نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره نهم، شماره اول، بهار ۱۴۰۴، صفحات ۸۱ تا ۸۶

اصیل

تبیین مفهومی قانون جامع سلامت

محسن نجفی‌خواه[1*]، محسن حسین‌زاده[2]، امید عبدالهیان[3]

۱. *نویسنده مسئول: دانشیار گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، تهران، ایران، najafikhah.mo@iums.ac.ir
۲. دانشجوی دکتری حقوق خصوصی، مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت، تهران، ایران
۳. دکتری حقوق خصوصی، مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۸/۰۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۱۰

چکیده

زمینه و هدف: بند ۱۰ سیاست‌های کلی نظام قانون‌گذاری، بر«تعیین عناوین قوانین جامع» تأکید دارد و مستند به این بند، «قانون جامع سلامت» به عنوان یکی از عناوین قوانین جامع تعیین شد. یک گام اساسی در تدوین قانون جامع سلامت، تعیین عناوین و موضوعات اصلی از طریق «تبیین مفهومی قانون جامع سلامت» است.

روش: با مراجعه به قوانین مصوب از سال ۱۲۸۵ تاکنون، مراحل زیر برای استخراج موضوعات اصلی سلامت و دسته‌بندی آنها در ساختار منظم طی شده است: ۱- جستجو احکام قانونی، ۲- دسته‌بندی احکام قانونی در فهرست موضوعی اولیه، ۳- شناسایی احکام قانونی معتبر از نامعتبر و ۴- اصلاح فهرست موضوعی اولیه و تدوین فهرست موضوعی نهایی.

یافته‌ها: نتیجه بررسی حدود ۱۲۵۰۰ قانون مصوب از سال ۱۲۸۵ تاکنون نشان می‌دهد، احکام قانونی حوزه سلامت را می‌توان ذیل چهار عنوان شامل «مدیریت نظام سلامت»، «امور بهداشتی- درمانی»، «دارو، تجهیزات پزشکی و مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی» و «سازمان‌های حرفه‌ای، تعهد خدمت و امور اداری- استخدامی» دسته‌بندی و هر یک از این عناوین کلی را به دسته‌بندی‌های جزئی‌تری تقسیم کرد.

نتیجه‌گیری: با استفاده از معیارهای «موضوع حکم»، «سابقه تاریخی حکم»، «حجم قوانین هر موضوع»، «اهمیت خاص موضوع»، «تجربه موفق سایر کشورها» و نیز توجه به «مؤلفه دستگاهی»، وجود «قانون جامع سلامت» قابل توجیه است. این مؤلفه‌ها، برای تصمیم‌گیری راجع به موضوعاتی که در خصوص درج آنها ذیل قانون جامع سلامت اختلاف نظر وجود دارد نیز راهگشاست.

کلیدواژه‌ها: سیاست‌های کلی سلامت، سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری

مقدمه

«سیاست‌های کلی سلامت» ابلاغی ۱۳۹۳ جهت‌گیری کلی حوزه سلامت را تعیین می‌کند(۱)؛ و در بندهای متعدد آن به قوانین، سیاست‌های اجرایی و مقررات حوزه سلامت به عنوان بستر تحقق سیاست‌های مذکور توجه ویژه شده‌است؛ با این‌حال پژوهش‌های موجود به سراغ تحلیل قوانین حوزه سلامت نرفته‌اند.

در سطح سیاست‌های کلی نظام، جایگاه و کارکرد قوانین در «سیاست‌های کلی سلامت» را می‌توان با مراجعه به «سیاست‌های کلی نظام قانون‌گذاری»، تبیین و تفسیر کرد که اهمیت وجود یک بستر قانونی شفاف، کارآمد و اثربخش در حوزه سلامت را برجسته می‌کند. با جمع هر دو سیاست مذکور که به قوانین و مقررات اشاره دارند می‌توان گفت (تنقیح، تبویب و تدوین احکام قانونی پراکنده حوزه سلامت ذیل عنوان «قانون جامع سلامت») (بند ۱۰ سیاست‌های کلی نظام قانون‌گذاری) راه‌حلی برای حل مشکلات تورم، پراکندگی و تعارض احکام قانونی حوزه سلامت و «تحقق رویکرد سلامت همه جانبه و انسان سالم در همه قوانین»، «صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران»، «آگاه‌سازی مردم از حقوق و مسئولیت‌های اجتماعی خود» و «هماهنگی و ساماندهی تولیت، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت مطابق ساز و کار قانونی» (بند ۲ و جزء ۶ آن و جزء ۴ بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت) است.

