



مرکز ملی تحقیقات بید سلامت



ادغام فسادستیزی شفافیت و پاسخ‌گویی در ارزیابی نظام‌های سلامت

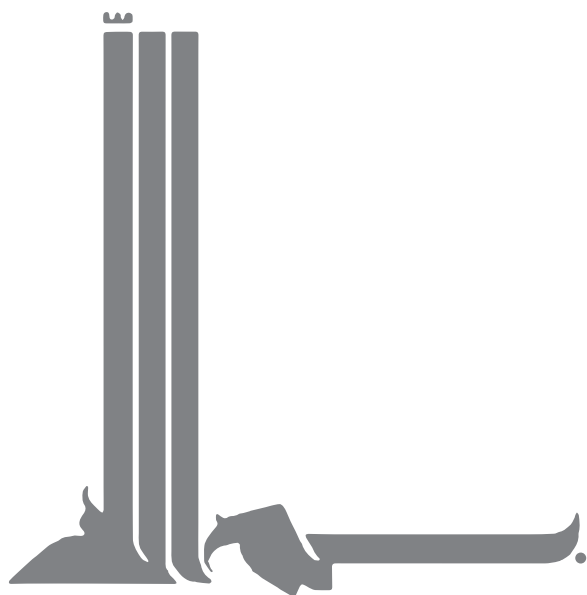


برگردان به پارسی:

معصومه غلامی، حکیمه مصطفوی، فاطمه یافتیان

ناظر و ویراستار علمی:

دکتر امیرحسین تکیان، استاد سیاست‌گذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران



با امید نهادینه سازی حکمرانی خوب:
شفافیت، مشارکت معنادار مردم، پاسخ گویی
به کارگیری شواهد و مسؤلیت پذیری
در نظام سلامت ایران عزیز



ادغام فسادستیزی شفافیت و پاسخ‌گویی در ارزیابی نظام‌های سلامت

تألیف:

سازمان جهانی سلامت

برگردان به پارسی:

معصومه غلامی

حکیمه مصطفوی

فاطمه یافتیان

ناظر و ویراستار علمی:

دکتر امیرحسین تکیان

استاد سیاست‌گذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

عنوان و نام به‌دین آور	: ادغام تمرکز بر ضد فساد؛ ایجاد شفافیت و پاسخ‌گویی در ارزیابی نظام‌های سلامت تألیف سازمان جهانی سلامت؛ مترجمان معصومه غلامی، امیرحسین تکیان؛ پدیدآورنده و تهیه‌کننده: موسسه مطبوعاتی آریا راهبرد رسانه آینده؛ ابرای مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت.
مشخصات نشر	: تهران: انتشارات شریف، ۱۴۰۱.
مشخصات ظاهری	: ۵۸ ص: جدول.
شابک	: ۹۷۸-۶۰۰-۴۵۷-۱۱۵-۹
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: عنوان اصلی: Integrating a focus on anti-corruption, transparency and accountability in health systems assessments, 2018
یادداشت	: پزشکی، خدمات، هزینه‌های ارزشیابی
موضوع	: Medical care, Cost of Evaluation
شناسه افزوده	: غلامی، معصومه، ۱۳۵۵ فروردین - مترجم
شناسه افزوده	: تکیان، امیرحسین، ۱۳۵۳ - مترجم
شناسه افزوده	: موسسه مطبوعاتی آریا راهبرد رسانه آینده
شناسه افزوده	: سازمان بیمه سلامت ایران، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت
رده بندی کنگره	: RA۴۱۰/۵
رده بندی دیویی	: ۳۳۸/۴۳۳۶۲۱
شماره کتابشناسی ملی	: ۹۱۲۴۷۵۸
اطلاعات رکورد کتابشناسی	: فیبا



مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت

نشانی مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت: تهران، شهرک قدس (غرب)، بلوار ایوانک، خیابان فلامک شمالی، نبش خیابان درخشان، ساختمان شماره ۱، ستاد مرکزی سازمان بیمه سلامت ایران، طبقه چهارم، واحد ۳
تلفن: ۹۶۸۸۱۸۶۰ - ۰۲۱

مؤسسه اطلاع‌رسانی و مطبوعاتی آریا راهبرد رسانه آینده

ISBN: 978-600-457-115-9



9

786004

571159

آینده

- نام کتاب: ادغام فسادستیزی، شفافیت و پاسخ‌گویی در ارزیابی نظام‌های سلامت
- تألیف: سازمان جهانی سلامت
- برگردان به پارسی: معصومه غلامی، حکیمه مصطفوی، فاطمه یافتیان
- ناظر و ویراستار علمی: دکتر امیرحسین تکیان
- چاپ اول: بهار ۱۴۰۲
- قیمت: غیرقابل فروش
- اجرا، چاپ و انتشار: مؤسسه مطبوعاتی آینده
- تلفن: ۲۶۲۳۰۹۵۵ - ۸۸۵۳۰۰۲۰ (۰۲۱)

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

۷	دیباجه
۹	پیش‌گفتار
۱۱	مقدمه
۱۳	تقویت نظام‌های سلامت و رویکرد ارزیابی
۱۵	آماده‌سازی برای ارزیابی و جمع‌آوری گروه
۱۷	بافتار کشور و نظام سلامت
۲۱	ارائه خدمات
۲۵	منابع انسانی برای سلامت
۲۸	محصولات پزشکی، واکسن‌ها و فناوری‌ها
۳۲	نظام‌های اطلاعات سلامت
۳۵	تامین مالی سلامت
۳۹	حکمرانی
۴۳	تحلیل پایه‌های ساختاری نظام سلامت
۴۶	گزارش‌دهی یافته‌های فسادستیزی، ایجاد شفافیت و پاسخ‌گویی
۴۸	پیوست ۱: سوال‌های مهم مصاحبه با مطلع
۵۵	پیوست ۲: شاخص‌ها و ابزارهای فسادستیزی در بخش مراقبت‌های سلامت و دارویی
۵۶	منابع

دیباچه

«بانویی میان سال به دلیل سرطان گردن رحم تحت نظر متخصص زنان قرار داشت که گاهی اوقات، بدون مجوز در مطب خود سونوگرافی هم انجام می داد. در یکی از نوبت های ویزیت و پس از سونوگرافی، پزشک دستور جراحی هیستریکتومی در بیمارستان خصوصی... را صادر کرد. پس از پایان مشاوره و دستورات پزشک، منشی دکتر به دختر بیمار که همراهش بود، گفت: هزینه بیمارستان که مشخص است، اما افزون بر مبلغ رسمی تعرفه، دستمزد ویژه دکتر هم باید پیش از بستری به صورت نقدی پرداخت شود. دختر جوان عصبانی شد و خواست مقاومت کند، اما به امر مادر و با توجه به تبحر پزشک و اطمینانی که بیمار به کار او داشت، ناچاراً هزینه اضافی تحمیل شده را پرداخت کرد. دختر اما تصمیم گرفت بعد از عمل جراحی مادرش و از آنجا که نگران بود پیگیری موضوع قبل از عمل جراحی، تبعات منفی در روند درمان مادرش داشته باشد، رسماً از متخصص مربوطه بابت دریافت زیرمیزی شکایت کند. خوشبختانه فرایند جراحی خوب پیش رفت و یک هفته بعد، دختر جوان با دوستانش در مورد زیرمیزی و استفاده نکردن از دستگاه کارت خوان توسط پزشک متخصص صحبت کرد و متوجه شد که همسر متخصص جراحی زنان که مادرش را عمل کرد و زیرمیزی گرفت، از مدیران ارشد دانشگاه علوم پزشکی... است و شکایت از پزشک مربوطه، راه به جایی نخواهد برد!»

این داستان واقعی که شوربختانه با نمودهای رنگارنگ و آزاردهنده در زندگی روزمره برای خود ما و عزیزانمان رخ می دهد، در حقیقت بخش کوچک دیده شونده از کوه یخ فسادهای رایج در نظام سلامت است که در سطح ارائه دهندگان خدمت توسط شهروندان رصد و دیده می شوند. یکی از مهم ترین اولویت های راهبردی سازمان جهانی سلامت (WHO)، حمایت از کشورها به روش های گوناگون برای تقویت نظام های سلامت به منظور پیشرفت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت است تا بتوانند ظرفیت خود را برای طراحی و پیاده سازی برنامه های بهسازی نظام های سلامت برای همه، ارتقا دهند. یکی از ستون های تحقق پوشش همگانی سلامت، افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی با کیفیت در سراسر جهان به گونه ای است که مردم دچار دشواری های مالی نشوند. ناگفته پیداست نیل به پوشش مالی مناسب و درخور که پرداخت از جیب شهروندان را به حد قابل قبول، یعنی کمتر از ۲۰ درصد هزینه های غیرخوراکی خانوار برساند و تحقق این آرزوی دیرینه نظام سلامت که مردم هنگام مواجهه با بیماری، دغدغه ای جز بیماری نداشته

باشند، بدون کنترل موثر و معنادار مظاهر پرشمار و خانمان سوز فساد، از جمله تقاضای القایی، سهم‌خواری و دریافت زیرمیزی، شدنی نیست.

فساد در نظام سلامت شکل‌ها و اندازه‌های متفاوتی دارد. کنترل نکردن فساد در نظام سلامت باعث هدررفت قابل ملاحظه منابع داخلی سلامت می‌شود و مانع بزرگی برای تحول نظام‌های سلامت به‌عنوان بخشی از دستورکار پوشش همگانی سلامت ایجاد می‌کند. از آنجا که تظاهرات فساد و رخداد آن متنوع و خطرات آن نیز گوناگون است، رویارویی با فساد در نظام سلامت به‌شدت چالش برانگیز است. این مهم بدین معناست که تلاش‌های فسادستیزی باید براساس تحلیل‌های قوی از وضعیت و مشکل، طراحی شوند و مداخلات اجرایی نیز باید با مشکلات و بافتارهای خاص هر جامعه، متناسب‌سازی شوند. سعادت و پایداری جوامع انسانی در گرو حکمرانی خوب و اولویت‌دهی به سلامت در تمام سیاست‌هاست. لازمه حکمرانی خوب در نظام‌های سلامت، آگاهی از ریشه‌های فساد، تعارض منافع و عزم سیاسی کلان برای فسادستیزی موثر و معنادار است تا کاربرست آگاه از شواهد اصلاحات نظام سلامت محقق شود و بهار اصلاحات نظام سلامت به خزان ننشیند.

این کتاب که با همت همکاران جوان من در دانشکده بهداشت، اندیشکده حکمرانی خوب سلامت و مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران به قند پارسی برگردان شده، تلاش ارزشمندی است که با مرور چگونگی ارزیابی نظام‌های سلامت با تأکید بر پایه‌های ساختاری، خواننده را با فرایند ارزیابی گلوگاه‌های احتمالی فساد در نظام سلامت آشنا می‌سازد. امید است از خواندن این اثر کاربردی، لذت ببرید و با کاربرست پیشنهادی آن و توصیه به تمامی ذی‌نقشان نظام سلامت برای مطالعه آن، همه با هم گام‌های کوچک و به‌هم پیوسته‌ای برای فسادستیزی موثر و کارا در نظام سلامت کشورمان برداریم که بدون آن، توسعه پایدار سلامت در کشور عزیزمان دست، یافتنی نخواهد بود.

خدایا چنان کن سرانجام کار تو خوشنود باشی و ما رستگار

دکتر امیرحسین تکیان

استاد سیاست‌گذاری سلامت

دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

و بنیانگذار اندیشکده حکمرانی خوب سلامت

نوروز ۱۴۰۲

پیش‌گفتار

نخستین اولویت راهبردی سازمان جهانی سلامت (WHO) حمایت از کشورها برای تقویت نظام‌های سلامت به منظور پیشرفت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت است. برای دستیابی به این اولویت، WHO از کشورها حمایت می‌کند تا از سرمایه‌گذاری‌های داخلی در سلامت استفاده کرده و ظرفیت خود را برای طراحی و پیاده‌سازی برنامه‌های بهسازی نظام‌های سلامت با هدف افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی با کیفیت برای همه بهبود بخشند.

کنترل نشدن فساد در نظام سلامت باعث هدررفت قابل ملاحظه منابع داخلی سلامت شده و مانع بزرگی در برابر تلاش‌های انجام گرفته برای تحول نظام‌های سلامت به عنوان بخشی از دستور کار پوشش همگانی سلامت ایجاد می‌کند.

فساد در بخش سلامت هزینه‌های بالایی را هم از نظر زندگی‌های از دست رفته و هم از نظر منابع مالی اتلاف شده به همراه دارد. Gee & Button (۲۰۱۵) میزان متوسط ضرر جهانی ناشی از کلاهبرداری و سوءاستفاده از مراقبت‌های سلامت را ۶/۱۹ درصد از کل هزینه‌های سلامت یا ۴۵۵ میلیارد دلار آمریکا در سال تخمین زده‌اند [۱]. مطالعات دیگر ارتباط قابل توجهی را بین فساد و پیامدهای سلامت ثبت کرده‌اند. بر طبق تخمین مطالعه‌ای ۱۴۰ هزار مرگ کودک در سال به دلیل فساد رخ می‌دهد [۲].

با درک اهمیت این موضوع، کشورهای عضو WHO و شرکای توسعه‌ای WHO در حال تلاش برای پیشگیری و کنترل فساد هستند. به عنوان بخشی از این تلاش‌ها، پیشبرد رویکردی منسجم‌تر برای به جریان انداختن تلاش‌های ضد فساد در کارها برای تقویت و سامان‌دهی مجدد نظام‌های سلامت به سمت پوشش همگانی سلامت ضروری است. هدف از این کار، حمایت از تلاش‌های کشورهای عضو WHO برای جلوگیری از فساد از طریق شفافیت بیشتر و تقویت سازوکارهای پاسخ‌گویی در نظام‌های سلامت آنهاست.

برای حمایت خاص از این تلاش‌ها، این سند روش‌های جدیدی برای ارزیابی نظام‌های سلامت نظام‌های سلامت پیشنهاد می‌کند تا به تشخیص حوزه‌های مستعد فساد و کشورها برای انتخاب رویکردهای مناسب ضد فساد، شفافیت و پاسخ‌گویی کمک کند.

مقدمه

فساد عبارت است از «سوءاستفاده از قدرت محوله برای منافع شخصی» [۳]. بخش سلامت به‌طور ویژه مستعد فعالیت‌های فاسد است، بدین‌معنا که فرصت‌های زیادی برای رشوه، پرداخت غیررسمی، اختلاس، تبعیض و سایر اشکال سوءاستفاده از قدرت را فراهم می‌کند. این امر به ویژه در فرایندهای خرید [۴]، طی بازرسی‌های بهداشتی به‌عنوان بخشی از فرایند استخدام و اعطای ترفیع و در تعاملات بین افراد و پزشکان دیده می‌شود. به‌دلیل وجود خطر فساد و شیوه‌های پرشمار آن، رسیدگی به فساد نظام سلامت به‌گونه‌ای ویژه چالش برانگیز است؛ به این معنا که تلاش‌های ضد فساد باید بر اساس تحلیل‌های مستحکم از وضعیت و مشکل بوده و مداخلات باید با مشکلات و بافتارهای خاص متناسب شوند. به‌عنوان مثال، یک مرور نظام‌مند در سال ۲۰۱۷ نشان داد میزان پرداخت غیررسمی بسته به کشور و نوع خاص خدمات سلامت بین ۲ درصد تا ۸۰ درصد متغیر است [۵]. نظرسنجی‌ها در ۳۳ کشور آفریقایی میزان پرداخت غیررسمی کمتر از ۵ درصد تا ۴۰ درصد را نشان می‌دهند [۶]، در حالی که این میزان در کشورهای اروپای مرکزی و شرقی از ۱۶ درصد تا ۴۹ درصد متغیر است [۷]. گزارش‌های حسابرسی در برخی از کشورها نشان داده که بیش از نیمی از شهرداری‌ها یا استان‌های مورد بررسی حداقل یک مورد فساد در بودجه‌های سلامت را تجربه کرده‌اند.

اقدامات مربوط به ارزیابی نظام‌های سلامت باید به دنبال درک خطر فساد با توجه به نهادهای خاص، فرایندهای سیاسی و زمینه‌های کشورهای عضو باشند تا راه‌حلهایی که متناسب با این عوامل منحصر به فرد است، ارائه کنند.

تقویت نظام‌های سلامت و رویکرد ارزیابی

ارزیابی نظام‌های سلامت به روشن شدن برهمکنش‌های بین کارکردهای نظام کمک می‌کند و نشان می‌دهد که چگونه سیاست‌ها و مقررات با شش «پایه ساختاری»^۱ نظام سلامت شامل ارائه خدمات، منابع انسانی برای سلامت، محصولات پزشکی، واکسن‌ها و فناوری‌ها، نظام‌های اطلاعات سلامت، تامین مالی سلامت و حکمرانی مرتبط هستند. فرایند ارزیابی به متخصصان سلامت اجازه می‌دهد فرضیه‌هایی در مورد علل اختلافات عملکرد بسازند و سیاست‌ها و مداخلاتی را تدوین کنند که می‌توانند نحوه عملکرد نظام را بهبود بخشند [۸]. این امر به نوبه خود می‌تواند به عملکرد بهتر و پیشرفت در راستای اهداف پوشش همگانی سلامت، یعنی عدالت، دسترسی و حفاظت مالی منجر شود. معاهده پوشش همگانی سلامت تا سال ۲۰۳۰ (UHC 2030) دارای کارگروهی اختصاصی در زمینه ارزیابی نظام‌های سلامت است (کادر ۱). این متن خلاصه به انجام وظایف گروه کاری کمک کرده و با آنها هم‌راستاست.

