



University of Tabriz

Contemporary Comparative Legal Studies

Online ISSN: 2821-0514

Volume: 14 Issue: 30
Spring 2023

Article Type: Research Article

Pages: 71-107

A Comparative Study of Meta-Regulation in Professional Health Organizations

Mohammad Jalali¹ | Maedeh Erfani^{2✉}

1. Assistant Professor, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

mdjalali@gmail.com

2. Ph.D. Candidate in public law, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

maedeherfani@gmail.com

Abstract

Economic regulation consists of government's interference within the area of economic activities to protect the public interest in the face of potential risk. In the case of professional self-regulation, the state authorities delegate their authority to the professional of a given field via rectifying statute laws. In the UK, USA, and Australia, this was happening in such organizations, in the private sector, and under the support of governments. But because of criminal cases and scandals in the medical sector, professional self-regulation of the health sector became a subject of criticism. Consequently, governments started to steer clear of self-regulation and commenced reforms that led to meta-regulation in health-related professions. This paper will focus on theories of private and public interest, Tripartism, to explore the role of meta-regulation institutes and governments in professional self-regulation. We start by exploring the theories of self-regulation and then scrutinize the reforms in models of self-regulation in the UK, Australia, and Canada. This may provide a basis for serious consideration of the role of such organizations, especially as the state of covid-19 pandemic causes a serious need for consistent policymaking in the health sector in Iran.

Keywords: Professional regulation, Meta regulator, Medical meta regulation, Health professions, Professional bodies.

Received: 2021/12/27 Received in revised form: 2022/08/11 Accepted: 2022/09/18 Published: 2023/03/27

DOI: 10.22034/LAW.2022.49642.3052

Publisher: University of Tabriz

Tabrizulaw@gmail.com



مطالعه تطبیقی فراتنظیم‌گری در سازمان‌های حرفه‌ای حوزه سلامت

محمد جلالی^۱ | مائده عرفانی^۲

mdjalali@gmail.com
maedeherfani@gmail.com

۱. استادیار دانشگاه شهید بهشتی تهران، ایران.
۲. دانشجوی دکتری حقوق عمومی دانشگاه شهید بهشتی تهران، ایران.

چکیده

تنظیم‌گری اقتصادی به معنای دخالت دولت در حیطه فعالیت‌های اقتصادی به منظور حمایت از نفع عمومی در مقابل ضررها و خطرهای بالقوه است. معنی خودتنظیمی حرفه‌ای این است که مقام‌های دولتی با وضع قانون، مسئولیت تنظیم‌گری خود را به اعضای یک حرفه تفویض کنند. شکل‌گیری سازمان‌های حرفه‌ای در انگلیس، کشورهای امریکای شمالی و استرالیا به صورت خودتنظیم، خصوصی و تنها در سایه حمایت دولت قرار داشته است. اما در کشورهای یادشده و در پی برخی رسوایی‌ها و تشکیل پرونده‌های کیفری برای پزشکان، از سازمان‌های خودتنظیم حرفه‌ای حوزه سلامت بسیار انتقاد شد. دولت نیز به دنبال این انتقادات، برنامه اصلاحات تنظیم‌گری و فاصله گرفتن از خودتنظیمی را آغاز کرد. بر همین مبنا دولت‌ها به فراتنظیم‌گری^۱ در حرفه‌های حوزه سلامت (پزشکی، دندان‌پزشکی، روان‌پزشکی، مامایی، پرستاری و ...) روی آوردند. در این مقاله با بررسی نظریه‌های منفعت عمومی و خصوصی و نیز نظریه سه‌جانبه‌گرایی به نقش دولت در تنظیم‌گری حرفه‌ای و کارکرد سازمان‌های فراتنظیم‌گر حرفه‌ای پرداخته خواهد شد. در این راستا پس از مطرح شدن مبانی نظری حاکم بر تنظیم‌گری حرفه‌ای، سازمان‌های فراتنظیم‌گر حرفه‌ای و تغییرات مدل تنظیم‌گری حرفه‌ای در انگلیس، استرالیا و کانادا در حرفه‌های مربوط به حوزه سلامت مورد مذاقه قرار خواهد گرفت. با شیوع بیماری کووید ۱۹ و نیاز بیشتر به سیاست‌گذاری هماهنگ در بخش سلامت در ایران، لزوم نگاه جدی‌تر به نقش تنظیم‌گرانه این سازمان‌ها و ایجاد سازمان‌های فراتنظیم‌گر حرفه‌ای در زمینه سلامت و پزشکی می‌تواند به عنوان راهکاری مناسب برای تأمین منافع عمومی در نظر گرفته شود.

واژگان کلیدی: تنظیم‌گری حرفه‌ای، سازمان فراتنظیم‌گر، فراتنظیم‌گری حرفه پزشکی، حرفه‌های حوزه سلامت، سازمان نظام حرفه‌ای.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۰۶ تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۰۵/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۲۷ تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۷/۰۷

DOI: 10.22034/LAW.2022.49642.3052

Tabrizulaw@gmail.com

ناشر: دانشگاه تبریز

مقدمه

واژه Profession به معنای حرفه، در زبان انگلیسی از واژه لاتین Profiteri و Profess به معنای تعهد رسمی یا قول، از آنچه در سوگندهای مذهبی یاد می‌شود، برگرفته شده است.^۲ در زمان سبیسرو،^۳ واژه Professio به معنی سوگند، قول و یا اعلام آن، تا زمان رواج فرهنگ بکتاپرستی تا اواخر قرون وسطا باقی ماند. تا قبل از سال ۱۵۰۰، Profess تنها بار معنایی مذهبی در انگلیسی داشت و به شکل گذشته آن به مفهوم سوگند یادکردن در مراسم مذهبی بود. این نام‌گذاری می‌تواند به این شکل تفسیر شود که پیوستن به یک حرفه، به تعهد برای کسب دانش و مهارت و پذیرفتن ارزش‌های آن حرفه نیاز دارد.^۴

حرفه‌ها به شکل سنتی مشاغلی همراه با قدرت، استقلال و تأثیرگذاری اجتماعی هستند و شناسایی دولت شرط اصلی در روند حرفه‌ای شدن است.^۵ بنابراین، میان حرفه‌ها و دولت رابطه دوجانبه‌ای وجود دارد. از یک سو حرفه‌هایی همچون پزشکی، حقوق و مهندسی از طریق قوانین موضوعه از امتیازات ویژه و موقعیت منحصر به فردی در بازار خدمات برخوردار می‌شوند و از سوی دیگر، تأسیس و استقرار چنین حرفه‌هایی برای دولت که تشکیل آنها را نشانه مشروعیت و عامل یاری رساندن به حکمرانی خود می‌داند، از اهمیت زیادی برخوردار است.^۶

برای تشکیل سازمان‌های حرفه‌ای سه معیار لازم است: اول، تدارک و ارائه خدمات مهمی که میزان اهمیت این خدمات بر اساس ماهیت و حدود ارزش‌هایی تعیین می‌شود که آن خدمات تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ دوم، نیاز به تخصص و دانش عالی؛ سوم، وجود سازمان.^۷

2. Oxford Latin Dictionary, S.V. "Professio"

3. Cicero

4. Oxford English Dictionary [OED], S.V. "Profess".

۵. آنچه که سبب افتراق حرفه‌ها می‌شود، دادن اتونومی سازمان‌یافته از سوی دولت است. اساس هر تحلیل در خصوص حرفه باید بر مبنای رابطه نهایی آن با سر منشأ قدرت و اقتدار در جامعه مدرن باشد که همانا دولت است.

Freidson Eliot, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Freidson (The University of Chicago Press, 1970), p. 3.

6. Rue Bucher & Joan Stelling, "Characteristics of Professional Organizations", *Journal of Health and Social Behavior* 10, No. 1 (March 1969), p. 5.

7. M. Neal & J. Morgan, "The Professionalization of Everyone? A Comparative Study of the Development of the Professions in the United Kingdom and Germany", *European Sociological Review* 16, no. 1 (March 1, 2000), pp. 9-26.

در دنیای امروز با پیچیده‌تر شدن روابط حرفه‌ای، نظم و شفافیت سازمانی و نیز چارچوب‌های قدرتمند رفتاری اهمیت بیشتری یافته‌اند و سازمان‌های حرفه‌ای نقش مهمی در ایجاد، سازماندهی و نظارت بر استانداردهای رفتار و حرفه ایفا می‌کنند. مأموریت اصلی آنها تنظیم‌گری در خصوص گروه‌های حرفه‌ای است تا برای تحویل استانداردهای درست و صحیح اجتماعی، اقتصادی و اخلاقی مورد اعتماد باشند.

مراد از تنظیم‌گری نیز به‌کارگیری ابزارهای حقوقی برای اجرای اهداف سیاست‌گذارانه اجتماعی- اقتصادی است. خصوصیت ابزارهای حقوقی این است که حکومت افراد یا سازمان‌ها را به تطبیق با رفتار تجویزی با ضمانت اجرا مجبور می‌کند.^۸

خودتنظیمی حرفه‌ای که گونه‌ای از تنظیم‌گری است به معنای تنظیم یک حرفه به‌وسیله خود حرفه است؛ به این معنا که اعضای حرفه مرتباً ورود به حرفه و قواعد عمل به حرفه را کنترل می‌کنند؛ حتی اگر این کنترل با همکاری آژانس‌های تنظیم‌گری دولتی انجام شود.^۹

ماهیت سازمان‌های خودتنظیم حرفه‌ای، جایگاه آنها در میان سازمان‌ها و مؤسسات خصوصی و عمومی و نیز نحوه نظارت بر آنها در کشورهای مختلف از جمله ایران، همواره محل بحث و چالش بوده است. در کشورهای امریکای شمالی و انگلستان این نهادها در ابتدا به صورت خودتنظیم، خصوصی و تنها در سایه حمایت دولت قرار داشت، اما حمایت از نفع عمومی، تنظیم روابط بازار و جلوگیری از تنظیم بیش‌ازحد و غیرضروری از سوی سازمان‌های خودتنظیم حرفه‌ای، دخالت دولت را ضروری ساخت. دولت‌ها در سنت انگلوساکسون ابتدا نقش تنظیمی عمده‌ای را به سازمان‌های حرفه‌ای واگذار کرده بودند، ولی در پی مفتوح شدن پرونده‌های متعدد در خصوص قصور پزشکان و یا تخلفات دندان‌پزشکان و پرستاران که سبب تردید عمومی نسبت به حفظ منافع عمومی از سوی اعضای حرفه شد، تحولات اساسی در مدل تنظیم‌گری به‌وجود آمد و از یک نهاد خودتنظیم به سمت یک نهاد تنظیم‌گر مشارکتی با همراهی مقامات منصوب عمومی حرکت کرد.^{۱۰}

8. Alain Marciano & Giovanni Ramello, *Encyclopedia of Law and Economics*, n.d., p. 27.

9. Michael, D. Bayles, "Professional Power And Self-Regulation", *Business & Professional Ethics Journal* (Philosophy Documentation Center, 1986), p. 27.

10. Mary Dixon-Woods; Karen Yeung; Charles L. Bosk, "Why Is UK Medicine No Longer a Self-Regulating Profession? The Role of Scandals Involving 'Bad Apple' Doctors", *Social Science & Medicine* 73, No. 10 (November 2011), pp. 1452-59.

زیرا هدف این سازمان‌ها دیگر تأمین نفع حرفه‌مندان نبود، بلکه نفع عمومی در درجه اول اهمیت قرار گرفت.

در دولت‌های متمرکزتر مانند آلمان، سازمان‌های حرفه‌ای از استقلال کمتری برخوردارند و انجمن‌های حرفه‌ای مستقل به شکل تاریخی تحت فشار بوده و بیشتر در بروکراسی دولت جذب شده‌اند.^{۱۱}

سلامت عمومی یکی از مصادیق منافع عمومی است که فراهم نبودنش اصل حیات جمعی را به خطر می‌اندازد.^{۱۲} نقش سازمان‌های حرفه‌ای در بخش پزشکی و سلامتی برای تضمین ارائه خدمات به شکل ایمن و مطابق با منافع عمومی ضروری است. سلامت عمومی، هم در وضعیت عادی جامعه مد نظر است و هم در وضعیت اضطراری مانند شیوع بیماری‌های مسری.^{۱۳} با شیوع بیماری کووید ۱۹ و نیاز جدی به سیاست‌گذاری جدید در بخش سلامت، توجه به نقش سازمان‌های نظام حرفه‌ای در تأمین سلامت و نجات جان انسان‌ها، همچنین توجه به لزوم تغییر در نقش تنظیم‌گرانه این سازمان‌ها و رفع نقایص در ارائه خدمات حرفه‌مندان (پزشکان، پرستاران، روان‌پزشکان و ...) اجتناب‌ناپذیر می‌نماید.

