Original Article Open Access

The Iranian Association of Medical Law

Medical Law Journal

2026; 20: e43

Journal Homepage: http://ijmedicallaw.ir

Institute of Bioethics and Health Law

Examining the Scope of Government Intervention by the Islamic Republic of Iran, the People's Republic of China, and the United States in Administrative Public Works Contracts in the Health Sector

Mohammad Ali Azizi[1], Mohammad Javad Rezaiezadeh[1*], Vali Rostami[1]

1. Department of Public Law, Faculty of Law and Political Science, Aras International Campus, University of Tehran, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Background and Aim: With the aim of providing high-quality healthcare services and safeguarding their impact on citizens' health, the Ministry of Health has made the development of healthcare facilities contingent upon specialized ownership and management. Accordingly, cooperation in healthcare development differs from other forms of economic activity. This study aims to examine the legal framework governing cooperation in healthcare development in Iran, China, and the United States, identify the challenges associated with such cooperation, and propose solutions to address them.

Method: This study employs a descriptive-analytical approach and seeks to examine the legal aspects of international cooperation contracts in the healthcare sector.

Ethical Considerations: The principles of research methodology were observed throughout all stages of the preparation of this study.

Results: The general principle is that statutory laws prevail over administrative and executive regulations. From the perspective of statutory law, attracting foreign investment for the purpose of developing the medical sector is not legally objectionable. Accordingly, freedom of investment in the healthcare sector in China and the United States could contribute to the development of this sector in Iran. However, at the stage of issuing operating licences, the Ministry of Health, relying on the absence of explicit statutory provisions governing the healthcare sector and asserting the legality of its decisions, prevents activities conducted without specialized management. In view of the precedence accorded to cross-border contracts in China, as well as the particular status of the principle of freedom of contract in the United States, such intervention may expose the Iranian party to substantial contractual damages.

Conclusion: Despite the existence of the Foreign Investment Promotion and Protection Act and its implementing regulations, the regulatory framework governing infrastructure development in the healthcare sector remains ambiguous. The Ministry of Health's position that specialized ownership and management of the healthcare sector are legally required is justified; nevertheless, statutory law does not prohibit the inflow of investment into this sector. Accordingly, there is a need to adopt regulations governing cooperation in the healthcare sector at the highest executive level. A decision by the Council of Ministers concerning the ownership and management arrangements applicable to the healthcare sector could resolve the aforementioned challenges and provide a basis for revising intergovernmental cooperation agreements in this field. Nevertheless, it is recommended that, under the country's current economic conditions, non-specialized ownership and management of healthcare facilities be permitted, provided that a technical expert is present and the Ministry of Health exercises appropriate oversight, thereby addressing the Ministry's concerns.

Keywords: Infrastructure Development; Healthcare Sector; Administrative Law; Specialized Management; Intergovernmental Cooperation

Corresponding Author: Mohammad Javad Rezaiezadeh; **Email:** rezaeizd@ut.ac.ir

Received: March 02, 2026; **Accepted:** May 30, 2026; **Published Online:** November 12, 2026

Please cite this article as:

Azizi MA, Rezaiezadeh MJ, Rostami V. Examining the Scope of Government Intervention by the Islamic Republic of Iran, the People's Republic of China, and the United States in Administrative Public Works Contracts in the Health Sector. Medical Law Journal. 2026; 20: e43.

Copyright©2026, the Authors. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format for any purpose, even commercially) and Adapt (remix, transform and build upon the material for any purpose, even commercially) under CC BY 4.0 terms.

دسترسی آزاد | مقاله پژوهشی

مجله حقوق پزشکی

دوره بیستم، ۱۴۰۵

Journal Homepage: http://ijmedicallaw.ir

بررسی حدود مداخله دولت‌های جمهوری اسلامی ایران، جمهوری خلق چین و ایالات متحده آمریکا در قراردادهای اداری عمرانی بخش بهداشت و سلامت

محمدعلی عزیزی[۱]، محمدجواد رضائی‌زاده[۱*]، ولی رستمی[۱]

۱. گروه حقوق عمومی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، پردیس بین‌المللی ارس، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: با هدف ارائه خدمات باکیفیت در بخش سلامت و همچنین اثرگذاری آن بر سلامت شهروندان، وزارت بهداشت توسعه بخش‌های بهداشتی را به مالکیت و مدیریت تخصصی منوط نموده است. بنابراین همکاری در بخش توسعه سلامت با دیگر صور فعالیت‌های اقتصادی متفاوت است. در این پژوهش هدف آن است که ضمن مطالعه حقوقی همکاری در بخش توسعه سلامت در سه کشور ایران، چین و آمریکا، چالش‌های همکاری در این بخش شناسایی شده و راه حل‌های رفع آن نیز معرفی گردد.

روش: این پژوهش به روش تحلیلی ـ توصیفی انجام شده و سعی در بررسی حقوقی قراردادهای همکاری بین‌المللی حوزه سلامت دارد.

ملاحظات اخلاقی: در تمامی مراحل نگارش، مطابق با اصول تحقیق عمل گردید.

یافته‌ها: اصل بر این است که قوانین موضوعه برتر از مقررات اداری ـ اجرایی باشد. از دیدگاه قوانین موضوعه، جذب سرمایه خارجی در کشور با هدف توسعه بخش پزشکی فاقد ایراد است. بنابراین آزادی سرمایه‌گذاری در بخش بهداشت در چین و ایالات متحده آمریکا می‌تواند موجب توسعه بخش سلامت در کشور گردد، اما در محل صدور مجوز فعالیت، وزارت بهداشت ضمن استناد به عدم صراحت قوانین موضوعه در بخش سلامت و قانونی‌بودن تصمیمات خود، مانع از فعالیت غیر تخصصی شده و این اقدام با توجه به برتری قراردادهای فرامرزی در چین و همچنین جایگاه خاص اصل آزادی اراده‌ها در ایالات متحده آمریکا، می‌تواند منجر به پرداخت خسارت قراردادی سنگین توسط طرف ایرانی گردد.

