



گزارش پژوهشی

سال هفدهم، شماره ۱۵۲، مهر ماه ۱۴۰۳

فساد در بخش سلامت؛

توصیه های کاربردی برای اعطائندگان گام های بین المللی

ترجمه و تلخیص: محمدجواد حق شناس
ویراستار و صفحه آرا: محمد روشنی

انتشارات سازمان بازرسی کل کشور

مرکز آموزش و پژوهش های سلامت اداری و مبارزه با فساد

مطالب مندرج در این گزارش نشانگر دیدگاه نویسنده آن است
و لزوماً نمایانگر دیدگاه سازمان بازرسی کل کشور نیست.

کلیه حقوق این اثر متعلق به سازمان بازرسی کل کشور می باشد و هرگونه انتشار بدون مجوز، غیرمجاز است.
تهران: خیابان آیت الله طالقانی، تقاطع شهید سپهبد قری، سازمان بازرسی کل کشور

شماره تماس: ۰۲۱-۸۸۸۴۴۶۱۴ • Bazrasi.nashr@136.ir

فهرست

آغاز سخن.....	۳
فساد بخش سلامت: موضوع مرگ و زندگی.....	۷
تأثیر فساد بر عملکرد بخش سلامت.....	۷
آسیب‌پذیری بخش سلامت در برابر فساد.....	۱۱
فهم فساد در بخش سلامت.....	۱۵
فساد چگونه خود را در این بخش نشان می‌دهد؟.....	۱۵
ابزارهای اصلی تشخیص فساد در بخش سلامت چه هستند؟.....	۱۸
فساد در بخش سلامتی در عمل چگونه تشخیص داده می‌شود؟.....	۲۱
ارزیابی‌های جامع فساد در خصوص ابتکارات مسئولان بخش سلامت.....	۲۲
طراحی راهبردهای مدیریت ریسک.....	۲۶
درک تسهیل‌گران و محرکان فساد.....	۲۶
مؤلفه‌های کلیدی راهبردهای مدیریت ریسک.....	۲۹
تاکنون چگونه به فساد در بخش سلامت پرداخته شده است؟.....	۳۱
درهم‌تنیدگی تعهدات سلامت و حکمرانی با یکدیگر: پوشش همگانی سلامت و اهداف توسعه پایدار.....	۴۲
بازتاب رویکردهای پیگیری‌شده تاکنون.....	۴۵
اعطاکنندگان کمک‌های بین‌المللی برای حمایت از مبارزه با فساد، شفافیت و درستکاری در بخش سلامت چه کاری می‌توانند انجام دهند؟.....	۴۹
سطح بین‌المللی.....	۴۹
سطح ملی.....	۵۵
اقداماتی برای توسعه شرکا.....	۶۶

پیوست: ریسک‌های اصلی فساد و راهبردهای منتخب کاهش ریسک.....	۷۰
سطح کاربر خدمات: پرداخت‌های غیررسمی.....	۷۰
سطح ارائه‌دهنده سلامت: تدارکات و کلاهبرداری.....	۷۲
سطح ارائه‌کننده سلامت: غیبت از کار.....	۷۵
سطح پرداخت‌کننده سلامت: مدیریت مالی (اختلاس، کلاهبرداری و بی‌نظمی در تدارکات).....	۷۷
سطح پرداخت‌کنندگان سلامت: مدیریت پرسنل (کارکنان غیر واقعی، خرید موقعیت‌های شغلی و ترفیعات).....	۸۴
سطح پرداخت‌کنندگان سلامت: ذخیره‌سازی، تأمین و توزیع دارو.....	۸۶
فهرست منابع.....	۸۹

آغاز سخن

هرچند فساد به صورت کلی پدیده‌ای شوم و غیراخلاقی است، اما زشتی این پدیده در بخش سلامت به دلیل آنکه این بخش با جان انسان‌ها سروکار دارد، دوچندان است؛ چراکه می‌تواند حیات بسیاری از انسان‌ها را با خطر مواجه کند. فساد در این بخش پیامدهای ناگواری برای دسترسی، کیفیت، برابری، کارایی و اثربخشی خدمات سلامت داشته و مانع جدی در مقابل پوشش همگانی سلامت محسوب می‌شود. تخمین زده می‌شود هر ساله بالغ بر ۵۰۰ میلیارد دلار از هزینه‌های سلامت عمومی در سطح جهان به دلیل فساد از دست می‌رود. این مبلغ بسیار بیشتر از آن چیزی است که برای دستیابی به پوشش سلامت همگانی لازم است.

به دلیل اهمیت حوزه سلامت، نهادها و مؤسسات اعطاکنندگان کمک‌های بین‌المللی هر ساله میلیون‌ها دلار به کشورهای ضعیف در این زمینه کمک می‌کنند تا بتوانند سطح پوشش حمایتی از شهروندان خود را افزایش دهند. با این حال به دلیل فساد گسترده در ساختار بسیاری از این کشورها بخش قابل توجهی از این کمک‌ها هدر می‌رود.

مؤسسه میکلسن به عنوان یک مؤسسه پژوهشی مستقل نیروزی که در خصوص موضوعات مربوط به توسعه در سطح بین‌المللی کار می‌کند در گزارشی به قلم کارن هاسمن به موضوع فساد در بخش سلامت و راهکارهای پیش روی نهادهای امدادگر پرداخته است. نوشتار پیش رو ترجمه این گزارش است که در سال ۲۰۲۰ در سایت مرکز منابع ضدفساد U4 قرار گرفته است.

نکات اصلی این گزارش به طور خلاصه عبارت‌اند از:

- نظام‌های بهداشتی به دلیل منابع زیاد، اطلاعات نامتقارن، تعداد زیاد کنشگران، پیچیدگی و پراکندگی سیستمی و جهانی شدن زنجیره تأمین داروها و تجهیزات پزشکی به طور ویژه‌ای در معرض فساد هستند.
- مجموعه‌ای از ابزارها وجود دارد که به تشخیص مشکل فساد در این بخش و سهیم شدن در ارائه اقدامات ضد فساد کمک می‌کند؛ اما اکثر ابزارها فساد کلان یا تسخیر دولت را مورد ارزیابی قرار نمی‌دهند. برای این کار، ترکیبی از ابزارهای مختلف مفید خواهد بود و حمایت از اعطاکنندگان کمک ضروری است.
- به نظر می‌رسد ابتکارات ضدفساد در بخش سلامت هم مشکلات و هم فرایندها یا نهادهای خاص را مورد هدف قرار داده است و ابتکارات کلی‌تر، راهبردی‌تر و میان‌مدت تا بلندمدت، بسیار نادر باشد. هرچند این نوع ابتکارات ارائه نشده اما در صورت ارائه، مشخص نیست که تا چه حد به تسخیر سازمان‌های نظارتی و مقررات‌گذار سلامت در آن‌ها پرداخته می‌شود.
- درخصوص تدارکات مرتبط با سلامت و زیربخش دارویی و همچنین حوزه‌های خاص ریسک، مانند شفافیت در قیمت‌گذاری دارو و آزمایشات بالینی، برخی ابتکارات بین‌المللی ارائه شده است.
- ابزارهای مورد استفاده غالباً هنجاری و تجویزی هستند و معمولاً پویایی‌های پیچیده‌ای که منجر به رفتار فاسد می‌شود را به اندازه کافی در نظر نمی‌گیرند.
- شواهد ثبت‌شده درباره پیامدهای ابتکارات مبارزه با فساد در بخش سلامت، ناهمگون و با تأثیر عمدتاً ناشناخته است.
- بااین حال، ابزارهای مسئولیت اجتماعی، نشانگر تعهد به کاهش فساد در ارائه خدمات سلامت است.

- در سطح بین‌المللی، اعطاکنندگان کمک می‌توانند پیوندهای بین سه هدف توسعه پایدار (اهداف ۳، ۱۶ و ۱۷) که شامل تعهد به پرداختن به فساد در بخش سلامت از طریق ابتکارات این بخش، ابتکارات چندجانبه در مورد فساد و سلامت و همچنین تحقیق و یادگیری است را تقویت کنند.
- در سطح ملی، اعطاکنندگان کمک باید از رویکردهای بلندمدت و راهبردی برای درستکاری در بخش سلامت بر پایه درک درست از پویایی‌های بخش و نقش کنشگران مختلف - با تأکید بر فساد در ارائه خدمات و همچنین درستکاری نظارتی و نهادی - حمایت کنند.
- سرانجام اینکه، اعطاکنندگان کمک می‌توانند ساختارها و فرایندهای داخلی خود را با ترویج تعاملات بین تیم‌های سلامت و حکمرانی، از جمله بخش‌های درستکاری در برنامه‌های بهداشتی جدید و تقویت هماهنگی اعطاکنندگان کمک در زمینه فساد در سلامت تقویت کنند.

مرکز آموزش و پژوهش‌های سلامت اداری و مبارزه با فساد

فساد بخش سلامت: موضوع مرگ و زندگی

اعطاکندگان کمک‌های بین‌المللی چندین دهه است که برای تقویت نهادهای ضد فساد، شفافیت و پاسخ‌گویی در کشورهای شریک تلاش کرده‌اند، اما ارائه رویکردهای خاص رسیدگی به فساد در بخش سلامت (و در سایر بخش‌های خدمات عمومی) جدیدتر است. اولین موج سیاست و دستورالعمل برنامه‌ای برای بخش بهداشت در سال ۲۰۱۰ پدیدار شد که یکی از موضوعات U4 با عنوان «پرداختن به فساد در بخش بهداشت: تضمین دسترسی عادلانه به مراقبت‌های بهداشتی برای همه» (۲۰۱۱) نیز به آن پرداخته است. از آن زمان، ابتکارات ضد فساد ویژه سلامت در سراسر جهان دنبال شده است. در همین حال، در سطح جهانی، اهداف توسعه پایدار شامل تعهداتی در زمینه پوشش همگانی سلامت و حکمرانی خوب و شفافیت است. در پرتو چنین تغییراتی، U4 برای ارائه راهنمایی به اعطاکندگان کمک‌های بین‌المللی در خصوص رویکردهای مبارزه با فساد، شفافیت و درستکاری در بخش سلامت در سطوح بین‌المللی و ملی، موضوعات خود را به‌روزرسانی کرده است.

تأثیر فساد بر عملکرد بخش سلامت

فساد در بخش سلامت به‌ویژه برای افراد فقیر در کشورهای در حال توسعه می‌تواند منجر به تفاوت بین زندگی و مرگ شود. مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۱ با تحلیل داده‌های ۱۷۸ کشور انجام شد، تخمین زده است که مرگ حدود ۱۴۰ هزار کودک در سال می‌تواند به‌طور غیرمستقیم با فساد مرتبط باشد. مرگ‌ومیر کودکان بیش از آنکه به سواد، دسترسی به آب بهداشتی یا حتی واکسیناسیون ارتباط داشته باشد، به فساد در سطح ملی ارتباط دارد. در یک مطالعه دیگر، مقاومت در برابر میکروب‌ها به میزان فساد در سطح ملی و مصرف آنتی‌بیوتیک بسیار مرتبط دانسته شده است (کالینگتون و دیگران، ۲۰۱۵) و

کاهش مرگ‌ومیر ناشی از ایدز در کشورهایی با سطوح بالاتر فساد، به‌طور قابل‌توجهی کندتر بوده است (فریدمن، ۲۰۱۸).

فساد در بخش سلامت پیامدهای شدیدی بر پنج بعد عملکرد نظام سلامت یعنی دسترسی، کیفیت، برابری، کارایی و اثربخشی خدمات مراقبت بهداشتی دارد.

دسترسی به خدمات سلامت، به‌طور جدی از میزان فرار از کار کارکنان پزشکی تأثیر می‌پذیرد. این تأثیر از ۱۹ درصد تا ۶۰ درصد در کشورهای با درآمد متوسط و کم تخمین زده شده است و اینکه پرسنل کیفی‌تر مانند پزشکان و داروسازان میزان فرار از کار بیشتری دارند. مانع مهم دیگر برای دسترسی، تقاضای پرداخت غیررسمی یا رشوه در ازای ارائه خدماتی است که شهروندان حق دریافت رایگان آن را دارند. میزان وقوع رشوه در تعاملات مستقیم بین شهروندان و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی در سطح جهانی، بسیار متفاوت و از ۱ تا ۵۱ درصد است که در این بین آفریقا، اروپای شرقی و مرکزی و خاورمیانه/شمال آفریقا از سطح بالاتر و اروپای غربی و قاره آمریکا از سطح پایین‌تری برخوردارند. دزدی، اختلاس و رشوه نیز بر دسترسی به داروها، تجهیزات و لوازم موردنیاز تأثیر می‌گذارند. به‌عنوان مثال، در توگو، حسابرسان دولتی کشف کرد که یک سوم داروهای ضد مالاریا به ارزش بیش از یک میلیون دلار که توسط صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا ارائه شده بود به سرقت رفته است.

رشوه‌ها، طرح‌های زیرمیزی و تقلب می‌توانند کیفیت مراقبت و داروهای پزشکی را به‌شدت به خطر بیندازند. کشورهایی همچون تانزانیا، اوگاندا و اوکراین، فساد را به‌عنوان یکی از موانع اصلی در ارائه خدمات بهداشتی با کیفیت دانسته‌اند. ممکن است بار هزینه تشخیص‌ها و درمان‌ها که جعلی یا غیراستاندارد هستند یا اصلاً انجام نشده‌اند بر دوش بیماران قرار گیرد. مشکلات دیگر شامل ارجاع بر حسب زیرمیزی و رویه‌های غیرضروری است. مطالعه‌ای که توسط سازمان بهداشت جهانی انجام شده به این نتیجه

رسیده که در سراسر جهان، سالانه ۶/۲ میلیون سزارین غیر ضروری انجام می‌شود که ۲ میلیون آن تنها در چین انجام می‌شود.

داروهای باکیفیت ممکن است به دلیل سرقت، فقدان موجودی انبار یا اخاذی در دسترس نباشند. سودجویان از نقشه‌های فاسد برای اجتناب از مقررات دولتی دارو استفاده می‌کنند. در سطح جهانی، اعتقاد بر این است که ۱۰ درصد از کل داروها تقلبی هستند، در حالی که در برخی از کشورهای آفریقایی این رقم می‌تواند به ۵۰ درصد برسد. داروهای تقلبی می‌تواند منجر به بیماری شدید و مرگ و همچنین انتشار سویه‌های ویروسی یا باکتریایی مقاوم به دارو در داخل و خارج از کشور شوند.

تأثیر فساد بر عدالت، دغدغه بزرگی است. خانواده‌ها وقتی مجبور به فروش دارایی یا مقروض شدن به خاطر پرداخت رشوه برای خدمات بهداشتی می‌شوند که باید بدون هزینه آن دریافت می‌کردند، در فقر عمیقی فرو می‌روند. شواهد نشان می‌دهد که رشوه‌ها کاهنده هستند و بار عمده‌ای را بر خانواده‌های فقیرتر تحمیل می‌کنند. در پرو، فقیرترین خانوارها به صورت کلی ۱۵ درصد از درآمد سرانه خود را خرج پرداخت‌های غیررسمی می‌کنند. در ویتنام شوک اقتصادی ناشی از بیماری مهم‌ترین علت افتادن افراد به ورطه فقر بود به طوری که در سال ۲۰۱۰ بالغ بر ۳ میلیون نفر از آن تأثیر گرفتند.

فساد تأثیرات بزرگی بر بهره‌وری بخش سلامت، به ویژه در دسترس بودن و استفاده از منابع کمیاب دارد. در سطح جهانی تخمین زده می‌شود ۷ درصد از هزینه‌های سلامت و بالغ بر ۵۰۰ میلیارد دلار در هر سال به خاطر فساد و تقلب از بین می‌رود. حتی در کشورهای اروپای غربی، ایالات متحده و کانادا، این زیان، زیاد است و تخمین زده می‌شود تا ۱۰ درصد هزینه‌های سلامت عمومی در آلمان، ۵۶ میلیارد یورو در سال در اروپا، و ۷۵ میلیارد دلار در ایالات متحده برای پرداخت طرح‌های بیمه بهداشتی

سالمندان^۱ و بیمه بهداشتی مستمندان^۲ به‌تنهایی هدر می‌رود. مرکز بریتانیایی مطالعات ضدتقلب دریافت که از سال ۲۰۰۸، زیان‌های ناشی از فساد تا ۲۵ درصد در سراسر جهان و حتی تا ۳۷ درصد برای خدمات ملی در بریتانیا افزایش یافته است. برآوردهای تجمیعی برای کشورهای در حال توسعه، اندک است اما مثال‌های زیر به نشان دادن زیان‌های شدید بهره‌وری کمک می‌کنند. مطالعه‌ای در ۶۴ کشور نشان داد که فساد باعث کاهش هزینه‌های عمومی برای آموزش، بهداشت و حمایت اجتماعی می‌شود. در چاد، مناطق محلی تنها یک‌سوم منابع اختصاص داده شده از سوی مرکز را دریافت کردند؛ در کامبوج، ۵ تا ۱۰ درصد بودجه سلامت در سطح مرکزی هدر رفت. در تانزانیا، شوراهای محلی یا منطقه‌ای تا ۴۱ درصد از وجوه پرداخت‌شده به‌صورت متمرکز را منحرف کردند و در اوگاندا، کارکنان بهداشتی تا دو سوم هزینه‌های پرداختی از سوی ارباب‌رجوع را به جیب می‌زدند. فساد و عدم شفافیت بر قیمت‌گذاری دارو نیز تأثیر می‌گذارد. در ویتنام، برای برخی از داروهای برند مراکز بهداشتی تا هشت برابر و بیماران تا ۴۶ برابر قیمت مرجع بین‌المللی و برای داروهای ژنریک به‌ترتیب دو و ۱۱ برابر پرداخت کردند ضمن آنکه، هزینه‌های دارو ۵۰ درصد از بودجه سلامت عمومی ویتنام را تشکیل می‌دهد.

از نظر کارایی، فساد در بخش سلامت همان‌طور که پیشتر با مثال نشان داده شد، تأثیر فرساینده‌ای بر سلامت جمعیت دارد. طبق طرح سلامت ارائه‌شده از سوی شفافیت بین‌الملل (TI)، مطالعات زیادی به این نتیجه رسیده‌اند که سطوح بالای فساد با پیامدهای ضعیف سلامت مرتبط است و شواهد قوی وجود دارد که نشان می‌دهد فساد به میزان قابل‌توجهی بودجه اضافی برای این بخش را کاهش می‌دهد. به‌عبارت دیگر، اختصاص وجوه بیشتر به نظام‌های بهداشتی مستعد فساد، به اهداف بهداشتی مورد نظر

1. Medicare
2. Medicaid

دست نخواهد یافت. به‌طور گسترده‌تر، فساد در بخش سلامت، مشروعیت نهادهای دولتی و اعتماد عمومی به آن‌ها را کاهش می‌دهد. طبق همان گزارش: «ثبات سیاسی و تلاش برای مهار بیماری‌های فراگیر تضعیف می‌شوند؛ زیرا شهروندانی که در مراکز درمانی خود با فساد مواجه هستند، باور به تمایل دولت و توانایی آن برای ارائه خدمات اساسی را از دست می‌دهند».

سرانجام اینکه فساد مانعی بر سر راه هدف بلندمدت دستیابی به نظام سلامت همگانی^۱ است. سازمان بهداشت جهانی، حکمرانی خوب را به‌عنوان مؤلفه‌ای حیاتی در رسیدن به نظام سلامت همگانی معرفی کرده است. در سطح جهانی، تخمین زده می‌شود که فساد در بخش سلامت نسبت به آنچه برای دستیابی به نظام سلامت همگانی لازم است، هزینه بیشتری دارد. همان‌طور که پیشتر بیان شد، تخمین زده می‌شود سالانه ۵۰۰ میلیارد دلار از هزینه‌های سلامت عمومی به‌دلیل فساد از دست می‌رود. برای دستیابی به نظام سلامت همگانی، سالانه ۳۷۰ میلیارد دلار اضافی تا سال ۲۰۳۰ موردنیاز است و صندوق توسعه بین‌المللی برای این پوشش، ۱۷ تا ۳۵ میلیارد دلار بودجه نیاز دارد. با این منطق، وجوه ازدست‌رفته به‌دلیل فساد در بخش سلامت در سطح جهانی می‌تواند خلاء اجرای طرح مراقبت سلامت همگانی را پر کند.

آسیب‌پذیری بخش سلامت در برابر فساد

برخی عوامل، به‌طور ویژه‌ای نظام‌های بهداشتی را در معرض فساد قرار می‌دهند. این عوامل شامل مقدار منابع گسترده در این سیستم‌ها؛ سطح بالای عدم اطمینان؛ عدم تقارن اطلاعات؛ تعداد زیاد کنشگران؛ پیچیدگی و پراکندگی نظام‌های سلامت ملی و ماهیت جهانی شده زنجیره تأمین دارو و تجهیزات پزشکی هستند. این عوامل که در

1. universal health care (UHC)

ادامه به اختصار توضیح داده می‌شوند، مانع شفافیت و پاسخ‌گویی شده و برای فساد تسخیر نظارت و فشار بی‌رویه بر بازار فرصت‌های نظام‌مندی را به‌وجود می‌آورند.

منابع صرف‌شده در بخش سلامت در سطح جهانی و کشوری فرصت‌های سودآوری برای سوءاستفاده و سود غیرقانونی فراهم می‌کند. همان‌طور که قبلاً بیان شد، تخمین زده می‌شود که هزینه‌های جهانی برای سلامتی بیش از ۵.۷ تریلیون دلار در سال ۲۰۱۶ باشد. مخارج سلامت از حدود ۴ درصد تولید ناخالص داخلی در کشورهای کم‌درآمد تا بیش از ۱۵ درصد در کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه - همراه با روندی افزایشی - متغیر است.

عدم اطمینان در مورد اثربخشی درمان‌های پزشکی و ناتوانی در پیش‌بینی اینکه چه کسی، چه زمانی و با چه نوع بیماری مواجه می‌شود، بازارهای سلامت را از دیگر بازارها متمایز کرده و منجر به ناکارآمدی‌ها و حوزه‌ای برای سوءاستفاده می‌شود. عملکرد ضعیف بازارهای سلامت، تعیین استانداردهای پاسخ‌گویی و تنبیه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به‌دلیل عملکرد ضعیف را دشوار می‌سازد. انتخاب مصرف‌کننده^۱ تنظیم‌گر خوبی نیست زیرا بیماران به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، غالباً به‌دلیل فاصله، انحصار ارائه خدمات عمومی و محدودیت دسترسی یا هزینه زیاد مراقبت خصوصی قادر به یافتن بهترین مراقبت نیستند.

بخش سلامت با درجه بالایی از عدم تقارن اطلاعاتی نیز شناخته می‌شود. اطلاعات به‌طور یکسان برای همه کنشگران در دسترس نیست. این امر نظارت کامل بر اقدامات کنشگران مختلف، پاسخ‌گو نگه داشتن آن‌ها، کشف سوءاستفاده‌ها و تعیین مسئولیت را دشوار می‌کند. بیماران برای قضاوت درباره تصمیمات پزشکی گرفته شده از جانب آن‌ها یا برای ارزیابی صحت یک نسخه، فاقد اطلاعات هستند و به‌دلیل اختیارات

1. Consumer choice

تفویض شده به ارائه‌دهندگان خدمات در صورتی که آن‌ها بخواهند از موقعیت‌شان سوءاستفاده کنند، بیماران را در موقعیت وضعی قرار می‌دهد. حتی حساب‌رسان بیمه در ارزیابی اینکه صورتحساب درست است یا خیر و خدمات ارائه شده ضروری بوده است یا نه، اوقات دشواری داشته باشند. عدم تقارن اطلاعات نیز بر تصمیمات مربوط به تهیه داروها و تجهیزات پزشکی تأثیر می‌گذارد. نمایندگان شرکت‌های داروسازی بیشتر از پزشکان تجویزکننده آن داروها، در مورد محصولات خود می‌دانند و بازرسان برای اطمینان از کیفیت داروها و تجهیزات پزشکی به سختی تحت فشار هستند. موضوعات سیاسی و نظارتی مرتبط با بسته‌های مزایا، قیمت دارو و دسترسی به بازار فناوری‌های جدید سلامت نیز بر این موضوع تأثیر می‌گذارد.

تعداد زیاد کنشگران پراکنده دخیل در نظام‌های بهداشتی این مشکلات را تشدید می‌کند. روابط بین تأمین‌کنندگان خدمات پزشکی، ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت، پرداخت‌کنندگان خدمات بهداشتی و سیاست‌گذاران، اغلب غیرشفاف بوده و تشخیص تعارض منافعی که می‌تواند به انحراف سیاست‌ها منجر شود را دشوار می‌سازد. ارائه خدمات بهداشتی اغلب غیرمتمرکز است و استانداردسازی و نظارت بر ارائه و تأمین خدمات را دشوار می‌سازد.

