



Original article

Conflict of interest in the governance of healthcare system in Iran: root causes, challenges, and solutions (a qualitative study)

Khatere Khanjankhani^{a,b} , Amirhossein Takian^{c,d,e,*} , Seyed-Mehrdad Mohammadi^{f,g} , Ehsan Shamsi Gooshki^h

^a Non-communicable Diseases Research Institute, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

^b Department of Global Health and Public Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

^c Health Equity Research Centre, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

^d Center of Excellence for Global Health, Department of Global Health and Public Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

^e Department of Health Management, Policy & Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

^f Public Health Law Group, The Institute for Legal Innovations, Tehran, Iran.

^g Center of Think Tank for Good Governance in Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

^h Research Center for Medical Ethics and History, Tehran University of Medical Sciences, Iran.

*Monash Bioethics Center, Monash University, Australia.



CrossMark
click for updates

ARTICLE INFO

Corresponding Author:
Amirhossein Takian

e-mail addresses:
takian@tums.ac.ir

Received: 06/Jan/2025
Revised: 18/Jul/2025
Accepted: 30/Jul/2025
Published: 30/Sep/2025

Keywords:
Conflict of interest
management
Governance
Healthcare system
Iran

10.61882/jha.28.1.76

ABSTRACT

Introduction: The healthcare system, like other sectors of public policy, is vulnerable to conflicts of interest (COI). Considering direct impact of COI on societal health, the emergence COI in the healthcare system carries potential risks to public well-being. This study aimed to determine the origin, challenges, and solutions for managing COI within the governance framework of the Iranian healthcare system.

Method: This cross-sectional, empirical qualitative study employed a snowball sampling technique. We identified 50 health experts and conducted semi-structured interviews. We applied inductive approach for data analysis, facilitated by the Atlas Ti9 software.

Results: Three primary themes emerged: "Origins of COI", "Challenges in managing COI situations", and "Solutions for managing COI situations". Altogether, we identified 57 codes for these three themes.

Conclusion: Cultural, political, managerial, executive, supervisory, and legal contexts contribute to the emergence of COI situations. Nevertheless, challenges- particularly structural, managerial, executive, and policy-related nature in conflict management, may delay COI management. Consequently, effective management of these situations requires addressing structural, institutional, and individual factors, refining policy management, strengthening laws and regulatory mechanisms, and enhancing the role of civil institutions.

What was already known about this topic:

- COI are major policy issues in the health system that may result in corruption.
- Few studies have examined the context, obstacles, and methods for managing for COI. Most studies have focused on ethical implications, the role of COI in physicians' decisions, and its impact on study outcomes.
- Failure to address COI situations may underpin public trust in the healthcare system.

What this study added to our knowledge:

- Management of structural, institutional, and individual manifestations of COI, improving policymaking, strengthening laws and oversight mechanisms, and enhancing the role of civil society institutions are critical to manage COI.
- Purely legal and individual-focused interventions, without considering cultural, political, managerial, and supervisory contexts, cannot be effective.

Copyright: © 2025 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), which permits any non-commercial use, sharing, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source.

Extended Abstract

Introduction

Polymakers in governmental positions are inevitably exposed to various financial and social interests that affect various aspects of their lives, as well as official and unofficial groups, associations, and other social affiliations. Conflict of interest (COI) situations have the potential to lead to corruption; hence, there is a need to identify these situations and develop solutions for their management [1]. Previous evidence indicates that all aspects of healthcare systems are susceptible to COI situations. One research demonstrated that the amalgamation of roles in oversight, financial provision, and service delivery within the healthcare system has led to the creation of various COI situations in Iran [2]. The Research Center of the Parliament of Iran identified COI situations in the payment system, tariff determination for the private sector, and complaint handling against physicians by the medical system, as well as in the activities of senior managers at the Ministry of Health & Medical Education (MoHME), as the most significant COI situations in Iran healthcare system [3].

Management solutions for COI situations are not feasible without considering the social interactions among healthcare system stakeholders. Therefore, instead of efforts to eliminate these situations, it may be more effective to manage them in a way that stops corruption, maintains public trust, and utilizes educational mechanisms for performance transparency, and legal behavior reforms [4-6]. Studies on COI in the Iranian healthcare system have mostly focused on ethical implications, the role of COI in physicians' decisions, and its impact on research outcomes. Little evidence exists on identifying key areas, challenges, and solutions for COI management [5-8]. Considering the importance of managing COI situations in the healthcare system, this study aimed to identify the challenges and potential solutions for managing COI situations in the Iranian healthcare system.

Methods

This study was conducted using a qualitative approach. We interviewed 50 purposefully-selected health experts, including former senior managers, and specialists in medical ethics and health policy, with expertise in the research subject. We selected participants from a diverse range of organizations, including Parliament, National Institutes of Health Research, Food and Drug Organization, insurance organizations, the Medical and Nursing Councils, the universities of medical sciences (UMSs), the

Ministry of Health and Medical Education (MoHME), the Welfare Organization, municipalities, pharmaceutical and medical equipment companies, and other relevant sectors.

Initially, we created a list of eligible participants based on relevance and expertise. After making the necessary arrangements, we sent interview invitations. Only one expert declined to participate. Two researchers (K.K. and A.T.) conducted all interviews. Before each interview, participants received the interview guide and an explanation of the study's objectives via email or messaging platforms. We used a semi-structured interview guide that initially contained eight questions. The guide was pilot-tested with five participants and revised based on their feedback to enhance clarity and relevance, resulting in a set of five final questions. The guide covered three thematic areas: questions pertaining to the genesis of COI (one question), challenges associated with conflicts of interest in healthcare system governance (two questions), and managerial solutions (two questions).

The interviews lasted approximately 45 to 60 minutes and were mostly conducted virtually via Skype, with only three held in person. All sessions were recorded with participants' consent, and field notes were taken during the interviews. Interviews continued until data saturation was achieved, which occurred at the 50th interview. We employed a snowball sampling technique whereby, at the end of each interview, participants were asked to suggest other experts in the field.

Thematic data analysis followed an inductive framework analysis approach and was performed using ATLAS.ti version 9 software. Two researchers independently coded each transcript. After coding, team discussions were held to compare and consolidate codes and categories, reaching consensus. The research team consisted of four researchers (one female, three male), with backgrounds in health policy, health law, health services management, and medical ethics. Three of them were university faculty members. No repeat interviews were needed. To enhance trustworthiness and rigor, we used detailed description and included extensive direct quotations from participants in the final report to allow readers to understand the context and depth of the findings.

Results

We extracted three themes, 12 sub-categories, and 57 codes in this study (Table1).

Table1. Thematic structure of challenges and solutions in managing conflicts of interest in Iran's healthcare system governance

Theme	Sub-constructs	Code
Origins of COI	1. Cultural context	1. Unreasonable societal expectations regarding COI 2. Inadequate cultural infrastructure
	2. Political context	1. Instability in political positions of managers 2. COI in decision-making mechanisms 3. COI in interdepartmental leadership
	3. Management and executive context	1. COI in the organization objectives 2. COI in processes and tasks, and affairs implementation 3. COI in evaluation and assessment actions 4. COIs in appointments
	4. Regulatory and legal context	1. COI in regulations, standards and guidelines formulation 2. Insufficient COI management frameworks 3. Limited involvement of regulatory mechanisms in handling COI 4. Dispersed and inefficient rules and regulations 5. Insufficient assurance in the enforcement of law
Challenges of managing COI situations	1. Contextual challenges	1. The integration of medical science education into healthcare service 2. The complexity and dynamics of the health system 3. The bureaucratic and structural defects in the body of the MOHME
	2. Management and executive challenges	1. Failure to define official codes for managing COI 2. A purely technical look at the COI 3. Choosing improper person in decision-making positions 4. Long bureaucracies in decision-making mechanisms
	3. Policy challenges	1. Lack of attention to managing COI by policymakers 2. Insular and short-term perspective 3. Instability in political decisions 4. Inadequate accountability for wrong decisions 5. Ignoring the governance duties of the MOHME 6. Insufficient political will to manage COI among policymakers 7. Insufficient information asymmetry between actors of COI management 8. Applying pressure by different groups and other external factors 9. COI arising from existing laws
Management solutions for COI situations	1. Management of structural/institutional cases	1. Modifying organizational structures and processes 2. Redefining the appointment description 3. The output quality of the activities 4. Implementation of transparency in all activities 5. Legal follow-up of the decisions made and acceptance of responsibility 6. Separating the rule maker from the enforcer of the rules
	2. Solutions to improve the management of COI	1. Strengthening the political will of managers regarding the management of COI 2. Strengthening institution-building and evidence-informed decision-making mechanisms 3. Reducing the power gap between different actors and managing pressure groups 4. Removing the gun barrel and island view in policy-making and decision-making 5. Strengthening the supervisory role of the MOHME 6. Strengthening the intervention of all actors in the decision process
	3. Strengthening laws and regulatory mechanisms	1. Strengthening and focusing on the self-regulation role of the MOHME 2. Simultaneous use of hard and soft policies 3. Separating the supervised from the supervisor 4. Managing opportunities for violations related to COIs 5. Creating legal support and formulating or amending laws 6. Applying restrictions on shareholding and voting rights 7. Monitoring by the legal system
	4. Management of personal cases	1. Management of COI in appointed persons 2. Applying post-employment restrictions and monitoring the employee after leaving the job 3. Adopting the approach of preventing COIs in the selection of employee 4. Prohibition of simultaneous employment of government employees in private and public sectors 5. Compilation of ethical codes, culture building and training of government employee 6. Attention to the living conditions of employees
	5. The role of civil institutions, press and radio	1. Demanding civil institutions, press and radio from all effective actors in the decision-making process 2. Informing society about COI and strengthening their role in its management 3. Listening to public voices and monitoring their decisions

Discussion

In this study, three main themes were identified: origins of COI, challenges in managing COI, and management solutions.

Origins of COI: COI in Iran's healthcare system arises within cultural, political, managerial and executive, as well as regulatory and legal domains. Each is explored in detail as follows.

Cultural context: The cultural context significantly contributes to COI formation. Currently, no formal educational framework exists in Iranian organizations to address COI situations. A 2014 OECD survey highlights that training newly appointed officials enhances awareness of COI [9]. For example, the U.S. Office of Government Ethics provides advisory materials to support officials' ethical responsibilities [10], while Argentina's Anti-Corruption Office offers an online COI simulator for self-assessment [9]. Adopting similar educational initiatives could mitigate culturally driven COI in Iran.

Political context: Political instability fosters competition among stakeholders, increasing opportunities for COI [11]. The World Bank notes that political instability drives corruption in governance [12]. COI in intersectoral leadership can lead to decisions that are harmful to public health. Political accountability, which prioritizes citizens' demands, is critical for legitimizing governance and ensuring realization of civic rights [13]. Enhancing political accountability could address politically driven COI.

Managerial and executive context: Managerial and executive processes, such as healthcare service accreditation, are highly susceptible to COI due to non-independent accreditation bodies and inappropriate organizational MOHME structures [14, 15]. The World Health Organization stresses the importance of understanding organizational missions to manage COI [16]. Countries such as Germany and Sweden use international accreditation institutes [17,18], while the U.S. and Canada rely on independent non-profit organizations [19, 20]. Independent accreditation could reduce managerial COI in Iran.

Regulatory and legal context: COI in developing regulations often marginalizes certain professions, such as optometry compared to ophthalmology, due to dominance of specific specialists [21]. Studies recommend excluding individuals with COI from guideline development and requiring transparent disclosure of any COI, thereby ensuring evidence-based decisions [21, 22]. Countries should establish monitoring mechanisms for policy implementation [16]. Enhancing transparency in Iran's regulatory processes is therefore essential.

Challenges of managing COI: Managing COI is complex due to contextual, managerial, and policy-related obstacles.

Contextual challenges: The integration of medical education with healthcare governance under the Ministry of Health fosters allegiance to specific groups, leading to decisions that favor group interests rather than public goals [21]. Bureaucratic corruption erodes public trust and undermines governance stability [23, 24]. Reforms must consider systemic impacts to avoid unintended consequences.

Managerial and executive challenges: A technical approach to COI overlooks its political-social dimensions [25]. Recommendations are strengthening interest groups, combating corruption, and promoting ethical shifts in public services [26, 27]. Adopting a socio-political perspective could improve COI management in Iran.

