

Model of Corruption Measurement for Islamic Republic of Iran's Healthcare System

*Mohsen Mardali¹, Amir Ashkan Nasiripour²,
Iravan Masoudi Asl³, Hasan Abedi Jafari⁴*

Abstract:

Background and aim: According to reports of the international institutions on corruption assessment such as the United Nations, the World Bank, and Transparency International, all countries around the world, more or less, suffer from the phenomenon of corruption. According to various annually published reports by international organizations, different sectors of a society including industry, commerce, culture, government, education, health, etc. could be involved in the phenomenon of corruption. Although the level of corruption is different by sector and country, some of special reports determine healthcare system currently involved and potentially vulnerable to corruption. The healthcare system of the Islamic Republic of Iran has not been immune from this problem as well. So corruption bottleneck needs to be studied deeply and removed. The goal of study is to define a comprehensive and meaningful model for assessing the corruption in Iran's Health care system.

Method: This study is performed in two parts as a mixed research method (qualitative and quantitative). Accordingly, in the first part, using Sandelowski and Barroso qualitative meta-synthesis research methods, and in the second part, using the survey method and by utilizing from content validity evaluation (CVR and CVI), explanation of the corruption measurement model was performed. Then for applicability and model

-
1. PH.D Candidate of Health Services Management, Islamic Azad University, Faculty of Science and Research, Tehran, Iran.
 2. Department of Health Services Administration, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (Correspondent author)
Email: Nasiripour@srbiau.ac.ir
 3. Associate Professor, PH.D of Health Services Management, Majles Research Center, Tehran, Iran.
 4. Assistant Professor, Retired member of Tehran University, Tehran, Iran.

Original Article Received: 23 July 2017 Accepted: 20 December 2017

evaluation, 110 questionnaires were distributed among staffs (employees and managers) of the Healthcare system who are selected via stratified sampling. Then the analysis was performed using the exploratory factor analysis of the structural equations modeling.

Finding: 6 dimensions were identified as main dimension of assessing model with especial indexes from document review and field studies. These dimensions are included Financial Corruption, relation and cooperation Corruption, Procedures and document corruption, misuse of position and poor quality of human resource education, controlling organs and department, organization and working culture etc.

Conclusion: Finally, the research model obtained based on impacts of both independent and dependent variables, showed a significant positive correlation between components of each variables.

Keywords

Corruption, General Policy of Administrative System, Healthcare System

Please cite this article as: Mardali M, Nasiripoor AA, Masoudi Asl E, Abedi Jafari H. Model of Corruption Measurement for Islamic Republic of Iran's Healthcare System. Iran J Med Law 2018; 11(43): 127-146.

مدل سنجش فساد نظام بهداشت و درمان ایران

محسن مردعلی^۱

امیر اشکان نصیری پور^۲

ایروان مسعودی اصل^۳

حسن عابدی جعفری^۴

چکیده

زمینه و هدف: همه کشورهای دنیا بر اساس گزارش مراجع و نهادهای بین‌المللی سنجش‌کننده فساد نظیر سازمان ملل، بانک جهانی و سازمان شفافیت بین‌الملل کم و بیش با پدیده فساد دست به گریبان هستند و هیچ کشوری را نمی‌توان یافت که دارای نسبی از فساد در خود نباشد. بر اساس گزارش‌های متنوعی که سالانه و یا چند سال یک‌بار توسط سازمان‌های بین‌المللی منتشر می‌شود، بخش‌های مختلف یک جامعه اعم از صنعت، تجارت، فرهنگ، حکومت، آموزش، بهداشت و... می‌توانند با پدیده فساد دست به گریبان باشند، هرچند که میزان فساد رایج در هر بخش و هر کشور متفاوت است، اما اختصاص یافتن گزارش‌های خاص به بخش بهداشت و درمان بیانگر این امر بوده است که مسأله فساد در نظام سلامت تمامی کشورهای دنیا، به عنوان مشکل موجود امری جاری است. نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران نیز از این مشکل مبرا نبوده است، باید مورد توجه و تأمل قرار گیرد و با مطالعه دقیق و منسجم، مسائل فساد در نظام سلامت کشور شناسایی و راه حلی درخور برای آن یافته شود. در

۱. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران. (نویسنده مسؤول)
Email: nasiripour@srbiau.ac.ir

۳. دانشیار، دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، تهران، ایران.

۴. استادیار، عضو هیأت علمی بازنشسته دانشگاه تهران، تهران، ایران.

نوع مقاله: پژوهشی تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۵/۱ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۹/۲۹

این پژوهش، هدف ارائه مدلی جامع و معنی‌دار جهت سنجش فساد در نظام بهداشت و درمان کشور است.

روش: پژوهش حاضر در دو بخش و به صورت پژوهش ترکیبی (کیفی - کمی) انجام شده است. بر این اساس در بخش اول از روش پژوهش کیفی فراترکیب سندلوسکی و باروسو و در بخش دوم با استفاده از روش پیمایش نیز با بهره‌گیری از ارزیابی روایی محتوا (CVR - CVI)، تبیین مدل سنجش فساد میسر گردید. در ادامه به منظور کاربردی‌نمودن و ارزیابی مدل، تعداد ۱۱۰ پرسشنامه بین کارکنان (کارمندان و مدیران) نظام بهداشت و درمان به صورت نمونه‌گیری طبقه‌ای انتخاب گردیده بودند، توزیع و با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی مدلسازی معادلات ساختاری تجزیه و تحلیل انجام گرفت.