نظام‌های سلامت ملی، پیچیده و غالباً چندپاره با زیرسیستم‌های ناهمسان هستند که به نیازهای بهداشتی جمعیت‌های مختلفی رسیدگی می‌کنند. به‌عنوان مثال، ممکن است زیرسیستم‌هایی برای کارمندان بخش دولتی، برای کارگران دارای قرارداد کار و شاغل در اقتصاد رسمی، برای ارتش و یا پلیس و برای بخش غیررسمی و یا فقرا وجود داشته باشد. بیشتر سیستم‌های ملی شامل ترکیبی از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی دولتی و خصوصی (که دومی غالباً کمتر از اولی تحت نظارت است) و همچنین ترکیبی از بیمه‌های سلامت دولتی و خصوصی است. مناطق‌های متعدد این زیرسیستم‌ها و منافع

مشروع و نامشروع متعدد کنشگران مختلف فرصت‌هایی را برای فساد و تسلط بر سیاست‌ها و نظارت‌ها فراهم می‌کند.

درنهایت، ماهیت جهانی زنجیره تأمین داروها و تجهیزات پزشکی امکان فشار نابه‌جا، دستکاری اطلاعات، تسخیر نظارت و سوءاستفاده را فراهم می‌سازد. این به ماهیت جهانی شده صنایع تولیدات مراقبت دارویی و بهداشتی، حجم عظیم آن‌ها و تعارض ذاتی بین اهداف تجاری قانونی و نیازهای پزشکی مردم مربوط می‌شود.

از آنجایی که این عوامل مختلف باعث آسیب‌پذیری در برابر سوءاستفاده می‌شوند، مراقبت‌های بهداشتی از جمله بخش‌هایی است که در اکثر کشورها به شدت تحت نظارت قرار دارد. با این حال، گروه‌های ذی‌نفع قدرتمند اغلب تلاش می‌کنند ناظران را تحت تسلط خود درآورده و از طریق مجموعه متنوعی از راهبردها از جمله نفوذ ناروا، رشوه، و طرح‌های زیرمیزی پیچیده بر تصمیمات آن‌ها تأثیر بگذارند.

شناسایی و مجازات اعمال فاسد در بخش سلامت همچنان دشوار است. مرزهای بین ناکارآمدی یا سوءرفتار غیرعمد، از یک سو و رفتار غیراخلاقی، سوءاستفاده عمدی و رفتار مجرمانه از سوی دیگر، می‌تواند مبهم باشد به طوری که سوءاستفاده‌ها در پشت ناکارآمدی‌های آشکار پنهان شود. همچنین، لزوم نجات زندگی به هر قیمتی ممکن است مانع بحث‌های صریح بین کنشگران دولتی و شرکای توسعه‌ای درباره فساد در بخش سلامت شود؛ اما تجاربی از سراسر جهان نشان داده است که شروع گفتگو در مورد این مشکلات و ارائه راهبردهای رسیدگی به آن‌ها امکان‌پذیر است (به پیوست ۱ مراجعه کنید).

فهم فساد در بخش سلامت

اصطلاح «فساد» برای افراد مختلف معنای متفاوتی دارد و هیچ تعریف پذیرفته شده جهانی برای آن وجود ندارد. سازمان شفافیت بین‌الملل، فساد را «سوءاستفاده از قدرت اعطاء شده برای کسب منافع خصوصی» تعریف می‌کند. اشخاصی که به آن‌ها قدرت داده شده شامل مقامات بخش دولتی (اعم از منصوب یا منتخب) و همچنین مقامات و کارکنان شرکت‌های خصوصی، سازمان‌های بین‌المللی و سازمان‌های جامعه مدنی هستند.

در معاهده بین‌المللی اصلی مربوط به فساد یعنی کنوانسیون سازمان ملل متحد علیه فساد (UNCAC)، فساد تعریف نشده است. در عوض، اعمال خاص فساد از جمله رشوه و اختلاس، اعمال نفوذ در معاملات، سوءاستفاده از وظایف، داراشدن غیرقانونی، پولشویی، اختفا و ممانعت از اجرای عدالت را برشمرده است. بااین‌حال، حوزه‌های قضایی از نظر اینکه کدام اعمال را جرم‌انگاری کرده یا نکرده‌اند، متفاوت هستند. یکی از نقاط عزیمت برای پرداختن به فساد در هر کشور دانستن این است که در قانون اساسی و قوانین آن کشور، فساد چگونه تعریف شده است.

فساد چگونه خود را در این بخش نشان می‌دهد؟

انواع مختلف فساد، بروز و ظهور زیادی در نظام‌های سلامت ملی دارند. نظام‌های بهداشتی مختلف مستعد انواع مختلفی از فساد هستند و ریسک‌های سوءاستفاده تا حدی به نحوه بسیج، مدیریت و پرداخت وجوه بستگی دارد.

نظام‌های یکپارچه نظام‌هایی هستند که بخش دولتی آن‌ها را تأمین مالی می‌کند و به‌طور مستقیم مراقبت‌های بهداشتی را فراهم می‌کنند که در کشورهای در حال توسعه، رایج است. آن‌ها به‌ویژه در برابر انحراف بودجه در مقیاس بزرگ در سطح وزیران و همچنین در گردش‌های مالی از سطح ملی به زیرملی آسیب‌پذیر هستند. رشوه‌ها و

دریافت زیرمیزی در تدارکات، اخذ غیرقانونی هزینه از بیماران، هدایت بیماران به مطب خصوصی و کارگریزی نیز رایج است. نظام‌های تأمین مالی، تأمین مالی عمومی را از ارائه خدمات بهداشتی تفکیک می‌کند و این در کشورهای با درآمد متوسط رایج‌تر است. این نظام‌ها از تقلب در صدور صورتحساب سازمان‌های دولتی و بیمه‌ای به‌طور ویژه رنج می‌برند. ضمن آنکه از درمان پزشکی با کیفیت بیش از اندازه پایین یا بالا بسته به سازوکار پرداخت، و همچنین تسخیر نظارت و تعارض منافع دچار آسیب هستند. سلطه بر دولت و سیاست‌ها و فساد در زنجیره عرضه دارو، تدارکات و ویزیت‌ها می‌تواند در هر دو نوع سیستم رخ دهد.

مطالعات موردی زیرسیستم‌های بهداشتی برای فقرا در کلمبیا و پرو تصویری از این موضوع ارائه می‌کند که فساد چگونه در نظام‌های بهداشتی مختلف اشکال متفاوتی پیدا می‌کند.

برای ارزیابی آسیب‌پذیری‌ها در یک نظام یا زیرنظام بهداشتی معین می‌توان با بررسی نقش‌ها و روابط میان بازیگران مختلف و درک قوانین بازی شروع کرد. بازیگران را می‌توان به پنج دسته کلی طبقه‌بندی کرد:

- مقررات‌گذاران دولتی (پارلمان‌ها، وزارتخانه‌های بهداشت، و سازمان‌های تخصصی مقررات بهداشتی، نظارتی یا سازمان‌های سلامت عمومی)
- پرداخت‌کنندگان (مؤسسات دولتی امنیت اجتماعی، بیمه‌گران خصوصی و صندوق‌های دولتی بهداشت)
- ارائه‌دهندگان (بیمارستان‌های دولتی و خصوصی، پزشکان، داروسازان، سازمان‌های غیردولتی، سازمان‌های مذهبی)
- مصرف‌کنندگان (بیماران)
- تأمین‌کنندگان (تجهیزات پزشکی، داروها، ساختمان‌ها، آمبولانس‌ها)

بیشتر تحقیقات در دسترس عموم درباره این ریسک‌ها و راهبردهای کاهش احتمالی بر سطح ارائه خدمات، یعنی بر تعاملات بین ارائه‌دهندگان و کاربران و همچنین بر زنجیره تأمین محصولات دارویی و بهداشتی تأکید دارد. ریسک تسخیر سیاست‌ها، نظارت‌ها و نهادها و تعاملات فاسد بین پرداخت‌کنندگان و ارائه‌دهندگان اگرچه تأثیر زیادی بر عملکرد کلی سیستم سلامت دارد، اما تحقیقات اندکی درباره آن‌ها انجام شده است.

فساد عمدتاً به‌عنوان سوءرفتار یا رفتار مجرمانه توسط افراد تعریف می‌شود. بااین حال، در کشورهایی که دارای فساد سیستماتیک و عمیقاً ریشه‌دار هستند، اعمال فاسد ممکن است توسط گروه‌های مختلف کنشگران قانونی و بعضاً غیرقانونی برای اهداف غیرقانونی مورد استفاده قرار گیرد. به‌عنوان مثال، خریدوفروش مناصب در اداره بیمارستان ممکن است بخشی از نظام سیاسی حامی‌پرور باشد. ارائه‌دهندگان سلامت ممکن است شرکت‌های جعلی باشند که برای پولشویی و سایر اهداف غیرقانونی تشکیل شده‌اند. کارتل‌های پزشکان یا سایر متخصصان بهداشتی ممکن است درمان‌های پرهزینه خاصی را به انحصار خود درآورند تا از نظام‌های بهداشتی، رانت‌جویی کنند؛ اطلاعات بیمارستان و سایر تجهیزات ممکن است توسط کارتل‌های کوچک محلی سرقت شود و شرکت‌های داروسازی ممکن است گروه‌هایی از بیماران یا سازمان‌های بیماران را برای اهداف غیرقانونی تحت سلطه خود درآورند. هنگام طراحی راهبردهای کاهش‌دهنده، درک پویایی‌ها و انگیزه‌های رفتار فردی و گروهی به‌منظور شناسایی متحدان و مخالفان بالقوه تغییر، مهم است.

تفاوت‌های اجتماعی، سیاسی و فرهنگی قابل قبول یا غیرقابل قبول، نیازمند درک خاص زمینه است. انواع معینی از رفتارها عموماً یک رفتار مجرمانه یا تخلف اداری محسوب می‌شوند مانند رشوه یا زیرمیزی در تدارکات، خریدوفروش مناصب، یا پرداخت بیش از حد عمدی؛ اما مرز بین این‌ها اغلب، تیره‌وتار است. در سطح ارائه

خدمات، پرداخت‌های غیررسمی که از نظر اجتماعی اغلب در قالب هدایا و انعام در یک محیط، قابل قبول تلقی می‌شوند و ممکن است در محیط دیگری به عنوان رشوه، غیرقابل قبول تلقی شود.

باید اذعان داشت که همه انواع رفتارهای غیراخلاقی، غیرقانونی نیستند. درحالی که بیشتر مردم ممکن است موافق باشند که داشتن سهام مالکیت برای یک پزشک دولتی که در خدمات جانبی پزشکی در بخش خصوصی مشغول کار است، اشتباه است، برخی کشورها این تعارض منافع را مقررات‌گذاری کرده‌اند درحالی که برخی دیگر این کار را نکرده‌اند. درعین حال، همه اعمالی که غیرقانونی هستند، لزوماً نامشروع تلقی نمی‌شوند. برخی از کشورها مشوق‌های تبلیغاتی خاص توسط صنعت دارو را برای کارکنان پزشکی ممنوع کرده‌اند اگرچه ممکن است چنین اقداماتی از پذیرش اجتماعی نسبتاً گسترده برخوردار باشد.

درمجموع، زمینه مهم است. درک اینکه فساد چگونه در یک نظام سلامت ملی خاص خود را نشان می‌دهد همراه با ارزیابی میزان شیوع آن و تأثیرش بر عملکرد سیستم و نتایج سلامت، یک پیش شرط حیاتی برای طراحی راهبردهای کاهش دهنده است. (جدول ۲ یک بررسی اجمالی از ریسک‌های کلیدی فساد در کارکردهای اصلی نظام سلامت و همچنین راهبردهای کاهش بالقوه آن‌ها را نشان می‌دهد.)

ابزارهای اصلی تشخیص فساد در بخش سلامت چه هستند؟

مجموعه‌ای از ابزارها و ابتکارات برای تشخیص فساد در بخش سلامت وجود دارد. این ابزارها به تعریف مسئله و متعهد نمودن به اقدامات ضد فساد کمک می‌کند؛ علاوه بر این، به متخصصان و سیاست‌گذاران کمک می‌کند بر اهداف کلی و جزئی و نظارت بر (یا انحراف از) پیشرفت در طول زمان توافق کنند. برخی از ابزارهای ارزیابی به‌طور خاص

بر تجارب یا ادراک فساد و ریسک‌های بخشی تأکید می‌کنند درحالی‌که برخی دیگر بیشتر به نحوه اداره بخش سلامت نگاه می‌کنند. برخی دیگر نیز بر حوزه‌ها یا زیربخش‌های خاصی در بخش سلامت مانند داروها یا منابع انسانی تأکید می‌کنند. ضمن آنکه برخی پیمایش‌های بین‌المللی عمومی درباره فساد، ارزیابی‌های بخش سلامت را نیز در بردارند.

جدول شماره یک بررسی اجمالی از ابزارهای اصلی در دسترس ارائه می‌کند. بااین‌حال، بیشتر ابزارهای رایج مورد استفاده، فساد سطح بالا در بخش بهداشت، یعنی در سطح وزرا و سایر مقامات عالی‌رتبه بهداشتی در سطح ملی و یا مدیران بیمارستان‌ها را ارزیابی نمی‌کنند. اگر قرار است به‌طور جدی و راهبردی با فساد در سیستم‌های بهداشتی مقابله شود، این شکاف، در هر دو سطح عملی و نظری باید مورد توجه قرار گیرد.

جدول ۱: انتخاب ابزارهای شناسایی و اندازه‌گیری فساد و ریسک‌های آن در بخش بهداشت

حوزه	موضوع	ابزار
ادراکات و تجربیات فساد	ادراکات از فساد	• شاخص ادراک فساد شفافیت بین‌المللی فساد • شاخص‌های حکمرانی بانک جهانی (کنترل فساد) • شاخص حاکمیت قانون پروژه جهانی عدالت • پیمایش‌های تشخیصی کشوری حکمرانی و مبارزه با فساد • پیمایش‌های ادراک سطح ملی توسط سازمان‌های مدنی، دانشگاه‌ها و دیگران
	تجربیات از فساد	• بارومتر فساد جهانی شفافیت بین‌الملل • افروبارومتر، لاتین بارومتر، یوروبارومتر • پیمایش‌های مبتنی بر تجربه ملی توسط سازمان‌های مدنی و دیگران • پیمایش و کارت گزارش رضایت بیمار • پیمایش‌های بخش خصوصی درخصوص تجربیات فساد و تقلب • پیمایش‌ها/ مطالعات گروه کانونی توسط سازمان‌های مدنی،

حوزه	موضوع	ابزار
		دانشگاه‌ها و دیگران
عمومی	مسائل در سطح بخشی و مقطعی	• ارزیابی‌های سیستم سلامت که بر فساد، شفافیت و پاسخ‌گویی طبق دستورالعمل سازمان بهداشت جهانی تأکید می‌کند • تحلیل اقتصادی سیاسی در بخش سلامت • آسیب‌پذیری در برابر فساد و ارزیابی ریسک فساد • پاسخ‌گویی بخشی یا ارزیابی‌های حکمرانی • مقدار حسابرسی‌های پولی • مطالعه درباره فساد در بخش سلامت اروپایی متشکل از ۲۸ دولت عضو اتحادیه اروپا (۲۰۱۲ و ۲۰۱۷) • داده‌های تولیدشده توسط نهادهای ملی و منطقه‌ای که تقلب در مراقبت‌های بهداشتی را بررسی می‌کنند، به‌عنوان مثال، شبکه تقلب و فساد در مراقبت‌های بهداشتی اروپا
داروسازی	زنجیره‌های تأمین دارو و محصولات بهداشتی	• حکمرانی خوب برای داروها روش ارزیابی سازمان بهداشت جهانی • اتحاد شفافیت پزشکی (رویکرد چندجانبه) • دسترسی به شاخص داروها • دسترسی به شاخص واکسن‌ها • شاخص شفافیت آزمایش‌ها • تحلیل زنجیره ارزش تأمین دارو • راهنمای شاخص بین‌المللی قیمت دارو • پایگاه‌های داده برخط تدارکات دارو
ارائه‌دهندگان انفرادی	خرید شغل	• سوابق اداری رسمی همراه با پیمایش مراکز • مصاحبه با مقامات دولتی و سابق • پیمایش‌های تشخیصی حکمرانی و مبارزه با فساد کشوری
	فرار از کار کارکنان سلامت	• پیمایش کمی ارائه خدمات • بازدیدهای سرزده از سایت • مشاهده مستقیم • سوابق مراکز • گروه‌های کانونی یا مصاحبه‌ها با رؤسای مراکز و بیماران
پرداخت‌های غیررسمی	پرداخت‌های غیررسمی	• بارومتر فساد جهانی شفافیت بین‌الملل • افروبارومتر، لاتین بارومتر، یوروبارومتر

حوزه	موضوع	ابزار
		• پیمایش‌های خانوار (به‌عنوان مثال، مطالعات سنجش استانداردهای زندگی بانک جهانی؛ پیمایش‌های جمعیت‌شناختی و سلامت) • پیمایش‌ها و کارت‌های امتیازی خروج از مراکز • گروه‌های کانونی/ مصاحبه با ارائه‌دهندگان، بیماران و کارکنان بهداشتی • پیمایش‌های تشخیصی حکمرانی و مبارزه با فساد کشوری
	فرایندهای بودجه‌ریزی	• شاخص‌های پاسخ‌گویی مالی و مخارج عمومی (PEFA) • گروه‌های کانونی و مصاحبه با مقامات دولتی، نهادهای پذیرنده و جامعه مدنی
مدیریت منابع و بودجه	کسری فهرست حقوق و دستمزد	• پیمایش‌ها و بررسی‌های ردیابی مخارج عمومی (PER و PETS) • پیمایش‌های خانوار • پیمایش‌های مراکز • گروه‌های کانونی با مقامات دولتی و کارکنان سلامت
	کسری کمک‌هزینه غیرنقدی	• پیمایش‌های ردیابی مخارج عمومی (PETS) • پیمایش‌های ارائه خدمات کمی • پیمایش‌های مراکز • گروه‌های کانونی با مقامات دولتی، مؤسسات پذیرنده و کارکنان سلامت

فساد در بخش سلامتی در عمل چگونه تشخیص داده می‌شود؟

با توجه به اینکه شکل‌ها و پویایی فساد به محیط بسیار وابسته هستند و با توجه به اینکه ارزیابی‌های موجود ادراکات، تجربیات و ریسک‌های فساد به‌صورت کلی بر کشورها تأکید دارند روش‌شناسی ارزیابی فساد یک عنصر حیاتی در طراحی ابتکارات مبارزه با فساد در بخش سلامت است.

ارزیابی‌های جامع فساد در خصوص ابتکارات مسئولان بخش سلامت

به‌طور کلی، ارزیابی جامع فساد در بخش بهداشت، مبنای خوبی برای شناسایی حوزه‌های اولویت استراتژیک برای اقدام فراهم می‌کند. این ارزیابی شامل ادراکات و تجربیات، ریسک‌های فساد، علل، انگیزه‌ها و عواقب آن و نیز سطح تحمل کنشگران مختلف نسبت به فساد است. در برخی موارد ممکن است به تحلیل بیشتری نیاز باشد: برای مثال، اگر مدیریت بیمارستان‌های دولتی یکی از حوزه‌های اولویت‌دار ریسک باشد، ممکن است نیاز به انجام تحلیل‌های اضافی در مورد این موضوع باشد. ریسک‌های فساد و اقدام علیه آن غالباً بین مناطق مختلف یک کشور و نیز بین انواع مختلف بیمارستان‌ها یا کلینیک‌های خصوصی انجام دهنده وظایف دولتی، متفاوت است.

با این حال، چنین ارزیابی‌های گسترده‌ای، نادر است. ارزیابی متداول، انجام مطالعات مرتبط با فساد است که به‌منظور اطلاع از طراحی اقدامات کاهش‌دهنده با هدف حوزه‌های خاص ریسک مانند عرضه دارو یا انواع خاص سوءرفتار همچون پرداخت‌های غیررسمی انجام می‌شود. در ادامه به‌طور خلاصه چندین رویکرد تشخیصی شرح داده می‌شود.

• تشخیص خاص بخش سلامت ارائه‌شده توسط نهادهای مبارزه با فساد

به‌رغم افزایش توجه اخیر به فساد در نظام‌های ملی سلامت، ارزیابی‌های کلی این بخش هنوز به‌جای وزارت سلامت، توسط مقامات ملی مبارزه با فساد انجام می‌شود. این موضوع می‌تواند به این دلیل باشد که نهادهای مبارزه با فساد، طبق دستورالعمل بین‌المللی مبارزه با فساد، برای ارتقای درستکاری در تمامی دولت مأموریت نهادی دارند و چنین ابتکاراتی همسو با معیارهای عملکرد آن‌ها است. از سوی دیگر، وزارتخانه‌های بهداشت انگیزه‌های کمی برای پیگیری رویکردهای گسترده بخشی دارند؛

زیرا این رویکردها نیازمند مدیریت پیچیده سیاسی و عملیاتی است و به‌وضوح هم‌راستا با اهداف این بخش نیستند.

برای ارزیابی‌های سراسری در این بخش، نهادهای نظارتی و پاسخ‌گویی ملی به‌طور خاص می‌توانند به شناسایی حوزه‌های آسیب‌پذیر در مقابل فساد و پیگیری پیشرفت کمک نمایند. این نهادها عبارت‌اند از:

- دفتر حسابرس کل (مؤسسه عالی حسابرسی): گزارش‌های حسابرسی سالانه و تحقیقات خاص بیش‌هایی درباره حوزه‌های آسیب‌پذیر ارائه داده و به تعیین دقیق محل وقوع فساد کمک می‌کند.
 - کمیسیون مبارزه با فساد، اداره بازرسی کل یا اداره اخلاقیات: همکاری نزدیک در بررسی ادعاهای خاص و تحلیل منظم شکایات در مورد رفتارهای فاسد یا غیراخلاقی می‌تواند به شناسایی حوزه‌های ریسک کمک کند.
 - پارلمان: تعامل منظم با کمیسیون شکایات پارلمانی و کمیته محاسبات پارلمانی می‌تواند اطلاعاتی در مورد حوزه‌های ریسک خاص ارائه دهد.
- بااین‌حال، در راستای تلاش برای همکاری آن‌ها، باید به ریسک نفوذ سیاسی و پارتی‌بازی که غالباً در این نهادها در کشورهای دارای فساد سیستمی رخنه می‌کند، توجه شود.

• زیرسیستم‌های تجهیزات دارویی و پزشکی

ارزیابی زیرسیستم‌های تجهیزات دارویی و پزشکی از سال ۲۰۰۵ رایج‌تر شده است. روش‌شناسی‌های گسترده، کاربردی و مرجع در این زمینه شامل ابزار حکمرانی خوب در پزشکی (GGM) و رویکرد اتحاد شفافیت پزشکی (MeTA) هستند. GGM به‌طور عمده تحت رهبری دولت، با حمایت قوی از سوی سازمان بهداشت جهانی است و در حدود ۳۰ کشور اجرا شده است. MeTA یک ابتکار چندجانبه بین دولت،

جامعه مدنی و بخش خصوصی با حمایت شرکای توسعه است و در حداقل هفت کشور به صورت آزمایشی اجرا شده است.

• تشخیص در سطح نهادی

رویکرد دیگری برای ارزیابی ریسک فساد بر سطح سازمانی تأکید دارد؛ در حالی که همه نهادهای بخش سلامت در مقابل فساد آسیب‌پذیر هستند، ارزیابی‌های ریسک فساد اغلب در سازمان‌های ارائه‌دهنده - مراکز بهداشتی، بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها - و کمتر در سازمان‌های نظارتی سلامت ملی، بیمه‌گران دولتی سلامت یا بخش‌های بهداشت استانی چه رسد به وزارتخانه‌های بهداشت، انجام می‌شوند.

هرچند این نهادها که ارائه‌کننده خدمات نیستند کنشگران کلیدی در سیستم بهداشتی هستند؛ اما ارزیابی آن‌ها موضوع قانونی مفیدی برای شرکای توسعه است. در کشورهای کم‌درآمد، ارزیابی ریسک فساد سازمانی یا ارزیابی‌های مسئولیت‌پذیری اغلب بخشی از برنامه‌های مورد حمایت نهادهای امدادگر بین‌المللی است. کشورهای با درآمد متوسط به احتمال زیاد دارای هنجارهای ملی هستند که همه نهادهای بخش دولتی را ملزم به انجام منظم این ارزیابی‌ها می‌کند. با این حال، با توجه به اینکه چنین هنجارهای بخش عمومی اغلب به روشی غیر مشارکتی و به صورت تیک زدن اجرا می‌شوند، فضایی برای کمک‌های فنی با حمایت اعطاکنندگان کمک‌های بین‌المللی وجود دارد.

• ارزیابی اعمال فاسد در بخش سلامت

زمانی که اعمال فاسد و غیراخلاقی خاص برای ارائه خدمات بهداشتی مضر شناخته شوند رویکرد دیگری برای انجام ارزیابی این اعمال اجرا می‌شود که نمونه‌های این اعمال شامل پرداخت‌های غیررسمی، فرار از کار و فساد در تأمین دارو است. بر اساس ادبیات موجود، این اقدامات در مقیاس بزرگ بر اساس پرونده‌های ویژه کشوری مورد تحلیل قرار گرفته‌اند. با این حال، به نظر می‌رسد ابزارهای ارزیابی کاربردی به‌طور

قابل توجهی در تعاریف و رویکردهای مورد استفاده با توجه به ویژگی محیطی این اقدامات، متفاوت هستند.

