تحمیلی، توسعه خدمات بهداشتی و درمانی در چارچوب طرح گسترش شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی کشور، استقرار و حضور بیش از ۳۰۰۰ نفر پزشک خارجی و کارکرد نامطلوب آنان و افزایش مراکز بهداشتی و درمانی و امکانات درمان بستری، از جمله عوامل و موجبات تحکیم مبانی قانونی و افزایش مدت الزامی حضور و خدمت پزشکان و پیراپزشکان مشمول و ادامه این روش محسوب می‌شد. نخستین اقدام قانونی برای انجام طرح خدمت اجباری پزشکان و پیراپزشکان توسط شورای انقلاب جمهوری اسلامی ایران صورت گرفت. در فاصله سال‌های ۱۳۵۸ تا ۱۳۷۵ ضوابط، مقررات و شرایط خدمت الزامی خارج از مرکز پزشکان و پیراپزشکان بارها و بارها در قالب لوایح و طرح‌های قانونی یا اصلاح قوانین مورد بازبینی و تجدیدنظر قرار گرفت.

**اولین مصوبه تأثیرگذار مجلس اول** قانون تغییر نام وزارت بهداری و بهزیستی به وزارت بهداری بود. از آنجایی که براساس مصوبه شورای انقلاب سازمان بهزیستی تشکیل شده بود، نمایندگان مجلس با تصویب قانونی نام وزارت بهداری و بهزیستی را به وزارت بهداری تغییر دادند و کلیه وظایف و اختیارات وزیر بهداری و بهزیستی در امور بهزیستی به وزیر مشاور و رئیس سازمان بهزیستی کشور منتقل گردید.

قانون تنظیم هزینه‌های درمانی و بهداشتی نیز یکی از مصوبات مهم مجلس اول در انتهای سال ۱۳۵۹ محسوب می‌شد که براساس آن وزارت بهداری مکلف شد ظرف مدت دو ماه جهت تنظیم صحیح و عادلانه هزینه‌های درمانی و بهداشتی مطالعات لازم را انجام و با تهیه آیین‌نامه‌های مربوط به موقع اجرا گذارد.

تصویب قانون افتتاح سال اول دانشکده پزشکی نتیجه طرح دوفوریتی نمایندگان بود که براساس آن وزارت فرهنگ و آموزش عالی موظف شد سال اول پزشکی و رشته‌های مربوطه را حداکثر تا اول بهمن ۱۳۶۱ شروع نماید.

تشکیل سازمان انتقال خون ایران یکی دیگر از اقدامات مجلس اول بود. در سال ۱۳۶۱ مجلس دولت را مکلف نمود به منظور توسعه و بهبود امور مربوط به انتقال خون در سراسر کشور و همچنین تهیه فرآورده‌های سلولی و پلاسمایی و تدوین و اجرای ضوابط مربوط به امور انتقال

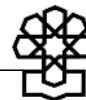
خون مؤسسات درمانی و آموزشی و پژوهشی در زمینه ایمنوهماتولوژی و انتقال خون و نیز روش‌های جمع‌آوری و نگهداری و پخش و استفاده از خون و فرآورده‌های سلولی و پلاسمایی، سازمانی به نام سازمان انتقال خون ایران وابسته به وزارت بهداشتی تشکیل می‌شود. برطبق این مصوبه دولت موظف شد اساسنامه و طرز تشکیل این سازمان را ظرف سه ماه پس از تصویب این قانون به وسیله وزارت بهداشتی تهیه و برای تصویب تقدیم مجلس شورای اسلامی کند که البته این امر با دو سال تأخیر در سال ۱۳۶۳ صورت پذیرفت.

خدمت خارج از مرکز پزشکان و دندانپزشکان و داروسازان یکی دیگر از دل‌مشغولی‌های حوزه سلامت در مجلس اول بود. با تصویب مجلس اول کلیه پزشکان عمومی و متخصص و دندانپزشکان و داروسازان و صاحبان حرف وابسته ملزم به انجام خدمت خارج از مرکز به مدت پنج سال در هر نقطه از کشور به غیر از تهران و شهرهایی که دارای دانشکده‌های پزشکی و دندانپزشکی و داروسازی است، شدند. این قانون که در سال‌های بعد مکرر اصلاح شد هنوز هم مورد نقد جامعه پزشکی قرار دارد. قانون وظایف و مسئولیت‌های جمعیت هلال احمر دیگر مصوبه این دوره بود که براساس آن جمعیت سابق شیر و خورشید سرخ ایران تحت عنوان جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران دارای شخصیت حقوقی مستقل گردید.

لایحه تشکیل وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی یکی دیگر از لوایح این دوره بود که برطبق آن از تاریخ تصویب این قانون وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تشکیل می‌گردد. همچنین کلیه اختیارات، وظایف و مسئولیت‌های وزارت بهداشتی و آن قسمت از وظایف و اختیارات و مسئولیت‌های وزارت فرهنگ و آموزش عالی و سایر وزارتخانه و مؤسسات وابسته به دولت و نهادهای انقلابی و نیز مؤسساتی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است و مربوط به امور بهداشتی، درمانی و آموزش نیروی انسانی گروه پزشکی و آموزش و درمان و توانبخشی و سایر موارد مندرج در این قانون می‌شوند به وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی محول می‌شود. این مقدمه‌ای بود بر آنچه در مجلس بعد به عنوان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به تصویب رسید.

این لایحه با تغییراتی به تصویب مجلس رسید اما شورای نگهبان به علت مغایر بودن موادی از آن با اصول قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران اعاده نمود و جهت رسیدگی مجدد به کمیسیون مرکب ارجاع شد. در نهایت نیز دولت این لایحه را مسترد نمود تا پرونده تشکیل وزارتخانه در این مجلس بسته شود هر چند در مجلس دوم مجدد این موضوع مطرح و این بار به تصویب رسید.

تشکیل شورای عالی بهداشت و درمان و آموزش پزشکی لایحه بود که در این دوره از سوی نمایندگان رد شد.



لایحه تشکیل وزارت تأمین اجتماعی و لایحه تشکیل نظام پزشکی دو لایحه دیگری بودند که در این مجلس مطرح اما به قانون تبدیل نشدند. ارائه مجدد این موضوعات در مجالس بعدی نشانگر این است که به علت احساس نیاز این موضوع مجدد دنبال شده است.

### مجلس دوم

انتخابات دومین دوره مجلس در بیست و ششم فروردین ماه ۱۳۶۳ برگزار شد. در این دوره ۱۵ میلیون و ۸۲۲ هزار و ۷۰ نفر در انتخابات شرکت کردند. مجلس دوره دوم فعالیت خود را از سال ۱۳۶۳ آغاز کرد و تا ۱۳۶۷ ادامه یافت. انتخابات دومین دوره مجلس شورا، پس از انقلاب بهمن ۱۳۵۷، در روز جمعه ۲۶ فروردین ۱۳۶۳ برگزار گردید و در تاریخ ۷ خرداد ۱۳۶۳ اولین جلسه مجلس دوم برگزار گردید. ۳۱۶ مصوبه حاصل کار مجلس دوم بود.

رئیس مجلس دوم، حجت‌الاسلام والمسلمین اکبر هاشمی رفسنجانی و نایب رئیسان محمد یزدی، مهدی کروبی و محمد مهدی ربانی املشی بودند.

### بررسی مجلس دوم

در دومین دوره مجلس شورای اسلامی در مجموع ۵۳ طرح و لایحه در حوزه سلامت ارائه شد که از این بین ۳۱ قانون به تصویب رسید. در مجموع قوانین مصوب در ۲۲ مورد پیشنهاد اولیه به صورت لایحه و ۹ مورد به صورت طرح تقدیم مجلس شده بود. در بین قوانین مصوب یک مورد به صورت دوفوریتی، ۲ مورد به صورت یکفوریتی و ۴ مورد به صورت یکشوری مورد بررسی قرار گرفت. در این دوره قوانین مصوب حوزه سلامت ۸۱/۹ درصد کل قوانین مصوب را تشکیل داده است بدون شک قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مهمترین مصوبه مجلس دوم در حوزه سلامت بود.

پس از پیروزی انقلاب شاخه پزشکی ستاد انقلاب فرهنگی بر روی موضوع کمبود پزشک مطالعاتی را آغاز کرد. ماحصل این کار جزوهای در بیش از یکصد صفحه بود که بر موضوع ادغام آموزش پزشکی در وزارت بهداشتی وقت تکیه داشت. این موضوع به صورت لایحه در مجلس اول مطرح شد و در تاریخ ۱۳۶۱/۶/۱۵ به تصویب رسید. اما شورای نگهبان به آن ایراد قانون اساسی گرفت و جدا شدن دانشکده‌های پزشکی و مؤسسات آموزشی از دانشگاه‌ها و قرار گرفتن آن زیر نظر وزارت بهداشتی را مغایر بندهای «۴» و «۱۳» اصل سوم قانون اساسی دانست. با این ایراد عملاً لایحه در مجلس اول متوقف باقی ماند.

ارائه مجدد لایحه تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آغاز بحث موافقان و مخالفان این موضوع در مجلس دوم بود. مخالفان این طرح که برخی از آنان پزشک نیز بودند بر افت آموزش تکیه داشتند و درخواست چهار ماه مسکوت گذاشتن لایحه را داشتند. اما با دفاعیات دو پزشک دیگر یعنی دکتر ایرج فاضل، وزیر وقت فرهنگ و آموزش عالی و دکتر مرندي، وزیر وقت بهداشتی و بهزیستی، شور اول این طرح لایحه به تصویب رسید. در شور دوم لایحه برای بررسی دقیق‌تر به کمیسیون خاص مرکب از نمایندگان از کمیسیون امور بهداشتی و بهزیستی، فرهنگ و آموزش عالی و برنامه و بودجه سپرده شد. دکتر زرگر، ریاست و دکتر عباس شیبانی، مخبر این کمیسیون بودند. سرانجام پس از حدود چهار جلسه بحث این لایحه به تصویب رسید و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی متولد شد.

قانون مربوط به خدمت پزشکان و پیراپزشکان یکی دیگر از مصوبات مجلس دوم بود که جایگزین قانون خدمت خارج از مرکز پزشکان و دندانپزشکان و داروسازان شد که در طول چند سال بارها اصلاح شده بود. قانون مربوط به خدمت پزشکان و پیراپزشکان پس از بحث‌های فراوان سرانجام در آخرین روزهای مجلس دوم به تصویب رسید هر چند این قانون نیز در سال‌های بعد دستخوش تغییرات فراوان شد.

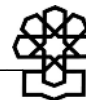
برطبق این قانون مشمولان مادام که تعهدات خود را انجام ندادند، مجاز به دخالت در امور پزشکی به‌طور آزاد نیستند. همچنین این افراد این قانون قبل از انجام تعهدات قانونی مجاز به خروج از کشور نمی‌باشند.

اصلاح قوانین مصوب قبلی یکی از مواردی بود که در این مجلس در بخش سلامت زیاد دیده شد حتی قانون تعیین وضع شغلی دندان‌سازان تجربی که در این دوره به تصویب رسید مجدد در همین دوره اصلاح شد.

قانون اصلاح موادی از قانون نظام پزشکی و الزام دولت جهت تنظیم و ارائه لایحه سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران یکی دیگر از مصوبات این مجلس بود که شروع کار آن از مجلس اول بود. این لایحه از سوی دولت ارائه شد و به تصویب رسید، اما شورای نگهبان آن را تأیید نکرد. این لایحه پس از اعاده شورای نگهبان در کمیسیون تحت بررسی بود که عمر مجلس دوم به پایان رسید.

ارائه یک طرح و یک لایحه نشان از توجه زیاد این مجلس به وضعیت و جایگاه نظام پزشکی داشت که پس از اتفاقاتی که در نظام پزشکی رخ داده بود طبیعی محسوب می‌شود.

اما مجلس دوم به تمامی پیشنهادات مطرح شده در حوزه سلامت پاسخ مثبت نداد. طرح منفک شدن سازمان تأمین اجتماعی از وزارت بهداشتی و الحاق آن به وزارت کار و امور اجتماعی، طرح



اصلاح ماده (۲) قانون تشکیل وزارت بهداشت و الحاق یک ماده و دو تبصره، لایحه نحوه پرداخت حقوق و فوق‌العاده کارکنان سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی استان‌ها در مأموریت‌های آموزشی، طرح استفاده از بیست درصد درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی جهت تأمین آب آشامیدنی و لوله‌کشی روستاها از جمله طرح‌ها و لوایحی بودند که در این دوره مجلس مورد موافقت قرار نگرفتند و رد شدند.

اتمام مجلس دوم نیز مانع طرح برخی پیشنهادات در صحن علنی مجلس شد. طرح انحلال شورای عالی پزشکی، طرح مجوز اداره مستقل داروخانه به‌وسیله کمک داروسازان و طرح قانونی راه‌اندازی بعضی بیمارستان‌ها برای جلوگیری از اعزام بیماران به خارج از کشور از جمله مصوبات کمیسیون بهداشتی و بهزیستی مجلس دوم بود که مجال ارائه در صحن علنی مجلس را نیافت.

در این دوره دولت تعداد قابل توجهی از لوایح خود در حوزه سلامت را به دلایل مختلف باز پس گرفت. لایحه اصلاح لایحه قانونی راجع به استفاده از خدمات تمام‌وقت استادان دانشکده‌های گروه پزشکی و دندانپزشکی و شاغلان رشته‌های وابسته، لایحه اصلاح موادی از اساسنامه شرکت سهامی دارویی کشور، لایحه همترازی حقوق و مزایای پزشکان و کادر گروه پزشکی شاغل در ستاد مرکزی و واحدهای وابسته به ستاد وزارت بهداشتی با حقوق و مزایای پزشکان شاغل در سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی استان‌ها، لایحه واگذاری مرکز درمانی بیماری قند در مشکین‌آباد کرج، لایحه نحوه تأمین تولید فرآورده‌های آزمایشگاهی تشخیص طبی، لایحه ماده واحده الحاقی به لایحه قانونی خدمت نیروی انسانی و درمانی و بهداشتی، لایحه همترازی حقوق و مزایای پزشکان و کادر گروه پزشکی شاغل در ستاد مرکزی و واحدهای وابسته به ستاد وزارت بهداشتی با حقوق و مزایای پزشکان و کادر گروه پزشکی شاغل خدمت در سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی استان‌ها و لایحه راجع به اصلاح خدمت یک‌ماهه پزشکان و وابستگان حرفه پزشکی و پیراپزشکی مصوب ۱۳۶۰ از جمله لوایحی بودند که از سوی دولت مسترد گردید.

