

## تحلیل وضعیت پاسخگویی عملکرد بیمارستان‌های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران

محمد محسنی<sup>۱</sup>، سید حسام سیدین<sup>۲\*</sup>، آغافاطمه حسینی<sup>۳</sup>، مهدی غرسی منشادی<sup>۴</sup>، حشمت اله اسدی<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت: ۹۳/۲/۹

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱/۱۰

### چکیده:

**زمینه و هدف:** بیمارستان یکی از نهادهای مهم در نظام نوین درمانی می‌باشد و پاسخگویی نیز از مهمترین عملکردهای سازمانی است. پاسخگویی یک نیروی پیش‌برنده است که بر عوامل اصلی فشار وارد می‌آورد تا در برابر عملکرد خود مسئول باشند. این مطالعه با هدف بررسی نظام پاسخگویی عملکرد بیمارستان‌ها انجام گرفت.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه توصیفی-تحلیلی بصورت مقطعی در سال ۱۳۹۲ در ۱۲ بیمارستان آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت. داده‌ها بوسیله‌ی چک لیست پاسخگویی عملکرد جمع‌آوری شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی و بوسیله‌ی نرم‌افزار SPSS 19 تحلیل شد.

**نتایج:** به طور کلی وضعیت پاسخگویی عملکرد بیمارستان‌ها دارای میانگین  $1/50$  (از ۲ نمره) و در وضعیت "خوب" (متوسط به بالا) قرار داشت. بعد برنامه‌ریزی استراتژیک بیشترین میانگین  $(1/85 \pm 0/21)$  و بعد مشارکت ذی‌نفعان کمترین میانگین  $(1/12 \pm 0/46)$  را به خود اختصاص دادند. بین همه‌ی متغیرها (بجز محرک‌ها) با پاسخگویی عملکرد همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** ضعف در هر قسمتی از عملکرد می‌تواند دیگر قسمت‌ها را تحت تأثیر قرار دهد و بر عملکرد کل بیمارستان تأثیر منفی داشته باشد. با توجه به وضعیت کنونی پاسخگویی عملکرد بیمارستان‌ها و اهمیت آن، تقویت ابعاد دارای نقاط ضعف و رسیدگی به نواقص پاسخگویی عملکرد باید در اولویت کاری مدیران قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** پاسخگویی عملکرد، مدیران، بیمارستان

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت ارایه خدمات سلامت، پژوهشکده آینده پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)  
 شماره تماس: ۰۹۱۲۷۶۳۹۸۸۱ h.seyedin@iums.ac.ir  
<sup>۳</sup> مربی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران  
<sup>۴</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران  
<sup>۵</sup> دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

## مقدمه

سلامت یکی از مهم‌ترین اهداف اجتماعی در سطح جهان به شمار می‌آید. یکی از عوامل تعیین‌کننده در وضعیت و شرایط سلامت، نظام‌های سلامت می‌باشند که در جهت حفظ و نگهداری سلامت افراد ارائه می‌کنند (۱). در این بین بیمارستان یکی از نهادهای مهم در نظام نوین درمانی می‌باشد (۲). یکی از اهداف و مؤلفه‌های اصلی مورد بحث سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت پاسخگویی است. امروزه پاسخگویی اهمیت روز افزونی یافته و در مفهوم سیستمی این‌گونه تعریف می‌شود که پیامدها و منافعی که اگر روابط سازمانی و برون سازمانی چنان طراحی شده باشند که شناخت کافی و پاسخ مناسبی به انتظارات منطقی مشتریان بدهند تحقق می‌یابد (۳). کنترل کیفیت خدمات بهداشتی درمانی اولین گام ضروری در ارائه خدمات صحیح به منظور پاسخگویی هستند و بیمارستان‌ها به عنوان مهم‌ترین سازمان درمانی در کشورها بیش‌ترین نیاز به ارزیابی را دارند (۴).

