مقاله پژوهشی

مطالعه‌ی تطبیقی شفافیت عمل‌کرد بیمارستان‌ها در هشت کشور

حسین بوذرجمهری[۱]، علی اکبری ساری[۲*]، ابراهیم جعفری پویان[۳]، یاسمن هرندی[۴]، سهیلا رجایی[۵]

۱- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۲- فوق دکترای مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، استاد گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۳- دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی (گرایش سیاست‌گذاری)، دانشیار گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۴- دکترای حرفه‌ای داروسازی، دانشکده‌ی داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۵- دانشجوی کارشناسی ارشد اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

* **نویسنده مسئول:** تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، طبقه چهارم، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت. تلفن: ۰۲۱۸۸۹۸۹۱۲۸، نمابر: ۰۲۱۸۸۹۸۹۱۲۹، پست الکترونیک: akbarisari@tums.ac.ir

دریافت: ۹۸/۵/۲۲ پذیرش: ۹۸/۹/۲۹

چکیده

مقدمه: *عدم‌تقارن اطلاعاتی در بازار سلامت، قدرت بیماران در انتخاب ارایه‌دهنده‌ی خدمت را کاهش می‌دهد. کشورها جهت افزایش تقارن اطلاعاتی، به سمت ارتقای شفافیت عمل‌کرد خدمت‌گزاران سلامت حرکت کرده‌اند. مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی تطبیقی اقدامات کشورهای منتخب در این زمینه انجام شد.*

روش کار: *در مطالعه‌ی تطبیقی حاضر، کشورها با کمک شاخص‌های جهانی داده‌ی‌باز و سنجه‌ی داده‌ی‌باز انتخاب شدند. سپس با جستجوی کلیدواژه‌هایی چون ابزار مقایسه‌ی بیمارستان‌ها به وبسایت دیگر کشورها دست‌رسی حاصل شد. در نهایت، اجزای این پایگاه‌ها از جمله شاخص‌های انتشار اطلاعات و نوع مالکیت و سازمان‌دهی آنها با یک‌دیگر مقایسه شد.*

یافته‌ها: *پایگاه‌های شفافیت هشت کشور جهت بررسی بیش‌تر انتخاب شد. تعداد شاخص‌ها برای مقایسه‌ی بیمارستان‌ها از ۱۷ شاخص در استرالیا تا ۱۹۵ شاخص در انگلستان متفاوت بود. نوع شاخص‌ها نیز شامل مواردی چون تعداد مراجعات، زمان انتظار، طول اقامت، رضایت بیماران، رضایت کارکنان، پیامدهای درمان، کنترل عفونت و هزینه‌ی خدمات بود. به‌طورکلی هر کشور بر اساس نیازها و محدودیت‌های نظام سلامت خود، اقدام به انتشار اطلاعات کرده بود.*

نتیجه‌گیری: *با افزایش آگاهی عمومی، کشورها به سمت ارتقای شفافیت عمل‌کرد از جمله در بخش سلامت حرکت کرده و دولت‌ها نقش اصلی را در ایجاد زیرساخت‌های شفافیت داشته‌اند. این زیرساخت‌ها از حمایت‌های سیاسی و قانونی تا تولید، گردآوری و انتشار داده‌ها را شامل می‌شود. از این رو توصیه می‌شود سیاست‌گذاران کشور با بهره‌گیری از تجارب جهانی و توجه به اقتضائات داخلی، گام‌به‌گام در این مسیر حرکت نمایند.*

گل‌واژگان: *شفافیت، دست‌رسی آزاد به اطلاعات، انتخاب بیمار، انتشار اطلاعات، تقارن اطلاعاتی، بیمارستان*

مقدمه

یکی از ویژگی‌های بازارهای رقابتی کامل، وجود اطلاعات متقارن، برابر و شفاف است؛ یعنی دو طرف معامله اطلاعات مساوی نسبت به محصول موردنظر داشته باشند [۱]. شفافیت در بازار به‌معنای آن است که خریداران از کیفیت خدمات ارایه‌شده و قیمت‌های وضع‌شده توسط تمامی عرضه‌کنندگان در بازار آگاه باشند [۲]. درواقع خریدار باید بداند که برای چه چیزی و با چه کیفیتی هزینه می‌کند. با این حال به‌صورت طبیعی در مراقبت‌های سلامت، پزشک (یا ارایه‌دهنده‌ی خدمات) نسبت به بیمار اطلاعات و دانش بیش‌تری درباره کیفیت خدمات خویش دارد و بیمار نمی‌تواند از کیفیت خدماتی که دریافت کرده اطمینان حاصل نماید [۳]. روش‌های مختلفی برای جلوگیری از مضرات اطلاعات نامتقارن، مانند تقاضای القایی، وجود دارد؛ برای نمونه می‌توان به ارتباط بلندمدت میان خریدار و فروشنده (مانند پزشک خانواده)، نظارت تشکل‌های حرفه‌ای، الزامات مربوط به دریافت مجوز، تایید صلاحیت و تضمین کیفیت اشاره کرد [۱]. اما همان‌طور که از منشا این مشکل پیداست، یک راه‌کار ریشه‌ای برای مقابله با این پدیده، گام برداشتن در جهت ایجاد تقارن اطلاعاتی است؛ به‌صورتی‌که

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

اطلاعات بیش‌تری از کیفیت و قیمت خدمات ارایه‌شده توسط خدمت‌گزارانِ سلامت در اختیار مردم قرار گیرد تا آنها توانایی بیش‌تری برای انتخاب و تنظیم بازار داشته باشند [۴, ۵].

شفافیت طبق تعریف بانک جهانی، به‌معنای جریان اطلاعات قابل‌اتکا[1] و به‌هنگام[2] اقتصادی، اجتماعی و سیاسی است که برای همه‌ی ذی‌نفعان مرتبط دردست‌رس[3] باشد [۶]. بنابه تعریف بنیاد دانش باز[4]، داده‌ی‌باز عبارت است از هر داده یا محتوایی که فرد با هر هدفی بتواند آزادانه آن را استفاده، ویرایش و بازنشر نماید [۷]. بنابراین، تعریف عملیاتی شفافیت در پژوهش حاضر عبارت است از: «ارایه‌ی اطلاعات معتبر، کاربردی، به‌روز، به‌هنگام و رایگان کیفیت و قیمت خدمات خدمت‌گزاران سلامت که از طریق یک پنجره‌ی واحد[5] و به‌صورت مقایسه‌ای در اختیار مردم قرار می‌گیرد تا آنها بتوانند با دست‌رسی آسان به این اطلاعات، بهترین خدمت‌گزاران را با توجه به توانایی پرداخت خویش انتخاب کنند». پنجره‌ی واحد و دست‌رسی آسان برای عملیاتی‌شدن شفافیت و استفاده‌ی مردم از اطلاعات، مفهومی کلیدی است؛ زیرا درصورتی‌که اطلاعات وجود داشته باشد، اما برای برای تصمیم‌گیری مردم به آسانی دردست‌رس نباشد یا درگاه واحد ارایه‌ی اطلاعات موجود نباشد، هزینه-منفعت استفاده از اطلاعات برای مردم افزایش یافته و ممکن است در عمل، شفافیتی برای مردم ایجاد نگردد.

امکان انتشار این اطلاعات و کاهش عدم‌تقارن اطلاعات امری است که در دو دهه‌ی اخیر و به‌کمک ابزارهای فناوری‌های اطلاعاتی و ارتباطی (فاوا) ایجاد شده است. درحالی‌که حجم مطالعات و اقدامات صورت گرفته در این حوزه در برخی کشورهای جهان رو به رشد است، [۴] در ایران مطالعات نظام‌مند به اندازه‌ی کافی در این زمینه وجود ندارد. ازآن‌جا که محققین مطالعه‌ی حاضر نتوانستند به پژوهشی در ایران درباره‌ی میزان شفافیت بیمارستان‌ها دست‌یابند که با استناد بر تعریف عملیاتی شفافیت در پژوهش کنونی انجام شده باشد، مشاهدات میدانی نشان داد که درحال‌حاضر، عمل‌کرد هر یک از بیمارستان‌ها به تفکیک، به اندازه‌ی کافی برای مردم شفاف نیست و پنجره‌ی واحد جامع و دردست‌رسی پیرامون ارایه‌ی اطلاعات شفافیت عمل‌کرد بیمارستان‌ها به مردم وجود ندارد.

