

بررسی اثر بهای تمام شده خدمات بیمارستانی بر کیفیت خدمات و رضایتمندی ذینفعان در بیمارستان های تبریز

دکتر مسعود فقیه دینوری

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز. (نویسنده مسئول)

omud2002@yahoo.com

ناصر چمن گرد

مسئول درآمد بیمارستان سینا و مدرس دانشگاه - دانشگاه علوم پزشکی تبریز

nch1360@yahoo.com

چکیده

رضایتمندی از کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستانها و همچنین میزان هزینه‌های درمانی در دنیای امروز دارای جایگاه ویژه‌ای است. اما این موضوع در رابطه با بیماران، اهمیت دوچندانی می‌یابد. زیرا رعایت نکات و اصول صحیح و استاندارد علمی ارائه خدمات به بیماران می‌تواند نقش بسزایی در سلامت جسم و روان بیماران و حتی رضایت خانواده‌های آنان داشته باشد. در این تحقیق به بررسی اثر بهای تمام شده خدمات بیمارستانی بر کیفیت خدمات و رضایتمندی ذینفعان در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز بر اساس مدل سروکوال پرداخته شد. مورد مطالعه، بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی در دانشگاه علوم پزشکی تبریز انتخاب شد و ۲۷۰ نفر از بیمارانی که برای درمان به آن مراجعه نمودند به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابعاد کیفیت خدمات بر اساس مدل سروکوال شامل پنج مولفه: قابلیت اطمینان، ملموسات، اعتماد، پاسخگویی و همدلی استخراج شدند. نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین کیفیت خدمات و میزان تعرفه و هزینه‌های درمانی ابعاد فوق با رضایت کلی بیماران رابطه مثبت معنادار وجود دارد. همچنین نتایج سنجش رضایت بیماران از کیفیت خدمات ارائه شده بوسیله آزمون دلیو کنдал نشان داد، که رضایت بیماران از ابعاد پاسخگویی و اطمینان به ترتیب بیشترین و رضایت آنها از بعد اعتماد کمترین است.

واژه‌های کلیدی: کیفیت خدمات، تعرفه‌های درمانی، رضایت بیمار، قابلیت اطمینان، ملموسات، اعتماد، پاسخگویی، همدلی.

مقدمه

یکی از جلوه‌های حقیقی و راستین عدالت اجتماعی، ارائه صحیح و به‌موقع خدمات بهداشتی و درمانی است. تامین سلامت آحاد جامعه وظیفه بسیار خطیری است که به لحاظ ماهیت و فوریت آن از خدمات ارائه شده در سایر سازمان‌ها متمایز می‌باشد. بدین لحاظ عملکرد مناسب و مطلوب بهداشت و درمان تاثیر مهمی در ایجاد جامعه‌ای سالم خواهد داشت. از طرف دیگر افزایش سریع و روز افزون هزینه‌های بهداشت و درمان باعث گردیده است تا متخصصین حوزه اقتصاد بهداشت و درمان و حتی پزشکان در تمام کشورها در پی یافتن شیوه‌های جدیدی به منظور کنترل هزینه‌ها برآیند تا بدینوسیله امکان توزیع عادلانه منابع و عرضه خدمات در بین متقاضیان فراهم گردد. درکنار این ارائه خدمات با کیفیت به مشتریان، از مقوله‌های

راهبردی و استراتژیک بقای سازمان‌ها در سال‌های آینده می‌باشد؛ بی‌شک در چند سال که امروزه در بین سازمان‌های خدماتی در کشورمان وجود دارد به «نسیم رقابتی» آینده خواهد شد. برای دستیابی به جایگاهی مناسب در چنین فضای «طوفان رقابتی تبدیل» رقابتی باید خدماتی را ارائه نماییم که از سوی مشتریان با کیفیت تلقی گردد.

این امر میسر نخواهد شد مگر با تعریف روشنی از کیفیت و آگاهی از نیازهای واقعی مشتریان. سازمان‌های بخش عمومی به اهمیت بحث کیفیت و لزوم سنجش آن واقفند ولی مشکل آنجاست که این سازمان‌ها به درستی به ابعاد مختلف و عوامل مؤثر بر کیفیت خدمات واقف نمی‌باشند. مدیران بخش‌های خدماتی همواره درصدد اثبات محوریت مشتریان در سازمان خود هستند؛ از سوی دیگر به علت محدودیت منابعی که گریبان‌گیر تمامی سازمان‌هاست، مدیران این سازمان‌ها مجبورند ابتدا نیازها و انتظارات مشتریان خود را شناسایی نموده و سپس به اندازه‌گیری ادراکات آنها از خدمات دریافتی، فاصله میان انتظارات و ادراکات مشتریان خود را شناسایی نموده و نهایتاً با بهره‌گیری از این اطلاعات راه حلی که بیشترین هزینه-اثربخشی را در پرکردن شکاف موجود دارد، انتخاب نموده و بازگیرند (امینی و فرجام، ۱۳۸۸).

در بخش خدمات بهداشتی و درمانی نیز موضوع کیفیت دارای جایگاه ویژه‌ای است، زیرا وظیفه و رسالت خطیر حفظ سلامت و مراقبت از حیات جامعه بر عهده این بخش می‌باشد. بیمارستان‌ها مهم‌ترین عنصر نظام مراقبت بهداشتی هستند. از نظر منابع، آنها حدوداً ۵۰ درصد از مخارج مراقبت بهداشتی را به خود اختصاص می‌دهند چرا که آنها بزرگترین و پرهزینه‌ترین واحد عملیاتی نظام‌های بهداشتی می‌باشند و بخش اعظمی از منابع سرمایه‌ای، مالی و انسانی را جذب می‌نمایند و بخش زیادی از نیروی تحصیل کرده را استفاده می‌کنند (محمدی و همکاران، ۱۳۸۲).

