

در مسیر
پیشرفت

نظام سلامت

خلاءها
چالش‌ها
راهکارها

قرارگاه ملی مبارزه با مفاسد اقتصادی

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

نظام سلامت

قراگاه ملی مبارزه با مفسد اقتصادی

گردآورندگان:

علیرضا رحیمی اقدام

آرمین سعیدی



fesadsetiz.ir

شناسنامه

نام اثر: نظام سلامت

گردآورندگان: علیرضا رحیمی اقدم - آرمین سعیدی

صفحه آرا: معین الاسوند

تیراژ: محدود

قطع: وزیری

تعداد صفحه: ۳۴

نوبت چاپ: چاپ اول - سال ۱۴۰۱

سایت: fesadsetiz.ir

شبکه‌های اجتماعی: @fesadsetiiz , @fesadsetiz_ir



قرن‌گاہ ملی مبع‌کارزه
بامفاسدفتضک

۰۲۱-۶۶۴۰-۸۷۳۰

۰۹۳۸-۹۳۰-۲۳۵۸



هرگونه کپی برداری تنها با ذکر منبع مجاز می‌باشد.

فهرست

۵	مقدمه
۶	فساد چیست؟
۷	ذی نفعان اصلی در نظام سلامت
۸	تعارض منافع چیست؟
۹	مصادیق تعارض منافع
۱۵	انواع حوزه یا فرایند فساد در نظام سلامت
۱۸	چهارچوب فساد در نظام سلامت
۱۸	مسائل و مشکلات حوزه کالاهای سلامت محور
۲۰	قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور
۲۴	آسیب شناسی
۲۵	راهکارهای عمومی مدیریت تعارض در نظام سلامت
۲۶	شفافیت
۲۸	انحصار
۲۹	تغییر قواعد

مقدمه

فساد یک مشکل فراگیر و تاثیرگذار در نظام سلامت است. شواهد بسیاری اثرات منفی فساد بر سلامت و رفاه شهروندان و خانواده‌ها را نشان داده‌اند با وجود آنکه برای مبارزه با فساد اصلاحات جامع و فراگیر از سوی دولت‌ها ضروری است اما اقدامات خاص هر بخش نیز می‌تواند به طور همزمان دنبال شوند اصلاحاتی که به قصد مبارزه با فساد انجام می‌شوند در صورتی موفق خواهند بود که مبتنی بر تئوری و شواهد بوده و منطبق با شرایط موجود اجرا شود. تلاش‌هایی که برای توصیف چگونگی سوء استفاده از قدرت در جهت کسب منافع شخصی به عمل آمده‌اند، نقش ساختار، مدیریت و نحوه اداره نظام سلامت را بر روی فساد نشان می‌دهند. این چهارچوب‌های مفهومی سعی دارند بر اساس اصول اقتصاد و اصول حاکمیت

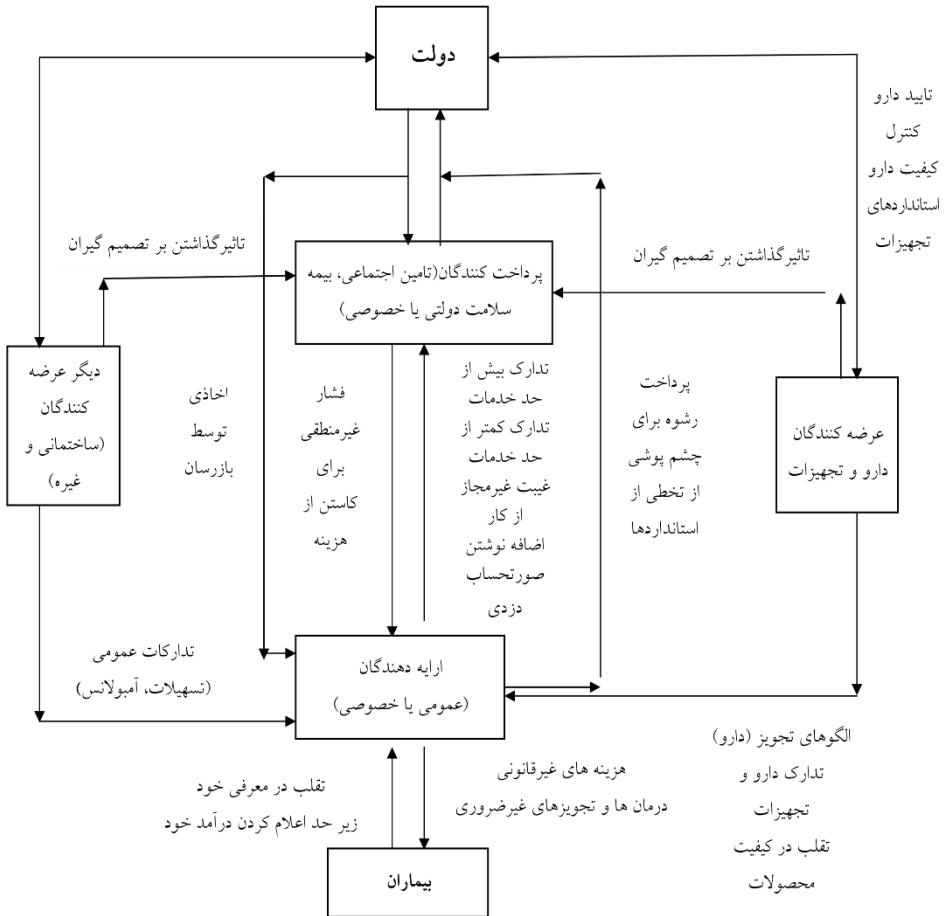
شایسته به سیاست گذاران نشان دهند که چگونه انحصار دولتی در کنار قدرت لجام گسیخته می‌تواند موجب سوء استفاده شود. درمقابل، تقویت مسئولیت پذیری دولت، شفافیت، توجه به خواسته‌های شهروندان و تقویت قانونمندی می‌تواند به کاستن از فساد کمک کند.

این مجموعه به توصیف چالش‌هایی می‌پردازد که در اثر فساد در نظام سلامت به وجود می‌آید. پس از آن با ارائه تصویری از انواع فساد، چهارچوبی ترسیم خواهد کرد که در آن عوامل موثر بر فساد، روش‌های مورد استفاده برای شناسایی و در نهایت راهبردهای مناسب برای مقابله با فساد در نظام سلامت معرفی و شرح داده خواهند شد و در نهایت سناریو مناسب جهت مطالبه گزی این امر تحریر می‌شود

فساد چیست؟

فساد چیست؟! سوء استفاده از قدرت امانت داده شده برای کسب منافع شخصی! فساد وقتی اتفاق می‌افتد که کارکنان دولتی از مقام و اختیار خود نه در جهت نیل به اهداف عمومی بلکه در مسیر کسب منافع شخصی خود و نزدیکان‌شان استفاده کنند.

