



SAĞLIK SİSTEMLERİNDE CEVAP VEREBİLİRLİK ÜZERİNE SİSTEMATİK BİR DERLEME  
A SYSTEMATIC REVIEW ON RESPONSIVENESS IN HEALTH SYSTEMS

Fatih DURUR<sup>1</sup>, Yasemin AKBULUT<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara

**ÖZ**

Bu çalışmada, sağlık sistemlerinde cevap verebilirlik üzerine yapılan uluslararası çalışmaların sistematik derleme yöntemi ile analiz edilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada, sistematik incelemeler ve meta analizleri için geliştirilen "PRISMA" yönergesi kullanılmış, belirlenen dahil edilme kriterleri doğrultusunda ulaşılan 27 çalışma araştırma kapsamına alınmıştır. İnceleme sonucunda sağlık sistemlerinde cevap verebilirlik üzerine yapılmış çalışmaların en fazla 2017 yılında gerçekleştirildiği (n=5) ve en fazla çalışma yapılan ülkenin İran (%25.9) olduğu belirlenmiştir. İncelenen çalışmaların büyük kısmında ayakta ve yatan hastalar (%29.6) birlikte değerlendirilmiştir. Cevap verebilirlik alt boyutlarından en yüksek puanı alan alt boyutlar, saygılı tedavi (%25.9), gizlilik (%22.2) ve sosyal destek (%18.5); en düşük puanı alan boyutlar, seçim (%37.04) ve otonomi (%25.9)'dir. Ayrıca cevap verebilirliğinin cinsiyet, yaş, eğitim seviyesi, yerleşim yeri ve hizmet türü gibi değişkenlerden etkilendiği saptanmıştır. Cevap verebilirliğin ölçümü, hem genel sağlık sistemi hem de belirli sağlık hizmetlerinin performans değerlendirmesinde kullanılmaktadır. Cevap verebilirlik çalışmaları üzerinde yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular, bütüncül ve derinlemesine bir perspektif sunarak, ulusal düzeyde sağlık sisteminin değerlendirilmesinde yapılacak çalışmalara rehber olabilir, çalışmaların gündeme gelmesini sağlayabilir.

**Anahtar kelimeler:** Cevap verebilirlik, kalite, performans, sağlık hizmeti, sağlık politikası.

**ABSTRACT**

The present study aims to analyze international studies on responsiveness in health systems by systematic review method. In the study, the "PRISMA" directive developed for systematic reviews and meta-analyses was used, and 27 studies meeting the inclusion criteria were included in the study. As a result of the analysis, it was determined that the greatest number of studies on responsiveness in health systems were carried out in 2017 (n=5) and the country with the most studies was Iran (25.9%). In most of the studies reviewed, outpatients and inpatients (29.6%) were evaluated together. Respectful treatment (25.9%), confidentiality (22.2%) and social support (18.5%) get the highest scores from the responsiveness sub-dimensions; the lowest scoring dimensions are choice (37.04%) and autonomy (25.9%). In addition, it was determined that its responsiveness was affected by variables such as gender, age, education level, place of residence and service type. The measurement of responsiveness is used in the performance evaluation of both the general health system and specific health services. The findings obtained from this study on responsiveness studies, by presenting a holistic and in-depth perspective, can guide the studies to be carried out in the evaluation of the health system at the national level and bring the studies to the agenda.

**Keywords:** Health policy, health services, performance, quality, responsiveness.

## GİRİŞ

Sağlık sistemi, toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için sağlık hizmeti sunan insan, kurum ve kaynakların organizasyonu olarak tanımlanmaktadır (1). Her sağlık sisteminin misyonu, toplumsal düzeyde sağlık durumunu korumak ve geliştirmektir (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2000 yılında yayınladığı raporda sağlık sistemlerinin; sağlık statüsünün yükseltilmesi, finansal adalet ve cevap verebilirlik olmak üzere üç temel amacının bulunduğu belirtilmiştir (3). Bu üç temel amaç aynı zamanda sağlık sistemlerinin performans değerlendirmesinde de kullanılmaktadır (4).

Cevap verebilirlik, ulusal sağlık sistemlerinin stratejik hedeflerinden bir tanesidir (5). Cevap verebilirlik sağlık sistemleri, mevcut ve gelecekteki sağlık ihtiyaçlarına uyum sağlamakta, bu sayede daha iyi sağlık sonuçları elde edilmektedir (6,7). DSÖ cevap verebilirliği "sağlık sisteminin, sistem ile etkileşimlerinde bireylerin meşru beklentilerini yerine getirme yeteneği" olarak tanımlamaktadır (3). Cevap verebilirlik, bir sağlık sistemi için hizmet verdiği kişilerin psikolojik ihtiyaçlarını karşılamayı ve insanların sağlık sistemiyle etkileşime girdiklerinde nelere önem verdiklerini incelemeyi ifade etmektedir (8). Klinik dışı bakım kalitesine odaklanan bu kavram sekiz alt boyuttan oluşmaktadır (9,10). Bu alt boyutlardan *otonomi* kişinin kendi sağlığı ile ilgili alınan bakım veya tedavi kararlarına katılımını ifade etmektedir (9,11). *Gizlilik*, bireyin kişisel sağlık bilgilerine erişilmeyi belirleme hakkı olarak tanımlanırken (3), *zamanında ilgi* bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini ve hizmet sunumu sırasındaki bekleme sürelerini kapsamaktadır (11). Sağlık hizmeti sunumunda kullanılan temel malzeme, araç ve gereçlerin kalitesi ile ilgili olan *konfor* boyutu, sağlık bakımı ile doğrudan ilgili olmayan fiziki altyapı ve elverişli bakım ortamının sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Diğer alt boyutlardan olan *sosyal destek* boyutu hastaların arkadaş, aile ve toplum desteğine ulaşımını, *seçim* sağlık hizmeti sunan personel ya da organizasyonu seçme özgürlüğünü, *saygılı tedavi*, saygılı, sevecen ve ayrımcı olmayan bir ortamda sağlık hizmeti alabilme olanağını, *iletişim* ise sağlık çalışanlarının hasta ve yakınlarıyla nitelikli iletişim kurabilmesi ve bunun için yeterli zamana sahip olunmasını ifade etmektedir (9,11).