Policy-making challenges: Policymakers often accept COI situations instead of addressing them due to short-term and fragmented perspectives on health governance [16, 28]. A lack of accountability, neglect of Ministry of Health responsibilities, and pressures from interest groups further exacerbate these issues [29, 30]. Challenging existing power dynamics is essential [31, 32] and aligning interest groups with public interests is a viable strategy.

Solutions for managing COI: Solutions span structural, institutional, individual, and societal levels, including policy-making improvements, regulatory strengthening, personal COI management, and civil institution empowerment.

Structural and institutional management: Reforming healthcare structures and separating conflicting roles are critical [33]. Transparency accelerates reforms when it is sufficient to assess severity of COI. Data-driven verification enhances transparency [9]. The Ministry of Health should prioritize governance responsibilities particularly evidence-informed policy-making [21].

Policy-making improvements: Enhancing policy-making requires political will, strong institutional frameworks, and a reduction in power disparities [34]. Key elements include evidence-informed decision-making, management of pressure groups, and strengthened accountability [21].

Strengthening regulatory mechanisms: Separating regulators from entities they observe help reduce bias [21]. Self-regulation by the Ministry of Health, with oversight by low-COI groups, is crucial. Combining hard (punitive) and soft (preventive) policies, as demonstrated in South Korea [35], is effective. Legal frameworks require ethical support to ensure compliance [36].

Managing personal COI: Appointing non-physicians to policy roles, imposing post-employment restrictions, and monitoring former officials help curb personal COI [37, 38]. For example, in China, former officials are banned from holding related profit-making roles for three years [39]. Addressing the financial well-being of officials reduces the risk of corruption [40, 41].

Role of civil institutions, media, and broadcasting: Civil institutions and media drive accountability and awareness [16]. Free media must avoid COI, as journalists may develop biases toward gift-giving entities [42, 43]. Strengthening civil society's monitoring capacity requires public awareness campaigns [16].

Limitations

A key limitation was the difficulty in obtaining candidate information from participants, particularly those potentially involved in COI situations. These participants tended to provide general opinions rather than detailed information for realities within Iran's healthcare system. To mitigate this, diverse participants were selected based on organizational position, expertise, and managerial experience, ensuring the capture of more varied, and realistic perspectives. However, potential response bias cannot be entirely ruled out.

Conclusion

Cultural, political, managerial, and regulatory contexts drive COI in Iran's healthcare system, making culturally and politically sensitive management strategies essential. Challenges include contextual, managerial, and policy-related obstacles; however, solutions such as structural reforms, enhanced policy-making, robust regulations, and empowered civil institutions are effective. Despite its limitations, this study provides actionable insights for effective COI management.

Declarations

Ethical considerations: This article is a part of the thesis titled "Analysis for Policy for Managing Conflict of Interest in the Health System Governance of Iran", for the PhD degree in Health Policy approved by Tehran University of Medical Sciences in 2019 with this ethical code: IR.TUMS.PHS.REC.1398.152.

Funding: None

Conflicts of interests: The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contribution: **A.T** (corresponding author): Conceptualization, supervision; **Kh.Kh**: methodology, data management, data analysis, writing; **SM**: Writing-review & editing; **E.Sh**: Writing-review & editing. All authors have read and approved the final text of the article.

Consent for publication: None

Data availability: Due to the confidentiality of interviews, data cannot be shared.

AI deceleration: To search for relevant literature, the authors employed AI-based tools including Semantic Scholar and Epsilon AI.

Acknowledgements: The authors are grateful to all the people who helped in this research.

References

1. David-Barrett E. David-Barrett E. Regulating conflicts of interest in public office. In: Graycar A, editor. handbook on corruption, ethics and integrity in public administration. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing; 2020. p. 362–375.
 2. Shirdel R. Surveying health system of Iran about financial structural conflict of interest. Social Security Quarterly. 2019;15(1):113-25. [In Persian]. Available from: https://qjo.ssor.ir/article_96132.html?lang=en
 3. Buzarjamohri H, Mokhtari Payam M, Chivaee D, Almasi M, Parnian E, Akbari MI, Rahbari Bnab M, Sayyah SA, Khashei V, Rohani SA, Abouhamze D, Prahizkari SA. Examples of conflict of interest 1. Conflict of interest in the field of health [Internet]. Tehran: Islamic Council Research Center; 2021 [cited 2021 Aug 23]. [In Persian]. Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/report/show/1668525>
 4. Parsapoor A. Conflict of interest in clinical environments. Iranian Journal of Culture and Health Promotion. 2019;3(2):222-3. [In Persian]. Available from: <http://ijhp.ir/article-1-174-fa.html>
 5. Ebrahimi A, Zand S, Amiri FB, Shahi F, Jafarian A, Kaviani A. Conflict of interest: Are Iranian breast cancer specialists prone to it? Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP. 2020;21(6):1653-8. doi: <https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.6.1653>.
 6. Khanjankhani K, Takian A, Shamsi Gooshki E, Mohammadi SM, Arab M. Actors in conflict of interest in Iran's health system: ranking and policy recommendations for conflict of interest management. World Medical & Health Policy. 2023;15(4):476-88. doi: <https://doi.org/10.1002/wmh3.561>
 7. Parsa M, Khorshidian A. Conflict of interest in dentistry. Journal of Medical Ethics and History of Medicine. 2017;10(1):258-71. [In Persian]. Available from: <http://ijme.tums.ac.ir/article-1-5933-en.html>.
 8. ZoghiTawana S. Investigation of the relationship between the presence or absence of conflict of interest and the reporting of positive outcomes in clinical trial research in Iranian dental journals [Thesis]. [Kerman]: Kerman University of Medical Sciences; 2016. [In Persian].
- World Bank. Preventing and managing conflicts of interest in the public sector: good practices guide [Internet]. Washington, DC: World Bank; 2020 [cited 2025 Aug 1]. Available from: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/950091599837673013/prev>

- enting-and-managing-conflicts-of-interest-in-the-public-sector-good-practices-guide.
10. Raile E. Raile E. Managing conflicts of interest in the Americas: a comparative review [Internet]. Washington, DC: US Office of Government Ethics; 2004 [cited 2025 Jul 30]. Available from: <https://www.oge.gov/Web/OGE.nsf/Resources/Managing%2BConflicts%2Bof%2BInterest%2Bin%2Bthe%2BAmericas%3A%2BA%2BComparative%2BReview>
 11. Zamani R. The effect of political instability on economic growth in Iran between two revolutions (1907-1979). *Iranian Economic Review*. 2021;25(4):790-77. doi: <https://doi.org/10.22059/ier.2021.85087>
 12. Hussain Z. Can political stability hurt economic growth? 2014. Available from: <https://blogs.worldbank.org/endpovertyinsouthasia/can-political-stability-hurt-economic-growth>
 13. Moghimi J, Safavardi S, Naderpour B, Mohebbinia J. The place of the principle of accountability in the realization of citizenship rights in the political system. *Medical Law Journal*. 2021;15:183-95. [In Persian] Available from: <http://ijmedicallaw.ir/article-1-1387-en.html>.
 14. Mosadeghrad A, Ghazanfari F. Iran hospital accreditation governance: challenges and solutions. *Payavard* 2020;14(4):332-11. [In Persian]. Available from: <http://payavard.tums.ac.ir/article-1-7042-en.html>
 15. Bahmaei J, Bastani P, Keshtkaran A, Mohammadpour M, Sarikhani Y. Challenges of the execution of hospital accreditation in Iran: a critical review. *Journal of Health Research in Community*. 2020;5(4):98-82. [In Persian]. Available from: <http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-444-en.html>
 16. WHO. Addressing and managing conflicts of interest in the planning and delivery of nutrition programmes at country level: report of a technical consultation convened in Geneva, Switzerland, on 8–9 October 2015 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2025 Jul 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241510047>
 17. Liu C, Haseltine W. The Singaporean health care system. In: Mossialos E, Djordjevic A, Osborn R, Sarnak D, editors. *international profiles of health care systems*. New York & Washington DC: The Commonwealth Fund; 2017. Chapter on Singapore; pp. 135–142. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>
 18. Mossialos E, Djordjevic A, Osborn R, Sarnak D. *International profiles of health care systems* [Internet]. New York: The Commonwealth Fund; 2017 May [cited 2025 Jul 29]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>
 19. Allin S, Rudoler D. The Canadian health care system [Internet]. In: Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Sarnak D, editors. *international profiles of health care systems*. New York: The Commonwealth Fund; 2017 [cited 2025 Aug 1]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>
 20. The Commonwealth Fund. The U.S. health care system [Internet]. In: Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Sarnak D, editors. *international profiles of health care systems*. New York: The Commonwealth Fund; 2017 [cited 2025 Aug 1]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>
 21. Lo B, Field MJ. *Conflict of interest in medical research, education, and practice*. Washington, DC: National Academies Press; 2009.
 22. Traversy G, Barnieh L, Akl EA, Allan GM, Brouwers M, Ganache I, et al. Managing conflicts of interest in the development of health guidelines. *Canadian Medical Association Journal*. 2021;193(2):E49-e54. doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.200651>
 23. Alihosseini S, Haghdoust A, Ghalichi L, Goharinezhad S, Mehravi B, Barati O, et al. Reevaluation of problems and challenges in Iran university of medical sciences, the first step to an effective performance improvement. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2022;29(4):1-9. [In Persian]. Available from: <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-6137-fa.html>
 24. Mirabasi F, Saie A, Azghandi A. Corruption syndrome and fragile bureaucracy in transitional societies. *Political Strategic Studies*. 2020;9(34):209-42. [In Persian]. doi: <https://doi.org/10.22054/qps.2020.41326.2293>
 25. Khanjankhani K, Takian A. A foreword to conflict of interest dimensions and its management strategies in the stewardship of health systems. *Hygiene and Health Strategy Quarterly*. 2021;1(1):35-50. [In Persian]. Available from: <https://rushd.ir/?p=9817>
 26. Akhakpe IP. *Bureaucracy and good governance*: Pumark Nigeria Limited; 2014.
 27. Igbokwe-Ibeto C. Examining the interface between bureaucratic conflict and public interest in Africa. *The Journal for Transdisciplinary Research in Southern Africa*. 2021;17(1):a874. doi: <https://doi.org/10.4102/td.v17i1.874>
 28. Rutter J. Overcoming short-termism in policymaking after COVID-19. 2020. Available from: <https://www.health.org.uk/news-and-comment/newsletter-features/overcoming-short-termism-in-policymaking-after-covid-19>
 29. Conway M. Does clinical pharmacology & therapeutics' conflict of interest policy protect the reader? *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 2007;82(5):495-6. doi: <https://doi.org/10.1038/sj.clpt.6100387>
 30. Crigger NJ. Pharmaceutical promotions and conflict of interest in nurse practitioner's decision making:

- the undiscovered country. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2005;17(6):207-12. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1041-2972.2005.00034.x>
31. Grundy Q, Habibi R, Shnier A, Mayes C, Lipworth W. Decoding disclosure: comparing conflict of interest policy among the United States, France, and Australia. *Health Policy*. 2018;122(5):509-18. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.015>
 32. Rahman-Shepherd A, Balasubramaniam P, Gautham M, Hutchinson E, Kitutu F, Marten R, et al. Conflicts of interest: an invisible force shaping health systems and policies. *The Lancet Global health*. 2021;9:e1055-e6. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00202-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00202-3)
 33. Cain DM, Loewenstein G, Moore DA. The dirt on coming clean: perverse effects of disclosing conflicts of interest. *The Journal of Legal Studies*. 2005;34(1):1-25. Available from: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/426699>
 34. Goedendorp A, Struijk PA. Police and pressure groups. *Tijdschrift Voor De Politie*. 1978;40(12):581-8. Available from: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/police-and-pressure-groups>
 35. Parhizkari A RA, Parhizkari A, Rezghi A. Conflict of Interest: Prevention and Management Strategies [Internet]. Tehran: Research Center of the Islamic Consultative Assembly of Iran; [cited 2018 Mar]. [In Persian]. Available from: https://report.mrc.ir/article_7203.html
 36. Gong T, Ren J. Hard rules and soft constraints: regulating conflict of interest in China. *Journal of Contemporary China*. 2013;22(79):1-17. <https://doi.org/10.1080/10670564.2012.716941>
 37. Lobbying Act. Available from: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/l-12.4/page-1.html>
 38. Code of conduct for ministers and parliamentary secretaries. Available from: <https://www.vic.gov.au/code-conduct-ministers-and-parliamentary-secretaries>
 39. Labour Law of the People's Republic of China. Available from: http://www.npc.gov.cn/zgrdw/englishnpc/Law/2007-12/12/content_1383754.htm
 40. Mahdavi G, Karimipoor I. Identifying factors influencing the employee's corruption of governmental organizations based on court of auditor's viewpoint of Fars and Kerman provinces. *Governmental Accounting*. 2019;4(1):73-86.. [In Persian]. Available from: <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.24234613.1396.4.1.6.2>
 41. Khedri B, Mohammadzadeh aghdam AMa, Momeni Masoleh FS. The effective factors of corruption in governmental organizations of Sanandaj city. *Social Welfare*. 2016;16(60):137-67. [In Persian]. Available from: <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-2479-en.html>
 42. Schwartz LM, Woloshin S, Moynihan R. Who's watching the watchdogs? *The BMJ*. 2008;337:1202-4. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/337/7680/Observations.full.pdf>
 43. Boyd EA, Bero LA. Defining financial conflicts and managing research relationships: an analysis of university conflict of interest committee decisions. *Science and Engineering Ethics*. 2007;13:415-35. doi: <https://doi.org/10.1007/s11948-007-9041-6>

تعارض منافع در تولیت نظام سلامت ایران: زمینه‌های شکل‌گیری، چالش‌ها و راهکارها (یک مطالعه کیفی)

خاطره خانجانی^{۱،۲}، امیرحسین تکیان^{۳،۴،۵*}، سید مهرداد محمدی^{۶،۷}، احسان شمسی‌گوشتی^{۸،۹}

^۱ پژوهشکده بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

^۲ گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۳ مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۴ مرکز تعالی سلامت جهانی دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه سلامت جهانی و سیاست‌گذاری عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۵ گروه مدیریت، سیاستگذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۶ گروه حقوقی بهداشت عمومی، موسسه نوآوری‌های حقوقی، تهران، ایران.

