

Tendency to Transparency (T3) in general public hospitals' managers

Ebrahim Jaafaripooyan¹, Ali Mohammad Mosadegh Rad¹, Maryam Mazinani^{1*}

1. School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 21 February 2021

Accepted for publication: 15 May 2020

[EPub ahead of print-31 May 2021]

Payesh: 2021; 20 (3): 275-284

Abstract

Objective (s): Access to relevant information is the basis for making the right decision and choice. However, people have very little information about the structures, processes and outcome of hospitals and the quality, price and efficiency of services provided. The experiences of other countries have shown that the first step to move towards transparency is the tendency and determination of the authorities. This research then aimed to measure the tendency of hospital managers to be transparent in disclosing information to public.

Methods: The present study was an applied descriptive study using survey method. A questionnaire was developed by research team and used after confirming the face and content validity as well as its reliability. This questionnaire was completed by 310 senior, middle and operational managers of general public hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences (TUMS). Data analysis was performed using SPSS software.

Results: The highest tendency of participants was towards information transparency related to the structural indicators and the lowest was in outcome indicators of hospitals. Management level, organizational position and level of education showed significant relationship with the tendency to transparency in its various dimensions.

Conclusion: Hospital managers have a relatively strong tendency for transparency of information in the general public hospitals. Taking knowledge of the priorities and desires of managers, policymakers might be able to identify the disclosable performance indicators. Public disclosure of less sensitive indicators (i.e. structural indicators) might pave the way for the transparency practices.

Key Words: Transparency, Open Access Dataset, Hospital Administrator

* Corresponding author: School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
E-mail: me.mazinani@gmail.com

تمایل به شفافیت در مدیران بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی تهران

ابراهیم جعفری پویان^۱، علی محمد مصدق راد^۱، مریم مزینانی^{۱*}

۱. دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۲۵

نشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۰ خرداد ۱۴۰۰

نشریه پایش: ۲۸۴ - ۲۷۵ (۳): ۲۰، ۱۴۰۰

چکیده

مقدمه: دسترسی به اطلاعات متناسب اساس تصمیم گیری و انتخاب صحیح است. با این وجود، مردم اطلاعات بسیار اندکی از ساختارها، فرآیندها و پیامدهای بیمارستان ها و کیفیت، قیمت و کارایی خدمات ارائه شده در اختیار دارند. تجارب دیگر کشورها نشان می دهد که وجود تمایل و اراده در مسئولان می تواند یکی از قوی ترین پیشران ها برای ایجاد شفافیت باشد. هدف این پژوهش سنجش میزان تمایل مدیران سطوح مختلف بیمارستانها به ایجاد شفافیت در ارائه اطلاعات مرتبط با شاخص های بیمارستانها به عموم است.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی- تحلیلی بود که به روش پیمایشی انجام شد. پرسشنامه محقق ساخته بعد از تایید روایی صوری و محتوایی و پایایی، توسط ۳۱۰ نفر از مدیران ارشد، میانی و عملیاتی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران تکمیل شد. تحلیل داده ها با کمک نرم افزار spss انجام گرفت.

یافته ها: بیشترین میزان تمایل مدیران نسبت به شفافیت اطلاعات، در حوزه شاخص های ساختاری و کمترین میزان در خصوص شاخص های پیامدی بیمارستانها بود. سطح مدیریتی، پست سازمانی و میزان تحصیلات با تمایل به شفافیت در ابعاد گوناگون آن ارتباط معنی دار داشت. **نتیجه گیری:** وفق نتایج این مطالعه، مدیران بیمارستانی مطالعه به طور کلی تمایل نسبتا زیادی به شفافیت اطلاعات برای مردم دارند. سیاستگذاران می توانند با آگاهی نسبت به اولویت ها و تمایلات مدیران، شاخص های قابل انتشار اطلاعات بیمارستانی بومی کشور را شناسایی کرده و از شاخص هایی با حساسیت کمتر فرآیند شفافیت را در کشور آغاز کنند.

کلیدواژه: شفافیت، دسترسی آزاد به اطلاعات، مدیران بیمارستان

کد اخلاق: IR.AJUMS.REC.1397.689

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت
E-mail: me.mazinani@gmail.com

مقدمه

شفافیت از گذشته، یک نیاز عمومی برای جوامع دموکراتیک بوده است هم چنین حق آگاهی و دسترسی به اطلاعات یک موضوع مهم در جوامع مدرن است که می تواند باعث افزایش مسئولیت پذیری و پاسخگویی، ارتقای شایسته سالاری، مشارکت فعال و مؤثر مردمی، و در نتیجه افزایش کارآمدی و سرمایه اجتماعی شود [۱]. طبق تعریف بانک جهانی «شفافیت» به معنای «دسترسی همه ذینفعان به جریان اطلاعات قابل اتکا و به موقع اقتصادی، اجتماعی، سیاسی» است [۲]. شفافیت واژه جدیدی در ادبیات پژوهشی نظام سلامت است و از شاخص های مهم ارزشیابی عملکرد و حکمرانی نظام های سلامت در سراسر دنیا است [۳]. موسسه پزشکی آمریکا (IOM) شفافیت خدمات بهداشتی درمانی را اینگونه تعریف می کند: «اطلاعاتی درباره کیفیت، قیمت، کارایی و تجربیات مشتریان از خدماتی که دریافت کرده اند که قابل دسترس برای عموم، قابل اعتماد و قابل فهم باشد. هدف از ارائه این اطلاعات اثرگذاری بر رفتار مشتریان، ارائه کنندگان خدمات، تامین کنندگان مالی و دیگران است تا به نتایج بهتری دسترسی پیدا کنند» [۴].

