

به نام خداوند بخشنده‌ی مهربان



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

معاونت پژوهشی - مدیریت امور پژوهش

فرم پیش نویس طرح پژوهشی (PROPOSAL)

عنوان طرح:

ارائه‌ی راهکارهای ارتقاء شفافیت برای بیمارستان‌های ایران

نام و نام خانوادگی طرح دهندگان^۱:

دکتر علی اکبری ساری - دکتر ابراهیم جعفری پویان - حسین بوذرجمهری

دانشکده / مرکز تحقیقاتی:

دانشکده‌ی بهداشت

۱ قسمت اول - توضیح نکات لازم و ضروری

توجه: پاسخ بسیاری از پرسشهای شما درباره مندرجات این فرم در مطالب زیر ارائه شده است، بنابراین خواهشمند است قبل از تکمیل این فرم مطالب زیر را به دقت مطالعه فرموده و در نظر داشته باشید.

۱- مطابق با آیین نامه اجرایی طرحهای تحقیقاتی روند رسیدگی به طرحهای پیشنهادی در دانشکدهها و مراکز تحقیقاتی مصوب دانشگاه و شورای گسترش دانشگاه های علوم پزشکی مشابه یکدیگر بوده و در مورد مراکزی که وابسته به دانشکده ها میباشند از طریق دانشکده مربوطه عمل میشود.

۲- خلاصه روند بررسی طرحهای تحقیقاتی بدین ترتیب است ، براین اساس این فرم باید پس از تکمیل جهت بررسی و طی مراحل تصویب به معاونت پژوهشی دانشکده مورد نظر طرح دهنده تحویل شود.

a. تکمیل و ارائه پیش نویس طرح به معاونت پژوهشی دانشکده و ثبت آن

b. ارائه طرح پیشنهادی به شورای پژوهشی گروه مربوطه جهت بررسی و و انجام تغییرات احتمالی در گروه مربوطه

c. تصویب موضوع در شورای پژوهشی گروه

d. ارائه طرح مصوب به شورای پژوهشی دانشکده جهت ادامه روند بررسی

e. تصویب موضوع در شورای پژوهشی دانشکده

f. ارائه طرح مصوب دانشکده به حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه

g. ثبت در فهرست نوبت شورا و ارجاع به کارشناسان جهت بررسی های کلی

h. تکمیل اطلاعات و قرارگرفتن طرح در دستور کار شورای پژوهشی دانشگاه

i. تصویب موضوع در شورای پژوهشی دانشگاه

j. اعلام به مجری و مقدمات قرارداد ...

۳- در مواردی که اجرای طرح پیشنهادی مستلزم همکاری بخشها یا سازمانهای دیگر باشد، طرح دهنده باید قبلاً "نظر موافق سازمانهای مربوطه را کسب نموده و موافقت نامه کتبی ایشان را ضمیمه این پیش نویس نمایند.

۴- کلیه طرحهایی که به تصویب شورای پژوهشی دانشگاه میرسد بر اساس قراردادی که بین معاونت پژوهشی دانشگاه و مجری طرح منعقد می شود قابل اجرا خواهد بود. بنابراین معاونت پژوهشی دانشگاه هیچگونه مسئولیتی در برابر فعالیتهای قبل از تصویب طرح و آنچه که خارج از محدوده قرارداد منعقد انجام پذیرد نخواهد داشت.

۵- طرح دهندگان ملزم به رعایت کلیه ضوابط و قوانین مندرج در آیین نامه طرحهای تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی تهران میباشند. لذا پیشنهاد میگردد تا مجریان و طرح دهندگان محترم جهت آگاهی از مفاد آیین نامه مذکور به معاونین پژوهشی دانشکده ها یا مراکز تحقیقاتی مراجعه نمایند.

۶- چنانچه انجام طرح پژوهشی در مرحله ای از پیشرفت آن اعم از اینکه به نتیجه نهایی رسیده یا نرسیده باشد، منجر به کشف یا اختراع و یا تحصیل حقوقی شود، مجری طرف قرارداد موظف است مراتب را کتباً به معاونت پژوهشی



- دانشکده ذیربط و یا معاونت پژوهشی دانشگاه اطلاع دهد. در این رابطه حقوقی که در اثر اجرای طرح تحقیقاتی ایجاد گردیده است با توجه به متن قرارداد منعقد و یا متمم آن مشخص میگردد.
- ۷- در صورت تمایل مجری به انتشار یا ارائه نتایج حاصله در داخل یا خارج از کشور (بجز نشریات دانشگاه)، لازمست قبلاً نظر موافق معاونت پژوهشی دانشگاه را در این زمینه جلب نماید. بدیهی است که ذکر حمایت مالی و همکاری دانشگاه در اجرای طرح برای انتشارات مذکور الزامی خواهد بود.
- ۸- کلیه تجهیزات و لوازم مصرفی و غیرمصرفی باقیمانده از اجرای طرح که از محل اعتبار آن تهیه شده است، پس از اتمام اجرای طرح متعلق به دانشگاه بوده و هرگونه تصرفی در آنها منوط به کسب مجوزهای قانونی است.
- ۹- در صورتیکه قراردادی در مورد تجهیزات و لوازم و موادی که از محل اعتبار پژوهشی تهیه شده است بین پژوهشگر و سازمانهای دیگر و دانشگاه منعقد شده باشد مطابق این قرارداد عمل خواهد شد.
- ۱۰- در صورتیکه هریک از بندهای ۲ و ۳ و ۴ و ۱۲ و ... رعایت نشود بررسی طرح ممکن نبوده و مسئولیتی از این بابت متوجه شوراهای پژوهشی گروه دانشکده و دانشگاه نمی باشد.

۱-۱. راهنمای تکمیل این فرم

- ۱۱- این فرم باید به زبان فارسی (و در صورت لزوم انگلیسی) تایپ شده و فاقد هرگونه ابهامی، تکمیل گردد. بنابراین معاونت پژوهشی دانشکده و یا دانشگاه میتواند از پذیرفتن فرمهایی که به نحو نامطلوب تکمیل شده است، خودداری نمایند.
- ۱۲- کلیه قسمتهای فرم باید به نحو مناسب تکمیل شده و طرح دهنده باید به کلیه نکات و تذکرات متن فرم توجه کامل داشته باشند تا هیچ موردی بی جواب و بدون علامت و توضیح نباشد.
- ۱۳- در پاره ای از موارد که فضای کافی برای توضیحات مد نظر طرح دهنده وجود ندارد، وی میتواند توضیحات اضافه را در برگه ای بصورت ضمیمه و با اشاره به بند و قسمت مورد نظر به فرم اضافه نمایند. چنانچه طرح دهنده از شکل رایانه ای این فرم استفاده مینماید هیچ محدودیتی در فضاهای پیش بینی شده وجود ندارد.
- ۱۴- برای ارائه فرم رایانه ای طرح، این فرم باید در قالب نرم افزار Word 95(arabic edition) و یا ویرایش های بالاتر از آن باشد.
- ۱۵- هنگام ارائه این فرم تکمیل صفحه خلاصه مشخصات طرح الزامی است.
- ۱۶- هنگام ارائه این فرم جدول همکاران اصلی طرح (بند ۱۲) باید تکمیل شده و به امضا و تایید فرد مورد اشاره رسیده باشد.
- ۱۷- لازم است طرح دهنده برای تکمیل قسمت روش اجرای طرح به جدول نوع تحقیق (بند ۲۳) توجه کامل داشته و کلیه موارد اشاره شده در بند مربوطه را توضیح دهد.
- ۱۸- لازم است طرح دهنده توضیح کاملی در رابطه با ابزار جمع آوری اطلاعات (پرسشنامه و یا ...) ارائه نموده و نمونه ای از آن را ضمیمه نماید.
- ۱۹- در صورتیکه ملا حظات اخلاقی برای اجرای طرح وجود دارد لازم است طرح دهنده توضیح کاملی در باره این نکات ارائه نموده و نمونه ای از رضایت نامه مورد استفاده برای طرح را ضمیمه نماید.
- ۲۰- در صورتیکه محدودیتهایی برای اجرای طرح تصور میشود لازم است طرح دهنده به این محدودیتهای اشاره نموده و توضیح کاملی برای مقابله با این محدودیتهای ارائه نماید.
- ۲۱- زمان شروع طرح، بعد از تصویب آن بوسیله شورای پژوهشی دانشگاه و با هماهنگی مدیر اجرایی طرح و حوزه مدیریت امور پژوهشی، از هنگام تامین اعتبار در نظر گرفته میشود

- ۲۲- دریافت گزارشهای علمی و اجرایی طرح با توجه به جدول گانت طرح مصوب صورت میپذیرد. براین اساس لازم است طرح دهنده در جدول مذکور زمان ارائه گزارشهای پیشرفت طرح و محتوای پیش بینی شده گزارش خود را مشخص نماید.
- ۲۳- هزینه های کارمندی (پرسنلی) با توجه به حجم فعالیت (در نظر گرفتن ساعات کار برای افراد شاغل در طرح) و جدول زمان بندی اجرای طرح و پیوست شماره یک (که فعلا مد نظر دانشگاه قرار دارد) تکمیل میشود.
- ۲۴- طرح دهنده باید توجه داشته باشد که حد اکثر ساعات کار برای افراد شاغل در طرح مطابق قوانین اداری و استخدامی ۶۴ ساعت در هر ماه است. رقم حق الزحمه ساعتی افراد با توجه به موقعیت استخدامی و رتبه علمی، در پیوست شماره یک آمده است. بنابر این طرح دهنده میتواند با تغییر در ساعات کار رقم کلی حق الزحمه افراد همکار را تغییر دهد
- ۲۵- هرگونه نقص یا اشتباهی در محاسبه هزینه های پیش نویس که در تصمیمات متخذه دخالت داشته باشد به عهده تکمیل کننده فرم است و دانشگاه تعهدی در خصوص تامین کسری موارد اشتباه شده ندارد.
- ۲۶- در مواردیکه مجری محترم در تکمیل این فرم نیازمند راهنمایی باشد، این حوزه با هماهنگی قبلی به نشانی انتهای این صفحه در خصوص راهنمایی های مورد نظر آمادگی کامل دارد.