مطالعات جهانی در این حوزه عمدتا ناظر به ارزیابی تاثیر شفافیت بر تجارب محلی هستند. برای مثال، گروهی از مطالعات به بررسی تاثیر شفافیت ایجادشده در کشورهای مختلف بر کیفیت و قیمت خدمات سلامت و رفتار ارایه‌کنندگان و بیماران پرداخته‌اند [۸-۱۲]. ازآن‌جایی‌که سیاست‌گذاری کشورهای مختلف برای ایجاد شفافیت در این حوزه متفاوت بوده و تفاوت در اجرای این سیاست‌ها به نتایج متفاوت نیز منجر می‌شود، در پژوهش حاضر به مطالعه‌ی تطبیقی تجارب شفافیت اطلاعاتِ بیمارستانی در کشورهای منتخب پرداخته شد تا بتوان از این تجارب در جهت ارتقای شفافیت در ایران استفاده نمود. پرسش‌های اصلی پژوهش کنونی بدین شرح است: «کدام کشورها در شفافیت اطلاعات بیمارستانی پیش‌رو بوده‌اند؟ هر کدام از کشورها چه شاخص‌های اطلاعاتی را از بیمارستان‌های خود شفاف کرده‌اند؟ نوع سازماندهی و اجرای این اقدامات از نظر دولتی یا خصوصی‌بودن چگونه بوده است؟».

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه‌ی تطبیقی و مروری است که منابع آن از فروردین تا شهریور سال ۱۳۹۶ گردآوری و محتوای آن تا تاریخ ارایه‌ی مقاله، بازبینی و به‌روزرسانی شد. جهت انتخاب کشورهای موردمطالعه از چند معیار استفاده شد. نخستین معیار، شاخص جهانی داده‌ی‌باز[6] و سنجه‌ی داده‌ی‌باز[7] بود که کشورها را از منظر شفافیت و داده‌ی باز رتبه‌بندی کرده است [۱۳, ۱۴]. این شاخص‌های جهانی، کشورها را در حوزه‌هایی چون شفافیت در قانون‌گذاری، انتخابات، بودجه‌ی دولت، ثبت شرکت‌ها، املاک و زمین‌ها رتبه‌بندی کرده‌اند. باوجودی‌که این شاخص به‌صورت تخصصی کشورها را در حوزه‌ی شفافیت داده‌های بیمارستانی مورد ارزیابی قرار نداده ، اما فرض بر آن قرار گرفت که کشورهای پیش‌رو در این شاخص، در حوزه‌ی شفافیت بیمارستانی نیز فعال بوده‌اند.

معیار دیگری که برای انتخاب کشورها مورد استفاده قرار گرفت، نوع نظام سلامت آنها بود. کشورهایی با انواع نظام‌های سلامت بوریجی و طب ملی (مانند انگلستان)، بیسمارکی و بیمه‌ی اجتماعی (مانند فرانسه) و مبتنی بر بازار آزاد (مانند امریکا) انتخاب شدند. تلاش شد کشورهایی که از منظر توسعه‌یافتگی نظام سلامت تشابه بیش‌تری با ایران دارند (مانند ترکیه و کشورهای منطقه) نیز انتخاب شوند، اما با جستجوهای انجام‌شده، تجربه‌ی مناسب و قابل‌ذکری در کشورهای مذبور یافت نشد. تجربه‌ی کشور اروگوئه نیز به‌دنبال کسب جایزه‌ی جهانی حاکمیت باز[8] در سال ۲۰۱۵، انتخاب گردید [۱۵]. علاوه‌بر معیارهای فوق، یکی از معیارهای ورود تجارب کشورها، زبان بود. به دلیل مشکلات و سدهای زبانی، ابتدا کشورهای انگلیسی‌زبان بررسی و در مطالعه وارد شدند. در مرحله‌ی بعد، جهت دست‌یابی به تجارب

[1] Reliable
[2] Timely
[3] Accessible
[4] Open Knowledge Foundation
[5] Single window
[6] Global Open Data Index (index.okfn.org)
[7] Open Data Barometer (opendatabarometer.org)
[8] Open Government Awards

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

کشورهای غیرانگلیسی زبان، کلیدواژه‌های ذکرشده به زبان کشور مقصد ترجمه و سپس جستجو صورت گرفت.

در مجموع، فهرست اولیه شامل ۲۵ کشور برای جستجوی بیش‌تر تهیه شد. با جستجوی کلیدواژه‌های شفافیت بیمارستان‌ها[9]، شفافیت قیمت خدمات سلامت[10]، شفافیت کیفیت خدمات سلامت[11] و به‌خصوص ابزار مقایسه بیمارستان‌ها[12]، دسترسی به پایگاه‌های اینترنتی کشورهایی که اقدام به انتشار اطلاعات بیمارستان‌ها برای مردم کرده بودند، حاصل شد. لازم به ذکر است مبتنی بر تعریف عملیاتی فوق و هدف پژوهش حاضر جهت بررسی تجارب عینی و عملیاتی کشورها، تنها وبسایت‌هایی وارد پژوهش شدند که دردسترس عموم قرار داشتند. در نهایت، از میان ۲۵ کشور جستجوشده، پایگاه‌های اینترنتی ۱۵ کشور که شاخص‌های موردنظر تعریف عملیاتی شفافیت را داشتند، به مطالعه وارد شدند. با ارزیابی صورت‌گرفته از کیفیت پایگاه‌های اینترنتی یافت‌شده، در نهایت وبسایت‌های هشت کشور برای بررسی انتخاب شدند. با توجه به پرسش‌های پژوهش، ابزار گردآوری داده طراحی، داده‌های مربوط به سامانه‌های شفافیت بیمارستان‌های کشورهای منتخب توسط این ابزار استخراج و در انتها یافته‌ها به‌صورت تطبیقی، تحلیل و گزارش شد.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، با تامین و تایید نظر کمیته‌ی اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، مطالعه‌ی حاضر موفق به اخذ کد اخلاق IR.TUMS.VCR.REC.1395.1298 از آن مرکز گردید.

یافته‌ها

با توجه به تکرار بسیاری از شاخص‌ها و تشابه تجارب کشورها، محدودیت‌های زبانی و ارزیابی کیفی پایگاه‌های اینترنتی، از بررسی بیش‌تر سامانه‌های کشورهای ژاپن[13]، آلمان[14]، سوئد[15]، دانمارک[16]، بلژیک[17]، سنگاپور[18]، افریقای‌جنوبی[19] صرف‌نظر و تنها به ذکر نشانی پایگاه اینترنتی آنها اکتفا شد. بااین‌حال، بررسی حاضر نشان داد که حرکت به سوی شفافیت عمل‌کرد خدمت‌گزاران سلامت تنها محدود به چند کشور خاص نبوده و در بسیاری از کشورها در حال توسعه و پیش‌روی است. در ادامه به تشریح سامانه‌های کشورهای منتخب پرداخته می‌شود.

[9] Hospital transparency
[10] Healthcare price transparency
[11] Healthcare quality transparency
[12] Hospital comparing tool
[13] Hospia.jp
[14] “Weisse-Liste.de” & “TK.de/tk/klinikfuehrer”
[15] Socialstyrelsen.se
[16] Esundhed.dk
[17] CM.be
[18] MOH.gov.sg
[19] Medicalaidcomparisons.co.za

انگلستان

سامانه‌ی طب ملی انگلستان،[20] خود را با شعار انتخاب‌ها[21] معرفی می‌کند. این سامانه‌ی دولتی، مجموعه‌ای از اطلاعات را در مورد ارایه‌دهندگان خدمات سلامت به‌صورت متمرکز، به‌روز و قابل‌مقایسه در اختیار کاربران قرار می‌دهد تا بتوانند با مقایسه‌ی آنها، انتخاب‌های درستی داشته باشند. شاخص‌های عمومی این سامانه برای مقایسه‌ی بیمارستان‌ها احصا شد. ازآن‌جایی‌که ذکر تمامی شاخص‌ها و جزئیات آنها در این مقاله نمی‌گنجد، تنها کلیات و شاخص‌های اصلی ذکر می‌گردد. در مجموع، ۶۲ شاخص عمومی و ۱۳۳ شاخص تخصصی برای مقایسه‌ی بیمارستان‌ها وجود داشت. شاخص‌های عمومی شامل مواردی چون رتبه‌بندی کمیته‌ی بازرسی کیفیت درمان (CQC)، نرخ مرگ‌ومیر تعدیل‌شده با خطر، درصد توصیه‌شدن بیمارستان توسط کارکنان، کنترل عفونت، نظافت، درصد بیماران بستری که این بیمارستان را به آشنایان توصیه می‌کنند، گزارش پیامدهای درمان از طرف بیماران و حتی کیفیت غذا بود [۱۶]. در پروفایل هر بیمارستان نیز امکانات بیمارستان شامل مواردی چون خدمات و دپارتمان‌ها، خدمات معلولین، مشاوره، خدمات مذهبی و نظرات تشریحی و تفصیلی مردم در مورد بیمارستان بود. شاخص‌های تخصصی به کیفیت خدمات پزشکان و بیمارستان‌ها در هرکدام از تخصص‌های پزشکی، مانند ارتوپدی و جراحی قلب، پرداخته بود [۱۷].

