



<https://jas.ui.ac.ir/?lang=en>

**Journal of Applied Sociology**

E-ISSN: 2322-343X

Vol. 34, Issue 2, No.90, Summer 2023, pp. 71-100

Received: 13.02.2023

Accepted: 07.06.2023

#### Research Paper

### Analyzing the Foundations of Formation and Prevalence of Corruption in Iran's Healthcare System

**Atefeh Modabernejhad**

Ph.D. Candidate of Sociology, Faculty of Humanities, University of Yasouj, Yasouj, Iran  
atefehmodaber1372@gmail.com

**Seyed Samad Beheshty\*** 

Assistant Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, University of Yasouj, Yasouj, Iran  
sbeheshty@yu.ac.ir

**Vahid Ghasemi**

Professor, Department of Social Sciences, Faculty of Literature and Humanities University of Isfahan, Isfahan, Iran  
v.ghasemi@ltr.ui.ac.ir

**Ramin Moradi**

Assistant professor, Department of Social Sciences, Faculty of Humanities, University of Yasouj, Yasouj, Iran  
rморadi@yu.ac.ir

#### Introduction

Corruption as a universal problem has taken up substantial time and money from judicial, social, and political officials of many countries imposing lots of cost on people from different dimensions. In the last few decades, the issue of corruption has attracted the attention of many researchers from different fields, such as sociology, law, economics, etc., and much research literature has been produced on this issue. It can be said that corruption is a global phenomenon that exists more or less in all countries of the world, but its existence and extent differs from one society to another according to social and economic development and based on the effectiveness of moral, religious, and cultural values. Although corruption has extensive negative consequences, its importance is more evident in the healthcare system. It can have many negative effects because it deals with human lives. Therefore, the aim of the current research was to analyze the causes of occurrence and spread of corruption in the healthcare system from the experts' perspectives in the context of sociological framework.

#### Materials & Methods

The current research tried to identify the conditions and contexts related to the prevalence of corruption in Iran's healthcare system from the staff experts' perspectives in this field by using a qualitative approach and the grounded theory method. Therefore, the research field was the headquarter of the Ministry of Health, in which the following criteria were adopted for selecting the samples: working in the headquarter of the Ministry of Health and Medical Education, having information and awareness of some corruption in this area, and having an experience of responsibility in the executive and general positions of the Ministry of Health and Medical Education. The sampling process was such that the researcher first started with someone, who was easier to communicate with. One of the authors' colleagues was introduced to the

interviewing researcher. Therefore, the first sample became available. Based on the logic and nature of the issue, the next samples were determined via snowball sampling. To achieve a comprehensive understanding of the conditions and action strategies of activists, theoretical sampling and maximum diversity methods were also employed. To select the samples, their various characteristics, such as work history, age, level of education, marital status, and ethnicity, were also determined as the criteria for sample selection.

#### Discussion of Results & Conclusion

Based on the data analysis, 6 categories related to the process of spread of corruption in Iran's healthcare system were identified: "weakness of formal and informal education",

\* Corresponding author

Modabernejhad, A., Beheshty, S. S., Ghasemi, V., & Moradi, R. (2023). Analyzing the foundations of formation and prevalence of corruption in iran's healthcare system. *Journal of Applied Sociology*, 34(2), 71-100.



"weakness of policy, management, and governance in the healthcare system", "glitch economy and lack of a fair distribution of the healthcare system", "weakness of laws and inefficiency of the regulatory bodies", "weak and corrupt structures in the healthcare system", and "existence of a corrupted pharmaceutical field in the healthcare system". The aforementioned categories were all nested under the core category of "corrupting healthcare system".

This research showed that corruption in Iran's healthcare system had become structured and systematic and therefore, many corruptions took place with completely legal procedures. Moreover, due to legal weaknesses and loopholes, the laws did not provide the necessary deterrence

to prevent the occurrence of corruptions. Overall, the results of this research revealed that what was seen as corruption in Iran's healthcare system had less to do with individual aspects, i.e., individual control mechanisms were not very effective in this regard though they were not separable from the conditions of corruption in Iranian society. To deal with corruption seriously, there was no other way around but to reform the official and unofficial structures of corruption and procedures.

**Keywords:** Corruption, Staff Experts, Healthcare System, Grounded Theory, Iran



مقاله پژوهشی

## واکوی زمینه‌های شکل‌گیری و شیوع فساد در نظام بهداشت و درمان ایران<sup>۱</sup>

عاطفه مدبرنژاد، دانشجوی دکتری، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران

atefehmodaber1372@gmail.com

سید صمد بهشتی\*، استادیار، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران

sbeheshty@yu.ac.ir

وحید قاسمی، استاد، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

vahidghasemi1980@gmail.com

رامین مرادی، استادیار، گروه جامعه‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران

raminmoradi83@gmail.com

### چکیده

زمینه و هدف: فساد به‌عنوان معضل جهانی، وقت و هزینه زیادی را از دست‌اندرکاران قضایی، اجتماعی و سیاسی کشورها به خود اختصاص داده است و هزینه بسیاری را نیز در ابعاد مختلف، به مردم وارد می‌کند. هدف اصلی این تحقیق، واکوی زمینه‌های شیوع فساد در نظام بهداشت و درمان ایران است. روش بررسی: پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و روش نظریه زمینه‌ای انجام شد. میدان تحقیق، خبرگان حوزه ستادی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی بود. برای این منظور، با ۱۳ نفر از خبرگان این حوزه، مصاحبه عمیق انجام شد و نمونه‌ها نیز با شیوه نمونه‌گیری نظری و گلوله‌برفی انتخاب شدند. یافته‌ها: براساس تحلیل داده‌ها، شش مقوله مرتبط با فرآیند شیوع فساد در نظام بهداشت و درمان ایران، عبارت‌اند از: ضعف آموزش رسمی و غیررسمی، ضعف سیاست‌گذاری، مدیریت و حکمرانی در نظام بهداشت و درمان، اقتصاد معیوب و فاقد نظام توزیع عادلانه در نظام بهداشت و درمان، ضعف قوانین و ناکارآمدی دستگاه‌های نظارتی، ساختارهای ضعیف و فسادپرور در نظام بهداشت و درمان و حوزه دارویی فسادزا در نظام بهداشت و درمان. مقوله‌های ذکر شده، ذیل مقوله هسته «سیستم فسادزای بهداشت و درمان» دسته‌بندی شد. نتیجه‌گیری: این تحقیق نشان می‌دهد فساد در سیستم بهداشت و درمان ایران، ساختاری و نظام‌مند شده است و بسیاری از فسادهای کاملاً قانونی انجام می‌شوند و به دلیل ضعف‌ها و خلأهای قانونی، قوانین بازدارندگی لازم را برای جلوگیری از وقوع فساد ندارند.

**واژه‌های کلیدی:** فساد، خبرگان ستادی، نظام بهداشت و درمان، نظریه زمینه‌ای.

\* نویسنده مسئول

<sup>۱</sup> مقاله مستخرج از پایان نامه دکتری است.

مدبرنژاد، ع؛ بهشتی، ص؛ قاسمی، و. و مرادی، ر. (۱۴۰۲). واکوی زمینه‌های شکل‌گیری و شیوع فساد در نظام بهداشت و درمان ایران. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۳۴(۲)، ۷۱-۱۰۰.



## مقدمه و بیان مسئله

در چند دهه اخیر، موضوع فساد توجه محققان بسیاری را از رشته‌های مختلفی همچون جامعه‌شناسی، حقوق، اقتصاد و... به خود جلب کرده و پژوهش‌های بسیاری را به وجود آورده است. فساد یک پدیده جهانی است که کم‌وبیش در همه کشورهای دنیا وجود دارد؛ اما موجودیت و گستردگی آن با توجه به توسعه اجتماعی و اقتصادی و عمدتاً اثربخشی ارزش‌های اخلاقی، مذهبی و فرهنگی یک جامعه تا جامعه دیگر، فرق می‌کند.

در زمینه فساد، تعاریف متعددی ارائه شده است، طبق تعریف شلیفر و شینی<sup>۱</sup> (1993)، فساد یعنی استفاده از اموال دولتی، در جهت نفع شخصی (رحیمیان، ۱۳۹۳: ۱۰۴)؛ اما باید گفت در میان انواع و اقسام تعاریف فساد، تعریف جامعه‌شناختی آن، بهتر می‌تواند حدود مفهومی آن را تعیین کند. از این نظر، فساد تبدیل روابط اجتماعی به مبادله‌های سودمندانه تبعیض‌آمیز است که در طی آن اهداف عام، جای خود را به اهداف خاص می‌دهند و خیری نامحدود به سبب خیری محدود، قربانی می‌شود (سیف‌زاده، ۱۳۹۷: ۷۴). البته عده‌ای نیز معتقدند که فساد عموماً به‌عنوان یک جرم علیه نظام عمومی طبقه‌بندی می‌شود و هیچ تعریف پذیرفته‌شده‌ای در سطح جهانی برای آن وجود ندارد (بیابانی و همکاران، ۱۳۹۵: ۶۶).

فساد تبعات منفی بسیاری دارد؛ برای مثال، نه تنها عدالت و حق شهروندان را نقض می‌کند، برای رشد و توسعه نیز زیان‌بار است (جعفری صمیمی و همکاران، ۱۳۹۰: ۱۱۵) و در بسیاری از مناطق جهان، یک مشکل اساسی است، بیشتر از توسعه اقتصادی جلوگیری می‌کند، باعث ناکارآمدی و ناعادلانه بودن در توزیع منابع می‌شود، می‌تواند عامل اصلی ناکامی شرکت‌ها و بحران‌های صنعت باشد، از طریق ایجاد نابرابری و نیز فرسایش اعتماد و سرمایه اجتماعی، بافت اجتماعی جوامع را از بین ببرد و مشروعیت و مقبولیت نظام سیاسی را به مخاطره بیندازد و در نهایت، تأثیرات منفی دیگری

را در رفاه افراد و جوامع داشته باشد. فساد قدرت نهادهای عمومی را تضعیف می‌کند و مانع رشد و توسعه اقتصادی می‌شود (Meon & Sekkat, 2005).

اخبار رسانه‌ها و نیز پرونده‌های قضایی مرتبط با فساد در زمینه‌های مختلف، نشان‌دهنده این است که این پدیده در ایران وجود دارد. این وضعیت حتی در داده‌های بین‌المللی نیز خود را نشان می‌دهد؛ به این صورت که براساس گزارش‌های سالانه سازمان شفافیت بین‌الملل، نمره ادراک از فساد در ایران، که خود شاخصی است مبنی بر فراوانی فساد در سال‌های مختلف، به این صورت بوده است:

در سال ۲۰۱۳، شاخص ارزیابی ادراک فساد در سطح ۲۵ بوده و با بهبود تدریجی در سال‌های بعدی، به ترتیب به ارقام ۲۷، ۲۹ و در سال ۲۰۱۷ به نمره ۳۰ رسیده است؛ اما در نهایت از نمره ۲۸ در سال ۲۰۱۸، به ۲۶ در سال ۲۰۱۹ کاهش پیدا کرده است؛ در نتیجه رتبه ایران در بین ۱۸۰ کشور جهان از ۱۳۸ به ۱۴۶ رسیده است (Transparency International, 2020).

هرچند فساد پدیده‌ای با پیامدهای منفی و متنوع است، اما می‌تواند در سیستم بهداشت و درمان، آثار سوء بیشتری داشته باشد؛ زیرا جان انسان‌ها و سلامتی آنها، مقوله‌ای بسیار مهم است و فساد بین زندگی و مرگ، تفاوتی قائل شود. تأثیری که فساد بر سلامت مردم دارد، به گونه‌ای است که می‌تواند به طور مستقیم و غیرمستقیم، بر دسترسی به موقع مردم به مراقبت‌های بهداشتی، کیفیت خدمات سلامت و به طور کلی، بر همه شاخص‌های سلامت اثر بگذارد.

واضح است که سلامت اهمیت ویژه‌ای در زیرساخت‌های قسمت‌های مختلف جوامع دارد و از آن به عنوان محور توسعه پایدار اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی یاد می‌شود. به بیان دیگر، سلامت یکی از مهم‌ترین منابع زندگی انسان است و در کیفیت زندگی فرد و رسیدن جوامع به توسعه پایدار، تأثیر بسیاری دارد. بروز فساد در سیستم بهداشت و درمان، بر میزان رضایتمندی خدمت‌گیرندگان از این سیستم نیز، تأثیر بسزایی بر جا می‌گذارد، به گونه‌ای که هرچه میزان فساد در

<sup>1</sup> Shleifer and Vishny

که از سال ۲۰۱۳، درگیر شیوع بیماری ابولا بودند، تحقیقی انجام شد و این نتیجه به دست آمد که فساد در آفریقای غربی، با تضعیف نهادهای بهداشت عمومی و توزیع نامناسب کمک‌های بین‌المللی، در سرعت و بیشتر شدن شیوع این بیماری، تأثیر مثبتی داشته است (Dupuy & Divjak, 2015).

با توجه به ماهیت مخفیانه بودن فساد، آمار درست و دقیقی در این زمینه وجود ندارد، ولی با توجه به شواهد ممکن، با قطعیت بیان می‌شود که فساد در نظام سلامت ایران وجود دارد. موضوع فرار مالیاتی پزشکان، یکی از مصادیق شناخته شده و یکی از گونه‌های فساد است که در سایت دیده‌بان شفافیت و عدالت (۱۳۹۷)، بررسی شده است؛ برای مثال، طبق گزارش این سازمان، غیبی‌پور، رئیس حل اختلاف مالیاتی شهر تهران، اذعان داشت که مالیات سالیانه پزشکان ۷۰۰ میلیارد تومان است و از این مقدار ۱۵۰ میلیارد آن را پزشکان پرداخت می‌کنند؛ اما پژوهشگران حوزه شفافیت با بررسی دقیق موضوع، به این نتیجه رسیده‌اند که میزان مالیات واقعی، بسیار بیشتر از ۷۰۰ میلیارد است.

عضویت مسئولان وزارت بهداشت در هیئت‌مدیره شرکت‌های خصوصی متعدد مرتبط با وزارت بهداشت و درمان هم، نمونه‌ای دیگر از فساد در سطح کلان است؛ برای مثال در بحث واردات واکسن کرونا، در منابع غیررسمی بیان شده بود که به دلیل سهم‌بودن مسئولان وزارت بهداشت در شرکت‌های تولید واکسن داخلی، از ورود واکسن خارجی به کشور تا زمان زیادی جلوگیری و این موضوع باعث شد که افراد بسیاری جان خود را از دست بدهند. اختلاس و دزدی از بودجه سلامت در سطح حکومتی یا در مرکز سلامت، فساد و تبانی در تدارکات و بازپرداخت برای خدمات، فساد در سیستم‌های پرداخت و صورت‌حساب‌های غیرقانونی شرکت‌های بیمه، تقلب در زنجیره ارزش دارو، فساد در بخش ارائه خدمات پزشکی و پذیرش رشوه برای بهبود تصمیم‌گیری در استخدام و اعتباربخشی نمونه‌های دیگر، از صورت‌های فساد در نظام سلامت است (Global Corruption Report, 2006: 18).

این سیستم افزایش یابد، به همان نسبت نیز، رضایتمندی خدمت‌گیرندگان کاهش می‌یابد (Habibov, 2016). از طرفی، سلامت پیش‌نیاز و ضرورت اولیه ایفای نقش‌های اجتماعی است. انسان‌ها در صورتی می‌توانند فعالیت کاملی داشته باشند که سالم باشند، خود را سالم احساس کنند و جامعه آنها هم سالم دانسته شود؛ جنبه‌هایی که همیشه ممکن است بر هم منطبق نباشند. سلامت چه به صورت فردی و چه جمعی، بی‌تردید مهم‌ترین جنبه از مسائل حیات است که بشر به منظور حصول آن، از دوران ماقبل تاریخ تا زمان حال، کوشش کرده است (محسنی، ۱۳۸۵: ۴۳-۴۴).

