



مصادیق تعارض منافع

۱. تعارض منافع در حوزه سلامت

معاونت رصد و مطالعات مدیریت

کد موضوعی: ۲۹۰
شماره مسلسل: ۱۷۷۳۱
شهریورماه ۱۴۰۰

به نام خدا
فهرست مطالب

۱	چکیده مدیریتی.....
۷	مقدمه و طرح مسئله.....
۹	روش بررسی.....
۱۰	انواع تعارض منافع.....
۱۱	مصادیق تعارض منافع در نظام سلامت.....
۱۱	۱. تعارض درآمد و وظایف.....
۱۱	- تعارض درآمد و وظایف در بعد فردی.....
۱۲	- تعارض درآمد و وظایف در بعد سازمانی و کلان.....
۱۳	۲. تعارض وظایف.....
۱۴	۳. اتحاد قاعده‌گذار و مجری.....
۱۵	- حق تعرفه‌گذاری برای خود.....
۱۵	- ادغام نظام آموزشی علوم پزشکی در نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی.....
۱۸	- اعطای مجوز فعالیت پزشکی.....
۱۹	۴. اتحاد ناظر و منظور (نظارت‌شونده).....
۱۹	- اعتباربخشی بیمارستان‌ها.....
۲۰	- ناظران بیمه در بیمارستان‌ها.....
۲۰	- کارشناسان بهداشت در صنایع.....
۲۰	- واحد نظارت بر درمان.....
۲۱	- روابط پژوهشگران و صنایع.....
۲۲	۵. تبانی ارائه‌دهندگان خدمت.....
۲۳	۶. اشتغال هم‌زمان.....
۲۶	۷. ارتباطات پسا‌شغلی (درب‌های گردان).....
۲۸	۸. ارتباط مسئولان نظام سلامت با شرکت‌های مرتبط از طریق سهام‌داری یا مالکیت آنها.....
۲۹	۹. انگیزه‌های سیاسی و منطقه‌ای.....
۲۹	۱۰. روابط خویشاوندی.....
۲۹	۱۱. جمع‌بندی مصادیق.....
۳۱	راهکارها.....
۳۴	۱. شفافیت.....
۳۸	۲. محدودیت.....
۴۱	۳. تغییر قواعد.....
۴۴	ظرفیت‌های قانونی.....
۴۴	۱. سیاست‌های کلی سلامت.....
۴۵	۲. قوانین برنامه پنجم و ششم توسعه.....
۴۷	جمع‌بندی و اولویت‌ها.....
۵۱	پی‌نوشت.....



مصادیق تعارض منافع

۱. تعارض منافع در حوزه سلامت

چکیده مدیریتی

امروزه از تعارض منافع به‌عنوان یکی از ریشه‌های فساد و سوءمدیریت یاد می‌شود که به‌طور خلاصه به‌معنای تعارض میان منافع شخصی یا گروهی اشخاص با منافع ملی و عمومی است. تعارض منافع انواع و مصادیق گوناگونی دارد که برخی از آنها عبارتند از: اتحاد قاعده‌گذار - مجری، اتحاد ناظر - منظور، تبانی خدمت‌گزاران و اشتغال هم‌زمان در بخش خصوصی و دولتی.

قرار گرفتن در موقعیت تعارض منافع الزاماً به منزله ارتکاب جرم یا فساد نیست اما به لحاظ ماهیت تعارض منافع، معمولاً موقعیت‌های مذکور بر فرآیند تصمیم‌گیری و اجرایی افراد تأثیر می‌گذارد. به عبارت دیگر، صرف قرارگیری در موقعیت تعارض منافع موجبات اثرگذاری بر ساختار تصمیم‌گیری را فراهم می‌نماید. از این رو، می‌توان بستر و علت‌العلل وقوع جرائم، مفاسد و ناکارآمدی‌ها را بهره‌برداری از موقعیت‌های تعارض منافع فردی و سازمانی دانست. فارغ از اهمیت و نقش ویژه مدیریت تعارض منافع در سطح کلان نظام اجتماعی، در سطح بخشی، مهم‌ترین گام و پیش‌شرط توفیق در مدیریت بهینه تعارض منافع، شناسایی دقیق و نظام‌مند مصادیق تعارض منافع در بخش‌های مختلف (از بخش صنعت و تجارت گرفته تا نهاد قضائی و نظام سلامت) است. از سوی دیگر، از آنجا که کارآمدی سیاستگذاری و اجرا در حوزه سلامت اثرات سازنده و مفید برای نظام اجتماعی و افزایش سطح زندگی عموم مردم دارد و همچنین نظر به مسائل مطروحه در سال‌های اخیر پیرامون تعارض منافع حوزه سلامت، مرکز پژوهش‌های مجلس درصدد برآمد موقعیت‌های تعارض منافع در حوزه سلامت را مورد تحلیل و بررسی قرار دهد تا با بهره‌برداری از آن و تلاش جهت شناسایی دقیق و سپس مدیریت آن، شاهد ارتقاء توانمندی و کارآمدی حوزه سلامت باشیم. بنابراین، در آغاز سلسله گزارش‌های مصادیق تعارض منافع، این گزارش درصدد است از منظر ادبیات تعارض منافع اقدام به شناسایی مصادیق تعارض منافع در این حوزه نموده و حتی‌المقدور راهکارهایی را برای بهبود فرآیندها و اصلاح سازوکارها ارائه نماید.

به صورت کلی جامعه انتظار دارد که همه پزشکان و سیاستگذاران حوزه سلامت، مانند اکثریت غالب آنها هیچ انگیزه‌ای جز سلامت بیماران را سرلوحه اقدام خود قرار ندهند. خدمات صادقانه پزشکان و کادر درمانی و محققان این حوزه در دوره درگیری جامعه با بیماری کرونا علی‌رغم کمبود امکانات، جلوه ای باشکوه از این نوع رفتار ایثارگرانه است. با این وجود باید توجه داشت بروز پدیده تعارض منافع

و آثار ناشی از آن ممکن است به اعتماد جامعه نسبت به پزشکان، خدمات آنها، پژوهش‌های پزشکی و به‌طور کلی نظام سلامت کشور لطمه وارد کند. به بیان دیگر، بخش قابل توجهی از پزشکان و سیاستگذاران حوزه بهداشت و درمان بر این باورند که عملکرد سوء و بهره‌برداری شخصی از موقعیت‌های تعارض منافع توسط درصد بسیار کوچکی از جامعه پزشکان انجام می‌پذیرد اما همین امر می‌تواند موجبات کاهش اعتماد عمومی به این قشر گردد. لذا، جهت پیشگیری از این مسئله اولویت اصلی می‌بایست مدیریت تعارض منافع، تمرکز بر ابعاد کلان تعارض منافع در حوزه‌های سیاستگذاری، تصمیم‌گیری و عملیات نظام سلامت باشد. نگارندگان گزارش بر این باورند که مدیریت بهینه تعارض منافع در حوزه سلامت باعث تحول ساختاری در تصمیم‌گیری‌ها و اجرای سیاست‌های بهداشتی، درمانی، آموزشی و تحقیقاتی حوزه سلامت می‌شود و کارآمدی نظام سلامت را در پی خواهد داشت.

بررسی حوزه سلامت کشور حکایت از وجود انواع گوناگون تعارض منافع در حوزه مذکور دارد. به‌طور مشخص تعارض منافع در نظام پرداخت کارانه، تعیین تعرفه بخش خصوصی و رسیدگی به شکایت از پزشکان توسط نظام پزشکی، فعالیت مدیران ارشد وزارت بهداشت و سازمان تأمین اجتماعی در بخش خصوصی، سهامداری مدیران دولتی در بیمارستان‌ها و شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی از جمله مهم‌ترین مصادیق و موقعیت‌های تعارض منافع در نظام سلامت کشور به حساب می‌آیند. شواهدی از میزان شیوع مسئله تعارض منافع در جداول ۱، ۲ و ۳ ارائه شده است. شایان ذکر است که قرار گرفتن در موقعیت تعارض منافع، به‌منزله ارتکاب فساد نیست، بلکه آنچه مسلم است، تأثیرپذیری و تصمیم‌گیری غیربهینه اشخاص (حقیقی و حقوقی) قرار گرفته در آن موقعیت است.

وجود پدیده تعارض منافع در حوزه سلامت را می‌توان به‌عنوان یکی از دلایل اصلی عدم اجرای کامل برنامه‌های اصلاحی در نظام سلامت از جمله «پرونده الکترونیک سلامت»، «پزشک خانواده و نظام ارجاع» معرفی کرد. بنابراین، مدیریت تعارض منافع نه‌تنها منافع ملی کشور و رضایت عمومی را تأمین خواهد کرد بلکه به بهبود فرایندها، افزایش بهره‌وری و ارتقای مدیریت نظام سلامت منجر خواهد شد. از آنجاکه تعارض منافع دارای ادبیات و نظریات موضوعی است، مجموعه راهکارهای عمومی مدیریت تعارض منافع به‌منظور تعمیم دادن به نظام سلامت و بهره‌برداری پیشگیرانه از آن را می‌توان به شکل زیر دسته‌بندی کرد:

– شفافیت

راهکار شفافیت گرچه برای کشف موارد فساد الزامی است اما می‌توان کاربرد اصلی آن را در پیشگیری از فساد معرفی کرد. کشورهای مختلفی از راهکار شفافیت به‌منظور مدیریت تعارض منافع در حوزه سلامت استفاده می‌کنند. به‌عنوان مثال انجمن پزشکی آمریکا، کالج پزشکان آمریکا، شورای اعتباربخشی آموزش و پرورش و دفتر بازرسی عمومی وزارت بهداشت آن کشور حتی مواردی از قبیل هدیه از جمله خورد و خوراک، پرداخت پول برای حضور در سخنرانی‌ها و کنفرانس‌ها، آموزش مداوم برای پزشکان



بدون پرداخت هزینه، پرداخت برای سفر به جلسات و بورس‌های تحصیلی، خدمات دارویی، کمک‌های مالی برای پروژه‌های پژوهش و دستمزد برای مشاوره را نیز از مصادیق تعارض منافع برشمرده و افشای آنها را ضروری می‌دانند.

علاوه بر افشای تعارض منافع، اعلام عمومی درآمد و هدایای دریافتی و شفافیت مشاغل و سهام‌داری نیز یکی دیگر از راهکارهای مدیریت تعارض منافع در حوزه سلامت است. به‌عنوان مثال در آلمان، انتشارات اشپینگل آنلاین و مرکز تحقیقات «اصلاح‌کننده»^۱ برای اولین بار پایگاه داده‌ای را به‌صورت مشترک ارائه کردند که شامل اسامی بیش از ۲۰ هزار پزشکی بود که در سال ۲۰۱۵ میلادی از شرکت‌های دارویی پول دریافت کرده بودند.

به‌عنوان نمونه دیگر می‌توان به برنامه پرداخت باز^۲ (شفاف) اشاره کرد. این برنامه پس از تصویب قانون Affordable Care Act راه‌اندازی شد. طبق این قانون پرداختی‌های بیش از ۱۰ دلار به پزشکان می‌بایست افشا شود. در این برنامه، اطلاعات مربوط به پرداختی‌های شرکت‌های داروسازی و تجهیزات پزشکی به پزشکان و بیمارستان‌های آموزشی در قالب هزینه‌های مسافرتی، تحقیقاتی، هدایا، هزینه سخنرانی و وعده‌های غذایی جمع‌آوری می‌گردد. همچنین سهام‌داری پزشکان و افراد نزدیک به آنها در شرکت‌های مرتبط با حوزه سلامت نیز ارائه می‌شود. اطلاعات جمع‌آوری شده به‌صورت سالیانه در سایت اطلاعات پرداخت باز^۳ در معرض دید عموم مردم قرار گرفته و به‌راحتی قابل جستجو است. پس از آغاز این برنامه در سال ۲۰۱۳ بیش از ۲۸ میلیون ثبت در این سایت صورت گرفته که ارزش دلاری آن برابر با ۱۶/۷۷ میلیارد دلار است. ۸۱۲ هزار پزشک و ۱۸۶۸ شرکت و ۱۱۸۰ بیمارستان در این سایت ثبت اطلاعات کرده‌اند.

علاوه بر موارد مذکور به پرونده الکترونیک سلامت نیز می‌توان از منظر ایجاد شفافیت نگریست. با تجزیه و تحلیل «کلان‌داده»^۴ یا به‌اصطلاح داده‌کاوی^۵ می‌توان روابط اقتصادی بین خدمت‌گزاران مختلف را تشخیص داد و در صورت وجود تبانی‌ها و ارتباط‌های فسادآمیز مانند ارتباط بین صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی با پزشکان یا ارتباط بین پزشکان با داروخانه‌ها و مراکز تشخیص طبی با آنها مقابله کرد. همچنین ایجاد پرونده الکترونیک اجرای قواعد تنظیم شده براساس راهنماهای بالینی را تسهیل خواهد کرد.

– محدودیت

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

1. Corrective
2. Open Payment
3. <https://openpaymentsdata.cms.gov/>
4. Big Data
5. Data Mining

محدودیت رأی دادن در مسائلی که با منافع شخصی تعارض دارد: یک فرد ممکن است در شغل خویش به‌طور کلی تعارض منافع نداشته باشد اما درباره یک مسئله خاص تعارض منافع داشته باشد. در این موارد پیش از تصمیم‌گیری درباره مسائل، تعارض منافع خود را نسبت به موضوع اعلام و شفاف کنند. در صورتی که پس از تصمیم‌گیری مشخص شود تصمیم‌گیرندگان تعارض منافع داشته‌اند مورد مجازات قرار می‌گیرند. پس از اعلام تعارض منافع مسئول در یک موضوع خاص، وی به‌طور کلی از شغل برکنار نمی‌شود بلکه تنها محدودیت‌هایی مانند سلب حق رأی دادن در آن موضوع خاص گذاشته می‌شود. برای مثال در آمریکا کدهای اخلاقی، مقامات و کارمندان دولت را از اقداماتی نظیر رأی دادن، صحبت کردن یا هرگونه اقدامی که نفعی مستقیم و غیرمستقیم برای خودش یا هریک از اعضای خانواده‌اش دارد منع کرده است.

محدودیت‌های مشاغل هم‌زمان: مدیریت و سهام‌داری یک شرکت خصوصی انحصاری و همراستا با فعالیت یک مسئول در سطوح عالی مدیریتی نظام سلامت می‌تواند تعارض منافع شدیدی ایجاد کند، بنابراین باید برای این افراد محدودیت‌دستیابی به مشاغل عالی دولتی لحاظ شود. با این حال واضح است که مدیر، پزشک یا استاد دانشگاهی که تاکنون در موقعیت تعارض منافع بوده و از مزایای آن بهره برده است در برابر تصویب قوانین یا آیین‌نامه‌های محدودکننده مقاومت خواهد کرد؛ بنابراین تصویب چنین قواعدی نیازمند اختیار و شجاعت سیاسی است.

محدودیت درآمدها و هدایا: همان‌طور که در بخش دوشغلی پزشکیان اشاره شد، کشورهای مختلف برای دوشغلی محدودیت‌های متفاوت و گسترده‌ای وضع کرده‌اند. این محدودیت‌ها از منع کامل، تا منع موقت، محدودیت در درآمد از طریق بخش خصوصی یا اخذ مالیات، محدودیت ساعات خدمت در بخش خصوصی و انواع دیگر سیاست‌ها را شامل می‌شود.

به نمونه‌ای از محدودیت دریافت هدایا می‌توان به بیانیه سال ۱۹۹۰ انجمن پزشکان آمریکا با عنوان «پزشکان و صنایع داروسازی» اشاره کرد. در این بیانیه توصیه شده است که هدایا و پرداختی‌های اضافی از طرف صنایع در صورتی که قبول آنها احتمال تأثیر در جهت‌گیری قضاوت بالینی داشته باشد یا برای دیگران این طور به‌نظر برسد نباید پذیرفته شوند. انجمن پزشکی کانادا نیز تصریح می‌کند که پزشکان نباید هدایای شخصی را از صنایع دارویی قبول کنند.

محدودیت‌های پسا‌شغلی و مسئله درب گردان: سازمان OECD با توجه به تجربه کشورهای مختلف، چارچوب جامعی از اصول لازم برای مدیریت مسائل ناشی از درب‌گردان در سازمان‌ها ارائه داده است؛ با این حال هر کشور برای مواجهه با مسائل ویژه و خاص اشتغال پس‌ادولتی خود و پیش‌بینی



مسائل در حال ظهور نیاز دارد تا سیستم اشتغال پسادولتی بومی خود را توسعه دهد.^۱

– تغییر و اصلاح قواعد

این راهکار را می‌توان اساسی‌ترین روش در مدیریت تعارض معرفی کرد زیرا در موارد مختلف ممکن است ساختارها به گونه‌ای سامان یافته باشند که موجب تعارض منافع ذاتی شوند و به منظور مدیریت تعارض منافع نیاز باشد که ساختار ایجاد شده اصلاح شود. به‌عنوان مثال نکات مطرح شده میلتنون فریدمن، اقتصاددان برجسته آمریکایی و برنده جایزه نوبل، قابل توجه است وی در این بیانات به یکی از تعارض منافع‌های ساختاری نظام سلامت اشاره کرده است.^۲

موارد متعددی از تعارض منافع ساختاری در نظام سلامت وجود دارد که می‌بایست با تغییر قواعد، اصلاح و بازبینی شوند. برخی از راهکارهایی که می‌تواند در این اصلاح مورد توجه قرار گیرد عبارتند از:

تفکیک وظایف: وظایفی که برای یک سازمان می‌تواند تعارض بین وظایف ایجاد کند باید تفکیک شوند. برای مثال سازمان نظام پزشکی نمی‌تواند هم‌زمان هم حامی حقوق «پزشکان» باشد و هم حامی حقوق «بیماران». با توجه به ساختار منطقی سازمان نظام پزشکی، تنها حمایت از حقوق پزشکان باید به این سازمان اعطا شود و برای حمایت از حقوق بیماران باید یک سازمان مردم‌نهاد مستقل با ساختاری مشابه ایجاد شود که بتواند صدای مردم و بیماران را در دعاوی، سیاستگذاری‌ها، رسانه‌های جمعی، بیمارستان‌ها و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، شرکت‌های دارویی و نظام و جوامع آموزشی و پژوهشی نمایندگی کند. سازمان «اتحادیه وکلای حرفه‌ای سلامت (APHA)»^۳ یک سازمان بین‌المللی در این زمینه است. همچنین «انجمن ملی مشاوران وکالت خدمات سلامت (NAHAC)»^۴ یک سازمان غیرانتفاعی در این زمینه در آمریکا است.

۱. برای مطالعه بیشتر به گزارش مروری بر ادبیات جهانی پدیده «درب گردان» (جابه‌جایی اشخاص بین بخش خصوصی و عمومی) ۱. انگیزه‌ها، پیامدها و راهبردهای تنظیم‌گری. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی ایران مراجعه شود.
۲. «هیچ کسی نمی‌تواند پزشک شود مگر آنکه توسط هیئتی در دولت به وی مجوز داده شود. حالا من از شما سؤال می‌پرسم، چه کسی صلاحیت این را دارد که تشخیص دهد یک نفر می‌تواند پزشک شود؟ فقط دیگر پزشکان، بنابراین اعضای هیئت صدور مجوز طبابت همواره از پزشکان هستند. این مسئله یک عنصر کلیدی در محدود کردن ورود پزشکان جدید و حفظ تعداد پزشکان در سطحی پایین‌تر از مقداری که می‌تواند باشد است. این مسئله، موضوع یکی از کارهایی است که من برای آن زحمت زیادی کشیدم. حدود سی و چند سال پیش کتابی نوشتم با عنوان «درآمد از فعالیت‌های حرفه‌ای مستقل» که در آن عملیات «انجمن پزشکی آمریکا» (AMA)، «انجمن دندان‌پزشکی آمریکا» و دیگر سازمان‌های مشابه را ارزیابی کردم و به این نتیجه رسیدم که تأثیر محدود کردن ورود به پزشکی، پایین نگه داشتن تعداد پزشکان و افزایش میانگین درآمد آنها تا حدود ۱۷ الی ۲۰ درصد در آن زمان بوده است. وضعیت فعلی هم احتمالاً باید مشابه گذشته باشد. البته، شما اگر با یک پزشک مصاحبه کنید وی خواهد گفت که «دلیل اینکه صدور مجوز را محدود نگه می‌داریم این است که خدمات پزشکی بسیار با کیفیتی داشته باشیم». اما اگر شما با دقت به قواعدی که تنظیم کرده‌اند توجه کنید متوجه می‌شوید که برخی از آنها هیچ ارتباطی با کیفیت خدمات پزشکی ندارد. زمانی که رژیم نازی در آلمان مستقر شد و پزشکان ... و دیگر گروه‌های مورد آزار و اذیت تلاش کردند به آمریکا مهاجرت نمایند؛ یکبار AMA اعلام کرد که تنها پزشکانی می‌توانند مجوز طبابت در کشور داشته باشند که شهروند آمریکا باشند. این چیز خیلی خوبی است که مردم شهروند آمریکا باشند اما آیا شما می‌توانید ارتباط آن را با ارائه خدمات پزشکی بیان کنید؟ من می‌توانم مثال‌های مشابه بسیار بیشتری بیان کنم. تکرار می‌کنم که من از افراد انتقاد نمی‌کنم. من نمی‌خواهم بگویم که پزشکان صادق نیستند، البته که آنها صادق هستند. اما این بدان معنا نیست که آنها اشتباه هم نمی‌کنند. این بدان معنا نیست که آنها به اسم بهبود کیفیت در حال توجیه علاقه وافر خود برای ارتقای وضعیت اقتصادی خویش نیستند. در دوران رکود بزرگ نیز انجمن پزشکی آمریکا عملکرد مشابهی داشت. AMA گفت که ما باید تعداد پزشکان را محدود نگه داریم تا درآمد آنها بالا باشد؛ در غیر این صورت اگر درآمد پزشکان کاهش یابد آنها به انجام عمل‌های غیراخلاقی روی خواهند آورد. اگر کسی تا به حال توانسته است ارتباط همبستگی میان سطح درآمد و پایبندی به اخلاق فردی و حرفه‌ای در اثبات کند من خوشحال می‌شوم که شواهد آن را ببینم!» [۱۰]

3. The Alliance of Professional Health Advocates (APHA)

4. National Association of Healthcare Advocacy Consultants (NAHAC)

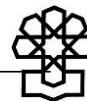
تفکیک قاعده‌گذار از مجری: حوزه اجرا و قاعده‌گذاری باید از یکدیگر تفکیک شوند به گونه‌ای که ایجاد انحصار به حداقل برسد و گروه‌های خود تنظیم‌گر نیز مشمول قوانین رقابت و پیشگیری از انحصار باشند. به‌عنوان مثال همان‌طور که گفته شد تعیین تعرفه توسط خدمت‌گزاران منجر به تعارض منافع می‌شود که باید از آن منفک شده و یک قاعده‌گذار بی‌طرف انجام دهد. تعیین تعرفه و دستمزد توسط گروه‌های صنفی در اتحادیه اروپا برخلاف قواعد رقابت کمیسیون اتحادیه اروپا شناخته شده و تلاش شده که از این موضوع جلوگیری شود.