DSÖ'nün cevap verebilirliği sağlık sistemlerinin temel amaçlarından bir tanesi olarak göstermesi (3) ve cevap verebilirliğin ölçümü için bir anket geliştirerek uygulaması (12,13) bu konuya verilen önemi artırmıştır. DSÖ'nün bu araştırmasından sonra farklı yöntemler kullanılarak sağlık sisteminin tümünü değerlendiren, bölgesel ya da belirli sağlık hizmet türlerinin cevap verebilirliğini ölçen araştırmalara ilgi artmıştır (14-17). Ancak Türkiye'de konu ile ilgili araştırmaların sayısı son derece sınırlıdır (18,19). Bu konuda yapılmış sistematik bir derleme çalışmasına ise ulaşamamıştır. Bu araştırmada, sağlık sistemlerinde cevap verebilirlik üzerine yapılan uluslararası çalışmaların sistematik derleme yöntemi ile analiz edilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda aşağıda verilen araştırma soruları geliştirilmiştir:

1. Sağlık sistemlerinde cevap verebilirlik konusunda yapılan araştırmaların yıllara ve yapıldığı ülkelere göre dağılımı nedir?
2. Cevap verebilirlik araştırmalarında kullanılan ör-

neklem ve ölçüm araçları nelerdir?

3. Farklı ülke ve araştırma grupları üzerinde yapılan çalışmalarda en yüksek ve en düşük puanı alan cevap verebilirlik alt boyutları hangileridir?
4. Sağlık sistemlerinin cevap verebilirlik düzeyi ile seçilen bağımsız değişkenler arasında saptanan bulgular nelerdir?

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Yöntemi

Araştırmada sağlık sistemlerinde cevap verebilirlik konusunda yapılan çalışmaların analiz edilmesi için sistematik derleme yönteminden yararlanılmıştır. Sistematik derleme yönteminde; ilgili konuda yayınlanan çalışmalar detaylı bir şekilde taranmakta, çalışmalar belirli kriterler doğrultusunda incelemeye dahil edilmekte ve elde edilen bulgular nitel ve nicel olarak sentezlenmektedir (20,21). Araştırmada Moher ve ark. (22) tarafından geliştirilen ve 27 maddeden oluşan "Sistematik incelemeler ve meta analizleri için tercih edilen raporlama maddeleri (PRISMA)" kontrol listesi olarak kullanılmıştır.

### Çalışmaların Taranması ve Seçimi

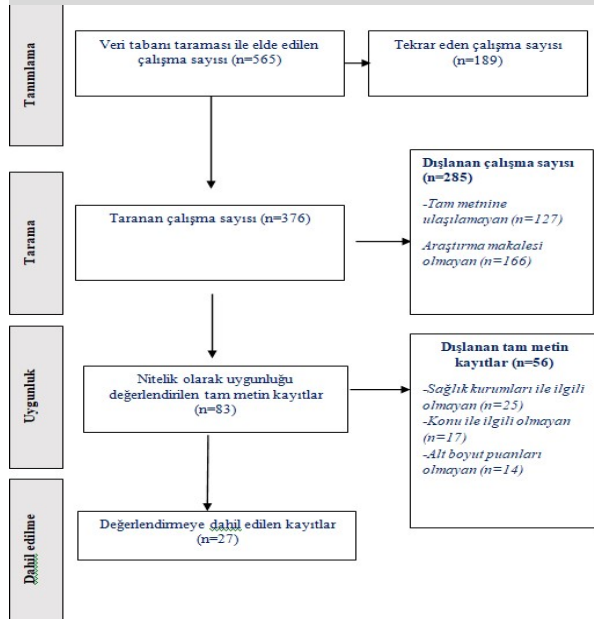
Araştırmaların taraması, sırasıyla Web of Science, Scopus, Pubmed, Science Direct ve Emerald elektronik veri tabanlarında yapılmıştır. Taramada başlangıç yılı olarak DSÖ'nün cevap verebilirliği tanımladığı ve gündeme getirdiği 2000 yılı alınmıştır. Tarama, Medical Subject Headings (MESH)'e uygun olarak seçilen "responsiveness", "health", "healthcare" ve "health system", İngilizce anahtar kelimeler ile Mart-Nisan 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Anahtar kelimeler, ilgili veri tabanında birbirinin kombinasyonları şeklinde aranmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri; araştırmaların sağlık hizmetlerinde gerçekleştirilmesi, araştırma makalesi olması, İngilizce dilinde yayımlanması ve cevap verebilirlik alt boyutlara ait puanların hesaplanmış olması olarak belirlenmiştir. Dışlanma kriterleri ise çalışmanın tam metnine ulaşılamaması, çalışmanın derleme türünde olması, sağlık dışında alanlarda yapılması ve cevap verebilirlik alt boyutlarını içermemesidir. İlk tarama sonucunda toplam 565 (Web of Science:142, Scopus:121, Pubmed:137, Science Direct:88 ve Emerald:77) araştırmaya ulaşılmıştır. Tekrar eden (n=189), tam metnine ulaşılamayan (n=127), araştırma makalesi olmayan (n=166), sağlık kurumları ile ilgili olmayan (n=25), konu ile ilgili olmayan (n=17) ve alt boyut puanları hesaplanmayan (n=14) çalışma kapsam dışında bırakılmıştır. Dahil edilme kriterlerini sağlayan 27 çalışma ile araştırma gerçekleştirilmiştir (Şekil I).

Araştırmaya dahil edilecek çalışmaların seçimi iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın ilk adımında çalışma başlıkları, ikinci adımında ise özetleri dahil edilme kriterlerine değerlendirilerek tam metinleri incelenmiştir. Tam metin incelemelerinde araştırmacılar tarafından oluşturulan veri özetleme formundan yararlanılmıştır. Araştırmacılar arasında görüş farklılığı olduğunda tartışılarak uzlaşmaya varılmıştır.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma kapsamında yararlanılan makaleler erişime açık olan veri tabanlarından elde edildiği için etik kurul iznine gerek duyulmamaktadır. Araştırmanın tüm aş-



Şekil 1. Çalışmaların seçim akış diyagramı (22).

maları Helsinki Deklarasyonu'nda yer alan ülkelere uygun şekilde gerçekleştirilmiştir.

#### Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada, cevap verebilirlik alt boyut puanları hesaplanmayan çalışmaların kapsam dışında bırakılması, araştırmanın sınırlılığı olarak belirlenmiştir.

#### BULGULAR

Araştırma bulgularına göre sağlık sistemlerinde cevap verebilirlik konusunda yapılmış ilk çalışma 2006 yılında gerçekleştirilmiştir. Belirlenen kriterler çerçevesinde 2010 ve 2018 yıllarında herhangi bir yayına ulaşılamamıştır. 2017 yılı cevap verebilirlik konusunda en fazla yayının yapıldığı yıldır (n=5).