یکی از اتفاقاتی که منجر به تاسیس این سامانه شد، بروز رسوایی‌های مرگ‌ومیر بر اثر جراحی قلب کودکان در بیمارستان بریستول انگلستان بود که با انجام تحقیق و تفحص ملی، پیش‌نهاد شد که شفافیت عمل‌کرد پزشکان ارتقا یابد [۱۸, ۱۹]. در همان دوره، شرکت دکتر فاستر[22] تاسیس و اقدام به انتشار مقایسه‌ای عمل‌کرد بیمارستان‌های این کشور کرد. پس از این جریانات و با اجرای قانون انتشار و دسترسی آزاد به اطلاعات در انگلستان، در نهایت دولت این کشور اقدام به شفافیت عمل‌کرد پزشکان و بیمارستان‌ها در وبسایت معرفی‌شده کرد. این اقدامات با روی‌کارآمدن دولت دیوید کامرون، که شفافیت یکی از شعارهای اصلی آن بود، سرعت گرفت [۲۰]. با الهام از مدل دستورکارگذاری کینگدان در علوم سیاست‌گذاری، جریان مشکل را می‌توان بروز وقایع بریستول، جریان راه‌حل تاسیس شرکت دکتر فاستر و پیش‌نهادات حاصل از تحقیق‌وتفحص از بیمارستان بریستول و جریان سیاسی را حمایت مسئولان سیاسی کشور، به‌خصوص نخست وزیری دیوید کامرون، دانست. به این ترتیب، پنجره‌ی فرصت جهت تاسیس و ارتقای این

[20] NHS.uk
[21] Choices
[22] Dr Foster

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

سامانه ایجاد شد. با وجودی که در انگلستان بیش‌ترین نقش در پیش‌رفت این زمینه را دولت داشته، اما با ایجاد زیرساخت‌های اطلاعاتی اساسی دولتی، برخی شرکت‌های خصوصی نیز با ترکیب داده‌های دولتی اقدام به ایجاد شاخص‌های ترکیبی و مقایسه‌ی پزشکان و بیمارستان‌ها کردند. برای بررسی بیشتر تجربه‌ی انگلستان، به مقاله‌ی پیشین پژوهشگران که به صورت ویژه به مورد انگلستان پرداخته است، مراجعه شود [۲۰].

امریکا

به‌دلیل ساختار ایالتی و اقتصاد خصوصی و لیبرال حاکم بر آمریکا، نظام سلامت این کشور نیز بر اساس اصول اقتصاد آزاد عمل می‌کند؛ اما یکی از بزرگ‌ترین مشکلات بازار آزاد در بخش سلامت، بالارفتن هزینه‌های خدمات سلامت است. یکی از تاکتیک‌های جدید برای کاهش هزینه‌های خدمات سلامت، افزایش شفافیت قیمت خدمات سلامت است [۲۱]. یکی از دلایل عمده برای ایجاد شفافیت در نظام سلامت امریکا، اختلاف زیاد قیمت‌ها است. این اختلاف حتی در میان رویه‌های نسبتا معمولی نیز وجود دارد. برای مثال، در ایالت ماساچوست امریکا در سال‌های ۲۰۰۶ و ۲۰۰۷، قیمت MRI از ستون فقرات بدون استفاده از ماده‌ی حاجب از ۴۵۰ تا ۱۶۷۵ دلار متفاوت بود [۱۱]. 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، ارایه‌دهندگانی را انتخاب کنند که کمترین قیمت را پیش‌نهاد می‌دهند. هم‌اکنون بیش از ۳۰ ایالت امریکا در حال ایجاد یا پیگیری وضع قانون برای افزایش شفافیت هستند [۱۱]. دولت فدرال امریکا نیز در پاسخ به این نیاز، در قالب برنامه‌های مدیکر و مدیکید، اقدام به راه‌اندازی یک پایگاه اینترنتی با عنوان مقایسه‌ی بیمارستان[۲۳] کرده است. این برنامه امکان یافتن بیش از ۴۰۰۰ بیمارستان مورد تایید مدیکر را در سراسر کشور، به‌منظور مقایسه‌ی کیفیت و قیمت خدمات فراهم می‌کند.

سامانه‌ی داده‌ی مراقبتی بیمارستان[۲۴] اطلاعات فراهم‌شده را در ۶ شاخص کلی در دست‌رس قرار می‌دهد [۲۲]. این شاخص‌ها عبارتند از: ۱) تجربه‌ی بیمار، شامل مواردی چون نمره به نحوه‌ی ارتباط پزشک، پرستار و کارکنان با آنها، نحوه‌ی ارایه‌ی آموزش‌ها و توضیحات، نظافت، سکوت بیمارستان و توصیه به دیگران، ۲) عمل‌کرد بیمارستان شامل مواردی چون درصد تشکیل لخته‌ی خونی قابل‌اجتناب، ترخیص بدون‌معاینه، زمان ترخیص، ظرفیت و زمان انتظار اورژانس، زایمان زودهنگام و ایمنی کارکنان نسبت آنفلوآنزا، ۳) بروز عوارض درمان شامل مواردی چون درصد بروز عوارض تعویض مفصل/لگن، درصد عوارض جدی، درصد مرگ بر اثر عوارض، عفونت‌های خونی و عفونت کاتتر، ۴) نرخ بستری مجدد در بیمارستان شامل مواردی چون مرگ یا بازگشت برنامه‌ریزی‌نشده به بیمارستان طی ۳۰ روز پس از درمان، ۵) تصویربرداری پزشکی، مانند درصد استفاده از ماده‌ی حاجب و درصد استفاده از خدمات تصویربرداری غیرضروری، ۶) ارزش درمان شامل نسبت هزینه‌های درمان در بیمارستان به اثربخشی آنها. در مجموع ۹۱ شاخص برای مقایسه‌ی بیمارستان‌ها در این سامانه یافت شد.

باوجود این سامانه‌ی دولتی در امریکا، استارتاپ‌ها و شرکت‌های خصوصی بسیاری در این کشور یافت شدند که نقش اصلی را در پیش‌برد شفافیت داشته، اطلاعات پیش‌رفته‌تری برای مقایسه‌ی عمل‌کرد ارایه‌کنندگان خدمات سلامت در سطح ملی یا محلی به مردم ارایه می‌دادند[۲۵]. یکی از فواید حضور گسترده‌ی شرکت‌های خصوصی در این زمینه، ایجاد فضای رقابت میان شرکت‌هاست که موجب می‌شود هر یک مزیت‌های رقابتی برای خود ایجاد کرده و نوآوری‌های خاص خود را داشته باشند. این مزیت‌ها می‌توانند در مورد خود داده‌ها باشد، یعنی برخی از این شرکت‌ها در تولید داده و اطلاعات، مزیت رقابتی نسبت به دیگران دارند یا این‌که ممکن است این رقابت در سرویس‌ها و خدمات جانبی باشد. برای مثال، کتاب آبی خدمات سلامت[۲۶]، شرکتی خصوصی است که در سال ۲۰۰۸ تاسیس شده است؛ یکی از مزیت‌های رقابتی این شرکت ارایه‌ی قیمت منصفانه[۲۷] برای خدمات است. درواقع این شرکت از الگوریتم خاصی استفاده می‌کند تا از میان قیمت‌های متنوع برای یک خدمت، با توجه به قیمتی که اکثر ارایه‌کنندگان پیش‌نهاد می‌دهند، قیمت خاصی را به‌عنوان منصفانه مشخص کند. بااین‌حال، این شرکت‌های خصوصی خدمات اطلاعاتی خود را به مردم می‌فروشند و به دلیل رایگان نبودن، اطلاعات آنها را نمی‌توان در تعریف داده‌ی‌باز گنجاند؛ اما قطعا سطحی از شفافیت را در نظام سلامت ایجاد می‌کنند. به‌دلیل عدم‌دست‌رسی به اطلاعات منتشرشده توسط این شرکت‌ها، امکان بررسی شاخص‌های اطلاعاتی آنها در مطالعه‌ی حاضر میسر نبود.