۱-۲. توضیح مفاهیم

شماره	کلمه	مفهوم
۱	طرح دهندگان	فرد یا افرادی هستند که پیشنهاد طرح را تهیه نموده و معمولا اجرای تحقیق نیز بوسیله ایشان انجام میپذیرد. بر این اساس و با توجه به آیین نامه طرحهای تحقیقاتی در این نوشتار عبارات مجریان یا مجریان اصلی و طرح دهندگان معادل یکدیگر هستند.
۲	مدیر اجرایی طرح	فردی است که از بین مجریان طرح انتخاب شده و مسولیت اجرای طرح از نظر مالی، حقوقی و اداری بعهده ایشان است. بین مدیر اجرایی طرح و سایر مجریان امتیاز خاصی وجود ندارد و مدیر اجرایی طرح صرفا مسئول اجرایی و طرف مذاکره و عامل اجرای طرح شناخته میشود. یک طرح تحقیقاتی نمیتواند بیش از یک مدیر اجرایی داشته باشد.
۳	همکاران اصلی طرح	همکارانی هستند که حضور شخص یا همکاری تخصص ایشان در انجام طرح ضروریست
۴	طرح کاربردی	طرحی است که دارای نتایج بالفعل بوده و نتایج حاصل از انجام آن بلا فاصله پس از اتمام طرح قابل استفاده باشد
۵	طرح بنیادی	طرحی است که دارای نتایج بالقوه بوده و نتایج حاصل از انجام آن بلا فاصله پس از اتمام طرح قابل استفاده نباشد
۶	طرح جامعه نگر	طرحی است که بر اساس نیاز بهداشتی درمانی جامعه، در تلاش برای رفع مشکل و یا یافتن پاسخ سوال مشخصی باشد
۷	HSR	Health System Research تحقیقاتی را شامل میشود که در قالب طرحهای جامعه نگر ارائه میشوند



۸	هدف اصلی طرح	general objective هدفی است که طرح در انتها بدنبال دستیابی به آن است. این هدف باید با انجام طرح قابل حصول باشد
۹	اهداف فرعی طرح	Specific objectives اهدافی هستند که قبل یا همگام با هدف اصلی طرح حاصل خواهند شد.
۱۰	اهداف کاربردی طرح	Applied objectives اهدافی هستند که بصورت عملی پس از انجام طرح بدست آمده و جزو نتایج بالفعل طرح میباشند.
۱۱	فرضیات	Hypothesis انتظارات و پیشفرضیهایی است که طرح دهنده بر اساس آن اقدام به تنظیم پیش نویس طرح نموده است.
۱۲	ملاحظات اخلاقی	Ethical points Or Ethics Considerations کلیه اصول و مبانی اخلاقی، انسانی، مذهبی، و... است که باید در حین پژوهش از سوی آزمایشگر بر روی آزمودنی اعم از انسان و حیوان و ... رعایت شود
۱۳	جدول زمان بندی اجرای طرح	Gantt Chart جدولی است که طی آن محقق ابتدا و انتهای فعالیتهای اجرایی و طول زمان مراحل مختلف پژوهش را در آن مشخص میکند.

۲ قسمت دوم - خلاصه مشخصات طرح

عنوان طرح: ارائه‌ی راهکارهای ارتقاء شفافیت برای بیمارستان‌های ایران

مدیر اجرایی طرح^۲: دکتر علی اکبری ساری

دانشکده/مرکز تحقیقاتی: دانشکده بهداشت

گروه: مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی

محیط پژوهش: شهر تهران

مدت اجرا: ۱۰ ماه

خلاصه ضرورت اجرا و اهداف کاربردی طرح: یکی از ویژگی‌های یک بازار رقابتی کامل، وجود اطلاعات کامل است؛ یعنی دو طرف معامله اطلاعات کامل و برابری نسبت به یکدیگر و محصول داشته باشند [۱]. اما فراتر از آن در فقه اسلامی، معامله‌ای که بر روی امر مجهولی صورت بگیرد، باطل است [۲]. در واقع خریدار باید بداند که برای چه چیزی و با چه کیفیتی هزینه می‌کند. شفافیت در بیمارستان‌ها یعنی ارائه‌ی اطلاعات مربوط به «کیفیت» و «قیمت» خدمات بیمارستانی به مردم تا آنها بتوانند با استفاده از این اطلاعات بهترین ارائه‌دهندگان را با توجه به توانایی پرداخت خویش انتخاب کنند. در فضای عدم شفافیت فعلی، تنها حدس و شایعه انتخاب‌های مردم را شکل می‌دهد و حق انتخاب عملاً از مردم سلب شده است. در بررسی‌های اولیه مشخص شده است که بسیاری از کشورها همچون انگلستان، کانادا، استرالیا، آمریکا، فرانسه، ژاپن و ... با ایجاد پایگاه‌های اینترنتی، اطلاعات جامعی از بیمارستان‌ها را در اختیار مردم قرار می‌دهند. پژوهش حاضر با بررسی تجارب بین‌المللی به همراه استفاده از نظر خبرگان، مجموعه‌ای از راهکارها را جهت ارتقاء شفافیت در بیمارستان‌های ایران ارائه می‌دهد.

خلاصه روش اجرای طرح: این مطالعه از نوع کیفی است که ابتدا در یک مطالعه‌ی مروری به بررسی تجارب بین‌المللی در حوزه شفافیت اطلاعات بیمارستانی می‌پردازد، سپس به کمک تجارب به دست آمده و همچنین با استفاده از مصاحبه با صاحب‌نظران این حوزه در ایران، به گردآوری و ارائه‌ی راهکارهای ارتقاء شفافیت برای بیمارستان‌های ایران اقدام می‌نماید.

خلاصه هزینه‌ها

هزینه پرسنلی	..... ریال	هزینه مسافرت	..... ریال
هزینه آزمایشات و خدمات تخصصی	..... ریال	هزینه‌های دیگر	..... ریال
هزینه مواد و وسایل مصرفی	..... ریال	جمع کل	..... ریال
هزینه وسایل غیر مصرفی	..... ریال		..... ریال



۳ قسمت سوم - اطلاعات مربوط به عوامل اجرایی طرح

توجه: چنانچه طرح دهنده بیش از یک نفر باشد لازم است هر کدام از ایشان بطور جداگانه این قسمت را تکمیل نمایند.

۳-۱. نام و نام خانوادگی طرح دهنده: دکتر علی اکبری ساری

- ۱- رتبه علمی: دانشیار
- ۲- محل خدمت: دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۳- نشانی محل خدمت: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۴- تلفن محل خدمت: ۰۲۱ - ۴۲۹۳۳۲۰۲
- ۵- نشانی پست الکترونیک: akbarisari@tums.ac.ir
- ۶- نشانی یا تلفن برای دسترسی سریع و پیامهای فوری: دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، طبقه چهارم، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، کدپستی: ۱۴۱۷۶۱۳۱۵۱
- ۷- در صورتیکه طرح دهنده دارای سمتهای اجرایی در داخل یا خارج محیط دانشگاه میباشند جدول زیر را تکمیل نمایند

عنوان سمت	نشانی محل کار	تاریخ شروع فعالیت در این سمت	تلفن محل کار
ریاست دانشکده‌ی بهداشت	دانشگاه علوم پزشکی تهران		۰۲۱ - ۴۲۹۳۳۲۰۲

۸- درجات علمی و سوابق تحصیلی طرح دهنده به ترتیب از لیسانس به بعد ذکر گردد

درجه تحصیلی	رشته تحصیلی و تخصصی	دانشگاه یا محل تحصیل	کشور	سال دریافت
MD	پزشک عمومی	دانشگاه علوم پزشکی تهران	ایران	۱۳۷۶
دکترای تخصصی (PhD)	مدیریت و سیاستگذاری سلامت	دانشگاه یورک	انگلستان	۱۳۸۵
PostDoc		دانشگاه یورک	انگلستان	۱۳۸۵

۳-۲. نام و نام خانوادگی طرح دهنده: دکتر ابراهیم جعفری پویان

- ۱- رتبه علمی: استادیار
- ۲- محل خدمت: دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۳- نشانی محل خدمت: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۴- تلفن محل خدمت: ۰۲۱-۴۲۹۳۳۰۵۸
- ۵- نشانی پست الکترونیک: jaafaripooyan@tums.ac.ir



- ۶- نشانی یا تلفن برای دسترسی سریع و پیامهای فوری: دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، طبقه چهارم، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، کدپستی: ۱۴۱۷۶۱۳۱۵۱
- ۷- در صورتیکه طرح دهنده دارای سمتهای اجرایی در داخل یا خارج محیط دانشگاه میباشد جدول زیر را تکمیل نماید

عنوان سمت	نشانی محل کار	تاریخ شروع فعالیت در این سمت	تلفن محل کار
مشاور دبیرخانه ارزیابی عملکرد معاونت توسعه دانشگاه	دانشگاه علوم پزشکی تهران		۰۲۱-۴۲۹۳۳۰۵۸

- ۸- درجات علمی و سوابق تحصیلی طرح دهنده به ترتیب از لیسانس به بعد ذکر گردد

درجه تحصیلی	رشته تحصیلی و تخصصی	دانشگاه یا محل تحصیل	کشور	سال دریافت
کارشناسی	مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	دانشگاه شیراز	ایران	۱۳۸۰
کارشناسی ارشد	مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	دانشگاه علوم پزشکی تهران	ایران	۱۳۸۲
دکترای تخصصی (Ph.D)	مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	دانشگاه ساوتهمپتون	انگلستان	۱۳۹۰

۳-۳. نام و نام خانوادگی طرح دهنده: حسین بوذرجمهری

- ۱- رتبه علمی: دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران
- ۲- محل خدمت: -
- ۳- نشانی محل خدمت: -
- ۴- تلفن محل خدمت: -
- ۵- نشانی پست الکترونیک: Bande@elenoon.ir
- ۶- نشانی یا تلفن برای دسترسی سریع و پیامهای فوری: ۰۹۳۷۰۵۳۱۹۸۴
- ۷- در صورتیکه طرح دهنده دارای سمتهای اجرایی در داخل یا خارج محیط دانشگاه میباشد جدول زیر را تکمیل نماید

عنوان سمت	نشانی محل کار	تاریخ شروع فعالیت در این سمت	تلفن محل کار
-	-	-	-

- ۸- درجات علمی و سوابق تحصیلی طرح دهنده به ترتیب از لیسانس به بعد ذکر گردد

درجه تحصیلی	رشته تحصیلی و تخصصی	دانشگاه یا محل تحصیل	کشور	سال دریافت
کارشناسی	پرتوشناسی	دانشگاه علوم پزشکی تهران	ایران	۱۳۸۹
دانشجوی کارشناسی ارشد	مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی	دانشگاه علوم پزشکی تهران	ایران	-



۹- آیا تاکنون دوره‌های روش تحقیق را گذرانده‌اید؟ بلی -- خیر--

در صورت پاسخ مثبت، جدول زیر را تکمیل فرمایید.

محل برگزاری دوره	تاریخ	سطح دوره و نوع آموزشهای ارائه شده
دانشکده‌ی بهداشت	نیمه دوم سال تحصیلی ۱۳۹۳ - ۹۴	۳ واحد درس روش تحقیق در ترم ۲ کارشناسی ارشد

۹- سابقه طرحهای تحقیقاتی که طرح دهنده قبلا در آن همکاری داشته و یا هم‌اکنون در حال اجرا دارد، ذکر شود.