Cevap verebilirlik konusunda yapılan araştırmaların ülkelere göre dağılımı incelendiğinde, çalışmaların genellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere gerçekleştirildiği görülmektedir. En fazla %25.9 ile İran (n=7) ve %11.1 ile Nijerya'da (n=3) çalışma yapıldığı, Türkiye'den de bir çalışmanın olduğu bulunmuştur (18). Ayrıca bir çalışma 41 ülkeden elde edilen veriler kullanıla-

rak gerçekleştirilmiştir (10). Araştırma kapsamında incelenen çalışmaların ülkelere göre yüzdelik dağılımı Tablo I'de verilmiştir.

Cevap verebilirlik çalışmalarının gerçekleştirildiği örneklem incelendiğinde, çalışmaların büyük bölümünde herhangi bir sağlık hizmet türüne odaklanılmadığı görülmektedir. Çalışmaların %29.6'sında yatan ve ayakta hastalar birlikte değerlendirilirken; %26'sı sadece yatan hastalar, %15'inde ise sadece ayakta hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bununla birlikte HIV pozitif hastalar, psikiyatri hastaları, doğum yapan kadınlar, kronik kalp yetersizliği hastaları ve yaşlılar gibi sağlık hizmetine erişimde dezavantajlı görünen gruplar üzerinde gerçekleştirilen çalışmalar da bulunmaktadır (23-28). Bir çalışma ise, cevap verebilirlik konusunda kilit katılımcı olarak nitelendirilen hastane yöneticileri üzerinde yapılmıştır (18).

Cevap verebilirliğin ölçülmesinde en fazla DSÖ tarafından geliştirilen anketten yararlanılmıştır (n=14). Birçok çalışmada ise DSÖ anketinin ülkelere göre uyarlanmış hali kullanılmıştır (n=9). Nitel araştırma yöntemlerinin kullanıldığı iki çalışma bulunurken; iki çalışmada DSÖ tarafından gerçekleştirilen Genel Nüfus Araştırmaları ve Küresel Yaşlanma ve Yetişkin Sağlığı Araştırması verilerinden yararlanılmıştır. Araştırma kapsamında incelenen çalışmalara ait amaç, yer, örneklem, ölçüm aracı ve sonuç bilgileri Tablo II'de verilmiştir.

Araştırma kapsamındaki çalışmalarda en yüksek puanı alan cevap verebilirlik alt boyutu saygılı tedavidir (%25.9). Bunu gizlilik (%22.2) ve sosyal destek (%18.5) alt boyutları takip etmektedir. Bu sonuç hastaların sağlık hizmeti deneyimlerinde saygılı ve ayrımcı olmayan tedaviye ulaşımında sorun yaşamadığını göstermektedir. Ayrıca hasta mahremiyetinin sağlanmasında ve tedavi sürecinde akraba/arkadaş desteğine ulaşımında da daha az problem yaşanmaktadır. En düşük puanı alan alt boyutlar ise seçim (%37.04) ve otonomi (%25.9) olarak belirlenmiştir. Bu sonuca göre sağlık sistemleri, sağlık birimleri ve personeli arasında seçim yapabilme ve hastaların tedavi sürecine katılımını sağlama konusunda düşük performans göstermektedir. Seçim ve otonomi boyutları aynı zamanda hiçbir çalışmada en yüksek puanı almamıştır. Saygılı tedavi ve iletişim boyutları ise hiçbir çalışmada en düşük puanı almamıştır. Cevap ve-

Tablo I. Sağlık sistemlerinde cevap verebilirlik çalışmalarının ülkelere göre dağılımı

Ülke	Yüzde (%)	Sayı (n)
İran	25.9	7
Nijerya	11.1	3
Güney Afrika	7.4	2
Çin	7.4	2
Hindistan	7.4	2
Almanya	3.7	1
Türkiye	3.7	1
Çok Ülkeli	3.7	1
Kenya	3.7	1
Polonya	3.7	1
Katar	3.7	1
Brezilya	3.7	1
Etiyopya	3.7	1
Tanzanya	3.7	1
Tayland	3.7	1
<b>Toplam</b>	<b>100</b>	<b>27</b>

Tablo II. Cevap verilebilirlik çalışmalarına ait bulgular

Yazar/Yıl	Amaç	Yer	Örneklem	Yöntem	Sonuç
Uğurluoğlu ve Çelik (18)	Hastane yöneticilerinin sağlık sisteminin cevap verilebilirliğine yönelik algılarını ölçmek	Türkiye	Hastane yöneticisi (n=172)	DSÖ anketi	DSÖ'nün 2001 yılında yaptığı çalışmada 93. sırada yer alan Türkiye bu çalışmanın sonuçlarına göre 35. sırada olmuştur.
Bramesfeld ve ark. (23)	Cevap verilebilirliğin ruh sağlığı hizmetlerinde uygulanabilirliğini test etmek.	Almanya	Psikiyatri hastaları (n=50)	Odak grup görüşmesi	Cevap verilebilirlik ruh sağlığı hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde bir araç olarak kullanılabilir.
Valentine ve ark. (10)	Ülke düzeyindeki değişkenler (ikamet ettiği ülke, insani gelişme, sağlık sistemi harcamaları) ile cinsiyet, yaş, eğitim durumu, sağlık durumu ve kullanma göre tanımlanan alt popülasyonlara göre cevap verilebilirlik boyutlarının önemi araştırmak	41 Ülke	Yatan ve ayakta hastalar (n=105.806)	DSÖ Genel Nüfus Araştırmaları	En önemli alan zamanında ilgi en az önemli görülen alan ise sosyal destek olarak belirlenmiştir.
Njeru ve ark. (24)	HIV danışmanlığı ve test hizmetlerinde DSÖ'nün cevap verilebilirlik aracının uygulanabilirliğinin değerlendirilmesi	Kenya	HIV danışman ve hastaları (n=664)	DSÖ anketi	DSÖ anketi HIV hizmetlerinin cevap verilebilirliğinin ölçülmesinde etkili bir araçtır. Ancak diğer önemli alt boyutları belirlemek için revizyona ihtiyacı vardır.
Peltzer (38)	Kamu ve özel sağlık hizmetlerinin cevap verilebilirlik düzeyini karşılaştırmak	Güney Afrika	Yatan ve ayakta hasta (2352)	DSÖ anketi	Özel sağlık hizmetlerinin cevap verilebilirlik derecesi kamuya göre yüksek bulunmuştur. Zamanında ilgi, iletişim ve otonomi alanları Güney Afrika da cevap verilebilirliği arttırmak için iyileştirilmelidir.
Rashidian ve ark. (39)	Sağlık sisteminin cevap verilebilirliği ve etkileyen faktörleri belirlemek	İran	Yatan ve ayakta hasta (n=976)	DSÖ anketi	Ayakta tedavi hizmetleri cevap verilebilirlik açısından yatarak tedavi hizmetlerinden daha iyidir. En yüksek puan alan boyut saygılı tedavi iken en düşük puan alan otonomidir.
Peltzer ve Matyu (25)	Yaşlı hastalar için sağlık sisteminin cevap verilebilirliğini değerlendirmek.	Güney Afrika	50 yaş üzeri hastalar (n=3840)	DSÖ anketi	Yatan hastaların cevap verilebilirlik puanı ayakta hastalardan yüksektir. Konfor, gizlilik ve saygılı tedavi tüm alanların için en yüksek puanlara sahip boyutlardır.