نتیجه‌گیری: با وجود قانون حمایت از سرمایه‌گذاری خارجی و آیین‌نامه اجرایی آن، چارچوب توسعه عمرانی در بخش سلامت مبهم می‌باشد. ادعای وزارت بهداشت در خصوص قانونی‌بودن تصمیم خود برای مالکیت و مدیریت تخصصی بخش سلامت صحیح بوده، در عین حال از دیدگاه حقوق موضوعه نیز منعی برای ورود سرمایه به بخش سلامت وجود ندارد. بنابراین نیاز است که در بالاترین سطح اجرایی، آیین‌نامه همکاری در بخش سلامت تنظیم گردد. تصمیم هیأت دولت در خصوص نحوه مالکیت و مدیریت بخش سلامت، می‌تواند پایان‌بخش چالش مذکور بوده و بر این اساس قراردادهای همکاری بین دولی در بخش سلامت نیز بازنویسی خواهند شد. با این حال توصیه شده که در وضعیت کنونی اقتصاد کشور، مالکیت و مدیریت غیر تخصصی بخش سلامت مجاز بوده و تنها الزام به حضور کارشناس فنی و نظارت وزارت بهداشت پوشش‌دهنده دغدغه‌های این وزارتخانه باشد.

واژگان کلیدی: توسعه عمرانی؛ بخش سلامت؛ حقوق اداری؛ مدیریت تخصصی؛ همکاری بین دولی

نویسنده مسئول: محمدجواد رضائی‌زاده؛ **پست الکترونیک:** rezaeizd@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۲/۱۱؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۵/۰۳/۰۹؛ **تاریخ انتشار:** ۱۴۰۵/۰۸/۲۱

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

Azizi MA, Rezaiezadeh MJ, Rostami V. Examining the Scope of Government Intervention by the Islamic Republic of Iran, the People's Republic of China, and the United States in Administrative Public Works Contracts in the Health Sector. Medical Law Journal. 2026; 20: e43.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد.

مقدمه

مشارکت در طرح‌های عمرانی، امری معمول در تمامی صنایع می‌باشد. در کشور ما به موجب قواعد برخی از عقود معین همچون مشارکت، مضاربه و چند مورد دیگر، اشخاص می‌توانند کار و سرمایه خود را به مشاغل مشروع وارد کرده و بدین‌صورت در توسعه صنایع مشارکت داشته باشند.

بخش سلامت نیز یک صنعت خاص محسوب می‌گردد. شاخصه اصلی این صنایع، ارتباط مستقیم با سلامت انسان‌هاست. بنابراین وزارت بهداشت در کشورهای جهان دارای دو دغدغه مهم می‌باشند: نخست اقتصادی‌بودن هزینه درمان، به نحوی که هیچ شخصی به دلیل مضیقه مالی از درمان خود صرف نظر ننماید؛ دوم توزیع عادلانه امکانات سلامت به نحوی که تمامی شهروندان با سهم برابر از این امکانات بهره برند (۱).

بنابراین برخلاف دیگر صنایع، سرمایه‌گذاران این صنعت با محدودیت‌هایی مواجه بوده که ناشی از دخالت دولت‌ها می‌باشد. در کشور ما تنها منبع حقوق موضوعه مرتبط با بخش سلامت، قانون تشکیل وزارت بهداشت مصوب ۱۳۶۴ بوده و پس از آن دولت هیچ آیین‌نامه اجرایی مرتبط بدان تصویب ننموده و در غیاب دخالت مستقیم قوه مجریه، وزارت بهداشت قواعد خاص خود را به نحوی تنظیم کرده که با دیگر بخش‌ها هماهنگی لازم را ندارد. مهم‌ترین دغدغه وزارت بهداشت در طرح‌های سلامت، وجود مدیر متخصص می‌باشد (۲).

در حال حاضر روابط اقتصادی جمهوری اسلامی ایران و جمهوری خلق چین بسیار گسترده بوده و بخش سلامت نیز در این حجم گسترده مبادلات جای دارد. شرایط سرمایه‌گذاری بخش سلامت در چین، تقریباً به‌مانند ایران می‌باشد، لیکن در محل جذب سرمایه خارجی در بخش سلامت ایران، تناقضاتی مشاهده شده که درنهایت منجر به کاهش جذابیت سرمایه‌گذار خواهد شد. از طرف دیگر واردات بسیار محدود برخی داروهای خاص، از ایالات متحده آمریکا انجام شده و چالش اصلی این مهم، در مواردی است که تولید بخشی از ارزش‌افزوده آن در داخل کشور انجام می‌گردد و با تعارض قواعد سرمایه‌گذاری و سیاست‌های بخش سلامت مواجه می‌باشد.

در سال ۱۳۹۲ طی یک تحقیق علمی چنین بیان شد که متحدسازی قراردادهای مشارکتی بین‌المللی که در دهه اخیر به رویه اکثر سازمان‌های دولتی مبدل شده، در بخش سلامت دارای چالش می‌باشد (۳).

در سال ۱۴۰۱ چالش مذکور در شرکت‌های دانش‌بنیان مورد توجه قرار گرفت و این مهم از موانع اصلی طرح‌های نوآورانه در بخش سلامت دانسته شد (۴).

در سال ۱۴۰۳ طی یک تحقیق به وضع مقررات سرمایه‌گذاری سلامت توسط وزارت بهداشت انتقاداتی وارد شد (۵).

در سال ۱۴۰۳ به تعارض منافع وزارت بهداشت کشورها برای همکاری اشاره شد و چنین بیان گردید که وزارت بهداشت کمترین نقش را در تعاملات بین‌المللی دارد (۶).