اهمیت شفافیت برای سازمان های بهداشتی درمانی را با یادآوری فاجعه بریستول متوجه می شویم. در سال ۱۹۹۵ در بیمارستان سلطنتی بریستول، کودکان زیادی در اثر جراحی قلب فوت شدند. این اتفاق با افشاکری یک پزشک در رسانه ها به یک رسوایی بزرگ تبدیل شد. پس از این افشاکری مردم خواستار تحقیق عمومی در این موضوع و انتشار علنی نتایج آن شدند. نتایج تحقیق با ۲۰۰ پیشنهاد اصلاحی در سال ۲۰۰۱ منتشر شد. یکی از اصلی ترین اصلاحات، شفافیت عملکرد جراحان با استفاده از نرخ مرگ و میر بود [۵].

ضرورت پرداختن به شفافیت از توجه به آثار و نتایج آن مشخص می شود. تجربیات نظام طب ملی انگلستان (NHS) و سایر کشورها در رابطه با انتشار اطلاعات بیمارستانی نشان می دهد که شفافیت موجب شده است بیمارستانها خدمات خود را هزینه - اثربخش تر ارائه کنند، همچنین به افزایش پاسخگویی و ارتقای کیفیت کمک شایانی کرده است [۶]. برای مثال در سوئد با انتشار نرخ مرگ و میر طی دو سال نرخ مرگ و میر نصف شد [۷]. تیم کلسی یکی از نفرات اصلی ایجاد کننده شفافیت در انگلستان بیان می کند: «شفافیت عملکرد ارائه دهندگان خدمت می تواند جان انسان ها را حفظ کند» [۸]. شفافیت در افشای خطاهای پزشکی ممکن است منجر به

کاهش قابل توجه پرونده های قصور پزشکی، کاهش هزینه های دادرسی و یک محیط امن تر شود [۹].

بررسی تجارب کشورهای پیش رو در شفافیت اطلاعات نشان داده است: با وجودی که انتشار اطلاعات زمان انتظار و تجربه ای بیماران در کشورها رایج بوده، اما انتشار برخی اطلاعات جزئی مربوط به کیفیت و ایمنی خدمات پزشکان معمول نبوده است. دلیل این امر وجود مسایل حل نشده ای روش شناختی و اخلاقی و نگرانی های ناشی از پیامدهای ناخواسته ای این سیاست عنوان شده است [۱۰]. انتشار اطلاعات باید به روشی نظام مند انجام شود که صداقت و شفافیت در مورد مراقبت های ارائه شده را تضمین کند [۱۱].

آجیزین و فیشباین در نظریه نگرش خود اینگونه فرض می کند که بهترین پیش بینی کننده رفتار یک فرد سنجش تمایل به انجام آن رفتار در اوست [۱۲]. نبود اراده سیاسی قوی برای تحقق شفافیت و به تعبیری، پروژه نشدن شفافیت در کشور، منجر شده است که قوانین مهمی مانند قانون انتشار آزاد اطلاعات یا قانون ارتقای سلامت نظام اداری که برای تحقق برخی از ابعاد شفافیت تصویب شده اند یا اجرا نشوند و یا به نحو ناکارآمد اجرا شوند [۱۳]. تجربه پرونده الکترونیک سلامت و پزشک خانواده نشان می دهد که حتی در صورت وجود ساختار و قانون نیز ممکن است که هیچگاه شفافیت ایجاد نشود زیرا پیشران اصلی ایجاد شفافیت تمایل و اراده مسئولان است [۱۴]. نتایج این مطالعه می تواند به برنامه ریزی برای ارتقای شفافیت اطلاعات در نظام سلامت ایران کمک کند.

با توجه به اینکه می دانیم بیمارستان مانند هر سازمان دیگری ورودی، انجام فرآیند و خروجی دارد، این پژوهش تمایل مدیران به شفافیت اطلاعات و شاخص های بیمارستانی را در سه بعد (شفافیت اطلاعات و شاخص های ساختاری، شفافیت اطلاعات و شاخص های فرآیندی، شفافیت اطلاعات و شاخص های پیامدی) مورد سنجش قرار داده است.

مواد و روش کار

پژوهش فعلی یک مطالعه توصیفی - تحلیلی و کاربردی است که به روش پیمایشی انجام گرفته است. نمونه پژوهش شامل مدیران ارشد، میانی و عملیاتی بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران (۱۴ بیمارستان) است که به روش سرشماری انتخاب شده اند. افرادی از هر بیمارستان به تناسب جایگاه مدیریتی (ارشد، میانی و عملیاتی) انتخاب شدند و از آنها خواسته شد تا تمایل خود

را به نسبت به شفاف سازی اطلاعات مختلف بیمارستان خود مشخص کنند. ۴۱ نفر از مدیران ارشد شامل رییس بیمارستان، مدیر بیمارستان، مترون، معاون آموزشی پژوهشی، ۱۲۴ نفر از مدیران میانی شامل: سوپروایزر، مدیر مالی-حسابداری، رییس اداری، مسئول داروخانه، رییس بخش بالینی، مسئول آزمایشگاه، مسئول رادیولوژی، مسئول واحد فیزیوتراپی، مسئول حراست و ۱۴۵ نفر از مدیران عملیاتی شامل: مسئول کتابخانه، مسئول دبیرخانه، مسئول تاسیسات، مسئول روابط عمومی، مسئول بهداشت محیط-حرفه ای، مسئول واحد تغذیه، مسئول واحد بهبود کیفیت، مسئول ایمنی بیمار، مسئول واحد مهندسی پزشکی، مسئول واحد فناوری اطلاعات، مسئول کارگزینی و سرپرستار با پژوهشگر همکاری کرده و پرسشنامه را تکمیل کردند.