طرح تبدیل سازمان بهزیستی کشور به وزارت بهزیستی و تأمین اجتماعی از جمله طرح‌هایی بود که در این دوره ارائه و بایگانی گردید. این طرح به نوعی ادامه طرحی در خصوص وزارت شدن تأمین اجتماعی بود که در مجلس اول نیز ارائه شده بود.

### مجلس سوم

انتخابات سومین دوره مجلس شورای ملی پس از انقلاب در روز ۱۹ فروردین ۱۳۶۷ برگزار گردید. سومین دوره قانونگذاری مجلس شورای اسلامی که به تعبیر مقام معظم رهبری حضرت آیت‌الله

خامنه‌ای (مدظله‌العالی) «در مقطعی بسیار حساس» در تاریخ ۱۳۶۷/۳/۷ مسئولیت خویش را آغاز نموده بود، در تاریخ ۱۳۷۱/۳/۶ به‌کار خود پایان داد. در تاریخ ۷ خرداد ۱۳۶۷ اولین جلسه مجلس برگزار شد. رئیس مجلس حجت‌الاسلام اکبر هاشمی رفسنجانی بود که پس از انتخاب وی به‌عنوان رئیس‌جمهور، مهدی کروبی رئیس مجلس شد و حسین هاشمیان و اسدالله بیات نایب رئیس‌ان بودند. در این دوره و پس از بازنگری در قانون اساسی جمهوری اسلامی، نام مجلس شورای ملی رسماً به مجلس شورای اسلامی تغییر یافت.

سومین دوره مجلس شورای اسلامی در مدت ۴ سال فعالیت خود به بحث و بررسی ۲۵۷ طرح و لایحه پرداخت.

### بررسی مجلس سوم

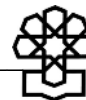
در سومین دوره مجلس شورای اسلامی در مجموع ۴۶ طرح و لایحه در حوزه سلامت ارائه شد که از این بین ۲۷ قانون به تصویب رسید. در مجموع قوانین مصوب در ۱۶ مورد پیشنهاد اولیه به‌صوت لایحه و ۱۱ مورد به‌صورت طرح تقدیم مجلس شده بود. در بین قوانین مصوب ۳ مورد به‌صورت دوفوریتی، ۲ مورد به‌صورت یک‌فوریتی و ۲۲ مورد به‌صورت یک‌شوری مورد بررسی قرار گرفت. ۴ مورد نیز طبق اصل هشتادوپنجم قانون اساسی در کمیسیون مربوطه به تصویب رسید.

در این دوره قوانین مصوب حوزه سلامت ۵۵/۱۰ درصد کل قوانین مصوب را تشکیل داده است که بالاترین رقم در ادوار مختلف مجلس محسوب می‌شود.

طرح اصلاح موادی از قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان مصوب ۱۳۶۷/۱/۳۰ و الحاق موادی به آن بر اثر اعتراضات پزشکان به قانون قبلی مورد بررسی نمایندگان قرار گرفت. این طرح طبق اصل هشتادوپنجم قانون اساسی در کمیسیون بهداری و بهزیستی تصویب و در جلسه علنی با ۵ سال مدت اجرای آزمایشی آن موافقت شد.

در سال ۱۳۶۸ بررسی برنامه پنج‌ساله توسعه اقتصادی و اجتماعی جمهوری اسلامی ایران در مجلس آغاز شد. متأسفانه در این برنامه بهداشت و درمان تقریباً مغفول مانده بود و جزء چند تبصره که بیشتر مربوط به احداث مراکز درمانی یا استفاده از اساتید ایرانی مقیم خارج از کشور بود دیگر ردپایی از بهداشت و درمان دیده نمی‌شد. تأمین آموزش‌های عمومی بهداشتی - درمانی و مراقبت‌های بهداشتی اولیه برای عامه مردم با تأکید بر مناطق محروم و روستایی کشور تنها هدفی در این قانون بود که به موضوع سلامت اشاره مستقیم داشت.

قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران یکی از مهمترین مصوبات مجلس



سوم محسوب می‌شود. پس از کش و قوس‌های فراوان لایحه دولت در خصوص سازمان نظام پزشکی که به سرانجامی نرسید طرح تشکیل سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران از سوی نمایندگان به مجلس تقدیم شد.

بررسی این طرح با اساس اصل هشتاد و پنجم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به کمیسیون بهداری و بهزیستی سپرده شد؛ و پس از تصویب در این کمیسیون در جلسه علنی مورخ پنجم تیرماه یک‌هزار و سیصد و شصت و نه مجلس شورای اسلامی با پنج سال مدت اجرای آزمایشی آن موافقت نمود.

قانون نحوه ایجاد تسهیلات لازم برای تسریع در احداث و تکمیل بیمارستان‌های ۹۶ شهر کشور نتیجه طرح دوفوریتی نمایندگان برای رفع موانع موجود در احداث این بیمارستان‌ها بود. بیمارستان‌هایی که در سال‌های بعد مسائل متعددی را برای سلامت کشور ایجاد کردند.

طرح لزوم بازآموزی و نوآموزی جامعه پزشکی کشور و ارتقای سطح دانش پزشکی آنها یکی دیگر از طرح‌های نمایندگان در این دوره بود. این طرح نیز براساس اصل هشتاد و پنجم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در کمیسیون بهداری و بهزیستی مجلس شورای اسلامی بررسی و به تصویب رسید. در صحن علنی مجلس نیز اجرای آزمایشی آن برای مدت ۵ سال تصویب شد. این قانون در سال‌های بعد اصلاح شد و مبنای بازآموزی امروزی پزشکان گردید.

استیضاح وزیر بهداشت یکی دیگر از اتفاقات مجلس سوم بود. در ۲۳ دی‌ماه ۱۳۶۹ به دنبال تقاضای عده‌ای از نمایندگان در خصوص استیضاح دکتر فاضل وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و پس از بیانات نمایندگان موافق و مخالف و دفاع وزیر، مجلس از مجموع ۲۴۶ رأی ریخته شده با ۱۱۵ رأی مخالف، ۱۱۴ رأی موافق و ۱۷ رأی ممتنع به ایشان رأی اعتماد نداد و دکتر فاضل با اختلاف یک رأی از وزارت بهداشت کنار رفت.

در مجلس سوم طرح‌هایی نیز در حوزه سلامت مطرح شد که به تصویب نرسید طرح تشکیل وزارت امداد و تأمین اجتماعی، طرح استفاده از کمک دندانپزشکان تجربی داوطلب خدمت در شهرهای فاقد دانشکده دندانپزشکی، طرح اصلاح قانون مجوز اداره مستقل داروخانه وسیله کمک داروسازان کشور مصوب ۱۳۶۷، طرح واگذاری بیمارستان امام خمینی فریدونکنار به درمانی بنیاد شهید انقلاب اسلامی از جمله این موارد بودند ولی شاید مهمترین طرح در این خصوص طرح بیمه خدمات درمانی همگانی بود که در سال ۱۳۶۷ مطرح شد ولی مورد تأیید قرار نگرفت. این طرح سرآغاز جریانی بود که بعدها به تصویب قانون بیمه همگانی انجامید.

لایحه تشکیل سازمان پزشکی قانونی، طرح اصلاح موادی از سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، طرح اصلاح قانون اساسنامه جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، طرح اصلاح

قانون تربیت بهداشت‌کاران دهان و دندان، لایحه شمول قانون محرومیت از مطب به مشمولان لایحه قانونی خدمت نیروی انسانی و لایحه مستثنا شدن بازنشستگی شاغلین شاغل پرستاری از شرط سنی از جمله مواردی بود که در کمیسیون بهداری و بهزیستی مورد بررسی قرار گرفت ولی به علت پایان مجلس سوم فرصت طرح آن در صحن علنی مجلس فراهم نشد.

یکی از نکات قابل توجه این دوره این بود که اکثر قوانین تصویب شده در حوزه سلامت به صورت طرح از سوی نمایندگان مطرح شده بود که این نشان از فعال بودن نمایندگان در حوزه سلامت داشت. همچنین در موارد زیادی نیز بررسی طرح طبق اصل هشتاد و پنجم قانون اساسی به کمیسیون بهداری و بهزیستی محول گردید و این قوانین هیچگاه در صحن علنی مجلس مورد بررسی نمایندگان قرار نگرفت.

### مجلس چهارم

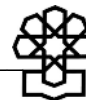
در تاریخ ۷ خرداد ۱۳۷۱ اولین جلسه مجلس برگزار گردید. رئیس مجلس حجت‌الاسلام علی‌اکبر ناطق نوری و نایب رئیس‌ان حسن روحانی، سیداکبر پرورش، محمدعلی موحدی کرمانی و حسین هاشمیان بودند. دوره چهارم مجلس شورای اسلامی که از تاریخ ۱۳۷۱/۳/۷، کار قانونگذاری را آغاز نموده بود در تاریخ ۱۳۵۷/۳/۶ به کار خود پایان داد. تداوم سازندگی همچنان در رأس دستور کارهای مجلس این دوره بود. مجلس چهارم در ۴۲۶ جلسه علنی خود ۳۴۲ مصوبه داشت که از این تعداد، ۲۲۹ لایحه و ۱۱۳ طرح به تصویب رسیده است. همچنین بحث و بررسی پیرامون ۶۲۶ طرح و لایحه انجام گرفت و ۲ استیضاح در آن صورت پذیرفت.

### بررسی مجلس چهارم

در چهارمین دوره مجلس شورای اسلامی در مجموع ۴۸ طرح و لایحه در حوزه سلامت ارائه شد که از این بین ۳۱ قانون به تصویب رسید. در مجموع قوانین مصوب در ۲۲ مورد پیشنهاد اولیه به صورت لایحه و ۹ مورد به صورت طرح تقدیم مجلس شده بود. در بین قوانین مصوب ۴ مورد به صورت دوفوریتی، ۲ مورد به صورت یک‌فوریتی و ۴ مورد به صورت یک‌شوری مورد بررسی قرار گرفت. یک مورد نیز طبق اصل هشتاد و پنجم قانون اساسی در کمیسیون مربوطه به تصویب رسید.

در این دوره قوانین مصوب حوزه سلامت ۹/۰۶ درصد کل قوانین مصوب را تشکیل داده است.

تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی را باید شاخص‌ترین مصوبه این دوره دانست.



لایحه‌ای که پس از کشوقوس‌های زیاد در کمیسیون مشترکی متشکل از نمایندگان کمیسیون بهداری و بهزیستی و برنامه بودجه سرانجام به تصویب نهایی در صحن مجلس رسید.

در اردیبهشت سال ۱۳۷۳ بررسی لایحه برنامه پنج‌ساله دوم توسعه اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی کشور در کمیسیون برنامه و بودجه مجلس آغاز شد. در این لایحه سلامت قدری پررنگ‌تر از برنامه اول توسعه دیده شد و در خط‌مشی‌های اساسی تأمین بهداشت عمومی و گسترش بیمه همگانی آورده شد. تکمیل تأسیسات، تجهیزات و نیروی انسانی شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور و پرداخت مابه‌التفاوت هزینه درمان بیمه‌شوندگان پس از کسر سرانه سهم بیمه شده و فرانشیز، مطابق مقررات قانون بیمه همگانی در طول برنامه سرانه دولت از دیگر مواد قانون برنامه دوم در حوزه سلامت محسوب می‌شود.

در مجلس چهارم طرح‌ها و لوایحی نیز در حوزه سلامت مطرح شد که به تصویب نرسید. لایحه تسری قانون کار و تأمین اجتماعی به شرکت سهامی داروپخش و مستثنا شدن آن از شمول قانون محاسبات عمومی کشور، طرح قانونی نحوه تأمین کسری اعتبار مورد نیاز تکمیل ساختمان بیمارستان‌های ۱۲۹ شهر کشور، طرح قانونی اصلاح قانون تربیت بهداشتکار دهان و دندان به‌منظور گسترش خدمات درمانی و بهداشتی در روستاها مصوب ۱۳۶۰/۱/۲۳، لایحه الحاق یک تبصره به‌عنوان تبصره «۱۰» به ماده (۱) قانون اصلاح موادی از قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان و الحاق موادی به آن، طرح ممنوعیت افزایش تعرفه هزینه‌های درمانی، لایحه مستثنا شدن بازنشستگی شاغلین مشاغل پرستاری از شرط سنی موضوع تبصره «۱» ماده (۲) قانون اصلاح مقررات بازنشستگی و وظیفه قانون استخدام کشوری، طرح تغییر نظام پذیرش دانشجویان برای دوره‌های دکترای حرفه‌ای از جمله این موارد بودند.

طرح دوفوریتی ممنوعیت استعمال دخانیات در مجامع عمومی در سال ۱۳۷۵ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید که با مخالفت شورای نگهبان در اجرای اصل یکصد و دوازدهم قانون اساسی برای تعیین تکلیف به مجمع تشخیص مصلحت نظام ارسال گردید. در مجمع عین مصوبه مجلس تشخیص مصلحت به رأی گذاشته شد که از آرای کافی برخوردار نگردید و رد شد.

شاید شاخص‌ترین لایحه‌ای که نتوانست رأی مجلس را به‌دست آورد لایحه اجازه پیوند اعضای بدن فوت‌شدگان در موارد خاص بود. لایحه اجازه پیوند اعضای بدن فوت‌شدگان در موارد خاص یکی از مواردی بود که در این مجلس مطرح و رد شد. موضوعی که بعدها مجدد مطرح و به تصویب مجلس رسید.

لایحه تأسیس شرکت پالایش و پژوهش خون، لایحه اصلاح بند «۲» ماده (۱۰) قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، طرح اصلاح موادی از اساسنامه جمعیت هلال

احمر و طرح الحاق یک تبصره به ماده (۶) قانون اصلاح بعضی از مواد قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارو و مواد خوراکی و آشامیدنی مصوب سال ۱۳۳۴ از جمله مواردی بود که در کمیسیون بهداری و بهزیستی مورد بررسی قرار گرفت ولی به علت پایان مجلس فرصت طرح آن در صحن علنی مجلس مهیا نشد.

### مجلس پنجم

دوره پنجم مجلس شورای اسلامی که کار قانونگذاری را از تاریخ ۱۳۷۵/۳/۷ آغاز نموده در مورخه ۱۳۷۹/۳/۶ به پایان رساند در تاریخ ۱۲ خرداد ۱۳۷۵ نخستین جلسه مجلس پنجم برگزار شد. رئیس مجلس پنجم حجت‌السلام والمسلمین علی‌اکبر ناطق نوری و نایب رئیس‌ان وی، حسن روحانی و محمدعلی موحدی کرمانی بودند. مجلس پنجم در ۳۸۷ جلسه علنی خود ۳۵۹ مصوبه داشت و ۳ استیضاح در آن صورت پذیرفت.