• ترکیبی از ارزیابی مبتنی بر ادراک و تجربه

در حالت ایدئال، ابزارهای ارزیابی ادراک فساد باید با ابزارهای ارزیابی تجربه فساد تکمیل شود. اعمال چنین ابزارهایی در مجموعه‌های مختلف نشان می‌دهد که ممکن است اختلافات قابل توجهی بین نتایج مربوطه آن‌ها در بخش سلامت وجود داشته باشد. علاوه بر این، استفاده از ابزارهای مختلف مبتنی بر تجربه برای کاربران خدمات بهداشتی و عموم مردم از یک سو و کارکنان یا کارشناسان بخش سلامت، از سوی دیگر (دسته دوم شامل پرسنل مراقبت پزشکی، منابع انسانی و اداره امور مالی، مدیریت، تدارکات و غیره است) مفید و گاهی ضروری است. مثلث‌بندی نتایج حاصل از این دو نوع ارزیابی می‌تواند به تشخیص واقعی درستکاری سیستم کمک کند.

بررسی نحوه تشخیص فساد در عمل نشان می‌دهد که در بسیاری از موارد ترکیبی از ابزارهای مختلف مفید خواهد بود. این موضوع، دلیلی بر تکرار تلاش‌ها نیست بلکه برای تصمیم‌گیری درباره ترکیب مناسب ابزارها برای هر محیط و هدف است.

و در نهایت دو نکته مهم برای شرکای توسعه. اول اینکه کمک‌های مالی و پشتیبانی فنی برای ارزیابی فساد در بخش سلامت ضروری است. حتی در کشورهای با درآمد متوسط که بالاترین سطوح دولت ممکن است از مملو از ارزیابی‌های ضدفساد بخش سلامت باشد، تأمین مالی این ارزیابی‌ها از طریق فرایندهای دست‌وپاگیر بودجه ملی محتمل است که غیرممکن باشد.

دوم اینکه نتایج اولیه امیدوارکننده از اتحاد سه کنشگر ناشی می‌شود. اتحاد بین (الف) مقامات سطح بالای مؤسسات بخش سلامت که برای ارزیابی‌هایی که به نیازها و اولویت‌های آن‌ها پاسخ می‌دهد، جنبه راهبردی قائل می‌شود؛ (ب) شرکای توسعه که

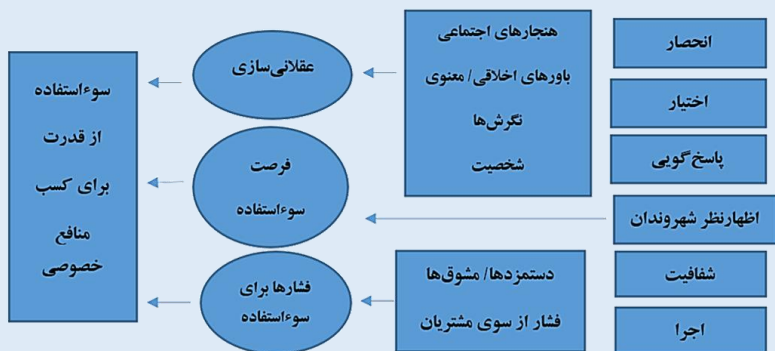
کمک‌های مالی و همچنین کمک‌های فنی را فراهم می‌کنند؛ و (ج) دانشگاه‌های ملی که ارزیابی فساد را با تیم‌های چندرشته‌ای در بردارنده تعداد زیادی از دانشجویان انجام می‌دهند. اراده سیاسی در بالاترین سطح یک پیش شرط ضروری است که اغلب وجود ندارد. درعین حال، زمانی که رهبران عمومی تغییر می‌کنند، مشارکت دانشگاه‌ها به تضمین تداوم آن کمک می‌کند.

طراحی راهبردهای مدیریت ریسک

فساد یکی از موضوعات سلامت عمومی است که نه به‌خودی‌خود از بین می‌رود و نه می‌توان آن را نادیده گرفت. سازمان‌های امدادگر، سازمان‌های بین‌المللی و دولت‌های ملی به صراحت این مشکل را تصدیق کرده‌اند. تجربه راهبردهای مدیریت ریسک در بخش سلامت و همچنین درس‌های آموخته‌شده از سایر بخش‌ها به مشاوران بهداشتی سازمان‌های امدادگر، هم‌تایان دولتی آن‌ها در کشورها و سایر کنشگران کمک می‌کند تا تشخیص دهند که امکان مقابله با فساد وجود دارد. برای رسیدن به این هدف، این بخش به‌طور خلاصه عناصر کلیدی که باید در هنگام طراحی راهبردهای مدیریت ریسک در نظر گرفته شود را تشریح می‌کند.

درک تسهیل‌گران و محرکان فساد

اولین گام، فهم شرایطی است که برای فساد مؤثر هستند. نمودار (۱) چارچوب مفهومی را ارائه می‌دهد که می‌توان آن را به‌صورت زیر خلاصه کرد: «مردم زمانی که فرصتی برای سوءاستفاده از قدرت خود دارند؛ وقتی احساس می‌کنند تحت فشار هستند یا برای انجام این کار انگیزه دارند و زمانی که باورها و هنجارهای شخصی یا اجتماعی به آن‌ها اجازه می‌دهد تا رفتار فاسد را توجیه کنند؛ بیشتر احتمال دارد از مرز بین رفتار صادقانه و فاسد عبور نمایند (تا حدی به این دلیل که احتمال عواقب آن کم است).



نمودار ۱: مؤلفه‌های کلیدی برای طراحی راهبردهای مدیریت ریسک

با نگاه دقیق‌تر به مؤلفه‌های فرصت که در نمودار (۱) آمده است می‌بینیم که رفتار فاسد در شرایطی که برخی یا همه شرایط زیر وجود دارد بیشتر محتمل است:

- مأمور دارای اختیار اعطایی، قدرت انحصاری دارد. این مأمور ممکن بودن تنها ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی، درمانی، یا داروها و تجهیزات باشد.
- مقامات دارای اختیار بدون کنترل کافی بر جایگاه تصمیم‌گیری خود هستند. چنین تصمیماتی ممکن است مربوط به تعریف درمان‌ها و داروهای تحت پوشش بیمه درمانی یا تجویز داروهای خاص، آزمایش‌ها یا درمان‌های تشخیصی باشد. به‌خاطر تنش بین نظارت و استقلال پزشکی، اختیار یک موضوع پیچیده است.
- پاسخ‌گویی کافی برای تصمیمات و اقدامات وجود ندارد. پاسخ‌گویی از طریق سنجش نتایج و مجازات عدم عملکرد مناسب شکل می‌گیرد.
- اظهارنظر و مشارکت شهروندان برای فراهم نمودن کنترل اجتماعی - به‌عنوان مثال، با تولید داده‌های تجربی درخصوص فرار از کار، نظارت بر

تدارکات دارو یا ساخت بیمارستان، یا افشاگری نفوذ ناروا در تصمیمات نظارتی و سیاستی - کافی نیست.

- شفافیت در قالب افشای فعال و دسترسی به اطلاعات وجود ندارد. این موضوع به‌عنوان مثال، بر مقررات دسترسی بازاری به داروها و تجهیزات پزشکی، قیمت داروها یا رفتار نسخه‌ای تأثیر می‌گذارد.
- اجرا ضعیف است. سوءاستفاده یا فساد تشخیص داده نمی‌شود و از طریق اعمال اداری، مالی یا کیفی یا مجازات‌های اجتماعی مورد مجازات قرار می‌گیرند.

فشارها و مشوق‌ها برای درگیر نمودن افراد به فساد می‌تواند سیاسی، مالی، بوروکراتیک یا اجتماعی باشد. به‌عنوان مثال، مقامات دولتی ممکن است احساس کنند موظف به جبران کمک سیاسی مافوق، حزب یا تأمین‌کنندگان خود هستند. آن‌ها ممکن است به‌دلیل سطح پایین دستمزدهای بخش دولتی از نظر مالی احساس فشار کنند. مقامات دولتی همچنین ممکن است برای مثال به‌دلیل حمایت از خویشاوندان خود در اعطای قراردادها یا اعطای مناصب، فشار اجتماعی بر خود احساس کنند.

باورها و نگرش‌های فردی و نظام‌های ارزشی اجتماعی بر احتمال وقوع فساد تأثیر می‌گذارند و به افرادی که در اعمال فاسد دست دارند فرصت منطقی جلوه دادن یا توجیه رفتار خود را می‌دهد. به‌عنوان مثال در اروپای پساکمونیسیم و آسیای مرکزی، معرفی سرمایه‌داری با این تصور شکل گرفت که «هر چیزی بهای خود را دارد». در برخی جوامع آفریقایی و در برخی دیگر از کشورها، فساد ممکن است با الزامات اجتماعی همچون هدیه دادن، همبستگی خانوادگی یا قومیتی یا بازتوزیع ذخایر توجیه شود.

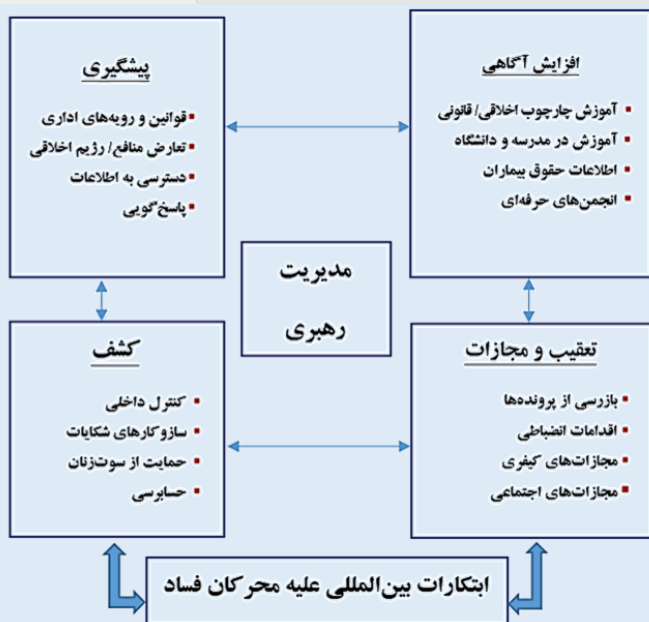
مؤلفه‌های کلیدی راهبردهای مدیریت ریسک

درک شرایطی که به نفع فساد است، مبنایی برای طراحی راهبردهای کاهش فساد فراهم می‌کند. محیط‌های پزشکی و حکمرانی در یک اصل اساسی مشترک هستند: پیشگیری بهتر از درمان است. در راستای تحقق این اصل، تلاش‌ها برای مقابله با فساد نیازمند تبدیل اصول اصلی حکمرانی خوب - اطلاعات، شفافیت، درستکاری، پاسخ‌گویی و مشارکت - به اقدام است. اراده سیاسی و رهبری در سطح بالا نیز ضروری است.

تلاش‌ها برای پرداختن به ریسک‌های فساد باید شامل ترکیبی از اقدامات حقوقی، نهادی و مدیریتی باشد. پیوندهای بین پیشگیری و اجرا نیاز به توجه ویژه‌ای دارد. همان‌طور که در شکل ۳ منعکس شده است، سیستم‌ها و شیوه‌های مدیریت صحیحی که منعکس‌کننده اصول شفافیت، پاسخ‌گویی و مشارکت در نظارت خارجی هستند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. علاوه بر این، سیستم‌های کنترلی معتبر و مجازات‌های قابل اجرا شامل حسابرسی، سازوکارهای رسیدگی به شکایات داخلی و خارجی و حمایت از افشاگران برای برخورد با رفتار نادرستی که قابل پیشگیری نیست، مورد نیاز است؛ باین حال، در کشورهای دارای ضعف حاکمیت قانون، انتظار اثربخشی در خصوص شناسایی و بازدارندگی موارد فساد باید واقع‌بینانه باشد.

یک چالش کلیدی اطمینان از ترکیب و توالی مناسب این رویکردها است. هیچ معیاری به تنهایی تغییر واقعی ایجاد نمی‌کند. به عنوان مثال، افشای فعال و دسترسی رایگان به اطلاعات (شفافیت) درباره تجویز دارو باید با نظارت بر نتیجه مطلوب مرتبط باشد، خواه برای کاهش هزینه‌ها، کاهش درمان‌های غیرضروری یا اطمینان از اینکه داروهای ژنریک مورد استفاده، مفید هستند یا خیر. نظارت در عوض باید با گزارش‌دهی و نتایج آن (پاسخ‌گویی) مرتبط باشد. در نهایت، تشخیص عملکرد نامناسب، از طریق سیستم‌های اطلاعاتی که توسط نهادهای نظارتی مربوطه تغذیه می‌شوند، می‌تواند

تسهیل شود. به عبارت دیگر، مؤلفه‌های متفاوت متقابلاً همدیگر را تقویت کرده و برای تغییر تحولی باید با هم ترکیب شوند.



نمودار ۲: تأثیر متقابل آگاهی، پیشگیری، کشف و مجازات در راهبردهای مدیریت ریسک فساد

پیشگیری و کنترل فساد نیازمند تعهد سیاسی معتبر، رهبری سطح بالا، دانش کافی نسبت به بخش سلامت و منابع برای اجرای راهبردهای منتخب و مداخلات است. این مؤلفه‌ها ممکن است شفاف به نظر برسد، ولی اغلب در عمل به دلیل چرخش سیاسی دولت‌ها، چرخش برنامه‌ای پروژه‌های توسعه یا هر دو، شفاف نیستند؛ درحالی‌که رهبری سیاسی در بالاترین سطوح برای پرداختن به اکثر اشکال مخرب فساد در بخش سلامت معمولاً ضروری است، فقدان این رهبری نباید برای توجیه بی‌عملی از طرف سازمان‌های امدادگر بین‌المللی مورد استفاده قرار گیرد. در عوض، اعطاکنندگان کمک‌ها باید فعالانه و

به‌صورت راهبردی به‌دنبال حوزه‌ها، نقاط ورودی و یا شرکایی باشند که می‌توانند در عین تمرکز بر بهبود نتایج سلامت، تغییرات تدریجی در کنترل فساد را ترویج کنند.

در نهایت، در طراحی مداخلات ضدفساد باید به اهرم‌هایی که می‌توانند بر فساد بزرگ در بخش سلامت تأثیر بگذارند نیز توجه شود - به‌عنوان مثال، مقامات ملی مبالغ زیادی را از بودجه سلامت به حساب‌های بانکی در خارج از کشور یا برای خرید اموال و کالاهای لوکس منتقل می‌کنند. نفوذ ناروای صنعت بین‌المللی داروسازی بر سیاست ملی دارو که نوعی تسخیر دولت محسوب می‌شود، نیز باعث سقوط به ورطه فساد بزرگ می‌شود. اقدامات مدیریت ریسک می‌تواند شامل نظارت بر دارایی‌ها، منافع و سبک زندگی مقامات ارشد بخش سلامت و نیز بررسی موشکافانه کسب و جابه‌جایی دارایی‌های آن‌ها چه در داخل کشور و چه در سطح بین‌المللی باشد. در خصوص شرکای توسعه نیز رویکرد جامع دولتی به فساد در بخش بهداشت می‌تواند مفید باشد.

تاکنون چگونه به فساد در بخش سلامت پرداخته شده است؟

فساد در بخش سلامت به‌طور فزاینده‌ای توسط دولت‌ها و جامعه مدنی در سراسر جهان، صنایع مختلف مرتبط با سلامت، به‌ویژه صنعت داروسازی و تجهیزات پزشکی و همچنین شرکای توسعه‌ای و سازمان‌های بین‌المللی به‌رسمیت شناخته شده است. دهه گذشته شاهد این موارد بوده است:

- رشد ادبیات مربوط به فساد در بخش مراقبت بهداشتی به‌طوری‌که از سال ۲۰۰۰، تعداد مقالات بیش از دو برابر شده است.
- افزایش حجم سیاست‌ها، برنامه‌ها و راهنمایی‌های تشخیصی بخشی و زیربخشی ارائه‌شده توسط اعطاکنندگان کمک و سازمان‌های بین‌المللی ازجمله DFID و WB, OECD, WHO, UNDP, U4

- طراحی برنامه‌ها یا راهبردهای ملی خاص برای پرداختن به فساد در بخش بهداشت که اغلب توسط شرکای توسعه‌ای حمایت می‌شود.
 - اجرای طرح‌های پژوهشی عمل محور که توسط دانشگاه‌ها و اتاق‌های فکر کشورهای شمال و با مشارکت کنشگران محلی در کشورهای جنوب انجام و عمدتاً توسط صندوق توسعه بین‌المللی حمایت می‌شود.
 - گام‌های اولیه برای ایجاد یک شبکه جهانی مبارزه با فساد، شفافیت و پاسخ‌گویی در بخش سلامت به‌طور مشترک توسط سازمان بهداشت جهانی، صندوق توسعه ملل متحد و صندوق جهانی در اوایل سال ۲۰۱۹ برداشته شد.
- کشورهای مختلف تلاش‌هایی را برای مقابله با فساد و رفتارهای غیراخلاقی در سیستم‌های سلامت انجام داده‌اند. در بسیاری از موارد - اگر نگوئیم در بیشتر موارد - به‌نظر می‌رسد این ابتکارات یا مشکلات خاص (مانند پرداخت‌های غیررسمی، فرار از کار یا پرداخت فراتر از صورت‌حساب)، فرایندهای خاص (مانند تأمین دارو یا مدیریت نیروی کار بخش سلامت)، یا مؤسسات خاص (مانند مراکز بهداشتی، بیمارستان‌ها و زایشگاه‌ها) را هدف قرار داده‌اند. این مداخلات اغلب در مناطق جغرافیایی محدود و دوره‌های زمانی کوتاه انجام شده‌اند. علاوه‌براین، اغلب به‌نظر می‌رسد ابتکارات مزبور به شیوه‌ای فرصت‌طلبانه و نه لزوماً راهبردی ارائه شده‌اند. فرصت‌ها یا الزامات برای اقدام زمانی شکل می‌گیرد که به‌عنوان مثال کمک‌های مالی برای حمایت از پروژه‌های مبارزه با فساد در بخش بهداشت ارائه می‌شود یا برای به جریان انداختن رویکرد ریسک فساد در برنامه‌های بخش سلامت؛ زمانی که دولت باید به یک رسوایی فساد عمومی پاسخ دهد یا هنگامی که حمایت جامعه مدنی، دولت را به عمل وامي دارد. ابتکارات جامع‌تر، راهبردی‌تر و میان‌مدت تا بلندمدت برای رسیدگی به فساد در سیستم‌های سلامتی هنوز نادر به‌نظر می‌رسد.

تا به امروز، شواهد مستند کمی در مورد اینکه چه اقدامی تحت چه شرایطی و با چه نوع نتایجی موفقیت‌آمیز است و یا نیست، وجود دارد. ادبیات موجود عمدتاً مطالعات موردی محیطی در مورد موضوعاتی همچون فرار از کار، پرداخت‌های غیررسمی، سرقت و اختلاس دارو و تجهیزات، رویه‌های غیرضروری یا نادرست و دعاوی بازپرداخت تقلبی هستند. همچنین مجموعه نسبتاً قابل توجهی از ادبیات درباره نحوه پرداختن به فساد در زنجیره عرضه دارو وجود دارد. روش‌های مشترکی برای این کار در سطح بین‌المللی ارائه شده و در سطح کشوری با مرور نتایج از منظر بین‌المللی اجرا شده است.

با این حال باید یادآور شد که این ملاحظات به‌طور عمده از ادبیات بین‌المللی موجود که اغلب به زبان انگلیسی است استخراج شده است؛ بخش قابل توجهی از این ادبیات با حمایت نهادهای امدادگر یا از طریق تحقیقات سفارشی یا تأمین مالی شده یا از طریق بررسی‌ها و ارزیابی‌های پروژه‌ای توسعه یافته است. این ممکن است منجر به تصویری تحریف‌شده از وضعیت شود. تقاضای فزاینده‌ای برای تحقیقات بیشتر و شواهد مستند انتقادی که توسط متخصصان و دانشگاهیان ارائه شده وجود داشته است.

جدول ۲ نمای کلی از انواع اصلی فساد در بخش سلامت ارائه و برخی از راهبردهای مدیریت ریسک منتخب را فهرست می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد این اشکال فساد و راهبردهای مدیریت ریسک به پیوست مراجعه کنید.

جدول ۲: راهبردهای کاهش ریسک برای انواع مختلف ریسک‌های فساد در نظام‌های سلامت

حوزه	موضوع یا فرایند	نوع فساد	راهبردهای منتخب مدیریت ریسک
مقررات	سیاست سلامت	نفوذ سیاسی در تعریف سیاست، اولویت‌ها، مراقبت‌های اولیه در مقابل بیمارستانی، بسته‌های مزایا و غیره سلامت	افزایش شفافیت و دسترسی به‌موقع، دقیق و مرتبط با اطلاعات در مورد تهیه و پیش‌نویس سیاست‌ها و قوانین
	تأمین مالی مراقبت بهداشتی	نفوذ سیاسی و رشوه در تنظیم بازار، بسته‌های بیمه و غیره	تقویت مشارکت ذینفعان در تصمیم‌گیری
	کیفیت محصولات، خدمات، امکانات، و متخصصان	نفوذ سیاسی و رشوه در تعریف سیاست دارو، سیستم اعتباربخشی برای متخصصان سلامت و غیره	دنبال کردن استانداردهای بین‌المللی (سیاست‌های دارویی سازمان بهداشت جهانی؛ استانداردهای ساخت، انتخاب و قیمت‌گذاری) تنظیم و نظارت بر تعامل از طرف‌های علاقه‌مند
مدیریت مالی و بودجه	فرایند بودجه‌ریزی	نفوذ سیاسی و رشوه در تخصیص منابع نشتی بودجه، اختلاس و تقلب در انتقال بودجه، انحراف وجوه عمومی به حساب‌های خصوصی	استفاده از شاخص‌های مخارج عمومی و پاسخ‌گویی مالی (PEFA) ردیابی جریان منابع افزایش شفافیت داخلی تقویت حساسی بیرونی ترویج شفافیت بودجه و مشارکت
	صدور صورتحساب برای خدمات	صدور صورتحساب تقلبی برای خدمات ارائه‌شده (یا ارائه‌نشده) خدمات بیش‌ازحد مشروط	تقویت حسابداری افزایش حساسی بیرونی ترویج اخلاق و خودتنظیمی الزام به شفافیت در صورتحساب خدمات
	مدیریت حقوق و	کارکنان غیرواقعی	تصفیه کردن و مدیریت

حوزه	موضوع یا فرایند	نوع فساد	راهبردهای منتخب مدیریت ریسک
	دستمزد	اخاذی بخشی از حقوق	فهرست حقوق و دستمزد پیاده‌سازی نظام‌های شفاف برای استخدام، وظایف و ارتقاء استفاده از بخش خصوصی برای سرعت بخشیدن به استخدام و استقرار
	درآمد ناشی از حق ویزیت کاربران	سرقت از پرداختی کاربران رسمی سوءاستفاده از طرح‌های معافیت برای اقشار فقیر و آسیب‌پذیر	بهبود نظام‌های حسابداری و بودجه افزایش شفافیت داخلی تقویت حسابرسی‌های بیرونی
	استفاده از منابع	سرقت یا استفاده غیرقانونی از تجهیزات، وسایل نقلیه و غیره	تقویت نظام‌های کنترل داخلی
تأمین و تدارکات	ساخت و بازسازی تجهیزات درمانی	رشوه برای تأثیرگذاری بر فرایند تدارکات از جمله مشخصات مناقصه رشوه برای تأثیرگذاری بر نظارت و بازرسی از تجهیزات تنبانی بین پیمانکاران	پیاده‌سازی دستورالعمل‌ها و استانداردهای شفاف افزایش انتشار اطلاعات استفاده از تدارکات الکترونیکی برای بهبود بهره‌وری و تضعیف فساد تأسیس بانک اطلاعاتی تدارکات استفاده از نرم‌افزار تشخیص تقلب تقویت نظام‌های کنترل داخلی انجام حسابرسی تجهیزات و بررسی قراردادهای تعمیر و
	تجهیزات و تدارکات	رشوه برای تأثیرگذاری بر فرایند تدارکات و تغییر مشخصات کالاها و تجهیزات پزشکی رشوه و اخاذی برای نفوذ بر نظارت و بازرسی تنبانی بین پیمانکاران	

