

بررسی اقدامات راهبردی به منظور ارتقاء نظام سلامت، مبتنی بر رویکرد شفافیت

حسین بوذرجمهری

دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

H.bouzarjomehri@gmail.com

مهدی ثنائی

دانشجوی دکتری سیاست‌گذاری علم و فناوری، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران

md.sanaei@gmail.com

چکیده: به دلیل وجود مشکلات بزرگی در نظام‌های سلامت، همچون فساد، زیرمیزی، عدم مسئولیت‌پذیری و پاسخگویی تیم درمانی، عدم کارایی و همچنین مشارکت پایین مردم در تأمین سلامت عمومی جامعه، کشورها به فکر استفاده از راه‌حل‌های مختلفی افتاده‌اند. یکی از جدیدترین، کم‌هزینه‌ترین و کارآمدترین راه‌حل‌ها، ایجاد شفافیت در بخش سلامت است تا علاوه بر این که از فساد و عدم کارایی بخش سلامت بصورت 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. مطالعه‌ی حاضر با هدف ارائه راهکارهایی جهت ارتقاء شفافیت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، به بررسی فعالیت کشورها و سازمان‌های مختلف در این زمینه پرداخته و تجارب مفید و جالب توجه آن‌ها را جهت اقتباس و استفاده در نظام سلامت ایران برجسته می‌نماید. مطالعه از نوع کیفی و کتابخانه‌ای است و جهت بررسی تجربیات کشورهای مختلف، از مقالات علمی و همچنین از گزارش فعالیت‌های مؤسسات و مجموعه‌های پیشرو در این زمینه استفاده شده است. نتایج مطالعه حاکی از آن است که روش‌های استفاده شده با حداقل هزینه نتایج بسیار مطلوبی چه از لحاظ اقتصادی و چه از لحاظ کیفیت خدمات در نظام‌های سلامت داشته است و رضایت عمومی مردم را از نظام سلامت به صورت چشم‌گیری افزایش داده است بنابراین شفافیت بعنوان یک راهکار بسیار مطلوب چه از نظر دولت و چه از نظر مردم مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گرفته است.

واژه‌های کلیدی: پاسخگویی، شفافیت در نظام سلامت، کارایی، مبارزه با فساد، مشارکت عمومی

مقدمه

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 طی 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.» (مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۸) تحت این قانون هر شخصی 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.

اثرات انتشار و دسترسی آزاد به این اطلاعات را به طور خلاصه می‌توان کاهش فساد اقتصادی و اداری، افزایش کارایی و بهبود فرایندها، افزایش پاسخگویی مسئولین، افزایش اعتماد عمومی، افزایش تقارن اطلاعاتی و بهبود فضای رقابتی و مشارکت عمومی عنوان کرد. 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. در ادامه به معرفی برخی از مصادیق شفافیت در نظام سلامت و تجارب دیگر کشورها پرداخته می‌شود تا با الگوگیری از بهترین تجارب بتوانیم راهکارهای مناسبی برای اعتلای کشور عزیزمان، ایران ارائه نماییم.

ادبیات موضوع

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 (لغت‌نامه دهخدا). 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 (فرهنگ لغت عمید).

با الهام از صفت شفافیت در اجسام، مفهوم شفافیت به ادبیات حکومت‌داری نیز وارد شده است که به معنای امکان رؤیت اتفاقات درون نهادها و سازمان‌ها می‌باشد. شفافیت با کلمه Transparency در زبان انگلیسی معادل است. ریشه لاتین آن، کلمه «transparere» است که از دو بخش تشکیل شده است: -trans به معنای درون (through) و parere به معنای آشکار (appear) (هارپر، ۲۰۰۷). تعاریف متنوعی از مفهوم شفافیت در حوزه حکومت و جامعه مطرح شده است که در ادامه برخی از آنها مورد بررسی قرار گرفته‌اند:

- وضوح و اثربخشی فعالیت‌ها با تأثیر بر سیاست عمومی (دراپک و پین، ۲۰۰۲).

^۱Clarity

^۲Effectiveness

- جریان اطلاعات قابل‌اتکا^۳ و به‌هنگام^۴ اقتصادی، اجتماعی و سیاسی که برای همه‌ی ذی‌نفعان مرتبط در دسترس^۵ باشد (پلور و کافمن، ۲۰۰۵).
 - انتشار اطلاعات به صورت قاعده‌مند^۶ و دقیق^۷ (میشل، ۱۹۹۸).
- آنچه به‌عنوان نخ تسبیح، این تعاریف را به هم متصل می‌کند این نکته است که اطلاعات باید در دسترس باشند. پژوهشی در سال ۲۰۰۹ به دنبال تعریف چستی 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^۸ توسط دولت‌ها و سازمان‌های غیرانتفاعی.
 - شفافیت بعنوان ابزاری مرکب از نظارت خوب^۹ برنامه‌ها، سیاست‌ها، سازمان‌ها و کشورها^{۱۰}.
- شفافیت در نخستین استعاره با پاسخگویی در هم آمیخته شده است. در دومین استعاره، همانطور که شفافیت، آشکاری و باز بودن^{۱۱} 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 (بال، ۲۰۰۹).

روش پژوهش

به دلیل نوظهور بودن اقدامات شفافیت در نظام سلامت معرفی تجارب در جهت مفهوم‌سازی حیطه‌ی مورد بررسی لازم و ضروری می‌نماید بنابراین در این پژوهش سعی شده است برخی از برجسته‌ترین اقدامات صورت گرفته در این حوزه معرفی شوند. دستیابی به این تجارب و مطالعات به روش نمونه‌گیری گلوله برفی حاصل شده است، به گونه‌ای که با جستجوی کلیدواژه‌هایی مانند «healthcare transparency»، «price transparency» و «NHS transparency» مجموعه‌ای از مقالات و مطالعات حاصل شد که با استفاده از مفاهیم موجود در آنها و همچنین مطالعات ارجاع داده شده به آنها، گستره‌ای از مطالعات در اختیار پژوهشگر قرار گرفت و نمایی از مفهوم شفافیت در نظام سلامت را ایجاد کرد. پس از بررسی تجارب و مصادیق برجسته، به دسته‌بندی و نظم‌دهی انواع مطالعات و تجارب پرداخته شد و مدلی جامع و مانع تدوین گشت تا بعنوان نقشه‌ی راه در جهت انجام مطالعات آتی و همچنین تدوین و اجرای انواع برنامه‌های مورد نیاز جهت ارتقاء شفافیت مورد استفاده قرار گیرد. سپس پنج اقدام

^۱Reliable

^۲Timely

^۵Accessible

^۶Dissemination

^۷Regular

^۸Accurate

^۹open decision-making

^{۱۰}good governance

^{۱۱}nations

^{۱۲}openness

راهبردی در قالب پنج گام متوالی جهت پیاده‌سازی شفافیت مشخص شد. در نهایت به ارائه پیشنهادهای جهت ارتقای نظام سلامت مبتنی بر رویکرد شفافیت اقدام شد.

شفافیت قیمت‌ها، چالش‌ها و فواید بالقوه: تجربه ایالات متحده

یکی از بزرگترین مشکلات بازار آزاد در بخش سلامت، منتج شدن آن به هزینه سنگین خدمات است. از آنجایی که خدمات سلامت کالای بی‌کشش به شمار می‌آیند، ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌توانند قیمت خدمات را تا جای ممکن افزایش دهند و مردم راهی به جز خرید خدمت ندارند. اکثر کشورها ساختارهای نظارتی بر هزینه‌های برای کنترل بخش خصوصی ایجاد می‌کنند اما در آمریکا که خدمات سلامت مبتنی بر بازار آزاد ارائه می‌شوند، این وضعیت به مشکل بزرگی برای مردم این کشور تبدیل شده است. یکی از تاکتیک‌ها برای کاهش دادن مخارج، افزایش شفافیت قیمت در خدمات سلامت با هدف کاهش کلی قیمت‌ها است؛ یعنی انتشار قیمت‌هایی که ارائه‌دهندگان مطالبه می‌کنند و یا هزینه‌ای که یک بیمار حاضر است برای خدمات پزشکی پرداخت کند. بیش از ۳۰ ایالت آمریکا در حال ایجاد یا پیگیری وضع قانون برای افزایش شفافیت هستند (سینایکو و رزنتال، ۲۰۱۱).