یافته‌ها: فساد اداری در نظام بهداشت و درمان با توجه به مطالعات میدانی و اسنادی صورت گرفته، دارای ابعاد شش‌گانه از جمله، مالی، ارتباطی - تعاملی، سوء استفاده و تربیت نیروی انسانی، دستگاه نظارتی، اسناد و سوابق و فرهنگ کار شناخته شد که هر کدام دارای شاخص‌های خاص اندازه‌گیری هستند.

بحث و نتیجه‌گیری: مدل تحقیق که بر اساس تأثیرات متغیرهای تحقیق اعم از متغیر مستقل، وابسته حاصل گردید، نشان داد بین مؤلفه‌های هر یک از متغیرها ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد.

واژگان کلیدی

فساد، سیاست‌های کلی نظام اداری، نظام بهداشت و درمان

مقدمه

اگر رشوه را که یکی از انواع کنش‌های فسادگونه است، مورد توجه قرار دهیم، سالانه چیزی حدود ۲ الی ۵ درصد از کل تولید جهان به صورت رشوه رد و بدل می‌شود (۱). همچنین تخمین محافظه‌کارانه‌ای از پیمایش سنجه جهانی فساد در سال ۲۰۰۹ نشان می‌دهد افرادی که رشوه پرداخت کرده بودند ۷٪ از درآمد سالیانه خود را به آن اختصاص داده‌اند. به این ترتیب اثرات وقوع کنش فساد و عدم وجود سلامت در سازمان‌ها می‌تواند بسیار گسترده‌تر از محدوده‌ی یک سازمان باشد. هرچه اندازه و میزان اهمیت و نقش سازمانی نیز در جامعه پررنگ‌تر باشد، احتمال افزایش پیامدهای ناشی از فساد سازمان، در جامعه نیز گسترده‌تر و بیشتر خواهد شد (۲). بر اساس مطالعات صورت‌گرفته در جهان سالیانه چیزی بیش از ۳۰۰ میلیارد دلار در بخش بهداشت و درمان خرج می‌شود که به طور میانگین ۱۰٪ آن در تراکنش‌های فسادآمیز حیف و میل می‌گردد (۳-۴). مطالعات نشان داده است که سطوح بالای فساد عمیقاً پیامدهای منفی بر روی بهداشت جامعه و سلامت آن دارد (۵). به عنوان نمونه در تحقیقی که در سال ۲۰۱۵ در میان کشورهایی که از سال ۲۰۱۳ درگیر شیوع بیماری ابولا بودند، نشان داد که فساد در آفریقای غربی با تضعیف نهادهای بهداشت عمومی و توزیع نامناسب و مؤثر کمک‌های بین‌المللی در شیوع بیشتر و سریع‌تر این بیماری تأثیر مثبت داشته است (۶). همچنین بروز فساد در سیستم بهداشت و درمان بر میزان رضایتمندی خدمت‌گیرندگان از این سیستم نیز تأثیر به‌سزایی بر جا می‌گذارد، به گونه‌ای که هر چه میزان فساد در این سیستم افزایش یابد، به همان نسبت نیز رضایتمندی خدمت‌گیرندگان به شدت کاهش می‌یابد (۷).

اعداد و آمار بالا همگی بر وجود یک مسأله مهم و غیر قابل انکار در سازمان‌ها و نظام سلامت دلالت دارد که باعث می‌شود بودجه و مخارج صرف‌شده در این بخش، به درستی و در محل هدف هزینه نشود. این موضوع می‌تواند آثار سوء خود را بر روی نظام سلامت و ذی‌نفعان در این نظام (خانوار یا مصرف‌کنندگان، تأمین‌کنندگان، ارائه‌کنندگان، خریداران و...) بر جای گذاشته و آثار تبعی سوئی نیز به همراه داشته باشد.

همه کشورهای دنیا بر اساس گزارش مراجع و نهادهای بین‌المللی سنجش‌کننده فساد نظیر سازمان ملل (UN: The United State)، بانک جهانی (WB: World Bank) (۸) و سازمان شفافیت بین‌الملل (TI: Transparency International) (۹-۱۰) کم و بیش با پدیده فساد

دست به گریبان هستند و هیچ کشوری را نمی‌توان یافت که دارای نسبتی از فساد در خود نباشد. بر اساس گزارش‌های متنوعی که سالیانه و یا چند سال یک‌بار توسط سازمان‌های بین‌المللی منتشر می‌شود، بخش‌های مختلف یک جامعه اعم از صنعت، تجارت، فرهنگ، حکومت، آموزش، بهداشت و... می‌توانند با پدیده فساد دست به گریبان باشند، هرچند که میزان فساد رایج در هر بخش و هر کشور متفاوت است، اما اختصاص یافتن گزارش‌های خاص به بخش بهداشت و درمان بیانگر این امر بوده است که مسأله فساد در نظام سلامت تمامی کشورهای دنیا، امری جاری و مشکل موجود است و در این نظام سلامت کشور ما نیز از این مشکل مبرا نبوده است. در نتیجه فساد در نظام سلامت کشور باید مورد توجه قرار گیرد و با مطالعه دقیق، شناسایی و راه حلی درخور برای آن یافته شود.