در این مقاله، پس از مرور ادبیات تنظیم‌گری درباره چرایی تنظیم‌گری حرفه‌ها و معرفی نظریه جدید در این زمینه، به سازمان‌های فراتنظیم‌گر در تنظیم حرفه سلامت و پزشکی در انگلیس، استرالیا و کانادا خواهیم پرداخت. مبنای انتخاب این سه کشور وجود سنت خودتنظیمی مشترک در حرفه‌های سلامت و تغییرات قانون‌گذاری در نهادهای خودتنظیم به سمت تنظیم‌گری سه‌جانبه و نظارت بیشتر جهت پاسخگویی سازمان‌های نظام حرفه‌ای بوده است. در پایان نیز با بررسی نقش تنظیم‌گرانه سازمان‌های حرفه‌ای سلامت در نظام حقوقی

11. Arnold J. Heidenheimer, "Professional Knowledge and State Policy in Comparative Historical-Perspective-Law and Medicine in Britain, Germany and the United States", *International Social Science Journal* 122 (1989), p. 531.

12. Giubilini A.; Savulescu J. & Wilkinson, D. —Queue Questions: Ethics of COVID-19 Vaccine Prioritization!, *Bioethics* Vol. 35, 2021, p. 7; Chia, T. O. and Oyeniran. I. —Human Health Versus Human Rights: An Emerging Ethical Dilemma Arising From Coronavirus Disease Pandemic!, *Ethics Medicine and Public Health*. 14, 2020, p. 3; Emanuel, E. and Wertheimer, A. —Who Should Get Influenza Vaccine When Not All Can?! *Science*, 2006, p. 854.

۱۳. محمد راسخ، «مبانی و نظام حقوق سلامت عمومی در وضعیت اضطراری»، تحقیقات حقوقی، ش ۹۵ (۱۴۰۰)، ص ۵۸.

ایران بحث را به پایان خواهیم برد.

۱. مبانی نظری تنظیم‌گری حرفه‌ای

طبق تعریف آگوس^{۱۴}، حرفه عبارت است از اشتغال با مهارت تخصصی که به صورت جزئی یا کلی با آموزش فکری تحصیل می‌شود. این اشتغال به درجه بالایی از همبستگی^{۱۵} به منظور برقرار کردن ارتباط مستقیم با موکل همراه با اعتماد نیاز دارد. تنظیم‌گری حرفه از کنترل دسترسی عمل به آن حرفه از طریق ثبت نام تا اعطای مدرک و ليسانس آغاز می‌شود. این کنترل به منظور تضمین ارائه خدمات از سوی حرفه‌مندان باصلاحیت به شکل مطمئن، اخلاقی و باکیفیت است.

در این خصوص، خودتنظیمی به معنای صلاحیت ذاتی حرفه‌مندان در تنظیم شرایط و ضوابط نیست. ذات تنظیم‌گری، امری حاکمیتی است که صرفاً در صلاحیت دولت و نشئت‌گرفته از قدرت حاکمیتی دولت است.^{۱۶}

اما رژیم خودتنظیم حرفه در مقایسه با تنظیم‌گری دولتی، برای تعیین راه‌های تضمین کیفیت در ارائه خدمات و ارزیابی میزان کارایی اقدامات مختلف با هزینه‌ای کمتر از دیگران، از دانش بیشتری برخوردار است. مقامات عمومی قادر نیستند دانش تخصصی هر حرفه را تحصیل و حفظ نمایند و بدون این دانش، خدمات حرفه‌ای نمی‌تواند به شکل مؤثری اجرا شود. در این قسمت به بررسی تعاریف و مبانی نظری سازمان‌های نظام حرفه‌ای پرداخته می‌شود.

۱.۱. تعریف سازمان‌های تنظیم حرفه‌ای و تعیین جایگاه حقوقی آنها

مطابق تعریف نظام‌های حرفه‌ای، این سازمان‌ها به این دلیل که یک هدف عمومی را دنبال می‌کنند و خدمات عمومی ارائه می‌دهند و اینکه در خدمت فرد معینی نیستند در زمره

14. Ogus

15. A. I. Ogus, *Regulation: Legal Form and Economic Theory* (Hart, 2004), p. 216.

۱۶. محمدقاسم تنگستانی و مهدی مرادی برلیان، «گستره نقش دولت در تنظیم و نظارت بر حرفه و کالت دادگستری»، *مطالعات حقوق عمومی*، ش ۲ (۱۴۰۰)، ص ۶۱۰.

مؤسسات عمومی قرار دارند، اما با این ویژگی که هدف و فعالیت این نوع مؤسسات عمومی پیرامون سازماندهی مشاغل و حرفه‌های خاص شکل گرفته است. البته قوانینی که به این منظور تصویب می‌شود و محور آنها مباحث مربوط به سازماندهی حرفه یا حرفه‌های خاصی است، به دلیل آنکه تعیین‌کننده حقوق و تکالیف عمومی در برابر منافع خصوصی هستند در زمره قوانین حوزه حقوق عمومی قرار می‌گیرند. سازمان‌های نظام حرفه‌ای در کشورهای آنگلو ساکسون به شکل خودجوش و از سوی اعضای همان حرفه برای انتظام بخشی به امور ایجاد شده، پس از آن از حمایت و تأیید قانون‌گذار برخوردار گشتند. برخلاف این کشورها، این سازمان‌ها در ایران از سوی قوانین موضوعه تشکیل شد و رسمیت یافت.

برخی از حقوق دانان، نظام حرفه‌ای را بر اساس هدف از تشکیل آنها، تعریف کرده‌اند و گفته‌اند: منظور از ایجاد نظام‌ها و یا سازمان‌های حرفه‌ای، درحقیقت سازمان دادن حرفه معین و ایجاد نظم و انضباط در بین صاحبان حرفه است.^{۱۷} برخی دیگر از حقوق دانان، سازمان‌های نظام حرفه‌ای را آن دسته از تشکیلات و سازمان‌هایی تعریف کرده‌اند که از سوی صاحبان حرفه معین در هر بخش و به منظور دفاع از حقوق صنفی اعضا و برقراری نظم و انضباط در بین آنها ایجاد می‌شود.^{۱۸}

نظام‌های حرفه‌ای محصول نوعی همکاری هستند که دولت برای بعضی از حرفه‌ها خصیصه خدمت عمومی شناخته است، ولی به جای اینکه خود مستقیماً این وظایف را برعهده بگیرد، آنها را به خود حرفه‌ها که سازمان‌هایی در نظم حرفه‌ای تشکیل داده‌اند، محول کرده است.^{۱۹}

در خصوص رژیم یا نظم حقوقی حاکم بر این سازمان‌ها می‌توان گفت که آنها تابع رژیمی مختلط از حقوق عمومی و خصوصی هستند. کار و فعالیت عمومی این سازمان‌ها تابع قواعد حقوقی عمومی و سازمان و امور استخدامی، و نیز قراردادهای و معاملات و محاسبات تابع قواعد حقوق خصوصی است.^{۲۰}

۱۷. سید محمد هاشمی، «جامعه مدنی و نظام سیاسی»، تحقیقات حقوقی، ش ۲۳-۲۴ (۱۳۷۷)، ص ۶۱

۱۸. محمد امامی و کوروش استوار سنگری، حقوق اداری، ج ۱، (تهران: میزان، چ ۱۶، ۱۳۹۴)، ص ۱۴۱.

۱۹. جواد رضایی‌زاده، حقوق اداری، ج ۱، (تهران: میزان، چ ۱، ۱۳۸۵)، ص ۱۹۶.

۲۰. منوچهر طباطبایی مومنی، حقوق اداری، (تهران: سمت، چ ۱۱، ۱۳۸۴)، ص ۱۳۸.

سازمان نظام حرفه‌ای در ایران، سازمانی انتظامی حرفه‌ای است که بنابر تعریف یادشده در بند «ب» ماده ۱ قانون «ارتقاء سلامت نظام اداری و مقابله با فساد» مصوب ۱۹ آذر ۱۳۹۰^{۲۱}، مؤسسه خصوصی حرفه‌ای عهده‌دار مأموریت عمومی محسوب می‌شود.^{۲۲} در مقدمه «شیوه‌نامه انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات مؤسسات خصوصی ارائه‌دهنده خدمات عمومی»، این سازمان‌ها مؤسسات غیرانتفاعی معرفی شده که به موجب حکم قانون ایجاد گردیده که از یک سو فعالیت صنفی دارند و از سوی دیگر، عهده‌دار خدمات عمومی‌اند. بنابراین، نه می‌توان آنها را کاملاً عمومی دانست، هرچند ایجاد آنها به موجب قانون بوده است و نه می‌توان صرفاً خصوصی دانست، چراکه برخلاف شرکت‌های تجاری یا مؤسسات انتفاعی، مأموریت آنها صرفاً تأمین منافع اعضا نیست.

با این حال، ماهیت این سازمان‌ها در حقوق ایران و نحوه نظارت بر آنها و آرای نهادهای انتظامی این سازمان‌ها، همواره محل چالش جدی حقوقی بوده است که به ماهیت دوگانه این سازمان‌ها بازمی‌گردد.

در انگلستان، استرالیا و کانادا نهادهای تنظیم‌گری حرفه‌ای، سازمان‌های غیرانتفاعی هستند که به وسیله قانون و به منظور خدمت به منافع عمومی ایجاد شده‌اند و از سوی اعضا اداره می‌شوند و قانون‌گذار به آنها برای انجام وظایف، قدرت قانون‌گذاری و قضایی اعطا کرده است. در مقابل، انجمن‌های حرفه‌ای هم وجود دارند که با هدف خدمت به منافع اعضا شکل گرفته‌اند.

در آلمان، اتاق‌ها و یا نهادهای حرفه‌ای به‌مانند دانشگاه‌ها و شوراهای شهر، مؤسسات عمومی هستند که مسئولیت خودحاکمیتی بر اعضا را وفق قانون و در محدوده تعیین شده از

۲۱. لازم به ذکر است این قانون که به صورت آزمایشی برای سه سال تصویب شده بود، ابتدا در سال ۹۴ برای سه سال و نیم از سوی مجمع تشخیص مصلحت نظام و در سال ۹۷ از تاریخ انقضا تا شهریور سال ۹۸ و در سال ۹۸ از تاریخ انقضا تا شهریور ۹۹ از طرف مجلس شورای اسلامی تمدید شد. نهایتاً در تاریخ ۹۹/۱۱/۱۸ با عنوان قانون دائمی نمودن قانون ارتقای سلامت نظام اداری و مقابله با فساد در مجمع تشخیص مصلحت نظام به تصویب رسید.

۲۲. بند «ب» ماده یک قانون دائمی نمودن قانون ارتقای سلامت نظام اداری و مقابله با فساد:

مؤسسات خصوصی حرفه‌ای عهده‌دار خدمات عمومی اشخاص حقوقی غیر از دستگاه‌های اجرایی هستند که طبق قانون عهده‌دار یک یا چند امر عمومی می‌باشند؛ نظیر سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، سازمان‌های نظام مهندسی، اتاق‌های بازرگانی، صنایع، معادن و کشاورزی ایران، اصناف و تعاون، مراکز و کانون‌های استانی و وکلا و کارشناسان رسمی دادگستری.

سوی قانون برعهده دارند.^{۳۳}

۲.۱. تئوری‌های تنظیم‌گری

در خصوص چرایی تنظیم‌گری به صورت کلی دو نظریه کلاسیک تئوری منفعت عمومی (علل موجه دولت برای دخالت در تنظیم‌گری حرفه‌ای به منظور رفع نقایص بازار)، تئوری منفعت خصوصی و همچنین تئوری جدیدتر نهادگرا به عنوان سنتز این دو تئوری وجود دارد.

۱.۲.۱. تئوری منفعت عمومی

دیدگاهی که تنظیم‌گری را به دنبال رفع خطاهای بازار می‌بیند، بر ناکارایی تعادل بازار تکیه دارد که در تنظیم‌گری حرفه‌ای بیشتر مبتنی بر عدم تقارن اطلاعات است. کمبود اطلاعات در خصوص خدمات حرفه‌ای که کالاهایی از نوع کالای اعتماد هستند، شدیدتر است، زیرا مصرف‌کنندگان به اطلاعاتی که تنها در اختیار حرفه‌مندان است، دسترسی ندارند.^{۳۴} اگر مصرف‌کنندگان خدمات حرفه‌ای نتوانند کیفیت خدمات اعضای آن حرفه را ارزیابی کنند و فقط بر اساس قیمت قائل به تفاوت شوند، حرفه‌مندان انگیزه‌ای برای تولید کالای باکیفیت نخواهند داشت. قیمت‌های بازار تنها نشانگر سطح متوسط از کیفیت و حرفه‌مندی با کیفیت متوسط است و نه عالی. به این ترتیب، حرفه‌مندان خوب به وسیله حرفه‌مندان ضعیف از بازار کنار گذاشته می‌شوند و عدم تقارن اطلاعات به از بین رفتن کیفیت کالا و در نتیجه انتخابی زیان‌بار منجر می‌شود. در چنین حالتی، دخالت دولت در بازار به منظور ایجاد توازن در کیفیت خدمات و قیمت منصفانه ضروری است.