ذی نفعان اصلی در نظام سلامت

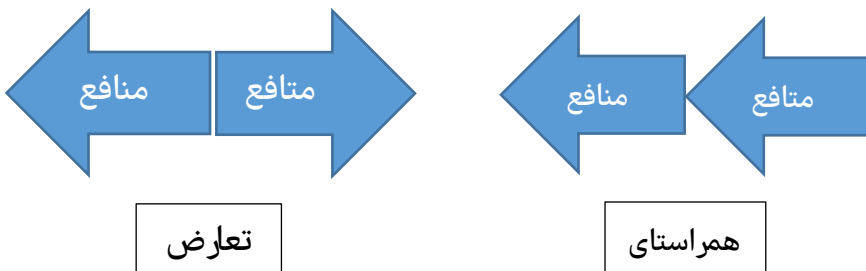


همان طور که از شکل پیداست امروزه از تعارض منافع به عنوان یکی از ریشه‌های فساد و سوء مدیریت یاد می‌شود که به طور خلاصه به معنای تعارض میان منافع شخصی یا گروهی اشخاص با منافع ملی و عمومی است. تعارض منافع انواع و مصادیق گوناگونی دارد که برخی از آنها عبارتند از: اتحاد قاعده گذار- مجری، اتحاد ناظر- منظور، تبانی خدمت گزاران و اشتغال همزمان در بخش خصوصی و دولتی

تعارض منافع چیست؟

طبق یک تعریف فراگیر تعارض منافع را «مجموعه‌های از شرایط می‌نامند که موجب می‌گردد تصمیمات و اقدامات حرفه‌ای، تحت تأثیر یک منفعت ثانویه قرار گیرد» تعارض منافع را به عنوان تعارضی میان وظایف دولتی و منافع خصوصی مأموران دولتی تعریف می‌کند، به طوری که این منافع می‌توانند به صورت نا صحیحی وظایف آنها را تحت تأثیر قرار دهند. می‌توان گفت که زیربنای ارتکاب همه فسادها به نوعی بهره مندی از موقعیت‌های تعارض منافع هستند؛ بدین معنا که فرد، گروه یا سازمان در جایگاهی قرار می‌گیرد که در آن، بین منافع شخصی و منافع اجتماعی تعارض به وجود می‌آید؛ اگر در این موقعیت‌ها، انتخاب شخص، گروه یا سازمان به سمت منافع شخصی‌شان باشد فساد رخ خواهد داد.

تعارض منافع ممکن است مستقیماً منجر به فساد نشود بلکه به صورت ناخود آگاه احتمال سوء مدیریت و ناتوانی در رعایت عدالت و کارآمدی را افزایش دهد بنابراین نیاز به اثبات تأثیر منفعت ثانویه بر منافع عمومی و حرفه‌ای وجود ندارد. مدیر یا سیاست گذاری که در موقعیت تعارض منافع قرار دارد ممکن است به دلیل سوگیری ذهنیاش به صورت ناخودآگاه و غیرارادی و به دلیل وابستگی به یکی از گروه‌های ذی‌نفع، تصمیمی اتخاذ کند که به جای منافع عمومی، منافع افراد یا گروه‌های خاص را تأمین نماید. بنابراین تعارض منافع می‌تواند منجر به ارتکاب فسادهای عمدی یا سوء مدیریت‌های غیرعمد شود که در هر دو حالت عملکرد و کارایی حاکمیت را تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ از این رو مدیریت تعارض منافع به عنوان راهکاری برای کاهش احتمال فساد یا سوء مدیریت جهت ارتقای عملکرد حاکمیت امری ضروری است.



مصادیق تعارض منافع

۱- تعارض درآمد و وظایف

تعارض درآمد و وظایف به معنای در تعارض بودن درآمد یک فرد یا سازمان با اهداف در نظر گرفته شده برای آن است. برای مثال اگر درآمد پلیس حاصل از جرائم رانندگی باشد، پلیس همواره در تعارض تلاش برای کاهش دادن تخلفات یا استفاده از درآمد حاصل از جرائم خواهد بود. اگر سازمان‌های مبارزه با فساد و قاچاق نیز از محل کشف فساد و قاچاق درآمد داشته باشند، همواره در تعارض خواهند بود چرا که ریشه کن شدن فساد باعث از بین رفتن درآمد آنها خواهد شد بنابراین وجود مقداری از فساد و قاچاق همواره به نفع آنها خواهد بود.

۲- تعارض وظایف

تعارض وظایف، تعارض بین دو وظیفه قانونی یا اخلاقی است. در این موقعیت‌ها فرد نمی‌تواند هر دو وظیفه محول را به درستی اجرا کند، زیرا منافع حاصل از اجرای وظایف متعارض هستند به عنوان مثال نمایندگان مجلس در برخی از تصمیم‌گیری‌ها دچار این تعارض منافع می‌شوند زیرا از یک سو وظیفه آنها توجه به منافع حوزه انتخابی است و از سوی دیگر باید منافع ملی را در نظر بگیرند و این دو وظیفه ممکن است با یکدیگر تعارض داشته باشند؛ برای مثال زمانی که احداث یک بیمارستان یا خرید برخی تجهیزات در یک منطقه ضرورتی نداشته و هزینه زیادی دارد ولی برای نمایندگان مجلس میتواند رضایت محلی ایجاد کند. مصداق دیگر این تعارض منافع در نظام سلامت، در سازمان نظام پزشکی مشهود است.

۳- اتحاد قاعده گذار و مجری

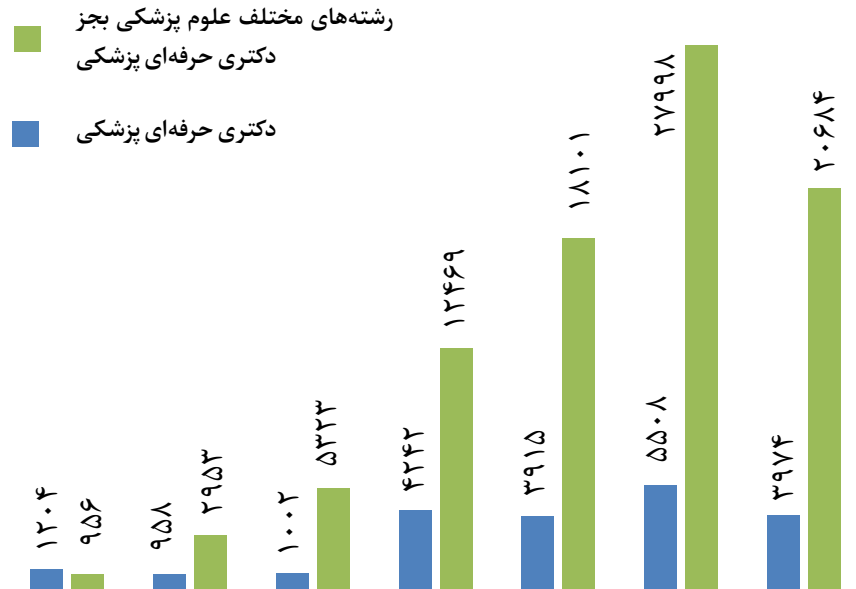
تفویض حق «قاعده گذاری برای خود» یکی از مواردی است که افراد را به واسطه قواعد بیرونی در معرض تعارض منافع شدید قرار می‌دهد اتحاد قاعده گذار و مجری در سطوح خرد و کلان

امکان وقوع دارد. اعطای اختیار قاعده گذاری برای خود در دانشگاه‌های علوم پزشکی تحت عنوان دانشگاه‌های هیئت امنایی مصداقی از این موضوع می‌تواند باشد. با این حال این تعارض منافع در سطوح عالی می‌تواند تأثیرات عمیق تری داشته باشد. چنانچه تصمیم گیران و سیاست گذاران حوزه سلامت، خود بخشی از بدنه اجرایی کشور چه در بخش خصوصی و چه در بخش عمومی باشند، می‌توان انتظار داشت که در قواعد تنظیم شده منافع این مجریان بیش از سایر ذی‌نفعان نظام سلامت در نظر گرفته شود. در ادامه به سه مصداق برجسته از آن پرداخته می‌شود.