تمرکز پژوهش حاضر بر لفظ «سلامت» در اصطلاح «قانون جامع سلامت» و تعیین مفهوم، حدود و مصادیق آن است و به این پرسش‌ها پاسخ می‌دهد: آیا قانون جامع خاصی به نام «قانون جامع سلامت» در نظام قانون‌گذاری ایران نیاز است؟ ملاک درج احکام قانونی ذیل حوزه سلامت چیست؟ آیا عدم درج برخی حوزه ذیل این قانون به معنی آن است که از دایره شمول سلامت خارج می‌شوند؟

مطالعه حاضر، تنها یک مطالعه نظری صرف نیست؛ عنوان «قانون

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

جامع سلامت» و «ساختار موضوعی» آن در «شورای راهبردی تنقیح قوانین و مقررات مجلس شورای اسلامی» به تصویب رسیده و در جزء ۲۹ ماده ۱۳ «طرح نظام قانون‌گذاری، تعیین حدود اختیارات و صلاحیت مراجع وضع قوانین و مقررات»(شماره ثبت ۵۹۴ مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۰۹) جزء عناوین قوانین جامع تعیین شده است.

روش

برای درک مفهوم «قانون جامع سلامت»، رویکرد این پژوهش ترکیبی از روش‌های «قیاسی» و «استقرائی» است. از یک‌سو، در روش قیاسی نظریات مربوط به مفهوم سلامت بررسی شده است، از سوی دیگر، از روش استقرائی شامل مطالعه نظم قانونی موجود و مطالعات تطبیقی («قانون جامع سلامت عمومی» فرانسه (Code de la santé publique)(۲) و «قانون جامع ایالات متحده» (United States Code)(۳)) استفاده شده است.(۴) مطالعه حاضر یک مطالعه کتابخانه‌ای است و بر مبنای مطالعات مربوط به «قوانین» حوزه سلامت از سال ۱۲۸۵ و جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل متون قوانین منتشر شده در روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران (۵)، سامانه ملی قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران(۶) وتارنمای مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی(۷) که معتبر و لازم‌الاجرا هستند، بنا شده است.

همچنین تجربه تدوین و تصویب «قانون فهرست قوانین و احکام نامعتبر در حوزه سلامت» مصوب۱۳۹۹ و تدوین «پیش‌نویس قانون جامع سلامت» در «مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت» نقش مهمی در تدوین پژوهش حاضر داشته است. این پژوهش با طی مراحل زیر نگارش یافته است:

۱. **جستجو احکام قانونی حوزه سلامت:** از میان حدود ۱۲۵۰۰ قانون، قوانینی که حداقل یک حکم مرتبط با حوزه سلامت داشته‌اند، شناسایی شدند. این پژوهش فقط محدود به بررسی «قوانین» مصوب مجالس قانون‌گذاری است.
۲. **دسته‌بندی احکام قانونی در فهرست موضوعی:** احکام قانونی حوزه سلامت، با توجه به فراوانی آن در فهرست موضوعی منظم و منسجمی دسته‌بندی شده‌اند.
۳. **شناسایی احکام معتبر از نامعتبر (تنقیح):** علاوه بر احکام قانونی نامعتبر صریح، احکام قانونی که به صورت غیرصریح، نامعتبر هستند نیز شناسایی و کنار گذاشته شده است.
۴. **اصلاح دسته‌بندی احکام قانونی در فهرست موضوعی:** با شناسایی احکام قانونی معتبر در حوزه سلامت، فهرست موضوعی بر اساس اطلاعات موجود اصلاح و بازنگری شده است.

