

ابتکار قانون گذاری در بخش سلامت: مطالعه تطبیقی ده دوره قانون گذاری در مجلس شورای اسلامی ایران

علی اخوان بهبهانی^{۱*}، سیدمحمد موسوی خطاط^۲

۱- مربی گروه بهداشت و درمان، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، تهران، ایران.

۲- دانشجوی دکتری سلامت و رفاه، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: خیابان نیاوران، روبه‌روی ضلع جنوبی پارک نیاوران، شماره ۸۰۲، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، کد پستی ۱۵۸۳۷۴۵۷۱۴، تلفن ۰۲۱ ۲۲۸۰۱۲۷۵، شماره ۰۲۱۲۲۸۱۹۹۵۱.

پست الکترونیک Akhavan@majlis.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۲۳

چکیده

مقدمه: قانون ابزاری مهم برای تحقق سیاست‌های حوزه سلامت است و بسیار مهم است که قانون گذاری در این حوزه، طبق رویه‌های «قانون گذاری خوب» صورت پذیرد. براساس تشریفات قانون گذاری در ایران، ابتکار قانون گذاری در تقدیم لایحه از سوی دولت و طرح از سوی مجلس صورت می‌گیرد. هدف این مطالعه بررسی قوانین مصوب حوزه سلامت از منظر ابتکار قانون گذاری است.

روش کار: پژوهش حاضر مطالعه‌ای تطبیقی بوده و محیط پژوهش مشتمل بر ده دوره مجلس شورای اسلامی است. قوانین مصوب، طرح‌ها و لوایح ارائه شده در هر دوره مجلس شورای اسلامی احصا و استخراج شدند و مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته‌ها: در ده دوره قانون گذاری از مجلس اول تا دهم به ترتیب ۶۰، ۵۳، ۴۶، ۴۸، ۴۶، ۳۹، ۴۰، ۴۴، ۳۹ و ۳۷ طرح و لایحه در حوزه سلامت ارائه شده‌اند که از این بین به ترتیب ادوار ۳۶، ۳۱، ۲۷، ۳۱، ۲۸، ۲۲، ۲۵، ۲۹، ۸ و ۱۴ قانون در این حوزه به تصویب رسیده‌اند. ابتکار قانون گذاری ده دوره مجلس در حوزه سلامت بیشتر از طریق لایحه بوده اما نسبت بین طرح و لایحه در ادوار مختلف متفاوت است. هر چه به زمان حال نزدیک می‌شویم از تعداد قوانین مصوب در حوزه سلامت کاسته می‌شود.

نتیجه‌گیری: بالاتر بودن سهم لوایح از قانون گذاری در این مطالعه همخوان با اصول قانون گذاری خوب است. در نظام سلامت ایران با وجود تشکلهای صنفی با قدرت قانون اظهارنظر در طرح‌ها و لوایح انتظار می‌رود ابتکار قانون گذاری از طریق طرح نیز رایج باشد. در این شرایط روندها باید به نحوی اصلاح شود تا تعامل میان نهادهای پیشنهاددهنده قانون و نهادهای مبتکر قانون تقویت شود.

کلیدواژگان: مطالعه تطبیقی، ابتکار قانون گذاری، نظام سلامت.

مقدمه

هدف محسوب نمی‌شود بلکه باید زمینه اداری را برای توسعه و مدیریت سیستم‌ها و برنامه‌های سلامت فراهم کند. عملکردهای بالقوه قانون در حوزه سلامت بسیار است. قانون می‌تواند حقوق قانونی به فرد بدهد و تعهدات قانونی را نیز تحمیل کند. تاثیر آن می‌تواند تنظیم رفتار، مجوز برنامه‌ها، تنظیم منابع برای خدمات درمانی از جمله منابع انسانی و تامین بودجه خدمات درمانی باشد. بنابراین ابزاری است با

در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران سلامت به عنوان حقی همگانی شمرده شده که فراهم کردن دسترسی به آن وظیفه حاکمیت تلقی شده است [۱]. قانون ابزار مهمی برای تحقق این امر است. قانون گذاری در بخش سلامت همچون بخش‌های دیگر ابزاری برای اجرای سیاست‌های سلامت محسوب می‌شود و چارچوب و چگونگی اجرای آن را فراهم می‌سازد. تصویب قانون جدید به خودی خود یک

به چند شکل دیده می‌شود که شکل اول لایحه است. لایحه، پیشنهادی برای وضع قانون است که مبتکر آن دولت است. شکل دیگر طرح است. طرح، پیشنهاد قانون است که از سوی نمایندگان مجلس ارائه می‌شود. در کنار این دو شیوه اصلی ابتکار قانون‌گذاری از سوی شورای عالی استان‌ها در اصل ۱۰۲ قانون اساسی نیز پیش‌بینی شده است به این ترتیب که: «شورای عالی استان‌ها حق دارد در حدود وظایف خود طرح‌هایی تهیه و مستقیماً یا از طریق دولت به مجلس شورای اسلامی پیشنهاد کند. ابتکار قانون‌گذاری از سوی رئیس قوه قضائیه که تحت عنوان «لوائح قضایی» از آن یاد می‌شود در بند «۲» اصل ۱۵۸ قانون اساسی آمده است. این دست لوائح از طریق دولت در مجلس طرح می‌شود و بر اساس قانون وظایف و اختیارات رئیس قوه قضائیه، مصوب ۱۳۷۸، ۱۲، ۸ دولت موظف است ظرف سه ماه لوائح قضایی را که توسط رئیس قوه قضائیه تهیه و تحویل دولت می‌شود، تقدیم مجلس شورای اسلامی نماید.»

قانون‌گذاری، طبق رویه‌های «قانون‌گذاری خوب»، فرآیندی است که گرچه در صلاحیت قوه مقننه است، اما مستلزم همکاری سایر قوا، به‌ویژه قوه مجریه نیز هست. براساس معیارهای قانون‌گذاری خوب، مصوبات پارلمان باید به لوائح قوه مجریه متکی باشند [۶]. در واقع ابتکار قانون‌گذاری نمایانگر بعد مشارکتی قوه مقننه و مجریه و نه تداخل قوا است. در نظام حقوقی ایران، این رابطه تنها در تقدیم لایحه خلاصه می‌شود و در خصوص طرح‌ها، رابطه میان قوه مقننه و مجریه ناچیز است و تنها به ارائه نسخه‌ای از طرح به وزیر یا وزرای مربوط و دعوت از ایشان در جلسات کمیسیون و مجلس خلاصه می‌شود.

در حوزه سلامت باتوجه به تخصصی بودن موضوع و لزوم اشراف اطلاعاتی و فنی بحث ابتکار قانون‌گذاری اهمیت بیشتری پیدا می‌کند و چه بسا ارائه طرح از سوی گروهی نامرتب منجر به بروز لطمات غیرقابل بازگشت به سلامت مردم شود. در این مطالعه سعی شده تا با بررسی تطبیقی مجالس قانون‌گذاری در جمهوری اسلامی ایران، قوانین مصوب حوزه سلامت به انضمام طرح‌ها و لوائح ارائه شده در این حوزه، وضعیت ابتکار قانون‌گذاری، تعداد طرح‌ها و لوائح و روند تغییرات آن در قانون‌گذاری در مجالس ایران در حوزه سلامت بررسی شود.