**Tablo II.** Cevap verebilirlik çalışmalarına ait bulgular (Devamı)

Yazarlar	Yapılan Çalışma	Ülke	Örneklem	Yapılan Çalışma	Ölçme Yöntemi	Bulgular
Liabsuetrakul ve ark. (26)	Bir hastanede doğum yapan kadınların sağlık sisteminin cevap verebilirliği ve memnuniyetleri konusundaki algılarını değerlendirmek	Tayland	Doğum yapan kadınlar (n=2822)	Uyarlanmış DSÖ anketi	DSÖ	Zamanında ilgi, saygılı tedavi, iletişim ve otonomi, kadınların doğum için hastane seçme kararını etkilemektedir. Yüksek sağlık sistemi cevap verebilirliği kadınların memnuniyeti için önemlidir.
Adesanya ve ark. (15)	Kamu ve özel sağlık kurumlarının cevap verebilirlik düzeyini karşılaştırmak	Nijerya	Ayakta hasta (n=520)	Uyarlanmış DSÖ anketi	DSÖ	Özel hastaneler saygılı tedavi ve zamanında ilgi boyutlarında daha iyi performans sergilemektedir.
Luo ve ark. (47)	Toplum Sağlığı Merkezlerinin cevap verebilirlik düzeyini belirlemek	Çin	Ayakta hasta (n=872)	DSÖ anketi	DSÖ	Sonuçlar üç yıl boyunca ölçülmüş ve dengeli olduğu belirlenmiştir. En yüksek puan alan alt boyut sosyal destek iken en düşük puan alan konfordur.
Mohammed ve ark. (29)	Cevap verebilirlik konusundaki bakış açılarını etkileyen faktörleri belirlemek ve etkilerini ölçmek	Nijerya	Ayakta hasta (n=796)	Uyarlanmış DSÖ anketi	DSÖ	En yüksek puanı konfor boyutu alırken en düşük puanı otonomi boyutu almıştır. Tesis türü, cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi cevap verebilirlik ile ilişkilidir.
Malhotra ve Do (34)	Sağlık sisteminin cevap verebilirliği üzerinde sosyo-ekonomik eşitsizliklerin etkisini belirlemek	Hindistan	Ayakta hasta (n=7616)	Küresel Yaşlanma Araştırması	DSÖ	Sosyo-ekonomik eşitsizlikler cevap verebilirliği etkilemektedir. Özel sağlık kuruluşlarının cevap verebilirliği kamuya göre daha yüksektir.
Ebrahimipour ve ark. (5)	Meshed şehrinde kamu ve özel hastanelerin cevap verebilirlik düzeyini belirlemek	İran	Yatan hasta (n=425)	DSÖ anketi	DSÖ	Sosyal destek ve gizlilik en yüksek puan alan boyutlar iken otonomi en düşük puanı almıştır. Kamu ile özel hastane arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.
Gromulska ve ark. (48)	Hastaların ihtiyaç ve beklentilerine cevap verebilme düzeyini belirlemek	Polonya	Yatan ve ayakta hasta (n=998)	Uyarlanmış DSÖ anketi	DSÖ	En yüksek boyut puanını sosyal destek alırken en düşük puanı seçim boyutu almıştır.
Tanha ve ark. (27)	Kronik kalp yetersizliği hastaları için sağlık sisteminin cevap verebilirlik düzeyini belirlemek	İran	Yatan ve ayakta hasta (n=300)	DSÖ anketi	DSÖ	Ayakta hastalar için en kötü performans seçim ve zamanında ilgi iken yatan hastalar için otonomidir. Her iki grup için gizlilik en iyi performansa sahip boyuttur.
Mohammadi ve Koorosh (32)	Eğitim araştırma hastanelerinin cevap verebilirlik düzeyini belirlemek	İran	Yatan hasta (n=246)	DSÖ anketi	DSÖ	Hastaların yarısından fazlası genel cevap verebilirliği iyi olarak değerlendirmiştir. En yüksek alt boyut puanını gizlilik, en düşük puanı ise seçim almıştır.
Ali ve ark. (31)	Hasta memnuniyeti ve cevap verebilirlik düzeyini değerlendirmek	Katar	Yatan ve ayakta hasta (n=4083)	DSÖ anketi	DSÖ	Hem memnuniyet hem cevap verebilirlik oranları yüksektir. En yüksek puanı konfor en düşük puanı zamanında ilgi alt boyutu almıştır.

Tablo II- Cevap verilebilirlik çalışmalarına ait bulgular (Devamı)