پاسخگویی را می‌توان نیرویی پیش‌برنده دانست که بر عوامل اصلی فشار وارد می‌آورد تا در برابر عملکرد خود مسئول باشند (۵). بر اساس تأکید سازمان جهانی بهداشت، پاسخگویی از مهم‌ترین عملکردهای سازمانی است (۳) و در نظام سلامت، جنبه‌های مختلف پاسخگویی هر یک از جهاتی تأکید بر ابعاد انسانی خدمات سلامت دارند (۶) به همین خاطر تمرکز بر پاسخگویی می‌تواند باعث افزایش درک از عملکرد نظام سلامت، شناسایی بهتر فشارها و مشوق‌هایی که بازیگران نظام سلامت با آن مواجه هستند و طراحی و اجرای اصلاحات بهتر شود (۷). از طرفی، پاسخگویی در مفهوم عملیاتی، شامل روابطی بین افراد و مؤسسات برای پاسخ‌گویی در برابر عملکرد خود می‌باشد (۸). در پاسخگویی عملکردی علاوه بر تشکیل بنیان صحیح سازمان برای رسیدن به هدف‌های آرمانی خود، سازمان باید در خصوص نحوه استفاده از منابع سازمانی و تأثیرات کوتاه مدت و آنی عملکرد خود پاسخگویی باشد (۹).

مدیران بخش سلامت اخیراً فشارهایی را برای پاسخگویی در برابر عملکرد با توجه به ایجاد استانداردهای عملکرد ملی بخش سلامت تجربه کرده‌اند که عملکرد بهینه برای سیستم سلامت عمومی محلی را شناسایی کنند. علاوه بر این، اقدامات اخیر برای ایجاد استانداردهای اعتبار بخشی برای سازمانهای بهداشت عمومی باعث مشارکت و بهره‌ی مدیران در اندازه‌گیری و بهبود عملکرد سازمان‌های آنها شده است (۱۰). در بیمارستان‌های کشور پاسخگویی در برابر عملکرد فقط در گزارش‌دهی سالانه و پاسخگویی سنتی که جریان یک طرفه اطلاعات در سلسله مراتب اداری می‌باشد خلاصه شده است و نظام پاسخگویی عملکرد سیستماتیک وجود ندارد (۱۱). در

سازمان‌های خصوصی نیز طبق پژوهش زاهدی و خانلو، ۶۸٪ از خبرگان معتقدند که سازمان‌های غیر دولتی حوزه سلامت و بهداشت ایران در سال ۱۴۰۴ به سمت پاسخگویی خارج از سازمان گرایش خواهند داشت و بیشتر پاسخگویی مراجعی خواهند بود که دارای اهرم فشار هستند (۱۲). تعدادی از نارسایی‌های اخیر بسیار شایع سیستم‌های مراقبت سلامت، نگرانی در مورد پاسخگویی حرفه‌ای سلامت را افزایش داده‌اند (۱۳) به همین خاطر افزایش قابل ملاحظه‌ای توجه بین المللی به بحث سلامت در حال حاضر، با تقاضا برای پیگیری دقیق پیشرفت سلامت و عملکرد، ارزیابی تأثیر برنامه‌ها و سیاست‌های سلامت و افزایش پاسخگویی در سطح کشوری و جهانی همراه شده است (۱۴).

در ایران با توجه به نیروی انسانی متخصص، امکانات و تجهیزات پیشرفته‌ی بخش دولتی این امکان به طور بالقوه‌ای برای بیمارستان‌ها وجود دارد که مسئولین اجرایی با بهره‌گیری از این سرمایه‌ی استراتژیک، تمهیدات مناسبی برای بازدهی بهتر، خدمت‌رسانی شایسته‌تر و پاسخگویی بیشتر بیندیشند (۳). به منظور ارتقای سطح کیفی خدمات در بخش‌های درمانی، توجه بیشتر به مکانیزم‌های پاسخگویی و ارائه‌ی خدمات با کیفیت‌تر به منظور ارتقای سطح کیفی این خدمات که مورد توجه سازمان جهانی بهداشت است ضروری است. بنابراین هدف از انجام این پژوهش این بود تا با استفاده از اهمیت موضوع در عصر کنونی و نیاز سازمان‌های امروزی به ویژه بیمارستان‌ها، به بررسی و تحلیل وضعیت پاسخگویی عملکرد بیمارستان‌ها پرداخته شود.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه یک پژوهش توصیفی تحلیلی و از نوع مقطعی بوده که در سال ۱۳۹۲ انجام شد. از بین ۱۶ بیمارستان آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، چهار بیمارستان به علت عدم همکاری از نمونه حذف شدند و در نهایت ۱۲ بیمارستان مورد مطالعه قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از چک لیست پاسخگویی عملکرد (۱۱) استفاده گردید. با توجه به ایجاد تغییراتی در بیمارستان‌ها و نحوه‌ی ارزیابی‌های جدید، پژوهشگر در این چک لیست تغییراتی در سوالات و نحوه‌ی امتیازدهی به سوالات ایجاد کرد و مجدداً برای تأیید روایی از نظرات ۱۰ نفر از اساتید و کارشناسان استفاده نمود و در نهایت چک لیست ۵۲ سوالی به عنوان ابزار پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. نحوه‌ی تکمیل چک لیست بصورت مشاهده‌ی مدارک و مستندات و مصاحبه با مدیران، مسئولین بهبود کیفیت، مسئولین بخش‌ها و کارکنان بود. سوالات در هشت بعد "برنامه‌ریزی استراتژیک"، "اندازه‌گیری عملکرد"، "محرک‌ها"، "نقش‌ها و مسئولیت‌ها"، "تناسب قابلیت‌ها و انتظارات عملکرد"، "پایش و گزارش‌دهی عملکرد"، "مشارکت

