



فصلنامه علمی تخصصی | سال اول | شماره اول | بهار ۱۴۰۰

آسیب شناسی نظام سلامت از منظر فساد

شامل پانزده نظرگاه تخصصی در تحلیل و بررسی فساد در نظام سلامت
با آثاری از: دکتر کامران باقری لنگرانی، دکتر عادل آذر، دکتر رحمت‌الله حافظی،
دکتر علیرضا اولیایی منش، دکتر امیرحسین تکیان، دکتر عباس کبریایی زاده



• تحقیقات راهبردی

- تعارض منافع و شفافیت
- تقاضای القایی
- دوشغلگی پزشکان

• تحلیل راهبردی

- استثمار با امید کاذب
- تجربه سامانه تیتک

• گفتگوی راهبردی

- راهکارهای مقابله با فساد
- لغزش گاه‌های فسادزا
- فساد در تعرفه‌گذاری

• دریچه نو

- تنظیم‌گری منفعت

فصلنامه



فصلنامه علمی تخصصی | سال اول | شماره اول | بهار ۱۴۰۰

سر دبیر
حمید ایزدبخش

تیم سردبیری
محمدسعید صفاری
محمد آزادی
سعیدنجبا

نشانی: تهران، خیابان آیت‌الله طالقانی، نرسیده به پل حافظ، پلاک ۳۷۶

کدپستی: ۱۵۹۱۸۱۶۹۱۱ تلفن: ۶۶۴۹۹۱۱۱

نمبر: ۶۶۴۹۹۱۲۱

سایت پژوهشکده تحقیقات راهبردی: CSR.IR

پست الکترونیک: RaahbordSalamat@gmail.com

سایت و فروشگاه اینترنتی مرکز رشد: www.rushda.ir / www.rushd.ir

نشانی: تهران، محله سعادت آباد، پل مدیریت، مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه‌السلام - پلاک ۱۰

شماره تماس: ۰۲۱-۸۸۵۶۱۵۸۷

قیمت: ۳۰۰۰۰۰ ریال

کلیه حقوق و امتیازات متعلق به پژوهشکده تحقیقات راهبردی مجمع تشخیص مصلحت نظام و مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه‌السلام است.

مطالب و مندرجات، صرفاً دیدگاه نویسندگان و مصاحبه‌شوندگان بوده و لزوماً مورد تأیید پژوهشکده تحقیقات راهبردی و مرکز رشد نیست.

استفاده از مطالب این نشریه بدون ذکر منبع مجاز نیست.

بهار ۱۴۰۰



پژوهشکده تحقیقات راهبردی



مرکز رشد
دانشگاه امام صادق

صاحب امتیاز
پژوهشکده تحقیقات راهبردی
مجمع تشخیص مصلحت نظام

مدیر مسئول
محسن رضایی میرقائد
دانشیار دانشگاه امام حسین (ع)

رئیس شورای سیاستگذار
کامران باقری لنگرانی

سر دبیر
حمید ایزدبخش

مدیر داخلی
الیاس هادیان شیوا

مدیر اجرایی
محمدسعید صفاری

صفحه‌آرا
نجمه قادری

تیراژ چاپی: ۱۵۰ نسخه

انتشارات
پژوهشکده تحقیقات راهبردی

هدف

پژوهشکده تحقیقات راهبردی مجمع تشخیص مصلحت نظام در تعامل با مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه السلام فصلنامه راهبرد سلامت و بهداشت را منتشر می‌کند. این فصلنامه تلاش دارد با نگاهی علمی و کارشناسی به بررسی مهمترین مسائل و معضلات نظام سلامت و ارائه راهکارهای مقتضی بپردازد. لازم به ذکر است این فصلنامه در حال حاضر از قالب علمی پژوهشی کناره گرفته تا بتواند در قالب متنوع‌تری از محتوا و با استفاده از طیف گسترده‌تری از نخبگان اعم از دانشگاهی و اجرایی در عرصه مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت اثرگذار باشد.

محورهای مقالات

زیرمحورها	محورها
- تعریف، مصادیق، رویکردها و راهکارهای مقابله با فساد در نظام سلامت ج.ا. ایران - آسیب‌شناسی رویکردهای مقابله با فساد در حوزه سلامت ج.ا. ایران	مفهوم‌شناسی فساد
- اقتضانات مختلف بروز فساد در نظام سلامت به خصوص در نظام سلامت ایران - سیستم‌ها و سامانه‌های پیشگیری از بروز فساد در نظام سلامت به خصوص در ج.ا. ایران - قوانین و مقررات، آسیب‌شناسی سازمان‌های مقابله‌کننده و بررسی تعارض منافع در نظام سلامت ج.ا. ایران از منظر پیشگیرانه	پیشگیری از فساد
- انگاره‌های فسادخیز در سلامت - اطلاع‌رسانی، مشارکت جمعی و استفاده از نهادهای عمومی غیر دولتی در پیشگیری، کشف و مبارزه با فساد در نظام سلامت	آموزش و فرهنگ‌سازی
- تخمین فساد و بررسی ادراک از فساد در حوزه‌های مختلف نظام سلامت ج.ا. ایران - ابزارها و رویکردهای منتخب در مبارزه با فساد در نظام سلامت در ج.ا. ایران	کشف
- حکمرانی و فساد در نظام سلامت به خصوص در ج.ا. ایران - طرح‌ها و برنامه‌های موفق (داخلی و بین‌المللی) در مبارزه با فساد و آسیب‌شناسی طرح‌های بزرگ ملی از منظر فساد در نظام سلامت ج.ا. ایران	ادغام در حکمرانی
- الگوهای موفق و راهبردهای مناسب در برخورد با فساد به خصوص در ج.ا. ایران - نظارت هوشمندانه (آگاهانه) و موانع آن در مبارزه با فساد - آسیب‌شناسی و موارد موفق در سازمان‌های مبارزه‌کننده با فساد	برخورد و مقابله با فساد



سال اول - شماره ۱ - بهار ۱۴۰۰

فهرست

سرمقاله: ابعاد مختلف بررسی فساد در نظام سلامت

حمید ایزدبخش

۵

بخش اول: تحقیقات راهبردی

پیش‌درآمدی بر تعارض منافع و راهکارهای مدیریت آن در تولید نظام‌های سلامت

خاطره خانجانی، امیرحسین تکیان

۱۵

مروری بر ادبیات دوشغلی پزشکان

الیاس هادیان شیوا، مهدی مختاری پیام، حسین بوذرجمهری

۳۹

شفافیت مالی؛ ابزاری برای بهبود کارایی و کاهش فسادهای مالی حوزه سلامت

معصومه غلامی، امیرحسین تکیان

۶۱

جایگاه شفافیت در مبارزه با فساد نظام سلامت

آرمین رضایی شهرابی

۹۱

ساختاردهی به مسئله تقاضای القایی در نظام سلامت

محمد آزادی احمدآبادی، محمدسعید صفاری

۱۱۷

بخش دوم: تحلیل راهبردی

استثمار؛ امید و فساد در نظام سلامت

کامران باقری لنکرانی

۱۴۷

پیش‌بینی پذیری؛ اثربخشی بیشتر، فساد کمتر

منصوره صباغ، عباس کبریایی‌زاده

۱۵۷

حکمرانی هوشمند در حوزه سلامت: تجربه سامانه ردیابی، رهگیری و کنترل اصالت

اقلام سلامت‌محور (تیتک)

حسین بانکی کشکی

۱۷۱

بخش سوم: گفتگوی راهبردی

آسیب شناسی و راهکارهای مقابله با فساد مالی در نظام سلامت

۱۸۷

دکتر عادل آذر

از پزشک امین تا پزشک خانواده؛ چالش‌های ساختاری و اجرایی

۲۰۱

دکتر رحمت‌الله حافظی

فساد در نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت

۲۱۵

دکتر علیرضا اولیایی‌منش

۲۲۵

لغزش‌گاه‌های فساد در حوزه سلامت

بخش چهارم: دریچه نو

تنظیم‌گری منفعت برمبنای حق و تکلیف؛ ابزاری جهت پیشگیری از فساد در نظام

سلامت

۲۳۷

محمدسعید صفاری، محمد آزادی احمدآبادی

بخش پنجم: ترجمان دانش

معرفی کتاب: راه‌های مسدود شده

۲۵۳

امیرحسین شماعتی‌زاده

معرفی کتاب: جغرافیای مشترک

۲۶۳

حمید ایزدبخش

سرمقاله: ابعاد مختلف بررسی فساد در نظام سلامت

حمید ایزدبخش

دانشجوی دکترای تصمیم‌گیری و خطامشی‌گذاری عمومی، دانشکده معارف اسلام و مدیریت، دانشگاه امام صادق(علیه‌السلام)، عضو هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق(علیه‌السلام)، تهران، ایران،

h.eizadbakhsh@isu.ac.ir

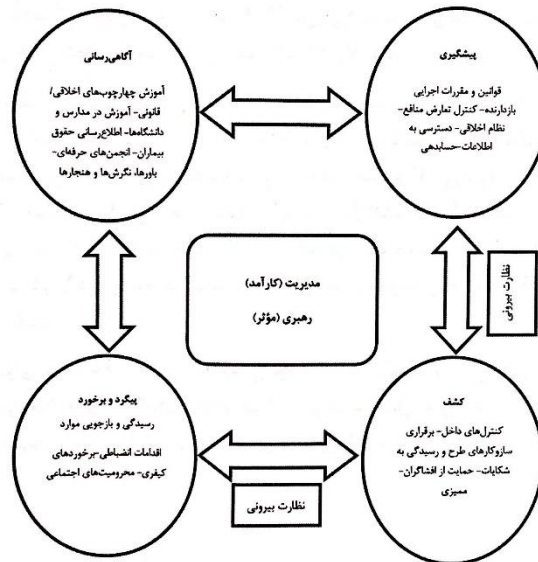
فصلنامه راهبرد سلامت و بهداشت، سال ۱، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰، صص ۵-۱۱

مجله «راهبرد سلامت و بهداشت» در نخستین شماره خود که با همکاری پژوهشکده تحقیقات راهبردی مجمع تشخیص مصلحت نظام و مرکز رشد دانشگاه امام صادق (علیه السلام) به ثمر نهشته است، قصد دارد مهم‌ترین مسائل و معضلات نظام سلامت را با نگاهی علمی و کارشناسی بررسی کند. گروه سردبیری این شماره برای هدف‌گذاری دقیق‌تر مخاطب و گردآوری گستره‌ای از دانش و تجربه حول مسئله‌ای خاص، با تصمیم شورای راهبری مجله، «آسیب‌شناسی نظام سلامت از منظر فساد» را در دستورکار قرار داد. این موضوع با روی کارآمدن دولت سیزدهم با شعار فسادستیزی اهمیت دوچندان یافته است؛ این شماره می‌تواند دلالت‌های قابل توجهی برای مبارزه با فساد در حوزه بهداشت و درمان داشته باشد.

تیم سردبیری این شماره با پرهیز از رویکرد انفعالی تلاش کرد افزون‌بر فراخوان و گردآوری مقاله، در تعامل با خبرگان، جامعه دانشگاهی، و سیاست‌گذاران نیز در راستای تولید محتوا فعالانه حرکت کند و امید است میزان موفقیت در این زمینه با همراهی، ارزیابی و انتقاد خیرخواهانه پژوهشگران و اندیشمندان نظام سلامت، در هر شماره افزایش یابد.

با بررسی منابع درباره موضوع فساد، در پی دستیابی به چارچوبی برآمدم که سنخ کارکردی داشته و نقش‌های موردنیاز در زمینه مبارزه با فساد را معرفی کرده باشد. پس از بررسی اجمالی مقاله‌ها و کتاب‌های منتشرشده، چارچوب محتوایی مناسب را از کتاب حسین جودکی به دست آوردیم که در آن چهار کارکرد اصلی «مدیریت، پیشگیری، آگاهی‌رسانی، کشف و پیگیری، و برخورد» برای مبارزه با فساد مطرح شده است. استفاده از این چارچوب به این سبب اهمیت دارد که با

نگاهی کل نگر، همه نقش‌ها و تعاملات میان آن‌ها را به گونه‌ای هم‌زمان ارائه می‌کند.



شکل ۱. چارچوب کارکردی مبارزه با فساد

منبع: جودکی، ۱۳۹۶

به این ترتیب، هم‌زمان با بررسی منابع موجود درباره فساد در نظام سلامت، مشخصات نویسندگان و محتوای منابع نیز ثبت می‌شود و بر این اساس، پس از انتخاب چارچوب محتوایی، با مقایسه محتواهای ثبت شده با چارچوب کارکردی، کاستی‌های علمی موجود، روشن شد. هدف از پیمودن این مسیر، تنها فهم فضای عمومی حاکم بر پژوهش‌های مربوط به فساد در نظام سلامت و ترسیم اجمالی مسیر مجله در این شماره بود؛ از این رو، همه این اقدامات در مدت کوتاهی انجام شد.

پس از مشخص شدن نقاط قوت محتوایی درباره مبارزه با فساد و همچنین، نقاطی که کمتر به آن توجه شده است، تعامل با نویسندگان و ذی‌نفعان آغاز شد. در این مرحله پس از انتشار فراخوان برای دریافت مقاله‌ها با خبرگان و ذی‌نفعان

در این زمینه به گفت‌وگو و تبادل نظر نشستیم؛ هرچند با محدودیت‌هایی هم روبه‌رو بودیم.

دربارهٔ تعامل با خبرگان، تکلیف روشن بود، اما تعامل با ذی‌نفعان، محدودیت‌های جدی‌ای داشت؛ از جمله اینکه تعیین و تشخیص ذی‌نفعان فساد در نظام سلامت دشوار بود و به بیان دیگر، کسی نمایندهٔ پشتیبان فساد نخواهد بود! از این رو، دستگاه‌های نظارتی، مهم‌ترین ذی‌نفعان در این زمینه بودند که سعی شد، محتواها و مباحث مرتبط با آنان در مجله بازتاب یابد.

افزون‌براین، بازتاب دادن ابعاد گوناگون مبارزه با فساد و بسیاری از موضوع‌ها در نظام سلامت (شکل ۱)، معمولاً در قالب مقاله علمی-پژوهشی یا علمی-تخصصی امکان‌پذیر نیست و نخواهد بود، زیرا دست‌اندرکاران و خبرگانی که در عرصهٔ عمل، با فساد دست‌به‌گریبان بوده‌اند و دانش ضمنی ارزشمندی در این باره دارند، ممکن است آن را ننوشته باشند یا اگر به ساحت قلم در آورده باشند، لزوماً به شکل مقاله علمی-پژوهشی نبوده است؛ از این رو، برای پوشش دادن ابعاد گوناگون فساد در نظام سلامت و گردآوری دانش موجود در این زمینه (در حد توان یک مجله)، بهره‌گیری از قالب‌های گوناگون لازم بود؛ در نتیجه، قالب‌های گوناگونی طراحی شد که بتواند پاسخ‌گوی تنوع محتواهای موجود در این عرصه باشد.

با تطابق محتوای منابع با چارچوب محتوایی، روشن شد که حجم چشمگیری از مقاله‌ها و کتاب‌ها با موضوع «تعارض منافع و شفافیت» وجود دارد، اما از برخی محتواها و ابعاد مرتبط با فساد غفلت شده است؛ از این رو، ضمن تلاش برای گردآوری مقاله‌هایی با موضوع «تعارض منافع و شفافیت»، تلاش شد، تا حد امکان، در این شماره از رویکردها و ابعاد دیگر نیز بهره ببریم.

برای تأمین محتوا دربارهٔ این موضوع، با برخی از استادان و پژوهشگران، گفت‌وگوهایی انجام شد؛ هرچند از همهٔ مطالب به‌دست آمده استفاده نشد، نتیجه این مصاحبه‌ها را در موضوع‌های گوناگون ارائه‌شده در این شماره ملاحظه می‌کنید. واقعیت این است که برای تحقق کامل و جامع این موضوع، نیازمند

جریان‌سازی علمی جدیدی هستیم، زیرا پرداختن به فساد تنها به افشاگری و سوت‌زنی نیست و به لحاظ علمی، خلأهای جدی‌ای در این زمینه به چشم می‌خورد.

برای ایجاد تنوع و رفع کاستی‌های محتوایی، از قالب‌های گوناگونی بهره گرفته‌ایم. در این راستا با استفاده از قالب‌هایی مانند «تحلیل راهبردی»، «گفت‌وگویی راهبردی»، و «دریچه نو» بخشی از کاستی‌های محتوایی شرح داده شد. البته گروه سردبیری، خود معترف است که این شماره تا رسیدن به جایگاه مطلوب، فاصله زیادی دارد، زیرا گام‌های آغازین در هرگونه مسیر علمی‌ای با کاستی‌هایی همراه و با محدودیت‌هایی روبه‌رو است.

در جدول ۱ به صورت مختصر بر مهمترین مباحث و دلالت‌های مقالات و محتواهایی که در این شماره جمع‌آوری شده است، مروری کرده‌ایم. در ستون نخست کارکردهای گوناگون مرتبط با فساد و در دو ستون بعدی به ترتیب عنوان محتوا و دلالت‌های آن‌ها در کنترل فساد اشاره شده است.

جدول ۱. تطابق محتواهای نشریه با چارچوب محتوایی

کارکرد	عنوان محتوای مرتبط	مهم‌ترین دلالت‌ها در مبارزه با فساد
پیشگیری	پیش‌درآمدی بر تعارض منافع و راهکارهای مدیریت آن در تولید نظام‌های سلامت	- برای مدیریت تعارض منافع، لازم است طرح‌ها و برنامه‌ریزی‌ها با حوزه و کارکرد موردنظر تناسب داشته باشند؛ - ارائه مسیر پیشنهادی طراحی و پیاده‌سازی کنترل و مدیریت تعارض منافع متناسب با هر زمینه
	شفافیت مالی؛ ابزاری برای افزایش کارایی و کاهش فسادهای مالی حوزه سلامت	- برای ایجاد شفافیت باید زیرساخت‌ها و پیش‌نیازهای آن ایجاد شود؛ - لازم است که مهم‌ترین الزامات و زیرساخت‌های استقرار شفافیت در نظام سلامت، مشخص شود.
	مروری بر ادبیات دوشغلی پزشکان	- دو شغل داشتن می‌تواند زمینه بروز فساد را فراهم کند؛ - لازم است که منظور از دوشغلی بودن به‌گونه‌ای دقیق مشخص شود (اعم از تعریف، مصداق‌ها، پیامدها، و...) - لازم است مسیر درستی برای به‌کارگیری راهبرد مناسب برای رویارویی با این مسئله ترسیم شود؛ نه اینکه تنها شغل دوم منع شود.
	ساختاردهی به مسئله تقاضای القایی در نظام سلامت	- تقاضای القایی به‌عنوان نوعی فساد رایج وجود دارد؛ - تقاضای القایی تعریف و گونه‌های مختلف آن شناسایی شده است؛ - ساختارهای موجود در نظام سلامت، مشوق تقاضای القایی است و باید اصلاح شود.
	فساد در نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت	- ارائه برخی زمینه‌های فساد صورت گرفته است؛ - ارتباط نظام تعرفه‌گذاری با بروز فساد تشریح شده است؛ - روش خوداظهاری تعارض منافع به‌عنوان ابزاری برای کنترل تعارض منافع در سیاست‌گذاری معرفی شده است.

آگاهی‌رسانی	استثمار؛ امید و فساد در نظام سلامت	- انتظارات غیرواقعی در مورد درمان‌های بی‌تأثیر یا زیانبخش می‌تواند زمینه‌ساز امیدهای کاذب و بهره‌کشی شود؛ - بخشی از کنترل این مسئله به آگاه‌سازی و توانمندسازی مردم مربوط می‌شود.
مدیریت و حکمرانی	جایگاه شفافیت در مبارزه با فساد در نظام سلامت	- شفافیت به‌تنهایی در مبارزه با فساد کافی نیست و باید همراه با آگاه‌سازی عمومی باشد؛ - دو عامل آموزش و سواد رسانه‌ای و دموکراسی انتخاباتی بر میزان اثرگذاری شفافیت (به‌گونه‌ای متقابل) تأثیرگذار هستند.
	پیش‌بینی‌پذیری؛ اثربخشی بیشتر، فساد کمتر	- اجرای حکمرانی خوب می‌تواند از فساد جلوگیری کند؛ - یکی از ابزارهای حکمرانی خوب، پیش‌بینی‌پذیری است که با روشن کردن شرایط به کاهش فساد منجر خواهد شد.
	حکمرانی هوشمند در حوزه سلامت؛ تجربه سامانه ردیابی، رهگیری و کنترل اصالت اقلام سلامت‌محور (تیتک)	- حکمرانی هوشمند برپایه استقرار سامانه‌های سلامت الکترونیک می‌تواند، از بروز فساد جلوگیری کند؛ - تیتک، تجربه موفق در این زمینه است.
	تنظیم منفعت برپایه حق و تکلیف؛ ابزاری برای پیشگیری از فساد در نظام سلامت	- به‌منظور پیشگیری از بروز فساد، باید نسبت بین منافع ذی‌نفعان گوناگون تنظیم شود؛ - معیار این تنظیم باید حق و تکلیف باشد؛ - هرچند به بحث پیشگیری توجه دارد، به‌این‌سبب که مبنای آن طراحی نظام است، دلالت‌های مدیریت و حکمرانی بیشتری دارد.
	معرفی کتاب؛ راه‌های مسدودشده؛ اصلاح نظام سلامت خصوصی-دولتی کشور پاکستان	- آسیب‌شناسی نظام سلامت از منظر فساد (با تأکید بر کشور پاکستان)؛ - ارائه مسیر و اصلاحات پیشنهادی (با تأکید بر حکمرانی) برای خروج از این بن‌بست
کشف	آسیب‌شناسی و راهکارهای مقابله با فساد مالی در نظام سلامت	- معرفی روزنه‌های بروز فساد در نظام سلامت؛ - معرفی سامانه هوشمند سلامت به‌عنوان راهکار اساسی.
	معرفی مقاله؛ مصادیق فساد در نظام سلامت	- مصداق‌شناسی مهم‌ترین فسادهای نظام سلامت؛ - ارائه راهکار مقتضی برای مقابله با فساد در نظام سلامت.
برخورد و مقابله با فساد	از پزشک امین تا پزشک خانواده؛ چالش‌های ساختاری و اجرایی لغزشگاه‌های فساد در حوزه سلامت	- معرفی تجربه پزشک امین، به‌عنوان الگوی اجرای طرح پزشک خانواده؛ - بررسی برخی کاستی‌ها و تعارض‌های ساختاری فسادزا. - معرفی مهم‌ترین لغزشگاه‌های بروز فساد؛ - معرفی برخی موفقیت‌ها در زمینه مبارزه با فساد.

نکته مهم این است که در دسته‌بندی انجام‌شده در جدول شماره (۱)، مرزبندی میان طبقات، «صفر و یکی» نیست؛ به‌بیان دیگر، برخی از محتواهای ارائه‌شده به بیش از یک کارکرد توجه داشته‌اند و ملاک دسته‌بندی در اینجا، تأکید بر موضوع اصلی بوده است؛ از این‌رو، بیشتر مقاله‌ها، یادداشت‌ها، و مصاحبه‌های بررسی‌شده، کارکردهایی بیش از کارکرد اصلی موردبحثشان را مطالعه و بررسی کرده‌اند.

نکته دیگر این است که در دو کارکرد «آگاهی‌رسانی» و «کشف»، با خلأ محتوایی روبه‌رو هستیم. با اینکه این‌دو در مقابله با فساد، اهمیت فراوانی دارند، اما حجم پژوهش‌ها و اطلاعات درباره آن‌ها در کشور محدود است و با وجود تلاشی

که گروه سردبیری در راستای تأمین محتوا انجام داده است، نسبت به دسته‌های دیگر، حجم کمتری دارند. البته این به معنای آن نیست که باید حجم محتواها به گونه‌ای یکسان بین طبقات تقسیم شده باشد.

در پایان، گروه سردبیری از همه نویسندگان، مصاحبه‌شوندگان، و افراد دیگری که در تهیه محتوای این شماره همراهی و کمک کرده‌اند، کمال قدردانی و تشکر را دارد. امید است این شماره که نتیجه همراهی و همکاری مشترک پژوهشکده تحقیقات راهبردی مجمع تشخیص با مرکز رشد دانشگاه امام صادق (علیه السلام) است، گام کوچکی در راستای اصلاح و ارتقای نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران باشد.

منبع

جودکی، حسین، «شناسایی فسادهای احتمالی در نظام سلامت»، تهران: مؤسسه پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۹۶.

بخش نخست: پژوهش‌های راهبردی

این بخش، دربردارنده پژوهش‌های دانشگاهی‌ای است که دلالت‌های کاربردی دارند و برپایه مسائل بیرونی انجام شده‌اند.

پیش‌درآمدی بر تعارض منافع و راهکارهای مدیریت آن در تولیت نظام‌های سلامت^۱

خاطره خانجانی

دانشجوی دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

امیرحسین تکیان

نویسنده مسئول، استاد سیاست‌گذاری سلامت، مدیر گروه سلامت جهانی و سیاست‌گذاری عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران takian@tums.ac.ir

چکیده

«نظام سلامت»، یکی از خرده‌نظام‌های نظام کلان اجتماعی و مسئول تحقق سلامت جامعه است که سه هدف ارتقای سطح سلامت، پاسخ‌گویی به خواسته‌های مردم، و مشارکت مالی عادلانه را دنبال می‌کند؛ این درحالی است که ممکن است موقعیت‌هایی مانند تعارض منافع، مانع تحقق این اهداف شوند. این مقاله، پیش‌درآمدی را بر تعارض منافع و راهکارهای مدیریت آن در تولیت نظام‌های سلامت ارائه کرده است. این پژوهش، مطالعه‌ی مروری تشریحی‌ای است که با جست‌وجو و مرور جامع داده‌ها در پایگاه‌های داده انجام شده است. معیار ورود یافته‌ها به پژوهش، مطالعاتی با موضوع «بررسی مصادیق تعارض منافع و راهکارهای مدیریت آن» و معیار خروج از پژوهش، «مطالعات چاپ‌شده پیش از سال ۲۰۰۰» بوده است. تمام نتایج جست‌وجو، وارد نرم‌افزار «اند نوت، نسخه X8» شده و مقاله‌های تکراری حذف، و سرانجام، متن کامل ۸۹ مقاله بررسی شده است.

درباره مصادیق تعارض منافع در پژوهش‌ها، چهار دسته تقسیم‌بندی اصلی وجود داشت؛ «مالی و غیرمالی»، «واقعی، درک‌شده و مبتنی بر نتیجه»، «واقعی، ظاهری، و بالقوه»، و «شخص‌محور و سازمان‌محور». در ادامه نُه مصداق برای تعارض منافع و همچنین هشت راهکار برای مدیریت تعارض منافع استخراج شد؛ برای شناسایی و مدیریت تعارض منافع، گام‌های زیر پیشنهاد می‌شود: ابتدا لازم است که سیاست‌گذاران و پژوهشگران، بهترین تقسیم‌بندی متناسب با بافتار

۱. این یک مقاله دسترسی آزاد تحت مجوز/ <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> است.

سازمان خود را برای تعارض منافع پیدا کنند. در مرحله بعد، فراوانی مصداق‌های تعارض منافع موجود را بررسی و موارد دارای بیشترین فراوانی را برای مدیریت، انتخاب کنند، و سرانجام، با بهره‌گیری از راهکارهای مناسب بر محور قانون‌گذاری، فرهنگ‌سازی، و آموزش کارکنان دولتی، برای مدیریت مصداق‌های تعارض منافع اقدام کنند.

واژه‌های کلیدی: تعارض منافع، مدیریت، تولید، نظام سلامت

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۸/۲۵ تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۹/۰۸

فصلنامه راهبرد سلامت و بهداشت، سال ۱، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰، صص ۱۵-۳۸

مقدمه

حدود دو دهه است که نقش دولت در بخش بهداشت، مورد توجه سیاست‌گذاران و پژوهشگران قرار گرفته است. بسیاری بر این نظرند که برای دستیابی به اهداف سیاسی مطلوب در حوزه سلامت لازم است که پیکربندی و اعمال اختیارات دولت در این بخش بازبینی شود [۱]. نظام سلامت که به‌عنوان یکی از خرده‌نظام‌های نظام کلان اجتماعی، مسئول سلامت جامعه است، سه هدف ارتقای سطح سلامت، پاسخ‌گویی به نیازهای سلامت، و مشارکت مالی عادلانه را دنبال می‌کند. برای دستیابی به این اهداف، لازم است چهار کارکرد تولید، تأمین مالی، تأمین منابع، و ارائه خدمات توسط نظام‌های سلامت به‌گونه‌ای هماهنگ اجرا شود [۲]. مفهوم «تولیت» از ۲۰ سال پیش جایگاه خود را در گزارش سازمان جهانی سلامت^۱ و در فرهنگ لغت گسترده تعریف‌ها و چارچوب‌های حاکمیت حفظ کرده است. برخی متخصصان، بر این نظرند که مفهوم تولیت، ترکیبی از یک بعد اخلاقی با اصول مدیریتی‌ای مانند کارایی و اثربخشی است که هدف آن، جهت‌دهی به سلامت ملی است [۱]. سازمان جهانی سلامت، تولیت را مهم‌ترین کارکرد نظام سلامت می‌داند و آن را تعیین‌کننده و تقویت‌کننده قواعد اجرایی، ارائه‌کننده جهت‌گیری‌ها و راهبردها برای تمام نقش‌آفرینان این نظام، پذیرش مسئولیت کلان، و پاسخ‌گویی در بالاترین سطح معرفی می‌کند [۲]. هدایت و نظارت راهبردی که توسط تولیت نظام‌های سلامت اجرا می‌شود، می‌تواند به موارد زیر منجر شود: دستیابی نظام سلامت به اهداف توسعه پایدار؛ اتکای

1. Stewardship

2. World Health Organization (WHO)

کشورهای کم‌درآمد به رهبری داخلی و بسیج منابع داخلی، به‌جای اتکا به منابع خارجی؛ بسیج ظرفیت و تعهد بخش‌های دولتی، خصوصی، و جامعه مدنی برای تقویت نظام سلامت؛ بهبود نتایج بهداشتی و کاهش نابرابری و تبعیض در دسترسی، پوشش و استفاده از خدمات بهداشتی [۳].

به‌طور معمول، لازم است کارکنان دولتی برای اجرای عملکرد خود، اختیاراتی داشته باشند، اما بسیار اتفاق می‌افتد که این بازیگران در موقعیت‌های مختلفی قرار می‌گیرند که منافع این موقعیت‌ها با یکدیگر سازگاری نداشته باشند [۴-۵]. این افراد ممکن است بدون توجه یا با توجه به تأثیر تصمیم‌های خود، تصمیم‌هایی بگیرند که به‌نفع عموم مردم نیست و منافع شخصی را در اولویت خود قرار دهند [۶]. این موقعیت، «تعارض منافع» نام دارد.

۱. چارچوب نظری

در تعریف موقعیت تعارض منافع، فضای مه‌آلودی وجود دارد که تعریف آن را دشوارتر می‌کند؛ بنابراین، لازم است به این موضوع از دیدگاه‌های گوناگون توجه کنیم [۷]. بسیاری از تعاریف، تعارض منافع را مجموعه‌شرایطی عنوان می‌کنند که در آن، قضاوت حرفه‌ای یا اقدامات مربوط به یک‌سری منافع اصلی به تأثیرپذیری از منافع ثانویه گرایش دارد [۸؛ ۱۰]. سازمان همکاری و توسعه اقتصادی^۱، تعارض منافع را به‌شکل تعارض بین منافع شخصی مقامات (آنچه آن‌ها می‌توانند به‌دست آورند، نه لزوماً به‌لحاظ مالی) و وظیفه آن‌ها به‌عنوان یک کارمند دولت، تعریف و تأکید می‌کند، تا آنجا که به‌طور منطقی امکان‌پذیر است، باید از آن پرهیز شود [۱۱]. از مجموع این تعاریف‌ها این‌گونه استنباط می‌شود که موقعیت‌های تعارض منافع می‌توانند فرد را به‌سوی رفتارهایی مانند کلاهبرداری^۲ یا فساد^۳ هدایت کنند [۱۲]. برپایه تعریف مؤسسه «شفافیت بین‌الملل»^۴، «فساد عبارت است از سوءاستفاده از قدرت امانت‌داده‌شده،

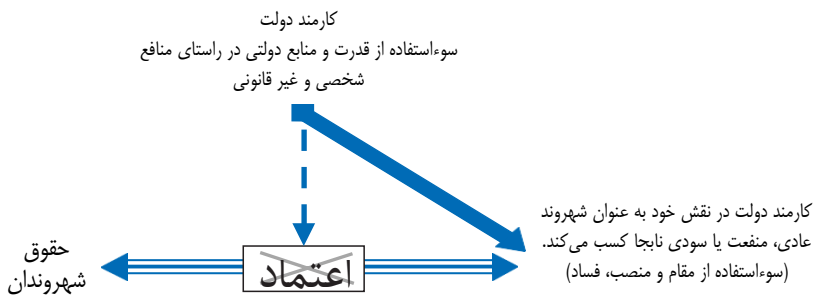
1. OECD

2. Fraud

3. Corruption

4. Transparency International

برای کسب منافع شخصی» [۱۳]. با توجه به این تعریف می‌توان نتیجه‌گیری کرد که اگر کارکنان دولتی به واسطه موقعیت تعارض منافع ایجادشده، به‌جای تصمیم‌گیری برپایه اهداف عمومی، در مسیر کسب منافع شخصی خود، نزدیکان، یا حتی صنف‌ها و گروه‌های خاصی در جامعه تصمیم‌گیری کنند، فساد ایجاد شده است؛ بنابراین، مقدمه ایجاد فساد، وجود موقعیت‌های تعارض منافع است [۱۴]؛ البته این رابطه به این مفهوم نیست که هر موقعیت تعارض منافی می‌تواند فسادآور باشد، اما آنچه مشخص است، فساد بدون وجود تعارض منافع، رخ نمی‌دهد [۱۵-۱۷]. شکل شماره (۲) رابطه بین فساد و تعارض منافع را نشان می‌دهد [۱۱]. شهروندان عادی جامعه با توجه به اعتمادشان به کارمند دولت، اجازه می‌دهند در مورد منافع عمومی تصمیم‌گیری کند و کارمند دولت هم در دو جایگاه نقش‌آفرینی می‌کند: (۱) به‌عنوان فردی که دارای قدرت تصمیم‌گیری در یک نهاد دولتی است؛ (۲) به‌عنوان عضوی از جامعه عادی شهروندان. اگر کارمند دولت به دلیل جایگاه و قدرت خود در آن جایگاه، به‌جای تصمیم‌گیری در راستای منافع عمومی، برپایه ترجیح منافع شخصی خود تصمیم‌گیری کند، گفته می‌شود که سوءاستفاده از مقام و منصب رخ داده است. این اقدام، افزون‌بر ایجاد فساد، اعتماد بین شهروندان عادی و کارمند دولت را خدشه‌دار می‌کند. همان‌گونه که پیش‌بینی می‌شود، تعارض منافع می‌تواند بر انجام درست وظایف اداری یک کارمند دولت، تأثیر منفی بگذارد و سرانجام، سبب ایجاد فساد شود. این فساد می‌تواند در قالب هریک از نمودهای تقلب، نقض قانون و مقررات، سوءاستفاده از بودجه یا منابع دیگر، سوءاستفاده از مقام، کوتاهی در انجام درست و کافی وظایف، و... رخ دهد [۱۱].



شکل ۱. رابطه بین فساد و تعارض منافع

بنابراین، ممکن است مصداق‌های گوناگونی از تعارض منافع در تولید نظام سلامت ایجاد شود. در بسیاری از پژوهش‌ها این‌گونه مطرح شده است که همه انواع تعارض منافع، سرانجام به تعارض منافع مالی ختم می‌شوند [۶-۱۲]. این دیدگاه باعث شده است که به منافع شخصی غیرمالی‌ای مانند پیشرفت شغلی، کسب شهرت، رفتارهای تبعیض‌آمیز، سوءاستفاده از قدرت، و... کمتر توجه شود و سیاست‌گذاران و متخصصان، درک محدودی از این پدیده داشته باشند [۱۸-۱۹]. با وجود موقعیت‌های تعارض منافع، دولت‌ها در سراسر جهان تلاش می‌کنند آن را به بهترین شیوه مدیریت کنند. برای مدیریت این موقعیت‌ها، روش‌های گوناگونی مانند قوانین و مقررات، استفاده از اطلاعات، و آموزش به کارکنان وجود دارد [۲۰-۲۲]. با این حال، باید در نظر داشت که برای مدیریت تعارض منافع، تنها اتکا به دستورالعمل‌ها^۱ و اسناد خوب کافی نیست، بلکه سازوکارهای دیگری مانند ارزش‌ها و هنجارهای آن نهاد نیز ابزار مهمی برای ایجاد فرهنگ اخلاقی و دوری از موقعیت‌های تعارض منافع هستند [۱۲-۲۳]. پژوهش‌های گوناگونی که در ایران درباره تعارض منافع در نظام سلامت انجام شده است، بیشتر به جنبه‌های حقوقی و اخلاقی، آموزش پزشکی، خدمات پاراکلینیکی و... توجه داشته‌اند [۷؛ ۲۴-۲۷] و تنها یک مطالعه، مصداق‌های تعارض منافع در مناصب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را بررسی کرده است [۲۸]؛ بنابراین، بررسی علمی و نقادانه این موضوع، لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

نظام سلامت، همانند نهادهای دیگر، نمی‌تواند ادعا کند که از تعارض منافع مصون است. وجود جریان‌های مالی قوی در نظام سلامت باعث شده است که بسیاری از موقعیت‌های تعارض منافع ایجاد شود که به‌عنوان نمونه می‌توان به وجود تعهدات غیررسمی بین پزشکان و ارائه‌دهندگان دیگر خدمات حوزه سلامت؛ دریافت هدیه از شرکت‌های دارویی؛ دریافت منابع مالی برای انجام طرح‌های پژوهشی؛ سهام‌داری در سازمان‌های مرتبط، مانند شرکت‌های تجهیزات پزشکی؛ و اشتغال هم‌زمان در بخش خصوصی و دولتی در نظام سلامت، اشاره

کرد. براین اساس، توجه به تعارض منافع در تولید نظام‌های سلامت، به‌عنوان بازوی اصلی تصمیم‌گیرنده و مؤثر بر سلامت عموم، مهم و ضروری است. در بسیاری از کشورها، وزارت بهداشت، متولی سلامت است و ضرورت دارد که بررسی شود که در این نهاد و در میان افرادی که در آن به سیاست‌گذاری و مدیریت مشغول هستند، چه مصداق‌هایی از تعارض منافع وجود دارد و راهکارهای مدیریت آن‌ها چیست! با توجه به مطالب پیش‌گفته، این مقاله، به‌عنوان پیشگام تشخیص و مقابله مؤثر، و با هدف ارائه پیش‌درآمدی بر تعارض منافع و راهکارهای مدیریت آن در تولید نظام‌های سلامت، انجام شده است.

۲. روش پژوهش

این پژوهش، مقاله‌ای مروری-تشریحی^۱ است که با جست‌وجوی محیط پژوهش، شامل تمام وب‌سایت‌ها، منابع کتابخانه‌ای، پایگاه‌های داده PubMed، Web of Science و Scopus به زبان انگلیسی و پایگاه‌های داده Magiran، Noormags و SID به زبان فارسی و با هدف پاسخ‌دهی به پرسش‌های زیر انجام شده است:

۱. تقسیم‌بندی‌های تعارض منافع به چه شکل است؟

۲. انواع تعارض منافع در تولید نظام سلامت چیست؟

۳. راهکارهای مدیریت تعارض منافع در تولید نظام سلامت کدام‌اند؟

برای جست‌وجوی داده‌ها، مرور جامعی برپایه کلیدواژگان "Conflict of interest"، "Corruption" و ترکیب آن با واژگان "Health system"، "Healthcare system"، "Public health system"، "Public sector"، "Public management"، "Public healthcare system" و "Public policy" به زبان انگلیسی و کلیدواژگان تضاد منافع، تعارض منافع، مناقشه منافع، تزاخم منافع، تضاد علایق، تعارض علایق، مناقشه علایق، تزاخم علایق و ترکیب آن‌ها با واژگان نظام سلامت، بخش عمومی و مدیریت، به زبان فارسی انجام و برای بالا بردن دقت جست‌وجو از عملگرهای AND و OR استفاده شده است. معیار ورود یافته‌ها به پژوهش، مطالعاتی با موضوع «بررسی مصادیق تعارض منافع و راهکارهای مدیریت آن» و معیار خروج

از پژوهش «مطالعات چاپ شده پیش از سال ۲۰۰۰» بوده است. تمام نتایج جست‌وجو به نرم‌افزار «اندنوت؛ نسخه X8» وارد و مقاله‌های تکراری، حذف و سپس پژوهش‌های تکراری و نامرتب از طریق بررسی عنوان و چکیده، کنار گذاشته شدند؛ در مرحله بعد، گروه پژوهش از طریق بررسی متن کامل پژوهش‌ها و با استفاده از معیارهای ورود و خروج، پژوهش‌های نامرتب را حذف کرده است. در این مرحله، از چک‌لیست استاندارد "CASP" به‌عنوان ابزار سنجش کیفیت و ارزیابی نقادانه مقاله، به‌منظور تعیین شایستگی و انتخاب مقاله‌های باکیفیت، استفاده و سپس، متن کامل ۸۹ مقاله بررسی شده است.

۳. یافته‌های پژوهش

با توجه به پرسش‌های پژوهش، یافته‌ها در سه بخش زیر بررسی شده‌اند:

۳-۱. تقسیم‌بندی‌های تعارض منافع

بسیاری از پژوهش‌ها برای فهم بهتر مصداق‌های تعارض منافع، دسته‌بندی‌های گوناگونی از این موقعیت ارائه کرده‌اند. بستر ایجاد تعارض منافع در هر موقعیت می‌تواند بسیار متفاوت باشد و برهمن اساس، انواع گوناگونی از تعارض منافع را ایجاد کند؛ بنابراین، برای شناسایی انواع تعارض منافع و انتخاب بهترین راهکار برای مدیریت آن، ابتدا باید بافتارها و دسته‌بندی‌های تعارض منافع را مطالعه و بررسی کنیم. در پژوهش‌های بررسی شده چهار دسته‌بندی زیر، پرتکرارترین دسته‌بندی‌ها بوده‌اند.

۳-۱-۱. تعارض منافع مالی^۱ در مقابل تعارض منافع غیرمالی^۲

برخی پژوهش‌ها، تعارض منافع را از دیدگاه وجود یا نبود مناسبات مالی تقسیم کرده‌اند. منظور از تعارض منافع مالی، موقعیت‌هایی است که امکان دستیابی به منفعت پولی و مالی را برای افراد شاغل در دولت فراهم می‌کند؛ به بیان دیگر، این

1. Financial

2. Non-financial

نوع تعارض منافع، زمانی رخ می‌دهد که وجود منابع چشمگیر مالی بتواند بر تصمیم‌گیری کارمند دولت اثر بگذارد؛ به گونه‌ای که نتایج تصمیم‌ها با خواسته‌های فردی همسو شود. برای نمونه، پژوهشگر یک مؤسسه، دارای سمت اجرایی در شرکتی است که از پژوهش‌های انجام‌شده در مؤسسه سود می‌برد. اگر مثبت یا منفی شدن نتایج بر عملکرد شرکت اثر بگذارد، این فرد می‌تواند در موقعیت تعارض منافع قرار گیرد. در برابر تعارض منافع مالی، تعارض منافع غیرمالی قرار دارد که دربردارنده تمام شرایط غیرمالی‌ای است که در هر مرحله از تصمیم‌گیری سوگیری^۱ ایجاد می‌کند. تعارض منافع غیرمالی، که گاهی تعارض منافع خصوصی نیز خوانده می‌شود، می‌تواند یکی از انواع تعارض منافع شخصی^۲، سیاستی^۳، دانشگاهی^۴، مذهبی^۵، یا ایدئولوژیکی^۶ باشد (برای نمونه [۲۹-۳۳]).

۳-۱-۲. تعارض منافع واقعی^۷، درک‌شده^۸، و مبتنی بر نتیجه^۹

نوع دیگر تقسیم‌بندی تعارض منافع، تقسیم‌بندی آن برپایه وضعیت است که آن را به سه گروه تعارض منافع واقعی، درک‌شده، و مبتنی بر نتیجه تقسیم می‌کند. تعارض منافع واقعی، زمانی به وجود می‌آید که بهره شخصی از طریق منافع پولی یا مادی، بر قضاوت یا عملکرد کارمند دولت تأثیر بگذارد. در کنار تعارض منافع واقعی، تعارض منافع درک‌شده قرار دارد و زمانی به وجود می‌آید که منافع با تأثیرگذاری مالی یا غیرمالی بر کارمند دولت اعمال شود و توانایی تأثیر غیرقانونی بر قضاوت یا عملکرد کارمند دولت داشته باشد؛ به بیان دیگر، در تعارض منافع درک‌شده، درعمل،

-
1. Bias
 2. Personal
 3. Political
 4. Academic
 5. Religious
 6. Ideological
 7. Actual
 8. Perceived
 9. Outcome-based

تعارض منافع رخ نمی‌دهد، اما موقعیت ایجادشده، امکان و توانایی قرار گرفتن کارمند دولت در موقعیت تعارض منافع را فراهم می‌کند. تعارض منافع مبتنی بر نتیجه نیز هنگامی به وجود می‌آید که یک منفعت فردی، با سیاست‌گذاری یا روند اجرای سیاست، در پی نتایجی ناهمسو با منافع عمومی مرتبط باشد. در واقع، یک سیاست، به گونه‌ای اجرا می‌شود که نتایج آن، برخلاف منافع عمومی است، درحالی‌که ممکن است اهداف سیاست با منافع عمومی همسو باشد [۳۳، ۳۵].

۳-۱-۳. تعارض منافع واقعی^۱، ظاهری^۲، و بالقوه^۳

نوع دیگر دسته‌بندی تعارض منافع برپایه وضعیت، آن را به سه دسته واقعی، ظاهری، و بالقوه تقسیم می‌کند. منظور از تعارض منافع واقعی، ایجاد تعارضی نپذیرفتنی بین منافع یک کارمند دولت به مثابه یک شهروند عادی و وظایف وی به عنوان کارمند دولت است. در کنار تعارض منافع واقعی، تعارض منافع ظاهری وجود دارد. برای شناسایی موقعیت تعارض منافع ظاهری باید به این پرسش پاسخ داد که «آیا به نظر می‌رسد فرد «الف» دچار تعارض منافع شده است یا نه؟». در واقع، در تعارض منافع ظاهری ممکن است در عمل تعارض منافی ایجاد نشده باشد، با این حال، وجود آن موقعیت می‌تواند مانند تعارض منافع واقعی خطرناک باشد. دسته سوم، تعارض منافع بالقوه است؛ شرایطی که کارمند، منافع شخصی دارد و ممکن است در آینده به بروز تعارض منافع بینجامد [۳۶، ۳۷، ۳۷].

۳-۱-۴. تعارض منافع شخص محور در مقابل تعارض منافع سازمان محور

دسته چهارم و آخرین دسته بندی، تعارض منافع برپایه عامل به وجود آورنده آن است که می‌تواند شخص یا سازمان باشد. منظور از تعارض منافع شخص محور، وجود برخی ویژگی‌های مربوط به شخص قرار گرفته در جایگاه‌های حاکمیتی (روابط خانوادگی، روابط سهام‌داری، اشتغال، و...) است که در آن، منافع شخص با

-
1. Real
 2. Apparent
 3. Potential

منافع عمومی در تعارض است؛ برای نمونه، مدیر نیروی انسانی تلاش کند برپایه جایگاه سازمانی خود، فرزندش را در سازمان استخدام کند. در مقابل تعارض منافع شخص محور، تعارض منافع سازمان محور، بیانگر وجود ویژگی‌هایی در سازمان است که سبب می‌شود منافع سازمان با منافع حاکمیت در تعارض قرار گیرد (مانند انجام وظایف قانون‌گذاری، اجرای قانون، و نظارت بر اجرای قانون توسط یک نهاد یا سازمان)؛ برای نمونه، وزارت بهداشت به‌عنوان یک سازمان قانون‌گذار، مجری قانون، و ناظر بر قانون عمل می‌کند [۳۸، ۳۹].

۲-۳. انواع تعارض منافع در تولید نظام‌های سلامت

با توجه به تقسیم‌بندی‌های گوناگون تعارض منافع، می‌توان انتظار داشت که انواع متفاوتی نیز داشته باشد. مصداق‌های تعارض منافع در واقع، نمونه‌هایی هستند که اگر مدیریت نشوند، می‌توانند به رخداد پدیده فساد بینجامند. در ادامه برخی از مصداق‌های تعارض منافع در تولید نظام‌های سلامت، همراه با بیان نمونه‌هایی از آن‌ها، مطرح شده است.

۳-۲-۱. داشتن رابطه مالی با اعضای خانواده

داشتن رابطه مالی با اعضای خانواده یا انجام خودمعاملگی، یکی از مصداق‌های تعارض منافع در تولید نظام‌های سلامت است. در این مصداق تعارض منافع، معمولاً یک کارمند دولت با استفاده از مقام یا موقعیت رسمی خود، به انعقاد قرارداد برای خود یا اقوامش اقدام می‌کند، درحالی‌که این رابطه خانوادگی را پیش از انعقاد قرارداد افشا نکرده است؛ برای نمونه، مدیر پشتیبانی تأمین نیروی خدماتی، واحد خود را به شرکتی که پسرش مالک یا سهام‌دار آن است، برون‌سپاری می‌کند. این نوع تعارض منافع می‌تواند موجب بروز انواع فسادهای مالی شود [۴۰، ۴۱].

۳-۲-۲. وجود تعارض بین درآمد و وظایف فرد

گاهی شرح وظیفه ارائه شده و شیوه پرداخت انجام شده، با یکدیگر تعارض دارند؛

برای نمونه، تصور کنید معاونت درمان وزارت بهداشت تصمیم می‌گیرد به موفقیت‌های کوتاه‌مدت معاونان، مدیران، و کارکنان حوزه معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی پاداش بدهد. این نظام انگیزشی می‌تواند مدیران را تشویق کند، دست به اقداماتی بزنند که در کوتاه‌مدت، نتایج ملموس و مناسبی داشته باشد، درحالی‌که ممکن است در بلندمدت، پیامدهای ویرانگری به‌ضرر عموم داشته باشد [۳۹، ۴۲].

۳-۲-۳. تعارض منافع اجتماعی، سیاسی، و دینی و مذهبی

در این نوع تعارض منافع، وابستگی به گروه‌های خاص اجتماعی و صنفی، سیاسی و دینی و مذهبی سبب تغییر رویه در تصمیم‌گیری‌های سیاست‌گذاران می‌شود؛ برای نمونه، وزیر بهداشت، به‌عنوان پزشک متخصص، در نخستین اقدام، تعرفه درمانی هم‌صنفان خود را افزایش می‌دهد. در مثال دیگر، چنانچه در استانی که دارای قومیت‌ها یا مذاهب گوناگون است، یک فرد از قوم یا مذهب (الف) به‌عنوان رئیس دانشگاه علوم پزشکی منصوب می‌شود، تمام جایگاه‌های تصمیم‌گیری را به افراد هم‌قوم یا مذهب خود واگذار کند، مصداقی از تعارض منافع از نوع دینی و مذهبی رخ داده است. وجود این‌گونه تعارض منافع، افزون‌بر اینکه زمینه رخداد تعارض منافع را فراهم می‌کند، سبب بی‌اعتمادی مردم به سیاست‌گذاران نیز خواهد شد [۴۳].

۳-۲-۴. دریافت هدیه یا دعوت شدن به صرف غذا یا سفر از سوی افراد، شرکت‌ها، و

نهادهای

دریافت هدیه و دعوت شدن به صرف غذا یا سفر، یکی از رایج‌ترین انواع تعارض منافع از نوع غیرمالی است؛ برای نمونه، یک شرکت واردکننده تجهیزات پزشکی، یکی از مقامات ارشد وزارت بهداشت را به‌همراه خانواده‌اش به یک نمایشگاه تجهیزات پزشکی در خارج از کشور دعوت، و تمام هزینه‌های این سفر را پرداخت می‌کند و پس از سفر، از آن مقام درخواست می‌کند که حق امتیاز واردات یک ابزار پزشکی را به او واگذار کند. پژوهش‌های بسیاری در مورد این نوع تعارض منافع

انجام شده است و به دلیل فراوانی وقوع آن در کشورها، دولت‌ها به تدوین قوانین و مقرراتی با هدف کاهش این نوع تعارض منافع اقدام کرده‌اند [۴۴، ۴۵].

۳-۲-۵. اشتغال هم‌زمان فرد در بخش‌های دولتی و خصوصی

اشتغال هم‌زمان فرد در بخش حاکمیتی و بخش خصوصی، به‌ویژه بخش‌هایی که ارتباط نزدیک با جایگاه حاکمیت افراد دارد، یکی دیگر از مصداق‌های تعارض منافع است. در این نوع تعارض منافع، یک مدیر دولتی، هم‌زمان در بخش‌های دولتی و خصوصی دارای شغل است؛ برای مثال، پزشک یک بیمارستان خصوصی است. این هم‌زمانی اشتغال در دو بخش دولتی نیز می‌تواند رخ دهد؛ به‌عنوان نمونه، عضویت در دو کمیته مشورتی، در شرایطی که حضور فرد در آن‌ها برای وی امتیاز داشته باشد، نوع پرتواتری از تعارض منافع در نظام سلامت ایران است که می‌توان برای آن مصداق‌های گوناگونی در سطوح مختلف حاکمیتی نظام سلامت مشاهده کرد [۴۶].

۳-۲-۶. درب چرخان^۱

پدیده درب چرخان، بر جابه‌جایی مقامات دولتی به بخش خصوصی یا برعکس، دلالت دارد. این پدیده، به‌ویژه پس از گسترش خصوصی‌سازی در ایران افزایش یافته است. در پدیده درب چرخان، فرد، بی‌درنگ پس از خروج یا کناره‌گیری از یک شغل دولتی (خصوصی) در یک بخش خصوصی (دولتی) دیگر مشغول به‌کار می‌شود؛ برای نمونه، معاون درمان یک دانشگاه، بی‌درنگ پس از خروج از جایگاه دولتی، در یک بیمارستان خصوصی مشغول به کار می‌شود. زمانی که افراد، بی‌درنگ از بخش دولتی وارد بخش خصوصی می‌شوند (یا برعکس) به دلیل داشتن رانت اطلاعاتی می‌توانند فرصت‌هایی را در اختیار بخش خصوصی قرار دهند [۴۷-۴۹].

۳-۲-۷. وجود تعارض بین درآمد و وظایف سازمان

در بسیاری از سازمان‌های دولتی، بین وظیفه سازمان و درآمد آن تعارض منافع

1. Revolving Door

وجود دارد؛ برای نمونه، وزارت بهداشت، وظیفه ارزشیابی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی را به عهده دارد؛ چنانچه یک بیمارستان دولتی، نمره ارزشیابی پایینی بگیرد، در میزان دریافت بودجه آن اثرگذار است و به‌نوعی، باز این وزارت بهداشت است که دچار زیان می‌شود؛ بنابراین، تمایل به این‌سو است که نمره‌های ارزشیابی بیمارستان‌های دولتی خوب اعلام شود تا بیمارستان و به‌تبع آن، وزارت بهداشت، با کمبود بودجه روبه‌رو نشود [۵۱، ۵۰].

۳-۲-۸. قانون‌گذاری و نظارت توسط اتحادیه‌های صنفی

در برخی موارد، اتحادیه‌های صنفی می‌توانند سطحی از قانون‌گذاری و نظارت را انجام دهند. در صورت وجود این سطح از اختیار، می‌توان پیش‌بینی کرد که برخی تصمیم‌های اتخاذشده، همسو با منافع صنفی خواهد بود و نه منافع عموم؛ برای نمونه، اعضای هیئت ارزشیابی گروه زنان و زایمان، دستورکاری را برای انجام یک اقدام درمانی خاص تدوین می‌کنند که نتایج به‌دست‌آمده از اجرای دستورکار، به‌سود آنان و به‌زیان گروه‌های مشابه، مانند مامایی است [۵۴-۵۲].

۳-۲-۹. اتحاد قانون‌گذار و مجری قوانین^۱

اتحاد قانون‌گذار و مجری قوانین و به‌بیان دیگر، یکی بودن قانون‌گذار و اجراکننده قانون، به این مفهوم است که یک سازمان دولتی، خود قانون‌گذاری کند و خود، آن قوانین را اجرا کند. وجود چنین فضایی می‌تواند افراد و سازمان‌ها را در یک موقعیت تعارض منافع شدید قرار دهد؛ برای نمونه، اگر به فردی اختیار قاعده‌گذاری برای میزان حقوق دریافتی خود را بدهیم، او را در موقعیت تعارض منافع قرار داده‌ایم [۳۹، ۴۲].

۳-۳. راهکارهای مدیریت تعارض منافع در تولید نظام‌های سلامت

مدیریت هریک از مصداق‌های تعارض منافع، نیازمند راهکارهای ویژه‌ای است که می‌توان آن‌ها را در دو دسته سیاست‌های نرم و سیاست‌های سخت طبقه‌بندی کرد.

1. Union of the Legislature and the Law Enforcer

منظور از سیاست‌های نرم، از بین بردن پیش‌دستانه احتمال وقوع تعارض منافع و منظور از سیاست‌های سخت، کشف و تنبیه پس از رخداد موقعیت تعارض منافع است. کشورهای گوناگون، راهکارهای متفاوتی را برای مدیریت تعارض منافع در پیش گرفته‌اند که در ادامه برخی از آن‌ها را بررسی کرده‌ایم.

۳-۳-۱. قانون‌گذاری و ایجاد محدودیت در تصمیم‌گیری، سیاست‌گذاری، و اجرا

استفاده از سازوکارهای قانون‌گذاری، یکی از اصلی‌ترین راه‌های مدیریت تعارض منافع است. هر اقدامی که سازمان بخواهد در راستای مدیریت تعارض منافع انجام دهد، باید پشتوانه قانونی داشته باشد. این پشتوانه قانونی، دربردارنده قانون به‌معنای خاص (مصوب قوه مقننه) و عام (قانون خاص، آیین‌نامه‌ها، و تصویب‌نامه‌ها) است و هر دو قابل‌قبول هستند [۵۵]. ایجاد محدودیت در تصمیم‌گیری، سیاست‌گذاری، و همچنین اجرای آن‌ها، از جمله موارد قانون‌گذاری است که برای مدیریت تعارض منافع باید به آن توجه کرد؛ برای نمونه، چنانچه فرزند یک مدیر حوزه سنجش پزشکی باید در آزمون دستیاری شرکت کند، آن مدیر حق تصمیم‌گیری در مورد جلسه‌های مربوط به آزمون دستیاری را ندارد. در مثال دیگری، چنانچه اجرای یک برنامه با منافع شخص تعارض داشته باشد، وی نباید به‌عنوان مجری طرح معرفی شود. کشورهای گوناگون از این روش برای مدیریت تعارض منافع استفاده می‌کنند؛ برای نمونه، در کشور لتونی، اختیار رأی دادن رؤسا، وزرا، اعضای پارلمان، و کارمندان دولت برای تصمیم‌گیری درباره سیاست‌های مربوط به منافع شخصی یک مقام محدود شده است [۵۶].

۳-۳-۲. خودافشاگری^۱

خودافشاگری، یکی از رایج‌ترین راهکارهای مدیریت تعارض منافع است. در این راهکار، کارمند دولت، موضع خود را درباره تمام شرایطی که می‌تواند مقدمه‌ای بر تعارض منافع باشد، مانند ارتباطات خانوادگی، روابط سهام‌داری در سایر

سازمان‌ها، بودجه‌ها، و هدایای دریافتی از سازمان‌های دیگر، عضویت در بخش خصوصی یا سهام‌داری در آن، و... مشخص می‌کند. معمولاً سازمان‌ها پیش از استخدام فرد یا قرار گرفتن وی در جایگاه‌ها و مقام‌های سازمانی از وی می‌خواهند که این اطلاعات را در اختیارشان قرار دهد. به این منظور، سازمان‌ها فرم‌های مشخصی را طراحی می‌کنند و فرد متقاضی تمام مصداق‌های تعارض منافع را که برای سازمان مهم هستند، افشا می‌کند [۳۸، ۴۰، ۵۷].

۳-۳-۳. کاهش سهام مالی فرد به یک مقدار مشخص

کاهش سهام مالی فرد، یکی از راه‌های مدیریت تعارض منافع، به‌ویژه تعارض منافع مالی، است. بسیاری از کشورها با محدود کردن سهام فرد یا قدرت تصمیم‌گیری وی، تعارض‌های منافع مالی را مدیریت می‌کنند؛ برای نمونه، اگر افراد، سهامی بیش از مقدار تعیین‌شده داشته باشند، باید از رأی دادن در جلسات منع شوند. در کشور کرواسی، اگر یک کارمند دولت دارای دست‌کم ۰/۵ درصد از سهام یک نهاد خصوصی باشد، مجاز نیست به‌عنوان کارمند دولت با آن نهاد خصوصی معامله کند [۵۸].

۳-۳-۴. ایجاد محدودیت در شغل دوم

بسیاری از کشورها، محدودیت‌هایی را برای داشتن شغل دوم توسط کارمندان دولت در نظر گرفته‌اند؛ برای مثال، در اصل ۱۴۱ قانون اساسی ایران گفته شده است که «هر شخص می‌تواند تنها یک شغل دولتی را عهده‌دار شود» [۵۹].

۳-۳-۵. ایجاد محدودیت یا ممنوعیت در دریافت هدیه نقدی یا غیرنقدی

یکی دیگر از راه‌های مدیریت تعارض منافع، ایجاد محدودیت یا ممنوعیت در دریافت هدیه نقدی یا غیرنقدی است. این روش، هم برای تعارض منافع از نوع مالی و هم غیرمالی آن کاربرد دارد؛ برای مثال، دریافت هدیه با ارزش بیش از (الف) ریال، تعارض منافع به‌شمار می‌آید. بسیاری از کشورها، مانند کره جنوبی و سنگاپور، از این محدودیت برای مدیریت تعارض منافع استفاده می‌کنند [۶۰، ۶۱].

۳-۳-۶. ایجاد دوره انتظار^۱

یکی از عوامل ایجادکننده تعارض منافع، جابه‌جایی کارمندان دولت از بخش دولتی به بخش خصوصی است. بسیاری از کارمندان پیشین دولتی، به دلیل دسترسی به اطلاعات مهم و حساس در حوزه خود می‌توانند پس از خروج از شغل، تأثیر بسزایی در تصمیم‌گیری‌ها و جایگاه بخش دولتی بگذارند. بر همین اساس، بسیاری از کشورها، استفاده از دوره انتظار را برای کاهش آسیب ناشی از این جابه‌جایی در دستورکار خود قرار می‌دهند؛ به گونه‌ای که هنگامی که یک مقام دولتی شاغل در جایگاه تصمیم‌گیری، از جایگاه شغلی خود خارج شد، تا یک مدت معین نباید در بخش خصوصی مشغول به کار شود؛ برای نمونه، اگر وزیر بهداشت، یک متخصص است، پس از خروج از جایگاه وزارت، نباید بی‌درنگ فعالیت خود را در بخش خصوصی آغاز کند و لازم است بین حضور او در جایگاه دولتی و بخش خصوصی، فاصله مشخصی وجود داشته باشد [۶۲].

۳-۳-۷. تدوین هنجارها و ارزش‌های ضد تعارض منافع در سازمان

در کنار تمام راهکارهای مدیریت تعارض منافع، توجه به تدوین هنجارها و ارزش‌های ضد تعارض منافع در سازمان، از نکته‌های مهمی است که کمتر به آن توجه می‌شود. هر سازمانی برای مدیریت موقعیتی مانند تعارض منافع، باید بافتار لازم برای مدیریت آن را نیز فراهم کند. گام نخست، فراهم کردن بافتار ترویج فرهنگ ضد تعارض منافع در سازمان است که با تدوین هنجارها و ارزش‌های مرتبط با آن شروع می‌شود؛ بنابراین، سازمان با تدوین ارزش‌ها و هنجارهایی که مخالف پدیده تعارض منافع است، از ایجاد این پدیده جلوگیری می‌کند [۴۱، ۶۳].

۳-۳-۸. ارائه آموزش درباره مصداق‌های تعارض منافع و مدیریت آن

نتایج پژوهش‌های انجام‌شده نشان داده است که در بسیاری از مواقع، علت ایجاد موقعیت تعارض منافع و در پی آن، رخداد پدیده فساد، ناآگاهی کارکنان دولت از

مصادق‌ها و تعریف‌های درست موقعیت‌های تعارض منافع است. بر همین اساس، ارائه آموزش درباره مصادق‌های تعارض منافع و راهکارهای مدیریت آن، یکی از اصلی‌ترین راه‌حل‌ها است. این آموزش‌ها را می‌توان پیش از شروع به کار، در حین تصدی شغل، و پس از خروج از کار به کارمندان دولت ارائه کرد. ارائه این آموزش‌ها، افزون‌بر یادآوری و تثبیت مصادق‌های تعارض منافع و راهکارهای مدیریت آن در ذهن فرد، فضایی را فراهم می‌کند تا افراد، تجربه‌های خود را در برخورد با این پدیده به‌اشتراک بگذارند [۶، ۲۲].

بحث و نتیجه‌گیری

تعارض منافع در هر بافتار، موقعیت‌گریزناپذیری است و شناسایی مصادق‌ها و راهکارهای مدیریت آن، ضرورت دارد. این مطالعه، پیش‌درآمدی از دسته‌بندی‌های گوناگون تعارض منافع در نظام سلامت را معرفی کرد. فراوانی این دسته‌بندی‌ها، بیانگر تفاوت موقعیت‌های ایجادکننده تعارض منافع است. در برخی بافتارها، وجود منابع عظیم مالی، امکان بروز مصادق‌های تعارض منافع را فراهم می‌کند و در برخی از مناسبات، ناشی از قدرت مقام ایجادکننده تعارض منافع است؛ بنابراین، گام نخست، پیش از مطالعه تعارض منافع، شناخت بافتار و موقعیت‌های ایجادکننده آن است. با توجه به بافتارهای متفاوت و به تبع آن موقعیت‌های متفاوت ایجادکننده مصادق‌های تعارض منافع، فراوانی این مصادق‌ها برپایه هر بافتار نیز دور از انتظار نیست. افزون‌براین، به دلیل محدودیت منابع و نیازهای نامحدود، ناگزیر باید مصادق‌ها را برپایه فراوانی، اولویت‌بندی کرد. بر همین اساس، پژوهشگران در بافتارهای گوناگون، پیش از سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری درباره شیوه مدیریت تعارض منافع، باید ابتدا مصادق‌های این موقعیت را در آن بافتار شناسایی و فراوانی آن را بررسی کنند و سپس، راهکارهای مدیریت آن را برگزینند. جستار ما نشان داد که بنیان تمام راهکارهای مدیریت تعارض منافع، تدوین قوانین، مقررات، و قانون‌گذاری است؛ اما نباید این نکته فراموش شود که اجرای سیاست‌های تضاد منافع به زمان، منابع قابل توجه، و همچنین، تعهد عمیق

به نظارت مؤثر نیاز دارد.

بنابراین، تدوین سیاست، نخستین گام در این مسیر است. تشکیل یک کمیته علمی معتبر به همراه کارمندان آموزش دیده که مصداق‌های تعارض منافع را می‌شناسند، تخلفات را بررسی می‌کنند، و در صورت لزوم، موقعیت‌ها و افراد دارای تعارض منافع را افشا می‌کنند، گام‌های مهم بعدی هستند که باید پس از تدوین سیاست به آن‌ها توجه کرد. سخن پایانی اینکه، مرور پیوسته و مداوم مصداق‌ها و راهکارهای مدیریت تعارض منافع برای اعضای سازمان، از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی و بنیان‌گذاری و ارتقای فرهنگ سازمانی با هدف کاهش موقعیت‌ها، مصداق‌های تعارض منافع، و فساد ناشی از آن، ابزار بسیار مهمی برای حرکت سازمان در راستای سلامت اداری خواهد بود.

منابع

1. Saltman RB, Ferroussier-Davis O. The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000; 78: 732-9.
2. Organization WH. The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization; 2000.
3. Brinkerhoff DW, Cross HE, Sharma S, Williamson T. Stewardship and health systems strengthening: An overview. *Public Administration and Development*. 2019;39(1):4-10.
4. La Rosa D, Esteban G, Shopovski J. Directors' Conflicts of Interest: Different European Legal Perspectives. *Beijing L Rev*. 2013; 4: 174.
5. وکیلان ح، درخشان د. راهکارهای پیشگیری و مدیریت تعارض منافع در نظام قضایی با رویکرد تطبیقی. *مجله حقوقی دادگستری*. ۱۳۹۸؛ ۸۴(۱۰۹): ۲۷۱-۹۱.
6. Annane D, Lerolle N, Meuris S, Sibilla J, Olsen KM. Academic conflict of interest. *Intensive care medicine*. 2019;45(1):13-20.
7. میلانیفرع، آخوندی م، پایکارزاده پ، لاریجانی ب. ارزیابی حقوقی تعارض منافع در حقوق نظام سلامت ایران. *اخلاق و تاریخ پزشکی*. ۱۳۹۰؛ ۵(۱): ۱۶-۱.
8. WAME Editorial Policy and Publication Ethics Committees. Conflict of interest in peer-reviewed medical journals 2009 [Available from: <http://www.wame.org/conflict-of-interest-in-peer-reviewed-medical-journals>].
9. Cherla DV, Viso CP, Holihan JL, Bernardi K, Moses ML, Mueck KM, et al. The Effect of Financial Conflict of Interest, Disclosure Status, and Relevance on Medical Research from the United States. *Journal of general internal medicine*. 2019; 34(3): 429-34.
10. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *New England journal of medicine*. 1993; 329: 573.-
11. Whitton H, Bertók J. Managing conflict of interest in the public sector: a

- toolkit: OECD Publishing; 2005.
12. Williams-Jones B. Beyond a pejorative understanding of conflict of interest. *The American Journal of Bioethics*. 2011;11(1):1-2.
 13. TransparencyInternational. What is corruption? [Available from: <https://www.transparency.org/en/what-is-corruption>].
 ۱۴. جودکی ح، رشیدیان آ. ساد در نظام سلامت: تئوری، روش‌ها و مداخلات. بیمارستان. ۱۳۸۸؛ ۸(۳):۸۲-۱۰۰.
 15. Auby J-B, Breen E, Perroud T. Corruption and conflicts of interest: A comparative law approach: Edward Elgar Publishing; 2014.
 16. Catchick P, editor Conflict of interest: Gateway to Corruption. 2014 ACFE European Fraud Conference; 2014.
 17. Kjellberg F. Conflict of interest, corruption or (simply) scandals? *Crime, Law and Social Change*. 1994; 22(4):339-60.
 18. Fijnaut C, Huberts LW. Corruption, integrity, and law enforcement: Kluwer law international Dordrecht; 2002.
 19. Cerrillo-i-Martínez A. Beyond Revolving Doors: The Prevention of Conflicts of Interests Through Regulation. *Public Integrity*. 2017; 19(4): 357-73.
 20. Salinas DZ, editor Towards integrity machines: Design theory for information systems addressing conflicts of interest in the public sector. CEUR Workshop Proceedings; 2018.
 21. Managing Conflict of Interest in the Public Sector. 2017.
 22. world Bank Group, The Government inspectorate of Vietnam. Managing conflict of interest in the public sector – law and practice in Vietnam. Hanoi, Vietnam; 2016.
 23. Ferguson K, Masur S, Olson L, Ramirez J, Robyn E, Schmaling K. Enhancing the culture of research ethics on university campuses. *Journal of Academic Ethics*. 2007; 5(2-4): 189-98.
 ۲۴. پارسا م، خورشیدیان ا. عارضه منافع در دندان‌پزشکی. اخلاق و تاریخ پزشکی. ۱۳۹۶؛ ۱۰(۱): ۷۱-۲۵۸.
 ۲۵. خاجی ع. تعارض منافع غیرمالی در پژوهش‌های پزشکی: چالش‌ها و راهکارها (نشست عمومی ۵). مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی. ۱۳۹۴؛ ۸(۷) ویژه‌نامه کنگره اخلاق: ۲۰۳.
 ۲۶. خاجی ع. انواع تعارض منافع غیرمالی در پژوهش‌های زیست‌پزشکی و پیامدهای آن. مجله اخلاق پزشکی. ۱۳۹۸؛ ۱۳. ۱-۱۱: (۴۴).