Yazar ve ark.	Çalışma Tanımı	Ülke	Yatan hasta (n)	DSÖ anketi	Genel sağlık sistemi skoru
Najafi ve ark. (36)	Sağlıkta dönüşüm programı sonrasında cevap verilebilirlik düzeyini belirlemek.	İran	Yatan hasta (n=335)	DSÖ anketi	Genel sağlık sistemi skoru 72,6 olarak belirlenmiştir. En yüksek puana sahip alt boyut sağlıklı tedavi, en düşük puana sahip alt boyut ise otonomidir.
Ughasoro ve ark. (30)	Üçüncü basamak sağlık kurumlarının cevap verilebilirlik düzeyini ölçmek	Nijerya	Yatan ve ayakta hasta (n=137)	Uyarlanmış DSÖ anketi	En yüksek cevap verilebilirlik alt boyutu zamanında ilgi, en düşük ise seçim olarak belirlenmiştir. Cinsiyet ile bazı alt boyutlar arasında ilişki tespit edilmiştir.
Melo ve ark. (35)	Halk sağlığı hizmetlerinin yaşlı hastalar için cevap verilebilirlik düzeyini belirlemek	Brezilya	50 yaş üzeri ayakta hasta (n=385)	DSÖ Anketi	En yüksek cevap verilebilirlik alt boyutu sağlıklı tedavi, en düşük ise zamanında ilgi olarak belirlenmiştir.
Kashkoli ve ark. (49)	Kamu-özel hastanelerde cevap verilebilirlik ile genel hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi incelemek.	İran	Yatan hasta (n=500)	DSÖ anketi	Yedi alt boyutun hasta memnuniyeti üzerinde olumlu etkisi vardır. Konfor ve sağlıklı tedavi genel hasta memnuniyetini etkileyen en güçlü faktörlerdir.
Yakob ve Nema (28)	HIV/AIDS bakım ve tedavi hizmetlerinin cevap verilebilirliğini ölçmek	Etiyopya	HIV/AIDS hastaları (n=492)	Uyarlanmış DSÖ anketi	En düşük alt boyut puanını otonomi alırken, en yüksek puanı iletişim alt boyutu almıştır.
Chao ve ark. (17)	Cevap verilebilirlik yeteneğini ve etkili-yen faktörleri belirlemek.	Çin	Ayakta hasta (n=1783)	Uyarlanmış DSÖ anketi	Cevap verilebilirlik puan ortalamaları yüksektir. Cevap verilebilirliği etkileyen faktörler yaş, bölgesel ekonomik kalkınma düzeyi ve coğrafi alan olarak belirlenmiştir.
Tille ve ark. (33)	Sağlık sistemi cevap verilebilirliğini sosyal belirleyicilere göre incelemek	Almanya	Ayakta hasta (n=6113)	Uyarlanmış DSÖ anketi (telefon)	Sonuçlar 5 alt boyut üzerinden değerlendirilmiş ve gizlilik haric diğer boyutlarda puanlar yüksek bulunmuştur. Ayrıca genç hastaların cevap verilebilirlik puanları daha düşüktür.
Babu ve ark. (50)	İç göçmenler arasında hasta deneyimi ve cevap verilebilirlik ilişkisini incelemek.	Hindistan	Yatan ve ayakta hasta (n=14263)	DSÖ anketi	Seçim haric tüm boyutlarda cevap verilebilirlik puanı kabul edilebilir düzeydedir. Konfor, zamanında ilgi ve sosyal destek puanları tatmin edicidir.
Baharvand (2)	Khorrarnabad şehrinde sağlık sisteminin cevap verilebilirliğini değerlendirilmek	İran	Yatan ve ayakta hasta (n=700)	DSÖ anketi	En yüksek yanıt verme oranı sosyal destek, en düşük ise seçimdir. Hastaların bakış açısına göre en önemli boyutlar zamanında ilgi ve sağlıklı tedavidir.
Kapologwe ve ark. (37)	Birinci basamak sağlık tesislerinde cevap verilebilirlik değerlendirilmesi.	Tanzanya	Ayakta hasta (n=422)	Uyarlanmış DSÖ anketi	Birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumların cevap verilebilirlik puanları arasında farklılık vardır. En yüksek puanı gizlilik en düşük puanı seçim boyutu almıştır.

rebilirlik alt boyutlarının en yüksek ve en düşük puan dağılımları Tablo III'te verilmiştir.

Araştırma kapsamında incelenen çalışmalarda cevap verebilirlik, farklı örneklem grupları üzerinde ülke geneli, bölgesel ya da hastane temelli olarak ölçülmüştür. Bununla birlikte çalışmalarda sosyo-demografik değişkenler ile cevap verebilirlik ilişkisi, kamu ve özel sektör

## TARTIŞMA

Sağlık hizmeti sunum sürecinde hastaların ihtiyaç ve beklentilerinin dikkate alınması hizmet kalitesini artırmaktadır (5). Aynı zamanda hastaların sağlık sistemi ile ilgili deneyimleri, genel sağlık ve refah üzerinde önemli etkiye sahiptir (40). Bu bağlamda cevap verebilirlik hem değişimleri takip etmek ve ayak uydurmak hem de sağ-

**Tablo III.** Alt boyutların en yüksek ve en düşük puan dağılımları

Alt Boyut	En yüksek		En düşük	
	n	%	n	%
Zamanında İlgı	3	11.1	5	18.5
Konfor	4	14.8	2	7.4
Saygılı Tedavi	7	25.9	0	0.0
Gizlilik	6	22.2	1	3.7
İletişim	2	7.4	0	0.0
Sosyal Destek	5	18.5	2	7.4
Otonomi	0	0	7	25.9
Seçim	0	0	10	37

arasındaki farklılıklar, yatan ve ayakta hastalar arasındaki farklılıklar, hasta memnuniyeti ve cevap verebilirlik ilişkisi gibi konular da araştırılmıştır.

Çalışmalarda cinsiyet değişkeni ile bazı cevap verebilirlik alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (29,30). Genel cevap verebilirlik puanı için ise Ali ve ark. (31) kadınların ortalamasını daha yüksek bulurken; Uğurluoğlu ve Çelik (18) erkeklerin ortalamasını daha yüksek bulmuştur. Yaş değişkenine göre cevap verebilirlik ilişkisinin anlamlı olduğu çalışmalarda Chao ve ark. (17) yaşlılarda cevap verebilirlik puan ortalamasını daha düşük bulurken; Mohammadi ve Koorosh (32), ile Tille ve ark. (33) ise gençlerin daha düşük ortalamaya sahip olduğunu sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca bazı çalışmalar gelir ve eğitim seviyesinin artmasının cevap verebilirlik puanlarını düşürdüğünü ortaya koymuştur (2,17,32,34). Yerleşim yerine göre anlamlı farklılık bulunan çalışmalarda Chao ve ark. (17) cevap verebilirliği şehirlerde daha yüksek bulurken, Baharvand (2) kırsalda daha yüksek olduğunu belirlemiştir. Bir çalışmada ise etnik farklılığın cevap verebilirlik puanlarını etkilediği saptanmıştır (35). Bununla birlikte sosyo-demografik değişkenler ile cevap verebilirlik puanları arasında herhangi bir ilişki bulunmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (36,37).