کادر ۱- کارگروه فنی UHC2030 در مورد ارزیابی نظام‌های سلامت

داشتن اجماع درباره آنچه یک ارزیابی خوب نظام سلامت و رویکردهای انجام ارزیابی را شکل می‌دهد، گامی مهم برای هماهنگی بهتر اقدامات در راستای تقویت نظام‌های سلامت و سرعت بخشیدن به پیشرفت در راستای پوشش همگانی سلامت است. بدیهی است که استفاده از رویکردهای چندگانه ارزیابی نظام سلامت که برای برآوردن اهداف مختلف طراحی شده‌اند، کشورها را با چالش‌هایی مواجه خواهد کرد. این امر به نوبه خود مقایسه نتایج ارزیابی‌های مختلف نظام سلامت یا اندازه‌گیری تغییرات عملکرد نظام سلامت را در طول زمان تقریباً غیرممکن می‌کند.

طی رایزنی‌های چندجانبه در سال ۲۰۱۶ شرکای UHC2030 تصمیم گرفتند یک کارگروه فنی برای بررسی امکان هماهنگ‌سازی و همسویی رویکردهای ارزیابی نظام سلامت ایجاد کنند. علاوه بر این، چندین شریک UHC2030 نیاز به بحث و توسعه معیارهای مشترک برای مقایسه نتایج ارزیابی نظام سلامت و ایجاد درک مشترک از نحوه اندازه‌گیری عملکرد نظام سلامت در طول زمان را اعلام کرده‌اند.

در سال ۲۰۱۸ کارگروه فنی، پیش‌نویس دستورالعمل ارزیابی نظام‌های سلامت را تدوین کرد که بر اساس مراحل ارزیابی نظام سلامت و اجزای سازنده نظام سازمان‌دهی شده است. این راهنما به عنوان مبنایی برای شناسایی نقاطی که می‌توانند برای تقویت تمرکز بر ضد فساد، ایجاد شفافیت و پاسخ‌گویی وجود داشته باشد، مورد استفاده قرار گرفت. آخرین راهنمای عمومی کارگروه در درگاه اینترنتی زیر در دسترس خواهد بود:

<https://www.uhc2030.org/what-we-do/working-better-together/uhc2030-technical-working-groups/health-systems-assessment-technical-working-group/>

لازم به ذکر است، این خلاصه برای حمایت از کارگروه فنی UHC2030 به عنوان راهنمای انجام ارزیابی نظام‌های سلامت در نظر گرفته شده است.

شفافیت، پاسخ‌گویی، درستکاری و صداقت ارزش‌های ذاتی حکمرانی سلامت هستند. درستکاری به صداقت یا قابل اعتماد بودن در انجام وظایف رسمی اشاره دارد و در نقطه مقابل فساد یا سوءاستفاده از جایگاه قرار دارد. شفافیت به دسترسی بدون محدودیت مردم به اطلاعات به موقع و قابل اعتماد درباره تصمیمات و عملکرد موسسات اشاره دارد. منظور از مسئولیت‌پذیری، تعهد به گزارش و پاسخ‌گو بودن برای بیان دلایل ناتوانی در نیل به اهداف عملکردی اعلام شده است. این مفاهیم با هم ارتباط متقابل دارند. شفافیت و پاسخ‌گویی برای تلاش در راستای اطمینان از وجود صداقت و جلوگیری از فساد حیاتی‌اند. شفافیت مستلزم آن است که شهروندان در مورد حقوق و استحقاق‌های خود، نحوه و چرایی تصمیم‌گیری‌ها از جمله رویه‌ها، معیارهای اعمال شده توسط تصمیم‌گیرندگان دولتی و شواهد مورد استفاده برای تصمیم‌گیری آگاه باشند. شفافیت ممکن است با «روشن ساختن گوشه‌های تاریک» از فساد جلوگیری کند و احتمال شناسایی اقدامات فاسد را بیشتر کند. پاسخ‌گویی موسسات را وادار می‌کند تا عملکرد خود را در دستیابی به اهداف و رفع نیازهای مردم در مقایسه با استانداردها و تعهدات عنوان شده توضیح داده و قابل درک کنند. در صورت رعایت نکردن استانداردها و تعهدات، پاسخ‌گویی نیاز به اقدامات قابل مشاهده و مسئولیت‌پذیر دارد. در جایی که حکمرانی شفاف است و داده‌ها در دسترس هستند، احتمال بازخواست مقامات و رهبران بیشتر است و فضای کمتری برای سوءاستفاده یا فساد وجود دارد.

تمرکز ویژه‌ای بر تشخیص مشکلات یکپارچگی و اتخاذ رویکرد پیشگیرانه برای مقابله با فساد در نظام سلامت در بسیاری از ارزیابی‌های نظام سلامت وجود ندارد. این خلاصه، توصیه‌هایی کلی را برای ترکیب دیدگاه فسادستیزی در ارزیابی نظام‌های سلامتی ارائه می‌دهد. بسیاری از رویکردهای مورد بحث مبتنی بر مفهوم پیشگیری است و بر شناسایی شرایط و موقعیت‌هایی که ممکن است منجر به فساد شود تمرکز دارد، حتی اگر در حال حاضر هیچ فسادی در حال انجام نباشد.

رویکردهای مختلف از چارچوب WHO پیروی می‌کنند که عملکرد سیستم سلامت را با استفاده از قیاس «پایه‌های ساختاری» طبقه‌بندی می‌کنند. اگرچه چارچوب پایه‌های ساختاری نظام سلامت آشناست، اما برخی مشکلات و راه‌حل‌ها ممکن است بر چندین پایه ساختاری تأثیر بگذارد و نیاز به رویکردی مقطعی داشته باشد.

آماده‌سازی برای ارزیابی و جمع‌آوری گروه

- * در مراحل مقدماتی ارزیابی نظام سلامت، برای تمرکز بر فسادستیزی، شفافیت و پاسخ‌گویی باید چند مرحله مورد توجه قرار گیرد. این مراحل عبارتند از:
 - * انتخاب کارشناسان برای عضویت در گروه ارزیابی و زیرگروه‌ها.
 - * ادغام مسائل مربوط به فساد، شفافیت و پاسخ‌گویی در کارگاه‌های مقدماتی و تدارکاتی.
 - * مشارکت در بحث‌های مقدماتی با دولت.
 - * در نظر گرفتن راه‌هایی برای مدیریت دسترسی و اطمینان از محرمانگی داده‌ها، از جمله حفاظت از مطلعان.

گنجاندن متخصصان فسادستیزی، شفافیت و پاسخ‌گویی در تیم ارزیابی نظام سلامت بسیار مهم است. کارشناسان باید هم از بخش سلامت و هم از راهبردها و تاکتیک‌های فسادستیزی آگاهی داشته باشند. تخصص حقوقی برای بررسی قوانین و مقررات سلامت در زمینه تعارض منافع، مقررات بخش خصوصی، برنامه‌های محافظت از افشاگران فساد و سایر اقدامات قانونی و نظارتی برای جلوگیری، تشخیص و مجازات تخلفات و همچنین افزایش شفافیت و پاسخ‌گویی مفید است. توصیه می‌شود متخصصان بین‌المللی با کارشناسان داخلی مشارکت کنند، زیرا دانش متناسب با زمینه و پیشینه‌های ساختارهای حاکمیت غیررسمی و رسمی ضروری است.

دستور کار کارگاه‌های مقدماتی باید موضوعات مربوط به فسادستیزی، شفافیت و پاسخ‌گویی، از جمله شناسایی ذی‌نقشان و علایق آنها در چارچوب کشور را در نظر بگیرد. کارگاه‌ها همچنین باید تعاریف قانونی و متداول برای این اصطلاحات، از جمله انواع مختلف فساد را در نظر بگیرند.^۱ با توجه به وجود دامنه گسترده‌ای از تفسیر اصطلاحات، اینکه ذینقشان درک خود را از فساد ارائه دهند، می‌تواند مفید باشد. این کارگاه‌ها می‌توانند به افزایش آگاهی و ظرفیت‌سازی یک تیم گسترده به‌منظور ارزیابی این مسائل کمک کنند، زیرا بعید است یک یا دو کارشناس بتوانند همه داده‌ها و اطلاعات مربوط به تمام اجزای یک برنامه ارزیابی را یکباره

جمع‌آوری کنند. کارشناسان باید در طول ارزیابی از گروه‌های فرعی (به عنوان مثال، آن دسته از گروه‌ها که به دنبال عناصر سازنده خاصی از نظام سلامت هستند) برای دانستن اینکه به دنبال چه چیزی هستند و چگونه ابزارهای خود را تنظیم کنند، حمایت کنند.

همچنین جلسات مقدماتی باید با دولت‌ها نیز برای توضیح هدف ارزیابی نظام سلامت برگزار شود. بیان جنبه‌ای از ارزیابی که در اینجا به آن پرداخته شده به عنوان جنبه‌ای متمرکز بر مناطقی که ذاتاً در معرض خطر بیشتر فساد هستند، یعنی جایی که تلاش‌های پیشگیری یا تقویت نظام‌های سلامتی می‌تواند به جلوگیری از فساد کمک کند، دارای اهمیت است. این بخش از ارزیابی باید به وضوح به عنوان نقطه تمرکز بر بررسی خطر فساد درک شود.

زیرگروه‌های ارزیابی که در اجزای مختلف بلوک‌های سازنده سلامت کار می‌کنند، می‌توانند از طریق روش‌های مختلف از جمله مصاحبه با افراد مطلع و متخصصان، ترسیم ذی‌نقشان و فرایندها، بررسی داده‌ها، بررسی سیاست‌ها و استفاده از ابزارهای ارزیابی خاص و دیگر موارد، تمرکز خود را بر ضد فساد، شفافیت و پاسخ‌گویی در اقدامات خود بگنجانند. درخصوص مصاحبه با مطلعان و متخصصان، همانند استانداردهای مطالعات کیفی، باید به پاسخ‌دهندگان اطمینان داد که آنها ناشناس خواهند ماند. جمع‌آوری داده‌ها باید به گونه‌ای سازمان‌دهی شود که از اکراه یا سکوت پاسخ‌دهندگان برای به اشتراک گذاشتن صادقانه نظرات بکاهد. به عنوان مثال، هنگام تمرکز بر انواع خاصی از فساد، سوالات نباید به تجربیات شخصی اطلاع‌دهندگان مربوط شود. در عوض، سوالات باید عموماً به درک مطلعان از حوزه‌های مستعد فساد، عوامل موثر و مسائل سطح نظام بپردازند. تیم ارزیابی باید نحوه ذخیره اطلاعات و دسترسی افراد به آنها را توضیح دهد. به طور معمول، برای اطمینان از ناشناس ماندن هویت، مطلعان با شماره ذکر می‌شوند. مطلع باید بداند آنچه می‌گوید ممکن است در گزارش ارزیابی به اشتراک گذاشته شود، اما با نام یا عنوان شغلی آنها مرتبط نخواهد بود. مصاحبه‌کنندگان باید از قضاوت خود برای حذف جزئیاتی که بیش از حد خاص به نظر می‌رسند، استفاده کند (به عنوان مثال، نام شخصی یا نامی که در روایت استفاده می‌شود). توجه فرد مطلع به این موضوع قبل از به اشتراک گذاشتن اطلاعات و جزئیاتی که به دیگران امکان شناسایی آنها را می‌دهد، مفید خواهد بود. به طور مشابه، یادداشت‌های مکتوب مصاحبه‌ها نباید شامل نام باشد.

بافتار کشور و نظام سلامت

موضوعات بافتاری تأثیرگذار بر نظام سلامت یک کشور، نقطه شروعی برای ارزیابی اند که شامل شناسایی ذی‌نقشان و علایق آنهاست. هنگام بررسی بافتار کشور مرتبط با حوزه‌های مستعد فساد، نکات زیر را باید در نظر گرفت.

*** شهروندان، سازمان‌های جامعه مدنی و رسانه‌ها را به عنوان ذی‌نقشان اصلی در ترویج شفافیت، پاسخ‌گویی و کنترل فساد در نظر بگیرید.** اینک ارزیابی‌های نظام‌های سلامت نقش سازمان‌های جامعه مدنی و مشارکت شهروندان را در رابطه با سلامت به طور کلی و همچنین در ارتباط با موضوعات مرتبط با فسادستیزی، شفافیت و پاسخ‌گویی در همه بخش‌ها در نظر بگیرند از اهمیت برخوردار است. گزارش‌دهی توسط سازمان‌های حمایتی تحت رهبری شهروندان و رسانه‌ها می‌تواند به افزایش شفافیت و پاسخ‌گویی دولت کمک کند. اعضای جامعه می‌توانند با ایفای نقش‌های فعال، از جمله خدمت در کمیته‌های مشورتی دولتی یا هیئت‌های تسهیلات، شرکت در گروه‌های متمرکز یا جلسات علنی، ارائه بازخورد از طریق نظرسنجی از بیماران یا خانوار و ارائه شکایات در مورد مراقبت‌های سوءاستفاده‌کننده یا مشکوک به فساد، شفافیت را ارتقا دهند. بررسی‌های اجتماعی انجام شده توسط گروه‌های اجتماعی و نظارت جامعه بر عملکرد مراکز درمانی سازوکارهای مهمی برای افزایش پاسخ‌گویی و جلوگیری از فساد هستند.

*** شناسایی نهادهای نظارتی دولتی و شرکای تأمین مالی خارجی.** هنگام تعیین ذی‌نقشان، نهادهای نظارتی دولتی مربوطه، مانند نهاد حسابرسی عالی، دفتر مدافع حقوق بشر، اداره نظارت بر تدارکات و سازمان فسادستیزی، باید مشخص شوند. این موسسات نقش مهمی در اطمینان از شفافیت و پاسخ‌گویی نهادهای دولتی (و گاهی خصوصی) در بخش سلامت دارند. با این ذی‌نقشان مصاحبه کنید تا اختیارات و تعهدات قانونی آنها را درک کرده و برداشت آنها را از موانع شفافیت و پاسخ‌گویی و عوامل محرک فساد در بخش سلامت جمع‌آوری کنید. بفهمید که اگر فساد گزارش شود چه اتفاقی می‌افتد و این ذی‌نقشان چگونه واکنش نشان می‌دهند. علاوه بر این، بودجه ارائه شده توسط شرکای خارجی برای ممیزی

اجتماعی یا حمایت از این موسسات را در نظر بگیرید، حتی اگر خارج از بخش سلامت باشد.

*** مشخص کنید که در محل تلاقی بخش خصوصی و دولتی کجا ممکن است مستعد فساد باشد.** معمولاً در ارزیابی نظام سلامت، در نظر گرفتن ساختار به معنای توجه به مشکلات مربوط به نقطه تلاقی بخش‌های دولتی و خصوصی است. در ۳۴ درصد از موارد فساد که به عنوان بخشی از «گزارش به ملت‌ها» تحلیل شد، مطالعه جهانی ۲۰۱۸ در مورد کلاهبرداری و سوءاستفاده شغلی، ارتباط نزدیک و غیرمعمول بین یک سازمان و فروشنده یا مشتری یک علامت هشدار بود.^۱ به همین دلیل ارزیابی نظام‌های سلامت باید فروشندگان خدمات مورد استفاده بخش سلامت (توزیع‌کنندگان دارویی، فروشندگان وسایل و تجهیزات پزشکی، نهادهای مسئول ساخت و نگهداری اماکن بهداشتی) را به عنوان یک گروه ذی‌نفع اصلی که منافع آنها ممکن است سیاست‌های جاری، روابط نهادی و کیفیت و ایمنی مراقبت را تحریف کند، در نظر بگیرد.

دریابید که سازمان‌های فروشنده اصلی چه کسانی هستند و راه‌های تعامل آنها با مقامات دولتی را ترسیم کنید. از نحوه کشف و مدیریت این روابط نزدیک و تعارض منافع بپرسید. برای مثال، ممکن است پروتکل‌های دولتی برای اعلام تعارض منافع و یا مقررات لابی کردن وجود داشته باشد. این موضوع می‌تواند چالش‌برانگیز باشد. با این حال در برخی از کشورها، نظام‌های موجود داده می‌توانند به تشخیص تعارض منافع کمک کنند. مثلاً در کشورهایی که موسسات تجاری به درستی ثبت شده‌اند، نرم‌افزارهای تخصصی می‌توانند آدرس خیابان‌های فروشنده را با آدرس کارکنان و سایر فعالان بخش سلامت مطابقت دهند. سودآوری شرکت می‌تواند یکی از نشانگرهای فساد باشد. یعنی سودآوری شدید تأمین‌کنندگان خاص در مقایسه با میانگین صنعت یک علامت هشدار است.

علاوه بر این می‌توان پایگاه‌های داده تدارکات را برای شناسایی تأمین‌کنندگان مختلف که از آدرس یکسانی استفاده می‌کنند، کاوید. این کاویدن ممکن است نشان دهد که در نظام تدارکات تقلبی شده و قراردادها به افراد یکسان با نام‌های مختلف تعلق می‌گیرد. به همین دلیل است که مشارکت سازمان تنظیم مقررات تدارکات، در صورت وجود چنین نهادی در کشور، بسیار مهم است.

۱- انجمن بازرسان خبره کلاهبرداری

*** قوانین و سیاست‌های کلی دولت مربوط به فسادستیزی، شفافیت و پاسخ‌گویی را در نظر بگیرید.** مصاحبه‌های ارزیابی اولیه باید درباره قوانین آزادی اطلاعاتی که دسترسی شهروندان به داده‌های دولت را تضمین می‌کنند، بپرسند. با این حال، قوانین آزادی اطلاعات همیشه چنین دسترسی را تضمین نمی‌کنند. از مخبران بپرسید که آیا با وجود قوانین آزادی اطلاعات، نهادهای عمومی سعی می‌کنند اطلاعات را پنهان کنند؟ مسئولیت‌های سطوح مختلف دولت و مؤسسات مرتبط با کنترل تقلب، خدمات بازرسی و سازوکارهای شکایت را شناسایی کنید. اگر این مؤسسات به خوبی کار می‌کنند، ممکن است امکان فعالیت‌های بیشتر میان‌بخشی در زمینه مقابله با فساد وجود داشته باشد. برخی از کشورها ممکن است راهبردی ملی برای فسادستیزی داشته و برخی دیگر ممکن است راهبردی برای فسادستیزی در بخش سلامت بیان کرده باشند. این اسناد باید در ارزیابی نظام سلامت مورد توجه قرار گیرند.

