

# ارزیابی پاسخگویی نظام سلامت بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت: مطالعه موردی شهر سنندج، ۹۴-۱۳۹۳

بختیار پیروزی<sup>۱</sup>، امجد محمدی بلبان آباد<sup>۲</sup>، قباد مرادی<sup>۳</sup>

۱ دانشجوی دکتری تخصصی سیاستگذاری سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت  
۲ دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت  
۳ استادیار، دکتری تخصصی اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج  
نویسنده رابط: قباد مرادی، نشانی: سنندج، خیابان پاسداران، روبروی هتل شادی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دانشکده پزشکی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی - دکتر قباد مرادی،  
تلفن: ۰۸۷۳۳۱۳۱۳۶۶، پست الکترونیک: moradi\_gh@yahoo.com  
تاریخ دریافت: ۹۴/۰۴/۱۰؛ پذیرش: ۹۴/۰۸/۰۹

**مقدمه و اهداف:** پاسخگویی (Responsiveness)، پاسخ به انتظارات منطقی افراد در مورد جنبه‌های غیر بالینی (Non-clinical) نظام سلامت می‌باشد. هدف این مقاله، بررسی میزان پاسخگویی نظام سلامت بعد از گذشت یک‌سال از اجرای طرح تحول نظام سلامت در شهر سنندج می‌باشد.

**روش کار:** این پژوهش یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که به صورت مقطعی روی ۶۴۶ خانوار در شهر سنندج در سال ۹۴-۱۳۹۳ انجام گرفته است. پرسشنامه پاسخگویی سازمان جهانی بهداشت برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ از طریق روش‌های آماری توصیفی و آنالیز واریانس یک طرفه تجزیه و تحلیل شد.  
**یافته‌ها:** همه ابعاد پاسخگویی به غیر از بعد «حق انتخاب»، ۱۰۰ درصد از نظر پاسخگویان مهم و خیلی مهم بوده است. هم‌چنین در بخش بستری، ابعاد «دسترسی به حمایت‌های خانواده و اجتماعی» و «محرمانه بودن اطلاعات شخصی» به ترتیب با ۱۰۰ و ۹۶ درصد بالاترین عملکرد و «وضوح ارتباطات» با ۴۹ درصد پایین‌ترین عملکرد را داشته است. در بخش سرپایی، بعد «محرمانه بودن اطلاعات شخصی» با ۱۰۰ درصد و بعد «استقلال» با ۴۲ درصد به ترتیب بالاترین و پایین‌ترین عملکرد را داشته‌اند. در بخش بستری ابعاد پاسخگویی بر اساس نوع مالکیت مراکز بهداشتی و درمانی تنها در بعد «توجه سریع» تفاوت آماری معنی‌داری را نشان دادند ( $P = 0.03$ ) و در بخش سرپایی تفاوت آماری معنی‌داری بین ابعاد پاسخگویی و نوع مالکیت مراکز مشاهده نشد.  
**نتیجه‌گیری:** در این مطالعه ابعاد «ارتباطات»، «استقلال» و «کیفیت محیط» به عنوان ابعاد اولویت‌دار برای اقدامات اصلاحی به منظور بهبود پاسخگویی نظام سلامت مشخص شد.  
**واژگان کلیدی:** پاسخگویی، طرح تحول نظام سلامت، پیمایش سلامت جهانی

## مقدمه

امروزه موضوع سلامت از اولویت‌های اصلی زندگی افراد است (۱). در هر نظام سلامت، بیماران به طور طبیعی انتظار دارند خدمات مورد نیاز را با کیفیت و در زمان مناسب دریافت نمایند (۲).  
پاسخ‌گویی به‌عنوان یکی از اهداف اصلی نظام سلامت برای سیاست‌گذاران و مدیران موضوع بسیار مهمی است. بنابراین نظام‌های سلامت در سراسر جهان در جستجوی راه‌هایی برای پاسخگوتر کردن ارائه خدمات به بیماران و جامعه هستند (۳).  
طبق گزارش سال ۲۰۰۰ میلادی سازمان جهانی بهداشت، نظام‌های سلامت ۳ هدف بنیادین دارند: ارتقای سطح سلامت مردم و جامعه، توقع مشارکت مالی عادلانه از مردم برای برخورداری از خدمات سلامت و پاسخ‌گفتن به نیازهای غیر بالینی مردم (۴).  
پاسخ‌دهی به انتظارات مردم در زمینه مسایلی غیر بالینی، هدف سومی است که منعکس‌کننده اهمیت احترام به شأن، اختیار و محرمانه بودن اطلاعات افراد است (۵). قوانین حقوق بشر نیز بر جنبه‌های غیر بالینی خدمات سلامت به شدت تأکید دارند (۶).  
بیماری به خودی خود می‌تواند شأن و تمامیت افراد را به خطر بیندازد و توان کنترل آن‌ها را بر آن‌چه برایشان رخ می‌دهد، بیش از سایر وقایعی که با آن مواجه هستند، از بین ببرد. پاسخ‌دهی به معنای کاهش آسیب به شأن و استقلال افراد و شرم و ترسی است که اغلب بیماری برایشان به همراه می‌آورد (۴).

برخورداری از خدمات سلامت و پاسخ‌گفتن به نیازهای غیر بالینی مردم (۴).  
پاسخ‌دهی به انتظارات مردم در زمینه مسایلی غیر بالینی، هدف سومی است که منعکس‌کننده اهمیت احترام به شأن، اختیار و محرمانه بودن اطلاعات افراد است (۵). قوانین حقوق بشر نیز بر جنبه‌های غیر بالینی خدمات سلامت به شدت تأکید دارند (۶).  
بیماری به خودی خود می‌تواند شأن و تمامیت افراد را به خطر بیندازد و توان کنترل آن‌ها را بر آن‌چه برایشان رخ می‌دهد، بیش از سایر وقایعی که با آن مواجه هستند، از بین ببرد. پاسخ‌دهی به معنای کاهش آسیب به شأن و استقلال افراد و شرم و ترسی است که اغلب بیماری برایشان به همراه می‌آورد (۴).

کشورها، ایران از نظر سطح پاسخگویی رتبه ۱۰۰ و از نظر توزیع پاسخگویی رتبه ۹۳ را در بین کشورها داشته است (۴).

مشابه بسیاری از نظام‌های سلامت، دستیابی به پاسخ‌دهی مناسب برای نظام سلامت ایران به‌عنوان یک چالش باقی مانده است (۱۳).

در مطالعه انجام شده توسط رشیدیان و همکاران در ایران بیشتر از ۹۰ درصد پاسخ دهندگان معتقد بودند که پاسخگویی موضوعی بسیار مهمی است و پژوهشگران بیان کرده بودند که نظام سلامت ایران باید توجه بیشتری به پاسخ‌گویی به انتظارات غیر بالینی مصرف کنندگان خدمات داشته باشد (۱۴). بنابراین مسأله پاسخ‌گویی به عنوان یکی از اهداف اصلی نظام سلامت باید مورد توجه بیشتری قرار گیرد.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی اصلی نظام سلامت کشور با عنایت به وظایف و مأموریت‌های کلی و اسناد بالا دستی، به ویژه سند چشم‌انداز ۲۰ ساله، مواد قانونی مرتبط با سلامت در برنامه پنجم توسعه و برنامه‌های دولت یازدهم طرح تحول نظام سلامت را در اردیبهشت‌ماه سال ۱۳۹۳ با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد دسترسی به خدمات سلامت و ارتقای کیفیت خدمات آغاز نموده است که یکی از اهداف اصلی آن افزایش پاسخگویی نظام سلامت می‌باشد (۸).

سنجش عملکرد نظام سلامت می‌تواند اطلاعاتی به هنگام و مرتبط در رابطه با عملکرد نظام سلامت در اختیار تصمیم‌گیران قرار دهد، این اطلاعات باعث آگاهی مدیران برنامه‌ها و سیاست‌گذاران می‌گردد و شرایطی را فراهم می‌آورد که بتوان حرکت به سمت اهداف ملی را پایش و سیاست‌های مرتبط را ارزیابی نمود. پایش و ارزیابی به موقع اصلاحات، می‌تواند شواهدی برای (دوباره) هدایت کردن اجرای اصلاحات فراهم آورد (۱۵).

با گذشت حدود یک‌سال از اجرای برنامه طرح تحول نظام سلامت باید دید که پاسخ‌گویی نظام سلامت از دیدگاه جامعه چگونه ارزیابی می‌گردد. هدف از این مطالعه، ارزیابی میزان اهمیت هر یک از ابعاد مختلف پاسخ‌گویی نظام سلامت و سنجش وضع موجود این ابعاد بعد از اجرای طرح تحول نظام سلامت در شهر سنندج و بازخورد اطلاعات آن به سیاست‌گذاران نظام سلامت برای بازبینی مداخله‌ها و اصلاحات بهداشتی و درمانی، و مدیریت برنامه‌های نظام سلامت می‌باشد.

## روش کار

این مطالعه یک مطالعه توصیفی-تحلیلی می‌باشد که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۴ در سطح خانوارهای شهر سنندج انجام

محبوب نمودن پاسخ‌دهی به انتظارات مردم به عنوان یک هدف درونی نظام‌های سلامت، این نکته را مشخص می‌کند که چنین نظام‌های برای خدمت به مردم تشکیل شده‌اند، بنابراین وظیفه آن‌ها چیزی بیش از یک ارزیابی رضایت صرف از مراقبت پزشکی است که دریافت کرده‌اند (۴).

بنابراین نظام‌های سلامت در سراسر جهان در جستجوی راه‌های برای پاسخگو کردن خدمات خود به بیماران و عموم جامعه می‌باشند. بهبود عملکردهای غیر طبی نظام‌های سلامت مهم است، زیرا جزء مسلم افزایش رفاه مردم است، که مأموریت همگانی و نهایی نظام سلامت می‌باشد (۷). از طرفی دیگر رشد انتظارات و توجه مردم نسبت به ایمنی، کیفیت و عدالت، فشار جهت ایجاد نظام سلامتی پاسخگو را افزایش داده است (۸).

پاسخ‌گویی به معنی پیامدها یا منافعی برای مشتریان است، که اگر روابط سازمانی و برون‌سازمانی چنان طراحی شده باشند که شناخت کافی و پاسخ مناسبی به انتظارات منطقی مشتریان بدهند، تحقق می‌یابد (۹).

افراد در هر نظام اجتماعی دارای انتظاراتی هستند که جامعه آن‌ها را منطقی می‌داند، مثلاً این‌که چگونه باید با آن‌ها برخورد و رفتار شود (هم از نظر روانی و فیزیکی). بنابراین پاسخ‌دهی همواره یک هدف اجتماعی است (۴).

پاسخ‌گویی شامل مجموعه مشترکی از ۸ بعد است. این ابعاد عبارتند از: توجه سریع<sup>۱</sup>، احترام به شأن افراد<sup>۲</sup>، وضوح ارتباطات<sup>۳</sup>، استقلال<sup>۴</sup>، محرمانه بودن اطلاعات شخصی<sup>۵</sup>، حق انتخاب<sup>۶</sup>، کیفیت محیط<sup>۷</sup> و دسترسی به حمایت‌های خانواده و اجتماعی<sup>۸</sup> (۱۰).

سنجش پاسخگویی این امکان را فراهم می‌سازد که ویژگی‌های مختلف نظام سلامت جدا از تأثیر آن بر وضع سلامت بررسی شود. با استفاده از پاسخ‌گویی به عنوان یک معیار اصلی می‌توان این نکته را نیز به حساب آورد که چگونه خود شهروندان می‌توانند مراقبت‌ها را ارزیابی کنند و نسبت به آن واکنش نشان دهند (۱۱).

پاسخ‌گویی می‌تواند برحسب سطح و توزیع آن در بین گروه‌های مختلف جمعیتی اندازه‌گیری شود (۱۲). در گزارش سازمان جهانی بهداشت که در سال ۲۰۰۰ میلادی منتشر شد، در رتبه‌بندی

<sup>۱</sup> Prompt attention

<sup>۲</sup> Dignity

<sup>۳</sup> Clarity of communication

<sup>۴</sup> Autonomy

<sup>۵</sup> Confidentiality

<sup>۶</sup> Choice of provider

<sup>۷</sup> Quality of basic amenities

<sup>۸</sup> Social supports

گرفت. تعداد نمونه با احتساب ضرایب  $d=0/025$ ،  $\alpha=0/05$  و  $P=10\%$  تعداد ۵۵۳ خانوار محاسبه گردید. از طرفی چون روش نمونه گیری به صورت خوشه‌ای است ضریب طرحی  $1/2$  به منظور افزایش در دقت نمونه گیری اعمال گردید. حجم نمونه نهایی برابر با  $663 = 553 * 1/2$  خانوار تعیین شد که در مجموع ۶۴۶ خانوار پرسشنامه را تکمیل نمودند.

نمونه‌گیری خوشه‌ای بر اساس چارچوب سرشماری مرکز بهداشت سنج که شامل ۱۷ خوشه ۳۹ خانواری بود، انجام شد. تعداد خانوار های هر خوشه از تقسیم حجم نمونه نهایی بر تعداد مراکز بهداشتی- درمانی شهر سنج به دست آمد. هر خوشه نماینگر جمعیت تحت پوشش یکی از مراکز ۱۷ گانه بهداشتی درمانی سطح شهر سنج می‌باشد. شماره پرونده خانوارهای سرخوشه هر مرکز به صورت تصادفی انتخاب و پس از استخراج آدرس و شماره تلفن خانوار، پرسشگر به صورت حضوری به درب منزل خانوار مراجعه می‌کرد و با ایستادن پشت در نخستین خانوار (سر خوشه) در جهت راست حرکت می‌نمود تا خوشه تکمیل می‌شد. اگر به خانواری که درون خوشه قرار می‌گرفت امکان دسترسی وجود نداشت یا خانوار همکاری نمی‌کرد، جایگزین خانوار صورت می‌گرفت. در سطح خانوار، نخستین فرد مطلع که بالای ۱۸ سال سن داشته و مایل و قادر به پاسخ‌گویی به سؤالات بود، پرسشنامه را تکمیل می‌نمود.

ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت با عنوان «پیمایش جهانی سلامت»<sup>۱</sup> می‌باشد که در سال ۲۰۰۳ میلادی به منظور سنجش عملکرد نظام‌های سلامت تدوین شده است. این پرسشنامه در سال‌های اخیر در ایران ترجمه شده و روایی و پایایی آن در مطالعه کاووسی و همکارانش به تأیید رسیده است (۱۴). در این مطالعه براساس اهداف پژوهش از بین مدل‌های<sup>۲</sup> پرسشنامه «پیمایش جهانی سلامت» از مدول پاسخ‌گویی نظام سلامت استفاده شد. این مدول شامل سؤالاتی در رابطه با مصرف خدمات<sup>۳</sup> (۱)، اهمیت ابعاد پاسخ‌گویی از دیدگاه مردم و چگونگی وضع پاسخ‌گویی نظام سلامت از منظر استفاده کنندگان خدمات سلامت می‌باشد (۱۶). در این مطالعه دوره یادآوری برای استفاده از خدمات درمانی سرپایی (پزشکی، دندانپزشکی، مامایی و توانبخشی) و بستری یک سال (۱۲ ماه

اخیر) در نظر گرفته شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده گردید. به منظور توصیف داده‌ها از آزمون‌های آماری توصیفی شامل فراوانی، فراوانی تجمعی، میانگین، جداول نمودارها و برای بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه یعنی مقایسه‌های چند گروهی استفاده شد.

### یافته‌ها

از ۶۴۶ خانوار، ۲۱۴ خانوار (۳۳/۱ درصد) در ۱۲ ماه گذشته از خدمات بستری و در همین مدت زمان همه خانوارها از خدمات سرپایی استفاده کرده‌اند. بیش‌ترین استفاده در بخش سرپایی و بستری به ترتیب با ۶۰/۸ درصد و ۶۲/۶ درصد از مراکز بهداشتی و درمانی بخش دولتی بوده است (جدول شماره ۱).

در پاسخ به این سؤال که هر یک از ابعاد پاسخ‌گویی نظام سلامت چقدر برای پاسخگویان مهم است: در بعد احترام به شأن افراد (۱۰۰ درصد)، محرمانه بودن اطلاعات شخصی (۱۰۰ درصد)، توجه سریع (۱۰۰ درصد)، حق انتخاب (۸۱ درصد)، استقلال (۱۰۰ درصد)، کیفیت محیط (۱۰۰ درصد)، دسترسی به حمایت‌های خانواده و اجتماع (۱۰۰ درصد) و وضوح ارتباطات (۱۰۰ درصد) برای پاسخگویان «مهم» و «خیلی مهم» بوده است (نمودار شماره ۱).

نمودار شماره (۲) درصدی از افرادی را نشان می‌دهد که در تمام ابعاد پاسخ‌گویی نظام سلامت را در بخش بستری و سرپایی «مناسب» و «خیلی مناسب» تلقی کرده‌اند. در بخش بستری دسترسی به حمایت‌های خانواده و اجتماعی و محرمانه بودن اطلاعات شخصی به ترتیب با ۱۰۰ و ۹۶ درصد بالاترین عملکرد و وضوح ارتباطات با (۴۹ درصد) پایین‌ترین عملکرد را داشته است و در بخش سرپایی نیز محرمانه بودن اطلاعات شخصی با (۱۰۰ درصد) و استقلال (۴۲ درصد) به ترتیب بالاترین و پایین‌ترین عملکرد را داشته‌اند (قابل توجه است که حمایت‌های اجتماعی در بخش سرپایی کاربردی ندارد). جدول شماره (۲) نیز سؤالات هر یک از ابعاد پاسخ‌گویی را بر حسب سه گزینه مناسب، متوسط و نامناسب نشان می‌دهد.

در پاسخ به این سؤال که آیا در زمان دریافت خدمات با توجه به سن، جنس، وضع مالی، نوع بیماری، مذهب و طبقه اجتماعی پاسخگوی ارابه دهنده خدمت با آن‌ها رفتار تبعیض‌آمیز داشته

<sup>۱</sup> World Health Survey

<sup>۲</sup> Module

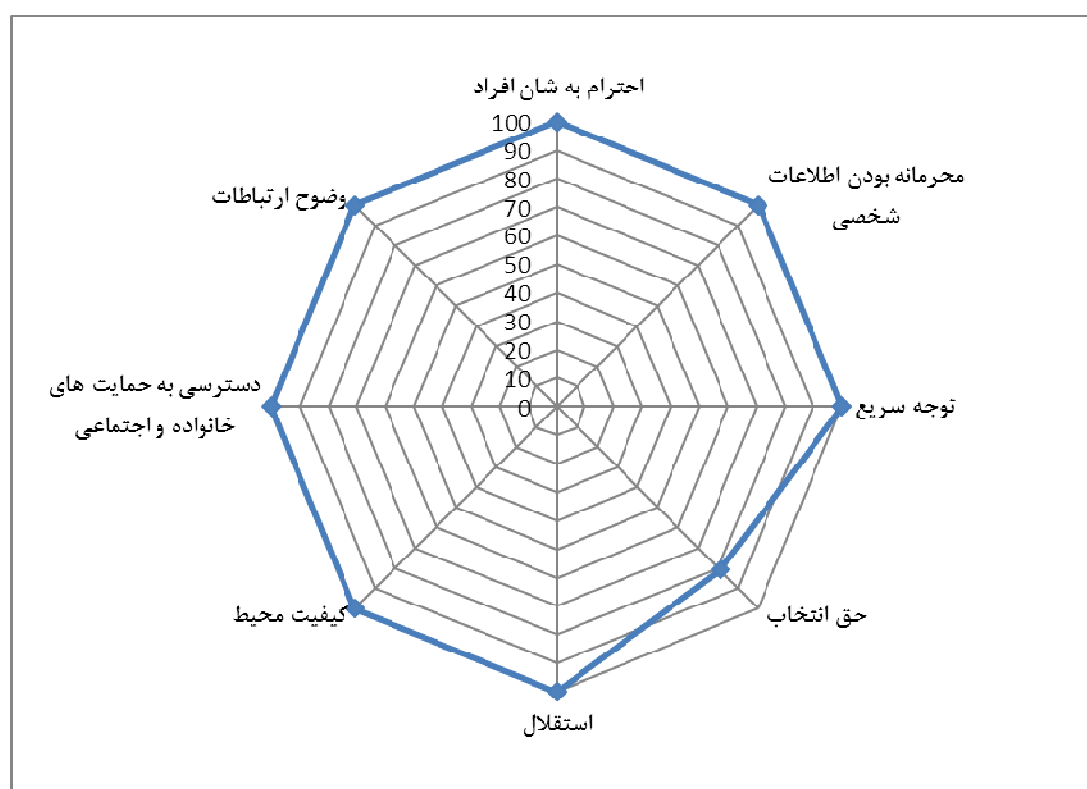
<sup>۳</sup> Health Service Utilization

نتایج حاصل از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه روی نمره‌های میانگین نشان می‌دهد که در بخش بستری، ابعاد پاسخ‌گویی بر اساس نوع مالکیت مراکز بهداشتی و درمانی تنها در بعد «توجه سریع» تفاوت آماری معنی‌داری بود ( $P=0/03$ ) و مراکز دولتی در این بعد پاسخگوتر بودند، اما در بخش سرپایی تفاوت معنی‌داری در بین ابعاد پاسخگویی و نوع مالکیت مراکز مشاهده نشد (جدول شماره ۳).