یکی از دلایل عمده برای ایجاد شفافیت در نظام سلامت آمریکا، اختلاف زیاد قیمت‌ها است. این اختلاف حتی در بین رویه‌های نسبتاً معمولی نیز وجود دارد. برای مثال در ایالت ماساچوست آمریکا در سال‌های ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷ قیمت MRI از ستون فقرات بدون استفاده از ماده‌ی حاجب، از ۴۵۰ دلار تا ۱۶۷۵ دلار متفاوت بود. از آنجایی که عموم مصرف‌کنندگان از چنین تفاوت فاحشی آگاه نیستند، انتشار اطلاعات قیمت‌ها این امکان را در اختیار مصرف‌کنندگان قرار می‌دهد تا با آگاهی از قیمت‌ها، ارائه‌دهندگانی را انتخاب نمایند که کمترین قیمت را پیشنهاد می‌دهند؛ همچنین این نوع شفافیت تا اندازه‌ای به تحریک رقابت در قیمت‌ها در سمت عرضه منجر می‌شود و ارائه‌کنندگانی که قیمت بالایی پیشنهاد می‌کنند را مجبور می‌کند تا قیمت خود را کاهش دهند (و یا سالیانه مبلغی کمتری به قیمت خود بیافزایند) تا بتوانند رقابتی باقی بمانند. بنابراین انتشار این اطلاعات هم در کاستن از گستره‌ی اختلاف قیمت‌ها کمک می‌کند و هم در پایین آوردن سطح قیمت‌ها. طرفداران شفافیت قیمت‌ها عنوان می‌کنند همانطور که خریداران در بازاری غیر از بازار سلامت، با آگاهی از قیمت کالاها و خدمات، آنها را با یکدیگر مقایسه می‌کنند، در خرید خدمات سلامت نیز نباید تفاوتی باشد. تصور کنید بدون دانستن قیمت کالاهایی مانند خانه، ماشین و یا رایانه به خرید آنها اقدام کنید! (سینایکو و رزنتال، ۲۰۱۱)

با این حال خدمات سلامت از برخی جهات مهم با دیگر کالاها تفاوت دارند که باعث تأثیر گذاشتن بر واکنش بیماران نسبت به اطلاعات قیمت‌ها می‌شود. اول آنکه اکثر بیماران بیمه هستند بنابراین مبلغ کمی از هزینه‌های خدمات درمانی خود را می‌پردازند که این مسئله منجر به سرکوب انگیزه‌ی مصرف‌کنندگان برای خرید خدمات ارزان‌تر می‌شود. دوم آنکه بیماران به همان اندازه که درباره قیمت خدمات نگرانند، در باب کیفیت خدمات خود نیز نگران هستند و ارزیابی کیفیت خدمات سلامت به مراتب سخت‌تر و پیچیده‌تر از ارزیابی کیفیت سایر کالاها می‌باشد. در اغلب موارد اطلاعات دقیق و به‌هنگام کیفیت در دسترس نمی‌باشد؛ بنابراین بیماران ممکن است از شاخص قیمت بعنوان نماینده‌ی^۳ از شاخص کیفیت استفاده نمایند. اعتقاد بر اینکه خدمت با قیمت بالاتر قطعاً باید بهتر باشد به اندازه‌ی قدرتمند بوده است که توانسته موجب بهبود درمان بیماران از طریق دارونما شود (وابر، شیو

^۳proxy

و کارمون، ۲۰۰۸). علاوه بر این موارد، کمبود اطلاعات مستقل درباره کیفیت خدمات می‌تواند انگیزه‌ی بیماران برای اعتماد به توصیه پزشکان در زمینه ارائه‌دهنده مناسب را تقویت کند و ممکن است بیماران مایل نباشند تا به خاطر هزینه‌ی اندکی، برخلاف توصیه پزشک خود عمل کنند (سینایکو، ۲۰۱۱). در نهایت اندازه‌گیری قیمت خدمات درمانی از دیگر کالاها متفاوت است چرا که پیش‌بینی دقیق جزئیات خدماتی که یک بیمار به آن نیاز خواهد داشت اغلب دشوار است. به همین دلیل میانگین قیمت برای یک رویه یا خدمت مشخص، تصویر درستی از هزینه‌ی واقعی بیمار به دست نمی‌دهد و ممکن است نشانگر گمراه‌کننده‌ای برای هزینه‌های متفاوت باشد (سینایکو و رزنتال، ۲۰۱۱).

اما در طرف عرضه نیز نگرانی‌هایی از این قبیل وجود دارد که ارائه‌دهندگان می‌توانند بگونه‌ای به شفافیت قیمت‌ها واکنش نشان دهند که منجر به افزایش قیمت‌ها شود. در صورتی که واکنش مصرف‌کنندگان به اطلاعات رقابتی قیمت‌ها ضعیف باشد، ارائه‌کنندگان قیمت‌های پایین‌تر در یک بازار معین ممکن است به فکر افزایش قیمت‌های خود تا سطح هم‌تایان گران‌فروش خود بیافتند؛ در نتیجه با وجودی که اختلاف بین قیمت‌ها کاهش می‌یابد اما در نهایت منجر به افزایش کلی قیمت‌ها می‌شود. امکان وقوع چنین اتفاقی در سطح گسترده نامعلوم است چرا که ارائه‌دهندگان ارزان‌فروش احتمالاً فاقد قدرت لازم در بازار برای ایجاد چنین تقاضایی هستند (احتمالاً به همین دلیل قیمت خدمات آنها از ابتدا نیز پایین بوده است). همچنین امکان دوام چنین اثری در طول زمان نیز روشن نیست. در بازارهای رقابتی معقول، خریداران باید بتوانند با استفاده از اطلاعات قیمت به ارائه‌دهندگان فشار آورند تا قیمت‌های خود را کاهش دهند (سینایکو و رزنتال، ۲۰۱۱).

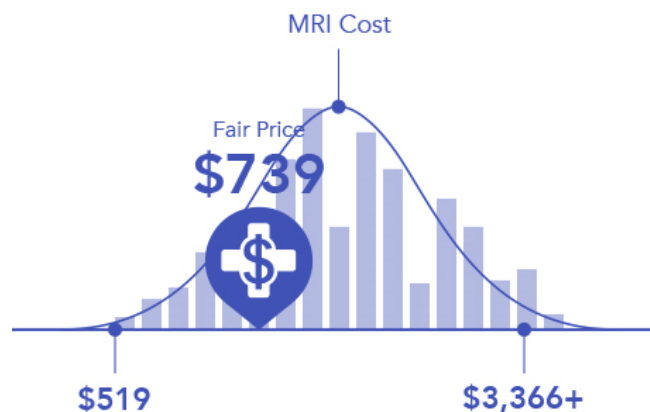
در حال حاضر شواهد بسیار کمی درباره اثر شفافیت قیمت‌ها بر خدمات سلامت وجود دارد که بخشی از آن به دلیل نوظهور بودن چنین تلاش‌هایی است. یک سال پس از تجربه‌ی جدید انتشار اطلاعات قیمت ۳۰ رویه پزشکی (اغلب مربوط به تصویربرداری و جراحی سرپایی) در ایالت نیوهمپشر آمریکا، نتایج مطالعات کاهشی را در گستره‌ی اختلاف قیمت‌ها نشان نداده است (تو و لاور، ۲۰۰۹). با این حال شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد مصرف‌کنندگان برای نسخه‌های دارویی، یعنی نوع کمتر پیچیده‌ای از خدمات پزشکی، زمانی اقدام به خرید می‌کنند که توانایی پرداخت قسمت اعظم هزینه‌های خدمات مورد نیاز خود را داشته باشند (هسو و همکاران، ۲۰۰۸). اگر اقدامات شفافیت به سمت چنین مصرف‌کنندگانی و همچنین به سمت رویه‌های کمتر پیچیده نشانه روند می‌توانند اثرات خود را افزایش دهند.

تلاش در جهت افزایش خریدهای آگاهانه و همچنین کاهش مخارج از طریق برنامه‌های شفافیت قیمت همواره جذاب و مورد استقبال بوده‌اند چرا که این دست اقدامات می‌توانند بدون اختلال و دخالت در نظام پرداخت کنونی اجرا شوند و همچنین رویکردهای مبتنی بر بازار در اصلاحات خدمات سلامت، معمولاً از کثرت حمایت‌های سیاسی بهره می‌برند (سینایکو و رزنتال، ۲۰۱۱).

هم اکنون مؤسسات متعددی در آمریکا جهت شفافیت قیمت خدمات سلامت فعالیت می‌کنند و اکثر این مجموعه‌ها با فروش اطلاعات سلامت به مردم، بقای خود را تضمین می‌کنند. از جمله‌ی آنها می‌توان به مؤسسات Healthsparq، Castlight، United Healthcare، Medlio و... اشاره کرد. یکی از این مؤسسات با نام «گزارش رسمی مراقبت سلامت»^۴ شرکتی خصوصی است که در سال ۲۰۰۸ جهت ایجاد شفافیت در قیمت خدمات سلامت

^۴Healthcare BlueBook

تأسیس شد. این شرکت که امکانات خود را از طریق وبسایت و نرم‌افزار گوشی‌های هوشمند در اختیار کاربران قرار می‌دهد، با توجه به محل زندگی کاربر و خدمتی که درخواست می‌کند، اطلاعات نزدیک‌ترین ارائه‌کنندگان (شامل قیمت و کیفیت خدمتشان) را ارائه می‌دهد. نکته قابل توجه در مورد این شرکت، ارائه قیمت منصفانه برای خدمات است. «گزارش رسمی مراقبت سلامت» از الگوریتم خاصی استفاده می‌کند که از بین قیمت‌های متنوع برای یک خدمت، با توجه به قیمتی که اکثر ارائه‌کنندگان پیشنهاد می‌دهند، قیمت خاصی را بعنوان منصفانه (Fair Price) مشخص می‌کند (شکل ۱) (تارنمای گزارش رسمی مراقبت سلامت).



شکل ۱ - شیوه نمایش قیمت منصفانه توسط کتاب آبی مراقبت سلامت

شفافیت عملکرد: تجربه انگلستان

در کشورهایی مانند انگلستان که ارائه خدمات ملی و دولتی است و مردم از لحاظ هزینه‌های سلامت دچار مشکل نیستند شفافیت نظام سلامت توانسته در حیطه‌های دیگری مثر ثمر گردد. در انگلستان بیماران می‌توانند اطلاعاتی از هر پزشک در مورد تعداد عمل‌های جراحی انجام شده توسط او و همچنین نرخ مرگ و میر آنها را مشاهده کنند (بریج واتر و همکاران، ۲۰۱۳). انتشار این اطلاعات اتفاق بزرگی در تاریخ نظام طب ملی^۵ و حرفه‌ی پزشکی بوده است (برد هیئت مدیره NHS، ۲۰۱۳) چرا که در حرفه‌ی پزشکی، دیده شدن اهمیت بسیاری دارد چون منجر می‌شود پزشکان خود را در سطحی کاراً تنظیم نمایند. منشأ اصلی انتشار اطلاعات نتایج خدمات پزشکی در انگلستان به تحقیق و تفحص عمومی از بیمارستان سلطنتی بریستول باز می‌گردد (تیزدیل، ۲۰۰۲).

