

Review of corruption in the health Sector: theory, methods and interventions

Hossein Joodaki¹ , Arash Rashidian²

Submitted: 15.3.2010

Accepted: 23.5.2010

Abstract

As health care delivery systems develop, and their cost - as a percentage of total society expenditure - increases, policy-makers are more and more concerned about how to control these spiraling costs. An important section of policy makers' efforts to reduce costs is concentrated on preventing wastage in the health system. While a significant part of the resource wastage is due to inefficiencies in health system delivery, corruption and health care fraud and abuse are also to blame. The nature and the rate of corruption in the health care differ from one country to another. Still all countries encounter this problem and invest in interventions to combat corruption. Here we provide the readers with translated version of a very useful and readable paper by Vian. The paper reviews and summarizes the theories, methods, and interventions to combating corruption in health care.

1- PhD Student in Healthcare management, Department of Health Management & Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences.

2- Associate professor. Department of Health Management & Economics, School of Public Health, Tehran University of medical Sciences.

فساد در نظام سلامت: تئوری، روش ها و مداخلات

حسین جودکی^۱، دکتر آرش رشیدیان^۲

تاریخ پذیرش: ۸۹/۳/۲

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۲/۱۵

مقدمه مترجمان

با گسترش خدمات ارایه شده در نظام سلامت و بزرگتر شدن سهم این خدمات در کل هزینه های جامعه توجه سیاست گذاران به کنترل هزینه های سلامت روزافزون شده است. نتیجه طبیعی نگرانی از افزایش هزینه ها، توجه بیش از پیش به موضوع هدر رفت منابع در نظام سلامت است. بخشی از این هدررفت به دلیل فساد و تقلب مرتبط با خدمات سلامت بوده که تبعات مالی و غیرمالی جبران ناپذیری بر مردم و نظام سلامت وارد می کند. با اینکه انواع و اندازه ی فساد و تقلب در ارایه خدمات سلامت از کشوری به کشور دیگر متفاوت است اما می توان گفت تمامی نظام های سلامت به نوعی با این مشکل دست به گریبان بوده و به دنبال راههای مقابله با آن هستند. متن حاضر ترجمه یکی از بهترین مقالاتی است که تئوری ها، روش ها و مداخلات مربوط به مقابله با فساد در نظام سلامت را مرور و خلاصه نموده است.

چکیده مقاله اصلی

سیاستگذاران، برنامه ریزان و کسانی که به نظام های سلامت کمک مالی می کنند علاقه دارند تا تاثیر فساد بر دسترسی به خدمات و پیامدهای سلامت را بدانند. تلاش هایی که برای فهم خطر سوء استفاده از قدرت در جهت منافع شخصی -یا همان فساد- انجام شده است، ارتباط بین فساد و عوامل مختلف مدیریتی، مالی و حاکمیتی را نشان داده اند. دانشمندان علوم رفتاری و انسان شناس ها نیز به عوامل فردی و اجتماعی اشاره کرده اند که بر رفتار کارکنان دولت و مشتریان آنها تاثیر می گذارد. این مقاله چهارچوبی جامع برای جمع بندی نتیجه این تلاش ها ارایه می کند و در آن روش هایی گفته می شود که با استفاده از آنها زمینه ها، فشارها و دلایلی که موجب فساد در نظام سلامت می شوند تشریح و اندازه گیری می شوند. مقاله، کاربرد مداخلات مرتبط را با بیان مثال هایی در نظام سلامت بحث نموده و نشان می دهد چگونه تئوری به عنوان مبنایی برای پژوهش و عمل قرار می گیرد. همچنین چالش های اجرای استراتژی های ضد فساد در شرایط خاص محلی و جهت گیری مطالعات مورد نیاز در آینده مورد توجه قرار گرفته است.

کلمات کلیدی:

فساد، پرداخت های غیررسمی، سیاستگذاری سلامت، مدیریت خدمات سلامت، شفافیت، پاسخدهی، کشورهای در حال توسعه، سلامت بین الملل

۱- دانشجوی دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران (* نویسنده مسئول). آدرس: تهران- میدان انقلاب- خیابان پور سینا- دانشگاه علوم پزشکی تهران- دانشکده بهداشت- گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت. تلفن: ۰۹۱۲۸۰۷۰۹۱۳ Email: hjoadaki@razi.Tums.ac.ir
۲- دانشیار گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران؛ ریس موسسه ملی تحقیقات سلامت؛ معاون پژوهشی مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران.
• ترجمه پس از مکاتبه با نویسنده و دریافت اجازه ترجمه انجام شده است.

مقدمه:

فساد یک مشکل فراگیر و تاثیرگذار در نظام سلامت است. شواهد بسیاری اثرات منفی فساد بر سلامت و رفاه شهروندان و خانواده ها را نشان داده اند (مک‌پیک و همکاران، ۱۹۹۹؛ گوپتا و همکاران، ۲۰۰۲؛ ازفر، ۲۰۰۵؛ لویس، ۲۰۰۶؛ رز، ۲۰۰۶). در ده سال گذشته تلاش‌هایی که در جهت مبارزه با فساد صورت گرفته توجه دولت‌های ملی و سازمان‌های مدنی را به خود جلب کرده است (بانک جهانی، ۲۰۰۰؛ موسسه شفافیت بین الملل، ۲۰۰۶). با وجود آنکه برای مبارزه با فساد اصلاحات جامع و فراگیر از سوی دولتها ضروری است اما اقدامات خاص هر بخش نیز می‌تواند به طور همزمان دنبال شوند، حتی اگر اراده سیاسی لازم برای انجام اصلاحات فراگیر وجود نداشته باشد (اسپکتر، ۲۰۰۵). اصلاحاتی که به قصد مبارزه با فساد انجام می‌شوند در صورتی موفق خواهند بود که مبتنی بر تئوری و شواهد بوده و منطبق با شرایط موجود اجرا شوند. تلاش‌هایی که برای توصیف چگونگی سوءاستفاده از قدرت در جهت کسب منافع شخصی به عمل آمده اند، نقش ساختار، مدیریت و نحوه اداره نظام سلامت را بر روی فساد نشان می‌دهند. این چهارچوب‌های مفهومی سعی دارند بر اساس اصول اقتصاد و اصول حاکمیت شایسته^۱، به سیاستگذاران نشان دهند که چگونه انحصار دولتی در کنار قدرت لجام گسیخته می‌تواند موجب سوءاستفاده شود. در مقابل، تقویت مسوولیت پذیری دولت، شفافیت، توجه به خواسته‌های شهروندان و تقویت قانونمندی می‌تواند به کاستن از فساد کمک کند.

(لینگارد و همکاران، ۲۰۰۰؛ کافمن و همکاران، ۲۰۰۲). ویژگی‌های فردی و شرایط اجتماعی نیز می‌توانند بر احتمال بروز فساد در کارکنان دولت موثر باشند. (میلر و همکاران، ۲۰۰۱).

این مقاله به توصیف چالش‌هایی می‌پردازد که در اثر فساد در نظام سلامت به وجود می‌آید. پس از آن با آرایه تصویری از انواع فساد، چهارچوبی نظری ترسیم خواهد کرد که در آن عوامل موثر بر فساد، روشهای مورد استفاده برای شناسایی و اندازه‌گیری سوءاستفاده از قدرت (فساد) و در نهایت راهبردهای مناسب برای مقابله با فساد در نظام سلامت معرفی و شرح داده خواهند شد. در پایان، پیشنهادهایی برای انجام مطالعات کاربردی برای افزایش درک ما از مساله فساد و کمک به سیاستگذاران برای طراحی مداخلات موثر آرایه می‌شوند.

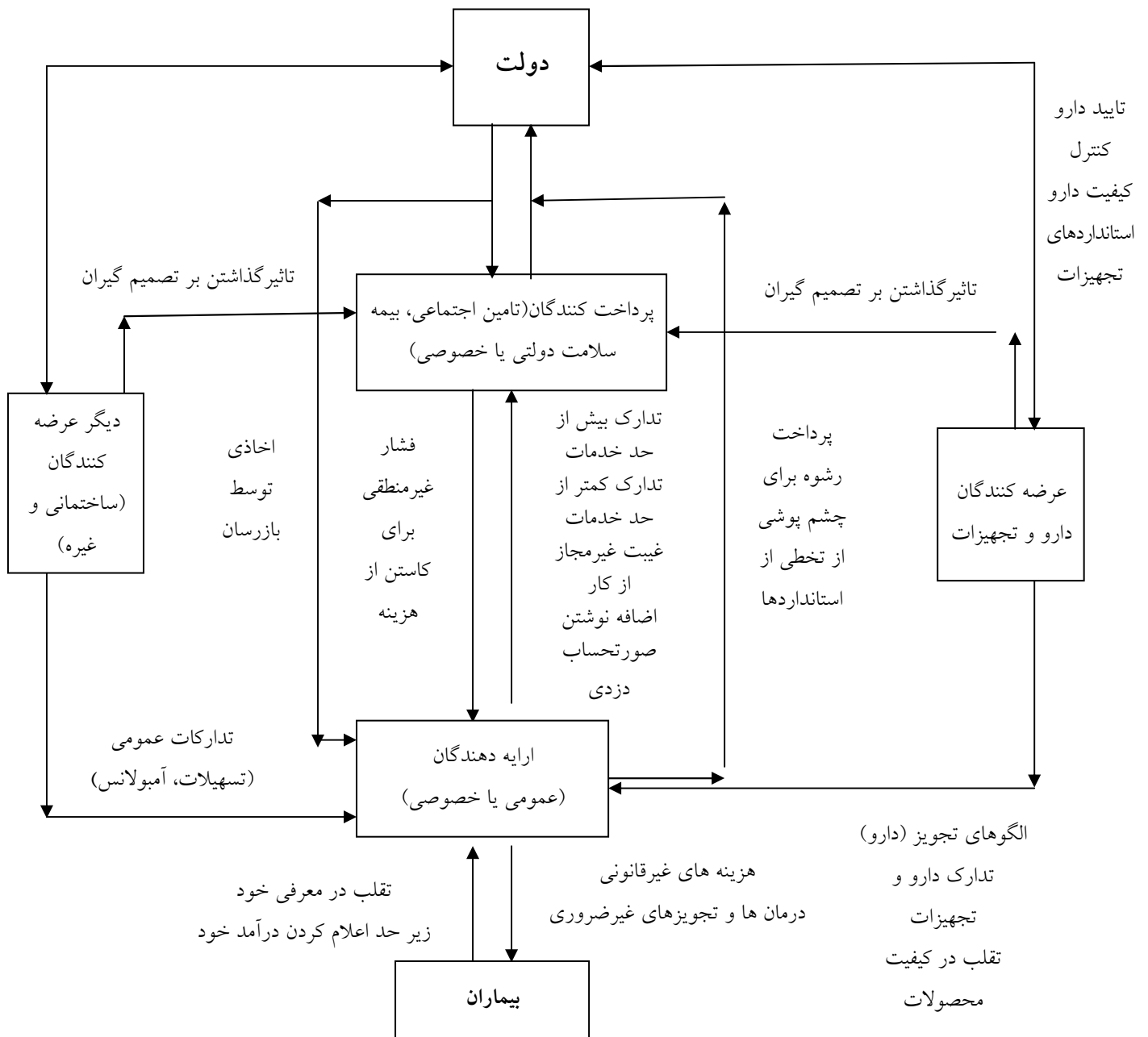
فساد چیست؟

موسسه شفافیت بین الملل^۲ فساد را چنین تعریف می‌کند: "سوءاستفاده از قدرت امانت داده شده برای کسب منافع شخصی". فساد وقتی اتفاق می‌افتد که کارکنان دولتی از مقام و اختیار خود نه در جهت نیل به اهداف عمومی بلکه در مسیر کسب منافع شخصی خود و نزدیکانشان استفاده کنند. فساد در نظام سلامت را می‌توان با بررسی نقش و روابط عناصر آن و شناسایی زمینه‌های بالقوه سوءاستفاده (از قدرت) تحلیل کرد (انسور و آنتونیو، ۲۰۰۲؛ سیوداف، ۲۰۰۶). این دیدگاه سازمانی در شکل یک نشان داده شده است.

