

Assessing the Quality of Performance of General Practitioners from the Perspective of Clinic Patients of Contracts with Health Insurance Organization in Tehran in 2015 to 2016

Azam Sadat Rivandi ^{1*}, Ebrahim Jafari Poyan ¹

¹ Tehran General Office of Health Insurance, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Azam Sadat Rivandi, Tehran General Office of Health Insurance, Tehran, Iran. E-mail: azamsadatrivandi@gmail.com

Received: June 14, 2018

Accepted: April 17, 2018

Abstract

Introduction: Monitoring the quality of services in the insurance service purchase can be crucial for improving patients' satisfaction, avoiding unnecessary referral to health centers and Subsequent expenditure, and imposing them on insurance. This study aimed to evaluate the quality of public health clinic services.

Methods: This cross-sectional study was performed in Tehran during 2015, 2016 years. The research population consisted of patients referred to general practitioners in Tehran. A multi-stage cluster method was used for sampling. Overall, 394 samples were obtained from patients referred to general practitioners were included in the study. Researcher-made questionnaire was the data collection method. The questionnaire was prepared based on interviews with experts. The collected data were analyzed statistically using SPSS 22 software.

Results: Based on the results of the research, the quality score of the clinics from 125 to 160 defined in the high range and the importance of quality dimensions from the viewpoint of patients from 131 to 160 were placed in the high range as well. Examining the service quality dimensions indicated, access point (85.5%) and then effectiveness (85.3%) were earned the highest score. Moreover, the effectiveness was earned the highest score in terms of importance. The results showed, a significant relationship between income level and questions of importance. It seems that, quality items are considered different for people according to their income.

Conclusions: Findings of this study indicate that, patients referring to general practitioners high-rated the received services' quality. The results of this evaluation can lead to improvement in the quality of services and reduce the burden on visits for insured persons and also reduce charges imposed on duplicate visits. Besides, it can lead to active purchasing for the health insurance organization.

Keywords: Quality; Perceived Quality; Expectation; Health Insurance

Citation:

Rivandi AS, Jafari Poyan E. Assessing the quality of performance of general practitioners from the perspective of clinic patients of contracts with health insurance organization in Tehran in 2015 to 2016. J Iran Health Insur.2018;1(1-2):32-37.

بررسی کیفیت خدمات پزشکان عمومی از دیدگاه بیماران در مطب‌های طرف قرارداد سازمان بیمه سلامت در شهر تهران در سال ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۵

اعظم السادات ریوندی^{۱*}، ابراهیم جعفری پویان^۱

^۱ اداره کل بیمه سلامت استان تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: اعظم السادات ریوندی، اداره کل بیمه سلامت استان تهران، تهران، ایران.
ایمیل: azamsadatrivandi@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۳/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۱/۲۸

چکیده

مقدمه: پایش کیفیت خدمات در خرید خدمت توسط بیمه‌ها می‌تواند در بهبود بیماران، ایجاد رضایت آنان، جلوگیری از مراجعات تکراری به مراکز درمانی و هزینه‌سازی‌های بعدی و تحمیل آن به بیمه‌ها بسیار تعیین کننده باشد. این پژوهش با هدف سنجش کیفیت خدمات در مطب‌های عمومی طرف قرارداد بیمه سلامت صورت پذیرفت.