نسخه اولیه پرسشنامه براساس مطالعات مرتبط طراحی گردید [۱۴، ۱۵، ۱۶] که شامل دو بخش گویه های عمومی و گویه های اختصاصی بود. گویه های عمومی مربوط به متغیرهای زمینه ای و اطلاعات دموگرافیک (سن، جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات، پست سازمانی، سابقه کار، سابقه مدیریت و سطح مدیریتی) بود. سوالات اختصاصی نیز در سه بخش میزان تمایل به شفافیت اطلاعات و شاخص های ساختاری، فرآیندی و پیامدی با مقیاس لیکرت پنج گزینه ای کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم با امتیازهای (۱-۲-۳-۴-۵) تنظیم شد.

روایی صوری ابزار به دو روش کمی و کیفی تایید گردید. ابتدا در یک پنل خبرگان متشکل از متخصصان مدیریت سلامت (۶ نفر)، مدیر بیمارستان (۲ نفر) و مسئول بهبود کیفیت (۱ نفر)، سطح دشواری، میزان عدم تناسب، ابهام عبارات و یا وجود نارسایی در معانی کلمات مورد بررسی قرار گرفت و نظرات در پرسشنامه اعمال شد. سپس در روش کمی ابزار در اختیار ۶۰ نفر از جامعه هدف قرار گرفت. پس از تکمیل پرسشنامه توسط گروه هدف، امتیاز تاثیر (Impact Score) محاسبه شد (۱/۹).

به همین صورت، در بررسی کیفی روایی محتوا از تعدادی از متخصصان مدیریت سلامت درخواست شد پس از مطالعه دقیق ابزار، دیدگاه های اصلاحی خود پیرامون موارد رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، اهمیت سوالات، قرار گیری سوالات در جای مناسب خود و زمان تکمیل پرسشنامه را به صورت کتبی ارائه نمایند. پس از جمع آوری نظرات متخصصان، تغییرات لازم در ابزار مورد توجه قرار گرفت، سپس برای ارزیابی کمی روایی محتوا و

جهت اطمینان از اینکه مهمترین و صحیح ترین محتوا (ضرورت سوال) انتخاب شده است، نسبت روایی محتوا (CVR) و برای اطمینان از اینکه گویه های ابزار به بهترین نحو جهت اندازه گیری محتوا طراحی شده، از شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد [۱۷]. برای این منظور، از آنان درخواست شد که در خصوص هر یک از گویه های ابزار به صورت (ضروری است، ضروری نیست ولی مفید است و ضروری نیست) پاسخ دهد. پاسخ ها بر اساس فرمول (CVR) محاسبه و با جدول لاوشه انطباق داده شد [۱۸]. نسبت روایی محتوایی کلی پرسشنامه ۰/۹۵ محاسبه شد. بررسی شاخص روایی محتوا بر اساس شاخص والتز و باسل صورت گرفت [۱۹]. بدین منظور نظرات متخصصین مدیریت سلامت راجع به مربوط بودن، ساده بودن و واضح بودن هر سوال جمع آوری شد. پذیرش آیتم ها براساس نمره CVI بالاتر از ۰/۷۹ بود. نتایج CVI حاکی از آن بود که تمامی گویه های نمره بالاتر از ۰/۷۹ داشتند و لذا مناسب تشخیص داده شدند. در نهایت ابزار به صورت پرسشنامه ای با ۷۲ سوال آماده شد. پس از ارزیابی روایی جهت بررسی پایایی پرسشنامه از روش آلفا - کرونباخ استفاده شد. با استفاده از نرم افزار آماری SPSS مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ اندازه گیری شد.

برای تحلیل یافته ها در سطح آمار توصیفی از مشخصه های آماری نظیر فراوانی ها، میانگین ها و درصدها استفاده شد و در سطح آمار استنباطی، از آزمون های فرض آماری متناسب استفاده شد.

یافته ها

این پژوهش بر اساس داده های جمع آوری شده از ۳۱۰ نفر از مدیران ارشد، میانی و عملیاتی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت. میزان پاسخگویی جامعه مورد مطالعه ۷۷/۵ درصد بود که عدم پاسخگویی ها مربوط به همکاری نکردن برخی بیمارستانها و مدیران با پژوهش بود. ۷۱ درصد از شرکت کنندگان در این پژوهش را زنان تشکیل می دهند واکثر افراد در رده سنی ۴۱-۵۰ سال قرار داشتند، هم چنین اکثر این افراد (۷۲ درصد) متاهل بودند. بیشتر شرکت کنندگان افراد دارای مدرک کارشناسی (۴۷ درصد) هستند، همچنین بیشتر افراد با سابقه کاری و سابقه مدیریتی زیر ۱۰ سال بودند. از نظر پست سازمانی، بیشترین درصد را مدیران بالینی با ۵۳ درصد و کمترین درصد را افراد در پست مدیر پاراکلینیک با ۸ درصد تشکیل دادند. ۴۶ درصد از افراد از

میزان عدم تمایل به شفاف‌سازی اطلاعات در بعد پیامدی بیشتر از سایر ابعاد شفافیت اطلاعات بیمارستانی است. یافته‌های این مطالعه نشان داد ارتباط معنی داری میان جنسیت، سن و وضعیت تاهل بر شفافیت اطلاعات به صورت کلی و یا در ابعاد گوناگون آن وجود نداشت. تمایل مدیران در رده‌های مختلف تحصیلی (کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری، متخصص و فوق تخصص) به شفافیت اطلاعات بیمارستان‌ها با یکدیگر، در بعد پیامدی تفاوت داشت. مدیران با تحصیلات کارشناسی به شفافیت اطلاعات پیامدی تمایل بیشتری داشتند و پزشکان متخصص تمایل کمتری به شفافیت این اطلاعات نشان دادند.