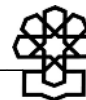
از مجموع ۳۸۷ جلسه علنی و از ۶۰۶ فقره لایحه و طرح تقدیمی تعداد ۳۵۹ مصوبه شامل ۲۵۰ لایحه و ۱۰۹ طرح، ۱۳ مورد تحقیق و تفحص و ۸۰ مورد سؤال از وزرا و ... حاصل تلاش جمعی نمایندگان این دوره بود.

### بررسی مجلس پنجم

در پنجمین دوره مجلس شورای اسلامی در مجموع ۴۶ طرح و لایحه در حوزه سلامت ارائه شد که از این بین ۲۸ قانون به تصویب رسید. در مجموع قوانین مصوب در ۲۱ مورد پیشنهاد اولیه به صورت لایحه و ۷ مورد به صورت طرح تقدیم مجلس شده بود. در بین قوانین مصوب ۳ مورد به صورت یک‌فوریتی و ۶ مورد به صورت یک‌شوری مورد بررسی قرار گرفت. در این دوره قوانین مصوب حوزه سلامت ۸/۷ درصد کل قوانین مصوب را تشکیل داده است.

یکی از مهمترین قوانین حوزه سلامت در مجلس پنجم طرح پیوند اعضای بیماران فوت شده یا بیمارانی که مرگ مغزی آنان مسلم است بود. پس از آنکه در مجلس قبل لایحه اجازه پیوند اعضای بدن فوت‌شدگان در موارد خاص نتوانست نظر مساعد نمایندگان را جلب کند و رد شد این بار همان موضوع در قالب طرح مطرح شد که به تصویب رسید.

در قانون برنامه سوم توسعه که در این مجلس به تصویب رسید برای اولین بار نقش سلامت پررنگ‌تر دیده شد. فصل ۲۵ این قانون در خصوص بهداشت و درمان بود و مواد (۱۹۲) تا (۱۹۷) به طور اخص در حوزه سلامت تدوین شد.



در ماده (۱۹۲) سیاست کلان دولت کاهش تصدی در بخش دولتی و افزایش سهم بخش خصوصی در خدمات بهداشتی و درمانی تعیین شد. همچنین در ماده (۱۹۳) نیز سخن از سطح‌بندی خدمات به میان آمد. بحث امنیت غذا و تعیین سبد غذایی مطلوب نیز برای اولین بار در این برنامه جنبه قانونی به خود گرفت.

لایحه واگذاری اجازه تعیین ظرفیت پذیرش دانشجویان گروه پزشکی به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی از جمله مواردی بود که در مجلس به تصویب رسید اما با ایرادات شورای نگهبان هیچ‌گاه به صورت قانون درنیامد.

قانون انطباق امور اداری و فنی مؤسسات پزشکی با موازین شرع مقدس براساس طرح نمایندگان در این دوره به تصویب رسید قانونی که تاکنون نیز در مورد نحوه اجرای آن اختلاف نظر است.

طرح انطباق امور پزشکی با شریعت، مقوله‌ای نو و بدون پیشینه تاریخی و اجتماعی نبود. در سال ۱۳۶۷ آیین‌نامه‌ای در این خصوص از سوی وزارت بهداشت وضع شد. این آیین‌نامه در سال ۱۳۷۳ به صورت آزمایشی و در سال ۱۳۷۵ جهت اجرا به دانشگاه‌های کشور ابلاغ شد.

تصویب این طرح از سوی نمایندگان مجلس، بحث و گفتگوهای بسیاری را از سوی موافقین و مخالفین در پی داشت از جمله اینکه محمد فرهادی وزیر وقت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، خواستار اصلاح این طرح به نحوی شد که اصل موضوع خدمات‌رسانی به بیماران دچار اختلال نشود. حتی پیشنهاد مسکوت ماندن طرح انطباق به مدت شش ماه به رأی گذاشته شد، اما این پیشنهاد تصویب نشد و کلیات طرح مورد قبول اکثریت نمایندگان واقع گشت و تصویب جزئیات آن به شور دوم موکول شد. در شور دوم نیز این طرح با اصلاحاتی به تصویب رسید.

لایحه تسری قانون اصلاح ماده (۲) قانون اجازه پرداخت حق محرومیت از مطب به اعضای هیئت علمی و شاغلان پیراپزشکی دانشکده‌های دامپزشکی، طرح ممنوعیت واگذاری و فروش بیمارستان‌ها و واحدهای درمانی سازمان تأمین اجتماعی، طرح اصلاح ترکیب هیئت مدیره سازمان تأمین اجتماعی و طرح تعیین ظرفیت پذیرش در گروه پزشکی از جمله طرح‌ها و لوایحی بودند که در مجلس پنجم در حوزه سلامت مطرح شدند ولی به تصویب نرسیدند.

اگر قوانین بودجه سنواتی و قانون برنامه توسعه را کنار بگذاریم از مجموع ۲۳ قانون مصوب در بخش سلامت در این دوره ۸ قانون مربوط به اصلاح قوانین پیشین بود که نشان از نیاز به تغییر در قوانین این حوزه دارد.

لایحه واگذاری اجازه تعیین ظرفیت پذیرش دانشجویان گروه پزشکی به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی یکی از لوایح پر بحث در این دوره بود. پس از تصویب این لایحه در مجلس شورای نگهبان آن را رد کرد. ایراد گرفته شده این بود که از آنجایی که هم ماده واحده و هم

تبصره «۲» این قانون، آموزش پزشکی در بخش‌های غیردولتی را محدود می‌کند، خلاف ذیل بند سوم اصل سوم قانون اساسی تشخیص داده شده بود.

سرانجام این لایحه در مجلس ششم ازسوی دولت بازپس گرفته شد. علت این بود که در قانونی که در سال ۱۳۷۴ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید تثبیت ظرفیت پذیرش نیروهای پزشکی تا پایان برنامه دوم توسعه مطرح و دولت ملزم شد به اینکه ظرفیت پذیرش در رشته‌های وابسته به پزشکی را تا پایان برنامه دوم توسعه به میزان سال ۱۳۷۴ ثابت نگهدارد.

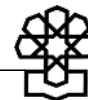
این لایحه زمانی تقدیم مجلس شورای اسلامی شد که یک سال تا پایان برنامه دوم توسعه باقی مانده بود و با توجه به میزان تربیت نیروی انسانی در رشته‌های وابسته پزشکی لزوم سیاستگذاری در پذیرش و تنظیم نیروی انسانی متناسب با بازار کار امری ضروری به نظر می‌رسید و اگر در مقطع تقدیمی این لایحه از تصویب مجلس می‌گذشت و به تأیید شورای نگهبان می‌رسید، حداقل زمان برای تنظیم یک سال از پایان برنامه برای تغییر در ظرفیت پذیرش نیروهای پزشکی پدید می‌آمد. با توجه به اینکه سیر گردش کار طولانی شد و بعد از رفت و برگشت به شورای نگهبان و ایراداتی که به موضوع وارد شد، عملاً زمان مورد نیاز برای این مقوله از دست رفت. یعنی در واقع خود قانون مصوب سال ۱۳۷۴ تا پایان برنامه دوم این الزام را برای دولت تعیین می‌کرد که ظرفیت‌ها را متناسب با سال ۱۳۷۴ نگهدارد و بعد از آن عملاً این الزام وجود نداشت. طبیعی است با مجموعه روند کاری که ایجاد شد و در زمانی که واقع هستیم عملاً این لایحه هیچ کاربردی نخواهد داشت. به همین دلیل و با توجه به مجموعه شرایط و تغییراتی، دولت تصمیم گرفت که این لایحه را از مجلس پس بگیرد.

طرح ادغام سازمان خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی، طرح پرداخت حق بیمه پزشکان از طریق عقد خرید دین توسط بانک‌ها و طرح تفسیر ماده (۱) قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان مصوب ۱۳۷۵ از جمله مواردی بود که در کمیسیون بهداری و بهزیستی مورد بررسی قرار گرفت ولی به‌علت پایان مجلس فرصت طرح آن در صحن علنی مجلس مهیا نشد.

### مجلس ششم

انتخابات ششمین دوره مجلس شورای اسلامی در بهمن ۱۳۷۸ برگزار شد. براساس آیین‌نامه داخلی جدید مجلس از این دوره کمیسیون بهداری و بهزیستی با نام جدید کمیسیون بهداشت و درمان به فعالیت پرداخت.

در دومین جلسه مجلس (۱۰ خرداد ۱۳۷۹) مهدی کروبی به‌عنوان رئیس مجلس در نظر گرفته شد و مجید انصاری و ابوالقاسم سرحدی‌زاده نیز به‌عنوان نواب اول و دوم رئیس و سهیلا



جلودارزاده، ناصر خالقی، محمد قمی، علی شکوری‌راد، اسماعیل جبارزاده و جلال جلالی‌زاده به‌عنوان منشی و تابش، سیدحسین هاشمی و سازگارنژاد نیز به‌عنوان کارپردازان موقت انتخاب شدند.

### بررسی مجلس ششم

در ششمین دوره مجلس شورای اسلامی در مجموع ۳۹ طرح و لایحه در حوزه سلامت ارائه شد که از این بین ۲۴ قانون به تصویب رسید. در مجموع قوانین مصوب در ۱۴ مورد پیشنهاد اولیه به‌صورت لایحه و ۱۰ مورد به‌صورت طرح تقدیم مجلس شده بود. در بین قوانین مصوب ۴ مورد به‌صورت یک‌فوریتی و ۴ مورد به‌صورت یک‌شوری مورد بررسی قرار گرفت. در این دوره قوانین مصوب حوزه سلامت ۶/۶۰ درصد کل قوانین مصوب را تشکیل داده است.

قانون ساماندهی بهداشت و درمان نتیجه طرح یک‌فوریتی نمایندگان دوره ششم بود که به قصد اصلاحات بنیادی بخش سلامت ارائه گردید. براساس این قانون دولت موظف شد از آغاز سال ۱۳۸۲ لوائح بودجه سنواری کشور را به نحوی تنظیم نماید که زمینه‌های اجرایی قانون بیمه همگانی با لحاظ نمودن بیمه پایه همگانی کلیه اقشار جامعه و مشخص شدن حدود و شمول خدمات پایه بیمه درمان همگانی به‌صورت شفاف فراهم آید. همچنین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری کلیه سازمان‌های بیمه‌گر مکلف شد اقدامات لازم را برای بیمه نمودن خویش‌فرمایانی که قادر به پرداخت تمام یا بخشی از حق سرانه می‌باشند انجام دهد. متأسفانه این قانون از ابتدای تصویب به بایگانی سپرده شد و هیچ‌گاه رنگ‌وبوی اجرایی به‌خود نگرفت. قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی نیز در مجلس ششم به تصویب رسید ولی از آنجایی که این قانون در تاریخ ۱۳۸۲/۳/۹ به تأیید شورای نگهبان رسید توسط ریاست محترم مجلس هفتم جهت اجرا ابلاغ گردید.

طرح اصلاح موادی از قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی نیز در مجلس ششم تهیه و به تصویب رسید. این طرح پس از تصویب در تاریخ ۱۳۸۲/۳/۱۸ در مجلس شورای اسلامی در چندین مورد از سوی شورای نگهبان مغایر قانون اساسی یا خلاف موازین شرع شناخته شد و پس از اصلاح پاره‌ای از اشکالات در تاریخ ۱۳۸۲/۹/۱۹، مجدداً چندین بند قانون یاد شده مبنی بر امکان عضویت اقلیت‌های مذهبی در هیئت‌های مدیره و هیئت‌های بدوی و عالی انتظامی نظام پزشکی از سوی شورای نگهبان مغایر با موازین شرع و قانون اساسی قلمداد شد. این طرح مجدد از سوی شورای نگهبان به مجلس عودت شد که با تأکید مجدد مجلس بر دیدگاه قبلی خویش برای تعیین تکلیف نهایی به مجمع تشخیص مصلحت نظام ارجاع گردیده و در این مجمع به تصویب رسید. در نهایت این قانون در مجلس هفتم ابلاغ گردید.

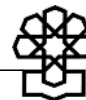
لایحه برنامه چهارم توسعه نیز در مجلس ششم به تصویب رسید. این لایحه در اواخر عمر مجلس ششم به تصویب رسید. پس از تصویب اولیه این لایحه و ارجاع آن به شورای نگهبان، با موارد عدیده اشکالات شرعی و قانون اساسی این شورا مواجه شده و مجدداً به صحن علنی مجلس شورای اسلامی بازگشت. مجلس ششم، در روزهای پایانی خود فرصت بررسی مجدد برای تأمین نظر شورای نگهبان یا اصرار بر مصوبه قبلی در کمیسیون تلفیق مجلس را نداشت. به همین جهت، این لایحه به صحن علنی آمده و نمایندگان با اصرار بر مصوبات قبلی خود، آن لایحه را به مجمع تشخیص مصلحت نظام ارجاع دادند.

برنامه چهارم توسعه سرانجام در مجلس هفتم به تصویب رسید و مهمترین مصوبه چند سال اخیر در بخش سلامت محسوب می‌شود.

نظام برنامه‌ریزی برنامه چهارم توسعه، متفاوت از برنامه‌های پیشین، سعی در تلفیق و هماهنگی برنامه با بودجه سالیانه داشت. این قانون در ۱۵ فصل و ۱۶۱ ماده به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. همچنین برای هر بخش اسناد بخشی و برای موضوع‌های فرابخشی تهیه اسناد ویژه فرابخشی و برای هر استان تهیه سند توسعه استان در دستور کار قرار گرفت. در این اسناد ضمن تشریح قابلیت‌ها، امکانات، محدودیت‌ها، جهت‌گیری‌های اصلی، اهداف کمی، اهداف کلی، راهبردها، سیاست‌های اجرایی و اقدام‌های مورد نیاز برای رسیدن به اهداف هر سند پیش بینی شد. علاوه بر این قرار بود تا برای اقدام‌هایی که تکلیف دستگاه‌های مختلف اجرایی تلقی می‌شد، برنامه عملیاتی تهیه و تنظیم شود تا برپایه آن احکام برنامه در قالب بودجه‌های سالیانه، عملیاتی شود. فصل هفتم این قانون با نام ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی با ۱۱ ماده به موضوع سلامت اختصاص داشت.

