



ORIGINAL RESEARCH PAPER

Preventing Corruption in the Health System

Kourosh Delpasand^{1*}, Afsaneh Ghanbari², Soheil Fadaei Lasaki³

Received:

01 May 2020

Revised:

21 May 2020

Accepted:

31 May 2020

Available Online:

01 Jul 2020

Keywords:

Corruption,
Hospital,
Health Professionals,
Prevention.

Abstract

Background and Aim: Corruption is a complex and multifaceted phenomenon. Despite significant improvements in general health system standards for hospitals in developed and developing countries, Corruption is spreading and the ways to deal with it are becoming more and more difficult and complicated. Given the vital role of health professionals in creating a corruption-free environment, this study examines the causes of corruption in hospitals and ways to prevent it.

Materials and Methods: The present article is a review study that has been written by searching scientific databases and using search engines in articles published in internal databases of Magiran, SID, IranMedex and external databases of PubMed, Google scholars, Scopus and WOS.

Ethical Considerations: Honesty and confidentiality have been observed.

Findings: Informal payments are one of the important causes of corruption in hospitals. The non-confidential information of many health centers is still not visible to the public. The main element in monitoring the costs of medical services is transparency, continuous and electronic monitoring.

Conclusion: In organizations where the principle of secrecy and confidentiality prevails, it has consequences such as corruption. Transparency in the performance of an organization is due to the manifestation of the culture of transparency in society, and factors such as changing the attitude of society and the use of appropriate information technology, will lead to transparency and accountability.

^{1*} Assistant Professor, Department of Medical Ethics, Medical Faculty, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran. (Correspond author) Email: Kd388@yahoo.com Phone: +989188716156

² PhD in Law, Researcher at the Ethics and Medical Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Researcher at the Ethics and Medical Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Please Cite This Article As: Delpasand, K; Ghanbari, A & Fadaei Lasaki, S (2020). "Preventing Corruption in Health System". *Interdisciplinary Legal Research*, 1 (2): 23-34.



پیشگیری از فساد اداری در نظام سلامت

کوروش دلپسند^۱، افسانه قنبری^۲، سهیل فدائی لاسکی^۳

۱. استادیار، گروه اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: KD388@yahoo.com

۲. دکتری حقوق، پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. پژوهشگر مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

دریافت: ۱۳۹۹/۲/۱۲ ویرایش: ۱۳۹۹/۳/۱ پذیرش: ۱۳۹۹/۳/۱۱ انتشار: ۱۳۹۹/۴/۱۱

چکیده

زمینه و هدف: فساد یک پدیده پیچیده و چند وجهی است. علیرغم پیشرفت‌های چشمگیر در استانداردهای کلی نظام سلامت، در بیمارستان‌های کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، فساد در حال گسترش است و راهکارهای مقابله با آن روز به روز سخت‌تر و پیچیده‌تر می‌شود. با توجه به حیاتی بودن نقش حرفه‌مندان سلامت در ایجاد یک محیط عاری از فساد این مطالعه به بررسی عوامل فساد در بیمارستان‌ها و راهکارهای پیشگیری از آن پرداخته است.

مواد و روش‌ها: مقاله حاضر یک مطالعه مروری است که از طریق جستجوی بانک‌های اطلاعات علمی و با استفاده از موتورهای جستجوگر در مقالات منتشر شده پایگاه‌های داخلی Magiran, SID, IranMedex و پایگاه‌های خارجی PubMed, Google scholar, Scopus and WOS نگارش گردیده است.

ملاحظات اخلاقی: در به سامان رسیدن این تحقیق ضمن رعایت اصالت متون، صداقت و امانتداری رعایت شده است.

یافته‌ها: پرداخت‌های غیر رسمی، از عوامل مهم ایجاد فساد در بیمارستان‌ها است. هنوز اطلاعات غیر محرمانه بسیاری از مراکز درمانی و سلامت برای عموم قابل رویت نیست. رکن اصلی در رصد و پایش هزینه‌های خدمات درمانی انجام شده، شفافیت، پایش مستمر و الکترونیک آن‌ها است.

نتیجه‌گیری: در سازمان‌هایی که اصل پنهان کاری و محرمانگی حکم فرما باشد پیامدی چون فساد را به همراه دارد. شفافیت در عملکرد یک سازمان ناشی از تجلی فرهنگ شفافیت در جامعه است و عواملی چون تغییر نگرش جامعه و کاربرد فناوری اطلاعات مناسب، سبب ایجاد شفافیت پاسخگویی خواهد شد.

کلمات کلیدی: فساد، بیمارستان، حرفه‌مندان، پیشگیری.

مقدمه

۱- بیان موضوع: فساد، یک پدیده پیچیده و چند وجهی است. (Vian, 2008: 85) تعاریف بسیاری از فساد وجود دارد. فساد هنگامی رخ می‌دهد که یک نفر، برای رسیدن به یک نفع شخصی از قدرت (اختیار) امانت داده شده سوء استفاده کند. (Sayedoff, 2006: 1) فساد منحصر به یک سیستم خاص نیست، می‌تواند در هر بخشی اعم از دولتی یا خصوصی اتفاق بیفتد. بودجه سازمانی که در معرض این آسیب است می‌تواند زیاد یا کم باشد. به بیان دیگر گسترش فساد آینه‌ای از جامعه‌ی پیرامون است. (Sayedoff, 2006: 1)

مطالعات نشان می‌دهد هر چه فساد در سیستم درمان بیشتر باشد، نارضایت‌مندی مردم نیز بیشتر می‌شود. (Habibov, 2016: 120) در کشورهای در حال توسعه و نیز توسعه یافته، به طور یکسان، بیمارستان نشان دهنده خط مهم فساد است. در نظر سنجی‌ای که در ۱۰۹ کشور انجام شد، در ۴۲ کشور بیش از نیمی از شرکت کنندگان گفته‌اند که بخش مراقبت سلامت فاسد است. به طور میانگین در جهان، بیمارستان‌ها ۵۰ - ۳۰ درصد از بودجه‌ی سلامت را دریافت می‌کنند و در بعضی مناطق مثل اروپای شرقی این درصد شاید به ۷۰ درصد برسد. (Becker et al., 2005: 190)

ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت در بیمارستان‌ها، از آنجایی که تأثیرات مهمی در امر تصمیم‌های پزشکی از جمله تجویز داروها، تعیین مدت بستری شدن در بیمارستان، دستور تست و ارجاع بیماران برای خدمات و مشاوره بیشتر دارند، فرصت‌های زیادی را جهت درگیر شدن در انحراف‌ها و تعارض منافع خواهند داشت. (مردعلی و همکاران، ۱۳۹۶: ۱۴۰) در این شرایط، ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت ممکن است به گونه‌ای عمل کنند که مطابق مصالح عمده و خواست بیماران نباشد، مانند دریافت مالی مستقیم (زیر میزی)، پترنالیسم و سوء استفاده از موقعیت. بیماران نیز عموماً به حرفه‌مندان سلامت در تصمیم‌سازی برای درمانشان احترام می‌گذارند. در نتیجه، حرفه‌مندان سلامت در شرایط منحصر به فردی قرار می‌گیرند که می‌توانند به مصرف‌کنندگان بگویند چه نوع خدماتی دریافت

کنند. با توجه به حیاتی بودن نقش حرفه‌مندان سلامت در ایجاد یک محیط عاری از فساد این مطالعه به بررسی عوامل فساد در بیمارستان‌ها و راهکارهای پیشگیری از آن پرداخته است.

۲- روش تحقیق: در این مطالعه مروری، کتاب‌ها و مقالات مرتبط با استفاده از جست وجوی کلمات کلیدی فساد^۱، سلامت^۲ و بیمارستان^۳ به همراه معادل فارسی آن‌ها به صورت جدا و ترکیبی در پایگاه‌های داخلی شامل Magiran, SID, PubMed, Google و پایگاه‌های خارجی شامل schaler, Scopus and WOS مورد بررسی قرار گرفت. جست و جوی مقالات مرتبط به طور همزمان توسط دو محقق از اردیبهشت ۱۳۹۸ تا تیر ۱۳۹۸ انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل دسترسی به متن کامل، مقالات مرتبط با فساد در نظام سلامت و بیمارستان و معیارهای خروج شامل مقالات غیر فارسی و انگلیسی و غیر مرتبط با فساد در بیمارستان بودند.

بحث و نظر

عوامل موثر بر فساد اداری نظام سلامت در بیمارستان‌ها را می‌توان به طور خلاصه در عوامل زیر تعریف و جستجو کرد.

۱- فساد در بیمارستان‌ها

فساد بر سیاست سلامت و اولویت هزینه‌ها تأثیر می‌گذارد و می‌تواند تأثیر منفی مستقیم روی دسترسی و کیفیت مراقبت بیمار داشته باشد و باعث می‌شود توزیع خدمات درمانی در بین مراجعه کنندگان یکسان نباشد. فساد در بیمارستان باعث کاهش ایفای حق سلامت در کشور می‌شود.

۱-۱- تهیه و تدارک فاکتورهای غیر واقعی برای کالاها و

خدمات و تباری در قراردادهای برون سپاری

هزینه‌های خرید دارو و تدارکات اغلب یکی از بزرگترین مخارج بعد از حقوق و مزایای کارکنان است. ممکن است ماموران

¹- Corruption

²- Health

³- Hospital

ضعیف که به صورت کامپیوتری اداره نمی‌شوند، بیشتر مورد هدف قرار می‌گیرند. (Mackey *et al.*, 2018: 640) در کشورهای درحال توسعه، اختلاس معمولاً به صورت درآمدهای استفاده‌کننده‌ها از محل جمع‌آوری پول حاصل از فروش داروها و آزمایش‌های تشخیصی و همچنین مبالغ پرداختی برای پذیرش توسط بیماران است. در یک تحقیق نشان داده شده که کارکنان یک کلینیک بیمارستانی در کشور اوگاندا ۶۸-۷۷٪ درآمد حاصل از این روش را به حساب خود وارد کردند. (McPake *et al.*, 1999: 850) دزدی و اختلاس باعث وخیم شدن شرایط کاری، کاهش میزان حقوق‌ها و پرداخت‌های نامنظم می‌شود. (Ferrinho *et al.*, 2004: 4) و تاثیر بسیار مهمی بر کاهش رضایت شغلی حرفه‌مندان سلامت دارد.

۱-۳- کارکنان

فساد در قسمت کارکنان شامل غیبت، پرداخت‌های غیر رسمی، سوء استفاده از منابع بیمارستان، پارتی بازی^۱ در صدور صورت‌حساب، مخارج و نهایتاً فروش موقعیت‌ها و پست‌ها است.

۱-۳-۱- غیبت: حضور نیافتن در محل کار یا کار کردن کمتر از ساعات لازم، درحالی که حقوق دریافتی کامل باشد، «زمان به سرقت رفته» نام دارد. به عنوان مثال، بعضی از پزشکان در بیمارستان‌های دولتی حضور ندارند در حالی که دستمزد خود را برای جایگاهی که قرار دارند دریافت می‌کنند و غالباً وقت خود را در موسسات خصوصی می‌گذرانند. (Lewis, 2006: 1) مثال‌های بسیار زیادی می‌توان در این خصوص زد از قبیل اعضای هیات علمی درمانی که در محل بیمارستان در ساعات موظفی حضور نداشته و در بخش خصوصی به فعالیت می‌پردازند.

همچنین ۳۲ درصد از حرفه‌مندان سلامت مورد مصاحبه در پرو گفته‌اند که حضور نیافتن در محل کار در میان کارمندان بیمارستان بسیار رایج است و در ونزوئلا پزشکان و سرپرستارها ۳۰-۳۷ درصد از ساعات قرارداد شده را غایب بوده‌اند. غیبت از

خرید و کارپردازان به دنبال رشوه باشند، یا ممکن است بیمانکاران با شرکت‌ها تباری کرده یا به مسؤولین بیمارستانی رشوه دهند تا در قراردادها پیروز شوند. شواهد در آرژانتین، بولیوی، ونزوئلا و کلمبیا نشان می‌دهد که این اقدامات باعث افزایش قیمت تدارکات خریداری شده می‌شود. به عنوان مثال، در سال ۱۹۹۸ در ۳۲ بیمارستان عمومی در کلمبیا، پیش پرداخت تخمینی برای هفت داروی خاص بیش از هزینه دو بیلیون دلاری آمریکا ارزیابی شده؛ هزینه‌ای که می‌توانست صرف پوشش بیمه سلامت ۲۴ هزار نفر شود. بیمارستان‌های کوچک برای کاهش آسیب‌پذیری خود در برابر سوء استفاده مسؤولان تدارکات با چالش‌های خاصی رو به رو هستند. زیرا تعداد کم پزشکان در یک تخصص باعث می‌شود تاثیری بیشتری در تصمیمات اتخاذ شده توسط مدیران داشته و تقاضای خرید تجهیزات یا محصولات خاصی را داشته باشند. دلیل فساد در این بخش را می‌توان کمبود نظارت مناسب دانست. (Mostert *et al.*, 2015: 400) رکن اصلی در رصد و پایش هزینه‌های انجام شده شفافیت و پایش مستمر و الکترونیک آن‌ها است.