کاربردهای بالقوه بسیار، اما هر آنچه برای قوه مقننه کشور تهیه و معرفی می‌شود، باید بهترین ابزار مناسب برای حمایت از سیاست‌های بهداشتی باشد. قانون جدید باید به طور مناسب در سلسله مراتب قانون قرار گیرد. برای دسترسی به یک هدف مهم باید اطمینان حاصل شود که هر قانون جدید، در هر سطح از آن، قابل استفاده و متناسب با منابع موجود است. همچنین باید با درج حقوق و وظایف، تعادل بین منافع عمومی و حقوق افراد و دستیابی به تعادل منافع گروه‌های مختلف در جامعه، موجب حل و فصل هرگونه تضاد منافع بین آن گروه‌ها باشد [۲]. هرچند قانون‌گذاری به تنهایی نمی‌تواند راهگشای نظام سلامت باشد ولی در کنار سایر مؤلفه‌ها برای پیشبرد نظام سلامت ضروری است [۳].

در قانون‌گذاری معمولاً مسائل اجرایی و فنی دشواری وجود دارد. برای همین ممکن است طیف وسیعی از متخصصان، از پزشکی، زیست‌شناسی و شیمی گرفته تا حقوق، اقتصاد و حسابداری، مورد نیاز باشند. ممکن است لازم باشد نظام‌های گسترده‌ای برای جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات ایجاد شوند و افرادی برای این کار تربیت و به کار گرفته شوند. موفقیت یک کشور در انجام این فرآیندها تا حدودی به ظرفیت سازمانی دولت بستگی دارد [۴].

سابقه قانون‌گذاری در ایران به بیش از یکصد سال می‌رسد که چهل سال از این دوران مربوط به پس از پیروزی انقلاب شکوهمند اسلامی است. با پیروزی انقلاب اسلامی، مجلس شورای اسلامی به‌عنوان مرجع قانون‌گذاری در جمهوری اسلامی ایران فعالیت خود را آغاز کرد. قانون‌گذاری از سوی مجالس تابع رعایت تشریفات خاصی است که در نظام حقوق داخلی در آیین‌نامه داخلی مجلس یا قانون اساسی کشورها تعیین شده است و جزئیات روند قانون‌گذاری را از مراحل ابتدایی ارائه پیشنهاد قانون‌گذاری تا مراحل اعلام وصول و بررسی در کمیسیون‌های تخصصی و صحن علنی مجلس مشخص کرده است. یکی از مسائل مهم در حوزه قانون‌گذاری نحوه ارائه پیشنهاد قانون‌گذاری یا به عبارتی ابتکار قانون‌گذاری است. ابتکار قانون‌گذاری در واقع حق ابداع و تنظیم پیشنهاد در راستای وضع قانون جدید یا اصلاح قانون موجود است [۵] که به دو طریق طرح یا لایحه صورت می‌گیرد. در مجموع بر اساس نظام حقوقی ایران ابتکار قانون‌گذاری

روش بررسی

پژوهش حاضر مطالعه‌ای تطبیقی و توصیفی است. محیط پژوهش مشتمل بر ده دوره مجلس شورای اسلامی است. برای انجام تحقیق در ابتدا کلیه قوانین مصوب و طرح‌ها و لوایح ارائه شده در هر دوره مجلس شورای اسلامی احصا، استخراج و در جداول از پیش طراحی شده درج شده است. برای بررسی دوره‌های اول تا هفتم از کتاب فهرست موضوعی قوانین استفاده شد و در مورد دوره‌های هشتم تا دهم از پایگاه قوانین مرکز پژوهش‌های مجلس استفاده شد. ملاک برای قرار گرفتن در مطالعه، تاثیر و دخالت مستقیم بر بخش بهداشت و درمان بود. برای نیل به این منظور با بررسی تمامی عناوین (با استفاده از واژگان بهداشت، درمان، دارو، پزشک، مطب، سلامت، طب) یا ارتباط موضوعی حسب تشخیص تیم تحقیق موارد مرتبط با حوزه سلامت در دوره‌های مختلف استخراج شد و در فرم جمع‌آوری درج شد. به عنوان یک قاعده قراردادی کلی قوانینی که به صورت عمومی بر کلیه حوزه‌ها تاثیر داشتند (نظیر قانون مدیریت خدمات کشوری، قانون مجازات اسلامی و...) در این دسته‌بندی قرار داده نشد. تنها مورد استثنا، قوانین بودجه سنواتی و قوانین برنامه توسعه‌ای بودند که به لحاظ داشتن احکامی مشخص و تاثیرگذار در بخش سلامت جزو قوانین مستخرج قرار گرفتند.

یافته‌ها

مجلس اول

در این دوره مجموعاً ۸۱۴ طرح و لایحه اعلام وصول شد و ۳۷۰ قانون به تصویب رسید [۶]. 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 حوزه سلامت در ۳۱ مورد پیشنهاد اولیه به صورت لایحه و ۵ مورد به صورت طرح تقدیم مجلس شده بود. در این دوره ۹/۷۳٪ قوانین مصوب مربوط به بخش سلامت بود. همچنین نسبت طرح‌ها و لوایح ارائه شده حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لوایح ارائه شده ۷/۳۷٪ بود. در این دوره از بین طرح‌ها و لوایح ارائه شده حوزه سلامت ۶۰٪ آنها تبدیل به قانون شد.

مجلس دوم

در این دوره مجموعاً ۵۷۸ طرح و لایحه اعلام وصول شد و ۳۱۶ قانون به تصویب رسید [۸]. 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 این دوره ۹/۸۱٪ قوانین مصوب مربوط به بخش سلامت بود. همچنین نسبت طرح‌ها و لوایح ارائه شده حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لوایح ارائه شده ۹/۱۷٪ بود. در این دوره از بین طرح‌ها و لوایح ارائه شده حوزه سلامت ۵۸/۴۹٪ آنها تبدیل به قانون شد.

مجلس سوم

مجلس سوم در مدت ۴ سال فعالیت خود به بحث و بررسی ۶۰۶ طرح و لایحه پرداخت که تصویب ۲۵۶ قانون حاصل آن بود [۹]. 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 به صورت لایحه و ۱۱ مورد به صورت طرح تقدیم مجلس شده بود.

در این دوره ۱۰/۵۵ درصد قوانین مصوب مربوط به بخش سلامت بود. همچنین نسبت طرح‌ها و لوایح ارائه شده حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لوایح ارائه شده ۷/۵۹٪ بود. در این دوره از بین طرح‌ها و لوایح ارائه شده حوزه سلامت ۵۸/۷٪ آنها تبدیل به قانون شد.