23. Mahendra P. Singh, *German Administrative Law in Common Law Perspective*, Springer Berlin Heidelberg, 2001, pp. 27-28.

۳۴. اصطلاح کالاهای تجربه‌پذیر از سوی نلسون در مقایسه با کالاهای جستجو معرفی شد. هنگامی که خصوصیت یک محصول تنها پس از مصرف معلوم شود، آن کالا، کالای تجربه است. بنابراین، خریدار کالا پس از خرید و استفاده کیفیت آن را درمی‌یابد و هزینه کشف کیفیت پس از خرید برای چنین کالایی پایین است و این اطلاعات برای مصارف بعدی می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد؛ مانند مشاغل هتلداری، روزنامه، موسیقی و فیلم، رستوران و غذا. اما کالاهای با خصوصیت اعتماد کالاهایی هستند که هزینه پیش از خرید و هزینه بالایی برای معلوم شدن کیفیت پس از خرید دارند؛ مانند خدمات سلامت، مشاوره حقوقی و خدمات حسابداری.

"Experience and Credence Goods - An Introduction," in *Strategies in Markets for Experience and Credence Goods* (DUV, 2007), pp. 1-5.

تکرار خرید می‌تواند باعث کسب تجربه و دانش در بازار شود و تاحدودی عدم تقارن را کاهش دهد (مانند شرکتهای حقوقی به‌عنوان موکل در استفاده از خدمات حقوقی). راه دیگر کاهش تقارن اطلاعات، جدا کردن کارکرد خدمات و عاملیت است تا راهی برای آشکار شدن اطلاعات فراهم شود و جلوی سوءاستفاده را بگیرد (مانند جدا کردن تشخیص پزشکی از درمان از سوی پزشکان مختلف)^{۲۵، ۲۶}.

نکته دوم در خصوص لزوم دخالت دولت و تنظیم‌گری حرفه‌ای، بحث آثار خارجی است. آثار خارجی در زمینه تنظیم‌گری حرفه‌ها به معنای تأثیر کیفیت پایین خدمات و کالا به شکل مثبت و منفی بر اشخاص ثالث در اثر تصمیمات گرفته‌شده از سوی حرفه‌مندان آنهاست. آثار بیرونی که از کیفیت پایین خدمات ناشی می‌شود علاوه بر موکلان، بر اشخاص ثالث نیز تأثیرگذار است^{۲۷}. استدلال حرفه‌مندان برای ضرورت خودتنظیمی این است که در اثر ضعف حرفه‌مندان بدون مهارت، ضررهای شدیدی می‌تواند وارد شود. این ضررها در بخش سلامت بسیار قابل توجه است؛ جایی که بی‌توجهی در مراقبت و درمان اشخاص می‌تواند ضررهای غیرقابل جبرانی به‌وجود آورد. آثار خطای پزشکی و قصور در نمایندگی عنوان پزشک و یا کادر درمان از بیمار مستقیم فراتر می‌رود و آثار خارجی منفی برای عموم تولید می‌کند^{۲۸}. در این خصوص می‌توان به بیماری همه‌گیر کرونا و لزوم دخالت همه‌جانبه دولت‌ها در نحوه درمان و نیاز به تنظیم‌گری (در مرحله پیشگیری، درمان، توجه به دستورات پزشکی لازم و جلوگیری از دخالت افراد غیرمتخصص در درمان و نحوه توزیع واکسن) با توجه به آثار همه‌جانبه آن بر جان و زندگی شهروندان اشاره کرد.

۱.۲.۲. تئوری منفعت خصوصی

تئوری منفعت خصوصی بر پایه تئوری انتخاب عمومی، تئوری اسارت و مکتب شیکاگو

25. Horowitz Ira. "The Economic Foundations of Self-Regulation in the Professions". In *Regulating The Professions: A Public-Policy Symposium*, Lexington: Lexington Books. 1980, p. 8.

26. Nuno Garoupa, "Regulation of Legal and Medical Professions in the Us and Europe: A Comparative Analysis By", 2006, 5, [http://www.fedea.es](http://www.fedea.es.http/www.fedea.es).

27. A Reis Monteiro, *The Teaching Profession: Present and Future.*, 2014, p. 105.

28. Rubin Paul H. & Bailey Martin J "The Role of Lawyers in Changing the Law", *Journal of Legal Studies*: No. 3 (1994).

است که همگی بر نقش گروه‌های ذی‌نفع در تنظیم‌گری تأکید دارند. ایده اصلی تئوری این است که گروه‌های ذی‌نفع به شکل مدام بر تصمیمات سیاسی اثر دارند و به دنبال رانت‌جویی هستند که از جنبه رفاه اجتماعی، غیرتولیدی است.^{۳۹}

تئوری منفعت خصوصی بر پایه اسارت و تبانی است.^{۳۰} بر اساس این دیدگاه، هدف از تنظیم‌گری خدمات حرفه‌ای حفظ منافع اعضای حرفه است که به اعضا اجازه رفتار شبه‌کارتلی می‌دهد.^{۳۱} در نتیجه، این تئوری پیش‌بینی می‌کند که لیسانس حرفه‌ای، اجباراً عرضه خدمات حرفه‌ای را به پایین‌تر از بهینه اجتماعی کاهش می‌دهد که سبب تولید رانت و شبه رانت می‌شود.

فرضیه رانت‌جویی به این شکل مطرح است که حرفه با توصیف ما از گروه‌های فشار مؤثر منطبق است، زیرا گروه فشار باید کوچک باشد و درآمد و رانت خود را از گروه بزرگی مانند مردم که نگران ازدست دادن بخش کوچکی از درآمد خود نیستند، کسب کند. گروه موفق برای کسب ثروت باید کوچک، متمرکز بر یک موضوع و از سازماندهی قوی برخوردار باشد. در طرف دیگر، کسانی که هزینه‌ها

را متحمل می‌شوند جمعیت زیادی هستند که با مشکل اطلاعات و سازماندهی روبه‌رو هستند. در چنین شرایطی انتظار می‌رود که انتقال ثروت از عموم به سمت گروه ذی‌نفع سازماندهی شده صورت بگیرد.^{۳۲} علاوه بر این، درآمد سازمان‌های حرفه‌ای بسیار بالاست و بر اساس تئوری اسارت، تنظیم حرفه‌ای بر مبنای دنبال کردن منافع خصوصی و با انگیزه امتیارات و درآمد بالاتر انجام می‌شود.^{۳۳ ۳۴}

29. Niels J. Philipsen, "Regulation of Liberal Professions and Competition Policy: Developments in the EU and China", *Journal of Competition Law and Economics* 6, No. 2 (2009), p. 5.

30. Richard A. Posner, "Theories Of Economic Regulation", *Bell J Econ Manage Sci* 5, No. 2 (1974).

31. Lee, Benham & Alexandra, Benham, "Regulating Through the Professions: A Perspective on Information Control", *Journal of Law and Economics* 18, No. 2 (October 1975), pp. 421-47, <https://doi.org/10.1086/466817>.

32. Nuno Garoupa, "Regulation of Legal and Medical Professions in the Us and Europe": *A Comparative Analysis* <<http://www.fedea.es>>, p. 7.

33. Regulation of Professions,

34. A. Reis Monteiro, *The Teaching Profession*, SpringerBriefs in Education (Cham: Springer International Publishing, 2015), p. 110.

۱.۲.۳. تئوری نهادگرایی^{۳۵}

مبنای این تئوری به توضیح و درک ما از چرایی تنظیم‌گری کمک می‌کند. فضای قاعده‌گذاری، روابط فی‌مابین فضاهای مختلف در ایجاد قواعد است. منظور از فضاهای قاعده‌گذاری، سازمان‌های رسمی شامل آژانس‌های تنظیم‌گری، شرکت‌ها و دولت است که هنجارها و یا نظام‌هایی (نظام سیاسی، اقتصادی و یا حقوقی) در آن تعبیه شده است.^{۳۶}

در این نظریه بر اهمیت قواعد رسمی یا قواعد بازی سیاسی در شکل‌دهی به رفتار تأکید می‌شود و در برخی از اقسام آن نیز بر درهم‌تنیدگی اقدامات بشر با محیط اجتماعی تکیه دارد. نهادگرها بر این باورند که ساختارهای نهادی فرایندهای اجتماعی تأثیر زیادی در شکل‌دهی به تنظیم‌گری دارند.^{۳۷}

تئوری نهادگرایی با انتقاد از دو تئوری منفعت عمومی و خصوصی بر این باور است که زندگی اجتماعی همواره مجموعه‌ای از منافع خصوصی و عمومی بوده است و برای تفکیک این دو منفعت معیار دقیقی وجود ندارد؛ لذا در نظر گرفتن شهروندان به‌عنوان عواملی که از دولت تنها به‌عنوان نردبان برای رسیدن به نفع شخصی خود استفاده می‌کنند، تئوری کم‌عمقی است. به این ترتیب، این تئوری به دنبال خلق فرصت‌هایی است که موقعیت اسارت و فساد را به موقعیتی برای تقویت منفعت عمومی تبدیل کند. در این تئوری سعی می‌شود با استفاده از مبانی اقتصاد، شامل خودخواهی و منفعت‌طلبی انسان‌ها، پایه‌ای برای همکاری میان نهاد تنظیم‌گر، شرکت‌ها و سازمان‌های حرفه‌ای ایجاد شود. برون ون مگان و کارن یونگ در این زمینه چنین می‌گویند: «رویکرد منفعت خصوصی نیز می‌تواند تحت شرایط خاص به نتایج مطابق با منفعت عمومی که با سنجیدن، گفتگو و اعتمادسازی تحکیم و تقویت شده است، بینجامد».^{۳۸}

35. Institutional Theories

36. Bronwen Morgan & Karen Yeung, *An Introduction to Law and Regulation, an Introduction to Law and Regulation* (Cambridge University Press, 2007), p. 53

۳۷. اندیشکده مطالعات حاکمیت و سیاست‌گذاری دانشگاه صنعتی شریف، درآمدی بر دولت تنظیم‌گر، (تهران: کتاب راهبرد، ۱۴۰۰).

38. Morgan & Yeung, *An Introd. to Law Regul.*, p. 53.

یکی از شاخه‌های نظریه نهادگرایی، نظریه سه‌جانبه‌گرایی^{۳۹} است که ابتدا از سوی آیرس و بریت ویت^{۴۰} در تنظیم‌گری واکنشی^{۴۱} مطرح شد. آنها استدلال می‌کنند که با تغییر در ساختار سازمان (وارد شدن ذی‌نفعان عمومی) منافع خصوصی به نفع منافع عمومی مهار و سیستمی از نظارت و تعادل ایجاد می‌شود.

سه‌جانبه‌گرایی روندی است که گروه‌های منفعت عمومی به‌عنوان بازیگر سوم در بازی وارد می‌شوند و این گروه‌ها می‌توانند مستقیماً به اعمال مجازات بپردازند و یا از اسارت و فساد با اجرای قواعد تنبیهی علیه تنظیم‌گری که عدم متابعت را مجازات نکرده است، جلوگیری کنند. در واقع، گروه‌های منفعت عمومی به‌جای مجازات مستقیم شرکت، نهاد یا سازمان، به تنبیه نهاد تنظیم‌گر که در اجرای قانون قصور داشته است، می‌پردازند.

۳.۱. استراتژی دولت‌ها در تنظیم‌گری حرفه‌ها

دولت‌ها برای اجرا و متابعت در تنظیم‌گری حرفه‌ها از چارچوب‌های مختلف تنظیم‌گری بهره می‌برند. هرم تنظیم‌گری واکنشی آیرس و بریت ویت، طیفی از کمترین سطح تنظیم‌گری تا تنظیم‌گری همراه با مجازات‌های اجباری را شامل می‌شود. در هر مرحله از این هرم، نظارت بر نهاد تنظیم‌گر به صورت پلکانی افزایش می‌یابد و در صورت عدم رضایت از رفتار تنظیم‌گر اقدامات تنظیم‌گرانه سخت‌تر می‌شود.^{۴۲}

در کف هرم تنظیم‌گری، بازار آزاد و به‌دور از مداخلات دولتی قرار دارد که در خصوص تنظیم‌گری حرفه‌ها می‌تواند رقابت، ارائه اطلاعات به مصرف‌کننده و قراردادهای را دربر گیرد. سطح دوم متعلق به خودتنظیمی است. خودتنظیمی هنگامی است که نهاد تنظیم‌گر دستوراتی صادر می‌کند که بر خود اعمال می‌شود؛ به‌جای اینکه این امر از طریق نهاد تنظیم‌گر بیرونی مانند سازمان‌های دولتی صورت بگیرد.