حوزه	موضوع یا فرایند	نوع فساد	راهبردهای منتخب مدیریت ریسک
			نگهداری ترویج حساسی بیرونی ازجمله حساسی تجهیزات ترویج مشارکت مدنی (مثلاً در نظارت) افزایش شفافیت و مسئولیت‌پذیری
مدیریت دارو	تصویب	رشوه برای تسریع در روند یا کسب تأییدیه ثبت دارو، بازرسی کیفیت دارو، یا تأییدیه فعالیت‌های درست تولید دستکاری شواهد پایه توسط شرکت‌های داروسازی از طریق گزارش‌های گزینشی و تحریف‌شده نتایج کارآزمایی بالینی و دیگر داده‌ها	پیاپی‌سازی رویکرد سیستمی متمرکز بر شفافیت و مسئولیت‌پذیری وارد شدن به برنامه حکمرانی خوب در پزشکی (GGM) متعلق به سازمان جهانی بهداشت ایجاد/ تقویت سازمان مستقل مقررات دارویی تصویب قوانین و استانداردهای شفاف و یکپارچه تقویت نظام‌های مدیریت دارو تقویت نظام‌های فناوری اطلاعات افزایش شفافیت و مسئولیت‌پذیری در فرایندهای تصمیم‌گیری انتشار اطلاعات ترویج مشارکت ذی‌نفعان تشویق کردن خودتنظیمی صنعت دارو و انجمن‌های حرفه‌ای
	تأمین	رشوه، تبانی و دستکاری سیاسی برای نفوذ بر مشخصات و فرایند مناقصه رشوه، اخاذی و تبانی در نظارت و حساسی فرایند تأمین و ارائه داروها	
	توزیع	رشوه برای تأثیرگذاری بر بازرسی دارو سرقت، انحراف و فروش مجدد دارو در طول زنجیره دارو	

حوزه	موضوع یا فرایند	نوع فساد	راهبردهای منتخب مدیریت ریسک
مدیریت منابع انسانی	انتصابات و ترفیعات	حمایت‌گرایی و پارتی‌بازی در انتخاب کارکنان در سطح وزارت بخش و مراکز خرید و فروش مناصب و ترفیعات (فساد عمودی)	پیاده‌سازی نظام‌های شفاف استخدام، وظایف و ارتقاء انتشار سوابق تحصیلی و صلاحیت‌های پرسنل کلیدی ایجاد یک تیم حرفه‌ای از «مدیران سلامت» از کادر موجود یا استخدام «مدیران حرفه‌ای» برای بخش بهداشت استفاده از بخش خصوصی برای تسریع در استخدام و استقرار استفاده یا ترویج نظارت بر اظهار دارایی مقامات مربوطه، از جمله درج نام آن‌ها در فهرست افراد سیاسی داخلی و بین‌المللی (PEPS)
	اعتباربخشی به متخصصین سلامت	رشوه، اخاذی، تبانی و پارتی‌بازی در صدور مجوز، اعتباربخشی و تأیید گواهی کارکنان بخش سلامت	تقویت خودتنظیمی و نظارت بر انجمن‌های حرفه‌ای کارکنان سلامت بررسی صلاحیت‌ها به صورت تصادفی
	مدیریت زمان	غیبت از کار و استفاده از زمان عمومی برای کارهای خصوصی	ارائه مشوق‌های مؤثر انجام بازرسی‌های مکرر و نظارت بر همتایان اعمال مجازات علیه کارکنانی که بدون مجوز غایب هستند استخدام قراردادی کارکنان سلامت

حوزه	موضوع یا فرایند	نوع فساد	راهبردهای منتخب مدیریت ریسک
	تحصیلات و آموزش	رشوه دادن برای ورود به دانشکده پزشکی و دریافت نمرات لازم پارتنری بازی، حمایت‌گرایی و دادن رشوه در انتخاب آموزش استفاده غیراخلاقی از پرداخت‌های روزانه	افزایش شفافیت و مسئولیت‌پذیری انتشار اطلاعات در مورد معیارهای گزینش ایجاد سازوکارهای رسیدگی به شکایات تقویت کنترل و نظارت داخلی
ارائه خدمات	ارائه خدمات در سطح مراکز	پرداخت‌های غیررسمی درخواست‌شده یا اخاذی‌شده از بیماران استفاده از امکانات و تدارکات عمومی برای درمان بیمار به‌صورت خصوصی ارجاع غیراخلاقی به مطب یا آزمایشگاه‌های خصوصی دزدی و فروش مجدد داروها و لوازم	قانونی کردن معافیت‌ها و یارانه درخصوص هزینه‌های کاربر برای همراه کردن فقرا افزایش پاداش کارکنان / ارائه‌دهندگان سلامت افزایش شفافیت و مسئولیت‌پذیری نظام‌های اطلاعاتی درخصوص تخصیص و ذخیره‌سازی دارو ایجاد ارتباط منظم برای کنترل و پایش موجودی انبار استفاده از کارت‌های امتیاز سلامت

در تعدادی از کشورها، راهبردهای مبارزه با فساد، شفافیت یا پاسخ‌گویی برای کل بخش سلامت ارائه شده است. ویژگی متمایز در اینجا این است که ریسک‌های فساد کل بخش بررسی شده و بر اساس نتایج، حوزه‌های اولویت‌دار برای اقدام انتخاب شده‌اند. این انتخاب لزوماً به همه اشکال فساد یا حتی مضرت‌ترین اشکال نمی‌پردازد، زیرا ممکن است در کوتاه‌مدت از نظر سیاسی یا فنی غیرممکن باشد. در عوض، ممکن است اولویت به فساد در ارائه خدمات داده شود زیرا حوزه‌ای است که شهروندان بیشتر برای آن اهمیت قائل هستند. با این حال، اگر اشکال شناخته‌شده فساد در سطوح بالا

موردتوجه قرار نگیرد، اعتبار و مشروعیت این راهبرد ممکن است آسیب ببیند. در بسیاری از موارد چنین راهبردهای گسترده درون‌بخشی به‌نظر می‌رسد توسط شرکای توسعه حمایت شده و گاهی اوقات ترویج می‌شوند. در مواردی که نهاد هم‌عرض در آن کشور، وزارت بهداشت نیست، بلکه سازمان ملی مبارزه با فساد است، تلاش ویژه‌ای برای دستیابی به مشارکت بخش وزارت لازم است. متأسفانه، مستندات مربوط به اجرا و نتایج راهبردهای بخش سلامت و درس‌های آموخته‌شده که بدون شک حوزه مهمی برای مطالعات تطبیقی است، کمیاب می‌باشد.

برای زیربخش داروسازی، برخی ابتکارات بین‌المللی ارائه شده است. برنامه حکمرانی خوب برای سلامت و برنامه اتحاد شفافیت پزشکی، روش‌های ارزیابی ریسک و برنامه‌های عملیاتی که طی چندین سال در کشورهای شرکت‌کننده اجرا شده است را ارائه می‌کند.

دو ابتکار جهانی که هدف‌شان ترویج شفافیت، پاسخ‌گویی و مشارکت جامعه مدنی در سطح دولتی یا حکومتی است به تسهیل رویکردهای مبارزه با فساد در بخش سلامت کمک کرده است. مشارکت دولت باز^۱ یک ابتکار عمل با چند ذی‌نفع و با نزدیک به ۸۰ کشور شرکت‌کننده است. تا سال ۲۰۱۹، یک چهارم اعضا، تعهدات مربوط به بخش سلامت از جمله نظارت عمومی بر عملکرد، ردیابی بودجه و هزینه‌ها، سیاست‌های رسیدگی به تعارض منافع و پاسخ‌گویی اجتماعی در بخش سلامت را اجرا کرده بودند. مشارکت دولت باز خاطرنشان می‌کند که «تعهدات بهداشتی اغلب جاه‌طلبانه‌تر از تعهدات سایر بخش‌ها، اما در بهبود مؤثر شفافیت دولت کمتر موفق هستند». این سازمان از دولت‌های شرکت‌کننده می‌خواهد که «شهروندان را در مرکز توسعه سیاست‌های سلامت قرار دهند». طرح ابتکاری که به‌طور خاص با تدارکات سروکار

1. Open Government partnership (OGP)

دارد؛ یعنی مشارکت قرارداد باز با دولت‌ها، بنگاه‌ها، سازمان‌های جامعه مدنی، دانشگاه‌ها و رسانه‌ها برای شروع بحث درباره تدارکات دولتی و پرداختن به مسائلی همچون فساد و فقدان شفافیت کار می‌کند. تمرکز بر بخش سلامت رویکردی است که باید تعقیب شود.

فساد در تدارکات بهداشتی نه تنها می‌تواند خسارات مالی بزرگی به بار آورد بلکه به کمبود دارو، تورم قیمت‌ها و تقلبی شدن داروها منجر می‌شود. بر این اساس، به دنبال اجلاس سران مبارزه با فساد در لندن در سال ۲۰۱۶ ابتکار عمل جدیدی آغاز شد که تعدادی از کشورها از جمله آرژانتین، مالت، مکزیک و نیجریه متعهد شدند که قراردادهای باز را در بخش سلامت خود ارائه کنند. افزون بر این، با کمک مالی DFID، ابتکار سلامت شفافیت بین‌الملل در حال کار بر روی پروژه‌ای به نام قرارداد باز برای سلامت (OC4H)، با تمرکز اولیه بر پنج کشور در آسیا و آفریقا است.

حوزه‌های خاص ریسک بخش سلامت اخیراً در دستورالعمل سیاستی مورد توجه قرار گرفته است. موضوع شفافیت در قیمت‌گذاری دارو به یک نکته مهم در دستور کار سیاست سلامت، چه در سطح ملی و چه بین‌المللی تبدیل شده است. در بسیاری از کشورها هزینه دارو بخش بزرگی از هزینه‌های بهداشتی را تشکیل می‌دهد. علاوه بر این، قیمت دارو بین کشورها بسیار متفاوت است، به طوری که برخی از کشورهای فقیرتر، ۱۰ برابر قیمت مرجع همان دارو در اروپا یا آمریکای شمالی می‌پردازند. تلاش برای تنظیم قیمت دارو می‌تواند نتیجه‌بخش باشد؛ اما یکی از چالش‌های اصلی، عدم شفافیت بازارها و مقررات دارویی است. مجمع جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۹ قطعنامه‌ای را به عنوان نقطه عطف در خصوص «بهبود شفافیت بازار داروها، واکسن‌ها و سایر محصولات بهداشتی» تصویب کرد.

آزمایش‌های بالینی یکی از حوزه‌های آسیب‌پذیر در برابر ابهامات شناخته می‌شود که پیامدهای شدیدی بر بخش سلامت دارد. طبق نظرات شفافیت بین‌الملل بریتانیا، «این عدم شفافیت در آزمایش‌های بالینی می‌تواند ریسک نفوذ نابه‌جا، دستکاری داده‌ها و انحراف شواهد را افزایش دهد؛ نشانه‌ای از محدودیت اختیارات نظارتی بر فرایند گزارش‌دهی است، درها را به روی قلب و فساد باز کرده و پیشرفت‌های پزشکی و اهداف بهداشت عمومی را تضعیف می‌کند. شفافیت بین‌الملل با شرکای جامعه مدنی، یک دستورالعمل اجرایی برای سیاست‌گذاران در مورد چگونگی تقویت شفافیت در این حوزه ارائه کرده است.

چندین کشور با استفاده از اقدامات پاسخ‌گویی اجتماعی برای مهار فساد بخش سلامت مورد آزمون قرار گرفته‌اند. مطالعه جدیدی از یک برنامه متمرکز بر سلامت مادران در ایالت اوتار پرادش هند به این نتیجه رسید که آگاهی دادن به زنان درباره حقوق‌شان و آموزش نحوه شکایت کردن به آن‌ها نتایج قابل توجهی به همراه دارد. این ابتکار باعث کاهش رشوه گرفتن و پرداخت‌های غیررسمی در خدمات بهداشتی که باید رایگان ارائه شوند، گردید.

به‌طور مشابه، یک آزمایش تصادفی کنترل‌شده در سال ۲۰۰۹ و تحقیقات بعدی در سال ۲۰۱۲ در اوگاندا نشان داد که مداخلات پاسخ‌گویی اجتماعی هم‌ارائه خدمات بهداشتی و هم نتایج سلامتی را بهبود می‌بخشد. این مداخلات، مشارکت شهروندان در نظارت بر پرسنل تجهیزات بهداشتی را تسهیل کرد و اطلاعاتی را در مورد عملکرد این تجهیزات برای شهروندان فراهم کرد. علاوه بر این، منجر به کاهش ۳۳ درصدی مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال و همچنین کاهش ۱۵ درصدی داروهای گم‌شده در این تجهیزات و کاهش ۱۳ درصدی فرار از کار کارکنان شد. طرح تکمیلی ۲۰۱۲، که به دنبال تعیین اثرات بلندمدت مداخله اولیه بود، به این نتیجه رسید که همچنان کاهش

۲۳ درصدی در مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال و ۲۷ درصد برای کودکان زیر دو سال، و همچنین کاهش ۱۲ درصدی در کاهش گم‌شدن داروها وجود دارد.

مطالعه مشابهی، تأثیر کارت‌های امتیازی گروهی را بر نتایج سلامت جنسی در مالاوی مورد بررسی قرار داد. در مقایسه با حوزه‌های کنترل، حوزه‌های استفاده‌کننده از کارت امتیازی به‌طور قابل توجهی نسبت بیشتری از زنان دریافت‌کننده ویزیت خانگی در طول بارداری و ویزیت پس از زایمان و نیز سطح بالاتر رضایت از خدمات را نشان داد. کارت‌های امتیازی ظاهراً با ایجاد پاسخ‌گویی متقابل و ارتقای راه‌حل‌های محلی مرتبط و امکان‌پذیر برای مشکلات به تسهیل روابط بین اعضای انجمن، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و مقامات دولتی محلی کمک کرد.

درهم‌تنیدگی تعهدات سلامت و حکمرانی با یکدیگر: پوشش همگانی سلامت و اهداف توسعه پایدار

همه اعضای سازمان ملل متحد به‌عنوان بخشی از دستورکار توسعه بین‌المللی، متعهد به دستیابی به پوشش همگانی سلامت به‌عنوان بخشی از اهداف توسعه پایدار (SDGs) تا سال ۲۰۳۰ شده‌اند. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، حداقل نیمی از جمعیت جهان هنوز از پوشش کامل خدمات ضروری برخوردار نیستند و حدوداً ۱۰۰ میلیون نفر به‌دلیل اینکه باید هزینه مراقبت‌های بهداشتی را بپردازند به ورطه فقر شدید کشیده می‌شوند.

طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، پوشش همگانی سلامت به این معناست که همه افراد و گروه‌ها، خدمات بهداشتی موردنیاز را بدون رنج مالی دریافت کنند. این خدمات شامل طیف کامل خدمات بهداشتی ضروری و باکیفیت است. علاوه بر بهبود سلامت افراد، انتظار می‌رود UHC کسب‌شده در دستیابی به اهداف توسعه پایدار مرتبط با

سلامت، مانند اهداف مربوط به پیامدهای سلامت (به‌عنوان مثال، مرگ‌ومیر و بیماری‌های عفونی) و نیز اهداف اهداف توسعه پایدار در مورد آموزش و فقر کمک نماید.

پیشرفت به‌سوی UHC نیازمند تقویت سیستم بهداشتی در سطح کشور و همچنین تلاش برای پرداختن به برخی از مسائل بهداشتی بین‌المللی مانند زنجیره ارزش دارو و قیمت‌گذاری آن است. مؤلفه‌های حیاتی عبارت‌اند از: تقویت ساختارهای تأمین مالی و ادغام صندوق‌ها (بیمه سلامت)؛ نیروی کار بهداشتی دارای توان مناسب؛ حکمرانی خوب بخش سلامت؛ سیستم‌های درست تهیه و تأمین دارو و فناوری‌های بهداشتی؛ و سیستم‌های جامع اطلاعات سلامت.

باین حال، همه این عناصر برای دستیابی به UHC می‌توانند در برابر انواع مختلف فساد، ابهام و رفتار غیراخلاقی آسیب‌پذیر باشند. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، فساد نه تنها بر ارائه خدمات صافی برای UHC، بلکه بر ارائه و مدیریت منابع مالی موردنیاز و مقررات مناسب نیز تأثیر می‌گذارد. به این معنا، فساد باید به‌طور گسترده به‌عنوان تهدیدی جدی برای UHC شناخته شود.

در عین تصدیق به اینکه هر کشور، منحصر به فرد است و می‌تواند حوزه‌های تمرکز خود برای سنجش میزان پیشرفت به سمت UHC را انتخاب کند، سازمان بهداشت جهانی نیز یک رویکرد کلی را اعلام نموده که امکان مقایسه بین کشوری را فراهم می‌کند. این رویکرد نشان می‌دهد که سنجش باید بر روی (الف) بخشی از جمعیت که قادر به دسترسی به خدمات بهداشتی با کیفیت ضروری هستند، و (ب) بخشی از جمعیت که درصد زیادی از درآمد خانوار خود را صرف سلامت می‌کنند، تمرکز کند. هر دوی این شاخص‌ها می‌تواند و باید به رویکردی مرتبط شود که میزان تأثیر فساد بر نتایج را ارزیابی کند.

سه مورد از اهداف توسعه پایدار شامل تعهدات مربوط به پرداختن به فساد در بخش سلامت است. این اهداف شامل این موارد هستند:

هدف ۳: «تضمین زندگی سالم و ارتقای رفاه برای همه در تمام سنین»؛

هدف ۱۶: «ایجاد نهادهای مؤثر، پاسخ‌گو و فراگیر در همه سطوح» که مبارزه با فساد را در بر دارد؛

و هدف ۱۷: «احیای مشارکت جهانی برای توسعه پایدار».

در هر یک از این اهداف توسعه پایدار، اهداف جزئی و شاخص‌های مختص به فساد در بخش سلامت وجود دارد. در هدف سوم، مرتبط‌ترین اهداف جزئی عبارت‌اند از:

هدف ۸/۳: دستیابی به پوشش سلامت همگانی شامل حمایت مالی و دسترسی به مراقبت کیفی؛

هدف ۳.۳: افزایش تأمین مالی و حفظ نیروی کار بخش سلامت؛

و هدف ۳.۴: تقویت ظرفیت کشورها برای مدیریت ریسک‌های سلامت است.

در هدف شانزدهم، مرتبط‌ترین اهداف شامل این موارد است:

هدف ۴/۱۶: کاهش جریان‌های مالی غیرقانونی و استرداد اموال به‌سرقت‌رفته؛

هدف ۵/۱۶: کاهش قابل توجه فساد و رشوه در همه اشکال آن؛

هدف ۶/۱۶ توسعه نهادهای مؤثر، پاسخ‌گو و شفاف؛

هدف ۷/۱۶: اطمینان از تصمیم‌گیری پاسخ‌گو، فراگیر و مشارکتی؛

و هدف ۱۰/۱۶: اطمینان از دسترسی عمومی به اطلاعات است.

برای هدف هفدهم اهداف جزئی مربوطه عبارت‌اند از:

هدف ۹/۱۷: افزایش حمایت بین‌المللی از ظرفیت‌سازی هدفمند؛

هدف ۱۴/۱۷: افزایش انسجام سیاست‌ها برای توسعه پایدار؛

هدف ۱۶/۱۷: افزایش مشارکت‌های چندجانبه برای دستیابی به اهداف توسعه پایدار؛

و هدف ۱۷/۱۷: ترویج مشارکت‌های عمومی، عمومی - خصوصی و جامعه مدنی است. مطالعه اخیر، پیشنهاد‌های ملموسی را در مورد اینکه چگونه این سه هدف به‌منظور رسیدگی به فساد در نظام‌های بهداشتی می‌توانند درهم‌تنیده شوند، ارائه می‌دهد. این مطالعه ابتدا نمونه‌هایی را ارائه می‌کند که چگونه انواع مختلف فساد بر اهداف جزئی و شاخص‌های هدف سوم تأثیر می‌گذارد و سپس نشان می‌دهد که چگونه اهداف جزئی و شاخص‌های اهداف ۱۶ و ۱۷ می‌توانند در رابطه با فساد در بخش بهداشت اعمال شوند. نویسندگان، پیشنهاد می‌کنند که گروه بین‌سازمانی سازمان ملل و گروه متخصص شاخص‌های توسعه پایدار باید با همکاری سازمان جهانی بهداشت برای ایجاد یک مشارکت چندجانبه به‌منظور تقویت انسجام در برنامه‌ریزی و سیاست‌های مربوط به «بیماری فساد» کار کنند.

بازتاب رویکردهای پیگیری‌شده تاکنون

با توجه به اینکه فساد مانع مهمی برای دسترسی به سلامت است و تأثیر جدی بر پیامدهای سلامت دارد، چارچوب‌بندی رویکردهای ضد فساد و شفافیت باید به‌وضوح با پیامدهای سلامت و با اهداف سیاستی بخش سلامت مرتبط شود. کاهش فساد و ترویج حکمرانی خوب نباید به‌خودی‌خود به‌عنوان هدف دیده شود، بلکه باید به‌عنوان وسیله‌ای برای دستیابی به اهداف بخش تلقی شود. چنین رویکردی می‌تواند از کنش‌گران مختلف در سیستم حتی برای اقدامات بدنام حمایت به عمل آورد. مهم‌تر از همه، این رویکرد می‌تواند از نظر سیاسی برای رهبری ارشد سلامت جذاب باشد، زیرا عملکرد آن‌ها با توجه به نتایج بخش سلامت و نه صرف مهار فساد ارزیابی می‌شود.

پیشرفت قابل‌توجهی در تشخیص و فهم فساد در بخش سلامت و نیز طراحی روش‌شناسی برای این منظور صورت گرفته است. اگرچه محیط هر کشور به تحلیل

خاص خود نیاز دارد، ادبیات موجود و دستورالعمل سیاستی (در مورد سیستم‌ها یا زیرسیستم‌ها و همچنین پدیده‌های خاص مانند فرار از کار، پرداخت‌های غیررسمی، تأمین دارو یا آزمایش‌های پزشکی) به کنشگران علاقه‌مند اجازه عرضه یک روایت به اندازه کافی قوی برای ترویج ابتکارات خاص ضد فساد در یک کشور را می‌دهد. همچنین، ابزارهای تشخیصی موجود انبوهی از منابع را فراهم می‌کنند که می‌توان از آن‌ها در طراحی مجموعه‌ای از ابزارها با اهداف خاص استفاده کرد.

با این حال، اغلب شکاف قابل توجهی بین شناسایی مشکلات، طراحی راهبردی مداخله برای پرداختن به مسائل و اجرای این اقدامات وجود دارد. ابزارهای مورد استفاده اغلب هنجاری و تجویزی هستند و بر قوانین و رویه‌هایی تمرکز می‌کنند که برای جلوگیری از اقدامات فاسد لازم هستند، اما این ابزارها ممکن است به اندازه کافی پویایی پیچیده‌ای را که منجر به یک رفتار فاسد خاص می‌شود، نشان ندهند. همچنین تمایل به دست‌کم گرفتن منابع مالی و به‌ویژه نیروی انسانی وجود دارد که به مرور زمان برای اجرا، نظارت، انطباق در موارد ضرور، ارزیابی و اعلام نتایج اقدامات انجام شده مورد نیاز خواهد بود.

این طراحی و اجرا در مطالعات موردی در محیط‌های خاص که اغلب بر اقدامات فاسد در سطح ارائه خدمات متمرکز است، قابل استناد است. با توجه به اینکه یک رویکرد واحد برای همه وجود ندارد، نیاز به انجمن‌هایی است که در آن کارشناسان و سایر ذی‌نفعان بتوانند تجربیات و بهترین اقدامات را مبادله کنند. در این راستا باید گام‌هایی در جهت تقویت کانون‌ها و مراکز برتر دانش موجود و توسعه مراکز جدید برداشته شود.

شواهد مستند در مورد نتایج این ابتکارات در بهترین حالت ناقص و حتی تأثیرات آن کمتر شناخته شده است. گاهی ارزیابی یا مطالعات بر روی ابزارهای خاص و اثربخشی

آن‌ها در حکمرانی بخش سلامت بدون ایجاد ارتباط واضح با فرایندها یا نتایج در بخش سلامت انجام می‌شود. مطالعات با کیفیت بالا و در صورت امکان مطالعات تطبیقی برای ارزیابی اثرات راهبردهای ضد فساد، با تمرکز ویژه بر پیوند آن‌ها با اهداف و نتایج بخش بهداشت مورد نیاز است.

فقدان شواهد مستند در مورد ابتکارات برای تحلیل و پرداختن به تسخیر سیاستی، نظارتی و نهادی در بخش سلامت عجیب است. به‌ویژه ابتکارات برای تقویت سلامت سازمان‌های نظارتی بخش بهداشت (مانند سازمان غذا و داروی ایالات متحده) و سازمان‌های نظارتی خاص بخش سلامت (مانند سرپرستی‌ها در برخی از کشورهای آمریکای لاتین)، آژانس‌های ارزیابی فناوری سلامت، کمیسیون قیمت‌گذاری دارو و سازمان‌های ملی تأمین و توزیع دارو - همه نهادهایی که نقش زیادی در نظام سلامت دارند - اندک هستند.

اتکا به درس‌های آموخته شده از ابتکارات چندجانبه بخش سلامت همچون MeTA و GGM و نیز رویکردهای مشابه در دیگر بخش‌ها برای راه‌اندازی ابتکارات نو یا ارائه نسخه جدیدی از موارد ذکر شده مفید خواهد بود. ابتکارات چندجانبه که معمولاً شامل دولت، جامعه مدنی، بخش خصوصی، دانشگاه‌ها و سازمان‌های حرفه‌ای می‌شود در اجرا، چالش‌برانگیز است، اما آن‌ها ظرفیت ایجاد و حفظ تغییرات از طریق مذاکره جمعی و نظارت بر تعهدات مربوط به پاسخ‌گویی و شفافیت در این بخش را دارند.

