

کیفیت خدمات پزشکان عمومی طرف قرارداد سازمان بیمه سلامت از دیدگاه بیماران در شهر تهران

ابراهیم جعفری پویان^۱ / اعظم السادات ریوندی^۲

چکیده

مقدمه: ارتقاء کیفیت خدمات انتظار می‌رود که در بهبود بیماران، ایجاد رضایت در آنان و جلوگیری از مراجعات تکراری به مراکز درمانی و همچنین کاهش هزینه‌ها به جامعه بسیار مؤثر است. کیفیت بنابراین می‌تواند برای سازمان‌های خریدار خدمت مثل بیمه‌ها از اهمیت بسیار بالایی برخوردار باشد. هدف این پژوهش بررسی کیفیت خدمات پزشکان عمومی طرف قرارداد سازمان بیمه سلامت از دیدگاه بیماران است.

روش پژوهش: در این مطالعه مقطعی دیدگاه‌های ۳۹۴ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به مطب‌ها در مورد کیفیت خدمات با پرسشنامه محقق ساخته مورد سنجش قرار گرفت. روایی و پایایی ابزار بترتیب با استفاده از نظرات خبرگان و آلفای کرونباخ ($\alpha=0/88$) ارزیابی و تایید گردید. از آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی نرم‌افزار SPSS برای تحلیل و گزارش نتایج استفاده گردید.

یافته‌ها: نمره کل مربوط به برداشت مراجعین از کیفیت خدمات مطب‌ها حدود ۷۸ درصد و نمره کل انتظارات آنها ۸۱٫۸ درصد بود که نشان‌دهنده یک شکاف نسبی معنادار بین ادراک و انتظار آنها از کیفیت خدمات مطب‌ها بود ($p<0/001$). میزان این شکاف در ابعاد مختلف کیفیت خدمات پزشکان متفاوت بدست آمد.

نتیجه‌گیری: بطور کلی وجود شکاف بین انتظار و ادراک افراد از یک خدمت نیاز به بهبود کیفیت را مطرح می‌نماید. هر چند شکاف محدود نیز می‌تواند برای تصمیم‌گیرندگان نگران‌کننده باشد که باید همزمان با بهبود کیفیت به آموزش و توانمندسازی خدمت‌گیرندگان نیز توجه نمایند.

کلید واژه‌ها: کیفیت، پزشکان عمومی، بیمه سلامت، شهر تهران، ادراک و انتظار.

۱- دانشیار، گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، اداره کل بیمه سلامت استان تهران، تهران، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: azamsadatrivandi@gmail.com

مقدمه

امروزه همگام با توسعه تکنولوژی و صنعت انتظارات افراد به عنوان دریافت کننده خدمت و کالا افزایش یافته است. در جوامع امروزی در مقایسه با گذشته، افراد خواهان خدمات بهداشتی و درمانی بهتر هستند و بیش از پیش به مسئله کیفیت اهمیت می‌دهند [۱]. یکی از بخش‌های ارائه کننده خدمت که بخش مهمی از هزینه‌های ملی به آن اختصاص می‌یابد بخش مراقبت سلامت است و ضروری است کیفیت خدمات آن مورد بررسی قرار گیرد. بررسی کیفیت تا حدودی پیچیده بنظر می‌رسد در آن می‌توانید هر دو مجموعه پوشش فرایندهای ارزیابی تشخیص و درمان یک بیمار و همچنین نتایج آن برای درمان بیمار را در نظر داشت. واژه کیفیت در فرهنگ و بستر برجستگی شخصیتی و ارزشمند بودن تعریف شده است [۲].

در اغلب مفاهیم کیفیت مراقبت چند بعدی دیده می‌شود و مراقبتی را با کیفیت می‌گویند که موثر، امن و مبتنی بر نیازهای بیمار باشد و به موقع ارائه شود [۳]. از نظر مصدق کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی، تامین رضایت بیماران از طریق ارائه خدمات اثربخش و کارآمد که مطابق با آخرین دستورالعمل‌های بالینی است و نیازهای تصریحی و تلویحی بیماران را برآورده سازد و ارائه کننده خدمات را هم راضی نماید [۴]. طبق تعریف موسسه پزشکی آمریکا کیفیت خدمات سلامت اشاره به سطحی از خدمات (پیشگیری، درمانی، سرپایی، ...) ارائه شده به افراد/ جوامع دارد که احتمال نتایج بهداشتی مطلوب (رضایت بیمار و اطرافیان و بهبود کیفیت زندگی) را افزایش می‌دهد و مطابق با دانش حرفه‌ای روز (ارائه دهندگان دارای دانش و مهارت جدید) باشد [۵]. این موسسه ابعادی را برای کیفیت خدمات در بخش سلامت در نظر گرفته است [۵]. ایمنی مبنی بر این که خدمات ایمن باشند و سلامت بیمار را تهدید نکنند. اثربخشی خدمات بر اساس گاید لاین‌ها ارائه گردد و اثر بخش باشند. کارایی خدمات باید به اندازه باشند. به هنگام بودن خدمات باید در اسرع وقت ارائه شود. در بعد بیمار محوری ارزش‌های بیمار باید مد

نظر ارائه کنندگان خدمات باشد و بیمار در طرح درمان در نظر گرفته شود. عادلانه بودن خدمات باید فارغ از وضعیت اقتصادی، اجتماعی و ویژگی‌های فردی بیمار به وی ارائه شود.