مجلس چهارم

در مجلس چهارم ۳۴۲ قانون به تصویب رسید. همچنین بحث و بررسی پیرامون ۶۰۴ طرح و لایحه واصله انجام گرفت [۱۰]. 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 این دوره ۹/۰۶٪ قوانین مصوب مربوط به بخش

این تعداد مصوبه ۲۳۴ عدد به صورت لایحه و ۹۹ مورد نیز به صورت طرح تقدیم مجلس شده بود [۱۲]. در این دوره 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 به صورت لایحه و ۱۱ مورد به صورت طرح تقدیم مجلس شده بود.

در این دوره ۷/۵۱٪ قوانین مصوب مربوط به بخش سلامت بود. همچنین نسبت طرح‌ها و لایحه ارائه شده حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لایحه ارائه شده ۴/۸۴٪ بود. در این دوره از بین طرح‌ها و لایحه ارائه شده حوزه سلامت ۶۲/۵٪ آنها تبدیل به قانون شد.

مجلس هشتم

در این دوره ۶۷۹ فقره طرح و لایحه تقدیم شد و ۳۴۹ قانون به تصویب رسید [۱۳، ۱۴]. در هشتمین دوره مجلس شورای اسلامی در مجموع ۴۴ طرح و لایحه در حوزه سلامت ارائه شد که از این بین ۲۹ قانون به تصویب رسید. در مجموع قوانین مصوب در ۲۰ مورد پیشنهاد اولیه به صورت لایحه و ۹ مورد به صورت طرح تقدیم مجلس شده بود.

در این دوره ۸/۳۱٪ قوانین مصوب مربوط به بخش سلامت بود. همچنین نسبت طرح‌ها و لایحه ارائه شده حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لایحه ارائه شده ۶/۴۸٪ بود. در این دوره از بین طرح‌ها و لایحه ارائه شده حوزه سلامت ۶۵/۹۱٪ آنها تبدیل به قانون شد.

مجلس نهم

در این دوره مجموعاً ۶۹۷ فقره طرح و لایحه تقدیم شد و ۲۰۰ قانون به تصویب رسید. در نهمین دوره مجلس شورای اسلامی در مجموع ۳۹ طرح و لایحه در حوزه سلامت ارائه شد که از این بین ۸ قانون به تصویب رسید. [۱۳، ۱۴] در مجموع قوانین مصوب در ۶ مورد پیشنهاد اولیه به صورت لایحه و ۲ مورد به صورت طرح تقدیم مجلس شده بود.

در این دوره ۴٪ قوانین مصوب مربوط به بخش سلامت بود. همچنین نسبت طرح‌ها و لایحه ارائه شده حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لایحه ارائه شده ۵/۶٪ بود. در این دوره از بین طرح‌ها و لایحه ارائه شده حوزه سلامت ۲۰/۵۱٪ آنها تبدیل

سلامت بود. همچنین نسبت طرح‌ها و لایحه ارائه شده حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لایحه ارائه شده ۷/۹۵٪ بود. در این دوره از بین طرح‌ها و لایحه ارائه شده حوزه سلامت ۶۴/۵۸٪ آنها تبدیل به قانون شد.

مجلس پنجم

در این دوره از ۶۱۸ فقره لایحه و طرح تقدیمی تعداد ۳۵۹ قانون به تصویب رسید [۱۰]. در این 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 این دوره ۷/۸٪ قوانین مصوب مربوط به بخش سلامت بود. همچنین نسبت طرح‌ها و لایحه ارائه شده حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لایحه ارائه شده ۷/۴۴٪ بود. در این دوره از بین طرح‌ها و لایحه ارائه شده حوزه سلامت ۶۰/۸۷٪ آنها تبدیل به قانون شد.

مجلس ششم

مجلس ششم ۶۰۴ طرح و لایحه را بررسی کرد که حاصل آن ۳۹۶ قانون مصوب بود که از این تعداد، ۲۲۹ مورد به صورت لایحه و ۱۱۳ مورد به صورت طرح ارائه شده بود [۱۱]. در ششمین دوره مجلس شورای اسلامی در مجموع ۳۹ طرح و لایحه در حوزه سلامت ارائه شد که از این بین ۲۲ قانون به تصویب رسید. در مجموع قوانین مصوب در ۱۳ مورد پیشنهاد اولیه به صورت لایحه و ۹ مورد به صورت طرح تقدیم مجلس شده بود.

در این دوره ۶۵/۶٪ قوانین مصوب مربوط به بخش سلامت بود. همچنین نسبت طرح‌ها و لایحه ارائه شده حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لایحه ارائه شده ۴/۷٪ بود. در این دوره از بین طرح‌ها و لایحه ارائه شده حوزه سلامت ۵۶/۴۱٪ آنها تبدیل به قانون شد.

مجلس هفتم

در هفتمین دوره مجلس شورای اسلامی از ۸۲۶ فقره طرح و لایحه تقدیمی، ۳۳۳ قانون به تصویب رسید که از