یافته‌ها

با پیمودن روش «قیاسی» درمی‌یابیم، مفهوم جامع‌نگر سلامت شامل موضوعات متعددی از قبیل محیط‌زیست، آموزش، درمان، بهداشت، ایمنی محیط کار، تغذیه با شیر مادر، مسائل مالکیت صنعتی و تجاری می‌شود. (۸) روش قیاسی، برای تبیین مفهومی، راهنمای مناسبی است؛ اما مفهومی گسترده از سلامت ارایه می‌کند که احکام قانونی مرتبط با عناوین مصوب قوانین جامع دیگر از جمله «تأمین اجتماعی»، «آموزش عالی، پژوهش و فناوری» و «بیمه» را در خود جای می‌دهد و جامعیت سایر قوانین جامع را زیر سؤال می‌برد. اگر «مفهوم سلامت همه جنبه‌های زندگی انسانی را شامل گردد در این صورت وزارت سلامت در حد دولت گسترش خواهد یافت»(۸). این برداشت «قانون جامع سلامت» را حجیم و ناکارآمد می‌کند. بنابراین روش قیاسی باید با روش «استقرائی» تعدیل شود.

با پیمودن روش استقرائی درمی‌یابیم که از میان همه عناصر «سلامت»، برخی از آنها در سیاست‌های کلی سلامت و قوانین خاص این حوزه مورد توجه قرار گرفته‌اند. بنابراین دایره عناصر سلامت در سیاست‌ها و قوانین خاص این حوزه محدودتر از آن عناصری است که روش قیاسی ارایه می‌دهد. برای اینکه دایره عناصر سلامت در قوانین دقیق‌تر شود، از طریق مطالعه تطبیقی موضوعات خاص سلامت در قانون جامع سلامت فرانسه و قانون جامع ایالات متحده نیز بررسی شده است.

با پیمودن روش‌های فوق، احکام قانونی معتبر حوزه سلامت، به دو دسته زیر تقسیم شد:

دسته نخست، احکام قانونی است که «به‌طور مستقیم» با حوزه سلامت مرتبط می‌شود و عناصر اصلی قانون جامع سلامت را تشکیل می‌دهند. احکام قانونی این دسته، بسته به «فراوانی» و «ارتباط موضوعی میان آنها»، قابل دسته‌بندی به موضوعات جزئی‌تر هستند. چهار دسته‌بندی اصلی و کلی در ستون نخست جدول (۱) مشخص شده‌اند. به همین ترتیب ذیل دسته‌بندی‌های اصلی، با توجه به ملاک فراوانی احکام قانونی و ارتباط میان آنها با موضوعات مشخص، دسته‌بندی‌های کوچک‌تری استخراج شده است. بدین‌ترتیب ساختار موضوعی (پلان) «قانون جامع سلامت» تدوین شد.

دسته دوم، احکام قانونی معتبری هستند که با سلامت ارتباط «غیرمستقیم» دارند و ارتباط مستقیم آنها با سایر عناوین قوانین جامع است. این موضوعات، بر اساس روش قیاسی، از عناصر و اجزاء سلامت هستند؛ اما بر اساس روش استقرایی از احکام قانونی اصلی «قانون جامع سلامت» نیستند. احکام قانونی مذکور نیز در قانون جامع سلامت درج می‌شوند؛ اما درج آنها با احکام قانونی دسته نخست متفاوت است و جنبه فرعی دارد و شامل مواردی از جمله استاندارد مواد خوردنی و آشامیدنی و بهداشتی و آرایشی، محیط زیست، مالیات و عوارض سلامت و آموزش عالی می‌شود.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

جدول ۱. ساختار موضوعی قانون جامع سلامت

عنوان کتاب	عنوان باب	عنوان بخش
مدیریت نظام سلامت	ساختار اداری	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
		دستگاه‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
		شوراهای مقررات
		وظایف سایر دستگاه‌ها
		عضویت در سازمانهای منطقه‌ای و بین‌المللی
	مدیریت منابع	مالیات و عوارض
		بیمه‌های سلامت
امور بهداشتی - درمانی	امور بهداشتی	پیشگیری از بیماری‌ها
		بهداشت کار
		بهداشت محیط
		ترویج تغذیه با شیر مادر و تنظیم جمعیت
	امور درمانی	مقررات عام درمانی
		انتقال خون، پیوند عضو و اهدای جنین
		درمان و توانبخشی گروه‌های خاص
دارو، تجهیزات پزشکی و مواد خوردنی، آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی	ساخت، توزیع، فروش، واردات و صادرات	دارو و تجهیزات پزشکی
		مواد خوردنی و آشامیدنی
	تبلیغات مواد و خدمات سلامت‌محور	تبلیغات مواد و خدمات سلامت‌محور
سازمان‌های حرفه‌ای، تعهد خدمت و امور اداری - استخدامی	سازمان‌های حرفه‌ای بخش سلامت	سازمان نظام پزشکی
		سازمان نظام پرستاری
	مؤسسات و حرف پزشکی	مجوزها و وظایف حرف و مؤسسات پزشکی
		تعزیرات حکومتی امور بهداشتی درمانی
	امور اداری و استخدامی	تعهد خدمت
		امور استخدامی حوزه سلامت