به همین صورت، برای کیفیت خدمات بهداشتی درمانی دو بعد فنی و کارکردی در نظر گرفته شده است [۶]. در بعد فنی بیشتر بر مهارت ارائه کنندگان، دقت رویه‌ها و تشخیص‌ها تمرکز می‌شود. در حالی که بعد کارکردی روش ارائه خدمت را مد نظر قرار می‌دهد و در برگیرنده کیفیت مشتری-محور است که بیشتر از برداشت بیماران از روابط بین شخصی نحوه ارتباط ارائه کنندگان خدمات با آنها و محیط و تسهیلات مرکز ارائه خدمات منبعث می‌شود.

به دلیل عدم اطلاع بیماران از بعد فنی بعد مشتری - محور اصلی ترین مبنای قضاوت بیماران در زمینه کیفیت خدمات مراقبت سلامت بشمار می‌رود. بنابر این سنجش کیفیت خدمات نیز از دید مشتریان (بیماران یا مراجعه کنندگان) بیشتر تمرکز بر بعد مشتری و خدمت دارد تا بعد فنی. بنابر این مدل‌ها و ابزارهای مرتبط برای سنجش کیفیت خدمات تاکید بیشتری بر تفاوت میان انتظار مشتریان قبل از دریافت خدمات و درک کیفیت پس از دریافت آن دارند که بعنوان تعریف کیفیت نیز در نظر گرفته شده است [۷]. در این خصوص مدل سروکوال توسط پاراسورمان از جامعیت و مقبولیت بیشتری برخوردار است [۸]. در این مدل (سروکوال) پنج بعد برای سنجش کیفیت خدمات در شناسایی شده‌اند که عبارتند از: تسهیلات، همدلی، قابلیت اطمینان، تضمین و پاسخ‌گویی که هر کدام از این ابعاد سوالات مربوط به خود را در بر می‌گیرد [۹]. ارزیابی یک بیمار از ارزش و کیفیت خدمات بر میزان رضایت و همچنین تمایل آنها به استفاده مجدد از خدمات تاثیر دارد. کیفیت خدمات بهداشتی - درمانی از دیدگاه بیماران قابل اندازه‌گیری است. بیماران یک منبع واقعی و منحصر بفرد ارائه اطلاعات به شمار می‌روند و در مورد اثربخشی مراقبت و یا دسترسی به آن اطلاعات اساسی می‌دهند [۱۰]. درک بیمار به طور مستقیم بر روی

گرفته مطالعه‌ای در کشور در خصوص کیفیت خدمات پزشکان عمومی در مطب‌های خصوصی انجام نگردید. اگرچه در زمینه کیفیت خدمات درمانگاه‌ها مطالعه انجام گرفته است [۱۸]. مطالعات خارجی نیز اغلب مربوط به ارزیابی کیفیت خدمات پزشک خانواده بوده است. این پژوهش با هدف ارزیابی کیفیت خدمات ارائه شده در مطب‌های خصوصی پزشکان عمومی که با سازمان بیمه سلامت قرارداد دارند از دیدگاه بیمار انجام گرفته است.

روش پژوهش

این مطالعه کاربردی و مقطعی به روش پیمایشی انجام گرفت. جامعه پژوهش کلیه بیماران مراجعه‌کننده به مطب‌های پزشکان عمومی طرف قرارداد بیمه سلامت در شهر تهران بود. بر اساس فرمول نمونه‌گیری تخمین میانگین، با میزان خطای ۳٪ و توجه به ضریب طرح (۱/۵) تعداد ۴۰۰ نفر نمونه بدست آمد.

$$n = \frac{z^2 \cdot \sigma^2}{d^2}$$

برای جمع‌آوری داده براساس ملاحظات منابع کل شهر تهران ابتدا به روش طبقه‌ای به ۹ منطقه تقسیم شد تا بیانگر مناطق شمال، جنوب، شرق، غرب، مرکز، شمال شرق، شمال غرب، جنوب شرق و جنوب غرب شهر تهران باشد سپس از هر طبقه به صورت تصادفی یک منطقه به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب گردید. در ادامه از مناطق انتخاب شده به روش خوشه‌ای و براساس نمونه محاسبه شده چهار مطب انتخاب گردید و در قسمت انتخاب بیماران از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. بنابراین تعداد ۳۶ مطب پزشک مورد بررسی قرار گرفت که از هر مطب حداقل ۱۰ بیمار پرسشنامه‌ها رو تکمیل نمودند.

ابزار پژوهش پرسشنامه محقق ساخته شامل دو بخش بود که بخش اول شامل سوالات دموگرافیک و اجتماعی و بخش دوم شامل ۳۲ سوال در برگیرنده هشت بعد برای سنجش ادراکات و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات بود. هشت بعد کیفیت شامل سوالاتی پیرامون بعد دسترسی (دستیابی آسان بیمار به مطب از

دیدگاه وی از درمان و تداوم رابطه وی با پزشک معالج و نتیجه مداوا تاثیر می‌گذارد [۱۱]. علاوه بر بیماران، خریداران خدمات و همچنین سازمان‌های نظارتی و مراکز اعتباربخشی باید بر کیفیت آنچه در مراکز بهداشتی و درمانی انجام می‌گیرد نظارت داشته باشند. سازمان‌های بیمه نیز به عنوان سازمان‌های موثر در نظارت بر مراکز درمانی باید بخشی از توان خود را برای افزایش کیفیت خدمات در مراکز و بیمارستان‌ها معطوف کنند تا از این راه ضمن ارتقای کیفیت خدمات برای بیمه‌شدگان و کاهش بار مراجعات آنان، هزینه‌های تحمیل شده به سازمان که بخشی از آن ناشی از مراجعات تکراری است را کاهش دهند. از سوی دیگر، آنچه مسلم است این است که سازمان‌های بیمه‌گر در قبال خدمات ارائه گردیده از سوی پزشکان عمومی طرف قرارداد، پرداخت یکسانی دارند. این بدان معنی است که به خدمات از لحاظ کیفیت متفاوت، در زمان واحد پرداخت یکسانی صورت می‌گیرد و هیچ‌گونه رتبه‌بندی و تمایزی در قبال کیفیت خدمات و یا خدمات توأم با رضایت‌مندی بیمه شده در سازمان‌های بیمه‌گر وجود ندارد [۲]. آنچه در بررسی کیفیت خدمات سلامت، به بیمه‌ها ارتباط می‌یابد در کشورهای پیشرفته همواره مورد نظر بوده است.