عنوان طرح	محل اجرا	مدت اجرا	وضعیت طرح	نوع همکاری
-	-	-	-	-

۱۰- مشخصات همکاران اصلی^۳ طرح :

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	درجه علمی	نوع همکاری	امضای همکار
۱	مهدی ثنائی	مسئول گروه شفافیت برای ایران	دانشجوی دکتری مدیریت علم و فناوری	مشاور	



قسمت چهارم - اطلاعات مربوط به طرح پژوهشی

۴-۱. عنوان طرح به فارسی:

ارائه‌ی راهکارهای ارتقاء شفافیت برای بیمارستان‌های ایران

۴-۲. عنوان طرح به انگلیسی:

Providing solutions to promote transparency for hospitals of Iran

۴-۳. نوع طرح:

کاربردی^۴
 بنیادی
 بنیادی-کاربردی
 جامعه نگر^۶ (HSR)^۷

۴-۴. بیان مسئله و ضرورت اجرای طرح: (در صورت نیاز می‌توانید از صفحات اضافه استفاده نمایید).

۴-۴-۱. مقدمه

یکی از ویژگی‌های یک بازار رقابتی کامل، وجود اطلاعات کامل است؛ یعنی دو طرف معامله اطلاعات کامل و برابری نسبت به یکدیگر و محصول داشته باشند [۱]. اما فراتر از آن در فقه اسلامی، معامله‌ای که بر روی امر مجهولی صورت بگیرد، باطل است [۲]. در واقع خریدار باید بداند که برای چه چیزی و با چه کیفیتی هزینه می‌کند. با این حال بصورت طبیعی در مراقبت‌های سلامت، پزشک (یا ارائه‌دهنده‌ی خدمت) نسبت به بیمار اطلاعات و دانش بیشتری در مورد تشخیص و معالجه بیماری دارد و بیمار نمی‌تواند از کیفیت خدماتی که دریافت کرده است مطمئن باشد. عدم تقارن اطلاعاتی در بازار کالاهای دست دوم، بازارهای بیمه و سرمایه نیز وجود دارد.

روش‌های مختلفی برای جلوگیری از مضرات اطلاعات نامتقارن، مانند تقاضای القایی، مورد استفاده قرار می‌گیرند؛ برای نمونه می‌توان به ارتباط بلند مدت بین خریدار و فروشنده (مانند پزشک خانواده)، نظارت تشکلهای حرفه‌ای، الزامات مربوط به دریافت مجوز، تأیید صلاحیت و تضمین کیفیت اشاره کرد [۱]. اما همانطور که از منشأ این مشکل پیداست، بهترین راهکار برای مقابله‌ی ریشه‌ای با این پدیده، گام برداشتن در جهت ایجاد تقارن اطلاعاتی است؛ به‌صورتی که اطلاعات بیشتری در اختیار بیمار قرار گیرد تا توانایی بیشتری برای انتخاب داشته باشد. یکی از جدیدترین، کم‌هزینه‌ترین و کارآمدترین راه‌حل‌ها، ایجاد شفافیت در بیمارستان‌ها است تا علاوه بر این که از فساد، زیرمیزی، عدم مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی و عدم کارایی بیمارستان‌ها به‌صورت چشم‌گیری کاسته شود، با کاهش اطلاعات نامتقارن در بازار سلامت، مردم مشارکت بیشتری در تأمین سلامت خود و جامعه ایفا کنند و فضای رقابتی را در این حوزه رقم بزنند. شاید بتوان گفت مهم‌ترین مزیت برتری شفافیت به عنوان یک روش دستیابی به این اهداف، هزینه‌ی بسیار پایین اجرای آن در مقایسه با روش‌های بدیل خود است.

به طور مشخص شفافیت در بیمارستان‌ها یعنی ارائه‌ی اطلاعات مربوط به «کیفیت» و «قیمت» خدمات بیمارستانی به عموم مردم تا آنها بتوانند با استفاده از این اطلاعات بهترین ارائه‌دهندگان را با توجه به توانایی پرداخت خویش انتخاب کنند. در فضای فعلی و عدم شفافیت اطلاعات بیمارستانی، تنها حدس، گمان و شایعه است که انتخاب‌های مردم را شکل می‌دهد و حق انتخاب عملاً از مردم سلب شده است چرا که بدون داشتن اطلاعات کافی برای انتخاب، عملاً هر انتخابی بی‌معنی است. با بررسی‌های اولیه انجام شده مشخص شده است که بسیاری از کشورها همچون انگلستان، کانادا، استرالیا، آمریکا، فرانسه، ژاپن و ... با ایجاد پایگاه‌های اینترنتی،

اطلاعات جامعی از بیمارستان‌های خود در اختیار مردم قرار می‌دهند. پژوهش حاضر در تلاش است با بررسی تجارب بین‌المللی به همراه استفاده از نظر خبرگان در قالب مصاحبه، مجموعه‌ای از راهکارها را جهت ارتقاء شفافیت در بیمارستان‌های ایران ارائه دهد.

۲-۴-۴. ادبیات موضوع

امروزه «شفافیت» یکی از واژه‌های پر کاربرد توسط مسئولین و رسانه‌هاست و مردم نیز در مورد آن صحبت‌های بسیاری شنیده‌اند. اما از آنجایی که شفافیت مفهومی «بدیهی» تلقی می‌گردد کمتر به ابعاد مختلف آن پرداخته شده است تا آنجا که شفافیت با وجود کاربرد فراوان، به مفهومی گنگ تبدیل شده است. به این ترتیب با وجودی که تمامی مسئولین و رسانه‌ها «شفافیت» را مفهومی مثبت و ضروری تلقی می‌کنند اما زمانی که به جزئیات و مصادیق شفافیت وارد می‌شوند توافق نظرها کمتر می‌شود و یا حتی در مقابل آن جبهه گرفته می‌شود. به همین دلیل نیاز به مفهوم‌سازی و تعیین مصادیق دقیق شفافیت امری لازم و ضروری می‌نماید.

شفافیت مکانیزمی خودکنترل است که با استفاده از آن سازمان‌ها با نظارت و دخالت کمتر دولت، خود را کنترل می‌نمایند چرا که نظارت عموم مردم را بر خود احساس می‌کنند. با تصویب قانون انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات در سال ۱۳۸۸، شفافیت در جمهوری اسلامی ایران وارد مرحله‌ی جدیدی شد. طبق این قانون دسترسی آزاد به اطلاعات عمومی «حق» مردم تلقی می‌گردد: «هر شخص ایرانی حق دسترسی به اطلاعات عمومی را دارد، مگر آنکه قانون منع کرده باشد.» تحت این قانون هر شخص می‌تواند در رابطه با نهادهای دولتی و خصوصی، اطلاعات عمومی از جمله آمارها، گزارش‌های عملکرد، آیین‌نامه‌ها و ضوابط و بطور کلی هرگونه اطلاعاتی که محرمانه تلقی نمی‌گردد و انتشار آن موجب ضرر نیست را مطالبه نماید.

برای شناخت بهتر شفافیت و تأثیر آن در حوزه‌های گوناگون، باید از مطالعه ریشه و مفهوم این کلمه آغاز کرد. شفافیت کلمه‌ای عربی و از ریشه «شف» به معنای شفاف بودن، تابانی و درخشانی است [۳]. در لغت‌نامه‌های مختلف تعاریف متعددی از شفافیت ارائه شده است. حسن عمید آن را «ویژگی هر چیز لطیف و نازک که از پشت آن اشیای دیگر نمایان باشند، مانند بلور و شیشه» عنوان می‌کند [۴].

شفافیت با کلمه Transparency در زبان انگلیسی معادل است. ریشه لاتین آن، کلمه «transparēre» است که از دو بخش تشکیل شده است؛ trans- به معنای درون (through) و parēre به معنای آشکار (appear) [۵]. تعاریف متنوعی از مفهوم شفافیت در حوزه حکومت‌داری مطرح شده است که در ادامه برخی از آنها مورد بررسی قرار گرفته‌اند:

- وضوح^۱ و اثربخشی^۲ فعالیت‌ها با تأثیر بر سیاست عمومی [۶].
- جریان اطلاعات قابل اتکا^۳ و به هنگام^۴ اقتصادی، اجتماعی و سیاسی که برای همهی ذی‌نفعان مرتبط در دسترس^۵ باشد [۷].
- انتشار^۶ اطلاعات به صورت قاعده‌مند^۷ و دقیق^۸ [۸].

^۱ Clarity

^۲ Effectiveness

^۳ Reliable

^۴ Timely

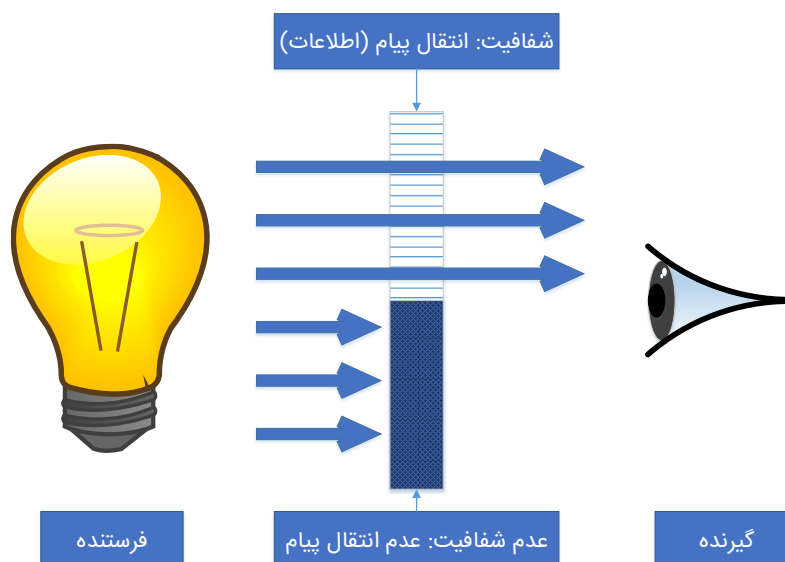
^۵ Accessible

^۶ Dissemination

^۷ Regular

^۸ Accurate

آنچه به عنوان نخ تسبیح، این تعاریف را به هم متصل می‌کند دسترسی به اطلاعات است. در حقیقت نور نیز بعنوان حامل اطلاعات به واسطه‌ی جسم شفاف و شیشه‌ای، اطلاعات را از فرستنده به سمت گیرنده انتقال می‌دهد و موجب می‌شود اطلاعاتی از محیط افراد توسط شخص ناظر دریافت شوند (تصویر ۱).