همچنین یکی از چالش‌های عمده در این زمینه تعمیر و نگهداری تجهیزات است. مهندسان مسؤول، معمولاً هر وقت تجهیزات نیاز به خدمات رسانی دارند، سریع عمل نمی‌کنند و با به تعویق انداختن تعمیرات یا غیر فعال کردن آن‌ها، بیماران را به سمت امکانات خصوصی سوق می‌دهند. در صورت تعمیر چنین تجهیزاتی نیز با دریافت هزینه‌های فراوان، سود کافی را به جیب می‌زنند. با این کار مقادیر بسیار زیادی از منابع سلامت یک کشور از بین می‌رود.

۱-۲- اختلاس و دزدی

در واقع اختلاس، تعديات کارمندان دولت است که در رابطه با انجام وظیفه دولتی خود نسبت به اموال و وجوه عمومی و بیت‌المال صورت می‌گیرد. واژه سرقت عبارت از ربودن مال متعلق به غیر است. اختلاس شامل دزدی پول نقد یا سایر درآمدها از بیمارستان توسط کارکنان بیمارستانی مسؤول جمع‌آوری درآمد می‌باشد. بیمارستان‌هایی با سیستم اقتصادی

^۱ - دادن خدمات اجتماعی غیر قانونی توسط فردی که در نوعی دارای پست و مقام و قدرت رسمی اجتماعی است به شخصی که با او دوست است.

حداکثر رساندن درآمدها شامل جعل و دستکاری سوابق، صورت‌حساب‌ها و یا ایجاد سوابق سوری است. به عنوان مثال، فروشندگان و توزیع کنندگان دارو می‌توانند در مقیاس وسیعی فاکتور جعلی صادر کنند و آن را به حساب تعداد زیادی از بیماران بگذارند و صدمات بزرگی را به سیستم اقتصادی و سلامت جامعه وارد کنند. (جودکی، ۱۳۹۶: ۵۰)

۱-۴-۲- **ترتیبات غیرقانونی ارجاع:** ایجاد زد و بند برای ارجاع بیماران توسط پزشکان. به عنوان مثال، پزشکان با شرکت‌های دارویی یا تجهیزات پزشکی قرارداد می‌بندند که در صورت ارجاع مریض، درصدی سود به آنان دهند. در این صورت ممکن است پزشک دارو یا دستگاهی را تجویز کند که بسیار گران قیمت است یا اصلاً بیمار به آن نیاز ضروری ندارد (Holmberg & Rothstein, 2011: 530) یا پزشکان بدون دلیل، بیماران بیمارستان‌های عمومی را به مطب‌های خصوصی خود جهت عمل جراحی ارجاع می‌دهند که درب‌های چرخان نام دارد و بیماران بین سیستم دولتی و بخش خصوصی در رفت و برگشت هستند. (جودکی، ۱۳۹۶: ۵۰) درب‌های چرخان نوعی از روابط موثر بر فعالیت بنگاه‌های اقتصادی است. به همین دلیل ممکن است بخش خصوصی از طریق ایجاد انگیزه‌های مختلف در کارکنان بخش عمومی به شکل «شبه قانونی»، اما «غیر اخلاقی» از رانت ایجاد شده، استفاده کند. از آنجا که پدیده «درب چرخان» ریشه در تعارض منافع دارد، شیوه تعامل کشورهای مختلف با چالش تعارض منافع به شیوه مستقیم و غیر مستقیم بر پدیده درب چرخان تاثیرگذار خواهد بود. (Egener et al., 2017: 1095)

۱-۴-۳- **القاء روش‌های غیرضروری پزشکی:** بسیاری از بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها هزینه‌هایی را به پزشکان پرداخت می‌کنند تا تحت عنوان بهداشت حرفه‌ای، خدمات بیمارستان یا کلینیک را به بیماران معرفی کنند و مراجعه کنندگان را تشویق کنند که از این امکانات استفاده کنند. (Sachan, 2013: 24)

۱-۵- **پرداخت‌های غیر رسمی برای مراقبت از سلامت**

کار به حقوق‌های پایین و دو شغله بودن مرتبط بوده‌است که برخی به عنوان یک (مکانیزم مدیریتی) به‌جای فساد در نظر می‌گیرند. (Sommersguter & Stepan, 2017: 17)

۱-۳-۲- **سوء استفاده از منابع بیمارستان:** استفاده از تجهیزات، فضا، خودروها و بودجه بیمارستان برای کسب و کار خصوصی و منافع شخصی یکی از مصادیق فساد است. این نوع فساد بیشتر در محیط‌هایی اتفاق می‌افتد که کارکنان به این نتیجه برسند که در محیط کار بی‌عدالتی، پارتی‌بازی و عدم توجه به شایسته‌سالاری وجود دارد. (میرزایی و همکاران، ۱۳۹۷: ۱۰۰)

۱-۳-۳- **پارتی بازی در صدور صورت حساب و مخارج:** چشم پوشی کردن از پرداخت‌ها یا جعل اسناد بیمه برای افرادی خاص، استفاده از بودجه بیمارستان جهت نفع رساندن به آشنایان است که در بسیاری از موارد شیوع فراوانی دارد. (Mosteret et al., 2012: 325)

۱-۳-۴- **فروش موقعیت‌ها و پست‌ها:** اخاذی یا پذیرفتن رشوه به منظور تاثیر گذاشتن بر تصمیمات استخدامی و تصمیمات مربوط به صدور مجوزها است. در همین راستا سیستم تأمین نیرو باید از رویه‌ها و اقدامات شفاف برخوردار بوده و نسبت به اقدامات صورت گرفته، پاسخ‌گو باشد و هم‌چنین اصل شایسته‌سالاری و عدالت محوری را در جذب، انتخاب و استخدام در اولویت قرار دهد. (ایمانی و همکاران، ۱۳۹۸: ۱۹) استفاده از پرسنل شرکتی و اجحاف در حق آنها علی‌الخصوص در مورد پرستاران وجود دارد. شرکت‌های متعلق به افراد خاص باعث ایجاد سیکل و رویه معیوبی در اتلاف منابع سلامت هستند.