افراد حاضر در این مطالعه از نظر پست سازمانی به سه گروه مدیران بالینی، مدیران پاراکلینیک و مدیران پشتیبانی-اداری-مالی تقسیم شده بودند. یافته‌ها نشان می‌دهد بین این سه گروه از نظر تمایل کلی به شفافیت اطلاعات تفاوت‌هایی وجود داشت. بیشترین میزان تمایل به شفافیت در گروه مدیران بالینی و کمترین آن در گروه اداری-مالی-پشتیبانی قرار دارد. هم‌چنین مدیران پست‌های بالینی نسبت به گروه‌های دیگر به شفافیت اطلاعات پیامدی تمایل بیشتری داشتند.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که تمایل به شفافیت (به صورت کلی و در ابعاد آن) ارتباط معنادار با میزان سابقه کاری و سابقه مدیریتی نداشت. مدیران در سطوح مختلف مدیریتی، شامل مدیران ارشد، میانی و عملیاتی از نظر تمایل به شفافیت اطلاعات با هم تفاوتی نداشتند. با نگرش جزئی‌تر و سنجش تمایل مدیران به شفافیت اطلاعات در هر کدام از ابعاد آن می‌بینیم که مدیران عملیاتی به شفافیت اطلاعات پیامدی تمایل بیشتری داشتند.

مدیران عملیاتی هستند و ۱۳ درصد از مدیران ارشد که در این مطالعه شرکت کرده‌اند. نمره کل تمایل به شفافیت مدیران بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران ۷۴/۰۵ درصد بود. بر اساس مقیاس پنج رتبه‌ای لیکرت، نمره کل تمایل به شفافیت اطلاعات در محدوده زیاد قرار گرفت. با بررسی میزان تمایل به شفافیت به طور جزئی‌تر در ابعاد گوناگون آن متوجه می‌شویم که تمایل مدیران به تمام ابعاد شفاف‌سازی اطلاعات بیمارستانی در مقیاس زیاد نبوده است. بیشترین نمره افراد مورد مطالعه فارغ از مشخصات دموگرافیک آنها در بخش تمایل به شفافیت اطلاعات ساختاری (۸۳/۲۹ درصد) و کمترین نمره متعلق به تمایل به شفافیت اطلاعات و شاخص‌های پیامدی (۶۵/۱۳ درصد) است.

جدول ۱ اطلاعات و شاخص‌هایی را که مدیران بیمارستانی تمایل بیشتری به شفاف‌سازی آنها دارند را نشان می‌دهد. مدیران تمایل خیلی زیادی به انتشار اطلاعات معرفی‌کننده ویژگی‌ها و فعالیت‌های بیمارستان دارند.

جدول ۲ اطلاعات و شاخص‌هایی را که مدیران بیمارستانی تمایل کمتری به شفاف‌سازی آنها دارند را نشان می‌دهد. شبکه مدیریتی بیمارستان‌ها تمایل خیلی کمی به شفاف‌سازی اطلاعات و شاخص‌های مربوط به مرگ و میر، ایمنی بیمار، تعرفه‌ها و اطلاعات سرانه پرسنل برای عموم مردم دارند.

همانطور که در جدول ۳ مشخص شده است اکثریت مدیران به شفاف‌سازی اطلاعات ساختاری تمایل خیلی زیادی دارند. مقایسه میانگین‌های این جدول نشان می‌دهد که میانگین میزان تمایل خیلی کم در بعد پیامدی (۱۲/۰۴ درصد) رشد قابل توجهی نسبت به بعد ساختاری (۲ درصد) و فرآیندی (۳/۱۳ درصد) دارد بنابراین

جدول ۱: بیشترین میزان تمایل شبکه مدیریتی بیمارستانها نسبت به شفافیت اطلاعات و شاخصها

ابعاد شفافیت اطلاعات	اطلاعات و شاخص های هر بعد	میزان تمایل (درصد)
	بیمه های طرف قرارداد	۷۳/۲
اطلاعات ساختاری	تخصص های پزشکی بیمارستان	۶۹/۷
	برنامه روزانه درمانگاه ها	۶۷/۴
اطلاعات فرآیندی	میانگین زمان انتظار برای دریافت خدمات آزمایشگاهی	۳۰/۶
	انواع گواهینامه های معتبر اخذشده توسط بیمارستان	۴۸/۷
اطلاعات پیامدی	درجه اعتباربخشی بیمارستان	۴۷/۶
	رضایت از نحوه برخورد کارکنان غیر بالینی	۳۲/۳

جدول ۲: کمترین میزان تمایل شبکه مدیریتی بیمارستانها نسبت به شفافیت اطلاعات و شاخصها