با توجه به موارد مذکور، می‌توان بیان داشت که محققین حقوق اداری به صورت جزئی به وجود چالش‌های همکاری‌های بین‌المللی بخش سلامت اشاره داشته، لیکن هیچ راه حلی برای رفع آن ارائه ننموده‌اند. در این پژوهش برای نخستین‌بار چالش طرح‌های عمرانی بخش سلامت در سه کشور ایران، چین و ایالات متحده آمریکا مورد مطالعه قرار گرفته و علت انتخاب دو کشور دیگر علاوه بر ایران، وجود تعاملات همکاری پر چالش در بخش سلامت می‌باشد. با توجه به اهمیت ویژه بخش سلامت برای عموم، انجام این تحقیق یک ضرورت اکید محسوب شده که محقق بر آن شده رأساً به این موضوع بپردازد.

به نظر می‌رسد که در کشور ما بدون نیاز به ورود به چالش‌های تقنینی، می‌توان در چارچوب قواعد حقوق اداری، چالش مذکور را حل و فصل نمود.

ابتدا مبانی علمی و نظری توسعه بخش سلامت مورد مطالعه قرار گرفته، سپس وضعیت حقوقی کنونی این مهم در سه کشور مذکور مطالعه شده و در ادامه ضمن برشمردن چالش‌های اجرایی، تحلیل حقوقی مناسب انجام و زمینه برای نتیجه‌گیری نهایی و ارائه پیشنهادهای مبتنی بر آن فراهم گردیده است.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد.

۱. توسعه بخش سلامت: از دیدگاه حقوق اساسی، برتری قوانین ابتدا به قانون اساسی و سپس به قوانین موضوعه اختصاص داشته و از این رو حسب اهمیت هر یک، تغییر در آن‌ها پیچیده‌تر می‌باشد. هیأت دولت نیز به موجب اصل ۱۳۸ قانون اساسی حق دارد که در راستای اجرای قوانین، آیین‌نامه اجرایی وضع نماید که ضمن هماهنگی با تمامی وزرا که در حکم بالاترین مقام اجرایی می‌باشند، ممکن است.

مسأله دخالت دولت‌ها در قراردادهای خصوصی یکی از بحث‌های مهم حقوق عمومی محسوب می‌گردد. برخی معتقدند که دولت می‌بایست به اصل آزادی اراده‌ها احترام گذارد، برخی دیگر نیز معتقدند که دولت در راستای حمایت از حقوق عامه تحت شرایط خاص حق دخالت در برخی توافقات شخصی را دارد (۷). با این حال قراردادهای کار، نمونه بارز دخالت دولت در توافقات دوجانبه محسوب شده و به این قراردادها ماهیت عمومی بخشیده است. در خصوص توافقاتی که در بخش سلامت انجام می‌گیرد، دولت دخالت‌هایی داشته که اصل آزادی اراده‌ها را مخدوش می‌نماید.

۱-۱. قوانین موضوعه: در سال ۱۳۶۴ خورشیدی، با هدف تغییر در ساختار وزارت بهداشت، قانون مرتبط بدان تصویب شد و در ۱۷ ماده عمدتاً ساختار جدید ادغام یافته دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت بهداری سابق را تشریح نمود. منابع حقوق موضوعه مرتبط با بخش سلامت، تنها به این منبع محدود بوده و قواعد عمومی حقوق کیفری نیز به صورت غیر صریح به مسئولیت‌های بهداشتی اشاره دارد. در عین حال برخی قوانین جزئی دیگر بر تولید و توزیع مواد بهداشتی و درمانی نظارت دارد که عمدتاً استانداردهای فنی را متذکر می‌گردند. با این اوصاف قوه مجریه عملاً محدودیت خاصی بر مدیریت ساختار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ندارد.

۱-۲. دخالت دولت: در راستای اجرای اصل ۱۳۸ قانون اساسی ارشدترین مقام اجرایی در هر بخش در جلسه هیأت دولت حضور داشته و هر یک دغدغه‌های خود را بیان می‌دارند، سپس آیین‌نامه اجرایی تصویب و اجرای آن برای تمامی نهادهای اجرایی، الزامی می‌باشد. هر وزارتخانه نیز در راستای وظایف خود حق صدور بخشنامه دارد.

مسأله قابل توجه اینکه در خصوص مسائل بهداشتی، آیین‌نامه با ارزش حقوقی بالا به چشم نمی‌خورد، ضمن بررسی منابع حقوق اداری وزارت بهداشت، پرواضح است که اکثر این منابع با اختیارات بالای وزارت بهداشت تدوین شده و عدم طرح آن در هیأت دولت موجب ناهماهنگی با دیگر بخش‌های اجرایی گردیده است. طیف منابع حقوق اداری وزارت بهداشت بسیار گسترده و بررسی تمامی آن‌ها خارج از حوصله پژوهش کنونی می‌باشد. با این حال نکات برجسته این منابع آیین‌نامه‌هایی در خصوص صدور مجوز ساخت مراکز درمانی، تولید دارو و حتی توریسم درمانی می‌باشد. عدم دخالت دولت در برخی ناهماهنگی‌های اجرای این حوزه محل تأمل می‌باشد. با این حال در کشور ما وزارت بهداشت به نمایندگی از دولت، مستقیماً در بسیاری از توافقات حوزه سلامت دخالت داشته و تجارت بخش سلامت به‌مانند دیگر بخش‌های اقتصادی، به طور کامل تابع اصل آزادی اراده‌ها نمی‌باشد.

۲. وضعیت حقوقی: با توجه به آنچه بیان شد، در سرمایه‌گذاری بخش سلامت، دولت‌ها دخالت داشته، لذا این نوع از سرمایه‌گذاری با دیگر صور سرمایه‌گذاری متفاوت است. ذیل این قسمت وضعیت حقوقی مذکور در سه کشور ایران، چین و ایالات متحده آمریکا مورد مطالعه قرار گرفته است.