۱-۴-۴- **سیستم پرداخت**

فساد در سیستم پرداختی شامل: کلاهبرداری از بیمه و صدور صورت‌حساب‌های غیر مجاز، ترتیبات غیرقانونی ارجاع و القاء روش‌های غیرضروری پزشکی است.

۱-۴-۱- **کلاهبرداری از بیمه و صدور صورت حساب‌های غیر مجاز:** این مورد شامل صدور غیرقانونی صورت‌حساب بیمه به شرکت‌های دوست یا بیماران برای خدماتی که تحت پوشش بیمه نیستند یا خدماتی که درواقع ارائه نشده‌اند، به منظور به

۸۴ درصد از کل هزینه‌های بهداشتی را در آذربایجان تشکیل می‌دهد. (Lewis, 2000: 10)

۱-۵-۲- نقش پزشکان در پرداخت‌های غیر رسمی (زیرمیزی)
نقش پزشکان در شکل‌گیری انتظارات برای پرداخت‌های غیر رسمی بسیار جدی است. جایگاه این حرفه همچنین می‌تواند تمایل پزشکان را برای قبول دریافت پرداخت مستقیم از بیماران شکل دهد. در لهستان مشخص شده که پرداخت‌های غیر رسمی توانسته تقریباً درآمد رسمی پزشکان را دو برابر کند. (Chawla et al., 1998: 340) در بلغارستان نیز پزشکان با دریافت پرداخت‌های غیر رسمی به طور میانگین درآمد ماهیانه آنان ۱۰۰ دلار افزایش یافته است. (Ensor, 2004: 240) مطالعات نشان می‌دهد کسانی که تعداد دریافت‌های غیر رسمی بیشتری دارند، در واقع پزشکانی هستند که دارای بالاترین حقوق و درآمد خانوادگی هستند. بنابراین این کافی نیست که حقوق پزشکان را در حد حقوق اکثریت جامعه و یا حتی بالاتر از آن افزایش دهیم. برای مثال، در یونان بعد از ارائه خدمات بهداشتی ملی در اوایل سال ۱۹۸۰ حقوق پزشکان بیمارستانی افزایش قابل توجهی داشت اما این عمل هیچ تأثیری بر شیوع پرداخت‌های غیررسمی نداشته است. (Mossialos et al., 2005:160)

۲- پیشگیری از فساد

بیمارستان یکی از مهم‌ترین بخش‌هایی است که باید از فساد ریشه کن شود. بنابراین برای بهبود وضعیت نیاز است، از فساد پیشگیری کنیم. در ادامه، عوامل موثر برای نیل به این هدف را بررسی می‌کنیم.

۱-۲- رسمی کردن پرداخت‌های غیر رسمی: رسمی کردن این نوع پرداخت‌ها در واقع هیچ مشکلی را برطرف نمی‌کند چرا که این پرداخت‌ها هم چنان در کنار پرداخت‌های رسمی و درست ادامه پیدا می‌کنند. بسیار مهم است که این پرداخت‌ها کاملاً شفاف باشند تا قابلیت پیگیری داشته باشند و نیز اطمینان حاصل شود که به طور قطع جایگزین پرداخت‌های غیر رسمی شده‌اند. این امر سبب ایجاد انگیزه خوب برای افزایش کیفیت کار کارکنان بیمارستان می‌شود. (درویش و عظیمی، ۱۳۹۵:

پرداخت‌های انجام شده توسط بیماران برای خدماتی که قرار بوده رایگان فراهم شود، مشکلی جدی در بسیاری از کشورها با درآمد متوسط و پایین است که باعث می‌شود مردم فقیر از پیگیری درمان صرف نظر کنند یا آن را به تأخیر بیندازند. همچنین می‌تواند اثرات منفی بر کیفیت خدمات کلینیکی داشته باشد. بعضی بیماران نیز به منظور انجام پرداخت‌های غیررسمی زیر بار قرض می‌روند یا اموالشان را می‌فروشند، بنابراین خودشان را به فقر دچار می‌کنند. بنابراین در کشورهایی که این شکل از قدردانی مرسوم است، ممکن است برای خدمات رایگان تقاضای پرداخت غیر رسمی و براساس آن میزان دسترسی به کیفیت خدمات را تعیین کنند که در این شرایط می‌تواند اثرات سوء زیادی بر بازده و عدالت داشته باشد. (Davies & Polese, 2015: 35; Zhu et al., 2018: 38)

پرداخت‌های غیررسمی طیف وسیعی دارند که از پرداخت به صورت نقدی و چک شروع شده و تا هدیه ادامه می‌یابد. (Stepurko et al, 2015: 50) درحالی که به طور معمول پرداخت هدیه نشانه قدردانی فرد است، در پرداخت غیر رسمی به عنوان یک حق خدمت حساب می‌شود. این پرداخت‌ها باعث تضعیف سیستم پرداخت رسمی (دولتی)، کاهش دسترسی به سیستم‌های سلامت، ممانعت از بهبود وضعیت سلامت و همچنین باعث ایجاد اشتیاق و انگیزه نامطلوب برای رفتارهای غیرحرفه‌ای می‌شود و بروز رفتارهای صرفاً مالی می‌شود. (Buinickiene, 2017: 150) از علل رواج پرداخت غیر رسمی می‌توان به کمبود منابع انسانی اشاره کرد که باعث می‌شود فراهم آوردن خدمات، اولویت را به افرادی بدهند که توان پرداخت بالایی دارند. (Gaal & McKee, 2004: 170)

۱-۵-۱- ابعاد پرداخت غیر رسمی

ماهیت پنهان پرداخت‌های غیر رسمی، محاسبه دقیق را با مشکل مواجه ساخته است. به عنوان مثال، پرداخت‌های غیر رسمی بین ارائه دهندگان و عموم مردم آلبانی نشان داده است که ارائه دهندگان، پرداختی‌ها را به عنوان هدیه در نظر می‌گرفتند و عموم مردم پرداختی‌ها را جهت دریافت خدمات، الزامی می‌دانستند. (Stan, 2012: 70) پرداخت‌های غیر رسمی

۲-۵- **قوانین بازدارنده:** وقتی فساد شناسایی شد، باید پاسخ به آن کاملاً بازدارنده باشد، به نحوی که دیگر انگیزه‌ای برای ادامه فساد نداشته باشند. (فقیهی و قلی‌پور، ۱۳۹۷: ۲۲۰) این واکنش باید هم جنبه تحذیری داشته باشد و هم پیشگیری.