حجم قابل توجهی از کمک‌ها به بخش سلامت از طریق صندوق‌های اعتباری با اعطاکندگان کمک متعدد انجام می‌شود. تلاش‌ها برای رسیدگی به فساد در صندوق‌های مزبور به دلیل عدم درک مشترک افراد دخیل شامل شرکای تأمین مالی، مدیر یا متولی صندوق، شرکای اجرایی، مقامات ملی و ذی‌نفعان مورد نظر، در مورد اینکه چه چیزی باعث فساد می‌شود، می‌تواند پیچیده باشد. براین اساس، اعطاکندگان کمک

رویکردهای خود در این حوزه را باید مؤثرتر نمایند. تلاش‌های جاری برای هماهنگ کردن رویکردهای مبارزه با فساد توسط صندوق‌های دارای شرکای متعدد مورد استقبال قرار می‌گیرد، چراکه الزامات تأمین مالی برای ترویج بوروکراسی‌سازی با ایجاد ساختارها و فرایندهای حکمرانی جدید برای دسترسی به بودجه در بوروکراسی‌های بهداشتی بیش‌ازحد کشورهای دریافت‌کننده، تشخیص داده شده است.

مشارکت بخش خصوصی در ابتکارات ضد فساد و حامی درستکاری در بخش بهداشت توجه لازم را در سطوح ملی و بین‌المللی دریافت نکرده است. در سطح بین‌المللی، اکثر شرکت‌های بزرگ داروسازی، امتیاز پایی در شاخص دسترسی به دارو کسب می‌کنند؛ این موضوع نشان‌دهنده عدم توجه به موضوع دسترسی است که زمینه بروز فساد را تسهیل می‌کند. شاخص دسترسی به دارو^۱ در جدیدترین گزارش منتشرشده، نشان داده شد که تنها یک‌چهارم شرکت‌های داروسازی مشارکت‌های مالی سیاسی را ممنوع کرده‌اند. در سطح ملی، بخش داروسازی و تأمین پزشکی می‌تواند به‌طور خاص در ابتکارات خودکنترلی مرتبط با منشورهای اخلاقی و یا برنامه‌های انطباق وارد شوند، اما این برنامه‌ها اغلب فاقد سازوکارهای شکایت مستقل و مؤثر هستند. برای ترویج ابتکارات با انجمن‌های حرفه‌ای پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان و مؤسساتی که نماینده شرکت‌های بیمه خصوصی هستند، کار بیشتری باید انجام شود.

ابزارهای پاسخ‌گویی اجتماعی نویدبخش کاهش فساد در ارائه خدمات سلامت هستند. باین‌حال، برای فهم بهتر شرایطی که مسئولیت اجتماعی طبق آن عمل شده یا نمی‌شود، نیاز به مطالعات و فراارزایی‌های بیشتری در خصوص ابتکارات گذشته و کنونی داریم. تعمیم نمونه‌های کشوری موجود دشوار است.

1. Access to Medicine Index

به‌رغم تأثیر مستقیم فساد بخش سلامت بر زندگی مردم، مبالغ هنگفتی در این بخش هدر می‌رود و صنعت چندین میلیارد دلاری عرضه خدمات پزشکی و دارویی و بحث‌های جهانی در مورد ابتکارات مبارزه با فساد تمایل کمی دارند که به فساد در بخش بهداشت و درمان توجه نمایند. اگر اصلاحات ارائه‌شده در این بخش بخواهد مورد توجه قرار گیرد، این وضعیت باید در آینده نزدیک تغییر کند.

اعطاکنندگان کمک‌های بین‌المللی برای حمایت از مبارزه با فساد، شفافیت و درستکاری در بخش سلامت چه کاری می‌توانند انجام دهند؟

اکنون، زمان آن رسیده است که اعطاکنندگان کمک‌ها تعهد خود به پرداختن به موضوعی که برای مدت طولانی، تابو یا بیش از حد پیچیده بوده است را عمیق‌تر کنند. همان‌طور که این نوشته نشان می‌دهد، تلاش‌های صریح‌تری برای مقابله با فساد و کنار زدن پرده محرمانگی در سیستم‌های بهداشتی صورت گرفته است؛ اما برای رسیدگی صریح و مؤثر به فساد در سیستم‌های بهداشتی هنوز راه طولانی وجود دارد. توسعه رویکردهای راهبردی بلندمدت مبتنی بر درک صحیح از پویایی در این بخش و نقش کنشگران مختلف با مشارکت گسترده دولت و نهادهای نظارتی، جامعه مدنی، دانشگاه‌ها و بخش خصوصی بسیار مهم است. اعطاکنندگان کمک‌های بین‌المللی می‌توانند نقش اساسی و راهبردی در این ترکیب ایفا کنند.

سطح بین‌المللی

برقراری پیوند و هم‌افزایی بین اهداف توسعه پایدار مربوط به سلامت، نهادهای قوی و شفاف و رویکردهای چند ذی‌نفعی (اهداف سوم، شانزدهم و هفدهم توسعه پایدار) اعطاکنندگان کمک‌های بین‌المللی می‌توانند از اهداف توسعه پایدار برای ترویج رویکرد منسجم‌تر و نظام‌مندتر مبارزه با فساد، شفافیت و پاسخ‌گویی در نظام‌های

بهداشتی از بعد بین‌المللی استفاده کنند. اهداف توسعه پایدار برای توسعه اهداف و سیاست‌های ملی، گزارش‌دهی پیشرفت این اهداف از سوی ذی‌نفعان ملی و بین‌المللی و تخصیص بودجه به‌ویژه از سوی جامعه بین‌المللی بسیار مهم است. همان‌طور که قبلاً بیان شد، پیوند هدف سوم توسعه پایدار (ارتقای زندگی سالم) با هدف شانزدهم (مبارزه با فساد و ایجاد نهادهای شفاف و پاسخ‌گو) و هدف هفدهم (تقویت رویکردهای چندجانبه برای سیاست‌گذاری مؤثرتر) می‌تواند راه مهمی برای مشارکت شرکای توسعه‌ای ایجاد کند.

در راستای این هدف، اعطاکنندگان کمک می‌توانستند از سازمان ملل متحد و سازمان‌های تخصصی آن به‌ویژه سازمان بهداشت جهانی درخواست ارائه رویکردی عملی به‌منظور استفاده از تعهدات اهداف توسعه پایدار در سنجش و رسیدگی به فساد در نظام‌های بهداشتی در سطح کشوری نمایند. علاوه بر این، آن‌ها می‌توانستند توسعه از پایین به بالای این رویکرد را در کشورهای منتخب مورد آزمون قرار دهند. این کار می‌توانست به شکل ایدئال در انواع مختلف نظام‌های سلامت، با درجات مختلف بلوغ نهادی، به‌منظور کشف و آزمایش نوع اطلاعات مورد نیاز در سطح کشوری انجام شود. درس‌های ارزشمند آموخته‌شده می‌تواند در توسعه راهنمایی‌های بین‌المللی در این مورد کمک کند.

• حمایت از ابتکارات چندجانبه، عمومی و خاص، در پرداختن به فساد در

بخش سلامت

ابتکارات چندجانبه^۱ برای رسیدگی به مسائل پیچیده فساد در بخش‌های مختلف از جمله صنایع استخراجی، ساخت‌وساز و قراردادها استفاده شده است. این ابتکارات مطمئناً حلال همه مسائل نیستند. کارایی و مشروعیت آن‌ها شکننده است و می‌توان از آن‌ها برای روشن جلوه دادن شرایط، سوءاستفاده کرد. با این وجود، آن‌ها می‌توانند بستری برای

1. Multi-stakeholder initiatives (MSA)

گفت‌وگوی سیاستی و تعهد به تغییرات تحولی فراهم کنند.

با توجه به زنجیره تأمین دارو که قبلاً توضیح داده شد، «ابزار حکمرانی خوب برای پزشکی» و «اتحاد شفافیت دارو» نتایج و درس‌هایی را برای یادگیری ارائه کرده‌اند. اعطاکنندگان کمک می‌توانستند از توسعه نسخه‌های جدید آن‌ها یا ایجاد یک مدل جدید ادغام شده، پشتیبانی کنند. درگیر کردن برخی از کنشگران کلیدی دارای تجربه در ابتکارات چندجانبه سایر بخش‌ها به‌منظور تقویت نقاط قوت این ابتکارات و تلاش برای جلوگیری از مشکلات آن‌ها مفید خواهد بود.

اعطاکنندگان کمک‌ها همچنین می‌بایست فعالانه از ابتکارات چندجانبه موجود، مانند مشارکت قراردادهای باز و مشارکت دولت باز، برای تأکید ویژه بر فساد مرتبط با بخش سلامت، عدم شفافیت و پاسخ‌گویی استفاده کنند. از آنجایی که این ابتکارات از حمایت‌های جدی اعطاکنندگان کمک برخوردار هستند، این امر کاملاً امکان‌پذیر است. قرارداد باز می‌تواند بر تهیه دارو و تجهیزات برای بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و آمبولانس‌ها تأکید کند. در واقع، قرارداد باز سلامت سازمان شفافیت بین‌الملل در حال حاضر به‌صورت آزمایشی چنین رویکردی را اجرا می‌کند. برنامه‌های عملیاتی این قرارداد وسیله بالقوه‌ای برای تلاش در جهت تحریک یا تقویت ابتکارات شفافیت و درستکاری در بخش بهداشت است. پایش و ارزیابی سختگیرانه نتایج آن می‌تواند به تضمین این موضوع کمک کند که تعهدات، ذاتاً متحول‌کننده بوده و فقط جنبه نمایشی ندارند.

در نهایت، اعطاکنندگان کمک می‌توانستند به حمایت از ایجاد یک یا چند انجمن بین‌المللی در زمینه فساد، شفافیت و پاسخ‌گویی در نظام‌های بهداشتی فکر کنند. بسیاری از حوزه‌های مختلف سیستم‌های بهداشتی تمایل دارند متخصصان، مؤسسات و یا واحدهای نسبتاً تخصصی را درگیر کنند. هرچند داشتن یک دیدگاه سیستمی برای اجتناب از سیلوهای دانشی پراکنده مهم است، یک ابتکار جامع دربردارنده همه

گروه‌های مربوطه ممکن است غیرقابل مدیریت باشد. این تنش باید به مرور زمان حل شود. اولین قدم رو به جلو، ایجاد شبکه جهانی مبارزه با فساد، شفافیت و پاسخ‌گویی در بخش سلامت^۱ به رهبری سازمان بهداشت جهانی، صندوق توسعه ملل متحد و صندوق جهانی به‌عنوان پیشگامان اولیه هستند.

• حمایت گسترده از پژوهش و یادگیری پیوسته در خصوص فساد و مبارزه با آن در نظام‌های سلامت

نیاز آشکاری به شواهد مستندتر و دارای تحلیل انتقادی وجود دارد. این امر به‌ویژه برای درک اینکه چه اقدامی مؤثر است و چه اقدامی مؤثر نیست، تحت چه شرایطی و با چه نتایجی، خواسته و ناخواسته صادق است. بررسی‌های مقایسه‌ای به‌ویژه برای آگاهی از طراحی برنامه‌ها مفید است. نیاز زیادی به تحلیل این موضوع وجود دارد که تسلط بر سیاست، نظارت و نهادها در زمینه‌های مختلف و نتایج راهبردهای مدیریت ریسک (که اغلب هنوز ابتدایی هستند) چگونه انجام می‌شود. در سطح ارائه خدمات، جایی که مرز بین رفتارهای غیراخلاقی، بی‌نظمی و اعمال فاسد اغلب مبهم است، درک خوبی از اینکه کدام اشکال رفتار از نظر اجتماعی پذیرفته شده و کدام نیست اطلاعات مهمی را برای انتخاب اقدامات اولویت‌دار ارائه می‌کند و این فهرست ادامه دارد.

اعطاکنندگان کمک‌ها می‌بایست حمایت خود را از تحقیقات سیاستی مستمر کاربردی و سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد توسعه و گسترش دهند. این می‌توانست شامل تحقیقات جدید و فهرستی از ابتکارات تحقیقاتی موجود در سطح جهانی به‌همراه پایگاه داده قابل جستجویی باشد که میزبان مطالعات موردی و اسناد پژوهشی است. این گام‌ها می‌توانست به سیاست‌گذاران و دست‌اندرکاران کمک کند تا از موفقیت و مهم‌تر از آن، از شکست‌ها درس بگیرند.

1. Global Network on Anti-corruption, Transparency and Accountability in Health (GNACTA)

علاوه‌براین، سازمان‌های کمک‌کننده می‌توانستند حمایت از شبکه‌های تحقیقاتی که توسط دانشگاه‌ها، سازمان‌ها و بنیادها با چشم‌انداز تولید بیشتر شواهد مستند در مورد ابتکارات ضد فساد و شفافیت و درستکاری در بخش بهداشت اجرا می‌شوند را تقویت کنند. چنین تحقیقاتی می‌بایست موفقیت‌ها و شکست‌ها، نتایج خواسته و ناخواسته و عوامل تسهیل‌کننده و موانع را با تأکید ویژه بر دیدگاه‌های مقایسه‌ای بررسی کنند. درس‌های ارزشمندی را می‌توان نه تنها از رویکردهای مؤثر، بلکه از فرضیه‌ها و راهبردهای اشتباه و حتی شکست‌های آشکار آموخت. اصول «علم آزاد»^۱ برای اطمینان از اینکه تحقیقات شفاف و قابل تکرار است، باید به تصویب می‌رسید.

• کار با برنامه‌های عمودی: تکمیل نظارت بر تقلب جاری با تمرکز بر نظام‌های سلامت تقویت‌کننده این رویکرد به منظور افزایش درستکاری و مسئولیت‌پذیری در سیستم‌های شریک

برنامه‌های عمودی یا برنامه‌های جهانی ویژه بیماری مانند صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا، اتحاد واکسن گاوی و طرح اضطراری ریاست جمهوری برای کمک به ایدز^۲، حجم زیادی از پول اعطاکنندگان کمک‌های بین‌المللی را از منابع مالی دوجانبه دولتی و سازمان‌های بشردوستانه مانند بنیاد بیل و ملیندا گیتس^۳ مدیریت می‌کنند. این برنامه‌ها تلاش زیادی می‌کنند تا با تمرکز خاص بر رویکردهای مدیریت ریسک و سیستم‌های ضد تقلب و تعقیب سیاست تحمل صفر در این زمینه، شفافیت و پاسخ‌گویی در مدیریت صندوق‌های خود را تضمین کنند. با این حال، تمرکز محدود بر پیشگیری از تقلب خطر نادیده گرفتن سایر اشکال فساد مانند فرار از کار و تعارض منافع را به همراه دارد که سلامت شهروندان را به خطر می‌اندازد. همچنین معمولاً زمینه

1. Open science

2. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)

3. Bill & Melinda Gates Foundation

سیاسی و اقتصادی گسترده‌تر، به‌ویژه نقش پدرسالاری، پارتی‌بازی و حمایت‌گرایی در تسهیل تبانی در طرح‌های متقلبانه نادیده گرفته می‌شود. برنامه‌های عمودی تا حدودی بر مداخلات در جهت تقویت سیستم‌های بهداشتی در کشورهای همکار سرمایه‌گذاری می‌کنند به‌ویژه حوزه‌هایی از آن کشورها که ارائه خدمات مربوط به بیماری‌های خاص مدنظر برنامه‌های جهانی انجام می‌شود.

سازمان‌های امدادگر، هم سرمایه‌گذاران دوجانبه و هم بنیادهای بشردوستانه، باید تلاش‌های خود را برای تقویت نظام‌های سلامت در کشورهای شریک تقویت کرده و تأکید خود را بر کاهش فرصت‌های فساد قرار دهند. رویکرد فعلی کنترل ثقل باید با راهبردهای خاص کشوری تکمیل شود تا شفافیت، درستکاری و پاسخ‌گویی در نظام‌های بهداشتی شریک را افزایش دهد. در حالت ایدئال، چنین رویکردی می‌تواند در میان برنامه‌های عمودی مختلف و همچنین با سایر برنامه‌های تأمین‌شده توسط اعطاکنندگان کمک که از عملکرد سیستم سلامت در کشورهای شریک حمایت می‌کنند، هماهنگ شود. به این منظور، هر گروه هماهنگ‌کننده کمک‌ها در سطح کشوری باید شامل حداقل یک کارشناس حکمرانی، شفافیت و مبارزه با فساد (متمایز از کارشناس ثقل) باشد. با توجه به مقادیر زیاد پول ارائه‌شده از طریق برنامه‌های عمودی، این رویکرد انگیزه مهمی برای اقدام در این زمینه است.

• تقویت ابتکارات جامعه مدنی در سطح بین‌المللی

سازمان‌های امدادگر همچنین می‌توانند از سازمان‌های جامعه مدنی برای مشارکت در فعالیت‌های نظارتی و حمایتی در سطح جهانی پیرامون مسائلی مانند قیمت‌گذاری دارو، تنظیم بازار دسترسی به فناوری‌های جدید سلامت، انطباق بخش خصوصی با استانداردهای شفافیت، درستکاری و مبارزه با فساد (به‌عنوان مثال، کاری که بنیاد دسترسی به پزشکی انجام داد)، استانداردهای سلامت و مدیریت تضاد منافع برای

نهادهای نظارتی و مقررات‌گذار سلامت، قرارداد باز در بخش سلامت (به‌عنوان مثال، همان‌طور که در حال حاضر شفافیت بین‌الملل طرح سلامت را از طریق یک پروژه آزمایشی انجام می‌دهد)؛ و تأمین مالی بخش خصوصی و لابی‌گری سازمان‌های بین‌المللی مرتبط با بخش سلامت همچون سازمان بهداشت جهانی و آژانس دارویی اروپا و غیره.

در عین حال، با حمایت سازمان‌های جامعه مدنی در ابتکارات چندجانبه، اعطاکنندگان کمک می‌توانند تضمین کنند که جامعه مدنی قادر به شرکت فعالانه و ارائه انتقاد سازنده در مشارکت با دولت (مانند مورد OGP) یا با دولت و بخش خصوصی (مانند مورد تجدیدنظر MeTA) است.

سطح ملی

• تولید اطلاعات و دانش

• حمایت از تشخیص چندرشته‌ای فساد، عدم شفافیت و تحمل فساد

اعطاکنندگان کمک‌های بین‌المللی که در بخش‌های بهداشتی کشورهای خاص سرمایه‌گذاری کرده‌اند، باید از توسعه تشخیص گسترده فساد با تأکید بر ادراک، تجربیات، ریسک‌ها و تحمل و استفاده از ابزارهای متنوعی که در بالا مورد بحث قرار گرفت، حمایت کنند. این می‌تواند به ارتقای درک زمینه‌ای از این پدیده و مقیاس آن کمک کند و اطلاعات مبتنی بر شواهد برای انتخاب اولویت‌ها و طراحی تدابیر مدیریت ریسک ارائه دهد. این تحقیقات که مورد حمایت اعطاکنندگان کمک است می‌تواند بخشی از رویکرد اصلی مبارزه با فساد در بخش سلامت یا بخشی از یک برنامه گسترده‌تر مبارزه با فساد در همان کشور باشد.

سازمان‌های امدادگر باید از همکاری نزدیک بین تیم‌های مبارزه با فساد و سلامت خود اطمینان حاصل کنند. با توجه به اینکه، ارزیابی‌های گسترده فساد به سود همه اعطاکنندگان کمک و همچنین سایر کنشگران بخش سلامت در آن کشور است، در صورت امکان، انجام تحقیقات از طرف گروه هماهنگی اعطاکنندگان کمک در بخش سلامت یا تحت حمایت آن‌ها می‌تواند مفید باشد. در حالت ایدئال، ارزیابی‌هایی از این نوع توسط دانشگاه‌های ملی معتبر، با هماهنگی نزدیک اما مستقل از وزارت بهداشت مربوطه و سایر مؤسسات بخش بهداشت انجام می‌شود. می‌توان از نهادهای ملی مبارزه با فساد برای همراهی با این روند دعوت کرد، اما آن‌ها نباید نهاد اصلی ملی باشند. این نتایج توسط همه کنشگران ذی‌نفع، از جمله خود اعطاکنندگان کمک اطلاع‌رسانی خواهد شد. ایجاد یک پایگاه شواهد از طریق عیب‌یابی یکی از حوزه‌های خاص مرتبط برای حمایت از اعطاکنندگان کمک است؛ زیرا دولت‌ها غالباً در اختصاص وجوه عمومی برای چنین اهدافی با محدودیت مواجه هستند. با این وجود، اراده سیاسی در بالاترین سطح بخش سلامت یک کشور برای مقابله با فساد پیش شرط اساسی موفقیت است.

• تشویق پایش و نظارت بیرونی

اگر مبارزه با فساد، شفافیت و اقدامات پاسخ‌گویی بخواهد مؤثر و پایدار باشد، نظارت و پایش بیرونی، حیاتی است. نهادهای امدادگر باید به دو حوزه توجه ویژه داشته باشند:

- تقویت نهادهای نظارتی بخش سلامت ملی، مانند نهادهای سرپرستی بخش سلامت یا مؤسسات حسابرسی ملی، با تمرکز بر ظرفیت آن‌ها برای شناسایی و عمل بر اساس بی‌نظمی‌ها و سوءظن نسبت به اقدامات فاسد در بخش سلامت؛ و
- حمایت از نظارت مدنی جامعه و کنترل اجتماعی حوزه‌هایی در نظام‌های بهداشتی و ارائه خدمات که به‌طور خاص در برابر فساد، عدم شفافیت و رفتار غیراخلاقی آسیب‌پذیر هستند.

• راهبرد و سیاست سلامت

اطمینان از اینکه راهبردهای توسعه ملی و کاهش فقر دربردارنده راهبردهای تشخیص و مدیریت ریسک فساد برای بخش سلامت هستند.

برای حمایت از تلاش‌های بخشی، شاخص‌های عملکرد در مورد فساد در بخش بهداشت باید در راهبردها و چارچوب‌های نظارتی توسعه ملی، توسعه پایدار و کاهش فقر ادغام شوند. گفت‌وگو با اعطاکندگان کمک در سطوح بالا و نظارت بر پیشرفت معمولاً مبتنی بر اهداف و شاخص‌های این اسناد ملی است. بر این اساس، می‌توان از آن‌ها برای ارتقای تعهد سیاسی در بالاترین سطوح دولت جهت پرداختن به مهم‌ترین موضوعات فساد در بخش بهداشت استفاده کرد.

از آنجایی که تعهدات خاص حکمرانی و مبارزه با فساد معمولاً در فصول جداگانه راهبردهای توسعه ملی یا کاهش فقر گنجانده می‌شود، باید پیوندهایی بین این دو حوزه ایجاد شود. اگر تلاش‌های مبارزه با فساد در بخش بهداشت با راهبرد ملی مبارزه با فساد مرتبط شود، این امر می‌تواند آسان‌تر شود. برقراری ارتباط بین این تلاش‌ها با اهداف سوم، شانزدهم و هفدهم توسعه پایدار همان‌طور که قبلاً مورد بحث قرار گرفت، می‌تواند مفید باشد.

بدین‌مان ممکن است معتقد باشند تمرکز بر این ابزارهای سیاستی سطوح بالا تغییری ایجاد نمی‌کند اما به آن‌ها فرصت ارزشمندی برای تقویت مالکیت و همکاری ارائه می‌کند.

• ادغام راهبردهای مبارزه با فساد، شفافیت و درستکاری در سیاست‌ها و

برنامه‌های بهداشتی

ادغام نظام‌مند اقدامات مبارزه با فساد در برنامه‌ها و راهبردهای بخش سلامت، نسبتاً جدید است ولی آموزه‌هایی در این حوزه در حال ظهور است. هنگامی که محیط کشوری گسترده است، هیچ طرح واحدی وجود ندارد. مشاوران سلامت باید با مشاوران

حاکمیتی، با دولت و با شرکای خود (بانک جهانی، سازمان جهانی بهداشت، جامعه مدنی) همکاری نزدیک داشته باشند تا مناسب‌ترین رویکرد را شناسایی کنند.

• حمایت از توسعه راهبردهای شفافیت یا درستکاری برای بخش سلامت

برای تکمیل و تقویت برنامه‌های موجود در بخش سلامت به‌طور متناوب می‌توان راهبرد شفافیت یا درستکاری بخش بهداشت را ارائه نمود. چنین راهبردی سطوح فعلی و ریسک‌های فساد را ارزیابی، محدودیت‌ها و تنگناها را شناسایی، گفتگو بین همه ذی‌نفعان برای انتخاب اولویت‌ها را هماهنگ و بر سر مداخلات مناسب و مختص محیطی و راه‌های اجرای تغییرات پایدار در نهادها توافق ایجاد می‌کند. به‌منظور اطمینان از ارتباط با اولویت‌های ملی و استفاده کامل از هم‌افزایی‌ها، این راهبرد باید به سیاست‌های ملی مبارزه با فساد متصل شده و آن را تغذیه کند.