^۲ - Transparency International

^۱ - Good Governance

شکل یک : پنج بازیگر کلیدی نظام سلامت



Source: Savedoff and Hussmann, Chapter 1, The causes of corruption in the health sector, in Transparency International (ed.), Global Corruption Report 2006. London: Pluto Press, p. 7.

راه دیگر نگرستن به انواع فساد بررسی فرایند ارایه خدمات سلامت و سنجش زمینه های بالقوه سوءاستفاده در هر مرحله است. این دیدگاه در جدول یک نشان داده شده است.

جدول ۱: انواع فساد در نظام سلامت

حوزه یا فرایند	انواع فساد و مشکلات	نتایج
ساخت و مرمت مراکز بهداشتی درمانی	رشوه، حق سهم و ملاحظات سیاسی که بر فرایند عقد قرارداد تأثیری گذارد. کسانی که قرارداد می بندند در اجرای آن ناتوانند و پاسخگو نیستند.	هزینه بالا و کیفیت پایین مراکز و ساختمان ها ساخت مراکز در جاهایی که مطابق نیاز نیست که منجر به نابرابری در دسترسی می شود. توزیع نامتناسب زیرساخت ها در مناطق شهری، خدمات خاص و تکنولوژی پرهزینه
خرید تجهیزات، دارو و ملزومات	رشوه، حق سهم و ملاحظات سیاسی که روی شرایط مناقصه و برنده آن تأثیر می گذارد. تبانی و تقلب در مناقصه فقدان انگیزه برای انتخاب عرضه کنندگانی که کیفیت بهتر و هزینه کمتری دارند. تبلیغ غیر اخلاقی دارو عرضه کنندگان در اجرای تعهدات خود ناتوانند و پاسخگو نیستند.	هزینه های بالا، داروها و تجهیزات نامناسب یا بیش از نیاز توزیع نامناسب تجهیزات بدون لحاظ کردن نیاز واقعی داروها و تجهیزات زیر استاندارد نابرابری به دلیل عدم وجود سرمایه کافی برای برآوردن همه نیازها
توزیع و استفاده از دارو و ملزومات برای ارائه خدمات	دزدی (برای استفاده شخصی) یا انحراف چرخه عرضه داروها یا ملزومات از انبارها و نقاط توزیع (در جهت فروش مجدد در بخش خصوصی) فروش داروها و ملزوماتی که قرار بوده رایگان باشند.	استفاده کمتر از حد بیماران درمان مناسب دریافت نمی کنند. بیماران باید برای دریافت دارو مبالغ غیر رسمی بپردازند. وقفه در درمان بیمار یا درمان ناکامل بیماران که منجر به مقاومت دارویی می شود.
مقررات مربوط به کیفیت محصولات، خدمات، مراکز و کارکنان	پرداخت رشوه برای تسریع فرایند یا به دست آوردن مجوز ثبت دارو، بازرسی کیفیت دارو، یا گواهینامه تأیید تولید مناسب دارو رشوه یا ملاحظات سیاسی نتایج بازرسی را تحت تأثیر قرار می دهد یا اینکه یافته ها را بی اثر می کند. به کارگیری سوگرایانه مقررات بهسازی در مورد رستوران ها، تولید کنندگان مواد غذایی و تولیدکنندگان مواد آرایشی به کارگیری سوگرایانه فرایندهای اعتباربخشی، اعطای گواهینامه، رویه ها و استانداردهای اعطای مجوز	داروهای تقلبی و غیر موثر اجازه ورود به بازار می یابند. عرضه کنندگان طردشده، اجازه می یابند در مناقصه ها شرکت کرده و از کمک دولت استفاده کنند. بروز بیشتر موارد مسمومیت غذایی افزایش گسترش بیماریهای عفونی و واگیر مراکز بی کیفیت اجازه می یابند کار خود را ادامه دهند.
آموزش کارکنان بهداشتی	پرداخت رشوه برای رفتن به دانشکده پزشکی یا دیگر مراکز آموزشی قبل از کار پرداخت رشوه برای دریافت نمره و کسب مدرک ملاحظات سیاسی و خویشاوندگرایی در انتخاب افراد برای فرصت های آموزشی	افراد بی صلاحیت و ناشایسته در امور پزشکی و دیگر مشاغل مرتبط فعالیت خواهند کرد. از بین رفتن ایمان و آزادی به خاطر ناعادلانه بودن سیستم
تحقیقات پزشکی	انجام شبه پژوهش هایی توسط شرکت های دارویی به هدف تقویت بازاریابی	تجاوز به حقوق شخصی افراد سوگیری و بی عدالتی در پژوهش
ارایه خدمات توسط پرسنل پزشکی و دیگر کارکنان بهداشتی	استفاده از مراکز و تجهیزات دولتی برای معالجه بیماران خصوصی ارجاع غیرضروری بیماران به بخش خصوصی یا مراکز پاراکلینیک که ارجاع دهنده در آنها منافی دارد. غیبت غیرمجاز از کار پرداخت های غیررسمی از سوی بیماران برای دریافت خدمت ضروری دزدیدن مبالغ پرداخت شده توسط بیماران یا دیگر اشکال انحراف بودجه تخصیص داده شده از مسیر اصلی خود	ارزش سرمایه گذاری دولت بدون جبران کافی از بین می رود. کارکنان برای ارائه خدمات به بیماران در سر کار خود نیستند که این باعث می شود خدمت کمتری ارائه شود، نیازهای بیماران برآورده نشده، هزینه- واحد خدماتی که واقعا ارایه شده است بالا رود. بیمارانی که توانایی پرداخت ندارند به میزان کمتری از خدمات بهره خواهند برد. فقر و بینوایی مردم تشدید شده و آنها باید علاوه بر درآمد، اموال خود را نیز بفروشند تا بتوانند هزینه ها را پرداخت کنند. کاهش کیفیت خدمات ناشی از فقدان درآمد (مراکز) از بین رفتن اعتماد شهروندان به دولت

Source: Vian T, The sectoral dimensions of corruption: health care, Chapter 4 in Spector BI (ed.). Fighting corruption in developing countries. Bloomfield, CT: Kumarian Press Inc., 2005, p. 45-46.

دو طرف و بی‌کشمش بودن تقاضای خدمات (قیمت خدمات بر مقدار تقاضا تاثیر کمی دارد) در معرض بروز خطر فساد است. این موارد فساد شامل تجویز نادرست آزمایش‌ها و پروسیجرها برای افزایش سود شخصی، پرداخت‌های زیرمیزی برای خدمات، غیبت کارکنان از محل کار خود و استفاده از منابع عمومی برای کار خصوصی می‌شود (دی تلا و سیوداف، ۲۰۰۱).

باید به این نکته توجه داشت که تعریف فساد از یک کشور به کشور دیگر و حتی در درون مناطق مختلف یک کشور متفاوت است (وارنر، ۲۰۰۰). اغلب نمی‌توان مرز مشخصی بین رشوه و هدیه ترسیم کرد. آنچه در یک کشور تحت عنوان هدیه به صورت طبیعی دریافت می‌شود ممکن است در کشور دیگر به عنوان یک اقدام غیر قانونی در نظر گرفته شود (گال و مک‌کی، ۲۰۰۵). مثال دیگری از این دست، پرداخت‌های غیررسمی یا غیراداری است که کارکنان نظام سلامت دریافت می‌کنند. چند مطالعه اخیراً این مشکل را با جزییات بیشتر تشریح نموده‌اند (لویس، ۲۰۰۲؛ آلین و همکاران، ۲۰۰۶؛ لویس، ۲۰۰۷؛ تاتار و همکاران، ۲۰۰۷).

مدل مفهومی فساد در نظام سلامت

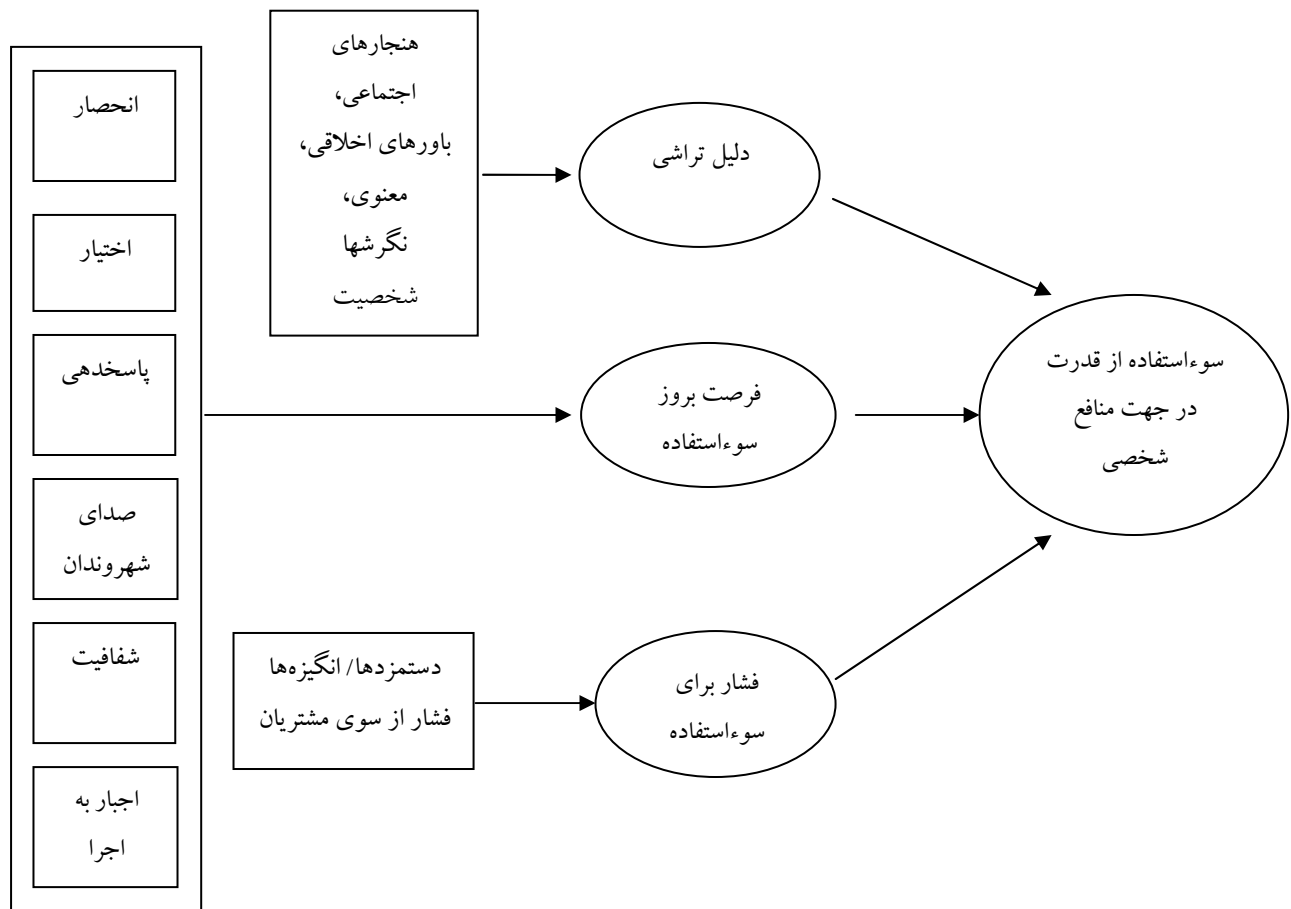
شکل دو با ترکیب تعدادی از مفاهیم و مدل‌هایی که در مطالعات قبلی به دست آمده است چهارچوب مفهومی فساد در نظام سلامت را نشان می‌دهد (لیتگارد، ۱۹۸۸؛ دی تلا و سیوداف، ۲۰۰۱؛ راموس، ۲۰۰۳؛ برینکرهاف، ۲۰۰۴؛ الیور، ۲۰۰۴؛ لویس، ۲۰۰۶؛ فانگ و همکاران، ۲۰۰۷).