تصویر ۱ - طرح مفهومی شفافیت در قالب بستر ارتباطی

به طور عام، شفافیت به معنای انتقال اطلاعات بین فرستنده و گیرنده است. با الهام از صفت شفافیت در اجسام، مفهوم شفافیت به ادبیات حکومت‌داری نیز وارد شده است. در این ادبیات، با تفکیک بین حاکمیت و مردم، شفافیت می‌تواند از منظر «گیرنده‌ی اطلاعات» یا «مخاطب اطلاعات» برای دو حوزه‌ی کلی تعریف شود:

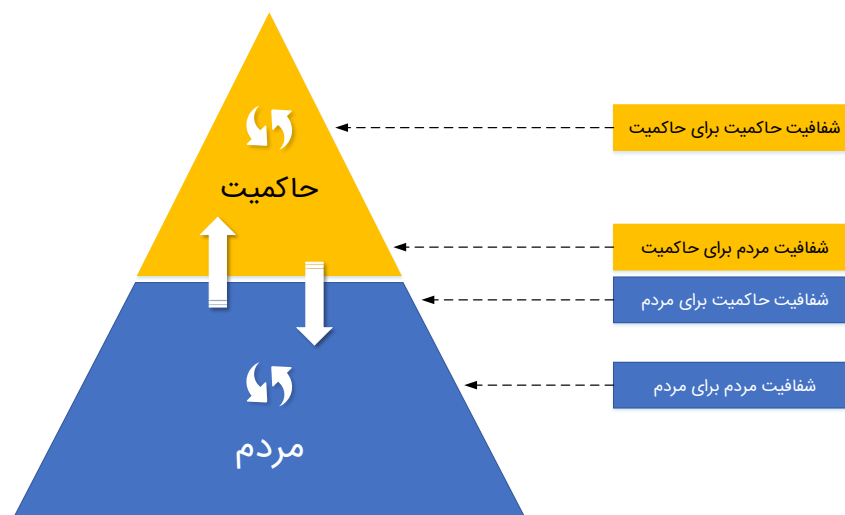
- ۱- **شفافیت اطلاعات برای حاکمیت:** همواره اطلاعات بعنوان یکی از منابع مهم مدیریتی عنوان می‌شود بنابراین حاکمیت باید برای حکومت‌داری بهتر، اطلاعات را در اختیار داشته باشد. این شفافیت می‌تواند انتقال اطلاعات از عموم مردم به سمت حاکمیت باشد یا انتقال اطلاعات از سطوح مختلف یا همتراز حاکمیت به دیگر سطوح مدیریتی حاکمیت. به عنوان مثال، در حوزه‌ی نظام سلامت، طرح پرونده‌ی الکترونیک سلامت بعنوان طرحی شناخته می‌شود که شفافیت اطلاعات را برای حاکمیت به ارمغان می‌آورد. با وجودی که این طرح موجب می‌شود بیماران نیز اطلاعات شفافی درباره‌ی تاریخچه و روند سلامتی و درمان خود در اختیار داشته باشند اما مزیت اصلی این طرح، شفافیت اطلاعات بیماران، بیمه‌ها و تمامی ارائه‌دهندگان خدمات برای حاکمیت می‌باشد.
- ۲- **شفافیت اطلاعات برای مردم:** طبق قانون انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات مصوب ۱۳۸۸ در مجلس شورای اسلامی، «هر شخص ایرانی حق دسترسی به اطلاعات عمومی را دارد، مگر آنکه قانون منع کرده باشد.» در واقع از آنجایی که مسئولین و بطور کلی حاکمیت، نماینده‌ی مردم برای اجرای احکام هستند، شفافیت اطلاعات عملکردی آنها برای مردم بعنوان یک «حق» قانونی تلقی می‌گردد؛ مگر در مواردی که شفافیت اطلاعات حاکمیت، منافع عمومی جامعه را به خطر بیندازد.

با افزودن منظر فرستنده‌ی اطلاعات می‌توان مفهوم شفافیت را در جدول زیر بررسی کرد (جدول ۱). در این جدول تنها مصادیق و مثال‌هایی جهت تقریب به ذهن مفهوم مورد نظر آورده شده است.

گیرنده			فرستنده
حاکمیت	مردم		
شفافیت اطلاعات اقتصادی یا درمانی بیماران یا شفافیت نظرات و رضایت مردم درباره‌ی خدمات برای حاکمیت.	شفافیت اطلاعات پرونده‌ی درمانی بیماران برای خودشان یا شفافیت نظرات مردم درباره خدمات برای عموم مردم.	مردم	
شفافیت اطلاعات اقتصادی، سیاسی و عملکردی مسئولین و نهادها برای نهادهای مسئول و مرتبط.	شفافیت اطلاعات سیاسی، اقتصادی و عملکردی مسئولین و نهادهای حاکمیتی برای عموم مردم.	حاکمیت	

جدول ۱- تقسیم‌بندی انواع شفافیت از منظر فرستنده و گیرنده‌ی اطلاعات

در تقسیم‌بندی شفافیت از منظر «گیرنده‌ی اطلاعات» یا «مخاطب اطلاعات»، با توجه به اینکه درباره‌ی سامانه‌های اطلاعات مدیریتی یا داشبوردهای مدیریت و لزوم شفافیت اطلاعات برای حاکمیت بحث‌های زیادی شده است اما در مورد چپستی، چرایی و چگونگی شفافیت اطلاعات برای مردم کمتر سخن رانده شده است؛ منظور این پژوهش از مفهوم شفافیت، دسترسی به اطلاعات برای مردم می‌باشد یعنی «شفافیت، بعنوان «حق» مردم برای دسترسی به اطلاعات عمومی». در این تعریف و با الگوبرداری از صفت شفافیت در اجسام، حاکمیت به مثابه ساختمان شیشه‌ای است که اتفاقات و رویدادهای درون آن از بیرون قابل رؤیت هستند.



تصویر ۲ - تفاوت شفافیت برای حاکمیت با شفافیت برای مردم

پژوهشی در سال ۲۰۰۹ به دنبال تعریف چپستی شفافیت، سه استعاره را برای این مفهوم در نظر می‌گیرد:

- شفافیت بعنوان ارزشی همگانی که توسط جوامع برای مقابله با فساد پذیرفته شده است.

- شفافیت مترادف با تصمیم‌گیری باز^۹ توسط دولت‌ها و سازمان‌های غیرانتفاعی.
- شفافیت بعنوان ابزاری مرکب از حکمرانی خوب^{۱۰} بر برنامه‌ها، سیاست‌ها، سازمان‌ها و کشورها^{۱۱}.

شفافیت در نخستین استعاره با پاسخگویی در هم آمیخته شده است. در دومین استعاره، همانطور که شفافیت، آشکاری و باز بودن^{۱۲} را تقویت می‌کند، نگرانی‌ها را نیز درباره محرمانگی و حریم‌ها تشدید می‌کند. در سومین تعریف، سیاست‌گذاران شفافیت را به همراه پاسخگویی، کارایی و اثربخشی ایجاد می‌کنند. تحلیل انجام شده نتیجه‌گیری می‌کند که این معانی طرز رفتار روزانه‌ی اعضای سازمانها را و همچنین، نحوه‌ی شکل‌گیری و ایجاد سیاست‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. شفافیت در حال تبدیل شدن به حاکمیتی غیررسمی و اغلب مشروع و قانونی توسط عموم مردم است [۹].

۳-۴-۴. جایگاه این پژوهش

مطالعه‌ی حاضر با هدف ارائه راهکارهایی جهت ارتقاء شفافیت در بیمارستان‌های جمهوری اسلامی ایران، به بررسی تجارب و نتایج کشورهای مختلف در این زمینه می‌پردازد و تجارب مفید و قابل توجه آن‌ها را جهت اقتباس و استفاده در بیمارستان‌ها نظام سلامت ایران برجسته می‌نماید. مطالعه از نوع کیفی است و جهت بررسی تجربیات کشورهای مختلف، از مقالات علمی، اسناد و راهنماهای معتبر بین‌المللی در این زمینه و همچنین از گزارش سازمان‌های و نهادهای عامل شفافیت اطلاعات بیمارستان‌ها در این زمینه استفاده می‌شود. در نهایت با استفاده از نظر نخبگان و متخصصان، مجموعه‌ای از راهکارها جهت ارتقاء شفافیت بیمارستانی ارائه می‌گردد.

۵-۴. سابقه طرح و بررسی متون:

با وجودی که ریشه‌های مسئله‌ی شفافیت حاکمیت قدمتی دیرین دارد و به زمان استفاده از کتاب‌ها، روزنامه‌ها و گزارش‌ها برای ایجاد شفافیت باز می‌گردد اما با توجه به ظهور امکانات جدید در عصر اطلاعات و امکان اطلاع‌رسانی برخط، سریع و دقیق، موضوع شفافیت از این منظر یکی از مباحث جدید در حوزه‌ی حاکمیت تلقی می‌گردد و به‌صورت نوین بازتعریف شده است. در این رابطه تحقیقات مختلفی در سطح جهان انجام شده است اما متأسفانه به دلیل بدیع بودن موضوع، در ایران مطالعات فراوانی وجود ندارد. برخی از مطالعات انجام شده در حوزه‌ی شفافیت نظام سلامت در ادامه آورده شده‌اند.

۱-۵-۴. مطالعات داخلی

با جستجوی عبارات «شفافیت»، «شفافیت سلامت»، «شفافیت در نظام سلامت» و «شفافیت در بیمارستان» در پایگاه‌های اینترنتی Google Scholar، SID و NoorMags و Magiran مطالعات زیر به دست آمدند. البته در حوزه اقتصاد و مدیریت مالی مقالات بیشتری در حوزه شفافیت یافت می‌شدند اما در حوزه نظام سلامت خلاء جدی وجود داشت.