۲۷. رجایی س. تعارض منافع، آفتی جدی در نظام سلامت. فصلنامه مطالعات راهبردی سیاست‌گذاری عمومی. ۲۰۱۹؛ ۹(۳۰): ۳۳۵-۴۰.
۲۸. معماری بیرق ب. بررسی مصادیق تعارض منافع در مناصب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. تهران، ایران: دانشگاه صنعتی شریف؛ ۱۳۹۷
29. Marcovitch H, Barbour V, Borrell C, Bosch F, Fernández E, Macdonald H, et al. Conflict of Interest in Science Communication: More than a Financial Issue Report from Esteve Foundation Discussion Group, April 2009. *Croatian medical journal*. 2010; 51(1): 7-14.
30. Editors PM. Making sense of non-financial competing interests. *PLOS med*. 2008; 5(9): e199.
31. Alhazzani W, Lewis K, Jaeschke R, Rochweg B, Møller MH, Evans L, et al. Conflicts of interest disclosure forms and management in critical care clinical practice guidelines. *Intensive care medicine*. 2018; 44(10): 1691-8.
32. Smith R. Conflicts of interest: how money clouds objectivity. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2006; 99(6): 292-7.
33. Akl EA, El-Hachem P, Abou-Haidar H, Neumann I, Schünemann HJ, Guyatt GH. Considering intellectual, in addition to financial, conflicts of interest proved important in a clinical practice guideline: a descriptive study. *Journal of clinical epidemiology*. 2014; 67(11): 1222-8.
34. Bean S. Pragmatic and proportional analysis of conflict of interest. *The American Journal of Bioethics*. 2011; 11(1): 39-40.
35. Organization WH. Addressing and managing conflicts of interest in the planning and delivery of nutrition programmes at country level: report of a technical consultation convened in Geneva, Switzerland, on 8–9 October 2015. 2016.
36. Conflict of interest sogc policy statement, (2003).
37. Toolkit A. *Managing Conflict of Interest in the Public Sector*.
38. Camilleri M, Cortese DA, editors. *Managing conflict of interest in clinical practice*. Mayo Clinic Proceedings; 2007: Elsevier.
39. Parhizkari A RA. *Conflict of Interest: Classification and Conceptual*. Tehran: Research Center of the Islamic Consultative Assembly of Iran; 2016.
40. Boyd EA, Akl EA, Baumann M, Curtis JR, Field MJ, Jaeschke R, et al. Guideline funding and conflicts of interest: article 4 in integrating and

- coordinating efforts in COPD guideline development. An official ATS/ERS workshop report. Proceedings of the American Thoracic Society. 2012; 9(5): 234-242.
41. Thompson DF. The challenge of conflict of interest in medicine. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2009; 103(3): 136-140.
42. Parhizkari A RA. Conflict of Interest: Prevention and Management Strategies. Tehran: Research Center of the Islamic Consultative Assembly of Iran; 2016.
43. Bero LA, Grundy Q. Why having a (nonfinancial) interest is not a conflict of interest. *PLoS biology*. 2016; 14(12): e2001221.
44. Rothman DJ, Chimonas S. Academic medical centers' conflict of interest policies. *JAMA*. 2010; 304(20): 2294-5.
45. Salinas DZ. Towards Integrity Machines: Design Theory for Information Systems addressing Conflicts of Interest in the Public Sector. EasyChair; 2018. Report No. 2516-2314.
46. Lo B, Field MJ. Conflicts of Interest and Medical Practice. Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice: National Academies Press (US); 2009.
47. Brezis ES. Legal conflicts of interest of the revolving door. *Journal of Macroeconomics*. 2017; 52: 175-88.
48. Brezis ES, Cariolle J. Measuring conflicts of interest: A revolving door indicator. *Development*. 2015; 122.
49. Tajrishi S, Ashari M, Rohani S. A review of the world literature on the "revolving door" phenomenon (the movement of people between the private and public sectors). Tehran, Iran; 2016.
۵۰. پرهیزکاری س، رزقی ا. تعارض منافع: دسته‌بندی و مفهوم‌شناسی. تهران، ایران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی ایران؛ ۱۳۹۶
۵۱. پرهیزکاری س، رزقی ا. تعارض منافع: راهکارهای پیشگیری و مدیریت. تهران، ایران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی ایران؛ ۱۳۹۶
52. Norris SL, Holmer HK, Ogden LA, Burda BU. Conflict of interest in clinical practice guideline development: a systematic review. *PloS one*. 2011; 6(10): e25153.
53. The L. Managing conflicts of interests in clinical guidelines. *Lancet* (London, England). 2019; 394(10200): 710.

54. Napierala H, Schäfer L, Schott G, Schurig N, Lempert T. Management of financial conflicts of interests in clinical practice guidelines in Germany: results from the public database GuidelineWatch. *BMC medical ethics*. 2018; 19(1): 65.
55. Katuzian N. *Introduction to Law and Study in the Iranian Legal System*. Tehran, Iran: Gang-e Danesh; 2017.
56. Law On Prevention of Conflict of Interest, 2002; Cabinet Instruction No. 1 “Principles of behavior for Civil Servants”, 2001.
57. Komesaroff PA, Kerridge I, Lipworth W. Conflicts of interest: new thinking, new processes. *Internal medicine journal*. 2019; 49(5): 574-7.
58. TheGroupofStatesagainstCorruption (GRECO). *Preventing corruption and promoting integrity in central governments (top executive functions) and law enforcement agencies*. 2020.
59. *Constitution of the Islamic Republic of Iran*. Tehran, Iran, 1979.
60. Anti-Corruption and Civil Rights Commission. *Code of conduct for public officials*. Korea; 2016.
61. Deployment for Democratic Development (DDD) global program of the Institute of Public Administration of Canada (IPAC), “Conflicts of Interest and Ethics in Government. Briefing Note: Singapore.”
62. MemariBeyragh B. *Examining conflicts of interest in the positions of the Ministry of Health and Medical Education: Sharif University of Tecnology*; 2018.
63. Moore JB, Kordick MF. Sources of conflict between families and health care professionals. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2006;23(2): 82-91.

مروری بر ادبیات دوشغلگی پزشکان^۱

الیاس هادیان شیوا

نویسنده مسئول، دانشجوی کارشناسی ارشد رشته معارف اسلامی و اقتصاد، دانشکده معارف اسلامی و اقتصاد، دانشگاه امام صادق(ع)، پژوهشگر پژوهشکده سیاست‌پژوهی و مطالعات راهبردی حکمت، تهران، ایران. elyashadian816@gmail.com

مهدی مختاری پیام

دانشجوی دکتری تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، پژوهشگر پژوهشکده سیاست‌پژوهی و مطالعات راهبردی حکمت، تهران، ایران

حسین بوذرجمهری

دانشجوی دکتری تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، پژوهشگر پژوهشکده سیاست‌پژوهی و مطالعات راهبردی حکمت، تهران، ایران

چکیده

دوشغلگی پزشکان، یکی از موضوع‌های مهم و چالشی در سیاست‌گذاری سلامت است که بحث‌ها و اختلاف‌نظرهایی در مورد آن وجود دارد مبنی بر اینکه «آیا این موضوع باید تأیید و ترویج شود، یا ممنوع اعلام شود!» از آنجاکه درباره این موضوع به‌ندرت پژوهش‌های فارسی یافت می‌شود، در این مقاله سعی شده است تعریف و تصویری از دوشغله بودن پزشکان ارائه شود.

این پژوهش با هدف بررسی تأثیرات دوشغلگی پزشکان بر نظام سلامت، نظام آموزش پزشکی، و رفاه بیماران، به روش مروری و با تأکید بر پژوهش‌های مطرح بین‌المللی انجام شده است.

مطالعه حاضر، در تلاش است تا با بررسی ادبیات موجود، محل نزاع را دقیق‌تر بررسی کرده و از چهار دیدگاه به مقوله دوشغلگی بپردازد: (۱) مفهومی: تعریف‌ها و معانی گوناگون مطرح‌شده برای دوشغلگی؛ (۲) توصیفی: تلاش برای گونه‌شناسی انواع دوشغلگی؛ (۳) تأثیرات: بررسی تأثیرات دوشغلگی؛ (۴) کیفی: ادله موافقان و مخالفان دوشغلگی پزشکان.

برایند پژوهش‌ها نشان می‌دهد که دوشغلگی پزشکان، در سراسر دنیا و به‌ویژه در کشورهای با درآمد پایین، مسئله شایعی است. دوشغلگی پزشکان می‌تواند اثرات مثبت و

۱. این یک مقاله دسترسی آزاد تحت مجوز [CC BY-NC-ND \(http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/\)](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) است.

منفی‌ای داشته باشد، اما در مجموع این گونه به نظر می‌رسد که پیامدهای منفی این پدیده، بیش از پیامدهای مثبت آن است. همچنین، پژوهش‌هایی که در پی کشف علل گرایش پزشکان به دوشغلگی بودند، نشان می‌دهند که انگیزه‌های مالی، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، نقش مهمی ایفا می‌کنند.

واژه‌های کلیدی: دوشغلگی، دوشغلگی پزشکان، فساد

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۸/۲۸ تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۹/۱۴

فصلنامه راهبرد سلامت و بهداشت، سال ۱، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰، صص ۳۹-۵۹

مقدمه

افراد به منظور مقابله با سطح نامطلوب زندگی و شرایط نامناسب کاری، راهکارهایی اتخاذ می‌کنند که به آن‌ها راهبردهای مقابله می‌گویند [۱]؛ یکی از این راهبردها، «دوشغلگی» است. انواع گوناگونی از دوشغلگی وجود دارد (مانند داشتن دو شغل دولتی)، اما این پژوهش به‌طور خاص، بر اشتغال هم‌زمان در بخش دولتی و خصوصی تمرکز کرده است، زیرا تولیدکنندگان بخش خصوصی، سهم مهم و روبه‌رشدی از بازار ارائه خدمات بخش مراقبت سلامت را به دست آورده‌اند [۲]. اگرچه اطلاعات دقیق در کشورهای فقیر، سخت به دست می‌آید، کافی است در خیابان‌های این کشورها قدم بزنید یا تبلیغات روزنامه‌ها را نگاه کنید تا متوجه شوید که تولید خدمات مراقبت سلامت در بخش خصوصی، یک صنعت روبه‌رشد است. تولیدکنندگان بخش خصوصی تمایل دارند که موقعیت‌های مناسب را متناسب با تقاضا و رقابت (بازار آزاد) انتخاب کنند؛ نه ناظر به ارائه مراقبت‌های فراگیر، عادلانه، و در دسترس عموم.

بخش خصوصی، منبع مهم تولید خدمات سلامت در کشورهای در حال توسعه است، اما به تمرکز در بخش‌های پرسود بازار گرایش دارد. توسعه بخش خصوصی در بیشتر کشورهای در حال توسعه، به گونه‌ای آشکار، بی‌ضابطه است [۲] و یکی از مشکلات این توسعه بی‌ضابطه، افزایش عدم شفافیت است. مجموعه‌های خصوصی به راحتی به دادن اطلاعات تن نمی‌دهند؛ گاهی به سبب ترس از پیامدهای مالیاتی، گاهی به دلیل نبود قانون، و در مواردی به علت نبود ضمانت اجرای قوانین موجود، و گاه به دلیل نبود اطمینان به مسئولان بخش

سلامت، اما به طور معمول، علت اصلی آن، نبود نظام‌های اطلاعاتی مشخص است. گفتنی است، هر نوع دوشغلگی کارکنان سلامت را نباید در گروه رفتارهای غارتگرانه یا مفسدانه دسته‌بندی کرد، زیرا تأثیرات آن‌ها بر نظام مراقبت سلامت می‌تواند مثبت هم باشد؛ اگرچه نمی‌توان این نکته را نادیده گرفت که در بسیاری از کشورها، به‌ویژه کشورهای فقیرتر، شرایط از کنترل خارج شده است. با برشمردن پیامدهای دوشغلگی مشخص خواهد شد که کفه ترازو به‌سوی پیامدهای مثبت این پدیده سنگینی می‌کند یا اثرات منفی این پدیده بیشتر است.

دولت‌ها موظف هستند که برای تأمین سلامت عمومی به‌عنوان یک وظیفه حاکمیتی، ورودی‌های اساسی، به‌ویژه منابع انسانی‌ای مانند پزشکان، پرستاران، و کارکنان دیگر سلامت را عرضه کنند. آن‌ها باید بتوانند این کارکنان را به‌کارگیری و حفظ کنند و برای ادامه کار به آن‌ها انگیزه بدهند؛ افزون‌براین، باید از کیفیت خدمات کارکنان مطمئن شوند و از مراجعه‌کنندگان در مقابل پیامدهای منفی رابطه بالا به پایین بین مراجعه‌کننده و ارائه‌کننده خدمت، حمایت کنند [۳]. در این شرایط می‌توان به بهره‌وری کمتر، غیبت‌های پیاپی، خستگی، کارایی اندک، فساد، و رشوه‌خواری، به‌عنوان نمونه‌هایی از پیامدهای منفی دوشغلگی اشاره کرد [۱]. همچنین، تأثیر منفی دوشغلگی بر کیفیت خدمات سلامت بخش عمومی و به‌تبع آن به‌خطر افتادن عدالت و کارایی در این حوزه نیز اثبات شده است [۴].

در این مقاله تلاش کرده‌ایم (هرچند مختصر)، عوارض و پیامدهای منفی دوشغلگی را به‌گونه‌ای ریشه‌ای بررسی کنیم، زیرا برای یک سیاست‌گذاری بهینه، شناخت درست و جامع مسئله و ابعاد آن، ضروری و حیاتی است. بااین‌حال، چه به‌لحاظ نظری و چه از نظر تجربی، هنوز پاسخ روشنی به پرسش‌هایی در این زمینه داده نشده است [۳]؛ اینکه «معنا و ابعاد دوشغلگی پزشکان چیست و آیا دوشغلگی، علتی برای مسئله مهم کارایی در ارائه خدمات سلامت است یا اینکه راه‌حلی بالقوه برای آن؟ آیا دوشغلگی باید تشویق و ترویج شود یا لازم است ممنوع اعلام شود؟ چرا کارکنان سلامت، به‌ویژه پزشکان، تمایل دارند که دو شغل را به‌صورت هم‌زمان داشته باشند؟» پاسخ‌گویی به این پرسش‌ها، مباحث چالشی

فراوانی را ایجاد کرده است. گروه‌های موافق و مخالف دوشغلی پزشکان، دلایل گوناگونی را مطرح می‌کنند که برخی از مهم‌ترین آن‌ها در ادامه ارائه و درباره آن‌ها بحث شده است.

بنابراین، در عمل، بین پزشکان، سیاست‌گذاران، و بازیگران بخش سلامت در رویارویی با دوشغلی پزشکان، اتفاق نظر وجود ندارد. این مقاله تلاش کرده است با بررسی ادبیات موجود، محل نزاع را دقیق‌تر بررسی، و مقوله دوشغلی را از چهار دیدگاه مطالعه کند: (۱) مفهومی: تعریف‌ها و معناهای گوناگون دوشغلی؛ (۲) توصیفی: تلاش برای گونه‌شناسی انواع دوشغلی؛ (۳) تأثیرات: بررسی تأثیرات دوشغلی؛ (۴) کیفی: ادله موافقان و مخالفان دوشغلی.

با وجود طرح بحث‌های فراوان درباره موضوع دوشغلی پزشکان، پژوهش‌های اندکی در این باره به زبان فارسی انجام شده است؛ برای مثال، مقری، در سال ۱۳۹۵، پژوهشی را با تمرکز بر سیاست‌های پیشنهادی برای رویارویی با دوشغلی پزشکان انجام داده است [۵]. همچنین، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۹۲ گزارشی را با عنوان «نگاهی به اشتغال هم‌زمان پزشکان در بخش دولتی و خصوصی و چالش‌های اجرای قانون ممنوعیت آن» ارائه [۶] و مفهوم، علل، آثار، و انواع دوشغلی را به گونه‌ای گذرا و کلی بررسی کرده است. با وجود این پژوهش‌ها، همچنان ادبیات پایه جامعی در این زمینه وجود ندارد و خلاً پژوهش‌های تخصصی با تمرکز بر تعریف، گونه‌شناسی، و آثار دوشغلی مشهود است؛ بنابراین، در مقاله حاضر سعی شده است با تمرکز بر مفاهیم اولیه، ابعاد دوشغلی پزشکان از این چهار منظر روشن، و در نتیجه، با جمع‌بندی پژوهش‌های موجود، ادبیات پایه‌ای برای پژوهش‌های بعدی فراهم شود.

۱. روش پژوهش

در پژوهش حاضر که از نوع مروری است، ابتدا مروری بر متون اولیه انجام گرفت و بر پایه آن، کلیدواژه‌های اصلی برای جست‌وجو استخراج شد. با جست‌وجوی کلیدواژه‌های «دوشغلی پزشکان»، «دوشغلی»، «dual practice»، «Physicians»،

"multiple job holding" و حتی "moonlighting" در پایگاه‌های داده‌ای الکترونیک مانند "pubmed"، "scopus"، "web of science"، "Embase" و همچنین، پایگاه‌های فارسی "ISC"، "Magiran" و "SID" به ۱۵ مقاله انگلیسی دست یافتیم و با مطالعه و بررسی این مقاله‌ها، مطالب اصلی را به دست آوردیم؛ مقاله‌هایی که به لحاظ غنای مطالب و ارجاع به آن‌ها برجسته‌تر بودند، اولویت بیشتری یافتند. افزون بر مقاله‌ها، از گزارش‌های سازمان بین‌المللی و پایان‌نامه‌های این حوزه نیز استفاده شد. گفتنی است، تنها منابع فارسی و انگلیسی‌زبان هدف قرار گرفتند. از آنجاکه هریک از مقاله‌های انتخابی به‌تنهایی خواننده را از ادبیات، تأثیرات، و گونه‌شناسی دوشغلگی پزشکان بی‌نیاز نمی‌کنند، تلاش شد با استخراج نقاط قوت این مقاله‌های انتخابی و ترکیب آن‌ها، ادبیاتی یکپارچه و منتظم به زبان فارسی به دست آید.

۲. تعریف، معانی، و گونه‌شناسی عملی

بیشتر نویسندگان، دوشغلگی را به داشتن بیش از یک شغل اطلاق کرده‌اند [۱۰-۷]. این مفهوم با عبارت‌ها و کلمه‌های بسیاری در ادبیات نشان شده است؛ به‌عنوان مثال، برای دوشغلگی از عبارت‌هایی همچون "Dual practice"، "Multiple jobholding"، "Dual jobholding" و "Moonlighting" استفاده می‌شود. این امر، به‌ویژه در کشورهای با درآمد پایین‌تر از متوسط جهانی، کارکنان بخش‌های گوناگون نظام سلامت را درگیر کرده است. این دوشغلگی ممکن است شامل جمع بین پزشکی جدید و پزشکی سنتی، یا همراهی فعالیت‌های مرتبط با سلامت (مانند فعالیت‌های بالینی) با پژوهش، تدریس، و مدیریت یا داشتن چندین تخصص گوناگون باشد؛ برای مثال، در میان پزشکان مصری، داشتن هم‌زمان تخصص قلب و سینه بسیار پرطرفدار است. همچنین، دوشغلگی می‌تواند به اشتغال هم‌زمان کارکنان سلامت در دو بخش دولتی و خصوصی مربوط باشد [۱]. گزارش‌های دوشغلگی در مشاغل نامرتب با سلامت، دربردارنده اشتغال کارکنان بخش سلامت در بخش صنایع، املاک، کشاورزی، و فعالیت‌های اقتصادی دیگر بوده است [۱۱]. خلاصه‌ای از معنای ارائه شده برای دوشغلگی در جدول شماره (۲) آورده شده است تا تفکیک و جمع‌بندی مناسبی از آن‌ها ارائه شود.

از بین معناها و مصداق‌های گوناگون موجود، این مقاله بر کار هم‌زمان پزشکان در بخش دولتی و خصوصی تمرکز بیشتری دارد. فرینهو در مقاله‌ای که در سال ۲۰۰۴ منتشر کرده است، دوشغلگی را این‌طور گونه‌شناسی کرده است: دوشغلگی ممکن است در سه حالت شغل عمومی همراه با شغل عمومی، شغل عمومی همراه با شغل خصوصی، و شغل خصوصی همراه با شغل خصوصی رخ دهد. کارکنان سلامت می‌توانند هم‌زمان در دو شغل عمومی (در دو بیمارستان دولتی) یا هم‌زمان در بخش عمومی و خصوصی (بیمارستان دولتی و مطب خصوصی)، یا هم‌زمان در دو بخش خصوصی (دو بیمارستان خصوصی) مشغول کار باشند. حالت دوم، یعنی اشتغال هم‌زمان پزشکان در بخش خصوصی و دولتی، خود به ۴ زیرشاخه قابل تقسیم است [۵]:

۲-۱. کار تمام‌وقت در بخش دولتی همراه با فعالیت بالینی خصوصی

بسیاری از پزشکان، به‌صورت تمام‌وقت در یک مرکز دولتی مشغول به فعالیت هستند و در کنار آن در بیمارستان‌ها و مراکز خصوصی نیز فعالیت می‌کنند. در این نوع اشتغال هم‌زمان، که در بسیاری از کشورهای اروپایی شاهد آن هستیم، پزشکان پس از پایان ساعت‌های کاری در بخش دولتی، در بیمارستان‌ها و مراکز خصوصی، ارائه خدمت می‌دهند. افزون‌براین، در برخی از این کشورها، پزشکان می‌توانند فعالیت خصوصی خود را در مراکز دولتی محل اشتغال خود انجام دهند. این راهبرد در برخی از کشورهای اروپایی مانند اتریش، فرانسه، ایرلند، و ایتالیا به‌کار گرفته شده است و پزشکان شاغل در بخش دولتی در این کشورها می‌توانند بیماران خصوصی خود را نیز در بخش‌های مشخصی از مراکز دولتی محل استخدام خود، درمان کنند.

در این نوع اشتغال هم‌زمان، معمولاً درآمد پزشکان از بخش دولتی در قالب دریافت حقوق ماهیانه، و از بخش خصوصی، به‌شکل «فی فور سرویس» یا ساعتی است. این نوع اشتغال هم‌زمان، شیوع و گستره بیشتری دارد و می‌تواند پیامدهای منفی بالقوه زیادی داشته باشد.

۲-۲. کار تمام‌وقت در بخش دولتی همراه با داشتن مطب

تعداد چشمگیری از پزشکان، در کنار کار تمام‌وقت در بخش دولتی، در مطب خصوصی خود نیز کار می‌کنند. این دسته از پزشکان، که هم‌زمان در استخدام دولت و صاحب مطب هستند، در بسیاری از کشورهای اروپایی و کشورهای در حال توسعه یافت می‌شوند.

۲-۳. کار پاره‌وقت در بخش دولتی همراه با کار پاره‌وقت در بخش خصوصی

ممکن است برخی از پزشکان ترجیح دهند، به‌طور پاره‌وقت در اختیار بخش دولتی باشند و بقیه زمان خود را به‌صورت پاره‌وقت در بخش خصوصی کار کنند. «ان‌اچ‌اس» انگلیس به پزشکان اجازه انتخاب این نوع قرارداد را می‌دهد. این نوع سازوکار قراردادی در کشورهای دیگری مانند فرانسه و پرتغال نیز وجود دارد؛ برای مثال، در پرتغال، از سال ۲۰۰۲ پزشکان شاغل در بخش دولتی می‌توانند از میان چهار نوع قرارداد پاره‌وقت، تمام‌وقت (۳۵ ساعت در هفته)، تمام‌وقت گسترش‌یافته^۱ (۴۲ ساعت در هفته)، یا کار انحصاری تنها در بخش دولتی، یکی را برگزینند.

۲-۴. کار تمام‌وقت در بخش خصوصی همراه با کار پاره‌وقت در بخش دولتی

در این نوع اشتغال هم‌زمان که در انگلیس دیده می‌شود، برخی از پزشکان برای حفظ جایگاه خود در «ان‌اچ‌اس» معمولاً ترجیح می‌دهند به‌شکل پاره‌وقت در آنجا ارائه خدمت کنند، در حالی که شغل و منبع اصلی درآمدشان، بخش خصوصی است. نتایج مطالعه کمیسیون رقابت انگلیس در سال ۱۹۹۴ نشان داد که ۲۵ درصد از پزشکان پاره‌وقت «ان‌اچ‌اس» انگلیس، بیشتر زمان خود را در بخش خصوصی فعالیت می‌کنند. این سازوکار در اتریش به‌شکل دیگری است. در این کشور، تمام پزشکان تمام‌وقت بخش خصوصی ملزم به کار پاره‌وقت در بخش دولتی و اختصاص مقداری از زمان خود برای فعالیت در این بخش هستند [۱۲].

جدول ۱. گونه‌شناسی دوشغلگی پزشکان از دیدگاه فرینهو [۱]

عمومی	عمومی	خصوصی انتفاعی	خصوصی غیرانتفاعی
+	+	+	+

۳. تأثیرات دوشغلگی

با توجه به پیش‌زمینه و وجود یا نبود سیاست‌های تنظیمی در هر کشور، پیامدهای دوشغلگی از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. در ادامه به برخی از تأثیرات دوشغلگی اشاره می‌شود.

۳-۱. تعارض منافع

امروزه از تعارض منافع به‌عنوان یکی از ریشه‌های فساد و سوءمدیریت یاد می‌شود که به‌طور خلاصه به‌معنای «تعارض میان منافع شخصی یا گروهی اشخاص با منافع ملی و عمومی» است [۱۵]. تعارض منافع، انواع و مصداق‌های گوناگونی دارد که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از: «اتحاد قاعده‌گذارم‌جری»، «اتحاد ناظر-منظور (نظارت‌شونده)»، «تبانی خدمت‌گزاران و اشتغال هم‌زمان در بخش خصوصی و دولتی». اشتغال هم‌زمان افراد در بخش عمومی و خصوصی، به‌ویژه بخش‌هایی که ارتباط نزدیکی با مقام حاکمیتی افراد دارد، از مصداق‌های تعارض منافع شخص محور است. نمونه مشهور آن در سطوح خرد، دوشغلگی پزشکان در بخش دولتی و خصوصی است. این وضعیت می‌تواند عوارضی همچون ارجاع به خود، ایجاد تقاضای القایی، و گزینش بیماران از سوی پزشکان را به‌همراه داشته باشد. گزینش بیماران به این معناست که پزشکان، بیماران با درآمد بالا و دردسر کمتر را به‌سوی مراکز خدمات درمانی خصوصی خود هدایت می‌کنند.

فرینهو در مقاله خود، یکی از زیان‌های اشتغال هم‌زمان در بخش خصوصی و دولتی را این‌گونه بیان کرده است: «کارکنان سلامت، کیفیت خدماتشان را در بخش عمومی کاهش می‌دهند تا ارباب‌رجوع را تحریک کنند که به بخش خصوصی مراجعه کنند» [۱]. این مسئله در مدارس دولتی و خصوصی نیز آشکارا مشاهده می‌شود. معلمانی که در مدارس دولتی تدریس می‌کنند، از ارائه مطالب

علمی به دانش‌آموزان امتناع می‌کنند تا بتوانند بازار خود را در مدارس و کلاس‌های خصوصی حفظ کنند. در واقع، آن‌ها با تدریس در مدرسه‌های دولتی می‌توانند به دنبال بازاریابی و شکل دادن به بازار خصوصی خود باشند. معلمان گاهی این مسئله را این‌گونه توجیه می‌کنند: «اگر تحصیل فرزندان برایتان مهم است، او را به مدرسه خصوصی ببرید». در این‌گونه موقعیت‌ها، رقابت میان بخش خصوصی و دولتی به‌طور کلی مخدوش شده است و در عمل، مدارس دولتی به‌حاشیه رانده می‌شوند. به‌گونه‌ای مشابه، در بیمارستان‌های دولتی نیز ممکن است این اتفاق رخ دهد. دوشغستگی ممکن است کارکنان سلامت را به‌سوی رفتاری هدایت کند که سود شخصی و زیان یا ضرر به منافع عمومی یا بیماران را در پی دارد [۱۶]. این امر، به‌ویژه در موقعیت‌هایی احتمال وقوع بیشتری دارد که شرایط بازار حاکم است. در مناطق شهری، که عرضه پزشک زیاد است، متخصصان بالینی ممکن است با هدف جلوگیری از کاهش درآمدشان، از قدرت خود برای ایجاد تقاضای القایی و تجویز نسخه بیشتر برای بیماران استفاده کنند. این‌گونه رفتارهای متخصصان بالینی در بسیاری از موارد، مانع عملی و غیررسمی‌ای در برابر دسترسی بیماران به خدمات مراقبت سلامت است [۱۷]. مهم‌تر اینکه این امر، در بلندمدت، بخش عمومی سلامت را دچار مشکل می‌کند، زیرا اعتماد لازم بین ارائه‌دهنده (پزشک) و مصرف‌کننده (بیمار) را به‌خطر می‌اندازد [۱۸].

۲-۳. فرار مغزها

دوشغستگی رفتاری برای استفاده از فرصت‌ها است. پیگیری این فرصت‌ها می‌تواند به فرار مغزها منجر شود که اغلب، مهاجرت در بین کشورها به‌شمار می‌آید [۱۹]؛ برای مثال، مهاجرت یک دکتر کنگویی به آفریقای جنوبی یا مهاجرت یک پرستار فیلیپینی به آمریکا را فرار مغزها می‌دانیم، اما ناتوانی در انتقال فردی به جای مناسب یا نگهداری فرد مناسب در موقعیت مناسب نیز یک مسئله مهم برای کشور به‌شمار می‌آید که حتی می‌تواند به‌نوعی فرار مغزها تلقی شود؛ برای مثال، مهاجرت کارکنان سلامت از بخش عمومی به بخش خصوصی یا مهاجرت آن‌ها از روستا به شهر را نیز می‌توان به‌نوعی فرار مغزها از بخش عمومی به بخش

خصوصی و از روستا به شهر تلقی کرد، زیرا شهرها، فرصت‌های بیشتر و متنوع‌تری را برای ایجاد درآمد در اختیار کارکنان سلامت قرار می‌دهند. اغلب کارکنان سلامت در بخش دولتی باقی می‌مانند تا مهارت‌های خود را ارتقا دهند و به شهرت و اعتبار بیشتری دست یابند و ارزش بازاری خود را نیز افزایش دهند. آن‌ها هنگامی که به اهداف خود در بخش دولتی رسیدند، به مرور حضورشان را در بخش دولتی کم می‌کنند، یا از مناطق روستایی به سوی شهرها مهاجرت می‌کنند و فعالیتشان را در بخش خصوصی افزایش می‌دهند [۲۰ و ۱] و در نتیجه این اتفاق است که مردم مناطق روستایی و محروم اغلب با کمبود نیروی متخصص روبه‌رو می‌شوند.

۳-۳. سرقت زمان و محدودیت‌های دسترسی

در بسیاری از کشورها، پزشکان به‌ظاهر تمام‌وقت در دسترس هستند، اما واقعیت، غیر از این است! این مسئله به‌خوبی در سه کشور کلمبیا، کاستاریکا، و ونزوئلا قابل مشاهده است. در ونزوئلا پزشکان و سرپرستاران تقریباً یک‌سوم (به ترتیب ۳۷ و ۳۰ درصد) زمانی را که باید در بخش دولتی باشند، به کار در بخش خصوصی اختصاص می‌دهند و پزشکان رزیدنت (دستیار) و پرستاران، به ترتیب ۷ و ۱۳ درصد از زمان خود را حضور ندارند [۱]. برپایه نتایج یک پژوهش در کلمبیا، غیبت بخشی از پزشکان در بیمارستان‌ها سالانه بیش از ۱ میلیون دلار هزینه بر نظام سلامت این کشور تحمیل می‌کند [۲۱]. در کاستاریکا ۶۵ درصد از پزشکان و ۸۷ درصد از پرستاران احساس می‌کردند که پزشکان به‌گونه‌ای غیرقابل قبول در ساعت‌های کاری غایب بوده یا حتی در صورت حضور، بیماران خصوصی خود را با امکانات عمومی ویزیت می‌کردند [۲۱]. به این ترتیب، زمانی که کارکنان سلامت، بیشتر وقت و انرژی خود را در بخش خصوصی صرف می‌کنند و در زمان‌های محدودی در مراکز دولتی در دسترس هستند، ارائه خدمات عمومی را به‌خطر می‌اندازند، زیرا این امر در بسیاری از موارد، باعث غیبت، خستگی، ناکارایی، و نبود انگیزه بین کارکنان در بخش عمومی می‌شود؛ در نتیجه افراد کم‌درآمد که مخاطب اصلی خدمات دولتی هستند، نمی‌توانند به راحتی به خدمات درمانی

باکیفیت دسترسی داشته باشند [۱].

۳-۴. خروج منابع

یک جریان انتقال غیرقانونی و غیرقابل سنجش از منابع وجود دارد که منابعی مانند دارو و تجهیزات پزشکی را از بخش عمومی به بخش خصوصی منتقل می‌کند [۱]؛ به‌عنوان مثال، در کاستاریکا ۷۱ درصد از پزشکان و ۸۳ درصد از پرستاران گزارش داده‌اند که وسایل و تجهیزات بیمارستان‌هایشان دزدیده شده است [۲۱]. همچنین، در انگلستان برآورد شده است که دزدی‌های خرد مانند باند پانسمان، دارو، و نوشت افزار، سالانه بیش از ۱۵ میلیون پوند هزینه بر بخش عمومی تحمیل می‌کند [۲۲]. شاید در نگاه نخست، نقش دوشغلگی کارکنان سلامت در این فرایند به‌خوبی مشاهده نشود، اما با نگاه دقیق‌تر به موضوع، مشخص خواهد شد که درواقع دوشغلگی، بستری را برای کارکنان سلامت ایجاد کرده است که به خروج منابع از بخش عمومی کمک می‌کند.

۳-۵. اثر درآمدی

راهبردهای مقابله و به‌ویژه دوشغلگی، به کارکنان بخش سلامت اجازه می‌دهد که به استاندارد زندگی موردنظر خود دست یابند؛ به‌عنوان مثال، در کلمبیا درآمد پزشکان از کار دوم خود حدود ۵۵ درصد کل درآمدشان را تشکیل می‌دهد [۱۳]. این مورد را می‌توان جزء معدود آثار مثبت دوشغلگی دسته‌بندی کرد که در بسیاری از موارد، علت اصلی آن نیز هست.

۳-۶. فساد در بخش سلامت

در ادبیات موجود، فساد را یکی از آثار دوشغلگی برشمرده‌اند. فرد دوشغله به‌مراتب بیش از حالت عادی در معرض فساد قرار دارد. آثار دیگر دوشغلگی می‌توانند، بسته به نوع قانون هر کشور، مصداق فساد باشند، اما دایره فساد از یک سو دربردارنده برخی از موارد بالا است و از سوی دیگر، برخی آثار دوشغلگی اساساً مصداق فساد نیستند. به‌طور خلاصه، فساد و دوشغلگی، اشتراک‌هایی دارند، اما تطابق کامل ندارند. در تعریفی که در ادامه خواهد آمد، به آن اشاره خواهد شد.

به‌طور کلی، بخش سلامت به‌لحاظ شیوع فساد، جزء بخش‌های فسادخیز دسته‌بندی می‌شود [۲۳]، زیرا از یک‌سو، گردش مالی و هزینه‌های حوزه سلامت پیوسته در حال افزایش است و از سوی دیگر، بین ارائه‌کننده و دریافت‌کننده خدمات، تقارن اطلاعات وجود ندارد. از آنجاکه فساد برای مدت طولانی مورد توجه مدیران و جامعه‌شناسان بوده است، این حوزه از ادبیات غنی و نظریه‌های فراوانی بهره می‌برد، اما با وجود قدرت و گیرایی در این ادبیات و نظریه‌ها، هنوز این مشکل به‌گونه‌ای کارآمد حل نشده است [۲۴].

البته بین فساد و دوشغلی، تفاوت آشکاری وجود دارد که با ارائه تعریفی از فساد، بهتر می‌توان این تفاوت را درک کرد. یکی از تعریف‌های فساد، آن را استفاده شخصی از کالاها و امکانات عمومی معرفی کرده است [۱۷]، اما اگر بخواهیم تعریف جامع‌تری برای آن ارائه دهیم، باید آن را شامل هر فعالیتی بدانیم که با هدف کسب منافع شخصی، ضرری به جامعه رسانده یا منفعتی را از آن سلب می‌کند (هر فعالیتی که زیان‌های آن برای جامعه بیشتر از فوایدش باشد) [۲۵]. گفتنی است، هر فرد دوشغله‌ای را نمی‌توان فاسد به‌شمار آورد، اما دوشغلی را می‌توان مقدمه‌ای برای فساد دانست. البته برای فاسد دانستن افراد دوشغله باید به قوانین مربوط به هر کشور رجوع شود. چنانچه در قوانین کشوری، دوشغلی جزء مصداق‌های فساد شناخته شود، می‌توان از آن به‌عنوان فساد یاد کرد؛ برای مثال، یکی از پیامدهای دوشغلی، فرار مغزها است؛ به‌این‌معنا که فرد به هر دلیلی می‌تواند از حوزه سلامت مهاجرت کرده و در حوزه دیگری مشغول فعالیت شود. پرسش مهم این است که آیا می‌توان این فرد را فاسد و عمل او را مصداق عمل فاسد دانست؟ در نگاه نخست، پاسخ، منفی است و برای قضاوت دقیق، باید به قوانین هر کشور مراجعه شود. این مثالی بود برای تفاوت اثر فساد دوشغلی و اثر فرار مغزها. به‌عنوان مثالی دیگر، فرد می‌تواند برای انگیزه‌های مالی و برای کسب درآمد بیشتر به سراغ دوشغلی برود، اما هیچ‌گاه دچار فساد نشود؛ این فرد با کاستن از وقت استراحت خود، در محل کار دوم شروع به ارائه خدمت می‌کند. حال آیا در این مرحله، این فرد مرتکب عمل فاسدی شده است؟

پاسخ، منفی است!

بنابراین، زمانی که فرد به دلایل گوناگون از موقعیت دوشغله بودن خود سوءاستفاده کند، وارد حیطه فساد شده است. با توجه به فضای جامعه، دانشجویان پزشکی، تصوراتی از سطح درآمد و استاندارد زندگی آینده را در ذهنشان ترسیم می‌کنند که همین تصورات و توقعات باعث می‌شود برای رسیدن به درآمد انتظاری خود به دوشغستگی روی بیاورند. هنگامی که کارکنان بخش سلامت احساس می‌کنند، با ماندن در نظام دولتی نمی‌توانند به آن سطح از زندگی موردانتظار که در دوران دانشجویی برای خود ترسیم کرده‌اند دست یابند، ممکن است درگیر دوشغستگی و فساد شوند. این موضوع در یک پژوهش انجام‌شده در کشور موزامبیک به خوبی تأیید شده است. برپایه این پژوهش، یک‌سوم دانشجویان پزشکی در موزامبیک انتظار درآمد بین ۷۱۵ تا ۱۰۷۱ دلار و یک‌سوم دیگر، انتظار درآمدی بیش از ۱۴۲۹ دلار در ماه را دارند؛ درحالی‌که درآمد پزشکی که به‌تازگی فارغ‌التحصیل شده است، ماهانه حدود ۳۵۷ دلار است [۱]؛ بنابراین، دور از انتظار نیست که دانشجویانی با این سطح از توقعات، در آینده در گروه دوشغله‌ها قرار گیرند یا حتی برای رسیدن به سطح زندگی موردانتظارشان دست به فساد بزنند. نتایج پژوهش‌های انجام‌شده در این مورد نشان می‌دهد که فساد در بخش خصوصی نیز مشکل بزرگی به‌شمار می‌آید [۲۶]. آزادسازی خدمات سلامت و واگذاری ارائه آن‌ها از نظام‌های کنترل دولتی به نظام‌هایی که در بازار نقش بزرگ‌تری ایفا می‌کنند، نه تنها فساد را کمتر نکرده، بلکه به افزایش فساد در بخش سلامت منجر شده است [۲۷].

۴. دیدگاه‌های موافق و مخالف دوشغستگی

درباره مطالب پیش‌گفته، در جامعه دیدگاه‌های مخالف و موافقی وجود دارد که هریک از آن‌ها ادله‌هایی به‌شرح زیر دارند:

۴-۱. ادله موافقان

۱. فرصت کسب درآمد از بخش خصوصی به‌منظور جبران درآمدهای کم در

بخش عمومی، به افزایش عرضه خدمات سلامت توسط ارائه‌کنندگان منجر می‌شود که تمایل دارند در بخش عمومی و مناطق روستایی و دور از دسترس کار کنند؛ در نتیجه، این کار ممکن است دسترسی و کمیت خدمات سلامت را، به‌ویژه در مناطقی که ارائه خدمت در آن‌ها دشوار است، افزایش دهد [۳].

۲. ارائه‌دهندگان دولتی، دانش فنی و مهارت‌های خود را از طریق داشتن کار هم‌زمان در بخش دولتی و خصوصی افزایش می‌دهند، زیرا در بخش خصوصی، به‌دلیل شرایط بازار آزاد و وضعیت رقابتی، احتمالاً فرصت و تمایل بیشتری برای یادگیری فناوری‌ها و فنون جدید وجود دارد. به‌شرط انتقال و استفاده از این تجربه‌ها در بخش دولتی، این کار می‌تواند کیفیت مراقبت سلامت در بخش عمومی را نیز بهبود بخشد [۳].

۳. ارائه‌دهندگان دولتی‌ای که در بخش خصوصی نیز کار می‌کنند، این انگیزه را دارند که در بخش عمومی عملکرد بهتری داشته باشند تا شهرت بیشتری کسب کنند و تمایل بیماران را به بخش خصوصی خود افزایش دهند. این فرایند می‌تواند کیفیت خدمات سلامت را در بخش عمومی افزایش دهد [۳]. با این حال، روی دادن این اتفاق در سال‌های نخست ارائه خدمت پزشک، محتمل‌تر است، زیرا ممکن است فرد، کیفیت خدمات خود را در بخش عمومی، پایین‌تر نگه دارد تا بتواند افراد را برای دریافت خدمات بهتر به بخش خصوصی هدایت کند.

۴. دوشغلگی می‌تواند از طریق «تبعیض قیمت» در بازارهای محدود روستایی و بخش عمومی، موجب افزایش میزان خدمات ارائه‌شده به هر دو گروه فقیر و غنی شود [۳]. تبعیض قیمت، سازوکاری است که برپایه آن، ارائه‌کننده خدمت، خدمات خود را با قیمت‌های متفاوتی به گروه‌های فقیر و غنی عرضه می‌کند. در واقع عرضه‌کننده، سود کم ارائه خدمت به گروه‌های فقیر را از طریق سود زیاد حاصل از ارائه خدمت به گروه‌های غنی جبران می‌کند. در این صورت، کمیت خدمات برای هر دو گروه فقیر و غنی بیشتر می‌شود، زیرا افراد غنی با پرداخت پول بیشتر به خدمات مطلوب خود دست می‌یابند و افراد فقیر هم با پرداخت کمتر، ولی با صرف وقت بیشتر، به خدمات موردنظر خود می‌رسند.

۴-۲. ادله مخالفان

۱. دولت معمولاً ملزم به ارائه خدمات سلامت با هزینه اندک است که این خدمات باید به نفع دسترسی فقرا باشد. هنگامی که ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در بخش عمومی به طور هم‌زمان همان خدمات را در بخش خصوصی نیز ارائه دهند، انگیزه قوی‌تری برای سودجویی از بیماران در آن‌ها ایجاد می‌شود [۳]؛ برای مثال، به دلیل تفاوت تعرفه خدمت در بخش خصوصی و دولتی در ایران، ممکن است ارائه‌دهندگان بخش دولتی، خدماتی با کیفیت پایین ارائه کنند تا بیماران را به بخش خصوصی ارجاع دهند. این امر بر کیفیت خدمات مراقبتی و سلامت بیمار، اثر منفی می‌گذارد و سرانجام، به افزایش فشار مالی بر بیمار می‌انجامد و می‌تواند وضعیت عدالت را در بخش عمومی وخیم‌تر کند. این مسئله، خدمات سلامتی را که مهم هستند، اما تقاضا و سودآوری کمتری دارند، به حاشیه رانده و انگیزه ارائه خدمات درمانی پرطرفدار و سودآور، اما با اولویت کم، را افزایش می‌دهد. ارائه برخی خدمات بهداشتی و پیشگیرانه مانند غربالگری را که ضمن سودآوری مالی کم، در افزایش شاخص‌های سلامت جامعه بسیار تأثیرگذار هستند، می‌توان نمونه‌ای از خدمات دسته نخست در نظر گرفت. در مقابل، انواع جراحی‌های زیبایی که در میان مردم، پرطرفدار هستند و در دسته خدمات سودآور قرار می‌گیرند، اما در ارتقای شاخص‌های سلامت جامعه نقش مهمی ندارند، نمونه‌ای از خدمات دسته دوم به‌شمار می‌آیند.

۲. دولت‌ها برای نظارت بر کار پزشکان، به‌ویژه در مناطق روستایی، توانایی کمی دارند؛ بنابراین، در چنین شرایطی، امکان داشتن شغل دوم در بخش خصوصی، غیبت از کار و فساد را افزایش و کمیت و کیفیت خدمات عمومی را کاهش می‌دهد [۳].

۳. کار در بخش خصوصی، به دلیل تأکید بر انگیزه مالی در روش پرداخت به‌ازای هر خدمت (کارانه) (FFS)^۱، موضوع خدمات عمومی را زیر سؤال می‌برد و باعث تضعیف اخلاق حرفه‌ای می‌شود که پیامد آن، ایجاد تقاضای القایی از سوی

ارائه‌دهنده است که به دلیل ناآگاهی بیماران و نبود تقارن اطلاعاتی، سرانجام، به افزایش هزینه‌ها و متضرر شدن بیمار منجر می‌شود [۳].

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی پژوهش‌های گوناگون و وضعیت کشورها، نشان‌دهنده شیوع بالای دوشغلگی پزشکان است که با رشد فزاینده و بی‌ضابطه بخش خصوصی در ارائه خدمات سلامت، به‌ویژه در کشورهای کمتر توسعه‌یافته، بغرنج‌تر شده است. این موضوع در ایران نیز یکی از مسائل مهم نظام سلامت به‌شمار می‌آید. در این مقاله، تعریف‌های گوناگون دوشغلگی پزشکان ارائه و بهترین آن‌ها انتخاب شد. براین اساس، موافقان و مخالفان دوشغلگی پزشکان، هر یک دلایلی را در رد و تأیید این موضوع ارائه کرده‌اند، اما همچنان، مطالعه علمی کافی درباره ریشه‌ها و تأثیرات دوشغلگی پزشکان در ایران انجام نشده است تا به‌صورت متقن، برآیند آثار مثبت و منفی دوشغلگی را اندازه‌گیری کند. همچنین، پژوهش‌هایی که در پی یافتن علل گرایش پزشکان به داشتن دو شغل هم‌زمان بوده‌اند، به نتایج متفاوتی رسیده‌اند که البته در کشورهای با درآمد زیر متوسط جهانی، انگیزه‌های مالی از اصلی‌ترین دلایل آن به‌شمار می‌آید. در این پژوهش به‌منظور تهیه شواهد کافی برای مدیریت دوشغلگی پزشکان تلاش شد ادبیات پایه و پژوهش‌های انجام‌شده در این مورد، به‌گونه‌ای اجمالی بررسی و انواع و پیامدهای این مسئله از منظر ادبیات موجود، واکاوی شود تا بتوان با روشن شدن ابعاد گوناگون دوشغلگی، مسیر درستی را برای اتخاذ راهبرد مناسب در رویارویی با این مسئله ترسیم کرد و گام‌های بعدی را دقیق‌تر و محکم‌تر برداشت. باید توجه داشت که شیوه رویارویی با دوشغلگی پزشکان، تنها به منع کامل شغل دوم ختم نمی‌شود، بلکه با توجه به شرایط اقتصادی، سیاسی، و اجتماعی جامعه باید با در نظر گرفتن حالت‌های محدودکننده مناسب، کاستی‌های دوشغلگی را به کمترین میزان رساند تا مزایای آن به حداکثر گرایش یابد.

پیشنهادها

تصمیم‌گیری قطعی درباره مسئله دوشغلگی، نیازمند انجام پژوهش‌های کمی و کیفی دقیق در بخش سلامت ایران است تا مشخص شود (۱) میزان شیوع دوشغلگی پزشکان در ایران چه اندازه است؛ (۲) دوشغلگی پزشکان ایران، تا چه میزان و در چه جهتی بر مطلوبیت بیماران و وضعیت کلان نظام سلامت تأثیر گذاشته است؛ (۳) علل، ریشه‌ها، و نظریه‌های اصلی تبیین‌کننده مسئله دوشغلگی پزشکان در ایران چیست. براین اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، با اقتباس از روش پژوهش‌های جهانی موجود، پژوهش‌های میدانی در ایران انجام شود تا زمینه سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد برای مسئله دوشغلگی پزشکان ایران فراهم شود. تنها پس از انجام این پژوهش‌های پایه درباره ایران است که می‌توان سیاست‌هایی را برای مدیریت وضعیت دوشغلگی پزشکان در کشور ارائه داد.

منابع

1. Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia AJHrfh. Dual practice in the health sector: review of the evidence. 2004; 2(1): 14.
2. Hanson K, Berman PJHp, Planning. Private health care provision in developing countries: a preliminary analysis of levels and composition. 1998; 13(3): 195-211.
3. Berman P, Cuizon DJAeot, Publication eIp-psLDfIDHSRC. Multiple public-private jobholding of health care providers in developing countries. 2004.
4. García-Prado A, Gonzalez PJHP. Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector. 2007; 84(2-3): 142-52.
5. مقری ج. اشتغال هم‌زمان پزشکان در بخش‌های دولتی و غیردولتی ایران: بررسی عوامل، پیامدها، سیاست‌ها و ابعاد مختلف قانون برنامه پنجم توسعه در این زمینه. دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۱۳۹۵.
6. رهبری م. نگاهی به اشتغال هم‌زمان پزشکان در بخش دولتی و خصوصی و چالش‌های اجرای قانون ممنوعیت آن. مرکز پژوهش‌های مجلس؛ ۱۳۹۲.
7. Eggleston K, Bir AJHp. Physician dual practice. 2006; 78(2-3): 157-66.
8. Gonzalez PJHe. Should physicians' dual practice be limited? An incentive approach. 2004; 13(6): 505-524.
9. Rickman N, McGuire AJSJoPE. Regulating providers' reimbursement in a mixed market for health care. 1999; 46(1): 53-71.
10. Roenen C, Ferrinho P, Van Dormael M, Conceição M, Van Lerberghe WJTM, Health I. How African doctors make ends meet: an exploration. 1997; 2(2): 127-35.
11. Kiwanuka S, Kinengyere A, Rutebemberwa E, Nalwadda C, Ssengooba F, Olico O, et al. Dual practice regulatory mechanisms in the health sector:

- a systematic review of approaches and implementation. 2011.
12. García-Prado A, González P, Johp, policy, law. Whom do physicians work for? An analysis of dual practice in the health sector. 2011; 36(2): 265-294.
 13. Hanvoravongchai P, Letiendumrong J, Teerawattananon Y, Tangcharoensathien V, JHRfHDJ. Implications of private practice in public hospitals on the cesarean section rate in Thailand. 2000; 4(1): 2-12.
 14. Berman P, AJHe. National health accounts in developing countries: appropriate methods and recent applications. 1997; 6(1): 11-30.
 15. Field MJ, Lo B. Conflict of interest in medical research, education, and practice: National Academies Press; 2009.
 16. Lambertini L, Scarpa C. Minimum quality standards and predatory behaviour. 1999.
 17. Van der Geest S, JSs, medicine. The efficiency of inefficiency: medicine distribution in South Cameroon. 1982; 16(24): 2145-53.
 18. Ferrinho P, Omar M, Fernandes MdJ, Blaise P, Bugalho A, Van Lerberghe W, JURLA, IMP. Branding, substituting, unnecessary prescriptions and pilfering: how medicines help health personnel to cope in Cape Verde and Mozambique. 2002.
 19. Gish O, Godfrey M, JSs, Economics MPCM. A reappraisal of the “brain drain”—With special reference to the medical profession. 1979; 13(1): 1-11.
 20. Bockstrom B, Gomes A, Adam Y, Fresto E, Dios F, Gongalves A, et al. The Coping Strategies fo Rural Doctors in Portuguese Speaking African Countries (PSAC). 1998; 19(1).
 21. Di Tella R, Savedoff WD. Diagnosis corruption: fraud in Latin America's public hospitals: Idb; 2001.
 22. Ensor T, Duran-Moreno A, JRebiEhcs. Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector. 2002; 57(7): 106-24.
 23. Hodess R, Banfield J, Wolfe T. Global corruption report 2001: Transparency International Berlin; 2001.
 24. Harriss-White B, White G. Corruption, liberalization and democracy: editorial introduction. 1996.

۲۵. بوذرجمهری ح. بررسی تجارب جهانی، چالش‌ها و راهکارهای ارتقای شفافیت برای

بیمارستان‌های ایران: دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ۱۳۹۶.

26. Bardhan PJJJoel. Corruption and development: a review of issues. 1997; 35(3): 1320-46.
27. Hanlon J. Are donors to Mozambique promoting corruption? 2002.
28. Humphrey C, Russell JJSS, Medicine. Motivation and values of hospital consultants in south-east England who work in the national health service and do private practice. 2004; 59(6): 1241-50.
29. Moses LNJTEJ. Income, leisure, and wage pressure. 1962: 320-334.
30. Perlman RJSEJ. Observations on overtime and moonlighting. 1966: 237-44.
31. Shishko R, Rostker BJTAER. The economics of multiple job holding. 1976; 66(3): 298-308.
32. Krishnan PJTroee, statistics. The economics of moonlighting: A double self-selection model. 1990: 7-361.
33. Sichertman N, Paxson CHJJOLE. The Dynamics of Dual-Job Holding and Job Mobility. 1994.
34. Averett SLJAe. Moonlighting: multiple motives and gender differences. 2001; 33(1): 1-411.
35. Heineck GJDoE, University of Bamberg, Feldkirchenster. New estimates of multiple jobholding in the UK. 2003; 21.
36. Southon G, Braithwaite JJSS, Medicine. The end of professionalism? 1998; 46(1): 23-8.
37. Weber M. The theory of social and economic organization: Simon and Schuster; 2009.

شفافیت مالی؛ ابزاری برای بهبود کارایی و کاهش فسادهای مالی حوزه سلامت^۱

معصومه غلامی

دانشجوی دکترای سیاست‌گذاری سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

امیرحسین تکیان

نویسنده مسئول، استاد سیاست‌گذاری سلامت، مدیر گروه سلامت جهانی و سیاست‌گذاری عمومی، دانشکده

بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران takian@tums.ac.ir

چکیده

«شفافیت»، از مؤلفه‌های اصلی حکمرانی خوب و تولیت مناسب به‌شمار می‌آید. وجود شفافیت در حوزه سلامت، به کاهش عوامل زمینه‌ساز فساد، بهبود فرایندهای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، و افزایش پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری دولت در حوزه سلامت منجر خواهد شد. هدف این پژوهش، معرفی شفافیت در نظام سلامت، اهمیت آن، و شناخت الزامات و چالش‌های پیش روی آن است. این مقاله، مرور جامعی بر منابع علمی و اطلاعاتی درباره موضوع شفافیت و نظام‌های سلامت است و برای گردآوری داده‌های موردنیاز، پایگاه داده‌های معتبر علوم پزشکی جهان با کلیدواژگان مرتبط با شفافیت مالی و فساد در نظام سلامت، به‌همراه تارنماها و درگاه‌های الکترونیکی معتبر مرتبط با موضوع شفافیت ایران و کشورهای دیگر جهان، بررسی و سرانجام، اطلاعات به‌دست‌آمده از پژوهش‌های داخلی و خارجی به‌صورت موضوعی، طبقه‌بندی شده‌اند.

سه مؤلفه اصلی موردنیاز برای استقرار شفافیت عبارت‌اند از: «وجود الزامات قانونی» (وجود و به‌رسمیت شناخته شدن قوانین شفافیت در حوزه سلامت و قوانینی برای کنترل تعارض منافع)، «وجود سیاست‌ها و نهادهای حامی قوانین شفافیت» (حمایت از افشاگران و سوت‌زنان)، و «وجود ابزار و زیرساخت‌هایی برای اعمال و اجرای قوانین شفافیت» (زیرساخت‌هایی برای پایش و نظارت و مشارکت و نظارت جامعه مدنی). «سلامت»، همواره پیش‌شرط، شاخص، و خروجی جامعه پایدار و عدالت‌محور بوده و به تولیت شفاف

۱. این یک مقاله دسترسی آزاد تحت مجوز [CC BY-NC-ND \(http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/\)](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) است.

برای حکمرانی شایسته نیاز دارد. حوزه سلامت برای بهره‌مندی از حکمرانی خوب، ناگزیر از فراهم کردن زیرساخت‌های لازم برای استقرار شفافیت در ساختارهای خود است.

واژه‌های کلیدی: شفافیت، نظام سلامت، فساد مالی، حکمرانی

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۸/۲۸ تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۹/۱۱

فصلنامه راهبرد سلامت و بهداشت، سال ۱، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰، صص ۶۱-۹۰

مقدمه

وزارت بهداشت، متولی امر سلامت در جامعه است و شفافیت، جزء مؤلفه‌های حکمرانی خوب و تولید مناسب به‌شمار می‌آید [۱]. حوزه سلامت کشور به دلیل ارتباط با موضوع بسیار مهم سلامت و اختصاص سهم چشمگیری از بودجه عمومی کشور به خود (حدود ۹ درصد)، یکی از مهم‌ترین حوزه‌هایی است که به استقرار نظام شفافیت مناسب نیازمند است. نبود شفافیت در حوزه سلامت، سبب بروز چالش‌ها و مشکلات فراوانی (از جمله سوءاستفاده و تخلف‌های مالی، تقلب، و...) در این حوزه شده است [۲]. وجود شفافیت در حوزه سلامت، به دلیل افزایش حس تعهد (در دولت) و آگاه‌سازی (عمومی)، سبب کاهش عوامل زمینه‌ساز فساد، بهبود فرایندهای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، و افزایش پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری بدنه دولت در حوزه سلامت خواهد شد [۳].

سازمان شفافیت بین‌الملل، شفافیت را یکی از ویژگی‌های دولت‌ها، شرکت‌ها، سازمان‌ها، و افراد تعریف کرده است که برپایه آن، اطلاعات، مقررات، برنامه‌ها، فرایندها، و اقدامات، به گونه‌ای آشکار و روشن در دسترس است [۴]. به بیان دیگر، شفافیت، یعنی اینکه دولت، اطلاعات را در دسترس عموم قرار می‌دهد؛ به گونه‌ای که اقدامات و تصمیم‌های دولت برای مردم قابل مشاهده و قابل فهم باشد. این گونه دولت‌ها، دولت‌های پاسخ‌گو به‌شمار می‌آیند [۳]. در لایحه شفافیت، در تعریف این واژه، چنین آمده است: «وضعیتی که در آن اطلاعات، صلاحیت‌ها، رفتارها، و عملکرد مؤسسه‌های مشمول، در زمان مناسب و با کیفیت مناسب در معرض دسترسی و استفاده اشخاص ذی‌نفع یا عموم مردم یا مراجع نظارتی قرار می‌گیرد» [۵].

بنابراین، بیشترین نمود بیرونی ارتقای شفافیت، کاهش فساد است؛ اما شفافیت می‌تواند برای دولت، پیامدهای فراوانی داشته باشد. شفافیت و پاسخ‌گویی^۱، سبب افزایش اعتماد عمومی به مؤسسه‌های دولتی می‌شود [۳، ۶-۱۰]. [۱۰] و بستر مناسبی را برای جلب مشارکت عمومی در راستای ارتقای ابعاد گوناگون حکمرانی، از جمله در حوزه قانون‌گذاری، فراهم می‌کند؛ از این رو، شفافیت را یکی از مؤلفه‌های حکمرانی خوب به‌شمار می‌آورند [۱]. این پاسخ‌گویی، برای افراد و مؤسسه‌هایی است که:

- با توجه به استانداردها و تعهدات خاصی، مسئول اقدامات هستند؛
- جواب‌گوی اقدامات خود هستند؛
- زمانی که استانداردها و تعهدات انجام نشود، با پیامدهای آن روبه‌رو می‌شوند [۳].

تأمین مالی سلامت، یکی از ستون‌های اصلی هر نظام سلامت به‌شمار می‌آید. از نگاه سازمان جهانی سلامت، شفافیت، یکی از اهداف میانی نظام‌های سلامت و بخش تأمین مالی است [۱۱]. برای انجام حکمرانی خوب در حوزه سلامت، ناگزیر از وجود شفافیت در این حوزه و کارکردهای آن هستیم؛ بنابراین، در این مقاله، با توجه به تشکیک‌ها و بحث‌های به‌وجودآمده در حوزه سلامت ایران (مانند نحوه تخصیص ارز برای واردات کالاها و ملزومات پزشکی، انواع تخصیص‌ها، هزینه‌کردها، و...) موضوع شفافیت را با هدف تبیین مفاهیم شفافیت مالی در نظام سلامت، بررسی و مطالعه کرده‌ایم.

۱. روش پژوهش

این مقاله، مرور جامعی^۲ بر منابع علمی و اطلاعاتی درباره موضوع شفافیت و نظام‌های سلامت است که داده‌های موردنیاز آن به چند روش زیر گردآوری شده‌اند:

- پایگاه‌داده‌های معتبر علوم پزشکی جهان (PubMed, Scopus, Embase, and

(Campbell Collaboration) با کلیدواژگان مرتبط با شفافیت مالی و فساد در نظام سلامت (Transpar.*، Healtha، Corruption، Bribe، Informal payment، etc.) از آغاز بارگذاری اطلاعات تاکنون، بررسی و جست‌وجو شدند. مقاله‌های مرتبط، پس از مطالعه عنوان و چکیده، انتخاب و منابع آن‌ها بررسی شدند. در این مرحله، تعداد ۴۰۷ مقاله به دست آمد که پس از حذف موارد تکراری، ۳۵۴ مقاله برگزیده شد. پس از مطالعه دوباره عنوان و چکیده آن‌ها، متن کامل ۱۷۱ مقاله، به گونه‌ای دقیق، مطالعه، و اطلاعات آن‌ها در جدول استخراج داده‌ها وارد شد. ارجاعات همه مقاله‌ها نیز بررسی و مقاله‌های مرتبط گنجانده شده در بخش منابع آن‌ها، به‌طور کامل مطالعه و مواردی که تطابق نداشت با مباحثه برطرف شد.

در مرحله بعد، درگاه‌های اینترنتی ایرانی و خارجی مرتبط با موضوع شفافیت، دولت باز، و...، که در مقاله‌ها و سایت‌های خبری به آن‌ها اشاره شده بود (مانند مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، اندیشکده شفافیت برای ایران، شفافیت بین‌الملل، دیده‌بان شفافیت و عدالت، و...) واکاوی شدند و اطلاعات مرتبط با شفافیت حوزه سلامت استخراج شد.

پس‌از آن، سامانه‌های شفافیت دستگاه‌های اجرایی کشور، به‌لحاظ نوع شفافیت به‌کاررفته و محتوای موضوع‌های شفاف‌شده، بررسی شدند و با تعدادی از خبرگان نظام سلامت، درباره چالش‌های استقرار شفافیت در نظام سلامت ایران مشورت شد. سپس، سامانه‌های مرتبط با نظام‌های سلامت تعدادی از کشورهای جهان که تجربه‌های موفق‌تری در شفاف‌سازی نظام سلامت داشتند، بررسی و در پایان، اطلاعات به‌دست‌آمده از پژوهش‌های داخل و خارج کشور، به‌صورت موضوعی طبقه‌بندی و در تدوین مقاله به‌کارگیری شدند.

۲. یافته‌های پژوهش

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که شفافیت در سپهر جهانی، اهمیتی بیش‌ازپیش یافته است و در سطح بین‌المللی، فعالیت‌های گسترده‌ای برای بسترسازی و مقبولیت این مفهوم در حال انجام است. برای استقرار شفافیت در حوزه سلامت، باید الزامات و زیرساخت‌های موردنیاز آن فراهم شود.

۲-۱. کاربردهای شفافیت

شفافیت، عنصری کلیدی برای حکمرانی خوب است و در حوزه‌های گوناگون قانون‌گذاری، تنظیم‌گری، و اجرایی کاربرد دارد. برخی از کاربردهای مهم آن در حوزه تنظیم‌گری عبارت‌اند از:

۲-۱-۱. شناخت مشکلات

در سراسر دنیا، دولت‌ها در پی راه‌هایی برای افزایش مشارکت مردم و خبرگان در تصمیم‌هایی هستند که بر آن‌ها تأثیر گذاشته و حکومت‌ها را شفاف‌تر، پاسخ‌گوتر، مسئولیت‌پذیرتر، و اثربخش‌تر می‌کنند [۱۲]. درگاه‌هایی مانند "<https://www.opengovpartnership.org/>" در همین راستا به وجود آمده‌اند. در ایران هم سامانه‌هایی برای ثبت درخواست‌ها و شکایت‌ها در دسترس است (<http://samad.ostb.ir/>)، ولی کارکرد آن‌ها با درگاه‌های کشورهای پیشرو در این زمینه، قابل مقایسه نیست.

۲-۱-۲. مشارکت، نقد، و ارزیابی مشکلات

در رویکردهای جدید حاکمیتی، هر فرد می‌تواند برای حل هر مشکل ویژه‌ای، راهکار درست و عقلانی‌ای پیشنهاد دهد یا آن را از ابعاد گوناگونی نقد و بررسی کند. حکومت نیز با ارزیابی راهکارهای پیشنهادی و قوانین موجود، می‌تواند نقدها و راهکارهای برتر عموم مردم و نخبگان را شناسایی کند و در صورت شایستگی، به آن‌ها جایزه دهد [۱۲]. در بریتانیا در بخش مشورت درگاه رسمی دولت، طرح اولیه مسائل و پیش‌نویس قوانینی که دولت مایل است آن‌ها را تصویب کند، با عموم مردم، مطرح، و از آن‌ها برای اصلاح کلی و جزئی موضوع، درخواست مشورت، پیشنهاد، و انتقاد می‌شود؛ برای نمونه، از ۴ نوامبر تا ۱۶ دسامبر ۲۰۱۹، چارچوب قانون جدیدی برای خدمات سقط جنین در ایرلند شمالی، به‌منظور مشورت‌خواهی از عموم مردم، در سایت بارگذاری شده بود [۱۳].

۲-۱-۳. مشارکت مردم در تصمیم‌گیری و حل مسئله

در برخی از کشورها برای کمک گرفتن از مردم و بهره‌گیری از آرای عمومی، مسابقه‌هایی در قالب استفاده از خلاقیت جمعی و شفافیت در تصمیم‌گیری برگزار و سرانجام به پیشنهادهای برگزیده، جوایزی اهدا می‌شود. سایت «چالش» آمریکا نمونه‌ای است از این دست که دولت از آن استفاده می‌کند [۱۲].

۲-۱-۴. ارزیابی قوانین

برقراری شفافیت، یکی از بسترهای مهم مشارکت عمومی برای ارتقای ابعاد گوناگونی از حکمرانی، از جمله در حوزه قانون‌گذاری است. از سال ۱۲۸۵ خورشیدی در ایران قوانینی تصویب شده‌اند که برخی از آن‌ها غیرضروری، ولی همچنان مورد استفاده هستند، درحالی‌که نیاز به اصلاح دارند [۱۲]؛ به‌عنوان مثال، ماده ۴۲ قانون مواد خوردنی و آشامیدنی و آرایشی و بهداشتی که از سال ۱۳۴۶ (بیش از ۵۰ سال پیش) در حال اجرا است و در زمان بازننگری‌ها، تنها مبالغ جرمه‌های نقدی آن افزایش می‌یابد.

۲-۲. شفافیت در حوزه سلامت

اکنون، اقدامات زیادی در راستای افزایش شفافیت در حوزه‌های گوناگون نظام‌های سلامت کشورها (مانند حوزه پژوهشی، نظام‌های دارویی، و...) در حال اجرا است. سازمان جهانی سلامت نیز مداخله‌های فراوانی را در این حوزه در کشورهای گوناگون جهان آغاز کرده است [۳، ۶، ۷]. در جمهوری اسلامی نیز در پیمایشی که طی سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۵ به‌منظور بررسی ادراک شهروندان از مقوله فساد در دستگاه‌های اجرایی انجام شد، مشخص شد که ادراک مردم از فساد، روند افزایشی نامطلوبی دارد و در حوزه وزارت بهداشت (بیمارستان‌های دولتی) میزان درک مردم از فساد از ۲۲ درصد در سال ۱۳۸۵ به ۵۵/۷ درصد در سال ۱۳۹۵ افزایش یافته است [۱۴].

۲-۱. دلایل آسیب‌پذیر بودن بخش سلامت در برابر فساد و ضرورت شفافیت در این بخش

اطلاعات موثقی درباره تأثیر نبود شفافیت در حوزه سلامت ایران وجود ندارد، ولی برپایه مشاهدات و گزارش‌های غیررسمی، حوزه سلامت از آسیب‌پذیرترین بخش‌های وقوع رانت و فساد به‌شمار می‌آید که در آن منابع مالی زیادی (به‌عنوان نمونه، در انواع قراردادها در تمام حوزه‌ها، خرید دارو و وسایل پزشکی، نظام پرداخت، و...) هزینه می‌شود؛ چالش‌ها و مشکلات مرتبط با عدم شفافیت در وزارت بهداشت نیز بیشتر از نوع مالی هستند [۱۵]. براین‌اساس، بررسی این بعد از شفافیت در وزارت بهداشت، به‌عنوان تولید نظام سلامت، اهمیت ویژه‌ای دارد. برخی از ویژگی‌های زیر باعث می‌شود تمام نظام‌های سلامت عام از اینکه با بودجه عمومی یا خصوصی اداره شوند یا در کشورهای ثروتمند یا فقیر باشند - در برابر فساد، آسیب‌پذیر شوند:

- **نامتوازن بودن اطلاعات:** موضوع عدم تقارن اطلاعاتی^۱، یکی از چالش‌های اساسی نظام‌های سلامت است که به‌دشواری می‌توان فسادهای ناشی از آن را مدیریت کرد. پزشکان و افراد حرفه‌ای شاغل در حوزه سلامت، همواره اطلاعات بیشتری درباره بیماری، فرایند پیشرفت آن، و روش‌های درمانی مناسب در اختیار دارند. شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی نسبت به تصمیم‌گیران عمومی حوزه سلامت - درباره محصولات خود و آنچه قصد واردات آن را دارند، از اطلاعات بیشتری برخوردارند [۱۶]؛

- **نبود اطمینان در بازارهای سلامت:** بیماری و سلامت، پیش‌بینی‌پذیر نیستند. همه‌گیری کرونا، آشکارترین مصداق عینی نبود اطمینان در بازارهای سلامت است؛

- **پیچیدگی نظام‌های سلامت:** این پیچیدگی، به‌ویژه به‌سبب وجود تعداد زیاد طرفین درگیر و مشکلات مربوط به تولید و تحلیل اطلاعات، ارتقای شفافیت و کشف و جلوگیری از فساد را دشوار می‌کند. در بسیاری از موارد، روابط بین تأمین‌کنندگان خدمات پزشکی، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت، و سیاست‌گذاران، مبهم است و می‌تواند به تحریف سیاست‌هایی منجر شود که

ممکن است برای سلامت عمومی ناخوشایند باشد؛

- **اشتغال هم‌زمان در بخش دولتی و خصوصی:** با وجود قوانینی برای مقابله با اشتغال هم‌زمان در بخش دولتی و خصوصی، تعداد زیادی از کارکنان وزارت بهداشت، حضور فعالی در بخش خصوصی دارند و تعداد چشمگیری از آنها، بر مسندهای سیاست‌گذاری و مدیریتی وزارت بهداشت تکیه زده‌اند که این وضعیت سبب می‌شود، در معرض انواع گوناگونی از تعارض منافع قرار گیرند؛
- **فساد مالی:** رایج‌ترین نوع فساد در نظام‌های سلامت است و تقریباً تمام گونه‌های مهم فساد در نظام‌های سلامت (از جمله تخلف در خریدها، نظام پرداخت، زنجیره تأمین دارو، اختلاس، فرار مالیاتی، و پرداخت‌های زیرمیزی)، به‌نوعی فساد مالی به‌شمار می‌آیند [۱۶].

با توجه به مطالب گفته‌شده، شفافیت حوزه‌های فسادزا در وزارت بهداشت، اهمیت دوچندانی دارد. مهم‌ترین حوزه‌های در اولویت وزارت بهداشت برای شفاف‌سازی عبارت‌اند از:

- بودجه حوزه سلامت، نحوه مصرف آن، و اموال و امکانات دیگر حوزه سلامت؛
- روش‌های تهیه و تدارک خدمات و تجهیزات بیمارستانی و پزشکی؛
- زنجیره توزیع دارو؛
- نظام پرداخت و پرداخت‌های غیررسمی برای خدمات سلامت؛
- داده‌های حوزه سلامت (بیماری‌ها و وضعیت‌های مرتبط با سلامت) [۱۵].

۲-۳. جایگاه شفافیت در عرصه بین‌الملل

موضوع شفافیت و پاسخ‌گویی، به‌دلیل اهمیت فراوانی که در ایجاد نهادهای عدالت‌محور و قدرتمند دارند، در میان اهداف توسعه پایدار نیز به‌روشنی مورد تأکید قرار گرفته‌اند [۱۷]. آرمان ۱۶ از «اهداف توسعه پایدار» که به صلح و عدالت مربوط است، مقاصد زیر را دنبال می‌کند:

- ترویج حاکمیت قانون؛

- پیشگیری از فساد؛
- توسعه نهادهای پاسخگو و شفاف؛
- اطمینان‌یابی از فرایندهای تصمیم‌سازی پاسخگو، همه‌جانبه، و مشارکتی؛
- اطمینان‌یابی از دسترسی همگانی به اطلاعات [۱۸].