خطر بروز فساد در نظام سلامت تحت تاثیر عوامل سازمانی مختلفی است. همانطور که سیوداف (۲۰۰۶) خاطرنشان می‌سازد نظام سلامت به دلایل زیر، به طور ویژه در مقابل فساد آسیب پذیر است:

- عدم اطمینانی که در مورد تقاضای خدمات وجود دارد (چه کسی بیمار می‌شود؟ چه موقع؟ و به چه خدماتی نیاز خواهد داشت؟)
 - بازیگران مختلف و پراکنده‌ای که در تعامل پیچیده با هم هستند مانند قانونگذاران، پرداخت‌کنندگان، ارایه‌دهندگان خدمات، مصرف‌کنندگان و عرضه‌کنندگان.
 - نابرابری اطلاعاتی بین بازیگران مختلف.
- این دلایل باعث می‌شود شناسایی و کنترل بازیگران مختلف و هم‌راستا کردن منافع آنها کار دشواری باشد. باید در نظر گرفت که نظام سلامت به لحاظ میزان اعتمادی که به بخش خصوصی برای نیل به اهداف عمومی می‌کند و حجم عظیمی از منابع عمومی که (در بسیاری از کشورها) دریافت می‌کند یک بخش غیرمعمول است (سیوداف، ۲۰۰۶).

هزینه بالای ساخت بیمارستان، تجهیزات با تکنولوژی پیشرفته و افزایش داروهای جدید و گرانتیمنت برای درمان بیماریها به همراه وجود بازارهای قدرتمندی از فروشندگان و شرکتهای دارویی، افزایش ریسک رشوه‌دهی و تضاد منافع در این بخش را به همراه دارد (لانتمن، ۲۰۰۱؛ کاسیرر، ۲۰۰۶). اختیاراتی که کارکنان دولتی در اعطای امتیاز و اعتبار سنجی مؤسسات، کالاها و خدمات بهداشتی درمانی دارند احتمال بروز سوءاستفاده از قدرت و انحراف در مصرف منابع را افزایش می‌دهد. رابطه بیمار-ارایه‌دهنده نیز به دلیل نابرابری اطلاعاتی

شکل دو: چهارچوب فساد در نظام سلامت



نظام و ساختار خدمات سلامت

- بیمه
- جدایی پرداخت کننده - ارایه دهنده
- نقش بخش خصوصی

انواع سوءاستفاده:

- ساخت بیمارستان
- خرید (تدارکات)
- پرداخت های غیررسمی

منابع

- درآمد کم یا زیاد
- وابستگی به اهداکننده،
- دریافت منابع به مقدار زیاد

آنها داده می شود. در زیر شرح عوامل مذکور و کاربرد مدل در نظام سلامت بیان می شود. در ابتدا زمینه ها و فرصت هایی که امکان بروز فساد را افزایش می دهد بیان می شود. مطابق تئوری اقتصاد، کارکنان هزینه ها و منافع اعمال فسادآلود را با هزینه ها و منافع اعمال طبیعی مقایسه می کنند و عملی را انتخاب می کنند که منفعت اش برایشان بیشتر باشد (جین و پاراویسینی، ۲۰۰۱). هنگامی که کارکنان دولت موقعیت انحصاری نسبت به مراجعان داشته و از قدرت فراوان

اگر از دیدگاه کارگزاران (مستخدمان) دولت به فساد نگاه کنیم این چهارچوب سه نیروی پیش برنده فساد را نشان می دهد: اول آنکه مشتریان و یا انگیزه های مالی، کارکنان را به انجام اعمال متقلبانه ترغیب می کنند، دوم اینکه کارکنان تمایل دارند رفتار خود را منطقی و عقلانی جلوه دهند و اعمال خود را توجیه کنند (نگرشها و هنجارهای اجتماعی از تصمیم آنها پشتیبانی می کند) و سوم آنکه کارکنان به فساد گرایش پیدا می کنند چون زمینه و فرصت سوءاستفاده از قدرت به

کاهش فساد، هر یک از وظایف تکمیل درخواست خرید، بررسی درخواست و حمل و نقل را کاملاً جدا و به افراد متفاوتی سپرد و کارکنانی که این وظایف را انجام می دادند صرفاً به اطلاعات مربوط به خود دسترسی داشتند. با انجام این اقدامات احتمال تبانی و انحراف به حداقل رسید (ویان، ۲۰۰۶). البته در صورتی که تعداد کارکنان آنقدر کم باشد که نتوان وظایف را بین آنها تقسیم کرد و یا زمانی را برای کنترل اختصاص داد اصلاحاتی که هدف آنها کنترل قدرت است قابل انجام نیستند. همچنین اگر بین کارکنان سطوح مختلف، تبانی شدید وجود داشته باشد این اصلاحات به نتیجه دلخواه نمی رسند.

پاسخدهی^۳ به این معناست که دولت خود را ملزم بداند شایستگی و اثربخشی اش را در توجه به نیازها و خواست های مردم، تولید کالاها و خدمات مورد نیاز آنها و نیل به اهداف عمومی به اثبات برساند (سگال و سامرز، ۲۰۰۲). نبود پاسخدهی زمینه و فرصت فساد را به وجود می آورد. برینگرهاف (۲۰۰۴) سه جزء کلیدی پاسخدهی را چنین عنوان می کند: اندازه گیری اهداف و نتایج، تشریح و توجیه این نتایج برای ناظران داخلی یا خارجی، و مجازات عملکردهای ضعیف یا فسادآلود. راهبردهایی که به بالا بردن پاسخدهی کمک می کنند شامل موارد زیر می شوند: تقویت نظام های اطلاعاتی که چگونگی تبدیل داده ها به ستاده ها را اندازه گیری می کنند، وجود سازمانهای ناظر، وجود هیات مدیره های بهداشتی و دیگر ساختارهای مشابه مانند نهادهای مدنی که به دنبال پاسخدهی در قبال نتایج، پاداش دهی به عملکردهای خوب و مجازات عملکردهای ضعیف هستند. در آفریقای جنوبی یک سیستم برنامه ریزی و گزارش دهی در سطح شهرستان برای بهبود کنترل مدیریت و پاسخگو نگه داشتن کارکنان دولت در قبال تصمیم هایشان مورد استفاده قرار گرفت. این سیستم با ترکیب داده های مالی و حجم ارایه خدمات، کلینیک ها و برنامه هایی را که شاخص های غیر معمولی داشتند شناسایی نمود و به کارکنان اجرایی کمک کرد علل ریشه ای تفاوت عملکردها و فساد های احتمالی را دریابند (ویان و کالینز، ۲۰۰۶).

صدای شهروندان^۴ به این موضوع برمی گردد که آیا برای مشارکت فعال ذینفعان در برنامه ریزی و ارایه خدمت، کانالها و ابزارهای مناسبی وجود دارد یا خیر (تامپسون، ۲۰۰۵؛ لویس، ۲۰۰۶؛ میلوا، ۲۰۰۶). هدف از این کار افزایش پاسخدهی بیرونی دولت هاست. راهبردهایی که برای بهبود توجه به صدای شهروندان به کار گرفته می شود شامل موارد

برخوردارند و یا در قبال نتایج تصمیمات خود پاسخدهی کافی ندارند زمینه و فرصت بروز فساد بیشتر می شود (لیتگارد، ۱۹۸۸).

انحصار^۱ از طریق محدود کردن توانایی مردم در انتخاب سایر ارایه دهندگان، فرصت فساد را فراهم می آورد. برای مثال اگر دولت ارایه دهنده انحصاری خدمات پزشکی باشد ممکن است بیماران مجبور شوند برای دسترسی به خدمات رشوه پرداخت کنند. راهبردهای عمومی برای کاستن از نقش انحصاری دولت شامل اصلاح نظام سلامت به روش های زیر می باشد: جدایی پرداخت کننده و ارایه دهنده خدمات، خصوصی سازی یا عقد قرارداد برای خرید خدمت در حالتی که تعداد ارایه دهندگان زیاد است و افزایش تعداد کارگزاران دولتی که خدمات خاصی را ارایه می دهند (لیتگارد و همکاران، ۲۰۰۰). در یکی از معدود مطالعاتی که رابطه بین نقش انحصاری دولت و فساد در نظام سلامت را در بولیوی بررسی کرده است محققان دریافتند وجود جایگزین برای خدمات دولتی (وجود رقابت) با کاهش سطح پرداخت های غیررسمی (زیرمیزی) مرتبط است (گری مولینا و همکاران، ۲۰۰۱).

اختیار^۲ برمی گردد به توان عوامل دولت برای تصمیم گیری، مثلاً نیرو استخدام کنند یا اینکه بگویند چه داروهایی و به چه مقداری مورد نیاز است. ارایه دهندگان خدمات بالینی نیز از این قدرت برخوردارند به عنوان مثال آنها هستند که تعیین می کنند بیمار باید چه خدماتی و به چه اندازه دریافت کند. وقتی اختیار لجام گسیخته باشد و کنترل کافی بر روی آن نباشد فرصت های فساد به وجود می آید. برای مثال یک رییس بخش می تواند یکی از خویشاوندان بی صلاحیت خود را جهت کار استخدام کند یا یک کارمند بخش تدارکات می تواند یک داروی جدید گرانقیمت را به مقدار بیش از نیاز خریداری کند تا بتواند از فروشنده حق سهم دریافت کند.

هدف راهبردهای مقابله با فساد در این زمینه آنست که بدون آنکه بوروکراسی مضر و ناکارآمد را افزایش دهند قدرت لجام گسیخته را کنترل نمایند؛ برای مثال: وظایف بین کارکنان به گونه ای تقسیم شود که امکان بررسی کار فرد قبلی و ایجاد تعادل وجود داشته باشد، فرایند تصمیم گیری از طریق استاندارد کردن سیاست ها و رویه های اجرایی شفاف شود و نظام های اطلاعات مانند مدیریت پرسنلی، کنترل موجودی دارو، کنترل مالی داخلی و غیره تقویت شوند. یک شرکت توزیع دارو در آفریقای جنوبی برای کنترل اختیارات و

³ - Accountability

⁴ -Citizen voice

¹ -Monopoly

² -Discretion

اطلاعاتی عمومی، جلسات عمومی و رسانه هاست (بانک جهانی، ۲۰۰۳). اقداماتی که در آرژانتین، مراکش و اوگاندا برای بهبود شفافیت انجام شده است طیفی از مداخلات ممکن را نشان می دهد. وزارت بهداشت آرژانتین یک سیستم پایش قیمت طراحی کرد که در آن قیمت خرید داروها در ۳۳ بیمارستان عمومی قابل ردگیری شد و این اطلاعات برای همه بیمارستانها به اشتراک گذاشته شد. نتیجه آن شد که قیمت های خرید فوراً به طور متوسط ۱۲٪ کاهش یافت و برای مدت یک سال زیر قیمت پایه باقی ماند (اسکارگروفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). در کرواسی بیمارستانها ملزم شدند لیست انتظار بیماران را در معرض دید عموم قرار دهند تا پزشکان نتوانند افراد خاصی را با گرفتن رشوه به بالای لیست منتقل کنند (موسسه شفافیت بین الملل، ۲۰۰۶). در اوگاندا یک راهبرد اطلاع رسانی برای کاهش انحراف و هدر رفتن کمک هزینه های تحصیلی دانش آموزان که به مدارس محلی داده می شد به کار گرفته شد (مشکل از طریق انجام یک مطالعه و ردگیری هزینه های عمومی شناسایی شده بود). در این راهبرد مبلغ کمک هزینه ابتدا از طریق روزنامه به اطلاع مردم می رسید و سپس از طریق پست به مدرسه ارسال می شد. در حالی که قبل از اجرای این تصمیم اصلاحی فقط ۱۳٪ مبلغ کمک هزینه به مدارس می رسید پس از انجام مداخله ۸۰ تا ۹۰ درصد آن به گیرندگان اصلی رسید (رینیکا و اسونسون، ۲۰۰۲).