مطالعه‌ای با عنوان «بررسی تأثیر شفافیت سازمانی بر کاهش فساد اداری با میانجی‌گری اعتماد سازمانی (مطالعه موردی: کارکنان بیمارستان پانزده خرداد ورامین)» توسط درویش و عظیمی در سال ۱۳۹۵ به بررسی تأثیر شفافیت سازمانی بر کاهش فساد اداری با میانجی‌گری اعتماد سازمانی است که در بیمارستان پانزده خرداد ورامین انجام شده است. روش پژوهش، توصیفی و روش گردآوری اطلاعات، پیمایشی بوده و برای گردآوری اطلاعات، از ابزار پرسشنامه استفاده شده است. جامعه آماری این پژوهش، شامل پزشکان و پرستاران واحد ستادی بیمارستان پانزده خرداد ورامین است که حدود ۲۸۰ نفرند. برای تعیین حجم نمونه، از فرمول کوکران استفاده

^۹ open decision-making

^{۱۰} good governance

^{۱۱} nations

^{۱۲} openness

شد و با پخش تعداد بیشتری پرسشنامه، در مجموع، ۱۸۴ پرسشنامه تحلیل شد. نتایج نشان داد شفافیت بر اعتماد و فساد اداری تأثیرگذار است. [۱۰]

مطالعه‌ای با عنوان «بررسی اقدامات راهبردی به منظور ارتقاء نظام سلامت، مبتنی بر رویکرد شفافیت» توسط بوذرجمهری و ثنائی در سال ۱۳۹۴ انجام شده است که به بررسی تجربیات کشورهای ایالات متحده و انگلستان می‌پردازد و جایگاه شفافیت در مبارزه با فساد در نظام سلامت را نیز مورد بررسی قرار می‌دهد. علاوه بر آن، مدلی جهت مطالعه‌ی شفافیت و همچنین اقداماتی راهبردی جهت پیاده‌سازی شفافیت در نظام سلامت ارائه می‌دهد. خلاصه‌ای از تجربیات بیان شده در این مقاله، در بیان مسئله آورده شده است. این مطالعه بعنوان مقدمه‌ای جهت انجام پایان‌نامه‌ی حاضر می‌تواند در نظر گرفته شود. [۱۱]

مطالعه‌ای با عنوان «فرهنگ سازمانی حلقه مفقوده شفافیت سازمانی و عملکرد سازمان» در سال ۱۳۹۳ توسط کردنائیج و همکاران تاثیر شفافیت سازمانی بر عملکرد سازمان با میانجی‌گری فرهنگ سازمان را در سطح مدیران و کارشناسان ارشد ۳۲ شرکت فعال در حوزه صنعت مواد غذایی، و به طور خاص مواد لبنی بررسی می‌کند. روش نمونه‌گیری در این تحقیق، نمونه‌گیری طبقه‌ای و خوشه‌ای بوده است. این تحقیق از نوع تحقیقات توصیفی از شاخه همبستگی و از نوع مدل سازی معادلات ساختاری است. برای جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌های استاندارد راولینز، هاگیز و مورگان و دنیسون به کار گرفته شد. نتایج آزمون نشان داد تاثیر شفافیت سازمانی بر عملکرد سازمان مثبت و معنادار است و فرهنگ سازمان نیز به عنوان متغیر واسطه بر این رابطه اثر می‌گذارد. نکته حائز توجه این است که تاثیر شفافیت سازمانی بر عملکرد از طریق فرهنگ سازمانی قویتر از تاثیر مستقیم شفافیت سازمانی بر عملکرد سازمان است. [۱۲]

مطالعه‌ی «رابطه بین شفافیت اطلاعات بازار سرمایه و بروز حباب قیمت» توسط شورورزی و همکاران در سال ۱۳۹۲ به این نتیجه رسید که بین وضعیت شفافیت اطلاعات و بروز حباب قیمتی ارتباط وجود دارد و در شرکت‌های حباب‌دار متوسط و غیرحباب‌دار، شفافیت اطلاعات خیلی زیاد می‌باشد. [۱۳]

مطالعه‌ای با عنوان «فساد در نظام سلامت: تئوری، روش‌ها و مداخلات» توسط آقایان جودکی و رشیدیان در سال ۱۳۸۹ انجام شده است که در آن به بررسی انواع فساد در نظام سلامت و جنبه‌های مختلف آن پرداخته شده است و راه‌کارهایی جهت کاهش این فساد ارائه شده است. یکی از اصلی‌ترین راه‌کارهای ارائه شده در این مطالعه، افزایش شفافیت در نظام سلامت است. [۱۴]

کریمی و همکاران مقاله‌ای با عنوان «کسورات صورت‌حساب‌های بیمه و ارائه‌ی راه‌های پیشنهادی در بیمارستان سیدالشهدا» منتشر کردند. آن‌ها مطالعه‌ای توصیفی مقطعی از اطلاعات نسخه‌ای و سوابق بیماران بیمارستان سیدالشهدا در شش ماهه‌ی دوم سال ۲۰۰۷ انجام دادند و اطلاعات بیماران با بیماری‌های خاص را تفکیک کردند. روش نمونه‌گیری سرشماری پرونده‌ها بود. آن‌ها نهایتاً نتیجه گرفتند که شفافیت کسورات باعث کاهش اختلافات بین بیمارستان و سازمان‌های بیمه‌گر خواهد شد. [۱۵]

۲-۵-۴. مطالعات خارجی

با جستجوی کلیدواژه‌های «Health transparency»، «Healthcare Transparency»، «Quality Transparency»، «Price Transparency»، «Hospital Transparency»، «Hospital Comparing Tool» و همچنین کلیدواژه‌های شفافیت در نظام سلامت کشورهای مختلف مانند «NHS Transparency» یا شفافیت در سازمان‌های جهانی مانند «WHO Transparency» در پایگاه Scholar مقالات زیر حاصل شدند.

مطالعه‌ای با عنوان «جمع‌سپاری هزینه‌های خدمات سلامت: فرصت‌ها و چالش‌ها برای شفافیت قیمت‌های بیمار محور» توسط مایزل و همکاران در سال ۲۰۱۵ انجام شده است و به بررسی جایگاه شفافیت قیمت‌های خدمات بهداشتی و درمانی پرداخته و جمع‌سپاری صورت‌حساب‌های بیماران را راهی برای جلوگیری از رشوه و افزایش شفافیت و آگاهی عمومی عنوان می‌کند. [۱۶]

مقاله‌ای با عنوان «شفافیت NHS» توسط بریج‌واتر و همکاران در سال ۲۰۱۳ به بررسی ریشه‌ی ایجاد شفافیت در نظام طبّ ملی انگلستان و نتایج آن پرداخته و راهکارهایی جهت افزایش شفافیت در این نظام را ارائه می‌دهد. [۱۷]

مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۱ توسط کوپر و همکاران با عنوان «آیا رقابت بیمارستانی موجب حفظ جان انسان‌ها شد؟ شواهدی از اصلاحات انتخاب بیمار در NHS انگلستان» انجام شد. این مطالعه تأثیر شفافیت بیمارستانی در انگلستان را بر کیفیت خدمات بیمارستان‌ها مورد مطالعه قرار داده است. در این مطالعه، مرگ و میر بر اثر انفارکتوس حاد میوکاردیال بعنوان شاخص کیفیت در نظر گرفته شده است. نتایج این تحقیق نشان می‌دهد پس از اصلاحات مذکور، مرگ و میر بیماران در بیمارستان‌های رقابتی کاهش (و کیفیت افزایش) یافته است. این پژوهش نتیجه‌گیری می‌کند که رقابت بیمارستانی می‌تواند منجر به ارتقاء کیفیت بیمارستانی شود [۱۸].

مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۱ توسط «اتحاد Wisconsin برای کیفیت مراقبت سلامت» بر روی اثر انتشار عمومی اطلاعات صورت گرفت نشان داد که انتشار عمومی منجر به پیشرفت عملکرد در Wisconsin شده است. برخی از نتایج مطالعه به شرح زیر است:

- ۱۵ گروه از ۱۷ گروه ذکر کردند که حداقل یک مداخله‌ی ارتقادهنده‌ی کیفیت را به خاطر گزارش عمومی در اولویت قرار دادند.
- ارائه‌دهندگان، عملکرد خود را در همه‌ی موارد گزارش شده ارتقاء دادند، مانند کنترل کولسترول و غربالگری سرطان سینه.
- گروه‌های پزشکی گزارش دادند که مشاهده‌ی داده‌های عملکردی به آن‌ها انگیزه می‌داد تا به نحوی عمل کنند که به عنوان تأمین‌کنندگان برتر شناخته شوند و در انتهای لیست نباشند. [۱۹]

مقاله‌ای با عنوان «افزایش شفافیت قیمت در خدمات سلامت - چالش‌ها و اثرات بالقوه» توسط سینایکو و رزنتال در سال ۲۰۱۱ به مطالعه‌ی تجربه‌ی شفافیت قیمت‌ها در ایالات متحده می‌پردازند و تهدیدها و فرصت‌های آن را بیان می‌دارد. [۲۰]

کوتلر^{۱۳} و دافنی در سال ۲۰۱۱ در مقاله‌ای با عنوان «طراحی سیستم‌های شفافیت برای قیمت‌های مراقبت پزشکی» بیان کردند که شفافیت قیمت در بازارهایی که تا حدی قدرت قیمت‌گذاری دارند می‌تواند به جای کاهش قیمت‌ها منجر به افزایش قیمت‌ها شود. آن‌ها بر این باور هستند که برای تحریک رقابت قیمتی، ابتکارهای شفافیت باید افزایش پرداخت‌های مشترک بیمار مخصوص هر برنامه را تشویق یا اجبار کنند. [۲۱]

رالینز^{۱۴} در سال ۲۰۰۸ مقاله‌ای را با عنوان «اندازه‌گیری رابطه‌ی بین شفافیت سازمانی و اعتماد کارمندان» منتشر کرد. او پیمایشی از کارمندان یک سازمان غیرانتفاعی با ۲۵۰۰۰ کارمند و مرکز پزشکی در ۱۵۰ نقطه شامل ۲۱ بیمارستان در دو ایالت انجام داد. ابزار توسط یک پیمایش بر پایه‌ی وب به نام Monkey Survey صورت گرفت. لینک دعوت به ۱۲۰۰ کارمند ایمیل شد و طی دوره‌ی ۵ روزه ۳۸۵ پیمایش یعنی ۳۲٪ انجام شدند. نتیجه‌ی کلی رابطه‌ی قوی بین اعتماد و شفافیت بود. [۲۲]

تینان^{۱۵} و همکاران در سال ۲۰۰۸ مقاله‌ای با عنوان «یک طرح سلامت در حال پیشرفت: شفافیت کیفیت و قیمت بیمارستان-پزشک» در ایالات متحده آمریکا ارائه کردند. داده‌های این مطالعه توسط موسسه‌ی HSC تهیه شد. HSC هر دو سال بازدیدهایی میدانی را از ۱۲ جامعه‌ی نماینده‌ی ملی به عنوان بخشی از مطالعه‌ی جامعه‌نگر به عمل می‌آورد تا با رهبران مراقبت سلامت درباره‌ی بازار مراقبت سلامت محلی و تغییرات آن مصاحبه کند. جوامع بوستون؛ کلیولند؛ گرین ویل، کارولینای جنوبی؛ ایندیاناپولیس؛ لسینگ، میشیگان؛ سنگ کوچک؛ میامی؛ شمال نیوجرسی؛ اورنج کانتی، کالیفرنیا؛ ققنوس؛ سیاتل؛ و سیراکوز نیویورک هستند. ششمین دوره‌ی بازدید

^{۱۳} David Cutler

^{۱۴} Rawlins

^{۱۵} Ann Tynan



میدانی بین فوریه و ژوئن ۲۰۰۷ انجام شد و در مجموع ۴۵۳ مصاحبه با نمایندگان طرح‌های سلامت، بیمارستان‌ها، موسسات پزشکی، حامیان مصرف‌کننده سیاست‌گذاران ایالت و منطقه صورت گرفت. ۲۹ مصاحبه‌ی دیگر نیز بین اکتبر ۲۰۰۷ و ژانویه‌ی ۲۰۰۸ به منظور بررسی عمیق‌تر مسائل مربوط به شفافیت قیمت و کیفیت صورت گرفت. این مصاحبه‌های اضافی با نمایندگان طرح‌های سلامت ملی، صلیب آبی، سپر آبی^{۱۶}، منطقه‌ای و محلی، کارفرمایان بزرگ، همچنین مشاوران انتفاعی، واسطه‌های بیمه، یک شرکت اطلاعات سلامت و دیگر ناظران مطلع بازار صورت گرفت.