بیمارستان سلطنتی بریستول، بیمارستانی مشهور با تاریخچه و سابقه‌ای درخشان است. این بیمارستان از ۲۷۰ سال پیش پاسخگوی نیازهای بهداشتی و درمانی مردم بریستول و جنوب غرب انگلستان بوده و همچنین مرکزی ملی و بین‌المللی برای تحقیقات و نوآوری‌های بالینی بوده است اما متأسفانه نام این بیمارستان امروزه در انگلستان و دیگر جاها یادآور رشته‌ای از فجایع در حوزه عمل جراحی قلب کودکان در اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل ۱۹۹۰ است که طی آن بسیاری از کودکان جان خود را از دست داده‌اند (والش و آفن، ۲۰۰۱).

^۵National Health Service (NHS)

در اواخر دهه ۱۹۸۰ برخی از کارکنان بالینی در بیمارستان سلطنتی بریستول، مخصوصاً متخصص جدیدالورود بیهوشی بیمارستان به نام استفان بالسن^{۱۶}، در خصوص کیفیت عمل‌های قلب دو جراح بیمارستان ابراز نگرانی کردند. نتایج عمل‌های قلب کودکان در مقایسه با عمل‌های دیگر مراکز تخصصی انگلستان وضعیت نامطلوبی داشت؛ به خصوص نرخ مرگ و میر بسیار بیشتر بود. مابین سال‌های ۱۹۸۴ الی ۱۹۹۵ کشمکش‌های بسیاری بین جراحان، متخصصان بیهوشی، متخصصین قلب و مدیران درگرفت. دانشکده سلطنتی جراحان و دپارتمان سلامت^{۱۷} (وزارت سلامت) وارد ماجرا شدند و رسانه‌ها نیز از این نگرانی‌ها مطلع گشتند. با وجود ایجاد توافق بین طرفین اما برخلاف روند توافق شده، در سال ۱۹۹۵ کودک دیگری نیز مورد عمل جراحی قرار گرفت و فوت کرد. بدین ترتیب تحقیق و تفحص‌های خارجی شکل گرفت و نظر رسانه‌های ملی و محلی بصورت گسترده به این مسئله جلب شد. والدین برخی از کودکان به انجمن پزشکان عمومی شکایت کردند که در سال ۱۹۹۷ موجب بازجویی از این بیمارستان به خصوص در مورد ۵۳ کودکی که ۲۹ نفر از آنها فوت شدند و چهار نفرشان از آسیب شدید مغزی رنج می‌بردند، شد. انجمن جراحان عمومی ۳ پزشک را به دلیل تخلف‌های حرفه‌ای جدی مقصر شناخت که دو نفر از آنها جراح و یک نفر مدیر اجرایی وقت بیمارستان بود (والش و آفن، ۲۰۰۱).

زمانی که خطای بزرگی در سازمان‌های بهداشتی و درمانی نظام طب ملی انگلستان رخ می‌دهد، معمولاً تحقیق و تفحص از چنین اتفاقاتی را به دنبال خود دارد. وظیفه‌ی این نوع تحقیقات، مشخص کردن رویداد واقع شده، معین نمودن مشکلات و یا علل ریشه‌ای چنین خطاهایی و همچنین ارائه‌ی پیشنهادهای جهت تغییر در سیاست‌ها و یا رویه‌ها به گونه‌ای است که جلوی چنین خطاهایی را در آینده بگیرد و یا حداقل وقوع آنها را کاهش دهد (مارتین و اوان، ۱۹۸۴). بنابراین وزیر سلامت^{۱۸} فوراً تحقیق و تفحصی عمومی را به دست پروفیسور یان کندی^{۱۹}، استاد حقوق، اخلاق و سیاست پزشکی در دانشگاه لندن برقرار کرد. این تحقیق و تفحص با هزینه‌ای بالغ بر ۱۴ میلیون پوند از سال ۱۹۹۸ آغاز گشت و در سال ۲۰۰۱ با حدود ۲۰۰ توصیه برای NHS انتشار یافت (والش و آفن، ۲۰۰۱).

طی دوره‌ای که این اتفاقات در بیمارستان بریستول به وقوع می‌پیوست، ساختارهای نظارتی با عنوان «ممیزی بالینی» در انگلستان به تازگی ایجاد شده بودند اما با این وجود این ساختارها به «سگ‌هایی که [به موقع نیاز] پارس نکردند» تشبیه شدند. طی این مدت این ممیزی‌های بالینی هرگز در مورد نگرانی‌های عمل قلب کودکان اقدامی صورت ندادند (والش و آفن، ۲۰۰۱). شواهد حاکی است که استفان بالسن، نخستین افشاگر تخلفات این واقعه، در همان سال ۱۹۹۰ رئیس کمیته ممیزی بالینی را از نگرانی‌های خود آگاه ساخته بود (کندی، ۲۰۰۱). از آنجایی که اطلاعات، بعنوان نخستین خشت هر سامانه کنترل کیفیت و استاندارد، نقش کلیدی دارد و به دلیل ناکارایی‌ها نظارتی، یکی از اصلی‌ترین توصیه‌های این تفحص مربوط به ایجاد ساختارهای اطلاعاتی دقیق، در NHS بود: ایجاد «دفتری مستقل برای پایش عملکرد مراقبت‌های سلامت» که با دانشگاه‌ها و سازمان‌های متخصصین ارتباط داشته باشد؛ این هم‌کاری برای اعتبار داشتن فرایند حیاتی است (تیزدیل، ۲۰۰۲).

^{۱۶}Stephen Bolsin

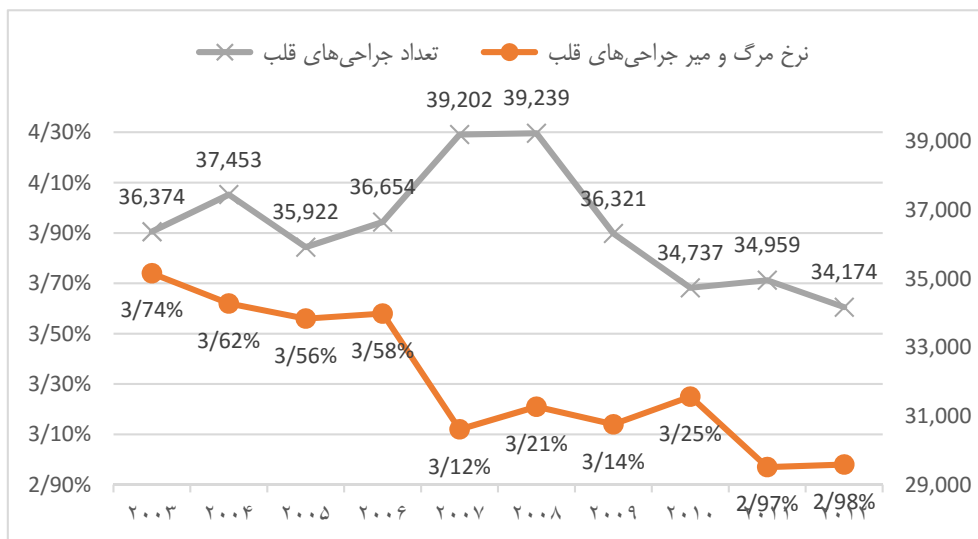
^{۱۷}Department of Health

^{۱۸}The Secretary of State for Health

^{۱۹}Ian Kennedy

پس از این وقایع، با شروع اجرای کامل قانون دسترسی آزاد به اطلاعات در سال ۲۰۰۵ برای اولین بار درخواست انتشار نرخ مرگ و میر مربوط به هر جراح در انگلستان در همان سال صورت گرفت و اولین درخواست برای این انتشار نیز به جراحی قلب؛ باز می‌گشت (تارنمای گاردین، ۲۰۰۵). در آن زمان این رویداد بعنوان نگاهی اجمالی به حیات خلوت پزشکی خودگردان محسوب می‌شد. طی سال‌های آتی موفقیت در کاهش نرخ مرگ و میر جراحی قلب چشم‌گیر بود (بریج واتر و همکاران، ۲۰۱۳). طبق مطالعه‌ای توسط دکتر کترین براون و همکاران در سال ۲۰۱۴، نرخ مرگ و میر جراحی قلب «کودکان» از ۴/۳ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۲/۶ درصد در سال‌های ۲۰۰۹ و ۲۰۱۰ تقلیل یافت (براون و همکاران، ۲۰۱۵). با وجودی که اصلاحات نظام سلامت انگلستان در زمینه جراحی قلب منحصر به شفافیت عملکرد جراحان نبوده است اما افراد بسیاری همچون دیوید کامرون، نخست وزیر انگلستان، مهمترین علت این بهبود کیفیت و عملکرد را به شفافیت نسبت می‌دهند. دیوید کامرون در ژوئیه سال ۲۰۱۱ اثر شفافیت بر عملکرد را اینگونه توصیف می‌کند:

«... (شفافیت) می‌تواند استانداردها را ارتقاء بخشد. تمامی شواهد نشان می‌دهند که زمانی که شما اطلاعات عملکرد مشاغل را می‌دهید، همچنان که افراد از بهترین‌ها یاد می‌گیرند، مسابقه‌ای برای رسیدن به بالاترین سطح بوجود می‌آید. برای مثال، پنج سال پیش امکان دسترسی، درک و استفاده از اطلاعات مرگ و میر جراحی‌های قلب برای عموم مردم بسیار آسان شد. حدس بزنید چه اتفاقی افتاد؟ نرخ مرگ و میر به سرعت کاهش یافت. پزشکان ما، معلمین و همچنین پلیس ما بسیار مشتاقند تا عملکرد خود را بهبود بخشند و به بهترین سطح ممکن برسانند. اگر با آنها صحبت کنید با سرخوردگی به شما خواهند گفت که به شدت نیازمند این اطلاعات و این فرصت هستند.» (کامرون، ۲۰۱۱)



شکل ۲ - مقایسه نرخ مرگ و میر جراحی‌های قلب با تعداد جراحی‌های قلب انجام شده در انگلستان در سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۲ (گزارش رسمی و برخط جامعه جراحی قلبی توراسیک بریتانیا و ایرلند)

^{۲۰}Freedom of Information Act (FOIA)

^{۲۱} هم اکنون امکان دست‌یابی به این اطلاعات از طریق وبسایت NHS.uk مقدور است.

