



مرکز ملی تحقیقات پیر سلامت

فسادستیزی در نظام سلامت

راهبردهایی برای شفافیت و پاسخ‌گویی



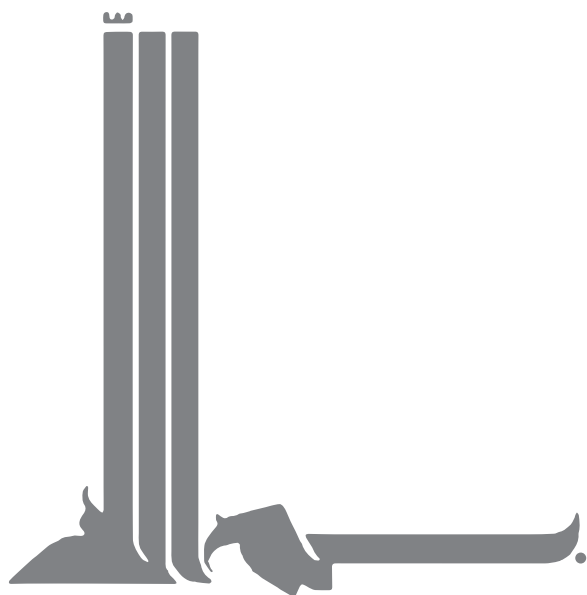
برگردان به پارسی:
معصومه غلامی، فاطمه یافتیان

ناظر و ویراستار علمی:
دکتر امیرحسین تکیان
استاد سیاست‌گذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

پدیدآورندگان:

Taryn Vian
William D. Savedoff
Harald Mathisen







فسادستیزی در بخش سلامت

راهبردهایی برای شفافیت و پاسخ‌گویی

پدیدآورندگان:

Taryn Vian

William D. Savedoff

Harald Mathisen

برگردان به پارسی:

معصومه غلامی، فاطمه یافتیان

ناظر و ویراستار علمی:

دکتر امیرحسین تکیان

استاد سیاستگذاری سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

سرشناسه	: ویان، تارین، ۱۹۵۸-م. / Vian, Taryn, 1958
عنوان و نام پدیدآور	: فسادستیزی در بخش سلامت/ نویسندگان: تارین ویان، ویلیام دی. ساوداف، هارالد ماتیسن؛ مترجمان: معصومه غلامی، فاطمه یاقتیان، امیرحسین تکیان برای مؤسسه مطبوعاتی آریا راهبرد رسانه آینده به سفارش مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت.
مشخصات نشر	: تهران: انتشارات شریف، ۱۴۰۱.
مشخصات ظاهری	: ۱۷۴ ص: مصور، جدول، نمودار.
شابک	: ۹۷۸-۶۰۰-۴۵۷-۱۱۶-۶
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: عنوان اصلی: Anticorruption in the Health Sector: Strategies for Transparency and Accountability, 2010
یادداشت	: کتابنامه
موضوع	: پزشکی، بیمارستان ها، فساد
موضوع	: Medicine, Hospitals, Corrupt practices
شناسه افزوده	: معصومه غلامی، مترجم
شناسه افزوده	: یاقتیان، فاطمه، مترجم
شناسه افزوده	: تکیان، امیرحسین، مترجم
شناسه افزوده	: مؤسسه مطبوعاتی آریا راهبرد رسانه آینده
رده بندی کنگره	: RA۴۱۰/۵
رده بندی دیویی	: ۱۶۳/۳۶۴
شماره کتابشناسی ملی	: ۹۱۲۶۶۸۰
اطلاعات رکورد کتابشناسی	: فیبا

این کتاب در سال ۲۰۱۰ توسط انتشارات Kumarian Press منتشر و با مجوز
Lynne Rienner Publishers, In از کشور آمریکا، در ایران ترجمه و چاپ شده است.



مرکز ملی تحقیقات پیرسلاست

نشانی مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت: تهران، شهرک قدس (غرب)، بلوار ایوانک، خیابان فلاکح شمالی، نبش خیابان درخشان، ساختمان شماره ۱،

تلفن: ۹۶۸۸۱۸۶۰ - ۰۲۱

ستاد مرکزی سازمان بیمه سلامت ایران، طبقه چهارم، واحد ۳

مؤسسه اطلاع رسانی و مطبوعاتی آریا راهبرد رسانه آینده

ISBN: 978-600-457-116-6



9 786004 571166

آینده

نام کتاب: فسادستیزی در بخش سلامت، راهبردهای برای شفافیت و پاسخ گویی

نویسندگان: Taryn Vian, William D. Savedoff, Harald Mathisen

مترجمان: معصومه غلامی، فاطمه یاقتیان

ناظر و ویراستار علمی: دکتر امیرحسین تکیان

چاپ اول: بهار ۱۴۰۲

قیمت: غیرقابل فروش

اجرا، چاپ و انتشار: مؤسسه مطبوعاتی آینده

تلفن: ۲۶۲۳۰۹۵۵ - ۰۲۱ ۸۸۵۳۰۰۲۰

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

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
دیباچه	۸
پیش‌گفتار ترجمه پارسی	۱۰
پیش‌گفتار	۱۳
سپاسگزاری‌های پدیدآورندگان کتاب	۱۹

بخش اول: برداشت منابع مالی از صندوق‌های عمومی

فصل ۱- بستن روزه‌های فساد در بخش سلامت	۲۱
فصل ۲- مبارزه با کلاهبرداری در بیمارستان‌ها	۳۵
فصل ۳- اختلاس از منابع مالی اهدا شده در پروژه‌های سلامت	۴۵
فصل ۴- کاهش آسیب‌پذیری نسبت به فساد در نظام‌های پرداخت مستقیم	۵۷

بخش دوم: تقاضای پرداخت در جایی که باید خدمات رایگان باشند

فصل ۵- پرداخت غیررسمی و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی: درس‌هایی از تانزانیا	۶۷
فصل ۶- راهکارهایی برای کاهش پرداخت‌های غیررسمی	۷۹

بخش سوم: دستکاری تدارکات و تامین دارو

فصل ۷- پرداخت برای درست‌کاری؟	۹۵
فصل ۸- جلوگیری از انحراف مسیر تامین دارو از طریق مدیریت زنجیره تامین	۱۰۵
فصل ۹- تأثیر اطلاعات و پاسخ‌گویی بر فساد در تدارکات بیمارستانی	۱۱۵
فصل ۱۰- شفافیت و پاسخ‌گویی در عصر الکترونیک: مورد تدارکات دارویی	۱۲۳

بخش چهارم: بازگرداندن درست‌کاری از طریق شفافیت و پاسخ‌گویی

فصل ۱۱- شفافیت در برنامه‌های سلامت	۱۳۳
فصل ۱۲- استفاده از پایش عملکرد مالی برای ارتقای شفافیت و پاسخ‌گویی در نظام‌های سلامت	۱۴۳
فصل ۱۳- نظرسنجی شفافیت بودجه، جامعه مدنی و پیگیری هزینه‌های عمومی	۱۵۳

واژه‌نامه	۱۶۹
مشارکت‌کنندگان	۱۷۳

فهرست عکس‌ها و جداول

عنوان صفحه

عکس‌ها

- ۱-۱- چارچوب فساد در بخش سلامت ۲۶
- ۱-۷- میزان فساد در چهار بیمارستان دولتی بوئنوس آیرس ۹۷
- ۲-۷- سهم ساعات گزارش شده از عدم حضور کارکنان در بیمارستان‌های ونزوئلا ۱۰۱
- ۱-۹- تأثیر الزام به گزارش دهی - ضریب تغییرات قیمت خرید در بیمارستان‌های آرژانتین ۱۱۷
- ۲-۹- پاسخ‌گویی از فساد جلوگیری می‌کند - طیف قیمت‌های پرداخت شده برای ملزومات پزشکی در بیمارستان‌های بولیوی ۱۱۸
- ۱-۱۰-۱- تحلیل قیمت‌های پرت، Lamivudine ۱۵۰ میلی گرم ۱۲۸
- ۲-۱۰-۲- تحلیل قیمت‌های پرت، Nevirapine ۲۰۰ میلی گرم ۱۲۹
- ۱-۱۲- منطقه Tanbela، هزینه دارو به ازای ویزیت بر حسب درمانگاه ۱۴۸
- ۲-۱۲- بخش Batarana، هزینه بیمارستان در هر روز بستری ۱۴۸
- ۱-۱۳-۱- چارچوب کلی برای پاسخ‌گویی ۱۵۶
- ۲-۱۳-۲- شاخص بودجه باز و رابطه آن با تولید ناخالص داخلی ۱۵۷
- ۳-۱۳-۳- نمایش نقاط احتمالی نشت وجوه ۱۶۳

جداول

- ۱-۱-۱- فهرست منتخب اعمال فاسد و تأثیر آنها ۲۳
- ۱-۲-۱- عوامل و مداخلات ۲۷
- ۱-۶-۱- انواع پرداخت‌های غیررسمی ۸۰
- ۱-۱۰-۱- توزیع جهانی قیمت عملکرد کشور ۱۳۰
- ۱-۱۱-۱- اطلاعات برای شفافیت ۱۳۷
- ۱-۱۳-۱- نمره‌گذاری دولت ایالت کلرادو در مورد شفافیت بودجه ۱۵۹

دیباچه

«برادرم به تب مالت مبتلا شد و تحت درمان قرار گرفت. چند روز بعد از شروع درمان دچار سردردهای شدیدی شد، بنابراین برای پیگیری روند درمان به کلینیک عفونی بیمارستان مراجعه کرد. متخصص عفونی که رفاقت نزدیکی با روان پزشک بیمارستان داشت برای بررسی سردرد، مشاوره روان پزشکی درخواست کرد. روان پزشک هم پس از ویزیت، سه روز دستور بستری در بخش روان پزشکی صادر کرد. در سه روز بستری، متخصص عفونی و روان پزشکی هر روز با خوش رویی برادرم را ویزیت می کردند و سردردها هم کمی بهتر شده بودند. برای من کمی عجیب بود که بابت سردرد، فردی را در بخش روان بستری کنند. کتاب فارماکولوژی ام را برداشتم و عوارض ریفامپین را مطالعه کردم. سردرد جزء عوارض جانبی شایع مصرف ریفامپین بود و تازه یادم آمد پرداختی به پزشکان به صورت کارانه (Fee for service) انجام می شود!»

فساد در بخش سلامت از بنیادی ترین چالش های حکمرانی خوب است، به گونه ای که به طور روزمره، حتی جان برخی از شهروندان جهان را می ستاند. می پرسید چگونه؟ فساد در حوزه سلامت ابعاد گوناگون دارد و گروه های پرشماری از مردمی که به خدمات این حوزه نیاز دارند را درگیر می کند. فساد، دسترسی گروه های آسیب پذیر که از قضا، دانش و آگاهی اندکی دارند و منابع مالی کافی نیز در اختیار ندارند، به خدمات سلامت، از جمله داروهای حیاتی را محدود می کند. مهم ترین اثر فساد می تواند کاهش تأثیر مراقبت های سلامت برای بیماران باشد و برهمین اساس، به جرأت می توان گفت که فساد در نظام سلامت به معنای مرگ و زندگی است.

فساد، سیاست گذاری های حوزه سلامت و اولویت بندی هزینه ها، به ویژه در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط را متأثر می کند. فساد، بهار نظام سلامت را به خزان زودرس دچار می سازد و بهره مندی بهینه شهروندان از خدمات سلامت، این بدیهی ترین حق شهروندی، را به مخاطره می افکند. برهمین اساس شناسایی گلوگاه های فساد، تعارض منافع احتمالی در نظام سلامت و برنامه فسادستیزی کارا و اثربخش، می تواند نقش پیش گیرانه مؤثری بر کیفیت زندگی شهروندان داشته باشد و از اهمیت خاصی برخوردار است.

ادبیات دانشی فسادستیزی در دهه‌های اخیر به‌طور آشکار، غنی شده و تجربیات بین‌المللی و موردکاوی‌های پرشماری در این حوزه منتشر شده‌اند. سازمان شفافیت بین‌الملل که به سنجش فساد در جهان می‌پردازد نیز در سال ۲۰۰۶، گزارش سالانه خود را به موضوع فساد در حوزه سلامت اختصاص داد. با وجود پیشرفت‌های چشمگیر چند دهه پیشین، شاخص‌های سلامت در کشور عزیزمان، جایگاه نظام سلامت ایران، سطح دسترسی و بهره‌مندی شهروندان از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست. تعارض منافع آشکار، شفافیت اندک، تواتر تصمیم‌های ناآگاه از شواهد و مشارکت قابل چشم‌پوشی مردم در تصمیم‌سازی نظام سلامت، به همراه ساختار ناکارآمد تولید نظام سلامت، منابع انسانی ناکافی، نظام پرداخت و تعرفه ناکارا، به اتلاف منابع و کاهش قابل توجه کارایی نظام سلامت انجامیده و دسترسی به پوشش همگانی سلامت را با مخاطرات جدی مواجه ساخته است.

فسادستیزی و آگاهی از روش‌های آزموده شده آن، با استناد به تجربه‌های قابل استناد جهانی، لازمه حکمرانی خوب و بهبود سلامت شهروندان ایران زمین است. با توجه به کمبود محسوس منابع فارسی معتبر و قابل اتکا، یکی از معتبرترین آثار مرتبط با فسادستیزی در نظام سلامت را که توسط سازمان جهانی سلامت تدوین شده و همکاران جوان دانش‌پژوه در دانشگاه علوم پزشکی تهران با نظارت اینجانب آن را به شکر پارسی برگردانده‌اند، به حضور ارجمندتان پیش کش می‌کنیم. امید دارم برخی از مهم‌ترین تجربیات جهانی فسادستیزی در نظام سلامت که در این کتاب تشریح شده، آگاهی ما را بهبود بخشد و عزم راسخ و دانش‌محور برای مبارزه موثر و معنادار با فساد را استوار کند؛ آمین!

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 ترجمه پارسی

«فسادستیزی در بخش سلامت: راهبردهای شفافیت و پاسخ‌گویی»

اولین ویرایش کتاب مبارزه با فساد در بخش سلامت در سال ۲۰۱۰ منتشر شد. من و همکارانم، هارالد ماتیسن و ویلیام دی ساودوف این کتاب را با هدف ارائه راهبردهای عملی به افرادی که در موقعیت مبارزه با فساد در بخش سلامت هستند و به منظور افزایش شفافیت، روشن‌شدن نقش‌ها و انتظارات، پایش عملکرد و پاسخ‌گو نگه‌داشتن صاحبان قدرت تألیف کردیم. ناگفته پیداست امروزه این هدف از اهمیت افزون‌تری برخوردار است. مطالعاتی که پس از انتشار این کتاب از سال ۲۰۱۰ منتشر شده‌اند، کمک شایانی به شناسایی هزینه اقدامات فسادآفرین مانند محرومیت بی‌رویه از پوشش بیمه درمانی، پرداخت بیش‌از حد یا ارائه‌نشدن خدمات مراقبتی، اختلاس، پرداخت‌های غیررسمی، تعارض منافع موثر بر تدارکات و تجویز و شیوه‌های تجاری نامناسب برای تضمین موقعیت مطلوب‌تر در بازار کرده‌اند.

هم‌راستا با تجربیات جهانی، پژوهشگران ایرانی نیز دریافته‌اند که فساد بر تأمین مالی سلامت و ارائه خدمات، تأثیر می‌گذارد و به گسترش پرداخت‌های غیررسمی و غیبت از کار می‌انجامد. دلایل بنیادین فساد عبارتند از فقدان شفافیت و نظام‌های داده‌ای قابل اعتماد، تأمین مالی پراکنده و غیرمنسجم و نظام حکمرانی انحصارگرا که فرصت اندکی به مشارکت معنادار شهروندان در تصمیم‌گیری برای سلامت فراهم می‌آورد.^۱

فساد، تأثیر عمیقی بر سلامت و رفاه مردم دارد و با محدود کردن دسترسی به خدمات سلامت، حفاظت مالی و کاهش کیفیت خدمات، سلامت را تضعیف می‌کند. مطالعات پیشین، فساد را با پیامدهای سلامت جمعیت از جمله مرگ‌ومیر نوزادان، کودکان و مادران، مرگ‌ومیر ناشی از سرطان و سوانح ترافیکی، تلفات ناشی از زلزله، اضطراب، سلامت عمومی ضعیف و مقاومت آنتی‌بیوتیکی مرتبط دانسته‌اند. سایر آثار فساد شامل رضایت کمتر بیمار از مراقبت‌ها و کاهش اعتماد به نظام مراقبت‌های سلامت است. فساد از طریق تأثیر بر سلامت و انحراف از مصرف درست منابع عمومی سلامت، به واپس‌گرایی توسعه اقتصادی و اجتماعی جوامع می‌انجامد.

الگوهای سوءاستفاده از قدرت و فساد در نظام‌های سلامت به نحوه سازمان‌دهی و تأمین

1. Hassan Joulaei H, Lankarani KB, Shahabi S, Azizmohammadi F, and Keshavarzian A. Critical analysis of corruption in Iran's health care system and its control strategies. *Shiraz E-Med J.* 2022 March; 23(3):e115669. <http://dx.doi.org/10.5812/semj.115669>

مالی این بخش بستگی دارد. از این رو ضروری است که پژوهشگران، مشکل فساد را در بافتار ویژه هر کشور بررسی کنند. در این مسیر لازم است بازیگران مهم در نظام های سلامت مانند پرداخت کنندگان (برنامه های بیمه دولتی و خصوصی)، تنظیم گران، تأمین کنندگان دارو و تجهیزات، ارائه دهندگان (بیمارستان ها، مراکز بهداشتی و پزشکان به صورت فردی یا گروهی) و بیماران، شناسایی و با دقت، بررسی شوند. آشفتگی تعاملات ذی نقشان گوناگون درون نظام ها و هنجارهای سیاسی، اقتصادی و اجتماعی کشورها می تواند زمینه فساد را فراهم آورد.

سازمان جهانی سلامت با همکاری برنامه توسعه سازمان ملل متحد و صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا¹ در حال پیشبرد فعالیت های هدفمند به منظور تقویت مبارزه با فساد، بهبود شفافیت و پاسخ گویی در نظام های سلامت است. شبکه جهانی مبارزه با فساد، شفافیت و پاسخ گویی در نظام های سلامت، پژوهشگران، پزشکان و مقامات دولتی را که علاقه مند به اشتراک گذاری منابع و راهبردها برای تقویت نظام های سلامت برای تاب آوری در برابر فساد هستند را گرد هم می آورد. فساد نه تنها از افراد فاسد، بلکه از نهادهای فاسد سرمی زند و ریشه می دواند. از این رو، ظرفیت سازی برای تحلیل خطرهای فساد به منظور تعیین اولویت ها، ضرورتی انکارناپذیر است. هدف ما باید توانمندسازی شهروندان باشد تا بتوانند فساد را به عنوان مانع اصلی پرداختن به عوامل اجتماعی تعیین کننده سلامت درک کنند که خود، از دلایل بنیادین دست نیافتن جوامع انسانی به هدف اساسی پوشش همگانی سلامت شناخته شده است.

امیدوارم خوانندگان پارسی زبان این کتاب، با شهروندان جامعه سلامت جهانی همراه شوند و همه ما را به درک جامع تری از علل ریشه ای فساد، پیامدهای آن برای سلامت عمومی و اینکه چگونه می توانیم برای بهبود نیک بودی و سلامت همه مردم، همه جا از فساد پیشگیری و آن را مهار کنیم، راهنمایی کنند. در پایان از مترجمان که فرصت بهره مندی علاقه مندان پارسی زبان از این اثر را فراهم آوردند، سپاسگزاری می کنم.

تاریخ و بیان

استاد دانشگاه سانفرانسیسکو، آمریکا

۱۳ مارس ۲۰۲۳

راهنمای اصلاحات مؤثر در فسادستیزی

در ازای فسادستیزی، لزوماً کسی از شما سپاس‌گزاری نخواهد کرد. باوجود تلاش‌هایی که افراد مدبر سراسر جهان برای کمک به کشور‌هایشان برای غلبه بر فساد می‌کنند، به نظر می‌رسد رسوایی‌های دانه‌درشت هرگز پایانی ندارند. گاهی اوقات، کسانی که به فسادستیزی برمی‌خیزند به عنوان قهرمان شناخته می‌شوند، اما غالباً مورد آزار و اذیت قرار می‌گیرند، شغل خود را از دست می‌دهند یا حتی در نهایت از جان خود واهمه دارند.

اگرچه این شرایط می‌تواند دلسردکننده باشد، اما این کتاب بدبینی‌هایی را که غالباً بر تلاش‌های اصلاحات ضدفساد سایه افکنده، به چالش می‌کشد و معتقد است که مداخلات مؤثرتری در دسترس هستند، به‌ویژه آنهایی را که به طور راهبردی در مؤسسات یا بخش‌های خاصی جواب می‌دهند. با توصیف راهبردهای فسادستیزی در بخش سلامت که موفقیت‌آمیز بوده‌اند، نشان می‌دهیم که می‌توان به طور مؤثر با فساد مبارزه کرد.

خطری از این بالاتر نمی‌تواند وجود داشته باشد. فساد در بخش سلامت به معنای واقعی کلمه برای مردم فقیری که در کشورهای در حال توسعه، پیامد کلاهبرداری و سوءاستفاده را تجربه می‌کنند، موضوع مرگ و زندگی است. مسیرهای طولانی برای رسیدن به خدمات حیاتی مراقبت‌های سلامت، از دست رفتن داروها یا هزینه بالای پرداخت رشوه. فسادستیزی در بخش سلامت از نظر اعتمادسازی در نهادهای عمومی و در نتیجه حمایت از ارتقای درست‌کاری در سایر بخش‌ها نیز نویدبخش است. در نهایت، مبالغ پول درگیر به‌قدری زیاد است که نشان‌دهنده سهم قابل توجهی از درآمد ملی، درآمدهای دولت و کمک‌های اهداکنندگان است و اینکه نمی‌توان فساد را نادیده گرفت.

خوشبختانه، مجموعه‌ای از دانش نوظهور برای تبدیل یافته‌های پژوهش‌های ضدفساد به برنامه‌های عملیاتی ضدفساد کمک می‌کند. اگرچه هنوز خیلی تا یادگیری داریم، اما در حال حاضر تعدادی از درس‌های کلی این حوزه برای طراحی و اجرای اصلاحات ضدفساد مفید هستند.

لطفاً از طرح‌ها خودداری کنید

از کجا شروع کنیم؟ مداخله باید حول یک مشکل و بافتار خاص طراحی شود. اثربخشی مداخله همواره به همان اندازه که به فرهنگ، تاریخ، محدودیت‌های سازمانی و ظرفیت‌های یک کشور بستگی دارد، به تحلیل دقیق اشکال فساد نیز بستگی دارد. مجریان می‌توانند رویکردهای مرتبط را از جاهای دیگر اقتباس کرده و یا اینکه به این تشخیص برسند که نیاز به ابداع رویکردهای جدید دارند.

تلاش برای کاربست «راه‌حل‌های» استاندارد شده بسیار رایج است؛ پیروی از طرحی بدون توجه به ویژگی‌های یک فساد خاص در بافتار خودش، نتیجه معکوس دارد. یادگیری از تجربیات کشورهای مختلف و بخش‌های مختلف به معنای تکرار کورکورانه آن تجربیات نیست. کاملاً برعکس؛ هنجارهای فرهنگی، نهادهای اجتماعی و فرایندهای سیاسی همگی به نحوه نگاه مردم به فساد و اینکه آیا حتی مایل به رویارویی با آن هستند یا خیر، رنگ و بو می‌دهند و مقامات محلی یا فعالان می‌توانند راه‌حل‌های منحصر به فردی ایجاد کنند که این عوامل محلی را در نظر بگیرد. آنها به جای اینکه به موضوع فساد به عنوان یک تضاد دوقطبی بین سنت و مدرنیته نگاه کنند، می‌توانند توجه دقیقی به دانش محلی داشته و ارزش‌های محلی را که با درست‌کاری و حکومت‌داری بهتر سازگار هستند، استخراج کنند. بنابراین بازیگران محلی باید نقش‌های اصلی را برعهده گرفته و رویکرد خود را نسبت به فساد طراحی کنند. به این ترتیب وقتی تعامل داخلی و یادگیری از خارج ترکیب شود، فرایند اصلاحات حاصل از آن شانس بیشتری برای موفقیت خواهد داشت.

راهبردی باشید و مداخلات را خردمندانه هدف قرار دهید

در حالی که طراحی رویکردهای جامعی که به هر جنبه‌ای از فساد بپردازند و سوسه‌انگیز هستند، باید چه کار کرد؟ ممکن است در برخی موارد با اراده سیاسی مناسب و کافی موفق شوند. اما تلاش برای انجام همه کارها به یکباره، چه در سطح ملی و چه در سطح بخشی، می‌تواند نتیجه معکوس نیز به همراه داشته باشد. راهبردهایی با چنین گستردگی می‌توانند شتاب خود را از دست داده و در نهایت تأثیر کمی بگذارند. رویکردهای راهبردی و هدفمند احتمالاً بهتر عمل می‌کنند.

رویکردهای هدفمند می‌توانند مشکلات تعریف شده در یک بخش خاص را با معیارهای پیشرفت مشخص و تعداد قابل مدیریتی از ذی‌نقشان برطرف کنند. اگر اقدامات در چارچوب یک استراتژی بخشی گسترده‌تر مورد هدف قرار گیرند، می‌توانند از منزوی شدن یا محدود شدن بیش از حد جلوگیری کنند. به عنوان مثال، ایجاد پیوند بین اقدامات عملکردی و هزینه‌کردهای بودجه می‌تواند سوءمدیریت مالی عمومی را آشکار کرده و برای اقدامات گسترده‌تر حمایت‌طلبی کند. رویارویی با اختلاس در پرداخت‌های مستقیم در واحدهای محلی می‌تواند اولین گام باشد و به دنبال آن اقداماتی برای کاهش سرقت دارو یا رشوه انجام شود.

اصلاحات ضد فساد را بخشی از جریان اصلی قرار دهید

چگونه باید پیش برویم؟ فساد غالباً نشانه نظام‌های عمومی ضعیف است، بنابراین منطقی است که به عنوان بخشی از اصلاحات اصلی به آن پرداخته شود. اگر مقامات هر زمان که در برنامه‌های عمومی تغییراتی ایجاد می‌کنند به آسیب‌پذیری‌های فساد نیز رسیدگی کنند، اصلاحات ضد فساد می‌توانند به عنوان بخشی از تلاش‌های کلی برای بهبود سیاست‌های عمومی پیشرفت کنند. با این حال، همانند همه تلاش‌ها برای «جریان‌گذاری» موضوعات بین‌بخشی (مانند جنسیت و حقوق بشر)، مهم است که به دانش تخصصی کارشناسان بخش احترام گذاشته شده و به وضوح نشان داده شود که برخورد با فرصت‌های فساد برای دستیابی به عملکرد بهتر بخشی که به آن اختصاص داده شده، ضروری است.

حتی در کشورهایی که مردم به شدت به نهادهای دولتی بی‌اعتماد هستند، جریان اصلی تلاش‌های فسادستیزی در بخشی مانند مراقبت‌های سلامت نیز می‌تواند با شناسایی مشکلاتی که قابل دستیابی به راه‌حلی که ملموس و قابل مشاهده هستند، حرکت مثبتی ایجاد کند. افراد متعهد چه در راه‌اندازی پویش علیه داروهای تقلبی در نیجریه و چه علیه پرداخت‌های غیررسمی در بیمارستان‌های آلبانی، نشان داده‌اند که برخورد با فساد به عنوان بخشی از برنامه بهبود مدیریت عمومی می‌تواند موفقیت‌آمیز باشد.

بهره‌برداری از فرصت‌ها

از کی شروع کنیم؟ ساده‌ترین پاسخ این است: هم‌اکنون. تقریباً در هر شرایطی، اقداماتی

(بزرگ یا کوچک) می‌توانند برای کاهش دامنه فساد انجام شوند. اما اصلاح‌طلبان باید به‌ویژه به دنبال تأثیرات اجتماعی و سیاسی بر فضای اصلاحات بوده و به دنبال لحظات امیدوارکننده باشند، به‌عنوان نمونه پس از انتخابات، یا یک رسوایی پرمخاطب، یک بحران اقتصادی یا یک انتصاب جدید در سطح ارشد. موقعیت‌های بین‌المللی، مانند تعهد یک کشور به معاهدات منطقه‌ای یا آمادگی برای الحاق به یک اتحادیه بین‌المللی نیز می‌توانند به عنوان اهرمی برای ترویج تغییرات مثبت باشند.

فقدان اراده سیاسی غالباً به عنوان دلیلی برای شکست تلاش‌های فسادستیزی یاد می‌شود و قطعاً راهبردهای موجود را محدود می‌کند. در چنین مواردی، به جای مبارزه آشکار با فساد و تکیه بر رهبری سطح بالا، تاکتیک‌های غیرمستقیم ممکن است ارجحیت داشته باشند. به عنوان مثال، برنامه‌ای که شهروندان را در مورد حقوق قانونی آنها برای خدمات سلامت عمومی آگاه می‌کند، ممکن است هرگز به فساد اشاره نکند. اما از آنجایی که این برنامه قصد دارد شفافیت را افزایش دهد، ممکن است برنامه‌ای مواردی از فساد را آشکار کند که به محض قرار گرفتن در معرض دید عموم، برای اصلاحات فریاد بزنند و حمایت عمومی را برای اقدامات بعدی ایجاد کند. بنابراین در برخی موارد، اگر به برنامه‌ها صراحتاً برچسب تلاش‌های ضدفساد زده نشود، ممکن است موفق‌تر باشند.

راهکار دیگر در رویارویی با مخالفان، بسیج متحدان جدید است. گاهی اوقات این بدان معناست که مردم بدانند چگونه فساد دسترسی آنها به مراقبت‌های سلامت را مختل کرده یا زندگی آنها را به خطر می‌اندازد. در موارد دیگر، اینکار در بر دارنده انتشار جزئیات مربوط به هزینه‌های عمومی است و اینکه آیا این هزینه‌ها به دست ذی‌نقشان مورد نظر خود می‌رسند یا خیر. گاهی اوقات می‌توان انجمن‌های حرفه‌ای را متقاعد کرد که استانداردهای درست‌کاری را اعمال کنند؛ چه از طریق تشویق و پاداش یا از طریق شرمساری عمومی. در کشورهایی که قراردادهای بین‌المللی را امضا و تصویب کرده‌اند، می‌توان از دادگاه‌ها یا مطبوعات کمک گرفت تا قوای مقننه و مجریه دولت را پاسخ‌گو کنند.

معرفی یک رویکرد راهبردی

درس‌های اصلاحات فسادستیزی نشان می‌دهند که می‌توانیم با ارتقای درست‌کاری در بخش‌ها و نهادهای خاص، گام‌های بزرگی برداریم. بخش سلامت یک کاندیدای کلیدی برای اقدام است، زیرا تأثیر مستقیمی بر رفاه شهروندان دارد. بخش سلامت ممکن است شانس موفقیت بیشتری هم نسبت به سایر بخش‌ها داشته باشد زیرا می‌تواند از سنت اخلاقی قوی استفاده کند. در صورت موفقیت، تلاش‌های فسادستیزی در بخش سلامت می‌تواند الهام‌بخش تلاش‌ها علیه فساد در سایر بخش‌های جامعه نیز باشد.

در این کتاب قصد نداریم طرح‌های بیشتری خلق کنیم. در عوض ما نشان می‌دهیم که اصلاحات واقعاً امکان‌پذیرند و بهترین راه برای دستیابی به آن این است که با حساسیت به فرهنگ‌ها و شیوه‌های محلی، به فرایند نزدیک شویم و در عین حال از آنچه در جاهای دیگر جواب داده، آگاه باشیم. بنابراین ما مداخلات موفق را در هر کجا که آنها را پیدا کردیم، برجسته کرده‌ایم. امیدواریم این داستان‌ها، تجربیات و درس‌ها الهام‌بخش شما و دیگران باشد تا با خوش‌بینی، اطمینان و پشتکار با این چالش حیاتی رویارویی کنید.

سپاسگزاری‌های پدید آورندگان کتاب

پژوهش و تحلیل انجام شده توسط مشارکت کنندگان این کتاب مورد حمایت و تشویق ویژه Mاموریت U4 کمک به اهداءکنندگان برای رسیدگی موثرتر به چالش‌های فساد از طریق گسترش پشتیبانی و همکاری نزدیک با هشت آژانس توسعه است، شامل: Norad (نروژ)، DFID (بریتانیا)، CIDA (کانادا)، GTZ (آلمان)، MinBuZa (هلند)، Sida (سوئد)، BTC (بلژیک) و AusAID (استرالیا). تعدادی از فصل‌های این کتاب ابتدا با قالبی کمی متفاوت به عنوان خلاصه‌های موردی در وبسایت U4 منتشر شدند (www.u4.no).

BTC، آژانس توسعه همکاری بلژیکی، با بخشندگی کمک مالی ارائه کرده که امکان افزودن دانش و به روزرسانی تحقیقات قبلی را برای این کتاب فراهم کرده است. علاوه بر این، دپارتمان سلامت بین‌الملل دانشکده بهداشت دانشگاه بوستون، دانشکده‌ای که متعهد به پیشبرد نوآوری در اقدامات سلامت عمومی است، حامی ثابت کار ما و این اندیشه بوده که فساد یک مشکل سلامت عمومی است که باید توسط متخصصان سلامت عمومی مورد توجه قرار گیرد.

همچنین از تنی چند که ما را در تهیه کتاب یاری کردند بسیار سپاسگزاریم. Rich Feeley و Lucy Honig که نظرات عالی و روشن‌گرانه را در مورد پیش‌نویس‌های اولیه فصل‌های کلیدی ارائه کردند. Amanda Makulec به طرز ماهرانه‌ای جزئیات بی‌شماری برای کمک به آماده‌سازی نوشته نهایی انجام داد. تشکر ویژه از Kirsty Cunningham در U4 برای ارائه ویرایش بی‌مانند فصول و در نهایت، از تشویق و توصیه‌های ارزشمند Jim Lance، سردبیر و ناشر کوماریان که ما را در فرایند انتشار راهنمایی کرد، سپاسگزاریم.

بخش اول

برداشت منابع مالی
از صندوق‌های عمومی

بستن روزنه‌های فساد در بخش سلامت

Taryn Vian, William D. Savedoff and Harald Mathisen

در یک بخش زایمان در هند، پرستاری به مادری می‌گوید که برای دیدن دختر تازه متولد شده‌اش باید هزینه‌ای پرداخت کند. او می‌گوید اگر پسر بود این هزینه بیشتر می‌شد. در کاستاریکا، در صورتی که نماینده‌ای در کنگره، قانونی برای تصویب وام فنلاندی سازمان تامین اجتماعی برای واردات تجهیزات بیمارستانی ارائه کند، به او هزاران دلار پیشنهاد می‌شود.

در کامرون، کمیته‌ای محلی برای ساخت یک واحد بهداشتی درخواست کمک هزینه می‌کند. با موافقت کمیته، کدخدای روستا درخواست ارسال شده را افزایش می‌دهد تا هزینه لازم برای بهسازی خانه‌اش را نیز در بر گیرد.

در آلبانی، یک پزشک خصوصی دارویی تجویز می‌کند که بیمار به آن احتیاجی ندارد زیرا با همسایه داروساز هماهنگ کرده تا سهمی از فروش دریافت کند.

این داستان‌های واقعی فساد در بخش سلامت نشان می‌دهند که چگونه مردم می‌توانند از قدرت خود سوءاستفاده کنند. سوءاستفاده مقامات از منابع مالی یا رشوه گرفتن آنها، اعتماد عمومی را خدشه‌دار می‌کند. اما بیشتر مواقع داستان‌های فساد به این سراسی نیستند. اکثر افرادی که درگیر فساد، یا فعالیت‌هایی که فاسد به نظر می‌رسند، هستند با ارائه توضیحاتی که می‌توانند به ظاهر مشروع باشند، راه‌هایی برای منطقی جلوه دادن رفتار خود دارند. به‌اندازه‌ای که این دلایل به صورت جمعی پذیرفته شود، به همان مقدار نیز تعریف فساد مبهم می‌شود. آیا درآمد پرستار آن قدر پایین بود که درخواست پرداخت بیشتر از مادران را موجه کند؟ آیا پاداش به کدخدای روستا برای درخواست مبلغ بیشتر از دولت به دلیل نقش او در دریافت مجوز واحد بهداشتی، حتی اگر فاش نشود، مناسب است؟

به اعتقاد ما چالشی که در مقابل افراد درگیر و مرتبط با سیاست‌های سلامت عمومی وجود دارد، رویارویی با فساد در بخش سلامت، نه تنها به عنوان یک مشکل اقتصادی یا سیاسی بلکه به عنوان فعالیتی که ریشه در منطق روزمره رفتار اجتماعی دارد، است. اگر به این سوال به عنوان متخصصان سلامت عمومی، مشاوران سیاست‌های سلامت، اقتصاددانان کاربردی، مقامات دولتی، سیاست‌مداران یا مدیران سازمان‌های مردم‌نهاد بپردازیم، همچنان نمی‌توانیم نقش فساد را در شکست نظام سلامت و پیامدهای ضعیف سلامتی که با وجود کمک‌های فزاینده همچنان ادامه دارند، نادیده بگیریم. این کتاب منبعی برای کسانی است که سیاست‌های سلامت عمومی را طراحی کرده یا برنامه‌های بهداشتی را اجرا می‌کنند و فساد را به عنوان تهدیدی برای اهداف سلامت عمومی تصدیق می‌کنند.

مشکل

فساد یک مشکل جدی برای کشورهای فقیر و ثروتمند است که توسعه بین‌المللی را تهدید کرده و اعتماد به دولت را از بین می‌برد. در بخش سلامت، اگر بیمارستان‌ها به دلیل اختلاس از بودجه ساخت و ساز فرو بریزند، پزشکان از بیمارانی که توان پرداخت ندارند زیرمیزی طلب کنند و ناظران فاسد به داروهای تقلبی اجازه ورود به بازار بدهند، فساد به معنای واقعی کلمه به مسئله مرگ و زندگی تبدیل می‌شود. اگرچه فساد در هر کشوری یافت می‌شود، اما شهروندان کشورهای کم‌درآمد هنگام تعامل با مقامات دولتی بیشتر در معرض فساد هستند و شواهد فزاینده، قدرت ویرانگری بیشتر پیامدهای فساد برای سلامتی و رفاه شهروندان کشورهای فقیرتر را ثابت می‌کنند. این عوامل، فساد را به یک مسئله مهم سلامت جهانی تبدیل کرده است.

فساد در بخش دولتی که به صورت «سوءاستفاده از قدرت عمومی یا محول شده برای منافع خصوصی» تعریف شده، زمانی رخ می‌دهد که یک مأمور دولتی به جای پیش بردن اهداف خدمات عمومی و دولتی با استفاده از اختیاراتی که به او محول شده، از موقعیت خود برای پیشبرد منافع شخصی استفاده کند. لیست جدول ۱-۱ شامل برخی از رایج‌ترین انواع آن است.

مشکلات در تعریف و اندازه‌گیری فساد فراوان هستند. به عنوان مثال، همیشه نمی‌توان

به راحتی در مورد ماهیت «سوءاستفاده» از قدرت به توافق رسید. زمانی که متخصص سلامتی با دستمزد پایین از بیمارانی که داوطلبانه پرداخت غیررسمی را که توانایی پرداختش را دارند می‌پذیرد، آیا این عمل واقعاً سوءاستفاده از قدرت است یا صرفاً یک سازوکار رویارویی‌ای برای دستیابی به دستمزدی کافی برای امرار معاش؟ همچنین ماهیت پنهانی فساد نیز اندازه‌گیری آن را دشوارتر می‌کند.

▼ جدول ۱-۱- فهرست منتخب اعمال فاسد و تأثیر آنها

اثر	توصیف	نوع فساد
پرداخت غیررسمی	پرداخت‌هایی به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت که بیشتر از مقادیر «رسمی» بوده یا برای خدماتی است که انتظار می‌رود رایگان باشند.	کاهش دسترسی به مراقبت، تضعیف عدالت در دسترسی، افزایش بار مالی بیماران
فروش سمت‌های دولتی	هنگامی که یک مقام ارشد برای تضمین یا حفظ موقعیت شغلی کارمندان دولت از آنها درخواست پرداخت دارد.	احتمال وجود کارکنان بی‌صلاحیت را افزایش می‌دهد، افراد ممکن است حس کنند که برای تأمین هزینه «خرید» شغل خود تحت فشارند.
غیبت	سرقت زمان با نیامدن به محل کار یا کار در بخش خصوصی در ساعات کاری	دسترسی و ارائه خدمات را کاهش می‌دهد
رشوه	پول یا چیزی با ارزش که در ازای انجام یک اقدام رسمی، وعده داده یا پرداخت می‌شود	رشوه در ثبت، انتخاب و تدارک داروها می‌تواند منجر به افزایش قیمت داروها، ورود و استفاده از داروهای نامناسب یا تکراری یا کم‌اثر یا تقلبی در بازار شود.
فساد تدارکات	شامل انواع مختلفی از سوءاستفاده از جمله رشوه، کارچاق کنی، ایجاد صورت‌حساب تقلبی، تبانی بین تأمین‌کنندگان، بازرسی نکردن عملکرد قراردادها و غیره می‌شود.	فساد در تدارکات، باعث افزایش قیمت پرداخت شده برای کالاها یا خدمات می‌شود و در نتیجه ناکارآمدی را افزایش می‌دهد. حتی ممکن است کالاها و خدمات مورد نیاز نباشند، تحویل داده نشوند و یا دارای کیفیتی پایین‌تر از استاندارد باشند.
سرقت یا سوءاستفاده از اموال	سرقت یا استفاده غیرقانونی از اموال مانند داروها، تجهیزات یا وسایل نقلیه، برای استفاده شخصی، استفاده در یک کار خصوصی پزشکی یا فروش مجدد	منجر به افزایش بهای واحد، اتمام موجودی انبار دارو، وقفه در درمان یا درمان ناقص و مقاومت آنتی‌بیوتیکی می‌شود. می‌تواند مانع دسترسی باشد زیرا مراجعه بیماران به مراکز درمانی را متوقف می‌کند.
کلاهبرداری	بد ارائه دادن به قصد تأمین منافع غیرقانونی. صورتحساب جعلی، بیماران یا خدمات «شیخ‌گونه» (صورتحساب برای بیمارانی که در واقع وجود ندارند، یا خدماتی که در واقع ارائه نشده‌اند)، تبدیل حساب‌های دریافتی به حساب خصوصی و غیره	تخلیه منابع می‌تواند منجر به درماندگی صندوق‌های بیمه، کیفیت پایین مراقبت، محرومیت از مراقبت برای برخی بیماران یا شکست برنامه‌ها در دستیابی به نتایج شود.
اختلاس از درآمد	سرقت یا استفاده از وجوهی که متعلق به کارفرما یا یک سازمان دولتی است	بودجه کمتر برای خدمات، کیفیت پایین مراقبت

فساد به عنوان یک مشکل سلامت

فساد با کاهش میزان بودجه موجود برای سرمایه‌گذاری در بخش سلامت به مشکلی برای نظام سلامت تبدیل می‌شود. شرکت‌های خصوصی، اعم از داخلی و خارجی، تمایلی به سرمایه‌گذاری در کشورهایی با نرخ بالای فساد ندارند که این امر باعث کاهش رشد کلی اقتصادی می‌شود. به طور کلی اقتصادهای راکد بودجه کمتری برای دولت و درآمد کمتری برای بخش سلامت در اختیار دارند. حتی در بخش سلامت، تصمیمات مرتبط با تخصیص بودجه ممکن است توسط افرادی که می‌خواهند دارایی خود را افزایش دهند تحریف شوند زیرا درخواست دریافت مقادیر قابل توجهی به عنوان بازپرداخت در قرارداد ساخت بیمارستان یا خرید تجهیزات پزشکی گران قیمت و پیچیده، آسانتر از مراقبت‌های اولیه بهداشتی و برنامه‌هایی مانند واکسیناسیون و تنظیم خانواده است. فساد در بخش سلامت تأثیر منفی مستقیمی بر دسترسی و کیفیت مراقبت از بیماران نیز دارد. زمانی که به دلیل اختلاس و کلاهبرداری در تدارکات، منابع از بخش سلامت خارج می‌شوند، پول کمتری برای پرداخت حقوق، تأمین هزینه‌های عملیاتی و نگهداشت در دسترس خواهد بود. این امر می‌تواند روحیه کارکنان را تضعیف کرده و کیفیت مراقبت، دسترسی و بهره‌مندی از خدمات را کاهش دهد. مطالعات نشان داده که فساد بر شاخص‌های بهداشتی مانند مرگ و میر نوزادان و کودکان تأثیر منفی داشته (Gupta et al 2002) و همچنین شواهد نشان می‌دهند که کاهش فساد می‌تواند با افزایش اثربخشی هزینه‌های عمومی پیامدهای سلامت را بهبود بخشد (Azfar 2005).

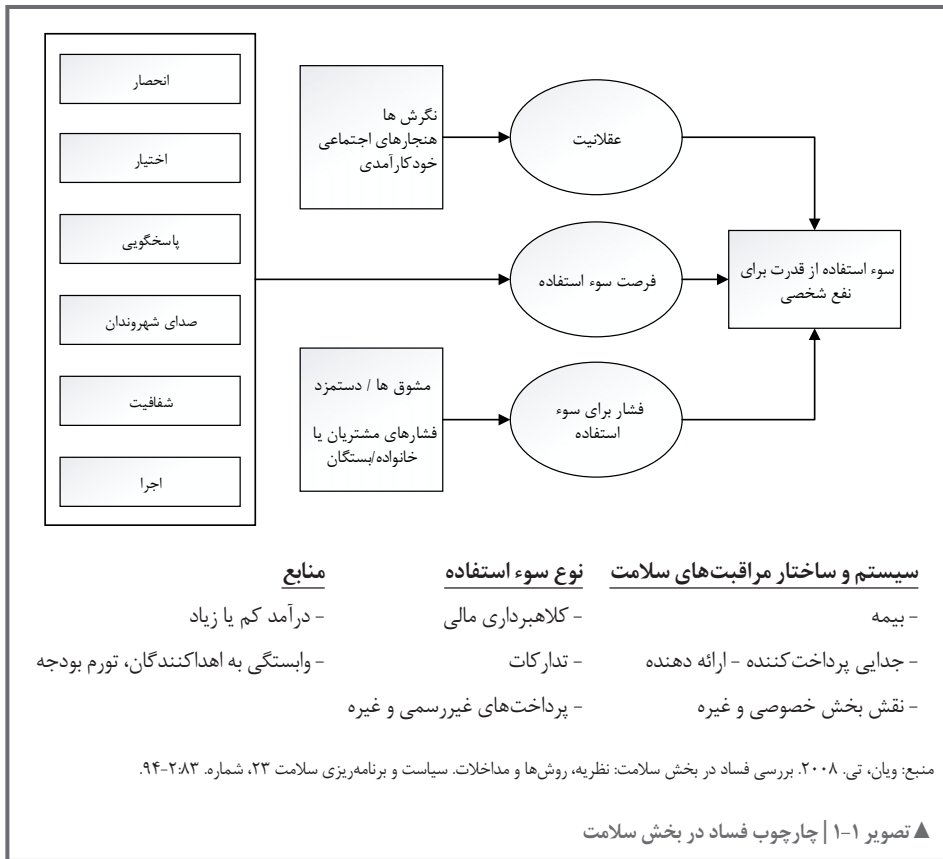
مروری بر تحقیقات مربوط به پرداخت‌های غیررسمی نشان داد که این پرداخت‌ها، با غیرمقرون به صرفه کردن خدمات، دسترسی به خدمت را به ویژه برای افراد فقیر کاهش می‌دهند (Lewis 2007). طبق تخمین مطالعه‌ای در آذربایجان، حدود ۳۵ درصد از زایمان‌ها در مناطق روستایی به دلیل بالا بودن هزینه‌های مراقبت در مراکزی که باید خدمات را رایگان ارائه دهند، در خانه انجام می‌شود (بانک جهانی ۲۰۰۵)، در حالی که در ارمنستان خانواده‌ها مجبورند برای پرداخت هزینه‌های غیررسمی دریافت مراقبت، دام‌ها یا دارایی‌های خود را فروخته و یا از دیگر اعضای خانواده و جامعه پول قرض کنند (Emerging Markets Group 2005).

پرداخت رشوه برای فرار از استانداردها و مقررات دولتی مرتبط با دارو، تأثیرات منفی جدی بر سلامتی دارد. اجازه فروش به داروهایی با ارزش درمانی کمتر می‌تواند به رشد و انتشار ارگانوسم‌های مقاوم به درمان کمک کرده و خطر همه‌گیری‌های غیرقابل درمان را افزایش دهد. فساد در قالب سرقت یا انحراف منابع به سمت داروخانه‌های خصوصی می‌تواند منجر به کمبود دارو در مراکز دولتی شود که این امر ممکن است مردم را از جستجوی خدمات درمانی منصرف کند. فساد در تدارکات می‌تواند منجر به ایجاد زیرساخت‌های عمومی نامرغوب‌تر و نیز قیمت‌های بالاتر برای موادی که دولت تامین می‌کند شود که در نتیجه پول کمتری برای ارائه خدمت باقی می‌ماند.

چارچوبی برای ارزیابی آسیب‌پذیری‌ها

قبل از مداخله برای کنترل یا جلوگیری از فساد، متخصصان بهداشت عمومی و هر کسی که می‌خواهد چنین مداخلاتی را طراحی، تأمین مالی یا پشتیبانی کند، باید دلایل رخداد فساد در بخش سلامت را درک کنند. اینکه چه عواملی به توضیح الگوی فعلی سوءاستفاده از قدرت یا جایگاه اجتماعی در راستای منافع خصوصی در بخش سلامت کمک می‌کند؟ چگونه می‌توانیم از این اطلاعات برای پیشگیری و کاهش آثار جدی و زیان‌بار فساد استفاده کنیم؟

یکی از راه‌های درک فساد، برخورد با آن به عنوان یک انتخاب منطقی است. افراد منافع شخصی مشروعی دارند اما دنبال کردن این منافع وقتی به ضرر تعهدات و مسئولیت‌های اجتماعی باشد، منجر به رفتار فاسد می‌شود. مردم عموماً زمانی که فرصتی برای سوءاستفاده از قدرت خود، در شرایطی که همزمان احساس تحت فشار بودن داشته باشند، از مرز بین رفتار درست کارانه و فساد عبور کرده و سپس برای توجیه رفتار خود منطق‌سازی می‌کنند (شکل ۱-۱). در جایی که سود شخصی فساد زیاد و احتمال دستگیری و مجازات کم است، احتمال درگیری افراد با فساد بیشتر می‌شود. برخی از مؤثرترین راهبردهای پیشگیری از فساد، با سودمندتر کردن درست‌کاری و پرهزینه‌تر کردن فساد به طور مستقیم این تعادل را هدف قرار می‌دهند. این راهبردها شامل افزایش حقوق، توسعه پاداش‌های مبتنی بر عملکرد، تقویت رفتار حرفه‌ای و اصول اخلاقی، افزایش شفافیت و افزایش مجازات برای فساد هستند.



با ایجاد چنین درکی از فساد، می‌توانیم جنبه‌هایی از نظام سلامت را که با تغییرشان می‌توان احتمال فساد را کاهش داد، شناسایی کنیم. به عنوان مثال، هرگونه مداخله برای کنترل فساد در تدارکات دارویی باید به علت وجود فرصت‌ها، فشارها و منطقی جلوه دادن سوءاستفاده بپردازد. با این حال، مداخله متناسب با محیط به سطح متمرکز بودن تدارکات، میزان تخصص‌گرایی و نظارت بر مأموران تدارکات، کیفیت و سرعت دادگاه‌ها و فرهنگ خدمات عمومی بستگی دارد. مطالعات، راه‌های پرشماری برای شناسایی فرصت‌های سوءاستفاده از قدرت به همراه اقدامات لازم برای رفع آنها مشخص کرده‌اند (Vian 2008). به عنوان مثال، اگر افراد برای دریافت خدمات سلامت مجبور به پرداخت رشوه شوند، ممکن است فرصتی برای سوءاستفاده ایجاد شود زیرا افراد گزینه‌های جایگزین کمی دارند (مرکز درمانی دارای انحصار است)، این مرکز هیچ نظارتی ندارد (پاسخ‌گو نیست) یا کارکنان اعتقاد به مقبولیت چنین

پرداختی‌هایی دارند (هنجارهای اجتماعی). می‌توان برای هر یک از این شرایط - انحصار، پاسخ‌گو نبودن و ارزش‌های ضعیف در خدمات اجتماعی - اقدامات مناسبی را طراحی کرد. برخی از این عوامل و کاربرد آنها در فسادستیزی در جدول ۱-۲ شرح داده شده است.

▼ جدول ۱-۲ - عوامل و مداخلات

عامل	تعریف	مداخلات احتمالی
سطح نهادی یا نظام		
انحصار	وضعیتی که تنها یک ارائه‌دهنده خدمت وجود دارد	گزینه‌های ارائه خدمات را گسترش دهید تا شهروندان بتوانند امکانات و خدمات عاری از فساد را انتخاب کنند. فساد طایفه‌ای را از بین ببرید.
اختیار	استقلال تصمیم‌گیری اعطا شده به یک نماینده دولتی مشخص	نقش‌ها و مسئولیت‌های کارگزاران دولتی را به طور واضح تعریف کرده و نظارتی مناسب بر اختیارات را برای کاهش فرصت‌های فساد حفظ کنید.
پاسخ‌گویی	تعهد یا تمایل به اثربخشی در دستیابی به اهداف و نتایج	اهداف و نتایج برنامه‌های دولتی را اندازه‌گیری کرده و این اطلاعات را با ناظران داخلی و خارجی به اشتراک بگذارید. از عوامل دولتی بخواهید تا سطح عملکرد به دست آمده را توجیه کنند. فقدان عملکرد مناسب یا رفتار فاسد را مجازات کنید.
صدای شهروندان	راه‌ها و ابزارهای مشارکت شهروندان در دولت	فرصت‌های شهروندان برای انتخاب اولویت‌ها، بررسی بوده، ارزشیابی عملکرد دولت و ثبت شکایات را افزایش دهید.
شفافیت	افشای فعالانه اطلاعات برای عموم درباره نقش‌ها، سیاست‌ها، فرایندها، اهداف و نتایج موسسات	اطلاعات را به روش‌هایی افشا و منتشر کنید که بررسی عمومی و مسئولیت‌پذیری مسئولان را تقویت کرده، انتخاب شهروندان را تحریک کند و کیفیت و منصفانه بودن خدمات عمومی را بهبود بخشد.
کشف و اجرای حکم	اقداماتی برای کشف فساد و مجازات دستگیرشدگان	تحقیقات، مراقبت و نظارت را افزایش دهید، خبرنگاری تحقیقی را تشویق کنید، تحریم‌های قانونی/ نظارتی را طراحی و اجرا کنید، استانداردهای رفتار حرفه‌ای و سازمان‌های نظارت شهروندی را توسعه دهید و از خطوط تلفن ویژه و قوانین حامی افشاگران پشتیبانی کنید.
مشوق‌ها	جبران خسارت و سایر مزایایی که فشار را برای مشارکت در فساد به عنوان «سازوکار روبرویی» کاهش می‌دهد.	برای افزایش حقوق و مزایای خالص کارکنان دولت اصلاحات سلامتی طراحی کنید، راهبردهایی برای پاداش عملکرد خوب ایجاد کنید، شرایط کار را بهبود دهید تا چالش برانگیز و مفید باشد.
سطح فردی (دیدگاه مقامات و شهروندان)		
نگرش	ارزیابی کلی رفتار توسط مقامات و شهروندان (مزایا و معایب درک شده از مشارکت در فساد)	پیامدهای منفی فساد را مشخص کنید، اطلاعات غلط در مورد فراوانی رفتارهای فاسد را تصحیح کرده و توجیحات این اعمال را مورد خطاب قرار دهید، در مورد نقش دولت، حقوق شهروندی و استحقاق افراد، آگاهی ایجاد کنید
هنجارهای اجتماعی و اخلاقی	ارزش منظور شده برای خدمات عمومی، درک از نقش عمومی یا حرفه‌ای، انتظارات خانوادگی/ اجتماعی	برنامه‌هایی برای آموزش مدیریت دولتی توسعه دهید، استانداردهایی برای یکپارچگی ایجاد کنید، از الگوهای رفتاری اخلاقی حمایت کنید.
خود کارآمدی	اعتماد به نفس به توانایی خود برای اقدام، وسوسه یا فشارهای شخصی برای مشارکت در فساد	رفتار دلخواه را نشان داده و الگو قرار دهید، آموزش شهروندی را برای افزایش مهارت شهروندان در توضیح مشکلات خود و دسترسی به دولت توسعه دهید، آگاهی نسبت به گزینه‌های دسترسی به خدمات بدون رشوه را افزایش دهید.