سیاست‌های پیش‌بینی شده بخش سلامت در برنامه چهارم توسعه مبتنی بر چارچوب نظری مورد توافق مراکز علمی و پژوهشی مرتبط در این زمینه و به‌طور مشخص گزارش بهداشت جهانی ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی بود. رویکرد اصلی بخش در این برنامه، اتخاذ سیاست‌های سلامت‌محور و گاه فرابخشی است. کاهش مخاطرات سلامتی و ارتقای امنیت غذایی، تأمین حفظ و ارتقای سلامت افراد و جامعه، افزایش پاسخگویی به نیازهای غیرپزشکی آحاد جامعه، عادلانه ساختن دریافت خدمات سلامت، پایدارسازی فرآیند تأمین منابع و مشارکت عادلانه مردم در آن و ارتقای امنیت غذا و تغذیه جهت‌گیری‌های اصلی مورد توجه برنامه چهارم توسعه در بخش سلامت به‌شمار می‌آیند.

در ماده (۹۰) این قانون برای اولین بار بحث مشارکت عادلانه مردم در تأمین منابع در بخش سلامت به میان آمد. در این ماده مقرر شد به‌منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از



هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم» به نود درصد (۹۰٪) ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از سی درصد (۳۰٪) افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به یک درصد (۱٪) کاهش یابد.

ماده (۸۸) این قانون بحث ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی عملکرد خدمات بالینی، افزایش بهره‌وری و استفاده بهینه از امکانات بهداشتی و درمانی کشور، را مطرح کرد و شیوه‌هایی برای تغییر نحوه اداره بیمارستان‌های دولتی (از جمله، به صورت هیئت امنایی و یا شرکتی و تفویض اختیارات مدیریت، جذب و به‌کارگیری نیروی انسانی و اداری - مالی به آنها در چارچوب تعرفه‌های مصوب) مشخص نمود. در این راستا مواد (۸۴) و (۸۵) قانون برنامه چهارم توسعه ابعاد مختلف مخاطرات سلامتی را مورد توجه قرار داده و سیاست‌هایی را برای کنترل و کاهش آنها ارائه کرده است.

همچنین در ماده (۸۹) این قانون که نوعی ادامه برنامه سوم توسعه بود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف شد، به منظور دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی، درمانی و منطقی نمودن آن متناسب با نیازها در نقاط مختلف کشور، نظام ارائه حداقل استاندارد خدمات بهداشتی، درمانی کشور را مبتنی بر سطح‌بندی خدمات طراحی نماید.

همچنین در این برنامه به دنبال تغییر شرایط بین‌المللی و وضعیت خدمات بهداشتی و درمانی ایران برای اولین بار حضور در بازارهای جهانی مطرح شد؛ و مقرر شد که در پایان برنامه چهارم توسعه، جمهوری اسلامی ایران به مرکز رفع نیازهای سلامت و پزشکی منطقه تبدیل شود و ارز حاصل از صادرات خدمات و تولیدات این بخش ۳۰ درصد مصارف ارزی آن را تأمین کند.

طرح نحوه اداره داروخانه‌های آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی، لایحه لغو انحصار دخانیات طرح و لایحه‌ای بودند که در مجلس ششم در حوزه سلامت مطرح شدند ولی به تصویب نرسیدند. طرح الحاق یک تبصره به ماده (۱) اصلاحی قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۶۷/۱/۲۳ نیز در این حوزه مطرح شد ولی بایگانی گردید.

طرح سقط‌درمانی، طرح تشکیل سازمان غذا و دارو، طرح جامع کنترل و مبارزه با دخانیات، طرح اصلاح قانون مربوط به خدمت پزشکان و پیراپزشکان، لایحه پرداخت حق محرومیت از مطب اعضای هیئت علمی دانشکده‌های دامپزشکی دانشگاه‌های دولتی، طرح اصلاح قانون تأسیس سازمان نظام دامپزشکی جمهوری اسلامی ایران، از جمله مواردی بود که در کمیسیون بهداشت و درمان مورد بررسی قرار گرفت ولی به علت پایان مجلس فرصت طرح آن در صحن علنی مجلس مهیا نشد.

طرح نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و طرح سه‌جانبه‌گرایی در شورای عالی تأمین اجتماعی دو طرح در حوزه سلامت بودند که بعداً از سوی نمایندگان مجلس مسترد گردیدند.

### مجلس هفتم

هفتمین دوره مجلس شورای اسلامی در تاریخ ۱۳۸۳/۳/۷ افتتاح گردید و با تشکیل ۴۲۸ جلسه علنی و از تعداد ۸۲۶ فقره طرح و لایحه تقدیمی، تعداد ۳۳۳ مصوبه شامل ۲۳۴ لایحه و ۹۹ طرح، ۲۷ مورد تحقیق و تفحص، ۳ مورد استیضاح و ۶۷ مورد سؤال از وزرا در تاریخ ۱۳۸۷/۳/۵ به‌کار خود پایان داد.

رئیس مجلس هفتم، دکتر غلامعلی حداد عادل و نایب رئیس‌ان آن، مهندس محمدرضا باهنر و محمدحسن ابوترابی فرد بودند.

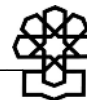
### بررسی مجلس هفتم

در هفتمین دوره مجلس شورای اسلامی در مجموع ۴۰ طرح و لایحه در حوزه سلامت ارائه شد که از این بین ۲۵ قانون به تصویب رسید. در مجموع قوانین مصوب در ۱۴ مورد پیشنهاد اولیه به‌صورت لایحه و ۱۱ مورد به‌صورت طرح تقدیم مجلس شده بود. در بین قوانین مصوب ۳ مورد به‌صورت دوفوریتی، ۷ مورد به‌صورت یک‌فوریتی و ۱۱ مورد به‌صورت یک‌شوری مورد بررسی قرار گرفت. در این دوره قوانین مصوب حوزه سلامت ۵۱/۷ درصد کل قوانین مصوب را تشکیل داده است.

قسمت قابل توجهی از مصوبات این دوره مجلس در بخش سلامت (۵ مصوبه) مربوط به مسائل مالی بخش سلامت و کسر بودجه وزارت بهداشت بود که نشان مشکلات موجود و دغدغه نمایندگان در این حوزه است. قانون اعطای مجوز استخدام نیروی انسانی بهداشتی و درمانی نیز مصوبه عمده دیگر در جهت استخدام نیروی انسانی در این بخش بود.

قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات که بررسی آن از مجلس ششم شروع شده بود مصوبه مهمی در زمینه مبارزه با مواد دخانی محسوب می‌شود که در این دوره به تصویب نهایی رسید.

صرف‌نظر از این موارد، مجلس هفتم مصوبه مهم و تأثیرگذار در بخش سلامت نداشت. این موضوع نشان‌دهنده آن است که به نظر می‌رسد نیاز به تصویب قانون در این حوزه کم شده است و باید بیشتر بحث نظارت جدی گرفته شود.



طرح اصلاح ماده (۱) قانون مربوط به مقررات امور پزشکی دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴ و الحاق یک تبصره به آن از جمله موارد مطرح شده در این دوره بود که این قانون را برای بار چندم مورد اصلاح قرار می‌داد. البته با تعامل انجام شده درخصوص داروخانه‌ها نیاز به تصویب قانون در این زمینه منتفی شد اما ضرورت بازنگری جامع در قانون مقررات امور پزشکی دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴ بیش از پیش خود را نشان داد.

لایحه پرداخت حق محرومیت از مطب اعضای هیئت علمی دانشکده‌های دامپزشکی دانشگاه‌های دولتی، لایحه رسیدگی به جرائم اطفال و نوجوانان و لایحه پیشگیری از وقوع جرم از جمله لوایحی هستند که کلیات آنها در صحن علنی مجلس به تصویب رسیده و بررسی جزئیات آن در کمیسیون و صحن علنی به مجلس هشتم واگذار شده است.

همچنین طرح حذف ماده (۸۲) و اصلاح ماده (۸۱) قانون تأمین اجتماعی، طرح تشکیل سازمان غذا و دارو، طرح تشکیل مراکز تخصصی مشاوره خانواده، طرح اصلاح بند «الف» قانون اصلاح تبصره «۲» ماده (۷۶) قانون تأمین اجتماعی (بازنشستگی مشاغل سخت و زیان‌آور)، طرح تشکیل کمیته ملی زیست ایمنی، طرح الزام دولت به اقدام قانونی جهت جمع‌آوری و ساماندهی کامل مجموعه افراد بی‌خانمان خیابان‌خواب، طرح لغو تعهدات اجباری پزشکان با رعایت اصول بیست‌وهشتم، سی‌وسوم و چهل‌وسوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، طرح الزام اجرای نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده، طرح اصلاح ماده (۸۸) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، طرح اجازه اعطای مجوز به بخش غیردولتی جهت تأسیس مراکز سی‌تی‌اسکن، طرح اصلاح قانون مربوط به خدمت پزشکان و پیراپزشکان مصوب ۱۳۷۶ و ۱۳۷۵، طرح اصلاح ماده (۱) قانون مربوط به مقررات امور پزشکی، دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۳۴ و الحاق یک تبصره به آن، طرح تأسیس صندوق حمایت از بیماران، طرح تأمین درآمدهای اختصاصی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مؤسسات تابعه، طرح اصلاح قانون حفاظت در برابر اشعه، مصوب ۱۳۶۸، طرح خدمات‌رسانی به ایثارگران، طرح اصلاح بند «ک» ماده (۳) قانون سازمان نظام پزشکی و طرح استفساریه عدم لزوم بیمه مجدد شاغلین فصلی که نزد صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر بیمه می‌باشند به صورت اجباری نزد سازمان تأمین اجتماعی نیز از جمله مواردی است که در مرحله بررسی اولیه در کمیسیون‌های تخصصی باقی مانده‌اند و هنوز کلیات آنها در صحن علنی مجلس بررسی نشده است.

طرح تخصیص اعتبار لازم جهت برخورداری معلولان و زنان سرپرست خانوار منتظر نوبت از خدمات سازمان بهزیستی نیز از جمله مصوبات اعاده شده از شورای نگهبان است که در مجلس هفتم در قالب طرحی دوفوریتی بررسی و تصویب شده بود و به مجلس هشتم منتقل شد.

## مجلس هشتم

انتخابات هشتمین دوره مجلس شورای اسلامی، در تاریخ ۲۴ اسفند سال ۱۳۸۶ خورشیدی در سراسر ایران برگزار شد. آغاز کار رسمی مجلس هشتم در مورخ ۱۳۸۷/۳/۷ با قرائت پیام مقام معظم رهبری بود.

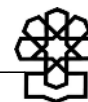
پس از برگزاری انتخابات هیئت رئیسه علی اردشیر لاریجانی به‌عنوان رئیس، سید محمدحسن ابوترابی فرد به‌عنوان نایب رئیس اول، محمدرضا باهنر به‌عنوان نایب رئیس دوم و احمد ناطق نوری، محمد آشوری، محسن کوهکن، حسن غفوری فرد، محمدرضا میرتاج‌الدینی، جهانبخش محبی‌نیا، سیدجاسم ساعدی، حمیدرضا حاجی بابایی و موسی قربانی به‌عنوان اعضای هیئت رئیسه انتخاب شدند.

### بررسی مجلس هشتم

مبنای بررسی این گزارش قوانین مصوب تا ابتدای آذر سال ۱۳۹۰ است. از این نظر ممکن است وضعیت طرح‌ها و لوایح و قوانین مصوب تا پایان دوره تغییراتی پیدا کرده باشد. به جرئت می‌توان گفت بجز قانون برنامه پنجم توسعه در حوزه سلامت هیچ قانون مهم و تأثیرگذاری در این مجلس به تصویب نرسید.

برنامه پنجم توسعه احکام متنوع و دقیقی در حوزه سلامت دارد که برخی از آنها عبارت است از:

- الزام به یک‌شغله شدن پزشکان (بخش خصوصی یا دولتی)،
- سطح‌بندی کامل خدمات سلامت،
- اختصاص ده درصد (۱۰٪) خالص کل وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها به بخش سلامت،
- متناسب‌سازی کمیت و کیفیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور، متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات،
- تکلیف بر استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت،
- تمرکز سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی،
- تشکیل «سازمان بیمه سلامت ایران».



### مقایسه دوره‌ها

نگاهی بر دوره‌های مختلف مجلس شورای اسلامی از حیث آماری نشان می‌دهد که بیشترین تعداد مصوبات مربوط به مجلس ششم با ۳۹۶ مصوبه است.<sup>۱</sup> اما بیشترین قوانین مصوب حوزه سلامت در دوره اول مجلس شورای اسلامی با ۳۶ مصوبه بوده است.

در تعداد لوایح مصوب که تبدیل به قانون شده است نیز مجلس ششم با ۳۰۶ لایحه مصوب بیشترین تعداد را به خود اختصاص داده است. در این بین بیشترین لوایح مصوب حوزه سلامت در دوره اول مجلس شورای اسلامی با ۳۱ مصوبه بوده است.

درخصوص تعداد طرح‌های مصوب که تبدیل به قانون شده‌اند، مجلس سوم با ۱۲۰ طرح مصوب بیشترین تعداد را به خود اختصاص داده است. در این بین بیشترین لوایح مصوب حوزه سلامت در دوره سوم، ششم و هفتم مجلس شورای اسلامی با ۱۱ مصوبه بوده است.

اما بیشترین تعداد طرح‌ها و لوایح ارائه شده مربوط به مجلس هفتم با ۸۲۶ مورد بوده است. در حوزه سلامت بیشترین طرح‌ها و لوایح ارائه شده در مجلس اول با ۶۰ مورد بوده است.