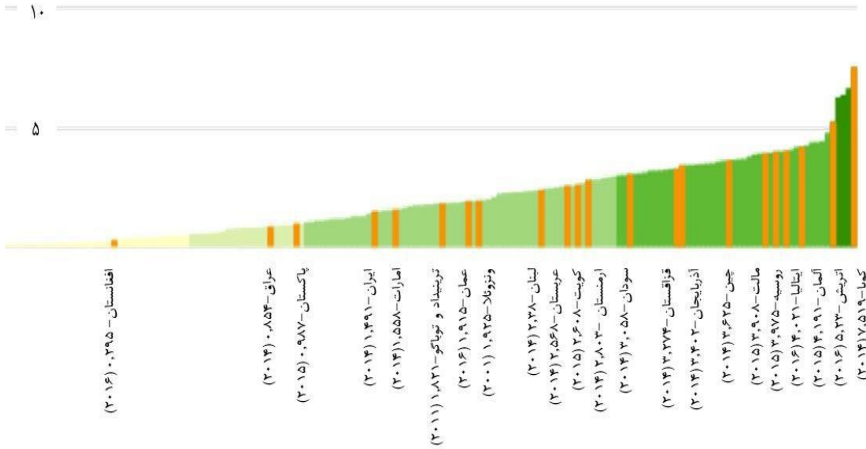
- حق تعرفه گذاری برای خود

- ادغام نظام آموزشی علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی

تعداد فارغ التحصیلان آموزش عالی دولتی در مقاطع گوناگون زمانی براساس سالنامه آماری آموزش عالی ایران



تعداد پزشک در هر هزار نفر جمعیت (براساس داده‌های سازمان جهانی بهداشت)



۴- اتحاد ناظر و منظور (نظارت شونده)

همانند مسئله قاعده گذاری برای خود، فرد یا سازمانی که مسئول نظارت بر رفتار و عملکرد خود است نیز با مسئله تعارض منافع رو به رو می شود به نحوی که می توان گفت مسئله نظارت با مشکل رو به رو خواهد شد برای مثال نظارت وزارت بهداشت بر واحدهای ارائه دهنده خدمت خود و بیمه تأمین اجتماعی بر واحدهای ملکی خویش شامل این نوع تعارض منافع است. با این وجود، این تعارض منافع نباید به معنای حذف نظارت درونی و خود کنترلی برداشت شود بلکه علاوه بر وجود نظارت درونی، باید نظارت بیرونی و بی طرف نیز وجود داشته باشد تا سوگیری نظارت های درونی نیز کاهش یابد. برخی از مصادیق این نوع تعارض منافع عبارتند از:

- اعتبار بخشی بیمارستان ها
- ناظران بیمه در بیمارستان ها
- کارشناسان بهداشت در صنایع
- واحد نظارت بر درمان
- روابط پژوهش گران و صنایع

۵- تبانی ارائه دهندگان خدمت

علاوه بر آنکه قاعده گذار-مجری و ناظر-منظور می‌توانند متحد شده و تبانی کنند، ارائه دهندگان خدمت نیز می‌توانند با یکدیگر تبانی داشته باشند. این تبانی بین ارائه دهندگان خدمات مختلف می‌تواند وجود داشته باشد مانند تبانی بین داروخانه‌ها و داروسازها با پزشکان یا مراکز تشخیص طبی آزمایشگاه‌ها و تصویربرداری‌ها با پزشکان. این تبانی می‌تواند به طرق مختلفی شکل بگیرد:

- اعطای هدیه
- تسهیم عواید

۶- اشتغال همزمان

اشتغال همزمان افراد در بخش عمومی و خصوصی، به ویژه بخش‌هایی که ارتباط نزدیک با پست حاکمیتی افراد دارد، از مصادیق تعارض منافع شخص محور است. نمونه مشهور آن در سطوح خرد، دو شغلگی پزشکان در بخش دولتی و خصوصی است. این وضعیت می‌تواند چند عارضه را به دنبال داشته باشد:

- ارجاع به خود
- گزینش بیماران
- سرقت زمان
- کاهش تعهد اجتماعی

۷- ارتباطات پسا شغلی (درب‌های گردان)

درب گردان به معنای اشتغال بازنشستگان یا مستعفیان بخش دولتی در بخش خصوصی یا برعکس است. درب گردان یکی از مواضع پیچیده تعارض منافع شخص محور است. اهمال کاری در نظارت یا قاعده گذاری در زمان حضور در بخش دولتی با انگیزه استخدام یا سهام داری در

بخش خصوصی پس از خاتمه فعالیت در مشاغل حاکمیتی می‌تواند یکی از مضرات عدم کنترل مسئله درب گردان باشد. به خصوص مدیران ارشد دولتی که از بخش دولتی خارج می‌شوند می‌توانند با رانت اطلاعات و روابط غیر رسمی بسیاری که در بخش‌های دولتی دارند بازیگران قدرتمندی در بخش خصوصی باشند.

۸- ارتباط مسئولان نظام سلامت با شرکت‌های مرتبط از طریق سهام داری یا

مالکیت آن‌ها

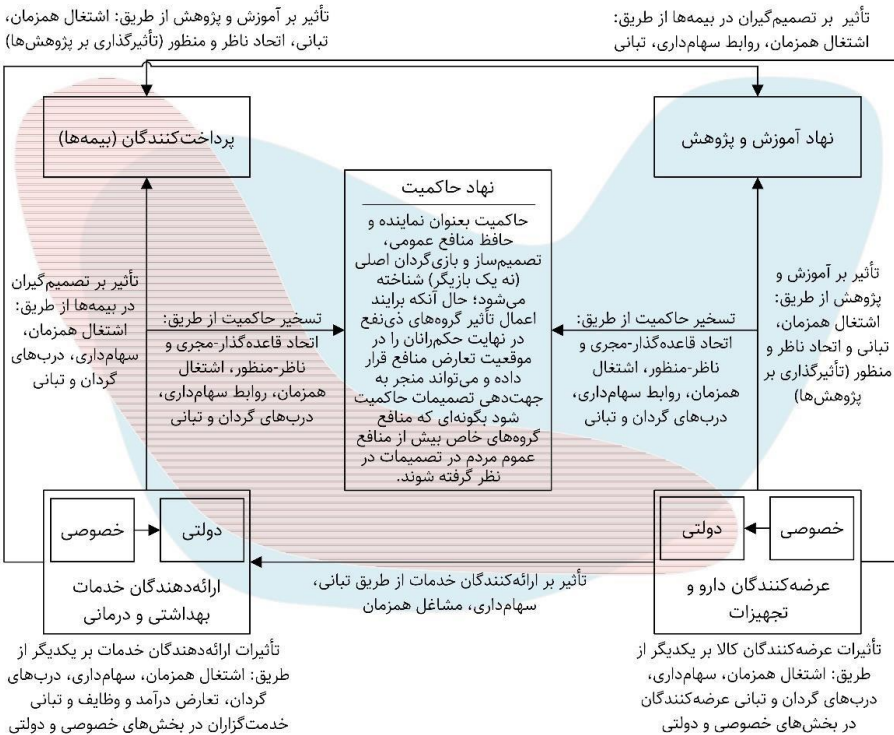
اگر کارکنان یا مسئولان، مالکیت یا ارتباط سهام داری با شرکت یا مؤسسه‌هایی داشته باشند که آنها قاعده گذاری می‌کنند یا تحت نظارت قرار می‌گیرند تعارض منافع شکل گرفته است برای مثال اگر یک مدیر یا سیاست گذار بیمه در یک بیمارستان، داروخانه، شرکت دارویی خصوصی سهام دار باشد، احتمال دارد وظایف نظارتی و سیاست گذاری خود را در راستای حفظ یا ارتقای منافع خویش در بخش خصوصی اخذ کند. برخی از مصادیق این موضوع در جدول ۳ ذکر شده‌اند. البته به علت عدم شفافیت در خصوص اعضای سهام دار و هیئت مدیره بیمارستان‌های خصوصی، به رغم وجود برخی مصادیق در این حوزه از ذکر آنها خود داری می‌شود.