با توجه به اهمیت روزافزون شفافیت و دولت باز، سازمان‌های بین‌المللی فراوانی، مانند «شفافیت بین‌الملل»^۱، «پروژه عدالت جهانی»^۲، «مشارکت در حکمرانی باز»^۳، و... در حال تلاش برای نهادینه کردن این مفاهیم در جوامع بشری هستند. این مؤسسه‌های عمومی غیردولتی یا غیرانتفاعی، تلاش می‌کنند تا با تولید محتوای علمی، شفافیت و مفاهیم دولت باز را در جوامع مستقر کنند و در ضمن، با برگزاری مسابقه‌هایی، از اقدامات نوپایی که در کشورهای در حال توسعه در حوزه شفافیت، دسترسی به اطلاعات، و مشارکت مردم در تصمیم‌سازی‌های دولت‌ها شکل می‌گیرد، حمایت می‌کنند. این نهادها در کنار این اقدامات، سنچس و گزارش‌دهی عملکرد دولت‌ها در حوزه‌های پیش‌گفته را نیز انجام می‌دهند.

۲-۳-۱. سازمان شفافیت بین‌الملل

سازمان شفافیت بین‌الملل، مهم‌ترین نهاد غیردولتی جهان است که به مقوله شفافیت و سنچس فساد توجه دارد و هر ساله گزارش مقایسه‌ای کشورها را در این باره منتشر می‌کند. این نهاد غیردولتی، که هر سال موضوع فساد را از چشم‌اندازهای گوناگون مطالعه می‌کند، در سال ۲۰۰۶، موضوع فساد در بخش سلامت را به طور جدی بررسی کرده است [۱۶]. شفافیت بین‌الملل از مؤلفه‌های زیر برای سنچس فساد استفاده می‌کند:

- رشوه؛
- انحراف بودجه عمومی؛
- تعداد زیاد مقاماتی که از مناصب دولتی برای منافع شخصی استفاده

1. Transparency International
2. World Justice Project
3. Open Government Partnership

می‌کنند، بدون اینکه پیامدهای آن را متحمل شوند؛

• توانایی دولت‌ها در مهار فساد و اجرای سازوکارهای مؤثر در درستکاری بخش دولتی؛

• تشریفات زایی و فشار بوروکراتیک بیش از حد که ممکن است زمینه‌های بروز فساد را افزایش دهد؛

• شایسته‌سالاری در مقابل انتصاب‌های روابط‌محور در خدمات مدنی؛

• پیگرد کیفری مؤثر برای مقامات فاسد؛

• وجود قوانین کافی برای افشای مالی و جلوگیری از تعارض منافع در میان مقامات دولتی؛

• حمایت حقوقی از افشاکنندگان، روزنامه‌نگاران، و بازرسان پس از گزارش دادن موارد رشوه و فساد؛

• گروگان بودن دولت به واسطه منافع افراد محدود؛

• دسترسی جامعه مدنی به اطلاعات مربوط به امور عمومی.

همان‌گونه که در این معیارها آمده است، وجود یا نبود فساد، معیار چندان مهمی برای تعیین امتیاز کشورها نیست، بلکه مسئله مهم، قوانین، اقدامات، و سازوکارهایی است که دولت‌ها برای افزایش شفافیت، دسترسی جامعه مدنی به اطلاعات، و مبارزه با فساد انجام می‌دهند.

یکی از مؤلفه‌های اصلی برای گسترش عدالت و کاهش فساد، «حاکمیت قانون» است. به همان اندازه که قانون در کشورها حاکم می‌شود، عدالت نیز افزایش می‌یابد. مؤسسه غیرانتفاعی «پروژه عدالت جهانی»^۱، از سال ۲۰۰۶ تاکنون، اقدام به ارزیابی سالانه مقدار عددی این شاخص به همراه زیرگروه‌های آن برای کشورهای گوناگون جهان کرده است. موضوع «حاکمیت قانون»، با هشت مؤلفه، از جمله «دولت باز»، ارزیابی می‌شود. این عامل، میزان باز بودن دولت را در به اشتراک‌گذاری اطلاعات، بررسی، و ارزیابی می‌کند که آیا قوانین مبنایی و اطلاعات مربوط به حقوق قانونی منتشر می‌شود و کیفیت اطلاعات منتشرشده توسط دولت چگونه

1. <https://worldjusticeproject.org/>

است. خود «دولت باز» از چهار بعد قابل‌ارزیابی است که عبارت‌اند از:

- انتشار قوانین و اطلاعات دولتی با دسترسی عمومی؛
- حق دسترسی به اطلاعات؛
- مشارکت مدنی شهروندان؛
- سازوکارهای بازخواست و شکایت [۱۹].

۲-۳-۲. مشارکت در حکمرانی باز

جنبش جهانی «مشارکت در حکمرانی باز»، در سال ۲۰۱۱ به‌طور رسمی آغاز به کار کرد. کشورها و تعداد روبه‌رشدی از دولت‌های محلی و نهادهای مردمی با این جنبش همکاری دارند. جنبش یادشده، در پی ایجاد تعهدات قوی در نهادهای دولتی کشورها و حاکمیت‌ها به‌منظور ارتقای شفافیت، قدرتمند کردن شهروندان، مبارزه با فساد، و به‌کارگیری فناوری‌های جدید برای ایجاد دولت‌هایی بازتر، اثربخش‌تر، و پاسخ‌گوتر است. برپایه آخرین گزارش این جنبش، کشورها، بیش از ۳۰۰۰ تعهد سیاست‌گذاری به آن سپرده بودند که پس از حوزه آموزش، سلامت، دومین حوزه مهم تعهدات آن‌ها به‌شمار می‌آید. از سال ۲۰۱۱ تعداد ۱۴۰ تعهد بهداشتی وارد این جنبش شد که نزدیک به ۳۸ درصد آن‌ها در سال ۲۰۱۸ اجرا شدند. بخش عمده‌ای از تعهدات کشورها به حوزه‌های شفافیت و پاسخ‌گویی مربوط می‌شوند. یکی از اصلاحات اخیر نظام سلامت انگلستان که سبب تقویت شفافیت اطلاعات NHS شد، جزء تعهدات دولت انگلستان به OGP بود که در بیشتر موارد با موفقیت به‌اجرا درآمد. بخشی از وب‌سایت این جنبش به شفافیت مالی این مؤسسه اختصاص یافته و در آن، منابع مالی و مبالغ پرداختی از هر سازمان یا نهاد به این جنبش در جدولی به‌طور شفاف گزارش شده است [۲۰].

۲-۳-۳. ابتکار عمل شفافیت کمک‌های بین‌المللی

نهاد «ابتکار عمل شفافیت کمک‌های بین‌المللی»^۲، به‌منظور ایجاد شفافیت در

1. Open Government Partnership (OGP)
2. International Aid Transparency Initiative

هزینه‌کرد مبالغ‌اهدایی سازمان‌ها و نهادهای بین‌المللی، آن‌ها را تشویق می‌کند تا فهرست کمک‌های اهدایی خود به مناطق مختلف جهان را برپایه استانداردهای خویش منتشر کنند. این نهاد، امیدوار است از این طریق، مطمئن شود که پول و کمک‌های اهدایی، به دریافت‌کنندگان موردنظر می‌رسند و هدف نهایی آن، بهبود استانداردهای زندگی در سراسر جهان و کاهش جهانی فقر است. این سازمان، هر سال در گزارشی، ارزشیابی خود را از شاخص‌های شفافیت کمک‌های بین‌المللی منتشر می‌کند [۲۱].

۲-۳-۴. سازمان جهانی سلامت

«سازمان جهانی سلامت»^۱، در طول دهه گذشته، دو برنامه مهم «حکمرانی خوب دارویی»^۲، و «معاهده شفاف دارویی»^۳ را با هدف افزایش شفافیت و تشویق ذی‌نفعان به بهبود پاسخ‌گویی در مورد نظام‌های دارویی و کاهش آسیب‌پذیری در مقابل فساد، در برخی کشورهای جهان اجرا کرده است [۳]. نخستین نسخه ابزار ارزیابی شفافیت در ۳۸ کشور اجرا شد. ارزیابی «GGM» در سال ۲۰۱۲ تأکید کرد که اجرای این برنامه، آگاهی در مورد شفافیت را به‌گونه‌ای چشمگیر افزایش داده و موجب حکمرانی خوب در نظام دارویی شده است؛ به‌گونه‌ای که هم به‌طور کلی و هم به‌صورت انفرادی در هر کشور، موجب افزایش شفافیت در اطلاعات غیرقابل‌دسترس پیشین در حوزه دارو شده است [۲۲]. در سال‌های اخیر، استانداردهای جدیدی برای ایجاد شفافیت در نظام دارویی شکل گرفته است که بخش اصلی آن به افشای نتایج کارآزمایی‌های بالینی مربوط بوده است [۲۳]. شفافیت هزینه‌های تولید دارو مورد نیاز است که می‌تواند مبنایی برای قیمت‌گذاری منصفانه را فراهم می‌کند [۲۴]. شفافیت در برون‌سپاری‌ها، زمانی اهمیت ویژه‌ای می‌یابد که بخش خصوصی درگیر اجرای سیاست‌های دارویی شده باشد [۳].

-
1. World Health Organization
 2. Good Governance for Medicines (GGM)
 3. Medicines Transparency Alliance

۲-۴. تجربه‌های کشورهای جهان در مورد شفافیت در نظام سلامت

کشورها، روزه‌روز گرایش بیشتری به عمل کردن در چارچوب شفافیت پیدا می‌کنند و گام‌های مؤثرتری در این راستا برمی‌دارند؛ برای مثال، دولت بریتانیا، که یکی از دولت‌های باز دنیا به‌شمار می‌آید، سعی کرده است که در بیشتر عرصه‌های حکمرانی شفافیت ایجاد کند. پارلمان این کشور در سال ۲۰۰۰، قانون آزادی اطلاعات را تصویب و مقررات آن را از سال ۲۰۰۵ لازم‌الاجرا کرد [۲۵]. در درگاه دولت، بخشی اختصاصی برای شفاف‌سازی اقدامات دولت در حوزه‌های گوناگون، به‌ویژه سلامت، در نظر گرفته شده است. نخست‌وزیر وقت انگلستان، در سال ۲۰۱۵، مجموعه دستورکارهایی را در حوزه شفافیت دولت، تنظیم و به دولت‌های محلی ابلاغ کرد. برپایه این دستورکار، که تمام مصداق‌های آن با جزئیات و تفصیل بیان شده است، مسئولان محلی باید در بازه‌های زمانی تعیین‌شده، مواردی مانند هزینه‌کرد بالای ۵۰۰ پوند، معاملات دولتی، حقوق مسئولان رده‌بالا، و کمک‌هزینه‌های ارائه‌شده به سازمان‌ها، انجمن‌ها و... را به‌گونه‌ای شفاف منتشر کنند [۲۶].

لازم‌الاجرا شدن قانون دسترسی آزاد به اطلاعات در انگلستان، درخواست‌های فراوان مردم، روزنامه‌نگاران، کارکنان، و... را در پی داشت. نخستین گزارش از این دست، گزارش میزان مرگ‌ومیر بر اثر جراحی قلب در بیمارستان‌های انگلستان بود. در این گزارش، تعداد عمل‌های جراحی و تعداد فوتی‌های هر جراح، به‌گونه‌ای شفاف، منتشر شده بود. این رویداد، در کنار رسوایی بزرگ بیمارستان «بريستول» که چند سال پیش رخ داده بود و آمار بالای مرگ‌ومیر کودکان در اثر جراحی قلب، برای تعیین علل، مورد تحقیق و تفحص قرار گرفته بود، آثار مثبتی را در حوزه شفافیت اطلاعات پزشکی و بهبود کیفیت خدمات پزشکی به‌همراه داشت [۲۷]. البته همواره تأکید می‌شود که نحوه انتشار اطلاعات نباید موجب کاهش اعتماد عمومی به نظام سلامت شود، بلکه باید به‌گونه‌ای باشد که مؤسسه‌ها و افراد را به مسئولیت‌پذیری و پاسخ‌گویی ملزم کند [۲۸]. در جدول ۳ تجربه‌های برخی از کشورها در حوزه شفافیت نظام سلامت ارائه شده است.

جدول ۱. تجربه‌های برخی کشورها درباره شفافیت

ردیف	نام کشور	نام سامانه	نوع داده‌ها	محورهای شفافیت	آدرس وبسایت	
۱	آمریکا	کتاب آبی مراقبت‌های سلامت (Healthcare Bluebook)	با توجه به محل سکونت متقاضی، نزدیک‌ترین واحدهای ارائه‌دهنده خدمات درمانی و قیمت آن‌ها را در وبسایت یا نرم‌افزار موبایل پیشنهاد می‌کند.	ارائه شفاف اطلاعات هزینه‌ای و کیفیت خدمات به مردم تا انتخاب‌های مناسب‌تری برای سلامت خود داشته باشند و نیز ارائه‌دهندگان خدمات را به سوی ارائه خدمات باکیفیت‌تر و با هزینه کمتر سوق می‌دهد.	https://www.healthcarebluebook.com/	
۲		اژانس تحقیقات و کیفیت مراقبت‌های سلامت (Agency for Healthcare and Quality)	داده‌ها به تفکیک ایالت، سال، و در قالب‌های گوناگون وجود دارد.	اژانس، شواهد علمی‌ای را درباره اثربخشی روش‌های درمانی ارائه می‌دهد. امکان دسترسی به اطلاعات مربوط به انواع بیماری‌ها، میانگین هزینه، میانگین طول مدت بستری، میزان مرگومیر، و... وجود دارد.	https://www.ahrq.gov	
۳		مراکز خدماتی مدیکر و مدیکید (Centers for Medicare & Medicaid Services)	در بخش Open Payments پزشکان و بیمارستان‌ها موظف هستند اطلاعات مربوط به هرگونه دریافت از شرکت‌های دارویی یا تجهیزات به آن‌ها، نظیر سهام، پول برای تحقیق، هدایا، هزینه سخنرانی، وعده‌های غذایی و سایر پرداخت‌ها را در سامانه ثبت کنند و با مردم به اشتراک بگذارند.	علاوه بر مطالعات مربوط به مدیریت این دو برنامه، اطلاعات مربوط به کیفیت خدمات، رضایتمندی، داده‌های هزینه‌ای صرف‌شده برای دارو و... نیز در دسترس است. در درگاه CMS جزئیات تراکنش‌های مالی، ماهیت پرداخت‌ها به بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها، خریدها، اسامی شرکت‌ها و... به تفکیک سال به صورتی کاملاً شفاف و در قالب Dataset‌های بزرگ برای عموم قابل دانلود است.	https://www.cms.gov	
۴		(ایالت میزوری)	ریز اطلاعات هزینه‌کرد دستگاه‌های اجرایی، هزینه‌های صرف‌شده برای بیماری کووید ۱۹، کمک‌هزینه‌های فدرال، گزارش‌های آماری درآمدی و نحوه هزینه‌کرد درآمدها، و... نیز به‌گونه‌ای شفاف وجود دارد.	شفافیت مالی و ریز اطلاعات هزینه‌کرد دستگاه‌های اجرایی و پرداخت‌های انجام‌شده به افراد و مؤسسه‌ها	https://mapyoutaxes.mogov/	
۵		استرالیا (۲۹)	وزارت بهداشت و رفاه استرالیا	از سال ۲۰۱۳، قانون افشای منافع عمومی را وضع و اجرا کرده است.		https://www.gov.au/
۶			بیمارستان من My Hospital	به تفکیک سال، ایالت، بیمارستان (دولتی و خصوصی)	جزئیات متنوعی از هزینه‌های بیماران بستری و غیربستری در بیمارستان‌ها، نیروی انسانی، خدمات ارائه‌شده، خدمات الکتیو، متوسط هزینه هر بیمار، منابع مالی، و...	https://www.aihw.gov.au/reports-data/myhospitals

https://www.aihw.gov.au/reports-data/australias-health-performance	وضعیت بیماری‌های گوناگون در استرالیا، بخشی برای مقایسه داده‌های اقتصادی-اجتماعی بر سلامت، اثربخشی، پیش‌آگهی و بقا، برخی از بیماری‌ها در استرالیا، بستری‌های قابل اجتناب و ...		عملکرد نظام سلامت استرالیا		۷
	اطلاعات و گزارش‌های مفصل در حوزه‌های گوناگون سلامت	گزارش آماری به‌تفکیک بیماری و برپایه‌ی بازه زمانی	گزارش‌ها و داده‌ها Reports & Data		۸
	چنانچه داده‌ها و اطلاعات موردنیاز در قسمت‌های پیش‌گفته در دسترس نباشد، می‌توان با تکمیل فرمی در بخش «خدمات ما»، اطلاعات لازم را در قالب‌های موردنظر درخواست کرد که باید برای آن مبلغی پرداخت شود.		درخواست اطلاعات Data request details		۹
https://www.Lapor.gov.id/	گزارش‌دهی موارد رشوه و فساد	سامانه پیامکی، نرم‌افزار اندروید لاپور برای فرستادن تصاویر یا کلیپ‌های مربوط به تخلف، و استفاده از فضای مجازی	لاپور	اندونزی	۱۰
https://www.carcview.co.jp/ https://hospia.jp/ https://caremap.jp/	تعداد و نوع تخت‌های بیمارستانی، مراکز تشخیصی و درمانی، خدماتی که هر واحد درمانی ارائه می‌دهد، متوسط روز اقامت به‌تفکیک بیماری	برای بازه‌های زمانی گوناگون می‌توان به‌تفکیک بیماری، بیمارستان، و... جست‌وجو کرد.	بررسی مراقبت‌ها	ژاپن	۱۱
https://www.cihi.ca/en https://yourhealthsystem.cihi.ca/ http://wait-times.cihi.ca/	ابعاد پنج‌گانه خدمات سلامت، شامل دسترسی، کیفیت مراقبت، هزینه‌ها، ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها و پیامدهای سلامت، و زمان انتظار برای دریافت خدمت	آمار و داده‌های نظام سلامت کانادا برپایه بیمارستان، ناحیه، استان، منطقه، و... در اختیار مردم قرار دارد.	مؤسسه اطلاعات سلامت کانادا Canadian Institute for) (Health Information (Your Health System)	کانادا (۳۰)	۱۲
https://www.gov.uk/government/government-efficiency-tranparency-and-accountability	شفافیت دولتی و غیردولتی کیفیت و کمیت خدمات حوزه سلامت	فراهم کردن بسترهای لازم برای شکل‌گیری دولت باز	کارایی، شفافیت، و پاسخ‌گویی دولت Government efficiency. Tranparency and accountability	انگلستان	۱۳
https://data.gov.uk/	هر فردی می‌تواند با نام‌نویسی در این سایت، خواهان دریافت اطلاعاتی شود که در وزارتخانه و نهادهای منتسب به دولت به‌گونه‌ای باز وجود دارد.	داده‌های باز برای بخش‌های گوناگون دولت	کابینه دولت		۱۴
https://www.cqc.org.uk/	مقایسه بیمارستان‌ها به‌لحاظ ایمنی، اثربخشی، مراقبت، پاسخ‌گویی، و مدیریت		کمیسیون کیفیت مراقبت (Care Quality Commission)		۱۵

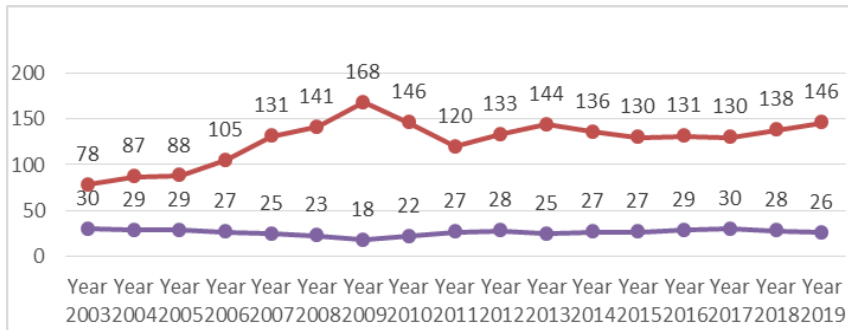
https://www.healthwatch-uk.org	انتشار خبرنامه پزشکی مبتنی بر شواهد، ترویج پزشکی مبتنی بر شواهد، حمایت از افشاگران تخلف در کارآزمایی‌های بالینی	(خبریه)	دیده‌بان سلامت		۱۶
https://grafiq.com/ (نام پیشین: FindTheBest)	کمک به مردم برای یافتن گزینه مناسب به منظور دریافت خدمات سلامت		گرافیک		۱۷
https://www.healthwatch.co.uk/	کمک به مردم برای یافتن خدمات سلامت موردنیازشان و رساندن صدای مردم به گوش مسئولان	نهاد مستقل مردمی	دیده‌بان سلامت		۱۸
https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-choice-framework/the-nhs-choice-framework-what-choices-are-available-to-me-in-the-nhs	انتخاب‌های بیمار، دربردارنده ۱۳ نوع انتخاب است که NHS باید برای بیماران فراهم کند؛ برخی از این انتخاب‌ها موارد قانونی هستند؛ مانند خدمات الکتیو، امور مربوط به پایان دادن به زندگی، و....	انتخاب‌هایی که بیمار می‌تواند در نظام سلامت داشته باشد.	انتخاب بیمار (Patient choice)		۱۹
https://www.careopinion.org.uk/	نظر بیمار: دریافت تجربه‌ها و داستان‌های مردم از واحدهای ارائه‌دهنده خدمت		نظر بیمار Care Opinion	اسکاتلند	۲۰

۲-۵. وضعیت شفافیت در ایران

در جمهوری اسلامی ایران، شفافیت بیشتر از آنکه یک دغدغه حاکمیتی و متکی به دولت باشد، به حمایت سازمان‌های مردم‌نهاد و غیرانتفاعی وابسته است و نقش دولت، در حد تصویب قوانینی بوده است که به‌نظر می‌رسد، ضمانت اجرای مشخصی نداشته است. با وجود قانون «انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات»، این قانون به‌دلیل ابهام‌ها، ایرادها، و خلأهای قانونی موجود، نتوانسته است اهداف موردنظر برای وضع آن را محقق کند [۸]. به همین دلیل، مطالبه‌گری اصلی برای شفافیت در بدنه کشور توسط مجاری غیررسمی و سازمان‌های مردم‌نهاد انجام می‌شود. این مطالبه‌گری و افشاگری‌ها سبب شده است که موضوع شفافیت، اهمیت روزافزونی پیدا کند و برای مثال، نهادها و دستگاه‌های اجرایی‌ای مانند سازمان بهزیستی [۲۹]، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی [۳۰]، شهرداری تهران [۹]، و... به تدریج به‌سوی شفاف‌سازی فرایندها و عملکردهای اجرایی خود حرکت کرده‌اند، ولی هنوز بخش‌های مهمی از بدنه دولت با موضوع شفافیت، فاصله چشمگیری دارند؛ به‌ویژه امکان کنترل تعارض منافع افراد در بخش‌هایی که گردش مالی گسترده‌ای دارند، بسیار محدود است. پس از تصویب قانون دسترسی آزاد به اطلاعات، جدی‌ترین اقدامی که تاکنون در حوزه شفافیت کشور انجام شده است، ارسال لایحه شفافیت به مجلس توسط رئیس‌جمهور (در تاریخ ۱۳۹۸/۲/۲۵) است. این لایحه پس از تصویب در هیئت دولت، برای انجام تشریفات قانونی، تقدیم مجلس شورای اسلامی شده و پس از گذشت بیش از یک سال از ارسال آن به مجلس، همچنان مسکوت مانده است. در این لایحه، الزامات و نهادهایی که باید برنامه شفاف‌سازی را در دستورکار خود قرار دهند، مشخص شده‌اند.

در نتیجه اتخاذ چنین سیاست‌هایی، جایگاه ایران در شاخص ادراک از فساد^۱ که هر سال توسط مؤسسه شفافیت بین‌الملل محاسبه می‌شود—نسبت به سال پیش، پایین‌تر شده است. رتبه ایران در سال ۲۰۱۹ در شاخص درک از فساد، ۱۴۶

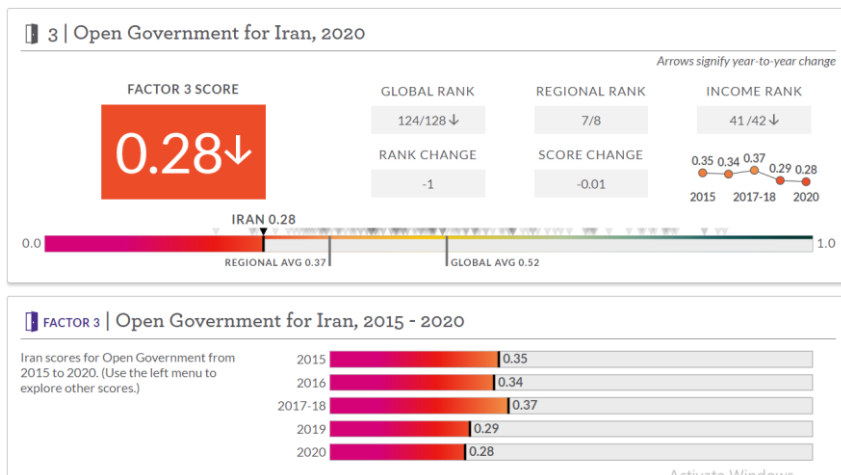
(نمره ۲۶ از ۱۰۰) بود [۴]. گفتنی است، این نمره در طول ۱۶ سال گذشته، تفاوت محسوسی نکرده و همواره در رده‌های پایین ارزیابی قرار داشته است.



نمودار ۰۱. امتیاز ایران در شاخص درک از فساد ایران (۲۰۱۹-۲۰۰۳)

با توجه به معیارهای پیش گفته از عملکرد کشورها درباره شفافیت، به نظر می‌رسد، دولت‌ها در ایران در طول این سال‌ها، اقدام مشخص و قاطعانه‌ای برای افزایش شفافیت، دسترسی مردم به اطلاعات، و مبارزه با فساد انجام نداده‌اند. افزون‌بر شاخص درک از فساد، کشور ما در شاخص حاکمیت قانون نیز جایگاه مناسبی ندارد.

برپایه آخرین گزارش مؤسسه «پروژه عدالت جهانی»^۱، ایران به لحاظ «وضعیت حاکمیت قانون»، در بین ۱۲۸ کشور جهان، در جایگاه ۱۰۹ قرار دارد. رتبه ایران در شاخص «داده باز»، ۱۲۴ در بین ۱۲۸ کشور جهان است. این وضعیت نشان می‌دهد که کشور در مورد باز بودن دولت، عملکرد نامطلوبی دارد و در واقع، جزء چهار کشور پایانی فهرست است و همان‌گونه که در نمودار ۲ مشاهده می‌شود، در شاخص دولت باز، در سال‌های گذشته روند نزولی داشته است [۱۹].



نمودار ۲. وضعیت ایران در شاخص داده باز [۱۹]

۲-۶. وضعیت شفافیت نظام سلامت ایران

یکی از نخستین گام‌های وزارت بهداشت در زمینه ایجاد شفافیت، انتشار گزارش میزان شفافیت بودجه در بخش بهداشت و درمان کشور بود که در سال ۱۳۷۵، به درخواست نماینده وقت مردم تهران در مجلس شورای اسلامی انجام شد. در این گزارش از انتقال بودجه‌های مربوط به تغذیه کودکان و مادران در مناطق محروم و روستایی به برنامه کمک به رستوران‌های دانشجویان و هزینه تغذیه زندانیان، انتقاد، و توصیه شده است که بودجه این‌گونه فعالیت‌ها، از محل فصل‌ها و دستگاه‌های مربوطه تأمین شوند [۳۱]. شاید بتوان گفت، حوزه سلامت ایران، یکی از بسته‌ترین و غیرشفاف‌ترین نهادهای کشور است. در تارنمای وزارت بهداشت ایران، نه تنها اثری از داده باز وجود ندارد، بلکه بدیهی‌ترین به‌روزرسانی‌ها نیز در اطلاعات آن انجام نمی‌شود. سازوکار کنترل تعارض منافع در واگذاری‌ها، قیمت‌گذاری خدمات پزشکی، و داروها نیز شفاف نیست؛ از این رو، متخلفان مالی حوزه سلامت، تلویحاً در حاشیه امنیت قرار دارند. جدا از موضوع کهنه، ولی ادامه‌دار پرداخت‌های غیررسمی [۳۲]، در سال‌های اخیر، بحث‌های گسترده‌ای نیز درباره نحوه تجمیع منابع مالی، هزینه‌کردها، تخصیص منابع به بخش‌های گوناگون، نظام پرداخت، سوءاستفاده واردکنندگان دارو و ملزومات پزشکی از ارز

دولتی [۳۳]، و... در کشور مطرح شده است که بخش عمده این مشکلات، در فرهنگ عدم شفافیت حوزه سلامت ریشه دارد؛ بنابراین، استقرار شفافیت، یکی از ضرورت‌های انکارناپذیر برای حکمرانی خوب در حوزه سلامت کشور است. تلاش‌های انجام‌شده برای شفاف‌سازی برخی از فعالیت‌ها و اقدامات انجام‌شده نیز با مقاومت جدی عده‌ای از ذی‌نفعان روبه‌رو شده است.

۲-۷. الزامات و پیش‌نیازهای ایجاد شفافیت

۲-۷-۱. الزامات قانونی شفافیت

نخست لازم است قانون، حق دسترسی به اطلاعات و شفافیت آن‌ها را برای مردم به رسمیت بشناسد. کشورهای زیادی در سراسر جهان، اصلاحات مربوط به «حق آگاه بودن» را آغاز کرده‌اند. گردانندگان پویش‌های جامعه مدنی در سرتاسر جهان، حق دانستن در مورد راهبردها و تاکتیک‌های خود را جا انداخته‌اند، به این امید که شفافیت باعث شود، نهادهای قدرتمند، تغییر رفتار دهند و با در معرض دید عموم قرار گرفتن، پاسخ‌گو شوند [۳۴].

در بیشتر کشورهای پیشرفته جهان که دارای نظام‌های شفاف اطلاعاتی هستند، قوانین قوی و متقنی در حوزه شفافیت وجود دارد. این کشورها تلاش کرده‌اند تا با اتخاذ سیاست‌های پایدار و جامع و وضع قوانین و مقررات مناسب، شفافیت را در همه امور جامعه گسترش دهند و به توسعه این فرهنگ در جامعه کمک کنند؛ به‌عنوان مثال، در کشور فرانسه، قوانین مربوط به شفافیت به‌گونه‌ای دقیق مشخص شده و الزامات هر مورد و نحوه حمایت از افشاگران به‌صراحت برشمرده شده است. این قوانین به موضوع‌های زیر توجه کرده است:

- دسترسی به اطلاعات؛
- مدیریت تعارض منافع؛
- اعلام دارایی و منافع مقامات؛
- حمایت از افشاگران فساد؛

• روشن بودن حدود و استثنای شفافیت.

در فرانسه، حق دسترسی شهروندان به بایگانی‌ها، جز در موارد استثنایی، به رسمیت شناخته می‌شود. برپایه قوانین این کشور، هیچ فردی نباید به دلیل ارائه گزارش همراه با حسن نیت، دچار زیان یا آسیب شود. برخلاف آمریکا، در فرانسه، به افشاگران پاداش داده نمی‌شود، مگر اینکه افشاکننده، قربانی عمل «افشا» شده باشد، زیرا جبران خسارت، حق او بوده است، هرچند متضمن نفع شخصی است [۱۵].

آمریکا، نخستین کشور جهان است که قانون آزادی اطلاعات را در سال ۱۹۶۶ تصویب کرده است [۳۵]. در ایالات متحده، مؤسسه‌های حقوقی و وکالتی ویژه‌ای برای حمایت از افشاگران ایجاد شده است که از محل دریافت پاداش اداره می‌شوند و به افشاگران، خدمات حقوقی می‌دهند. مصداق‌های قوانین شفافیت آمریکا نیز مانند فرانسه است [۱۵].

۲-۷-۱. قوانین شفافیت حوزه سلامت

یکی از معروف‌ترین قوانین شفافیت در حوزه سلامت، قانون «The Physician Payments Sunshine Act» مراقبت بهداشتی ایالات متحده است که در سال ۲۰۱۰ تصویب شد. این قانون، به منظور افزایش شفافیت در روابط مالی بین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و تولیدکنندگان دارو وضع شده است. افزون‌بر ایالات متحده، کشورهای دیگری نیز به این قانون پیوسته‌اند.

برپایه قوانین فرانسه، دو نوع اصلی از الزامات افشای اطلاعات در حوزه سلامت وجود دارد که عبارت‌اند از:

- همه موافقت‌نامه‌ها باید ظرف ۱۵ روز پس از امضا گزارش شوند؛
 - مزایای مشخصی که به افراد و موجودیت‌ها داده می‌شود، باید به صورت سالانه گزارش شوند و شرکت‌ها اطلاعات لازم درباره مزایا و توافق‌نامه‌ها را به دولت فرانسه ارائه دهند و این اطلاعات در درگاه‌های اینترنتی دولتی در دسترس عموم قرار گیرد.
- براساس قانون دانمارک، شرکت‌های داروسازی و تجهیزات پزشکی، موظف‌اند جزئیات مشخصی را درباره روابط خود با کارکنان سلامت گزارش

دهند، اما لزومی ندارد مبلغ پرداخت شده را مشخص کنند. در عوض، کارکنان سلامت دانمارک باید این گونه پشتیبانی‌های مالی را گزارش دهند. برپایه قوانین پرتغال، از شرکت‌ها خواسته می‌شود، مقدار پشتیبانی مالی از شاغلان حوزه پزشکی را که بیش از ۶۰ یورو است، گزارش دهند. کشورهای اروپایی دیگری که دارای قوانین شفافیت مالی هستند عبارت‌اند از: اسلواکی، رومانی، یونان، و ترکیه. در حاشیه اقیانوس آرام، گروه‌های صنعتی ژاپن و استرالیا نیز الزامات شفافیت مبتنی بر کد را مشخص کرده‌اند [۳۶].

۲-۷-۱-۲. قوانین تعارض منافع در حوزه سلامت

سازمان شفافیت بین‌الملل در گزارش سال ۲۰۰۶، که به‌طور خاص حوزه سلامت را بررسی کرده است، برای مدیریت تعارض منافع در حوزه سلامت پیشنهاد داده است:

- تنظیم‌گران، وظیفه دارند قوانین تعارض منافع را اتخاذ کنند تا افراد یا گروه‌های ذی‌نفع در تولید، از شرکت در کارآزمایی‌های بالینی دارویی، سلب صلاحیت شوند؛

- برای اینکه شفافیت افزایش یابد، دولت‌ها باید بر فرایندهای قانون‌گذاری دارو، تبلیغات بیش‌ازحد داروها، ایجاد محدودیت‌های شدیدتر برای پزشکانی که بیش‌ازحد دارو تجویز می‌کنند، و نظارت دقیق‌تر بر روابط بین بخش‌های سلامت و صنعت دارو، نظارت کنند؛

- مراجع صدور مجوز پزشکی باید قوانین ویژه‌ای را برای رفتار پزشک در مورد تعارض منافع (به‌ویژه درباره صنایع دارویی و دستگاه‌های پزشکی) تعریف کنند و منابع لازم را برای اجرای این قوانین، به‌دست آورند [۱۶].

۲-۸. سیاست‌ها و نهادهای حامی قوانین شفافیت

۲-۸-۱. حمایت از افشاگران

در برخی از کشورها، حمایت از افشاکنندگان فساد یا سوت‌زن‌ها^۱، به‌گونه‌ای

شفاف در قوانین دیده شده است. در این کشورها، قانون از افرادی که افشاگری می‌کنند، حمایت می‌کند و حتی گاهی به افشاکنندگان پاداش هم می‌دهند [۱۵]. در ایالات متحده، در کمیسیون بورس و اوراق بهادار آمریکا، اداره‌ای برای حمایت و رسیدگی به سوت‌زنان وجود دارد و پاداش‌های اعطاشده به آن‌ها را گزارش می‌کند [۳۷]. این موضوع در توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت برای شفافیت و پاسخ‌گویی نظام‌های دارویی نیز در نظر گرفته شده است [۳]:

- دولت‌ها باید برای افراد مشغول به کار در نهادهای تدارکاتی، مقامات بهداشت، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، و تأمین‌کنندگان دارو و تجهیزات، برنامه‌ی محافظت از افشاگران را اتخاذ و اجرا کنند؛
- شرکت‌های داروسازی هم باید سازوکارهای محافظت از افشاگران را ارائه کنند [۱۶].

در جمهوری اسلامی ایران نیز قوانین و مقرراتی برای حمایت از افشاگران وجود دارد، ولی هنوز با ضعف‌های جدی‌ای در اجرا روبه‌رو است [۳۸]؛ برای نمونه، در ماده ۳۴ فصل ششم مقررات مربوط به مطالبه و دریافت مالیات اشاره شده است: «در صورتی که براساس گزارش اشخاصی، مالیات پنهان‌شده شناسایی و وصول شود، سازمان می‌تواند با رعایت مقررات قانونی مربوط، نسبت به پرداخت پاداش متناسب با اطلاعات مکتسبه و مالیات وصولی، از درآمد اختصاصی سازمان در وجه اشخاص مذکور در چارچوب دستورالعملی که به تصویب رئیس کل سازمان می‌رسد، اقدام نماید»، اما محتوای این تبصره، به اندازه‌ای غیرشفاف است که افراد نمی‌توانند امیدی به کسب پاداش به‌زای افشاگری فرار مالیاتی داشته باشند [۳۹].

۲-۱-۲. سوت‌زنی در حوزه سلامت

همان‌گونه که پیشتر اشاره شد، برپایه برخی قوانین در آمریکا، دولت فدرال کسانی را که دست به افشاگری در برابر تخلفات بزنند، تشویق مالی می‌کند. در مطالعه‌ای مشخص شده است که اجرای این قانون، نتایج چشمگیری برای نظام سلامت آمریکا داشته است. نتایج این بررسی نشان داده است که در بازه زمانی بین

سال‌های ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۵ (زمان انتشار این مطالعه) روی هم رفته مبلغ ۳/۹ میلیارد دلار، به خزانه بازگردانده و از این مقدار، حدود یک میلیارد دلار آن به افشاگران پرداخته شده است. افشاگران فساد، بیشتر از میان مدیران اجرایی یا پزشکان و ۷۵ درصد آن‌ها، کارکنان داخلی سازمان مورد اتهام بوده‌اند و بیماران، سهم اندکی در این افشاگری‌ها داشته‌اند. بیشترین شکایت‌ها از بیمارستان‌ها (۲۹ درصد)، پزشکان (۱۴ درصد) و شرکت‌های حسابداری تنظیم‌کننده صورتحساب‌های مالی بیماران (۹ درصد) بوده است و با اینکه در مجموع، تنها ۱۳ مورد (۴ درصد) از پرونده‌ها علیه شرکت‌های دارویی تشکیل شده بودند، مبلغ بازگردانده شده از این شرکت‌ها ۳/۶ میلیارد دلار، یعنی حدود ۳۹ درصد از کل این مبالغ بوده است و با وجود اینکه بیمارستان‌ها بیشترین موارد شکایت را داشته‌اند، تنها ۳ درصد از بودجه برگشتی (۲۷۰ میلیون دلار) را دربر می‌گیرند. این امر، ضرورت شفافیت در حوزه دارو را بیش از پیش یادآوری می‌کند [۴۰].

گفتنی است، برخلاف کشورهای دیگر که هم‌زمان، پشتیبان حقوق بیمار و منافع پزشکان هستند، در ایران، رسیدگی به شکایت‌های حوزه پزشکی به سازمان نظام پزشکی سپرده شده است که تمام اعضای آن، پزشک هستند؛ در نتیجه، به دلیل سطح بالای تعارض منافع و تضاد در ارزش‌های بنیادین آن، برخورد با تخلفات پزشکی، در عمل، فاقد کارایی لازم بوده و قادر به استیفای حقوق بیمار و برقراری شفافیت مالی مناسب نیست.

۲-۸-۳. ابزار و زیرساخت‌های تسهیل‌گر قوانین شفافیت

ابزارهای متنوعی وجود دارند که به تقویت و نهادینه شدن موضوع شفافیت در جامعه کمک می‌کنند. برخی از این ابزارها عبارت‌اند از: مشارکت و نظارت جامعه مدنی، سامانه‌های شفافیت، نرم‌افزارها، اپلیکیشن‌های موبایل، رسانه‌های مجازی، و...

۲-۸-۳-۱. مشارکت و نظارت جامعه مدنی

شفافیت باید مطالبه مردمی باشد و مردم در راستای این مطالبه، آگاهانه و داوطلبانه

اقدام کنند. انحصار دولت، همراه با اختیارات بیش از حد، می‌تواند سبب سوءاستفاده از قدرت شود؛ درحالی که تقویت مسئولیت‌پذیری دولت، شفافیت، گوش دادن به صدای شهروندان، و اجرای قانون می‌تواند به کاهش فساد کمک کند [۴۱]؛ به‌عنوان مثال، مدیران حوزه سلامت باید راه‌های نظارت عمومی‌ای را معرفی کنند که باعث افزایش مسئولیت‌پذیری و شفافیت می‌شود. جامعه مدنی باید بر تهیه و انتخاب داروها در سطح تسهیلات ارائه خدمت و ارائه خدمات سلامت در سطح جامعه و انجمن بهداشت محلی نظارت داشته باشند [۱۶]. سازمان‌های غیردولتی نیز در مشارکت جامعه مدنی در موضوع شفافیت، نقش مهمی ایفا می‌کنند [۴۲].

۲-۳-۸-۲. زیرساخت‌های الکترونیک

استفاده از فناوری اطلاعات، کمک شایانی به دسترسی و شفافیت اطلاعاتی در کمترین زمان و هزینه ممکن می‌کند. در آمریکا برای افزایش شفافیت امور و بهبود پاسخ‌گویی، سایت‌هایی وجود دارند که اطلاعات مربوط به مخارج دولت را در اختیار مردم قرار می‌دهند [۴۳].

۲-۳-۸-۳. چک‌لیست سنجش شفافیت

ابزارهای شفافیت، در صورتی مؤثر هستند که پس از فراهم کردن اطلاعات مربوط به مصرف‌کنندگان، این اطلاعات را به‌گونه‌ای انتقال دهند که مصرف‌کنندگان بتوانند آن را به‌آسانی درک کنند. استفاده از چک‌لیست‌های استاندارد، یکی از ابزارهایی است که به بهبود شفافیت کمک می‌کند؛ به‌عنوان نمونه، سازمان جهانی سلامت، در یکی از طرح‌های مربوط به شفافیت در برنامه‌های دارویی، چک‌لیستی را برای مراحل ثبت، انتخاب، و تدارک داروها طراحی و در چند کشور به‌طور آزمایشی اجرا کرده است [۴۴]، ولی هنوز با چک‌لیست استاندارد می‌تواند ابزاری عینی برای سنجش شفافیت در حوزه سلامت باشد، فاصله زیادی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

استقرار شفافیت، ضرورتی انکارناپذیر برای حکمرانی خوب در حوزه سلامت

کشور است. با توجه به محدودیت منابع و چالش‌های فراوانی که بودجه وزارت بهداشت با آن روبه‌رو است، استقرار شفافیت در ساختار تولیتی و مالی وزارت بهداشت، کمک چشمگیری به کاهش مشکلات، افزایش بهره‌وری منابع، و بهبود مدیریت منابع خواهد کرد. برای استقرار شفافیت لازم است که این امر ابتدا با قوانینی محکم و متقن حمایت شود: سیاست‌ها و نهادهایی از برنامه‌های شفافیت و افشاگری، حمایت و پشتیبانی کنند؛ ابزارهایی برای پایش و رصد آن به‌وجود آید، و مشارکت فعال جامعه مدنی را به‌همراه داشته باشد. سلامت به‌عنوان پیش‌شرط، شاخص، و خروجی جامعه پایدار و عدالت‌محور، به تولیت شفاف برای حکمرانی شایسته نیازمند است. از آنجاکه تعارض منافع، یکی از بنیادی‌ترین چالش‌های نظام سلامت و مانع اصلی کارایی و عدالت در آن به‌شمار می‌آید، توجه به مؤلفه‌های گوناگون استقرار شفافیت در نظام سلامت، برای دستیابی به توسعه پایدار سلامت در ایران، بسیار فوری و ضروری است.

منابع

1. Graham, J., T.W. Plumptre, and B. Amos, Principles for good governance in the 21st century. 2003: Institute on governance Ottawa.
۲. شفافیت در نظام سلامت. ۱۳۹۸، مؤسسه ملی تحقیقات سلامت.
3. Paschke, A., et al., Increasing transparency and accountability in national pharmaceutical systems. Bulletin of the World Health Organization, 2018; 96(11): 782-791.
4. Vuorenkoski, L., H. Toiviainen, and E. Hemminki, Drug reimbursement in Finland - A case of explicit prioritising in special categories. Health Policy, 2003; 66(2): 169-177.
۵. لایحه شفافیت. ۱۳۹۸: ایران. ۱۳
6. Vian, T., et al., Promoting transparency, accountability, and access through a multi-stakeholder initiative: lessons from the medicines transparency alliance. Journal of pharmaceutical policy and practice, 2017; 10(1): 18.
7. Baghdadi-Sabeti, G., J. Cohen-Kohler, and E. Wondemagegnehu, Measuring transparency in the public pharmaceutical sector-Assessment instrument. Geneva: World Health Organization, Departments of Essential Medicines and Pharmaceutical Policies & Ethics, Equity, Trade and Human Rights, 2009.
۸. قانون انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات. ۱۳۸۸، مجلس شورای اسلامی: ایران.
۹. سامانه شفافیت شهرداری تهران. ۱۳۹۷؛ <http://shafaf.tehran.ir>.
10. Barbazza, E and J.E. Tello, A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. Health policy, 2014; 116(1): 1-11.
11. Organization, W.H., Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. 2010: World Health Organization.
۱۲. عبدالحسین زاده، محمد، ثنایی، مهدی. توانمندسازی خط‌مشی‌های عمومی، با رویکرد شفافیت و مشارکت در نخستین کنفرانس ملی مدیریت دولتی ایران. ۱۳۹۴، دانشکده مدیریت. دانشگاه تهران.
13. A new legal framework for abortion services in Northern Ireland, U. Government, Editor. 2019.
۱۴. جلیلی، محدثه. شاخص‌های سنجش فساد. ۱۳۹۷. مرکز بررسی‌های استراتژیک

ریاست جمهوری. ص ۳۸

۱۵. جلیلی، محدثه، و فلاحیان. مهدی. گزارش توجیهی پیش‌نویس لایحه. ۱۳۹۷. ۱۲۸
16. Kotalik, J. and D. Rodriguez, Global Corruption Report 2006: Corruption and Health. 2006: Pluto.
17. Sustainable Development Goals. 2015; Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>
18. Islam, M.S., Introducing modern technology to promote transparency in health services. International journal of health care quality assurance, 2015; 28(6): 611–620.
19. The World Justice Project Rule of Law Index 2020. 2020; Available from: <https://worldjusticeproject.org/>
<https://tp4.ir/UVsai>.
20. Partnership, O.G. Global Report. 2019; Available from: <https://www.opengovpartnership.org/policy-area/health-nutrition/>
21. International Aid Transparency Initiative. 2019; Available from: <https://iatistandard.org/en/>
22. Evaluation of the Good Governance for Medicines programme (2004–2012): brief summary of findings. 2013: WHO.
23. Moorthy, V.S., et al. Rationale for WHO's new position calling for prompt reporting and public disclosure of interventional clinical trial results. PLoS medicine, 2015; 12(4): e1001819.
24. Kohler, J.C., T.K. Mackey, and N. Ovtcharenko. Why the MDGs need good governance in pharmaceutical systems to promote global health. BMC Public Health, 2014; 14(1): 63.
25. Freedom of Information Act 2000, P.o.t.U. Kingdom, Editor. 2000: UK.
26. Local government transparency code 2015, D.o.C.a.L. Government, Editor. 2015; London.
27. Brown, K.L., et al. Trends in 30-day mortality rate and case mix for paediatric cardiac surgery in the UK between 2000 and 2010. Open Heart, 2015; 2(1): e000157.
28. Bridgewater, B., D. Irvine, and B. Keogh. NHS transparency. 2013; British Medical Journal Publishing Group.
29. Tenbensen, T., Interpreting public input into priority-setting: The role of mediating institutions. Health Policy, 2002; 62(2): 173–194.
30. Theodoulou, I., A.M. Reddy, and J. Wong. Is innovative workforce planning

- software the solution to NHS staffing and cost crisis? An exploration of the locum industry. BMC Health Services Research. 2018; 18(1).
۳۱. وحید دستجردی، مرضیه. میزان شفافیت بودجه‌ای در بخش بهداشت و درمان. ۱۳۷۵،
۳۲. پارسا، مجتبی و همکاران، پرداخت‌های غیررسمی در ایران: نتایج مطالعه‌ای مقطعی قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت. اخلاق و تاریخ پزشکی. ۱۳۹۵؛ ۹(۶): ۳۴-۴۷
۳۳. مردعلی، محسن و همکاران. مدل سنجش فساد نظام بهداشت و درمان ایران. مجله حقوق پزشکی، ۱۳۹۶؛ ۱۱(۴۳).
34. Fox, J., The uncertain relationship between transparency and accountability. Development in practice, 2007; 17(4-5): 663-671.
35. THE FREEDOM OF INFORMATION ACT, 5 U.S.C. § 552, D.o. Justice, Editor. 1966: USA.
36. Pepitone, K and B.P. Sharkey. The sun never sets on transparency. Medical Writing. 2016; 25: 15-20.
37. Whistleblower, O.o.t.. 2019 Annual Report (PDF), O.o.t. Whistleblower, Editor. 2020; Washington, D.C., U.S.
۳۸. جلیلی، محدثه. ظرفیت نهادی نظام حکمرانی در پذیرش نقش گزارشگران فساد، در ارزیابی راهبردها و اقدامات نظام جمهوری اسلامی ایران در زمینه مبارزه با فساد. ۱۳۹۸؛ تهران.
39. Toker, A., et al. A report card on the physician work force: Israeli health care market-Past experience and future prospects. Health Policy. 2010; 97(1): 38-43.
40. Kesselheim, A.S. and D.M. Studdert. Whistleblower-initiated enforcement actions against health care fraud and abuse in the United States, 1996 to 2005. Annals of internal medicine, 2008; 149(5): 342-349.
41. Klitgaard, R.E, R.M. Abaroa, and H.L. Parris. Corrupt cities: a practical guide to cure and prevention. 2000; World Bank Publications.
۴۲. اندیشکده شفافیت برای ایران. Available from: <https://tp4.ir>.
43. House, W. Open government: A progress report to the America people. Retrieved September. 2009; 13: 2010.
44. Organization, W.H. Measuring transparency in medicines registration, selection and procurement: four country assessment studies. 2006; Geneva: World Health Organization.
45. Transparency International; Available from: <https://www.transparency.org>.

جایگاه شفافیت در مبارزه با فساد نظام سلامت^۱

آرمین رضایی شهراپی

دانشجوی داروسازی عمومی، دانشکده داروسازی، دانشگاه آزاد دامغان، سمنان، ایران،
timelorddr.who824@gmail.com

چکیده

«فساد»، پیشینه‌ای به درازای تاریخ بشریت دارد که از میان انواع آن، «فساد در نظام سلامت» به دلیل تنیدگی با بهداشت و سلامت مردم، از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. بررسی ریشه‌های فساد در نظام سلامت و راه‌های مبارزه با آن، مسیر روشنی را برای مبارزه با فساد در اختیار ما قرار می‌دهد. جامعه‌ای که نظام سلامتی عادلانه و عاری از فساد دارد، با کمترین هزینه مادی و معنوی و به راحتی می‌تواند نیاز اعضای خود به امکانات درمانی را تأمین کند و بر این اساس، بررسی فساد و راه‌های مبارزه با آن، ضرورت می‌یابد. هدف این پژوهش، بررسی ریشه‌ها و علل فساد، با تأکید بر نبود شفافیت، به عنوان یکی از مهم‌ترین معضلات امروز در جمهوری اسلامی ایران است. این پژوهش که ماهیت توصیفی-تحلیلی دارد، در دو مرحله انجام شده است: نخست، تعریف جامع و کاملی از فساد نظام سلامت و علل بروز آن با استفاده از پژوهش‌های کتابخانه‌ای ارائه و سپس، موضوع شفافیت و آثار آن بر جلوگیری از فساد در این حوزه بررسی شده است. بر پایه بررسی‌های انجام شده، ارجاعات بی‌مورد به پاراکلینیک و آزمایشگاه‌های تشخیص طبی، تقلب در طرح‌های پژوهشی، و انجام طرح‌های پژوهشی بی‌ارزش با هدف جذب بودجه‌های موجود، ارائه گواهی‌نامه‌های تضمین کیفیت همراه با ملاحظات سیاسی، و پرداخت رشوه برای دریافت خدمات بهتر، از مصداق‌های تحمیل هزینه‌های مادی و معنوی فساد در این حوزه به جامعه بوده‌اند. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مؤلفه‌های مهمی برای تغییر کیفیت و کمیت اثرگذاری شفافیت بر کاهش فساد به عنوان یکی از ارکان اصلی مبارزه با فساد وجود دارد. در بررسی این مؤلفه‌ها به آثار ارتقای آموزش و دموکراسی بر تغییر شدت تأثیر شفافیت بر فساد نظام سلامت پرداخته شده است.

واژه‌های کلیدی: شفافیت، نظام سلامت، فساد، حکمرانی خوب

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۳۰

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۸/۲۵

فصلنامه راهبرد سلامت و بهداشت، سال ۱، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰، صص ۹۱-۱۱۶

مقدمه

فساد، مسئله مهم و فراگیری است که قدمت زیادی در زندگی بشر دارد و چنانچه با آن مبارزه نشود، مهارناپذیر خواهد بود. نمود فساد را در تمام ابعاد زندگی اجتماعی بشر می‌توان دید که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به فساد اداری و سازمانی اشاره کرد.

ریشه کلمه فساد در زبان عربی، «فسد» به معنای جلوگیری از انجام عمل درست و سالم است. معادل فساد در زبان انگلیسی "corruption" و ریشه لاتین آن "romper"، به معنای شکستن و نقض کردن است و قوانین و مقررات یا قواعد اداری، از مصداق‌های موارد قابل شکستن و نقض شدن هستند.

برای مشخص کردن اهمیت مبارزه با فساد در نظام سلامت باید اشاره کنیم که برپایه گزارش سازمان بهداشت جهانی و برآوردهای انجام‌شده، ارزش بازار دارویی در سال ۲۰۱۸ برابر ۸۴۷ میلیارد دلار برآورد شده است [۱]. همچنین، برآوردها نشان می‌دهد که هر یک دلار هزینه کردن برای مبارزه با فساد، ۲۳ دلار منافع و صرفه‌جویی هزینه به وجود می‌آورد [۲].

حدود ۲۵-۱۰ درصد از هزینه‌های تدارکات عمومی دارو، در راه فساد صرف می‌شود و در واقع، به هدر می‌رود. از طرفی این هزینه‌ها، آسیب بسیار زیادی بر اعتقاد عمومی مردم به نظام می‌زند و سرمایه‌گذاران را برای ورود به این عرصه، بی‌انگیزه می‌کند [۳].

۱. روش پژوهش

جامعه‌ای که نظام سلامتی، به دور از فساد و عادلانه دارد، با کمترین هزینه مادی و

معنوی و به راحتی می تواند نیاز اعضای خود به امکانات درمانی را تأمین کند؛ بنابراین، بررسی فساد و راه های مبارزه با آن ضروری به نظر می رسد. این پژوهش که ماهیت توصیفی-تحلیلی دارد، در دو مرحله انجام شده است. در مرحله نخست، مقاله های مرتبط با فساد و انواع آن، با کلیدواژه های "corruption"، "corruption in the health sector"، «فساد» و «فساد در نظام سلامت»، گردآوری و برپایه اطلاعات به دست آمده از چکیده مقالات، وارد پژوهش شدند. در مرحله دوم، پس از بررسی برنامه سازمان بهداشت جهانی^۱، چراغ راه ادامه پژوهش برای مبارزه با فساد، روشن شد و با بررسی دقیق تر و کامل تر شفافیت در نظام سلامت، آثار آن، و عوامل بهبود اثر شفافیت، تأثیر شفافیت در مبارزه با فساد با کلیدواژه های "Transparency"، "Democracy"، "Accountability" و "Comparative Politics" و "Good Governance" تحلیل شد.

۲. یافته های پژوهش

۲-۱. تعریف فساد

برای فساد، تعریف های گوناگونی ارائه شده است که در اینجا برخی از جامع ترین و کاربردی ترین آن ها را مطرح کرده ایم. «فساد»، یکی از مظاهر رفتارهای ضداجتماعی است که مزایای ویژه ای را به یک شخص خاص می دهد؛ درحالی که به افراد دیگر جامعه، زیان می رساند. همچنین، هر پدیده ای که مجموعه ای را از اهداف و کارکردهای مناسب و سالم خود باز دارد، فساد می نامند (۴). در تعریف دیگری، فساد، به سوءاستفاده از قدرت برای برداشت شخصی تعبیر شده است و معضلاتی همچون رشوه، کلاهبرداری، اخاذی، اختلاس، و... را دربر می گیرد. رابرت ب. زولیک، رئیس بانک جهانی، فساد اقتصادی را نوعی سرطان می داند که از دارایی مادی و معنوی فقیران می کاهد و در امور غیرحکومتی و غیراخلاقی به مصرف می رساند و در نتیجه، سبب از بین رفتن اعتماد بین اعضای جامعه می شود [۴].

۲-۱-۱. جنبه‌های گوناگون فساد در جامعه

● **فساد فرهنگی:** عبارت از هر فعل یا ترک فعلی است که موجب وارد شدن خدشه، ایراد، یا آسیبی به باورها، ارزش‌ها، و اعتقادات جامعه می‌شود.

● **فساد اقتصادی:** رفتارهای غیرقانونی‌ای که سبب ایجاد شکاف عمیق طبقاتی و اختلال در نظام اقتصادی می‌شود.

● **فساد اداری:** در اصطلاح به معنای خارج شدن از حد اعتدال است که با سوءاستفاده از امکانات و منابع عمومی در راستای منافع شخصی افراد نمود می‌یابد و دربردارنده کم‌کاری، کاغذبازی، سوءاستفاده از قدرت، اختلاس، و... است [۵]. فساد اداری در سه سطح طبقه‌بندی می‌شود:

○ **فساد اداری سیاه:** عملی است که هم نزد نخبگان و هم عموم مردم، منفور است و شخصی که مرتکب آن شده است، باید مجازات شود؛ مانند دریافت رشوه برای کاری خاص؛

○ **فساد اداری خاکستری:** عملی است که تنها نزد نخبگان، منفور است، اما توده مردم به آن بی‌توجه هستند؛

○ **فساد اداری سفید:** این نوع فساد، با اینکه خلاف قوانین است، آن‌قدر مهم و تأثیرگذار نیست که اعضای جامعه، اعم از نخبگان و عوام، در برابر بروز آن واکنش نشان دهند [۶].

فساد دستگاه‌های دولتی، که تعبیر دیگری از فساد اداری است، با مصداق‌هایی مانند پارتی‌بازی، بی‌عدالتی، باج‌خواهی، ایجاد نارضایتی برای ارباب رجوع، شناخت و اعمال قدرت و نفوذ، و استفاده نامشروع از مقام و منصب بروز می‌یابد [۷، ۸].

۲-۱-۲. دلایل بروز فساد در جامعه

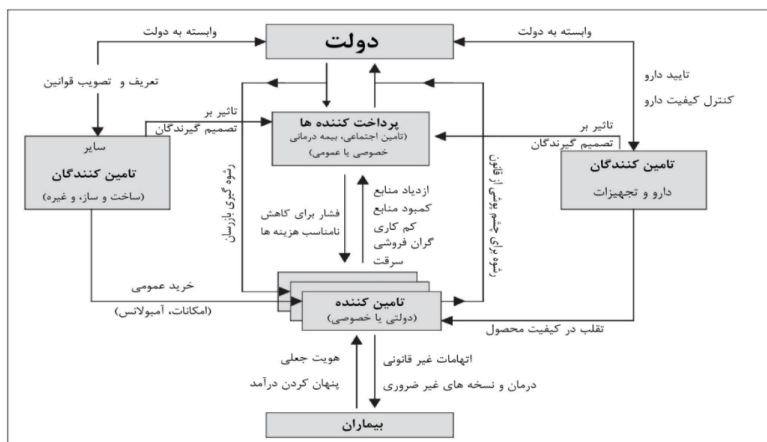
● یکی از مهم‌ترین دلایل بروز فساد، کمبود بودجه سازمانی است که به تبع آن دریافتی کارمند یا مدیر، کم خواهد بود و افراد برای جبران این مسئله، عمل فاسدی را در برابر دریافت مبلغی انجام می‌دهند. البته این اتفاق همیشه تنها در برابر دریافت پول رخ نمی‌دهد و ممکن است معاملات دیگری نیز انجام شود؛

• در جوامع سنتی، به دلیل گستردگی روابط خویشاوندی، افراد، اموری خارج از عرف یا قانون را انجام می‌دهند، به این امید که در آینده این فرایند در امری یا جای دیگری برایشان جبران شود. این معضل ممکن است معلول تبدیل ارزش‌ها به ضدارزش‌ها باشد؛

• نبود نظام کنترلی و نظارتی کارآمد که باید تفاوت‌ها و برتری‌های کارمندان یا مدیران پرتلاش با کارمندان یا مدیران خاطی را مشخص کند و نظام پاداش و تنبیه مؤثری داشته باشد، سبب دلسرد شدن کارکنان تلاشگر و گستاخ‌تر شدن افراد خاطی می‌شود.

۲-۲. فساد در نظام سلامت

از آنجاکه در نظام سلامت، درباره تقاضای خدمات، اطلاعات کمی وجود دارد و تأمین‌کنندگان نمی‌توانند به این اطلاعات اعتماد کنند، این نظام در معرض رفتارهای فاسد بسیاری قرار دارد. نامشخص بودن گروه سنی تمام بیماران، زمان و دوره بیماری افراد، و خدمات و داروهای احتمالی موردنیاز، از دلایل این کمبود اطلاعات به‌شمار می‌آیند. با توجه به مطالب گفته‌شده، نظام سلامت و بهداشت، نیازمند نظارت ویژه‌ای است. برای کنترل نظام سلامت باید به پنج بازیگر کلیدی آن توجه داشته باشیم که عبارت‌اند از: (۱) دولت‌ها به‌عنوان تنظیم‌کننده؛ (۲) پرداخت‌کنندگان؛ (۳) ارائه‌دهندگان؛ (۴) مصرف‌کنندگان؛ (۵) تأمین‌کنندگان [۹].



شکل ۱. پنج بازیگر کلیدی نظام سلامت [۲۴]

فساد ممکن است بر اثر عملکرد نامناسب هریک از این ارکان رخ دهد. نکته قابل توجه این است که ارتباط میان اجزا، موجب گسترش بیشتر فساد می شود.

۲-۱. دلایل بروز فساد در نظام سلامت

از دید کارگزار دولت‌ها، سه نیروی اصلی، هدایت فساد را در بخش بهداشت و سلامت هدایت می کنند:

- **مشتری‌ها و انگیزه‌های مالی کارکنان:** انگیزه‌های مالی، همواره یکی از مهم‌ترین مسائلی هستند که موجب تشویق کارکنان به انجام فساد می شوند؛
- **توجیه کارها:** کارکنان همواره تمایل به عقلانی جلوه دادن رفتار خود دارند و سعی می کنند کارهای خود را توجیه کنند، زیرا درغیراین صورت، نگرش‌ها و هنجارهای اجتماعی، آن‌ها را برای تصمیم‌ها و رفتارشان سرزنش می کند؛
- **عوامل زمینه‌ساز سوءاستفاده:** کارکنان به فساد گرایش می یابند، زیرا زمینه و امکان سوءاستفاده و فساد به آن‌ها داده شده است و برپایه تئوری اقتصاد، افراد همواره هزینه‌ها و دستاوردهای رفتار فاسد خود را با اعمال طبیعی مقایسه می کنند و سرانجام، عملی را انتخاب می کنند که سود بیشتری برایشان داشته باشد. در یک بررسی، مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز را این‌گونه تقسیم‌بندی کرده‌اند:

○ **انحصار:** این عامل زمینه‌ساز، از طریق محدود کردن توانایی انتخاب مردم در انتخاب ارائه‌دهندگان خدمات، فرصت بروز فساد را فراهم می کند. برای مبارزه با این عامل می توان از راهکارهایی مانند: (۱) جدایی پرداخت‌کننده و ارائه‌دهنده خدمات؛ (۲) خصوصی سازی و عقد قرارداد برای خرید خدمت در صورت زیاد بودن ارائه‌دهنده‌ها؛ (۳) افزایش تعداد کارگزاران دولتی ارائه‌دهنده خدمات خاص با هدف کاهش نقش انحصاری دولت استفاده کرد؛

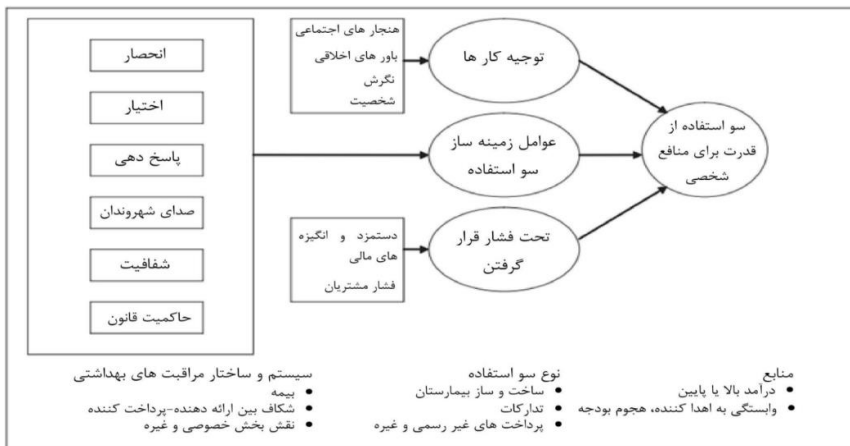
○ **اختیار:** اختیار، توان دولت برای تصمیم‌گیری است. زمانی که اختیار، لجام‌گسیخته باشد و کنترل کافی بر آن انجام نگیرد، فرصت فساد فراهم می شود. راهکار جلوگیری از بروز این عامل، استفاده از ظرفیت‌های موجود، مانند متعادل کردن وظایف کارکنان و استفاده از نظام‌های اطلاعاتی به منظور ایجاد شفافیت است؛

○ پاسخ‌دهی: دولت باید خود را ملزم بداند که شایستگی و اثربخشی مجموعه خود را در زمینه تهیه نیازها و خواسته‌های مردم، به اثبات برساند، زیرا پاسخ‌گو نبودن، زمینه‌ساز بروز فساد می‌شود؛

○ صدای شهروندان: وجود مسیرها و ابزار مناسب برای مشارکت ذی‌نفعان با هدف افزایش پاسخ‌دهی بیرونی دولت‌ها به کاهش احتمال بروز فساد در سازمان‌ها و جامعه کمک می‌کند؛

○ شفافیت: شفافیت، یکی از مهم‌ترین عواملی است که نبود یا کمبود آن سبب بروز فساد می‌شود؛

○ حاکمیت قانون: حاکمیت قانون، دربردارنده کارهایی است که برپایه آن، مدارک مربوط به فساد، گردآوری و فرد فاسد تنبیه می‌شود. این اقدام دو هدف رها شدن از کارکنان سوءاستفاده‌کننده از اختیارات خود و ترساندن افراد دیگر برای پیشگیری از فسادهای احتمالی در آینده را دربر می‌گیرد [۱۵-۱۰].



شکل ۲. چارچوب فساد در نظام سلامت [۲۵]

۲-۲-۲. آثار فساد

توماس رینود، در بخشی از کتاب «کیفیت رشد»، آثار زیان‌بار فساد را عدم تخصیص بهینه منابع، کاهش سرمایه‌گذاری‌های داخلی و خارجی، و تشدید فقر

بیان کرده و دلایل بروز آن را ضعف در قوانین و مقررات حاکم، نبود شایسته‌سالاری، و سیاست‌گذاری‌های بد اقتصادی برشمرده است. به این ترتیب، اولویت هر کشوری، اجرای درست و کامل اصول حاکمیت خوب است و باید از این طریق با فساد مبارزه کند.

۲-۳. مبارزه با فساد

یکی از کاربردی‌ترین راه‌های مبارزه با فساد، به کار بردن حاکمیت خوب در جامعه است. در حاکمیت خوب، حکمرانی قانون، شفافیت، و پاسخ‌گویی، موجب تضمین و ارتقای مشارکت بین دولت، جامعه، و شهروندان می‌شود. مشارکت‌ها، افزون‌بر اینکه برپایه قصد و انگیزه‌های خیر و پایدار هستند، توسط سازمان‌های قوی نیز محافظت می‌شوند.

۲-۴. ابزارهای حکمرانی خوب برای مبارزه با فساد

۲-۴-۱. حاکمیت قانون

اعمال قدرت دولت با استفاده از معیارهای موجود در جامعه و هدایت‌شده توسط آن‌ها (ارزش‌های اجتماعی پذیرفته‌شده در جامعه)، و پرهیز از خاص‌گرایی به منظور برخورداری از حمایت عمومی گسترده را «حاکمیت قانون» می‌گویند. در مواردی که حاکمیت قانون قوی است، مردم از قانون نمی‌ترسند، بلکه به دلیل سهم بودن خود در اثربخشی آن، از قانون حمایت می‌کنند. اهمیت حکمرانی واقعی قانون، زمانی مشخص می‌شود که رژیم‌ها، دولت‌ها، و ایالت‌های گوناگون فاسد با تنظیم قوانین و مقررات برپایه میل خود اقدام به سرکوب جامعه می‌کنند، زیرا در حکمرانی واقعی قانون، قوانین با همکاری دولت و افرادی از دل جامعه تعیین می‌شود و نتیجه آن، فرایندهای پیچیده و عمیق اجتماعی خواهد بود، نه منافع گروه خاصی از مردم.

در این حکمرانی، برای افراد خلافکار، نه تنها مجازات قانونی تعیین شده است، بلکه به مجازات اجتماعی‌ای مانند از دست دادن اعتماد عمومی، نقد رسانه‌های خبری و جمعی، و مجازات خاص از طرف انجمن‌های حرفه‌ای و

صنفاي نیز دچار خواهند شد، زیرا رویکردی که تنها به تشخیص و مجازات قانونی متکی باشد، ممکن است در کوتاه‌مدت مفید واقع شود، اما اگر قوانین و سیاست‌ها با ارزش‌های اجتماعی تلفیق نشوند و حمایت گسترده مردم از سیستم را نداشته باشیم، این آثار کوتاه‌مدت نیز بی‌فایده خواهد بود.

۲-۴-۲. شفافیت^۱

فرایندهای مالی و اداری رسمی، به‌گونه‌ای انجام می‌شود که اطلاعات حقیقی‌ای از ماهیت و روند کارها در دسترس افراد و گروه‌های جامعه قرار گیرد و به‌طور کلی، تمام مراحل کارها باید ضمن در نظر گرفتن محدودیت‌های منطقی مسائل حفاظتی، امنیتی، و حریم خصوصی افراد، تا حد امکان شفاف باشد.

۲-۴-۳. پاسخ‌گویی

پاسخ‌گویی، فرایندی است که توسط مسئولان و افراد مؤثر انجام می‌شود و هدف آن، بررسی میزان پیروی از قوانین از پیش تعیین‌شده، روند انجام امور، و نتایج به‌دست‌آمده است. از آنجاکه عدالت و یک زندگی خوب، دغدغه‌ای جهانی است، حفاظت از این ارزش‌ها در جوامع مختلف به روش‌های گوناگون و متنوع، ضروری به نظر می‌رسد.

گفتنی است، دو مفهوم شفافیت و پاسخ‌گویی، به هم وابسته‌اند؛ به‌گونه‌ای که پاسخ‌گویی، نیازمند شفافیت است و هر دو در مواردی که قوانین به‌صورت درست و گسترده پشتیبانی شوند، اثرگذاری بهینه‌ای خواهند داشت و اجرای عادلانه این قوانین، سؤالات عمده‌ای در هر دو مورد پاسخ‌گویی و شفافیت به‌وجود می‌آورد.

حمایت از این ارزش‌ها، نیازمند برقراری تعادلی حساس اما پایدار بین منافع شخصی و همکاری افراد است؛ به‌این‌ترتیب که شهروندان و مسئولان باید حاکمیت خوب را نه تنها به‌عنوان یک ایدئال، بلکه به‌عنوان راهی برای بهبود زندگی خود بشناسند.

۲-۵. نمونه‌های اعمال ابزار حکمرانی خوب در کشورهای دیگر

۲-۵-۱. مکزیک: ارتقای شفافیت و پاسخ‌دهی

در زمان‌های نه‌چندان دور، رؤسای جمهور مکزیک، بودجه‌های پنهان فراوانی را در اختیار داشتند که می‌توانستند برای هر هدفی از آن‌ها استفاده کنند. انتخابات ملی، تمرینی برای ارباب و خرید رأی بود و روش‌های خرید عمومی برای همه به‌جز کسانی که بازپرداخت می‌کردند- مانند یک راز بود.