است یا خیر؟ در خدمات سرپایی از ۶۴۶ خانوار، ۲ خانوار (۰/۳ درصد) به خاطر نوع بیماری و ۶ خانوار (۰/۹ درصد) به خاطر طبقه اجتماعی اظهار کرده‌اند که با آن‌ها رفتار تبعیض‌آمیز شده و برای بقیه موارد شامل جنس، وضعیت مالی و مذهب تبعیض صورت نگرفته است. در خدمات بستری نیز از ۲۱۴ خانوار، ۴ خانوار (۱/۹ درصد) به خاطر طبقه اجتماعی و ۲ خانوار (۰/۹ درصد) به خاطر نوع بیماری با آن‌ها رفتار تبعیض‌آمیز صورت گرفته است.

جدول شماره ۱- فراوانی استفاده پاسخگویان از خدمات بستری و سرپایی بر حسب نوع مالکیت مراکز درمانی

خدمات سرپایی		خدمات بستری		
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۶۰/۸	۳۹۳	۶۲/۶	۱۳۴	دولتی
۶/۳	۴۱	۶/۱	۱۳	خصوصی
۳۰/۲	۱۹۵	۲۹	۶۲	تأمین اجتماعی
۲/۶	۱۷	۲/۳	۵	نیروهای مسلح
۱۰۰	۶۴۶	۱۰۰	۲۱۴	جمع کل

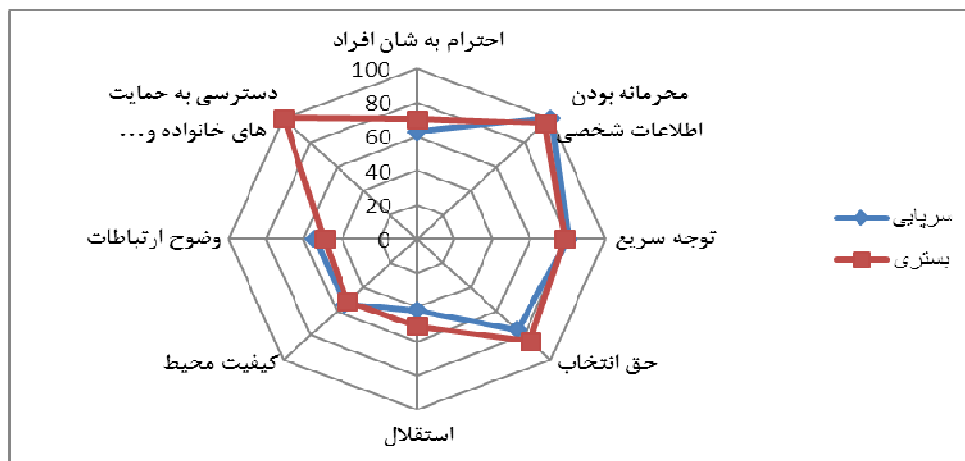


نمودار شماره ۱- میزان افرادی که هر یک از ابعاد پاسخگویی را «مهم» و «خیلی مهم» دانسته‌اند

جدول شماره ۲- نمرات ابعاد پاسخگویی بر حسب سه گزینه مناسب، متوسط و نامناسب از دیدگاه پاسخگویان

	سرپایی			بستری		
	نامناسب	متوسط	مناسب	نامناسب**	متوسط	مناسب*
توجه سریع						
زمان لازم برای رسیدن به درمانگاه/ مرکز بهداشتی درمانی/ کلینیک/ بیمارستان	۳/۱	۶/۸	۹۰/۱	۴/۲	۵/۱	۹۰/۷
مدت زمان انتظار تا پذیرش	۱۳/۳	۱۵/۹	۷۰/۷	۲۰/۵	۱۴	۶۵/۴
احترام به شأن افراد						
محترمانه بودن نحوه برخورد و صحبت کردن پزشک/ پرسنل	۱۷/۶	۳۷/۹	۴۴/۴	۱۸/۲	۲۴/۳	۵۷/۵
رعایت حریم خصوصی حین معاینه جسمی و درمان	۰	۱۷/۶	۸۲/۴	۰	۱۹/۲	۸۰/۸
وضوح ارتباطات						
کافی و مناسب بودن توضیحات مسائل توسط تأمین کننده مراقبت سلامت	۱۱/۵	۳۲/۴	۵۶/۲	۱۹/۸	۳۱/۸	۴۸/۶
کافی بودن زمان برای پرسیدن در مورد مشکلات و درمان	۱۶/۶	۳۰/۵	۵۲/۹	۲۲/۹	۲۷/۶	۴۹/۵
استقلال						
میزان اطلاع‌رسانی در مورد راه‌های دیگر درمان	۳/۶	۲۱/۸	۷۴/۶	۱۶/۴	۲۶/۶	۵۷
میزان دخالت شخص در تصمیم‌گیری راجع به درمان و مراقبت	۲۲/۸	۶۷/۳	۹/۹	۲۸/۵	۲۵/۷	۴۵/۸
محترمانه بودن اطلاعات شخصی						
خصوصی صحبت کردن با تأمین کننده مراقبت سلامت	۰	۰	۱۰۰	۰	۶/۱	۹۳/۹
محترمانه بودن اطلاعات شخص	۰	۰	۱۰۰	۰	۲/۳	۹۷/۷
حق انتخاب						
آزادی در انتخاب تأمین کننده مراقبت سلامت	۳/۹	۲۱/۴	۷۴/۸	۷/۵	۷	۸۵/۵
کیفیت محیط						
بهداشت و تمیزی درمانگاه/ مرکز بهداشتی درمانی/ کلینیک/ بیمارستان	۱۵/۲	۳۷/۱	۵۳/۱	۱۸/۲	۲۷/۱	۵۴/۷
کافی بودن جا و فضا را در اتاق انتظار و معاینه	۱۹/۳	۲۵/۷	۵۵	۱۶/۹	۳۴/۶	۴۸/۶
دسترسی به حمایت‌های خانواده و اجتماعی						
راحتی ملاقات با دوستان و خویشاوندان	ک.ن	ک.ن	ک.ن***	۰	۰	۱۰۰
در تماس بودن با خارج بیمارستان	ک.ن	ندارد	ک.ن	۰	۰	۱۰۰

\* مناسب (ترکیب کاملاً مناسب و مناسب)، \*\* نامناسب (ترکیب نامناسب و کاملاً نامناسب)، \*\*\* بعد دسترسی به حمایت‌های خانواده و اجتماعی در خدمات سرپایی کاربرد ندارد.



نمودار شماره ۲- مقایسه ابعاد پاسخگویی در خدمات بستری و سرپایی بر اساس رضایت افراد از ابعاد پاسخگویی که آن‌ها را «مناسب» و «خیلی مناسب» دانسته‌اند.

جدول شماره ۳- درصد افرادی که ابعاد پاسخگویی را مناسب و خیلی مناسب ارزیابی کرده‌اند بر حسب نوع مالکیت مراکز

P-value	سرپایی				p-value	بستری				نوع بیمارستان
	نیروهای مسلح	تأمین اجتماعی	خصوصی	دولتی		نیروهای مسلح	تأمین اجتماعی	خصوصی	دولتی	
۰/۸۷	۵۸	۶۳	۶۶	۶۲	۰/۷۲	۷۸	۶۷	۷۰	۶۸	ابعاد پاسخگویی احترام به شأن افراد
۰/۴۸	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۰/۸۵	۹۴	۹۷	۹۷	۹۶	محرمانه بودن اطلاعات شخصی
۰/۵۹	۸۶	۸۰	۷۸	۸۳	*۰/۰۳	۷۱	۶۵	۷۳	۸۱	توجه سریع (بستری*)
۰/۷۹	۶۱	۷۹	۷۶	۷۵	۰/۱۳	۷۹	۸۴	۹۶	۸۷	حق انتخاب
۰/۹۱	۳۷	۴۳	۴۰	۴۴	۰/۸۹	۶۱	۶۴	۴۵	۴۹	استقلال
۰/۹۷	۴۹	۵۳	۵۶	۵۴	۰/۶۲	۵۰	۴۱	۵۸	۵۲	کیفیت محیط
۰/۱۲	۶۴	۵۷	۵۳	۵۳	۰/۴۶	۴۳	۴۷	۵۰	۵۰	وضوح ارتباطات
-	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد	کاربرد ندارد**	۰/۳۸	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	دسترسی به حمایت‌های خانواده و اجتماعی

\*سطح معنی‌داری (P &lt; 0.05)

## بحث

پایین‌ترین عملکرد را داشته‌اند. در مطالعه رشیدیان و همکاران (۸۷) ابعاد احترام به شأن افراد (۹۰ درصد) و داشتن حق انتخاب (۸۷ درصد) بالاترین عملکرد و کیفیت محیط (۷۸ درصد) و استقلال (۷۸ درصد) پایین‌ترین عملکرد را داشته‌اند (۱۴). در مطالعه‌ای در اصفهان ابعاد احترام به شأن افراد و آزادی در انتخاب تأمین‌کننده مراقبت سلامت به ترتیب بالاترین و پایین‌ترین عملکرد را داشته‌اند (۱۹). نتایج مطالعه‌ای در تایوان (۲۰۰۶) که بر اساس ابعاد پاسخگویی سازمان جهانی بهداشت انجام گرفت، نشان داد که برقراری ارتباط توسط تیم درمان با بیماران از مهمترین دغدغه‌های بیماران عنوان شده است (۵).

مقایسه بین‌المللی پاسخ‌گویی نظام سلامت با استفاده از سنج‌ها و آنالیزهای مشابه نشان می‌دهد که به‌طور کلی پاسخ‌گویی در ایران (۶۷ درصد برای خدمات سرپایی و ۷۳ درصد برای خدمات بستری) پایین‌تر از برزیل (۸۰ درصد برای خدمات سرپایی و ۷۶ درصد برای خدمات بستری) و ۱۴ کشور اروپایی (۸۱ درصد و بالاتر) و بالاتر از آفریقای جنوبی (۶۷ درصد برای خدمات سرپایی و ۶۸ درصد برای خدمات بستری) می‌باشد (۱۰،۲۰،۲۱).

در این مطالعه، در بخش بستری، ابعاد پاسخگویی بر اساس نوع مالکیت مراکز بهداشتی و درمانی تنها در بعد «توجه سریع» تفاوت آماری معنی‌داری را نشان دادند و مراکز دولتی در این بعد پاسخگوتر بودند، اما در بخش سرپایی تفاوت معنی‌داری بین ابعاد پاسخگویی و نوع مالکیت مراکز مشاهده نشد. نتایج مطالعه‌های

یافته‌های مطالعه نشان داد که همه ابعاد پاسخگویی از نظر پاسخ دهندگان دارای اهمیت بالایی است، به‌طوری‌که تمامی ابعاد آن به غیر از بعد «حق انتخاب» از نظر پاسخ دهندگان ۱۰۰ درصد مهم و خیلی مهم گزارش شده است. در مطالعه رشیدیان و همکاران (۲۰۱۱) نیز بیشتر از ۹۰ درصد پاسخ دهندگان اظهار کرده بودند که ابعاد پاسخگویی برای آن‌ها اهمیت بالایی دارد (۱۴). در مطالعه‌های دیگری در ایران نشان داده شده که پاسخ‌گویی برای بیمار دارای اهمیت می‌باشد (۱۷).