مبنای خودتنظیمی در سازمان‌های نظام حرفه‌ای این است که هنگامی که دولت قدرت

39. Tripartism

40. Ayres & Braithwaite

41. Responsive Regulation

42. Ayres, Ian & John, Braithwaite, *Responsive Regulation: Transcending the Deregulation Debate*. Oxford University Press, USA, 1992.

تنظیمی را به حرفه تفویض می‌کند، به این امر آگاه است که حرفه از جایگاه بهتری برای تنظیم امور حرفه‌ای برخوردار است و دولت از اینکه حرفه در منافع سهیم است، استفاده می‌کند. در واقع، منافع عمومی و منافع اعضای حرفه مورد تنظیم لزوماً مغایر نیستند. برای مثال، صلاحیت حرفه‌ای به نفع پرستی حرفه و خیر عمومی است. به علاوه، جامعه به وجدان همیشگی و صلاحیت حرفه‌مندان بیش از عاملان حکومت‌های روز اعتماد می‌کند. در نتیجه، اگرچه انحصار از عوامل ذاتی سازمان‌های خودتنظیم حرفه‌ای است، اما خودتنظیمی تا جایی که فضای اعتماد و احترام باقی است به رفاه حرفه، حرفه‌ای‌گرایی و منفعت عمومی می‌انجامد.^{۴۳}

در قسمت بعدی هرم، مکانیزم فراتنظیم‌گری در اختیار دولت‌ها قرار دارد. به موجب این رویکرد، نقش اولیه، مستقیم و تنظیمی دولت محدود و نقش ثانویه و ترغیب‌کننده دولت پررنگ می‌شود. اقتضای چنین نقشی این است که بنگاه‌ها مقررات داخلی خود را خودشان وضع، اجرا و نظارت کنند که مورد نظارت نهایی یک نهاد تنظیم‌گر بیرونی قرار می‌گیرد.^{۴۴}

پارکر فراتنظیمی را پروسه تنظیم‌گری تنظیم‌گران نامیده است.^{۴۵} در تعریفی دیگر، فراتنظیم‌گری به عنوان نظارت دولت بر ترتیبات تنظیم‌گری تعریف شده است.

همچنین، فراتنظیم‌گری راهی برای نظارت دقیق‌تر توصیف شده است که می‌تواند با کاهش ریسک رفتارهای منفعت‌طلبی به افزایش پاسخگویی بینجامد،^{۴۶} یک تنظیم‌گر بیرونی بر کار نهادهای خودتنظیم که قاعده‌گذاری می‌کنند، نظارت می‌کند تا آنها از لحاظ بیرونی نیز قابل قبول باشند.^{۴۸} بنابراین، دولت‌ها با بهره‌جستن از چارچوب فراتنظیم‌گری در خصوص تنظیم‌گری حرفه‌ها، خصوصاً حرفه پزشکی به منظور افزایش نظارت و ایجاد

43. A. Reis Monteiro, *Ibid*, pp. 113.114.

44. Neil Gunningham, "Enforcement and Compliance Strategies", in *The Oxford Handbook of Regulation* (Oxford University Press, 2010), p. 135.

45. Christine Parker, *The Open Corporation*, (Cambridge University Press, 2002).

46. Hutter Bridget M. "Risk, Regulation, and Management". *Risk in Social Science* (2006), p. 215.

47. Tanina Rostain, "Self-Regulatory Authority, Markets, and the Ideology of Professionalism", in *The Oxford Handbook of Regulation* (Oxford University Press, 2010).

48. Judith Healy, "Improving Patient Safety Through Responsive Regulation", 2013.

شفافیت، آن را راهی برای تنظیم‌گری مؤثر^{۴۹} دانسته‌اند.

در رأس هرم نیز مکانیزم دستور و کنترل وجود دارد. دولت مجموعه‌ای از قواعد و ممنوعیت‌ها را تعیین می‌کند که تابعان تنظیم‌گری باید رعایت کنند تا اهداف تنظیم‌گری تحقق یابد. اجرای این قواعد نیز از سوی دولت تضمین می‌شود.

در این مقاله استفاده از مکانیزم فراتنظیم‌گری به‌عنوان روشی مؤثر در تنظیم‌گری حرفه سلامت مورد توجه بوده است. بنابراین، پس از تعریف سازمان‌های تنظیم حرفه‌ای و بررسی تئوری‌های تنظیم‌گری حرفه‌ای، به بررسی اعمال این تئوری‌ها در سازمان‌های حرفه‌ای سلامت می‌پردازیم و در بخش دوم مقاله، سازمان‌های فراتنظیم‌گر در حرفه‌های مربوط به سلامت و تغییرات این سازمان‌ها جهت تنظیم‌گری مؤثر را به بحث خواهیم گذاشت.

۲. سازمان‌های فراتنظیم‌گر حرفه‌های حوزه سلامت (مقایسه تطبیقی)

قدرت اعطاشده به نهادهای حرفه‌ای در دو دسته قرار می‌گیرد: (۱) قدرت تأسیس معیارهایی برای ورود به حرفه (یا دسترسی به عنوان‌های محدود حرفه‌ای) و اطمینان از صلاحیت عاملان حرفه و کیفیت خدمات (۲) قدرت حکمرانی بر رفتار عاملان حرفه برای اطمینان از اخلاقی و مسئولانه انجام‌شدن عمل آنها. در گذشته نفع حرفه از نفع عموم جدا نبود و این باور وجود داشت که قرار دادن معیارهای سخت برای ورود و رفتار حرفه‌مندان به نفع هر دو است.^{۵۰}

به تدریج در اثر بروز انبوهی از سوء رفتارهای حرفه‌مندان، به خودتنظیمی به‌عنوان تجربه‌ای شکست‌خورده نگریسته شد، زیرا این باور عمومی شکل گرفت که سازمان‌های تنظیم‌گر حرفه‌ای نفع خود را پیش و بیش از نفع عمومی در نظر می‌گیرند. علت عمده افول قدرت نهادهای خودتنظیم، انتقادات نسبت به رقابت، قرار دادن نیازهای خود به‌جای نیاز موکلان، جنبش‌های اجتماعی و کوتاهی در دفاع از نفع عمومی و دفاع از عامه در مقابل قصور رفتار حرفه‌مندان بود.

49. Effective Regulation

50. Judy Allsop & Mike Saks, *Regulating the Health Professions* (Sage Publications, 2002).

تنظیم‌گری حرفه‌های مربوط به سلامتی در انگلستان، استرالیا و استان انتاریو کانادا که دارای سنت خودتنظیمی حرفه‌ای در خصوص حرفه‌های حوزه سلامت و پزشکی هستند، از اهمیت بسیاری برخوردار است. در این کشورها نهادهای تنظیم‌گر حرفه‌ای قدرت بالایی در وضع قواعد حرفه‌ای و تنظیم رفتار حرفه‌مندان دارند و خودتنظیمی به‌مثابه قراردادی میان دولت و حرفه‌های سلامتی در نظر گرفته می‌شود. حرفه در قبال دولت با لحاظ نفع عمومی و همچنین متحمل شدن هزینه‌ها به تنظیم‌گری متعهد می‌شود و دولت نیز به حرفه خودآیینی، مشروعیت و نفع اجتماعی و اقتصادی می‌بخشد. انگلستان از لحاظ برخورداری از سنت خودتنظیمی از کشورهای نمونه و قابل اقتباس برای تنظیم‌گری حرفه‌های سلامت است. اولین جامعه حرفه‌ای با نام انجمن سلطنتی جراحان^{۵۱} در سال ۱۸۰۰ در انگلیس ایجاد شد و در ۱۸۵۸ قانون پزشکی با عنوان شورای عمومی آموزشی و ثبت نام پزشکی (شورای عمومی پزشکی^{۵۲} ۱۹۵۱) تشکیل گردید. با ایجاد تغییرات تنظیم‌گری در انگلستان و مشترک بودن دلایل این تغییرات در کشورهای استرالیا و استان انتاریو کانادا، تلاش آنها در جهت ایجاد نهادهای فراتنظیم‌گر در حرفه‌های حوزه سلامت بسیار قابل توجه بوده، برای مطالعه و بررسی تطبیقی مفید به نظر می‌رسد.

۲.۱. انگلیس

ساختار حرفه پزشکی و حرفه‌های حوزه سلامت در انگلیس در طول تاریخ به صورت خودتنظیمی شکل گرفته است. با در نظر داشتن تئوری منفعت عمومی، پارلمان انگلیس ابتدا تلاش می‌کرد تا حرفه‌ها در جایگاهی قرار گیرند که درباره کارکرد تنظیم‌گری خود به‌طور خودمختار تصمیم بگیرند. حتی تا سال ۱۹۸۰ دولت وقت بر این عقیده بود که تنظیم‌گری حرفه تنها باید با یک نظارت خفیف همراه باشد، زیرا به دلیل اعتمادی که به حرفه‌های حوزه سلامت در تأمین منافع عمومی وجود داشت، اتفاق نظر نیز بر آن بود که این حرفه‌ها از حق کنترل امور حرفه‌ای خویش برخوردارند.^{۵۳}

51. Royal College of Surgeons of England

52. General Medical Council (GMC)

53. Abigail Beach & Celia Davies, *Interpreting Professional Self-Regulation, Interpreting Professional Self-Regulation: A History of the United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting* (Routledge, 2013).

اما کم‌کم با طرح دعاوی کیفری در خصوص قصور پزشکان و همچنین مورد توجه قرار گرفتن تئوری‌های منفعت خصوصی و اسارت، در خصوص حرفه‌ها به‌عنوان نهادهای تأمین‌کننده نفع شخصی پزشکان، انتقادات زیادی شکل گرفت و دولت نیز در اثر این انتقادات برنامه اصلاح تنظیم‌گری و فاصله گرفتن از خودتنظیمی را آغاز کرد.^{۵۴} برنامه اصلاحات در سال ۲۰۰۰ و با تصویب قانون جدید که حاوی دو تغییر اساسی در نهادهای تنظیم‌گر سلامت بود، شکل جدی‌تری یافت.

اولین تغییر حرکت از سوی خودتنظیمی به سمت تنظیم‌گری بیشتر از جانب دولت و عضویت افراد انتصابی و غیرپزشک در نهادهای تنظیم‌گری بود. در سال ۲۰۰۳ در ترکیب شورای عمومی پزشکی که در سال ۱۹۲۶^{۵۵} تشکیل شد، بزرگ‌ترین تغییر اعمال گردید. در این ترکیب جدید، تعداد اعضای شورا از ۱۰۴ به ۳۵ عضو کاهش یافت و ۴۰ درصد از اعضا نیز به افراد غیرمتخصص (غیرپزشک) اختصاص یافت. حضور اعضای غیرمتخصص (غیرپزشک) در دهه‌های اخیر باز هم افزایش یافته است. بر اساس قانون سلامت و مراقبت اجتماعی سال ۲۰۰۸، دوازده عضو شورای پزشکی از سوی شورای خصوصی بریتانیا^{۵۶} منصوب می‌شوند که به شکل مساوی ۶ عضو غیر پزشک و ۶ عضو پزشک هستند.^{۵۷ ۵۸}

تغییر دیگر نیز به دنبال پرونده جنجالی شیمین^{۵۹} روی داد. در این پرونده، دکتر هارولد شیمین مظنون به کشتن بالای ۲۰۰ نفر بود و به قتل ۱۵ بیمار محکوم شده بود. این قاتل زنجیره‌ای علی‌رغم این تعداد جنایت توانسته بود جایگاه خود را در شورای پزشکی حفظ کند که این امر نشانگر عدم نظارت کافی بر پزشکان بود. در پی این انتقادات، حکومت، نهاد

54. Bartle Ian & Vass Peter, *Self-Regulation and the Regulatory State*, (University of Bath, Research Report 17 2005).

۵۵. اولین شورای عمومی پزشکی متشکل از ۲۴ عضو بود که به‌جز ۶ عضو که از سوی شورای محرمانه انگلستان معرفی شده بودند، بقیه اعضا از جانب کالج سلطنتی و دانشگاه‌ها معرفی می‌شدند.