۲-۶- **نظارت و ارزیابی:** بازدید سر زده از بیمارستان‌ها و مشارکت دادن مردم در نظارت بر حضور پزشکان و کارکنان می‌تواند در کاهش فساد موثر باشد. همچنین استخدام کارکنان برای انجام این امر و خرید تجهیزاتی که کنترل فرایندهای تعداد خدمات ارائه شده و دریافت شده را نشان می‌دهد، سود بخش است (چودکی، ۱۳۹۶: ۱۰). بدین ترتیب با مکانیزه کردن فرآیند بازرسی، شفافیت بیشتری در بیمارستان حاکم می‌شود.

۲-۷- **آگاه سازی مردم:** از طریق ابزارهای مختلف باید در موضوع فساد، مردم را آگاه کرد و به آنان اطلاع داد که حقوق آنها در چه نوع خدماتی قابل مطالبه است تا اگر پزشکی برای انجام وظیفه‌اش از او درخواست رشوه کرد بتواند پیگیری کند و از دادن رشوه امتناع کند. (Vian, 2008: 85) اصولاً آگاه کردن مردم از حقوق اولیه خود علی‌الخصوص در حوزه سلامت، بخش جدایی ناپذیری از آموزش حقوق بشر است.

۲-۸- **حمایت از افشاگران:** بدین معنا که از افراد یا موسساتی که به عنوان شاکی خصوصی از سازمان بهداشتی درمانی شکایت نموده‌اند، در صورت اثبات ادعا، به آنان پاداش خوبی داده شود (Kesselheim & Studdert, 2008: 348) و در خصوص کارکنان این گونه مراکز، در صورت اعلام فساد و یا به اصطلاح سوت زدن (Givati, 2016: 45) باید علاوه بر تشویق، تحت حمایت قرار گیرند.

نتیجه‌گیری

نقش‌ها و مسؤولیت‌ها در بیمارستان بین تنظیم کنندگان، پرداخت کنندگان، ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت، تامین کنندگان و مصرف کنندگان به شیوه‌ای تقسیم می‌شود که حتی در زمانی که همه به طور کامل صادق باشند، تصمیم‌گیری خوب را دشوار می‌سازد. به بیان دیگر در سازمان‌هایی که اصل

۱۶۰) البته واقعی کردن تعرفه‌های خدماتی به شرط پرداخت توسط سازمان‌های بیمه‌گر، قابل قبول است در غیر این صورت، سبب محرومیت تعداد زیادی از شهروندان از خدمات سلامت می‌شود که مغایر با منشور حقوق شهروندی است.

۲-۲- **گسترش شرکت‌های خصوصی و بیمه:** برخی معتقدند که اجازه دادن به فعالیت بخش خصوصی در حوزه بهداشت باعث محدود کردن افزایش پرداخت‌های غیر رسمی می‌شود زیرا برای بیماران با وضع مالی بهتر یک حق انتخاب دیگری به وجود می‌آید. (Gaitonde et al., 2016:1) همچنین شرکت‌های خصوصی بیمه نیز می‌توانند مشکل پرداخت‌های غیر رسمی را برطرف کنند. البته پرداخت‌های غیر رسمی و تمایلات فرهنگی وابسته به سیستم درمان از گستردگی بیمه‌های خصوصی جلوگیری می‌کند. برای بیماران راحت‌تر است که به پزشک خود یا سایر ارائه دهندگان، مستقیماً پول پرداخت کنند تا به یک شرکت واسطه که در رابطه بیمار و پزشک مداخله می‌کند. (Sayedoff, 2006: 10)

۲-۳- **حکمرانی شایسته در برنامه دارویی:** سازمان بهداشت جهانی تحت این عنوان، رهنمودهایی برای ارتقا رفتار اخلاقی کارکنان حوزه سلامت در بر دارد. (Baghdadi & Serhan, 2010;10)

۲-۴- **فرهنگ شفافیت:** تجارب بشر نشان داده است که محروم کردن مردم از آگاهی‌های لازم، سبب فساد می‌شود. شفافیت از طریق انتشار گزارشات و پایش انطباق شرکت‌های خصوصی با قوانین و قواعد اخلاقی می‌تواند اثربخش باشد. برنامه‌های مقابله با فساد باید از تامین مالی و اصلاحات ساختاری پشتیبانی کند، به نحوی که اطمینان یافت که سیستم‌ها بگونه‌ای عمل نمی‌کنند که انتظارات را بالا برده و در عمل، خدماتی در سطح پایین ارائه نمایند. سیستم‌های بیمارستانی و کارکنانی که برای آن‌ها کار می‌کنند باید بگونه‌ای سازماندهی شوند که امتیازاتی برای بهبود عملکرد قائل شوند. (انصاری، ۱۳۸۷: ۱۰)

¹ - WHO Good Governance for Medicines (GGM)