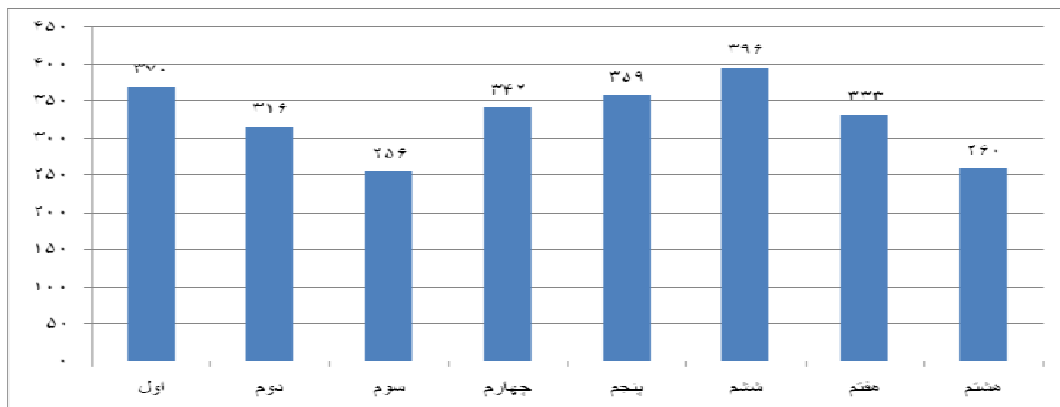
جدول ۱. نگاهی بر مصوبات ادوار مختلف مجلس شورای اسلامی

دوره	کل قوانین مصوب	تعداد قوانین مصوب حوزه سلامت	کل لوایح مصوب	تعداد لوایح مصوب حوزه سلامت	کل طرح‌های مصوب	تعداد طرح‌های مصوب حوزه سلامت	کل طرح‌ها و لوایح ارائه شده حوزه سلامت	طرح‌ها و لوایح ارائه شده حوزه سلامت
اول	۳۷۰	۳۶	۲۷۸	۳۱	۹۲	۵	۸۱۶	۶۰
دوم	۳۱۶	۲۱	۱۷۰	۲۲	۸۶	۹	۵۶۶	۵۳
سوم	۲۵۶	۲۷	۱۳۶	۱۶	۱۲۰	۱۱	۵۹۳	۴۶
چهارم	۲۴۲	۳۱	۲۲۹	۲۲	۱۱۳	۹	۶۲۶	۴۸
پنجم	۳۵۹	۲۸	۲۵۰	۲۱	۱۰۹	۷	۶۰۶	۴۶
ششم	۳۹۶	۲۵	۳۰۸	۱۴	۸۸	۱۱	۸۱۶	۴۰
هفتم	۲۳۳	۲۵	۲۳۴	۱۴	۹۹	۱۱	۸۲۶	۴۰
هشتم	۲۶۰	۲۴		۱۶		۸	۶۱۲	۳۷

به‌منظور ارائه تصویری بهتر از وضعیت قانونگذاری در حوزه سلامت، شاخص‌هایی را برای این منظور در نظر گرفته و نمودارهای مربوط به آنها را در ادامه ارائه داده‌ایم. ذیل هر نمودار، کاربرد شاخص مربوطه ذکر شده است.

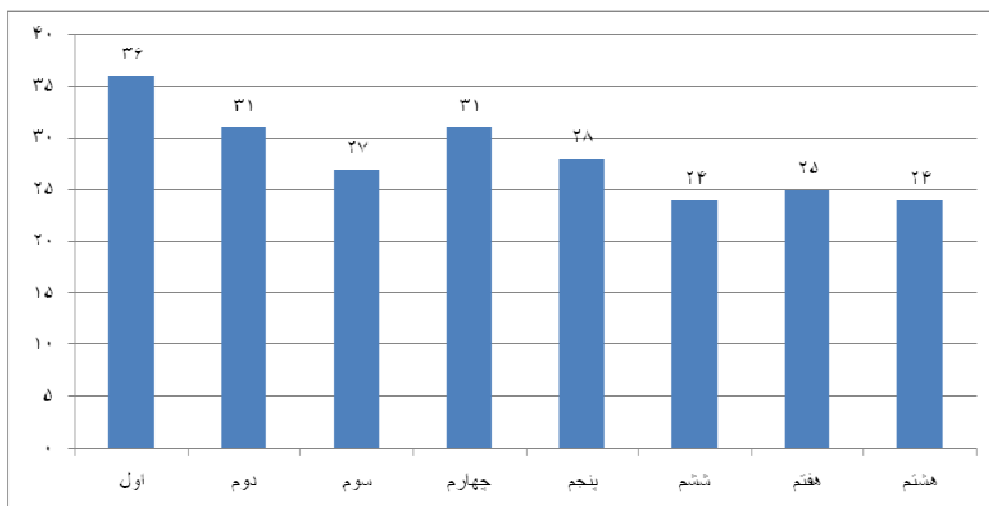
۱. لازم به ذکر است از آنجایی که مصوبات مجلس هشتم تا تاریخ اول آذرماه ۱۳۹۰ در این مطالعه استخراج شده است در مقایسه دوره‌های مختلف لحاظ نشده است.

نمودار ۱. تعداد قوانین مصوب ادوار مختلف مجلس شورای اسلامی

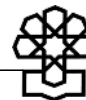


تعداد قوانین مصوب به‌عنوان شاخصی از عملکرد مجلس محسوب شده و مقایسه بین ادوار مختلف مجلس در خصوص این شاخص در نمودار ۱ ارائه شده است. البته لازم به ذکر است که در خصوص مجلس هشتم، در زمان تدوین گزارش هنوز به پایان این مجلس نرسیده‌ایم. از این رو ممکن است تعداد مورد اشاره در این نمودار و نمودارهای آتی تا پایان این مجلس تغییر یابند. همان‌طور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود، بیشترین تصویب قانون در مجلس ششم بوده و مجالس اول و پنجم در رتبه‌های بعدی قرار دارند. مجلس سوم در این شاخص کمترین رتبه را اتخاذ کرده است.

نمودار ۲. تعداد قوانین مصوب حوزه سلامت در ادوار مختلف مجلس شورای اسلامی



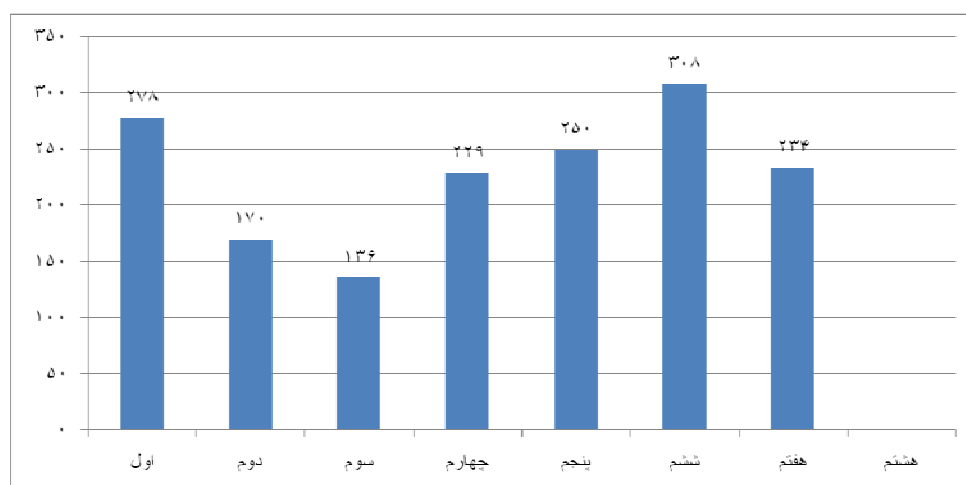
شاخص دیگر، که موضوع گزارش حاضر است، تعداد قوانین مصوب در حوزه سلامت است؛



که در نمودار ۲ مقایسه‌ای از این لحاظ بین ادوار مختلف مجلس به نمایش درآمده است. همانطور که در نمودار ۲ مشاهده می‌شود، مجلس اول در این شاخص رتبه اول و مجالس دوم و چهارم هر دو در رتبه دوم قرار دارند. با این وجود جالب اینجاست که هیچ‌گاه تعداد مصوبات حوزه سلامت کمتر از ۲۴ مصوبه نبوده است حتی در مجلس سوم که از لحاظ تعداد کل قوانین پایین‌ترین رتبه را دارد، تعداد مصوبات حوزه سلامت ۲۷ عدد بوده و از مجالس ششم، هفتم و هشتم بالاتر است و این درحالی اتفاق می‌افتد که مجلس ششم بالاترین تعداد تصویب قوانین را در کل ادوار مجلس به خود اختصاص داده است.

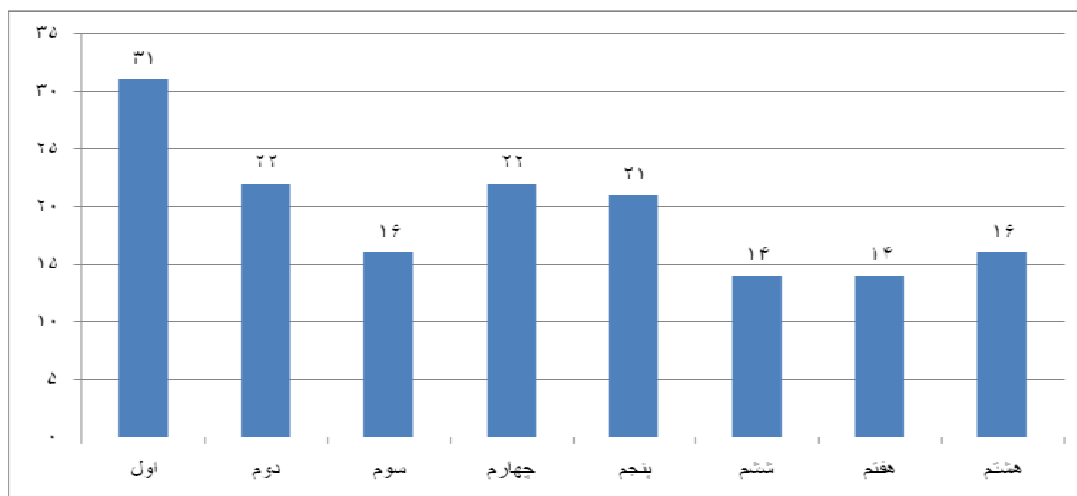
به هر حال، تصویب حداقل ۲۴ قانون در هر دوره از مجلس، اهمیت و جایگاه والای بهداشت و درمان و به‌طور کل، حوزه سلامت را در حوزه قانونگذاری نشان می‌دهد.

نمودار ۳. تعداد لوایح مصوب ادوار مختلف مجلس شورای اسلامی



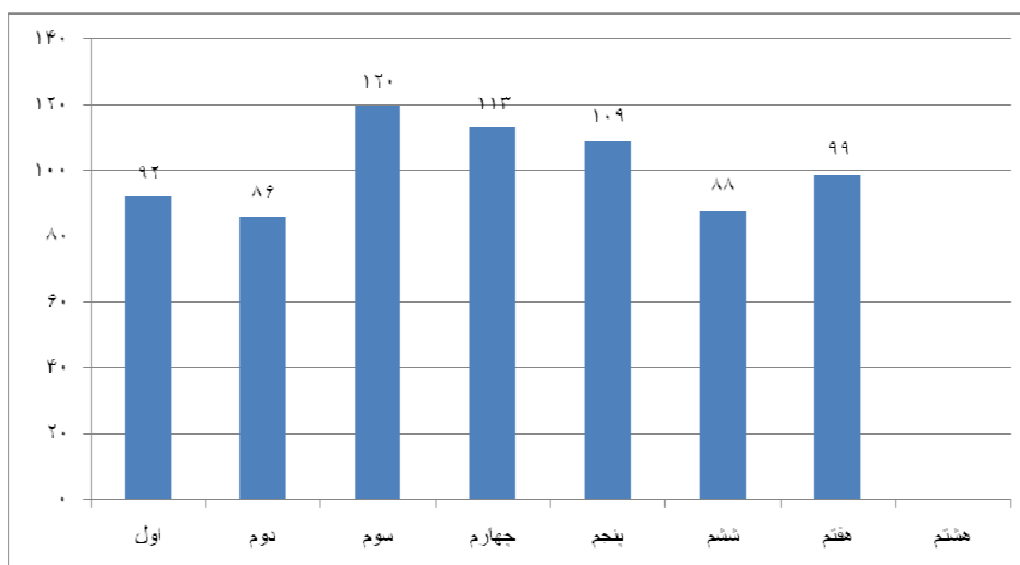
شاخص دیگر مورد بررسی، تعداد لوایح مصوب در هریک از دوره‌های مجلس است، که مقایسه بین ادوار مختلف در نمودار ۳ نمایش داده شده است. بیشترین تعداد لوایح مصوب در مجلس ششم و کمترین تعداد در مجلس سوم است. مجالس اول و پنجم در رتبه دوم و سوم از این نظر قرار دارند. تعداد بالای لوایح تصویب شده را می‌توان به نوعی نشان‌دهنده همکاری خوب بین مجلس و دولت در حوزه تقنین و قانونگذاری تعبیر کرد.

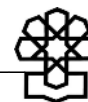
## نمودار ۴. تعداد لوایح مصوب حوزه سلامت در ادوار مختلف مجلس شورای اسلامی



شاخص دیگری که در این گزارش مدنظر قرار گرفته، تعداد لوایح مصوب در حوزه سلامت است، که مقایسه بین ادوار مختلف مجلس از لحاظ این شاخص در نمودار ۴ به نمایش درآمده است. همان‌طور که دیده می‌شود، هیچ‌گاه تعداد لوایح ارائه شده از ۱۴ کمتر نبوده، لکن نکته مهم این است که در مجلس ششم که بیشترین تعداد تصویب قوانین و نیز بیشترین تعداد تصویب لوایح وجود دارد، تعداد لوایح تصویب شده در حوزه سلامت در پایین‌ترین حد خود قرار دارد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود مجلس اول در این شاخص رتبه یک را به خود اختصاص داده و مجالس دوم و چهارم همراه با هم در رتبه دوم قرار دارند.

## نمودار ۵. کل طرح‌های مصوب در ادوار مختلف مجلس شورای اسلامی

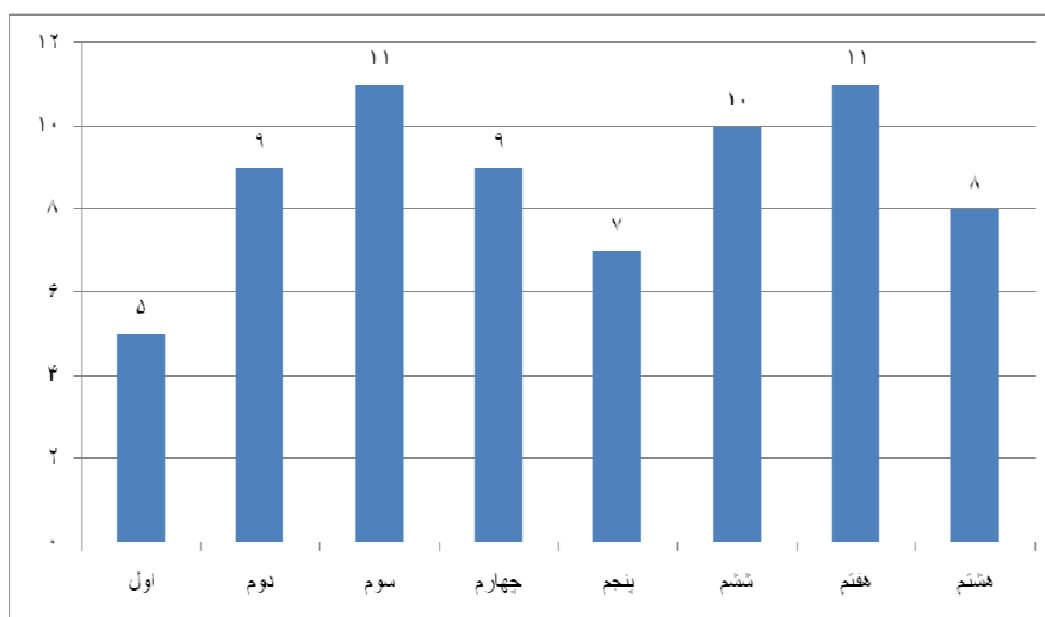




شاخص دیگر مورد بررسی در این گزارش تعداد طرح‌های مصوب در هر دوره است. مقایسه دوره‌ها با محوریت این شاخص در نمودار ۵ نمایش داده شده است. همان‌گونه که در نمودار ۵ مشاهده می‌شود، بیشترین تعداد طرح‌های مصوب در مجلس سوم اتفاق افتاده و مجالس چهارم و پنجم در رتبه‌های بعدی قرار دارند. نکته جالب توجه در این مقایسه این است که مجالس ششم و اول که بیشترین تعداد تصویب قانون را دارا هستند، جزء سه دوره‌ای هستند که کمترین تعداد طرح مصوب را داشته‌اند. البته همان‌طور که در نمودار ۳ نشان داده شد، در این دو دوره بیشترین تعداد لوایح مصوب را شاهد بوده‌ایم که نشان‌دهنده این است که در این دو مجلس، بیشتر قوانین حاصل تصویب لوایح دولت بوده است.