۵۶. Privy Council: عالی‌ترین شورای مشورتی برای ارائه مشاوره به پادشاهی بریتانیاست و از عضویت سیاستمداران ارشد که اعضای کنونی یا سابق مجلس عوام یا مجلس اعیان بریتانیا هستند، تشکیل می‌شود.

57. See for Instance: < <https://www.gmc-uk.org/about/who-we-are/our-history>>

58. John Martyn Chamberlain, *Medical Regulation, Fitness to Practise and Revalidation: A Critical Introduction* (Policy Press, 2015).

59. Harold, Shipman See, for Instance:

<<https://web.archive.org/web/2011110073945/http://www.shipman-inquiry.org.uk/home.asp>>

جدید «شورای عالی تنظیم‌گری مراقبت‌های بهداشتی» (از این پس، شورا) را ایجاد کرد. این شورا از قدرت نظارت بر عملکرد تمام تنظیم‌گرهای حرفه‌ درمان از جمله شورای پزشکی و اختیار حقوقی برای نقض تصمیمات و آرای انضباطی نهادهای حرفه سلامت و یا انجام پرونده‌های حسابرسی در دادگاه برخوردار است.

شورا به‌عنوان نهاد فراتنظیم‌گر تغییر بزرگی در نحوه اداره بخش سلامت در انگلیس پدید آورد و در سال ۲۰۱۲ به مقام «استاندارد حرفه‌ای برای مراقبت‌های سلامتی و بهداشتی»^{۶۰} تغییر نام یافت.^{۶۱}

نهاد شورا برای نظارت بر وزارت بهداشت انگلیس و دولت‌های محلی بر تنظیم‌گران سلامت و بهداشت ایجاد شد^{۶۲} و از آن پس پاسخگویی این سازمان‌ها به حکومت تحقق یافت. ترکیب هیئت مدیره شورا عبارت است از ۸ عضو، شامل یک رئیس به انتخاب شورای خصوصی، سه عضو غیراجرایی به انتخاب وزرای اسکاتلند و ولز و دپارتمان خدمات اجتماعی و سلامت ایرلند شمالی، سه عضو غیراجرایی انتصابی از سوی شورای خصوصی و یک عضو به انتخاب هیئت مدیره.

در قانون اصلاحات خدمات بهداشتی ملی و حرفه‌های مراقبت‌های سلامتی سال ۲۰۰۲، کارکردهایی برای شورا ذکر شده است. کارکردهای اصلی یادشده در این قانون عبارت‌اند از: حفظ منافع بیماران و عموم در خصوص عملکرد تنظیم‌گران، اشاعه بهترین عملکرد تنظیم‌گری، فرمول‌بندی اصول در مورد خودتنظیمی حرفه‌ای، ترغیب نهادهای تنظیمی به متابعت از آنها و تشویق نهادهای تنظیم‌گر به همکاری با یکدیگر.^{۶۳}

در همین زمینه، قانون‌گذار به این فراتنظیم‌گر، قدرت انجام هر امری را اعطا نموده است

60. Professional Standards Authority for Health and Social Care.

61. An Arm's-Length

شورا ابتدا به صورت آژانس آرمز لنگت (نهاد عمومی اما مستقل از وزیران) به‌وجود آمد، اما از سال ۲۰۱۵ با تأمین بودجه از سوی تنظیم‌گران از نهاد آرمز لنگت وزارت بهداشت به آژانس مستقل تبدیل شد.

62. Devolved Administration: مراد از آن دولت‌های محلی جداگانه در اسکاتلند، ایرلند شمالی و ولز است که (بر اساس مدل پارلمانی) از سال ۱۹۹۹ تأسیس شده‌اند. دولت مرکزی وظایف و اختیارات و در نتیجه پاسخگویی و مسئولیت خود را در خصوص امور محلی این مناطق که محدوده جغرافیایی مشخصی دارند، به دولت محلی واگذار کرده است.

63. (National Health Service Reform and Health Care Professions Act, 2002).

و آن را لازم و برای دستیابی به اهداف آن به مصلحت می‌داند و یا به‌گونه‌ای با کارکرد آن در ارتباط است. شورای تنظیم‌گری مراقبت‌های سلامتی، با بررسی گزارش‌های اجرایی یک‌ساله و با معیار استانداردهای تنظیم‌گری خوب و بررسی تناسب تصمیمات اجرایی، بر امور تنظیم‌گران نظارت می‌کند و در این خصوص قدرت ارجاع این تصمیمات به دادگاه عالی در انگلیس، ولز، ایرلند شمالی و اسکاتلند را دارد^{۶۴}.

در شورا، پروسه‌های تنظیم‌گری از اصولی چون تنظیم‌گری بهتر نیروی کار و پیش‌بینی تغییرات به‌جای پاسخگویی به بحران‌ها پیروی کردند. فراتنظیم‌گر، نه‌تنها از طریق نهادهای حسابرسی مالی بر کار تنظیم‌گران بخش سلامت نظارت می‌کند، بلکه با بالا بردن استانداردها و تنظیم‌گری بجا^{۶۵} اهداف بالاتری برای خود ترسیم نموده است^{۶۶}.

بر مبنای استانداردهای تعیین‌شده از سوی شورا که تاکنون به ۲۴ مجموعه رسیده است، تنظیم‌گران حرفه‌های سلامت مانند شورای پزشکی، دندان‌پزشکی و چشم‌پزشکی، باید با ادله و سند گزارش دهند که تا چه اندازه این استانداردها و اصول را برای حفظ اعتماد عمومی در حرفه خود رعایت کرده‌اند. بر همین اساس نیز فراتنظیم‌گر نقاط ضعف و قوت عملکرد آنان را بررسی و بهترین رویه‌ها را مشخص می‌کند. در سال ۲۰۱۲ وفق قانون مراقبت‌های سلامتی و اجتماعی، اختیارات شورا به‌منظور افزایش ضمانت اجرای تصمیمات این نهاد گسترش یافت. در این راستا، شورا برای نظارت بر انتصاب اعضای هیئت مدیره و اعضای عادی شوراهای حرفه‌ای (پرستاران، چشم‌پزشکان، دندان‌پزشکان، پزشکان و ...) از طریق شورای خصوصی^{۶۷} صلاحیت پیدا کرد.

بنابراین فراتنظیم‌گر شورا از دولت و منافع خاص جدا شده، به نقش هدایتی^{۶۸} خود در

64. Law Commission, (s. 29(4)(b)).

65. Right-Touch Regulation

تنظیم‌گری بجا به معنای به‌کار بردن حداقل نیروی تنظیم‌گر برای به‌دست آوردن نتایج لازم با توجه به در نظر گرفتن ریسک است. ریسک می‌تواند در خصوص خطرهای ذاتی مداخله، شرایط و حساسیت یا استقلال کاربران باشد.

John Martyn, Chamberlain; Mike Dent; Mike Saks, *Professional Health Regulation in the Public Interest: International Perspectives* (Policy Press, 2018), p. 101.

66. PSA (2015b) *Right-Touch Regulation: Revised*, London: PSA

67. Privy Council

68. Steering Not Rowing

اجرای تنظیم‌گری می‌پردازد. این امر از طریق حسابرسی، گزارش‌دهی به پارلمان، بازبینی آرای صادره از نهادهای شبه‌قضایی تنظیم‌گران سلامت مانند شورای پزشکی، و ایفای نقش هماهنگ‌کننده در میان شوراهای سلامت میسر شده است.

به نظر می‌رسد که الگوی فراتنظیم‌گری انگلیس در بخش سلامت در نظارت بر نهادهای خودتنظیم حرفه سلامت و افزایش پاسخگویی نهادهای خودتنظیم در این بخش از کارایی لازم برخوردار بوده است. این کارایی را می‌توان مدیون عوامل متعددی دانست، از جمله فراهم آوردن نگاه جامع نسبت به حرفه‌های مختلف در بخش سلامت نظیر چشم‌پزشکی، دندان‌پزشکی و پزشکی، تأکید بر اصول تنظیم‌گری همچون تنظیم‌گری بجا و تکیه بر گزارش‌دهی دقیق تنظیم‌گران بخش سلامت به نهاد شورا.

۲.۲. استرالیا

در استرالیا، در گذشته، هریک از حرفه‌های حوزه سلامت مانند پزشکی یا دندان‌پزشکی به شکل مجزا از یکدیگر و در سطح ایالت و در قلمرو قوانین همان ایالت اداره می‌شدند. در سال ۲۰۱۰ و در پی گزارش کمیسیون بهره‌وری^{۶۹}، نهادهای حرفه‌ای تنظیم‌گر سلامت در یک طرح واحد که طرح ملی ثبت نام و اعطای پروانه نام دارد^{۷۰}، گرد هم آمدند تا حرفه‌های مربوط به سلامت را در سراسر استرالیا به‌طور هماهنگ تنظیم‌گری کنند و خودآیینی اشخاص حرفه‌مند را کاهش دهند^{۷۱}.

برخلاف گذشته که تنظیم‌گری حوزه سلامت در استرالیا در سطح فدرال و قلمرو آن^{۷۲ ۷۳} و از سوی هریک از نهادهای سلامتی بدون هماهنگی با سایر تنظیم‌گران انجام می‌شد، در طرح جدید، ایجاد و اجرای اصول تنظیم‌گری مؤثر، نظارت بر کارکردهای تنظیم‌گری و

۶۹. در گزارش، به کمبودهای قابل توجه و عدم هماهنگی و چندگانگی در مراجع صدور پروانه و استانداردهای چندگانه و افزایش هزینه‌های اداری و متابعت اشاره شده بود.

Australia Productivity Commission, 2005, p. 136.

70. National Registration and Accreditation Scheme ('NRAS')

71. (COAG, 2008), p. 2.

72. Territory

۷۳. استرالیا دارای ۶ ایالت و سه قلمرو پایتختی، خلیج جرویس و قلمرو شمالی است.

تفکیک کارکرد تنظیم‌گرایانه از کارکرد نمایندگی در تنظیم‌گری حرفه‌های سلامتی، مورد توجه قرار گرفت^{۷۴ ۷۵}.

از دیگر اقدامات قانون ملی می‌توان به تفکیک صلاحیت‌های قانون‌گذاری و رسیدگی به دعاوی اشاره کرد. قانون ملی استرالیا «نهاد رسیدگی به شکایات سلامت»^{۷۶} را که صلاحیت آن از هیئت مدیره‌های ملی و آژانس تنظیم‌گری مستقل است، در ایالات ایجاد کرد. این نهاد به کلیه شکایات در خصوص سیستم سلامت بیمارستان‌ها و مراکز سلامت، هزینه‌ها و همچنین شکایات علیه افراد غیرپزشک و غیرمتخصص رسیدگی می‌کند^{۷۷}.

در این قانون، قدرت تنظیم‌گری در استرالیا بین سه نهاد آژانس تنظیم‌گری شاغلان سلامت استرالیا^{۷۸}، هیئت مدیره‌های ملی^{۷۹} و حکومت تقسیم شده است. هدف از این تغییرات، افزایش پاسخگویی و شفافیت برای حفظ منفعت عمومی است؛ زیرا در ساختار جدید پاسخگویی و شفافیت در رأس امور قرار دارد^{۸۰ ۸۱}.

از جمله نهادهای اصلی این قانون‌گذاری جدید عبارت‌اند از:

الف) شورای وزارتی نیروی کار بخش سلامت استرالیا^{۸۲}. این شورا متشکل از وزرای بهداشت هر ایالت و مناطق مشترک‌المنافع است که بر طرح تنظیم‌گری ملی نظارت دارند. شورای یادشده مسئول تصویب نهایی استانداردهای حرفه‌های مربوط به سلامت است که از

۷۴. تفکیک وظایف تنظیم‌گرایانه، نمایندگی و ترافیعی از اصولی است که در دایرکتیوهای اروپایی مورد اشاره قرار گرفته است. برای مطالعه بیشتر ر.ک. Tinne Heremans Professional Service in the EU Internal Market. ۷۵. مقصود از کارکرد تنظیم‌گرایانه سازمان‌های حوزه سلامت، قاعده‌گذاری، تعیین استانداردها و مقررات ورود به حرفه سلامت مانند پزشکی، رسیدگی به تخلفات انضباطی است؛ درحالی که مراد از وظایف نمایندگی، عمل کردن از طرف پزشکان و پرستاران، دفاع از حیثیت حرفه‌ای و منافع شغلی اعضا است.

76. Health Complaints Entity (HCE)

77. Judith Healy & Merrilyn Walton, "Health Ombudsmen in Polycentric Regulatory Fields: England, New Zealand, and Australia", *Australian Journal of Public Administration* 75, No. 4 (December 1, 2016), p. 495.