بحث

«سیاست‌های کلی نظام قانون‌گذاری» در سال ۱۳۹۸ ابلاغ و بر «تعیین عناوین قوانین جامع، تبویب، تنقیح و تعیین شناسه قوانین موجود کشور» تاکید کرد. تدوین قانون جامع که معادل واژه فرانسوی «کودیفیکاسیون» (Codification) است؛ به فرایندی اطلاق می‌شود که طی آن، همه احکام قانونی معتبر مربوط به یک موضوع (عناوین قانون جامع) در قالب ساختار منظم و منطقی که قانون جامع نام دارد گردآوری و به تأیید یا تصویب مقام صلاحیت‌دار می‌رسد. محصول این فرایند «قانون جامع» است که لازم‌الاجرا و قابل استناد بوده و تمام یا بخش عمده یکی از حوزه‌های اصلی نظام حقوقی را دربرمی‌گیرد. با تصویب قانون جامع، قوانین و احکام قانونی پراکنده موجود، نسخ و با قانون جامع جایگزین می‌شود.

ضرورت‌های عملی مربوط به تورم، پراکندگی و گاه تعارض قوانین در حوزه سلامت سبب شد که تدوین «قانون جامع سلامت» به عنوان یکی از مهم‌ترین اولویت‌های نظام سلامت و نظام قانون‌گذاری، در دستور کار قرار گیرد. مهم‌ترین و اولین‌گام برای تدوین قانون جامع سلامت «تبیین مفهومی» قانون جامع سلامت بود تا از این طریق مشخص شود احکام قانونی در چه موضوعاتی در قانون جامع سلامت درج می‌گردد. تبیین مفهومی در سطح کلان قانون‌گذاری، برای «تعیین عناوین قوانین جامع» و در سطح هر قانون جامع برای تعیین موضوعات اصلی اهمیت دارد.

معنای «تبیین مفهومی قانون جامع سلامت»

«تبیین» در لغت به معنای پیدا شدن و بیان کردن است.(۷) تبیین مفهومی، شناخت یک امر است. روش‌های قیاسی (Deductive Reasoning) و استقرایی (Inductive Reasoning) و روش مرکب از این دو، مهم‌ترین روش‌های شناخت یک امر هستند.

در روش قیاسی با مطالعه و بررسی نظریات (امر کلی) در یک موضوع خاص به یک فرضیه رسیده و مصادیق براساس آن نظریه تحلیل می‌شود. روش استقرایی با بررسی مصادیق متعدد به یک نظریه می‌رسد و براساس

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

آن نظریه، وقایع تحلیل می‌شود. در روش ترکیبی با استفاده همزمان از این دو روش، سعی می‌شود ضمن بررسی نظریات کلی، با بررسی مصادیق، شناخت جامعی از یک امر محقق شود. «تبیین مفهومی قانون جامع» نیز به معنای بیان‌کردن و توضیح محتوای قانون جامع و تعیین عناوین و موضوعات در یک قانون جامع خاص است.(۹)

تبیین مفهومی قانون جامع سلامت به دو ضرورت مهم پاسخ می‌دهد که هر یک از این دو کارکرد و ضرورت به‌صورت جداگانه در ادامه بررسی می‌شود:

توجیه وجود عنوان «قانون جامع سلامت»

مهم‌ترین مؤلفه‌های تبیین مفهومی که می‌تواند وجود «قانون جامع سلامت» را توجیه کند عبارت است از: «موضوع حکم»، «سابقه تاریخی حکم»، «حجم قوانین هر موضوع»، «اهمیت خاص موضوع» و نیز توجه به «مؤلفه دستگاهی».