خلاصه فصل ها

فسادستیزی مستلزم راهبردهایی است که برخواستنه از تئوری، آگاه از شواهد، هدایت شده بر اساس تجربه و متناسب با شرایط باشند. سازمان‌های توسعه‌ای در حال ترویج «جریان اصلی سازی» فسادستیزی هستند. به معنای دیگر، ترکیب رویکردهای ضدفساد در همه بخش‌ها و در همه سطوح مداخله‌ای به منظور دستیابی به نتایج توسعه پایدار. اما چگونه می‌توانیم اصول ضدفساد را با بافتار خاص نظام‌های سلامت تطبیق دهیم؟ نقاط ضعف نظام‌های سلامت که باعث آسیب‌پذیری در برابر فساد می‌شوند چه هستند و چگونه می‌توان نهادها را برای کاهش احتمال سوءاستفاده تقویت کرد؟

فصل‌های بعدی نظریه و عمل را در جریان‌سازی فسادستیزی در بخش سلامت ترکیب می‌کنند. هر یک از ۱۲ بخش در خصوص پیامدهای انواع خاصی از فساد بحث کرده و تجربیات واقعی از رویکردهای ضدفسادی که به طور خاص با آسیب‌پذیری‌های بخش سلامت مطابقت داده شده‌اند، ارائه می‌دهند. هدف این است که با آموختن نحوه اقدام دیگران برای تشخیص و حل چالش‌های مرتبط با فساد، به متخصصان در راستای دستیابی به بینشی عملی در زمینه طراحی راهبردهای فسادستیزی یاری رسانده شود. این کتاب به چهار قسمت تقسیم شده است: دریافت وجه از خزانه عمومی، درخواست هزینه در جایی که خدمات باید رایگان باشد، دستکاری تدارکات و تأمین دارو و بازیابی یکپارچگی از طریق شفافیت و پاسخ‌گویی.

دریافت وجه از خزانه عمومی

در بسیاری از کشورها، بیمارستان‌ها مسئول بیش از ۵۰ درصد هزینه‌های مراقبت‌های سلامت هستند و به طور ویژه‌ای در معرض کلاهبرداری مالی هستند. فصل ۲، «مبارزه با کلاهبرداری در بیمارستان‌ها»، سه نوع متداول کلاهبرداری تجربه شده در بیمارستان‌های دولتی کشورهای در حال توسعه، شامل انحراف درآمد حاصل از پرداخت از جیب، انحراف حساب‌های دریافتی و تبانی بین عوامل تدارکات دولتی و تأمین‌کنندگان را شرح می‌دهد. این فصل نمونه‌هایی از نحوه پیشگیری و تشخیص کلاهبرداری از طریق تقویت نظام‌های نظارت داخلی ارائه می‌دهد. روش‌های بهبودیافته ممکن است مستلزم سرمایه‌گذاری‌های اضافی باشد، هر چند که هزینه-اثربخشی سرمایه‌گذاری اضافی در پیشگیری و کنترل کلاهبرداری ثابت شده است.

یکی از انواع کلاهبرداری‌های مالی، یعنی اختلاس کارکنان از وجوه، ممکن است نه تنها برای بیمارستان‌ها بلکه برای طیف وسیعی از برنامه‌هایی که دولت و یا اهداکنندگان تامین مالی کرده‌اند مشکل‌ساز باشد. فصل ۳ داستان چگونگی رخداد اختلاس در یک برنامه تحقیقاتی تامین مالی شده توسط اهداکنندگان در آفریقا را بیان می‌کند و نقاط ضعف نظامی را که فرصتی برای فساد ایجاد کرده و همچنین فشارهای وارده بر افراد و دلایل توجیهی آنها را بررسی می‌کند. این فصل در مورد چگونگی واکنش یک اهداکننده، زمانی که فساد تشخیص داده شده و چگونگی وابستگی اقدامات به محیط و بافتار محلی بحث می‌کند. نویسندگان متوجه شدند که اکثر پروژه‌های اهداکنندگان ضررهای مشابهی را تجربه کرده‌اند و در نتیجه توصیه به افزایش یادگیری درون‌سازمانی دارند.

فصل ۴ مشکل سرقت درآمد حاصل از پرداخت مستقیم را بررسی می‌کند. هنوز بسیاری از کشورهای در حال توسعه برای تأمین هزینه خدمات سلامت به پرداخت‌های مستقیم بیماران متکی هستند. اگرچه درآمد رسمی حاصل از پرداخت‌های مستقیم اغلب کمتر از ۵ تا ۱۰ درصد از هزینه‌های مراقبت‌های سلامت را تشکیل می‌دهد، اما این وجوه ممکن است در نظام‌های سلامت غیرمتمرکز به منبعی مداوم برای تأمین هزینه دارو، یا با تبدیل شدن به پرداختی تشویقی، برای انگیزه‌دهی به کارکنان کمک‌کننده باشند. نظام‌های اطلاعاتی خودکار در کاهش ضرر و زیان وارده به درآمد حاصل از پرداخت‌های مستقیم به دلیل معافیت غیرمجاز از پرداخت یا انحراف دریافتی‌ها توسط صندوق‌داران مفید بوده است. این فصل تجربه بیمارستانی در کنیا را توضیح می‌دهد که برای کاهش سرقت از پرداختی‌های مستقیم سیاست‌ها و تغییراتی در ساختارش پیاده‌سازی کرد. نویسنده روند افزایشی را که مدیران بیمارستان برای بهبود مستمر نظام‌ها و معرفی تولید مسئولانه استفاده کردند، توضیح می‌دهد. موفقیت برنامه به عواملی مانند تعهد قوی رهبری و تمایل و توانایی برای تنبیه کارکنان مرتبط است.

تقاضای پرداخت در جایی که خدمات باید رایگان باشند

دو فصل این قسمت بینش‌هایی در خصوص وسعت و ریشه‌های مشکل پرداخت‌های غیررسمی و راه‌حل‌های احتمالی سیاستی ارائه می‌دهند. در حالی که مطالعات بسیاری دیدگاه بیماران در مورد پرداخت‌های غیررسمی را بررسی کرده‌اند، تعداد کمی نظرات

پزشکانی که چنین پرداخت‌هایی قبول می‌کنند را مورد مطالعه قرار داده‌اند. فصل ۵ با مرور یک مطالعه کیفی انجام شده بر روی پرداخت‌های غیررسمی بین کارکنان سلامت در تانزانیا، این دیدگاه مهم و کم‌تر مطالعه شده را بررسی می‌کند. نویسندگان ماهیت پرداخت‌های غیررسمی و تأثیرات احتمالی آنها بر دسترسی و کیفیت خدمات درمانی را شرح می‌دهند. آنها همچنین پیامدهای سیاست‌های راهبردی فسادستیزی مانند نیاز به جبران درآمد غیررسمی از دست رفته، راه‌های انتشار عمومی اطلاعات برای افزایش حمایت از اصلاحات، و مجازات‌هایی برای اجبار به ارائه پرداخت‌های غیررسمی را تحلیل می‌کنند.

فصل ۶ با مرور تجربیات چهار کشور، از جمله آلبانی، جمهوری قرقیزستان، کامبوج و ارمنستان، که سعی در کاهش پرداخت‌های غیررسمی داشته‌اند مبحث اصلاحات سیاستی را ادامه داده و بررسی می‌کند. نویسندگان درباره مزایا و معایب رسمی کردن دستمزدها و همچنین دیگر روش‌های جایگزین برای جلوگیری از پرداخت‌های غیررسمی بدون پرداخت هزینه صحبت می‌کنند.

دستکاری تدارکات و تامین دارو

بخش سوم کتاب به بررسی مشکل مهم فساد در تهیه و تدارک دارو می‌پردازد. هزینه‌های پرداخت شده برای دارو به تنهایی می‌توانند بیشتر از ۳۰ درصد هزینه‌های مراقبت‌های سلامت را تشکیل دهند. همانند سایر لوازم پزشکی، این بخش نیز از طریق سرقت و کلاهبرداری در هنگام خرید در معرض سوءاستفاده قرار می‌گیرد.

توجهی رایج برای فساد، عدم کفایت حقوق پرسنل است. فصل ۷ شواهدی از رابطه دستمزد ناکافی و فساد در تدارکات را در بیمارستان‌های آمریکای لاتین بررسی می‌کند. نویسنده دریافت: در حالی که دستمزد کم کارپردازان با فساد مرتبط است، کارکنان با حقوق بیشتر نیز ممکن است فاسد باشند. بنابراین در بخش تدارک دارو، راهبردهای جلوگیری از فساد باید عوامل دیگری، مانند افزایش احتمال دستگیر شدن و شدت مجازات، را در بر داشته تا بتوانند موثر باشند. موارد مربوط به نظام‌های نظارتی نیز مورد بحث قرار می‌گیرند.

فصل ۸ تحلیل مفصلی از فساد در نظام‌های توزیع دارو - زنجیره تأمین، ذخیره و توزیع دارو از انبارها تا مراکز ارائه خدمت را ارائه می‌دهد. نویسنده هم به سرقت دارو و هم

انحراف تدارکات مورد نیاز بازارهای عمومی به سمت کانال‌های خصوصی می‌پردازد. این فصل توضیح می‌دهد که برنامه اضطراری رئیس جمهور ایالات متحده آمریکا برای حمایت از ایدز (PEPFAR) و پروژه‌های مرتبط با تأمین امنیت داروهای HIV/AIDS در مقابل سرقت و کلاهبرداری چگونه کار می‌کنند. همچنین در مورد مداخلات جلوگیری از فساد خاصی که توسط یک توزیع‌کننده خصوصی دارو در آفریقای جنوبی اتخاذ شد، و منجر به کاهش ضرر به میزانی خوبی بسیار کمتر از میانگین کشورهای در حال توسعه شد، بحث شده است.

فصل ۹ درباره شفافیت و تأثیر اطلاعات بر فساد در تهیه تدارکات بیمارستانی در آرژانتین و بولیوی بحث می‌کند. این فصل توضیح می‌دهد که چگونه نظارت فعال هیئت‌های محلی بهداشتی باعث محدودیت فساد در بولیوی شده است. همچنین اتفاقاتی که در زمان انتشار قیمت‌های مختلف پرداخت شده توسط بیمارستان‌ها، به وسیله دولت و با هدف کاهش و محدودسازی فرصت‌های ایجاد فساد در آرژانتین رخ داد را تعریف می‌کند. پس از تحلیل نتایج، نویسنده هشدار می‌دهد که شفافیت به تنهایی ممکن است راهبرد پایداری برای فسادستیزی نباشد. نظارت و انتشار اطلاعات بهبود مستمر را تضمین نمی‌کنند مگر اینکه عواقبی در انتظار سوء رفتار شناسایی شده باشد.

پیوند بین شفافیت و پاسخ‌گویی نیز موضوع فصل ۱۰ است، و روش‌هایی که فناوری اطلاعات می‌تواند شفافیت و پاسخ‌گویی در تهیه داروهای HIV/AIDS را افزایش دهد نشان می‌دهد. این فصل چگونگی حمایت شرکای بین‌المللی ای که نگران هدر رفت و فساد در تهیه و تدارک دارو بودند را از توسعه نظام نظارت بر قیمتی بر پایه داده‌های عمومی توضیح می‌دهد. نویسندگان دو ابزار شفافیت ارائه می‌دهند: تحلیل قیمت‌های پرت و معیارگذاری ملی، که می‌توانند برای ایجاد حساسیت و فشار عمومی استفاده شوند.

بازیابی درست کاری از طریق شفافیت و پاسخ‌گویی

فسادستیزی پیچیده است، اما اقداماتی که سیاستگذاران و شهروندان می‌توانند برای جلوگیری از فساد اتخاذ کنند وجود دارند. این بخش پایانی برای افزایش شفافیت و پاسخ‌گویی چندین رویکرد، با توجه ویژه به شاخص‌های مالی، مطالعات ویژه‌ای در مورد هزینه‌های عمومی و شفافیت بودجه را بررسی می‌کند.

فصل ۱۱ نقش شفافیت در ارتقای پاسخ‌گویی و مشارکت ذی‌نقشان در بخش سلامت

را تحلیل می‌کند. نویسنده استدلال می‌کند که متخصصان سلامت باید اهداف و ابزارهای شفاف‌سازی را متناسب با بافتار و فرهنگ خود توسعه داده و بهترین راه‌های انتقال اطلاعات برای دستیابی به شفافیت را در محیط‌های مختلف سازمانی تعیین کنند. این فصل مفاهیم افشای اطلاعات، حق دانستن و روش‌های افشای اطلاعات را بررسی کرده و بر نیاز به فراتر رفتن از «کلیات» و بر تعیین دقیق اینکه چه نوع اطلاعاتی به چه کسی و به چه منظور باید ارائه شود تأکید می‌کند. این فصل نمونه‌هایی از نحوه دستیابی به شفافیت در بودجه، تدارک و تحویل دارو، مدیریت منابع انسانی و کیفیت مراقبت از بیمار ارائه می‌دهد.

نویسندگان فصل ۱۲ با ارائه تجربه گروه‌های مدیریت سلامت محله در آفریقای جنوبی، مزایا و چالش‌های یکپارچه‌سازی داده‌های مالی و بهره‌مندی از خدمت به منظور سنجش پاسخ‌گویی در هزینه‌کرد منابع مالی را ارزیابی می‌کنند. این نوع ادغام داده‌های عملکردی با اطلاعات مالی در قلب نظام‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد، که در سراسر جهان در حال ترویج به عنوان بخشی از اصلاحات مالی است، جای دارد. فصل ۱۲ انواع سؤالات مطرح شده و چگونگی روشن‌سازی مشکلات عملیاتی و آسیب‌پذیری‌های احتمالی در برابر فساد با استفاده از داده‌ها را توضیح می‌دهد.

سرانجام، فصل ۱۳ چگونگی کمک شفافیت بودجه به ایجاد اطمینان نسبت به استفاده مناسب از منابع عمومی و محدودسازی حیطه فساد را توضیح می‌دهد. این فصل راه‌هایی به منظور پایه‌ریزی حقوق شهروندان برای دسترسی به اطلاعات، ساده‌سازی استفاده از اطلاعات، و ایجاد پاسخ‌گویی در برابر شهروندان را بررسی می‌کند. این مقاله نمونه‌هایی از سازمان‌های جامعه مدنی، که با دستیابی به نتایج خوبی در تخصیص منابع و ارائه کارای خدمت، شفافیت بودجه در چندین کشور را ارتقای داده‌اند، ارائه می‌دهد. این فصل با نشان دادن این که چگونه پیمایش‌های خاص می‌تواند اطلاعات مربوط به هزینه‌کردهای عمومی را حتی در مواردی که گزارش‌دهی مالی دولت ضعیف است به دست آورند، به پایان می‌رسد. پیمایش‌های مربوط به ردگیری هزینه‌های عمومی در سنگال و موزامبیک نشان می‌دهند که چگونه این اطلاعات می‌توانند به تشخیص مشکلات در جریان منابع مالی از دولت‌های مرکزی به مراکز ارائه خدمت کمک کند.

فساد یک معضل در سلامت عمومی است که به خودی خود برطرف نمی‌شود. خوشبختانه ما می‌توانیم آن را تشخیص داده و از ایجادش جلوگیری کنیم. به جای اینکه با ناامیدی پاسخ دهیم، شانه‌های خود را بالا بیندازیم و یا تصور کنیم که بررسی این مشکل فقط وظیفه پلیس است، کسانی از ما که در بخش سیاست‌های سلامت عمومی و خدمات سلامت مشغول به خدمت هستیم، باید بدانیم که با تغییر شرایط حمایت‌کننده از فساد می‌توانیم با آن رویارویی کنیم. همان‌طور که نمونه‌های این کتاب نشان می‌دهد، می‌توانیم با ایجاد سازوکارهایی برای ایجاد شفافیت و اطمینان از پاسخ‌گویی در برابر نتایج حاصله، فرصت‌های فساد را از بین ببریم. بنابراین با علناً خطاب قراردادن فساد در بخش سلامت، می‌توانیم به هدف خود نزدیک‌تر شویم؛ جوامعی که در آنها همه به طور مساوی به خدمات سلامت دسترسی دارند.

References

1. Azfar, O. 2005. Corruption and the delivery of health and education services. In *Fighting corruption in developing countries: Strategies and analysis*, ed. B.I. Spector, chap. 12. Bloomfield, CT: Kumarian Press.
2. Emerging Markets Group. 2005. Armenian reproductive health system review: Structure and system inefficiencies that hinder access to care for rural populations. Washington, DC: Emerging Markets Group.
3. Gupta, S., H.R. Davoodi, and E. Tiongson. 2002. Corruption and the provision of health care and education services. In *Governance, corruption and economic performance*, ed. G.T. Abed, and S. Gupta. Washington, DC: International Monetary Fund.
4. Lewis, M. 2007. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Affairs* 26, no. 4:984–97.
5. Vian, T. 2008. Review of corruption in the health sector: Theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning* 23, no. 2:83–94.
6. World Bank. 2005. Azerbaijan health sector review note, vols. I and II. Washington, DC: World Bank.

مبارزه با کلاهبرداری در بیمارستان‌ها

بیمارستان‌ها در برابر فساد آسیب‌پذیر هستند. تخمین زده می‌شود که در ایالات متحده، کلاهبرداری در مراقبت‌های سلامت سالانه ۶۰ میلیارد دلار یا ۳ درصد از کل هزینه‌های مراقبت‌های سلامت را تشکیل می‌دهد که بیشتر آن در بخش بیمارستانی است. در بسیاری از کشورها بیمارستان‌ها بیشتر از ۵۰ درصد هزینه‌های مراقبت‌های سلامت را به خود اختصاص می‌دهند. کلاهبرداری و فساد در بیمارستان‌ها تأثیری منفی بر دسترسی و کیفیت خدمات دارد، زیرا کارکنان، منابعی را که می‌تواند برای کاهش پرداخت از جیب بیماران یا بهبود خدمات اساسی استفاده شود، به نفع خود از نظام خارج می‌کنند. این فصل انواع متداول کلاهبرداری را که در بیمارستان‌های کشورهای با درآمد کم رخ می‌دهد، مورد بحث قرار داده و راه‌هایی برای جلوگیری و کنترل تقلب ارائه می‌دهد.

معرفی

طبق تعریف انجمن ملی مبارزه با کلاهبرداری مراقبت‌های سلامت^۱ در ایالات متحده، کلاهبرداری در بخش سلامت عبارت است از فریبی عمدی یا ارائه نادرست اطلاعات که می‌تواند منجر به سود غیرمجاز شود. در نظام‌های سلامت مبتنی بر بیمه، کلاهبرداری در مراقبت‌های سلامت اغلب شامل تقلب در بازپرداخت خدمت و شیوه‌های صدور صورتحساب است. در ارائه‌دهندگان خصوصی و تأمین‌کنندگان انتفاعی مراقبت‌های سلامت، کلاهبرداری ممکن است شامل جعل صورت‌های مالی برای فریب ناظران، سهامداران یا تحلیلگران صنعت باشد. اختلاس یا سوءاستفاده از اموال یا منابع مالی که به طور قانونی به شخصی در موقعیتی رسمی به عنوان نماینده یا سرپرست سپرده شده است، نوع دیگری از کلاهبرداری است. بیمارستان‌های کشورهای با درآمد کم در برابر کلاهبرداری آسیب‌پذیری ویژه‌ای دارند،

1. National Health Care Anti-Fraud Association (www.nhcaa.org)

زیرا نظام‌های اداری به خوبی توسعه نیافته یا شفاف نیستند. بنابراین تمایز بین ثقل عمده و سوءاستفاده به دلیل بی‌کفایتی یا جهل دشوار می‌شود. علاوه بر این، ساختارهای سلسله‌مراتبی و نظام‌های مدیریت منابع انسانی، ممکن است افراد را از ابراز نگرانی، اشاره به عملکرد ضعیف یا بی‌نظمی به دلیل ترس از پیامدها منصرف کند. به گفته حسابرسی که در بیمارستان‌های دارای منابع محدود کار کرده‌اند، در این مراکز سه‌نوع ثقل رواج بیشتری دارد. این موارد شامل ۱- انحراف درآمد حاصل از پرداخت از جیب بیمار در زمان ارائه خدمت ۲- انحراف حساب‌های دریافتی یا چک‌های ارائه شده توسط بیماران یا شرکت‌ها برای بازپرداخت بدهی‌های معوقه و ۳- تبانی بین نمایندگان خرید بیمارستان و تأمین‌کنندگان است که هر یک در زیر بررسی می‌شود.

انحراف درآمد حاصل از صورتحساب‌ها

بسیاری از بیمارستان‌های کشورهای در حال توسعه بخشی از هزینه خدمات را مستقیماً از بیماران دریافت می‌کنند. در حالی که در بیمارستان‌های دولتی درآمد حاصل از این پرداخت‌ها مقدار قابل توجهی نیست (کمتر از ۱۰ درصد از درآمد کلی بیمارستان) اما همچنان می‌تواند منبع مهمی از منابع مالی محلی برای تأمین اقلام ضروری مانند دارو، ملزومات پزشکی، تعمیر و نگهداشت اولیه و تعمیرات جزئی باشد. در بیمارستان‌های خصوصی، درآمد حاصل از پرداخت مستقیم بیماران مهم‌ترین منبع تأمین مالی است. معمولاً بیمار هزینه خدمت را نقداً به صندوق پرداخت می‌کند؛ جایی که یک کارمند با ثبت مبلغ پرداخت شده، رسیدی برای بیمار صادر می‌کند. ممکن است چندین صندوق در محوطه بیمارستان (نزدیک محل ارائه خدمت) پخش باشند. در پایان روز، صندوقدار صورتحساب درآمد و پول نقد دریافت شده آن روز را به حسابدار (یا صندوقدار اصلی در بیمارستان‌های بزرگ) تحویل می‌دهد و این معاملات توسط او در دفترچه نقدی و بخش درآمد حاصل از پرداخت مستقیم، در دفتر کل حساب‌های بیمارستان ثبت می‌شود. وجوه نقد جمع‌آوری شده روزانه در روز کاری بعدی توسط حسابدار یا صندوقدار اصلی به بانک برده می‌شود. در بسیاری از موارد، مسئولیت حسابداری و جمع‌آوری پول نقد از یکدیگر تفکیک می‌شوند.

یکی از راه‌های ثقل در روند جمع‌آوری و ثبت درآمد حاصل از پرداخت مستقیم، استفاده

از حساب «استرداد» است. حساب استرداد، بخشی مجزا در حساب‌هاست تا منبعی برای بازپرداخت استرداد‌های قانونی برای خدماتی که هزینه آنها قبلاً کسر شده است (به عنوان مثال، پیش‌پرداخت مورد نیاز قبل از شروع فرایند بستری شدن در بیمارستان) یا دیگر مواردی که دلایل معتبری برای بازپرداخت وجود دارد، باشد. با این حال، از حساب‌های بازپرداخت نیز می‌توان سوءاستفاده کرد. به جای ثبت درآمد حاصل از پرداخت مستقیم بیمار به حساب درآمد «مستقیم»، حسابدار ممکن است این درآمد را در حساب «استرداد» ثبت کند. او می‌تواند بعداً سندی از واریز بازپرداخت به حساب فردی ساختگی جعل کند، اما در واقع مبلغ را به حساب شخصی خود واریز کرده است. این نوع کلاهبرداری را می‌توان با پیاده‌سازی روش‌های بهتر نظارت داخلی، مانند الزام به داشتن اختیاراتی بالاتر برای واریز بازپرداخت‌ها، کنترل کرد.

یکی دیگر از راه‌های انحراف درآمد حاصل از پرداختی بیماران، تغییر رسیدهاست. بسیاری از حسابداری‌های دولتی و سازمان‌های غیردولتی که فاقد رایانه هستند از لوازم دستی تجاری مانند دفتر ثبت، فرم و دفترچه‌های رسید استفاده می‌کنند. برای جلوگیری از کلاهبرداری احتمالی، توصیه می‌شود رسیدها به عدد و حروف ثبت شوند (به عنوان مثال، ۱۰,۰۰ دلار و ده دلار و بدون سنت). با این حال، برخی از انواع رایج دفترهای ثبت فضای کافی برای نوشتن حروفی مبلغ دریافتی را ندارند. وقتی این اطلاعات حذف شود، تغییر عدد روی رسید بسیار ساده‌تر خواهد بود. حسابرس یکی از بیمارستان‌ها دریافت که صندوقداران در حال انجام چنین کاری بودند. صندوقدارها بین کاغذ اصلی رسید و کپی آن (کپی با استفاده از کاغذ کاربندی) کارتی قرار می‌دادند، بنابراین می‌توانستند در رسید بیمار مبلغی را ثبت کرده و سپس بر روی کپی کاربندی رسید مقدار متفاوتی را درج کنند. آنها می‌توانستند تفاوت بین میزان پرداختی بیمار و مقدار کمتری را که در نسخه کاربندی وارد کرده بودند، بدون اینکه کسی بفهمد، برای خود بردارند. استفاده از صندوق‌های الکترونیکی می‌تواند به جلوگیری از این نوع کلاهبرداری‌ها کمک کند. راهبرد دیگری برای پیشگیری از این امر، هشدار در خصوص نحوه ثبت رسید و کلاهبرداری در زمان ثبت به بیماران و درخواست گزارش موارد مشکوک از سوی آنهاست.

انحراف حساب‌های قابل وصول

نوع دوم کلاهبرداری، اسناد مربوط به پرداخت‌های انجام شده برای خدمات ارائه شده را در بر می‌گیرد. بسیاری از بیمارستان‌ها به محض ارائه خدمت در دسته‌ای به نام حساب‌های قابل وصول، مبلغ بدهی بیمار را ثبت می‌کنند. بعداً که بیماران یا شرکت‌ها چکی برای تسویه بدهی ارسال می‌کنند، کارمندان حسابداری ممکن است این چک‌های دریافت شده را به حساب بانکی شخصی خود واریز کنند. از آنجا که در دفتر ثبت هنوز وضعیت حساب به صورت بدهی است، ممکن است حسابدار اسناد این مشتری را به‌عنوان «بدهی معوقه» ثبت کرده یا چک دیگری از بیمار/مشتری متفاوتی دریافت کند و آن را در حسابی که چک آن به سرقت رفته، اعمال کند. به این نوع کلاهبرداری اصطلاحاً «هم‌پوشانی»^۱ یا «کلاه به کلاه کردن»^۲ حساب‌ها گفته می‌شود. با تفکیک وظایف می‌توان از این نوع تقلب جلوگیری کرد. به صورتی که یک نفر مسئول دریافت پرداختی‌های مستقیم بوده و شخص دیگری مسئول واریز سپرده در بانک و پیگیری مبالغ دریافت شده باشد. ارائه اظهارنامه ماهانه به مشتریان و الزام کارکنان به مرخصی منظم نیز می‌تواند به افشای این نوع تقلب کمک کند.

تبانی با تامین کنندگان

سومین نوع رایج کلاهبرداری در بیمارستان‌های کشورهای در حال توسعه، تبانی با تامین‌کنندگان است. بعد از هزینه‌های مربوط به پرسنل، مبالغ صرف شده برای خرید کالا و خدمت بزرگ‌ترین بخش هزینه‌های بیمارستان‌هاست. حسابداران و کارپردازان ممکن است با تامین‌کنندگان برای افزایش عمدی هزینه یک سفارش توافق کنند. شرکت تامین‌کننده مبلغ اضافه‌ای را که برای سفارش پرداخت شده، به عنوان رشوه مستقیماً به حسابدار بازمی‌گرداند. گاهی اوقات، تامین‌کنندگان در لیست قیمت خود به طور قانونی «تخفیف» ارائه می‌دهند که در این حالت، ممکن است چکی برای بازپرداخت مبلغ این «تخفیف» به نام بیمارستان صادر شده و در تاریخ دیگری فرستاده شود. در چنین شرایطی، حسابدار همچنان می‌تواند با واریز

1. Lapping

۲- Teeming & lading: روشی است که به موجب آن شخصی که مسئول رسیدگی به حساب‌های دریافتی است، از پول دریافت شده برای چند روز استفاده شخصی کرده و مبلغ را بعداً به حساب اصلی واریز می‌کند یا جای آن را با پولی که از مشتری دیگر می‌گیرد پُر می‌کند تا حساب، تراز به نظر برسد.

این چک به حساب شخصی خود کلاهبرداری کند.

پیشگیری و کنترل

بهبود نظام‌های اداری و مالی می‌تواند کارکنان را از اقدام به انجام چنین تقلب‌هایی باز دارد. به طور کلی این نظام‌ها، با هدف پیشگیری و کنترل کلاهبرداری، بخشی از نظام کنترل داخلی سازمان هستند. به گفته کمیته سازمان‌های حامی مالی^۱ (COSO) کمیسیون ملی گزارش تبادلات مالی متقلبان^۲ (کمیسیون Treadway نیز نامیده می‌شود)، نظام‌های کنترل داخلی «می‌توانند به یک واحد در دستیابی به اهداف عملکردی و سودآوری خود کمک کرده و از اتلاف منابع جلوگیری کنند. این امر می‌تواند برای ایجاد اطمینان در خصوص اعتبار گزارشات مالی، تطابق با قوانین و مقررات و جلوگیری از آسیب به شهرت سازمان و دیگر پیامدها کمک‌کننده باشد. در مجموع، می‌تواند در رسیدن سازمان به اهدافش کمک کرده و از مشکلات و غافلگیری در طول مسیر جلوگیری کند.» طراحی یک نظام کنترل داخلی به‌اندازه سازمان و ماهیت معاملات آن وابسته است. همچنین ممکن است جنبه‌های خاصی از یک نظام کنترل داخلی نیازمند سرمایه‌گذاری روی کارکنان و یا تجهیزات باشد. بنابراین هزینه ممکن است به عاملی در فرایند تصمیم‌گیری در مورد نوع نظارت‌هایی که سازمان پایه‌ریزی می‌کند تبدیل شود. کنترل‌های پیشنهاد شده شامل موارد زیر است.

تفکیک وظایف

تقسیم وظایف بین صندوقداران و حسابداران می‌تواند به کنترل کلاهبرداری کمک کند. در صورت امکان، این دو عملکرد باید از هم جدا بوده و صندوقدار وظیفه جمع‌آوری پول نقد و صدور رسید بیماران را برعهده داشته باشد. در پایان روز صندوقدار خلاصه‌ای از گردش مالی برای تفکیک درآمدهای نقدی دریافت شده، مبالغ قابل حصول و قابل پرداخت توسط بیماران، کارفرمایان یا شرکت‌های بیمه را تهیه می‌کند. این گزارش همچنین باید منابع درآمد را نیز نشان دهد. یعنی بیمار برای کدامین خدمت دریافت شده، هزینه پرداخت می‌کند: آزمایشگاه، تصویربرداری، بستری، مشاوره‌های سرپایی یا غیره؟ این امر بیمارستان را قادر می‌سازد تا با تهیه گزارشی تلفیقی، حجم بیماران از حوزه‌های مختلف ارائه خدمات را با درآمد دریافتی مقایسه کند.

1. Committee of Sponsoring Organizations

2. Commission on Fraudulent Financial Reporting

وظیفه حسابدار، ثبت معاملات است و نباید به هیچ عنوان به نقدینگی رسیدگی کند. حسابدار جزئیات پول نقد جمع‌آوری شده را از صندوقدار دریافت کرده و در سوابق حسابداری ثبت می‌کند. اگر حسابدار مسئول انتقال مبالغ دریافت شده به بانک است، چک شدن سوابق بانکی در مقایسه با گزارشات صندوقدار توسط شخصی ارشدتر (به عنوان مثال مدیر) برای اطمینان از انتقال تمام وجوه نقدی دریافت شده به حساب بانکی اهمیت فراوانی دارد. هیچ مقداری از وجوه نقد دریافت شده نباید برای هزینه‌های کوچک و اختیاری بیمارستان که صدور چک برای پرداخت آنها مقدور نیست استفاده شود.^(۴)

مقایسه درآمد واقعی و مورد انتظار

کنترل دیگری که در برابر کلاهبرداری می‌توان از آن استفاده کرد، محاسبه درآمد مورد انتظار و مقایسه آن با درآمد واقعی است. برای برآورد درآمد مورد انتظار می‌توان آمارهای بهداشتی هر بخش، مانند تعداد بیماران، را در میانگین قیمت خدمات ضرب کرد. زمانی که وجوه نقد دریافت شده و حساب‌های قابل حصول با درآمد مورد انتظار مقایسه شدند، ارقام باید تقریباً یکسان باشند. از آنجا که تفاوت‌های بین این ارقام ممکن است نشأت گرفته از کلاهبرداری باشند، باید واریسی شوند. اجرای این روش کنترلی چندان دشوار نیست، اما مستلزم ثبت منبع درآمد (به عنوان مثال آزمایشگاه، تصویربرداری، بستری و غیره) در محل دریافت وجه نقد است. برای افزایش اثربخشی این روش کنترلی، کارکنان بخشی که در حال ارائه خدمت هستند نیز می‌توانند در پرونده بیمار مبلغ پرداخت شده یا ارائه شدن درمان به صورت اعتباری را ثبت کنند. هر بخش باید ملزم به ارائه گزارشی ماهانه به مدیر باشد که حجم خدمات ارائه شده و نحوه پرداخت هزینه این خدمات (پول نقد، حساب‌های قابل وصول و غیره) را نشان دهد باشد. سپس مدیر می‌تواند حجم کار و گزارش درآمدهای دریافتی از بخش‌ها را با گزارش درآمد صندوقدار مقایسه کرده و از تشابه آنها مطمئن شود. هنگامی که در اوایل دهه ۱۹۹۰ در کنیا شیوه پرداخت مستقیم دوباره اعمال شد، این روش یکی از مهم‌ترین کنترل‌ها بر منابع دریافتی بود. جنبه‌های دیگر کلاهبرداری از پرداختی‌های بیماران و نظارت کلی بر عملکرد مالی در فصل‌های ۴ و ۱۲ مورد بحث قرار گرفته‌اند.

مقاومت بالقوه توسط کارکنان بخش‌های بالینی در مقابل این نوع کنترل، احتمال نپذیرفتن انجام وظایف «مالی» است. توضیح دقیق اینکه آنها در حال حفاظت از درآمد خدمات خود هستند و از دست دادن پرداختی‌های نقدی منجر به در دسترس نبودن وسایل و ابزار مورد نیاز برای انجام کارشان می‌شود، ممکن است به غلبه بر مقاومت این افراد کمک کند. همچنین گزارشات ماهانه‌ای تهیه شده و سهم بخش آنها در درآمد کلی بیمارستان را مشخص کند که هرگونه خسارت مالی، انعکاسی منفی و ضعیف از بخش آنها خواهد بود.

حسابرسی داخلی

در محیط‌هایی با درآمد کم، برخی بیمارستان‌های بزرگ دولتی دارای بخش حسابرسی داخلی هستند که پرداخت‌ها و سایر جنبه‌های نظام مدیریت مالی را ممیزی می‌کند. در مواردی که حسابرسی داخلی مقرون به صرفه است، به شرطی که بتواند مستقلاً و بدون دخالت سایر کارکنان عمل کند، می‌تواند جزء بسیار ارزشمندی از نظام نظارت داخلی باشد. حسابرس داخلی باید به مدیر اجرایی گزارش داده و اختیار دستیابی به تمامی اسناد مورد نیازش را داشته باشد. بیمارستان می‌تواند معامله‌ای را که باید به صورت داخلی مورد ممیزی قرار گیرد، تعیین کند تا حسابرس داخلی نیازی به مشاهده همه معاملات نداشته باشد. حسابرس داخلی فقط به بررسی صحت یا اصالت معاملات محدود نمی‌شود، بلکه در بررسی عملکرد همه نظام‌های مدیریت مالی از جمله کنترل‌های داخلی نیز مشارکت دارد.

بیمارستان‌هایی که توان مالی استخدام حسابرس داخلی ندارند، ممکن است از حسابرسان خارجی برای انجام (یک یا چند) حسابرسی موقت در طول سال استفاده کنند تا بتوانند معاملات غیرمعمول را قبل از اینکه خسارات زیادی وارد کنند، شناسایی کنند. این حسابرسی‌های موقت بخشی از حسابرسی سالانه را تشکیل داده و هزینه کلی را افزایش می‌دهند. بیمارستان‌های غیردولتی عضو یک شبکه ممکن است بتوانند با استخدام یک حسابرس داخلی مشترک در شبکه، هزینه ممیزی داخلی را مقرون به صرفه‌تر کنند. با این حال، به دلیل حاضر نبودن دائمی این فرد در بیمارستان، ممکن است از بروز برخی کلاهبرداری‌ها تا پس از ارتکاب آنها آگاه نشوند. البته این فرد می‌تواند نسبت به حسابرس خارجی، این حسابرسی‌ها را به طور مکرر و به صورت منظم‌تری انجام دهد. همچنین ممکن است هزینه حسابرسی خارجی را نیز کاهش دهد.

حسابرسی خارجی

استفاده از حسابرسان شایسته خارجی، هر چند مهم است، اما باید به عنوان آخرین اقدام در مقابل کاهش کلاهبرداری نظر گرفته شود. زیرا هر ۱۲ ماه یکبار انجام شده و در این مدت ممکن است بیمارستان خسارات زیادی متحمل شده باشد. در بسیاری کشورها حسابرسی خارجی برای سازمان‌های خصوصی (انتفاعی یا غیرانتفاعی) یک الزام قانونی است. حسابرسی خارجی نقش مهمی ایفا می‌کند، زیرا به فردی با صلاحیت فنی، مستقل و رسمی اجازه بررسی گزارش‌های مالی سالیانه و سوابق و نظام‌های حسابداری اساسی و ارائه گزارشی در مورد وجود یا نبود خطای اساسی در این اسناد را می‌دهد. در فرایند بررسی معاملات، فعالیت‌های کلاهبردانه نیز قابل تشخیص بوده و می‌توانند به مدیریت گزارش شوند. هر چند که تشخیص کلاهبرداری هدف یک حسابرسی خارجی نیست.

هنگام کشف شواهدی از کلاهبرداری طی یک حسابرسی خارجی، حسابرس باید آن را به مدیریت گزارش دهد. تصمیم به استخدام حسابرس خارجی یا بازپرس مالی دیگری به منظور تحقیقات خاصی برای تعیین افراد درگیر و میزان کلاهبرداری انجام شده برعهده مدیریت بیمارستان است. مدیریت می‌تواند از توصیه‌های این فرد برای بهبود نظام استفاده کرده و همچنین می‌تواند از این گزارش برای پیگرد قانونی علیه کارکنان کلاهبردار استفاده کند.

سرمایه‌گذاری در کنترل کلاهبرداری: هزینه‌ها و پایداری

نظام‌های نظارت داخلی جلوگیری از تقلب باید با اندازه و حجم معاملات بیمارستان متناسب باشند. اغلب، سرمایه‌گذاری‌های نسبتاً کوچک در فناوری می‌تواند منافع بزرگی را به همراه داشته باشد. به عنوان مثال، صندوق‌های دیجیتالی به راحتی می‌توانند توانایی صندوقداران در دستکاری هزینه‌های بیمار را کاهش دهند.

هزینه اصلی خرید مربوط به نخستین تجهیزات است.^(۳) استفاده از رسیدهای پیچیده‌تر که امکان ثبت اطلاعات بیشتری را فراهم می‌آورد، ممکن است هزینه تدارکات را مقداری افزایش دهد اما توجیه استخدام کارکنان جدید به منظور تفکیک وظایف ممکن است دشوارتر باشد. سنجش هزینه-بهره‌وری هرگونه اقدام و تعیین بهترین راه پیش رو اهمیت فراوانی

دارد. اقدامی مناسب برای شروع، سنجش و تعیین پیشرفت‌هایی است که بیمارستان با منابع موجودش می‌تواند به آنها دست یابد. آیا می‌توان از کارکنان درخواست انجام وظایف جدیدی را که خارج از شرح شغل فعلی آنهاست، داشت؟ آیا بیمارستان می‌تواند یک تیم داخلی را که وظیفه آن اطمینان از رعایت اقدامات کنترلی موجود باشد، تشکیل دهد؟ نمودارهای جدیدی که میزان درآمد و حجم خدمات هر بخش را در کنار هم نشان می‌دهند، به زمان کمی نیاز داشته و در عین حال به سرعت هرگونه اختلاف عمده را نمایان می‌کنند.

علاوه بر سرمایه‌گذاری در فناوری اطلاعات و حساسرسی، روش‌های نظارت داخلی زمانی بهترین عملکرد را خواهند داشت که توسط سازوکارهایی که در زمان آشکارسازی اقدامات مشکوک، از ذی‌نقشان و کارکنان در مقابل ترس از انتقام جویی حمایت می‌کنند، پشتیبانی شوند. جعبه‌های دریافت شکایات در بخش‌های انتظار قرار داده می‌شوند، اما بیماران باید از محرمانه خوانده شدن پیام‌ها و متعاقباً، از اتخاذ اقدامی متناسب اطمینان داشته باشند. اطلاع‌رسانی به جامعه در خصوص توانایی ثبت شکایت و استفاده از آنها به عنوان روشی برای دریافت سرنخ‌هایی از سوءاستفاده، نیازمند توسعه ارتباط با مردم است. در این امر مدیرانی که از اعضای مورد اعتماد جامعه هستند، موفق‌تر خواهند بود. در برخی موارد، آنها شماره تلفن خود را منتشر و ذی‌نقشان را تشویق به برقراری تماس کرده‌اند.

کارمندان، منبع دیگری برای دستیابی به اطلاعاتی در مورد کلاهبرداری هستند. چارچوب قانونی برای حفاظت از افشاگران اهمیت دارد، اما سیاست و رهبری در سطح سازمانی نیز مهم است. مدیران می‌توانند کارکنان را به گزارش موارد مشکوک به کلاهبرداری و یا پیشنهاد روش‌هایی برای تقویت نظام‌های پیشگیری از کلاهبرداری تشویق کنند. این ورودی می‌تواند به صورت مقرون به صرفه برای بهبود نظام‌ها کمک‌کننده باشد، اما ابتدا باید شرایط ناشناس ماندن و حفاظت کافی از افراد فراهم شود.

نتیجه

کلاهبرداری در بیمارستان زمانی رخ می‌دهد که فرد در محیطی با احتمال کم دستگیر شدن مواجه است. به ویژه این امر در صورتی که حسابداران و کارمندان فروش تصور کنند

هیچ کس به آنچه انجام می‌دهد توجه نمی‌کند، صادق است (مانند فقدان تقاضا برای گزارش عملکرد، نبود مقایسه بین درآمد و گزارش‌های حجم خدمات ارائه شده، بررسی نشدن منظم دفاتر خدمات یا دفاتر حساب‌های نقدی). اهمیت مشارکت مدیران ارشد در نظارت حمایتی در ارسال این پیام که «کسی در حال بررسی و آماده انجام اقدامات است» واضح است. تقویت نظام‌های نظام داخلی اهمیت دارد و می‌تواند پیش از متحمل شدن هزینه‌های اضافی با استفاده بهتر از منابع موجود شروع شود.

Notes

1. Internal Control–Integrated Framework. Committee of Sponsoring Organizations (COSO) 1992.
2. See Chapter 12 for further discussion of how comparing expected versus actual revenue and expenses can help detect anomalies and deter corruption.
3. See Chapter 4 for more details on the Kenya cash registers initiative.

Further Reading

1. Biegelman, M.T., and J.T. Bartow. 2006. Executive roadmap to fraud prevention and internal control: Creating a culture of compliance. NJ: John Wiley & Sons.
2. De St. Georges, J.M., and D. Lewis. 2000. How can you protect yourself from employee dishonesty? *Journal of the American Dental Association* 131: 1763–4.
3. Schulhof, B. 1996. The ABC's of computer embezzlement. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 110, no. 1:112–3.
4. Sparrow, M.K. 1998. Fraud control in the health care industry: Assessing the state of the art. Washington, DC: National Institute of Justice, U.S. Department of Justice. www.ncjrs.gov/pdffiles1/172841.pdf (accessed August 31, 2009).
5. Sparrow, M.K. 2008. Fraud in the U.S. health care system: Exposing the vulnerabilities of automated payment systems. *Social Research* 75, no. 4: 1151–80.
6. Wells, J.T. 2002. Lapping it up. *Journal of Accountancy* (February). www.aicpa.org/pubs/jofa/feb2002/wells.htm (accessed September 1, 2009).

اختلاس از منابع مالی اهدا شده در پروژه‌های سلامت

Katherine Semrau, Nancy Scott and Taryn Vian

در کشورهای در حال توسعه، کمک‌های مالی اهداکنندگان به افزایش قابل توجه ارائه خدمات، تحقیقات پزشکی و آزمایشات بالینی کمک شایانی کرده است. با این وجود، در این روش تزریق سرمایه به شدت ضروری، قسمتی تاریک وجود دارد. نظام‌های مدیریتی موجود اغلب ضعیف بوده و با فشارهایی که برای هزینه‌کرد سریع منابع و دستیابی به نتایج به آنها تحمیل می‌شود، ممکن است توجه کافی به نظام‌های امنیتی و نظارت داخلی، به منظور محافظت در برابر اختلاس کارکنان نداشته باشند. در این فصل نحوه وقوع اختلاس در پروژه‌هایی که توسط اهداکنندگان و اهداکنندگان تامین مالی می‌شوند و اینکه برای جلوگیری یا کاهش خطر چنین فسادی چه می‌توان کرد، تحلیل خواهد شد.

زمینه

اختلاس به عنوان «سوءاستفاده از منابع مالی یا اموالی که به طور قانونی به شخصی در سمت رسمی خود به عنوان نماینده، عامل یا سرپرست سپرده شده» تعریف می‌شود. همه می‌خواهند به خوبی، درست کاری و صداقت در عمل افرادی که استخدام کرده‌اند باور داشته باشند. با این حال تحقیقات نشان می‌دهد که اختلاس ممکن است حتی در بین آموزش دیده‌ترین، سختکوش‌ترین و مورداعتمادترین کارکنان سازمان نیز رخ دهد (De St. Georges and Lewis 2000). دامنه فساد و کلاهبرداری، به ویژه در پروژه‌های حمایتی بین‌المللی، غالباً دست‌کم گرفته می‌شود. برکمن (۲۰۰۸) در کتاب خود «بانک جهانی و خدایان وام‌دهی» محاسبه کرد که در دهه ۱۹۹۰ از پروژه‌هایی در نیجریه که توسط بانک جهانی تأمین مالی شده بودند، سالانه ۱۰۰ میلیون دلار به سرقت رفته که عمدتاً به دلیل استفاده از روش‌های پرداختی بوده که اگرچه منطقی بودند اما «وابستگی کامل به درست کاری

مدیران فرایند داشتند و این نقطه‌ای است که همه چیز از هم می‌پاشد» (ص ۷۷). سوءاستفاده شامل کلاهبرداری در قالب فاکتورهای تورمی یا جعلی، هزینه‌های اضافی سفر و انحراف دارایی‌های پروژه برای استفاده خصوصی است.

در کشورهای در حال توسعه، بنا به دلایل متعددی پروژه‌های تامین مالی شده توسط اهداکنندگان در برابر کلاهبرداری کارکنان آسیب‌پذیری ویژه‌ای دارند. اولاً ماهیت حمایت از پروژه و مدت زمان کوتاه اجرا اغلب مستلزم صرف مقدار زیادی از بودجه در زمانی کم است. به دلیل فشار وارده برای هزینه‌کرد سریع منابع، مدیران پروژه غالباً بر هزینه‌های پروژه به دقت نظارت نکرده و بازرسی و ترازهای مالی مناسبی لحاظ نمی‌کنند. در ثانی اهداکنندگان اغلب نیاز به ایجاد حساب‌های بانکی مجزا برای ارزهای خارجی (دشوار) و محلی دارند. در حالی که این عمل ممکن است ارزش را از خطر تورم محافظت کند، حساب‌های اضافی، پیچیدگی نظام مالی را دوچندان کرده و پیگیری هزینه‌ها و شفافیت را دشوارتر می‌کنند. سوم اینکه بسیاری از معاملات روزمره ضروری برای اجرای پروژه در اقتصادهای ضعیف مبتنی بر پرداخت نقدی بوده و در نتیجه در معرض خطر سرقت هستند. در نهایت، وسوسه‌های نابکاری کارکنان ممکن است برای سازمان‌های خیریه کمتر قابل مشاهده باشد. به عنوان مثال کارکنان ممکن است مشکلات مالی یا سابقه جنایی داشته یا تحت فشار خانواده‌های خود قرار گیرند تا از منابع کارفرمایان سوءاستفاده کنند. اینها همه عواملی هستند که فشار یا انگیزه‌ای برای اختلاس ایجاد می‌کنند. بنابراین جلوگیری از اختلاس با تقویت نظام‌های مالی، انتخاب کارکنانی که کمتر مستعد فشار و وسوسه هستند و پیاده‌سازی نظام‌های نظارتی و کنترلی برای تشخیص زود هنگام مشکلات مرتبط است.

پروژه مورد بحث در اینجا یک مثال از نحوه وقوع اختلاس را نشان می‌دهد. پروژه ABC یک پروژه تحقیقاتی چندساله با بودجه چند میلیون دلاری است که توسط یک سازمان غیردولتی مستقر در ایالات متحده در «بلتاون» شهری در شرق آفریقا، انجام شده است. اگرچه محیط یک پروژه تحقیقاتی است اما این داستان معمولاً علل و پیامدهای اختلاس در بسیاری از پروژه‌های بین‌المللی کمک است.

پروژه ABC و نظام کنترل مالی آن

پروژه ABC برای انجام کارآزمایی بالینی برای درمان بیماری شایعی در یک منطقه طراحی شده بود. ساختار پروژه به گونه‌ای بود که مدیریت پروژه و آزمایشگاه هر دو در ساختمان مرکزی مستقر بودند. دو مرکز اقماری در کلینیک‌های وزارت بهداشت در بلتان قرار داشتند و با بودجه پروژه توسط پرستاران، مشاوران و پزشکان اداره می‌شدند. کارکنان کلینیک مسئول جذب شرکت‌کنندگان، کلیه رویه‌های بالینی و پزشکی، داده‌های اولیه و جمع‌آوری نمونه و پیگیری شرکت‌کنندگان بودند. یک مدیر نهادی در هر کلینیک مسئول نظارت بر کارکنان، فعالیت‌های اصلی کلینیک و گزارش‌دهی منظم به مدیر پروژه مستقر در دفتر مرکزی بود. مدیر پروژه مسئولیت کلی پروژه ABC، از جمله مدیریت منابع انسانی، مالی و یکپارچگی کارآزمایی بالینی را برعهده داشت. مدیر پروژه که کارمندی آمریکایی تبار مامور به شعبه بلتان بود، مدیر اداری پروژه‌های را برای کمک به مدیریت مالی و منابع انسانی استخدام کرد. رزومه مدیر اداری پروژه شامل سابقه قبلی در زمینه امور مالی و آموزش خاص او در زمینه مدیریت مالی بود.

به طور معمول، پروژه ABC ماهانه ۱۵ هزار تا ۲۰ هزار دلار آمریکا برای هزینه‌های اداری، از جمله هزینه‌های حمل و نقل شرکت‌کنندگان در مطالعه، داروها، هزینه‌های عمومی دفتری مانند اجاره و لوازم اداری و حقوق کارکنان محلی صرف می‌کرد. هزینه‌ها عمدتاً به صورت نقدی از دفتر مرکزی یا اصلی و از دفاتر منطقه‌ای واقع در دو کلینیک بالینی که مشارکت‌کنندگان و بیماران را معاینه می‌کردند، ایجاد و پرداخت می‌شد.

پروژه ABC از روش معمول انتقال وجوه که در آن ابتدا مبلغ از سازمان تامین‌کننده به دفتر مرکزی سازمان غیردولتی مورد نظر (مستقر در ایالات متحده) منتقل و سپس این مبالغ به صورت الکترونیکی به یک حساب جاری محلی در یک بانک بین‌المللی در بلتان ارسال شده و در آن به هر دو واحد پول خارجی (USD) و محلی (LC) نگهداری می‌شد، استفاده می‌کرد. مزیت این روش آن بود که می‌توانست سپرده را از تأثیر نوسانات ارزی واحد پول محلی تا زمان خرج، محافظت کند. سپس کارکنان پروژه به دو طریق از حساب محلی پول را به دلار برداشت می‌کردند. اول، مقداری پول به طور منظم به حساب جاری محلی واریز می‌شد تا حقوق، بیمه، هزینه دارو، اجاره و دیگر صورتحساب‌های ماهانه را پرداخت کنند. دوم، وجوه

به صورت نقدی برداشت و در گاو صندوق اداره قرار داده می‌شدند تا در دو کلینیک و توسط رئیس اداره برای پرداخت هزینه‌های روزمره مانند بازپرداخت حمل و نقل و اقلام خریداری شده از فروشندگانی که چک قبول نمی‌کردند، مورد استفاده قرار گیرد.

از یک بسته نرم‌افزاری مالی برای ثبت هزینه‌ها که اکثراً با رسیدهای کاغذی مستند می‌شدند، استفاده شد. کارکنان کلینیک، بازپرداخت‌ها و پاداش‌های مربوط به هر پروژه را با استفاده از دفترچه‌های دست‌نویس که بعداً در دفتر مرکزی تطبیق داده می‌شد، پیگیری می‌کردند. مدیر مربوطه در هر مرکز اقماری مسئول بررسی و تأیید رسیدها قبل از ارسال آنها به دفتر مرکزی بود. پس از دریافت رسیدها در دفتر مرکزی، هزینه‌ها توسط مدیر پروژه بررسی و تطبیق داده می‌شد. پس از بررسی رسیدهای کاغذی، تخصیص نقدی دیگری به کلینیک ارائه می‌شد.