همانطور که در شکل ۲ مشاهده می‌شود، نرخ مرگ و میر کلی جراحی قلب (نه فقط جراحی قلب کودکان) در انگلستان در سال ۲۰۰۷ یعنی دو سال پس از انتشار عمومی اطلاعات مربوط به نرخ مرگ و میر هر جراح، با شیب تندی کاهش می‌یابد. این در حالی است که تعداد جراحی‌های قلب در سال‌های ۲۰۰۷ و ۲۰۰۸ نسبت به سال‌های قبل افزایش نیز داشته است (گزارش رسمی و برخط جامعه جراحی قلبی توراسیک بریتانیا و ایرلند). همچنین پیچیدگی موارد جراحی نیز افزایش یافته است (براون و همکاران، ۲۰۱۵).

شفافیت راهکاری برای مبارزه با فساد در بخش سلامت

هرساله حدود ۳۰۰۰ میلیارد دلار آمریکا در بخش سلامت هزینه می‌شود که اکثر این مبلغ از منبع مالیات مردم تشکیل می‌شود. این حجم عظیم تراکنش مالی، جذابیت زیادی برای سوء استفاده ایجاد می‌کند. از طرف دیگر تنوع سیستم‌های ارائه خدمت در جهان، کثرت مشارکت کنندگان در ارائه خدمت، عدم وجود گزارش‌های مناسب از ارائه خدمت در بسیاری از کشورها و پیچیدگی در تشخیص و تمایز فساد، ناکارایی و اشتباهات از یکدیگر توان برآورد دقیق تمام فسادهای بخش سلامت در جهان را سخت می‌کند. اما حجم این فساد هم در کشورهای فقیر و هم غنی، بسیار گسترده است. در ایالات متحده که در بخش سلامت بیشترین هزینه را در جهان دارد، دو برنامه بزرگ این کشور یعنی مدیکیر و مدیکید برآورد کرده‌اند که ۵ الی ۱۰ درصد از بودجه آنها در پرداخت‌های اضافی مفقود شده است. در کامبوج شاغلینی که در مصاحبه برای گزارش جهانی فساد سال ۲۰۰۶ شرکت کردند برآورد کردند که بیش از ۵ درصد بودجه سلامت حتی قبل از اینکه از دولت مرکزی خارج شود بر اثر فساد از بین رفته است! (رز، ۲۰۰۶)

مؤسسه شفافیت بین الملل^۲ فساد را این‌چنین تعریف کرده است: «سوء استفاده از قدرت امانت داده شده برای کسب منافع شخصی.» (جودکی و رشیدیان، ۲۰۱۰) با تعریف موجود نه تنها استفاده شخصی از اموال و دارایی‌های دولتی، اختلاس‌ها و موارد مشابه فساد هستند بلکه مواردی مانند تجویزهای نادرست آزمایش‌ها و رویه‌ها جهت افزایش سود شخصی (تقاضای القایی)، رشوه و زیرمیزی، غیبت کارکنان از محل کار خود، استفاده از منابع عمومی برای کار شخصی (دی تلا و ساودف، ۲۰۰۱) و همچنین آنچه در بیمارستان بریستول رخ داد نیز نوعی فساد تلقی می‌شوند چرا که این دست ارائه‌دهندگان نیز با استفاده از قدرت امانت داده شده به آنها به کسب منافع شخصی می‌پردازند. بنابراین، فساد در نظام سلامت هم سطح کلان و هم سطح خرد را شامل می‌شود.

هزینه بالای ساخت بیمارستان، تجهیزات با تکنولوژی پیشرفته و افزایش داروهای جدید و گران‌قیمت برای درمان بیماری‌ها به همراه وجود بازارهای قدرتمندی از فروشندگان و شرکتهای دارویی، افزایش ریسک رشوه‌دهی و تضاد منافع این بخش را به همراه دارد (کاسیرر، ۲۰۰۶؛ لانتمن، ۲۰۰۱). اختیاراتی که کارکنان دولتی در اعطای امتیاز و اعتبارسنجی مؤسسات، کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی دارند احتمال بروز سوء استفاده از قدرت را افزایش می‌دهد. رابطه بیمار با ارائه‌دهنده نیز به دلیل نابرابری اطلاعاتی طرفین و همراه بودن تقاضای خدمات با کسب قیمتی پایین در معرض بروز فساد است.

فساد یک مشکل فراگیر و تأثیرگذار در نظام سلامت است. شواهد بسیاری اثرات منفی فساد بر سلامت و رفاه شهروندان و خانواده‌ها را نشان می‌دهند (ازفر، ۲۰۰۵؛ گوپتا و همکاران، ۲۰۰۰؛ لوئیس، ۲۰۰۶؛ مک پیک و همکاران،

^۲Transparency International

۱۹۹۹؛ رز، ۲۰۰۶). با وجود آنکه ابزارهای زیادی برای اندازه‌گیری فساد و تشریح شرایطی که در آن فساد رخ می‌دهد وجود دارد اما محققان از مشکلات بسیاری در این زمینه شکایت داشته‌اند. اول اینکه به دلیل ضعف سیستم‌های مدیریتی، جمع‌آوری اطلاعات در مورد اقدامات فسادآمیز مانند درصدی از خریدها که مطابق با استانداردهای از پیش تعیین شده نبودند امکان‌پذیر نیست. همچنین اندازه‌گیری سوء استفاده از قدرت مشکل است چرا که فساد عملی است که اغلب (اما نه همیشه) به صورت مخفیانه انجام می‌شود. برای غلبه بر این مشکلات، محققان از معیارهای غیرمستقیم برای اندازه‌گیری فساد استفاده کرده‌اند. روش‌های اندازه‌گیری فساد در سیستم‌های سلامت شامل موارد زیر است (جوذکی و رشیدیان، ۲۰۱۰):

- بررسی درک از فساد^{۲۳} میزان فساد درک شده توسط شهروندان. ممکن است نتایج حاصل از این روش، میزان فساد را بطور غیر واقعی زیاد و یا کم نشان دهد؛
- بررسی هزینه‌های عمومی و هزینه‌های خانوار^{۲۴} بررسی هزینه‌های خانوارها از جمله هزینه‌های بهداشتی و درمانی و پرداخت‌های غیررسمی. تجزیه و تحلیل هزینه‌های عمومی، جریان منابع عمومی بین سطوح مختلف دولت را شناسایی می‌کند؛
- جمع‌آوری داده‌های کیفی^{۲۵}
- ارزیابی سیستم‌های کنترل^{۲۶}.

خلاصه‌ی داده‌های مربوط به درک از فساد در ۲۳ کشور نشان داد که در ۱۰ کشور، بیش از ۵۰ درصد پاسخ‌دهندگان فکر می‌کنند نظام سلامت کشورشان در سطح بالایی از فساد به سر می‌برد. در پاکستان و سریلانکا بیش از ۹۰ درصد پاسخ‌دهندگان نظام سلامت کشور را بسیار فاسد می‌دانستند (جوذکی و رشیدیان، ۲۰۱۰). پیمایش مرتبط دیگری که توسط USAID^{۲۷} در سال ۲۰۰۱ و در کشورهای بوسنی و هرزگوین، بلغارستان، مقدونیه، رومانی، کرواسی و مونتنگرو انجام شد نشان داد که ۴۵ الی ۵۰ درصد از پاسخ‌دهندگان معتقدند که فساد در میان پزشکان بسیار گسترده است. آلبانی و صربستان سطح بسیار بالاتری را نشان دادند یعنی ۶۱ الی ۷۱ درصد پاسخ‌دهندگان (لوئیس، ۲۰۰۶). مطالعه‌ای در بولیوی نشان داد که فساد در نظام سلامت این کشور از نظر مردم در مقیاس ۱ الی ۴، درجه ۲/۷ را به خود اختصاص می‌دهد (گاتی و همکاران، ۲۰۰۳). مطالعه‌ی ردگیری هزینه‌های عمومی^{۲۸} بخش سلامت در سه کشور غنا، پرو و اوگاندا نشان داد که بالای ۷۰ درصد از هزینه‌های عمومی، [از برنامه خود] منحرف شده و هدر رفته‌اند؛ در کشور تانزانیا نیز این عدد شامل ۴۰ درصد از هزینه‌ها می‌شد (لوئیس، ۲۰۰۶).