۹- انگیزه‌های سیاسی و منطقه‌ای

انگیزه‌های سیاسی و منطقه‌ای ممکن است افراد را در موقعیت‌های تعارض منافع قرار دهد. به عنوان مثال وجود انگیزه‌های منطقه‌ای در مدیران ارشد یا نمایندگان مجلس، ممکن است باعث اجرا شدن طرح‌هایی شود که از لحاظ اقتصادی بهینه نبوده و منافع عموم مردم و حاکمیت را تأمین نمی‌کنند، ولی منافع برخی از مناطق جغرافیایی یا احزاب سیاسی را برآورده می‌کند. نمونه‌ای از این تعارض منافع، فشارهای برخی نمایندگان یا مدیران محلی برای احداث بیمارستان یا نصب تجهیزات گران قیمتی مانند MRI است که شاید در مناطق کم جمعیت توجیه اقتصادی نداشته باشد.

۱۰- روابط خویشاوندی

ارتباطات خویشاوندی یکی دیگر از مواردی است که ممکن است باعث ایجاد تعارض منافع در کارمندان حکومتی شود. این تعارض شاید به علت سهام داری، اشتغال یا رابطه مالی یکی از بستگان مسئولان حاکمیتی با بخش‌های تحت نظارت، قاعده‌گذاری یا پیمانکاری وی به وجود بیاید. به عنوان مثال اگر یکی از خویشاوندان رئیس یک سازمان تنظیم گر در حوزه غذا و دارو رئیس شرکت دارویی خصوصی باشد، وی درگیر مسئله تعارض منافع خواهد شد



گستره‌ی تحت کنترل سازمان تأمین اجتماعی

گستره‌ی تحت کنترل وزارت بهداشت

مسیر حرکت پیکان‌ها نمایانگر جهت تأثیرگذاری یکی از بازیگران بر دیگر بازیگران نظام سلامت است.

انواع حوزه یا فرایند فساد در نظام سلامت

۱. عملیات عمرانی مراکز بهداشتی

– نوع فساد:

- رشوه، حق سهم و ملاحظات سیاسی در فرآیند عقد قرارداد
- عدم پاسخ گویی و نا توانی در اجرای قرار داد

– آثار و نتایج:

- هزینه بالا و کیفیت پایین مراکز و ساختمانها
- ساخت مراکز در جاهایی که مطابق نیاز نیست که منجر به نابرابری در دسترسی می شود

۲. خرید ملزومات (دارو تجهیزات و..)

– نوع فساد:

- رشوه، حق سهم و ملاحظات سیاسی در فرایند مناقصهها
- فقدان انگیزه برای انتخاب عرضه کنندگانی که کیفیت بهتر و هزینه کمتری دارند.
- تبلیغ غیر اخلاقی دارو
- عرضه کنندگان در اجرای تعهدات خود ناتوانند و پاسخ گو نیستند.

– آثار و نتایج:

- هزینههای بالا، داروها و تجهیزات نامناسب یا بیش از نیاز
- نابرابری به دلیل عدم وجود سرمایه کافی برای برآوردن همه نیازها

۳. توزیع ملزومات (دارو تجهیزات و..)

– نوع فساد:

- دزدی (برای استفاده شخصی) یا انحراف چرخه عرضه داروها یا ملزومات از انبارها و نقاط توزیع (در جهت فروش مجدد در بخش خصوصی)
- فروش داروها و ملزوماتی که قرار بوده رایگان باشند.

– آثار و نتایج:

- استفاده کمتر از حد
- بیماران درمان مناسب دریافت نمی‌کنند.
- بیماران باید برای دریافت دارو مبالغ غیر رسمی بپردازند.
- وقفه در درمان بیمار یا درمان ناکامل بیماران که منجر به مقاومت دارویی می‌شود

۴. آموزش کارکنان

– نوع فساد:

- پرداخت رشوه برای رفتن به دانشکده پزشکی یا دیگر مراکز آموزشی قبل از کار
- پرداخت رشوه برای دریافت نمره و کسب مدرک
- ملاحظات سیاسی و خویشاوندگرایی در انتخاب افراد برای فرصت‌های آموزشی

– آثار و نتایج:

- افراد بی صلاحیت و ناشایسته در امور پزشکی و دیگر مشاغل مرتبط فعالیت خواهند کرد.
- از بین رفتن ایمان و آزادی به خاطر نا عادلانه بودن سیستم

۵. تحقیقات پزشکی

– نوع فساد:

- انجام شبه پژوهش‌هایی توسط شرکت‌های دارویی به هدف تقویت بازاریابی

– آثار و نتایج:

- تجاوز به حقوق شخصی افراد سوگیری‌های بی عدالتی

۶. ارایه خدمات توسط پرسنل پزشکی و دیگر کارکنان بهداشتی

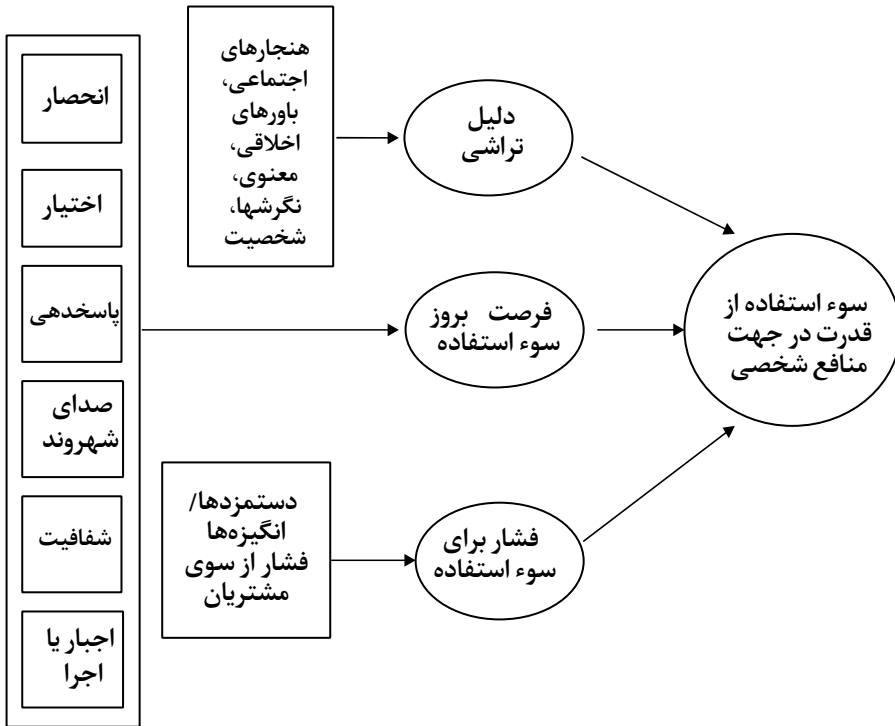
– نوع فساد:

- استفاده از مراکز و تجهیزات دولتی برای معالجه بیماران خصوصی
- ارجاع غیرضروری بیماران به بخش خصوصی یا مراکز پاراکلینیک که ارجاع دهنده در آن‌ها منافی دارد.
- غیبت غیر مجاز از کار پرداخت‌های غیر رسمی از سوی بیماران دزدیدن مبالغ

– آثار و نتایج:

- ارزش سرمایه گذاری دولت بدون جبران کافی از بین می‌رود.
- کارکنان برای ارائه خدمات به بیماران در سر کار خود نیستند که این باعث می‌شود خدمت کمتری ارایه شود، نیازهای بیماران برآورده نشده، هزینه- واحد خدماتی که واقعا ارایه شده است بالا رود.