مؤلفه موضوعی در برابر مؤلفه دستگاهی: عناوین قوانین جامع در نظام‌های حقوقی معدود و محدود است. حال آیا تعیین عنوان مستقلی برای «قانون جامع سلامت» توجیه دارد یا باید ذیل عناوین دیگر قوانین جامع درج شود؟

با توجه به تجربه نظام تدوین قانون جامع در فرانسه و آمریکا، دو مؤلفه اصلی «موضوعی» و «دستگاهی» برای تعریف قانون جامع مورد استفاده قرار می‌گیرد(۲، ۳): بر اساس ضابطه دستگاهی، همه احکام قانونی مربوط به یک «دستگاه اجرایی» در قالب قانون جامع تدوین می‌گردد. در مقابل در ضابطه موضوعی، احکام مرتبط با یک «موضوع خاص» گردآوری می‌شود. بر اساس هر دو ضابطه مذکور، وجود قانون جامع مستقلی در حوزه سلامت قابل توجیه است؛ اما انتخاب ضابطه دستگاهی، ما را به انتخاب عنوان «قانون جامع بهداشت، درمان و آموزش پزشکی» رهنمون می‌کند؛ اما در ضابطه موضوعی، عنوان «قانون جامع سلامت» ترجیح دارد و ذیل آن دایره وسیع‌تری از احکام قانونی درج می‌شود.

انتخاب ضابطه دستگاهی چالش‌هایی دارد از جمله آن‌که وظایف دستگاه‌ها در معرض تغییر مستمر است که مانع از ثبات قانون جامع مرتبط با آن دستگاه می‌گردد. نظام قوانین جامع فرانسه شامل ۷۸ عنوان قانون جامع است و تنها قوانین نیروهای مسلح (Code de justice militaire)، به صورت دستگاهی تدوین شده و در سایر موارد، «موضوع» مبنای تقسیم‌بندی انتخاب شده‌است.(۲) با این وجود در برخی موارد انتخاب معیار دستگاهی قابل توجیه است که به عنوان نمونه می‌توان به قانون جامع نیروهای مسلح در فرانسه و عنوان کنگره (Title 2 - The Congress) در قانون جامع ایالات متحده اشاره کرد.(۹)

دلایل متعددی برای ترجیح معیار «موضوعی» و عنوان «قانون جامع سلامت» وجود دارد: اتخاذ هریک از نظریه‌های مربوط به مفهوم سلامت در دامنه شمول تأثیر خواهد گذاشت. در گذشته «رویکرد زیست-پزشکی» رویکرد اتخاذی نسبت به سلامت بود. پیندار (Pindar) سلامت را عملکرد هماهنگ اندام‌ها تعریف و سلامت را عملکرد کلی بدن، همراه با احساس راحتی و فقدان درد تبیین کرد.(۱۰)

رویکرد مدرن به سلامت رویکردی همه‌جانبه است و در صدد شناسایی تأثیر تمامی عوامل زیستی، محیطی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی بر سلامت است.(۱۱) مفهوم جامع‌نگر به سلامت حالتی نسبی است که در آن فرد قادر است از نظر جسمی، ذهنی، اجتماعی و معنوی به‌خوبی عمل کند و توانایی‌های منحصر به فرد خود را ابراز کند.(۱۲) «اساسنامه سازمان بهداشت جهانی» چنین رویکردی را نسبت به سلامت اتخاذ نموده و در آن «سلامتی مبتنی است بر رفاه کامل جسم و روح جامعه و تنها عبارت از فقدان ناخوشی یا ناتندرستی نیست.»

با توجه به دو رویکرد فوق، رویکرد زیستی سلامت را محدود به موضوعاتی می‌کند که به‌طور مستقیم با سلامت جسمی انسان در ارتباط باشند و در مقابل، رویکرد جامع‌نگر علاوه بر امور مرتبط با سلامت جسمانی، موضوعات بهزیستی، محیط‌زیستی و آموزش عالی را نیز در مفهوم سلامت می‌گنجاند.(۱۱)

بررسی قوانین حوزه سلامت نشان می‌دهد که در قوانین رویکرد «زیست‌پزشکی» بر رویکرد «همه‌جانبه» ترجیح داشته است. بااین‌حال پس از تصویب «سیاست‌های کلی سلامت» رویکرد جامع‌نگر غلبه و کاربرد اصطلاح «سلامت» در قوانین رواج یافت. بنابراین عنوان «قانون جامع سلامت» مناسب‌ترین عنوان برای قانون جامع در این حوزه است. این اصطلاح با عناوین قانون جامع در فرانسه و آمریکا نیز هماهنگ است.