۲-۱. جمهوری اسلامی ایران: ضمن جستاری در منابع حقوق اداری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، محدودیت‌های طرح‌های عمرانی بخش سلامت به شرح ذیل می‌باشند (۸):

به موجب فصل دوم آیین‌نامه مصوب وزارت بهداشت، سرمایه‌گذاری در تأسیس مراکز درمانی، مستلزم برخوردار از شرایط مورد تأیید این وزارتخانه بوده، به نحوی که بیش از نیمی از اعضای مؤسس از فارغ‌التحصیلان رشته‌های پزشکی باشند.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد

تأسیس واحدهای تولیدی دارو، مستلزم ترکیب با اکثریت فارغ‌التحصیل رشته داروسازی و مدیریت شخص متخصص می‌باشد.

فعالیت گردشگری بخش سلامت مستلزم نظارت مستقیم پزشک معتمد مرکز مقصد می‌باشد.

موارد مذکور مهم‌ترین منابع حقوق اداری در حوزه فعالیت‌های سلامت می‌باشد. بر این اساس، هرگونه فعالیت اقتصادی در حوزه سلامت مستلزم: ۱ـ مالکیت؛ ۲ـ مدیریت با تخصص یکی از رشته‌های پزشکی بوده و با این اوصاف سرمایه‌گذاری در این بخش محدود می‌باشد.

اما قضیه از آنجا پیچیده‌تر شده که اقداماتی همچون جذب سرمایه‌گذاری خارجی در بخش سلامت که توسط نمایندگان وزارت کشور پیگیری می‌گردد، تماماً تابع قانون مصوب سال ۱۳۸۲ بوده و بدون توجه به تخصص لازم، درصدد جذب سرمایه لازم می‌باشد (۹).

در عین حال هرگونه عقد قرارداد در حوزه سلامت تابع حقوق مدنی دانسته شده و وزارت خارجه و یا سازمان ثبت و اسناد، خود را ملزم به ثبت قراردادهای همکاری که به‌تبع آن تعهد ایجاد می‌گردد، می‌نمایند (۱۰).

ریشه این تناقض این است که آیین‌نامه‌های مذکور، در هیأت دولت مصوب نشده، لذا هماهنگی در این خصوص مشهود نمی‌باشد. نتیجه اینکه اصل بر آزادی سرمایه‌گذاری حوزه سلامت دانسته می‌شود، لیکن وزارت بهداشت ضمن استناد به آیین‌نامه‌های مصوب خود، در مسیر مذکور کارشکنی می‌نماید.

۲-۲. جمهوری خلق چین: به موجب قواعد حقوق اداری بخش سلامت جمهوری خلق چین، سرمایه‌گذاری و مالکیت بخش سلامت دارای آزادی کامل بوده و تنها مدیریت بخش سلامت می‌بایست به متخصص امر واگذار گردد (۱۱). بر این مبنا، سرمایه‌گذاران چینی به‌صورت گسترده در طرح‌های عمرانی داخل و خارج از کشور مشارکت داشته و تنها ضمن انتخاب مدیر متخصص، از مزایای سرمایه‌گذاری خود بهره می‌برند.

۲-۳. ایالات متحده آمریکا: در کامن‌لای ایالت متحده آمریکا آزادی مطلق در فعالیت‌های سلامت مشهود است (۱۲). برخلاف دیگر کشورهای آسیایی که تأسیس داروخانه مستلزم کسب مجوز از وزارت بهداشت می‌باشد؛ در ایالات متحده آمریکا این حق برای هر سرمایه‌گذاری محفوظ بوده که در هر مکانی که مایل باشد سرمایه خود را هزینه نماید (۱۳). نتیجه اینکه در برخی ایالت‌ها کمبود داروخانه محسوس است و در برخی دیگر از ایالت هم داروخانه‌ها از رکود رنج می‌برند (۱۴). تمامی طرح‌های عمرانی سلامت نیز تنها به شرط نظارت کارشناس متخصص، قابل اجرا می‌باشد. تولید بسیاری از داروها در انحصار ایالات متحده آمریکا می‌باشد.

۳. چالش‌های حقوقی: توسعه هر صنعت نیاز به سرمایه‌گذاری داشته و تمامی دولت‌ها سیاست جذب سرمایه با اولویت خارجی را در برنامه خود دارند. با این حال ممکن است اتخاذ برخی سیاست‌های ناصحیح به خروج سرمایه منتهی گردد. ذیلاً در خصوص مشکلات سرمایه‌گذاری بخش سلامت در کشور بحث گردیده است.

۳-۱. قوانین موضوعه و قواعد حقوق اداری: در حال حاضر مهم‌ترین منبع حقوقی در خصوص سرمایه‌گذاری خارجی، قانون مصوب سال ۱۳۸۲ می‌باشد. جدا از این موضوع، قرارداد همکاری ۲۵ ساله میان ایران و چین در سال ۱۴۰۰ به تصویب نهایی رسیده و در وضعیت تحریمی کنونی، سرمایه‌گذاران چینی، اصلی‌ترین سرمایه‌گذاران خارجی در کشور محسوب می‌گردند (۱۵). در بخش سلامت نیز همکاری‌های گسترده‌ای مابین شرکت‌های ایرانی و چینی برقرار است و در برخی از موارد شرکت‌های چینی با وجود شریک ایرانی در کشورمان فعالیت دارند (۱۶). این مهم در راستای آیین‌نامه اجرای قانون تشویق سرمایه‌گذاران خارجی می‌باشد. در طرح‌های عمرانی نیز سرمایه‌گذاران چینی به صورت محدود دارای فعالیت‌هایی می‌باشند (۱۷). با این حال در بخش توسعه عمرانی سلامتی همچون ساخت بیمارستان مشهود بوده که شرکت‌های نماینده چینی در ایران که متشکل از سرمایه‌گذاران چینی با حضور شریک ایرانی

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد

می‌باشد، در مرحله بهره‌برداری با مشکلات جدی مواجه بوده، چراکه اولاً وزارت بهداشت برای حضور سرمایه خارجی در بخش عمرانی هیچ پروتکلی نداشته و با این اوصاف از اجرای آن ممانعت می‌نماید (۱۸)؛ ثانیاً ضمن استناد به آیین‌نامه ساخت و توسعه بیمارستان‌ها، تخصص اعضای هیأت‌مدیره را شرط صدور مجوز می‌دارند. قضیه ازآنجا پیچیده‌تر شده که بیمارستان در مرحله بهره‌برداری بوده و در این وضعیت سرمایه خارجی با حاله‌ای از ابهام مواجه خواهد بود (۱۹).