بر اساس پژوهش‌هایی که تاکنون در این زمینه صورت گرفته است، نظام سلامت به دلایلی در برابر بروز فساد آسیب‌پذیری بیشتری دارند. برخی از این دلایل عبارتند از:

- عدم اطمینان و ابهامی که برای تقاضا در این نظام وجود دارد (مشخص نیست چه کسی مریض خواهد شد، چه زمانی مریض خواهد شد و برای درمان به چه نیاز خواهد داشت)؛
- طیف وسیعی از فعالان که در این حوزه حضور دارند از قانونگذاران گرفته تا پرداخت‌کنندگان، تأمین‌کنندگان، مصرف‌کنندگان و توزیع‌کنندگان که در مسیرهای پیچیده‌ای به یکدیگر پیوند می‌خورند؛
- وجود عدم تقارن اطلاعاتی میان فعالان متفاوت این حوزه که تشخیص و کنترل آن‌ها را سخت‌تر می‌کند (۱۱).

۱- ادبیات تجربی

تاکنون در دنیا و داخل کشور پژوهش‌های بسیاری در زمینه فساد به صورت کلان و یا فساد در بخش‌های خاصی از جامعه با مؤلفه‌ها و متغیرهای گوناگون انجام شده است، اما تعداد پژوهش‌هایی که در حوزه نظام سلامت کشور و فساد موجود در این بخش انجام شده باشد، بسیار اندک بوده و در صورت بررسی نیز تنها یک یا دو مؤلفه فساد نظیر رشوه و یا پارتی‌بازی در یک بخش خاص، مانند بیمارستان‌ها و یا حوزه آموزش مورد بررسی قرار گرفته است. به واقع می‌توان گفت که مهم‌ترین عامل تمایز پژوهش پیش رو با پژوهش‌های پیش از خود در این است که این پژوهش نسبت به ساخت ابزاری که به سنجش فساد در نظام سلامت و نه در

یک بخش خاص با در نظر گرفتن تمامی ذی‌نفعان این نظام پرداخته است. به این ترتیب انتظار می‌رود با ساخت چنین مدلی راه برای سنجیدن دقیق میزان و نوع فساد در کلیت نظام سلامت کشور فراهم آمده و این اجازه را به سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت کشور دهد که میزان اثرگذاری اقدامات پیشگیرانه و مقابله‌ای خود را با استفاده از این مدل بسنجند.

فساد (Corruption) امری است که تا به امروز در امور حقوقی و اجتماعی، بسیار مورد توجه بوده است، اما به طور سنتی و عمومی در ایران و سایر کشورهای دنیا فساد مترادف با رشوه‌خواری تلقی شده است. در بررسی دقیق‌تر و فنی‌تر، فساد پدیده‌ای به مراتب گسترده‌تر از رشوه است و شاید بتوان گفت که رشوه تنها یکی از ابعاد و مصادیق بسیار آشنا برای فساد است. دادن و دریافت رشوه، دزدی، اختلاس، سوء استفاده از اموال، دادن و دریافت زیرمیزی، پارتی‌بازی، دلالی‌گری، تبعیض در اعمال قانون، غیبت از کار، تربیت و استفاده از نیروی انسانی بی‌صلاحیت یا کم‌صلاحیت، سوء استفاده از مقام و موقعیت، فساد در برگزاری مناقصات، دستگاه نظارتی ضعیف و ناکارآمد، رسیدگی تبعیض‌آمیز به تخلفات پزشکی، مؤلفه‌هایی هستند که بر اساس تحقیقات و پژوهش‌های پیشین و بررسی اسناد موجود شناسایی شده‌اند.

آگبنورکو در سال ۲۰۱۲ (۱۲)، فساد در نظام بهداشت و درمان غنا را مورد بررسی قرار داد، بر اساس تحقیقات وی نظام سلامت غنا از فساد رنج می‌برد، فساد انواع دارد، مانند رساندن دیر خدمات به بیماران توسط پزشکان، فاسدترین کارکنان در نظام بهداشت غنا داروسازها تشخیص داده شدند، نبود امکانات لازم در ارائه خدمات یکی از علت‌های فساد در غنا شناخته شد.

وین نیز با پژوهشی که در سال ۲۰۰۶ (۴) با نظرسنجی در مورد پرداخت‌های غیر رسمی در نظام بهداشت و درمان کشور آلبانی نشان داد، میان قصد به پرداخت غیر رسمی و پرداخت رسمی رابطه وجود دارد، اما میان اعتقاد به ارزش‌های اخلاقی و پرداخت غیر رسمی رابطه وجود ندارد.