مشکلات اجتماعی و اقتصادی مکزیک همچنان پیچیده است و این کشور، شرایط دشواری دارد، اما در سال‌های اخیر، سریع‌تر از هر کشور بزرگ دیگری در مسیر تبدیل شفافیت به واقعیتی مهم در دولت و سیاست حرکت کرده است.

بودجه‌های پنهانی ریاست‌جمهوری لغو شده است و بسیاری از مراحل خرید دولت همراه با پیشنهادها و قیمت‌ها، که بی‌وقفه قابل پیگیری هستند، به‌صورت اینترنتی انجام می‌شود. انتخابات ریاست‌جمهوری سال ۲۰۰۰ با تکیه بر اصلاحات سال‌های ۱۹۹۴ و ۱۹۸۸، نه‌تنها نخستین تحول قدرت را در صندوق‌های رأی به‌وجود آورد، بلکه شفافیت و نظارت بر صندوق‌ها را نیز در پی داشت و رأی‌گیری به‌معنای واقعی، به‌گونه‌ای شفاف و قابل تقلید در بسیاری از کشورهای دیگر انجام شد.

برخی از بهترین نظرسنجی‌های جهان در مورد «میزان بروز و تأثیرات فساد در سطح خانوارها» اکنون در مکزیک انجام می‌شود. این نظرسنجی‌ها، نتیجه ایجاد نظامی هستند که در آن مردم، احزاب مخالف، و مطبوعات می‌توانند پاسخ‌گویی مسئولان را به‌گونه‌ای مؤثر پیگیری کنند و فضایی ایجاد کنند که در آن قوانین و سیاست‌ها از حمایت اجتماعی گسترده‌تری برخوردار شوند.

یک ابتکار جدید و مهم که در سال ۲۰۰۳ با حمایت بانک جهانی آغاز شد، تشکیل آزمایشگاه اسناد و مستندسازی تحلیل‌های مربوط به فساد و شفافیت در مکزیک بود. این آزمایشگاه مستقر در «Instituto de Investigaciones Sociales» از «Nacional Autónoma de México Universidad»، روش‌های خرید از ۲۲ نمایندگی فدرال و همچنین، حمایت از پژوهش‌ها و همایش‌ها را تجزیه و تحلیل می‌کند. در

این بررسی‌ها و مطالعات، دیدگاه‌ها، سخنان، و فعالیت‌های کارمندان دولت در هنگام معامله با پیشنهاددهندگان خصوصی و خرید کالاها و خدمات متضاد، اهمیت ویژه‌ای دارد. از طریق نظرسنجی‌ها می‌توان دریافت که چگونه مشکلات تهیه و تدارکات به وجود می‌آیند و تأثیرات واقعی آن‌ها بر برنامه‌ها و عملکردهای گوناگون عمومی چیست؛ بنابراین، بهبود حاکمیت در فرایندهای تهیه می‌تواند متناسب با مهم‌ترین مسائل انجام شود [۱۶].

۲-۵-۲. بوتسوانا: تشکیل بنیادهای اجتماعی برای اجرای حاکمیت قانون

بوتسوانا، واقع در آفریقای جنوبی، کشوری بزرگ، اما کم‌جمعیت است که اقتصاد آن بر پایه کشاورزی و گاوداری بنا شده است. این کشور با چالش‌های فراوان توسعه و رشد روبه‌رو است، اما یکی از نمونه‌های موفق در حیطه حکمرانی در آفریقا است؛ به‌عنوان مثال، هنگامی که رسوایی‌های مربوط به بروز فساد در بخش مسکن در «گابورون» (پایتخت)، در اوایل دهه ۱۹۹۰ آغاز شد، با تأسیس یک کمیته ضدفساد جدید، بازجویی‌های عمومی‌ای را انجام دادند. پاسخ‌های قانونی و اصلاح‌شده‌ای به دست آمد که به‌طور کلی کاملاً مؤثر بودند.

دولت بوتسوانا مراقب بود که مقامات سنتی را که اصالت خانوادگی دارند و ارزش‌هایی را که ریشه‌های عمیقی در جامعه دارند، حفظ و اصول خود را بر پایه آن‌ها بنا کند؛ در نتیجه، قوانین تعیین‌شده، مشروعیت داشته و با ارزش‌های موجود اجتماعی پیوند خورده‌اند. این درحالی است که بسیاری از جوامع در حال توسعه، چنین قوانینی ندارند.

افزون بر موارد بالا، قانون‌شکنان با مجازات‌های قانونی روبه‌رو می‌شوند و توجیه اعمال خود را از منظر ارزش‌های سنتی یا ادعای خودسرانه بودن چارچوب قانونی به‌لحاظ فرهنگی دشوار می‌یابند. چارچوب اجتماعی و سیاسی محکم بوتسوانا، تلاش‌های نوآورانه برای مقابله با فقر را از طریق ارتقای حکومت در سطح محلی تسهیل کرده است.

در این کشور، پنج سازمان اداری ملی، موظف به تفویض اختیارات و تکمیل برنامه‌ریزی‌ها شده‌اند که باید اولویت‌های کاری را تعیین کنند و اقداماتی را برای

بهبود حمایت عمومی از سیاست‌ها انجام دهند. این سازمان‌ها عبارت‌اند از: اداره‌های مناطق، شوراهای محلی و ناحیه‌ای، هیئت‌های مدیره و اداره‌های قومیتی، هیئت‌های توسعه‌دهنده دهیاری‌ها و نواحی، و سازمان‌های گوناگون دیگر. تلاش برای آموزش همگانی، بخشی از راهبرد بهبود حاکمیت محلی است. گزارش‌های ارائه‌شده در سال ۲۰۰۲ نشان می‌دهد که «آموزش همگانی به تدریج در حال گسترش است و ظرفیت اداری سازمان‌های سطح محلی، پیوسته در حال ارتقا است». این تحولات به بوتسوانا و شرکای بین‌المللی آن کمک کرده است که فقر را، به تدریج اما به‌گونه‌ای مداوم، کاهش دهند.

اگرچه نباید دامنه و شدت مشکلات ناشی از فقر در جامعه را دست‌کم گرفت، اما برای پیشرفت و ارتقای حاکمیت انعکاسی، نیازمند همکاری و مشارکت گسترده‌تر دولت و جامعه است. ابتکارات قابل توجه، شامل ایده‌هایی برای برنامه‌ریزی از پایین به بالا، ادامه مشارکت رهبران محلی سنتی و تلاش برای اصلاح عدم تعادل جنسیتی است. به‌طور مشخص باید کارهای زیادی انجام شود؛ اما تعهد مداوم بوتسوانا به حاکمیت قانون، شفافیت و پاسخگویی و تأکید آن بر فرایندهای گسترده، اهمیت چندین مفهوم کلیدی مطرح در این موضوع را نشان می‌دهد [۱۷، ۱۸].

۲-۲-۳-۵-۳. بنگلور: قرار گرفتن شهروندان و دولت در کنار هم

«بنگلور»، پایتخت ایالت «کارناتاکا» و پنجمین شهر بزرگ هند با حدود شش میلیون نفر جمعیت است. این شهر که از مدت‌ها پیش مرکز آموزش مدیریت و مباحث فنی بوده است، در جنوب و در میان راه بین دو ساحل قرار داشته و در سال‌های اخیر به کانون توجه صنعت روبه‌رشد نرم‌افزارهای رایانه‌ای هند تبدیل شده است.

در سال ۱۹۹۳، یک کمیته پژوهشی تجاری مستقر در بنگلور، شروع به گردآوری داده‌های نظرسنجی، مصاحبه‌های رضایتمندی، و شاخص‌های آماری متمرکز بر عملکرد دولت محلی کرد؛ تلاشی که با بودجه بانک جهانی پشتیبانی شد. داده‌ها به شکل «برگه‌های گزارش» برای برآورد کیفیت انواع خدمات شهری

دولت گردآوری شدند. فساد، کارایی، کیفیت و زمان ارائه خدمات، پاسخ‌گویی به نظرات و شکایت‌های شهروندان، و... از جمله معیارهای ارزیابی بودند. در بسیاری از این گزارش‌ها به مواردی مانند تقاضای گسترده برای دریافت رشوه، زمان‌بر بودن فرایندهای اداری، و ناکارآمدی اشاره شده بود. این نتایج، توجه دولت محلی، مطبوعات، و عموم مردم را به خود جلب کرد.

سه سال بعد، سری دوم برگه‌های گزارش برای ارزیابی روند، تهیه شد. پیش از انتشار این برگه‌ها، مقامات ارشد نهادهای دولتی که در نوبت دوم طرح، تحت پوشش قرار گرفته بودند، در مورد یافته‌ها بحث کردند. شاخص‌های اصلی برای سنجش کیفیت خدمات و سطح رضایت عمومی از نهادهای خدمات‌دهنده دولتی، در قالب یک گزارش کوتاه برای هر نهاد، مشخص شد. سپس شهروندان، وارد مناظره‌ها شدند و جلسه‌های عمومی‌ای برای سنجش نتایج و گزینه‌های پیشرفت برگزار شد. رؤسای آژانس‌ها به واکنش‌های شهروندان گوش فرا داده، عملکرد سازمان‌های خود را بازرسی کردند و راهکارهایی را برای بهبود پاسخ‌گویی در نظر گرفتند. از همه مهم‌تر، همه رؤسای سازمان‌های دولتی که در این گزارش شرکت داشتند، بدون استثنا، این ابتکار عمل را تحسین و ارزش بازخورد عمومی را تأیید کردند. وزیر ارشد جدید کارناتاكا در بازه زمانی انتشار برگه گزارش دوم، روی کار آمد. وی به بهبود حکمرانی دولت و به‌ویژه به‌روزرسانی زیرساخت‌ها و خدمات محلی متعهد شد و «کارگروه ویژه بنگلور^۱»، متشکل از شهروندان و مقامات را با این مسئولیت تأسیس کرد تا صنعت و جامعه مدنی را درگیر جوان‌سازی شهر کنند. این نخستین بار بود که رئیس هیئت اجرایی دولت به‌صراحت به تقاضای شهروندان، رسانه‌ها، و گروه‌های طرفدار منافع ملی برای افزایش پاسخ‌گویی ارائه‌دهندگان خدمات شهری، پاسخ مثبت می‌داد.

بنابراین، رویداد عمومی بزرگی به‌نام «اجلاس بنگلور» شکل گرفت و افزون‌بر متعهد شدن رؤسای اداره‌های عمومی به پیشرفت و بهبود شرایط، صنعتگران و بازرگانان نیز تعهداتی را برای بهبود یا توسعه فعالیت‌های خاص

عمومی یا زیرساخت‌ها ارائه کردند. BATF به‌طور منظم با تمام ارائه‌دهندگان خدمات ملاقات می‌کرد تا برنامه‌های عملیاتی نهایی آن‌ها را دنبال کند. این ابتکار عمل، پیروزی‌های سریع و بسیاری مانند ایجاد نظام ارزیابی خودکار مالیاتی را در پی داشته است. در نظام جدید، به‌جای اعتماد به متصدیان مالیات که به‌طور سنتی، خودسرانه مالیات املاک را گردآوری و از شهروندان سوءاستفاده می‌کردند، معیارهای معتبر و قابل‌پیگیری‌ای تعیین شده است؛ به‌گونه‌ای که شهروندان می‌توانند خودشان آن‌ها را اعمال کنند. فرایندهای رسیدگی به شکایت‌ها نیز آشکارا و به‌وضوح تعریف شده است. اطلاعات از طریق برگزاری جلسه‌هایی در مناطق گوناگون شهر و با همکاری گروه‌های شهروندی و تشکل‌های دیگر منتشر می‌شود.

پیشرفت بنگلور، ارزش تقویت پیوندها بین دولت و جامعه مدنی و منافع شخصی و اصلاحات را نشان می‌دهد. به‌این‌ترتیب، شهروندان توانستند نگرانی‌های خود را اظهار و نتایج را مشاهده کنند. رؤسای اداره‌ها توانستند انرژی و منابع موجود را برای رسیدن به اهداف اساسی صرف کنند و اعتبار لازم را برای پیشرفت دریافت کنند. همان‌گونه که مطرح شد، رؤسای آژانس‌ها از بازخورد و قضاوت شهروندان در مورد این موضوع‌ها استقبال کردند و در این مسیر، حمایت مدیر جدید ایالت کارناتاکا از آنان، نقشی اساسی داشت. BATF برپایه مجموعه‌های گوناگونی از مشوق‌ها و انگیزه‌ها بنا شده است و انگیزه‌های هدفمندی مانند بهبود خدمات و عملکردهای سازمانی را دنبال می‌کند. همچنین، پیوندهای شکل‌گرفته بین جامعه مدنی و رهبران دولتی نیز انگیزه‌های سیاسی مشخصی را دنبال می‌کنند. تجار و رهبران دولت و جامعه مدنی توانستند خود را به نهادی معتبر و محبوب متصل کنند و درعین‌حال، در ارتقای اعتبار خدمات محلی نیز سهیم شوند. انگیزه‌های مشابه به شهروندان نیز تعمیم داده می‌شود؛ برای نمونه می‌توان به شرکت مردم در جلسه‌های عمومی و احساس رضایت از اقدام برای حل مسائل و مشکلات محلی، ناشی از حضور افراد در دادگاه‌های محلی اشاره کرد [۱۶، ۲۰-۱۸].

۲-۳. مبارزه با فساد در نظام سلامت

سازمان بهداشت جهانی برای مبارزه با فساد در نظام سلامت، برنامه «حکمرانی خوب دارویی»^۱ را طراحی کرده است که در آن به همه جنبه‌های حاکمیت خوب و راهکارهایی برای مبارزه با فساد اشاره شده است.

این برنامه دارای سه مرحله زیر است:

۱. اندازه‌گیری، شفافیت، و بررسی میزان مستعد بودن؛

۲. بومی‌سازی برنامه برپایه شرایط فرهنگی کشورها؛

۳. عملیاتی کردن برنامه تعیین شده [۲۱].

به‌طورکلی برای مبارزه با فساد در این برنامه‌ها دو رویکرد مهم به‌کار رفته است و برنامه مشخص شده باید با سیاستی جامع و کامل دربرگیرنده دو رویکرد زیر باشد:

- رویکرد انضباطی: ایجاد قوانین و مقررات و ترس از تنبیه و ارتکاب فساد؛
 - رویکرد ارزشی: رویکردی که در تلاش است با احیای ارزش‌های اخلاقی و هنجارهای اجتماعی و ایجاد وجدان کاری، از فساد جلوگیری کند [۲۱].
- مرحله نخست برنامه GGM، بیشتر معطوف به رویکرد انضباطی و تأکید آن بر بررسی وجود قوانین و مقررات و سیاست‌ها است و مرحله دوم آن، معطوف به رویکرد دوم است که قصد دارد ارزش‌ها و باورهای هر جامعه را بررسی کند و متناسب با فرهنگ هر جامعه راهکارهای بهتری ارائه دهد [۲۱].
- برخی از راهکارهای ارائه شده برای مبارزه با فساد عبارت‌اند از: شفافیت، پاسخ‌گویی، حاکمیت قانون، و مشارکت ذی‌نفعان که در ادامه، آثار شفافیت اطلاعات بر مبارزه با فساد در نظام سلامت را بررسی کرده‌ایم.

۲-۳-۱. شفافیت

شفافیت، یکی از مفاهیم بنیادین ضدفساد و درعین حال، آمیخته با پاسخ‌گویی است و براین اساس، برقراری آن در نظام سلامت، اهمیت ویژه‌ای دارد. شفافیت در لغت

به معنای امکان بررسی مسائل و نگاه کردن به آن‌ها بدون مزاحمت و به مفهوم دسترسی آسان و کامل به اطلاعات است. یک مؤسسه یا سازمان شفاف، سازمانی است که افراد داخل و خارج آن بتوانند اطلاعات لازم درباره فعالیت‌ها و فرایندهای کاری آن سازمان را به دست آورند.

۲-۳-۱. شفافیت و مفاهیم مشابه

در قوانین موضوعه و در حوزه‌های حاکمیتی، جریان شفافیت و مفاهیم مشابه پولی و مالی و... به ضرورت شفافیت اشاره شده است؛ برای مثال، در بند نخست ماده ۵ «کنوانسیون سازمان ملل متحد برای مبارزه با فساد»، درباره «سیاست‌ها و اقدامات پیشگیری از فساد» آمده است: «هر کشور عضو، طبق اصول اساسی نظام حقوقی خود... اصول حاکمیت قانون، مدیریت مناسب امور عمومی و اموال دولتی، یکپارچگی، شفافیت و مسئولیت‌پذیری را منعکس می‌کند...». همچنین، در قانون «برنامه پنجم توسعه»، «قانون بهبود مستمر محیط کسب و کار»، و... به راهکارهایی برای «ایجاد شفافیت» اشاره شده است.

گفتنی است، هر مفهومی در ادبیات حقوقی، استثناهایی دارد و مفهوم «شفافیت» از این اصل کلی مستثنا نیست. شفافیت در حوزه حکمرانی و حاکمیتی، ابزار بسیار مفیدی به شمار می‌آید، اما سوءاستفاده از این حق یا کاربرد نابجای آن، پیامدهای ناخوشایندی خواهد داشت. یکی از اصول مهم و اساسی درباره حقوق افراد و اشخاص، حق حریم شخصی است. مسئولان و مردم نباید به گونه‌ای رفتار کنند که با ایجاد شفافیت، حق حریم شخصی افراد نقض شود. البته این حق در حوزه‌های گوناگون، مصداق‌ها و محدوده خاصی خواهد داشت و شفافیت، بر این اساس معنا پیدا خواهد کرد.

به بیان دیگر، مفهوم «رازداری»^۱ را باید ناظر به حق حریم شخصی افراد دانست که برپایه مصداق‌های این حق معنا پیدا خواهد کرد و شفافیت، نباید ناقض این حق شود. رازداری، تنها جنبه شخصی ندارد. مسائل عام‌المنفعه‌ای که به امنیت جامعه مربوط می‌شوند (چه در حوزه امنیت داخلی، تجاری، یا...) نیز خارج از

حوزه شفافیت قرار می‌گیرند. کما اینکه در ادبیات فقهی نیز مسائل جنگی و امنیتی، خارج از ضرورت تبیین و توضیح توسط رهبر جامعه هستند. در نتیجه، می‌توان گفت که «رازداری»، مفهوم حاکم بر «شفافیت» است؛ به گونه‌ای که مسائل و موضوع‌هایی را از مصداق‌های ضرورت شفافیت خارج می‌کند و به بیان دیگر، این موضوع‌ها و مسائل، خروج تخصصی از گزاره ضرورت شفافیت پیدا خواهند کرد.

شفافیت را نباید با «افشاگری»^۱ یکسان بدانیم. افشاگری، به معنای «گزارش تخلفات و جرائم» است و بر این اساس، ابزار مکمل شفافیت خواهد بود. البته افشاگری، در ادبیات حقوقی، مفهوم نکوهیده‌ای به‌شمار نمی‌آید، بلکه در حوزه خاص خود، بسیار ضروری است، اما باید توجه داشت که «شفافیت»، مفهومی عام‌تر از «افشاگری» است و از این حیث، تفاوت مفهومی خواهند داشت. تفاوت دیگر نیز در حوزه کاربرد است؛ به این معنا که «شفافیت»، ابزاری پیشینی است و در مقام پیشگیری از فساد و جرم اعمال می‌شود، اما «افشاگری»، پیش از تحقق جرم و تخلف، معنایی نخواهد داشت.

۲-۳-۱-۲. برقراری شفافیت

برقراری شفافیت، به یک مشارکت همگانی و همه‌جانبه نیاز دارد؛ به این ترتیب که مسئولان باید اطلاعات را در دسترس همه قرار دهند تا افراد و گروه‌های مختلف بتوانند بر پایه استدلالات خود، در شرایط گوناگون از این اطلاعات استفاده کنند. مسئول کنترل شفافیت، یک قوه قضائیه مستقل، یک مطبوعات آزاد، رقابتی و مسئولیت‌پذیر، و البته یک جامعه مدنی فعال است. قوانین و رویه‌های موجود جامعه باید به گونه‌ای موشکافانه و قابل درک بررسی شوند. به بیان دیگر، در یک دولت شفاف، تمام عملکردها، روش‌ها، و دلایل انجام کارها، روشن است. همچنین، افراد دخیل در انجام امور، استانداردهای تصمیم‌گیری‌ها، و میزان کیفیت پیروی از استانداردها نیز شفاف هستند.

شفافیت به منابع قابل توجهی نیاز دارد و از طرفی، رویه‌های کاری را تغییر

می‌دهد؛ به‌گونه‌ای که ممکن است سرعت رویه‌های اداری را کم کند و احتمالاً مزایای بیشتری برای افراد منظم و تأثیرگذار نسبت به دیگران فراهم کند. شفافیت، محدودیت‌های لازم و خاص خود را نیز دارد؛ برای مثال، رعایت مسائل قانونی-امنیتی و حفظ حریم خصوصی شهروندان، دو نمونه از این محدودیت‌ها هستند. نکته مهم این است که بدون این محدودیت‌ها «حکمرانی خوب» بی‌معنی خواهد شد [۱۳].

در شرایط کنونی که شاهد تعارض منافع گسترده‌ای در نظام سلامت هستیم، اجرای شفافیت در این نظام، نیازمند مداخلات مؤثر دولت‌ها و پشتوانه‌های قدرتمند سیاسی و ابزار تشویق و تنبیه است.

۲-۳-۱-۳. ارتباط شفافیت با آگاهی عمومی

برپایه مطالب پیش‌گفته، شفافیت، زمانی محقق می‌شود که اطلاعات به‌راحتی در دسترس همگان قرار گیرد. این مفهوم، ارتباط محسوسی با رسانه آزاد و آگاهی عمومی دارد.

شفافیت، به‌معنای انتشار اسناد و مدارک اقدامات رهبران سیاسی است؛ درحالی‌که آگاهی عمومی^۱، مفهومی معادل انتقال اطلاعات به شهروندان دارد. همچنین، یکی از عوامل مؤثر بر شفافیت، میزان دسترسی به اطلاعات موردنیاز است که هرچه بیشتر و راحت‌تر بتوان به اطلاعات دست یافت، شفافیت در جامعه گسترده‌تر می‌شود و بدیهی است که افزایش دسترسی افراد جامعه به اطلاعات، با آگاهی عمومی و انتشار آن‌ها امکان‌پذیر می‌شود [۲۲].

کعبود تقاضا را می‌توان یکی از مهم‌ترین دلایل عدم انتقال شفاف اطلاعات به مردم دانست. شاید بتوان گفت، دلیل اصلی کم بودن تقاضا برای شفاف‌سازی امور، جذاب و کاربردی نبودن اطلاعات برای عامه مردم و علاقه‌مندی گروه اندک و خاصی از مردم به اطلاعات است. در شرایطی که اطلاعات به سیاست‌های عمومی مربوط باشد نیز تقاضای زیادی برای شفافیت وجود ندارد و علت این امر، عدم آمادگی مردم برای متحمل شدن هزینه‌های اطلاع‌رسانی محتوا و پیامدهای

تصمیم‌های رهبران سیاسی‌شان است. کمبود واسطه‌هایی مانند رسانه‌ها یا روزنامه‌هایی که هزینه گردآوری اطلاعات را کاهش دهند، عامل دیگری است که باعث کاهش تقاضای مردم می‌شود. به‌طورکلی چنانچه شرایط مناسب و مساعدی برای افزایش آگاهی عمومی و پاسخ‌گویی مسئولان وجود نداشته نباشد، شفافیت، خیلی مؤثر نخواهد بود.

در ادامه، در این مورد بحث خواهیم کرد که متغیرهای آگاهی عمومی و دموکراسی انتخاباتی با استفاده از معیارها و مؤلفه‌های سطح آموزش و کیفیت و کمیت رسانه اندازه‌گیری می‌شوند تا میزان پاسخ‌دهی سیاسی و قانونی مشخص شود و نکته مهم نادیده‌انگاشته‌شده در بسیاری از پژوهش‌ها، راه‌ها و روش‌های گوناگون ایجاد شفافیت است.

۲-۳-۲. انواع شفافیت

شفافیت در مجموع به دو نوع قابل تقسیم است:

● **شفافیت کنترل‌شده توسط غیرعامل^۱:** این نوع شفافیت، توسط رسانه‌های آزاد و مؤسسه‌های مستقل ایجاد می‌شود که در زمینه تحقیق و تفحص درباره فساد سازمانی و مقامات دولتی فعالیت می‌کنند. این شفافیت با انتشار اطلاعات مربوط به افراد فاسد و کارهای آن‌ها، سبب تحمیل هزینه‌های زیاد پاسخ‌گویی به فاسدان می‌شود. این هزینه‌ها می‌تواند شامل به‌زندان افتادن، انفصال از خدمات دولتی، و... باشد.

● **شفافیت کنترل‌شده توسط عامل^۲:** این نوع شفافیت که توسط مدیران سازمان‌ها با هدف افزایش مشروعیت یا کنترل مجموعه ایجاد می‌شود، شرایط را برای افراد فاسد پیچیده می‌کند. در واقع، افراد باید برای پنهان کردن فساد کاری خود بسیار تلاش کنند. این شرایط دشوار، احتمال فساد را کاهش می‌دهد [۲۳].

اینکه کدام دسته از انواع شفافیت در کاهش فساد مؤثرتر است، نیاز به بررسی دارد.

1. Non-agent Controlled

2. Agent Controlled

ظرفیت شفافیت برای جلوگیری از فساد، به شرایط اطلاع‌رسانی و دریافت اطلاعات از مردم و همچنین، تاب‌آوری مقامات بستگی دارد؛ بنابراین، انتظار می‌رود تجزیه و تحلیل‌های تجربی گسترده‌ای برای بررسی تأثیر متقابل شفافیت و شرایط تبلیغات (که به دو عامل سطح آموزش و فراگیری رسانه‌ها بستگی دارد) و پاسخ‌گویی سیاسی (دموکراسی) و حاکمیت قانون انجام شود [۱۸].

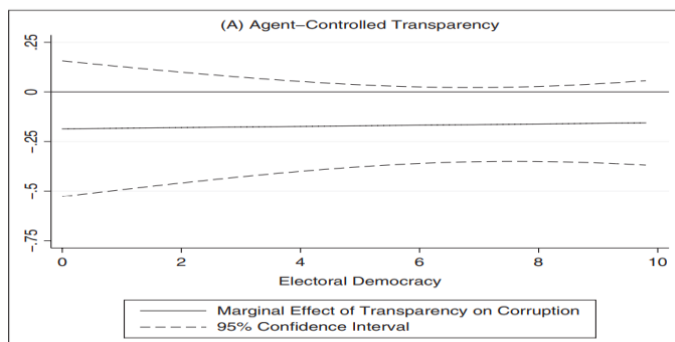
۳-۳-۲. عوامل مؤثر بر انواع شفافیت

در مورد عوامل مؤثر بر شفافیت، پژوهش‌های اندکی انجام شده است، زیرا یکی از چالش‌های پیش‌رو برای انجام این کار، نحوه اندازه‌گیری آن‌ها است.

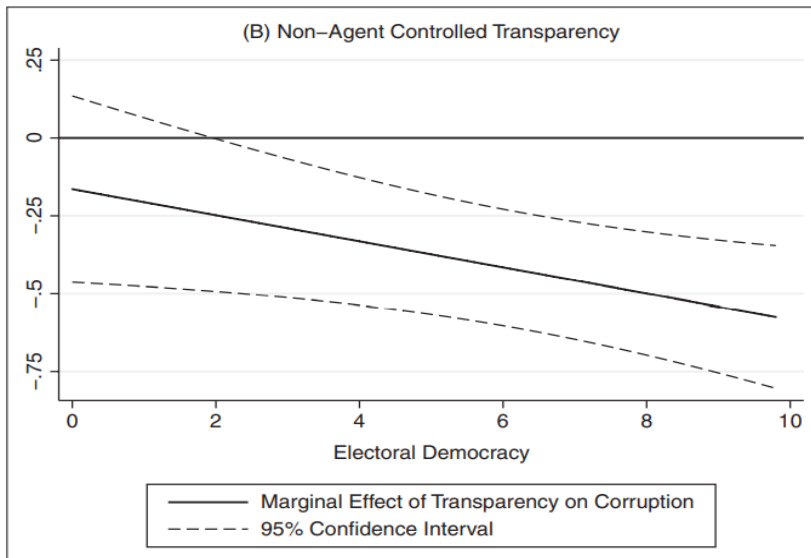
۲-۳-۳-۱. دموکراسی انتخاباتی

بر پایه تحلیل داده‌های پژوهش‌های انجام‌شده، تفاوت‌های چشمگیری بین دو نوع شفافیت وجود دارد. در حالی که تأثیر دموکراسی بر شفافیت کنترل‌شده توسط غیرعامل، همچنان قوی و بسیار قابل توجه است، تأثیر شفافیت کنترل‌شده توسط عامل، بسیار ضعیف‌تر و نامطمئن‌تر است.

داده‌های موجود درباره اثر حاشیه شفافیت برای سطوح گوناگون دموکراسی انتخاباتی، نشان‌دهنده اثر ناچیز شفافیت کنترل‌شده توسط عامل و عدم تعامل با دموکراسی انتخاباتی است. افزون‌براین، مشخص شده است که هرچه شرایط پاسخ‌گویی بهتر باشد، شفافیت، موجب کاهش بیشتر فساد می‌شود.



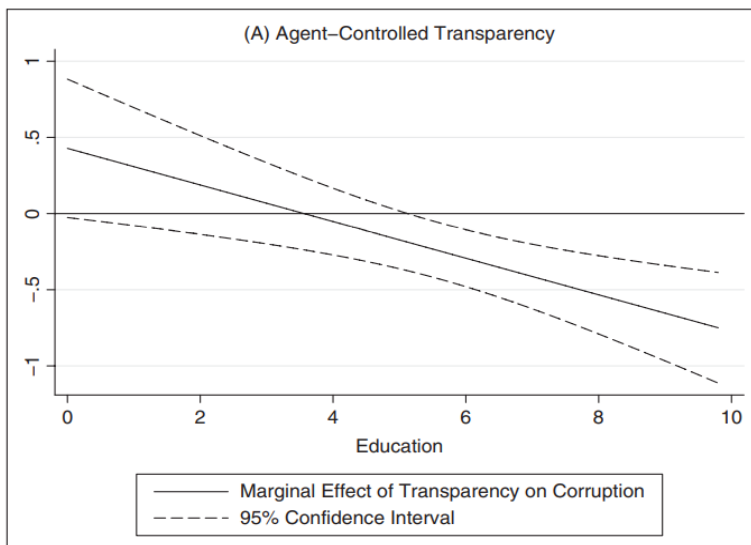
نمودار ۱. تأثیر دموکراسی بر شفافیت کنترل‌شده توسط عامل [۲۳]



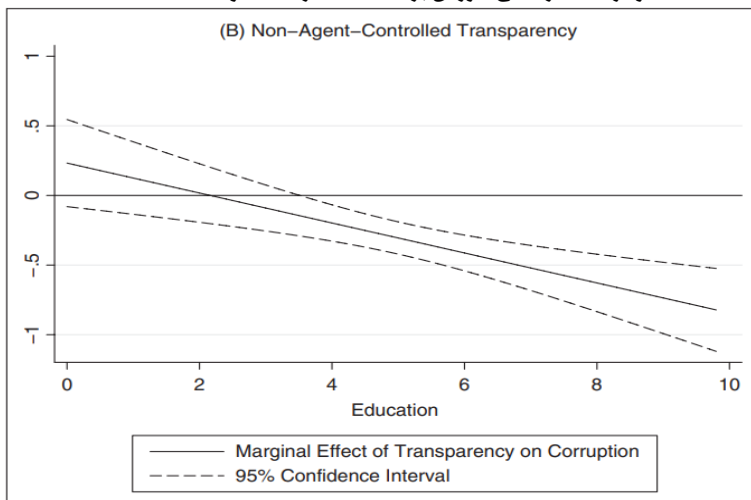
نمودار ۲. تأثیر دموکراسی بر شفافیت کنترل شده توسط غیرعامل [۲۳]

۲-۳-۳-۲. آموزش و تحصیلات

بر پایه داده‌های پژوهش‌های انجام شده، تحصیلات و آموزش، آثار چشمگیری بر هر دو نوع شفافیت دارند. اثرات حاشیه شفافیت کنترل شده توسط عامل و شفافیت کنترل نشده توسط غیرعامل بر فساد در سطوح گوناگون آموزش بررسی شده است. نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد، هرچه سطح تحصیلات بالاتر باشد، تأثیر منفی شفافیت بر فساد افزایش می‌یابد. بر پایه پژوهش‌های انجام شده، شفافیت کنترل شده توسط عامل، نسبت به شفافیت کنترل شده توسط غیرعامل، در سطح آموزش و تحصیلات بالاتر، تأثیرگذاری برابری دارند؛ در نتیجه متغیر آموزش، اثر شفافیت کنترل شده توسط عامل را تضعیف می‌کند؛ در حالی که چنین تأثیری بر شفافیت کنترل شده توسط غیرعامل ندارد.



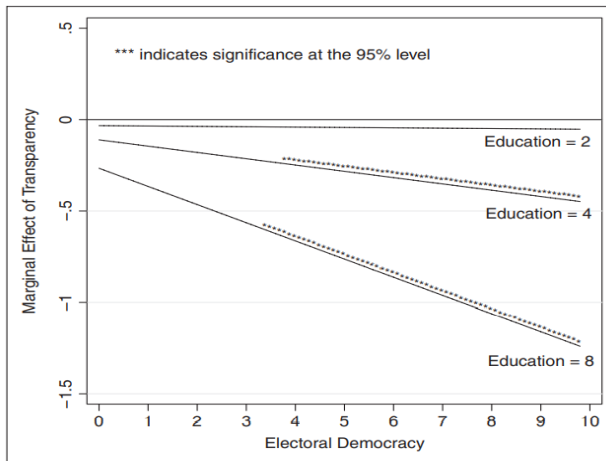
نمودار ۳. تأثیر سطح آموزش بر شفافیت کنترل شده توسط عامل [۲۳]



نمودار ۴. تأثیر سطح آموزش بر شفافیت کنترل شده توسط غیرعامل [۲۳]

شمارگان بالای روزنامه‌ها، قدرت شفافیت برای کاهش فساد را افزایش می‌دهد. از تأثیر آموزش و سطح تحصیلات و شمارگان روزنامه بر شفافیت و اثر آن بر فساد می‌توان نتیجه گرفت که اگر چشم‌انداز آگاهی عمومی کوتاه باشد، تأثیر شفافیت بر فساد کم خواهد بود.

بر پایه معیارهای جهانی، برای اثرگذاری مطلوب شفافیت کنترل شده توسط غیرعامل بر فساد، حداقل سطح تحصیلات جامعه باید حدود ۴ (آفریقای جنوبی، روسیه، و آلبانی) باشد. نکته مهم این است که در صورت پایین بودن شمارگان روزنامه‌ها (کم بودن سطح تبلیغات)، و بدون کمک هم‌زمان آموزش، دسترسی به رسانه‌ها، و دموکراسی انتخاباتی، شفافیت نمی‌تواند تأثیر چشمگیری داشته باشد.



نمودار ۵. اثر هم‌زمان آموزش و دموکراسی بر فساد [۲۳]

افزون‌براین، در کشورهایی مانند رومانی که دچار درجه‌های نسبتاً بالای فساد هستند، اما پیش‌شرط‌های تبلیغاتی مناسب و لازم بالایی دارند (آموزش=۴/۶ و شمارگان روزنامه=۵/۳) و پاسخ‌گویی (دموکراسی انتخاباتی=۸) شاهد اثرگذاری قابل توجه شفافیت، به‌ویژه شفافیت کنترل شده توسط غیرعامل هستیم [۲۳].

بحث و نتیجه‌گیری

فساد، یکی از مهم‌ترین چالش‌های پیش‌روی جوامع بشری است که در همه عرصه‌های اجتماعی (فرهنگی، سیاسی، اداری، و اقتصادی) نمود می‌یابد. فساد اداری، یکی از مهم‌ترین انواع فساد است که در عرصه بهداشت و درمان، به‌دلیل درگیر بودن با سلامت و بهداشت جامعه اهمیتی دوچندان دارد.

یکی از ویژگی‌های حکمرانی خوب، جلوگیری از فساد است و براین اساس، در بررسی اصول حکمرانی خوب، به مسیر مبارزه با فساد توجه ویژه‌ای شده است. سازمان بهداشت جهانی برای حکمرانی خوب و مبارزه با فساد در زمینه سلامت و بهداشت، برنامه‌ای با عنوان «حکمرانی خوب دارویی» ارائه داده و در آن به جنبه‌های گوناگون مبارزه با فساد پرداخته است. مبارزه با فساد، نیازمند برخورد قهری سازمان‌های نظارتی و تقویت ارزش‌های جامعه، به‌عنوان دو بال عمل است. فساد در نظام سلامت می‌تواند تحت تأثیر سازمان‌های تنظیم‌کننده، پرداخت‌کننده، ارائه‌دهنده، مصرف‌کننده، و تأمین‌کننده یا روابط آن‌ها با یکدیگر باشد. یکی از مهم‌ترین عوامل زمینه‌ساز بروز فساد، کمبود شفافیت است. شفافیت اطلاعات، تصمیم‌ها، و نتایج اقدامات در حوزه سلامت، از ابزارهای کمک‌کننده برای مبارزه با فساد است.

انواع شفافیت عبارت‌اند از: شفافیت کنترل‌شده توسط عامل و شفافیت کنترل‌شده توسط غیرعامل که تأثیر هرکدام بر جلوگیری از فساد، متفاوت است. شفافیت به‌تنهایی در مبارزه با فساد کافی نیست و باید همراه با آگاهی عمومی باشد تا اطلاعات و داده‌های حاصل از شفافیت به مردم منتقل شود.

برپایه نتایج برخی از پژوهش‌ها، دو عامل آموزش و سواد رسانه‌ای و دموکراسی انتخاباتی، می‌توانند بر میزان اثرگذاری شفافیت بر فساد مؤثر باشند؛ براین اساس، این دو متغیر بسیار به هم وابسته‌اند و اثر هم‌افزایی چشمگیری بر یکدیگر دارند. هرچه آموزش و سواد رسانه‌ای، مترقی‌تر باشد، مردم حقیقت اطلاعات منتشرشده را بهتر درک می‌کنند و همچنین، هرچه دموکراسی بیشتر باشد، امکان پرسش و پاسخ از مقام مسئول افزایش یافته و فرد خطاکار در مقام پاسخ‌گویی قرار می‌گیرد؛ بنابراین، نتایج پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد، با برنامه‌ریزی در راستای افزایش سواد رسانه‌ای و ارتقای دموکراسی می‌توان به اثرگذاری شفافیت در تمام ابعاد امیدوار بود.

منابع

1. Meidari A, Kheirkhahan J. Good governance: The foundation of development. Tehran: Iran's Parliamentary Economic Research Center. 2004.
2. Mackey TK, Liang BA. Combating healthcare corruption and fraud with improved global health governance. BMC international health and human rights. 2012; 12(1):23.
3. Baghdadi-Sabeti G, Serhan F. WHO Good Governance for Medicines programme: an innovative approach to prevent corruption in the pharmaceutical sector. Geneva: World Health Organization. 2010.
4. مبارزه با فساد اقتصادی: کنفرانس بین‌المللی مدیریت و اقتصاد با محوریت اقتصاد مقاومتی، سومین کنفرانس. (۲۰۱۶).
5. محمدنبی، حسین. فساد اداری و مبارزه با آن از نظر سازمان ملل متحد: وکالت. ۱۳۸۰؛ ۹: ۲۲-۲۸.
6. حبیبی، نادر. فساد اداری. تهران. وثوقی. ۱۳۷۵.
7. الوانی، سید مهدی. مدیریت عمومی. تهران. انتشارات نی. ۱۳۷۴.
8. Kotkin S, s Saj A. Political corruption in transition: A skeptic's handbook: Central European University Press; 2002
9. Klitgaard R. Controlling corruption: Univ of California Press; 1991.
10. Duncan F. Corruption in the health sector. Washington, DC: USAID Bureau for Europe & Eurasia, Office of Democracy and Governance. 2003.
11. Miller WL, Koshechkina TY. A culture of corruption? coping with government in post-communist Europe: Central European University Press; 2001.
12. Brinkerhoff DW. Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. Health policy and planning. 2004; 19(6):

371-9.

13. Lewis M. Governance and corruption in public health care systems. Center for Global Development working paper. 2006; 78.
14. Ramos M. Auditors' responsibility for fraud detection. *Journal of Accountancy*. 2003; 195(1): 28-36.
15. Johnston M. Good governance: Rule of law, transparency, and accountability. New York: United Nations Public Administration Network. 2006.
16. Obasi IN, Lekorwe MH. Citizen engagement in public policy making process in Africa: The case of Botswana. *leadership*. 2014; 3(4).
17. Johnston M, Kpundeh SJ. Building a Clean Machine: Anti-corruption coalitions and sustainable reform. World Bank Institute Working Paper. 2002; 37208.
18. Johnston M. A brief history of anticorruption agencies. *The self-restraining state: Power and accountability in new democracies*. 1999; 217-26.
19. Paul S. Evaluating public services: a case study on Bangalore, India. *New Directions for Program Evaluation*. 1995; 1995 (67): 155-65.
20. Thomas D, John D, Ashoush N, Lega F, Li H. Market Access, Pharmaceutical Pricing, and Healthcare Costs. *Clinical Pharmacy Education, Practice and Research*: Elsevier; 2019: 249-59.
21. Bentham J, James M, Blamires CP, Pease-Watkin C. *Political tactics*. 1999.
22. Lindstedt C, Naurin D. *Transparency against corruption*. Göteborg: Göteborg University. 2006.
23. Lindstedt C, Naurin D. Transparency is not enough: Making transparency effective in reducing corruption. *International political science review*. 2010; 31(3): 301-22.
24. Savedoff and Hussmann, Chapter 1, The causes of corruption in the health sector, in *Transparency International (ed.), Global Corruption Report 2006*. London: Pluto Press, p. 7.
25. Vian T. Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health policy and planning*. 2008; 23(2): 83-94

ساختاردهی به مسئله تقاضای القایی در نظام سلامت^۱

محمد آزادی احمدآبادی

نویسنده مسئول، دانشجوی کارشناسی ارشد معارف اسلامی و مدیریت بازرگانی، دانشکده معارف اسلامی و مدیریت، دانشگاه امام صادق علیه السلام؛ عضو هسته سلامت، مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه السلام، تهران،
mdl.azadi@isu.ac.ir، ایران

محمدسعید صفاری

دانشجوی کارشناسی ارشد معارف اسلامی و مدیریت بازرگانی، دانشکده معارف اسلامی و مدیریت، دانشگاه امام صادق علیه السلام؛ عضو هسته سلامت، مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه السلام، تهران، ایران

چکیده

در دهه‌های اخیر در بسیاری از کشورهای جهان، به دلایل گوناگونی به‌ویژه تقاضای القایی، سهم مخارج مراقبت‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی افزایش یافته است. تقاضای القایی افزون بر پیامدهای منفی اقتصادی، فرهنگی، و اجتماعی برای نظام سلامت کشور، عوارض بالینی‌ای نیز برای سلامت جامعه داشته است. اگرچه تاکنون، اقدامات و سیاست‌های فراوانی در راستای حل این مسئله دنبال شده است، اما صورت‌بندی ناقص و گاهی نادرست از مسئله، داشتن فرض‌های نادرست، و تعریف محدود مرز مسئله، سبب ناکامی بسیاری از این سیاست‌ها شده است. هدف از انجام پژوهش حاضر، تبیین ابعاد و مؤلفه‌های مسئله تقاضای القایی در نظام سلامت با استفاده از روش‌شناسی ساختاردهی به مسئله است. در این مقاله، داده‌ها از طریق بررسی‌های کتابخانه‌ای و مصاحبه با تعدادی از خبرگان با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی، گردآوری، و با استفاده از فرایند ساختاردهی به مسئله، تحلیل شده است. نتایج پژوهش در قالب گونه‌شناسی تقاضای القایی در نظام سلامت به‌لحاظ ماهیت، شدت، علل، و شیوه تقاضا و ارتباط آن با نظام سطح‌بندی خدمات، به‌همراه مصداق‌های عینی مطرح شده است. در ادامه، مفهوم تقاضای القایی مبتنی بر سه مؤلفه اصلی ایجاد خواسته یا تقاضا در خدمت‌گیرنده، عدم تطابق این خواسته یا تقاضا با نیاز خدمت‌گیرنده، و غالباً همراه با نوعی ناآگاهی خدمت‌گیرنده، بازتعریف شده است؛ به‌گونه‌ای که این تعریف، افزون بر نظام سلامت، به حوزه‌ها و صنایع

۱. این یک مقاله دسترسی آزاد تحت مجوز/CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>) است.

دیگر نیز قابل تعمیم است. مؤلفه‌ها و گونه‌شناسی ارائه‌شده در این پژوهش، گستره وسیع‌تری از تقاضای القایی را ارائه کرده است و به‌عنوان مبنایی برای راهبردهای اصلاحی سیاست‌گذاران و اقتصاددانان سلامت، کاربردی خواهد بود. در حیطه پیشنهادها عملیاتی این پژوهش باید در نظر داشت که بسیاری از ساختارهای موجود در نظام سلامت، مشوق تقاضای القایی هستند و افزون بر اقدامات بازدارنده و تنظیم مجازات‌های فردی، اصلاح این ساختارها باید در اولویت قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: تقاضای القایی، تقاضای زایشی، مراقبت‌های سلامت، ساخت‌دهی

مسئله

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۹/۰۳

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۸/۳۰

فصلنامه راهبرد سلامت و بهداشت، سال ۱، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰، صص ۱۱۷-۱۴۳

مقدمه

در دهه‌های اخیر در بسیاری از کشورهای جهان، سهم مخارج مراقبت‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی بیشتر شده و همین مسئله سبب شده است که پژوهشگران در پژوهش‌های گوناگونی، عوامل مؤثر بر رشد این مخارج را بررسی کنند. در این میان، اقتصاددانان سلامت بیشتر سه عامل «انتخاب معکوس» (کژگزینی)، «مخاطره اخلاقی» (کژمنشی)، و «تقاضای القایی» را عوامل مؤثر بر میزان تقاضای مراقبت‌های سلامت و همچنین، مخارج سلامت دانسته‌اند [۱، ۲].

تقاضای القایی در اصل یکی از مفاهیم اقتصاد و منطبق بر نظریه عرضه و تقاضا است و زمانی رخ می‌دهد که در پی افزایش عرضه یک محصول یا کاهش قیمت آن، مقدار بیشتری از آن، تقاضا و مصرف شود [۳]. این مفهوم در نظام سلامت، معنای متفاوتی دارد و معمولاً با عنوان «تقاضای القایی از سوی عرضه‌کننده خدمات سلامت یا پزشک»^۱ به کار می‌رود. برپایه فرضیه تقاضای القایی در نظام سلامت، پزشکان با هدف تأمین منافع خود، بر میزان تقاضای بیماران تأثیر می‌گذارند. یکی از دلایل مبنایی این فرضیه، این است که بیماران، اطلاعات بسیار اندکی درباره نوع یا کمیت خدمات درمانی موردنیاز دارند. افزون‌براین، با وجود «نظام پرداخت» خاصی که تنها مبتنی بر کمیت خدمات است، پزشکان القاکننده^۲، خدماتی را فراتر از راهنماهای بالینی و ترجیح‌های بیماران ارائه می‌دهند. به‌طور خلاصه، پزشکان القاکننده به‌جای پاسخ به تقاضای بازار، تقاضای خود را ایجاد می‌کنند [۴].

1. Supplier Induced-Demand

2. Inducing Physicians

تقاضای القایی، افزون‌بر عوارض احتمالی پزشکی برای گیرندگان خدمات، سبب ضرر و زیان اقتصادی چشمگیری در سطح ملی می‌شود؛ به‌ویژه زمانی که دولت برای خدمات پزشکی و دارو، یارانه پرداخت می‌کند [۷]. در جمهوری اسلامی ایران، تقاضای القایی یکی از چالش‌های نظام سلامت است که سرانجام، با ایجاد تقابل میان نیاز نامحدود و منابع محدود، باعث بالا رفتن سهم مردم از هزینه‌های درمانی می‌شود. از سال ۱۲۹۰ تاکنون، بیش از ۳۰۰ قانون با موضوع سلامت به تصویب رسیده، ولی در هیچ‌یک از آن‌ها به‌روشنی به بحث تقاضای القایی اشاره نشده است. البته در سیاست‌های کلی سلامت و قوانین برنامه توسعه (به‌ویژه برنامه پنجم و ششم) احکامی مبنی بر کنترل تقاضای القایی وجود دارد، اما این موارد، کامل نیستند [۸].

پژوهش حاضر بر این نظر است که نوع تبیین مسئله و علل آن، بر راهکارهای پیشنهادی اثرگذار است. صورت‌بندی نادرست یک مسئله (عدم تطابق مسئله رسمی با موقعیت آن)، داشتن فرض‌های نادرست درباره یک مسئله، تعریف نادرست مرز مسئله، و انتخاب غلط جهان‌بینی یا ایدئولوژی، از جمله خطاهای خط‌مشی‌گذاران در رویارویی با یک مسئله است. هدف از انجام پژوهش حاضر، «تبیین ابعاد و علل مسئله تقاضای القایی در نظام سلامت، با استفاده از روش‌شناسی ساختاردهی به مسئله» است.

۱. چارچوب نظری

۱-۱. مفهوم‌شناسی تقاضای القایی

ریشه تقاضای القایی را در صنعت حمل‌ونقل نیز می‌توان یافت؛ به‌این ترتیب که در توسعه سامانه‌ها و شبکه‌های حمل‌ونقل برون‌شهری و درون‌شهری همواره احتمال دارد که افزایش ظرفیت و تعداد مسیرها (عرضه) سبب افزایش تعداد رانندگان (تقاضا) شود و در نتیجه، عملاً مشکل ترافیک و ازدحام وسایل نقلیه - که یکی از اهداف توسعه مسیرها بود- برطرف نشود [۹]. اقتصاددانان، تقاضای القایی را

«تقاضای پنهان»^۱ نیز می‌نامند. به بیان دیگر، تقاضای پنهان زمانی رخ می‌دهد که منافع موردانتظار یک سفر برای یک فرد، کمتر از هزینه‌های موردانتظار آن باشد؛ بنابراین، تقاضای این فرد (مسافر) اظهارنشده و پنهان باقی می‌ماند. بهبود شبکه حمل‌ونقل و افزایش ظرفیت مسیرها می‌تواند سبب کاهش زمان و هزینه سفر برای مسافران و رانندگان شود و در نتیجه، بخشی از این تقاضای پنهان، به تقاضای آشکار^۲ تبدیل شود [۱۰].

به غیر از علم اقتصاد، در «مدیریت بازاریابی» نیز تقاضای پنهان با معنای مشابهی کاربرد دارد. در برخی موارد، مشتریان ممکن است به یک محصول نیاز شدیدی داشته باشند، اما این نیاز با محصولات فعلی بازار برطرف نشود [۱۱]. در واقع، متناسب با آنچه مشتریان نیاز دارند، یک کالا یا خدمت یا ایده واقعی وجود نداشته باشد و در نتیجه این تقاضا پنهان می‌ماند. در این حالت، وظیفه مدیران بازاریابی، تبدیل این تقاضای پنهان به تقاضای آشکار با عرضه محصول موردنیاز مشتری است [۱۲]. افزون بر اصطلاح تقاضای پنهان، اصطلاح «تقاضای کاذب»^۳ که در مدیریت بازاریابی و اقتصاد کاربرد دارد، نیز به تقاضای القایی نزدیک است. در واقع، در برخی تعریف‌ها، هیچ تفاوتی بین این دو اصطلاح وجود ندارد [۱۳].

نخستین بار رومر^۴ این فرضیه را مطرح کرد که عرضه‌کنندگان مراقبت‌های سلامت می‌توانند برای خدمات خود تقاضا ایجاد کنند؛ براین اساس، پدیده تقاضای القایی از سوی عرضه‌کننده در بازار خدمات بهداشتی-درمانی با عنوان «قانون رومر» شناخته می‌شود [۱۴]. برپایه این فرضیه، یک بیمارستان می‌تواند تخت خود را صرف نظر از نیاز بیماران و بدون وجود تقاضای اصولی، به اشغال بیماران درآورد [۱۵]. بعدها *وینس*^۵ برای نخستین بار اصطلاح «تقاضای القایی» در نظام

-
1. Latent Demand
 2. Manifest Demand
 3. False Demand
 4. Roemer
 5. Evans

سلامت را برای این مفهوم به کار برد [۴].

تاکنون تعریف‌های گوناگونی برای تقاضای القایی در نظام سلامت ارائه شده است و تعریف مورداتفاقی برای آن وجود ندارد. سکیموتو و ماساکو [۱۶] القای ارائه، مراقبت، یا فروش خدمات غیرضروری به مراجعان نظام سلامت را -که با اعمال قدرت از سوی ارائه‌کنندگان خدمت همراه است- تقاضای القایی می‌نامند. بیکردیک [۵] تقاضای القایی را توانایی پزشکان برای افزایش تقاضای بیماران برای خدمات درمانی تعریف می‌کند که این اقدام پزشک می‌تواند در راستای کسب منافع شخصی یا تلاش برای ارتقای سلامتی بیماران باشد [۵]. درواقع بیکردیک، خدمات اضافی‌ای مانند برخی آزمایش‌های تشخیصی را که سبب بهبود سلامتی بیماران می‌شود، تقاضای القایی از نوع ضروری در مقابل تقاضای القایی غیرضروری- به‌شمار می‌آورد. این درحالی است که برخی از نظریه‌پردازان این حوزه، این موارد را جزو مصداق‌های تقاضای القایی نمی‌دانند.

مک‌گویر^۱ با تعریف دقیق‌تری تقاضای القایی را عبارت از وضعیتی دانسته است که پزشک، اقداماتی را برای جابه‌جایی منحنی تقاضای بیمار در راستای منافع شخصی خود انجام می‌دهد. دو بعد از این تعریف، نیازمند تبیین بیشتر است: نخست اینکه تقاضای القایی، شامل آن دسته از اقداماتی نیست که به‌نفع بیمار است. درواقع، هدایت تقاضا در راستای بهینه‌سازی وضعیت بیماران، جزء وظایف پزشک است. دوم، این تعریف، قائل به تنوع عملیات درمانی -با توجه به ویژگی‌های خاص هر بیمار، تنوع سبک‌های درمانی^۲ پزشکان، محیط‌های درمانی، و هزینه‌ها و منافع واقعی درمان است [۴]. به‌بیان ساده‌تر، یک عمل درمانی ممکن است در شرایطی، القایی به‌شمار آید و در شرایط دیگر، القایی نباشد و این وابسته به متغیرهای یادشده است. به همین دلیل است که *خراسانی* [۱۷] در پژوهش خود تأکید می‌کند، در تعریف تقاضای القایی، استنباطی بدبینانه وجود دارد و ابهام در تشخیص محدوده نیاز واقعی بیمار، نقش مهمی در این استنباط دارد.

1. McGuire

2. Practice Styles

به‌طورکلی، تعریف‌های گوناگون تقاضای القایی را می‌توان در چهار طبقه جای داد: تعریف‌های «توصیفی و مستقل ارزش»^۱، «هنجاری با دلالت‌های منفی»^۲، «هنجاری با دلالت‌های آمیخته»^۳، و «هنجاری با دلالت‌های خنثی»^۴. با توجه به داده‌های جدول ۱، تعریف هدلی و همکاران [۵] نمونه یک تعریف توصیفی است که در آن هیچ اشاره‌ای به انگیزه‌های تقاضای القایی نشده است. به‌عنوان تعریف‌های هنجاری می‌توان به تعریف‌های بردفورد و مارتین و لبل و همکاران اشاره کرد که بر این نظرند که تقاضای القایی برپایه ارزش پزشکی^۳ یا اثربخشی بالینی^۴ می‌تواند نتایج منفی یا مثبتی دربر داشته باشد [۵].

جدول ۱. طبقه‌بندی تعریف‌های ارائه‌شده برای تقاضای القایی [۵]

ویژگی‌ها	تعریف تقاضای القایی (القای تقاضا)	نوع تعریف	پژوهشگر(ان)
عدم ذکر انگیزه‌های منجر به تقاضای القایی	توانایی منسب به پزشک برای تغییر تقاضای بیماران از طریق متقاعدسازی آنان به افزایش استفاده از خدمات درمانی (بدون کاهش قیمت پرداختی)	توصیفی و مستقل از ارزش	هدلی و همکاران (۱۹۷۹، ۲۴۷)
اشاره به رابطه کارگزاری نامطلوب و انگیزه کسب منافع شخصی	سوءاستفاده پزشکان از رابطه کارگزاری خود با بیماران به‌منظور افزایش تقاضا و با هدف کسب منافع شخصی (با توجه به اینکه پزشکان، اطلاعات کامل‌تری نسبت به بیماران دارند)	هنجاری با دلالت منفی	گلمن و استانو (۲۰۰۱، ۲۰۴)
شامل درمان‌هایی با ارزش پزشکی قابل تردید و مشکوک و به‌منظور کسب منافع مالی	شامل هر دو صورت استفاده غیرضروری از روش‌های درمانی موجود یا ابداع درمان‌های جدید است، مشروط بر اینکه ارزش پزشکی این عملیات درمانی قابل تردید بوده، با هدف کسب منفعت شخصی و نه به دلایل پزشکی، به‌کار گرفته شده است. (تلاش‌های صادقانه پزشکان برای ترغیب یک بیمار به پذیرش درمانی خاص، مصداق القای تقاضا نیست).	هنجاری با دلالت آمیخته	بردفورد و مارتین (۱۹۹۵، ۴۹۲)
دارای دو پیش‌نیاز توجه به اثربخشی رابطه کارگزاری و ارزیابی اثربخشی خدمات القاشده	تعیین اینکه بیمار یا ارائه‌دهنده، آغازکننده تقاضای القایی است، برای فهم مفهوم تقاضای القایی کفایت نمی‌کند. این مفهوم، نیازمند تبیین دقیق‌تر مفهوم کارگزاری و میزان اثربخشی این رابطه و همچنین، توجه به میزان اثربخشی بالینی خدمات القاشده است.	هنجاری با دلالت خنثی	لبل و همکاران (۱۹۹۴، ۳۶۳)

1. Positive and Value Free
2. Normative With Negative Connotations
3. Medical Value
4. Clinical Effectiveness

برخی از پژوهشگران، مانند هوسویا (۲۰۱۴) نیز رفتار القای تقاضا از سوی عرضه‌کننده را نامعتبر دانسته و رد می‌کنند [۱۴]./یکگامی و همکاران (۱۹۹۸) هم در مطالعه‌ای درباره دندان‌پزشکان، نشان داده‌اند که نظریه تقاضای القای پزشک در مورد دندان‌پزشکان وجود ندارد [۱۸].

۲-۱. دلایل شکل‌گیری تقاضای القایی

بازار مراقبت‌های سلامت به‌واسطه داشتن ویژگی‌های خاص، تفاوت‌های اساسی‌ای با بازارهای دیگر دارد. نقض فرض‌های بازار رقابت کامل و نقض شرایط نقش کارگزاری پزشک یا ارائه‌کننده مراقبت‌های سلامت، پوشش ساختار بیمه‌های اجتماعی درمان به‌عنوان پرداخت‌کننده هزینه‌های بیمه‌شده‌ها، و کمبود اطلاعات بیمار نسبت به پزشک، از جمله این ویژگی‌های خاص هستند [۱]. پزشکان به نمایندگی از بیماران در مورد مراقبت‌های درمانی تصمیم‌گیری می‌کنند. در واقع، آن‌ها هم توصیه‌کننده و هم ارائه‌دهنده خدمات سلامت به‌شمار می‌آیند [۱۹]. هندرسون بر این نظر است که وظایف حرفه‌ای و اخلاقی پزشک، او را وادار می‌کند، شرافتمندانه و به‌نفع بیمار عمل کند، اما انگیزه سودجویی، او را وادار می‌کند که به نفع خود بیندیشد و این دو انگیزه در جهت مخالف هم هستند [۲۰]. یکی دیگر از دلایل ریشه‌ای مسئله تقاضای القایی در بازار سلامت، فرضیه «اطلاعات نامتقارن»^۱ است. مصداق‌های فرضیه اطلاعات نامتقارن، روابط بین ارائه‌دهندگان خدمات تخصصی و مشتریان آن‌ها است [۲۱]. این حالت، زمانی رخ می‌دهد که یکی از طرفین معامله، نسبت به طرف دیگر، در مورد کالا یا خدمات مورد معامله، دارای مزیت اطلاعاتی است و می‌تواند از این مزیت، به‌سود خود بهره‌برد. در پژوهش‌های انجام‌شده در این مورد، در کنار اطلاعات نامتقارن، دلایل دیگری با عنوان «علل مؤثر بر رفتار پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات» برای تقاضای القایی مطرح شده است. این دلایل عبارت‌اند از: عدم قطعیت بالینی، رایج نبودن راهنماهای بالینی، سیاست‌گذاری بدون مستندات کافی، ضعف نظارت بر عملکرد پزشکان، تمایل پزشک به حداکثرسازی منافع، نادیده گرفتن اخلاق

پزشکی [۱۷] و نظام تأمین مالی، سازمان‌دهی و پرداخت خدمات پزشکی به‌ویژه پرداخت به‌ازای خدمت (کارانه) [۵].

پژوهش‌های اقتصاددانان نشان می‌دهد که با وجود افزایش شدید نسبت تعداد پزشکان به جمعیت در بسیاری از کشورها، مخارج درمان بیماران و به‌تبع آن، دریافتی پزشکان افزایش یافته است، زیرا انتظار می‌رود با افزایش عرضه (با فرض ثابت و بی‌کشش بودن تقاضا)، مخارج کاهش پیدا کند. اقتصاددانان سلامت، این افزایش مخارج را ناشی از القای تقاضا از سوی عرضه‌کننده می‌دانند [۲۱]؛ از این رو، برخی افزایش تعداد پزشکان را یکی از دلایل این مسئله برشمرده‌اند. با توجه به این فرضیه، به دلیل کاهش مراجعه‌کنندگان به پزشک، افزایش رقابت بر سر بیماران، موجب کاهش درآمد پزشکان خواهد شد و در نتیجه، این کاهش درآمد از طریق تقاضای القایی جبران می‌شود [۱۴].

گفتنی است، اثر افزایش تعداد پزشکان، لزوماً منفی نیست و برپایه نظریه‌های اقتصادی می‌توان برای تعداد پزشکان، نقطه بهینه‌ای را در نظر گرفت که به این نقطه، «سطح آستانه» می‌گویند. افزایش سرانه پزشک تا سطح آستانه، موجب کاهش هزینه‌های سلامت می‌شود، اما افزایش تعداد پزشکان بیش از سطح آستانه، تقاضا برای خدمت را از طریق اثرگذاری بر بیماران افزایش می‌دهد و در نتیجه، هزینه‌های سلامت افزایش می‌یابد [۲۲]. در ایران، سطح آستانه، $3/45$ پزشک به‌ازای هر ۱۰۰۰ نفر است و از این نسبت مشخص به‌بعد، تقاضای القایی ایجاد می‌شود. یافته‌های شاخص «نسبت پزشک به جمعیت» برای ایران، در سال ۲۰۱۸ بالاترین نسبت را در مقایسه با پنج دهه گذشته داشته است که معادل $1/58$ پزشک به‌ازای هر ۱۰۰۰ نفر است [۲۳].

افزون‌براین، بیمار نیز می‌تواند بر القای تقاضا تأثیرگذار باشد. کیوان‌آرا و همکاران [۲۴] در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که بیمار به پنج دلیل می‌تواند بر القای تقاضا تأثیرگذار باشد: تقاضای نادرست بیمار از پزشک، اعتماد بیش‌ازحد بیمار به پزشک، تمایل بیمار به استفاده بیشتر از خدمات رایگان و بدون فرانشیز، ناآگاهی بیمار، و دسترسی آزادانه بیمار به پزشک؛ به‌عنوان نمونه، در

چارچوب تقاضای نادرست بیمار از پزشک، می‌توان به موضوع «مخاطره اخلاقی»^۱ اشاره کرد. مخاطره اخلاقی عبارت است از استفاده بیش از حد از مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در پوشش بیمه [۲۵]. به‌طور کلی، مخاطره اخلاقی (کژمنشی) زمانی رخ می‌دهد که یکی از طرفین (پس از انعقاد قرارداد) این انگیزه را دارد که به شیوه‌ای عمل کند تا به هزینه طرف دیگر، منفعت اضافی برای خود کسب کند؛ برای مثال، پوشش بیمه اغلب سبب مصرف بیش از حد مراقبت‌ها و خدمات توسط بیمه‌شدگان می‌شود، زیرا فرد به دلیل اینکه بیمه است، تشویق می‌شود که نسبت به زمانی که مجبور است هزینه‌ها را خود به‌طور مستقیم پرداخت کند، خدمات بیشتری دریافت نماید [۲۶].

در جمع‌بندی عوامل مؤثر بر تقاضای القایی به‌طور کلی سه دسته را می‌توان برشمرد: نخست، عوامل ساختاری مانند استقلال پزشک از قراردادهای بیمه، پیاده نشدن نظام ارجاع، و عدم نظارت بر تجویزهای پزشکی^۲؛ دوم، عوامل رفتاری مانند قدرت پزشک برای متقاعدسازی بیمار و رقابت میان پزشکان؛ سوم، عوامل اقتصادی مانند تمایل پزشک به سودجویی یا وابستگی نادرست پزشک (نوع قرارداد پزشک) به ارائه‌دهندگان خدمات دیگر [۲۷].

۲. پیشینه پژوهش

در جدول ۲ به برخی از پژوهش‌های مرتبط با مفهوم‌شناسی، شناسایی دلایل و مصداق‌ها یا سنجش تقاضای القایی در کشورهای گوناگون اشاره شده است. با وجود این، تاکنون پژوهشی تبیین به‌نسبت جامعی از انواع گوناگون تقاضای القایی ارائه نکرده است. همچنین، بازتعریف تقاضای القایی و ارائه تعریفی کاربردی برای شناسایی مصداق‌های تقاضای القایی در صنایع و حوزه‌های دیگر افزون بر نظام سلامت - یکی دیگر از تفاوت‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های دیگر انجام‌شده در این زمینه است.

1. Moral Hazard

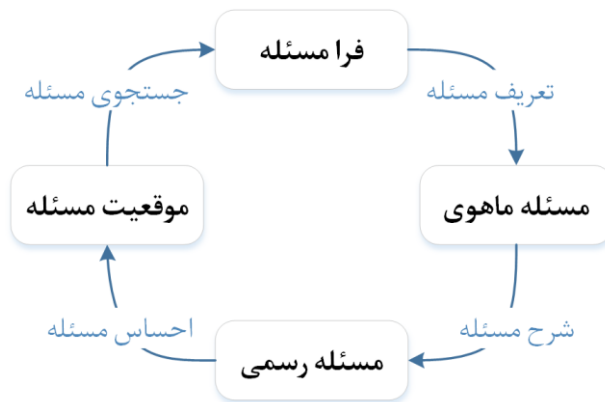
2. Medical Indications

جدول ۲. مروری بر برخی از پژوهش‌های انجام‌شده درباره موضوع تقاضای القایی (محقق ساخته)

ردیف	پژوهشگر(ان)	هدف پژوهش	نتایج پژوهش
۱	اخوان بهیمانی و اسماعیلی [۸]	بررسی شیوه‌های اصلی القای تقاضا برای خدمات سلامت در ایران و ارائه راهکار برای بهبود این مسئله	برپایه نتایج این پژوهش، مهم‌ترین راه کاهش تقاضای القایی از سوی پزشک، اجرای کامل نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور است.
۲	نصیب‌پرست و همکاران [۲۸]	ارزیابی عوامل مؤثر بر مدت‌زمان سپری‌شده در اتاق معاینه و بررسی فرضیه تقاضای القایی در بین پزشکان متخصص زنان استان آذربایجان شرقی	در بخش زنان، القای تقاضای غیرضروری توسط پزشکان وجود دارد و جامعه هدف برای افزایش سود نقدی خود، مدت‌زمان معاینه هر بیمار را کاهش می‌دهد.
۳	کارلسن و گریتن [۲۹]	مطالعه در خصوص رابطه بین توزیع پزشکان عمومی و رضایت مشتریان از دسترسی به خدمات اولیه	افزایش تعداد پزشکان سبب بهبود رضایت مشتریان شده است. بدون توجه به وجود یا عدم تقاضای القایی، می‌توان تراکم بهینه پزشکان (تعداد پزشک به‌ازای هر هزار نفر جمعیت) را افزایش داد، با این پیش‌فرض که رضایت بیماران، نشان‌دهنده سودمندی خدمات درمانی آنان است.
۴	ریچاردسون و پیکاک [۳۰]	ارائه تبیینی از نظریه تقاضای القایی برای توجیه مصرف خدمات درمانی در استرالیا (سری‌های زمانی و مدل اقتصادسنجی)	زمانی که نااطمینانی در تصمیم‌گیری‌های پزشکی و پیچیدگی قضاوت‌های درمانی، اهمیت پیدا می‌کند، نظریه تقاضای القایی تبیین عینی‌تری را نسبت به نظریه سنتی عرضه و تقاضا برای بررسی رفتار پزشک و بیمار ارائه می‌کند. با استفاده از این نظریه، می‌توان الگوهای رفتاری و تغییرات تقاضا را برای خدمات درمانی و بیمارستانی (آنژیوگرافی عروق، کاتاراکت، لوزه‌ها، جراحی گوش، آزادسازی تونل کارپال، و...) تبیین کرد.
۵	محمودو و همکاران [۳۱]	شناسایی عوامل انگیزاننده در تجویزهای اضافی دارو	تعداد ۲۴ عامل انگیزاننده در سه طبقه عوامل فردی، عوامل اجتماعی، و عوامل نهادی شناسایی شدند. برخی از این عوامل عبارت‌اند از: اطلاعات نامتقارن، انتظارات بیماران، سواد سلامت پایین بیماران، بی‌توجهی به حقوق بیماران، انگیزه‌های مالی، سازوکار جبران خدمات، بازاریابی و تبلیغات شرکت‌های دارویی، و...
۶	یانگ و لیو [۳۲]	تبیین فرضیه تقاضای القایی از سوی عرضه‌کننده از طریق مرور نظام‌مند مطالعات تجربی، به‌منظور ارائه مبنایی برای اصلاحات نظام سلامت کشور چین	محدود کردن محرک‌های درونی بیمارستان‌ها، انجام اصلاحات ساختاری در طرف عرضه خدمات پزشکی، توسعه خدمات در بستر اینترنت، و ایجاد نظام پرداخت براساس گروه‌های تشخیصی وابسته (DGRs) می‌تواند تقاضای القایی برای مراقبت‌های سلامت را به‌گونه‌ای اثربخش کاهش دهد.
۷	بکنیس کیا و فورمن [۳۳]	تحلیل فرضیه تقاضای القایی از سوی پزشک در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه در دانمارک، فرانسه، و هلند	پدیده تقاضای القایی اصولاً مبتنی بر عدم تقارن اطلاعات بین بخش پزشکی و بیماران و همچنین، قدرت انتخاب خدمات پزشکی از سوی پزشک برای بیماران است. در این پژوهش با توجه به رشد هزینه‌های نظام سلامت در آینده که ناشی از فناوری‌های گران‌قیمت و پیری جمعیت بوده، راهکارهایی برای کنترل تقاضای القایی ارائه شده است.
۸	یودا [۲۲]	بررسی تأثیر کاهش تعرفه‌های پزشکی بر سطح تقاضای القایی خدمات پزشکی در ژاپن (مدل اقتصادسنجی)	با کاهش ۱ درصدی تعرفه‌های پزشکی - کاهش درآمد پزشکان - میزان تقاضای القایی، ۷/۵ درصد رشد داشته است. همچنین، عرضه‌کنندگان در محیط رقابتی‌تر در برابر تغییرات تعرفه‌ها، حساس‌تر هستند و در مناطقی با تراکم جمعیت کم، تمایل به القای تقاضا بیشتر است.

۳. روش پژوهش

داده‌های این پژوهش از طریق پژوهش‌های کتابخانه‌ای و مصاحبه با تعدادی از خبرگان به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی، گردآوری و در قالب فرایند ساخت‌دهی به مسئله، تحلیل شده است. خط‌مشی‌گذاری عمومی، از شناسایی موقعیت‌های مسئله و ساختاردهی به مسائل آغاز می‌شود و در حلقه‌ای مانند شکل ۱ جریان می‌یابد. فرایند ساخت‌دهی به مسئله^۱، فرایندی است که با احساس موقعیت مسئله^۲ آغاز می‌شود. در ادامه، پژوهشگر ابعاد گوناگون مسئله را جست‌وجو می‌کند^۳ و با رویارویی با صورت‌بندی‌های گوناگون ذی‌نفعان، فرامسئله^۴ را شکل می‌دهد که در بردارنده ابعاد گوناگون مسئله است. پس‌از آن، به تعریف مسئله^۵ با عام‌ترین و مبنایی‌ترین عبارت‌ها می‌پردازد که خروجی این بخش از فرایند، تعریف مسئله ماهوی^۶ است.