در دهه‌های گذشته مدل‌های مختلفی از قرارداد خرید خدمات در کشورهای مختلف تجربه شده است. منطق این قرارداد این است که نوعی از پاسخ‌گویی را که در نظام‌های دولتی و خصوصی وجود ندارد را برقرار کند. قرارداد بر انتخاب ارائه‌کنندگان (بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها)، بکارگیری پزشکان و پرستاران و خدمات انفرادی و یا بسته خدمتی و یا شرایط مربوط به برنامه‌های اطمینان از کیفیت و تقویت عملکرد اعمال می‌گردد. به جرات می‌توان کیفیت خدمات بهداشتی درمانی را از جمله این ابتکارات دانست. این اقدامات از طریق ایجاد ابتکاراتی برای افزایش انگیزش برای پزشکان و بیمارستان‌ها نیز انجام شده است [۱۲]. مطالعات متعددی در خصوص کیفیت خدمات سلامت بویژه در حوزه خدمات بیمارستانی انجام شده است [۱۳-۱۷]. ولی تاکنون براساس بررسی‌های صورت

۴۲ درصد و کمترین آن در گروه‌های سنی زیر ۲۰ سال با ۶ درصد و بالای ۶۵ سال با ۶ درصد بود. در مورد شغل، افراد با شغل آزاد با ۶۴ درصد بیشترین رقم را به خود اختصاص داده است. در مورد وضعیت تحصیلی، بیشترین تعداد مربوط به افراد دارای مدرک دیپلم و با ۳۱ درصد و کمترین تعداد نیز مربوط به افرادی با سواد بیشتر از فوق لیسانس و با ۶ درصد بود. همچنین ۱۹ درصد وضعیت درآمدی یک میلیون تا ۱/۵ میلیون تومان بیشترین میزان تعداد در گروه‌های درآمدی را دارا بوده‌اند. (جدول ۱)

بطور کلی نمره برداشت افراد از کیفیت خدمات مطب حدود ۱۲۷/۸ از ۱۶۰ (کیفیت مطلوب) بدست آمد که نشان دهنده ارزیابی نسبتاً مطلوب از کیفیت خدمات است. به همین صورت نمره مرتبط با انتظارات بیماران ۱۳۱ از ۱۶۰ شد (انتظارات بالا) که نشان دهنده شکاف (-۶) می باشد. (جدول ۲)

از میان ابعاد مورد بررسی کیفیت، مراجعین از نظر دسترسی کیفیت خدمات پزشکان عمومی را نسبتاً بالا ارزیابی کردند (۸۵/۵) و سپس بعد اثربخشی با نمره برداشت از کیفیت (۸۵/۳) بیشترین نمره را دارد. از نظر بیماران وضعیت نظم زمانی پزشکان (زمان مند بودن) خیلی بالا ارزیابی نشد (۶۹/۷). همچنین از منظر انتظارات بیماران در مورد کیفیت خدمات پزشکان عمومی، بعد اثربخشی ادراک شده بعنوان مهم‌ترین حیطة و بعد زمان مند بودن کم اهمیت‌ترین دانسته شد. شکاف کوچکی بین ادراکات و انتظارات مراجعین به مطب‌ها وجود داشت و در ابعاد مانند بعد تداوم مراقبت، رفاهی، زمان مندی پزشک و فنی شکاف معنادار بود. از نظر بیماران وضعیت نظم زمانی پزشکان (زمان مند بودن) خیلی بالا ارزیابی نشد (۶۹/۷). همچنین از منظر انتظارات بیماران در مورد کیفیت خدمات پزشکان عمومی، بعد اثربخشی ادراک شده بعنوان مهم‌ترین حیطة و بعد زمان مند بودن کم اهمیت‌ترین دانسته شد. شکاف کوچکی بین ادراکات و انتظارات مراجعین به مطب‌ها وجود داشت و در ابعاد مانند بعد تداوم مراقبت، رفاهی، زمان مندی پزشک و فنی شکاف معنادار بود.

لحاظ فیزیکی، تلفنی و غیره)، اثربخشی ادراک شده (آسیب ناشی از خطای پزشکی و بهبود شرایط بیمار پس از مراجعه)، تداوم مراقبت (پیگیری درمان)، جنبه‌های قانونی (تعرفه ویزیت و بهای تمام شده)، بیمار محوری (توجه به بیمار)، فنی (زمان ویزیت و جامعیت خدمات در مطب)، زمان مند بودن (میزان معطلی در مطب) و جنبه‌های رفاهی (ملموسات) بود. ابعاد پرسشنامه بر اساس ابعاد تعریف شده موسسه پزشکی امریکا و ابعاد پنج گانه سروکوال طراحی گردید [۵، ۸]. روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات صاحب‌نظران مدیریت سلامت و کارشناسان نظارت بر درمان و برخی پزشکان صاحب‌نظر تأیید گردید و برای تأیید پایایی از نتایج مطالعه پایلوت استفاده شد که در آن پرسشنامه توسط ۳۰ نفر از بیماران تکمیل گردید و آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمد. در این پژوهش، با توجه به غیرنرمال بودن توزیع داده‌های پژوهش براساس آزمون کولموگروف اسمیرنوف، از تست‌های آماری غیرپارامتریک (آزمون‌های من ویتنی و کروسکال والیس) استفاده شد. مقیاس سوالات بر اساس لیکرت پنج امتیازی (خیلی موافقم نمره ۵ تا خیلی مخالفم نمره ۱) تنظیم شده بود. برای تفسیر امتیاز کل کیفیت، فاصله امتیازی حداقل و حداکثر نمره کل پرسشنامه (۳۲ تا ۱۶۰ با توجه به تعداد ۳۲ سوال پرسشنامه) به پنج قسمت (پنجک) مساوی تقسیم شد. کلیه اطلاعات جمع‌آوری شده با مجوز سازمان بیمه سلامت بوده و بصورت محرمانه و بدون نام تحلیل، تفسیر و گزارش شد.