در مقاله‌ای دیگر فاطمه کوبی (۱۳) با استفاده از موضوع نظام ارزیابی عملکرد و رضایت ذی‌نفعان، به بررسی ارتقای سلامت اداری در نظام بهداشت و درمان پرداخته است، هرچند این پژوهش چیزی فراتر از بررسی اسناد و مقررات بالادستی نرفته است، اما تصویری از الزامات قانونی موجود در کشور به منظور افزایش سلامت اداری در نظام اداری وزارت بهداشت و درمان کشور ارائه داده است.

در پژوهش‌های دیگری که در داخل و خارج از کشور انجام شده‌اند، ابعاد فساد اداری مورد توجه بوده‌اند از آن جمله می‌توان به مطالعات به پژوهش‌های هابرت و همکارانش که در تلاش برای طراحی مدل سلامت محلی در شهرهای سیدنی، آنتروپ، هنگ‌کنگ و... داشته و الزامات دست‌یافتن به سیستم اداره محلی به دور از فساد را پیشنهاد می‌دهد (۱۴)، مطالعات طولانی مدت کمیته ضد فساد کره جنوبی که منجر به طراحی مدل ملی سنجش سلامت در کشور با دو بعد فساد داخلی و خارجی (۱۵)، همچنین مطالعات داخلی بسیاری از جمله تعداد ده‌ها پایان‌نامه و پژوهش‌هایی اشاره کرده که سعی در شناخت مؤلفه‌های حقوقی، اداری و مدیریتی در بروز فساد اداری داشته‌اند اشاره کرد.

روش

این تحقیق بر اساس هدف، بنیادی و از آنجا که در این تحقیق داده‌ها بدون دستکاری گردآوری شده‌اند، در زمره تحقیقات توصیفی (غیر آزمایشی) شمرده می‌شود. متغیرهای مستقل مورد مطالعه در این پژوهش، شامل دادن و دریافت رشوه، دزدی، اختلاس، سوء استفاده از اموال، دادن و دریافت زیرمیزی، پارتی‌بازی، دلالتی‌گری، تبعیض در اعمال قانون، غیبت از کار، تربیت و استفاده از نیروی انسانی بی‌صلاحیت یا کم‌صلاحیت، سوء استفاده از مقام و موقعیت، فساد در برگزاری مناقصات، دستگاه نظارتی ضعیف و ناکارآمد، رسیدگی تبعیض‌آمیز به تخلفات پزشکی و رد متغیر وابسته، فساد در نظام بهداشت و درمان جمهوری اسلامی ایران است.

با توجه به هدف و روش پژوهش مورد نظر در این تحقیق به منظور طراحی و سنجش روایی مدل از میان کارکنان وزارت بهداشت به تعداد ۱۱۰ (به ازای هر متغیر ۵ نمونه) نفر نمونه تصادفی انتخاب و مورد پرسش قرار گرفتند، البته پیش از این مرحله ابتدا با استفاده از روش نمونه‌گیری گلوله برفی و تا رسیدن به اشباع نظری، به منظور تأیید متغیرهای شناسایی شده در میان ۳۰ نفر از خبرگان نظام بهداشت و درمان انتخاب و نظر ایشان در مورد متغیرهای شناسایی شده دریافت شد و طی تحلیل‌های صورت‌گرفته در نهایت ۲۲ متغیر نهایی شدند.

به منظور برای ارزیابی روایی روش فراترکیب از ابزار ارزیابی حیاتی گلین و برای سنجش پایایی آن از روش پایایی ارزیاب‌ها استفاده گردید. به منظور ارائه مدل و روایی آن نیز در تحلیل

عامل اکتشافی با استفاده از نرم افزار SPSS و جهت جمع آوری اطلاعات از روش کتابخانه‌ای، میدانی و همچنین از استراتژی تحلیل محتوای کیفی استفاده شده است. در راستای پاسخ‌گویی مناسب به سؤال‌ها در این تحقیق از روش فراترکیب در دو بخش، بخش اول مربوط به کشف و ارائه مدل بومی شده سنجش فساد (مرحله اکتشاف مدل)، بخش دوم در ارتباط با آزمون مدل در ستاد وزارت بهداشت است که با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی و با نرم‌افزار SPSS صورت پذیرفت (مرحله کاربردی کردن مدل) بهره گرفته شده است.

یافته‌ها

بر اساس آزمون انجام‌شده بر روی متغیرها به منظور کشف مدل سنجش مناسب، مقدار آماره KMO (۰/۵۵۹)، داده‌ها به منظور انجام تحلیل عاملی مناسب هستند. همچنین نتایج آزمون کرویت بارتلت نیز معنی‌دار است (۱۳۵۴/۷۸ با sig ۰/۰۰۰/۰)، به این معنی که میان متغیرها هم‌بستگی معنی‌دار وجود دارد.