روش بررسی: مطالعه حاضر بصورت مقطعی در طی سال ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۵ در شهر تهران اجرا گردید. جامعه پژوهش شامل بیماران مراجعه کننده به مطب پزشکان عمومی شهر تهران تشکیل می‌دهند. برای نمونه‌گیری از روش طبقه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد و در مجموع ۳۹۴ نمونه از بیماران مراجعه کننده به مطب پزشکان عمومی در مطالعه حاضر شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته می‌باشد. پرسشنامه براساس مصاحبه با افراد خبره توسط تیم تحقیق تهیه گردید. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۲ مورد ارزیابی و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بر اساس نتایج حاصل از پژوهش، نمره کیفیت مطب‌ها ۱۲۵ از ۱۶۰ و در محدوده بالا و اهمیت ابعاد کیفیت از دیدگاه بیماران ۱۳۱ از ۱۶۰ در محدوده بالا قرار گرفت. در بررسی ابعاد کیفیت خدمات، بعد دسترسی (۸۵/۵ درصد) و سپس اثربخشی (۸۵/۳ درصد) بیشترین امتیاز را کسب کردند. در بررسی ابعاد از لحاظ اهمیت بعد اثربخشی بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داد. در پاسخ به سؤالات اهمیت ارتباط معناداری بین میزان درآمد و سؤالات مربوط به اهمیت یافته شد. به نظر می‌رسد افراد بر حسب درآمد اهمیت مربوط به آیتم‌های کیفیت را متفاوت دانسته‌اند.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش، بیماران و مراجعه‌کنندگان به مطب‌های پزشکان عمومی سطح کیفیت خدمات دریافت شده را خوب و بالا ارزیابی کرده بودند. نتایج این ارزیابی‌ها می‌تواند ضمن تأکید بر ارتقاء کیفیت خدمات برای بیمه‌شدگان و کاهش بار مراجعات آنان و هزینه‌های تحمیل شده از محل مراجعات تکراری، سازمان بیمه سلامت را به سمت خرید راهبردی خدمات سوق دهد.

واژگان کلیدی: کیفیت؛ کیفیت ادراک شده؛ انتظار؛ بیمه سلامت

مقدمه

شده به سازمان، ناشی از مراجعات تکراری را کاهش دهند [۵]. سازمان‌های بیمه‌گر در قبال خدمات ارائه گردیده از سوی پزشکان عمومی طرف قرارداد پرداخت یکسانی دارند. این بدان معنی است که به خدمات متفاوت، در زمان واحد پرداخت یکسانی صورت می‌گیرد و هیچگونه رتبه‌بندی و تمایزی در قبال کیفیت خدمات و خدمات توأم با رضایت‌مندی بیمه شده در سازمان‌های بیمه‌گر وجود ندارد [۶]. در سازمان بیمه سلامت به تمام در خواست‌های عقد قرارداد از سوی پزشکان عمومی رسیدگی و اغلب در صورت دارا بودن شرایط عمومی قرارداد منعقد می‌گردد، حال آنکه می‌توان با انجام ارزیابی کیفیت، منابع محدود را در اختیار خدمات با کیفیت قرارداد. در حال حاضر در ایران نگاه کیفی به خدمات از سوی این سازمان‌های بیمه‌گذار به عنوان سازوکار تشویقی یا اجباری برای کنترل کیفیت در بیمارستان‌ها یا سایر مراکز وجود ندارد تا هزینه‌های تحمیل شده از محل پذیرش‌های بی‌کیفیت و بی‌مورد را کاهش دهند [۷، ۸].

امروزه همگام با پیشرفت تکنولوژی و صنعت، همچنین با افزایش سطح تحصیلات و آگاهی‌های عمومی، انتظارات انسان‌ها به عنوان مشتریان دریافت کننده خدمت و کالا افزایش یافته است [۱]. یکی از بخش‌های دولتی ارائه‌کننده خدمت که بخش مهمی از هزینه‌های ملی به آن اختصاص می‌یابد بخش مراقبت سلامت است. جوامع امروزی در مقایسه با گذشته خواهان خدمات بهداشتی و درمانی بهتر هستند و بیش از پیش به مسئله کیفیت اهمیت می‌دهند [۲، ۳]. نقش سازمان‌های بیمه در افزایش کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی اینگونه مشخص می‌شود که در صورت عدم توجه کافی به کیفیت خدمات در پرداخت بیمه‌ها به مراکز طرف قرارداد و اکتفای بیمه‌ها به بررسی نسخ ارسالی از مراکز (بررسی گذشته‌نگر) هیچ گونه رقابت یا انگیزه‌ای برای ارتقا کیفیت خدمات ایجاد نمی‌شود [۴]. در صورتیکه اگر میزان پرداخت بیمه‌ها بر اساس کیفیت خدمات ارائه شده سطح‌بندی گردد ضمن ارتقای کیفیت خدمات برای بیمه‌شدگان و کاهش بار مراجعات آنان، هزینه‌های تحمیل