جدول ۱. وضعیت پاسخگویی عملکرد بیمارستان‌های مورد مطالعه

بیمارستان	میانگین	انحراف معیار	وضعیت پاسخگویی
۱	۱/۳۷	۰/۸۱	خوب
۲	۱/۸۸	۰/۲۹	خوب
۳	۱/۴۰	۰/۷۴	خوب
۴	۱/۳۸	۰/۷۲	خوب
۵	۱/۶۵	۰/۷۳	خوب
۶	۱/۷۷	۰/۳۹	خوب
۷	۱/۲۳	۰/۸۹	متوسط
۸	۱/۷۷	۰/۵۲	خوب
۹	۱/۵۲	۰/۵۴	خوب
۱۰	۱/۵۸	۰/۶۰	خوب
۱۱	۱/۲۹	۰/۷۸	متوسط
۱۲	۱/۲۵	۰/۸۷	متوسط
کل	۱/۵۰	۰/۲۲	خوب

بر طبق نتایج جدول ۲، بُعد برنامه‌ریزی استراتژیک بیشترین میانگین (۱/۸۵±۰/۲۱) و بُعد مشارکت ذی‌نفعان کمترین میانگین (۱/۱۲±۰/۴۶) را داشتند.

ذی‌نفعان" و "بهبود عملکرد" است. حداکثر امتیاز هر چک لیست ۱۰۴ بوده (هر سوال دارای امتیاز صفر، یک و دو) و میانگین امتیاز چک لیست هر بیمارستان محاسبه شد، به صورتی که اگر میانگین بین ۰/۶۶-۰ باشد پاسخگویی عملکرد "کم"، بین ۱/۳۳-۰/۶۷ باشد "متوسط" و اگر بین ۲-۱/۳۴ باشد "خوب" در نظر گرفته شد. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. به منظور محاسبه فراوانی‌ها، میانگین‌ها و درصدها، از آمار توصیفی استفاده شد. در بخش آمار استنباطی نیز از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده گردید. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۹ انجام شد.

### نتایج

تعداد بیمارستان‌های مورد مطالعه ۱۲ بیمارستان بود که اکثر بیمارستانها بر طبق یافته‌ها دارای وضعیت مناسب پاسخگویی بودند. وضعیت پاسخگویی عملکرد نشان داد که نه بیمارستان در وضعیت "خوب" و سه بیمارستان در وضعیت متوسط هستند. به طور کلی وضعیت پاسخگویی عملکرد بیمارستان‌ها در وضعیت "خوب" قرار داشت.

وضعیت پاسخگویی عملکرد بیمارستان‌ها دارای میانگین ۱/۵۰±۰/۲۲ بود و در وضعیت "خوب" یا متوسط به بالا قرار داشت. البته انحراف معیار بالا در اکثر بیمارستان‌ها نشانگر این است که داده‌ها نسبت به میانگین پراکنده‌اند و به همگی ابعاد به یک میزان توجه نشده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار ابعاد مورد بررسی در بیمارستان‌های مورد مطالعه