در مواردی که قانون سکوت نموده، به معنای این است که اقدامات اجرایی مرتبط بدان نیز تابع قاعده مشخصی نیست و ممانعت از این وضعیت برخلاف قواعد اولیه حقوق اداری می‌باشد. در عین حال به فرض عدم اعضای صدور مجوز فعالیت یک بیمارستان، فقدان هماهنگی مابین وزارت بهداشت و دیگر بخش‌های دولتی سرمایه چینی را معلق نموده و اجرای توافقات را با مشکل مواجه خواهد نمود که معمولاً شریک ایرانی ملزم به پرداخت خسارت خواهد بود.

در خصوص شراکت با طرف آمریکایی، موارد بسیار محدودی مشهود بوده است. با وجود تحریم‌های گسترده ایالات متحده در ایران، همکاری محدود برخی شرکت‌های دارویی که در این مورد دارای انحصار می‌باشند، مجاز می‌باشد (۲۰). ثبت عقد شراکت برای تأسیس واحد کوچک فرآوری دارو معمولاً با مشکل خاصی مواجه نمی‌باشد، اما در مسیر اجرای قانون تشویق سرمایه‌گذاران خارجی طرف آمریکایی ملزم به انتخاب شریک ایرانی بوده که از آن سرباز می‌زند (۲۱). در عین حال طرف آمریکایی نیز خود را به انتخاب سرمایه‌گذار خودی متخصص محدود نمی‌داند (۲۲). این وضعیت موجب شده که در شرایط تحریمی کنونی که اقتصاد کشور به‌شدت آسیب‌دیده، روزنه اندک برای همکاری دارویی با تولیدکنندگان انحصاری از بین رود.

۳-۲. جایگاه حقوق بین‌الملل: به موجب ماده ۹۶۹ قانون مدنی قرارداد با عنصر خارجی تابع قواعد محل ثبت می‌باشد. در جمع‌بندی این ماده حقوقی با اصل ۷۷ قانون اساسی، می‌توان بیان داشت که در نظام حقوقی کشورمان، تعهدات فرامرز معادل با تعهدات حقوقی داخلی محسوب می‌گردد (۲۳)، اما در کامن‌لای ایالات متحده آمریکا برتری قواعد حقوقی داخلی به نسبت مسائل بین‌المللی در رویه قضایی این کشور تصریح شده است (۲۴). عکس قضیه در جمهوری خلق چین قابل توجه است که عملاً تعهدات بین‌المللی را برتر از قوانین داخلی خود می‌داند (۲۵).

با این اوصاف توافق ورود سرمایه‌گذار خارجی به کشور، در شمول تعهداتی قرار داشته که هیچ قانون داخلی بر آن برتری ندارد، لذا علی‌القاعده دخالت مستقیم وزارت بهداشت به استناد آیین‌نامه‌های مصوب خود، پذیرفته‌شده نیست، با این حال در عمل از اجرای فعالیت ممانعت می‌نماید.

با توجه به اهمیت بالای اصل رضایت و توافق اراده‌ها در جمهوری خلق چین، قواعد آمره داخلی بر این قراردادها حاکمیت نداشته (۲۶) و بنابراین پیگیری جبران خسارت قراردادی از طرف نظام قضایی چین، ممکن می‌باشد (۲۷). در این شرایط فعالان صنعت سلامت در کشور با خطر از دست‌رفتن سرمایه مواجه می‌باشند.

۳-۳. سیاست حمایت از سرمایه‌گذار خارجی: اصل بر این است که سیاست در بخش کلان و یا اجرایی، جمع زیادی از ارگان‌های اجرایی را موظف به اجرای تعهد خاصی نماید (۲۸). اگر سیاست در بخش کلان باشد، می‌تواند بر مسائل تقنینی اثرگذار باشد و سیاست‌های اجرایی نیز مستقیماً بر حقوق اداری اثرگذار است (۲۹). در حال حاضر قانون مدنی کشور چین که فروش ملک به بیگانگان را منع می‌نمود دست‌نخورده باقی مانده است. حضور گسترده تولیدکنندگان ایرانی در کشور چین که حتی صاحب واحد تولیدی نیز می‌باشند، در راستای مصوبه دولت چین در راستای جذب سرمایه خارجی می‌باشد و بنابراین نسبت به قوانین موضوعه برتری دارد (۳۰).

هرچند که اجرای این قاعده در کشور ما ممکن نمی‌باشد، اما با توجه به اینکه محدودیت‌های مذکور توسط وزارت بهداشت به استناد منابع حقوق اداری بوده که در سطح پایینی از

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد

تصمیم‌گیری اتخاذ شده، اعمال برتری قانون تشویق و حمایت از سرمایه‌گذاران خارجی، امری قانونی محسوب می‌گردد.

۴. تحلیل حقوقی: پرواضح است که طرح‌های عمرانی سلامت از مشکلات حقوق اداری رنج می‌برد. در غیاب نهادی که به مسائل مرتبط رسیدگی نماید، این مشکلات همچنان ادامه دارد. به عنوان مثال در بخش توریسم سلامت با وجود صدور مجوزهای سازمان گردشگری، باز هم در بخش پذیرش بیماران خارجی، مشکلاتی برای فعالان این عرصه وجود دارد. در واقع مشخص نیست که نهاد ناظر بر توریسم سلامت سازمان گردشگری است یا وزارت بهداشت. ذیلاً در این خصوص بیشتر بحث گردیده است.