یافته‌ها

در نهایت ۳۹۴ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به مطب‌های مربوط به پزشکان عمومی طرف قرارداد پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. از این تعداد ۵۳ درصد پاسخ‌گویان زن بوده‌اند. بیشتر شرکت‌کنندگان را افراد متأهل با درصدی معادل ۷۴ درصد تشکیل داده‌اند. در خصوص توزیع سنی افراد مورد مطالعه نیز باید خاطر نشان کرد، بیشترین گروه سنی مربوط به گروه ۳۶ تا ۵۰ سال با

دوم قرار گرفته‌اند و بعد زمان‌مندی در جایگاه آخر قرار دارد. با توجه به نظرات بیماران در پرسشنامه که بیشترین علت مراجعه به پزشک خود را نزدیکی به محل زندگی دانسته‌اند، مطلوب ارزیابی کردن بعد دسترسی در ابعاد کیفیت از دیدگاه مراجعان قابل توجیه می‌نماید، لذا بیشتر افراد ترجیح می‌دهند برای بیماری‌های معمول خود نزدیک‌ترین مطب پزشک عمومی را جهت مراجعه در نظر بگیرند و در بررسی کیفیت نیز بعد دسترسی را به عنوان بعدی که بر کیفیت ادراک شده آنان منطبق است معرفی نمایند.

در ابعاد کیفیت بعد زمان‌مندی کمترین اهمیت را از دیدگاه مراجعان داشته است که این امر را می‌توان به دلیل عدم ازدحام در بیشتر مطب‌ها در بخش پزشکان عمومی و امکان دیدن پزشک در کوتاه‌ترین زمان و بدون متحمل شدن صف انتظار طولانی دانست، در حال بعد زمان‌مندی دارای بیشترین شکاف نیز بوده است بدین معنی که در زمینه گویه‌های در برگیرنده این بعد هنوز نیاز به فرهنگ‌سازی و تلاش جهت بهبود وجود دارد.

بعد اثربخشی نیز بیشترین میزان اهمیت را از دیدگاه مراجعان به خود اختصاص داده است، در پایان‌نامه سخنور در میان ابعاد کیفیت ادراک شده بیشترین و کمترین میانگین به ترتیب به ابعاد اثربخشی و کارایی اختصاص یافته و بهترین و بدترین وضعیت کیفیت به ترتیب در ابعاد کارایی و محیط برآورد گردید [۱۵].

در بعد رفاهی که بیشتر به شرایط ظاهری و امکانات در محیط مطب اشاره دارد شکاف منفی وجود دارد، به نظر می‌رسد انتظارات بیماران در این خصوص تامین نگردیده است ولی این بعد از لحاظ اهمیت در رتبه پنجم قرار دارد، این نتیجه با یافته‌های مطالعه کیم و همکاران در یک راستاست که کیفیت محیط فیزیکی بیمارستان تأثیر کوچکی بر ارزش ادراک شده مشتری داشت [۱۹].

در آنالیز ابعاد قانونی، بیمار محوری و دسترسی شکاف بین انتظارات و ادراکات بیماران مشاهده نگردید، در خصوص بعد دسترسی به دلیل دلایل گفته شده و نمره

شکاف کلی بین ادراکات و انتظارات وجود داشت و در برخی ابعاد مانند بعد مداوم مراقبت، رفاهی، زمان‌مندی پزشک و فنی، شکاف معنادار بود. علاوه بر این، مشخص شد که انتظارات مراجعین به مطب‌ها با توجه به برخی از مشخصات دموگرافیک آنها هم‌چون میزان درآمد، صندوق بیمه‌ای، نوع بیمه و تحصیلات آنها متفاوت بود. (جدول ۳).

در خصوص فراوانی علل مراجعه افراد به پزشک مورد نظر، بیشترین علت مراجعه به پزشک، نزدیکی به محل زندگی ذکر شد (۷۸ درصد). سپس به ترتیب کیفیت خدمات، اعتبار و شهرت پزشک، پذیرش دفترچه بیمه و توصیه‌های آشنایان، مهم‌ترین علل بوده است. (نمودار ۱)

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی کیفیت خدمات پزشکان عمومی در مطب‌های خصوصی طرف قرارداد بیمه سلامت تهران انجام شد. اهمیت کیفیت این نوع خدمات برای گروه‌ها و ذینفعان مختلف می‌تواند بالا باشد. بنابر این در این مطالعه با رویکرد سنجش کیفیت از دیدگاه بیماران (بیمه‌شدگان) سعی در بررسی ادراکات و انتظارات آنها از خدمات پزشکان عمومی در این حوزه دارد.