اروگوئه

در رقابت‌های حاکمیت باز[۲۸] سال ۲۰۱۵، رتبه‌ی نخست مسابقات از آن تیمی از اروگوئه شد که ابزاری جهت ارتقای شفافیت در قیمت و کیفیت خدمات سلامت این کشور را طراحی و اجرا کرده بود [۱۵]. در برنامه‌های بیمه‌ای اروگوئه، هر ساله به شهروندان واجد حداقل شرایط اجازه

[23] Hospital compare
[24] HospitalCareData.com

[25] مانند HealthSparq.com، CastLightHealth.com، UHC.com و دیگران
[26] HealthcareBluebook.com
[27] Fair Price
[28] Open Government Awards

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

داده می‌شود تا ارایه‌دهنده‌ی خدمات سلامت خود را تغییر دهند. پیش‌ازاین، اطلاعات مربوط به ارایه‌دهندگان روی وبسایت وزارت بهداشت این کشور قرار می‌گرفت، ولی فرمت آن غیرقابل دسترس و بسته بود (تنها ۵۰۰ دانلود در سال ۲۰۱۳). لذا مردم تنها به تبلیغات ارایه‌دهندگان توجه می‌کردند؛ حتی ممکن بود ارایه‌دهنده‌ای را انتخاب کنند که پوشش خوبی در منطقه آنها ندارد. بنابراین در سال ۲۰۱۴، سازمان مردم‌نهاد داده‌ی اروگوئه[29] تصمیم گرفت از اطلاعات سلامت برای تهیه یک ابزار ساده اطلاعاتی استفاده کند که این کار مورد توجه وزارت بهداشت کشور نیز قرار گرفت. هدف از این سامانه،[30] ارایه‌ی اطلاعات به مردم جهت انتخاب آگاهانه‌ی ارایه‌دهندگان خدمات سلامت بود. این ابزار امکان مشاهده‌ی شاخص‌های کلیدی عمل‌کرد هر خدمت‌گزار سلامت و هم‌چنین مقایسه آن با دیگر خدمت‌گزاران را فراهم می‌کند [۲۳]. شاخص‌های شفافیت داده‌های بیمارستانی در اروگوئه عبارتند از: ۱) زمان انتظار برای پزشک عمومی، متخصص و جراح، ۲) حقوق مصرف کننده شامل رضایت، دسترسی، آگاهی از حقوق خود و شکایات، ۳) میانگین قیمت خدمات تشخیصی، عمومی، تخصصی و اورژانس، ۴) قیمت مواردی مانند داروهای عمومی، پزشک عمومی، اطفال و دندان‌پزشکی، ۵) اهداف درمانی شامل درصد زنان باردار و نوزادانی که سلامت آنها به‌درستی مدیریت شده است، ۶) پوشش شامل تعداد و درصد افراد تحت پوشش، ۷) تعداد منابع انسانی شامل مواردی چون پزشکان و پرستاران، ۸) ساختار شامل نشانی، دپارتمان‌ها و اطلاعات تماس و ۹) نوبت دهی شامل نحوه‌ی نوبت‌دهی، یادآوری و اطلاع‌رسانی [۲۴]. در نمونه‌ی اروگوئه نیز دولت در نقش تولید یا گردآوری داده‌ها فعال است، اما سازمان‌های مردم‌نهاد به کمک دولت و مردم آمده‌اند و با ایفای نقش میانجی میان آنها، داده‌ها را برای مردم تصویرسازی و قابل استفاده می‌نمایند و نظرات و انتظارات مردم را به دولت انتقال می‌دهند. این خدمت به‌صورت یک نرم‌افزار کاملا رایگان ارایه شده و توانسته دسترسی به داده‌ها را از ۵۰۰ بار در کل سال ۲۰۱۴ به نزدیک به ۳۵ هزار بار در ماه در سال ۲۰۱۵ ارتقا دهد که با توجه به جمعیت ۳ میلیونی این کشور معادل ۱٪ از جمعیت کشور در ماه است [۲۳].

فرانسه

سامانه‌ی مقایسه‌ی بیمارستان[31] ابزاری است که شرکت ملکوف مدریک[32] تولید کرده است. هدف از این ابزار، یافتن بهترین بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها در فرانسه، مطابق با نیازهای درمانی و امکان مقایسه‌ی بیمارستان‌ها با توجه به معیارهای متعددی چون مکان، فعالیت، کیفیت و قیمت برای شهروندان فرانسوی است. ملکوف مدریک یک شرکت تامین اجتماعی[33] در فرانسه است که در حوزه‌ی بیمه و بازنشستگی فعالیت دارد. در تاریخچه‌ی گروه ملکوف مدریک آمده که در سال ۲۰۰۸ از ادغام دو شرکت گروه ملکوف و گروه مدریک ایجاد شده و یکی از گروه‌های پیش‌رو در تامین اجتماعی فرانسه است. این گروه تمام نیازهای حمایتی افراد در زمینه‌های حقوق بازنشستگی، پس‌انداز، سلامت و رفاه را پوشش می‌دهد [۲۵]. در مجموع ۴۰ شاخص به منظور مقایسه‌ی بیمارستان‌ها در این سامانه یافت شدند [۲۶]. شاخص‌های مقایسه‌ی بیمارستان‌ها در فرانسه عبارتند از: ۱) فعالیت بیمارستان شامل مواردی چون میانگین مدت اقامت در بیمارستان، تعداد مراجعات سرپایی و درصد اقامت بیمارانی که بیماری‌های صعب‌العلاج دارند، ۲) کیفیت خدمات از طریق سیستم‌های نمره‌دهی همانند نمره‌ی IPAQSS (که ترکیبی است از نمرات بیمارستان‌ها در پنج شاخص سلامت روان بزرگ‌سالان، زایمان، مدیریت انفارکتوس، مسیر بیمار و نشان‌گرهای کنترل عفونت بیمارستانی)، ۳) نظر بیمار شامل مواردی چون دسترسی به بیمارستان، مراقبت از بیمار و خدمات هتلینگ، ۴) نرخ قیمت روزانه برای اتاق فردی که بیمارستان‌ها از منظر این شاخص نسبت به مراکز مشابه به پنج دسته‌ی ارزان، مقبول بازار، گران‌تر از بازار، بسیار بالاتر از بازار و گران‌ترین‌های بازار تقسیم‌بندی می‌شوند. علاوه‌بر شاخص‌های فوق برای مقایسه‌ی بیمارستان‌ها، در پروفایل هر بیمارستان اطلاعاتی شامل خدمات تخصصی ارایه‌شده در بیمارستان و همچنین، تعداد پذیرش‌ها و جزئیات مربوط به تخصص‌های پزشکی وجود دارد [۲۷].

سوییس

سامانه‌ی هوستوفایندر[34] به دو زبان فرانسوی و آلمانی توسط سازمان سنت سوییس[35]، سازمان چتر بیمه‌ی سلامت سوییس، ایجاد شده و به مردم این کشور کمک می‌کند که به‌صورت آگاهانه بیمارستان مورد نظر خود را انتخاب کنند. این سامانه در روش‌شناسی خود، شش شاخص کلی را جهت مقایسه‌ی بیمارستان‌ها ذکر می‌نماید [۲۸]: ۱) تنوع مراجعات[36] که نمایانگر اعمال پزشکی زیاد و تجربه‌ی گسترده بیمارستان در درمان بیماری‌ها است و با درمان اثربخش‌تر در ارتباط می‌باشد، ۲) مرگ‌ومیر، ۳) رضایت بیماران ، ۴) عفونت زخم که در این مورد بیمارستان‌ها اجازه دارند از میان یک فهرست، حداقل سه مورد از مداخلاتی که می‌خواهند اطلاعات عفونت آنها بررسی شود را انتخاب کنند، ۵) بسامد سقوط از تخت، ۶) زخم بستر. داده‌های موجود در

[29] DATA Uruguay
[30] ATuServicio.uy
[31] comparhospit.malakoffmederic.com
[32] Malakoff Médéric

[33] Groupe paritaire de protection sociale (GPS)
[34] HostoFinder.ch
[35] Santesuisse.ch
[36] Number of cases

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

این سامانه از طریق تجمیع داده‌های عمومی[37] که در جاهای مختلف منتشر شده‌اند، شکل گرفته است [۲۸]. در سوییس علاوه‌بر سامانه‌ی مقایسه‌ی بیمارستان‌ها، سامانه‌هایی برای مقایسه‌ی پزشکان نیز ایجاد شده است. این سامانه‌ها در سوییس، نسبت به سایر کشورها کمتر استفاده می‌شوند. در بزرگ‌ترین پلتفرم موجود، یعنی مدیکوسرچ[38]، به ۸۰ درصد پزشکان تنها یک‌بار نمره داده شده؛ ۲۰ درصد باقی‌مانده سهم خوبی معادل ۳۰ هزار نمره را دارا می‌باشند. بنابراین اکثر اظهارنظرها قابل‌اعتماد نیست [۲۹].