^۷ اتاق فکر حکمرانی خوب در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۸ گروه اخلاق پزشکی، مرکز تحقیقات اخلاق و تاریخ پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۹ مدرس، مرکز اخلاق زیستی موناخ، دانشگاه موناخ، استرالیا.

اطلاعات مقاله چکیده

نویسنده مسئول:

امیرحسین تکیان

رایانامه:

takian@tums.ac.ir

وصول مقاله: ۱۴۰۳/۱۱/۰۶

اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۰۴/۲۷

پذیرش نهایی: ۱۴۰۴/۰۵/۰۸

انتشار آنلاین: ۱۴۰۴/۰۶/۱۲

واژه‌های کلیدی:

مدیریت تعارض منافع

تولیت

نظام سلامت

ایران

مقدمه: نظام سلامت همانند سایر بخش‌های حاکمیت می‌تواند دستخوش موقعیت‌های تعارض منافع شود. از آنجا که فعالیت‌های نظام سلامت ارتباط مستقیم با سطح سلامت جامعه دارد، وقوع تعارض منافع می‌تواند برای سلامت جامعه خطراتی را به همراه داشته باشد. این مطالعه با هدف شناسایی زمینه‌های شکل‌گیری، چالش‌ها و راهکارهای مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در تولیت نظام سلامت ایران انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی و کاربردی به‌صورت کیفی انجام شد. با استفاده از روش گلوله برفی، ۵۰ نفر از خبرگان حوزه سلامت انتخاب شدند و پیرامون پرسش پژوهش، با ایشان مصاحبه نیمه‌ساختاریافته انجام شد. داده‌های گردآوری‌شده با رویکرد تحلیل چارچوب و به‌صورت استقرایی تحلیل شدند. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار Atlas Ti9 انجام شد.

یافته‌ها: در این مطالعه، سه مقوله اصلی «زمینه‌های شکل‌گیری تعارض منافع»، «چالش‌های مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع» و «راهکارهای مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع» و ۵۷ مولفه استخراج شد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد زمینه‌های فرهنگی، سیاسی، مدیریتی و اجرایی، و نظارتی و قانونی می‌توانند در ایجاد موقعیت‌های تعارض منافع دخیل باشند. چالش‌هایی نظیر چالش‌های بافتاری، مدیریتی و اجرایی و سیاستگذاری مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع را به تأخیر می‌اندازد. از این‌رو، مدیریت مصادیق ساختاری، نهادی و فردی، بهبود سیاستگذاری، تقویت قوانین و سازوکارهای نظارتی و تقویت نقش نهادهای مدنی می‌تواند در مدیریت این موقعیت‌ها کارآمد باشد.

آنچه می‌دانیم:

- موقعیت‌های تعارض منافع از چالش‌های سیاستگذاری در نظام سلامت است که می‌تواند منجر به فساد شود.
- مطالعات انجام شده بیشتر به جنبه‌هایی نظیر اهمیت اخلاقی، نقش تعارض منافع در تصمیم‌پژشکان و تأثیر آن بر نتایج تحقیقات پرداخته‌اند و کمتر مطالعه‌ای به دنبال شناسایی زمینه‌ها، یافتن چالش‌ها و ارائه راهکارها برای مدیریت آن بوده است.
- مدیریت نکردن موقعیت‌های تعارض منافع می‌تواند اعتماد عمومی را نسبت به تصمیم‌های نظام سلامت مخدوش کند.

آنچه این مطالعه اضافه کرده است:

- تأکید بر مدیریت مصادیق ساختاری، نهادی و فردی تعارض منافع، بهبود سیاستگذاری، تقویت قوانین و سازوکارهای نظارتی و تقویت نقش نهادهای مدنی، افق جدیدی برای مدیریت تعارض منافع فراهم می‌کند.
- مداخله‌های صرفاً قانونی و فردمحور بدون توجه به زمینه‌های فرهنگی، سیاسی، مدیریتی و نظارتی، نمی‌توانند به تنهایی کارآمد باشند.

مقدمه

نظام سلامت به دلیل گستردگی و تنوع در مأموریت‌ها همواره با چالش‌های بی‌شماری در سیاستگذاری همراه است. یکی از این چالش‌ها قرار گرفتن سیاستگذاران در موقعیت‌های تعارض منافع است. موقعیت‌های تعارض منافع به دلیل عدم تعادل در منافع ایجاد می‌شوند [۱]. برخی پژوهشگران تعارض منافع را به تعامل‌های مختلف بین بازیگران مرتبط در یک نظام از نظر ایده‌ها، ترجیح‌ها و علایق مرتبط می‌دانند [۲، ۳]. این تعامل می‌تواند در سطح شدید و یا اصطکاک‌های جزئی و به اشکال مختلفی مانند اختلاف منافع، تقابل و رقابت، عدم هماهنگی و غیره ظاهر شود [۴]. شناسایی موقعیت‌های تعارض منافع کار آسانی نیست. برخی موقعیت‌های تعارض منافع ممکن است پنهان باشند و نتوان آنها را تشخیص داد [۵]. همچنین، در نظر گرفتن تفاوت‌های شناختی در ارزش‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای فردی در انتخاب بهترین راهکار مدیریت این موقعیت‌ها باید در نظر گرفته شود [۶]. برخی پژوهشگران عوامل تأثیرگذار بر تعارض منافع را به‌طور کلی شامل تفاوت‌های شناختی، عوامل اقتصادی، عوامل سازمانی و عوامل قراردادی برشمرده‌اند [۷]. در کنار نگرش‌های فردی، روابط و چالش‌های سازمانی نیز باید در مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در نظر گرفته شود، به ویژه در مواردی که بین دو طرف بخش خصوصی و دولتی تعامل برقرار است [۸]. برخی از پژوهشگران علل ریشه‌ای تضاد منافع را از منظر خواسته‌های منافع، سطوح مشارکت و نظارت دولت مورد بحث قرار داده و سازوکاری برای حل تعارض منافع ایجاد نموده‌اند [۹].

پژوهش‌ها نشان می‌دهد تمام جنبه‌های نظام سلامت مستعد وجود موقعیت‌های تعارض منافع هستند. برای نمونه تلفیق نقش‌های تولید، تأمین‌کننده مالی و ارائه‌کننده خدمت در نظام سلامت ایران منجر به ایجاد انواع موقعیت‌های تعارض منافع شده است [۱۰]. بررسی حوزه سلامت کشور نشان می‌دهد موقعیت‌های مختلفی از تعارض منافع در سطوح مختلف نظام سلامت کشور وجود دارد. به‌طور مشخص‌تر موقعیت‌های تعارض منافع در نظام پرداخت کارانه، تعیین تعرفه بخش خصوصی و رسیدگی به شکایات از پزشکان توسط نظام پزشکی، فعالیت مدیران ارشد وزارت بهداشت و سازمان تأمین اجتماعی در بخش خصوصی، سهام‌داری مدیران دولتی در بیمارستان‌ها و شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی از جمله مهمترین مصادیق و موقعیت‌های تعارض منافع در نظام سلامت کشور به‌حساب می‌آیند [۱۱]. راهکارهای مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع بدون در نظر گرفتن تعاملات اجتماعی بازیگران نظام سلامت امکان‌پذیر نیست. از این‌رو، سیاست‌گذاران بیش از آنکه در پی نفی و رفع این موقعیت‌ها باشند، باید با بهره‌گیری از سازوکارهای آموزشی، شفافیت در عملکرد و اصلاح بافتار قانونی آن را چنان مدیریت کنند که ترمزی برای خدمت و مخدوش‌کننده اعتماد در جامعه نباشد [۱۲-۱۴]. از سویی دیگر، مطالعاتی که تاکنون در حوزه تعارض منافع در نظام سلامت ایران انجام شده است، بیشتر به جنبه‌هایی نظیر اهمیت اخلاقی، نقش تعارض منافع در تصمیم‌گیری پزشکان و تأثیر آن بر نتایج تحقیقات پرداخته‌اند و کمتر مطالعه‌ای به دنبال شناسایی زمینه‌ها، یافتن چالش‌ها و ارائه راهکارها برای مدیریت آن بوده است [۱۵، ۱۶]. بنابراین با توجه به اهمیت مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در نظام سلامت، این مطالعه

با هدف بررسی چالش‌ها و ارائه راهکارهایی جهت مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در نظام سلامت ایران انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه به روش کیفی انجام شد. مشارکت‌کنندگان پژوهش شامل ۵۰ نفر از خبرگان حوزه سلامت (مدیران ارشد پیشین و نیز خبرگان حوزه اخلاق پزشکی و سیاستگذاری سلامت) بودند که بر موضوع پژوهش اشراف داشتند (جدول ۱). برای شناسایی خبرگان، ابتدا فهرستی اولیه از افراد مرتبط تهیه و پس از انجام هماهنگی‌های لازم، با افراد موردنظر مصاحبه شد. دو نفر از پژوهشگران (خ و الف) با انجام مصاحبه‌ها را بر عهده داشتند. پیش از مصاحبه، راهنمای گردآوری داده‌ها از طریق رایانامه یا شبکه‌های اجتماعی برای مصاحبه‌شوندگان ارسال شد و اهداف و دلایل انجام مطالعه به ایشان توضیح داده شد. تنها یک نفر از پاسخگویی به مصاحبه خودداری کرد. پس از پایان هر مصاحبه، از خبرگان درخواست شد تا جهت غنی‌تر کردن بیشتر نتایج پژوهش، فرد یا افراد صاحب‌نظر در این زمینه را به‌صورت گلوله برفی معرفی کنند. در نهایت، پس از رسیدن اشباع داده‌ها، که در پنجاهمین مصاحبه اتفاق افتاد، مصاحبه‌ها متوقف شد.

ابزار گردآوری داده‌ها راهنمای مصاحبه بود که در ابتدا شامل ۸ سؤال بود و پس از انجام پنج مصاحبه اولیه، به ۵ سؤال کاهش یافت. این راهنما در سه بخش سؤالات مربوط به زمینه‌های شکل‌گیری تعارض منافع (۱ سؤال)، چالش‌های تعارض منافع در تولیت نظام سلامت (دو سؤال) و راهکارهای مدیریت آن (دو سؤال) تنظیم شد. مصاحبه‌ها به‌طور میانگین برای هر خبره بین ۴۵ الی ۶۰ دقیقه طول کشید. اکثر مصاحبه‌ها به‌صورت مجازی و در بستر اسکایپ انجام شد و تنها سه مصاحبه حضوری بود. تمام مصاحبه‌ها با رضایت شرکت‌کنندگان ضبط شدند و در حین مصاحبه نیز یادداشت‌برداری انجام شد.