کشف و اجبار به اجرا^۴ شامل اقداماتی می شود که طی آن مدارک مربوط به وقوع فساد جمع آوری و فردی که در فساد درگیر شده است تنبیه می شود. هدف این اقدامات خلاص شدن از دست کارکنانی است که از قدرت و اختیار خود سوءاستفاده می کنند و باز داشتن و ترساندن دیگران برای پیشگیری از فسادهای احتمالی در آینده است. مکانیسم های برخورد می تواند در درون وزارت بهداشت تعبیه شود (مانند دفتر بازرسی عمومی^۵ یا ممیزی درونی^۶ در وزارت بهداشت آمریکا) یا اینکه در خارج از ساختار وزارت بهداشت از طریق سیستم پلیسی یا سیستم قضایی پیگیری شود. کشف و اجبار به اجرا، فعالیت هایی مانند مراقبت، کنترل ثقل، بازرسی (از جمله بازرسی توسط مطبوعات) امنیت داخلی، دادن پاداش برای افشاگری^۷ و تنبیه را شامل می شوند. یک سیستم با انضباط و موثر می تواند پاسخدهی را افزایش داده و نسبت به وقوع فساد بازدارنده باشد اما در عین حال طراحی چنین

زیر هستند: هیات مدیره های بهداشتی محلی که در آنها شهروندان می توانند در فرایندهای برنامه ریزی و بودجه ریزی مشارکت کنند، بررسی رضایتمندی بیماران، توجه به دفاتر رسمی رسیدگی به شکایات برای ثبت و پیگیری اقدامات غیراخلاقی و فسادآمیز. بررسی مرکز آموزش شهروندی^۱ (<http://www.civiced.org>) در کشورهایی مانند روسیه، لیتوانی و اندونزی نشان می دهد آموزش شهروندی اراده و خواست مردم برای مشارکت در جامعه مدنی و زندگی سیاسی را افزایش می دهد. همچنین این آموزش ها مهارت آنها را در بیان مشکلات خود بهبود می بخشد. در بولیوی فعالیت های مدیره های بهداشتی یک مانع مهم در مقابل پرداخت های غیررسمی بوده است و باعث تهیه اقلام ضروری توسط دولت با قیمت پایین تر شده است (گری مولینا، ۲۰۰۱). با این حال شنیدن صدای شهروندان همیشه آسان نیست؛ در کشورهایی که مشارکت شهروندان برای سالهای متمادی محدود یا سرکوب شده است تجارب اندکی در مورد راه اندازی سازمانهای غیردولتی یا دیگر اشکال فعالیت مدنی وجود دارد و توسعه رویکردهای موثر در این زمینه کار زیادی لازم دارد. به علاوه انگیزه ها و سیستم پاسخدهی باید به نحوی تغییر جهت داده شود که هیات مدیره های محلی - که تجلی صدای شهروندان هستند - قدرت داشته باشند بر تصمیمات کارکنانی که از سوی مرکز استخدام و اداره می شوند تاثیر بگذارند (لويس، ۲۰۰۷).

شفافیت^۲ مفهوم دیگری است که کاملاً به پاسخدهی مرتبط است. ایده ای که در پشت مفهوم شفافیت وجود دارد آنست که با آشکارسازی فعالانه رویه های تصمیم گیری و نحوه اندازه گیری عملکرد می توانیم به شهروندان کمک کنیم بهتر و عمیق تر بیاندیشند و انتخاب های آگاهانه تری انجام دهند و مسوولیت پذیری تقویت شود. به علاوه شفافیت کمک می کند اطلاعاتی که در زمینه گستره و نتایج فساد وجود دارد ثبت و انتشار یابد. این اطلاعات به برنامه هایی که برای مقابله با فساد طراحی می شوند کمک خواهد کرد.

سیاست های شفاف سازی شامل تعهد دولت به آشکارسازی رسمی اطلاعات و تقویت نهادهای مدنی و رسانه ها می باشد (فانگ و همکاران، ۲۰۰۷). راهبردهایی که برای افزایش شفافیت به کار گرفته می شود شامل طراحی " کارت های گزارشدهی"^۳ برای خدمات عمومی، پایش قیمت ها و اطلاع رسانی اسناد و مصوبات دولت از طریق وب سایت ها، بانک های

⁴ - Detection and enforcement

⁵ - Inspector General's Office

⁶ - Internal Audit

⁷ - Whistle-blowing

¹ - Center for Civic Education

² - Transparency

³ - Report Cards

مورد مذاکره، هدیه دادن، مسوولیت مشترک، قدرت و نظایر آن آرایه می شوند در واقع فساد را در جامعه مستقر می کنند. بنابراین در هنگام طراحی سیاستها و مداخلات برای مقابله با فساد باید به این هنجارهای اجتماعی و استدلال ها توجه نمود (دساردن، ۱۹۹۹).

مطالعات بسیار کمی وجود دارد که این مفاهیم را به فساد در نظام سلامت ارتباط داده اند اما به هرحال این یک حوزه مهم برای انجام مطالعات بعدی است. درک واضح این مفاهیم کمک می کند برنامه آموزشی کارکنان و دستورالعمل های اجرایی بهتر تدوین شوند و توجیهات گمراه کننده ای که ممکن است باورهای افراد را تحت تاثیر قرار دهند اصلاح و مدل سازی نقش افراد مؤثرتر انجام شود.

ویژگی های شخصیتی افراد و همچنین ویژگی های جمعیتی شناختی می تواند برای توضیح فساد کمک کننده باشد. هسینگ و همکاران که رابطه بین ویژگی های شخصیتی و فرار از پرداخت مالیات را مطالعه نمودند مشاهده کردند افرادی که صفات فردی آنها بیانگر خودبینی و خودمداری است (مثلا رفتارهای غیر قانونی انجام می دهند و جهت گیری رقابتی دارند) بیشتر از دیگران از پرداخت مالیات فرار می کنند (هسینگ و همکاران، ۱۹۸۸).

راهبرد هایی که در آنها کارکنان دولت با دقت انتخاب و آموزش داده می شوند می تواند به تخفیف این موضوع کمک کند. جنسیت و وضعیت ازدواج نیز می تواند با میزان فساد در ارتباط باشد. مطالعه گیدین و همکاران در بیمارستانهای بوگوتا^۴ نشان می دهد وقتی کاربرد مجرد باشد یا زن باشد قیمت خرید اقلام پایین تر است (گیدین و همکاران، ۲۰۰۱).

فشار برای سوءاستفاده^۵: یک کارمند دولتی ممکن است بدین دلیل به اموال عمومی دستبرد بزند که زیر فشار بدهی های مالی است یا اینکه چون حقوق دولتی بسیار پایین است، از عهده مخارج زندگی بر نمی آید و مجبور به دریافت غیررسمی می شود. یک راهبرد برای توجه به این مساله ارزیابی حقوق دریافتی کارکنان در بدو استخدام و تجدید نظر در آن به صورت دوره ای است (ویان، ۲۰۰۶). افزایش حقوق به عنوان راه حلی برای کاهش فشار مالی که کارکنان را به سمت فساد هدایت می کند در نظر گرفته می شود (ون لرببرگ و همکاران، ۲۰۰۲؛ فرینو و همکاران، ۲۰۰۴). با این حال اگر زمینه و بستر فساد و همچنین انگیزه های سوق

سیستمی ممکن است نیاز به انجام تغییرات دشوار در فرهنگ سازمانی داشته باشد. بیمارستانی در کامبوج وقتی دید نمی تواند کارکنان خود را تنبیه کند (اختیارات زیادی ندارد) از پرداخت پاداش به کارکنانی که عملکرد ضعیفی داشت خودداری کرد (باربر و همکاران، ۲۰۰۴). در واقع این شروعی برای تغییر دادن انگیزه ها بود.

دلیل تراشی^۱: علاوه بر عوامل سازمانی و نهادی که زمینه و فرصت فساد را فراهم می کنند دانشمندان علوم رفتاری به بررسی راه های تاثیر باورهای شخصی، نگرش ها و هنجارهای اجتماعی بر بروز فساد می پردازند. احساس تعهد اخلاقی و ملاحظه دیگران در حرفه پزشکی و کارکنانی که در خدمات عمومی مشغول به کارند تاثیر بسزایی بر رفتار آنان دارد (رانسدال و گیبسون، ۱۹۹۱؛ کارلند، ۱۹۹۵؛ راتس و همکاران، ۱۹۹۵) اما محققان خاطر نشان می سازند با سست شدن این ارزش ها خلایق به وجود می آید که در آن اعمال فسادآمیز توجیه می شوند (میلر و همکاران، ۲۰۰۱).