در مطالعه جاری کیفیت از دیدگاه بیماران در حد خوب و قابل قبولی ارزیابی شد و انتظارات نیز در حد خیلی بالایی نبود و لذا شکاف کلی بین ادراکات و انتظارات خیلی عمیق نبود. شکاف اندک به دو صورت قابل تفسیر است. اول، به منزله نشانه مثبتی می‌باشد از نزدیک بودن کیفیت خدمات با انتظارات بیماران، یا می‌تواند هم‌چنین نشان‌دهنده سطح پایین انتظارات افراد نیز باشد، بدین صورت که افراد از مطب‌های پزشکان عمومی انتظار پایینی دارند، لذا فرد برای بیماری‌های جزئی و یا پیش پا افتاده از نظر خود به پزشک عمومی مراجعه می‌نماید و علاقه به مراجعه به متخصصین شایع نگردیده است. در بررسی ابعاد برداشت از کیفیت بعد دسترسی در جایگاه بیشترین امتیاز و سپس بعد اثربخشی با فاصله اندک در جایگاه

بالای کیفیت ادراک شده این بعد توسط بیماران نبودن شکاف قابل انتظار است. در خصوص بعد بیمار محوری تلاش پزشکان عمومی در جذب بیمار و ایجاد رضایت‌مندی در وی جهت مراجعات بعدی و نیز با توجه به گویه مربوط به این بعد (برخورد پزشک با شما محترمانه بود) که بیشترین نمره کیفیت ادراک شده توسط بیمار را به خود اختصاص داده است توجیه درستی به نظر می‌رسد. بعد قانونی دو دیدگاه را در خصوص برداشت منطبق بر انتظار بیمار را مطرح می‌نماید و یا عدم درک صحیح بیمار و آگاهی وی از ضوابط و مقررات و حقوق قانونی وی را مطرح می‌سازد. در هر حال پزشکان عمومی طرف قرارداد سازمان بیمه سلامت بیشترین جمعیت مراکز طرف قرارداد را تشکیل می‌دهند و اهمیت این گروه از جهت دارا بودن بیشترین مواجهه با افراد تحت پوشش بیمه سازمان و تأثیر در توانمندسازی آنان در اطلاعات بهداشتی و درمانی و هم از جهت هزینه‌سازی برای سازمان و بیمار و درج نسخ مبتنی بر تقاضای القایی را نمی‌توان انکار کرد. در برخی ابعاد چون تداوم، رفاهی، زمان‌مندی پزشک و فنی شکاف معنادار بود. در ابعاد بیمارمحوری، دسترسی و اثربخشی شکاف وجود نداشت و یا در صورت وجود شکاف معنادار نبود، لذا به نظر می‌رسید در ابعاد مذکور انتظار بیماران منطقی بوده است و یا کیفیت خدمات خوب بوده و نیاز به بهبود در این زمینه‌ها کمتر احساس شده است.

در مطالعه زارعی و همکاران نیز که در شهر تهران انجام شد جمعیت هدف مطالعه از بین همه بیماران بستری در بیمارستان‌های خصوصی تهران انتخاب شدند و ابعاد کیفیت بر اساس مدل سروکوال از دیدگاه بیماران سنجیده شد و بر اساس یافته‌های مطالعه میانگین نمره انتظارات بالا ارزیابی گردید و در هر بیست و دو گویه سنجش کیفیت شکاف منفی مشاهده شد و شکاف در هر گویه معنی‌دار گزارش گردید [۲۰]. با توجه به این که در این مطالعه ارزیابی نظرات بیماران مراجعه‌کننده به مطب پزشکان عمومی در خصوص رضایت کلی از خدمات زیاد بوده است (سوالات

ابتدایی پرسشنامه در خصوص رضایت از خدمات) و کیفیت کلی مطب‌های این پزشکان نیز در حد بالا اندازه‌گیری شده است. می‌توان کیفیت خدمات از دیدگاه بیماران را در حد بالا و رضایت بیماران از خدمات مطب‌های مذکور را نیز بالا ارزیابی کرد. اگرچه هدف این مطالعه رضایت‌سنجی نبوده است ولی مطالعات صورت گرفته در این راستا نیز نشان می‌دهد که بین کیفیت خدمات و رضایت‌مندی بیماران رابطه مثبت جود دارد [۲۱، ۲۲]. نتایج مطالعات کره جنوبی و تایلد نیز نشان‌دهنده کیفیت فرایند ارائه خدمت و دسترسی آسان به مراقبت و تأثیر معناداری آن بر رضایت بیماران سرپایی و بستری است [۱۹، ۲۳، ۲۴]. در مطالعات دیگر هم رضایت مشتری به طور معناداری اثرات دیگر عوامل را بر وفاداری مشتری ایجاد می‌نماید [۱۹، ۲۵]. رضایت بیمار نقش کلیدی واسطه‌ای بین کیفیت خدمات و تمایل بیمار به استفاده مجدد از خدمات همان بیمارستان بازی می‌کند [۲۵]. نتایج حاصل از مطالعه میندی نشان داد که بین جنسیت و رضایت رابطه‌ای نیست ولی بین گروه سنی و رضایت بیماران رابطه معنادار وجود دارد [۲۶]. با عنایت به ارزیابی مثبت بیماران در خصوص سوال کلی مربوط به رضایت از خدمات مطب‌های مورد بررسی و نظرات مثبت ایشان در خصوص استفاده مجدد از خدمات و یا توصیه مطب مورد نظر به دیگر افراد در این مطالعه می‌توان وجود ارتباط میان کیفیت خدمات، تمایل به استفاده مجدد از آن و رضایت بیمار را در خدمات سرپایی پزشکان عمومی را مثبت ارزیابی نمود. در مطالعه دیگر که توسط سخنور در سال ۱۳۹۳ صورت گرفته است، بررسی ارتباط بین فرهنگ سازمانی و کیفیت خدمات در بیمارستان‌ها، جهت سنجش کیفیت خدمات در بخش بستری از پرسشنامه هلس کوال استفاده شده و در این مطالعه عوامل تاثیرگذار بر کیفیت خدمات بهداشتی درمانی شامل نیروی انسانی، دانش، مهارت‌ها، ارزش‌های وی، امکانات و تجهیزات، محیط داخل و خارج بیمارستان و عوامل مرتبط با خود بیمار دانسته شده است [۱۵].