کانادا

سامانه‌ی نظام سلامت شما،[39] آمار و داده‌های نظام سلامت کانادا را بر اساس بیمارستان، ناحیه، ایالت و منطقه شفاف کرده و امکان مقایسه‌ی مناطق، ایالت‌ها، نواحی و بیمارستان‌های کانادا را فراهم می‌آورد [۳۰]. این وبسایت توسط موسسه‌ی اطلاعات سلامت کانادا[40] راه‌اندازی شده که یک سازمان مستقل، غیردولتی و غیرانتفاعی جهت تولید و انتشار داده‌ها و استانداردهای مرتبط با نظام سلامت است [۳۱]. سامانه‌ی نظام سلامت شما تنها یکی از سامانه‌های مربوط به موسسه‌ی اطلاعات سلامت کاناداست که امکان مشاهده، مقایسه و دریافت اطلاعات و ویژگی‌های مراکز ارایه‌دهنده‌ی خدمات را در اختیار عموم مردم قرار می‌دهد. این موسسه سامانه‌های خود را در زیردامنه‌ی خود سامان‌دهی کرده و خدمات بسیار جالب‌توجهی را ارایه می‌دهد. برای مثال، در سامانه‌ی زمان انتظار[41] آمار مبسوطی در رابطه با زمان انتظار برای دریافت خدمات در کانادا ارایه شده است. نکته‌ی جالب توجه در این موسسه، شعار آن می‌باشد که معتقد است داده‌های بهتر، به انتخاب‌های بهتر منجر می‌شوند و انتخاب‌های بهتر به سلامتی بیش‌تر![42] درواقع اگر هدف اصلی نظام‌های سلامت، حفظ و ارتقای سلامت مردم باشد، ارایه‌ی داده‌ها به‌صورت مستقیم در راستای تامین این هدف نقش‌آفرینی می‌کند [۳۱]. برای شفافیت بیمارستان‌های این کشور، اطلاعات ۲۳ شاخص در سامانه‌ی نظام سلامت شما منتشر شده است [۳۰]. شاخص‌های شفافیت داده‌های بیمارستانی در کانادا عبارتند از [۳۲]: ۱) دسترسی، شامل زمان انتظار به‌منظور ارزیابی‌های اولیه و هم‌چنین مجموع زمان صرف‌شده به‌منظور پذیرش در دپارتمان اورژانس، ۲) کیفیت درمان، شامل مواردی چون درصد مرگ‌ومیر در بیمارستان (HSMR) نسبت به میزان پیش‌بینی‌شده، درصد سزارین‌های غیرضروری از کل موارد غیرضروری، درصد افرادی که در درمان طولانی‌مدت تجربه‌ی درد داشته‌اند، درصد افرادی که در درمان طولانی‌مدت عمل‌کرد فیزیکی آنها بهبود یافته و بدترشدن زخم‌بستر در درمان طولانی‌مدت، ۳) ایمنی بیمار، شامل مواردی چون درصد افتادن از تخت در ۳۰ روز گذشته در درمان طولانی‌مدت، موارد عفونت کشف شده پس از پذیرش در هر هزار مورد پذیرش و درصد صدمات زایمانی توسط ابزارهای موجود، ۴) هزینه‌ها، شامل درصدی از هزینه‌های هر بیمار که در بخش‌های اداری مصرف‌شده و هزینه‌ی اقامت استاندارد در بیمارستان.

استرالیا

وبسایت بیمارستان‌های من[43] سامانه‌ای دولتی در استرالیا است که به‌منظور شفافیت و دسترسی آسان مردم این کشور به اطلاعات عمل‌کردی قابل‌مقایسه و موثق بیمارستان‌های دولتی و خصوصی ایجاد شده است. سامانه‌ی بیمارستان‌های من یکی از سامانه‌های سازمان سلامت و رفاه استرالیا[44] (AIHW) است. شعار وبسایت بیمارستان‌های من نیز آگاهی بیماران، حمایت از پزشکان، تسریع پیش‌رفت‌ها[45] است که شفافیت اطلاعات را گامی در جهت حمایت از ارایه‌دهندگان خدمت ارزیابی کرده است. پایگاه اینترنتی AIHW اطلاعات جامعی درباره‌ی کل نظام سلامت استرالیا در اختیار کاربران قرار می‌دهد، اما سامانه‌ی بیمارستان‌های من تنها داده‌های بیمارستانی مورد نیاز بیماران را در اختیار آنها قرار داده و امکان مقایسه‌ی آنها را فراهم نموده است. در این سامانه، ۱۷ شاخص برای شفافیت اطلاعات بیمارستانی یافت شد [۳۳] که عبارتند از: ۱) ایمنی و کیفیت، شامل مواردی چون عفونت‌های استافیلوکوکوس اورئوس و کلستریدیوم دیفیسیل مرتبط با مراقبت‌های درمانی، ۲) تجربه‌ی بیمار، ۳) دسترسی همانند زمان انتظار برای عمل جراحی انتخابی، ۴) کارایی و عمل‌کرد مالی همانند شاخص‌های نسبی اقامت بیماران و هزینه.

هلند

در میان سامانه‌های کشور هلند، دو سایت با نام‌های ایندپندر[46] و زورگ‌کیزر[47] یافت شدند. این سامانه‌ها توسط بخش خصوصی و با اهدافی تجاری ایجاد شده و اطلاعات خود را از طرف مردم و هم‌چنین سازمان‌های دولتی و خصوصی جمع‌آوری می‌نمایند [۳۴]. در سامانه‌ی ایندیپندر، ۱۴ شاخص و در زورگ‌کیزر ۵۹ شاخص برای مقایسه‌ی بیمارستان‌ها یافت شدند. سامانه‌ی ایندیپندر علاوه‌بر بیمارستان‌ها، امکان مقایسه‌ی پزشکان عمومی، دندان‌پزشکان و هم‌چنین فیزیوتراپیست‌ها را نیز فراهم نموده است. این سامانه به‌منظور مقایسه‌ی بیمارستان‌ها،

[37] Public data
[38] MedicoSearch.ch
[39] YourHealthSystem.cihi.ca
[40] Canadian Institute for Health Information (CIHI)
[41] WaitTimes.cihi.ca
[42] Better Data, Better Decisions, Healthier Canadians

[43] MyHospitals.gov.au
[44] Australian Institute of Health and Welfare (AIHW)
[45] Informing patients, supporting clinicians, driving improvements
[46] Independer.nl
[47] Zorgkiezer.nl

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

دو شاخص کلی را در اختیار قرار داده که عبارتند از: ۱) نمره‌ی کیفیت ایندیپندر، شامل نمره‌ی کیفیت سازمان مدی‌کوئست و نظر پزشکان عمومی بیمارستان، ۲) نمره‌ی مشتریان، شامل مواردی چون گوش‌دادن به بیمار، نوبت‌دهی سریع، نتیجه‌ی درمان و مراقبت پس از درمان [۳۵]. سامانه‌ی زورگ‌کیزر نیز هم‌چون سامانه ایندیپندر برای پزشکان عمومی، دندان‌پزشکان و هم‌چنین فیزیوتراپیست‌ها شاخص‌هایی را جهت رتبه‌بندی و دریافت نمره از جانب بیماران طراحی کرده است [۳۶]. این سامانه برای مقایسه‌ی بیمارستان‌ها شاخص‌هایی چون: ۱) نرخ مرگ‌ومیر در حوزه‌های قلبی- عروقی، دستگاه گوارش و کبد، سرطان‌ها، بیماری‌های ریوی و اختلالات اورولوژی، ۲) نرخ عفونت همچون درصد عفونت پس از تعویض زانو، لگن و پروتزهای سر و گردن و ۳) کیفیت، شامل مواردی چون نمره‌ی کیفیت درمان و نمره‌ی بیمار را منظور کرده است.

جدول ۱ جهت خلاصه‌سازی یافته‌های پژوهش ارایه شده است.