میلر و همکاران این فرضیه را مطرح کرده اند که گسست اقتصادی و سیاسی شدید همانند آنچه در کشورهای کمونیست سابق اروپایی و کشورهای جنوب آسیا از سال ۱۹۹۱ رخ داد می تواند از طریق درهم ریختن ارزشها در ایجاد مشکل فساد تاثیر گذار باشد. برای مثال سرمایه داری می گوید "هر چیزی قیمت خودش را دارد". به نظر می رسد این شعار دنبال کردن منفعت شخصی را حتی در درون نهادهای عمومی تصدیق می کند. ممکن است کار به جایی برسد که کارکنان دولت وقتی به جای منافع عمومی منافع شخصی را دنبال می کنند احساس تضاد و عذاب وجدان نکنند. دیگر دانشمندان علوم اجتماعی به مفهومی تحت عنوان "منطق عمل گرایی"^۲ توجه کرده اند که می تواند در تشریح فساد در فرهنگهای مختلف کمک کننده باشد. بررسی پل برادوین - انسان شناس - نشان داد که در هایتی وقتی یک اهداکننده کمک غیرمنتظره ای به یک برنامه بهداشتی می کند، رهبران جامعه آنرا برای توسعه موقعیت اقتصادی و شهرت خویش صرف می کنند و این با توجه به هنجارهای فرهنگی آن جامعه عملی منطقی و قابل درک قلمداد می شود (برادوین، ۱۹۹۷). به همین ترتیب اولیور دساردن^۳ به بررسی هنجارهای اجتماعی پرداخت که به جوامع آفریقایی اجازه می داد فساد را توجیه کنند. وی دریافت استدلال ها و برهان هایی که در

¹ -Rationalization

² -Practical logic

³ -Olivier de Sarden

⁴ -Bogota

⁵ - Pressures to abuse

اندازه گیری فساد:

اولین قدم برای تبدیل تئوری به عمل اندازه گیری فساد و عواملی است که در بالا توضیح داده شد. با وجود آنکه ابزارهای زیادی برای اندازه گیری فساد و تشریح شرایطی که در آن فساد به وجود می آید وجود دارد اما محققانی که در این زمینه کار کرده اند با دشواری هایی روبرو بوده اند. اول اینکه در کشورهای فقیر به دلیل ضعف سیستمهای مدیریتی، جمع آوری اطلاعات در مورد اقدامات فسادآمیز مانند غیبت غیرمجاز کارکنان و یا درصدی از خریدها که مطابق با استانداردهای از پیش تعیین شده انجام نشده اند امکانپذیر نیست. اندازه گیری سوءاستفاده از قدرت نیز مشکل است زیرا فساد عملی است که اغلب (اما نه همیشه) به صورت مخفی انجام می شود. برای غلبه بر این دشواری ها محققان از معیارهای غیرمستقیم برای اندازه گیری سوءاستفاده از قدرت استفاده کرده اند مثلاً بررسی درک عمومی از فساد یا بررسی قیمت کالاهای خریداری شده برای کشف خریدهای گران (با قیمت بیشتر از معمول). روشهای اندازه گیری فساد در سیستم های سلامت در جدول دو خلاصه شده است و عبارتند از: بررسی درک^۱ از فساد، بررسی هزینه های عمومی و هزینه های خانوار^۲، جمع آوری داده های کیفی^۳ و ارزیابی سیستمهای کنترل^۴. در ادامه، این روشها همراه با ذکر مثالهایی از کاربرد آنها در عمل مورد بحث قرار گرفته اند.

دهنده افراد به سوی فساد تغییر نکنند افزایش حقوق به تنهایی خطر سوءاستفاده را کاهش نمی دهد. بنابراین بعضی اصلاحات سعی کرده اند میزان پرداخت را با میزان نیل به اهداف کیفیت و بهره وری ارتباط دهند و یا اینکه فشار بر کارکنان در جهت افزایش عملکرد باشد. برقراری نظام انگیزشی مبتنی بر عملکرد در تعدادی از کشورهای کم درآمد مانند هاییتی، فیلیپین و کامبوج مطالعه و استفاده شده است (ایچلر و همکاران، ۲۰۰۰؛ علوم مدیریت برای بهداشت، ۲۰۰۱؛ سوترز و گریفیت، ۲۰۰۳؛ داگر، ۲۰۰۶).

کارکنان دولتی ممکن است از جانب مشتریان برای دریافت رشوه تحت فشار قرار گیرند. این موضوع به خصوص وقتی رخ می دهد که مشتریان دچار رنج بیماری باشند و چنین احساس کنند که با پرداخت رشوه بهترین درمان ممکن را دریافت خواهند کرد (ویان و همکاران، ۲۰۰۶). همچنین فشار ممکن است از سوی عرضه کنندگان کالا و ملزومات و دیگر عوامل دخیل در فساد وارد گردد.

¹ - Perception surveys

² - Household and public expenditure surveys,

³ - Qualitative data collection

⁴ - Review of control systems

جدول شماره ۲- اندازه گیری فساد: جمع آوری و تحلیل داده ها

رویکرد	توضیح	مزایا	معایب
بررسی پیمایشی درک از فساد	درک شهروندان یا گروه‌های خاصی از کارکنان را در مورد فساد می‌سنجد. مثال: بررسی پیمایشی درک از فساد بانک جهانی، شاخص درک از فساد موسسه شفافیت بین الملل،	حوزه های قابل توجه یا نگران کننده را نمایان می سازد. اطلاعات پایه فراهم می کند و اجازه می دهد میزان تغییر در طی زمان سنجش شود. وقتی مشکل یکسانی از کارکنان مختلف پرسیده می شود بعضی مسایل روشن می شود. اطلاعات عمومی برای پاسخ دهی بیرونی فراهم می کند.	ایرادهای وارد به روش پژوهش، نتایج ممکن است تحت تاثیر فهم افراد محلی از واژه ها تغییر کند. ممکن است رفتار مشاهده شده با رفتار واقعی تفاوت داشت باشد.
بررسی پیمایشی هزینه‌های عمومی و هزینه‌های خانوار	بررسی پیمایشی خانوارها هزینه های آنها از جمله هزینه مراقبت های بهداشتی درمانی و پرداخت های غیر رسمی را اندازه گیری می کند. تجزیه و تحلیل هزینه های عمومی، جریان منابع عمومی بین سطوح مختلف دولت را شناسایی می کند. مانند بررسی پیمایشی اندازه گیری استانداردهای زندگی بانک جهانی، بررسی پیمایشی رد گیری هزینه های عمومی	جزییات بیشتری در مورد هزینه بهداشتی خانوار برحسب درآمد، منطقه زندگی، رسمی یا غیر رسمی بودن ارائه می دهد. داده ها را می توان با اهداف مقایسه نمود تا معیاری برای پاسخ دهی به دست آورد. به عنوان مثال مبالغ پرداخت شده برای خدماتی که قرار بوده است رایگان باشند، درصدی از هزینه های دولت که واقعا به نقاط تعیین شده جهت ارائه خدمت می رسد.	ممکن است چارچوب داده های موجود به گونه ای نباشد که به فرد اجازه تفکیک پرداخت های رسمی و غیر رسمی را بدهد. بررسی پیمایشی ردگیری هزینه های عمومی، مبتنی بر اسناد و مدارک دولتی است که ممکن است با هم همخوانی نداشته باشند.
جمع آوری داده‌های کیفی	جمع آوری داده های کیفی از طریق مصاحبه های عمیق و بحث گروهی متمرکز برای تعیین حوزه هایی که باید به آنها توجه شود.	در مورد نگرش ها، هنجارها، باورها و فشارها جزئیات خوبی فراهم می کند. به تعریف واژه ها، شفاف شدن نحوه انجام اقدامات فسادآمیز و بهبود بررسی های پیمایشی درک از فساد کمک می کند. امکان پیگیری وجود دارد.	تمایل افراد به این که از نظر اجتماعی مطلوب باشند و همینطور کم گویی برخی افراد سوگیری ایجاد می کند و نتایج را تحت تاثیر قرار می دهد. برای به دست آوردن مفاهیم میان فرهنگی باید به ترجمه و آموزش همکاران پژوهش دقت شود.
ارزیابی سیستم‌های کنترل	خطر ذاتی که در اهداف و شیوه انجام کارها وجود دارد، محیط کنترلی و اقدامات حفاظتی را بررسی می کند. به عنوان مثال: دستورالعمل کنترل داخلی دفتر مدیریت و بودجه آمریکا برنامه های تطابق بیمارستانها برای مبارزه با تقلب در آمریکا ارزیابی صنعت دارویی (WHO,2007)	برای مقایسه سیستم های واقعی با بهترین استانداردهای موجود مناسب است. تحلیل عمیقی از یک بخش یا واحد خاص فراهم می کند.	فرض می کند سیستم ها پایدار هستند بنابراین برای سیستم هایی که دستخوش اصلاحات هستند خوب نیست. برای کشورهایی که سیستمهای مدیریتی توسعه یافته دارند و مستندسازی در آنها به خوبی صورت می گیرند بهتر است.

بررسی (مطالعه پیمایشی) درک از فساد :

سریلانکا بیش از ۹۰٪ پاسخ دهندگان، نظام سلامت کشور را بسیار فاسد می دانستند. این اطلاعات به درد کسانی می خورد که قصد دارند به یک نظام سلامت کمک نمایند. با توجه به مثالهایی که در مطالعه دی تلا و سیوداف (2001) آمده است سنجش درک از فساد می تواند برای مقایسه عقاید پزشکان و پرستاران در مورد بعضی مشکلات خاص مانند غیبت کارکنان یا استفاده شخصی از اموال عمومی مورد استفاه قرار گیرد. یکی

بررسی درک از فساد نشان می دهد که آیا شهروندان یک کشور احساس می کنند نظام سلامت با مشکلات جدی روبروست یا خیر؟ لوییس (۲۰۰۶) با خلاصه کردن داده های مربوط به درک از فساد در ۲۳ کشور نشان داد در ۱۰ کشور بیش از ۵۰٪ پاسخ دهندگان فکر می کنند نظام سلامت کشورشان در سطح بالایی با فساد روبروست. در پاکستان و

بلغارستان، آلبانی، ارمنستان، آذربایجان و جمهوری گرجستان در باره اینکه رایحه دهندگان خدمات تحت چه فشارهایی برای دریافت مبالغ غیررسمی هستند و چرا بیماران تحت فشار هستند که چنین پرداخت‌هایی داشته باشند جزئیات زیادی را مشخص کرد (بالابانو و مک‌کی، ۲۰۰۲؛ بلی و همکاران، ۲۰۰۲؛ گروه بازارهای نوظهور، ۲۰۰۵؛ ویان و بوراک، ۲۰۰۶؛ ویان و همکاران، ۲۰۰۶). در مثال دیگر، فرینو و همکاران (2004) برای فهم دقیق‌تر فشارهایی که بر کارکنان دولتی موزامبیک و کیپ ورد^۲ برای دزدی از داروها و ملزومات وارد می‌شد از روشهای کیفی استفاده کردند. می‌توان از روشهای کیفی برای شناسایی موانع بالقوه پاسخدهی، شنیدن صدای شهروندان و دیگر عوامل موثر بر فساد استفاده کرد.

بازبینی سیستم‌های کنترلی:

یک ابزار کلیدی برای سنجش میزان آسیب‌پذیری در مقابل فساد ارزیابی سیستم کنترل یا ارزیابی خطر (بروز فساد) است. سیستم‌های کنترل، فرایندهای عملیاتی داخلی هستند که یک سازمان به وسیله آنها تصمیم می‌گیرد و منابع اش را برای دستیابی به مأموریتش مصرف می‌کند. ارزیابی سیستم کنترل می‌تواند در بررسی عوامل بالقوه‌ای که فرصت بروز فساد را فراهم می‌آورند به ما کمک کند. این رویکرد، فرایندهای سازمانی را با بهترین استاندارد‌های موجود مقایسه می‌کند تا تعیین کند یک سازمان تا چه اندازه قدرت تصمیم‌گیرانش را کنترل می‌کند و تا چه اندازه به قوانین و مقررات احترام می‌گذارد و از منابع حفاظت می‌کند. ارزیابی با شناسایی حوزه‌هایی که بیشترین خطر بروز فساد در آنها وجود دارد شروع می‌شود: مانند جاهایی که بیشتر با پول سرو کار دارند (و بیشتر در معرض خطر دزدی هستند) یا جاهایی که مرتبط با دادن پاداش، دادن مجوز یا گواهی هستند (و بیشتر در معرض خطر رشوه هستند). سپس در مورد بهترین معیار مقایسه تحقیق می‌شود. برای انتخاب بهترین معیارهای مقایسه فرایندهایی جستجو می‌شود که سیاست‌ها و رویه‌های اجرایی آنها شفاف باشد، تقسیم مسوولیت‌ها در آنها مناسب باشد و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها، مدیریت و ممیزی مالی کامپیوتری شده باشد. این رویکرد در آمریکا برای توسعه سیستمهای الزام بیمارستان^۳ به پیشگیری از تقلب و سوءاستفاده به کار گرفته شد (میلز، ۲۰۰۱). طبق نظر دولت فدرال، یک بیمارستان انطباق یافته با این الزامات واجد هفت خصوصیت است:

از معایب روش سنجش درک فساد آنست که ممکن است درک افراد از فساد منعکس‌کننده میزان واقعی فساد باشد که تجربه کرده‌اند نباشد. در بلغارستان محققان متوجه شدند ادراک فساد توسط افراد همواره بیشتر از میزان واقعی فساد بوده است (کراستف، ۲۰۰۴).