بُعد	حداقل	حداکثر	کل
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
برنامه‌ریزی استراتژیک	۱/۴۰±۰/۸۹	۲±۰	۱/۸۵±۰/۲۱
اندازه‌گیری عملکرد	۰/۸۰±۱/۰۹	۲±۰	۱/۴۵±۰/۳۲
محرک‌ها	۰/۲۵±۰/۵۰	۲±۰	۱/۳۳±۰/۵۰
نقش‌ها و مسئولیت‌ها	۱/۴۳±۰/۵۳	۲±۰	۱/۵۸±۰/۱۹
تناسب قابلیت‌ها و انتظارات عملکرد	۱±۰/۹۴	۲±۰	۱/۵۳±۰/۲۹
پایش و گزارش‌دهی عملکرد	۰/۶۴±۰/۹۲	۲±۰	۱/۶۵±۰/۴۰
مشارکت ذی‌نفعان	۰/۵۰±۰/۸۳	۲±۰	۱/۱۲±۰/۴۶
بهبود عملکرد	۰/۷۵±۰/۹۵	۲±۰	۱/۵۰±۰/۳۸
کل	۱/۲۳±۰/۸۹	۰/۲۹±۱/۸۸	۱/۵۰±۰/۲۲

عملکرد" نیز شدت کمتری را نسبت بقیه دارا بود (r=۰/۵۹۹). همبستگی بقیه‌ی ابعاد نیز به این صورت بود: برنامه‌ریزی استراتژیک (r=۰/۶۸۴)، تناسب قابلیت‌ها و انتظارات (r=۰/۷۷۴)، پایش و گزارش‌دهی عملکرد (r=۰/۷۴۸)، مشارکت ذی‌نفعان (r=۰/۶۹۵) و بهبود عملکرد (r=۰/۷۰۰).

همچنین آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که همبستگی مثبت و معنی‌داری بین پاسخگویی عملکرد و همگی ابعاد آن بجز بُعد "محرک‌ها" وجود دارد. این ارتباطات از لحاظ شدت رابطه در حد قوی بودند و بُعد "نقش‌ها و مسئولیت‌ها" بیشترین شدت رابطه را داشته (r=۰/۸۱۱) و بُعد "اندازه‌گیری

## بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش ۱۲ بیمارستان مورد بررسی قرار گرفت. بُعد برنامه ریزی استراتژیک بیشترین میانگین ( $1/85 \pm 0/21$ ) و بُعد مشارکت ذی نفعان کمترین میانگین ( $1/12 \pm 0/46$ ) را داشتند. در مطالعه‌ی گوهری از بین ابعاد فرهنگی، مالی، ساختاری، قانونی، اطلاع رسانی، عملکردی و اخلاقی، بیشترین میانگین مربوط به بُعد ساختاری و کمترین آن مربوط به بُعد اطلاع رسانی بود. تیموری نژاد (۲۴) نیز نبود شفافیت و برنامه ریزی برای پاسخگویی را از مشکلات پاسخگویی سازمان دولتی مورد مطالعه‌ی خود دانسته است. مدیریت پاسخگویی فرایندی است برای مدیرانی که مسئولیت دارند. در جهت این هدف تجربیات نشان داده‌اند فرهنگ مدل پاسخگویی یک ابزار بسیار قابل اعتماد است که توانایی تشخیص طیف گسترده‌ای از مشکلات پاسخگویی را دارد و جای تعجب ندارد که این موضوع به همان اندازه که برای موضوعات در مقیاس بزرگ کاربرد دارد برای موضوعات کوچک نیز مناسب است (۲۵).

بر اساس آزمون همبستگی پیرسون، بین همه‌ی متغیرها (بجز محرک‌ها) با پاسخگویی عملکرد رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. این به این معناست که با افزایش هر متغیری، متغیر پاسخگویی نیز افزایش می‌یابد. در نتیجه صرف توان و انرژی بیشتر در هر یک از این ابعاد می‌تواند در نهایت منجر به بهبود وضعیت پاسخگویی بیمارستان‌ها شود. در مطالعه‌ی گوهری و همکاران نیز بین همه‌ی متغیرهای مورد مطالعه در مورد پاسخگویی عملکرد بیمارستان‌ها رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود داشت (۱۵) که این نتایج با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارند. مطالعه‌ی جوادی نیز نشان داد که بین عدالت سازمانی و پاسخگویی از دید پرستاران ارتباط مستقیم و معناداری وجود دارد (۳). پاسخگویی در بیمارستان مشابه مهندسی معکوس در طراحی تولیدات صنعتی دانست که غفلت از آن ممکن است خروجی‌ها را در کمترین رده‌ی موجود قرار دهد (۱۹) در نتیجه استفاده از یک لنز پاسخگویی می‌تواند به چند هدف منجر شود، اول کمک به ایجاد یک دید گسترده در اصلاح نظام سلامت، دوم تشخیص ارتباطات در مداخلات بهبود فردی و سوم نشان دادن شکافی که به توجه سیاست‌گذاران نیاز دارد. این نتایج می‌تواند عملکرد سیستم را افزایش دهد، ارائه‌ی خدمات را بهبود بخشد و به سیاست‌گذاران کمک نماید (۲۶). از آنجایی که ضعف در پاسخگویی عملکرد می‌تواند موجب اختلال در کار بیمارستان و نارضایتی بیماران شود، رسیدگی به این موضوع بحثی است که همیشه باید اولویت کاری مدیران بخش سلامت باشد. همچنین با توجه به وضعیت کنونی پاسخگویی عملکرد بیمارستان‌ها و اهمیت آن، تقویت ابعاد دارای نقاط ضعف باید در اولویت کاری مدیران و سیاست‌گذاران قرار گیرد.