کارکنان پروژه ABC اهمیت گزارش‌دهی منظم مالی، هم در داخل و هم خارج از پروژه را می‌دانستند. مدیر اداری پروژه صورت‌های بانکی را ماهانه در دفتر مرکزی تراز می‌کرد. سپس مدیر پروژه آنها را بررسی کرده و گزارش هزینه‌ها و پرونده‌های الکترونیکی را به دفتر سازمان غیردولتی مستقر در ایالات متحده ارسال می‌کرد. یک مدیر برنامه، مستقر در ایالات متحده، مسئول بررسی نهایی گزارش‌های مالی و گزارش هزینه‌ها به مدیران سازمان غیردولتی و مؤسسات و اهداکنندگان تامین‌کننده بودجه در ایالات متحده بود.

حسابرسی‌های مالی سالانه و همچنین بررسی‌های ماهانه و سالانه داخلی، در دفتر سازمان‌های مردم‌نهاد مستقر در ایالات متحده به مدت سه سال بدون هیچ اتفاق قابل توجهی انجام می‌شدند. با گذشت زمان، مدیر خارجی مأمور شده، مسئولیت مالی را کاملاً به باب، مدیر اداری پروژه، واگذار کرد. باب از ابتدای شروع کار همکار پروژه بوده و بسیار متشخص، مورد احترام و اعتماد مدیران محلی و مدیران دفتر اصلی سازمان غیردولتی در ایالات متحده بود. با گسترش پروژه، اعطای مسئولیت‌های بیشتر به باب طبیعی بود زیرا او به طور فزاینده‌ای به عنوان یک کارمند ارزشمند در نظر گرفته می‌شد که در همه زمینه‌های پروژه نقش مهمی داشت. او به راحتی مسئولیت اضافه را پذیرفت و به نظر می‌رسید که منابع انسانی و مالی را به صورت شایسته‌ای مدیریت می‌کند.

مشکلات نمایان می‌شوند

در بهار سال ۲۰۰۳، مدیر خارجی مسئول پروژه به سمت دیگری منصوب و جایگزین شد. در طول دوره گذار، مدیر قدیمی و جدید پروژه با همکاری هم داده‌ها را بررسی کردند. هنگام تطبیق رسید پرداخت‌های نقدی و پول نقد موجود در گاو صندوق، مشخص شد مبلغ قابل توجهی پول گم شده است (۵ میلیون به واحد محلی یا حدود ۲ هزار دلار آمریکا). وقتی مدیران پروژه از باب، به عنوان مدیر اجرایی پروژه، در مورد بودجه گم شده پرسیدند، او پاسخ داد ممکن است برخی رسیده‌ها تصادفاً جابه‌جا شده باشند، اما نمی‌توانست آنها را بیابد. دو مدیر پروژه که دریافتند مشکلی وجود دارد، مسئله را عمیق‌تر بررسی کردند. آنها با بررسی هزینه‌ها و برداشت‌های نقدی از حساب بانکی در ۶ ماه گذشته شروع کرده و با ترسیم نموداری برای آنها، روندی افزایشی در برداشت پول نقد از بانک مشاهده کردند. در این مدت مقدار و دفعات برداشت تقریباً دو برابر شده و علاوه بر آن در همین زمان هزینه‌های کلی، به ویژه هزینه‌های سوخت، قبوض تلفن همراه و سرویس خودرو نیز در دفاتر محلی به طور قابل توجهی افزایش یافته بود. پس از ۲ هفته بررسی، آنها دریافتند که ۲۰ هزار دلار ناپدید شده است. مدیران پروژه به سرعت متوجه شدند که محتمل‌ترین علت، اختلاس و به احتمال زیاد باب مسئول آن بوده است.

تشخیص: فساد

مشکلات فوق، یعنی برداشت پول نقد از حساب‌های بانکی پروژه و هزینه‌کردهای غیرمجاز یا غیرمستند، مربوط به نظارت ضعیف داخلی در نظام مدیریت مالی پروژه ABC بود. بررسی نظام‌های مالی نشان داد که رویه‌های موجود حفاظت کافی در برابر کلاهبرداری توسط کارمندی با موقعیت بالا مانند باب را فراهم نمی‌کنند. نظام مالی پروژه ABC که در شروع پروژه ایجاد شده بود برای وفق یافتن با افزایش حجم معاملات همگام با گسترش پروژه بازنگری نشده بود.

در ۳ مورد مهم نظارت ناکافی بود:

- ۱- نظام، شامل تأیید مستقل صورتحساب بانکی به جمع کل رایانه نمی‌شد.
- ۲- نظام تفکیک مناسبی برای وظایف کنترل و تراز فراهم نکرده بود. بنابراین ممکن

بود شخصی از موقعیت خود برای منافع شخصی، بدون اینکه شخص دیگری متوجه شود، سوءاستفاده کند.

۳- نظام معاملات را به اندازه کافی پایش و کنترل نکرده و یا دریافت تاییدیه خاص برای برخی معاملات را الزامی نکرده بود. بی کفایتی و فقدان تناسب هر یک از این کنترل‌های داخلی در زیر شرح داده شده است.

بازبینی مستقل صورت‌های بانکی

شیوه‌های کارای نظارت داخلی نیازمند تطبیق گزارشات مالی پروژه با صورت‌های بانکی است. اگرچه صورت‌حساب‌های بانکی پروژه هر ماه با مستندات مالی کامپیوتری مقایسه می‌شد، اما کارمند فاسدی مسئول اصلی این مقایسه بود. از آنجا که مدیر پروژه به باب اعتماد داشت، بازبینی کارهای او کاملترین نوع بازبینی نبود. علاوه بر این، در دفتر اصلی سازمان غیردولتی در ایالات متحده، حساب‌ها فقط با مستندات مالی کامپیوتری، و نه با برداشت‌های ثبت شده در مستندات بانکی، تطبیق داده می‌شد. باب توانست رسیدها و سوابق رایانه‌ای را دستکاری کند تا با هم همخوانی داشته باشند. تطبیق رسیدها با صورت‌های بانکی تنها راه کشف کلاهبرداری بود و هیچ‌کس این کار را نکرد.

تفکیک وظایف مالی

مدیر اداری پروژه تقریباً مسئولیت انجام تمام عملکردهای مالی را برعهده داشت که برای یک پروژه کوچک امری معمول است. به عنوان مثال، سال‌ها قبل هنگام افتتاح حساب‌های بانکی، به دلیل تعداد کم کارکنان و دشواری اخذ دو امضا برای همه چک‌ها، این سمن فقط چک‌های یک امضایی درخواست کرده بود. به همین دلیل باب می‌توانست برداشت‌کننده، توزیع‌کننده و مسئول تمام وجوه نقد پروژه باشد. این شرایط او را قادر ساخت تا بدون گرفتار شدن از منابع نقدی پروژه سوءاستفاده کند؛ حداقل تا زمانی که تغییر در مدیریت پروژه نیاز به بازنگری ویژه ایجاد کرد. همچنین او می‌توانست قبوض تلفن همراه و سوخت را بدون ارائه مستندات مناسب پرداخت کند.

پایش و نظارت بر تراکنش‌ها

نظام مدیریت مالی پروژه ABC برای نظارت دقیق بر تراکنش‌های کارکنان سطح پایین و کلینیک‌های اقماری طراحی شده بود و احتمال سوءاستفاده در سطح مدیریتی را پیش‌بینی نمی‌کرد. در حالی که نظام نظارت مناسبی بر بازپرداخت شرکت‌کنندگان در مطالعه و پاداش کارکنان داشت، این پروژه نظارتی قوی برای پیگیری پرداخت‌های مربوط به قبوض تلفن همراه یا بازپرداخت‌های مربوط به پرداختی‌های مستقیم مدیران نداشت. کارکنان برای دریافت منابعی که از محل بودجه پروژه تامین مالی می‌شد، مانند کارت‌های تلفن، ملزم به امضای رسید نبودند و رسیدهای معاملات بدون درج هیچگونه اطلاعاتی از فردی که خرید را انجام داده روی میز مدیر گذاشته می‌شدند. علاوه بر این، پول نقدی که کلینیک‌های اقماری دریافت می‌کردند شمرده نشده و با معاملات ثبت شده هر روز تطبیق داده نمی‌شد.

جالب اینجاست که مصاحبه‌های بعدی نشان داد کارکنان از اختلاس آگاه بودند اما احساس نمی‌کردند که صحبت در این مورد و افشای آن، وظیفه آنهاست. به نظر می‌رسید که بسیاری از مردم، نه فقط باب، از این نظارت‌های داخلی ضعیف مالی سود می‌بردند. علاوه بر این، احساس فقدان تعادل قدرت بین کارکنان و مدیریت پروژه که در بسیاری از پروژه‌های حمایتی بین‌المللی وجود دارد و نبود سازوکارهایی برای ابراز نگرانی به صورت ایمن و ناشناس، ممکن است مانع افشای زودتر تخلفات شود.

اقدامات فوری

پس از کشف اختلاس و برای برخورد با عوامل آن، مدیر پروژه فوراً اقدام به بازیابی پول، گزارش سوءاستفاده و برعهده‌گیری مسئولیت نظارت بر تمام مسئولیت‌های مالی کرد. سازمان همچنین به طور رسمی با باب برخورد کرد و به او فرصتی برای ارائه توضیحی مشروع داد. با این حال، باب نمی‌توانست توضیح روشنی برای پول ناپدید شده ارائه دهد و فقط اعتراف کرد که در مسئولیت خود در مدیریت مناسب منابع مالی کوتاهی کرده است.

واضح بود که برای جلوگیری از اختلاس‌های بیشتر و هم برای اینکه به کارکنان نشان دهند افراد در برابر اقدامات خود مسئول و پاسخ‌گو بوده و سوءمدیریت قابل تحمل نخواهد بود، باب نمی‌توانست به کار خود در سازمان ادامه دهد. با این حال، حتی با دردست داشتن شواهدی

قانع کننده از تخلف، اخراج یک کارمند اغلب دشوار است و در پروژه ABC، سیاست‌های منابع انسانی سازمان غیردولتی و همچنین قوانین ملی کار، اخراج باب را مشکل کرد. در عوض، سازمان تصمیم گرفت قرارداد باب را که خوشبختانه رو به اتمام بود، تمدید نکند. باب تا پایان قراردادش دستمزد دریافت کرده و به او گفته شد که پس از اتمام آن به سر کار بازنگردد. به دلایل متعددی، از جمله روند طولانی و نامعلوم درخواست کیفری، پروژه ABC تصمیم گرفت شکایتی رسمی تنظیم نکند. بنابراین نتوانست این مبلغ را برگرداند.

به منظور شفافیت کامل، پروژه ABC این حادثه و برنامه اصلاحی را به مدیرعامل سازمان غیردولتی و سازمان تامین کننده مالی گزارش کرد. سازمان تامین کننده بودجه، پروژه ABC یا NGO را مجازات نکرد. با این حال، اختلاس گزارش شده صلاحیت پروژه سازمان غیردولتی برای «بررسی سریع مالی» توسط سازمان تامین کننده مالی را از بین برد. یعنی روند بررسی عملکرد سالیانه و بودجه بندی از این پس بسیار طولانی تر و نیازمند تأییدیه های بیشتری خواهد بود. علاوه بر این، دفاتر مالی در دفتر اصلی سازمان غیردولتی در ایالات متحده نیاز به رویه های اضافی نظارت و بررسی برای فرایندهای حسابداری داشتند.

راهنمایی برای جلوگیری از اختلاس

در مراحل بعدی، پروژه ABC ابتدا اقدام به بحث در مورد آنچه اتفاق افتاده بود با کارکنان کرد. کارکنان شایعات مربوط به مشکلات را شنیده بودند و در جریان تحقیقات با برخی از آنها مصاحبه شده بود. پروژه ABC احساس کرد که شفاف سازی در مورد مشکل، به کارکنان کمک می کند تا متوجه تعهد کامل رهبری به پاسخ گویی، مسئولیت پذیری و اجرای اقدامات فعالانه برای پیشگیری و جلوگیری از کلاهبرداری در آینده شوند. این پروژه به دنبال ایجاد نظامی برای توافق و پاسخ گویی که به بخشی جدایی ناپذیر از فرهنگ سازمان تبدیل شود، بود. تغییر فرهنگ زمان بر است، اما تعهد به کشف و پیشگیری کلاهبرداری به عنوان گامی اساسی در راستای ارتقای رفتار اخلاقی تلقی شد. پروژه ABC مجموعه ای از فعالیت ها را برای جلوگیری از اختلاس در آینده پایه گذاری کرد؛ از جمله باز طراحی نظام هایی برای تقویت نظارت داخلی. پروژه ABC برای توسعه نظام مالی مناسب تر با یک متخصص مالی قرارداد بست. در عرض

یک ماه پس از برکناری باب، نظام جدید با نظارت‌های داخلی دقیق‌تری بر معاملات نقدی، تفکیک وظایف مالی و اقدامات مناسب برای تطبیق سوابق حسابداری با صورت‌های بانکی برقرار شد. به عنوان مثال پول نقد در گاو صندوق اصلی که تنها مدیر پروژه کلیدهایش را در اختیار داشت، نگهداری می‌شد، رویه‌ای برای شمارش هفتگی پول نقد توسط حداقل دو نفر از کارکنان برقرار شد، نظامی کوپنی که در آن فقط با مجوز کتبی از مدیر پروژه بازپرداخت و پیش پرداخت‌های نقدی انجام و تنها پس از دریافت این تاییدیه مدیر اجرایی توانایی پرداخت وجه را داشت، ایجاد شدند. کوپن‌های جدید نام و امضای افرادی که ۱- کوپن را تهیه کردند ۲- کوپن را تایید کردند ۳- آن را پرداخت کردند و ۴- پول نقد را دریافت کردند، ثبت کرده که مجدداً پاسخ‌گویی و پیگیری همه جریان‌های نقدی را افزایش داد. تطبیق هر کوپن با مبلغ باقیمانده و رسید رسمی در مدت یک هفته پس از پرداخت الزامی بود.

یک نظام جدید «اقراض» (برای مبالغ ناچیز) نیز ایجاد شد. هر معامله نقدی خرد به کوپن و رسید مناسب نیاز داشت و بر اساس دسته در یک فایل اکسل ساده پیگیری می‌شد. وقتی حساب خالی می‌شد، مدیر مالی گزارش چاپی از این فایل را تهیه می‌کرد و برای تایید به مدیر پروژه ارائه می‌کرد، شمارش انجام شده و حساب تا سقف مجاز مجدداً شارژ می‌شد. در تلاشی دیگر برای تفکیک عملکردهای مالی، تمام معاملات کلان اکنون فقط توسط مدیر پروژه پرداخت می‌شد و معاملات سطح پایین‌تر توسط مدیر مالی جدید تأیید می‌شد.

نظام نرم‌افزار مالی قدیمی با توجه به سوابق موجود حتی‌الامکان تطبیق داده شده، بسته و دوباره شروع به کار کرد. همه کوپن‌ها به طور دقیق وارد نرم‌افزار شدند و پرونده‌های الکترونیکی، صورت‌های بانکی و کوپن‌های کاغذی به رئیس دفتر سازمان غیردولتی در ایالات متحده فرستاده شد تا دوباره از همه زوایا مورد بررسی قرار گیرند. شمارش وجوه نقد حداقل توسط دو نفر به صورت هفتگی انجام می‌شد تا از تطابق مبلغ موجود در گاو صندوق و مبلغ ثبت شده در نرم‌افزار اطمینان حاصل شود.

پروژه ABC بلافاصله امضای باب را از حساب بانکی حذف کرده و برای هر تراکنش وجود دو امضا را الزامی کرد. یک مشاور اداری موقت برای تدوین کتابچه راهنمای مالی سازمانی بر اساس سیاست‌ها و تصمیمات اخیر مدیریت استخدام شده، به پایه‌گذاری رویه‌های جدید کمک کرده و از آموزش مناسب کارکنان محلی در تمام زمینه‌های مدیریت مالی اطمینان حاصل کرد.

مدیر پروژه و حداقل یکی دیگر از کارکنان، شروع به انجام حسابرسی‌هایی بدون اطلاع قبلی برای بررسی تراز موجودی‌ها و کوپن‌ها کردند. علاوه بر این، دفتر سازمان مردم‌نهاد مستقر در ایالات متحده شروع به مقایسه ماهانه صورت‌های بانکی، رسیدهای کاغذی و گزارش‌های مالی کرد. سه سال بعد، همچنان پروژه با مشکلی مواجه نشده بود. سازمان غیردولتی اکنون از این نظام مالی تقویت شده به عنوان الگویی برای همه پروژه‌های جدید استفاده می‌کند.

سرانجام پروژه ABC درس‌هایی را که آموخته بود با سایر NGOها به اشتراک گذاشت. اگرچه در ابتدا غلبه بر خجالت ناشی از قربانی اختلاس بودن سخت بود، پروژه ABC به سرعت دریافت که دیگران نیز مشکلات مشابهی را تجربه کرده بودند که ماهیت گسترده نگرانی از وقوع اختلاس را، خواه کوچک یا بزرگ، تأیید کرد. اکثر سازمان‌های غیردولتی که قربانی این امر بودند، فرد خاطی را تحت پیگرد قانونی قرار نداده، اما مانند پروژه ABC، کارمند مجرم را برکنار کرده بودند. غالباً سازمان‌های غیردولتی کوچک، ظرفیت انسانی یا منابع مالی لازم برای شکایت و پیگرد حقوقی در یک کشور خارجی را ندارند. علاوه بر این، سازمان‌های غیردولتی معمولاً مجبور به فعالیت در محدوده زمانی کمک مالی اعطا شده هستند که توانایی آنها را برای شکایت از کارکنان کلاهبردار محدودتر می‌کند. در حالی که تعقیب کیفی باب توسط پروژه ABC می‌تواند فرصتی برای ایجاد اولین سابقه و نمونه برای جلوگیری از کلاهبرداری و اختلاس در سازمان‌های غیردولتی باشد، موانع این اقدام بسیار بزرگ به نظر می‌رسید. مداخلات سیاستی برای حمایت از سازمان‌های غیردولتی کوچک در تحت پیگرد قرار دادن کارکنان مظنون، گامی مهم در فسادستیزی در فعالیتهای حمایتی بین‌المللی خواهد بود.

نتیجه

دستورکار جهانی برای توسعه به معنای گسترش کمک‌های مالی به مقادیری بی‌سابقه است. با اینکه به طور گسترده عمومی نشده اما بسیاری از سازمان‌ها تجربه برخورد با سوءمدیریت مالی، اختلاس و سرقت را داشته‌اند. تجربه پروژه ABC راه‌های متعددی برای جلوگیری از اختلاس از طریق پایه‌ریزی نظارت‌های مالی دقیق‌تر، سیاست‌های مدیریتی بهتر

و کانال‌هایی برای افشاگری پیشنهاد می‌کند که همه احتمال تشخیص مشکل را افزایش می‌دهند. برای پروژه‌هایی که تازه شروع شده‌اند، ایجاد یک نظام مالی مناسب و برنامه‌ریزی برای بهبود و تعدیل آن در طول زمان باید در اولویت قرار گیرد. حتی در پروژه‌های کوچک با بودجه محدود، می‌توان گام‌های ساده‌ای برای تقویت نظارت‌های مالی داخلی و کاهش خطر کلاهبرداری کارکنان برداشت. در حالی که هیچ نظامی بی‌عیب نیست، تغییر در سیاست‌ها، رویه‌ها و گزارش‌دهی می‌تواند به ترویج فرهنگ رعایت اصول و جلوگیری از فساد کمک کند.

Notes

1. See also Kramer, W.M. 2007. Corruption and fraud in international aid projects. U4 Brief No. 4. www.cmi.no/publications/file/?2752 corruption-and-fraud-in-international-aid-projects.
2. It has been necessary to disguise Project ABC and change details of the case in order to protect the privacy of informants; however, details crucial for interpretation of the nature and consequences of embezzlement have not been changed. While written from the perspective of a donor-funded NGO, the vulnerabilities to embezzlement are universal concerns for local NGOs and local governments as well.

References

1. Berkman, S. 2008. The World Bank and the gods of lending. Sterling, VA: Kumarian Press.
2. De St. Georges, J.M., and D. Lewis. 2000. How can you protect yourself from employee dishonesty? *Journal of the American Dental Association* 131: 1763–4.

Further Reading

1. Else, B.C. 1995. Internal control and cash management manual and questionnaires. Technical Report UKR-7. November 1995. Prepared for Poly-clinics in Ukraine, under the ZdravReform Program. www.health.gov.ua/zpr/101-200/0152/0152e.pdf.
2. KPMG. 1999. Internal control: A practical guide. Posted on the European Corporate Governance Institute website, www.ecgi.org/codes/documents/kpmg_internal_control_practical_guide.pdf.
3. MSH. 2003. Assessing your organization's capacity to manage finances. *The Manager*, vol. 12, no. 2. Boston, MA: Management Sciences for Health. [pdf.usaid.gov/pdf docs/PNACY914.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf/docs/PNACY914.pdf).

کاهش آسیب پذیری نسبت به فساد در نظام‌های پرداخت مستقیم

Taryn Vian

نظام‌های پرداخت مستقیم که برای ترویج کارایی و گسترش دسترسی به خدمات سلامت با استفاده از مشارکت مالی بیماران طراحی شده‌اند، در واحدهای دولتی و خصوصی در سراسر جهان وجود دارند. با این حال، بدون نظارت مناسب بر منابع مالی و انسانی، درآمد حاصل از پرداختی‌های بیماران در برابر فساد آسیب‌پذیر است. اگرچه معمولاً این پرداخت‌ها بیش از ۵ تا ۱۰ درصد از هزینه‌های جاری در واحدهای بهداشتی درمانی را شامل نشده و بسیاری از کشورها در حال حرکت به سوی برانداختن این شیوه پرداخت هستند، اما این معاملات نقدی و سوسه‌ای برای کارکنان مجموعه و همچنین کارمندان دولت در سطوح بالاتر ایجاد می‌کنند. شاید متداول‌ترین شیوه سوءاستفاده از پرداخت‌های بیماران این است که بیمار هزینه خدمات درمانی را پرداخت می‌کند، اما کارمند دریافت‌کننده به جای واریز این مبلغ به صندوق مرکز درمانی یا حساب بانکی، آن را می‌دزدد. در نظام‌هایی با فساد فراگیر، ممکن است کارکنان صندوق و حسابداری از سوی مافوق خود تحت فشار باشند تا بخشی از این مبالغ را به آنها پرداخت کنند. نظام‌های معاف از پرداخت نیز ممکن است دستکاری شوند و کارمندان بخش صندوق و حسابداری افرادی (از دوستان یا افراد با نفوذ) را که حق چشم‌پوشی از پرداختشان ندارند، معاف کنند. این فصل نشان می‌دهد که بیمارستان عمومی استان (PGH) Coast در مومباسای کنیا، چگونه با مشکلات مربوط به آسیب‌پذیری در برابر فساد و ناکارآمدی در نظام‌های پرداخت از جیب برخوردار کرده است. بیمارستان عمومی Coast PGH با معرفی سیاست‌ها و تغییراتی در نظام‌هایش توانست فساد را کاهش دهد و با پایه‌ریزی تدریجی تولیتی مسئولیت‌پذیر در بخش درآمد‌های مستقیم، بودجه بیشتری را برای بهبود کیفیت اختصاص دهد.

وضعیتی که بیمارستان عمومی Coast با آن روبه‌رو بود

بیمارستان عمومی Coast PGH در مومباسا، با ۵۵۰ تخت و ۶۶۰ کارمند، دومین بیمارستان بزرگ دولتی در کنیاست. بیمارستان ارائه‌دهنده خدمات اولیه برای جمعیت ۶۰۰ هزار نفری شهر مومباسا، همچنین بیمارستان ارجاع برای تمام استان Coast نیز هست. در سال مالی ۱۹۹۸، بودجه کل بیمارستان ۳،۴ میلیون دلار آمریکا بود که حدود ۶۹،۵ درصد برای هزینه‌های پرسنلی و ۲۳،۴ درصد برای هزینه‌های غیرپرسنلی اختصاص داده شده بود. به طور کلی، پرداخت از جیب گیرندگان خدمت ۵،۷ درصد از کل درآمد را تشکیل می‌داد، در حالی که سهم بازپرداخت‌های صندوق ملی بیمه بیمارستان ها (NHIF) ۱،۴ درصد از دریافتی‌ها بود.

در اواخر دهه ۱۹۹۰، کاهش حمایت‌های مالی دولت از بیمارستان‌ها، به دلیل کاهش رشد تولید ناخالص داخلی در کشور، بیمارستان را به شدت به درآمد مستقیمش برای پرداخت هزینه‌های غیرپرسنلی وابسته کرد. علاوه بر این، بازپرداخت‌های NHIF نیز در حال کاهش بوده و به دلیل مشکلات مالی در صندوق ملی بیمه بیمارستان‌ها، انتظار کاهش بیشتر نیز می‌رفت. در سال مالی ۱۹۹۸، مجموع درآمد حاصل پرداخت از جیب و صورتحساب‌های NHIF حدود ۲۴۳ هزار دلار آمریکا بود (حدود ۸۰ درصد پرداخت‌های نقدی و ۲۰ درصد صورتحساب بیمه) که حدود ۳۰ درصد از بودجه مربوط به هزینه‌های غیرپرسنلی بیمارستان را پوشش می‌داد.

ارزیابی‌ای از بیمارستان عمومی Coast در سال ۱۹۹۸ به این نتیجه رسید که «نظام‌های سازمانی موجود تقریباً همه از کار افتاده یا دچار نقص عملکردی بوده و نیاز به جایگزینی دارند... بهبود چشمگیری در عملکرد سازمان مورد نیاز است» (کلارک ۱۹۹۹). این گزارش مشکلات موجود در زمینه‌های سازمان‌دهی، اداره، منابع انسانی، مراقبت از بیماران، امور مالی و حسابداری را به تفصیل شرح می‌داد. زمان انتظار برای بیماران بسیار طولانی بود و رضایت بیماران کم. بیماران تصور می‌کردند که کیفیت خدمات ضعیف است، پرسنل بالینی بی‌ادب هستند و طرز برخورد مناسبی ندارند. نظرسنجی‌های رضایتمندی نیز گزارش داد که بیماران مشکوک به کلاهبرداری در فرایندهای دریافت و گردآوری درآمد بوده‌اند.

از جنبه مثبت قضیه، در طول دهه ۱۹۹۰، بیمارستان عمومی Coast شروع به دریافت

کمک از آژانس همکاری بین‌المللی ژاپن (JICA)^۱ برای نوسازی ماشین‌آلات و ترمیم شرایط به گل نشسته خود کرد. در سال ۱۹۹۸، پیشرفت‌های چشمگیر و سرمایه‌ای در حال اتمام بود. در نتیجه درآمد اضافه‌ای برای پرداخت هزینه‌های مربوط به خدماتی که امکانات بازسازی شده ارائه می‌کردند مورد نیاز بود. همچنین بیمارستان عمومی Coast قویاً توسط نماینده بهداشتی استان، مدیر و هیئت مدیره بیمارستان که همگی متعهد به ارتقای کیفیت و پاسخ‌گویی بیمارستان بودند، پشتیبانی می‌شد.

نظام اولیه جمع‌آوری پرداخت مستقیم

بر اساس نظام پرداخت مشارکتی در کنیا، بیمارستان‌های دولتی و مراکز درمانی می‌توانند درخواست هزینه‌های اسمی از بیماران داشته و برای خدماتی که به اعضای NHIF ارائه می‌شود، درخواست بازپرداخت کنند. همچنین در این نظام معافیت‌هایی برای برخی از افراد آسیب‌پذیر و بسیار نیازمند در نظر گرفته شده است. ۷۵ درصد از درآمدهای حاصل از مشارکت در هزینه‌ها توسط سازمان دریافت و صرف نیازهای غیرپرسنلی برای بهبود خدمات شده و ۲۵ درصد از درآمدها در سطح منطقه برای اقدامات مربوط به مراقبت‌های پیشگیرانه دریافت و نگه داشته می‌شد. درآمد حاصل از پرداخت از جیب علاوه بر تخصیص بودجه عادی دولتی بود. یعنی بودجه تخصیص یافته متناسب با مقدار درآمد مستقیم کاهش نمی‌یافت. بنابراین بیمارستان‌ها و مراکز درمانی انگیزه‌ای برای افزایش درآمدهای مستقیم داشتند.

نظام اداری جمع‌آوری هزینه پرداختی، تمام خدمات بیمارستان را که امکان دریافت هزینه مستقیم داشت، تحت پوشش قرار می‌داد. یعنی کلینیک‌های سرپایی، خدمات جانبی مانند آزمایشگاه‌های مختلف و مراکز تجهیزات تشخیصی و صورتحساب بخش‌های بستری. کارمندان صندوق در مکان ارائه هر یک از این خدمات مستقر بودند. برای اکثر خدمات سرپایی، هزینه قبل از ویزیت بیمار دریافت می‌شد. با این حال، برای سایر خدمات (به عنوان مثال داروهای تجویزی و بیماران بستری)، هزینه خدمات پس از ترخیص یا پایان ویزیت بیمار محاسبه و پرداخت می‌شد. کارکنان صندوق پرداختی‌ها را جمع‌آوری کرده و رسیدها را در سه نسخه تنظیم می‌کردند؛ یک نسخه برای بیمار، یک نسخه برای صندوق دریافت‌کننده و یک

1. Japan International Cooperation Agency

نسخه نیز به حسابداری مرکزی فرستاده می‌شد. همچنین هر کارمند صندوق سیاست‌های مربوط به معافیت یا صرف‌نظر کردن از پرداخت را برای صورتحساب‌های افراد واجد شرایط، اعمال می‌کرد. پس از تکمیل رسیده‌ها، کارمند مبلغ دریافتی را در یک کشو یا صندوق پول قرار می‌داد. در پایان روز یا شیفت، کارمند صندوق کل پول جمع‌آوری شده را در دفتر کل ثبت می‌کرد. ناظرانی مأمور جمع‌آوری وجوه نقد و بررسی دفاتر بودند تا اطلاعاتی را که در دفتر ثبت شده و به حسابداری گزارش شده بود، تطبیق دهند.

آیا پرداخت‌های مستقیم به درستی جمع‌آوری شده بودند؟

مدیران بیمارستان عمومی Coast معتقد بودند که قسمتی از درآمدهای مستقیم آنها به دلیل فساد در حال از دست رفتن بود اما به دلیل بی‌اطلاعی از گستردگی این فساد هیچ اقدامی در این زمینه انجام نداده بودند. با این حال اکنون که با وضعیت مالی جدی‌تری روبه‌رو شدند، تصمیم به افزایش درآمدهای مستقیم داشتند. قیمت خدمات در مقایسه با هزینه مراقبت و تورم ناچیز بود، اما به دلیل بی‌اعتمادی عمومی به بیمارستان، افزایش هزینه‌ها برای جامعه محلی قابل قبول نبود، مگر اینکه اقدامی برای کاهش کلاهبرداری و دریافت کامل‌تر پرداخت‌های رسمی بیماران انجام می‌شد. به نظر می‌رسید که بخشی از مشکل جمع‌آوری پرداخت‌های مستقیم، صندوقدارانی بودند که از دوستان خود هزینه دریافت نکرده یا هزینه دریافت شده از بیماران را به جیب می‌زدند. دفترهای دستی ثبت به کارمندان صندوق اجازه می‌داد که دریافتی‌ها را کمتر از میزان واقعی گزارش دهند، بازرسی و تایید صورتحساب‌ها برای بیماران مشکل بوده و به دلیل تأخیر و وقفه در جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، پیش‌بینی میزان درآمد حاصل از پرداخت‌های مستقیم نیز دشوار بود.

نقشه رویارویی

برای رسیدگی به آسیب‌پذیری‌های نظام پرداخت مستقیم، تیم مدیریت بیمارستان عمومی Coast کار خود را با همکاری با مشاوران آغاز کرد. اولین قدم بیمارستان عمومی Coast بهبود نظام دستی گزارش‌دهی رسیده‌های نقدی روزانه بود. در حالی که این امر نظارت و کنترل را تا حدی تقویت کرد، نظام دستی گزارش‌دهی پرزحمت و زمان‌بر بود، امکان تطبیق روزانه

حساب‌ها را فراهم نمی‌کرد و سرعت ارائه اطلاعات برای اطمینان از تطابق وجوه جمع‌آوری شده با درآمد ثبت شده مناسب نبود.

حتی با وجود پیشرفت‌ها، نظام دستی نمی‌توانست اطلاعات مورد نیاز برای پیش‌بینی درآمد مورد انتظار را ارائه دهد. نیاز مدیران بیمارستان عمومی Coast توانایی برآورد درآمد مورد انتظار بر اساس انواع و تعداد خدمات ارائه شده و تعرفه‌های استاندارد قیمت‌گذاری و معیارهای معافیت بود تا بتوانند درآمد مورد انتظار را با درآمد واقعی مقایسه کرده و ناهمخوانی‌ها را تشخیص دهند. حتی با وجود نظام‌های دستی بهتر، فقدان اطلاعات مالی به‌هنگام، هم برآورد درآمد مورد انتظار و هم گزارش‌های درآمد واقعی برحسب نوع خدمات، همچنان مانع بزرگی برای پاسخ‌گویی بود.

راه‌حل، بر طبق تصمیم آنها، پیاده‌سازی نظام شبکه‌ای ثبت موجودی صندوق‌های نقدی بود. با پیاده‌سازی نظام ثبت اتوماتیک که از طریق شبکه محلی به یکدیگر متصل می‌شدند، مدیران بیمارستان عمومی Coast می‌توانستند از میزان دقیق صورتحساب و هزینه دریافت شده از بیمار برای هر نوع خدمات آگاه شوند. تیم مدیریت تخمین زد که می‌توانند با پیاده‌سازی این نظام، درآمد حاصل از پرداخت‌های مستقیم را تا ۲۵ درصد افزایش دهند.

مدیریت بیمارستان عمومی Coast با همکاری مشاوران درخواست پروپوزال مفصلی برای پیاده‌سازی نظام ثبت نقدی در محل دریافت تدوین کردند. تعداد متعدد صندوق‌ها باید به ۵ محل کاهش یافته (سوانح، داروخانه سرپایی، آزمایشگاه، زایشگاه و دفتر NHIF) که از طریق یک شبکه به سرور مرکزی در دفتر حسابداری متصل می‌شدند. پس از ۴ ماه، طی فرایند خریدی رقابتی، بیمارستان عمومی Coast پیمانکار محلی باتجربه‌ای را انتخاب کرد. ۳ ماه طول کشید تا پیمانکار منتخب نظام جدید را که ۴۲ هزار دلار هزینه داشته و توسط پروژه تامین مالی شده بود، پیاده کند. افزایش درآمد مورد انتظار سالانه ناشی از این نظام جدید برابر یا فراتر از این سرمایه‌گذاری برآورد شده بود.

نظام جدید شبیه صندوق‌های فروشگاه‌های بزرگ و سوپرمارکت‌های خصوصی در کنیا عمل می‌کرد. پس از پرداخت صورتحساب، رسیدی با شرح تمام اقلام پرداخت شده، مبلغ پرداخت شده و باقی مانده پول برگشت داده شده به بیمار ارائه شده و پول دریافتی از بیماران در کشویی ایمن نگهداری می‌شد. این نظام از دو نظر با خرده‌فروشان بخش خصوصی

متفاوت بود: ۱. صورتحساب NHIF در نرم‌افزار کدگذاری شده و ۲. برای محاسبه معافیت‌ها و هزینه‌های چشمپوشی شده بیماران طبقه‌بندی‌های مجزایی در نظر گرفته شده بود. نظام شبکه‌ای ثبت نقدینگی، چندین گزارش مدیریتی شامل درآمد روزانه و درآمد ماهانه تجمعی، براساس موارد پرداخت مستقیم، محل دریافت مبلغ، مرکز هزینه و بر اساس صندوقدار تولید می‌کند.

همگام با پیاده‌سازی نرم‌افزار، کارکنان باید درمورد نحوه استفاده از آن نیز آموزش می‌دیدند. در اینجا، پروژه با مشکلات غیرمنتظره‌ای روبه‌رو شد. صندوقداران بیمارستان نمی‌خواستند در جلسات آموزشی نحوه استفاده از نرم‌افزار جدید شرکت کنند و برخی از کارکنان کاملاً از آموزش مجدد خودداری کردند. مدیریت بیمارستان عمومی Coast که نگران فروپاشی بالقوه نظام جدید بود، تصمیم گرفت کارکنان جدیدی را که برای استفاده از نرم‌افزار ثبت آموزش دیده بودند، استخدام کند. احتمالاً مقاومت کارکنان فعلی در برابر استفاده از سیستم جدید به دلیل این بود که می‌دیدند این امر فرصت‌های آنها برای دزدی از درآمدهای حاصل از پرداخت مستقیم را محدود می‌کند.

نتایج فراتر از انتظارات بود

بر اساس تجربه دیگر بیمارستان‌ها در کنیا که به استفاده از صندوق‌های ثبت نقدی روی آورده بودند، تخمین ابتدایی تیم مدیریت بیمارستان عمومی Coast افزایش ۲۵ درصدی در درآمد مستقیم بود. آنها داده‌های اولیه‌ای از خدمات ارائه شده و مبلغ دریافت شده را ۳ ماه قبل و ۳ ماه پس از اجرا جمع‌آوری کردند تا تغییرات واقعی درآمد را پایش کنند. نقدینگی جمع‌آوری شده فراتر از انتظار بود و ۴۷٫۴ درصد افزایش یافت (از ۲۴،۴۴۸ دلار آمریکا در سه‌ماه قبل از اجرا به ۳۶،۰۳۴ دلار بعد از ۳ ماه رسید). با وجود افزایش چشمگیر درآمدها، میزان خدمات ارائه شده بدون تغییر بود که نشان می‌دهد افزایش درآمد تقریباً منحصراً در نتیجه کاهش سرقت و نه افزایش پرداخت از جیب بیماران بوده است.

مدیریت بیمارستان عمومی Coast و تیم مشاوران ادراک کارکنان از نظام جدید را نیز ارزیابی کردند. اکثر پرسنل از آن راضی و معتقد بودند این نظام به نفع بیماران است. کارکنان هیچ شکایتی از بیماران مبنی بر اجبار به پرداخت رشوه به منظور دریافت خدمت نداشتند

(روشی که برخی قبل از اصلاح نظام مشاهده کرده بودند) و شکایات کمتری در مورد صف‌های انتظار، رعایت نشدن نوبت در صف و یا سرگردانی افراد در مورد اینکه کجا باید پرداخت‌ها را انجام دهند، وجود داشت.

اما پیاده‌سازی این نظام بدون مشکل نبود. صندوقداران از مشکلات چشمی و کمردرد شکایت می‌کردند. برخی پرستاران نیز از افزایش حجم کار، احتمالاً به دلیل نیاز به ثبت دقیق‌تر خدمت و نظارت، شکایت داشتند. گاهی اوقات، بیماران رسیده‌های پرداخت شده را به یکدیگر می‌دادند تا از آنها به‌عنوان مدرکی برای اثبات پرداخت استفاده کنند، زیرا نام بیماران در رسیدها قید نمی‌شد. نرم‌افزار دوباره تطبیق داده شد و جلساتی با کارکنان برای رفع این مشکلات برگزار شد.

مزیت بزرگ نظام جدید، گزارشات مدیریتی بود که مقامات بیمارستان عمومی Coast را قادر می‌ساخت کیفیت را به صورت مداوم بهبود بخشند. به عنوان مثال، پس از بررسی نتایج اولیه، مدیران بیمارستان متوجه شدند که بسیاری از هزینه‌های خدمات هنوز در صورت‌حساب‌های پرداختی منعکس نمی‌شوند. با کمک مشاوران، تیم مدیریت فلوجارتی تحلیلی از مراحل ثبت صورت‌حساب ایجاد کرده و برای ساده‌سازی روند اقداماتی انجام دادند. سپس کارکنان را مجدداً جانمایی کرده و آموزش دادند تا روند جدید را به طور مؤثر اجرایی کنند. مدیران همچنین برای تغییر روند ترخیص بیمار، بهبود ارتباطات بین مدیریت و کارکنان و افزایش اطلاعات بیماران نیز اقداماتی اتخاذ کردند. نتیجه همه این تغییرات، افزایش درآمد حاصل از پرداخت از جیب به میزان ۳۶ درصد بود. سود حاصله از طریق این نظام جدید به مرور زمان حفظ شده و درآمد وصول شده در سال مالی ۲۰۰۱، ۴۰۰ درصد بیشتر از سال مالی ۱۹۹۸ بود.

افزایش غیرمنتظره درآمدهای مستقیم به معنای نیاز به هزینه‌کرد سریع آن توسط مدیران بیمارستان بود. این امر به خودی خود می‌تواند محرک فساد باشد و در واقع تصمیمات مالی بیمارستان Coast در این زمان به دلیل شفاف نبودن و تخصیص منابع به نیازهایی با اولویت کم مورد انتقاد قرار گرفت. مدیریت بیمارستان با ارائه شفافیت بیشتر در روند برنامه‌ریزی و بودجه بندی، به منظور بهبود پاسخ‌گویی، به این انتقادات پاسخ داد.

نتیجه

نظام‌های پرداخت مستقیم در کشورهای در حال توسعه در برابر انحراف بودجه و مدیریت نادرست صورتحساب‌های مشمول معافیت برای منافع شخصی، آسیب‌پذیر هستند. ریشه این آسیب‌پذیری‌ها ممکن است از دلایل متعددی، از جمله فشار مالی خارجی یا فشار اجتماعی تحمیل شده از طرف بیماران یا اعضای خانواده او، نظارت ناکافی و نبود اطلاعاتی برای پایش عملکرد و الزام به پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری افراد و واحدهای مختلف سازمانی نشأت گرفته باشد. نظام‌های حسابداری و مدیریت اطلاعاتی قوی‌تر می‌توانند به کاهش این آسیب‌پذیری‌ها کمک کند. در بیمارستان‌های بزرگ، همان‌طور که در بیمارستان عمومی Coast دیده شد، استفاده از صندوق‌های ثبت الکترونیکی متصل به شبکه می‌تواند به صورت ویژه‌ای در بهبود پاسخ‌گویی مؤثر باشد. گزارش‌پایی شاخص‌های عملکرد، از جمله درآمد مورد انتظار در مقایسه با درآمد وصول شده، می‌تواند در تشخیص ناهنجاری‌ها، طرح پرسش، یافتن ریشه اصلی مشکلات و اقدام در راستای رفع آنها برای مدیران بیمارستان کمک‌کننده باشد.

صندوق الکترونیکی متصل به شبکه راه‌حل بی‌عیب و نقصی نیست. به عنوان مثال، اگر فساد فراگیر بوده و مدیران سطوح بالاتر با صندوقداران برای اختلاس تبانی کنند، تغییرات فنی و نرم‌افزارهای جدید حسابداری احتمالاً مؤثر نخواهند بود. علاوه بر این، اگر مدیران بیمارستان توانایی اجبار کارکنان را نداشته باشند، مقاومت در برابر تغییر ممکن است معرفی نظام‌های جدید کنترل مالی را مختل کند.

مطالعه موردی بیمارستان عمومی Coast نقش مثبتی را که افراد خارج از سازمان، مانند مشاوران یا اعضای کمیته نظارت می‌توانند در ترویج شفافیت ایفا کنند، نمایش می‌دهد. ممکن است ترس بیش از حد عوامل درونی سازمان از عواقب امر، مانع حمایتشان از تغییر شود، اما با این حال زمانی که مسئله با حمایت خارجی مطرح شود، ممکن است از این تغییرات حمایت کنند. در حالی که استفاده از افراد خارجی می‌تواند به شروع اصلاحات کمک کند، پایداری در عملکرد یک نظام شفاف مستلزم تعهد مداوم مدیریت به خدمات عمومی است؛ چالش‌های دشوار و روزانه.

Notes

1. Information for this brief was obtained through review of project documents and through interviews with consultants who participated in the work described.
2. Prevailing exchange rate was 58 Kenyan Shillings per US dollar.
3. A price increase did take effect in late 1999. Although the changes were modest, this probably contributed to the increase in revenue.

Reference

1. Clark, J. 1999. Operational assessment of three MoH provincial hospitals (AFS Project, Management Sciences for Health, July 1999), cited in Stover C. Health financing and reform in Kenya: Lessons from the field. Background document for end-of-project conference for the APHIA Financing and Sustainability Project, Nairobi, Kenya, May 22–24, 2001.

Further Reading

1. Collins, D., J. Quick, S. Musau, and D. Kraushaar. 1996. Health financing reform in Kenya: The fall and rise of cost sharing, 1989–94. Stubbs Mono- graph Series Number 1. Boston, MA: Management Sciences for Health (available through the MSH Bookstore at www.msh.org).
2. Newbrander, W., D. Collins, and L. Gilson. 2000. Ensuring equal access to health services: User fee systems and the poor. Boston, MA: Management Sciences for Health (available through the MSH Bookstore at www.msh.org).
3. Stover, C. 2001. Health financing and reform in Kenya: Lessons from the field. Background document for end-of-project conference for the APHIA Financing and Sustainability Project, Nairobi, Kenya, May 22–24, 2001.

بخش دوم

**تقاضای پرداخت در جایی که
خدمات باید رایگان باشند**

پرداخت غیررسمی و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی: درس‌هایی از تانزانیا

Ottar Mæstad and Aziza Mwisongo

معرفی

پرداخت غیررسمی برای خدمات سلامت در بسیاری از کشورهای در حال گذار و کشورهای در حال توسعه امری متداول است. اغلب گفته می‌شود که پرداخت‌های غیررسمی دسترسی به خدمات سلامت را، به‌ویژه در بین فقیرترین افراد، کاهش می‌دهد. با این حال، تأثیرات آن بر کیفیت مراقبت کمتر مشهود بوده و پیامدهای مثبت و منفی نیز برای آن قابل تصور است. این فصل بر پایه یک مطالعه کیفی در میان کارکنان سلامت در تانزانیا برای تشریح ماهیت پرداخت‌های غیررسمی در بخش سلامت و تأثیر بالقوه آنها بر دسترسی و کیفیت مراقبت‌های بهداشتی تدوین شده و توجهی ویژه به مفاهیم سیاستی اختصاص داده شده است.

زمینه

پرداخت‌های غیررسمی که به عنوان هر نوع پرداختی (مستقیم یا غیرمستقیم)، بیش از تعرفه رسمی تعیین شده برای خدمات به ارائه‌دهندگان خدمت تعریف شده است، نگرانی‌هایی را در خصوص دسترسی و کیفیت خدمات ارائه شده ایجاد می‌کند (شفافیت بین‌المللی ۲۰۰۶). به منظور درک بهتر پرداخت‌های غیررسمی در بخش سلامت تانزانیا و تأثیر بالقوه آنها بر ارائه خدمات سلامت، ما ۸ بحث گروهی متمرکز با ۵۸ کارمند سلامت از یک منطقه روستایی و یک منطقه شهری انجام دادیم. برای ترغیب به بیان آزاد تجربیات و دیدگاه‌ها نسبت به این موضوع، بحث‌های گروهی جداگانه‌ای برای هر کادر (پزشکان، پرستاران، کارکنان و دستیاران بالینی) انجام شد. شرکت‌کنندگان نماینده تمام سطوح مختلف مراقبت (بیمارستان‌ها، مراکز سلامت و داروخانه‌ها) و شامل کارکنان مراکز دولتی و خصوصی بودند.

یافته‌های ما نشان می‌داد که بیماران برای خرید خدمات با کیفیت بالاتر، از جمله زمان انتظار کوتاه‌تر، پرداخت‌های غیررسمی انجام می‌دهند. علاوه بر این، کارکنان سلامت درگیر فعالیت‌های «رانت‌جویانه»، مانند ایجاد کمبودهای ساختگی، به‌منظور دریافت پرداخت‌های اضافی از بیماران هستند. تقدیم هدیه به‌منظور قدردانی نیز معمول، اما تمایز تفاوت بین هدیه و رشوه اغلب مبهم است. زیرا هدایای ظاهری ممکن است به قصد دسترسی به خدمات بهتر در آینده باشد. کارکنان سلامت ممکن است پرداخت‌های دریافتی را با یکدیگر تقسیم کنند اما فقط جزئی از آن را و ندرتاً بین اعضای یک کادر تا میان اعضای سایر کادرها. بحث‌ها نشان داد که بسیاری از کارکنان سلامت معتقدند توزیع پرداخت‌های غیررسمی به شدت ناعادلانه است.

چگونه پرداخت‌های غیررسمی می‌توانند بر دسترسی به خدمات سلامت تأثیر بگذارند

پرداخت‌های غیررسمی، مانند پرداخت‌های رسمی، هزینه مطالبه خدمات سلامت را افزایش می‌دهند و بنابراین ممکن است بیماران را وادار به کنار گذاشتن یا به تأخیر انداختن تقاضا برای دریافت مراقبت‌های سلامت کند. بنابراین چنین برداشت می‌شود که پرداخت‌های غیررسمی دسترسی به خدمات سلامت را، به‌ویژه برای افراد فقیر، کاهش می‌دهد. با این حال، این نتیجه‌گیری ممکن است بسیار عجولانه باشد، زیرا کارکنان محلی سلامت اغلب قادرند تفاوت در توانایی پرداخت بیماران را شناسایی کنند. هنگامی که چنین «تبعیض قیمتی» امکان‌پذیر است، کارکنان سلامت ممکن است از افراد فقیر فقط بخواهند مبالغ ناچیزی را که با ادامه مراقبت‌های آنها سازگار است بپردازند. با تبعیض کامل قیمت، پرداخت‌های غیررسمی لزوماً منجر به کاهش بهره‌مندی از مراقبت‌های سلامت نمی‌شوند. در واقع برای اقشار فقیر، ممکن است پرداخت‌های غیررسمی نسبت به هزینه‌های رسمی و سختگیرانه‌تر تعرفه‌های مصوب، زیان کمتری داشته باشد. با این حال، یافته‌های ما نشان می‌دهد که حتی اگر کارکنان سلامت بتوانند بین توانایی پرداخت افراد تمایز قائل شوند، ممکن است علاقه‌ای به انجام این کار نداشته باشند. از یک

سو، دریافت رشوه کوچک ممکن است به اندازه یک رشوه بزرگ خطرناک باشد و همچنین از سویی دیگر ممکن است هنجارهای اجتماعی، کارکنان سلامت را ملزم به ارائه میزان معینی از مراقبت به افرادی که رشوه پرداخت کرده اند، بدون توجه به مقدار آن، کند. علاوه بر این، به نظر می رسد وقتی بیماران رشوه می دهند، حتی در مقادیر کم، طوری رفتار می کنند که گویی در برابر کارمند سلامت در موقعیت قوی تری برای چانه زنی قرار دارند و ممکن است نسبت به کارکنان سلامت شدیداً مطالبه گر شوند. به دلایلی از این دست، شاید قبول رشوه های کوچک برای کارکنان سلامت چندان مقرون به صرفه نباشد. از آنجا که فقرا فقط توانایی پرداخت رشوه های ناچیز دارند، ممکن است دسترسی آنها به خدمات سلامت کاهش یابد.

یکی دیگر از دلایلی که ممکن است سبب شود کارکنان سلامت تمایل به تبعیض در قیمت نداشته باشند، این است که حجم کار آنها ممکن است بسیار زیاد باشد. بسیاری از کشورهای در حال توسعه با کمبود نیروی سلامت روبه رو هستند و استفاده از پرداخت های غیررسمی ممکن است راهی برای جیره بندی تقاضا باشد. البته محتمل ترین گروهی که تقاضای خود را کاهش می دهند فقرا هستند. با این حال، مطلوبیت دیگر سازوکارهای جیره بندی خدمت برای فقرا به وضوح قابل تشخیص نیست.

در آخر، حتی اگر کارکنان سلامت بدانند کدام بیماران دارا و نیازمند هستند، ممکن است نتوانند از افراد دارا رشوه های دریافت کنند. افرادی که تحصیلات بهتری دارند، معمولاً توانایی بیشتری در مطالبه حقوق خود داشته و به همین خاطر در مقابل پرداخت غیررسمی مقاومت می کنند. از این رو، نظام های بر پایه پرداخت های غیررسمی ممکن است در مواردی نابرابرتر از تعرفه های رسمی باشد، زیرا تنها افراد نسبتاً فقیر هستند که باید چنین پرداخت هایی ارائه دهند.

چگونه پرداخت های غیررسمی می توانند بر کیفیت خدمات سلامت تأثیر بگذارند

پژوهش ما سازوکارهای مختلفی را که پرداخت های غیررسمی از طریق آنها ممکن است بر کیفیت مراقبت های سلامت تأثیر بگذارند، مشخص کرد. درک عمیق تر این سازوکارها سودمند خواهد بود، زیرا می تواند برای افزایش آگاهی از چگونگی تأثیر پرداخت های غیررسمی بر کاهش یا افزایش کیفیت خدمت در نظام هایی که با این مشکل روبه رو هستند، یاری رسان باشد.

آثار مثبت بر کیفیت

ترغیب کارکنان به تلاش بیشتر

در نظامی که تعرفه‌ها بر پایه خدمت ارائه شده (fee for service) است، تصور تأثیر مثبت پرداخت‌های غیررسمی بر کیفیت مراقبت دشوار نیست. ارائه خدمات با کیفیت بالا معمولاً برخی هزینه‌های شخصی (غیرمادی) برای ارائه‌دهنده خدمت دارد (هزینه تلاش). بنابراین ارائه‌دهنده ممکن است کیفیت را به حداقل برساند، مگر اینکه پاداشی برای ارائه خدمات با کیفیت بالا وجود داشته باشد. چنین پاداش‌هایی ممکن است اشکال مختلفی داشته باشند (به عنوان نمونه، رضایت از کمک به بیمار یا رعایت استانداردهای کیفیت حرفه‌ای)، اما ممکن است ترغیب برخی کارکنان سلامت، نیازمند پاداش‌های مالی باشد. بنابراین پرداخت‌های غیررسمی ممکن است القاکننده کیفیت بالاتری از مراقبت باشد.

افزایش تأمین مؤثر نیروی انسانی سلامت

وقتی پرداخت‌های غیررسمی سهم زیادی از درآمد کارکنان سلامت را تشکیل دهند، این امر ممکن است مانع از نیاز کارکنان به مشاغل جایگزین یا دوم شود. بنابراین، پرداخت‌های غیررسمی ممکن است تعداد کل کارکنان سلامت و یا مدت‌زمانی را که هر کارمند برای ارائه خدمت در دسترس است، افزایش دهد. بنابراین در شرایط کمبود نیروی انسانی، این امر، هم از طریق کاهش زمان انتظار و هم از طریق افزایش زمان قابل صرف برای ویزیت هر بیمار، به احتمال زیاد باعث بهبود کیفیت خدمات می‌شود. اطلاعاتی درباره میزان پرداخت‌های غیررسمی دریافت شده توسط کارکنان سلامت در تانزانیا به طور نظام‌مند گردآوری نشده، اما نمونه‌هایی که در آن هزینه‌های غیررسمی دریافت شده بیشتر از درآمد کارکنان از فیش حقوقی معمولی آنها بود، دیده شد. هیچ دلیلی برای بسط این شرایط به عنوان یک الگوی کلی و یا انکار آن نداریم، اما در تانزانیا به وضوح احتمال اینکه پرداخت‌های غیررسمی به طور قابل توجهی برای حفظ مؤثر نیروی کار در بخش سلامت کمک‌کننده باشد، وجود دارد.