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، بیشتر میزان اشتراک‌ها بالاتر از ۵۰٪ است و بیانگر توانایی عامل‌های تعیین‌شده در تبیین واریانس متغیرهای مورد مطالعه است. مقدر ویژه، دارای اهمیت اکتشافی عامل‌ها در ارتباط با متغیرهای را نشان می‌دهد. پایین بودن این مقدار برای یک عامل به معنی نقش اندک در تبیین واریانس متغیر است. بر اساس چرخش عامل‌های به دست‌آمده با روش وارمکس عوامل اول تا هشتم به ترتیب با ۱۶/۱۸، ۲۹/۴۴، ۴۱/۴۴، ۴۸/۶۴، ۵۵/۷۴، ۶۲/۶۶، ۶۹/۱۰ و در مجموع ۷۵/۰۱ درصد از واریانس را دربر دارند.

در جدول ۲ سهم متغیرها در عامل‌ها قبل از چرخش نشان می‌دهد که بیانگر توانایی عامل‌های تعیین‌شده در تبیین واریانس متغیرها و همچنین برای بررسی تناسب متغیرها برای تحلیل عاملی استفاده می‌شود.

جدول ۳ سهم متغیرها را در عامل‌ها بعد از چرخش نشان می‌دهد. هر متغیر در عاملی قرار می‌گیرد که با آن عامل هم‌بستگی بالای معنی‌دار داشته باشد.

جدول ۴ نشان‌دهنده ضرایب هم‌بستگی بین عوامل را قبل و بعد از چرخش نشان می‌دهد.

با توجه به تحلیل اکتشافی صورت گرفته ابعاد و مؤلفه‌های مدل سنجش فساد در نظام بهداشت و درمان به شرح جدول ۵ قابل بیان است.

بحث

با توجه به مدلی که به دست آمده است، فرضیه اصلی این پژوهش که مدلی بومی برای سنجش فساد وجود دارد، رد نشد، اما همان‌گونه در بخش مروری بر مطالعات پیشین نیز به طور خلاصه اشاره شده بود، بسیاری از مطالعاتی که مدلی برای سنجش فساد ارائه داده‌اند، همانند مطالعات کمیته ضد فساد کره جنوبی سال ۲۰۱۰، تلاش هابرت برای ایجاد سیستم اداره سالم محلی (۲۰۰۹ م.)، مطالعات داخلی نظیر ارائه مدل سنجش سلامت اداری در شهرداری تهران اثر عابدی جعفری (۱۳۸۹ ش.) و... همگی مانند مدل پیش رو بر چندبعدی بودن پدیده فساد نتایج یکسانی دارند، اما ابعاد این مدل‌ها به دلیل آنکه در زمینه متفاوت مثلاً شهرداری، حکومت‌های محلی و... بسیاری در متغیرهای مرتبط با حوزه بهداشت و درمان مورد توجه قرار نگرفته است. در واقع یکی از مهم‌ترین تفاوت نتیجه به دست آمده در این است که تمرکز این مدل بر نظام بهداشت و درمان است، اما در مطالعات دیگری که بر موضوع فساد در نظام بهداشت و درمان تمرکز داشتند، همانند مطالعات وین (۲۰۰۶ و ۲۰۰۸ م.)، هاندولوس (۲۰۱۲ م.) و... نتایج به دست آمده تنها بر یک یا دو مصداق اصلی فساد همانند پرداخت‌های غیر رسمی، زیرمیزی و دزدی از کمک‌های مالی مورد توجه بوده است و در نهایت دید جامعی از میزان فساد و انواع فسادهای رایج در سیستم بهداشت و درمان ارائه نمی‌دهد، ضمن آنکه در این مطالعات تنها بر یک سطح از ذی‌نفعان همانند بیماران یا تأمین‌کنندگان تمرکز می‌شود و پیچیدگی و درهم‌تنیدگی سیستم بهداشت و درمان در نظر گرفته نمی‌شود. بر این اساس در یک جمع‌بندی کلی می‌توان گفت که مهم‌ترین نقطه مشترک این پژوهش با پژوهش‌های پیشین تأکیدی است که بر چندبعدی بودن فساد رایج در نظام بهداشت و درمان همانند سایر سیستم‌ها دارد و از مهم‌ترین نوآوری‌های این پژوهش نسب به پژوهش‌های پیشین ارائه مدلی جامع در نظام بهداشت و درمان است که با در نظر گرفتن تمامی ابعاد فساد و ذی‌نفعان درگیر در نظام بهداشت و درمان ارائه شده است.

نتیجه‌گیری

فساد در نظام سلامت پدیده‌ای تک‌بعدی نیست و از ابعاد و لایه‌های متفاوت تشکیل می‌شود. در این پژوهش مشخص گردید که صرفاً با داشتن دید جامع به موضوع فساد می‌تواند ابزار مناسب سنجش با در نظرگرفتن تمامی ابعاد و مؤلفه‌ها ایجاد نمود. از این رو پژوهشگر با بررسی مدل‌های تک‌بعدی و چندبعدی موجود، ابعاد و مؤلفه‌های فساد که می‌تواند در نظام سلامت درگیر باشد، مدلی بومی که دارای ویژگی‌های زیر باشد، ارائه داده است:

- ۱- قابل سنجیدن باشد؛
- ۲- سنجیدن آن به صرفه باشد؛
- ۳- چندبعدی باشد؛
- ۴- سطح کلان را دربر گیرد؛
- ۵- ذی‌نفعان مختلف در نظام بهداشت و درمان را دربر گیرد؛
- ۶- قابلیت سنجش ادراک و تجربه را داشته باشد.

در نتیجه مدل طراحی شده به شرح زیر است: با توجه به بررسی‌های صورت گرفته و عنایت به محدودیتی که برای محقق در این پژوهش جهت انتخاب روش تحقیق مناسب هدف اصلی پژوهش، یعنی طراحی مدل بومی وجود داشت، لذا پیشنهاد می‌گردد سایر روش‌های اعتبارسنجی و آماری دیگر جهت بررسی میزان روایی و پایایی مدل استفاده شود. مهم‌ترین اقدام پس از استخراج مدل، طراحی ابزار سنجش قابل اعتماد و روا به منظور عملیاتی شدن مدل طراحی شده در نظام بهداشت و درمان و به دست آوردن نمره فساد رایج در این نظام است.

همچنین مدل استخراج شده، اولین تجربه طراحی مدل سنجش فساد در نظام سلامت است و از این رو پیشنهاد می‌گردد با به کارگیری این مدل و سنجش آن در بخش‌ها و زیربخش‌های مختلف نظام سلامت زمینه بهبود و افزایش تعمیم‌پذیری آن فراهم شود.

این مدل نگاهی جامع به سنجش فساد در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران داشته است، اما این مدل به گونه‌ای طراحی شده است که قابلیت بومی‌شدن با توجه به نیازها، الزامات و شرایط هر سیستمی را دارا است. از این رو پیشنهاد می‌شود جهت آگاهی دقیق‌تر از وضعیت هر بخش خاص در نظام سلامت، هر جز از این سیستم این مدل را به طور اختصاصی در محیط

بومی و شرایط ویژه خاص خود مورد بهره‌برداری قرار دهند و به این ترتیب تصویری دقیق‌تر و جزئی‌تر از میزان و نوع رواج فساد در نظام مورد بررسی به دست آورده تا اقدامات مناسب‌تری جهت مبارزه و یا پیشگیری از فساد در محیط عملیاتی منحصر به فرد خود ایجاد نمایند.

پیشنهاد می‌شود مدل سنجش طراحی شده در سطح نظام سلامت توسط مراجع بی‌طرف از جمله مراجع دانشگاهی با نمونه‌گیری مناسب پیاده‌سازی شده و با سنجش، میزان و نوع رواج فساد در کل نظام سلامت به دست آید.

پیشنهاد کاربردی برای دست‌اندرکاران نظام سلامت کشور این است که بر اساس مدل بومی و سنجش آن، نقشه راه مبارزه با فساد اداری در نظام سلامت طراحی و استقرار یابد.

در نهایت پیشنهاد می‌شود بر اساس هر یک از متغیرها و مصادیق فساد، علل و عوامل بروز و گلوگاه‌های فساد شناسایی و راه‌کارهای عملیاتی برای بهبود وضعیت در آن بخش تدوین شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش، بخشی از پایان‌نامه دوره دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی در دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات است. از این طریق از تمامی متخصصین و دست‌اندرکاران نظام بهداشت و درمان کشور که در انجام این پژوهش نقش داشته‌اند، تقدیر و تشکر می‌نماید.

جدول ۱: میزان اشتراک اولیه و بعد از استخراج عامل‌ها برای متغیرهای وارد شده در تحلیل

عاملی

متغیرها	اولیه	استخراج شده
رشوه و زیرمیزی	۱/۰۰۰	۰/۸۱۶
دزدی	۱/۰۰۰	۰/۷۸۹
اختلاس	۱/۰۰۰	۰/۵۳۷
سوء استفاده از اموال	۱/۰۰۰	۰/۷۹۸
سوء استفاده از موقوفات	۱/۰۰۰	۰/۷۷۲
پولشویی	۱/۰۰۰	۰/۸۸۲
پارتنری بازی	۱/۰۰۰	۰/۷۱۴
دلالتی گری	۱/۰۰۰	۰/۷۴۸
تبعیض در اجرای قانون	۱/۰۰۰	۰/۸۴۷
غیبت از کار	۱/۰۰۰	۰/۸۷۸
تأخیر حضور در محل کار	۱/۰۰۰	۰/۳۴۳
افشای اسناد بیماران و اسناد اداری	۱/۰۰۰	۰/۸۶۸
مخدوش کردن اسناد بیماران و اسناد اداری	۱/۰۰۰	۰/۷۷۲
اخاذی	۱/۰۰۰	۰/۸۸۲
جعل اسناد	۱/۰۰۰	۰/۷۶۸
تربیت نیروی انسانی ناشایست	۱/۰۰۰	۰/۷۱۶
سوء استفاده از مقام موقعیت	۱/۰۰۰	۰/۸۳۹
کارپردازی، مناقصه و مزایده و خرید	۱/۰۰۰	۰/۶۸۶
دستگاه نظارتی	۱/۰۰۰	۰/۶۹۰
تبعیض در رسیدگی به تخلفات پزشکی	۱/۰۰۰	۰/۷۵۱

جدول ۲: مارتیس عاملی دوران نیافته

متغیرها	مفاهیم					
	۶	۵	۴	۳	۲	۱
رشوه و زیرمیزی					۰/۳۲۸	۰/۷۹۷
دزدی		۰/۱۱۰	-۰/۱۴۹		۰/۳۴۳	۰/۷۷۷
اختلاس	۰/۲۲۱	-۰/۱۸۷			۰/۱۹۸	۰/۶۵۶
سوء استفاده از اموال	-۰/۲۷۲		۰/۱۸۶		۰/۵۶۹	۰/۵۲۸
سوء استفاده از موقوفات	۰/۲۲۰	۰/۲۴۴	۰/۲۷۰	۰/۱۵۱	-۰/۶۲۱	۰/۱۷۵
پولشویی		۰/۱۰۵		۰/۵۷۲	-۰/۶۶۸	۰/۱۲۶
پارتی بازی	-۰/۱۸	۰/۳۰۲	۰/۱۹۱	۰/۳۲۵	۰/۲۷۱	۰/۵۸۱
دلالتی گری	-۰/۱۵۰	۰/۱۱۲	۰/۴۷۸		۰/۵۱۶	-۱/۱۰
تبعیض در اجرای قانون	۰/۱۷۸		۰/۷۲۴	۰/۱۲۶	۰/۴۴۲	
غیبت از کار	۰/۵۷۴		۰/۵۸۴	-۰/۳۹۶		
تأخیر حضور در محل کار				۰/۴۴۷		۰/۳۱۵
افشای اسناد بیماران و اسناد اداری				-۰/۵۴۷	-۰/۱۶۹	۰/۶۰۶
مخدوش کردن اسناد بیماران و اسناد اداری				-۰/۳۱۳	-۰/۶۸۶	۰/۷۴۸
اخاذی	۰/۱۴۳		۰/۱۵۸	۰/۱۳۴	-۰/۶۹۸	۰/۴۹۱
جعل اسناد	-۰/۴۱۰		۰/۱۴۳	۰/۲۹۰	-۰/۲۸۰	۰/۵۴۶
تربیت نیروی انسانی ناشایست	۰/۲۸۶	-۰/۱۳۳	-۰/۲۵۲	۰/۱۲۰	۰/۴۹۸	۰/۲۷۳
سوء استفاده از مقام موقعیت	۰/۴۱۷		-۰/۳۶۵	۰/۳۶۸	۰/۱۲۷	۰/۱۶۴
کارپردازی، مناقصه و مزایده و خرید	۰/۱۸۶	۰/۳۳۴			-۰/۲۸۴	۰/۶۳۹
دستگاه نظارتی	۰/۲۷۱	۰/۶۰۴	-۰/۱۴۵	۰/۲۵۹	۰/۲۱۲	-۰/۲۲۰
تبعیض در رسیدگی به تخلفات پزشکی	۰/۱۸۱	۰/۶۲۱	-۰/۲۲۳		۰/۲۸۰	-۰/۲۹۵

جدول ۳: ماتریس عاملی دوران یافته

متغیرها	مفاهیم					
	۶	۵	۴	۳	۲	۱
رشوه و زیرمیزی				۰/۲۰۵		۰/۸۶۹
دزدی				۰/۲۹۳		۰/۷۹۸
اختلاس	۰/۲۸۸	-۰/۱۴۱	-۰/۱۱۱	۰/۲۶۷		۰/۵۵۲
سوء استفاده از اموال		-۰/۱۲۱	۰/۲۹۸		-۰/۱۸۶	۰/۸۰۶
سوء استفاده از موقوفات	-۰/۳۷۸				۰/۶۷۱	
پولشویی				-۰/۱۷۷		۰/۸۴۴
پارتنری بازی		۰/۱۷۱	۰/۱۳۶		۰/۷۵۲	۰/۲۵۶
دلالتی گری	۰/۸۲۸				-۰/۲۰۱	۰/۱۱۱
تبعیض در اجرای قانون	۰/۴۰۴			-۰/۱۶۱	۰/۶۰۳	۰/۱۷۴
غیبت از کار	۰/۸۰۲			۰/۱۴۲		
تأخیر حضور در محل کار				۰/۵۴۹		
افشای اسناد بیماران و اسناد اداری	-۰/۱۳۱	۰/۸۸۵		-۰/۱۸۵		۰/۱۴۶
مخدوش کردن اسناد بیماران و اسناد اداری		-۰/۷۲۱	-۰/۲۰۶	۰/۱۳۳	۰/۲۹۱	۰/۳۰۰
اخاذی	۰/۱۶۸	-۰/۱۱۳	-۰/۲۷۰	۰/۳۳۵	۰/۷۸۳	
جعل اسناد	۰/۱۲۵	-۰/۶۰۴	۰/۱۲۲	۰/۲۲۹	۰/۱۱۰	۰/۳۱۲
تربیت نیروی انسانی ناشایست	۰/۱۹۶	۰/۲۳۹		۰/۶۸۱	-۰/۲۴۶	۰/۲۴۷
سوء استفاده از مقام موقعیت	۰/۱۵۴			۰/۷۰۹		۰/۱۴۹
کارپردازی، مناقصه و مزایده و خرید	-۰/۴۷۸	۰/۱۶۷		۰/۵۶۵	۰/۶۷۲	۰/۲۷۵
دستگاه نظارتی ضعیف و ناکارآمد			۰/۷۶۰	-۰/۳۰۶		
تبعیض در رسیدگی به تخلفات پزشکی		۰/۱۳۵	۰/۸۱۵		-۰/۱۷۷	-۰/۱۶۱