نگرفته است. در صورت انجام مداخله، جهت افزایش کیفیت، نتایج معتبرتر بدست می‌آید. علاوه بر عدم همکاری برخی از پزشکان جهت جمع‌آوری اطلاعات بیماران و عدم همکاری برخی از بیماران در پاسخ به پرسشنامه و تعدد مطب‌ها، به علت تمایل اندک افراد بی‌سواد مشارکت داوطلبانه آنها علیرغم تلاش پژوهش‌گر در اخذ اطلاعات از ایشان، پایین بود. پیشنهاد می‌گردد پژوهش از نوع کیفی در راستای کیفیت خدمات پزشکان متخصص نیز انجام گیرد.

با عنایت به نظرات افراد شرکت‌کننده در مطالعه و ذکر علت نزدیکی به محل زندگی افراد به عنوان مهم‌ترین آیت، در مراجعه به پزشک عمومی و پراکندگی خوب مطب‌های مورد نظر در کلان شهر تهران و فراهمی دسترسی، به نظر می‌رسد انتخاب مطب‌های با کیفیت‌تر توسط سازمان‌های بیمه جهت قرار داد، در گسترده و ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی درمانی تاثیرگذار است. بی‌تردید سازوکار پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات و به طور کلی هزینه کرد در بخش سلامت تاثیر زیادی بر عملکرد آن دارد. ارائه الگوی مناسب پرداخت می‌تواند کارائی، کیفیت و دسترسی به خدمات را به طور مستقیم متاثر کند [۳۰].

شکاف محدود حاصل از این مطالعه می‌تواند برای تصمیم‌گیرندگان نگران‌کننده باشد که باید هم زمان با بهبود کیفیت به آموزش و توانمندسازی خدمت‌گیرندگان نیز توجه نمایند. از آن جایی که هزینه‌ها و منافع ادراک شده عوامل تعیین‌کننده مهم ارزش ادراک شده هستند، افزایش منافع یا کاهش هزینه‌ها می‌تواند ارزش ادراک شده را بهبود بخشد. لذا بایستی اطلاعات درستی به افراد جامعه در این خصوص داد و منابع سازمان را در روند صحیح جهت بهره‌گیری آحاد بیمه‌شدگان در سطوح اولیه خدمات و نه فقط در بخش بستری به کار گرفت. در نتیجه جایگاه کیفیت را در ترسیم یک الگوی مناسب پرداخت نمی‌توان نادیده گرفت. استقرار نظام پزشک خانواده و سطوح ارجاع، توانمندسازی بیمه‌شدگان و توجه به ادراک ایشان از کیفیت و فرهنگ‌سازی در این باره،

در مطالعه کیماسی نیز ادراکات مراجعان از کیفیت بالاتر از حد متوسط بوده است و بعد قابلیت اعتماد بیشتر از سایر ابعاد و بعد همدلی کمتر از سایر ابعاد مطلوب ارزیابی شده‌اند. در ارزیابی اهمیت یا وزن ابعاد کیفیت، ادراکات مراجعان در بعد اطمینان خاطر بیشتر و در بعد عوامل ملموس کمتر از سایر ابعاد اهمیت نشان داده است [۲۷].

با توجه به این که هیچ کدام از مطالعات فوق دقیقاً بر روی مطب‌های پزشکان عمومی انجام نگرفته است و با توجه به ماهیت خدمات ارائه شده در یک مطب و تفاوت نوع خدمات از لحاظ زمان دریافت خدمت، درمقایسه با بیمارستان و یا مراکز درمانی دیگر عدم یکسان بودن نتایج قابل انتظار است.

تلاش برای کاهش شکاف و فاصله بین انتظار و ادراک بیمار منجر به رضایت ایشان، وفاداری به سازمان و مراجعات مجدد به مراکز درمانی خواهد شد [۱۸]. محیط و شرایط محیطی با تاثیر بر تعاملات انسانی و کارایی ارائه خدمت می‌تواند دارای اثرات مثبت و منفی بر اثربخشی خدمات باشد. در بیمارستان فرایندهای انسانی جزء لاینفک ارائه خدمات محسوب می‌شود و در نتیجه تعاملات مناسب در طی فرایند درمان می‌تواند اثربخشی مراقبت را تحت تاثیر قرار دهد [۲۱، ۲۸].

در بررسی پزشکان در مناطق مختلف جغرافیایی بیشترین نمره کیفیت به مطبی واقع در جنوب غربی و کمترین نمره کیفیت به مطبی واقع در منطقه مرکزی تعلق گرفته است. لذا به نظر می‌رسد چگونگی ادراک بیماران از کیفیت با منطقه جغرافیایی قابل پیش‌بینی نبوده و مطب‌های با کیفیت از دیدگاه بیماران، در نقاط مختلف پراکنده‌اند.

از آن جایی که هزینه‌ها و منافع ادراک شده دو عامل تعیین‌کننده مهم ارزش ادراک شده هستند، افزایش منافع یا کاهش هزینه‌ها می‌تواند ارزش ادراک شده را بهبود بخشد [۲۹].