*** تحلیل‌های موجود در مورد فساد را به دست آورید.** گامی اضافه برای درک شرایط کشور در رابطه با فسادستیزی، شفافیت و پاسخ‌گویی، بررسی داده‌های مربوط به کشور در درگاه اینترنتی «شفافیت بین‌الملل»^۱ است؛ بزرگ‌ترین سازمان غیردولتی جهانی که برای فسادستیزی فعالیت می‌کند. به عنوان مثال، فشارسنج فساد جهانی^۲ شفافیت بین‌الملل، برداشت شهروندان از فساد در بخش سلامت و تجربیات آنها از اجبار به پرداخت رشوه برای دسترسی به خدمات سلامت را بررسی می‌کند. علاوه بر این، به دست آوردن مطالعات گذشته در مورد خطرات فساد، چه در بخش سلامت و چه در کل دولت، مفید است. نموداری با جزئیات از طرح و نقشه فسادستیزی در کشور ایجاد کنید. این نمودار در بخش سلامت نیز استفاده خواهد شد. این نمودار بصری باید نهادهای مسئول کنترل تقلب، بازرسی، افشاگری و شکایات شهروندان را نشان دهد (برای مثال به شکل ۱ مراجعه کنید). با پیشرفت ارزیابی، نقاط قوت و ضعف سازمان‌ها را می‌توان از طریق تحلیل اجزای سازنده نظام سلامت که در بخش‌های بعدی توضیح داده شده است، بیشتر تحلیل کرد. مراحل تقویت این مؤسسات ممکن است در طول فرایند ارزیابی مشخص شود.

1. Transparency International

2. Global corruption Barometer. <https://www.transparency.org/research/gcb/overview>.



ارائه خدمات

ارائه خدمات شامل تدارک خدمات سلامت شخصی و غیرشخصی، از جمله ترویج، پیشگیری، درمان، توانبخشی، خدمات تسکینی و سلامت جمعیت و همچنین نظام‌های ارجاع، بهبود کیفیت و مشارکت جامعه است. چارچوب سازمان جهانی سلامت در مورد خدمات سلامت یکپارچه و مردم‌محور [۹]، در دومین راهبرد از پنج راهبرد خود به طور خاص بر اهمیت تقویت حکمرانی و پاسخ‌گویی تأکید می‌کند:

- ۱- توانمندسازی و مشارکت مردم و جوامع
- ۲- تقویت حاکمیت و پاسخ‌گویی
- ۳- جهت‌دهی مجدد مدل مراقبت
- ۴- هماهنگی خدمات در داخل و بین بخش‌ها
- ۵- ایجاد محیط توانمندساز.

سؤالاتی که تیم ارزیابی را در حوزه ارائه خدمات هدایت می‌کند، باید به دنبال جمع‌آوری اطلاعات مربوط به نقاط احتمالی مستعد فساد، بر اساس درک نقاط ورود و موقعیت‌ها باشند. مشکلات متداول ارائه خدمات شامل سوءاستفاده از دارایی (نقدی و غیرنقدی)، صورتحساب جعلی، کارکنان شبح‌وار (غایب)، تعارض منافع موثر بر تصمیمات مدیریت و خطرات مربوط به اشتغال دوگانه (اشتغال همزمان متخصصان سلامت در بخش‌های دولتی و خصوصی) می‌شوند.

همچنین ممکن است نقاط ارائه خدمات نیز شکل‌هایی از فساد را تجربه کنند که می‌توان آن را ذیل سایر اجزای سازنده پایه‌های ساختاری نظام سلامت^۱ ارزیابی کرد. به عنوان مثال، غیبت در ذیل منابع انسانی سلامت مورد بحث قرار می‌گیرد. شیوه‌های تجویز جانبدارانه در داروها و فناوری‌ها و پرداخت‌های غیررسمی ذیل تأمین مالی سلامت مورد بحث قرار می‌گیرند. در واقع، وجود فساد در نقاط ارائه خدمات مشکل اصلی نیست، بلکه نتایج ناشی از مداخلات بالادستی مانند تأثیر بخش‌های خارج از دولت بر سیاست‌های ارائه

خدمات و کارکنان سلامت، پرداخت ناکافی به کارکنان سلامت همراه با ریسک پایین تشخیص فساد، انگیزه‌های ضعیف، فقدان دستورالعمل‌ها و غیره مشکل اصلی است. گروه فرعی ارزیابی که در زمینه ارائه خدمات فعالیت می‌کند، می‌تواند با بررسی خطوط تحقیق ذکر شده در زیر، فعالیت‌های خود را بر ضد فساد و ایجاد شفافیت و پاسخ‌گویی متمرکز کند.

*** در مورد شفافیت داده‌های عملکرد تحقیق کنید.** در مورد سازوکارهای جمع‌آوری بازخورد بیماران و استفاده از کارنامه یا سایر خلاصه‌های شاخص‌های عملکرد و نحوه به اشتراک‌گذاری این داده‌ها با بیماران یا شهروندان تحقیق کنید. آیا داده‌های اتمام موجودی انبارهای دارویی یا غیبت کارکنان بخش سلامت، جمع‌آوری و به اشتراک گذاشته می‌شود؟ آیا شهروندان حوزه‌های ارائه خدمت، از بودجه اختصاص داده شده به مرکز درمانی، زمان دریافت و نحوه هزینه‌کرد آن مطلع هستند؟

*** میزان دسترسی و اثربخشی سازوکارهای شکایت را مشخص کنید.** سازوکارهای شکایت روش مهمی است که سازمان می‌تواند از طریق آن سرنخ‌هایی در مورد کلاهبرداری یا سوءاستفاده به دست آورد [۱۰]. اطلاعات به اشتراک گذاشته شده در طول روند شکایت می‌توانند فساد را آشکار کنند، اما همچنین می‌توانند سازمان را قادر سازند نقاط احتمالی مشکل، از جمله کارکنان بی‌دقت یا بی‌کفایت یا رویه‌های رسمی غیرقابل اجرا را که ممکن است منجر به سوءاستفاده یا اقدامات غیرمسئولانه و ثبت نشده شوند، شناسایی و برطرف کند. آیا برای برای کارکنان و ذی‌نقشان راه‌های ارائه بازخورد ناشناس یا محرمانه وجود دارد؟ آیا اقدامات موثری بر اساس بازخورد انجام می‌شود؟ نمونه و مثالی درخواست کنید. آیا قانون حمایت از افشاگران وجود دارد و در صورت وجود چگونه اجرا می‌شود؟

*** یافته‌های حسابرسی گذشته و اقدامات اصلاحی انجام شده را ارزیابی کنید.** حسابرسی مالی یک بازرسی رسمی از حساب‌های سازمان است تا مشخص شود آیا صورت‌های مالی صحیح و کامل هستند و نمای واقعی و عادلانه‌ای از وضعیت مالی

سازمان را نمایش می‌دهند یا نه. حسابرسی انطباقی، میزان پیروی یک سازمان از قوانین و رویه‌های خود را ارزیابی می‌کند. حسابرسی عملکرد، خروجی‌های یک سازمان را در رابطه با برنامه‌ها و نهادهای هزینه شده ارزیابی می‌کند. مسئله مهم برای تیم ارزیابی این است که دریابد آیا یافته‌های حسابرسی مالی، انطباقی یا عملکردی توسط بخش حسابرسی داخلی سازمان یا عالی‌ترین موسسه حسابرسی صادر شده است. برای این منظور، بپرسید آیا سایر دفاتر دولتی، مانند دفتر حقوق بشر، گزارش‌های ویژه بازرسی مربوط به ارائه خدمات سلامت را انجام داده‌اند یا خیر. مهم‌تر از همه، دریابید که در صورت اقدام، چه اقدامات اصلاحی در پاسخ به یافته‌ها انجام شده است.

*** ارزیابی کنید که زمان انتظار عامل خطری برای بروز فساد است یا نه.** زمان‌های انتظار طولانی و فرایندهای ناکارآمد می‌توانند حتی قبل از رسیدن بیمار به ارائه‌کننده بالینی، فرصتی برای رشوه‌دهی ایجاد کنند. ترسیم فرایندهای نوبت‌دهی، پذیرش و نحوه حرکت بیماران در نظام سلامت ممکن است به آشکارسازی گلوگاه‌هایی که خطر پرداخت‌های غیررسمی را افزایش می‌دهند، کمک کند.

*** خطرات فساد در نظام ارجاع را در نظر بگیرید.** فرایندهای ارجاع بیمار یا اخذ گزارش پزشکی که توسط برخی از کارفرمایان برای تعیین مزایای مرخصی استعلاجی لازم است، از دیگر حوزه‌هایی است که در آنها منافع مالی می‌تواند سوگیری در تصمیم‌گیری ایجاد کند. به عنوان مثال، در صورتی که پزشکان «رشوه‌گیر» از ارائه‌دهندگان خاصی دریافتی داشته باشند، ممکن است ارجاعات غیرضروری انجام شود. در طول ارزیابی، تیم باید سؤالاتی را برای تعیین روش‌های خاصی که ممکن است فرایندهای ارجاع خطر فساد یا کنترل و مدیریت ریسک‌ها را افزایش دهند، تعیین کند.

*** تاثیر انتخاب مکان ارائه خدمات سلامت را در بروز فساد نظر بگیرید.** یکی دیگر از مسائل مهم ارائه خدمات، فرایند تصمیم‌گیری در مورد محل ساخت بیمارستان یا واحدهای تسهیلات سلامتی، به ویژه هنگامی که از بودجه خارجی استفاده می‌شود، است. خطرات بروز

فساد می‌تواند شامل پرداخت رشوه یا نفوذ بیجا در انتخاب محل باشد که منجر به ساخت تسهیلاتی در مکان‌های بدون اولویت شود. کاوش‌ها در طول ارزیابی می‌توانند تشخیص دهند که آیا سازوکارهای کنترلی برای جلوگیری از چنین مشکلاتی کافی است یا خیر.

* ملاحظه کنید که آیا شیوه‌های سوءاستفاده بر کیفیت مراقبت‌ها تأثیر

می‌گذارند و آیا سازوکارهایی برای تشخیص چنین مشکلاتی وجود دارد یا خیر. یکی از پیامدهای فساد کنترل نشده، کیفیت پایین مراقبت است [۱۲ و ۱۱]. ارزیابی نظام‌های سلامت برای بهبود کیفیت ممکن است به تشخیص اینکه آیا فساد یک عامل اثرگذار است، کمک کند. آیا سازوکاری برای بررسی کیفیت ارائه خدمات وجود دارد (کادر ۲)؟ آیا بازرسان سعی می‌کنند دریابند که واقعاً در عمل چه می‌گذرد؟ بررسی‌های مکانی و بازرسی‌های محلی می‌توانند به جلوگیری از انحراف منابع کمک کنند. درک نحوه عملکرد سرویس‌های محلی برای ارزیابی اینکه آیا برای کنترل خطر فساد کفایت می‌کند یا خیر، بسیار مهم است.

کادر ۲- بهبود کیفیت از طریق فسادستیزی، شفافیت و پاسخ‌گویی

کتابچه راهنمای سازمان جهانی سلامت برای سیاست‌گذاری و راهبرد کیفیت ملی: یک رویکرد عملی برای تدوین سیاست و راهبرد بهبود کیفیت مراقبت [۱۳] نشان‌دهنده این تأیید فزاینده است که خدمات سلامت باکیفیت در سراسر جهان باید به شرح زیر باشند:

- * اثربخش - ارائه خدمات مراقبت سلامت مبتنی بر شواهد به کسانی که به آنها نیاز دارند.
 - * ایمن - اجتناب از آسیب به افرادی که مراقبت برای آنها در نظر گرفته شده.
 - * مردم‌محور - ارائه مراقبت‌هایی که به ترجیحات، نیازها و ارزش‌های افراد پاسخ می‌دهد.
 - علاوه بر این، برای درک مزایای مراقبت‌های سلامت باکیفیت، خدمات سلامت باید ویژگی‌های ذیل را داشته باشند:
 - * به موقع - کاهش زمان انتظار و گاهی تأخیرهای مضر هم برای دریافت‌کنندگان و هم برای ارائه‌دهندگان خدمت.
 - * عادلانه - ارائه مراقبت‌هایی که از نظر کیفیت به دلیل جنسیت، قومیت، موقعیت جغرافیایی و وضعیت اقتصادی اجتماعی متفاوت نیست.
 - * یکپارچه - ارائه مراقبت‌هایی که در سطوح مختلف و میان ارائه‌دهندگان گوناگون به هم پیوسته بوده و طیف وسیعی از خدمات سلامت را در طول دوره زندگی در دسترس قرار می‌دهد.
 - * کارآمد - حداکثر استفاده از منابع موجود و جلوگیری از اتلاف را داشته باشد.
- یکی از راه‌های بررسی رابطه بین کیفیت و فسادستیزی، شفافیت و پاسخ‌گویی از طریق ابعاد یا محرک‌های ذکر شده در بالاست. به عنوان مثال، چگونه فساد به ایمنی ناکافی، اثربخشی پایین، فقدان بیمارمحوری و یکپارچگی، به موقع نبودن و ناکارآمدی کمک می‌کند؟

منابع انسانی برای سلامت

ارزیابی منابع انسانی برای سلامت، موجود بودن، در دسترس بودن، قابل قبول بودن، پوشش و کیفیت نیروی کار بخش سلامت را بررسی می‌کند. راهبرد جهانی سازمان جهانی سلامت در زمینه منابع انسانی برای سلامت نیروی کار ۲۰۳۰ بر اهرم‌های سیاستی که بازارهای کار سلامت را شکل می‌دهند، تمرکز می‌کند [۱۴]. تحلیل این اهرم‌های سیاستی از نظر نحوه تأثیرگذاری یا تحت تأثیر قرار گرفتن آنها از فساد، شفافیت و پاسخ‌گویی بسیار مهم است.

سرمایه ۴۳٫۵ میلیون نفری بخش سلامت در ۱۶۵ کشور عضو، بخش اقتصادی پیشرو را تشکیل داده است [۱۴]. با این حال، این تعداد برای برآوردن نیازها و اهداف سلامت کشورها ناکافی است و در بسیاری از کشورها، کارگران جبران خدمت مناسب و یا انگیزه کافی ندارند. فقدان اقدامات ضد فساد، همراه با بودجه ناکافی و فشارهای ناشی از کمبود کارکنان حوزه سلامت، خطر فساد را ایجاد می‌کند. زمانی که تیم ارزیابی نمایه‌ای از منابع انسانی را برای سلامت و شاخص‌های مرتبط ایجاد می‌کند، باید شکل‌های سوءاستفاده مانند کارکنان شب‌گونه (غایب)، کلاهبرداری شغلی و همچنین موضوع نظام‌های شفاف و شایسته‌سالارانه برای استخدام، انتصاب، انتقال و ترفیع را در نظر بگیرند.

خطرات فساد شامل بازارهای غیررسمی/نظام‌های انتساب برای واگذاری مشاغل در ردیف‌های شغلی جذاب و همچنین الزام کارکنان سلامت به پرداخت هزینه برای به‌دست آوردن یا حفظ هر موقعیتی می‌شود. زیرگروه ارزیابی که بر روی منابع انسانی برای سلامت کار می‌کند، می‌تواند تمرکز خود را بر فسادستیزی، ایجاد شفافیت و پاسخ‌گویی با بررسی خطوط تحقیق زیر ترکیب کند.

*** حوزه‌های احتمالی فساد یا برنامه‌هایی را که بر منابع انسانی بخش سلامت تأثیر می‌گذارند، ارزیابی کنید.** مشکل کارکنان شب‌گونه یا غیبت بی‌دلیل می‌تواند منجر به غیبت کارکنان سلامت برای ارائه مراقبت شود یا ممکن است کارکنان سلامت حضور داشته باشند، اما با دریافت هزینه غیررسمی از بیماران اخاذی کنند. علاوه بر این، ممکن است کارکنان سلامت حضور داشته باشند اما از صلاحیت کافی برخوردار نباشند،

زیرا از رشوه یا روابط/پارتی‌بازی برای به دست آوردن اعتبار یا پست خود استفاده کرده باشند. سرانجام ممکن است کارکنان سلامت مجبور باشند برای حفظ شغل خود به مقامات سطح بالاتر پول بپردازند. تیم ارزیابی می‌تواند به دنبال بحث در مورد هر یک از این برنامه‌ها باشد و اولویت‌ها را بر اساس اهمیت نسبی و جدیت یافته‌های خود تعیین کند.

*** سیاست‌ها را به عنوان ظرفیتی بالقوه برای کنترل فساد بازبینی کنید.** تیم ارزیابی باید به دنبال سیاست‌هایی باشد که مستلزم افشای تعارض منافع است (برای مثال در کمیته‌های راهنمای بالینی) و نحوه مدیریت موثر چنین تعارضاتی را ارزیابی کند. دریابید که آیا اشتغال همزمان در بخش خصوصی و دولتی مجاز است؟ در این صورت، آیا سیاستی برای نظارت بر این عمل وجود دارد؟ اشتغال همزمان می‌تواند انگیزه‌ای برای کارکنان ایجاد کند اما همچنین ممکن است منجر به ارجاع نامناسب بیماران به کلینیک‌های خصوصی آنها و یا شانه خالی کردن از وظایف بخش دولتی به نفع شغل بخش خصوصی شود. سیاست فوق‌العاده مأموریت (روزانه) و بازپرداخت‌های سفر را بررسی کنید تا مشخص شود آیا کنترل‌های کافی برای جلوگیری از سوءاستفاده‌ها انجام شده یا خیر.

*** ارزیابی کنید که آیا غیبت بدون دلیل باعث بروز مشکل می‌شود؟** نظام‌های سلامت باید سازوکاری برای سنجش غیبت، تعیین شرایط غیرموجه بودن و اجرای روش‌های انضباطی در مواقع لزوم داشته باشند.