Kamu ve özel sektör farklılığının incelendiği çalışmalarda özel sağlık kurumlarının cevap verebilirlik puanı, kamu kurumlarına göre daha yüksek bulunmuştur (6,15,25,34,38). Kamu sağlık kurumlarının cevap verebilirlik puanının yüksek olduğu bir bulguya ulaşılamamış, Ebrahimipour ve ark. (5) çalışmasında kamu ve özel sektör arasında farklılık olmadığını saptamıştır. Ayakta ve yatan hasta arasındaki farklılıkların incelendiği bazı çalışmalarda ayakta hasta puan ortalamaları (27,39); bazı çalışmalarda ise yatan hasta puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (25,38). İki çalışmada ise hasta memnuniyeti ve cevap verebilirlik ilişkisi incelenmiş ve cevap verebilirliğin hasta memnuniyet seviyeleri üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Cevap verebilirlik seviyesinin artması hasta memnuniyetini de artırmaktadır (26,31).

lık sistemi performansını değerlendirmek için önemli bir kavramdır (14,16). DSÖ'nün cevap verebilirlik raporunu yayınlamasının ardından bazı araştırmacılar ulusal sağlık sistemlerini karşılaştırmak için tek bir skorun yeterli olmayacağını ileri sürmüştür (41). Ayrıca DSÖ'nün çalışmasında ülkelerde cevap verebilirliğin ölçülmesinde kilit katılımcıların (uzmanların) kullanılması, hasta görüşlerini yansıtmadığı nedeniyle eleştirilmiştir (8). Bu eleştiriler aynı zamanda yeni araştırmaların önünü açmış, ulusal düzeyde cevap verebilirliğin ölçülmesi için birçok araştırma gerçekleştirilmiştir (7). Araştırma kapsamında incelenen çalışmaların 2006-2020 yılları arasında gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Bu durum, DSÖ'nün 2000 yılında yayınladığı raporun ardından, cevap verebilirliğin sağlık sistemi performans değerlendirmesinde kriter olarak benimsendiği ve sürekli çalışma konusu haline geldiğini göstermektedir. İncelenen çalışmaların ülkelere göre dağılımında İran ön plana çıkmaktadır (n=7). Bunun nedeni DSÖ araştırmasında 100. sırada yer alan İran'ın stratejik planlarında cevap verebilirliğin geliştirilmesi için hedefler belirlenmesi olarak gösterilmiştir (5,32). Türkiye'de yapılan tek çalışmada ise Uğurluoğlu ve Çelik (18), DSÖ araştırmasında 93 olan ülke sıralamasının, kendi bulgularına göre 35 olması gerektiği sonucuna ulaşmıştır.

Araştırma sonucunda incelenen çalışmaların %70'inde herhangi bir hizmet türüne odaklanılmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte HIV hastaları, psikiyatri hastaları, doğum yapan kadınlar, kronik kalp yetersizliği hastaları ve yaşlılar gibi sağlık hizmetine erişimde dezavantajlı görünen gruplar üzerinde gerçekleştirilen çalışmalar da bulunmaktadır. Bu sonuç, cevap verebilirliğin sağlık sistemlerinin genel performansını değerlendirmenin yanı sıra sağlık sisteminin alt bileşenlerinde de uygulanabileceğini göstermektedir (16). İncelenen çalışmalarda ölçüm aracı olarak en fazla DSÖ tarafından geliştirilen anketin kullanıldığı belirlenmiştir (n=14). Literatürde sistemsel ve kültürel farklılıklar nedeniyle cevap verebilirlik ölçümünün ülkelere göre uyarlanması gerektiği önerilmektedir (8). Bu nedenle yapılan bazı nitel çalışmalarda cevap verebilirlik alt boyutlarına "etkili bakım", "koordinasyon", "finans" gibi başlıklar

eklenmiştir (16,40). Ayrıca ülkeye ya da sağlık hizmet türüne yönelik cevap verebilirlik anketi geliştirme çalışmaları da bulunmaktadır (42).

DSÖ'nün araştırmasının ardından gerçekleştirilen çalışmalarda cevap verebilirlik puan skorlarından ziyade cevap verebilirlik alt boyutlarının önem sıralaması, cevap verebilirliği etkileyen sosyo-kültürel, ekonomik, bireysel değişkenlerin tespiti ve bu değişkenlerin en çok hangi cevap verebilirlik alt boyutunu etkilediği yönünde yoğunlaşmaktadır (11). Araştırma kapsamında incelenen çalışmaların genelinde cevap verebilirlik puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte puan ortalamaları cevap verebilirlik alt boyutlarına göre değişiklik göstermektedir. Çalışmalarda genel cevap verebilirlik puanının yüksekliği son yıllarda sağlık kurumlarında kalite çalışmalarının yaygınlaşması ile ilişkilendirilmiştir (5). Araştırma kapsamında incelenen çalışmalarda, en yüksek puan alan cevap verebilirlik alt boyutları saygılı tedavi (n=7) ve gizlilik (n=6) olarak belirlenmiştir. En düşük puan alan alt boyutlar ise seçim (n=10) ve otonomidir (n=7). En yüksek puanı alan saygılı tedavi ve gizlilik, iletişim alt boyutu ile birlikte hastaların sağlık personeli ile etkileşimini yansıtmaktadır (19). En düşük puanı alan seçim ve otonomi ise daha çok sağlık sistemlerinin yapısı, kültürel etkiler ve bilgi asimetrisi ile ilişkilendirilmektedir (2,15,30). DSÖ araştırma verilerine göre 65 ülke içerisinde seçim puanının en yüksek olduğu ülkeler ABD, Estonya ve Letonya iken, en düşük olduğu ülkeler Nijerya, Hindistan ve Endonezya'dır (43). En düşük ve en yüksek alt boyut puanlarının bilinmesi sağlık sistemi performans değerlendirmesinde aksayan yönlerin saptanması ve önlem alınmasını kolaylaştırmaktadır (36).

Araştırma sonucunda yaş, cinsiyet, gelir, eğitim durumu gibi sosyo-demografik değişkenlerin cevap verebilirliği etkileyebileceği belirlenmiştir. Ayrıca etnik köken ve sağlık harcamaları gibi faktörlerin cevap verebilirliği etkilediği bilinmektedir (34,44). Örneğin yaş ve eğitim durumu gibi değişkenler hastaların beklentilerini etkileyerek cevap verebilirlik puanlarını değiştirmektedir (33). Ayrıca hekimlerin ekonomik durumu yetersiz ve eğitim seviyesi düşük insanlara tıbbi terimleri anlayamayacaklarını düşündükleri için daha az bilgi verdiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (45). Bu durum hem ülke içinde hem de ülkeler arası yapılacak karşılaştırmalarda sorun yaratmaktadır (11).

