

Research Paper

Challenges for Public Participation in Health Legislation in Iran: A Qualitative Study



Ali Akhavan Behbahani<sup>1</sup>, \*Irvan Masoudi Asl<sup>2</sup>, Somayeh Hesam<sup>1</sup>, Mohsen Najafikhah<sup>3</sup>

1. Department of Health Services Management, Faculty of Management and Accounting, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Department of Healthcare Services Management, School of Health Management & Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. National Center for Health Law Research, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.



**Citation** Akhavan Behbahani A, Masoudi Asl I, Hesam S, Najafikhah M. [Challenges for Public Participation in Health Legislation in Iran: A Qualitative Study (Persian)]. Archives of Rehabilitation. 2021; 21(4):454-469. <https://doi.org/10.32598/RJ.21.4.555.2>

**doi** <https://doi.org/10.32598/RJ.21.4.555.2>



**ABSTRACT**

**Objective** This study aims to identify the challenges for public participation in health legislation in Iran.

**Materials & Methods** This is an exploratory and qualitative study. The study data were collected by using semi-structured interviews. The participants were experts in the field of health law with at least ten years of work experience. They had both experience and enough knowledge about the country's health system. All interviews were transcribed verbatim after recording and then analyzed using thematic analysis.

**Results** We identified five main categories (themes) and 26 subcategories related to challenges. The main themes included legal barriers, infrastructure barriers, sociocultural barriers, people's barriers, and legislators' barriers. The legal barriers had three subcategories of parliament's structure, legal requirements for participation, and facilitating laws. The infrastructure barriers had seven subcategories of the existence of mass media and communication networks, informing, ability to access to/meet the legislators, ability to categorize opinions, the possibility of electronic participation, financial resources, and structural facilities. The sociocultural barriers had three subcategories of people's desire to participate, belief in teamwork, and social capital. Barriers related to people included eight subcategories of access to information, access to legislators, getting answers or feedback from legislators, feeling safe after participation, people's awareness of their rights, education, ability to exchange views, and the existence of a highly-skilled expert team. Barriers related to legislators had nine subcategories of the desire to use others' opinions, capacity to accept different opinions, party-related factors, regional factors, administrative health, education, opportunity, priorities, and motivational factors.

**Conclusion** Iranian citizens have several challenges to participate in health legislation. Regarding legal challenges, it is necessary to determine the participation right of citizens in the legal system. Besides, members of parliament should be educated to use the capacity of public participation. On the other hand, people should speak freely with the legislators and gain health knowledge as well.

**Keywords:**

Health system, Legislation, Participation, Iran

\* **Corresponding Author:**

Irvan Masoudi Asl, PhD.

**Address:** Department of Healthcare Services Management, School of Health Management & Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

**Tel:** +98 (21) 22560578

**E-Mail:** masoudi\_1352@yahoo.com

## Extended Abstract

### Introduction

**T**here are many laws in the field of health. The law can give a person legal rights and impose legal obligations [1]. Although legislation alone cannot create the health system, it is necessary to promote the health system and its other components [2]. The essential questions in passing a law are how interest groups participate in drafting the law or passing it in the parliament and achieving favorable participation of interest groups [3]. Public participation can lead to better policy and implementation decisions, and therefore can be associated with achieving more public program's goals [4]. It has been stated that citizens' participation in legislation encourages public participation and community, which creates a sense of responsibility and desire to work in public life [5]. People's participation in legislation is sometimes direct and through a referendum, sometimes in various forms and by the legislature [6]. The legitimacy and sustainability of any critical policy decision depend on how it reflects the people's core values. Ordinary citizens, as well as interest groups, should be aware of this policy [7]. The general public is unaware of most legislative issues in the field of health. Instead, legislation is done by those who act in their interests and ultimately reap the benefits [8].

The World Health Organization believes that participatory democracy is inevitable in the field of health and involves everyone. In this context, health rules should be the result of a process that is related to participatory accountability and participatory budgeting [9]. Many cases of participatory democracy in health can be seen in the European Union. For example, the UK's Department of Health and Social Care used the "have you say" mechanism for citizens to comment on a draft of the structural reform plan for the national health services [10]. The assistance of volunteers in the Steering Committee was used to draft the Green Book for public health reform in the Republic of Macedonia [11]. Expanding mechanisms for public participation in the legislative process is the key to building a health democracy. In a community where health democracy prevails, citizens can participate in the decision-making process and have equal access to the services provided by the public health system [12].

Thus, people should be able to participate in legislation in the health sector. However, this participation requires resources and also faces challenges. Considering that no study has been conducted on people's participation in legislation in Iran's health sector, this study was conducted to investigate desirable and efficient methods of participation in legislation in the health sector and their use in Iran.

## Materials and Methods

This research is an exploratory and qualitative study. The data collection method was semi-structured interviews with selected participants. The researcher conducted all interviews. The interview content was prepared based on the objectives of the research and reviewing the previous studies. The participants were 20 knowledgeable individuals (university professors, members of parliament, former health ministers, experts working in the Deputy of Law of the Parliament, health and legal experts at the Parliament Research Center, experts and managers working in the field of health legislation) with at least ten years of work experience (Table 1). They had experience in legislation and had enough knowledge about the country's health system. Before the interview, a brief explanation of the research and its objectives was provided to the participants. Then, they were assured of the confidentiality of their information. Finally, the participants permitted to record the interviews. During the interviews, the notes were taken to confirm the data's accuracy at the end of each interview by re-stating and returning the highlights or a summary of the participants' answers. All interviews were transcribed verbatim after recording. Guba and Lincoln's evaluative criteria were used to ensure the study's validity and reliability [13]. These criteria were credibility, transferability, dependability, and confirmability.

To analyze the findings of this stage, we used the framework analysis. In the introductory phase, a communication-content summary was designed for each interview. The initial conceptual framework was designed based on the study literature, interview questions, and conceptual guide. In the next step, the interviews were implemented. Different sections of the data were then coded based on thematic relevance. These codes were reviewed, modified, and finalized. After this stage, the relationship between primary and secondary concepts was analyzed. The references were made to the conducted interviews, and, if necessary, some content was added to the analytical tables.

## Results

Based on 20 interviews and the study objectives, five main themes of (a) legal barriers, (b) infrastructural barriers, (c) sociocultural barriers, (d) people's barriers, and (e) legislators' barriers, as well as 26 sub-themes (categories) were identified.

### Legal Barriers

Some participants stated that "The law provides opportunities for participation but is not binding at all" (participants

**Table 1.** Characteristics of participants

No.	Field of Activity	Place of Activity
1-5	Member of parliament	The Iranian parliament
6, 7	Secretary of the parliamentary faction	The Iranian parliament
8-12	Expert in the field of health, legislation, law, and parliament	Ministry of health and medical education
13-17	Expert in the field of health, law, parliamentary studies	The parliament research center
18	Manager in the field of health	Health insurance organization
19	Manager in the field of health	Iranian medical council
20	Manager in the field of health	Social security organization

Archives of  
**Rehabilitation**

No. 5, 9, 12, 13, 14, and 17). Others said, “It is true that there are some provisions in the law that allow people’s participation, but members of parliament are not obliged to pay attention to it” (participants No. 3, 6, 8, 9, 12, and 15). One believed that the law needs to be amended (participant No. 1). “In other laws, counseling has been advised for some cases. For example, in the law of Iranian Medical Council approved in 2004, the organization is obliged to comment on plans and bills in the field of health, but they are not taken seriously” (participant No. 19).

### Infrastructural barriers

Some participants believed that the physical environment was problematic: “Even the parliamentary environment lacks a good space for people to attend” (participants No. 2, 3, 4, and 5). On the other hand, some believed that inviting to meetings was without rules and interests: “invitation to the parliamentary commissions depends entirely on the interest of the individuals, especially the head of the commission” (participants No. 2, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 19, and 20). “It is practically impossible for people to be present in the parliamentary factions” (Participant No. 7). The participants’ lack of information and the lack of facilities to inform them were other points reported: “There is not enough information available for people to comment” (participants No. 7, 8, 14, 17). “When we hear of a health plan, it has been too late” (participants No. 19 and 20).

### Sociocultural Barriers

Gaining people’s trust and not getting proper feedback from the participation were reported as necessary by some participants: “People need to be assured that their opinions are effective” (participant No. 3). “This process should not be expected to continue when you comment regularly but

do not receive feedback” (participant No. 17). “Our people do not believe in participation because they do not believe that they are important” (participant No. 1).