نمونه‌هایی از چنین راهبردهایی را می‌توان در کلمبیا و مراکش، هرچند با رویکردها و منابع رهبری مجزا یافت. راهبرد شفافیت برای بخش بهداشت کلمبیا به ابتکار وزیر، معاون وزیر و سرپرست بخش سلامت طراحی شد. این راهبرد متکی به زیرساخت‌های قانونی ملی است و بر تقویت سیاستی، نظارتی، و نهادی اما بدون دخالت نهاد دولتی مبارزه با فساد و دبیرخانه شفافیت تأکید دارد. از سوی دیگر، راهبرد مبارزه با فساد بخش بهداشت مراکش با تمرکز قوی بر ارائه خدمات و عمدتاً توسط نهاد مبارزه با فساد این کشور شروع شد.

مشاوران سلامت باید یک رویکرد پیاده‌سازی مرحله‌بندی‌شده را در نظر بگیرند و بر موضوعاتی که در محدوده مورد پذیرش همتایان دولتی قرار دارد تمرکز کنند قبل از تلاش برای انجام وظایف جاه‌طلبانه‌تر و دشوارتر. به همین ترتیب، مشاوران باید انجام آزمایشی ابتکارات را که تأثیر ظاهری ایجاد می‌کند مورد توجه قرار دهند و سپس مقیاس آن را افزایش دهند.

• حمایت از تبادلات جنوب - جنوب پیرامون ابتکارات درستکاری بخش سلامت

ابتکارات متناظر که هدفشان تقویت سیاست‌ها، مقررات یا نهادهای خاص بخش سلامت است، می‌تواند رویکردهای امیدوارکننده و گاهی قدرتمندی برای دستیابی به اصلاحات دشوار و نظارت بر نتایج اجرا باشد. حوزه سیاست دارویی و زنجیره عرضه دارو، به‌طور خاص، مثال‌های ارزشمندی در این زمینه ارائه می‌دهد. به‌عنوان مثال، برنامه دوم EUROsociAL از تبادلات و یادگیری متناظر در میان دولت‌های مختلف آمریکای لاتین در مورد شفافیت، دسترسی به اطلاعات و تضاد منافع در حوزه‌های خاص سیاست دارویی حمایت کرده است.

اعطاکنندگان کمک باید حمایت از تبادل و کمک‌های فنی در میان نهادهای بهداشتی همتای خود در جنوب به‌ویژه در سطح منطقه‌ای به‌عنوان بخشی از برنامه‌های موجود یا جدید را در نظر داشته باشند. چنین رویکردی را می‌توان با مساعدت‌های فنی جهت کمک به ایجاد ظرفیت برای اجرای واقعی تکمیل نمود.

• معرفی یک نقطه کانونی درباره فساد و درستکاری در حوزه سلامت در

گفتگوی دولت و اعطاکنندگان کمک

گفتگوی بین دولت و نهادهای امدادگر باید شامل توافق‌نامه‌های بخشی در مورد موضوعات اولویت‌دار مرتبط با فساد در بخش سلامت باشد. برخی از سنجه‌ها و شاخص‌های قابل‌اندازه‌گیری باید از طریق جلسات منظم گروه‌های کاری فنی و سطح بالا مورد توافق قرار گرفته و پیگیری شوند. مفهوم‌شناسی، مهم است و باید به‌دقت مورد تحلیل قرار گیرد.

نمونه‌هایی از نحوه عملی کردن این موضوع شامل استفاده از کنوانسیون مبارزه با فساد سازمان ملل متحد به‌عنوان یک چارچوب مرجع است. پیوند زدن بین اهداف توسعه پایدار فوق‌الذکر در مورد سلامت و حکمرانی خوب می‌تواند یک رویکرد

جایگزین یا مکمل باشد. موافقت‌نامه‌های مشترک دولت و بخش شریک آن (به‌عنوان مثال، قراردادهای کشوری مشارکت بین‌المللی سلامت و تفاهم‌نامه‌های بخش سلامت) را می‌توان برای تأمین اشتراک‌گذاری اطلاعات، تعریف الزامات پاسخ‌گویی و نظارت بر اقدامات ضد فساد استفاده نمود. این موافقت‌نامه‌ها در صورت وقوع رسوایی‌های فساد مالی یا انحراف در حکمرانی می‌توانند نحوه واکنش اعطاکنندگان کمک را نیز تعیین کنند. شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه فشار پایدار از طریق واکنش‌های گروهی اعطاکنندگان کمک، همراه با حمایت از برنامه‌های اصلاحی، ظرفیت بهبود پاسخ‌گویی را دارد.

بحث‌های مربوط به حسابرسی بیرونی (هم مالی و هم عملکردی) را می‌توان به‌عنوان یک دستور کار در بررسی سالانه بخش مشترک سلامت در نظر گرفت. مقایسه سالانه قیمت‌های داروهای ضروری با فهرست قیمت‌های بین‌المللی داروهای منتشرشده توسط سازمان بهداشت جهانی قابل انجام بود و تحلیل تدارکات عمده با استفاده از نرم‌افزار تشخیص تقلب، می‌توانست الگوهای بالقوه فساد را شناسایی کند. گام‌هایی باید برداشته شود تا از مشارکت جامعه مدنی در گفتگوی دولت - شریک، هم در انجام نظارت مبتنی بر شواهد عملکرد بر ارائه‌دهندگان سلامت و هم در پاسخ‌گو نگه داشتن آن‌ها اطمینان حاصل شود. نهادهای امدادگر عمده مانند وزارت توسعه بین‌المللی^۱ در موقعیت مناسبی قرار دارند تا واکنش امدادی و حمایتی به فساد در سلامت را ترویج نمایند. این وزارتخانه به‌دلیل مزیت‌های نسبی خود در جهت هماهنگ‌سازی اعطاکنندگان کمک، مشارکت بخش سلامت و حکمرانی متمایز است.

1. Department for International Development (DFID)

• اصلاحات و اقدامات هدفمند

• تقویت درستکاری و شفافیت نهادی و نظارتی

سیاست‌ها و مقررات بهداشتی ناآگاهانه، تحریف‌شده، و یا تسخیرشده تأثیر زیادی بر فساد در بخش سلامت دارند. درواقع، تسخیر سیاست دولتی و دستگاه‌های نظارتی توسط گروه‌های قدرتمند می‌تواند به‌عنوان محرک اصلی فساد در این بخش تلقی شود. اعطاکندگان کمک باید اولویت بالایی برای تقویت شفافیت و پاسخ‌گویی فرایندهای اصلی سیاست‌گذاری و نظارتی با نگاه به مدیریت تعارض منافع قائل باشند. حوزه‌های مهم شامل قیمت‌گذاری دارو، دسترسی بازار به داروها و فناوری‌های جدید بهداشتی، آزمایش‌های بالینی، اعتباربخشی به ارائه‌دهندگان سلامت، تعریف بسته‌های منافع، اطلاعات مستقل در مورد مصرف و قیمت دارو، تهیه دارو و عرضه آن و قوانین ترویج شفافیت روابط بین این صنعت و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی است.

اعطاکندگان کمک باید حمایت فنی و سیاسی نظام‌مندی را برای تقویت نهادهای نظارتی و مقررات‌گذار بخش سلامت و نیز وزارتخانه‌های بهداشت ارائه دهند تا سازوکارهای شفافیت، درستکاری و پاسخ‌گویی را ایجاد نمایند که عملکرد مؤثری داشته باشد و بتواند اعتماد عمومی را جلب کند. طراحی چنین سازوکارهایی باید مبتنی بر «غربالگری درستکاری» نهادی باشد که به روشی مشارکتی با همکاری ذی‌نفعان داخلی (و احتمالاً خارجی) توسعه یافته باشد.

اعطاکندگان کمک باید از این ابتکارات در مجموعه‌ای از بیمارستان‌ها و در سطوح مختلف مدیریت دولتی در مناطق گوناگون حمایت کرده و به‌منظور ارزیابی اثربخشی آن‌ها از گروه‌های کنترلی استفاده کنند. تأکید بر حوزه‌هایی که از سطح بالای رهبری سیاسی و یا تکنوکرات برخوردارند همراه با علاقه قوی به ترویج اصلاحات قابل تشخیص می‌تواند راهبردی باشد.

• استفاده از فرصت‌ها برای اقدامات خاص

اصلاحات جامع مبارزه با فساد نیازمند اراده سیاسی قوی و یا محرک‌های خاصی است که معمولاً خارج بودن از کنترل شرکای توسعه است. با وجود این موانع، هر زمان و هر جا چنین فرصت‌هایی ایجاد شوند، اعطاکنندگان کمک می‌توانند از رویکردهای کمتر جاه‌طلبانه و هدفمندتر برای رسیدگی به مشکلات خاص فساد یا حوزه‌های مخاطره‌آمیز استفاده کنند. این کار ممکن است در پی یک رسوایی بزرگ یا به‌عنوان بخشی از یک حرکت گسترده‌تر برای بهبود ارزش پول و اثربخشی توسعه رخ دهد.

این مداخلات خاص و کمک‌های فنی مرتبط با آن گاهی ممکن است نقطه عزیمتی برای مداخلات دیگر باشد و حتی به مرور زمان به یک رویکرد جامع‌تر منجر شود. به‌عنوان مثال، حمایت اولیه از مداخلات برای توجه به پرداخت‌های غیررسمی و فرار از کار در میان برخی از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت ممکن است منجر به حمایت از تقویت درستکاری جامع نهادی شود. یا حمایت اولیه برای تنظیم شفاف قیمت یا تأمین دارو می‌تواند منجر به یک راهبرد شفافیت گسترده‌تر برای زنجیره تأمین دارو شود، همان‌طور که در کلمبیا اتفاق افتاد.

علاوه بر پاسخ‌گویی به نیازها و منافع خاص شرکای دولتی در کشور، اعطاکنندگان کمک باید از رویکرد تشخیصی ارائه‌شده در بالا همراه با تحلیل اقتصاد سیاسی یا ذی‌نفعان، برای شناسایی نقاط ورودی هدفمند برای مشارکت اعطاکنندگان کمک استفاده کنند. این کار می‌تواند راه را برای اصلاحات جامع‌تر و یا دشوارتر در مرحله بعد باز کند. بالاین حال، اقدامات ضد فساد اصولاً نباید نتیجه یک واکنش موقت باشد. تلاش‌ها برای مقابله با فساد منجر به ایجاد توقعات بالایی از سوی متأثران از فساد و همزمان مقاومت از سوی کسانی می‌شود که از اصلاحات، بازنده شده‌اند. اگر مداخله بخواهد موفق و پایدار باشد، از هر دو طرف باید به دقت مراقبت کرد.

• برقراری ارتباط بین گروه‌های حکمرانی و مبارزه با فساد

اکثر کشورها فقط یک یا شاید چند نهاد دولتی مرکزی دارند که وظیفه آن‌ها پیشگیری از فساد و ترویج حکمرانی خوب، شفافیت و درستکاری است. آن‌ها موظف به ظرفیت‌سازی، نظارت بر طراحی و اجرای تدابیر و نظارت بر نتایج در این حوزه هستند. این نهادها تمایل دارند تعداد بسیار محدودی کارمند داشته باشند و در بیشتر موارد در پایتخت متمرکز هستند. با این حال انتظار از آن‌ها این است که در سراسر دولت کار کنند و برای همه بخش‌ها در همه سطوح پشتیبانی، کمک فنی و مشاوره ارائه دهند؛ بنابراین جای تعجب نیست که در بیشتر موارد تعاملات بین نهادهای شفافیت و مبارزه با فساد و نهادهای بخشی از جمله نهادهای بخش سلامت، بدوی و محدود به اقدامات آگاهی‌دهنده و راهنمایی‌های عمومی ارائه‌شده در کتابچه‌ها است.

کارکنان مؤسسات بخش بهداشت به‌نوبه خود در حرفه‌های پزشکی یا اداره و مدیریت بهداشت آموزش داده می‌شوند. به‌رغم شناخت عمومی نسبت به حکمرانی و هنجارهای درستکاری مربوط به شغل‌شان، آن‌ها در بهترین شرایط ممکن است این هنجارها را به‌صورت «تیک‌دار» یا رعایت قانون اجرا نمایند. ظرفیت و مهارت‌ها برای توسعه فرهنگ مدیریت واقعی شفافیت و درستکاری، اغلب اندک است.

سازمان‌های امدادگر می‌توانند از برنامه‌های مساعدت فنی که بین این دو گروه ارتباط ایجاد می‌کند، حمایت کنند. آن‌ها می‌توانند به مؤسسات بخش بهداشت در اجرای هنجارهای شفافیت، درستکاری و پاسخ‌گویی موجود نیز کمک کنند به شیوه‌ای که به‌وضوح مأموریت‌های نهادی خودشان را تقویت کند و درعین حال به یک سیستم جامع مدیریت درستکاری سازمانی نیز پیوند بخورد. درعین حال، اعطاکنندگان کمک می‌توانند به نهادهای ملی شفافیت و مبارزه با فساد کمک کنند تا رهنمودها و ظرفیت‌سازی ویژه بخش سلامت را توسعه دهند و فضاهایی را برای هماهنگی

سیاست‌ها و پایش عملکرد فراهم کنند.

- **جامعه مدنی، دانشگاهیان و بخش خصوصی**

- **تقویت جامعه مدنی برای کنترل اجتماعی و دفاع از شفافیت و درستکاری**

سازمان‌های جامعه مدنی و دیگر کنشگران غیردولتی معمولاً یا بر موضوعات حکمرانی خوب/ مبارزه با فساد تأکید می‌کنند یا بر کارهای خاص بخش بهداشت اما به‌ندرت بر هر دو متمرکز هستند. سازمان‌های جامعه مدنی و سازمان‌های حرفه‌ای در حوزه سلامت تمایل دارند درباره موضوعات عمومی سلامت و اخلاق حرفه‌ای کار کنند. با اینکه آن‌ها بر ارائه خدمات نظارت می‌کنند و ممکن است به مشکلات خاصی مانند پرداخت‌های غیررسمی یا فرار از محیط کار نگاه کنند، اما معمولاً فساد در این بخش را از منظر وسیع‌تر حاکمیتی تحت نظارت قرار نمی‌دهند. از سوی دیگر، سازمان‌های مدنی که با شفافیت، پاسخ‌گویی و فساد سروکار دارند، به‌جز درباره برخی از ابتکارات هدفمندی که اغلب به تهیه (دارو) مربوط می‌شود، معمولاً به‌طور خاص در حوزه سلامت کار نمی‌کنند.

اعطاکنندگان کمک می‌توانند به تسهیل پیوند متقابل و همکاری بین این دو نوع سازمان جامعه مدنی کمک کنند. ایجاد ائتلاف بین سازمان‌های مدنی بخش سلامت و سازمان‌های مدنی حکمرانی/ ضدفساد می‌تواند به ایجاد هم‌افزایی بین این دو حوزه عملیاتی مجزا کمک کند و وزن سیاسی و پژوهشی سازمان‌های مدنی را افزایش دهد. برای مثال، سازمان‌های مدنی که بر روی طرح‌های پاسخ‌گویی اجتماعی در بخش بهداشت کار می‌کنند، می‌توانند هنگام نظارت بر فعالیت‌های کشف فساد، از طریق سیستم قانونی از سازمان‌های مدنی ضدفساد در الزام به پاسخ‌گویی کمک دریافت کنند. اعطاکنندگان کمک‌های بین‌المللی همچنین می‌توانند از تلاش‌های جامعه مدنی برای بسیج حمایت از سیاست‌ها و پویش‌های مردمی ضد فساد متمرکز بر سلامت حمایت کنند. حمایت مالی،

فنی و سیاسی از سازمان‌های جامعه مدنی باید در چارچوب میان‌مدت تا بلندمدت در نظر گرفته شود، به این دلیل که سازمان‌های جامعه مدنی که علیه فساد در بخش سلامت فعالیت می‌کنند در صورت تغییر دولت بتوانند تلاش‌های خود را ادامه دهند.

• ابتکارات ملی چندجانبه آزمایشی برای شفافیت، درستکاری و پاسخ‌گویی

کنشگران که بخشی از مسئله فساد هستند باید بخشی از راه‌حل نیز باشند. اعطاکنندگان کمک با ارائه درس‌های آموخته‌شده از ابتکارات چندجانبه در بخش سلامت و سایر بخش‌ها در سطح جهانی، می‌توانند از توسعه و اجرای آزمایشی ابتکارات چندجانبه در سطح ملی حمایت کنند. آن‌ها می‌توانند از کنشگران دولتی، انجمن‌های بخش خصوصی، انجمن‌های پزشکان، جامعه مدنی مستقل، دانشگاهیان و دیگران در تلاش‌های جمعی‌شان برای ملحق شدن به ارائه درک ریسک‌های درستکاری و فساد دارای اولویت در این بخش و اقدامات کلیدی موردنیاز برای رسیدگی به آن‌ها حمایت کنند. سازوکارهای نظارت قوی و پاسخ‌گویی متقابل برای چنین ابتکار عملی باید ایجاد شود. اراده سیاسی و رهبری مسئولان بخش سلامت در کشور یک پیش‌شرط اساسی در این زمینه است.

• حمایت از ابتکارات درستکاری و شفافیت در مؤسسات حرفه‌ای

در اکثر کشورها، ابتکارات درستکاری و مبارزه با فساد در بخش سلامت، در بخش دولتی و تا حد کمتری در صنعت فناوری سلامت و در سطح ارائه خدمات برای کارکنان پزشکی متمرکز شده است. ابتکارات شفافیت و پاسخ‌گویی در میان سازمان‌های حرفه‌ای در بخش سلامت، مانند انجمن‌های پزشکان و متخصصان پزشکی (جراحان، متخصصان بیهوشی و غیره) و مدیران سلامت، عمدتاً وجود ندارد. چنین ابتکاراتی می‌تواند ارزشمند باشد، زیرا سازمان‌های حرفه‌ای نقش‌های کلیدی را در هدایت، تنظیم و در صورت لزوم، نظم بخشیدن به رفتار پزشکان و سایر متخصصان سلامت ایفا می‌کنند.

اهدانندگان کمک می‌توانند از توسعه و اجرای اولیه ابتکارات شفافیت و درستکاری توسط انجمن‌های حرفه‌ای در بخش بهداشت حمایت کنند. برای کمک به شروع سریع فرایند، برخی منابع مالی موردنیاز خواهد بود، اما کمک‌های فنی و تسهیل در طراحی و آماده‌سازی ابتکارات برای نظارت سخت‌گیرانه بر نتایج و یادگیری از تجربیات و بهترین اقدامات همتایان به همان اندازه مهم است.

درخصوص صنعت داروسازی و عرضه پزشکی، ابتکارات خودتنظیمی مرتبط با شفافیت و رفتار اخلاقی، کلیدی است. اعطاکنندگان کمک می‌توانند از یادگیری از همتایان در میان این انجمن‌های صنایع و همچنین از جامعه مدنی در نظارت بر اثربخشی‌شان حمایت کنند. بودجه توسعه این ابتکارات باید توسط خود انجمن‌های صنایع جمع‌آوری شود.

• حمایت از آموزش و پژوهش در سطح ملی

شالوده‌شناخت از فساد، اشکال مختلف آن در بخش سلامت و اثربخشی راهبردهای کاهش ریسک آن هنوز در بسیاری از کشورها پراکنده است. یک حوزه مفید برای حمایت اعطاکنندگان کمک، تأمین مالی تحقیقات در سطح ملی است که می‌تواند مبنایی برای توسعه سیاست‌گذاری و نظارتی و پایش دقیق فراهم کند. در بسیاری از موارد بودجه دولت اجازه این نوع هزینه را نمی‌دهد، یا ممکن است رویه‌ها بسیار دست‌وپاگیر باشند به‌نحوی که پژوهش هرگز شروع نشود. حمایت از اعطاکنندگان کمک در این حوزه به‌طور ویژه قابل تقدیر و حیاتی است.

اقداماتی برای توسعه شرکا

• ارتقای همکاری بین تیم‌ها/مشاوران سلامت و حکمرانی در سازمان‌های امدادگر
هر سازمان امدادگر باید همکاری نزدیک‌تر بین تیم‌های حکمرانی و سلامت خود

به‌ویژه در سطح کشوری را ترویج داده و تشویق کند. مشاوران سلامت باید با مشاوران حکمرانی از نزدیک کار کنند تا:

- لنزهای ریسک فساد و درستکاری را با شروع از بحث‌های اولیه و اصلی این رویکرد در طول فرایند، در برنامه‌های جدید سلامت بگنجانند.
- محیط عمومی فساد در کشور را تحلیل نموده و درک کنند.
- از توسعه تحلیل فساد و ذی‌نفعان بخش بهداشت حمایت کنند.
- آسیب‌پذیری‌های ویژه فساد در بخش سلامت را بررسی و از انتخاب اولویت‌ها و همچنین طراحی راهبردهای کاهش ریسک حمایت کنند.
- خطرمرزها را شناسایی کنند. مشاوران سلامت باید مهارت کشف و واکنش مناسب نسبت به وقوع فساد در این بخش را داشته باشند.
- در صورت مشکوک بودن یا اطلاع از هرگونه کلاهبرداری، عمل فاسد، سرقت، یا انواع دیگر سوءاستفاده از منابع مالی سازمان که بر منابع مالی مستقیم یا تأمین شده از طریق شخص ثالث تأثیرگذار است با واحد تقلب مربوطه تماس بگیرید.
- بین حمایت از بخش سلامت و سیاست‌ها، برنامه‌ها و ابتکارات ملی مبارزه با فساد و همچنین با مسائل مربوط به اصلاح حکمرانی پیوند برقرار کنند.
- با تلاش‌های مربوط به رسیدگی به فساد کلان ارتباط برقرار کنند. این تلاش‌ها ممکن است شامل نظام‌های نظارت و اعلام‌داری و نیز بررسی دقیق نقل‌وانتقالات غیرمعمول یا مشکوک پول توسط مقامات ارشد بهداشتی باشد.
- بررسی‌های خودارزیابی در مورد مقامات ارشد دولتی که سازمان‌ها با آن‌ها قراردادهای مالی امضا می‌کنند نیز می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.
- بین رویکردهای کلی دولت نسبت به بخش سلامت، ازجمله با شروع

آزمایشی حمایت از تحقیقات کیفری مربوط به اتهامات فساد علیه مقامات عالی‌رتبه بخش سلامت، استفاده از رد ویزا، انجماد دارایی‌ها در کشورهای اعطاکنندگان کمک و غیره پیوند برقرار کنند.

▪ کادر مشاوره بخش سلامت باید با گروه‌های امدادگر حکمرانی/ضد فساد مربوطه برای منافع متقابل تعامل برقرار نمایند. مشاوران همچنین می‌توانند از مطالب و تخصص مرکز منابع ضد فساد U4 استفاده کنند.

• گنجاندن موضوعات درستکاری و مبارزه با فساد در هماهنگی اعطاکنندگان

کمک بخش سلامت در سطح کشور

در بسیاری از کشورها و نه بیشتر آن‌ها، سازمان‌های امدادگر دارای یک گروه هماهنگ‌کننده بخش سلامت گاهی با مشارکت شرکای دولتی و گاهی به‌عنوان فضایی متمایز تنها برای سازمان‌های امدادگر هستند. این گروه ممکن است در مورد موضوعات مربوط به حکمرانی بحث کند، و یک سازمان امدادگر دیگر از ابتکارات شفافیت و پیشگیری از فساد مشخص در این بخش حمایت کند. با این حال، به‌ندرت پیش می‌آید که چنین گروه‌هایی یک رویکرد جامع و نظام‌مند را برای فساد در بخش سلامت با هماهنگی اعطاکنندگان کمک در هم ادغام کنند و قلمرو وسیعی برای ارتقاء در این زمینه، وجود دارد. در شرایطی که دولت، تعهد قوی و صریح برای کار بر روی فساد در سیستم بهداشتی خود ندارد، این کار آسان نخواهد بود؛ اما در بیشتر موارد با چارچوب‌بندی بحث‌ها پیرامون شفافیت و دسترسی به اطلاعات (حوزه‌ای که تعداد زیادی از کشورها در حال حاضر قوانین خاص درباره آن دارند) درستکاری و یا پاسخ‌گویی (حوزه‌هایی که اکثر کشورها قوانین یا هنجارهای اجرایی در این باره دارند) راه‌های خلاقانه برای حل این مشکل وجود دارد.

از نظر رویکرد برنامه‌ریزی، هیچ سازمان امدادگری به‌تنهایی نمی‌تواند به‌طور مؤثر به فساد در سیستم بهداشتی کشور شریک خود رسیدگی کند؛ بنابراین تقسیم کار در میان شرکای مختلف توسعه بر اساس مزایا، تجربیات و تمایل به همکاری متقابل مفید است. علاوه‌براین برای شرکای سلامت مفید است که از قبل برنامه‌ریزی کنند و تصمیم بگیرند که در صورت وقوع فساد در بخش سلامت چه کسی چه کاری انجام دهد. و سرانجام، با توجه به هماهنگی بین شرکای توسعه درگیر در بخش بهداشت انعقاد قرارداد با یک کارشناس مبارزه با فساد، شفافیت، درستکاری و پاسخ‌گویی با دانش خوب درباره بخش سلامت برای کار متناوب با گروه امدادگر مفید خواهد بود. این قرارداد می‌تواند به‌ویژه در هماهنگی برنامه‌ها به‌منظور ادغام نظام‌مند دیدگاه ضد فساد و حامی شفافیت و درستکاری در طرح‌ها و برنامه‌های بخش سلامت کمک کند.