دو نفر از پژوهشگران به‌صورت مستقل هر مصاحبه را کدگذاری کردند. پس از پایان کدگذاری، جلسه‌ای با حضور اعضای تیم پژوهش برگزار شد و درباره کدهای استخراج‌شده تبادل نظر صورت گرفت و در نهایت اجماع دست آمد. رشته‌های تحصیلی پژوهشگران شامل سیاستگذاری سلامت، حقوق سلامت، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی و اخلاق پزشکی بود. همگی پژوهشگر و سه نفر نیز عضو هیئت علمی بودند. تیم پژوهشی شامل یک زن و سه مرد بود. تکرار مصاحبه‌ها ضرورتی نیافت.

داده‌های گردآوری‌شده با رویکرد تحلیل چارچوب و به‌صورت استقرایی تحلیل شدند. فرآیند تحلیل به‌صورت تیمی انجام شد و شامل کدگذاری باز (برای شناسایی مفاهیم کلیدی از متن مصاحبه‌ها) و سپس کدگذاری محوری (برای گروه‌بندی کدها و ایجاد مولفه‌ها و زیرمقوله‌ها) بود. مولفه‌ها در تعامل میان پژوهشگران، با مقایسه و ترکیب کدها و استخراج مفاهیم مرکزی شکل گرفتند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار ATLAS.ti نسخه ۹ انجام شد.

جهت افزایش اعتبار و پایایی یافته‌ها در پایان فرآیند تحلیل، در نگارش گزارش نهایی از شرح غنی برای توصیف دقیق مفاهیم، همراه با

نقل قول‌های مستقیم و بلند از مصاحبه‌شوندگان استفاده شد تا خواننده امکان درک بافتار و زمینه گفته‌ها را داشته باشد.

جدول ۱. مشخصات و تعداد مصاحبه‌شوندگان در پژوهش

تعداد	سازمان
۲ نفر	نمایندگان مردم در مجلس شورای اسلامی
۱ نفر	مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی
۳ نفر	شورای عالی سلامت و امنیت غذایی
۱ نفر	موسسه ملی تحقیقات نظام سلامت
۲ نفر	سازمان غذا و دارو
۳ نفر	سازمان بیمه سلامت ایران
۱ نفر	سازمان تامین اجتماعی
۲ نفر	نظام پزشکی
۲ نفر	نظام پرستاری
۵ نفر	دانشگاه‌های علوم پزشکی
۲ نفر	معاونت آموزشی
۳ نفر	معاونت بهداشتی
۳ نفر	معاونت پشتیبانی
۳ نفر	معاونت تحقیقات و فناوری
۳ نفر	معاونت درمان
۲ نفر	سازمان بهزیستی
۱ نفر	شهرداری تهران
۳ نفر	متخصص سیاست‌گذاری عمومی
۲ نفر	شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی
۶ نفر	سایر گروه‌ها (اقتصاددان، حقوق‌دان و شاغلان قبلی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)
۵۰ نفر	مجموع

استخراج شد (جدول ۲).

یافته‌ها

در این مطالعه، سه مقوله اصلی، ۱۲ زیر مقوله و ۵۷ مولفه

جدول ۲. مقوله‌های اصلی، زیر مقوله‌ها و مولفه‌های چالش‌ها و راهکارهای مدیریت تعارض منافع در تولیت نظام سلامت ایران

مقوله اصلی	زیر مقوله	مولفه
زمینه‌های شکل‌گیری	۱. بافتار فرهنگی	۱. انتظارات نادرست جامعه از موقعیت‌های تعارض منافع
تعارض منافع		۲. بستر نامناسب فرهنگی برای آشنایی با مصادیق تعارض منافع و مدیریت آن در محیط کار
	۲. بافتار سیاسی	۱. ناپایداری در جایگاه‌های شغلی مدیریتی
		۲. وجود موقعیت‌های تعارض منافع در سازوکارهای تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری
		۳. وجود موقعیت‌های تعارض منافع در رهبری بین بخشی
	۳. بافتار مدیریتی و اجرایی	۱. تعارض در اهداف سازمان
		۲. وجود موقعیت‌های تعارض منافع در فرایندها، وظایف و اجرای امور
		۳. وجود موقعیت‌های تعارض منافع در اقدامات مرتبط با ارزشیابی و ارزیابی
		۴. وجود موقعیت‌های تعارض منافع در انتصابات
	۴. بافتار نظارتی و قانونی	۱. وجود موقعیت‌های تعارض منافع در تدوین آیین نامه‌ها، استانداردها، دستورالعمل‌ها و موارد مشابه
		۲. بستر نامناسب نظارت بر مدیریت تعارض منافع و ناکافی بودن فرایندهای نظارتی موجود
		۳. مداخله ناکافی سازوکارهای نظارتی در مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در تولیت نظام سلامت
		۴. پراکنده و ناکارآمد بودن قوانین و آیین‌نامه‌های مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع
		۵. ضمانت ناکافی در اجرای قوانین مرتبط با مدیریت تعارض منافع

جدول ۲. ادامه

مقوله اصلی	زیرمقوله	مؤلفه
چالش‌های مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع	۱. چالش‌های بافتاری	۱. ادغام آموزش علوم پزشکی با تولیت خدمات سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران ۲. پیچیدگی و پویایی نظام سلامت ۳. کندی امور به دلیل نقص‌های متعدد بافتاری موجود در بدنه وزارت بهداشت
	۲. چالش‌های مدیریتی و اجرایی	۱. عدم تعریف کدهای رسمی مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع توسط متولی سلامت ۲. نگاه صرفاً فنی به مسئله مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع ۳. ناشایسته‌سالاری در انتخاب افراد در جایگاه‌های سیاستگذاری و تصمیم‌گیری ۴. دیوان‌سالاری طولانی در سازوکارهای تصمیم‌گیری
	۳. چالش‌های سیاستگذاری مدیریت تعارض منافع	۱. کم‌توجهی سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران به مسئله مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع ۲. نگاه جزیره‌ای و کوتاه مدت به مقوله سلامت ۳. ناپایداری در تصمیم‌های سیاسی اتخاذ شده ۴. سازوکارهای ناکافی پاسخگویی در قبال تصمیم‌های اشتباه ۵. نادیده گرفته شدن وظایف حاکمیتی وزارت بهداشت به‌عنوان متولی سلامت ۶. دغدغه و اراده سیاسی ناکافی برای مدیریت تعارض منافع در بین سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران ۷. تقارن اطلاعاتی ناکافی بین بازیگران مختلف مدیریت تعارض منافع ۸. اعمال فشار توسط گروه‌های مختلف و سایر عوامل خارجی ۹. موقعیت‌های تعارض منافع ناشی از قوانین موجود
راهکارهای مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع	۱. مدیریت مصادیق ساختاری/ نهادی	۱. اصلاح ساختارها و فرایندهای سازمانی ۲. بازتعریف شرح انتصاب و شرایط احراز پست ۳. توجه به کیفیت خروجی فعالیت‌های انجام شده ۴. اجرای سازوکارهای شفافیت در تمامی فعالیت‌ها ۵. پیگیری قانونی تصمیم‌های اتخاذ شده و پذیرش مسئولیت ۶. جداکردن قاعده‌گذار از مجری قوانین
	۲. راهکارهای بهبود سیاست‌گذاری مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع	۱. تقویت اراده سیاسی مدیران در خصوص مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع ۲. تقویت نهادسازی و سازوکارهای تصمیم‌گیری آگاه از شواهد ۳. کاهش فاصله قدرت بین بازیگران مختلف و مدیریت گروه‌های فشار ۴. حذف نگاه لوله تفنگی و جزیره‌ای در سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری ۵. تقویت نقش تولیتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۶. ایجاد بستری جهت تقویت مداخله تمامی بازیگران در فرایند تصمیم‌گیری
	۳. تقویت قوانین و سازوکارهای نظارتی	۱. تقویت و تمرکز بیشتر بر نقش خود تنظیم‌گری وزارت بهداشت ۲. استفاده همزمان از سیاست‌های سخت و نرم ۳. تفکیک نظارت‌شونده از نظارت‌کننده ۴. مدیریت فرصت‌سازی‌های تخلفات مرتبط با موقعیت‌های تعارض منافع ۵. ایجاد پشتوانه قانونی و نیاز به تدوین یا اصلاح قوانین ۶. اعمال محدودیت‌های سهام‌داری و حق رای ۷. اعمال نظارت توسط دستگاه حقوقی
۴. مدیریت مصادیق شخصی	۱. مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در افراد منتصب	۱. مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در افراد منتصب ۲. اعمال محدودیت‌های پسا‌شغلی و رصد مستخدم پس از ترک شغل ۳. اتخاذ رویکرد پیشگیری از موقعیت‌های تعارض منافع در انتخاب افراد ۴. ممنوعیت اشتغال همزمان مستخدمین دولتی در بخش‌های خصوصی و دولتی ۵. تدوین کدهای اخلاقی، فرهنگ‌سازی و آموزش کارگزار دولتی ۶. توجه به وضع معیشتی کارکنان و تصمیم‌گیران
	۵. نقش نهادهای مدنی، مطبوعات و صداوسیما	۱. مطالبه‌گری نهادهای مدنی، مطبوعات و صداوسیما از کلیه بازیگران موثر در فرایند تصمیم‌سازی ۲. آگاه‌سازی جامعه در خصوص موقعیت‌های تعارض منافع و تقویت نقش آنها در مدیریت آن ۳. شنیدن صدای مردم و نظارت آنها بر تصمیم‌ها

زمینه‌های شکل‌گیری تعارض منافع

در مقوله اصلی زمینه‌های شکل‌گیری تعارض منافع، چهار زیرمقوله بافتار فرهنگی، بافتار سیاسی، بافتار مدیریتی و اجرایی و بافتار نظارتی و قانونی شناسایی شدند.

بافتار فرهنگی: جامعه از افرادی که در مسئولیت‌های مختلف مشغول هستند انتظار دارد تا تصمیم‌هایی در راستای منافع شخصی‌شان اتخاذ کنند. از سوی دیگر، برخی از مصاحبه‌شوندگان عنوان کردند تاکنون هیچ‌گونه بستر آموزشی در خصوص مصادیق و موقعیت‌های تعارض منافع در سازمان‌ها وجود نداشته است. «م: ۴: من شخصا خودم تو این ۲۵ سال هیچ آموزشی در این مورد ندیدم، البته علاقه شخصی خودم داشتم خواستم پیگیری کنم، ولی تحت عنوان اینکه آموزشی به من داده بشه خیر همچین چیزی نبوده».

بافتار سیاسی: ناپایداری در موقعیت‌های سیاسی مدیران یکی دیگر از بافتارهای موثر بر ایجاد تعارض منافع است که در تولیت نظام سلامت ایران وجود دارد. همچنین، وجود موقعیت‌های تعارض منافع در سازوکارهای تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری نیز خود می‌تواند بستری برای موقعیت‌های تعارض منافع ایجاد کنند. این موقعیت در تمام سطوح تعارض منافع می‌تواند اتفاق افتد. به عقیده مصاحبه‌شوندگان، در این بافتار مدیران نمی‌توانند اراده سیاسی خود را مبنی بر اتخاذ تصمیم‌ها اعمال کنند و به ناچار مجبور به اجرای دستورات دیگر می‌شوند: «م: ۱۹: مثلاً زمانی که وزارتخانه بودم درخواست‌هایی می‌ومد ... که از خود بازرسین بود. من هم گفتم خود شما باید نظارت کنید که ما این کارها را نکنیم، صراحتاً به ما گفتند که نه ما تشخیصمون این هست.» «م: ۲۲: متأسفانه امثال نمایندگان مجلس ... رئیس دانشگاه رو تهدید می‌کنن، معاون پشتیبانی رو تهدید می‌کنن، و ترویج می‌کنن به سیاست‌های نادرست ... مثل تجهیز یا راه‌اندازی ساختمانی که اصلاً احتیاج نیست. تو به کوچ‌دوتا ساختمون. این خیلی خیلی تو نظام سلامت زیاده».