Kamu ve özel sektör farklılıklarının incelendiği çalışmaların çoğunda özel sektörün cevap verebilirlik derecesi daha yüksek bulunmuştur (15,34,38). Hastaların özel hastaneleri seçme nedenleri ile cevap verebilirlik alt boyutları arasındaki uyum (46) göze alındığında bu durum beklenen bir sonuçtur. Ancak bu farkın aynı zamanda bir sosyal eşitsizlik göstergesi olduğu da vurgulanmaktadır (34). Sağlık sistemlerinde cevap verebilirlik düzeyinin artırılması için tüm bu faktörler göz önüne alınarak sağlık personeli eğitimi, medikal hizmetler dışındaki konular için kaynak tahsisi ve aksayan süreçlerin yeniden yapılandırılması önerilmektedir (39).

## SONUÇ

Sağlık sistemlerinde cevap verebilirlik konusu, DSÖ'nün performans değerlendirmesinde ana hedeflerden bir tanesi olmasının ötesinde, toplum beklentilerinin karşılanması açısından önemlidir. Cevap verebilirliği yüksek

olan sağlık sistemleri değişen beklentileri öngören, bunlara uyum sağlayan, etkili müdahaleler ile sağlık hizmetine erişimi ve hizmet kalitesini artıran sistemlerdir. Bu durum toplumlar için daha iyi sağlık koşulları anlamına gelmektedir.

Bu çalışmada, sağlık sistemlerinde cevap verebilirlik konusu sistematik derleme yöntemi ile analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda, cevap verebilirlik konusunun DSÖ tarafından gündeme getirilmesinden bu yana tüm dünyada sıklıkla kullanılan ve tartışılan bir kavram haline geldiği belirlenmiştir. Cevap verebilirlik tüm dünyada hem genel sağlık sistemi performans değerlendirmesi hem de alt sistemlerde farklı örneklem grupları üzerinde ölçülmektedir. Cevap verebilirliğin kültürel ve sosyo-demografik birçok faktörden etkilenmesi ulusal ve bölgesel ölçümleri gerekli kılmış, yeni ölçüm araçlarının geliştirilmesinin önünü açmıştır. Ulusal düzeyde cevap verebilirlik derecesinin ve alt boyutlar arasındaki farkın bilinmesi kanıt dayalı sağlık politikaların oluşturulmasında büyük fayda sağlayacaktır. Bu durumda sağlık politikası yapıcılar için hastaların beklentileri ile deneyimleri arasındaki farkı görmek ve bunlara yönelik kalite geliştirme stratejileri belirlemek mümkün olacaktır. Ayrıca cevap verebilirliğin artırılması için büyük finansal yatırımlara gerek duyulmaması da önemli bir avantaj olarak görülmektedir.

Türkiye'de hem genel sağlık sistemi performansının değerlendirilmesi hem de alt hizmet dallarında cevap verebilirlik düzeyinin ölçülmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Türkiye'de cevap verebilirlik seviyesini artırmak ve sürekli kılmak amacıyla ulusal ve bölgesel düzeyde cevap verebilirlik ölçümlerinin düzenli olarak yapılması ve alt boyutlar arasındaki farklılıkların değerlendirilerek iyileştirmelerin yapılması önerilmektedir. Ayrıca cevap verebilirliğin kültürel değişimden etkilenmesi nedeni ile Türkiye'ye özgü cevap verebilirlik ölçüm araçları geliştirilebilir. Nitel çalışmalar yoluyla ulusal ya da bölgesel düzeyde yeni cevap verebilirlik alt boyutları belirlenebilir. Cevap verebilirlik çalışmaları sağlık hizmetine ulaşmada dezavantajlı olduğu düşünülen hasta grupları üzerinde uygulanarak sağlık hizmetine erişimde eşitliğin sağlanması yönünde politikalar geliştirilebilir. Aynı zamanda bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar ulusal, bölgesel ya da uluslararası karşılaştırmalarda kullanılabilir.

## KAYNAKLAR

1. Sargutan AE. Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2005; 8 (3):400-428.
2. Baharvand P. Responsiveness of the health system towards patients admitted to west of Iran hospitals. Electronic Journal of General Medicine 2019; 16(2):1-7.
3. DSÖ. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. World Health Organization, Geneva 2000. [https://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf); Erişim tarihi: 05.01.2020.
4. Uğurluoğlu Ö, Çelik Y. Sağlık sistemleri performans ölçümü, önemi ve dünya sağlık örgütü yaklaşımı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2005; 8(1):3-29.
5. Ebrahimipour H, Najjar AV, Jahani AK, et al. Health