ایجاد رقابت برای کیفیت بین کارکنان سلامت

اگرچه دریافت کنندگان پرداخت‌های غیررسمی ممکن است دریافتی خود را با سایر کارکنان تقسیم کنند، اما آگاهان ما اشاره کردند که تنها جزئی از درآمد تقسیم شده و به همه نمی‌رسد. به نظر می‌رسد تقسیم درآمد بین کارکنان در سطوح مختلف مراقبت (به عنوان مثال میان پزشکان و پرستاران) رایج‌تر از تقسیم بین کارکنان یک کادر مشابه است. در واقع این تقسیم محدود پرداخت‌های غیررسمی ممکن است تأثیر مثبتی بر کیفیت مراقبت داشته باشد، زیرا باعث ایجاد رقابت بین کارکنان می‌شود و می‌خواهند خود را تبدیل به دریافت‌کننده اصلی پرداختی‌ها کنند. در اصل، همان‌طور که بیماران دریافته‌اند، کارکنان سلامت با افزایش کیفیت، خدمات مناقصه‌ای برای دریافت رشوه بین خود ایجاد می‌کنند.

انتظار داریم که شدت تأثیر این رقابت به تعداد نیروی انسانی موجود وابسته باشد، زیرا وجود یک ارائه‌دهنده وضعیت را انحصاری کرده و هیچ رقابتی در آن رخ نخواهد داد. اگر کارکنان بیشتری وارد مجموعه شوند، فشار رقابتی افزایش خواهد یافت. از این رو در نظامی درگیر پرداخت‌های غیررسمی، ممکن است افزایش تعداد کارکنان سلامت و در نتیجه افزایش رقابت، تأثیر مثبت بیشتری بر کیفیت بگذارد.

همان‌طور که از منظر کارکنان سلامت مشاهده شد، مسابقه بر سر کیفیت ممکن است منجر به نوعی رفتار غیرمنطقی جمعی شود که در موارد شدید، ممکن است کارکنان سلامت بدون دریافت مبلغی بالاتر صرفاً فقط بیشتر تلاش کنند. در چنین مواردی، ممکن است قواعدی که کارکنان را وادار به کاهش شدت رقابت می‌کند ایجاد شود. اظهاراتی از کارکنانی که به‌طور برتری جویانه‌ای در مورد همکارانشان که خدماتی با کیفیت بالا ارائه می‌دهند صحبت می‌کنند، نشان می‌دهد که ممکن است چنین هنجارهایی در برخی از واحدها در تانزانیا ایجاد شده باشند. در حضور چنین قواعدی، تأثیر مثبت رقابت بر کیفیت خدمات به وضوح کاهش می‌یابد.

تأثیرات منفی بر کیفیت

ایجاد کمبودهای ساختگی

اگر احتمالی برای دریافت پرداخت غیررسمی وجود داشته باشد، ممکن است کارکنان

سلامت تحریک شوند تا کمبودهای ساختگی ایجاد کرده و بنابراین کیفیت خدمات را برای افرادی که مایل یا قادر به پرداخت نیستند کاهش دهند. به عنوان مثال، اگر پزشکان تصور کنند که بیماران برای دور زدن صف مایل به پرداخت رشوه خواهند بود، انگیزه‌ای در پزشکان برای ایجاد صف، مثلاً با کندتر کار کردن، به وجود می‌آید. چنین فعالیت‌هایی زمان انتظار را افزایش می‌دهد که مثالی از کاهش کیفیت خدمات است.

مثال دیگر: بخشی را تصور کنید که تعداد کمی کارکنان سلامت نسبت به تعداد بیماران دارد. به این معنی که بیماران ممکن است بر سر زمان محدود کارکنان «رقابت» کنند. با کاهش زمان موجود برای مراقبت از بیمار (به عنوان مثال، با استراحت بیشتر)، ممکن است تمایل بیماران برای پرداخت هزینه‌های حاشیه‌ای برای خرید زمان ارائه‌دهندگان خدمت افزایش یابد. سپس قیمت «پاکسازی بازار» افزایش خواهد یافت که ممکن است کل درآمد ارائه‌دهندگان را افزایش دهد؛ به همان شیوه‌ای که یک انحصارگر از عرضه مقدار کم سود می‌برد، زیرا قیمت هر واحد بالاتر خواهد بود.

راهبردی متداول، همان‌طور که توسط آگاهان ما گزارش شد، تظاهر به کمبود دارو و ملزومات و درخواست پول از بیماران به منظور «خرید» لوازم ناموجود از بازار خصوصی است. بعد از دریافت مبلغ، کارمند سلامت به سادگی لوازم را از موجودی انبار واحد درمانی تأمین می‌کند. این راهبردها تنها به این دلیل موثرند که بیماران تصور می‌کنند «تمام موجودی انبار» امری متداول است و می‌بینند به بیمارانی که پرداختی ندارند خدمت ارائه نمی‌شود. کاهش کیفیت برای کسانی که رشوه می‌دهند مربوط به اتلاف وقت ارائه‌دهندگان برای متقاعد کردن بیماران در مورد نیاز به پرداخت است، در حالی که کسانی که رشوه نمی‌دهند مراقبت ناقص دریافت کرده‌اند.

چانه‌زنی برای سهم بالاتری از پرداخت‌ها

کارکنان سلامت ممکن است سطح کیفیت را کاهش دهند تا برای سهمی بیشتر از آنچه همکارانشان دریافت کرده‌اند، چانه‌زنی کنند. یکی از مثال‌ها زمانی است که پرستاران از ارائه خدمات با کیفیت خودداری می‌کنند تا پزشک را برای تقسیم مبلغی که دریافت کرده تحت فشار قرار دهند. پزشکان اغلب در ارائه خدمات مورد نیاز برای جلب رضایت بیمار به پرستاران

وابسته هستند. بنابراین پرستاری که مشکوک است پزشک بدون دادن سهم پرستار رشوه گرفته، ممکن است شروع به کم کاری در مراقبت از بیمار کند. پزشکی که احساس می کند مجبور است رضایت بیمار را جلب کند، وادار می شود رشوه گرفته شده را فاش کند.

علامت پایین بودن آستانه کیفیت

وقتی احتمال دریافت پرداخت غیررسمی باشد، ممکن است انگیزه‌هایی برای کاهش کیفیت خدمت در کارکنان سلامت ایجاد شود تا به این ترتیب به بیماران این پیام را بدهند که می توان سود زیادی از پرداخت برد. به طور معمول، کارکنان سلامت به دلیل داشتن برخی استانداردهای حرفه‌ای یا اخلاقی موظفند حتی بدون دریافت هیچ‌گونه پرداختی، «آستانه» خاصی از خدمات را ارائه دهند. پس از آن بیماران تنها مایل به پرداخت برای ارزش خدماتی که فراتر از آستانه هستند، خواهند بود. البته مشکل این است که بیماران اطلاعات اندکی در مورد آستانه واقعی دارند. بنابراین، اگر کارمند سلامت بتواند بیماران را متقاعد کند که آستانه پایین است، ممکن است بیماران برای دریافت سطح معینی از خدمات مایل به پرداخت هزینه بیشتری شوند. یکی از راه‌های نشان دادن پایین بودن آستانه، ارائه کیفیت پایین در مراحل اولیه مشاوره است (به عنوان مثال، پذیرش بیمار با رفتاری غیردوستانه، انجام بسیار کند کار و غیره).

ایجاد ناکامی

هنگامی که یک نظام پرداخت غیررسمی به حدی نهادینه می‌شود که کارکنان سلامت احساس کنند سزاوار دریافت سهم معینی از پرداخت‌ها هستند، بی‌عدالتی درک شده در تخصیص واقعی درآمد ممکن است به خودی خود بر کیفیت خدمات تأثیر بگذارد. آگاهان ما اشاره کردند که کارکنان سلامت در تانزانیا ممکن است احساس کنند چنین استحقاق‌هایی دارند و برآورده نساختن انتظارات آنها باعث ایجاد حس ناکامی و کاهش انگیزه می‌شود. برای ماقطعی نیست که این ناکامی منجر به سطوح پایین کیفیت مراقبت می‌شود، اما بعید هم نیست و یافته‌های ما آشکارا در این جهت است.

نشانه رفتار غیر فاسد

در نظامی که خدمات با کیفیت بالا به عنوان نشانه‌ای از دریافت رشوه قلمداد می‌شود، کارکنان سلامت غیر فاسد ممکن است مجبور شوند کیفیت مراقبت خود را کاهش دهند. نتایج ما نشان می‌دهد که ارائه مراقبت با کیفیت بالا به راحتی می‌تواند شک به وقوع فساد ایجاد کند. در چنین شرایطی، افراد غیر فاسدی که می‌خواهند سطح بالایی از احترام به خود را نیز حفظ کنند، از ارائه مراقبت با کیفیتی که برای آنها «معمول» است دلسرد می‌شوند. البته در عین حال، این واقعیت که کیفیت بالا با رشوه مرتبط است نشان می‌دهد که تأثیر مثبتی بر کیفیت خدمات ارائه شده توسط کارکنان سلامت فاسد دارد. در این مورد، اثر خالص نهایی به نسبت کارگران فاسد و غیر فاسد بستگی دارد. توجه داشته باشید که یک کارمند سلامت غیر فاسد هنگام کار در موسسه‌ای که فساد در آن شایع است، رفاه کمتری را تجربه خواهد کرد، زیرا او به هر طریقی مجبور به سازش است. بنابراین ممکن است انتظار دور شدن کارکنان غیر فاسد از این موسسات را داشته باشیم. این ممکن است توضیحی برای اعتقاد به تفاوت سطح فساد در واحدهای مختلف در میان شرکت کنندگان گروه‌های متمرکز باشد.

کاربردهای سیاستی

یافته‌های ما کاربردهای بالقوه‌ای هم برای سیاست‌هایی با هدف کاهش یا حذف پرداخت غیر رسمی و هم سیاست‌هایی با هدف صرفه‌جویی بیشتر برای به حداقل رساندن آثار سوء پرداخت‌های غیر رسمی بر دسترسی و کیفیت مراقبت دارد. با این حال، تأکید بر این نکته که داده‌های محدود باعث ناتوانی ما در ارائه توصیه‌های سیاستی خاص می‌شود، مهم است.

۱- جبران پرداخت‌های غیر رسمی از دست رفته به منظور حفظ نیروی انسانی سلامت

از آنجا که برای برخی از کارکنان پرداخت‌های غیر رسمی ممکن است سهم قابل توجهی از کل درآمد آنها را تشکیل دهد، کاهش شدید سهم پرداخت‌های غیر رسمی ممکن است کاهش کارکنان سلامت موجود را به همراه داشته باشد. مگر اینکه حذف دریافتی غیر رسمی با افزایش حقوق جبران شود.

۲- اطلاع‌رسانی به جوامع در مورد منابع در دسترس

در حالی که توصیه‌ای کلی برای کاهش فساد افزایش منابع کمیاب است، یافته‌های ما نشان می‌دهد که ممکن است نیاز به اقدامات بیشتری باشد. به طور خاص، افزایش عرضه دارو فقط می‌تواند منجر به دریافت پول بیشتر توسط کارکنان سلامت شود، مگر اینکه این افزایش در منابع به بیماران اطلاع‌رسانی شود. اختلاس مربوط به عرضه دارو تا زمانی که بیماران اعتقاد به کمبود دارند می‌تواند ادامه یابد، بنابراین آگاهی دادن به بیماران در مورد منابع در دسترس ممکن است جزئی کلیدی کارزارهای فسادستیزی باشد.

۳- افزایش تعداد کارکنان سلامت

افزایش تعداد کارکنان سلامت از طریق کمک به کاهش طول صف‌ها ممکن است مفید باشد. این امر به نوبه خود فرصت دریافت رشوه از بیمارانی را که مایل به پرداخت برای سریع‌تر ویزیت شدن هستند، کاهش می‌دهد. علاوه بر این، افزایش تعداد کارکنان اگر کارکنان را تشویق به رقابت شدیدتر برای دریافت پرداختی از بیمارانی که مایل به پرداخت هزینه‌های غیررسمی برای خدمات بهتر هستند کند، می‌تواند کیفیت مراقبت را افزایش دهد.

۴- بهبود نظام‌های مدیریتی

شرکت‌کنندگان ما خاطرنشان کردند که بخشی از دلیل وجود فساد کمتر در برخی از واحدها، نظام‌های بهتر نظارت و مدیریت است که می‌تواند به معنی قابل دستیابی بودن کنترل مؤثر فساد در بافتار تانزانیا از طریق اصلاحات سیستمیک باشد. با این حال، نظارت و مدیریت ممکن است توضیح کاملی برای مشاهده این نکته که سطوح فساد در برخی از واحدها بسیار پایین‌تر از دیگران است نباشد. تفاوت بین واحدها ممکن است نشان‌دهنده این نکته باشد که کارکنان سلامت غیرفاسد به دنبال گردهم آمدن در واحدی با کارکنانی از همین نوع هستند (خودانتخابی) یا اینکه ممکن است برخی واحدها کارکنان خود را با دقت بیشتری از میان نیروی انسانی غیرفاسد انتخاب کرده باشند.

۵- حساس کردن نسبت مجازات‌های رشوه به میزان رشوه

در مورد بحث پرداخت‌های غیررسمی در مقابل تعرفه‌های رسمی، تحلیل ما بر وجود مشکلات توزیعی ذاتی در نظام پرداخت‌های غیررسمی تأکید می‌کند زیرا (۱) ممکن است منابع کمیاب بیشتر به بیماران ثروتمند اختصاص داده شود تا به نیازمندترین و (۲) ممکن است کارکنان سلامت مایل به ارائه خدمت به افراد نیازمندتری که فقط می‌توانند رشوه‌های کوچکتری پرداخت کنند نباشند زیرا خطرات یا هزینه‌هایی که کارمند متقبل می‌شود به اندازه پذیرش رشوه بزرگ‌تر است. سیاست‌هایی که رشوه دهی را متناسب با میزان رشوه مجازات می‌کنند، می‌توانند این گرایش توزیعی را با ایجاد توازن در خطرات و مزایای پذیرش مقادیر مختلف رشوه جبران کنند. سیاست‌هایی که رشوه‌های بزرگ‌تر را بیش از حد متناسب مجازات می‌کند، حتی می‌تواند کارکنان سلامت را به کسانی که فقط می‌توانند پرداخت‌های غیررسمی کوچک بپردازند علاقه‌مندتر کند، اما با خطر مشروعیت دادن به رشوه‌های کوچک و حذف فقیرترین افرادی که اصلاً نمی‌توانند پرداخت کنند.

۶- تشویق به بحث آزاد در مورد بی‌عدالتی نظام

یکی از راه‌های بهبود کیفیت، در صورت پذیرفتن نظام پرداخت غیررسمی، آغاز بحث‌هایی در مورد بی‌عدالتی مشاهده شده در سازمان توسط مسئولان واحدها با کارکنان است. یافته‌های ما نشان می‌دهد که اگر مدیران با تشویق تقسیم عادلانه پرداخت‌های غیررسمی میان کارکنان، سطح حس ناکامی را کاهش دهند، می‌توان روحیه و کیفیت مراقبت را بهبود بخشید. اما چنین رویکردی بسیار خطرناک است زیرا بحث آشکار در مورد نظام پرداخت غیررسمی ممکن است مشروعیت بیشتری به این شیوه‌ها بدهد. علاوه بر این، می‌تواند همکاری بین کارکنان سلامت را برای دریافت رشوه از بیماران تقویت کند که به نوبه خود می‌تواند کیفیت مراقبت را کاهش دهد.

در یک نظام مراقبت سلامت کارآ، سازوکارهای مشروع مدیریتی و اجتماعی برای تشویق به تلاش و افزایش خدمات با کیفیت وجود خواهد داشت. بنابراین پرداخت‌های غیررسمی دارای ارزش اجتماعی اندک یا فاقد ارزش خواهند بود. پرسشی که نظام‌های مراقبت سلامت ضعیف مانند نظام تانزانیا با آن روبه‌رو هستند این است که آیا راه‌های عملی برای مدیریت

پرداخت‌های غیررسمی بدون پذیرفتن مشروعیت آنها وجود دارد؟ در این صورت، همان‌طور که در اینجا مطرح شد، ممکن است راه‌هایی برای کاهش اثرات ویرانگر آنها بر کیفیت مراقبت و استفاده از معدود اثر مثبت آنها وجود داشته باشد. با این حال پیامدهای ویرانگر پرداخت‌های غیر رسمی بر بافت اجتماعی ممکن است آنچنان باشد که لزوم برخورد مستقیم و مقابله با هر نوع فساد در رابطه بین بیمار و ارائه دهنده را ضروری نماید.

Note

1. For more about this research, see Stringhini, S., S. Thomas, P. Bidwell, T. Mtui, and A. Mwisongo. 2009. Understanding informal payments in health care: Motivation of health care workers in Tanzania. *Human Resources for Health* 7:53. HYPERLINK "<http://www.human-resources-health.com/content/7/1/53>" HYPERLINK "<http://www.human-resources-health.com/content/7/1/53>"

Reference

1. Transparency International, 2006. *Global corruption report 2006: Special focus: Corruption and health*. London and Ann Arbor, MI: Pluto Press.

راهکارهایی برای کاهش پرداخت‌های غیررسمی

Kelly Miller and Taryn Vian

معرفی

در سراسر جهان، پرداخت‌های غیررسمی تضعیف‌کننده سیاست‌های عمومی با هدف تضمین دسترسی عادلانه و کم‌هزینه به مراقبت‌های سلامت هستند. بسیاری نظام‌های سلامت دولتی دسترسی شهروندان به بسته خدماتی مشخصی را به صورت رایگان یا با پرداخت هزینه ناچیز تضمین می‌کنند. اما با این وجود، گاهی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت یا بیماران، پیشنهاد ارائه پرداخت‌های غیررسمی یا غیرقانونی خارج از کانال‌های رسمی می‌دهند. مطالعات نشان داده است که این پرداخت‌ها هزینه مراقبت برای بیماران، به ویژه افراد فقیر، را افزایش می‌دهد و برخی از افراد را کلاً از پیگیری درمان منصرف می‌کند.

این فصل عواملی را که باعث ترویج یا جلوگیری از پرداخت‌های غیررسمی می‌شوند، بررسی کرده، مفاهیم آن در حکمرانی و عملکرد نظام سلامت را مورد بحث قرار می‌دهد و اقدامات نوآورانه برای کاهش پرداخت‌های غیررسمی شامل، تجربیات آلبانی، جمهوری قرقیزستان، کامبوج و ارمنستان را تحلیل کرده و نشان می‌دهد با پرداختن به علل نهادی و اجتماعی این پرداخت‌ها می‌توان آنها را کاهش داد.

انواع پرداخت‌های غیر رسمی

انسور (۲۰۰۴) گونه‌شناسی‌ای برای طبقه‌بندی سه دلیل پرداخت غیررسمی در اقتصادهایی با منابع محدود ایجاد کرد (جدول ۶-۱). این گونه‌شناسی را تغییر دادیم تا دسته چهارم پرداخت‌های غیررسمی را نیز شامل شود: هدایا.

اولین نوع پرداخت غیررسمی، مشارکت بیماران در هزینه مراقبتی است که بودجه تامین شده برای آن توسط دولت کم و ناکافی است. پرداخت‌هایی از این قبیل برای برطرف کردن

«شکاف بودجه و هزینه» است. ارائه‌دهندگان ممکن است با اکراه آنها را از بیمارانی که خودخواسته پرداخت می‌کنند بپذیرند، زیرا می‌دانند دستمزد دریافتی کفاف معیشت پرسنل را نمی‌دهد یا اینکه بودجه تخصیص یافته به واحد درمانی برای ارائه خدمات مورد انتظار کافی نیست. نوع دوم پرداخت غیررسمی راهی برای دستیابی به خدمات اضافی فراتر از «بسته پایه» تضمین شده توسط دولت است. ممکن است بیمار برای اجتناب از انتظار در صف‌های طولانی یا دستیابی به امکانات اضافی مانند اتاق یک نفره، پیشنهاد پرداخت مبلغی اضافه کند. نوع سوم پرداخت غیررسمی نشان‌دهنده سوءاستفاده از قدرت توسط ارائه‌دهندگان به منظور کسب ثروت است. چنین سوءاستفاده‌هایی زمانی اتفاق می‌افتد که به عنوان مثال، کارکنان سلامت از درمان بیمار خودداری می‌کنند مگر اینکه پرداختی انجام شود. این نوع پرداخت غیررسمی مطمئناً بیشترین نگرانی را به دلیل تأثیرش بر کارآیی، عدالت و پیامدهای سلامتی ایجاد می‌کند. سرانجام، نوع چهارم هدیه‌ای است که آزادانه توسط بیماری سپاس‌گزار و احتمالاً بدون ایجاد مشکلات مالی قابل توجه برای او، ارائه می‌شود.

این عامل نهایی بحث‌های مربوط به پرداخت‌های غیررسمی را به دلیل سخت کردن تمایز بین پرداخت‌های اجباری و آنهایی که واقعاً داوطلبانه هستند، پیچیده می‌کند. ارتباطات غیرمستقیم و تعاملات اجتماعی می‌توانند نقشی در ایجاد سردرگمی در مورد اهداف و انتظارات در معاملات بیمار- ارائه‌دهنده بازی کنند. ارائه‌دهندگان ممکن است پرداختی را بپذیرند، زیرا

▼ جدول ۶-۱- انواع پرداخت‌های غیررسمی

نوع پرداخت غیررسمی	نقل قول‌های تمثیلی از بیماران
مشارکت در مراقبت	پزشک باید برای خود غذا تهیه کند. برای پرداخت هزینه مدرسه فرزندان خود به پول احتیاج دارند.
خدمات اضافی	شما باید روغن زیتون به خانه پزشک بفرستید، زیرا از این طریق می‌توانید خدمات بهتری دریافت کنید. زمان بندی پرداخت بر کیفیت تأثیر می‌گذارد و آن را سرعت می‌بخشد.
سوءاستفاده از قدرت	اگر به پرستاران پول ندهید، زخم شما را تمیز نمی‌کنند. مواردی وجود داشته که در آن پزشکان معتقدند یک زن باردار باید تحت عمل جراحی قرار گیرد، اگرچه واقعیت نداشت. آنها دلایلی برای انجام عمل می‌تراشند.
هدایا	وقتی نوزاد پسر است ما واقعاً خوشحال هستیم و به خاطر همین احساس است که ما به شخصی که خبر را می‌دهد پول می‌دهیم.

منبع: بر اساس داده‌های جمع‌آوری شده توسط ویان و همکاران. (۲۰۰۴).

نمی‌خواهند به بیمارانی که قصدشان از پرداخت، هدیه دادن است، توهین کنند. در بسیاری از کشورها، مردم هدیه دادن را مشکل نمی‌دانند زیرا معمولاً پس از دریافت خدمت اهدا می‌شوند و به صورت سپاسگزاری داوطلبانه هستند.

در عمل، طبقه‌بندی پرداخت‌های غیررسمی دشوار است زیرا حتی در موارد اخاذی آشکار، افراد راه‌هایی برای توجیه اقدامات خود پیدا می‌کنند. به عنوان مثال، کارکنانی که از قدرت خود برای اجبار بیمار به پرداخت سوءاستفاده می‌کنند، ممکن است رفتار خود را با «هدیه» نامیدن پرداخت‌ها توجیه کنند. ارزیابی ویژگی‌ها و پیامدهای پرداخت‌های غیررسمی مستلزم بررسی توضیحات مردم در مورد این روش با توجه به توضیحات جایگزین و بررسی داده‌ها در مورد توانایی پرداخت، درآمد کارکنان سلامت و سایر عوامل بافتاری است.

عوامل مرتبط با پرداخت‌های غیررسمی

پرداخت‌های غیررسمی در کشورهایی که در آنها بودجه تخصیص داده شده به خدمات نسبت به منافی که به شهروندان وعده داده شده ناکافی است، مدیران کمیاب بوده یا آموزش ضعیفی برای نظارت دیده‌اند، یا در آنها قوانین گیج‌کننده‌ای در مورد حقوق بیمار وجود دارد و بیماران از حقوق خود مطمئن نیستند، رایج است. اگرچه پرداخت‌های غیررسمی در بیمارستان‌ها رایج هستند، اما در مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه نیز وجود دارند. آنها در شرایطی که بیماران احساس می‌کنند توانایی انتخاب یا گزینه‌های مراقبتی کم و محدودی دارند و در جایی که حس می‌کنند مجازات رفتارهای غیرقانونی یا نادرست بعید است، فراوان‌تر هستند (لوئیس ۲۰۰۷).

راهکارهایی برای کاهش پرداخت‌های غیررسمی

به رسمیت شناختن و رفع کمبودها در هزینه‌های سلامت دولت پرداخت‌های غیررسمی تا حدی ناشی از نبود تعادل بین حقوق و منابع موجود است. سیاست‌های عمومی برای حل این مشکل از طریق تغییر در حقوق مربوط به دریافت خدمت یا افزایش هزینه‌های سلامت می‌توانند به کاهش پرداخت غیررسمی کمک کنند (Gaal et al. 2006).

افزایش دستمزد ارائه‌دهنده

از آنجا که اغلب، حقوق پایین، ارائه‌دهندگان را ترغیب به پذیرش پرداخت‌های غیررسمی می‌کند، راهکارهای رسیدگی به این مشکل ممکن است این معضل را کاهش دهد. همچنین پیوند دادن پاداش به عملکرد می‌تواند کارکنان را به ارائه مراقبت بهتر تشویق کند.

رسمی کردن تعرفه‌ها

جایگزینی پرداخت‌های غیررسمی با جدول تعرفه رسمی ممکن است یک راه‌حل باشد. درآمد ذخیره شده توسط واحدها می‌تواند برای افزایش حقوق و افزایش کیفیت مراقبت مورد استفاده قرار گیرد که منجر به رضایت و استفاده بیشتر بیماران از خدمات می‌شود (Akashi et al. 2004).

اجرای قوانین و مجازات متخلفان

ممنوعیت پرداخت‌های غیررسمی، در صورتی که قوانین اجرا شده و برای رعایت نکردن آن پیامدی وجود داشته باشد، می‌تواند راهکاری مؤثر برای جلوگیری از سوءاستفاده باشد.

افزایش شفافیت و پاسخ‌گویی

سیاست‌های روشن، اطلاعات بیمار و کانال‌های ثبت شکایت می‌تواند به کاهش پرداخت‌های غیررسمی کمک کند. این امر نیازمند اطمینان از آگاهی بیماران از جدول تعرفه‌های رسمی، دستمزد کارکنان و درک سیاست‌های مربوط به پرداخت‌های غیررسمی است. واحدها باید ابزاری برای قادر ساختن بیماران برای طرح پرسش یا گزارش تخلفات داشته باشند. ساختارهای حکمرانی واحدها مانند هیئت مدیره بیمارستان‌ها نیز می‌توانند پاسخ‌گویی را افزایش داده و به جلوگیری از این عمل کمک کنند.

تغییر رفتار

در مواردی که بیماران همچنان به ارائه پرداخت غیررسمی ادامه می‌دهند، در حالی که این امر ضرورتی ندارد، سیاست عمومی می‌تواند مستقیماً با متقاعد کردن بیماران به اینکه در صورت خودداری از پرداخت غیررسمی، کیفیت پایین‌تری از خدمت را دریافت نخواهند کرد یا توسط ارائه‌دهندگان «مجازات» نخواهند شد، تغییر دهد. رسیدگی به ترس‌ها و باورهای بیماران باید در محیطی اتفاق بیفتد که فعالانه و به صورت آشکار در حال استفاده

از راهکارهای دیگری برای از بین بردن پرداخت‌های غیررسمی است؛ مانند افزایش حقوق به طوری که پرسنل مبلغی در حد معاش دریافت کنند.

نمونه‌هایی از آلبانی، جمهوری قرقیزستان، کامبوج و ارمنستان نشان می‌دهد که چگونه برخی از این راهکارها با موفقیت پرداخت‌های غیررسمی در بخش سلامت را کاهش داده‌اند.

دو بیمارستان در آلبانی

آلبانی با ۳٫۶ میلیون نفر جمعیت و درآمد سرانه ۳۷۴۰ دلار یکی از فقیرترین کشورهای اروپاست. در سال ۲۰۰۳ با وجود سیاست اعلام شده، کشور مبنی بر ارائه بیشتر خدمات سلامت به صورت رایگان، پرداخت غیررسمی به پرسنل درمانی رایج بود. مطالعات نشان می‌داد که ۸۷-۶۰ درصد از شهروندان آلبانیایی برای دریافت خدمات پرداخت غیررسمی به پزشکان بیمارستان ارائه کرده‌اند و مقادیر پرداخت از جیب بیش از ۷۰ درصد از کل هزینه‌های سلامت را تشکیل می‌داد؛ درصدی بیشتر از سایر کشورهای بالکان.

عوامل مؤثر بر پرداخت‌های غیررسمی در آلبانی شامل حقوق پایین پرسنل سلامت، باور به اینکه سلامتی بسیار مهم بوده و ارزش هر قیمتی را دارد، تمایل به دریافت مراقبت با کیفیت بهتر، ترس از محرومیت از درمان یا از دست دادن فرصت برای بهترین نتیجه ممکن و سنت هدیه دادن برای قدردانی می‌شد. برخی دیگر از دلایل افزایش رواج پرداخت‌های غیررسمی، نبود عوامل بازدارنده، هنجارهای اجتماعی تأثیرگذار بر ارائه‌دهندگان و رشد ارزش‌های سرمایه‌داری در جامعه آلبانی بود.

بیمارستان زنان تیرانا پرداخت‌های مستقیم را رسمی کرده و شفافیت را افزایش داد

مانند بسیاری از بیمارستان‌های دیگر در آلبانی، بیمارستان ۳۰۰ تختخوابی زنان تیرانا، یک مرکز دولتی واقع در پایتخت بوده و با مشکل پرداخت‌های غیررسمی مواجه بود. مدیر بیمارستان تصمیم گرفت مستقیماً به این مشکل رسیدگی کند، و کار را با مرکز سلامتی، یک کلینیک سرپایی که سالانه ۱۰ هزار مراجعه داشت، آغاز کرد. مدیر بیمارستان می‌دانست که نمی‌تواند بدون انجام کاری درمورد دستمزد پزشکان مشکل را حل کند، بنابراین شروع به

تقویت نظام رسمی موجود پرداخت‌های مستقیم بیماران برای داروها و خدمات جانبی (پاپ اسمیر، ماموگرافی و سایر آزمایشات تشخیصی) کرد. مدیر بیمارستان با همکاری مسئولان اصلی، جدول تعرفه رسمی و نظام‌های ساده دریافت پرداخت مستقیم، مدیریت نقدینگی، حسابداری و گزارشات ایجاد کرد.

از این طریق او توانست درآمد مجموعه را از ۹۰۰،۰۰۰ لک (۷،۰۳۱ دلار) به ۲،۵۹۰،۰۰۰ لک (۲۰،۲۳۴ دلار) در مدت ۲ سال افزایش دهد. این درآمد به عنوان مکمل دستمزد کارکنان (درصد ۷۰) و برای تکمیل لوازم و تجهیزات (۳۰ درصد) اختصاص یافت. این تغییرات دستمزد پزشکان را چهار برابر کرد. دستمزد کارکنان کمکی دو برابر شد و کارکنان اداری نیز مبلغی اضافه دریافت کردند. مدیر بیمارستان همچنین تابلوهایی با شماره تلفن همراه خود نصب کرد که می‌گفت «هیچ‌کس نباید هیچ‌گونه پرداختی خارج از شیوه‌های رسمی انجام دهد و اگر از آنها چنین درخواستی شد، باید مستقیماً با او تماس گرفته شود». برای تقویت این پیام، بیمارستان با استفاده از مصاحبه در هنگام خروج از بیمارستان، بیماران را مورد بررسی قرار داده و برای درخواست بازخورد جعبه‌های پیشنهادات را در بخش‌های بیماران قرار داد. بهره‌مندی از خدمات بیمارستان شروع به افزایش کرد که مدیر آن را به سیاست‌های جدید مرکز برای کاهش پرداخت‌های غیررسمی نسبت داد (Vian 2003).

تجربه بیمارستان زنان تیرانا آموزنده است، اما برای ارزیابی این نوع مداخله باید کارهای بیشتری انجام شود. به عنوان مثال، تحلیل مقایسه‌ای با سایر بیمارستان‌های آلبانی می‌تواند به تعیین اثربخشی راهکارهای بیمارستان زنان تیرانا کمک کند. می‌توان انتظار داشت نرخ پرداخت‌های غیررسمی در بین بیماران تیرانا در مقایسه با بیمارانی که در بیمارستان‌های دیگر شهر خدمات‌رسانی می‌کنند، کمتر شود.

Poliklinika Lui Paster پاداش مبتنی بر عملکرد و شفافیت بیشتر را پایه‌ریزی کرد

Poliklinika Lui Paster یک کلینیک خصوصی است که خدمات درمانی سرطان را به شیوه پرداخت در ازای خدمت (fee-for-service) ارائه می‌دهد. پزشکان حقوق پایه به‌علاوه پرداختی‌ای براساس تعداد خدمات درمانی‌ای که پزشک ارائه می‌دهد دریافت می‌کنند. در سال ۲۰۰۳ در حالی که دستمزد عمومی ۱۰۰ تا ۳۰۰ دلار در ماه بود، مجموع دستمزد

پزشکان به ۸۰۰ تا ۱۲۰۰ دلار در ماه می‌رسید. در اولین سال فعالیت کلینیک، حتی با وجود یک جدول تعرفه رسمی، بیماران سعی می‌کردند پرداخت‌های غیررسمی یا هدایایی به پزشکان ارائه دهند. مدیر کلینیک تابلوهایی را مبنی بر ممنوعیت پرداخت غیررسمی نصب کرد و نظام را توضیح داد. با گذشت زمان، مدیر گزارش داد که بیماران شروع به درک و پذیرفتن اینکه کلینیک در دریافت نکردن پرداختی‌های خارج از تعرفه‌های رسمی، حتی به صورت هدیه، جدی است کردند.

بی‌میلی اولیه بیماران برای پرداخت صرف هزینه‌های مصوب نشان می‌دهد که تغییر نگرش در فرهنگی که در آن پرداخت‌های غیررسمی شایع است، چقدر دشوار است. توضیحات مستمر و مداوم مدیر کلینیک در مورد نظام جدید نشان می‌دهد که تغییر نگرش‌ها و رفتارها یک فرایند تدریجی اما دست‌یافتنی است. Poliklinika Lui Paster با موفقیت برنامه پرداخت تشویقی و اجرای متعهدانه آن را برای مبارزه با پرداخت‌های غیررسمی ترکیب کرد.

اصلاحات بخش سلامت قرقیزستان پرداخت‌های مستقیم را رسمیت بخشید، نظام پرداخت را تغییر داده و شفافیت را افزایش داد

پس از استقلال از اتحاد جماهیر شوروی سابق در سال ۱۹۹۱، قرقیزستان شروع به تلاش در راستای گذار از یک اقتصاد برنامه‌ریزی شده به اقتصادی مبتنی بر بازار کرد. مخارج دولت در واکنش به گذار اقتصادی کاهش یافت و در نتیجه هزینه‌کردهای عمومی برای مراقبت‌های سلامت کاهش یافت که منجر به افزایش مشارکت بیماران در پرداخت شد. به دلیل کمبود منابع و محدودیت‌های بودجه‌ای، از بیماران خواسته می‌شد هزینه تجهیزات پزشکی و داروهایی را که باید رایگان باشند یا در پرداخت‌های فرانشیز دیده می‌شدند، بپردازند و حتی برای پرداخت یارانه به حقوق ارائه‌دهندگان خدمت نیز پول پرداخت کنند. پرداخت‌های غیررسمی برای بستری شدن در بیمارستانی خاص، یا بستری بدون ارجاع و لوازم غیرپزشکی (ملحفه، لامپ) و غذا نیز جمع‌آوری می‌شد (Baschieri and Falkingham 2006؛ Jakab 2006).

پرداخت‌های غیررسمی یکی از مشکلاتی بود که وزارت بهداشت در سال ۱۹۹۴ با شروع اصلاحات در بخش بهداشت و ایجاد صندوق بیمه اجباری درمان (MHIF)^۱ با آن مواجه شد. در سال ۲۰۰۱ دولت پا را فراتر گذاشت و اصلاحات پرداخت‌کننده واحد (SPR)^۲ را معرفی کرد که

1. Mandatory Health Insurance Fund
2. Single Payer Reform

به دلایل کلیدی ارائه پرداخت غیررسمی توسط مردم پرداخته بود: دستمزد کم و سردرگمی در مورد حقوق گیرندگان خدمت. SPR یک بسته ویژه مراقبت رایگان و یک جدول فرانشیز رسمی برای ارجاعات به بیمارستان را به روشنی تعریف کرد که به بیمارستان‌ها اجازه می‌دهد به دریافت فرانشیز ادامه داده و از آنها به عنوان مکمل حقوق (۲۰ درصد) و برای پرداخت هزینه دارو و غذای بیماران (۸۰ درصد) استفاده کنند. طراحان اصلاحات با معرفی نظام مشخص پرداخت به ارائه‌دهندگان، اجازه به حفظ فرانشیزهای بیمارستانی و افزایش شفافیت نظام، انتظار داشتند بودجه بهبود یافته و پرداخت‌های غیررسمی کاهش یابد.

در سال ۲۰۰۴ و پس از ۳ سال اجرا، اصلاحات موفقیت‌آمیز اعلام شد. ارزیابی نشان داد که درصد بیشتری از افرادی که به دنبال دریافت مراقبت در سطح اولیه بودند رسید دریافت کرده و تعداد کمتری از پاسخ‌دهندگان هدیه‌ای به پرسنل سلامت داده بودند؛ در حالی که در بیمارستان‌ها نسبت بیمارانی که برای دارو، آزمایش و سایر وسایل پرداختی داشتند کاهش یافته بود. حداقل نیمی از کل بیماران بستری بیش از آنچه که باید طبق جدول تعرفه‌ها پرداخت کنند، نپرداختند (Baschieri and Falkingham 2006).

اما این اصلاحات چالش‌هایی را نیز تجربه کرد. این ارزیابی نشان داد نسبت بیمارانی که هزینه‌ای برای دریافت مراقبت‌های اولیه پرداخت کرده‌اند که باید رایگان می‌بود، بین سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۴ از ۱۰ درصد به ۱۷ درصد افزایش یافته است. در بیمارستان‌ها، تعداد بیشتری از خانواده‌ها به امور تزییقات کمک می‌کردند و با وجود کاهش نسبت پرداخت‌های بستری برای برخی خدمات، نسبت پرداخت همچنان بالا ماند (۷۰ درصد برای دارو، ۳۹ درصد برای تست‌های آزمایشگاهی و ۴۷ درصد برای سایر لوازم). همچنین اگرچه برخی از متخصصان برای فقرا در پرداخت‌های غیررسمی «تخفیف» می‌دهند، این هزینه نسبت به پرداخت‌های غیررسمی پرداخت شده توسط بیماران ثروتمند هنوز سهم بیشتری از کل منابع خانوار آنها را دارد.

اصلاحگران متوجه افزایشی در فرانشیزها شدند. درآمد ثبت شده کمتر از گزارش پرداختی بیماران بود که به نوبه خود کمتر از درآمد مورد انتظار از بیماران است (بر اساس قیمت فرانشیز ضربدر مقدار خدمات ارائه شده). این یافته‌ها اهمیت پایش نظام‌های پرداخت برای شناسایی نقاط ضعف نشان را می‌دهد، زیرا مردم روش‌های جدیدی برای دستکاری نظام برای منافع شخصی پیدا می‌کنند.

بیمارستان کامبوجی هزینه‌ها را رسمی و اجرایی می‌کند

کامبوج دارای نظام فساد ریشه‌داری در بخش سلامت خود بود. دستمزد اندک بوده و کارکنان دولت بر راهکارهایی مانند درخواست پرداخت غیررسمی یا اشتغال دوم در بخش خصوصی متکی بودند. پرداخت‌های غیررسمی به حدی زیاد بود که در سال ۱۹۹۹، مقادیر پرداخت از جیب ۲۰ برابر بیشتر از هزینه‌های سلامت دولت بود که ۸۲ درصد از کل هزینه‌های سلامت را تشکیل می‌داد (بانک جهانی ۱۹۹۹). وزارت بهداشت کامبوج تلاش کرده تا با طرح پوشش ملی سلامت، شبکه‌های ارجاع و منشور ملی تأمین مالی سلامت، دسترسی به مراقبت‌های سلامت را بهبود بخشد و تأمین مالی مراقبت‌های سلامت را منطقی کند. منشور ملی، تعرفه‌های رسمی گیرندگان خدمت را همزمان با تکمیل دستمزد کارکنان و ایجاد انگیزه برای ارائه خدمات گسترده‌تر پایه‌ریزی کرد.

بیمارستان استانی ارجاع Takeo با موفقیت در این اصلاحات شرکت کرد. در سال ۱۹۹۶ درآمد ماهانه زیرمیزی در بیمارستان ۱۷۶ تختخوابی Takeo 13750 دلار برآورد شد که بیش از پنج برابر لیست حقوق ماهانه بیمارستان و ۴۵ درصد از کل درآمد ماهانه بود. بودجه عمومی غیرقابل پیش‌بینی، حقوق اندک، مجازات‌های ناچیز برای سوءرفتار و پرداخت نشدن پاداش‌های تشویقی، همگی مشکلات نظامی در مدیریت منابع و پرداخت‌های غیررسمی ایجاد کرده بودند که مانع قابل توجهی برای مطالبه خدمت ایجاد می‌کرد (Barber et al. 2004). برای رفع این مشکلات، طرح تأمین مالی جدیدی بر اساس طرح هزینه‌های شفاف و رسمی در سال ۱۹۹۷ ارائه شد که بر طبق آن، هزینه‌های بستری مبلغی حدود ۶۵ درصد یا کمتر از میزان پرداخت‌های غیررسمی قبلی برای خدمات بستری داشته و یک روند مشخص، بیماران نیازمند معافیت را تعیین می‌کرد. جدول رسمی تعرفه برای افزایش بهره‌مندی و بازیابی اعتماد عمومی به نظام سلامت با حصول اطمینان از پیش‌بینی‌پذیری و کاهش فاعلیت و قدرت تصمیم‌گیری ارائه‌دهندگان در ارزیابی مقادیر پرداخت تعبیه شده بود. افزایش بهره‌مندی از خدمات به نفع ارائه‌دهندگان خواهد بود، زیرا پرداخت پاداش با حجم فعالیت بیمارستان مرتبط خواهد بود. پس از یک سال از اصلاحات مالی، داده‌های بیماران نشان داد که پرداختی آنها کمتر از مبلغی که قبل از معرفی اصلاحات پرداخت می‌کردند شده بود. به عبارت دیگر،

هزینه‌های رسمی جایگزین هزینه‌های غیررسمی شده و بار مالی اضافی برای بیماران محسوب نمی‌شد. تا حدی به دلیل هزینه‌های رسمی کمتر، میزان بهره‌مندی از خدمات بستری و جراحی بیش از ۵۰ درصد افزایش یافت. مقدار مکمل‌های دستمزد مبتنی بر عملکرد پرداخت شده، با متوسط درآمد دریافتی قبل از پرداخت‌های غیررسمی تفاوت چندانی نداشت. تا سال ۲۰۰۱، بیمارستان Takeo توانست دریافت کمک‌های خارجی را به تدریج متوقف کند، زیرا بودجه دولت مرکزی افزایش یافته و درآمد رسمی حاصل از پرداخت‌های گیرندگان خدمت نیز با گذشت زمان افزایش می‌یافت. اصلاحات مشابهی در مرکز ملی بهداشت مادر و کودک در کامبوج در پنوم پن انجام شد و نشان داد که رسمیت‌بخشی به پرداخت‌های گیرندگان خدمت و اعمال تغییرات نهادی می‌تواند به طور چشمگیری بهره‌وری بیمارستان و عدالت را بهبود بخشد (Akashi et al. 2004).

برنامه کوپن مراقبت‌های بارداری ارمنستان برای کاهش پرداخت‌های

غیررسمی

ارمنستان دارای یکی از بالاترین مقادیر پرداخت از جیب در بین همسایگان خود است. یعنی به طور متوسط ۲۶ درصد از درآمد خانوار در فقیرترین پنجک جمعیت در سال ۲۰۰۶ (پروژه اصلاحات بهداشت اولیه ۲۰۰۸). بسیاری از این پرداخت‌های مستقیم غیررسمی بوده و برای خدماتی که باید تحت بسته خدمات پایه دولت (BBP) رایگان باشند، پرداخت می‌شدند. مراقبت‌های بارداری، از جمله زایمان و مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان، بخشی از BBP است که برای همه شهروندان ارمنی بدون هیچ هزینه‌ای تضمین شده است. با این حال، به دلیل سهم پایین بودجه دولت در بخش بیمارستانی، پرداخت‌های رسمی و غیررسمی برای خدمات زایمان گسترده شده بود و حتی برای افراد فقیر که بسته خدمات گسترده‌تری برای آنها وجود داشت، پرداخت هزینه از جیب برای زایمان معمول بود.

ارزیابی ساختار و نقص نظام در بخش سلامت ارمنستان نشان داد که خدمات OB/GYN (زنان زایمان) بیشترین میزان پرداخت‌های غیررسمی را دریافت می‌کنند (گروه بازارهای نوظهور ۲۰۰۵). طبق گزارشات، ارائه قسیمی از پرداخت‌های غیررسمی توسط پزشکان به

پزشک سرپرست معمول بود. بنابراین یک نظام هرمی در واحدهای درمانی ایجاد می‌شد که به صورت زنجیره‌ای گسترش یافته بود. گروه بازارهای نوظهور همچنین دریافت در حالی که میزان پرداخت غیررسمی از فردی به فرد دیگر متفاوت بود، این عمل تا حدی نهادینه شده بود که مبلغی به عنوان مظنه به عنوان بخشی از مشاوره قبل از ارائه خدمت به بیماران گفته می‌شد. آنها دریافتند که بیماران این مبالغ را مستقیماً به پزشکان، پرستاران و حتی سرایداران پرداخت می‌کنند. بیماران اغلب مجبور بودند داروها را جداگانه خریداری کرده و اجبار اعضای خانواده به پرداخت هزینه‌ای برای ملاقات بیمار امری معمول بود.

در سال ۲۰۰۸ دولت ارمنستان تصمیم بر کاهش پرداخت‌های غیررسمی با ارائه برنامه جدید کوپن‌های مراقبت مادران گرفت تا از دسترسی تمامی زنان به خدمات رایگان و باکیفیت در زمان زایمان اطمینان حاصل کند. بر اساس این برنامه، برای زنان باردار گواهینامه‌هایی صادر می‌شد که در ازای پوشش کامل زایمان، از جمله هزینه دارو و آزمایشات، آن را به ارائه‌دهندگان خدمت ارائه دهند.

هنگامی که بازپرداخت کوپن به یک واحد درمانی ارائه می‌شد، بخشی از مبلغ بین کارکنان تقسیم شده (تقریباً ۶۰ تا ۶۵ درصد) و مابقی هزینه داروها و ملزومات را تامین می‌کرد. همزمان با اجرای نظام کوپنی، حقوق کارکنان زنان و زایمان به میزان قابل توجهی افزایش یافته و بر اساس حجم خدمات ارائه شده، سهمی از درآمد حاصل از بازپرداخت به واحد درمانی را دریافت می‌کردند.

وزارت بهداشت پوسترهایی در هر مرکز به نمایش گذاشت و گام‌های مهمی برای اطلاع‌رسانی عمومی در خصوص تغییر سیاست برداشت. علاوه بر این، اقداماتی برای اعمال الزام «دریافت نکردن هرگونه مبلغ اضافه» با مجازات کارکنانی که در حین دریافت پرداخت غیررسمی دستگیر شده بودند، انجام شد. در برخی نقاط کشور، سازمان‌های جامعه مدنی برای ارتقای شفافیت و پاسخ‌گویی دولت در رابطه با نظام صدور اسناد، انتشار فعالانه اطلاعات در مورد برنامه و پایش اجرای آن، کمک مالی دریافت کردند.

این اقدامی مبتکرانه برای پرداختن به مسئله پرداخت‌های غیررسمی با تأثیرگذاری بر تمامی انگیزه‌های ارائه‌دهندگان، از جمله مبالغ دریافتی و ذره‌بین‌هایی که آنها را بررسی می‌کنند، بود. این برنامه با افزایش دستمزد و پیوند نرخ بازپرداخت در سطح سازمانی با

تعداد خدمات ارائه شده (به گونه‌ای که «بودجه بیماران را دنبال می‌کند») مشوق‌های رفتار درست کارانه را افزایش می‌دهد و همچنین با حمایت پایش‌های دولتی و مبتنی بر جامعه، احتمال ردیابی را نیز افزایش داده و قوانین اداری مربوطه را علیه کارکنانی که به دلیل دریافت رشوه یا پرداخت غیرقانونی دستگیر شده‌اند، اجرا می‌کند. این ابتکار فرصتی برای آزمایش توانمندی تغییرات اساسی در تامین مالی، شفافیت و پاسخ‌گویی بیشتر برای پایان دادن مؤثر به پرداخت‌های زیرمیزی فراهم کرد.

تاکنون شواهد داستان نشان می‌دهد که برنامه تأثیر مثبتی داشته و میزان پرداخت از جیب، اعم از رسمی و غیررسمی را که توسط بیماران ارائه می‌شود، کاهش داده است. با این حال، دولت هنوز نگران این است که آیا بازپرداخت به واحدها به‌طور عادلانه بین کادر بالینی تقسیم می‌شود یا نه و آیا افزایش پرداخت‌ها برای جلوگیری از پرداخت‌های غیررسمی کافی خواهد بود یا نه. علاوه بر پایش مداوم توسط وزارت بهداشت، ارزیابی خارجی برای سنجش موفقیت طرح، برنامه‌ریزی شده است.

نتیجه

همان‌طور که در موارد آلبانی، جمهوری قرقیزستان و کامبوج نشان داده شد، رسمیت‌بخشی به هزینه‌ها یکی از رایج‌ترین راهکارها برای کاهش پرداخت‌های غیررسمی است که می‌تواند بسیار مؤثر باشد. این راهکار درآمد واحدها را افزایش داده که به نوبه خود مکمل دستمزد کارکنان است، منابع مورد نیاز را دوباره تامین کرده و به تدریج دریافت کمک‌های خیریه را متوقف کرد. رسمیت‌بخشی به هزینه‌ها میزان بهره‌مندی را نیز افزایش داد؛ در برخی موارد با افزایش پیش‌بینی‌پذیری هزینه‌ها و برقراری مجدد اعتماد عمومی، در موارد دیگر با کاهش هزینه کلی بیماران.

در حالی که رسمیت‌بخشی به هزینه‌ها می‌تواند با پرداخت‌های غیررسمی رویارویی کند، لزوماً نیازهای آسیب‌پذیرترین گروه‌های یک کشور را برطرف نمی‌کند، مگر اینکه این اصلاحات شامل سازوکاری برای معافیت یا یارانه دهی به افراد نیازمند نیز باشد. به نظر می‌رسد رسمیت دادن به تعرفه‌ها برای موفقیت، به یک مؤلفه آموزش عمومی قوی نیز نیاز دارد تا به طور صریح به بیماران درمورد حقوق درمانی خود و اینکه مجاز به ارائه

پرداختی بیش از تعرفه‌های رسمی نیستند آموزش دهد. چنین شفافیت، سلاحی قدرتمند در برابر پرداخت‌های غیررسمی است، اما باید به بیماران فرصت استفاده از این قدرت داده شود. سرانجام، اگر دستمزد حاصل از تعرفه‌های رسمی در مقایسه با آنچه ارائه‌دهندگان از پرداخت‌های غیررسمی دریافت می‌کردند ناچیز باشد، ممکن است وسوسه شوند نظام را فریب داده و به خدمات وابسته به پزشک برگردند که برای بیماران هزینه غیرضروری در پی دارد. تغییر رفتار بیماران، حتی زمانی که مشکل منابع نیست، می‌تواند یک چالش ویژه باشد. حتی در کلینیکی خصوصی که تصمیم به فعالیت رسمی داشت، هنجارهای رایج مردم را قانع کرد که نیاز به ارائه پرداخت غیررسمی دارند. مدیر Poliklinika Lui Paster در آلبانی نشان داد که امکان تغییر این هنجارها وجود دارد، اما تنها با تلاش قوی برای آموزش بیماران و پایداری در اجرای استانداردها.

همان‌طور که برنامه کوپن زایمان ارمنستان نشان می‌دهد، وقتی دولت منابع لازم برای پرداخت هزینه مراقبت رایگان را دارد، افزایش شفافیت می‌تواند سیاستی مؤثر برای رویارویی با پرداخت‌های غیررسمی باشد. تامین بودجه مداوم از منابع پایدار می‌تواند از انتقال بار مالی به بیماران جلوگیری کند. پیوند پاداش به حجم فعالیت، یا نرخ بازپرداخت در سطح سازمانی به تعداد خدمات ارائه شده نیز جایگزین‌های مناسبی هستند که ممکن است انگیزه ارائه‌دهنده را افزایش داده و وابستگی به پرداخت‌های غیررسمی را کاهش دهند.

کاهش پرداخت‌های غیررسمی برای اطمینان از دسترسی به خدمات سلامت باکیفیت و مقرون به صرفه ضروری است. تحلیل عواملی که منجر به پرداخت غیررسمی می‌شوند و اتخاذ راهبردهایی که در سایر کشورها برای رفع این عوامل مؤثر بوده‌اند، می‌تواند به تقویت پاسخ‌گویی در بخش عمومی و ارتقای سلامت بهتر برای همه شهروندان کمک کند.