۴-۱. تعیین ارجحیت در قوانین: مطابق قواعد عام حقوق عمومی، اولویت برتری هر قانون به ترتیب ذیل است:

۱ـ قانون اساسی؛

۲ـ قوانین موضوعه؛

۳ـ آیین‌نامه اجرایی مصوب قوای سه‌گانه؛

۴ـ بخشنامه‌های صادره حسب سلسله‌مراتب.

از آنجا که در قانون حمایت از سرمایه‌گذاری خارجی هیچ اشاره مستقیمی به بخش سلامت نشده، بنابراین نمی‌توان منابع حقوق اداری وزارت بهداشت را با قانون مذکور متناقض دانست، اما در عمل تعارضات اجرایی مشهود است. برای اجرای قانون مذکور، آیین‌نامه در بالاترین سطح اجرایی وجود دارد و اگر در این منبع به مسأله بخش سلامت توجه می‌شد، تناقض مذکور مرتفع می‌شد. استدلال کنونی وزارت بهداشت این است که به سبب عدم اشاره صریح به بخش سلامت در قانون مذکور، بنابراین تصمیم وزارت بهداشت ارجحیت دارد. جهت حل این چالش نیاز است که اظهار نظر صریح اعلام شود.

خارج از مسائل حقوقی، باتوجه به اهمیت ویژه جذب سرمایه خارجی و توسعه بخش سلامت، نیاز است که هرگونه محدودیت از شریک خارجی برداشته شود و در اینجا لزوم تسامح وزارت بهداشت پرواضح می‌باشد.

۴-۲. تفاهم‌نامه همکاری: در خصوص مفاد همکاری ۲۵ ساله ایران و چین، اطلاعات دقیقی وجود ندارد. در اینجا دو فرض مطرح است: در فرض نخست اگر جزئیات همکاری در بخش بهداشت تصریح شده باشد، به سبب تصویب این موافقت‌نامه در هیأت دولت، برتری آن نسبت به تصمیمات وزارت بهداشت پرواضح است، اما به فرض عدم توجه به این مسأله، بازهم چالش‌های این عرصه به قوت خود ادامه دارد.

اما در خصوص همکاری بسیار محدود شرکت‌های ایرانی با بخش سلامت ایالت متحده آمریکا، با توجه به کسب مجوز فعالان عرصه سلامت از وزارت بهداشت، می‌توان آن‌ها را از هرگونه همکاری بازداشت. این مهم بر اساس قواعد حقوق اداری از اختیارات وزارت بهداشت محسوب می‌گردد، اما در عمل این اقدام به صلاح نیست، چراکه اهمیت این موضوع به حدی بوده که با وجود تحریم‌های شدید اعمالی بر کشورمان، این بخش از تحریم‌ها مستثنی گردیده است.

۴-۳. تبیین چارچوب حقوق اداری: از دیدگاه حقوق اداری زمانی که چند نهاد به صورت موازی با یکدیگر فعالیت می‌نمایند، می‌توان در چارچوب اختیارات اداری جزئیات همکاری تبیین گردد و یا اینکه مقام ارشدتر در این خصوص اظهار نظر نماید. پیش‌تر در زمان طاغوت موازی‌کاری‌های شهربانی و ساواک در برخورد با مخالفان نظام پهلوی منجر به تشکیل «کمیته مشترک ضد خرابکاری» گردید. در حال حاضر در خصوص موضوع مورد بحث، میان وظایف وزارتخانه‌های کشور، بهداشت و گردشگری موازی‌کاری وجود دارد، می‌توان ضمن عقد تفاهم‌نامه با یکدیگر و یا ضمن هماهنگی در هیأت دولت این اختلافات را حل و فصل نمود.

۴-۴. نظارت ناملموس: چنانچه بیان شد، الگوی ایالات متحده آمریکا در خصوص صنعت سلامت بسیار آزادانه‌گرایانه می‌باشد. در این کشور، حتی برای مدیریت یک واحد سلامت نیاز به داشتن تخصص نبوده، لیکن تنها حضور کارشناس و نظارت وزارت بهداشت این کشور ضرورت دارد، هرچند که نسبت به این رویه انتقاداتی وارد است، اما در شرایط خاص کشورما که از نبود سرمایه عمرانی رنج می‌برد؛ به نظر می‌رسد که حتی به صورت موقت نیز می‌توان چنین الگویی را پیاده‌سازی نمود. با توجه به اینکه چالش‌های مورد بحث

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد

حسب اختیارات وزارت بهداشت ایجاد شده، لذا به همت این وزارتخانه نیز می‌توان نظارت ناملموسی بر صنایع سلامت اعمال نمود تا دغدغه وزارت بهداشت و جذب سرمایه به صورت توأمان تأمین گردد.

روش

پژوهش حاضر با روش توصیفی ـ تحلیلی و با بهره‌گیری از منابع کتابخانه‌ای و اسنادی انجام شده است. در این راستا، قوانین و مقررات مرتبط با سرمایه‌گذاری، فعالیت‌های عمرانی و ضوابط حاکم بر بخش سلامت در جمهوری اسلامی ایران، جمهوری خلق چین و ایالات متحده آمریکا مورد بررسی قرار گرفته است. ابتدا مبانی مداخله دولت در فعالیت‌های اقتصادی بخش سلامت مطالعه و سپس محدودیت‌های مربوط به مالکیت، مدیریت و نظارت تخصصی در سه کشور مقایسه شده است. در ادامه، چالش‌های ناشی از تعارض یا ناهماهنگی مقررات اداری با قواعد عمومی سرمایه‌گذاری و همکاری‌های بین‌المللی مورد تحلیل قرار گرفته و بر اساس نتایج حاصل، راهکارهای حقوقی مناسب ارائه شده است.