### People’s barriers

Several participants endorsed people’s empowerment: “The organization must increase its expertise” (participant No. 19). “In many cases, people do not know how to express what they mean” (participant No. 4). “The capacities of the law have been left unused because of the people’s inability; for democracy, you need practice” (participant No. 16). Another factor reported in the interviews was health exclusivity: “Health is for professionals, and people are less allowed to enter” (participant No. 15). “In this field, only the medical system and associations should enter” (participant No. 19). Some participants pointed out that not receiving feedback would discourage people: “People should be given feedback so that they do not think that their presence is just a show” (participant No. 11). Some believed that it is necessary to define a model or models for participation: “There is currently no clear model for public participation in lawmaking” (participant No. 15). Some indicated the Members of Parliament (MPs)’s concerns are other issues: “The MPs do not have time to legislate because they are busy with the constituency works; their priorities are something else” (participant No. 3).

### Legislators’ Barriers

Some participants noted that the MPs do not have listening skills: “The MP must have a listening ear” (participant No. 10). Several interviewees also expressed the obligation to answer and evaluate MPs’ performance: “The MPs are not accountable; hence, they do not listen to anyone” (participant No. 9). According to some participants, many MPs

**Table 2.** Challenges of participating in legislation in the health sector

Main Theme	Category	Subcategory
Legal barriers	Parliament structure, Legal requirements for participation, Facilitating laws	- Problems in the rules of procedure of the parliament, Existence of legal possibility for participation, No requirement to take advantage of people's opinions, - Lack of enough time to participate
Infrastructural barriers	Existence of mass media and communication network, Informing, Ability to access to/meet the legislators, Ability to categorize comments, Possibility of electronic participation, Financial resource, Structural facilities	Lack of reliable information and data, weakness in informing interest groups, inefficiency in information system, Lack of access to MPs
Sociocultural barriers	People's desire to participate, Belief in teamwork, Social capital	People's lack of trust, Not getting proper feedback from the participation, Lack of belief in the influence of participation
People's barriers	Access to information, Access to legislators, Getting answers or feedback from legislators, Feeling safe after participation, People's awareness of their rights, Education, Ability to exchange views, Existence of a highly skilled expert team	People's lack of dignity and not be allowed to participate in political and health systems, Monopoly in the field of health, No Non-Governmental Organizations (NGOs) and models for public participation, Lack of research on the subject, Not receiving feedback
Legislators' barriers	Desire to use the opinions of others, Capacity to accept different opinions, Party-related factors, Regional factors, Administrative health, Education, Enough opportunity, Priorities, Motivational factors	Ignoring the views and participation of interest groups in the health sector, Problems in the structure and design of the legislative department, Lack of information about the performance of MPs, Lack of familiarity with tasks

Archives of  
**Rehabilitation**

are not familiar with the basics of legislation and parliamentary principles, and this makes it impossible for them to use the participation of interest groups: "Our parliament is the parliament of commons; many MPs here are just getting acquainted with the duties of a representative and the legislative process because we do not have a trained party system; so, they do not know what capacities exist or should be used" (participant No. 2).

Table 2 summarizes the main themes, categories, and subcategories obtained from the interviews.

## Discussion and Conclusion

This study aimed to identify the challenges of participation in legislation in the health sector. The results showed that these challenges could be classified into five groups: legal barriers, infrastructural barriers, sociocultural barriers, people's barriers, and legislators' barriers. Offenbacher divided the barriers to effective public participation into perceptual, political, and supportive [14]. Khodayari et al. reported that the main barriers to NGOs' participation in health sector policies are the government and how NGOs operate [15].

The laws of different countries have restrictions and possibilities for people's participation in legislation. In Hungary,

for example, the CXXXI Act on Public Participation was passed in 2010. According to this law, in drafting the law, public consultations are conducted within the framework. Public consultation is required and available to the public [16]. In Russia, the Federal Law on the Prosecutor-General's Office of the Russian Federation was adopted in 2005, establishing the Public Office as the mediator between society and the government, with the task of evaluating various legislative proposals from the point of view of the public interest [17]. In South Africa, an organization with a similar purpose called "the People's Assembly" meets once a year. The assembly was first formed in 2004 [18]. Lack of sufficient time (according to the Rules of Procedure) to receive public opinion has also been reported as a challenge in Canada and the United Kingdom [19]. Aghaii pointed to the issue of legal restrictions and noted that only in a minimal number of laws and regulations, the institution responsible for enacting regulations is required or is free to consult with other institutions [20]. Khodayari et al. also concluded that legal support and supportive laws could help realize NGOs' potential in legislation [15].

Providing the necessary infrastructure is one of the critical points in attracting people's participation in legislation. To attract participation, for example, the Brazilian Parliament has provided e-Democracia service [21]. Portugal has been exercising its citizens' legislative initiative since 2003, under

which the initiative must have more than 35000 signatures of voters for debate in parliament [22]. This concern has also been seen in other countries, such as South Africa, where public participation is low due to lack of access [23]. The room where MPs and people are present also plays a vital role in public participation [24]. The Iranian Parliamentary Research Center has also emphasized the role of the existing parliamentary infrastructure and strengthening them in the bill for direct citizen participation in legislative affairs [25].

People's trust was a crucial factor in the challenges related to sociocultural barriers. Valmorbida also emphasized the need for a relationship between institutions and citizens [26]. Safari emphasized the role of social and cultural factors and reported that the main factors of ensuring public participation are the awareness and interest of the people and the prevalence of education and cooperation in society [27]. Another barrier identified in our study was those related to people. There is a significant point in this area, which is the lack of a shared dialogue between legislators and participants in health. In 1997, the Canadian Association of Health Services and Policy Research recognized the lack of familiarity of policymakers with the research world and reported that knowledge brokers play a role in promoting evidence-based decision-making [28]. The problem of access to information has been reported in different countries, and different measures have been taken to solve this problem. Challenges such as lack of information about parliament have also been reported in South Africa. To resolve this problem, a drafted bill and a call for participation are published via the radio, the Internet, and newspapers [29]. Civic education is a fundamental strategy to increase people's participation and confidence in the legislative process. Research shows that the variables of income, occupation, education, socioeconomic status, urbanization, and organizational membership affect political participation [30].

Regarding the barriers related to legislators, the MPs' knowledge and training in administrative health are essential. If citizens constantly send the necessary feedbacks to the MPs, they will have to work hard to improve their performance [31]. Beetham noted that there are always concerns about the undue influence that some influential and affluent organizations may have on the legislative process [32]. Rostami also stated that obtaining opinions and consultations mainly depends on the authority and initiative of the head of the commissions or the request and proposal of their members. This study focused on the challenges of participation. It is suggested that further studies be conducted to identify factors that address these challenges and factors that facilitate public participation in legislation in the health sector from the perspective of various interest groups. One of the limitations of the present study

was the reluctance of some experts and policymakers to participate in the study. Moreover, because of some experts' busy schedules, it was impossible to interview them, or the interviews were done in a short time.

One of the challenges for public participation in the legislative process in the health sector is the uncertainty about citizens' participation right in the legal system. To address sociocultural challenges, maximum transparency and publicity should be made for public participation. In the meantime, MPs need the training to use the capacity of public participation. On the other hand, participants should speak freely with legislators, besides gaining knowledge in health.

## Ethical Considerations

### Compliance with ethical guidelines

All ethical principles are considered in this article.

### Funding

This study was extracted from the PhD. dissertation of first author at Department of Health Services Management, Faculty of Management and Accounting, South Tehran Branch, Islamic Azad University.

### Authors' contributions

Validation, conceptualization, case management, Methodology, editing and finalization: Ali Akhavan Behbahani, Irvan Masoudi Asl, Somayeh Hesam, Mohsen Najafikhah; Drafting, Research: Ali Akhavan Behbahani.

### Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

## مقاله پژوهشی

## چالش‌های مشارکت در قانون‌گذاری در بخش سلامت (مطالعه کیفی)

علی اخوان بهبهانی<sup>۱</sup>، ایروان مسعودی اصل<sup>۲</sup>، سمیه حسام<sup>۱</sup>، محسن نجفی‌خواه<sup>۳</sup>

۱. گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و حسابداری، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
۲. گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
۳. مرکز ملی تحقیقات حقوق سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

## حکیده

تاریخ دریافت: ۱۳ خرداد ۱۳۹۹  
تاریخ پذیرش: ۱۵ شهریور ۱۳۹۹  
تاریخ انتشار: ۱۲ دی ۱۳۹۹

**هدف:** هدف این مطالعه شناسایی چالش‌های مشارکت مردم در قانون‌گذاری در بخش سلامت در ایران است.

**روش بررسی:** مطالعه حاضر از نظر هدف، اکتشافی و از نظر فرایند اجرا، کیفی بود. روش گردآوری داده‌ها با روش مصاحبه نیمه‌ساختارمند و هدفدار با شرکت‌کنندگان، انتخابی بود. جامعه پژوهش مشتمل بر افراد آگاه و کلیدی (شامل استادان دانشگاه، نمایندگان مجلس، وزیر سابق بهداشت، کارشناسان معاونت قوانین مجلس، کارشناسان حوزه سلامت و حقوقی مرکز پژوهش‌های مجلس، صاحب‌نظران و مدیران شاغل در حوزه قانون‌گذاری سلامت با حداقل ده سال سابقه کار بود. این افراد در زمینه قانون‌گذاری تجربه داشته و همچنین در خصوص نظام سلامت کشور نیز آگاهی کافی داشتند. تمامی مصاحبه‌ها ضبط و سپس به صورت متن بازنویسی شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تماتیک انجام گرفت.