نظام سلامت شامل سازمان‌ها، مؤسسات، گروه‌ها و افرادی است که در بخش دولتی و غیردولتی به سیاست‌گذاری، تولید منابع، تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت با هدف بازیابی، ارتقا و حفظ سلامتی مردم می‌پردازد. سازمان بهداشت جهانی، کارکردهای اصلی نظام سلامت را شامل حاکمیت، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت و سه هدف اصلی نظام سلامت را ارتقا و حفظ سلامتی مردم جامعه، پاسخگویی به انتظارات مردم و حمایت مالی از آنها در مقابل هزینه‌های سلامت بیان کرده است. همچنین دسترسی، کیفیت، کارایی، عدالت و تاب‌آوری را در زمره اهداف فرعی نظام سلامت برشمرده است (مصدق‌نژاد و رحیمی‌تبار، ۱۳۹۸: ۱۲). بی‌شک فساد در این نظام هم، می‌تواند مانند دیگر بخش‌های حکمرانی کشورها، وجود داشته باشد. همان‌طور که گفته شد، فساد در نظام سلامت به دلیل نزدیکی عرصه سلامت با جان افراد و ارتباط آن با بقیه عرصه‌ها، مثل عرصه اقتصاد و سیاست، از چالش‌های جدی نظام‌های حکمرانی محسوب می‌شود.

بر اساس مطالعات انجام شده در جهان، سالیانه چیزی بیشتر از ۳۰۰ میلیارد دلار در بخش بهداشت و درمان خرج می‌شود که به‌طور میانگین، ده درصد آن در تراکنش‌های فسادآمیز حیف و میل می‌شود (مردعلی و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۳۱). مطالعات نشان داده است که سطوح بالای فساد، پیامدهای منفی بر بهداشت جامعه و سلامت آن دارد؛ برای نمونه در سال ۲۰۱۵، در بین کشورهایی

ما با تلفیق تئوری و واقعیت‌های محلی، می‌توانیم برنامه‌های خوبی را طراحی کنیم و فرصت بروز فساد را از بین ببریم، فشارها را کاهش و مقاومت در برابر فساد را افزایش دهیم.

مردعلی و همکاران (۱۳۹۶) نیز در پژوهشی، «مدل سنجش فساد نظام بهداشت و درمان ایران» را بررسی کرده‌اند. هدف از این پژوهش، ارائه مدلی جامع و معنی‌دار برای سنجش فساد در نظام بهداشت و درمان کشور بوده است. این پژوهش در دو بخش و به صورت پژوهش ترکیبی (کیفی کمی) انجام شده است. براساس یافته‌های این تحقیق، فساد اداری در نظام بهداشت و درمان با توجه به مطالعات میدانی و اسنادی انجام‌شده، ابعاد شش‌گانه‌ای دارد که شامل موارد زیر می‌شود: مالی، ارتباطی تعاملی، سوءاستفاده و تربیت نیروی انسانی، دستگاه نظارتی، اسناد و سوابق و فرهنگ کار که هرکدام شاخص‌های خاص اندازه‌گیری را دارند. مدل تحقیق که براساس تأثیرات متغیرهای تحقیق، اعم از متغیر مستقل و وابسته حاصل شد، نشان داد بین مؤلفه‌های هر یک از متغیرها، ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد.

بهشتی و خان‌محمدی (۱۳۹۹) در تحقیقی، «وضعیت ادراک از فساد و عوامل مرتبط با آن (مورد مطالعه: شهروندان شهر سرپل ذهاب)» را بررسی کردند. این پژوهش با روش کمی، به شیوه پیمایشی و با ابزار پرسش‌نامه، با نمونه‌ای ۴۰۰ نفری، وضعیت ادراک را از فساد بین شهروندان شهر سرپل ذهاب بررسی کرده است. نتایج پژوهش نشان داد که از نظر پاسخگویان، شهرداری‌ها بیشترین و دانشگاه‌ها کمترین میزان شیوع فساد را دارند. از نظر آنها در ده سال اخیر، روند اختلاس در سطح جامعه افزایش یافته است؛ این در حالی است که در میزان ارتشا و پارتی‌بازی، تغییر چندانی انجام نشده است. به‌علاوه، میزان ادراک از فساد مردان به‌طور معناداری بیش از زنان بود و بین گرایش‌های سیاسی نیز، در وضعیت شاخص ادراک از فساد، تفاوت معناداری وجود داشت. شاخص ادراک از فساد با متغیرهای آگاهی سیاسی، مصرف رسانه‌ای و جهت‌گیری ارزشی مدرن، ارتباط مثبت و

طبق آنچه در سطور بالا گفته شد و با توجه به گستردگی عوامل و نیز گستره پیامدهای منفی فساد، شناسایی عوامل مؤثر بر شیوع فساد در سیستم بهداشت و درمان و مبارزه با آن، یک چالش پیچیده است. اهمیت نظام سلامت بر هیچ‌کس پوشیده نیست و فساد در سیستم بهداشت و درمان، آثار سوء بسیاری را بر جای می‌گذارد؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر این است که متناسب با منطق تئوری زمینه‌ای و استفاده از آن در چارچوبی جامعه‌شناختی، شیوع فساد در سیستم بهداشت و درمان را از دیدگاه خبرگان ستادی نظام بهداشت و درمان تحلیل کند.

### پیشینه تجربی

درباره فساد، تحقیقات زیادی انجام شده است. تعدادی از این تحقیقات، شاخص‌های اقتصادی، برخی عوامل فرهنگی، سیاسی و سیاست‌گذاری و عده‌ای نیز شاخص‌های اجتماعی مؤثر بر فساد را بررسی کرده‌اند.

### پیشینه داخلی

حقیقتیان و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی، برخی از عوامل اجتماعی مؤثر بر فساد اداری (مورد مطالعه: سازمان‌های اداری شهر یزد) را بررسی کردند. نتایج نشان داد مهم‌ترین متغیرهای تأثیرگذار بر فساد اداری، تعهد سازمانی و تمکن مالی کارکنان است.

جوذکی و رشیدیان (۱۳۸۸) نیز پژوهشی را با عنوان «فساد در نظام سلامت: تئوری، روش‌ها و مداخلات» انجام داده‌اند. این تحقیق یک چارچوب مفهومی را برای راهنمایی سیاست‌گذاران در زمینه فساد در نظام سلامت و شناسایی مداخلات ممکن ارائه داده است. آنها در نهایت به این نتیجه رسیده‌اند که فساد یک مشکل پیچیده است و دسترسی، عدالت و اهداف سلامت را تهدید می‌کند. رهبران نظام سلامت و شهروندان همه کشورها به‌طور فزاینده‌ای، آثار مهلک فساد و ضرورت مقابله با آن را دریافته‌اند. به گفته آنها،



دریافتند که کاهش فساد می‌تواند دستاوردهای اجتماعی درخور توجهی داشته باشد، از جمله کاهش نرخ مرگ‌ومیر کودکان و نوزادان، کاهش درصد نوزادان با وزن کم هنگام تولد و کاهش نرخ ترک تحصیل ابتدایی. نتایج بررسی ۷۱ کشور در این تحقیق، نشان‌دهنده این است که همبستگی قوی بین فساد و ارائه خدمات وجود دارد و کشورهای با فساد کمتر، کیفیت خدمات بهداشتی و خدمات عمومی بهتری دارند.

سامه و مهیک<sup>۲</sup> (2017) تحقیقی را با عنوان «فساد، علل و پیامدهای آن» انجام داده است. او فساد را عنصری ثابت در جامعه و در تمامی طول تاریخ می‌داند و بیان می‌دارد که تنها در ۲۰ سال گذشته، این پدیده به‌طور جدی بررسی شده است که اشکال مختلف و آثار گوناگونی را در اقتصاد و هم در کل جامعه دارد. او شایع‌ترین علل فساد را در محیط سیاسی و اقتصادی، اخلاق حرفه‌ای و البته عادات، آداب‌ورسوم، سنت و جمعیت‌شناسی جست‌وجو کرده است؛ بنابراین فساد، رشد اقتصادی را مهار می‌کند و بر فعالیت‌های تجاری، اشتغال و سرمایه‌گذاری، تأثیر می‌گذارد و همچنین درآمد مالیاتی و اثربخشی برنامه‌های مختلف، کمک مالی را کاهش می‌دهد. جامعه وسیع تحت تأثیر سطح بالای فساد، در کاهش اعتماد به قانون و حاکمیت قانون، آموزش و در نتیجه کیفیت زندگی (دسترسی به زیرساخت‌ها، مراقبت‌های بهداشتی) تحت تأثیر قرار می‌گیرد. همچنین درباره چگونگی مقابله با فساد، یک جواب واحد وجود ندارد. آنچه در یک کشور یا در یک منطقه کار می‌کند، لزوماً در دیگری موفق نخواهد بود.

هاتچینسون، بالابانوا و ام‌کی<sup>۳</sup> (2019) در پژوهشی با عنوان «ما باید در مورد فساد در سیستم‌های سلامت صحبت کنیم»، بیان داشتند که نظرسنجی‌های مربوط به فساد ادراک‌شده در بخش بهداشت، به‌طور مداوم با شواهد چشمگیری نشان می‌دهد این امر، عواقب نامطلوب جدی برای بیماران دارد. با این حال، این موضوع در گفتمان سیاست بین‌المللی سلامت، بسیار برجسته نیست. در واقع پژوهشگران

معنادار و با پایگاه اقتصادی - اجتماعی، ارتباطی غیرمعنادار داشت؛ در نهایت براساس مقدار بتا در تحلیل مسیر، مشخص شد متغیر آگاهی سیاسی، بیشترین نقش را در تبیین شاخص ادراک از فساد دارد.

پژوهش بهشتی و همکاران (۱۳۹۹) با عنوان «تبیین جامعه‌شناختی عوامل اجتماعی مؤثر بر ادراک فساد اداری (مورد مطالعه: ارباب‌رجوعان ادارات دولتی شهر یاسوج)»، شاخص‌های اجتماعی مؤثر بر فساد را بررسی کرده است. این تحقیق با روش کمی و به شیوه پیمایشی، با نمونه‌ای ۳۹۰ نفری در بین شهروندان مراجعه‌کننده به ادارات دولتی شهر یاسوج انجام شده است. نتایج حاکی از آن است که متغیرهای دینداری، احساس عدالت، فردگرایی و اعتماد نهادی، اثر معناداری بر ادراک فساد داشته‌اند. همچنین نتایج نشان داد، متغیرهای مستقل، ۵۱٫۶ درصد از واریانس ادراک فساد را تبیین کرده‌اند و مهم‌ترین متغیر مؤثر بر ادراک فساد در سطح نمونه، احساس عدالت اجتماعی بوده است که در سطح نمونه آماری، تأثیر مستقیم آن برابر با ۰٫۴۵۰- بوده است.

پژوهش خدري و همکاران (۱۳۹۵) نیز در همین دسته جای می‌گیرد؛ زیرا آنها نیز عوامل اجتماعی مؤثر بر فساد اداری را در سازمان‌های دولتی شهرستان سنندج بررسی کرده‌اند. این تحقیق با روش پیمایشی در بین کارمندان و مدیران سازمان‌های اداری شهرستان سنندج انجام شده است. یافته‌های تحقیق نشان داده است بین تحصیلات، باورها و ارزش‌های دینی، ضعف فرهنگ سازمانی، روابط خویشاوندی و کیفیت زندگی کاری با فساد اداری، رابطه مستقیمی وجود دارد. همچنین نظارت و کنترل اجتماعی با فساد اداری رابطه معکوس دارد.

### پیشینه خارجی

گوبتا، داودی و تیونگسون<sup>۱</sup> (2000) پژوهشی را با عنوان «فساد اداری و خدمات بهداشتی و آموزشی» انجام دادند. آنها

<sup>2</sup> Sumah & Mahic

<sup>3</sup> Hutchinson, Balabanova & McKee

<sup>1</sup> Gupta, Davoodi & Tionson

مشارکت‌کنندگان است. در اینجا نیز طرح مختصر نظریه‌ها برای آگاهی و حساس‌سازی بیشتر محققان نسبت به موضوع تحقیق انجام شده است.

### نظریه فساد بازتوزیعی

تئوری فساد بازتوزیعی مبتنی بر تجربه برخی از پراکنده‌ترین دولت‌های جهان، مانند بنگلادش است که در آن تنزل دولت، عمدتاً به دلیل قدرت نسبی شبکه‌های مدعی‌گراست و در روسیه نیز، رشد شدیدی در فعالیت‌های مافیایی وجود دارد. تمرکز عمدتاً بر گروه‌ها و قدرت‌های «برانداز» و تأثیرات مخرب این نوع فساد، بر نهادهای دولتی و اقتصاد ملی است؛ برای مثال در اینجا، گروه‌های قوی و سازمان‌یافته سیاسی می‌توانند اقتدار دولتی را از طریق فساد «از پایین» تغییر دهند. با وجود فساد، با کارگزارانی ائتلاف می‌شود که خدمات و کالاهای دولتی را ارائه می‌کنند. سیاستمداران نیز به‌عنوان خریدار، حقوق و مقررات را به نفع کسانی تنظیم می‌کنند که هزینه را می‌پردازند. نفوذ سیاسی با رشوه یا اخاذی دریافت می‌شود؛ زیرا بقای رژیم ممکن است به حمایت سیاسی این گروه‌ها بستگی داشته باشد (Johnston, 1996).

اینکه در جامعه چه کسی بیشترین سود را از این نوع فساد می‌برد، به توزیع نیروهای محلی بستگی دارد. ممکن است این گروه‌های قومی، منطقه‌ای و به‌اندازه کافی، قوی باشند و از بخش منصفانه سرمایه‌گذاری عمومی، پروژه‌های توسعه، کمک‌های بین‌المللی، خودمختاری منطقه‌ای و نمایندگی در نهادهای ملی، بیشتر از دولت استخراج کنند. همچنین احتمال دارد منافع شرکت‌های خارجی یا داخلی باشند که می‌توانند منابع ملی ارزان‌قیمت، امتیازات، رفتارهای ترجیحی، مجوزها و معافیت‌های مالیاتی را خریداری کنند. شاید عموم مردم، افرادی باشند که می‌توانند مزایایی مانند معافیت‌های مالیاتی، یارانه‌ها، مستمری‌ها، بیمه بیکاری، دسترسی ترجیحی به مدارس ممتاز، مراقبت‌های پزشکی، مسکن، املاک و مستغلات یا سهام در شرکت‌های در حال خصوصی‌سازی را

این تحقیق، دلایلی را برای تمایل نداشتن به صحبت راجع به فساد شناسایی کردند که عبارت‌اند از: ۱. این واقعیت که برخی از شیوه‌های فساد، در واقع راه‌هایی برای کارکرد سیستم‌های ناکارآمدند؛ ۲. چالش‌های جدی برای تحقیق درباره فساد؛ ۳. نگرانی‌ها از اینکه تمرکز بر فساد، نوعی سرزنش قربانی است که مسائل بزرگ‌تر را نادیده می‌گیرد و ۴. کمبود شواهد برای فسادهای انجام‌شده. پژوهشگران در نهایت سه راهکار را هم برای برون‌رفت از این وضعیت پیشنهاد می‌دهند: اول، به‌دنبال اجماع درباره مقیاس و ماهیت فساد باشید؛ دوم، تصمیم‌گیری درباره اولویت‌ها، با در نظر گرفتن اهمیت مشکل خاص و امکان انجام کاری درباره آن و سوم، با تکیه بر طیف وسیعی از رشته‌ها، دیدگاهی جامع داشته باشید.

### نقد مطالعات پیشین

همان‌طور که مشاهده شد، در حیطه فساد در داخل و خارج از کشور، پژوهش‌های متعددی انجام گرفته است؛ اما پژوهش حاضر دارای برخی وجوه تمایز اساسی با تحقیقات پیشین است. برخلاف تحقیقات پیشین در این پژوهش، با نگاهی جامعه‌شناختی، زمینه‌های شکل‌گیری و شیوع فساد در نظام بهداشت و درمان واکاوی می‌شود. از طرفی دیگر، این مطالعه به‌صورت نظری یا پیمایشی نیست و میدان مطالعه آن خبرگان ستادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی‌اند.

### مبانی نظری

استفاده و منطق ارائه نظریه‌ها در تحقیقات کمی و کیفی متفاوت است. برعکس تحقیقات کمی که هدفشان ارائه نظریه‌ها و «نظریه‌آزمایی»<sup>۱</sup> است، در تحقیقات کیفی، به‌ویژه در روش تئوری زمینه‌ای، هدف از بیان نظریه‌ها، «حساس‌سازی»<sup>۲</sup> نسبت به تحلیل و تشخیص مضامین و محتوای مندرج در متن داده‌های کیفی، شامل متن مصاحبه‌ها و گفته‌های

<sup>۱</sup> theory testing

<sup>۲</sup> sensetizing



خریداری کنند (Friedrich Carl, 1989).