این پژوهش به صورت توصیفی تحلیلی بود و محدودیت‌هایی داشت و موارد موثر بر کیفیت خدمات را از دیدگاه بیماران می‌سنجد لکن مداخله‌ای صورت

انگیزه برای پزشکان عمومی نهایتاً رضایت بیمه شده، در بر خواهد داشت.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با حمایت مالی سازمان بیمه سلامت استان تهران صورت گرفته است و از همکاری پزشکان عمومی طرف قرارداد این سازمان قدردانی می‌گردد.

حمایت همه جانبه سازمان‌های متولی سلامت از جمله بیمه‌های پایه از پزشکان عمومی به عنوان سطح اولیه ارائه‌کننده خدمات سلامت، نظارت دقیق بر خدمات پزشکان عمومی از لحاظ تجویز دارو و خدمات پاراکلینیک، ممانعت از تقاضای القایی و ارجاع نامناسب بیماران به مراکز مورد نظر پزشکان توجه به کیفیت ارائه خدمات از سوی بیمه‌ها با عنایت به جهت‌گیری این مطالعه بر روی جمعیت بیمه شده و سازمان بیمه سلامت به عنوان یک سازمان بیمه‌گر پایه و افزایش

جدول ۱ - توزیع فراوانی پاسخ‌گویان به سوالات کیفیت در مطب به تفکیک جنسیت، تاهل و شغل

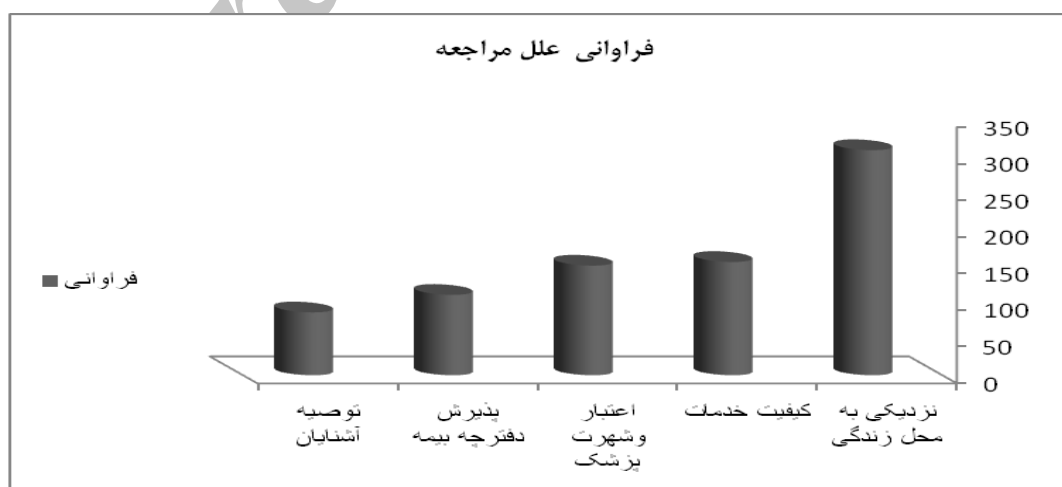
نتیجه آزمون	میانگین	تعداد	گروه	
-1/45z +1/4P value=	188/52	183	مرد	جنسیت
	206	211	زن	
+8/4z -1/4P value =	204/26	99	مجرد	تاهل
	193/20	292	متاهل	
-7/4z +1/4P value=	188/71	256	آزاد	شغل
	197/16	126	کارمند	

جدول ۲ - میانگین نمرات ابعاد و شکاف موجود

معناداری	شکاف	انتظارات		ادراکات		ابعاد کیفی
		- انحراف معیار	میانگین نمره	انحراف معیار	میانگین نمره	
=0/9P	0/1	11/8	-84/6	11/83	84/7	بیمار محوری
p<0/001	-5/67	14/17	84/67	14/17	79	تداوم مراقبت
p<0/001	-9/63	15/97	79/34	15/97	69/71	زمان مندی
p<0/001	-5/64	17/27	81/67	18/87	76/03	رفاهی
p=0/9	1/14	15/92	84/41	15/92	85/55	دسترسی
p<0/001	-4/22	11/48	79/78	11/48	75/56	فنی
=0/06P	2/83	18/97	75/27	18/97	78/10	قانونی
p=0/9	-1/64	16	87/03	16/68	85/39	اثر بخشی
p<0/001	-3/9	14/5	131/2	16	127/3	کل

جدول ۳ - توزیع فراوانی پاسخ گویان به تفکیک سن، نوع بیمه، تحصیلات، درآمد و صندوق بیمه (انتظارات)

نتیجه آزمون	متوسط رتبه	تعداد	نام گروه	
Chi-Square=۱۰/۹ D f=۴ P value=۰/۰۲	۱۸۰/۴۴	۸۰	تا راهنمایی	تحصیلات
	۱۹۴/۷۹	۱۲۶	تا دیپلم	
	۱۹۱/۵۹	۴۴	فوق دیپلم	
	۲۱۷/۹۸	۱۱۳	لیسانس	
	۱۴۶/۷۱	۲۶	فوق لیسانس و بالاتر	
Chi-Square=۷/۴ d f=۲ P-value=۰/۰۲	۲۰۵/۹۹	۱۰۳	بیمه سلامت	نوع بیمه
	۱۷۸/۴	۲۳۱	تامین اجتماعی	
	۲۱۶/۵	۴۶	سایر	
	۱۸۵/۴۳	۱۲۶	دیپلم	
	۲۰۱/۳۳	۴۴	فوق دیپلم و پایین تر	
	۲۰۲/۸۹	۱۱۳	لیسانس	
	۱۹۱/۹	۲۶	فوق لیسانس و بالاتر	
Chi-Square=۱۸/۱۶ d f=۵ P-value=۰/۰۰۳	۱۶۷/۱۴	۷۸	کمتر از یک میلیون تومان	میزان درآمد
	۱۶۶/۸۰	۱۳۲	۱-۱/۵ میلیون تومان	
	۲۲۱/۴	۸۴	۱/۵-۲ میلیون تومان	
	۱۶۱/۳۹	۲۲	۲-۲/۵ میلیون تومان	
	۱۸۹/۰۸	۲۵	۲/۵-۳ میلیون تومان	
	۱۶۰/۵۸	۱۹	بالاتر از ۳ میلیون تومان	
Chi-Square=۷/۴ d f=۲ P-value=۰/۰۲	۵۰/۱۶	۷۰	کارمندی	صندوق بیمه
	۴۰/۳۸	۸	سایر اقشار	
	۳۱/۶۸	۱۴	سلامت ایرانیان	
	۰	۰	روستایی	