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

اصلاح نظام پرداخت: برای برطرف کردن تعارض میان درآمد و وظایف باید نوع نظام پرداخت را اصلاح کرد. از ابتدای دهه ۱۳۷۰ شمسی که نظام پرداخت کارانه (یا پرداخت به‌ازای خدمت)^۱ اجرایی شد، هدف آن ایجاد انگیزه برای خدمت‌گزاران سلامت جهت ارائه خدمت بیشتر بود به همین دلیل در کنار حقوق ماهیانه ثابت، کارانه به‌عنوان پرداخت مکمل و تشویقی در نظر گرفته شد. در واقع حقوق به‌عنوان دریافتی اصلی و کارانه به‌عنوان دریافتی جزئی بود با این حال با گذشت یک دهه از اجرای این نظام کارانه حجم پرداختی کارانه به ارائه‌کنندگان خدمات درمانی به حدی افزایش یافت که اکثر دریافتی کارکنان را شامل می‌شد و حقوق تنها جزء بسیار کوچکی از درآمد را تشکیل می‌داد. اصلاح این نظام معیوب قطعاً باید در دستور کار باشد تا کارانه در حد همان جنبه تشویقی خود باقی بماند. به‌علاوه می‌توان از نظام‌های پرداخت مانند سرانه، بهره برد که به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند که تعارض منافع را از بین ببرند.

راهنمای بالینی (گایدلاین‌های پزشکی): هم‌اکنون یکی از مطالبه‌ها و دغدغه‌های مهم در نظام سلامت، تدوین راهنماهای بالینی است. به کمک این راهنماها می‌توان بر عملکرد خدمت‌گزاران نظارت کرد و تقاضاهای القایی را کشف کرد. اما مسئله اجرای این راهنماهای بالینی اگر بیشتر از تدوین آنها اهمیت نداشته باشد کم‌اهمیت‌تر نیست. با اجرای پرونده الکترونیک سلامت به‌راحتی می‌توان قواعدی تنظیم کرد که پزشکان در حین تجویز نسخه‌های خود امکان عدول از راهنماهای بالینی و تجویزهای درست را نداشته باشند [۳۱]. علاوه بر آن تنها با کمک پرونده الکترونیک سلامت امکان نظارت بهتر بر اجرای راهنماهای بالینی میسر می‌شود.

1. Fee for Service (FFS)



مقدمه و طرح مسئله

طبق یک تعریف فراگیر تعارض منافع را «مجموعه‌ای از شرایط می‌نامند که موجب می‌گردد تصمیمات و اقدامات حرفه‌ای، تحت تأثیر یک منفعت ثانویه قرار گیرد» [۱]. راهنمای سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی (OECD)، تعارض منافع را به‌عنوان تعارضی میان وظایف دولتی و منافع خصوصی مأموران دولتی تعریف می‌کند، به‌طوری‌که این منافع می‌توانند به‌صورت ناصحیحی وظایف آنها را تحت تأثیر قرار دهند [۲]. می‌توان گفت که زیربنای ارتکاب همه فسادها به نوعی بهره‌مندی از موقعیت‌های تعارض منافع هستند؛ بدین معنا که فرد، گروه یا سازمان در جایگاهی قرار می‌گیرد که در آن، بین منافع شخصی و منافع اجتماعی تعارض به‌وجود می‌آید؛ اگر در این موقعیت‌ها، انتخاب شخص، گروه یا سازمان به سمت منافع شخصی‌شان باشد فساد رخ خواهد داد. پیشگیری و مبارزه با فساد یکی از اساسی‌ترین خواسته‌های مردم از حکومت‌ها و همچنین وظایف آنهاست. اهمیت این مسئله برای جوامع تا حدی است که علت برخی از انقلاب‌ها و تغییر حکومت‌ها را وضعیت فساد موجود در حکومت پیشین معرفی می‌کنند [۳]. با توجه به ارتباط بین تعارض منافع و فساد، مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع (شخصی، گروهی یا سازمانی)، راهکاری اساسی برای پیشگیری از انواع مفاسد خواهد بود و تضمین‌کننده عدالت، شفافیت و سلامت نظام سلامت کشور خواهد بود. باید توجه کرد که وجود تعارض منافع نیاز به اثبات تأثیر حقیقی منافع شخصی روی کار حرفه‌ای ندارد، بلکه وجود یک منفعت ثانویه به‌تنهایی کفایت می‌کند [۴].

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

فساد ممکن است در فرهنگ و تاریخ ریشه داشته باشد، اما با وجود این، یک مسئله اقتصادی و سیاسی است. فساد ناکارایی و بی‌عدالتی در توزیع مزایا و هزینه‌های عمومی به‌وجود می‌آورد و نشانه آن است که نظام سیاسی بدون توجه به منافع عمومی کلی‌تر عمل می‌کند. همچنین نشان می‌دهد که ساختار حکومت منافع خصوصی را به‌طور مؤثر هدایت نمی‌کند. اگر حکومت به بعضی‌ها اجازه دهد که منافع شخصی بسیاری به زیان دیگران به‌دست آورند، مشروعیت سیاسی تضعیف می‌شود. از این‌رو اصل

چهلهم (۴۰) قانون اساسی نیز بر این مهم تأکید دارد.^۱

امروزه به اعتبار نظریات علمی و تجربه کشورها، اهمیت و ضرورت مقابله با انواع مفاسد و نقش فساد به‌مثابه یکی از موانع توسعه‌یافتگی، برای نظام حکمرانی مسئله‌ای غیرقابل انکار است. اما یکی از دشوارترین مسائل برای اصلاح‌گران، تعیین این موضوع است که چه زمانی سیاستمداران و بوروکرات‌هایی که در مسند قدرت هستند انگیزه‌ای برای ایجاد دگرگونی دارند. بهداشت و سلامت که یکی از اساسی‌ترین وظایف دولت‌ها به‌شمار می‌آیند نیز در امر توسعه و پیشرفت کشورها دارای نقش بی‌بدیل و حساس هستند. لذا، پیشگیری از تخلفات، کج‌روی‌ها و بسترهای اضرار به منافع عمومی در نظام سلامت، امری ضروری و عقلانی تلقی می‌گردد.

همان‌طور که فساد مسئله‌ای نیست که بتوان به‌طور مجزا با آن برخورد کرد و نیازمند نگرش سیستمی و ملحوظ دانستن روابط علی و معلولی پدیده‌هاست، مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت نیز نیازمند اشراف کامل و جامع بر ریشه‌ها، پیوندها و روابط متغیرها و مؤلفه‌های مهم سیاستی است. بنابراین این گزارش که در ادامه سلسله گزارش‌های مدیریت تعارض منافع^۲ است، ضمن ملحوظ دانستن حدود و ثغور مسئله تعارض منافع در بُعد کلان و ساختاری حاکمیت، بنا دارد ابتدا اهمیت مسئله تعارض منافع نظام سلامت و پیامدهای مخرب عدم مدیریت آن را ارائه کرده و سپس با بررسی نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران، تلاش می‌کند با بهره‌گیری از تجربیات بین‌المللی، مصادیق تعارض منافع در نظام سلامت را تبیین نموده و در صورت امکان راهکارهای مؤثر مدیریت آن را ارائه کند.

آیا مدیریت تعارض منافع نظام سلامت نیازمند برنامه و طرحی نو است یا با استفاده از ظرفیت موجود و البته با تقویت نظام شفافیت و نظارت قابل انجام است؟ پاسخ دقیق و مستدل به این پرسش و نیز، آسیب‌شناسی دقیق وضعیت مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران و پیشنهاد احکام قانونی برای تصویب در مجلس شورای اسلامی، نیازمند دسترسی و تحلیل آمار و اطلاعات بیشتر است که در گزارش‌های آتی بدان پرداخته خواهد شد. فراموش نشود که قوانین ضدفساد تنها می‌توانند زمینه‌ای برای اصلاحات ساختاری مهم‌تر فراهم سازند. مطالعات کارشناسی مؤید این مطلب است که آنچه در برهه زمانی کنونی از اهمیت خاصی برخوردار است، شناخت مسئله تعارض منافع در ساختارهای کلان نظام حکمرانی و بررسی دقیق مصادیق آن در بخش‌ها از جمله نظام سلامت است.

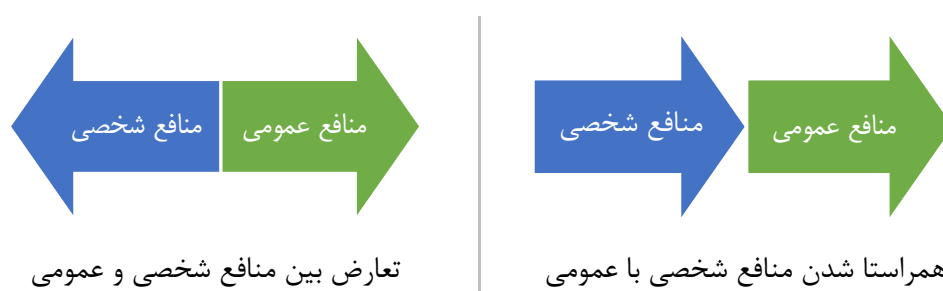
باید توجه شود که تعارض منافع به‌معنای همراستا بودن منافع شخصی با منافع عمومی و سازمانی نیست بلکه به‌معنای در تعارض بودن منافع شخصی با منافع عمومی و سازمانی است. ممکن است پرسیده شود آیا تشویق و اطلاع‌رسانی کارشناسان بهداشت به رعایت اصول بهداشتی و پیشگیری، چون به نفع

۱. اصل چهلهم (۴۰): هیچ‌کس نمی‌تواند اعمال حق خویش را وسیله اضرار به غیر یا تجاوز به منافع عمومی قرار دهد.
 ۲. تاکنون دو گزارش تعارض منافع «۱. دسته‌بندی و مفهوم‌شناسی، ۲. راهکارهای پیشگیری و مدیریت» منتشر شده است.



آنها است نوعی تعارض منافع است؟ خیر. در حالت عادی در بخش عمومی باید منافع شخصی با منافع عمومی همراستا شده باشند و توصیه یک مسئول بهداشت یا هر مسئول دیگری هم به نفع شخص خود و هم به نفع عموم جامعه باشد. تعارض منافع موقعیتی است که یک مسئول در معرض اخذ تصمیمی است که منافع شخصی خود را حاصل کند اما منافع عمومی را به خطر بیندازد (شکل ۱).

شکل ۱. تفاوت همراستا شدن منافع با تعارض بین منافع



روش بررسی

درخصوص روش بررسی و تحقیق، لازم است مسئله تعارض منافع، دارای ادبیات شناخته شده و البته پویا و تحت یک فرایند تکاملی است. از آنجا که ساختار نظام سلامت ایران تفاوت‌های تعیین‌کننده‌ای با دیگر کشورها دارد؛ مصادیقی از تعارض منافع در ایران می‌تواند وجود داشته باشند که در دیگر کشورها موضوعیت ندارد و نیازمند راهکارهایی متناسب با آن هستند و همچنین ممکن است مصادیقی از تعارض منافع در دیگر کشورها وجود داشته باشند که در ایران موجود نباشند یا اینکه بسیار کم اهمیت باشند. بنابراین با استفاده از ادبیات علمی موجود^۱ تجربیات برخی کشورها و بررسی نهادی مصادیق تعارض منافع در کشور درصدد تطبیق قواعد تعارض منافع با رویه‌های نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در دستور کار قرار گرفته است.

در مورد تفاوت‌های نهادی می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد: ارتباط پژوهشی بین صنایع داروسازی با پزشکان در غرب و به‌خصوص کشور آمریکا از مصادیق بسیار مهم در حوزه تعارض منافع است زیرا صنایع داروسازی در غرب بسیار بزرگ و قدرتمند هستند و می‌توانند تأثیرات زیادی بر نظام سلامت بگذارند. این مصادیق در ایران نیز وجود دارد اما ممکن است اهمیت آن به اندازه آمریکا نباشد زیرا صنایع داروسازی در ایران به اندازه غرب قدرتمند و توسعه‌یافته نیستند و کمتر به دنبال توسعه نوآوری دارویی هستند تا پزشکان

۱. از طریق جستجوی کلیدواژه‌های Conflict of Interests با Health Service Delivery قابل رصد و بررسی است که اکثراً از سال ۱۹۸۸ میلادی به بعد را شامل می‌شوند. برای بررسی بیشتر رجوع گردد به گزارش «تعارض منافع: دسته‌بندی و مفهوم‌شناسی»، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۹۶.

را در پژوهش‌های خود سهیم کنند؛ همچنین پزشکان بیشتر تحت تأثیر واردکنندگان دارویی و برندهای بین‌المللی هستند. از طرف دیگر مصادیق حضور هم‌زمان پزشکان ایرانی در بخش عمومی و خصوصی یکی از مصادیق مهم تعارض منافع در کشور است که در کشورهای غربی به دلیل اخذ سیاست‌های درست عمدتاً کمرنگ شده است. یکی از محدودیت‌های مهم پژوهش عدم شفافیت اطلاعات و دسترسی به روابط مدیریت، مالکیت و سهام‌داری بیمارستان‌ها و شرکت‌ها در ایران بود. جهت رفع این محدودیت، تا حد امکان از مصاحبه‌ها و ارزیابی‌های کیفی استفاده شده است. در برخی موارد، افراد در رزومه کاری خویش مسئولیت‌های بخش دولتی یا خصوصی خود را بیان کرده یا سازمان‌ها برای جلب اعتماد عمومی اسامی اعضای هیئت‌مدیره و پزشکان خود را منتشر کرده بودند که از این منابع نیز برای ارائه بحث استفاده شده است و تمامی روابط تبیین شده در گزارش حاضر، مستند می‌باشند.

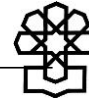
انواع تعارض منافع

همان‌طور که پیش‌تر مطرح شد، تعارض منافع دارای ادبیات موضوعی و قواعد شناخته شده‌ای است که در گزارش‌های مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی بدان پرداخته شده است. در این مجال، در راستای پرهیز از تطویل و تکرار، تلاش می‌شود ضمن برشمردن آنها، آن قواعد و معیارهای تشخیص تعارض منافع در نظام سلامت ایران به کار برده شود. تعارض منافع را می‌توان از دو حیث دسته‌بندی کرد:

۱. تعارض منافع می‌تواند فردی باشد یا سازمانی. در بعد فردی یک پزشک می‌تواند در موقعیت تعارض منافع قرار بگیرد؛ برای مثال بین دو درمان که از نظر اثربخشی مشابه هستند، با انتخاب درمان گران‌تر، به فکر منفعت شخصی خویش باشد یا با انتخاب درمان ارزان‌تر، منفعت بیمار را لحاظ کند. در بعد سازمانی یک سازمان، گروه، صنف یا مؤسسه می‌تواند در موقعیت تعارض منافع قرار بگیرد. برای مثال اگر تعیین تعرفه‌های درمانی به سازمان نظام پزشکی محول شود، این سازمان که نماینده صنفی پزشکان است در معرض تعارض منافع قرار می‌گیرد.

۲. تعارض منافع می‌تواند نهادی باشد یا غیرنهادی. تعارضات غیرنهادی وابسته به ویژگی‌های فرد یا سازمان هستند. یعنی یک فرد یا سازمان ممکن است فاسد باشد بنابراین با تغییر فرد یا سازمان می‌توان تعارض منافع را برطرف کرد اما برخی از انواع تعارض منافع نهادی هستند به این معنا که گاهی ساختارهای نهادی حاکمیت به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند که اگر هر شخصی را در آن موقعیت قرار دهیم، در معرض تعارض منافع قرار می‌گیرد. برای مثال تعارض منافع فردی پزشکان در نظام پرداخت کارانه^۱، نهادی است؛ یعنی تا زمانی که نظام پرداخت کارانه وجود دارد همواره هر پزشک (فارغ از اینکه چه کسی

1. Fee For Service (FFS)



باشد) در رابطه با بیماران، احتمال دارد تصمیماتی بگیرد که تأمین منفعت شخصی خودش در آن لحاظ شده باشد [۵]. در تعارض منافع نهادی، به جای تعویض افراد یا سازمان‌ها، باید اصلاحات نهادی و تغییر قواعد را مدنظر داشت مانند اصلاح یا ایجاد قوانین و ساختارها.

مصادیق تعارض منافع در نظام سلامت

۱. تعارض درآمد و وظایف

تعارض درآمد و وظایف به معنای در تعارض بودن درآمد یک فرد یا سازمان با اهداف در نظر گرفته شده برای آن است. برای مثال اگر درآمد پلیس حاصل از جرائم رانندگی باشد، پلیس همواره در تعارض تلاش برای کاهش دادن تخلفات یا استفاده از درآمد حاصل از جرائم خواهد بود. اگر سازمان‌های مبارزه با فساد و قاچاق نیز از محل کشف فساد و قاچاق درآمد داشته باشند، همواره در تعارض خواهند بود چرا که ریشه‌کن شدن فساد باعث از بین رفتن درآمد آنها خواهد شد بنابراین وجود مقداری از فساد و قاچاق همواره به نفع آنها خواهد بود [۳]. مثال دیگری شرکت‌های خصوصی ارائه‌کننده خدمات امنیتی هستند چرا که این شرکت‌ها برای گرم کردن بازار خویش، ناامنی را باید نهادینه کنند [۶]. نظام پاداش به موفقیت‌های کوتاه‌مدت به نوعی ایجادکننده این نوع تعارض منافع در بین مسئولان، کارکنان دولت و شرکت‌های وابسته به دولت خواهد بود، زیرا این نظام انگیزشی مدیران را تشویق می‌کند تا دست به اقداماتی بزنند که در کوتاه‌مدت نتایج ملموس و مناسبی داشته باشد، درحالی که ممکن است این نوع فعالیت‌ها در بلندمدت به نتایج مخربی منجر شوند. از سوی دیگر تعیین مشوق برای موفقیت در کوتاه‌مدت بدون متضرر شدن مدیران از عدم موفقیت، باعث می‌شود که مدیران فعالیت‌های با ریسک بالایی را انتخاب کنند که احتمال شکست در آنها زیاد است. این رویداد در برنامه‌های اصلاح نظام سلامت کشور نیز بسیار اتفاق افتاده که منجر به اجرای مقطعی بسیاری از برنامه‌های شکست خورده بهبود کیفیت و ارائه خدمت شده است. این نوع تعارض منافع در نظام سلامت در دو بعد فردی و سازمان (خرد و کلان) مصداق دارد که در ادامه بررسی می‌شود.

– تعارض درآمد و وظایف در بعد فردی

برای نمونه بسیاری از مشاغل و حرفه‌ها تحت ساختار نظام پرداخت کارانه (پرداخت به‌ازای خدمت)^۱ کار می‌کنند. چیزی که معمولاً به آن بی‌توجهی می‌شود این است که تعارض منافع در این نظام پرداخت اغلب اجتناب‌ناپذیر است [۵]. یک پزشک خویش‌فرما را در نظر بگیرید؛ بیمارانی که به پزشک مراجعه می‌کنند به دنبال تشخیص و درمان هستند. از آنجایی که پزشکی، مانند بسیاری از دیگر مشاغل یک زمینه تخصصی است،

به دلیل عدم تقارن اطلاعاتی، بیماران متکی به تخصص پزشک هستند؛ به این معنی که پزشک به عنوان نماینده بیمار در خرید خدمات پزشکی و همچنین خدماتی که خود پزشک می‌فروشد فعالیت می‌کند. بنابراین در معرض این پرسش است که آیا برای افزایش منافع شخصی خویش، خدمات غیرضروری برای بیمار تجویز کند یا آنکه منفعت بیمار را در نظر بگیرد؟ این مورد یک مثال کامل از تعارض منافع مشاغل از نوع تدارک خدمات تشخیصی/مداخله‌ای است. تا زمانی که نظام پرداخت کارانه وجود دارد، این چنین تعارض منافی غیرقابل اجتناب است. جالب است که پزشکان ممکن است به دلیل ارائه بیش از حد خدمات مورد انتقاد واقع شوند، اما به این نکته توجه نمی‌شود که در اصل تعارض منافع در ذات ساختار پرداخت کارانه است [۵]. گاهی این اقدام به عنوان نوعی وسواس در تشخیص یا درمان شکل می‌گیرد به این معنا که پزشک برای مطمئن شدن از تشخیص یا درمان خود یا افزایش توان دفاع خود از تشخیص یا درمان خویش در آینده، خدمات اضافی تجویز می‌کند که به آن «پزشکی تدافعی»^۱ می‌گویند با این حال پزشکی تدافعی در نظام‌های سلامت کشورهای پیشرفته که امکان پیگیری شکایت^۲ سفت و سختی از پزشکان وجود دارد جزء مسائل برجسته به حساب می‌آید و در ایران کم‌رنگ‌تر است. این تعارض منافع می‌تواند به دو صورت منافع شخصی، گروهی یا سازمانی خدمت‌گزاران را تحت تأثیر قرار دهد:

- **تجویز بیشتر (غیرضروری):** پزشک ممکن است نوعی خدمات تشخیصی یا درمانی را تجویز کند که برای بیمار نیاز نباشد. مثال‌های متداول آن در خدمات تشخیصی مانند تصویربرداری پزشکی و آزمایشگاه است. در موارد دیگر پزشک ممکن است به نمایندگی از بیمارستان یا درمانگاه اقدام به این عمل کند؛ برای مثال بیمارانی که نیاز به بستری ندارند در بیمارستان بستری شوند تا بیمارستان منتفع شده و از قبل آن پزشک و دیگر کارکنان نیز کارانه مربوطه را دریافت کنند. بنابراین هرچند وجهه ظاهری این نوع تعارض منافع ممکن است نوع فردی و شخص‌محور داشته باشد، اما با همراستا شدن نفع پزشک و بیمارستان در این مسئله، پزشک می‌تواند به عنوان عاملیت بیمارستان عمل کرده و تعارض منافع سازمانی نیز در پس این نوع تعارض منافع فردی وجود داشته باشد [۷].