بخشی از بزرگترین فسادها در صنعت دارو رخ داده است. یکی از برجسته‌ترین مثال‌ها مربوط به شرکت Johnson & Johnson است که در آوریل ۲۰۱۱ با پزشکان یونان، لهستان و رومانی توافق کرد که ۷۰ میلیون دلار بیشتر از هزینه‌های معمول به آنها بپردازد تا داروهای این شرکت را خریداری کنند. به گفته‌ی کمیسیون بورس

^{۲۳}Corruption Perception surveys

^{۲۴}Household and public expenditure surveys

^{۲۵}Qualitative data collection

^{۲۶}Review of control systems

^{۲۷}United States Agency for International Development

^{۲۸}public expenditure tracking studies (PETS)

و اوراق بهادار امریکا؛^۴ این شرکت [در تخلفی دیگر] بین سالهای ۲۰۰۰ الی ۲۰۰۷ در رومانی ۳/۵ میلیون دلار از طریق رشوه، سود کسب کرده است. موارد مشابهی نیز از شرکت‌های بزرگی همچون Eli Lilly و Pfizer نیز گزارش شده است. این مسئله در جایی بدتر می‌شود که شرکت‌ها مبالغی را جهت ترویج داروهای خود برای مصارفی که تأییدیه FDA ندارند [به پزشکان] پرداخت می‌کنند. بزرگترین جریمه در این زمینه ۳ میلیارد دلار است که در ژوئیه سال ۲۰۱۲ توسط شرکت GSK بابت فروش داروهای ضد افسردگی Paxil (یا paroxetine) و Wellbutrin (یا bupropion) و داروی ضد دیابت Avandia (یا rosiglitazone) برای مصارفی که تأییدیه FDA نداشتند، پرداخت شد. چنین مواردی منجر شده است تا در امریکا و اروپا قوانینی تصویب شوند که شرکت‌های دارویی را ملزم کنند جزئیات پرداخت‌های خود به افراد را در اختیار مراجع مربوطه قرار دهند (موران، ۲۰۱۴).

متأسفانه به دلیل فقر مطالعاتی در این حوزه در ایران به نظر می‌رسد تنها آمار موجود درباره میزان فساد در ایران مربوط به شاخص عمومی درک از فساد می‌باشد که در رتبه بندی سال ۲۰۱۴ سازمان شفافیت بین المللی ایران رتبه ۱۳۶ را بین ۱۷۴ کشور داشته است و نمره سلامت اداری آن از ۱۰۰ معادل ۲۷ می‌باشد (شاخص ادراک سلامت، ۲۰۱۴). اما در مجموع می‌توان متوجه شد که با توجه به ادراک بالای فساد در ایران، ادراک این فساد در بخش سلامت نیز بالا باشد. حجم پول و فشاری که برای اخذ تصمیمات شتاب‌زده و خرج کردن سریع پول وجود دارد خطر بروز فساد را افزایش می‌دهد (جودکی و رشیدیان، ۲۰۱۰). متأسفانه برنامه‌های اصلاح نظام سلامت ایران همچون طرح تحول نظام سلامت نیز شاخصه‌های حجم فراوان پول، تصمیمات شتاب‌زده و خرج کردن سریع پول را از خود نشان می‌دهند که شائبه‌ی وجود فساد را افزایش می‌دهد.

بطور کلی می‌توان گفت هر جایی که افراد و مؤسسات، موقعیت انحصاری داشته باشند و از قدرت فراوانی برخوردار باشند و همچنین در قبال تصمیمات خود پاسخ‌دهی کافی نداشته باشند، فرصت بروز فساد بیشتر می‌شود (لیتگارد، ۱۹۸۸). در واقع دوگانه‌ی «وجود قدرت» و «عدم نظارت» مهم‌ترین دلایل اصلی بروز فساد را تشکیل می‌دهند. با مراجعه به مبانی دینی اسلام نیز متوجه می‌شویم که یکی از ریشه‌های اصلی ارتکاب گناه، تنهایی و خلوت است؛ یعنی زمانی که انسان احساس کند «دیده و بازخواست» نمی‌شود. زمانی که «قدرت» برای ارتکاب معصیت وجود دارد اما انسان «نظارتی» بر خود احساس کند مرتکب معصیت نمی‌شود اما زمانی که «قدرت» انجام گناه نباشد نیازی به «نظارت» وجود ندارد چرا که اساساً خطری وجود ندارد. فساد در سطح حکومت و جامعه نیز، که به دلیل توانایی سوء استفاده از «قدرت» بروز می‌کند، از بزرگترین گناهان است بنابراین وجود ساختارهای نظارتی به دلیل اثرات آن در دو حوزه زیر لازم و ضروری است:

۱. پیشگیری از بروز فساد و گناه: صرف وجود ساختارهای نظارتی به تنهایی مانع بروز بسیاری از تخلف‌ها و معصیت‌ها می‌شود. در این جنبه مکانیزم خودکنترلی ناشی از شفافیت مورد نظر است.
۲. اطلاع و برخورد با فساد و گناه: ساختارهای نظارتی ابزارهای پیش‌نیاز مبارزه با مفاسد و گناهان و اصلاحات هستند و بدون وجود آنها مبارزه و اصلاحی صورت نخواهد گرفت.

ساختارهای نظارتی در حکومت‌ها خود دارای مشکلات فراوانی هستند. از آن جمله می‌توان به هزینه و انرژی بالای مورد نیاز برای ایجاد و سازماندهی آنها اشاره کرد. از طرف دیگر پارادوکس همیشگی در ساختارهای نظارتی آن است که آنها خود می‌توانند منشأ فساد باشند به این ترتیب که با تطمیع مسئولین این دست سازمان‌ها می‌توان

^۴U.S. Securities and Exchange Commission (SEC)

معاصی و تخلف‌های خود را پنهان نمود. یکی از نمونه‌های شاخص در این مسئله می‌تواند رشوه به مسئولین امور مالیاتی باشد. آنگاه برای جلوگیری از فساد، تخلف و گناه در این سازمان‌های نظارتی می‌بایست ساختارهای نظارتی دیگری ایجاد شوند و این دور باطل ادامه خواهد داشت مگر آنکه حلقه‌ای از نظارت سازمان‌ها بر یکدیگر شکل بگیرد که در آن صورت نیز امکان تبانی مجموعه‌ی سازمان‌ها در مورد فسادها و گناهان کلان وجود خواهد داشت. در این راستا شفافیت رویکردی است که نظارت عموم مردم را حاصل می‌کند. با انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات مربوط به عملکرد سازمان‌ها امکان نظارت عموم مردم، رسانه‌ها و حتی سایر سازمان‌ها بر رقبا و هم‌تایان خود ایجاد می‌شود بنابراین امکان تبانی و فساد در سازمان‌های نظارتی از بین می‌رود. در مورد رسوایی بیمارستان بریستول نیز، زمانی فساد موجود در بیمارستان مشخص شد که پای نظارت عمومی و رسانه‌ها به ماجرا کشیده شد چرا که همانطور که گفته شد تا پیش از آن ساختارهای نظارتی مانند «ممیزی بالینی» با وجود مطلع بودن، اقدامی صورت ندادند و به «سگانی که [به موقع نیاز] پارس نمی‌کردند» تشبیه شدند. از طرف دیگر هزینه‌ی شفاف کردن عملکرد سازمان‌ها به مراتب کمتر از هزینه‌ی تأسیس و سازماندهی ساختارهای نظارتی است.

اقداماتی که در آرژانتین، مراکش و اوگاندا برای بهبود شفافیت انجام شده است طیفی از مداخلات ممکن برای ایجاد شفافیت در جهت مبارزه با فساد را نشان می‌دهد. وزارت بهداشت آرژانتین یک سیستم پایش قیمت طراحی کرد که در آن قیمت خرید داروها در ۳۳ بیمارستان عمومی قابل ردگیری شد و این اطلاعات برای تمامی بیمارستان‌ها به اشتراک گذاشته شد. نتیجه آن شد که قیمت‌های خرید فوراً به طور متوسط ۱۲ درصد کاهش یافت و برای مدت یک سال زیر قیمت پایه باقی ماند (اسکارگروودسکی، ۲۰۰۱). در کرواسی بیمارستان‌ها ملزم شدند لیست انتظار بیماران را در معرض دید عموم قرار دهند تا پزشکان نتوانند افراد خاصی را با گرفتن رشوه به بالای لیست منتقل کنند (رز، ۲۰۰۶). در اوگاندا راهبردی برای اطلاع‌رسانی جهت کاهش انحراف و هدررفت کمک هزینه‌های تحصیلی دانش‌آموزان که به مدارس محلی داده می‌شد به کار گرفته شد. فساد در این حوزه از طریق مطالعه‌ی ردگیری هزینه‌های عمومی شناسایی شده بود. در این راهبرد مبلغ کمک هزینه ابتدا از طریق روزنامه به اطلاع مردم می‌رسید و سپس از طریق پست به مدرسه ارسال می‌شد. در حالی که پیش از این اقدام اصلاحی فقط ۱۳ درصد مبلغ کمک هزینه به مدارس می‌رسید، پس از انجام مداخله ۸۰ الی ۹۰ درصد آن به گیرندگان اصلی رسید (رینیکا و اسونسون، ۲۰۰۲).

مثالی از اقدام مناسب شفافیت در حوزه مشکلات بومی

علاوه بر الگوبرداری از تجربه‌های موفق دیگر کشورها و انطباق آن با اقتضات نظام سلامت ایران، آنچه در ارتباط با نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران باید مورد نظر باشد، انجام مطالعات ریشه‌یابی مشکلات بومی نظام سلامت و سپس ارائه راهکارهای متناسب شفافیت در حوزه مورد نظر است. جهت مفهوم سازی این مسئله، در ادامه به مطالعه موردی کمبود دارو پرداخته می‌شود.

یکی از معضلات مقطعی کشور، کمبود دارو است (طاهری، ۱۳۹۱). از اقدامات ممکن برای حل این مشکل افزایش تولید یا واردات دارو است. اما با انجام مطالعات و تحقیقات و ریشه‌یابی مشکل کمبود دارو متوجه می‌شویم که حجم دارو در کشور کم نیست بلکه دارویی که در یک جا کم و مورد نیاز است، در جای دیگری در حال فاسد شدن می‌باشد؛ اما به دلیل عدم شفافیت در موجودی داروی داروخانه‌های کشور امکان استفاده از داروی موجود

میسر نمی‌شود. در حال حاضر تارنمای سامان دارو (samandar.ir) جهت ارائه اطلاعات مربوط به تهیه داروهای دچار کمبود مقطعی از داروخانه‌ها تأسیس شده است.