بافتار مدیریتی و اجرایی: اهداف و ماموریت‌های متعارض در سازمان‌ها همواره یکی از چالش‌های بافتار مدیریتی و اجرایی در مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع است. همچنین، فرآیندها، وظایف و اجرای امور یکی دیگر از عناصر بافتار مدیریتی و اجرایی هستند که می‌توانند گلوگاهی برای ایجاد موقعیت‌های تعارض منافع باشند. این درحالی است که وجود موقعیت‌های تعارض منافع در حوزه‌های ارزیابی و ارزیابی یکی دیگر از چالش‌های بافتار مدیریتی و اجرایی است که بر یکی بودن نظارت‌کننده و نظارت‌شونده دلالت دارد. از سوی دیگر، برخی از انتصابات منجر می‌شود عملکرد سیاسی فرد منتصب به شدت تحت تأثیر منافع منتصب‌کننده باشد، زیرا فرد منتصب برای حفظ جایگاه خود چاره‌ای جز پیروی از دستورات و تأمین منافع منتصب‌کننده ندارد: «م: ۲۲: چیزی که در وهله اول خیلی به چشم می‌خوره، همین مسئله ذی‌نفع بودن سیاست‌گذار تو تصمیم‌هایی هست که می‌گیره».

بافتار نظارتی و قانونی: بسیاری از مصاحبه‌شوندگان تأکید کردند تاکنون هیچ‌گونه درخواستی مبنی بر افزایش موقعیت‌های تعارض منافع

از سوی سازمان دریافت نکرده‌اند که ناشی از نبود بستر مناسب برای نظارت بر مدیریت تعارض منافع است: «م: ۱: به هیچ وجه نه تنها من برای خودم ندیدم بلکه برای کسی دیگه هم نشنیدم/ که بخوان تعارض منافع رو/ افشا کنیم». همچنین، پراکنده بودن قوانین و آیین‌نامه‌های مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع نیز می‌تواند ناشی از ناکارآمد بودن قوانین موجود و نداشتن ضمانت اجرایی باشد که منجر به عدم تحقق مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در بستر قوانین می‌شود.

چالش‌های مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع

در مقوله اصلی چالش‌های مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع، سه زیرمقوله «چالش‌های بافتاری»، «چالش‌های مدیریتی و اجرایی» و «چالش‌های سیاست‌گذاری» مدیریت تعارض منافع شناسایی شدند. چالش‌های بافتاری: ادغام آموزش علوم پزشکی با تولیت خدمات سلامت در وزارت بهداشت توانسته است موقعیت‌های تعارض منافع متعددی را ایجاد کند؛ به‌نحوی که تمرکز سیاست‌گذاران حوزه آموزش بیشتر بر روی منافع گروه خود باشد تا منافع عموم: «م: ۳۷: متولیان آموزش هم دقیقاً همین طوره. یعنی دنبال منافع خودشون در بخش‌های وابسته به خودشون در دانشگاه‌ها هستند» به عقیده مصاحبه‌شوندگان، تنوع و پیچیدگی نظام سلامت می‌تواند به ایجاد وظایف متعددی منجر شود که خود مقدمه‌ای برای ایجاد مصادیق متعددی از موقعیت‌های تعارض منافع است. همچنین، وجود بروکراسی دست و پاگیر اداری می‌تواند به این پیچیدگی دامن بزند. این پیچیدگی می‌تواند منجر به کندی امور در متولی سلامت نیز شود.

چالش‌های مدیریتی و اجرایی: نبود کدهای رسمی مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع از سوی متولی سلامت مسیر مدیریت را دشوار کرده است. همچنین، تمرکز بر راه‌کارهای مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع بیشتر فنی است، در حالی که این موقعیت‌ها بیشتر سیاسی و اجتماعی هستند. به عقیده مصاحبه‌شوندگان، انتخاب افراد درست در جایگاه‌های تصمیم‌گیری نقش مهمی در مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع دارد. «م: ۵۰: این که از همون اول آدمی رو سر کار بیاری که بدونی در اون جایگاه، تعارض منافع نداره ... همین به کار یعنی کل راه رو/ برای مدیریت تعارض منافع/ رفتی».

چالش‌های سیاست‌گذاری مدیریت تعارض منافع: به نظر می‌رسد توجه به موقعیت‌های تعارض منافع و مدیریت آن از سوی سیاست‌گذاران نادیده گرفته شده است، به‌نحوی که سیاست‌گذاران به‌جای مدیریت این موقعیت‌ها، سعی در پذیرش آن دارند: «م: ۱۹: این مساله برای ما بی‌اهمیت شده. یعنی گفتیم حالا هست دیگه، باید با این موضوع بسازیم. خیلی به فکر مدیریت و حلش نبودیم ... فعلاً باهاش به همزیستی مسالمت‌آمیز داریم» از سوی دیگر، داشتن نگاه جزیره‌ای و کوتاه مدت به مقوله سلامت یکی دیگر از چالش‌های سیاست‌گذاری مدیریت تعارض منافع است که فرایند مدیریت تعارض منافع را با مشکل روبه‌رو می‌کند. وجود این نوع نگاه منجر می‌شود تا نقش تولیتی وزارت بهداشت در مقوله سلامت به‌درستی اجرا نشود. نادیده گرفته شدن وظایف حاکمیتی وزارت بهداشت به‌عنوان متولی سلامت و دغدغه و اراده سیاسی ناکافی برای مدیریت تعارض منافع در بین

برخی، وجود فاصله قدرت بین بازیگران مختلف و اعمال فشار توسط برخی گروه‌ها است. کاهش فاصله قدرت و مدیریت گروه‌های فشار می‌تواند موقعیت‌های تعارض منافع را نیز مدیریت کند: «م ۱: برای اینکه ما جلوی تعارض منافع رو بگیریم باید فاصله قدرت تأثیرگذاری رو با مدیریت منابع صحیح به‌اندازه مطلوب برسونیم. مثلاً شما توی ببینید توی برخی از کشورها حداقل حقوق و حداکثر حقوق فقط سه برابر فاصله دارند.»

حذف نگاه لوله تفنگی و جزیره‌ای در سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری تولیت نظام سلامت ایران یکی دیگر از راهکارهای مدیریت تعارض منافع در این حوزه است. وزارت بهداشت باید تمرکز خود را بر نقش‌های تولیته نظیر رهبری بین بخشی، حاکمیت درون بخشی و سیاست‌گذاری معطوف کند ولی در حال حاضر نقش‌های ارائه خدمت و تامین مالی در آن بسیار پررنگ‌تر از نقش‌های تولیته است: «م ۲۰: اگره ارائه خدمت ما از قامت وزارتتی خارج بشه و تبدیل به سازمان بشه ... اون موقع می‌شه گفت صورت قضیه رو درست کردیم» ایجاد بستری جهت تقویت مداخله تمامی بازیگران در فرایند تصمیم‌گیری یکی دیگر از راهکارهای مدیریت تعارض منافع از منظر بهبود فرایندهای سیاسی است. به دلیل تک بعدی نبودن مسئله سلامت، لازم است تمام بازیگران در فرایند تصمیم مداخله داده شوند تا احتمال پیشبرد تصمیم‌های و به نتیجه رسیدن آنها بیشتر شود. از سوی دیگر، مصاحبه‌شوندگان تأکید کردند توزیع بازیگران مختلف در فرایند تصمیم‌گیری باید عادلانه باشد و تا حد امکان از تمام گروه‌ها یک نماینده حضور داشته باشد.

تقویت قوانین و سازوکارهای نظارتی: لازم است بر نقش‌های خود تنظیم‌گری وزارت بهداشت تمرکز بیشتری شود. بهتر است نظارت و تصمیم‌گیری توسط گروه‌های دارای کمترین تعارض منافع انجام شود. در این خصوص، تمرکز همزمان بر روی سیاست‌های سخت و نرم مهم و ضروری است. به نظر می‌رسد نمی‌توان نسخه یکسانی برای مدیریت این موقعیت‌ها پیچید و باید از مسیر رویکردهای مدیریت اقتضایی به مسئله نگاه کرد: «م ۱۶: به نظر من باید برن به سمت مدیریت/اقتضایی... و هر دوی اینها/سیاست‌های سخت و نرم/ باید باشه ... بستگی به شرایط باید در نظر گرفت نمی‌شه یک نسخه برای کل پیچید.»

تفکیک نظارت‌شونده از نظارت‌کننده به‌عنوان یکی از راهکارهای مدیریت تعارض منافع باید در دستور کار سیاست‌گذار قرار گیرد. هرچند استقلال بین این دو بازیگر وجود داشته باشد می‌توان سوگیری در نتایج را کمتر کرد. مدیریت فرصت‌سازی‌های تخلقات مرتبط با موقعیت‌های تعارض منافع یکی دیگر از راهکاری مدیریت این موقعیت‌ها است. این شیوه مدیریت نیازمند اتخاذ رویکردهای نرم و سیاست‌های پیشینی است. مصاحبه‌شوندگان عنوان کردند ایجاد پشتوانه قانونی با تدوین یا اصلاح قوانین موجود از راه‌کاهای مهم مدیریت تعارض منافع و تدوین دستورالعمل‌هایی متناسب با این قوانین است. «م ۱: توی اسکلت قوانین ما باید باشه که برای مدیریت تعارض منافع مجموعه چه اقدامی انجام بده.»

یکی دیگر از راهکارهای پیشنهادی مدیریت تعارض منافع اعمال محدودیت‌های سهام‌داری و حق رای بود. کارگزاران دولتی نباید در بخش خصوصی سهامدار باشند. همچنین، محدود کردن حق رای در

سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران یکی دیگر از چالش‌های سیاست‌گذاری مدیریت تعارض منافع در نظام سلامت است. از دلایل نبود این اراده سیاسی می‌توان به قرار داشتن تصمیم‌گیران فعلی در این موقعیت‌ها و منفعت بردن از آن اشاره کرد.

راهکارهای مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع

در مقوله اصلی راهکارهای مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع، پنج زیرمقوله «مدیریت مصادیق ساختاری/ نهادی»، «راهکارهای بهبود سیاست‌گذاری مدیریت تعارض منافع»، «تقویت قوانین و سازوکارهای نظارتی»، «مدیریت مصادیق شخصی» و «نقش نهادهای مدنی، مطبوعات و صداوسیما» شناسایی شدند.

مدیریت مصادیق ساختاری/ نهادی: مصاحبه‌شوندگان اصلاح ساختارها و فرایندهای سازمانی را یکی از اصلی‌ترین راهکارهای مدیریت تعارض منافع در تولیت نظام سلامت ایران دانستند. بدین‌صورت که فرایندها و ساختار سازمانی باید از منظر تعارض منافع مورد بررسی قرار گیرند. از این‌رو، پس از شناسایی مصادیق موقعیت‌های تعارض منافع، اصلاح ساختارها و فرایندها یکی از گام‌های اساسی در مدیریت این موقعیت‌ها در تولیت نظام سلامت ایران است: «م ۱: یک مبحث و گام این هست که ساختار تشکیلات، مسئولیت‌ها، انتصاب‌ها و انتخاب‌ها، شرح وظایف‌ها، فرایندها اصلاً فرصت تخلف و تعارض منافع رو نده.» برخی دیگر از مصاحبه‌شوندگان اصلاحات قانونی را مقدمه‌ای بر اصلاح ساختار و فرایند دانستند. از سوی دیگر، شناسایی ذی‌نقشان و بازیگران هر فرایند، بازتعریف شرح انتصاب و شرایط احراز پست و انتخاب افرادی که دارای مصادیق موقعیت‌های تعارض منافع نیستند از راه‌های مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در تولیت نظام سلامت ایران است.

در بررسی فرایندها، مصاحبه‌شوندگان عنوان کردند اولویت قرار دادن توجه به کیفیت خروجی فعالیت‌های انجام شده یکی از راهکارهای مهم مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در حوزه ساختاری و نهادی است. به عقیده مصاحبه‌شوندگان، از آفت‌های فرایندهای موجود تمرکز بر کمیت اقدامات و عدم توجه به کیفیت آنها است. زیرا در زمان اجرای سیاست‌ها، نتایج به جای آنکه اهداف اولیه آن سیاست را محقق کند، اهدافی را محقق می‌کند که ناشی از وجود تعارض منافع در اجرا کنندگان آن تصمیم است. همچنین، اجرای سازوکارهای شفافیت در تمامی فعالیت‌ها و داشتن دستورالعمل جامع برای اجرای این سازوکارها در نظام سلامت بسیار مهم است. به‌نظر می‌رسد تا زمانی که تصمیم‌گیران نسبت به تصمیم‌های خود پاسخگو نباشند، نمی‌توان بسیاری از موقعیت‌های تعارض منافع را مدیریت کرد. از این‌رو جد کردن قانون‌گذار از مجری قوانین با هدف مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع امری بسیار مهم و ضروری است.