*** خطرات فساد در نظام آموزش پزشکی را ارزیابی کنید.** تیم ارزیابی باید سؤالات مربوط به وجود یک نظام انتصاب و ارتقای مبتنی بر شایستگی برای اعضای هیئت علمی در دانشکده‌های پزشکی و موسسات آموزشی را ادغام کند. آیا نگرانی در مورد خرید مدرک، نمره یا پذیرش وجود دارد؟ اگر چنین است، آیا تلاش‌هایی برای کنترل چنین شیوه‌هایی انجام شده و اگر شده، نتیجه آن چه بوده؟ سؤال کنید که آیا نمایندگان صنعت، دانشجویان پزشکی را با پیام‌های تبلیغاتی هدف قرار می‌دهند یا خیر و آیا این امر بر تجویز یا شیوه‌های درمانی به طور نامناسب تأثیر می‌گذارد یا نه.

* سیاست‌های مربوط به اشتغال همزمان در بخش خصوصی و دولتی را مستند کنید (پزشکانی که هم در بخش دولتی و هم خصوصی فعالیت می‌کنند). فراوانی و توزیع اشتغال همزمان را تعیین کنید. در مواردی که این امر به‌طور مداوم تکرار می‌شود، ببینید آیا شواهد یا نگرانی‌هایی در مورد مشکلات احتمالی مرتبط، مانند افزایش غیبت پزشک در بخش دولتی یا ارجاع نامناسب بیماران به مطب خصوصی پزشک، وجود دارد؟

* خطرات فساد در سازوکارهای صدور مجوز و اعتبار بخشی را در نظر بگیرید. سازوکارهای صدور مجوز و اعتبارسنجی ممکن است به دلیل تعارض منافع یا رشوه به خطر بیفتند که می‌تواند منجر به ارائه خدمات سلامت توسط افراد بدون صلاحیت شود. تیم ارزیابی باید از مطلعان کلیدی بخواهد که برداشت‌های خود را به اشتراک بگذارند. در عین حال باید اذعان کنیم که تغییر نظام‌های ضعیف ممکن است زمان‌بر باشد.

* کفایت حقوق کارکنان سلامت و دسترسی به کالاهای مورد نیاز برای انجام کار خود را تحلیل کنید. اگرچه عوامل دیگر در ایجاد انگیزه در کارکنان سلامت و کنترل احتمال سوءاستفاده مهم هستند، اما دستمزد کم می‌تواند دلیلی برای درگیر شدن کارکنان در فساد باشد. یکی از راه‌های اندازه‌گیری کفایت حقوق، تحلیل نرخ‌های نسبی دستمزد کارکنان بخش دولتی سلامت در مقایسه با بخش خصوصی است. داده‌های بخش خصوصی ممکن است از طریق اداره آمار کشور یا وزارت کار در دسترس باشد. تفاوت‌های جهانی در جبران خدمت مهم هستند و بر بازار کار نیروی انسانی سلامت جهان تأثیر می‌گذارند. برای کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی^۱ (OECD)، این تفاوت‌ها از طریق منابع این سازمان در دسترس است.^۲ همچنین ارزیابی کفایت و تامین به موقع منابع (داروها و سایر کالاهای سلامت) از سطوح مرکزی که مورد نیاز کارکنان برای انجام وظایف خود است، بسیار مهم است. کمبود مواد اولیه/کالاهای ممکن است منجر به درخواست کارکنان سلامت برای پرداخت‌های غیررسمی به منظور خرید کالا برای سازمان‌هایی که در آن کار می‌کنند، شود.

1. Organisation for Economic Co-operation and Development

2. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migrationhealth/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en.

محصولات پزشکی، واکسن‌ها و فناوری‌ها

این پایه ساختاری نظام سلامت بسیار مستعد فساد است. ارزش صنعت دارویی جهان بیش از یک تریلیون دلار بوده و همان‌طور که در هفتاد و یکمین مجمع جهانی سلامت در سال ۲۰۱۸ اعلام شد، فقدان شفافیت و پاسخ‌گویی، نقش‌ها و مسئولیت‌های نامشخص و نبود نظارت، بخش داروسازی را در معرض نفوذ بیجا، فساد، اتلاف، کلاهبرداری و سوءاستفاده قرار می‌دهد [۱۵]. با توجه به پیچیدگی نظام دارویی و هسته اصلی نقاط تصمیم‌گیری (آزمایش‌های بالینی، تولید، تهیه و ارائه خدمات)، ارزیابی این حوزه باید توسط متخصصان انجام شود.

در این پایه ساختاری، یک منطقه کلیدی مستعد فساد، تعامل بین دولت و بخش خصوصی است. هر دو نظام سلامت متمرکز و غیرمتمرکز می‌توانند در برابر فساد آسیب‌پذیر باشند. در نظام‌های سلامت متمرکز، تسهیلگری بازارها توسط دولت ممکن است منجر به انحصار، افزایش قیمت و کنترل کیفیت ضعیف شود، در حالی که در برخی از نظام‌های غیرمتمرکز کنترل نحوه مصرف و اولویت‌بندی منابع دشوارتر است که می‌تواند منجر به افزایش خطر سوءاستفاده از قدرت و انحراف منابع برای منافع خصوصی شود.

اعضای تیم ارزیابی باید برای شناسایی و ارزیابی شفافیت و خطرات فساد در بخش دارویی از رویکرد حکمرانی خوب برای داروها (GGM)^۱ سازمان جهانی سلامت استفاده کنند [۱۶]. ابزارهای ارزیابی GGM در سال ۲۰۱۸ به روز شدند. اگر زمان کافی برای جمع‌آوری داده‌های دقیق نیست، بپرسید که آیا کشور قبلاً از ابزارها و شاخص‌های GGM استفاده کرده است یا نه. در این صورت، از این گزارش‌ها به عنوان مبنایی برای بحث بیشتر با ذی‌نقشان اصلی در راستای ارزیابی خطرات فساد در این زمینه استفاده کنید. چندین ذی‌نفع را برای بحث در مورد حوزه‌های احتمالی که در آنها خطر فساد یا تصمیم‌گیری جهت‌دار مالی وجود دارد، گرد هم آورید. این افراد ممکن است شامل مقامات در سطح ملی و نمایندگان بیمارستان‌های دولتی، فروشگاه‌های اقلام پزشکی مرکزی و بخش خصوصی باشند.

گروه فرعی ارزیابی که بر روی محصولات پزشکی، واکسن‌ها و فناوری‌ها کار می‌کنند،

1. Good Governance for Medicines.

می‌تواند با بررسی خطوط تحقیق ذکر شده در زیر، تمرکز خود را بر فسادستیزی و ایجاد شفافیت و پاسخ‌گویی قرار دهد.

* شفافیت و پاسخ‌گویی را با استفاده از رویکرد GGM تحلیل کنید که

استانداردگذاری، نظارت، پاسخ دادن و پیامدها را در نظر می‌گیرد.^۱

* اول، آیا استانداردها و ضمانت‌های جامع برای نقاط کلیدی تصمیم‌گیری بخش داروسازی (تولید، ثبت، انتخاب، تهیه، توزیع و غیره) به منظور جلوگیری از اقدامات نامطلوب تعریف و شفاف‌سازی شده‌اند؟

* دوم، آیا مستندسازی برای نظارت بر اینکه آیا تصمیمات و فرایندها مطابق با است* اندازدهای مورد توافق انجام شده و اینکه منتهی به نتیجه می‌شوند، وجود دارد یا خیر؟

* سوم، آیا اطلاعاتی که توضیح می‌دهد چرا استانداردها رعایت نشده‌اند و نتایج به دست نیامده‌اند، در دسترس عموم است؟

* سرانجام، آیا اطلاعاتی در دسترس عموم است که نشان می‌دهد در صورت برآورده نشدن استانداردها، مسئولان پاسخ‌گو هستند یا اقدامات اصلاحی یا واکنشی برای اطمینان از تکرار نشدن مشکلات انجام شده است؟ چه سیاست‌ها و شیوه‌هایی تغییر کرده است؟ آیا تغییرات به طور کامل اجرا شده و پایدار هستند؟

* با استفاده از ابزار شفافیت GGM تحلیل کاملی انجام دهید، به شرط اینکه تیم

ارزیابی زمان و منابع داشته باشد. ابزار شفافیت GGM می‌تواند خطرات فساد در بخش دارویی را با جزئیات خاص ارزیابی کند [۱۷]. اگر زمان یا منابع کافی برای اجرای یک ارزیابی کامل با استفاده از ابزار وجود ندارد، اولویت‌بندی حوزه‌های مرتبط با نظام دارویی برای اعمال زیرمجموعه‌ای از ابزارهای تشخیصی GGM را در نظر بگیرید. به عنوان حداقل، مهم است که سعی کنید به چهار سؤال کلی ذکر شده در بالا پاسخ دهید.

* **قیمت‌های خرید را تحلیل کنید.** ارزیابی قیمت پرداخت شده برای تدارکات دشوار

1. <http://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/en/>.

است، به ویژه اگر چندین نمایندگی خرید وجود داشته باشد. در مواردی که داده‌های قیمت در دسترس است، تحلیل مناقصه‌های گذشته برای تعیین قیمت‌های پرت (قیمت‌های بسیار بالا برای تهیه دارو یا تجهیزات پزشکی) می‌تواند مفید باشد. قیمت‌های پرت بالا نشانگر احتمالی فساد است. از ابزارهای سازمان جهانی سلامت/اقدام بین‌المللی^۱ [۱۸] می‌توان برای تحلیل داده‌های قیمت و مقایسه قیمت‌های پرداخت شده محلی با قیمت‌های بین‌المللی استفاده کرد، اگرچه چنین تحلیل‌هایی زمان‌بر است. تیم ارزیابی باید بررسی کند که آیا پژوهشگران یا سازمان‌های جامعه مدنی داده‌های قیمت را در گذشته تحلیل کرده‌اند؟ زیرا گزارش‌های اخیر ممکن است حاوی یافته‌های مربوطه باشد.

*** خطرات مربوط به تقلب و کلاهبرداری در وسایل پزشکی و تجهیزات پزشکی بادوام را در نظر بگیرید.** انواع تقلب ممکن است شامل توافق‌های پرداخت غیرقانونی، بازاریابی بدون برچسب، معیوب بودن تجهیزات پزشکی، تجهیزات پزشکی بادوام غیرضروری و توزیع تجهیزات پزشکی بادوام توسط تکنیسین‌های غیرمجاز باشد [۱۹]. تیم ارزیابی باید تعیین کند که آیا کشور از الگوهای استاندارد استفاده می‌کند یا خیر؟ الگوها می‌توانند از تدارکات مسئولانه و مستند پشتیبانی کنند [۲۰، ۲۱].

*** داده‌های حسابرسی تدارکات را بررسی کنید.** حسابرسی‌های تدارکات قبلی می‌تواند به عنوان یک منبع داده برای ارزیابی خطر فساد در تهیه داروها و تجهیزات پزشکی عمل کند. اگر کشوری یک پایگاه داده دولتی باز برای خریدهای سلامت گذشته داشته باشد، تیم‌های ارزیابی ممکن است با استفاده از متخصصان برای تحلیل داده‌ها به منظور تشخیص علائم هشدار برای تقلب در مناقصه و مالکیت صوری شرکت‌های مزایده استفاده کنند.

*** نظام‌ها را ارزیابی کنید تا از این طریق خروجی انبار را محاسبه کرده و تقلب در نسخه‌نویسی/تمهیدات استفاده نابه‌جا از دارو را تشخیص دهید.** تیم‌های ارزیابی باید در نظر داشته باشند که آیا نظام‌هایی برای جلوگیری از استفاده نابه‌جا از داروها (به ویژه مواد تحت کنترل و داروهای بسیار گران‌قیمت) وجود دارد و باید سریعاً

انحراف در استفاده از داروها را شناسایی کرده و در صورت وقوع مداخله کنند. نظام‌های سلامت همچنین به سیاست‌ها و رویه‌هایی برای بررسی شکایات/سوءظن به انحرافات در استفاده از داروها و مدیریت نتایج انحرافات تأیید شده نیاز دارند. تیم باید مشکلات احتمالی نسخه‌های جعلی و وجود دستورالعمل‌های دولتی یا نظام بازرسی را برای کنترل بیمارانی که به اشتباه مستندات دریافت دارو دارند، بررسی کند. اندازه‌گیری موجودی انبار با استفاده از نمونه‌گیری یکی از راه‌های تشخیص انحراف احتمالی در استفاده از داروهاست. نظام بازرسی باید بررسی‌های تصادفی محلی انجام دهد. کارکنان سلامت باید بدانند که در هر زمان ممکن است تاسیسات آنها بازرسی شود، اما زمان دقیق را ندانند.

*** فرایند ارزیابی فناوری سلامت را در نظر بگیرید.** نحوه ورود داروها و فناوری‌های جدید و موجود به کشور را تعیین کنید. این فرایند در برابر تعارض منافع و نفوذ ناروای صنعت آسیب‌پذیر است. کشورها باید به طور منظم ارزیابی فناوری سلامت را انجام دهند که آیا اطلاعات مستقلى که می‌تواند بر اساس آن فناوری را ارزیابی کند دارند؟ مانند نظام ارزیابی فناوری NICE در انگلستان و ایرلند شمالی یا پایگاه داده‌های دیگری که می‌توانند در مورد خرید فناوری جدید یا افزودن مزایای تحت پوشش به بسته خدمات مشاوره بدهد.

*** خطر تجویز جانبدارانه را ارزیابی کنید.** برای نیروی کار بالینی، تجویز داروها می‌تواند حوزه‌ای خطرناک باشد. بپرسید آیا پزشکان تجویزکننده اجازه دارند در داروخانه‌ها منافع مالی داشته باشند یا شواهدی دال بر دریافت پورسانت توسط این افراد از داروخانه‌ها یا نمایندگان فروش صنعت وجود دارد؟ اگر چنین است، تعیین کنید که چه کنترل‌هایی برای جلوگیری از تجویز جانبدارانه وجود دارد و از عملکرد آنها بپرسید. نمایندگان صنعت ممکن است تحت عنوان آموزش به تجویزکنندگان مراجعه کنند، اما در واقع سعی در ایجاد کسب و کار و معامله داشته باشند. سیاست‌های دولت برای کنترل تأثیر صنعت بر آموزش پزشکی باید مورد توجه قرار گیرد. در نهایت از دولت بپرسید که آیا صنعت را ملزم می‌کند تا هدایا و سایر پرداخت‌ها به پزشکان را گزارش دهند؟ (به عنوان مثال، قانون آفتاب^۱ [۲۳-۲۵]) و آیا داده‌ها در پایگاه داده و قابل جستجو جمع‌آوری شده‌اند [۲۶].

قانونی در ایالات متحده که برای شفاف‌سازی روابط بین ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و صنعت داروسازی در سال ۲۰۱۰ تصویب شد. 1. Sunshine Act.

نظام‌های اطلاعات سلامت

نظام اطلاعات سلامت یک کشور باید اقدام به یکپارچه‌سازی فرایند جمع‌آوری داده‌ها، پردازش، گزارش و استفاده از اطلاعات برای بهبود اثربخشی و کارایی خدمات سلامت از طریق مدیریت بهتر در همه سطوح کند. یک نظام اطلاعات سلامت قوی از برنامه‌ریزی مؤثر اصلاحات در راستای پوشش همگانی سلامت پشتیبانی می‌کند. این نظام منابع داده مانند سوابق سازمانی (داده‌های اداری)، سرشماری، ثبت حیاتی (ثبت احوال و سیستم آمار حیاتی)، نظرسنجی و نظام‌های مراقبت خانوارها را در بر می‌گیرد. تیم فرعی ارزیابی که بر روی نظام‌های اطلاعات سلامت کار می‌کند، می‌تواند با بررسی خطوط تحقیق ذیل، فعالیت‌های خود را بر ضد فساد، شفافیت و پاسخ‌گویی متمرکز کند.

*** خطر داده‌های جعلی را در نظر بگیرید.** تیم‌های ارزیابی باید از این خطر آگاه باشند که گزارش‌ها از داده‌های جعلی استفاده می‌کنند یا توسط واحدها و بیماران غیرواقعی تحریف شده‌اند. کلاهبرداری عمدی یک مشکل محتمل است و تیم ارزیابی باید تلاش کند تا بفهمد آیا این یک مشکل مشاهده شده یا خیر. برخی عوامل زمینه‌ای ممکن است منجر به جعل اطلاعات شود. به عنوان مثال، یک نظام اطلاعاتی بیش از حد طراحی شده و پیشرفته با منابع کم و کارکنانی که از آنها خواسته می‌شود فرم‌های زیادی را پر کنند. ابزارها می‌توانند به همسویی داده‌ها و روشن شدن خطرات داده‌های کاذب کمک کنند. به عنوان مثال در آلبانی، دولت سیستمی را وضع کرد که به موجب آن بیماران بیمارستانی پس از مراجعه به مراکز درمانی پیامکی دریافت می‌کردند که می‌پرسید آیا تحت مراقبت قرار گرفته‌اند یا نه و در صورت دریافت آیا مجبور به پرداخت رشوه شدند؟ به همین ترتیب، نظام‌های تدارکات و خرید الکترونیکی و قرارداد و عمومی می‌تواند فرصت‌های تغییر یا مخفی کردن داده‌ها را کاهش دهد (به پایین مراجعه کنید).

*** سطح پیاده‌سازی دولت الکترونیک و استقرار دولت با درهای باز را ارزیابی کنید.** دولت الکترونیک به استفاده از وسایل ارتباطات الکترونیکی، رایانه‌ها و اینترنت برای ارائه خدمات عمومی به شهروندان و سایر افراد در یک کشور یا منطقه اشاره دارد. تدارکات و خرید الکترونیکی یکی از جنبه‌های حکمرانی الکترونیکی است. دولت الکترونیکی تسهیل‌گر

شفافیت و مشارکت شهروندان در حکمرانی است. همان‌طور که دولت‌ها داده‌های خود را برای بررسی عمومی در اختیار همه قرار می‌دهند، سازمان‌های شهروندی هم می‌توانند دولت را از طریق تحلیل داده‌ها ملزم به پاسخ‌گویی کنند [۲۷]. تیم‌های ارزیابی باید چگونگی تأثیر دولت الکترونیک بر بخش سلامت و فرایندهای تدارکات سلامت را بررسی کنند. چه چیزی اندازه‌گیری می‌شود، چه وظایف یا فرایندهای دولتی را در بر گرفته‌اند و در اجرای دولت الکترونیک چه درس‌هایی تا به امروز آموخته شده است؟

*** نتایج حسابرسی اجتماعی قبلی و کارنامه‌های گزارش تسهیلات را بررسی کنید.** ممیزی اجتماعی و کارت‌های گزارش تسهیلات یک منبع داده اضافی است که مشارکت اعضای جامعه را برای جمع‌آوری، تحلیل و تفسیر داده‌ها جلب می‌کند [۲۸].