**یافته‌ها:** بر اساس بیست مصاحبه انجام‌شده در این مطالعه پنج درون‌مایه اصلی و ۲۶ درون‌مایه فرعی (طبقه) ایجاد شد. گروه اصلی مشتمل بر عوامل قانونی، عوامل زیرساختی، عوامل فرهنگی و اجتماعی، عوامل مربوط به مشارکت‌کنندگان (مردم) و عوامل مربوط به مشارکت‌پذیران (قانون‌گذاران) بود. در عوامل قانونی سه زیرطبقه ساختار پارلمان، الزامات قوانین برای نظرخواهی و تسهیلات قوانین؛ در عوامل زیرساختی هفت زیرطبقه شبکه ارتباطات وجود و وسایل ارتباط جمعی، اطلاع‌رسانی، امکان دسته‌بندی نظرات، امکان مشارکت الکترونیک، امکانات مالی، امکانات ساختاری و امکان دسترسی / ملاقات با قانون‌گذاران؛ در عوامل فرهنگی و اجتماعی سه زیرطبقه مشارکت‌جویی مردم، اعتقاد به کار گروهی و سرمایه اجتماعی؛ در عوامل مربوط به مشارکت‌کنندگان دسترسی به اطلاعات، دسترسی به قانون‌گذاران، دریافت پاسخ یا بازخورد از قانون‌گذاران، احساس امنیت پس از ارائه مشورت، میزان آگاهی مردم از حقوق خود، آموزش، امکان تبادل نظر و وجود تیم کارشناسی قوی و در عوامل مربوط به مشارکت‌پذیران سه زیرطبقه میل به استفاده از نظرات دیگران، ظرفیت پذیرش نظرات متفاوت، عوامل حزبی، عوامل و مصالح منطقه‌ای، سلامت اداری، آموزش، فرصت کافی، اولویت‌ها و عوامل انگیزشی ایجاد شد.

**نتیجه‌گیری:** چالش‌های متعددی در مشارکت شهروندان در فرایندهای قانون‌گذاری در بخش سلامت وجود دارد. در حوزه قوانین لازم است حق مشارکت شهروندان در سیستم حقوقی مشخص شود. برای رفع چالش‌های فرهنگی و اجتماعی باید شفافیت و تبلیغات حداکثری برای مشارکت مردم صورت پذیرد. در این بین نمایندگان نیز نیاز به آموزش دارند تا بتوانند از ظرفیت مشارکت جامعه استفاده کنند. از طرفی مشارکت‌کنندگان نیز علاوه بر تسلط بر دانش در حوزه سلامت باید بتوانند به زبان سیاست‌گذاران نیز سخن بگویند.

## کلیدواژه‌ها:

نظام سلامت، مشارکت، قانون‌گذاری، ایران

## مقدمه

خدمات درمانی باشد [۱]. هرچند قانون‌گذاری به تنهایی نمی‌تواند راهگشای نظام سلامت باشد، ولی در کنار سایر مؤلفه‌ها برای پیشبرد نظام سلامت ضروری است [۲].

یکی از سؤال‌های مهمی که در تصویب یک قانون وجود دارد؛ نحوه مشارکت ذی‌نفعان در فرایند تدوین قانون است. این

عملکردهای قانون در حوزه سلامت بسیار است. قانون می‌تواند حقوق قانونی به فرد بدهد و تعهدات قانونی را تحمیل کند. تأثیر قانون می‌تواند در زمینه تنظیم رفتار، مجوز برنامه‌ها، تنظیم منابع برای خدمات درمانی از جمله منابع انسانی و تأمین بودجه

## \* نویسنده مسئول:

دکتر ایروان مسعودی اصل

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی.

تلفن: +۹۸ ۲۲۵۶۰۵۷۸ (۲۱)

رایانامه: masoudi\_1352@yahoo.com

سیاسی از آن و در نهایت بهره‌برداری از مزایای آن هستند [۸]. سازمان بهداشت جهانی معتقد است در حوزه سلامت، دموکراسی مشارکتی اجتناب‌ناپذیر است و شامل همه افراد می‌شود. در این شرایط قوانین حوزه سلامت باید نتیجه فرایندی باشد که با مسئولیت‌پذیری، مشارکت و بودجه‌ریزی مشارکتی در سلامت مرتبط باشد [۹].

موارد بسیاری از دموکراسی مشارکتی در حوزه سلامت در اتحادیه اروپا قابل مشاهده است؛ به عنوان مثال وزارت بهداشت انگلستان در مورد پیش‌نویس طرح اصلاح ساختاری برای خدمات ملی بهداشت از مکانیسم «گفته شما»<sup>۱</sup> برای اظهار نظر شهروندان استفاده کرد [۱۰] یا در تهیه پیش‌نویس کتاب سبز به عنوان بخشی از مراقبت‌های بهداشتی، در اصلاحات بهداشت عمومی در جمهوری مقدونیه از کمک داوطلبان در کمیته راهبری اصلاحات نظام سلامت استفاده شد [۱۱].

گسترش سازوکارها برای مشارکت جامعه در فرایند قانون‌گذاری اصلی‌ترین مسیر برای ایجاد یک دموکراسی سلامت است. در محیطی که دموکراسی سلامت حکم‌فرماست امکان مشارکت جامعه در فرایند تصمیم‌گیری، دسترسی و برابری به خدمات ارائه‌شده توسط سیستم بهداشت عمومی فراهم می‌آید [۱۲].

با توجه به مطالب مذکور ضرورت دارد مردم بتوانند در قانون‌گذاری در بخش سلامت مشارکت داشته باشند، اما این مشارکت نیاز به ملزوماتی دارد و با چالش‌هایی نیز مواجه است با توجه به اینکه مطالعه‌ای در خصوص مشارکت مردم در قانون‌گذاری در بخش سلامت در کشور انجام نگرفته این مطالعه با هدف، دستیابی به تجربیات و شیوه‌های مطلوب و کارآمد مشارکت در قانون‌گذاری در بخش سلامت و بهره‌برداری از آن‌ها صورت پذیرفت.

### روشن‌بررسی

مطالعه حاضر از نظر هدف، اکتشافی و از نظر فرایند اجرا، کیفی بود. روش گردآوری داده‌ها با روش مصاحبه نیمه‌ساختارمند و هدف‌دار با شرکت‌کنندگان، انتخابی بود. تمامی مصاحبه‌ها توسط پژوهشگر صورت پذیرفت. برای انجام مصاحبه‌ها از راهنمای مصاحبه که بر اساس اهداف پژوهش و محورهای حاصل از مرور منابع تهیه شده بود استفاده شد. جامعه پژوهش مشتمل بر افراد آگاه، شامل استادان دانشگاه، نمایندگان مجلس، وزرای سابق بهداشت، کارشناسان معاونت قوانین مجلس، کارشناسان حوزه سلامت و حقوقی مرکز پژوهش‌های مجلس، صاحب‌نظران و مدیران شاغل در حوزه قانون‌گذاری سلامت (با حداقل ده سال سابقه کار) بود که در زمینه قانون‌گذاری تجربه داشته و همچنین در خصوص نظام سلامت کشور نیز آگاهی کافی داشتند. پیش

مشارکت شامل مشارکت در تدوین پیش‌نویس قانون یا تصویب آن در پارلمان است. چگونه می‌توانیم سازوکاری برای مشارکت مطلوب ذی‌نفعان و همچنین فرایند قانون‌گذاری به دست آوریم؟

مشارکت مردم در تصویب قوانین جزء مهم دموکراسی به حساب می‌آید. این مشارکت چندین نقش مهم را برعهده دارد: ۱. شرایط لازم را برای شهروندان ایجاد می‌کند که نه در طول انتخابات، بلکه به طور منظم در زندگی سیاسی شرکت کنند. ۲. چارچوبی را برای شهروندان ایجاد می‌کند که از منافع قانونی خود دفاع کنند و از این رو به پیشرفت یک جامعه دموکراتیک کمک می‌کند. ۳. کار مقامات دولتی را شفاف‌تر و نزدیک‌تر به حوزه‌های انتخابیه خود می‌کند. ۴. به کیفیت سیاست‌گذاری عمومی اتخاذشده و اجرای آرام آن کمک می‌کند. ۵. نقش نظارتی سازمان‌های غیردولتی را در اجرای سیاست‌های اتخاذشده تسهیل می‌کند [۳].