78. Australian Health Practitioner Regulation Agency: AHPRA

79. *National Boards*

80. (National Law, s. 3(3)(a))

81. Anne-Maree, Farrell et al., *Health Law: Frameworks and Context* (Cambridge University Press, 2017), p. 74.

82. Australian Health Workforce Ministerial Council.

سوی هیئت مدیره‌های ملی تنظیم شده است. همچنین، این شورا وظیفه انتصاب اعضای هیئت مدیره ملی و آژانس کمیته مدیریتی تنظیم‌گران شاغلان حوزه سلامت استرالیا و جهت‌دهی به سیاست‌های آژانس را برعهده دارد.

ب) شورای مشورتی نیروی کار سلامت استرالیا^{۸۳}. این شورا برای ارائه مشاوره به وزرا، در حوزه صلاحیت طرح ملی ایجاد شده است. شورای نامبرده تنها به درخواست شورای وزرا تشکیل می‌شود.^{۸۴}

ج) آژانس تنظیم‌گری شاغلان سلامت استرالیا. این آژانس نهاد اصلی مسئول و فراتنظیم‌گر در اجرای طرح سلامتی بر اساس قوانین ملی و در جهت سیاست‌های شورای وزارتی است. بر همین اساس، اصلی‌ترین نقش آن تقویت هیئت مدیره ملی در جهت حمایت از نفع عمومی است.^{۸۵} آژانس این وظیفه را از طریق تحقیق در خصوص رفتار حرفه‌ای، همکاری با نهادهای بررسی شکایات در هر ایالت^{۸۶} برای اطمینان خاطر از روند صحیح رسیدگی به شکایات، ثبت جامع و ملی حرفه‌مندان، بررسی سابقه کیفری متقاضیان برای ورود به حرفه‌های مربوط به سلامت، اجرای دقیق وظایف گزارش‌دهی پزشکان و تعیین بودجه برای هیئت‌های ملی انجام می‌دهد. شورای وزارتی پنج عضو را در آژانس تنظیم‌گری شاغلان سلامتی منصوب می‌کند که سه نفر از آنان دارای پروانه پزشکی نیستند.^{۸۷}

در حال حاضر، دایره شمول قانون ملی از ۹ حرفه در زمان تصویب، به ۱۵ حرفه افزایش یافته است. این سیستم با وجود داشتن عناصری از تنظیم‌گری دستور و کنترل، عناصر جدی مهمی را از فراتنظیم‌گری در درون خود دارد.^{۸۸}

سیستم پیش‌بینی شده در قانون به هیئت‌های مدیره ملی و آژانس اجازه می‌دهد تا از

83. Australian Health Workforce Advisory Council

84. AHMAC, 2014b).

85. AHPRA, 2015a, p. 1.

86. Territory

87. Health Practitioner Regulation National Law s 35.

88. John Chellew & Alex Roberts, "Modern Professional Practice and Its Future Structural Types of Professional Regulation: Comparative Case Studies in Australia and the UK", 2016, p. 3.

انعطاف قابل توجهی برخوردار باشند.

د) هیئت‌های ملی بر اساس تخصص هرکدام از حرفه‌های سلامت مانند پرستاری و یا پزشکی برای اداره طرح‌های تنظیم‌گری ملی تشکیل شده است.^{۸۹} وظیفه آنها ثبت حرفه‌مندان و تعیین شرایط لازم برای ثبت نام، توسعه استانداردها و تحقیق در خصوص شکایات است. اعضای هیئت مدیره ملی از سوی شورای وزرا تعیین می‌شوند و نیمی از آنان را حرفه‌مندان تشکیل می‌دهند. در واقع، آنها نهادهای تنظیم‌گر در هر یک از رشته‌های حرفه حوزه سلامت هستند.

بر اساس تعریفی که از فراتنظیم‌گری ارائه شد، دولت جدید تنظیمی، تنظیم‌گرها- و نه تنظیم‌شونده‌ها- را تنظیم می‌کند. آژانس تنظیم‌گری سلامت به‌مثابه نهاد فراتنظیم‌گر، بر کار هیئت‌های ملی (تنظیم‌گرهای هر یک از حرفه‌های سلامت) به‌منظور اطمینان از روند صحیح امور و همچنین صلاحیت شاغلان حرفه سلامت نظارت دارد. برابر قانون جدید، هیئت‌های ملی با اکثریت حرفه‌مندان، و آژانس به‌عنوان نهاد ملی با منصوبان غیرحرفه‌ای (برای مثال، افرادی که پزشک نیستند) اداره می‌شود.

۸۹. هیئت‌های ملی از قرار زیر است:

مراقبت‌های بهداشتی بومیان و جزیره‌نشینان تنگه تورس استرالیا

هیئت پزشکی چینی استرالیا

هیئت کایروپراکتیک استرالیا

هیئت دندان پزشکی استرالیا

هیئت پزشکی استرالیا

هیئت تمرین پرتوپزشکی استرالیا

هیئت پرستاری و مامایی استرالیا

هیئت کاردرمانی استرالیا

هیئت اپتومتری استرالیا

هیئت استتوپاتی استرالیا

هیئت پیراپزشکی استرالیا

هیئت داروسازی استرالیا

هیئت فیزیوتراپی استرالیا

هیئت پزشکی پا در استرالیا

هیئت روان‌شناسی استرالیا

وجود تردیدهایی در خصوص کارایی طرح جدید (طرح ملی) و میزان موفقیت آن در کاهش هزینه‌ها با ایجاد سیستم یکپارچه در سراسر استرالیا و همچنین تمایل به منظور بهبود کیفیت ارائه خدمات سلامت موجب شد «آژانس سلامت بریتانیا» به‌عنوان ناظر خارجی کارایی طرح ملی را بررسی کند. در نهایت، آژانس سلامت بریتانیا در گزارش خود این نهاد را کارا ارزیابی کرد و در عین حال به لزوم تغییرات جزئی به‌منظور حمایت از نفع عمومی و افزایش کارایی و انعطاف نهادهای تنظیم‌گر اشاره نمود.^{۹۰} از دیگر مزایای طرح ملی و یکپارچه در سراسر استرالیا، افزایش شفافیت در پروسه‌ها از طریق گزارش‌دهی اجباری و بررسی سابقه کیفری حرفه‌مندان سلامت برای افزایش اعتماد به طرح ملی ذکر شده است.

هرچند استرالیا الگوی کاملی در زمینه فراتنظیم‌گری در بخش سلامت نیست، اما با طرح ملی، یکپارچه کردن سیستم ورود به حرفه و ایجاد آژانس تنظیم‌گری شاغلان سلامت، گام‌های مؤثری در این زمینه برداشته است. همچنین پیشنهاد ایجاد نهاد جدید «شورای مشورتی استانداردهای حرفه‌ای» به‌مانند آژانس سلامت بریتانیا، برای نظارت بیشتر در استرالیا مطرح شده است.

۳.۲. استان انتاریو کانادا

در کانادا، تنظیم‌گری در حرفه پزشکی و سایر حرفه‌های حوزه سلامت به دلیل تقسیم قدرت میان سطح ایالت و سطح ملی، پیچیده‌تر است. از آنجا که هریک از ایالت‌ها سیستم قانون‌گذاری ویژه‌ای دارند، در این مقاله قوانین و تنظیم‌گری در استان انتاریو، به دلیل استفاده از الگوی فراتنظیم‌گری مورد توجه قرار می‌گیرد.

شورای مشورتی تنظیم‌گری حرفه‌های سلامت^{۹۱} مبنای قانون‌گذاری تنظیم‌گری پزشکی در استان انتاریو کانادا است که با ساختاری جامع همه حرفه‌ها را دربر می‌گیرد.^{۹۲}

90. Kathleen Leslie et al., "Policy Tensions in Regulatory Reform: Changes to Regulation of Health Professions in Australia, the United Kingdom, and Ontario, Canada", *Journal of Nursing Regulation* 8, no. 4 (January 1, 2018), p. 34.

91. Health Professions Regulatory Advisory Council

92. Health Professions Regulatory Advisory Council, "A Review of a Review of a Review of the Minister of Health and Long-Term Care Health Professions Regulatory Advisory Council", 2001, p. 1.

هر حرفه مربوط به سلامت تحت نظارت یک شورای مشورتی و به‌وسیله یک نهاد خودتنظیم که کالج نام دارد، اداره می‌شود. وزیر بهداشت ایالت می‌تواند تصمیمات کالج را بازبینی و آن را به اصلاح یا لغو مصوبه ملزم کند.

در ابتدای دهه ۱۹۶۰، عواملی چون افشاگری رسانه‌ها، افزایش هزینه‌های حکومت در بخش سلامت و جنبش حقوق بیماران، اعتماد عمومی را به نحوه اداره خودتنظیم این حرفه از میان برد.

تا قبل از آن، نهادهای خودتنظیم حرفه‌های سلامت در انتاریو در برابر قصور کادر درمان با مسامحه و اغماض رفتار می‌کردند. مکانیزم‌های پاسخگویی حرفه‌های حوزه سلامت نیز برای تضمین کیفیت عملکردشان ضعیف بود. به تدریج و با غلبه رویکرد منفعت خصوصی در حرفه‌های مربوط به سلامت در کانادا، این دیدگاه تقویت شد که خودتنظیمی موجود در این حرفه‌ها، به‌جای حفاظت از منافع عمومی، حافظ منافع انحصاری حرفه‌مندان است.^{۹۳} از آن پس، دولت برای تغییر این رویه و وارد کردن مفهوم حمایت از منافع عمومی، نقش فعال‌تری را در قانون‌گذاری در زمینه تنظیم حرفه پزشکی برعهده گرفت.

در گزارش کمیسیون تحقیقات سلطنتی^{۹۴} در سال ۱۹۶۴ و گزارش کمیته فن درمان^{۹۵} در سال ۱۹۷۰، اعطای خودتنظیمی به حرفه‌های حوزه سلامت مأموریتی جهت انجام وظایف قضایی و قانون‌گذاری در آن حرفه و به‌منظور تأمین منافع عمومی تعریف شد، اما عدم الزام نهادهای خودتنظیم به پاسخگویی، این چنین مورد انتقاد قرار گرفت:

«به‌عنوان اصل کلی، تفویض مسئولیت‌ها به‌وسیله دولت به نهادهای خودتنظیم حرفه‌ای اعطاکننده پروانه، به آنها قدرت انحصاری می‌دهد که همواره می‌تواند خطرناک و نیازمند بازبینی عمومی همیشگی باشد»^{۹۶}.

93. Patricia O'Reilly, *Health Care Practitioners: An Ontario Case Study in Policy Making* (University of Toronto Press, 2000), p. 45.

94. The Royal Commission Inquiry

95. The Ontario Committee on the Healing Arts

96. "Royal Commission Inquiry into Civil Rights, Reports: Ontario. Royal Commission Inquiry into Civil Rights. Vol. 1" (Toronto, ON: Queen's Printer, 1968), 7, <https://archive.org/details/royal-commissioni04onta>.

اما همچنان تا قبل از سال ۲۰۰۶، پاسخگویی کالج‌های تنظیم‌گر سلامت به ارسال گزارش سالیانه به «مسئول مراقبت‌های سلامت» و انتشار آرای انضباطی محدود می‌شد و نهادهای خودتنظیم در حوزه قانون‌گذاری و رسیدگی به تخلفات انضباطی از اختیارات قابل توجهی برخوردار بودند.

شورای مشورتی دهه‌ها بدون تغییر ماند تا اینکه در سال ۲۰۰۶، با تصویب قانون «دسترسی منصفانه به حرفه‌های تنظیم‌شده و تجارت‌های اجباری»^{۹۷} اولین تغییر به‌وجود آمد. این قانون با ایجاد نهاد نظارتی برای نظارت بر ثبت نام، به‌منظور ایجاد رویه‌های تنظیم‌گری شفاف، هدفمند و بدون جانب‌داری، برای حرفه‌های حوزه سلامت وظایف نظارتی خاصی را پیش‌بینی کرد.