مؤلفه حجم احکام قانونی: دامنه شمول موضوع قانون جامع نباید چنان کلی باشد که بخش قابل توجهی از احکام قانونی موجود، ذیل یک عنوان قرار گیرد و تناسب کافی با حجم سایر قوانین جامع نداشته باشد. حجیم و گسترده بودن مواد قانون جامع با فواید عملی تدوین آن مثل تسهیل دسترسی ذینفعان به احکام قانونی و انسجام و هماهنگی احکام قانونی تناسب ندارد و تدوین آن را زمان‌بر و غیرقابل حصول می‌کند.

در مقابل، مواد قانون جامع نباید چنان اندک باشد که امکان تقسیم عنوان کلی قانون جامع به موضوعات کوچک‌تر وجود نداشته باشد. در ایران در دوره زمانی ۱۲۸۵ تا شهریورماه ۱۴۰۳ حدود ۱۲۵۰۰ قانون به تصویب رسیده‌است.(۶) از این میزان حدود ۲۳۰۰ قانون دارای حداقل یک حکم مرتبط با حوزه سلامت است. که شامل حدود ۸۷۰۰ حکم قانونی می‌شود. این فراوانی احکام قانونی حاکی از اهمیت خاص موضوع سلامت در نظام حقوقی ایران است و نشان می‌دهد این حوزه برای تدوین قانون جامع یکی از موضوعات مناسب است.

مؤلفه سابقه موضوع قانون جامع در نظم حقوقی و قانونی: مؤلفه تاریخی مهم‌ترین راهنما برای تعیین موضوعات ذیل یک قانون جامع

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

است. نخستین احکام قانونی مرتبط با سلامت، بندهای ۱۴ و ۱۶ ماده (۹۷) «قانون انجمن‌های ایالتی و ولایتی» مصوب ۱۲۸۶ بود. نخستین قانونی که به‌طور کامل به حوزه سلامت اختصاص داشت، «قانون راجع به حفظ‌الصحه و آبله‌کوبی» مصوب ۱۲۸۹/۰۸/۱۶ بود. این شواهد تاریخی، نشان می‌دهد که موضوع سلامت از نخستین موضوعاتی است که در نظام قانون‌گذاری کشور مورد توجه قرار داشته است.

مؤلفه تجربه‌های موفق سایر کشورها: دو نظام حقوقی فرانسه و ایالات‌متحده تجربه‌های موفقی در تدوین قانون جامع داشته‌اند. در فرانسه «کد سلامت عمومی» (Code de la Santé Publique) یکی از عناوین کدهای ۷۸گانه است.(۲) همچنین در نظام حقوقی آمریکا نیز عنوان چهل و دوم قوانین جامع، تحت عنوان «سلامت و رفاه عمومی» (The Public Health and Welfare) نام‌گذاری شده‌است.(۳)

مؤلفه اهمیت خاص موضوع: با بررسی ذخایر نظام هنجاری ایران، شامل قانون اساسی، سیاست‌های کلی نظام، قوانین عادی و مقررات، «سلامت» یکی از موضوعات اصلی نظام هنجاری است. در قانون اساسی در اصول سوم، بیست‌ونهم و چهل‌سوم به موضوعات مربوط به سلامت اشاره دارد و یکی از ۱۳ سیاست کلی موضوعی، «سیاست‌های کلی سلامت» است.

مهم‌ترین چالش‌های تبیین مفهومی قانون جامع سلامت

پس از توجیه عنوان مستقلی به نام «قانون جامع سلامت» در نظام حقوقی، نوبت به تعیین عناوین ذیل آن می‌رسد. ۵۲ عنوان قانون جامع در نظام قانون‌گذاری مبتنی بر قانون جامع پیش‌بینی گردیده است. برخی احکام قانونی با دو یا چند عنوان از قوانین جامع ارتباط دارد و نتیجتا اختلافاتی مانند موارد زیر را در خصوص اینکه باید ذیل کدام‌یک درج شود را بوجود می‌آورد:

مقررات مربوط به آموزش عالی: براساس نظریه جامع‌نگر سلامت، آموزش یکی از موضوعات سلامت است.(۱۳) از نظر تاریخی موضوع آموزش پزشکی برخلاف سایر رشته‌ها، مورد توجه خاص قانون‌گذار بوده و تعداد زیادی از احکام قانونی در این حوزه به تصویب رسیده‌است. با استقرا در قوانین، با سه دسته از مقررات آموزش عالی روبه‌رو هستیم: دسته اول، احکام قانونی هستند که با آموزش عالی پزشکی ارتباط دارند؛ اما هدف آنها تأمین نیروی انسانی سلامت برای مناطق محروم است؛ مانند مقررات مربوط به آموزش مامای روستایی و بهداشت‌کار دهان و دندان. دسته دوم، قوانین خاص آموزش علوم پزشکی مانند مقررات مربوط به برنامه‌ریزی آموزش عالی پزشکی و آموزش دستیاران پزشکی است. گروه سوم، مقررات عام آموزش عالی است که در تمامی دانشگاه‌ها و رشته‌ها اعم از علوم پزشکی و غیر علوم پزشکی اجرا می‌شوند.

احکام قانونی دسته اول در قانون جامع سلامت به عنوان حکم اصلی تدوین می‌شوند. دسته دوم نیز بنا بر سابقه تاریخی و نیز ارتباط موضوع، باید در «قانون جامع آموزش عالی» تدوین شوند و در «قانون جامع سلامت» به صورت فرعی یا ارجاعی درج می‌شود. دسته سوم یعنی احکام قانونی عام آموزش عالی که در تمامی دانشگاه‌ها اجرا می‌شوند نیز به صورت ارجاعی درج شده است و محل درج اصلی چنین احکامی «قانون جامع آموزش عالی» خواهد بود.

مقررات مربوط به امور کیفری سلامت: یکی از مهم‌ترین تقسیمات راجع به احکام کیفری، جرائم علیه تمامیت جسمانی اشخاص است. ازاین‌نظر، برخی احکام مربوط به قصاص، دیات و تعزیرات (مانند آلودگی محیط‌زیست) بواسطه تاثیر بر تمامیت جسمی و روانی انسان، با حوزه سلامت ارتباط پیدا می‌کند. اما اتخاذ چنین رویکردی، با مؤلفه رعایت حجم احکام قانونی انطباق ندارد. در صورتی که حجم قابل توجهی از قوانین کیفری به واسطه ارتباط با تمامیت جسمی انسان در حوزه سلامت درج شوند، قانون جامع سلامت حجیم و در نتیجه انسجام درونی آن مخدوش خواهد شد. رویکرد مذکور با مؤلفه سابقه موضوع در نظم حقوقی نیز همخوانی ندارد. احکام قانونی که جنبه کیفری دارند از ابتدای قانون‌گذاری ذیل عناوین مستقلی درج گردیده‌اند. اتخاذ این رویکرد با تجربه سایر کشورها نیز مطابق نیست. در تدوین پیش‌نویس قانون جامع سلامت احکام قانونی عام راجع به جرایم که به نحوی با سلامت ارتباط پیدا می‌کنند، تنها در قانون جامع سلامت از طریق ارجاع به آنها آمدند، اما مجازات‌های خاص مربوط به حوزه سلامت به‌صورت حکم اصلی در قانون جامع سلامت آمده‌است.

نتیجه‌گیری

اصلاح نظام قانون‌گذاری در حوزه سلامت به منظور تحقق نظامی کارا و اثربخش، یکی از ضرورت‌های نظام سلامت است. یکی از مهم‌ترین روش‌ها برای نیل به این هدف تدوین «قانون جامع سلامت» است.

«موضوع حکم»، «سابقه تاریخی»، «حجم قوانین»، «اهمیت»، «تجربه سایر کشورها» و توجه به «مؤلفه دستگاهی» مؤلفه‌هایی هستند که در تعیین عناوین قوانین جامع و همچنین موضوعات ذیل هر کدام نقش‌آفرین هستند. مراجعه به این مؤلفه‌ها وجود قانون جامع مستقلی به نام «قانون جامع سلامت» را توجیه می‌کند.