جدول ۱ - مقایسه‌ی شفافیت عمل‌کرد بیمارستان‌ها در کشورهای منتخب

		انگلستان	امریکا	فرانسه	استرالیا	هلند	کانادا	سوییس	اروگوئه
شاخص‌های ساختاری	۱-تعداد و نوع نیروی انسانی					■			■
	۲-طول اقامت	■		■	■				
	۳-تعداد مراجعات	■	■	■	■	■		■	
	۴-قیمت خدمات درمانی		■	■	■		■		■
	۵-زمان انتظار یا دسترسی به خدمات	■	■	■	■		■		■
شاخص‌های پیامدی	۶-تعداد یا درصد زایمان طبیعی و سزارین	■	■	■			■		
	۷-کنترل عفونت و نظافت	■	■	■	■	■	■	■	
	۸-نتایج و پیامدهای درمان	■	■	■	■	■	■	■	■
	۹-نرخ بستری مجدد	■	■		■		■		
	۱۰-انتشار نمرات ارزیابی‌های سازمان‌های کنترل کیفیت	■	■	■		■			
	۱۱-توصیه و نمره‌ی کارکنان برای بیمارستان	■				■			
	۱۲-توصیه و نمره‌ی بیماران برای بیمارستان	■	■	■	■	■	■	■	■
	۱۳-نمرات و نظرات مردم و بیماران برای پزشکان عمومی و متخصص	■	■			■		■	■
آیا اطلاعات به تفکیک پزشکان در دسترس است؟[48]		■				■			
آیا اطلاعات به تفکیک بخش‌های بیمارستان در دسترس است؟[49]		■	■	■	■	■		■	
مجموع تعداد شاخص‌های یافت‌شده		۱۹۵	۹۱	۴۰	۱۷	۵۹	۲۳	۲۱	۵۲
شیوه اصلی مالکیت و سازمان‌دهی سامانه‌های یافت‌شده		دولت	دولت و بخش خصوصی	سازمان‌های تامین اجتماعی	دولت	بیمه‌های اجتماعی و خصوصی	سازمان خصوصی غیرانتفاعی	بیمه‌های اجتماعی و خصوصی	سازمان مردم‌نهاد (NGO)

بحث

در پاسخ به پرسش‌های پژوهش، یافته‌ها نشان می‌دهد هر کشور مبنی بر نیازها و محدودیت‌های خود اقدام به شفافیت اطلاعات کرده است. بنابراین اگرچه جزئیات شاخص‌ها میان کشورها متفاوت بود، اما برای مقایسه آنها در جدول ۱ سعی‌شده شاخص‌ها دسته‌بندی شده، عناوین کلی به آنها اطلاق شود. برای مثال، کشورهای مختلف در حوزه‌ی پیامدهای درمان، اطلاعات گوناگونی را منتشر کرده‌اند؛ برخی کشورها نرخ مرگ‌ومیر را منتشر کرده و برخی دیگر عوارض و نرخ بهبود بیماری را در دسترس قرار داده‌اند. بنابراین به‌صورت‌کلی از عنوان پیامدهای درمان استفاده شده است. اگر در کشوری یکی از شاخص‌های مذکور به‌عنوان پیامدهای درمان منتشر شده باشد، در این جدول، برای کشور مذبور علامت زده شده است. بااین‌وجود، به‌دلیل آن‌که برخی شاخص‌ها در چندین کشور منتشر شده،

[48] کشورهایی که حداقل یک مورد از اطلاعات مربوط به شاخص‌های ۱ تا ۱۴ را برای هر پزشک (با ذکر نام پزشک) منتشر کرده‌اند.

[49] کشورهایی که حداقل یک مورد از اطلاعات مربوط به شاخص‌های ۱ تا ۱۴ را حداقل برای یک بخش تخصصی بیمارستان منتشر کرده‌اند.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

از دسته‌بندی آنها تحت یک عنوان کلی خودداری‌شده و هر یک به‌صورت مستقل ذکر شده‌اند.

در تفسیر جدول ۱ نباید عدم‌انتشار برخی داده‌ها را دلیل بر عدم‌توانایی کشور در انتشار داده‌ها دانست. برخی از شاخص‌های به‌ظاهر ساده برای برخی کشورهای پیش‌رفته موجود نبودند. برای مثال، شاخص تعداد تخت بیمارستان در پایگاه اینترنتی کشور انگلستان موجود نبود. این به معنای عدم‌وجود این قبیل داده‌ها یا عدم‌انتشار آنها نیست، بلکه بدان معناست که انگلستان این داده‌ها را در پایگاه اینترنتی که کاربر عام داشته و به انتخاب بیماران کمک می‌نماید قرار نداده است. احتمال دارد به نظر مسئولین این کشور، اهمیت این اطلاعات برای کمک به انتخاب بیماران ناچیز باشد. معیار علامت‌زدن در این جدول، انتشار کاربردی اطلاعات است. به عنوان مثال می‌توان به انتشار اطلاعات قیمت و هزینه‌ی خدمات در انگلستان اشاره کرد. در این کشور که عمده‌ی خدمات رایگان هستند، انتشار این اطلاعات بی‌معنی است. از طرف دیگر، حتی انتشار اطلاعات در کشورهای مختلف نباید لزوما به معنای قدرت و قوت آنها در انتشار اطلاعات تفسیر شود، بلکه ممکن است به دلیل عدم‌توانایی بالفعل برای انتشار اطلاعات اساسی‌تر (مانند شاخص‌های پیامدی)، کشورها شفافیت را از اطلاعات بی‌خطر (مانند شاخص‌های ساختاری) آغاز کرده باشند؛ درواقع انتشار برخی اطلاعات سطحی، مقدمه‌ای برای شفافیت اطلاعات عمیق‌تر باشد.

یکی از پرسش‌های پژوهش درباره نحوه‌ی مالکیت یا ایجاد سامانه‌های کشورها بود. کشورهای مختلف با توجه به نوع نظام سلامت خویش، روش‌های متناسبی را جهت توسعه‌ی شفافیت اطلاعات بیمارستانی پیش‌گرفته‌اند. در انگلستان و استرالیا، دولت نقش اصلی را دارد. در امریکا حضور پررنگ بخش خصوصی و انتفاعی به‌چشم می‌خورد. در کانادا یک سازمان مستقل و خصوصی، اما غیرانتفاعی نقش مهمی در این زمینه دارد. در اروگوئه یک سازمان مردم‌نهاد پیش‌آهنگ است. در فرانسه سازمان‌های تامین اجتماعی نقش فعالی دارند و در کشورهایی چون سوییس و هلند، بیمه‌های خصوصی و اجتماعی فعال هستند. با این حال نتایج این بررسی نشان می‌دهد که در اکثر کشورها دولت نقش پررنگی در تولید و گردآوری داده‌ها و ایجاد بسترهای قانونی در این زمینه داشته و سازمان‌های غیردولتی عموما یا از داده‌های دولتی به‌عنوان یکی از منابع مهم اطلاعاتی خویش بهره‌مند شده‌اند یا با وجود زیرساخت‌های قانونی و فرهنگی توانسته‌اند اقدام به تولید و گردآوری داده‌ها کنند و در نهایت داده‌های رسمی را به شیوه‌ای قابل‌استفاده برای مردم تبدیل نمایند.

مطالعه‌ی تطبیقی مشابهی که توسط راشل و هم‌کاران جهت بررسی تجربه‌ی ۱۱ کشور انگلیس، استرالیا، کانادا، فرانسه، آلمان، هلند، نیوزیلند، نروژ، سوئد، سوییس و امریکا، در حوزه‌ی شفافیت انجام شده، نتایج مشابهی با مطالعه‌ی حاضر دارد. انگلستان در این مطالعه به‌عنوان پیش‌روترین کشور در این زمینه معرفی شده است. در مطالعه‌ی ایشان که با روش پیمایشی و از طریق تکمیل پرسش‌نامه توسط خبرگان همان کشورها انجام شده، با وجودی که انتشار اطلاعات زمان انتظار و تجربه‌ی بیماران در کشورها رایج بوده، اما انتشار برخی اطلاعات جزئی مربوط به کیفیت و ایمنی خدمات پزشکان رایج نبوده است. دلیل این امر وجود مسایل حل‌نشده‌ی روش‌شناختی و اخلاقی و نگرانی‌های ناشی از پیامدهای ناخواسته‌ی این سیاست عنوان شده است. از وجوه افتراق مطالعه‌ی حاضر آن است که این مطالعه علاوه بر بررسی جزئی‌تر شاخص‌ها به روشی متفاوت، به بررسی پایگاه‌های اینترنتی کشورها و شیوه مالکیت و ساماندهی شفافیت در این کشورها نیز پرداخته است[۳۷].