این قانون با ایجاد مرکزی به نام اداره انصاف^{۹۸} که اعضای آن از سوی حکومت منصوب می‌شدند، قانون تنظیم‌گری سلامت را اصلاح کرد. مطابق قانون جدید، تمام تنظیم‌گران بخش سلامت باید هر سال در مورد نحوه ثبت نام و اعطای پروانه خود و همچنین حسابرسی سالیانه گزارشی به دایره انصاف ارسال کنند. این دایره با بررسی گزارش‌ها و همچنین انجام حسابرسی سالیانه بر عملکرد تنظیم‌ها نظارت می‌کند. علاوه بر این، دایره انصاف در خصوص تطابق با قانون اجرای ثبت نام منصفانه، انجام حسابرسی و تکالیف گزارش‌دهی و نیز ایجاد، اصلاح یا لغو قوانین، راهکارهای لازم را به تنظیم‌گران ارائه می‌دهد. عدم رعایت دستورات دایره انصاف می‌تواند تا صد هزار دلار جریمه در پی داشته باشد. این دایره به‌عنوان یک نهاد فراتنظیم‌گر که بر کار تنظیم‌گران دیگر نظارت می‌کند و از اختیار حسابرسی و دستوردهی به تنظیم‌گران برای متابعت با قانون اجرای ثبت نام منصفانه برخوردار است، به الگویی برای فراتنظیم‌گری در سایر ایالات کانادا تبدیل شد.^{۹۹}

در سال ۲۰۰۹، در راستای حمایت از منافع عمومی، شورای مشورتی تنظیم‌گری حرفه

97. The Fair Access to Regulated Professions and Compulsory Trades Act, 2006 (FAPTA)

98. Office of the Fairness Commissioner (OFC)

۹۹. لازم به ذکر است که پذیرش این نهاد از سوی کالج‌های بخش سلامت با مقاومت و انتقادهایی روبه‌رو شده است و آن را نقض آزادی اجتماعات، خودتنظیمی و ایجاد بروکراسی جدید تلقی می‌کردند.

سلامت پیشنهاد کرد نهاد فراتنظیم‌گر «شورای عالی تنظیم‌گری سلامت» به‌منظور ایجاد تعادل میان قدرت رو به افزایش تنظیم‌گران کالجی و دولت ایجاد شود:

«در زمینه خودتنظیمی، وجود رویکرد مشارکت‌گرایانه جدی‌تری (میان دولت و تنظیم‌گران کالجی) ضروری است. به همین منظور یک آژانس مستقل برای همکاری با کالج‌ها باید ایجاد گردد تا سیستم تنظیم‌گری مدرن، با شفافیت و پاسخگویی بیشتر و کیفیت بهتر حاصل شود»^{۱۰۰}.

با وجود این، کالج‌های تنظیم‌گر که ایجاد نهاد فراتنظیم‌گر را با اصل خودتنظیمی و استقلال خود معایر می‌دیدند، با تشکیل شورای عالی تنظیم‌گری سلامت مخالفت و چنین استدلال کردند که نهاد فراتنظیم‌گر با ایجاد لایه‌های بیشتر نظارتی و صلاحیت‌های موازی باعث پیچیدگی بیشتر در امر تنظیم‌گری می‌شود^{۱۰۱}.

با بروز این مخالفت، دولت راه دیگری در پیش گرفت. طبق لایحه^{۱۰۲} ۱۷۹ برای نظارت بر اقدامات تنظیم‌گران، مقرر شد که وزیر می‌تواند هر زمان که لازم یا مناسب تشخیص دهد (اداره کالج و انجام اقدامات)، ناظری را در هریک از تنظیم‌گران بخش سلامت منصوب کند. ناظر نیز می‌تواند از تمام اختیارات شورا استفاده کرده، به وزیر گزارش‌های لازم را ارائه دهد.

در نهایت، لایحه با مکانیزم جدید قدرت حسابرسی به دولت و انتصاب ناظر در صورت عدم پاسخ تنظیم‌گر به درخواست وزیر تصویب شد^{۱۰۳}. هرچند در استان انتاریو به علت غلبه گفتمان خودتنظیمی حرفه‌ها، نهادی مانند شورای عالی تنظیم‌گری مراقبت‌های بهداشتی انگلیس برای نظارت بر کالج‌ها و نهادهای خودتنظیم در حرفه سلامت به‌وجود نیامد، اما

100. Hprac, "Transforming and Supporting Patient Care A Report to the Minister of Health and Long-Term Care on Mechanisms to Facilitate and Support Interprofessional Collaboration and a New Framework for the Prescribing and Use of Drugs by Non-Physician Regulated Heal", 2009, 3, < www.hprac.org >.

101. Regan S et al., "Legislating Interprofessional Collaboration: A Policy Analysis of Health Professions Regulatory Legislation in Ontario, Canada," *Journal of Interprofessional Care* 29, No. 4 (2015), pp. 359-64.

102. Bill 179.

103. "Regulated Health Professions Act, 1991", s. 5.0.1[1], Accessed August 2, 2021.

نهادهای خودتنظیم حرفه سلامت تحت نظارت فراتنظیم‌گر دایره انصاف قرار گرفتند.

۲.۴.۴. ایران

تنظیم‌گری در ایران با تأسیس برخی نهادهای صنفی و تخصصی که دارای اختیارات تنظیم‌گری بوده‌اند شکل گرفته است؛ برای مثال، می‌توان به تأسیس کانون وکلا در ۱۳۰۹ و سازمان نظام پزشکی در ۱۳۲۹ اشاره کرد. سازمان نظام پزشکی ایران در آن سال از سوی مجلس شورای ملی وقت تأسیس شد و آخرین بازنگری در آن در سال ۱۳۸۲ با تصویب قانون نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران انجام شد.

با دقت در وظایف و اختیارات سازمان نظام پزشکی ایران مشخص می‌شود که این سازمان در ایران به هیچ عنوان خصوصیت نهاد خودتنظیم را ندارد و به صورت خودجوش و برای انتظام بخشیدن به امور حرفه‌ای به وجود نیامده است. طبق ماده ۱ قانون یادشده، سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران سازمانی است مستقل و دارای شخصیت حقوقی که به منظور تحقق بخشیدن به اهداف و انجام وظایف مقرر در این قانون تشکیل می‌گردد. با وجود ذکر این نکته و تأکید بر استقلال، نوع استقلال و نوع شخصیت حقوقی سازمان ذکر نشده است که به مبهم بودن و مشخص نبودن جایگاه این‌گونه سازمان‌ها در حقوق عمومی برمی‌گردد.

همان‌گونه که در مطالب پیشین اشاره شد، اختیارات اعطاشده به نهادهای حرفه‌ای در دو دسته قرار می‌گیرد: نخست، قاعده‌گذاری و تعیین معیارهای ورود به حرفه؛ دوم، تنظیم رفتار حرفه‌مندان (برای مثال، کنترل قیمت و محدودیت در تبلیغات) و در صورت لزوم، رسیدگی انضباطی در شرایط نقض قوانین و مقررات حرفه‌ای. در همین راستا و برای اطمینان خاطر از حمایت از نفع عمومی در مقابل نفع حرفه‌مندان در انجام وظایف حرفه‌ای، تئوری تنظیم‌گری واکنشی و فراتنظیمی برای ایجاد تعادل در روابط تنظیمی و پاسخگویی نهادهای تنظیم‌گر ایجاد شده است.

اما سازمان نظام پزشکی در ایران از قدرت قانون‌گذاری برخوردار نیست و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تدوین امور حرفه‌ای می‌پردازد و در صورت خلأ

قانونی، انتظام امور حرفه‌ای با صدور بخشنامه وزارتی صورت می‌گیرد.

به صورت کلی، سیاست‌گذاری سلامت در سطح کشور از سوی وزیر بهداشت و معاونان او از طریق شورای سیاست‌گذاری انجام می‌شود و برای اجرا به دانشگاه‌های علوم پزشکی ابلاغ می‌گردد. در واقع، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، نه به‌عنوان یکی از بازیگران و اجزای نظام سلامت، بلکه در نقش بازیگر انحصاری در طراحی و اجرای حاکمیت نظام سلامت عمل می‌کند^{۱۰۴}. همچنین سازمان نظام پزشکی نمی‌تواند کدهای اخلاقی ورود به حرفه خود را تنظیم کند؛ حتی نظام‌نامه و آیین‌نامه‌های مربوط به تنظیم و تنسيق امور از سوی دولت صادر می‌شود. ماده ۳ قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی، وظایف و اختیارات سازمان را به ترتیب زیر تعیین کرده است:

الف) اظهار نظر مشورتی در تهیه و تدوین لوایح، طرح‌ها، تصویب‌نامه‌ها و آیین‌نامه‌های مرتبط با امور پزشکی.

ک) اظهار نظر و مشارکت فعال به هنگام تعیین یا تجدیدنظر در تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی بخش دولتی.

م) مشارکت در تدوین آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های نظارتی در مورد مطب‌ها، مؤسسات درمانی و بهداشتی و

دیگر مراکز پاراکلینیکی در بخش خصوصی.

با دقت در وظایف و اختیارات این سازمان مشخص می‌شود که برخلاف کشورهای بررسی‌شده، مانند انگلیس و کانادا، قانون صلاحیت‌های پزشکی از سوی اعضای حرفه تدوین نشده است و اعضای نظام پزشکی تنها از اختیار اظهار نظر مشورتی و مشارکت با دولت در تدوین آیین‌نامه‌ها برخوردارند.

از سوی دیگر، دخالت حداکثری دولت در شیوه انتخاب اعضای نظام پزشکی از طریق

۱۰۴. پریسا رحیمی‌تبار و علی‌محمد مصدق راد، «الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران: مطالعه تطبیقی»، علوم پزشکی رازی، ش ۹ (۱۳۹۸)، ص ۲۵.

برگزاری انتخابات و تأیید صلاحیت‌های اعضا، امکان استقلال و خودتنظیمی از سوی حرفه را سلب می‌نماید. بر اساس ماده ۳۴ قانون سال ۱۳۸۲، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسئول برگزاری انتخابات هیئت مدیره نظام پزشکی است. بنابراین، طبق قانون جدید، سازمانی دولتی مسئولیت برگزاری انتخابات هیئت مدیره یک سازمان مستقل را برعهده دارد. علاوه بر این، یک هیئت مرکزی نیز مطابق ماده ۱۹ قانون بر انتخابات نظارت می‌کند که اعضای آن، به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم از سوی نمایندگان حکومتی منصوب می‌شوند.

ترکیب اعضا و صلاحیت‌های پیش‌بینی شده برای این هیئت نمی‌تواند تضمین‌کننده استقلال سازمان مندرج در

ماده ۱ قانون باشد. بر اساس ماده ۱۹ قانون، ترکیب اعضای هیئت مرکزی نظارت بر انتخابات به شرح زیر است:

الف) یک نفر نماینده دادستان کل کشور

ب) یک نفر نماینده وزارت کشور

ج) دو نفر از کادر پزشکی به انتخاب و معرفی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

د) سه نفر کادر پزشکی به معرفی کمیسیون بهداشت و درمان و با انتخاب مجلس شورای اسلامی.

همچنین رئیس سازمان از سوی رئیس‌جمهور انتخاب می‌شود و بنابراین به‌گونه‌ای نفع سیاسی بر نفع حرفه و صاحبان حرفه ترجیح داده شده است.^{۱۰۵}

نقش سازمان نظام پزشکی را شاید بتوان در حیطه انتظامی و رسیدگی به تخلفات پررنگ دانست که خود با اشکالات فراوان روبه‌رو است. اگرچه در شورای انتظامی، برخی

۱۰۵. در آخرین انتخابات برگزار شده در سازمان نظام پزشکی به سال ۱۴۰۰، رد صلاحیت گسترده مورد اعتراض واقع شده است. همچنین در سال ۱۳۹۱ دخالت برخی نهادها در بررسی صلاحیت‌ها در انتخابات نظام پزشکی مورد انتقاد قرار گرفته بود

<<https://www.irimc.org/news/id>>

اعضای انتصابی مانند نماینده قوه قضاییه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حضور دارند، اما بهتر است مقامات ملی که دارای بی‌طرفی بیشتری هستند، جایگزین این افراد شوند. در کشورهایی که در این مقاله بررسی نمودیم، صلاحیت‌های انضباطی به مرجعی خارج از نهاد خودتنظیم متشکل از غیر حرفه‌مندان سپرده شده است؛ چون تئوری منفعت خصوصی ایجاب می‌کند که صلاحیت قضایی سازمان‌های خودتنظیم از آنها جدا و به مرجع بی‌طرفی سپرده شود. حساسیت امنیت و جان بیماران و همچنین بروز خطاهای پزشکی و رسوایی‌ها در زمینه رسیدگی به پرونده پزشکان متخلف، اعمال نظارت شدیدتر بر رسیدگی به تخلفات پزشکان و دسترسی به سابقه کیفری آنان را در هر زمان ضروری ساخته است؛ امری که خلأ آن در کشورمان بسیار احساس می‌شود.

نتیجه

سازمان نظام حرفه‌ای بنابر تعریف قانون «ارتقاء سلامت نظام اداری و مقابله با فساد»، مؤسسه خصوصی حرفه‌ای عهده‌دار مأموریت عمومی محسوب می‌شود. در تعریف یادشده در آن قانون، سازمان نظام حرفه‌ای مؤسسه‌ای غیردولتی است که مطابق قوانین و مقررات، بخشی از وظایف حاکمیتی را برعهده دارد.