*** ظرفیت تحلیل داده‌ها و داده‌کاوی در مورد مسائل مربوط به فساد، شفافیت و پاسخ‌گویی را ارزیابی کنید.** با استفاده از تحلیل داده‌ها در پایگاه‌های اطلاعاتی پرداخت‌های بیمه می‌توان فساد را تشخیص داد. آیا پایگاه‌های داده‌ای پرداخت‌های بیمه در دسترس عموم قرار می‌گیرد؟ آیا آنها برای الگوهای کلاهبرداری مورد بررسی قرار گرفته‌اند؟ این فرایند چیست و زمانی که کلاهبرداری شناسایی می‌شود چه اتفاقی می‌افتد؟ تیم‌های ارزیابی باید در مورد امنیت داده‌ها سوال کنند تا از دستکاری نشدن داده‌ها مطمئن شوند. آیا می‌توان پایگاه‌های اطلاعاتی پرداخت را محرمانه کرد (علائم هویتی را حذف کرد) تا ناظران خارجی بتوانند آنها را تحلیل کنند؟ به عنوان مثال، پایگاه‌های پرداخت‌های بیمه غیرقابل شناسایی خدمات‌مدیکر و مدیکر^۱ در ایالات متحده آمریکا [۲۹]. از داده‌کاوی می‌توان برای شفاف‌سازی اسناد و تجسم الگوها استفاده کرد. این امر می‌تواند پایش مستمر داده‌های پرداخت را برای شناسایی ناهنجاری‌ها یا الگوهای بالقوه تقلب و کلاهبرداری خودکار کند. تیم‌های ارزیابی باید سؤال کنند که آیا از داده‌کاوی استفاده می‌شود و واحد داده‌کاوی دارای ظرفیت فنی، منابع و استقلال کافی است یا خیر؟ آیا می‌توان داده‌های تدارکات سلامت را با پایگاه‌های داده‌ای مربوط به مالکیت شرکت‌ها پیوند داد (راهبردی که مرکز اقدام ضد فساد در اوکراین^۲ برای تشخیص فساد در زمینه خرید داروهای سل و HIV/AIDS استفاده کرد [۳۰])؟

1. Medicare & Medicare Services

2. Anticorruption Action Centre in Ukraine

*** حفاظت از اطلاعات الکترونیکی بیماران در برابر سرقت را بررسی کنید.** اطلاعات به سرقت رفته از بیماران می‌تواند برای صدور صورتحساب جعلی توسط افراد سودجو که اغلب خود را به عنوان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت معرفی می‌کنند، مورد سوءاستفاده قرار گیرد.

*** تعیین کنید که آیا سایر راهبردهای اطلاعاتی برای ارتقای شفافیت استفاده می‌شوند یا خیر.** به عنوان مثال، چندین کشور اروپایی و مراکز خدمات مدیگر و مدیکید در ایالات متحده پایگاه داده‌هایی را برای مستندسازی پرداخت‌های شرکت‌های داروسازی و تجهیزات پزشکی به پزشکان و سازمان‌های سلامت نگهداری می‌کنند [۲۳-۲۶]. رویکردهای فناوری نوآورانه‌ای که باید در نظر گرفته شوند شامل بلاک‌چین^۱، نوآوری دیجیتالی با قابلیت ارائه دنباله‌ای تغییر ناپذیر از حسابرسی و تقویت یکپارچگی در دولت [۳۱].

*** بپرسید که آیا شاخص‌های مربوط به خطرات فساد یا شفافیت و پاسخ‌گویی جمع‌آوری می‌شوند؟** داده‌ها کجا هستند و آیا می‌توان آنها را تجمیع کرد؟ شاخص‌های موجود از شرکای خارجی شامل پیمایش‌های شفافیت بین‌الملل (همان‌طور که قبلاً ذکر شد) و شاخص‌های حاکمیت جهانی بانک جهانی^۲ هستند.

*** پایگاه‌های داده خارجی را که شاخص‌های عملکردی را ادغام می‌کنند در نظر بگیرید.** به عنوان مثال، شاخص‌های ارائه خدمات بانک جهانی برای سلامت، پایگاه داده‌ای است که مجموعه‌ای از معیارها را برای ارزیابی عملکرد ارائه خدمات در کشورهای منتخب آفریقایی ارائه می‌دهد. این پایگاه شامل اندازه‌گیری‌های غیبت و در دسترس بودن منابع کلیدی مورد نیاز برای ارائه خدمات سلامت است. برای کشورهایی که در پایگاه داده وارد شده‌اند، این شاخص‌ها می‌توانند به ارتقای پاسخ‌گویی کمک کنند.

نظامی برای ثبت داده‌ها که آنها را در دسته‌ها یا «بلوک‌هایی» دسته‌بندی می‌کند. صفحه ویکی‌پدیا برای مطالعه بیشتر
1. Blockchain <http://graphics.reuters.com/TECHNOLOGY-BLOCKCHAIN/010070P11GN/index.html>

2. World Bank Worldwide Governance Indicators

3. <http://sdg.iisd.org/news/world-bank-updates-governanceindicators>

تامین مالی سلامت

همان طور که در «راهنمای تشخیصی تامین مالی کشوری سازمان جهانی سلامت» توضیح داده شده، اساس توسعه راهبرد ملی یا عملکردهای کلیدی تامین مالی سلامت عبارتند از افزایش درآمد، جمعیت، خرید و طراحی بسته مزایا [۳۲]. مسائل مربوط به فساد، شفافیت و پاسخ‌گویی می‌توانند در هر یک از این عملکردها ایجاد شوند و در نتیجه می‌توانند بر حفاظت مالی، برابری مالی (توزیع بار تأمین مالی نظام سلامت در گروه‌های مختلف اجتماعی-اقتصادی)، کیفیت خدمات و استفاده عادلانه از خدمات سلامت به‌طور نامطلوبی اثر بگذارند. تشکیل بودجه بخش دولتی، توزیع، کنترل مالی و گزارش هزینه‌ها از عوامل مهم زمینه‌ای هستند. تیم ارزیابی که روی تأمین مالی سلامت کار می‌کند، می‌تواند با بررسی خطوط تحقیق فهرست شده در ادامه، فعالیت‌های خود را بر ضد فساد، شفافیت و پاسخ‌گویی متمرکز کند.

*** اینکه آیا بیماران به طور غیررسمی هزینه‌ای برای مراقبت پرداخت می‌کنند یا نه، تعیین کنید.** میزان پرداخت غیررسمی شاخصی برای دسترسی مالی به خدمات سلامت است. تیم‌های ارزیابی باید تشخیص دهند که آیا بیماران برای خدمات یا داروهایی که باید رایگان باشد، هزینه‌ای از جیب می‌پردازند یا نسبت به سیاست‌های بسته‌های خدمات نرخ‌های بالاتری را پرداخت می‌کنند؟ نسبت بیمارانی را که مجبور به پرداخت هزینه برای خدمات رایگان هستند و مبلغی را که پرداخت کرده‌اند، محاسبه کنید و سایر اطلاعات مربوط به انواع پرداخت‌ها و وسعت و شدت مشکل را جمع‌آوری کنید. اینکه سعی کنید داده‌های مربوط به هدایایی را که آزادانه برای ابراز قدردانی داده شده، از سایر پرداخت‌های غیررسمی داوطلبانه یا غیرداوطلبانه (به زور گرفته شده) برای دریافت خدمات جدا کنید، کمک‌کننده خواهد بود. هدیه دادن ممکن است راهی برای ایجاد روابط مهم اجتماعی باشد. اگرچه این ذهنیت نیاز به هدیه دادن خود می‌تواند مانعی برای دسترسی باشد. همچنین جدا کردن محیط بیمارستان از مراقبت‌های اولیه مفید است، زیرا محدوده مشکل، عوامل به‌وجود آورنده مشکل و راه‌حل‌ها بر اساس محیط می‌تواند متفاوت باشد.

*** شفافیت در روند بودجه را ارزیابی کنید.** خطرات فساد در روند تدوین و تخصیص بودجه، علاوه بر خطرات اختلاس، شامل تخصیص نادرست وجوه بر اساس ترجیحات سیاسی و نه نیازهای جمعیت است. شفافیت بودجه می‌تواند به کاهش چنین خطراتی کمک کند. اقدامات و ابتکار عمل در خصوص شفافیت بودجه‌ای اغلب با دولت با درهای باز ترکیب می‌شوند تا به سازمان‌های جامعه مدنی اجازه دسترسی به موقع به بودجه‌های پیشنهادی و داده‌های واقعی هزینه‌ها را بدهد تا براساس این داده‌ها تحلیلی انجام دهند. سازمان همکاری‌های بودجه‌ای^۱، سازمانی غیردولتی و بین‌المللی است که در این زمینه فعالیت می‌کند.

*** گزارش‌های حسابرسی مالی گذشته را مرور کنید.** گزارش‌های حسابرسی مالی منبع مهمی از اطلاعات برای تشخیص مشکلات احتمالی و ضعف‌های نظام هستند که نیاز به تقویت دارند. با این حال، یافته‌های گزارش‌های حسابرسی اغلب مورد توجه قرار نمی‌گیرند. به تیم‌های ارزیابی توصیه می‌شود با حسابرسان مؤسسه عالی حسابرسی ملاقات کرده و توصیه‌های گزارش‌های قبلی را مورد بحث قرار داده و ارزیابی کنند که آیا پاسخ نهادی مناسب بوده است یا نه (برای مثال: آیا بیشتر توصیه‌ها انجام شده است؟).

*** میزان نگهداری مجزای اطلاعات مالی را در نظر بگیرید.** تیم‌های ارزیابی باید میزان همکاری متخصصان سلامت با کارکنان مدیریت مالی و این احساس را که اعضای یک تیم هستند، در نظر بگیرند. جدا و منزوی نگه داشتن مسئولیت‌های مالی می‌تواند خطر فساد را افزایش دهد. به پرسنل پزشکی باید اجازه داده شود گزارش وضعیت بودجه را بخوانند.

*** اقدامات مربوط به حصول اطمینان از آگاهی همه افراد از حقوق و تعهدات خود را مرور کنید.** از منظر تامین مالی سلامت، این مهم است که مردم از حقوق و تعهدات خود آگاهی داشته باشند (به عنوان مثال، حق دسترسی رایگان به چه خدماتی دارند). اگر این اطلاعات به آسانی در سطوح مختلف نظام سلامت موجود و در دسترس باشد، به جلوگیری از فساد کمک می‌کند (به عنوان مثال، ارائه‌دهندگانی که درخواست پرداخت برای خدماتی می‌کنند که باید بدون هزینه‌ای از جیب بیمار انجام شود).

1. Partnership International Budget; <http://www.internationalbudget.org>.

* خطرات را با توجه به عملکردهای اصلی تامین مالی سلامت ارزیابی کنید. نمونه‌هایی از خطرات فساد تحت عملکردهای کلیدی تامین مالی سلامت در ادامه ذکر شده است.

- افزایش درآمد (با هدف افزایش درآمد بخش سلامت از منابع مختلف)
- شرکت‌ها برای اجتناب از مالیات «حقوق قابل ارزیابی» را دستکاری می‌کنند.
- کارکنان در وضعیت استخدامی غیررسمی نگه داشته می‌شوند تا از مالیات/پرداخت مزایا به آنها اجتناب شود.

- دولت (به عنوان مثال، لابی توسط مقامات صنعت بر سیاست عمومی جریمه‌ها و مجازات‌های آلودگی هوا یا مالیات بر محصولات ناسالم تأثیر می‌گذارد).
فرار مالیاتی اشخاص.

- تجمیع درآمدها (با هدف به حداکثر رساندن ظرفیت توزیع مجدد وجوه پیش‌پرداخت شده).
- دستکاری معیارهای واجد شرایط بودن برای بسته‌های مزایا (به عنوان مثال، به نحوی که افراد ثروتمندتر به بسته‌های مزایایی که برای فقرا طراحی شده، دسترسی پیدا کنند).
- طبقه‌بندی نادرست عمدی افراد برای حق بیمه ترجیحی و دسترسی به مزایای بیشتر.
- تغییر و تأثیر بر فرمول‌های تعدیل ریسک. اگر کشوری چندین صندوق بیمه داشته باشد، این امر می‌تواند مشکل‌ساز باشد. به عنوان مثال، اگر یک شرکت بیمه دارای مجموعه‌ای از بیمه‌شدگان کم‌خطر در یک نظام ریسک تعدیل شده باشد، از این شرکت خواسته می‌شود تا هزینه اضافی مجموعه بیمه‌شدگان پرخطر را پرداخت کند. در چنین حالتی، انگیزه شرکت این است که وانمود کند بیماران پرخطر دارد. بنابراین می‌تواند از یک مجموعه کم‌ریسک پول دریافت کند.

- اختلاس. ارائه آمار نادرست مبالغ جمع‌آوری شده صندوق از طریق دستکاری داده‌ها یا سوءاستفاده از وجوه تجمیع شده (به عنوان مثال، مدیری که از وجوه برای سرمایه‌گذاری در یک طرح شخصی برای کسب درآمد استفاده می‌کند).

- خرید (با هدف انتقال وجوه تجمیع شده به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت)

- طراحی مبهم مزایا.

- فرایندهای غیرشفاف برای ثبت نام در شبکه‌های بیمه و مذاکره در مورد توافقنامه‌های

- ارائه‌دهندگان (احتمالاً اجازه ورود به ارائه‌دهندگان فاقد کفایت را می‌دهد).
- مشوق‌ها و مدیریت مطالبات بازپرداخت غیرشفاف. یکی از خطرات این است که به ارائه‌دهندگان گفته می‌شود که «باید برای پرداخت حقشان، پرداخت کنند». یعنی مدیران مسئول پرداخت از ارائه‌دهندگان اخاذی می‌کنند یا مبالغی دریافت می‌کنند تا قبل از دیگران بازپرداخت را دریافت کنند.
- بازپرداخت خدماتی که تحت پوشش نیستند یا نادیده گرفتن راهنماهای بالینی.
- نفوذ نابه‌جای صنعت داروسازی در نحوه تنظیم مقررات قیمت دارو (بخش محصولات پزشکی، واکسن‌ها و فناوری‌ها را هم ببینید).
- سوءاستفاده از سیستم کدگذاری (تخصیص کد نادرست)^۱ برای بازپرداخت.

دیگر موارد

- کنترل ناکافی بر لابی‌گری. تیم‌های ارزیابی باید کنترل‌های لابی‌گری را از منظر قانونی و اخلاقی ارزیابی کنند. نباید به نمایندگان صنعت اجازه داده شود نقشی رسمی در مذاکرات داشته باشند (مذاکره قیمت‌ها، روش‌های بازپرداخت^۲ و غیره)، در حالی که با دولت نیز لابی می‌کنند. لابی لزوماً فساد نیست. آنچه مهم است اطمینان از کنترل نحوه انجام لابی‌گری است. به عنوان مثال، آیا الزامی وجود دارد که لابی‌گرها ثبت شوند؟

۱- up-coding: اختصاص کد نادرست و بعضاً کد خدمتی گرانتر از خدمت بهداشتی که ارائه شده.

۲- Clawback provision: به معنای بازپرداخت مبلغ یا مزایایی که در قرارداد عنوان شده‌اند، است که پرداخت شده اما به دلیل شرایطی خاص نیاز به برگشت دارند. بعضاً این بازپرداخت‌ها در قراردادهای پرداخت مزایای داروهای تجویزی استفاده می‌شوند. این رویه‌ها ممکن است پیچیده بوده و یا به نحوی طراحی شده باشند که برای بیمار ضرر به همراه داشته باشند.

حکمرانی

سازمان جهانی سلامت حکمرانی را به عنوان تضمین وجود چارچوب‌های راهبردی سیاستی و همراه با نظارت مؤثر، ایجاد ائتلاف، مقررات، توجه به طراحی نظام‌ها و پاسخ‌گویی تعریف می‌کند. رویکرد ارزیابی نظام‌های سلامت بر سه فرایند حکمرانی متمرکز است:

- ۱- فرایندهایی که از طریق آنها دولت‌ها انتخاب، پایش و جایگزین می‌شوند.
- ۲- ظرفیت دولت‌ها برای تدوین و اجرای مؤثر سیاست‌های مناسب.
- ۳- روند تسهیل تعاملات مولد بین شهروندان، سازمان‌های خصوصی و دولت (مانند سیاست‌مداران، سیاست‌گذاران و سایر مقامات دولتی) [۸].

حکمرانی سلامت در سطح ملی با مأموریت دستیابی به پوشش همگانی سلامت همسو است [۸]. همان‌طور که در بخش مربوط به کشور و بافتار نظام سلامت بیان شد، مصاحبه با ذی‌نقشان باید شامل سازمان فسادستیزی، عالی‌ترین مؤسسه حسابرسی و دفتر مدافع حقوق بشر باشد. در برخی از کشورها، آژانس نظارتی کلی خاصی (خارج از بخش سلامت) برای بررسی تدارکات وجود دارد و ممکن است یک دفتر بازرسی مرکزی برای نظارت بر خدمات بازرسی در سطح بخشی وجود داشته باشد. در طول ارزیابی و با هدف حداکثر کردن شفافیت، پاسخ‌گویی و کنترل فساد در سیاست‌های سلامت و تعاملات بین شهروندان، دولت و بخش خصوصی، هر سازمانی که در ایجاد قوانین و رویه‌هایی که در بخش سلامت اعمال می‌شوند مشارکت دارد، باید مورد مشورت قرار گیرد.