ابعاد شفافیت اطلاعات	اطلاعات و شاخص های هر بعد	میزان تمایل (درصد)
	تعرفه داروهای رایج مصرفی بخش ها	۵/۲
اطلاعات ساختاری	تعرفه لوازم مصرفی روتین بیمار	۵/۲
	نسبت پرستار به تخت	۴/۸
اطلاعات فرآیندی	درصد بیماران تعیین تکلیف شده در اورژانس در مدت ۶ ساعت	۵/۵
	میزان مرگ و میر در حین بیهوشی	۲۶/۸
اطلاعات پیامدی	اشیا به جا مانده در بدن بیمار در هر ۱۰۰۰ جراحی	۲۵/۵
	میزان مرگ و میر به تفکیک پروسیجرهای درمانی	۲۳/۹

جدول ۳: میانگین میزان تمایل به شفافیت مدیران (درصد)

ابعاد شفافیت اطلاعات بیمارستانی	خیلی زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم	انحراف معیار	میانگین
اطلاعات و شاخص های ساختاری	۴۹/۸	۲۶/۶	۱۵/۸	۵/۸	۲	۰/۹	۴/۱
اطلاعات و شاخص های فرآیندی	۲۵/۴	۳۲/۹	۲۹/۹	۸/۷	۳/۱	۱/۰	۳/۶
اطلاعات و شاخص های پیامدی	۱۹/۶۵	۲۷	۳۱/۸۴	۱۴/۶۱	۱۲/۰۴	۱/۱	۳/۲

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش سنجش تمایل مدیران به شفافیت اطلاعات و شاخص های بیمارستانی برای عموم مردم و تعیین ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک مدیران بیمارستان ها و تمایل به شفافیت در آنها می باشد.

یافته های این مطالعه نشان می دهد که تمایل مدیران به شفافیت اطلاعات بیمارستانی نسبتا زیاد است. تمایل به صورت های مختلف برای نشان دادن شروع فعالیت عمدی، حالت ذهنی همراه با میل به عمل و گرایش آگاهانه به عمل، مورد استفاده قرار می گیرد [۲۰]. با توجه به اینکه مدیران ارشد میانی و عملیاتی در بیمارستان ها به میزان زیادی تمایل به شفافیت دارند این سوال مطرح می شود که

به چه دلیل مطالعات دیگر حاکی از عدم شفافیت در نظام سلامت و اکثر حوزه های عمومی کشور هستند؟ [۱۳، ۲۱، ۲۲] آیا موانعی جدی بر سر راه مدیران است که آنها به رغم میل و علاقه خود نمی توانند اطلاعات شفاف را در اختیار عموم مردم بگذارند؟ پژوهش های صورت گرفته در حیطه اقتصادی و مالی نشان می دهد با وجود همه استدلال هایی که در ارتباط با تاثیرات مثبت شفافیت بیشتر وجود دارد؛ شرکت ها تمایلی به شفافیت کامل ندارند؛ دلایل متعددی برای این موضوع عنوان شده است که مهم ترین آنها عبارتند از هزینه های مرتبط با جمع آوری، پردازش و افشای اطلاعات، وجود منافع مرتبط با عدم افشاء و وجود پدیده اثرات خارجی [۲۳]. در نظام بهداشت و درمان نیز بررسی ها بیانگر این

است که شفافیت به میزان لازم موجود نیست و بیمارستان‌های ما از این نظر در جایگاه خوبی قرار ندارند [۱۴]، در بخش‌هایی نیز که به تازگی انتشار اطلاعات صورت می‌گیرد، با انتشار غیرکاربردی و غیرشفاف اطلاعات رو به رو هستیم. پژوهش‌های مرتبط بیان می‌کنند که با وجود تصویب قانون‌های ایجاد شفافیت، بدلیل نبود عزم و اراده در مدیران و مسئولان تا به حال شفافیت در کشور محقق نشده است [۱۳، ۱۴]. دلایل احتمالی تفاوت نتایج بدست آمده در این پژوهش با واقعیت‌های موجود و دیگر مطالعات در این زمینه می‌تواند شامل تفاوت مواضع اعلامی و مواضع اعمالی در افراد و یا افزایش تمایل به شفافیت در گذر زمان باشد. یکی از محدودیت‌های پژوهش کمی را می‌توان در عدم دستیابی به حقیقت باورها و عمق تمایلات افراد به وسیله پرسشنامه دانست. هم‌چنین با توجه به افزایش آگاهی و اطلاعات مردم نسبت به فواید شفافیت و مطالبات مردمی که در حیطه‌های گوناگون مسائل کشور مبنی بر لزوم اجرای شفافیت اطلاعات شکل گرفته است ممکن است این درخواست‌های عمومی به افزایش تمایل مدیران به شفافیت اطلاعات نیز منجر شده باشد و با توجه به جدیدتر بودن نتایج این پژوهش با مطالعات مقایسه شده می‌توان این تفاوت را توجیه کرد. با بررسی میزان تمایل به شفافیت به طور جزئی‌تر در ابعاد گوناگون آن متوجه می‌شویم که تمایل مدیران به تمام ابعاد شفاف سازی اطلاعات بیمارستانی زیاد نبوده است. تمایل مدیران به انتشار اطلاعات و شاخص‌های ساختاری بیشتر از اطلاعات و شاخص‌های فرآیندی و پیامدی است.

با وجود اهمیت بیشتر شاخص‌های پیامدی برای نشان دادن کیفیت خدمات و بهره‌وری در یک بیمارستان نتایج نشان می‌دهد که تمایل مدیران به انتشار این شاخص‌ها کمتر از شاخص‌های ساختاری و فرآیندی است و مدیران بیشتر مایل هستند که شفافیت برای اطلاعات بی‌خطر (شاخص‌های ساختاری) محقق شود. احتمالاً وجود مشکلات زیر ساختی و چالش‌های فنی برای تهیه و جمع‌آوری اطلاعات فرآیندی در بیمارستان‌ها باعث شده است این اطلاعات به صورت شفاف منتشر نشود.