References

1. Akashi, H., T. Yamada, E. Huot, K. Kanal, and T. Sugimoto. 2004. User fees at a public hospital in Cambodia: Effects on hospital performance and provider attitudes. *Social Science and Medicine* 58:553–64.
2. Barber, S., F. Bonnet, and H. Bekedam. 2004. Formalizing under-the-table payments to control out-of-pocket hospital expenditures in Cambodia. *Health Policy and Planning* 19:199–208.
3. Baschieri, A., and J. Falkingham. 2006. Formalizing informal payment: The progress of health reform in Kyrgyzstan. *Central Asian Survey* 25, no. 4:441–60.
4. Emerging Markets Group. 2005. Armenian reproductive health system review: Structure and system inefficiencies that hinder access to care for rural populations. Washington, DC: Emerging Markets Group for USAID.
5. Ensor, T. 2004. Informal payments for health care in transition economies. *Social Science and Medicine* 58, no. 2:237–46.
7. Gaal, P., P. Belli, M. McKee, and M. Szocska. 2006. Informal payments for health care: Definitions, distinctions, and dilemmas. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 31:251–93.
8. Jakab, M. 2006. Informal payments in Kyrgyz hospitals: Is informal payment pro-poor? Presentation at the Center for International Health and Development, Boston, MA, May 2.
9. Lewis, M. 2007. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Affairs* 26:984–97.
10. Primary Healthcare Reform Project. 2008. How great is the burden of household health expenditure in Armenia. Yerevan, Armenia: Emerging Markets Group, PHRP.
11. Vian, T. 2003. Corruption in the health sector in Albania. Report prepared for the Albania Civil Society Corruption Reduction Project, Management Systems International for USAID/Tirana. Boston, MA: Boston University School of Public Health.
12. Vian, T., K. Gryboski, Z. Sinoimeri, and R.H. Clifford. 2004. Informal payments in the public health sector in Albania: A qualitative study. Bethesda, MD: Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.
13. World Bank. 1999. Cambodia Public Expenditure Review. Poverty Reduction and Economic Management Sector Unit Report 18791-KH. Washington

بخش سوم

دستکاری تدارکات و تامین دارو

پرداخت برای درست کاری؟ درس‌هایی در مورد دستمزد و فساد از بیمارستان‌های دولتی

William D. Savedoff

معرفی

وجود سرقت، پرداخت غیرقانونی، غیبت از کار و درخواست رشوه در بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه اغلب بر گردن دستمزد کم افتاده است. اما آیا دستمزد پایین واقعا فساد را توضیح می‌دهد؟ چندین مطالعه در بیمارستان‌های دولتی در آمریکای لاتین خلاف این امر را نشان می‌دهد. به طور خاص، این امر نشان می‌دهد که دستمزد کم ممکن است به فساد کمک کند. با این حال، بدون وجود برخی اشکال نظارتی برای کشف فساد و احتمال مجازات، افزایش دستمزد به احتمال زیاد تغییری ایجاد نمی‌کند.

سطوح پرداخت و فساد

این ایده که دستمزد کم توجیه‌کننده فساد است، منطقی به نظر می‌رسد (Ferrinho et al. 2004). اگر کسی دستمزد کمی دریافت کند، وسوسه سرقت یا کلاهبرداری در او بیشتر خواهد بود. با این حال، توضیح‌دهنده اینکه چرا فساد در بین افراد با حقوق بالا رخ می‌دهد یا چرا بسیاری از افرادی با دستمزد کم، درستکار هستند، نیست. چه دستمزد کم باشد یا نه، عوامل دیگری هستند که برای افراد مهم‌تر یا ضروری‌تر بوده و به اشکال غیرقانونی ثروت اندوزی متوسل می‌شوند. این عوامل دیگر شامل سود مورد انتظار از فساد، احتمال دستگیر شدن و میزان مجازات در صورت گرفتار شدن هستند.

اگرچه دستمزد پایین اغلب به عنوان توجیهی برای فساد شناخته می‌شود، اما مطالعات کمی به این نکته که آیا کارکنان دولت واقعاً دستمزد کمی دریافت می‌کنند یا خیر پرداخته‌اند. گاهی اوقات نتایج متعجب‌کننده است. در مطالعه‌ای در اندونزی، با استفاده از داده‌های ۱۹۹۷، مشخص شد که به طور متوسط، کارکنان بخش دولتی بیشتر از هم‌تایان خود در بخش

خصوصی دستمزد دریافت می‌کنند و دستمزد آنها یا یکسان یا تا ۳۰ درصد بیشتر است (Filmer and Lindauer 2001). این تفاوت برای کارگران دارای تحصیلات ابتدایی و دبیرستان قابل توجه بود اما تفاوت دستمزد بین کارکنان بخش دولتی و خصوصی با تحصیلات عالی غیرقابل تشخیص بود. این یکی از راه‌هایی است که در آن استدلال کلی مبنی بر توجیه‌پذیری فساد با دستمزد کم ممکن است فاقد دلیل مستند باشد.

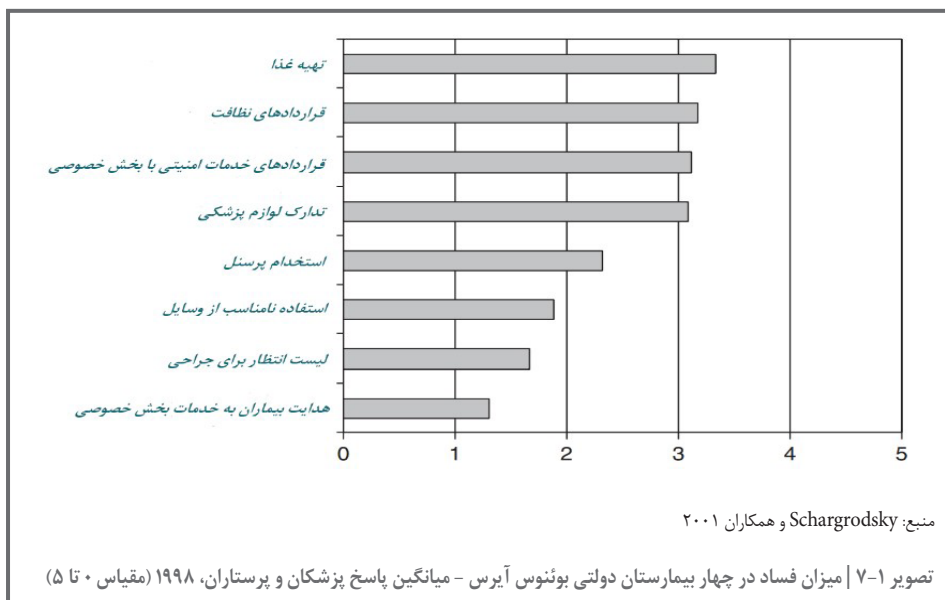
آیا مقصر معافیت از مجازات است؟

یکی از مهم‌ترین راه‌هایی که دستمزد می‌تواند از فساد جلوگیری کند افزایش احتمال مجازات در زمان دستگیری و اخراج است. یعنی اگر فردی در شغل خود دریافتی مازاد داشته باشد که بالاتر از آنچه در حالتی دیگر و در شغلی دیگر ممکن بود کسب کند باشد، در صورتی که کلاهبرداری کرده، دستگیر و اخراج شود، این پرداختی مازاد به خطر می‌افتد. مطالعه‌ای به طور خاص این دریافتی را برای مدیران بخش تدارکات در ۳۳ بیمارستان شهر بوئنوس آیرس، زمانی که خرید غیرمتمرکز شده و به بخش تدارکات هر بیمارستان واگذار شده بود، برآورد کرد (۱۹۹۶-۱۹۹۷). مشابه یافته‌های اندونزی، این کارکنان در مشاغل بخش دولتی خود بیشتر از سایر مشاغل درآمد داشتند. میانگین حقوق ماهیانه مدیر تدارکات ۱۲۹۵ دلار بود که تخمین زده می‌شد حدود ۳۷۵ دلار بیشتر از دریافتی مدیری با سن و تجربه یکسان در شغل دیگری است. آیا خطر از دست دادن این دریافتی مازاد برای جلوگیری از فساد کافی بود؟

در این مورد خاص، نگرانی این بود که مدیران خرید ممکن است خواستار رشوه در قبال جعل اسناد باشند. یعنی از جایگاه خود برای افزایش قیمت لوازم استفاده کرده تا در عوض سهمی از تفاوت قیمت به دست آورند یا با دریافت رشوه، قرارداد را با تأمین‌کنندگانی خاص با قیمت‌های بالاتر تنظیم کنند. در این مطالعه داده‌های مربوط به قیمت‌های پرداخت شده برای تجهیزات پزشکی غیردارویی توسط بیمارستان‌های بوئنوس آیرس مورد تحلیل قرار گرفت و نویسندگان چنین استدلال کردند که تفاوت‌های غیرقابل توضیح در قیمت‌های پرداخت شده در بیمارستان‌ها نشانگر خوبی از میزان فساد، پرداخت غیرقانونی و رشوه، در آن بیمارستان‌هاست (برای جزئیات بیشتر در مورد اقدامات و نحوه دستیابی آنها به فصل ۹ مراجعه کنید). با استفاده از این اطلاعات، نویسندگان تلاش کردند دریابند که اگر دستمزد

پرداخت شده به مدیران تدارکات بالاتر از آن چیزی که در بازار کار دریافت می‌کردند باشد، آیا می‌تواند سطوح مختلف فساد را توضیح دهد؟ با کمال تعجب، هیچ رابطه آماری بین دستمزد و فساد وجود نداشت؛ حتی پس از تطبیق با اندازه بیمارستان، تجربه و سایر عوامل. این مطالعه توضیحات متعددی را در نظر گرفت. آنها بر اساس چندین نظرسنجی و مصاحبه‌های متعدد با بیماران، کارکنان بیمارستان و مدیران، فرضیه فقدان فساد در بیمارستان‌ها را رد کردند (شکل ۷، ۱). آنها همچنین احتمال واکنش نشان ندادن مدیران تدارکات به مشوق‌های مالی را نیز رد کردند. این موضوع با شواهد تجربی زیادی مغایر است. در عوض، آنها استدلال کردند که میزان پرداختی‌های مازاد با فساد ارتباطی ندارد، زیرا خطر از دست دادن سمت برای مدیران تدارکات بسیار کم بود. در حقیقت، هیچ مدیر تدارکاتی‌ای در طول دوره‌ای که دبیرخانه سلامت شهر در حال جمع‌آوری داده‌های قیمتی که تفاوت زیادی با قیمت‌های بازار داشتند، بود اخراج، تأدیب و حتی مورد بازجویی قرار نگرفت.

توجه: نمرات نشان‌دهنده میانگین پاسخ به سؤال زیر است: «به نظر شما میزان فساد در بیمارستان‌های دولتی برای فعالیت‌های زیر چقدر است: بسیار زیاد (۵)، زیاد (۴)، متوسط (۳)، کم (۲)، بسیار کم (۱)، یا وجود ندارد (۰)؟» این سؤال از ۲۴۰ پزشک و پرستار که به طور تصادفی از چهار بیمارستان انتخاب شده بودند پرسیده شد.



مطالعه‌ای به دنبال آن، دوره‌های زمانی‌ای را که در آن شدت نظارت متفاوت بود، مشخص کرده و نشان داد که دستمزد بالاتر در صورت وجود حسابرسی محدود، فساد را کاهش می‌دهد. منطقی است که نتیجه بگیریم سطح دستمزد مدیران تدارکات، در صورتی که با خطر از دست دادن پرداختی خود مواجه نباشند، بعید است در مقابل کلاهبرداری برای آنها بازدارندگی ایجاد کند. معافیت از مجازات هر تأثیری را که پاداش یا مجازات ممکن است بر فساد داشته باشد، تضعیف می‌کند.

مسئولیت‌پذیری و اختیارات مدیریتی

در کلمبیا، قیمت‌های ملزومات بیمارستانی به عنوان نشانگری از فساد مورد استفاده قرار گرفت و یافته‌های درآمد مدیران تدارکات نیز بی‌نتیجه بود (Giedion و همکاران ۲۰۰۱). هنگامی که این مطالعه فرضیه «مدیران با حقوق بهتر درستکارتر خواهند بود» را مورد آزمایش قرار داد، همان‌طور که با قیمت خرید پایین نشان داده شد، تنها رابطه منفی ضعیفی پیدا شد. از آنجا که این رابطه ضعیف میانگینی میان روش‌های مختلف خرید بود، پژوهشگران به طور جداگانه قیمت کالاهایی را که به صورت مناقصه رقابتی تهیه می‌شدند که در آن مدیر خرید اختیار محدودتری برای درخواست رشوه داشت و آنهایی را که مستقیماً خریداری می‌شدند که در آنها فرصت وجود فساد بیشتر بود؛ تحلیل کردند. انتظار می‌رفت که درآمد بالاتر تأثیر چندانی بر خریدهایی که به صورت مناقصه رقابتی بود، نداشته باشد. با این حال، تحلیل نشان داد که مدیران با حقوق بیشتر با این روش قیمت‌های کمتری به دست آوردند. همچنین انتظار می‌رفت که درآمد بالا در شیوه‌های خرید مستقیم نیز با قیمت‌های پایین‌تر همراه باشد، اما تحلیل دقیقاً عکس آن را نشان داد. درآمد بالا با قیمت‌های بالاتری در خرید به صورت خرید مستقیم همراه بود. بنابراین، رابطه بین دستمزد مدیر تدارکات و قیمت ملزومات، انتظارات اولیه را مبنی بر اینکه دستمزد بهتر با خرید درستکارانه‌تر و کارآمدتر مرتبط است، تأیید نمی‌کند.

در عوض، آنچه که محققان دریافتند، تأثیر بسیار قوی و سازگار دو متغیر که مسئولیت‌پذیری را اندازه‌گیری می‌کردند بود: سهم کارکنان با قراردادهای غیردائمی و سهم

درآمدهای بیمارستان که از پرداخت‌های مستقیم حاصل می‌شود. بیمارستان‌هایی که تعداد کمی از کارکنان آنها قرارداد دائمی دارند درمورد تنبیه کارکنان برای تخلفات محدودیت کمتری داشته و بیمارستان‌هایی که به پرداخت از جیب وابسته هستند در پنهان کردن بی‌قاعدگی‌ها محدودیت دارند. مدیران بیمارستان‌ها که می‌دانند بقای مالی بیمارستان آنها برای پوشش هزینه‌ها به پرداخت مستقیم برای خدمات به شدت وابسته است، انگیزه‌ای قوی برای محدود کردن کلاهبرداری و سوءاستفاده دارند که نشان می‌دهد چگونه فرصت‌های مشارکت در فساد زمانی محدود می‌شود که افراد و سازمان‌ها درمورد عملکرد خود پاسخگو باشند..

همان‌طور که در آرژانتین، دستمزد کم ممکن است بخشی از واقعیت در بیمارستان‌های بوگوتا باشد، اما توجه به نحوه عملکرد بیمارستان‌ها، انگیزه‌ها و قدرت اختیار آنها، داستان روشن‌تری را برای ما بیان می‌کند. در واقع، صرف‌نظر از دستمزد پرسنل، به نظر می‌رسد بیمارستان‌هایی با پاسخ‌گویی بهتر و اختیار مدیریتی بیشتر، فساد را بهتر کنترل می‌کنند.

در مورد تبانی چطور؟

در ونزوئلا، شواهد به نتیجه‌ای حتی عجیب‌تر اشاره می‌کند. محققان از تفاوت‌های غیرقابل توضیح در قیمت ملزومات پزشکی نیز به عنوان شاخص فساد استفاده و بررسی کردند که آیا دستمزد بالاتر مدیران تدارکات با فساد کمتر مرتبط است یا خیر (Jae'n and Paravisini 2001). در کمال تعجب آنها نتیجه معکوس بود. بیمارستان‌هایی که به مدیران تدارکات خود حقوق بیشتری می‌دادند، بیمارستان‌هایی بودند که هزینه بیشتری هم برای تأمین ملزومات پزشکی پرداخت می‌کردند. چگونه ممکن است دستمزد بالاتر با فساد بیشتر همراه باشد؟

مطالعه به دنبال پاسخ در احتمال دستگیری و مجازات بود. این مطالعه احتمال تشخیص فساد را از طریق نظرسنجی از کارکنان بیمارستان مورد سنجش قرار داد. پاسخ‌دهندگان احساس می‌کردند که احتمال کشف دریافت غیرقانونی یا پذیرش رشوه در تدارکات تنها ۳۱ درصد است، در حالی که برای سرقت ۴۸ درصد و برای غیبت غیرموجه ۷۲ درصد بود.

گذشته از این تصورات، تجربه واقعی معافیت از مجازات بسیار گسترده بود. بسیاری از بیمارستان‌ها گزارش دادند که هرگز به دلیل تخلف، کارکنان را مجازات نکرده و ۴۰ درصد گزارش کردند که حتی در مورد احتمال دریافت‌های غیرقانونی بررسی هم نکرده‌اند.

به نظر می‌رسد در آرژانتین، نبود نظارت مؤثر و مجازات تخلفات هرگونه تأثیر بالقوه‌ای را که دستمزد می‌تواند در جلوگیری از فساد ایفا کند، کاهش می‌دهد. اما در ونزوئلا وضعیت به مراتب بدتر به نظر می‌رسید. محققان حدس می‌زنند که ارتباط مثبت بین دستمزد و فساد، سوءظن گسترده در مورد تبانی برخی مدیران بیمارستان و مدیران تدارکات را تأیید می‌کند. به عبارت دیگر، فرایند عادی که در آن انتظار می‌رود مدیران بیمارستان‌ها بر مدیران تدارکات نظارت کرده و از صحت عملکرد آنها اطمینان حاصل کنند، نقض شده است. در عوض، مدیران بیمارستان با مدیران فاسد تدارکات یا به طور غیرمستقیم با نادیده گرفتن شواهد تخلفات یا مستقیماً با دریافت سهمی از دریافت غیرقانونی یا رشوه، همکاری می‌کردند.

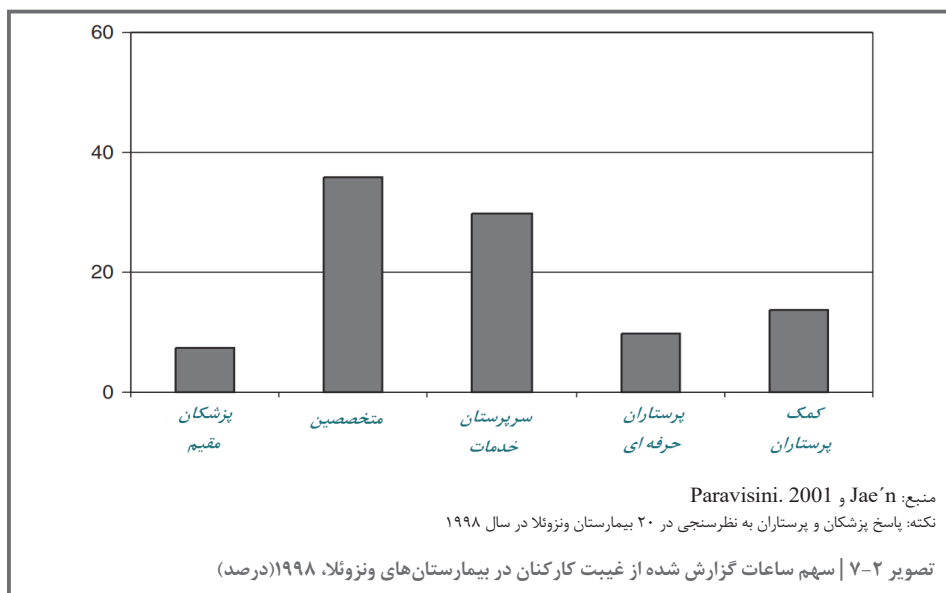
کنترل این نوع تبانی بین سرپرستان و کارکنان دشوار است اما غیر ممکن نیست. این امر نیاز به نوعی پاسخ‌گویی خارج سازمانی دارد. اگر یک سازمان سطح بالاتر (در این مورد، وزارت بهداشت) آماده تحقیق و پیگرد قانونی در صورت تشخیص تخلف باشد، می‌توان از طریق حسابرسی عملکرد خارجی به این مسئولیت‌پذیری رسید. هیئت مدیره مستقل بیمارستان می‌تواند بر اساس چنین شواهدی رئیس بیمارستان را مورد بازجویی و تأدیب قرار داده یا اخراج کند. با این حال، از طریق نظام تشویقی که به بیمارستان بر اساس عملکرد پاداش می‌دهد نیز می‌توان به مسئولیت‌پذیری خارجی دست یافت؛ نظامی که ظاهراً تا حدی در کلمبیا وجود داشت. هنگامی که بیمارستان‌ها با مشوق‌های عملکردی روبه‌رو می‌شوند، رفتار تبانی بین مدیریت و کارکنان به شکل هزینه‌های بالاتر و بهره‌وری کمتر، شفاف می‌شود.

دستمزد پایین و غیبت از کار

مطالعات غیبت در بین کارکنان بخش سلامت بخش دولتی نیز این ادعا را که دستمزد بالاتر از فساد جلوگیری می‌کند، زیر سؤال بردند. مطالعه‌ای بر روی شش کشور در حال توسعه در آسیا، آفریقا و آمریکای لاتین از پیمایشی با بازدیدهای سرزده برای ثبت میزان غیبت استفاده کرد (Chaudhury et al. 2006). آنها نه تنها میزان بالایی از غیبت کشف کردند، بلکه

دریافتند که در میان کارمندان پردرآمدتر غیبت بیشتر است. به عنوان مثال، پزشکان ۳۹ درصد مواقع غیبت داشتند، در حالی که این میزان برای سایر کارکنان سلامت ۳۱ درصد بود. در حقیقت، اکثر مطالعات مربوط به غیبت در بخش سلامت نشان می‌دهد که متخصصان با دستمزد بالاتر بیشتر از کارکنان با دستمزد پایین‌تر غایب هستند. بخشی از این امر را می‌توان با فرصت‌های بیشتری که در اختیار متخصصان آموزش دیده برای ویزیت خصوصی بیماران فراهم است، توضیح داد. اما بخش عمده دلیل این واقعه، احتمال پایین‌تر اعمال مجازات برای متخصصان با دستمزدهای بالاست. آنها در سمت‌های خود از موقعیت بالاتری برخوردار هستند و حتی در مدیریت، هیئت‌های نظارت و اتحادیه‌های بخش دولتی ایفای نقش می‌کنند.

هنگام نظرسنجی از پرسنل بیمارستانی در ونزوئلا، آنها گزارش کردند که متخصصان تقریباً یک سوم ساعات قرارداد خود را غیبت کرده‌اند، در حالی که این رقم برای سرپرستاران کمی کمتر از ۳۰ درصد زمان قراردادشان بوده است (شکل ۲، ۷). غیبت پزشکان در این مطالعه تا حدی مربوط به پرداختی بود، اما به نظر می‌رسید به طور خاصی نسبت به ادراک از احتمال تشخیص و مجازات افراد واکنش نشان می‌داد. همچنین بیان شدن اینکه متخصصان سلامت با اختیارات نظارتی، پزشکان و سرپرستاران، سه برابر بیشتر از زیردستان خود غیبت داشتند



جالب بود (Jae'n and Paravisini 2001).

نقش مهم تشخیص و مجازات در مطالعه‌ای از بیمارستان‌های کلمبیا نیز یافت شد (Giedion et al. 2001). در آنجا غیبت پزشکان در بیمارستان‌هایی که بخش بیشتری از کادر استخدام دائم بودند، یعنی کارکنانی که قرارداد و امنیت شغلی قابل توجهی داشتند، رواج بیشتری داشت. برعکس، افرادی که قراردادهای موقت داشتند که امکان اخراجشان راحت‌تر بود، اغلب کمتر غیبت می‌کردند. در بیمارستان‌های کلمبیا، ۷۹ درصد از کارکنان مورد بررسی غیبت پزشکان را به دلایل «تحمل‌پذیری چنین رفتاری از سوی بخش دولتی» یا «سازوکارهای نظارت و کنترل ضعیف» عنوان کرده و تنها ۱۵ درصد حقوق پایین را مقصر می‌دانستند (Giedion et al. 2001).

هویج یا چوب؟

این نتیجه‌گیری که سطح دستمزد هیچ نقشی در احتمال فساد ایفا نمی‌کند اشتباه است، اما شواهد نشان می‌دهد که افزایش دستمزد در شرایط معافیت عمومی از مجازات به احتمال زیاد بی‌تأثیر است. اولین قدم در هر شرایطی ارزیابی اینکه آیا دستمزد بخش دولتی در واقع نسبت به میزان دستمزد کارکنان در بخش خصوصی پایین است یا خیر، است. چنین شواهدی می‌تواند با حذف بحث‌های کلیشه‌ای بی‌ثمر (به عنوان مثال آیا کارمندان دولت کم‌درآمد و سخت‌کوش هستند یا پردرآمد و تنبل؟) بسیار سازنده باشد. سپس، بر اساس اطلاعات واقعی در مورد سطح دستمزد، باید بررسی کرد که آیا نظام‌های مدیریت پرسنل قادر به تشخیص و مجازات تخلف هستند یا نه. نظام بدون مجازات نسبت به کارکنان درستکار یا افرادی که مستحق دریافت خدمات عمومی هستند عادلانه نیست. در نهایت، وقتی سیاست‌گذاران تصمیم به فسادستیزی در خدمات عمومی می‌گیرند، اگر رسیدگی به سطح پایین حقوق را با بهبود سازوکارهای پایه‌ای حسابرسی، کاهش موارد معافیت از مجازات و پاداش عملکرد خوب ترکیب کنند، به احتمال زیاد موفق خواهند بود.

Note

1. This brief draws heavily on research conducted by Ernesto Schargrotsky, Jorge Mera, Federico Weinschelbaum, Mar'ia Helena Jaen, and Daniel Paravisini as reported in R. Di Tella and W.D. Savedoff, eds. 2001. *Diagnosis corruption: Fraud in Latin America's public hospitals*. Washington, DC: Latin American Research Network, Inter-American Development Bank.

References

1. Chaudhury, N., J. Hammer, M. Kremer, K. Muralidharan, and F.H. Rogers. 2006. Missing in action: Teacher and health worker absence in developing countries. *Journal of Economic Perspectives* 20, no. 1 (Winter):91–116.
2. Di Tella, R., and W.D. Savedoff, eds. 2001. *Diagnosis corruption: Fraud in Latin America's public hospitals*. Washington, DC: Latin American Research Network, Inter-American Development Bank.
3. Ferrinho, P., M.C. Omar, M. de Jesus Fernandez, P. Blaise, A.M. Bugalho, and W. Van Lerberghe. 2004. Pilfering for survival: How health workers use access to drugs as a coping strategy. *Human Resources for Health* 2, no. 4. www.human-resources-health.com, online access journal.
4. Filmer, D., and D.L. Lindauer. 2001. Does Indonesia have a low pay civil service? *Bulletin of Indonesian Economic Studies* 37, no. 2:189–205.
5. Giedion, U., L.G. Morales, and O.L. Acosta. 2001. The impact of health reforms on irregularities in Bogota hospitals. In *Diagnosis corruption: Fraud in Latin America's public hospitals*, ed. R. Di Tella and W.D. Savedoff, chap. 6. Washington, DC: Latin American Research Network, Inter-American Development Bank.
6. Jae'n, M.H., and D. Paravisini. 2001. Wages, capture and penalties in Venezuela's public hospitals. In *Diagnosis corruption: Fraud in Latin America's public hospitals*, ed. R. Di Tella and W.D. Savedoff, chap. 3. Washington, DC: Latin American Research Network, Inter-American Development Bank.
7. Schargrotsky, E., J. Mera, and F. Weinschelbaum. 2001. Transparency and accountability in Argentina's hospitals. In *Diagnosis corruption: Fraud in Latin America's public hospitals*, ed. R. Di Tella and W.D. Savedoff, chap. 4. Washington, DC: Latin American Research Network, Inter-American Development Bank.

Further Reading

1. Di Tella, R., and E. Schargrotsky. 2003. The role of wages and auditing during a crackdown on corruption in the city of Buenos Aires. *Journal of Law and Economics* 46, no. 1 (April):269–92.
2. van Rijckeghem, C., and B. Weder. 2001. Bureaucratic corruption and the rate of temptation: Do wages in the civil service affect corruption, and by how much? *Journal of Development Economics*, 65, no. 2:307–31.

جلوگیری از انحراف مسیر تامین دارو از طریق مدیریت زنجیره تامین

Taryn Vian

تامین دارو جزئی ضروری از نظام‌های سلامت است که ۱۰ تا ۳۰ درصد از هزینه‌های مراقبت‌های سلامت را تشکیل می‌دهد. با اینکه ممکن است برخی داروها بسیار گران باشند، همچنان تمایل به پرداخت برای دارو زیاد بوده و در نتیجه خطر اینکه کارکنان دارو را برای استفاده شخصی و یا فروش در بازارهای خصوصی، پس از بسته‌بندی مجدد بردارند، زیاد است. ارزش یک کارتن از محصولی گران‌قیمت که به انبار دارو وارد می‌شود ممکن است معادل ۵ سال دستمزد کارمند آن انبار بوده و خسارت به موجودی مشکلی رایج در انبارهای ملزومات پزشکی بخش دولتی است، تا جایی که میزان خسارت اغلب از ۱۵ درصد تجاوز می‌کند.

همه‌گیری جهانی HIV/AIDS و تعهد به گسترش دسترسی به درمان‌های ضدویروسی در کشورهای در حال توسعه، فرصت‌های بیشتری برای سوءاستفاده ایجاد می‌کند، زیرا داروهای ضد رتروویروسی گران بوده و بنابراین اهداف جذابی برای سرقت و فروش مجدد هستند. در عین حال، دستورات صادره برای گسترش سریع برنامه‌های درمانی باعث ایجاد فشار برای خرج کردن سریع‌تر بودجه می‌شود و خطر فساد را افزایش می‌دهد، زیرا مدیران زمان کمتری برای نظارت و کنترل دقیق توزیع دارو یا به‌روزرسانی نظارت‌های داخلی خواهند داشت. کالاهای بیشتری به خطوط تامین دارو که از قبل هم ضعیف بودند وارد شده که باعث افزایش احتمال خسارت و خرابی نظام می‌شود و نظارت به دلیل تامین محدود نیروی انسانی، بیش از پیش تضعیف می‌شود (Drager et al. 2006). در حالی که پرسنل سلامت خودشان مبتلا به ایدز شده یا در جستجوی زندگی بهتر کشور خود را ترک می‌کنند، چالش برای یافتن مدیران آموزش دیده و اعمال محدودیت بر اختیارات افزایش می‌یابد.

دو خطر مختص داروهای HIV/AIDS آربیتراژ^۱ دارویی (به عنوان تجارت موازی نیز شناخته می‌شود) و داروهای جعلی یا تقلبی است. اگرچه برخی انواع آربیتراژ دارویی قانونی است، اما در دیگر موارد، داروهایی که با قیمت‌های پایین‌تری برای توزیع توسط مراکز عمومی ارائه‌دهنده خدمات سلامت عرضه شده و به فروش می‌رسند، به طور غیرقانونی از این مسیر منحرف شده و با سود بیشتر در بازار خصوصی فروخته می‌شوند. این عمل چندین پیامد منفی دارد. اولاً، دسترسی به داروها را برای افرادی که از تسهیلات دولتی استفاده می‌کنند کاهش می‌دهد، یا اینکه آنها را اجباراً از مصرف داروهای ضروری منصرف کرده یا مجبور به صرف مبالغ هنگفتی برای خرید دارو در بخش خصوصی می‌کند. دوم، گاهی اوقات کسانی که داروها را برداشته‌اند برای پنهان کردن این سوءاستفاده، آنها را با داروهای تقلبی یا جعلی جایگزین می‌کنند. این امر به افزایش نرخ مرگ و میر و نیز افزایش انواع سویه‌های مقاوم به دارو بیماری منجر می‌شود. در نهایت، فروش مجدد داروهای سرقت شده در بازارهای خصوصی، میزان فروش قانونی آنها و در نتیجه علاقه شرکت‌های داروسازی به تامین دارو در بازارهای رسمی را تضعیف کرده و دسترسی به داروهای ضروری را محدود می‌کند.

با به رسمیت شناختن این خطرات، سیاست عمومی می‌تواند نظام‌های توزیع دارو را برای محدودسازی فرصت‌های چنین فسادِ طراحی کند. یکی از این ابتکارات برنامه اضطراری رئیس‌جمهور ایالات متحده برای کمک به ایدز (PEPFAR)^۲ و پروژه مربوط به نظام مدیریت زنجیره تامین (SCMS)^۳ است که در تلاش برای افزایش شفافیت و ارائه منبعی مطمئن و با کیفیت از داروهای HIV/AIDS برای کشورهای در حال توسعه در آفریقا و آسیاست. برای دستیابی به این هدف، SCMS در حال ترویج شیوه‌های تجارت کارآ و استاندارد در مدیریت زنجیره تامین است. همان‌گونه که اغلب تولیدکنندگان دارو با توزیع‌کنندگان خصوصی برای توزیع محصولات خود مستقیماً قرارداد می‌بندند، بخش‌های دولتی در شیلی، کلمبیا، مکزیک، پرو و تایلند نیز با توزیع‌کنندگان برای تحویل مستقیم دارو به نقاط ارائه خدمت قرارداد بسته‌اند (برنامه عملیاتی WHO در مورد داروهای ضروری ۱۹۹۸). نظام‌های مدیریتی مورد استفاده این شرکت‌های توزیع خصوصی از بهترین شیوه‌های تجاری شناخته شده است. برای دستیابی

۱. خرید و فروش همزمان دارویی یکسان در بازارهای مختلف

2. President's Emergency Plan for AIDS Relief

3. Supply Chain Management System

به هدف انبار و توزیع ایمن و با کیفیت دارو، این فصل برخی از این شیوه‌ها را که در حال حاضر توسط توزیع‌کنندگان دارویی مراقبت‌های سلامت (PHD)^۱ در آفریقای جنوبی، یکی از سازمان‌های عضو تیم پروژه SCMS، و توزیع‌کنندگان مشابه، استفاده می‌شوند، توصیف می‌کند.

مدیریت زنجیره تامین و PEPFAR

در سپتامبر ۲۰۰۵، PEPFAR، از طریق آژانس توسعه بین‌الملل ایالات متحده، قرارداد SCMS را برای تقویت زنجیره‌های تأمین دارو برای درمان HIV/AIDS و سایر بیماری‌های عفونی به کشورهای مورد حمایت PEPFAR اعطا کرد. در ۴ سال اول پروژه PEPFAR، SCMS بیش از ۳۵۰ میلیون دلار دارو را از طریق این زنجیره‌های تأمین خریداری کرد. سازمان مشارکت در نظام‌های مدیریت زنجیره تأمین، سازمانی غیرانتفاعی است که توسط شرکت John Snow Research & Training, Inc و شرکت Management Sciences for Health, Inc ایجاد شد. این سازمان تیمی متشکل از ۱۳ سازمان مجزا از بخش خصوصی، دانشگاهی و غیرانتفاعی را که ارتباط خوبی با نظام‌های خرید و توزیع موجود در کشورهای در حال توسعه داشتند، برای پیاده‌سازی SCMS گرد هم آورد.

یکی از اعضای تیم PHD، SCMS آفریقای جنوبی است.^۲ PHD که در سال ۲۰۰۰ شروع به کار کرد، سرویسی تجاری برای انبار و توزیع دارو است و در حال حاضر به نمایندگی از ۳۰ تولیدکننده به ۹ هزار نقطه در آفریقای جنوبی دارو می‌رساند. خدمات آن شامل انبارداری امن، مدیریت موجودی و توزیع دارو به عمده‌فروشان، خرده‌فروشان، بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مطب‌های پزشکان است.

مداخله برای شفافیت در تدارکات

SCMS نظام تدارکاتی را که از دستورالعمل‌های خرید دولت فدرال ایالات متحده پیروی می‌کند، ایجاد کرده است. این دستورالعمل‌ها با الزام به انتشار فهرست مناقصه‌ها و سایر رویه‌ها شفافیت را ارتقا می‌دهند. بنابراین تدارکات باز و رقابتی است.

یکی از عناصر کلیدی برای شفافیت در خرید، عمومی کردن اطلاعات مربوط به قیمت

1. Pharmaceutical Healthcare Distributors

2. www.phdist.co.za

است. دسترسی به قیمت‌هایی که سازمان‌های تدارکاتی و توزیعی پرداخت کرده‌اند برای مسئولان تدارکات کشوری، ادارات ملی حسابرسی، و اهداکنندگان بین‌المللی مفید است زیرا استاندارد برای اندازه‌گیری سایر خریدها فراهم می‌کند. اگر کشوری داروهایی را با قیمت‌هایی بسیار متفاوت از مقادیر منتشره تهیه می‌کند، کمیته‌های نظارتی می‌توانند علت آن را جویا شوند. این امر مانعی برای رشوه‌ها و دریافت‌های غیرقانونی می‌شود که در بسیاری از کشورها قیمت دارو را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

SCMS شفافیت را با ایجاد فهرست آنلاین از قیمت اقلامی که تحت قراردادهای طولانی مدت تامین داروهای ضد تروروپروسی و سایر محصولات مورد نیاز عموم تهیه شده‌اند، ارتقا داد. شواهدی مبنی بر تأثیر شفافیت قیمت بر جلوگیری از فساد در تدارکات که از تجربه گزارش‌دهی قیمت بیمارستانی در آرژانتین که در فصل ۹ توصیف شده، موجود است. در این مورد، وزارت بهداشت آرژانتین قیمت‌های پرداخت شده توسط بیمارستان‌های دولتی برای داروهای رایج را پیگیری کرده و این داده‌ها را با بیمارستان‌هایی که گزارش ارائه داده بودند به اشتراک گذاشت. قیمت خرید اقلام تحت نظارت بلافاصله و به طور متوسط ۱۲ درصد کاهش یافت (Schargrofsky و همکاران ۲۰۰۱). سایر سازمان‌ها نیز اقداماتی برای ارتقای شفافیت از طریق انتشار اطلاعات قیاسی از قیمت‌ها اجرا کرده‌اند: به عنوان مثال، سازمان علوم مدیریت برای سلامت^۱ با همکاری WHO از ۱۹۸۶ در حال انتشار راهنمای شاخص‌های بین‌المللی قیمت دارو^۲ است (علوم مدیریت برای سلامت و WHO 2005).

مداخلات برای توزیع ایمن

پس از اینکه دارو تهیه شد، باید از طریق زنجیره تأمین به صورت ایمن و مؤثر به مصرف‌کنندگان نهایی تحویل داده شود. راهبردهای هزینه‌اثربخشی توسط PHD برای محافظت از زنجیره تأمین دارو و جلوگیری از انحراف محموله‌ها با تمرکز بر حفاظت فیزیکی و امنیت، تفکیک نیروی کار و وظایف و تحلیل ریسک برای انتقال و حمل و نقل، با موفقیت به کار گرفته شد. علاوه بر این، می‌توان از شیوه‌های مدیریت اطلاعات برای تشخیص انحراف

1. Management Sciences for Health
2. International Drug Price Indicators Guide

عرضه از مسیرهای دولتی به خصوصی استفاده کرد. SCMS برخی از این استانداردها را برای ایجاد شبکه‌ای از مراکز توزیع داروی منطقه‌ای برای توزیع کالاهای HIV/AIDS در غنا، کنیا و آفریقای جنوبی، اتخاذ کرده است.

حفاظت و امنیت فیزیکی

حفاظت فیزیکی ممکن است واضح‌ترین اقدام برای محافظت در برابر سرقت باشد، اما اغلب مورد غفلت واقع شده یا به صورت مناسب تامین مالی نمی‌شود. اقدامات استاندارد شامل واحدهای دردار و قفل شده، مناطق تقسیم شده با دسترسی‌های مشخص و محدود بر اساس ارزش دارو و نگهبانان امنیتی است. هنگامی که امنیت فیزیکی قوی باشد، رایج‌ترین اشکال فساد همدستی با کارکنان برای ایجاد دسترسی به موجودی انبار خواهد بود. گاهی افراد اختصاصاً به دنبال شغل در انبارهای داروسازی هستند تا در موقعیت سرقت قرار گیرند. در مواقع دیگر، ممکن است افراد با هدف اغوای کارکنان به مشارکت در فساد به آنها نزدیک شوند. روش‌های امنیتی می‌توانند در مقابل این خطرات احتمالی محافظت‌کننده باشند. در مرحله اول، فرم شرایط استخدام می‌تواند عنوان کند که سابقه مالی و کیفری همه کارکنان قبل از استخدام و سپس سالانه، غربالگری خواهد شد. علاوه بر این، کارفرما می‌تواند آزمایش سالیانه کارکنان با دستگاه‌های دروغ‌یاب و شناسایی مجرم را الزامی کند. سرانجام، وجود دوربین‌های امنیتی می‌تواند در برابر احتمال قفل نکردن در، از قلم انداختن رویه‌های امنیتی، سرقت و یا کمک به سرقت محافظت‌کننده باشد. نظارت مشهود می‌تواند شامل تفتیش فیزیکی کارکنان توسط نگهبان هنگام خروج از محل و بررسی مستقل خریدها باشد. برخی سازمان‌ها حتی از روش‌های پنهان نظارتی، مثلاً با قرار دادن خبرچین در سمت‌های مختلف سازمانی برای نظارت و گزارش فعالیت‌های مشکوک، برای محافظت استفاده می‌کنند.

تفکیک نیروی انسانی و وظایف

علاوه بر حفاظت و امنیت فیزیکی، توزیع‌کننده می‌تواند از طریق تفکیک نیروی انسانی نیز با فساد برخورد کند. به عنوان مثال، در PHD، انبارها به سه بخش یا واحد تقسیم شده‌اند که هر کدام دارای ناحیه فیزیکی، سیاست‌های پرسنلی و رویه‌های اجرایی جداگانه هستند.

دیواری پرسنل پذیرش و انبارداری را از پرسنل امنیتی و بازرسی جدا کرده و دیواری دیگر این دو گروه را از کارکنان انتقال و حمل و نقل جدا می‌کند. هر بخش زمان‌بندی شیفت و استراحت مجزا داشته، پرسنل یونیفرم‌هایی با رنگ‌های متفاوت پوشیده، به سرپرستان متفاوتی گزارش داده و جداگانه دستمزد می‌گیرند. تفکیک نیروی انسانی به این روش از تباری جلوگیری کرده و اختیارات را محدود می‌کند.

PHD این اصل را برای تفکیک وظایف در مراحل تکمیل سفارش، بررسی و حمل و نقل نیز به کار برده است. هر فرد فقط به اطلاعاتی که برای انجام وظایف خود نیاز دارد دسترسی خواهد داشت. به عنوان مثال، در بخش پذیرش و انبار، «گردآورنده سفارش» (شخصی که محصولات مختلف درخواست شده توسط مشتری را از قفسه‌های انبار جمع‌آوری می‌کند) نام محصول، محل انبار و مقدار سفارش را می‌داند، اما نمی‌داند که محصول برای چه کسی است یا کجا می‌رود. پس از اینکه سفارش تکمیل شد، به واحد امنیت و بررسی منتقل می‌شود. در اینجا، «بررسی‌کننده سفارش» (شخصی که سفارش را از نظر مشکلات و تکمیل بودن بررسی می‌کند) فاکتور را چاپ کرده و همراه سفارش در جعبه قرار می‌دهد. سپس جعبه مهر و موم شده و برچسب فقط محل گیرنده را مشخص می‌کند. هنگامی که جعبه به بخش ارسال و حمل و نقل منتقل می‌شود، کارکنان ارسال و راننده فقط می‌دانند که جعبه به کجا می‌رود. اطلاعاتی در مورد محتویات یا ارزش محموله به آنها داده نمی‌شود. برای جلوگیری از به اشتراک‌گذاری اطلاعات با افراد خارجی، محدودیتی برای استفاده از تلفن همراه در انبار ایجاد شده است. ترکیب این رویه‌های مدیریتی، موانعی برای تباری و فساد ایجاد می‌کند.

ارسال و حمل و نقل

دارو در حین حمل نیز ممکن است به سرقت رفته و یا از مسیر منحرف شود. به عنوان مثال، راننده ممکن است برای رها کردن جعبه‌هایی از یک محموله در مسیر یا باز کردن و سرقت برخی از محتویات یک جعبه با افرادی همکاری و تباری کند. همچنین ممکن است از کامیون‌های توزیع در هنگام سفر در مسیرهای پرخطر، مانند مسیرهایی که در گذشته در آنها سرقت‌هایی رخ داده یا جاهایی که روشنایی و حضور پلیس کم است، دزدی شود. احتمال سرقت در هنگام حمل و نقل و توزیع از طریق تحلیل ریسک مسیر و محموله

کاهش می‌یابد اما اگر رانندگان رشوه گرفته یا نفوذی باشند، احتمال رخداد فساد هست (اگرچه احتمال این مسئله با اقدامات امنیتی که قبلاً ذکر شد کاهش می‌یابد). در مسیرهای پرخطر، توزیع‌کننده ممکن است سطوح بالاتری از نظارت و امنیت را، با رویکردهایی از ردیابی ماهواره‌ای گرفته تا ارتباط تعاملی با راننده یا حتی گماردن خودروهای اسکورت بی‌نشان به کار گیرد. ردیابی و نظارت ماهواره‌ای همچنین می‌تواند در صورت انحراف وسیله نقلیه از مسیر مشخص شده هشدار دهد. دستگاه‌های پیچیده حتی می‌توانند الگوهای ترمز و شتاب را کنترل کنند که می‌تواند نشان‌دهنده سرقت از کامیون توزیع باشد. مسئولان بخش حمل و نقل حتی ممکن است در مسیرهای بسیار پرخطر در فواصل منظم با رانندگان تماس بگیرند. سرانجام، برخی از سازمان‌ها ممکن است دستگاه ردیابی به محموله‌ای پرخطر متصل کنند، که اجازه ردیابی محموله در صورت خروجش قبل از زمان مقرر از کامیون توزیع را می‌دهد.

مدیریت اطلاعات

آرپیتراز یا انحراف محصول در نظر گرفته شده برای بخش دولتی به بازارهای خصوصی که در آن دارو با قیمت بالاتری فروخته می‌شود، علاوه بر کاهش حاشیه سود برای تولیدکنندگان دارو، موانعی برای دسترسی عادلانه به مراقبت نیز ایجاد می‌کند. اگرچه اندازه‌گیری وسعت این مسئله دشوار است، مطالعه‌ای در یونان برآورد کرد که ۲۲-۲۴ درصد از داروهای وارداتی یا تولید شده برای مصرف در آن کشور در بازارهای دیگر فروخته شده‌اند (Kanavos et al. 2004). با اعمال برآورد کمتر (۲۲ درصد) در بازار دارویی آفریقای جنوبی تخمین زده می‌شود که هر ساله تا ۴۱۸ میلیون دلار (۳,۲ میلیارد راند) از بخش دولتی به بازارهای خصوصی منحرف می‌شود.

انحرافات در تامین دارو را می‌توان از طریق بازرسی بسته‌ها تشخیص داد. به هر بسته از محصولاتی که از تولیدکننده به انبار تحویل داده می‌شود، کدی منحصر به فرد اختصاص داده می‌شود که مسیر مناسب (یعنی توزیع خصوصی یا عمومی) را مشخص می‌کند. هنگامی که محصولات انبار و برای ارسال آماده می‌شوند، محصولی که برای بازار عمومی کدگذاری شده فقط به مشتریان عمومی رسیده و سهمیه بازار خصوصی بسته‌بندی شده و برای مشتریان خصوصی فرستاده می‌شود.

سوءظن به انحراف در عرضه را می‌توان با ردیابی شماره بسته بررسی کرد و از درستی مسیر ارسالی مطمئن شده و اگر مسیر صحیح نباشد (به عنوان مثال، اگر سهم داروی عمومی به واحدهای خصوصی راه یافته باشد)، تحقیقات بیشتری انجام خواهد شد. حتی ممکن است برای دستیابی به مدرک برای ردیابی انحرافات، محصولی با بارکدی پنهان را در یک مسیر توزیع خاص قرار داد.

برای کنترل مشکل انحراف سهمیه دارو می‌توان به صورت ترکیبی از فناوری بسته‌بندی و تحقیقات کیفی و مجازات‌های قانونی استفاده کرد. فناوری جدید به تولیدکننده این توانایی را می‌دهد که یا خودخواسته و یا برای رعایت قوانین مناقصه، اطلاعات را در قسمت داخلی فویلی که برای بسته‌بندی دارو استفاده می‌شود، چاپ کند. برای برخی داروها، پیام چاپ شده در داخل فویل این است: «محصول دولتی، برای فروش نیست. اگر هزینه‌ای برای این کالا پرداخت کرده‌اید، بدانید که کالا به سرقت رفته است.» همکاری دولتی و خصوصی برای جلوگیری از انحراف سهمیه دارو به نفع دولت و تولیدکنندگان است: دولت با کاهش سرقت از منابع بخش دولتی، دسترسی بیشتر به خدمات عمومی را تضمین می‌کند و تولیدکنندگان از منتقل نشدن محصولات که با تخفیف و با قیمت‌های دولتی به سازمان‌های تدارکات دولتی فروخته‌اند، به بازارهای خصوصی مطمئن می‌شوند. اقدامات اجرایی و آموزش عمومی باید با فناوری بسته‌بندی، در رویکردی یکپارچه ترکیب شوند.

نتیجه

داروها گران بوده و برای ارائه مراقبت‌های با کیفیت بالا ضروری هستند. با گسترش همه‌گیری HIV/AIDS، بازار دارو در کشورهای در حال توسعه در حال گسترش است و خطر انحراف سهمیه داروها و ورود داروهای تقلبی یا جعلی به بازارهای عمومی و خصوصی، به ویژه در مواردی که نظام‌های نظارت دولتی ضعیف هستند، ایجاد می‌شود. گروه‌های فقیر و آسیب‌پذیر جمعیت به احتمال زیاد تحت تأثیر این مشکلات قرار گرفته و در نتیجه از عوارض، مرگ و میر و بیماری بیشتری رنج می‌برند. در استانداردهای تجاری شیوه‌های مدیریت جغرافیایی وجود دارد که می‌تواند از موجودی دارو محافظت کند. در آفریقای جنوبی، PHD خسارات وارده به موجودی دارو را به کمتر از ۰٫۱ درصد کاهش داد که شواهدی بر توانمندی

سرمایه‌گذاری در جلوگیری از انحراف سهمیه، در حفاظت از کالاهای ارزشمند است. این پس‌اندازها می‌تواند به افراد بیشتری اجازه بهره‌مندی از خدمات مراقبتی دهد. PEPFAR و SCMS از این استانداردهای تجاری برای اطمینان از رسیدن محصولات دارویی ایمن، قابل اعتماد و با کیفیت بالا به دست بیماران و مصرف‌کنندگانی که به آنها نیاز دارند و پایداری عملکرد زنجیره‌های تأمین استفاده می‌کنند. در فسادستیزی، این تلاشی است که شایسته توجه و حمایت ماست.

Note

1. This chapter is based on research and interviews with key informants working on drug supply logistics issues. Discussions with Dr. Iain Barton, CEO of Pharmaceutical Healthcare Distributors, Mr. David Jamieson of Crown Agents, and Mr. Richard Owens of SCMS were especially helpful.
2. Mr. Owens reviewed an earlier version of this chapter

References

1. Draeger, S., G. Gedik, and M.R. Dal Poz. 2006. Health workforce issues and the Global Fund to fight AIDS, tuberculosis, and malaria: An analytic review. *Human Resources for Health*. 4, no. 23. Open Source journal available online without cost. www.human-resources-health.com/content/4/1/23.
2. Kanavos, P., J. Costa-i-Font, S. Merkur, and M. Gemmil. 2004. The economic impact of pharmaceutical parallel trade in European Union member states: A stakeholder analysis. London: London School of Economics and Political Science. Cited in Lynch K. April 2006. Arbitrage and access: Do measures to stop pharmaceutical arbitrage threaten access to medicines in source countries? Concentration Paper, Department of International Health, Boston, MA.
3. Management Sciences for Health and WHO. 2005. International drug price indicator guide. Boston, MA: Management Sciences for Health. Web-based version available at erc.msh.org/ (accessed September 21, 2009).
4. Schargrofsky, E., J. Mera, and F. Weinschelbaum. 2001. Transparency and accountability in Argentina's hospitals. In *Diagnosis corruption: Fraud in Latin America's public hospitals*, ed. R. Di Tella and W.D. Savedoff, 116.
5. Washington, DC: Latin American Research Network, Inter-American Development Bank.
6. WHO Action Programme on Essential Drugs. 1998. Double issue on managing drug supply. *Essential Drugs Monitor*, nos. 25 and 26: 1–36.

Further Reading

1. Pharmaceutical Healthcare Distributors (Pty) Ltd. www.phdist.co.za/. Supply Chain Management Systems (SCMS) Project. www.pfscm.org.
2. The President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). www.pepfar.gov/.

تأثیر اطلاعات و پاسخ‌گویی بر فساد در تدارکات بیمارستانی

William D. Savedoff

بیمارستان‌ها سهم زیادی از هزینه‌های سلامت عمومی در اکثر کشورها را به خود اختصاص داده و هزینه‌های تدارک دارو و وسایل مورد نیاز یکی از بزرگ‌ترین هزینه‌کرد بودجه‌ای آنهاست. در کشورهای پردرآمد تدارک دارو به تنهایی ۵ تا ۱۰ درصد از هزینه بیمارستان‌ها را به خود اختصاص می‌دهد. در حالی که در مناطق کم‌درآمد این سهم می‌تواند ۴۰ تا ۶۰ درصد هزینه‌ها باشد. بنابراین تصور اینکه تدارکات بیمارستان در مقابل طیف وسیعی از کلاهبرداری‌ها از جمله رشوه و تحویل محصولات منقضی شده و غیراستاندارد آسیب‌پذیر است، دور از ذهن نیست. در کشورهای ثروتمند جهان، این امر ممکن است منجر به افزایش هزینه‌ها شود، اما در کشورهای فقیرتر دنیا، چنین فساد می‌تواند به معنای تفاوت بین داشتن مرکزی مجهز و مرکزی که نمی‌توانند خدمات نجات‌بخش ارائه دهد، باشد.

مطالعات انجام شده در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که بررسی و اندازه‌گیری این نوع فساد امکان‌پذیر بوده و انتشار اطلاعات قیمت‌های پرداخت شده برای ملزومات می‌تواند به کاهش مشکل کمک کند. با این حال، مطالعات همچنین نشان می‌دهد افرادی که درگیر فساد می‌شوند باید احتمال شناسایی و مجازات شدن را واقعا احساس کنند و اطلاعات به‌تنهایی برای جلوگیری از فساد کافی نیست.

بوئنوس آیرس قیمت تدارکات بیمارستان را عمومی می‌کند

یکی از اولین گام‌ها برای تشخیص مشکلات در تدارکات بیمارستان، گردآوری داده درباره قیمت‌های پرداخت شده برای دارو و ملزومات است. این دقیقاً همان کاری است که دولت در شهر بوئنوس آیرس در اواخر دهه ۱۹۹۰ انجام داد تا بفهمد که آیا در تدارکات فساد رخ داده یا نه و انتشار اطلاعات مربوط به قیمت‌ها مانع از فساد می‌شود یا نه. این آزمایش که در چندین مطالعه مستند و تحلیل شده است (Di Tella and Schargrofsky 2003؛ Schargrofsky و همکاران ۲۰۰۱) نشان داد بسیاری از بیمارستان‌ها هزینه‌ای مزاد

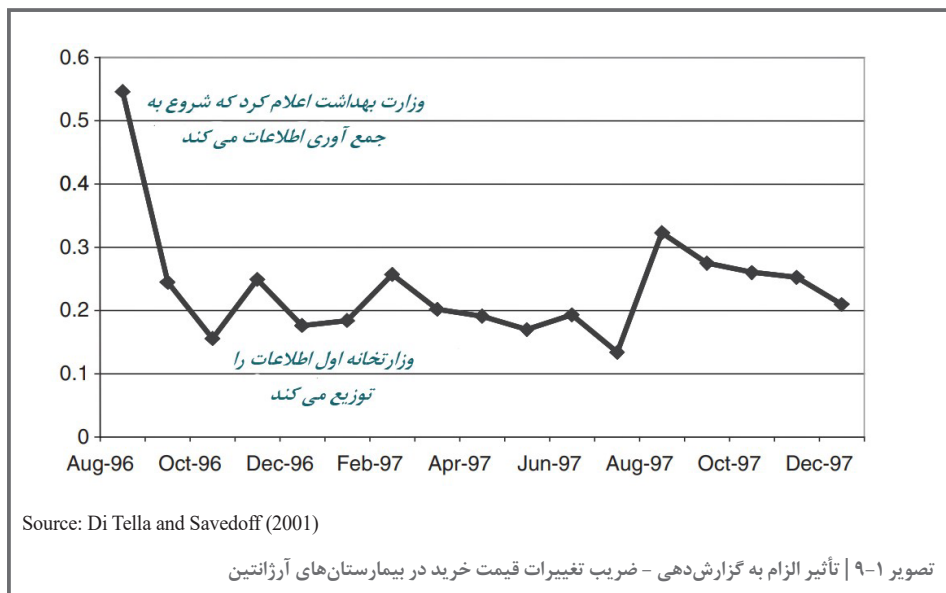
برای دارو و ملزومات پرداخت می‌کردند و این پرداخت مازاد با انتشار اطلاعات قیمت، کاهش یافت. اما با گذشت زمان و مواخذه نشدن هیچ‌کس برای پرداخت بیش از حد، قیمت خرید دوباره افزایش یافت.