پنهان کاری و محرمانگی حکم فرما باشد، پیامدی چون فساد را به همراه دارد. همچنین شفافیت در عملکرد یک سازمان ناشی از فرهنگ شفافیت است. در سازمان‌هایی که اصل پنهان کاری و محرمانگی حکم فرما است و از تاسیسات محرمانگی نظیر حریم خصوصی، مالکیت فکری، اسرار تجاری و امنیت ملی استفاده ابزاری می‌شود، پیامدهایی چون فساد اداری، حکومت اشخاص و تعارض منافع به ارمغان می‌آید. در نظریه درب‌های چرخان نیز، یک مسوول در مقام دولتی بر بسیاری از امور اشرف کامل دارد و در بخش خصوصی هم در بسیاری از موارد به علت دانستن اطلاعات خاص از رقیبان جلوتر است. فساد معضلی است که همه کشورها را تهدید می‌کند و مختص یک کشور خاص و یک منطقه خاص نیست. یکی از این شیوه‌ها وضع قوانین مربوط به سوت زنی و حمایت از سوت زنان است. بنابراین ایجاد سازوکارهای قانونی، حقوقی، فرهنگی و سیاسی برای شکل‌گیری این بازیگران و حمایت از آنها حیاتی است. با تصویب قانون حمایت از افشاگران مفاسد و سوزت زنان، اجرای قوانینی همچون قانون انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات و همچنین قانون شفافیت، می‌توان کارآمدی، پاسخ‌گویی و چابک سازی نظام اداری و مالی در نظام سلامت و علی‌الخصوص بیمارستان‌ها را ارتقا داد. برای داشتن محیط درمانی توانمند و عاری از فساد باید ابتدا آگاهی لازم به گیرندگان خدمات و بیماران داده شود و سپس با ایجاد سیستم‌های نظارتی خارج از بدنه درمانی، پایش مستمر صورت پذیرد.

یکی از موهبت‌های عصر اطلاعات، ارایه اطلاعات به مردم است. عصر اطلاعات علاوه بر حل مشکل، مسائل دیگری را نیز مطرح می‌کند. چه بسا بسیاری از تخلفات و جرایم مالی در همه حوزه‌ها علی‌الخصوص سلامت قابل رویت و رصد کردن شده است. یکی دیگر از کارکردهای عصر اطلاعات این است که امر پنهان کردن اموال در کشورها را با مشکل مواجه کرده است. با این وجود، متأسفانه هنوز اطلاعات غیر محرمانه بسیاری از مراکز درمانی و سلامت برای عموم قابل رویت نیست و یکی از بزرگترین آسیب‌های آن از دست رفتن اعتماد

در جامعه است. اگر در جامعه‌ای اعتماد وجود نداشته باشد رقابت منصفانه صورت نمی‌گیرد و بدون رقابت منصفانه جامعه به پیشرفت نمی‌رسد. اصل رقابت اصلی مهم در تجارت است که با فساد و تعارض منافع از دست می‌رود.

فساد در حوزه سلامت یک مساله بین‌المللی است. دنیا پس از صنعتی شدن از لحاظ سیاسی جایجایی انسانها آسان‌تر شده است؛ اموال مردم به راحتی از مرزها عبور می‌کند؛ بسیاری از افراد که تحت تعقیب قرار گرفته‌اند، به راحتی اموال خود را از کشور خارج کرده و خود نیز گریخته‌اند.

یکی از کارهای انجام شده در زمینه مبارزه با فساد، برون سپاری امور در نظام سلامت است که متأسفانه نتیجه خوبی از آن عاید نشده است. تئوری کوچک کردن دولت‌ها برای مبارزه با فساد قابل تردید است زیرا کشورهای بزرگ مانند فنلاند، بالاترین بخش دولتی را دارند و کمترین فساد را نیز دارا می‌باشند.

راه حل مساله، فناوری اطلاعات است زیرا فناوری اطلاعات سبب ایجاد شفافیت پاسخگویی خواهد شد البته منظور فناوری مناسب است چون فناوری نا مناسب، خود منشا بروز انواع جدیدی از فساد است.

ملاحظات اخلاقی: موارد مربوط به اخلاق در پژوهش و نیز امانت‌داری در استناد به متون و منابع رعایت گردید.

تعارض منافع: در تدوین این مقاله، هیچ نوع تعارض منافی وجود نداشته است.

سهم نویسندگان: نویسنده مسوول، تهیه پلان تحقیق و نگارش آن را عهده دار بوده و خانم قنبری امر ترجمه متون و آقای فدایی نیز تهیه منابع و بازخوانی نهایی تحقیق را انجام داده‌اند.

تشکر و قدردانی: در به سامان رساندن این پژوهش از دوستان پژوهشگر خود در رشته حقوق و اخلاق پزشکی، سپاسگزارم.

تامین اعتبار پژوهش: این پژوهش فاقد تامین کننده مالی بوده است.

منابع و مأخذ

الف. منابع فارسی

- Becker, D; Kessler, D & McClellan, M (2005). "Detecting Medicare Abuse". *J Health Econ*, 24(1):189-210 .
- Buinickiene, N (2017). "Causes of Corruption and Their Management Measures in the Health Care System of Lithuania". *Manag Theor Stud Rural Bus Infrastruct Dev*, 39(2):148-56 .
- Chawla, M; Berman, P & Kawiorska, D (1998). Financing Health Services in Poland: New Evidence on Private Expenditures". *Health Econ*, 7(4):337-46 .
- Davies, T & Polese, A (2015). "Informality and Survival iIn Ukraine's Nuclear Landscape: Living with the Risks of Chernobyl". *Eurasian Studies*, 6(1):34-45 .
- Egener, BE; Mason, DJ; McDonald, WJ; Okun, S; Gaines, ME & Fleming, DA (2017). "The Charter on Professionalism for Health Care Organizations". *Acad Med*, 92(8):1091-9 .
- Ensor, T (2004). "Informal Payments for Health Care in Transition Economies". *Soc Sci Med*, 58(2):237-46 .
- Ferrinho, P; Omar, MC; Fernandes, MD; Blaise, P; Bugalho, AM & Lerberghe, WV (2004). "Pilfering for Survival: How health Workers Use Access to Drugs as a Coping Strategy". *Hum Resour Health*, 2(1):4 .
- Gaal, P & McKee, M (2004). "Informal Payment for Health Care and the Theory of 'INXIT'". *Int J Health Plann Manage*, 19(2):163-78 .
- Gaitonde, R; Oxman, AD; Okebukola, PO & Rada, G (2016). *Interventions to Reduce Corruption in the Health Sector*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Givati, Y(2016). "A Theory of Whistle-blower Rewards". *Journal of Legal Studies*, 45(1):43-72 .
- انصاری، باقر (۱۳۸۷). *آزادی اطلاعات*. تهران: دادگستر.
- جودکی، حسین (۱۳۹۶). *شناسایی فسادهای احتمالی در نظام سلامت*. تهران: موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- درویش، حسن و عظیمی زاچکانی، فاطمه (۱۳۹۵). «بررسی تاثیر شفافیت سازمانی بر کاهش فساد اداری با میانجی‌گری اعتماد سازمانی (مطالعه موردی: کارکنان بیمارستان ۱۵ خرداد ورامین)». *مدیریت دولتی*، ۸(۱): ۱۵۳-۱۶۶.
- فقیهی، ابوالحسن؛ قلی‌پور، آرین؛ ابویی اردکان، محمد؛ قالیباف اصل، حسن و اسدی، اصغر (۱۳۹۷). «اعتباریابی ابعاد و مؤلفه‌های فرهنگ ریسک: کاربرد دلفی فازی». *پژوهش‌های مدیریت عمومی (پژوهش‌های مدیریت سابق)*، ۱۱(۴۲): ۵-۳۱.
- مردعلی، محسن؛ نصیری‌پور، امیر اشکان؛ مسعودی اصل، ایروان و عابدی جعفری، حسن (۱۳۹۶). «مدل سنجش فساد نظام بهداشت و درمان ایران». *حقوق پزشکی*، ۱۱(۴۳): ۱۲۷-۴۶.
- میرزایی، وحید؛ رحیم‌نیا، فریبرز؛ مرتضوی، سعید و شیرازی، علی (۱۳۹۷). «بدبینی سازمانی پرستاران: یک مطالعه پدیدارشناسی». *تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۷(۱): ۸۸-۱۰۲.