درواقع مشارکت عمومی می‌تواند منجر به تصمیم‌گیری‌های بهتر در زمینه سیاست و اجرا شود و از این رو می‌تواند با دست‌یابی بیشتر به اهداف برنامه‌های عمومی همراه باشد [۴].

مشارکت مردم در قانون‌گذاری با توجه به غلبه دموکراسی غیرمستقیم یا نماینده‌سالار در نظام‌های قانون‌گذاری کنونی ممکن است سؤال‌برانگیز باشد. اما شواهد تجربی متعددی نشان داده است که میزان رضایت از نهادها و فرایندهای دموکراسی رو به کاهش است به همین دلیل، باید به دنبال راه‌هایی بود تا مردم در تصمیم‌گیری سیاسی مستقیم بگویند چه می‌خواهند. تئوری‌های دموکراسی مشارکتی ادعا می‌کنند که اشکال مستقیم‌تر درگیر شدن شهروندان، عواقب مثبتی بر دموکراسی دارد. این ادعا وجود دارد که مشارکت شهروندان مشارکت عمومی و احساس اجتماع را ترغیب می‌کند، احساس شهروندی عمومی، احساس مسئولیت و تمایل به فعالیت در زندگی عمومی را ترغیب می‌کند [۵].

مشارکت مردم در قانون‌گذاری گاهی به صورت مستقیم و از طریق همه‌پرسی است. گاهی نیز مشارکت مردم به اشکال مختلف و از طریق قوه مقننه صورت می‌پذیرد [۶].

مشروعیت و پایداری هر تصمیم مهمی در سیاست بستگی به این موضوع دارد که چگونه ارزش‌های اساسی مردم را منعکس می‌کند. از آنجایی که دولت‌ها روی گزینه‌های سیاستی دشوار و گاهی غیرقابل تحقق مراقبت‌های سلامت فکر می‌کنند، شهروندان «غیر سازمان‌یافته» عادی و همچنین گروه‌های ذی‌نفع «سازمان‌یافته» قدرتمند، باید از این سیاست مطلع شوند. [۷]. از آنجایی که بیشتر موضوعات قانون‌گذاری در حوزه سلامت چندان رسانه‌ای و بحث‌برانگیز نیستند و عموم مردم از آن بی‌اطلاع هستند، افراد تقاضای کمی برای مشارکت در قانون‌گذاری دارند. در عوض، قانون‌گذاری توسط کسانی سامان‌دهی شده که در جهت منافع خودشان عمل می‌کنند و مایل به پشتیبانی

1. Have your say

کشیدن نقشه<sup>۱۳</sup>. این شیوه به صورت اختصاصی برای تحلیل تفسیر داده‌های کیفی طراحی شده است.

در مرحله آشنایی خلاصه ارتباطی محتوایی برای هریک از مصاحبه‌ها طراحی شد. چارچوب مفهومی اولیه بر اساس ادبیات پژوهش، سؤالات راهنمای مصاحبه‌ها و راهنمای مفهومی طراحی شد. در مرحله بعد پیاده‌سازی مصاحبه‌ها انجام شد. سپس بخش‌های مختلف داده‌های مربوط به مصاحبه‌ها بر اساس ارتباط موضوعی از طریق یک یا چند کد نمایه شد. این کدها بارها و بارها مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفتند و سرانجام نهایی شدند. بعد از این مرحله، رابطه میان مفاهیم اصلی و فرعی نیز شناسایی و تحلیل شد. در هر کجا که لازم شد به مصاحبه‌های پیاده‌سازی شده مراجعه شد و در صورت نیاز، مطالبی نیز به جداول تحلیلی اضافه شد مشخصات افراد شرکت‌کننده در تحقیق در جدول شماره ۱ آورده شده است.

### یافته‌ها

بر اساس بیست مصاحبه حضوری انجام‌شده و با توجه به هدف مطالعه که بررسی چالش‌های موجود در مشارکت مردم در قانون‌گذاری بود پنج درون‌مایه اصلی (عوامل قانونی، عوامل زیرساختی، عوامل فرهنگی و اجتماعی، عوامل مربوط به مشارکت‌کنندگان (مردم) و عوامل مربوط به مشارکت‌پذیران (قانون‌گذاران) انتخاب شد و ۲۶ درون‌مایه فرعی (طبقه) ایجاد شد.

### عوامل قانونی

برخی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌کردند جایگاه مستحکمی برای مشارکت مردم وجود ندارد و هیچ‌کدام از قوانین هم الزام‌آور نیست. «در قانون امکاناتی در نظر گرفته شده ولی اصلاً الزام‌آور نیست» (مصاحبه‌های ۵، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۷) «درست است که در قانون مواردی پیش‌بینی شده که مردم می‌توانند مشارکت کنند، اما نمایندگان الزامی برای توجه به آن ندارند» (مصاحبه‌های ۳، ۶، ۸، ۹، ۱۲ و ۱۵).

برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند قانون نیاز به اصلاح دارد. «حتماً آیین‌نامه داخلی مجلس باید اصلاح شود» (مصاحبه ۱). «در برخی موارد نیز در سایر قوانین شأنتی برای مشاوره قائل می‌شوند؛ به عنوان مثال در قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۸۳، سازمان مکلف به اظهار نظر در خصوص طرح‌ها و لوایح حوزه سلامت شده است، اما آن هم جدی گرفته نمی‌شود» (مصاحبه ۱۹).

### عوامل زیرساختی

زیرساخت‌ها نقش تعیین‌کننده‌ای در نحوه و میزان مشارکت

13. Mapping and interpretation

از شروع مصاحبه، ابتدا مرور کوتاهی بر پژوهش و اهداف آن در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار داده شد و ضمن اطمینان دادن درباره حفظ محرمانگی داده‌ها، پس از کسب اجازه برای ضبط مصاحبه، مباحث جلسات مصاحبه با اجازه مصاحبه‌شوندگان ضبط شد. همچنین در هنگام مصاحبه‌ها تا حد امکان از مطالب بیان‌شده یادداشت‌برداری شد تا در حین و پایان هر مصاحبه با بیان مجدد و بازگرداندن نکات برجسته یا خلاصه‌ای از پاسخ‌های مشارکت‌کنندگان، درستی و صحت داده‌ها به تأیید برسد.

تمامی مصاحبه‌های ضبط و به صورت متن بازنویسی شد. برای این منظور پژوهشگر مصاحبه‌ها را در چند نوبت به دقت گوش داد و متن پیاده‌شده را چندین بار مرور و مطالعه کرد. تخصیص زمان کافی<sup>۲</sup> برای جمع‌آوری داده‌ها، در کنار بازخوانی مکرر مستندات، متون پیاده‌شده و یادداشت‌های تهیه‌شده، ارتباط عمیق پژوهشگر با داده‌های گردآوری‌شده را برقرار کرد. برای تأمین روایی و پایایی مطالعه از روش ارزیابی لینکلن و کوبا<sup>۳</sup> استفاده شد [۱۳]. بر پایه این روش، چهار معیار موثق بودن و اعتبارپذیری<sup>۴</sup>، انتقال‌پذیری<sup>۵</sup>، اطمینان‌پذیری<sup>۶</sup> و تأییدپذیری<sup>۷</sup> جهت ارزیابی در نظر گرفته شد. برای هر کدام از این معیارها اقدامات زیر انجام گرفت.

اعتبار: صرف زمان کافی برای پژوهش، تأیید داده‌های مصاحبه توسط مصاحبه‌شونده پس از پیاده‌سازی، اطمینان از صحت کدگذاری با استفاده از دو نفر کدگذار دیگر برای کدگذاری چند مصاحبه ابتدایی، یادداشت‌برداری در طول مصاحبه.

انتقال‌پذیری: کسب نظر چند نفر از متخصصان که در پژوهش مشارکت نداشتند.

اطمینان‌پذیری: ثبت و ضبط تمامی جزئیات پژوهش و یادداشت‌برداری در حین انجام کار.

تأییدپذیری: مستندسازی گام‌های پژوهش، ثبت جزئیات روش تحقیق، وارسی موارد متضاد و منفی به منظور یافتن دلایل این تناقضات در یافته‌ها. همچنین متن چند مصاحبه اولیه به دو نفر از استادان تحقیق کیفی ارائه شد تا روند کدگذاری مورد تأیید قرار گیرد.