برای نمونه‌گیری از روش طبقه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. در ابتدا، ۲۲ منطقه شهرداری تهران براساس موقعیت جغرافیایی به ۹ طبقه شمال، جنوب، شرق، غرب، مرکز، شمال شرق، شمال غرب، جنوب شرق و جنوب غرب تقسیم‌بندی شدند. در ادامه از هر طبقه ایجاد شده، یک منطقه شهرداری به روش تصادفی ساده انتخاب شد. در مجموع ۹ منطقه شهرداری جهت نمونه‌گیری تعیین شد. در هر یک از ۹ منطقه انتخابی و بر اساس لیست مطب پزشکان طرف قرارداد با بیمه سلامت و به روش تصادفی ساده، ۴ مطب انتخاب و در هر مطب نیز ۱۰ بیمار مراجعه کننده به روش نمونه‌گیری دردسترس و براساس معیارهای ورود، جهت تکمیل ابزار تحقیق انتخاب شدند. در مجموع ۳۶۰ نمونه برای ورود به مطالعه انتخاب شدند. اما بدلیل امکان ریزش نمونه و یا نقص در تکمیل پرسشنامه، ۴۰ پرسشنامه بیشتر توزیع شد. در نهایت ۳۹۴ پرسشنامه کامل شده در تحقیق حاضر استفاده گردید.

ابزار گردآوری اطلاعات، پرسشنامه محقق ساخته می‌باشد. پرسشنامه براساس مصاحبه با افراد خبره توسط تیم تحقیق تهیه گردید. توسط شاخص‌های ضریب نسبی روایی CVR و شاخص روایی CVI روایی محتوا و توسط تحلیل عاملی اکتشافی روایی سازه مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین با روش آلفای کرونباخ میزان پایایی پرسشنامه در نمونه پایلوت بررسی شد. پرسشنامه تهیه شده شامل دو بخش است. بخش اول اطلاعات دموگرافیک همچون سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل و درآمد را اندازه‌گیری می‌کند. بخش دوم پرسشنامه شامل ۸ سازه اصلی است که در جدول ۱ آمده است.

واژه کیفیت در فرهنگ وبستر به صورت موجود بودن، مشخصه متمایزکننده، برجستگی شخصیتی و ارزشمند بودن تعریف شده است [۹]. در اغلب مفاهیم کیفیت مراقبت چند بعدی دیده می‌شود و مراقبتی را با کیفیت می‌گویند که مؤثر، امن و مبتنی بر نیازهای بیمار باشد و به موقع ارائه شود [۱۰]. همچنین تفاوت میان انتظار مشتری قبل از دریافت خدمات بهداشتی درمانی و درک کیفیت پس از دریافت آن خدمات را به عنوان کیفیت تعریف می‌کنند [۱۱، ۱۲]. کیفیت خدمات بهداشتی درمانی دارای دو بعد فنی یا کیفیت پیامد و کارکردی یا کیفیت فرآیند است که در بعد فنی بیشتر بر دقت رویه‌ها و تشخیص‌ها تمرکز می‌شود در حالیکه بعد کارکرد روش ارائه خدمت را مدنظر قرار می‌دهد، به دلیل عدم اطلاع بیماران از بعد فنی خدمات بهداشتی درمانی معمولاً قضاوت آنان بر مبنای بعد کارکردی صورت می‌گیرد [۱۳، ۱۴].

هدف اصلی از انجام این مطالعه ارزیابی کیفیت خدمات مطب‌های پزشکان عمومی طرف قرارداد بیمه سلامت در استان تهران از دیدگاه بیماران بود.

