

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

Ebrahim Jaafaripooyan<sup>1</sup>, Ali Mohammad Mosadegh Rad<sup>1</sup>, Maryam Mazinani<sup>1\*</sup>

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<sup>۱</sup>، علی محمد مصدق راد<sup>۱</sup>، مریم مزینانی<sup>۱\*</sup>

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

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۲/۲۵

انشر الکترونیک پیش از انتشار - ۱۰ خرداد ۱۴۰۰

نشریه پیش: ۲۸۴ - ۲۷۵ (۳): ۲۰، ۱۴۰۰

### چکیده

**مقدمه:** دسترسی به اطلاعات متناسب اساس تصمیم‌گیری و انتخاب صحیح است. با این وجود، مردم اطلاعات بسیار اندکی از ساختارها، فرآیندها و پیامدهای بیمارستان‌ها و کیفیت، قیمت و کارایی خدمات ارائه شده در اختیار دارند. تجارب دیگر کشورها نشان می‌دهد که وجود تمایل و اراده در مسئولان می‌تواند یکی از قوی‌ترین پیشران‌ها برای ایجاد شفافیت باشد. هدف این پژوهش سنجش میزان تمایل مدیران سطوح مختلف بیمارستانها به ایجاد شفافیت در ارائه اطلاعات مرتبط با شاخص‌های 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 بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران تکمیل شد. تحلیل داده‌ها با کمک نرم افزار SPSS انجام گرفت.

**یافته‌ها:** بیشترین میزان تمایل مدیران نسبت به شفافیت اطلاعات، در حوزه شاخص‌های ساختاری و کمترین میزان در خصوص شاخص‌های پیامدی بیمارستانها بود. سطح مدیریتی، پست سازمانی و میزان تحصیلات با تمایل به شفافیت در ابعاد گوناگون آن ارتباط معنی‌دار داشت. **نتیجه‌گیری:** وفق نتایج این مطالعه، مدیران بیمارستانی مطالعه به طور کلی تمایل نسبتاً زیادی به شفافیت اطلاعات برای مردم دارند. سیاستگذاران می‌توانند با آگاهی نسبت به اولویت‌ها و تمایلات مدیران، شاخص‌های قابل انتشار اطلاعات بیمارستانی بومی کشور را شناسایی کرده و از شاخص‌هایی 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 شایسته‌سالاری، 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 رسانه‌ها 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 می‌دهد 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 می‌کند: «شفافیت عملکرد ارائه دهندگان خدمت می‌تواند جان انسان‌ها 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 تجربه‌ی 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 نشده‌ی روش‌شناختی و اخلاقی و نگرانی‌های ناشی از پیامدهای ناخواسته‌ی این سیاست عنوان شده است [۱۰]. انتشار اطلاعات باید به روشی نظامند 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 می‌دهد که حتی در صورت وجود ساختار و قانون نیز ممکن است که هیچگاه شفافیت ایجاد نشود زیرا پیشرانه 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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 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 آن ها 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

مراکز تحت پوشش آنها این اطلاعات باید به صورت به روز در اختیار مردم قرار گیرد. این موارد احتمالا رایج ترین سوالات افراد مراجعه کننده به بیمارستان است و بیشترین تماس های مردمی با مراکز درمانی و مراجعه به وبگاه های اینترنتی برای یافتن پاسخ این سوالات است. ضمن اینکه این اطلاعات مربوط به عملکرد مرکز درمانی نبوده و انتشارشان هیچ گونه پیامد منفی ای برای مراکز ارائه دهنده خدمات ندارد و کاملا مورد استفاده مردم بوده و رضایت افراد را از بیمارستانی که این اطلاعات را منتشر کند افزایش می دهد. یافته ها نشان دادند مدیران بیشتر تمایل دارند که بیمارستان را به مردم معرفی کنند و برنامه خدمات ارائه شده را در اختیار مردم قرار دهند. می توان شفاف سازی اطلاعات بیمارستانی را از بخش اطلاعات و شاخص های ساختاری و از شاخص هایی که به معرفی بیمارستان می پردازند شروع کرد.