در حال حاضر یکی از انتقادات وارد بر سازمان نظام پزشکی، به‌عنوان نهاد تنظیم‌گر که وظایف متعددی را در زمینه صدور پروانه عضویت، رسیدگی انتظامی به تخلفات صنفی و قیمت‌گذاری (تعیین یا تجدیدنظر در تعرفه‌های خدمات بهداشتی و درمانی) برعهده دارد، مسئله تسخیر تنظیم‌گری است. ساختار سازمان‌های تنظیم‌گر سلامت را در ایران عمدتاً فعالان صنفی تشکیل می‌دهند و در بسیاری از مسائل همچون سهل‌گیری در برخورد انضباطی با پزشکان، ورود تجهیزات پزشکی بیش از مقدار نیاز و تعرفه‌های پزشکی، شائبه تعارض منافع وجود دارد. برای حل این مشکل، به الگوهای جدید تنظیم‌گری، همچون تنظیم‌گری واکنشی می‌توان رجوع کرد. به این منظور، در ساختار نهادهای تنظیم‌گر، از حضور نمایندگان مردم علاوه بر حرفه‌مندان می‌توان استفاده نمود تا نفع عمومی همه ذی‌نفعان در فرایند تنظیم‌گری تأمین گردد.

از طرف دیگر، با تدقیق در شکل‌گیری سازمان‌های نظام حرفه‌ای در ایران به این نکته می‌رسیم که حکومت نیز از اعطای نقش پررنگ و رعایت استقلال سازمان‌های نظام حرفه‌ای واهمه دارد و هیچ‌گاه به این سازمان‌ها از جمله سازمان نظام پزشکی، اجازه تصمیم‌گیری و قانون‌گذاری در خصوص مسائل حرفه‌ای را نداده است. بنابراین، خودتنظیمی موجود در سازمان‌های نظام حرفه‌ای در کشورهایی نظیر انگلیس، کانادا و استرالیا که با استدلال نفع عمومی شکل گرفته است، در کشور ما دیده نمی‌شود؛ درحالی که می‌توان نقش مهم‌تری را در این زمینه به این سازمان‌ها واگذار کرد.

از طرف دیگر، یک نکته بسیار مهم در تنظیم‌گری حرفه‌های سلامت، از جمله پزشکی، در کشورهای آنگلو ساکسون، این است که به دلیل اهمیت موضوع و داشتن سیاست‌های متمرکز، یک طرح جامع و نظام سلامت ملی طراحی شده است که تمام حرفه‌های سلامت را از جمله پرستاری، روان‌شناسی و مشاغل جدید پزشکی دربر می‌گیرد. در ایران، در غیاب رویکرد جامع، سه نظام پزشکی، روان‌شناسی و پرستاری بدون ارتباط دقیق و میان حرفه‌ای شکل گرفته است. به همین علت، ضرورت وجود سازمان‌های فراتنظیم‌گر حرفه‌ای در تنظیم‌گری چندلایه و نظارت بر عملکرد تنظیم‌گر برای حمایت از نفع عمومی، ایجاد شفافیت و پاسخگویی، تاکنون در ایران احساس نشده است؛ زیرا تنظیم‌گری سازمان‌های حرفه‌ای همواره به شکل دستور و کنترل بوده است و به دلیل مشارکت نداشتن افراد حرفه‌ای در تدوین قوانین و مقررات، این سازمان‌ها در ایران خودتنظیم محسوب نمی‌شوند و به همین علت فراتنظیم‌گری برای ایجاد پاسخگویی میان نهادهای خودتنظیم نیز مورد توجه قرار نگرفته است. اما با اهمیت یافتن روزافزون بحث سلامت و شیوع بیماری‌های همه‌گیر، می‌توان از الگوهای جدید تنظیم‌گری و ایجاد یک نهاد تنظیم‌گر فرابخشی، مانند استرالیا، برای اعمال معیار رقابت و نفع عمومی در سازمان‌های نظام حرفه‌ای ایران، مانند نظام پزشکی، نظام مهندسی و کانون وکلا استفاده کرد و یا به تشکیل سازمان فراتنظیم‌گر در حوزه سلامت، با حضور طیف‌ها و تخصص‌های مختلف (و نه فقط پزشکان و شاغلان حرفه‌های حوزه سلامت) برای سیاست‌گذاری جامع در زمینه بهداشت و سلامت که مورد پیروی تمام سازمان‌های نظام پزشکی، نظام پرستاری و یا روان‌شناسی باشد، اندیشید.

سرانجام اینکه وجود یک طرح جامع برای تنظیم حرفه‌های سلامت، ایجاد لایه‌های تنظیمی و الزام حرفه‌مندان به پاسخگویی و نیز جلب اعتماد عمومی نسبت به رفتار حرفه‌ای پزشکان و کیفیت خدمات پزشکی، در زمان شیوع بیماری‌های همه‌گیری همچون کرونا بیش از پیش ضروری به نظر می‌رسد.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع و مأخذ

الف) فارسی

- کتابها

۱. امامی، محمد و استوار سنگری، کوروش، *حقوق اداری*، ج ۱، (تهران: میزان، چ ۱۶، ۱۳۹۴).
۲. رضایی زاده، محمدجواد، *حقوق اداری ۱*، (تهران: میزان، چ ۱، ۱۳۸۵).
۳. طباطبایی مؤتمنی، منوچهر، *حقوق اداری*، (تهران: سمت، چ ۱۱، ۱۳۸۴).

- مقالات

۴. امامیان، محمدصادق؛ ذوالفقاری، امیراحمد؛ محمدزاده، احسان و زمانیان، مرتضی، «نظام ملی تنظیم‌گری و ارتباط آن با نظام حکمرانی»، *گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی* <https://rc.majlis.ir/fa/report/show/1067009>
۵. راسخ، محمد، «مبانی و نظام حقوق سلامت عمومی در وضعیت اضطراری»، *تحقیقات حقوقی*، ش ۹۵ (۱۴۰۰).
۶. رحیمی تبار، پریسا و مصدق راد، علی محمد، «الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران مطالعه تطبیقی»، *علوم پزشکی رازی*، ش ۹ (۱۳۹۸).
۷. تنگستانی، محمدقاسم و مرادی برلیان، مهدی، «گستره نقش دولت در تنظیم و نظارت بر حرفه و کالت دادگستری»، *مطالعات حقوق عمومی*، ش ۲ (۱۴۰۰).
۸. هاشمی، سید محمد، «جامعه مدنی و نظام سیاسی»، *تحقیقات حقوقی*، ش ۲۳-۲۴ (۱۳۷۷).

ب) منابع انگلیسی

9. Allsop, Judy & Saks, Mike , *Regulating the Health Professions*. (London: Sage Publications, 2002).
10. Bayles, Michael, D, "Professional Power and Self-Regulation". *Business & Professional Ethics Journal*, Vol. 5, (1986)
11. Beach, Abigail & Davies, Celia, *Interpreting Professional Self-Regulation. In Interpreting Professional Self-Regulation: A History of the United Kingdom Central Council for Nursing*,

- Midwifery and Health Visiting*. (London:Routledge, 2013).
12. Bucher, Rue & Stelling, Joan, "Characteristics of Professional Organizations". *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 10, No.1, (1969).
 13. Chamberlain, John Martyn. *Medical Regulation, Fitness to Practise and Revalidation: A Critical Introduction*. (Policy Press, 2015).
 14. Chamberlain, J. M.; Dent, Mike; Saks, Mike, *Professional Health Regulation in the Public Interest: International Perspectives*. (Policy Press, 2018).
 15. Chelley, John & Roberts, Alex, Modern Professional Practice and its Future Structural Types of Professional Regulation: Comparative Case Studies in Australia and the UK, *Australian Research Council's Linkage Projects Funding Scheme Project*, (2016).
 16. Dixon-Woods, Mary, Yeung, Karen & Bosk, Charles. L. Why is UK Medicine no Longer a Self-Regulating Profession? The Role of Scandals Involving "Bad Apple" Doctors, *Social Science & Medicine*, Vol. 73, No. 10, (2011).
 17. Farrell, Anne-Maree, Devereux, J., Karpin, I. & Weller, P, *Health Law: Frameworks and Context* (Cambridge University Press, 2017).
 18. Garoupa, Nuno, "Regulation of Legal and Medical Professions in the Us and Europe: A Comparative Analysis" *Working Paper 2006 - 11*. [Http://www.fedea.es/pub/papers/2006/dt2006-11.pdf](http://www.fedea.es/pub/papers/2006/dt2006-11.pdf) (29. Oktober 2016).
 19. Health Professions Regulatory Advisory Council. A Review of a Review of The Minister of Health and Long-Term Care Health Professions Regulatory Advisory Council. (2001).
 20. Healy, Judith, Improving Patient Safety Through Responsive Regulation, <https://improve.bmj.com/improve-post/improving-patient-safety-through-responsive-regulation/> (2013)
 21. Healy, Judith. & Walton, Merrilyn. "Health Ombudsmen in Polycentric Regulatory Fields: England, New Zealand, and Australia", *Australian Journal of Public Administration*, 75, No 4, (2016).

22. Heidenheimer, Arnold. J., "Professional Knowledge and State Policy in Comparative Historical-Perspective-Law and Medicine in Britain, Germany and the United States", *International Social Science Journal*, VOL. 122, 1989).
23. Health Practitioner Regulation (Consequential Amendments) Bill 2010 (Cth).
24. Health Practitioner Regulation National Law Act 2009 (Qld).
25. Hprac. Transforming and Supporting Patient Care a Report to the Minister of Health and Long-Term Care on Mechanisms to Facilitate and Support Interprofessional Collaboration and a New Framework for the Prescribing and Use of Drugs by Non-Physician Regulated Heal. (2009). www.hprac.org
26. Bartle, Ian & Vass, Peter, *Self-Regulation and the Regulatory State*, (University of Bath, Research Report, 2005)
27. National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002, legislation.gov.uk 1 (2002).
28. Law Commission, Scottish Law Commission & Northern Ireland Law Commission, Regulation of Health Care Professionals, Regulation of Social Care Professionals in England. A Joint Consultation Paper. LCCP 202/ SLCDP 153 / NILC 12 (2012). http://lawcommission.justice.gov.uk/docs/cp202_regulation_of_healthcare_professionals_consultation.pdf.
29. Law, M. & Kim, S., "Specialization and Regulation: The Rise of Professionals and the Emergence of Occupational Licensing Regulation", *The Journal of Economic History*, Vol. 65, No. 3, (2005).
30. Leslie, Kathleen, Nelson, S., Deber, R. & Gilmour, J., "Policy Tensions in Regulatory Reform: Changes to Regulation of Health Professions in Australia, the United Kingdom, and Ontario, Canada", *Journal of Nursing Regulation*, Vol. 8, NO .4, (2018).
31. Marciano, Alain & Ramello, Giovanni (n.d.), *Encyclopedia of Law and Economics*, Springer (New York, NY, USA, Springer 2019).
32. Monteiro, A. Reis, *Self-regulation of the Teaching Profession: Present and Future*, (Springer, 2015)

33. Morgan, Bronwen & Yeung, Karen, *An Introduction to Law and Regulation. In An Introduction to Law and Regulation*, (Cambridge University Press, 2007).
34. Neal, M. & Morgan, J., “The Professionalization of Everyone? A Comparative Study of the Development of the Professions in the United Kingdom and Germany”, *European Sociological Review*, Vol. 16, NO .1, 2000).
35. O’Reilly, Patricia, *Health Care Practitioners : An Ontario Case Study in Policy Making* (University of Toronto Press, 2000).
36. Ogus, A. I, *Regulation: Legal Form and Economic Theory*, (Hart, 2004).
37. Parker, Christine, *The Open Corporation in the Open Corporation*, (Cambridge University Press, 2002).
38. Philipsen, Niels, J. “Regulation of Liberal Professions and Competition Policy: Developments in the EU and China”. *Journal of Competition Law and Economics*, Vol. 6, No. 2, (2009).
39. Regulated Health Professions Act, 1991. Retrieved August 2, 2021, from <https://www.ontario.ca/laws/statute/91r18>.
40. Reis Monteiro, A., *The Teaching Profession*. (Springer International Publishing, 2015).
41. Rostain, Tanina, *Self-Regulatory Authority, Markets, and the Ideology of Professionalism. In The Oxford Handbook of Regulation*. (Oxford University Press, 2010).
42. *Royal Commission Inquiry into Civil Rights, Reports: Ontario. Royal Commission Inquiry into Civil Rights. vol 1.* (1968). <https://archive.org/details/royalcommissioni04onta>.
43. S, R., C, O., H, K., L, B. & K, L, “Legislating Interprofessional Collaboration: A Policy Analysis of Health Professions Regulatory Legislation in Ontario, Canada”. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 29, No.4, 2015).