بررسی پیمایشی هزینه‌های عمومی و هزینه‌های خانوار:

داده‌های مربوط به هزینه‌های خانوار ابزار مهمی برای اندازه‌گیری پاسخدهی و شناسایی هزینه‌هایی است که تصور می‌شده است توسط دولت رایگان در اختیار مردم قرار گرفته‌اند (بالابانو و مک‌کی، ۲۰۰۲؛ هاچکس و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین این داده‌ها نشان می‌دهند که آیا دولت با پولهایی که در بخش سلامت خرج کرده است به نتایج و اولویتهای مورد انتظار دست یافته است یا خیر. با اینکه انجام بررسی هزینه‌های خانوار گران است اما این داده‌ها هم اکنون در بسیاری از کشورها برای اهداف دیگر جمع‌آوری می‌شوند و در زمینه فساد هم قابل استفاده‌اند.

بعضی اشکال فساد مالی با استفاده از روش "بررسی و ردگیری هزینه‌های عمومی"^۱ و تکنیک‌های مشابه قابل تشخیص هستند (رینیکا و سونسون، ۲۰۰۲؛ خماني، ۲۰۰۴؛ لیندلو و همکاران، ۲۰۰۶). تجزیه و تحلیل بیشتر می‌تواند نقاط ضعف نگهداری اسناد، اشتباهات سهوی، فرایندهای کنترلی و دیگر گلوگاه‌هایی که باعث تأخیر و اتلاف می‌شوند را مشخص نماید. برای مثال خماني (2004) مشکل عدم پرداخت حقوق کارکنان ۲۵۲ مرکز بهداشتی در نیجریه را مطالعه کرده است. وی با بررسی داده‌های مربوط به پاسخ دهندگان به پرسشنامه و همچنین بررسی اسناد مالی متوجه شد بین عدم پرداخت حقوق پرسنل و درآمد دولت محلی ارتباط یا همبستگی وجود ندارد. حتی در مواقعی که تخصیص بودجه از سوی دولت محلی کافی بوده است کارکنان باز هم با مشکل عدم پرداخت حقوق مواجه بوده‌اند. این نوع از ارزیابی برای افزایش شفافیت و فشار آوردن به دولت برای تشریح عملکرد خود و تصحیح مشکلاتش مفید خواهد بود.

جمع‌آوری داده‌های کیفی:

داده‌های کیفی در تعریف فشارها و هنجارهای اجتماعی مرتبط با فساد کمک‌کننده خواهد بود. همچنین برای بررسی دقیق راه‌هایی که از آن طریق فساد اتفاق می‌افتد مفید خواهد بود. برای مثال مصاحبه با رایحه دهندگان خدمت و بیماران در

^۲ - Cape Verde

^۳ - Hospital Compliance Systems

^۱ - Public Expenditure Tracking Surveys (PETS)

داروهای ایدز^۱

همه گیری ایدز توأم با انبوه منابع برای افزایش دسترسی کشورهای کم درآمد به درمان آن، نگرانی در خصوص فساد در سیستم های عرضه دارو را برانگیخته است. برنامه فوری برای کاهش ایدز^۲ (PEPFAR)، صندوق جهانی برای مقابله با ایدز، سل و مالاریا^۳ (Global Fund) و دیگر برنامه های مشابه سالانه صدها میلیون دلار خرج می کنند. حجم پول و فشاری که برای اخذ تصمیمات شتاب زده و خرج کردن سریع پول وجود دارد خطر بروز فساد را افزایش داده است. زیرساخت های تدارک و خرید دارو در کشورهای دریافت کننده منابع مالی غالباً ضعیف است. سیاست های شفاف وجود ندارند، مستند سازی و دیگر ابزارهای مدیریتی برای کنترل قدرت و تضمین پاسخدهی وجود ندارد و پرسنل تدارکات اغلب دانش کافی در مورد قوانین، مقررات و رویه های مرتبط ندارند (وودل، ۲۰۰۰). راهبرد های عمومی برای کاهش خطر فساد در عرضه دارو شامل کمک ها تکنیکی برای تقویت سیستم هایی است که موجب ایجاد رقابت، فضای باز و شفافیت قیمت شده و از انحراف مسیر انتقال منابع جلوگیری می کنند.

پروژه سیستم مدیریت زنجیره عرضه^۴ (SCMS) که توسط PEPFAR تأمین مالی می شود (<http://www.pfsem.org>) مسوول خرید بیش از ۵۰۰ میلیون دلار داروی ایدز است. این پروژه مثال خوبی از نحوه به کارگیری این راهبرد های عمومی در عمل است. این پروژه کمک تکنیکی برای خرید دارو فراهم می کند، خصوصاً کمک می کند پیش بینی و تعیین میزان نیاز به دارو به صورت دقیق انجام شود. فرایند برآورد میزان نیاز به داروی ایدز به خاطر مسائلی نظیر درمانهای خط اول یا دوم، میزان مصرف دارو توسط بیمار و در دسترس بودن آزمایشگاه^۵ فرایندی پیچیده است. این پیچیدگی برای عوامل خرید فرصتی فراهم می کند که داروی بیشتری خریداری کنند یا داروهای گران تری از آنچه مورد نیاز است خریداری کنند و یا اینکه دارو را از عرضه کننده خاصی بخرند تا بتوانند از وی حق سهم دریافت کنند. با کمک تکنیکی که در این حیطه ارائه می شود پروژه کمک می کند اختیارات لجام گسیخته کنترل شده و شفافیت افزایش یابد. همچنین SCMS یک پایگاه اطلاع رسانی به روز در مورد قیمت داروها راه اندازی کرده است که در واقع

۱- استانداردها، سیاست ها و رویه های نوشته شده برای نقاطی که بیشترین ریسک (بروز فساد) را دارند^۲ - طراحی ساختارهای پاسخدهی^۳ - آموزش^۴ - سیستم گزارش دهی داخلی^۵ - رویه های انضباطی (انتظامی)^۶ - دستورالعمل ممیزی و^۷ - سیستم ارزشیابی (دفتر بازرسی کل، ۱۹۹۸). ارزیابی سیستم کنترل به ارتقا شفافیت و پاسخدهی کمک می کند. بررسی سیستم کنترل در یک نظام عرضه دارو در کاستاریکا میزان تطابق هر یک از زیر شاخه های ثبت، انتخاب، خرید و توزیع دارو را با فرایندهای استاندارد اندازه گیری نمود (کوهن و همکاران، ۲۰۰۲). در این مطالعه بخش "خرید" به دلیل مشکلاتی نظیر فقدان ثبت قیمت های پرداخت شده و فقدان معیار برای پاداش دادن، به عنوان یک قسمت نسبتاً آسیب پذیر (در مقابل فساد) تشخیص داده شد. رویکردی که در مطالعه کاستاریکا استفاده شد به عنوان یک مدل در دستورالعمل جدید سازمان جهانی بهداشت برای اندازه گیری شفافیت در صنعت دارویی توصیه شد و اخیراً برای کشف نقاط آسیب پذیر در برابر فساد در لائوس، مالزی، تایلند و فیلیپین به کار گرفته شد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۶؛ سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۷).

رویکرد ارزیابی سیستمهای کنترلی، هنگامی به بهترین وجه کار می کند که سیستم ها پایدار باشند. به کار بردن آن برای کشورهایی که در معرض تغییرات بنیادی و نامطمئن در سازماندهی، تأمین مالی و یا مدیریت خدمات سلامت هستند مشکل است. وقتی اصلاحات بزرگی در نظام سلامت رخ می دهد بهتر است قوانین و مقررات پیشنهادی (برای اصلاحات) مورد آزمایش قرار گیرند و سعی شود تضاد احتمالی منافع ارزیابی شود و راهها و فرصت های احتمالی برای بروز فساد بسته شوند (ویان، ۲۰۰۳).

کاربرد چهارچوب معرفی شده برای طراحی مداخلات

جمع آوری داده ها و تجزیه و تحلیل راهبرد ها به سیاستگذاران کمک می کند با تعریف زمینه های فساد، حدود و شدت مشکل، فرصتهای بروز فساد، فشارها و دلیل تراشی ها (برای توجیه فساد) بتوانند به مقابله با فساد بپردازند. با استفاده از این اطلاعات، سیاستگذاران سلامت می توانند با تعدیل و به کارگیری اجزای مدل (شکل دو) نسبت به طراحی مداخلات اقدام کنند. با توجه به طبیعت چند بعدی مساله فساد، مداخلاتی که طراحی می شوند باید جنبه های مختلف مشکل را لحاظ کنند. مثال های زیر نشان می دهد چگونه راهبرد های مقابله با فساد می تواند برای مواجهه با موارد خاصی از فساد نظیر سوءاستفاده از عرضه داروهای ایدز و پولی که مصرف کنندگان می پردازند استفاده شود.

¹ - HIV/AIDS drugs

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

³ - The Global Fund for AIDS, TB and Malaria

⁴ - The PEPFAR-funded Supply Chain Management System (SCMS) Project

⁵ - Adherence and laboratory availability

نقاطی که در آنها پول جمع می شد به ۵ نقطه کاهش یافت و فرایند صدور صورتحساب از دریافت پول جدا گردید. با توجه به افزایش سرعت جمع آوری و تحلیل داده ها در صندوق ها و تولید گزارش های خودکار، پاسخدهی داخلی افزایش یافت، گزارش های خودکار کامپیوتری به مدیران اجازه می داد عملکرد روزانه و ماهانه صندوق ها را بر اساس هر آیتم، هر صندوق، یا هر صندوق دار ببینند. این سیستم با مقایسه میزان درآمد گزارش شده و میزان درآمد مورد انتظار - با توجه به حجم فعالیت و قیمت خدمات - کمک کرد موارد فساد آلود شناسایی شوند. این سیستم با دادن رسید به بیماران که در آن خدمات ارایه شده، هزینه پرداخت شده توسط بیمار و مبلغ عودت داده شده به بیمار در آن ثبت می شد شفافیت را افزایش داد. اشتراک گذاشتن اطلاعات سیستم با کمیته مدیریت بیمارستان که نمایندگان جامعه، مقامات رسمی وزارت بهداشت و مقامات محلی حضور داشتند، پاسخدهی بیرونی و توجه به نظر شهروندان را بهبود بخشید. در خلال سه ماه، درآمد حاصل از پرداخت های مصرف کنندگان ۴۷٪ افزایش یافت بدون آنکه میزان مصرف خدمات افزایش یابد. سه سال بعد میزان درآمد جمع آوری شده سالانه به دلیل کنترل بهتر ۴۰٪ افزایش یافت (اگرچه یک افزایش نسبتاً کم در قیمت ها در طی این دوره اتفاق افتاد).

عوامل متعددی در کاربرد موفقیت آمیز تئوری های مقابله با فساد در این مورد دخیل بودند. تیم مدیریت بیمارستان و هیأت مدیره ی بیمارستان برای بهبود کیفیت خدمات بیمارستان و افزایش پاسخدهی متعهد بودند و با عوامل فساد در این زمینه تباری نکرده بودند. اگر چنین تباری وجود داشته باشد، این سیستم به صورت کامل قابل پیاده شدن نیست و در این صورت توجه به مکانیسم های پاسخدهی بیرونی مهم تر خواهد شد. به علاوه تیم مدیریت بیمارستان به اندازه کافی خودگردان و دارای اختیار بود که در صورت مقاومت عوامل مرتبط با فساد بتواند آنها را اخراج و افراد پذیرای سیستم جدید را به کار گیرد. بدون وجود چنین اختیاراتی در زمینه مدیریت نیروی انسانی بعید بود این سیستم به اهداف خود می رسید.