چهار چوب فساد در نظام سلامت



مسائل و مشکلات حوزه کالاهای سلامت محور

- (مشکلات ارزی، مشکلات تامین و توزیع، مشکلات اصالت اقلام)
- اختلاف آمار تخصیص ارز بین دستگاه‌های حاکمیتی
- تخلفات ارزی
- کمبود دارویی و احتکار
- قاچاق صادراتی و وارداتی دارو
- سوءاستفاده از اسناد و سازوکارهای بیمه‌ای
- فروش اقلام تقلبی و تاریخ گذشته

- تکالیف قانونی برای رفع مشکلات
- قانون مبارزه با قاچاق کالا و ارز
- 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:
 - ماده ۲- ثبت اطلاعات مراکز نگهداری کالاهای مشمول در «سامانه رهگیری و کنترل اصالت» الزامی است، نگهداری کالاهای مشمول در مراکز نگهداری کالای ثبت نشده در این سامانه ممنوع است.
 - ماده ۴- برای نگهداری کالاهای مشمول می‌بایست اطلاعات کالا شامل نام، تعداد یا مقدار، شناسه IRC، تاریخ تولید و انقضاء و سری ساخت حسب مورد در «سامانه رهگیری و کنترل اصالت» ثبت شده باشد.
 - ماده ۹- قبل از بارگیری، اطلاعات محموله باید در «سامانه رهگیری و کنترل اصالت» ثبت شده باشد و گواهی بهداشتی حمل توسط مسئول فنی صادر شود.
 - ماده ۱۶- داروخانه‌ها مکلفند، پس از الزامی شدن ثبت اطلاعات فروش، هنگام فروش کالاهای مشمول تمامی اطلاعات (شامل شناسه کالا، تعداد، شماره سری ساخت (Batch/Lot Number)، کد ملی خریدار، قیمت و تاریخ فروش) را در «سامانه رهگیری و کنترل اصالت» ثبت نمایند. در خصوص اقلام دارویی که فروش آن‌ها بدون نسخه پزشک ممنوع است، علاوه بر موارد مذکور ثبت شماره نظام پزشکی صادرکننده نسخه نیز ضروری است.
 - ماده ۲۸- سازمان موظف است از طریق «سامانه رهگیری و کنترل اصالت» امکان استعلام اطلاعات راجع به این ضوابط را برای دستگاه‌های کاشف، ضابطین، سازمان‌های بیمه گر، دستگاه‌های نظارتی و مراجع رسیدگی‌کننده مطابق با آیین‌نامه اجرایی مواد (۵) و (۶) قانون فراهم نماید.

قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور

ماده ۷ بند پ - هرگونه واردات تجاری، ذخیره سازی، 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.

اعتبارات خارج از شمول دانشگاه‌های علوم پزشکی

موضوع ماده یک قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور

پس از پیروزی انقلاب اسلامی برخی نهادها و دستگاه‌ها به دلیل نداشتن آشنایی کافی با قانون محاسبات عمومی و نیز به دلیل شرایط انقلاب و لزوم تسریع در انجام کارها و یا داشتن سوء ظن شدید به قوانین قبل از انقلاب اسلامی، بر آن شدند که مصرف اعتبارات خودشان را از شمول قانون محاسبات عمومی و سایر مقررات عمومی دولت مستثنا سازند. از سال ۱۳۵۸ تا ۱۳۶۲ برای مصرف اعتبارات مستثنا شده از قانون محاسبات عمومی، ضابطه خاصی وجود نداشت که این وضعیت با اصل ۵۳ قانون اساسی که براساس آن، پرداختها باید به موجب قانون صورت گیرد مغایر بود. در تبصره ۵۴ در قانون بودجه سال ۱۳۶۳ و تبصره ۳۸ قانون بودجه ۱۳۶۴ ضوابطی قانونی برای مصرف اعتبارات خارج از شمول قانون محاسبات عمومی و سایر مقررات عمومی دولت تعیین شد. به موجب این دو تبصره، مصرف اعتبارات جاری و عمرانی مستثنا از قانون محاسبات عمومی و سایر مقررات عمومی دولت و اعتباراتی که تابع مقررات خاص بودند، از طریق مبادله موافقت نامه توسط دستگاه‌ها با سازمان برنامه و بودجه می‌باشد. یکی از مصارف عمده اعتبارات خارج از شمول دستگاه‌ها در این سال‌ها، مخارج ضروری دوره جنگ بود.

اما این تجویز در شرایط بحرانی جنگ، به سال‌های بعد تسری پیدا کرد. موضوع بند ب تبصره ۵ قانون بودجه سال ۱۳۶۰ آغاز عدم شفافیت بودجه و عدم نظارت بر نحوه خرجکرد بود. در اوایل دهه ۷۰ این بودجه در ردیف‌های مشخصی در خود قانون بودجه قرار گرفت. این نحوه

هزینه کرد از شفافیت نسبی برخوردار بود ولی با تدوین قانون برنامه پنجم توسعه این میزان اندک شفافیت نیز از بین رفت و جداول اعتبارات خارج از شمول حذف شد و میزان این اعتبارات به صورت درصدی از بودجه عمومی و یا زیر بخش‌های آن تعیین شد. علاوه بر آن بر اساس ماده ۱ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور:

" دانشگاه‌ها، مراکز و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی و فرهنگستان‌ها و پارک‌های علم و فناوری که دارای مجوز از شورای گسترش آموزش عالی وزارتخانه‌های علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر مراجع قانونی ذی ربط می‌باشند، بدون رعایت قوانین و مقررات عمومی حاکم بر دستگاه‌های دولتی به ویژه قانون محاسبات عمومی کشور، قانون مدیریت خدمات کشوری، قانون برگزاری مناقصات و اصلاحات و الحاقات بعدی آنها و فقط در چارچوب مصوبات و آیین‌نامه‌های مالی، معاملاتی، اداری، استخدانی و تشکیلاتی مصوب هیأت امناء که حسب مورد به تأیید وزیران علوم، تحقیقات و فناوری و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و در مورد فرهنگستان‌ها به تأیید رئیس جمهور و در مورد دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی و تحقیقاتی وابسته به نیروهای مسلح به تأیید رئیس ستاد کل نیروهای مسلح می‌رسد، عمل می‌کنند."

بر اساس ماده قانون مذکور، دانشگاه‌های علوم پزشکی از هرگونه رسیدگی مالی بودجه‌ای معاف شده‌اند و صرفاً به صورت هیئت امنایی اداره می‌شوند؛ بدین ترتیب در فضای غیر شفاف، بستر وقوع تخلفات و فسادهای گسترده در این دانشگاه‌ها فراهم می‌گردد. هدف سیاست گذار از وضع قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه - ماده ۱ معافیت بخش آموزشی و پژوهشی کشور از قوانین مالی و نظام بروکراتیک طولانی در کشور بوده است اما دانشگاه‌های علوم پزشکی از هرگونه بیش از ۸۰٪ اعتبارات خود را در جهت امور بهداشت و درمان هزینه می‌کنند و این بخش از دانشگاه‌های علوم پزشکی به مثابه یک بنگاه تولیدی خدمات بهداشتی و درمانی در کشور هستند و ارتباطی به بخش آموزشی این دانشگاه‌ها ندارند. در واقع بخش بهداشت و درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی از مفهوم "دانشگاه" در بخش آموزشی استفاده کرده‌اند و ماهیت "بنگاه اقتصادی" خود را مستتر کرده‌اند.