نکته دیگر مربوط به مجلس سوم است. در این مجلس با اینکه تعداد کل قوانین تصویبی پایین‌ترین مقدار را در بین مجالس هشتگانه داشته، لکن تعداد طرح‌های تصویب شده بالاترین تعداد را دارد.

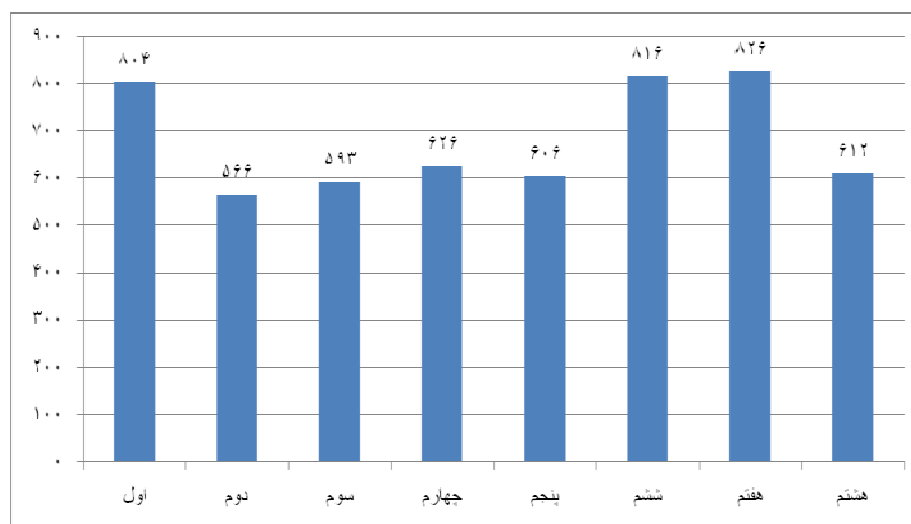
نمودار ۶. طرح‌های مصوب حوزه سلامت در ادوار مختلف مجلس شورای اسلامی



شاخص تعداد طرح‌های مصوب حوزه سلامت، شاخص دیگری است که مورد بررسی قرار گرفته و مقایسه‌ای درخصوص آن بین ادوار مجلس در نمودار ۶ به تصویر کشیده شده است. به‌طور کلی میانگین طرح‌های مصوب در مجالس هشتگانه ۸/۷۵ بوده است (بدون احتساب طرح‌هایی که بعد از تهیه گزارش در مجلس هشتم به تصویب خواهند رسید) و مجالس مختلف بجز مجلس اول، تفاوت زیادی از این میانگین را نشان نمی‌دهند. اما به‌طور کلی، تعداد آنها از تعداد لوایح

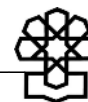
مصوب این حوزه بسیار پایین‌تر است؛ زیرا همان‌گونه که در توضیح نمودار ۴ نشان داده شد، هیچ‌گاه تعداد لوایح مصوب از ۱۴ عدد کمتر نبوده است، این در حالی است که حداکثر تعداد طرح‌های مصوب بیش از ۱۱ نبوده است.

نمودار ۷. تعداد کل طرح‌ها و لوایح ارائه شده در ادوار مختلف مجلس شورای اسلامی

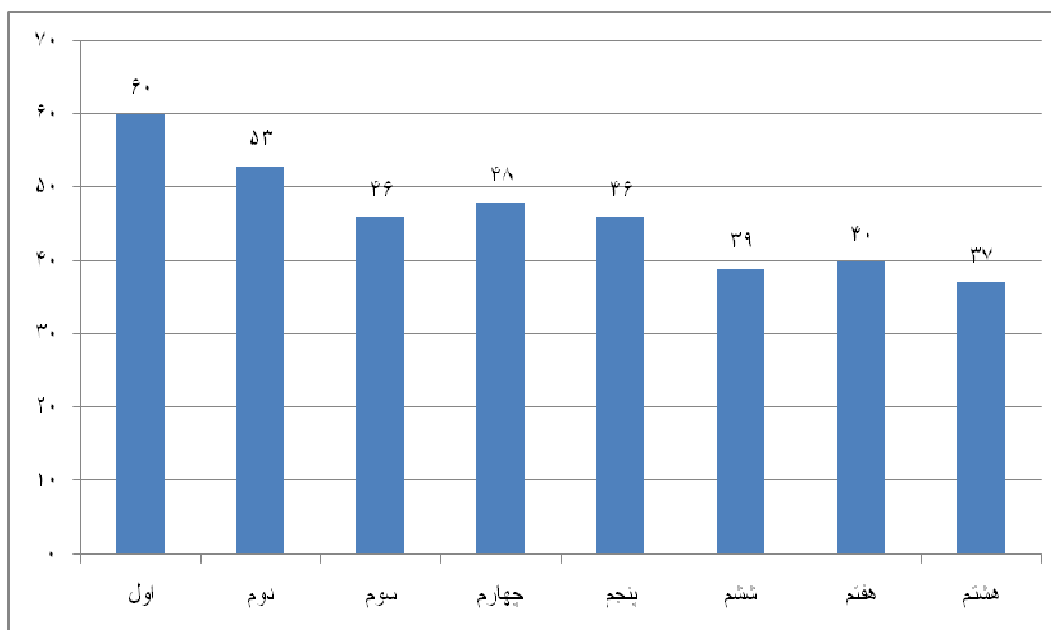


شاخص دیگری که می‌توان از آن به‌عنوان شاخص عملکرد کل مجلس طی دوره استفاده کرد، تعداد کل طرح‌ها و لوایح ارائه شده به مجلس است؛ این شاخص در نمودار ۷ بین ادوار مختلف مجلس به مقایسه گذاشته شده است. همان‌گونه که شاهد هستیم، بیشترین تعداد مربوط به مجلس هفتم بوده و مجالس ششم و اول، در رتبه‌های بعدی قرار می‌گیرند. بقیه مجالس، با حدود اختلاف ۲۰۰ تا ۳۰۰ نسبت به سه دوره فوق، در حدود ۶۰۰ طرح و لایحه در آنها ارائه شده است.

نکته جالب توجه اینجاست، که مجلس هفتم با مجموع ۸۲۶ طرح و لایحه ارائه شده، که بیشترین تعداد را در بین همه ادوار داراست، از لحاظ تعداد قوانین تصویب شده، بعد از مجالس ششم، اول، پنجم و چهارم، در رتبه پنجم قرار دارد؛ که ممکن است نشان‌دهنده چالش‌هایی در تصویب قوانین در این دوره باشد.



### نمودار ۸. طرح‌ها و لوایح ارائه شده حوزه سلامت در ادوار مختلف مجلس شورای اسلامی



شاخص دیگر ارائه شده، تعداد طرح‌ها و لوایح ارائه شده در حوزه سلامت است، که در نمودار ۸ مقایسه‌ای بر این اساس بین ادوار مختلف مجلس به نمایش گذاشته شده است.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، طی دوره‌های مختلف مجلس، هرچه به زمان حال نزدیک می‌شویم تقریباً با یک شیب یکنواخت از تعداد این طرح‌ها و لوایح کاسته شده است. این موضوع همان‌طور که پیش از این اشاره شد، ممکن است به این دلیل باشد، که مسائل نیازمند تصویب قانون به مرور کمتر شده‌اند.

پس از ارائه شاخص‌های توصیفی فوق، شاخص‌های نسبی ارائه خواهد شد. اگر بخواهیم مقایسه درصدی میان تعداد موارد طرح لایحه یا قانون مربوط به سلامت به کل داشته باشیم باید گفت بالاترین نسبت قوانین مصوب حوزه سلامت به کل قوانین مصوب مربوط به دوره سوم مجلس شورای اسلامی با ۱۰/۵۵ درصد بوده است.

درخصوص نسبت لوایح مصوب حوزه سلامت به کل لوایح مصوب بالاترین درصد ۱۲/۹۴ درصد و متعلق به دوره دوم مجلس شورای اسلامی است.

در نسبت طرح‌های مصوب حوزه سلامت به کل طرح‌های مصوب دوره ششم با ۳۶/۱۱ درصد بیشترین میزان را به خود اختصاص داده است.

اگر بخواهیم نسبتی میان طرح‌ها و لوایح ارائه شده حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لوایح ارائه شده برقرار کنیم بالاترین عدد به دوره دوم مجلس شورای اسلامی با ۳۶/۹ درصد می‌رسد.

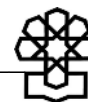
در شاخص نسبت لوایح مصوب حوزه سلامت به کل قوانین مصوب حوزه سلامت بالاترین میزان مربوط به دوره اول با ۱۱/۸۶ درصد است. همچنین در شاخص نسبت طرح‌های مصوب حوزه سلامت به کل قوانین مصوب حوزه سلامت بالاترین میزان مربوط به دوره سوم مجلس شورای اسلامی با ۷۴/۴۰ درصد است.

در نسبت کل مصوبات حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لوایح ارائه شده حوزه سلامت بالاترین میزان مربوط به دوره چهارم مجلس شورای اسلامی با ۵۸/۶۴ درصد است.

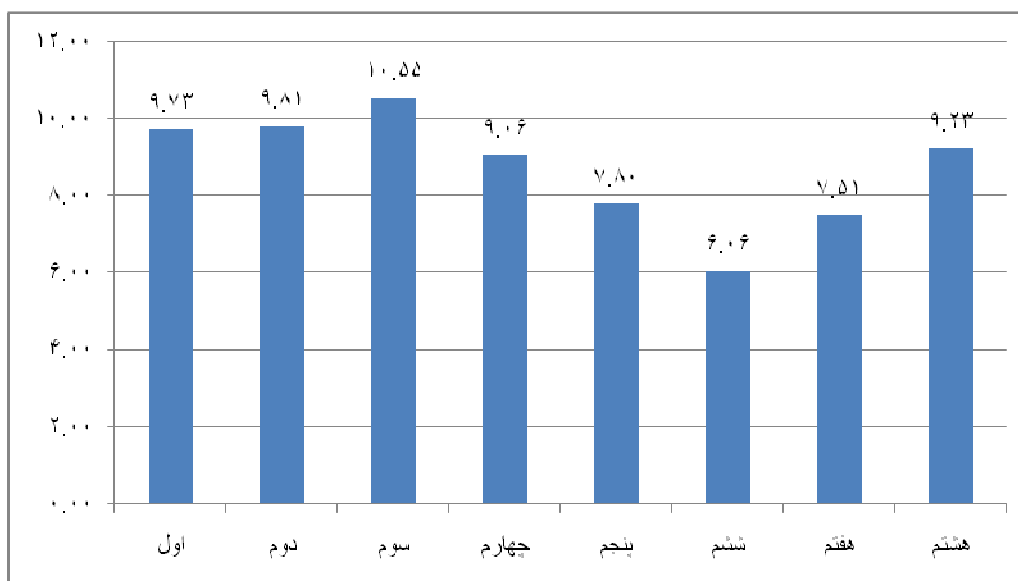
در شاخص درصد طرح‌های مصوب به لوایح مصوب حوزه سلامت بالاترین میزان مربوط به دوره هفتم مجلس شورای اسلامی با ۵۷/۷۸ درصد است. این در حالی است که بالاترین درصد کل طرح‌های مصوب به کل لوایح مصوب مربوط به مجلس سوم با ۲۴/۸۸ درصد است.