تیم ارزشیابی که بر امور حکمرانی کار می‌کند، می‌تواند با بررسی خطوط تحقیق فهرست شده در زیر، تمرکز خود را بر فعالیت‌های ضد فساد، شفافیت و پاسخ‌گویی قرار دهد.

* به دنبال قوانین دولتی مربوط به داده‌های و علنی باشید. به وب‌سایت‌های داده عمومی مراجعه کنید و سازمان‌های جامعه مدنی را که در این زمینه کار می‌کنند، شناسایی کنید (همچنین به بخش نظام‌های اطلاعات سلامت مراجعه کنید).

* داده‌های مربوط به تجربه کشور در مورد افراد و سازمان‌های دارای تجارب چندگانه را جستجو کنید. معاهده شفافیت داروها یکی از این ابتکارات حکمرانی است (<http://www.medicinestransparency.org>). چنین ابتکاراتی به طور خاص برای تسهیل تعاملات شفاف بین سازمان‌های جامعه مدنی، بخش خصوصی و دولت به منظور افزایش مسئولیت‌پذیری طراحی شده‌اند. آیا دولت برای شناسایی راهبردهای سلامت قابل اجرا و تاثیرگذار که با تغییر در سیاست می‌تواند بر انگیزه‌ها موثر باشد، با بازیگران محلی وارد تعامل شده است؟ در چه سطوح و حول چه مسائلی؟

* مفاد خاص در قوانین مربوط به انطباق را بررسی کنید. قوانین و مقررات بیمه سلامت ممکن است بیمارستان‌ها و سایر سازمان‌های خدماتی را تشویق به ایجاد برنامه‌های مربوط به کنترل تقلب و پرداخت‌های غیررسمی کند. اگر مدیران تسهیلات و سازمان‌ها نتوانند اقدامات مربوط به تطبیق را انجام دهند، مقررات باید جریمه یا مجازات پیش‌بینی کند.

* قوانین افشاگری و اجرای آنها را ارزیابی کنید. تیم ارزیابی باید تعیین کند که آیا سازوکارهایی برای جمع‌آوری و رسیدگی به شکایات بیماران وجود دارد یا خیر و اثربخشی آنها را در حل مشکلات فردی و شناسایی نقاط ضعف نظام‌مند که باید برطرف شوند، ارزیابی کند.

* درباره سیاست‌های افشاگری پرس‌وجو کنید. یک سیاست افشاگری مشخص می‌کند که چه اطلاعاتی باید در دسترس عموم قرار گیرد و آیا شفافیت فعال است یا نه (یعنی دولت به استناد راهبردهای فعال، مانند قرار دادن داده‌ها بر روی وب‌سایت، اطلاعات را در دسترس عموم قرار می‌دهد) یا از طریق یک مدل درخواست (افراد باید اطلاعات را درخواست کنند). آیا دولت سیاست‌ها، چارچوب قانونی و داده‌های عملکرد خود را در دسترس عموم قرار می‌دهد؟ آیا در سیاست افشا خلأهایی وجود دارد؟

* ببینید که چگونه کشور تحت تاثیر سازوکارهای حاکمیت جهانی قرار دارد. به عنوان مثال، آیا کنوانسیون سازمان ملل متحد علیه فساد در حال اجراست؟ این معاهدات

جهانی و سازوکارهای حکومتی چگونه بر فساد تأثیر گذاشته است؟ این موضوع حوزه وسیعی برای تحقیق است و تیم ارزیابی ممکن است توانایی و زمان کافی برای بررسی این مسائل را نداشته باشد. با این حال، تیم باید دریابد که آیا ارزیابی‌های اخیر ممکن است بر سلامت تأثیر داشته باشند؟ فساد سلامت می‌تواند بسیاری از اهداف توسعه پایدار را در زمینه‌های سلامت، فساد و عدالت اجتماعی تحت تأثیر قرار دهد.

*** ساختارهای قدرت و هنجارهای غیررسمی را که بر تعاملات بخشی حاکم است، ارزیابی کنید.** اینها «قوانین نانوشته بازی» و شامل باورها، نگرش‌ها و مدل‌های ذهنی در مورد فساد هستند. دانشکده دیپلماسی فلچر در دانشگاه تافتز^۱ در ایالات متحده آمریکا ابزاری برای نگاشت هنجارهای اجتماعی غیررسمی که شیوه‌های فساد را ایجاد و تداوم می‌بخشند، ایجاد کرده است.^۲ مؤسسه حکمرانی بازل سوئیس و مؤسسه توسعه برون‌مرزی انگلستان و ایرلند شمالی^۳ ابزارهایی را برای تحلیل قدرت و نفوذ و اقتصاد سیاسی ایجاد کرده‌اند تا در تعیین اینکه که کجا قدرت غیررسمی می‌تواند بر تصمیمات سیاستی تأثیرگذار باشد، کمک کنند [۳۳-۳۵]. توافقات سیاسی و تحلیل اقتصاد سیاسی برای برخی از کشورها در وبسایت این موسسات و همچنین از طریق برنامه دولت‌های موثر و توسعه فراگیر دانشگاه منچستر^۴ در دسترس هستند.^۵ نگاشت شبکه‌ای و تحلیل اقتصاد سیاسی ممکن است برای تعیین اینکه کدام افراد کلیدی می‌توانند تلاش‌ها در راستای فسادستیزی، به ویژه در زمینه‌های مالی، تدارکات و پایش را موفق یا ناموفق کنند، مفید باشد.

*** ارزیابی کنید چگونه تمرکززدایی ممکن است بر خطرات فساد تأثیر بگذارد.** تمرکززدایی نظام سلامت ممکن است مسئولیت‌پذیری نسبت به نیازها و ارزش‌های محلی را ممکن سازد (پاسخ‌گویی بیشتر) و در نتیجه می‌تواند به کنترل فساد کمک کند. مطالعه‌ای در بنگلادش نشان داد که تمرکززدایی سیستم‌های نظارتی را تقویت کرده که

1. The Fletcher School of Diplomacy at Tufts University

2. <https://sites.tufts.edu/ihs/how-to-deal-withthe-complexity-of-corruption-four-recommendations-forprogramming/>.

3. Overseas Development Institute

4. University of Manchester's Effective States and Inclusive Development

5. <http://www.effective-states.org/?s=health+sector>.

از طریق گزارش کیفیت خدمات، اجازه افزایش پاسخ‌گویی را می‌دهد [۳۶]. در برزیل تمرکززدایی، پیامدهای سلامت بهتری را در یک ایالت به همراه داشت. احتمالاً به دلیل ساعات اداری معتبرتر مقامات دولتی، ارتباطات شخصی جامعه با شورای سلامت و رهبران محلی که می‌توانستند ارتباط بهتری با کارکنان و بیماران داشته باشند [۳۷]. تمرکززدایی مالی در کشورهای بسیار فاسد با کاهش کسری بودجه دولت در یک مطالعه [۳۸] و با فراوانی کمتر رشوه گزارش شده در مطالعه دیگر [۳۹] همراه بود. توجه به خودمختاری تصمیم‌گیری دولت‌های محلی و پرسش از ذی‌نقشان در مورد اینکه چگونه ممکن است این امر بر قدرت دولت در خارج کردن رشوه از شرکت‌ها یا شهروندان تأثیر بگذارد، دارای اهمیت است. همچنین پرسش در خصوص سازوکارهای مختلف پاسخ‌گویی، از جمله مشارکت شهروندان بسیار مهم است. همواره باید این سوال را مطرح کرد که چه نظارتی بر تصمیم‌گیری اعمال می‌شود؟

تحلیل پایه‌های ساختاری نظام سلامت

پس از اینکه متخصصان، آسیب‌پذیری‌های موجود در هر یک از اجزای سازنده نظام سلامت را ارزیابی کردند، در نظر گرفتن مشکلات و اولویت‌ها در سراسر نظام به عنوان یک کل و وارد کردن این امر در تحلیل متقابل برای ارزیابی گسترده‌تر نظام‌های سلامتی که در حال انجام است، از اهمیت برخوردار است. ضعف‌ها و شکاف‌های موجود در سازوکارهای کنترل یک زیرسیستم ممکن است باعث بروز فساد در سایر حوزه‌ها شود. نگاشت چگونگی تأثیر ضعف در یک زیرسیستم بر دیگران، برای اجرای راهبردها و روش‌های موثر فسادستیزی مهم است. به عنوان مثال، موضوع پرداخت‌های غیررسمی در ذیل پایه‌های ساختاری تامین مالی سلامت توضیح داده شد، اما عوامل موثر ممکن است شامل شکاف‌هایی در حاکمیت، سیاست‌های مدیریت منابع انسانی یا سیستم‌های ارائه خدمات باشد.

در این مرحله از ارزیابی، کارشناسان باید به طریقی که معماری ضد فساد را در کشور نشان می‌دهد، چنان‌که شامل بخش سلامت می‌شود، بازگردند. آنها باید بر اساس تحلیل متقابل پایه‌های ساختاری، چگونگی تقویت ساختارها و مسئولیت‌های نهادی برای فسادستیزی را بررسی کنند. بر اساس تحلیل، کارشناسان باید مجموعه‌ای از مداخلات اولویت‌دار احتمالی را برای بهبود فسادستیزی، شفافیت و پاسخ‌گویی در نظام سلامت کشور ایجاد کنند. منابع برای فسادستیزی، شفافیت و پاسخ‌گویی نامحدود نیستند و هر کشوری باید راهبردی متمرکز که بیشترین ارزش را از نظر کاهش اتلاف/از دست دادن منابع و بهبود پیامدهای سلامتی داشته باشد، مشخص کند.

جدول ۱ مجموعه‌ای از علائم هشداردهنده آسیب‌پذیری در برابر فساد در بخش سلامت را شرح می‌دهد. این موارد شامل بار پرداخت‌های غیررسمی، معیارهای درک فساد، شاخص‌های کفایت حقوق کارکنان سلامت و غیره است. جدول منابع احتمالی این داده‌ها، نحوه محاسبه شاخص‌ها و آستانه‌های احتمالی یا سطوح «هشدار قرمز» نگران‌کننده را نشان می‌دهد. همچنین جدول ۱ نشان می‌دهد که چگونه این شاخص‌ها می‌توانند با انواع خاصی از فساد مرتبط باشند. تیم‌های ارزیابی ممکن است داده‌های موجود را برای محاسبه علائم و شاخص‌های هشدار بررسی کنند.

جدول ۱ | شاخص‌های هشدار برای آسیب‌پذیری در برابر فساد در بخش سلامت

پیشنهادها	نوع فساد اشاره شده	سطح هشدار	محاسبه	منبع داده‌ها	شاخص
ممکن است تعاریف و روش استاندارد برای پیمایش‌ها کمک کند	تقاضای پرداخت غیررسمی به عنوان شرط خدمت سوءاستفاده از اشتغال همزمان	۵۰ درصد > ۲۰ درصد >	پرداخت از جیب به عنوان % از کل هزینه‌های سلامت / پرداخت‌های غیررسمی به عنوان درصدی از پرداخت‌های از جیب	پیمایش هزینه‌های سلامت خانوار / حساب‌های ملی سلامت / پیمایش Afrobarometer	بار پرداخت‌های غیررسمی
ممکن است شاخص‌های حاکمیت جهانی بانک جهانی یا شاخص صداقت عمومی را در نظر بگیرد، اما باید سطوح هشدار را تعیین کند	همه انواع فساد پرداخت‌های غیررسمی اشتغال دوگانه تقلب در تدارکات	#۷۵ > آیا سلامت یکی از سه حوزه اصلی است؟	رتبه کلی پاسخ به سوالات سلامت و خدمات پزشکی	شاخص ادراک فساد فشارسنج جهانی فساد	رتبه‌بندی شفافیت بین‌المللی
پیشنهادات	نوع فساد اشاره شده	سطح هشدار	محاسبه	منبع داده‌ها	شاخص
	پرداخت‌های غیررسمی اشتغال همزمان (اشتغال در کلینیک خصوصی و دولتی) / بی‌قاعدگی‌های دارویی	۹۰ درصد < ۱۰۰ درصد <	حقوق پزشکان به عنوان % مهندسان و وکلا حقوق پرستاران به عنوان % فارغ‌التحصیلان	پرداخت هزینه خدمات مدنی برای پزشکان پیمایش بازار کار	کفایت حقوق پزشکان
می‌تواند با فارغ‌التحصیلان جدید مشکل کیفیت ایجاد کند. برای ارزیابی خطر با داده‌های دیگر همسو کنید.	صدور گواهینامه تقلبی خرید مکان منجر به تقاضای پرداخت‌های غیررسمی می‌شود	رشد درصدی ۵ یا بیشتر در سال، در یک دوره ۳ ساله	میزان سالانه افزایش فارغ‌التحصیلی پزشکان، پرستاران افزایش سالانه دانشگاه‌های پزشکی	وزارت ملی آموزش و پرورش اژانس اعتباربخشی آموزش عالی / هیئت‌های ملی ثبت نام مشاغل (پزشکان، پرستاران، داروسازان) / پایگاه‌های داده OECD	تقلب آموزشی
احتمالاً برای همه ایالت‌ها نیاز به محاسبه اختصاصی نسبت هزینه‌های ثالث است. برای ارزیابی ریسک با داده‌های دیگر همسوسازی کنید.	تاثیر ناهجا بر هزینه‌های سرمایه‌ای، خرید تجهیزات و دارو	دو پنجم برتر برای گروه‌های امید به زندگی	امید به زندگی را به دو گروه سالی تقسیم کنید نسبت هزینه‌های ثالث به کل هزینه‌های سلامت را محاسبه کنید	هزینه‌های درمانی دولت براساس سطح مراقبت امید به زندگی	هزینه‌های ثالث بیش از حد
	فساد در تدارکات فساد در صدور مجوز دارویی	دو پنجم برتر	نسبت قیمت مناقصه به متوسط قیمت جهانی برای همان دارو قیمت‌های پرداخت شده در طول زمان و در میان تسهیلات را مقایسه کنید	قیمت مناقصه ملی برای پنج داروی منتخب عمومی ژنریک / قیمت متوسط برای ژنریک‌های مشابه از خریداران و تأمین‌کنندگان بین‌المللی	قیمت بیش از حد (دولتی)
ممکن است نیاز به ایجاد دسته‌بندی‌های مفصل اضافی برای GDP، بهتر از «کم‌درآمد» و «درآمد متوسط» باشد.	فعالیت بازاریابی دارویی فاسد، یا بازاریابی که منجر به نفوذ ناروا می‌شود فساد در تأیید و صدور مجوز دارو	دو پنجم برتر	کل مخارج سرانه دارو نسبت به سایر کشورها در همان سطح GDP	پیمایش‌های هزینه سلامت خانوار / حساب‌های ملی سلامت	هزینه بیش از حد دارو

نکات: برای اطمینان از اینکه آیا علامت هشدار واقعاً نشان‌دهنده فساد است، ممکن است داده‌ها نیاز به همسوسازی داشته باشند. سایر منابع داده می‌توانند بینشی در مورد موضوع در اختیار مدیران قرار دهند. با این حال، نحوه تعیین علائم هشدار همیشه روشن نیست. برای مشاهده فهرستی از شاخص‌های فسادستیزی مربوط به بخش سلامت به پیوست ۲ مراجعه کنید. کشورهای شرکت‌کننده در برنامه GGM می‌توانند از داده‌های ابزار ارزیابی شفافیت سازمان جهانی سلامت استفاده کنند که نمرات را برای رتبه‌بندی عملکردهای دارویی در بالاترین ریسک فساد ارائه می‌دهد. کشورهایی مانند ایالات متحده آمریکا ممکن است داده‌های وزارت دادگستری را در مورد توافق‌های مدنی و جنایی برای کلاهبرداری و سوءاستفاده از مراقبت‌های سلامت به اشتراک بگذارند. چنین داده‌هایی می‌توانند به شناسایی مناطق تمرکز بر منابع ضد فساد، مانند تجهیزات پزشکی بادوام یا مناطق جغرافیایی خاص کمک کند. سرانجام، چندین کشور (از جمله بلژیک، فرانسه و ایالات متحده آمریکا) پایگاه عمومی داده‌های پرداخت برای ثبت پرداخت از صنعت به پزشکان ایجاد کرده‌اند [۴۰]. در مواردی که قوانین شفافیت چنین داده‌هایی را عمومی می‌کند، می‌توانند به افزایش پاسخ‌گویی کمک کنند.

گزارش دهی یافته‌های فسادستیزی

ایجاد شفافیت و پاسخ‌گویی

گزارش نهایی ارزیابی فسادستیزی، ایجاد شفافیت و پاسخ‌گویی باید به شرح زیر تنظیم شود. این گزارش می‌تواند یک بخش مستقل باشد یا در گزارش ارزیابی گسترده‌تر نظام سلامت ادغام شود. تیم‌های ارزیابی باید مراقب باشند تا از محرمانه بودن مطلعان کلیدی اطمینان حاصل شود. اگر می‌توان برای شناسایی یک فرد خاص از این اطلاعات استفاده کرد، گزارش نباید از نام یا عنوان مطلعان یا مثال‌های بسیار خاص استفاده کند. برای شناسایی مطلعان کلیدی در یادداشت‌ها یا متون پیاده شده مصاحبه باید از کدها استفاده شود. این فایل‌ها باید طی چند ماه پس از اتمام گزارش نهایی از بین بروند (مدت زمانی در نظر بگیرید شاید سؤالات مربوط به داده‌ها نیاز به بازبینی دوباره فایل‌ها داشته باشد: ۶ ماه تا یک سال پس از انتشار گزارش کافی است).

۱- معرفی: مقدمه‌ای که قصد و اهداف ارزیابی را توضیح می‌دهد تهیه کنید. حتماً تأکید کنید که این گزارش یک ارزیابی از خطرات ذاتی یا موقعیت‌های احتمالی است که ممکن است سوءاستفاده در آنها رخ دهد و این گزارش به معنای بازرسی یا تلاشی برای شناسایی موارد واقعی فساد نیست.

۲- روش‌ها: توضیحی کلی در مورد روش انجام کار ارائه دهید. انواع مطلعان کلیدی، میانگین مدت مصاحبه‌ها و بازدید از محل را شرح دهید. (توجه داشته باشید توصیف بازدید از محل را در صورتی که منجر به شناسایی یک مطلع اصلی شود، حذف کنید). فهرستی از اسناد عمومی استفاده شده را به‌عنوان پیوست قرار دهید.