در بعد شفافیت اطلاعات ساختاری، بیشترین تمایل مدیران به شفاف سازی بیمه‌های طرف قرارداد (۷۳/۲ درصد)، تخصص‌های پزشکی بیمارستان (۶۹/۷ درصد) و برنامه روزانه درمانگاه‌ها (۶۷/۴ درصد) بود. با توجه به تعدد بیمه‌های پایه و بیمه‌های تکمیلی در ایران و مدت‌دار بودن قرارداد‌های بیمه و تغییرات پیوسته در

مراکز تحت پوشش آنها این اطلاعات باید به صورت به روز در اختیار مردم قرار گیرد. این موارد احتمالاً رایج‌ترین سوالات افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان است و بیشترین تماس‌های مردمی با مراکز درمانی و مراجعه به وبگاه‌های اینترنتی برای یافتن پاسخ این سوالات است. ضمن اینکه این اطلاعات مربوط به عملکرد مرکز درمانی نبوده و انتشارشان هیچ‌گونه پیامد منفی‌ای برای مراکز ارائه‌دهنده خدمات ندارد و کاملاً مورد استفاده مردم بوده و رضایت افراد را از بیمارستانی که این اطلاعات را منتشر کند افزایش می‌دهد. یافته‌ها نشان دادند مدیران بیشتر تمایل دارند که بیمارستان را به مردم معرفی کنند و برنامه خدمات ارائه شده را در اختیار مردم قرار دهند. می‌توان شفاف سازی اطلاعات بیمارستانی را از بخش اطلاعات و شاخص‌های ساختاری و از شاخص‌هایی که به معرفی بیمارستان می‌پردازند شروع کرد.

کمترین میزان تمایل مدیران نیز در این بعد از شفافیت مربوط به شفاف سازی اطلاعات تعرفه داروهای رایج مصرفی بخش‌ها (۵/۲ درصد) و تعرفه لوازم مصرفی روتین بیمار (۵/۲ درصد) و نسبت پرستار به تخت (۴/۸ درصد) است. احتمالاً دلیل کم بودن تمایل به شفافیت این موارد در بعد ساختاری وجود نگرانی‌های خاصی است که درباره انتشار مسائل مالی وجود دارد [۲۴]. پژوهش‌های مرتبط نشان داده است شفافیت مالی می‌تواند اعتماد مشتریان را به ارائه‌دهندگان خدمات بسیار افزایش دهد و مراکز می‌تواند شفافیت اطلاعات مالی می‌پردازند بیشتر مورد انتخاب افراد برای کسب خدمات قرار می‌گیرند [۲۵]. از میان گویه‌های مربوط به تعرفه‌ها نیز مدیران حساسیت کمتری نسبت به شفاف سازی تعرفه یک شب بستری استاندارد و تعرفه عمل‌های جراحی داشتند که می‌تواند شفاف سازی را در ابتدا از این موارد آغاز کرد.

نتایج نشان داد مدیران بیمارستانی تمایل خیلی زیادی برای شفاف سازی میانگین زمان انتظار برای دریافت خدمات آزمایشگاهی دارند و خیلی کم مایل هستند تا درصد بیماران تعیین تکلیف شده در اورژانس در مدت ۶ ساعت را برای عموم مردم شفاف سازی کنند. نظر مدیران مورد مطالعه بر این بوده است که از میان گویه‌های بعد فرآیندی شفافیت اطلاعات، احتمالاً شاخص‌هایی که زمان انتظار را به مردم نشان می‌دهد بیشتر مورد استفاده بوده و تمایل برای شفاف سازی آنها بیشتر است.

عدم تمایل مدیران به شفافیت در بعد پیامدی می‌تواند ناشی از وجود برخی مشکلات که در گذشته مطرح شد باشد مانند: عدم

توانایی در اندازگیری خروجی بیمارستان ها، زیرا تمایل زیادی به شفافیت در بعضی گوپه ها که اطلاعات آنها به سادگی موجود است (انواع گواهینامه های معتبر اخذ شده توسط بیمارستان و درجه اعتباربخشی بیمارستان) در بین مدیران وجود داشت.

در این پژوهش مدیران بیمارستانی اعلام کرده اند به میزان خیلی کم (۲۶/۸ درصد) تمایل دارند که میزان مرگ و میر در حین بیهوشی شفاف سازی شود. میزان موفقیت بیمارستان در کاهش این شاخص به نوعی بیانگر کیفیت ارائه خدمات و بهره وری این سازمان است [۲۶].

مدیران شرکت کننده در این پژوهش مایل به شفاف سازی اطلاعات و شاخص های مربوط به مرگ و میر و ایمنی بیمار در بیمارستان نبودند، عدم تمایل به شفافیت این شاخص ها علیرغم اهمیت آنها برای نشان دادن کیفیت خدمات ارائه شده به مراجعین می تواند ناشی از مواردی مانند: کیفیت پایین خدمات و ترس بیمارستان های ناسالم از شفافیت عملکرد خویش و بیمارستان های سالم از مچ گیری با شفافیت و عدم وجود تفاوت و تنبیه یا تشویق بین بیمارستان های خوب یا بد باشد. هم چنین جابجایی بیماران از بیمارستان های ضعیف به قوی و محافظه کاری مدیران و ترس آنها از واکنش های احتمالی می تواند از دلایل احتمالی آنها برای عدم تمایل به شفافیت این نوع از اطلاعات بعد پیامدی باشد [۱۴].