جدول ۲. نگاهی بر وضعیت تصویب قوانین حوزه سلامت در هشت دوره مجلس شورای اسلامی

موضوع	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم
نسبت قوانین مصوب حوزه سلامت به کل قوانین مصوب	۹/۷۳	۹/۸۱	۱۰/۵۵	۹/۰۶	۷/۸۰	۶/۰۶	۷/۵۱	۹/۲۳
نسبت لوایح مصوب حوزه سلامت به کل لوایح مصوب	۱۱/۱۵	۱۲/۹۴	۱۱/۷۶	۹/۶۱	۸/۴۰	۴/۵۵	۵/۹۸	-
نسبت طرح‌های مصوب حوزه سلامت به کل طرح‌های مصوب	۵/۴۳	۱۰/۴۷	۹/۱۷	۷/۹۶	۶/۴۲	۱۱/۳۶	۱۱/۱۱	-
نسبت طرح‌ها و لوایح ارائه شده حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لوایح ارائه شده	۷/۴۶	۹/۳۶	۷/۷۶	۷/۶۷	۷/۵۹	۴/۷۸	۴/۸۴	۶/۰۵
نسبت لوایح مصوب حوزه سلامت به کل قوانین مصوب حوزه سلامت	۸۶/۱۱	۷۰/۹۷	۵۹/۲۶	۷۰/۹۷	۷۵/۰۰	۵۶/۰۰	۵۶/۰۰	۶۶/۶۷
نسبت طرح‌های مصوب حوزه سلامت به کل قوانین مصوب حوزه سلامت	۱۳/۸۹	۲۹/۰۳	۴۰/۷۴	۲۹/۰۳	۲۵/۰۰	۴۰/۰۰	۴۴/۰۰	۳۳/۳۳
نسبت کل مصوبات حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لوایح ارائه شده حوزه سلامت	۶۰/۰۰	۵۸/۴۹	۵۸/۷۰	۶۴/۵۸	۶۰/۸۷	۶۰/۰۰	۶۲/۵۰	۶۴/۸۶
نسبت کل مصوبات به کل طرح‌ها و لوایح ارائه شده	۴۶/۰۲	۵۵/۸۳	۴۳/۱۷	۵۴/۶۳	۵۹/۲۴	۴۸/۵۳	۴۰/۳۱	۴۲/۴۸
درصد طرح‌های مصوب به لوایح مصوب حوزه سلامت	۱۶/۱۳	۴۰/۹۱	۶۸/۷۵	۴۰/۹۱	۳۳/۳۳	۷۱/۴۳	۷۸/۵۷	۵۰/۰۰
درصد کل طرح‌های مصوب به کل لوایح مصوب	۳۳/۰۹	۵۰/۵۹	۸۸/۲۴	۴۹/۳۴	۴۳/۶۰	۲۸/۵۷	۴۲/۳۱	-

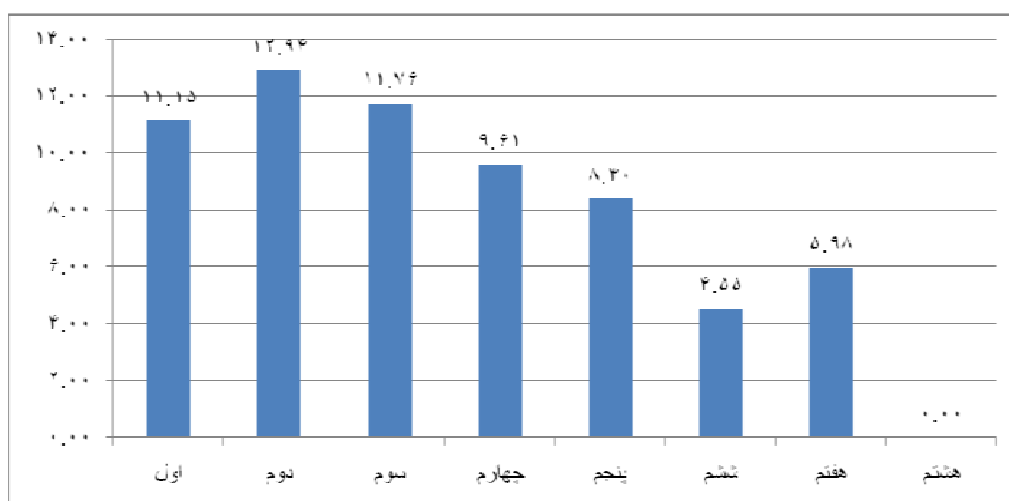


### نمودار ۹. نسبت قوانین مصوب حوزه سلامت به کل قوانین مصوب



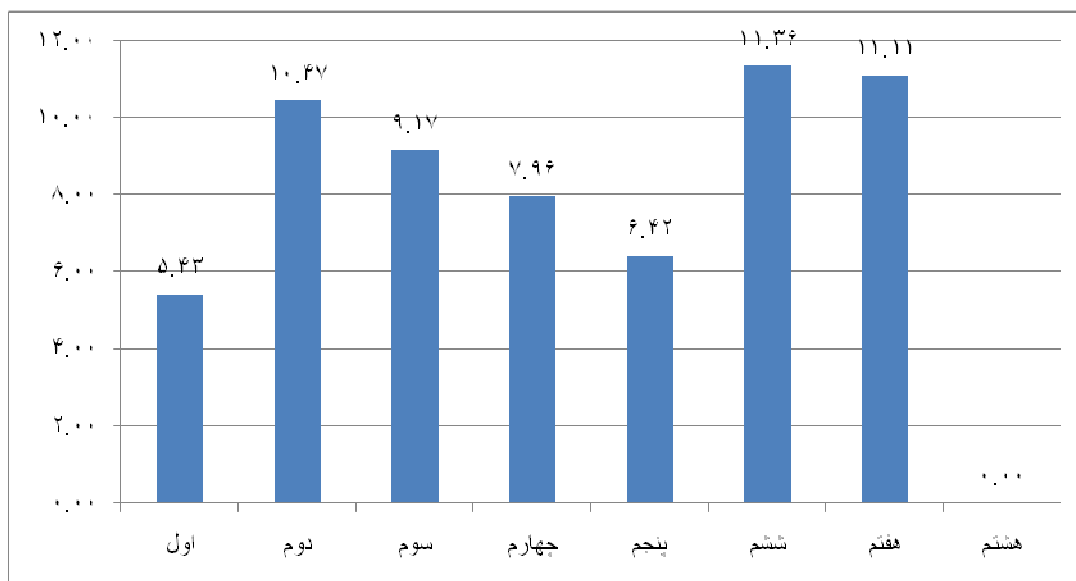
همان‌گونه که در نمودار ۹ شاهد هستیم، نسبت قوانین مصوب حوزه سلامت به کل قوانین، همواره بین ۶ تا ۱۱ درصد در نوسان بوده است. اما بیشترین درصد حدود ۹ بوده است. بیشترین (۱۰/۵۵) درصد در مجلس سوم مشاهده می‌شود و رتبه بعد از آن مجلس دوم است. چنانچه این نسبت را به‌عنوان شاخصی از توجه به موضوع سلامت در حوزه قانونگذاری تعبیر کنیم، می‌توان گفت که در مجلس ششم، کمترین توجه به سلامت را شاهد بوده‌ایم. مجلس هفتم نیز در بین ادوار هشتگانه جایگاه هفتم را داراست، اما به هر حال حدود ۱/۵ درصد بالاتر از مجلس ششم را داراست.

### نمودار ۱۰. نسبت لوایح مصوب حوزه سلامت به کل لوایح مصوب

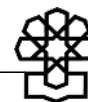


درخصوص شاخص نسبت لوایح مصوب حوزه سلامت به کل لوایح، مقایسه بین ادوار مجلس نشان می‌دهد که بیشترین مقدار مربوط به مجلس دوم و کمترین مقدار مربوط به مجلس ششم است. البته لازم به ذکر است با توجه به اینکه لوایح تصویب شده، ترکیبی از عملکرد دولت (درخصوص ارائه لایحه) و عملکرد مجلس (درخصوص تصویب لایحه) است، نمی‌توان دقیقاً این اعداد را متناسب به دولت یا مجلس دانست.

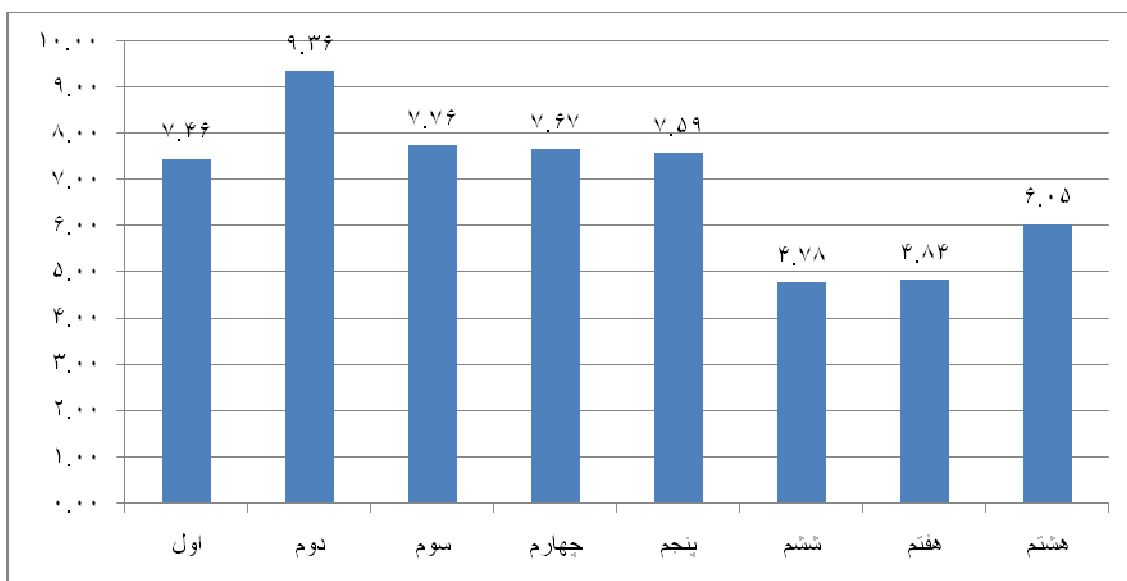
نمودار ۱۱. نسبت طرح‌های مصوب حوزه سلامت به کل طرح‌های مصوب



شاخص دیگر مورد بررسی، نسبت طرح‌های مصوب حوزه سلامت به کل طرح‌های مصوب است؛ مقایسه ادوار مجلس براساس این شاخص در نمودار ۱۱ نشان داده شده است. دامنه تغییرات درخصوص این شاخص بسیار زیاد است که نشان از پراکندگی بالایی دارد. بیشترین درصد مربوط به مجلس ششم و پس از آن هفتم و دوم است. در مجالس ششم و هفتم، علیرغم اینکه لوایح مصوب حوزه سلامت سهم بالایی از کل لوایح تصویب شده را ندارند، اما طرح‌های مصوب حوزه سلامت در این دو دوره، سهم خوبی از کل طرح‌های مصوب را نشان می‌دهد.

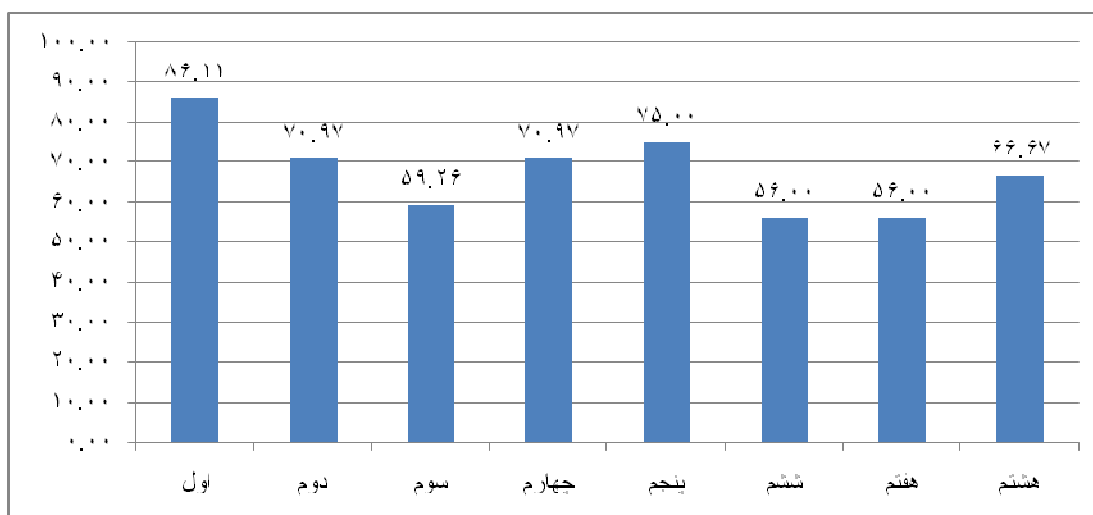


نمودار ۱۲. نسبت طرح‌ها و لوایح ارائه شده حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لوایح ارائه شده



شاخص دیگر ارائه شده، نسبت طرح‌ها و لوایح ارائه شده در حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لوایح ارائه شده است. مقایسه بین ادوار مختلف مجلس، در این خصوص در نمودار ۱۲ نشان داده شده است. نمودار ۱۲ نشان می‌دهد که در سه دوره آخر مجلس (ششم تا هشتم) به‌طور مشهودی این شاخص نسبت به پنج دوره اول مجلس (دوره‌های اول تا پنجم) کاهش داشته است.

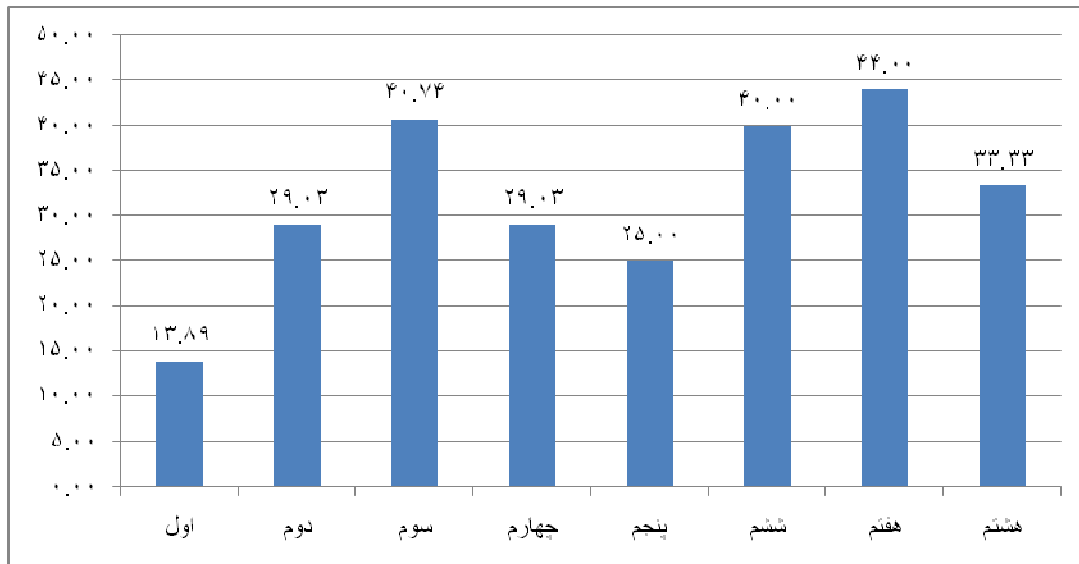
نمودار ۱۳. نسبت لوایح مصوب حوزه سلامت به کل قوانین مصوب حوزه سلامت



مقایسه بین ادوار مجلس در خصوص نسبت لوایح مصوب در حوزه سلامت نسبت به کل قوانین مصوب این حوزه، در نمودار ۱۳ نمایش داده شده است. این نمودار نشان می‌دهد که همیشه

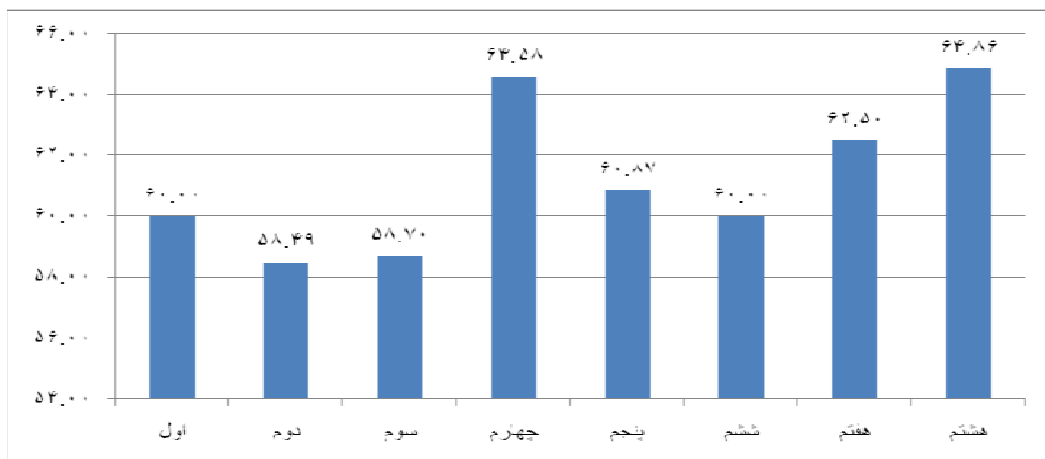
لوايح نسبت به طرح‌ها از سهم بالاتری برخوردار بوده‌اند. اين سهم مجالس اول، دوم، چهارم و پنجم بالاتر از ۷۰ درصد و در مجالس سوم، ششم و هفتم کمتر از ۶۰ درصد بوده است. بالاترين درصد (۸۶/۱۱٪) در دوره اول مشاهده می‌شود.