شکل شماره (۱). فرایند ساخت‌دهی به مسئله [۳۴]

1. Problem Structuring
2. Problem Situation
3. Problem Search
4. Meta Problem
5. Problem Definition
6. Substantive Problem

مسئله ماهوی، مسئله‌ای است که ریشه‌های اصلی و عوامل مشکل را با عینک یکی از ابعاد مسئله، که پیش‌ازاین در فرامسئله کشف شده است، بیان می‌کند؛ در واقع، در سطح فرامسئله، ابعاد گوناگون یک مسئله به‌گونه‌ای میان‌رشته‌ای و اکاوی و در فرایند تعریف مسئله ماهوی، در قالب ادبیات تخصصی یک رشته علمی نوشته می‌شود. در گام نهایی، مسئله ماهوی به مسئله رسمی^۱ در فرایند شرح مسئله^۲ تبدیل می‌شود؛ یعنی در قالب الگوها، نمادها، و نظریه‌های آن رشته خاص تعیین می‌شود [۳۴].

در این پژوهش، فرایند ساخت‌دهی به مسئله تا رسیدن به مسئله ماهوی دنبال شده است؛ به‌این ترتیب که ابتدا، فرامسئله با استفاده از گونه‌شناسی تقاضای القایی، برجسته کردن نقش ذی‌نفعان مختلف، و بررسی مصداق‌های این مسئله در سطوح گوناگون ارائه خدمات، دنبال شده و سرانجام، پس از شناسایی این ابعاد، مسئله ماهوی و به‌بیان دیگر، همان تقاضای القایی از منظر ادبیات تخصصی مدیریت بازاریابی، با عام‌ترین و مبنایی‌ترین عبارت‌ها بازتعریف شده است.

۴. یافته‌های پژوهش

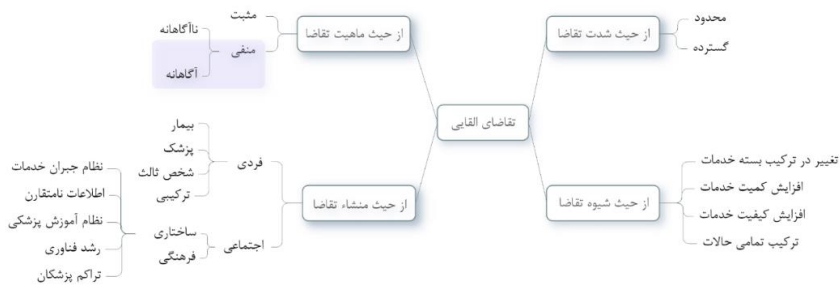
در پژوهش‌های انجام‌شده، تعریف‌ها و انواع گوناگونی برای تقاضای القایی بیان شده و این تفاوت دیدگاه در تعریف، موجب اختلاف در برخی مصداق‌های تقاضای القایی شده است. جمع‌بندی پژوهش حاضر از این موارد، در نمودار شماره (۲) قابل مشاهده است. گفتنی است، از بین تمام تعریف‌های تقاضای القایی، تعریف مختار در این پژوهش، تقاضای القایی منفی از نوع آگاهانه است که در ادامه مطرح می‌شود (قسمت خاکستری‌رنگ در نمودار شماره ۲). بسته به مصداق‌های تقاضای القایی در عمل، انواع گوناگون ذکر شده در نمودار شماره (۲)، ممکن است اشتراک‌هایی با یکدیگر داشته باشند؛ به‌عنوان مثال، یک تقاضا به‌لحاظ ماهیت، منفی و به‌لحاظ شدت، گسترده باشد.

در نظام سلامت برخلاف ادبیات اقتصاد و مدیریت بازاریابی - تقاضای

1. Formal Problem

2. Problem Specification

القایی، هم معنی تقاضای پنهان نیست. از نمونه‌های آشکار تقاضای پنهان در نظام سلامت، می‌توان به «مامای همراه» اشاره کرد. در دوران بارداری و به‌ویژه روز زایمان، خانم‌ها بیش از هر چیز به حمایت روحی و روانی، کسب آگاهی، و حرکت‌های ورزشی خاصی نیاز دارند. این نیاز همواره وجود داشته است، اما چون پاسخ مناسب بیرونی نداشت، بروز پیدا نکرده و تا مدت‌ها به‌صورت «تقاضای پنهان» باقی مانده بود. با ارائه خدمت مامای همراه و اثرات مثبت آن، همچون کاهش طول مدت [۳۵] و شدت درد زایمان [۳۶، ۳۷]، این تقاضای خانم‌های باردار آشکار شده و اقدام به دریافت این خدمت کرده‌اند؛ درحالی‌که در تقاضای القایی، بیمار نیازمند حقیقی خدمت موردنظر نیست.



نمودار ۲. نقشه مفهومی تقاضای القایی (یافته‌های پژوهش)

۴-۱. انواع تقاضای القایی

۴-۱-۱. انواع تقاضای القایی به‌لحاظ ماهیت تقاضا

تقاضای القایی از حیث ماهیت تقاضا، می‌تواند مثبت یا منفی باشد. گونه‌ای از تقاضای القایی که دارای نتایج مثبتی برای بیمار و نظام سلامت است، تقاضای القایی مثبت است؛ به‌عنوان مثال، بیماری که به‌دلیل خستگی زیاد، به پزشک مراجعه کرده و پزشک، با تجویز آزمایش‌های تشخیصی اضافی، متوجه اختلال «دیابت نوع ۲» او شده یا خانمی که به‌صورت اتفاقی با انجام سونوگرافی تجویز شده از سوی پزشک، متوجه مراحل اولیه سرطان رحم در خود می‌شود. بسیاری از پژوهشگران، این نوع را مصداق تقاضای القایی نمی‌دانند، زیرا بیمار به

دریافت این خدمت نیاز حقیقی دارد، هرچند در مراحل اولیه تقاضا، این نیاز از سوی بیمار یا پزشک، شناسایی نشده است.

تقاضای القایی منفی به دو صورت ناآگاهانه و آگاهانه رخ می‌دهد. تقاضای القایی منفی ناآگاهانه، تقاضایی است که غالباً بدون ضرورت یا پیامد مثبت قابل توجه بوده و حتی اگر پیامد مثبتی داشته باشد، در مقایسه با هزینه تأمین آن، کارایی و بهره‌وری لازم را ندارد. این نوع تقاضای القایی، معمولاً به دلیل تجربه یا مهارت ناکافی پزشک و به گونه‌ای ناآگاهانه از سوی او ایجاد می‌شود. انجام و تکرار برخی از آزمایش‌های تشخیصی اضافی برای اطمینان بیشتر پزشک، در حالتی که انجام دادن یا ندادن آن آزمایش‌ها تأثیری در تشخیص نهایی نداشته باشد، از این نوع هستند. حالت دوم از تقاضای القایی منفی، تقاضای آگاهانه است؛ تقاضایی که عمدتاً نتایج نامطلوبی برای نظام سلامت داشته و با هدف کسب منافع شخصی القاکننده، ایجاد می‌شود. این تقاضا - که به عنوان تعریف مختار در پژوهش حاضر پذیرفته شده است - پیامدهای فراوان فرهنگی، اقتصادی، و اجتماعی و همچنین، عوارض درمانی را برای نظام سلامت و جامعه به همراه خواهد داشت. به عنوان مثال، انتقال فردی که به صورت سرپایی قابل درمان است به بخش مراقبت‌های ویژه و درمان او به صورت بستری، به منظور افزایش هزینه‌های درمان و سود ارائه‌دهنده، از این نوع تقاضا به‌شمار می‌آید. نتایج پژوهش‌های گوناگون انجام‌شده در این زمینه نشان می‌دهد که درصد اقامت غیرضروری (غیرمقتضی) بیماران در بیمارستان‌های ایران به‌طور متوسط ۴/۲ درصد بوده و در بعضی مراکز تا ۴۹ درصد نیز رسیده است [۳۸، ۳۹].

۴-۱-۲. انواع تقاضای القایی به‌لحاظ شدت تقاضا

تقاضای القایی، به‌لحاظ شدت تقاضا می‌تواند به تقاضای گسترده یا محدود تقسیم شود. تقاضای گسترده، تقاضایی است که از سوی عموم افراد جامعه به دلایل اقتصادی، فرهنگی، یا اجتماعی ایجاد می‌شود. ظهور برخی از فناوری‌های پیشرفته و برجسته شدن روش‌های خاص درمانی و به‌دنبال آن، بازاریابی ذی‌نفعان و در نتیجه، افزایش تقاضا برای آن فناوری‌ها می‌تواند مصداقی از تقاضای القایی با

هدف کسب منافع اقتصادی باشد. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که انجام ۲۰ تا ۵۰ درصد از روش‌های تصویربرداری که با فناوری پیشرفته کار می‌کنند، غیرضروری است. در سال ۱۳۹۳، در یکی از بیمارستان‌های شیراز، از مجموع ۲۱۰۵ عدد MRI، ۲۴ درصد دارای نتیجه نرمال (فاقد هرگونه مشکل در ناحیه تصویربرداری) بوده‌اند [۴۰]. از میان دلایل فرهنگی-اجتماعی می‌توان مدهای اجتماعی را برشمرد که سبب افزایش تقاضای عمل‌های جراحی زیبایی در ایران می‌شوند. مصداق شایع دیگر، تقاضای عمل‌هایی برای کاهش حجم معده با روش‌های گوناگون از جمله اسلیو^۱ و بای‌پس^۲ با هدف لاغری است [۴۱]. گاهی تقاضای گسترده برای دریافت نوعی خدمت، ناشی از دلایل بهداشتی-درمانی، مثلاً بیماری همه‌گیر خاصی است. این مورد، مصداق تقاضای القایی به‌شمار نمی‌آید، زیرا بیماران، واقعاً به دریافت خدمت موردنظر نیاز دارند. در مقابل تقاضای گسترده، تقاضای محدود و مصداقی وجود دارد که در وسعت و شدت کمتری بروز می‌یابد.

۴-۱-۳. انواع تقاضای القایی به‌لحاظ منشأ (علل) تقاضا

دلایل تقاضا، دو دسته فردی و اجتماعی را دربر می‌گیرد. در برخی از موارد، دلایل فردی نیز، خود از علل اجتماعی ناشی شده‌اند. دلایل فردی می‌تواند شامل منفعت شخصی بیمار، پزشک و پیراپزشک (کارکنان بخش‌های پرستاری، آزمایشگاه، تصویربرداری، و...)، منفعت شخص ثالث (شرکت تجهیزات پزشکی، دارو، و...) یا ترکیبی از این منافع باشد؛ مانند قرارداد نانوشته پزشک با داروخانه یا شرکت پخش، برای تجویز نوعی داروی خاص. مثال دیگر، فرضیه نقش برخی از شرکت‌های دارویی بزرگ در درمان سرطان است؛ به‌گونه‌ای که این شرکت‌ها مانع کشف داروها و روش‌های ارزان و اثربخش برای درمان سرطان می‌شوند. هرچند برخی این فرضیه را از مصداق‌های تئوری توطئه می‌دانند [۴۲، ۴۳]. زمانی که این

1. Sleeve

2. Bypass

منافع در رقابت با یکدیگر قرار گیرند، شرایط به مراتب پیچیده تر می شود؛ به عنوان مثال، برای تجویز آنژیوگرافی یا در مقابل، تجویز سیتی آنژیو همواره طرفداران و مخالفانی وجود داشته اند که در بسیاری از موارد، تجویز آن‌ها به لحاظ پزشکی، غیرضروری بوده است [۴۴].

دلایل اجتماعی، دربردارنده دو طبقه ساختاری و فرهنگی هستند. دلایل ساختاری که مرتبط با ساحت سخت افزاری یک جامعه است، دربردارنده مواردی همچون اطلاعات نامتقارن، نظام جبران خدمات (انتخاب نظام پرداخت کارانه برای جبران مالی خدمات)، تراکم پزشکان (افزایش تعداد پزشک در بیش از سطح آستانه)، نظام آموزش پزشکی، رشد یک فناوری خاص، و... است. دراین بین، اطلاعات نامتقارن، مهم ترین علت ساختاری تقاضای القایی به شمار می آید [۲۷]. استفاده از ویدئواتوسکوپ به جای اتوسکوپ‌های معمولی^۱ برای معاینه گوش، در بسیاری از موارد، غیرضروری است و سبب تحمیل هزینه بیشتری به بیماران می شود. همچنین، تجویز سونوگرافی سه بعدی^۲ در بسیاری از موارد، تنها با اهداف تجاری انجام می شود و از نظر پزشکی، غیرضروری است [۴۵]. طبقه دوم یا علل فرهنگی، دربردارنده موارد مرتبط با ساحت نرم افزاری جامعه است و دارای مصداق‌های فراوانی همچون مدها و هنجارهای اجتماعی است.

۴-۱-۴. انواع تقاضای القایی به لحاظ شیوه تقاضا

تمام مصداق‌های پیش گفته می تواند در قالب‌های افزایش کمیت خدمت، افزایش کیفیت خدمت، تغییر در ترکیب بسته خدمت، یا تجمیع همه این حالت‌ها رخ دهد. خدمت، دربردارنده خدمات پاراکلینیک، سرپایی، جراحی، دارویی، و تجهیزات پزشکی است. تجویز داروهای مسکن بیش از حد نیاز یا ویزیت پیاپی پزشک را می توان مصداق افزایش کمیت یک خدمت خاص دانست. افزایش کیفیت خدمت، شامل ارائه تجهیزات خاص به بیمار، تشخیص و درمان بیماری با

1. Otoloscope

2. 3D ultrasound

فناوری پیشرفته به جای روش‌های ساده (با بازدهی نسبتاً یکسان) و ارائه خدمات تعریف نشده در مطب‌ها و مراکز ارائه‌کننده خدمات می‌شود [۱۷]. موضوع «بی‌خطرسازی و امحای زباله‌های بیمارستانی» را می‌توان مصداق دیگری از افزایش کیفیت خدمت دانست؛ زمانی که برخی از شرکت‌های تجهیزات پزشکی، بیمارستان‌ها را تشویق می‌کنند که به جای استفاده از روش‌های ساده، از روش‌هایی با فناوری بالا و البته با تفاوت کارایی اندک نسبت به روش‌های سنتی-استفاده کنند. در واقع، در این حالت، شرکت تجهیزات پزشکی برای مرکز ارائه‌دهنده، تقاضای القایی ایجاد می‌کند. تقاضای القایی مربوط به تغییر در ترکیب بسته خدمت نیز به معنای گنجاندن خدمات اضافی (مانند آزمایش‌های تشخیصی اضافی) در فرایند درمانی یک بیمار است.

۴-۲. مصداق‌های تقاضای القایی براساس نظام سطح‌بندی خدمات

در این بخش، برای شناسایی مصداق‌های عینی‌تری از تقاضای القایی در نظام سلامت ایران، سطح‌بندی خدمات سلامت^۱ به همراه حالت‌های ممکن از تقاضای القایی تشریح خواهد شد. سطح نخست خدمات، دربردارنده مراقبت‌های اولیه سلامت فرد و جامعه است؛ خدماتی مانند ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت، و ارجاع و پیگیری بیمار، بخش عمده خدمات این سطح را تشکیل می‌دهند [۴۶]. در این سطح، تقاضای القایی بیشتر از طرف خدمت‌گیرنده آغاز می‌شود. تقاضای القایی از سوی خدمت‌گیرنده، یک حالت استثنا در تقاضای القایی بوده و در سطوح دیگر کمتر وجود دارد، زیرا سیاست‌های پزشک خانواده، مراجعات خدمت‌گیرنده در سطح یک را محدود کرده و به او اجازه نمی‌دهد بدون ارجاع، به سطوح بالاتر دسترسی پیدا کند؛ بنابراین، طبیعی است که بیمار، به صورت پیوسته به پزشک سطح یک القا کند تا به او اجازه دهد که به سطوح بالاتر دسترسی داشته باشد.

در این سطح، افراد (غیرپزشک) و شرکت‌هایی که ارتباط مستقیمی با نظام ارائه خدمات ندارند نیز نقش پررنگی را ایفا می‌کنند. برخی از تبلیغات

دستگاه‌های ورزشی، کفش خاصی که به بهبود جریان خون کمک می‌کند، داروهای لاغری، محصولات غذایی برای بیماری‌های خاص، و... چنانچه مشتری به آن نیاز واقعی و کالای موردنظر بهره‌وری لازم را نداشته باشد، می‌تواند مصداق‌های تقاضای القایی در سطح نخست خدمات سلامت به‌شمار آیند.

سطح دوم خدمات، دربردارنده خدمات تشخیصی و درمانی تخصصی به‌صورت سرپایی یا بستری، اعمال جراحی انتخابی و اورژانس، خدمات دارویی، آزمایشگاهی و تصویربرداری است. این دسته از خدمات دراختیار ارجاع‌شدگان از سطح یک قرار می‌گیرد و با ارائه بازخورد از سطح دوم به پزشک خانواده ارجاع‌کننده، وی از نتیجه کار بیمار آگاه خواهد شد.

سطح سوم خدمات دربردارنده خدمات درمانی فوق تخصصی سرپایی یا بستری در چارچوب بیمه‌های پایه است که دراختیار ارجاع‌شدگان از سطوح نخست و دوم قرار می‌گیرد [۴۶]. سطح دوم و سوم خدمات، دارای بیشترین رخداد تقاضای القایی است و بسیاری از مصداق‌های تقاضای القایی در این دو سطح، مشابه و مشترک است.

در سطح دوم، درمان‌های طبی^۱ و درمان‌های جراحی^۲ قرار دارند. روندهای جهانی به‌سوی بزرگ‌تر شدن سهم درمان‌های طبی و کوچک‌تر شدن سهم درمان‌های جراحی درحال حرکت است. به‌طورکلی، انجام «جراحی با حداقل تهاجم»^۳ به‌منظور محدودتر کردن سطح جراحی، تروما و نفوذ به داخل بدن، ازجمله جراحی لاپاراسکوپی، آرتروسکوپی، و آنژیوپلاستی، توسعه زیادی پیدا کرده است. ازیک‌سو، هزینه زیاد وسایل و تجهیزات پزشکی مصرفی این نوع جراحی‌ها و ازسوی دیگر، گران‌قیمت بودن این خدمات و همچنین، تمایل بیماران به این عمل‌ها نسبت به جراحی‌های تهاجمی، بستر گسترده‌ای را برای تقاضای القایی ایجاد کرده است [۴۷، ۴۸].

خدمات سلامت را می‌توان برپایه فوریت یا ضرورت، به خدمات اورژانسی و

1. Medical Treatment

2. Surgical Treatment

3. Minimally Invasive Surgery

خدمات غیراورژانسی، اعم از انتخابی^۱ یا برنامه‌ریزی‌شده، نیز تقسیم کرد. تقاضای القایی در این حالت، به معنای تبدیل و تحمیل خدمات غیراورژانسی‌ای مانند عمل فتق به عنوان عمل اورژانسی به بیمار است. در تقسیم‌بندی دیگری، خدمات به دو دسته بستری یا سرپایی تقسیم می‌شوند. در این حالت، تقاضای القایی به معنای تبدیل خدمات سرپایی به بستری، با انگیزه‌های گوناگونی از جمله افزایش درآمد ارائه‌دهنده خدمت است. خدمات سلامت به خدمات بالینی و پاراکلینیک نیز تقسیم می‌شود که مصداق‌های تقاضای القایی در آن، مشابه موارد بالا است.

۴-۳. بازتعریف مفهوم تقاضای القایی

در این بخش، پس از شناسایی ابعاد و دلایل ایجاد مسئله تقاضای القایی، به منظور رسیدن به مسئله ماهوی، مفهوم تقاضای القایی با استفاده از ادبیات تخصصی مدیریت بازاریابی تعریف خواهد شد. به منظور بازتعریف تقاضای القایی لازم است وجوه تمایز سه اصطلاح «نیاز، خواسته، و تقاضا» تبیین شود. «نیاز^۲»، به معنای احساس محرومیت از الزامات اساسی زندگی انسان‌ها است. این الزامات در میان بسیاری از انسان‌ها همواره ثابت و یکسان است. نیازها شامل خوراک، پوشاک، مسکن، هوا، و با اندکی توسعه، شامل بهداشت، آموزش، احساس امنیت، پیشرفت، و اعتماد به نفس می‌شوند. «خواسته^۳»، فراتر از نیاز و به معنای پاسخ‌های فراوانی است که فرد می‌تواند به یک نیاز خود بدهد. به بیان دیگر، روش‌های برآورده کردن نیازها، همان خواسته‌ها هستند. این پاسخ‌ها می‌تواند تابع دو عنصر فرهنگ و ویژگی‌های شخصیتی باشد؛ به عنوان مثال، یک فرد برای رفع نیاز تشنگی خود، با طیف بسیار گسترده‌ای از نوشیدنی‌ها همچون آب، چای، قهوه، نوشیدنی‌های گازدار، و... روبه‌رو است. از بین این موارد، سرانجام چند مورد با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و شخصیتی فرد- طیف خواسته‌های او را برای رفع نیاز تشنگی تشکیل می‌دهند. اگرچه انسان، خواسته‌های نامحدودی دارد، تنها مواردی

-
1. Elective
 2. Need
 3. Want

را «تقاضا» می‌کند که قادر به تأمین آن‌ها باشد؛ بنابراین، خواسته، زمانی به تقاضا تبدیل می‌شود که شخص، افزون‌بر تمایل به یک خواسته، توانایی تأمین آن را نیز داشته باشد. در مثال پیشین، ممکن است فرد موردنظر با توجه به منابع مالی خود، تنها قادر به خرید آب باشد؛ از این رو، برای رفع نیاز تشنگی، از میان خواسته‌های گوناگونی که این نیاز را برطرف می‌کنند، آب را تقاضا می‌کند. کسب‌وکارها عموماً روی توسعه خواسته‌ها سرمایه‌گذاری و با ارائه پاسخ‌های جدید به نیازهای ثابت، مشتریان را ترغیب به خرید محصولات خود می‌کنند. با توجه به مفاهیم یادشده و بر مبنای یافته‌های پژوهش، تقاضای القایی دارای سه مؤلفه اصلی است:

- ایجاد خواسته یا تقاضا در خدمت‌گیرنده؛
- عدم تطابق این خواسته یا تقاضا با نیاز خدمت‌گیرنده؛
- (غالباً) به‌همراه نوعی ناآگاهی خدمت‌گیرنده.

در مورد مؤلفه نخست می‌توان گفت، در تقاضای القایی معمولاً پزشک «خواسته» را القا و ایجاد کرده و سپس، بیمار با توجه به منابع مالی خود، آن را «تقاضا» می‌کند. مؤلفه دوم بر این نکته تأکید دارد که تقاضای القایی، مطابق با نیاز واقعی خدمت‌گیرنده نیست؛ البته نه به این معنا که این تقاضا صد درصد، کاذب است، بلکه ابعاد و گستره این تقاضا با نیاز واقعی تطابق ندارد و می‌تواند به‌صورت بزرگ‌نمایی یا کوچک‌نمایی آن نیاز واقعی یا افزودن خدمات جدیدی به آن نیاز واقعی، ایجاد شود. مؤلفه سوم نیز بیانگر این حقیقت است که در فرایند ایجاد این تقاضا ممکن است خدمت‌گیرنده به دلیل ناآگاهی‌های خود مورد سوءاستفاده قرار گیرد. هرچند در حیطه عمل، می‌توان انواع گوناگونی از تقاضای القایی را تعریف کرد که مثلاً گاهی به‌جای خدمت‌دهنده، خدمت‌گیرنده ایجاد تقاضا کند - که مصداق‌هایی از آن در بخش پیشین بیان شد - اما این نوع از تقاضای القایی، درصد بسیار اندکی از مصداق‌ها را تشکیل می‌دهد و قابل توجه نیست.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج بسیاری از پژوهش‌ها بیانگر وجود تقاضای القایی در سطوح گوناگون ارائه

خدمات نظام سلامت ایران است. این مسئله، افزون‌بر پیامدهای منفی فرهنگی، اقتصادی، و اجتماعی برای نظام سلامت، برای سلامت جامعه نیز عوارض بالینی دارد. اگرچه تاکنون، اقدامات و سیاست‌های فراوانی برای حل این مسئله دنبال شده است، اما صورت‌بندی ناقص و گاهی نادرست از مسئله، داشتن فرض‌های نادرست، و تعریف محدود مرز مسئله موجب ناکامی بسیاری از این سیاست‌ها شده است. در این پژوهش، ابعاد و علل مسئله تقاضای القایی در نظام سلامت با استفاده از روش‌شناسی ساخت‌دهی به مسئله بررسی و تعریفی عمومی از تقاضای القایی ارائه شد که افزون‌بر نظام سلامت، به حوزه‌ها و صنایع دیگر نیز قابل‌تعمیم است. مؤلفه‌ها و گونه‌شناسی ارائه‌شده در این پژوهش، گستره وسیع‌تری از تقاضای القایی ارائه می‌کند و به‌عنوان مبنایی برای راهبردهای اصلاحی از سوی سیاست‌گذاران و اقتصاددانان سلامت، کاربرد خواهد داشت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، جهت و شدت روابط این عوامل و مؤلفه‌ها مطالعه شود. در حیطه پیشنهادهای عملیاتی این پژوهش نیز بسیاری از ساختارهای کنونی نظام سلامت، مشوق تقاضای القایی هستند (علل ساختاری تقاضای القایی) و افزون‌بر اقدامات بازدارنده و تنظیم مجازات‌های فردی، اصلاح این ساختارها باید در اولویت قرار گیرد.

منابع

۱. الوندی، اعظم. ارزیابی تقاضای القایی در بازار مراقبت‌های سلامت ایران. دانشگاه شاهد. دانشکده پزشکی. ۱۳۹۵.
2. Atella V, Holly A. Disentangling Adverse Selection, Moral Hazard and Supply Induced Demand: An Empirical Analysis of the Demand for Healthcare Services. SSRN Journal. 2016.
3. Schneider B. CityLab University: Induced Demand; 2018.
4. Johnson EM. Physician-Induced Demand. Encyclopedia of Health Economics. 2014: 77-82.
5. Bickerdyke I, Dolamore R, Monday I, Preston R. Supplier induced demand for Medical services: Productivity Commission Staff Working Paper; 2002.
۶. وتر، سوفی. پوررضا ابوالقاسم (م). اقتصاد بهداشت: برای کشورهای در حال توسعه. مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی. ۱۳۸۳
7. Izumida N, Urushi H, Nakanishi S. An empirical study of the physician-induced demand hypothesis: The cost function approach to medical expenditure of the elderly in Japan. Rev Popul Soc Policy. 1999; 8: 11-25.
۸. اخوان بهبهانی، علی. اسماعیلی، ایرج. تقاضای القایی پزشکی از سوی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در ایران (سیاست‌گذاری و کنترل). مجلس و راهبرد. ۱۳۹۷؛ ۲۵(۹۶).
۹. سلطانی، علی. بحرانی‌فرد، زهرا. توسعه معابر درون‌شهری: راه‌حل یا تشدید مشکل ترافیک. راهور. ۱۳۹۰؛ ۱۶(۸): ۳۵-۴۸
10. van der Loop H, Haaijer R, Willigers J. New Findings in the Netherlands about Induced Demand and the Benefits of New Road Infrastructure. Transportation Research Procedia. 2016; 13: 72-80.
11. Kotler P, Keller KL. Marketing management. 14th ed. Upper Saddle River

- N.J.: Prentice Hall. 2012.
۱۲. ابراهیمی، عبدالحمید. شناختی از هشت الگوی بازاریابی. مطالعات مدیریت، بهبود و تحول. ۱۳۷۲؛ ۱۲(۳): ۶۹،-۸۴
13. MacGregor AMC, MacGregor CC. Economic theory and physician behavior in bariatric surgery. *Obesity surgery*. 2000; 10(1): 4-6.
۱۴. گل خندان، ابوالقاسم. فتح‌اللهی، الهام. ارائه و آزمون الگویی برای تبیین تقاضای القایی پزشکی در ایران. مدیریت بهداشت و درمان. ۱۳۹۵؛ سال هفتم: ۲۹،-۴۰
15. Dranove D, Wehner P. Physician-induced demand for childbirths. *Journal of Health Economics*. 1994; 13(1): 61-73.
16. Sekimoto M, Ii M. Supplier-induced demand for chronic disease care in Japan: multilevel analysis of the association between physician density and physician-patient encounter frequency. *Value in health regional issues*. 2015; 6: 103-10.
۱۷. خراسانی، الهه. ادراک مدیران و صاحب‌نظران از مفهوم تقاضای القایی در خدمات سلامت شهر اصفهان. دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی. ۱۳۹۱.
۱۸. ورهرامی، ویدا. بررسی تقاضای القایی پزشکی. مدیریت بهداشت و درمان. ۱۳۸۹؛ ۴- (۲): ۳۷،-۴۲
۱۹. کیوان‌آرا، محمود. کریمی سعید. خراسانی، الهه. جعفریان‌جزی، مرضیه. دیدگاه صاحب‌نظران سیستم سلامت درباره علل کلان مؤثر بر تقاضای القایی: یک مطالعه کیفی. حکیم. ۱۳۹۲؛ سال شانزدهم (۴): ۲۸،-۳۱۷
20. Henderson JW. Health economics and policy (with economic applications). Cengage Learning. 2012.
۲۱. عبدلی، قهرمان. نظریه القای تقاضا ناشی از عدم تقارن اطلاعات بین بیماران و پزشکان. تحقیقات اقتصادی. ۱۳۸۴؛ ۶۸(۳۴): ۹۱،-۱۱۴
22. Yuda M. Medical Fee Reforms, Changes in Medical Supply Densities, And Supplier-Induced Demand: Empirical Evidence from Japan. 2013.
۲۳. درزی‌رامندی، سجاد. شهنازی، روح‌الله. ابوترابی، مینا. نیاکان، لیلی. کاوسی، زهرا. فرضیه تقاضای القایی پزشکان در ایران: تأثیر تراکم پزشکان بر هزینه درمان. پژوهشنامه بیمه. ۱۳۹۶؛ ۱۲۸(۳۲): ۱-۲۰. (داده‌های اصلاح‌شده و به‌روز براساس: data.worldbank.org).
۲۴. کیوان‌آرا، محمود. کریمی. سعید. خراسانی، الهه. جعفریان‌جزی، مرضیه. شناخت نقش بیماران در تقاضای القایی از دیدگاه صاحب‌نظران؛ یک مطالعه کیفی. تحقیقات کیفی در علوم سلامت. ۱۳۹۲؛ سال دوم (۴): ۳۳۶-۴۵.
25. Bardey D, Lesur R. Optimal regulation of health system with induced demand and ex post moral hazard. *Annales d'Economie et de Statistique*.

2006: 279-93.

۲۶. صوفی، مسلم. بازاریار، محمد. رشیدیان، آرش. انواع مخاطرات اخلاقی و پیامدهای آن بر بازار بیمه و نظام سلامت. بیمارستان. ۱۳۹۱؛ سال یازدهم(۳): ۷۳-۸۰.
27. Karimi S, Khorasani E, Keyvanara M, Afshari S. Factors affecting physicians' behaviors in induced demand for health services. *International Journal of Educational and Psychological Researches*. 2015; 1(1): 43.
۲۸. نصیب‌پرست، سیما. پناهی، حسین. ایمانی، علی. عوامل تعیین‌کننده مدت‌زمان ویزیت بیمار توسط متخصصین زنان در استان آذربایجان شرقی با تأکید بر تقاضای القایی پزشک: رویکرد مدل‌سازی خطی سلسله‌مراتبی (HLM). *نظریه‌های کاربردی اقتصاد*. ۱۳۹۷. ۱۷(۵): ۱۲۷-۴۸.
29. Carlsen F, Grytten J. Consumer satisfaction and supplier induced demand. *Journal of Health Economics*. 2000; 19(5): 731-53.
30. Richardson JRJ, Peacock SJ. Supplier-Induced Demand. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2006; 5(2): 87-98.
31. Mohamadloo A, Zarein-Dolab S, Ramezankhani A, Salamzadeh J. The main factors of induced demand for medicine prescription: A qualitative study (winter 2019). *Iranian Journal of Pharmaceutical Research*. 2018.
32. Yang H, Liu Y. Development and Research of Supplier Induced Demand Theory. *Chinese Health Economics*. 2017; 36(8): 12-5.
33. Bakhnivskiy V, Furman F. Physicians induced demand in the primary health care level. *Wiadomosci lekarskie (Warsaw, Poland)*. 2018; 71(7): 1385-91.
34. Dunn WN. *Public policy analysis*. Fifth edition. London, New York: Routledge. 2016.
۳۵. خاوندی‌زاده اقدم، سیما. کاظم‌زاده، رافت. نیکجو، رویا. تأثیر حمایت مامای همراه در لیبر بر طول مدت زایمان در زنان با حاملگی اول. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*. ۱۳۹۴. ۱۸(۱۵۰): ۱۳-۸.
۳۶. احمدی افشار، زهرا. بررسی تأثیر حمایت مداوم ماما در طی لیبر و زایمان بر شدت درد زایمان. *دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*. ۱۳۸۹. سال نهم(۴): ۲۹۳.
۳۷. آزاد، نجمه. موسوی، مهسا سادات. اثربخشی بالینی خدمات مامای همراه در مراقبت از زنان باردار (مروری سیستماتیک). ۱۳۹۶. اولین همایش منطقه‌ای توسعه علوم پرستاری و مامایی با محوریت خدمات مراقبتی جامعه‌نگر.
۳۸. مصدق‌راد، علی محمد. اصفهانی، پروانه. اقامت غیرضروری بیماران در بیمارستان‌های ایران: مرور نظام‌مند و متاآنالیز. *مجله علمی پزشکی جندی‌شاپور*. ۱۳۹۷. ۱۷(۵):

۵۲۹-۵۴۴

۳۹. محفوظ‌پور، سعاد. زارعی، احسان. محرابی، یدالله. اشکوری، نرجس. ارزشیابی میزان پذیرش و بستری غیرضروری و برآورد بار مالی مستقیم آن: مطالعه‌ای در بخش‌های داخلی بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی البرز. نشریه مدیریت ارتقای سلامت. ۱۳۹۶؛ ۶(۵).
۴۰. صادقی، ابوذر. کشاورز، خسرو. احمدزاده، مهدیه السادات. یوسفی، علیرضا. بررسی میزان مقتضی بودن خدمات MRI ارائه‌شده در بیمارستان شهید چمران شیراز در سال ۱۳۹۳. تحقیقات سلامت در جامعه. ۱۳۹۴؛ ۱(۳): ۳۳-۴۰.
41. Noronha JCD, Travassos C, Martins M, Campos MR, Maia P, Panezzuti R. Volume and quality of care in coronary artery bypass grafting in Brazil. *Cadernos de saude publica* 2003; 19(6): 1781-9.
42. Gansler T, Henley SJ, Stein K, Nehl EJ, Smigal C, Slaughter E. Sociodemographic determinants of cancer treatment health literacy. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*. 2005; 104(3): 653-60.
43. Blaskiewicz R. The Big Pharma conspiracy theory. *Medical Writing*. 2013; 22(4): 259-61.
44. Hemingway H, Crook AM, Rex Dawson J, et al. Rating the appropriateness of coronary angiography, coronary angioplasty and coronary artery bypass grafting: the ACRE study. *Journal of Public Health*. 1999; 21(4): 421-9.
45. Wiseman CS, Kiehl EM. Picture perfect: benefits and risk of fetal 3D ultrasound. *MCN, the American Journal of Maternal/Child Nursing*. 2007; 32(2).
۴۶. بلادیان، سید احسان. حاتمی، حسین. کتاب جامع بهداشت عمومی: جلد ۳، فصل ۱۴، گفتار ۱۵. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۵.
۴۷. محمدشاهی، ماریتا. ارائه مدل مفهومی تقاضای القایی پزشکی و پایلوت آن برای آنژیوگرافی عروق کرونر. مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت. ۱۳۹۸.
۴۸. عسگری، حامد. خالصی، نادر. نصیری‌پور، امیراشکان. زیاری، رضا. نقش بیمه‌ها بر تقاضای القایی در بیماران قلبی عروقی. فصلنامه بیمه سلامت ایران. ۱۳۹۹؛ ۳(۱).

بخش دوم: تحلیل راهبردی

مقاله‌های این بخش، برآمده از بصیرت حاصل از مطالعه، پژوهش، یا اقدام‌های عملیاتی است، ولی شیوه نگارش و بیان در قالب مقاله علمی نیست. در این حالت درواقع، ترجمه دانش اکتسابی در مورد یک مسئله خاص ارائه می‌شود.

استثمار، امید، و فساد در نظام سلامت^۱

کامران باقری لنگرانی

استاد ممتاز دانشگاه علوم پزشکی شیراز، عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی، شیراز، ایران،

lankaran@sums.ac.ir

چکیده

«امید»، یکی از ارکان مهم کیفیت زندگی، و حفظ آن، از الزامات درمان بیماران است، اما توقعات غیرواقعی می‌تواند زمینه‌ساز امیدهای کاذب و بهره‌کشی باشد. این بهره‌کشی گاهی در سطح خرد مانند تجویز جراحی یا خدمت بی‌فایده رخ می‌دهد و گاه در سطح کلان، نظیر بازاریابی برای یک دار یا یک وسیله پزشکی. بررسی ریشه‌های این مسئله و تفکیک امید واقعی و آرزوی کاذب، می‌تواند به رفتار شایسته در برابر این وضعیت کمک کند.

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۰۶

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۹/۲۱

فصلنامه راهبرد سلامت و بهداشت، سال ۱، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰، صص ۱۴۷-۱۵۶

مقدمه

ماهیت استثمار، استفاده از نقاط ضعف و نیاز استثمارشونده برای منافع استثمارگر است. این استفاده همیشه بد نیست و به نوعی، بنیان تعاملات اجتماعی است، اما اگر چنین استفاده‌ای برپایه عدالت و با حفظ حقوق متقابل نباشد، ناپسند به شمار می‌آید.

در بند آخر اصل دوم قانون اساسی جمهوری اسلامی تأکید شده است: «جمهوری اسلامی، نظامی است برپایه ایمان به کرامت و ارزش والای انسان و آزادی توأم با مسئولیت او در برابر خدا که از راه نفی هرگونه ستمگری و ستم‌کشی و سلطه‌گری و سلطه‌پذیری، قسط و عدل و استقلال سیاسی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، و همبستگی ملی را تأمین می‌کند».

نفی استثمار و بهره‌کشی، از اصول فطری همه انسان‌ها است، اما در عمل، بسیاری از آنچه در جهان واقعی رخ می‌دهد، نوعی بهره‌کشی است. کارگرانی که با کمترین دستمزد کار می‌کنند و بیمه ندارند، اما برای همین دستمزد ناچیز، داوطلبانه به کارفرما مراجعه و تقاضای کار می‌کنند، از نمونه‌های آشکار این بهره‌کشی پنهان در اقتصاد روزمره جهان هستند. آدام اسمیت، این بهره‌کشی را به دلیل داوطلبانه بودن و فایده دوسویه توجیه می‌کند، اما بی‌عدالتی و سوءاستفاده از نیاز طرف مقابل، زشتی آن را در برابر هر انسان آزاده‌ای آشکار می‌کند.

استثمار ممکن است در تعامل رخ دهد؛ به گونه‌ای که حق و حقوق کسی پرداخت نشود، یا به صورت ساختاری وجود داشته باشد؛ به گونه‌ای که اصولاً برای گروهی حقی قائل نباشند. اعتقاد مارکس این بود که استثمار در ساختار نظام

سرمایه‌داری نهادینه است. بن‌مایه اندیشه مارکس، مقابله با بهره‌کشی و استثمار کارگران و جایگزین کردن نقش محوری برای کار به‌جای سرمایه بود، اما در عمل، در کشورهای مارکسیستی، انواع دیگر بهره‌کشی رخ داد که سرانجام، به فروپاشی این اندیشه و نظام‌های سیاسی مبتنی بر آن انجامید.

استثمار به عرصه اقتصادی منحصر نیست. حتی در دانشگاه‌ها نیز شواهدی وجود دارد که نوعی بهره‌کشی دانشگاهی در انجام پژوهش‌ها نهادینه شده و انقیاد ظاهری، مانع اعتراض پنهانی به آن نشده است؛ به‌گونه‌ای که یکی از علل مهاجرت در برخی از دانشگاه‌ها، شدت این بهره‌کشی و جلوگیری از رشد مستقل پژوهشگران جوان بوده است؛ هرچند برخی از اعضای هیئت علمی جوان دیروز، که خود معترض به گذشتگان بوده‌اند، امروز خود از استثمارگران شده و از همدستی، به محوریت در بهره‌کشی دانشگاهی رسیده‌اند.

آن ورتهایمر در کتاب «استثمار» - که در سال‌های پایانی قرن گذشته منتشر شد - نگاه متفاوتی به بهره‌کشی را رقم زده و با بیان نمونه‌های واقعی، برخی از جنبه‌های اخلاقی در بهره‌کشی‌ها را گزارش و تلاش کرده است این موضوع را با جستاری فلسفی گره‌گشایی کند [۱]. او در این کتاب، به‌طور مشخص، نقش امیدهای کاذب در گسترش استثمار را که حتی افراد، داوطلبانه خود را به استثمار می‌سپارند، بررسی کرده است. خانم ادریان مارتین، از نویسندگان دیگری است که در مورد زمینه‌های بهره‌کشی در خدمات سلامت و اثر امیدهای کاذب، قلم زده است [۲].

در این نوشتار، با توجه به منابع موجود، تلاش شده است زمینه‌های بهره‌کشی در خدمات سلامت و ارتباط آن با امید واقعی و آرزوهای کاذب و فساد بررسی شود.

۱. روش پژوهش

برای گردآوری داده‌های این نوشتار، منابع علمی در پایگاه‌های نمایه‌برداری شامل "scopus"، "google scholar"، "با کلیدواژه‌های "exploitation"، "corruption" بررسی و مقاله‌های مرتبط، استخراج و استفاده شده‌اند. سپس،

مطالب گردآوری شده، با توجه به تجربه‌های نگارنده، دسته‌بندی و جمع‌بندی شده‌اند.

۲. استثمار در پژوهش‌های پزشکی

بهره‌کشی همواره یکی از نگرانی‌های مهم پژوهش‌های پزشکی بوده است. یکی از تلخ‌ترین و درعین حال درس‌آموزترین پژوهش‌های غیراخلاقی، اقدام دولت فدرال آمریکا در «توسکجی آلاباما» بود که به مدت چهل سال از سال ۱۹۳۴، مردان سیاه‌پوست مبتلا به سفلیس را از درمان محروم کردند تا سیر طبیعی بیماری را ببینند [۳]. حاصل این پژوهش فدرال، مرگ و معلولیت‌های ماندگاری، از جمله کوری و انواع فلج‌ها در مردان مورد مطالعه و بیماری همسران و فرزندان آن‌ها بود. به‌ظاهر، همه افراد برای مطالعه رضایت داده بودند، اما در واقع، در مورد هدف مطالعه به آن‌ها دروغ گفته و به تعهداتی که درباره درمان و بیمه و حمایت مالی از شرکت‌کنندگان مطالعه داده شده بود، عمل نکرده بودند و به‌ازای شرکت در معاینات، تنها وعده‌های غذای رایگان به آن‌ها داده می‌شد. پژوهش درباره این تجربه تلخ، به تدوین قوانین گوناگونی برای رعایت حقوق آزمودنی‌ها منجر شد.

دریافت رضایت آگاهانه، اولویت منفعت بیمار، و عدالت، از مبانی اخلاقی پژوهش‌های پزشکی است. برپایه گزارش سال ۲۰۱۷ فرهنگستان علوم پزشکی ایالات متحده آمریکا، هنوز هم در برخی از پژوهش‌هایی که دولت فدرال آن‌ها را تأمین مالی می‌کند، این اصول، به‌ویژه اصول عدالت و منفعت آزمودنی، به‌درستی رعایت نمی‌شود و به‌ویژه اقلیت‌های نژادی، مورد بهره‌برداری نادرست قرار می‌گیرند [۴].

خودمختاری در تصمیم‌ها و دریافت رضایت آگاهانه به‌تنهایی ضامن تصمیم‌گیری درست نیست. اگر هنگام دریافت رضایت آگاهانه برای پژوهش، تجربی بودن درمان یا آسیب‌های احتمالی توضیح داده نشود، ممکن است به‌راحتی و به‌گونه‌ای هدفمند از خودمختاری فرد سوءاستفاده شود.

۳. استثمار در درمان

انسان‌ها می‌توانند خود را فریب دهند یا فریب بخورند و همین امر باعث شود که تصمیم‌های غیرمعقولی بگیرند [۵]. حتی اگر آسیب‌های این تصمیم‌ها به آن‌ها توضیح داده شود، هنگامی که تمایل برای دستیابی به یک هدف قوی باشد، اغلب آن‌ها حاضر به پذیرش این آسیب‌ها می‌شوند؛ به‌عنوان مثال، فردی که مبتلا به سرطان پیشرفته است، ولی آمادگی مرگ را به هر دلیلی ندارد، به‌راحتی هر درمان مخاطره‌آمیزی را به خیال افزایش طول عمر می‌پذیرد و با این تصور خود را در معرض هر مخاطره‌ای قرار می‌دهد و حاضر می‌شود حتی با پرداخت بهای سنگینی برای درمان، خود را در معرض فقر و ورشکستگی یا به‌اصطلاح، هزینه‌های کمرشکن سلامت قرار دهد.

نقش رسانه‌ها در تشدید این خواهندگی بسیار آشکار است. هنگامی که هر پیشرفت اندکی به‌عنوان امید در درمان یک بیماری مطرح شود، بالطبع تشدید خواهندگی برای آن درمان را در پی خواهد داشت.

شیوه بیان اطلاعات در این زمینه بسیار اثرگذار است؛ هنگامی که گفته شود دارویی طول عمر را زیاد می‌کند، اما کیفیت زندگی در ایام اضافه‌شده یا مقدار آن بیان نشود یا درصد افرادی که در آن‌ها این افزایش عمر رخ می‌دهد یا در مقابل درصد احتمالی تسریع مرگ در عده‌ای از افراد مورد مطالعه اطلاع داده نشود و تنها به اعلام بهبود میانگین افزایش عمر بسنده شود، نوعی فریب رخ داده است که می‌تواند به اشتباه پزشکان یا دریافت‌کنندگان خدمت بینجامد. حتی در بسیاری از مواقع در مقاله‌های علمی منتشرشده، چنین اطلاعاتی به‌صراحت بیان نمی‌شود. این فقدان اطلاعات عمیق در منابع عام، به‌ویژه اینترنت و شبکه‌های اجتماعی، بیشتر است و در صورت وجود این اطلاعات یا اشاره‌هایی به آن‌ها، اغلب، سواد سلامت کافی برای درک آن وجود ندارد.

همه این‌ها دست به دست هم می‌دهند تا نوعی خواهندگی کاذب برای برخی درمان‌ها و داروهای جدید به‌وجود بیاید؛ درحالی‌که شواهد کافی برای آن‌ها وجود ندارد.

این خواهندگی به افزایش قیمت‌ها می‌انجامد و در کشوری مانند ایران، قیمت داروی واقعی قاچاق بالا می‌رود؛ دولت مجبور می‌شود یارانه سنگینی برای آن پردازد و متقلبان، داروی تقلبی را با قیمت گزاف بفروشند!

ماجرای سی‌هزار نفری که در اوایل همین قرن به دلیل سرطان پیشرفته پستان با شیمی‌درمانی و پرتودرمانی قوی و سپس، پیوند مغز استخوان درمان شدند، ولی عمر بسیاری از آن‌ها کوتاه‌تر و بی‌کیفیت‌تر شد و در مجموع، بدون هیچ منفعتی، حتی زیان‌های فراوانی هم برای بیماران و اقتصاد سلامت در پی داشت، این درس مهم را می‌آموزد که روش‌های درمانی نباید پیش از آنکه امتحان خود را در عمل نشان دهند، با تکیه بر پژوهش‌های کوچک غیردقیق، برای درمان بیماران استفاده شوند [۶].

بیماری‌های شدیدی که درمانی برای آن‌ها وجود ندارد، به‌ویژه در مراحل پایانی، کمینگاه بهره‌کشی برای درمان‌های غیرمفید یا حتی زیانبار هستند. برخی از این کمینگاه‌ها در جدول شماره (۱) مشخص شده‌اند.

در برابر این بیماری‌های صعب‌العلاج، سوءاستفاده‌کنندگان معمولاً برای سودجویی، درمان‌های جذابی را معرفی می‌کنند که با ظاهری علمی، بیماران یا خانواده آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده و آن‌ها را به گرفتن تصمیم‌های غیرمعقول برای هزینه‌های بیهوده ترغیب می‌کند. عنوان برخی از این درمان‌ها در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. مصداق‌هایی از زمینه‌های سوءاستفاده از امید

نوع زمینه سوءاستفاده		برخی از مصداق‌ها
بیماری‌ها	درمان‌ها	
مرگ مغزی نارسایی ارگان‌ها سرطان پیشرفته نازایی بیماری‌های ژنتیک قطع عضو بیماری‌های مزمنی که به درمان‌های عادی جواب ندهاند یا درمان ندارند معلولیت‌های مزمن بیماری‌های حاد بدون درمان مستند مانند کووید ۱۹	درمان با سلول‌های بنیادی درمان با داروهایی که در مرحله تحقیق هستند جراحی‌های وسیع شیمی‌درمانی پرتودرمانی طب مکمل پیوند ساده‌سازی درمان با داروها یا اقدامات در دسترس	

گفتنی است، در این زمینه، همیشه با افراد سودجویی روبه‌رو نیستیم که در پی کسب منافع مادی و بهره‌برداری از ناآگاهی و درعین‌حال، امید کاذب بیماران و بستگان آن‌ها هستند. گاهی این درمان‌های نادرست و پرهزینه به‌دلیل باور اشتباه درمانگرانی انجام می‌شود که خودشان نیز قربانی اطلاعات نادرست شرکت‌های دارویی یا شرکت‌های عرضه‌کننده تجهیزات پزشکی هستند.

در موارد دیگری، خواهندگی بیماران و بستگان که طالب انجام هرگونه کاری برای بیمار هستند، درمانگر را به تجویز درمان‌های بی‌اثر و گاه زیانبار وامی‌دارد. امروزه دسترسی بیشتر مردم به اطلاعات پزشکی، بازار مکاره‌ای را برای جلب نظر مشتری به کالاها و خدمات، به‌وجود آورده است و مردم عادی بدون اینکه از زیان‌ها یا محدودیت‌های یک روش درمانی آگاه باشند، تنها به‌دلیل ادعای موفقیت ارائه‌کنندگان درمان، خواهان آن می‌شوند. در این شرایط، اگر درمانگری این خدمت را ارائه نکند، برچسب نادانی، به‌روز نبودن، یا بی‌توجهی به سرنوشت بیمار را به او می‌زنند؛ برچسب‌هایی که بر شهرت حرفه‌ای و مراجعات بعدی بیماران دیگر تأثیرگذار است و همین امر باعث می‌شود که بسیاری از درمانگران نتوانند در برابر این درخواست‌های غیرمنطقی مقاومت کنند؛ به‌ویژه اینکه اکنون رضایت بیمار یکی از محورهای ارزیابی درمانگران به‌شمار می‌آید.

۴. امید واقعی یا کاذب

امید به‌معنای اعتماد، توقع، چشم‌داشت، و انتظار رخداد امری شادی‌بخش، باعث بهبود کیفیت زندگی می‌شود. جایگاه امید در باورهای دینی و نکوهش ناامیدی در منابع دینی، بحث گسترده و عمیق صاحب‌نظران دینی را می‌طلبد، اما روشن است که ناامیدی، به‌ویژه در بیماران، سبب تشدید بیماری و عدم همکاری آن‌ها در دریافت خدمات لازم می‌شود. در مقابل، امید کاذب بستن به درمان‌های غیرمؤثر و حتی زیانبار، می‌تواند افزون‌بر تحمیل هزینه‌های فراوان به فرد و نظام سلامت، سبب کاهش کیفیت زندگی و حتی مرگ زودرس شود؛ به‌ویژه اگر این درمان‌ها فرد را از دریافت درمان استاندارد محروم کند.

تفکیک این دو موضوع، همیشه ساده نیست. به‌نظر می‌رسد، باید نگاهی

متعادل به این عرصه داشته باشیم. با پشتوانه اعتقاد به غیب، همیشه می‌توان به رحمت الهی امیدوار بود، اما درعین حال باید محدودیت‌های درمان‌های فعلی را شناخت و از اقدامات بیهوده‌ای که بی‌تأثیری یا زیانبار بودن آن اثبات شده است، پرهیز کرد. نقش درمانگران در توجیه بیماران و بستگان آنها و آگاه‌سازی در این مورد، بسیار مهم است. نباید با سخنان غیرواقعی به این امیدهای کاذب دامن زد و زمینه‌ساز بهره‌کشی شد.

البته می‌توان برخی درمان‌های تجربی را به بیماران صعب‌العلاج معرفی کرد که آسیب آنها اثبات نشده و هنوز درحال مطالعه هستند، اما باید آسیب‌های احتمالی و اطمینان نداشتن از تأثیر آنها نیز آشکارا بیان شود؛ وگرنه شائبه فریب بیمار وجود خواهد داشت. همچنین، لازم است که بحث هزینه و دامنه تأثیر به‌وضوح تبیین شود؛ به‌عنوان مثال، دارویی که در پژوهش‌های تجربی، حداکثر پنج ماه بقای بیمار را افزایش می‌دهد و در این مدت هم او را درگیر عوارض شدید می‌کند، نباید به‌عنوان دارویی معرفی شود که عمر بیمار را افزایش می‌دهد، بلکه باید اطلاعات کامل و دقیقی در این‌باره داده شود. میزان هزینه دارو نیز برای خانواده‌ها بسیار مهم است تا بتوانند با توجه به هزینه، اثربخشی، و شرایط مالی خود تصمیم بگیرند.

۵. چالش‌های درمانگران

در بالا به برخی از چالش‌هایی اشاره شد که درمانگران برای تصمیم‌گیری در بیماران صعب‌العلاج با آن روبه‌رو هستند؛ ازجمله اینکه اطلاعات نادرستی به آنها داده شده باشد یا تحت فشار بیماران و بستگان در نظام درمانی مشتری‌محور به گرفتن تصمیم‌هایی مجبور شوند که تنها مبتنی بر جلب رضایت مشتری است نه کیفیت و درستی تصمیم.

در اینجا باید به موضوع تعارض منافع نیز توجه شود. هنگامی که درمانگر برای خرید یک دستگاه، سرمایه‌گذاری کرده یا در شرکت تولیدکننده دارویی سهام دارد، به‌صورت طبیعی، به ارجاع برای استفاده از آن دستگاه یا تجویز آن دارو تمایل دارد. خودارجاعی یا ارجاع در برابر پول، از مواردی است که باید در

مقررات پزشکی به آن توجه شود. همچنین، اعلام عمومی وابستگی‌های مالی هر پژوهشگر یا درمانگر می‌تواند تا حدی به آگاه‌سازی عمومی در مورد احتمال سوگیری در تصمیم‌گیری‌ها کمک کند.

مسئله دیگر، وقت کم درمانگران برای تعامل با بیماران است. در شرایطی که تعرفه‌های مرتبط با تعامل با بیماران، مانند تعرفه ویزیت پایین، ولی تعرفه خدمات دیگر مثل جراحی یا انجام اکوکاردیوگرافی یا آندوسکوپی بالا است، تمایل به وقت‌گذاری برای توجیه بیماران و بستگان کم خواهد بود و به‌نوعی، تسلیم شدن در برابر درخواست‌های مصرانه، ولی غیرمنطقی رخ خواهد داد.

بحث و نتیجه‌گیری

«امید»، یکی از ارکان مهم کیفیت زندگی بیماران است، اما دامن زدن به توقعات غیرواقعی و تحریک خواستگی برای درمان‌های بی‌تأثیر یا زیانبار، یکی از تخلفات پزشکی به‌شمار می‌آید. این تخلف، گاهی در سطح خرد مثل تجویز یک عمل جراحی بی‌تأثیر یا حتی زیانبار رخ می‌دهد و گاهی در سطح کلان، مانند بازاریابی برای یک محصول دارویی یا تجهیزات پزشکی بروز می‌کند. برخورد با همه این موارد باید در دستورکار نظام‌های سلامت باشد که بخشی از این برخورد، آگاه‌سازی مردم و همراه کردن آنهاست.

پاسخ به درخواست‌های غیرمنطقی بیماران و آگاه‌سازی آنها، نیازمند توانمندسازی درمانگران و حمایت از آنها است و مقاومت در برابر این درخواست‌ها، تنها وظیفه فردی درمانگر نیست.

منابع

1. Wertheimer A. Exploitation: Princeton University Press. 1996; 888-91 p.
2. Fredericks R. How We Hope: A Moral Psychology, by Adrienne M. Martin. Mind. 2016; 125(499): 906-9.
3. White RM. Unraveling the Tuskegee Study of Untreated Syphilis. Archives of internal medicine. 2000; 160(5): 585-98.
4. National Academies of Sciences E, Medicine. Fostering Integrity in Research. Washington, DC: The National Academies Press; 2017. p.326 .
5. Martin A. Hope and Exploitation. Hastings Center Report. 2008; 38(5): 49-55.
6. Howard DH, Kenline C, Lazarus HM, Lemaistre CF, Maziarz RT, McCarthy PL, Jr., et al. Abandonment of high-dose chemotherapy/hematopoietic cell transplants for breast cancer following negative trial results. Health Serv Res. 2011; 46(6pt1): 1762-77.

پیش‌بینی‌پذیری؛ اثربخشی بیشتر، فساد کمتر^۱

منصوره صباغ

نویسنده مسئول، داروساز، دستیار تخصصی اقتصاد و مدیریت دارو، گروه اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران mansoureh.sabbagh@gmail.com

عباس کبریایی‌زاده

استاد دانشگاه، مدیر گروه اقتصاد و مدیریت دارو، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

«حکمرانی خوب»^۲، هدف هر سازمان کوچک و بزرگ است و برای رسیدن به آن می‌توان از ابزار گوناگونی بهره جست. این ابزار می‌تواند با جلوگیری از فساد و انجام درست فرایندها به اثربخش‌تر شدن سازمان کمک کرده، رسیدن به هدف حکمرانی خوب را میسر کند.

در این پژوهش در میان ابزارهای موجود، به «پیش‌بینی‌پذیری» پرداخته شده است که شاخص‌های گوناگونی دارد. داده‌های گوناگونی در فرایندهای روزانه تولید می‌شوند که می‌توانند در تحلیل، الگوسازی، و پیش‌بینی‌پذیری به مدیران و تصمیم‌گیران کمک کنند. از آنجاکه دنیای امروز، با عدم قطعیت‌های بسیاری روبه‌رو است، هر ابزاری که بتواند شرایط پیش‌رو را پیش‌بینی‌پذیر کند، سازمان را به‌سوی اثربخشی بیشتر و کاهش فسادهای محتمل، هدایت می‌کند.

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۹/۰۹

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۸/۲۸

فصلنامه راهبرد سلامت و بهداشت، سال ۱، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰، صص ۱۵۷-۱۷۰

۱. این یک مقاله دسترسی آزاد تحت مجوز/CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>) است.

مقدمه

در این مقاله ابتدا این موضوع را بررسی می‌کنیم که چه مؤلفه‌هایی برای یک سازمان، ایدئال هستند (تعریف حکمرانی خوب) و سپس، فساد را که یکی از عوامل برهم‌زننده حکمرانی خوب و اهداف سازمان است، و اینکه چگونه پیش‌بینی‌پذیری می‌تواند به کمک مدیران بیاید تا سازمانشان را با کمترین فساد ممکن به حکمرانی خوب نزدیک کنند، مطالعه خواهیم کرد. بی‌تردید، پیش‌بینی‌پذیری، تنها یکی از عواملی است که می‌تواند به بهینه‌سازی تصمیم‌ها و مدیریت و جلوگیری از فساد کمک کند و لازم است که چارچوب‌ها و زمینه‌های لازم دیگری، در کنار پیش‌بینی‌پذیری، برای حکمرانی خوب به سیاست‌گذار کمک کنند.

۱. حکمرانی خوب

حکمرانی خوب، یکی از الگوهای تعالی حاکمیتی در عصر پیش‌رو است که می‌تواند روشی برای سنجش حاکمیت‌ها باشد. تعریف حکمرانی خوب در گذشته، منحصر به سیاست‌گذاری و بهبود کیفیت مدیریت بخش‌های عمومی بود و مفاهیمی مانند شفافیت، مسئولیت‌پذیری، مشارکت، و پیش‌بینی‌پذیری، بعدها به آن اضافه شد. حکمرانی خوب بر روابط همکاری و حمایت‌گرانه بین دولت، جامعه مدنی، و بخش خصوصی دلالت دارد [۱]. با توجه به تعریف یادشده، شفافیت و پیش‌بینی‌پذیری، بخشی از الگوی حکمرانی خوب به‌شمار می‌آید. برای تنظیم الگوی مناسبی برای سنجش تعالی حاکمیت، باید این مفاهیم را در کنار موارد دیگری که بستر موردنظر ایجاب می‌کند، به کار گرفته شوند.

۲. فساد در نظام سلامت

شفافیت بین‌الملل، «فساد» را سوءاستفاده از قدرت برای منافع شخصی تعریف کرده است. فساد، زمانی رخ می‌دهد که مقامات دولتی دارای اختیارات شغلی، به‌جای استفاده از این اختیار در راستای منافع عمومی، موقعیت و قدرت خود و نزدیکانشان را ارتقا دهند. در مقاله ویان [۲]، چارچوبی برای فساد در نظام سلامت ارائه شده است. یکی از دلایل اینکه افراد، دچار فساد می‌شوند، فراهم بودن شرایط رخ دادن آن است و بالطبع با از بین بردن این شرایط می‌توان مانع وقوع آن شد. نویسنده از «مونوپلی» (انحصار و انحصارگرایی)، اختیارات، نحوه اجرای قوانین، میزان شفافیت، و... به‌عنوان شرایط امکان بروز فساد یاد کرده است.

از آنجاکه شفافیت به مستندسازی و انتشار اطلاعات کمک می‌کند، می‌تواند به‌عنوان یکی از اقدامات ضدفساد مطرح شود. گردآوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل راهبردها، در ایجاد سیاست‌های ضدفساد مبتنی بر شواهد به سیاست‌گذار کمک می‌کند. سیاست‌گذاران با داشتن این اطلاعات می‌توانند اجزایی را که باعث ایجاد فساد می‌شوند، اصلاح کنند [۲]؛ به‌عنوان مثال، در آرژانتین، یک سامانه مانیتورینگ قیمت را برای ۳۳ بیمارستان راه‌اندازی و قیمت‌ها را به‌صورت عمومی اعلام کردند؛ پس از این کار، متوسط قیمت‌ها تا ۱۲ درصد کاهش پیدا کرد [۲].

در کرواسی، آیین‌نامه‌هایی پیشنهاد شد که بیمارستان‌ها را ملزم می‌کرد، فهرست‌های انتظار بیماران را اعلان عمومی کنند. با این کار، تا حد زیادی از رشوه دادن بیماران به پزشکان برای پرش از صف جلوگیری شد [۲].

در ایران نیز نمونه‌هایی را می‌توان به‌عنوان سیاست‌های شفافیت ضدفساد نام برد: ثابت بودن قیمت داروها در همه محل‌های عرضه مانند داروخانه و بیمارستان، ارائه داروهای مخدر با پروتکل مشخص در بیمارستان‌ها و معاونت‌های غذا و دارو، ثبت الکترونیکی نسخه‌های بیمه، ثابت بودن پوشش بیمه برای هر نوع بیمه، شفاف بودن روند کار بیمه‌ها، و...، اما اگر روندهای شفاف یادشده در کنار سیاست‌های ضدفساد دیگر قرار نگیرند، ممکن است با شکست روبه‌رو شوند؛ به‌عنوان مثال، اگر اختیارات کارمند تحویل‌دهنده مخدر، وی را در دادن یا ندادن

دارو به بیمار مخیر کند، چون فرایندها بر اختیارات فرد و رفتار سلیقه‌ای غلبه ندارد، ممکن است به فساد منجر شود.

در نتیجه، وجود اطلاعاتی که به‌گونه‌ای شفاف بیان شوند، در کنار عوامل مؤثر دیگر می‌تواند از سوءاستفاده از قدرت برای منافع شخصی جلوگیری و به پژوهشگران کمک کند تا انتظارات معقول از سازمان را با توجه به اطلاعات و روندهای گذشته، الگوسازی و سرانجام، سازمان را به‌سوی اثربخش‌تر شدن هدایت کنند.

۲-۱. پیش‌بینی‌پذیری و عدم قطعیت

تصور «شباهت پیش‌بینی‌پذیری به پیش‌گویی» ممکن است منشأ اختلاف نظر باشد. در علم آینده‌پژوهی، پیش‌بینی^۱، از ابزار پژوهش کمی و کیفی گوناگونی استفاده می‌کند؛ درحالی‌که پیش‌گویی^۲، می‌تواند با بهره‌مندی از روش‌های غیرعلمی‌ای مانند خرافات، حدس زدن، و احتمالات، از آینده سخن بگوید که لزوماً از داده‌های واقعی استفاده نکرده است و بنابراین، دقت کمتری دارد. البته شاید بتوان همه پیش‌بینی‌ها را نوعی پیشگویی دانست، ولی برعکس آن صادق نیست؛ عبارت پیش‌بینی‌پذیری به این معنا است که تا چه اندازه می‌توانیم درباره وضعیت یک سیستم به‌لحاظ کمی یا کیفی یک پیش‌بینی درست داشته باشیم.

هر مؤلفه‌ای ممکن است نوعی شاخص پیش‌بینی‌کننده باشد. در واقع، هر نوع گزارش، شاخص، نسبت، و داده‌ای که بتواند وضعیت سازمان را بازتاب دهد، می‌تواند به پیش‌بینی وضعیت آینده سازمان کمک کند. بسیاری مواقع، به‌ویژه در مباحث علوم انسانی و اجتماعی، داده‌های به‌دست‌آمده از جنس کیفی هستند و البته همین داده‌ها نیز قابلیت استفاده در پیش‌بینی آینده را دارند.

آنچه پیش‌بینی‌پذیری را دشوار می‌کند، عدم قطعیت است. دنیا همواره با تغییرات بسیاری همراه است و عوامل بسیاری در آن نقش دارند. فراوان بودن عوامل تأثیرگذار، در کنار تغییرات همیشگی، سبب ایجاد عدم قطعیت در تمام

1. Forecasting

2. Prediction

پدیده‌های هستی می‌شود. در سازمان‌ها نیز عوامل محیطی داخلی و خارجی، عدم قطعیت‌هایی را پیش روی مدیریت سازمان قرار می‌دهد.

نمی‌توان انتظار داشت که یک پدیده یا سازمان، کاملاً پیش‌بینی‌پذیر باشند، زیرا چنین وضعیتی، نشان‌دهنده جبر و بوروکراسی شدید و عدم انعطاف سازمان است، ولی حالت مقابل آن، یعنی زمانی که یک سازمان به هیچ‌عنوان قابل‌پیش‌بینی نباشد، نشان‌دهنده عدم جبرگرایی نیست. دلیل آن می‌تواند پیچیدگی بیش‌ازحد یا نبود اطلاعات کافی باشد. اطلاعات کمی و کیفی می‌توانند در پیش‌بینی‌ها تأثیرگذار باشند.

معمولاً سازمان‌هایی که می‌توانند به سطوح گوناگون عدم قطعیت پاسخ بدهند، اثربخش‌تر هستند [۳]. اگر در ساختاری هستیم که عدم قطعیت بالایی دارد، سازمان باید انعطاف‌پذیرتر باشد و الگوی بوروکراتیک برای این ساختارها مناسب نیست.

آگاهی افراد سازمان از هرج‌ومرج شدید و نبود اطمینان در محیط‌های دارای عدم قطعیت بالا ممکن است سبب دلسردی از تغییر و رها کردن سیستم شود؛ برای مثال، در سطح کارمندی، دریافت عدم قطعیت بالا از محیط، ممکن است باعث ایجاد نارضایتی شغلی، ناتوانی در تصمیم‌گیری، ناامیدی، احساس مفید نبودن، و در نتیجه ترک سازمان شود یا بدتر از آن، با عملکرد پایین و غیراثربخش، سازمان را با اختلال روبه‌رو کند [۳].

پژوهشگران می‌توانند با بررسی محیط به روش‌های درست، به درک بهتر و واضح‌تر از سازمان کمک کنند. به‌جز مؤلفه‌های کلان محیطی‌ای مانند جمعیت، وضعیت اقتصادی، نرخ بیکاری، و...، بررسی عوامل محیطی‌ای که ارتباط تنگاتنگی با سازمان موردنظر دارند (مانند رقبا، مشتری‌ها، منابع مالی و انسانی، تأمین‌کنندگان، و قوانین و مقررات مربوطه) می‌تواند عدم قطعیت‌های پیش روی یک سازمان را به‌خوبی شناسایی کند.

بیگان و کائیشی [۳] محیط صنعت سلامت را دچار عدم قطعیت دانسته‌اند، ولی بر این نظرند که درک افراد از میزان عدم قطعیت، بیش از میزان واقعی آن

است. شاید دلیل این موضوع، زیاد بودن حجم اطلاعات و از طرفی، پراکندگی بیش از حد آن‌ها باشد که امکان استفاده از آن را دشوارتر می‌کند. همچنین، بسترهای الکترونیکی‌ای که اطلاعات را ثبت می‌کنند، در بسیاری از حوزه‌ها هنوز فعال نیستند و حجم زیادی از اطلاعات حتی ثبت الکترونیکی نمی‌شوند که بتوان از آن‌ها استفاده کرد؛ اما با داشتن این اطلاعات و با استفاده از نظر محققان، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، و سیاست‌گذاری درست، می‌توان از تلاطم و طوفان عدم قطعیتی رها شد که تصور می‌شود وجود دارد.

به دلیل همین عدم قطعیت‌ها است که حیطه سلامت به سوی پزشکی مبتنی بر شواهد، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، و مراقبت بیمارمحور^۱ سوق یافته است تا این عدم قطعیت‌ها را کاهش دهد و محیط را به سوی پیش‌بینی‌پذیر شدن برسد [۴]. در ادامه به نمونه‌هایی از عدم قطعیت‌ها در نظام سلامت در ایران و کارهایی که برای جلوگیری از فساد انجام شده است، اشاره کرده‌ایم.

انسولین، یکی از داروهای اساسی برای بیماران دیابتی است و یکی از انواع آن، انسولین قلمی است که بیشترین ارزشی دارویی را در کشور دارد و هر سال معادل ۶۰۰ میلیارد تومان، ارزش برای واردات این محصول هزینه می‌شود. این به آن معناست که نظام سلامت، بیشترین هزینه تهیه دارو را برای داروی انسولین قلمی پرداخت می‌کند. تعداد داروی موردنیاز برای این بیماران، تخمینی است و اطلاعات کاملاً دقیقی از میزان موردنیاز برای تهیه آن وجود ندارد. واحد سیاست‌گذاری در امور زنجیره تأمین سازمان غذا و دارو، با توجه به روند واردات گذشته تعیین می‌کند (با در نظر گرفتن سیاست‌های محدودیت واردات) که اکنون باید اجازه واردات چه مقدار از این دارو را به شرکت‌های واردکننده بدهد که این عدد نیز تخمینی است. در سال ۲۰۲۰، شدت یافتن تحریم‌ها علیه ایران و همچنین، تخصیص ارز ۴۲۰۰ تومانی به داروها به‌عنوان کالای اساسی (درحالی‌که نرخ ارز در بازار آزاد، بسیار بالاتر بود) داروی انسولین قلمی را با پدیده‌ای به‌نام قاچاق معکوس روبه‌رو کرد؛ یعنی داروی تهیه‌شده با ارز ۴۲۰۰ تومان، به

کشورهای همسایه قاچاق، و با نرخ آزاد فروخته می‌شد؛ این مسئله، به‌معنای شکست زنجیره تأمین بود!

ایجاد نوعی سامانه ثبت بیماری‌ها (ریجستری) که کامل و بی‌نقص عمل کند، راه‌اندازی سامانه TTAC (ردیابی رهگیری و کنترل اصالت فرآورده‌های سلامت‌محور) به‌صورت کامل، اجرای طرح پرونده الکترونیک بیماران، و صدور نسخه‌های الکترونیکی در همه کشور، از جمله راهکارهایی است که می‌توانست با ثبت دقیق ویژگی‌های بیمار، مقدار تجویزی، تعداد داروی واردشده، و مقدار توزیع و فروخته‌شده از ایجاد این پدیده جلوگیری کند.

قاچاق معکوس، نوعی فساد است که می‌تواند به‌گونه‌ای بالقوه در همه قسمت‌های زنجیره تأمین دارو رخ دهد؛ بنابراین، در همه بخش‌های زنجیره تأمین به شفافیت نیاز داریم و در این مثال، عدم قطعیت ناشی از ناکافی بودن داده‌های موجود در تمام بخش‌های زنجیره تأمین دارو دیده شد.