راهکارهای بهبود سیاست‌گذاری مدیریت تعارض منافع: تقویت اراده سیاسی مدیران، تقویت نهادسازی و سازوکارهای تصمیم‌گیری آگاه از شواهد از راهکارهای مهم مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع است. جدا کردن نقش تصمیم‌گیری افراد در موقعیت‌های تعارض منافع و تمرکز بر تصمیم‌گیری آگاه از شواهد به‌جای تمرکز بر تصمیم‌های فردمحور یکی از اقدامات اصلی در این حوزه است. یکی دیگر از دلایل وجود موقعیت‌های تعارض منافع و سوء استفاده از این موقعیت‌ها توسط

نظرسنجی سال ۲۰۱۴ سازمان همکاری و توسعه اقتصادی، آموزش متصدیان جدید یکی از راه‌های تسهیل افزایش آگاهی در مورد تعارض منافع است [۱۷]. بسیاری از کشورها اقداماتی را برای آموزش و آگاهی بخشی موقعیت‌های تعارض منافع به کارکنان به کار می‌گیرند. برای نمونه، دفتر اخلاق دولتی ایالات متحده آمریکا تعدادی مواد مشورتی برای حمایت از مقامات دولتی در درک و اعمال مسئولیت‌های اخلاقی خود، از جمله در مورد موقعیت‌های تعارض منافع ارائه می‌دهد [۱۸]. همچنین، اداره مبارزه با فساد آرژانتین شبیه‌ساز برخط تعارض منافع ایجاد کرده است. از طریق انتخاب پاسخ به برخی سؤالات، مقامات دولتی می‌توانند ارزیابی کنند که آیا آنها در موقعیت تعارض منافع بالفعل یا بالقوه قرار دارند [۱۷].

در خصوص بافتار سیاسی به‌عنوان یکی دیگر از زیرمقوله استخراج شده، باید گفت عدم پایداری سیاسی می‌تواند منجر به رقابت شدید بین بازیگران مختلف شود و زمینه را برای بروز موقعیت‌های تعارض منافع فراهم کند [۱۹]. در این خصوص، بانک جهانی پایداری سیاسی را شمشیری دوله معرفی می‌کند و نبود آن را یکی از دلایل مهم وقوع فساد در حاکمیت‌ها می‌داند [۲۰]. همچنین، وجود موقعیت‌های تعارض منافع در رهبری بین بخشی می‌تواند منجر به اتخاذ تصمیم‌هایی شود که پیامدهای آن برای سلامت جامعه آسیب‌زا باشد. در این زمینه، توجه به اصل پاسخگویی سیاسی در نظام سلامت امری مهم و ضروری است. مطالعات عنوان می‌کنند پاسخگویی سیاسی با قرار دادن خواسته‌های شهروندان در راس حکمرانی، نقش مهمی در تحقق حقوق شهروندی و مشروعیت نظام سیاسی ایفا می‌کند [۲۱].

بافتار مدیریتی و اجرایی دیگر زیرمقوله شناسایی شده است. سازمان جهانی سلامت در خصوص موقعیت‌های تعارض منافع در این بافتار (نظیر فرایندها، وظایف و اجرای امور) عنوان می‌کند درک و آگاهی از ماموریت‌ها، تعهدات و فعالیت‌های سازمان‌ها برای مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع و ارزیابی شرایط ضروری است [۲۲]. این درحالی است که نظام سلامت کشور در سازوکارهایی نظیر اعتباربخشی خدمات سلامت به‌شدت درگیر موقعیت‌های تعارض منافع است؛ به‌نحوی که چالش‌هایی نظیر مستقل نبودن سازمان اعتباربخشی و ساختار سازمانی نامناسب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مشکلات سازمانی و مدیریتی، و نقش ذی‌نفعان در تعیین نتایج ارزیابی وجود دارد [۲۳، ۲۴]. برای نمونه، در برخی کشورها نظیر آلمان، سوئد، کوبا و سنگاپور از خدمات موسسات اعتباربخشی بین‌المللی استفاده می‌کنند [۲۵-۲۷] و در برخی کشورها نظیر آمریکا، کانادا و استرالیا موسسه‌ای غیر انتفاعی و خصوصی خدمات اعتباربخشی را ارائه می‌کند [۲۸، ۲۹].

آخرین زیر مقوله شناسایی شده در خصوص زمینه‌های شکل‌گیری تعارض منافع، زیرمقوله بافتار نظارتی و قانونی است. در این خصوص، به‌نظر می‌رسد وجود موقعیت‌های تعارض منافع در تدوین آیین‌نامه‌ها، استانداردها، دستورالعمل‌ها و موارد مشابه باعث می‌شود تا حق برخی از رشته‌هایی که روابط عمودی با یکدیگر دارند (نظیر بینایی سنجی و چشم پزشکی) تضییع شود زیرا معمولاً متخصصین در تدوین دستورالعمل‌ها جایگاه برجسته‌تری نسبت به سایر گروه‌های پزشکی

جلسه‌ها و به‌خصوص افزایش موقعیت‌های تعارض منافع قبل از جلسه‌ها از دیگر پیشنهادها بود. مصاحبه‌شوندگان تاکید کردند اعمال نظارت توسط دستگاه حقوقی یکی از راه‌کارهای مهم مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در تولیت نظام سلامت ایران است.

مدیریت مصادیق شخصی: مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در افراد منتصب یکی از راه‌کارهای اساسی در مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع است و لازم است موقعیت‌های موجود شناسایی شوند. مصاحبه‌شوندگان اعمال محدودیت‌های پسا‌شغلی و رصد مستخدم پس از ترک شغل را یکی دیگر از راه‌کارهای مدیریت تعارض منافع دانستند. بهتر است قبل از انتخاب افراد در خصوص موقعیت‌های تعارض منافع آنها بررسی و ارزیابی‌های لازم صورت گیرد. یکی از راه‌کارها، به‌کار گماردن افرادی غیر از پزشکان در جایگاه‌های سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری است: «م ۵۹: اینکه ترجیحاً از رشته‌های غیر درمانی/استفاده بشه برای سیاست‌گذاری.» ممنوعیت اشتغال همزمان (به صورت تصدی دو جایگاه شغلی در بخش دولتی و یا یک جایگاه در بخش دولتی و یک جایگاه در بخش خصوصی) یکی دیگر از راه‌کارهای مدیریت تعارض منافع در تولیت نظام سلامت ایران است. تدوین کدهای اخلاقی براساس بافتار و نیازهای هر سازمان، ارائه آموزش‌های لازم در این خصوص و فرهنگ‌سازی مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع بسیار مهم و ضروری است.

نقش نهادهای مدنی، مطبوعات و صداوسیما: لازمه اجرای راه‌کار مطالبه‌گری نهادهای مدنی، مطبوعات و صداوسیما از کلیه بازیگران موثر در فرایند تصمیم‌سازی، آزاد بودن مطبوعات و همچنین ورود خبرنگاران به حوزه‌های شفافیت است. به عقیده مصاحبه‌شوندگان، شاید بتوان تنها راه‌گزینه از موقعیت‌های تعارض منافع را فرهنگ‌سازی نام برد: «م ۱۷: مدیریت تعارض منافع سخته و ملزم به فرهنگ/سازی/عمومی جامعه در همه موارد هست نه فقط وزارت بهداشت.» راه‌کار دیگر شنیدن صدای مردم و نظارت آنها بر تصمیم‌های اتخاذ شده است. همراه بودن جامعه در مدیریت تعارض منافع منجر به نظارت بهتر و دقیق‌تر بر موقعیت‌های تعارض منافع می‌شود: «م ۳۳: آگه بتونیم شفافیت و نهادسازی مطالبه‌گری/اجتماعی را در مردم تقویت کنیم تا حد زیادی نه به‌طور صد در صد می‌تونیم تعارض منافع را مدیریت کنیم»

بحث

این مطالعه با هدف شناسایی زمینه‌ای شکل‌گیری تعارض منافع در تولیت نظام سلامت ایران و چالش‌ها و راه‌کارهای مدیریت آن انجام شد. در این مطالعه، سه مقوله اصلی زمینه‌های شکل‌گیری تعارض منافع، چالش‌های مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع و راهکارهای مدیریت آن استخراج شد.

زمینه‌های شکل‌گیری تعارض منافع

یکی از زیر مقوله‌های مربوطه به زمینه‌های شکل‌گیری تعارض منافع، بافتار فرهنگی است. طبق نتایج این پژوهش، به‌نظر می‌رسد ظاهراً تاکنون هیچ‌گونه بستر آموزشی در خصوص مصادیق و موقعیت‌های تعارض منافع در سازمان‌ها وجود نداشته است. بر اساس

دارند. از این رو، مطالعات عنوان می‌کنند افراد و گروه‌هایی که به هر نحوی در خصوص تدوین دستورالعمل‌ها تعارض منافع دارند از نشست‌های مرتبط خارج شوند. تاکید می‌شود در صورت وجود موقعیت‌های تعارض منافع در تدوین‌کنندگان دستورالعمل‌های بالینی، این موقعیت‌ها به‌طور شفاف برای عموم مردم افشا شود و تصمیم‌ها با بی‌طرفی و مبتنی بر شواهد اتخاذ شوند [۳۰، ۳۱]. مطالعات پیشنهاد می‌دهند لازم است کشورها با توجه به ظرفیت‌های خود سازوکارهایی برای نظارت بر اجرای سیاست‌ها فراهم کنند [۲۲].

چالش‌های مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع

زیرمقوله چالش‌های بافتاری یکی از زیرمقولات مقوله چالش‌های مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع بود. یکی از چالش‌های مهم بافتاری نظام سلامت ایران ادغام آموزش علوم پزشکی با تولید خدمات سلامت در وزارت بهداشت است. از جمله مشکلاتی که این ادغام به وجود آورده است ایجاد یک وابستگی و تعلق نسبت به یک گروه آموزشی خاص است که منجر می‌شود تصمیمات به‌جای آنکه برای اهداف عمومی اتخاذ شوند، در جهت منافع آن گروه شکل می‌گیرند [۳۰]. پیچیدگی و پویایی نظام سلامت نیز می‌تواند اثراتی بر سایر خروجی‌ها و جنبه‌های مختلف نظام سلامت ایجاد کند. مطالعات عنوان می‌کنند ترکیب بروکراسی با فساد علاوه بر آن‌یکه مردم را نسبت به حاکمیت بدگمان می‌کند قطعاً اعتراضات مردمی را نیز به همراه خواهد داشت و پایه‌های نظام را متزلزل خواهد کرد و هر نوع تغییری برای رفع این مشکلات باید با در نظر گرفتن اثرات احتمالی آن بر سایر عوامل انجام شود [۳۲، ۳۳].

زیر مقوله دیگر چالش‌های مدیریتی و اجرایی بود. شاید بتوان گفت مهم‌ترین چالش مدیریتی و اجرایی در مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در نظام سلامت، وجود نگاه صرفاً فنی به مسئله مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع است. این درحالی است که موقعیت‌های تعارض منافع بیشتر از آنکه فنی باشند، سیاسی- اجتماعی هستند [۳۴]. از این رو، تقویت گروه‌های ذی‌نفع، مدیریت فساد، استفاده از رویکردهای نهادی و تغییر جهت اخلاقی در خدمات عمومی برای مدیریت موقعیت‌های سیاسی- اجتماعی تعارض منافع پیشنهاد می‌شود [۳۵، ۳۶].