دوره	کل قوانین مصوب	قوانین مصوب حوزه سلامت	نسبت قوانین مصوب حوزه سلامت به کل قوانین مصوب	کل طرح‌ها ارائه شده	طرح‌های ارائه شده حوزه سلامت	نسبت طرح‌های مصوب حوزه سلامت به کل قوانین مصوب حوزه سلامت	کل طرح‌ها ارائه شده	لویایح ارائه شده حوزه سلامت	نسبت لویایح مصوب حوزه سلامت به کل قوانین مصوب حوزه سلامت	کل لویایح ارائه شده	نسبت طرح‌ها و لویایح ارائه شده حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لویایح ارائه شده	طرح‌ها و لویایح ارائه شده حوزه سلامت	کل طرح‌ها و لویایح ارائه شده	نسبت طرح‌های مصوب حوزه سلامت به کل طرح‌های مصوب	تعداد طرح‌های مصوب حوزه سلامت	کل طرح‌های مصوب	تعداد لویایح مصوب حوزه سلامت	نسبت لویایح مصوب حوزه سلامت به کل لویایح مصوب	کل لویایح مصوب	نسبت قوانین مصوب حوزه سلامت به کل قوانین مصوب	قوانین مصوب حوزه سلامت	کل قوانین مصوب
اول	۳۷۰	۶۱	۱۶/۵	۷۸۲	۱۷۱	۲۱/۹	۶۶۳	۲۸	۴/۲	۵۶۵	۸/۳	۷۸۲	۱۴	۲/۴	۵	۷۸۲	۱۲	۱/۵	۷۸۲	۶۱	۷/۷	۳۷۰
دوم	۳۱۶	۱۳	۴/۱	۷۸۲	۱۷۱	۲۱/۹	۶۶۳	۲۸	۴/۲	۵۶۵	۸/۳	۷۸۲	۱۴	۲/۴	۵	۷۸۲	۱۲	۱/۵	۷۸۲	۶۱	۷/۷	۳۷۰
سوم	۵۵۶	۸۲	۱۵/۵	۶۳۱	۱۰۲	۱۶/۱	۶۶۳	۲۸	۴/۲	۶۰۶	۹/۱	۶۳۱	۱۶	۲/۵	۱۱	۶۳۱	۱۶	۲/۵	۶۳۱	۸۲	۱۳/۱	۵۵۶
چهارم	۱۴۳	۱۳	۹/۱	۲۳۱	۱۱۳	۴۹/۳	۲۳۱	۲۲	۹/۴	۲۳۱	۱۰۰/۰	۲۳۱	۲۲	۹/۴	۶	۲۳۱	۲۲	۹/۴	۲۳۱	۱۳	۵/۲	۱۴۳
پنجم	۶۵۹	۲۸	۴/۲	۷۸۲	۱۷۱	۲۱/۹	۶۶۳	۲۸	۴/۲	۵۶۵	۸/۳	۷۸۲	۱۴	۲/۴	۵	۷۸۲	۱۲	۱/۵	۷۸۲	۶۱	۷/۷	۳۷۰
ششم	۳۳۳	۲۵	۷/۵	۴۳۴	۵۶	۱۲/۶	۴۳۴	۱۴	۳/۳	۴۳۴	۱۰/۲	۴۳۴	۱۴	۳/۳	۱۱	۴۳۴	۱۴	۳/۳	۴۳۴	۲۵	۵/۷	۳۳۳
هفتم	۳۴۹	۶۱	۱۷/۷	۳۳۳	۱۱۶	۳۵/۸	۳۳۳	۲۰	۶/۱	۳۳۳	۱۱/۳	۳۳۳	۲۰	۶/۱	۶	۳۳۳	۲۰	۶/۱	۳۳۳	۶۱	۱۷/۷	۳۴۹
هشتم	۲۱۰	۲۱	۱۰/۰	۲۵۳	۲۱	۸/۷	۲۵۳	۲۳	۹/۸	۲۵۳	۱۱/۳	۲۵۳	۲۳	۹/۸	۶	۲۵۳	۲۰	۷/۷	۲۵۳	۲۱	۱۰/۰	۲۱۰
نهم	۲۰۰	۲۵	۱۲/۵	۱۰۶	۹۴	۸۸/۶	۱۰۶	۶	۵/۶	۱۰۶	۱۱/۳	۱۰۶	۶	۵/۶	۲	۱۰۶	۶	۵/۶	۱۰۶	۲۵	۱۲/۵	۲۰۰
دهم	۱۸۱	۴۱	۲۲/۷	۱۰۱	۷۳	۷۲/۴	۱۸۱	۲	۱/۴	۱۸۱	۱۷/۴	۱۸۱	۲	۱/۴	۲	۱۸۱	۲	۱/۴	۱۸۱	۴۱	۲۲/۷	۱۸۱

جدول ۱- ۱- نگاهی به مجموعه ادوار مختلف مجلس شورای اسلامی

به قانون شد.

مجلس دهم

بوده است. در خصوص 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 طرح‌های مصوب حوزه سلامت در دوره سوم و هفتم مجلس شورای اسلامی با ۱۱ مصوبه بوده است. بیشترین تعداد طرح‌ها و لوایح ارائه شده در یک مجلس مربوط به مجلس ششم با ۸۳۰ مورد بوده است. در حوزه سلامت بیشترین طرح‌ها و لوایح ارائه شده در مجلس اول با ۶۰ مورد بوده است.

در خصوص تعداد طرح‌ها و لوایح مصوب در حوزه سلامت مقایسه بین ادوار مختلف مجلس از لحاظ این شاخص در نمودار شماره یک به نمایش درآمده است. در مجلس اول بیشترین تعداد تصویب لوایح وجود دارد و تعداد لوایح تصویب شده در حوزه سلامت در مجلس نهم در پایین‌ترین حد خود قرار دارد. در دو مجلس هفتم و سوم بیشترین تعداد طرح در این حوزه به تصویب رسیده و کمترین آن نیز مربوط به دو مجلس نهم و دهم است.

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 ۱۱/۵۵٪ بوده است. در خصوص نسبت لوایح مصوب حوزه سلامت به کل

در دوره دهم مجلس ۲۰۰ قانون به تصویب مجلس رسید و ۷۳۳ طرح و لایحه تقدیم مجلس شد [۱۳، ۱۴]. در دهمین دوره مجلس شورای اسلامی در حوزه سلامت ۱۴ قانون به تصویب مجلس رسید. در طی این مدت ۱۸ طرح و ۱۹ لایحه در حوزه سلامت تقدیم مجلس شد. از این بین ۱۲ لایحه و ۲ طرح به تصویب نهایی رسید و تبدیل به قانون شد.

در این دوره ۷/۶۹٪ قوانین مصوب مربوط به بخش سلامت بود. همچنین نسبت طرح‌ها و لوایح ارائه شده حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لوایح ارائه شده ۵/۰۵ درصد بود. در این دوره از بین طرح‌ها و لوایح ارائه شده حوزه سلامت ۳۷/۸۴٪ آنها تبدیل به قانون شد.

در مجموع ۱۰ دوره قانون‌گذاری در مجلس شورای اسلامی در ۷۰٪ قوانین مصوب حوزه سلامت پیشنهاد و ابتکار قانون‌گذاری از طریق لایحه بوده و تنها ۳۰٪ موارد را طرح‌ها تشکیل داده است. در تعداد لوایح مصوب که تبدیل به قانون شده نیز مجلس ششم با ۳۰۸ 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

جدول ۲- نگاهی به وضعیت تصویب قوانین حوزه سلامت در ده دوره مجلس شورای اسلامی

موضوع	اول	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	نهم	دهم
نسبت قوانین مصوب حوزه سلامت به کل قوانین مصوب	۹/۷۳	۹/۸۱	۱۰/۵۵	۹/۰۶	۷/۸۰	۵/۵۶	۷/۵۱	۸/۳۱	۴	۷/۶۹
نسبت لوایح مصوب به قوانین مصوب در حوزه سلامت	۸۶/۱۱	۷۰/۹۷	۵۹/۲۶	۷۰/۹۷	۷۵	۵۹/۰۹	۵۶	۶۸/۹۷	۷۵	۸۵/۷۱
نسبت طرح‌های مصوب به قوانین مصوب در حوزه سلامت	۱۳/۸۹	۲۹/۰۳	۴۰/۷۴	۲۹/۰۳	۲۵	۴۰/۹۱	۴۴	۳۱/۰۳	۲۵	۱۴/۲۹
نسبت کل مصوبات حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لوایح ارائه شده حوزه سلامت	۶۰	۵۸/۴۹	۵۸/۷۰	۶۴/۵۸	۶۰/۸۷	۵۶/۴۱	۶۲/۵۰	۶۵/۹۱	۲۰/۵۱	۳۷/۸۴
درصد طرح‌های ارائه شده به مصوب در حوزه سلامت	۶۲/۵۰	۵۰	۴۲/۳۱	۵۶/۲۵	۴۱/۱۸	۴۲/۸۶	۴۲/۸۳	۴۲/۸۶	۸	۱۱/۱۱
درصد لوایح ارائه شده به مصوب در حوزه سلامت	۵۹/۶۲	۶۲/۸۶	۸۰	۶۸/۷۵	۷۲/۴۱	۷۲/۲۲	۸۷/۵۰	۸۶/۹۶	۴۲/۸۶	۶۳/۱۶