روش بررسی

مطالعه حاضر بصورت مقطعی در طی سال ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۵ در شهر تهران اجرا گردید. جامعه پژوهش شامل بیماران مراجعه کننده به مطب پزشکان عمومی شهر تهران تشکیل می‌دهند. برای ورود به مطالعه چهار معیار اصلی در نظر گرفته شد. افراد باید بیش از ۱۸ سال سن داشته باشند، بیش از یک مرتبه به مطب پزشک مراجعه کرده باشند، فاصله زمانی مراجعه بین دو تا چهار هفته بوده و برای شرکت در مطالعه داوطلب باشند.

جدول ۱. بخش دوم پرسشنامه شامل ۸ سازه اصلی

ردیف	سازه‌ها	شماره سؤالات در پرسشنامه
۱	بیمارمحوری	۲-۱-۳-۴-۵-۸-۱۸-۱۹-۲۰
۲	فنی	۶-۷-۹-۱۰-۱۱-۲۱
۳	دسترسی	۱۲-۱۳
۴	قانونی	۲۷-۲۸-۲۹
۵	رفاهی	۳۱-۳۲
۶	اثربخشی	۲۵-۲۶
۷	زمانمند بودن	۱۵-۱۶-۱۷
۸	تداوم	۲۲-۲۴

نبود، از آزمون‌های ناپارامتری همچون من-ویتنی و کروسکال والیس استفاده شد. در مطالعه حاضر سطح معناداری آماري مقدار ۰.۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

این پژوهش بر روی ۳۹۴ نفر از بیماران مراجعه کننده به مطب‌های مربوط به پزشکان عمومی طرف قرارداد انجام گرفت که در این میان ۲۱۱ نفر زن (۵۴ درصد) و ۱۸۳ نفر مرد (۵۴ درصد) بوده‌اند. بیشتر شرکت‌کنندگان را افراد متأهل (۷۵ درصد) ۲۹۲ نفر تشکیل داده‌اند. گروه سنی ۳۵ تا ۵۰ سال با ۱۶۷ نفر (۴۳ درصد) بیشترین بیماران مراجعه کننده را تشکیل می‌دادند. ۲۵۶ نفر شغل آزاد (۶۷ درصد) داشته‌اند. در میان شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۱۱۴ نفر با تحصیلات لیسانس (۲۸ درصد) و ۱۲۵ نفر با تحصیلات دیپلم (۳۱ درصد)

پرسشنامه در دو حالت با ابعاد بالا پاسخ داده شد. در مرحله اول از پاسخ دهندگان خواسته شده که سازه‌های بالا را براساس میزان کیفیت ادراک شده از خدمات پزشک که مراجعه نموده‌اند تکمیل نمایند و سپس همین پرسشنامه را بر اساس میزان انتظاری که از کیفیت خدمات پزشک داشته‌اند، تکمیل نمایند. بنابراین برای هر سازه دو مقدار کیفیت ادراک شده و انتظار بیمار از کیفیت خدمات پزشک ثبت خواهد شد.

اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۲۲ مورد ارزیابی و تحلیل قرار گرفتند. از آمار توصیفی همچون تعداد و درصد مقادیر متغیرهای کیفی و محاسبه میانگین و انحراف معیار مقادیر متغیرهای کمی استفاده شد. نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون گولموگروف-اسمیرنوف سنجیده شد. به دلیل اینکه توزیع داده‌ها نرمال

بیشترین تعداد را دارا بوده‌اند. تقریباً ۸۲ درصد از افراد شرکت‌کننده در مطالعه کمتر از ۲ میلیون تومان درآمد داشته‌اند (جدول ۲).