چالش‌های سیاست‌گذاری مدیریت تعارض منافع زیرمقوله بعدی شناسایی شده در این مقوله اصلی بود. بر اساس نتایج مطالعه حاضر به نظر می‌رسد در شرایط فعلی راهکار اتخاذ شده سیاست‌گذاران جهت مقابله با چالش‌های سیاست‌گذاری مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در نظام سلامت، پذیرش این چالش‌ها است نه تلاش برای اصلاح. شاید بتوان یکی از دلایل این انفعال را وجود نگاه جزیره‌ای و کوتاه مدت به مقوله سلامت دانست که منجر می‌شود صرفاً منافع گروه خاصی دنبال شود. این درحالی است که برای مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع داشتن یک دید بلند مدت و همه جانبه بسیار مهم و ضروری است [۲۲، ۳۷]. همچنین نبود یک سازوکار پاسخگویی برای سیاست‌گذاران، نادیده گرفته شدن وظایف حاکمیتی وزارت بهداشت به‌عنوان متولی سلامت و اعمال فشار توسط گروه‌های مختلف از دیگر مولفه‌هایی بود که به عنوان چالش‌های سیاست‌گذاری مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در نظام سلامت ایران به آن پرداخته شد. مطالعات نشان می‌دهند

راهکارهای مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع

راهکارهای بهبود سیاست‌گذاری مدیریت تعارض منافع، تقویت قوانین و سازوکارهای نظارتی، مدیریت مصادیق شخصی و نقش نهادهای مدنی، مطبوعات و صداوسیما شناسایی شدند. اولین زیر مقوله در مقوله اصلی راهکارهای مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع، زیرمقوله مدیریت مصادیق ساختاری/ نهادی بود. اصلاح ساختار نظام سلامت، بازبینی فرایندها و تفکیک وظایف متعارض یکی از اصلی‌ترین اقدامات در مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در نظام سلامت ایران است. در این خصوص، مطالعات استفاده از سازوکار شفافیت را برای تسریع در اصلاح امور پیشنهاد می‌دهند. به‌طور کلی، شفافیت تنها زمانی می‌تواند اثربخش باشد که برای ارزیابی روابط و قضاوت در خصوص شدت تعارض منافع، مناسب بوده و کفایت کند [۴۳]. به‌علاوه، راستی‌آزمایی در خصوص موارد شفاف شده از سوی کارگزاران دولتی موضوع مهم دیگری است که باید به آن توجه شود. در این خصوص، توصیه می‌شود از رویکردهای داده‌محور و مبتنی بر پایگاه‌های داده‌ای استفاده شود [۱۷]. این پژوهش نشان داد وزارت بهداشت ایران باید تمرکز خود را بر نقش‌های تولیدی نظیر رهبری بین بخشی، حاکمیت درون‌بخشی و سیاست‌گذاری معطوف کند. تقویت اراده سیاسی مدیران در خصوص مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع، تقویت نهادسازی و سازوکارهای تصمیم‌گیری آگاه از شواهد و مدیریت فاصله قدرت بین بازیگران مختلف و اعمال فشار توسط برخی گروه‌ها از دیگر مواردی بود که این مطالعه به آن دست یافت. در این خصوص، مطالعات فراهم کردن مشوق‌های بیشتر به‌منظور پذیرش و اجرای سیاست‌های مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع، جدا کردن نقش تصمیم‌گیری افراد در موقعیت‌های تعارض منافع و تمرکز بر تصمیم‌گیری آگاه از شواهد به‌جای تمرکز بر تصمیم فردمحور، کاهش فاصله قدرت و مدیریت گروه‌های فشار، توجه به اثرات خارجی تصمیم‌های اتخاذ شده در سایر حوزه‌ها بر روی مقوله سلامت و ارتقای فرهنگ مسئولیت‌پذیری و مدیریت انحصارگرایی را به‌عنوان راهکارهایی برای بهبود سیاست‌گذاری مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع پیشنهاد می‌دهند [۳۰، ۴۴].

سومین زیر مقوله در این مقوله اصلی، تقویت قوانین و سازوکارهای نظارتی است. بر اساس یافته‌های به‌دست آمده، تفکیک نظارت‌شونده از نظارت‌کننده به‌عنوان یکی از راهکارهای مدیریت تعارض منافع باید در دستور کار سیاست‌گذار قرار گیرد. هرچند استقلال بین این دو بازیگر

مطبوعات و صداوسیما از کلیه بازیگران موثر در فرایند تصمیم‌سازی و نیز آگاه‌سازی جامعه در خصوص موقعیت‌های تعارض و تقویت منافع نقش آنها در مدیریت آن است. لازمه اجرای این راه‌کار آزاد بودن مطبوعات و ورود خبرنگاران به حوزه‌های شفافیت است. نباید فراموش کرد این راه‌کار خود می‌تواند مقدمه‌ای برای بروز موقعیت‌های تعارض منافع شود. برای نمونه، پژوهش‌ها نشان داده است خبرنگاران نسبت به گزارش‌های شرکت‌های دارویی که از آنها هدیه دریافت می‌کنند، سوگیری‌هایی را نشان می‌دهند [۵۳، ۵۲]. به‌طور کلی، باید گفت مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در غیاب مطبوعات یا جامعه مدنی هوشیار برای نظارت بر روند اجرای آن فایده‌چندانی ندارد. این درحالی است که اغلب مطبوعات یا نهادهای جامعه مدنی کارکنان مورد نیاز را برای مطالعه و یا مصاحبه‌های هدفمند و کارآمد در اختیار ندارند [۲۲]. پیشنهاد می‌شود شهروندان با برگزاری کارزارهای آگاهی‌بخشی در مورد سیاست‌ها و استانداردهای تعارض منافع، سیاست‌گذاران را نسبت به تصمیم‌های خود پاسخگو کنند [۲۲]. با این حال، به‌کارگیری این ظرفیت نیازمند اقدامات پایه‌ای پرشماری است.

محدودیت‌ها

یکی از مهمترین محدودیت‌های این مطالعه دشواری در دستیابی به اطلاعات عینی و صریح از سوی برخی مشارکت‌کنندگان بود؛ به‌ویژه افرادی که احتمال می‌رفت خودشان به‌نحوی با مصادیق تعارض منافع درگیر باشند. این دسته از مشارکت‌کنندگان تمایل داشتند بیشتر به ارائه نظرات کلی و نظری بپردازند و تمایل کمتری برای بیان واقعیت‌های عینی موجود در نظام سلامت کشور نشان دادند. برای کاهش این محدودیت، تلاش شد تنوع قابل توجهی در انتخاب مشارکت‌کنندگان از نظر جایگاه سازمانی، حوزه تخصصی و سابقه مدیریتی در نظر گرفته شود تا امکان دستیابی به دیدگاه‌های متنوع‌تر و واقع‌گرایانه‌تر فراهم شود. با این حال، نمی‌توان احتمال وجود نوعی سوگیری در پاسخ‌ها را به‌طور کامل منتفی دانست.

نتیجه‌گیری

زمینه‌های فرهنگی، سیاسی، مدیریتی و اجرایی، نظارتی و قانونی می‌توانند در ایجاد موقعیت‌های تعارض منافع در نظام سلامت اثرگذار باشند که در نظر گرفتن بافتارهای فرهنگی و سیاسی در شناسایی مصادیق موقعیت‌های تعارض منافع و به دنبال آن، اتخاذ روش‌های مدیریت تعارض منافع را ضروری می‌کند. از سوی دیگر، این مطالعه نشان داد مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع به‌سادگی امکان پذیر نیست و چالش‌هایی نظیر چالش‌های بافتاری، مدیریتی و اجرایی و سیاست‌گذاری، مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع را به تأخیر می‌اندازد. بنابراین، استفاده از سازوکارهایی جهت مدیریت مصادیق ساختاری، نهادی و فردی، بهبود فرایند سیاست‌گذاری، تقویت قوانین و سازوکارهای نظارتی و تقویت نقش نهادهای مدنی می‌تواند در مدیریت این موقعیت‌ها کارآمد باشد.

وجود داشته باشد می‌توان سوگیری در نتایج را کمتر کرد. از این رو لازم است بر نقش‌های خودتنظیم‌گری وزارت بهداشت تمرکز بیشتری شود و بهتر است نظارت و تصمیم‌گیری توسط گروه‌های دارای کمترین تعارض منافع انجام شود؛ زیرا اگر نظام سلامت به‌صورت داوطلبانه برای تقویت سیاست‌های مدیریت تعارض منافع اقدام نکند، با فشارهای بیرونی برای اصلاح خود مواجه خواهد شد [۳۰]. از دیگر نتایج این پژوهش آن بود که تمرکز همزمان بر روی سیاست‌های سخت و نرم در مدیریت تعارض منافع در تولیت نظام سلامت ایران مهم و ضروری است. این در حالی است که سیاست‌های اجرایی در تولیت نظام سلامت ایران بیشتر از نوع سیاست‌های سخت است تا نرم. بسیاری از کشورها نظیر کره استفاده از سیاست‌های نرم را با هدف از بین بردن پیش‌دستانه احتمال وقوع فساد با سیاست‌های سخت، که مبتنی بر کشف و تنبیه پس از رخداد فساد هستند، جایگزین نموده‌اند [۴۵]. در خصوص ایجاد پشتوانه قانونی در مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع نیز باید گفت شبکه پیچیده‌ای از قوانین ایجاد شده است، اما بدون چارچوب ارزشی، مقررات به تنهایی نمی‌تواند رفتار صحیح اخلاقی را تضمین کند. قوانین نیاز به تفسیر دارند و اگر کارمندان دولت از فرهنگ اداری و ارزش‌های شخصی، که با مقررات در تضاد است، پیروی کنند، می‌توان پیش‌بینی کرد قوانین تأثیر کمی خواهند داشت [۴۶].

مدیریت مصادیق شخصی چهارمین زیر مقوله در مقوله اصلی راه کارهای مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع است. یکی از راه‌کارهای اساسی در مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع، مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع در افراد منتصب است. در این خصوص، به‌کار گماردن افرادی غیر از پزشکان در جایگاه‌های سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری از مهمترین راه‌کارها است. همچنین، اعمال محدودیت‌های پسا‌شغلی و رصد مستخدم پس از ترک شغل از دیگر راه‌کارهای مدیریت تعارض منافع شناخته شد. لازم است افشای دارایی پس از ترک شغل و نیز اعمال محدودیت‌هایی نظیر ممانعت در ایجاد درب گردان نیز در دستور کار قرار گیرد. بسیاری از کشورها نظیر استرالیا و کانادا افرادی را که در گذشته دارای مناصب دولتی بوده‌اند از حضور در فعالیت‌های لابیگری منع می‌کنند [۴۷، ۴۸]. طبق قانون کارمندان جمهوری خلق چین، کارمند دولتی نمی‌تواند پس از استعفا یا بازنشستگی بلافاصله در شرکت‌ها یا سایر سازمان‌های سودآوری استخدام شود که مستقیماً با وظایف موقعیت قبلی خود مرتبط هستند. برای اشتغال باید سه سال از مدت تصدی شغل دولتی او گذشته باشد [۴۹]. همچنین، توجه به وضع معیشتی کارکنان و تصمیم‌گیران به‌عنوان یکی از سازوکارهای مهم مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع است. یکی از دلایل سوء استفاده از این موقعیت‌ها در سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران، پاسخگو نبودن جنبه‌های مالی جایگاه‌های شغلی است. مطالعات نشان می‌دهد مشکلات اقتصادی و کاهش کیفیت زندگی کاری نقش مهمی در فساد مالی و اداری کارکنان در سازمان دارد [۵۰، ۵۱].

نقش نهادهای مدنی، مطبوعات و صداوسیما آخرین مقوله شناخته شده در این مقوله اصلی بود. این مطالعه نشان داد از مهمترین راه کارهای مدیریت موقعیت‌های تعارض منافع مطالبه‌گری نهادهای مدنی،

7. Huang D, Zhang R, He Z. Water economics. Beijing: China WaterPower Press; 2020. Chapter 5, Multi-stakeholder conflict of interest in mega-water conservancy projects risk assessment; pp. 74–80, 84.
8. Zeng X, He S. Research on public-private conflict of interest and behavior evolution game under the PPP mode of megaprojects. *Construction Economics*. 2019;40(12):66–72. doi: <https://doi.org/10.14181/j.cnki.1002-851x.201912066>
9. Zeng X, He S. Research on conflicts of interest and resolution mechanisms in the development of ethnic village tourism based on stakeholder theory. *Cultural Industry Research*. 2017;3:270-81. Available from: <https://www.qikanchina.com/thesis/view/2144891>
10. Shirdel R. Surveying health system of Iran about financial structural conflict of interest. *Social Security Quarterly*. 2019;15(1):113-25. [In Persian]. Available from: https://qjo.ssoir.ir/article_96132.html?lang=en
11. Buzarjamohri H, Mokhtari Payam M, Chivae D, Almasi M, Parnian E, Akbari MI, Rahbari Bnab M, Sayyah SA, Khashei V, Rohani SA, Abouhamze D, Prahizkari SA. Examples of conflict of interest 1. Conflict of interest in the field of health [Internet]. Tehran: Islamic Council Research Center; 2021 [cited 2021 Aug 23]. [In Persian]. Available from: <https://rc.majlis.ir/fa/report/show/1668525>
12. Parsapoor A. Conflict of interest in clinical environments. *Iranian Journal of Culture and Health Promotion*. 2019;3(2):222-3. [In Persian]. Available from: <http://ijhp.ir/article-1-174-fa.html>
13. Ebrahimi A, Zand S, Amiri FB, Shahi F, Jafarian A, Kaviani A. Conflict of interest: are Iranian breast cancer specialists prone to it? *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*. 2020;21(6):1653-8. doi: <https://doi.org/10.31557/APJCP.2020.21.6.1653>
14. Khanjankhani K, Takian A, Shamsi Gooshki E, Mohammadi SM, Arab M. Actors in conflict of interest in Iran's health system: ranking and policy recommendations for conflict of interest management. *World Medical & Health Policy*. 2023;15(4):476-88. doi: <https://doi.org/10.1002/wmh3.561>
15. Parsa M, Khorshidian A. Conflict of interest in dentistry. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2017;10(1):258-71. [In Persian]. Available from: <http://ijme.tums.ac.ir/article-1-5933-en.html>
16. ZoghiTawana S. Investigation of the relationship between the presence or absence of conflict of interest and the reporting of positive outcomes in clinical trial research in Iranian dental journals [Thesis]. [Kerman]: Kerman University of Medical Sciences; 2016. [In Persian].
17. World Bank. Preventing and managing conflicts of interest in the public sector: good practices guide [Internet]. Washington, DC: World Bank; 2020 [cited 2025 Aug 1]. Available from:

اعلان‌ها

ملاحظات اخلاقی: این پژوهش با کد اخلاق IR.TUMS.PHS.REC.1398.152 اخذ شده از کمیته اخلاق دانشکده بهداشت و پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شده است. رضایت آگاهانه مشارکت کنندگان در شروع فرایند مصاحبه ضبط شده و هویت آنان محرمانه باقی مانده است.