آن‌ها دریافتند که طرح‌های بزرگتر مخصوصاً بیمه‌گران ملی در ایجاد اطلاعات قیمتی نسبت به بسیاری از طرح‌های سلامت منطقه‌ای و محلی پیشرفت بیشتری داشته‌اند، البته کاربردپذیری و دسترسی به اطلاعات قیمتی هنوز محدود است. طرح‌های سلامت در شفافیت کیفیت نسبت به شفافیت قیمت بیشتر پیش رفته‌اند، تا حدودی به این دلیل که اطلاعات کیفیت ارائه‌دهنده برای همه‌ی مصرف‌کنندگان ارزشمند است. اطلاعات کیفیت پزشکی که طرح‌های سلامت در اختیار اعضا قرار می‌دهند مانند کلیت اطلاعات کیفیت پزشک نوپا است. پاسخگویان طرح سلامت نگران بودند که اعضا قیمت بالا را به معنی کیفیت بالا تفسیر کنند و به تأمین‌کنندگان با قیمت بالاتر رو بیاورند، پس قیمت‌ها را افزایش می‌دهند ولی لزوماً کیفیت را بهبود نمی‌دهند. به دلیل نیاز مصرف‌کنندگان به دسترسی و استفاده از اطلاعات قیمت و کیفیت، بسیاری از طرح‌های سلامت مخصوصاً بیمه‌گران به دنبال این هستند که به واسطه‌ی ارزشمندی تبدیل شوند که این اطلاعات را برای اعضا فراهم می‌کند تا یک مزیت رقابتی به دست آورند. و در نهایت ذکر کردند که مردم هنوز از اطلاعات شفافیت قیمت و کیفیت که بر تصمیمات مراقبت سلامت مصرف‌کننده تأثیر به‌سزایی دارد، دور هستند. [۲۳]

در سال ۲۰۰۸ گزارش WHO مربوط به یافته‌های ارزیابی شفافیت صورت گرفته در پنج کشوری که به برنامه‌ی حکمرانی خوب برای پزشکی (GGM) پیوستند (بولیوی، کامبوج، اندونزی، مغولستان و گینه‌ی نو) منتشر شد. سطح شفافیت و امکان بالقوه‌ی فساد در پنج فعالیت اساسی بخش دارویی عمومی (ثبت، ترویج، بازرسی، انتخاب و تأمین داروها) سنجیده شد. در هر کشور دو ارزیاب بومی داده‌های کیفی و کمی را از طریق مصاحبه با افراد آگاه کلیدی، که به دقت انتخاب شده بودند، جمع‌آوری کردند. اطلاعات کیفی نشان داد که با وجود این که پنج کشور دارای انواع متفاوتی از بخش دارویی عمومی هستند اما دارای نقاط قوت و ضعف مشترکی هستند و با چالش‌های مشابهی برای ارتقای حکمرانی خوب در بخش دارویی عمومی روبه‌رو هستند. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط یک روش کمی‌سازی به مقیاس صفر تا ۱۰ برگردان شد تا از نظر امکان فساد نمره‌ای به هر فعالیت تعلق بگیرد. البته داده‌ها به هیچ وجه نمایانگر فساد احتمالی موجود در این کشورها نیستند. [۲۴]

در سال ۲۰۰۶ یافته‌های ارزیابی‌های شفافیت صورت گرفته در اولین کشورهایی که به پروژه‌ی GGM پیوستند (جمهوری دموکرات مردم لائوس، مالزی، فیلیپین و تایلند) منتشر شد. این گزارش تصویری فراگیر از سطح شفافیت و امکان بالقوه‌ی فساد در سه فعالیت اساسی بخش دارویی عمومی (ثبت، انتخاب و تأمین داروها) را بدست می‌دهد. در هر کشور دو ارزیاب بومی داده‌های کیفی و کمی را از طریق مصاحبه با افراد آگاه کلیدی، که به دقت انتخاب شده بودند، جمع‌آوری کردند. اطلاعات کیفی نشان داد که با وجود این که چهار کشور دارای انواع متفاوتی از بخش دارویی عمومی هستند اما دارای نقاط قوت و ضعف مشترکی هستند. برای مثال همه‌ی این کشورها دارای دستورالعمل‌های شفاف‌ی برای تأمین داروها هستند ولی هیچ کدام الزامی به پر کردن فرم تعارض منافع برای اعضای کمیته‌های ثبت و انتخاب داروها نداشتند. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط یک روش کمی‌سازی به مقیاس صفر تا ۱۰ برگردان شد تا از نظر امکان فساد نمره‌ای به هر فعالیت تعلق بگیرد. البته داده‌ها به هیچ وجه نمایانگر فساد احتمالی موجود در این کشورها نیستند. گزارش شد هر چهار کشور دارای فهرستی از محصولات دارویی، دستورالعمل‌های مکتوب و یک فرم درخواست استاندارد جهت تسلیم درخواست‌ها و کمیته‌ای مسئول ثبت محصولات دارویی، بودند. با این حال، هیچ کدام از این کشورها مدارک مکتوبی که ساختار و شرایط ارجاع به کمیته‌ی ثبت را توضیح دهد نداشتند و همچنین فاقد فرم تعارض منافع برای اعضای کمیته بودند. فرایند تصمیم‌گیری

^{۱۶} Blue Cross Blue Shield



در کشورها بسیار متفاوت بود، اما هر کدام یک مدرک مکتوب رسمی برای همه‌ی تصمیم‌های مربوط به درخواست‌ها داشتند. یک فرایند رجوع برای کسانی که درخواست‌هایشان رد شده بود در اکثر کشورها وجود داشت ولی سطح فعالیت هر کدام متفاوت بود. گزارش شد که همه‌ی کشورها دارای فهرست داروهای ضروری ملی هستند و ضوابط در دسترس عمومی و روندهایی شفاف برای انتخاب فرایند جهت شمول یا حذف از فهرست هستند. اعضای کمیته‌ی انتخاب نیز مانند کمیته‌ی ثبت، ملزم به پر کردن فرم تعارض منافع نبودند. به طور کلی معیار انتخاب اعضای کمیته‌ی انتخاب در همه‌ی کشورها با اندکی تفاوت نمره‌ی نسبتاً کمی گرفت. شرایط ارجاع برای کمیته‌ی انتخاب در برخی از کشورها موجود بود ولی همیشه در دسترس عموم قرار نداشتند. فرایند تصمیم‌گیری سطوح مختلفی از وضوح و شفافیت داشتند. گزارش شد هر چهار کشور از روندهای رقابتی و شفاف برای تأمین محصولات دارویی استفاده می‌کنند. همچنین از روش تعیین کمیت برای تعیین مقدار محصولات جهت خریداری استفاده کردند. به طور کلی سیستم پس از مناقصه به منظور نظارت و گزارش عملکرد تأمین‌کنندگان در هر چهار کشور نمره‌ی بالایی به خود اختصاص دادند. با این حال فرایند رجوع برای درخواست‌کنندگانی که پیشنهادشان رد شده، بسته به کشور باید برانگیخته یا تقویت شوند. شاخص مربوط به ممیزی ادارات تأمین در اکثر کشورها نمره‌ی کمی را به خود اختصاص داد که نشان دهنده‌ی نیاز به تقویت این خدمت است. معیار عضویت در این کمیته در کشورها بسیار متفاوت بود. در برخی از کشورها عضویت بر پایه‌ی عملکرد و در دیگران بر اساس زمینه‌ی تخصص بود. سیستم مدیریت اطلاعاتی که برای گزارش مشکلات محصول استفاده می‌شوند نیز متفاوت بودند، در برخی از کشورها به صورت دستی و در برخی به صورت کامپیوتری به ثبت می‌رسیدند، در برخی به صورت متمرکز و در برخی به صورت غیرمتمرکز بودند. [۲۵]

گزارش سالانه سازمان شفافیت بین‌الملل با عنوان «گزارش جهانی فساد» در سال ۲۰۰۶ در ۳۷۸ صفحه به بررسی فساد در نظام سلامت کشورهای مختلف پرداخته و راه‌کارهایی جهت مقابله با حجم گسترده‌ی فساد در نظام سلامت را عنوان می‌کند. [۲۶]

۴-۶. اهداف اصلی طرح^۸:

- بررسی، جمع‌آوری و ارائه‌ی راهکارهای ارتقاء شفافیت در بیمارستان‌های جمهوری اسلامی ایران

۴-۷. اهداف فرعی طرح^۹:

- بررسی و تدوین فهرست پایگاه‌های اینترنتی کشورهای منتخب در زمینه‌ی شفافیت بیمارستانی
- تهیه ماتریکس شاخص‌های منتخب و بررسی تطبیقی کشورهای منتخب در ارائه‌ی اطلاعات شاخص‌ها
- بررسی تطبیقی وضعیت ارائه‌ی اطلاعات شاخص‌ها در بیمارستان‌های منتخب ایران
- بررسی چالش‌های شفافیت اطلاعات بیمارستانی در ایران و ارائه‌ی راهکارها با استفاده از نظر خبرگان

۴-۸. اهداف کاربردی طرح^{۱۰}:

- ارائه‌ی راهکارها به مسئولین ذی‌ربط جهت ارتقاء شفافیت در نظام سلامت

۴-۹. فرضیات^{۱۱} یا سوالات پژوهش (با توجه به اهداف طرح):

- کشورهای منتخب چه اطلاعاتی را درباره‌ی بیمارستان‌های خود شفاف کرده‌اند؟
- وضعیت شفافیت و ارائه‌ی اطلاعات بیمارستانی در ایران چگونه است؟
- چالش‌ها و راهکارهای ارتقاء شفافیت در بیمارستان‌های نظام سلامت ایران چیست؟
- نتایج قابل پیش‌بینی راهکارهای ارتقاء شفافیت در بیمارستان‌ها چه خواهد بود؟

۱۰-۴. نوع مطالعه را مشخص فرمایید و در قسمت روش اجرا موارد مقابل بند مورد اشاره را توضیح دهید.