دولت در شهر بوئنوس آیرس دومین شبکه بزرگ بیمارستانی آرژانتین را اداره می‌کند. در سال ۱۹۹۵، این شبکه شامل ۳۳ بیمارستان و ۸۳۷۵ تخت برای تقریباً ۱۲ میلیون نفر جمعیت بود. در آن زمان، تهیه تدارکات به صورت غیرمتمرکز بوده و به اداره تدارکات هر بیمارستان سپرده شده بود. هزینه‌های نگهداری و بهره‌برداری از این بیمارستان‌ها سهم قابل توجهی از بودجه شهر را به خود اختصاص می‌داد و هنگامی که سوءظن‌هایی در خصوص احتمال فساد در تدارکات مطرح شد، دبیرخانه سلامت شهر تصمیم به انجام آزمایشی گرفت. دبیرخانه شروع به گردآوری اطلاعات مربوط به قیمت‌های پرداخت شده برای طیف وسیعی از ملزومات پزشکی غیردارویی، از جمله سوزن، سرنگ، محلول‌های وریدی، فیلم‌های اشعه ایکس و مواد بهداشتی که معمولاً توسط بیمارستان‌ها خریداری می‌شدند، کرده و اعلام کردند که این اطلاعات به مدیران خرید شهر گزارش خواهد شد. اولین داده‌ها در آگوست ۱۹۹۶ گردآوری شد و گزارش این اطلاعات به ادارات بیمارستان‌ها در اکتبر ۱۹۹۶ شروع شد که در نتیجه آن، بیمارستان‌ها قادر به مقایسه قیمت‌های پرداختی شدند. این آزمایش سرانجام در ژانویه ۱۹۹۸، هنگامی که دبیرخانه، نظام حسابداری جدیدی را با گزینه‌های نظارتی متفاوت پیاده‌سازی کرد، متوقف شد. اما در طول آزمایش، داده‌ها پراکندگی بسیار گسترده‌ای در قیمت‌های پرداخت شده برای محصولات بسیار ساده و مشابه نشان داد.

به‌عنوان مثال، نسبت بالاترین به پایین‌ترین قیمت پرداخت شده برای اتیل الکل ۱۰ به ۱ بود (یعنی برخی از بیمارستان‌ها قیمت‌هایی ۱۰ برابر بیشتر از آنچه دیگران پرداخت می‌کردند، پرداخت کرده بودند) در حالی که برای سوزن‌های یکبار مصرف، این نسبت ۹,۵ به ۱ بود. در بین ۱۵ محصول آزمایش شده توسط محققان، کمترین نسبت هنوز هم زیاد بود؛ ۱,۸ به ۱ برای فیلم اشعه ایکس (یعنی ۸۰ درصد بالاتر). ۲,۹ به ۱ برای محلول فیزیولوژیک و ۳,۱ به ۱ برای گاز لوله‌ای. حتی پس از در نظر گرفتن تفاوت در حجم خریداری شده، شرایط پرداخت و فاصله بین بیمارستان و تأمین‌کننده، قیمت‌های پرداخت شده همچنان بسیار متفاوت بود.

داده‌های جمع‌آوری شده توسط دبیرخانه نشان داد که پراکندگی قیمت‌ها و همچنین

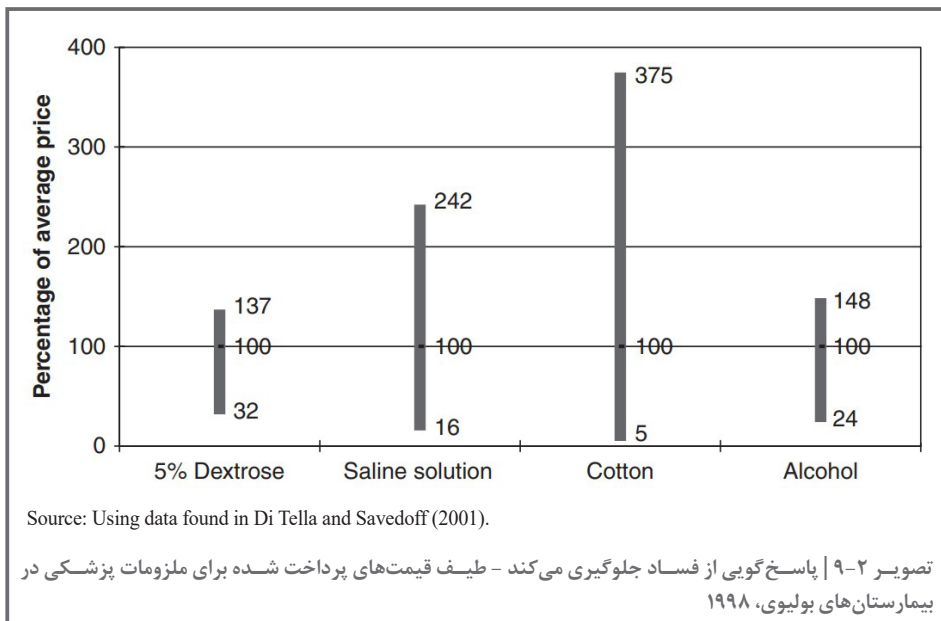
قیمت متوسط در ماه‌های اول آزمایش به طور چشمگیری کاهش یافت (شکل ۹،۱). یک توضیح برای کاهش قیمت‌ها می‌تواند ترس مسئولان تدارکات فاسد از دستگیری باشد، اما همچنین می‌تواند به دلیل واکنش کارکنان درست کار که احتمالاً از قیمت‌های متفاوت بازار بی‌اطلاع بودند نیز باشد. با این حال استدلال دوم دلیل کاهش قیمت‌ها در سپتامبر، قبل از ارائه اولین گزارشات را توضیح نمی‌دهد. به عبارت دیگر، قیمت‌ها به دلیل پیش‌بینی اینکه گزارش خواهند شد کاهش یافت، نه به عنوان نتیجه اطلاع کارکنان تدارکات از قیمت‌های بازار. از اکتبر ۱۹۹۶ تا ژوئیه ۱۹۹۷، عمل ساده جمع‌آوری و انتشار داده‌های مربوط به قیمت، به نظر می‌رسید که در حال محدودسازی هزینه‌ها و احتمالاً فساد بود اما متأسفانه، محدوده و متوسط قیمت در طول پنج ماه پس از این ابتکار افزایش یافت که این نشان می‌دهد تأثیر اطلاعات، به خودی خود، گذراست. اگر اطلاعات مربوط به قیمت در حال بهبود کارایی در بیمارستان‌ها بود، قیمت‌ها باید همگرا می‌شدند اما در عوض به نظر رسید که کارکنان تدارکات به روند گزارش‌دهی عادت کرده و متوجه نبود پیامدی برای «عملکرد ضعیف» شدند. به عبارت دیگر، آشکارسازی تفاوت در قیمت‌های پرداخت شده میان بیمارستان‌ها، منجر به هیچ‌گونه تحقیق، تویخ یا بازرسی اضافی نشد. در غیاب چنین پیامدهایی، از سرگیری کلاهبرداری یا ناکارآمدی دوباره مدیریت، امری محتمل است. در هر صورت، این امر انگیزه‌ای برای کارایی یا درست‌کاری ایجاد نکرد.



بولیوی مسئولیت‌پذیری محلی را افزایش می‌دهد

در بولیوی نیز هزینه‌هایی که بیمارستان‌ها پرداخت کرده بودند از محلی به محل دیگر بسیار متفاوت بود، اما به نظر می‌رسد که حضور هیئت مدیره بیمارستان‌های محلی، اقدامات مفسدانه، شامل پرداخت بیش از حد برای دارو و ملزومات را محدود کرده باشد. با وجود نظام قیمت مرجعی که توسط وزارت بهداشت پایه‌ریزی شده بود، محققان دریافتند قیمت محصولات مشابه به طور قابل ملاحظه‌ای متفاوت است. به عنوان مثال، در سال ۱۹۹۸ قیمت مرجع وزارتخانه برای هر لیتر سرم قندی (دکستروز ۵ درصد) ۰٫۹۰ دلار تعیین شده بود، اما قیمت‌های پرداخت شده در ۲۴ شهر از ۰٫۳۶ دلار به ازای هر لیتر تا ۱٫۵۹ دلار متغیر بود (شکل ۹،۲) و در آرژانتین مطالعه‌ای مشخص کرد که تفاوت قیمت‌ها را نمی‌توان با تفاوت در حجم، شرایط پرداخت یا فاصله تا فروشنده توضیح داد (Gray-Molina et al. 2001).

اگرچه بولیوی به طور خاص هدفی برای کاهش فساد در تدارکات بیمارستانی نداشت، اما ظاهراً در اواسط دهه ۱۹۹۰ اصلاحاتی در بخش دولتی تأثیرات مثبتی داشته است. در آن دوره بولیوی قانونی ملی را که مسئولیت‌های متعددی برعهده شهرداری‌ها و نهادهای صنفی (که شامل شهروندان محلی نیز بود) قرار می‌داد، تصویب و اجرا کرد. بیشتر واحدهای



بهداشتی و درمانی به شهرداری‌ها واگذار شده و تحت نظارت «ادارات بهداشت محلی» ایجاد شده، قرار گرفتند. این ادارات که شامل مقامات دولتی محلی و نمایندگان از شهروندان بودند، برخی بسیار فعال و برخی دیگر به ندرت ملاقات کرده یا اقدامی انجام می‌دادند.

محققان اطلاعات مربوط به قیمت چهار قلم مختلف، محلول دکستروز ۵ درصد، محلول نمکی، پنبه جاذب و الکل اتیلیک، را در ۳۰ بیمارستان گردآوری کرده و نظریه اینکه «آیا حضور نمایندگان فعال محلی بر عملکرد بیمارستان از نظر قیمت تدارکات تهیه شده تأثیر داشته است یا خیر» را از نظر آماری آزمایش کردند. آنها دریافتند بیمارستان‌هایی که تحت نظارت مدیران فعال بودند، به طور متوسط ۴۰ درصد کمتر برای محلول دکستروز ۵ درصد پرداخت کرده بودند. اگرچه پرداخت هزینه‌های بالاتر به خودی خود اثباتی برای فساد نیست، اما پژوهشگران دریافتند که قیمت‌های بالاتر با ادراک فساد مرتبط است. به عنوان مثال، بیمارانی که به بیمارستان‌هایی با هزینه تدارکات بالاتر مراجعه می‌کردند، احتمال بیشتری داشت که بیمارستان را فاسدتر از سایر موسسات اجتماعی ارزیابی کنند.

در این مورد به نظر می‌رسد برای کنترل فساد، نظارت محلی مؤثرتر از نظارت‌های «عمودی» استاندارد نظام مدیریت دولتی عمل کرده است. مطالعاتی دیگر عکس این موضوع را ثابت کرده‌اند. به عنوان مثال، مطالعه راهسازی روستایی در اندونزی نشان داد که افزایش احتمال حسابرسی عملکرد به طور قابل توجهی فساد در تأمین مصالح را کاهش داد، در حالی که نظارت جامعه دارای حداقل تأثیرات بود (Olken 2005). بنابراین، برنامه‌ریزی برای فسادستیزی باید در نظر داشته باشد که کدام رویکرد، نظارت‌های عمودی شامل نظارت سلسله مراتبی و حسابرسی یا نظارت‌های افقی شامل گروه‌های محلی جامعه و شهروندان، در بافتار خاص منطقه مؤثرتر است.

پزشکان روستایی در تایلند نظرات خود را صراحتاً بیان می‌کنند

تجربه تایلند مورد دیگری است که نشان می‌دهد نظارت‌های افقی به طور مؤثری با فساد برخورد می‌کنند. با این حال در این مورد، پزشکان نقش مهمی در پویایی سیاسی برای برملا کردن فساد در تدارکات بیمارستانی که مقامات در سطوح بسیار بالایی نیز در آن سهیم بودند، داشتند. در سال ۱۹۹۷ وزیر بهداشت تایلند با تصویب رویه‌ای برای متمرکزسازی تدارکات، آن را با استفاده از بحران اقتصادی آن سال توجیه کرد و متعاقب آن، رویه قانونی را که هدف آن کنترل اضافه پرداخت بیمارستان‌ها برای دارو و تجهیزات پزشکی بود، به

حالت تعلیق درآورد. طی چند ماه، رسوایی تدارکاتی بیمارستان بالا گرفت که در نهایت باعث استعفای وزیر شد (Cameron 2006).

با متمرکز کردن تدارکات، وزیر خریدهای بیمارستانی را از دست هیئت‌های محلی سلامت که شامل نمایندگان از ادارات بهداشت استان، شهروندان و اعضای مطبوعات محلی بود، خارج کرد. بر اساس نظام جدید، صاحب منصبان سیاسی اختیار داشتند که به کارکنان استان دستور دهند از شرکت‌های خاصی دارو و ملزومات خریداری کنند. علاوه بر این، حذف سقف قیمتی باعث شد افزایش قیمت‌ها راحت‌تر شود.

پزشکان روستایی تایلند سازمان‌دهی خوبی داشته و به سرعت به نگرانی‌ها در خصوص این تغییرات سیاسی واکنش نشان دادند. رئیس فعلی و سابق بنیاد پزشکان روستایی (RDF)^۱ که در دهه ۱۹۷۰ تأسیس شده بود، نگرانی اعضای خود را مبنی بر فسادزا بودن قوانین جدید اعلام کردند. آنها همراه با انجمن داروسازان روستایی (RPF)^۲، نظرسنجی‌هایی برای درک وقایع تکمیل کرده و به مطبوعات گزارش دادند که مقامات رسمی، مقامات استانی را مجبور به خرید دارو و ملزومات بیمارستانی از پنج شرکت تعیین شده با قیمت‌هایی دو تا سه برابر بیشتر از قیمت بازار می‌کنند. هنگامی که آنها با بی‌توجهی دولت روبه‌رو شدند، RDF پویشی سیاسی با مجموعه‌ای از ائتلاف ۳۰ سازمان مردم‌نهاد را بسیج کرد. این ائتلاف با استفاده از همکاری مطبوعات و دادگاه توانست اطلاعات محکوم‌کننده به دست آورده و دستور تشکیل کمیته تحقیق مستقلی را بگیرد. این تحقیقات منجر به استعفای دو وزیر و برکناری چندین مقام ارشد و متوسط شد.

این تجربه نشان می‌دهد که اولاً تدارکات بیمارستانی می‌تواند توسط افراد خارج و داخل بیمارستان به فساد کشیده شود و ثانیاً نشان می‌دهد که چگونه جمع‌آوری و انتشار اطلاعات می‌تواند توجه افکار عمومی را به فساد جلب کرده و شاید از همه مهم‌تر این بود که توانست نشان دهد در هنگام کشف فساد، وجود گروه‌های جامعه مدنی سازمان‌یافته با مشروعیت کافی برای رویارویی با دولت، چه اهمیتی دارد. تایلند همه این مؤلفه‌ها را داشت و در نتیجه تلاش برای کلاهبرداری در تدارکات بیمارستانی خنثی شد.

نتیجه‌گیری

فساد در تدارکات بیمارستانی فقط مختص آرژانتین، بولیوی و تایلند نیست، بلکه در سراسر جهان رخ می‌دهد (Vian 2006). سرخ مشترک در اکثر موارد این است که فساد در

1. Rural Doctors Foundation

2. Rural Pharmacists Forum

هر جا که مجازاتی نباشد، رایج است.

مورد آرژانتین نشان می‌دهد که تاباندن نور در گوشه‌های تاریک می‌تواند طرز رفتار را در ابتدا تغییر دهد، اما اگر به دنبال انتشار اطلاعات هیچ پیامدی گریبانگیر کسی نشود (اعم از محکومیت، از دست دادن شغل، اقدامات انضباطی یا تنبیه اخلاقی) احتمالاً سود ناشی از عمومی کردن فساد، کوتاه‌مدت خواهد بود. مورد بولیوی نشان می‌دهد که نظارت محلی فعال نیز می‌تواند طرز رفتار را تغییر دهد. اگرچه این مطالعه نمونه‌هایش را دنبال نکرد تا ببیند آیا این دستاوردها پایدار هستند یا خیر. تجربه تایلند امکان‌پذیری گردآوری اطلاعات از نیروی انسانی سلامت را، هنگامی که انجمن‌هایی حرفه‌ای برای نظارت و بازخواست از مقامات دولتی سازمان‌دهی شده باشند، نشان می‌دهد. هر سه مورد نشان می‌دهد که جمع‌آوری داده مدارک محکمی با توانایی آشکارسازی فساد به دست می‌دهد. با این حال، کاهش فساد مستلزم اقدامی پاسخ‌گویانه در واکنش به این مدارک است.

Note

1. In 1998, the exchange rate was approximately 5.5 bolivianos per US dollar

References

1. Cameron, S. 2006. Corruption in the Ministry of Public Health, Thailand. In *Global corruption report 2006: Special focus: Corruption and health*, ed. Transparency International, 100–1. London and Ann Arbor, MI: Pluto Press.
2. Di Tella, R., and E. Schargrofsky. 2003. The role of wages and auditing during a crackdown on corruption in the city of Buenos Aires. *Journal of Law and Economics*, 46, no. 1 (April): 269–92.
3. Gray-Molina, G., E. Pe´rez-Rada, and E. Yan´ez. 2001. Does voice matter? Participation and controlling corruption in Bolivian hospitals. In *Diagnosis corruption: Fraud in Latin America’s public hospitals*, ed. R. Di Tella and W.D. Savedoff, 27–55. Washington, DC: Latin American Research Network, Inter-American Development Bank.
4. Olken, B.A. 2007. Monitoring corruption: Evidence from a field experiment in Indonesia. *Journal of Political Economy* 115, no. 2 (April): 200–49.
5. Schargrofsky, E., J. Mera, and F. Weinschelbaum. 2001. Transparency and accountability in Argentina’s hospitals. In *Diagnosis corruption: Fraud in Latin America’s public hospitals*, ed. R. Di Tella and W.D. Savedoff, 95–122. Washington, DC: Latin American Research Network, Inter-American Development Bank.
6. Vian, T. 2006. Corruption in hospitals. In *Global corruption report 2006: Special focus: Corruption and health*, ed. Transparency International, 49–61. London and Ann Arbor, MI: Pluto Press.

شفافیت و پاسخ‌گویی در عصر الکترونیک: مورد تدارکات دارویی

Brenda Waning and Taryn Vian

از سال ۲۰۰۲، کمک‌های توسعه‌ای اختصاص یافته به سلامت به طور چشمگیری افزایش یافته که بخشی از آن به دلیل همه‌گیری HIV/AIDS و رشد برنامه‌های سلامت جهانی مانند برنامه اضطراری رئیس‌جمهور ایالات متحده برای کمک به ایدز (PEPFAR)^۱، صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا و معاهده جهانی واکسیناسیون (GAVI)^۲ بوده است (Ravishankar et al. 2009). افزایش بودجه برای سلامت جهانی به معنای اختصاص بیشتر منابع انسانی و مالی برای تدارک دارو است. در حالی که بیماران، پزشکان، دولت‌ها و شرکای توسعه‌ای مشتاق به گسترش برنامه‌های درمانی هستند، رشد سریع اغلب به معنای هزینه‌کرد سریع منابع است و گاهی این منابع به نظام‌هایی که از قبل نیز ضعیف و آسیب‌پذیر بودند وارد خواهند شد که گسترش برنامه در این شرایط می‌تواند منجر به ریسک، اسراف و زیان بیشتر، به ویژه در فرایند تدارکات شود. شفافیت قیمت اولین گام برای شناسایی و به حداقل رساندن فساد در تدارکات است. این فصل توضیح می‌دهد که چگونه شرکای بین‌المللی و سازمان‌های ملی تدارکات از فناوری اطلاعات برای بهبود شفافیت و افزایش پاسخ‌گویی در تهیه داروهای HIV/AIDS استفاده کرده‌اند.

زمینه

پس از دستمزد پرسنل، دارو بزرگ‌ترین دسته هزینه‌های سلامت در بسیاری از کشورها است و بنابراین، آسیب‌پذیری تدارکات دارویی در مقابل ناکارآمدی و فساد امر تعجب‌آوری نیست. مشکلات، ریشه در عوامل زیادی از جمله کارکنان آموزش ندیده، ناتوانی در تدوین اسناد مناقصه‌ای مناسب، تأخیر در پرداخت به تامین‌کنندگان و عدم وجود قوانین ملی تجاری اختصاصی برای صنعت دارو دارند، اما ناکارآمدی در تدارکات می‌تواند نتیجه فساد نیز باشد. رشوه دهی و سایر اقدامات مفسدانه می‌تواند بر انتخاب فروشنده، کمیت و کیفیت داروهای

1. President's Emergency Plan for AIDS Relief
2. Global Alliance for Vaccines and Immunization

خریداری شده و قیمت‌های پرداخت شده تأثیرگذار باشد. در کشورهای فقیر و ثروتمند، شفاف نبودن قیمت‌ها مانعی برای توانایی تشخیص و رسیدگی به این مسائل است. از لحاظ تاریخی، صنعت داروسازی عمده‌اً اطلاعاتی در مورد قیمت دارو منتشر نکرده که برای مذاکره قیمت عادلانه مشکل‌ساز می‌شود. محرمانه بودن قیمت داروها، متعهد نگه داشتن کارکنان تدارکات به روش‌های استاندارد خرید را مشکل می‌کند. نبود تقارن اطلاعاتی، به همراه نظام تدارکاتی که اتخاذ تصمیمات حیاتی را به چند فرد قدرتمند واگذار می‌کند، محیط‌هایی مستعد فساد ایجاد می‌کند.

پیشرفت‌های اخیر در فناوری اطلاعات، علاقه به بهبود شفافیت در اطلاعات قیمت دارو را افزایش داده است. برای مثال، مدیریت و ذخیره اطلاعات تدارکاتی دارو در قالب‌های الکترونیکی توسط کشورها و اهداکنندگان به صورت فزاینده‌ای در حال متداول شدن است. این پایگاه داده‌های اطلاعاتی تدارکاتی، ظرفیت بالقوه بالایی برای پیشبرد اهداف شفافیت در صنعت دارویی دارند اما شفافیت تنها در صورتی قابل دستیابی است که داده‌ها همواره گزارش شده، کیفیت قابل اعتماد داشته و در قالبی قابل استفاده برای شناسایی مشکلات احتمالی باشند. علاوه بر این، شفافیت فقط می‌تواند برای پاسخ‌گو نگه داشتن افراد کارآیی داشته باشد. در این فصل توضیح می‌دهیم که چگونه محققان دانشگاه بوستون از داده‌های عمومی صندوق جهانی و سازوکار گزارش‌دهی قیمت جهانی (GPRM)^۱ سازمان جهانی بهداشت برای بهبود شفافیت در تدارک دارو با تقویت کیفیت داده‌ها، ایجاد شاخص‌های عملکردی و معیارسنجی گزارش‌ها و ترویج گفتگوی عمومی استفاده کردند.

پیشرفت در شفافیت تدارکات دارویی

در حالی که اکثر اهداکنندگان مالی بزرگ ملزم به ارائه گزارشی از تدارکات تهیه شده برای دریافت بودجه هستند، هیچ اهداکننده دیگری به اندازه صندوق جهانی در افشای اطلاعات تدارکات داروهای درمان ضد ویروسی (ARV) شفافیت ندارد. سیاست‌ها و رویه‌های بی‌سابقه‌ای که توسط صندوق جهانی اتخاذ شده، استانداردهای موجود شفافیت را تغییر داده است. کلیه تدارکات دارویی و ملزوماتی که از طریق برنامه‌های صندوق جهانی خریداری می‌شوند، باید توسط دریافت‌کنندگان اصلی گزارش شده و سپس در وب سایت عمومی صندوق جهانی درج شوند.

1. Global Price Reporting Mechanism

برخی از تدارکاتی که از طریق این رویه صندوق جهانی گزارش نشده‌اند، همچنان از طریق پایگاه داده عمومی دیگری، GPRM که توسط WHO اداره می‌شود، در دسترس هستند. GPRM شامل داده‌های تدارکاتی است که توسط برنامه‌هایی غیر از صندوق جهانی، مانند PEPFAR و همچنین خریدهایی که توسط آژانس‌های تدارکات بین‌المللی و صندوق جهانی گزارش شده‌اند، می‌شود. از آنجا که GPRM شامل گزارشات برنامه‌های صندوق جهانی و دیگر برنامه‌هاست، اکنون به عنوان یک پایگاه داده جهانی در زمینه تهیه داروهای HIV/AIDS، سل و مالاریا عمل می‌کند.

شفافیت و پاسخ‌گویی

اطلاعات مربوط به تهیه دارو برای اهداف زیادی از جمله برنامه‌ریزی، تنظیم سیاست، تصمیم‌گیری مدیریت و شفافیت مفید است. با این حال برای بهبود بررسی و پاسخ‌گویی عمومی، افشای اطلاعات از طریق درگاه‌های اینترنتی کافی نیست. یک سیاست عملی در مورد شفافیت نیازمند آن است که اطلاعات به طور مداوم گزارش شده، در دسترس باشند، از کیفیت قابل اعتماد برخوردار بوده، استاندارد شده، قابل مقایسه بوده و همچنین برای پیشبرد اهداف عمومی تعیین‌شده‌ای تفکیک شده باشند (Brinkerhoff 2004). اطلاعات روشن، قابل فهم و به هنگام باید در اختیار افرادی که می‌توانند از آنها برای الزام به پاسخ‌گویی نهادهای دولتی یا خصوصی استفاده کنند، قرار داده شود. با اینکه صندوق جهانی و WHO شفافیت تدارکات ARV را با در دسترس قرار دادن داده‌های معاملات در پایگاه‌های اینترنتی افزایش داده‌اند، از این داده‌ها به طور گسترده استفاده نشده است. یک نظرسنجی انجام شده توسط WHO گزارش داد که بیش از ۵۰ درصد مخاطبان مورد نظر پایگاه داده به ندرت یا هرگز از آن استفاده نمی‌کنند (Samb 2007). استفاده ناکافی از این داده‌ها به احتمال زیاد به ترکیبی از عواملی از جمله ناآگاهی از وجود چنین داده‌هایی در بین عموم، ناآگاهی از نحوه استفاده از چنین اطلاعاتی و مسائل مربوط به کیفیت داده‌ها و کاربرپسند بودن پایگاه مربوط است. چگونه جامعه سلامت عمومی می‌تواند از شفافیت صرف به سمت پاسخ‌گویی خارجی در مورد اینکه چطور اطلاعات تدارکاتی داروهای ARV افشا می‌شود، حرکت کند؟ برای پرداختن به این سؤال، باید سه عنصر کلیدی شفافیت را در نظر بگیریم: افشاکننده، اطلاعات افشا شده و گیرنده اطلاعات. مداخله در هر یک از این عناصر می‌تواند شفافیت را مؤثرتر کرده و پاسخ‌گویی را بهبود بخشد.

افزایش پوشش افشاکنندگان

استفاده بهینه از این داده‌ها برای ارتقای شفافیت مستلزم سطوح بالاتری از انطباق گزارش‌دهی در بین دریافت‌کنندگان بودجه از صندوق جهانی (در حال حاضر تنها ۳۰ تا ۳۵ درصد تخمین زده می‌شود) و الزامی از سوی دیگر اهداکنندگان مالی برای گزارش تدارکات به WHPM GRPM است. این امر تعداد سازمان‌های افشاکننده و دامنه تدارکات فاش شده را افزایش می‌دهد.

بهبود اعتبار و دقت داده‌ها

نگارش‌های متفاوت کلمات، غلط‌های املائی، سردرگمی در مورد تعاریف دسته‌های داده و خطاهای ورود داده باید در نقطه ورود داده‌ها حذف شوند. طرح‌هایی مانند منوی کشویی که تایپ دستی داده را به حداقل می‌رساند، باید تعبیه شده و فرم‌ها برای اطمینان از تفسیر مشابه گزینه‌ها تست شوند. شیوه‌های تأیید داده باید در پایگاه‌ها ایجاد شوند تا خطا در ورود داده برای متغیرهایی مانند قیمت را که برای منوی کشویی مناسب نیستند، به حداقل برسانند. تأیید خودکار قیمت می‌تواند زمانی که قیمت‌های گزارش شده برای محصولات مشابه متفاوتند، پیام‌های هشداردهنده‌ای ارسال کرده و قبل از پذیرش گزارش، درخواست را تأیید کند.

اطمینان از دسترسی مستمر و قابل اعتماد به اطلاعات افشا شده در قالبی کاربردی

دسترسی به داده‌های مبتنی بر وب باید مستمر و قابل اعتماد باشد. برای جلوگیری از خرابی و رفع محدودیت اتصال اینترنت که برای کاربران در مناطق محروم وجود دارد، باید ملاحظاتی در نظر گرفته شود. علاوه بر این، باید شاخص‌هایی که داده‌های خام را به معیارهای عملکردی تبدیل کرده و مطابقت خریدها یا کشورهای مشخص با استانداردها یا عملکرد دیگران را نمایش می‌دهد، ایجاد شود.

حرکت رو به جلو در دستور کار شفافیت

محققان دانشگاه بوستون، با حمایت مالی اداره توسعه بین‌الملل انگلستان، در پیاده‌سازی

برخی از این توصیه‌ها برای حرکت از شفافیت به مسئولیت‌پذیری، بر اساس تجربیات WHO و صندوق جهانی کمک کرده‌اند. ابتدا، پایگاه داده صندوق جهانی و پایگاه داده WHO GPRM در یک مجموعه داده واحد ادغام شدند تا از گزارش تمامی خریدهای مربوط به ARV اطمینان حاصل شود. سپس، مجموعه داده‌های ادغام شده به طور گسترده پاکسازی شد تا ورودی‌های اشتباه و تکراری حذف شوند. متغیرهای جدیدی برای تحلیل قوی‌تر اضافه شد. به طور کلی، پایگاه داده اصلاح شده دارای بیش از ۵,۰۰۰ معامله برای دوره زمانی نوامبر ۲۰۰۲ تا ژوئن ۲۰۰۶ بود که مجموع آن بالغ بر ۲۳۰ میلیون دلار می‌شد. داده‌ها شامل ۲۷ متغیر بود که اطلاعات دقیق خرید ARV را به تفکیک کشور، منطقه، محصولات، تولیدکنندگان، تامین‌کنندگان، نحوه تحویل، کیفیت محصول، قیمت و مشارکت در مذاکره قیمت و تمهیدات متفاوت قیمت‌گذاری فراهم می‌کرد.

علاوه بر پاکسازی و گسترش داده‌ها، محققان ابزارهایی برای سنجش و ارزیابی کارایی نسبی در داخل و بین کشورها پیرامون تدارک ARV تدوین کردند. تفاوت در کارایی می‌تواند نتیجه سوء مدیریت و احتمالاً فساد عمدی باشد. از آنجا که «ذات پاسخ‌گویی مسئولیت‌پذیری است»، سازمان‌های تأمین مالی و سرپرستان باید از این شاخص‌ها برای پرسش استفاده کرده و کارکنان تدارکات باید بتوانند توضیحاتی برای تغییرات قیمت یا شکاف در کارایی ارائه دهند. از طریق این فرایند می‌توان تشخیص داد که چه زمانی افراد ممکن است نیاز به آموزش بیشتر و توسعه حرفه‌ای داشته، چه زمانی اصلاحات در سطح نظام ضروری بوده و چه زمانی باید تحقیقات کیفی آغاز شود.

دو ابزار اصلی شفافیت که BU به ایجاد آنها کمک کرد عبارتند از: تحلیل قیمت بالا (داده پرت) و عیارسنجی قیمت‌های پرداخت شده توسط کشور.

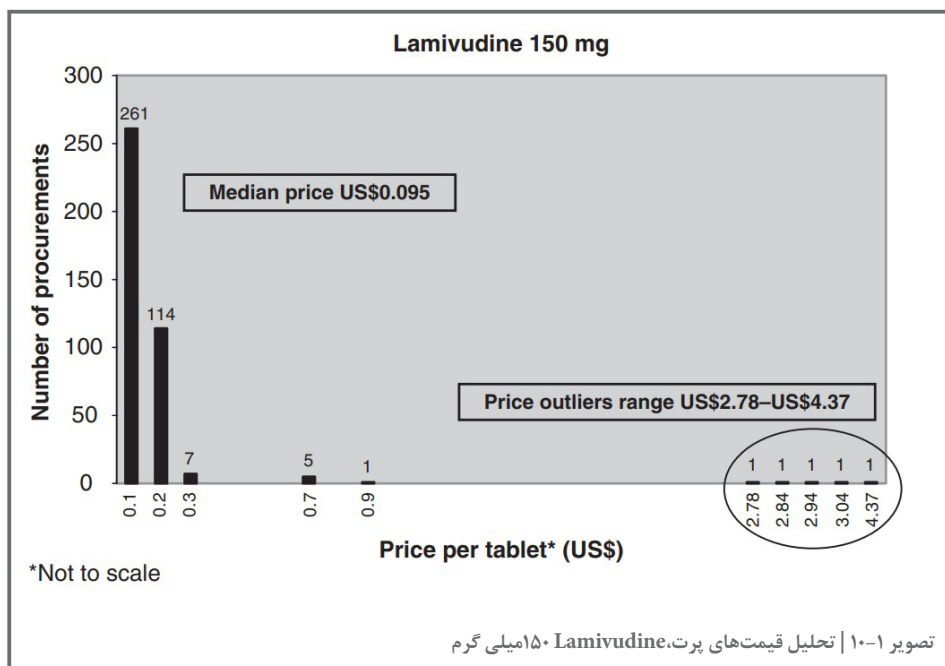
تحلیل قیمت بالا (داده پرت)

اولین ابزار شفافیت، تحلیل قیمت بالا که برای هر ARV انجام می‌شود، استفاده‌کننده از اطلاعات را قادر می‌سازد تا به سرعت خریدهایی را که قیمت آنها بیش از توزیع جهانی قیمت‌های پرداخت شده برای همان محصول است، شناسایی کنند. در مطالعه BU، محققان ۸۰ مورد قیمت بالا را در بازه زمانی نوامبر ۲۰۰۲ تا ژوئن ۲۰۰۶ شناسایی کردند.

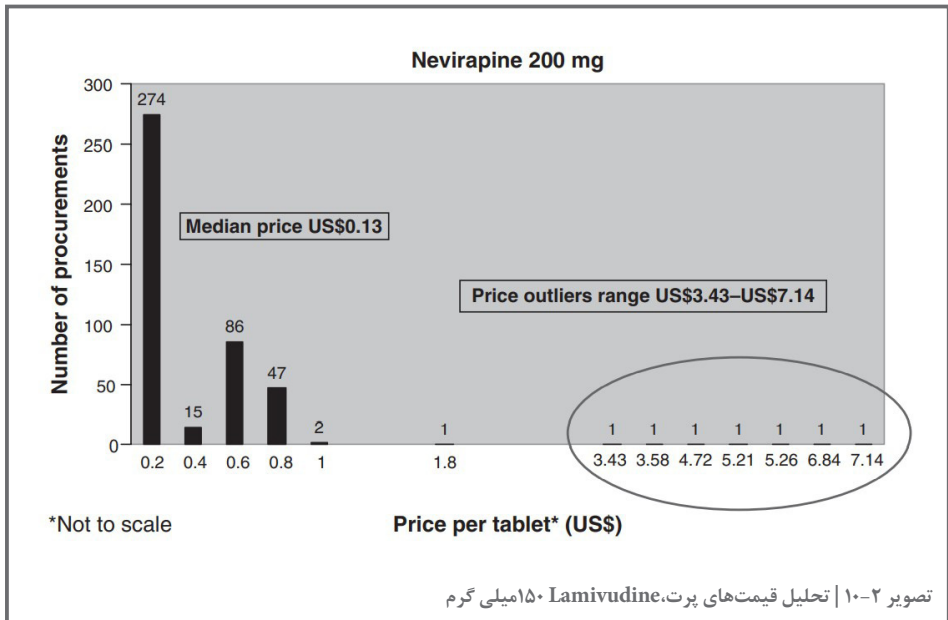
شکل ۱۰،۲ شاید بارزترین مثال برای تحلیل قیمت‌های پرت باشد. در این هیستوگرام، توزیع قیمت نویراپین ۲۰۰ میلی گرم توزیعی دو بعدی را نشان می‌دهد که در آن دامنه قیمت‌های ژنریک از ۰،۰۷ دلار تا ۰،۴۰ دلار و قیمت برند از ۰،۶۳ دلار تا ۰،۷۵ دلار متغیر بود، اما در سمت راست قیمت‌های پرتی که در آن از ۳،۴۳ دلار تا ۷،۱۴ دلار برای هر قرص پرداخت شده بود مشاهده می‌شود. در این مثال، می‌توان نه تنها دلیل اینکه چرا یک کشور هزینه‌های گزافی پرداخت می‌کند، بلکه دلیل اینکه چرا یک کشور خرید محصولی با نام تجاری را که به طور قابل ملاحظه‌ای گرانتر از معادل ژنریک است، انتخاب می‌کند، بررسی کرد.

الگوبرداری کشوری از قیمت‌های پرداخت شده برای ARVها

دومین ابزار شفافیت که می‌تواند برای ارزیابی قیمت‌های پرداخت شده برای دارو مورد استفاده قرار گیرد، معیاری است که قیمت‌های پرداخت شده در داخل کشور را با متوسط قیمت جهانی برای محصولات یکسان مقایسه می‌کند. محققان BU تمام ۹۰ کشور موجود در پایگاه داده را معیاردهی کردند، اما برای شفاف‌سازی مطلب در اینجا فقط ۸ کشور را گزارش کردیم (به منظور تمرکز بر روی ابزار، اسامی حذف شده‌اند). در جدول



یک ۱۰ درصد از خریدهای کشورهای از توزیع قیمت جهانی در قالب چارک‌هایی در بازه زمانی جولای ۲۰۰۵ تا ژوئن ۲۰۰۶ نمایش داده شده‌اند. چارک‌ها با تقسیم قیمت‌های مرتب شده به چهار قسمت که هر کدام یک‌چهارم نمونه‌ها هستند، تعریف می‌شوند. بدین ترتیب کمترین چارک شامل کمترین ۲۵ درصد قیمت‌های پرداخت شده، چارک دوم شامل قیمت‌هایی است که در صدک ۵۰-۲۶ درصد بوده، چارک سوم شامل قیمت‌های صدک ۷۵-۵۱ درصد و بالاترین چارک شامل قیمت‌های بالاتر از صدک ۷۵ درصد است. در این توزیع، قرار گرفتن اکثر پرداختی‌ها در پایین‌ترین یا دومین چارک، یعنی قیمت پرداختی آنها برای محصولات یکسان در حدود یا کمتر از میانه قیمت جهانی بوده، مطلوب است. اجتناب از حضور در سومین یا بالاترین چارک‌ها، یعنی قیمت‌های پرداختی بالاتر از میانه قیمت متوسط جهانی برای محصولات یکسان بوده، برای کشورها ضروری است. در این مثال، تمام خریدهای کشور A در بالاترین چارک، گران‌ترین رده قیمت، جای داشت. تحقیقات بیشتری برای تشخیص اینکه آیا این کشور به طور مداوم به دلایل مشروع (به عنوان مثال، هزینه حمل و نقل بالا) یا به دلایل مربوط به مدیریت ضعیف (به عنوان مثال، بررسی نکردن درست پیشنهادات مناقصات) و یا در نتیجه پرداخت غیرقانونی، تقلب در مناقصه،



رشوه یا کلاهبرداری‌های دیگر برای تمام خریدهای ARV خود هزینه‌های بالاتری پرداخت می‌کند، مورد نیاز است. در مقابل، نیمه پایینی جدول ۱۰-۱، چهار کشور با بیشترین میزان پرداختی در پایین‌ترین چارک قیمت‌های جهانی برای محصولات یکسان را نشان می‌دهد. بیش از ۶۰ درصد خریدها در کشورهای F و H در پایین‌ترین چارک قیمت قرار داشتند. بررسی بیشتر این موارد ممکن است بهترین شیوه‌های تدارک دارو را که کشورهای دیگر می‌توانند از آن تقلید کنند، آشکار کند. اگرچه ابتدا باید از کیفیت مطلوب داروهای تهیه شده اطمینان حاصل کرد. قیمت‌های پایین همچنین ممکن است نشان دهد که شرکت‌ها از مواد مرغوب استفاده نکرده یا برچسب داروهای تاریخ مصرف گذشته را تغییر داده‌اند (آکونیلی ۲۰۰۶).

نتیجه

منطق معمول حکم می‌کند که بهبود شفافیت منجر به بهبود کارایی و کاهش فرصت‌های فساد در تهیه دارو می‌شود. با این وجود شفافیت تنها اولین قدم در مسیر پاسخ‌گویی است. نظام‌های اطلاعاتی فرصت‌هایی برای پیشبرد اهداف شفافیت از طریق افشای عمومی اطلاعات تدارکات از طریق شبکه جهانی وب ایجاد می‌کنند، اما سطح بالایی از تعهد سیاسی برای الزام، اعمال و افشای گزارشات تدارکات مورد نیاز است. اطلاعات تدارکات باید دقیق بوده، همواره در

▼ جدول ۱۰-۱- توزیع جهانی قیمت عملکرد کشور، جولای ۲۰۰۵ تا ژوئن ۲۰۰۶

درصد تدارکات کشور در چارک‌های توزیع قیمت جهانی

اولین چارک (پایین‌ترین)	چارک دوم	چارک سوم	چارک چهارم (بالاترین)	کشور (منطقه WHO)
			۱۰۰	(اروپا یا E) A کشورهای با کمترین عملکرد کشور
		۲۰	۸۰	(امریکا S) B کشور
۹	۹		۸۲	(اسیا C) C کشور
۱۷	۱۷	۸	۵۸	(زیر صحرا افریقا) D کشور
۵۸	۱۷	۲۵		(افریقا W) E کشورهای با بالاترین عملکرد کشور
۶۴	۳۲	۴		(افریقا W) F کشور
۴۰	۴۴	۱۲	۴	(کارائیب) G کشور
۶۲	۱۴	۳	۲۱	(اروپا یا E) H کشور

دسترس و کاربرپسند باشند. برای تبدیل داده‌های خام ارزشمند به ابزار اطلاعاتی که نظارت بر تدارکات در سطح برنامه، کشور و اهداکنندگان مالی را تسهیل کند، به اقدامات بیشتری نیاز است. این مورد مختصر نمونه‌های گویایی از انواع ابزارهایی که می‌توان با استفاده از منابع داده موجود ایجاد کرد، ارائه می‌دهد. پس از توسعه ابزارهای مناسب، آنها باید در نظام‌های نظارت و ارزشیابی گنجانده شوند تا امکان شناسایی و بررسی بیشتر قیمت‌های اضافی را فراهم کنند. پیوند شفافیت با پاسخ‌گویی از این طریق، می‌تواند به مهار فساد و پیشبرد اهداف دسترسی گسترده‌تر به داروهای ضروری کمک کند.

Notes

1. Global Fund to Fight AIDS, TB, and Malaria. www.theglobalfund.org/en/ (accessed August 25, 2009).
2. World Health Organization Global Price Reporting Mechanism. www.who.int/hiv/amds/gprm/en/ (accessed August 25, 2009).

References

1. Akunyili, D. 2006. The fight against counterfeit drugs in Nigeria. In *Global corruption report 2006: Special focus: Corruption and health*, ed. Transparency International, chap. 5, 96–100. London and Ann Arbor, MI: Pluto Press.
2. Brinkerhoff, D. 2004. Accountability and health systems: Toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy and Planning* 19, no. 6: 371–9.
3. Ravishankar, N., P. Gubbins, R.J. Cooley, K. Leach-Kemon, C.M. Michaud,
4. D.T. Jamison and C.J. Murray. 2009. Financing of global health: Tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *The Lancet* 373, no. 9681: 2113–24.
5. Samb, B. 2007. The bottlenecks towards uninterrupted access to medicines and diagnostics. Presentation to WHO technical consultation meeting on the relevance and modalities of implementation of an observatory for HIV commodities in Africa, Durban, South Africa, June 2007.

Further Reading

1. Eaton, L. 2005. Global Fund toughens stance against corruption. *British Medical Journal* 331:718.
2. WHO Good Governance for Medicines Programme website and publications. www.who.int/medicines/ggm/en/ (accessed September 16, 2009).

بخش چهارم

بازگرداندن درست کاری از طریق
شفافیت و پاسخ گویی

شفافیت در برنامه‌های سلامت

Taryn Vian

شفافیت برای حکمرانی خوب، ابزاری مهم است که به افشای شیوه‌های سوءاستفاده از جمله کلاهبرداری، فساد پشتیبانی و سایر سوءاستفاده‌ها از قدرت کمک می‌کند. افزایش شفافیت همچنین می‌تواند با ارائه اطلاعات عملکردی و در معرض نظارت قرار دادن بر خط سیاست‌ها و فرایندها، پاسخ‌گویی را افزایش دهد. این فصل در خصوص نقش شفافیت در جلوگیری از فساد در بخش سلامت بحث می‌کند.

شفافیت و حکمرانی خوب

موقعیت و سمت‌های اعضای هیئت مدیره و گروه‌های مدیریتی در سازمان‌های سلامت دولتی و خصوصی به آنها اعطا شده است. در نتیجه مسئول اعمال قدرت محوله در راستای دستیابی به منافع جمعی هستند و فرقی نمی‌کند که منافع گروه‌ها نمایندگی شهروندان یا ذی‌نقشان باشد یا کارکنان، اهداکنندگان یا اهداکنندگان مالی باشند. ساختارهای حکمرانی این سازمان‌ها مقامات را ملزم می‌کند که از قدرت یا موقعیت خود برای منافع شخصی سوءاستفاده نکنند. یکی از راه‌های اطمینان از پیشگیری از سوءاستفاده این گونه مقامات، دادن اطلاعات مربوط به فعالیت‌های آنها به کسانی است که می‌توانند آنها را وادار به پاسخ‌گویی کنند. به این ترتیب، شفافیت نه تنها سوءاستفاده‌ها را محدود می‌کند، بلکه مشوق ایجاد ارتباط مورد نیاز برای بهبود تصمیمات و عملکرد سازمان نیز می‌شود و اهمی برای افزایش تعامل ذی‌نقشان فراهم می‌کند. با این حال، پیاده‌سازی شفافیت همیشه آسان نیست. چه کسی واقعا مسئول شفافیت است؟ چه اطلاعاتی با چه کسانی باید به اشتراک گذاشته شوند؟ برای پاسخ به این سؤالات، ابتدا باید تعریف شفافیت و اجزای مختلف آن را بررسی کنیم.

شفافیت چیست؟

به گفته شفافیت بین‌الملل، شفافیت «اصولی است که به کسانی که تحت تأثیر تصمیمات اجرایی، معاملات تجاری یا کارهای خیریه هستند اجازه می‌دهد تا نه تنها حقایق و نقش‌ها بلکه سازوکارها و فرایندهای اساسی را نیز بدانند. وظیفه کارکنان دولت، مدیران و معتمدان این است که به صورت آشکار، قابل پیش‌بینی و قابل فهم عمل کنند» (شفافیت بین‌الملل ۲۰۰۹). بر اساس این تعریف، شفافیت یک استاندارد رفتاری یا مجموعه‌ای از قوانین است که اقدامات مسئولان را هدایت می‌کند. با نگاهی دقیق به این تعریف، می‌بینیم که شفافیت شامل چهار جزء است: چیزی که افشا یا اعلام می‌شود، مشاهده‌کننده یا دریافت‌کننده اطلاعات افشا شده، افشاکننده یا شخصی که اقدامات او در حال مشاهده شدن است و وسیله و روشی برای افشای اطلاعات.

افشای اطلاعات

اولین عنصر یک قانون شفافیت افشای اطلاعات، چه به صورت خودخواسته و یا درخواست توسط شخصی که حق دانستن دارد، است. قانون آزادی اطلاعات (به آن دسترسی به اطلاعات نیز گفته می‌شود) دولت‌ها را ملزم به افشای عمومی اطلاعات از جمله اطلاعات مربوط به بودجه و اقدامات سازمانی می‌کند، مگر در صورتی که دلیل قانع‌کننده‌ای برای محدود کردن آن وجود داشته باشد (به عنوان مثال امنیت ملی). وقتی دولت‌ها اطلاعات را پنهان کرده یا از ارائه آن خودداری می‌کنند، قوانین آزادی اطلاعات رویه‌هایی تعیین می‌کنند که با استفاده از آنها شهروندان یا سازمان‌های جامعه مدنی می‌توانند اطلاعات را بر اساس حقوق قانونی خود برای دسترسی، درخواست کنند. در کشورهایی که نظارت و توازن مناسب دارند، این قانون می‌تواند به خوبی عمل کند. به عنوان مثال، روزنامه La Nación در کاستاریکا دسترسی به اطلاعاتی درباره مستمری غیرمشارکتی اعطا شده به اعضای هیئت مدیره یک سازمان خدمات اجتماعی را درخواست کرد و با اینکه دولت در ابتدا این درخواست را رد کرد، اما دادگاه بر اساس قانون اساسی رای به حق دسترسی روزنامه‌نگاران به این اطلاعات داده و دولت را مجبور به افشای آن کرد (Transparency International 2006, 148). کرواسی، اکوادور، گواتمالا و صربستان همگی حق دسترسی شهروندان به اطلاعات عمومی را به رسمیت شناخته‌اند. اگرچه برای اطمینان از

پیگیری سریع و مناسب درخواست‌های قانونی در این کشورها هنوز اقدامات بیشتری نیاز است. در سال‌های اخیر، سازمان‌های بهداشتی بیشتری، اعم از دولتی و خصوصی، سیاست‌های افشای فعالانه و خودخواسته را اتخاذ کرده و شفافیت را به عنوان راهی برای اثبات قابل اعتماد بودن، افزایش عملکرد و کاهش خطر فساد به خود الزام می‌کنند (Fung et al. 2007). سیاست‌های افشای فعالانه نیاز به درخواست دستیابی به اطلاعات از سمت شهروندان ندارد. مطالعه شفافیت بودجه در ۳۶ کشور نشان داد که اگرچه تقریباً همه کشورها بودجه اجرایی پیشنهادی را در دسترس عموم قرار می‌دهند، اما ۲۵ درصد گزارش‌های مربوط به نظارت‌های دوره‌ای را عمومی نکرده و ۳۳ درصد گزارش‌های حسابرسی را منتشر نکرده‌اند (Transparency International 2006, 316-7). با این حال، این اطلاعات برای پاسخ‌گو کردن دولت‌ها در مقابل کارآیی بودجه و ترویج بحث آگاهانه در مورد اولویت‌های مالی ضروری است. برای شفافیت کامل، اطلاعات افشا شده نه تنها باید شامل «حقایق و آمارها»، بلکه شامل «سازوکارها و فرایندهایی» که به وسیله آنها کار انجام می‌شود نیز باشد. در هنگام ارزشیابی عملکرد فردی که دارای قدرت است، درک نحوه تصمیم‌گیری ممکن است به اندازه تصمیم گرفته شده یا اقدام انجام شده اهمیت داشته باشد. با استفاده از این اصل در برنامه ایمن‌سازی، ممکن است نه تنها از تعداد کودکان ایمن‌سازی شده سوال شود، بلکه از دلایل اینکه چرا درمانگاه‌های سیار در برخی از روستاها مستقر شده اما در برخی دیگر نه، نیز جویا شویم. دولت علاوه بر گزارش‌دهی میزان هزینه صرف شده برای ایمن‌سازی، باید توضیح دهد که چگونه مقدار مورد نیاز واکسن را تعیین کرده یا چگونه تأمین‌کنندگان را انتخاب کرده است. جدول ۱۱-۱ نمونه اطلاعاتی است که می‌تواند برای ترویج شفافیت در زمینه بودجه، دارو و منابع انسانی افشا شود.

حق مشاهده‌کننده برای دانستن

دومین جنبه قانون شفافیت شناسایی ناظر یا گیرنده است. دسترسی به اطلاعات باید به افرادی که تحت تأثیر تصمیمات، معاملات یا اقدامات اتخاذ شده قرار می‌گیرند، داده شود که در بخش سلامت، می‌تواند طیف وسیعی از ذی‌نقشان، از جمله کارکنان مراکز سلامت، بیماران، اهداکنندگان یا سازمان‌های تأمین‌کننده مالی، سایر ادارات دولتی و گروه‌های حمایتی شهروندان را شامل شود. سازمان‌هایی که از مدل افشای فعالانه برای شفافیت پیروی می‌کنند،

باید مشخص کنند که چه مخاطبانی تحت تأثیر اقداماتشان قرار داشته و سعی کنند به طور خاص اطلاعات متناسبی برای این مخاطبان هدف افشا کنند.

وظیفه‌ای برای افشاگری؟

جزء سوم قانون شفافیت، افشاگران اطلاعات را مشخص می‌کند. اینها کارمندان دولتی (عوامل دولتی)، مدیران و مسئولانی هستند که در مقام مسئول از طرف ذی‌نقشان، مالیات‌دهندگان، اهداکنندگان یا شهروندان تصمیم‌گیری می‌کنند. با اعلام اینکه افشاکنندگان وظیفه دارند در برابر ذی‌نقشان یا دریافت‌کنندگان اطلاعات به صورت قابل مشاهده، قابل پیش‌بینی، و قابل درک عمل کنند، قانون شفافیت مشخص می‌کند که افشاگران در موقعیت معتمد بوده و در قبال ذی‌نقشان یا دریافت‌کنندگان اطلاعات تعهداتی دارند.

در بخش سلامت، اعم از دولتی یا خصوصی، این اصل که داشتن چنین تعهداتی نسبت به دیگران مسئولیتی برای شفاف بودن به همراه دارد پزشکان، پرستاران، داروسازان و سایر کارکنان بالینی را نیز در بر می‌گیرد. با این حال، گاهی باید بین هدف رفتار شفاف و نیاز به حفظ حریم خصوصی بیماران تعادل دشواری برقرار کرد در نتیجه، اتخاذ روش‌هایی برای حذف اطلاعات قابل شناسایی بیمار یا جمع‌آوری داده به صورت گروهی اغلب برای اطمینان از نقض نشدن رازداری ضروری است.