برخی از اقداماتی که برای مقابله با قاچاق معکوس انجام شد عبارت بودند از: محدود کردن تعداد توزیعی، محدود کردن محل‌های عرضه، و مشخص کردن داروخانه‌های منتخب. در واقع، پیش از اینکه کمبود واقعی داروی انسولین قلمی رخ دهد، خود نظام سلامت این حس را ایجاد و بدون اعلام عمومی در مورد این تصمیم، توزیع آن را محدود کرد. هنگامی که بیماران با مراجعه به چند داروخانه آن دارو را نمی‌یافتند، در مورد کمبود آن احساس خطر می‌کردند و برای مقابله با این احساس عدم قطعیت، در مراجعه بعدی به پزشکشان، درخواست می‌کردند که این دارو را با دوز و تعداد بالاتری برایشان نسخه کند و در واقع، هر بیمار، یک انبار ذخیره شخصی ایجاد می‌کرد تا دست‌کم برای مدت کوتاهی، نگران تهیه دارو نباشد. چند ماه پس از این تصمیم، کمبود واقعی برخی از انواع انسولین‌ها به‌دلیل تحریم‌ها، بروز مشکل در انتقال ارز در بانک‌های بین‌المللی، و کمبود ارز رخ داد و زنجیره تأمین سلامت در صدد یافتن مقصر این کمبود برآمد. در بازی مقصریابی، انگشت اتهام به هر سمتی گرفته شد و تا جایی پیش رفت که هنگامی که یک شرکت پخش دارویی، پخش قلم‌های انسولین مشکل‌دار را که با زنجیره سرد

منتقل نشده بودند، متوقف و برای معدوم کردن آن‌ها با سازمان غذا و دارو هم مکاتبه کرد، توسط رسانه‌ها به‌عنوان احتکارکننده داروی انسولین قلمی، مقصر شناخته شد. با جلب توجه همه به‌سوی این شرکت خصوصی، عامل تمام مشکلات ناشی از تحریم، و... این شرکت معرفی شده و بازی رسانه و افکار عمومی به‌سوی رفت که مقصر اصلی، تبرئه شد.

در نمونه بالا، همه جنبه‌های عدم قطعیت به‌دلیل تولید نشدن داده‌های معتبری که بتواند در پیش‌بینی به‌کار رود و وجود فساد، که بخشی از آن با تولید داده به‌راحتی قابل حل بود، رخ داد؛ این درحالی است که برخی از سیاست‌گذاران هنوز وجود این حجم از عدم قطعیت در زنجیره تأمین دارو را باور ندارند و برای مثال، از فرصت‌های گوناگون برای کنار گذاشتن سامانه TTAC - که می‌تواند تأثیر بسزایی در شفافیت داشته باشد - استفاده می‌کنند.

کمبود دانش در مورد برخی از جنبه‌های واقعیت و درواقع، ناآگاهی از وجود عدم قطعیت در یک پدیده، موجب تصمیم‌گیری‌هایی می‌شود که نتایج موردانتظار ما را به‌همراه ندارد، زیرا محیط، به‌درستی بررسی نشده و عدم قطعیت‌ها دیده نشده است. درواقع، شناخت عدم قطعیت، نوعی فراشناخت است [۴]. آگاهی از وجود عدم قطعیت‌ها، کمک می‌کند تا تصمیم‌های بهتری گرفته شود و گرچه مشکلات همچنان پابرجاست، مدیریت با آگاهی از وجود عدم قطعیت‌ها، پیامدهای بهتری را ایجاد خواهد کرد.

عدم قطعیت در نظام سلامت، وجوه گوناگونی دارد؛ برای مثال، همان و همکارانش [۴] در پژوهش خود، انواع تقسیم‌بندی‌های عدم قطعیت در بیماری‌ها و سیر تغییرات آن را بررسی کرده‌اند. میشل، یکی از نخستین طبقه‌بندی‌ها را ارائه کرده است (الگوی میشل)؛ او عدم قطعیتی را که بیماران در بیماری‌شان تجربه می‌کنند، به چهار دسته تقسیم می‌کند: ابهام، پیچیدگی، کمبود اطلاعات، و پیش‌بینی‌ناپذیری [۴]. همچنین، بابر و (الگوی بابر) در طبقه‌بندی دقیق‌تری آن را به پیچیدگی، کیفیت اطلاعات، احتمالات، ساختار اطلاعات، و معرفت‌شناسی شخصی (باورها) تقسیم می‌کند [۴]. این دسته‌بندی‌ها همچنان با نظریه‌های

پژوهشگران گوناگون، تغییر می‌کنند، ولی «اطلاعات» در همه آن‌ها مشترک است؛ اطلاعاتی که یا وجود ندارد، یا فرد آن را نمی‌داند، یا به اندازه کافی برایش واضح نبوده و مبهم است، یا آن‌قدر پیچیدگی دارد که از درک خارج است، یا فرد برپایه باور یا نیاز خاصی، اطلاعات موجود را در نظر نمی‌گیرد و در نتیجه، عدم قطعیت همچنان برایش باقی می‌ماند.

در نظام سلامت و مجموعه بهداشتی-درمانی کشور، روزانه داده‌های بسیاری تولید می‌شود. بخش ارائه خدمات سلامت، مانند بیمارستان‌ها و داروخانه‌ها، قسمت خرید خدمات سلامت، مانند بیمه‌ها، شرکت‌های تولیدی و وارداتی، وزارت بهداشت، و سازمان غذا و دارو، انجمن‌های مربوط به بیماری‌های گوناگون، و وزارت بازرگانی، هریک روزانه از داده‌های بی‌شماری استفاده می‌کنند. این داده‌های پراکنده (در صورت گردآوری نظام‌مند) می‌توانند به اطلاعاتی تبدیل شوند که قابلیت تجزیه و تحلیل دارند و می‌توانند سیاست‌گذار را برای پیش‌بینی آینده راهنمایی کنند. دانش جدید کمک می‌کند که بتوانیم الگوی مشخصی از اطلاعات موجود را به دست آوریم و از آن برای تصمیم‌گیری‌های آینده استفاده کنیم. امروزه تجزیه و تحلیل کلان‌داده^۱ به یک مهارت اساسی برای تصمیم‌گیری‌ها تبدیل شده است.

۲-۱-۱. کلان‌داده

کلان‌داده‌ها، دارایی‌های اطلاعاتی یک سازمان هستند که حجم فراوان و تنوع زیادی دارند و به سرعت تولید می‌شوند. گردآوری این داده‌ها و شیوه پردازش آن‌ها با هزینه مناسب، هریک مهارت جداگانه‌ای را می‌طلبد.

کلان‌داده‌ها در صنعت سلامت، در حال تولید هستند. در هر بخش از روند مراقبت، اطلاعات بالینی جدیدی تولید می‌شود که به سرعت افزایش می‌یابند. در سال ۲۰۱۱ آمریکا حدود ۱۵۰ اگزابایت (10^{18}) اطلاعات سلامت را ذخیره کرد.

کشورهای اروپایی نیز در حال گردآوری پرونده الکترونیک سلامت^۱ هستند. آن‌ها همه اطلاعات را در مورد اهداف و فرایند فعالیتشان منتشر کرده‌اند. در منطقه خاورمیانه نیز اردن به خوبی توانسته است این اطلاعات را گردآوری کند، اما هنوز مشکلاتی را برای اجرای آن پیش‌رو دارد.

در کشور عربستان، بیمارستان‌ها هنوز پرونده الکترونیک سلامت ندارند و اطلاعات سلامت بر روی کاغذ نوشته می‌شوند؛ بنابراین، شاید نتوانند از همه ابعاد کلان‌داده استفاده کنند. تلاش‌هایی برای اجرایی کردن طرح گردآوری الکترونیک داده‌ها انجام شده است که به دلایل مالی، رگولاتوری، و سازمانی با شکست روبه‌رو شده‌اند [۵].

در ایران می‌توان پرونده‌ها و نسخه‌های الکترونیک یا سامانه TTAC (ردیابی رهگیری و کنترل اصالت فراورده‌های سلامت‌محور) را به‌عنوان نمونه‌ای برای گردآوری داده‌های سلامت نام برد. سال‌هاست که وزارت بهداشت برای این دو سامانه، برنامه‌هایی را تدوین کرده است، ولی هنوز هیچ‌یک از آن‌ها، به‌گونه‌ای جامع و کامل عمل نمی‌کند تا بتوان داده حاصل از این سامانه‌ها را برای تجزیه و تحلیل و پیش‌بینی به‌کار برد، ولی به‌فرض کامل شدن این طرح‌ها، برای مثال، اطلاعاتی که از پرونده الکترونیک به‌دست خواهد آمد، دربردارنده الگوی بیماری‌ها نسبت به سن و اطلاعات دموگرافیک بیماران، مناطق جغرافیایی، مصرف داروهای گوناگون، عوامل خطر^۲ قابل‌استخراج بوده؛ دراین‌صورت، ایجاد الگوها به‌عهدده پژوهشگران حوزه داده خواهد بود؛ بنابراین، زمانی که از کاربرد کلان‌داده سخن می‌گوییم، منظورمان کاربرد تحلیل کلان‌داده‌ها است؛ وگرنه حجم و تنوع داده‌ها، به‌خودی‌خود کاربردی ندارد و داده‌های فراوان موجود اگر به‌گونه‌ای مناسب، تحلیل و پردازش نشوند، از منظر مدیریت منابع، با منابع هرز سازمانی دیگر، تفاوتی نخواهند داشت. در حوزه پزشکی، بیشترین کاربرد کلان‌داده، برای پیش‌بینی (مانند پیش‌بینی شیوع یک بیماری براساس میزان جست‌وجوی کاربران)

1. Electronic Health Record

2. Risk factors

و کاربرد مهم بعدی، برای تشخیص است؛ مانند مثالی که در بالا در مورد پرونده الکترونیک مطرح شد.

نکته مهم این است که داده‌هایی ارزشمندترند که بیان نشده، بلکه شکار شده‌اند! مردم در فضای دیجیتال، رد پای بسیار قابل اطمینانی از واقعیت‌های زندگی خود به جا می‌گذارند. دانشمندان علوم اجتماعی، بهتر است به جای طراحی پرسش‌نامه و پرسش مستقیم از مردم، داده‌های فراوانی را که از رفتار مردم در اینترنت، سایت‌ها، و شبکه‌های اجتماعی وجود دارد، بررسی کنند. گردآوری داده‌های مفید و تشخیص آن از داده‌های غیرمفید، نیاز به تخصص و خلاقیت دارد.

در نمونه‌های پیش‌گفته می‌توان این مثال را این‌گونه تعمیم داد که اطلاعات و شرح حال پزشکی موجود در پرونده بیمار نمی‌تواند چیزی را از قلم بیندازد، ولی اگر خود بیمار بخواهد بگوید چه داروهایی مصرف می‌کند، ممکن است مسکن‌ها، مکمل‌ها، یا داروهای گیاهی را فراموش کند؛ یا وقتی از شرکت‌های دارویی در مورد موجودی انبارهایشان استعلام می‌کنیم، داده‌ها دقیق نباشند، اما اگر همین اطلاعات از گمرک (سازمانی که تضاد منافع ندارد) دریافت شده و در سامانه ثبت شوند (فرایندی که برای داروهای وارداتی در سامانه TTAC به صورت کامل راه‌اندازی شده است، ولی همچنان در مورد داروهای تولید داخل نیاز به بهبود دارد) می‌تواند داده‌های دقیق‌تری را برای تحلیل در اختیار پژوهشگران بگذارد و سرانجام، سیاست‌گذاری‌های دقیق‌تری انجام شود و فرصت بروز فساد به دلیل نداشتن اطلاعات کافی را از بین ببرد.

مرحله پس از گردآوری اطلاعات، تحلیل آن‌ها برای پیش‌بینی وضعیت آینده است.

۲-۱-۲. تجزیه و تحلیل پیشگویانه^۱

این تحلیل‌ها دربردارنده تعداد گوناگونی از فنون آماری مانند الگوسازی،

پیشگویی، یادگیری ماشینی (یادگیری توسط ماشین)، و داده‌کاوی است. پس از گردآوری داده‌ها و ایجاد کلان‌داده، باید شفاف‌سازی و الگوسازی داده‌ها، استفاده از فنون و الگوهای آماری برای تأیید فرضیه‌ها، آماده‌سازی الگوهای قابل‌پیش‌بینی برای پیش‌بینی رفتارها و اجرای آن‌ها به‌عنوان گزینه‌ای برای تصمیم‌گیری روزمره، تهیه گزارش‌ها و خودکارسازی تصمیم‌ها برپایه الگوسازی انجام شود تا بتوان گفت، تحلیل‌های پیش‌بینی‌کننده‌ای انجام شده است. این ابزارها به سازمان‌ها کمک می‌کنند تا الگوهای موجود در داده‌ها را پیدا کنند و بفهمند که در پیش‌بینی رویدادهای آینده، چه مسائلی وجود دارد. به‌عنوان نمونه‌ای از الگوهای پیش‌بینی‌کننده در بیماری‌ها می‌توان از تشخیص سرطان نام برد که می‌تواند مدت بقا^۱ را در بیماران افزایش دهد. تاکنون شرکت‌های بزرگی مثل IBM و مایکروسافت با بخش سلامت همکاری کرده‌اند تا بتوانند الگوی تحلیلی پیش‌بینی‌کننده‌ای را ارائه دهند [۵].

بحث و نتیجه‌گیری

وجود شفافیت با پیش‌بینی‌پذیر کردن محیط و رخدادها، می‌تواند به اثربخش شدن سامانه‌ها و سازمان‌ها کمک کند و با جلوگیری از امکان بروز فساد، سازمان‌ها را به‌سوی حکمرانی خوب سوق دهد.

در دنیایی که با عدم قطعیت‌های فراوانی روبه‌رو است و اسب چموش عدم قطعیت می‌تواند یک سازمان را به طوفان‌های مدیریتی سهمگینی دچار کند، رام کردن این اسب چموش امکان‌پذیر نیست، مگر با دانستن رفتارهای آن و الگوسازی از این رفتارها و اینکه بدانیم در اطرافمان چه اتفاق‌هایی رخ می‌دهد. اطلاعات را به‌صورت سیستمیک ثبت و ضبط کنیم تا بتوانیم الگوهای موردنظر را استخراج و رفتارهای آینده‌مان را برپایه این الگوهای استخراج‌شده پایه‌ریزی کنیم. یک سازمان برای انجام کارهای باکیفیت و اثربخش باید چارچوب‌های مدیریتی درستی را پایه‌ریزی کند. بی‌تردید، نمی‌توان گفت که تنها با گردآوری اطلاعات و تحلیل و الگوسازی آن‌ها می‌توان به هدف حکمرانی خوب و دوری از

فساد در نظام‌های سلامت دست یافت، ولی پیش‌بینی‌پذیر کردن با ایجاد شفافیت، یکی از مهم‌ترین اصولی است که هم به‌عنوان یکی از اصول ضدفساد و هم به‌عنوان عنصری برای حکمرانی خوب مطرح شده است. پایه‌ریزی بسترهای مناسب برای جمع کردن اطلاعات پراکنده در نظام سلامت که عدم قطعیت‌های بالایی دارد و همچنین، وجود مهندسان علم داده برای تحلیل این داده‌ها می‌تواند هم در بحث سیاست‌گذاری در نظام سلامت و هم در مباحث بالینی و درمانی در تصمیم‌گیری‌ها کمک کند. کاهش فساد ناشی از پیش‌بینی‌پذیر بودن و شفافیت ناشی از آن و از بین بردن امکان ابتلا به فساد نیز به اثربخشی نظام‌های درمانی کمک می‌کند.

منابع

1. Simonis UE. Defining good governance: The conceptual competition is on. WZB Berlin Social Science Center. 2004.
2. Vian T. Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*. 2008; 23(2): 83-94.
3. Begun JW, Kaissi AA. Uncertainty in health care environments: myth or reality? *Health care management review*. 2004; 29(1): 31-9.
4. Han PK, Klein WM, Arora NK. Varieties of uncertainty in health care: a conceptual taxonomy. *Medical decision making : an international journal of the Society for Medical Decision Making*. 2011; 31(6): 828-838.
5. Alharthi H. Healthcare predictive analytics: An overview with a focus on Saudi Arabia. *Journal of infection and public health*. 2018; 11(6): 749-56.

حکمرانی هوشمند در حوزه سلامت: تجربه سامانه ردیابی، رهگیری، و کنترل اصالت اقلام سلامت محور (تیتک)^۱

حسین بانکی کشکی

دانشجوی دکترای مهندسی پزشکی، دانشکده مهندسی پزشکی، دانشگاه صنعتی امیرکبیر، تهران، ایران،
hobako1993@gmail.com

چکیده

حکمرانی هوشمند در حوزه سلامت، یکی از نیازهای اساسی سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران این حوزه در کشور به‌شمار می‌آید. وجود بیش از ۱۷۰ هزار مرکز ارائه خدمات سلامت، (شامل بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها، مطب‌ها، و...) و بیش از نیم میلیون نیروی ارائه خدمات (شامل پزشک، پرستار، پیراپزشک، و...) ضرورت استفاده از سامانه‌های الکترونیکی برای مدیریت هوشمند را دوچندان کرده و در این راستا بر توسعه نظام سلامت الکترونیک، به‌عنوان راهبردی بلندمدت در قوانین و اسناد بالادستی کشور، تأکید شده است. معماری کلی نظام سلامت الکترونیک را می‌توان در دو بخش کلی خلاصه کرد: بخش نخست، «زنجیره تأمین اقلام سلامت محور» مانند دارو و تجهیزات پزشکی و بخش دوم، «زنجیره ارائه خدمات در بخش بهداشت و درمان» است. الکترونیکی‌سازی فرایندهای این دو بخش و سپس، رصد الکترونیک وقایع به‌منظور سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد، مدیریت هوشمند، و کشف تخلف به‌صورت سیستمی، از اهداف توسعه نظام سلامت الکترونیک است که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دنبال می‌شود. سامانه ردیابی، رهگیری، و کنترل اصالت اقلام سلامت محور که به‌اختصار «سامانه تیتک^۲» نامیده می‌شود، برای مدیریت هوشمند زنجیره تأمین اقلام سلامت محور (شامل دارو، تجهیزات پزشکی، اقلام آرایشی و بهداشتی، غذا و آشامیدنی، طبیعی و مکمل) در سازمان غذا و دارو ایجاد شده است.

تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۹/۲۴

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۸/۲۰

فصلنامه راهبرد سلامت و بهداشت، سال ۱، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰، صص ۱۷۱-۱۸۳

۱. این یک مقاله دسترسی آزاد تحت مجوز/CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>) است.

2. Track and Trace and Authentication Control (TTAC)

۱. شکل‌گیری سامانه تیتک

۱-۱. تاریخچه

ایده اولیه راه‌اندازی سامانه تیتک، از اوایل دهه ۱۳۸۰ از سوی یک شرکت فعال در زمینه فناوری اطلاعات مطرح و در سال ۱۳۸۵ به سازمان غذا و دارو و وزارت بهداشت ارائه شد. به‌رغم ارائه این پیشنهاد به معاونت غذا و دارو وقت، با توجه به جدید بودن موضوع و کندی فرایندهای سازمانی، جلب موافقت سازمان و کمیسیون‌های گوناگون سه سال طول کشید و در سال ۱۳۸۸ به‌دلیل جابه‌جایی مجموعه اجرایی سازمان غذا و دارو، متوقف شد.

وجود مشکلات و تخلفات فراوان در حوزه کالاهای سلامت‌محور، از جمله کمبودهای دارویی، فروش اقلام تقلبی و تاریخ‌گذشته، قاچاق معکوس دارو، بازفروشی دارو به بیمه‌های درمانی از طریق فاکتورسازی، و... باعث شده بود که نیاز به ایجاد سامانه الکترونیکی رصد زنجیره تأمین و فروش، بیش‌ازپیش در سازمان غذا و دارو احساس شود؛ اما نقطه عطف شکل‌گیری سامانه تیتک، وقایعی بود که در سال ۱۳۹۲ رخ داد. در این سال، در شرایط تحریمی کشور، مغایرت آماری یک میلیارد دلاری بین بانک مرکزی و گمرک در مقدار ارز مرجع تخصیصی به واردات دارو و تجهیزات پزشکی باعث شد که توجه دستگاه‌های نظارتی به این موضوع جلب شود. درحالی‌که آمار بانک مرکزی حاکی از تخصیص ۲/۹ میلیارد دلار ارز به واردات دارو و تجهیزات بود، آمار ترخیص گمرک نشان می‌داد که تنها ۱/۹ میلیارد دلار دارو و تجهیزات از گمرک ترخیص شده است. بررسی این موضوع در شورای عالی امنیت ملی وقت، باعث ابلاغ

مصوبه‌ای شد که در آن وزارت بهداشت مکلف به راه‌اندازی سامانه پرتال دارویی با هدف نظارت بر جریان ترخیص و توزیع دارو در کشور شد.

۲-۱. پشتوانه‌های قانونی توسعه سامانه

افزون بر مصوبه شورای عالی امنیت ملی برای ایجاد پرتال دارویی، قانون مبارزه با قاچاق کالا و ارز نیز در سال ۱۳۹۲ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و در دستورالعمل‌های اجرایی آن بر ثبت اطلاعات مراکز نگهداری اقلام سلامت‌محور و ثبت اطلاعات فروش این اقلام در داروخانه‌ها، در سامانه رهگیری و کنترل اصالت تأکید شد [۱]. در سال ۱۳۹۵، قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، به‌عنوان یکی از اسناد بالادستی، تأکید کرد که «هرگونه واردات تجاری، ذخیره‌سازی، توزیع، عرضه، و فروش کالاهای دارویی، واکسن، مواد زیستی (بیولوژیک)، طبیعی و سنتی، مکمل‌های تغذیه‌ای، آرایشی، بهداشتی، غذایی و ملزومات و تجهیزات پزشکی که در سامانه رهگیری و کنترل اصالت طبق ضوابطی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام می‌کند، ثبت نشده باشد، جرم محسوب می‌شود و با مجرم، مطابق قانون مبارزه با قاچاق کالا و ارز مصوب ۱۳۹۲ برخورد می‌شود» [۲]؛ به این ترتیب، پشتوانه قانونی لازم برای توسعه سامانه و همچنین، جرم‌انگاری برای موارد تخلف شکل گرفت.

۳-۱. وضعیت فعلی سامانه تیتک

تحلیل و طراحی فنی سامانه تیتک از سال ۱۳۹۲ آغاز شده است و این سامانه اکنون دارای سه پرتال اصلی با نام‌های «پرتال ارزی»، «پرتال دارویی» و «پرتال اصالت بیمه» است (شکل ۱). پرتال ارزی سامانه با هدف رصد الکترونیک و آنالیز تخصیص ارز به اقلام سلامت‌محور توسعه داده شده است و اطلاعات ثبت سفارش، تأمین ارز، و ترخیص کالا را رصد می‌کند. این پرتال قادر است اطلاعات ثبت سفارش بازرگان، نوع و میزان کالای وارداتی، نوع و میزان ارز تخصیصی به هر کالا و شرکت را به صورت روزانه، ماهانه، و سالانه رصد کند (پیوست شماره ۱). تصویریری از داشبوردهای مدیریتی پرتال ارزی). مدیریت تخصیص ارز به

داروهای راهبردی و خاص در شرایط کمبود ارز، شناسایی شرکت‌های متخلف در زمینه رفع تعهد ارزی، و کشف بیش‌ازپیش اظهاریه‌های قیمتی اقلام توسط شرکت‌های واردکننده، تنها بخشی از قابلیت‌های این پرتال است که می‌تواند در راستای مدیریت هوشمند و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد برای حل مسائل و مشکلات زنجیره تأمین اقلام سلامت محور، مورد استفاده سیاست‌گذاران قرار گیرد.



شکل ۱. زنجیره تأمین دارو و نحوه رصد الکترونیک آن در سامانه تیتک با استفاده از پرتال‌های سامانه

پرتال دارویی به منظور رصد اطلاعات صدور پروانه اقلام، مجوزهای ورود اقلام به کشور، و اطلاعات اشخاص حقیقی و حقوقی و مکان‌ها ایجاد شده است. این پرتال، همچنین نحوه توزیع دارو بین شرکت‌های تأمین‌کننده، شرکت‌های بخش، و داروخانه‌ها را در تمام شهرها و استان‌های کشور به صورت برخط رصد می‌کند؛ از این رو، کشف احتکار دارو، خروج دارو از زنجیره رسمی، و قاچاق معکوس، توسط این پرتال امکان‌پذیر است (پیوست شماره ۲). تصویری از داشبوردهای مدیریتی پرتال دارویی).

مهم‌ترین پرتال سامانه تیتک را می‌توان پرتال کنترل اصالت بیمه دانست که با استفاده از آن، از فروش بیمه‌ای اقلام تقلبی و قاچاق در داروخانه‌ها که از مبادی غیررسمی وارد زنجیره تأمین شده‌اند، جلوگیری می‌شود. در حال حاضر، تنها

داروهایی که دارای برچسب اصالت معتبر باشند، امکان فروش بیمه‌ای در داروخانه را دارند و چنانچه برچسبی تقلبی باشد یا دارویی فاقد برچسب اصالت باشد، بیمه‌های درمانی از پرداخت هزینه برای آن خودداری می‌کنند و داروخانه، مجبور به ارجاع آن اقلام به شرکت‌های پخش یا تأمین‌کننده است. از میان ۲۷۰۰ ژنریک دارویی در کشور، ۵۵۰ ژنریک گران‌قیمت در طرح کنترل اصالت بیمه‌ای قرار گرفته‌اند و فروش آن‌ها تنها با استعلام کد یکتای هر بسته دارویی امکان‌پذیر است. پرتال اصالت بیمه، امکان رصد فروش هر بسته دارویی در تمام ۱۲ هزار داروخانه کشور را برای سیاست‌گذاران فراهم می‌کند؛ بنابراین، پیش‌بینی میزان مصرف دارو در نقاط گوناگون کشور و برنامه‌ریزی برای جلوگیری از کمبودهای دارویی از طریق اطلاعات این پرتال، امکان‌پذیر است. از ابتدای شروع طرح تاکنون، بیش از ۱۳ هزار میلیارد تومان دارو از طریق کنترل اصالت در بیمه‌های درمانی در اختیار بیماران قرار گرفته است. سالانه ۶۰ درصد ارزش ریالی داروهای وارداتی و ۲۰ درصد ارزش ریالی بازار دارویی کشور از طریق کنترل اصالت در بیمه به‌فروش می‌رسد.

۴-۱. دستاوردهای سامانه

دستاوردهای سامانه تیتک، در قالب سه عنوان کلی «توسعه دولت الکترونیک در حوزه سلامت»، «بسترسازی برای سیاست‌گذاری داده‌محور»، و «کشف تخلف به‌صورت سیستمی» قابل دسته‌بندی است. در زمینه توسعه دولت الکترونیک، با راه‌اندازی سامانه تیتک، بسیاری از فرایندهای زمان‌بر و مبتنی بر کاغذ و متصدی انسانی که پیشتر وجود داشتند، حذف شده‌اند؛ به‌عنوان نمونه، دریافت مجوز ورود و مجوز ترخیص که پیشتر چندین هفته طول می‌کشید و با مراجعه حضوری شرکت‌های تأمین‌کننده به اداره‌ها و بخش‌های گوناگون سازمان غذا و دارو همراه بود، در حال حاضر ظرف مدت چند دقیقه به‌صورت سیستمی و بدون دخالت متصدی انسانی، حتی در روزهای تعطیل، صادر می‌شود.

تیتک، سامانه‌ای الکترونیکی و هوشمند برای سیاست‌گذاری داده‌محور است. این سامانه، اکنون، رصد تخصیص ارز به ۸۵۰ هزار قلم کالای سلامت‌محور و

۷۵۰۰ شرکت واردکننده را به صورت برخط انجام می‌دهد. داشبوردهای مدیریتی سامانه، این امکان را در اختیار مدیران سازمان غذا و دارو قرار می‌دهند که در هر لحظه از میزان ارزش دولتی دریافتی ادارات کل این سازمان باخبر شوند و برنامه‌ریزی‌های لازم را برای تأمین به موقع اقلام در کشور انجام دهند. برپایه داده‌هایی که شرکت‌های پخش دارویی به سامانه تیتک می‌فرستند، امکان رصد توزیع ۲۶ هزار قلم دارو در تک‌تک انبارها و داروخانه‌های کشور وجود دارد، از این رو، مقابله با کمبودهای دارویی ناشی از توزیع نامتوازن، به‌آسانی از طریق این سامانه امکان‌پذیر است؛ همچنین، این داده‌ها، امکان انتشار آمارنامه‌های دارویی برخط را -که پیشتر تنها سالی یکبار منتشر می‌شدند- فراهم کرده است. از آنجاکه میزان مصرف ۵۰۰۰ قلم داروی گران‌قیمت به تفکیک شهر، استان، و داروخانه در دسترس مدیران سازمان غذا و دارو قرار دارد، می‌توان انواع تصمیم‌های سیاستی را در مورد این اقلام اتخاذ کرد.

امکان کشف تخلف به‌صورت سیستمی از طریق سامانه تیتک برای دستگاه‌های نظارتی و بازرسان در کمترین زمان ممکن و به‌صورت دقیق فراهم است؛ به‌عنوان نمونه، کنترل اصالت داروها توسط سامانه تیتک باعث شده است که تاکنون از فروش ۲۳ میلیارد تومان داروی تاریخ‌گذشته به بیماران در داروخانه‌ها جلوگیری شود؛ داروخانه‌های متخلف نیز از طریق سامانه به‌آسانی قابل شناسایی و پیگرد هستند. اکنون، فروش چندباره داروها به بیمه‌های درمانی از طریق فاکتورسازی (به‌ارزش ۲۰۰ میلیارد تومان) توسط سامانه تیتک مسدود شده است. در زمینه شناسایی تخلفات ارزی نیز سامانه قادر است شرکتی را که تعهد ارزی خود را رعایت نکند و با وجود دریافت ارزش دولتی، اقدام به واردات و ترخیص اقلام دارویی و تجهیزات نکرده باشد، شناسایی کند. افزون‌براین، حذف فرایندهای کاغذی و مبتنی بر متصدی انسانی در سامانه تیتک، نقش مؤثری در کاهش فساد داشته است، زیرا از یک‌سو، با الکترونیکی‌سازی فرایندها، دخالت انسان را در تصمیم‌گیری‌ها کاهش داده و از سوی دیگر، با به‌جا گذاشتن رد پای دیجیتال از فعالیت‌های کاربران در سامانه، محیطی شفاف ایجاد کرده است که ارتکاب تخلف

و فساد در آن دشوار است.

۲. کمبود انسولین

ژنریک دارویی انسولین، بیشترین میزان ارزشبری سالانه را بین ژنریک‌های وارداتی به خود اختصاص می‌دهد. در مهر، ۱۳۹۹ بیماران دیابتی با راه‌اندازی کمپین‌هایی در فضای مجازی از کمبود انسولین در داروخانه‌های کشور و فروش آزاد آن در بازار سیاه انتقاد کردند. مسئولان سازمان غذا و دارو که در ابتدا کمبود انسولین را تکذیب می‌کردند، با افزایش اعتراض‌های مردمی، ضمن پذیرش موضوع، دلیل کمبود انسولین را وضع تحریم‌های ظالمانه و کاهش واردات به دلیل مشکلات تأمین ارز اعلام کردند. این درحالی است که اطلاعات سامانه تیتک نشان می‌داد، ترخیص انسولین در شش ماهه نخست سال ۱۳۹۹، بیش از سال ۱۳۹۸ بوده است (جدول ۱) و اساساً موضوع اثرگذاری تحریم بر کاهش واردات، متفی است. سازمان غذا و دارو به جای ریشه‌یابی درست علت کمبود انسولین با استفاده از سامانه تیتک، در اقدامی عجیب در آبان ۱۳۹۹، دستور واردات فوری ۶۰۰ هزار قلم انسولین را صادر کرد. برپایه داده‌های جدول ۱، مقایسه آمار ترخیص با فروش بیمه‌ای در دو سال گذشته نشان می‌دهد که در سال ۱۳۹۹، بیش از ۵۰ درصد انسولین‌های وارداتی، از زنجیره توزیع رسمی، خارج شده و به جای فروش در بیمه، در بازار آزاد با قیمت‌های بالا فروخته شده‌اند و مدیران سازمان غذا و دارو و دستگاه‌های نظارتی می‌توانند از طریق سامانه تیتک، شرکت‌های پخش یا داروخانه‌های متخلفی را که اقدام به خارج کردن انسولین از زنجیره توزیع رسمی کرده‌اند، شناسایی کنند.

جدول ۱. مقایسه آمار ترخیص و فروش بیمه‌ای انسولین در شش ماهه نخست سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹

براساس اطلاعات سامانه تیتک

نوع دارو	آمار شش ماه اول سال ۱۳۹۸ (میلیون دلار)		آمار شش ماه اول سال ۱۳۹۹ (میلیون دلار)	
	ترخیص	فروش بیمه‌ای	ترخیص	فروش بیمه‌ای
Insulin Aspart	۴۴/۱	۵۱/۵	۵۵/۴	۲۱/۱
Insulin Glargine	۲۷/۲	۳۰/۵	۱۷/۳	۱۵/۴
Insulin Detemer	۰/۸	۲/۸	۴	۱/۱
Insulin Glulidine	۱/۴	۲/۵	۵/۵	۱/۷
جمع کل	۷۳/۵	۸۷/۳	۸۲/۲	۳۹/۳

۳. چالش‌های توسعه سامانه

اجرا و استقرار سامانه تیتک در طول هفت سال با چالش‌های جدی‌ای روبه‌رو بوده است. یکی از مهم‌ترین این چالش‌ها، وقوع تغییرات مدیریتی فراوان و پی‌درپی در سازمان غذا و دارو، به‌عنوان متولی حاکمیتی سامانه بوده است؛ به‌عنوان نمونه، از سال ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۸، حدود ۲۰ تغییر مدیریتی در سطح رئیس و مدیران کل در سازمان غذا و دارو رخ داده است؛ همچنین، از ابتدای پیاده‌سازی سامانه تاکنون، ۱۱ مدیر پروژه برای تیتک در سازمان تعیین شده است. این تغییرات مدیریتی پیاپی از یک‌سو، روند توسعه فنی سامانه را بسیار کند کرده و از سوی دیگر، عدم بهره‌مندی مدیران از سامانه در راستای سیاست‌گذاری درست را در پی داشته است، زیرا شناخت سامانه و استفاده از قابلیت‌های آن، فرایندی زمان‌بر است که در مدت‌زمان کوتاهی محقق نمی‌شود.

از آنجا که شفافیت ایجادشده ناشی از توسعه سامانه تیتک در زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی و اقلام سلامت‌محور دیگر، برای متخلفان و مفسدان این حوزه خطرآفرین است، این افراد در برهه‌های مختلف، دست به تخریب عملکرد سامانه تیتک زده و تلاش می‌کنند از توسعه آن در بخش‌های گوناگون جلوگیری کنند. در برخی از موارد، ارائه اطلاعات نادرست و غیرواقعی درباره عملکرد سامانه توسط این افراد به تصمیم‌گیران حوزه سلامت، باعث شده است که روند توسعه آن برای ماه‌ها متوقف شود؛ هرچند پس از تبیین عملکرد سامانه برای تصمیم‌گیران حوزه سلامت، دستاوردهای سامانه با استقبال آنان روبه‌رو شده و روند توسعه دوباره آن آغاز شده است.

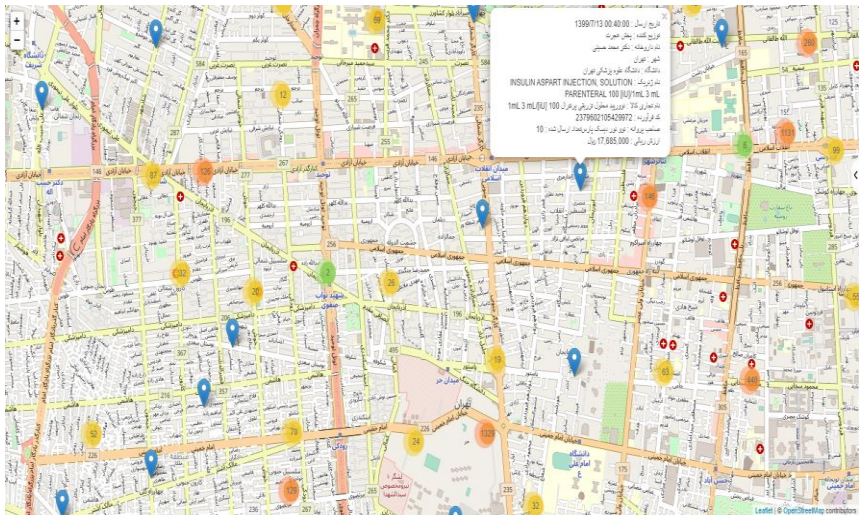
بحث و نتیجه‌گیری

تکمیل سامانه تیتک، در گرو همکاری تمام ذی‌نفعان و نقش‌آفرینان حوزه سلامت است، اما در برخی از موارد، ذی‌نفعان در این زمینه همکاری نمی‌کنند و روند توسعه سامانه را با دشواری روبه‌رو می‌کنند؛ به‌عنوان نمونه، با اینکه طرح کنترل اصالت بیمه‌ای داروها در بخش سرپایی انجام می‌شود، در بخش بستری، هیچ سازوکار کنترلی برای بررسی اصالت اقلام دارویی وجود ندارد؛ از این‌رو، داروهای

تقلبی و تاریخ گذشته همچنان می‌توانند در بخش بستری در اختیار بیماران قرار گیرند. بخش بستری مراکز درمانی، ذیل معاونت درمان وزارت بهداشت فعالیت می‌کنند و از آنجاکه سامانه تیتک، ذیل معاونت غذا و دارو توسعه داده شده است، همکاری لازم با این بخش را انجام نمی‌دهند.

از آنجاکه بخش عمده فعالیت‌های سازمان غذا و دارو بر حوزه «دارو» متمرکز شده است (بدنه مدیریتی و کارشناسی سازمان را اغلب داروسازان تشکیل می‌دهند)، توسعه سامانه تیتک در حوزه دارو، بیش از حوزه‌های دیگر مورد توجه بوده است. هرچند حوزه‌های مهمی چون تجهیزات پزشکی - که همچون دارو به‌طور مستقیم با جان بیماران در ارتباط هستند- زیر نظر سازمان نیستند، اما سازمان تاکنون، زنجیره توزیع مشخصی را در داخل کشور برای تجهیزات پزشکی تعیین نکرده و حتی طرح‌هایی مانند کنترل اصالت برای هیچ‌یک از تجهیزات پزشکی مصرفی در بیمارستان‌ها اجرایی نشده است.

پیوست شماره ۲. تصویری از داشبوردهای مدیریتی پرتال دارویی سامانه تیکت



منابع

۱. ضوابط اختصاصی اقلام دارویی و تجهیزات و ملزومات پزشکی موضوع ماده (۲) دستورالعمل تبصره (۴) الحاقی ماده (۱۸) قانون مبارزه با قاچاق کالا و ارز.
۲. ماده ۷، بند پ، قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور.

بخش سوم: گفت‌وگوی راهبردی

گفت‌وگو با صاحب‌نظران، دست‌اندرکاران یا ذی‌نفعان دخیل در
آسیب‌شناسی نظام سلامت از منظر فساد

آسیب‌شناسی و راهکارهای مقابله با فساد مالی در نظام سلامت



دکتر عادل آذر
استاد دانشگاه تربیت مدرس

فصلنامه راهبرد سلامت و بهداشت، سال ۱، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰، صص ۱۸۷-۲۰۰

۱. علت‌العلل فساد مالی

پژوهشگر: با توجه به تجربه‌ای که شما در جایگاه‌های گوناگون نظارتی داشته‌اید، لطفاً درباره مهم‌ترین نقاط چالشی و فسادانگیزی که به‌معنای خاص، جزء نظام سلامت یا به‌طور کلی، مرتبط با نظام سلامت بوده‌اند، صحبت کنید.

دکتر آذر: در پیگیری موضوعی با عنوان سلامت در نظام دیوان‌سالاری کشور و در اینجا، وجه منفی آن یعنی موضوع فساد، بسیار مهم است. پیش از ورود به بحث سلامت، مقدمه‌ای درباره فساد یا سلامت نظام اداری کشور بگوییم و در مورد برخی مرزبندی‌ها با هم به توافق برسیم و سپس، وارد حوزه سلامت شویم. در اینجا درباره فساد اقتصادی به‌معنای عام آن، بحث نمی‌کنیم؛ به‌عنوان مثال، فرض کنید بحث این است که نظام بانکداری کشور چگونه است؟ نظام واردات چگونه است؟ نظام صادرات چگونه است؟ در بیمه چه اتفاق‌هایی رخ می‌دهد؟ چون هریک از این‌ها داستان‌هایی دارند! سلامت اداری را به نظام اداری کشور یا دیوان‌سالار کشورمان محدود می‌کنیم. البته این حوزه‌ها به‌سختی از یکدیگر تفکیک‌پذیرند؛ یعنی نمی‌توان از فساد و سلامت اداری سخن گفت، اما پای پول در میان نباشد؛ این امر اصلاً امکان‌پذیر نیست!

نکته دوم: در واقع، نظام اداری ما چند منفذ و به‌تعبیری، چندین مسیر یا تونل فسادانگیز دارد که اگر آن‌ها را بشناسیم، می‌توانیم وارد مصداق‌های آن در حوزه سلامت شویم. این شناخت برآمده از تجربه‌ای است که من در مرکز آمار و پیش از آن در مجلس داشته‌ام. باور بنده این است که تا دهه ۱۳۸۰، شرایط این‌گونه حاد نبود، زیرا حجم پول در کشور و دستگاه‌های دولتی زیاد نبود.

در دههٔ اخیر، پول فراوانی وارد مجموعه دیوان‌سالار و بخش اجرایی و دولتی ما شده است؛ منظور از دولت؛ قوه مجریه، قوه قضائیه و قوه مقننه و حتی نهادهای خارج از این سه قوه هستند. این پول فراوان با خودش ریخت‌وپاش‌ها و فسادهایی آورد و یکسری عامل^۱ پیدا کرد. بخشی از آن، برنامه‌ریزی شده بود و بخشی هم در طول مسیر و زمان به این سیاه‌چاله‌ها تبدیل شدند و دمل‌هایی سر باز کردند که امروز به چالش اصلی حکومت تبدیل شده‌اند.

علت اصلی ریخت‌وپاش‌ها و حیف‌ومیل بودجه‌ای در کشور، درآمدهای نفتی از سال ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۱ بود. آمار نشان می‌دهد که در یک دوره هشت‌ساله، حدود ۷۰۰ میلیارد دلار در کشور توزیع و مصرف شده و دولت‌های ما هم این پول را به‌کار گرفته‌اند؛ بودجه‌ای که کامل در اختیار کارگزاران قرار گرفت و اگر بگویم کامل در اختیار دولت بود. به‌مفهوم قوه مجریه-اغراق نکرده‌ام؛ چون تصمیم‌گیر اصلی در مورد آن، قوه مجریه و در اصل، رئیس‌جمهور بود. همین وضعیت نیز باعث شد که رئیس‌جمهور، شهادت به‌خرج دهد و بحث پرداخت نقدی یارانه‌ها را مطرح کند؛ به‌گونه‌ای که سالانه، به مقیاس آن زمان، حدود ۴۰ میلیارد دلار پول پر قدرت تزریق می‌شد. اصلاً خوب و بدِ طرح یارانه‌ها مدنظر نیست؛ می‌خواهم بگویم چه بر سر کشور آمده و چه اتفاقی رخ داده است که این فساد در دیوان‌سالار ما تا این حد حاد شده است که یک حوزه‌اش هم حوزه سلامت است و همه مردم جامعه با تمام وجود آن را احساس می‌کنند و برای همین، به‌جای نظام اداری و اجرایی، از لفظ عام‌تر دیوان‌سالار استفاده می‌کنم.

این دوران، دوران طلایی کشور ما به‌لحاظ درآمدهای نفتی و ارزی پس از انقلاب بود و متأسفانه چون برنامه و البته تجربه نداشتیم، به‌فکر خرج کردن روزمره‌اش بودیم. تفکر برنامه‌ریزی و آینده‌نگری در کشور به‌قدری نحیف بود که تازه در سال ۱۳۹۰ به‌فکر تأسیس «صندوق توسعه ملی» افتادیم! البته «حساب ذخیره ارزی» داشتیم، اما حساب ذخیره ارزی، یک حساب و درواقع، یک نظام حسابداری ملی بود، نه صندوقی که بشود با آن سرمایه‌گذاری کرد و در سلطه

دولت نباشد.

برخی از تحلیلگران ریشه فساد اداری را به دولت آقای هاشمی برمی گردانند، ولی من ریشه‌اش را در همان سال‌های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ می‌بینم. البته هر دولت دیگری هم می‌آمد، همین کارها را انجام می‌داد و چه بسا دولت آقای روحانی اگر پول داشت، بدتر از این‌ها انجام می‌داد.

درست است از خصوصی‌سازی، واگذاری، و ورود بخش خصوصی دم می‌زدیم، اما واقعیت این است که مدیریت هزینه و پول، کامل در اختیار قوه مجریه بود و مجلس‌ها هم همراهی می‌کردند. به جرئت می‌توانم بگویم، همین الآن بیش از ۸۰ درصد اقتصاد و جریان مالی کشور، در اختیار دولت و شبه‌دولتی‌ها است.

آن‌گونه نظارتی هم که باید بر دولت‌های نهم و دهم نمی‌شد، شاید به دلیل همراهی قوه مقننه با قوه مجریه بود و یا شاید واقعاً سازوکار یا علم آن را نداشتند؛ نه اینکه به عمد دست به دست هم داده بودند تا همه‌چیز را هدر کنند. دلسوز بودند؛ ما باید دعوای سیاسی را کنار بگذاریم و رخدادها را به‌عنوان آدم‌های دانشگاهی، علمی، و حرفه‌ای ارزیابی کنیم، برای مثال، هنوز طرحی مثل پرداخت نقدی یارانه، یک طرح مسلط است؛ یعنی آقایان به دولت قبلی طعنه زدند، ولی خودشان همین کارها را با شدت بیشتری انجام می‌دهند! افزون‌براین، طرح‌های دیگری مانند بنگاه‌های زودبازده هم وجود دارد! در بنگاه‌های زودبازده، افراد به‌صورت زنجیره‌ای ضامن همدیگر می‌شدند. در آن برهه، ۱۰ تا ۲۰ میلیون تومان پرداخت می‌کردند و اصلاً لازم نبود همدیگر را بشناسید. این شد که به بهانه تولید و بنگاه‌های زودبازده، پول فراوانی در جامعه رها شد که من نام آن را «پول‌پاشی» می‌گذارم!

ایجاد صندوق توسعه ملی، در زمره اقدامات بسیار ارزشمند دولت آقای احمدی‌نژاد و مجلس آن زمان و از فرمان‌های مستقیم حضرت آقا در سیاست‌های کلی اصل ۴۴ و برنامه پنجم بود. شاید اگر مقام معظم رهبری ورود نمی‌کرد، این هم حاصل نمی‌شد.

در آن دوره، پول به قدری فراوان بود که در لایحه بودجه پیشنهادی سال ۱۳۸۴ دولت، مجلس هفتم به رهبری دکتر احمد توکلی، طرحی تهیه کرد که به دلیل «عدم مدیریت هزینه و توانایی دولت در هزینه‌کرد این همه پول» بودجه عمرانی، ۴۰۰۰ میلیارد تومان کاهش یابد! به خاطر دارم که بنده هم از موافقان این طرح بودم و مجلس برای نخستین بار در طول تاریخ، سقف بودجه دولت را کاهش داد.

بنابراین، نخست، پول زیادی آمد که برنامه‌ریزی‌ای برایش نداشتیم؛ دوم اینکه، دولتمردان، عطش ویژه‌ای برای مصرف آن داشتند، چون هم مجلس هفتم و هم دولت آقای احمدی‌نژاد، با شعار معیشت آمده بودند و همین امر باعث شد که با اجرای یکسری طرح‌ها (من اصلاً وارد خوب یا بد این‌ها نمی‌شوم) مثل بنگاه‌های زودبازده، مسکن مهر، و یارانه، پول زیادی وارد جامعه شود و نقدینگی به شدت بالا برود. به خاطر دارم که مرکز پژوهش‌های مجلس در سال ۱۳۸۷، میزان نقدینگی افزوده شده در دولت نهم را محاسبه کرده بود. در این گزارش معلوم شد که حجم نقدینگی دولت نهم، با مجموع نقدینگی تمام دوره‌های پیشین، برابر است.

سوم، در بخش خصوصی، کسی بی دلیل پولش را خرج نمی‌کند؛ یعنی کسی که پول را با عرق جبین به دست آورده است، به راحتی آن را از دست نمی‌دهد. نمی‌گویم این‌ها آدم‌های متدینی نیستند یا فاسدند؛ به عنوان مثال، در نظام بودجه ما این گونه است که اگر در پایان سال، مقداری از بودجه تخصیص یافته به یک مجموعه باقی مانده باشد و مدیر، آن را به خزانه برگرداند، از آن مدیر به عنوان یک مدیر بی‌عرضه یاد می‌شود؛ پس کاری می‌کنند که نه تنها آن پول خرج شود، بلکه اگر شده حتی در «ساعت صفر سال» تلاش می‌کنند، متمم بودجه هم بگیرند. براساس تجربه نظارتی من در دیوان محاسبات، اگر مدیران ما همان گونه که از جیبشان خرج می‌کنند، از بودجه عمومی خرج کنند، بی‌تردید کشور را می‌توان با ۶۰ درصد بودجه فعلی اداره کرد.

من در دو دوره زمانی مختلف، یک کار پژوهشی در مورد حیف (نه میل)

بودجه، (ما در کشورمان بیشتر حیف داریم تا میل) انجام دادم؛ معلوم شد که در سال ۱۳۸۵ حدود ۴۵ درصد بودجه عمرانی کشور به خروجی تبدیل می‌شد؛ یعنی ۵۵ درصد، هدررفت داشتیم. این رقم در سال ۱۳۹۵ به حدود ۵۰ درصد رسیده بود. در نظر بگیرید این بودجه عمرانی است که باید خروجی داشته باشد؛ در بودجه جاری که دیگر علی برکت‌الله!

در نظام بودجه‌ای کشور، سه وزارتخانه (به ترتیب آموزش و پرورش، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، و پس از آن‌ها وزارت دفاع) حدود ۷۶ درصد بودجه جاری را می‌خورند. با طرح تحول نظام سلامت هم پول فوق‌العاده‌ای تزریق شد. پیش از هزینه کردن پول باید طراحی‌های لازم انجام شده باشد. مگر می‌توان هزاران میلیارد تومان پول را بدون طرح و نقشه و تفکر و برنامه‌ریزی مصرف کرد!

به نظر می‌رسد، در نظام سلامت، سیاه‌چاله‌ها و امکان رخداد فساد مالی، نسبت به جاهای دیگر، بیشتر بوده است. به عنوان مثال، در آموزش و پرورش، میل نداریم، بلکه حیف داریم. حیف این است که نیرو آورده‌ایم با سفارش افراد مختلف به نام حق‌التدریس، بعد استخدامشان کرده‌ایم. این را من جزو ریخت و پاش حوزه منابع انسانی می‌دانم؛ یا مثلاً در حوزه نیروهای مسلح و وزارت دفاع، بودجه با نظارت دقیق و به صورت کنترل شده مصرف می‌شود، اما به‌باور من، در نظام سلامت، به همان نسبت که حیف داریم، میل بودجه‌ای هم داریم.

۲. طرح تحول نظام سلامت

یکی از طرح‌هایی که در دولت آقای روحانی، باعث تزریق حجم زیادی پول به جامعه شد، طرح تحول نظام سلامت بود؛ مجموعه نظام سلامت، که در اینجا آن را با وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی مترادف می‌دانیم.

آن‌ها از فرمایش حکیمانه حضرت آقا که «کاری کنید بیمار، جز درد و رنج بیماری‌اش، ناراحتی دیگری نداشته باشد»، نهایت استفاده را بردند. اصلاً نظام سلامت ما برای تحقق همین سخن حکیمانه درست شده است، ولی آقایان از این فرصت استفاده و همین را هم شعارشان کردند که ما می‌خواهیم این فرمایش

حضرت آقا تحقق پیدا کند.

در زمان مسئولیت در مرکز آمار، طرح تحول نظام سلامت را پس از سه سال، ممیزی کردیم. همان سال نخست، ۶۰۰۰ میلیارد تومان به مقیاس آن زمان، بودجه برای آن در نظر گرفتند و پول کلان و زیادی تزریق شد. چون نظام سلامت برای آن برنامه و طراحی نداشت، پول آمد، ولی پزشک‌ها حقوقشان چندین برابر شد! چه کسانی که از محل این پول بی حساب و کتاب ثروت‌ها کسب کردند و چه شرکت‌هایی که برای بهره‌مند شدن از این پول ایجاد نشد! تأسیس شدند و به نام واردات، پول می‌گرفتند، به نام هیئت امنای ارزی، به نام بیمارستان، توسعه بیمارستان، کارانه پزشکان، و...!

شاه بیت سخنان من و علت‌العلل فساد در دیوانسالار کشور، از جمله نظام سلامت، پول‌پاشی‌های بی حساب و کتاب، بی برنامه، و بدون هدف‌گذاری بوده است که همچنان هم وجود دارد.

۳. مصداق‌های بی انضباطی و هدررفت منابع مالی

پژوهشگر: لطفاً مصداق‌ها، منقدها، و راهکارهای متناسب با آن‌ها را تبیین بفرمایید؟

اشاره کردیم که پول زیادی وارد حوزه سلامت شد و هنوز هم وارد می‌شود. در همین چند تصمیم اخیر با عنوان مبارزه با کرونا، پول کلان و فراوانی به دستگاه‌های حوزه بهداشت و درمان تخصیص یافت.

سازمان برنامه‌بودجه در همان اوایل سال ۱۳۹۹ حدود ۳۰۰۰ میلیارد تومان خارج از بودجه، به نام کرونا، تزریق کرد. تا پیش از سال ۱۳۹۹، حدود ۵۰۰ میلیون یورو با اجازه حضرت آقا برای واردات دارو از صندوق توسعه ملی برداشت کردند و اخیراً هم یک میلیارد دلار برای مبارزه با کرونا مصوب شد. ولی اگر اکنون از وزیر بهداشت - که انصافاً شخصیت فرهیخته و حکیمی است - پرسید که طرح و برنامه‌ات چیست، به سختی پاسخی دریافت می‌کنید.

دیوان محاسبات، دو هیئت حسابرسی بسیار گسترده در ستاد وزارتخانه و یک هیئت حسابرسی نیز در دانشگاه‌های علوم پزشکی دارد. از آن‌ها در مورد

برنامه هزینه کرد ۵۰۰ میلیون یورو دارو پرسیدیم؛ گفتند برنامه نداریم، خرج کرده‌ایم! باورتان نمی‌شود نزدیک چهل درصد آن، خرج نیروی انسانی و پرداخت کارانه، شیفت شب، و... شده بود؛ یعنی ۲۰۰ میلیون یورو، به‌جز آنچه برای آن مجوز دریافت شده است.

گفتیم شما که قرار بود دارو بخرید؟! در آن اجازه‌ای که گرفته بودند، «و خدمات درمانی» را هم اضافه کرده بودند! کافی است روزنه‌ای باشد، یک تونل از آن درمی‌آورند!

۴. دارو

یکی دیگر از منقذهای فسادزا در حوزه سلامت، حوزه دارو و واردات دارو است. فساد در این حوزه به وزارتخانه و دولت فعلی ربطی ندارد. همواره گروه‌های رانتی، انحصاری، و ویژه‌خوار در این حوزه وجود داشته‌اند؛ کاملاً انحصاری! جایی که انحصاری شد، حتماً فسادزا است. یکی از دلایلی که اقتصاد سرمایه‌داری موفق به نظر می‌رسد، شعار رقابت در آن است. رقابت، ناگزیر با خود شفافیت می‌آورد. انحصار، همه‌اش تاریکی است؛ معمولاً یکی دو نفر یا شرکت هستند. این یکی دو تا هم با هم ائتلاف می‌کنند تا بازی بردبردار داشته باشند. بیچاره مردم!

اینکه در حوزه دارو چه می‌گذرد ما نمی‌دانیم! زیرا ما در دیوان محاسبات، حسابرسی امنیتی نمی‌کردیم. بنابراین، من براساس مدارک و مستندات حسابرسی رعایت و قانون‌رسی صحبت می‌کنم. پشت پرده‌ها را نمی‌دانیم. نمی‌شود این را به هیچ وزیر و دولتی نسبت داد. این مسئله پس از دوران دفاع مقدس، یک چالش جدی حکومت بوده است. همواره از جاهایی بوده است که «جعبه سیاه» نام داشته است.

چون بازار دارو، جعبه سیاه بود، به آن مشکوک شدیم و هیئت حسابرسی ویژه، دو بار برای بررسی آن مأمور شد. در پایان به این نتیجه رسیدیم که اینجا پول خیلی مبادله می‌شود و از شفافیت کافی برخوردار نیست؛ مثلاً به یک جایی رسیدیم که اصلاً این قیمت خرید که برای داروها می‌گویند، دو برابر است. این چیزی است که ما کشف کردیم (بیشترش را ما نمی‌دانیم). دو برابر قیمت با دولت

حساب کرده بود و اسناد مالی هم به راحتی مورد تأیید واحدهای اداری و حسابداری قرار گرفته بود.

خرید تجهیزات را هم به آن اضافه کنید؛ چه در داخل چه در مواردی که برای واردات مجوز می‌گیرند. به مقیاس سال ۱۳۹۸، ۲۵ درصد ارز ۴۲۰۰ تومانی کالاهای وارداتی، به حوزه سلامت تخصیص می‌یابد. تمام واردات تجهیزات پزشکی و دارو و هر چیزی که به نام حوزه سلامت از خارج وارد می‌شود - از لنز گرفته تا چیزهای دیگر - توسط بخش خصوصی انجام می‌شود و هم‌اکنون هم حالت انحصاری یا غیررقابتی دارد.

البته کل واردات ما این‌گونه است؛ اما حوزه سلامت، دیگر نوبت است. شبکه واردات در اقلام حوزه بهداشت و سلامت، کاملاً انحصاری و رانتی است. کسی نمی‌تواند به راحتی به شبکه آن‌ها وارد شود؛ شبکه‌ای کاملاً پیچیده و غیرشفاف است.

۵. تحریم و فساد

سازوکار این‌ها چیست؟ ممکن است گفته شود، پس دستگاه‌های نظارتی، ناکارآمد و بی‌عرضه‌اند. خیر! امکان ندارد کسی بتواند این مسائل را روشن کند، چون همه چیز به ظاهر درست است. سندها و حساب‌و‌کتاب‌ها دقیق است؛ اما به نظر من، راهکار حل این مسئله، شفافیت است. وزارت بهداشت می‌تواند شفافیت و رقابت را ایجاد کند.

البته اکنون بهانه وزارت بهداشت، وجود تحریم است. در نتیجه می‌گویند، اگر فضا را رقابتی کرده و اطلاع‌رسانی کنیم، هیچ شرکتی به ما کالا نمی‌دهد. در اتفاق اخیر انسولین نزدیک بود کشور به هم بریزد؛ یا نزدیک بود مشکل کمبود ماسک، کشور را فلج کند، بنابراین، نمی‌توانیم از فساد یا بی‌نظمی بحث کنیم، اما یک‌سری مؤلفه‌های کلیدی محیطی مان را نادیده بگیریم؛ انصاف هم نیست. در مسئله تحریم یا FATF که بانک‌های کشورهای دیگر از ما کارمزد بالا می‌گیرند، بی‌تردید هدررفت پول و منابع وجود دارد؛ بنابراین، موضوع تحریم به لحاظ نظری و در عمل، سهم بالایی در ایجاد فساد و عدم شفافیت ایفا می‌کند.

۶. ناکارآمدی مدیریتی

نکته دیگری که به ذهن من می‌رسد، چیزی است که ما از آن با عنوان کارآمدی مدیریتی و نیروی انسانی یاد می‌کنیم. واقعیت این است که نمره کارآمدی مدیران حوزه سلامت به لحاظ نظام مالی و دخل و خرج، از بیست، کمتر از دوازده است! نمی‌شود کسی مدیر شود، اما سواد مالی و بودجه‌ای نداشته باشد؛ مفهوم هزینه، درآمد، و قیمت تمام‌شده را نداند؛ نظام بودجه‌ای‌اش را عملکردی نکند. هزینه‌کرد ما، کاملاً نقدی و غیرعملکردی است. البته این مسئله، مختص سلامت نیست و در تمام وزارتخانه‌های کشور رایج است.

بودجه عملکردی یعنی چه؟ یعنی به عنوان مثال، اگر در طرح تحول سلامت، ۱۰۰۰۰ میلیارد تومان، بودجه به وزارت بهداشت اختصاص یافته است، باید بگویند که این بودجه، چه شاخص‌هایی از نظام سلامت را محقق کرده است؛ یعنی در واقع، بودجه برپایه کیفیت و شاخص‌های بهره‌وری تخصیص می‌یابد. بدون نظام بودجه عملکردی، همه قهرمانند! وزیر پیشین می‌گوید، من قهرمان نظام سلامت ایران هستم. چند تا عدد کلی هم دارد. وزیر فعلی هم به گونه‌ای دیگر می‌گوید، من قهرمانم. علت این است که نظام پرداخت، مبتنی بر شاخص‌های عملکردی و بهره‌وری نیست، زیرا معیار عملکردی و شاخص کیفیت بهداشت و درمان، تعریف نشده است؛ پس، همه موفق عمل کرده‌اند، ولی بهبود در زندگی و بهداشت و درمان کشور را کمتر شاهد هستیم.

نظام بودجه‌ریزی فعلی ما در نظام سلامت به همین صورت است؛ بنابراین، هدف‌گذاری، انضباط، پاسخ‌گویی، و شفافیت در آن، در سطح پایینی است. مشخص نیست که چه میزان به اهداف سلامت دست پیدا کرده‌ایم؟ چقدر استاندارد زندگی مردم بالا رفته است؟ چقدر بهداشت مردم بهبود پیدا کرد؟ چقدر درد مردم کمتر شد؟ هیچ ملاک و معیاری برای سنجش و اندازه‌گیری نداریم. بسیاری از شاخص‌های عملکردی، کلی و نادقیق هستند.

در حوزه نظام مدیریت بیمارستانی هم ایرادهای جدی‌ای وجود دارد. بیمارستان‌ها، یک مدیر و یک رئیس دارند. باور شخصی من این است که مدیر

بیمارستان نباید دارای تخصص پزشکی باشد. حتی رئیس هم نباید پزشک باشد، چون اصلاً اولویتشان و دغدغه‌شان، مدیریت نیست؛ دغدغه آن‌ها اتاق عمل، درمان، و نسخه است. این مباحث را به تمسخر می‌گیرند؛ درحالی‌که بیشتر بدبختی‌هایمان اینجاست.

برنامه‌ریزی و بودجه‌ریزی باید از اولویت‌های اصلی نظام سلامت باشد که کمتر به آن توجه شده است. پزشکان اصلاً دغدغه‌ای در مورد مدیریت ندارند و سواد آن‌ها هم در این زمینه اندک است. مگر می‌شود کسی مدیر جایی بشود، الفبای حسابداری و مالی را نداند، الفبای اقتصاد سازمان را نفهمد، الفبای برنامه‌ریزی را نخوانده باشد؛ اصلاً مگر چنین چیزی امکان دارد! گرچه رشته مدیریت بیمارستانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی ایجاد شده است، ولی آثار آن هنوز در بیمارستان‌های کشور نمود نداشته است.

۷. نهادهای نظارتی

ما سه نهاد نظارتی داریم که معمولاً یکی از آن‌ها، یعنی دیوان محاسبات کشور، اختصاصاً نظام مالی دستگاه‌های اجرایی را از سوی قوه مقننه کنترل می‌کند و از دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های دولتی گرفته، تا خود ستاد وزارتخانه، تحت نظارت آن قرار دارند. یک سازمان بازرسی هم داریم که در طرف قوه قضائیه قرار دارد. خود قوه مجریه هم حراست و بازرسی دارد.

بیشتر این مجموعه‌ها، سالم‌اند، اما یک ضعف بسیار کلیدی دارند و آن، نداشتن دانش تخصصی در حوزه سلامت است. دیوان محاسباتی‌ها، عمدتاً حسابداری خوانده‌اند، شاغلان سازمان بازرسی، بیشتر حقوقی هستند. حراستی‌ها نیز اکثراً رشته‌های اداری یا امنیت خوانده‌اند.

زمانی که رئیس کل دیوان محاسبات بودم، در پی استخدام تعدادی پزشک بودم تا آن‌ها را در هیئت‌های حسابرسی به کار بگیریم تا شاید بتوانند وجوه فنی و حرفه‌ای حوزه بهداشت و درمان را کنترل کنند. در این حالت حسابرسی عملکرد خواهیم داشت، اگرچه پزشکان باسرف و نجیب فراوانی در جامعه پزشکی کشور داریم، ولی متأسفانه فساد غریبی در نسخه‌نویسی وجود دارد. پزشک با داروخانه

یا با آزمایشگاه بده‌بستان می‌کند. نسخه را پر از دارو و آزمایش می‌کند؛ درحالی‌که بیمار، تنها به دو یا سه قلم دارو نیاز دارد. همان‌گونه که می‌دانید، خودشان نمی‌توانند داروخانه و آزمایشگاه تأسیس کنند، ولی این کار را به نام دیگران انجام می‌دهند. حسابرس‌های ما هم نمی‌توانند این موضوع را کشف کنند، چون در این حوزه، دانش کافی ندارند!

در زمینه نسخه‌های جعلی و آزمایش‌های صوری و غیرضروری، نمونه‌های فراوانی می‌توان برشمرد. پرونده‌های زیادی در دستگاه‌های نظارتی وجود دارد. برآورد اولیه این است که سالانه بیش از چهار هزار میلیارد تومان، هزینه آزمایش غیرضروری و داروی غیرلازم از طریق بیمه‌ها، به‌ویژه بیمه سلامت، پرداخت می‌شود.

۸. مالیات پزشکان

یکی دیگر از منفذها و مسیرهای فساد که آثار آن به حاکمیت و همه ما مربوط می‌شود، فرار مالیاتی است. این وضعیت بیشتر در بخش خصوصی حوزه سلامت رایج است که وظیفه نظارت بر آن به‌عهده سازمان نظام پزشکی و بخش نظارتی درون وزارتخانه است. زمانی که با آن‌ها در مورد علت عدم نظارت کافی صحبت می‌شد، پاسخشان این بود که فرض کنید سالی پنج هزار میلیارد تومان زیرمیزی، فاکتور جعلی، نسخه غیرضروری، و... داشته باشیم، برای اینکه بخواهیم این را نصف کنیم، خیلی بیشتر باید هزینه کرد و به خرجش نمی‌ارزد! این تفکر که همه چیز را با پول می‌سنجد، بسیار خطرناک است؛ به‌ویژه اگر پارادایم حاکم بر مدیران دستگاه‌های دولتی کشور باشد.

مایکل سندل، استاد دانشگاه هاروارد، در مجموعه‌ای با عنوان «آنچه با پول نمی‌توان خرید» استدلال می‌کند که با معیار پول، در کشوری مثل روسیه سفید بر این نظر بودند که لازم نیست پیرمرد و پیرزن‌ها را بیمه کنیم؛ اگر بمیرند، بهتر از این است که خرجشان کنیم. یا اگر افراد سیگار بکشند، بهتر است، زیرا آن‌هایی که مسن یا بیمارند، زودتر می‌میرند و هزینه‌ای که بر کشور تحمیل می‌کنند، بسیار پایین‌تر خواهد بود!

این تفکر، دیگر به جایگاه والای حکومت اسلامی فکر نمی‌کند. به انسان بودن انسان فکر نمی‌کند. به فکر درد و فشارهای روانی-اجتماعی آن نیست، به عوارض و فسادهای بعدی آن نمی‌اندیشد. نمی‌داند پیامدهای بعدی آن چیست. اگر ما یک نظام سلامت متعالی داشته باشیم، اثرات اجتماعی، فرهنگی، و اخروی آن بسیار زیاد خواهد بود. این نگرش عجیب است که تنها به ورودی و خروجی نگاه می‌کند و به اثرات و پیامدهای آن توجه ندارد؛ غافل از اینکه هر چیزی، به‌ویژه اخلاق حرفه‌ای و مسئولیت اجتماعی و انسانی، را با پول نمی‌توان سنجید و خرید.

بررسی و برآورد کارشناسان حوزه مالیاتی، نشان می‌دهد که فرار مالیاتی کسب‌وکارهای حوزه سلامت، از جمله تجهیزات، دارو، آزمایشگاه‌ها، داروخانه‌ها، و پزشکان، بیش از هشت هزار میلیارد تومان است؛ اما سازوکار چیست؟

۹. چاره درد: پیاده‌سازی سامانه هوشمند سلامت

نتیجه این گفت‌وگو این شد که پول فراوان، عدم شفافیت، منفعت‌طلبی حرفه‌ای، رانتی و غیررقابتی بودن محیط کسب‌وکارهای حوزه سلامت، بی‌انضباطی و حیف‌ومیل کردن بودجه در دیوانسالار بهداشت و درمان، و همچنین، ناکارآمدی تخصصی دستگاه‌های نظارتی، سبب شده است که حوزه سلامت، از کانون‌های فساد مالی کشور باشد؛ به‌گونه‌ای که سلب اعتماد شهروندان و مردم جامعه به این بخش حیاتی در حکمرانی را در پی داشته است. به‌کارگیری سازوکارهای آزموده‌شده‌ای مانند چندلایه کردن نظام نظارتی یا به‌کارگیری نظام‌های حسابرسی امنیتی نیز جز افزایش پیچیدگی بوروکراسی و آشفتگی کردن محیط سازمان‌های متولی، نتیجه‌ای ندارد.

تجربه کشورهای پیشرو مانند کشورهای اسکاندیناوی نشان می‌دهد که دو عامل رقابت و فناوری اطلاعات، اکسیر این درد مزمن است. رقابت با خود، شفافیت و کارآمدی می‌آورد و خالق خودکنترلی توسط فعالان جامعه حرفه‌ای سلامت و رسانه‌ها خواهد شد. فناوری اطلاعات سبب می‌شود که گردش اطلاعات اقتصادی اشخاص حقیقی و حقوقی به‌نمایش گذاشته شود. نظامات

مبتنی بر فناوری اطلاعات، موجب می‌شود که نسخه الکترونیکی، بیمه الکترونیکی، آزمایش‌های الکترونیکی، و حتی بدون مداخله انسان^۱ اتفاق افتد. با استفاده از کنترل‌های هوشمندی مانند هوش مصنوعی و علم تحلیل داده‌ها^۲ به آسانی می‌توان از تخلف و تقلب فعالان حوزه سلامت پرده برداشت. تجمیع اطلاعات پزشکی هر فرد ایرانی به راحتی نشان می‌دهد که هزینه بهداشت و درمان هر فرد ایرانی چقدر است و هر پزشک به طور متوسط چه هزینه‌ای برای بیمه کشور ایجاد می‌کند و چه مقدار ارقام صوری و غیرضروری در نسخه‌ها و آزمایش‌های خود می‌نویسد. افزون‌براین، استانداردهای حوزه پزشکی را به طور برخط می‌توان بر هر فعالیت پزشکی اعمال کرد. از این طریق می‌توان برای هر فعال اقتصادی حوزه سلامت، «اظهارنامه مالیاتی پیش فرض» صادر کرد و در نتیجه، فرار مالیاتی کاهش خواهد یافت.

اکنون این پرسش جدید مطرح می‌شود که مسئله‌ای به این وضوح، چرا تاکنون حل نشده است؟ فناوری‌ای به این اثربخشی، چرا در کشور پیاده نمی‌شود؟ آیا دانش آن وجود ندارد؟ آیا سخت‌افزار آن موجود نیست؟ هیچ‌کدام! هم فناوری، هم نیروی انسانی متخصص فراوان، و هم سخت‌افزار باکیفیت وجود دارد، اما کاسبان حوزه سلامت که از قدرت هم برخوردارند، نگذاشته و نمی‌گذارند، سامانه هوشمند سلامت استقرار پیدا کند!

والسلام

-
1. Humanless
 2. Data Analytics

از پزشک امین تا پزشک خانواده؛ چالش‌های ساختاری و اجرایی



دکتر رحمت‌الله حافظی
رئیس اسبق سازمان تامین اجتماعی

فصلنامه راهبرد سلامت و بهداشت، سال ۱، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰، صص ۲۰۱-۲۱۴

مقدمه

پیش از اینکه به نظام سلامت پردازیم، یک تذکر بدهم، چون شاید بعضی‌ها، به این موضوع حساس باشند. عده‌ای می‌گویند، چون نظام سلامت توسط پزشکان اداره می‌شود، تعارض منافع ایجاد می‌شود و همه مشکل‌ها ناشی از این موضوع است؛ نه این‌گونه نیست. چرا این‌گونه نیست؟ و چه موقع چنین چیزی صحت دارد؟ زمانی که همه دستگاه‌های اجرایی کشور، خوب کار کنند و همه چیز خوب باشد، اما در اینجا شکاف وجود داشته باشد. البته چنین تعارض منافعی وجود دارد، ولی هر تعارض منفعی، ویرانگر و مخل نیست و بایستی مدیریت شود.

اگر مثلاً در حوزه‌های دیگری مانند وزارت کشور، جهاد کشاورزی، یا صمت، همه چیز خوب بود، آن‌گاه می‌گفتیم که عده‌ای اقتصاددان، مهندس، و... در حوزه وزارت بهداشت هم سیاست‌گذاری کنند و اینجا را هم آباد کنند؛ پس مراقب باشیم که از این منظر به خطا نرویم.

در مجموعه نظام سلامت می‌توان کارهایی را انجام داد و مدیریت کرد که از آشفته‌بازار فعلی، خارج شویم.