به منظور تحلیل یافته‌های این مرحله از روش تحلیل چارچوبی<sup>۸</sup> استفاده شد. این روش دارای پنج مرحله بود: آشنایی<sup>۹</sup>، شناسایی یک چارچوب موضوعی<sup>۱۰</sup>، نمایه کردن<sup>۱۱</sup>، ترسیم جداول<sup>۱۲</sup> و

2. Prolonged engagement
3. Guba & Lincoln
4. Credibility
5. Transferability
6. Dependability
7. Confirmability
8. Framework analysis
9. Familiarization
10. Identify a thematic framework
11. Indexing
12. Charting



## جدول ۱. مشخصات افراد شرکت‌کننده در مصاحبه

شماره افراد شرکت‌کننده	حوزه فعالیت	سازمان
۵-۱	نماینده مجلس	مجلس شورای اسلامی
۶-۷	دبیر کمیسیون یا فراکسیون مجلس	مجلس شورای اسلامی
۸-۱۲	کارشناس حوزه سلامت، قانون‌گذاری، حقوقی و پارلمانی	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
۱۳-۱۷	کارشناس حوزه سلامت، حقوقی، مطالعات پارلمانی	مرکز پژوهش‌های مجلس
۱۸	مدیر حوزه سلامت	سازمان بیمه سلامت
۱۹	مدیر حوزه سلامت	سازمان نظام پزشکی
۲۰	مدیر حوزه سلامت	سازمان تأمین اجتماعی

توانبخشنی

باور به تأثیرگذاری در سخنان مصاحبه‌شوندگان مورد تأیید قرار گرفت: «مردم ما اعتقاد به مشارکت ندارند چون باور ندارند که مهم هستند» (مصاحبه ۱).

## عوامل مربوط به مشارکت‌کنندگان

توانمندسازی مشارکت‌کنندگان توسط تعدادی از مصاحبه‌شوندگان مورد تأیید قرار گرفت. «سازمان باید توان کارشناسی خود را بالا برد» (مصاحبه ۱۹). «مردم در بسیاری موارد نمی‌دانند باید چگونه منظور خود را برسانند» (مصاحبه ۴). ظرفیت‌های قانون به علت عدم توان مردم بدون استفاده مانده است. دموکراسی تمرین می‌خواهد» (مصاحبه ۱۶).

موضوع دیگری که در مصاحبه‌ها مد نظر قرار گرفت حوزه انحصاری سلامت بود. «سلامت حوزه متخصصان است و کمتر به مردم اجازه ورود می‌دهند» (مصاحبه ۱۵). «بهتر است در این حوزه صرفاً نظام پزشکی و انجمن‌ها ورود کنند» (مصاحبه ۱۹).

برخی مصاحبه‌شوندگان اشاره داشتند نگرقتن بازخورد موجب از بین رفتن انگیزه مردم می‌شود. «باید بازخورد به افراد داده شوند که فکر نکنند حضورشان صرفاً نمایشی است» (مصاحبه ۱۱).

عده‌ای از مصاحبه‌شوندگان اشاره داشتند که لازم است مدل یا مدل‌هایی برای مشارکت تعریف شود. «الان مدل مشخصی برای مشارکت مردم در تدوین قوانین وجود ندارد» (مصاحبه ۱۵).

برخی مصاحبه‌شوندگان نیز دغدغه‌های نمایندگان را مسائل دیگری می‌دانستند. «نماینده فرصت ندارد وقت کافی برای قانون‌گذاری بگذارد؛ چون دنبال کارهای حوزه انتخابیه است. درواقع اولویت او چیز دیگری است» (مصاحبه ۳).

## عوامل مربوط به مشارکت‌پذیران

فرایند مشارکت دو عامل اصلی دارد: قانون‌گذاران و شهروندان. هر دو عامل باید روند خود را در ایجاد ظرفیت، آموزش و توسعه

مردم در قانون‌گذاری دارند. امکان دسترسی به قانون‌گذاران، امکان ارسال نظرات، اطلاع‌رسانی به موقع و مؤثر و غیره همگی در مشارکت مردم تأثیرگذار است.

برخی مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند محیط فیزیکی مشکل‌آفرین است. «حتی محیط مجلس فضای خوبی برای حضور مردم ندارد» (مصاحبه ۲، ۳، ۴ و ۵). از طرفی تعدادی معتقد بودند دعوت به جلسات بدون قاعده و سلیقه‌ای است. «دعوت به کمیسیون‌ها کاملاً بسته به سلیقه افراد و به خصوص رئیس کمیسیون است» (مصاحبه ۲، ۶، ۱۲، ۱۹، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶ و ۲۰). «از طرفی در فراکسیون‌ها عملاً مردم امکان حضور ندارند» (مصاحبه ۷).

نقص اطلاعات مشارکت‌شوندگان و عدم امکانات برای اطلاع‌رسانی به آن‌ها نکته دیگری بود که مورد توجه قرار گرفت. «اطلاعات کافی در اختیار مردم قرار ندارد که بتوانند نظر دهند» (مصاحبه ۱۴، ۸، ۷ و ۱۷). «زمانی ما از وجود یک طرح در حوزه سلامت خبر دار می‌شویم که دیگر کار از کار گذشته است» (مصاحبه ۱۹ و ۲۰).

## عوامل فرهنگی و اجتماعی

دموکراسی اساساً یک روند قانونی است، اما عناصر فرهنگی و اجتماعی را در جامعه مورد توجه قرار می‌دهد. بنابراین در نظر گرفتن وجود رابطه بین نهادها و شهروندان ضروری است. قانون‌گذاری بدون در نظر گرفتن یک روند مداوم اطلاعات، گفت‌وگو و تبادل با شهروندان امکان‌پذیر نیست و باید در نظر داشت اعتمادبه‌نفس باید در هر دو طرف ایجاد شود.

در مصاحبه‌ها جلب اعتماد مردم و نگرقتن بازخورد مناسب از مشارکت یکی از نکات قابل توجه بود: «مردم باید اعتماد داشته باشند که نظراتشان مؤثر است» (مصاحبه ۳). «وقتی مرتب نظر می‌دهی ولی بازخوردی نمی‌گیری نباید انتظار داشت این فرایند ادامه یابد» (مصاحبه ۱۷).

جدول ۲. چالش‌های مشارکت در قانون‌گذاری در بخش سلامت

زیرطبقه	درون‌مایه فرعی (طبقه)	درون‌مایه اصلی
مشکلات آیین‌نامه داخلی مجلس، وجود امکان قانونی برای مشارکت، عدم الزام به بهره‌گیری از نظرات مردم عدم زمان کافی برای گرفتن نظر	ساختار پارلمان الزامات قوانین برای نظرخواهی تسهیلات قوانین	عوامل قانونی
کمبود یا فقدان اطلاعات و داده‌های معتبر، عدم اطلاع‌رسانی به ذی‌نفعان ناکارآمدی در سیستم اطلاعاتی عدم دسترسی به نمایندگان	شبکه ارتباطات وجود وسایل ارتباط جمعی اطلاع‌رسانی امکان دسترسی / ملاقات با قانون‌گذاران امکان دسته‌بندی نظرات امکان مشارکت الکترونیک امکانات مالی امکانات ساختاری	عوامل زیرساختی
عدم اعتماد مردم نگرفتن بازخورد مناسب از مشارکت عدم اعتقاد به تأثیرگذاری	مشارکت‌جویی مردم اعتقاد به کار گروهی سرمایه اجتماعی	عوامل فرهنگی و اجتماعی
فقدان مشارکت و جایگاه برای مردم و عدم اجازه به آنان برای حضور سیاسی و مداخله در نظام سلامت، انحصار در حوزه سلامت، نداشتن سازمان‌های مردم‌نهاد و مدل‌های مشارکت مردمی کمبود پژوهش‌ها و مطالعات در مورد موضوع مورد بررسی نگرفتن بازخورد	دسترسی به اطلاعات دسترسی به قانون‌گذاران دریافت پاسخ یا بازخورد از قانون‌گذاران احساس امنیت پس از ارائه مشورت میزان آگاهی مردم از حقوق خود آموزش امکان تبادل نظر وجود تیم کارشناسی قوی	عوامل مربوط به مشارکت‌کنندگان
عدم لحاظ دیدگاه‌ها و مشارکت ذی‌نفعان بخش سلامت مشکلات ساختاری و طراحی بخش قانون‌گذاری نبود اطلاعات در مورد عملکرد نمایندگان عدم آشنایی با وظایف	میل به استفاده از نظرات دیگران ظرفیت پذیرش نظرات متفاوت عوامل حزبی عوامل و مصالح منطقه‌ای سلامت اداری آموزش فرصت کافی اولویت‌ها عوامل انگیزشی	عوامل مربوط به مشارکت‌پذیران

## توانبخشنی

فساد هستند. فساد اداری مانع از رشد جدی مشارکت مردم است. در این شرایط شهروندان از تصمیم‌گیری منع یا با موانع ساختاری مواجه می‌شوند.