کمترین میزان تمایل مدیران نیز در این بعد از شفافیت مربوط به شفاف سازی اطلاعات تعرفه داروهای رایج مصرفی بخش ها (۵/۲ درصد) و تعرفه لوازم مصرفی روتین بیمار (۵/۲ درصد) و نسبت پرستار به تخت (۴/۸ درصد) است. احتمالا دلیل کم بودن تمایل به شفافیت این موارد در بعد ساختاری وجود نگرانی های خاصی است که درباره انتشار مسائل مالی وجود دارد [۲۴]. پژوهش های مرتبط نشان داده است شفافیت مالی می تواند اعتماد مشتریان را به ارائه دهندگان خدمات بسیار افزایش دهد و مراکزی که به شفافیت اطلاعات مالی می پردازند بیشتر مورد انتخاب افراد برای کسب خدمات قرار می گیرند [۲۵]. از میان گویه های مربوط به تعرفه ها نیز مدیران حساسیت کمتری نسبت به شفاف سازی تعرفه یک شب بستری استاندارد و تعرفه عمل های جراحی داشتند که می توان 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 گویه های بعد فرآیندی شفافیت اطلاعات، احتمالا شاخص هایی که زمان انتظار را به مردم نشان می دهد بیشتر مورد استفاده بوده و تمایل برای شفاف سازی آنها بیشتر است.

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

است که شفافیت به میزان لازم موجود نیست و بیمارستان های ما از این نظر در جایگاه خوبی قرار ندارند [۱۴]، در بخش هایی نیز که به تازگی انتشار اطلاعات صورت می گیرد، با انتشار غیرکاربردی و غیرشفاف اطلاعات رو به رو هستیم. پژوهش های مرتبط بیان می کنند که با وجود تصویب قانون های ایجاد شفافیت، دلیل 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 واقعیت های موجود و دیگر مطالعات در این زمینه می تواند شامل تفاوت مواضع اعلامی و مواضع اعمالی در افراد و یا افزایش تمایل به شفافیت در گذر زمان باشد. یکی از محدودیت های پژوهش کمی را می توان در عدم دستیابی به حقیقت باورها و عمق تمایلات افراد به وسیله پرسشنامه دانست. هم چنین با توجه به افزایش آگاهی و اطلاعات مردم نسبت به فواید شفافیت و مطالبات مردمی که در حیطه های گوناگون مسائل کشور مبنی بر لزوم اجرای شفافیت اطلاعات شکل گرفته است ممکن است این درخواست های 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 می توان این تفاوت را توجیه کرد. با بررسی میزان تمایل به شفافیت به طور جزئی تر در ابعاد گوناگون آن متوجه می شویم که تمایل مدیران به تمام ابعاد شفاف سازی اطلاعات بیمارستانی زیاد نبوده است. تمایل مدیران به انتشار اطلاعات و شاخص های ساختاری بیشتر از اطلاعات و شاخص های فرآیندی و پیامدی است.

با وجود اهمیت بیشتر شاخص های پیامدی برای نشان دادن کیفیت خدمات و بهره وری در یک بیمارستان نتایج نشان می دهد که تمایل مدیران به انتشار این شاخص ها کمتر از شاخص های ساختاری و فرآیندی است و مدیران بیشتر مایل هستند که شفافیت برای اطلاعات بی خطر (شاخص های ساختاری) محقق شود. احتمالا وجود مشکلات زیر ساختی و چالش های فنی برای تهیه و جمع آوری اطلاعات فرآیندی در بیمارستان ها باعث شده است این اطلاعات به صورت شفاف منتشر نشود.

در بعد شفافیت اطلاعات ساختاری، بیشترین تمایل مدیران به شفاف سازی بیمه های طرف قرارداد (۷۳/۲ درصد)، تخصص های پزشکی بیمارستان (۶۹/۷ درصد) و برنامه روزانه درمانگاه ها (۶۷/۴ درصد) بود. با توجه به تعدد بیمه های پایه و بیمه های تکمیلی در ایران و مدت دار بودن قرارداد های بیمه و تغییرات پیوسته در