با وجودی که این سامانه اقدامی مثبت در جهت افزایش شفافیت نظام سلامت است اما با ایراداتی نیز همراه است. از جمله ایرادات آن اختیاری بودن ثبت اقلام داروخانه‌ها در این سامانه است که موجب می‌شود اطلاعات آن کامل و کافی نباشد و از حداکثر ظرفیت آن استفاده نشود. بعلاوه استفاده از سامانه نیز دشوار است چرا که باید نام کامل و دقیق دارو به سامانه پیامک گردد تا در جواب، پیامکی حاوی آدرس دو داروخانه به مخاطب ارسال شود. نام اقلام دارویی برای بسیاری از بیماران ناآشنا و پیچیده هستند و به دلیل عدم استفاده از نسخه الکترونیک، اکثر پزشکان نام داروها را کامل و درست نمی‌نویسند بنابراین بیماران نمی‌توانند نام دارو را درست پیامک کنند. در نهایت باید گفت متأسفانه با وجودی که هم ایده‌ی پشتیبان این تارنما بسیار جذاب است و هم اینکه قطعاً هزینه‌های درخور توجهی برای ایجاد چنین امکاناتی مصرف شده است اما از ظاهر امر بر می‌آید که این سامانه در حال حاضر عملکرد خاصی نداشته و بدون استفاده رها شده باشد.

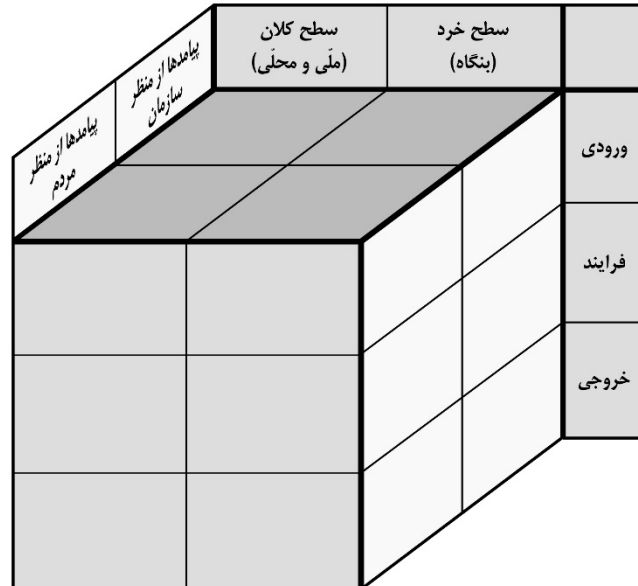
جهت بهبود اثربخشی این سامانه می‌توان تمامی اطلاعات آنرا بصورت برخط بر روی تارنما قرارداد. از ابزار جستجویی در آن استفاده شود که بتواند اشتباهات بیماران در تایپ نام دارو را تشخیص دهد و داروی درست را به وی نشان دهد. در نهایت تمامی داروخانه‌هایی که داروی مورد نظر را در اختیار دارند را به همراه شماره تلفن و اطلاعات کافی داروخانه و حتی قیمت دارو، روی نقشه به بیمار نمایش دهد. اگر چنین سامانه‌ای برای کل داروهای کشور ایجاد شود و این سامانه به مرجعی برای تمامی بیماران تبدیل گردد که آنها بتوانند پیش از خرید داروی خود به جستجوی موجودی دارو در این سامانه بپردازند سپس به داروخانه مراجعه کنند آنگاه خود داروخانه‌ها جهت جلب مشتری و دیده‌شدن در سامانه، اقدام به انتشار اطلاعات موجودی خود در این سامانه می‌نمایند و این مرجع اطلاعاتی را مشتاقانه تقویت می‌کنند. حتی اگر داروخانه‌ای موجودی داروی خود را غلط اعلام کند می‌توان از طریق همین سامانه امکان گزارش سوء استفاده را قرار داد و گزارش‌های مردمی را با اعتبار داروخانه در سامانه مرتبط کرد به این ترتیب که چنین تخلفاتی در نمایه داروخانه ثبت شوند و به داروخانه نمره‌ی منفی تعلق گیرد تا بیمارانی که در آینده می‌خواهند به آن مراجعه کنند درباره پیشینه تخلفات داروخانه آگاه باشند.

ناگفته پیداست که در چنین فضای شفاف‌ی امکان بروز تخلف‌هایی مانند احتکار توسط توزیع‌کنندگان کاهش می‌یابد، حق انتخاب بیماران افزایش یافته و رضایت و مشارکت عمومی حاصل می‌شود که در نهایت منجر به افزایش بهره‌وری کلی نظام توزیع و تأمین داروی کشور می‌شود. مطالعه‌ی مشکلات نظام سلامت کشور و تدوین راهکارهای این‌چنینی در جهت حل مشکلات از طریق ایجاد شفافیت و افزایش مشارکت عمومی از ضروریات یک حکومت مردمی است که با توجه به دسترسی به ابزارهای ارتباطی نوین و بسترهای بسیار مناسب موجود، تحقق آن در آینده‌ای نه چندان دور اجتناب‌ناپذیر می‌نماید.

الگوی سه بعدی ایجاد شفافیت

با مطالعه و بررسی تجارب کشورهای مختلف در زمینه‌ی شفافیت نظام سلامت و همچنین اقدامات ممکن برای حل مشکلات کشور از طریق شفافیت، متوجه گستره‌ی عظیمی از اقدامات و مطالعات ممکن در این راستا می‌شویم؛ بنابراین دستیابی به مدلی جامع و مانع جهت نظم‌دهی و تقسیم‌بندی انواع برنامه‌های شفافیت موضوعیت

می‌یابد. در این راستا الگویی با سه بعد پیامدهای شفافیت، گستره‌ی شفافیت و اجزاء نیازمند شفافیت تدوین گشت (شکل ۳).



شکل ۳ - الگوی سه بعدی ایجاد شفافیت

- پیامدهای شفافیت را می‌توان از دو منظر کلی «سازمان» و «مردم» مورد بررسی قرار داد. در انجام مطالعات آتی و اقدام در جهت ایجاد شفافیت همواره باید پیامدهای آنها را از این دو منظر مورد مداخله قرار داد.
- از منظر سازمان: این پیامدها شامل مواردی هستند که نهایتاً منجر به افزایش بهره‌وری سازمان می‌شوند و به همین دلیل برای مدیران و سیاست‌گذاران و مسئولین و ذی‌نفعان حائز اهمیت می‌باشند. کاهش فساد (از طریق جلوگیری از بروز فساد یا مبارزه با فسادهای بروز کرده)، افزایش اثربخشی، افزایش کیفیت و کاهش قیمت خدمات در عرصه رقابت، افزایش پاسخ‌گویی مسئولین، کاهش هزینه‌های نظارتی و غیرضروری، بهبود ساختارها و افزایش اعتماد عمومی به سازمان‌ها از جمله پیامدهای شفافیت در این منظر می‌باشند.
 - از منظر مردم: این پیامدها شامل مواردی مانند ایجاد امکان حق انتخاب برای مردم، مشارکت دادن مردم در تصمیم‌گیری‌ها از طریق جمع‌سپاری^۲، اعطای فرصت شنیده شدن صدای مردم، امکان مطالبه عمومی و پرسش‌گری مردم می‌باشد. این دست پیامدها که تبلوری از تحقق مردم‌سالاری و مشارکت عموم مردم در اداره امور جامعه می‌باشد به دلیل جذابیت‌های فراوان موجب شده است که تحقق شفافیت همواره مورد حمایت عموم مردم بوده باشد.
- تقسیم‌بندی اقدامات شفافیت می‌تواند از حیث گستره‌ی آن باشد که به دو سطح «خرد» و «کلان» تقسیم می‌شود.