پیوست: ریسک‌های اصلی فساد و راهبردهای منتخب کاهش ریسک

به‌منظور پرداختن مؤثر به فساد در بخش سلامت، شناسایی و درک مشکل در هر محیط و طراحی اقدامات متقابل مناسب، حیاتی است. راهبردهای منتخب بر اساس تجربه بین‌المللی به شرح ذیل است:

سطح کاربر خدمات: پرداخت‌های غیررسمی

پرداخت‌های غیررسمی هزینه‌های خدمات و تدارکات سلامت هستند که باید به‌صورت رایگان ارائه شوند، یا پرداخت‌هایی که به‌طور غیررسمی به ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی عمومی برای دریافت خدمات خاص یا حتی خدمات اولیه داده می‌شود. انواع پرداخت‌های غیررسمی شامل هزینه‌هایی است که برای درمان، دارو، یا خدمات تسریع/اضافی پرداخت می‌شود یا به‌عنوان مشوقی برای پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان بهداشتی برای ارائه مراقبت‌های بهتر در آینده ارائه می‌شود. تفکیک انواع خاص پرداخت‌های غیررسمی و تعیین اینکه آیا یک پرداخت مشخص، فساد محسوب می‌شود یا نه، اغلب دشوار است. پرداخت غیررسمی جایی در امتداد طیف اهمیت از هدیه گرفته تا رشوه و اخاذی و از مزاحمت صرف گرفته تا یک مانع جدی برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی قرار می‌گیرد.

گاهی اوقات از پرداخت‌های غیررسمی به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای دفاع می‌شود که کارکنان بخش سلامت باید از آن برای مقابله با حقوق کم استفاده کنند؛ بااین‌حال، فراوانی پرداخت‌های غیررسمی در بخش سلامت شاخص مهمی از شکست حکمرانی است، زیرا به این معنی است که رفتار متقلبانه تحمل می‌شود، کنترل‌ها ضعیف و ناکارآمد هستند، بیماران از حقوق خود مطمئن نیستند و پاسخ‌گویی اجرا نمی‌شود. در مجموعه‌هایی که احتمال شناسایی و جریمه بسیار کم است مانند بسیاری از کشورهای

در حال توسعه و در حال گذار، پرداخت‌های غیررسمی تمایل به گسترش دارد.

• راهبردهای کاهش ریسک

در طراحی راهبردهای کاهش ریسک باید اهداف در نظر گرفته شوند. آیا پرداخت‌های غیررسمی هستند به مثابه کمک داوطلبانه توسط بیماران به منظور پوشش هزینه خدمات است یا اینکه این پرداخت‌ها سوءاستفاده از قدرت توسط ارائه‌دهندگان خدمات است؟ بسته به علت مشکل، چندین راهبرد وجود دارد که می‌توان آن‌ها را انتخاب کرد یا ترکیبی از آن‌ها را مورد استفاده قرار داد.

• رسمی کردن پرداخت‌های کاربران

پرداخت‌های غیررسمی را می‌توان با برنامه‌ریزی تعرفه‌های رسمی جایگزین کرد. پرداخت‌ها باید شفاف و تحت نظارت باشد و پول باید به شکل نگهداشت غیرمتمرکز درآمد برای تکمیل حقوق، خرید لوازم ضروری و افزایش کیفیت مراقبت در بخش بهداشت باقی بماند. این کار می‌تواند به رضایت بیشتر بیماران و تشویق استفاده کلی از خدمات منجر شود. با این حال، ارائه تعرفه‌های رسمی نیز می‌تواند موانعی برای دسترسی عادلانه ایجاد کند و بنابراین چنین سیاست‌هایی مستلزم معافیت‌ها یا یارانه‌ها برای همراه کردن فقرا است. این سیاست‌ها از طریق یک مقیاس متغیر، به بهترین وجه انجام می‌شوند و اکثر کشورها شکلی از آزمون معیار را برای بیماران اتخاذ کرده‌اند.

• افزایش پاداش کارکنان بخش سلامت / ارائه‌کنندگان

از آنجایی که پرداخت‌های غیررسمی ممکن است سهم قابل توجهی از درآمد را برای برخی از کارکنان بهداشتی تشکیل دهد، حذف پرداخت‌های غیررسمی باید با حقوق بالاتر جبران شود. پیوند بین پاداش و کارایی نیز می‌تواند برای کارکنان در ارائه بهتر مراقبت‌ها، انگیزه ایجاد کند.

• افزایش شفافیت و پاسخ‌گویی

سیاست‌های شفاف، اطلاعات واضح به بیماران و راه‌های دسترسی به شکایت می‌تواند به کاهش پرداخت‌های غیررسمی کمک کند. این سیاست شامل آگاه کردن بیماران از برنامه تعرفه رسمی و گفتن سازوکارهایی است که بیماران می‌توانند از آن طریق سؤالات خود را بپرسند یا نگرانی‌های خود را گزارش کنند. هنگامی که تعرفه‌های رسمی ارائه می‌شود، نظارت توسط ساختارهای مدیریتی مراکز همچون هیئت‌مدیره بیمارستان‌ها، معتمدین بیرونی و شهروندان ضمن افزایش پاسخ‌گویی می‌تواند مانع از سوءاستفاده شود (راهبردهای جلوگیری از سرقت پرداخت‌های کاربران رسمی در زیر مورد بحث قرار می‌گیرد).

سطح ارائه‌دهنده سلامت: تدارکات و کلاهبرداری

هزینه‌های بیمارستانی و تأمین داروها، تجهیزات و لوازم پزشکی سهم بزرگی از هزینه‌های بهداشت عمومی را تشکیل می‌دهد. تأمین دارو می‌تواند ۴۰ تا ۶۰ درصد هزینه‌های بیمارستانی را در کشورهای کم‌درآمد تشکیل دهد، در حالی که در کشورهای با درآمد بالا بالغ بر ۵ تا ۱۰ درصد است. جای تعجب نیست که تأمین دارو در بیمارستان‌ها در معرض طیف گسترده‌ای از کلاهبرداری‌ها و زیرمیزی‌ها و نیز تحویل مواد غیر استاندارد یا محصولات منقضی شده است. در تأمین ملزومات، آسیب‌پذیری‌ها در برابر فساد افزایش می‌یابد چراکه پیچیدگی ملزومات افزایش پیدا می‌کند. عدم تقارن اطلاعات به‌ویژه زمانی که فناوری‌ها، جدید هستند زیاد است.

یکی از انواع اصلی فساد در بیمارستان‌ها شامل تبانی بین مقامات دولتی و تأمین‌کنندگان است. حسابداران و مأموران خرید ممکن است با تأمین‌کنندگان برای اضافه پرداخت عمده سفارش، تبانی کنند. سپس مبلغ اضافه پرداختی توسط شرکت

تأمین‌کننده به‌عنوان رشوه به حساب مقام دولتی بازپرداخت می‌شود. انعقاد قرارداد برای اجاره محل دوره‌های کارآموزی یا سایر خدماتی که بعداً لغو می‌شوند، راه دیگری برای فساد است. این میزان پرداخت‌شده برای اجاره محل به حساب مقام یا مقامات دولتی برمی‌گردد، درحالی‌که شرکت تأمین‌کننده ممکن است سهمی را به‌عنوان «کمسیون» برای خود نگه دارد. به‌دلیل فقدان مجازات و احتمال اندک گرفتار شدن، این نوع فساد جنبه تشویقی دارد.

پرداخت‌های رسمی کاربران نیز در معرض کلاهبرداری و سرقت نظام‌مند هستند. کارکنان می‌توانند پرداختی‌ها را بدون ثبت تراکنش به جیب بزنند؛ از یک حساب «بازپرداخت» استفاده کنند که از طریق آن پرداختی کاربر به یک بیمار جعلی بازپرداخت می‌شود؛ درحالی‌که پول آن به حساب بانکی مقام دولتی واریز می‌شود یا پس از ارائه و پرداخت، رسیده‌ها را تغییر دهند.

• راهبردهای کاهش ریسک

فقدان قوانین، رویه‌ها و پاسخ‌گویی الزامی، امکان بی‌نظمی در اقدامات مربوط به خرید را ممکن می‌سازد. بر این اساس، بهبود رویه‌های اداری و مالی می‌تواند به جلوگیری از تلاش کارکنان برای انجام این نوع کلاهبرداری کمک کند. این رویه‌ها معمولاً بخشی از سیستم کنترل داخلی یک سازمان هستند. علاوه‌براین، باید به رویه‌ها و نظارت بر تدارکات توجه ویژه‌ای شود. مشاوران سلامت در بررسی خلاءها و طراحی مداخلات خاص در کنترل مالی و تدارکات باید با کارشناسان مشورت کنند. سرمایه‌گذاری در کنترل ثقل نیازمند توجه به تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و بودجه‌ریزی و به‌خاطر داشتن این نکته است که سرمایه‌گذاری‌های نسبتاً کوچک در فناوری اغلب مزایای زیادی به‌همراه دارد.

• تقویت نظام‌های کنترل داخلی

افزایش ظرفیت سازمانی و منابع انسانی در خدمات حسابرسی داخلی و خارجی، اغلب بسیار مهم است. این کار مستلزم سرمایه‌گذاری برای جذب کارکنان جدید به‌منظور ارائه این خدمات، خرید تجهیزاتی همچون صندوق‌های الکترونیک یا معرفی روش‌های مدیریتی جدید مانند تحلیل صفحه‌گسترده تغییرات در طول زمان در استفاده و درآمد ناشی از پرداخت کاربر باشد. این تفکیک وظایف، به‌ویژه در مدیریت مالی و تدارکات می‌تواند به کنترل ثقل کمک کند.

• بهره‌برداری از تدارکات و فناوری اطلاعات (IT)

استفاده از ابزارهای فناوری اطلاعات، از جمله پایگاه‌های اطلاعاتی تدارکات، برای نظارت منظم بر قیمت کالاهای رایج می‌تواند شفافیت را افزایش دهد. در صورتی که بهای پرداخت‌شده به‌طور قابل توجهی با قیمت معیار یا قیمت‌های پرداخت‌شده توسط بیمارستان‌های دیگر متفاوت باشد می‌توان با پاسخ‌گو نگه داشتن مدیران خرید از ثقل در تدارکات جلوگیری کرد. تکمیل این کار با ترغیب اخلاقی از طریق مجازات‌های محسوس، حائز اهمیت است. استفاده از نرم‌افزار تشخیص ثقل، مفید است و به آشکار شدن الگوهای فساد و تبانی کمک می‌کند.

• افزایش شفافیت و مسئولیت

علاوه بر حسابرسی‌ها و فناوری اطلاعات، تشخیص ثقل نیازمند سازوکارهایی است که ذی‌نفعان و کارکنان بتوانند بدون ترس از انتقام، نگرانی‌های خود را مطرح کنند. صندوق‌های شکایات، خط تلفن ۲۴ ساعته و سایر سازوکارهای مشابه قابل ارائه است.

• تقویت صلاحیت‌ها برای تأمین ملزومات

حسابرسی ملزومات مانند پذیرش و نظارت بر قراردادهای تعمیر و نگهداری سالانه، ابزارهای مفیدی هستند.

سطح ارائه‌کننده سلامت: غیبت از کار

غیبت از کار یک مشکل مزمن اما اغلب غیرقابل‌سنجش در نظام‌های بهداشتی به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه و در حال گذار است. این را می‌توان غیبت غیرمجاز کارکنان در طول ساعات کار تعریف کرد. برخی از دلایل غیبت ممکن است قانونی باشد؛ به‌عنوان مثال، کارکنان بهداشت روستایی ممکن است برای دریافت چک حقوق ماهیانه یا آوردن و بردن تجهیزات و داروها به شهرهای بزرگ‌تر سفر کنند. با این حال، بسیاری از کارکنان بخش سلامت بدون مجوز، غیبت می‌کنند و بدون ارائه خدمات حداقلی، دستمزد دریافت می‌کنند. کارمندان دولتی که امنیت شغلی بالایی دارند، تحت نظارت حداقلی هستند، و یا کسانی که احساس می‌کنند دستمزد کمتری می‌گیرند یا بیش از حد کار می‌کنند، ممکن است بیشتر در معرض انحراف از قوانین باشند.

• راهبردهای کاهش ریسک

بسیاری از مشکلات عملکردی از جمله غیبت از کار ناشی از نظام‌های حکمرانی ضعیف است که در پاداش دادن به عملکرد خوب و نظم بخشیدن به کارکنانی که عملکرد ضعیفی دارند، شکست خورده‌اند. راهبردهای مواجهه با این مشکل بر مشوق‌ها، نظارت و مجازات‌ها تأکید می‌کند.

• ارائه مشوق‌های مؤثر

انگیزه‌های مالی مهم هستند اما تنها راه حل نیستند. اولین گام، ارزیابی این موضوع است که آیا دستمزدهای بخش سلامت نسبت به دستمزدهای قابل مقایسه در بخش خصوصی واقعاً پایین است یا خیر، زیرا ممکن است همیشه این طور نباشد. در صورت لزوم، مشوق‌های مالی باید با سازوکارهای پاسخ‌گویی همراه باشد، زیرا مشوق‌های مالی در یک محیط مصون از مجازات، آن طور که انتظار می‌رود، مؤثر نخواهد بود. این مشوق‌ها را می‌توان با انگیزه‌های غیرمالی مانند فرصت‌های توسعه شغلی، محیط کاری

خوب و دسترسی به منابع و تجهیزات ترکیب نمود. مسکن و ایاب‌وذهاب نیز می‌توانند عوامل انگیزشی مهمی باشند.

• اجرای بازرسی‌های زوده‌زود و نظارت همتایان

بازدیدهای اعلام‌نشده از محل و پایش اجتماعی حضور کارکنان بهداشتی در مراکز می‌تواند به کاهش غیبت از کار کمک نماید. باین‌حال، طراحی تدابیری که در یک محیط فرهنگی معین و مناسب و از طرفی اطمینان از پایش نزدیک و منظم اثربخشی و نتایج ناخواسته بالقوه حائز اهمیت است.

• اعمال مجازات علیه کارکنانی که بدون مجوز، غیبت می‌کنند

افزایش درک افراد نسبت به تشخیص و مجازات‌ها می‌تواند غیبت از کار را کاهش دهد. مجازات‌ها می‌تواند شامل کاهش حقوق، اخراج، انتقال به‌جای دیگر و شرمساری عمومی، با انتشار فهرست حضور در کار باشد.

• استخدام قراردادی کارکنان سلامت

کارمندانی که قرارداد دائمی دارند و بدین ترتیب از امنیت شغلی برخوردارند ممکن است نرخ غیبت بالاتری نسبت به کارکنان قراردادی داشته باشند که قرارداد آن‌ها قابل فسخ است. این موضوع، اهمیت مسئولیت‌پذیری برای کاهش غیبت و افزایش عملکرد را برجسته می‌کند. کنترل محلی (به‌عنوان مثال، از طریق هیئت‌مدیره یا گروه‌های بخش سلامت یا بیمارستان) و قراردادهای قابل تمدید می‌تواند غیبت را کاهش دهد و خدمات بهداشتی را بهبود بخشد.

• ارائه اطلاعات به عموم مردم

آگاه کردن اعضای جامعه از حقوق‌شان درخصوص خدمات مراقبت بهداشتی و سطح خدماتی که دولت به‌عهده گرفته است (مثلاً تعداد و برنامه ساعات اداری در هفته) می‌تواند تأثیر قابل‌توجهی بر استفاده واقعی از خدمات و بهبود نتایج مراقبت‌های

بهداشتی داشته باشد. این کار ممکن است نیاز به سازوکار رسیدگی مؤثر به شکایات داشته باشد تا اطمینان حاصل شود ارائه‌دهندگانی که در محل کار حاضر نمی‌شوند پاسخ‌گو نگه داشته می‌شوند.

سطح پرداخت‌کننده سلامت: مدیریت مالی (اختلاس، کلاهبرداری و بی‌نظمی در تدارکات)

بدون منابع مالی، خدمات مراقبت بهداشت عمومی با وقفه مواجه خواهد شد. منابع بخش سلامت زمانی که تخصیص می‌یابد، از طریق لایه‌های مختلف نهادهای دولت ملی و محلی به مراکز بهداشتی سرازیر می‌شود. نشت سیاسی و بوروکراتیک، کلاهبرداری، سوءاستفاده و شیوه‌های فاسد می‌تواند در هر مرحله از فرایند رخ دهد. عوامل کمک‌کننده نیز عبارت‌اند از: نظام‌های مخارج با مدیریت ضعیف، فقدان حسابرسی و نظارت مؤثر، نواقص سازمانی و کنترل مالی ضعیف بر گردش منابع مالی عمومی (جدول A.۱).

جدول A.۱: بررسی اجمالی آسیب‌پذیری‌ها در مدیریت مالی عمومی مربوط به سلامت

حوزه مدیریت مالی عمومی	
برنامه‌ریزی و اجرای بودجه	تصمیم‌گیری درباره نحوه تخصیص یافتن و هزینه‌کرد منابع نقل‌وانتقالات بین موارد صفی بودجه غیبت یا ضعف از حسابرسی داخلی و خارجی فقدان وظایف مدیریتی برای بررسی گزارش‌های مالی فقدان نظارت بر بودجه
جبران خسارت کارمندان	فقدان قوانین روشن برای استخدام فقدان کنترل‌های مدیریتی و داخلی

حوزه مدیریت مالی عمومی	
فقدان مرکز تطابق حقوق و دستمزد عدم وجود سوابق، ضعیف در نگهداری سوابق	
فقدان کنترل مخارج غیر حقوق و دستمزد فقدان کنترل موجودی و ثبت دارایی ضعف نظام تدارکات فقدان نظارت مدیریت و مرور اقدامات پرداخت و تدارکات	کالاها و خدمات
نقل و انتقالات پول نقد یا پایایی ضعف یا فقدان حفظ سوابق فقدان رویه‌های شفاف برای متقاضیان در جریان فرایند عدم دنبال کردن رویه‌ها فقدان قوانین، مقررات، قوانین شایستگی و معیارهای شفاف	نقل و انتقالات
فقدان کنترل مخارج غیر حقوق و دستمزد فقدان نظارت مدیریتی و بررسی اقدامات پرداخت و تدارکات ضعف نظام تدارکات	مخارج سرمایه‌ای

حتی قبل از شروع جریان مالی، ریسک‌های سوءاستفاده در تصمیم‌گیری درباره نحوه تخصیص و خرج کردن بودجه وجود دارد. ممکن است به کارکنان سلامت گفته شود که برای یک نیاز خاص «هیچ پولی در بودجه وجود ندارد» درحالی‌که درواقع پول وجود دارد، اما یک کارمند فاسد می‌خواهد آن را به‌جای استفاده در محل موردنظر، به پروژه حیوانات خانگی یا بخش کارکنان مورد علاقه خود منحرف کند. کارکنان سلامت

اغلب تصور می‌کنند که نگرانی درباره امور مالی کار آن‌ها نیست اما این کار تصمیم‌گیری را در معرض سوءاستفاده کارکنان اداری قرار می‌دهد که اهداف بخش سلامت را درک نمی‌کنند.

نشتی‌های بودجه، به معنی اختلاف بین بودجه تخصیص داده شده برای بخش سلامت و میزان منابع مالی دریافت‌شده توسط گیرندگان مورد نظر ممکن است در نقاط مختلفی از نظام سلامت رخ دهد. برای مثال، منابع مالی در سطح مرکزی ممکن است قبل از رسیدن به سطح استانی، منحرف شده باشد؛ وجوهی که به استان می‌رسد ممکن است توسط کارکنان سطح استانی اختلاس شود. یا توزیع جریان‌های خروجی می‌تواند در سطوح مختلف نشتی ایجاد کند. نشتی‌های بودجه می‌توانند اشکال مختلفی داشته باشند، از جمله انحراف بودجه عمومی به حساب‌های خصوصی، سوءمدیریت و فساد در تدارکات و بی‌نظمی در حقوق و دستمزد مرتبط کارگران مجهول‌الهویه^۱ (کارکنانی که اسم آن‌ها در لیست حقوق و دستمزد، ذکر می‌شود ولی نه به مدت طولانی یا هرگز برای وزارت بهداشت یا سطح پایین‌تر دولت کار نکرده‌اند).

کشورهای دارای نهادهای ضعیف و سطوح بومی فساد، با چالش‌های جدی در تهیه تجهیزات پزشکی، داروها، امکانات و ساخت‌وساز تجهیزات روبه‌رو هستند (مشکلات در زنجیره عرضه در زیر مورد بحث قرار خواهد گرفت). فقدان فرایند تدارکات شفاف، مشوق‌ها برای عملکرد، پاسخ‌گویی، نظارت و پایش کافی و کنترل‌ها می‌تواند منجر به تغییرات لحظه آخری در شرایط قرارداد، تغییر مشخصات قرارداد به سمت یک مزایده‌گر خاص و تأثیرگذاری بر مذاکرات از طریق زیرمیزی شود.

یک دردسر دیگر این است که بخش سلامت گاهی دارای حساب‌های قابل‌توجهی خارج از بودجه است. منابع مالی اهداکنندگان مهم‌ترین منبع خارجی در بسیاری از

1. ghost workers

کشورهای در حال توسعه به‌ویژه در آفریقا است. به‌رغم گرایش به سمت یکپارچگی وجوه، سهم قابل توجهی از منابع مالی همچنان خارج از بودجه از طریق سازمان‌های بین‌المللی و غیردولتی تأمین می‌شود. هنگامی که منابع مالی زیادی در دسترس قرار می‌گیرد که باید به‌سرعت خرج شود، ریسک فساد ذاتی وجود دارد، همان‌طور که در مورد برخی از بودجه‌های مرتبط با ایدز در کشورهای در حال توسعه ذیل ابتکارات صندوق جهانی و (PEPFAR)¹ وجود داشته است. این منابع مالی غالباً، خارج از شمول بررسی فرایندهای منظم تخصیص، انضباط و نظارت بودجه‌ای هستند.

• راهبردهای کاهش ریسک

پرداختن به مخاطرات فساد در سیستم مدیریت مالی بخش سلامت مستلزم ترکیبی از اقدامات و همکاری با تمامی نهادهای دولتی از جمله وزارت دارایی است. اصلاح مدیریت مالی عمومی اغلب توسط کارکنان وزارت دارایی هدایت می‌شود، اما کارکنان بخش سلامت نیز باید خود این اصلاحات را انجام دهند تا اطمینان حاصل شود این اصلاحات به‌طور کامل در بخش سلامت اجرا می‌شود. این کار ممکن است مستلزم تغییراتی در نحوه نگرش رهبران سلامت به مشاغل خود باشد؛ نه تنها به‌عنوان کارکنان پزشکی که بر مداخلات بهداشتی متمرکز هستند بلکه به‌عنوان مدیران و متولیان منابع.

• استفاده از شاخص‌های پاسخ‌گویی مخارج و منابع مالی عمومی (PEFA)

این شاخص‌ها را می‌توان برای شناسایی نقاط فرایند بودجه‌ریزی در جایی که مشکلات حکمرانی وجود دارد، مورد استفاده قرار داد. به‌عنوان مثال، امتیاز پایین در یک شاخص مهم مثلاً در دسترس بودن اطلاعات مربوط به منابع دریافت‌شده توسط واحدهای ارائه خدمات نشانگر شفافیت ناکافی، بایگانی ضعیف، ظرفیت پایین مدیریت بودجه و عدم پاسخ‌گویی کافی است. شاخص‌های پاسخ‌گویی مخارج و منابع

1. Global Fund and PEPFAR initiatives

مالی عمومی می‌تواند در مشخص کردن و اولویت‌بندی حوزه‌های موردنیاز برای تقویت فرایندهای بودجه‌ریزی مفید باشد و به تقویت حکمرانی خوب در مدیریت مالی عمومی کمک کند (جدول A.۲).

جدول A.۲. شاخص‌های مربوط به سلامت

جامعیت و شفافیت بودجه	اعتبارپذیری بودجه	قابل پیش‌بینی بودن و کنترل اجرای بودجه
شفافیت روابط مالی درون دولتی دسترسی عمومی به اطلاعات مالی کلیدی	تجمع میزان مخارج انجام شده در مقایسه با بودجه اصلی مصوب ترکیب میزان مخارج در مقایسه با بودجه اصلی مصوب	دسترسی قابل پیش‌بینی وجوه برای تعهدات مخارج ثبت و مدیریت موجودی‌های نقدی، بدهی‌ها و ضمانت‌ها اثربخشی کنترل حقوق و دستمزد رقابت، مقدار پول و کنترل تدارکات اثربخشی کنترل‌های داخلی برای هزینه‌های غیر حقوق و دستمزد اثربخشی حسابرسی داخلی

حسابرسی و بررسی بیرونی	حسابداری، ثبت و گزارش‌دهی	بودجه‌ریزی مبتنی بر خط‌مشی
محدوده، ماهیت و پیگیری حسابرسی بیرونی	دسترسی به اطلاعات در مورد منابع اخذشده توسط واحدهای ارائه خدمات	نظم و مشارکت در روند بودجه‌ریزی سالانه

• دنبال کردن جریان منابع

اندازه‌گیری نشتی منبع و فایده هزینه‌کرد عمومی ابزار مهمی برای تشخیص مشکلات است. پیمایش‌های ردیابی هزینه‌های عمومی (PETS)، بررسی‌های هزینه‌های عمومی (PER)، پیمایش‌های کمی ارائه خدمات و مقایسه قیمت‌ها می‌توانند نقاطی که وجوه به زی‌نفعان نمی‌رسد یا برای سایر مقاصد مورد استفاده قرار می‌گیرند را شناسایی

کنند. این ابزارها مکمل شاخص‌های پاسخ‌گویی مخارج و منابع مالی عمومی در مورد عملکرد کل دولت هستند و تشخیص مهمی درباره مدیریت بودجه و نشتی‌های آن ارائه می‌کنند. برقراری ارتباط بین این نوع تشخیص با سایر مداخلاتی که برای اصلاح مدیریت بودجه تقاضا ایجاد می‌کنند و سیستم‌های عمومی را برای بهبود تحت فشار قرار می‌دهند، مهم است.