در مطالعاتی نیز شکاف کیفیت خدمات بررسی شده است که در بعضی از موارد بیشترین شکاف در بعد پاسخگویی بوده است. در این مورد می‌توان به پژوهش‌های مقبل (۲۰)، پژوهش کبریایی (۲۱)، لیم<sup>۲</sup> (۲۲) و کاریدیس<sup>۳</sup> (۲۳)، اشاره کرد که بیشترین شکاف کیفیت در بعد پاسخگویی دیده شده است. مقایسه‌ی یافته‌ها در مورد پاسخگویی بیمارستان‌ها در طول این چند سال نشان می‌دهد که میزان پاسخگویی افزایش یافته است. به طور مثال در بیمارستان حضرت رسول، مقایسه‌ی نتایج سال ۱۳۸۲ با نتایج ۱۳۹۲ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌ی پاسخگویی افزایش یافته است.

<sup>۱</sup>- Dickert & Kass

<sup>۲</sup>- Lim

<sup>۳</sup>- Karydis

بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تهران: ۱۳۹۲" در مقطع کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در سال ۱۳۹۲ و کد ۷۹۸ می باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران اجرا شده است. نویسندگان مقاله از تمامی مدیران و مسئولین بیمارستان‌هایی که در این مطالعه همکاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

کردند برای ارتقای وضعیت خود از الگوهای عملکردی دیگر بیمارستان‌ها که وضعیت بهتری دارند استفاده نمایند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه تحت عنوان "رابطه‌ی توانمندی روان‌شناختی مدیران با نظام پاسخگویی عملکرد