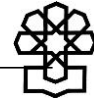
- **تجویز گران‌تر:** ممکن است بین دو درمان که به یک اندازه اثربخش هستند، پزشک درمان گران‌تر را تجویز نماید. غیر از مواردی که ممکن است از ناآگاهی پزشک از اثربخشی یکسان دو درمان باشد، پزشک می‌تواند به دلیل منافع شخصی، درمان گران‌تر را انتخاب کند. در این مورد نیز ممکن است این تعارض منافع صرفاً بعد فردی داشته باشد یا آنکه بعد سازمانی داشته و بیمارستان یا درمانگاهی نیز منتفع شود [۷].

– تعارض درآمد و وظایف در بعد سازمانی و کلان

همان‌طور که گفته شد تعارض درآمد و وظایف در ابعاد سازمانی مانند سطح بیمارستان یا دانشگاه علوم

1. Defensive medicine

2. Sue (from sb)



پزشکی نیز می‌تواند وجود داشته باشد به این ترتیب که بیمارستان از محل ارائه خدمات تشخیص-درمانی بیشتر، درآمد بیشتری کسب نماید. به‌عنوان مثال، هم‌اکنون بسیاری از تشخیص‌ها منوط به انجام عکس‌برداری شده است در صورتی که به گفته دکتر رسول دیناروند، معاون وقت وزیر بهداشت ۶۰ الی ۷۰ درصد تصویربرداری‌های MRI القایی و غیرضروری هستند [۸]. سهام‌داری رؤسای بیمارستان‌ها و پزشکان در تجارت دارو و تجهیزات پزشکی یا شراکت آنها در سود این شرکت‌ها می‌تواند مسئله را پیچیده‌تر و بغرنج‌تر کند. اتخاذ سیاست درست برای کنترل این‌گونه تعارض منافع می‌تواند در نظام حکمرانی بر فرایند کنترل هزینه‌ها و نحوه پوشش بیمه‌ها تأثیرات مثبت بگذارد.

این مسئله حتی در ابعاد کلان حکمرانی نظام سلامت نیز وجود دارد. برای مثال بخش عمده‌ای از بودجه وزارت بهداشت را درآمد اختصاصی این وزارتخانه تشکیل می‌دهد که درآمد ناشی از خدماتی است که به مردم ارائه می‌دهد. این بودجه می‌تواند انگیزه‌ای برای وزارت بهداشت باشد تا به‌جای مسائل مربوط به پیشگیری، به بخش درمان توجه داشته باشد چرا که بیمارستان‌ها و بخش‌های ارائه خدمات درمانی این وزارتخانه برای آن «درآمدزا» هستند، بنابراین سود وزارت بهداشت و کارکنان آن از محل بیماری انسان‌ها تأمین می‌شود، که در نتیجه کل سیستم به درمان‌های طولانی و گران‌قیمت‌تر (به‌جای بهداشت و درمان‌های سریع‌تر و ارزان‌تر) تمایل پیدا می‌کند. این درحالی است که باید منافع سیستم از محل سلامت افراد تأمین شود. نوع نگاه به وزارت بهداشت باید از یک وزارتخانه درآمدزا و سودآور به یک وزارتخانه خدمت‌گزار با وظایف اجتماعی و انسان‌دوستانه تغییر کند.

۲. تعارض وظایف

تعارض وظایف، تعارض بین دو وظیفه قانونی یا اخلاقی است. در این موقعیت‌ها فرد نمی‌تواند هر دو وظیفه محول را به‌درستی اجرا کند، زیرا منافع حاصل از اجرای وظایف متعارض هستند [۳]. به‌عنوان مثال نمایندگان مجلس در برخی از تصمیم‌گیری‌ها دچار این تعارض منافع می‌شوند زیرا از یک‌سو وظیفه آنها توجه به منافع حوزه انتخابی است و از سوی دیگر باید منافع ملی را در نظر بگیرند و این دو وظیفه ممکن است با یکدیگر تعارض داشته باشند؛ برای مثال زمانی که احداث یک بیمارستان یا خرید برخی تجهیزات در یک منطقه ضرورتی نداشته و هزینه زیادی دارد ولی برای نمایندگان مجلس می‌تواند رضایت محلی ایجاد کند. مصداق دیگر این تعارض منافع در نظام سلامت، در سازمان نظام پزشکی مشهود است.

سازمان نظام پزشکی یک سازمان صنفی و غیردولتی است که اعضای آن با رأی مستقیم پزشکان انتخاب می‌شوند و منابع مالی آن نیز از محل حق عضویت پزشکان تأمین می‌شود؛ بنابراین این سازمان منافع گروه پزشکان را نمایندگی می‌کند و حامی حقوق آنها است. حال آنکه دولت و به بیان عام‌تر،

حکومت نماینده همه مردم است و منابع مالی آن نیز از محل مالیات و منابع عمومی (بیت‌المال) حاصل می‌شود؛ بنابراین حکومت منافع عموم جامعه را پیگیری می‌کند؛ پس نباید اختیارات حاکمیتی به یک نهاد صنفی و جانب‌دار اعطا شود چراکه این نهاد مبتنی بر ساختار و وظایف «طبیعی» خود، به نفع اعضای خود عمل خواهد کرد نه به نفع عموم جامعه. اما متأسفانه ذیل «ماده (۲)» قانون سازمان نظام پزشکی، دو وظیفه متعارض برای این سازمان ذکر شده است:

(د) حفظ و حمایت از حقوق بیماران؛

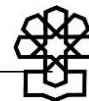
(ه) حفظ و حمایت از حقوق صنفی شاغلان حرف پزشکی [۹].

با توجه به هدف حمایت از حقوق بیماران، قضاوت بر قصور و خطاهای پزشکی و حمایت از حقوق بیمار نیز به سازمان نظام پزشکی اعطا شده است که با وظایف اصلی این سازمان صنفی در تعارض است. قضاوت بی‌طرفانه نیازمند یک سازمان بی‌طرف است که منابع مالی و اعضای آن از سمت یک طرف دعوا حاصل نشده باشند. در دعاوی قضایی نقیصه عدم دانش تخصصی پزشکی وجود دارد؛ برای جبران این نقیصه نباید وظیفه قضاوت را به یک طرف دعوا سپرد بلکه باید از پزشکان مشاور، مخصوص و بی‌طرف استفاده شود.

به‌علاوه همان‌طور که در بخش تعارض درآمد و وظایف گفته شد، اگر «وظیفه درآمدزایی» به نظام سلامت اعطا شود، بین این وظیفه و دیگر وظایف اصلی آن تعارض شکل می‌گیرد. «وظیفه اصلی» نظام سلامت و وزارت بهداشت «حفظ و ارتقاء سلامت مردم» است در حالی که درآمدزایی بیمارستان‌های دولتی وابسته به بیمار شدن مردم است. این تعارض باعث می‌شود تا رویکرد درمان‌محوری در بین سیاستگذاران و مدیران به‌طور خواسته یا ناخواسته تشدید شود، به‌خصوص اگر سیاستگذاران و مدیران خود از پزشکان درمانی باشند. موضوع وابسته شدن بیمارستان‌ها به درآمد حاصل از خود بیمارستان از اوایل دهه ۷۰ و با اجرای برنامه «نظام نوین بیمارستان» و با عنوان خودگردانی بیمارستان‌ها اجرایی شد.

۳. اتحاد قاعده‌گذار و مجری

تفویض حق «قاعده‌گذاری برای خود» یکی از مواردی است که افراد را به‌واسطه قواعد بیرونی در معرض تعارض منافع شدید قرار می‌دهد [۳]. اتحاد قاعده‌گذار و مجری در سطوح خرد و کلان امکان وقوع دارد. اعطای اختیار قاعده‌گذاری برای خود در دانشگاه‌های علوم پزشکی تحت عنوان دانشگاه‌های هیئت امنایی مصداقی از این موضوع می‌تواند باشد. با این حال این تعارض منافع در سطوح عالی می‌تواند تأثیرات عمیق‌تری داشته باشد. چنانچه تصمیم‌گیران و سیاستگذاران حوزه سلامت، خود بخشی از بدنه اجرایی کشور چه در بخش خصوصی و چه در بخش عمومی باشند، می‌توان انتظار داشت که در قواعد تنظیم شده منافع این مجریان بیش از سایر ذی‌نفعان نظام سلامت در نظر گرفته شود. در ادامه به سه مصداق



برجسته از آن پرداخته می‌شود.

- حق تعرفه‌گذاری برای خود

یکی از مباحثی که همواره وجود داشته است اعطای حق تعرفه‌گذاری خدمات به سازمان نظام پزشکی بوده است؛ با توجه به مواردی که درباره سازمان نظام پزشکی گفته شد، اعطای این حق به نظام پزشکی این سازمان را در معرض تعارض منافع قرار می‌دهد و ممکن است به‌جای در نظر گرفتن منافع عمومی، منافع گروهی در تعیین تعرفه‌ها لحاظ شود زیرا طبیعی است که هر شخصی علاقه‌مند است درآمد خویش را تا حد امکان ارتقا دهد. بنابراین قاعده‌گذاری در این مورد نیز باید به یک سازمان بی‌طرف اعطا شود.

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

ادغام نظام آموزشی-پژوهشی در نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در ایران یک نمونه منحصر به فرد در جهان است. با وجودی که در دیگر کشورها، دانشگاه‌های علوم پزشکی برای ارائه آموزش بهتر دارای یک یا چند بیمارستان آموزشی هستند (چنانچه پیش از ادغام آموزش در وزارت بهداشتی نیز این وضعیت در ایران وجود داشت یا هم‌اکنون دانشگاه‌های آزاد مالک بیمارستان‌های آموزشی مخصوص به خود می‌باشند)، اما در هیچ کشوری همچون ایران کل نظام آموزشی-پژوهشی در کل نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ادغام نشده است. چه پیش از این ادغام در ایران و چه پس از آن متأسفانه مطالعات کافی درباره پیامدها و الزامات این کار انجام نشده است بنابراین مشکلات منحصر به فردی را نیز ایجاد کرده است. پرداختن به همه ابعاد این رویداد از توان و حوصله گزارش حاضر خارج است با این حال به چند نکته که محصول تمرکز قدرت، قاعده‌گذاری برای خود و تعارض منافع پیش آمده ناشی از آن است پرداخته می‌شود.

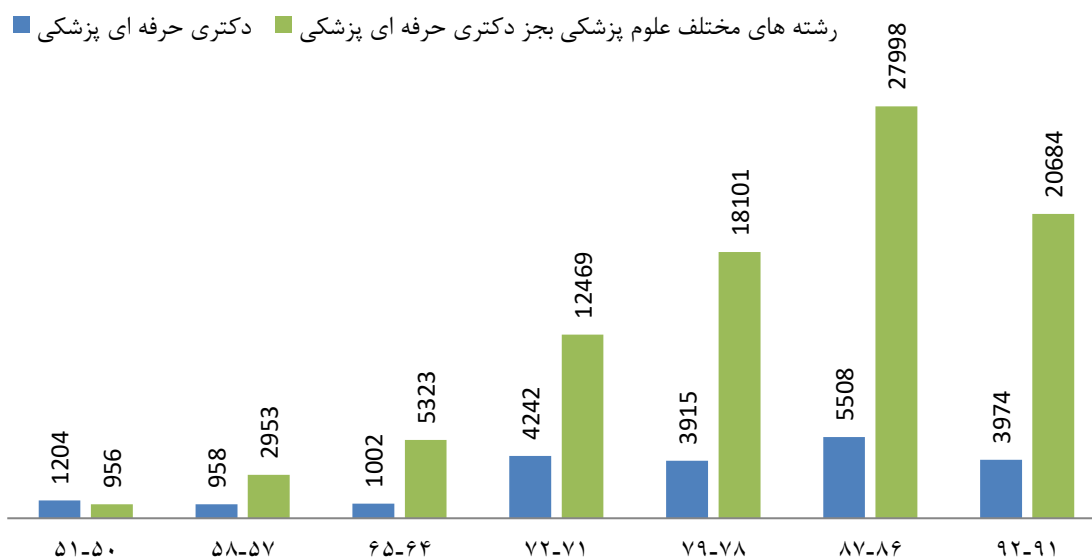
- **ظرفیت پذیرش دانشجوی پزشکی:** با وجودی که مهم‌ترین هدف ادغام نظام آموزشی علوم

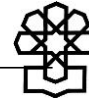
پزشکی در نظام ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، استفاده از امکانات وزارت بهداشتی برای ارتقای کمی و کیفی آموزش پزشکی بوده است اما در عمل آمارها مؤید رشد چشمگیر در تربیت نیروی پزشک در کشور نیستند. وزارت بهداشت ممکن است در ارائه گزارش عملکرد خود در حوزه آموزش نیروی انسانی، به رشد چندین برابری ظرفیت پذیرش دانشگاه‌ها اشاره کند اما باید توجه شود که این رشد نه در آموزش پزشکی بلکه در رشته‌های کارشناسی و کاردانی پیراپزشکی رخ داده است (نمودار ۱). با وجود آنکه تصویب قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۴ موجب شد تا تعداد فارغ‌التحصیلان دکتری حرفه‌ای رشته پزشکی در سال ۱۳۷۲ به ۴۸۳۶ نفر افزایش یابد^۱ (۷/۶ درصد از کل فارغ‌التحصیلان آموزش عالی کشور)، امید می‌رفت که با ادامه آن روند، کمبود پزشک در حوزه سلامت مرتفع شود؛ اما با کاهش دوباره پذیرش دانشجوی دکتری حرفه‌ای پزشکی، کمبود پزشک در

این رشته تداوم یافت، به طوری که قائم مقام وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در آیین گشایش «نخستین سمینار بین‌المللی پزشک خانواده» در دی‌ماه ۱۳۹۴ در شیراز به کمبود جدی پزشک عمومی به عنوان یکی از مهم‌ترین دلایل عدم اجرای پزشک خانواده اشاره کرد. عدم افزایش مناسب ظرفیت تربیت دانشجوی پزشکی از دهه هفتاد به بعد در حالی در کشور رخ می‌دهد که اولاً ظرفیت آموزش در دیگر رشته‌ها به شکل چشمگیری افزایش یافته است و ثانیاً کشور از نظر شاخص «سرانه تعداد پزشک» هنوز به وضعیت مطلوبی نرسیده است

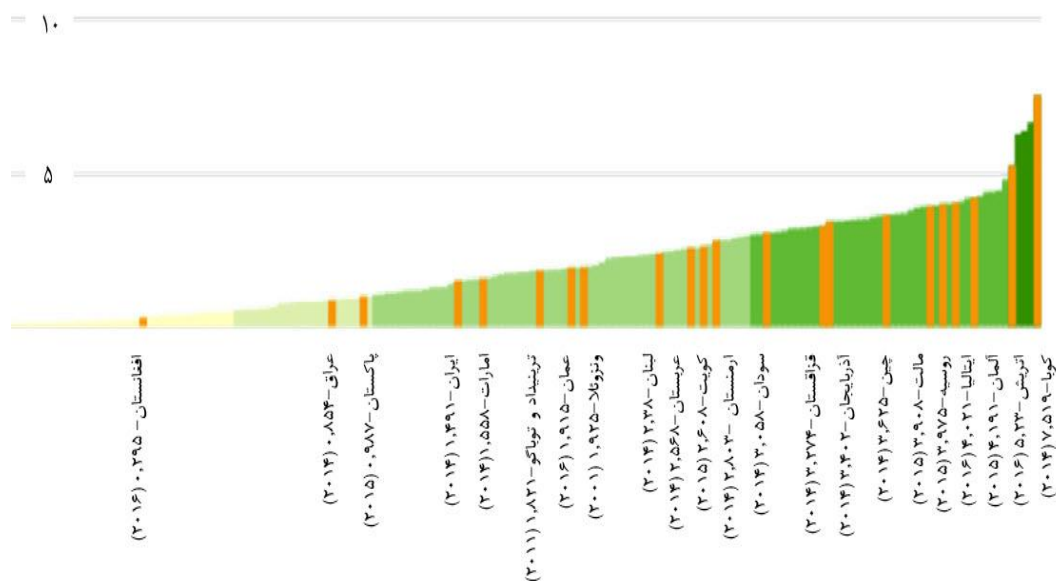
•). یکی از مسائلی که برای توضیح این مورد عنوان می‌شود وجود تعارض منافع حاصل از ادغام آموزش در وزارت بهداشتی است به طوری که پزشکانی که در عرصه ارائه خدمت فعالیت می‌کنند علاقه دارند انحصار خود را در ارائه خدمت حفظ کنند بنابراین وقتی حق قاعده‌گذاری برای تربیت نیروی پزشک به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت اعطا می‌شود ممکن است ورود رقبای جدید را به بازار ارائه خدمات درمانی تا حد امکان محدود کنند. این مسئله در امر گسترش تخصص‌های پزشکی، به خصوص برخی تخصص‌های ویژه، می‌تواند چشمگیرتر باشد به طوری که برای انجام یک عمل ویژه تنها چهار یا پنج پزشک در کشور وجود داشته باشند.

نمودار ۱. تعداد فارغ‌التحصیلان آموزش عالی دولتی در مقاطع گوناگون زمانی (براساس سالنامه آماری آموزش عالی ایران)





نمودار ۲. تعداد پزشک در هر هزار نفر جمعیت (براساس داده‌های سازمان جهانی بهداشت)



• **تعارض منافع در ارائه آموزش باکیفیت:** موقعیت تعارض منافع ناشی از ادغام آموزش در وزارت بهداشتی علاوه بر امکان محدود کردن تعداد دانشجویان پزشکی، امکان دارد به محدود کردن کیفیت ارائه آموزش نیز بیانجامد: زمانی که اساتید دانشگاهی هم‌زمان پزشک یا مسئولی در بخش ارائه خدمت دولتی یا خصوصی هستند ممکن است به دلیل محدودیت‌های زمانی از کیفیت آموزش خود کاسته و در زمان حضور موظف خود برای ارائه آموزش غیبت کنند.

• **تعارض منافع در انجام پژوهش‌های دانشگاهی:** ادغام دانشگاه‌های علوم پزشکی در وزارت بهداشت باعث شده است که اساتید و پژوهشگران دانشگاه‌های علوم پزشکی به‌عنوان کارمند وزارت بهداشت شناخته شوند از این رو ممکن است بی‌طرفی و استقلال نقد و پژوهش که یکی از اصول اساسی فعالیت علمی است مورد خدشه قرار بگیرد. بدین ترتیب پژوهشگر و منتقد دانشگاهی که باید بی‌طرفانه و منصفانه عملکرد مسئولان اجرایی را قضاوت کند ممکن است برای حفظ شرایط شغلی و درآمدی خویش از هرگونه انتقاد نسبت به برنامه‌های اجرایی در عرصه اجرایی چشم‌پوشی نماید و پژوهش‌ها و گزارش‌هایی تولید کند که با برجسته‌سازی نقاط مثبت برای مسئولان و مجریان مطلوب باشند. همکاری نهاد «آموزش و پژوهش» با نهاد «ارائه خدمت» امری ضروری است اما در این همکاری نباید استقلال آموزشی و پژوهشی تحت تأثیر قرار گیرد.

• **عدم رشد مناسب کیفی در رشته‌های غیربالینی:** با ادغام آموزش در وزارت بهداشتی رشته‌های غیربالینی به‌خصوص رشته‌های مرتبط با علوم انسانی همچون رشته‌های مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، اقتصاد بهداشت و سیاستگذاری سلامت، کیفیت و جایگاه خود را بیش از پیش از

دست دادند. به‌طور طبیعی زمانی که نظام آموزشی در وزارت بهداشت ادغام می‌شود پزشکان مسائل آموزش پزشکی را نسبت به دیگر رشته‌ها در اولویت قرار می‌دهند.

– اعطای مجوز فعالیت پزشکی

صدور مجوز ارائه خدمت به پزشکان جدید تنها در دست ارائه‌کنندگان فعلی خدمات سلامت قرار دارد که می‌تواند باعث ایجاد تعارض منافع در صدور مجوز شود. برای مثال ممکن است در اعطای مجوز طبابت به پزشکی که در خارج از کشور تحصیل کرده‌اند سخت‌گیری‌های بی‌موردی لحاظ شود. وزارت بهداشت سالیانه فهرستی از دانشگاه‌های مورد تأیید خود را منتشر می‌کند که این فهرست تنها دانشگاه‌هایی را شامل می‌شود که حدوداً جزء ۵۰۰ دانشگاه برتر جهان هستند. این در حالی است که تنها چند دانشگاه علوم پزشکی در ایران حائز این رنکینگ جهانی هستند. اما حتی اگر فردی در بهترین دانشگاه بین‌المللی نیز تحصیل کرده است، لازم است برای اخذ مجوز طبابت در ایران این مراحل را طی کند: تمام دانشجویانی که خارج از کشور تحصیل کرده‌اند ملزم هستند پس از بازگشت به کشور در آزمون ملی پزشکی شرکت کرده و پذیرفته شوند. علاوه بر آن الزام دارد که آنها دوره کارورزی در یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور را بگذرانند. دوره کارورزی ممکن است تا ۱۸ ماه به طول انجامد. پایان‌نامه‌ای که آنها در دانشگاه خارج از کشور تهیه کرده‌اند باید مورد ارزیابی قرار گیرد و چنانچه مورد تأیید نباشد فرد مجبور است برای کسب مجوز طبابت مجدداً در ایران پایان‌نامه‌ای بگذرانند. درنهایت متقاضی باید در آزمون ارزشیابی توانمندی (OSCE) قبول شود. وجود مراحل طولانی و دشوار که تقریباً دو سال به طول خواهد انجامید مانعی برای بازگشت دانشجویان پزشکی به کشور است. میلتون فریدمن، اقتصاددان برجسته آمریکایی و برنده جایزه نوبل، نقدهایی در این باره بیان داشته است. که در ادامه بخشی از مصاحبه وی آورده می‌شود:

«هیچ‌کسی نمی‌تواند پزشک شود مگر آنکه توسط هیئتی در دولت به وی مجوز داده شود. حالا من از شما سؤال می‌پرسم، چه کسی صلاحیت این را دارد که تشخیص دهد یک نفر می‌تواند پزشک شود؟ فقط دیگر پزشکان، بنابراین اعضای هیئت صدور مجوز طبابت همواره از پزشکان هستند. این مسئله یک عنصر کلیدی در محدود کردن ورود پزشکان جدید و حفظ تعداد پزشکان در سطحی پایین‌تر از مقداری که می‌تواند باشد است. این مسئله، موضوع یکی از کارهایی است که من برای آن زحمت زیادی کشیدم. حدود سی و چند سال پیش کتابی نوشتم با عنوان «درآمد از فعالیت‌های حرفه‌ای مستقل»^۱ که در آن عملیات «انجمن پزشکی آمریکا» (AMA)،^۲ «انجمن دندان‌پزشکی آمریکا» و دیگر سازمان‌های مشابه را ارزیابی کردم و به این نتیجه رسیدم که تأثیر محدود کردن ورود به پزشکی، پایین نگه داشتن تعداد پزشکان و افزایش

1. Income from Independent Professional Practice

۲. American Medical Association (AMA): این سازمان بزرگ‌ترین انجمن صنفی پزشکی در آمریکاست و وظایفی مشابه با سازمان نظام پزشکی در ایران دارد.