حمایت مالی: این مطالعه بدون حمایت مالی انجام شده است.

تضاد منافع: نویسندگان اظهار داشتند که تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان: امیرحسین تکیان (نویسنده مسئول): طراحی مطالعه، نظارت؛ خاطره خانجانی: روش‌شناسی، مدیریت داده‌ها، تحلیل داده‌ها، نگارش؛ سید مهرداد محمدی: نگارش-ویرایش، تایید نهایی؛ احسان شمی گوشکی: نگارش-ویرایش، تایید نهایی. همه نویسندگان متن نهایی مقاله را خوانده و تایید کرده‌اند.

رضایت برای انتشار: مورد ندارد.

دسترسی به داده‌ها: به دلیل محرمانگی، امکان به اشتراک‌گذاری داده فراهم نیست.

استفاده از هوش مصنوعی: نویسندگان برای جستجوی متون، از ابزارهای مبتنی بر هوش مصنوعی همچون Semantic Scholar و Epsilon AI بهره گرفته‌اند.

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه با عنوان تحلیل برای سیاست‌گذاری مدیریت تعارض منافع در تولیت نظام سلامت ایران، در مقطع دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۸ است.

منابع

1. Zhang Y. Research on the identification model of interest conflict influencing factors in PPP projects construction of smart city. *Alexandria Engineering Journal*. 2022;61(12):12689-98. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aej.2022.06.039>
2. Davis M, Stark A. Conflict of interest in the professions. Oxford: Oxford University Press; 2001.
3. Kimbrough EO, Sheremeta RM. Theories of conflict and war. *Journal of Economic Behavior & Organization*. 2019;159:384-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2019.02.007>
4. Schafer M. Cooperation in an objective conflict of interest? testing two psychological approaches. *The Journal of Politics*. 1997;59(3):729-50. doi: <https://doi.org/10.2307/2998635>
5. Dawson M, Fletcher Watson S. Commentary: what conflicts of interest tell us about autism intervention research—a commentary on Bottema-Beutel et al.(2020). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2021;62(1):16-8. doi: <https://doi.org/10.1111/jcpp.13315>
6. Arsal T, Setyowati D, Hardati P, Atmaja H, editors. Social harmony model for social conflict management in Central Java. IOP Conference Series: Earth and Environmental Science; 2021: IOP Publishing.

- enting-and-managing-conflicts-of-interest-in-the-public-sector-good-practices-guide
27. Blümel M, Busse R. Germany: health system review [Internet]. In: Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Sarnak D, editors. International profiles of health care systems. New York: The Commonwealth Fund; 2017 [cited 2025 Aug 1]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>
 28. The Commonwealth Fund. The U.S. health care system [Internet]. In: Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Sarnak D, editors. International profiles of health care systems. New York: The Commonwealth Fund; 2017 [cited 2025 Aug 1]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>
 29. Allin S, Rudoler D. The Canadian health care system [Internet]. In: Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Sarnak D, editors. International profiles of health care systems. New York: The Commonwealth Fund; 2017 [cited 2025 Aug 1]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>
 30. Lo B, Field MJ. Conflict of interest in medical research, education, and practice. Washington, DC: National Academies Press; 2009.
 31. Traversy G, Barnieh L, Akl EA, Allan GM, Brouwers M, Ganache I, et al. Managing conflicts of interest in the development of health guidelines. Canadian Medical Association Journal. 2021;193(2):E49-e54. doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.200651>
 32. Mirabasi F, Saie A, Azghandi A. Corruption syndrome and fragile bureaucracy in transitional societies. Political Strategic Studies. 2020;9(34):209-42. [In Persian]. doi: <https://doi.org/10.22054/qpps.2020.41326.2293>
 33. Alihosseini S, Haghdoost A, Ghalichi L, Goharinezhad S, Mehravi B, Barati O, et al. Reevaluation of Problems and Challenges in Iran University of Medical Sciences, the First Step to an Effective Performance Improvement. Razi Journal of Medical Sciences. 2022;29(4):1-9. [In Persian]. Available from: <http://rjms.iums.ac.ir/article-1-6137-fa.html>
 34. Khanjankhani K, Takian A. A foreword to conflict of interest dimensions and its management strategies in the stewardship of health systems. Hygiene and Health Strategy Quarterly. 2021;1(1):35-50. [In Persian]. Available from: <https://rushd.ir/?p=9817>
 35. Igbokwe-Ibeto C. Examining the interface between bureaucratic conflict and public interest in Africa. The Journal for Transdisciplinary Research in Southern Africa. 2021;17(1):a874. doi: <https://doi.org/10.4102/td.v17i1.874>
 36. Akhakpe IP. Bureaucracy and good governance: Pumark Nigeria Limited; 2014. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/950091599837673013/prev>
 18. Raile E. Raile E. Managing conflicts of interest in the Americas: a comparative review [Internet]. Washington, DC: US Office of Government Ethics; 2004 [cited 2025 Jul 30]. Available from: <https://www.oge.gov/Web/OGE.nsf/Resources/Managing%2BConflicts%2Bof%2BInterest%2Bin%2Bthe%2BAmericas%3A%2BA%2BComparative%2BReview>
 19. Zamani R. The effect of political instability on economic growth in iran between two revolutions (1907-1979). Iranian Economic Review. 2021;25(4):790-77. doi: <https://doi.org/10.22059/ier.2021.85087>
 20. Hussain Z. Can political stability hurt economic growth? 2014. Available from: <https://blogs.worldbank.org/endpovertyinsouthasia/can-political-stability-hurt-economic-growth>
 21. Moghimi J, Safavardi S, Naderpour B, Mohebbinia J. The place of the principle of accountability in the realization of citizenship rights in the political system. Medical Law Journal. 2021;15:183-95. [In Persian]. Available from: <http://ijmedicallaw.ir/article-1-1387-en.html>
 22. WHO. Addressing and managing conflicts of interest in the planning and delivery of nutrition programmes at country level: report of a technical consultation convened in Geneva, Switzerland, on 8–9 October 2015 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015 [cited 2025 Jul 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241510047>
 23. Bahmaei J, Bastani P, Keshtkaran A, Mohammadpour M, Sarikhani Y. Challenges of the Execution of Hospital Accreditation in Iran: A Critical Review. Journal of Health Research in Community. 2020;5(4):98-82. [In Persian]. Available from: <http://jhc.mazums.ac.ir/article-1-444-en.html>
 24. Mosadeghrad A, Ghazanfari F. Iran hospital accreditation governance: Challenges and solutions. Payavard 2020;14(4):332-11. [In Persian]. Available from: <http://payavard.tums.ac.ir/article-1-7042-en.html>
 25. Mossialos E, Djordjevic A, Osborn R, Sarnak D. International profiles of health care systems [Internet]. New York: The Commonwealth Fund; 2017 May [cited 2025 Jul 29]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>
 26. Liu C, Haseltine W. The Singaporean health care system. In: Mossialos E, Djordjevic A, Osborn R, Sarnak D, editors. International profiles of health care systems. New York & Washington DC: The Commonwealth Fund; 2017. Chapter on Singapore; pp. 135–142. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/may/international-profiles-health-care-systems>

- Consultative Assembly of Iran; [cited 2018 Mar]. [In Persian]. Available from: https://report.mrc.ir/article_7203.html
46. Gong T, Ren J. Hard rules and soft constraints: regulating conflict of interest in China. *Journal of Contemporary China*. 2013;22(79):1-17. doi: <https://doi.org/10.1080/10670564.2012.716941>
 47. Lobbying Act. Available from: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/l-12.4/page-1.html>
 48. Code of conduct for ministers and parliamentary secretaries. Available from: <https://www.vic.gov.au/code-conduct-ministers-and-parliamentary-secretaries>
 49. Labour Law of the People's Republic of China. Available from: http://www.npc.gov.cn/zgrdw/englishnpc/Law/2007-12/12/content_1383754.htm
 50. Mahdavi G, Karimipoor I. Identifying Factors Influencing the Employee's Corruption of Governmental Organizations Based on Court of Auditor's Viewpoint of Fars and Kerman Provinces. *Governmental Accounting*. 2019;4(1):73-86. [In Persian]. Available from: <https://dor.isc.ac/dor/20.1001.1.24234613.1396.4.1.6.2>
 51. Khedri B, Mohammadzadeh aghdam AMA, Momeni Masoleh FS. The effective factors of corruption in governmental organizations of Sanandaj city. *Social Welfare*. 2016;16(60):137-67. [In Persian]. Available from: <http://refahj.uswr.ac.ir/article-1-2479-en.html>
 52. Schwartz LM, Woloshin S, Moynihan R. Who's watching the watchdogs? *The BMJ*. 2008;337:1202-4. Available from: <https://www.bmj.com/content/bmj/337/7680/Observations.full.pdf>
 53. Boyd EA, Bero LA. Defining financial conflicts and managing research relationships: an analysis of university conflict of interest committee decisions. *Science and Engineering Ethics*. 2007;13:415-35. doi: <https://doi.org/10.1007/s11948-007-9041-6>
 37. Rutter J. Overcoming short-termism in policymaking after COVID-19, 2020. Available from: <https://www.health.org.uk/news-and-comment/newsletter-features/overcoming-short-termism-in-policymaking-after-covid-19>
 38. Grundy Q, Habibi R, Shnier A, Mayes C, Lipworth W. Decoding disclosure: comparing conflict of interest policy among the United States, France, and Australia. *Health Policy*. 2018;122(5):509-18. doi: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.015>
 39. Rahman-Shepherd A, Balasubramaniam P, Gautham M, Hutchinson E, Kitutu F, Marten R, et al. Conflicts of interest: an invisible force shaping health systems and policies. *The Lancet Global health*. 2021;9:e1055-e6. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00202-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00202-3)
 40. Bion J. Financial and intellectual conflicts of interest: confusion and clarity. *Current Opinion in Critical Care*. 2009;15(6):583-90. doi: <https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e328332f53a>
 41. Conway M. Does clinical pharmacology & therapeutics' conflict of interest policy protect the reader? *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 2007;82(5):495-6. doi: <https://doi.org/10.1038/sj.clpt.6100387>
 42. Crigger NJ. Pharmaceutical promotions and conflict of interest in nurse practitioner's decision making: the undiscovered country. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2005;17(6):207-12. doi: <https://doi.org/10.1111/j.041-2972.005.00034.x>
 43. Cain DM, Loewenstein G, Moore DA. The dirt on coming clean: perverse effects of disclosing conflicts of interest. *The Journal of Legal Studies*. 2005;34(1):1-25. Available from: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/426699>
 44. Goedendorp A, Struijk PA. Police and pressure groups. *Tijdschrift Voor De Politie*. 1978;40(14):581-8. Available from: <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/police-and-pressure-groups>
 45. Parhizkari A RA, Parhizkari A, Rezghi A. Conflict of Interest: Prevention and Management Strategies [Internet]. Tehran: Research Center of the Islamic