با این وجود برای تحقق انتشار آزاد اطلاعات می توان با انتشار شاخص میزان مرگ و میر خالص بیمارستان و نرخ زخم بستر به تفکیک بخش که میزان عدم تمایل مدیران به آنها کمتر است، روند شفافیت را در کشور آغاز کرد.

یافته های پژوهش حاضر نشان می دهد مدیران با تحصیلات کارشناسی به شفافیت اطلاعات پیامدی تمایل بیشتری دارند و پزشکان متخصص تمایل کمتری به شفافیت اطلاعات پیامدهای درمان دارند، دلیل این عدم تمایل می تواند ناشی از این باشد که بیشتر اطلاعات بعد پیامدی مستقیماً نتیجه عملکرد پزشکان است و کمتر مربوط به کارشناسان بهداشت و سلامت مشغول به خدمت در بیمارستان می شود. یافته های این پژوهش نشان داده مدیران ارشد تمایل کمتری به شفافیت اطلاعات پیامدی دارند که دلیل احتمالی آن می تواند نگاه تخصصی تر آنها و در نظر گرفتن بیشتر چالش ها و حساسیت ها باشد. به علاوه که مدیران ارشد هستند که در وهله اول باید در برابر نتایج شفاف شده در برابر بالادستی های خود و مردم پاسخگو باشند، نه مدیران عملیاتی و میانی.

بدون شک، بخش بزرگی از پیشرفت های ادبیات در هر حوزه، از بهبود فنون اندازه گیری نشات می گیرد؛ در حوزه تمایل به شفافیت نیز مانند سایر حوزه ها، نیاز مبرمی به معیارهای مناسب تر برای سنجش تمایل به شفافیت اطلاعات و شاخص های بیمارستانی وجود دارد. نتیجه این پژوهش نشان می دهد تمایل مدیران ارشد، میانی و عملیاتی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران به شفافیت اطلاعات و شاخص های بیمارستانی برای عموم مردم نسبتاً زیاد است. تمایل به شفافیت اطلاعات در ابعاد سه گانه آن نیز سنجیده شد و به طور کلی می توانیم بگوییم تمایل مدیران به شفافیت اطلاعات و شاخص های پیامدی کمتر از تمایل آنها به شفافیت اطلاعات و شاخص های فرآیندی و ساختاری است. نتایج این پژوهش به سیاستگذاران کمک می کند که با آگاهی نسبت به اولویت ها و تمایلات مدیران شاخص های قابل انتشار اطلاعات بیمارستانی بومی کشور را شناسایی کرده و زمینه را برای اقدامات شفافیت ساز فراهم آورند و از شاخص هایی با حساسیت کمتر (شاخص های ساختاری) فرآیند شفافیت را در کشور آغاز کرده و از فواید آن بهره مند شوند.

با توجه به یافته های این پژوهش پیشنهاداتی برای سیاست گذاران و مدیران نظام سلامت در ایران ارائه می شود:

- افزایش اطلاعات مدیران نسبت به مفهوم حقیقی شفاف سازی اطلاعات بسیار ضروری به نظر می رسد، نباید انتشار اطلاعات را با شفاف سازی آن اشتباه گرفت. در حال حاضر بخش زیادی از اطلاعات و شاخص های ساختاری بیمارستان ها منتشر می شود، اما این اطلاعات به صورت داده های خامی هستند که کاربردی نبوده و قابلیت مقایسه با بیمارستان های دیگر را ندارند [۲۷].

- با همکاری متخصصان در زمینه فناوری اطلاعات و کارشناسان علوم پزشکی می توان از انتشار صحیح و قابل فهم اطلاعات و شاخص های بیمارستانی اطمینان حاصل کرد. در صورتی که اطلاعات شفاف شده برای مردم قابل درک و ساده باشند و به مدیران این اطمینان را بدهیم که از انتشار شاخص ها و اطلاعات پیامدی برداشت های اشتباهی در جامعه صورت نخواهد پذیرفت، می توانیم از عدم تمایل آنان به انتشار این اطلاعات کم کنیم. هم چنین باید مدیران این حوزه را از اهمیت شاخص های پیامدی در انتخاب مردم و اقبال آنها به مراکز درمانی آگاه کرد.

- با کمک گرفتن از تجارب انگلستان در ارتقای شفافیت [۸] در ایران نیز اعتبار بخشی شامل شاخص های ورودی (داده ها)،

علی محمد مصدق راد: طراحی پژوهش، مشاور علمی
مریم مزینانی: گردآوری و تحلیل داده ها، تنظیم پیش نویس مقاله

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با عنوان: "میزان تمایل به شفافیت شبکه مدیریتی بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تهران" مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران، در سال ۱۳۹۷، است. نویسندگان مقاله لازم می دانند از همکاری مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران و همه افرادی که به انجام این پژوهش کمک کردند، تشکر و قدردانی کنند.

فرآیندی و پیامدی است و از میان این شاخص ها می توان با توجه به نظرات مدیران، تعدادی را که برای مردم مفید است به صورت شفاف منتشر کرد.

از محدودیت های اجرایی این پژوهش شامل عدم همکاری برخی مدیران در پر کردن پرسشنامه و عدم امکان تعمیم نتایج به همه بیمارستان های کشور است. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، اطلاعاتی که انتشار شفاف آنها مورد تمایل مصرف کنندگان خدمات سلامت است شناسایی شود و مدلی برای ارتقا شفافیت نظام سلامت ایران طراحی شود.