یافته‌های این مطالعه نشان داد که در بخش بستری دسترسی به حمایت‌های خانواده و اجتماعی (۱۰۰ درصد) و محرمانه بودن اطلاعات شخصی (۹۶ درصد) بالاترین عملکرد و ابعاد وضوح ارتباطات (۴۹ درصد)، استقلال (۵۱ درصد) و کیفیت محیط (۵۲ درصد) پایین‌ترین عملکرد را داشته‌اند. در مطالعه‌ای در کشورهای اروپایی نیز نشان داده شده که بعد حمایت‌های خانواده و اجتماعی بهترین عملکرد را داشته است (۱۸). هم‌چنین در بخش سرپایی محرمانه بودن اطلاعات شخصی بالاترین (۱۰۰ درصد) و استقلال (۴۲ درصد)، کیفیت محیط (۵۴ درصد) و وضوح ارتباطات (۵۵ درصد)

گرفته است. در برخی مطالعه‌ها، رفتار تبعیض‌آمیز به خاطر نوع بیماری گزارش شده است (۲۳). همچنین مطالعه رشیدیان و همکاران نشان داده که رفتارهای تبعیض‌آمیز در نظام سلامت ایران فقط به خاطر ضعف مالی و طبقه اجتماعی بیمار بوده است (۱۴). در مطالعه‌ای در کالیفرنیا نشان داده شده که افراد به خاطر نژاد، رنگ پوست و ملیت با تبعیض در هنگام دریافت خدمات مواجه شده‌اند (۲۲). در آفریقای جنوبی تبعیض به‌عنوان یکی از دلایل اصلی برای غیر پاسخگو بودن نظام سلامت در تمامی جنبه عنوان شده است (۲۱).

### نتیجه‌گیری

در این مطالعه مراکز بهداشتی و درمانی در ابعاد استقلال، وضوح ارتباطات و کیفیت محیط در بخش سرپایی و بستری پایین‌ترین عملکرد را داشته‌اند؛ در حالی که این ابعاد از پاسخ‌گویی برای جامعه دارای اهمیت خیلی بالایی هستند. تعامل بیماران و همراهان از طرف ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت می‌تواند برای پاسخ‌گوتر کردن نظام سلامت مفید باشد. ارتباط بیمار و ارائه‌دهندگان خدمات از مفاهیمی است که کم‌تر در اصلاحات بخش نظام سلامت ایران جای داشته است. بنابراین پیشنهاد می‌گردد برای پاسخگو کردن نظام سلامت همزمان با اجرای طرح تحول نظام سلامت، اصلاحاتی در این زمینه‌ها (کیفیت محیط، استقلال و ارتباطات) انجام گردد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان به شماره ۹۳/۱۴۵ می‌باشد و با حمایت مالی این دانشگاه انجام گرفته است که از زحمات همه مسؤولان و کارکنان مربوط سپاسگزاری می‌شود.

انجام شده در ایران (تهران و اصفهان) و آفریقای جنوبی نشان داد که بیمارستان‌های خصوصی از بیمارستان‌های دولتی پاسخگوتر هستند (۱۴، ۱۹، ۲۱). این عدم تطابق احتمالاً به خاطر این واقعیت است که شهر سنندج در مقایسه با شهرهای بزرگی چون اصفهان و تهران که بیمارستان‌های خصوصی زیادی دارند، تنها یک بیمارستان خصوصی دارد که در مقایسه با بیمارستان‌های دولتی تجهیزات و نیروهای تخصصی خیلی کم‌تری دارد. همچنین احتمال دارد به دلیل اجرای طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان‌های دولتی در یکسال اخیر باشد و دو مطالعه ذکر شده در شهر اصفهان و تهران قبل از اجرای طرح تحول انجام گرفته است. در مطالعه دیگری در مشهد تفاوت آماری معنی‌داری بین میزان پاسخگویی کلی بیمارستان‌های دولتی و خصوصی مشاهده نشده است، اما پاسخ‌دهندگان ابعاد حمایت‌های خانواده و اجتماعی، استقلال، حق انتخاب و ارتباطات را در بیمارستان‌های خصوصی پاسخگوتر دانسته‌اند. در این مطالعه ۱/۶، ۴/۱، ۱۷/۶، ۶۳/۳ و ۱۳/۲ درصد از پاسخ‌دهندگان وضع پاسخ‌گویی را به ترتیب خیلی نامناسب، نامناسب، متوسط، خوب و عالی ذکر کرده‌اند (۶).

هم در بخش بستری و هم در بخش سرپایی بیشترین استفاده از خدمات سلامت بر حسب نوع مالکیت مراکز بهداشتی و درمانی مربوط به مراکز دولتی است که در مطالعه رشیدیان و همکاران (۲۰۱۱) همین نتایج به دست آمده است (۱۴). همچنین مطالعه‌ای در آفریقا نشان داده که مردم از خدمات مراکز دولتی بیشتر استفاده می‌کنند (۲۱). نتایج مطالعه‌ای در هند نشان داد که افراد فقیرتر معمولاً از مراکز دولتی بیشتر استفاده می‌کنند و اغنیا به مراکز خصوصی مراجعه می‌کنند (۲۲). البته این مطالعه در شهر سنندج انجام گرفته و شاید به دلیل وجود مراکز خصوصی کم‌تر و با تجهیزات تخصصی کمتر باشد.