زمانی که وارد مصداق‌ها شویم، راحت‌تر می‌توانیم به جمع‌بندی برسیم. به دولت‌ها و بحث‌های سیاسی هم اصلاً کاری نداریم؛ یعنی بحث ما کاملاً فنی و کارشناسانه است.

۱. نظام ارجاع و پزشک خانواده

با توجه به اینکه در سازمان تأمین اجتماعی هم مسئولیت داشته‌ام، نکته‌ای را در مورد این سازمان می‌گویم. سازمان تأمین اجتماعی به صورت سنتی به بیمه‌شده

یک دفترچه بیمه داده و گفته است که با این دفتر هر کاری می‌خواهی، انجام بده؛ سازمان پولش را می‌دهد.

اکنون بیمه‌شده سرگردان است؛ چه بیمه‌شده‌ای که در روستایی در زاهدان است و چه بیمه‌شده‌ای که حتی در تهران ساکن است. اگر نیمه‌شب مشکلی برای خانواده‌اش پیش آید، نمی‌داند باید چه بکند. جایگاهی ندارد که به آن رجوع کند. پزشک خانواده، یعنی یک نفر پزشک باشد که تعدادی بیمه‌شده را زیر پوشش خود داشته باشد و در طول ۲۴ ساعت شبانه‌روز، مسئولیت سلامت آن‌ها نمی‌گوییم درمان آن‌ها - به‌عهده او باشد.

نظام ارجاع به چه معناست؟ یعنی فردی که پذیرفته است پزشک خانواده داشته باشد و آن پزشک، پاسخ‌گوی نیازش است، دیگر حق ندارد خودش به‌طور مستقیم به بیمارستان مراجعه کند. همان‌گونه که سازمان، این امتیاز را به او داده است که در نیمه‌شب، بتواند به پزشک رجوع کند و مشورت کند، این حق را نیز سلب کرده است که اگر برایش مشکلی پیش آمد، خودش به‌طور مستقیم به بیمارستان، یا به یک پزشک یا متخصص دیگری مراجعه کند. نظام ارجاع، یعنی اینکه شما این پزشک را به‌عنوان امین خود پذیرفته‌اید و هر مشکلی داشتید به او مراجعه می‌کنید و او موظف است درمان شما را به بهترین نحو ممکن مدیریت کرده و انجام دهد.

بخشی از درمان را که در توان تخصصی خودش هست را خودش انجام می‌دهد و بخشی را که به ظرفیت تخصصی پزشک دیگری یا به امکانات بیمارستانی نیاز دارد، ارجاع می‌دهد. آن مرکز درمانی هم موظف است، اقدامات انجام‌شده را به پزشک خانواده بازخورد دهد تا در سوابق و پرونده الکترونیک بیمار ثبت شود. اجرای عملیاتی این نظام ارجاع از زمان دکتر پزشکیان، حدود بیست سال پیش شروع شد، ولی متأسفانه هنوز هیچ عملکرد قابل‌دفاعی در سطح کشور ندارد.

۲. راهنمای بالینی

امروزه درمان یک بیمار بایستی برپایه بررسی‌های علمی قابل‌دفاع انجام شود. نباید هر پزشکی هر کاری را که بخواهد، انجام دهد. برای هر مشکل درمانی باید راهنمای بالینی (گایدلاین) وجود داشته باشد؛ به‌عنوان مثال، برای درمان بیماری

ام.اس، باید راهنمای بالینی‌ای داشته باشیم که گام‌های درمان را مشخص کرده باشد. منطقی نیست که پزشک مجاز باشد دارویی را که در حال بررسی و تحقیق است، نسخه کند و بیمار هم نتواند آن را پیدا کند یا به قیمت بسیار گزاف از بازار آزاد تهیه کند و این وضعیت، سبب آشفتگی امنیتی و روحی-روانی بیمار و خانواده‌اش شود. افزون‌براین، در بازار دارویی کشور هم معلوم نباشد که چه کسی دارو می‌آورد؟ از کجا می‌آورد؟ از چه کشورهایی قاچاق می‌کند؟ چگونه نگهداری و عرضه می‌شود؟ آیا این دارو، داروی اصل است یا تقلبی و زیرپله‌ای است؟

باید برای درمان تمام بیماری‌ها، راهنمای بالینی داشته باشیم. از آرتروز زانو گرفته تا دیسک کمر، ام.اس، آلزایمر، و انسداد عروق قلب یا هر بیماری دیگری. این راهنماها را چه کسی باید تدوین کند؟ بی‌تردید، انجمن‌های علمی تخصصی متولی تدوین آن هستند. ما بیش از ۲۰۰ انجمن علمی تخصصی در حوزه سلامت کشور داریم. در هر رشته تخصصی هیئت‌مدیره آن انجمن علمی تخصصی از بین متخصصان همان رشته انتخاب می‌شود؛ به‌عنوان مثال، در تخصص بنده که طب فیزیکی است، متخصصان گروه طب فیزیکی، هر چهار سال یکبار، بهترین‌ها را -چه از نظر علمی و چه به‌لحاظ مدیریتی- برای هیئت‌مدیره انجمن انتخاب می‌کنند. در تمام رشته‌های تخصصی، انجمن علمی تخصصی داریم. این انجمن‌ها باید راهنمای بالینی را تدوین، و برای درمان بیماری‌های حوزه تخصصی خودشان، برنامه و راهکار درمان مشخص کنند.

۳. طرح تحول نظام سلامت

یکی از موضوع‌هایی که در چند سال گذشته برای آن تبلیغات گسترده‌ای انجام شد، تحول نظام سلامت است. از همان لحظه‌ای که آقای دکتر قاضی‌زاده هاشمی، این موضوع و چگونگی اجرای آن را مطرح کردند، عده‌ای بارها گفتند و حتی فریاد زدند که این مسیر خطاست، ولی گوش شنوایی وجود نداشت. آنچه دکتر قاضی‌زاده هاشمی دنبالش بود و فرایندهایی که تعریف کرده بودند، خطا و یک انحراف بسیار شدید داشت. ایشان با اجرای این طرح، پرداختی از جیب مردم را کاهش داد که اقدام پسندیده‌ای بود و دریافتی پزشکان را افزایش داد. با اجرای این

طرح، فاصله بین نمودار خطی این دو پرداخت و دریافت، زیاد شد؛ بدون اینکه ملاحظات دیگر را پیش‌بینی کرده باشد.

آن‌موقع هم گفتیم، اگر ایشان نتواند این طرح را به‌انجام برساند، این فاصله‌ای که ایجاد کرده است، به‌لحاظ رفاه اجتماعی و حتی از نظر امنیتی، به‌شدت تهدیدکننده است و می‌تواند آسیب‌های جدی‌ای را ایجاد کند که متأسفانه در عمل اتفاق افتاد. زیاده‌خواهی و عدم نظارت و کنترل بر عملکرد به‌سبب نبود راهنمای بالینی، به‌اندازه‌ای رخ داد که دیگر مجلس و دولت نتوانستند پاسخ‌گوی منابع مالی موردنیاز طرح باشند و این فاصله را پر کنند و همه‌چیز متلاشی شد؛ به‌بیان دیگر، دکتر قاضی‌زاده هاشمی، نظام سلامت و نظام ارجاع را به بهترین نحو ممکن نابود کرد.

ایشان اجرای طرح را بسیار سریع و زود هنگام ابلاغ کرد، چون برگ برنده دولت یازدهم، دو چیز بود؛ یکی طرح تحول سلامت و دیگری هم بحث برجام. با اجرای این طرح، درآمد پزشکان به‌شدت افزایش و پرداخت هزینه‌ها از جیب مردم هم به‌شدت کاهش پیدا کرد. ظاهر این کار خیلی خوب بود، ولی زیرساخت‌های لازم برای کنترل اقدامات و هزینه‌های غیرضروری را نداشت. هر کسی هر کاری خواست، انجام داد. یکی از همکاران در مرکز قلب تهران می‌گفت، بیش از ۹۰ درصد آنژیوگرافی‌هایی که انجام می‌شود، غیرضروری است. وقتی هیچ نظارت و کتتری وجود نداشته باشد، به هر مریضی می‌گویند آنژیوگرافی انجام دهد. مهم‌ترین ضعف این طرح، نبود خدمات مبتنی بر راهنماهای بالینی بود؛ بنابراین، منابع را به‌شدت بلعید. ظرفیت منابع کشور، محدود است و درنهایت، صدای مجلس هم درآمد و در تأمین آن همراهی نکردند و منابع را کاهش دادند، دولت هم در تخصیص منابع، همراهی نکرد.

۴. پزشک امین

پرسش: طرحی که آقای دکتر پزشکیان از ۲۰ سال پیش شروع کرد و تمام مسئولان وزارت بهداشت طی دو دهه، شعار اجرای آن را بر زبان راندند و همه دوست داشتند، اتفاق بیفتد، چرا تا به‌حال انجام نشده است؟

یکی از دغدغه‌های اصلی بنده، همین است و تا زمانی که دولت و مجلس به

این مطلب توجه نکنند، هیچ اتفاق مثبتی در این حوزه رخ نمی‌دهد. در اجرای این طرح، ۲۰ سال گذشته که هیچ، ۲۰ سال دیگر هم بگذرد، همین است. چرا با گذشت ۲۰ سال در وزارت بهداشت هنوز این طرح اجرا نشده و متأسفانه مدتی پیش هم اجرای آن در دو استان مازندران و فارس لغو شد. زمانی که مسئولیت سازمان تأمین اجتماعی را پذیرفتم، درمان نیمی از جمعیت کشور به عهده بنده قرار گرفت. تأمین اجتماعی در سال‌های گذشته به بیمه‌شده دفترچه می‌داد و می‌گفت که پول هر خدمتی را می‌دهم. ما تصمیم گرفتیم برای بیمه‌شدگان خودمان کاری انجام دهیم تا هر وقت وزارت بهداشت سیاست‌گذاری درست انجام داد، ما هم تابع آن باشیم.

گروهی از صاحب‌نظران را جمع کردم. یازده ماه از یک سال و نیم حضورم در سازمان تأمین اجتماعی، صرف مطالعه شد. برای اینکه اسم این برنامه با کاری که وزارت بهداشت انجام می‌داد (پزشک خانواده) تداخل نداشته باشد، نام طرح را «پزشک امین» گذاشتیم. قصد داشتیم با ایجاد نظام ارجاع و پزشک امین برای ۴۰ میلیون بیمه‌شده، مشکلشان را حل کنم.

با برگزاری جلسه‌های هفتگی ثابت، یازده ماه مطالعه انجام شد. حتماً می‌دانید که تأمین اجتماعی سه حوزه بیمه‌ای، اقتصادی، و درمان دارد که هر یک مسئول مشخصی دارد. این موضوع به حدی برایم اهمیت داشت که شخصاً در تمام جلسه‌های کارشناسی هفتگی شرکت می‌کردم. حاصل این جلسه‌ها، تنظیم ۵۲ صفحه دستورالعمل بود. نگرش حاکم بر تدوین آن، ایجاد بردبردبرد بین سه گوشه مثلث بود؛ سازمان، بیمه‌شده به عنوان گیرنده خدمت، و پزشک به عنوان ارائه‌کننده خدمت. دستورالعمل را به گونه‌ای تنظیم کردیم که هم به نفع بیمه‌شده باشد، هم به نفع پزشکان، و هم به نفع سازمان.

۴-۱. مردم

این دستورالعمل را ابلاغ کردیم، ولی بیمه‌شده را ملزم نکردیم که تابع آن شود. اجازه دادیم هرکس روش سنتی درمان سازمان را دوست داشت، از همان روش استفاده کند تا بیمار حس نکند زور و اجباری در کار است. افزون‌براین، هرکس

می‌پذیرفت که پزشک امین داشته باشد، یک سری امتیاز به او می‌دادیم؛ به‌عنوان نمونه، فرانشیز درمان کسانی که سنشان شصت سال به بالا بود را رایگان کردیم. فرانشیز داروهای مرتبط با بیماری کسانی را که بیماری‌های خاصی مانند هموفیلی، دیالیز، و تالاسمی داشتند، رایگان کردیم.

یک پرائنتر باز کنم. یک بنده خدایی از کشورهای اروپایی یک ارائه‌ای داشت. می‌گفت مردم (در مثال مناقشه نیست) گوسفند نیستند؛ مردم گربه‌اند. گفتیم فرق این دو تا چیست؟ گفت، اگر شما در محلی باشید، سه راه خروج داشته باشید، گوسفندها را راحت می‌توانید به همان سمتی که می‌خواهید هدایت کنید. رفتار شما با یک گربه باید این‌گونه باشد که طعمه را در دست بگیرید، آن‌گاه به‌دنبالت می‌آید (باز می‌گویم در مثال مناقشه نیست). باید مسیری را برای مردم تعریف کنیم که حس کنند منافعشان تأمین می‌شود؛ آنگاه خودشان همراهی می‌کنند. بنابراین، پروژه را به‌گونه‌ای طراحی کردیم که مردم خودشان تمایل نشان دهند و همراه شوند. مزیت‌هایی را پیش‌بینی کردیم که هر کسی می‌شنید، می‌گفت می‌خواهم تحت پوشش قرار بگیرم. این بخش بردبرد مربوط به مردم بود.

۲-۴. پزشکان

استان گیلان (نخستین استان) را مطالعه کردیم و مشخص شد که میانگین درآمد پزشکان عمومی استان چقدر است؛ در سال ۱۳۹۲، یک‌ونیم میلیون تومان بود. گفتیم یک‌ونیم میلیون تومان را می‌رسانیم به چهارونیم میلیون تومان؛ در این صورت، حتماً پزشکان با اجرای طرح، همراهی کرده و مقابله نخواهند کرد.

۳-۴. سازمان تأمین اجتماعی

برد سازمان چه بود؟ جمع‌بندی مطالعاتمان این بود که در سال نخست، به‌سبب افزایش پرداختی به پزشکان و موارد دیگر، هزینه‌های سازمان ۱۱ درصد افزایش می‌یابد، ولی از سال دوم به‌بعد تا ۳۶ درصد کاهش هزینه داریم. چرا کاهش هزینه داریم؟ پزشک عمومی در مسیر بین بیماران و بیمارستان، در مسیر بین بیماران و پزشک متخصص می‌نشیند. در حال حاضر یک بیمار با دفترچه‌ای که در اختیار

دارد، به طور مستقیم به پزشک متخصص مراجعه می کند، پزشک هم درخواست فلان آزمایش تخصصی یا فوق تخصصی (مثلاً MRI) می دهد و پس از بررسی هم می گوید، چیز مهمی نبوده است و در نهایت، دارویی تجویز می کند. در مواردی که مشکل مهمی وجود نداشته باشد، پزشک امین بدون اینکه این اقدامات را انجام دهد، این تجویز و درمان را انجام می دهد؛ اگر نیاز به ارجاع برای کار تخصصی بود، حتماً ارجاع می دهد، ولی مشکلات معمولی بیماران را خودش درمان می کند. برای انتخاب نخستین استان، مطالعه اولیه با ۱۷ شاخص در استان های گوناگون انجام شد که گیلان بیشترین امتیاز را به دست آورد.

از همکارانم درخواست کردم از گیلان به عنوان استان پایلوت نام نبرند، بلکه آن را به عنوان نخستین استان مطرح کنند. پایلوت، یعنی می خواهیم طرحی انجام دهیم، سپس بررسی کنیم که آیا این طرح درست بوده است یا نادرست. ما ایمان داشتیم که نظام ارجاع و پزشک خانواده باید انجام شود؛ بنابراین، گیلان، نخستین استان بود.

۵. تعامل با ذی نفعان

پس از آماده شدن دستورالعمل، تصمیم گرفتیم تمام گروه های ذی نفع و ذی ربط را توجیه کنیم و سپس کار را شروع کنیم که مبدا یک جایی وزیر وقت بهداشت، خانم وحید، شبهه ای وارد کند و همه چیز را از هم متلاشی کند. دو ماه وقت گذاشتیم و شخصاً این هماهنگی ها را انجام دادیم. با یازده مرجع هماهنگ کردم: (۱) استاندار - که آن موقع آقای سعادتی بود- و فرمانداران؛ (۲) امام جمعه رشت و ائمه جمعه شهرستان های رشت. در کدام طرح نظام سلامت سراغ امام جمعه می روید؟ (۳) شوراهای اسلامی کار استان؛ (۴) کانون های بازنشستگی استان. همه آنها در یک سالن دویست سیصد نفره دعوت شدند و با آنها گفت و گو کردم؛ ۵. مجمع نمایندگان استان گیلان دعوت شدند و با ایشان هماهنگ کردم. (۶) آقای دکتر پزشکیان را (چون در مورد موضوع پزشک خانواده صاحب نظر بود) دعوت کردیم و دیدگاه های اصلاحی ایشان را اعمال کردیم؛ (۷) از طریق صداوسیما استان در یک برنامه زنده تلویزیونی با مردم صحبت کردم؛ (۸) از مدیر درمان استان خواسته شد که همه مدیران کل استان را دعوت و توجیه کند؛ (۹) کارشناس های استان

موظف شدند در هر چهار یا پنج مسجد اطلاعیه بزنند، بیمه‌شدگان سازمان را در مسجد جمع کنند و در مورد برنامه و طرح موردنظر به آن‌ها توضیح دهند؛ (۱۰) گروه پزشکان استان. برای پزشکان عمومی یک نشست در مرکز استان گذاشتیم. حدود دویست نفر آمدند. جلسه نسبتاً سختی بود. آنان متقاضی پرداخت بیشتر به پزشکان بودند. از آنان درخواست کردم که اجازه بدهید این طرح یک سال اجرا شود، خروجی‌هایش مشخص شود، سپس بررسی می‌کنیم، اگر نیاز شد، اضافه می‌کنیم که سرانجام پذیرفتند.

در این مراحل بودیم که آگاه شدم، دکتر وحید در مورد اجرای طرح پزشک امین به رئیس کمیسیون بهداشت و درمان مجلس گلایه کرده و وزیر رفاه، آقای شیخ‌الاسلام، برای توقف طرح به مجلس احضار شده است. قرار بود روز یکشنبه به اتفاق وزیر به کمیسیون برویم که هم‌زمان شد با استیضاح آقای حسینی، وزیر اقتصاد، و جلسه مجلس به بعدازظهر کشیده شد و جلسه‌های کمیسیون‌ها لغو شد. این اتفاق، فرصتی ایجاد کرد که هماهنگی‌های بعدی را انجام دهیم.

(۱۱) جلسه با دکتر شهریاری، رئیس کمیسیون بهداشت و درمان، که در این نشست، جزئیات طرح را مطرح کردم. طرح، موردتوجه ایشان قرار گرفت؛ بنابراین، درخواست جلسه با اعضای کمیسیون را مطرح کردم؛ ۱۲. جلسه با کمیسیون بهداشت و درمان مجلس که ابتدا مورد حمله دکتر مرندی قرار گرفتیم که می‌گفتند شما، درمان‌محور هستید و به پیشگیری توجه ندارید که با توضیحات کامل در مورد طرح، ایشان نیز مجاب شد.

برای اجرای دقیق طرح به این نتیجه رسیدیم که برای بیمه‌شدگان به پرونده الکترونیک نیاز داریم. برای اینکه پرونده الکترونیک ایجاد شود، نیاز بود که هر پزشک یک کامپیوتر با ویژگی‌های خاصی داشته باشد. برای پزشکانی که همراه شدند (چنانچه کامپیوتر نداشتند) یک میلیون تومان (آن موقع) وام قرض‌الحسنه در نظر گرفتیم که طی ده ماه پس از آغاز طرح، هر ماه صد هزار تومان از درآمدشان کم کنیم.

طرح، کلید خورد و در استان اعلام شد که پزشکان نام‌نویسی کنند. استان

گیلان ۷۵۰ پزشک عمومی داشت که ۵۵۰ نفر از آنان برای همکاری با طرح پزشک امین نام‌نویسی کردند. این اتفاق، موضوع بسیار مهمی است، زیرا همان موقع در سه استان سیستان و بلوچستان، خوزستان، و چهارمحال و بختیاری که وزارت بهداشت دو سال برای اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده در آن‌ها کار کرده بود- تنها ۶۰ نفر پزشک همکاری می‌کردند، ولی ما موفق شدیم که در یک استان، ۵۵۰ نفر را جلب به همکاری کنیم. از این ۵۵۰ نفر، ۲۵۰ نفر، وام یک میلیون تومانی برای خرید کامپیوتر را گرفتند، همه چیز آماده بود. قرار بود که اسامی پزشکان، روی سایت قرار گرفته و نام‌نویسی بیمه‌شدگان آغاز شود.

آزادی اختیار در نام‌نویسی هم یکی از برنامه‌ها بود؛ به این ترتیب که پدر خانواده ممکن است بخواهد زیر پوشش آقای دکتر فلان باشد و مادر خانواده بگوید من می‌خواهم دکترم زن باشد؛ انتخاب پزشک، کاملاً در اختیار بیمه‌شده بود. این‌گونه نبود که همه خانواده الزاماً تحت پوشش یک پزشک باشند. هر شخص می‌توانست پزشکش را خودش انتخاب کند و هر پزشک تا ۱۵۰۰ نفر، ظرفیت پذیرش داشت.

پرداخت پزشکان به‌ازای کاری بود که انجام می‌دادند؛ سلامت‌محور بود، نه درمان‌محور. اگر پزشک در غربالگری این ۱۵۰۰ نفر، افرادی را پیدا می‌کرد که فشار خون داشتند و نمی‌دانستند یا مواردی از این دست، افزون‌بر آن چهار میلیون و نیم، پاداش هم می‌گرفت. پرداختی به پزشک به‌ازای مراجعه‌کنندگان کودک و افراد مسن (چون بچه‌ها و افراد مسن بالای شصت سال نیاز به کار و توجه بیشتری داشتند)، ضریب افزایش یافته داشت. اگر بیمار، فشار خون داشته باشد و متوجه نشود و سکتته مغزی کند، جدای از ابعاد انسانی و آسیب‌هایی که به بیمار و اطرفیان او وارد می‌شود، باید مدت طولانی‌ای در بخش‌های ویژه بستری شود که طبعاً هزینه‌های دوچندانی به‌همراه خواهد داشت؛ درحالی‌که اگر با یک غربالگری، فشار خون یا قند بالای بیمار تشخیص داده شود، به‌سادگی و با مصرف چند قرص در هر روز، مشکل کنترل می‌شود. طبعاً این اقدامات پیشگیرانه به‌نفع سازمان هم بود. چنین پروژه‌ای طراحی شد و آماده کلید زدن و شروع عملیات بود.

۶. چالش پزشک امین

بنده، در زمان دکتر لنکرانی، معاون توسعه وزارت بهداشت بودم. زمانی که دکتر وحید دستجردی وزیر شدند، از بنده خواستند که با ایشان نیز همکاری کنم. گفتم چند شرط دارم؛ یکی از شرط‌هایم این بود که دکتر باقر لاریجانی، رئیس دانشگاه علوم پزشکی تهران، در ستاد وزارت بهداشت مداخله نکند که خانم دکتر پذیرفت. آن موقع، تنها معاونی که به حقوقش یک میلیون تومان (آن زمان یک میلیون عدد قابل توجهی بود) اضافه کردند، بنده بودم. با رفتن دکتر لنکرانی، حجم کارهایم حدود هفتاد درصد کم شد و حقوقم یک میلیون اضافه شد. به‌ظاهر، این اتفاق خیلی خوبی بود. ۵ ماه از شروع کار خانم دکتر گذشت؛ دیدم شرط‌ها یکی یکی نقض می‌شود؛ بنابراین، استعفا کردم و به‌دنبال آن، خانم دکتر علیه من به دادسرای کارکنان دولت شکایت کرد. علتش هم جای بحث دارد. در ضمن، آن افزایش حقوق هم هیچ‌گاه پرداخت نشد.

چنین فردی به‌عنوان مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی با آن نگرشی که وزیر بهداشت در موردش پیدا کرده بود، قصد داشت نظام ارجاع و پزشک امین را برای بیمه‌شدگان سازمان (با ویژگی‌هایی که توضیح دادم) عملیاتی کند. طبعاً این طرح، تهدید جدی‌ای برای خانم دکتر است! چرا تهدید است؟ همان‌گونه که اشاره کردم، خانم دکتر در آن مقطع، دو سال بود که در سه استان سیستان و بلوچستان، خوزستان، و چهارمحال و بختیاری طرح پزشک خانواده را در مجموع با ۶۰ پزشک اجرا می‌کرد و اگر طرح پزشک امین با ۵۵۰ پزشک، آن هم در یک استان آغاز می‌شد، بی‌تردید برای خانم دکتر تهدید جدی‌ای بود.

روز چهارشنبه‌ای بود که قرار شد شنبه، آغاز طرح پزشک امین را ابلاغ می‌کنیم. پنج‌شنبه همان هفته من در مشهد بودم؛ وارد صحن رضوی که شدم، گوشی‌ام زنگ خورد. آقای شیخ‌الاسلام (وزیر تعاون، کار، و رفاه اجتماعی) بود. می‌گفت: خانم دکتر وحید به رئیس‌جمهور گفته است که حافظی دارد نظام سلامت را به‌هم می‌ریزد؛ او را بردارید. آقای رئیس‌جمهور هم در تماس تلفنی با من گفته است که خانم وحید، وزیر است و نمی‌توانم او را حذف کنم. شما دکتر

حافظی را از سازمان حذف کنید. در پاسخ این مطالب به آقای شیخ‌الاسلام گفتم، من هیچ مشکلی ندارم. همین الآن شما سرپرست سازمان تأمین اجتماعی را معرفی کنید. به همین سادگی، طرحی را که یک سال مطالعه شد، دو ماه هم هماهنگی‌هایش انجام شد، و این ویژگی‌ها را داشت، ملغی کردند.

۷. علت شکست طرح پزشکی خانواده در وزارت بهداشت؛ تعارض ساختاری

پس از عزل بنده، وزارت بهداشت، بیش از ۹۵ درصد همین دستورالعمل ۵۲ صفحه‌ای را کپی برداری کرد و با عنوان «دستورالعمل ۰۲» به دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور ابلاغ کرد. این توضیحات را مطرح کردم تا به این پرسش برسم که این دستورالعمل به وزارت بهداشت رفت و ابلاغ شد، ولی چرا اجرای آن به نتیجه نرسید؟؟ پاسخ به این پرسش را در ادامه عرض می‌کنم.

زمانی که نظام ارجاع و پزشکی خانواده در یک شهرستان و استان اجرا شود، درآمد رئیس شبکه یا رئیس دانشگاه کم می‌شود. در واقع، یک پزشک خانواده بین بیمار و مراکز درمانی قرار می‌گیرد و غربالگری انجام می‌دهد.

در بودجه هر دانشگاه، بخشی از منابع دانشگاه، درآمد اختصاصی نام دارد. درآمد اختصاصی، یعنی پول و منابعی که دانشگاه‌ها در هر استان و با ارائه خدمت به مردم، کسب می‌کنند. در اصل به واسطه قانون خودگردانی بیمارستان‌ها - که در زمان دکتر مرندی مصوب شد - دانشگاه‌ها از محل ارائه خدمت به مردم کسب درآمد می‌کنند که در اصل، این درآمد از جیب مردم به دست می‌آید. در بودجه هر سال پیش‌بینی می‌شود که این دانشگاه باید امسال چند میلیارد تومان درآمد اختصاصی داشته باشد. اگر نظام ارجاع، اجرا و عملیاتی شود، درآمد بیمارستان‌ها و شبکه بهداشت و دانشگاه‌ها کم می‌شود؛ این یک تعارض منافع است که طی دو دهه گذشته مانع اجرای طرح شده است.

در اجرای نظام ارجاع و پزشکی خانواده که از وظایف رئیس دانشگاه و رئیس شبکه است، تعارض منافع جدی‌ای وجود دارد. بدیهی است که این تعارض منافع، شخصی نیست، ولی منافع، با جایگاهی مرتبط است که مدیریت می‌کنند.

چرا در سازمان تأمین اجتماعی این کار ریشه گرفت و چشم‌انداز اجرای موفق آن مشاهده می‌شد؟ نکته قابل‌تأمل این است که چنانچه تأمین اجتماعی این عملیات را با موفقیت به سرانجام برساند، هزینه‌هایش و منابعی که بایستی به مراکز درمانی دولتی و خصوصی پرداخت کند، کمتر می‌شود؛ بنابراین، سازمان بیمه، مجری بسیار خوبی برای طرح خواهد بود. ریشه همه ناکامی‌های وزارت بهداشت در اجرای نظام ارجاع همین است؛ باید قانون خودگردانی بیمارستان‌ها لغو شود یا اینکه مجری نظام ارجاع و پزشک خانواده، از وزارت بهداشت به سازمان‌های بیمه منتقل شود. البته خطای دیگری که در زمان دکتر قاضی‌زاده هاشمی رخ داد، انتقال بیمه سلامت از وزارت رفاه به وزارت بهداشت بود.

ناگفته نماند که براساس قانون، سیاست‌گذاری نظام سلامت به‌عهده وزارت بهداشت است و سازمان‌های بیمه موظف‌اند در چارچوب سیاست‌هایی که وزارت بهداشت تعریف می‌کند، مجری باشند. با توجه به این موضوع که بیمه‌ها تلاش می‌کنند هزینه‌های خودشان را کم کنند، طبعاً باید چارچوب و نظارتی وجود داشته باشد که از خط قرمزها عبور نکنند و محدودیت‌های اعمال‌شده توسط آنان، موجب تهدید سلامت جامعه و مردم نشود.

به‌بیان دیگر، خدمت‌دهنده و خدمت‌گیرنده نباید یکی باشد، زیرا اگر یکی باشد، نقاط ضعف داخلی‌اش را پنهان می‌کند و کسی متوجه نمی‌شود. این دو مجموعه الزاماً باید از هم جدا باشند تا همدیگر را کنترل کنند. ضروری است که این دو نظام بر هم تأثیر متقابل داشته باشند تا این وضعیت بتواند از بسیاری از مشکلاتی که ممکن است به‌وجود بیاید، جلوگیری کند.

اشاره شد که یکی از خطاهای دکتر قاضی‌زاده هاشمی این بود که بیمه سلامت را از زیرمجموعه وزارت رفاه به وزارت بهداشت منتقل کرد. آن موقع هم فریاد زدیم که با این کار، خودتان آسیب می‌بینید، چون در شرایطی که زیرنظر وزارت رفاه بودند، زمانی که مراکز درمانی می‌گفتند چرا مطالبات ما را نمی‌دهید، می‌توانستید پاسخ دهید که بیمه‌ها پول نمی‌دهند، ولی اکنون پاسخی ندارید و حتی دانشگاه‌های خودتان می‌گویند، چرا مطالبات ما را نمی‌دهید؟

ایشان قصد داشتند سازمان تأمین اجتماعی را هم به وزارت بهداشت منتقل کنند، ولی خوشبختانه نتوانستند، زیرا این کار، مغایرت قانونی و شرعی دارد و به احتمال زیاد، شورای نگهبان نیز آن را رد می‌کند. اموال تأمین اجتماعی، دولتی نیست؛ این سازمان، یک نهاد عمومی غیردولتی است. ماهیت حق بیمه پرداختی کارمندان دولت به بیمه سلامت با ماهیت حق بیمه‌ای که یک کارگر پرداخت می‌کند، متفاوت است؛ بنابراین، تجمع این دو با یکدیگر ناسازگار و غیرممکن خواهد بود.

۸. تعارض منافع در سازمان غذاو دارو

اتفاق‌هایی که در سازمان غذاو دارو رخ داد، غیرقابل دفاع است. تا حدود یک سال پیش (الان را نمی‌دانم) محال بود بتوانید شرکتی را به‌عنوان واردکننده دارو یا تجهیزات پزشکی ثبت کنید، مگر اینکه دست‌کم ۳۰ درصد از سهام آن را بدون چانه‌زنی به نام کسی منتقل کنید که غیررسمی به شما معرفی می‌کنند. اگر این کار را می‌کردید، به شما مجوز می‌دادند که دارو یا هر چیزی را که می‌خواهید، وارد کنید. یک سال گذشته را نمی‌دانم، ولی پیش‌از آن، وضعیت این‌گونه بود.

یکی دیگر از نکته‌های قابل توجه، به موضوع ساختارها و حقوق کارکنان مربوط می‌شود؛ در آن زمان که معاون توسعه وزارت بهداشت بودم، متوجه شدم که چهل-پنجاه نفر از کارکنان در معاونت غذاو دارو مشغول به کار هستند که نیروی وزارت بهداشت نیستند. آن‌ها کارکنان شرکت‌های دارویی بخش خصوصی بودند که به ظاهر برای سازمان غذاو دارو کار می‌کردند، ولی در عمل، امور شرکت‌های خودشان را پیگیری می‌کردند.

در پایان اعلام می‌کنم، این مشکلات، زمانی اصلاح می‌شود که در رأس قوه مجریه، شخص رئیس‌جمهور اراده کند و بخواهد که این امور، اصلاح شود. تا زمانی که شخص رئیس‌جمهور نخواهد، این وضعیت اصلاح نمی‌شود. تا زمانی که اطرافیان او حاشیه داشته باشند، هیچ وقت مجموعه اصلاح نمی‌شود. همچنین، رأس قوه قضائیه باید سالم باشد تا به تبع آن، معاونان و مدیرانی که می‌آیند و منصوب می‌شوند، سالم باشند. مبارزه با فساد باید از بالا به پایین آغاز شود تا اثربخش بوده و دیوار تخریب‌شده اعتماد مردم را بازسازی کند.

فساد در نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت



دکتر علیرضا اولیایی منش

رئیس مرکز تحقیقات عدالت در سلامت

فصلنامه راهبرد سلامت و بهداشت، سال ۱، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰، صص ۲۱۵-۲۲۴

۱. زمینه‌های فساد در نظام سلامت

فساد به دو بستر نیاز دارد؛ یکی بستر فرهنگی و دیگری بسترهای قانونی و سازمانی. به این ترتیب که یک شخص از شکاف‌ها و مشکلات موجود، سوءاستفاده کرده و فسادی را انجام می‌دهد. فساد، بیشتر در بسترهای غیرشفاف رخ می‌دهد و در موارد و نقاطی که فضا را تا حدی شفاف کرده باشیم، بسیاری از افراد از آن پرهیز کرده و تنها عده کمی دست به فساد می‌زنند.

نظام سلامت و به‌ویژه وزارت بهداشت، از وزارتخانه‌هایی است که در واقع، مجوزهای طلایی فراوانی دارد. همه وزارتخانه‌ها و نهادهای دولتی ما مجوزهای طلایی ندارند؛ به‌عنوان مثال، فرض کنید وزارت امور خارجه، وزارت کشور، یا برخی از وزارتخانه‌های دیگر، مجوز طلایی‌ای ندارند که به دیگران بدهند، اما برخی از اداره‌های ما چنین مجوزی دارند؛ به‌عنوان نمونه، وزارت صنعت یا همان صمت نیز از جمله مجموعه‌هایی است که مجوزهای طلایی زیادی دارد. افزون‌بر قدرت صدور مجوزهای طلایی، ارزش دولتی فراوانی نیز به وزارت بهداشت تعلق می‌گیرد. در واقع، این دو عامل را می‌توان مهم‌ترین زمینه‌های فساد دانست. افزون‌بر این دو عامل، تفاوت سطح دانشی و اطلاعاتی بین مشتریان و ارائه‌دهندگان خدمت به‌تعبیر دیگر، اطلاعات نامتقارن^۱ سبب ایجاد تقاضای القایی گسترده‌ای در این حوزه شده است.

۲. انواع فساد در نظام سلامت

مصادقات‌های فساد، طیف بسیار گسترده‌ای از فساد بسیار خفیف گرفته تا فسادهای

آشکار و بسیار شدید- را دربر می‌گیرد. فرض کنید، یک پزشک به بیماری تجویز کند، درحالی‌که واقعاً نمی‌داند که این تقاضا، تقاضای القایی است یا خیر. درواقع، خود پزشک ممکن است تردید داشته باشد که این تجویز، نوعی تقاضای القایی است یا خیر؛ به‌عنوان مثال، ممکن است به‌دلیل نگرانی از پیگردهای قانونی، خدمات تشخیصی اضافه‌ای برای بیمار تجویز کند. این نمونه‌ای از فسادهای غیرقابل تشخیص و خفیف است، اما فسادها به این سطح محدود نمی‌شوند؛ به‌عنوان مثال، فرض کنید برای دریافت مجوزها و تأییدیه‌های واردات یک دارو رشوه داده شود. در بین این طیف خفیف تا شدید، فسادهای فراوانی وجود دارد که این‌ها را به یکدیگر وصل می‌کند.

۳. مصداق‌های فساد در نظام ارائه خدمت

در وزارت بهداشت و نظام سلامت می‌توانیم همه انواع فساد را مشاهده کنیم؛ یکی از خفیف‌ترین مصداق‌های آن، تقاضای القایی است که ممکن است به‌منظور کسب منافع مادی یا از ترس اقدامات قضایی بیمار به‌دلیل کوتاهی‌های پزشکی، ایجاد شود. تقاضای القایی می‌تواند در هر نقطه‌ای از نظام سلامت که خدمتی ارائه می‌شود (چه در بخش دولتی یا بخش خصوصی و چه در خدمات سرپایی یا خدمات بستری) اتفاق بیفتد.

مصداق دیگر فساد در نظام ارائه خدمت، تسهیم منافع بین گروه‌های گوناگون ارائه خدمت یا به‌تعبیر دیگر، Fee splitting است. متأسفانه این مورد، در نظام خدمت ما فساد شایعی است؛ به‌عنوان مثال، یک پزشک ارتوپد، تصویربرداری‌های بیماران را تنها به مرکز خاصی می‌فرستد و بعد بابت افرادی که فرستاده است، سهمی را مطالبه می‌کند؛ یا مثلاً پزشکی که بیمارانش را تنها به یک داروخانه یا یک آزمایشگاه خاص ارجاع داده و بعد از آن‌ها به‌ازای هر بیمار، درصدی از سود طلب می‌کند. حالت شدیدتر Fee splitting این است که پزشک، بیماران را به مرکز ارائه‌دهنده‌ای که خودش در آن سهام‌دار و ذی‌نفع است، ارجاع می‌دهد. زمانی، یک بیمار با من تماس گرفت و گفت، من معلم هستم و به فلان بیمارستان رفته‌ام و پزشک جراح اعصاب، گفته است که باید این پیچ و پلاک و این‌طور چیزها را

برای کمرت بخری تا عملت کنم؛ و من را به شرکتی فرستاده است که خانم خودش مدیرعامل آن شرکت بود. درنهایت، ۳۵ میلیون تومان، بابت کالاهایی که حدود ۵ میلیون تومان هزینه‌اش بوده است، از من پول گرفته‌اند و درمجموع، هزینه جراحی‌ای که ۱۰ تا ۱۵ میلیون تومان بوده است، نزدیک به ۵۰ میلیون تومان شده است.

مثال دیگر، پرستاری است که در اورژانس حضور دارد و با بیمارستان خصوصی تبانی می‌کند تا بیماران را به بخش خصوصی بفرستد و به‌ازای آن، از بخش خصوصی درصدی سود می‌گیرد؛ یا راننده آمبولانس با بخش خصوصی تبانی می‌کند و بیمارها را به‌جای اینکه به بیمارستان دولتی برساند، به بیمارستان خصوصی می‌برد.

یکی از فسادهای آشکارتر در نظام ارائه خدمت، زیرمیزی است؛ این فساد، زمانی رخ می‌دهد که پزشکان، در مطب خود یا در بیمارستان، بیمار را تحت فشار قرار می‌دهند تا پول اضافه‌ای از او دریافت کنند. این موارد، نمونه‌هایی از انواع فساد در حوزه ارائه خدمت بود، از تقاضای القایی گرفته، تا تسهیم منافع، و انواع زیرمیزی.

۴. مصداق‌های فساد در مجوزهای وزارت بهداشت

افزون‌بر حوزه ارائه خدمت، حوزه دیگر، واردات دارو و تجهیزات پزشکی است. یکی از محل‌های فساد در حوزه واردات، نهادهایی هستند که مجوز می‌دهند. کارمند ما در سازمان غذا و دارو یا اداره کل تجهیزات پزشکی رشوه می‌گیرد که کار را جلو بیندازد یا در جایی که کار را گیر انداخته یا گیر کرده است، مجوزها را بگیرد؛ یعنی رشوه می‌گیرد تا شخص بتواند وارداتش را انجام دهد؛ کاری که انجام آن، وظیفه و تکلیف عمومی اوست. موضوع دیگر در این زمینه، ارزش‌های واردات است. عمده‌تاً در سال‌های پس از انقلاب، این ارزش‌ها به‌صورت دولتی بودند. در گذشته، ارزش ۷ تومانی داشتیم؛ اکنون هم ارزش ۴۲۰۰ تومانی داریم. نظام تخصیص ارزش به‌شدت فسادزا است.

مصداق دیگر، مجوزهای احداث و تأسیس مراکز ارائه خدمت، اعم از مراکز

تصویربرداری، درمانگاه‌ها، آزمایشگاه‌ها، یا بیمارستان‌ها است. این حوزه نیز بسیار فسادخیز است. چه در دانشگاه‌ها و چه در ستاد، گاهی افرادی را مشاهده می‌کنیم که برای صدور این مجوزها درخواست پول اضافی می‌کنند. این‌ها مواردی هستند که در طول سال‌هایی که فعالیت می‌کردم، دیده‌ام و حتی گاهی با آن‌ها روبه‌رو شده‌ام. البته بخش عمده بدنه وزارت بهداشت و نظام سلامت فاسد نیستند؛ قاطبه مدیران، فاسد نیستند. با قاطعیت می‌گویم در همه دوره‌هایی که من مسئولیت داشته‌ام من در شش، هفت دوره وزارت، مسئولیت داشته‌ام. بیش از ۹۰ درصد افراد، آدم‌های سالمی هستند و کمتر از ۱۰ درصد، مشکل داریم، اما همین ۱۰ درصد یا کمتر از آن هم، زیاد است و به چشم می‌آید؛ اتفاق‌های بزرگی رخ می‌دهد که مردم را بدبین می‌کند و نظام را فاسد نشان می‌دهد.

در مورد مجوزهای گوناگون نیز این‌گونه نیست که فساد به صورت نظام‌مند باشد. امکان خطا و فساد افراد مختلفی که در آن جایگاه قرار می‌گیرند (به دلیل حساسیت این جایگاه) وجود دارد، اما آن‌ها کوچک‌ترین ارتباطی (در دوره‌های مختلف) با همدیگر ندارند؛ بنابراین، من اعتقادی به همراهی یا اتصال بین فساد در بخش‌های گوناگون نظام سلامت ندارم. تنها موردی که مشاهده می‌شود، این است که اغلب افرادی که در رشته‌های بالینی تحصیل کرده‌اند، یک هدف مشترک دارند، بدون اینکه از یکدیگر خبر داشته باشند! آن هم این است که اگر قرار باشد تصمیمی به ضرر رشته‌های بالینی گرفته شود، در مقابل آن مقاومت می‌کنند و ذی‌نفع هم هستند. اگرچه این افراد، ارتباط چندانی با هم ندارند؛ به‌عنوان مثال، اگر وزارت بهداشت بخواهد پرداخت به‌ازای خدمت را از نظام سلامت حذف کند، همه بالینی‌ها به‌گونه‌ای غیرارادی در برابر این تصمیم، موضع می‌گیرند و مقاومت می‌کنند و همدیگر را هم‌افزایی می‌کنند. شاید بتوان گفت، این مورد، یعنی تغییر نظام پرداخت، جزو شایع‌ترین مواردی است که در برابر آن مقاومت می‌شود و نمی‌توان در آن تغییری اعمال کرد.

۵. فساد در نظام تعرفه‌گذاری خدمات سلامت

من در برخی از مقاطع در حوزه تعرفه‌گذاری فعالیت داشته‌ام و در برخی سال‌ها

نیز حضور نداشته‌ام، ولی از حدود ۲۰ سال پیش، با آن درگیر بوده‌ام. بر این نظرم که در حوزه تعرفه ما، به‌هیچ‌روی فساد نظام‌مند وجود ندارد، چون از نزدیک دیده‌ام و در دوره‌های گوناگون مسئولیت داشته‌ام. گاهی تهمت زده می‌شود؛ برای مثال، برای دوره طرح تحول سلامت که فلان وزیر یا فلان معاون وزیر، فلان کرده است، اما بعضی اوقات، آدم نگران می‌شود که افراد چقدر راحت، ایمانشان را از دست می‌دهند. فساد نظام‌مند که در حوزه تعرفه نفوذ داشته باشد و عده‌ای بیایند و کاری بکنند و این ادامه‌دار باشد؛ به‌هیچ‌روی این‌گونه نیست. باوجوداین، شیوه تعرفه‌گذاری ما مبتنی بر کتاب ارزش نسبی، این قابلیت را دارد که یک گروه در یک مقطع زمانی نفوذ کنند و تغییراتی را رقم بزنند. همان‌گونه که فرض کنید گروه داخلی قلب در سال ۱۳۷۳ یا ۱۳۷۴ اعلام کردند که به‌منظور رشد مراکز جراحی قلب در کشور، بهتر است تعرفه‌های قلب را از کتاب کالیفرنیا خارج کنیم و اعدادشان را طی یک بخشنامه جداگانه بالا برده و ابلاغ کنیم؛ این قضیه به تعرفه‌های ۹۱ مورد و ۹۹ مورد معروف شد و بعدها نیز تعداد آن کاهش یافت، ولی اگر این استدلال، حتی درست هم باشد، تبدیل به یک بی‌عدالتی شد. عده‌ای اعتراض کردند که چرا متخصصان قلب، به‌ویژه داخلی قلب، براساس یک بخشنامه، خودشان را جدا کرده‌اند. فرض کنید استدلال درستی هم داشتند، می‌گفتند که حداکثر، دو یا سه سال لازم است که رشته قلب و عروق در داخل کشور راه بیفتد و ما مریض را به خارج از کشور نفرستیم؛ چرا این قضیه تداوم پیدا کرده و مثلاً به ۳۰ سال کشیده است!

یک قسمت اصلی کار ما در کتاب ارزش‌های نسبی، ترجمه است؛ ۹۹ درصد خدمات را بدون کوچک‌ترین تغییری ترجمه می‌کنیم و عددش را در آنجا می‌گذاریم، اما اگر وزیر یا معاون وزیری راضی شود که مثلاً به‌اندازه یک درصد از خدمات دستکاری شود، تأثیرات گسترده‌ای خواهد داشت. در یک دوره، وزیر وقت گفتند برای اینکه تعداد عمل سزارین را کاهش دهیم — چون آمارهای جهانی مان در این موضوع خیلی بد بود— و تعداد زایمان طبیعی را افزایش دهیم، یک دستکاری در کتاب انجام دهیم و تعرفه سزارین را کاهش و تعرفه زایمان

طبیعی را افزایش دهیم تا پزشکان نیز به انجام عمل زایمان طبیعی ترغیب شوند. این، یک تغییر سیاستی است، اما متأسفانه پس از مدتی ممکن است باعث بی‌عدالتی شدید شود. حتی ممکن بود که پزشکان رغبت کمتری به عمل افرادی داشته باشند که سزارین برایشان ضروری است. در واقع، این بحث، مصداقی از فساد نبود، بلکه یک سیاست‌گذاری نادرست بود.

اگرچه در دوره‌های گوناگون، کمتر شاهد فساد نظام‌مند در حوزه تعرفه‌گذاری بوده‌ایم، اما این حوزه یک اشکال اساسی دارد؛ اینکه بسیار ذهنی^۱ است و کار در آن، به صورت غیرقابل اندازه‌گیری انجام می‌شود و در نتیجه بیشتر، به صورت چانه‌زنی است. در دوره طرح تحول سلامت قرار بود که تعرفه‌ها در کتاب ارزش‌های نسبی، رشد ۵۰ درصدی داشته باشند. برای اینکه در این رشد، تعدیل انجام شود، میزان آن به همه رشته‌های پزشکی اعلام شد و برای اینکه به تک تک خدمات هر گروه پزشکی هم ظلم نشود، اختیار خدمات مربوطه به انجمن پزشکی آن گروه داده شد تا در مورد سقف ۵۰ درصد رشد با بیمه‌ها توافق کنند. در عمل، اگر انجمن می‌خواست تعرفه برخی خدمات را بالا ببرد، اشکالی نداشت؛ مشروط به اینکه بار مالی ناشی از آن برای بیمه، از آنچه بوده است، بیشتر نشود یا از آن ۵۰ درصد بالاتر نرود.

زمانی که این نمایندگان بیمه و پزشکی تبادل نظر می‌کنند، در عمل بحث به چانه‌زنی تبدیل می‌شود و یک متدولوژی علمی ندارد و در نتیجه مشاهده می‌شود که تعرفه یک خدمت افزایش یافته و خدمت دیگری که نباید کاهش می‌یافت، تنها به دلیل توافق بیمه و انجمن پزشکی، کاهش یافته است. این‌ها مسائلی است که در تعرفه‌گذاری وجود دارد، ولی واقعیت این است که من فساد سیستماتیک یا مداوم را در تعرفه‌گذاری قبول ندارم. آنچه دیده‌ام این است که روش تعرفه‌گذاری در کشور ما، نادرست است. حتی ترجمه کتاب کالیفرنیا بدون دستکاری نیز اشکال دارد. چه کسی قائل به این است که آمریکا باید الگوی ما باشد یا نظام سلامت آمریکا کاملاً با نظام سلامت ایران یکسان است که عیناً ترجمه بکنیم!

۶. ارتباط شیوه پرداخت با شکل‌گیری فساد

براساس اینکه در نظام سلامت از کدام‌یک از شیوه‌های پرداخت به پزشکان و کارکنان دیگر استفاده شود، احتمال فساد ممکن است کاهش یا افزایش یابد. پرداخت به‌ازای خدمت یا کارانه^۱، به‌عنوان یکی از روش‌های پرداخت، سبب بروز نوع خاصی از فساد، یعنی تقاضای القایی می‌شود. نقطهٔ مقابل پرداخت کارانه، پرداخت‌های سرانه، ثابت، و... است. مزیت عمدهٔ «پرداخت به‌ازای خدمت» این است که می‌توان با نیروی انسانی اندک، ارائه خدمات را بسیار گسترش داد. در اوایل انقلاب که این سازوکار تدوین شد، یکی از استدلال‌های طراحان این بود که ما آن موقع پزشکی از هند داشتیم و پزشکان متخصص کشور اندک بودند؛ بنابراین، به‌نوعی مجبور بودیم پرداخت به‌ازای خدمت انجام دهیم تا پرداخت‌ها آن‌قدر زیاد باشد که تعداد اندکی از افراد، خدمت زیادی را به‌لحاظ کمیت انجام دهند و دیگر بیماران به خارج از کشور فرستاده نشوند.

پس از مدتی که تعداد پزشکان ما زیاد شدند، باید نظام فی‌فور سرویس عوض می‌شد و به نظام پرداخت‌های دیگر یا ترکیبی تبدیل می‌شد، اما متأسفانه این حسن انتخاب و انعطاف در نظام وجود نداشت تا این تغییرات انجام شود. چون این تغییرات رخ نداد، به یک معضل تبدیل شد. در سال‌های آینده تعداد پزشکان زیاد شدند و در نتیجه، منافعشان کاهش یافت و تقاضای القایی برای بیمار و هزینه‌های غیرضروری ایجاد کردند. وجود نظام پرداخت به‌ازای خدمت، کاملاً با تقاضای القایی مرتبط است و به‌نوعی علت و معلول هستند. در مقابل، در نظام‌هایی که شرایط پرداخت به‌ازای خدمت وجود ندارد، اگرچه تقاضای القایی نیز کم است، کم‌کاری‌ها و اهمال‌کاری‌ها در ارائه خدمات زیاد است.

۷. شفافیت و پیشگیری از فساد در نظام تعرفه‌گذاری

برای جلوگیری از فساد، در کنار رفع موانع و کاستی‌های قانونی، یکی از مهم‌ترین کارها، شفافیت در شیوهٔ تصمیم‌گیری است؛ یعنی تصمیم‌گیری پشت شیشه. در واقع، یکی از اقداماتی که در اصلاح کتاب تعرفه‌ها در سال‌های ۱۳۹۳، ۱۳۹۴، و

1. Fee-for-Service

۱۳۹۵ در طول سه دوره بازنگری کتاب ارزش نسبی انجام شد، تقریباً همین بود؛ به بیان دیگر، ما سالن‌های بزرگی را در نظر گرفته بودیم، گروه انجمن پزشکی مربوطه و نماینده بیمه دعوت می‌شدند و می‌آمدند. بعد مثلاً به انجمن چشم‌پزشکی می‌گفتیم که شما اجازه ۱۰ درصد رشد تعرفه‌هایتان را دارید. با بیمه توافق کنید و هر خدمتی را که می‌خواهید، تغییر دهید. بار مالی خدمات، بار مالی بیمه، و درآمد خودتان را در نظر بگیرید و پیشنهاد بدهید که کدام تعرفه کم یا زیاد شود و ستاد وزارت بهداشت هم کوچک‌ترین دخالتی در توزیع این رشد و پیشنهادهای آنان نداشت. هرچند بعضی‌ها می‌گفتند انجمن یک گروه پزشکی به تنهایی نماینده همه اعضای یک تخصص نیست؛ به عنوان مثال، اگر پنج نفر از انجمن می‌آمدند، ممکن بود متخصصان، ۲۰۰۰ نفر باشند و به تصمیم این پنج نفر اعتراض داشته باشند، ولی در نهایت، این یکی از سازوکارهایی بود که ما به‌کار گرفتیم.

برای هر گروه پزشکی، سقف خاصی از افزایش تعرفه‌ها قرار داده بودیم؛ به عنوان مثال، فرض کنید ما کمترین رشد را در گروه چشم‌پزشکی و گروه داخلی قلب قرار داده بودیم، زیرا این گروه‌ها در ویرایش پیشین کتاب تعرفه، رشد بسیار زیادی داشتند، اما برای رشته‌هایی که کارانه‌های پایینی داشتند، به‌طور متوسط، ۱۰۰ درصد رشد در نظر گرفته شده بود. همچنین، رشته‌هایی که کارانه‌هایشان خیلی پایین بود مثلاً ۵۰۰ هزار تومان یا یک میلیون تومان در ماه. مثل گروه روان‌پزشکی، گروه پاتولوژی، گروه اطفال، و... تا ۲۰۰، ۳۰۰ درصد هم رشد دادیم تا کارانه‌هایشان به چهار، پنج میلیون تومان در ماه برسد.

در حوزه صدور مجوزها و واردات نیز باید تصمیم‌گیری‌ها به‌صورت جمعی با حضور ذی‌نفعان گوناگون- و شفاف باشد. افزون‌براین، تصمیم‌گیران در مورد یک موضوع باید فرم‌ها و اظهارنامه تعارض منافع را تکمیل کنند و اگر به‌درستی اظهار نکرده باشند، تحت پیگرد قانونی قرار گیرند، [اما این سازوکار اکنون در ایران وجود ندارد]. همین اظهار نمودن به‌ظاهر کوچک، تأثیر بسزایی در پیشگیری از فساد در دنیا داشته است.

در جمع‌بندی می‌توان گفت، فساد در بخش‌های گوناگون کشور ما بوده و هست و نظام سلامت هم از آن مستثنا نیست. همان‌گونه که حضرت آقا فرمودند، ما به‌هیچ‌وجه قبول نداریم که در نظام ما و در نظام سلامت ما فساد سیستماتیک وجود دارد. در مقاطعی در نقاط مختلفی که فسادخیز است، فسادهایی بوده و هست و این‌ها به‌همدیگر ارتباط و اتصالی ندارند. متأسفانه به‌دلیل اینکه در کشور ما مدیران، اختیارات زیادی دارند و تصمیم‌گیری در شوراها و برخی از جلسه‌های دیگر، چندان شفاف نیست، می‌تواند باعث بروز برخی فسادها در نظام سلامت شود. هرچند در مقایسه نظام سلامت با برخی دیگر از حوزه‌ها، ممکن است این فساد کمتر باشد.

لغزش گاه‌های فساد در حوزه سلامت



بی‌نام؛ یکی از مسئولان نظارتی در حوزه سلامت

فصلنامه راهبرد سلامت و بهداشت، سال ۱، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰، صص ۲۲۵-۲۳۳

۱. فساد و زمینه بروز آن

در هر نظامی، امکان بروز فساد وجود دارد؛ امری که با عدالت منافات دارد و سبب ضایع شدن حقوق شهروندی می‌شود. فساد در حوزه سلامت، گاهی به صورت «میل» به نفع اشخاص است و گاهی «حیف» که نفع شخصی مطرح نبوده و بیشتر موجب زیان رسیدن به جمع و در قالب ترک فعل است. یکی از مصداق‌های حیف و ترک فعل، عدم اجرای بهنگام سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت، جمعیت، و... است که گاهی هنوز صورت قانون عادی به خود نگرفته یا اینکه حتی پس از تبدیل به قانون، به‌طور کامل، اجرایی نشده است.

۲. لغزش‌گاه‌های فساد در حوزه سلامت

در حوزه سلامت نیز مانند حوزه‌های دیگر، نقاط فسادزایی وجود دارد که در ادامه برخی از آن‌ها را برشمردیم.

۲-۱. فساد ناشی از قوانین

برخی از فسادها، تبعیض‌ها، و انحراف‌ها در حوزه سلامت، از متن قوانین و سوءاستفاده از آن‌ها سرچشمه می‌گیرند؛ برای مثال، سوءاستفاده از اجازه چندپیشگی به اعضای هیئت علمی در اصل (۱۴۱) قانون اساسی و قانون ممنوعیت تصدی بیش از یک شغل و نیز بند (ب) ماده (۷۴) برنامه ششم توسعه، اختیارات منتج از ماده (۱) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه، سبب هیئت‌امنایی شدن اداره دانشگاه‌های کشور و مستثنا شدن از قوانین عام اداری و

مالی مشمول دستگاه‌های دولتی دیگر، از این دست مسائل است. هیئت امنا به دانشگاه و هیئت رئیسه دانشگاه اجازه می‌دهد که خارج از ضوابط عام کشوری و فراخوان، مجوزهای موردی برای استخدام را در اختیار داشته باشد و اگر وزیر این مجوز را تأیید و معاونت مربوطه و کمیته جذب نیز همراهی کند، به یک رویه قانونی تبدیل می‌شود که با اصل قانون جاری و عادی، مغایرت دارد. همچنین، به هیئت امنا اختیاراتی برای جابه‌جا کردن اعتبارات از یک بخش به بخش دیگر، از یک شهر به شهر دیگر، و از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر داده می‌شود که این موضوع، ضمن امکان اعمال سلیقه شخصی، باعث نظارت‌گریزی و زمینه‌ساز بروز فساد خواهد شد.

طرح تحول سلامت، نمونه دیگری است که نشان می‌دهد، پشتوانه قانونی، محمل بروز فساد در حوزه سلامت شده است. اگرچه این طرح، ضرورتی برای کشور به‌شمار می‌آید و شکل قانونی به‌خود گرفته است، اما سبب بروز اتفاق‌هایی مانند پرداخت‌های نجومی، افزایش تقاضای القایی خدمات تشخیصی و درمانی، انحراف در هزینه‌کرد، خریدهای بدون ضابطه، و روان شدن اعتبارات کلان این طرح به دانشگاه‌هایی شد که به واسطه هیئت‌امنایی بودن، این اعتبارات را به‌عنوان کمک به هزینه گرفته و نظارت عالی‌مناسبی از سوی وزارت بهداشت بر آن‌ها اعمال نمی‌شد؛ به‌گونه‌ای که حتی بخشی از منابع طرح تحول سلامت از سوی وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها، و سازمان‌های تابعه، در بانک‌ها سپرده‌گذاری شده و از سود آن‌ها در راستای منافع شخصی، مؤسسه‌ای، و دریافت تسهیلات بانکی ارزان‌قیمت استفاده شده است.

۲-۲. فساد ناشی از دستورالعمل‌ها و ضوابط

برخی از دستورالعمل‌ها و ضوابط، مشکلاتی را ایجاد می‌کنند؛ برای نمونه می‌توان به تخصیص ارز به برخی از داروها و تجهیزات پزشکی اشاره کرد که اولاً شفاف نبوده، ثانیاً به افراد خاصی تعلق می‌گیرد، و ثالثاً موجب انحراف در تخصیص منابع به‌منظور رسیدن به خودکفایی در زمینه تجهیزات و دارو می‌شود که گاهی نیز موجب قاچاق معکوس می‌شوند.

برخی دستورالعمل‌های آموزشی، سبب تبعیض و امتیازات ناروا می‌شوند که از جمله آن‌ها می‌توان به تبعیض در انتقال فرزندان اعضای هیئت علمی از خارج به داخل، بین دانشگاه‌ها و بین رشته‌ها اشاره کرد؛ از آنجاکه این دستورالعمل‌ها به نوعی با روح قوانین منافات داشته و قابل تصویب در مجلس نبوده و تصویب آن‌ها در هیئت وزیران نیز با اشکال دیوان عدالت اداری روبه‌رو شده است، در شورای عالی انقلاب فرهنگی، تصویب شده‌اند.

۲-۳. فساد ناشی از ساختار

بخشی از فسادها یا ترک فعل‌ها (حیف و میل‌ها) به ساختارها مربوط می‌شود؛ برای مثال، بیش از ۱۵۰ نوع پرداخت در وزارت بهداشت داریم و بعضی معاونت‌های وزارت بهداشت و دانشگاه‌ها، پرداخت‌های متفاوتی دارند که نظارت‌ها را با چالش روبه‌رو کرده است. این دانشگاه‌ها برای نظارت‌گریزی با تفسیرهای قانونی به نفع خود به ورود پرداختی‌های کارکنان به سامانه‌های یکپارچه کشوری، گردن نمی‌نهند.

۲-۴. فساد ناشی از تعارض منافع تصمیم‌سازان و تصمیم‌گیران

بخشی از انحراف‌ها و ترک فعل‌ها و فسادها به افرادی مربوط می‌شود که به دلیل تعارض منافع شخصی، گروهی، و حزبی، به‌رغم تصویب قوانین مناسب و وجود ساختار مشخص، سبب جلوگیری از حسن جریان و تداوم جریان نادرست می‌شوند؛ برای مثال، برخی از مسئولان اجرایی در وزارت بهداشت، دانشگاه‌ها، مؤسسه‌ها، و ستادهای کشوری در دوره‌های گوناگون، صاحب مؤسسه‌ها و شرکت‌ها، اعم از دارویی، تجهیزات پزشکی، بیمارستان، درمانگاه، و مراکز تشخیصی و درمانی دیگر بوده‌اند که این امر خود زمینه فساد را فراهم کرده و نمونه آشکار تعارض منافع است.

نکته دیگر، جاده یک‌طرفه رابطه بین پزشک و بیمار است که نقش پزشکان در القای تصمیمات بیمار، بالاترین سهم را به خود اختصاص داده و در عمل، بیماران کمترین اختیار را دارند. اگرچه بیمار، حق انتخاب پزشک را دارد، اما عدم

تقارن اطلاعاتی و دانش بین پزشک و بیمار، به اندازه‌ای زیاد است که بیمار به ناچار مطیع پزشک است؛ به عنوان مثال، گاهی پزشک می‌گوید: «اگر این جراحی را انجام ندهی، ممکن است پیامدهای خطرناکی داشته باشد!» و بیمار هم هر آنچه پزشک دستور دهد، اجرا می‌کند.

اگرچه برای کاهش این تقارن اطلاعاتی، نقشی برای سازمان‌های بیمه‌گر پیش‌بینی شده است، ولی قوانین و عملکرد این سازمان‌ها به گونه‌ای بوده است که برخورد آن‌ها با پزشک متخلف، تنها به قطع همکاری بیمه انجامیده و در واقع، بیمار با پرداخت تعرفه آزاد به پزشک، متضرر شده است. یک مرکز مشاوره یا مؤسسه مشاوره‌ای هم وجود ندارد که متخصص و امین بوده و مردم را راهنمایی کند که آن‌ها را در مورد عوارض و پیامدهای اقدامات تشخیصی و درمانی آگاه کرده و از آن‌ها پشتیبانی علمی و قانونی کند.

۲-۵. فساد ناشی از نبود شفافیت

نبود شفافیت در تأمین منابع پژوهش‌ها، تدوین دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی، و تأمین منابع برخی پژوهش‌ها و همایش‌ها از سوی شرکت‌های واردکننده و تولیدکننده دارو و تجهیزات پزشکی و حتی حضور تعدادی از افراد به نمایندگی از این شرکت‌های خصوصی (در یک مقطع) در دستگاه‌های دولتی و سازمان‌های تابع وزارت بهداشت، سبب شده است که نوعی فساد و رانت در قیمت‌گذاری داروها ایجاد شود؛ به عنوان مثال می‌توان به داروی واحدی اشاره کرد که توسط دو شرکت عرضه می‌شود و یکی از شرکت‌ها با استفاده از رانت و اعمال نفوذ در دولت، قیمت بیشتری بر کالای خود می‌گذاشت.

عدم اجرای کامل پرونده الکترونیکی سلامت و نسخه‌های الکترونیک، رسیدن به شفافیت در اقدامات تشخیصی و دارویی را با چالش روبه‌رو می‌کند که برای اجرای این امر لازم است تمام ذی‌نفعان، اعم از وزارت بهداشت، نظام پزشکی، و سازمان‌های بیمه‌گر، همکاری کرده و عمل به راهنماهای بالینی را به عنوان ضابطه تعیین کنند که این امر کمک زیادی به احقاق حقوق عموم مردم کرده و باعث می‌شود که تعادل در پرداخت‌ها و دریافت‌های جامعه پزشکی، حاکم و حتی

امکان فرار مالیاتی را به حداقل برساند.

شفافیت و رعایت عدالت در امر دریافت از مالیات جامعه پزشکی نیز از امور دیگری است که به کاهش بروز فساد در حوزه سلامت کمک می‌کند. لازمه تحقق این امر مهم، شفافیت محل‌هایی است که یک عضو سازمان نظام پزشکی به ارائه خدمات تشخیصی و درمانی اشتغال دارد و برای احیای حقوق عامه و اطلاع‌رسانی شفاف، لازم است این محل‌ها با راستی‌آزمایی در درگاه الکترونیک سازمان نظام پزشکی، قابل دسترس عموم باشند؛ به گونه‌ای که اگر عضوی از سازمان نظام پزشکی، به جز در موارد اورژانس، در محلی خارج از محل‌های درج‌شده در درگاه سازمان نظام پزشکی، اقدام به فعالیت انتفاعی در زمینه امور تشخیصی و درمانی کرد، این اقدام، کارکرد بدون پروانه محسوب شود.

۲-۶. فساد در بخش غیردولتی و خصوصی

نگاه انتفاعی به بیمارستان‌های بخش غیردولتی و خصوصی و تلاش برای بهره‌وری حداکثری اقتصادی از این مراکز تشخیصی و درمانی (اگرچه در بخش دولتی هم امکان‌پذیر است) باعث شده است که به شکل‌های گوناگونی از بیماران، هزینه‌هایی بیش از مصوبات قانونی (مانند تحمیل هزینه‌های غیرضروری، اضافه‌دریافتی با درج کدهای تشخیصی و درمانی، و دریافت تعرفه‌های مازاد) دریافت شود. گاهی حتی ممکن است برای کالاهای یکبار مصرف که به دلیل کمبودها و تحریم‌ها چندبار استفاده می‌شوند، از بیماران هزینه چند بار استفاده دریافت شود.

سهام‌داری و عضویت مسئولان دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت بهداشت در این مراکز تشخیصی و درمانی غیردولتی و خصوصی باعث شده است که نه تنها با تخلفات آن‌ها به‌درستی برخورد نشود، بلکه به شکل‌های گوناگون، امتیازها، امکانات بخش دولتی، و بیماران آن‌ها به بخش خصوصی سوق داده شوند.

۲-۷. نمونه‌های موفق مبارزه با فساد در نظام سلامت

برخی اقدامات اصلاحی در راه مبارزه با فساد در نظام سلامت به شرح زیر بوده

است:

۲-۷-۱. ابلاغ تعرفه دندان پزشکی

اگرچه تصویب و ابلاغ تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی دندان پزشکی که تکلیف و قانون بود، تا مدت‌ها مغفول مانده و به‌نوعی یک ترک فعل قلمداد می‌شد و باعث می‌شد در زمینه‌های گوناگون دندان پزشکی، در بخش‌های دولتی، غیردولتی و خصوصی، یا خیریه‌ای، دریافت خارج از توان بیماران انجام شود و فسادهایی رخ دهد، با پیگیری انجام‌شده، سرانجام، تصویب و ابلاغ شد. این درحالی است که چنانچه از امکانات و تجهیزات موجود دانشگاه‌های علوم پزشکی و شبکه بهداشت و درمان و ظرفیت بخش خیریه‌ها هم استفاده شود، و مراکز دندان پزشکی دولتی در نوبت کاری عصر نیز فعالیت کنند، شاهد کاهش چشمگیر هزینه‌های دندان پزشکی و بهره‌مندی قشر محروم از این خدمات خواهیم بود.

۲-۷-۲. شفاف‌سازی ارزش‌های تخصصی

اقدام بعدی در راستای کاهش بروز فساد در حوزه سلامت، شفاف‌سازی موضوع ارزش‌های تخصصی‌یافته به دارو و تجهیزات پزشکی بود که در این راستا، برای نخستین بار در سال ۱۳۹۹، اتاقی با عنوان «اتاق ارز» در سازمان غذا و دارو طراحی شد و این شفافیت باعث شد که هم سازمان غذا و دارو بدانند این ارز به چه کسانی تعلق گرفته است، هم دریافت‌کنندگان و میزان دریافتی ارز مشخص باشد، و هم زمینه بهبود مدیریت بحث‌های ارزی فراهم شود. به‌دنبال این اتفاق، زمینه‌ای فراهم شد تا سامانه‌های بانک مرکزی و همچنین، سامانه وزارت صمت یا سامانه جامع تجارت و سامانه گمرکات، به هم وصل شوند. این یکپارچگی بسیار اثربخش خواهد بود؛ به‌عنوان مثال، بانک مرکزی پیشتر مقداری ارز برای دارو اختصاص داده بود، اما اینکه چه میزان از آن به تقاضای وزارت بهداشت اختصاص داده می‌شد و چه میزان به داروهای کشاورزی و تقاضای وزارت جهاد کشاورزی، مشخص نبود. یکپارچگی این سامانه‌ها، زمینه شفافیت بیشتر را فراهم و فساد و

امتیاز ویژه را به حداقل ممکن خواهد رساند.

۲-۷-۳. حرکت به سوی یکپارچگی بیمه

تلاش برای یکپارچه‌سازی سازمان‌های بیمه‌گر به منظور جلوگیری از موازی‌کاری بیمه‌ها و صرفه‌جویی در منابع و تسهیل دسترسی افراد فاقد پوشش بیمه و همچنین، رفع همپوشانی‌ها، یک تکلیف قانونی است که برای ایجاد عدالت اجتماعی و شفافیت‌گریزناپذیر است، ولی مقاومت‌های فراوانی از سوی ذی‌نفعان وجود دارد.

۲-۷-۴. درک انحراف از راهبردها

نبود راهبرد بلندمدت و قابل‌اجرا سبب جزیره‌ای عمل کردن در زمان‌های متفاوت شده است؛ به‌گونه‌ای که در دوره‌ای نظام سطح‌بندی، پزشک خانواده، و نظام ارجاع مطرح شده و به‌صورت ناقص اجرا شد و پیش از تکمیل آن، طرح تحول سلامت اجرا شده است؛ بنابراین، لازم است انحراف‌های بودجه‌ای و قانونی این طرح را شناسایی و نقاط مثبت طرح تقویت و نقاط ضعف آن اصلاح و جمع‌بندی آن از گذرگاه‌های قانونی دنبال شود.

۲-۷-۵. یکپارچه‌سازی سامانه‌های وزارت بهداشت

بخش‌های گوناگون وزارتخانه، بدون در نظر گرفتن الزامات امنیتی لازم و با واسپاری امور حاکمیتی و تصدی‌گری به بخش خصوصی به‌صورت جزیره‌ای و بدون هماهنگی با بخش‌های دیگر، سامانه‌هایی را برای خود ایجاد کرده‌اند که سبب موازی‌کاری، افزایش هزینه‌ها، و سردرگمی مردم شده است؛ بنابراین، یکپارچه‌سازی این سامانه‌ها، زمینه نظارت وزارتخانه بر تمام ارکان معاونت‌ها و سازمان‌های وابسته را فراهم و به جلوگیری از بروز فساد کمک شایانی می‌کند.

۳. کرونا؛ چراغ سبز به فاسدان

سوءاستفاده افراد سودجو در هر زمینه‌ای و در هر سطحی، هنگام وجود بحران، رخداد عجیبی نیست، اما در زمینه سلامت مردم، امری با ناپسندی دوچندان است

و برای مبارزه با فساد در دوران همه‌گیری کرونا بسیار تلاش شده است. یکی از موارد رایج، حرکت برخی از شرکت‌ها به سوی انحصار در تأمین اقلام ضروری کارکنان بخش درمان و عامه مردم بود، که لازم است وزارت بهداشت ضمن حمایت از آنها، نظارت دقیق‌تری بر شرکت‌های تولیدی و واردکننده اقلام داشته باشد و تلاش شود تا زمینه حضور همه شرکت‌های داخلی برای تأمین، تولید، و توزیع اقلام موردنیاز کارکنان سلامت و عموم مردم، به‌ویژه دارو و تجهیزات، فراهم، و از انحصاری شدن آن توسط افراد، شرکت‌ها، و مؤسسه‌های خاص جلوگیری شود. تمام تلاش مجموعه سلامت کشور این است که با برطرف کردن کاستی‌های موجود در مدیریت بحران کرونا، بتوان با قدرت بر مشکلات چیره شد تا کارکنان بخش درمان بتوانند راحت‌تر، به نخستین و مهم‌ترین مأموریت خود، یعنی سلامت مردم، برسند.