سهم نویسندگان

ابراهیم جعفری پویان: طراحی پژوهش، جمع آوری داده، تحلیل داده، هدایت تنظیم و اصلاح مقاله

منابع

1. Transparency for Iran. <https://tp4.ir/transparency-for-iran/2019>. [Available from: February 17, 2021.]
2. Bellver A, Kaufmann D. Transparenting transparency: Initial empirics and policy applications. World Bank Policy Research Working Paper Journal 2005;20: 52-72
3. Mosadeghrad AM, Rahimitabar P. Health system governance in Iran: A comparative study. Razi Journal of Medical Sciences 2019; 26: 10-28 [In Persian].
4. Kirschner N, Ejnes Y, Tape GT, Auted AM, Fihn SD, Hatton D. Healthcare Transparency-Focus on price and clinical performance information. American College of Physicians a Policy Paper 2010; https://www.acponline.org/system/files/documents/advocacy/current_policy_papers/assets/transparency_issues_brief.pdf
5. Inquiry BR, Kennedy I. the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995. Stationery Office 2001; [Available from: <https://navigator.health.org.uk/theme/report-public-inquiry-childrens-heart-surgery-bristol-royal-infirmary>]
6. Henke N, Kelsey T, Whately H. Transparency, the most powerful driver of health care improvement? McKinsey's Health Systems and Services Practice 2011; 11:1-10
7. Larsson S, Lawyer P, Silverstein M. From concept to reality: putting value-based health care into practice in Sweden. The Boston consulting Group Journal 2010 [Available from:

- <https://www.bcg.com/publications/2011/biopharma-health-care-payers-providers-health-care-from-concept-to-reality>]
8. Kelsey T. Transparency in the NHS not only saves lives - it is a fundamental human right. The Guardian 2013. [Available from: [https://www.theguardian.com/society/2013/mar/12/nhs-transparency-open-data-initiative:/](https://www.theguardian.com/society/2013/mar/12/nhs-transparency-open-data-initiative/)]
9. Donn SM, McDonnell WM. When bad things happen: adverse event reporting and disclosure as patient safety and risk management tools in the neonatal intensive care unit. American Journal of Perinatology 2012; 29: 65-70
10. Rechel B, McKee M, Haas M, Marchildon GP, Bousquet F, Blümel M. Public reporting on quality, waiting times and patient experience in 11 high-income countries. Health Policy 2016; 120: 377-83.
11. Jonathan L Gleason, Eric Swisher, Patrice M Weiss. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 2019; 46: 247-255
12. VafaiNajar A, Masihabadi M, Moshki M, Ebrahimipour H, Tehrani H. Determining the theory of planned behavior's predictive power on adolescents' dependence on computer games. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion 2015; 2: 303-311 [In Persian]
13. Explanatory Report on the Draft Transparency Bill. Tehran: Center for Strategic Mathematical Studies of the Republic, 2018 [Available from: <http://css.ir/hgepvq>] [In Persian]

14. Bouzarjomihri H. Challenges and Solutions for Promoting Transparency for Hospitals in Iran [dissertation]. Tehran University of Medical Science 2017 [In Persian]
15. Rahmani A, Bashiri N. A Review of the Information Disclosure Literature in Iran. *Accounting Research* 2014; 15: 35-66 [In Persian]
16. Bouzarjomehri H, Akbari Sari A, Jaafari Pooyan E. Comparative Study of Hospitals' Transparency in Eight Countries. *Hakim Research Journal* 2019; 22: 273-283 [In Persian].
17. Boparai GK Singh S Kathuria BP. Wow to Design and Validate A Questionnaire: A Guide. *Current Clinical Pharmacology* 2018; 13: 210-215
18. Lawshe CH. a quantitative approach to content validity. *Personal Psychology* 1975; 28:563-575
19. Waltz CF, Bausell RB. *Nursing Research: design statistics and Computer analysis*. 1st Edittion,: W.B.Saunders Co: Philadelphia, 1981
20. Calhoun C. *A dictionary of the social science*. 1st Edition, Oxford University Press: London, 2002
21. Transparency. The government's reasons for not making managers' salaries transparent. Fars press. [Available from: <http://fna.ir/bs0xtd>.]
22. Sadoughi F, Ershad Sarabi R, Valinejadi A. A Survey on Information Flow in Research Centers Affiliated with Tehran University of Medical Sciences. *Journal of Health Administration* 2014; 17: 43-50 [In Persian]
23. Arab Mazar A, Talebnia G, Vakilifard H, Samadi Lorgani M. Explaining the Relationship between Transparency of Financial Reporting and Tax Reporting in Iran. *Accounting and Auditing Research* 2011; 3: 22-37 [In Persian]
24. Yu-Hua Yan, Chih-Ming Kung. Transparency of Mandatory Information Disclosure and Concerns of Health Services Providers and Consumers. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2017;3:14
25. Badavar Nahandi Y, Pakmaram A. The impact of financial reporting quality on interaction between agency costs and speed of adjustment of stock price. *Journal of Accounting Advances* 2018; 10: 31-62
26. Eddy DM, Hollingworth W, Caro JJ. Model Transparency and Validation: A Report of the ISPOR-SMDM Modeling Good Research Practices Task Force-7. *Medical Decision Making* 2012; 32: 733-743
27. Bozarzomehri H, Sanaiy M. Transparency, E-Participation, and Open Government New Methods for Government Rightsizing and Agility. *Journal of Science and Technology Policy Lettersets* 2019; 4:5-14 [In Persian]