• بهبود نظام‌های بودجه‌ریزی و حسابداری

نظام‌های بهداشتی نیازمند یک چارچوب قانونی و نهادی است که حسابداری شفاف و استانداردهای تدارکات مبتنی بر شفافیت، جامعیت و به موقع بودن را ارائه دهد. این نظام‌ها باید دارای نظام‌های گزارش‌دهی، نظارت و حسابرسی مؤثری برای بهبود نظارت مالی و تضمین اجرای مؤثر قوانین و مجازات‌هایی برای سوءرفتار مالی باشند؛ بنابراین، کسانی که در جایگاه بهره‌مندی از فساد در این نظام قرار گرفته‌اند ممکن است در برابر آن مقاومت کنند.

• افزایش شفافیت داخلی

هدف این است که اطمینان حاصل شود که اطلاعات و داده‌ها به‌طور دقیق و منظم ثبت می‌شوند و اطلاعات در صورت تقاضا در اختیار تصمیم‌گیران قرار می‌گیرد و تصمیم‌گیران نسبت به توانایی خود در خواندن و تحلیل گزارش‌ها اطمینان دارند. این امر نیازمند داشتن نظام‌های مدیریت اطلاعات بهتر (با توجه به دقت، به موقع بودن و توزیع اطلاعات مالی)، آموزش کارکنان درخصوص برنامه‌های کاربردی و استفاده از آن‌ها، حساس کردن ذی‌نفعان در نحوه استفاده از اطلاعات در جهت پاسخ‌گویی و مهم‌تر از همه، ارائه انتظارات و مشوق‌ها برای گردآوری، حفظ و استفاده منظم از داده‌ها است.

• تقویت حسابرسی‌های بیرونی

حسابرسی‌ها می‌توانند بی‌نظمی‌های مالی را شناسایی کرده و راه‌هایی را برای اصلاح

مشکلات ارائه کنند. برای به حداقل رساندن زمان و هزینه حسابرسی‌ها، وزارتخانه‌های بهداشت و دارایی می‌توانند پرونده‌ها و رویه‌های اصلی خود را ساده کنند. ظرفیت محلی برای حسابرسی در تعداد زیادی از کشورها بسیار محدود است. تقویت ظرفیت شرکت‌های بخش خصوصی حتی شرکت‌های وابسته به سازمان‌های بین‌المللی حسابداری الزامی است. علاوه بر این، مشاوران سلامت باید اصطلاحات مورد ارجاع شفاف‌تری را برای حسابرسی‌های عملکرد ارائه کنند که با تأیید وجود تأمین‌کنندگان، در حال کار بودن ملزومات خریداری شده و غیره، بتواند ثقل را شناسایی کند. خیلی اوقات، حسابرسی‌ها فقط برای تأیید رعایت قوانین طراحی می‌شوند و حساب‌رسان مهارت‌های ویژه مورد نیاز برای شناسایی مشکلاتی مانند تأمین‌کنندگان غیر واقعی، فاکتورهای جعلی یا تبانی را ندارند.

• استفاده از تدارکات الکترونیکی برای بهبود بهره‌وری و تضعیف فساد

تدارکات الکترونیکی دولتی می‌تواند شفافیت و پاسخ‌گویی در تدارکات سلامت را افزایش دهد و در نتیجه مدیریت منابع را بهبود بخشد، فرصت‌های ثقل را کاهش دهد و در نهایت منجر به کاهش قیمت‌ها شود. پایگاه‌های اطلاعاتی تدارکات برای مقایسه قیمت‌ها مفید هستند. ارائه نرم‌افزار تشخیص ثقل، به شناسایی تبانی یا هشدارهایی که ممیزی‌های عادی ممکن است نتوانند آن‌ها را تشخیص دهند، کمک می‌کند.

• ترویج شفافیت و مشارکت در بودجه‌ریزی

جامعه مدنی باید قادر به مشارکت در فرایند بودجه‌ریزی هم در تدوین و هم در نظارت بر استفاده از آن باشد. طرح‌های بودجه‌ریزی مشارکتی طیف گسترده‌ای از ذی‌نفعان را برای ایفای نقش در تخصیص بودجه با توجه به اولویت‌های جامعه خود، در نظارت بر بودجه برای اطمینان از اینکه هزینه‌ها مطابق با آن اولویت‌ها است، و در نظارت بر کیفیت کالاها و خدمات خریداری شده با آن بودجه‌ها تشویق می‌کند. ظرفیت

دولت برای عمل به عنوان حسابرس و ناظر در محیط‌های نهادی ضعیف بسیار محدود است. مشارکت دادن سازمان‌های اجتماعی، انجمن‌های حرفه‌ای و سایر نهادهای غیردولتی از طریق انتشار اطلاعات به نظارت بر سوءاستفاده‌ها و به چالش کشیدن آن و مبارزه با فرهنگ معافیت از مجازات کمک می‌کند.

سطح پرداخت‌کنندگان سلامت: مدیریت پرسنل (کارکنان غیرواقعی، خرید موقعیت‌های شغلی و ترفیعات)

نیروی کار بخش سلامت عمومی بزرگ‌ترین گروه از کارمندان دولت در اکثر کشورها هستند و در نتیجه، بخش سلامت مدعی سهم قابل توجهی از بودجه ملی است. هنگامی که کارکنان بخش سلامت برای بخش مرکز استخدام می‌شوند و از وزارت بهداشت حقوق می‌گیرند اما به مراکز سلامت بخش محلی منتقل می‌شوند، خطوط گزارش‌دهی و پاسخ‌گویی آن‌ها مانند اختیارات مدیریتی مبهم می‌شود. علاوه بر این، اطلاعات مدیریتی حتی درباره چیزهای ساده‌ای مانند حضور نیز غالباً وجود ندارد. در شرایطی که اطلاعات حداقلی، انگیزه‌های متناقض و مسئولیت‌پذیری ضعیف وجود دارد، ریسک سوءاستفاده و فساد شکل می‌گیرد.

یکی از مشکلات جدی، بی‌نظمی حقوق و دستمزد به‌ویژه وجود کارکنان غیرواقعی است. علت اصلی این موضوع آن است که سیستم اطلاعاتی پرسنلی غالباً ضعیف بوده و در ثبت دقیق و به‌روزرسانی منظم استقرار کارکنان بهداشتی ناکام است. زمانی که کارگران غیرواقعی در لیست حقوق و دستمزد قرار دارند، خلافکاران به‌ندرت صرفاً کارکنان بخش سلامت هستند؛ در واقع، ممکن است آن‌ها هرگز متهم نباشند. در عوض، کارکنان اداری مسئول نگهداری سوابق حقوق و دستمزد اغلب فرصت بیشتری برای دستکاری سوابق به‌منظور کاهش پرداخت دستمزد دارند.

فرایندهای استخدام و ارتقای کارکنان سلامت و کارکنان اداری این بخش، یکی دیگر از حوزه‌های ریسک را تشکیل می‌دهد. رشوه می‌تواند نقش کلیدی در روند گزینش داشته باشد. در برخی کشورها، مناصب پزشکی و سایر مناصب را می‌توان از کمیته‌های مراکز بهداشتی، اعضای هیئت‌مدیره یا کارکنان وزارتخانه خریداری کرد. در نتیجه، استخدام و گزینش کارکنان بخش سلامت و مدیران ممکن است به‌جای معیارهای عینی تحت تأثیر توان و تمایل نامزدها به پرداخت پول برای آن منصب باشد. در سطح ارائه خدمات، این موضوع ممکن است باعث شود کارکنان تازه استخدام شده برای بازیابی سرمایه خود برای گرفتن آن پست، از بیماران هزینه دریافت کنند. به‌طور مشابه، مدیران ممکن است برای بازگرداندن پرداخت اولیه خود، دست به کلاهبرداری یا اختلاس بزنند.

• راهبردهای کاهش ریسک

• پاکسازی و مدیریت لیست حقوق و دستمزد

به‌روزرسانی منظم لیست کارکنان و تعهدات حقوق و دستمزد یکی از ابزارهای اصلی مدیریتی و دارای اولویت بالا برای نظام‌های بهداشتی با کارکنان زیاد است. تأیید فیزیکی در نقاط پرداخت قابل انجام است. یک راه کمتر هزینه‌بر، برخورداری از حسابرسی است که در مراکز بهداشتی بررسی‌های دقیق انجام دهند و تأیید کنند که نام کارکنان موجود در لیست حقوق و دستمزد، واقعی بوده و آن‌ها و در آنجا مشغول به کار هستند.

• اطمینان از شفافیت نظام‌های استخدام، واگذاری مسئولیت و ترفیع

رویه‌های مبتنی بر قوانین و معیارهای شفاف شناخته‌شده برای همه اشخاص، به کاهش دامنه اعمال متقابلانه تمایل دارند. استخدام و ارتقاء توسط کمیته‌های گزینش بر اقدامات یک مدیر ارجحیت دارد، زیرا اختیار را محدود کرده و در صورت شفاف بودن رویه‌ها، اعتبارپذیری را بهبود می‌بخشد. مولداوی چنین سیستمی را در سال ۲۰۰۷ به اجرا گذاشت و تمام مدیران مراکز را ملزم کرد برای مشاغل خود مجدداً درخواست

دهند. بااین‌حال، باید توجه داشت که ترویج شفافیت و شایستگی در استخدام، وظیفه‌سپاری و ترفیع اغلب از نظر سیاسی و اداری دشوار است. در برخی کشورها ممکن است استخدام و ارتقای کارکنان سلامت بخشی از یک سیستم حمایتی فاسد باشد که غلبه بر آن دشوارتر از سوءاستفاده‌های فردی است.

• استفاده از بخش خصوصی برای تسریع استخدام و به‌کارگیری

در جایی که نظام‌های استخدام دولتی، ضعیف عمل می‌کنند، بخش خصوصی برای استخدام گاهی اوقات می‌تواند یک جایگزین سریع‌تر و مؤثرتر ارائه دهد. یک شرکت خصوصی را می‌توان تحت نظارت نهادهای ذی‌ربط بخش دولتی (وزارت بهداشت، دارایی و غیره) برای استخدام، استقرار، پرداخت و مدیریت از طریق نظام استخدام توافقی سریع و قرارداد کارکنان تازه‌استخدام شده، که بعداً به فهرست حقوق و دستمزد دولت منتقل می‌شوند، به‌کار گرفت.

سطح پرداخت‌کنندگان سلامت: ذخیره‌سازی، تأمین و توزیع دارو

به‌منظور اطمینان از ایمنی دارو و تخصیص کارآمد منابع، بخش بسیار پرسود داروسازی در تمامی چرخه حیات محصولات پزشکی، تحت مقررات دولتی قرار دارد. اگرچه این مقررات باید کارایی را بهبود بخشد، اما در هر مرحله از فرایند نظارتی، فرصت‌هایی را برای فساد در خلال تولید دارو، ثبت (داروها و داروخانه‌ها)، انتخاب، تأمین، توزیع، تجویز و ابطال نیز فراهم می‌کند. داروها قبل از رسیدن به مصرف‌کنندگان نهایی از یک زنجیره تأمین که بسیار پیچیده است و گاهی اوقات شامل بیش از ۳۰ گروه می‌شود، حرکت می‌کند.

• راهبردهای کاهش ریسک

کاهش اختیارات و افزایش شفافیت و مسئولیت‌پذیری از اهمیت ویژه‌ای در بخش

دارو برخوردار است. در غیر این صورت، تنظیم‌کنندگان به‌آسانی تحت سلطه قرار گرفته و نقاط تصمیم‌گیری و فرایندهای زنجیره عرضه دارو توسط افراد یا گروه‌ها به روی طرح‌های فاسد باز خواهد شد. برای این کار رویکرد سیستمی موردنیاز است. راهبردهای زیر به‌طور خاص به کاهش ریسک در زنجیره تأمین دارو مرتبط هستند.

- **مشارکت در برنامه حکمرانی خوب برای دارو (GGM) سازمان بهداشت جهانی**

این برنامه به تقویت شفافیت و ایجاد رویه‌های اداری شفاف برای تأمین دارو کمک می‌کند. ضمن آنکه مروج رفتار اخلاقی کارکنان بخش سلامت است.

- **تأسیس یا تقویت یک سازمان مستقل تنظیم مقررات دارویی**

همان‌طور که سازمان بهداشت جهانی توصیه کرده است، این کار باید با قوانین و مقررات قوی همراه باشد که شفافیت و اجرای یکنواخت و مؤثر استانداردهای تعریف‌شده را تضمین کند. بسیاری از سازمان‌های مقررات‌گذار دارو دچار کمبود کارمند و فاقد فناوری هستند. سایر سازمان‌ها می‌توانند از کمک‌های مربوطه در خصوص تحول در رهبری، برنامه‌ریزی راهبردی و نظام‌های مدیریت استفاده کنند. به‌عنوان مثال، در مواردی که منابع مالی محدود است و یک آزمایشگاه کامل دارو در دسترس نیست، می‌توان به داروهایی که مراحل پیش‌صلاحیت سازمان بهداشت جهانی را طی کرده‌اند تکیه کرد.

- **تقویت نظام‌های مدیریت دارو**

سرمایه‌گذاری در جهت امنیت بیشتر و کنترل انبارداری و توزیع داروها می‌تواند از سرقت جلوگیری کند. بهترین اقدامات تجاری نشان می‌دهد که تکنیک‌های مدیریت حسابگرانه وجود دارد که می‌تواند از موجود کالا محافظت کند. این نوع رویکرد اغلب به‌عنوان یک فعالیت تقویت‌کننده نظام‌های سلامت، تأمین مالی می‌شود، اما مزایای آشکاری برای کنترل فساد نیز دارد.

• بهره‌برداری از فناوری اطلاعات

استفاده از فناوری اطلاعات می‌تواند شفافیت و پاسخ‌گویی را افزایش دهد. این کار می‌تواند شامل ایجاد کاتالوگ برخط قیمت دارو، انتشار مناقصه‌ها و مزایده‌ها، تصمیمات داور، پایش نتایج در بستر اینترنت و استفاده از ابزارهای تدارکات الکترونیکی برای تأمین داروها و لوازم پزشکی باشد. افرادی که اطلاعات را افشا می‌کنند باید متعهد و آموزش‌دیده باشند، از صحت اطلاعات باید اطمینان حاصل شود و گیرندگان اطلاعات برای استفاده از اطلاعات برای اهداف نظارتی و حمایتی باید توانمند شده باشند.

• برقراری شفافیت و پاسخ‌گویی در فرایندهای تصمیم‌گیری

این به معنای گشودن فرایندهای مختلف تصمیم‌گیری به‌منظور مشارکت ذی‌نفعان، تضمین افشای اطلاعات به افراد علاقمند و پاسخ‌گو نگه داشتن کنشگران درگیر در قبال تصمیمات و نتایج‌شان، از جمله از طریق اعلام عمومی و شرمساری است.

• ترویج خودتنظیمی صنعت دارو و انجمن‌های حرفه‌ای

صنعت داروسازی علاقمند به اجتناب از ریسک‌های مربوط به اعتبار به‌ویژه از طریق پیشگیری از نفوذ داروهای تقلبی است؛ و هرچند اعضای حرفه سلامت از اختیارات گسترده‌ای برخوردار هستند، اما این متخصصان استانداردهای اخلاقی بالایی را نیز به رسمیت می‌شناسند و آن را پاس می‌دارند. تلاش‌ها باید در راستای ترویج پایبندی و اجرای مؤثر نظام‌نامه‌های رفتاری صنعت داروسازی (مانند فدراسیون بین‌المللی انجمن‌های تولیدکنندگان دارو) و همچنین انجمن‌های حرفه‌ای پزشکی (مثلاً از طریق منشور بین‌المللی اخلاق پزشکی انجمن پزشکی جهانی) باشد.

فهرست منابع

- ACTUE (Proyecto Anticorrupción y Transparencia de la Unión Europeo para Colombia). Caracterización de riesgos y prácticas de corrupción 2018 opacidad, identificación de niveles de tolerancia a la corrupción en el sistema de salud colombiano.
- Adano, U. 2008. The health worker recruitment and deployment process in Kenya: An emergency hiring program. *Human Resources for Health* 6, art. 19.
- Bate, R. 2011. Partners in crime: National theft of Global Fund medicines. *Africa Fighting Malaria Briefing Paper*. Washington, DC: American Enterprise Institute.
- Björkman, M., de Walque, D., and Svensson, J. 2012. Community based monitoring: When does it work even in the long run? *Experimental evidence from Uganda*
- Björkman, M. and Svensson, J. 2009. Power to the people: Evidence from a randomized field experiment on community-based monitoring in Uganda. *Quarterly Journal of Economics* 124 (2): 735–769
- Bruckner, T. 2019. The ignored pandemic: How corruption in healthcare service delivery threatens universal health coverage. *Transparency International Health Initiative*
- Cohen, J. C., Mrazek, M. F., and Hawkins, L. 2007. Corruption and pharmaceuticals: Strengthening good governance to improve access. In *The Many Faces of Corruption: Tracking vulnerabilities at the sector level*, Campos, J. E. and Pradhan, S. (eds) Washington, DC: World Bank
- Collignon, P., Athukorala, P.-c., Senanayake, S., and Khan, F. 2015. Antimicrobial resistance: The major contribution of poor governance and corruption to this growing problem. *PLoS ONE* 10 (3): e0116746
- Delavallade, C. 2006. Corruption and distribution of public spending in developing countries. *Journal of Economics and Finance* 30: 222–239.
- Disch, A. and Natvig, K. S. 2019. Addressing corruption risks in multi-partner funds. *U4 Issue 2019:2*. Bergen, Norway: U4 Anti-Corruption Resource Centre, Chr. Michelsen Institute
- Friedman, W. 2018. Corruption and averting AIDS deaths. *World Development* 110 (October): 13–25
- Gaitonde, R., Oxman, A. D., Okebukola, P. O., and Rada, G. 2016. Interventions to reduce corruption in the health sector (review) *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 8, art. CD008856.

- García, P. 2019. Corruption in global health: The open secret. *Lancet* 394 (10214): 2119–2124.
- GES and ACTUE Colombia. 2018 *Cómo se califica y tolera la corrupción en el sistema de salud colombiano?* Integridad y Transparencia al Tablero, Boletín no. 8, October. Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia (GES) and Proyecto Anticorrupción y Transparencia de la Unión Europea para Colombia (ACTUE Colombia).
- Golub, S. 2020. Using legal empowerment to curb corruption and advance accountability. U4 Issue 2020:4. Bergen, Norway: U4 Anti-Corruption Resource Centre, Chr. Michelsen Institute.
- Gullo, S., Galavotti, C., Sebert Kuhlmann, A., Msiska, T., Hastings, P., and Marti, C. N. 2017. Effects of a social accountability approach, CARE's Community Score Card, on reproductive health-related outcomes in Malawi: A cluster-randomized controlled evaluation. *PLoS ONE* 12(2): e0171316.
- Gupta, S., Davoodi, H., and Tiongson, E. 2000. Corruption and the provision of health care and education services. Working Paper WP/00/116. Washington, DC: International Monetary Fund.
- Hanf, M., Van-Melle, A., Fraisse, F., Roger, A., Carme, B., and Nacher, M. 2011. Corruption kills: Estimating the global impact of corruption on children deaths. *PLoS ONE* 6 (11): e26990.
- Hussmann, K. 2011a. Addressing corruption in the health sector: Securing equitable access to health care for everyone. U4 Issue 2011:1. Bergen, Norway: U4 AntiCorruption Resource Centre, Chr. Michelsen Institute.
- Hussmann, K. 2011b. Vulnerabilities to corruption in the health sector: Perspectives from Latin American sub-systems for the poor (with a special focus on the sub-national level). Panama: UNDP Regional Centre for Latin America and the Caribbean.
- Hussmann, K. and Fink, H. 2013. Addressing corruption through sector approaches: Exploring lessons from the Moroccan anti-corruption strategy for the health sector. U4 Practice Insight 2013:2. Bergen, Norway: U4 Anti-Corruption Resource Centre, Chr. Michelsen Institute.
- Jones, B. and Jing, A. 2011. Prevention not cure in tackling health-care fraud. *Bulletin of the World Health Organization* 89 (12): 858–859.
- Kohler, J. C., and Ovcharenko, N. 2013. Good governance for medicines initiatives: Exploring lessons learned. U4 Issue 2013:3. Bergen, Norway: U4 Anti-Corruption Resource Centre, Chr. Michelsen Institute.

- Lewis, M. and Pettersson, G. 2009. Governance in health care delivery: Raising performance. World Bank Policy Research Working Paper 5074. Washington, DC: World Bank.
- Mackey, T., Vian, T., and Kohler, J. 2018. The sustainable development goals as a framework to combat health-sector corruption. *Bulletin of the World Health Organization* 96 (9): 634–643.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2018. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington, DC: National Academies Press.
- Norad (Norwegian Agency for Development Cooperation). 2008. Anti-corruption approaches: A literature review.
- OECD DAC (Organisation for Economic Co-operation and Development, Development Assistance Committee). 2010. Working towards more collective donor responses to corruption: Background study of how donors have responded to corruption in practice. OECD DAC Network on Governance – Anti-Corruption Task Team.
- OGP (Open Government Partnership) 2019. Health fact sheet.
- Ozawa, S., Evans, D., Bessias, S., et al. 2018. Prevalence and estimated economic burden of substandard and falsified medicines in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open* 1(4): e181662.
- Prevenslik-Takeda, L. 2006. Corruption in Cambodia's health sector. In *Global corruption report 2006: Corruption and health*, 22–24. Transparency International.
- Savedoff, W. and Hussmann, K. 2006. Why are health systems prone to corruption? In *Global corruption report 2006: Corruption and health*, 4–13. Transparency International.
- Schaaf, M. 2018. Social accountability and legal empowerment for quality maternal health care. PhD diss., Columbia University.
- Sommersguter-Reichmann, M., Wild, C., and Stepan, A. et al. 2018. Individual and institutional corruption in European and US healthcare: Overview and link of various corruption typologies. *Applied Health Economics and Health Policy* 16: 289–302.
- Taylor, E. M. and Harper, I. 2014. The politics and anti-politics of the Global Fund experiment: Understanding partnership and bureaucratic expansion in Uganda. *Medical Anthropology* 33(3): 206–222.
- Transparency International UK. 2017. Clinical trial transparency: A guide for policy makers. Collaboration by TranspáriMED, Cochrane, CRIT,

- and Transparency International's Pharmaceuticals and Healthcare Programme.
- U4. 2008. Corruption in the health sector. U4 Issue 2008:10. Bergen, Norway: U4 AntiCorruption Resource Centre, Chr. Michelsen Institute.
- UNDP (United Nations Development Programme) 2011. Fighting corruption in the health sector: Methods, tools and good practices.
- Vian, T. 2006. Anti-corruption in the health sector: Preventing drug diversion through supply chain management. U4 Brief 2006:4. Bergen, Norway: U4 Anti-Corruption Resource Centre, Chr. Michelsen Institute.
- Vian, T. 2008. Review of corruption in the health sector: Theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning* 23(2): 83–94.
- Vian, T., Kohler, J. C., Forte, G., and Dimancesco, D. 2017. Promoting transparency, accountability, and access through a multi-stakeholder initiative: Lessons from the Medicines Transparency Alliance. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice* 10, art. 18.
- Vian, T., Savedoff, W., and Mathisen, H., eds. 2010. *Anti-corruption in the health sector: Strategies for transparency and accountability*. Kumarian Press.
- Vian, T., et al. 2011. Confronting corruption in the health sector in Vietnam: Patterns and prospects. *Health and Development Discussion Paper 14*. Center for Global Health and Development, Boston University.
- WHO (World Health Organization), 2010. Thailand, a country case study: Good governance and preventing corruption.
- WHO (World Health Organization), 2018a. Integrating a focus on anti-corruption, transparency and accountability in health system assessments.
- WHO (World Health Organization), 2018b. Pharmaceutical system transparency and accountability assessment tool: Good Governance for Medicines: Progressing access in the SDG era.
- WHO (World Health Organization) 2018c. Public spending on health: A closer look at global trends, WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/18.3.