محل علامت	نوع مطالعه	مواردی که الزاماً بایستی در روش اجرای طرح توضیح داده شود
	بررسی بیماران (Case series)	تعریف بیماری - جمعیت مورد مطالعه - محل‌های مورد مطالعه
	بررسی مقطعی (Cross sectional)	جمعیت مورد مطالعه - نام متغیرهای وابسته و مستقل - روش‌های نمونه‌گیری
	مطالعه مورد/شاهد (Case / control)	تعریف گروه بیماران و چگونگی انتخاب آنان - تعریف گروه کنترل و چگونگی انتخاب آنان - نسبت شاهد به مورد - نام متغیر مستقل اصلی که مورد بررسی قرار می‌گیرد
	مطالعه هم‌گروهی (Cohort)	بصورت آینده‌نگر (Prospective) یا گذشته‌نگر (Retrospective): تعریف جمعیت مورد مطالعه - تعریف دقیق مواجهه - تعریف دقیق Outcome - نحوه مقابله با Loss
	مداخله‌ای (interventional) و کارآزمایی بالینی (clinical trial)	نوع مطالعه - نوع نمونه انسانی یا حیوانی - تعریف نحوه مداخله و میزان دقیق آن (طول مدت، دوز مورد مصرف و ...) - وجود گروه کنترل - نحوه تقسیم در گروه‌های مختلف (Allocation) - نحوه کور کردن مطالعه - نحوه مقابله با خروج نمونه‌ها از مطالعه (Loss و withdrawal) - تعریف دقیق پیامد (outcome)
	مطالعات علوم پایه (Experimental)	تعریف دقیق سیر اجرا - تعریف دقیق بررسی نتایج
	مطالعه برای ساخت دارو یا وسائل	تعریف دقیق دارو یا لوازم - آیا مشابه خارجی دارد در صورت وجود کاتالوگ آن پیوست باشد - موارد مصرف - نحوه تایید دستگاه یا دارو
	راه اندازی یک روش یا سیستم علمی/اجرایی	
	بررسی تستها	تعریف دقیق انجام تست - تعریف دقیق تست Gold standard - نحوه پذیرش بیماران و افراد سالم
	بررسی روشها	مشخصات دقیق روش مورد نظر - مشخصات دقیق روش مرسوم (routine) - تعریف دقیق تفاوتها - نحوه پذیرش بیماران و افراد سالم
	مطالعات کیفی	تعریف دقیق گروه‌های مورد نظر - نحوه اجرای جلسات و هدایت بحثها - معرفی گردانندگان جلسات و تخصص آنها - نحوه نتیجه‌گیری



مشکل چیست؟ اطلاعات لازم برای بررسی مشکل کدامند؟	مطالعات مدیریت سیستم بهداشتی	
برنامه مورد استفاده برای طراحی - محتویات برنامه نرم افزاری - کاربردهای نرم افزار	طراحی نرم افزار	

۴-۱۱. روش اجرا: (باتوجه به بند قبل موارد لازم برای هر نوع مطالعه را در این قسمت شرح دهید و در صورت نیاز میتوانید از صفحات اضافه استفاده نمایید)

مطالعه‌ی حاضر در قالب یک مطالعه‌ی کیفی در دو گام کلی طراحی شده است. در ادامه برخی از جزئیات این دو گام عنوان می‌شوند.

۴-۱۱-۱. گام اول: بررسی و تدوین فهرست تجارب کشورها

گام نخست مطالعه‌ی مروری است که با بررسی، توضیح و تفصیل مصادیق شفافیت و تجربیات بین‌المللی در این زمینه، به روشن شدن موضوع بحث می‌پردازد و فهرست تجربیات و راهکارهای بین‌المللی را ارائه می‌دهد. انتخاب تجارب بین‌المللی با شمول عام خواهد بود و از کلیه کشورهایی که در این زمینه تجاری داشته‌اند استفاده خواهد شد. با این حال، جهت تعیین معیار ورود در نمونه‌گیری، اولویت با کشورهای انگلیسی‌زبان و همچنین کشورهایی است که در رده‌بندی شاخص داده‌باز جهانی^{۱۷} و سازمان جهانی بهداشت، جایگاه بهتری دارند. همچنین کشورهایی که تجارب موفق آنها در گزارش سازمان‌های بین‌المللی در حوزه‌ی شفافیت مانند سازمان «شفافیت بین‌الملل» و سازمان «مشارکت حاکمیت باز»، ذکر شده باشد در اولویت بعدی خواهند بود. علاوه بر این بین کشورهای مشابه ایران (مانند کشورهای همسایه) نیز جستجو خواهد شد تا اگر تجربه‌ای در شفافیت بیمارستانی وجود دارد بیان شود؛ تجارب کشورهای مشابه ایران از جهت امکان‌سنجی ارتقاء شفافیت در جمهوری اسلامی ایران می‌توانند مفید باشند.

برای دستیابی به این منظور، کلیدواژگان «Healthcare Transparency»، «Healthcare price transparency»، «Healthcare» و «quality transparency»، «Hospital Transparency»، «Hospital Comparing Tool» و همچنین کلیدواژه‌های شفافیت در نظام سلامت کشورهای مختلف مانند «NHS Transparency» یا شفافیت در سازمان‌های جهانی مانند «WHO Transparency» در پایگاه‌های Google Scholar، Google، Pubmed، Scopus و ... جستجو خواهند شد. با توجه به بدیع بودن موضوع، تمرکز اصلی در جمع‌آوری داده‌های مربوط به گزارش‌ها و مطالعات ۱۵ سال اخیر خواهد بود. جمع‌آوری داده‌ها تا زمان رسیدن به «اشباع نظری» ادامه خواهد یافت. داده‌های جمع‌آوری شده در «فرم استخراج داده» مدون می‌شوند. روش تحلیل در این گام، تحلیل مستندات خواهد بود. خروجی گام نخست، مجموعه‌ای از شاخص‌های بیمارستانی خواهند بود که کشورهای مختلف اطلاعات این شاخص‌ها شفاف کرده‌اند. با بررسی شاخص‌های کشورهای مختلف، گزیده‌ای از آنها انتخاب خواهند شد و در قالب یک جدول، بصورت تطبیقی ارائه‌ی اطلاعات این شاخص‌ها در کشورهای مختلف بررسی خواهد شد.

۴-۱۱-۲. گام دوم: شناسایی چالش‌ها و ارائه‌ی راهکارهای ارتقاء شفافیت در بیمارستان‌های جمهوری اسلامی ایران

جدول شاخص‌های منتخب در بیمارستان‌های ایران نیز بررسی می‌شوند و وضعیت شفافیت اطلاعات بیمارستانی نیز با استفاده از ابزار جدول شاخص‌ها مشخص می‌شود. با مشخص شدن وضعیت ایران، راهنمای مصاحبه تهیه شده تا با مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته، چالش‌ها و راهکارهای ارتقاء شفافیت بیمارستانی در ایران حاصل شوند. جامعه‌ی هدف، مسئولین، صاحب‌نظران و ذی‌نفعان در سه سطح خرد، میانی و کلان نظام سلامت خواهند بود.

^{۱۷} The Global Open Data Index (index.okfn.org)

در این گام، محیط پژوهش شهر تهران و جامعه دانشگاه علوم پزشکی تهران خواهد بود. نمونه‌گیری با حداکثر تنوع انجام خواهد شد. مصاحبه‌شوندگان از طیفی از افراد در سه سطح کلان، میانی و خرد انتخاب می‌شوند که یا در این زمینه آگاهی دارند، یا در بیمارستان مسئولیت دارند یا ذی‌نفع خواهند بود. به‌عنوان مثال از میان قشر نخست می‌توان به اعضای سمن «دیده‌بان شفافیت و عدالت» اشاره کرد که در زمینه‌ی شفافیت بصورت تخصصی فعالیت اجرایی دارند. در بین مسئولین علاوه بر رؤسا و مدیران بیمارستان‌ها، از بین دیگر مسئولین همچون نمایندگان مجلس شورای اسلامی و کمیسیون بهداشت مجلس نیز می‌توان افرادی را برای مصاحبه برگزید چرا که بعنوان قانون‌گذاران حوزه‌ی بهداشت و درمان، جایگاه مهمی در این اداره‌ی بیمارستان‌ها دارند. همچنین از وزرای اسبق وزارت بهداشت نیز می‌توان درخواست مصاحبه داشت.

راهکارهای ارتقاء شفافیت به دلیل ایجاد بازار رقابتی، در بخش خصوصی نظام سلامت نیز مورد توجه خواهند بود، به همین دلیل مصاحبه با ذی‌نفعان این بخش نیز حائز اهمیت می‌باشد. در میان دیگر ذی‌نفعان می‌توان حتی به محققین و پژوهشگران این حوزه اشاره کرد. از آنجایی که شفافیت به نفع پژوهشگران نیز بوده و داده‌های مناسبی در اختیار آنها قرار می‌دهد، مصاحبه با پژوهشگران این حوزه نیز می‌تواند حائز اهمیت باشد؛ به عنوان مثال می‌توان به کارشناسان فناوری اطلاعات در حوزه‌ی نظام سلامت اشاره کرد. از دیگر ذی‌نفعان اصلی شفافیت بیمارستان‌ها، بیماران هستند، بنابراین نظرات آنها نیز قطعاً ارزشمند خواهد بود. همچنین مصاحبه با مسئولین بیمه‌ها نیز بعنوان یکی دیگر از ذی‌نفعان شفافیت بیمارستان‌ها، ارزشمند خواهد بود. با تمام این اوصاف، برآورد می‌شود مصاحبه با ۱۵ الی ۲۰ نفر از افراد مناسب، کفایت داشته باشد با این حال ملاک تعداد مصاحبه‌ها رسیدن به «اشباع نظری» است.

پس از تماس و جلب موافقت مصاحبه‌شونده‌ها، جلسات مصاحبه تعیین و مصاحبه‌ها ضبط و یادداشت‌برداری خواهند شد. مصاحبه‌کننده می‌تواند هدف تحقیق را شرح داده و به روشنی توضیح دهد که دقیقاً به چه نوع اطلاعاتی نیاز دارد و هرگاه مصاحبه‌شونده معنای پرسشی را درک نکند مصاحبه‌کننده می‌تواند آن را با پرسش روشن‌تری تکرار کند. برای تحلیل داده‌ها نیز از استراتژی تحلیل موضوعی (Thematic analysis) استفاده خواهد شد.

۴-۱۲. مشخصات ابزار جمع‌آوری اطلاعات و نحوه جمع‌آوری آن:

مطابق با توضیح گام اول روش اجرا، ابزار جمع‌آوری داده، فرم استخراج داده خواهد بود.

مطابق با توضیح گام دوم روش اجرا، ابزار جمع‌آوری داده، راهنمای مصاحبه خواهد بود که در مصاحبه‌ی نیمه‌ساختار یافته با صاحب‌نظران تکمیل خواهد شد.

۴-۱۳. روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن:

به دلیل کیفی بودن مطالعه، مصاحبه با ۱۵ الی ۲۰ و تا زمان رسیدن به «اشباع نظری» ادامه خواهد یافت. نمونه‌گیری با حداکثر تنوع خواهد بود.

۴-۱۴. ملاحظات اخلاقی^{۱۲}:

استفاده از منابع مطالعاتی بدون ذکر نام و یا بر خلاف حق انتشار آنها نخواهد بود.