در این بازی، دولت و ظرفیت تنظیم آن، بازنده است. وقتی شهروندان خصوصی، مشاغل تجاری (محلی و بین‌المللی) و گروه‌های ذی‌نفع مختلف (رسمی و غیررسمی، مدرن و سنتی) می‌توانند منابع ملی و عمومی را از طریق استفاده از رشوه و روش‌های مافیایی، استثنا، امتیاز، مصونیت و معافیت از مجازات خریداری کنند، خود به خود دولت فرسوده خواهد شد. اثر فساد «بازتوزیعی» این است که دولت فرسوده می‌شود، ظرفیتش برای استخراج مالیات و ارائه خدمات عمومی از بین می‌رود، توانایی‌اش را در اجرای سیاست‌های منسجم و همچنین قدرت‌ش را برای تغییر جامعه و اقتصادی از دست می‌دهد که براساس اولویت‌های سیاسی و اجرای سیاست‌های توسعه منطقی است (Friedrich Carl, 1989).

علاوه بر این، فساد بازتوزیعی «به‌ویژه به فقرا آسیب می‌رساند»؛ زیرا منابع با توجه به توانایی گروه‌ها، برای تأثیرگذاری بر سیاست‌ها از طریق فشار و رشوه خصوصی توزیع می‌شود، نه از طریق اصل «یک نفر، یک رأی». منابع براساس ملاحظات ایدئولوژیک «جهان‌شمول» نیازها و انصاف توزیع نمی‌شوند. کسانی که از نظر خدمات عمومی اساسی مانند مدارس، بهداشت، خدمات اجتماعی و حمایت دولتی، بیشتر به بازتوزیع سیاسی نیاز دارند، زمانی که ظرفیت دولت فلج شود، بیشترین آسیب را خواهند دید (Johnston, 1996).

### نظریه فساد استخراجی

در دیدگاهی که نظریه فساد استخراجی نامیده می‌شود، دولت بخش قوی‌تری در رابطه دولت و جامعه است. طبق این نظریه، عامل فساد (دولت یا فلان عامل دولتی)، بیشترین سود را از فساد می‌برد و مفسد، کم‌وبیش یک بازیگر منفعل است. اساساً نخبگان، حاکم قوی‌ترین نیروی جامعه‌اند؛ این نخبگان یا یک طبقه از دستگاه دولتی، به‌عنوان ابزار برای استخراج منابع از جامعه استفاده می‌کنند و این کار را به نفع حاکمان انجام می‌دهند. این نظریه تا حدی مبتنی بر عملکرد کشورهای استبدادی و به‌طور

کلی و به‌طور خاص، بر تجربه دولت‌های نوپاتریمونیال است. این تئوری عمدتاً در جایی به کار می‌رود که دولت نه تنها قوی‌ترین نیروی جامعه است، یک گروه نخبگان نیز به یک طبقه مسلط و حاکم بر قدرت‌های دولت تبدیل شده است. این نظریه همچنین بر این نکته معروف تأکید می‌کند که همه قدرت‌ها به فساد تمایل دارند و قدرت مطلق فسادزاست؛ یعنی هرچه قدرت سیاسی منحصراً در دست افراد معدودی متمرکز شود، و سوسه سوءاستفاده از قدرت، خودخواهی ثروت و استخراج بدوی بیشتر می‌شود (Amundsen, 1997).

نظریه فساد استخراجی، مبتنی بر مفهوم جریان اصلی علم سیاسی اقتدارگرایی است؛ یعنی قاعده‌ای که اساساً به نفع حاکمان و در نهایت مبتنی بر زور است. حاکمان مستبد، از توانمندی‌های قدرت دولت در مبارزه برای قدرت استفاده می‌کنند تا به توانایی‌های خود دست یابند، قدرت خود را حفظ کنند، افزایش دهند و منابعی را از ملت و از طرف حاکمیت و منافع خصوصی، جمع کنند. این درک از اقتدارگرایی، به نوشته‌های کلاسیک فیلسوف یونانی، ارسطو، برمی‌گردد که بین «حاکمیت قانون» و «حاکمیت قدرت» تمایز قائل شد. حکومت قانون، یک حکومت دموکراتیک به نفع کل جمعیت (برای مثال همه شهروندان، عموم یا ملت) بود؛ در حالی که حکومت زور، شکلی استبدادی، انحرافی و فاسد از حکومت به نفع حاکم (ظلم طلب یا برخی از الیگارشی‌ها) بود. معمولاً رژیم‌های استبدادی از آن زمان، در قالب برخی از نخبگان یا طبقه‌های حاکم درک و به تصویر کشیده شده‌اند که عمدتاً قدرت‌های دولت را برای حفظ منافع شرکتی یا طبقاتی خود به کار می‌برند، از آنها سوءاستفاده می‌کنند و به ضرر گروه‌ها و منافع دیگری‌اند که معمولاً در تضاد با دیگر گروه‌ها هستند. در عرصه‌های سیاسی، ابزارهای موجود برای حاکمان مستبد از کاریزما و متقاعدکردن تا استفاده آشکار از خشونت متغیر است. آنها ممکن است از ترتیبات نهادی پیچیده، مانند سیستم‌های ریاست جمهوری، سیستم‌های تک‌حزبی و همکاری رقبا به منظور محدودکردن مشارکت و تقسیم قدرت

استفاده کنند. همچنین احتمال دارد که آن‌ها سانسور و تقلب را نیز در انتخابات به کار ببرند، قوانین ناعادلانه وضع کنند و به مقرراتی که خودشان ساخته‌اند، بی‌احترامی و از نقض حقوق بشر، مانند نظارت سیاسی و ارباب، زندان و شکنجه استفاده کنند. اصطلاحات غیراقتصادی، فساد و به‌ویژه فساد سیاسی، تنها یکی از شیوه‌های متعدد انباشت اقتصادی و تصاحب خصوصی است که حاکمان مستبد آن را اعمال می‌کنند (Meiny, 1992).

### بوروکراسی و ساختار اداری و سیاسی ناکارآمد

نظریات مختلف نشان می‌دهند سطوح بالاتر ناکارآمدی، باعث افزایش سطوح فساد می‌شود. نخست، «وجود مقررات و مجوزها، نوعی قدرت انحصاری به مقاماتی می‌دهد که باید مجوز بازرسی فعالیت را بدهند» (Tanzi, 1998). تانزی<sup>۱</sup> همچنین خاطرنشان می‌کند که در یک بوروکراسی ناکارآمد، مقررات کمتر شفافیت دارند (کاهش مسئولیت‌پذیری)، معمولاً افراد خاص مجوزها را ارائه می‌کنند (کاهش رقابت) و هر دوی این عوامل، سطوح بالاتری از فساد را نشان می‌دهند (Goel & Nelson, 2010).

### آزادی مطبوعات و فساد

محققان روزنامه‌نگاری، مدت‌هاست که بر روزنامه‌نگاری تحقیقی و نقش کلیدی آن در رابطه با اعمال قدرت تمرکز کرده‌اند (Jorgensen & Hun, 2012). از لحاظ تاریخی، روزنامه‌نگاری ابزاری برای پاسخگویی نهادی و برای پاسخگودن فرمانداران در مقابل مردم آگاه و اساساً در برابر آرمان‌ها و قوانین خود و سیاست دموکراتیک در نظر گرفته می‌شود (Ettema, 2007). این کارکرد پاسخگویی مطبوعات، در کشورهایی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که اعمال قدرت در آنها به‌شدت متمرکز است (Sakr, 2003). همچنین این کارکردی است که روزنامه‌نگاری را یک نهاد مدنی مشروع می‌کند و برای پیروزی در مبارزه با فساد، طرف مردم را در

مقابل صاحبان مناصب قرار می‌دهد (Rao, 2008). همان‌طور که کورنل<sup>۲</sup> (2009) توضیح می‌دهد، روزنامه‌نگاری تحقیقی می‌تواند سه نوع اثر خط‌مشی را ایجاد کند: (۱) اثر مشورتی که در آن مشکلات و راه‌حل‌ها وجود دارد و به‌طور علنی درباره‌اش بحث می‌شود؛ (۲) اثر فردگرایانه، زمانی که تحریم‌ها علیه افراد متهم به تخلف اعمال می‌شود و (۳) اثر اساسی، وقتی تحقیقات به تغییرات ملموس در قوانین و مقررات منجر شود. روزنامه‌نگاری تحقیقی، هزینه مشارکت در فساد را افزایش می‌دهد؛ زیرا افکار عمومی ضد فساد را شکل می‌دهد و امکان مجازات را تقویت می‌کند؛ از این رو، مطبوعات آزاد در برابر فساد، به‌عنوان یک عامل بازدارنده عمل می‌کنند (Ahrend, 2002).

برونتی و ودر<sup>۳</sup> (2003) معتقدند که بین سطح آزادی مطبوعات و فساد در سراسر کشورها، ارتباط قوی وجود دارد. شواهد و داده‌های مختلف نیز ثابت می‌کند که هرچه آزادی مطبوعات بیشتر باشد، فساد کمتر است. به‌طور خاص، کاماج<sup>۴</sup> (2012) یک ارتباط قوی بین آزادی مطبوعات و فساد یافت و با شواهد تجربی بیشتری، براساس فقدان آزادی مطبوعات، بیان کرد که فقدان آزادی مطبوعات به سطوح بالاتر فساد منجر می‌شود. فریل و همکاران<sup>۵</sup> (2007) تأیید می‌کنند که همه اشکال محدودیت‌های آزادی مطبوعات، به‌شدت با فساد مرتبط نیستند. در مقابل، محدودیت‌های اقتصادی و سیاسی به‌شدت با فساد مرتبط‌اند. کازانووا<sup>۶</sup> (2007) ادعا کرد که مطبوعات آزاد، همراه با یک پارلمان کارآمد و یک قوه قضاییه مستقل، پیش‌نیاز حکومت‌داری خوب است. همچنین بین سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی و آزادی مطبوعات در کوتاه‌مدت و بلندمدت، علل دوسویه‌ای یافت شد. مطالعات دیگر، شواهدی درباره مالکیت مطبوعات، دانش سیاسی، مشارکت و پاسخگویی دولت، به شهروندان ارائه می‌دهد؛

<sup>2</sup> Coronel

<sup>3</sup> Brunetti and Weder

<sup>4</sup> Camaj

<sup>5</sup> Freille et al.

<sup>6</sup> Casanova

<sup>1</sup> Tanzi

به‌طور کلی تعارض منافع، زمانی وجود دارد که کارکنان از موقعیت خود سوءاستفاده می‌کنند و فساد زمانی اتفاق می‌افتد که کارکنان از موقعیت خود سوءاستفاده کرده باشند؛ بنابراین وجود تعارض منافع، همیشه به فساد منجر نمی‌شود؛ اما وقوع هر فسادی، در بستر یک موقعیت تعارض منافع رخ می‌دهد (مرکز پژوهش‌های مجلس، ۱۳۹۵: ۵). پس بدیهی است که تضاد منافع شامل تضاد بین منافع شخصی و الزامات نقش فرد و به تعقیب منافع شخصی خود در هزینه‌ی الزامات نقش منجر می‌شود؛ بنابراین این نوع تضاد منافع، تهدیدی مستقیم برای اجرای مناسب نقش‌های نهادی است. تعارض نقش‌ها زمانی به فساد منجر می‌شود که این تعارض‌ها عملکرد مناسب یک فرآیند، حرفه و یا عملکرد دیگر نهادها را مختل و یا منحرف کند.

#### دموکراسی و فساد

دموکراسی یکی دیگر از عواملی است که بر فساد تأثیر می‌گذارد. اعتقاد کلی آن است که دموکراسی، فساد را کاهش می‌دهد. کشورهای دموکراتیک، از سطوح بالایی آزادی بیان و مطبوعات برخوردارند؛ بنابراین در این کشورها، در صورتی که فساد مالی اتفاق بیفتد، مردم از وقوع آن مطلع خواهند شد. در عین حال، حکومت در مقابل مردم مسئول است و باید پاسخگو باشد. همچنین نظر به اینکه قدرتمندان سیاسی از طریق انتخاب آزادانه مردم تعیین می‌شوند، نهادهای دموکراتیک، از نقش مؤثری در مقابله با فساد برخوردار خواهند بود (باغچقی و همکاران، ۱۳۹۸: ۱۱۸).

از طرفی، عده‌ای دیگر معتقدند که توسعه دموکراسی موجب افزایش فساد مالی خواهد شد؛ زیرا یکی از ویژگی‌های یک نهاد دموکراتیک، آزادی انتخابات است و از طرفی، یک سیستم رأی‌دهی ممکن است انگیزه‌هایی را برای تأمین مالی غیرقانونی حزب و کسب آرای مردم از طریق رشوه‌دادن ایجاد کند (باغچقی و همکاران، ۱۳۹۸: ۱۱۹). البته بیشتر یافته‌های تجربی تأیید می‌کنند که دموکراسی، باعث کاهش فساد می‌شود.

برای مثال، لیسون<sup>۱</sup> (2008)، بین مداخله دولت در مطبوعات و سطوح پایین‌تر دانش سیاسی فردی و بی‌تفاوتی سیاسی فردی، ارتباط برقرار می‌کند. مطبوعات به‌عنوان یک آژانس شفاف، عامل تعیین‌کننده عملکرد دولت و کشف‌کننده فساد محسوب می‌شود (Hollyer et al., 2014). این وظیفه اصلی مطبوعات آزاد است که افکار عمومی را از رفتارهای فاسد سیاستمداران آگاه کند و در نتیجه منافع مورد انتظار را کاهش و هزینه‌های مورد انتظار ناشی از فساد را افزایش دهد.

#### تعارض منافع و فساد

تعارض منافع، مجموعه‌ای از حالاتی است که در آن قضاوت حرفه‌ای راجع به یک منفعت اصلی ناروا، تحت تأثیر یک منفعت فرعی قرار می‌گیرد (دلپسند و همکاران، ۱۳۹۹: ۳۲). از طرفی تعارض منافع، گاه به حالت یا وضعیتی اطلاق می‌شود که شخص یا اشخاصی وجود داشته باشند و از یک‌سو در مقام و موقعیت محتاج به اعتماد قرار گیرند و از سوی دیگر، خود منافع شخصی یا گروهی مجزا دارند و در تقابل و تعارض با مسئولیت مدنظرند (میلائی‌فر و همکاران، ۱۳۹۰: ۲).

عموماً تعارض منافع به سه دسته کلی تقسیم می‌شود: تعارض منافع فردی، سازمانی و ساختاری. تعارض منافع فردی به تعارض بین منافع شخصی مسئول دولتی و وظیفه عمومی او اطلاق می‌شود. تعارض منافع سازمانی، مشابه تعارض منافع فردی است، فقط با این تفاوت که این بار به‌جای موجودیت فرد، به موجودیت سازمان اشاره می‌شود. در تعارض منافع سازمانی، بین نفع سازمان و وظیفه‌ای تعارض وجود دارد که از سوی بخش عمومی و دولت به آن محول شده است. درنهایت در تعارض منافع ساختاری، شرایط ساختاری و قاعده بازی است که موجبات تعارض منافع را فراهم می‌کند. این نوع از تعارض منافع، بیشتر ناشی از ضعف در قانون‌گذاری و تداخل در وظایف تعریف‌شده برای یک منصب عمومی است (معماری بیرق، ۱۳۹۷: ۱۳).

<sup>1</sup> Leeson

## نظریه مثلث فساد

نظریه مثلث فساد وسیله‌ای شناخته‌شده، برای ارائه درک بهتر از آن چیزی است که افراد را به ارتکاب اعمال فساد سوق می‌دهد که کرسی<sup>۱</sup> (1953) آن را ارائه است. این مدل پویایی‌هایی را نشان می‌دهد که باعث می‌شود شخصی مرتکب فعالیت‌های کلاهبردانه شود و شامل سه محرک است که عبارت‌اند از: فشار، فرصت و توجیه‌کردن که معمولاً به‌عنوان مثلث تقلب شناخته می‌شود.