برای درک درست از میزان اعتبارات خارج از شمول (موضوع ماده ۱ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور)، این اعتبارات در بخش‌های مختلف در جدول ۱ نمایش داده شده است. قابل ذکر است برای فهم دقیق‌تر، بخش "بهداشت و درمان" و "اجرای برنامه‌های آموزشی" در بودجه کل کشور به دو بخش تقسیم شده است و میزان اعتبارات ذیل امور سلامت کشور (بخش بهداشت و درمان) و امور آموزش و پژوهش "بخش اجرای برنامه‌های آموزشی" و "دانشگاه‌ها، مراکز و مؤسسات ذیل وزارت علوم، تحقیقات و فناوری" به تفکیک گزارش شده است.

بر اساس داده‌های قانون بودجه ۱۴۰۰، ۸۶۵.۹۱ میلیارد تومان ۶۹٪ اعتبارات خارج از شمول موضوع ماده ۱ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور ذیل بخش بهداشت و درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی است و از این میان تنها ۸۶۱.۴۰ (۷۳٪) به کلیه بخش‌های آموزشی دانشگاه‌های علوم پزشکی، مراکز و مؤسسات آموزش عالی و پژوهشی و فرهنگستان‌ها و پارک‌های علم و فناوری ذیل وزارت علوم، تحقیقات و فناوری تعلق دارد.

در جهت تحقق اهداف سیاست گذار در موضوع ماده یک قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه و معاف کردن بخش آموزشی و پژوهشی کشور از قوانین دست و پاگیر مالی، مستثنی کردن بودجه دانشگاه‌های علوم پزشکی برای اجرای برنامه‌های آموزشی، مطلوب است. اما در راستای شفاف سازی هزینه‌های بهداشت و درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی و رسیدگی به نحوه هزینه کرد اعتبارات مذکور، ضروری است متن بنده ۵ - تبصره ۱۷ قانون بودجه ۱۴۰۱ در لایحه بودجه ۱۴۰۲ به صورت زیر تغییر کند:

"رسیدگی به نحوه هزینه کرد اعتبارات بخش بهداشت و درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی ذیل مصارف عمومی و هزینه کرد از محل درآمدهای اختصاصی دانشگاه‌های علوم پزشکی و بیمارستان‌های دارای ردیف بودجه مستقل از حکم ماده ۱ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور مستثنی است

هیئت امنای صرفه جویی ارزی :

تعریف :

در سال‌های اوج دفاع مقدس، برای کمتر شدن بوروکراسی اداری در کشور و برای اینکه نهادی خاص بتواند تجهیزات مورد نیاز برای درمان مصدومان جنگی را تامین کند، دفتر هیات امنای تبصره ارزی تشکیل شد. بعد از جنگ به لحاظ خدمات مناسبی که در آن دوران دیده شد، قرار شد مصوبه‌ای به مجلس برای تاسیس نهادی قانونی به منظور حفظ اهداف مذکوره فرستاده شود. بعد از تصویب مجلس هیات امنای صرفه جویی ارزی برای معالجه بیماران در سال ۷۸ تاسیس شد.

هیات امنای صرفه جویی ارزی در معالجه بیماران براساس قانون مصوب جلسه مورخه ۱۳۷۸/۰۹/۲۱ مجلس محترم شورای اسلامی، جهت نیل و تحقق اهداف عالیّه زیر تشکیل شده است:

- الف- فراهم سازی زمینه معالجه همه بیماران در داخل کشور
- ب- بی نیاز کردن کشور از اعزام بیمار به خارج از کشور
- ج- صرفه جویی ارزی در هزینه‌های درمانی بیماران

هیات امنای از زمان تاسیس تا کنون، جهت تحقق اهداف عالیّه فوق گام‌های موثری را از طریق اجرایی سازی سرفصل‌های برنامه‌ای زیر برداشته است:

- الف- حمایت از انجام انواع پیوند در داخل کشور (پیوند قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان)
- ب- پذیرش مسئولیت هدایت راهبردی و حمایت از انجام اعمال کاشت حلزون شنوایی در بیماران ناشنوا
- ج- تامین اقلام مصرفی حیاتی مورد نیاز بیماران
- د- تامین تجهیزات سرمایه‌ای مورد نیاز مراکز درمانی وابسته به وزارت بهداشت

آسیب شناسی

هیأت امنای صرفه جویی ارزی به عنوان یک نهاد عمومی غیر دولتی (!) با اختیارات و امتیازات فراوانی که قانون به آن اعطا داشته است، به خصوص در دوره‌ی وزارت قبل تبدیل به ساختاری بشدت فسادزا شده است. به تعدادی از امتیازات این هیأت که موجب به وجود آمدن بسترهای فساد شده است در ذیل اشاره می‌کنیم:

- ۱- پرداخت‌ها و دریافت‌ها و واردات و ارسال قطعات مصرفی هیأت به خارج کشور از هرگونه مالیات، عوارض، حقوق گمرکی، بیمه محلی، ثبت سفارش و پرداخت ما به التفاوت معاف است!
- ۲- امتیازات عجیب و غریب و ویژه در مناقصات (امضای طلایی)
- ۳- در اختیار داشتن کانال‌های ارتباطی و اطلاع رسانی خاص (ایجاد زمینه رانتی)

امتیازات ویژه این نهاد در مناقصات موجب تبدیل شدن این نهاد به حیات خلوت برخی مفسدین در وزارت بهداشت شده است و به علاوه عدم نظارت بر صادرات و واردات، معافیت مالیاتی، عوارض مرزی و همچنین دسترسی به ارز دولتی (۴۲۰۰ تومانی) می‌تواند موجب انحصار بازار در دست این نهاد شود و در این صورت بدیهی است که شرکت‌های خصوصی کم‌تر می‌توانند با این نهاد رقابت کنند و شکست نخورند!

راهکارهای عمومی مدیریت تعارض در نظام سلامت

راهکارهای سطح
عملیاتی

راهکارهای سطح کلان

راهکارهای فراتر از
نظام سلامت

راهکارهای فراتر از نظام سلامت: بخش مهمی از دلایل وجود تعارض منافع در نظام سلامت کشور، در خارج از این نظام قرار دارند. در واقع نقص در زیرساخت‌های قانونی و نهادی کشور باعث شده است که تعارض منافع در نظام سلامت تنها یکی از نمودهای وجود تعارض منافع در مسندهای حکومتی باشد. برای مثال زمانی که وظیفه درآمد زایی در کل دولت مطرح می‌شود، در نظام سلامت نیز به تبع دولت، وظیفه درآمد زایی بر عهده بیمارستانها و دیگر بنگاه‌ها قرار می‌گیرد حال آنکه این وظیفه با وظایف اجتماعی نظام سلامت در تعارض است؛ بنابراین اتخاذ برخی رویکردها و سیاست‌های کلی در حکمرانی کشور بر نظام سلامت نیز تأثیراتی گذاشته که بعضاً با اهداف و وظایف اصلی آن تداخل ایجاد کرده است.

راهکارهای سطح کلان نظام سلامت: قسمتی از مسائل مرتبط با تعارض منافع در سطوح کلان، منحصر به نظام سلامت است و ممکن است مشابه آن در دیگر حوزه‌های کشور وجود نداشته باشد.