«آشکارانه عمل کردن» یعنی اینکه کارمندان دولت، مدیران و مسئولان نباید چیزی را که بخشی از نقش نهادی یا نمایندگی آنهاست، پنهان کنند (هرچند ممکن است در زمینه زندگی شخصی خود همچنان حق حفظ محرمانگی داشته باشند). برای همین افراد، «قابل پیش‌بینی عمل کردن» به معنای این است که دیگران بتوانند تأثیر احتمالی اقدامات مقامات را قبل از انجام آن مشاهده کنند و سرانجام، «قابل درک عمل کردن» یعنی افرادی که تحت تأثیر اقدامات قرار خواهند گرفت می‌توانند انگیزه‌ها و منافع فرد مسئول (کارمند دولت، مدیر یا متولی)، را درک کرده و می‌توانند چگونگی تأثیر این منافع بر اقدامات را ارزیابی و یا قضاوت کنند.

ابزارهای افشاگری

چهارمین جزء قانون شفافیت، ابزار افشاگری است. در حین اینکه سازمان‌ها راه‌هایی برای بهبود شفافیت در نظر می‌گیرند، باید در خصوص قالب مورد استفاده افشاکننده و روش‌هایی

که برای ارتباط یا به اشتراک گذاری اطلاعات استفاده خواهند شد، نیز تصمیم بگیرند. قالب یعنی اینکه آیا اطلاعات، داده‌های خام که امکان تحلیل‌های متعدد توسط مصرف‌کننده را فراهم می‌کند، شاخص‌های پردازش شده یا گزارش‌های تحلیلی و تفسیری هستند. در صورت امکان، بهتر است هر سه مورد یاد شده فراهم شوند، زیرا برای طیف متنوعی از مخاطبان مفید خواهند بود. دسترسی به داده‌های اصلی، امکان بررسی پشتیبانی شدن یا نشدن داده‌های خام از تفاسیر یاد شده در گزارشات را فراهم می‌کند. علاوه بر داده‌های شاخص عملکرد، اسناد سیاستی، دستورالعمل‌های راهنما و صورتجلسات، قالب‌های داده‌ای هستند که به روشن شدن «سازوکارها و فرایندهای» تصمیم‌گیری کمک می‌کنند.

روش‌های انتشار می‌تواند شامل جلسات حضوری، مانند جلسات کارکنان، جلسات هیئت مدیره یا جلسات کمیته مشورتی باشند. همچنین می‌توان اطلاعات را از طریق وب سایت، فهرست ایمیل، اعلامیه‌های روزنامه و اسناد موجود در مکان‌های عمومی (به عنوان مثال، ارسال شده به مراکز سلامت) یا از طریق پست منتقل کرد.

▼ جدول ۱۱-۱ - اطلاعات برای شفافیت

حوزه شفافیت	جزئیات دقیق	سازوکارها و فرایندها
بودجه	<ul style="list-style-type: none"> - بودجه درخواست شده، مبلغ تصویب شده و مبلغ دریافتی - سهم مبلغ بودجه دریافتی طی یک ماه پس از تصویب بودجه 	<ul style="list-style-type: none"> - زمان‌بندی فرایند بودجه چگونه است؟ - اولویت‌ها برای برنامه‌ها یا مناطقی که بودجه دریافت خواهند کرد چگونه تدوین می‌شوند؟ - دلایل تاخیر چیست؟
دارو	<ul style="list-style-type: none"> - مقدار تهیه شده - قیمت پرداخت شده به ازای واحد - تأمین‌کنندگان منتخب - مقدار خریدهای در حدود یا کمتر از متوسط - قیمت خرید بین‌المللی 	<ul style="list-style-type: none"> - از چه نوع فرایند مناقصه‌ای استفاده می‌شود؟ - چه کسی در انتخاب تأمین‌کننده برنده دخیل است؟ - چگونه سازمان مقدار سفارش را مشخص می‌کند؟
منابع انسانی	<ul style="list-style-type: none"> - تعداد و نام پرسنل هر سطح - شرح وظایف و شرایط کاری - سهم کارکنان واجد شرایط برای مقام 	<ul style="list-style-type: none"> - فرصت‌های شغلی چگونه اطلاع‌رسانی می‌شوند؟ - برگزیدگان نهایی سمت چگونه انتخاب می‌شوند؟ - چه معیارهایی برای تعیین عملکرد رضایت بخش، نامطلوب یا ارتقای شغلی استفاده می‌شود؟
کیفیت مراقبت و رضایت بیمار	<ul style="list-style-type: none"> - پنج مشکل اصلی که توسط بیماران عنوان شده است - نسبت بیمارانی که گزارش کرده‌اند برای دریافت مراقبت مجبور به پرداخت غیررسمی شده‌اند 	<ul style="list-style-type: none"> - چه جنبه‌هایی از روند مراقبت از بیمار دلیل ایجاد مشکلات یاد شده است؟ - چگونه شکایات بیماران ثبت و رسیدگی می‌شود؟

نمونه‌هایی از شفافیت در بخش سلامت

بخش سلامت پیچیده و شامل طیف گسترده‌ای از نقش آفرینان دولتی و خصوصی است. در مقاله‌ای مشخصاً ۱۱ طرف مختلف که می‌توانند در بخش سلامت مسئولیت داشته و یا دیگران را ملزم به پاسخ‌گویی کنند، از جمله پزشکان، دولت‌ها، پرداخت‌کنندگان خصوصی، کارفرمایان، سرمایه‌گذاران، برنامه‌های ارائه خدمت، بیمارستان‌ها، انجمن‌های صنفی، و کلا، دادگاه‌ها و بیماران عنوان شده‌اند (Emanuel and Emanuel 1996). به دلیل این تنوع، شفافیت در این بخش شامل انواع مختلفی از اطلاعات است که توسط افراد و سازمان‌های مختلف جمع‌آوری و منتشر می‌شود. برخی مثال‌ها از روش‌های استفاده از شفافیت برای افزایش پاسخ‌گویی شامل کنترل تأثیر شرکت‌های دارویی بر پزشکان از طریق شفافیت در شیوه هدیه دادن، ترویج مراقبت بیمارستانی بهتر از طریق کارت گزارش شهروندان، کاهش سوءاستفاده از منابع عمومی از طریق مستندات حمل و نقل و بهبود عملکرد بیمه‌گذاران پایه هستند.

در ایالات متحده، انجمن‌های حرفه‌ای صنعت داروسازی و پزشکان برای محافظت از تصمیمات پزشکی در برابر جانبداری و تبعیض بی‌مورد، محدودیت‌هایی برای هدیه دادن تعیین کرده و برای نظارت بر رعایت این قوانین، برخی دولت‌های ایالتی قوانینی برای اجبار شرکت‌های دارویی به افشای مبالغ پرداخت شده به پزشکان تصویب کرده‌اند. قوانین افشاگری با اطمینان از زیر ذره‌بین عمومی بودن انگیزه‌ها و علایق پزشکان و شرکت‌های دارویی، شفافیت را ترویج می‌کنند اما با این حال، وقتی یک تیم تحقیقاتی دانشگاهی سعی کرد به اطلاعات جمع‌آوری شده توسط دولت دسترسی پیدا کند، با مشکلات زیادی روبه‌رو شد (Ross et al. 2007).

در ورمونت، داده‌ها به صورت خلاصه شده، و نه به تفکیک هر پزشک در دسترس بوده و محققان مجبور شدند برای دسترسی به مجموعه کامل داده‌ها، درخواستی تحت قانون آزادی اطلاعات ارائه کرده و با تأخیر زیادی مواجه شدند. علاوه بر این، به شرکت‌های دارویی اجازه داده شده تا اطلاعات برخی از پرداخت‌ها را به عنوان «اسرار تجاری» تلقی کنند و با اینکه دولت توانایی استفاده درون‌سازمانی از آنها را دارد اما به صورت عمومی افشا نمی‌شوند. در مینه‌سوتا، محققان توانستند نسخه‌هایی از فرم‌های واقعی ارائه شده توسط شرکت‌های دارویی را به دست آورند، اما داده‌ها هرگز به رایانه وارد نشدند، توسط دولت تحلیل نشدند و همچنین

فرم‌ها ناقص یا دارای خطا بودند. محققان چند توصیه برای چگونگی دستیابی به تأثیر مورد نظر قانون افشا ارائه کردند، شامل ممنوعیت «معافیت از افشای اسرار تجاری»، تعیین یک نهاد دولتی به عنوان مسئول جمع‌آوری، تحلیل و گزارش اطلاعات افشا شده، مجازات در صورت رعایت نکردن و الزام دولت به ارائه اطلاعات به شیوه‌ای «قابل فهم» (Ross et al. 2007).

از زمان انتشار این تحقیق، چندین تغییر سیاستی ایجاد شد. در مینه‌سوتا، اطلاعات فاش شده در حال حاضر در قالب pdf از طریق اینترنت قابل دستیابی هستند که این امر اولین قدم برای رسیدن به هدفِ برخورداری از نظامی قابل جستجو در وب است. در ورمونت، معافیت از افشای اسرار تجاری لغو شده و اجازه علنی شدن به تمامی داده‌ها داده شد. دولت تداوم در گزارش اسامی پزشکی را که دریافتی داشته‌اند، بهبود بخشیده و اضافه بر آن داده‌هایی از داروهای را که بابت آنها پرداخت انجام شده نیز جمع‌آوری می‌کند. تبلیغات پیرامون این مطالعه در تدوین قانون شفافیت در دریافتی پزشکان^۱، قانونی پیشنهادی (S.103, 111th Congress, 1st Session 2009)، که بسیاری از عناصر برنامه‌های مینه‌سوتا و ورمونت را ترکیب کرده و به عنوان بخشی از اقدامات تحول سلامت ملی در مجلس سنای آمریکا مطرح شده، نقش اساسی داشته است (Physician Payments Sunshine Act of 2009).

ایجاد «کارت گزارش» برای بیمارستان‌ها و مراکز سلامت یکی دیگر از سازوکارهای ترویج شفافیت است. در این روش، هدف تشویق به ارائه مراقبت‌های با کیفیت بهتر است. گاهی اوقات کارت‌های گزارش‌دهی توسط سازمان‌های ناظر بر مصرف‌کننده، شرکت‌های خصوصی، سازمان‌های بیمه یا اداره‌های دولتی ایجاد می‌شوند. به عنوان نمونه می‌توان به کارت گزارش بیمارستان کلرادو^۲ که هدف آن ایجاد دسترسی عمومی به داده‌های کیفی بیمارستان «به‌طور روشن و قابل استفاده» و کارت‌های گزارش شهروندان بنگلور که توسط مرکز امور عمومی غیرانتفاعی (PAC)^۳ بنگلور هند اجرا شده، اشاره کرد. در سال ۲۰۰۰، PAC کارت گزارشی برای ارزیابی خدمات مراقبت‌های سلامتی که برای نیازمندان شهری ارائه می‌شد، ایجاد کرد. یافته‌های این کارت گزارش، نشان‌دهنده رضایت پایین بیماران، امکانات رفاهی ضعیف و فساد گسترده در قالب رشوه و پرداخت زیرمیزی برای مراقبت بود. این مطالعه گزارش داد که فقط ۴۳ درصد بیماران به توالت‌های قابل استفاده و کمتر از ۴۰ درصد به داروی رایگان

- 1.. Physician Payment Sunshine Act
- 2.. www.cohospitalquality.org
- 3.. Public Affairs Centre

مطابق الزامات سیاستی دولت دسترسی داشتند. PAC از این اطلاعات برای تحت فشار قرار دادن شهرداری استفاده کرد و سپس با مشارکت شهرداری بنگلور برای پیاده‌سازی اصلاحات همکاری کرد. یک ارزیابی در سال ۲۰۰۴ نشان داد که خدمات به طور قابل توجهی بهبود یافته بودند، از جمله وظایف نظافتی و لباسشویی برای پاسخ‌گویی بهتر برون‌سپاری شده، پرستاران واجد شرایط جایگزین کارکنان آموزش ندیده شده، هیئت نظارتی با شورای منتخب و اعضای از شهروندان برجسته ایجاد شده و یک منشور شهروندی که حقوق بیماران را تعریف می‌کرد ایجاد شده بود (Ravindra 2004). به صورت مشابه، پروژه کارت گزارش‌دهی شهروندی در اوگاندا نشان داد که ایجاد شفافیت، کیفیت و کمیت ارائه خدمات سلامت را افزایش داده و پیامدهای سلامت، مانند افزایش نرخ ایمن‌سازی و کاهش زمان انتظار را بهبود بخشیده است (Gauthier and Reinikka 2007, 43-4).

شفافیت زمانی می‌تواند مروج عملکرد بهتر بوده و با اتلاف و کلاهبرداری مبارزه کند که از آن برای افزایش توانایی مشاهده عملکرد کارکنان در یک سازمان استفاده شود. به عنوان مثال در غنا، وزارت بهداشت نگران سوءاستفاده احتمالی از وسایل نقلیه و منابع سوخت بود. مقامات وزارتخانه از کارکنان حمل و نقل خواستند که میزان مصرف سوخت را محاسبه کرده و نتایج را بر روی تابلوی اعلانات نمایش دهند. بلافاصله پس از انتشار اطلاعات، متوسط مصرف سوخت از ۵,۵ به ۶,۳ کیلومتر بر لیتر افزایش یافت (بهبودی ۱۵ درصدی). با ادامه این طرح در طول چند سال، سرانجام ۷۰ درصد بهبود در مصرف حاصل شده و هزینه‌های استفاده از خودرو به میزان چشمگیری کاهش یافت. در مقابل، محققان خاطرنشان کردند که در ساحل عاج، فقدان مستندات استفاده از خودرو سوءاستفاده‌هایی مانند کلاهبرداری در سوخت و استفاده غیرمجاز از وسایل نقلیه را پنهان کرده و پاسخ‌گو کردن مدیران را دشوار می‌کند (Abt Associates 2001, 27).

شفافیت همچنین نقش مهمی در حکمرانی نظام‌های بیمه درمانی پایه در استونی و شیلی ایفا می‌کند (Savedoff and Gottret 2008). هر دو کشور الزاماتی برای گزارش‌دهی منظم داده‌ها و عملکرد مالی به هیئت مدیره و مقامات مالی پیاده‌سازی کردند، اما استونی علاوه بر آن یک کارت امتیازی متوازن ایجاد کرد که میزان استفاده از منابع را به دستیابی سازمان به اهداف عملکردی وابسته می‌کرد. علاوه بر این، هر دو کشور از اینترنت برای ایجاد

دسترسی به داده‌های مالی و عملکردی برای نظارت عمومی استفاده کردند. نمونه‌های دیگر طیف گسترده‌ای از اقدامات در راستای ایجاد شفافیت را نشان می‌دهد که می‌توانند پاسخ‌گویی در استفاده از منابع عمومی را بهبود بخشد. به گفته WHO، اشتراک‌گذاری «لیست سفید» اسامی تامین‌کنندگان معتبر و از پیش تعیین شده و به اشتراک‌گذاری اطلاعات قیمت‌های پرداخت شده، به قیمت پیشنهادی عرضه‌کنندگان فشاری نزولی وارد کرده و به کاهش فرصت‌های رشوه کمک می‌کند. علنی کردن لیست انتظار بیمارستان، راهکاری است که در کرواسی برای کاهش رشوه دادن بیماران به پزشکان برای رعایت نکردن صف استفاده می‌شود. در نیجریه، تحلیل اطلاعات بودجه که در دسترس عمومی بودند به رد ادعاهای مقامات مبنی بر پرداخت نکردن حقوق کارکنان به دلیل کمبود بودجه کمک کرده و در عوض نشان داد که وجوه به طور غیرقانونی منحرف شده‌اند.

چالش‌ها

اگرچه مزایای شفافیت واضح است، اما اقدام برای شفاف‌سازی، هزینه‌ها و چالش‌هایی برای پایداری نظام دارند. برنامه‌هایی برای تسهیل انتشار منظم اطلاعات باکیفیت و قابل فهم و در دسترس قرار دادن آنها برای کسانی که تحت تأثیر تصمیم‌ها قرار دارند، می‌تواند پرهزینه باشد. برای مثال، تهیه هر کارت گزارش بنگلور نیاز به ۷ ماه زمان و مبلغی تا ۱۲ هزار دلار داشت. همان‌طور که در فصل ۱۰ توضیح داده شد، ایجاد پایگاه داده مقایسه‌ای قابل استفاده از داده‌های تدارک داروهای HIV/AIDS بیش از ۶ ماه به طول انجامید و برای دستیابی به شفافیت کامل در اطلاعات قیمت دارو، به آموزش بیشتر و بهبود نظام نیاز بود.

اقدامات در راستای ایجاد شفافیت باید به منظور به حداقل رساندن هزینه‌های تکراری با تمرکز بر انتشار داده‌های از قبل جمع‌آوری شده دولت، از جمله اسناد بودجه‌ای، گزارشات حسابرسی و داده‌های بهره‌مندی طراحی شوند. علاوه بر این، کارت‌های گزارش‌دهی یا سایر اقدامات برای افشای فعالانه، باید از نظام‌هایی استاندارد که بر اساس فعالیت‌های عادی دولت پایه‌ریزی شده‌اند برای جمع‌آوری داده‌ها، گزارش‌دهی و انتشار اطلاعات استفاده کنند. برای ارزیابی هزینه‌های مداخلات جایگزین برای دستیابی به شفافیت و تعیین میزان صرفه‌جویی‌های هزینه‌ای حاصل از پیشگیری از کلاهبرداری و سوءاستفاده به اقدامات بیشتری نیاز است.

شفافیت یکی از ویژگی‌های اساسی حکمرانی خوب و وسیله‌ای برای جلوگیری از سوءاستفاده از قدرت در بخش سلامت است. دستیابی به هدف شفافیت بیشتر در سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت، مستلزم آن است که ذی‌نقشان مورد نظر ابتدا، قبل از تعیین اولویت‌ها و راهبردهای اجرایی، درک مشترکی از شفافیت ایجاد کنند. با تعریف اطلاعاتی که باید افشا شوند، ناظر، افشاکننده و ابزارهای انتقال اطلاعات، سازمان‌ها می‌توانند در مورد معنای شفافیت و نحوه اجرای موثر آن به اجماع نظر برسند.

References

1. Abt Associates, Inc., Bill and Melinda Gates Children's Vaccine Program, WHO. February 2001. Transport in Primary Healthcare, Composite Report.
2. Emanuel, E.J., and L.L. Emanuel. 1996. What is accountability in health care? *Annals of Internal Medicine* 124, no. 2:229–39.
3. Fung, A., M. Graham, and D. Weil. 2007. Full disclosure: The perils and promise of transparency. New York: Cambridge University Press.
4. B., and R. Reinikka. 2007. Methodological approaches to the study of institutions and service delivery: A review of PETS, QSDS and CRCS. African Economic Research Consortium Framework paper. August.
5. Physician Payments Sunshine Act of 2009, S.301, 11th Congress, 1st Session, 2009.
6. Ravindra, A. 2004. An assessment of the impact of Bangalore Citizen Report Cards on the performance of public agencies. ECD Working Paper Series 12, World Bank, Washington, DC.
7. Ross, J.S., J.E. Lackner, P. Lurie, C.P. Gross, S. Wolfe, and H.M. Krumholz. 2007. Pharmaceutical company payments to physicians: Early experiences with disclosure laws in Vermont and Minnesota. *JAMA*. 297, no. 11:1216–23.
8. Savedoff, W.D., and P. Gottret. 2008. Governing mandatory health insurance: Learning from experience. Washington, DC: World Bank.
9. Transparency International. 2006. Global corruption report 2006: Special focus: Corruption and health. London and Ann Arbor, MI: Pluto Press.
10. Transparency International. 2009. www.transparency.org/newsroom/faq/corruptionfaq (accessed August 25, 2009).

استفاده از پایش عملکرد مالی برای ارتقای شفافیت و پاسخ‌گویی در نظام‌های سلامت

David Collins and Taryn Vian

افشای فساد در بخش سلامت به دلیل تعدد اشکال و همچنین تلاش افراد برای پنهان کردن خطاهایشان دشوار است. همان‌طور که در فصل‌های قبل شرح داده شد، نظارت‌ها و حسابرسی‌های داخلی راهی مهم برای تقویت نظام‌های مالی برای شناسایی و جلوگیری از فساد است. با اینکه یافته‌های پایش مالی استاندارد محدود است، خوشبختانه نظام‌هایی که ارتباط بین گردش مالی و ارائه خدمت، یعنی «پایش عملکرد مالی» را اندازه‌گیری و گزارش می‌کنند، می‌توانند طیف وسیعی از مشکلات را آشکار کنند. هنگام پیاده‌سازی، این نظام‌ها شفافیت را به شیوه‌هایی افزایش می‌دهند که از فساد جلوگیری می‌کند.

این فصل درخصوص پایش عملکرد مالی و چگونگی یاری‌رسانی آن به جلوگیری از فساد در بخش سلامت بحث می‌کند. با استفاده از تجربیات گروه‌های مدیریت سلامت محله در آفریقای جنوبی، این فصل مداخلات قابل استفاده برای بهبود نظام‌های برنامه‌ریزی و گزارش‌دهی سلامت محله، از جمله ادغام داده‌های مالی و بهره‌مندی از خدمت و استفاده از تطبیق هزینه استاندارد را مورد بحث قرار می‌دهد. در این فصل توضیح می‌دهیم که چگونه این راهبردها شفافیت و پاسخ‌گویی را افزایش داده و توجه مدیریتی را بر مناطق آسیب‌پذیر در برابر سوءاستفاده متمرکز کرده‌اند.

نظام‌های پایش مالی: چالش‌ها و گزینه‌ها

پایش عملکرد مالی جزئی از مجموعه نظام‌های نظارت مدیریتی است. پایش بهبود یافته می‌تواند احتمال شناسایی ناهنجاری‌ها را افزایش داده و به تعیین اهمیت مشکل کمک کند. نظارت و گزارش‌دهی قوی‌تر مدیریت می‌تواند نه‌تنها برای جلوگیری از فساد، بلکه برای ناکارآمدی نیز کمک‌کننده بوده و انگیزه‌ای برای مدیریت دقیق‌تر و پاسخ‌گوتر فراهم آورد.

با وجود این مزایای بالقوه، امروزه در بسیاری از کشورهای در حال توسعه پایش مالی به مقایسه هزینه‌ها با بودجه محدود می‌شود. این امر به ندرت فساد یا هدر رفت منابع را تشخیص می‌دهد زیرا به‌طور کلی بودجه نحوه ارتباط مبالغ هزینه شده با اهداف ارائه خدمت را نشان نمی‌دهد و علاوه بر این ممکن است نحوه تخصیص بودجه برای تسهیل فساد شکل داده شود. به عنوان مثال، مدیران ممکن است برای کارگاه‌های غیرضروری بودجه تخصیص دهند تا بتوانند روزانه مبلغی دریافت کنند یا خرید مبلمان اداری جدید را به هزینه در برنامه‌های آموزش بیمار ارجحیت دهند. شیوه‌های سنتی پایش مالی نمی‌تواند چنین سوءاستفاده‌هایی را شناسایی کند.

ثبت ضعیف، پایش عملکرد مالی را مشکل می‌کند. به عنوان مثال، Barnum و Kutzin با مطالعه نظام‌های پرداخت مستقیم در بیمارستان‌های ۲۳ کشور دریافتند که تنها در دو کشور بیمارستان‌ها در حال گردآوری مستندات بودند که با استفاده از آنها می‌توانستند هزینه‌ها را با میزان بهره‌مندی و خدمات ارائه شده تطبیق دهند (Barnum and Kutzin 1993) و تقریباً هیچ بیمارستانی، بیمارانی را که از پرداخت معاف شده بودند، پیگیری نمی‌کرد. مطالعه‌ای در کنیا نشان داد که ۷۸ درصد هزینه‌های دریافتی یک بیمارستان استانی، وصول نشده است. هیچ مستندی از پرداخت هزینه توسط بیماران برای خدمات دریافت شده، یا در صورت پرداخت، هیچ مستندی از دریافت پرداختی‌ها توسط مرکز درمانی وجود نداشت. به طور مشابه، در واحدهای دولتی در گینه، تعیین نرخ درآمد غیرممکن بود زیرا خدمات ارائه شده به بیمارانی که توانایی پرداخت نداشتند، ثبت نشده بودند (Newbrander et al. 2000).

مشکل دیگر این است که به طور سنتی، نظام‌های مالی و ارائه خدمت به طور جداگانه مدیریت می‌شوند و مسئولیت مالی برعهده مدیران مالی یا کارکنان حسابداری بوده و ارائه خدمت به عهده کارکنان بالینی و مدیران فنی است. یکی از مدیران پرستاری آفریقایی رابطه خود با دفتر حسابداری را این‌گونه توصیف کرد: «ما در بخش‌ها کار می‌کنیم، آنها به جلسات می‌روند». وجود این مرزهای صنفی، همراه با فقدان آموزش مدیریتی، تولید شاخص‌های عملکرد مالی دقیق و به‌هنگام و استفاده صحیح از آنها را دشوار می‌سازد. پیاده‌سازی نظام تامین مالی مبتنی بر عملکرد در برخی کشورها ممکن است پیشرفت‌هایی به همراه داشته باشد، اما نظام‌ها همچنان ضعیف باقی می‌مانند. در لسوتو، تخصیص بودجه مبتنی بر برنامه

چندین سال است که اجرا شده، اما هزینه‌های واقعی به تفکیک برنامه در نظام حسابداری ثبت نمی‌شود و مدیران نمی‌توانند عملکرد برنامه در مقابل بودجه تخصیص یافته را نظارت کنند (Vian 2009).

برای پایش مؤثر عملکرد مالی، به اطلاعاتی از چگونگی استفاده از منابع برای دستیابی به نتایج نیاز داریم. با ترکیب داده‌های مالی و خدمات ارائه شده، می‌توان شاخص‌های عملکردی، مانند متوسط درآمد و هزینه به ازای خدمت را تولید کرده و با اهداف یا استانداردها و یا با شاخص‌های عملکردی مشابه در سایر مراکز مقایسه کرد. انتقال به موقع نتایج به مدیران ارشد و نهادهای نظارتی، می‌تواند آغازگر و سرعت بخش ایجاد بحث و عمل باشد؛ همان‌طور که در نمونه زیر نشان داده شده است.

نمونه آفریقای جنوبی

یکی از کشورهایی که از پایش عملکرد مالی برای ارتقای پاسخ‌گویی و شفافیت بیشتر در بخش سلامت استفاده کرده، آفریقای جنوبی است. چهار سال پس از سقوط آپارتاید، نظام مراقبت‌های سلامت آفریقای جنوبی مشکلات حکمرانی زیادی از جمله فقدان الگوهای آورده و هزینه‌های شهروندان که منعکس‌کننده نیازهای بهداشتی واقعی مردم نبود، داشت. بودجه‌بندی دلخواه بوده و نظام‌های ثبت سوابق، اطلاعاتی برای پاسخ‌گو کردن مسئولان در قبال عملکردشان فراهم نمی‌کردند. در سطح منطقه‌ای، هر یک از نظام‌های برنامه‌ریزی، بودجه‌بندی، حسابداری و اطلاعات سلامت وجود داشتند، اما ضعیف بوده و به مانند انبار عمل می‌کردند و ارتباطات متقابل کمی داشتند. برنامه‌های ارائه خدمت سالانه ایجاد شده و سپس به ندرت مجدداً مورد ارجاع قرار می‌گرفتند. بودجه‌ها تدوین و سپس تکه تکه می‌شدند، در نتیجه اعداد به دست آمده با هزینه‌های واقعی خدماتی که از منطقه‌ها انتظار می‌رفت ارائه کنند، مطابقت نداشت. برای ارائه گزارشات مورد نیاز کاغذ زیادی استفاده شد اما هیچ اطلاعاتی برای نظارت بر عملکرد در مقایسه با برنامه‌ها یا بودجه‌های مصوب وجود نداشت. همان‌طور که یکی از مدیران منطقه می‌گوید: «ما مجبور به تغییر شدیم. ما از نظام مراقبت‌های سلامت ناامید شده بودیم و هیچ اطلاعات مفیدی برای مبنای مدیریت قرار دادن نداشتیم. این امر بر توانایی ما در ارائه خدمات سلامت با کیفیت تأثیر به‌سزایی داشت».

در سال ۱۹۹۷، وزارت بهداشت برنامه‌ای برای گسترش دسترسی عادلانه به خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه آغاز کرد. با حمایت یک اهداکننده، دولت در تلاش بود تا ظرفیت گروه‌های بهداشتی منطقه را افزایش دهد تا از منابع به طور مؤثرتری برای برآوردن اولویت‌های سلامت استفاده کنند. گروه‌های سلامت منطقه علاوه بر برنامه‌های بهداشت عمومی مانند ایمن‌سازی، مراقبت‌های بهداشتی باروری، ارتقای سلامت و کنترل بیماری، تیم‌های سلامت منطقه، مراقبت‌های بیمارستانی و مراقبت‌های بالینی مبتنی بر مراکز بهداشتی را نیز در صدها مرکز دولتی مدیریت می‌کنند.

برنامه عملیاتی

پاسخ‌گویی در قبال عملکرد نظام مراقبت‌های سلامت استفاده معقول از منابع در مسیر دستیابی به اهداف را می‌طلبد. برای ایجاد شفافیت در این فرایند، باید هزینه‌ها در مقابل آنچه تولید شده، بررسی شوند. مدیر منطقه، کارمند اطلاعات و کارمند امور مالی باید برای یافتن روابط بین نحوه تخصیص منابع و نحوه استفاده از آنها برای ارائه خدمت همکاری کنند. کلید افزایش پاسخ‌گویی در مدیریت سلامت منطقه، پیوند دادن خدمات برنامه‌ریزی شده و واقعی با منابع مورد استفاده برای ارائه آنها و مقایسه عملکرد در طول زمان، با اهداف و مراکز مشابه است. از آنجا که بسیاری از کارکنان مناطق بهداشتی آموزش مدیریتی ندیده‌اند، شروع با پایه‌ریزی نظامی ساده مهم است.

پروژه با معرفی یک نظام برنامه‌ریزی و گزارش‌دهی بهداشت منطقه‌ای به عنوان بخشی از ابلاغیه و برای اجرای چارچوب هزینه‌کرد میان‌مدت وزارت بهداشت آغاز شد. این امر با مرکزیت بررسی و تحلیل سالانه خدمات سلامت و عملکرد مالی، از جمله شاخص‌های کلیدی مانند تعداد خدمت ارائه شده در روز (به طور کلی و به ازای هر پرستار)، هزینه ویزیت هر بیمار و تخت روز (هزینه کلی و هزینه ملزومات)، هزینه پرسنل، دارو و نگهداشت و درآمد حاصل از پرداخت از جیب به ازای بیمار ترخیص شده، بود. این شاخص‌ها طی ۳ سال با اهداف و مراکز مشابه مقایسه شدند.

برنامه‌ها و گزارش‌های سالانه به شهرداری، سایر گروه‌های منطقه و اداره بهداشت استان فرستاده شد که فرصتی برای ارزیابی خارجی، ارزیابی توسط هم‌تایان و به صورت سلسله‌مراتبی و

افزایش پاسخ‌گویی فراهم کرد. همچنین هر مرکز و منطقه موظف به نظارت و ارائه ماهانه گزارش عملکرد نیز بود که این گزارشات به صورت فصلی مورد بررسی قرار می‌گرفت و نظام‌های نظارتی مکمل نیز معرفی شدند که حوزه‌های مرتبط، مانند سرپرستی مراکز را پوشش می‌دادند. به کمک این پروژه، وزارت بهداشت نظام برنامه‌ریزی و گزارش‌دهی سلامت منطقه‌ای را در سراسر کشور اجرا کرده و دفترچه راهنمایی به عنوان ابزار مرجع برای گروه‌های مدیریت مناطق تهیه کرد (National Department of Health, Republic of South Africa 2003).

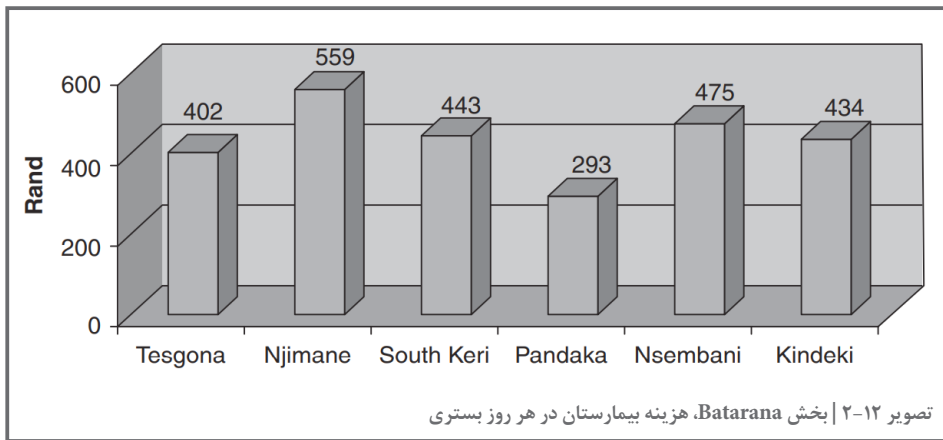
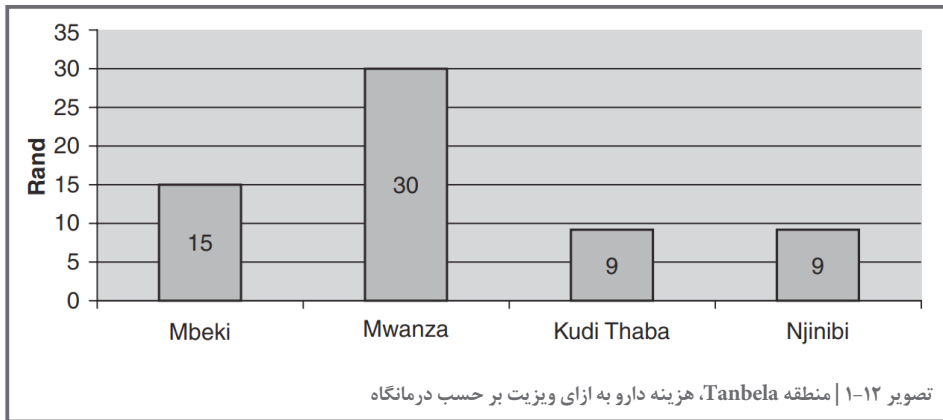
نتایج

دولت به منظور تشخیص مشکلات، داده‌های مالی و عملکردی را در چندین سطح مقایسه کرد. پایه‌گذاری این پروژه نیازمند زمان، آموزش و کمک‌های فنی زیادی برای برنامه‌ریزی و بودجه‌بندی در هر یک از مناطق بود. سرانجام گروه‌های مدیریتی، اکثراً برای اولین بار، گزارش‌های سالانه منطقه‌ای را با شاخص‌هایی که داده‌های مالی و بهره‌مندی را ترکیب می‌کرد، برای مناطق خود تهیه کردند.

در منطقه Tanbela، کارکنان هزینه دارو به ازای ویزیت را برای هر درمانگاه محاسبه و با هم مقایسه کردند که در شکل ۱۲-۱ نشان داده شده است.

نتایج شگفت‌انگیز بوده و بحث زیادی برانگیخت. کارکنان دریافتند که مصرف دارو در کلینیک Mwanza بسیار زیاد و بیش از سه برابر هزینه دارو به ازای ویزیت در دو مرکز دیگر است. اگرچه می‌توان توضیحی منطقی برای هزینه بالای دارو در Mwanza ارائه کرد، مانند ترکیب متفاوت خدمات ارائه شده، اما بدون این تحلیل اولیه، هیچ‌کس به فکر پرسش و مطالبه نبود. این اطلاعات مدیران را قادر به تحقیق در مورد سوءاستفاده احتمالی، انحراف منابع، ناکارآمدی، یا دلایلی قانع‌کننده که توجیه‌گر تفاوت هزینه‌ها باشند، ساخت. مقایسه کل هزینه دارو به ازای کلینیک به‌اندازه مقایسه هزینه‌ها به ازای هر ویزیت مفید نخواهد بود، زیرا کل هزینه تعداد متفاوت مراجعات در کلینیک‌های مختلف را در نظر نمی‌گیرد.

منطقه Batarana از شیوه‌های مشابهی برای پایش عملکرد مالی استفاده و هزینه به ازای واحد را در بیمارستان‌ها مقایسه کرد (شکل ۱۲-۲).



کارکنان منطقه هزینه‌هایی بیش از حد متوسط در بیمارستان Njimane مشاهده کرده و گزارش عملکرد، مبنایی برای گفتگوی پویا در خصوص دلایل هزینه‌های بالا را فراهم کرد. برخی از سؤالاتی که مردم مطرح کردند شامل موارد زیر است: کدام بخش از هزینه‌های بیمارستان Njimane «قابل کنترل» است، یعنی تیم مدیریت با تصمیمات خود بر چه بخشی از هزینه‌ها می‌تواند تأثیر بگذارد؟ آیا در آن سال مراجعه به بیمارستان، یا مدت اقامت بیماران کمتر از حد انتظار بوده و منجر به هزینه بیشتری برای هر تخت-روز شده است؟ آیا هزینه‌ها به دلیل هدررفت منابع توسط پرسنل بالا بود یا اینکه آنها با انجام آزمایش‌های بیشتر مراقبت باکیفیت‌تری ارائه کردند؟ نمودارها به تنهایی به این سؤالات پاسخ نمی‌دهند، اما برای اولین بار به سرپرستان اجازه طرح پرسش داده و مدیران بیمارستان را ملزم به پاسخ‌گویی در مقابل تصمیمات عملیاتی یا عوامل زمینه‌ای که منجر به افزایش هزینه‌ها می‌شد، کردند.

اکنون مدیران قادر به بررسی دقیق برخی مخارج با جزئیات بیشتری بوده و همچنین آنها به خصوص در مورد هزینه‌های مواد غذایی نگران بودند، زیرا هزینه بالا برای هر وعده غذایی می‌تواند نشان‌دهنده تورم در قیمت‌های ارائه شده توسط پیمانکاران خصوصی که با بیمارستان قرارداد برون‌سپاری دارند بوده یا شاهی بر تهیه مواد غذایی مازاد با هدف استفاده نامربوط باشد. مدیران دریافتند که بیشترین هزینه برای هر وعده غذایی در بیمارستان Njimanane است و تصمیم گرفتند نظارت خود را بر این زمینه متمرکز کنند.

مقایسه هزینه بین مراکز برای شناسایی ناهنجاری‌ها مفید است، اما اگر همه مراکز کمتر یا بیش از حد هزینه کنند چه می‌شود؟ برای شناسایی این نوع مشکل، باید هزینه‌ها با یک هنجار یا استاندارد مقایسه شوند. این نگرانی باعث شد منطقه «Gauteng» تحلیل دقیق‌تری از مقایسه هزینه‌های واقعی کلینیک با هزینه‌های استاندارد انجام دهد (Collins and Lewis 2003). هزینه‌های استاندارد توسط یک گروه تخصصی از پرسنل بهداشتی و براساس برآوردهای کمی از زمان صرف شده توسط کارکنان، دارو، آزمایشات و هزینه‌های عملیاتی مورد نیاز برای ارائه خدمات با کیفیت خوب، برای هر نوع خدمت تدوین شد. محاسبه ساده میانگین هزینه هر خدمت نشان داد که یکی از کلینیک‌ها بیش از دو برابر دیگر مراکز هزینه می‌کند، اما تحلیل هزینه استاندارد نشان داد کلینیکی که «بیش از حد هزینه» می‌کرد نسبت به سایر مراکز به منابع بیشتری نیاز داشت، زیرا طیف متفاوتی از خدمات، از جمله مقدار زیادی خدمت پرهزینه، ارائه می‌داد. بنابراین بخشی از تفاوت هزینه‌ها را می‌توان با طیف متفاوت خدمات ارائه شده توضیح داد. جالب اینجاست که هر دو کلینیک نسبت به آنچه که واقعاً برای ارائه خدمات نیاز داشتند، بودجه بسیار کمتری دریافت می‌کردند. حتی کلینیکی که به نظر می‌رسید بیش از حد هزینه می‌کند، در واقع با کمبود بودجه مواجه بود.

در حالی که آفریقای جنوبی گام‌های بلندی در اجرای پایش عملکرد مالی در بخش سلامت برداشته، فقدان آمار مناسب از خدمات ارائه شده مانعی برای پیشرفت است. به عنوان مثال، در حالی که داده‌های کل مراجعات از طریق نظام اطلاعات سلامت مراکز درمانی گردآوری می‌شود، داده‌ها به مدیران اجازه تحلیل براساس نوع مراجعه را نمی‌دهد. نظام‌های اطلاعات سلامت که برای اندازه‌گیری میزان شیوع بیماری و نرخ درمان طراحی شده‌اند، ممکن است داده‌های کافی برای اندازه‌گیری بهره‌وری و کارایی یک مرکز را نداشته باشند. برای حل این

مشکل، یک بخش گزینه‌ای ثبت «تیک زدنی» با ستون‌هایی که تعداد کل هر نوع خدمت ارائه شده را نشان می‌دهد، ایجاد شد. با تقویت نظام‌های مورد استفاده برای گزارش آمار خدمات ارائه شده، مدیران بهتر می‌توانند داده‌های هزینه واحد را کاویده، علل ریشه‌ای مشکلات عملکردی را شناسایی کرده و از پاسخ‌گویی کامل نمایندگان دولتی اطمینان حاصل کنند.

نتیجه

نیاز به نظام‌ها و ابزارهای نظارت مدیریتی در حال افزایش است، زیرا دولت‌های بیشتری در حال حرکت به سمت تمرکززدایی و برون‌سپاری خدمات سلامت هستند. تلاش‌های آفریقای جنوبی برای بهبود عملکرد و پیگیری هزینه‌ها در سطح استانی و منطقه‌ای منجر به نظارت بهتر مدیریت شده و اطلاعات مفیدی برای پاسخ‌گویی نمایندگان دولتی فراهم می‌کند. موفقیت آفریقای جنوبی نشان می‌دهد آنچه شما اندازه‌گیری می‌کنید، واقعاً بر آنچه مردم انجام می‌دهند، تأثیر گذار است. برای مهار فساد، وجود نظامی که به جای واگذاری صرف مسئولیت بودجه بر دوش کارمندان بخش مالی و مسئولیت ارائه خدمت بر دوش کادر بالینی، مسئولیت هزینه‌ها و خروجی‌ها را تجمیع کرده و مدیر مجموعه را پاسخ‌گو می‌کند، ضروری است.

Notes

1. EQUITY Project, 1997–2003, with funding from USAID.
2. Figures in this chapter use real data but with disguised district and clinic names.

References

1. Barnum, H., and J. Kutzin. 1993. Public hospitals in developing countries: Re- source use, cost, financing. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
2. Collins, D., and E. Lewis. May 2003. A cost analysis of primary health care services. Boston, MA: The EQUITY Project, Management Sciences for Health.
3. National Department of Health, Republic of South Africa. 2003. Guide- lines for Dis- trict Health Planning and Reporting. www.doh.gov.za/docs/factsheets/guidelines/dhp/index.html.
4. Newbrander, W., D. Collins, and L. Gilson. 2000. Ensuring equal access to health ser- vices: User fee systems and the poor. Boston, MA: Management Sciences for Health.
5. Vian, T. 2009. Good governance and performance based budgeting: Fac- tors affect- ing reform progress in Lesotho hospitals. PhD dissertation, Boston University, Boston, MA.

Further Reading

- Collins, D., Z. Jarrah, and P. Gupta. February 2009. Cost and funding projections for the minimum package of activities of the Ministry of Health, Royal Government of Cambodia. The BASICS Project (USAID). This report describes a recent example of using the standard costing approach.
- Management Sciences for Health. 2009. The current version of the tool used to estimate standard costs is called CORE Plus. The tool and a manual can be found on the Financial Management page of the Health Manager's Toolkit at <http://erc.msh.org/toolkit/>.
- Management Sciences for Health. The Equity Project 1997–2003: Final report (50 pp.). Boston, MA: Management Sciences for Health. Download by clicking on.pdf file link (2.5 MB) at www.msh.org/programs/southafrica/equity.html.
- National Department of Health, Republic of South Africa. The website of the Department of Health contains many documents of interest, including Financial management: An overview and field guide for district management teams (April 2002). www.doh.gov.za/docs/reports/2002/finance/index.html.
- Shah, A., and C. Shen. 2007. A primer on performance budgeting. In *Budgeting and budgetary institutions*, ed. A. Shaw, chap. 5, 137–178. Public Sector Governance and Accountability Series. Washington, DC: World Bank.
- Soeters, R., and F. Griffiths. 2003. Improving government health services through contract management: A case from Cambodia. *Health Policy and Planning* 18, no. 1:74–83.
- WHO has several sets of useful guidelines and documents relating to health resource planning and analysis available at www.who.int/management/resources/finances/en/index.html.

نظرسنجی شفافیت بودجه، جامعه مدنی و پیگیری هزینه‌های عمومی

William D. Savedoff and Ethan Joselow

مقدمه

دولت‌ها نقش مهمی در تأمین مالی یا ارائه خدمات سلامت ایفا می‌کنند، اما در اغلب موارد پیوند بین هزینه‌ها و خروجی‌ها ضعیف است. صرف هزینه‌های قابل توجه در بخش سلامت و محدود و بی‌کیفیت بودن خدمات ارائه شده، نشانه‌هایی از حکمرانی ضعیف است. ممکن است دولت در حال صرف هزینه برای چیزهای اشتباه یا در مکان‌های اشتباه باشد، ممکن است منابع را از طریق مدیریت ناکارآمد هدر دهد یا از دست دادن پول ممکن است به دلیل فساد باشد. نتیجه این هدررفت به هر دلیلی که باشد، برنامه‌های بی‌اثری است که مقدار و کیفیت خدمات سلامت در دسترس عموم را محدود می‌کند.

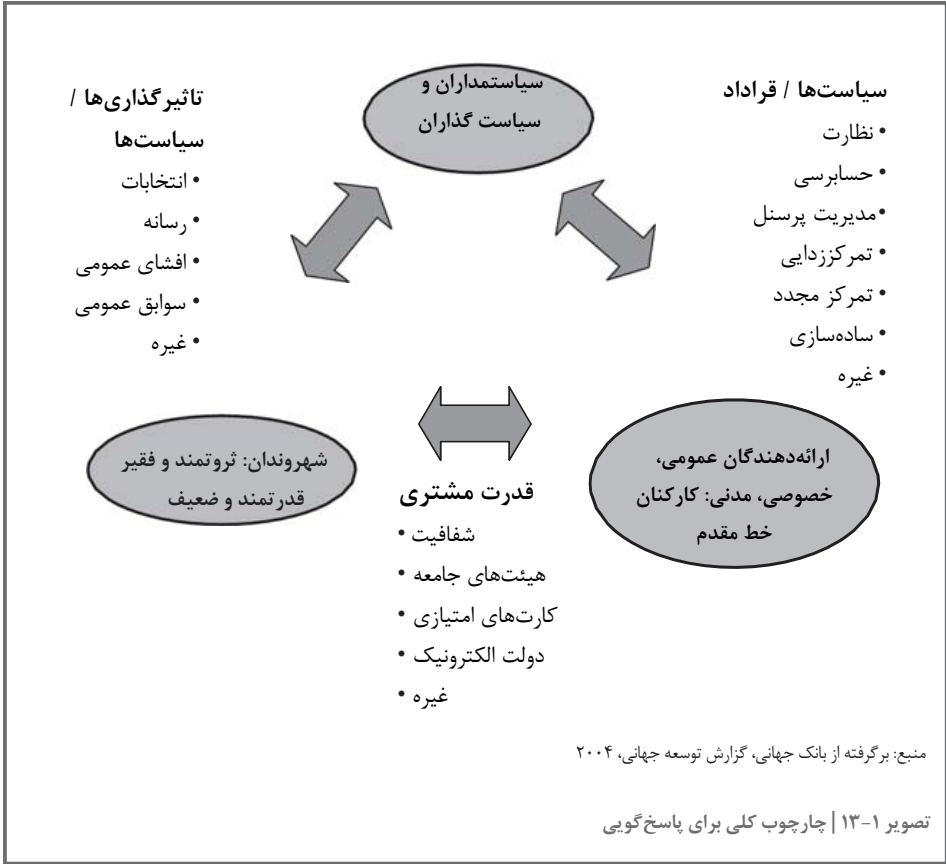
حصول اطمینان از مصرف درست بودجه عمومی در راه افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی و بهبود سلامت جامعه امری نیست که بتوان با پیاده‌سازی صرفاً یک اصلاح در نظام به آن دست یافت. این امر نه تنها شامل قوانین، مقررات و نهادهای اداری یک کشور است، بلکه شامل سیاست‌ها و سازوکارهای آن برای پاسخ‌گویی در قبال جامعه نیز می‌شود. با جمع‌آوری، انتشار و استفاده از اطلاعات مربوط به هزینه‌های دولت، عموم مردم می‌توانند فرصت‌های فساد را محدود کرده و نهادهای رسمی را برای انجام وظایف خود تحت فشار قرار دهند. در حالی که فصل ۱۲ نقش پایش عملکرد مالی در بهبود شفافیت و پاسخ‌گویی نسبت به هزینه‌های عمومی را بررسی کرد، این فصل نقش افشای عمومی را به روشی مشابه بررسی خواهد کرد. این فصل چارچوبی برای درک پاسخ‌گویی، با برجسته کردن اهمیت اطلاعات و شفافیت، ارائه می‌دهد و سپس در مورد روش‌هایی که کشورها برای شفاف‌سازی هزینه‌های عمومی استفاده کرده‌اند و راه‌هایی که جامعه مدنی می‌تواند از طریق آن دولت‌ها را برای علنی‌تر کردن فرایندهایشان تحت فشار قرار دهد، بحث می‌شود. این فصل با بررسی نظرسنجی‌های پیگیری هزینه‌های عمومی (PETS) که رویکردی است برای شناسایی مشکلات در مدیریت مالی دولت، هنگامی که دولت نمی‌تواند یا نمی‌خواهد اطلاعات بودجه و هزینه‌های عمومی را گردآوری و پردازش کند، به پایان می‌رسد.

هزینه‌های عمومی، شفافیت و پاسخ‌گویی

به منظور بهبود هزینه‌های عمومی، باید روابط بین سیاست‌مداران و سیاست‌گذاران، ارائه‌دهندگان خدمات و شهروندان را درک کنیم (شکل ۱۳-۱). در بازارهای خصوصی، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مستقیماً در برابر افرادی که از خدمات آنها استفاده کرده و هزینه آن را پرداخت می‌کنند، پاسخ‌گو هستند، اما برای مراقبت‌های سلامتی که به صورت دولتی ارائه یا تأمین مالی شده‌اند شرایط متفاوت است. در نظام‌های عمومی، ارائه‌دهندگان خدمات در برابر دولت پاسخ‌گو هستند. یعنی اگر دولت مالک و اداره‌کننده نظام مراقبت‌های سلامت خود باشد، ارائه‌دهندگان خدمت از طریق طیف وسیعی از سازوکارهای مدیریتی و اداری در مقابل سیاست‌مداران و سیاست‌گذاران پاسخ‌گو خواهند بود و اگر دولت فقط هزینه خدمات سلامت را پردازد، ارائه‌دهندگان خدمت همچنان به دولت پاسخ‌گو هستند، اما این بار از طریق قراردادهای مالی. وقتی شهروندان از خدمات دریافتی خود رضایت ندارند، می‌توانند نگرانی‌های خود را به ارائه‌دهندگان اعلام کنند، اما شیوه اصلی مطالبه، پاسخ‌گو کردن آنها از طریق سیاست‌مداران و سازمان‌های دولتی است. شهروندان می‌توانند به اداره بهداشت منطقه شکایت کنند، به وزیر بهداشت نامه بنویسند یا با درخواست کارزار یا نامه به روزنامه‌ها و با استفاده از حق رای به قانون‌گذاران خود و دیگر نمایندگان دولتی فشار بیاورند.

تعداد زیادی از اقدامات اصلاحی عمومی سعی می‌کنند با ارائه راه‌هایی برای بازخورد مستقیم، ارائه‌کوبین‌هایی که شهروندان می‌توانند به عنوان پاداش به ارائه‌دهندگان بهتر دهند یا ایجاد هیئت‌های نظارتی با نمایندگانی از شهروندان، پاسخ‌گویی مستقیم در ارائه‌دهندگان خدمات عمومی نسبت به شهروندان ایجاد کنند. دیگر سیاست‌ها، بر شفاف‌سازی منابع دولت تمرکز می‌کنند تا مردم بتوانند چگونگی استفاده از پول مالیات‌دهندگان را به وضوح ببینند، زیرا تنها زمانی که اطلاعات بودجه عمومی و هزینه‌ها در دسترس باشد، شهروندان می‌توانند به طور مؤثر برای خرج مناسب پول به دولت خود فشار بیاورند.

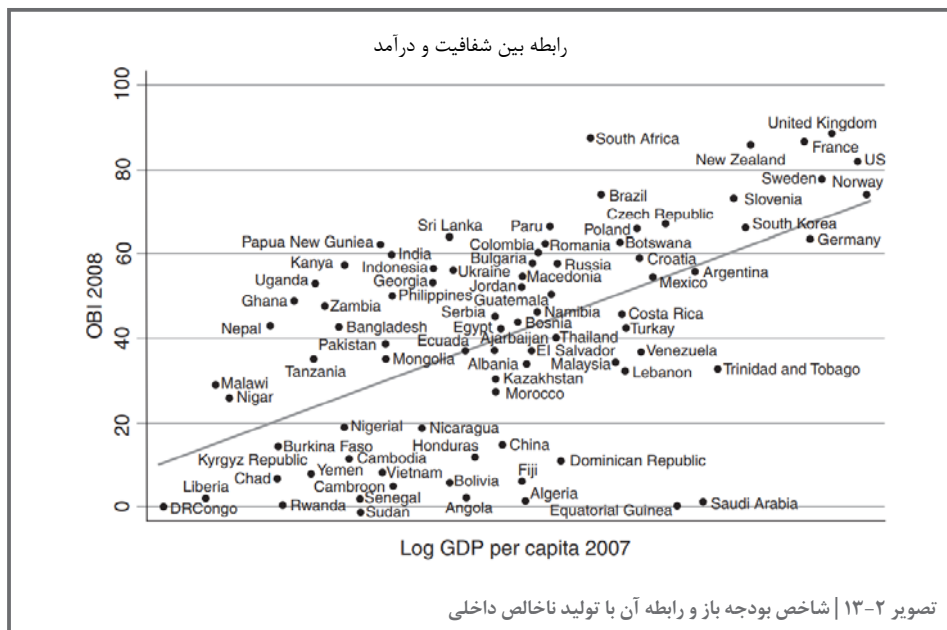
مطالعات نشان داده‌اند که رابطه‌ای معنادار بین شفافیت بودجه و کیفیت حکمرانی وجود دارد. به عنوان مثال، کشورهایی که به دلیل داشتن قوانین آزادی اطلاعات، اطلاعات مربوط به بودجه آنها بهتر علنی و عمومی شده است، حکمرانی کلی بهتری را نیز نشان می‌دهند (Islam 2003). شفافیت بودجه عمومی با درآمد



ملی بالاتر ارتباط مثبت دارد (International Budget Partnership [IBP] 2008; see Figure 13.2) و کشورهای دارای بودجه شفاف‌تر، اعتماد و اطمینان بیشتری در سطح ملی و بین‌المللی ایجاد می‌کنند که در نتیجه آن می‌توانند از بازارهای بین‌المللی اوراق قرضه با هزینه کمتری نسبت به کشورهای بی‌شفافیت کمتر، وام دریافت کنند (Glennerster and Shin 2008).