۳- یافته‌ها: یافته‌ها را می‌توان ذیل پایه‌های ساختاری یا با مشکل/مسئله دسته‌بندی کرد.

الف- پایه‌های ساختاری - شامل شرح مختصری از پایه‌های ساختاری نظام سلامت، موسسات درگیر و یافته‌های کلیدی برای هر پایه ساختاری است.

ب- مسائل/مشکلات - اینها ممکن است شامل پرداخت‌های غیررسمی، سرقت دارو، فساد در خرید، تضاد منافع و غیره باشد. اگر تیم ارزیابی متوجه شود که مسائل مربوط به چندین پایه ساختاری مختلف است، این ساختار ممکن است به جلوگیری از تکرار کمک کند. همچنین اگر دولت از مسائل خاصی آگاه باشد و به دنبال راه‌حل‌های خاصی باشد، این گزارش ممکن است مفید باشد.

۴- **توصیه‌ها:** توصیه‌ها را در سطوح مختلف از جمله سیاست‌ها، تقویت نهادها، برنامه‌ها، آموزش و افزایش آگاهی در نظر بگیرید. در صورت امکان، پیشنهاد دهید که کدام نهاد باید رهبری را برعهده بگیرد و کدامیک از سایر نهادها یا ذی‌نقشان باید در آن دخیل باشند. امکان‌پذیری و هزینه پیاده‌سازی را در نظر بگیرید و نمونه‌هایی از مقایسه‌کننده‌های احتمالی یا مدل‌های دیگر کشورها را در صورت وجود ارائه دهید. این امر به ایجاد یک سیاست آگاه از شواهد کمک می‌کند.

۵- **محدودیت‌ها:** اگر داده‌ها برای مستندسازی مشکلات یا مسائل خاص، یا ارزیابی کامل خطرات فساد در برخی اجزای پایه‌های ساختاری در دسترس نبود، آن را آشکارا بیان و توصیه به انجام مطالعات بیشتری کنید.

در ارتباط با هم‌تایان دولتی و راهنمایان ارزیابی نظام‌های سلامت، از قبل تعیین کنید که چه کسی پیش‌نویس گزارش را خوانده و بررسی می‌کند و گزارش پیش‌نویس و گزارش نهایی را با چه کسانی می‌توان به اشتراک گذاشت.

پیوست ۱: سوال‌های مهم مصاحبه با مطلع

پیوست ۱ شامل سوالات مهم مصاحبه است که در ارزیابی خطرات فساد در بخش سلامت در سطح کشور استفاده شده است. این ابزار را می‌توان با موضوع خاص یا اجزای پایه‌های ساختاری بخش سلامت مورد نظر سازگار کرد.

سوال‌های کلی در خصوص ادراک درمورد فساد و سلامت

- ۱- فساد چگونه تعریف می‌شود؟ چه نوع اقدامات یا ویژگی‌هایی را، به ویژه در بخش سلامت، شامل می‌شود؟
- ۲- دلایل اصلی فساد در بخش سلامت در کشور شما چیست؟
- ۳- درمورد فساد در بخش سلامت، آیا اوضاع امروز یکسان، بهتر یا بدتر از ۳ سال پیش است؟ چرا؟
- ۴- کدام حوزه‌های بخش سلامت بیشتر در معرض فساد هستند؟
- ۵- چه نوع اصلاحات سلامت در آینده می‌تواند نظام سلامت یا برخی از ابعاد آن را در برابر فساد آسیب‌پذیرتر کند؟

مناطق آسیب‌پذیر

- برای هر یک از شش حوزه پرخطر، هدف از مصاحبه‌ها با مطلعان کلیدی، کسب اطلاعات بیشتر در رابطه با موارد زیر است:
- * ویژگی‌ها و ضعف‌های بالقوه در نظام‌های فعلی.
 - * وجود داده‌ها، از جمله ارزشیابی‌های عینی یا ذهنی میزان یا احتمال فساد.
 - * راه‌هایی که فساد در آن عمل می‌کند یا آشکار می‌شود.
 - * پیامدهای منفی فساد.
 - * تجربه گذشته در زمینه تلاش‌های فسادستیزی.
 - * منابع برای فسادستیزی (به عنوان مثال حامیان، اطلاعات، سازمان‌های ناظر).
- در زیر سؤالات خاصی برای هر منطقه پرخطر آورده شده است. این سؤالات ممکن است بر اساس سازمان‌دهی نظام سلامت در کشور و موسسات خاص درگیر اصلاح شوند.

۱- خرید تجهیزات و ملزومات، از جمله تلاش‌های تبلیغاتی صنعت

به ابزارهای دقیق‌تر برای ارزیابی شفافیت که توسط برنامه مدیریت خوب دارویی (GGM) سازمان جهانی سلامت برای داروها تهیه شده نیز مراجعه کنید.

تجهیزات

- ۱- نیاز به تجهیزات چگونه تعیین و کمی می‌شود؟
- ۲- مشخصات فنی چگونه تعیین می‌شود؟ آیا کنترل‌هایی برای اطمینان از جلوگیری از سوگیری مشخصات فنی به سمت شرکت‌های خاص وجود دارد؟ آیا در گذشته مشکلی در زمینه «خرید همراه با کلاهبرداری» وجود داشته؟ یعنی اسناد حساسی که برای نشان دادن یک شرکت خاص به عنوان واجد شرایطترین نوشته شده باشد؟
- ۳- خطرات فساد در تدارکات چیست؟ آیا مشکل تقلب در مناقصه، تبانی یا تعارض منافع وجود دارد؟ آیا می‌توانید این مشکلات را شرح دهید؟
- ۴- آیا اطلاعات تدارکات، عمومی می‌شود؟ اگر چنین است، آیا اطلاعات مربوط به قیمت تجهیزات اخیراً خریداری شده را دارید؟ قیمت‌های پرداخت شده در مقایسه با قیمت‌های بین‌المللی چگونه است؟ آیا شواهدی که نشان می‌دهد قیمت‌ها بیش از حد بالاست، وجود دارد؟
- ۵- آیا می‌توانید فرایندهای موجود برای نظارت بر روند خرید تجهیزات را توضیح دهید؟

داروها و ملزومات

- ۱- آیا فهرستی از داروهای ضروری دارید؟ چگونه داروها به فهرست اضافه یا از آن حذف می‌شوند؟ آیا فرایند شفاف است؟
- ۲- تعارض منافع برای اعضای کمیته‌ای که فهرست داروهای ضروری را به روز می‌کنند، چگونه مدیریت می‌شود؟
- ۳- آیا احساس می‌کنید روند تهیه دارو مشکلات فساد دارد؟ اگر چنین است، آیا می‌توانید مشکلات را توضیح دهید؟
- ۴- آیا اطلاعات تدارکات، عمومی و علنی می‌شود؟ اگر چنین است، آیا اطلاعات قیمت مربوط به خرید داروها یا ملزومات اخیر را دارید؟ قیمت‌های پرداخت شده در مقایسه با قیمت‌های بین‌المللی چگونه است؟ آیا شواهدی که نشان دهد قیمت‌ها بیش از حد بالاست وجود دارد؟
- ۵- آیا می‌توانید فرایندهای موجود برای نظارت بر روند تهیه دارو را توضیح دهید؟

تبلیغات توسط صنعت

- ۱- آیا دستورالعمل‌هایی در رابطه با شیوه‌های مجاز بخش صنعت برای میزبانی کارکنان سلامت وجود دارد؟
- ۲- آیا شرکت‌ها مجاز به پرداخت هزینه سفر به کنفرانس‌ها یا ارائه هدیه و نمونه رایگان به پزشکان هستند؟
- ۳- آیا محدودیت مالی برای بذل و بخشش یا کنترل فعالیت‌های تبلیغاتی دارویی در سطح نظام یا سازمان‌ها وجود دارد؟
- ۴- آیا پزشکان مجاز به مالکیت یا داشتن منافع مالی در شرکت دارویی، داروخانه یا شرکت تجهیزات پزشکی هستند؟ آیا محدودیتی در فعالیت پزشکی که بیماران را به داروخانه یا خدمات جانبی (به عنوان مثال، آزمایش تشخیصی) در آن منافع مالی دارد ارجاع می‌دهد، وجود دارد؟
- ۵- آیا صنعت داروسازی ارائه‌دهنده اصلی اطلاعات در مورد داروهاست؟ آیا منابع دیگری از اطلاعات داروها وجود دارد؟ اگر چنین است، آنها چه هستند و چقدر هدفمند و بی‌طرف هستند؟

۲- توزیع داروها و ملزومات پزشکی و حمل و نقل

داروها و ملزومات پزشکی

- ۱- آیا سرقت دارو توسط کارکنان سلامت یک مشکل است؟ اگر چنین است، چه شواهدی برای مستندسازی این امر (یافته‌های حسابرسی، داده‌های موجودی انبار، مشاهدات کارکنان سلامت) موجود است؟ سرقت در کجای نظام رخ می‌دهد و چه کسانی درگیر هستند؟ به نظر شما محرک‌های این اقدام چه هستند؟
- ۲- آیا نظام‌های کنترل انبار، منابع و نیروی انسانی کافی دارند؟
- ۳- آیا شواهدی مبنی بر جعل اسناد وجود دارد؟ مانند ثبت جعلی بیماران که واقعاً در مرکز حضور نداشتند (بیماران شبیح‌گونه یا غایب) یا ثبت نادرست نسخه‌ها (نسخه‌های شبیح‌گونه یا ناموجود)؟
- ۴- گاهی فساد به دلیل تفکیک نشدن مناسب مسئولیت‌ها رخ می‌دهد. بررسی اینکه آیا کنترل و تراز وجود دارد یا نه، مفید است. به عنوان مثال، آیا فردی که نسخه می‌نویسد، همان فردی است که نسخه را می‌پیچد و دارو را به بیمار می‌دهد؟ در صورت وجود

پرداخت فرانشیز، آیا شخص دریافت‌کننده هزینه همان شخصی است که میزان پرداختی را ثبت می‌کند، وجوه را به بانک یا دیگر مراکز سپرده برده و گزارش را تنظیم می‌کند؟ آیا تفکیک کافی مسئولیت‌ها وجود دارد؟

حمل و نقل

- ۱- آیا موسسه دارای نظام مدیریت منابع حمل و نقل با شاخص‌های عملکرد است؟
- ۲- آیا برای ثبت سفرهای کاری و کیلومترهای پیموده شده، از کتابچه ثبت روزانه به طور مداوم استفاده می‌شود؟ آیا کنترل سوخت برای اطمینان از مطابقت سوخت خریداری شده با کیلومترهای طی شده وجود دارد؟ آیا کنترل‌هایی برای اطمینان از امنیت و پیشگیری از سوءاستفاده از کوپن‌های خریداری سوخت وجود دارد؟
- ۳- آیا شواهدی مبنی بر سوءاستفاده از منابع حمل و نقل وجود دارد؟ اگر چنین است، چه نوع سوءاستفاده‌ای و توسط چه سطحی از کارکنان انجام می‌شود؟

۳- سیستم نظارتی

تسهیلات

- ۱- آیا شواهدی یا سوءظن‌هایی به فساد در صدور مجوز تسهیلات، اعتباربخشی و تضمین کیفیت یا بازرسی از تسهیلات و سازمان‌ها وجود دارد؟
- ۲- اگر چنین است، آیا می‌توانید انواع محرک‌های احتمالی فساد را توضیح دهید؟

غذا و بهداشت

- ۱- آیا شواهدی یا سوءظن‌هایی به فساد در صدور مجوز رستوران‌ها یا تأسیسات آماده‌سازی و پخت غذا یا بازرسی از این تأسیسات و سازمان‌ها وجود دارد؟
- ۲- اگر چنین است، آیا می‌توانید انواع محرک‌های احتمالی فساد را توضیح دهید؟

کارکنان پزشکی

- ۱- آیا سازوکار شکایت برای شکایت شهروندان یا بیماران از کیفیت پایین مراقبت یا دیگر مشکلات ارائه‌دهندگان وجود دارد؟ ارائه‌دهندگان چقدر خوب کار می‌کنند؟

- ۲- آیا نظام و رویه‌ای برای رسیدگی و داوری در مورد شکایات وجود دارد؟ اگر چنین است، عملکرد این نظام چقدر خوب است؟
- ۳- آیا پرداخت غیرقانونی (پرداخت غیررسمی) جرمی است که می‌تواند با محدودیت مجوز مجازات شود؟
- ۴- آیا کدهای رفتاری حاکم بر رفتار متخصصان پزشکی وجود دارد؟ اگر چنین است، آیا کدها مرتباً به روز شده و بین کارکنان منتشر می‌شوند؟
- ۵- آیا روش‌هایی برای تعریف و مدیریت تعارض منافع در بین پرسنل پزشکی وجود دارد؟ این نظام چقدر برای مدیریت این تعارضات خوب عمل می‌کند؟

۴- مدیریت منابع انسانی، مسائل مربوط به کادر پزشکی

- ۱- آیا مشکل اجبار افراد به پرداخت هزینه برای به دست آوردن جایگاه، ارتقا یا انتقال وجود دارد؟ اگر چنین است، آیا می‌توانید آن را توصیف کنید؟ آیا بر روی انواع کارکنان (به عنوان مثال، پرستاران در مقابل پزشکان) تأثیر متفاوتی دارد؟
- ۲- آیا همه کارمندان را دائمی استخدام می‌کنند یا کارکنان قراردادی نیز وجود دارند؟ وضعیت اشتغال چگونه بر توانایی مدیران در تنبیه کارکنان تأثیر می‌گذارد؟
- ۳- آیا شواهدی مبنی بر پارتی‌بازی در انتصابات و ترفیعات وجود دارد؟ اگر چنین است، آیا می‌توانید نحوه رخداد این اتفاق را توضیح دهید؟ آیا این امر مختص کارکنان سلامت است یا یک مشکل کلی در اداره خدمات عمومی است؟
- ۴- چه معیارهای مسئولیتی برای اطمینان از انجام وظایف پرسنل وجود دارد؟ به عنوان مثال می‌توان به نظام‌های نظارتی، سنجش خروجی، پرداخت مبتنی بر عملکرد، نظارت هیئت مدیره، حسابرسی اجتماعی و غیره اشاره کرد؟
- ۵- آیا قوانین فعلی اجازه اشتغال همزمان را می‌دهند (یعنی آیا پزشکان بخش دولتی مجاز به کار کردن در بخش خصوصی نیز هستند)؟ اگر چنین است، آیا قوانین یا دستورالعملی بر این اقدام حاکم است که سوءاستفاده احتمالی را کنترل کند؟ آیا پزشکان از امکانات عمومی برای اقدامات درمانی خصوصی استفاده می‌کنند؟ آیا پزشکان، بیماران را از مراکز دولتی به مراکز خصوصی ارجاع می‌دهند؟ آیا نگرانی‌هایی در مورد مناسب بودن چنین ارجاعاتی وجود دارد؟

آیا کنترل‌هایی برای کاهش انگیزه مداخلات غیرضروری پزشکی (به عنوان مثال سزارین یا آزمایش‌های گسترده) وجود دارد؟

۵- بودجه و مدیریت مالی

۱- لطفاً میزان شفافیت و مشارکت در روند توسعه بودجه را ارزیابی کنید. آیا دوره زمانی برای ورود عموم مردم به فرایند توسعه بودجه وجود دارد؟ مشاوره عمومی چگونه اداره می‌شود؟ آیا پیش‌نویس بودجه برای بررسی توسط گروه‌های جامعه مدنی در دسترس است؟

۲- زمانی که بودجه سازمان یا منطقه‌ای به طور کامل تامین نمی‌شود، آیا سازمان یا منطقه ملزم به ارائه برنامه‌ای بازنگری شده است؟

۳- لطفاً میزان شفافیت و مشارکت در روند نظارت بر بودجه را ارزیابی کنید. چگونه گزارشاتی که بودجه را در مقابل هزینه‌های واقعی نمایش می‌دهند، در دسترس قرار داده می‌شوند و برای چه کسانی؟

۴- از مؤسسه عالی حسابرسی دولتی یا بازرس کل گزارش‌های گذشته حسابرسی بخش سلامت را بخواهید. آیا گزارش‌های حسابرسی گذشته نشان‌دهنده وجود شکاف در کنترل‌های مالی بود؟ اگر چنین است، آیا اقدامات اصلاحی انجام شده است؟ آیا یافته‌هایی از حسابرسی‌های قبلی وجود دارد که حل نشده‌اند؟ آیا این مشکلات خطرات فساد را ایجاد می‌کند؟

۵- هزینه‌های رسمی کاربر و سیاست‌های پرداخت فرانشیز را بررسی کنید تا نحوه تدوین، جمع‌آوری و کنترل هزینه‌ها را تعیین کنید. تعیین کنید چه کسی بر نظام نظارت کرده و چه کسی پول را در بانک قرار می‌دهد. چقدر پول و در چه سطحی نگهداری می‌شود؟ آیا شواهدی دال بر ایجاد مشکل به دلیل اختلاس وجوه توسط عوامل جمع‌آوری یا سایر کارکنان وجود دارد؟ آیا کنترل‌هایی بر ضد پرداخت اضافه‌بیماران وجود دارد؟

آیا دولت تحلیل جریان وجوه یا پیمایش ردیابی هزینه‌های عمومی برای آشکارسازی مغایرت در وجوهی که گزارش شده به سطوح پایین‌تر در نظام منتقل شده‌اند، انجام داده است (به عنوان مثال بودجه‌های سطح ملی به سطح منطقه منتقل شده، اما منطقه گزارش نمی‌دهد که از سطح ملی وجهی را دریافت کرده است)؟ آیا یافته‌ها و توصیه‌های این مطالعات منجر به اقدامات پاسخ‌گو شده است؟ اگر نه، چرا؟

۶- ارائه خدمات (شامل غیبت، طفره رفتن از انجام کار و پرداخت غیررسمی)