**فشار:** عنصر فشار بیان می‌کند که افراد در اثر فشار، وارد فساد می‌شوند. این فشار ممکن است شامل اهداف شغلی، هزینه‌های پزشکی پیش‌بینی‌نشده، مشکلات اعتیاد، محدودیت‌های مالی، قمار، فشار همسالان، سبک زندگی تجملاتی، طمع و وام باشد. همچنین، اهداف غیرواقعی نیز ممکن است کارکنان را به مشارکت در این شکل از فساد تحریک کند (Abdullahi et al., 2015).

**فرصت:** فرآیندی است که در آن شخص برای ارتکاب اعمال متقلبانه، با این تصور هدایت می‌شود که گرفتار نمی‌شود و معمولاً با نظارت (های) ضعیف مدیریتی، کنترل‌های داخلی ضعیف و/یا سوءاستفاده از قدرت شکل می‌گیرد. با این حال، کنترل این محرک آسان است؛ زیرا سازمان‌ها می‌توانند اقداماتی را برای مدیریت بهتر این فعالیت‌های تقلبی انجام دهند (Kassem & Higson, 2012).

**توجیه‌کردن:** توجیه‌کردن جایی است که مرتکب فساد، توجیه و برخی بهانه‌ها را برای درگیر شدن در انجام یک جرم داشته باشد (Rae & Subramaniam, 2008)؛ برای مثال، برخی از دلایل ممکن عبارت‌اند از: «بعضی از مردم این کار را کردند، چرا من نکنم»، «من پول را قرض می‌کردم»، علاوه بر این، «من حق دریافت پول را داشتم؛ زیرا کارفرمای من به‌اندازه کافی به من پول نمی‌دهد تا بتوانم خودم و خانواده خود را تأمین کنم» یا «من مجبور شدم این پول را دریافت کنم و برای تأمین معاش خانواده‌ام دزدی کنم» (Abdullahi et al., 2015).

<sup>1</sup> Cressey

ذهنیت کسی را خوانند. بیشتر افرادی که در فعالیت‌های کلاهبرداری شرکت می‌کنند، خود را افراد عادی و صادق می‌بینند که فقط قربانی شرایط نامطلوب‌اند.

## حکمرانی و فساد

حکمرانی خوب چیست؟ حکمرانی خوب را باید راهبردی و مدیریت جامعه به‌صورت سنجیده، درست و کارآمد در چارچوب حاکمیت قانون، تصمیم‌گیری منطقی و عادلانه همراه با پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری، مشارکت عمومی و راهبردهایی از این دست دانست که در گرو تعامل درست شهروندان و نیروهای سیاسی-اجتماعی جامعه مدنی با دولت است (ابراهیم‌زاده و اسدیان، ۱۳۹۲: ۲۰). حکمرانی خوب نیز مدیریت عمومی با کیفیت یا راهبری و مدیریت جامعه به‌گونه سنجیده، درست و کارآمد در چارچوب حاکمیت قانون، تصمیم‌گیری منطقی و عادلانه تعریف شده است (ساعی و همکاران، ۱۳۹۰: ۷۳).

بانک جهانی شاخص‌هایی را برای حکمرانی خوب تعریف کرده است که عبارت‌اند از: ۱- مشارکت: منظور از مشارکت این است که مردم بتوانند با ابزارهایی نهادمند، در اداره جامعه خود حداکثر مشارکت را داشته باشند. آزادی بیان و آزادی تشکیل حزب و مشارکت مدنی نهادمند، از ویژگی‌های شاخص مشارکت است. در شاخص مشارکت، مردم از طریق نهادمند سرنوشت سیاسی-اجتماعی خود را تعیین می‌کنند؛ ۲- حاکمیت قانون: در این شاخص، وجود قانون منصف در جامعه مدنظر است؛ یعنی قانونی که برآیند مشارکت نهادمند جامعه باشد. برای تحقق این منظور، باید دستگاه قضایی بی‌طرف و عاری از فساد و پلیس قانونمند و بی‌طرف وجود داشته باشد؛ ۳- شفافیت: به معنی وجود گردش آزاد و ارزان و فهم‌پذیر در جامعه برای مردم است. در شاخص شفافیت آزادی، رسانه‌ها باید وجود داشته باشند و اطلاعات رانته و محدود نباشد؛ ۴- مسئولیت‌پذیری: یعنی نهادهای حکومتی در مقابل مطالبات مردم پاسخگو و مسئول

بهداشت و معیارهای انتخاب نمونه‌ها چنین بوده است: مشغول به کار بودن در حوزه ستادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، داشتن اطلاعات و آگاهی از برخی فسادهای انجام شده در این حوزه، داشتن سابقه مسئولیت در پست‌های اجرایی و کلان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. در فرآیند نمونه‌گیری، محقق نخست با کسی شروع کرده است که ارتباط با او برایش آسان‌تر بود؛ از این رو اولین نمونه در تحقیق، نمونه در دسترس<sup>۱</sup> بود. نمونه‌ای که همکار یکی از نویسندگان با او مرتبط بود و نام‌برده را به پژوهشگر مصاحبه‌کننده معرفی کرد. براساس منطق و ماهیت موضوع، نمونه‌های بعدی به روش نمونه‌گیری گلوله‌برفی مشخص شدند. به منظور دستیابی به درکی جامع از شرایط و استراتژی‌های کنشی کنشگران، از روش‌های نمونه‌گیری نظری و حداکثر تنوع نیز استفاده شد. نمونه‌گیری نظری، نوعی گردآوری داده است که براساس مفاهیم در حال تکوین انجام می‌شود و بر مبنای مقایسه استوار است. منظور از مقایسه این است که به سراغ آدم‌ها، جاها و رویدادهایی برویم که امکان کشف گوناگونی‌ها را به حداکثر برسانند و مقوله‌ها را از لحاظ ویژگی‌ها و ابعاد، غنی کنند. براساس روش حداکثر تنوع نیز، در جریان تحلیل داده‌ها و متناسب با معیارهای ذاتی<sup>۲</sup> رشته، که به نظر محققان مهم تلقی می‌شدند، برای انتخاب نمونه‌ها، ویژگی‌های متنوع آنان، مانند سوابق کاری، سن، مدرک، وضعیت تأهل و قومیت به‌عنوان ملاک انتخاب نمونه مشخص شدند.

تکنیک گردآوری داده‌ها، مصاحبه عمیق بوده است که متناسب با اهداف تحقیق و در راستای متمرکز شدن تدریجی محورها و سؤالات تحقیق، به سه شکل گفت و گوی باز، مصاحبه نیمه‌ساخت یافته و مصاحبه کاملاً متمرکز انجام شد. تعداد مشارکت‌کنندگان در تحقیق، ۱۳ نفر از کارکنان ستادی

باشند و به نیازهای مردم و درخواست‌های آنان، توجه عملی نشان دهند؛ ۵- کارایی و اثربخشی: یعنی حکومت به محیط‌زیست توجه داشته باشد و قانون‌هایی اثربخش را برای کارآمدی خدمات عمومی و در عین حال، توجه به حفظ و تقویت محیط‌زیست تدوین کند. وجود دیوانسالاری کارآمد در این شاخص، مهم است؛ ۶- پاسخگویی: در این شاخص، پاسخگویی و تعامل دولت، بخش خصوصی و جامعه نسبت به هم مهم است. به عبارتی در این شاخص، هر سه بخش وظیفه دارند که نسبت به همدیگر پاسخگو باشند و براساس تعامل با هم، به اهداف عالی رفاهی و سیاسی- اجتماعی در جامعه برسند (پورحیبی، ۱۳۹۴: ۳).

فساد یک مشکل مرتبط با حکمرانی است (Schacter & Shah, 2001). فساد باید در چارچوب حکمرانی نگریسته شود؛ زیرا نشانه ضعف نهادی و اساسی حکمرانی است. نظر به اینکه فساد نشانه شکست حکومت تلقی می‌شود، مهار فساد نیازمند بررسی علل سوء حکمرانی است (Huther & Shah, 2000:2). پاسخگونی، شفافیت و مشارکت مردم در فرآیند تصمیم‌گیری، فقدان حاکمیت قانون، بی‌احترامی به حقوق بشر، تخصیص نادرست منابع و کنترل بر مطبوعات، از مهم‌ترین ویژگی‌های حکمرانی معیوب است. محیط حکمرانی معیوب، شرایطی را ایجاد می‌کند که فساد در آن به راحتی رشد می‌کند. بنابراین بین حکمرانی خوب و کاهش فساد، رابطه دو سویه‌ای وجود دارد و بر این اساس، فساد تابعی از حکمرانی است و هرچه شاخص‌های حکمرانی بهبود یابد، شاخص‌های فساد کاهش خواهند یافت؛ پس یکی از راه‌های کاهش فساد، افزایش شاخص‌های حکمرانی خوب خواهد بود.

### روش‌شناسی

پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و روش نظریه زمینه‌ای، شرایط و بسترهای مرتبط با شیوع فساد را در نظام بهداشت و درمان ایران، از دیدگاه خبرگان ستادی این حوزه شناسایی کرده است؛ بنابراین میدان تحقیق، حوزه ستادی وزارت

<sup>۱</sup> available sample

<sup>۲</sup> معیارهای ذاتی، معیارهایی‌اند که پژوهشگران در هر رشته علمی به آن توجه کرده‌اند. در رشته جامعه‌شناسی نقش، تعاملات و بعضی ویژگی‌های زمینه‌ای و جمعیت‌شناختی، جزء معیارهای ذاتی دانسته می‌شوند.

محل کار مصاحبه‌کننده بوده است. نحوه ثبت اطلاعات مصاحبه‌شوندگان، از طریق ضبط صوت بوده است؛ اما در مواردی که مشارکت‌کنندگان اجازه ضبط صدا را نمی‌دادند، گفته‌ها به صورت مکتوب یادداشت‌برداری می‌شد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بودند. متوسط مدت زمان هر مصاحبه بین ۵۰ تا ۶۰ دقیقه بود. مصاحبه‌ها در بازه زمانی ۱۴۰۱/۰۷/۱۲ لغایت ۱۴۰۱/۰۹/۱۰ انجام شدند. محل برگزاری مصاحبه‌ها، به شرایط مصاحبه‌شوندگان و با مشورت و صلاحدید آنها در محل کار مصاحبه‌گر و یا در

جدول ۱- اطلاعات زمینه‌ای مصاحبه‌شوندگان<sup>۱</sup>

Table 1- Background information of the interviewees

سن	مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	جنس	وضعیت تأهل	محل تولد	سابقه کار (سال)
۵۲	کارشناسی ارشد	مدیریت	زن	متاهل	تهران	۲۷
۴۸	دکتری	پزشکی	مرد	متاهل	شهر ری	۲۰
۴۷	دکتری	مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	مرد	متاهل	تهران	۱۸
۶۱	دکتری	داروسازی	مرد	متاهل	یاسوج	بیش از ۳۰ سال
۴۴	دکتری	پزشکی	مرد	متاهل	شیراز	۱۶
۴۰	کارشناسی ارشد	حقوق	مرد	متاهل	تهران	۱۵
۴۵	دکتری	مدیریت آموزش عالی	مرد	متاهل	اردبیل	۲۵
۴۳	کارشناسی ارشد	حقوق	زن	متاهل	کرمانشاه	۱۷
۳۸	کارشناسی ارشد	بهداشت	مرد	متاهل	اردبیل	۱۰
۵۱	دکتری	اقتصاد سلامت	مرد	متاهل	دامغان	۳۰
۴۶	دکتری	اپیدمیولوژی	مرد	متاهل	تهران	۲۳
۵۷	کارشناسی ارشد	پرستاری	زن	متاهل	شهر ری	۲۸
۴۲	کارشناسی ارشد	پرستاری	مرد	متاهل	تهران	۱۶

۱. با توجه به نگرانی پاسخگویان از امکان شناسایی شدن و نیز برای حفظ حریم خصوصی افراد، نام و سمت اداری آنها گزارش نشده است.



انتزاع مفاهیم از جملات و گزاره‌های اصلی مشارکت‌کنندگان، مفاهیم مشابه و نزدیک به هم در سطحی انتزاعی‌تر، ذیل یک مقوله جای داده شدند. در واقع طبقه‌بندی داده‌ها با دسته‌بندی و یک کاسه کردن مفاهیم مشابه، براساس یک ویژگی مهم انجام شد تا مقولات اصلی تولید شوند. البته خصیصه‌های<sup>۲</sup> مقولات اصلی نیز ذیل مقوله اصلی مربوطه تحلیل می‌شوند. براساس تحلیل داده‌ها و مضامین مصاحبه‌ها، محققان زمینه‌ها و فرآیند منتهی به شیوع فساد را در نظام بهداشت و درمان، ذیل مقوله‌های «ضعف آموزش رسمی و غیررسمی»، «ضعف سیاست‌گذاری، مدیریت و حکمرانی در نظام بهداشت و درمان»، «اقتصاد معیوب و فاقد نظام توزیع عادلانه در نظام بهداشت و درمان»، «ضعف قوانین و ناکارآمدی دستگاه‌های نظارتی»، «ساختارهای ضعیف و فسادپرور در نظام بهداشت و درمان» و «حوزه دارویی فسادزا در نظام بهداشت و درمان» دسته‌بندی کردند (جدول ۲). هریک از این مقولات محوری در زیر، به صورت مجزا تحلیل و ارائه می‌شوند.

**ضعف آموزش رسمی و غیررسمی:** یافته‌های تحقیقات مرتبط با فساد، حاکی از این است که «ضعف آموزش رسمی و غیررسمی»، یکی از مهم‌ترین شرایط برانگیزاننده فساد است. عده‌ای از مشارکت‌کنندگان در این تحقیق نیز به این ضعف اشاره کرده‌اند که این شرایط را می‌توان ذیل دو محور روابط نابهنجار خانوادگی و نیز نظام نادرست آموزش پزشکی برشمرد و تحلیل کرد.

برای تحلیل داده‌ها، ابتدا متن همه مصاحبه‌ها بر کاغذ پیاده‌سازی شد و برای تحلیل، مضامین مندرج در آنها آماده شدند. در مواقعی هنگام تحلیل داده‌ها، در صورت داشتن ابهام و یا نیاز به اطلاعات بیشتر درباره موضوعی، به صورت حضوری یا تلفنی با مصاحبه‌شونده مدنظر ارتباط برقرار و اطلاعات لازم دریافت می‌شد. واحد تحلیل، جمله و روند تجزیه و تحلیل داده‌ها، براساس کدگذاری سه مرحله‌ای کدگذاری باز، محوری و گزینشی مدنظر استراوس و کربین<sup>۱</sup> (۱۳۹۰) بوده است. به این ترتیب متناسب با استراتژی تحلیلی، ابتدا داده‌ها به صورت واحد جمله، مفهوم‌پردازی شدند؛ سپس مفاهیم استخراج‌شده، براساس مضامین مشترکشان و بر پایه معیارهای از نظر جامعه‌شناختی مهم، ذیل مقوله‌های باز گنجانده شدند و در مرحله نهایی، متناسب با کل فضای مفهومی و مقوله‌های تحقیق و شرایط علی و بافت جامعه و استراتژی‌های کنشی کنشگران مشارکت‌کننده، مقوله هسته نهایی انتخاب شد.

برای ارزیابی اعتبار و قابلیت اعتماد نتایج تحلیل، از تکنیک‌های مختلفی مانند اعتباریابی توسط اعضای مشارکت‌کننده و استادان متخصص استفاده شد. به این ترتیب که از تعدادی از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تا مقوله‌ها و گزارش نهایی تحقیق را ارزیابی کنند و درباره اینکه آیا مقوله‌ها و ارائه گفته‌ها در قالبی انتزاعی‌تر، بازتاب‌دهنده تجارب واقعی آنها در شرایط عینی است یا خیر، داوری کنند. به علاوه، تمام فرآیند تحلیل از جمله نام‌گذاری مقوله‌ها از طریق مشورت دوسویه بین پژوهشگر - دانشجوی مصاحبه‌کننده و استاد مرتبط انجام شده است.