راهکارهای سطح عملیاتی نظام سلامت: برخی دیگر از راهکارها برای مدیریت تعارض منافع در سطوح عملیاتی و در سطح بنگاه هستند. این مسائل ذیل حقوق فردی جای می‌گیرند و به بررسی حقوق متقابل بیمار و پزشک یا بیمارستان می‌پردازند درحالی که راهکارهای سطوح کلان در مباحث حقوق اجتماعی تعریف می‌شوند. با این حال اسلوب و اصول کلی مدیریت تعارض منافع در سطوح کلان و عملیاتی تفاوتی نمی‌کنند و هر دو به دو حوزه کلی «شفافیت» و «محدودیت» قابل تقسیم هستند که در ادامه بحث می‌شوند. علاوه بر این باید دانست که راهکارهای مربوط به سطوح ارشد به نوعی بر راهکارهای سطح عملیاتی اولویت دارند زیرا تصویب و اجرای راهکارهای سطح عملیاتی وابسته به تصمیم مدیران سطوح عالی است که خود باید در مقام تعارض منافع نباشند.

شفافیت

راهکار شفافیت گرچه برای کشف موارد فسادزا الزامی است اما می‌توان کاربرد اصلی آن را در پیشگیری از فساد معرفی کرد. کشورهای مختلفی از راهکار شفافیت به منظور مدیریت تعارض منافع در حوزه سلامت استفاده می‌کنند. به عنوان مثال انجمن پزشکی آمریکا، کالج پزشکان آمریکا، شورای اعتبار بخشی آموزش و پرورش و دفتر بازرسی عمومی وزارت بهداشت آن کشور حتی مواردی از قبیل هدیه از جمله خورد و خوراک، پرداخت پول برای حضور در سخنرانی‌ها و کنفرانسها، آموزش مداوم برای پزشکان بدون پرداخت هزینه، پرداخت برای سفر به جلسات و بورسهای تحصیلی، خدمات دارویی، کمک‌های مالی برای پروژههای پژوهش و دستمزد برای مشاوره را نیز از مصادیق تعارض منافع برشمرده و افشای آنها را ضروری می‌دانند.

علاوه بر افشای تعارض منافع، اعلام عمومی درآمد و هدایای دریافتی و شفافیت مشاغل و سهام داری نیز یکی دیگر از راهکارهای مدیریت تعارض منافع در حوزه سلامت است. به عنوان مثال در آلمان، انتشارات اشپیگل آنلاین و مرکز تحقیقات «اصلاح کننده» برای اولین بار پایگاه دادهای را به صورت مشترک ارائه کردند که شامل اسامی بیش از ۲۰ هزار پزشکی بود که در سال ۲۰۱۵ میلادی از شرکتهای دارویی پول دریافت کرده بودند.

به عنوان نمونه دیگر می‌توان به برنامه پرداخت باز اشاره کرد. این برنامه پس از تصویب قانون Affordable Care Act راهاندازی شد. طبق این قانون پرداختی‌های بیش از ۱۰ دلار به پزشکان می‌بایست افشا شود. در این برنامه، اطلاعات مربوط به پرداختی‌های شرکتهای داروسازی و تجهیزات پزشکی به پزشکان و بیمارستان‌های آموزشی در قالب هزینه‌های مسافرتی، تحقیقاتی، هدایا، هزینه سخنرانی و وعده‌های غذایی جمع‌آوری می‌گردد. همچنین میزان سهام پزشکان و افراد نزدیک به آنها در شرکتهای مرتبط با حوزه سلامت نیز ارائه می‌شود. اطلاعات جمع‌آوری شده به صورت سالیانه در سایت اطلاعات پرداخت باز در معرض دید عموم مردم قرار گرفته و به راحتی قابل جستجو است.

پس از آغاز این برنامه در سال ۲۰۱۳ بیش از ۲۸ میلیون ثبت در این سایت صورت گرفته که ارزش دلاری آن برابر با ۱۶/۷۷ میلیارد دلار است. ۸۱۲ هزار پزشک و ۱۸۶۸ شرکت و ۱۱۸۰ بیمارستان در این سایت ثبت اطلاعات کرده‌اند.

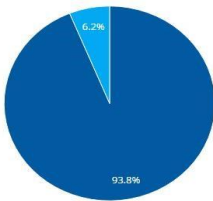
علاوه بر موارد مذکور به پرونده الکترونیک سلامت نیز می‌توان از منظر ایجاد شفافیت نگریت. با تجزیه و تحلیل «کلان داده» یا به اصطلاح داده کاوی می‌توان روابط اقتصادی بین خدمت گزاران مختلف را تشخیص داد و در صورت وجود تبانی‌ها و ارتباط‌های فساد آمیز مانند ارتباط بین صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی با پزشکان یا ارتباط بین پزشکان با داروخانه‌ها و مراکز تشخیص طبی با آنها مقابله کرد. همچنین ایجاد پرونده الکترونیک اجرای قواعد تنظیم شده براساس راهنماهای بالینی را تسهیل خواهد کرد. در ادامه برخی از راهکارهای ارتقای شفافیت ذکر می‌شوند:

پرونده الکترونیک سلامت: اجرای این سامانه می‌تواند نظارت دولت بر خدمت گزاران سلامت را ایجاد کرد. با تجزیه و تحلیل «کلان داده» یا به اصطلاح داده کاوی می‌توان روابط اقتصادی بین خدمت گزاران مختلف را تشخیص داد.

شفافیت هدایا، درآمدها و دریافتی‌ها: اطلاعات مربوط به هدایا و دریافتی‌های رده‌های مختلف کارکنان، ارائه دهندگان خدمت و مسئولان باید برای گروه‌های مختلف) با سطح دسترسی متفاوت (شفاف باشد. این اطلاعات حتی برای عموم مردم نیز باید شفاف باشند. برای مثال در آلمان، انتشارات اشپیگل آنلاین و مرکز تحقیقات «اصلاح کننده» برای اولین بار پایگاه داده‌ای را به صورت مشترک ارائه کردند

Summary by Nature of Payment

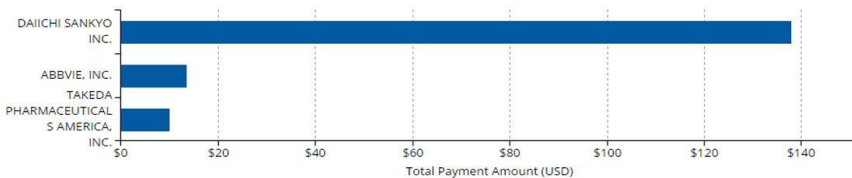
▲ Collapse this section



Nature of Payment	Total Payments	Total Amount	Total Amount (%)
Food and Beverage	25	\$151.64	93.8%
Education	1	\$10.00	6.2%

What are different natures of payment?

Top Companies Making General Payments



شفافیت مشاغل و سهام داری‌ها: همه مشاغل همزمان و پیشین کارکنان و سهام‌های خدمت گزاران و مسئولان باید برای حاکمیت و مردم شفاف باشند. این شفافیت نیز همچون شفافیت درآمدها و هدایا باعث می‌شود ارتباطات و وابستگی‌های گذشته و حال بین خدمت گزاران، صنایع و مسئولان شفاف شود و تحلیل روابط و ارتباطات آسان شود. در این مورد نیز با وجودی که امکان اخذ تصمیم و ارائه راهکار در سطحی فراتر از نظام سلامت وجود دارد اما امکان اقدام در سطح نظام سلامت نیز وجود دارد. در نظام سلامت، مشاغل و سهام داری مسئولان موجود در دانشگاه‌های علوم پزشکی و سطوح بالاتر در بخش‌های خصوصی از جمله انواع مشاغل در بیمارستان‌های خصوصی، سهام داری یا مالکیت بیمارستان‌های خصوصی یا صنایع دارو و تجهیزات پزشکی باید شفاف باشند.