میانگین درآمد آنها تا حدود ۱۷ الی ۳۰ درصد در آن زمان بوده است. وضعیت فعلی هم احتمالاً باید مشابه گذشته باشد.

البته، شما اگر با یک پزشک مصاحبه کنید وی خواهد گفت که «دلیل اینکه صدور مجوز را محدود نگه می‌داریم این است که خدمات پزشکی بسیار باکیفیتی داشته باشیم». اما اگر شما با دقت به قواعدی که تنظیم کرده‌اند توجه کنید متوجه می‌شوید که برخی از آنها هیچ ارتباطی با کیفیت خدمات پزشکی ندارد. زمانی که رژیم نازی در آلمان مستقر شد و پزشکان یهودی و دیگر گروه‌های مورد آزار و اذیت تلاش کردند به آمریکا مهاجرت کنند؛ یکبارہ AMA اعلام کرد که تنها پزشکانی می‌توانند مجوز طبابت در کشور داشته باشند که شهروند آمریکا باشند. این چیز خیلی خوبی است که مردم شهروند آمریکا باشند اما آیا شما می‌توانید ارتباط آن را با ارائه خدمات پزشکی بیان کنید؟ من می‌توانم مثال‌های مشابه بسیار بیشتری بیان کنم.

تکرار می‌کنم که من از افراد انتقاد نمی‌کنم. من نمی‌خواهم بگویم که پزشکان صادق نیستند، البته که آنها صادق هستند. اما این بدان معنا نیست که آنها اشتباه هم نمی‌کنند. این بدان معنا نیست که آنها به اسم بهبود کیفیت در حال توجیه علاقه وافر خود برای ارتقای وضعیت اقتصادی خویش نیستند. در دوران رکود بزرگ^۱ نیز انجمن پزشکی آمریکا عملکرد مشابهی داشت. AMA گفت که ما باید تعداد پزشکان را محدود نگه داریم تا درآمد آنها بالا باشد؛ در غیر این صورت اگر درآمد پزشکان کاهش یابد آنها به انجام عمل‌های غیراخلاقی روی خواهند آورد. اگر کسی تا به حال توانسته است ارتباط همبستگی میان سطح درآمد و پایبندی به اخلاق فردی و حرفه‌ای را اثبات کند من خوشحال می‌شوم که شواهد آن را ببینم!» [۱۰]

۴. اتحاد ناظر و منظور (نظارت‌شونده)

همانند مسئله قاعده‌گذاری برای خود، فرد یا سازمانی که مسئول نظارت بر رفتار و عملکرد خود است نیز با مسئله تعارض منافع روبه‌رو می‌شود به نحوی که می‌توان گفت مسئله نظارت با مشکل روبه‌رو خواهد شد [۳]. برای مثال نظارت وزارت بهداشت بر واحدهای ارائه‌دهنده خدمت خود و بیمه تأمین اجتماعی بر واحدهای ملکی خویش شامل این نوع تعارض منافع است. با این وجود، این تعارض منافع نباید به معنای حذف نظارت درونی و خودکنترلی برداشت شود بلکه علاوه بر وجود نظارت درونی، باید نظارت بیرونی و بی‌طرف نیز وجود داشته باشد تا سوگیری نظارت‌های درونی نیز کاهش یابد. برخی از مصادیق این نوع تعارض منافع عبارتند از:

– اعتباربخشی بیمارستان‌ها

در برنامه اعتباربخشی که با هدف ارزیابی سیستماتیک مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت با استانداردهای

مشخص توسط وزارت بهداشت انجام می‌شود، این وزارتخانه، خود به ارزیابی، نمره‌دهی و رتبه‌بندی بیمارستان‌های خویش می‌پردازد؛ در این نظارت، موقعیت تعارض منافع سازمانی می‌تواند ارزیابی وزارت بهداشت از واحدهای ارائه خدمت خویش را تحت تأثیر قرار دهد. با وجودی که از ظرفیت شرکت‌های خصوصی برای اعتباربخشی نیز استفاده می‌شود اما مدیران و اعضای هیئت‌مدیره و ناظران این شرکت‌ها نیز خود نباید از کارمندان وزارت بهداشت یا حتی از پزشکانی باشند که در یکی از بیمارستان‌ها طبابت می‌کنند.

– ناظران بیمه در بیمارستان‌ها

در سطوح خرد نیز ناظر بیمه در بیمارستان‌ها مستقر است و کارمند بیمارستان است و محل کار و شرایط کار و همچنین برخی تسهیلات و شرایط کار (مانند سرویس حمل‌ونقل و غذا و ...) را بیمارستان تعیین می‌کند. این امکان وجود دارد که کارشناسان بیمه مستقر در بیمارستان‌ها با بیمارستان‌ها تباری کرده و یا تحت تأثیر شرایط بیمارستان قرار گیرند.

– کارشناسان بهداشت در صنایع

نمونه دیگر کارشناسان بهداشت مستقر در کارخانه‌های صنعتی هستند که کارمند و حقوق‌بگیر کارخانه هستند. واحدهای ارائه خدمت یا صنعتی، با انتخاب ناظر توسط مسئول واحد و همچنین الزام برای تأمین مالی وی این فرصت را برای فرد مسئول ایجاد می‌کنند تا بتواند نظارت را تحت تأثیر قرار دهد. با توجه به اینکه حقوق و مزایای ناظر بهداشت را خود واحد پرداخت می‌کند، در مواردی که انتخاب ناظر برعهده بیمارستان یا کارخانه است سخت‌گیری در نظارت به نوعی به معنای انتخاب نشدن برای حسابرسی‌های آینده و محروم ماندن از درآمدهای آن است، لذا بین درآمد و وظایف این سازمان‌ها تعارض وجود دارد و این تعارض می‌تواند به کاهش دقت و صحت گزارش ناظران منجر شود [۳].

– واحد نظارت بر درمان

معاونت درمان وزارت بهداشت وظیفه نظارت بر واحدهای ارائه خدمت را دارد؛ بنابراین از منظر مدیریت تعارض منافع، کسانی که در واحد نظارت بر درمان مشغول خدمت هستند و افراد بالادستی آنها، خود نباید مدیر، مسئول یا سهام‌دار بیمارستان باشند. در حال حاضر امکان دارد کسی که مسئول نظارت بر درمان است، در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی مسئولیت داشته باشد بنابراین در این موقعیت، وی ناظر خویش نیز است. حتی مسئولانی که در پزشکی قانونی حضور دارند نیز ممکن است مدیر، مسئول یا سهام‌دار بیمارستان باشند. با توجه به اینکه پزشکی قانونی یکی از مراجع برای رسیدگی به شکایات بیماران است، اگر بیماری از برخی بیمارستان‌های خاص شکایت داشته باشد شکایت خود را باید به مسئولان همان بیمارستان ببرد و این موقعیت‌ها نمونه‌هایی از وضعیت‌های تعارض منافع هستند.



– روابط پژوهشگران و صنایع

نوع خاصی از این اتحاد را می‌توان بین پژوهشگران و صنایع مرتبط با سلامت و به‌خصوص دارو و تجهیزات پزشکی دید که پیامد آن سوگیری نتایج پژوهش‌های آنها در جهت تأمین منافع صنایع موردنظر (صنایعی که تأمین مالی اجرای پژوهش‌ها را عهده‌دار شدند) است؛ در واقع عموم مردم زمانی نفع می‌برند که پزشکان و پژوهشگران با شرکت‌های داروسازی، تجهیزات پزشکی و بیوتکنولوژی با هدف ارتقای سلامت عمومی به توسعه محصولات بپردازند؛ اما هم‌زمان، نگرانی از روابط گسترده مالی پزشکان و پژوهشگران با صنعت در حال افزایش است زیرا نتایج غیرصحيح پژوهش‌ها می‌تواند باعث تأثیر بر قضاوت‌های حرفه‌ای شود که هدف اصلی پزشکی را منحرف می‌کند. چنین تعارض منافی، درستی ارزیابی علمی، عینیت آموزش حرفه‌ای، کیفیت مراقبت و اعتماد عمومی به پزشکان را تهدید می‌کند. برای مثال مرور نظام‌مند شواهدی که توسط شرکت‌های دارویی حمایت مالی شده است، در مقایسه با سایر مرورها تمایل بیشتری به ارائه نتیجه‌گیری به‌نفع شرکت دارد. به‌علاوه مقالاتی که بر پایه کارآزمایی‌های بالینی هستند که از سوی شرکت‌ها تأمین مالی شده‌اند، نسبت به مقالاتی که از سوی صنعت حمایت مالی نمی‌شوند تمایل بیشتری به ترسیم نتیجه‌گیری به‌نفع محصولات شرکت دارند. هرچند این یافته‌ها لزوماً نشان نمی‌دهند که پژوهش سوگیری دارد و دلایل دیگری هم می‌تواند وجود داشته باشد (به‌عنوان مثال شرکت‌ها از کارآزمایی‌ها حمایت مالی نمی‌کنند مگر اینکه احتمال معقولی از موفقیت را داده باشند)، اما پرسش‌های درستی را در باب تأثیر ناروای ممکن تقویت می‌کنند [۷].

به‌علاوه موارد مشابهی از تأثیرگذاری صنایعی همچون سیگار و تلغن همراه بر پژوهش‌های صورت گرفته در مورد مضرات آنها می‌توان یافت. دادگاهی در آمریکا، در پرونده دریافت بودجه توسط رئیس دانشگاه استارکلی که از بروز تعارض منافع در تصمیم‌گیری‌ها در این دانشگاه نشان داشت، اظهار کرد که این صنایع طی مدت چند دهه با پرداخت مبالغ و هدایا و استخدام تعداد زیادی از دانشمندان اقدام به دستکاری افکار عمومی کرده‌اند. با بررسی‌های بیشتر این نتیجه حاصل شد که پژوهشگران و محققانی که از صنایع دخانیات پول دریافت کرده‌اند، تحت تأثیر قرار گرفته و این تعارضات استادان دانشگاه را نیز شامل شده است [۱۱]، ۱۲]. شدت عواقب تعارض منافع در جایی که بر سلامت بیمار تأثیر می‌گذارد از اهمیت بسزایی برخوردار است، چرا که خطر آسیب به بیمار وجود دارد. همچنین، گاهی تأثیر این نوع تعارض منافع علاوه بر یک مطالعه باعث تغییر دیدگاه و رویکرد سایر پزشکان و همکاران می‌شود [۱۳]. در ایران به‌خصوص شرکت‌های دارویی که داروهای جدیدی یا داروهای مشابه داروهای خارجی تولید می‌کنند ممکن است برای ارزیابی هزینه-اثربخشی داروها با تحت تأثیر قرار دادن پژوهشگران، پژوهش‌هایی در تأیید تأثیر داروی خود آماده کنند و رسانه‌ها و افکار عمومی را تحت تأثیر قرار دهند و با سوءاستفاده از عنوان حمایت از تولید ملی در جهت پیشینه کردن منافع شخصی خود و زایل کردن منافع عمومی گام بردارند.

۵. تبانی ارائه‌دهندگان خدمت

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

- **اعطای هدیه:** به‌طور معمول شرکت‌های دارو و تجهیزات پزشکی از این روش برای فروش کالاهای خود استفاده می‌کنند. هدایایی که به پزشکان یا مدیران دولتی یا بخش خصوصی اعطا می‌شود گستره مختلفی را شامل می‌شود: از وسایل شخصی و کم‌ارزش تا شرکت در سمینارهای بین‌المللی و تورهای تفریحی خارجی. حتی اگر هدایای کوچک به پزشکان کم‌اهمیت به‌نظر برسند، اما برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که هدایای کوچک می‌توانند منجر به سوگیری ناآگاهانه در تصمیم‌گیری و ارائه مشاوره‌ها شوند [۷، ۱۴]. نگرش پزشکان در امور دارویی، در صورت دریافت هدایای هرچند کوچک از افراد و شرکت‌ها می‌تواند تغییر کند [۱۵، ۱۶].

- **تسهیم عواید:**^۱ در این نوع شراکت بین ارائه‌دهندگان خدمت، پزشکان یا سایر متخصصان، بخشی از درآمد خود را در ازای ارجاع بیمار به آنها، به ارائه‌دهنده دیگر می‌دهند. این نوع شراکت به‌وضوح مصداق بارز تعارض منافع بوده و احتمال تقاضای القایی را تشدید می‌کند.

نمایندگان شرکت‌های دارویی با دسترسی مستقیم به پزشکان و سوءاستفاده از اعتماد بیماران، ضمن بهره‌برداری از ترفندهای بازاریابی به راهکارهای مختلفی از جمله تشویق برای استفاده از داروهای مؤثرتر یا داروهای جدید و افزایش دسترسی بیماران کم‌درآمد به داروها توسل می‌جویند [۱۴، ۱۷]. تحقیقات و بررسی‌های آماری بیانگر این است که تجویز دارو به‌ویژه از محصولات کارخانه‌ای خاص، توسط پزشکانی که به قبول وعده‌های تولیدکنندگان داروها تن می‌دهند افزایش یافته است [۱۸، ۱۹]. همچنین، مطالعات نشان‌دهنده این حقیقت هستند که قربانیان این‌گونه معالجات گرفتار تأثیرات منفی آنها شده‌اند [۱۹، ۲۰، ۲۱].

به‌طور کلی جامعه از پزشک انتظار دارد که هیچ انگیزه‌ای را جز سلامت بیماران در اقداماتی که انجام می‌دهد در نظر نگیرد [۲۲] اما شرایط تبانی بین خدمت‌گزاران می‌تواند به تجویز غیرضروری یا تجویز گران‌تر بیانجامد که تأثیراتی بر افزایش هزینه‌های مردم و نظام بیمه‌ای کشور، طولانی‌تر کردن فرایند درمان و درنهایت ایجاد هزینه‌های اجتماعی دارد. برای مثال هنگامی که یک شرکت دارو یا تجهیزات پزشکی به متخصص هدیه می‌دهد، پزشک نسبت به دارو یا تجهیزات شرکت مربوطه سوگیری



پیدا می‌کند و ممکن است کالای آن شرکت را به کالای هزینه-اثر بخش تر ترجیح دهد (تجویز گران‌تر). یا در مورد تسهیم عواید، متخصصان در معرض تعارض منافع قرار گرفته و ممکن است به تجویز بیشتر اقدام کنند. تقسیم سود و اقدامات مشابه در فعالیتهای پزشکی انگلستان به صراحت امری غیرقابل قبول در نظر گرفته شده است. این اقدام غیراخلاقی است و می‌تواند مجرمان را تحت نظم و قانون درآورده و حتی مجوز پزشکی آنها را باطل کرد.

۶. اشتغال هم‌زمان

اشتغال هم‌زمان افراد در بخش عمومی و خصوصی، به ویژه بخش‌هایی که ارتباط نزدیک با پست حاکمیتی افراد دارد، از مصادیق تعارض منافع شخص محور است. نمونه مشهور آن در سطوح خرد، دو شغلگی پزشکان^۱ در بخش دولتی و خصوصی است. این وضعیت می‌تواند چند عارضه را به دنبال داشته باشد:

- **ارجاع به خود:**^۲ این مشکل به این معناست که پزشک می‌تواند ویزیت‌های غیر ضروری تجویز کند. علاوه بر آن پزشک بیمارستان دولتی می‌تواند بیماران را به بیمارستان یا مطب خصوصی خویش ارجاع دهد. ممکن است به دلیل وجود بازار بزرگ‌تر در بخش دولتی پزشکان علاقه‌مند باشند از این بازار برای هدایت بیماران به مراکز خصوصی خود استفاده کنند [۲۳]. خود ارجاعی می‌تواند به گزینش بیماران منجر شود.

- **گزینش بیماران:**^۳ این مشکل به این معناست که پزشک می‌تواند بیماران را گلچین کرده و موارد بهتر را (از نظر سهولت درمان یا درآمدزایی بیشتر) به بیمارستان خصوصی یا مطب خویش ارجاع دهد. از این اقدام تعبیرات دیگری همچون «خامه‌گیری»،^۴ «نخبه‌گزینی» و «غربال بیمار» نیز وجود دارند. با این رویداد، موارد بهتر به بخش خصوصی هدایت شده و موارد وخیم‌تر، سخت‌تر و پرهزینه‌تر در بخش دولتی باقی می‌مانند [۲۳].

- **سرقت زمان:** این مشکل به این معناست که با وضعیت دوشغلگی، در زمانی که متخصصان موظف هستند در بخش دولتی حاضر باشند، در بخش خصوصی حضور دارند و دانشجویان رزیدنت خود را در بخش عمومی به جای خود می‌گمارند، در حالی که دستمزد کارانه خدمات ارائه شده در حساب متخصص واریز می‌شود و نه دانشجویان. دانشجویان پزشکی از این وضعیت به نوعی برده‌داری تعبیر می‌کنند.

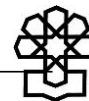
- **کاهش تعهد اجتماعی:** این مشکل به این معناست که وضعیت دوشغلگی می‌تواند تعهد اجتماعی و تعهد سازمانی پزشکان را به بخش دولتی تحت تأثیر قرار دهد چرا که خود را به بخش خصوصی بیشتر

1. Dual Practice
2. Self Referral
3. Cherry Picking
4. Cream Skimming

متعهد می‌بینند. نتیجه این وضعیت اهمیت ندادن آنها به افزایش کیفیت خدمات در بخش دولتی است. در نتیجه این تعارض منافع، محتمل است کیفیت خدمات بخش دولتی افت کرده و رقابت بین بخش خصوصی و دولتی مخدوش شود. کشورهای مختلف برای دوشغلی محدودیت‌های متفاوت و گسترده‌ای وضع کرده‌اند. این محدودیت‌ها از منع کامل، تا منع موقت، محدودیت در درآمد از طریق بخش خصوصی یا اخذ مالیات، محدودیت ساعات خدمت در بخش خصوصی و انواع دیگر اقدامات را شامل می‌شود [۲۴].

[۲۵]. اشتغال هم‌زمان نه تنها در سطح خرد، بلکه در سطوح کلان سیاستگذاری نظام سلامت نیز وجود دارد. همان‌طور که پیش از این گفته شد، سیاستگذاران نظام سلامت در قوای مختلف و دیگر قاعده‌گذاران و ناظران در نظام سلامت، هم‌زمان در بخش ارائه خدمت مشغول به کار هستند. برای مثال زمانی که یک مدیر ارشد در وزارت بهداشت، خود صاحب یک شرکت خصوصی مرتبط با فعالیت دولتی خویش باشد در هنگام برون‌سپاری خدمات دولتی، می‌تواند از طرف شرکت خصوصی خویش به‌عنوان کارگزار دولت انتخاب شود. از چنین قابلیت‌هایی با عنوان رانت دولتی یاد می‌شود. مصادیقی از این دست را در سازمان عمومی غیردولتی «هیئت امنای صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران» می‌توان یافت [۲۶].

در ادبیات مبارزه با فساد، همواره اصل «پیش‌بینی به‌مثابه پیشگیری» اصلی مهم و تضمین‌کننده برای هر نظام مقابله‌کننده با فساد بوده است. علاوه بر این، عقلانیت حکم می‌کند که هر کجا و تحت هر شرایطی، امکان ارتکاب فساد و حتی تأثیرگذاری بر فرایند تصمیم‌گیری و تخصیص منابع هست، تدابیر پیشگیرانه جاری و نهادینه شود. مصداق اشتغال هم‌زمان در بخش خصوصی و دولتی متأسفانه در کشور ما نیز رواج داشته و دارد. قطعاً بسیاری از افراد و مدیرانی که اشتغال هم‌زمان دارند به دلیل علم و تخصص و توانمندی بالای ایشان و با هدف خدمت به مردم است و انگیزه بهره‌برداری شخصی وجود ندارد اما آنچه مهم است اثرگذاری (ولو ناخواسته) وضعیت اشتغال هم‌زمان بر نحوه تصمیم‌گیری در سایر حوزه‌هاست. برخی مسئولان دولتی نظام سلامت در کشور هم‌زمان هم سمت اجرایی داشته و هم در بخش دولتی طبابت کرده و هم در بخش خصوصی بوده و هم سهام‌دار بیمارستان یا شرکت‌ها و صنایع حوزه سلامت هستند. البته برخی مسئولان یکی از مهم‌ترین دلایل عدم برخورد با اشتغال هم‌زمان را کمبود نیرو عنوان می‌کنند. این در حالی است که حتی اگر کمبود نیرو در سطوح عملیاتی نظام سلامت (یعنی کمبود پزشک) وجود داشته باشد، اما اشتغال هم‌زمان در سطوح کلان مدیریتی به دلیل کمبود مدیر، توجیه مناسبی نخواهد بود. با این حال در یک دوره برخی استان‌ها همچون استان فارس، مسئله اشتغال هم‌زمان پزشکان را کنترل کردند اما با تغییر مدیران امکان تغییر رویه‌ها و از بین رفتن کنترل‌ها از محتمل است. در جدول ۱ برخی مصادیق اشتغال هم‌زمان مسئولان اجرایی در حوزه سلامت بدون ذکر نام برشمرده شده است.