### یافته‌های تحقیق

در این بخش، یافته‌های پژوهش ذیل مقوله‌های محوری و مستخرج از مضامین داده‌ها، ارائه می‌شود. براساس رویکرد کدگذاری سه مرحله‌ای استروس و کوربین (۱۳۹۰)، پس از

<sup>2</sup> specificities

<sup>1</sup> Strauss & Corbin



## جدول ۲- نتایج مراحل کدگذاری سه گانه باز (مفاهیم)، مقوله‌های اصلی (محوری) و انتخابی

Table 2- The results of three open coding stages (concepts), main (axial) and selective components

مقوله هسته	مقوله‌ها	زیر مقوله‌ها
	ضعف آموزش رسمی و غیررسمی	روابط نابهنجار خانوادگی نظام نادرست آموزش پزشکی ضعف در سیاست‌گذاری
	ضعف سیاست‌گذاری، مدیریت و حکمرانی در نظام بهداشت و درمان، توزیع معیوب خدمات	سوء مدیریت همراه با نگاه پولی و قومی به مسئولیت ضعف در حکمرانی مشکلات اقتصادی و معیشتی کارکنان
	اقتصاد معیوب و فاقد نظام توزیع عادلانه در نظام بهداشت و درمان	حجم فراوان پول در نظام بهداشت و درمان فرار مالیاتی وجود نداشتن قوانین صریح و تفسیرپذیر بودن قوانین
سیستم بهداشت و درمان فسادزا	ضعف قوانین و ناکارآمدی دستگاه‌های نظارت	ناکارآمدی دستگاه‌های نظارتی قدرت بلامنازع نظام پزشکی کمیسیون ماده ۲۰
	ساختارهای ضعیف و فسادپرور در نظام بهداشت و درمان	تولید و توزیع دارویی فسادزا انحصار و نظارت نکردن بر نحوه دریافت و تخصیص ارز حوزه دارویی فسادزا در نظام دولتی در حوزه واردات دارو مقررات دارویی ناکارآمد

روابط عاطفی، ابراز صمیمیت و ... تصور می‌شود؛ اما در واقعیت همه خانواده‌ها، واجد این ویژگی‌ها نیستند. بنا به گفته خیلی از مصاحبه‌شوندگان، کسانی که در نظام بهداشت و درمان مرتکب فساد می‌شوند، خانواده آنها محیطی سرد و فاقد عاطفه و یا اینکه نزاع خانوادگی در خانواده‌های آنها، به وفور مشهود بوده است.

خانم ۵۲ ساله:

«همکارم رو چند سال پیش به جرم دستکاری اسناد مالی گرفتند، ایشون همیشه که از زندگیش برامون تعریف می‌کرد، از رابطه خودش و همسرش می‌نالید و از اینکه بچه‌هاش به حرفش گوش نمیدن شاکی بود.»

آقای ۳۸ ساله:

«بینید خیلی از افرادی که اینجا کج رفتند، همونایی بودن

## روابط نابهنجار خانوادگی: هر نهادی در جامعه، در عالم

انتزاع و در حالت آرمانی اصول، رفتارها و روابطش را متناسب با ارزش‌های حاکم بر جامعه‌اش تنظیم کرده است، نسل‌ها و دارندگان نقش‌های مختلف آن نهاد نیز در تعاملی پیوسته با یکدیگر، آن اصول و رفتارها را درونی و یا به‌اجبار آنها را رعایت می‌کنند؛ اما هرچه از عالم انتزاعی به سمت دنیای واقعی و انضمامی‌تر حرکت می‌کنیم، با تنوع و تکثر الگوهای رفتاری و کرداری در خانواده‌ها مواجه می‌شویم. بر این مبنا در عالم واقع و در زندگی هر روز، می‌توان وجود هر دو نوع روابط اجتماعی مناسب و نامناسب را در خانواده‌ها تصور کرد که هریک پیامدهای خاص خود را برای اعضای خانواده دارد. معمولاً خانواده بستر تعاملات گرم، شکل‌گیری

### ضعف در سیاست‌گذاری

سیاست‌گذاری فرآیندی پیچیده و چندبعدی است و عوامل متعددی بر آن تأثیر می‌گذارد. سیاست‌گذاری در نظام سلامت، به‌عنوان هسته مرکزی و مغز متفکر نظام سلامت در جهت تعیین راهبردهای کلی نظام در مسائل مختلف مرتبط با سلامت است که باید مبتنی بر شواهد باشد و متخصصان خبره آن را انجام دهند. به بیان بهتر و به دلیل اهمیت کالای استراتژیک سلامت، انجام این سیاست‌گذاری نباید با آزمون و خطا همراه باشد. چرخه سیاست‌گذاری شامل شناسایی مشکل، تدوین سیاست، اتخاذ سیاست، اجرای سیاست و ارزیابی سیاست است. افراد سیاست‌گذار باید درک عمیقی از مشکلات و دغدغه‌های واقعی سلامت مردم داشته و با ارزش‌ها و چارچوب‌های فرهنگی جامعه آشنا باشند، دارای تحصیلات مرتبط و تجربیات اجرایی-آموزشی مناسبی باشند، با سازمان‌های دیگر ارتباطات سازنده و اثربخش برقرار و نظام سلامت را از حالت انفعال خارج کنند، قادر باشند به دور از هرگونه تعصب، از شواهد علمی و تجارب ارائه‌شده سیستم‌های سلامت پیشرو استفاده کنند، از نظرهای نخبگان جوان کشور استقبال کنند، نظام را برای رویارویی با بحران‌ها و شرایط اضطراری همچون بیماری کووید-۱۹ آماده کنند، توان پذیرش تصمیمات اشتباه خود را داشته باشند و درصدد رفع آنها برآیند تا در نهایت راهبری جامعی برای نظام داشته باشند، چشم‌انداز و برنامه استراتژیک مناسبی برای آن ترسیم کنند و عملکرد سیستم را از جهات گوناگون، بهبود بخشند (Lister, 2007). بسیاری از مصاحبه‌شوندگان بر این باور بودند که ضعف در سیاست‌گذاری در نظام بهداشت و درمان، خود از عوامل اصلی بروز فساد در این نظام است.

آقای ۵۱ ساله می‌گوید:

«متأسفانه ورود سیاست و سیاسی‌کاری به سیستم بهداشت و درمان، باعث شده است که کسانی در رأس تعیین سیاست‌های کلی این نظام قرار بگیرند که صرفاً به دنبال منفعت شخصی خودشان هستند و تلاش می‌کنند

که تو محیط خانواده، گرمی کانون خانواده رو حس نکرده بودند، یا با خانمشون مشکل داشتن یا نمی‌تونستن خواسته‌های بیش از حد بچه‌هاشون رو تأمین کنند»

### نظام نادرست آموزش پزشکی: آموزش پزشکی در

اصطلاح دانشگاهی، به رشته‌ای اشاره دارد که مبانی یادگیری و آموزش در پزشکی را بررسی می‌کند. حوزه‌های اصلی آموزش پزشکی، شامل دوره آموزش پزشکی عمومی و دوره‌های دستیاری است. درواقع آموزش پزشکی یکی از ارکان اصلی نظام بهداشت و درمان است که به گفته عده‌ای از مصاحبه‌کنندگان، بسیار ناکارآمد عمل کرده و زمینه فساد را در پزشکان، فراهم آورده است.

آقای ۴۴ ساله می‌گوید:

«منشأ بسیاری از فسادها در نظام بهداشت و درمان، خصوصاً در بین پزشکان، آموزش معیوب پزشکی در ایران است، دوره آموزش پزشکی چنان سخت و دشوار بر پزشکان می‌گذرد که آنها وقتی وارد چرخه کار می‌شوند، در تلاش‌اند که انتقام تمام سختی‌هایی را که کشیدند، بگیرند و همین موضوع، زمینه فساد را فراهم و ورود آنها به فعالیت‌های فاسد را راحت می‌کند».

آقای ۴۶ ساله می‌گوید:

«دانشجویان پزشکی در دوره تحصیلشان متحمل فشارهای زیاد و بی‌خوابی‌های فراوان هستند. شما اگر به بیمارستان‌ها بروید، متوجه می‌شوید که حجم عظیم کار را دانشجویان پزشکی انجام می‌دهند و به صرف دانشجوی بودن، تمام بار مسئولیت را بر گردن آنها می‌اندازند، حالا چطور انتظار دارید که این همه فشار و آموزش ناکارآمد، این دانشجویان را در آینده فاسد نکند».

### ضعف سیاست‌گذاری، مدیریت و حکمرانی در نظام

#### بهداشت و درمان

گفته‌های مصاحبه‌شوندگان در بسیاری از موارد، ضعف در سیاست‌گذاری، مدیریت و حکمرانی را در نظام بهداشت و درمان، به‌عنوان علل اصلی فساد برجسته کرده است.

که سیاست‌ها را طوری بچینند که منافع خود و دوستانشان تأمین شود».

آقای ۴۰ ساله می‌گوید:

«امضای طلایی و وجود رانت در سیاست‌گذاری‌های نظام بهداشت و درمان، همیشه عرصه را برای جولان‌دادن فساد باز کرده است».

### سوء مدیریت همراه نگاه پولی و قومی به مسئولیت

نبود شایسته‌سالاری، داشتن نگاه قومیتی در واگذاری مسئولیت‌ها، مدیر محور بودن سیستم و داشتن نگاه پولی به مدیریت از دیگر عواملی بودند که مصاحبه‌شوندگان از آنها به‌عنوان عوامل مؤثر بر فساد در سیستم بهداشت و درمان یاد کردند.

خانم ۴۳ ساله‌ای می‌گوید:

«خیلی از مدیران حوزه بهداشت و درمان، با حیطه وظایف و مسئولیت‌های خود آشنایی کافی ندارند، از طرفی در این سیستم، مکانیزم‌هایی برای انتخاب مدیران شایسته وجود ندارد».

خانم ۵۷ ساله‌ای می‌گوید:

«وقتی در یکی از واحدهای نظام بهداشت و درمان مدیری عوض می‌شود، کلیه برنامه‌های قبلی نادیده گرفته و تمام و کمال همه چیز از صفر شروع می‌شود، انگار وجود سیستم و برنامه‌ها وابسته به مدیر است و اگر مدیری برود، تمامی برنامه‌ها هم پر می‌کنند؛ البته هر مدیری هم که می‌آید، تمام اطرافیش را از بین قومیت و دوستان خودش انتخاب می‌کند و هیچ نگاه نخبگانی وجود دارد».

آقای ۴۷ ساله‌ای می‌گوید:

«خیلی از مدیرانی که در نظام بهداشت و درمان مسئولیت می‌گیرند، صرفاً به دنبال تأمین منافع خودشان هستند و می‌خوان در این مدتی که مدیر هستند، استفاده خودشان را ببرن و اندوخته‌هایشان را بیشتر کنند، اصلاً به دنبال تحول مثبت در سیستم نیستند و نگاهشان یک نگاه پولی است، آنها حتی از ایجاد سامانه‌های خدمت‌دهی هم جلوگیری می‌کنند؛ چرا که می‌ترسن منافعتشان در خطر بیفتد».

### ضعف در حکمرانی

حکمرانی خوب را باید راهبرد و مدیریت جامعه به‌صورت سنجیده، درست و کارآمد در چارچوب حاکمیت قانون، تصمیم‌گیری منطقی و عادلانه همراه با پاسخگویی و مسئولیت‌پذیری، مشارکت عمومی و راهبردهایی از این دست دانست که در گرو تعامل درست شهروندان و نیروهای سیاسی-اجتماعی جامعه مدنی با دولت است (میلانی‌فر و همکاران، ۱۳۹۰: ۲). حکمرانی خوب مدیریت عمومی با کیفیت یا راهبری و مدیریت جامعه به‌گونه سنجیده، درست و کارآمد در چارچوب حاکمیت قانون، تصمیم‌گیری منطقی و عادلانه تعریف شده است (معماری بیرق، ۱۳۹۷: ۱۳).

یکی از فاکتورهای حکمرانی خوب، شفاف‌سازی است؛ اما دیدگاه مصاحبه‌شوندگان اثر حکمرانی ضعیف را در بروز فساد متجلی می‌کند و از نبود شفافیت در سیستم بهداشت و درمان سخن می‌گوید.

آقای ۴۵ ساله‌ای می‌گوید:

«شاید بتوان گفت یکی از علل اصلی فساد در سیستم بهداشت و درمان، عدم شفافیت است. متأسفانه اطلاعاتی از گردش‌های مالی، حتی عرضه کالاها و خدمات پزشکی و بهداشتی در اختیار مردم قرار نمی‌گیرد و همین عدم شفافیت می‌تواند زمینه فساد را ایجاد کند؛ چرا که وقتی اطلاعات نباشد و گزارش نشود، فساد هم راحت‌تر اتفاق می‌افتد».

آقای ۴۷ ساله می‌گوید:

«در زمینه خصوصی‌سازی و برون‌سپاری خدمات و امکانات دولتی در نظام بهداشت و درمان، اطلاعاتی در اختیار مردم نیست و اجباری هم برای شفاف‌سازی در این زمینه وجود ندارد و همین باعث شده است که مسئولین رده‌بالای نظام بهداشت و درمان، در این مورد دلبخواهی عمل کنند و منفعت شخصی خود را بر نفع عموم ترجیح دهند».

### اقتصاد معیوب و فاقد نظام توزیع عادلانه در نظام بهداشت

#### و درمان

متناسب با محتوای مقاصد اظهارشده مشارکت‌کنندگان، اقتصاد

هم از این قاعده مستثنا نیستند. خب وقتی از راه قانونی قادر به تأمین نیازهای اقتصادی خودشان نباشند، حتماً از مسیرهای غیرقانونی برای تأمین اقتصادی خود و خانواده‌شان ورود می‌کنند».

خانم ۴۳ ساله‌ای می‌گوید:

«وضعیت اقتصادی به شکلی شده که دیگه حتی اگر در ماه ۵۰ میلیون هم درآمد داشته باشی، زیر خط فقر محسوب میشی و توان اداره زندگی‌تو نداری، از طرفی حقوق‌های دولتی هم جوابگوی حتی کرایه خونه هم نیست، چطور انتظار داریم با این وضعیت اقتصادی، کارکنان به سمت فساد نزن؟»

### حجم فراوان پول در نظام بهداشت و درمان

نظریه پردازان مختلف بر احتمال وقوع فساد در ناحیه‌ای با حجم فراوان پول تأکید کرده‌اند.

معیوب و فاقد نظام توزیع عادلانه ذیل سه زیرمقوله «مشکلات اقتصادی و معیشتی کارکنان»، «حجم فراوان پول در نظام بهداشت و درمان» و «فرار مالیاتی» از هم متمایز و تحلیل می‌شود.

### مشکلات اقتصادی و معیشتی کارکنان

تحقیقات گوناگون انجام‌شده نشان می‌دهد با گذشت زمان و پایین آمدن سطح درآمد، طبیعی است که افراد در عرصه رقابت ناعادلانه تلاش کنند تا از طریق مسیرهای غیرقانونی به اهداف خود دست یابند. تعدادی از مصاحبه‌شوندگان گفته‌اند فشار اقتصادی فراوان، تورم زیاد و مشکلات اقتصادی و معیشتی کارکنان، از علل فساد در نظام بهداشت و درمان بوده است.

آقای ۴۷ ساله‌ای می‌گوید:

«نظام اقتصادی کشور در وضعیت مطلوبی نیست، تورم بیداد می‌کند و مردم از لحاظ اقتصادی بسیار در مضیقه هستند، کارکنان نظام بهداشت و درمان در سطوح مختلف



شکل ۱- نمودار اعتبار هزینه‌ای نظام سلامت در مقایسه با امور دیگر (منبع: مشرق‌نیوز، شماره خبر ۱۱۵۸۶۷۳)

Fig 1- Chart of cost effectiveness of the health system compared to other matters (source: Mashreq News, news number 1158673)

که این نشان از تخصیص فراوان و حجم گسترده‌ای از گردش مالی در حوزه سلامت است که به گفته مصاحبه‌شوندگان، خود

همان‌طور که در نمودار مشاهده می‌شود، ۱۷ درصد از بودجه کل کشور در سال ۱۴۰۰، به امور سلامت اختصاص داشته است

این حجم فراوان پول در نظام بهداشت و درمان می‌تواند از علل اصلی بروز فساد در این نظام باشد.