حمایت از افشاگران تخلف: یکی از قوی‌ترین ابزارهای مبارزه با فساد، استفاده از توان نظارتی مردمی برای کشف و کاهش تخلفات است. نظارت عمومی از پایین به بالا که مردم بازیگر اصلی آن هستند، طبق آمارهای جهانی اولین عامل کشف تخلفات است، به طوری که حدود نیمی از فسادها در سازمان‌های دولتی و خصوصی از این طریق کشف می‌شوند. استفاده از ظرفیت نظارت مردمی برای مقابله با فساد، نیازمند بسترهای نهادی است که از جمله آن‌ها می‌توان به «حمایت قانونی و حفاظت‌های امنیتی از گزارش دهندگان فساد» و «تشویق و پاداش برای آن‌ها» اشاره کرد. به رغم کارآمدی نظارت مردمی، در حال حاضر کشور فاقد بسترهای حقوقی و نهادی لازم برای تسهیل فرایندهای نظارت عمومی و گزارش دهی فساد است.

انحصار

گام دوم برای جلوگیری از موقعیت‌های تعارض منافع، اعمال محدودیت است. این محدودیت می‌تواند انواع و شدت‌های مختلف داشته باشد که در ادامه به بررسی برخی از مهم‌ترین موارد آن پرداخته می‌شود

حدودیت رأی دادن در مسائلی که با منافع شخصی تعارض دارد

- یک فرد ممکن است درشغل خویش به طور کلی تعارض منافع نداشته باشد اما درباره یک مسئله خاص تعارض منافع داشته باشد. در این موارد پیش از تصمیمگیری درباره مسائل، تعارض منافع خود را نسبت به موضوع اعلام و شفاف کنند. در صورتی که پس از تصمیمگیری مشخص شود تصمیم گیرندگان تعارض منافع داشته اند مورد مجازات قرار می گیرند.

محدودیت درآمدها و هدایا

- همانطور که در بخش دوشغلگی پزشکان اشاره شد، کشورهای مختلف برای دوشغلگی محدودیت های متفاوت و گستردهای وضع کرده اند. این محدودیتها از منع کامل، تا منع موقت، محدودیت در درآمد از طریق بخش خصوصی یا اخذ مالیات، محدودیت ساعات خدمت در بخش خصوصی و انواع دیگر سیاست ها را شامل می شود.

محدودیت های مشاغل همزمان

- مدیریت و سهامداری یک شرکت خصوصی انحصاری و همراهی با فعالیت یک مسئول در سطوح عالی مدیریتی نظام سلامت می تواند تعارض منافع شدیدی ایجاد کند، بنابراین باید برای این افراد محدودیت دستیابی به مشاغل عالی دولتی لحاظ شود. با این حال واضح است که مدیر، پزشک یا استاد دانشگاهی که تاکنون در موقعیت تعارض منافع بوده و از مزایای آن بهره برده است در برابر تصویب قوانین یا آیین نامه های محدود کننده مقاومت خواهد کرد؛ بنابراین تصویب چنین قواعدی نیازمند اختیار و شجاعت سیاسی است.

محدودیت های پساغلی و مسئله درب گردان

- سازمان OECD با توجه به تجربه کشورهای مختلف، چارچوب جامعی از اصول لازم برای مدیریت مسائل ناشی از دربگردان در سازمانها ارائه داده است؛ با این حال هر کشور برای مواجهه با مسائل ویژه و خاص اشتغال پسادولتی خود و پیشبینی مسائل در حال ظهور نیاز دارد تا سیستم اشتغال پسادولتی بومی خود را توسعه دهد.

تغییر قواعد

راهکارهای شفافیت و تعیین محدودیت هم در سطح سازمان کاربرد دارند و هم در سطح فرد؛ در واقع هم میتوان وضعیت یک فرد را شفاف یا محدود کرد و هم یک سازمان را؛ با این حال این موارد بیشتر به افراد منتسب می‌شوند. اما حوزه تغییر قواعد بیشتر به سطح سازمانی منتسب می‌گردد چراکه عموماً ساز و کارهای پیشین اصلاح شده یا سازوکارهای جدیدی در نظر گرفته می‌شوند تا موقعیت تعارض منافع پیش نیامده یا از بین برود.

تفکیک وظایف: وظایفی که برای یک سازمان می‌تواند تعارض بین وظایف ایجاد کند باید تفکیک شوند. برای مثال همانطور که گفته شد سازمان نظام پزشکی نمیتواند همزمان هم حامی حقوق «پزشکان» باشد و هم حامی حقوق «بیماران». با توجه به ساختار منطقی سازمان نظام پزشکی، تنها حمایت از حقوق پزشکان باید به این سازمان اعطا شود و برای حمایت از حقوق بیماران باید یک سازمان مردم نهاد مستقل با ساختاری مشابه ایجاد شود که بتواند صدای مردم و بیماران را در دعاوی، سیاست گذاری‌ها، رسانه‌های جمعی، بیمارستان‌ها و ارائه کنندگان خدمات سلامت، شرکت‌های دارویی و نظام و جوامع آموزشی و پژوهشی نمایندگی کند. سازمان «اتحادیه وکلای حرفه‌ای سلامت (APHA) یک سازمان بین المللی در این زمینه است.

تفکیک قاعده گذار از مجری: حوزه اجرا و قاعده گذاری باید از یک دیگر تفکیک شوند به گونه‌ای که ایجاد انحصار به حداقل برسد و گروه‌های خود تنظیم‌گر نیز مشمول قوانین رقابت و پیش گیری از انحصار باشند. به عنوان مثال همان طور که گفته شد تعیین تعرفه توسط خدمت گزاران به تعارض منافع منجر می‌شود که باید از آن منفک شده و یک قاعده گذار بیطرف انجام دهد


تفکیک ناظر از منظور: استقلال ناظر و استقلال داور همواره به عنوان اصلی بدیهی مورد توجه بوده تا بیطرفی در فرایند نظارت یا قضاوت رعایت شود. این تفکیک می‌تواند شامل استقلال مالی شود. همان طور که پیش از این گفته شد، ارتباط بین صنایع (و به خصوص صنایع دارویی) و پژوهشگران ضروری و اجتناب ناپذیر است. بنابراین برخی کشورها برای جلوگیری از ارتباط مالی مستقیم بین آن‌ها، اقدام به ایجاد نوعی واسط کرده‌اند؛ به این ترتیب که حمایت‌های مالی

صنایع (به صورت اجباری یا اختیاری) در صندوق واحدی جمع آوری شده و از محل آن صندوق به پژوهشگران پروژه پرداخت می‌شود و پژوهشگران حق دریافت مبلغ مستقیم از صنایع را ندارند. بدین ترتیب جلوی سوگیری در پژوهش گرفته می‌شود.

اصلاح نظام پرداخت: برای برطرف کردن تعارض میان درآمد و وظایف باید نوع نظام پرداخت را اصلاح کرد. از ابتدای دهه ۱۳۷۰ شمسی که نظام پرداخت کارانه (یا پرداخت به ازای خدمت) اجرایی شد، هدف آن ایجاد انگیزه برای خدمت گزاران سلامت برای ارائه خدمت بیشتر بود به همین دلیل در کنار حقوق ماهیانه ثابت، کارانه به عنوان پرداخت مکمل و تشویقی در نظر گرفته شد.

یادداشت

A series of 28 horizontal dotted lines for writing.



در این مجموعه تلاش شده است تا ابتدا به توصیف چالش‌هایی پرداخته شود که در اثر فساد در نظام سلامت به وجود می‌آید و سپس با ارائه تصویری از انواع فساد، چهارچوبی ترسیم خواهد کرد که در آن عوامل موثر بر فساد، روش‌های مورد استفاده برای شناسایی و در نهایت راهبردهای مناسب برای مقابله با فساد در نظام سلامت معرفی و شرح داده خواهند شد و در نهایت راهکار مناسب جهت مطالبه‌گری این امر تحریر شده است.