جدول ۱. مثال‌های اشتغال هم‌زمان در مسئولان اجرایی دولت

(این جدول براساس اطلاعات در دسترس عموم در فضای مجازی تهیه شده است)

سمت اجرایی	شغل هم‌زمان
یکی از وزرای بهداشت	- پزشک بیمارستان دولتی فارابی ^۱ - پزشک بیمارستان خصوصی نور ^۲
یکی از وزرای بهداشت	- پزشک بیمارستان دولتی آرش ^۳ - پزشک بیمارستان خصوصی رسالت ^۴
یکی از معاونین تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت	- پزشک یک کلینیک خصوصی ^۵ - رئیس چند مرکز تحقیقاتی دولتی ^۶
مشاور وزیر و مدیرکل دفتر وزارتی و روابط عمومی	- پزشک بیمارستان خصوصی عرفان ^۷ - هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ^۸
یکی از رؤسای اسبق یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی	- پزشک بیمارستان خصوصی آتیه ^۹ - عضویت هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ^{۱۰}
یکی از رؤسای اسبق یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی	- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ^{۱۱} - عضو هیئت‌مدیره نظام پزشکی تهران بزرگ ^{۱۲} - پزشک بیمارستان خصوصی دی ^{۱۳}
هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی	- پزشک بیمارستان دولتی شهید لبافی‌نژاد ^{۱۴} - بیمارستان خصوصی نیکان ^{۱۵} - بیمارستان خصوصی عرفان ^{۱۶}
رئیس یکی از بیمارستان‌های دولتی	- عضو هیئت امنای دانشگاه علوم پزشکی - پزشک بیمارستان خصوصی عرفان ^{۱۷} - رئیس یکی از مراکز تحقیقاتی ملی
یکی از اعضای هیئت‌مدیره سازمان تأمین اجتماعی	- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ^{۱۸}

۱ https://isid.research.ac.ir/SeyyedHassan_GhazizadehHashemi

۲ <https://www.noorvision.com/fa/doctors/30/> دکتر-سید-حسن-هاشمی

۳ https://isid.research.ac.ir/Marziyeh_VahidDastgerdi

۴ <https://resalat-hospital.ir/Fa/DoctorList.aspx>

۵ <https://www.masoudclinic.ir/physician/display/1/>

۶ <https://www.ddri.ir/news/معرفی-اعضا/>

<https://dolat.ir/detail/314284>

۷ <http://erfanhospital.ir/fa/پزشکان/cat/29>

۸ <http://thc.tums.ac.ir/vdr-59/> پزشکان-و-اساتید

۹ <https://www.atiehospital.ir/doctors/profile/groupid/3/id/27/lang/fa/>

۱۰ https://isid.research.ac.ir/Ali_Jafarian

۱۱ <https://firoozgar.iums.ac.ir/>

۱۲ http://tehranmc.org/?page_id=253

۱۳ <https://www.daygeneralhospital.ir/dr/> دکتر-محمد-حسین-بدخش

۱۴ <http://lamc.sbmu.ac.ir/index.jsp?pageid=45837&p=1>

۱۵ <http://www.nikanhospital.com/fa/person/detail/282>

۱۶ <http://erfanhospital.ir/پزشکان/cat/3>

۱۷ erfanhospital.ir/dr/287 پزشکان

۱۸ <http://taleghani.sbmu.ac.ir/index.jsp?pageid=3292&p=1>

سمت اجرایی	شغل هم‌زمان
	<ul style="list-style-type: none"> - رئیس هیئت مدیره بیمارستان میلاد^۱ - عضو هیئت مدیره بیمارستان خصوصی عرفان^۲ - معاون انتظامی سازمان نظام پزشکی^۳ - پزشک بیمارستان خصوصی عرفان^۴
رئیس یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی	<ul style="list-style-type: none"> - هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی^۵ - عضو هیئت مدیره بیمارستان خصوصی ایرانمهر^۶ - عضو هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی تهران^۷ - عضو فرهنگستان علوم پزشکی^۸
یکی از رؤسای سازمان پزشکی قانونی	<ul style="list-style-type: none"> - پزشک بیمارستان تأمین اجتماعی صدر^۹ - شاغل در بیمارستان خصوصی بصیر^{۱۰} - پزشک بیمارستان بقیه الله^{۱۱}

۷. ارتباطات پساشغلی (درب‌های گردان)

درب گردان به معنای اشتغال بازنشستگان یا مستعفیان بخش دولتی در بخش خصوصی یا برعکس است [۳]. درب گردان یکی از مواضع پیچیده تعارض منافع شخص محور است. اهمال کاری در نظارت یا قاعده گذاری در زمان حضور در بخش دولتی با انگیزه استخدام یا سهام داری در بخش خصوصی پس از خاتمه فعالیت در مشاغل حاکمیتی می‌تواند یکی از مضرات عدم کنترل مسئله درب گردان باشد. به خصوص مدیران ارشد دولتی که از بخش دولتی خارج می‌شوند می‌توانند با رانت اطلاعات و روابط غیررسمی بسیاری که در بخش‌های دولتی دارند بازیگران قدرتمندی در بخش خصوصی باشند. برخی از مصادیق پدیده درب‌های گردان در نظام سلامت در جدول ۲ ذکر شده‌اند.

۱ <https://miladhospital.com/news/1116>

۲ <http://erfanhospital.ir/fa/پزشکان/cat/26>

۳ <https://irimc.org/مدیران-ما/معرفی-درباره-agenttype/view/propertyid/2>

۴ <https://miladhospital.com/news/1116>

۵ <http://neurosurgery.sbm.ac.ir/index.jsp?pageid=37936&p=1>

۶ <http://iranmehrhospital.ir/پزشکان/cat/7>

۷ <http://tehranmc.org/>

۸ <http://www.ams.ac.ir/index.php/cv/694>

۹ <http://sadrhospital.ir/display12/>

۱۰ <https://basirclinic.com/doctor/dr-ahmad-shojaei-baghini>

۱۱ <https://basirhealthtourismholding.com/doctors/dr-ahmad-shojaee>



جدول ۲. برخی از مصادیق پدیده درب گردان در نظام سلامت

(این جدول براساس اطلاعات در دسترس عموم در فضای مجازی تهیه شده است)

ردیف	مسئولیت در بخش حاکمیتی	مسئولیت در بخش خصوصی
۱	یکی از وزرای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ^۱	رئیس سازمان نظام پزشکی (تشکل صنفی پزشکان) ^۲ بیمارستان خصوصی مهر ^۳
۲	یکی از وزرای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ^۴	رئیس سازمان نظام پزشکی ^۵ عضو هیئت مؤسس بیمارستان خصوصی ایرانمهر و صاحب مطب ^۶
۳	یکی از وزرای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	مطب شخصی و شاغل در بیمارستان خصوصی ^۷
۴	معاون وزیر بهداشت، نماینده ادوار مجلس (که رئیس و نایب رئیس کمیسیون بهداشت و درمان و نایب رئیس دوم مجلس شورای اسلامی بودهاست) ^۸	رئیس سازمان نظام پزشکی ^۹ و رئیس هیئت عالی انتظامی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
۵	یکی از وزرای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	فعالیت همزمان در بیمارستان خصوصی چشم پزشکی نور ^{۱۰} و موسس آن
۶	یکی از معاونان یکی از وزرای بهداشت	فعالیت همزمان در بیمارستان‌های خصوصی آتیه و مهراد ^{۱۱}
۷	یکی از وزرای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عضو فرهنگستان علوم پزشکی	فعالیت همزمان در بیمارستان آرش ^{۱۲} و رسالت ^{۱۳} رئیس هیئت‌امنا بیمارستان عدل و فعالیت در هیئت عالی نظام پزشکی ^{۱۴}
۸	یکی از رؤسای دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و عضو هیئت امنای چند دانشگاه علوم پزشکی	پزشک و عضو هیئت مدیره بیمارستان خصوصی ایرانمهر و نایب رئیس و رئیس سازمان نظام پزشکی ^{۱۵}
۹	عضو هیئت‌مدیره بیمارستان میلاد ^{۱۶}	هیئت‌مدیره بیمارستان عرفان ^{۱۷} و چندین شرکت خصوصی ^{۱۸} معاون انتظامی سازمان نظام پزشکی ^{۱۹}

۱ <http://www.mehrnews.com/news/930929>

۲ <https://irimc.org/درباره-ما/درباره-سازمان>

۳ <http://mehrhospitaltehran.com/fa/پزشکان/cat/21>

۴ <http://www.behdasht.gov.ir/index.jsp?fkeyid=&siteid=1&pageid=1225>

۵ <https://irimc.org/درباره-ما/درباره-سازمان>

۶ iranmehrhospital.ir/درباره-ما/پزشکان/dr/47

۷ <https://www.dr.saina.com/doctor-location-9be10f31a2b2462c87956aacc5b1c32b>

۸ https://fa.wikipedia.org/wiki/سید_شهاب‌الدین_صدر

۹ <https://irimc.org/درباره-ما/درباره-سازمان>

۱۰ <https://www.noorvision.com/fa/doctors/30/دکتر-سید-حسن-هاشمی>

۱۱ <https://epezhsk.com/Dr-Bagher-Ardeshir-Larijani#menu3>

۱۲ https://isid.research.ac.ir/Marziyeh_VahidDastgerdi

۱۳ <https://resalat-hospital.ir/Fa/DoctorList.aspx>

۱۴ <https://adlhospital.ir/doctor/دکتر-مرضیه-وحید-دستجردی-رئیس-هیات-امنا>

۱۵ <https://drdr.ir/doctor/1774>

۱۶ <https://miladhospital.com/news/1116>

۱۷ erfanhospital.ir/fa/پزشکان/dr/184

۱۸ https://rasm.io/person/h/10822B730/علی_فتاحی_باقفی

۱۹ <https://irimc.org/درباره-ما/معاونت-ها/معاونت-انتظامی>

۸. ارتباط مسئولان نظام سلامت با شرکت‌های مرتبط از طریق سهام‌داری یا مالکیت آنها اگر کارکنان یا مسئولان، مالکیت یا ارتباط سهام‌داری با شرکت یا مؤسسه‌هایی داشته باشند که آنها قاعده‌گذاری می‌کنند یا تحت نظارت قرار می‌گیرند تعارض منافع شکل گرفته است [۳]. برای مثال اگر یک مدیر یا سیاستگذار بیمه در یک بیمارستان، داروخانه، شرکت دارویی خصوصی سهام‌دار باشد، احتمال دارد وظایف نظارتی و سیاستگذاری خود را در راستای حفظ یا ارتقای منافع خویش در بخش خصوصی اخذ کند. برخی از مصادیق این موضوع در جدول ۳ ذکر شده‌اند. البته به علت عدم شفافیت در خصوص اعضای سهام‌دار و هیئت‌مدیره بیمارستان‌های خصوصی، به‌رغم وجود برخی مصادیق در این حوزه از ذکر آنها خودداری می‌شود.

جدول ۳. برخی از مصادیق عضویت در هیئت‌مدیره شرکت‌ها در مسئولان نظام سلامت

(این جدول براساس اطلاعات در دسترس عموم در فضای مجازی تهیه شده است)

<ul style="list-style-type: none"> - هیئت‌مدیره شرکت الحاوی سال (۱۳۹۱) - عضو هیئت‌مدیره شرکت سرمایه‌گذاری شفا دارو - رئیس هیئت‌مدیره سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی ایران (۱۳۹۶) - رئیس هیئت‌مدیره شرکت شیمیایی و دارویی باران (۱۳۹۶) - عضو هیئت‌مدیره داروسازی اسوه (۱۳۹۱)^۲ 	<ul style="list-style-type: none"> - مدیر گروه دانشکده داروسازی یکی از دانشگاه‌های علوم پزشکی و رییس هیات‌مدیره تامین اجتماعی^۱
<ul style="list-style-type: none"> - رئیس هیئت‌مدیره شرکت داروپخش (۱۳۹۵) - مدیر عامل شرکت سرمایه‌گذاری دارویی تأمین (۱۳۹۳) - رئیس مجمع شرکت داروسازی اکسیر (۱۳۹۵) - عضو هیئت‌رئیس و رئیس مجمع شرکت داروسازی اکسیر (۱۳۹۴) - مدیرعامل داروسازی ثامن (۱۳۹۲)^۴ 	<ul style="list-style-type: none"> - یکی از رؤسای سازمان غذا و دارو و از معاونین سابق این سازمان^۳
<ul style="list-style-type: none"> - عضو هیئت‌مدیره شرکت داروسازی عبیدی^۶ 	<ul style="list-style-type: none"> - یکی از معاونان سابق سازمان غذا و دارو^۵
<ul style="list-style-type: none"> - رئیس هیئت‌مدیره شرکت سرمایه‌گذاری شفا دارو^۸ 	<ul style="list-style-type: none"> - نماینده سابق مجلس و عضو کمیسیون بهداشت و درمان، رئیس کمیته سلامت یکی از مراکز حاکمیتی مجلس^۷

۱ <https://pharmacy.tums.ac.ir/fa/profile/60>

۲ <https://rasm.io/person/h/46E6C4FB/> /عباس کبریانی زاده

۳ <http://www.ihic.ir/fa/NEWSVIEW/239>

۴ <https://rasm.io/person/h/29E7939/> /محمد رضا شانه ساز شوشتری

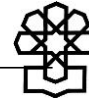
۵ https://fa.wikipedia.org/wiki/رسول_دیناروند

۶ <https://rasm.io/person/h/F63F70DC/> /رسول دیناروند

۷ <https://www.magiran.com/article/2540028>

https://fa.wikipedia.org/wiki/امیدوار_رضایی

۸ <https://rasm.io/person/h/75736C9A/> /امیدوار رضائی میرقاند



۹. انگیزه‌های سیاسی و منطقه‌ای

انگیزه‌های سیاسی و منطقه‌ای ممکن است افراد را در موقعیت‌های تعارض منافع قرار دهد. به‌عنوان مثال وجود انگیزه‌های منطقه‌ای در مدیران ارشد یا نمایندگان مجلس، ممکن است باعث اجرا شدن طرح‌هایی شود که از لحاظ اقتصادی بهینه نبوده و منافع عموم مردم و حاکمیت را تأمین نمی‌کنند، ولی منافع برخی از مناطق جغرافیایی یا احزاب سیاسی را برآورده می‌کند [۳]. نمونه‌ای از این تعارض منافع، فشارهای برخی نمایندگان یا مدیران محلی برای احداث بیمارستان یا نصب تجهیزات گران‌قیمتی مانند MRI است که شاید در مناطق کم‌جمعیت توجیه اقتصادی نداشته باشد.

۱۰. روابط خویشاوندی

ارتباطات خویشاوندی یکی دیگر از مواردی است که ممکن است باعث ایجاد تعارض منافع در کارمندان حکومتی شود. این تعارض شاید به‌علت سهام‌داری، اشتغال یا رابطه مالی یکی از بستگان مسئولان حاکمیتی با بخش‌های تحت نظارت، قاعده‌گذاری یا پیمانکاری وی به‌وجود بیاید. به‌عنوان مثال اگر یکی از خویشاوندان رئیس یک سازمان تنظیم‌گر در حوزه غذا و دارو رئیس شرکت دارویی خصوصی باشد، وی درگیر مسئله تعارض منافع خواهد شد [۳].

۱۱. جمع‌بندی مصادیق

در جدول مجموعه‌ای از موقعیت‌های تعارض منافع ذکر شده‌اند و در شکل ۱ نیز به‌عنوان جمع‌بندی، مهم‌ترین مسیرهای اثرگذاری گروه‌های ذی‌نفع نظام سلامت بر تصمیم‌گیرندگان بخش عمومی ترسیم شده است. درنهایت برآیند این تأثیرات بر شیوه حکم‌رانی تأثیر می‌گذارد. حاکمیت به‌عنوان نماینده مردم برای پیگیری منافع عمومی شناخته می‌شود اما زمانی که افراد و گروه‌های خاص می‌توانند بر تصمیم‌گیرندگان بخش عمومی تأثیر بگذارند آنها را در موقعیت تعارض منافع قرار می‌دهند و درنهایت احتمال دارد تصمیمات در بخش عمومی بیش از آنکه حافظ منافع عموم مردم باشد، به‌نفع گروه‌های قدرت اخذ شوند. شکل ۱ بیانگر مهم‌ترین مصادیق تأثیرات ایجادکننده تعارض منافع در وضعیت فعلی کشور است.

در وضعیت کنونی در حالی که دانشگاه‌های بین‌المللی و آزاد وجود دارند، از ذکر بخش خصوصی در حوزه آموزش و پژوهش خودداری شده است چرا که این‌گونه دانشگاه‌ها نیز به نوعی دولتی هستند با این تفاوت که شهریه دریافت می‌کنند. با این وجود این وضعیت نوعی تعارض درآمد و وظیفه را می‌تواند نتیجه دهد. در سمت بیمه‌ها نیز با وجودی که بیمه‌های سلامت بخش خصوصی مانند بیمه‌های تکمیلی وجود دارند اما به‌دلیل حجم بسیار بزرگ‌تر و تأثیرگذارتر بیمه‌های دولتی، تأثیر بیمه‌های خصوصی بر تصمیمات بخش عمومی نادیده گرفته شده است. در حال حاضر بیمه‌ها نیز خود به‌عنوان یک نهاد عمومی شناخته می‌شوند که تصمیم‌گیرندگان آنها ممکن است به‌دلیل اثرگذاری گروه‌های ذی‌نفع در معرض تعارض منافع قرار بگیرند.

**جدول ۴. خلاصه برخی از مصادیق تعارض منافع در نظام سلامت**

فردی/سازمانی	نوع تعارض منافع	مصادیق تعارض منافع
فردی/سازمانی	قاعده‌گذار و مجری	نظارت سازمان نظام پزشکی بر تخلفات پزشکان و بیمارستان‌ها
سازمانی	ناظر و منظور	صدور پروانه پزشک توسط نظام پزشکی
سازمانی	قاعده‌گذار و مجری	تعیین تعرفه بخش خصوصی توسط نظام پزشکی
فردی/سازمانی	ناظر و منظور	رسیدگی به شکایت از پزشکان توسط نظام پزشکی
فردی/سازمانی	تعارض وظایف/اتحاد ناظر و منظور	پرداخت حقوق ناظران بهداشت توسط نظارت‌شونده
سازمانی	ناظر و منظور	اعتباربخشی بیمارستان‌ها توسط وزارت بهداشت
سازمانی	تعارض وظایف	وابسته بودن بیمارستان‌های دولتی به درآمدهای خودشان
فردی	دوشغلی	دوشغله بودن پزشکان
فردی	دوشغلی درب گردان	فعالیت مدیران ارشد وزارت بهداشت در بخش خصوصی
فردی	دوشغلی درب گردان	فعالیت مدیران سازمان پزشکی قانونی در بخش خصوصی
فردی	دوشغلی درب گردان	فعالیت مدیران تأمین اجتماعی در بخش خصوصی
فردی	اتحاد ناظر و منظور تعارض وظایف دوشغلی	سهام‌داری رئیس سازمان پزشکی قانونی در بخش خصوصی
فردی	درب گردان دوشغلی	انتخاب مدیران وزارت بهداشت از فعالان بخش خصوصی
فردی	درب گردان دوشغلی	انتخاب رئیس سازمان نظام پزشکی از بین مدیران بخش دولتی
فردی	دوشغلی تعارض وظایف اتحاد ناظر و منظور	سهام‌داری مدیران دولتی در بیمارستان‌ها
فردی	دوشغلی تعارض وظایف اتحاد ناظر و منظور	سهام‌داری مدیران دولتی در شرکت‌های دارویی
سازمانی	اتحاد قاعده‌گذار و مجری	تدوین گایدلاین توسط وزارت بهداشت
سازمانی	انگیزه‌های سیاسی، منطقه‌ای و سلیقه‌ای	تخصیص منابع و امکانات وزارت بهداشت براساس فشارها و لابی‌های سیاسی

راهکارها

اولین گام در مدیریت مؤثر مسئله تعارض منافع آگاهی و شناخت کامل از آن است؛ هدف اصلی گزارش حاضر نیز ابتدا آشنایی با مصادیق و تأثیرات محتمل مسئله تعارض منافع در نظام سلامت است تا نظر اندیشمندان و مسئولان بیش از پیش به اهمیت این مسئله جلب شود و متعاقب آن بتوان برای مدیریت مسئله تعارض منافع چاره‌اندیشی کرد. در این مجال به صورت مختصر به برخی از راهکارهای «کلی» مدیریت تعارض منافع پرداخته می‌شود. تدقیق و ورود به جزئیات کلیدی و ارائه راهکارهای قانونی و

سیاستی مناسب نیازمند کسب اطلاعات دقیق‌تر و جامع‌تری از وضعیت تعارض منافع در نظام سلامت کشور دارد و برای تصمیم‌گیری درباره آن باید نظرات همه ذی‌نفعان و صاحب‌نظران تجمیع شود که انجام چنین کاری نیازمند صرف زمان و هزینه گسترده‌تری است که از توان گزارش‌کنونی خارج بوده است. با این حال در این مجال مختصراً به جوانب و ابعاد کلی راهکارهای موجود برای مدیریت تعارض منافع پرداخته می‌شود تا چارچوب کلی راهکارهای مدیریت تعارض منافع تقریباً به ذهن شود. باید توجه داشت بروز این پدیده ممکن است به اعتماد جامعه نسبت به پزشکان، خدمات آنها، پژوهش‌های پزشکی و به‌طور کلی نظام سلامت کشور لطمه بزند [۲۷]. آن‌طور که در مصادیق تعارض منافع مشخص شد، برخی از مصادیق آن ممکن است اجتناب‌ناپذیر باشند [۴]. برای مثال موقعیت تعارض منافع در ذات نظام پرداخت کارانه وجود دارد [۵]. یا در مورد دیگر طبق گفته برخی مسئولان، در حال حاضر به دلیل کمبود پزشک امکان جلوگیری از طبابت هم‌زمان پزشکان در بخش خصوصی و دولتی وجود ندارد. با این حال امکان مدیریت موقعیت تعارض منافع در سطوح ارشد نظام سلامت نه تنها ممکن بلکه واجب و حیاتی است. بنابراین مدیریت تعارض منافع قطعاً باید به صورت گام به گام بوده و از موقعیت‌هایی که مدیریت آن ممکن‌تر است آغاز شود و برای موارد قابل پیشگیری تمهیدات لازم را اندیشید. متأسفانه در حال حاضر در ایران قانون مناسبی برای مدیریت تعارض منافع وجود ندارد [۴]. راهکارهای مربوط به تعارض منابع را می‌توان به سه بخش کلی تقسیم کرد:

راهکارهای عمومی مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت

راهکارهای سطح
عملیاتی نظام سلامت

راهکارهای سطح
کلان نظام سلامت

راهکارهای فراتر از
نظام سلامت

۱. راهکارهای فراتر از نظام سلامت: بخش مهمی از دلایل وجود تعارض منافع در نظام سلامت کشور، در خارج از این نظام قرار دارند. در واقع نقص در زیرساخت‌های قانونی و نهادی کشور باعث شده است که تعارض منافع در نظام سلامت تنها یکی از نمودهای وجود تعارض منافع در مسندهای حکومتی باشد. برای مثال زمانی که وظیفه درآمدزایی در کل دولت مطرح می‌شود، در نظام سلامت نیز به تبع دولت، وظیفه درآمدزایی برعهده بیمارستان‌ها و دیگر بنگاه‌ها قرار می‌گیرد حال آنکه این وظیفه با وظایف



اجتماعی نظام سلامت در تعارض است؛ بنابراین اتخاذ برخی رویکردها و سیاست‌های کلی در حکم‌رانی کشور بر نظام سلامت نیز تأثیراتی گذاشته که بعضاً با اهداف و وظایف اصلی آن تداخل ایجاد کرده است. با وجود مسائل فراتر از نظام سلامت، تمرکز گزارش فعلی بر راهکارهای درون نظام سلامت است.