آقای ۴۸ ساله‌ای می‌گوید

«هرساله حجم عظیمی از بودجه در اختیار نظام بهداشت و درمان قرار می‌گیرد که نظارتی بر قسمت‌های زیادی از پول وجود ندارد و نحوه هزینه‌کرد این بودجه در اختیار مدیران هست، مسلماً زمانی که مقادیر زیادی پول وجود داشته باشد و کسی هم شما را مورد بازخواست قرار ندهد که این پول را کجا هزینه کردی یا حی اگر کسی هم ازت سؤال کنه به راحتی با یک صورت‌جلسه صوری بتوان سر و تهش را هم بیاری، به راحتی امکان فساد فراهم می‌شود».

مالیات ندهند، این کار را می‌کنند».

### ضعف قوانین و ناکارآمدی دستگاه‌های نظارتی

در ایران، فساد از محرّمات است و قانون مجازات اسلامی، مجازات‌های سنگینی را برای آن در نظر گرفته است. در اینجا منظور از ضعف قوانین و ناکارآمدی دستگاه‌های نظارتی، ضعف و ناکارآمدی از نظر مصاحبه‌شوندگان است. براساس مضامین گفته‌های مشارکت‌کنندگان، از ۲ خصیصه وجودداشتن قوانین صریح و تفسیرپذیر بودن قوانین و ناکارآمدی دستگاه‌های نظارتی، به‌عنوان محورهای این مقوله نام برده می‌شود.

### فرار مالیاتی

هر گونه تلاش قانونی یا غیرقانونی به منظور طفره‌رفتن و گریختن از پرداخت مالیات یا کمتر پرداخت کردن آن، به هر شیوه که انجام شود، فرار مالیاتی گفته می‌شود. در واقع می‌توان گفت موضوع فرار مالیاتی پزشکان، یکی از مصادیق شناخته‌شده فساد و یکی دیگر از گونه‌های آن است که در سایت دیده‌بان شفافیت و عدالت (۱۳۹۷) نیز، به این موضوع اشاره شده است؛ برای مثال طبق گزارش این سازمان، غیبی‌پور، رئیس حل اختلاف مالیاتی شهر تهران، اذعان داشت که مالیات سالیانه پزشکان ۷۰۰ میلیارد تومان است که از این مقدار ۱۵۰ میلیارد آن را پزشکان پرداخت می‌کنند؛ اما پژوهشگران حوزه شفافیت با بررسی دقیق موضوع، به این نتیجه رسیده‌اند که میزان مالیات واقعی بسیار بیشتر از ۷۰۰ میلیارد است. مصاحبه‌شوندگان این تحقیق نیز به موضوع فرار مالیاتی پزشکان اشاره کرده‌اند.

### وجودداشتن قوانین صریح و تفسیرپذیر بودن قوانین

ضعف قانون از دو جنبه بر روند فساد تأثیر می‌گذارد. ضعف قوانین مناسب در مبارزه علیه فساد، به تعبیری فقدان قانون منسجم ضد فساد، به‌عنوان عاملی مؤثر در بروز و گسترش فساد عمل می‌کند؛ پس قوانین ناکارآمد در بخش‌های مختلف، خود پناهگاهی برای افراد فاسد و بروز فساد می‌شود. از طرف دیگر قوانین غیرشفاف متعدد، متناقض و ناهماهنگ، منتهای برای کارمندان عالی‌رتبه و نیز رده‌پایین و فرصت‌طلبان پدید می‌آورد تا با سوءاستفاده از آنها، بتوانند در لایه‌های به حیات خود ادامه دهند و در نهایت فساد مانند یک دژ محکم و تسخیرناپذیر در ساختارهای دولتی کشورهای جهان سوم باقی بماند (ربیع، ۱۳۸۳: ۶۷). متناسب با گفته‌های مشارکت‌کنندگان، می‌توان گفت که تقریباً بیشتر آنها از وجودداشتن قوانین صریح و تفسیرپذیر بودن قوانین صحبت کرده‌اند.

آقای ۴۸ ساله‌ای می‌گوید:

«قوانین حوزه بهداشت و درمان، صراحت و شفافیت ندارند و به راحتی قابل تفسیر هستند. خیلی از اعمال فاسدی که در نظام بهداشت و درمان صورت می‌گیرد، به دلیل قابلیت تفسیر به رأی داشتن قوانین، برچسب قانونی می‌خورند و عملاً اثبات آنها غیرممکن است».

آقای ۶۱ ساله می‌گوید:

آقای ۴۸ ساله‌ای می‌گوید:

«شما اگر حتی یکبار هم به مطب یکی از پزشکان در همین تهران مراجعه کنید، متوجه میشوید که دستگاه کارت‌خوان ندارند و درخواست پول نقد می‌کنند، حتی برخی از آنها دم در مطبشان باجه عابر بانک گذاشته‌اند که مردم سریع پول بکشند و به آنها بدهند، مسلماً برای اینکه



کمیسیون ماده ۲۰، از جمله این ساختارهاست.

### قدرت بلامنازع نظام پزشکی

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران که در این قانون «سازمان» نامیده می‌شود، سازمانی است مستقل و دارای شخصیت حقوقی که به منظور تحقق بخشیدن به اهداف و انجام وظایف مقرر در قانون سازمان نظام پزشکی، تشکیل می‌شود.

به عقیده تعدادی از مصاحبه‌شوندگان، خود نظام پزشکی می‌تواند از عوامل شیوع فساد در سیستم بهداشت و درمان ایران باشد؛ زیرا این سازمان در راستای انجام وظایف صنفی در دیگر حیطه‌ها به صورت رسمی و غیررسمی نفوذ دارد و می‌تواند شرایط را به نحوی رقم بزند که اثر دیگر مراجع قانونی و رسمی را خنثی کند؛ برای مثال:

آقای ۴۷ ساله‌ای می‌گوید:

«وجود قدرت بلامنازع نظام پزشکی در کشور، خود مصداق عینی فساد است، این سازمان چنان قوی و فربه شده است که هر کاری بخواهند می‌توانند انجام دهند و رنگ و بوی قانونی هم به فعالیت‌های فاسد خودشان بدهند».

### کمیسیون ماده ۲۰

در اجرای سیاست تمرکززدایی و تصمیم دولت مبنی بر واگذاری بخشی از اختیارات وزارتخانه‌ها و مدیران کل، رؤسای ادارات و نهادها و دانشگاه‌های کشور، مجلس شورای اسلامی با الحاق یک تبصره (۵) به ماده ۲۰ اصلاحی قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی و مواد خوردنی و آشامیدنی مصوب ۱۳۶۷/۱۱/۲۳، به وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی اجازه داد تا تشکیل کمیسیون‌های قانونی مؤسسات پزشکی و دارویی را به رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور واگذار کند.

ترکیب اعضای کمیسیون

«ضعف قوانین در نظام بهداشت و درمان بسیار جدی است و دورزدن قانون هم بسیار راحت هست، پروژه‌های مختلف در نظام بهداشت و درمان به دلیل ضعف قوانین، صرفاً در اختیار کسانی قرار می‌گیرند که مورد حمایت سیاسیون باشند».

### ناکارآمدی دستگاه‌های نظارتی

فساد از جمله فعالیت‌ها و جرایمی است که می‌توانند زمینه مخاطره‌ای کردن فضای عمومی جامعه و خانواده را فراهم کنند. در حالت آرمانی، از نهادهای نظارتی انتظار می‌رود با سرعت، دقت و با استفاده از تجهیزات و امکانات مناسب و متناسب با نقش قانونی خود، همچنین با تمام فعالیت‌های مرتبط با فساد جلوگیری کنند. به نظر مشارکت‌کنندگان در تحقیق، نهادهای نظارتی انگیزه، توان و جدیت لازم را برای مبارزه با فساد ندارند.

آقای ۶۱ ساله‌ای می‌گوید:

«نهاد نظارتی کم نداریم؛ اما این نهادهای نظارتی باید آخرش به جرم رسیدگی کنند و نتیجه‌بخش باشد و مردم ببینند؛ اما این اتفاق در کشور ما شدن نیست؛ چرا که فرآیند رسیدگی به جرم در کشور ما همواره مشمول زمان می‌شود و باعث می‌شود که فراموش شود و تأثیر چندانی نداشته باشد؛ لذا انگار انگیزه و جدیت کافی در برخورد با جرم وجود ندارد».

آقای ۴۲ ساله‌ای می‌گوید:

«نهادهای بسیاری وظیفه نظارت در کشور ما را بر عهده دارند؛ اما متأسفانه این نهادها کارایی لازم را ندارند و خیلی وقت‌ها خودشان هم در جرم شریک‌اند و نمی‌توانند به جرم رسیدگی کنند؛ چرا که ممکن است خودشان هم گیر بیفتند».

### ساختارهای ضعیف و فسادپرور در نظام بهداشت و درمان

براساس دیدگاه مصاحبه‌شوندگان، یکسری ساختارهایی در نظام بهداشت و درمان وجود دارد که خود به خود زمینه را برای فساد باز می‌کند و سبب روان‌سازی فساد در نظام بهداشت و درمان می‌شود. قدرت بلامنازع نظام پزشکی و

ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در موقعیتی‌اند که به مصرف‌کنندگان و پرداخت‌کنندگان خود بگویند که کدام خدمات ضروری است و بر در دسترس بودن داروها و رویه‌های خاص کنترل دارند. مصرف‌کنندگان برای ارائه خدمات مناسب برای بهبود شرایط سلامتی خود، به ارائه‌دهندگان متکی‌اند و گاه در موقعیتی قرار می‌گیرند که باید برای برخی از روش‌ها و خریدن داروها، رشوه‌های پولی یا چیزهای دیگری را به ارائه‌دهندگان بدهند. پزشکان و داروسازان بیشتر برای منافع شخصی خود تصمیماتی می‌گیرند که به نفع بیمارانشان نیست. این ممکن است شامل درخواست رشوه‌های پولی یا چیزهای دیگر برای رویه‌ها یا نسخه‌های خاص، سفارش رویه‌های غیرضروری برای افزایش درآمد مالی یا ارائه‌ندادن مراقبت‌های ضروری یا بهینه به دلیل وجودداشتن منافع برای ارائه‌دهنده باشد (Vian, 2008). تولید و توزیع فسادزا، انحصار و نبود نظارت بر نحوه دریافت و تخصیص ارز دولتی در واردات دارو و مقررات دارویی ناکارآمد، کاملاً در گفته‌های مصاحبه‌شوندگان مشهود بود.

### تولید و توزیع فسادزای دارو

جعل، تقلب و فروش در بازار سیاه، از جمله مواردی بودند که مصاحبه‌شوندگان به آنها به‌عنوان فساد دارویی یاد کردند.

خانم ۴۳ ساله‌ای می‌گوید:

«شما همین تولید دارو رو بهش دقت کن، خیلی وقت‌ها می‌بینی که موارد اولیه‌ای که برای تولید دارو به کار میرن، بی‌کیفیت‌ترین مواد هستند؛ اما به‌راحتی اون‌ها رو جای داروهای با کیفیت به مردم قالب می‌کنند و معلوم نیست کی به اینها اجازه داده که این داروها را به بازار وارد کنند.»

خانم ۵۷ ساله:

«بارها دیدم داروهای تاریخ مصرف گذشته رو صرفاً از طریق عوض کردن برجسب تاریخ به خورد مردم دادند؛ اما این‌قد این فسادها شبکه‌ای و در هم تنیده است که کسی جرئت حرف زدن در مورد اونها رو نداره.»

کمیسیون به ریاست رئیس دانشگاه علوم پزشکی و عضویت معاونت درمان وبا، شرکت یک متخصص داخلی، یک نفر متخصص جراحی و یک متخصص رشته‌ای، که موضوع آن در کمیسیون مطرح است، از اعضای هیئت‌علمی به انتخاب رئیس دانشگاه، یک پزشک به انتخاب رئیس سازمان نظام پزشکی مرکز استان و یک نفر از پزشکان آزاد به دعوت رئیس دانشگاه رسمیت می‌یابد.

### شرح وظایف و اختیارات

کلیه تقاضاهای احداث و تأسیس مؤسسات پزشکی، درمانی، تشخیصی (بیمارستان، درمانگاه، مؤسسات فیزیوتراپی، توان‌بخشی، مشاوره پرستاری، گفتاردرمانی، رادیولوژی، سی‌تی‌اسکن، ام‌ار‌آی، مراکز ترک اعتیاد، مراکز مشاوره رژیم‌درمانی، عینک طبی و...) ابتدا به معاونت درمان تسلیم و پس از بررسی اولیه و طبق شرایط عمومی متقاضیان (مانند داشتن پروانه کار یا مطب برای شهر مدنظر)، برای بررسی و صدور موافقت اصولی به کمیسیون مربوطه ارجاع و پس از طرح موافقت یا موافقت‌نکردن کمیسیون، برای ابلاغ متقاضی به معاونت درمان اعلام می‌شود.

متناسب با گفته‌های مشارکت‌کنندگان، می‌توان گفت که عده‌ای از آنها کمیسیون ماده ۲۰ را از روزه‌های اصلی فساد در نظام بهداشت و درمان ایران می‌دانند.

آقای ۴۸ ساله‌ای می‌گوید:

«اولین بدبختی نظام بهداشت و درمان ایران همین بحث کمیسیون ماده ۲۰ هست که خودش یک راهکار قشنگ برای فساد است و کسی هم نمی‌تواند متوجه این فساد شود.»

### حوزه دارویی فسادزا در نظام بهداشت و درمان

ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به‌عنوان تصمیم‌گیرندگان اصلی نظام سلامت، بیشترین فرصت‌های فساد را در اختیار دارند. این گروه شامل بازیگرانی مانند پزشکان، دندان‌پزشکان، پرستاران، داروسازان و دیگر کارکنان بیمارستان است.

خانم ۴۳ ساله:

«حتی بعضی وقت‌ها توزیع‌کنندگان دارو، داروها را می‌گیرند، ولی آنها را توزیع نمی‌کنند و احتکار می‌کنند تا در زمان گرانی اونها رو به فروش برسوند، مثل همین دوران کرونا که خیلی وقت‌ها حتی سرم هم وجود نداشت، بعد می‌شد جاهای خاصی مثل بازار سیاه سرم با قیمت بسیار بالا گیر آورد.»

عمومی نمی‌شود. مصاحبه‌شوندگان نیز در گفته‌های خود به مصداق‌هایی از فساد، از جمله انحصار و نظارت‌نکردن بر تخصیص ارز دولتی در حوزه واردات دارو اشاره کرده‌اند.

خانم ۵۷ ساله‌ای می‌گوید:

«واردات داروهای گران‌قیمت در دست عده خاصی است و به نوعی انحصار در واردات داروهای خاص وجود دارد، ارز دولتی هم فقط در اختیار افراد صاحب نفوذ قرار می‌گیرد و بقیه واردکنندگان دارو از ارز دولتی محروم هستن و عملاً نظارتی هم بر تخصیص ارز دولتی در زمینه دارو وجود ندارد یا نظارت‌ها بسیار ضعیف و ناکارآمد هستن.»

با این حال، باید تلاش کرد تا شفافیت آزمایش دارو و روش‌های جایگزین درمان افزایش یابد تا بیماران مجبور نباشند تنها یک درمان ممکن را بپذیرند، آن هم زمانی که درمان دیگری هم وجود دارد.

### مقررات دارویی ناکارآمد

مقررات دارویی ناکارآمد سبب تضاد منافع و نبود شفافیت در نظام دارویی ایران و خود به خود باعث شده است تا فرایندهای دارویی از مرحله تولید تا ارائه آن، برای رسیدن به دست مصرف‌کننده به فساد، آلوده شود.

آقای ۴۲ ساله‌ای می‌گوید:

«در کشور ما حتی مقررات دارویی هم ناکارآمد هستند، کسانی که در بخش دولتی مسئولیت دارند، خودشان هم در شرکت‌های دارویی صاحب منفعت هستند و به راحتی سیاست‌های دولتی را براساس منفعت خودشان تعریف می‌کنند، ولی هیچ قانون کارآمدی هم برای جلوگیری از این کار وجود ندارد.»