بدون شک، بخش بزرگی از پیشرفت‌های ادبیات در هر حوزه، از بهبود فنون اندازه‌گیری نشات می‌گیرد؛ در حوزه تمایل به شفافیت نیز مانند سایر حوزه‌ها، نیاز مبرمی به معیارهای مناسب‌تر برای سنجش تمایل به شفافیت اطلاعات و شاخص‌های بیمارستانی وجود دارد. نتیجه این پژوهش نشان می‌دهد تمایل مدیران ارشد، میانی و عملیاتی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران به شفافیت اطلاعات و شاخص‌های بیمارستانی برای عموم مردم نسبتاً زیاد است. تمایل به شفافیت اطلاعات در ابعاد سه‌گانه آن نیز سنجیده شد و به طور کلی می‌توانیم بگوییم تمایل مدیران به شفافیت اطلاعات و شاخص‌های پیامدی کمتر از تمایل آنها به شفافیت اطلاعات و شاخص‌های فرآیندی و ساختاری است. نتایج این پژوهش به سیاستگذاران کمک می‌کند که با آگاهی نسبت به اولویت‌ها و تمایلات مدیران شاخص‌های قابل انتشار اطلاعات بیمارستانی بومی کشور را شناسایی کرده و زمینه را برای اقدامات شفافیت‌ساز فراهم آورند و از شاخص‌هایی با حساسیت کمتر (شاخص‌های ساختاری) فرآیند شفافیت را در کشور آغاز کرده و از فواید آن بهره‌مند شوند.

با توجه به یافته‌های این پژوهش پیشنهاداتی برای سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت در ایران ارائه می‌شود:

- افزایش اطلاعات مدیران نسبت به مفهوم حقیقی شفاف‌سازی اطلاعات بسیار ضروری به نظر می‌رسد، نباید انتشار اطلاعات را با شفاف‌سازی آن اشتباه گرفت. در حال حاضر بخش زیادی از اطلاعات و شاخص‌های ساختاری بیمارستان‌ها منتشر می‌شود، اما این اطلاعات به صورت داده‌های خامی هستند که کاربردی نبوده و قابلیت مقایسه با بیمارستان‌های دیگر را ندارند [۲۷].

- با همکاری متخصصان در زمینه فناوری اطلاعات و کارشناسان علوم پزشکی می‌توان از انتشار صحیح و قابل فهم اطلاعات و شاخص‌های 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 شاخص‌ها و اطلاعات پیامدی برداشت‌های اشتباهی در جامعه صورت نخواهد پذیرفت، می‌توانیم از عدم تمایل آنان به انتشار این اطلاعات کم کنیم. هم‌چنین باید مدیران این حوزه را از اهمیت شاخص‌های 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 شاخص‌های ورودی (داده‌ها)،

توانایی در اندازه‌گیری خروجی بیمارستان‌ها، زیرا تمایل زیادی به شفافیت در بعضی‌گوبه‌ها که اطلاعات آنها به سادگی موجود است (انواع گواهینامه‌های معتبر اخذشده توسط بیمارستان و درجه اعتباربخشی بیمارستان) در بین مدیران وجود داشت.

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

مدیران شرکت‌کننده در این پژوهش مایل به شفاف‌سازی اطلاعات و شاخص‌های مربوط به مرگ و میر و ایمنی بیمار در بیمارستان نبودند، عدم تمایل به شفافیت این شاخص‌ها علیرغم اهمیت آنها برای نشان دادن کیفیت خدمات ارائه شده به مراجعین می‌تواند ناشی از مواردی مانند: کیفیت پایین خدمات و ترس بیمارستان‌های ناسالم از شفافیت عملکرد خویش و بیمارستان‌های سالم از مچ‌گیری با شفافیت و عدم وجود تفاوت و تنبیه یا تشویق بین بیمارستان‌های خوب یا بد باشد. هم‌چنین جابجایی بیماران از بیمارستان‌های ضعیف به قوی و محافظه‌کاری مدیران و ترس آنها از واکنش‌های احتمالی می‌تواند 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 می‌توان با انتشار شاخص میزان مرگ و میر خالص بیمارستان و نرخ زخم‌بستر به تفکیک بخش که میزان عدم تمایل مدیران به آنها کمتر است، روند شفافیت را در کشور آغاز کرد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد 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 می‌تواند 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 می‌شود. یافته‌های این پژوهش نشان داده مدیران ارشد تمایل کمتری به شفافیت اطلاعات پیامدی دارند که دلیل احتمالی آن می‌تواند نگاه تخصصی‌تر آنها و در نظر گرفتن بیشتر چالش‌ها و حساسیت‌ها باشد. به علاوه که مدیران ارشد هستند که در وهله اول باید در برابر نتایج شفاف شده در برابر بالادستی‌های خود و مردم پاسخگو باشند، نه مدیران عملیاتی و میانی.



علی محمد مصدق زاد: 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](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. 1<sup>st</sup> Edittion,: W.B.Saunders Co: Philadelphia, 1981
20. Calhoun C. A dictionary of the social science. 1<sup>st</sup> 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, Sanaei 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]