بحث:

این مقاله یک چهارچوب مفهومی برای راهنمایی سیاستگذاران در زمینه فساد در نظام سلامت و شناسایی مداخلات ممکن ارایه داده است. تحقیقات بیشتری برای تصحیح و گسترش این چهارچوب و ارزیابی و مستندسازی سیاست ها و برنامه های مؤثر برای مقابله با فساد در نظام سلامت لازم است.

استانداردی است که با آن می توان سایر خریده ها را ارزیابی کرد. این اطلاعات در دسترس همه قرار دارد: مثلاً کارپردازان محلی، بازرسان در سطح کشور، سایر شرکا، سازمان های مدنی و غیره. وجود این اطلاعات و دسترسی به آن باعث می شود تصمیم گیری به صورت آگاهانه انجام شود و کارکنان مجبور شوند نسبت به عملکرد خود پاسخگو باشند. دیگر اهداکنندگان نظیر ائتلاف شفافیت پزشکی^۱ نیز اقدامات مشابهی برای شفاف سازی قیمت داروهای ایدز و جلوگیری از فساد در برنامه های جهانی انجام داده اند (اندرسون، ۲۰۰۶؛ وانینگ و ویان، در دست انتشار).

سرانجام SCMS با همکاری بخش خصوصی برای جلوگیری از سرقت داروها در هنگام توزیع در مراکز محلی، بهترین مکانیسم های مورد استفاده در صنعت برای امنیت، کشف و پیگیری از سرقت داروها را به کار گرفته است. از جمله کنترل شدیدتر قفل ها و درها، تقسیم مناطق (انبارها) و کنترل آنها بر اساس میزان ارزش دارو، به کارگیری نیروهای محافظ، سیستم های پایش مداوم، تجزیه و تحلیل خطر در مورد مسیرها (راهها) و محموله ها. همچنین با به کارگیری پایش مداوم و استفاده از تکنولوژی فرکانس های رادیویی می توان برای ردگیری انحراف چرخه عرضه داروها یا ملزومات از انبارها و نقاط توزیع (در جهت فروش مجدد در بخش خصوصی) استفاده نمود (ویان، ۲۰۰۶).

فساد در مبالغ پرداختی توسط مصرف کنندگان

یک بیمارستان بزرگ ایالتی در کنیا با مشکل دزدی درآمدهای حاصل از پرداخت بیماران مواجه بود. این مشکل به دو دلیل اهمیت فوق العاده ای داشت: اولاً درآمدهای ناشی از پرداخت های مصرف کنندگان حدود ۲۴٪ هزینه های غیر پرسنلی بیمارستان را پوشش می داد. دوم اینکه مردم از این سوءاستفاده ها شکایت داشتند. با کمک اهداء کنندگان، بیمارستان یک مطالعه پیمایشی بر روی بیماران انجام داد. همچنین سیستم های کنترلی را مورد بررسی قرار داد تا اطلاعات بیشتری در این زمینه جمع آوری کند. آنها متوجه شدند سیستم ضعف های بسیار زیادی دارد از جمله اینکه تعداد نقاطی که در آنها پول جمع آوری می شود زیاد است، سیستم حسابداری و رسیدهای داده شده دستی است که باعث می شود نتوان حسابها را به موقع تطبیق داد، سیاستها غیر شفاف و نظارت غیر مستمر است. مداخله اصلی که در این بیمارستان انجام شد نصب یک سیستم الکترونیک و شبکه ای صندوق بود. برای محدود کردن اختیارات بیش از حد، تعداد

^۱ - DFID-funded Medicines Transparency Alliance

"برنامه حاکمیت مطلوب داروها"^۲ از سوی سازمان جهانی بهداشت دنبال شده بیانگر علاقه ذینفعان به افزایش شفافیت به خصوص در صنعت دارویی است. این کار - یعنی تمرکز بر اندازه گیری شفافیت - باید به دیگر جنبه های پاسخدهی تعمیم داده شود: چگونه می توانیم از شفافیت به عنوان یک ابزار سیاستگذاری استفاده کنیم؟ چه کسی وظیفه دارد با توجه به شاخص های اندازه گیری شده، دولت را در قبال عملکردش مسوولیت پذیر و پاسخگو نگاه دارد؟ نقش سازمانهای مدنی در تقویت پاسخگویی و پاسخدهی دولت در قبال عملکردش در بخش سلامت چیست؟

علاوه بر صنایع دارویی، سیاستگذاران به دقت در حال مطالعه مشکل غیبت غیر مجاز کارکنانی که فقط شیخ آنان در محل کار حضور دارد (الکازار و اندرید، ۲۰۰۱؛ چادوری و هامر، ۲۰۰۴؛ گارسیا پرادو و چاولا، ۲۰۰۶) و همچنین سیاستهای مقابله با پرداخت های غیر رسمی هستند (کوتزین و همکاران، ۲۰۰۳؛ انسور، ۲۰۰۴؛ لوپس، ۲۰۰۷). در اینجا باید بر ارزیابی اثربخشی سیاستها و شناسایی پیش نیازهای مورد نیاز برای موفقیت تمرکز نمود. به همان اندازه باید بر مستند سازی اجرای سیاستها تاکید نمود تا دیگر کشورها از تجارب قبلی درس بگیرند، اصلاحات خود را آسانتر بازنگری کنند و از اشتباه جلوگیری شود. به علاوه، ما باید به راههای دیگری که برای بهبود و ارتقای سیاستهای مقابله با فساد وجود دارد توجه کنیم از جمله اصلاحات در مدیریت مالی بخش عمومی، سازمان های نگرهبان و ناظر^۳ و برنامه های افشاجاری^۴ تا بتوانیم خطرات و نیازهای خاص بخش سلامت را درک کنیم.

نتیجه گیری

فساد یک مشکل پیچیده است که دسترسی، عدالت و اهداف سلامت را تهدید می کند. رهبران نظام سلامت و شهروندان همه کشورها به طور فزاینده ای اثرات مهلک فساد و ضرورت مقابله با آنرا دریافته اند. تلاش هایی که برای تفکیک مشکلات ناشی از فساد در نظام سلامت و شناسایی علل ریشه ای آن به عمل آمده است به ما کمک می کند این مشکل چالش زا را بهتر درک کنیم.

با تلفیق تئوری و واقعیت های محلی می توانیم برنامه های خوبی طراحی نماییم که فرصت بروز فساد را از بین برده، فشارها را کاهش داده و مقاومت در برابر فساد را افزایش دهیم.

مدل ارائه شده در شکل دو فقط از دیدگاه عوامل دولت به فساد نگاه می کند. یک تئوری کامل فساد باید نحوه درگیری سایرین - باورهایشان، انگیزه هایشان و رفتارشان - را نیز مدل سازی کند و تاثیرش بر هر یک از اجزای مدل را نشان دهد. به خصوص مهم است نقش فشارهای اجتماعی و بین فردی در سوءاستفاده از قدرت برای منافع شخصی و توانایی مقابله در برابر آن تشریح شود. برای مثال، فهم بهتر این که جوامع محلی چه درکی از قدرت و نقش دولت دارند می تواند در فهمیدن دلیل غیرمؤثر بودن بسیاری از هیأت مدیره های محلی کمک کننده باشد و می تواند در طراحی ساختار پاسخدهی و مشارکت گروههایی از جامعه که از قلم افتاده اند راهگشا باشد.

دوم اینکه تحقیقات بیشتری برای تشریح تعامل بین اهداف پیشگیری و درمان (فساد) لازم است. گاهی اوقات کشف و برخورد به عنوان یک راهبرد با اثر محدود برای مقابله با فساد دیده می شود. با این حال فقدان اجبار (برخورد قهرآمیز)، فرصت بروز فساد را فراهم می کند. یک سیاست کامل برای مقابله با فساد حتما باید اجبار به اجرای سیاستها را به عنوان یک جزء کلیدی لحاظ کند. لازم است مطالعات آینده راهکارهایی را که به وسیله آنها راهبردهای اجبار، اجرایی می شوند شناسایی نمایند، سپس هزینه - اثربخشی راهبردهای مختلف کشف فساد و استفاده از اجبار را تعیین کنند (مانند واحدهای کنترل تقلب، آموزش بازرسان داخلی و سیستم های پایش مستمر).

سوم اینکه کار بیشتری نیاز است تا بین تاثیراتی که سطح فردی و سطح سازمانی بر فساد دارند تمییز داده شده و تعاملات بین آنها تجزیه و تحلیل شود. در حالی که چهارچوب فعلی به فرصت های بروز فساد عمدتاً به عنوان متغیرهای سطح سازمان نگاه می کند باید به همان اندازه هنجارها و نگرشهای فردی که روی این متغیرها تاثیر می گذارند نیز لحاظ شوند. مداخلاتی که با هدف آموزش و تغییر این نگرش ها و باورها طراحی می شوند می توانند سهم بسزایی در اثربخشی راهبرد های مقابله با فساد داشته باشند. به علاوه تعامل بین اجزای مختلف مدل مانند شفافیت، توجه به صدای شهروندان، قدرت و پاسخدهی باید به صورت واضح تر درک شوند تا به کمک آنها بتوان سطح فساد در یک برنامه خاص را پیش بینی نمود.

سرانجام باید بر روی طراحی و آزمایش مداخلات مقابله با فساد در نظام سلامت تمرکز بیشتری شود. اقداماتی که برای افزایش شفافیت توسط برنامه ائتلاف شفافیت در داروها^۱ و