- ۱- آیا داده‌هایی برای ثبت میزان غیبت بدون دلیل وجود دارد (به عنوان مثال مشاهدات، داده‌های فیزیکی، تفاوت بین دسته‌های پرسنل)؟
 - ۲- آیا حسابرسی برای مشخص کردن اینکه آیا حقوق و دستمزد شامل پرسنل شیخ‌گونه (کارمندی که حقوق دریافت می‌کنند، اما وجود ندارند یا پست خود را به عهده نگرفته‌اند) می‌شود، انجام شده است؟
 - ۳- آیا شانه خالی کردن، یعنی انجام ندادن عمدی وظایف شغلی، یک مشکل است؟ آیا کارکنان سلامت در ساعات کار مشاغل دیگری انجام می‌دهند؟
 - ۴- آیا داده‌هایی که پرداخت‌های غیررسمی را مستند کرده باشند، وجود دارند (مشاهدات؛ داده‌های فیزیکی در مورد نسبت جمعیتی که پرداخت می‌کنند و مبلغی که می‌پردازند. تفاوت‌ها بر اساس نوع یا محل سازمان/ارائه‌دهنده، یا ماهیت پرداخت به عنوان مثال، درخواست شده یا پیشنهاد شده)؟
 - ۵- آیا انگیزه‌ای برای پرداخت غیررسمی احساس می‌کنید یا دلایلی که بیماران سعی می‌کنند چنین مبالغی را بدهند یا ارائه‌دهندگان حاضرند چنین پرداخت‌هایی را بگیرند؟ به عنوان مثال می‌توان خارج شدن از صف، امید دستیابی به کیفیت بهتر مراقبت، ترس از اینکه اگر کسی پرداخت غیررسمی انجام ندهد، هیچ خدمتی دریافت نکند و غیره را نام برد.
- آیا در برنامه بیمه سلامت ملی یا مقررات خدمات مدنی تحریم‌ها و شرایطی برای کنترل پرداخت‌های غیررسمی وجود دارد؟
- نظام مزایا و بسته‌های بیمه درمانی چقدر پیچیده است؟ آیا راه‌هایی برای بیماران به منظور تعیین خدمات تحت پوشش و خدمات خاصی که حق استفاده از آنها را دارند وجود دارد؟ آیا بیماران برای ارجاعات یا دور زدن نظام ارجاع (پزشک خانواده) مبلغی پرداخت می‌کنند؟

پیوست ۲: شاخص‌ها و ابزارهای فسادستیزی در بخش مراقبت‌های سلامت و دارویی

شاخص‌ها و ابزارهای فسادستیزی در بخش مراقبت‌های سلامت و دارویی

مشاهدات	هزینه	تکرار	روش‌شناسی	هدف	فرد/سازمان ایجادکننده	شاخص
روش‌شناسی هر ۲ سال یکبار بررسی می‌شود. بر مواردی که اقدامات مورد نیاز است و مواردی که پیشرفتی که در حال انجام است تأکید می‌کند. از سال ۲۰۰۳ انجام شده است.	€ ۱۳۹۵۱۸۳ کل هزینه‌های در گزارش سالانه ۲۰۱۶	دوسالانه	۲۰ مورد از بزرگ‌ترین شرکت‌های دارویی با حضور در ۱۰۶ کشور جهان. بر اساس ۶۹ شاخص، در هفت حوزه مختلف، که سیاست‌های شرکت را اندازه‌گیری و تحلیل می‌کند.	تحلیل اینکه چطور شرکت‌ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط دسترسی بیشتر به داروها را ایجاد می‌کنند. بر بهترین و شیوه‌های نوآورانه و حوزه‌هایی که پیشرفت در آنها انجام شده و جاهایی که هنوز لازم به اقدام است، تأکید دارد.	بنیاد دسترسی به دارو	شاخص دسترسی به دارو
روش‌شناسی مبتنی بر نظرات و بینش کارشناسان دولتی، سازمان‌های غیردولتی، محققان و یونیفکس و سایر افراد. اولین معیار برای انجام این تحلیل.	€ ۱۹۹۵۵۷۷ کل هزینه‌ها در گزارش سالانه ۲۰۱۷	تاکنون یک بار انجام شده است، در سال ۲۰۱۷؛ در انتظار بودجه بیشتر	هشت شرکت با حضور در ۱۰۷ کشور جهان. شاخص‌ها به سه حوزه اصلی تقسیم شده‌اند. شاخص‌ها سیاست‌ها، راهبردها و شفافیت را اندازه‌گیری می‌کنند.	تحلیل چگونگی افزایش دسترسی شرکت‌های واکنس به کودکان بیشتر. به شرکت‌ها نشان می‌دهد که چرا می‌توانند پیشرفت کنند و در کجا نیاز به اقدام است.	بنیاد دسترسی به دارو	شاخص دسترسی به واکنس
محققان برای دریافت بازخورد به همه شرکت‌های مورد مطالعه، ایمیل ارسال کردند. تیم کوچکی از محققان که به اجماع رسیدند و بررسی دیگری نداشتند.	N/A	یکبار	۴۲ شرکت مورد تحلیل قرار گرفتند. ۶۵ سوال به‌خیر در چهار حوزه اصلی.	برای رتبه‌بندی بزرگ‌ترین شرکت‌های دارویی با سیاست‌های شفافیت کارآزمایی بالینی و اندازه‌گیری تعهد آنها به شفافیت.	تجربیات برگزیده BMJ	شاخص شفافیت همه کارآزمایی‌ها
GGM یک برنامه است، نه یک شاخص. نقاط قوت و ضعف در بخش دارویی را برای توسعه مداخلات مناسب می‌سنجد.	N/A	اولین بار در سال ۲۰۰۴ راه‌اندازی شد	این برنامه در سال ۲۰۰۴ راه‌اندازی شد و اکنون ۳۷ کشور در برنامه‌اند. این برنامه تحت راهبردی ۳ مرحله‌ای برای نهادینه کردن حکمرانی خوب در بخش دارویی پیاده‌سازی می‌شود.	برای تقویت و جلوگیری از فساد در نظام‌های سلامت با ترویج حکمرانی خوب در بخش دارویی.	سازمان جهانی سلامت	حکمرانی خوب برای داروها (GGM)
تحلیل دقیق انواع فساد و سیاست‌های اجرا شده برای مقابله با آن را ارائه می‌دهد.	N/A	۲۰۱۲ و ۲۰۱۷	همه ۲۸ دولت عضو اتحادیه اروپا را بر اساس تحقیقات ثانویه، پیمایش‌های آنلاین و مصاحبه‌ها پوشش می‌دهد.	برای درک بهتر میزان، ماهیت و تأثیر عملکردهای فاسد در بخش مراقبت‌های سلامت در سراسر اتحادیه اروپا (EU)، ارزیابی ظرفیت کشورها برای پیشگیری و کنترل فساد در نظام مراقبت‌های سلامت و اثربخشی آن.	کمسیون اروپایی	مطالعه فساد در بخش مراقبت‌های سلامت
نقاط قوت و ضعف در بخش داروسازی را ارزیابی می‌کند. اطلاعات کمی و کیفی می‌دهد. برای پاسخ‌ها نیاز به پشتیبانی اسناد دارد.	N/A	N/A	ابزاری که شامل سوالات به‌خیر، دوتایی با سوالات پیگیری و سوالات باز است. هشت حوزه اصلی ارزیابی	برای کمک به ذی‌نشان برای ارزیابی میزان شفافیت و آسیب‌پذیری در برابر فساد در رویه‌ها و ساختارهای هشت عملکرد بخش دارویی.	سازمان جهانی سلامت	اندازه‌گیری شفافیت در بخش دارویی عمومی: ابزار ارزیابی
شامل سوالات مربوط به ادراکات، نگرش‌ها و تجربیات فساد است. این یک نظرسنجی است و تحلیلی از نهادها ارائه نمی‌دهد.	€ ۵.۳۱ میلیون*	دوسالانه	۲۸ کشور عضو اتحادیه اروپا. بیش از ۲۸۰۰۰ مصاحبه حضوری، به طور متوسط ۱۰۰۰ برای هر کشور	برای ارائه درکی خوب از تجربیات و ادراکات شهروندان اتحادیه اروپا از فساد و نیز نگرش آنها نسبت به نهادهای مختلف در کشورشان که مسئول مقابله با فساد هستند.	کمسیون اروپایی	گزارش ویژه یوروبارومتر ۴۷۰ در مورد فساد - فساد در مراقبت‌های سلامت

منبع: Miguel Ángel Gómez Jácome. تحلیل شاخص‌های فسادستیزی و سلامت. گزارش منتشر نشده به شفافیت بین‌الملل *۲۰۱۸ بودجه برای همه یوروبارومترها

1. Gee J, Button B. The financial cost of healthcare fraud 2015: what data from around the world shows. London: PKF Littlejohn LLP; 2015 (<https://www.port.ac.uk/media/contacts-and-departments/icjs/ccfs/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud-Report-2015.pdf>).
2. Hanf M, Van-Melle A, Fraisse F, Roger A, Carme B, Nacher M. Corruption kills: estimating the global impact of corruption on children deaths. *PloS One*. 2011;6(11):e26990.
3. What is corruption? [website]. Berlin: Transparency International; 2018 (<https://www.transparency.org/what-is-corruption>, accessed 3 October 2018).
4. Health and public procurement. OECD: 2018 (<http://www.oecd.org/gov/public-procurement/health/>, accessed 2 October 2018).
5. Khodamoradi A, Ghaffari M, Daryabeygi-Khotbehsara R, Sajadi H, Majdzadeh R. A systematic review of empirical studies on methodology and burden of informal patient payments in health systems. *Int J Health Plann Manage*. 2018;33(1):e26–e37.
6. Kankeu HT, Ventelou B. Socioeconomic inequalities in informal payments for health care: an assessment of the ‘Robin Hood’ hypothesis in 33 African countries. *Soc Sci Med*. 2016;151:173–86.
7. Tambor M, Pavlova M, Rechel B, Golinowska S, Sowada C, Groot W. The inability to pay for health services in Central and Eastern Europe: evidence from six countries. *Eur J Public Health*. 2013;24(3):378–85.
8. USAID. Health systems assessment approach: a how-to manual, version 3.0. Washington, DC: Health Finance and Governance (HGF) Project; 2017 (<https://www.hfg-project.org/the-health-system-assessment-approach-a-how-to-manual/>).
9. Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat. In: Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23–28 May 2016 (document A69/39). Geneva: World Health Organization; 2016.
10. Vian T. Complaint mechanisms in health organizations. U4 brief 2013:6. Bergen: Chr. Michelsen Institute, U4 Anti-corruption Resource Centre; 2013 (<https://www.u4.no/publications/complaints-mechanisms-in-health-organizations>).
11. Collignon P, Athukorala PC, Senanayake S, Khan F. Antimicrobial resistance: the major contribution of poor governance and corruption to this growing problem. *PloS One*. 2015;10(3):e0116746.
12. Nikoloski Z, Mossialos E. Corruption, inequality and population perception of health-care quality in Europe. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:472.
13. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/nqps_handbook/en/).
14. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrath-rh-2030/en/).
15. Addressing the global shortage of, and access to, medicines and vaccines. Report by

- the Director-General. In: Seventy-first World Health Assembly, Geneva, 21–27 May 2018 (document A71/12). Geneva: World Health Organization; 2018.
16. Good Governance for Medicines (GGM) overview [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/en/>, accessed 16 September 2018).
 17. Baghdadi-Sabeti G, Cohen-Kohler J, Wondemagegnehu E. Measuring transparency in the public pharmaceutical sector: assessment instrument. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/measuring_transparency/en/).
 18. Measuring medicine prices, availability, affordability and price components. 2nd Edition. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s14868e/s14868e.pdf>).
 19. Constantine Cannon Whistleblower Practice. Medical devices and DME fraud [website]. Constantine Cannon; 2018 (<https://constantinecannon.com/whistleblower/healthcare-fraud/medical-devices-fraud/#>).
 20. Global atlas of medical devices. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://www.who.int/medical_devices/publications/global_atlas_meddev2017/en/).
 21. WHO technical specification for medical devices. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://www.who.int/medical_devices/management_use/mde_tech_spec/en/, accessed 14 January 2019).
 22. NICE technology appraisal guidance [website]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2018 (<https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-technology-appraisal-guidance>, accessed 16 September 2018).
 23. Physician financial transparency reports (Sunshine Act) [website]. American Medical Association; 2018 (<https://www.ama-assn.org/practice-management/physician-financial-transparency-reports-sunshine-act>, accessed 3 October 2018).
 24. Moniteur Belge. Arrête royal portant execution du Sunshine Act [Royal Decree Implementing the Sunshine Act]. 14 June 2017. 2017 (<https://www.betransparent.be/wp-content/uploads/2017/06/KB-Sunshine-Act-14.6.17-25.BS-23.6.17.pdf>, accessed 3 October 2018).
 25. Sullivan T. Update on French Sunshine Act. Columbia MD: Policy & Medicine, a Rockpointe publication; 2018 <https://www.policymed.com/2015/05/update-on-french-sunshine-law.html>.
 27. Open Payments [website]. Baltimore MD: U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services; 2018 (<https://www.cms.gov/openpayments/>, accessed 3 October 2018).
 28. Santiso C, Roseth B. Data disrupts corruption. Stanford Social Innovation Review. 2017:51–5.
 29. Andersson N. Building the community voice into planning: 25 years of methods development in social audit. BMC Health Serv Res. 2011;11 Suppl 2:S1.
 30. Basic Stand Alone (BSA) Medicare Claims Public Use Files (PUFs) [website]. Baltimore MD: U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services; 2018 (<https://www>.

- cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/ Downloadable-Public-Use-Files/BSAPUFS/index.html, accessed 3 October 2018).
31. Who makes money on HIV/AIDS and tuberculosis in Ukraine – report. Kyiv: Anti-corruption Action Centre; 2013 (<https://www.aidsactioneurope.org/en/publication/who-makes-money-epidemics-hiv-aids-and-tuberculosis-ukraine>).
 32. Murray M. Blockchain explained [website]. Reuters Graphics; 2018 (<http://graphics.reuters.com/TECHNOLOGY-BLOCKCHAIN/010070P11GN/index.html>, accessed 3 October 2018).
 33. McIntyre D, Kutzin J. Health financing country diagnostic: a foundation for national strategy development. Health financing guidance no. 1. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/health_financing/documents/country-diagnostic/en).
 34. Baez Camargo C. Using power and influence analysis to address corruption risks: the case of Ugandan drug supply. U4 Brief 2012:6. Bergen: Chr Michelsen Institute, U4 Anti-corruption Resource Centre; 2012 (<https://www.u4.no/publications/using-power-and-influence-analysis-to-address-corruption-risks-the-case-of-the-ugandan-drug-supply-chain>).
 35. Baez-Camargo C, Jacobs E. A framework to assess governance of health systems in low income countries. Working paper series no. 11. Basel: Basel Institute on Governance; 2011 (https://www.baselgovernance.org/sites/collective.localhost/files/publications/biog_working_paper_11.pdf).
 36. Booth D, Harris D, Wild L. From political economy analysis to doing development differently: a learning experience. London: Overseas Development Institute; 2016 (<https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/10205.pdf>).
 37. Faguet JP, Ali Z. Making reform work: institutions, dispositions, and the improving health of Bangladesh. *World Development*. 2009;37(1):208–18.
 38. Atkinson S, Haran D. Back to basics: does decentralization improve health system performance? Evidence from Ceará in north-east Brazil. *Bull World Health Organ*. 2004;82(11):822–7.
 39. Oto-Peralias D, Romero-Avila D, Usabiaga C. Does fiscal decentralization mitigate the adverse effects of corruption on public deficits? *Eur J Polit Econ*. 2013;32:205–31.
 40. Fan CS, Lin C, Treisman D. Political decentralization and corruption: evidence from around the world. *J Public Econ*. 2009;93:14–34.
 41. Santos A. The sun shines on Europe: transparency of financial relationships in the healthcare sector. Amsterdam: Health Action International; 2017 (<http://haiweb.org/wp-content/uploads/2017/03/Sunshine-Act.pdf>).

Integrating a focus on Anti-Corruption, Transparency and Accountability in Health Systems Assessments

نخستین اولویت راهبردی سازمان جهانی سلامت، حمایت از کشورها برای تقویت نظام‌های سلامت به‌منظور پیشرفت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت است. برای دستیابی به این اولویت، این سازمان از کشورها پشتیبانی می‌کند تا با استفاده از سرمایه‌گذاری‌های داخلی نظام سلامت، ظرفیت خود را برای طراحی و پیاده‌سازی برنامه‌های بهسازی نظام سلامت با هدف افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی با کیفیت برای همه بهبود بخشند. کنترل نشدن فساد در نظام سلامت به هدررفت قابل ملاحظه منابع داخلی می‌انجامد و چالش بزرگی در برابر تلاش‌ها برای تحول نظام‌های سلامت در راستای نیل به پوشش همگانی سلامت به‌شمار می‌رود. فساد در نظام سلامت هزینه‌های قابل توجهی از نظر طول عمر از دست رفته و همچنین منابع مالی تلف‌شده را به همراه می‌آورد. با درک اهمیت این موضوع، کشورهای عضو و شرکای توسعه‌ای سازمان جهانی سلامت تلاش فزاینده‌ای برای پیشگیری و کنترل فساد به‌عمل آورده‌اند تا رویکردی منسجم برای تقویت و سامان‌دهی مجدد نظام‌های سلامت با تمرکز بر فسادستیزی را تحقق بخشند. این کتاب، روش‌های نوین ارزیابی نظام‌های سلامت را با تمرکز بر ادغام رویکرد فسادستیزی، شفافیت و پاسخ‌گویی در نظام‌های سلامت معرفی می‌کند



انديشكده حكمراني خوب سلامت
مئثلث مردم، پژوهشگر و سياستگذار



مرکز تحقیقات عدالت و سلامت
Health Equity Research Center



گروه سلامت جهانی و سیاست‌گذاری عمومی



مرکز ملی تحقیقات پیر سلامت

ISBN: 978-600-457-115-9



9 786004 571159