## References

1. Davoodi S. Health and Its Determinate. Tehran: Contemporary Works; 2007.
2. Griffin D. Hospitals: What They are and How They Work. Tehran: Army University of Medical Sciences and University Jihad Organization; 2006.
3. Javadi M, Karimi S, Reisi AR, Yaghoubi M, Kadkhodaie M. Organizational Justice and Responsiveness in Selected Private and Public Hospitals of Isfahan. Scientific Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2011;9(4):11. [persian].
4. Zineldin M. The quality of health care and patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2006;19(1):60-92.
5. Turner M, Hume D. Governance, Administration, and Development Making the State Work[A. Monavarian, trans]. Tehran: State Management Training Center; 2001.
6. Javadi M, Yaghoobi M, Reisi A, Mandegar H, Ayoobian A. A Study of Non-Medical Aspects of Health Services Provided to Patients in Selected Hospitals of Isfahan: Responsiveness. Health Information Management. 2011;8(5):717. [persian].
7. Brinkerhoff DW. Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. Health policy and planning. 2004;19(6):371-9. Epub 2004/10/02.
8. Johnston JM, Romzek BS. Contracting and accountability in state medicare reform: Rhetoric, theories, and reality. Public Admin Rev. 1999;14(5):383-99.
9. Ebrahim A. Accountability in practice: Mechanisms for NGOs. World Development. 2003;31(5):813-29.
10. Thompson JM. Understanding and Managing Organizational Change: Implications for Public Health Management. J Public Health Management Practice. 2010;16(2):167-73.
11. Bayat M. Performance Accountability System Survey in Hazrat-E-Rasool Hospital in Tehran:2004. Tehran: Iran University of Medical Sciences and Health Services; 2004.
12. zahedi Sh, khanloo N. Foresight of Iran Health & Hygiene's NGOs Accountability Journal of Agricultural Science and Technology. 2011(21):47. [Persian].
13. Manuel J, Crowe M. Clinical responsibility, accountability, and risk aversion in mental health nursing: A descriptive, qualitative study. International journal of mental health nursing. 2014. Epub 2014/02/20.
14. Chan M, Kazatchkine M, Lob-Levyt J, Obaid T, Schweizer J, Sidibe M, et al. Meeting the demand for results and accountability: a call for action on health data from eight global health agencies. PLoS Med. 2010;7(1):e1000223.
15. Gohari M, Tabibi SJ, Nasiripour A, Mahboubi M. Seven Dimensions Of Accountability In Iran's Teaching Hospitals: A National Study Payavard Salamat. 2012;6(4):255-64. [Persian].
16. Tabibi SJD, Nasiripour AA, Gohari MR. Educational Hospitals Accountability of Iran from the Perspective of Veterans. Iranian Journal of War and Public Health. 2013;5(17):1.
17. Dickert N, Kass NE. Understanding respect: learning from patients. Journal of medical ethics. 2009;35(7):419-23.
18. Pongsupap Y, Lerberghe WV. Choosing between public and private or between hospital and primary care: responsiveness, patient centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. Tropical Medicine & International Health. 2006;11(1):81-9.
19. Mahboubi M, Tabibi J, Ghahramani F, Nasiripour AA, Gouhari MR. A Model for Evaluation and Validation of Different Dimensions of Accountability in Teaching Hospitals in Iran: 2012 Journal of Health Administration. 2013;51(6):73-85.
20. Moqbel Baarz A, Mohammadi A. Quality of primary health care services provided in health centers in Fars province, Shiraz University. Journal of Humanities and Social Sciences. 2004;19(2).
21. Kebraie A, Akbari F. Gaps in health care quality primary health care services provided by the city of Kashan. Journal of Qazvin University of Medical Sciences. 2004;8(2):88. [Persian].
22. Lim P, Tang N. A study of patients' expectations and satisfaction in singapore hospitals. Int J Health care Quality Assurance 2000;13:290-9.
23. Karydis A, Komboli M, Hatzigeorgiou D, Panis V. Expectations and perceptions of Greek patients regarding the quality of dental health care. International Journal for Quality in Health Care. 2001;13(5):409-16.
24. Timori Nejad K. Accountability system in the municipality of tehran: research on how urban services and citizen satisfaction. Tehran: Alame Tabatabai University, School of Accounting and Management; 2004.
25. Grimshaw J, Baron G, Mike B, Edwards N. How to combat a culture of excuses and promote accountability. Strategy & Leadership. 2006;34(5):11-8.
26. Derick WB. Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. Health policy and planning. 2004;19(6):371- 9.

## Situation Analysis of Performance Accountability in Teaching Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Sciences

Mohseni.M<sup>1</sup>, Seyedin.SH\*<sup>2</sup>, Hosseini.AF<sup>3</sup>, Gharasi Manshadi.M<sup>4</sup>, Asadi.H<sup>5</sup>

Submitted: 2014.4.28

Accepted: 2015.3.30

### Abstract

**Background:** hospital is one of the most key institutions in the modern health care system and accountability is the most essential organizational functions. Accountability strengthens the main factors to responsibility regarding functions by pushing them up. This study aimed at assessing the situation analysis of performance accountability in teaching hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences

**Materials and Methods:** This descriptive and analytical study performed at 12 teaching hospitals of Tehran University of Medical Sciences in 2013. Data collection performed by performance accountability checklist. Analysis was done by SPSS software version 19 using descriptive and analytical statistics test (Pearson correlation coefficient).

**Results:** In general, the condition of accountability for hospitals' performance (Mean =1.5 from 2) measured "good"(moderate to high). Strategic planning dimension achieved the highest score (Mean±SD:1.85±0.21) and Stakeholder Participation had the lowest score (Mean±SD: 1.12±0.46). There was a positive significant correlation between all variables (except Motivation) and performance accountability.

**Conclusion:** Weakness in any part of performance can affect other parts and have negative impact on total hospital performance. Mentioning the current situation of accountability for hospitals' performance and its importance, reinforcing weak dimensions and addressing deficiencies in performance accountability should be consider as managers' top priority.

**Keywords:** Performance accountability, Managers, Hospital

1.MSc Student in Health Services Management, Department of Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2.PhD, Associate professor, School of Health Management and Information Sciences Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (\*Corresponding Author) Email: h.seyedin@gmail.com Tel: 09127639881

3.Lecturer, Department of Biostatistics, School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4.MSc Student in Health Services Management, Health Management And Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5.PhD Student in Health Services Management , Department of Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran