

مقایسه میزان پاسخ دهی بیمارستان های خصوصی و تامین اجتماعی شهر تهران

محمد عرب^۱، عباس رحیمی فروشانی^۲، علی اکبری ساری^۳، محمد خمرنیا^۴، احمد صادقی^۵، الهام سیاوشی^{۶*}

تاریخ پذیرش: ۹۴/۵/۱۴

تاریخ دریافت: ۹۳/۹/۲۷

چکیده:

زمینه و هدف: سه محور سلامتی، پاسخ دهی و تامین مالی عادلانه به عنوان اهداف اصلی هر سیستم بهداشتی معرفی شده اند. در این پژوهش، میزان پاسخ دهی بیمارستان های خصوصی و تامین اجتماعی شهر تهران در سال ۱۳۹۲ بررسی شد.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به صورت مقطعی در ۱۰ بیمارستان شهر تهران (۲۰ درصد از کل بیمارستان های خصوصی و تامین اجتماعی شهر تهران: ۸ بیمارستان خصوصی و ۲ بیمارستان تامین اجتماعی) انجام شد. جامعه پژوهش را کلیه بیماران بستری و سرپایی مراجعه کننده به این بیمارستان ها در سال تحقیق تشکیل داده که از بین آنها ۳۳۳ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه پیمایش جهانی سلامت سازمان جهانی بهداشت که روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته شد استفاده گردید. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون های آماری کروسکال والیس و من ویتنی توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۷ تحلیل گردید.

نتایج: میانگین نمره پاسخ دهی از دیدگاه بیماران بستری و سرپایی به ترتیب $3/7 \pm 0/60$ و $4/1 \pm 0/71$ به دست آمد. میانگین نمره پاسخ دهی از دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان های خصوصی و تامین اجتماعی به ترتیب $3/2 \pm 0/82$ و $4/4 \pm 0/46$ و برای بیماران سرپایی $3/8 \pm 0/58$ و $3/5 \pm 0/63$ برآورد شد. همچنین میانگین نمره پاسخ دهی در بیمارستان های خصوصی (۴/۴) بالاتر از بیمارستان های تامین اجتماعی (۳/۲) ارزیابی شده و این تفاوت از دیدگاه بیماران معنادار بود ($P < 0/01$).

نتیجه گیری: ابعاد پاسخ دهی در بیمارستان های مورد مطالعه در حد متوسط به بالا ارزیابی گردید. این میزان در بیمارستانهای خصوصی نسبت به تامین اجتماعی دارای وضعیت بهتری بود. پیشنهاد می شود تا مدیران بیمارستان ها بیشتر به مشتری و مکانیزم هایی جهت پاسخ دهی بهتر و ارائه خدمات با کیفیت تر توجه کنند.

کلمات کلیدی: پاسخ دهی، بیمارستان خصوصی، بیمارستان تامین اجتماعی، بیمار بستری، بیمار سرپایی

^۱ استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، تهران.

^۲ دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۳ دانشیار، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

^۴ مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران.

^۵ دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۶ کارشناسی ارشد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (*نویسنده مسئول)

آدرس الکترونیکی: Siavashiel@gmail.com

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت^۱ (WHO) برای ارزیابی عملکرد نظام های سلامت سه محور را به عنوان اهداف اصلی هر سیستم سلامت معرفی می کند: (۱) سلامتی؛ حفظ و بهبود سلامت جمعیت، (۲) تامین مالی عادلانه و حفاظت از خطر مالی؛ تضمین اینکه خانوارها فقیر نشوند یا سهم زیادی از درآمدشان را در فراهم کردن مراقبت های سلامت از دست ندهند، و (۳) پاسخ دهی؛ افزایش پاسخگویی سیستم سلامت به انتظارات قانونی افراد برای ابعاد غیر بالینی تعاملات آنها با سیستم سلامت (۱-۳).

هدف سوم WHO با عنوان پاسخ دهی، بر پاسخ به انتظارات منطقی افراد در مورد جنبه های غیر پزشکی نظام سلامت اشاره دارد. انتظارات منطقی نیز همان اصول شناخته شده و مورد قبول و یا قوانین و استانداردها هستند (۴). پاسخ دهی همچنین با خرسندی و خوشایندی بیمار همراه است که این رضایت و خرسندی از جنبه های غیر پزشکی خدمات معمولاً با جواب دادن دستورات درمانی، اقدام سریع در مورد بیمار، درک بهتر و حفظ اطلاعات پزشکی بیمار ارتباط دارد (۵).

از آنجا که پاسخ دهی به عنوان یک هدف نهایی می تواند بدون تاثیر بر دیگر اهداف نهایی افزایش یابد و نیز تا حدی مستقل از آنها است، این مزیت را دارد که تحت تاثیر دیگر اهداف قرار نگرفته و رفاه اشخاص را به خودی خود افزایش دهد (۲).

پاسخگویی فرایندی است که تمام سازمان های خدماتی اعم از بیمارستان ها نیازمند اجرای آن به منظور مشروعیت بخشیدن به فعالیت های خود می باشند، چنانکه گوهری در مطالعه خود (۱۳۹۱) بیان کرده است پاسخ دهی بیمارستان های تهران ۳/۲ و در حد متوسط می باشد (۶). همچنین در مطالعه انجام شده در اصفهان (۱۳۹۲) مشخص شد که حتی میزان پاسخ دهی در بیمارستان های هیات امنایی نیز پایین می باشد (۷). در مطالعه دیگری که در بیمارستان های پنج نقطه از کشور انجام شده بود (۱۳۹۱) میانگین پاسخ دهی بیمارستان ها متوسط گزارش شده بود (۸).

علاوه بر ذاتی بودن پاسخ دهی برای اهداف بهداشت و درمان، پاسخ دهی به دلایل زیر نیز دارای اهمیت است: پرداختن به انتظارات قانونی افراد در بطن عملکرد تولید سیستم سلامت قرار دارد؛ پاسخ دهی مفهومی بنیادی است، چرا که به حقوق اساسی بشر مربوط است؛ نظام سلامت می تواند برخی از عناصر پاسخ دهی را بدون سرمایه گذاری های سنگین بهبود بخشد؛ بهبود در پاسخ دهی ممکن است قبل از

تغییر در عملکرد سایر اهداف نهایی بدست آید؛ شواهدی از کشورهای در حال توسعه وجود دارد مبنی بر اینکه بیماران راضی احتمال بیشتری دارد که از دستورات درمانی پزشکی پیروی کنند، اطلاعات بیشتری در مورد مراقبت های سلامتی خود به ارائه کننده بدهند و استفاده از خدمات درمانی را تداوم بخشند (۹و۱۱-۱۱). علاوه بر این، ارتقای پاسخ دهی می تواند باعث افزایش احساس آسایش و نیز همکاری بهتر مردم در بهره گیری از خدمات سلامت شود و منجر به بهبود سلامت افراد گردد (۱۲).

از نظر سازمان جهانی بهداشت برای اندازه گیری پاسخ دهی هشت حیطه را بایستی مورد توجه قرار داد که شامل استقلال فردی^۲؛ دخالت در تصمیم گیری، احترام به حقوق برای انتخاب آگاهانه، حق انتخاب^۳؛ داشتن حق انتخاب ارائه دهنده، وضوح ارتباطات^۴؛ شفاف بودن ارتباطات، محرمانگی^۵؛ رازداری از اطلاعات شخصی، شأن انسانی^۶؛ درمان و ارتباطات توأم با احترام، توجه سریع^۷؛ انتقال سریع و داشتن زمان انتظار کم، کیفیت محیط ارائه خدمات^۸؛ داشتن راحتی و ایمنی مبتنی بر کیفیت، دسترسی به خانواده و حمایت اجتماعی و حق ملاقات^۹؛ حمایت اجتماعی است. این هشت حیطه در دو جزء اصلی احترام به افراد (شأن انسانی، رازداری، اختیار و خود مختاری فرد و ارتباط شفاف) و مشتری محوری (توجه سریع، کیفیت محیط، حق انتخاب ارائه دهنده و حمایت اجتماعی) دسته بندی می شود (۳، ۱۳، ۱۴).

مشابه بسیاری از سیستم های سلامت در دنیا، دستیابی به میزان پاسخ دهی کافی در ایران نیز یک چالش است (۱۴) چرا که در مطالعه انجام شده توسط WHO، با هدف برآورد میزان پاسخ دهی سیستم های مراقبت سلامت ۱۹۱ کشور عضو، پاسخ دهی سیستم مراقبت سلامت ایران در جایگاه ۱۰۰ در بین ۱۹۱ کشور دنیا رتبه بندی شده است (۱۵). علاوه بر این، یکی از اهداف کلان چشم انداز نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۴۰۴، دستیابی به جایگاه اول منطقه در پاسخ دهی به نیازهای غیر پزشکی خدمت گیرندگان (بخش سرپایی و بستری/دولتی و غیردولتی) و رسیدن به میزان پاسخ دهی ۹۰ درصد تا پایان برنامه است.

مطالعات مختلفی در زمینه پاسخ دهی سازمان های بهداشتی درمانی در کشور انجام شده است که برخی از آنها با

² Autonomy

³ Choice of health care provider

⁴ Communication

⁵ Confidentiality

⁶ Dignity

⁷ Prompt attention

⁸ Quality of basic amenities

⁹ Access to social support

¹ World Health Organization

پاسخ دهندگان و سوالاتی جهت سنجش میزان پاسخ دهی بیمارستان ها از دیدگاه مراجعه کنندگان بود که در قالب دو بعد کلی احترام به فرد (شامل: شان و منزلت، ارتباطات شفاف، استقلال فردی، راز داری) و بعد مشتری مداری (شامل: توجه فوری، حق انتخاب، کیفیت و ایمنی، حمایت اجتماعی) به اندازه گیری پاسخ دهی سازمان های ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی از دیدگاه بیماران سرپایی و بستری پرداخت. پرسشنامه ی مورد استفاده جهت برآورد میزان پاسخ دهی از دیدگاه بیماران بستری تمامی ابعاد نامبرده را شامل می شد اما برای بیماران سرپایی بعد حمایت اجتماعی مطابق با پرسشنامه WHO وجود نداشت. نحوه امتیاز دهی به سوالات بر اساس طیف پنج گزینه ای لیکرت (۱-۵)، با حداقل نمره یک و با حداکثر نمره ۵ تعیین گردید.

روایی و پایایی پرسشنامه مذکور قبلا مورد بررسی قرار گرفته بود (۱۷، ۱۶) با این حال با توجه به اینکه مطالعه حاضر در بیمارستان های تهران انجام شد روایی و پایایی مورد بررسی مجدد قرار گرفت. روایی ابزار مورد استفاده، توسط متخصصین و اساتید مربوطه در حوزه مدیریت نظام سلامت مورد تایید قرار گرفت. برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش Test-Retest استفاده گردید. بدین منظور تعداد ۳۰ پرسشنامه در ۴ بیمارستان (۳ بیمارستان خصوصی و ۱ بیمارستان تامین اجتماعی) و در فاصله زمانی یک هفته توزیع گردید که در نهایت پس از تجزیه و تحلیل داده ها، میزان ضریب همبستگی $\alpha = 0.83$ به دست آمد و پایایی آن مورد تایید مجدد قرار گرفت.

جهت تعیین نمره ابعاد پاسخ دهی به تفکیک گروه ها و بیمارستان های مورد مطالعه، از آمار توصیفی مانند جداول فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید. همچنین از رگرسیون لجستیک جهت بررسی همزمان اثر متغیرها بر پاسخ دهی استفاده شد. داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS17 مورد تحلیل قرار گرفت. این مطالعه مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران قرار گرفته است. شرکت در این مطالعه برای افراد به صورت اختیاری بوده و این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات آنها به صورت محرمانه باقی خواهد ماند.

یافته ها

از تعداد ۳۳۳ پرسشنامه توزیع شده، همین تعداد نیز جمع آوری و مورد تحلیل قرار گرفت. یافته های مطالعه نشان داد، اکثر افراد (۵۸/۲ درصد) زن بوده و بیشتر آنها (۵۱/۲ درصد) نیز در گروه سنی ۳۱-۵۷ سال قرار داشتند. حدود ۷۰ درصد افراد متاهل و مدرک تحصیلی بیشتر آنها (۶۳/۵ درصد) دیپلم و پایین تر بود.

استفاده از پرسشنامه محقق ساخته انجام شده بود و برخی دیگر که با پرسشنامه استاندارد جهانی WHO انجام شده بود در سایر شهرها (۱۶) و یا بر روی خانوارها (۱۷) انجام گرفته بود. بنابراین با عنایت به مطالب فوق، هدف از انجام این پژوهش، ارزیابی میزان پاسخ دهی بیمارستان های خصوصی و تامین اجتماعی شهر تهران از دیدگاه بیماران بستری و سرپایی با استفاده از پرسشنامه جهانی WHO و ارائه اطلاعاتی به مدیران و سیاستگذاران در زمینه بهبود پاسخ دهی در بیمارستان های کشور می باشد.

روش کار:

مطالعه حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی می باشد که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۲ انجام پذیرفته است. جامعه پژوهش شامل بیماران بستری و سرپایی (شامل اورژانس و درمانگاه) مراجعه کننده به بیمارستان های خصوصی و تامین اجتماعی شهر تهران بوده است که از بین آنها تعداد ۱۰ بیمارستان به صورت تصادفی انتخاب گردید (۸ بیمارستان خصوصی و ۲ بیمارستان تامین اجتماعی). به گونه ای که تعداد بیمارستان های انتخابی حدود ۲۰ درصد از کل بیمارستان های خصوصی و تامین اجتماعی شهر تهران بوده است. حجم نمونه بر اساس فرمول زیر ۳۳۳ نفر محاسبه گردید که برای هر بیمارستان تعداد ۳۳ نمونه در نظر گرفته شد. از آنجا که بیمارستان های انتخاب شده از لحاظ تعداد تخت و همچنین تعداد بیماران مراجعه کننده تقریباً در سطح یکسانی قرار داشتند، لذا تعداد نمونه ها در آنها برابر انتخاب گردید. سپس به نسبت تعداد بیماران بستری و سرپایی دوره های قبل همان بیمارستان، تعداد نمونه برای بیماران بستری و سرپایی جداگانه محاسبه شد. تعداد نمونه های بدست آمده از مجموع بیماران بستری (بین چهار بخش جراحی، داخلی، زنان و زایمان و اطفال با توجه به نسبت بیماران هر یک از این بخش ها) ۷۰ نفر و برای بیماران سرپایی شامل اورژانس و درمانگاه ۲۶۳ نفر تعیین گردید. در نهایت نمونه ها از هر یک از این بخش ها به صورت تصادفی ساده انتخاب گردید. با توجه به اینکه نمونه گیری به صورت تصادفی بوده است، در صورت عدم تمایل بیماران به پاسخ دهی، فرد دیگری به طور تصادفی انتخاب شد، بنابراین درصد تکمیل پرسشنامه ۱۰۰ درصد بوده است.

$$n = \frac{z^2 \times S^2}{d^2}$$

جهت گردآوری اطلاعات، از بخشی از پرسشنامه "پیمایش سلامت جهانی" سازمان جهانی بهداشت که در سال ۲۰۰۳ به منظور سنجش عملکرد نظام های سلامت بر اساس اهداف سه گانه نظام های سلامت تدوین شده، استفاده گردید. این پرسشنامه مشتمل بر دو قسمت، ویژگی های دموگرافیک

میانگین نمرات پاسخ دهی بیمارستان های خصوصی و تامین اجتماعی به تفکیک بیماران سرپایی و بستری در جداول شماره ۱ و ۲ آورده شده است. قابل ذکر است که طبق پرسشنامه WHO بعد حمایت اجتماعی برای بیماران سرپایی مورد سنجش قرار نمی گیرد (۱۶،۱۷).

یافته های مطالعه بیانگر این بود که پرداخت هزینه های بیشتر مراجعه کنندگان به طور کلی (۴۸.۷٪) از طریق بیمه و کمترین میزان از طریق پرداخت از جیب بوده است. در بیمارستان های تامین اجتماعی هزینه ها تماما از طریق بیمه (۱۰۰٪) پرداخت شده است و در بیمارستان های خصوصی پرداخت هزینه ها بیشتر از طریق پرداخت از جیب و بیمه تواما (۳۷.۸٪) بوده است.

جدول ۱- وضعیت نمره ابعاد پاسخ دهی بیمارستان های مورد مطالعه از دیدگاه بیماران سرپایی

نوع بیمارستان		وضعیت کلی	ابعاد پاسخ دهی	
تامین اجتماعی	خصوصی		انحراف معیار \pm میانگین	
انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	شان و منزلت	احترام به فرد
۳/۴ \pm ۰/۶۸	۳/۷ \pm ۰/۸۵	۳/۷ \pm ۰/۸۲	ارتباطات شفاف	
۳/۴ \pm ۰/۸۵	۳/۷ \pm ۰/۸۴	۳/۶ \pm ۰/۸۵	استقلال فردی	
۳/۵ \pm ۰/۷۶	۳/۵ \pm ۰/۸۱	۳/۵ \pm ۰/۸۰	محرمانگی	مشتری محوری
۳/۶ \pm ۰/۹۳	۳/۸ \pm ۰/۷۱	۳/۷ \pm ۰/۷۶	توجه فوری	
۳/۷ \pm ۰/۸۶	۴ \pm ۰/۶۴	۳/۹ \pm ۰/۶۹	انتخاب ارائه دهنده	
۳/۵ \pm ۰/۷۷	۴/۱ \pm ۰/۷۲	۳/۹ \pm ۰/۷۷	کیفیت محیط	
۳/۲ \pm ۰/۹۹	۳/۹ \pm ۰/۸۴	۳/۷ \pm ۰/۹۱	پاسخ دهی کل	
۳/۵ \pm ۰/۶۳	۳/۸ \pm ۰/۵۸	۳/۷ \pm ۰/۶۰		

* حداقل نمره ۱ و حداکثر نمره ۵ می باشد

اجتماعی (۳/۵ \pm ۰/۶۳) از وضعیت بهتری برخوردار بوده است. در مجموع، میانگین نمره ابعاد مشتری محوری از ابعاد احترام به فرد در وضعیت بهتری قرار داشته است.

همان طور که یافته های جدول شماره ۱ نشان می دهد نمره پاسخ دهی بیمارستان های مورد مطالعه از دیدگاه بیماران بستری ۳/۷ \pm ۰/۶۰ بوده است که این میزان در بیمارستان های خصوصی (۳/۸ \pm ۰/۵۸) نسبت به تامین

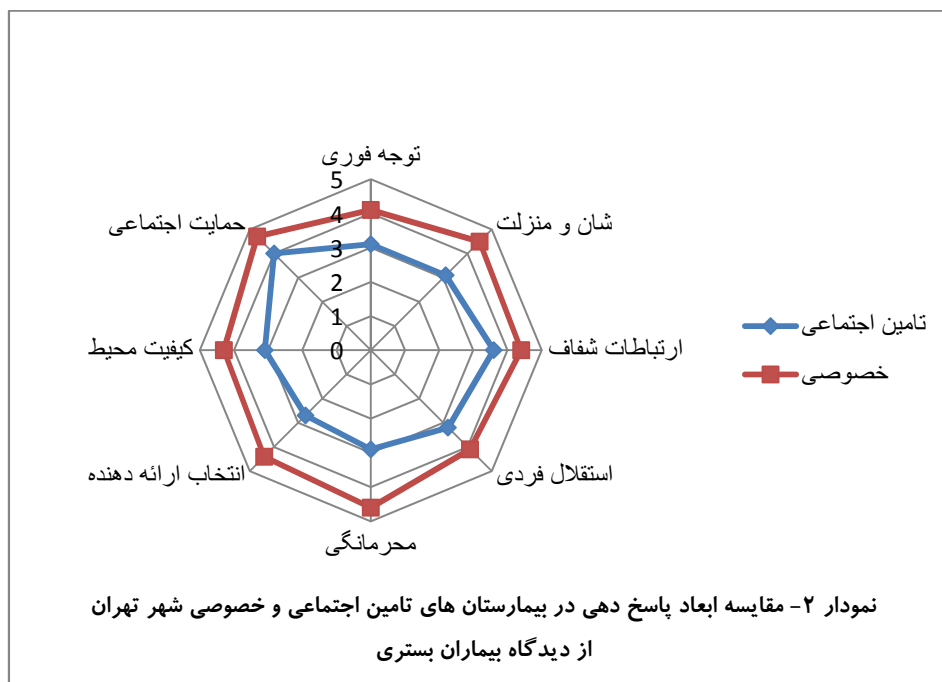
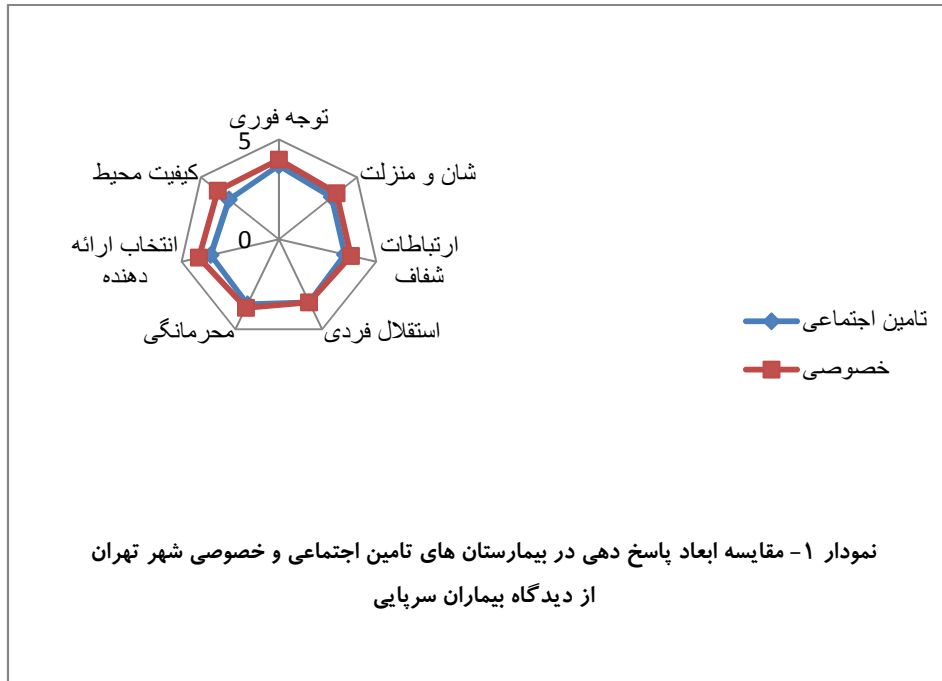
جدول ۲- وضعیت نمره ابعاد پاسخ دهی بیمارستان های مورد مطالعه از دیدگاه بیماران بستری

نوع بیمارستان		وضعیت کلی	ابعاد پاسخ دهی	
تامین اجتماعی	خصوصی		انحراف معیار \pm میانگین	
انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	توجه فوری	احترام به فرد
۳/۱ \pm ۱/۲۶	۴/۱ \pm ۰/۶۲	۳/۹ \pm ۰/۸۸	شان و منزلت	
۳/۱ \pm ۱/۱۶	۴/۵ \pm ۰/۶۸	۴/۲ \pm ۰/۹۷	ارتباطات شفاف	
۳/۶ \pm ۱	۴/۴ \pm ۰/۸۰	۴/۲ \pm ۰/۸۹	استقلال فردی	مشتری محوری
۳/۲ \pm ۱/۱۲	۴/۱ \pm ۰/۷۶	۳/۹ \pm ۰/۹۳	محرمانگی	
۲/۹ \pm ۱/۲۶	۴/۶ \pm ۰/۶۱	۴/۲ \pm ۱/۰۳	انتخاب ارائه دهنده	
۲/۷ \pm ۱/۱۲	۴/۴ \pm ۰/۶۸	۴/۱ \pm ۱/۰۳	کیفیت محیط	
۳/۱ \pm ۱/۳۵	۴/۳ \pm ۰/۸۲	۴ \pm ۱/۰۵	حمایت اجتماعی	پاسخ دهی کل
۴ \pm ۰/۷۲	۴/۷ \pm ۰/۴۴	۴/۶ \pm ۰/۵۷		
۳/۲ \pm ۰/۸۲	۴/۴ \pm ۰/۴۶	۴/۱ \pm ۰/۷۱		

* حداقل نمره ۱ و حداکثر نمره ۵ می باشد

دارای وضعیت بهتری بوده است. همچنین، میانگین نمره پاسخ دهی در بیمارستان های خصوصی بالاتر از بیمارستان های تامین اجتماعی ارزیابی شده و تفاوت بین این دو دسته بیمارستان از نظر میزان پاسخ دهی، هم از دیدگاه بیماران سرپایی و هم بیماران بستری معنادار بوده است ($P < 0.001$). در نمودار یک و دو، ابعاد پاسخ دهی بیمارستان های خصوصی و تامین اجتماعی به تفکیک بخش سرپایی و بستری مقایسه شده است.

یافته های جدول ۲ نیز نشان می دهد، نمره پاسخ دهی بیمارستان های مورد مطالعه از دیدگاه بیماران سرپایی $4/1 \pm 0/71$ بوده است که این میزان در بیمارستان های خصوصی $(4/4 \pm 0/46)$ نسبت به تامین اجتماعی $(3/2 \pm 0/82)$ از وضعیت بهتری برخوردار بوده است. در مجموع می توان گفت بعد مشتری محوری نسبت به بعد احترام به فرد در وضعیت بهتری قرار داشته است. در مجموع، نتایج مطالعه نشان داد نمره پاسخ دهی بیمارستانها از دیدگاه بیماران بستری نسبت به بیماران سرپایی



بیمار، درآمد، نحوه پرداخت هزینه ها (پرداخت از جیب، بیمه، هر دو)، و نوع بیمه، فقط متغیرهای نوع بیمارستان، جنس، مدت اقامت و نوع بیمه با پاسخ دهی کلی معنادار شد. سپس، جهت بررسی همزمان اثر متغیرهای مستقل معنادار از رگرسیون لجستیک استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ آمده است.

برای بیماران سرپایی پس از انجام آزمون های تحلیلی من ویتنی و کروسکال والیس بین متغیر پاسخ دهی کلی و متغیرهای نوع بیمارستان (تامین اجتماعی، خصوصی)، نوع مراجعه (شخصی، غیر شخصی)، محل دریافت خدمت (اورژانس، درمانگاه)، جنس بیمار، سن بیمار، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، تعداد اعضای خانواده، مدت اقامت

جدول ۳: بررسی همزمان اثر متغیرهای مستقل نوع بیمارستان، جنس، مدت اقامت و نوع بیمه بر احتمال پاسخ دهی کلی ضعیف

متغیر	B	SE	P-value	OR	CI
نوع بیمارستان خصوصی	-۰/۶۰۳	۰/۳۸۰	۰/۱۱۳	۰/۵۴۷	(۰/۲۶۰ ، ۱/۱۵۴)
جنس بیمار زن	-۰/۵۸۶	۰/۳۰۲	۰/۰۵۲	۰/۵۵۶	(۰/۳۰۸ ، ۱/۰۰۵)
مدت اقامت ۱	-۰/۸۸۰	۰/۴۰۲	۰/۰۲۹	۰/۴۱۵	(۰/۱۸۹ ، ۰/۹۱۲)
۲-۳	-۰/۲۲۰	۰/۳۶۱	۰/۵۴۲	۰/۸۰۳	(۰/۳۹۶ ، ۱/۶۲۸)
نوع بیمه پایه	۰/۰۸۹	۰/۳۳۰	۰/۷۸۷	۱/۰۹۳	(۰/۵۷۳ ، ۲/۰۸۶)

بیمار، درآمد، نحوه پرداخت هزینه ها (پرداخت از جیب، بیمه، هر دو)، و نوع بیمه (پایه، مکمل)، بخش بستری (داخلی، جراحی، زنان و زایمان، اطفال)، و شیفت مراقبت (روز، شب، هر دو) فقط متغیرهای تعداد اعضای خانواده، شیفت مراقبت و نوع بیمه با پاسخ دهی کلی معنادار شد. همچنین نتایج آزمون رگرسیون لجستیک برای متغیرهای معنادار و پاسخ دهی کلی در جدول شماره ۴ آمده است.

در مورد مدت اقامت، نتایج نشان می دهد که شانس پاسخ دهی کلی ضعیف با افزایش مدت اقامت کاهش می یابد یعنی با افزایش مدت اقامت بیمار، پاسخ دهی کلی افزایش می یابد. برای بیماران بستری پس از انجام آزمون های تحلیلی من ویتنی و کروسکال والیس بین متغیر پاسخ دهی کلی و متغیرهای نوع بیمارستان (تامین اجتماعی، خصوصی)، نوع مراجعه (شخصی، غیر شخصی)، جنس بیمار، سن بیمار، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، تعداد اعضای خانواده، مدت اقامت

جدول ۴: بررسی همزمان اثر متغیرهای مستقل تعداد اعضای خانواده، شیفت مراقبت و نوع بیمه بر احتمال پاسخ دهی کلی ضعیف

متغیر	B	SE	P-value	OR	CI
تعداد اعضای خانواده ۱-۲	-۰/۵۳۶	۰/۹۲۸	۰/۵۶۳	۰/۵۸۵	(۰/۰۹۵ ، ۳/۶۰۵)
۳	-۱/۰۸۲	۰/۷۳۴	۰/۰۱۴	۰/۳۳۹	(۰/۰۸۰ ، ۱/۴۲۹)
شیفت مراقبت روز	۰/۴۵۵	۰/۷۹۳	۰/۵۶۶	۱/۵۵۷	(۰/۳۳۳ ، ۷/۴۶۶)
شب	-۱/۹۸۳	۰/۹۹۸	۰/۰۴۷	۰/۱۳۸	(۰/۰۱۹ ، ۰/۹۷۲)
نوع بیمه پایه	۱/۶۲۳	۰/۸۰۱	۰/۰۴۳	۵/۰۶۸	(۱/۰۵۵ ، ۲۴/۳۳۹)

داشت (۲۰). همچنین بهترین بعد از نظر عملکرد، بعد محرمانگی بوده است و بدترین بعد، حق انتخاب ارائه دهنده، استقلال و مشارکت بوده است (۱۴).

بعد توجه فوری، در واقع نشان دادن احترام به زمان و احساس بیمار است که در گروه ارائه مراقبت های اورژانسی پزشکی قرار دارد (۴). در این مطالعه، بعد توجه فوری بعدی است که بیشترین نمره پاسخ دهی را از نظر بیماران سرپایی به خود اختصاص داده است. این موضوع نشان دهنده قابل قبول بودن رسیدگی به بیمار در بدو ورود وی است.

هم چنین حق انتخاب ارائه دهنده به عنوان یکی دیگر از ابعادی که بیشترین پاسخ دهی را از دیدگاه بیماران سرپایی داشته است، به معنی دسترسی به پزشک متخصص در صورت تمایل بیمار یا خانواده وی است (۴). انتخاب ارائه دهنده مهم است زیرا احتمال اجرای سایر اجزای پاسخ دهی را افزایش می دهد. افراد اغلب برای موارد متوالی، مایل به مشاوره با ارائه دهنده مراقبت سلامت قبلی هستند. خصوصا وقتی برای همان مشکل مراجعه کرده باشند. مشاوره با پزشک قبلی بر اساس پایه ای منظم نه تنها مزایای مختلفی برای تشخیص و درمانی منظم دارد، بلکه موجب سازشکاری بیشتر بیمار با پزشک از طریق اعتماد بیشتر می شود. از طرف دیگر، حق انتخاب ارائه دهنده برخلاف اجرای کارآمد سیستم ارجاع است و خصوصا در کشورهای در حال توسعه می تواند بار زیادی را بر دوش خدمات متخصصین قرار دهد. در این مطالعه ارزیابی خوب بیماران از حق انتخاب ارائه دهنده می تواند ناشی از این امر باشد که بیماران امکان مراجعه مستقیم به متخصصین را داشته اند، و یا اینکه در مورد ارائه کنندگان مراقبت سلامت مختلف و ویژگی های آنها، آگاهی و اطلاعات لازم را نداشته اند.

استقلال به معنی دادن اطلاعات درباره معالجه و گزینه های درمان و درگیر نمودن بیمار درباره درمان خود می باشد. ترکیبی از مزایا و مضرات در تمام فرایندها وجود دارد، بنابراین افراد باید اطلاعات کامل و صحیحی را درباره فرآیند تشخیص و درمان خود دریافت کنند (۴). مشارکت بیمار در تصمیمات درمانی موضوعی مبتنی بر فرهنگ رایج آن جامعه نیز می باشد. در کشور ایران مدل تصمیم گیری برای سالیان متمادی پدرسالارانه (پزشک تمام اطلاعات مربوط به بیمار را دارد و ارائه کننده مراقبت سلامت تمام تصمیمات مربوط به بیمار را می گیرد) بوده است. اما با گذشت زمان، تغییر در نوع بیماری ها، نگرش بیماران و افزایش اطلاعات در دسترس بیماران، این مدل به سمت مدل تصمیم گیری مشترک (که بر اشتراک اطلاعات و تصمیم گیری بین پزشک و بیمار مبتنی است) تغییر داده است. این همگامی بیمار- ارائه کننده نه تنها

نتایج نشان می دهد که در شیفت شب، شانس پاسخ دهی کلی ضعیف ۰/۱۳ برابر همان شانس در همه شیفت ها است. یعنی پاسخ دهی کلی در شیفت مراقبت شب بهتر از سایر شیفت ها بوده است.

در مورد نوع بیمه، نتایج نشان می دهد که شانس پاسخ دهی کلی ضعیف در افراد با بیمه پایه ۵/۰۶ برابر همان شانس در افراد با بیمه مکمل است یعنی پاسخ دهی کلی به افراد با بیمه مکمل بهتر از پاسخ دهی به افراد با بیمه پایه بوده است.

بحث

با توجه به اینکه پاسخ دهی بیمارستان ها در شهر تهران، به خصوص در بیمارستان های خصوصی و با استفاده از پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت انجام نشده بود، لذا مطالعه حاضر با این هدف انجام گردید. نتایج نشان داد که میانگین نمره پاسخ دهی به جنبه های غیر پزشکی خدمات در بیمارستان های مورد مطالعه در سطح متوسط به بالا (بالتر از نمره میانگین: ۲/۵) بوده است. در واقع می توان گفت میانگین نمره پاسخ دهی در بیمارستان های مورد مطالعه از میانگین کشوری بالاتر بوده است؛ چرا که رتبه پاسخ دهی نظام سلامت ایران بر اساس گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰ و با کسب نمره ۵/۱۶ (در مقیاس صفر تا ده) در بین ۱۹۱ کشور، ۱۰۰ اعلام گردیده است (۱۵). این در حالی است که نتایج یک مطالعه در هشت کشور اروپایی (سوئیس، انگلیس، آلمان، ایتالیا، سوئد، اسپانیا، اسلوانی، هلند) نشان داد بیش از ۵۰ درصد افراد از پاسخ دهی و نحوه ارائه خدمات سیستم سلامت کشورشان رضایت داشته اند (۱۸).

بیشترین نمره پاسخ دهی بیمارستان ها از دیدگاه بیماران سرپایی به طور کلی مربوط به بعد توجه فوری و انتخاب ارائه دهنده بوده و کمترین پاسخ دهی نیز مربوط به بعد استقلال فردی بوده است. در مطالعه کاووسی (۱۷)، و پلتزر (۱۹) بیشترین پاسخ دهی مربوط به بعد محرمانگی و کمترین پاسخ دهی مربوط به انتخاب ارائه دهنده بوده است. همچنین مطالعه دیگری در ایران نشان داد که بیشترین نمره پاسخ دهی مربوط به بعد شان و منزلت و کمترین پاسخ دهی مربوط به بعد استقلال فردی و کیفیت محیط بوده است (۱۴).

پلتزر (۱۸) بیان می کند که در بررسی پاسخ دهی به بیماران سرپایی مسن، بیشترین پاسخ دهی مربوط به کیفیت محیط و کمترین مربوط به توجه فوری دانسته شده است. در مطالعه ده کشور عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه (OECD) در مورد خدمات سرپایی، بهترین عملکرد پاسخ دهی در مورد بعد حق انتخاب مشاهده شد و بدترین ابعاد کیفیت محیط و استقلال فردی بود که با مطالعه حاضر نیز هم خوانی

بعد حق انتخاب مشاهده شده و پایین ترین نمره پاسخ دهی نیز در بعد استقلال فردی بیان شد (۲۰). در مطالعه اصغری نیز بهترین بعد عملکردی استقلال فردی و بدترین بعد توجه فوری بود (۲۲). پلتزر بیان می کند (۱۹) پایین ترین درصد پاسخ دهی مربوط به حق انتخاب ارائه دهنده خدمت بوده است و بالاترین نمره پاسخ دهی مربوط به بعد شان و منزلت بوده است. در مطالعه رشیدیان (۱۴)، افراد بستری همه ابعاد را خوب و خیلی خوب گزارش کردند و بهترین ابعاد از نظر عملکردی شان و محرمانگی و بدترین ابعاد مربوط به استقلال و کیفیت محیط بود. دیدگاه بیماران بستری در مورد پاسخ دهی در مطالعه پلتزر بیانگر این بود که استقلال و توجه فوری کمترین نمره پاسخ دهی را در میان تمام ابعاد پاسخ دهی به خود اختصاص داده و جنبه های مرتبط با کیفیت، محرمانگی و شان بالاترین نمرات پاسخ دهی را دریافت کردند. در مطالعه برامسفلد (۲۳) بهترین بعد از نظر عملکرد در بیماران بستری، محرمانگی و بدترین بعد حق انتخاب، استقلال و مشارکت بود. بعد دسترسی به حمایت خانواده و دوستان شامل حق ملاقات با دوستان و خانواده برای بیمار بستری و نیز حق دریافت غذا و سایر موارد مصرفی از اعضای خانواده در صورت تمایل است. فرصت انجام کارهای مذهبی و فرهنگی و نیز حق انجام درمان های جایگزین نیز در این بعد در نظر گرفته می شود (۲۰). پاسخ دهی بالا برای حمایت اجتماعی می تواند منعکس کننده تاخت زنی بین مسائل مربوط به کیفیت باشد چرا که تسهیلات مراقبت سلامت که به دلیل کمبود منابع، نمی تواند غذایی با کیفیتی خوب ارائه کند یا به مسائل غیر پزشکی توجه کند، قادر است با اجازه دادن به دوستان و خویشاوندان برای برطرف کردن نیاز بیمارشان، این موضوع را جبران نماید (۱۵). پاسخ دهی بالای این بعد از نظر بیماران بستری دور از انتظار نبوده است. چرا که بیمارستان ها به بیماران و خانواده آنها فرصت ملاقات، دریافت غذا در صورتی که با درمان آنها تناقض نداشته باشد، و فرصت انجام کارهای مذهبی را می دهند. از طرف دیگر بیمارستان از طریق ارتباطاتی که با سایر سازمان های رفاهی و حمایتی دارد، از افراد فاقد خانواده یا سرپرست حمایت کرده و آنها را به این سازمان ها معرفی می کند. هر چند نقش این سازمان ها چندان چشمگیر نیست اما نقش این سازمان ها در حال افزایش است.

پاسخ دهی پایین بیمارستان ها به بعد توجه فوری از دیدگاه بیماران بستری می تواند ناشی کمبود منابع مالی و انسانی، فرایند پذیرش و سیستم انتظار نامناسب، و سازماندهی نامناسب نیروی انسانی جهت رسیدگی سریع تر به بیمار باشد.

باعث پذیرش و سازگاری بیشتر بیمار با روش های درمانی می شود، بلکه تعاملات بیمار-ارائه کننده را نیز بهبود می بخشد و رضایت بیشتری را هم برای ارائه کننده و هم بیمار در پی دارد. علاوه بر بیماران، کارکنان مراکز درمانی نیز باید همگام با این تغییر، رفتار و نگرش خود را از طریق روش های مختلف مانند آموزش تغییر دهند. بدیهی است شروع هر آموزشی که از دانشکده های پزشکی و پیراپزشکی آغاز شود هم هزینه کمتری را در بر می گیرد و هم به طور ریشه ای تری انجام می گیرد. پاسخ دهی پایین بیمارستان ها به بعد استقلال در این مطالعه هم از نظر بیماران سرپایی و هم بستری، ضرورت موارد فوق را نشان می دهد.

مقایسه ابعاد پاسخ دهی از دیدگاه بیماران سرپایی در بیمارستان های خصوصی و تامین اجتماعی نشان داد که در تمامی ابعاد، به جز بعد استقلال که مشابه بودند، پاسخ دهی بیمارستان های خصوصی بیشتر از بیمارستان های تامین اجتماعی بوده است. در مطالعات دیگر نیز پاسخ دهی همه ابعاد در بیمارستان های خصوصی برای بیماران سرپایی بیشتر از دولتی بوده است (۱۶، ۲۱). از آنجا که بیمارستان های خصوصی برای بقا و کسب سود با یکدیگر رقابت می کنند، بدیهی است که از روش های مختلفی جهت جلب مشتری و تضمین رضایت آنها استفاده می کنند. چرا که کسب رضایت یک مشتری موجب جلب مشتریان بیشتری خواهد شد. بیشتر بیمارستان های خصوصی از راهکارهایی همچون تمیزی و زیبایی محیط، ارتباطی شفاف و توأم با احترام با بیمار و خانواده وی، بهره می گیرند تا بیماران بیشتری را جلب کنند. از طرف دیگر کارکنان بیمارستان های تامین اجتماعی نسبت به بیمارستان های خصوصی، به دلیل شلوغی و گردش تخت بیشتر، زمان کمتری جهت رسیدگی به بیمار داشته و همین شلوغی و ازدحام موجب می شود محیط و فضای بیمارستان نیز به پاکیزگی و زیبایی بیمارستان های خصوصی نباشد. این عوامل خود موجب می شود از نظر بیماران پاسخ دهی بیمارستان های خصوصی بیشتر از بیمارستان های تامین اجتماعی بشود.

از دیدگاه بیماران بستری نیز وضعیت پاسخ دهی در همه ابعاد، در بیمارستانهای خصوصی نسبت به تامین اجتماعی وضعیت بهتری داشته است. بیشترین نمره پاسخ دهی بیماران بستری به طور کلی مربوط به بعد حمایت اجتماعی و کمترین نمره نیز مربوط به بعد استقلال فردی و توجه فوری بوده است. در مطالعه کاووسی (۱۷) بیشترین پاسخ دهی نظام سلامت در بخش خدمات بستری مربوط به بعد محرمانگی و کمترین پاسخ دهی مربوط به بعد کیفیت بوده است. در ۱۵ کشور OECD، در مورد خدمات بستری، بالاترین سطح پاسخ دهی در

تاکیدی باشد که وزارت بهداشت نسبت به درمان های بستری دارد.

لازم است تا ابعادی از پاسخ دهی که خوب عمل کرده اند را تقویت و برای ابعادی که عملکرد خوبی نداشته اند تمهیداتی اندیشیده شود. برای این منظور موارد ذیل پیشنهاد می گردد:

- بهبود بعد توجه فوری و کاهش زمان انتظار از طریق دوباره سازمان دهی کردن نیروی انسانی، تسهیلات مراقبت سلامت بزرگتر، استفاده از روش های ابداعی تعیین زمان قرار ملاقات، آموزش و فرهنگ سازی و مهندسی مجدد فرایند پذیرش بیمار در خدمات بستری
- بهبود بعد استقلال فردی از طریق افزایش اعتماد به نفس بیماران جهت مشارکت در تصمیمات تشخیصی و درمانی خود به کمک ارائه اطلاعات لازم و کافی به آنها، و هم چنین به آموزش به پزشکان و دیگر ارائه کنندگان خدمات جهت ارائه اطلاعات لازم به بیمار یا خانواده وی
- بهبود ابعاد شان و منزلت و شفافیت ارتباطات از طریق آموزش کارکنان سلامت و در نظر گرفتن تمهیداتی جهت تشویق کارکنانی که به این ابعاد توجه دارند، و اطلاع رسانی و افزایش آگاهی بیمار از حقوق خود
- بهبود بعد محرمانگی از طریق تامین منابع بیشتر برای تضمین حریم خصوصی، با ایجاد اتاق هایی مجزا برای مشاوره با بیمار و افزایش آگاهی بیماران در زمینه حقوق خود از طریق اطلاع رسانی و فرهنگ سازی
- بهبود بعد حمایت اجتماعی از طریق توسعه برنامه های حمایتی مالی، بیمه ای و روانی، و امضای تفاهم نامه ها با سایر بخش ها و سازمان ها برای حمایت از بیماران نیازمند حمایت های مالی و روانی

تشکر و قدردانی

این مقاله بر گرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی می باشد (۲۴۰/۴۱۲۴). نویسندگان این مقاله بر خود لازم می دانند از مدیریت و بیماران بیمارستان های خصوصی و تامین اجتماعی شهر تهران جهت مشارکت و همکاری در اجرای این پژوهش، تشکر و قدردانی نمایند.

جهت بهبود این بعد می توان از روش های مختلفی استفاده کرد که در بخش پیشنهادات بیان شده است.

بر اساس نتایج تحلیلی مطالعه در مورد بیماران سرپایی، پاسخ دهی با افزایش مدت اقامت بیمار افزایش می یابد. این موضوع می تواند نشانگر آن باشد که با افزایش مدت اقامت، بیماران بیشتر متوجه فعالیت ها و خدمات کارکنان مراکز سلامت شده و ارتباط بهتری نیز بین کارکنان و بیماران برقرار می شود و این عامل می تواند منجر به پاسخ دهی بیشتر و یا دید مثبت تر بیماران نسبت به خدمات کارکنان شود.

همچنین در مورد بیماران بستری، پاسخ دهی در شیفت شب بهتر از سایر شیفت ها بوده است، این موضوع می تواند به این دلیل باشد که بیشتر بیماران در شیفت شب در حال استراحت هستند و نیاز کمتری به رسیدگی دارند و در نتیجه رضایت آنها از کارکنان و بیمارستان خوب ارزیابی شده است. هم چنین در مورد نوع بیمه، پاسخ دهی به افراد با بیمه مکمل بیشتر از پاسخ دهی به افراد با بیمه پایه بیان شده است. اینکه افراد با بیمه مکمل، پاسخ دهی بهتری را بیان داشتند ممکن است ناشی از این امر باشد که، این افراد همان مراجعہ کنندگان به بیمارستان های خصوصی بوده اند. چرا که افراد مراجعه کننده به بیمارستان های خصوصی نسبت به تامین اجتماعی به نسبت بیشتری (۱۱ برابر) بیمه مکمل داشته اند و پاسخ دهی بهتری را نیز بیان کرده اند.

از محدودیت های این پژوهش می توان به عدم همکاری برخی بیمارستان ها و بیماران در اجرای پژوهش اشاره کرد که در این زمینه با هماهنگی دانشگاه و مدیران بیمارستان ها، داده های لازم جمع آوری گردید.

نتیجه گیری

این مطالعه نشان داد که وضعیت پاسخ دهی بیمارستان ها از دیدگاه بیماران در سطح متوسط به بالا ارزیابی گردید. بیمارستانهای خصوصی نسبت به تامین اجتماعی امتیاز بالاتری در ابعاد پاسخ دهی کسب نمودند. همچنین، بیماران بستری وضعیت ابعاد پاسخ دهی را نسبت به سرپایی در حد بالاتری ارزیابی نمودند. بهتر بودن عملکرد در بخش های بستری نسبت به سرپایی می تواند ناشی از سیاست گذاری و

References

- 1- Forouzan AS, Ghazinour M, Dejman M, Rafeiey H, San Sebastian Miguel. Testing WHO responsiveness concept in the Iranian mental healthcare system: a qualitative study of service users. *BMC Health Services Research*. 2011; 11:235.
- 2- Darby C, Valentine N, Murray C, De Silva A. World Health Organization (WHO): strategy on measuring responsiveness. World Health Organization: GPE Discussion Paper Series: No. 23. 2000. 25 May 2014. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/paper23.pdf>. [Accessed 2010].
- 3- Rice N, Robone S, Smith PC. Vignettes and health systems responsiveness in cross-country comparative analyses. *J. R. Statist. Soc.* 2012; 175 (2): 337-369.
- 4- De Silva A. A Framework for Measuring Responsiveness. World Health Organization: GPE Discussion Paper Series: No. 32. 1997. 15 June 2014. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/paper32.pdf>. [Accessed 2010].
- 5- Murphy-Cullen CL, Larsen LC. Interaction between the socio-demographic variables of physicians and their patients: its impact upon patient satisfaction. *Social Science and Medicine*. 1984; 19 (2): 163-166.
- 6- Gohari M, Tabibi SJ, Nasiripour A, Mahboubi M. Seven Dimensions of Accountability in Iran's Teaching Hospitals: A National Study. *Journal of Pyavrd salamat*. 2012; 6 (4): 255-264.
- 7- Ferdosi M, Saberi N, Mahmoudi M, Nezamdoust F, Shojaei L. Responsiveness Of Board Of Trustees Hospitals According To The World Bank's Organizational Reform Model In Isfahan. *Journal of Pyavrd salamat*. 2013; 7 (3): 228-238.
- 8- Tabibi S, Nasiripour A, Gohari M. Educational Hospitals Accountability of Iran from the Perspective of Veterans. *IJWPH*. 2012; 5 (1):1-6.
- 9- Robone S, Rice N, Smith PC. Health systems' responsiveness and its characteristics: a cross-country comparative analysis. *HEDG Working Paper*. 2010; 10/29.
- 10- Williams B. Patient satisfaction: a valid concept? *Sot.SC*. 1994; 4 (38): 509-516.
- 11- Gostin L, Hodge JG, Valentine N, Nygren-Krug H. The Domains of Health Responsiveness-A Human Rights Analysis. World Health Organization: Health and Human Rights Working Paper Series No 2. 2003. 15 June 2014. Available from: http://www.who.int/hhr/Series_2%20Responsiveness.pdf. [Accessed 2010].
- 12- Alonso A, Brughra R. Rehabilitating the health system after conflict in East Timor: a shift from NGO to government leadership. *Health Policy Plan*. 2006; 21 (3): 206-216.
- 13- Murray CJ, Frenk J. A frame work for assessing the performance of health systems. *Bulletin world health organ*. 2000; 78 (6): 717-31.
- 14- Rashidian A, Kavosi Z, Majdzadeh R, Pourreza A, Pourmalek F, Arab M, Mohammad K. Assessing Health System Responsiveness: A Household Survey in 17th District of Tehran. *Iran Red Crescent Med J* .2011; 13 (5):302-308.
- 15- World Health Organization. Health systems: improving performance. *The World Health Report*. 2000. Available from: www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf. [Accessed 2010].
- 16- Ebrahimipour H, Vafaei Najjar A, Khani Jahani A, Pourtaleb A, Javadi M, Rezazadeh A, et al. Health system responsiveness: A case study of general hospitals in Iran. *International Journal of Health Policy and Management*. 2013; 1: 85-90.
- 17- Kavosi Z. Analysis of responsibility changes and equity in health financing in 17 region of Tehran [PhD Dissertation]. [Tehran]: Tehran University of medical sciences; 2010. 120 P.
- 18- Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *European Journal of Public Health*. 2005; 15 (4): 355-360.
- 19- Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. *BMC Health Services Research*. 2009; 9:117.
- 20- Valentine NB, de Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray JL, Evans DB. Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization. *Health Systems Performance Assessment*, Chapter 43. 2003: 573;597
- 21- Javadi M, Karimi S, Raiesi A, Yaghoubi M, Shams A, Kadkhodaie M. Organizational justice and responsiveness in selected private and public hospitals of Isfahan, Iran. *sjsph*. 2012; 9 (4):11-20.
- 22- Asghari S, Malekafzali H, Holakouie Naieni K, Majdzadeh R, Soleimani F, Amirsalari S. Health service utilization by mentally handicapped children and factors affecting it. *sjsph*. 2007; 5 (1): 29-37.
- 23- Bramesfeld A, Wedegärtner F, Elgeti H, Bisson S. How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept. *BMC Health Services Research*. 2007; 7:99.

Comparison of Responsiveness Rate among Private and Social Security Hospitals in Tehran City

Arab.M¹, Rahimi-Foroushani.A², Akbari Sari.A³, Khammarnia.M⁴, Sadeghi.A⁵, Siavashi.E^{6*}

Submitted:2014.11.18

Accepted: 2015.8.5

Abstract

Background: Three aspects of health, responsiveness rate and equitable financing introduced as the main goals of health systems. In this study, responsiveness rate was assessed among private and social security hospitals in 2013.

Materials and Methods: The descriptive-analytical study conducted as a cross-sectional one among 10 hospitals in Tehran city (20 percent of total social security and private, 8:2 respectively) in 2013. Study population consisted of all inpatients and outpatients referred to eight private and two social security hospitals and 333 subjects selected to data gathering randomly. The valid and reliable World Health Survey questionnaire was utilized. Data was analyzed by SPSS₁₇ using descriptive statistic, Mann–Whitney and Kruskal–Wallis tests.

Results: In points of view among inpatient and outpatient, the mean score of responsiveness rate were 4.1 ± 0.71 and 3.7 ± 0.60 respectively. These amounts estimated 4.4 ± 0.46 and 3.2 ± 0.82 for inpatient and 3.8 ± 0.58 and 3.5 ± 0.63 for outpatient in private and social security hospitals respectively. Also, the mean score of responsibility rate assessed 4.4 in private hospital which was higher than social security ones (3.2); and this difference was statistically significant ($P < 0.001$).

Conclusion: Responsiveness rate dimensions were evaluated moderate to high among assessed hospitals. These results were enhanced in private hospitals rather than social security ones. It is recommended that hospital managers should pay more attention to client and mechanisms to improve responsiveness rate and providing more services quality.

Keywords: Responsiveness, Private hospital, Social security hospital, Inpatient, Outpatient

¹ Professor, Department of Health Economics and Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Associate professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Associate professor, Department of Health Economics and Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Health Promotion Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

⁵ PhD Candidate of Health Services Management, Student Research Committee, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.

⁶ MSc, Department of Health Economics and Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran, (* Corresponding author), Email: siavashiel@gmail.com