طبیعتاً، غافل نشدن از امور مربوط به سلامت همه مردم، مدیریت متوازن با حفظ اولویت ویژه بیماری کووید ۱۹، امری گریزناپذیر است که باعث جریان درست امور می‌شود و از تکالیف و برنامه‌های دستگاه‌های نظارتی است.

بخش چهارم: دریچه نو

نشان دادن خلأ یک مفهوم نظری جدید، یک ابزار یا رویکرد جدید یا یک بصیرت عملیاتی نو در موضوع مجله

تنظیم‌گری منفعت بر مبنای حق و تکلیف؛ ابزاری برای پیشگیری از فساد در نظام سلامت^۱

محمدسعید صفاری

نویسنده مسئول، دانشجوی کارشناسی ارشد رشته معارف اسلامی و مدیریت بازرگانی، دانشکده معارف اسلامی و مدیریت، دانشگاه امام صادق علیه‌السلام؛ عضو هسته سلامت، مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه‌السلام؛ تهران، ایران، ms.saffari@isu.ac.ir

محمد آزادی احمدآبادی

دانشجوی کارشناسی ارشد معارف اسلامی و مدیریت بازرگانی، دانشکده معارف اسلامی و مدیریت، دانشگاه امام صادق علیه‌السلام؛ عضو هسته سلامت، مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه‌السلام؛ تهران، ایران

چکیده

یکی از رویکردهای موجود برای مبارزه با انواع فساد در تمام حوزه‌ها، کشف منشأ فساد و به‌نوعی مبارزه ریشه‌ای با آن است. در حوزه سلامت نیز بررسی ریشه‌های بروز فساد، مقوله جدیدی نیست، اما ظهور فساد در سطوح گوناگون آن، نشان‌دهنده ضعف علمی و عملی در این زمینه است. در همین راستا، پژوهش حاضر در سطح ارائه خدمت و رابطه پزشک و بیمار، به کنکاشی درباره ریشه‌های بروز فساد پرداخته است. مفهوم فساد، بر پایه تعریف‌های گوناگون، با مفهوم منفعت گره خورده است. منفعت‌گرایی، یک رویکرد غایت‌گرایانه در فلسفه اخلاق است که ادبیات غنی‌ای را در حوزه منفعت در اختیار ما قرار داده است. پس از مطالعه و بررسی این رویکرد، دریافتیم که فقدان سازوکاری برای توزیع منفعت بین دو طرف فعل درمان، یکی از ریشه‌ای‌ترین عوامل بروز فساد در رابطه پزشک و بیمار است؛ در همین راستا، معیار توزیع منفعت، «حق و تکلیف» طرفین رابطه شناخته شد؛ بنابراین، یکی از لوازم جلوگیری از بروز فساد در این سطح، تنظیم‌گری منفعت بر پایه حق و تکلیف پزشک و بیمار خواهد بود. یکی از عوامل تعیین‌کننده حقوق، توجه به جایگاه فرد در نظام هستی است؛ بنابراین، اگر پزشک، جایگاه حرفه خود را در راستای فعل الهی شفا بداند، حق خود را بر پایه استحقاق واقعی خود طلب می‌کند و نه بیشتر، اما اگر جهان‌بینی پزشک در مورد حرفه‌اش سبب ایجاد رابطه عبودیت و عبیدیت بین پزشک و بیمار شود، امکان ادا نشدن حق بسیار بوده و در معرض بروز فساد خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: تنظیم‌گری منفعت، حق و تکلیف، رابطه پزشک و بیمار

تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۲۱

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۹/۰۷

فصلنامه راهبرد سلامت، سال ۱، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰، صص ۲۴۹-۲۳۷

مقدمه

در بررسی ادبیات انواع فساد در تمام حوزه‌ها، ارتباط تنگاتنگ این واژه با عبارت‌هایی مانند نفع و منفعت و سود، کاملاً مشهود است. در تعریف ارائه‌شده از سوی بانک جهانی و سازمان شفافیت بین‌الملل، فساد، سوءاستفاده از اختیارات دولتی به منظور کسب «منافع» شخصی بیان شده [۱] و برپایه تعریف قانون ارتقای سلامت نظام اداری و مقابله با فساد نیز هرگونه فعل یا ترک فعلی است که توسط هر شخص حقیقی یا حقوقی به صورت فردی، جمعی، یا سازمانی، عمداً و با هدف کسب هرگونه «منفعت» یا امتیاز مستقیم یا غیرمستقیم برای خود یا دیگری، با نقض قوانین و مقررات کشوری انجام شود [۲]؛ بنابراین، نفع و منفعت از کلیدواژه‌های مهم قابل تأمل در حوزه مبارزه با فساد به‌شمار می‌آیند. در پژوهش حاضر با تمرکز بر این نکته تلاش کرده‌ایم ضمن بررسی نقاط آغازین بروز فساد در حوزه سلامت، به‌ویژه صفوف ابتدایی ارائه خدمات سلامت، راه‌حلی مبنایی برای مبارزه با فساد در این حوزه ارائه دهیم. براین اساس، هدف پژوهش حاضر، رسیدن به یکی از عوامل مبنایی بروز فساد در حوزه سلامت است.

۱. چارچوب نظری

فلسفه اخلاق^۱، همان‌گونه که از نامش پیداست، پژوهش فلسفی در علم اخلاق [۳] و تحقیقی است درباره استدلال‌هایی که ورای باورهای اخلاقی ما نهفته است و همچنین، پژوهشی است برای توجیه مواضع اخلاقی خاصی که پذیرفته‌ایم [۴]. به زبان ساده‌تر، فلسفه اخلاق، علمی است که به تبیین مبانی علم اخلاق می‌پردازد و

آن را پردازش می‌کند و هدفش، شناخت ملاک‌های خوبی و بدی افعال است تا بر اساس آن، سنجش رفتار، امکان‌پذیر شود [۵]. فلسفه اخلاق در دو شاخه اصلی اخلاق هنجاری^۱ و فرا اخلاق^۲ دسته‌بندی می‌شود. اخلاق هنجاری می‌کوشد تا با ابزار عقلانی، به مجموعه‌ای از معیارهای قابل قبول دست یابد که در تعیین اینکه چرا فعل خاصی صواب یا شخص خاصی خوب خوانده می‌شود، به ما یاری دهد. فرا اخلاق به تحلیل فلسفی معنا و ویژگی‌های زبان اخلاق می‌پردازد؛ برای مثال، معنای اصطلاح‌هایی مانند خوب یا بد، صواب یا خطا و این‌گونه مفاهیم را بررسی می‌کند [۴].

نظریه‌های اخلاق هنجاری در یک دسته‌بندی کلی به دو دسته نظریه‌های غایت‌گرایانه^۳ و نظریه‌های وظیفه‌گرایانه^۴ تقسیم می‌شوند. نظریه غایت‌گرایانه بر این باور است که احکام اخلاقی کاملاً مبتنی بر نتایجی هستند که یک فعل به‌بار می‌آورد و رفتارها را با توجه به نتایجشان درست یا نادرست می‌داند. این درحالی است که بر پایه نظریه وظیفه‌گرایانه، درستی یک فعل تنها مبتنی بر نتایج آن نیست، زیرا ممکن است خود فعل، ویژگی‌های خاصی داشته باشد که درستی یا نادرستی آن را تعیین کند [۶]؛ اما شاهد مثال پژوهش حاضر برای بیان ادبیات فلسفه اخلاق تاکنون، این است که منفعت‌گرایی، که یکی از غنی‌ترین ادبیات ممکن در مورد کلیدواژه منفعت را در اختیار ما می‌گذارد، از نظریه‌های غایت‌گرایانه به‌شمار می‌آید.

جرمی بنتام^۵ (۱۸۳۲) حامی و مروج اصلی منفعت‌گرایی و شاگردش، جان استوارت میل^۶ (۱۸۷۳)، معروف‌ترین برهان را بر منفعت‌گرایی اقامه کرده‌اند. بنتام هنگام مطالعه رساله‌ای از پرستلی درباره حکومت، با این عبارت روبه‌رو شد:

-
1. Normative Ethics
 2. Meta Ethics
 3. Teleological Theories
 4. Deontological Theories
 5. Jeremy Bentham
 6. John Stuart Mill

«بیشترین خیر برای بیشترین افراد». خود او می‌گوید، مانند ارشمیدس فریاد زد: «یافتم». منفعت‌گرایی، کل نتایج یک عمل را ملاک درستی یا نادرستی آن عمل می‌داند. براساس این رویکرد، تنها سعادت و نفع شخصی فرد نیست که ارزش دارد، بلکه سعادت و نفع هر شخصی که از عملی متأثر است، مهم است. نگاه این رویکرد این است که فعل درست، فعلی است که بیشترین خیر را برای بیشترین افراد ایجاد کند [۶].

رویکرد منفعت‌گرایی، منافع عمومی را در سطحی فراتر از منافع شخصی جای می‌دهد [۷] و معیار سنجش اخلاقی بودن یا نبودن هر اقدام یا شیوه رفتاری را، میزان خیر جمعی برآمده از آن عمل می‌داند [۸]. دستورالعمل منفعت‌گرایی به زبان ساده این‌گونه است: «خیر را برای همگان به حداکثر برسان». این دستورالعمل، دال بر این است که باید تاحدی که می‌توانیم، برای همگان بیشترین فزونی خوبی را بر بدی ایجاد کنیم [۹]. سعادت بیشتر یک فرد، نباید مقدم بر بیشترین سعادت خالص -یعنی سعادت همه کسانی که از یک فعل متأثر هستند- باشد [۴].

۲. معیار منفعت

به نظر بن‌تام، یک فعل، تنها در صورتی صواب است که به لحاظ ابزاری، خوب باشد و خوبی آن، به لذت ایجادشده از قبل آن فعل بستگی دارد. یک عمل، در صورتی برای همه کسانی که از آن متأثرند، صواب است که لذت ایجاد کند و در صورتی خطا است که الم ایجاد کند (مانع لذت شود) [۴]. برپایه نظر بن‌تام، برای یک انسان، طبق شرایط چهارگانه شدت، مدت، قطعیت یا عدم قطعیت، و نزدیکی یا دوری، مقدار لذت یا الم، بیشتر یا کمتر خواهد شد. اما میل، ارزیابی کاملاً کمی بن‌تام از لذت را تصحیح و ارزیابی کیفی را مطرح می‌کند. او تأکید بسیار بیشتری بر تنوع لذت‌ها دارد و لذت‌های مربوط به روح را گرمی‌تر از لذت‌های مربوط به جسم برمی‌شمارد [۶].

۳. نقد منفعت‌گرایی

بر رویکرد منفعت‌گرایی انتقادهای گوناگونی از جمله توجیه بی‌عدالتی‌ها، مشکل در تعریف و ارزیابی بیشترین منفعت و نبود اجماع در این زمینه، مشکل در شناسایی تمام پیامدهای یک فعل، تأثیر تصمیم‌های منفعت‌گرایی بر فرد یا اقلیت، و تکیه این رویکرد بر منافع دنیوی و صرف‌نظر از منافع اخروی وارد شده است [۱۰]. از دیدگاه علامه جعفری نیز نقدی بر این رویکرد وارد است و آن این است که هرچند وجود اخلاق در جامعه تضمین‌کننده سلامتی و نظام اجتماعی و تحقق آزادی است، اما نه آن اخلاقی که منفعت‌گرا است و در رسیدن به شادی و خوشی، به دیگران احترام نمی‌گذارد و در قبال آن‌ها مسئول نیست [۱۱]. این نقد بسیار کلیدی به معنای آن است که با اینکه شعار منفعت‌گرایان، بیشترین منفعت برای بیشترین افراد است، اما هیچ ضمانتی برای رسیدن این بیشترین منفعت به بیشترین افراد متأثر از فعل ارائه نمی‌دهد.

به بیان دیگر، مسئله بر سر نحوه توزیع بیشترین خیر و منفعت است. منفعت‌گرایان، فاقد نظریه‌ای برای توزیع منفعت هستند. درحالی‌که گردنه فسادخیز این مسئله، همین نقطه است؛ جایی که حداکثر منفعت کسب می‌شود، اما در میان حداکثر افراد متأثر از یک فعل توزیع نمی‌شود؛ بنابراین، ما نیازمند سازوکار و ابزار دقیقی برای توزیع منفعت هستیم. به بیان دیگر، برای جلوگیری از بروز فساد در این زمینه، نیازمند تنظیم‌گری منفعت هستیم؛ به گونه‌ای که تمام افرادی که متأثر از یک فعل هستند، با انجام درست وظیفه خود در مورد آن فعل، به حداکثر منفعت نیز دست یابند.

به نظر می‌رسد، یکی از کلیدواژه‌هایی که باعث تنظیم‌گری منفعت و اجرای درست حداکثر منفعت برای حداکثر افراد می‌شود، کلیدواژه «حق» است، زیرا هنگامی که حق افراد در مورد فعلی، شفاف و مشخص شود، شیوه تسهیم منفعت نیز مشخص می‌شود. به بیان دیگر، درک درست حقوق افراد متأثر از یک فعل، همان سازوکاری است که به توزیع منفعت یا تنظیم‌گری منفعت کمک خواهد کرد. هر فردی از نفعی که از امری متأثر می‌شود، حقی دارد. براین اساس، مبنای

توزیع عادلانه منفعت، حق افراد است و هر جا که حق ادا نشود، فساد ظاهر می‌شود.

۴. حق چیست؟

در کتاب‌های لغت‌نامه، معناهای فراوانی برای «حق» ارائه شده است که در لغت‌نامه دهخدا، نخستین معنی آن، «ثابت بودن» چیزی است که انکار آن روا نباشد. علی‌اکبر دهخدا/ در لغت‌نامه خود به معانی دیگر حق، از جمله «صدق و راستی» در مقابل کذب، «صحیح، درست، و صواب» در مقابل خطا، «حقیقت» در مقابل محال، سزاوار و شایسته، بهره معین و غیره [۱۲] اشاره کرده است. انوری (۱۳۱۲) در لغت‌نامه‌اش بیش از ۹ معنی برای واژه «حق» برشمرده است که برخی از آن‌ها عبارت‌اند از: «راست و درست» در مقابل باطل و نادرست، «سزاوار و شایسته»، آنچه شخص به حکم طبیعت، عرف، شرع یا قانون اختیار و امکان برخوردار از آن یا تصاحب آن را دارد، گفتار یا سخنی که با واقعیت منطبق است - حقیقت - آنچه بر گردن کسی دین ایجاد می‌کند، و غیره [۱۳].

واژه «حق» در اصطلاح‌های گوناگون، یعنی اصطلاح فلسفه، عرفان، اخلاق، سیاست، حقوق، اقتصاد، و فقه، نیز به معناهای گوناگونی به‌کار می‌رود [۱۴]. آیت‌الله جوادی آملی (۱۳۸۲) در نوشتاری، «حق» را در برابر «تکلیف» قرار داده‌اند. «تکلیف» در «لغت‌نامه دهخدا»، کسی را در رنج انداختن و در کتاب «منجد»، کسی را به کار سختی و داشتن ترجمه شده است [۱۵]، اما مقصود از آن در اینجا، الزام بر انجام فعل یا ترک فعل است [۱۴]. در معنای قصدشده توسط آیت‌الله جوادی آملی نیز حق، چیزی است در برابر تکلیف. حق به نفع فرد و به‌عهده دیگران است و تکلیف، آن چیزی است که به‌عهده فرد و به نفع دیگران است. به بیان دیگر، حق، برای فرد محق و مستحق است و تکلیف، برای فرد مکلف [۱۶]. هر کجا حق وجود دارد، تکلیفی نیز حضور خواهد داشت و هر جا حق جدیدی تجلی کرد، تکلیف تازه‌ای ظهور می‌یابد تا حق، بی تکلیف تحقق پیدا نکند و مایه طغیان نشود [۱۷]. به بیان دیگر، هر حقی مستلزم تکلیف است و اگر چه میان حق و تکلیف تلازم مفهومی برقرار نیست، اما تلازم خارجی جاری است [۱۴].

۵. عوامل تعیین‌کنندهٔ حق

در بحث حقوق انسان، شناخت انسان ضروری است، زیرا بدون شناخت انسان نمی‌توان حقوق او را تعیین کرد. اگر کسی انسان را آن‌گونه که خود می‌پسندد بشناسد نه آن‌گونه که هست. مسئلهٔ حق و تکلیف را نیز به‌گونه‌ای که خود می‌پسندد ترسیم می‌کند، نه آن‌گونه که با حقیقت و واقعیت انسان مطابقت داشته باشد [۱۶]. یکی از محورهای انسان‌شناسی در کلام حضرت آیت‌الله جوادی آملی، توجه به جایگاه انسان در نظام هستی است. محیط زندگی انسان و کیفیت ارتباط او با آن محیط، یکی از شاخص‌هایی است که در تعیین حقوق انسان و جامعهٔ بشری نقش اساسی‌ای دارد. انسان در خلأ زندگی نمی‌کند، بلکه در نظامی ادامهٔ حیات می‌دهد که اجزایی محیط اطراف او را فراگرفته‌اند و همیشه با آن در ارتباط است؛ بنابراین، تردیدی نیست که حق هر چیزی باید متناسب و مطابق با استحقاق شأن وجودی وی باشد و هرگونه تدوین حق، بدون در نظر گرفتن جایگاه ذی‌حق در نظام هستی، مستلزم ظلم، بلکه عین ظلم به او است. هنگامی که بحث جایگاه مطرح می‌شود، گذشته از حقوق مشترک، حقوق اختصاصی ذی‌حق نیز مطرح است. یعنی جایگاه برابر حقوق برابر، جایگاه بالاتر حقوق بالاتر، و جایگاه پایین‌تر حقوق پایین‌تری می‌طلبد؛ به‌عنوان مثال، در یک اداره، همه از این جهت که انسان هستند، حقوق مشترکی دارند و از آن جهت که هر یک صاحب مقام و سمتی هستند، حقوق متفاوتی خواهند داشت. هیچ‌گاه حق مدیر با حق یک کارمند ساده برابر نیست و اختیارات آن‌ها نیز یکسان نخواهد بود [۱۷].

بحث و نتیجه‌گیری

در نظام ارائهٔ خدمات و در میان خدمات بالینی، پزشک به‌عنوان ارائه‌دهنده خدمات، به‌سبب دانش و اطلاعات بالاتر، به اولویت‌بندی مداخلات می‌پردازد و بیمار، به‌عنوان دریافت‌کننده خدمات، نقش پذیرنده را ایفا می‌کند؛ اما آنچه در این میان از اهمیت بالایی برخوردار است، رابطه‌ای است که در چارچوب این تلاقی شکل می‌گیرد؛ به‌بیان دیگر، رابطهٔ پزشک و بیمار، جزو مقوله‌های مهم در نظام ارائه خدمات بوده که در اثربخشی مداخلات تعیین‌کننده است [۲۲]. نخستین

و مهم‌ترین هدف تشکیل این رابطه، بهبودی و درمان بیمار است. در رویکرد منفعت‌گرایان، درمان، یک فعل اخلاقی به‌شمار می‌آید، زیرا این فعل، معیار کلیدی فعل اخلاقی را دارا است؛ به‌این‌معنا که چون درمان از درد و رنج بیمار می‌کاهد و او را به‌سوی لذت (رفع کامل رنج) می‌برد، یک فعل اخلاقی است. در فعل درمان، افراد بسیار زیادی ذی‌نفع هستند که مهم‌ترین آنان، خود بیمار و پزشک هستند، اما افراد دیگری مانند ذی‌نفعان دارویی، تجهیزات پزشکی، بیمارستانی، و... نیز از فعل درمان منفعت کسب می‌کنند. به‌منظور جلوگیری از فسادهای ناشی از این فعل، بهتر است دایره ذی‌نفعان آن به‌طور کامل بررسی شود. اما پژوهش حاضر، طرفین اصلی ذی‌نفع فعل درمان، یعنی پزشک و بیمار را بررسی کرده است.

مراجعه بیمار به پزشک برای معالجه، به‌نوعی از روی اضطراب است. شاید آشکارترین منفعت فعل درمان برای بیمار، کاهش درد و رنج باشد - که البته این منفعت به‌خودی‌خود، بسیار ارزشمند است - اما ارزش افزوده فعل درمان، بسیار بیش از این‌ها است. بیمار، از طریق درمان به چرخه حیات اجتماعی خود بازمی‌گردد و امکان حضور فعال و مؤثر در محیط خانواده، دوستان، محیط‌های کاری و جامعه را پیدا می‌کند. فرصت ازسرگیری یا ادامه بهبود وضع معیشتی خود و خانواده خود را پیدا می‌کند، امکان پرداختن به امور معنوی با نهایت لذت معنوی به او بازمی‌گردد. حتی با اینکه به‌ظاهر بیمار برای درمان خود هزینه پرداخت می‌کند، اما فعل درمان، منافع مادی زیادی هم برای خود بیمار دارد؛ بنابراین، فعل درمان برای طرف دریافت‌کننده خدمات، یعنی بیمار، با منافع مادی و معنوی زیادی همراه است.

منافع پزشک از فرایند درمان نیز، هم مادی است و هم معنوی. بخشی از منافع مادی آن همان چیزی است که در ادبیات کهن، به‌عنوان «حق‌العلاج» یا «حق‌المعالجه» آمده و /نوری (۱۳۱۲) آن را به «پول ویزیت» معنی کرده است یا «حق‌الطبابه» که دهخدا (۱۳۱۸) آن را به «حق‌القدم» طبیب تعبیر کرده است. امروزه در نظام سلامت کشور ایران، نظام جبران خدمات به‌معنای تام و کامل خود، در حد چارچوب‌های کلی

است. آنچه عمدتاً از آن با عنوان نظام پرداخت یاد شده است و گاهی با مفاهیم دیگری همچون جبران خدمات آمیخته می‌شود، محدود به پرداخت‌های مالی مستقیم و غیرمستقیم به ارائه‌کنندگان خدمات است. جزء اصلی این پرداخت‌ها در میان پزشکان، برمبنای کارانه یا کم‌وکیف خدمات ارائه شده (FFC) و در نیروهای دیگر بخش درمان، مبتنی بر زمان و تابع قانون خدمات کشوری است.

منافع معنوی فعل درمان نیز برای پزشک فراوان است که شاید مهم‌ترین آن‌ها همین احساسی است که بارها از زبان پزشکان مبنی بر حس خوب شدن و برگشتن بیمار به روند زندگی، شنیده‌ایم. در ادبیات دینی نیز اشاره‌هایی به این موضوع داریم. در بخشی از آیه ۳۲ سوره مبارکه مائده آمده است: «... وَ مَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَا أَحْيَا النَّاسَ جَمِيعًا...». براساس تفسیر آیت‌الله جوادی آملی، «احیا» یک قسم معنوی دارد که مهم‌ترین مصداق آن، هدایت است و یک قسم مادی دارد که فعل درمان، از مصداق‌های آن به‌شمار می‌آید. کسب جایگاه اجتماعی والا، احساس اثرگذاری بالا، و... از منافع معنوی دیگر فعل درمان است که مخصوص طرف عرضه خدمات، یعنی پزشک خواهد بود و حتماً منافع مادی و معنوی دیگری نیز برای پزشک و بیمار خواهد داشت. باوجوداین، موضوع اصلی بحث پژوهش حاضر، توزیع حداکثر منفعت فعل درمان میان طرفین رابطه پزشک و بیمار است و دستیابی به تمام منافع مادی و معنوی این رابطه، جزو اهداف این پژوهش نیست.

همان‌گونه که اشاره شد، برای جلوگیری از بروز فساد در این رابطه، منافع برشمرده‌شده و منافع دیگر به‌دست‌آمده از فعل درمان براساس حقوق پزشک و بیمار باید توزیع شود. در رابطه پزشک و بیمار، سلامت خود را به‌طور کامل به پزشک و نیروهای درمانگر می‌سپارد و به آن‌ها اعتماد می‌کند [۱۸]؛ بنابراین، احتمال بروز فساد از سوی دریافت‌کننده خدمات، کمتر از ارائه‌کنندگان خدمات است. در این راستا، منشور حقوق بیماران - که به‌نوعی منشور تکلیف ارائه‌دهندگان خدمات در سطوح گوناگون است - طراحی شده است. منشور حقوق بیماران، یکی از محورهای شاخص در تعریف استاندارد برای اعمال حاکمیت خدمات بالینی است که رعایت آن از سوی نیروهای بخش درمان، نتایج مطلوبی را در راستای

توسعه نظام سلامت جامعه در پی دارد و رعایت آن باید مورد توجه جدی پزشکان و مراکز درمانی قرار گیرد. نخستین منشور در سال ۱۳۸۱ در ده بند تصویب شد و با توجه به کاستی‌های آن، منشور دوم، هفت سال بعد، در آبان ۱۳۸۸ در پنج محور از سوی وزارت بهداشت، دوباره به مراکز تابعه ابلاغ شد.

به موجب اصول پنج‌گانه این منشور، دریافت مطلوب خدمات سلامت، حق بیمار است. اطلاعات باید به‌گونه‌ای مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد. حق انتخاب و تصمیم‌گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت باید محترم شمرده شود. ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد و دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات، حق بیمار است [۱۹] که نشان‌دهنده توجه ویژه منشور جدید حقوق بیمار به مشارکت فعالانه و مؤثر بیمار در نظام سلامت و مهم‌تر از آن، پیش‌بینی ضمانت‌های اجرایی حقوقی و قانونی برای آن است [۲۰]؛ بنابراین، منافع بیمار، با توجه به حقوق وی، در این منشور تاحدی مشخص است، اما از آنجاکه حق پزشک از منفعت فعل درمان معین نیست، امکان بروز فساد از این ناحیه بیشتر از طرف مقابل است.

براین اساس، حق پزشک از منفعت درمان باید تعیین شود و همان‌گونه که در بخش‌های پیشین اشاره شد، یکی از مهم‌ترین عناصر تعیین‌کننده حقوق افراد، توجه به جایگاه آنان در نظام هستی است. حق پزشک باید متناسب و مطابق با استحقاق و شأن وجودی وی باشد. این نکته را هم شخص پزشک باید در نظر داشته باشد و هم سیاست‌گذاران عرصه سلامت تا بتوانند با درک درست جایگاه پزشک، حق او را تعیین کرده و منفعت به‌دست‌آمده از فعل درمان را بین پزشک و بیمار، تنظیم کنند.

نگاه پزشک به حرفه پزشکی، جایگاهش در جامعه را مشخص می‌کند و از پس آن، حق او از منفعت درمان تبیین می‌شود. واضح است که اگر جهان‌بینی پزشک به حرفه پزشکی، سبب ایجاد رابطه عبد و عبید بین او و بیمار شود، ممکن است منفعتی بیشتر از حق خود را از فعل درمان طلب کند و این همان نقطه بروز فساد

است. اگر حقوق بر معیارهای نفسانی بنا شود، آسمان و زمین تباه می‌شود و به تبع آن، انسان که جزئی از پدیده‌ها است، به فساد و تباهی کشیده خواهد شد و نه تنها حقوق انسان تأمین نمی‌شود، بلکه نهایت ظلم و ستم در حق آدمی روا خواهد شد [۱۷]، اما اگر پزشک و کارکنان دیگر بخش درمان، خود را دست‌اندرکار مقدمات فعلی بدانند که خداوند به‌طور مستقیم به‌دست خود انجام می‌دهد - که همان شفا است - و آگاه باشند که او با زیست انسانی سروکار دارد و زیست انسانی، تنها زیستی است که خداوند از روح خود در آن دمیده است [۲۱]، حق خود را از منافع فعل درمان، بیشتر از آنچه واقعاً شایستگی آن را دارند، نمی‌دانند.

به‌عنوان مثال، ممکن است یک پزشک، زیرمیزی را حق خود بداند؛ یعنی از زیرمیزی منفعتی کسب می‌کند که این منفعت را حق خود می‌داند. حال این پرسش مطرح است که آیا با دریافت این منفعت، منفعت طرف مقابل متأثر از فعل درمان، یعنی بیمار، نیز به حداکثر میزان خود رسیده است یا خیر؟ ممکن است بیمار درمان شود، اما به‌هرحال، هزینه بیشتری برای درمان خود داده است و طبیعی است که به‌دور از منفعتش عمل کرده است. با شناخت حقوق پزشک از طریق تعیین جایگاه او در نظام هستی، مشخص می‌شود که اگر نگاه پزشک به حرفه‌اش، نگاه الهی باشد و افعال خود را مقدمه فعل الهی (شفا) بدانند، هیچ‌گاه دریافت زیرمیزی یا فسادهای دیگر را حق خود نمی‌داند؛ پس شناخت حق طرفین این رابطه و همچنین، ملاک اعتبار این حقوق، می‌تواند مبنای تنظیم‌گری منفعت قرار گیرد و مانع بروز فساد شود.

نکته شایسته توجه این است که این تنظیم‌گری منفعت، شکل‌های گوناگونی به خود می‌گیرد؛ می‌تواند درونی باشد و توسط خود پزشک اعمال شود یا بیرونی باشد و توسط سیاست‌گذاران نظام سلامت وضع شود. همچنین، می‌تواند با استفاده از روش‌های نرم اعمال شود (مانند استفاده از اثرگذاری گروه‌های مرجع) یا روش‌های سخت به خود ببیند (مانند وضع قوانین و مقررات). بدیهی است که باید حالت‌های گوناگون را بررسی، و مؤثرترین یا ترکیبی از مؤثرترین شکل‌ها و روش‌ها را انتخاب و اجرا کرد.

منابع

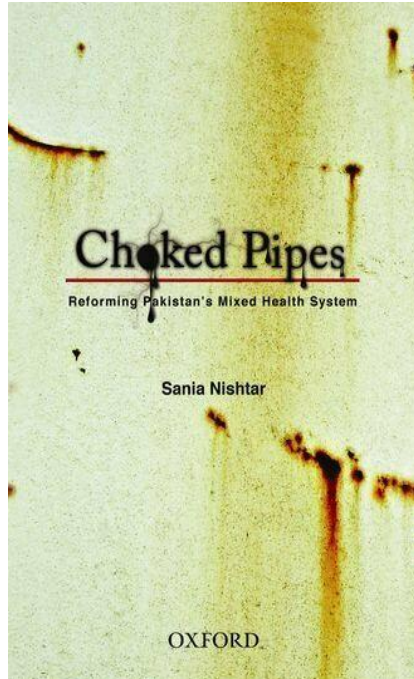
۱. عسگری، مریم. فساد و عوامل مؤثر بر کاهش فساد آن در دستگاه‌های اجرایی. رویکردهای پژوهشی نو در علوم مدیریت. ۱۳۹۷؛ ۹(۲): ۲۵۴-۲۴۱
۲. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. قانون ارتقای سلامت نظام اداری و مقابله با فساد. ۱۳۹۰
۳. اتینکسون، آر.اف. درآمدی بر فلسفه اخلاق. تهران، ایران: هرمس. ۱۳۹۱
۴. پالمر، مایکل. مسائل اخلاقی: متن آموزشی فلسفه اخلاق. تهران، ایران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت). ۱۳۹۷
۵. زکی، حسین. فلسفه اخلاق. فصلنامه فرهنگ جهاد سال یازدهم، پاییز و زمستان ۱۳۸۴؛ ۴۲: ۱۲۲-۴۸
۶. حسین‌زاده، امیر. تأثیر رویکرد منفعت‌گرایی اخلاقی بر دانش مدیریت و سازمان. اسلام و مدیریت. ۱۳۹۱؛ ۲(۱): ۱۱۲-۹۳
7. Dellaportas S, Davenport L. Reflections on the public interest in accounting. *Critical Perspectives on Accounting* 2008; 19(7): 1080-98. [Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cpa.2007.06.002>]
8. Barnett T, Valentine S. Issue contingencies and marketers' recognition of ethical issues, ethical judgments and behavioral intentions. *Journal of Business Research* 2004; 57(4): 338-46 [Available from: [https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(02\)00365-X](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(02)00365-X)]
۹. هولمز، رابرت ال. مبانی فلسفه اخلاق. تهران: نشر ققنوس. ۱۳۸۹
۱۰. مهدوی، علی‌پور. رویکردهای تصمیم‌گیری اخلاقی مدیران مالی شرکت‌ها. دانش حسابداری. ۱۳۸۹؛ ۲(۱): ۳۳-۵۴
۱۱. رجبی، شمس‌اللهی. تحلیل انتقادی منفعت‌گرایی اخلاقی در دیدگاه جان استوارت میل از منظر علامه جعفری. پژوهش‌نامه اخلاق. ۱۳۹۹؛ ۴۷(۳۱): ۷۲-۵۱
۱۲. دهخدا، علی‌اکبر؛ شهیدی، جعفر؛ معین، محمد. لغت‌نامه. تهران: انتشارات دانشگاه تهران. ۱۳۷۲
۱۳. انوری، حسن. فرهنگ بزرگ سخن. تهران: سخن. ۱۳۸۱

۱۴. نبویان، سید محمود. تاریخچه و مفهوم حق. چاپ اول. تهران، ایران: مؤسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی (ره). ۱۳۹۰
۱۵. ملعوف، لويس. المنجد فی اللغه: تزين متنه اربعون لوحه ملونه. قم: ذوی القربی. ۱۳۸۰،
۱۶. جوادی آملی، عبدالله. حکومت اسلامی: حق و تکلیف. ۱۳۸۲؛ ۲۹: ۷۳-۳۱.
۱۷. جوادی آملی، عبدالله. حق و تکلیف در اسلام. قم. مرکز نشر اسراء. ۱۳۸۴
۱۸. پوربخش، سید محمدعلی. بررسی معیارهای منطقی در تدوین منشور حقوق بیماران. حقوق پزشکی. ۱۳۸۸؛ ۹(۳): ۶۲-۳۵
۱۹. پارساپور، علیرضا، باقری، علیرضا، لاریجانی، باقر. منشور حقوق بیمار در ایران، ۱۳۸۸؛ ۲(۱): ۴۷-۳۹
۲۰. سید موسوی، میرسجاد. حق برخورداری از سلامت: واکاوی تعهدات انسانی دولت‌ها در حوزه سلامت. تبریز، ایران: انتشارات پزشکی شروین. ۱۳۹۳
۲۱. برگرفته از سخنان آیت‌الله سید مصطفی محقق داماد در نخستین کنفرانس اخلاق، الهیات و بلائیای فراگیر، ۱۳۹۹/۰۶/۱۸، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲۲. صفاری، محمدسعید، آزادی، محمد. الگوی ارائه خدمت در حوزه سلامت با مرکزیت «رفق» به‌عنوان محور رابطه پزشک و بیمار. جغرافیای مشترک سلامت و علوم انسانی. تهران، ایران: انتشارات دانشگاه امام صادق علیه‌السلام. ۱۳۹۹.

بخش پنجم: ترجمان دانش

این بخش دربردارنده معرفی کتاب، گزارش، مقاله و آثار علمی ارزشمند دیگر در مورد موضوع مجله است.

معرفی کتاب: راه‌های مسدودشده



نام کتاب: راه‌های مسدودشده: اصلاح نظام سلامت خصوصی-دولتی کشور پاکستان

نام نویسنده: سانیا نیشتر

سال انتشار: ۲۰۱۰

ناشر: انتشارات دانشگاه آکسفورد

معرف: امیرحسین شماعی زاده

دانشجوی دکترای مدیریت مالی، دانشکده مدیریت، دانشگاه امام صادق علیه‌السلام، تهران، ایران،

shamaeeamir@gmail.com

فصلنامه راهبرد سلامت و بهداشت، سال ۱، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰، صص ۲۵۳-۲۶۱

مقدمه

نظام‌های سلامت در سراسر جهان، اعم از کشورهای پیشرفته یا کشورهای در حال توسعه، با فشار روانی زیادی روبه‌رو هستند. حتی در انتخابات گذشته ایالات متحده، اصلاحات در بخش بهداشت و درمان، موضوع اصلی بود و اگر بگوییم، برنامه سلامت اواما عامل اصلی پیروزی وی بود، گزاف نگفته‌ایم؛ بنابراین، این مسئله‌ای نیست که تنها گریبانگیر کشورهای در حال توسعه‌ای مانند پاکستان باشد، بلکه ضرورت اصلاح نظام سلامت در همه‌جا احساس می‌شود. انواع نگرانی‌ها در این زمینه را می‌توان در قالب مشکلات دسترسی همگانی ناکافی، هزینه بالای مراقبت‌های بهداشتی، و کیفیت محدود خدمات ارائه‌شده طبقه‌بندی کرد.

نظام سلامت، اصطلاح جامعی است که انواع نهادهای ارائه‌دهنده خدمات درمانی، کارکنان بخش درمان، کالاها و خدمات، سامانه‌های اطلاعاتی، منابع مالی، و راهبردهای حاکمیتی در راستای ارائه خدمات پیشگیری و درمان را دربر می‌گیرد.

در سراسر جهان، راهکارهای گوناگونی برای اصلاح نظام سلامت پیشنهاد شده است که به لحاظ ماهیت، متفاوت هستند؛ برخی پیشنهاد می‌کنند، بدون پرداختن به نارسایی‌های ذاتی نظام، یک راه‌حل آنی از داخل خود نظام انتخاب شود، در حالی که برخی دیگر، رها کردن کل نظام یا بخش‌هایی از آن و ساخت یک نظام جدید را مطرح می‌کنند. در میان همه صاحب‌نظران در سطح جهان، در مورد انجام اصلاحات در بخش سلامت اجماع وجود دارد، ولی در هیچ کجا، از جمله

پاکستان، اجماعی در مورد نحوه انجام اصلاحات وجود ندارد. کتاب «راه‌های مسدودشده» نظام سلامت در پاکستان را به گونه‌ای همه‌جانبه بررسی می‌کند و بسیاری از مشکلات پیش روی آن را بازتاب می‌دهد. نیشتر با شروع یک روایت درباره نظام سلامت خصوصی-دولتی موجود پاکستان، گزارشی از حاکمیت بهداشتی کشور، تأمین مالی سلامت، وضعیت ارائه خدمات و محصولات، و منابع انسانی مرتبط با سلامت ارائه داده و سپس، به استفاده از فناوری و ابداع سامانه اطلاعات سلامت در کشور پرداخته است. نویسنده در این کتاب، اصلاحات مفصلی را برای بخش بهداشت و درمان در پاکستان و همچنین، راهکارهایی را برای داخل یا خارج از این حوزه تشریح کرده و بحث خود را با بررسی چگونگی تدوین این اصلاحات به پایان رسانده است.

با خواندن این کتاب می‌توان به اطلاعات خوبی برای شناخت عملکرد مناسب یا فقدان آن در نظام بهداشت و درمان پاکستان رسید. در این کتاب، شرح مفصلی در مورد الگوهای تبانی و فساد رایج در نظام بهداشت و درمان در سطوح گوناگون، از جمله بیمارستان‌ها، بخش دارو و داروسازی، و ارائه خدمات پزشکی مطرح شده است.

نیشتر بر این نظر است که رفتارهای نادرستی از جمله غیبت کارمندان، اشتغال مضاعف در کار، و سرقت لوازم هم در بخش دولتی و هم در بخش خصوصی رایج است که در صورت وجود عزم جدی برای اصلاح، باید به سرعت به آنها رسیدگی شود.

نویسنده کتاب می‌گوید، داستان‌هایی از فساد وجود دارد که ما هر روز می‌شنویم و تنها به بخش سلامت محدود نمی‌شوند. به نظر وی، این موارد تقریباً به شیوه زندگی در پاکستان تبدیل شده‌اند. این کتاب، شش دهه پوسیدگی در نظام سلامت کشور، با وجود گذار از رژیم به رژیم‌های دیگر، را بررسی کرده و گزارشی از چگونگی تلاش دولت برای یافتن راه‌حل‌های سریع برای حل مشکل بدون تمرکز بر دلایل اصلی آن- ارائه داده است.

این کتاب، مطالعه موردی عمیقی از نظام سلامت کشور پاکستان است؛

به گونه‌ای که گلوگاه‌های سیستمی و مراکز پیشنهادی برای اصلاح را مشخص کرده است. کتاب یادشده دو هدف اصلی را پیگیری می‌کند:

۱. شواهد محدودی در زمینه تبیین و مقایسه انواع سازمان‌ها و عملکرد نظام سلامت در کشورهای با درآمد متوسط و کم را نشان می‌دهد.

۲. روش تجزیه و تحلیل سیستمی در ارتباط با برنامه اصلاحات چند بعدی ارائه می‌دهد.

نیشتر بر توجه به نظام سلامت، به عنوان عامل اصلی ایجادکننده انواع پیشرفت در شاخص‌های سلامت، تأکید کرده است. از آنجاکه گفتمان فعلی توسعه، بر دستیابی به اهداف توسعه هزاره و کاهش فقر متمرکز است، این کتاب متناسب با اقتضاهای زمانی، سرمایه‌گذاری موردنیاز برای توسعه کارا، شفاف، و ضدفقر را تبیین کرده است.

کتاب یادشده، بحث را با تشریح بخش مختلط دولتی و خصوصی نظام سلامت کشور پاکستان آغاز و در ادامه، این وضعیت را با توجه به منشأ استعماری بخش دولتی و رشد نامتوازن بخش خصوصی در کشور پاکستان تبیین می‌کند.

بدنه اصلی کتاب، شرح جزئی‌تری از نظام سلامت و واقعیت‌های عملیاتی آن ارائه می‌دهد. همچنین، بحث‌هایی را در مورد حوزه‌های موردتمرکز سازمان بهداشت جهانی در زمینه سیاست‌های بهداشتی، حاکمیت، تأمین مالی، ارائه خدمات، منابع انسانی، دارو، فناوری، و سامانه‌های اطلاعات سلامت ارائه می‌کند.

برپایه مباحث مطرح‌شده در این کتاب، مهم‌ترین مشکل، فروپاشی نهادی به دلیل بوروکراسی‌های سختگیرانه، بدقولی کارکنان، و بذل کمترین توجه به اصلاحات بخش اجتماعی دولت است. این مسائل، عملکرد عمومی نظام سلامت را کمرنگ، و توانایی آن را برای پاسخ‌دهی خارج از چارچوب به رشد بخش خصوصی و پاسخ‌گویی به مشکلات داخلی، محدود می‌کند.

فصل‌های پایانی کتاب، ماهیت تحلیلی داشته و چارچوبی برای اصلاح نظام ارائه می‌دهند. این دیدگاه، متناسب با اقتضاهای زمانی، تفسیر عمیق‌تری از سلامتی به عنوان چشم‌انداز گسترده سیاست اجتماعی و یک حق جهانی ارائه می‌دهد. این

تفسیر در مقابل برخی تفسیرهای متداول از سلامت است که به آن به‌عنوان یک کالا می‌نگرند.

کتاب موردنظر توانسته است مواردی را که دستاوردهای نظام بهداشتی را محدود می‌کند، بیان کند. اگرچه این کتاب در مورد پاکستان نوشته شده است، می‌تواند به‌عنوان نمونه‌ای برای کشورهای دیگر کم‌درآمد و دارای درآمد متوسط نیز در نظر گرفته شود. همچنین، می‌تواند الگوی اولیه و مناسبی برای ادامه بحث و بررسی درباره دلایل شکست طرح‌های مربوط به بهبود و ارتقای نظام‌های بهداشتی باشد.

کتاب بیشتر، پیشنهادهایی برای مخاطبان داخلی و خارج از کشور پاکستان دارد. در سطح داخلی، برخی اصلاحات اساسی را برای بهبود عملکرد ضعیف نظام سلامت پیشنهاد می‌دهد؛ از این رو، وضعیت را به «راه‌های مسدودشده» تشبیه کرده و مسیری را برای اصلاح وضعیت کنونی ترسیم می‌کند. برای اصلاح نظام سلامت در سطح دنیا، بر پیوند بهبود نظام سلامت با اصلاحات کلان اقتصادی در حمایت از فقرا تأکید می‌کند.

اصلاحات کلان اقتصادی موردنظر وی، دربردارنده بازمهندسی نهادی و تأمین منابع کافی دولتی و استفاده راهبردی از فناوری و مدیریت مبتکرانه بخش خصوصی است.

به‌طور کلی درعین محوریت کتاب بیشتر بر اصلاح نظام سلامت کشور پاکستان، جهت‌گیری این کتاب، دستیابی به بسیاری از اهداف دیگر، مانند تعیین ارتباط تحلیلی نظام سلامت موردبررسی با نظام‌های گسترده‌تر حاکمیت در پاکستان و همچنین، نظام‌های سلامت در کشورهای در حال توسعه دیگر است.

همان‌گونه که از نام کتاب مشخص است، برپایه مطالب این کتاب، نظام سلامت پاکستان، افزون‌بر رفع و حل مسائل به‌گونه‌ای فوری، نیاز به اصلاحات ریشه‌ای دارد. همان‌گونه که نظام‌های اجتماعی دیگر این کشور و همچنین، فرایندهای دولتی نیز این‌گونه هستند. بیشتر بحث‌های این کتاب، بر برجستگی و ماهیت این چالش‌های سیستمیک و ابزارهای کاهش آن‌ها متمرکز است.

بر پایه نگاه بیشتر، که حاصل بررسی نظام بهداشت و درمان پاکستان است، پیشنهادهای ارائه شده باید بر لزوم اصلاح در بخش‌های مربوط به نحوه حکمرانی، تأکید کنند؛ از این عامل به عنوان یک عامل حیاتی برای موفقیت اصلاحات نظام بهداشت و سلامت یاد می‌شود.

تحلیل‌های ارائه شده، ارتباط جدی‌ای را میان شاخص‌های اقتصاد کلان با اصلاح نظام‌های بهداشتی نشان می‌دهد. منظور بیشتر از شاخص‌های اقتصاد کلان، مواردی مانند محدودیت بدهی، مسئولیت مالی، تحریک درآمد، مداخلات سیستمی در بازار کار، و اصلاحات مربوط به مدیریت مالی عمومی و ساختارهای خدمات کشوری هستند.

درعین حال، بیشتر رفع موانع موجود بر سر راه برنامه اصلاحات تدوین شده را با تأکید بر ماهیت چندبعدی اصلاحات پیشنهادی، مستلزم اصلاح موارد فراوانی می‌داند. برخی از این موارد عبارت‌اند از: اراده سیاسی، پشتکار، جهت‌گیری درست سیاست در طول زمان، و عزم و اراده برای اعمال تغییرات چندبعدی متوالی و ملموس در سیاست‌ها، قوانین، و آرایش‌های سازمانی.

الزامات مورد اشاره برای غلبه بر این موانع سیستمیک، به دلیل برخی واقعیت‌ها، ضرورت دوجندانی یافته‌اند. یکی از مسائل مهم، نیاز به بهبود بازده هزینه‌های بخش بهداشت و سلامت (با توجه به رکود اقتصادی کلان در پاکستان) از طریق رفع محدودیت‌های اعمال شده توسط نظام‌های عمومی ناکارا، و دیگری، نیاز جدی به ایجاد ظرفیت کافی در این کشور برای تأمین رفاه در پی چالش‌های منطقه‌ای کنونی پاکستان است.

بر اساس شواهد موجود، این کتاب فراتر از ارتباط آن با بخش بهداشت در پاکستان، از جذابیت بین‌المللی گسترده‌ای برخوردار است؛ به عنوان نمونه، آدنیکه گرانج، وزیر بهداشت نیجریه، در مراسم پیش‌نمایش این کتاب در هاوانا در نوامبر ۲۰۱۱، از مسائل توصیف شده در مورد نظام سلامت در پاکستان، به عنوان نمونه‌ای مشابه مشکلات بومی در نیجریه یاد کرد. به گفته نویسنده کتاب، از زمان پخش این کتاب در بازار، فعالان حوزه سلامت، دیدگاه‌های متنوعی را در مورد قابل استفاده

بودن نکته‌های آن برای کشورهای در حال توسعه مطرح کرده‌اند.

این کتاب به دلایل گوناگونی در سطح بین‌المللی اهمیت یافته است؛ برای مثال، محدودیت منابع پس از بحران مالی جهانی، موجب فراخوان‌های هم‌زمانی برای افزایش اعتبار در شرایط پس از بحران شده است و در نتیجه، نیاز به بهینه‌سازی منابع، اهمیت بیشتری یافته است.

دغدغه‌های جهانی برای بهینه‌سازی منابع، با نکته‌های مورد بررسی در این کتاب، مشابهت‌های فراوانی دارند. نکته مهم دیگر، آغاز تغییر در رویکرد نظام‌های سلامت جهانی از تمرکز بر بیماری‌ها به سوی تمرکز بر نظام‌ها است که در نتیجه شناخت محدودیت‌های رویکرد بیماری‌محور به وجود آمده است. این کتاب در مسیر تحقق اهداف جامع در بخش سلامت می‌تواند تقویت‌کننده چنین رویکردی برای کشورهای در حال توسعه باشد.

سه فصل پایانی این کتاب، مطالبی را درباره اصلاح نظام سلامت در کشور پاکستان مطرح کرده است. برنامه اصلاحات پیشنهادی کتاب یادشده، حوزه‌های گوناگونی را دربر می‌گیرد که در مراحل تعیین‌شده باید متحول شوند؛ مرحله نخست، اجماع ملی در مورد برنامه اصلاحات و افزایش بودجه عمومی بخش سلامت خواهد بود؛ مرحله دوم، تقویت سامانه اطلاعات سلامت است و در ادامه آن در مرحله سوم باید شاهد سه رخداد مهم باشیم که عبارت‌اند از: تقویت ظرفیت‌های سازمانی، اصلاح هنجارها و استانداردها، و مینا قرار دادن استفاده از فناوری در نظام بهداشت و درمان؛ مرحله چهارم باید به یافتن خلأهای موجود در نظام سلامت در پرتو اجرای سه مرحله پیشین و در راستای توسعه الگوی عملیاتی باشد؛ مرحله پنجم باید به شاخص‌سازی برای نمونه‌خطاهای نظام در مراحل پیشین بینجامد تا بتواند مشکلات این نظام را حل کند.

به نظر می‌رسد که این کتاب در مواردی به لحاظ ویرایش و عدم دقت در ارجاع، کاستی‌هایی دارد. برخلاف انتظاری که از انتشارات دانشگاه آکسفورد می‌رود، برخی از جدول‌های موجود در کتاب، واضح نیستند و برخی از ارقام، فاقد اطلاعات هستند؛ به عنوان مثال، جدول شماره (۸) در صفحه ۹۰ حتی پس از

خواندن متن ارجاع شده به آن، قابل درک نیست. در جدول یادشده، به دلیل مبهم بودن روش محاسبه و ارائه داده‌ها، خواننده متوجه هدف موردنظر نمی‌شود. این نوشتار قصد دارد در عین بررسی نکته‌های مثبت و منفی کتاب موردنظر، به این پرسش پاسخ دهد که آیا این کتاب شایسته تحسین‌های فراوانی که تاکنون دریافت کرده است هست یا خیر؟

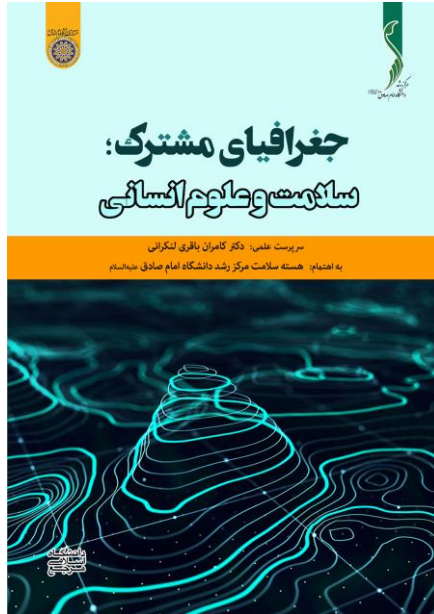
پاسخ‌گویی به این پرسش، نیاز به بحث مفصلی دارد؛ از یک سو، این کتاب مرجع بسیار مفیدی برای شناخت نظام سلامت کشور پاکستان است، ولی نقشه راه اصلاحات ارائه شده نیاز به تفکر نقادانه بیشتری دارد. همان‌گونه که بیشتر نیز تأکید می‌کند، سلامت، مسئله‌ای چندبعدی است و نمی‌توان آن را با ایده‌های رایجی که بارها و بارها تکرار شده است، اصلاح کرد. در واقع، راه‌حل عملیاتی باید دربردارنده ایجاد یک نظام ارزشی جدید برای اداره نظام سلامت باشد. به نظر می‌رسد، الگوی اصلاحی پیشنهادی باید همه ابعاد ارزشی مسئله، از جمله پزشکی، اخلاق، قانون، بهداشت عمومی، بیمه، و پویایی جمعیت را دربر گیرد.

به هر حال، هشدار به موقع این کتاب برای رفع مشکلات نظام سلامت و انسدادهای ایجادشده در این مسیر، ارزشمند است و اگر بتواند دستورالعمل‌های لازم را دوباره روی میز سیاست‌گذاران قرار دهد، می‌توان به رفع مشکلات به وجودآمده تا حد زیادی امیدوار بود.

منابع

1. Nishtar S. Choked Pipes: Reforming Pakistan's Mixed Health System. Karachi: Oxford University Press; 2010.
2. Nishtar S. Mixed Health Systems Syndrome. Bull World Health Organ. 2010; 88: 74-75.
3. Shehla Zaidi bb. Aga Khan University, Stadium Road (PO Box 3500), Karachi, Sindh, 74800, Pakistan (e-mail: shehla.zaidi@aku.edu).
4. Bulletin of the World Health Organization 2010; 88: 876-876. doi: 10.2471/BLT.10.079285.
5. Reviewed Work: Choked Pipes: Reforming Pakistan's Mixed Health System by Sania Nishtar Review by: Durr-e-Nayab, The Pakistan Development Review. 2009; 48(3): 319-321 (3 pages). Published By: Pakistan Institute of Development Economics, Islamabad [available from: <https://www.jstor.org/stable/41261006>]

معرفی کتاب: جغرافیای مشترک



نام کتاب: جغرافیای مشترک؛ سلامت و علوم انسانی

سرپرست علمی: کامران باقری لنکرانی

به اهتمام: هسته سلامت مرکز رشد دانشگاه امام صادق (ع) علیه السلام

سال انتشار: ۱۳۹۹

ناشر: دانشگاه امام صادق (ع) علیه السلام

مقاله منتخب: مصادیق فساد در نظام سلامت

نویسندگان مقاله: کامران باقری لنکرانی^۱، سعید شهابی^۲، حسن جولایی^۳

معرف: حمید ایزدبخش

دانشجوی دکتری تصمیم‌گیری و خط‌مشی‌گذاری عمومی، دانشکده معارف اسلام و مدیریت، دانشگاه امام صادق علیه‌السلام، عضو هسته سلامت، مرکز رشد دانشگاه امام صادق علیه‌السلام، تهران، ایران،

h.eizadbakhsh@isu.ac.ir

فصلنامه راهبرد سلامت و بهداشت، سال ۱، شماره ۱، بهار ۱۴۰۰، صص ۲۶۳-۲۷۰

۱. استاد ممتاز، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی،

شیراز، ایران

۲. مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

۳. مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

کتاب «جغرافیای مشترک: سلامت و علوم انسانی» با هدف ایجاد دغدغه و زمینه‌سازی برای حرکت علمی و عملی دانشجویان، دانش‌آموختگان، استادان، و اندیشمندان علوم انسانی و اجتماعی در حوزه سلامت منتشر شده است.

این کتاب، دربردارنده چهار بخش و ۱۱ مقاله است. بخش نخست، با عنوان «مفهوم‌شناسی»، با مقاله‌هایی درباره مفهوم سلامت از دیدگاه فیلسوفان اسلامی و همچنین، مفهوم «رفق»، دریچه جدیدی به سوی شناخت سلامت و ابعاد آن باز می‌کند. هریک از این مفاهیم، چنانچه بازتاب خود را در عرصه‌های گوناگون نظام سلامت بیابند، می‌توانند نویدبخش نگاهی نو و اصیل در آن باشند؛ موضوعی که مقاله «الگوی ارائه خدمت در حوزه سلامت با مرکزیت رفق به‌عنوان محور رابطه پزشک و بیمار» تا حدی تبیین می‌کند.

در بخش «عدالت در سلامت» ابتدا رویکردهای کشورهای مختلف برای دستیابی به عدالت با اتخاذ چارچوبی یگانه بررسی شده است. این تبیین می‌تواند به‌خوبی به شناخت و اتخاذ رویکرد عدالت‌محور کمک کند. در مقاله «تحلیل محتوای سیاست‌های مرتبط با عدالت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران»، سیاست‌های مرتبط با عدالت در نظام سلامت بررسی و تحلیل شده‌اند. سیاست‌ها همواره با رویکردی به عدالت نوشته می‌شوند و در پس اجرا، تأثیر قابل توجهی بر جامعه مخاطب خود خواهند داشت. آشنایی با این رویکردهای گوناگون و همبستگی یا گسست میان سیاست‌ها، گام ابتدایی برای تدوین هرچه بهتر آن‌ها است، اما مجموعه سیاست‌ها و اقدامات در نظام سلامت بایستی خود را در شاخص‌ها نمایان کنند؛ از میان شاخص‌ها نیز به‌سبب اهمیت عدالت در حوزه

سلامت، در مقاله «تأملی بر معنا و شاخص‌های عدالت در بخش سلامت»، شاخص ترکیبی عدالت برای جمهوری اسلامی ایران ارائه شده است. این مقاله تنها در ارائه شاخص خلاصه نشده است، بلکه روند عدالت در سلامت را بین سال‌های ۱۳۹۷-۱۳۸۵ اندازه‌گیری کرده است.

مقاوم‌سازی یا تاب‌آوری نظام سلامت از موضوع‌های موردبررسی در این کتاب است که با بروز همه‌گیری کرونا، ضرورت آن بیشتر نمایان شد. در این بخش، ابتدا طرحی کلی از نقشه راه پژوهش برای مقاوم‌سازی نظام سلامت تبیین شده است که خود می‌تواند شروعی برای پژوهش‌های گسترده در این زمینه باشد. سپس، پا را فراتر گذاشته و در مقاله «سنجش مقاومت نظام سلامت» چارچوبی برای سنجش مقاومت و تاب‌آوری نظام سلامت، ارائه کرده است.

در بخش پایانی کتاب نیز برخی موضوع‌های کاربردی که شاید بتوانند بیش از موارد پیشین، ظرفیت علوم انسانی را آشکار کنند، بررسی شده‌اند. مقاله «مصادیق فساد در نظام سلامت» به‌طور مشخص، انواع مصادقات را در کاربردها و عرصه‌های گوناگون نظام سلامت، تبیین کرده و تجویزهایی برای اصلاح آن ارائه داده است.

در مقاله «مدل‌سازی تعاملات ذی‌نفعان نظام سلامت» با تمرکز بر طرح تحول نظام سلامت، مهم‌ترین ذی‌نفعان آن مشخص و کاربرد این الگوسازی در مدیریت نظام سلامت به‌تصویر کشیده شده است.

مقاله پایانی، «دریچه نو»ینی است که قصد دارد، دلالت‌های حوزه روان‌شناسی در نظام سلامت را با رویکردی خط‌مشی‌گذارانه تبیین کند. «دریچه نو»، فراخوانی است برای همه اندیشمندان و پژوهشگران علوم انسانی که ایده‌ها و نگاه‌های خود را در حوزه سلامت تأثیرگذار دانسته و آن را به‌عنوان دریچه‌ای نو به نظام سلامت هدیه می‌کنند.

در اینجا با توجه به موضوع بحث، یعنی بررسی معضل فساد در نظام سلامت، مقاله «مصادیق فساد در نظام سلامت» به‌اختصار بررسی شده است. این مقاله در کنار شناخت انواع فساد در نظام‌های سلامت، فسادهای موجود در نظام

سلامت ایران و نیز حوزه‌های پرخطر و مستعد فساد را شناسایی و راهبردهایی برای شفافیت فرایندها و پیشگیری از وقوع فساد ارائه کرده است.

مصادیق فساد در نظام سلامت ایران

در این مقاله با تکیه بر تعریف ارائه‌شده از سوی مرکز شفافیت بین‌المللی^۱، فساد، به معنای سوءاستفاده از قدرت در راستای منافع شخصی به‌کار رفته است. نویسندگان برپایه این تعریف، دلایلی را ارائه کرده‌اند که نظام سلامت، مستعد بروز فساد است؛ یکی از این دلایل، پیچیده بودن نظام‌های مراقبت سلامت ملی است که اغلب، ترکیبی از ارائه‌دهندگان عمومی و خصوصی و گروه‌های جمعیتی متفاوت (بیماران، ارائه‌دهندگان، بیمه‌گران، مدیران، توزیع‌کنندگان، و سیاست‌گذاران) را دربر می‌گیرند؛ دلیل دیگر، ماهیت گسترده بودن زنجیره ارائه خدمات مراقبت سلامت و مشارکت افراد و بخش‌های گوناگون است که مستعد بروز فساد هستند. با توجه به اهمیت سلامت نزد جامعه و دولت‌های حاکم و نیز ویژگی ذاتی بخش سلامت که همواره در معرض شکست بازار^۲ است، در بخش سلامت، فرصت‌های بی‌شماری برای دریافت رشوه، پرداخت‌های غیررسمی، اختلاس، استفاده از تسهیلات بهداشتی و درمانی توسط صاحبان قدرت در راستای منافع شخصی، تبلیغات حزبی، و... وجود دارد. نویسندگان در ادامه اشاره کرده‌اند که با وجود چنین اهمیتی، یک‌سوم شهروندان کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی و ۴۵ درصد از شهروندان جهان، بر این نظرند که نظام سلامت، فاسد یا خیلی فاسد است. درواقع، نظام سلامت، به‌عنوان یکی از بخش‌های فاسد در بسیاری از کشورهای جهان شناخته می‌شود.

لنکرانی و همکاران، پس از نشان دادن اهمیت این مسئله، فساد را چالشی چندبعدی و پیچیده معرفی کرده‌اند. از نگاه آن‌ها، فساد از اقداماتی در مقیاس‌های کوچک مانند دریافت رشوه و پرداخت‌های غیررسمی توسط پزشکان و پرستاران گرفته تا اقداماتی در مقیاس‌های بزرگ‌تر مانند هدایت پول و منابع به‌سوی منافع

1. Transparency International

2. Market Failure

شخصی در سطح وزارتخانه و بیمارستان‌ها را دربر می‌گیرد؛ بنابراین، با توجه به اهمیت این موضوع، آن‌ها هدف خود را بر شناخت انواع فساد در نظام‌های سلامت، فسادهای موجود در نظام سلامت ایران، و نیز شناسایی حوزه‌های پرخطر و مستعد فساد و ارائه راهکارهایی برای شفاف‌سازی فرایندها و پیشگیری از وقوع فساد، قرار داده‌اند.

در معرفی این مقاله از طبقه‌بندی ارائه‌شده از انواع فساد صرف‌نظر کرده و به ارائه مصداق‌هایی می‌پردازیم که نویسندگان به‌عنوان مصداق‌های فساد در نظام سلامت ایران استخراج کرده‌اند. پژوهشگران به‌منظور بیان زمینه‌های بروز فساد و نیز فسادهای موجود در بخش سلامت ایران از شش جزء اصلی^۱ نظام سلامت استفاده کرده‌اند که عبارت‌اند از: ۱) ارائه خدمت^۲؛ ۲) منابع انسانی؛ ۳) تأمین مالی؛ ۴) نظام‌های اطلاعات سلامت؛ ۵) فناوری‌های پزشکی؛ و ۶) تولید^۳ (رهبری بین‌بخشی^۴ و حاکمیت درون‌بخشی^۵). این موارد که در جدول ۱ به آن‌ها اشاره شده است، لزوماً فساد نیستند، بلکه مواردی هستند که در صورت فقدان کنترل و نظارت اثربخش می‌توانند بستر لازم را برای بروز فساد فراهم کنند.

جدول ۱. مصداق‌های فساد در اجزای اصلی نظام سلامت

<p>- دوشغله یا چندشغله بودن ارائه‌دهندگان خدمت؛ - حضور متخصصان بالینی در جایگاه‌های مدیریتی؛ - حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دولتی؛ - توجه بیش‌ازحد به ارائه خدمات درمانی؛ - سوءاستفاده برخی از ارائه‌دهندگان از ویژگی ذاتی دیگر نظام سلامت؛ عدم تقارن اطلاعاتی^۶؛ - ارائه خدمات سلامت از سوی نهادهای گوناگون؛ - وجود لیست‌های انتظار طولانی در برخی از مراکز درمانی؛ - وجود خطرات بالقوه در نظام ارجاع؛ - ساخت بیمارستان یا امکانات بهداشتی و درمانی در مناطق دارای اولویت کمتر، به‌ویژه هنگامی که</p>	<p>ارائه خدمت</p>
---	-------------------

1. Six Building Blocks
2. Service Provision
3. Stewardship
4. Inter-sectoral Leadership
5. Intra-sectoral Governance
6. Dual Practice

<p>سرمايه‌گذار، خارج از بخش سلامت است؛ - عدم ارائه خدمات در قالب تیم درمان در بسیاری از مراکز درمانی.</p>	
<p>- بی‌عدالتی در نظام آموزشی؛ - استخدام نیرو توسط دانشگاه‌های علوم پزشکی برای ستاد وزارت بهداشت؛ - حضور متخصصان بالینی در جایگاه‌های مدیریتی (در بخش ارائه خدمت نیز مطرح شد)؛ - استخدام نیروهای هیئت علمی از سوی دانشگاه‌های علوم پزشکی براساس جایگاه سیاسی آن‌ها؛ - ایجاد هوس مدرک‌گرایی در بین کارکنان (با توجه به شرایط پرداختی جدید)؛ - ایجاد مقاطع تحصیلات تکمیلی بدون جایگاه شغلی در نظام سلامت؛ - تبعیض در میزان پرداختی به نیروهای انسانی در مراکز درمانی؛ - هزینه‌های گزاف برای آموزش مدیران یا مأموریت‌های آموزشی بدون توجه</p>	<p>منابع انسانی</p>
<p>- عدم تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی، و تدارک خدمات در حوزه سلامت؛ - پراکنده بودن سازمان‌های تأمین‌کننده مالی؛ - فقدان خرید راهبردی^۱؛ - نزولی بودن^۲ فرایند تأمین مالی؛ - کاهش پراخت از جیب^۳ مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌های دولتی (به دنبال طرح تحول سلامت)؛ - نظام پرداخت کارانه؛ - کسری در منابع مالی؛ - تأثیر منفی اقدامات تعدیل ساختار اقتصادی در دوره دولت سازندگی.</p>	<p>تأمین مالی</p>
<p>- عدم اجرای طرح پرونده الکترونیکی سلامت؛ - یکپارچه نبودن نظام‌های اطلاعات صندوق‌های بیمه؛ - فقدان سامانه اطلاعاتی مناسب در حوزه تولید و مصرف دارو؛ - نبود نظام کنترل کیفیت جامع در سطوح کلان و خرد نظام سلامت.</p>	<p>نظام‌های اطلاعات سلامت</p>
<p>- ناکارآمدی فرایند قراردادن مداخلات جدید در بسته خدمتی (پایه و تکمیلی)؛ - استفاده بیش‌ازحد از فناوری‌های نوین در کشور؛ - عدم نظارت بر استفاده از خدمات فناوری‌های پزشکی (پت‌اسکن، ام‌آر‌آی، و...؛ - وجود رانت در اعطای مجوز به مراکز ارائه‌دهنده خدمات پزشکی نوین.</p>	<p>فناوری‌های پزشکی</p>
<p>- ایجاد تغییرات در تعرفه‌های پزشکی از سوی گروه‌های ذی‌نفع؛ - دخالت افراد و نهادهای صاحب‌قدرت در وظایف اجرایی وزارت بهداشت؛ - افزایش تصدی‌گری دولت و به‌حاشیه رفتن وظایف حاکمیتی؛ - هیئت‌امنائی شدن دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ - حرکت به‌سوی ایجاد بیمارستان‌های مستقل (خودگردان)؛ - وجود دستگاه‌های گوناگون برای تأمین مالی و ارائه خدمات بهداشت و درمان (در بخش تأمین مالی هم گفته شد)؛ - اجرای سریع طرح تحول سلامت؛ - گسترش ساختار؛ - تضاد منافع در نظام پرداخت؛ - ماده ۴۷ آیین‌نامه مالی و معاملاتی دانشگاه‌ها و دانشکده‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی.</p>	<p>تولیت (رهبری بین بخشی و حاکمیت درون بخشی)</p>

1. Strategic Purchasing
2. Regressive
3. Out-Of-Pocket (OOP)

نویسندگان مقاله «مصادیق فساد در حوزه سلامت»، پس از مفهوم‌شناسی و بررسی انواع فساد در نظام سلامت، و همچنین، معرفی مصداق‌های فساد در نظام سلامت ایران، مهم‌ترین راهکارها و اقدامات ضدفساد را در قالب چهار دسته ارائه داده‌اند. البته آن‌ها تأکید کرده‌اند که مبارزه با فساد یک اقدام پیچیده است، اما سیاست‌گذاران و شهروندان می‌توانند با اتخاذ مجموعه‌ای از رویکردها از وقوع آن جلوگیری کنند. در این راستا لازم است پژوهش‌های کاربردی‌ای در چندین حوزه انجام شود؛ پژوهش‌هایی در مورد سیاست‌گذاری در راستای ارزشیابی تأثیر انواع اصلاحات نظام سلامت بر کاهش فساد، بررسی میزان اثربخشی نقش جامعه مدنی در ارتقای مسئولیت‌پذیری و شفافیت نظام‌های سلامت و تکامل شیوه‌ها و ابزارهای تشخیص زمینه‌های مستعد فساد در نظام‌های سلامت. مهم‌ترین اقدامات برای مقابله با فساد از دیدگاه آن‌ها به شرح زیر است:

۱) تقویت نظارت از بالا به پایین: نظارت اثربخش (و در سطح گسترده‌تر، مدیریت اثربخش نظام‌های سلامت) به توانایی پایش و درک تصمیم‌گیرندگان از آنچه در زنجیره ارائه خدمت روی می‌دهد، بستگی دارد؛ بنابراین، ایجاد سامانه‌های اطلاعاتی مدون، یکی از بخش‌های ضروری راهبردهای تقویت کنترل (نظارت) از بالا به پایین است. در حالت ایدئال، رویکردهای پاسخ‌گویی از بالا به پایین، از طریق سیاست‌ها، رویه‌ها، و فرایندهایی که مرزها را به روشنی مشخص می‌کنند و اقدامات انضباطی را برای مقابله با موارد مشکوک قانون‌شکنی ارائه می‌دهند، پشتیبانی می‌شوند؛

۲) تقویت مسئولیت‌پذیری از پایین به بالا: تقویت نظارت مردمی بر ارائه خدمات می‌تواند مسئولیت‌پذیری ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی را افزایش دهد و به همین دلیل، به‌عنوان راهکاری برای مهار فساد در سطح ارائه خدمات پیشنهاد شده است؛

۳) تقویت اصول اخلاقی و انگیزه کارکنان: شواهد موجود نشان می‌دهند که تقویت اصول اخلاقی و انگیزه کارکنان می‌تواند فساد را کاهش داده و پیامدهای سلامت را بهبود بخشد؛

۴) مقابله با فساد در برنامه‌های مربوط به اهداکنندگان (خیرین و...):
اهدانندگان در حوزه سلامت، سالانه بیش از ۲۰ میلیارد دلار برای بهبود سلامت جهانی هزینه می‌کنند. این درحالی است که در کشورهای فقیر، هزینه‌های نظام سلامت بیش از آنکه از سوی دولت‌ها تأمین شود، از سوی اهدانندگان تأمین می‌شود. کمک‌های خارجی، نقش مهمی در مبارزه با بیماری‌هایی مانند ایدز، مالاریا، و سل دارند؛ بنابراین، مهار فساد در برنامه‌های مربوط به اهدانندگان می‌تواند فرصت لازم را برای بهبود وضعیت سلامت فقیرترین و آسیب‌پذیرترین ساکنان جهان فراهم کند.



فساد را به سوء استفاده از قدرت سپرده شده در راستای منافع شخصی تعریف می‌کنند. نظام سلامت به علل مختلف از جمله پیچیده بودن نظام‌های مراقبت سلامت ملی، گسترده بودن زنجیره ارائه خدمات مراقبت سلامت و مشارکت افراد و بخش‌های مختلف مستعد بروز فساد است. همچنین با توجه به اهمیت سلامت نزد جامعه و دولت‌های حاکم و نیز با توجه به خصوصیت ذاتی بخش سلامت که همواره دارای شکست بازار است، فرصت‌های بیشماری برای بروز رشوه، پرداخت‌های غیررسمی، اختلاس، استفاده از تسهیلات بهداشتی و درمانی توسط صاحبان قدرت در جهت منافع شخصی، تبلیغات حزبی و غیره وجود دارد. گستردگی تنها معضل مبارزه با فساد نیست بلکه فساد در بخش سلامت چالشی چندبعدی و پیچیده نیز هست. بنابراین پرداخت و حل مسئله فساد اولاً باید مبتنی بر شناختی صحیح و درست بوده و در ثانی نیازمند راهکارها و اقدامات پیچیده‌ای است که به خوبی با تجربیات عملی پخته شده باشند.