### مقوله هسته تحقیق: شیوع فساد در سیستم بهداشت و درمان

مقوله هسته یا مرکزی<sup>۱</sup>، نمایانگر مضمون اصلی پژوهش است. مقوله هسته قدرت تحلیل دارد و باید بتواند گوناگونی‌های

### انحصار و نبود نظارت بر نحوه دریافت و تخصیص ارز دولتی در حوزه واردات دارو

در سیستم مراقبت‌های بهداشتی، تأمین‌کنندگان دسترسی به داروها و لوازم پزشکی مورد استفاده ارائه‌دهندگان را برای مصرف‌کنندگان کنترل می‌کنند. تأمین‌کنندگان شامل شرکت‌های داروسازی (اعم از داخلی و بین‌المللی)، تأمین‌کنندگان تجهیزات پزشکی و شرکت‌های بیوتکنولوژی‌اند. شرکت‌های داروسازی، کیفیت و در دسترس بودن محصولات و لوازم را کنترل می‌کنند، آنها همچنین برای دریافت قیمت کامل از ارائه‌دهندگان و برای محصولاتی که کیفیت بالایی ندارند، فرصتی را برای بسته‌بندی مجدد تجهیزات قدیمی، داروهای تاریخ مصرف گذشته و یا تعیین قیمت‌های بیش از حد ایجاد می‌کنند (Lewis, 2006).

تأمین‌کنندگان همچنین به تنظیم‌کننده‌ها رشوه می‌دهند تا سیاست‌ها را به نفع شرکت‌های عرضه‌کننده تغییر دهند. یک سازمان دولتی که کنترل‌کننده داروهای تحت پوشش بیمه است، فرصت دیگری برای رفتار متقلبانه تأمین‌کنندگان است (Lewis, 2006).

در چند دهه گذشته بحث‌های زیادی درباره شرکت‌های داروسازی به وجود آمده است که توجه به مقررات این‌گونه بازیگران را افزایش داده است. کشف و اثبات این سبک فساد، چالش برانگیز است؛ زیرا بیشتر جلسات بین تأمین‌کنندگان و ارائه‌دهندگان یا تنظیم‌کننده‌ها به صورت خصوصی انجام می‌شود و بیشتر اطلاعات مربوط به تأثیر داروهای جدید،

<sup>1</sup> core category



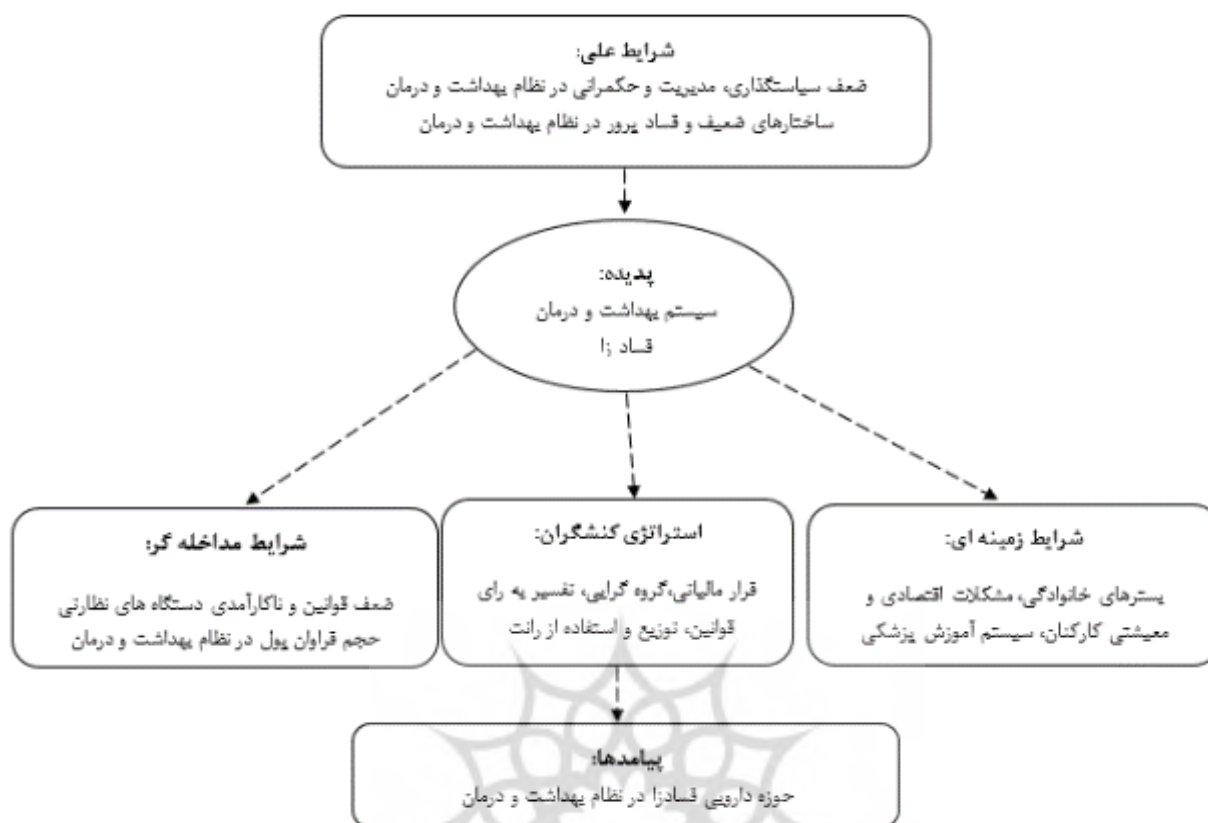
درمان به‌عنوان کلیدی‌ترین مؤلفه‌ها تشخیص داده شدند. متناسب با منطق روش‌شناسی تحقیق و ماهیت موضوع بررسی شده و مضامین گفته‌های مشارکت‌کنندگان، پیوند بین این عناصر چندگانه در فرآیندی زمانی نیز تصویرسازی شد. بعد از ارزیابی‌های چندگانه، محققان مقوله هسته «سیستم بهداشت و درمان فسادزا» را مقوله‌ای مناسب برای پوشش دادن مؤلفه‌های کلیدی در نظر گرفتند.

**مدل پارادایمی:** مقوله‌بندی داده‌ها براساس پارادایم، مقولات کشف‌شده را شفاف‌تر و شرایطی را معرفی کرده است که پدیده ذیل آن شکل گرفته است. این مدل، تصویری مختصر و مفید را از آن چیزی را به محقق نشان می‌دهد که در میدان مطالعه می‌گذرد. اینکه به‌طور کلی در آنجا چه می‌گذرد و چه روابطی میان اجزای متعدد پدیده بررسی می‌شود، در مدل پارادایمی به تصویر کشیده می‌شود.

درون مقوله‌ها را نیز در بر بگیرد. مقوله مرکزی می‌تواند از درون مقوله‌های موجود سر برآورد یا آنکه پژوهشگر مقوله‌ها را بررسی کند و به این نتیجه برسد که گرچه هر مقوله چیزی از کل قضیه را باز می‌گوید، ولی هیچ یک حق کل مطلب را ادا نمی‌کند؛ از این رو به‌اصطلاح یا عبارت انتزاعی‌تر و مفهومی نیاز است که بتواند تمام مقوله‌ها را در بر بگیرد. چند تکنیک برای آسان‌کردن شناسایی مقوله مرکزی و یکپارچه‌کردن مفاهیم وجود دارد؛ نوشتن خط سیر داستان، یکی از این تکنیک‌هاست.

بعد از شرح و تحلیل روایی گفته‌های مشارکت‌کنندگان از سوی محققان، مؤلفه‌های بسترهای خانوادگی و آموزشی نامناسب، ضعف سیاست‌گذاری، مدیریت و حکمرانی در نظام بهداشت و درمان، اقتصاد معیوب و فاقد نظام توزیع عادلانه در نظام بهداشت و درمان، ضعف قوانین و ناکارآمدی دستگاه‌های نظارتی، ساختارهای ضعیف و فسادپرور در نظام بهداشت و درمان و حوزه دارویی فسادزا در نظام بهداشت و

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی



شکل ۲- مدل پارادایمی، مستخرج از داده‌های تحقیق

Fig 2- Paradigm model, extracted from research data

## بحث و نتیجه

پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع فساد در نظام بهداشت و درمان ایران انجام گرفت. از ویژگی‌های متمایز این پژوهش، تحلیل فرایند شیوع فساد در نظام بهداشت و درمان ایران از طریق مصاحبه با خبرگان ستادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده است. براساس مطالب پیشین می‌توان گفت در سیستم بهداشت و درمان، افراد به دلایل متفاوتی به سمت فساد می‌روند. بیشترین دلایلی که خبرگان ستادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیان کرده‌اند، روابط نابهنجار خانوادگی، نظام نادرست آموزش پزشکی، ضعف در سیاست‌گذاری، سوء مدیریت همراه با نگاه پولی و قومی به مسئولیت، ضعف در حکمرانی مشکلات اقتصادی و معیشتی کارکنان، حجم فراوان پول در نظام

بهداشت و درمان، فرار مالیاتی، وجود نداشتن قوانین صریح و تفسیرپذیر بودن قوانین، ناکارآمدی دستگاه‌های نظارتی، قدرت بلامنازع نظام پزشکی، کمیسیون ماده ۲۰، تولید و توزیع دارویی فسادزا، انحصار و نبود نظارت بر نحوه دریافت تخصیص ارز دولتی در حوزه واردات دارو و مقررات دارویی ناکارآمد بوده است.

برخی دلایل کشف‌شده در این تحقیق، به‌نوعی در پژوهش‌های دیگر نیز دیده شده است؛ برای مثال دلپسند، ترکمن‌نژاد و نوریان (۱۳۹۹) نیز در یک مطالعه مروری نشان دادند که نبود حاکمیت قانون، شفافیت و پاسخگویی، از مهم‌ترین علل فسادند.

درواقع فساد یک مشکل مرتبط با حکمرانی است (Schacter & Shah, 2001). فساد باید در چارچوب حکمرانی

اقتصادی و معیشتی کارکنان یکی از عوامل شیوع فساد در این نظام بوده است و در واقع عنصر فشار در اینجا فراهم می‌شود. عنصر فشار بیان می‌کند که افراد در اثر فشار وارد فساد می‌شوند. این فشار ممکن است شامل اهداف شغلی، هزینه‌های پزشکی پیش‌بینی نشده، مشکلات اعتیاد، محدودیت‌های مالی، قمار، فشار همسالان، سبک زندگی تجملاتی، طمع و وام باشد. همچنین، اهداف غیرواقعی نیز ممکن است کارکنان را به مشارکت در این شکل از فساد تحریک کند (Abdullahi et al., 2015). این موضوع در رابطه با کشور ایران، خود را بسیار بیشتر نشان می‌دهد و دلیل آن را هم باید در شرایط بی‌ثبات اقتصادی و سطح تورم بالا و فزاینده جست‌وجو کرد که عمدتاً طبقات حقوق‌بگیر را بیشتر تحت تأثیر قرار می‌دهد.

با توجه به اشاره‌نکردن جدی مصاحبه‌شوندگان به عوامل فردی و خرد، آنچه در تحلیل یافته‌ها خودنمایی می‌کند، این است که فساد در سیستم بهداشت و درمان ایران، ساختاری و نظام‌مند شده است و بسیاری از فسادها در رویه‌های کاملاً قانونی انجام می‌شوند و در مواردی غیر از این هم، به دلایل ضعف‌ها و خلأهای قانونی و به‌ویژه اجرایی، قانون‌بازدارندگی لازم را برای جلوگیری از وقوع فساد ندارند. در مجموع نتایج این تحقیق نشان می‌دهد آنچه به‌عنوان فساد در سیستم بهداشت و درمان ایران دیده می‌شود، منفک از شرایط فسادزا در جامعه ایران نیست و برای برخورد جدی با آن نیز، چاره‌ای جز اصلاح رویه‌ها و ساختار رسمی و غیررسمی فسادزا نیست؛ از این رو به‌صورت کلی، برخی پیشنهادها برای پیشگیری و کنترل فساد در حوزه بهداشت و درمان به‌صورت خاص و در سطح کلان جامعه، به‌صورت عام ارائه می‌شود:

بازنگری در سیستم جذب و گزینش دانشجویان پزشکی و برنامه‌درسی این رشته به‌همراه تصحیح و تصریح قوانین، پاسخگودن مسئولان این سیستم، افزایش نظارت بر آنها،

نگریسته شود؛ زیرا نشانه ضعف نهادی و اساسی حکمرانی است. نظر به اینکه فساد نشانه شکست حکومت تلقی می‌شود، مهار آن نیازمند بررسی علل سوء حکمرانی است (Huther & Shah, 2000:2). پاسخگونبودن، نبود شفافیت و مشارکت مردم در فرآیند تصمیم‌گیری، فقدان حاکمیت قانون، بی‌احترامی به حقوق بشر، تخصیص نادرست منابع و کنترل بر مطبوعات، از مهم‌ترین ویژگی‌های حکمرانی معیوب است. محیط حکمرانی معیوب شرایطی را ایجاد می‌کند که فساد به‌راحتی می‌تواند در آن رشد کند.

برینکرهاف و بوزرت<sup>۱</sup> (2014) معتقدند که حکمرانی به‌طور فزاینده‌ای به‌عنوان یک عامل مهم در عملکرد سیستم سلامت شناخته می‌شود؛ اما از نظر مفهومی و عملی به‌خوبی درک نشده است و در معرض مفاهیم بیشتر مبهم و رقابتی درباره نقش آن و نحوه رسیدگی به نقاط ضعف آن است. در واقع آنها مدلی از حکمرانی سلامت را ارائه می‌کنند که بر تعدد بازیگران اجتماعی در نظام‌های سلامت، توزیع نقش‌ها و مسئولیت‌ها در بین آنها و توانایی و تمایل آنها برای ایفای این نقش‌ها و مسئولیت‌ها تمرکز دارد تا در نهایت رابطه کارفرما-کارگزار و مسائل مربوط به آن، از جمله فساد را تفهیم کند. این تمرکز بر پیوندهای اصلی و عامل بین بازیگران و مشوق‌های حاصل از حکمرانی خوب و عملکرد سیستم بهداشتی تأکید می‌کند. طبق این نظریه، شکاف بین سه رابطه اصلی در حکمرانی سلامت، چالش‌هایی را برای نظام سلامت ایجاد می‌کند که بهبود حکمرانی را هدف قرار می‌دهند و این سه شکاف عبارت‌اند از: (۱) شکاف بین دستور کار حکمرانی خوب و ظرفیت‌های موجود؛ (۲) اختلاف بین حکمرانی رسمی و غیررسمی و (۳) بی‌توجهی به پویایی قدرت اجتماعی - سیاسی.

همان‌طور که بیان شد، براساس نظر خبرگان ستادی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مشکلاتی

<sup>1</sup> Brinkerhoff & Bossert



- پایدار، (۳)۱۹، ۱۴۴-۱۰۹.
- بهشتی، س.ص. و خان‌محمدی، ا. (۱۳۹۹). بررسی وضعیت ادراک از فساد و عوامل مرتبط با آن، مطالعه شهروندان شهر سرپل ذهاب، جامعه‌شناسی کاربردی، ۳۱(۴)، ۴۵-۷۲.
- بهشتی، س.ص.؛ مرادی، ر. و پاک‌نژاد، م.ن. (۱۳۹۹). تبیین جامعه‌شناختی عوامل اجتماعی مؤثر بر ادراک فساد اداری (مورد مطالعه: ارباب‌رجوعان ادارات دولتی شهر یاسوج). علوم اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد، ۱۷(۱۲)، ۲۶۱-۲۲۳.
- بیابانی، غ.ح.؛ عصار، م.ت. و مظفری، ا. (۱۳۹۵). شفافیت رسانه‌ای در مقابله با فساد و جرم سازمان‌یافته. رسانه، ۲۷(۴)، ۸۳-۶۵.
- پورحیب، ع. (۱۳۹۴). نقش حکمرانی خوب در کاهش فساد و فقر. کنفرانس بین‌المللی علوم رفتاری و مطالعات اجتماعی، ۲، ۱۳-۱.
- جعفری صمیمی، ا.؛ علمی، ز. و صیادزاده، ع. (۱۳۹۰). فساد، اندازه دولت و درجه بازی اقتصاد در مدل‌های رشد. پژوهشنامه بازرگانی، ۱۵(۶۱)، ۱۳۴-۱۱۳.
- جودکی، ح. و رشیدیان، آ. (۱۳۸۸). فساد در نظام سلامت: تئوری، روش‌ها و مداخلات. بیمارستان، ۸(۳ و ۴)، ۱۰۰-۸۲.
- حقیقتیان، م.؛ کریمی‌زاده، س. و نظری، ج. (۱۳۹۱). بررسی برخی عوامل اجتماعی مؤثر بر فساد اداری (مورد مطالعه: سازمان‌های اداری یزد). جامعه‌شناسی کاربردی، ۲۳(۴)، ۴۷-۷۶.
- خدری، ب.؛ محمدزاده اقدم، ع. و مؤمنی ماسوله، ف.س. (۱۳۹۵). عوامل اجتماعی مؤثر بر فساد اداری در سازمان‌های دولتی شهرستان سنندج. رفاه اجتماعی، ۱۶(۶۰)، ۱۳۷-۱۷۲.
- دلپسند، ک.؛ ترکمن‌نژاد، ش. و نوریان، م. (۱۳۹۹). تعارض شفاف‌کردن فرایند تصمیم‌گیری و نیز جلوگیری از گروه‌گرایی و تمرکز بر شایسته‌سالاری در تخصیص مسئولیت‌ها، تا حد زیادی می‌تواند مانع بروز و شیوع فساد شود. اما در سطح کلان و فرای از سیستم خاصی، باید شرایط زیر در جامعه رخ دهد تا امر مهم کاهش فساد شکل بگیرد: بالابردن ظرفیت دولت‌سازی که به خودی خود به تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌های صحیح و نیز بالابردن اقتدار برای اجرای این سیاست‌ها منجر می‌شود و در قدم اول می‌تواند ضعف در حکمرانی، مشکلات اقتصادی و معیشتی مردم را محدودتر کند. شفاف‌سازی در وضعیت مالی دولت که با هدفمندکردن هزینه‌کرد بودجه در نظام بهداشت و درمان، ممانعت از فرار مالیاتی و جلوگیری از هرگونه ایجاد انحصار در زمینه‌های مختلف، حجم فساد را تا حد بسیار زیادی محدود می‌کند. تدوین سیستم قانون‌گذاری که نفع عامه را برآورده می‌کند و با شفافیت هرچه تمام‌تر، مانع از تفسیر برداشتن قوانین می‌شود، جلوگیری از ناکارآمدی و ضعف دستگاه‌های نظارتی، وجود آزادی بیان و رسانه‌های مستقل، استقلال دستگاه‌های نظارتی و اجرایی نیز در این زمینه بسیار مؤثر است.

## منابع فارسی

- ابراهیم‌زاده، ع. و اسدیان، م. (۱۳۹۲). تحلیل و ارزیابی میزان تحقق‌پذیری حکمروایی خوب شهری در ایران. مورد شناسی: شهر کاشمر، جغرافیا و آمایش شهری، منطقه‌ای، ۳(۶)، ۳۰-۱۷.
- استروس، آ. و کوربین، ج. (۱۳۹۰). اصول روش تحقیق کیفی: نظریه‌مبنایی، رویه‌ها و شیوه‌ها. مترجم: بیوک محمدی، تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی.
- باغچقی، ا.؛ خوشنودی، ع. و هراتی، ج. (۱۳۹۸). بررسی اثر متقابل دموکراسی و امنیت حقوق مالکیت بر فساد مالی در کشورهای منتخب. پژوهش‌های اقتصادی (رشد و توسعه

در سمت‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدیریت بازرگانی، دانشگاه شریف، دانشکده مدیریت و اقتصاد. میلانی‌فر، ع، آخوندی، م.م، پایکارزاده، پ، لاریجانی، ب. (۱۳۹۰). «ارزیابی حقوقی تعارض منافع در حقوق نظام سلامت ایران». *مجله اخلاق و تاریخ پزشکی*، ۱۵(۱)، ۱۶-۱.

منافع و عدم شفافیت به‌مثابه فساد در نظام سلامت. *اندیشه حقوقی*، ۳۱(۳)، ۳۹-۳۱. دلپسند، ک؛ قنبری، ا. و فدائی لاسکی، س. (۱۳۹۹). پیشگیری از فساد اداری در نظام سلامت. *پژوهش‌های حقوقی میان‌رشته‌ای*، ۲۳(۲)، ۳۴-۲۳. ربیعی، ع. (۱۳۸۳). *فساد در جامعه سیاسی، فساد در دولت‌های جهان سوم*، تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سازمان چاپ و انتشارات.

رحیمیان، ن. (۱۳۹۳). بررسی فساد اقتصادی و راه‌های مبارزه با آن، *مجله اقتصادی*، ۱۴(۹ و ۱۰)، ۱۱۶-۱۰۳. ساعی، ع؛ کبیری، ا؛ سالار کسرابی، م. و صادقی، ح. (۱۳۹۰). سرمایه اجتماعی و حکمرانی خوب: تحلیل تطبیقی فازی بین کشوری از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۸. *مسائل اجتماعی ایران*، ۲(۲)، ۹۴-۶۳.

سایت دیده‌بان شفافیت و عدالت. (۱۳۹۷). رقم فرار مالیاتی پزشکان معادل یارانه ۱۲ میلیون ایرانی در سال است.

<https://www.alef.ir/news/3970830139.html?show=text>

آبان ۱۴۰۱.

سیف‌زاده، ع. (۱۳۹۷). «مروری بر دیدگاه‌های جامعه‌شناسی در مورد فساد اداری». *رهیافت پیشگیری از جرم*، ۱۱(۱)، ۷۳-۹۷.

محسنی، م. (۱۳۸۵). *جامعه‌شناسی پزشکی*. تهران: طهوری، چاپ پنجم.

مردعلی، م، نصیری‌پور، ا، مسعودی اصل، ای، عابدی جعفری، ح. (۱۳۹۶). مدل سنجش فساد نظام بهداشت و درمان ایران. *حقوق پزشکی*، ۱۱(۴۳)، ۱۴۶-۱۲۷.

مرکز پژوهش‌های مجلس. (۱۳۹۵). «گزارش فساد». ص ۵. مصداق‌نژاد، ع.م، رحیمی تبار، پ. (۱۳۹۸). «الگوی حاکمیت نظام سلامت ایران»، *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۶(۹)، ۱۰-۲۸.

معماری بیرق، ب. (۱۳۹۷). *بررسی نمونه‌هایی از تضاد منافع*

## References

- Amundsen, I. (1997). *In search of a counter-force: state power and civil society in the struggle for democracy in Africa*. Dr Polit (Doctoral dissertation, dissertation, University of Tromso).
- Ahrend, R. (2002). *Press freedom, human capital and corruption*. DELTA working paper (2002-11).
- Abdullahi, R., Mansor, N., & Nuhu, M.S. (2015). Fraud triangle theory and fraud diamond theory. Understanding the Convergent and Divergent For Future Research. *European Journal of Business and Management*, 7(28), 30-37.
- Baghcheghi, A., Khoshnoodi, A., & Harati, J. (2019). Investigation of the interaction effect of democracy and security of property rights on corruption in selected countries. *Economic Research (Sustainable Growth and Development)*, 19(3), 109-144. [in Persian].
- Beheshti, S., & Khanmohammadi, A. (2019). Investigating the status of perceptions of corruption and related factors in Sarpol-e-Zahab City. *Journal of Applied Sociology*, 31(4), 45-72 [In Persian].
- Beheshti, S.S., Moradi, R., & Paknejad, M.N. (2019). Sociological explanation of social factors affecting the perception of administrative corruption (Case study: Clients of government departments in Yasouj City), *Social Sciences of Ferdowsi University of Mashhad*, 17(2), 223-261. [In Persian].
- Biabani, G.H., Assar, M.T., & Mozafari, A. (2016). Media transparency in dealing with corruption and organized crime, *Media Quarterly*, 27(4), 65-83. [In Persian].
- Biraq Memari, B. (2017). *Investigation of examples of conflicts of interest in the positions of the Ministry of Health, Treatment and Medical Education*, Master's Thesis of Business Administration, Sharif University, Faculty of Management and Economics. [In Persian].
- Brunetti, A., & Weder, B. (2003). A free press is bad news for corruption. *Journal of Public Economics*, 87(7-8), 1801-1824.

- instrumental variable analysis of twelve countries. *Social Science & Medicine*, 152, 119-124.
- Haghighatian, M., Karimizadeh, S., & Nazari, J. (2011). Investigation of some social factors affecting administrative corruption (Case study: administrative organizations of Yazd). *Journal Of Applied Sociology*, 23(4), 76-47. [In Persian]
- Hutchinson, E., Balabanova, D., & McKee, M. (2019). We need to talk about corruption in health systems. *In International Journal of Health Policy and Management*, 8(4), 191-194.
- Huther, J., & Shah, A. (2000). *Anti-corruption policies and programs: A framework for evaluation* (Vol. 2501). World Bank Publications.
- Hollyer, J. R., Rosendorff, B. P., & Vreeland, J. R. (2014). Measuring transparency. *Political Analysis*, 22(4), 413-434.
- Jafari Samimi, A., Elmi, Z., & Sayadzadeh, A. (2016). Corruption, government size and degree of economic game in growth models, *Business Research Quarterly*, 61, 113-134. [In Persian].
- Jodki, H., & Rashidian, A. (2009). Corruption in the health system: theory, methods and interventions. *Hospital*, 8 (3 and 4), 82-100 [In Persian].
- Johnston, M. (1996). The searchlor definitions: the vitality olpoliics and the issue ol corruption. *in International Social Science Journal*, 48(3), 321-335.
- Jorgensen, K., & Hunt, J. (2012). Journalism, accountability and the possibilities for structural critique: A case study of coverage of whistleblowing. *Journalism*, 13(4), 399-416.
- Kassem, R, Higson, A. (2012). The new fraud triangle model. *Journal of Emerging Trends in Economics and Management Sciences*, 3(3), 191-195.
- Khedri, B., Mohammadzadeh Aghdam, A., & Momeni Masuleh, F.S. (2015). Social factors affecting administrative corruption in government organizations of Sanandaj City. *Social Welfare*, 16(60), 137-172 [In Persian].
- Leeson, P. T. (2008). Media freedom, political knowledge, and participation. *Journal of Economic Perspectives*, 22(2), 155-169.
- Lewis, M. (2006). Governance and corruption in public health care systems. *Center for Global Development Working Paper*, 78, 948-997.
- Lister, L. M. (2007). A practical approach to fraud risk. *The Internal Auditor*, 64(6), 1-30.
- Mardali, M., Nasiripour, A., Masoudi, A., & Yerevan, Abedi Jafari, H. (2018). A model for measuring the corruption of iran's healthcare system. *Medical Law Quarterly*, 43, 127-146. [In Persian].
- Méon, P G, Sekkat, K. (2005). Does corruption grease or sand the wheels of growth?. *In Public Choice*, 122(1-2), 69-97.
- Brinkerhoff, D. W., & Bossert, T. J. (2014). Health governance: principal-agent linkages and health system strengthening. *Health Policy and Planning*, 29(6), 685-693.
- Camaj, L. (2012). The media's role in fighting corruption: Media effects on governmental accountability. *The International Journal of Press/Politics*, 18(1), 21-42.
- Casanova, C. (2007). *Determinants of corruption, the role of press freedom*. Master Thesis, University of Amsterdam, Amsterdam.
- Cressey, D. R. (1953). *Other People's Money*. Montclair, NJ: Patterson Smith; 1-300.
- Delpasand, K., Torkman Nezhad, S., & Nourian, M. (2021). Conflict of interest and lack of transparency as corruption in the health system. *Legal Thought*, 1(3), 31-39. [In Persian].
- Delpasand, K., Ghanbari, A., & Fadaei Lasaki, S. (2020). Preventing corruption in the health system. *Interdisciplinary Legal Research*, 1(2), 23-34 [In Persian].
- Dupuy, K., & Divjak, B. (2015). *Ebola and corruption: Overcoming critical governance challenges in a crisis situation*. U4 Brief .
- Ebrahimzadeh, D. I., & Asadian, M. (2013). Analysis and assessment of good urban governance in Iran Case study: Kashmar City. *Geography and Territorial Spatial Arrangement*, 3(6), 17-30. doi: 10.22111/gaij.2013.1075 [In Persian].
- Ettema, J. S. (2007). Journalism as reason-giving: Deliberative democracy, institutional accountability, and the news media's mission. *Political Communication*, 24(2), 143-160.
- Friedrich Carl, J. (1989). *Corruption Concepts in Historical Perspective* in Arnold J Heidenheimer, Michael Johnston, & Victor T. LeVine (eds.): *Political Corruption. A Handbook*. New Brunswick NJ.
- Freille, S., Haque, M. E., & Kneller, R. (2007). A contribution to the empirics of press freedom and corruption. *European Journal of Political Economy*, 23(4), 838-862..
- Global Corruption Report. (2006). Transparency International.org
- Gupta, S., Davoodi, H., & Tiongson, E. (2000). *Corruption and the provision of health care and education services, 1-28, International Monetary Fund*. IMF Working Paper, 2003, WP/00/116.
- Goel, RK., & Nelson, M.A. (2010). Causes of corruption: History, geography and government. *Journal of Policy Modeling*, 32(4), 433-447.
- Habibov, N. (2016). Effect of corruption on healthcare satisfaction in post-soviet nations: A cross-country

- consequences, scope, and cures. *Staff papers*, 45(4), 559-594.
- Transparency and justice watch site. (2017). The tax evasion figure of doctors is equivalent to a subsidy of 12 million Iranians per year. <https://www.alef.ir/news/3970830139> [In Persian].
- Transparency International. (2020). Global corruption report 2020: Corruption and the private sector. Available at: [www.transparency.org/whatwedo/publication/global\\_corruption\\_report\\_2009#page=25](http://www.transparency.org/whatwedo/publication/global_corruption_report_2009#page=25) (accessed 11 May 2020).
- Vian, T. (2008). Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions. *Health Policy and Planning*, 23(2), 83-94.
- Me'ny, Y. (1992). *La Corruption de la ReUublique*. Fayard, Paris.
- Milanifar, A., Akhondi, M M., Paykarzadeh, P., & Larijani, B. (2011). Assessing conflict of interest in Iran's health legal system. *IJMEHM*, 5(1), 1-16 [In Persian].
- Mohseni, M. (2006). *Medical sociology*. Tehran: Tahori, fifth edition. [In Persian].
- Mosadeghrad, A. M., & Rahimi-Tabar, P. (2019). Health system governance in Iran: A comparative study. *RJMS 2019*; 26 (9), 10-28. [In Persian].
- Pour Habib, A. (2014). The role of good leadership in reducing corruption and poverty. *International Conference on Behavioral Sciences and Social Studies*, 2, 1-13. [In Persian]
- Rabiei, A. (2004). *Corruption in political society, corruption in third world governments*, Tehran: Ministry of Culture and Islamic Guidance, Printing and Publishing Organization. [In Persian]
- Rae, K, Subramaniam, N. (2008). Quality of internal control procedures: Antecedents and moderating effect on organisational justice and employee fraud. *Managerial Auditing Journal*, 23(2), 104-124.
- Rahimian, N. (2013). Investigation of economic corruption and ways to combat it, *Economic Journal*, 9 and 10, 103-116 [In Persian]
- Rao, S. (2008). Accountability, democracy, and globalization: A study of broadcast journalism in India. *Asian Journal of Communication*, 18(3), 193-206.
- Saie, A., Kabiri, A., SalarKasraei, M., & Sadeghi, H. (2011). Social capital and good governance: A cross-country fuzzy comparative analysis from 2000 to 2008. *Social Issues of Iran*, 2(2), 63-94. [In Persian].
- Sakr, N. (2003). Freedom of expression, accountability and development in the Arab region. *Journal of Human Development*, 4(1), 29-46.
- Schacter, M. (2001). *Look before you leap: Notes for corruption fighters*. Institute on Governance.
- Seifzadeh, A. (2017). A review of sociological perspectives on administrative corruption. *Crime Prevention Approach*, 1, 73-97. [In Persian]
- Shleifer, A., & Shini, Sh. (1993). Government in transition. *European Economic Review* 41, 385-410.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2011). *Principles of qualitative research method: basic theory, procedures and methods*. Translator: Buyuk Mohammadi, Tehran: Research Institute of Humanities and Cultural Studies. [In Persian]
- Sumah, S., & Mahic, E. (2017). Determinants that influence the rate of corruption. *Revija Za Kriminalistiko in Kriminologijo*, 68(3), 248-257.
- Tanzi, V. (1998). Corruption around the world: Causes,