در آرایه خدمات سرپایی و بستری رفتار تبعیض‌آمیز به خاطر طبقه اجتماعی (۱/۵ درصد) و نوع بیماری (۰/۶ درصد) صورت

### منابع

1. The World Health Report 2010: Health Systems Financing; the Path to Universal Coverage 2010., available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021_eng.pdf), access dat: 4/6/2016
2. Babashahy S, Akbari Sari A, Rashidian A, Olyaei Manesh A. Payments of Physicians Employed in Public and Private Hospitals after Modification of Surgical and Invasive Services Tariffs. *Hakim Research Journal* 2012; 15: 38- 43.
3. Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *The European Journal of Public Health* 2005; 15: 355-60.
4. World Health Organization. The World health report: 2000: Health systems: improving performance 2000., available at: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf), acces dat: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf)
5. Hsu CC, Chen L, Hu YW, Yip W, Shu CC. The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective. *BMC Public Health* 2006; 6: 72-79.

6. Ebrahimipour H, Vafaei Najjar A, Khani Jahani A, Pourtaleb A, Javadi M, Rezazadeh A, Vejdani M, Shirdel A. Health system responsiveness: a case study of general hospitals in Iran. *International Journal of Health Policy and Management* 2013;1: 99-105.
7. Murray, Christopher JL, and Julio Frenk. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the world Health Organization* 2000; 78: 717-31.
8. Piroozi B, Moradi G, Nouri B, MohamadiB albanabad A, Safari H. Catastrophic Health Expenditure After the Implementation of Health Sector Evolution Plan: A Case Study in the West of Iran. *Int J Health Policy Manag* 2016; 5: 1-7 .
9. Valentine N, Murray CJ, and De Silva A. World Health Organization (WHO): strategy on measuring responsiveness. *World Health Organization, 2000: 4-16.*
10. Valentine N.B, de Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray C. J, Evans D. B. Health systems performance assessment: debates, *Methods and Empiricism* 2003: 573-96.
11. Husted JA, Cook RJ, Farewell VT, Gladman DD. Methods for assessing responsiveness: a critical review and recommendations. *Journal of clinical epidemiology.* 2000;53: 459-468.
12. Valentine N, De Silva A, Murray C. Estimating responsiveness level and distribution for 191 countries: methods and results. Geneva: World Health Organization 2000, available at: <http://www.who.int/healthinfo/paper22.pdf>, access dat: 4/6/2016
13. Davari M, Haycox A, Walley T. Health Care Challenges in Iran. *Iranian Journal of Public Health* 2005; 34: 30-31.
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. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2011; 13: 302-308.
15. Barry S. P, Diarra Nama A. J, Kirigia J. M, S. Bakeera, Somanje H. Monitoring and evaluation of health sector reforms in the WHO African region. *East African medical journal* 2009; 86: S25-S32.
16. Üstün T. Somnath Chatterji B, Mechbal A, Murray CJ. The world health surveys. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Geneva, World Health Organization 2003:797-808.
17. Dormohammadi T, Asghari F, Rashidian A. What do patients expect from their physicians?. *Iranian journal of public health* 2010; 39: 70-77.
18. Rice N, Robone S, Smith PC. Vignettes and health systems responsiveness in cross country comparative analyses. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)* 2012; 175: 337-69.
19. Javadi M, Karimi S, Raiesi A, Yaghoubi M, Kaveh K. Comparison of patients' and nurses' viewpoints about responsiveness among a sample from public and private hospitals of Isfahan. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2011; 16: 273-277.
20. Gouveia GC, de Souza WV, Luna CF, de Souza PR, Szwarcwald CL. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. *Cadernos de Saúde Pública* 2005;21: S109-S118.
21. Peltzer Karl. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. *BMC health services research* 2009; 9: 117-129.
22. Lauderdale DS, Wen M, Jacobs EA, Kandula NR. Immigrant perceptions of discrimination in health care: the California Health Interview Survey 2003. *Medical Care* 2006; 44: 914-20.
23. Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry* 2007; 19: 113-22.



# Assessing Health System Responsiveness after the Implementation of Health System Reform: A Case Study of Sanandaj, 2014– 2015

Piroozi B<sup>1</sup>, Mohamadi Bolban Abad A<sup>2</sup>, Moradi G<sup>3</sup>

1- PhD Student in Health Policy, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- PhD Student in Health Care Management, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- MD, MPH, PhD of Epidemiology, Assistant Professor of Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

**Corresponding author:** Moradi G, moradi\_gh@yahoo.com

**Background and Objectives:** Responsiveness is a response to the reasonable expectations of people about non-clinical aspects of the health system. The purpose of this paper was to assess the responsiveness of the health system after the first year of the health system reform in Sanandaj in 2015.

**Methods:** This descriptive-analytic and cross-sectional study was conducted on 646 households in Sanandaj. The World Health Survey (WHS) questionnaire was used to collect the data. The data was analyzed with SPSS 16 as well as descriptive statistics and ANOVA.

**Results:** All dimensions of responsiveness, except for choice, were 100% important according to the respondents. In inpatient services, social support (100%) and confidentiality (96%) had the best performance while communication had the worst performance (49%). In outpatient services, confidentiality (100%) and autonomy (42%) had the best and worst performance, respectively. In inpatient wards, a significant difference only in “quick attention” dimension was observed among responsiveness dimensions with regards to proprietorship of the health care center (P-value=0.03). On the contrary, this difference was not significant in outpatient wards.

**Conclusion:** In this study, communication (time to ask questions about health problem/treatment, clarity of providers explanations), autonomy (participation in treatment decision-making, possibility of obtaining information on other types of treatment) and quality of basic amenities (cleanliness inside the health facility, available space in waiting and examination rooms) were identified as priority areas for actions to improve the responsiveness of the health care services.

**Keywords:** Responsiveness, Health system reform, World health survey