

بررسی وضعیت نظام سلامت از نظر تعارض منافع ساختاری مالی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۳/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۶/۲

رامین شیردل^۱

چکیده

تعریف: تعارض منافع ساختاری (شکلی) در نظام سلامت، به حالتی گفته می‌شود که یکی از نهادها وظایف متفاوتی داشته باشد و اهداف فرعی آن در تعارض با هدف اصلی‌اش باشد. این تعارض هزینه‌های نظام سلامت را به شدت افزایش دهد و کارایی را به طرز معناداری پایین می‌آورد. تعارض منافع ممکن است در بعد مالی یا غیرمالی ایجاد شود که در این تحقیق جنبه مالی بررسی شده است. مطابق مبانی نظری، در نظام سلامت اگر ۱. تنظیم‌کننده نظام (متولی)، هم‌زمان ارائه‌کننده خدمات و یا ۲. تأمین‌کننده مالی، هم‌زمان ارائه‌کننده خدمات باشد، تعارض منافع ساختاری ایجاد می‌شود. در نظام سلامت ایران نقش‌های تولیت، تأمین‌کننده مالی و ارائه‌کننده خدمت، به روشنی تمایز نیافته‌اند. وزارت بهداشت در هر سه نقش فوق فعالیت می‌کند، سازمان تأمین اجتماعی نیز در دو حیطه تأمین‌کننده مالی و ارائه‌کننده خدمت فعالیت می‌کند. بخش خصوصی نیز ارائه‌کننده خدمات است.

روش: روش سامان‌یافتن این تحقیق بر اساس روش توصیفی از نوع پیمایشی است.

یافته‌ها: بر پایه بررسی به عمل آمده در این مقاله، از نظر ظاهری هم در وظایف وزارت بهداشت و هم در وظایف سازمان تأمین اجتماعی، تعارض منافع وجود دارد. بررسی بیشتر نشان داد که از نظر ماهوی، در وظایف سازمان تأمین اجتماعی تعارض منافع وجود ندارد، ولی در وظایف وزارت بهداشت وجود دارد. یافته‌ها نشان داد که نظام سلامت ایران از تعارض منافع ساختاری نوع اول، که شدیدتر است و حتی چون وزارت بهداشت (دولت) در وظیفه تولیت و ارائه خدمت نقش چشمگیری دارد؛ در نتیجه بدترین نوع تعارض منافع ساختاری در این سازمان مشاهده می‌شود.

نتیجه: نزدیک‌ترین و عملی‌ترین تغییر ساختار نظام سلامت در ایران که تعارض منافع ساختاری را از بین می‌برد، این است که ارائه خدمات از وزارت بهداشت جدا شود.

واژگان کلیدی: نظام سلامت، تعارض منافع، ساختار.

بر اساس نظریه تامسون^۱ تعارض منافع عبارت است از: «مجموعه شرایطی که در آن تصمیم حرفه‌ای در مورد یک هدف اولیه بدون دلیل موجه، تحت تأثیر یک منفعت ثانویه قرار می‌گیرد». تامسون (۱۹۹۳) در واقع تعارض منافع غالباً هنگامی رخ می‌دهد که یک منفعت شخصی مالی یا غیرمالی، با مسئولیت حرفه‌ای یا سازمانی شخص (حقیقی یا حقوقی) در تعارض قرار گیرد. دی^۲ (۲۰۰۶) به بیان دیگر، تعارض منافع بیانگر موقعیتی است که در آن شخص حقیقی یا حقوقی انگیزه کاری را در حیطه حرفه‌ای خود پیدا می‌کند که با وظایف شغلی بدیهی او مغایرت دارد. زاهدی و لاریجانی (۲۰۰۷). تعارض منافع در تعریف سه عنصر اصلی دارد:

۱. منفعت اولیه (اصلی): وظیفه اصلی که انتظار می‌رود شخص حقیقی یا حقوقی، آن را انجام دهد؛ مثلاً مطابق قوانین برنامه‌های پنجم و ششم توسعه، وزارت بهداشت متولی نظام سلامت ایران است و وظیفه اصلی آن به حساب می‌آید.

۲. منفعت ثانویه: این منفعت می‌تواند مالی یا غیرمالی باشد؛ مثلاً یکی از کارهایی که وزارت بهداشت انجام می‌دهد تولید خدمات درمانی و فروش آنهاست که در این مقاله بررسی می‌شود که آیا این امور وزارت بهداشت در تعارض با وظیفه متولی‌گری است یا نه؟

۳. تعارض: واژه «تعارض» به این معنا نیست که منفعت اولیه حتماً در معرض خطر است، بلکه یک سری شرایط و روابط ممکن است باعث شود که در اثر پیگیری و دنبال کردن منفعت ثانویه، منفعت اولیه کم‌رنگ شده و در حاشیه قرار گیرد. پارسا و همکاران (۱۳۹۱)

مقالات، تحقیقات و گزارش‌های متعددی به بحث تعارض منافع پرداخته‌اند که برای مثال می‌توان به ندوشن و باقری (۱۳۹۵)، درگاهی و همکاران (۱۳۸۷)، میلانی‌فر و همکاران (۱۳۹۰)، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (۱۳۹۶)، پارلمان اروپا (۲۰۱۱) و اتحادیه اروپا (۲۰۱۶) و غیره اشاره کرد. بیشتر مطالعات، در مجموع تعریف و مبنای نظری فوق را قبول دارند و اکثر محققان نیز انتظار دارند تعارض منافع، هزینه‌ها را بالا ببرد و کارایی را کاهش دهد. شناسایی و اثبات وجود تعارض منافع بسیار سخت است و خیلی از نهادهای دولتی که برای مثال به پارلمان اروپا اشاره شد، تلاش می‌کنند با روش‌هایی آسان و پیچیده، از ایجاد تعارض منافع، پیشگیری کنند. یکی از راحت‌ترین مواقعی که می‌توان تعارض منافع را شناسایی کرد، ساختارهای نهادها، نظام‌ها و سازمان‌هاست که به صورت شکلی می‌توان به آن پی برد. در این تحقیق تلاش می‌شود نظام سلامت ایران بررسی شود که آیا از نظر شکلی دچار تعارض منافع است یا نه؟ البته همان‌طور که ذکر شد، منفعت ثانویه می‌تواند

1- Thompson

2- Day

مالی یا غیرمالی باشد که در این مقاله صرفاً جنبه مالی بررسی شده است.

در واقع تعارض منافع شکلی (ساختاری) هزینه‌های ملموس و ناملموس زیادی را به سیستم‌ها تحمیل می‌کند که گاه قابل اندازه‌گیری و ریشه‌یابی نیست. این نوع تعارض اگر وجود داشته باشد، خودبه‌خود به تمام سیستم سرایت می‌کند و نظارت را به‌شدت با مشکل مواجه می‌کند؛ چون ردیابی مسائل را از دید ناظری که داخل سیستم است، دشوار می‌کند و با تلاش مضاعف هم نمی‌توان اصلاحات معناداری در نظام مورد بررسی، ایجاد کرد و نهایتاً اثربخشی نظام، کاملاً تحت تأثیر قرار می‌گیرد. از این‌رو هدف این تحقیق، بررسی وضعیت نظام سلامت ایران از نظر تعارض منافع شکلی (ساختاری) و از جنبه مالی می‌باشد که برای دستیابی به این هدف، در بخش دوم مبنای نظری ارائه می‌شود و در بخش سوم وضعیت کشورهای OECD ارائه شده و در بخش چهارم وضعیت ایران مورد بررسی قرار می‌گیرد و در بخش آخر، نتیجه‌گیری و پیشنهادات ارائه می‌شود.

مبانی نظری

مطالعه‌ی متون نظری نشان می‌دهد طبقه‌بندی اصلی نظام‌های سلامت به چهار صورت کلی است:

۱. نظام سلامت ملی؛

۲. نظام سلامت اجتماعی؛

۳. نظام سلامت خصوصی؛

۴. نظام سلامت مبتنی بر پرداخت از جیب. بویل (۲۰۱۱)

تقسیم‌بندی این نظام‌های سلامت عمدتاً از جنبه‌ی محل تأمین منابع مالی است. تأمین مالی نظام‌های فوق به ترتیب، مالیات‌ها، حق بیمه‌های اجتماعی، حق بیمه‌های بخش خصوصی و پرداخت از جیب است. تقسیم‌بندی مذکور، صرفاً از بُعد تقاضاکننده خدمات درمانی است و نمی‌تواند تعارض منافع ساختاری را در نظام سلامت نشان دهد.

ونت^۱ و همکاران (۲۰۰۹) بیان کرده‌اند اگر طبقه‌بندی نظام‌های سلامت را با قیاس از کل به جزء انجام دهیم؛ یعنی از علم به شواهد برسیم، نتایج قابل‌اعتمادتری به دست خواهد آمد؛ چون قبلاً از شواهد کشورها استفاده کرده و طبقه‌بندی را انجام می‌دادند که به نوعی طبقه‌بندی تجربی بوده است. این خلأ گونه‌شناسی را رتگنک و همکاران (۲۰۰۵) با توسعه مبانی نظام‌های سلامت، به‌دقت پوشش داده‌اند. این گونه‌شناسی، سه بُعد را که نظام سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهند و تجزیه و تحلیل می‌کنند: تأمین مالی، ارائه خدمات و تنظیم نظام. هریک از این بُعدها می‌توانند توسط بخش دولتی، اجتماعی

یا خصوصی انجام شوند؛ که از نظر تکنیکی ۲۷ حالت ممکن را مطابق جدول ۱ به دست می‌دهد. در واقع در این جدول هر سه نقش به ترتیب میان سه بخش انجام دهنده توزیع می‌شود و ۲۷ حالت ممکن به شرح ذیل به وجود می‌آید:

جدول ۱- حالت‌های ممکن نظام‌های سلامت

ردیف	نوع نظام سلامت	تنظیم کننده نظام	تأمین کننده مالی	ارائه کننده خدمات
۱	خدمات سلامت ملی	دولتی	دولتی	دولتی
۲	نظام سلامت ملی غیرانتفاعی	دولتی	دولتی	اجتماعی
۳	بیمه سلامت ملی	دولتی	دولتی	خصوصی
۴	مدل ترکیبی مبتنی بر دولت	دولتی	اجتماعی	دولتی
۵	مدل ترکیبی مبتنی بر دولت	دولتی	خصوصی	دولتی
۶	مدل ترکیبی مبتنی بر دولت	اجتماعی	دولتی	دولتی
۷	مدل ترکیبی مبتنی بر دولت	خصوصی	دولتی	دولتی
۸	نظام سلامت اجتماعی سوسیالیستی	دولتی	اجتماعی	اجتماعی
۹	مدل ترکیبی مبتنی بر اجتماعی	اجتماعی	دولتی	اجتماعی
۱۰	مدل ترکیبی مبتنی بر اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	دولتی
۱۱	نظام سلامت اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی
۱۲	بیمه سلامت اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	خصوصی
۱۳	مدل ترکیبی مبتنی بر اجتماعی	اجتماعی	خصوصی	اجتماعی
۱۴	مدل ترکیبی مبتنی بر اجتماعی	خصوصی	اجتماعی	اجتماعی
۱۵	نظام سلامت خصوصی سوسیالیستی	دولتی	خصوصی	خصوصی
۱۶	مدل ترکیبی مبتنی بر خصوصی	خصوصی	دولتی	خصوصی
۱۷	مدل ترکیبی مبتنی بر خصوصی	خصوصی	خصوصی	دولتی

ردیف	نوع نظام سلامت	تنظیم کننده نظام	تأمین کننده مالی	ارائه کننده خدمات
۱۸	نظام سلامت خصوصی صنف‌گرایانه	اجتماعی	خصوصی	خصوصی
۱۹	مدل ترکیبی مبتنی بر خصوصی	خصوصی	اجتماعی	خصوصی
۲۰	مدل ترکیبی مبتنی بر خصوصی	خصوصی	خصوصی	اجتماعی
۲۱	نظام سلامت خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی
۲۲	مدل کاملاً ترکیبی	دولتی	خصوصی	اجتماعی
۲۳	بیمه سلامت اجتماعی سوسیالیستی	خصوصی	اجتماعی	دولتی
۲۴	مدل کاملاً ترکیبی	خصوصی	دولتی	اجتماعی
۲۵	مدل کاملاً ترکیبی	خصوصی	اجتماعی	دولتی
۲۶	مدل کاملاً ترکیبی	اجتماعی	دولتی	خصوصی
۲۷	مدل کاملاً ترکیبی	اجتماعی	خصوصی	دولتی

مأخذ: رتکانگ و همکاران (۲۰۰۵)

در این نوع تقسیم‌بندی، می‌توان مسئله تعارض منافع ساختاری (شکلی) را مورد بررسی قرار داد که در این مقاله، بُعد مالی بررسی شده است. در واقع، در جدول فوق، انتظار می‌رود تنظیم کننده خدمات، منفعتش در این باشد که هزینه‌های نظام سلامت، چندان افزایش نیابد (سعی می‌کند با توجه به شرایط، به صورت منطقی افزایش یابد). تأمین کننده مالی نیز با توجه به اینکه هزینه خدمات درمانی را پرداخت می‌نماید، منفعتش در این است که هزینه‌های نظام سلامت افزایش نیابد. اما ارائه‌کننده خدمات، بر عکس دو نقش قبلی، منفعتش در افزایش هزینه‌های نظام سلامت است. با این اوصاف دو حالت تعارض منافع ساختاری از جنبه مالی، می‌تواند اتفاق بیفتد: ۱- تنظیم کننده نظام (متولی)، همزمان ارائه‌کننده خدمات باشد و ۲- تأمین کننده مالی، همزمان ارائه‌کننده خدمات باشد. چون در دو حالت مذکور، هدف ثانویه در برابر هدف اولیه است و سازمان متولی یا تأمین کننده مالی ممکن است هدف ثانویه را دنبال کند و کارایی و بهره‌وری نظام سلامت کاهش یابد.

برای اینکه مشخص شود در کدام‌یک از حالت‌های فوق، تعارض منافع شدت بیشتری خواهد داشت نظریه سلسله مراتبی قدرت بوهوم و همکاران (۲۰۱۳) توضیح داده می‌شود. آنها بیان می‌کنند قدرت تنظیم کننده نظام بیشتر از تأمین کننده مالی و آن نیز بیشتر از ارائه‌کننده خدمات است همچنین

قدرت دولت بیشتر از قدرت بخش عمومی است و آن نیز بیشتر از بخش خصوصی است. آنها با استفاده از کشورهای OECD که عموماً نظام‌های سلامت موفق‌تری دارند می‌آزمایند که آیا جایگاه‌های با قدرت بیشتر را نهادهای با قدرت‌تر به خود اختصاص داده‌اند یا نه، و به این نتیجه می‌رسند که این فرضیه درست است و در نظام‌های سلامتِ واجد عملکرد مناسب، دولت جایگاه بزرگ‌تر مساوی بخش عمومی، و آن نیز بزرگ‌تر مساوی بخش خصوصی دارند.

با اعمال این نظریه به دو حالت ممکن ایجاد تعارض منافع ساختاری، به این نتیجه می‌رسیم که اگر متولی، ارائه‌کننده خدمت باشد، تعارض منافع با شدت بیشتری نسبت به حالت دوم اتفاق می‌افتد. همچنین اگر دولت که قدرت بیشتری نسبت به دو نهاد دیگر دارد متولی و ارائه‌کننده خدمات باشد، شدت تعارض منافع ساختاری، به صورت مضاعف نسبت به حالتی که بخش عمومی یا خصوصی این وظایف را انجام می‌دهد، افزایش خواهد یافت. با توجه به این توضیح، در حالت‌های ذیل از جدول ۱، ممکن است تعارض منافع ساختاری به وجود آید.

جدول ۲- حالت‌های مستعد تعارض منافع ساختاری در نظام سلامت

ردیف	نوع نظام سلامت	تنظیم‌کننده نظام	تأمین‌کننده مالی	ارائه‌کننده خدمات	حالت‌های واجد تضاد منافع ساختاری
۱	خدمات سلامت ملی	دولتی	دولتی	دولتی	×
۲	نظام سلامت ملی غیرانتفاعی	دولتی	دولتی	اجتماعی	
۳	بیمه سلامت ملی	دولتی	دولتی	خصوصی	
۴	مدل ترکیبی مبتنی بر دولت	دولتی	اجتماعی	دولتی	×
۵	مدل ترکیبی مبتنی بر دولت	دولتی	خصوصی	دولتی	×
۶	مدل ترکیبی مبتنی بر دولت	اجتماعی	دولتی	دولتی	×
۷	مدل ترکیبی مبتنی بر دولت	خصوصی	دولتی	دولتی	×
۸	نظام سلامت اجتماعی سوسیالیستی	دولتی	اجتماعی	اجتماعی	×
۹	مدل ترکیبی مبتنی بر اجتماعی	اجتماعی	دولتی	اجتماعی	×
۱۰	مدل ترکیبی مبتنی بر اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	دولتی	
۱۱	نظام سلامت اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	×
۱۲	بیمه سلامت اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	خصوصی	

ردیف	نوع نظام سلامت	تنظیم‌کننده نظام	تأمین‌کننده مالی	ارائه‌کننده خدمات	حالت‌های واجد تضاد منافع ساختاری
۱۳	مدل ترکیبی مبتنی بر اجتماعی	اجتماعی	خصوصی	اجتماعی	×
۱۴	مدل ترکیبی مبتنی بر اجتماعی	خصوصی	اجتماعی	اجتماعی	×
۱۵	نظام سلامت خصوصی سوسیالیستی	دولتی	خصوصی	خصوصی	×
۱۶	مدل ترکیبی مبتنی بر خصوصی	خصوصی	دولتی	خصوصی	×
۱۷	مدل ترکیبی مبتنی بر خصوصی	خصوصی	خصوصی	دولتی	
۱۸	نظام سلامت خصوصی صنف‌گرایانه	اجتماعی	خصوصی	خصوصی	×
۱۹	مدل ترکیبی مبتنی بر خصوصی	خصوصی	اجتماعی	خصوصی	×
۲۰	مدل ترکیبی مبتنی بر خصوصی	خصوصی	خصوصی	اجتماعی	
۲۱	نظام سلامت خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	×
۲۲	مدل کاملاً ترکیبی	دولتی	خصوصی	اجتماعی	
۲۳	بیمه سلامت اجتماعی سوسیالیستی	خصوصی	اجتماعی	دولتی	
۲۴	مدل کاملاً ترکیبی	خصوصی	دولتی	اجتماعی	
۲۵	مدل کاملاً ترکیبی	خصوصی	اجتماعی	دولتی	
۲۶	مدل کاملاً ترکیبی	اجتماعی	دولتی	خصوصی	
۲۷	مدل کاملاً ترکیبی	اجتماعی	خصوصی	دولتی	

ماخذ: نتایج تحقیق

مطابق تعریف، در ۱۵ حالت از ۲۷ حالت ممکن، می‌تواند تعارض منافع ساختاری اتفاق بیفتد که در آن یا متولی ارائه‌کننده خدمات است یا تأمین‌کننده مالی ارائه‌کننده خدمات است. در ادامه و برای ادغام مبنای نظری با شواهد تجربی، نظام‌های سلامت کشورهای OECD با توجه به نتایج تحقیق بوهم و همکاران (۲۰۱۳) بررسی می‌شود.

بررسی وضعیت تعارض منافع ساختاری در نظام‌های سلامت کشورهای OECD از بعد مالی

بوهم و همکاران (۲۰۱۳) مطالعه‌ی جامعی بر روی گروه‌بندی نظام‌های سلامت کشورهای عضو OECD، انجام دادند. نهایتاً مشخص شد نظام سلامت تمامی کشورهای مورد بررسی، در ۶ گروه جای گرفته‌اند که ذیلاً وجود یا عدم وجود تعارض منافع ساختاری در نظام‌های سلامت آنها بررسی می‌شود:

جدول ۳- طبقه‌بندی نظام سلامت کشورهای اوای‌سی‌دی براساس گونه‌شناسی رنگانگ و همکاران (۲۰۰۵)

ردیف	نوع نظام سلامت	تنظیم کننده نظام	تأمین کننده مالی	ارائه کننده خدمات	موارد	وضعیت تعارض منافع ساختاری
۱	خدمات سلامت ملی	دولتی	دولتی	دولتی	دانمارک، فنلاند، ایسلند، نروژ، سوئد، پرتقال، اسپانیا، بریتانیا	وجود دارد
۳	بیمه سلامت ملی	دولتی	دولتی	خصوصی	استرالیا، کانادا، ایرلند، زلاندنو، ایتالیا	وجود ندارد
۱۰	مدل ترکیبی مبتنی بر اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	دولتی	اسلونی	وجود ندارد
۱۲	بیمه سلامت اجتماعی	اجتماعی	اجتماعی	خصوصی	اتریش، آلمان، لوگزامبورگ، سوئیس	وجود ندارد
۲۱	نظام سلامت خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	امریکا	وجود دارد
۲۳	بیمه سلامت اجتماعی سوسیالیستی	دولتی	اجتماعی	خصوصی	بلژیک، استونی، فرانسه، جمهوری چک، مجارستان، هلند، لهستان، اسلواکی، اسرائیل، ژاپن، کره	وجود ندارد

مأخذ: بوهم و همکاران (۲۰۱۳) و نتایج تحقیق

از میان شش طبقه فوق، تنها در دو طبقه امکان تعارض منافع ساختاری وجود دارد: ۱. نظام خدمات سلامت ملی (شامل دانمارک، فنلاند، ایسلند، نروژ، سوئد، پرتقال، اسپانیا و بریتانیا) و ۲. نظام سلامت خصوصی (شامل امریکا).

در توضیح می‌توان گفت: تمامی نظام‌های سلامت ۹ کشور مذکور، در ظاهر در معرض تعارض منافع ساختاری هستند، اما اولاً، در عمل اگر بخش‌های دولتی مختلفی در نظام خدمات سلامت ملی، عهده‌دار سه وظیفه اصلی باشند (گروه‌های خصوصی مختلفی در نظام سلامت خصوصی، عهده‌دار سه وظیفه اصلی باشند)، تعارض منافع ساختاری وجود نخواهد داشت؛ برای مثال اگر تولید توسط عده‌ای

متمایز از ارائه‌کننده خدمت و تأمین مالی نیز توسط گروهی متمایز از ارائه‌کننده خدمت، انجام گیرد. تعارض منافع ساختاری وجود نخواهد داشت که در نظام سلامت بریتانیا و امریکا به این روش انجام می‌شود؛ ثانیاً، در صورتی که گروه یکسانی (دولتی یا خصوصی) سه وظیفه را انجام دهند، باز هم شکل خفیفی از تعارض منافع ساختاری وجود خواهد داشت، چون دو وظیفه تولید و تأمین مالی، نیرویی در جهت کاهش هزینه‌ها و وظیفه ارائه خدمات، به‌تنهایی نیرو در جهت افزایش هزینه‌ها ایجاد خواهد کرد که انتظار می‌رود دو وظیفه اول قدرت بیشتری نسبت به وظیفه آخر، داشته باشند و تعارض منافع ساختاری در شکل خفیف آن اتفاق بیفتد.

بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت: از نظر شکلی، در نظام سلامت ۲۱ کشور از کشورهای OECD، تعارض منافع ساختاری وجود ندارد و در ۹ کشور دیگر، که دولت یا بخش خصوصی، سه وظیفه اصلی نظام سلامت را بر عهده گرفته‌اند و از نظر شکلی، تعارض منافع ساختاری، دیده می‌شود، یا ماهیتاً دچار تعارض منافع ساختاری نیستند و یا تعارض منافع ساختاری، شدت ضعیف‌تری دارد.

بررسی وضعیت و شدت تعارض منافع ساختاری در نظام سلامت ایران

در نظام سلامت ایران نقش‌های تولید (تنظیم نظام)، تأمین‌کننده مالی و ارائه‌کننده خدمت، به‌روشنی تقسیم نشده‌اند. وزارت بهداشت در هر سه نقش فوق فعالیت می‌کند؛ سازمان تأمین اجتماعی نیز در دو حیطه تأمین‌کننده مالی و ارائه‌کننده خدمت فعالیت می‌کند؛ به‌طوری‌که در تأمین مالی تقریباً سهمی مساوی با وزارت بهداشت دارد و نقش تاثیرگذار در نظام سلامت دارد. بخش خصوصی نیز از طریق سازمان نظام پزشکی هم در ارائه خدمات فعالیت می‌کند و هم در تعیین حق ویزیت پزشکان و امثال آن تأثیرگذار است. با توجه به جدول شماره ۱ می‌توان نتیجه گرفت مدل ایران در دو ردیف ۱ و ۴ جدول شماره ۱ قرار می‌گیرد.

جدول شماره ۴- جایگاه ایران در میان نظام‌های سلامت ممکن

ردیف	نوع نظام سلامت	تنظیم‌کننده نظام	تأمین‌کننده مالی	ارائه‌کننده خدمات	مورد
ردیف‌های ۱ و ۴ از جدول ۱	خدمات سلامت ملی- مدل ترکیبی مبتنی بر دولت	دولتی	دولتی-اجتماعی	دولتی- اجتماعی- خصوصی	ایران

مأخذ: نتایج تحقیق

برای توضیح بیشتر منافع مالی ممکن در نظام سلامت ایران، جدول شماره ۵، اهداف مالی که هر یک از وظایف و نهادهای عهده دار این وظایف دارند را تجزیه و تحلیل می‌کند.

جدول شماره ۷- بررسی اهداف مالی وظایف و نهادهای عهده دار این وظایف در نظام سلامت ایران

بیمار	بخش خصوصی	منافع سازمان تأمین اجتماعی	منافع وزارت بهداشت	توضیحات تکمیلی	نهاد مجری	وظیفه
افزایش تعرفه‌ها به ضرر بیمار است (چون فرانشیز و عدم پوشش‌های بیمه‌ای را باید پرداخت کند)	از طریق نظام پزشکی در توییت تأثیر گذار است.	از طریق شورای عالی بیمه که از قضا در وزارت بهداشت است می‌تواند در توییت اثرگذار باشد	اداره بهتر نظام سلامت، مطلوبیت غیرمالی برای وزارت بهداشت دارد (نفعش در پابین بودن و اثربخش بودن هزینه‌هاست)	سهم تأمین اجتماعی و بیمه سلامت تقریباً یکسان است؛	وزارت بهداشت	تولیت
افزایش تعرفه‌ها به زیان بیمار نهاد	به نفعش است بیمار نهاد پرداخت نماید	افزایش هزینه‌ها به زیان تأمین اجتماعی است	افزایش هزینه‌ها تا جایی قابل قبول است که بودجه بیمه سلامت پاسخگو باشد؛ البته می‌تواند به عنوان ابزار فشار به دولت برای اخذ بودجه بیشتر استفاده شود		وزارت بهداشت + تأمین اجتماعی + بیمار	تأمین کننده مالی
	افزایش تعرفه‌ها به نفع بخش خصوصی است	چون سهم فروش خدمت ناچیز است و خدمات عمدتاً به بیمه شده‌ها ارائه می‌شود تعرفه‌ها تاثیری ندارند. محل تأمین مالی بیمارستان‌ها، بودجه‌های سالیانه است. تورم دارو و درمان به زیان تأمین اجتماعی است.	افزایش نرخ‌ها، نفع مالی برای وزارت بهداشت دارد		وزارت بهداشت + تأمین اجتماعی + بخش خصوصی	ارائه خدمات
افزایش تعرفه‌ها به زیان بیمار است.	افزایش تعرفه‌ها به نفع بخش خصوصی است.	افزایش تعرفه‌ها به زیان تأمین اجتماعی است. بیمارستان‌های خود را به صورت بودجه‌ای تأمین مالی می‌کند.	سهم وزارت بهداشت از درمان بیشتر است؛ در نتیجه افزایش تعرفه‌ها به نفع وزارت بهداشت است؛ البته تلاش خواهد کرد بودجه بیمه سلامت را افزایش دهد.		وزارت بهداشت + تأمین اجتماعی + بخش خصوصی	برای بند بحث افزایش تعرفه‌ها

مآخذ: نتایج تحقیق

به صورت خلاصه، از جدول فوق می‌توان نتیجه گرفت که تعارض منافع شدیدی در وظایف وزارت بهداشت وجود دارد؛ به طوری که منفعت ثانویه شدیدی در افزایش هزینه‌ها و تعرفه‌های سلامت دارد. البته این تعارض منافع در چند سال پیش که بیمه سلامت زیرمجموعه وزارت بهداشت نبود، بیشتر بود و هزینه‌های زیادی را به نظام سلامت کشور، تحمیل کرد و شاهد این ادعا، تغییر کتاب ارزش نسبی و افزایش ضریب «کا» بود که نه تنها در وزارت بهداشت، با آن مقابله نشد بلکه حمایت نیز شد؛ در واقع اگر صرفاً از بعد مالی به الحاق بیمه سلامت به وزارت بهداشت، نگاه کنیم با توجه به اینکه هدف اولیه وزارت بهداشت عدم افزایش هزینه‌ها است، این هدف تقویت پیدا می‌کند و تعارض منافع مالی، کاهش می‌یابد ولی با توجه به تجمیع نقش دیگر در وزارت بهداشت، ممکن است از نظر معیارهای دیگر، تعارض منافع افزایش یابد.

مطابق جدول فوق، ظاهراً در وظایف سازمان تأمین اجتماعی نیز تعارض منافع مالی وجود دارد، ولی با توجه به این که عمده خدمات مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی به بیمه‌شده‌ها ارائه می‌شود (بالای ۹۵ درصد) و رایگان هستند؛ افزایش تعرفه‌ها هیچ منفعت مالی برای سازمان تأمین اجتماعی ندارد. در واقع تعارض منافع ساختاری از جنبه مالی، در وظایف سازمان تأمین اجتماعی وجود ندارد.

پس به صورت خلاصه می‌توان گفت: تعارض منافع ساختاری موجود در ایران از نوع اول است که شدت بیشتری نسبت به نوع دوم دارد؛ یعنی متولی، ارائه‌کننده خدمت است. همچنین با توجه به این که دولت عهده‌دار وظایف متولی و ارائه‌کننده خدمت می‌باشد، مطابق نظریه سلسله‌مراتبی قدرت، شدت تعارض منافع ساختاری، به مراتب بیشتر و فزاینده است. برای حل این مشکل، هر کدام از ساختارهای موجود در جدول ۱ را که تعارض منافع ساختاری ندارند، می‌توان پیشنهاد داد، اما نزدیک‌ترین و عملی‌ترین تغییر ساختار، این است که ارائه خدمات از وزارت بهداشت جدا شود.

نتیجه‌گیری و ارائه پیشنهاد

«تعارض منافع» به حالتی گفته می‌شود که هدف ثانویه در تضاد با هدف اولیه باشد. اگر ساختار نظام سلامت به گونه‌ای باشد که اهداف وظایف ثانویه یکی از سازمان‌ها (نهادهای) در تضاد با هدف اولیه‌اش باشد، تعارض منافع ساختاری (شکلی) به وجود می‌آید. دو حالت برای تعارض منافع ساختاری در نظام سلامت و از جنبه مالی متصور است: ۱. تنظیم‌کننده نظام (متولی)، هم‌زمان ارائه‌کننده خدمات باشد؛ ۲. تأمین‌کننده مالی، هم‌زمان ارائه‌کننده خدمات باشد. بر پایه نظریه سلسله‌مراتبی قدرت حالت اول شدت تعارض منافع بیشتری نسبت به حالت دوم دارد و اگر دولت در حالت اول، متولی و ارائه‌کننده خدمات باشد، باز هم شدت تعارض منافع افزایش می‌یابد که این حالت در ایران صادق است؛ چون وزارت بهداشت متولی و ارائه‌کننده خدمات است.

در ارتباط با سازمان تأمین اجتماعی نیز تعارض منافع مالی شکلی وجود دارد، چون هم تأمین‌کننده

مالی است و هم ارائه‌کننده خدمت. ولی با توجه به این‌که عمده خدمات مراکز درمانی سازمان تأمین اجتماعی به بیمه‌شده‌ها ارائه می‌شود (بالای ۹۵ درصد) و رایگان هستند؛ افزایش تعرفه‌ها منفعت مالی چندانی برای سازمان تأمین اجتماعی ندارد. در واقع، از نظر ماهوی، تعارض منافع ساختاری از بعد مالی، در وظایف سازمان تأمین اجتماعی وجود ندارد.

پس می‌توان پیشنهاد داد نزدیک‌ترین و عملی‌ترین تغییر ساختار نظام سلامت در ایران که تعارض منافع ساختاری را از بین می‌برد، این است که ارائه خدمات درم از وزارت بهداشت جدا شود.

منابع

- پارسا، م، نمازی، ح و لاریجانی، ب. (۱۳۹۱) «راه حل تعارض منافع و مصادیق آن در آموزش و درمان»، مجله طب و تزکیه، ۵ تا ۱۳.
- درگاهی، ح، موسوی، م، عراقیه فراهانی، س و شهم، گ. (۱۳۸۷)، پی‌اورد سلامت، دوره ۲ شماره ۱ و ۲
- صادقیان ندوشن، م و باقری، م. (۱۳۹۵)، «تعارض منافع ذینفعان شرکت‌ها و راهکارهای حل آن»، پژوهش‌های حقوق تطبیقی دوره ۲۰، شماره ۳.
- مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (۱۳۹۶) «تعارض منافع ۲. راهکارهای پیشگیری و مدیریت»، شماره مسلسل ۱۵۸۰۱.
- میلانی فر، ع، آخوندی، م، پایکارزاده، پ، و لاریجانی، ب. (۱۳۹۰)، مجله اخلاق و تاریخ پزشکی، دوره پنجم شماره ۱.
- Böhm, Katharina; Schmid, Achim; Götze, Ralf; Landwehr, Claudia and Rothgang, Heinz: Five types of OECD healthcare systems: Empirical results of a deductive classification. Health Policy 113. (2013); 258- 269
- Böhm K, Schmid A, Götze R, Landwehr C, Rothgang H. Classify-ing OECD Healthcare Systems: a Deductive Approach, in TranStateWorking Paper 165. Bremen: CRC 597 Transformations of the State;(2012).
- Day L . Industry gifts to healthcare providers: are the concerns serious?. Am J Crit Care 2006 Sep ; 15(5): 510-513.
- EUROPEAN Union (2016) “THE EUROPEAN PARLIAMENT: THE CITIZEN’S VOICE IN THE EU; A SHORT GUIDE TO THE EUROPEAN PARLIAMENT” available on the internet ([http:// europa.eu](http://europa.eu)).
- European Parliament (2011) “Parliamentary Ethics: A Question of trust” , <HTTP://WWW.EUROPaRI.EUROPa.EU/OPPD> Schmid A, Cacace M, Götze R, Rothgang H. Explaining HealthcareSystem Change: problem pressure and the emergence of ‘Hybrid’Healthcare Systems. Journal
- Freeman R, Frisina L. Healthcare systems and the problem of classifi-cation. Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice. (2010);12(1/2):163-78.
- Rothgang H, Cacace M, Grimmeisen S, Wendt C. The chang-ing role of the State in Healthcare systems. European Review.(2005);13(S1):187-212.
- Rico A, Saltman RB, Boerma WGW. Organizational Restructuring inEuropean Health Systems: the role of primary care. Social Policy &Administration. (2003);37(6):592-608.
- Seán Boyle: United Kingdom (England): Health system review; Health Systems in Transition,(2011); 13(1):1-486.
- Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. N Engl J Med 1993; 329: 573-6.
- Wendt C, Frisina L, Rothgang H. Healthcare system types: a con-ceptual framework for comparison. Social Policy & Administration. (2009);43(1):70-90.
- Zahedi F, Larijani B.Fee splitting and medical ethics.Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorder, 2007;6(1):1-8.