ب. منابع خارجی

- Baghdadi-Sabeti, G & Serhan, F (2010). *WHO Good Governance for Medicines Programme: An Innovative Approach to Prevent Corruption in The Pharmaceutical Sector*. World Health Report Available at <https://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/en/> (Last Revised: 2019)

- Effect on Cancer Care in Africa”. *Lancet Oncol*, 16(8):394-404 .
- Mostert, S; Sitaresmi, MN; Njuguna, F; van Beers, EJ & Kaspers, GJ (2012). “Effect of Corruption on Medical Care in Low-Income Countries”. *Pediatr Blood Cancer*, 58(3):325-6 .
- Sachan, D (2013). “Tackling Corruption in Indian Medicine”. *Lancet*, 382(9905):23-4 .
- Savedoff, WD (2006). *Global Corruption Report 2006*. 1 ed. London: Pluto Press.
- Sommersguter-Reichmann, M & Stepan, A (2017). “Hospital Physician Payment Mechanisms in Austria: Do They Provide Gateways to Institutional Corruption?”. *Health Econ Rev*, 7(1):11 .
- Stan, S (2012). “Neither Commodities Nor Gifts: Post-Socialist Informal Exchanges in The Romanian Healthcare System” *J R Anthropol Inst*, 18(1):65-82 .
- Stepurko, T; Pavlova, M; Gryga, I; Murauskiene, L & Groot, W. “Informal Payments for Health Care Services: The Case of Lithuania, Poland and Ukraine”. *Eurasian Studies*, 6(1):46-58.
- Taromsari, M; Mirkamali, S & Delpasand K (2018). “Criminological Analysis of Medical Crimes in Isfahan Province in Iran”. *JDR Clin Trans Res*, 6:372-76.
- Vian, T (2008). “Review of Corruption in the Health Sector: Theory, Methods and Interventions”. *Health Pol Plann*, 23(2):83-94 .
- Zhu, W;, Wang, LJ & Yang, CS (2018). “Corruption or Professional Dignity: An Ethical Examination of The Phenomenon of "Red Envelopes" (Monetary Gifts) in Medical Practice in China”. *Dev World Bioeth*, 18(1):37-44 .
- Habibov, N (2016). “Effect of Corruption on Healthcare Satisfaction iIn Post-Soviet Nations: A Cross-Country Instrumental Variable Analysis of Twelve Countries”. *Soc Sci Med*, 15(2):119-124 .
- Holmberg, S & Rothstein, B (2011). “Dying of Corruption”. *Health Econ Pol Law*, 6(4):529-47.
- Kesselheim, AS & Studdert, DM (2008). “Whistleblower-Initiated Enforcement Actions against Health Care Fraud and Abuse in the United States, 1996 To 2005”. *Ann Intern Med*, 149(5):342-349.
- Lewis, M (2006). *Governance and Corruption in Public Health Care Systems*. Available from [:http://www.cgdev.org/publication/governance-and-corruptionpublic-health-care-systems-working-paper-78](http://www.cgdev.org/publication/governance-and-corruptionpublic-health-care-systems-working-paper-78) (Last Revised: 2019)
- Lewis, MA (2000). *Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia?*. World Bank Publications. Available at: www.worldbank.org (Last Revised: 2020)
- Mackey, TK; Vian, T & Kohler, J (2018). “The Sustainable Development Goals as a Framework to Combat Health-Sector Corruption”. *Bull World Health Organ*, 96(9):634-43.
- McPake, B; Asiimwe, D; Mwesigye, F;, Ofumbi, M; Ortenblad, L & Streefland, P (1999). “Informal Economic Activities of Public Health Workers in Uganda: Implications for Quality and Accessibility of Care”. *Soc Sci Med*, 49(7): 849-65.
- Mossialos, E; Allin, S & Davaki, K (2005). “Analysing the Greek Health System: A Tale of Fragmentation and Inertia”. *Health Econ*, 14(1):151-68 .
- Mostert, S; Njuguna, F; Olbara, G; Sindano, S; Sitaresmi, MN & Supriyadi, E (2015). “Corruption in Health-Care Systems and its