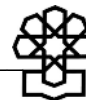
**نمودار ۱۴. نسبت طرح‌های مصوب حوزه سلامت به کل قوانین مصوب حوزه سلامت**



نمودار ۱۴ به‌عنوان مکمل نمودار ۱۳، نشان‌دهنده نسبت طرح‌های مصوب حوزه سلامت به کل قوانین مصوب در این حوزه است. همان‌طور که در توضیح نمودار ۱۳ آمد، مشخص می‌شود که لایحه همواره نسبت به طرح از درصد بالاتری در تبدیل شدن به قانون برخوردار بوده است. شاید این موضوع مربوط به محدودیت‌های ماهیتی‌ای باشد که طرح با آن مواجه است.

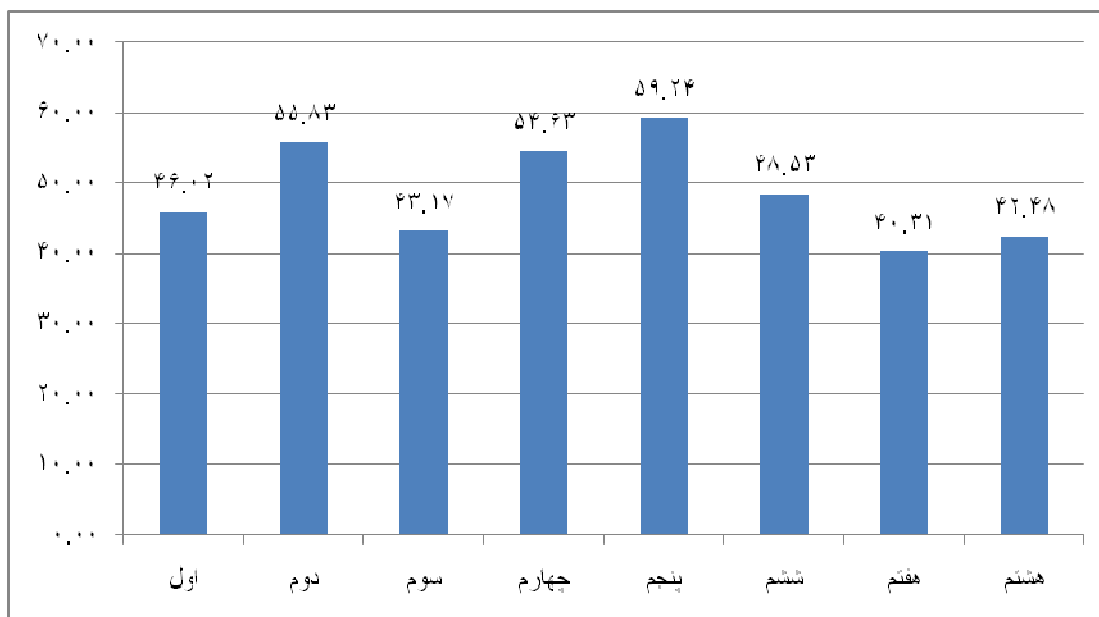
**نمودار ۱۵. نسبت کل مصوبات حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لوايح ارائه شده حوزه سلامت**





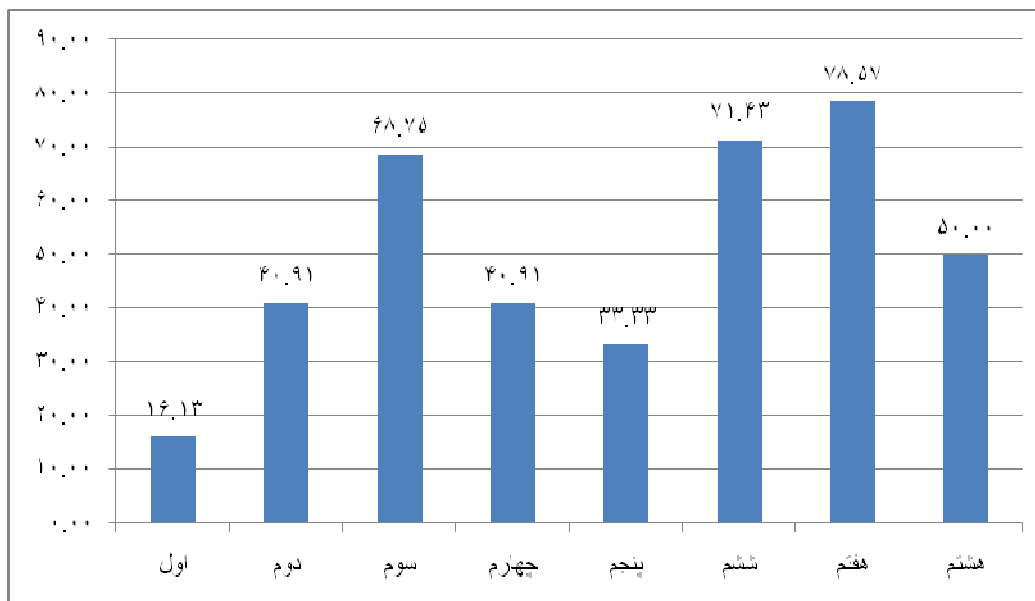
نمودار ۱۵ نشان‌دهنده مقایسه‌ای بین ادوار مختلف مجلس درخصوص نسبت مصوبات حوزه سلامت به مجموع ۵۸ تا ۶۵ درصد بوده است. این بدان معناست که حداقل ۵۸/۴۹ درصد (دوره دوم) از طرح‌ها و لوایح ارائه شده به مجلس و حداکثر ۶۴/۸۶ درصد (دوره هشتم) تصویب شده و به قانون تبدیل شده است. از این رو می‌توان اظهار داشت که تفاوت معناداری بین ادوار مختلف مجلس از این لحاظ به نظر نمی‌رسد.

نمودار ۱۶. نسبت کل مصوبات به کل طرح‌ها و لوایح ارائه شده



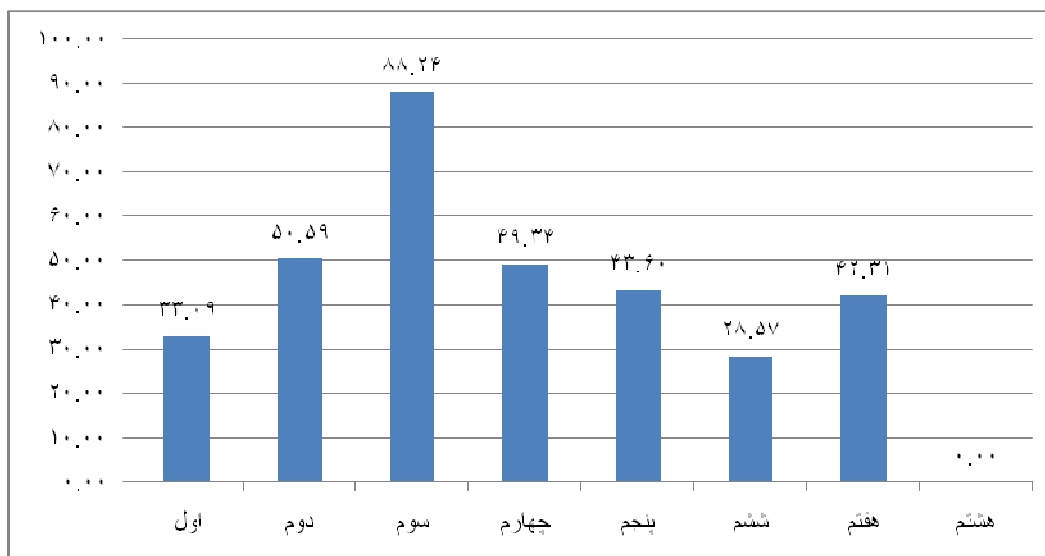
نمودار ۱۶، نمایشگر مقایسه بین ادوار مجلس از لحاظ نسبت کل مصوبات به کل طرح‌ها و لوایح ارائه شده است. همانگونه که مشاهده می‌شود، پراکندگی در این نمودار نسبت به نمودار ۱۵ (که این نسبت را صرفاً در حوزه سلامت مورد بررسی قرار می‌داد) بالاتر است و بازه‌ای بین ۴۰ تا ۶۰ درصد را شامل می‌شود. این اختلاف ۲۰ درصدی در مقابل اختلاف ۷ درصدی حوزه سلامت جالب توجه است و می‌تواند این مفهوم را به‌طور ضمنی القا نماید که یا طرح‌ها و لوایح ارائه شده به مجلس در حوزه سلامت از کیفیت بالاتری در سایر حوزه‌ها برخوردارند (که می‌تواند خود نشان‌دهنده عملکرد مطلوب وزارت بهداشت و سایر حوزه‌های اجرایی مرتبط با سلامت و نیز عملکرد بالای کمیسیون مرتبط در مجلس شورای اسلامی باشد) و یا اینکه اساساً مجالس در تمامی دوره‌ها به این وسیله دغدغه خود را نسبت به مسئله سلامت به نمایش گذاشته و همواره سلامت در تمامی ادوار در اولویت بالایی قرار داشته است.

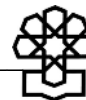
نمودار ۱۷. نسبت طرح‌های مصوب در حوزه سلامت به لوایح مصوب در حوزه سلامت



در شاخص دیگری که تحت عنوان نسبت طرح‌هایی مصوب به لوایح مصوب در حوزه سلامت، در نمودار ۱۷، ارائه شده؛ نمایی دیگر از نمودارهای ۱۳ و ۱۴ به دست داده شده است. تا نسبت بین اعداد آن دو نمودار به صورت درصد قابل مشاهده باشد. این شاخص نشان می‌دهد که بعضی ادوار، مجلس در پیشنهاد قانون فعال‌تر بوده است. البته این نکته نیز بایستی خاطر نشان شود که این موضوع کاملاً نسبی است و حتی بالا بودن این نسبت، می‌تواند ناشی از کم بودن لوایح پیشنهادی باشد، از این رو زیاد قابل اتکا نیست.

نمودار ۱۸. درصد کل طرح‌های مصوب به کل لوایح مصوب





نمودار ۱۸، حاوی مقایسه بین ادوار مختلف مجلس درخصوص نسبت طرح‌های مصوب به لوایح مصوب در تمامی حوزه‌ها (و نه فقط حوزه سلامت که پیش از این در نمودار ۱۷ اشاره شد) است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، به‌غیر از ۳ دوره (پنجم تا هفتم)، در بقیه ادوار، حالت کلی نسبت به حوزه اختصاصی سلامت، از سهم بیشتری برخوردار بوده است. از این‌رو می‌توان همان دو فرضی که در ذیل نمودار ۱۶ ارائه شد را به‌طور معکوس برای توضیح این نمودار به‌کار برد.

### جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

نگاهی بر ادوار گذشته مجلس نشان می‌دهد به‌تدریج از مجلس اول ساختار نظام فعلی سلامت کشور شکل گرفته است. در ابتدا قوانین تأکید بر ایجاد ساختار مناسب، گسترش خدمات و تربیت نیروی انسانی متخصص داشتند. به‌تدریج و با برطرف شدن این نیازها قوانین به سمت مسائل دیگر همچون ارتقای کیفیت و از آن مهمتر اقتصاد سلامت معطوف شد. اگر قوانین مصوب در مجلس را ناشی از فصل مشترک دغدغه‌های دولت و مردم بدانیم سیر قوانین بخش سلامت نشان می‌دهد در سال‌های اخیر مسائل مالی بخش سلامت دغدغه نخست این حوزه بوده است. ازسوی دیگر کاهش قوانین مهم و تأثیرگذار حاکی از آن است که نیاز به تقنین در این حوزه به‌مانند گذشته نیست و بیشتر مسائل نظارتی خود را نشان می‌دهد. هرچند اصلاح پی در پی برخی از قوانین و ارائه طرح‌های مجدد درخصوص آن (نظیر قوانین مربوط به مواد خوراکی و آشامیدنی) حاکی از آن است که نیاز به تنقیح قوانین و تقنین در این حوزه وجود دارد.

ازسوی دیگر هرچند در سه دوره اخیر مجلس لوایح مصوب حوزه سلامت سهم بالایی از کل لوایح تصویب شده را ندارند، اما طرح‌های مصوب حوزه سلامت، سهم خوبی از کل طرح‌های مصوب را نشان می‌دهد. این موضوع حاکی از آن است که سلامت یکی از دغدغه‌های اصلی بخش عمده‌ای از نمایندگان محسوب می‌شود. این موضوع فرصت مناسبی را برای سیاستگذاران این بخش فراهم می‌آورد تا با کارشناسی دقیق و تدوین پیش‌نویس مناسب قوانین در زمینه‌هایی که خلأیی مشاهده می‌شود اقدام به تقنین نمایند یا اینکه نمایندگان محترم از ظرفیت نظارتی مجلس استفاده نموده و اجرای قوانین مصوب را پیگیر شوند.

### منبع و مأخذ

قوانین مصوب مجلس شورای اسلامی.



مجلس شورای اسلامی  
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۲۴۳۱

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: خلاصه اجرایی نگاهی بر قانونگذاری در بخش سلامت در هشت دوره  
مجلس شورای اسلامی

نام دفتر: مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین کنندگان: علی اخوان بهبهانی، سیدمحمد موسوی خطاط

ناظر علمی: —

متقاضی: معاونت پژوهشی

ویراستار تخصصی: —

ویراستار ادبی: —

واژه‌های کلیدی: —

تاریخ انتشار: ۱۳۹۱/۴/۱۰