۲. راهکارهای سطح کلان نظام سلامت: قسمتی از مسائل مرتبط با تعارض منافع در سطوح

کلان، منحصر به نظام سلامت است و ممکن است مشابه آن در دیگر حوزه‌های کشور وجود نداشته باشد.

۳. راهکارهای سطح عملیاتی نظام سلامت: برخی دیگر از راهکارها برای مدیریت تعارض منافع

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

در یک تقسیم‌بندی دیگر، سیاست‌های مقابله با تعارض منافع را به دو گروه سیاست‌های نرم و سخت می‌توان دسته‌بندی کرد. سیاست‌های سخت مبتنی بر کشف و تنبیه پس از رخداد فساد یا سوء مدیریت و سیاست‌های نرم با هدف از بین بردن پیش‌دستانه احتمال وقوع فساد یا سوء مدیریت هستند. با وجودی که سیاست‌های سخت ضروری‌اند اما به‌طور معمول بر سیاست‌های پیشگیرانه را بر مبارزه‌ای ارجح می‌دانند و بر آن تأکید می‌کنند. برای مثال در اواخر دهه ۱۹۹۰ میلادی مسئولان کره جنوبی به این اتفاق نظر رسیدند که دستیابی به توسعه پایدار بدون حل مسائل فساد ممکن نیست. این اجماع، نقطه عطفی در سیاست‌های ضدفساد این کشور ایجاد کرد که منجر به رها نمودن «سیاست‌های سخت» و استفاده از «سیاست‌های نرم» شد [۳]. پارادایم جدید سیاست‌های ضدفساد که این کشور به‌کار برده است از محورهای کلیدی زیر تشکیل می‌شود:

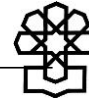
- تغییر سیاست مبارزه با فساد از تنبیه به پیشگیری؛
 - بهبود نهادی در حوزه‌های مستعد فساد؛
 - مدیریت اجرایی پاسخگو و شفاف؛
 - نظام یکپارچه حمایت و حفاظت از افشاگران تخلف؛
 - اصول اخلاقی تقویت شده در خدمات بخش عمومی و مدیریت شرکتی [۳].
- در اتحادیه اروپا، سخت‌گیرانه‌ترین نظام پیشگیری از تعارض منافع در لتونی مورد استفاده قرار گرفته است. در این کشور همه گروه‌های دارای تعارض منافع مشاهده شده و در همه نهادها مقررات گذاری شده‌اند.

در مقابل هم دانمارک، سوئد و اتریش کمترین میزان مقررات‌گذاری در این حوزه را دارا می‌باشند [۳]. گفتنی است به‌طور عمده کشورهای که به میزان بیشتری با فساد روبه‌رو بوده‌اند اقدامات بیشتری درخصوص کنترل آن انجام داده‌اند. یکی از قدیمی‌ترین منابعی که در تاریخ قانونگذاری فرانسه به این موضوع پرداخته دستوری است که در سال ۱۲۵۴ میلادی Saint Louis صادر کرد و دیگری دستور Charles VI در سال ۱۳۸۸ میلادی که از اصول روم باستان پیروی کرده و فرمانداران را از دریافت قرض یا دارایی در مناطق تحت حکومت‌شان منع کرده‌اند [۳]. به‌طور کلی پدیده تعارض منافع را به سه شیوه می‌توان مدیریت کرد: ۱. از طریق شفافیت و اعلام عمومی؛ ۲. از طریق محدودیت فعالیت و ۳. تغییر و اصلاح قواعد. در ادامه به توضیح این سه راهکار کلی پرداخته می‌شود.

۱. شفافیت

راهکار شفافیت گرچه برای کشف موارد فساد الزامی است اما کاربرد اصلی آن برای پیشگیری است. اگر مسئولان و کارکنان بدانند عملکرد آنها برای همکاران خویش و حتی عموم مردم شفاف شده و در صورت کشف فساد با آن برخورد می‌شود، با دخالت کمتر دولت، خودکنترلی بیشتری خواهند داشت. در بسیاری از نقاط دنیا و در عرصه‌های گوناگون کارمندان وظیفه افشاسازی تعارض منافع را برعهده دارند [۴]. در کشور کانادا کارکنان و مسئولان دولتی باید در صورت وجود تعارض منافع اعم از واقعی، آشکار یا بالقوه، مراتب را گزارش دهند [۲۸]. انجمن پزشکی آمریکا، کالج پزشکان آمریکا، شورای اعتباربخشی آموزش و پرورش و دفتر بازرسی عمومی وزارت بهداشت آن کشور حتی مواردی از قبیل هدیه از جمله خورد و خوراک، پرداخت پول برای حضور در سخنرانی‌ها و کنفرانس‌ها، آموزش مداوم رایگان برای پزشکان، پرداخت برای سفر به جلسات و بورس‌های تحصیلی، خدمات دارویی، کمک‌های مالی برای پروژه‌های پژوهشی و دستمزد برای مشاوره را نیز از مصادیق تعارض منافع برشمرده و افشای آنها را ضروری می‌دانند [۲۹]. ارائه مشاوره در صنعت نیز باید با قرارداد همراه باشد که در آن وظایف، مسئولیت‌ها و میزان خسارت مالی ناشی از موارد ارائه شده دقیقاً معلوم و شفاف باشد [۳۰]. در ادامه برخی از راهکارهای ارتقای شفافیت ذکر می‌شوند.

• **پرونده الکترونیک سلامت:** اجرای این سامانه می‌تواند نظارت دولت بر خدمت‌گزاران سلامت را ایجاد کرد. با تجزیه و تحلیل «کلان داده»^۱ یا به اصطلاح داده‌کاوی^۲ می‌توان روابط اقتصادی بین خدمت‌گزاران مختلف را تشخیص داد و در صورت وجود تبانی‌ها و ارتباط‌های فسادآمیز مانند ارتباط بین صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی با پزشکان یا ارتباط بین پزشکان با داروخانه‌ها و مراکز تشخیص



طبی با آنها مقابله کرد. داده‌کاو به مفهوم استخراج اطلاعات نهان و یا الگوها و روابط مشخص در حجم زیادی از داده‌ها در یک یا چند بانک اطلاعاتی بزرگ است. از طرف دیگر پرونده الکترونیک سلامت موجب سیستمی شدن نظارت‌ها و به حداقل رساندن دخالت‌های انسانی می‌شود که می‌تواند اتحاد ناظر و منظور را کاهش دهد [۳۱]. به علاوه با انتشار اطلاعات تحلیل شده آن برای عموم مردم می‌توان نظارت عمومی و غیرمتمرکز را زمینه‌سازی کرد. همچنین با کمک پرونده الکترونیک سلامت می‌توان قواعدی تنظیم کرد تا خدمت‌گزاران سلامت براساس راهنماهای بالینی رفتار کرده و تجویزهای غیرضروری و گران نداشته باشند که در بخش تغییر قواعد بیشتر توضیح داده می‌شود.

• **شفافیت هدایا، درآمدها و دریافتی‌ها:** اطلاعات مربوط به هدایا و دریافتی‌های رده‌های مختلف کارکنان، ارائه‌دهندگان خدمت و مسئولان باید برای گروه‌های مختلف (با سطح دسترسی متفاوت) شفاف باشد. این اطلاعات حتی برای عموم مردم نیز باید شفاف باشند. برای مثال در آلمان، انتشارات اسپینگل آنلاین و مرکز تحقیقات «اصلاح‌کننده»^۱ برای اولین بار پایگاه داده‌ای را به صورت مشترک ارائه کردند که شامل اسامی بیش از ۲۰ هزار پزشکی بود که در سال ۲۰۱۵ میلادی از شرکت‌های دارویی پول دریافت کرده بودند. هر کاربر اینترنت می‌تواند پزشکان را با نام، شهر و کد پستی در این پایگاه داده جستجو کند و ببیند که پزشک وی از چه شرکت دارویی و به چه میزان پول دریافت کرده است [۳۲، ۳۳]. در نمونه‌ای دیگر، پرداخت بازآ(شفاف) برنامه‌ای است در دولت فدرال ایالات متحده که پس از تصویب قانون "Affordable Care Act" راه‌اندازی شد. طبق این قانون پرداختی‌های بیش از ۱۰ دلار به پزشکان می‌بایست افشا شود. در این برنامه، اطلاعات مربوط به پرداختی‌های شرکت‌های داروسازی و تجهیزات پزشکی به پزشکان و بیمارستان‌های آموزشی در قالب هزینه‌های مسافرتی، تحقیقاتی، هدایا، هزینه سخنرانی و وعده‌های غذایی جمع‌آوری می‌گردد. همچنین سهام‌داری پزشکان و افراد نزدیک به آنها در شرکت‌های مرتبط با حوزه سلامت نیز ارائه می‌شود. اطلاعات جمع‌آوری شده به صورت سالیانه در سایت اطلاعات پرداخت بازآ^۲ در معرض دید عموم مردم قرار گرفته و به راحتی قابل جستجو است. پس از آغاز این برنامه در سال ۲۰۱۳ بیش از ۲۸ میلیون ثبت در این سایت صورت گرفته که ارزش دلاری آن برابر با ۱۶/۷۷ میلیارد دلار است. ۸۱۲ هزار پزشک و ۱۸۶۸ شرکت و ۱۱۸۰ بیمارستان در این سایت ثبت اطلاعات کرده‌اند (شکل ۳ و ۵).^۴ سیاست‌های شفافیت دریافتی‌ها از جمله مواردی است که در سایر بخش‌ها نیز باید اتخاذ شود و نیازمند شفافیت روابط مالی و تجاری و ارتقای نظام آمار است.

1. Corrective

2. Open Payment

3. <https://openpaymentsdata.cms.gov/>

4. <https://www.cms.gov/OpenPayments/>

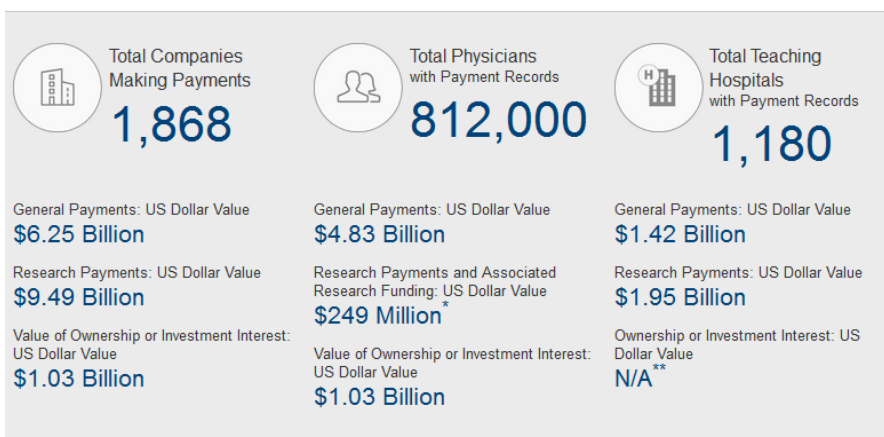
شکل ۲. نحوه نمایش مبالغ دریافتی پزشکان و مراکز درمانی آلمانی از شرکت‌های دارویی روی نقشه



شکل ۳. تعداد و ارزش کل گزارش‌های ثبت شده در سامانه



SHOW MORE DETAILS

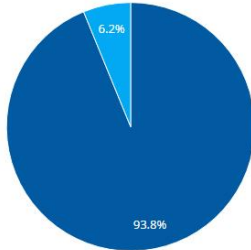




شکل ۴. نمونه‌ای از اطلاعات ثبت شده برای یکی از پزشکان (شرکت‌های اهداکننده هدیه و نوع هدیه دریافتی)

Summary by Nature of Payment

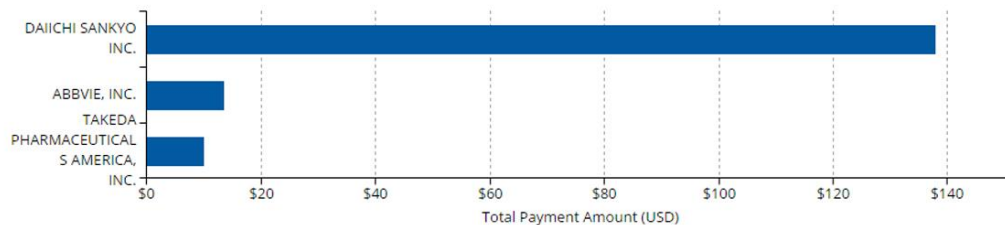
⌵ Collapse this section



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

ⓘ What are different natures of payment?

Top Companies Making General Payments



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

• **حمایت از افشاگران تخلف:** یکی از قوی‌ترین ابزارهای مبارزه با فساد، استفاده از توان نظارتی مردمی برای کشف و کاهش تخلفات است. نظارت عمومی از پایین به بالا که مردم بازیگر اصلی آن هستند، طبق آمارهای جهانی اولین عامل کشف تخلفات است، به‌طوری‌که حدود نیمی از فسادها در سازمان‌های دولتی و خصوصی از این طریق کشف می‌شوند [۳۴]. استفاده از ظرفیت نظارت مردمی برای مقابله با فساد، نیازمند بسترهای نهادی است که از جمله آنها می‌توان به «حمایت قانونی و حفاظت‌های امنیتی از گزارش‌دهندگان فساد» و «تشویق و پاداش برای آنها» اشاره کرد. به‌رغم کارآمدی نظارت مردمی، در حال حاضر کشور فاقد بسترهای حقوقی و نهادی لازم برای تسهیل فرایندهای نظارت عمومی و گزارش‌دهی فساد است و نه تنها حمایت کافی از گزارش‌دهندگان فساد انجام نمی‌شود، بلکه در مواردی

برخوردهای نامناسب با چنین افرادی صورت می‌گیرد. با توجه به آمارها و تجارب جهانی، می‌توان با ایجاد بسترهای قانونی و نهادی لازم، گام مهمی در جهت مبارزه با مفاسد اداری و اقتصادی به خصوص مفاسد شبکه‌ای و سازمان‌یافته در کشور برداشت [۳۴].

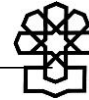
۲. محدودیت

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

- **محدودیت رأی دادن در مسائلی که با منافع شخصی تعارض دارد:** یک فرد ممکن است در شغل خویش به‌طور کلی تعارض منافع نداشته باشد اما درباره یک مسئله خاص تعارض منافع داشته باشد. برای مثال یک مسئول دولتی در وزارت بهداشت یا نماینده مجلس در کمیسیون بهداشت ممکن است به دلیل روابط خانوادگی در موضوع یک شرکت خصوصی خاص تعارض منافع داشته باشد. برای جلوگیری از تعارض منافع در چنین موقعیت‌هایی ابتدا از همه مسئولان خواسته می‌شود که پیش از تصمیم‌گیری درباره مسائل، تعارض منافع خود را نسبت به موضوع اعلام و شفاف کنند. در صورتی که پس از تصمیم‌گیری مشخص شود تصمیم‌گیرندگان تعارض منافع داشته‌اند مورد مجازات قرار می‌گیرند. پس از اعلام تعارض منافع مسئول در یک موضوع خاص، وی به‌طور کلی از شغل برکنار نمی‌شود بلکه تنها محدودیت‌هایی مانند سلب حق رأی در آن موضوع خاص گذاشته می‌شود. برای مثال در آمریکا کدهای اخلاقی، مقامات و کارمندان دولت را از اقداماتی نظیر رأی دادن، صحبت کردن یا هرگونه اقدامی که نفعی مستقیم و غیرمستقیم برای خودش یا هریک از اعضای خانواده‌اش دارد منع کرده و مقامات دولتی از کسب هرگونه منفعت مالی، درگیر شدن در کسب و کار، مناقصه و استخدام، معامله و فعالیت‌های واحد بهره‌برداری شخصی ممنوع‌اند [۴، ۳۵].

- **محدودیت‌های مشاغل هم‌زمان:** با توسعه مقوله پیشین، در صورتی که مشاغل یک نفر متعارض باشد، شغل وی محدود می‌شود. برای مثال مدیریت و سهام‌داری یک شرکت خصوصی انحصاری در زمینه دارو و تجهیزات پزشکی و همراستا با فعالیت یک مسئول در سطوح عالی مدیریتی نظام سلامت می‌تواند تعارض منافع شدیدی ایجاد کند، بنابراین باید برای این افراد محدودیت دست‌یابی به مشاغل عالی دولتی لحاظ می‌شود. در کالیفرنیا و ایالت ویسکانسین قانونی تصویب شده است که کارمندان دولت را به اجتناب از منافع اقتصادی و ممنوعیت شرکت در مسائلی که برای آنان نفع اقتصادی دارد ملزم می‌کند. این قانون کارمندان را در صورت داشتن نفع شخصی، از شرکت در امور دولتی منع می‌کند [۴].

در حوزه علمی و پژوهشی نیز دادگاهی در آمریکا در جریان یک پرونده درباره مداخله صنایع دخانیات در مسائل پژوهشی اعلام کرد که دانشگاه‌ها باید سیاست‌های قوی و استانداردهای شایسته‌ای برای پرهیز



از تعارض منافع برای همه اعضای هیئت علمی و استادان وضع کنند مانند خودداری از استخدام هیئت علمی و اعضای گروه‌ها و مؤسسه‌های مراقبت سلامت در فعالیتهای صنعتی پس از ساعات کار آنان یا در طول مدت زمان تعطیلات به نحوی که بر رفتار کارکنان و طول ساعت کاری آنان تأثیر بگذارد یا به هر نحو در تصمیم‌گیری‌ها مؤثر باشد [۳۰]. با این حال واضح است که مدیر، پزشک یا استاد دانشگاهی که تاکنون در موقعیت تعارض منافع بوده و از مزایای آن بهره برده است در برابر تصویب قوانین یا آیین‌نامه‌های محدودکننده مقاومت خواهد کرد.

• **محدودیت درآمدها و هدایا:** همان‌طور که در بخش دوشغلی پزشکان اشاره شد، کشورهای مختلف برای دوشغلی محدودیتهای متفاوت و گسترده‌ای وضع کرده‌اند. این محدودیت‌ها از منع کامل، تا منع موقت، محدودیت در درآمد از طریق بخش خصوصی یا اخذ مالیات، محدودیت ساعات خدمت در بخش خصوصی و انواع دیگر سیاست‌ها را شامل می‌شود [۲۴، ۲۵]. این محدودیت در دیگر بخش‌ها نیز وجود دارد؛ یک کارمند شهرداری در آمریکا امکان استفاده از هیچ پاداشی در قبال اقدامات ناشی از سمت رسمی خود را ندارد [۴، ۳۶]. بسیاری از مؤسسه‌های علوم بهداشتی در سراسر جهان سیاست‌هایی را برای عدم قبول پول از صنعت دخانیات در انجام پژوهش‌ها تصویب کرده‌اند [۳۷، ۳۸]. در صنعت بیمه انگلستان نیز به تعارض منافع و پرهیز از آن توجه شده است: اعضا نباید مالی را با هر انگیزه و از هر منبعی که می‌تواند به‌نحوی به‌عنوان رشوه تفسیر شود قبول کنند [۴]. در بیانیه سال ۱۹۹۰ انجمن پزشکان آمریکا با عنوان «پزشکان و صنایع داروسازی» تأکید شد که باید در تحقیقات از تعارضات واقعی و حتی تعارضات احتمالی ناشی از حضور صنایع داروسازی جلوگیری شود و توصیه شد هدایا و پرداختی‌های اضافی از طرف صنایع در صورتی که قبول آنها احتمال تأثیر در جهت‌گیری قضاوت بالینی داشته باشد یا برای دیگران این طور به‌نظر برسد نباید پذیرفته شوند [۴، ۳۹]. قبول هدایای صنایع در چارچوب قوانین انجمن پزشکی کانادا محدودتر از انجمن پزشکان آمریکاست، زیرا دومی دریافت هدایای کم‌ارزش را مجاز می‌داند ولی انجمن پزشکی کانادا تصریح می‌کند که پزشکان نباید هدایای شخصی را از صنایع دارویی قبول کنند [۴۰].

• **محدودیت‌های پسا‌شغلی:** همان‌طور که در بخش مصادیق تعارض منافع در نظام سلامت عنوان شد، ارتباطات پسا‌شغلی می‌تواند موقعیتی از تعارض منافع ایجاد کند. برای مثال اشتغال مسئولان بلندپایه وزارت بهداشت در هیئت‌مدیره شرکت‌های دارو، تجهیزات پزشکی و مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت همچون بیمارستان‌ها، پس از پایان خدمت خود در بخش دولتی، می‌تواند منبعی از رانت اطلاعاتی-ارتباطی برای این شرکت‌ها یا بیمارستان‌ها ایجاد کند. سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه (OECD) با توجه به تجربه کشورهای مختلف، چارچوب جامعی از اصول لازم برای مدیریت مسائل ناشی از درب گردان در سازمان‌ها ارائه داده است؛ با این حال هر کشور برای مواجهه با مسائل ویژه و

خاص اشتغال پسادولتی خود و پیش‌بینی مسائل در حال ظهور نیاز دارد تا سیستم اشتغال پسادولتی بومی خود را توسعه دهد؛ برای مثال سیستم قانونی انگلیس برای مبارزه با تعارض منافع کاملاً متفاوت با فرانسه و آمریکا است و آلمان مدل بینابینی را اتخاذ کرده است [۴۱، ۴۲]. برخی از مهم‌ترین اصول OECD برای مسئله درب‌های گردان عبارتند از:

- کارمندان دولتی باید قصد خود را نسبت به جستجو یا رایزنی برای یافتن شغل یا پذیرش یک پیشنهاد کاری از بخش خصوصی و غیرانتفاعی که می‌تواند موجب تعارض منافع شود، به‌موقع اعلان کنند.
- کارمندان دولتی که تصمیم گرفته‌اند در بخش خصوصی و غیرانتفاعی مشغول شوند، باید تا آنجا که ممکن است از وظایف جاری که می‌تواند موجب تعارض منافع در اثر احساس مسئولیت نسبت به کارفرمای آتی شود، معاف شوند.
- پیش از ترک بخش عمومی، کارمندان دولتی که در موقعیت محتمل تعارض منافع هستند، باید یک مصاحبه خروج با مقام مربوطه انجام دهند تا موقعیت‌های احتمالی تعارض منافع ارزیابی شوند و در صورت نیاز، اقدامات مناسب به‌عنوان راهکار تعیین شود.
- کارمندان دولت نباید اطلاعات محرمانه یا دیگر اطلاعات درون‌سازمانی را پس از ترک بخش عمومی، مورد استفاده قرار دهند.
- کارمندانی که بخش عمومی را ترک کرده‌اند باید در مورد لابی با زیردستان و همکاران سابق خود در بخش عمومی محدود شوند. به این منظور، وضع یک محدودیت موضوعی^۱، محدودیت زمانی یا دوره استراحت مناسب می‌تواند مفید باشد.
- کارمندان دولتی باید از وکالت کارفرمای جدیدشان در یک فرایند جاری، خصوصاً در موضوع‌هایی که قبل از ترک بخش عمومی در آن مسئولیت داشته‌اند، منع شوند.
- کارمندان فعلی دولت باید از برخورد تبعیض‌آمیز و در اختیار قرار دادن دسترسی خاص یا اطلاعات ویژه، به هر کسی از جمله کارمندان سابق منع شوند.
- کارمندان فعلی که نسبت به استخدام کارمندان سابق در قالب نیروی قراردادی برای انجام همان کار سابقشان در بخش عمومی اقدام می‌کنند، باید اطمینان یابند که فرایند استخدام در حد مقتضی رقابتی و شفاف خواهد بود.
- بنگاه‌های خصوصی و سازمان‌های غیرانتفاعی باید در به‌کارگیری یا تشویق کارمندانی که جویای کار هستند یا کارمندانی که دولت را ترک کرده‌اند، به استخدام در فعالیت‌هایی که منع قانونی ندارد، محدود شوند [۴۱، ۴۲].