نمودار ۱ - فراوانی نظرات مراجعین پیرامون علل مراجعه

Reference:

- 1- Yesilada F, Direktör E. Health care service quality: A comparison of public and private hospitals. *African Journal of business management*, 2010; 4(6): 962.
- 2- Webster M. Online dictionary; 2005.
- 3- Organization WH. World malaria report 2008: World Health Organization; 2008.
- 4- Mosadeghrad AM. Factors affecting medical service quality. *Iranian journal of public health*, 2014; 43(2): 210.
- 5- Corrigan JM. Crossing the quality chasm. Building a better delivery system, 2005.
- 6- Chakravarty A. Evaluation of service quality of hospital outpatient department services. *Medical Journal Armed Forces India*, 2011; 67(3): 221-4.
- 7- Sheppard C, Franks N, Nolte F, Fantz C. Improving quality of patient care in an emergency department. *American journal of clinical pathology*, 2008; 130(4): 573-7.
- 8- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *the Journal of Marketing*; 1985: 41-50.
- 9- Calnan MW. The patient's perspective. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1998; 14(1): 24-34.
- 10- Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Quality review bulletin*, 1992; 18(11): 356-60.
- 11- Ware Jr JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Medical care*, 1988; 26(4): 393-402.
- 12- Hassanzadeh A. review of the principles of tariff Health Services in Iran. *Tamin Ejtemaie*; 2006: 25-26.
- 13- Zarei E. Modeling of structural relationship between the determinants of customer loyalty in private hospitals of Tehran using structural equation modeling(persian): Tehran university of Medical Sciences; 2011-2012.
- 14- Zarei E, Arab M, Rashidian A. The relationship between the quality of provided services and perceived value By hospitalized patients. *Mazandaran University of Medical Sciences Magazine*, 2012; (98): 105-12.
- 15- Sokhanvar M. The relationship between organizational culture and service quality in Tehran hospitals. *medical University, Tehran* 2014.
- 16- Gorji HA, Tabatabaei S, Akbari A, Sarkhosh S, Khorasan S. Using the service quality gap's model (SERVQUAL) in Imam Khomeini teaching hospital: 2012. *Journal of Health Administration (JHA)*, 2013; 16(51): 7-18.
- 17- Ramessur V, Hurreeram DK, Maistry K. Service quality framework for clinical laboratories. *International journal of health care quality assurance*, 2015; 28(4): 367-81.
- 18- S TSGMS. The quality of services provided in outpatient clinics Based on servequal in hospitals in Tehran (in persian). *Payavarde salamat*; 1390.
- 19- Kim Y-K, Cho C-H, Ahn S-K, Goh I-H, Kim H-J. A study on medical services quality and its influence upon value of care and patient satisfaction—Focusing upon outpatients in a large-sized hospital. *Total Quality Management*, 2008; 19(11): 1155-71.
- 20- Zarei E, Tabatabai G, Mahmud S, Rahimi Forushani A, Rashidiyan A, Arab M. Hospital Services Quality From Patients' Point Of View: A Cross-Sectional Study In Tehran Private Hospitals. *Journal of Payavard Salamat*, 2012; 5(4): 66-76.
- 21- Laroche M, Choi K-S, Lee H, Kim C, Lee S. The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea:

- comparisons across gender, age and types of service. *Journal of Services Marketing*, 2005; 19(3): 140-9.
- 22- Tzeng H-M, Ketefian S, Redman RW. Relationship of nurses' assessment of organizational culture, job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *International journal of nursing studies*, 2002; 39(1): 79-84.
- 23- Laohasirichaikul B, Chaipoopirutana S, Combs H. Effective customer relationship management of health care: a study of hospitals in Thailand. *Journal of Management and Marketing Research*, 2011; 6: 1.
- 24- Choi K-S, Cho W-H, Lee S, Lee H, Kim C. The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: A South Korean study. *Journal of Business Research*, 2004; 57(8): 913-21.
- 25- Wu C-C. The impact of hospital brand image on service quality, patient satisfaction and loyalty. *African Journal of Business Management*, 2011; 5(12): 4873.
- 26- Mindaye T, Taye B. Patients satisfaction with laboratory services at antiretroviral therapy clinics in public hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. *BMC research notes*, 2012; 5(1): 1.
- 27- Keimasi M, Karimi O, Rastian Ardestani H. Assessment of service quality of Tehran clinical diagnostic laboratories using the SERVIMPERF model. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 2015; 12(4): 29-42.
- 28- Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*. 2004; 13(suppl 1): i85-i90.
- 29- Jen W, Tu R, Lu T. Managing passenger behavioral intention: an integrated framework for service quality, satisfaction, perceived value, and switching barriers. *Transportation*, 2011; 38(2): 321-42.
- 30- Organization WH. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000.