بالاتر بوده و همچنین همواره قوانین بیشتری از طریق لایحه به تصویب رسیده است. در تحقیق سبزی و همکاران نیز نشان داده شده در حوزه آسیب‌ها و حمایت‌های اجتماعی، امدادی و امور ایثارگران در ۹ دوره مجلس همواره تعداد لوایح مصوب این حوزه بیشتر از طرح‌ها بوده است [۱۵] که با مطالعه حاضر همخوان است. این مطلب در تحقیق صافی در خصوص قوانین آموزش و پرورش در ۸ دوره مجلس شورای اسلامی نیز تایید شده است [۱۶]. اما این موضوع در تضاد با مطالعه محمدعلی در خصوص بررسی وضعیت ۹ دوره قانون‌گذاری مجلس شورای اسلامی در حوزه آموزش‌های فنی و حرفه‌ای است که در آن تحقیق طرح‌ها سهم بیشتری از قوانین را به خود اختصاص داده بودند. [۱۷]. این امر نشان‌دهنده این موضوع است که در حوزه‌های مختلف ابتکار قانون‌گذاری متفاوت بوده است.

برخی مطالعات نشان می‌دهند که هر چه تعداد لوایح ارائه‌شده توسط قوه مجریه بیشتر باشد و پارلمان در جلسات بیشتری به این لوایح بپردازد، اثربخشی نهاد پارلمان و نقش آن در سیاست‌گذاری کشور (به‌ویژه نقش نظارتی پارلمان) افزایش

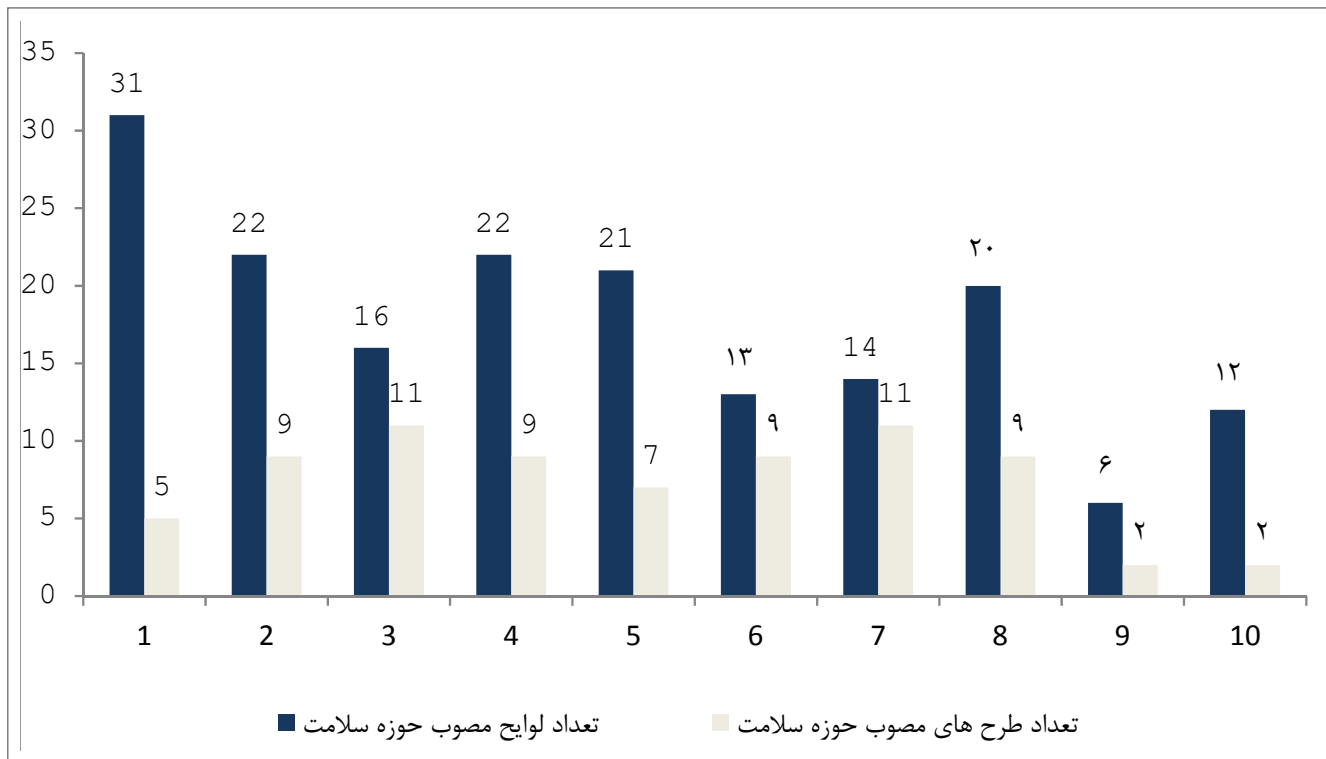
لوایح مصوب بالاترین درصد ۱۱/۷۶٪ و متعلق به دوره دوم مجلس شورای اسلامی است.

در نسبت طرح‌های مصوب حوزه سلامت به کل طرح‌های مصوب دوره هفتم با ۱۱/۱۱٪ بیشترین میزان را به خود اختصاص داده است. همچنین در نسبت کل مصوبات حوزه سلامت به کل طرح‌ها و لوایح ارائه شده حوزه سلامت بالاترین میزان مربوط به دوره هشتم مجلس شورای اسلامی با ۶۵/۹۱٪ است. (جدول ۲)

در شاخص درصد درصد طرح‌های ارائه شده به مصوب در حوزه سلامت بالاترین میزان مربوط به دوره چهارم مجلس شورای اسلامی با ۵۶/۲۵٪ است. این در حالی است که بالاترین درصد لوایح ارائه شده به مصوب در حوزه سلامت مربوط به مجلس هفتم با ۸۷/۵۰٪ است. (نمودار ۲)