^۲Crowdsourcing

- سطح خرد: شفافیت می‌تواند مربوط به یک بنگاه باشد مانند بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، مطب‌های پزشکی، مراکز تشخیص طبی، پزشکان خانواده و غیره. در این حوزه هدف از شفافیت بیشتر معطوف به افزایش توان انتخاب مردم و فضای رقابتی است که می‌تواند موجب افزایش بهره‌وری بنگاه‌ها شود. شفافیت قیمت خدمات در این سطح قرار می‌گیرد.
 - سطح کلان: در این سطح شفافیت مربوط به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بیمه‌های سلامت، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و بیمه‌ی تأمین اجتماعی و همچنین دانشگاه‌های علوم پزشکی (که هدایت و نظارت بر مجموعه‌ای از ارائه‌دهندگان را بر عهده دارند) می‌باشد. هدف از شفافیت در سطح کلان، بیشتر معطوف به جلوگیری از فسادهای بزرگ و افزایش کارایی از طریق کاهش هدر رفت منابع می‌باشد. مثالی از شفافیت در این حوزه، انتشار اطلاعات دقیق، برخط^۳ و به‌هنگام میزان بودجه و درآمدها و مخارج وزارتخانه‌ها، بیمه‌های سلامت و دانشگاه‌های علوم پزشکی با جزئیات آن و بصورت داده‌باز^۴ می‌باشد.
- با اتخاذ رویکرد سیستمی می‌توان تقسیم بندی دیگری را رقم زد که در آن مشخص می‌شود اطلاعات مربوط به کدام جزء سازمان نیازمند شفاف‌سازی است:
- شفافیت ورودی‌ها: عمده‌ی فسادهای سیستم‌های مختلف را «آورده» یا «ورودی» آنها رقم می‌زند. برای مثال پول و بودجه بعنوان ورودی یک سیستم همواره اصلی‌ترین علت ایجاد فساد است. شفافیت منابع مالی چه در سطح کلان و چه در سطح خرد می‌تواند مانع بروز فسادها گردد. نیروی کار بعنوان ورودی سیستم نیز منشأ بروز فساد است چرا که کارمندان می‌توانند در انتصاب افراد مسائل شخصی خود را دخیل کنند و انتخاب اصلح صورت نپذیرد. بنابراین ورودی سیستم‌ها از جمله مهم‌ترین مسائل برای شفاف شدن هستند. شفافیت پرداخت شرکت‌های داروسازی، داروخانه‌ها و مراکز تشخیص طبی به پزشکان و بیمارستان‌ها نیز امری در جهت مقابله با تقاضای القایی تلقی می‌گردد.
 - شفافیت فرایندها: منشأ بسیاری از عدم کارایی‌ها و اثربخشی‌ها، فرایندها هستند. نمونه‌ی این مسئله را می‌توان در عدم شفافیت فرایندهای تولید در صنایع غذایی دانست. همواره نگرانی‌های عمومی درباره اینکه محصولاتمانند کالباس و سوسیس چگونه تولید می‌شوند وجود داشته است. عدم شفافیت در نحوه تولید آلبیمو منجر شد تا در مهرماه سال ۱۳۹۴، چهارده برند تولید آلبیمو توقیف شده و محصولات آنها از بازار جمع‌آوری شوند (پیروزی‌بخت، ۱۳۹۴). نگرانی‌های مشابهی در تولید ماست‌های پرچرب و استفاده از روغن پالم نیز وجود داشته است (هاشمی، ۱۳۹۳). در کشورهای اروپایی نیز پس از رسوایی‌هایی در صنایع غذایی، مقرراتی برای ایجاد شفافیت در زنجیره تولید آنها تنظیم شد (بیولنز و همکاران، ۲۰۰۵). اما در حوزه ارائه خدمات درمانی به دلیل تخصصی بودن فرایندها و عدم فهم آنها توسط عموم مردم تصور می‌شود شفافیت عمومی فرایندها منجر به آگاهی عمومی نمی‌شود. از این رو شفافیت می‌تواند در جهتی دیگر متمرکز واقع شود. اطلاعات فرایندهای درمانی ارائه‌دهندگان می‌توانند برای رقبا و دیگر متخصصین این حوزه شفاف شوند. به این ترتیب

^۳Online

^۴Open data

اگر تعداد سازمان‌ها و نفراتی که اطلاعات فرایندهای ارائه خدمت را در دسترس دارند افزایش یابد احتمال تبانی کاهش یافته و عدم کارایی‌ها و اثربخشی‌های ارائه‌دهندگان نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد.

- شفافیت خروجی‌ها: با روشن شدن خروجی ارائه‌دهندگان تا حد زیادی می‌توان آنها را ارزیابی کرد. در مثال مربوط به انگلستان، شفافیت نرخ مرگ و میر هر جراح بعنوان شاخصی از خروجی پزشکان توانست منجر به بهبود این شاخص طی سالیان آتی شود. در صنعت دارو نیز انتشار نتایج مطالعات بالینی داروها می‌تواند از مصادیق شفافیت خروجی‌ها باشد.

بطور کلی باید مشخص کرد که چه اطلاعاتی و برای چه کسانی باید شفاف شود؟ پاسخ این سؤال بصورت مختصر در قانون انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات (۱۳۸۸) آمده است. بطور کلی می‌توان گفت هرگونه اطلاعات و آمار غیرشخصی که محرمانه نبوده و انتشار آن موجب ضرر نیست اطلاعات عمومی تلقی می‌گردد؛ نظیر ضوابط و آیین‌نامه‌ها، آمار و ارقام ملی و رسمی و اسناد و مکاتبات اداری (مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۸). بصورت پیش‌فرض اطلاعات عمومی باید در دسترس همه مردم قرار بگیرند چرا که دانستن آنها «حق» مردم تلقی شده است اما در مواردی که شفافیت عمومی ایجاد ضرر می‌کند می‌توان اطلاعات را برای تمامی نهادها و سازمان‌های مربوط شفاف نمود.

اقدامات راهبردی برای جمهوری اسلامی ایران

تحقق برنامه‌های شفافیت، نیازمند پنج اقدام راهبردی در قالب پنج گام متوالی می‌باشد. در واقع پس از انجام مطالعات پایه و تدوین برنامه‌های مقتضی شفافیت، مبتنی بر الگوی سه بعدی ایجاد شفافیت، انجام پنج اقدام راهبردی زیر در جهت پیاده‌سازی هر برنامه ضروری می‌نماید.

۱. تدوین قوانین پشتیبان

مهم‌ترین رکن در تحقق شفافیت، وجود قوانینی است که به صورت رسمی، تولید این داده‌ها را برای بخش‌های مشخص دولتی و خصوصی الزامی کرده و رویه‌های مشخص و کارآمدی را برای ارائه این داده‌ها پیش‌بینی کند. همچنین بایستی این قوانین از ضمانت اجرایی و پشتیبانی مدیریت قدرتمندی برخوردار باشند. فقدان هر کدام از این مؤلفه‌ها می‌تواند کل فرایند را با دشواری و مشکل جدی روبرو سازد.

۲. تولید و ارائه داده

در صورتی که «قوانین پشتیبان» به خوبی تدوین و اجرا شوند، انتظار می‌رود گام تولید و ارائه داده نیز بخوبی صورت پذیرد. اما همیشه شرایط اینگونه نیست. گاهی ممکن است قانون پشتیبانی برای تولید داده‌ای مشخص وجود نداشته و یا ضعیف باشد. گاهی ممکن است ضعف در اجرا باشد و نه تدوین (برای مثال داده‌ها به موقع بروز نمی‌شوند یا ناقص ارائه می‌شوند). در چنین شرایطی اگر نتوان گام قبلی را اصلاح کرد، نیاز می‌شود تا افراد یا گروه‌هایی از افراد وارد عمل شده و این داده‌ها را تولید نمایند. در چنین شرایطی این کار با زحمت فراوان و انرژی و صرف هزینه‌ها یا حتی صدها برابر (در مقایسه با شرایطی که با پشتیبانی قانون خوب، داده خوب ارائه شود) صورت می‌پذیرد. با این حال ارزشمندی این داده‌ها، گروه‌های مردمی را به انجام چنین زحمتی وا می‌دارد. بدیهی

است که ممکن است بخشی از اطلاعات با تدارک قانون و توسط دولت، و بخش دیگر با تحقق و گردآوری مردمی فراهم گردد، کما اینکه در عمده موارد همین‌گونه است.

۳. ترکیب داده

مرحله بعدی ترکیب داده‌هاست. گاهی لازم است خدماتی بصورت برخط ارائه شوند تا داده‌های مختلفی که عمدتاً بدلیل ضعف در قوانین مادر یا در اجرای آنها) بصورت پراکنده ارائه شده است را بصورت یکجا و منسجم گردآوری و ارائه نمایند. کشورهایی که در حوزه داده باز پیش‌تاز هستند، پرتال واحدی را برای ارائه اطلاعات معرفی نموده‌اند. در غیر این صورت ممکن است برخی از نهادهای مردمی در راستای چنین ضرورتی اقدام کرده باشند.

۴. ارائه تحلیل داده‌ها (و یا ابزارهای تحلیل)

دسترسی به داده خام بسیار ارزشمند است، اما همچون هر ماده‌ی خام دیگری نیاز به پخته شدن دارند. این مرحله نیازمند افراد یا سازمان‌های حرفه‌ای است که بتوانند با ترکیب داده‌ها، تحلیل‌هایی ارزشمند را ارائه نمایند. در سطح بالاتر بسیار مفید خواهد بود اگر ابزارهایی بصورت برخط ارائه گردند که مخاطبان خود بتوانند با ترکیب دلخواه داده‌ها، به تحلیل‌هایی جدید و متناسب با نیاز خود دست یابند. در دیگر کشورها سامانه‌های مختلفی چنین تحلیل‌هایی را به صورت رایگان و برخط ارائه می‌دهند و یا تحلیل‌های پیچیده‌ی خود را با نیت تجاری در اختیار می‌گذارند.

۵. استفاده مردمی و رسانه‌ای

در صورتی که گام‌های فوق به خوبی طی شود، آنگاه شرایط مناسبی برای استفاده مردمی و رسانه‌ای از این تحلیل‌ها فراهم می‌گردد.

نتیجه‌گیری و پیشنهادات

همانطور که بحث شد، گستره‌ی عظیمی از برنامه‌های شفافیت در نظام سلامت وجود دارند که طبق مدل سه بعدی باید جایگاه آنها در نقشه‌ی کلی شفافیت نظام سلامت مشخص گردد و همچنین برای اجرای هر کدام از این برنامه‌ها به فراخور مسئله، پنج اقدام راهبردی صورت گیرد. برنامه‌ها و مصادیق معرفی شده در این موارد می‌توانند نقطه‌ی شروع مناسبی برای ایجاد شفافیت در نظام سلامت کشور بصورت سیستمی و هدفمند باشند. به این جهت فهرستی از این مصادیق به همراه جایگاه آنها در مدل سه بعدی در جدول ۱ آورده شده است. ضمن اینکه برنامه‌ی جامع و کاملی برای ارتقاء شفافیت در نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران نیاز است که ابعاد و اقدامات گوناگون ممکن را شناسایی کرده باشد، در رابطه با هر کدام از این مصادیق نیز بررسی و مطالعه جهت هماهنگ سازی با اقتضائات نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران نیز ضروری می‌نماید. امید است این مطالعه مقدمه‌ای جهت مطالعات و اقدامات تکمیلی جامع‌تر باشد.

شماره	مصادیق	جزء سیستم	سطح	پیامد از منظر سازمان؟	پیامد از منظر مردم؟
۱.	شفافیت قیمت خدمات	ورودی	خرد	افزایش کارایی	افزایش حق انتخاب
۲.	شفافیت عملکرد ارائه‌دهندگان	خروجی	خرد	افزایش کیفیت خدمات و اثربخشی سازمان	افزایش حق انتخاب، امکان نظارت عمومی
۳.	شفافیت هزینه‌ها، خریدها و قراردادهای بیمارستانها	ورودی و فرایند	خرد	کاهش فساد	کاهش هزینه‌ها
۴.	شفافیت تضاد منافع	فرایند	خرد و کلان	کاهش فساد	افزایش نظارت و مشارکت
۵.	شفافیت اعتباربخشی بیمارستانها	خروجی	خرد	افزایش رقابت و بهره‌وری	افزایش حق انتخاب
۶.	شفافیت بودجه و هزینه‌های عمومی	فرایند	کلان	کاهش فساد و افزایش بهره‌وری	افزایش نظارت و مشارکت
۷.	شفافیت پرداختهای شرکتهای دارویی به پزشکان	فرایند	خرد	کاهش فساد	افزایش نظارت و مشارکت
۸.	شفافیت پرداخت داروخانه‌ها و مراکز تشخیص طبی به پزشکان	فرایند	خرد	کاهش فساد	افزایش نظارت و مشارکت
۹.	شفافیت لیست انتظار بیماران	فرایند	خرد	کاهش فساد	افزایش نظارت و مشارکت
۱۰.	شفافیت درآمدها و مخارج بیمه‌های سلامت	ورودی و فرایند	کلان	کاهش فساد	افزایش نظارت و مشارکت
۱۱.	شفافیت بودجه و مخارج دانشگاههای علوم پزشکی	ورودی و فرایند	کلان	کاهش فساد	افزایش نظارت و مشارکت
۱۲.	شفافیت انتصابات دولتی و علل و ملاکهای آنها	ورودی و فرایند	کلان	کاهش فساد	افزایش نظارت و مشارکت
۱۳.	شفافیت فرایندهای تولید صنایع غذایی	ورودی و فرایند	خرد	کاهش فساد و افزایش اثربخشی	افزایش نظارت و مشارکت
۱۴.	شفافیت فرایندهای درمانی	فرایندها	خرد	کاهش فساد و افزایش اثربخشی	افزایش کیفیت خدمات
۱۵.	انتشار نتایج مطالعات بالینی داروها	خروجی	خرد	افزایش اثربخشی	افزایش حق انتخاب، امکان نظارت عمومی
۱۶.	شفافیت اقلام دارویی داروخانه‌ها به همراه قیمت آنها	ورودی و خروجی	خرد	افزایش اثربخشی نظام توزیع دارو و کاهش امکان احتکار	افزایش حق انتخاب

جدول ۱- فهرست مصادیق شفافیت عنوان شده در مقاله

منابع

- Azfar, O. (2005). Corruption and the delivery of health and education services. *Fighting Corruption in Developing Countries: Strategies and Analyses*, edited by BI Spector, 181-212.
- Ball, C. (2009). What is transparency? *Public Integrity*, 11(4), 293-308.
- Bellver, A., & Kaufmann, D. (2005). Transparenting transparency: Initial empirics and policy applications. *World Bank Policy Research Working Paper*, 1-72.
- Beulens, A. J., Broens, D.-F., Folstar, P., & Hofstede, G. J. (2005). Food safety and transparency in food chains and networks Relationships and challenges. *Food Control*, 16(6), 481-486.
- Board, N. C. (2013). Everyone counts: planning for patients 2013–2014. 2012.
- Bridgewater, B., Irvine, D., & Keogh, B. (2013). NHS transparency. *Bmj*, 347.
- Brown, K. L., Crowe, S., Franklin, R., McLean, A., Cunningham, D., Barron, D.,... Utley, M. (2015). Trends in 30-day mortality rate and case mix for paediatric cardiac surgery in the UK between 2000 and 2010. *Open heart*, 2(1), e000157.
- Cameron, D. (2011). We are creating a new era of transparency. *The Daily Telegraph*, 6.
- Corruption Perceptions Index 2014: Results. (2014). from <http://www.transparency.org/cpi2014/results>
- Di Tella, R., & Savedoff, W. D. (2001). *Diagnosis corruption: fraud in Latin America's public hospitals*: Idb.
- Drabek, Z., & Payne, W. (2002). The impact of transparency on foreign direct investment. *Journal of Economic Integration*, 777-810.
- Gatti, R., Gray-Molina, G., & Klugman, J. (2003). Determinants of corruption in local health care provision: Evidence from 108 municipalities in Bolivia. *World Bank. Processed*.
- Gupta, S., Davoodi, H. R., & Tiongson, E. (2000). *Corruption and the provision of health care and education services*: International Monetary Fund.
- Harper, D. (2007). Online etymology dictionary. 2001. Availabe from: www.etymonline.com/index.php.
- Hsu, J., Fung, V., Price, M., Huang, J., Brand, R., Hui, R.,... Newhouse, J. P. (2008). Medicare beneficiaries' knowledge of Part D prescription drug program benefits and responses to drug costs. *JAMA*, 299(16), 1929-1936.
- Inquiry, B. R. I., & Kennedy, I. (2001). *The Report of the Public Inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995*: Stationery Office.
- Kassirer, J. (2006). The corrupting influence of money in medicine. *Transparency International. Global Corruption Report*.
- Klitgaard, R. (1988). *Controlling corruption*: Univ of California Press.
- Latham, S. R. (2001). Conflict of interest in medical practice. *Conflict of interest in the professions*, 279-301.
- Lewis, M. (2006). Governance and corruption in public health care systems. *Center for Global Development working paper*(78).
- Martin, J. P., & Evans, D. (1984). *Hospitals in trouble*: Martin Robertson & Company Limited.
- McPake, B., Asiimwe, D., Mwesigye, F., Ofumbi, M., Ortenblad, L., Streefland, P., & Turinde, A. (1999). Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility of care. *Social science & medicine*, 49(7), 849-865.

- Mitchell, R. B. (1998). Sources of transparency: information systems in international regimes. *International Studies Quarterly*, 109-130.
- Moran, N. (2014). Transparency measures forced on pharma. Retrieved 1394/9/9, from <http://www.rsc.org/chemistryworld/2014/09/pharma-fines-openness>
- Reinikka, R., & Svensson, J. (2002). Assessing frontline service delivery. *World Bank, Development Research Group, Washington, DC*.
- Rose, R. (2006). *Global Corruption Report 2006: Special focus on corruption and health*: London: Pluto Press.
- Schargrotsky, E., Mera, J., & Weinschelbaum, F. (2001). Transparency and accountability in Argentina's hospitals. *Di Tella, R. and Savedoff, WD (eds.)*.
- Sinaiko, A. D. (2011). How do quality information and cost affect patient choice of provider in a tiered network setting? Results from a survey. *Health services research*, 46(2), 437-456.
- Sinaiko, A. D., & Rosenthal, M. B. (2011). Increased price transparency in health care—challenges and potential effects. *New England Journal of Medicine*, 364(10), 891-894.
- Teasdale, G. (2002). Learning from Bristol: report of the public inquiry into children's heart surgery at Bristol Royal Infirmary 1984-1995. *British journal of neurosurgery*, 16(3), 211-216.
- Tu, H. T., & Lauer, J. R. (2009). Impact of health care price transparency on price variation: the New Hampshire experience. *Issue Brief Cent Stud Health Syst Change*, ۱-۱۲۸، ۴.
- Waber, R. L., Shiv, B., & Carmon, Z. (2008). Commercial features of placebo and therapeutic. *JAMA*, 299(9), 1016-1017.
- Walshe, K., & Offen, N. (2001). A very public failure: lessons for quality improvement in healthcare organisations from the Bristol Royal Infirmary. *Quality in Health Care*, 10(4), 250-256.
- مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی. (۱۳۸۸). قانون انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات، دسترسی در تاریخ <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/780303>، از آدرس: ۱۳۹۴/۹/۲۹
- اطلاعات جراحی قلب؛ تارنمای گاردین. (۲۰۰۵). از آدرس: <http://www.theguardian.com/society/2005/mar/16/NHS2>
- پیروزیخت، ن. (۱۳۹۴). شناسایی ۱۴ برند آلیموی قلبی در بازار. <http://www.mehrnews.com/news/2937155>
- تارنمای گزارش رسمی مراقبت سلامت، دسترسی در تاریخ ۱۳۹۴/۹/۱۰ از آدرس: https://healthcarebluebook.com/page_transparency.aspx
- جودکی و رشیدیان. (۲۰۱۰). فساد در نظام سلامت: تئوری، روش‌ها و مداخلات. بیمارستان، ۸(۳)، ۱۰۰-۸۲.
- طاهری، ه. (۱۳۹۱). نمی‌خواهیم مردم را نگران کنیم اما مشکل کمبود دارو داریم. از آدرس: <http://www.entekhab.ir/fa/news/59056>
- فرهنگ لغت عمید.
- گزارش رسمی و برخط جامعه جراحی قلبی توراسیک بریتانیا و ایرلند. از آدرس: <http://bluebook.scts.org>
- لغت‌نامه دهخدا.
- هاشمی، ح. (۱۳۹۳). درخواست وزیر بهداشت از قوه قضائیه درباره پالم از آدرس: <http://isna.ir/fa/news/93111005327/>