References

- Ansari, B (2018). *Freedom of Information*. Tehran: Ghashghaei. (Persian)
- Baghdadi-Sabeti, G & Serhan, F (2010). *WHO Good Governance for Medicines Programme: An Innovative Approach to Prevent Corruption in The Pharmaceutical Sector*. World Health Report Available at [:https://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/en/](https://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/en/) (Last Revised: 2019)
- Becker, D; Kessler, D & McClellan, M (2005). "Detecting Medicare Abuse". *J Health Econ*, 24(1):189-210 .
- Buinickiene, N (2017). "Causes of Corruption and Their Management Measures in the Health Care System of Lithuania". *Manag Theor Stud Rural Bus Infrastruct Dev*, 39(2):148-56 .
- Chawla, M; Berman, P & Kawiorska, D (1998). Financing Health Services in Poland: New Evidence on Private Expenditures". *Health Econ*, 7(4):337-46 .
- Darvish, H & Azimi Zachekani, F(2016). "The Effect on Reducing Corruption Organization Transparency Mediated by Organizational Trust Studied Khordad Hospital Staff Varamin". *Public Administration*, 8(1):153-66. (Persian)
- Davies, T & Polese, A (2015). "Informality and Survival iIn Ukraine's Nuclear Landscape: Living with the Risks of Chernobyl". *Eurasian Studies*, 6(1):34-45 .
- Egener, BE; Mason, DJ; McDonald, WJ; Okun, S; Gaines, ME & Fleming, DA (2017). "The Charter on Professionalism for Health Care Organizations". *Acad Med*, 92(8):1091-9 .
- Ensor, T (2004). "Informal Payments for Health Care in Transition Economies". *Soc Sci Med*, 58(2):237-46 .
- Faghihi, A; Gholipour, A; Abooyee, M; Ghalibaf Asl, A & Asadi, A(2010). "Review of Relevant Legislation about Physicians Misconduct in Iran". *Sci J Forensic Med*, 16(3):215-23. (Persian)
- Ferrinho, P; Omar, MC; Fernandes, MD; Blaise, P; Bugalho, AM & Lerberghe, WV (2004). "Pilfering for Survival: How health Workers Use Access to Drugs as a Coping Strategy". *Hum Resour Health*, 2(1):4 .
- Gaal, P & McKee, M (2004). "Informal Payment for Health Care and the Theory of 'INXIT'". *Int J Health Plann Manage*, 19(2):163-78 .
- Gaitonde, R; Oxman, AD; Okebukola, PO & Rada, G (2016). *Interventions to Reduce Corruption in the Health Sector*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Givati, Y(2016). "A Theory of Whistle-blower Rewards". *Journal of Legal Studies*, 45(1):43-72 .
- Habibov, N (2016). "Effect of Corruption on Healthcare Satisfaction iIn Post-Soviet Nations: A Cross-Country Instrumental Variable Analysis of Twelve Countries". *Soc Sci Med*, 15(2):119-124 .
- Holmberg, S & Rothstein, B (2011). "Dying of Corruption". *Health Econ Pol Law*, 6(4):529-47.
- Imani, H; gholipour, A; Azar, A & Pourezzat, AA (2019). "Validation of Dimensions and Component of Risk Culture: Using Fuzzy Delphi Method". *Public Administration*, 11(42):5-32. (Persian)
- Jodaki, H (2017). *Identification of Possible Corruption in the Health System*. 1st ed. Tehran: The Social Security Research Institute. (Persian)
- Kesselheim, AS & Studdert, DM (2008). "Whistleblower-Initiated Enforcement Actions

- against Health Care Fraud and Abuse in the United States, 1996 To 2005". *Ann Intern Med*, 149(5):342-349.
- Lewis, M (2006). *Governance and Corruption in Public Health Care Systems*. Available from :<http://www.cgdev.org/publication/governance-and-corruptionpublic-health-care-systems-working-paper-78> (Last Revised: 2019)
- Lewis, MA (2000). *Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia?*. World Bank Publications. Available at: www.worldbank.org (Last Revised: 2020)
- Mackey, TK; Vian, T & Kohler, J (2018). "The Sustainable Development Goals as a Framework to Combat Health-Sector Corruption". *Bull World Health Organ*, 96(9):634-43.
- Mardali, M; Nasiripour, A; Masoudi, A & Abdi, J (2018). "Model of Corruption Measurement for Islamic Republic of Iran's Healthcare System". *Med Law*, 11(43):127-46. (Persian)
- McPake, B; Asiimwe, D; Mwesigye, F; Ofumbi, M; Ortenblad, L & Streefland, P (1999). "Informal Economic Activities of Public Health Workers in Uganda: Implications for Quality and Accessibility of Care". *Soc Sci Med*, 49(7): 849-65.
- Mirzaei, V; Rahimnia, F; Mortazavi, S & Shirazi, A (2018). "Organizational Cynicism of the Nurses: A Phenomenological Study". *J Qual Res health Sci*, 7(1):88-102. (Persian)
- Mossialos, E; Allin, S & Davaki, K (2005). "Analysing the Greek Health System: A Tale of Fragmentation and Inertia". *Health Econ*, 14(1):151-68 .
- Mostert, S; Njuguna, F; Olbara, G; Sindano, S; Sitaresmi, MN & Supriyadi, E (2015). "Corruption in Health-Care Systems and its Effect on Cancer Care in Africa". *Lancet Oncol*, 16(8):394-404 .
- Mostert, S; Sitaresmi, MN; Njuguna, F; van Beers, EJ & Kaspers, GJ (2012). "Effect of Corruption on Medical Care in Low-Income Countries". *Pediatr Blood Cancer*, 58(3):325-6 .
- Sachan, D (2013). "Tackling Corruption in Indian Medicine". *Lancet*, 382(9905):23-4 .
- Savedoff, WD (2006). *Global Corruption Report 2006*. 1 ed. London: Pluto Press.
- Sommersguter-Reichmann, M & Stepan, A (2017). "Hospital Physician Payment Mechanisms in Austria: Do They Provide Gateways to Institutional Corruption?". *Health Econ Rev*, 7(1):11 .
- Stan, S (2012). "Neither Commodities Nor Gifts: Post-Socialist Informal Exchanges in The Romanian Healthcare System" *J R Anthropol Inst*, 18(1):65-82 .
- Stepurko, T; Pavlova, M; Gryga, I; Murauskiene, L & Groot, W. "Informal Payments for Health Care Services: The Case of Lithuania, Poland and Ukraine". *Eurasian Studies*, 6(1):46-58.
- Taromsari, M; Mirkamali, S & Delpasand K (2018). "Criminological Analysis of Medical Crimes in Isfahan Province in Iran". *JDR Clin Trans Res*, 6:372-76.
- Vian, T (2008). "Review of Corruption in the Health Sector: Theory, Methods and Interventions". *Health Pol Plann*, 23(2):83-94 .
- Zhu, W; Wang, LJ & Yang, CS (2018). "Corruption or Professional Dignity: An Ethical Examination of The Phenomenon of "Red Envelopes" (Monetary Gifts) in Medical Practice in China". *Dev World Bioeth*, 18(1):37-44 .