جهت استفاده از نتایج پژوهش کنونی در بستر ایران، لازم است تمامی ملاحظات آن در نظر گرفته شود. باوجودی‌که دست‌رسی به اطلاعات به‌عنوان یک حق عمومی درنظر گرفته می‌شود، اما شیوه‌ی بهینه‌ی اجرای سیاست‌های شفافیت و پیامدهای آن باید به‌طور کامل پیش‌بینی و مدیریت شوند. برای مثال، در ایران ممکن است مسایل مربوط به کیفیت داده‌های دردسترس، نبود خریدهای راهبردی و هدف‌مند، چالش‌های مربوط به بیمه‌های اجتماعی سلامت، نظام حکم‌رانی نامطلوب، وجود مسایل مرتبط با تعارض منافع و گروه‌های فشار قدرتمند، پی‌گیری سیاست‌های شفافیت را با چالش جدی مواجه نماید. ازاین‌رو توجه به اقتضائات بومی در کنار مطالعه‌ی تجارب جهانی باید در پیش‌برد هر سیاستی ازجمله سیاست شفافیت عمل‌کرد بیمارستان‌ها و خدمات سلامت کشور مد نظر قرار گیرد و راه‌کارهای مدیریت چالش‌ها و به‌حداقل‌رساندن پیامدهای ناخواسته و نامطلوب شفافیت ارایه گردد. به‌طورکلی ارتقای شفافیت نیازمند زیرساخت‌های سیاسی، قانونی، امنیتی، اطلاعاتی، فرهنگی، دانشی و ساختاری است که پیش از اجرا، نیاز به چاره‌اندیشی دارند. بااین‌حال، همان‌طور که تیم کلسی، اصلی‌ترین بنیان‌گذار شفافیت نظام سلامت در انگلستان در گزارش موسسه‌ی مک‌کینزی اظهار می‌کند، شفافیت در انگلستان نیز به سادگی و در یک شرایط ایده‌آل ایجاد نشده است. در این کشور نیز مخالفت‌های سیاسی وجود داشته و کیفیت داده‌ها برای انتشار مناسب نبوده است، اما کلسی توصیه می‌کند که هیچ‌گاه شفافیت تا زمان دست‌یافتن به شرایط ایده‌آل و داده‌های عالی معطل گذاشته نشود و سیاست‌های شفافیت با داده‌های اندک نیز آغاز گردد، زیرا شفافیت موجب ارتقای کیفیت داده‌ها و بهبود شرایط زمینه‌ای می‌گردد [۴, ۲۰].

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که شفافیت عمل‌کرد بیمارستان‌ها برای مردم، یکی از روندهای روبه‌رشد جهانی

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

است که به کمک ابزارهای فاوا ممکن شده است. با افزایش آگاهی عمومی، کشورها به سمت ارتقای شفافیت عمل‌کرد خود از جمله در بخش سلامت حرکت کرده‌اند. کشورهای مورد بررسی به فراخور، تلاش‌هایی در راستای شفافیت عمل‌کرد بیمارستان‌ها برای مردم انجام داده و شاخص‌هایی هم‌چون انواع خدمات بیمارستان‌ها، کیفیت، ایمنی و هزینه‌ی خدمات و تجربه و رضایت بیماران را به‌صورت مقایسه‌ای برای عموم مردم منتشر کرده‌اند. دولت‌ها نقش اصلی را در ایجاد زیرساخت‌های شفافیت داشته‌اند. این زیرساخت‌ها از حمایت‌های سیاسی و قانونی تا تولید، گردآوری و انتشار داده‌ها را شامل می‌شود. بااین‌وجود، در کشورهای مختلف با توجه به نوع نظام سلامت حاکم، بیمه‌های اجتماعی، بیمه‌های خصوصی، سازمان‌های خصوصی انتفاعی و غیرانتفاعی و سازمان‌های مردم‌نهاد نیز در این حوزه مشارکت داشته‌اند. اما در ایران اقدامات زیادی در این‌باره صورت نپذیرفته است. ازاین‌رو توصیه می‌شود سیاست‌گذاران کشور با بهره‌گیری از تجارب جهانی و توجه به اقتضائات داخلی، گام‌به‌گام در این مسیر حرکت نمایند.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

به‌طورکلی پیش‌نهاد می‌شود سیاست‌گذاران سلامت ایران در راستای احقاق حقوق اطلاعاتی مردم، شفافیت عمومی عمل‌کرد بیمارستان‌ها و خدمات سلامت را در دستورکار قراردهند؛ بااین‌حال، علاوه‌بر استفاده از تجارب جهانی باید به اقتضائات بومی نیز توجه شود. در مورد شاخص‌های اطلاعاتی که باید برای مردم شفاف گردد، پیش‌نهاد می‌شود شفافیت از شاخص‌های موجود، دردسترس و کمتر حساسیت‌زا آغاز گردد. بخشی از اطلاعات این شاخص‌ها هم‌اکنون در ارزیابی‌های ملی هم‌چون اعتباربخشی موجود هستند. به‌علاوه نتایج نشان می‌دهد که شیوه‌ی انتشار اطلاعات باید به‌گونه‌ای باشد که برای عموم مردم، قابل‌فهم و قابل‌استفاده باشد. شفافیت در ایران علاوه‌بر چالش‌های فرهنگی مرتبط با محرمانه تلقی‌کردن اطلاعات، چالش‌های سیاسی فراوانی نیز در پی خواهدداشت و جهت پیش‌برد اهداف شفافیت باید نیروهای قدرتمند سیاسی از آن حمایت نمایند. از نظر نوع سازماندهی و اجرای این سیاست در ایران به نظر می‌رسد دولت باید مسئولیت اصلی را بر عهده گیرد و بخش خصوصی قدرت قانونی کافی برای اقدام مستقل در این زمینه را ندارد. هم‌چون کشورهایی که سازمان‌های تامین اجتماعی در آنها پیش‌رو بودند، به‌نظر می‌رسد در ایران نیز شفافیت باید با هم‌راهی سازمان‌های بیمه‌ی اجتماعی به‌عنوان نماینده بیمار در امر خرید خدمت و هم‌کاری وزارت بهداشت به‌عنوان تولیت نظام سلامت ارتقا یابد. در نهایت، به‌دلیل احتمال وجود حساسیت‌های سیاسی در این مسیر، پیش‌نهاد می‌شود مطالعات و پیش‌بینی‌های اجرایی لازم در راستای امکان‌سنجی و نحوه‌ی اجرای این سیاست در ایران در دستورکار سیاست‌گذاران سلامت قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله محصولی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با عنوان «چالش‌ها و راه‌کارهای ارتقای شفافیت برای بیمارستان‌های ایران» و شماره‌ی ۹۳۱۱۳۸۲۰۰۳ است که در دانشگاه علوم پزشکی تهران دفاع شده است. در این مسیر اندیشکده‌ی شفافیت برای ایران و مدیر مسئول آن، دکتر مهدی ثنائی و هم‌چنین پژوهشکده‌ی سیاست‌پژوهی و مطالعات راهبردی حکمت و مدیر گروه اجتماعی آن، دکتر مهدی مختاری‌پیام از این مطالعه حمایت کردند که از همکاری آنها صمیمانه قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان بدین‌وسیله اعلام می‌دارند که در نگارش این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی نداشته‌اند.

References

1- Mehrara M. *Health economics*. 1st ed. Tehran: University of Tehran Press; 2008: 41-46. (In Persian)
2- Austin DA, Gravelle JG. Does price transparency improve market efficiency? Implications of empirical evidence in other markets for the health sector. In: Bartlette L, Lawson I, editors. *Health Care Policies*. New York: Nova Biomedical; 2007: 1-26.
3- Ghazanfari S, Kazemi A, Nik-Afshar M, Mohammad-Shahi M, Rostami F. *The economics of health and health care. (translation)*. Folland S, Goodman AC, Stano M. 7th ed. Tehran: Sobhan Publication; 2013: 233-252. (In Persian)
4- Henke N, Kelsey T, Whately H. Transparency — the most powerful driver of health care improvement? McKinsey's Health Systems and Services Practice, 2011. [Cited 2017-10-13]. Available from: https://goo.gl/5LXq4q
5- Bridgewater B, Irvine D, Keogh B. NHS transparency: Not yet perfect, but a huge step forward. British Medical Journal (The BMJ). 2013;347.
6- Bellver A, Kaufmann D. Transparenting transparency: Initial empirics and policy applications. World Bank Policy Research Working Paper, 2005. [Cited 2020-05-03]. Available from: https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.808664
7- Open Knowledge Foundation [Internet]. Open Definition 2.1. [Cited 2020-05-23]. Available from: http://opendefinition.org/od/2.1/en/.
8- Cooper Z, Gibbons S, Jones S, McGuire A. Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS pa-