موازین اخلاقی مربوط به مصاحبه مانند اجازه‌ی مصاحبه‌شونده و همچنین نکات اخلاقی حین مصاحبه لحاظ خواهند شد.

۴-۱۵. محدودیت‌های اجرایی طرح و روش کاهش آنها:

در گام نخست، به دلیل بررسی تجربیات و مطالعات موجود در ایران و سایر کشورها، محدودیتی وجود نخواهد داشت مگر در امر به دست آوردن منابعی که به دلیل تحریم یا سایر دلایل به راحتی در دسترس نخواهند بود که در این موارد می توان با استفاده از اشخاص حقیقی خارج از کشور و یا دیگر اشخاص منابع مورد نظر را تهیه نمود.

در گام دوم اگر نیاز باشد مصاحبه با اشخاص ویژه ای صورت بگیرد و دسترسی به این اشخاص به سادگی صورت نپذیرد، مانعی در پیش برد اهداف خواهد بود. راه کار به خصوصی در این حوزه وجود نخواهد داشت مگر استفاده از رابطین جهت برقراری جلسات یا جایگزین نمودن شخص با افراد مطلع دیگر.

۱۶-۴. جدول متغیرها:

ردیف	عنوان متغیر	نوع متغیر		کمی		کیفی		تعریف علمی - عملی	نحوه اندازه گیری	مقیاس
		مستقل	وابسته	پیمایشه	گسسته	اسمی	رتبای			
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

۱۷-۴. پیش بینی کل زمان لازم برای اجرای کامل طرح به ماه:

۱۰ ماه

۱۸-۴. جدول زمان بندی مراحل اجرای طرح^{۱۳}

زمان اجرا به ماه												زمان کل	فعالیت های اجرائی	ردیف
۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱			
												۲ ماه	۱. تبیین چستی و چرایی مسئله	
												۲ ماه	۲. گام نخست: بررسی و تدوین تجارب بین المللی	
												۳ ماه	۳. گام دوم: شناسایی چالش ها و ارائه راهکارها	
												۳ ماه	۴. گام سوم: ارزیابی و تأیید راهکارها	
												۱ ماه	۵. تهیه گزارش نهایی و ارائه ی راهکارها	

توجه:

زمان طراحی پیش نویس طرح و تکمیل این فرم جزو زمان اجرای طرح محسوب نمیشود.



دریافت گزارشها با توجه به جدول گانت مصوب صورت میپذیرد. بنابر این لازم است مجری طرح زمان ارائه گزارشات طرح را در این جدول مشخص نماید.

زمان شروع طرح بعد از تصویب آن، با هماهنگی مدیر اجرایی طرح و حوزه مدیریت امور پژوهشی و از هنگام تامین اعتبار در نظر گرفته میشود.

۱۹-۴. فهرست منابعی که در بررسی متون استفاده شده است (به ترتیب ورود در متن درج گردد):

۱. مهرآرا م. (۱۳۸۷)، "اقتصاد سلامت"، انتشارات دانشگاه تهران.
۲. مطهری م. (۱۳۹۳)، "مسئله ربا و بانک و مسئله بیمه"، انتشارات صدرا.
۳. دهخدا عا. (۱۳۷۲)، "لغت نامه دهخدا"، مؤسسه چاپ و انتشارات دانشگاه تهران.
۴. عمید ح. (۱۳۸۱)، "فرهنگ فارسی عمید"، انتشارات امیر کبیر.
۵. Harper D.(2007), "Online etymology dictionary. 2001", Available from: www.etymonline.com/index.php.
۶. Drabek Z, Payne W.(2002), "The impact of transparency on foreign direct investment", *Journal of Economic Integration*, 777-810.
۷. Bellver A, Kaufmann D.(2005), "Transparencing transparency: Initial empirics and policy applications", *World Bank Policy Research Working Paper*, 1-72.
۸. Mitchell RB.(1998), "Sources of transparency: information systems in international regimes", *International Studies Quarterly*, 109-30.
۹. Ball C.(2009), "What is transparency?", *Public Integrity*, 11(4), 293-308.
۱۰. درویش ح، عظیمی زاچکانی ف. (۲۰۱۶)، "بررسی تأثیر شفافیت سازمانی بر کاهش فساد اداری با میانجی‌گری اعتماد سازمانی (مطالعه موردی: کارکنان بیمارستان پانزده خرداد ورامین)"، فصلنامه علمی-پژوهشی مدیریت دولتی، ۸(۱)، ۶۶-۱۵۳.
۱۱. بوذرجمهری ح، ثنائی م. (۱۳۹۴)، بررسی اقدامات راهبردی به منظور ارتقاء نظام سلامت، مبتنی بر رویکرد شفافیت. اولین کنفرانس ملی مدیریت دولتی ایران؛ دانشکده‌ی مدیریت دانشگاه تهران.
۱۲. کردنائیج ا، فانی عا، مسعودی ز. "فرهنگ سازمانی حلقه مفقوده شفافیت سازمانی و عملکرد سازمان".
۱۳. شورورزی م، قوامی ه، پور حج. "رابطه بین شفافیت اطلاعات بازار سرمایه و بروز حباب قیمت".
۱۴. جودکی، رشیدیان. (۲۰۱۰)، "فساد در نظام سلامت: تئوری، روش‌ها و مداخلات"، بیمارستان، ۸(۳)، ۱۰۰-۸۲.
۱۵. KARIMI S, VESAL S, SAEEDFAR S, REZAYATMAND M.(2011), "The study deductions of insurance bills and presenting suggestions approaches in Seyed Alshohada Hospital."
۱۶. Meisel ZF, VonHoltz LAH, Merchant RM.(2016), "Crowdsourcing healthcare costs: Opportunities and challenges for patient centered price transparency", *Healthcare*, 4(1), 3-5.
۱۷. Bridgewater B, Irvine D, Keogh B.(2013), "NHS transparency", *Bmj*, 347.
۱۸. Cooper Z, Gibbons S, Jones S, McGuire A.(2011), "Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS patient choice reforms", *The Economic Journal*, 121(554), F228-F60.
۱۹. Princeton NJRWJF.(2011), "Can Measuring Physician Performance Improve Health Care Quality.?"
۲۰. Sinaiko AD, Rosenthal MB.(2011), "Increased price transparency in health care—challenges and potential effects", *New England Journal of Medicine*, 364(10), 891-4.



- ۲۱ Cutler D, Dafny L.(2011), "Designing transparency systems for medical care prices",New England Journal of Medicine,364(10),894-5.
- ۲۲ Rawlins BR.(2008), "Measuring the relationship between organizational transparency and employee trust."
- ۲۳ Tynan A, Liebhaber A, Ginsburg PB.(2008), "A health plan work in progress: hospital-physician price and quality transparency",Res Briefs.(۷)
- ۲۴ World Health Organization.(2008" ,(Measuring transparency to improve good governance in the public pharmaceutical sector: A comparative analysis of five country assessment studies",World Health Organization Available from: <http://www.who.int/medicines/areas/policy/goodgovernance/documents/en/index.html>.
- ۲۵ World Health Organization. Measuring transparency in medicines registration, selection and procurement: four country assessment studies. 2006.
- ۲۶ Rose R. Global Corruption Report 2006: Special focus on corruption and health. London :Pluto Press; 2006.

۵ قسمت پنجم - اطلاعات مربوط به هزینه‌ها

۵-۱-۱. هزینه کارمندی (پرسنلی) با ذکر مشخصات کامل و میزان اشتغال هر فرد و حق الزحمه آنها :

ردیف	نوع فعالیت	نام فرد یا افراد	رتبه علمی	تعداد افراد	کل رقم حق الزحمه برای یک نفر	جمع کل

۵-۱-۲. هزینه آزمایشها و خدمات تخصصی که توسط دانشگاه و یا دیگر موسسات صورت می گیرد:

موضوع آزمایش یا خدمات تخصصی	مرکز سرویس دهنده	تعداد کل دفعات آزمایش	هزینه برای هر دفعه آزمایش	جمع (ریال)



ریال	هزینه های تکثیر اوراق
ریال	سایر موارد

۵-۳-۱-۵. جمع هزینه های طرح :

ریال	هزینه مسافرت	ریال	هزینه پرسنلی
ریال	هزینه های دیگر	ریال	هزینه آزمایشها و خدمات تخصصی
ریال		ریال	هزینه مواد و وسایل مصرفی
ریال	جمع کل	ریال	هزینه وسایل غیر مصرفی

مبلغی که از منابع دیگر کمک خواهد شد و نحوه مصرف آن :ریال

باقیمانده هزینه های طرح که تامین آن درخواست می شود :ریال

با مطالعه قسمت اول این فرم و رعایت مفاد آن بدینوسیله صحت مطالب مندرج در پیش نویس را تأیید مینماید و اعلام میدارد که این تحقیق صرفاً به صورت

- یک طرح تحقیقاتی در دانشگاه علوم پزشکی تهران
- بصورت مشترک با
- در قالب پایان نامه در

ارائه شده است.

نام و نام خانوادگی

امضای مجری یا مجریان طرح

**بخشنامه مورد استفاده جهت پرداخت هزینه های حق التحقیق**

هیات وزیران در جلسه مورخ ۱۳۷۶/۴/۱۸ بنا به پیشنهاد شماره ۴۸۰۵/د مورخ ۱۳۷۵/۷/۳۰ سازمان امور اداری و استخدامی کشور تصویب نمود.

میزان حق الزحمه تحقیقاتی موضوع بندهای الف و ب ماده (۱۷) تصویب نامه شماره ۶۴۰۳۲ مورخ ۱۳۶۵/۹/۲۰ هیات وزیران و تبصره (۱) آن ، همچنین اصلاح بعدی آن - موضوع تصویب نامه شماره ۱۸۳۲۲۶/ت/۷۴ مورخ ۱۳۷۳/۳/۱۷ به شرح زیر اصلاح می شود:

الف - اعضای هیات علمی آموزشی و پژوهشی موضوع آیین نامه استخدامی اعضای هیات علمی دانشگاهها و موسسات آموزش عالی

استاد	حداکثر ساعتی ۱۰/۰۰۰ ریال
دانشیار	حداکثر ساعتی ۹/۰۰۰ ریال
استادیار	حداکثر ساعتی ۸/۰۰۰ ریال
مربی	حداکثر ساعتی ۷/۰۰۰ ریال
مربی آموزشیار	حداکثر ساعتی ۶/۰۰۰ ریال

ب - اعضای غیر هیات علمی

دکتر	حداکثر ساعتی ۸/۰۰۰ ریال
فوق لیسانس	حداکثر ساعتی ۷/۰۰۰ ریال
لیسانس	حداکثر ساعتی ۵/۰۰۰ ریال
کمتر از لیسانس	حداکثر ساعتی ۳۲۰۰ ریال