ملاحظات اخلاقی

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

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که نحوه مداخله دولت در طرح‌های عمرانی بخش سلامت در سه کشور مورد مطالعه متفاوت است. در ایران، مقررات وزارت بهداشت در برخی موارد، مالکیت و مدیریت مراکز درمانی را به برخورداری از تخصص مرتبط منوط کرده و از این جهت محدودیت‌هایی برای ورود سرمایه‌گذاران غیر متخصص ایجاد نموده است. این در حالی است که در قوانین عمومی مرتبط با سرمایه‌گذاری خارجی، منع صریحی در خصوص ورود سرمایه به بخش سلامت مشاهده نمی‌شود. در چین، محدودیت‌ها بیشتر ناظر بر مدیریت تخصصی فعالیت‌های سلامت است و مالکیت سرمایه از آزادی بیشتری برخوردار است. در ایالات متحده نیز ورود سرمایه به این حوزه با محدودیت کمتری مواجه بوده و تأکید اصلی بر نظارت و حضور افراد متخصص در فرآیند ارائه خدمات سلامت قرار دارد.

همچنین بررسی‌ها نشان داد که مهم‌ترین چالش موجود در ایران، نبود هماهنگی کافی میان مقررات ناظر بر جذب سرمایه خارجی و ضوابط اختصاصی وزارت بهداشت است. این وضعیت ممکن است موجب شود سرمایه‌گذار خارجی با وجود انعقاد قرارداد و ورود سرمایه، در مرحله صدور مجوز یا بهره‌برداری با محدودیت مواجه شود، در نتیجه امکان بروز اختلاف قراردادی، توقف یا تأخیر در اجرای پروژه و ایجاد مسئولیت برای طرف ایرانی افزایش می‌یابد.

بحث

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مشکل اصلی در حوزه طرح‌های عمرانی سلامت در ایران، صرفاً ناشی از وجود ممنوعیت قانونی برای سرمایه‌گذاری خارجی نیست، بلکه بخش قابل توجهی از آن به ناهماهنگی میان قواعد عمومی سرمایه‌گذاری و مقررات اداری وزارت بهداشت بازمی‌گردد. سکوت قوانین عمومی در خصوص برخی الزامات اختصاصی بخش سلامت موجب شده است که وزارت بهداشت با استناد به اختیارات اداری خود، ضوابطی را در زمینه مالکیت و مدیریت تخصصی اعمال نماید. در چنین وضعیتی، اگرچه از نظر شکلی نمی‌توان همواره از تعارض صریح میان قوانین و مقررات سخن گفت، اما در عمل اختلاف میان سیاست جذب سرمایه و ضوابط اجرایی، زمینه بروز مشکلات حقوقی را فراهم می‌کند.

مقایسه سه کشور روشن می‌نماید که حفظ نظارت تخصصی بر فعالیت‌های سلامت الزاماً مستلزم محدودکردن مالکیت سرمایه نیست. تجربه مورد بررسی در چین بر جدایی مالکیت از مدیریت تخصصی استوار است و در ایالات متحده نیز نظارت حرفه‌ای و حضور متخصص، بیش از تخصص مالک مورد توجه

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد

قرار گرفته است. از این رو، می‌توان با تعیین ضوابط روشن‌تر در سطح هیأت دولت و تفکیک میان مالکیت، مدیریت و نظارت حرفه‌ای، ضمن حفظ الزامات تخصصی وزارت بهداشت، زمینه ورود سرمایه و اجرای مطمئن‌تر قراردادهای عمرانی بخش سلامت را نیز فراهم کرد. چنین رویکردی می‌تواند از موازی‌کاری دستگاه‌های اجرایی و بروز اختلاف در مرحله اجرای قرارداد جلوگیری نماید.

نتیجه‌گیری

نتیجه نهایی اینکه چالش کنونی در بخش عمرانی وزارت بهداشت به سبب سخت‌گیری خاص وزارت بهداشت در چارچوب حقوق اداری ایجاد شده و در عین حال عدم دخالت دیگر نهادها در این فرآیند به چالشی بزرگ برای جذب سرمایه در صنعت پزشکی مبدل شده است. از دیدگاه عام منابع حقوق موضوعه همکاری بین‌المللی در بخش سلامت بدون مانع بوده و در صورت صراحت این منابع در خصوص مباحث سلامت، برتری آن بر منابع حقوق اداری پرواضح بود، لیکن این سکوت موجب شده که تصمیمات وزارت بهداشت از نظر شکلی مغایر با این منابع دانسته نشود. بنابراین دغدغه وزارت بهداشت در خصوص مالکیت و مدیریت تخصصی بر بخش سلامت موجب محدودیت سرمایه‌گذاری در این بخش گردیده است. عکس این قضیه در ایالات متحده آمریکا بوده که ورود سرمایه به این بخش آزاد است. در اقدامی معتدلانه در کشور چین، تنها لزوم مدیریت تخصصی تصریح گردیده است. با این اوصاف همکاری با دو کشور چین و آمریکا در بخش سلامت با چالش مواجه است. از دیدگاه قواعد عام که بر تمامی ارگان‌های غیر از وزارت بهداشت حاکم می‌باشد. این اقدام صحیح و حسب تصمیمات متأخذه وزارت بهداشت این نوع شراکت صحیح نمی‌باشد، در صورتی که تصمیم وزارت بهداشت در هیأت دولت تصویب می‌شد، می‌توانست به عنوان قاعده ارجح اعمال گردد، لیکن در وضعیت کنونی این اظهار نظر موازی محسوب شده که نیاز به دخالت مقامات عالی‌تر دارد.

پیشنهادات: مبتنی بر نتایج حاصله، پیشنهاد می‌گردد که:

ـ آیین‌نامه ناظر بر سرمایه‌گذاری بخش سلامت در هیأت دولت تصویب گردد.

ـ با هدف مدیریت صحیح در شرایط تحریمی، حداقل انتظار این است که به صورت موقت الگوی آمریکایی بخش سلامت که توسعه هر بخش سلامت را تنها به حضور کارشناس منوط می‌نماید، اجرایی گردد.

ـ مقامات دولتی ضمن تفسیر مفاد همکاری ۲۵ ساله ایران و چین، کلیات همکاری در بخش سلامت را تبیین نمایند.

مشارکت نویسندگان

محمدعلی عزیزی: نگارش مقاله.