جدول ۲. توزیع متغیرهای دموگرافیک اعضای نمونه

تعداد = ۳۹۴	تعداد (درصد)
جنس	
مرد	۱۸۳ (۴۶)
زن	۲۱۱ (۵۴)
سن	
کمتر از ۲۰ سال	۲۵ (۶)
۲۰ تا ۳۵ سال	۹۶ (۲۵)
۳۵ تا ۵۰ سال	۱۶۷ (۴۳)
۵۰ تا ۶۵ سال	۷۶ (۲۰)
بیش از ۶۵ سال	۲۵ (۶)
وضعیت تأهل	
مجرد	۹۹ (۲۵)
متاهل	۲۹۲ (۷۵)
تحصیلات	
راهنمایی	۸۰ (۲۰)
دیپلم	۱۲۵ (۳۱)
فوق دیپلم	۴۴ (۱۱)
لیسانس	۱۱۴ (۲۸)
فوق لیسانس و بالاتر	۲۶ (۶)
بیمه	
تأمین اجتماعی	۲۳۱ (۶۱)
سلامت	۱۰۳ (۲۷)
سایر بیمه‌ها	۴۶ (۱۲)
شغل	
آزاد	۲۵۶ (۶۷)
کارمند	۱۲۶ (۳۳)
درآمد	
کمتر از ۱ میلیون	۷۸ (۲۱)
۱ تا ۱.۵ میلیون	۱۳۲ (۳۸)
۱.۵ تا ۲ میلیون	۸۴ (۲۵)
۲ تا ۲.۵ میلیون	۲۲ (۵)
۲.۵ تا ۳ میلیون	۲۵ (۷)
بیش از ۳ میلیون	۱۹ (۴)

در بین پاسخ‌دهندگان، ۷۸ درصد بدلیل نزدیکی به محل زندگی، ۳۹ درصد کیفیت خدمات و ۳۸ درصد اعتبار و شهرت پزشک را علت مراجعه اعلام کرده‌اند. به نظر ۵۲ درصد از مراجعه‌کنندگان، کیفیت خدمات ۴. نمرات ابعاد کیفیت خدمات

خدمات پزشک در دفعات متعدد حضور در مطب، بهبود پیدا کرده است. همچنین ۷۰ درصد از مراجعان حاضر هستند تا پزشک را به آشنایان خود نیز پیشنهاد نمایند. ۶۴ درصد از مراجعان نیز از کیفیت خدمات پزشک رضایت بالایی دارند که با توجه به دفعات مراجعه، پزشک را به عنوان فردی معتمد در نظر گرفته‌اند (جدول ۳).

جدول ۳. بررسی توزیع فراوانی علت مراجعه، کیفیت خدمات و معرفی به دوست و آشنا

تعداد (درصد)	علت مراجعه
۳۰۸ (۷۸)	نزدیکی به محل زندگی
۸۶ (۲۱)	توصیه از طرف آشنایان
۱۱۰ (۲۷)	پذیرش دفترچه بیمه
۱۵۰ (۳۸)	اعتبار و شهرت پزشک
۱۵۵ (۳۹)	کیفیت خدمات
کیفیت خدمات نسبت به دفعات مراجعه	
۶ (۲)	بدتر شده است
۱۷۲ (۴۳)	به همان صورت باقی مانده است
۲۰۸ (۵۲)	بهبتر شده است
معرفی به دوست و آشنا	
۲ (۱)	هرگز
۱۱۴ (۲۹)	شاید
۲۷۷ (۷۰)	بله
رضایت	
۹ (۳)	کم
۱۲۷ (۳۲)	متوسط
۲۵۵ (۶۴)	زیاد

دسترسی و اثربخشی در کیفیت ادراک شده بیمار از خدمات پزشک و اثربخشی و تداوم در انتظار بیمار از کیفیت خدمات پزشک بالاترین نمره را در بین سازه‌های پرسشنامه بدست آوردند. شاخص زمانمندی پزشک، بیشترین میزان شکاف را در ابعاد کیفیت خدمات نشان داد. در واقع انتظار بیمار از کیفیت خدمات پزشک با آن چیزی که از خدمات درک کرده است بسیار تفاوت نشان می‌دهد. در دو شاخص رفاهی و تداوم نیز انتظار بیمار با آن چیزی که از خدمات درک کرده است تفاوت داشته است (جدول ۴).

میزان معناداری P	میزان شکاف	میانگین نمره انتظار	میانگین نمره کیفیت ادراک شده	سازه‌های پرسشنامه
۰.۵۲۱	۰/۱	۸۴/۶	۸۴/۷	بیمار محوری
۰.۰۳۵	-۵/۶۷	۸۴/۶۷	۷۹	تداوم
۰.۰۲۷	-۹/۶۳	۷۹/۳۴	۶۹/۷۱	زمانمندی
۰.۰۳۳	-۵/۶۴	۸۱/۶۷	۷۶/۰۳	رفاهی
۰.۴۲۵	۱/۱۴	۸۴/۴۱	۸۵/۵۵	دسترسی
۰.۰۴۴	-۴/۲۲	۷۹/۷۸	۷۵/۵۶	فنی
۰.۵۴۸	۲/۸۳	۷۵/۲۷	۷۸/۱۰	قانونی
۰.۲۸۷	-۱/۶۴	۸۷/۰۳	۸۵/۳۹	اثربخشی

شده و انتظار بسیار جزئی و غیر معنادار است ($P > 0/05$). این شکاف اندک و غیر معنی دار به دو صورت قابل تفسیر خواهد بود. یک نشانه مثبت از نزدیک بودن کیفیت خدمات با انتظارات بیماران است اما

بطور کلی نمره کیفیت ادراک شده بیماران از خدمات پزشک ۱۲۵ از ۱۶۰ و همچنین نمره انتظار بیماران از کیفیت خدمات پزشک ۱۳۱ از ۱۶۰ بدست آمده است. شکاف به وجود آمده براساس کیفیت ادراک

می‌تواند نشان دهنده سطح پایین انتظارات افراد از مطب پزشکان عمومی نیز باشد، بطوریکه افراد از مطب‌های پزشکان عمومی انتظار پایینی دارند، لذا افراد فقط برای بیماری‌های جزئی و یا پیش پا افتاده به پزشک عمومی مراجعه می‌نمایند.

نتایج نشان داد که بین جنسیت، تأهل، نوع شغل، سن، درآمد و نوع بیمه بیماران با ابعاد نمره کیفیت ادراک شده پرسشنامه رابطه معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$). اما بین میزان تحصیلات و کیفیت ادراک شده از خدمات پزشکان عمومی ارتباط معناداری نشان داد ($P = 0/020$). همچنین نتایج نشان داد که بین جنسیت، تأهل، نوع شغل، سن و تحصیلات بیماران با ابعاد نمره انتظار پرسشنامه رابطه معناداری مشاهده نشد. اما بین میزان درآمد ($P = 0/003$) و نوع بیمه ($P = 0/021$) و انتظار از کیفیت خدمات پزشکان عمومی ارتباط معناداری نشان داده شده است.

بحث

در این مطالعه هیچگونه ارتباط معناداری بین درک از کیفیت با جنسیت افراد شرکت کننده در مطالعه به چشم نمی‌خورد، در حالیکه در مطالعات قبلی انتظارات بالاتر زنان نسبت به مردان گزارش شده بود [۱۵-۱۷]. با توجه به اینکه هیچکدام 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 با بیمارستان و یا مراکز درمانی دیگر عدم یکسان بودن نتایج قابل انتظار است.

در کل مطالعه فقط متغیرهای دموگرافیک تحصیلات و نوع بیمه با نمره کیفیت ادراک شده بیماران ارتباط معناداری داشت. این بدان معناست که گروه‌های مختلف از نظر تحصیلات درک متفاوتی از کیفیت خدمات مطب‌ها داشتند و بالاترین نمره کیفیت ادراک شده توسط افراد دارای تحصیلات کارشناسی داده شده بود و پایینترین نمره توسط افراد دارای دیپلم داده شده است. دلیل این امر اینگونه می‌تواند تفسیر شود که افراد با تحصیلات لیسانس انتظارات منطقی‌تری از کیفیت مطب‌ها داشته‌اند و یا اینکه این افراد با وجود تحصیلات بالاتر انتظارات پایین‌تری از یک مطب پزشک عمومی دارند. علاقه عمومی در مراجعه به پزشکان متخصص و فوق تخصص و همچنین کم تردد بودن مطب‌های پزشکان عمومی شاهدی بر این مدعا است. در همین راستا مطالعه زارعی نشان داد که بیماران بی سواد انتظارات بالاتری نسبت به بیماران باسواد داشتند [۱۸]. بارون و همکاران نیز بر این عقیده‌اند که چون با افزایش سطح تحصیلات انتخاب پزشک و مرکز درمانی بهتر انجام می‌شود، سطح توقعات نیز واقع‌بینانه‌تر خواهد بود [۱۹].

در بررسی ابعاد در کیفیت ادراک شده از بعد دسترسی در جایگاه بیشترین امتیاز و سپس بعد اثربخشی با فاصله اندک در جایگاه 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 توجه 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 هر حال بعد زمانمندی دارای بیشترین شکاف نیز بوده است بدین معنی که در زمینه گویه‌های در برگزیده 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 پژوهش سخنور در میان ابعاد کیفیت ادراک شده بیشترین و کمترین میانگین به ترتیب به ابعاد اثربخشی و کارایی اختصاص یافته و بهترین وضعیت کیفیت به ترتیب در ابعاد کارایی و محیط برآورد گردید [۲۰].

در خصوص بعد رفاهی که بیشتر به شرایط ظاهری محیط مطب اشاره دارد شکاف منفی وجود دارد، به نظر می‌رسد انتظارات بیماران در این خصوص تأمین 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 [۲۱].

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 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 کیفیت ادراک شده منطبق بر انتظار بیمار و یا عدم درک صحیح بیمار و آگاهی وی از ضوابط و مقررات و حقوق قانونی وی 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 شکاف بین ابعاد بیشترین شکاف در بعد زمانمند بودن و کمترین شکاف مربوط به ابعاد دسترسی بوده است، با توجه به دسترسی نسبتاً راحت به مطب پزشکان عمومی در سطح شهر تهران، کمترین تفاوت بین کیفیت ادراک شده از بعد زمانمند بودن و اهمیت به بعد مذکور در بین پاسخگویان مشاهده شده است. در مطالعه چاکراواری (خدمات سرپایی بیمارستان) شکاف بین کیفیت خدمات در پنج بعد مشخص گردید شکاف معناداری در ابعاد ملموسات و پاسخگویی بدست آمده است [۱۳]. طبق نتایج بدست آمده کیفیت ادراک شده از مطب‌های پزشکان عمومی از دیدگاه بیماران مراجعه کننده بالا ارزیابی شده است. 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

و رضایت بیماران را معنادار ارزیابی کرد. از آن جایی که هزینه‌ها و منافع ادراک شده دو عامل تعیین کننده 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. مطمئناً توجه به ارائه خدمت در سطوح اولیه همگام با پوشش بیمه همگانی (بیمه سلامت) و ارتقاء کیفیت از مراجعات تکراری برای بیماران و افزایش هزینه‌ها می‌کاهد. بی تردید سازوکار پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات و به طور کلی هزینه‌کرد در بخش سلامت تأثیر زیادی بر عملکرد آن دارد. ارائه الگوی مناسب پرداخت می‌تواند کارائی، کیفیت و دسترسی به خدمات را به طور مستقیم متأثر کند. در این میان جایگاه کیفیت را در ترسیم یک الگوی مناسب پرداخت نمی‌توان نادیده گرفت.