بحث

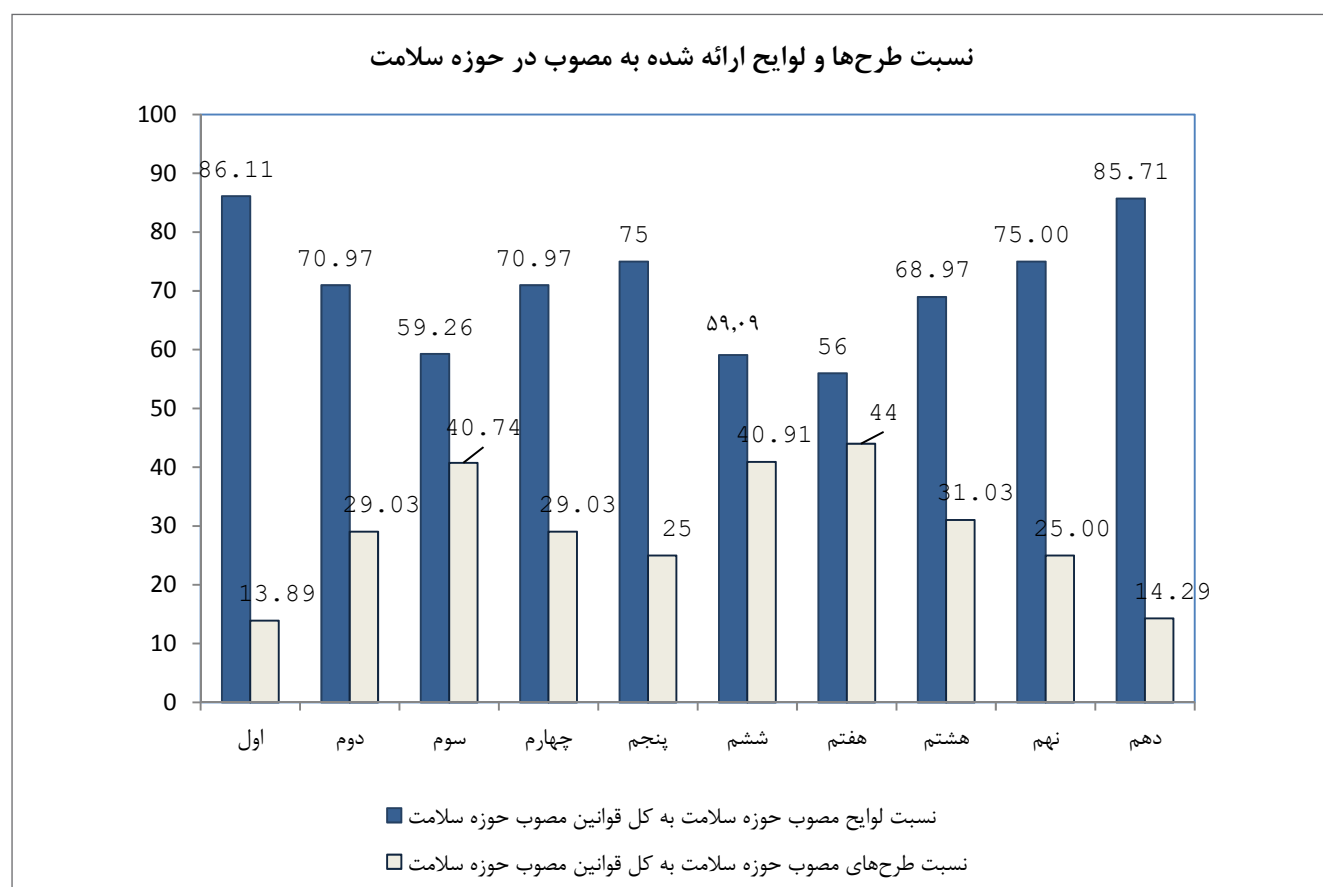
بررسی ادوار ده‌گانه مجلس نشان می‌دهد همواره در بخش سلامت درصد شانس تصویب لوایح در حوزه سلامت از طرح‌ها



نمودار ۱- تعداد طرح‌ها و لوایح مصوب حوزه سلامت در ادوار مختلف مجلس شورای اسلامی

و لوایح مصوب برابر می‌شوند. بالاتر بودن سهم لوایح از قانون‌گذاری در این مطالعه همخوان با برخی اصول قانون‌گذاری خوب است. اولسن معتقد است در عمل ۹۰ درصد اجرای قوانین و همچنین ۹۰ درصد ابتکار قانون‌گذاری (با ارائه لایحه) توسط قوه مجریه انجام می‌شود و در این حالت، قوه مجریه ۹۰ درصد آنچه را که می‌خواهد به دست می‌آورد. در برخی کشورها توفیق قوه مجریه به ۱۰۰ درصد نیز نزدیک می‌شود [۲۰]. برای این امر دلایل متعددی ذکر می‌شود. یکی از عمده دلایل، برخورداری قوه مجریه از متخصصان سیاست‌گذاری و فن‌سالارانی است که برخلاف اعضای قوه مقننه، از اطلاعات کلیدی و توانایی اجرایی بهره‌مند هستند که این امر خود یکی از دلایل تمایل تسلط قوه مجریه به قوه مقننه است [۲۱]. البته نظراتی مخالف این موضوع نیز دیده می‌شود. به

خواهد یافت [۱۸]. میل در نوشتار خود به این جمع‌بندی رسیده که مجلس قانون‌گذاری جای مناسبی برای تهیه پیش‌نویس قانون نیست. نمایندگان پارلمان اغلب فاقد تخصص تهیه پیش‌نویس قانون یا اصلاحیه‌های آن هستند. علاوه بر این، رویه‌های پارلمانی، مناسب ضرورت‌های تهیه پیش‌نویس باکیفیت قانون نیست [۱۹]. مرکز مالگیری در تحقیق خود به این نکته اشاره دارد که در ایران، قانون‌گذاران علاقه وافری به تقنین از طریق ارائه طرح نشان داده‌اند. براساس مطالعه او روند افزایش مداوم ابتکار قانون‌گذاری توسط قوه مقننه از مجلس هفتم تا نهم، نشانگر تضعیف اصول قانون‌گذاری خوب در ایران است [۶]. این موضوع در تحقیق ما دیده نمی‌شود و نوسانی بین طرح و لایحه در ادوار مختلف مشاهده می‌شود. البته اگر لوایح بودجه سنواتی و برنامه‌های توسعه را از مطالعه خارج کنیم آنگاه وضعیت قدری متفاوت می‌شود و در برخی دوره‌ها نسبت طرح‌ها



نمودار ۲- نسبت طرح‌ها و لوایح ارائه شده به مصوب در حوزه سلامت در ادوار مختلف مجلس شورای اسلامی

عنوان مثال تیلا معتقد است لازم است مجلس خود به ارائه پیشنهادهایی که نهایتاً به عنوان قانون تصویب و منتشر خواهد شد بپردازد و نقش دولت به عنوان یک همکار داوطلب و مایل به کمک‌رسانی کارشناسی به مجلس در اصلاح سیستم حقوقی کشور، مراعات شود. [۲۲]

این موضوع در سایر کشورها نیز دیده می‌شود. به عنوان مثال در ایتالیا و بلژیک، اغلب مصوبات پارلمان براساس لوایح قوه مجریه است و برای قوه مجریه اختیارات ویژه‌ای در نظر گرفته می‌شود تا با همکاری کمیسیون‌های پارلمان، لوایح مهم را با سرعت بیشتری به تصویب برسانند [۲۳].