محمدجواد رضائی‌زاده و ولی رستمی: نظارت بر مقاله.

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

تشکر و قدردانی

ابراز نشده است.

تضاد منافع

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

تأمین مالی

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

بیانیه هوش مصنوعی

نویسندگان اعلام می‌دارند که در نگارش مقاله، از هوش مصنوعی استفاده ننموده‌اند.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد

References

1. Tabatabaei Moatamani M. Administrative Law. Tehran: Samt Publicatins; 2018. p.54-57. [Persian]

2. Musizadeh R. Administrative Law 1 and 2. Tehran: Mizan Publications; 2019. p.47-50. [Persian]

3. Jalali M, Shakuri M. International Unification of Contract Law. Private Law Research; 2013; 1(1): 155-171. [Persian]

4. Asgari M, Habibitabar H, Qayyumzadeh M. Analysis of administrative challenges of supporting knowledge-based companies and ways to improve it. Journal of Modern Research on Administrative Law. 2018; 4(1): 13-39. [Persian]

5. Nategpour M, Abbasi B. The Place of Employees' Participation in Administrative Rules and Regulations in Iran. Administrative Law. 2024; 4(2): 13-35. [Persian]

5. Asadi M, Saber M, Masoudi Maqam A. Evaluate Criminal Judicial Intervention in a Conflict of Interest Situation. Administrative Law. 2024; 38(2): 59-90. [Persian]

6. Yavari A, Mehraraam P. Judicial Interpretation in Public Law. Justice Legal Journal. 2018; 82 (1): 263-288. [Persian]

7. Kivanifar M, Babai-Mehr A, Foroughinia H. Judicial interpretation of the Constitution in light of the principles governing administrative law with emphasis on the procedure of the Administrative Court of Justice. Administrative Law. 2021; 9(1): 35-52. [Persian]

8. Tabatabainejad S, Kazemi M. The Role of Regulations in Tort Law. Journal of Private Law Studies. 2019; 49(4): 697-716. [Persian]

9. Tabatabainejad S, Sadeghi Moghadam M. Comparison between Tort and Regulations from the Efficiency Point. Private Law Studies. 2016; 46(1): 83-96. [Persian]

10. Cotula L. Integration in global resource governance: Extractivism, human rights, and investment treaties. Journal of International Economic Law. 2020; 23(2): 431-454.

11. Epstein R. Structural Protections for Individual Rights: The Indispensable Role of Article III-Or Even Article I-Courts in the Administrative State. Geo Mason L Rev. 2018; 26(1): 777.

12. Jimenez L. Effective judicial protection and mutual recognition in the European administrative space. German Law Journal. 2021; 22(3): 344-370.

13. Thurber M, Hults D, Heller P. Exporting the Norwegian Model The effect of administrative design on oil sector performance. Energy Policy. 2011; 39(9): 5366-5378.

14. Mousavi Jashani S, Nouri R, Bakhshi A. Indexes of Social Lifestyle in Ayatollah Khamenei's Viewpoint. Journal of Studies on the Iranian Islamic Progress Model. 2024; 5(3): 41-45. [Persian]

14. Ansari Bardeh R, Ghaffari Saravi M. Dynamics of governance model in the Islamic Republic of Iran; Description and policy recommendations on segregation of reading from Ayatollah Khamenei's point of view. Journal of Studies on the Iranian Islamic Progress Model. 2022; 7(1): 48-50. [Persian].

15. Birjandi A, Rezaeizadeh M. Examining the model of the Supreme Board of Supervision of the General Policies of the Islamic Republic of Iran and comparing it with the Chinese model. Journal of Studies on the Iranian Islamic Progress Model. 2022; 4(3): 15-18. [Persian]

16. Pajouhi P, Shams-Natari M. The effects of the new establishment of barriers to the realization of crime on the administrative-judicial procedures of criminal investigation, from the perspective of administrative law. Journal of Modern Research on Administrative Law. 2021; 2(1): 5-10. [Persian]

17. Jokar A, Moqdadi M. Examining the rights and duties of third parties in the execution phase of judgments in general courts and the Court of Administrative. Journal of New Research in Administrative Law. 2021; 4(1): 275-300.

18. Haj Najafi H, Sadeghi Neshat A. Comparative Law in Court: A Study of Judicial Transplants in Private Law. Quarterly Journal of Legal Research. 2010; 23(1): 137-169. [Persian]

19. Shirzadi R, Pourghorban M, Noormohammadi J. Human Development in iriran and Malaysia: Comparative study; 2020. Journal of Studies on the Iranian Islamic Progress Model. 2021; 10(4): 55-60. [Persian]

20. Araei M, Mohammadi P, Mazarei G. Legal Principles Governing Participation agreements in Iranian Administrative Law. Journal of Modern Research in Administrative Law. 2021; 3(1): 61-84. [Persian]

21. Asgari A, Abbasi B. Administrative and Local Organizations and Administrative Adjudication in England. Tehran: Majd Publications; 2021. p.21-25. [Persian]

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد.

22. Betancourt R. Venezuela's oil. Paris: Taylor & Francis; 2023. p.25-30.

23. Endicott T. Administrative law. London: Oxford University Press; 2021. p.41-45.

24. Hsiao A. Coordination and commitment in international climate action: Evidence from palm oil. Cairo: Department of Economics; 2021. p.95-98.

25. Ryan M, Foster S. Unlocking constitutional and administrative law. London: Routledge; 2023. p.55-60.

26. Fee L. Retracing the political construction of race and ethnic identity in Malaysia and Singapore. Singapore: Career of a Concept; 2020. p.91-94.

27. Smith HH. Revisiting the History of the Independent State Legislature Doctrine. London: Fds Publication; 2021. p.87-90.

28. Hillier D. EBOOK: Corporate Finance. France: European Edition; 2020. p.58-60.

تمامی حقوق انتشار این اثر، متعلق به پژوهشکده اخلاق زیستی و حقوق سلامت پارس می‌باشد