محسن مردعلی، امیر اشکان نصیری پور، ایوان مسعودی اصل، حسن عابدی جمفری

جدول ۴: ضریب هم‌بستگی بین عوامل قبل و بعد از چرخش

مفاهیم	۱	۲	۳	۴	۵	۶
ابعاد	۱	۰/۷۴۹	۰/۳۱۲	۰/۵۳۵	-۰/۹۹	۰/۱۳۳
	۲	۰/۴۷۱	-۰/۷۱۲	-۰/۱۸۱	۰/۳۵۷	۰/۲۴۷
	۳	۰/۲۱۵	۰/۴۹۷	-۰/۶۷۴	۰/۰۴۷	۰/۳۵۲
	۴	۰/۰۶۲	۰/۲۷۱	-۰/۱۳۹	۰/۶۰۹	-۰/۰۳۹
	۵	۰/۱۲۴	۰/۲۳۸	۰/۰۷۵	۰/۱۷۳	۰/۴۶۷
	۶	-۰/۱۳۴	۰/۰۲۴	۰/۰۶۷	-۰/۲۰۲	۰/۳۰۴

جدول ۵: ابعاد و مؤلفه های مدل سنجش فساد در نظام بهداشت و درمان بر اساس تحلیل

عامل اکتشافی

متغیرها	ابعاد	مفهوم
دادن و دریافت رشوه و زیرمیزی	مالی	فساد
سوء استفاده از اموال		
پولشویی		
دزدی	ارتباطی - تعاملی	
پارتنری بازی		
تبعیض در اعمال و اجرای قانون		
مناقصه، مزایده، خرید و کارپردازی	سوء استفاده و تربیت نیروی انسانی	
تربیت نیروی انسانی ناشایست		
سوء استفاده از مقام و موقعیت	دستگاه نظارتی	
رسیدگی تبعیض آمیز به تخلفات پزشکی		
دستگاه نظارتی ضعیف و ناکارآمد	اسناد و سوابق	
افشای اسناد بیماران و اسناد اداری		
مخدوش کردن اسناد بیماران و اسناد اداری		
جعل اسناد	فرهنگ کار	
غیبت از کار		
دلالتی گری		

References

1. Dadgar H, Masoominia A. Financial Corruption. Tehran: Canoon Andishe Javan; 1383.
2. Tavakoli A. Designing national index for corruption assesing. Qom: Phd Thesis for public managemnet; 1389.
3. Huss G, Sudarshan K, Ramani T, Gerein N. Good governance and corruption in the healthcare sector: lessons from the Karnataka experience. *Health Policy and Planning* 2011; 26: 471-484.
4. Mackey T, Kohler J, Savedoff WD, Vogl F, Lewis M, Sale J, et al. The disease of corruption: views on how to fight corruption to advance 21st century global health goals. *BMC Medicine* 2016; 10: 149-165.
5. Handlos L, Olwig K, Bygbjerg C, Norredam M. Return Migrants' Experience of Access to Care in Corrupt Healthcare Systems: The Bosnian Example. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2016; 18: 1-12.
6. Dupuy K, Divjak B. Ebola and corruption: Overcoming critical governance challenges in a crisis situation. Norway: Anti-Corruption Resource Centre; 2015. p.1-4
7. Habibov N. Effect of corruption on healthcare satisfaction in post-soviet nations: A cross-country instrumental variable analysis of twelve countries. *Social Science & Medicine* 2016; 17: 119-124.
8. WorldBank. 2013. Available at: <http://data.worldbank.org/country/iran-islamic-republic>.
9. archive.transparency.org/policy_research/nis/national_integrity_system_assessment/. Retrieved Sep 5, 2013.
10. http://bpi.transparency.org/pbi2011/in_detali/. Retrieved Sep 2, 2013.
11. Vian T. Review of corruption in the healthcare sector: theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning* 2008; 10: 83-94.
12. Agbenorku P. Corruption in Ghanaian healthcare system: the consequences. *Journal of Medicine and Medical Science* 2012; 3: 622-630.
13. Kokabi F. Integrity enhancement in ministry of Health service and health educaion. Tehran: 5th International manegement Conference; 1389.

14. Huberts L, Kaptein M, Lasthuizen K. A study of the impact of three leadership Styles on Integrity violations committed by Police Offers. *Policing: An international Journal of Police Strategices & Management* 2007; 30(4): 587-607.

15. Public Sector Integrity Index Stands at 8.43 the ACRC Issued the 2011 Index. The Republic of Korea: Anti-Corruption & Civil Rights Commission.