برخی مصاحبه‌کنندگان اشاره داشتند نمایندگان از مهارت شنیدن برخوردار نیستند. «نماینده باید گوش شنوا داشته باشد» (مصاحبه ۱۰).

الزام به پاسخ‌گویی و ارزیابی عملکرد نمایندگان نیز توسط تعدادی از مصاحبه‌شوندگان بیان شد. «نماینده پاسخگو نیست پس طبعاً می‌تواند به حرف کسی هم گوش نکند» (مصاحبه ۹).

از دید برخی مصاحبه‌کنندگان بسیاری از نمایندگان با مبانی قانون‌گذاری و اصول پارلمانی آشنا نیستند و این باعث می‌شود نتوانند از مشارکت ذی‌نفعان استفاده کنند. «مجلس ما مجلس عوام است. خیلی‌ها تازه اینجا با وظایف نمایندگی و

طی کنند. اگر آموزش‌هایی را برای شهروندان و سازمان‌های جامعه مدنی انجام می‌دهیم، همین اقدام باید برای قانون‌گذاران نیز باید انجام شود.

غالب شواهد در جهان نشان داده است که دانش و شناخت کمی از مهارت‌های مذاکره، حل مناقشه و رویکرد تیم‌سازی در قانون‌گذاران وجود دارد که در این بخش مهم است.

دو مؤلفه قانون‌گذاران و شهروندان نمی‌توانند در مسیرهای موازی بدون تلافی با یکدیگر پیشرفت و موفقیت داشته باشند. بلکه باید با هم همکاری کنند. ظرفیت‌های توسعه‌یافته در یک تبادل و گفت‌وگوی مداوم ساخته می‌شوند. در واقع تصور داشتن یک سیستم کامل قانون‌گذاری و سپس شروع به کار روی شهروندان تصویری اشتباه است.

مؤسسات عمومی (به خصوص قانون‌گذاری) به شدت تحت تأثیر

شیوه قانون‌گذاری آشنا می‌شوند؛ چون نظام حزبی نداریم که آموزش ببینند، برای همین نمی‌دانند چه ظرفیت‌هایی وجود دارد یا باید استفاده کنند» (مصاحبه ۲). در جدول شماره ۲ جمع‌بندی مباحث ارائه‌شده در مصاحبه‌ها، درون‌مایه اصلی و فرعی و همچنین زیرطبقه نشان داده شده است.

## بحث

این تحقیق با هدف شناسایی چالش‌های مشارکت در قانون‌گذاری در بخش سلامت انجام گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد این چالش‌ها در پنج گروه عوامل قانونی، عوامل زیرساختی، عوامل فرهنگی و اجتماعی، عوامل مربوط به مشارکت‌کنندگان (مردم) و عوامل مربوط به مشارکت‌پذیران قابل طبقه‌بندی است.

اوفنبرگر در تحقیق خود موانع مشارکت مؤثر مردم را به موانع ادراکی، سیاسی و پشتیبانی تقسیم می‌کند. از دید وی موانع ادراکی مواعی هستند که می‌توانند با تلاش شخصی ذی‌نفعان یا از طریق تغییر اوضاع «فرهنگی» یک جامعه بر طرف شوند. موانع سیاسی مواردی است که برای غلبه بر آن نیاز به تغییر بزرگ‌تر جامعه است. موانع پشتیبانی ممکن است از طریق یک استراتژی مشارکت عمومی به‌خوبی درک و به‌خوبی اجرا شود [۱۴].

خدایاری و همکاران در مطالعه خود موانع اصلی مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در سیاست‌گذاری‌های بخش سلامت را مربوط به دولت و نحوه عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد می‌دانند. توصیه‌های این مطالعه برای رفع این مسئله شامل وضع قانون حمایتی، کمک‌های مالی به سازمان‌های غیردولتی و زیرساخت‌هایی است که مشارکت سازمان‌های غیردولتی را تسهیل می‌کند [۱۵]. برای روشن‌تر شدن بحث، هریک از پنج مؤلفه اصلی به تفکیک ذکر می‌شوند.

عوامل قانونی: در دسته چالش‌های ناشی از قوانین دیده می‌شود. در قوانین کشورهای مختلف محدودیت‌ها و امکاناتی برای مشارکت مردم در قانون‌گذاری آورده شده است؛ به عنوان مثال در ایران مردم حق حضور در جلسات علنی مجلس به عنوان مشارکت‌کننده را ندارند (با رعایت تشریفات قانونی می‌توانند به صورت تماشاچی حضور یابند)، اما در برخی از کشورها مردم می‌توانند در صحن مجلس سخن بگویند. در واقع چالش محدودیت‌های قانونی تقریباً در تمام کشورها دیده می‌شود. برای رفع این چالش برخی کشورها اقدام به تصویب قانونی مستقل در این زمینه کرده‌اند. برای مثال در مجارستان در سال ۲۰۱۰ در مورد مشارکت مردم قانون CXXXI به تصویب رسید. بر اساس این قانون در تهیه پیش‌نویس قانون، مشاوره‌های عمومی در چارچوب مشاوره‌های عمومی یا مستقیم انجام می‌شود. مشاوره و رایزنی عمومی برای عموم مردم الزامی و مهیاست. کلیه پیش‌نویس لویج، مصوبات دولت و مصوبات تهیه‌شده توسط وزارتخانه‌ها در صفحه وب دولت منتشر می‌شود [۱۶]. در روسیه «قانون

فدرال درباره دفتر عمومی فدراسیون روسیه» در سال ۲۰۰۵ تصویب شد که به موجب آن به عنوان یک واسطه بین جامعه و دولت، دفتر عمومی از وسیع‌ترین گستره سازمان‌های جامعه مدنی با وظیفه ارزیابی طرح‌های مختلف قانون‌گذاری از نقطه‌نظر منافع جامعه، تشکیل شد. این نهاد وظیفه تجزیه و تحلیل و کارشناسی لویج قوانین اساسی فدرال، مقررات هنجاری قانونی قوه اجرایی فدرال، بدنه دولت از مناطق فدراسیون روسیه و نهادهای دولتی محلی را برعهده دارد. همچنین از تخصص آن در ارزیابی طرح‌های روسیه بزرگ در رابطه با قوانین اساسی و برای حمایت از آزادی و منافع مشروع شهروندان و انجمن‌های آنان استفاده می‌شود. تصمیمات دفتر عمومی ویژگی توصیه‌ای دارد و فرم نتیجه‌گیری‌ها، پیشنهادات و نام‌گذاری‌ها را دریافت می‌کند [۱۷].

در آفریقای جنوبی نهادی با هدف مشابه تحت عنوان «مجمع خلق» یک‌بار در سال تشکیل جلسه می‌دهد. این مجمع اولین‌بار در سال ۲۰۰۴ تشکیل شد [۱۸].

عدم وجود زمان کافی (حسب آیین‌نامه داخلی مجلس) برای دریافت نظرات مردم نیز به عنوان چالش در کانادا و انگلستان ذکر شده است [۱۹].

آقایی نیز در تحقیق خود به مسئله محدودیت‌های قانونی اشاره داشته و ذکر کرده صرفاً در تعداد بسیار محدودی از قوانین و مقررات، نهاد مسئول تصویب مقررات، ملزم (یا مختار) به مشورت با نهادهای دیگر شده است. وی همچنین ذکر می‌کند: «هرچند در ایران، با توجه به قانون اساسی، ظرفیت‌های بسیاری زیادی برای ترویج به‌کارگیری روش‌های مشورتی در مقررات‌گذاری وجود دارد، ولی تاکنون در این خصوص قانون‌گذاری مهمی صورت نگرفته است» [۲۰].

خدایاری و همکاران نیز در مطالعه خود به این نتیجه رسیده‌اند که حمایت قانونی و قوانین حمایتی می‌تواند به تحقق پتانسیل سازمان‌های مردم‌نهاد در قانون‌گذاری کمک کند [۱۵].

عوامل زیرساختی: مهیا کردن زیرساخت‌های لازم یکی از نکات مهم در جلب مشارکت مردم در قانون‌گذاری است. برای جلب مشارکت در قانون‌گذاری پارلمان برزیل سرویس e-Democracia را ارائه داده است. سرویس WikiLegis خلاصه شده Wiki Legislation است؛ نام این سرویس همان‌طور که از ظاهرش پیداست به صورت Wiki یعنی برای استفاده از نظرات تمامی مردم طراحی شده است [۲۱]. پرتغال از سال ۲۰۰۳ حق ابتکار تقنینی شهروندان را اجرا می‌کند که به موجب آن ابتکارات باید بیش از ۳۵ هزار امضای انتخاب‌کنندگان را برای بحث و رأی‌گیری در پارلمان جمهوری دارا باشند. امکان مشارکت برای همه از طریق پایگاه اینترنتی پارلمان امکان‌پذیر است [۲۲].