^۲ - WHO Good Governance in Medicines Program

^۳ - Watchdog agencies

^۴ - Whistle-blowing programs

^۱ - DFID's Medicines Transparency Alliance

References

1. Alcazar L, Andrade R. 2001. Induced demand and absenteeism in Peruvian hospitals. In: Di Tella R, Savedoff WD, (eds). *Diagnosis corruption: fraud in Latin America's public hospitals*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
2. Allin S, Davaki K, Mossialos E. 2006. Paying for 'free' health care: the
3. conundrum of informal payments in post-communist Europe. In: Transparency International. *Global Corruption Report 2006: Special focus on corruption and health*. London: Pluto Press, pp. 62–71.
4. Anderson T. 2006. Outlook: Anti-corruption plan aims to slash drug prices. *The Guardian Weekly* 28.
5. Azfar O. 2005. Corruption and the delivery of health and education services. In: Spector BI, (ed.). *Fighting corruption in developing countries: strategies and analysis*. Bloomfield, CT: Kumarian Press, pp. 181–212.
6. Balabanova D, McKee M. 2002a. Access to health care in a system transition: the case of Bulgaria. *International Journal of Health Planning and Management* 17: 377–95.
7. Balabanova D, McKee M. 2002b. Understanding informal payments for health care: the example of Bulgaria. *Health Policy* 62: 243–73.
8. Barber S, Bonnet F, Bekedam H. 2004. Formalizing under-the-table payments to control out-of-pocket hospital expenditures in Cambodia. *Health Policy and Planning* 19: 199–208.
9. Belli P, Shahriari H, Curtico Medical Group. 2002. Qualitative study on informal payments for health services in Georgia. HNP Discussion Paper. Washington, DC: World Bank.
10. Brinkerhoff DW. 2004. Accountability and health systems: Toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy and Planning* 19: 371–9.
11. Brodwin PE. 1997. Politics, practical logic, and primary health care in rural Haiti. *Medical Anthropology Quarterly* 11: 69–88.
12. Chaudhury N, Hammer J. 2004. Ghost doctors: Absenteeism in Bangladeshi rural health facilities. *The World Bank Economic Review* 18: 423–41.
13. Cohen JC, Cercone JA, Macaya R. 2002. Improving transparency in pharmaceutical systems: strengthening critical decision points against corruption. Washington, DC: World Bank, Human Development Network, Latin American and Caribbean Region.
14. Di Tella R, Savedoff W. 2001. *Diagnosis corruption: fraud in Latin America's public hospitals*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
15. Dugger CW. 2006. Cambodia tries nonprofit path to health care. *New York Times*, January 8.
16. Duncan F. 2003. *Corruption in the health sector*. Washington, DC: USAID Bureau for Europe & Eurasia, Office of Democracy and Governance.
17. Eichler R, Auxila P, Pollack J. 2000. Performance based reimbursement to improve impact: evidence from Haiti. LAC Health Sector Reform Initiative, no. 44. Boston, MA: Management Sciences for Health.
18. Emerging Markets Group. 2005. *Armenian reproductive health system review: structure and system inefficiencies that hinder access to care for rural populations*. Washington, DC: Emerging Markets Group for USAID.
19. Ensor T. 2004. Informal payments for health care in transition economies. *Social Science and Medicine* 58: 237–46.
20. Ensor T, Antonio D-M. 2002. Corruption as a challenge to effective regulation in the health sector. In: Saltman RB, Busse R,
21. Mossialos E, (eds). *Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems*. Buckingham, UK: Open University Press.
22. Falkingham J. 2004. Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. *Social Science and Medicine* 58: 247–58.
23. Ferrinho P, Omar CM, de Jesus Fernandes M et al. 2004. Pilfering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy. *Human Resources for Health* 2: 4.
24. Fung A, Graham M, Weil D. 2007. *Full disclosure: the perils and promise of transparency*. New York: Cambridge University Press.
25. Gaal P, McKee M. 2005. Fee-for-service or donation? Hungarian perspectives on informal payment for health care. *Social Science and Medicine* 60: 1445–57.
26. Garcia-Prado A, Chawla M. 2006. The impact of hospital management reforms on absenteeism in Costa Rica. *Health Policy and Planning* 21: 91–100.
27. Giedion U, Morales LG, Acosta OL. 2001. The impact of health reforms on irregularities in Bogota hospitals. In: Di Tella R, Savedoff WD, (eds). *Diagnosis corruption: fraud in Latin America's public hospitals*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
28. Gray-Molina G, Perez de Rada E, Yan'ez E. 2001. Does voice matter? Participation and controlling corruption in Bolivian hospitals. In:
29. Di Tella R, Savedoff WD, (eds). *Diagnosis corruption: fraud in Latin America's public hospitals*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
30. Gupta S, Davoodi HR, Tionson ER. 2002. *Corruption*

- and the provision of health care and education services. In: Abed GT, Gupta S, (eds). Governance, corruption, and economic performance. Washington, DC: International Monetary Fund, pp. 245–72.
31. Hessing DJ, Elffers H, Weigel RH. 1988. Exploring the limits of self-reports and reasoned action: an investigation of the psychology of tax evasion behavior. *Journal of Personality and Social Psychology* 54: 405–13.
 32. Hotchkiss DR, Hutchinson PL, Malaj A, Berruti AA. 2004. Out-of-pocket payments and utilization of health care services in Albania: evidence from three districts. Bethesda, MD: Partners for Health Reformplus, Abt Associates Inc.
 33. Jaen MH, Paravisini D. 2001. Wages, capture and penalties in Venezuela'. In: Di Tella R, Savedoff WD, (eds). *Diagnosis corruption: fraud in Latin America's public hospitals*. Washington, DC: Inter-American Development Bank, pp. 57–94.
 34. Kassirer J. 2006. The corrupting influence of money in medicine. In: Transparency International. *Global Corruption Report 2006: Special focus on corruption and health*. London: Pluto Press. Kaufmann D, Recanatini F, Biletsky S. 2002. *Assessing governance: diagnostic tools and applied methods for capacity building and action learning*. World Bank Institute discussion paper. Washington, DC: World Bank.
 35. Khemani S. 2004. *Local government accountability for service delivery in Nigeria*. Washington, DC: World Bank.
 36. Klitgaard R. 1988. *Controlling corruption*. Berkeley, CA: University of California Press.
 37. Klitgaard R, Maclean-Abaroa R, Parris HL. 2000. *Corrupt cities: a practical guide to cure and prevention*. Oakland, CA and Washington, DC: Institute for Contemporary Studies and the World Bank Institute.
 38. Krastev I. 2004. *Shifting obsessions: three essays on the politics of anticorruption*. Budapest: Central European University Press.
 39. Kurland NB. 1995. Ethical intentions and the theories of reasoned action and planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology* 25: 297–313.
 40. Kutzin J, Meimanaliev T, Ibraimova A et al. 2003. Formalizing informal payments in Kyrgyz hospitals: evidence from phased implementation of financing reforms. Paper presented at the 4th World Congress of the International Health Economics Association, San Francisco, CA.
 41. Lantham S. 2001. Conflict of interest in medical practice. In: David M, Stark A, (eds). *Conflict of interest in the professions*. New York: Oxford University Press, pp. 279–301.
 42. Lewis M. 2002. Informal health payments in central and eastern Europe and the former Soviet Union: issues, trends and policy implications. In: Mossialos M, Dixon A, Figueras J, Kutzin J, (eds). *Funding health care: options for Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. Buckingham, UK: Open University Press, pp. 184–205.
 43. Lewis M. 2006. *Governance and corruption in public health care systems*. Working paper number 78. Washington, DC: Center for Global Development.
 44. Lewis M. 2007. Informal payments and the financing of health care in developing and transition countries. *Health Affairs* 26: 984–97.
 45. Lindelow M, Kushnarova I, Kaiser K. 2006. Measuring corruption in the health sector: What can we learn from public expenditure tracking and service delivery surveys in developing countries? In: Transparency International. *Global Corruption Report 2006: Special focus on corruption and health*. London: Pluto Press.
 46. Management Sciences for Health. 2001. Using performance-based payments to improve health programs. *The Manager* 10.
 47. McPake B, Asimwe D, Mwesigye F et al. 1999. Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care. *Social Science and Medicine* 49: 849–65.
 48. Milewa T. 2006. Health technology adoption and the politics of governance in the UK. *Social Science and Medicine* 63: 3102–12.
 49. Miller WL, Godeland AB, Koshechkina TY. 2001. *A culture of corruption? Coping with government in post-communist Europe*. Budapest and New York: Central European University Press.
 50. Mills AE, Edwards SM. 2001. Organizational Ethics or Compliance: Which will articulate values for the United States' healthcare system? *HEC Forum* 13: 329–43.
 51. Office of Inspector General. 1998. *OIG compliance program guidance for hospitals*. *Federal Register* 63: 8987–98.
 52. Olivier RW. 2004. *What is transparency?* New York: McGraw-Hill Companies: Inc.
 53. Olivier de Sardan JP. 1999. A moral economy of corruption in Africa? *The Journal of Modern African Studies* 37: 25–52.
 54. Raats MM, Shepherd R, Sparks P. 1995. Including moral dimensions of choice within the structure of the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology* 25: 484–94.
 55. Ramos M. 2003. Auditors' responsibility for fraud detection. *Journal of Accountancy* (online), January, p.

- 28, <http://www.aicpa.org/pubs/jofa/jan2003/ramos.htm>.
56. Randall DM, Gibson AM. 1991. Ethical decision making in the medical profession-an application of the theory of planned behavior. *Journal of Business Ethics* 10: 111-22.
57. Reinikka R, Svensson J. 2002. *Assessing frontline service delivery*. Washington, DC: World Bank, Development Research Group, Public Services.
58. Rose R. 2006. Corruption is bad for your health: findings from Central and Eastern Europe. In: *Transparency International. Global Corruption Report 2006: Special focus on corruption and health*. London: Pluto Press, pp. 39-43.
59. Savedoff WD. 2006. The causes of corruption in the health sector: a focus on health care systems. In: *Transparency International. Global Corruption Report 2006: Special focus on corruption and health*. London: Pluto Press.
60. Schargrofsky E, Mera J, Weinschelbaum F. 2001. Transparency and accountability in Argentina's hospitals. In: Di Tella R, Savedoff WD, (eds). *Diagnosis corruption: fraud in Latin America's public hospitals*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
61. Segal G, Summers AB. 2002. Citizens' budget reports: improving performance and accountability in government. Reason Public Policy Institute, <http://www.rppi.org/ps292.html>, accessed 31 July 2007.
62. Soeters R, Griffiths F. 2003. Improving government health services through contract management: a case from Cambodia. *Health Policy and Planning* 19: 22-32.
63. Spector BI. 2005. Fighting corruption. Chapter 1. In: Spector B, (ed.). *Fighting corruption in developing countries: strategies and analysis*. Bloomfield, CT: Kumarian Press, pp. 1-9.
64. Tatar M, Ozgen H, Sahin B et al. 2007. Informal payments in the health sector: a case study from Turkey. *Health Affairs* 26: 1029-39.
65. Thompson DF. 2005. *Restoring responsibility: ethics in government, business, and healthcare*. New York: Cambridge University Press.
66. Transparency International. 2006. *Global Corruption Report 2006: Special focus on corruption and health*. London: Pluto Press.
67. Van Lerberghe W, Conceicao C, van Damme W, Ferrinho P. 2002. When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel. *Bulletin of the World Health Organization* 80: 581-4.
68. Vian T. 2003. *Corruption in the health sector in Albania*. USAID Corruption Reduction Project in Albania. Washington, DC: Management Systems International.
69. Vian T. 2006. *Preventing drug diversion through supply chain management*. U4 Brief 3. Bergen, Norway: Anti-Corruption Resource Centre, Chr. Michelsen Institute.
70. Vian T, Burak LJ. 2006. Beliefs about informal payments in Albania. *Health Policy and Planning* 21: 392-401.
71. Vian T, Collins D. 2006. Using financial performance indicators to promote transparency and accountability in health systems. U4 Brief 1. Bergen, Norway: Anti-Corruption Resource Centre, Chr. Michelsen Institute.
72. Vian T, Gryboski K, Sinoimeri Z, Hall R. 2006. Informal payments in government health facilities in Albania: results of a qualitative study. *Social Science and Medicine* 62: 877-87.
73. Waning B, Vian T. forthcoming. *Transparency and accountability in an electronic era: the case of pharmaceutical procurement*. U4 Brief. Bergen, Norway: Anti-Corruption Resource Centre, Chr. Michelsen Institute.
74. Werner C. 2000. Gifts, bribes and development in post-Soviet Kazakhstan. *Human Organization* 59: 11-22.
75. Woodle D. 2000. Vaccine procurement and self-sufficiency in developing countries. *Health Policy and Planning* 15: 121-9.
76. World Bank. 2000. *Helping countries combat corruption: progress at the World Bank since 1997*. Washington, DC: World Bank.
77. World Bank. 2003. *Poverty net tools and practices*. Washington, DC: World Bank. World Health Organization. 2006. *Measuring transparency in medicines registration, selection and procurement: four country assessment studies*. Geneva: World Health Organization.
78. World Health Organization. 2007. *Measuring transparency to improve good governance in the public pharmaceutical sector: assessment instrument*. Working document for field testing and revision. January 2007, rev. 1. Geneva: World Health Organization.
79. Organization.