• **اعتماد کور (واگذاری مدیریت سهام به کارگزار ناشناس):**^۱ در کره جنوبی برخی از مقامات دولتی موظف به واگذاری سهام به وکیل ناشناس می‌باشند. این سیستم از سال ۲۰۰۶ راه‌اندازی شده است. طبق این سیستم، مقامات دولتی دارای مرتبه چهار یا بالاتر که در وزارت اقتصاد یا سایر دستگاه‌های مالی و اقتصادی دولت مشغول به کار هستند و همچنین دارای سهامی به ارزش حداقل ۳۰ هزار دلار می‌باشند موظف به فروش سهام یا قرار دادن آن در حساب‌هایی هستند که از سوی افراد ناشناس مدیریت می‌شوند [۳]. در نظام سلامت کشور نیز می‌توان از این سیستم برای مدیریت تعارض منافع ناشی از سهام‌داری مسئولان دولتی وزارتخانه‌های بهداشت و رفاه یا دیگر مسئولان حکومتی نظام سلامت بهره جست.

۳. تغییر قواعد

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

• **تفکیک وظایف:** وظایفی که برای یک سازمان می‌تواند تعارض بین وظایف ایجاد کند باید تفکیک شوند. برای مثال همان‌طور که گفته شد سازمان نظام پزشکی نمی‌تواند هم‌زمان هم حامی حقوق «پزشکان» باشد و هم حامی حقوق «بیماران». با توجه به ساختار منطقی سازمان نظام پزشکی، تنها حمایت از حقوق پزشکان باید به این سازمان اعطا شود و برای حمایت از حقوق بیماران باید یک سازمان مردم‌نهاد مستقل با ساختاری مشابه ایجاد شود که بتواند صدای مردم و بیماران را در دعاوی، سیاست‌گذاری‌ها، رسانه‌های جمعی، بیمارستان‌ها و ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، شرکت‌های دارویی و نظام و جوامع آموزشی و پژوهشی نمایندگی کند. سازمان «اتحادیه وکلای حرفه‌ای سلامت (APHA)» یک سازمان بین‌المللی در این زمینه است. همچنین «انجمن ملی مشاوران وکالت خدمات سلامت (NAHAC)» یک سازمان غیرانتفاعی در این زمینه در آمریکا است.

• **تفکیک قاعده‌گذار از مجری:** حوزه اجرا و قاعده‌گذاری باید از یکدیگر تفکیک شوند به گونه‌ای که ایجاد انحصار به حداقل برسد و گروه‌های خود تنظیم‌گر نیز مشمول قوانین رقابت و پیشگیری از انحصار باشند. به‌عنوان مثال همان‌طور که گفته شد تعیین تعرفه توسط خدمت‌گزاران به تعارض منافع منجر می‌شود که باید از آن منفک شده و یک قاعده‌گذار بی‌طرف انجام دهد. تعیین تعرفه و دستمزد توسط گروه‌های صنفی در اتحادیه اروپا برخلاف قواعد رقابت کمیسیون اتحادیه اروپا شناخته شده است و تلاش

شده است که از این موضوع جلوگیری شود. علاوه بر این، ایجاد نهادهای قاعده‌گذار جایگزین برای این گروه‌ها مورد توجه سیاستگذاران قرار گرفته است. برای مثال در کشور هلند طرحی پیشنهاد شده است که در آن روش اعطای مجوز از سوی اصناف به سیستم ارائه گواهی تغییر یافته است. بدین ترتیب که به جای آنکه صرفاً افراد دارای مجوز به فعالیت در آن صنف قادر باشند، همه افراد متخصص مجاز به فعالیت هستند ولی برحسب قواعد و مقرراتی به افراد گواهی‌هایی اعطا می‌شود. لذا افرادی که آن گواهی را ندارند نیز از ورود به بازار منع نمی‌شوند.^۱ تمرکز همه وظایف و اختیارات در یک سازمان تحت عنوان «تولیت» امروزه مورد نقد است. تولیت که امروزه از آن بیشتر با عنوان حکمرانی یاد می‌شود وظیفه تنظیم‌گری و قاعده‌گذاری دارد و اگر این وظیفه توسط یکی از ذی‌نفعان تسخیر شود می‌تواند به هدایت قواعد و نظارت‌ها به نفع آن ذی‌نفع منجر شود.

• **تفکیک ناظر از منظور:** استقلال ناظر و استقلال داور همواره به‌عنوان اصلی بدیهی مورد توجه بوده تا بی‌طرفی در فرایند نظارت یا قضاوت رعایت شود. این تفکیک می‌تواند شامل استقلال مالی شود. همان‌طور که پیش از این گفته شد، ارتباط بین صنایع (و به‌خصوص صنایع دارویی) و پژوهشگران ضروری و اجتناب‌ناپذیر است. بنابراین برخی کشورها برای جلوگیری از ارتباط مالی مستقیم بین آنها، اقدام به ایجاد نوعی واسط کرده‌اند؛ به‌این ترتیب که حمایت‌های مالی صنایع (به‌صورت اجباری یا اختیاری) در صندوق واحدی جمع‌آوری شده و از محل آن صندوق به پژوهشگران پروژه پرداخت می‌شود و پژوهشگران حق دریافت مبلغ مستقیم از صنایع را ندارند. بدین ترتیب جلوی سوگیری در پژوهش گرفته می‌شود. برای مثال در تجربه‌ای در کشور آمریکا، پشتیبانی مالی از آموزش دانشجویان پزشکی یا تمرین و سفرهای پزشکان به کمک یک مخزن مرکزی بودجه صورت می‌گیرد؛ در این حالت تنها همین مرکز اصلی حق دریافت انواع کمک‌های مالی از منابع گوناگون را دارد [۴۳]. این رابطه می‌تواند بین ناظران بیمه و کارشناسان بهداشت مستقر در بیمارستان‌ها و کارخانه‌ها نیز برقرار شود تا آنها نسبت به نظارت خویش بی‌طرف باقی بمانند و از مسئله اخراج یا تنبیه مالی بر اثر نظارت نگران نباشند. تأمین هزینه‌های صندوق در کارخانه‌ها نیز می‌تواند در قالب نوعی مالیات اجباری باشد.

• **اصلاح نظام پرداخت:** برای برطرف کردن تعارض میان درآمد و وظایف باید نوع نظام پرداخت را اصلاح کرد. از ابتدای دهه ۱۳۷۰ شمسی که نظام پرداخت کارانه (یا پرداخت به‌ازای خدمت)^۲ اجرایی شد، هدف آن ایجاد انگیزه برای خدمت‌گزاران سلامت برای ارائه خدمت بیشتر بود به همین دلیل در کنار حقوق ماهیانه ثابت، کارانه به‌عنوان پرداخت مکمل و تشویقی در نظر گرفته شد. در واقع حقوق به‌عنوان دریافتی

1. Self-Regulation of the Medical and Legal Professions: Remaining Barriers to Competition and Ec-Law Roger Van Den Bergh Universities of Hamburg, Antwerpen and Utrecht

2. Fee for Service (FFS)



اصلی و کارانه به‌عنوان دریافتی جزئی بود با این حال با گذشت یک دهه از اجرای این نظام کارانه، حجم پرداختی کارانه به ارائه‌کنندگان خدمات درمانی به حدی افزایش یافت که اکثر دریافتی کارکنان را شامل می‌شد و حقوق تنها جزء بسیار کوچکی از درآمد را تشکیل می‌داد. اصلاح این نظام معیوب قطعاً باید در دستور کار باشد تا کارانه در حد همان جنبه تشویقی خود باقی بماند. به‌علاوه می‌توان از نظام‌های پرداخت مانند سرانه، بهره برد که به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند که تعارض منافع را از بین ببرند. در این نوع نظام پرداخت مبلغ ثابتی به هر پزشک خانواده پرداخت می‌شود تا سلامتی گروهی از مردم تحت نظر خویش را تأمین کند. اگر فرد بیمار شد و به ارجاع به متخصص نیاز داشت پزشک باید از سرانه‌ای که به وی تعلق گرفته است هزینه ارجاع را متحمل شود. با این وجود شواهد حاکی از آن است که در طرح پزشک خانواده که به‌صورت آزمایشی در کشورمان اجرا شده است، به پزشکان خانواده نیز کارانه پرداخت می‌شود! باید توجه داشت که نظام ارجاع و پزشک خانواده بدون ایجاد نظام پرداخت سرانه مزایای کافی نخواهند داشت. در کشورهایی همچون انگلستان که نظام بیمه‌ای ندارند و از طریق مالیات عمومی نظام سلامت را نیز تأمین مالی می‌کنند این سرانه از طرف دولت پرداخت می‌شود اما در کشورهایی همچون ایران که بیمه اجتماعی دارند این قرارداد توسط بیمه‌ها بسته می‌شود. در اکثر مواردی که ناسازگاری درآمد و وظایف مطرح می‌شوند، می‌توان بیمه‌ها را به‌عنوان ضلع سوم، وارد الگوی حل مسئله کرد و با آنها مسئله تعارض درآمد و وظایف را برطرف نمود زیرا بیمه‌ها به‌صورت طبیعی به تداوم سلامت علاقه‌مند هستند چون عایدی بیمه‌ها در صورت تداوم سلامت افزایش می‌یابد به این دلیل که کاهش بیماری موجب می‌شود هزینه‌های بیمه کاهش یابد. الگوی کلی راه‌حل‌های پیشنهادی در این موارد بدین‌صورت است که بیمه می‌تواند با پزشکان بر مبنای افزایش سلامت قرارداد ببندد. به‌عنوان مثال در کشور آلمان از سال ۲۰۰۰، طرح پزشک خانواده به اجرا گذاشته شد به‌نحوی که صندوق‌های بیمه با پزشک‌ها به‌عنوان پزشک خانواده قرارداد منعقد می‌کردند و مردم نیز می‌توانستند به‌صورت داوطلبانه به سیستم پزشک خانواده بپیوندند. در این طراحی، درآمد پزشک خانواده با بیمه تأمین خواهد شد، بنابراین ارتقای سلامت افراد موجب افزایش درآمد پزشک خانواده خواهد شد زیرا در صورت عدم سلامت افراد هزینه بیمه افزایش خواهد یافت و این افزایش هزینه موجب کاهش دستمزد پزشک خانواده خواهد شد. این طرح در سال‌های بعد توسعه یافت به‌نحوی که خدمات درمانی عمومی، پیشگیری، خدمات درمانی تخصصی و فوق تخصصی، خدمات تشخیصی، مراقبت‌های طولانی و بازتوانی ذیل صندوق‌های بیمه شکل گرفتند.^۱ علاوه بر اصلاح نظام پرداخت در سطح خرد، همان‌طور که پیش از این اشاره شد باید نگاه درآمدزایی و سودآوری از وزارت بهداشت و بیمارستان‌های دولتی تغییر کرده و به آنها به چشم خدمات اجتماعی نگریسته شود.

• راهنمای بالینی (گایدلاین‌های پزشکی): هم‌اکنون یکی از مطالبه‌ها و دغدغه‌های مهم در نظام

سلامت، تدوین راهنماهای بالینی است. به کمک این راهنماها می‌توان بر عملکرد خدمت‌گزاران نظارت کرد و تقاضاهای القایی را کشف کرد. اما مسئله اجرای این راهنماهای بالینی اگر بیشتر از تدوین آنها اهمیت نداشته باشد کم‌اهمیت‌تر نیست. با اجرای پرونده الکترونیک سلامت به راحتی می‌توان قواعدی تنظیم کرد که پزشکان در حین تجویز نسخه‌های خود امکان عدول از راهنماهای بالینی و تجویزهای درست را نداشته باشند [۳۱]. علاوه بر آن تنها با کمک پرونده الکترونیک سلامت امکان نظارت بهتر بر اجرای راهنماهای بالینی میسر می‌شود.

ظرفیت‌های قانونی

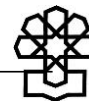
۱. سیاست‌های کلی سلامت

سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری به‌عنوان بالاترین سند سیاستی کشور در حوزه نظام سلامت شناخته می‌شود بنابراین بررسی بندهای مرتبط آن با موضوع تعارض منافع در نظام سلامت حائز اهمیت است.

جدول ۵. بندهای سیاست‌های کلی سلامت با مسئله تعارض منافع

شماره بند	محتوای بند مربوطه در سیاست‌های کلی سلامت
بند ۲-۶-	اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی.
بند ۵-	سامان‌دهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز صرفاً براساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاستگذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات.
بند ۷-	تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم
بند ۹-۷-	اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات.

به‌رغم عدم اشاره مستقیم به تعارض منافع در سیاست‌های کلی، مطابق با مباحث ارائه شده در بخش مصادیق تعارض منافع در نظام سلامت و راهکارهای مدیریت آن، بندهایی که به مسائل «اصلاح نظام پایش و ارزیابی برای صیانت از حقوق مردم و بیماران» (مرتبط با مدیریت تعارض اتحاد ناظر و منظور)، «مدیریت تقاضای القایی» (مرتبط با مدیریت تعارض تبانی خدمت‌گزاران و اشتغال هم‌زمان)، «تأکید بر اجرای سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع و اصلاح نظام پرداخت» (مرتبط با مدیریت تعارض اتحاد قاعده‌گذار و مجری، تعارض وظایف، تعارض درآمد و وظایف در سطح خرد، تبانی خدمت‌گزاران)، «تفکیک صحیح وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات سلامت» (مرتبط با مدیریت تعارض وظایف، اتحاد قاعده‌گذار و مجری، تعارض درآمد و وظایف در سطح کلان) می‌پردازند مرتبط با مسئله تعارض



منافع هستند. با این حال این بندها حائز عناوین کلی هستند و برای مدیریت تعارض منافع کفایت نمی‌کنند بلکه باید به‌عنوان زیرساختی شناخته شوند که مبتنی بر آنها قوانین مناسب با جزئیات کافی نگاشته شوند و ترتیبات نهادی مناسب منظور گردند.

۲. قوانین برنامه پنجم و ششم توسعه

در قوانین برنامه‌های پنجم و ششم توسعه کشور نیز موادی وجود دارند که می‌توانند در راستای مدیریت تعارض منافع از آنها بهره برد که عبارتند از: احکام مربوطه درباره اجرای «سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع»، «خرید راهبردی» و «خرید تنها از فهرست داروهای ژنریک»، ایجاد «پرونده الکترونیک سلامت و نظام جامع اطلاعات سلامت» و همچنین «ممانعت از اشتغال هم‌زمان کادر درمانی و ستادی وزارتخانه‌های بهداشت و رفاه در بخش غیردولتی». با این حال، این مواد قانونی تمام جوانب تعارض منافع را شامل نمی‌شوند و تنها به برخی از وجوه آن می‌پردازند. علاوه بر این، اجرایی شدن یا نشدن این احکام نیز باید مورد بررسی و مذاقه قرار گیرد. این مواد قانونی در جدول ۶ آورده شده‌اند.

جدول ۶. برخی از احکام قوانین برنامه‌های پنجم و ششم توسعه که ظرفیت مدیریت تعارض منافع دارند

قانون برنامه پنجم توسعه	
سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول برنامه و حین اجراء باز طراحی می‌شود.	ماد (۳۲) - «ج»
پزشکانی که در استخدام پیمانی و با رسمی مراکز آموزشی، درمانی دولتی و عمومی غیردولتی می‌باشند مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی و خیریه نیستند... کارکنان ستادی وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان‌های وابسته، هیئت‌رئیس دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور، رؤسای بیمارستان‌ها و شبکه‌های بهداشتی درمانی مجاز به فعالیت در بخش غیردولتی درمانی، تشخیصی و آموزشی نیستند و هرگونه پرداخت از این بابت به آنها ممنوع است. مسئولیت اجرای این بند به‌عهده وزرا وزارتخانه‌های مذکور و معاونین مربوطه آنها و مسئولین مالی دستگاه‌های مذکور است.	ماده (۳۲) - تبصره «۱»
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت در هماهنگی با پایگاه ملی مرکز آمار ایران، سازمان ثبت احوال با حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.	ماده (۳۵) - «الف»
قانون برنامه ششم توسعه	
پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور در سال اول اجرای قانون برنامه در سازمان بیمه سلامت تشکیل می‌گردد.	ماده (۷۰) - «ج»
فهرست رسمی دارویی ایران براساس نظام دارویی ملی کشور توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حداکثر هر سه ماه یکبار تدوین و منتشر می‌گردد. تجویز داروهای خارج از فهرست یادشده، تخلف محسوب می‌شود...	ماده (۷۲) - «پ»
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت احوال کشور با حفظ حریم خصوصی و منوط به اذن	ماده (۷۴) - «الف»

آنها و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.	
کلیه پزشکان، دندان‌پزشکان و داروسازانی که در استخدام پیمانی و یا رسمی دستگاه‌های اجرایی موضوع این قانون هستند، مجاز به فعالیت انتفاعی پزشکی در سایر مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی، عمومی غیردولتی با رعایت تبصره «۱» ماده‌واحد قانون ممنوعیت تصدی بیش از یک شغل مصوب ۱۱ دی‌ماه ۱۳۷۳ و یا فعالیت انتفاعی پزشکی در بخش خصوصی مرتبط با حوزه ستادی مربوط به غیر از دستگاه اجرایی خود نیستند ... مسئولیت اجرای این بند به‌عهده وزرای وزارتخانه‌های مربوطه و معاونان آنها و مسئولان مالی دستگاه‌های مذکور است.	ماده (۷۴) - «ب»-
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت» با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری در ارائه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح‌بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آنها اقدام نماید، به نحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه کلیه آحاد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.	ماده (۷۴) - «ث»-

یکی از ظرفیت‌های قانونی که در برنامه‌های پنجم و ششم توسعه برای مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت وجود داشت، قانون منع اشتغال هم‌زمان پزشکان در بخش خصوصی و دولتی است. این قانون که در برنامه پنجم توسعه گنجانده شده بود در عمل توسط دولت به صورت کامل اجرا نشد. به‌عنوان موانع اصلی اجرایی شدن آن می‌توان به مواردی همچون «کمبود تعداد پزشکان» و همچنین «خروج پزشکان از بخش دولتی برای حضور در بخش خصوصی» اشاره کرد که در نهایت به کمبود نیرو در بخش دولتی می‌انجامد. با این حال موافقان این بند قانونی عنوان می‌کنند که هم‌اکنون نیز پزشکان در زمان موظفی خویش در بخش دولتی غیبت می‌کنند. علاوه بر این حضور در بخش دولتی مزایایی دارد که به راحتی نمی‌توان از آنها چشم بست. حداقل مزیت آن ارتقای اعتبار پزشک است: پزشکی که عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران است با دیگر پزشکان اعتبار بسیار متفاوتی خواهد داشت. تجارب برخی از دانشگاه‌های علوم پزشکی که این قانون را اجرا کردند نیز (مانند دانشگاه‌های علوم پزشکی شیراز و یزد) مؤید خروج پزشکان از بخش دولتی و کمبود پزشک در بخش دولتی نیست. به‌علاوه، باز گذاشتن عرصه برای حضور پزشکان جدید فارغ‌التحصیل باعث ایجاد امیدواری و اشتغال‌زایی برای این گروه سرخورده می‌شود. با وجود این استدلال‌ها در مجموع قدرت مخالفان این قانون بر موافقان آن فائق آمده و باعث مسکوت ماندن آن شده است. همان‌طور که در قوانین اشاره شده است اجرای آنها به کسانی سپرده شده است که خود مشمول قانون هستند و اشتغال هم‌زمان دارند بنابراین در این زمینه نیز مشخص نیست چه میزان از تصمیم عدم اجرای کامل این قانون تحت تأثیر مسئله تعارض منافع بوده است؟

در مجموع باید اذعان داشت با وجودی که مواد قانونی اشاره شده زیرساخت‌ها و تلاش‌های اولیه‌ای در راه مدیریت مسئله تعارض منافع هستند اما کافی نبوده و مدیریت این مسئله نیازمند تدوین قوانین



جامع و الزام‌آوری است که جوانب مختلف مسئله را سنجیده و ارزیابی کرده باشند و با رعایت اولویت‌ها و به‌صورت گام به گام نظام سلامت را در حل این مسئله هدایت کنند. برای مثال همان‌طور که از وضعیت تدوین و اجرای قوانین مشخص می‌شود مدیریت تعارض منافع در سطوح کلان نظام سلامت (در مجلس شورای اسلامی و وزارتخانه‌ها) باید در اولویت قرار گیرند تا امکان مدیریت تعارض منافع در سطوح خرد نظام سلامت نیز میسر شود.

جمع‌بندی و اولویت‌ها

مصادیق و راهکارهای مقابله با پدیده تعارض منافع در نظام سلامت محدود به موارد اشاره شده نیستند اما در این گزارش سعی شده برخی از مهم‌ترین آنها عنوان و بررسی شوند. به‌عنوان جمع‌بندی خلاصه‌ای از آنچه گفته شد ارائه می‌شود.

– تعارض منافع به تعارضی میان وظایف دولتی و منافع خصوصی مأموران دولتی تعریف می‌شود، به‌طوری‌که این منافع خصوصی بتوانند به‌صورت ناصحیحی وظایف آنها را تحت تأثیر قرار دهند. وجود تعارض منافع می‌تواند احتمال بروز فساد را افزایش دهد. از طرف دیگر می‌تواند باعث ایجاد سوگیری در ذهنیت مدیران شده و به‌صورت ناخودآگاه احتمال سوء مدیریت را افزایش دهد. بنابراین مدیریت آن برای حاکمیت امری ضروری است.