رابطه بین شفافیت و درآمد

اولین شرط برای اینکه شهروندان بتوانند دولت خود را ملزم به پاسخ‌گویی کنند، دسترسی عمومی به اطلاعات بودجه و هزینه است. اطلاعات مالی ممکن است بسیار پیچیده باشند و علاوه بر آن، اکثر شهروندان فاقد زمان یا تخصص کافی برای تحلیل آنها هستند. بنابراین شرط دوم وجود دسترسی به اطلاعات در قالبی روشن و قابل استفاده است. حتی با وجود اطلاعات



قابل استفاده، دریافت پاسخ از دولت‌ها مستلزم وجود نوعی نمایندگی نهادی از طریق احزاب سیاسی، سازمان‌های غیردولتی (NGO) یا سازمان‌های جامعه مدنی (CSO) است. در صورت دسترسی به اطلاعات عمومی واضح و قابل استفاده، جامعه مدنی می‌تواند بودجه و هزینه‌ها را زیر نظر داشته و دولت را برای مدیریت مسئولانه‌تر پول مالیات‌دهندگان تحت فشار قرار دهد.

مرحله اول: دسترسی به اطلاعات قابل استفاده

در اکثر کشورهای دموکراتیک، شهروندان از حقوقی برای دستیابی به اطلاعاتی از نحوه عملکرد دولت برخوردارند. اگرچه در بسیاری از کشورها این حقوق به شدت محدود شده یا دولت ناتوان از برآوردن آنهاست اما به صورتی فزاینده، از دولت انتظار می‌رود که به جوامع مدنی اجازه دسترسی به اطلاعات دقیق و به‌هنگام در مورد نحوه اتخاذ تصمیم‌های مالی و همچنین پیامدهای آنها بر ذی‌نقشان را بدهد. با این حال، نظرسنجی بودجه باز 2008 IBP نشان داد که از ۸۵ کشور مورد بررسی، تنها پنج کشور اطلاعات گسترده و مفصل را در اختیار مردم قرار داده و در ۲۳ کشور با کمترین عملکرد، مردم قبل از تصویب بودجه به لایحه‌های پیشنهادی آن دسترسی نداشتند (IBP 2008).

راه‌های زیادی برای بهبود دسترسی به اطلاعات مربوط به بودجه و هزینه‌های دولت وجود دارد که در ساده‌ترین موارد، دولت‌های راغب فقط باید اطلاعات موجود را منتشر کنند، اما گاهی اوقات باید مقرراتی تغییر کرده یا قوانین جدیدی تصویب شود تا اجازه انتشار عمومی اطلاعات داده شود. با این حال بسیاری از کشورها همچنان نیاز به تصویب قوانین بنیادینی برای پایه‌ریزی این اصل که «اطلاعات دولت، اطلاعات عمومی است» دارند. یعنی به جای اینکه شهروندان دلایل الزام دسترسی عمومی را اثبات کنند، دولت باید ثابت کند چرا اطلاعات نباید افشا شوند.

یکی از راه‌هایی که آغازکننده این روند در کشورها بوده، تصویب قوانین آزادی اطلاعات است. مندل (۲۰۰۴) ۹ اصل حقوقی را پیشنهاد می‌کند که در صورت تصویب و رعایت آنها، مبنای مناسبی برای دسترسی عموم مردم به اطلاعات مورد نیاز برای پاسخ‌گو کردن دولت نسبت به استفاده از بودجه عمومی فراهم خواهند کرد (کادر ۱، ۱۳). اولین مورد از آنها اصل افشای حداکثری است که عنوان می‌کند «اصل بر الزام به افشای تمامی اطلاعات در اختیار تمامی نهادهای عمومی است و این اصل تنها در مواردی که خطر آسیب جدی به منفعت مشروع عمومی یا خصوصی وجود داشته باشد، از بین می‌رود» (Mendel 2004, 30).

در حالی که استانداردهای شفافیت عمومی به خوبی شناخته شده است، تعداد کمی از کشورها واقعاً آنها را رعایت می‌کنند. حتی در کشورهایی مانند فرانسه، آفریقای جنوبی و انگلستان که شفافیت بالایی دارند، اطلاعات مربوط به بودجه و هزینه برای قابل استفاده شدن باید پردازش و توضیح داده شوند که برای پر کردن این شکاف، سازمان‌های غیردولتی در بسیاری از نقاط تأسیس شده‌اند.

یک مثال، نظارت بر پاسخ‌گویی خدمات عمومی (PSAM)^۱ است که در استان کیپ شرقی آفریقای جنوبی فعالیت می‌کند. PSAM نقش «نظارتی ضدفساد» خود را گسترش داده تا شامل نظارت خارجی فراگیرتری بر برنامه‌ریزی راهبردی سازمان‌های دولتی، شیوه‌های مدیریت مالی و میزان پاسخ‌گویی باشد. PSAM بودجه استان را تحلیل کرده، میزان هزینه‌کرد واقعی را دنبال و این اطلاعات را در قالب‌هایی مختصر و استاندارد منتشر کرده و برای تشویق دولت به بهبود کیفیت داده‌های ارائه شده، شفافیت دولت را به روشنی اندازه‌گیری و منتشر

1. Public Services Accountability Monitor (PSAM) (www.psam.org.za)

می‌کند. به عنوان مثال این سازمان، یک الگوی ارزشیابی برای برنامه‌ریزی راهبردی دولت ایجاد کرده و به طور منظم با استفاده از آن عملکرد دولت را ارزیابی و نتایج را منتشر می‌کند.

کادر ۱-۱۳- فهرست اصول آزادی اطلاعات

- ۱- افشای حداکثری: قانون آزادی اطلاعات باید بر اساس اصل افشای حداکثر هدایت شود.
- ۲- تعهد به انتشار: نهادهای عمومی باید متعهد به انتشار اطلاعات کلیدی باشند.
- ۳- ترویج دولت باز: نهادهای عمومی باید فعالانه دولت باز را ترویج کنند.
- ۴- استثنای محدود: استثنایها باید به روشنی و با دقت ترسیم شده و «آسیب» و «منافع عمومی» آنها باید با دقت آزمایش شود.
- ۵- فرایند تسهیل دسترسی: درخواست برای دسترسی به اطلاعات باید سریع و منصفانه پردازش شده و درخواست بررسی مستقل هرگونه موارد رد درخواست باید قابل اجرا باشد.
- ۶- هزینه‌ها: افراد نباید بدلیل هزینه‌های زیاد از درخواست دسترسی به اطلاعات خودداری کنند.
- ۷- جلسات علنی: جلسات نهادهای دولتی باید برای عموم آزاد باشد.
- ۸- افشای اولویت دارد: قوانینی که با اصل افشای حداکثری سازگار نیستند باید اصلاح یا لغو شوند.
- ۹- حفاظت از افشاگران: از افرادی که اطلاعات مربوط به تخلف را منتشر می‌کنند باید حفاظت شود.

منبع: مندل (۲۰۰۴)

مثال دیگری که در آن سازمانی غیردولتی برای شفافیت دولت را تحت فشار قرار داده، می‌توان در کلرادو (ایالات متحده) یافت. موسسه سیاست مالی کلرادو (COFPI)^۱ مجموعه‌ای از اصول شفافیت ارائه کرده و در گزارشات منظم خود دولت ایالت کلرادو را ارزیابی می‌کند. یکی از قوی‌ترین ابزارهایی که COFPI به کار گرفت «کارت امتیازی شفافیت بودجه» بود. کارت امتیازی نمایش گرافیکی ساده‌ای از هر یک از اصول شفافیت و میزان مطابقت سازمان دولتی با این اصول است (جدول ۱-۱۳).

در مجموع، در حالی که تغییرات قانونی، مانند تصویب قوانین آزادی اطلاعات، می‌تواند اطلاعات بودجه را در دسترس عموم قرار دهد، اغلب چنین تغییرات سیاستی به خودی خود ناکافی است. اگر این اطلاعات با اصطلاحات دشوار مغشوش شده و یا دسترسی به آنها دشوار یا مبهم باشد، عموم مردم نمی‌توانند دولت را پاسخ‌گو کنند. هنگامی که دولت‌ها نتوانند اطلاعات قابل استفاده ارائه دهند، شهروندان و سازمان‌های غیردولتی که از طرف آنها اقدام می‌کنند، می‌توانند به فرایند وارد شده و اطلاعات را به صورتی واضح ارائه داده و با انتشار اقدامات عملکردی در راستای شفافیت، دولت‌ها را برای بازتر و علنی‌تر عمل کردن تحت فشار قرار دهند.

▼ جدول ۱-۱۳ | نمره‌گذاری دولت ایالت کلرادو در مورد شفافیت بودجه

رتبه	امتیاز	حوزه‌های ارزشیابی	خلاصه امتیازدهی	رتبه
*	۱۵۲/۵۲ (۷۳۴)	I. در دسترس بودن بودجه پیشنهادی (فرماندار) از درآمد، هزینه و موجودی بودجه - تاریخی و پیش‌بینی شده	بودجه کلرادو به طور قابل ملاحظه‌ای با شیوه‌های پیشنهاد شده مطابقت دارد	***
***	۲۹/۲۰ (۷۶۹)	II. در دسترس بودن درآمدها، هزینه‌ها و پیش‌بینی موجودی صندوق همچنان که بودجه از طریق مراحل قانونی پیش می‌رود.	بودجه کلرادو در اکثر مواقع با شیوه‌های پیشنهاد شده مطابقت دارد	**
*	۹۷/۳۵ (۷۳۶)	III. در دسترس بودن اطلاعات برای قرار دادن داده‌های بودجه در موقعیت و شرایط زمانی و مکانی.	بودجه کلرادو با برخی از اقدامات پیشنهاد شده مطابقت دارد	*
-	۳۴/۲ (۷۶)	IV. در دسترس بودن اطلاعات تکمیلی مالیاتی و درآمدی	بودجه کلرادو به‌طور حداقلی یا به ندرت با شیوه‌های پیشنهاد شده مطابقت دارد	*
***	۳۸/۹ (۷۲۴)	V. مسائل مربوط به روند بودجه	بودجه کلرادو به طور کلی با شیوه‌های پیشنهاد شده مطابقت ندارد	-

Source: Zelenski (2003)

از اطلاعات قابل استفاده تا حمایت و اقدام: نمونه‌هایی در مکزیک و هند

نقش جامعه مدنی در پاسخ‌گو کردن دولت‌ها، بیش از انتشار اطلاعات واضح و مختصر در مورد بودجه و فرایندهای اجرایی است. گروه‌های ذی‌نفع باید در حالی که وجهه عمومی قابل اعتماد خود را حفظ می‌کنند، اعضای از عموم مردم را برای اعمال فشار بر مقامات نیز سازمان‌دهی کنند. رابطه مشارکتی بین سازمان‌های غیردولتی سازمان یافته، جنبش‌های اجتماعی، دانشگاهیان و رسانه‌ها جزء اساسی یک جنبش قدرتمند و دگرگون‌کننده برای پاسخ‌گو کردن دولت بوده (Robinson 2006) و همچنین نیاز به ظرفیت‌سازی در بین مردم (تجهیز مردم به ابزار لازم برای حمایت از شفافیت) نیز وجود دارد.

بسیاری از سازمان‌ها در سراسر جهان در حال به‌عهده‌گیری چنین وظایفی از جمله پایش بودجه و هزینه‌های دولت، انتشار گزارشات ساده و قابل فهم، آموزش مردم برای استفاده از اطلاعات و مشارکت در حمایت‌طلبی برای پاسخ‌گو کردن دولت هستند. دو مورد از این سازمان‌ها Fundar در مکزیک و DISHA^۱ (توسعه ابتکارات برای تعامل اجتماعی و انسانی) در هند هستند.

1. Developing Initiatives for Social and Human Interaction (www.disha-india.org)

فوندار - مکزیک

از سال ۱۹۹۹ یک سازمان غیردولتی مکزیکی به نام Fundar به طور مؤثری از قوانین آزادی اطلاعات مکزیک و اطلاعات الکترونیکی موجود در موسسه فدرال دسترسی به اطلاعات عمومی (IFAI)^۱ برای نظارت بر بودجه و هزینه‌های دولت استفاده می‌کند که یکی از پروژه‌های این سازمان، استفاده از بودجه عمومی در مبارزه علیه HIV/AIDS را مورد بررسی قرار داد. در جریان روند بودجه سال ۲۰۰۲ در مکزیک، رئیس کمیته بودجه اتاق نمایندگان از وزارت بهداشت خواست که به ۸ سازمان غیردولتی ۳۰ میلیون دلار برای کمک به زنان اختصاص دهد و وزیر نیز موافقت کرد. اما بسیاری در کنگره به این دستور خودسرانه و نامعمول اعتراض کردند. فوندار که از این جنجال آگاه شده بود، با استفاده از قانون آزادی اطلاعات دریافت که سازمان‌های غیردولتی نامبرده با گروهی به نام Provida که در موضعی مخالف با سیاست‌های دولت برای رویارویی با همه‌گیری HIV/AIDS است (مانند رابطه جنسی ایمن) مرتبط هستند. Fundar پس از تحقیقات دریافت که از ۹۰ درصد منابع مالی سوءاستفاده شده و برخی از NGOها سازمان‌هایی «کاغذی» بوده‌اند. در پاسخ به انتشارات و حمایت‌طلبی‌های Fundar، دولت Provida را مجبور به برگشت مبالغ دریافتی، پرداخت خسارت (۱۳ میلیون دلار) و همچنین منع از دریافت بودجه عمومی برای ۱۵ سال آینده کرد (de Renzio and Krafchik 2007).

Fundar همچنین دریافت که بودجه فدرال اختصاص داده شده به برنامه‌های HIV/AIDS به عنوان بودجه عمومی منظور شده و برای ردیف بودجه‌هایی مانند تعمیر و نگهداری ساختمان یا خدمات مالی هزینه شده است. Fundar از کنفرانس‌های مطبوعاتی به عنوان اهرم فشاری برای برگزاری جلسه با مدیران ادارات، ناظران داخلی مالی و دو کمیته کنگره استفاده کرده و در افزایش بودجه برای پیشگیری از HIV/AIDS موفق شد. در همین حین به تغییر شیوه‌های عملیاتی‌ای که ریشه نقص‌ها و سهل‌انگاری‌ها بود نیز کمک کرد.

توسعه ابتکارها برای تعامل اجتماعی و انسانی - هند

یکی دیگر از سازمان‌های غیردولتی که نظارت بر هزینه‌های عمومی و حمایت‌طلبی را به صورتی مؤثر ترکیب می‌کند DISHA است. از زمان تأسیس در ۱۹۸۵، DISHA برای

1. Institute for Access of Public Information (www.fundar.org.mx)

تقویت موقعیت اقتصادی و سیاسی فقیرترین جوامع گجرات که بیشتر در میان «دالیت‌های»^۱ قبیل‌های و کاست‌های پایین‌تر ایالات یافت می‌شوند، فعالیت کرده است. DISHA با سابقه مشارکت قوی در حوزه‌های فعالیت اجتماعی مانند حقوق مالکیت زمین، حقوق زنان و ایجاد اتحادیه برای کارگران، دریافت که وارد کردن مناطقی که به صورت سنتی و از گذشته قدرتی ندارند در گفتگوهای بودجه‌ای و مالی می‌تواند تأثیر مهمی بر زندگی آنها داشته باشد (Malajovich and Robinson 2006) (کادر ۱۳-۲).

یکی از اقدامات DISHA، حصول اطمینان از تخصیص بودجه در ادارات دولتی به برنامه‌های اجتماعی مانند برنامه‌های قبیل‌های^۲ (TSP) که مروج پیشرفت اقتصادی-اجتماعی مردم بومی هستند، است. راهبرد DISHA برای این امر، مشخص کردن میزان بودجه دولتی اختصاص یافته به پروژه‌های خاص و پیگیری اجرای آنها از مسئولان محلی است. وقتی پروژه‌ها اجرایی نمی‌شوند، DISHA دولت فدرال را برای یافتن علت و تسهیل مشکلات تحت فشار قرار می‌دهد.

کادر ۱۳-۲- راهبردهایی برای هر مرحله از چرخه هزینه‌های عمومی

حتی در غیاب قوانین آزادی اطلاعات، DISHA توانسته است دولت گجرات را برای برآوردن تعهدات خود نسبت به جوامع محروم ایالات تحت فشار قرار دهد. آن‌ها با استفاده از راهبردهایی متمایز برای هر مرحله از چرخه چهار مرحله‌ای هزینه کرد گجرات به این مهم دست یافتند.

تدوین بودجه: تدوین بودجه گجرات شفاف نبوده و در جلسات غیرعلنی تعیین تکلیف می‌شود. برای افزایش توجه به نیازهای افراد فقیر، DISHA در این مرحله با قانونگذاران ملاقات کرده، مقالات مطبوعاتی تدوین می‌کند و توصیه‌های سیاستی خاصی که خواستار اجرای آن‌ها هستند را به مسئولان ارائه می‌دهد.

تصویب بودجه: بحث و تصویب برنامه بودجه فرصتی برای DISHA است تا تفاسیری از اظهارات فرماندار و وزیر اقتصاد، اولویت‌ها و روندهای بودجه، نوشته و منتشر کند. DISHA برای پرسش و پاسخ درباره موارد ردیف بودجه، سؤالات و موضوعات بحث برانگیزی را برای قانون‌گذاران طرح می‌کند.

اجرای بودجه: در حین اجرای بودجه، مشارکت مردمی بسیار مهم است. DISHA رهبران محلی را از ردیف بودجه تخصیص یافته در حوزه خود آگاه کرده و روند آن‌ها را با این رهبران پیگیری می‌کند تا از مطابقت هزینه و بودجه تخصیص یافته مطمئن شود. علاوه بر این، DISHA گروه‌های محلی را برای نظارت و گزارش هزینه‌ها آموزش می‌دهد و اطلاعات مربوط به اجرای بودجه را منتشر می‌کند.

ارزشیابی و حسابرسی: گجرات دسترسی عموم و حسابرسان خارجی به اطلاعات قوه مجریه در مورد هزینه کرد واقعی و اثربخشی هزینه‌ها را تسهیل نمی‌کند بنابراین DISHA مقایسات خود از نحوه اجرا و شرح بودجه را با اطلاعات جمع‌آوری شده محلی انجام می‌دهد و این اطلاعات را بین سازمان‌های غیردولتی، قانون‌گذاران و رسانه‌ها منتشر می‌کند.

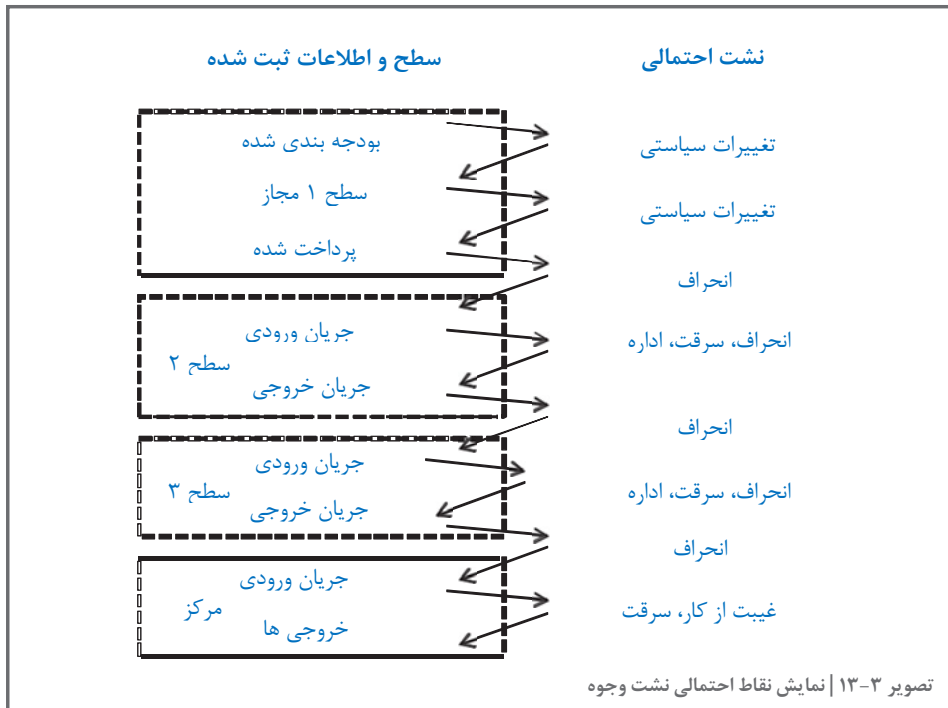
منبع: مالاویوچ و رابینسون (۲۰۰۶)

۱-Dalit: روشی قدیمی برای طبقه‌بندی جمعیت هندوستان، افراد پایین‌ترین طبقه

قبل از مشارکت DISHA تا ۲۰ درصد بودجه TSP، اصلاً خرج نمی‌شد (۱۹۹۳) اما تا سال ۱۹۹۶ مشکل مصرف نشدن بودجه از بین رفته و بسیاری از ناظران این تغییر را به DISHA و افراد وابسته به آن نسبت دادند (DISHA). (2007 de Renzio and Krafchik). DISHA پایش بودجه را به سازمان‌های غیردولتی و دولت‌های محلی آموزش می‌دهد و در زمینه بودجه دولتی به مقام معتبری تبدیل شده و همچنین با افزایش پاسخ‌گویی بخش عمومی، اولویت‌های بودجه‌ای و هزینه‌های دولت را به نفع فقرا تغییر داده است.

وقتی تمامی راه‌حل‌ها شکست می‌خورد: پول را دنبال کنید

در بسیاری از کشورها، پاسخ‌گو کردن دولت در قبال نحوه هزینه‌کرد بودجه عمومی دشوار است، زیرا مدیریت مالی داخلی خود دولت ناکافی است. وقتی فرایند بودجه معمولی اطلاعات مور نیاز را تولید یا ارائه نمی‌کند، باید از رویکردهای دیگری استفاده کرد. مثلاً در برخی موارد، شهروندان می‌توانند برای گزارش اینکه آیا مبالغ به مقصد مورد نظر رسیده یا نه کمک‌کننده باشند (رویکردی که DISHA از آن استفاده می‌کند). رویکرد دیگر، بستن قرارداد با متخصصان فنی برای بررسی و پیگیری هزینه‌های عمومی با استفاده از PETS است. این ابزار در مواردی که مدیریت مالی و نظارتی بر خدمات اجتماعی وجود ندارد، مفید است. اولین PETS در اوگاندا در اواسط دهه ۱۹۹۰ انجام شد که محرک آن یک معما بود. هزینه‌کردهای عمومی در حال افزایش بود اما بهبودی در خدمات آموزشی و بهداشتی مشاهده نمی‌شد. با نظرسنجی از مدارس، محققان دریافتند که بین سال‌های ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۵، تنها ۱۳ درصد از بودجه‌ای که برای تأمین منابع آموزشی در مدارس ابتدایی در نظر گرفته شده بود واقعاً به کاربردهای مورد نظر می‌رسید (Ablo and Reinikka 1998). تا به امروز بیش از 24 PETS با رویکردها و یافته‌های مشابه انجام شده است. به عنوان مثال، ظاهراً در چاد مناطق بهداشتی با بودجه بیشتر، مشاوره‌های کمتری ارائه می‌کردند، اما مطالعه‌ای با ردیابی هزینه‌ها نشان داد که بیشتر پول فدرال اختصاص داده شده به مراکز درمانی در حال انحراف بوده، احتمالاً به سرقت رفته و این شکاف بین مبالغ تخصیص داده شده و مقادیر هزینه شده، سطح پایین بهره‌وری را توضیح می‌دهد (Gauthier and Wane 2007). هزینه‌های عمومی در هر مرحله از فرایند مدیریت مالی را می‌توان با مقایسه وجوه



پرداختی و رسیدهای دریافتی پیگیری کرد (تصویر ۱۳-۴) زیرا هر مرحله فرصت‌هایی بالقوه برای هدایت وجوه به مصارف مشروع یا نامشروع ایجاد می‌کند (Savdoff 2008). به عنوان مثال، وجه می‌تواند در حین انتقال از دولت فدرال به دولت‌های ایالتی ناپدید شود که به عنوان تفاوت بین سطح ۱ پرداخت‌ها و سطح ۲ جریان ورودی در تصویر ۱۳-۴ نشان داده شده است. همچنین وجوه می‌توانند حین انتقال از دولت‌های محلی به مراکز سلامت نیز ناپدید شوند (به عنوان مثال، بین سطح ۳ و مراکز) یا می‌توانند در یک سطح خاص منحرف شوند (به عنوان مثال، وجوهی که به سطح ۲ می‌رسند سرقت شده و هرگز تبدیل به خروجی نمی‌شوند). برای دستیابی به این اطلاعات، نظرسنجی‌های ردیابی هزینه طیف وسیعی از اطلاعات، از جمله موارد زیر را جمع‌آوری می‌کنند:

* شرح مفصلی از چگونگی انتقال وجوه در طول نظام، از خزانه ملی تا خط مقدم ارائه‌دهندگان.
* داده‌هایی از واحدهای منتخب در سطح ملی و منطقه‌ای - شامل داده‌های عملیاتی، اجرایی و مصاحبه‌ها.

* داده‌های مراکز - از طریق داده‌های مدیریتی و اجرایی یا پرسشنامه‌های ساختاریافته و با

نمونه‌های هدفمند یا نماینده و تعمیم‌یافته.

* اطلاعاتی درباره نحوه «عملکرد واقعی» فرایندها از طریق مصاحبه با ارائه‌دهندگان خدمت، مدیران مرکز، مقامات در سطوح مختلف دولتی و افراد دیگری خارج از دولت.

* تحلیل اینکه آیا هزینه‌کرد به واحدها رسیده و برای استفاده‌های مورد نظر به کار می‌رود یا خیر.

* یافته‌های دیگر در خصوص مواردی مانند تأخیر در هزینه‌کردن، مشکلاتی در کسب اطلاعات و عدالت.

* توصیه‌هایی در مورد نظام‌های اطلاعاتی، انتشار داده‌های بودجه دولت، افزایش نظارت، معرفی ابزارهای جدید حسابداری و تغییر کانال‌های نهادی جریان‌های مالی و سایر موارد.

در دهه گذشته پیمایش‌های پیگیری هزینه در بیش از ۲۰ کشور انجام شده که بیشترین نظام مورد مطالعه آموزش و پرورش و سپس سلامت است. مطالعات حوزه سلامت معمولاً نشان می‌دهند بودجه‌ای که برای دستمزد در نظر گرفته شده نسبت به مبالغی که به مواردی غیر از حقوق و دستمزد اختصاص می‌یابند کمتر در معرض انحراف است، زیرا دستمزد معمولاً مستقیماً به حساب‌های بانکی کارکنان واریز می‌شود. در مقابل، مبالغ اختصاص یافته برای مواردی غیر از دستمزد که از طریق سطوح مختلف دولتی تأمین مالی می‌شوند، در برابر انحراف کاملاً آسیب‌پذیر هستند. به نظر می‌رسد که در بسیاری از کشورها منابع مالی در سطح محلی منحرف شده و مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرند (مانند یافته‌های مطالعات در موزامبیک، سنگال و رواندا) در حالی که در برخی موارد (چاد و غنا) بیشترین نشتی‌ها در سطح ملی بوده است. یک نتیجه کلی دیگر این است که معاملات غیرنقدی (به عنوان مثال دارو و ملزومات پزشکی) بیشتر از نقل و انتقالات مالی مستعد سوءاستفاده هستند که تا حدودی به دلیل شفافیت کمتر ارزش پولی نقل و انتقالات غیرنقدی است. در سنگال، دولت مرکزی مستقیماً دستمزد کارکنان محلی بخش سلامت را پرداخت می‌کند اما مخارج مکرر غیردستمزدی از طریق صندوق ویژه‌ای به نام Fonds de Dotation de la Decentralisation (FDD) تأمین می‌شود. با مقایسه سوابق مبالغ پرداختی از طریق FDD با سوابق مبالغ دریافت شده توسط دولت‌های محلی، مطالعه‌ای توانست نشت‌هایی جدی (به دلیل سوءمدیریت یا سوءاستفاده) در این روند بیابد. مناطق بهداشتی در داکار و تیه به ترتیب تنها ۴ درصد و ۱۳ درصد از پول

اختصاص داده شده به آنها از طریق FDD را دریافت کردند. رواندا نیز متوجه هدر رفتن میزان قابل توجهی از منابع در زمان انتقال بودجه از یک سطح دولتی به سطح بعدی شد. به طور متوسط، تنها ۷۶ درصد از منابع تخصیص یافته توسط دولت مرکزی به اداره‌های بهداشت منطقه‌ای (RHOs)^۱ رسیده بود و به نظر می‌رسید که در مرحله بعد منابع بیشتری از دست رفته، زیرا تنها ۴ تا ۵۱ درصد از بودجه RHO به دفاتر بهداشت منطقه‌ای (DHOs) کشور رسیده بود (Fofack et al. 2003).

یک مطالعه ردیابی مخارج در سال ۲۰۰۲ در موزامبیک نشان داد با اینکه حجم داروهای توزیع شده باید برای تأمین نیازهای واحدهای بخش دولتی کافی بوده باشد، اما بیش از نیمی از واحدها گزارش دادند که در ۶ ماه گذشته گاهی با کمبود و نبود داروهای ضروری روبه‌رو شده بودند که به‌طور متوسط ۶ تا ۷ هفته طول می‌کشید، اما در برخی موارد به ۲۰ ماه نیز رسیده بود. این مطالعه شکاف بین داروهای توزیع شده و در دسترس را به قوانین و معیارهای درک نشده برای مدیریت منابع دارویی نسبت داد اما نتوانست تعیین کند که علت سوءمدیریت بود یا سرقت از منابع (Lindelow et al. 2004).

درک مشکل تنها بخشی از راه حل است. برای ایجاد تأثیر واقعی و پایدار، PETS و سایر نظرسنجی‌ها باید با توصیه‌های سیاستی ترکیب شوند تا مجموعه‌ای مفیدتر از مشوق‌ها، جریان بهتر اطلاعات و پاسخ‌گویی بیشتر مسئولان منابع عمومی را در بر داشته باشند (Savedoff 2008). در حالی که مطالعات فنی مانند PETS می‌تواند اطلاعاتی برای پاسخ‌گو کردن دولت‌ها به دست آورد، این اطلاعات باید انتشار یافته و توسط نقش‌آفرینان سیاسی مورد استفاده قرار گیرند تا بتوانند به عنوان مانعی برای کسانی که از منابع عمومی سوءاستفاده می‌کنند تلقی شوند.

نتیجه

یافتن میزان بودجه‌ای که دولت‌ها تخصیص داده و هزینه می‌کنند آسان نیست، اما این اقدام برای پاسخ‌گو و متعهد کردن مقامات دولتی برای خرج موثر و مسئولانه پول مالیات‌دهندگان و محدود کردن فرصت‌های سوءاستفاده اهمیت زیادی دارد. اولین قدم پایه‌ریزی این اصل است که «اطلاعات مربوط به بخش دولتی متعلق به مردم است و نه مقامات دولتی خاص» و سپس

1. Regional Health Office

قدم بعدی، تبدیل اطلاعات بودجه عمومی و هزینه‌ها به فرمت‌هایی قابل فهم و قابل استفاده است. نهادهای مدنی هم در تبدیل اطلاعات مالی پیچیده به انتشاراتی قابل فهم و هم در استفاده از این اطلاعات برای کشف فساد و سوءمدیریت نقشی محوری ایفا کرده‌اند. هنگامی که دولت در مدیریت منابع خود ناتوان است می‌توان از طریق روش‌های جایگزین دیگری، مانند پیمایش‌ها و حسابرسی‌هایی خاص، اطلاعات مورد نیاز را جمع‌آوری کرد تا رسیدن یا نرسیدن بودجه به نقاط مورد نظر ارائه‌دهنده خدمت مشخص شود. به این ترتیب، جوامع در سراسر جهان در حال حرکت به سمت گشودگی و شفافیت بیشتر در بودجه‌های خود بوده و شهروندان قدرت نفوذ و فشار بیشتری برای درستکار نگه داشتن دولت خود به دست می‌آورند.

Note

1. This list is taken from Savedoff (2008)

References

1. Ablo, E., and R. Reinikka. 1998. Do budgets really matter? evidence from public spending on education and health in Uganda. Policy Research Working Paper Series 1926, World Bank, Washington, DC.
2. Ali, M.A. 2006. Lack of transparency and freedom of information in Pakistan: An analysis of state practice and realistic policy options for reform. Open Society Institute International Policy Fellowship Program paper. pdc.ceu.hu/archive/00003129/01/mukhtarAli_f3.pdf (accessed July 29, 2009).
3. de Renzio, P., and W. Krafchik. 2007. Lessons from the field: The impact of civil society budget analysis and advocacy in six countries. Washington, DC: International Budget Project. www.internationalbudget.org/PractitionersGuide.pdf.
4. Du"lger, C., and J.B. Justice. 2007. Fiscal transparency for citizen empowerment: The case of DISHA. Presentation to the annual conference of the Association for Budgeting and Financial Management of the American Society for Public Administration, Washington, DC, October 27, 2007.
5. Fofack, H., C. Obidegwu, and R. Ngong. March 2003. Public expenditure performance in Rwanda: Evidence from a public expenditure tracking study in the health and education sectors. Africa Region Working Paper Series 45, World Bank, Washington, DC.
6. Gauthier, B., and W. Wane. 2007. Leakage of public resources in the health sector: an empirical investigation of Chad. Policy Research Working Paper 4351, Development Research Group, World Bank, Washington, DC.
7. Glennerster, R., and Y. Shin. 2008. Does transparency pay? IMF Staff Papers 55, no. 1:93–209.
8. International Budget Partnership (IBP). 2008. Open budgets transform lives: The Open Budget Survey 2008. www.openbudgetindex.org/index.cfm?fa=fullReport (accessed

- July 25, 2009).
9. Islam, R. 2003. Do more transparent governments govern better? Policy Research Working Paper 3077, World Bank, Washington, DC.
 10. Lindelow, M., P. Ward, and N. Zorzie. 2004. Primary care in Mozambique: Service delivery in a complex hierarchy. Africa Region Human Development Working Paper Series, World Bank, Washington, DC.
 11. Malajovich, L., and M. Robinson. 2006. Budget analysis and social activism: The case of DISHA in Gujarat, India. Case study. International Budget Project. www.internationalbudget.org/India-DISHA.pdf (accessed August 2, 2009).
 12. Mendel, T. 2004. Freedom of information: A comparative legal survey. Paris: UNESCO.
 13. Organization for Economic Cooperation and Development. 2001. Best practices for budget transparency. www.oecd.org/dataoecd/33/13/1905258.pdf (accessed July 29, 2009).
 14. Public Services Accountability Monitor (PSAM). 2004. Submission to Medium Term Expenditure Committee Hearings, Eastern Cape Treasury—25/26 November 2004. An evaluation of proposed budget allocations and draft strategic plans for the Eastern Cape Departments of Health and Social Development for the 2005/06 Financial Year. Grahamstown, Eastern Cape, South Africa.
 15. Ramkumar, V. 2008. Our money, our responsibility: A citizen's guide to monitoring government expenditures. Washington, DC: International Budget Project.
 16. Robinson, M. 2006. Budget access and policy advocacy: The role of non-governmental public action. Institute of Development Studies Working Paper 279, Institute of Development Studies, Brighton, UK.
 17. Savedoff, W. 2008. Public expenditure tracking surveys: Planning, implementation and uses. Submitted to the World Bank June 10, 2008. Portland, ME: Social Insight.
 18. World Bank. 2004. World Development Report 2004: Making services work for poor people. Washington, DC: World Bank.
 19. Zelenski, J.M. October 2003. The transparency of Colorado's budget process: Is it open, understandable, and accessible to Coloradans? Denver, CO: Colorado Fiscal Policy Institute. www.cclponline.org/pubfiles/transparency.pdf (accessed September 23, 2009).

غیبت: وقتی شخصی که برای کار استخدام شده در ساعات کاری توافق شده حضور نداشته باشد یا در محل کار نباشد. غیبت ممکن است مشروع باشد اگر مطابق با سیاست‌های پرسنلی باشد (مانند مرخصی، مرخصی استعلاجی یا دیگر مرخصی‌های مورد تایید دیگر) که در این صورت غیبت موجه است. غیبت‌های غیرموجه می‌تواند نشانه‌ای از زیر کار در رفتن، دوشغله بودن یا نشانه‌ای از شبح‌گونه بودن کارمند باشد.

پاسخ‌گویی: تعهد یا تمایل به پذیرش مسئولیت و پاسخ‌گویی اعمال خود با ارائه تحلیل یا توضیحی موجه. پاسخ‌گو ننگه داشتن افراد یا سازمان‌ها نیازمند حداقل سه چیز است: مشخص کردن افرادی که در برابر آنها پاسخ‌گو هستند، مشخص کردن آنچه که در قبال آن پاسخ‌گو هستند و تعیین پیامدهای انجام دادن یا انجام ندادن تعهداتشان.

آربیتراژ (تجارت موازی): زمانی که داروها یا ملزومات از بخش دولتی با قیمت‌های پایین و اغلب یارانه‌ای خریداری شده و مجدداً با قیمت‌های بالاتر در بازار خصوصی به فروش می‌رسند. **کلاهبرداری در مناقصه:** فرایند دست بردن در مناقصه عمومی برای قراردادهای کالا یا خدمات به منظور افزایش قیمت‌ها و یا هدایت کار به سوی یک تامین‌کننده خاص. کلاهبرداری در مناقصه می‌تواند شامل دستکاری اسناد، محدود کردن تبلیغات، تغییر رویه‌ها و تأثیرگذاری نامناسب بر تصمیم‌گیرندگان باشد.

رشوه دادن: رشوه دادن عملی است که در آن پول، خدمات یا سایر چیزهای با ارزش به کسی پیشنهاد می‌شود تا بر تصمیم یا اقدام یک کارگزار دولتی تأثیر بگذارد. رشوه همچنین به عنوان کارچاق‌کنی، بخشش، پول برای تبلیغ غیررسمی، حق‌السکوت، شیرینی، پول حفاظت، پول هنگفت و سایر اصطلاحات نامیده می‌شود.

فساد اداری: اعمال فاسدی که شامل اختلاس یا اخاذی توسط افرادی است که در رده‌های متوسط و پایین بوروکراسی عمومی کار می‌کنند. این‌گونه فساد اداری علاوه بر هزینه‌های اقتصادی برای شهروندان، اعتبار خدمات عمومی را تضعیف کرده، سیاست‌های عمومی را مخدوش و به شهروندانی که مایل به پرداخت رشوه هستند، امتیاز می‌دهد.

تبانی: توافق بین دو یا چند نفر برای فریب یا کلاهبرداری از دیگران.

تعارض منافع: تعارض منافع زمانی به وجود می‌آید که فردی با مسئولیت رسمی برای خدمت به مردم در فعالیتی شرکت می‌کند که قضاوت حرفه‌ای، بی‌طرفی و استقلال او را به خطر می‌اندازد. غالباً این فعالیت (مانند یک سرمایه‌گذاری تجاری خصوصی) در درجه اول در خدمت منافع شخصی است و به طور بالقوه می‌تواند بر انجام بی‌طرفانه وظایف رسمی فرد تأثیر بگذارد.

اختیار: اقتداری مستقل برای تصمیم‌گیری یا اعمال قدرت.

اختلاس: تصرف نادرست اموال یا وجوهی که به طور قانونی به شخصی در موقعیت رسمی خود به عنوان نماینده یا قیم سپرده شده است.

فساد مالی: اصطلاحی کلی که شامل کلاهبرداری، اختلاس، جعل صورت‌های مالی، سایر موارد دست بردن در سوابق مالی یا سرقت دارایی‌های مالی برای منافع شخصی است.

کلاهبرداری: فریب عمدی یا ارائه اطلاعات نادرست به منظور کسب منافع غیرقانونی یا نامشروع.

کارکنان شبیح‌گونه: این اصطلاح برای افرادی است که به طور رسمی در لیست حقوق و دستمزد عمومی هستند اما در قبال حقوق خود کار نمی‌کنند.

سوءاستفاده: استفاده از موقعیت رسمی برای منافع شخصی از طریق آگاهی از سیاست‌های عمومی یا تأثیرگذاری بر سیاست‌های عمومی به منظور منفعت شخصی.

فساد بزرگ: اعمال فاسدی که شامل اختلاس عمده یا جابه‌جایی منابع مانند رشوه برای مزایا در میان نخبگان در بالاترین سطوح دولتی و صنایع خصوصی است. این امر به دلیل اینکه عموماً در بر دارنده خسارات بزرگ مقیاس به جامعه بوده و نیز به این دلیل که رهبرانی که به این روش عمل می‌کنند فساد را به عنوان یک هنجار اجتماعی پذیرفته شده یا موجه تثبیت می‌کنند، جدی تلقی می‌شود.

کارچاق‌کنی: پرداختی از یک مشتری یا تأمین‌کننده به یک مقام رسمی که ترتیب برنده شدن در یک قرارداد تدارکات یا خدمات را داده است.

خویشاوندسالاری: خویشاوندسالاری شکلی از پارتی‌بازی است که در آن یک مقام رسمی از قدرت و اختیار خود برای تأمین شغل یا سایر خدمات برای خویشاوندان خود سوءاستفاده می‌کند.

جانبداری: اصطلاح «جانبداری» به طور کلی به حمایت یا طرفداری یک حامی (حامی ثروتمند یا بانفوذ) اشاره دارد و شامل اشکال مشروع، مانند زمانی که حامیان از هنر حمایت می‌کنند نیز می‌شود. با این حال، هنگامی که به اعمال فاسد اشاره می‌شود، جانبدار به افرادی اطلاق می‌شود که به جای لیاقت یا شایستگی، انتصاب‌ها در مشاغل دولتی، ترفیع و قراردادهای کاری را بر اساس روابط شخصی یا سیاسی انجام می‌دهند.

فساد خرد: همانند فساد اداری، فساد خرد شامل اختلاس یا اخاذی توسط افرادی است که در رده‌های متوسط و پایین ادارات دولتی کار می‌کنند. این اصطلاح معمولاً به موقعیت‌هایی اطلاق می‌شود که در آن مأموران دولتی مستقیماً با مشتریان تعامل دارند، به عنوان نمونه، برای ارائه خدمات یا تکمیل یک فرایند، درخواست پرداخت می‌کنند. اگرچه فساد کوچک معمولاً مبالغ بسیار کمتری را نسبت به فسادهای بزرگ شامل می‌شود، اما غالباً این جنبه فساد برای شهروندان بیشتر قابل مشاهده است و مستقیماً تاوان آن را پس می‌دهند.

فساد سیاسی: واژه فساد سیاسی گاهی اوقات مترادف با «فساد بزرگ» یا سطح بالا به کار می‌رود و به سوءاستفاده از قدرت محول شده توسط رهبران سیاسی اشاره دارد. همچنین ممکن است به طور خاص به فساد در فرایندهای سیاسی و انتخاباتی اشاره داشته باشد.

نظریه کارفرما-کارگزار: حوزه‌ای از اقتصاد که شامل تحلیل موقعیت‌هایی است که در آن کارگزاری برای انجام کار از طرف دیگری (کارفرما) قرارداد می‌بندد. بسیاری از مطالعات در مورد فساد از این نظریه برای بررسی رفتار مقاماتی استفاده می‌کنند که به آنها نمایندگی داده شده تا از طرف مردم اقدام کنند، اما آنها می‌توانند از طریق فساد به این اعتماد هم خیانت کنند. **رانت جویی:** فعالیتی که توسط یک فرد برای ثروتمند کردن خود از طریق کنترلش بر یک منبع کمیاب (مثلاً زمین) بدون خلق هیچ‌گونه ارزش (یا ارزش افزوده) انجام می‌شود. زمانی که یک مقام دولتی با استفاده از اختیارات خود در مورد تصمیمات دولتی (مثلاً در اعطای مجوز) خود را ثروتمند می‌کند، نوعی فساد است.

فساد سیستمی: فساد زمانی سیستمی است که یکپارچه بوده و جنبه‌های اساسی نظام اقتصادی، اجتماعی و سیاسی را شامل شود، نه اینکه گاه و بیگاه و غیرعادی باشد. فساد سیستمیک شرایطی است که در آن نهادها و فرایندهای اصلی دولت معمولاً توسط افراد و گروه‌های فاسد تحت سلطه و استفاده قرار می‌گیرند و در آن اکثر مردم هیچ جایگزینی برای

برخورد با مقامات فاسد ندارند.

شفافیت: شفافیت کیفیت وضوح، روراستی و باز بودن است. به عنوان یک اصل، شفافیت بر این دلالت دارد که کارکنان، مدیران و معتمدان موظفند قابل مشاهده، قابل پیش‌بینی و قابل درک عمل کنند. اطلاعات کافی باید در دسترس باشد تا سایر سازمان‌ها و عموم مردم بتوانند ارزیابی کنند که آیا رویه‌های مربوطه هماهنگ با تعهدات دنبال می‌شوند یا نه. بنابراین شفافیت به عنوان یک عنصر اساسی در حکمرانی پاسخ‌گو در نظر گرفته می‌شود که به طور کلی منجر به تخصیص بهتر منابع، افزایش کارایی و چشم‌انداز بهتر برای رشد اقتصادی می‌شود.

سرقهت: تصرف غیرقانونی اموال شخصی دیگر یا اموال عمومی.

Source: Authors and the U4 Anticorruption Resource Centre (www.u4.no).

مشارکت کنندگان

Taryn Vian, MS, PhD: استادیار بهداشت بین‌الملل در دانشکده بهداشت دانشگاه بوستون و یک متخصص بین‌المللی شناخته شده در زمینه فساد در بخش سلامت است. وی دوره تحصیلات تکمیلی در زمینه پیشگیری از فساد در برنامه‌های سلامت تدریس می‌کند و سمینارهای آموزشی حرفه‌ای در مورد فسادستیزی را در چندین کشور اجرا کرده است. ویان در آلبانی و آذربایجان آسیب‌پذیری در برابر فساد را ارزیابی کرده و در آلبانی تحقیقات میدانی در مورد مشکل پرداخت‌های غیررسمی برای خدمات سلامت را انجام داد. کار اخیر او بر روی اصلاحات مدیریت مالی به منظور افزایش پاسخ‌گویی در خدمات سلامت دولتی در لسوتو بود. او به طور گسترده‌ای در مورد موضوع فساد در بخش سلامت می‌نویسد و مقالات او در Health International Encyclopedia of Public و Policy & Planning, Social Science & Medicine Health منتشر شده‌اند.

William D. Savedoff, PhD: همکار ارشد در Social Insight، است، یک شرکت مشاوره بین‌المللی با تخصص در تحلیل اقتصادی و سیاسی سیاست‌های عمومی و عضو مدعو در مرکز توسعه جهانی در واشنگتن دی.سی. Savedoff که یک اقتصاددان ارشد سابق در بانک توسعه بین‌آمریکایی بود، برای کتابی با عنوان «تشخیص فساد: کلاهبرداری در بیمارستان‌های عمومی آمریکای لاتین» با ویراستار کتابی به نام Rafael Di Tella همکاری کرد، کتابی که هفت مطالعه موردی را ارائه کرده و رشوه، دزدی، غیبت و هزینه‌های بیش از حد برای تدارکات بیمارستان‌ها را تحلیل می‌کند. او اخیراً ارزیابی آسیب‌پذیری‌ها در برابر فساد در حوزه سلامت در ایتوپی را انجام داده و به طور مکرر به بانک جهانی، IDB، مرکز منابع ضدفساد U4 و سایر سازمان‌های بین‌المللی مشاوره می‌دهد.

Harald Mathisen: کارشناس ارشد و دانشمند علوم سیاسی با تجربه جغرافیایی و موضوعی گسترده در زمینه حکمرانی و فسادستیزی. به عنوان هماهنگ‌کننده ارشد پروژه و اکنون

سرپرست مرکز منابع U4 ضدفساد در برکن، نروژ، به مدت ۶ سال در گسترش و تسهیل کارگاه‌های آموزشی در مورد فسادستیزی و حکمرانی خوب، هماهنگی پروژه‌های تحقیقاتی، انجام تحلیل‌ها و گسترش استراتژی‌های مرتبط با موضوعات فسادستیزی مشغول بوده است. وی مقالات زیادی منتشر کرده و به طور منظم در کنفرانس‌ها و سمینارهای مرتبط با راهبردهای فسادستیزی و کار با جامعه بین‌المللی، راهکارهایی ارائه می‌دهد.

David H. Collins، FCA، MA: مدیر امور مالی و حسابداری در سطح شرکت برای علوم مدیریت سلامت است. وی در بسیاری از کشورها در زمینه تامین مالی سلامت مشاوره کوتاه‌مدت نیز انجام می‌دهد و مشاور بلندمدت در پروژه‌های اصلاحات بخش سلامت با بودجه USAID در آفریقای جنوبی و کنیا بود.

Ethan Joselow، MPH: همکار پژوهشی در مدرسه مطالعات سیاست Andrew Young در دانشگاه ایالتی جورجیا است. وی چندین سال تجربه در تحقیقات خدمات سلامت و سیاست سلامت ایالات متحده دارد و تحقیقات اولیه در مورد فساد در بخش سلامت هند را انجام داده است.

Ottar Mæstad: دکترا، محقق و اقتصاددان ارشد در Chr. Michelsen Institute (CMI) در نروژ و رئیس برنامه تحقیقاتی CMI در مورد سلامت و توسعه جهانی است. وی مسائل حاکمیتی، سلامت و توسعه اقتصادی و اخلاق در اولویت‌بندی سلامت را بررسی کرده و پروژه‌های تحقیقاتی بسیاری را برای مشتریانی از جمله OECD، بانک جهانی و NORAD هدایت کرده است.

Kelly Miller: کاندیدای MPH در سلامت بین‌الملل در دانشکده بهداشت دانشگاه بوستون است. وی نابرابری‌های سلامت در آمریکای لاتین را مطالعه کرده و پس از تکمیل MPH خود، به عنوان یک داوطلب بهداشت عمومی برای سپاه صلح ایالات متحده در گینه خدمت خواهد کرد.

Stephen N. Musau، یک حسابدار پروانه‌دار کنیایی است که در واشنگتن دی‌سی با شرکت Abt Associates کار می‌کند؛ جایی که او مشاور تامین مالی سلامت برای پروژه سیستم‌های سلامت ۲۰۲۰ است. وی بیش از ۲۰ سال تجربه در مشاوره با دولت‌ها در زمینه تقویت نظام‌های سلامت، از جمله تامین مالی سلامت، منابع انسانی سلامت و توسعه سیاست دارد. وی به عنوان حسابرس مالی و مشاور مالیاتی در کنیا و بریتانیا نیز کار کرده است.

Aziza Mwisongo, MD, PhD: پژوهشگر نظام سلامت تانزانیا مستقر در موسسه ملی تحقیقات پزشکی در دارالسلام است. تحقیقات وی بر اصلاحات بخش سلامت، منابع انسانی سلامت، برابری، عملکرد نظام‌های سلامت و تحلیل سیاست متمرکز است.

Nancy Scott: کاندیدای DrPH و یکی از همکاران تحقیقاتی مرکز سلامت جهانی و توسعه در دانشکده بهداشت دانشگاه بوستون است. وی تجربه گسترده‌ای در مدیریت پروژه‌های تحقیقاتی در سایت‌های میدانی کشورهای در حال توسعه دارد.

Katherine Semrau, MPH, PhD: به مدت ۴ سال در آفریقا در پروژه‌های مختلف سلامت مادر و کودک کار کرده است. وی عمدتاً بر اپیدمیولوژی بیماری‌های عفونی، به ویژه HIV/AIDS، و تحقیق در مورد بهبود بقای کودکان در محیط‌هایی با منابع کم تمرکز دارد.

Brenda Waning, MPH, RPh: به عنوان مدیر سیاست دارویی در دانشکده پزشکی دانشگاه بوستون خدمت می‌کند. او بیش از ۱۰ سال تجربه در تدریس، تحقیق و مشاوره در زمینه سیاست دارویی جهانی و دسترسی به داروها با تخصص منطقه‌ای در آسیای میانه دارد. تحقیقات فعلی وی بر پایش، پیش‌بینی و اندازه‌گیری تأثیرات انواع سیاست‌ها و راهبردهای مختلف جهانی بر بازار داروهای ضد‌تروویروسی و ضد مالاریا متمرکز است.

ANTICORRUPTION IN THE HEALTH SECTOR

Strategies for Transparency and Accountability

فساد در نظام سلامت به معنای واقعی کلمه برای مردم فقیری که پیامدهای کلاهبرداری و سوءاستفاده را در کشورهای با درآمد کم و متوسط تجربه می‌کنند، موضوع مرگ و زندگی است. منابع مالی در گردش نظام سلامت میزان قابل توجهی از درآمد ملی، درآمدهای دولت و کمک‌های اهدایی را دربر می‌گیرند و از این رو نمی‌توان فساد در نظام سلامت را نادیده گرفت. در مسیر فسادستیزی لزوماً از کسی قدردرانی نمی‌شود و حتی گاهی اوقات کسانی که به مبارزه با فساد برمی‌خیزند و به‌عنوان قهرمان شناخته می‌شوند، آزار و اذیت می‌شوند، شغل خود را از دست می‌دهند یا حتی در نهایت، از جان خود واهمه دارند. اگرچه این شرایط می‌تواند دلسردکننده باشد، اما این کتاب بدبینی‌هایی را که غالباً بر تلاش‌های اصلاحات ضدفساد سایه افکنده، به چالش می‌کشد و معتقد است مداخلات مؤثرتری در دسترس هستند؛ به‌ویژه آنهایی که به‌طور راهبردی در مؤسسات یا بخش‌های ویژه جواب می‌دهند. با توصیف راهبردهای موفقیت‌آمیز مبارزه با فساد در نظام سلامت، می‌توان راه‌های مؤثر فسادستیزی را نشان داد.

این کتاب به معرفی مداخلات موفق فسادستیزی در بافتارهای مختلف می‌پردازد و در نظر دارد نشان دهد اصلاحات، واقعاً امکان‌پذیرند و بهترین راه دستیابی به آنها، نزدیک شدن همراه با حساسیت لازم به فرهنگ‌ها و شیوه‌های محلی و در عین حال، آگاهی یافتن از موردکاوی‌هایی است که در سایر بافتارها به نتیجه رسیده است. امید ما آن است که خواننده با مطالعه مداخلات موفق فسادستیزی در جوامع گوناگون، فهم داستان‌ها و الهام از تجربیات و درس‌های برآمده از آن، با خوش‌بینی واقع‌بینانه، اطمینان و پشتکار، به رویارویی با چالش بنیادین و خانمان‌سوز فساد در نظام سلامت و ورای آن، برخیزد.



انديشكده حكره‌راني خوب سلامت
مثلث مردم، پژوهشگر و سياستگذار



مرکز تحقیقات عدالت در سلامت
Health Equity Research Center



گروه سلامت جهانی و سياست‌گذاري عمومي



مرکز ملی تحقیقات بهیر سلامت

ISBN: 978-600-457-116-6



9 786004 571166