از سوی دیگر بین ادوار مختلف مجلس نیز همخوانی در تصویب قوانین حوزه سلامت وجود ندارد. نگاهی بر دوره‌های مختلف مجلس شورای اسلامی از حیث آماری نشان می‌دهد که بیشترین تعداد مصوبات مربوط به مجلس ششم با ۳۹۶ مصوبه است اما بیشترین قوانین مصوب حوزه سلامت در دوره اول مجلس شورای اسلامی با ۳۶ مصوبه بوده است. در شاخص نسبت لوایح مصوب حوزه سلامت به کل قوانین مصوب حوزه سلامت بالاترین میزان مربوط به دوره اول با ۸۶,۱۱٪ است. همچنین در شاخص نسبت طرح‌های مصوب حوزه سلامت به کل قوانین مصوب حوزه سلامت بالاترین میزان مربوط به دوره هفتم مجلس شورای اسلامی با ۴۴٪ است. درصد لوایح ارائه شده به مصوب در حوزه سلامت نیز روند مشخصی در ادوار مختلف نداشته و از ۴۰ تا ۸۷٪ متغیر بوده است. این در حالیست که نسبت لوایح ارائه شده به مصوب از ۵۳ تا ۷۵٪ متغیر بوده است.

یکی از دلایل بالاتر بودن نسبت لوایح به طرح‌ها در بخش سلامت علاوه بر احتساب بودجه‌ها سنواتی لوایح مربوط به کنوانسیون‌ها، موافقتنامه‌ها و قراردادهای بین‌المللی است که براساس اصول هفتادوهم و یکصد و بیست و پنجم قانون اساسی، باید به تصویب مجلس شورای اسلامی برسد. این موضوع در تحقیق مرکز مالگیری نیز مورد تایید قرار گرفته است [۲۴].

نتیجه‌گیری

هرچند در متون مختلف ابتکار قانون‌گذاری از طریق لایحه توصیه شده و عنوان شده قوه مقننه از ارائه طرح‌های تقنینی پرهیز کند اما این موضوع به معنای آن نیست که

برخی مزایای قانون‌گذاری از طریق طرح وجود دارد و برخی معایب در قانون‌گذاری از طریق لایحه دیده نمی‌شود. در این تحقیق مشخص شد در ایران قانون‌گذاری در بخش سلامت بیشتر از طریق لایحه صورت گرفته است اما باید توجه داشت در کشورمان پس از تقدیم لایحه، رابطه میان قوه مقننه و مجریه ناچیز است. این مسئله در خصوص طرح‌ها نیز صدق می‌کند و تنها به ارائه نسخه‌ای از طرح به وزیر یا وزرای مربوط و دعوت از ایشان در جلسات کمیسیون و مجلس بسنده می‌شود. همین امر باعث نقص و پراکندگی قوانین می‌شود. در این شرایط روندها باید به نحوی اصلاح شود تا تعامل میان نهادهای پیشنهاددهنده قانون و نهادهای مبتکر قانون تقویت شود.

قوانین باید با توجه به نیاز و ضرورت تصویب شوند به همین دلیل امروزه در پارلمان‌ها بیشتر بحث بر سر مقررات‌زدایی است و تلاش می‌شود که قوانین کمتر اما با کیفیت بالاتر تصویب شود. به همین دلیل مراکز مطالعات پارلمانی روبه گسترش است. در بسیاری کشورها رابطه‌ای نزدیک میان مجلس و نهادهای تحقیقاتی وجود دارد اما در نظام قانون‌گذاری ایران این نهادها چندان مورد توجه قرار نمی‌گیرند. در نظام سلامت ایران با وجود تشکلهای صنفی با قدرت قانون اظهارنظر در طرح‌ها و لوایح نظیر نظام پزشکی و همچنین وجود کمیسیون تخصصی برای بررسی مسائل حوزه سلامت (کمیسیون بهداشت و درمان) انتظار می‌رود الزامات بررسی یک طرح در کمیسیون‌ها و کمیته‌های تخصصی به‌خوبی صورت بگیرد و طرح از ویژگی‌های یک قانون مطلوب برخوردار شود.

از این‌رو، پیشنهاد می‌شود سازوکاری جامع برای همکاری و هماهنگی میان نهاد تقنینی، دانشگاه‌های علوم پزشکی و نهادهای صنفی حوزه سلامت تدوین شود تا طرح‌ها و لوایح شرایط کمی و کیفی لازم را دارا باشند و از صرف هزینه و مخارج بیهوده جلوگیری شود. تقویت مرکز تحقیقات حقوقی متمرکز بر نظام سلامت با بررسی اثرات قانون پیش از طرح در مجلس می‌تواند مفید باشد. در این خصوص مرکز پژوهش‌های مجلس نیز می‌تواند نقش موثری ایفا کند و با بهره‌گیری از نظر نخبگان حوزه سلامت موجب تقویت پایه‌های تدوین طرح‌ها و لوایح شود. به عنوان مطالعه بعدی پیشنهاد می‌شود براساس یافته‌های این تحقیق، تحلیل محتوای قوانین مصوب صورت

و دولت اندک است، ممکن است بعضا تغییراتی در متن لایحه ایجاد شود که آن را کم‌اثر یا مشکل‌دار کند. به همین دلیل شاهد آن هستیم که قوانین بارها و بارها اصلاحیه می‌خورند یا درخصوص آنها استفساریه درخواست می‌شود. این مسئله درخصوص طرح‌ها نیز وجود دارد. غالبا شاهد هستیم تنها نسخه‌ای از طرح پس از اعلام وصول در اختیار دولت قرار می‌گیرد و دولت صرفا در جلسه کمیسیون و صحن علنی حضور می‌یابد. این موجب می‌شود شاهد نقص و پراکندگی در قوانین باشیم. نتایج تحقیق گویای این است که در این شرایط روند ارائه پیشنهاد قانون‌گذاری و همچنین تشریفات رسیدگی به طرح‌ها و لوایح باید تغییر کند تا با تعامل بیشتر میان وزارت بهداشت و حوزه سلامت با نهادهای مبتکر قانون شاهد قوانین دقیق‌تر باشیم که قطعا این امر موجب بهره‌وری بیشتر نظام سلامت نیز خواهد شد.