برای مشارکت در روزنامه، رادیو و اینترنت منتشر می‌شود [۲۹]. آموزش مدنی یک استراتژی اساسی برای تقویت مشارکت مردم و اعتماد به نفس در روند قانون گذاری است. تحقیقات نشان می‌دهد متغیرهای درآمد، شغل، تحصیلات و مجموع شاخص‌های پایگاه اقتصادی و اجتماعی، شهرنشینی و عضویت سازمانی مؤثر در میزان مشارکت سیاسی افراد، مؤثر است [۳۰].

عوامل مربوط به مشارکت پذیران: در خصوص عوامل مربوط به مشارکت پذیران، دانش و آموزش نمایندگان پارلمان و همچنین سلامت اداری آنان موضوع بسیار مهمی است. البته توانمندسازی نمایندگان را از منظر دیگر نیز می‌توان بررسی کرد؛ اگر شهروندان از وضعیت مسائل و مشکلات آگاهی یافته و به طور مداوم با مطالبات خود بازخورد لازم را به نماینده منتقل کنند، نمایندگان نیز مجبور خواهند بود در راستای بهبود اثرگذاری خود تلاش کنند [۳۱].

بیتام ذکر می‌کند نگرانی از نفوذ ناروایی که برخی از سازمان‌های قدرتمند و متمکن ممکن است بر روند قانون گذاری داشته باشند همواره وجود دارد؛ برای حل این مشکل پارلمان‌ها تمهیدات خاصی اندیشیده‌اند؛ به عنوان مثال مجلس فدرال آلمان، به عنوان نمونه، قواعد شکلی خاصی دارد که بر اساس آن گروه‌های علاقه‌مند به بیان یا دفاع از منافع خود در مقابل قوه مقننه، باید قبلاً ثبت نام کرده باشند یا پارلمان لهستان در نگارش «لایحه فعالیت‌های لابی‌گری» آن را به عنوان هرگونه فعالیت انجام شده از طریق روش‌های قانونی با هدف نفوذ در مقامات دولتی برای مورد توجه قرار دادن استدلالات و منافع خاص اجتماعی و یا گروه‌های حرفه‌ای تعریف می‌کند [۳۲].

رستمی نیز در این خصوص می‌نویسد: «کسب نظر و مشورت عمدتاً بستگی به اختیار و ابتکار رؤسای کمیسیون‌ها و یا درخواست و پیشنهاد اعضای آن‌ها دارد» [۳۳].

### نتیجه‌گیری

این مطالعه برخی از چالش‌های مهم را برای مشارکت مؤثر مردم در قانون گذاری در بخش سلامت مشخص کرده است. یکی از نخستین چالش‌هایی که برای مشارکت شهروندان در فرایندهای قانون گذاری در بخش سلامت وجود دارد، این است که باید مشخص شود حق مشارکت شهروندان در سیستم حقوقی مربوط به چه مواردی است. برای رفع چالش‌های فرهنگی و اجتماعی باید شفافیت و تبلیغات حداکثری برای مشارکت مردم صورت پذیرد. در این بین نمایندگان نیز نیاز به آموزش دارند تا بتوانند از ظرفیت مشارکت جامعه استفاده کنند. از طرفی مشارکت کنندگان نیز علاوه بر تسلط در حوزه سلامت باید بتوانند با زبانی مشترک با سیاست‌گذاران تکلم کنند.

در این مطالعه تمرکز روی چالش‌های مشارکت بود.

البته این دغدغه در کشورهای دیگر نظیر آفریقای جنوبی نیز دیده شده که به علت نبود امکان دسترسی، مشارکت مردم ضعیف بوده است [۲۳]. حتی در متون ذکر شده اتاق محل حضور نمایندگان و مردم نقش بسزایی در مشارکت دارد [۲۴].

مرکز پژوهش‌های مجلس در گزارشی با موضوع مشارکت مستقیم شهروندان در امور قوه مقننه، بر نقش عوامل زیرساختی موجود مجلس و تقویت آن‌ها از جمله تقویت تالارهای گفت‌وگو پیرامون طرح‌ها و لوایح، برنامه‌ریزی و طراحی عملیاتی برای هریک از نمایندگان محترم، به نحوی که امکان دریافت و پایش نظرات و پیشنهادات در حوزه‌های انتخابیه خویش و سایر حوزه‌های انتخابیه را به صورت مجازی یا حضوری، داشته باشند تاکید کرده است [۲۵].

عوامل فرهنگی و اجتماعی: در چالش‌های مربوط به عوامل فرهنگی و اجتماعی اعتماد مردم نکته بسیار کلیدی است. احساس مؤثر بودن و دخیل بودن در امور باید در جامعه وجود داشته باشد. والموبییدا در گزارش خود بر این نکته تأکید دارد که مشارکت مردم فقط یک روند قانونی نیست، بلکه عناصر فرهنگی و سیستمی در جامعه را در نظر می‌گیرد؛ بنابراین در نظر گرفتن وجود رابطه بین نهادها و شهروندان ضروری است [۲۶].

صفری در تحقیق خود بر نقش عوامل اجتماعی و فرهنگی تأکید دارد و عمده‌ترین عامل تأمین مشارکت را آگاهی و علاقه مردم و حاکمیت فرهنگ تعلیم و همیاری در جامعه می‌داند. وی معتقدست زمانی که فرهنگ همیاری در جامعه وجود نداشته باشد، تأمین مشارکت مردم امکان‌پذیر نخواهد بود [۲۷].

عوامل مربوط به مشارکت کنندگان: در این بخش در حوزه سلامت، نکته بسیار مهمی وجود دارد و آن عدم وجود زبان مشترک بین قانون‌گذاران و مشارکت‌کنندگان است. در سال ۱۹۹۷، انجمن پژوهش‌های خدمات سلامت کانادا به کمبود آشنایی سیاست‌گذاران به دنیای پژوهش پی برد و واسطه‌گران دانش را برای ترویج تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد معرفی کرد [۲۸].

همچنین معیارهای فردی نیز نکته مهمی در این خصوص است. اوفنبرگر نیز در تحقیق خود روی این موضع صحنه گذاشته است و معتقد است برخی از ذی‌نفعان ممکن است برای مشارکت جامعه ارزش قائل باشند، ولی در برخی دیگر چنین نباشد [۱۴].

مشکل دسترسی به اطلاعات در کشورهای مختلف گزارش شده است و برای حل این مشکل تمهیدات متفاوتی اندیشیده شده است. در آفریقای جنوبی نیز چالش‌هایی چون نداشتن، دانش و اطلاعات در مورد مجلس فقدان برنامه‌های آموزش عمومی و ابتکار عمل در مورد مجلس و اطلاعات محدودی در مورد پارلمان در برنامه درسی گزارش شده است. برای کاهش این موارد در آفریقای جنوبی پیش‌نویس لایحه و اعلام فراخوان

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده پژوهش‌هایی در ارتباط با شناسایی عوامل برطرف‌کننده این چالش‌ها و همچنین عوامل تسهیل‌کننده مشارکت مردم در قانون‌گذاری در بخش سلامت از منظر ذی‌نفعان مختلف بررسی شود.

از محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به تمایل نداشتن برخی از صاحب‌نظران و سیاست‌گذاران برای شرکت در پژوهش حاضر اشاره کرد. متأسفانه به دلیل مشغله کاری برخی از افراد، انجام مصاحبه با آن‌ها میسر نشد یا اینکه مصاحبه‌ها در مدت‌زمان کوتاه‌تری به اتمام رسید.

## ملاحظات اخلاقی

### پیروی از اصول اخلاق پژوهش

کلید اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است.

### حامی مالی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه‌ای مقطع دکترای تخصصی نویسنده اول گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و حسابداری، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران.

### مشارکت نویسندگان

مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، اعتبارسنجی، تحلیل، ویراستاری، نهایی‌سازی نوشته و بصری‌سازی: علی‌اخوان بهبهانی، ایروان مسعودی اصل، سمیه حسام و محسن نجفی‌خواه؛ نگارش پیش‌نویس، تحقیق و بررسی و منابع: علی‌اخوان بهبهانی.

### تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند هیچ نوع تضاد منافی در این مطالعه وجود ندارد.

## References

- [1] Brownson RC, Chiqui JF, Stamatakis KA. Understanding evidence-based public health policy. *American Journal of Public Health*. 2009; 99(9):1576-83. [DOI:10.2105/AJPH.2008.156224] [PMID] [PMCID]
- [2] Roberts M, Berman P, Reich M.M, Hsiao W. *Getting health reform right. A guide to improving performance and equity*. New York: Oxford University Press; 2004. <https://www.amazon.com/Getting-Health-Reform-Right-Performance/dp/019537150X>
- [3] Kamlage J-H, Nanz P. *Public Participation and Democratic Innovations: Assessing Democratic Institutions and Processes for Deepening and Increased Public Participation in Political Decision-Making*. Institute for Advanced Sustainability Studies (IASS); 2018. <https://www.iass-potsdam.de/en/output/publications/2017/public-participation-and-democratic-innovations-assessing-democratic>
- [4] Marzuki A. Challenges in the public participation and the decision making process. *Sociol Prost*. 2015; 53(1):21-39. [DOI:10.5673/sip.53.1.2]
- [5] Michels A. Participation in citizens' summits and public engagement. *International Review of Administrative Sciences (IRAS)*. 2019; 85(2):211-27. [DOI:10.1177/0020852317691117]
- [6] Ghazishariatpanahi.A. *Fundamental rights and political institutions*. In: 14<sup>th</sup> ed. Mizan; 2016. [DOI:10.1017/9781107707436.005] <https://www.mizan-law.ir/Book/Details/542>
- [7] Maxwell J, Rosell S, Forest P-G. Giving citizens a voice in healthcare policy in Canada. *BMJ*. 2003; 326(7397):1031-3. [DOI:10.1136/bmj.326.7397.1031] [PMID] [PMCID]
- [8] Feldstein,PJ. *The politics of health legislation:an: An economic perspective*. 3<sup>rd</sup> ed. Chicago: Health Administration Press; 2006. [https://www.google.com/books/edition/The\\_Politics\\_of\\_Health\\_Legislation/5jcQAQAAMAAJ?hl=en](https://www.google.com/books/edition/The_Politics_of_Health_Legislation/5jcQAQAAMAAJ?hl=en)
- [9] Chichevalieva S. *Developing a framework for public health law in Europe* [Internet]. WHO Regional Office for Europe; 2011 [cited 2019 Dec 12]. Available from: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/151375/e95783.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/151375/e95783.pdf)
- [10] PFID :The Partnership to Fight Infectious Disease. Department of Health. *Draft Structural Reform Plan* [Internet]. London; 2010 [cited 2018 Oct 2]. Available from: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/67673/DFID\\_SRP.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/67673/DFID_SRP.pdf)
- [11] Milevska Kostova N, Chichevalieva S, Ponce NA, van Ginneken E, Winkelmann J. The former Yugoslav Republic of Macedonia: Health System Review. *Health Systems in Transition*. 2017; 19(3):1-160. [PMID]
- [12] Aith FMA, Dallari SG. Health legislation and democratic rule of law in Brazil. *Cadernos SaAode PAoblica*. 2014; 30:2032-4. [DOI:10.1590/0102-311XPE011014] [PMID]
- [13] Guba EG, Lincoln YS. *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. Hoboken, New Jersey: Wiley; 1981. [https://www.google.com/books/edition/Effective\\_Evaluation/ulo6PgAACAAJ?hl=en](https://www.google.com/books/edition/Effective_Evaluation/ulo6PgAACAAJ?hl=en).
- [14] Offenbacker BS. Overcoming barriers to effective public participation. *WIT Transactions on Ecology and the Environment*. 2004;70:1-9. <https://www.witpress.com/elibary/wit-transactions-on-ecology-and-the-environment/70/12746>
- [15] Khodayari-Zarnaq R, Kakemam E, Arab-Zozani M, Rasouli J, Sokhanvar M. Participation of Iranian non-governmental organizations in health policy-making; barriers and strategies for development. *International Journal of Health Governance*. 2020; 25(1):46-56. [DOI:10.1108/IJHG-07-2019-0056]
- [16] Vértsey L. The public participation in the drafting of legislation in Hungary. *Central European Public Administration Review (CEPAR)*. 2016; 14:115-35. [DOI:10.17573/ipar.2016.4.06]
- [17] Riekkinen M. Russian legal practices of citizens' involvement in political decision-making: Legal study of their genesis under the influence of international law. *The International Journal of Human Rights*. 2013; 17(1):79-112. [DOI:10.1080/13642987.2012.700455]
- [18] Lues L. Citizen participation as a contributor to sustainable democracy in South Africa. *International Review of Administrative Sciences (IRAS)*. 2014; 80(4):789-807. [DOI:10.1177/0020852314533450]
- [19] Baker JR, Bennett LLM, Bennett SE, Flickinger RS. Citizens' knowledge and perceptions of legislatures in Canada, Britain and the United States. *The Journal of Legislative Studies*. 1996; 2(2):44-62. [DOI:10.1080/13572339608420471]
- [20] Aghaii M. [Public consultation and opinion polling processes on comparative review regulations and the situation in Iran (Persian)]. *Administrative Law*. 2018; 5(14):9-30. <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?id=349588>
- [21] Avritzer L. Participation in democratic Brazil: From popular hegemony and innovation to middle-class protest. *Opinião Pública*. 2017; 23(1):43-59. [DOI:10.1590/1807-0191201723143]
- [22] Carreira V, Machado J, Vasconcelos L. Legal citizen knowledge and public participation on environmental and spatial planning policies: A case study in Portugal. *International Journal of Humanities and Social Science Research*. 2016; 2(7):28-33. [https://www.researchgate.net/publication/305510792\\_Legal\\_citizen\\_knowledge\\_and\\_public\\_participation\\_on\\_environmental\\_and\\_spatial\\_planning\\_policies\\_A\\_case\\_study\\_in\\_Portugal](https://www.researchgate.net/publication/305510792_Legal_citizen_knowledge_and_public_participation_on_environmental_and_spatial_planning_policies_A_case_study_in_Portugal)
- [23] Daudu I, Fagbadebo O. Public participation in legislative oversight: A review of nature and practice in Nigeria and South Africa. In: Fagbadebo O, Ruffin F. (eds) *Perspectives on the Legislature and the Prospects of Accountability in Nigeria and South Africa*. Advances in African Economic, Social and Political Development. Springer, Cham. 2019. [DOI:10.1007/978-3-319-93509-6\_13]
- [24] Kurtz K. *Legislatures and citizens: Public participation and confidence in the legislature* [Internet]. National Conference of State Legislatures; 1977 [cited 2019 Dec 20]. Available from: <https://www.ncsl.org/legislators-staff/legislators/trust-for-representative-democracy/public-participation-and-confidence-in-the-leg541.aspx#perform>
- [25] Deputy of Political-Legal Research. Expert comment on: "Bill for Direct Citizen participation in Legislative Affairs" [Internet]. Islamic Parliament Research Center; 2019 [cited 2019 Nov 21].

Report No.: 16442. Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/report/show/1144575>

- [26] Valmorbidia A. Factors affecting participation: The challenges and opportunities in Eastern Partnership countries [Internet]. The European Association for Local Democracy; 2016 [cited 2019 Feb 12]. Available from: <https://epd.eu/wp-content/uploads/2019/07/European-democracy-support-in-Armenia.pdf>
- [27] Gagnon M. Moving knowledge to action through dissemination and exchange. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2009; 64(1):25-31. [DOI:10.1016/j.jclinepi.2009.08.013] [PMID]
- [28] Arendse A, Smith J. The role of Parliament in promoting active citizenship in relation to the Grade 11 Life Orientation in the South African Curriculum. *The Journal for Transdisciplinary Research in Southern Africa*. 2019; 15(1):1-9. [DOI:10.4102/td.v15i1.629]
- [29] Zare B, Rohandeh M. [Investigating social factors affecting the social and political participation (18 years old and above citizens of Karaj) (Persian)]. *Journal of Iranian Social Studies*. 2015; 9(2):64-87. <http://ensani.ir/fa/article/360734/>
- [30] Fayyazi M, Haghshenas M. Identify Strategies of the Empowerment for Iran Parliament Members. *Journal of Public Administration (Management Knowledge)*. 2017; 9(1):1-34. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=575986>
- [31] Beetham D. *Parliament and democracy in the twenty-first century: A guide to good practice*. Geneva, Switzerland: Inter-Parliamentary Union. [https://www.google.com/books/edition/Parliament\\_and\\_Democracy\\_in\\_the\\_Twenty\\_f/0T7SWOp10DsC?hl=en](https://www.google.com/books/edition/Parliament_and_Democracy_in_the_Twenty_f/0T7SWOp10DsC?hl=en)
- [32] Rostami V. Peoples participation in legislation of Islamic Republic of Iran. *Law Quarterly*. 2008; 38(1):179-204. [https://jlq.ut.ac.ir/article\\_19426.html](https://jlq.ut.ac.ir/article_19426.html)

---

This Page Intentionally Left Blank

---