References

- Ross JE. Total quality management: Text, cases, and readings: Routledge; 2017.
- Yesilada F, Direktör E. Health care service quality: A comparison of public and private hospitals. African Journal of Business Management. 2010;4(6):962.
- Mosadeghrad AM. Factors influencing healthcare service quality. Int J Health Policy Manag. 2014;3(2):77-89. doi: 10.15171/ijhpm.2014.65 pmid: 25114946
- Sun J, Zhang X, Zhang Z, Wagner AK, Ross-Degnan D, Hogerzeil HV. Impacts of a new insurance benefit with capitated provider payment on healthcare utilization, expenditure and quality of medication prescribing in China. Trop Med Int Health. 2016;21(2):263-74. doi: 10.1111/tmi.12636 pmid: 26555238
- Ayimbillah Atinga R. Healthcare quality under the National Health Insurance Scheme in Ghana. International Journal of Quality & Reliability Management. 2012;29(2):144-61. doi: 10.1108/02656711211199883
- Ginter PM, Duncan WJ, Swayne LE. The strategic management of health care organizations: John Wiley & Sons; 2018.
- Ghasemi H, Raeeszadeh M. Comparison of increase in medication costs and medication funding per capita of the outpatients insured by the Iranian Salamat Insurance in Isfahan, Iran. Health Information Management. 2016;13(2):132-7.
- Karbasivar A, Skandari AH. Studying the Relationship between the Knowledge Combination, Innovation and Organizational Performance in Salamat Insurance Organization. International Journal of Humanities and Cultural Studies. 2016;2(4):1810-24.
- Webster M. Merriam-Webster online dictionary 2005 [updated 20182018]. Available from: <https://www.merriam-webster.com>.
- Ransom ER, Joshi M, Nash DB, Ransom SB. The healthcare quality book: vision, strategy, and tools. Chicago: Health Administration Press; 2008.
- Sheppard C, Franks N, Nolte F, Fantz C. Improving quality of patient care in an emergency department: a laboratory perspective. Am J Clin Pathol. 2008;130(4):573-7. doi: 10.1309/DGXYTHOVNTTQRQHD pmid: 18794050
- Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. Oman Med J. 2014;29(1):3-7. doi: 10.5001/omj.2014.02 pmid: 24501659

کیفیت، ادراکات مراجعان در بعد اطمینان خاطر بیشتر و در بعد عوامل ملموس کمتر از سایر ابعاد اهمیت نشان داده است [۲۲].

مقایسه بین نتایج حاصل از این مطالعه و نتایج اخذ شده از چکلیست بازرسان حوزه نظارتی در خصوص مطب‌های طرف قرارداد نشان می‌دهد که بر اساس ۱۷ سؤال مندرج در چکلیست کارشناسان نظارت سازمان بیمه سلامت در استان تهران تنها ۷ نفر از پزشکان مورد بررسی نمره کامل بررسی کارشناسان اداره نظارت را دریافت نکرده‌اند و بقیه در بازدیدهای به عمل آمده و طبق نظرات کارشناسی دارای امتیاز کامل شده‌اند.

نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه در این مطالعه ارزیابی رضایت کلی از بیماران مراجعه کننده به مطب پزشکان عمومی زیاد بوده است و کیفیت کلی مطب‌های این پزشکان نیز در حد بالا اندازه‌گیری شده است می‌توان رابطه کیفیت

- Chakravarty A. Evaluation of service quality of hospital outpatient department services. Med J Armed Forces India. 2011;67(3):221-4. doi: 10.1016/S0377-1237(11)60045-2 pmid: 27365810
- Waring J, Allen D, Braithwaite J, Sandall J. Healthcare quality and safety: a review of policy, practice and research. Sociol Health Illn. 2016;38(2):198-215. doi: 10.1111/1467-9566.12391 pmid: 26663206
- 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.
- Lin DJ, Sheu IC, Pai JY, Bair A, Hung CY, Yeh YH, et al. Measuring patient's expectation and the perception of quality in LASIK services. Health Qual Life Outcomes. 2009;7(1):63. doi: 10.1186/1477-7525-7-63 pmid: 19591682
- Lin DJ, Li YH, Pai JY, Sheu IC, Glen R, Chou MJ, et al. Chronic kidney-disease screening service quality: questionnaire survey research evidence from Taichung City. BMC Health Serv Res. 2009;9(1):239. doi: 10.1186/1472-6963-9-239 pmid: 20021684
- 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.
- Baron-Epel O, Dushenat M, Friedman N. Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care. Int J Qual Health Care. 2001;13(4):317-23. pmid: 11560351
- Sokhanvar M. The relationship between organizational culture and quality of services in hospitals. Medical University of Tehran 2014.
- 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 & Business Excellence. 2008;19(11):1155-71. doi: 10.1080/14783360802323594
- 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.