پذیرد و مواردی همچون ماهیت قوانین و مواردی مانند قوانین متعارض، متداخل، مشابه، مزاحم، مترادف و متضاد مورد تدقیق قرار گیرد.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

از آنجایی که غالب تصمیمات در حوزه سلامت حاکمیتی است، قانون‌گذاری ابزاری بسیار قدرتمند و موثر در نظام سلامت محسوب می‌شود. شناخت نحوه قانون‌گذاری در نظام سلامت منجر به شناسایی نقاط قوت و ضعف آن و به کارگیری اقدامات اصلاحی خواهد شد. در نتیجه، اهداف قانون‌گذاری و روش‌های آن می‌تواند مورد بازبینی قرار گرفته تا از ظرفیت قوه مقننه به صورت بهینه استفاده شود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که در ایران قانون‌گذاری در بخش سلامت بیشتر از طریق لایحه صورت گرفته است اما باید توجه داشت به دلیل این که در ایران پس از اعلام وصول لایحه رابطه میان مجلس

References

1. Constitution of the Islamic Republic of Iran [Internet]. [cited 2020 Feb 1]. Available from: https://rc.majlis.ir/fa/content/iran_constitution
2. Pacific WHORO for the W. Enhancing health policy development : a practical guide to understanding the legislative process. Manila : WHO Regional Office for the Western Pacific; 2004. iv, 32 p.
3. Brownson RC, Chiqui JF, Stamatakis KA. Understanding evidence-based public health policy. *Am J Public Health*. 2009 Sep;99(9):1576-83.
4. Roberts M, Berman P, Reich M. M, Hsiao W. Getting health reform right. A guide to improving performance and equity. New York: Oxford University Press; 2004. 292-305
5. Ghazi A. Fundamental rights. 7th ed. Tehran: Dadgostar; 2001. 239 p.
6. Markaz Malmiri A, Attar S. The Pathology of Iranian Legislation System from the Perspective of the Legislative Initiative Procedure. *Majl Rahbord*. 2019 Feb 20;25(96):213-36.
7. Islamic Parliament of Iran. Thematic list of detailed contents of the negotiations of the Islamic Parliament of Iran, 1nd Term. 1st ed. Tehran: Islamic Parliament of Iran; 1986. 1-49.
8. Islamic Parliament of Iran. Thematic list of detailed contents of the negotiations of the Islamic Parliament of Iran, 2nd Term. 1st ed. Islamic Parliament of Iran; 1990. 3-45
9. Islamic Parliament of Iran. Thematic list of detailed contents of the negotiations of the Islamic Parliament of Iran, 3nd Term. 1st ed. Tehran: Islamic Parliament of Iran; 1995. 1-64
10. Islamic Parliament of Iran. Thematic list of detailed contents of the negotiations of the Islamic Parliament of Iran, 5nd Term. Tehran: Islamic Parliament of Iran; 2000. 2-46
11. Islamic Parliament of Iran. Thematic list of detailed contents of the negotiations of the Islamic Parliament of Iran, 6nd Term. Tehran: Islamic Parliament of Iran; 2005. 1-68
12. Islamic Parliament of Iran. Thematic list of detailed contents of the negotiations of the Islamic Parliament of Iran, 7nd Term. 1st ed. Tehran: Islamic Parliament of Iran; 2008. 2-71
13. Parliament research center of Iran. law portal(bill & legal draft) [Internet]. https://rc.majlis.ir/fa/legal_draft: Parliament research center of Iran; [cited 2020 Feb 10]. Available from: https://rc.majlis.ir/fa/legal_draft
14. Parliament research center of Iran. law portal(Law

- & Regulation) [Internet]. <https://rc.majlis.ir/fa/law/search>: Parliament research center of Iran; [cited 2020 Feb 5]. Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/law/search>
15. Sabzali F, Noroozian M. Review of legislation on the social damage, Social support and Martyrs and Veterans Affairs in the nine terms of the Islamic Parliament of Iran. Parliament research center of Iran; 15318, 2017. 30-35
 16. Safi A. Reviewing and comparing education laws in the eight terms of the Islamic Parliament of Iran. Parliament research center of Iran; 2012.
 17. Mohhamadali F. Review of nine legislative courses of the Islamic Parliament of Iran in the field of technical and vocational education. Parliament research center of Iran; 2017.
 18. Cook MW. Understanding the Cost of Enacting Legislation: Legislative Efficiency and the Impact of Session Length. [Washington, D. C.]: Georgetown University; 2015.
 19. Mill JS. Considerations on representative government. 20th ed. London: Parker, Son, & Bourn; 2014.
 20. Olson DM, Norton P. Legislatures in democratic transition. *J Legis Stud*. 1996 Mar 1;2(1):1-15.
 21. Mezey M. Executive-Legislative Relation. Vol. 1. London: Fitzroy Deaborn Publisher; 1998. 780-788 p.
 22. Tila P. Assessing the government's obligation to initiate law in the style of power interaction in the Islamic Republic of Iran. *J Leg Res*. 2007;11(6):213-32.
 23. Curtin DM. Accumulated executive power in Europe: the "most dangerous" branch of government in the European Union [Internet]. Amsterdam KNAW Press; 2009 [cited 2020 May 5]. Available from: <https://dare.uva.nl/search?identifier=9a96d7bf-677f-47a3-9db6-56c9bf9779c9>
 24. Markaz Malmiri A, parsia MB. Legislative priority through bill or plan? Statistical study of the role of executive and legislature in legislative initiative. Parliament research center of Iran; 2013.

Legislative Initiatives in the Health Sector: A Comparative Study of Ten Legislative Terms in the Islamic Parliament of Iran

Ali Akhavan Behbahani^{1*}, Muhammad Moosavy Khatat²

1. Instructor, Health Department, Islamic Parliament Research Center of the I. R. I, Tehran, Iran.

2. PhD Candidate, Health and Welfare, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Introduction: Law is an important tool for the realization of health policies and health legislations must be in accordance with “good legislative” procedures. Based on the legislative formalities in Iran, the Cabinet develops the bills and the parliament is the legislative body. The current study aimed to investigate the laws passed in the field of health from the perspective of legislative initiative.

Methodology: In this comparative study, ten terms of the Islamic Parliament of Iran are investigated. Laws and bills submitted in each term were identified and reviewed.

Results: From the first to the tenth legislature a total of 60, 53, 46, 48, 46, 39, 40, 44, 39, and 37 health-related bills have been presented, of which 36, 31, 27, 31, 28, 22, 25, 29, 8, and 14 laws are passed, which most of them have been bills. In various legislatures, the ratio of bills to plans has been different. As we approach the present, the number of passed health-related laws decreases.

Conclusion: The higher number of bills, compared to plans, is in line with good legislative principles. Due to the existence of powerful associations, which based on the constitution can provide legal comment, the higher number of bills is not unexpected.

Keywords: Comparative study, legislative initiative, health system.

Please cite this article as follows:

Akhavanbehbahani A, Moosavykhatat M. Legislative initiative in the Health Sector: A Comparative Study of Ten Legislative term in the Islamic parliament of Iran. *Hakim Health Sys Res.* 2020; 20(3); 282-293.

*Corresponding Author: Department of Health, Islamic Parliament Research Center of The Islamic Republic of Iran, Niavaran St, Tehran, Iran. Tel: (+98)2122801275, E-mail: akhavan@majlis. ir