- system responsiveness: A case study of general hospitals in Iran. *Int J Health Policy Manag* 2013; 1 (1):85-90.
6. Awoke MA, Negin J, Moller J, et al. Predictors of public and private healthcare utilization and associated health system responsiveness among older adults in Ghana. *Glob Health Action* 2017; 10 (1):1-10.
  7. Mirzoev T, Kane S. What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ Glob Health* 2017; 2(4):1-11.
  8. 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(1):72-79.
  9. De Silva AA. Framework for measuring responsiveness. World Health Organization, Geneva 2000.
  10. Valentine N, Darby C, Bonsel GJ. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Social Science & Medicine* 2008; 66(9):1939-1950.
  11. Akalın B. Sağlık Sisteminde Cevap Verebilirlik. Hiperyayın, İstanbul 2018.
  12. Darby C, Valentina N, Murray CJL, De Silva A. World Health Organization (WHO): Strategy on Measuring Responsiveness. World Health Organization, Geneva 2000.
  13. Üstün TB, Chatterji S, Villanueva M, et al. WHO multi-country survey study on health and responsiveness. World Health Organization, Geneva 2001.
  14. Coulter A, Jenkinson C. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *Eur J Public Health* 2005; 15 (4):355-360.
  15. Adesanya T, Gbolahan O, Ghannam O, et al. Exploring the responsiveness of public and private hospitals in Lagos, Nigeria. *J Public Health Res* 2012; 1(1):2-7.
  16. Rottger J, Blumel M, Fuchs S, Busse R. Assessing the responsiveness of chronic disease care-Is the World Health Organization's concept of health system responsiveness applicable? *Social Science & Medicine* 2014; 113:87-94.
  17. Chao J, Lu B, Zhang H, et al. Healthcare system responsiveness in Jiangsu Province, China. *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1):31-38.
  18. Uğurluoğlu O, Çelik Y. How responsive Turkish health care system is to its citizens: the views of hospital managers. *Journal of Medical Systems* 2006; 30(6):421-428.
  19. Akalın B. The responsiveness of inpatient healthcare institutions: The case of a training and research hospital. *Journal of Current Researches on Health Sector* 2018; 8(2):321-336.
  20. Torgerson C. *Systematic Reviews*. Bloomsbury Publishing, New York 2003.
  21. Karaçam Z. Sistematik derleme metodolojisi: Sistematik derleme hazırlamak için bir rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2013; 6(1):26-33.
  22. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ* 2009; 339; b2535.
  23. Bramesfeld A, Klippel U, Seidel G, Schwartz FW, Dierks ML. How do patients expect the mental health service system to act? Testing the WHO responsiveness concept for its appropriateness in mental health care. *Social Science & Medicine* 2007; 65(5):880-889.
  24. Njeru MK, Blystad A, Nyamongo IK, Fylkesnes KA. Critical assessment of the WHO responsiveness tool: Lessons from voluntary HIV testing and counselling services in Kenya. *BMC Health Serv Res* 2009; 9(1):243-254.
  25. Peltzer K, Mafuya PN. Patient experiences and health system responsiveness among older adults in South Africa. *Glob Health Action* 2012; 5(1):1-12.
  26. Liabsuetrakul T, Petmanee P, Sanguanchua S, Oumudee N. Health system responsiveness for delivery care in Southern Thailand. *Int J Qual Health Care* 2012; 24(2):169-175.
  27. Tanha KF, Moradi-Lakeh M, Fallah-Abadi H, Nojomi M. Health system responsiveness for care of patients with heart failure: evidence form a university hospital. *Archives of Iranian Medicine* 2014; 17(11):736-740.
  28. Yakob B, Ncama BP. Measuring health system responsiveness at facility level in Ethiopia: Performance, correlates and implications. *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1):263-27.
  29. Mohammed S, Bermejo JL, Souares A, Sauerborn R, Dong H. Assessing responsiveness of health care services within a health insurance scheme in Nigeria: Users' perspectives. *BMC Health Serv Res* 2013; 13(1):502-515.
  30. Ughasoro MD, Okanya OC, Uzochukwu BSC, Onwujekwe OE. An exploratory study of patients' perceptions of responsiveness of tertiary health-care services in Southeast Nigeria: A hospital-based cross-sectional study. *Nigerian Journal of Clinical Practice* 2017; 20(3):267-273.
  31. Ali FMH, Nikoloski Z, Reka H. Satisfaction and responsiveness with health-care services in Qatar-evidence from a survey. *Health Policy* 2015; 119 (11):1499-1505.
  32. Mohammadi A, Koorosh K. Responsiveness in the healthcare settings: A survey of inpatients, *International Journal of Hospital Research* 2014; 3(3): 123-132.
  33. Tille F, Rottger J, Gibis B, et al. Patients' perceptions of health system responsiveness in ambulatory care in Germany. *Patient Education and Counseling* 2019; 102(1):162-171.
  34. Malhotra C, Do YK. Socio-economic disparities in health system responsiveness in India. *Health Policy Plan* 2013; 28(2):197-205.
  35. Melo DDS, Martins RD, Jesus RPSD, Samico IC, Santo ACGDE. Assessment of the responsiveness of a public health service from the perspective of older adults. *Revista de Saude Publica* 2017; 51:62-72.
  36. Najafi F, Karami-Matin B, Rezaei S, Rajabi-Gilan N, Soofi M. Health system responsiveness after health

- sector evolution plan (HSEP): An inpatient survey in Kermanshah in 2015. *Med J Islam Repub Iran* 2016; 30:387-394.
37. Kapologwe NA, Kibusi SM, Borghi J, Gwajima DO, Kalolo A. Assessing health system responsiveness in primary health care facilities in Tanzania. *BMC Health Serv Res* 2020; 20(1):104-114.
  38. Peltzer K. Patient experiences and health system responsiveness in South Africa. *BMC Health Serv Res* 2009; 9(1):117-129.
  39. Rashidian A, Kavosi Z, Majdzadeh R, et al. Assessing health system responsiveness: A household survey in 17th district of Tehran. *Iran Red Crescent Med J* 2011; 13(5):302-309.
  40. Forouzan AS, Ghazinour M, Dejman M, Rafeiey H, Sebastian M. Testing the WHO responsiveness concept in the Iranian mental healthcare system: A qualitative study of service users. *BMC Health Serv Res* 2011; 11(1):325-335.
  41. Almeida C, Braveman P, Gold MR, et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet* 2001; 357(9269):1692-1697.
  42. Kooy J, Valentine NB, Birnie E, et al. Validity of a questionnaire measuring the world health organization concept of health system responsiveness with respect to perinatal services in the Dutch obstetric care system. *BMC Health Serv Res* 2014; 14(1):622-635.
  43. Valentine NB, Salomon JA. Weights for responsiveness domains: Analysis of country variation in 65 national sample surveys. In: Murray CJL, Evans DB (eds), *Health System Performance Assessment: Debates, Methods And Empiricism*. World Health Organization, Geneva 2003.
  44. Vandan N, Wong JH, Gong WJ, Yip PF, Fong DT. Health system responsiveness in Hong Kong: A comparison between South Asian and Chinese patients' experiences. *Public Health* 2020; 182:81-87.
  45. Ergler CR, Sakdapolrak P, Bohle HG, Kearns RA. Entitlements to health care: Why is there a preference for private facilities among poorer residents of Chennai, India? *Social Science & Medicine* 2010; 72:327-337.
  46. Şantaş F, Kurşun A, Kar A. Hastane tercihine etki eden faktörler: Sağlık hizmetleri pazarlaması perspektifinden alan araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2016; 19(1):17-33.
  47. Luo Q, Wang Q, Lu Z, Liu J. Evaluation of responsiveness of community health services in urban China: a quantitative study in Wuhan City. *PLoS One* 2013; 8(5):1-8.
  48. Gromulska L, Gorynski P, Supranowicz P, Wysocki MJ. Responsiveness to the hospital patient needs in Poland. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny* 2014; 65(2):155-164.
  49. Kashkoli SA, Zarei E, Daneshkohan A, Khodakarim S. Hospital responsiveness and its effect on overall patient satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2017; 30(8):728-736.
  50. Babu BV, Sharma Y, Kusuma YS, et al. Patient experiences and health system responsiveness among internal migrants: A nationwide study in 13 Indian cities. *Journal of Healthcare Quality Research* 2019; 34(4):167-175.