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

tient choice reforms. The Economic Journal. 2011;121(554): F228-F60.
9- Aligning Forces for Quality. Can Measuring Physician Performance Improve Health Care Quality? . 2011. [Cited 2018-06-09]. Available from: https://goo.gl/dfFhML
10- Sinaiko AD. How do quality information and cost affect patient choice of provider in a tiered network setting? Results from a survey. Health services research. 2011;46(2): 437-56.
11- Sinaiko AD, Rosenthal MB. Increased price transparency in health care—challenges and potential effects. New England Journal of Medicine. 2011;364(10): 891-4.
12- Metcalfe D, Rios Diaz AJ, Olufajo OA, Massa MS, Ketelaar NA, Flottorp SA, et al. Impact of public release of performance data on the behaviour of healthcare consumers and providers. Cochrane Database Syst Rev. 2018;9: Cd004538. Available from: https://doi.org/10.1002/14651858.CD004538.pub3. eng
13- World Wide Web Foundation [Internet]. Open Data Barometer (Third Edition): Ranking & Data. 2015 [Cited 2019-08-12]. Available from: http://opendatabarometer.org/data-explorer/?_year=2015&indicator=ODB. Archived at: http://www.webcitation.org/6sDSjR1nV.
14- international OK [Internet]. Place overview. 2015 [Cited 2019-08-12]. Available from: http://index.okfn.org/place/. Archived at: http://2015.index.okfn.org/place/.
15- Open Government Partnership [Internet]. Open Government Awards: 2015 Results. 2015 [Cited 2019-08-12]. Available from: https://www.opengovawards.org/2015results. Archived at: http://www.webcitation.org/6sEyBPgiS.
16- My NHS [Internet]. healthcare performance data. [Cited 2019-08-12]. Available from: https://www.nhs.uk/service-search/Performance/Search. Archived at: http://www.webcitation.org/6t9Sm6wgT.
17- My NHS [Internet]. Hospitals profile. [Cited 2019-08-12]. Available from: http://www.nhs.uk/Services/hospitals/Overview/DefaultView.aspx?id=924.
18- Walshe K, Offen N. A very public failure: lessons for quality improvement in healthcare organisations from the Bristol Royal Infirmary. Quality in Health Care. 2001;10(4): 250-6.
19- Teasdale G. Learning from Bristol: report of the public inquiry into children's heart surgery at Bristol Royal Infirmary 1984-1995. British journal of neurosurgery. 2002;16(3): 211-6.
20- Bouzarjomehri H, Akbari-Sari A, Jafari-Pooyan E, Herandi Y. Transparency of Healthcare Providers Performance: UK experience. Health Information Management Journal. 2018;62: 197-200. Available from: http://dx.doi.org/10.22122/him.v15i4.3456. (In Persian)
21- Bouzarjomehri H, Sanaei M. Review of essential actions to improve the health system transparency. Proceedings of the first national conference in public administration; 1394/11/29; Management Faculty of Tehran University, Tehran, Iran. [Cited 2020-01-25]. Available from: http://www.civilica.com/Paper-CIPA01-CIPA01_016.html. (In Persian)
22- Hospital Care Data [Internet]. Compare Hospitals. [Cited 2019-08-12]. Available from: https://hospitalcaredata.com/compare/abbeville-area-medical-center-abbeville-sc-29620-vs-self-regional-healthcare-greenwood-sc-29646/.
23- Carranza D [Internet]. OGP Awards First Place Speech: Open Government Partnership. 2015 [Cited 2020-05-03]. Available from: https://www.youtube.com/watch?v=VtDDTvG_8Z0. Archived at: http://www.aparat.com/v/5uFMy.
24- Ministry of Public Health, DATA Uruguay [Internet]. A Tu Servicio: Compare indicators of all health providers in the Uruguay. [Cited 2019-08-12]. Available from: http://atuservicio.uy. (In Spanish)
25- Malakoff Médéric [Internet]. Know us, . [Cited 2019-08-12]. Available from: http://www.malakoffmederic.com/groupe/nous-connaitre.html. Archived at: http://www.webcitation.org/6oIAiuKQQ. (In French)
26- Malakoff Médéric [Internet]. ComparHospit. [Cited 2019-08-12]. Available from: http://comparhospit.malakoffmederic.com. Archived at: http://www.webcitation.org/6oO8Zim1d. (In French)
27- Malakoff Médéric [Internet]. ComparHospit: Hospital profile. [Cited 2019-08-12]. Available from: http://comparhospit.malakoffmederic.com/etablissement/27-Eure/659805-Centre-Hospitalieractivites. Archived at: http://www.webcitation.org/6oOFJjlnu. (In French)
28- Hostofinder [Internet]. Hostofinder Methodology. [Cited 2019-08-12]. Available from: http://www.hostofinder.ch. Archived at: http://www.hostofinder.ch/template/assets/pdf/Methodik_F.pdf. (In French)
29- SRF Swiss Radio and Television [Internet]. Doctor rating - How many stars can it be? [Cited 2019-08-12]. Available from: http://www.srf.ch/sendungen/puls/gesundheitswesen/arztbewertung-wie-viele-sterne-duerfen-s-denn-sein. Archived at: http://www.webcitation.org/6oC1ARisT. (In German)
30- Canadian Institute for Health Information [Internet]. Explore your health system. [Cited 2019-08-12]. Available from: http://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/indepth?lang=en.
31- Canadian Institute for Health Information [Internet]. About CIHI. [Cited 2019-08-12]. Available from: https://www.cihi.ca/en/about-cihi.
32- Canadian Institute for Health Information [Internet]. CIHI's Indicator Library. [Cited 2019-08-12]. Available from: http://indicatorlibrary.cihi.ca/.
33- MyHospitals [Internet]. MyHospitals overview: Performance indicator reporting. [Cited 2019-08-12]. Available from: http://www.myhospitals.gov.au/about-myhospitals/overviewperformance-indicator-reporting.
34- ZorgKiezer [Internet]. Hospitals, make tariffs public! [Cited 2019-08-12]. Available from: http://www.zorgkiezer.nl/ziekenhuis/petitie. Archived at: http://www.webcitation.org/6o7NpHuam. (In Dutch)
35- Independer [Internet]. Kliniek - Reviews en kwaliteitsinformatie. [Cited 2019-08-12]. Available from: https://www.independer.nl/ziekenhuis/regio/amsterdam-amstelland/amsterdam/annatommie-mc-loc-amsterdam.aspx. Archived at: http://www.webcitation.org/6o1XIv0Zi. (In Dutch)
36- ZorgKiezer [Internet]. Dentist Rates 2013. [Cited 2019-08-12]. Available from: http://www.zorgkiezer.nl/tandarts/goedkoopste-tandarts. Archived at: http://www.webcitation.org/6o7MTo2oz. (In Dutch)
37- Rechel B, McKee M, Haas M, Marchildon GP, Bousquet F, Blümel M, et al. Public reporting on quality, waiting times and patient experience in 11 high-income countries. Health Policy. 2016;120(4): 377-83.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]

Comparative Study of Hospitals' Transparency in Eight Countries

Hossein Bouzarjomehri[1], Ali Akbari-Sari[2*], Ebrahim Jafari-Pooyan[3], Yasaman Herandi[4], Soheila Rajaie[5]

[1]M.Sc. in Healthcare Management, Health Economics and Management Group, Faculty of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2]Professor, Ph.D. in Healthcare Management & Health Policy, Health Economics and Management Group, Faculty of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[3]Associate Professor, Ph.D. in Healthcare Management, Health Economics and Management Group, Faculty of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4]Pharm.D., Faculty of Pharmacy, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[5]M.Sc. Student in Health Economics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: Information asymmetry leads to less informed patients in choosing healthcare providers. Therefore, countries have moved forward to increase providers' transparency, information symmetry and patients' power. This study was designed to compare countries' experiences about hospitals' transparency.

Methods: The list of countries in this comparative study was prepared with the help of the Global Open Data Index and Open Data Barometer. Searching for official websites with keywords like "hospital transparency" and "hospital comparing tool," the final websites were obtained. Finally, indicators and types of organization of these websites were compared.

Results: Websites from eight countries were selected. The number of indicators for comparing hospitals was variable, from 17 in Australia to 195 in the UK. Type of indicators could be categorized into several groups, including waiting times, length of stay, patients' experience, staff's experience, treatment outcomes, infection control, and price of care. Studied experiences showed that countries developed hospitals' transparency due to their needs and limitations. Some countries like the UK and the US were pioneers but there is a global trend to develop transparency in the health system.

Conclusion: By increasing public awareness, governments moved forward to develop transparency and the health sector was not an exception. Although private companies and startups are engaged in these innovations, governments have the main role to build the legal, political, and data infrastructures. Therefore, it is recommended that Iranian policymakers and politicians develop transparency of hospitals and health systems gradually using global experiences and considering domestic conditions and capacities.

Keywords: Transparency; Access to Information; Choice Behavior; Public Reporting; Information Symmetry; Hospital

Please cite this article as follows:

Bouzarjomehri H, Akbari-Sari A, Jafari-Pooyan E, Herandi Y, Rajaie S. Comparative study of hospitals' transparency in eight countries. Hakim Health Sys Res. 2019; 22(4): 273-283.

***Corresponding Author:** Department of Health Management and Economics, 4th Floor, New Building, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: +98-2188989128, Fax: +98-2188989129, Email: akbarisari@tums.ac.ir

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-01-26]