درحالی‌که احکام قانونی بسیاری از موضوعات مربوط به سلامت (جدول ۱) در قانون جامع سلامت تدوین می‌شود، درج برخی از موضوعات مانند احکام مربوط به آموزش عالی، بهداشت محیط، امور کیفری سلامت، امور مالی نظام سلامت، امنیت غذایی و خدمات بهزیستی ذیل قانون جامع سلامت محل تردید است. تصمیم‌گیری

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]

درخصوص هر یک از موضوعات چالش‌برانگیز، با مراجعه به مؤلفه‌های تبیین مفهومی انجام می‌گیرد که چند نمونه از این تحلیل‌ها مورد بررسی قرار گرفت.

تعارض منافع

ندارد.

تقدیر و تشکر

این مقاله براساس مطالعات مربوط به تحقیق و تدوین قانون جامع سلامت که منتهی به تصویب «قانون فهرست قوانین و احکام نامعتبر در حوزه سلامت» در سال ۱۳۹۹ و تدوین «پیش‌نویس قانون جامع سلامت» در «مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت» شده، تدوین شده است.

منابع

1. Gholami A, Bahadori Jahromi, A. Meaning, Nature and Supervision of the Implementation of General Policies of Government. Public Law Knowledge Quarterly 2013; 2(3). [In Persian]
2. Code de la Santé Publique. 2023. Available at: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665 [In French]
3. Title 42—The Public Health And Welfare. 2023. Available at: https://uscode.house.gov/browse/prelim@title42&edition=prelim
4. Mohammadnejad Y. Methodology of Research and Scientific Writing. Tehran: Research Institute of Humanities and Cultural Studies; 2012. [In Persian]
5. Official Gazette of the Islamic Republic of Iran. 2023. Available at: https://www.rrk.ir/Default.aspx [In Persian]
6. Laws and Ragulation Portal of Islamic Republic of Iran. 2024. Available at: https://qavanin.ir/ [In Persian]
7. Parliament Research Center [Internet]. 2023. Available at: https://rc.majlis.ir [In Persian]
8. Yazdani S. Family Physicians: Whats and Whys; Capacity Building in Health Network. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2011. [In Persian]
9. Ansari B. Principles and Techniques of Legislation. Tehran: Dadgostar Publication; 2020. [In Persian]
10. Svalastog AL, Donev D, Jahren Kristoffersen N, Gajović S. Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. Croat Med J 2017 Dec 31; 58(6): 431-435.
11. Vahdaninia V, Mousavi MS. A Legal Approach to Health Theory. Iranian Journal of Biomedical Law And Ethics 2019; 1(1): 98–108. [In Persian]
12. Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. J Epidemiol Community Health. 2005 Jun;59(6):440-2.
13. World Health Orhanization. Health Topics. Available at: https://www.who.int/health-topics/

Original

Conceptual Explanation of Iran's Health Code

Mohsen Najafikhah[*1], Mohsen Hoseinzade[2], Omid Abdolahian[3]

1. ⁎**Corresponding Author:** Assistant Professor, Department of Medical Ethics, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, najafikhah.mo@iums.ac.ir
2. PhD in Private Law, National Research Center on Health Law, Tehran, Iran
3. PhD Candidate in Private Law, National Research Center on Health Law, Tehran, Iran

Abstract

Background: Paragraph 10 of the "General Policies of the Legislative System" emphasized on "Determining the Titles of Codes". Based on this, "Health Code" is designated as one of the titles of Codes along with 52 other titles. One of the basic steps in the codification is to determine the main topics and subjects and, in this way, to explain the content of the health code.

Methods: By going into to the official texts of laws enacted since 1906, the following steps have been taken to extract the main topics of the Health Code and categorize them in an orderly structure. 1. Searching for laws in the field of health, 2. Classification of legal provisions in the primary subject list, 3. Identifying valid legal provisions from invalid ones, 4. Modifying the primary classification and extracting the final plan of the Health Code.

Results: Review of about 12,500 laws enacted by the Iran's parliament shows that legal provision in the field of health can be classified under four main headings, including "health system management", "Health and medical affairs", "Medicine, medical equipment, food, drink and Cosmetics" and "professional organizations, compulsory health services and Administrative and employment affairs".

Conclusion: By using the factors of "subject", "historical background", " quantity of rules", "importance", "experience of other countries" and also paying attention to the "institutional component", the existence of "Health Code" can be justified. These standards also open the way for making decisions about challenging and controversial issues.

Keywords: Health Policy, Legislation, Policy Making

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-24]