– تعارض درآمد و وظایف به‌عنوان یکی از موقعیت‌های تعارض منافع به‌معنای در تعارض بودن درآمد یک فرد یا سازمان با اهداف در نظر گرفته شده برای آن است. برای مثال تعارض منافع در نظام پرداخت کارانه اغلب اجتناب‌ناپذیر است زیرا پزشک در معرض ارائه خدمات غیرضروری قرار می‌گیرد. در بعد سازمانی نیز کسب درآمد بیشتر از محل ارائه خدمت بیشتر می‌تواند بیمارستان‌ها را در معرض تعارض منافع قرار دهد. در بعد کلان نیز درآمدزایی از ارائه خدمات درمانی ممکن است نظام سلامت را به سمت درمان سوق دهد و نسبت به پیشگیری کم‌توجه کند.

– تعارض وظایف، تعارض بین دو وظیفه قانونی یا اخلاقی است که فرد نمی‌تواند هر دو وظیفه را به‌درستی اجرا کند، زیرا منافع حاصل از اجرای آنها متعارض هستند. برای مثال سازمان نظام پزشکی به‌عنوان یک سازمان صنفی و غیردولتی است که اعضای آن با رأی مستقیم پزشکان انتخاب شده و منابع مالی آن نیز از محل حق عضویت پزشکان تأمین می‌شود. این مسئله می‌تواند بر بی‌طرفی این سازمان برای قضاوت در مورد قصور پزشکی تأثیر گذارد.

– اتحاد قاعده‌گذار و مجری به‌معنای اعطای حق قاعده‌گذاری برای خود است که می‌تواند افراد در معرض تعارض منافع قرار دهد. اتحاد ناظر و منظور نیز گونه مشابه دیگری از تعارض منافع است که در آن نظارت‌کننده و نظارت‌شونده یک نفر هستند یا فرد یا سازمان وظیفه دارد بر خود نظارت کند. برای

مثال عملکرد «واحدهای نظارت بر درمان» یا «اعتباربخشی بیمارستان‌ها» می‌تواند تحت تأثیر تعارض منافع قرار گیرد. صنایع نیز می‌توانند پژوهشگران و وظیفه نظارت بی‌طرفانه آنها را تحت تأثیر قرار دهند.

– خدمت‌گزاران می‌توانند با روش‌هایی همچون تسهیم عواید و اعطای هدیه با یکدیگر تبانی داشته باشند و روی قضاوت بی‌طرفانه پزشک اثر بگذارند.

– اشتغال هم‌زمان در بخش عمومی و خصوصی، به‌ویژه بخش‌هایی که ارتباط نزدیک با پست حاکمیتی افراد دارد، از مصادیق تعارض منافع شخص‌محور است. نمونه مشهور آن در سطوح عملیاتی، دو شغلگی پزشکان در بخش دولتی و خصوصی است که می‌تواند عوارضی همچون ارجاع به خود، گزینش بیماران، سرقت زمان، کاهش تعهد سازمانی و اجتماعی، کاهش کیفیت خدمات بخش دولتی و مخدوش شدن رقابت بین بخش دولتی و خصوصی را به‌دنبال داشته باشد. اشتغال هم‌زمان در سطوح کلان نیز می‌تواند وجود داشته باشد به‌طوری‌که مدیران بخش دولتی در بخش خصوصی نیز عهده‌دار مدیریت و مسئولیت باشند. این مسئله علاوه بر عوارضی همچون کاهش تعهد سازمانی به بخش دولتی، می‌تواند تصمیمات مدیران را تحت تأثیر قرار داده و سوگیری ذهنی ایجاد کند. ارتباطات سهام‌داری یا مالکیت شرکت‌های خصوصی در مدیران بخش دولتی نیز می‌تواند آثار مشابهی داشته باشد.

– ارتباطات پسا‌شغلی یا درب‌های گردان به‌معنای اشتغال بازنشستگان یا مستعفیان بخش دولتی در بخش خصوصی یا برعکس است. برای مثال مدیران ارشد دولتی که از بخش دولتی خارج می‌شوند می‌توانند به واسطه رانت اطلاعات و روابط غیررسمی بسیاری که در بخش‌های دولتی دارند بازیگران قدرتمندی در بخش خصوصی باشند.

– انگیزه‌های سیاسی و منطقه‌ای ممکن است افراد را در موقعیت‌های تعارض منافع قرار دهد. برای مثال انگیزه‌های منطقه‌ای در مدیران، ممکن است باعث اجرا شدن طرح‌هایی در مناطقی شود (مانند تأسیس بیمارستان یا نصب تجهیزات گران‌قیمت همچون MRI) که از لحاظ اقتصادی بهینه نبوده و منافع عموم مردم و حاکمیت را تأمین نمی‌کنند، ولی منافع برخی از مناطق جغرافیایی یا احزاب سیاسی را برآورده می‌کند.

– ارتباطات خویشاوندی یکی دیگر از مواردی است که ممکن است باعث ایجاد تعارض منافع در کارمندان حکومتی شود. این تعارض ممکن است به‌علت سهام‌داری، اشتغال یا رابطه مالی یکی از بستگان مسئولان حاکمیتی با بخش‌های تحت نظارت، قاعده‌گذاری یا پیمانکاری وی به‌وجود بیاید.

– برخی از مصادیق تعارض منافع ممکن است اجتناب‌ناپذیر باشند. با این حال امکان مدیریت موقعیت تعارض منافع در سطوح ارشد نظام سلامت نه‌تنها ممکن بلکه واجب و حیاتی است. بنابراین مدیریت تعارض منافع قطعاً باید به‌صورت گام به گام بوده و از موقعیت‌هایی که مدیریت آن ممکن‌تر است آغاز شود و برای موارد قابل پیشگیری تمهیدات لازم اندیشیده شود.



- راهکارهای مدیریت تعارض منافع به سطوح خرد و کلان نظام سلامت تقسیم می‌شوند با این حال برخی از راهکارها حتی فراتر از نظام سلامت قرار دارند و نیازمند زیرساخت‌های قانونی و نهادی لازم هستند. علاوه بر این باید دانست که راهکارهای مربوط به سطوح کلان به نوعی اولویت دارند بر راهکارهای سطح عملیاتی زیرا تصویب و اجرای راهکارهای سطح عملیاتی وابسته به تصمیم مدیران سطوح عالی است که خود باید در مقام تعارض منافع نباشند.

- در یک تقسیم‌بندی دیگر، سیاست‌های مقابله با تعارض منافع را به دو گروه سیاست‌های نرم (پیشگیری از رخداد فساد یا سوء مدیریت) و سیاست‌های سخت (درمان پس از رخداد فساد و سوء مدیریت) می‌توان دسته‌بندی کرد. کشورهای پیشرو به سمت سیاست‌های نرم تمایل بیشتری دارند. سیاست‌های نرم یا پیشگیرانه را نیز می‌توان به سه دسته «شفافیت»، «محدودیت» و «تغییر قواعد» تقسیم کرد.

- با وجودی که ایجاد شفافیت برای سیاست‌های سخت نیز مثر ثمر است اما هدف اصلی و اولیه آن افزایش خودکنترلی و پیشگیری از فساد یا سوء مدیریت است. «پرونده الکترونیک سلامت»، «شفافیت هدایا، درآمدها و دریافتی‌ها»، «شفافیت مشاغل (گذشته و حال) و سهام‌داری‌ها» و «حمایت از افشاگران تخلف» به‌عنوان راهکارهایی برای ایجاد شفافیت و پیشگیری از مضرات تعارض منافع شناخته می‌شوند.

- گام دوم برای جلوگیری از موقعیت‌های تعارض منافع، اعمال محدودیت است. این محدودیت می‌تواند انواع و شدت‌های مختلف داشته باشد. برخی از مصادیق آن شامل «محدودیت رأی دادن در مسائلی که با منافع شخصی تعارض دارد»، «محدودیت مشاغل هم‌زمان»، «محدودیت درآمدها و هدایا»، «محدودیت‌های پسا‌شغلی» و «واگذاری مدیریت سهام به کارگزار ناشناس (اعتماد کور)» و محدودیت در انتخاب وزیری که به دلیل اشتغال هم‌زمان یا ارتباطات پسا‌شغلی و درب‌های گردان دچار تعارض منافع هست، می‌باشد.

- و گام نهایی تغییرات نهادی و قواعدی است که در آن عموماً سازوکارهای پیشین اصلاح شده یا سازوکارهای جدیدی در نظر گرفته می‌شوند تا موقعیت تعارض منافع پیش نیامده یا از بین برود. در این حوزه می‌توان به «تفکیک وظایف»، «تفکیک قاعده‌گذار از مجری»، «تفکیک ناظر از منظور»، «اصلاح نظام پرداخت»، «اجرای پزشک خانواده و نظام ارجاع» و «راهنمای بالینی (گایدلاین‌های پزشکی)» اشاره کرد. آنچه در این مجال به‌عنوان راهکارها ذکر شد حاوی کلیاتی در این باره است که برای مدیریت هر کدام از مصادیق ذکر شده و برنامه‌ریزی و اجرای هر کدام از راهکارها باید مطالعات کافی در فرصت مقتضی صورت گیرد. در مجموع مدیریت تعارض منافع نیازمند الزامات و اقتضائاتی است که باید مورد توجه سیاستگذار قرار گیرد:

۱. **زیرساخت‌های نهادی:** کشور ایران برای مقابله با پدیده تعارض منافع به تدابیر زیرساختی

نهادی و به‌خصوص تدوین قوانین شفافیت و محدودیت تعارض منافع نیاز دارد. این زیرساخت‌های قانونی یا نهادی ممکن است درون نظام سلامت تعریف شوند یا آنکه نیازمند اقدامی فراتر از این نظام باشند. در این قوانین باید مصادیق به‌دقت تعریف و بررسی شده و راهکارهای مقابله با آنها تدوین شوند. این قوانین باید به اندازه کافی الزام‌آور باشد.

۲. مدیریت تعارض منافع در سطوح عالی: تدوین و اجرای قانون نیز باید توسط افرادی انجام شود که در وضعیت تعارض منافع نیستند زیرا در غیر این صورت ناکارآمدی قانون را در پی خواهد داشت؛ همچنان که یکی از دلایل مهم عدم اجرای کامل برنامه‌هایی مانند «پرونده الکترونیک سلامت»، «پزشک خانواده» و «نظام ارجاع» نیز تعارض منافع ارزیابی می‌شود [۳۱]. بنابراین راهکارهای مقابله با این پدیده ابتدا مقابله با مسئله تعارض منافع در سطوح کلان نظام سلامت، از جمله مجلس شورای اسلامی و وزارتخانه‌های مربوطه است. در صورتی که این قانون را نمایندگان تدوین کنند که خود در جایگاه تعارض منافع بوده و وزارتخانه‌هایی اجرا کنند که خود مشمول قانون هستند قطعاً این قانون کشور را به سر منزل مقصود نخواهد رسانید.

۳. زیرساخت‌های اطلاعاتی برای مدیریت تعارض منافع در سطوح عملیاتی: مدیریت تعارض منافع در سطوح عالی نظام سلامت به دلیل محدودیت مشاغل و موقعیت‌های آن، پیچیدگی‌های کمتری خواهد داشت. با این حال سختی مدیریت تعارض منافع در سطوح عالی، مواجهه با قدرت گروه‌های ذی‌نفع و نیازمندی به شجاعت سیاسی است. اما مدیریت تعارض منافع در سطوح عملیاتی به دلیل گستردگی و تنوع مشاغل و موقعیت‌ها پیچیدگی‌های بیشتری دارد بنابراین برنامه‌ریزی و مدیریت آن نیازمند اطلاعات دقیق‌تری است. از این‌رو زیرساخت‌هایی همچون پرونده الکترونیک سلامت که کلان‌داده‌های^۱ عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را در اختیار مدیران و سیاستگذاران قرار می‌دهند برای برنامه‌ریزی و مدیریت تعارض منافع در سطوح عملیاتی ضروری هستند. بدون وجود این کلان‌داده‌ها و تحلیل درست آنها هر برنامه‌ای در سطوح عملیاتی ممکن است به مقصود خود نرسد.



- ۱ Demmke C., Bovens M., Henökl T., Van Lierop K., Moilanen T., Pikker G., et al. (2007). Regulating Conflicts of Interest for Holders of Public Office in the European Union [Accessed: 1396/08/02]. Retrieved from: http://ec.europa.eu/dgs/policy_advisers/publications/docs/hpo_professional_ethics_en.pdf.
- ۲ Bertók J. (2003). Managing Conflict of Interest in the Public Service: OECD guidelines and overview: OECD.
- ۳ Parhizgari A., Rezghi A. (1396). Conflict of Interest in iran. Iran Parliament Research Center. [Accessed: 1396/08/04] Retrieved from <http://rc.majlis.ir/fa/report/show/1027388>.
- ۴ MilaniFar A., Akhundi M., Paykarzadeh P., Larijani B. (2011). Legal Evaluation of Conflict of Interest in the Law of the Health System of Iran. *Medicine Ethics and History journal*, (1)5, 1-16.
- ۵ Coleman S., editor When Conflicts of Interest are an Unavoidable problem 2005: Working Paper. Australian Association for Professional and Applied Ethics 12th Annual Conference 28–30 September, Adelaide.
- ۶ کلاین ن. (۱۳۹۰). دکترین شوک: ظهور سرمایه‌داری فاجعه (مترجمان: شهابی خ، نبوی م). تهران، نشر کتاب آمه.
- ۷ Field MJ, Lo B. (2009). Conflict of Interest in Medical Research, Education, and practice: National Academies Press.
- ۸ دیناروند ر. (۱۳۹۶). ۶۰ تا ۷۰ درصد درخواست‌های ام آر آی غیرضروری است. خبرگزاری تسنیم. [دسترسی در تاریخ: ۱۶/۱۰/۱۳۹۶] قابل دسترسی از طریق: <https://www.tasnimnews.com/fa/news/1396/04/20/1461339>
- ۹ قانون سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران. (۱۳۸۳). مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. [دسترسی در تاریخ: ۱۱/۰۴/۱۳۹۶] قابل دسترسی از طریق: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/99654> بایگانی شده در نشانی: <http://www.webcitation.org/6rehB2kXV>
- ۱۰ Friedman M. (2017). Who Benefits From Licensing? [Accessed: 1396/12/09] Retrieved from <http://www.slobodaiprosperitet.tv/en/content/milton-friedman-who-benefits-licensing>. Archived at <http://www.webcitation.org/6xZKwNwuD>.
- ۱۱ Barnes DE, Bero LA. (1998). Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions. *Jama journal*, 279(19), 1566-70.
- ۱۲ Scollo M, Lal A, Hyland A, Glantz S. (2003). Review of the quality of studies on the Economic effects of smoke-free policies on the Hospitality Industry. *Tobacco Control journal*, 12(1), 13-20.
- ۱۳ Abramson J, Starfield B. (2005). The Effect of Conflict of Interest on biomedical research and clinical practice guidelines: can we trust the evidence in evidence-based medicine? *The Journal of the American Board of Family Practice*

journal, 18(5), 414-8.

۱۴ Wazana A. (2000). Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *Jama journal*, 283(3), 373-80.

۱۵ Cain DM, Loewenstein G, Moore DA. (2005). The dirt on coming clean: Perverse effects of disclosing conflicts of interest. *The Journal of Legal Studies journal*, 34(1), 1-25.

۱۶ Sandberg WS, Carlos R, Sandberg EH, Roizen MF. (1997). The effect of educational gifts from pharmaceutical firms on medical students' recall of company names or products. *Academic Medicine journal*, 72(10), 916-8.

۱۷ Cleary JD. (1992). Impact of pharmaceutical sales representatives on physician antibiotic prescribing. *Journal of Pharmacy Technology journal*, 8(1), 27-9.

۱۸ Brotzman GL, Mark DH. (1992). Policies regulating the activities of pharmaceutical representatives in residency programs. *Journal of family practice journal*, 34(1), 54-58.

۱۹ Chren M-M, Landefeld CS. (1994). Physicians' behavior and their interactions with drug companies: a controlled study of physicians who requested additions to a hospital drug formulary. *Jama journal*, 271(9), 684-9.

۲۰ Lurie N, Rich EC, Simpson DE, Meyer J, Schiedermayer DL, Goodman JL, et al. (1990). Pharmaceutical representatives in academic medical centers. *Journal of General Internal Medicine journal*, 5(3), 240-3.

۲۱ Orłowski JP, Wateska L. (1992). The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns: there's no such thing as a free lunch. *Chest journal*, 102(1), 270-3.

۲۲ Campbell EG. (2010). Public disclosure of conflicts of interest: moving the policy debate forward. *Archives of internal medicine journal*, 170(8), 667.-

۲۳ Mitchell JM, Sunshine JH. (1992). Consequences of physicians' ownership of health care facilities—joint ventures in radiation therapy. *New England Journal of Medicine journal*, 327(21), 1497-501.

۲۴ Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A. (2004). Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Human resources for health journal*, 2(1), 14.

۲۵ Kiwanuka S. (2011). Dual practice regulatory mechanisms in the health sector: a systematic review of approaches and implementation.

۲۶ قانون هیئت امنای صرفه‌جویی ارزی در معالجه بیماران (۱۳۷۸). مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی ایران. [دسترسی در تاریخ: ۰۵/۰۸/۱۳۹۶] قابل دسترسی از طریق: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/93247>

۲۷ Purnhagen K. P. (2008). The Challenge of Globalization in Pharmaceutical Law-Is an International Drug Approval System Modeled after the European System



- Worth Considering. Food & Drug LJ journal, 63, 623.
- ۲۸ Values and Ethics Code for the Public Service. (2012). Treasury Board of Canada Secretariat. [Accessed 1۰/۰۸/۱۳۹۶] Retrieved from http://www.tbs-sct.gc.ca/pubs_pol/hrpubs/tb_851/vec-cve01-eng.asp. Archived at <http://www.webcitation.org/6uY6Cpo5o>.
- ۲۹ Medicine AFABoI. (2002). ACP-ASIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med journal*, 136(3), 243-6.
- ۳۰ McCormick BB, Tomlinson G, Brill-Edwards P, Detsky AS. (2001). Effect of restricting contact between pharmaceutical company representatives and internal medicine residents on posttraining attitudes and behavior. *Jama journal*, 286(16), 1994-9.
- ۳۱ Bouzarjomehri H. (1396). Electronic health records: Hikmat Institute for Policy Studies and Strategic Studies.
- ۳۲ Vielen Dank für die Millionen! (2016). Spiegel Online. [Accessed: 1396/08/06] Retrieved from <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/pharma-industrie-andiese-aerzte-zahlten-pharmafirmen-geld-a-1102854.html>. Archived at <http://www.webcitation.org/6uYNpYoor>.
- ۳۳ Bouzarjomehri H. (1395). Germany Experience in Transparency of Medicines to Doctors Payments. Transparency for Iran. [Accessed: 1396/08/06] Retrieved from <http://transparency4iran.ir/post/338>. Archived at <http://www.webcitation.org/6uYNxQZcp>.
- ۳۴ Parnian E, Rezghi A, Parhizkari A. (1396). Use of Public Capacity to Fight and Prevent Corruption (Study of Experiences in Selected Countries). Iran Parliament Research Center. [Accessed: 1396/08/06] Retrieved from http://rc.majlis.ir/fa/mrc_report/show/1031692.
- ۳۵ Norman-Eady S, Attorney C. (2007). ETHICAL CONFLICT OF INTEREST. Connecticut General Assembly, OLR Research Report. [Accessed: 1396/08/06] Retrieved from <http://www.cga.ct.gov/2007/rpt/2007-R-0077.htm>. Archived at <http://www.webcitation.org/6uY74rqfL>.
- ۳۶ California Code: Corporations Code, Article 3. Standards Of Conduct. (2010). Justia Legal Resources. [Accessed: 1396/08/06] Retrieved from <https://law.justia.com/codes/california/2010/corp/7230-7238.html>. Archived at <http://www.webcitation.org/6uY7O8tsO>.
- ۳۷ Schubert C. (2005). Tobacco money sparks squabble at California universities.
- ۳۸ Wander N, Malone RE. (2004). Selling off or Selling out? Medical Schools and Ethical Leadership in Tobacco stock Divestment. *Academic Medicine journal*, (11)79, 26-1017
- ۳۹ Clinical Guidelines and Recommendations. American College of Physicians. [Accessed: 1396/08/06] Retrieved from <https://www.acponline.org/clinical->

information/guidelines. Archived at <http://www.webcitation.org/6uY9UsOkn>.

۴۰ Guidelines for physicians in interactions with industry. (2007). Canadian Medical Association. [Accessed: 1396/08/06] Retrieved from <https://www.cma.ca/En/Pages/physician-industry-interaction.aspx>. Archived at <http://www.webcitation.org/6uYAVbnot>.

۴۱ Bertok J. (2010). (Post-public employment: good practices for preventing conflict of interest: Organisation for Economic Co-operation and Development.

۴۲ انصاری م، رحمانی م، روحانی س. (۱۳۹۶). مروری بر ادبیات جهانی پدیده «درب گردان» (جابه‌جایی اشخاص بین بخش خصوصی و عمومی) ۱. انگیزه‌ها، پیامدها و راهبردهای تنظیم‌گری. مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی ایران. [دسترسی در تاریخ: ۰۶/۰۸/۱۳۹۶] قابل دسترسی از طریق: <http://rc.majlis.ir/fa/report/show/1000776>

۴۳ Bowman MA, Pearle DL. (1988). Changes in drug prescribing patterns related to commercial company funding of continuing medical education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions journal*, 8(1), 13-20.



مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۷۷۳۱

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: مصادیق تعارض منافع ۱. تعارض منافع در حوزه سلامت

نام معاونت: رصد و مطالعات مدیریت

تهیه و تدوین کنندگان: حسین بوذرجمهری، مهدی مختاری پیام، داریوش چیوایی

همکار: مجید الماسی، احسان پرنیان

اظهار نظر کنندگان: محمداسماعیل اکبری، مریم رهبری بناب، سید امیر سیاح

ناظران علمی: وحیدخاشعی، سیدعلی روحانی، داریوش ابوحمزه، سیدعباس پرهیزکاری

واژه‌های کلیدی:

۱. تعارض منافع،
۲. فساد،
۳. نظام سلامت،
۴. شفافیت،
۵. درب گردان،
۶. اشتغال هم‌زمان،
۷. نظارت.



تاریخ انتشار: ۱۴۰۰/۶/۱