از نظر سازمانی، بیمارستان‌ها بر بقیه اجزاء نظام بهداشت مسلط‌اند. هیچ نظام بهداشتی بدون مشارکت و پشتیبانی بیمارستان‌ها نمی‌تواند عمل کند. مراقبتی که آنها ارائه می‌دهند در هیچ سطحی قابل ارائه نیست. در واقع بیمارستان‌ها تکمیل‌کننده و حامی مراقبت اولیه بهداشتی هستند. لذا هرگونه بهبودی در ارائه خدمت به معنای صرف بهینه منابع تلقی می‌گردد. کیفیت خدمات به سازمان کمک می‌کند تا خود را از دیگر سازمان‌ها متمایز سازد و از آن طریق به موقعیت رقابتی دست یابد. کیفیت بالاتر خدمات تعیین‌کننده اساسی سودآوری بلند مدت نه تنها سازمان‌های خدماتی بلکه همچنین سازمان‌های تولیدی به شمار می‌آید (همان منبع، ۱۳۸۲).

به دلیل تقدم شکل‌گیری سازمان‌ها و شرکت‌های صنعتی، خاستگاه اکثر نظریه‌های مدیریتی صنعت و محیط کارخانه‌ای بوده است اما در طول قرن گذشته، با دگرگون شدن شیوه زندگی و نیز ماشینی شدن تولید صنعتی، اکثریت نیروی کار در کشورهای صنعتی به سازمان‌های خدماتی پیوسته‌اند (یوسفی و رضایی، ۲۰۱۰). این تحولات جدید باعث شده است تا بخش خدمات با سرعت زیادی گسترش پیدا کند. یکی از زیر بخش‌های خدمات، بخش خدمات درمانی^۱ است که در میان انواع مختلف خدمات جایگاه ویژه‌ای دارد، چراکه اولاً این بخش با قشر وسیعی از جامعه ارتباط دارد و مهم‌تر اینکه وظیفه و رسالت خطیر حفظ سلامت و مراقبت از حیات جامعه بر عهده این بخش می‌باشد (مقبل با عرض و محمدی، ۱۳۸۲). در این بین بیمارستان‌ها به عنوان مرکز ثقل ارائه‌ی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، از عوامل تعیین‌کننده در توفیق بخش بهداشت و درمان و گسترش عادلانه‌ی مراقبت‌ها در کلیه‌ی سطوح بشمار می‌روند (نصیری‌پور و همکاران، ۱۳۹۰). بطوری که رضایت و خشنودی بیمار به ارضاء نیازها و تمایلات درونی او از ارائه خدمات بیمارستانی در رسیدن به «هدف تامین سلامت» اطلاق می‌گردد (کلیفور، ۲۰۱۲). همچنین این به نوبه خود می‌تواند بر برند بیمارستان بیفزاید.

¹ Healthcare sector

ملاک و معیارهای مورد استفاده برای اندازه گیری کیفیت خدمت و میزان رضایت مندی بیماران گوناگون است و ابزارها و فن-های متنوعی برای آن وجود دارند. هرچند موانعی چون فناپذیر بودن خدمت، تفکیک ناپذیری خدمت از خدمت دهنده و زمان و مکان ارائه آن، اندازه گیری آن را پیچیده تر می نماید اما تلاش های دانشمندی چون پاراسورامان و زیتامل^۲ (۲۰۰۵) در شناسایی و معرفی ابعاد و مولفه های کیفی، راه را برای اندازه گیری کیفیت در سازمان های خدماتی هموار ساخت (میرغفوری و احمد آبادی، ۱۳۸۶). در این تحقیق نیز بمنظور سنجش کیفیت خدمات از مدل سروکوال^۳ استفاده می شود. ابزار اندازه گیری سروکوال در سال ۱۹۸۵ توسط پاراسورامان و همکارانش، جهت سنجش کیفیت خدمات ارائه و در سال های ۱۹۹۱، ۱۹۸۸ و مجدداً در سال ۱۹۹۴ مورد بازنگری و اصلاح قرار گرفت. مقیاس سروکوال برای سنجش کیفیت خدمات در بخش های مختلفی از جمله بیمارستان ها و بخش های بهداشت و درمان مورد استفاده قرار گرفته است. این مقیاس شامل پنج بعد: ملموسات^۴، اعتماد^۵، پاسخگویی^۶، تضمین^۷، و دلسوزی^۸ است که هر بعد شامل مولفه هایی برای اندازه گیری ادراک و انتظارات بیماران از خدمات مورد استفاده می شود (رجبی پور و همکاران، ۱۳۸۸). در ادامه تحقیق به تشریح و تبیین ابعاد و مولفه های هر یک خواهیم پرداخت.

در مجموع، با توجه به اینکه بیمارستان دولتی بوده و پذیرای تعداد زیادی از بیماران است، در این تحقیق بدنبال بررسی و سنجش کیفیت خدمات درمانی ارائه شده در بیمارستان فوق و رابطه آن با رضایت کلی بیماران هستیم. بر این اساس سوال اصلی تحقیق بصورت زیر تدوین شد:

رابطه میان بهای تمام شده خدمات بیمارستانی و کیفیت خدمات و رضایتمندی ذینفعان در بیمارستانهای استان آذربایجان شرقی چیست؟

اهمیت و ضرورت تحقیق

ضرورت پرداختن به ارزیابی کیفیت خدمات بهداشتی درمانی را می توان از زوایای گوناگون بررسی کرد. همانگونه که ذکر شد، در بخش خدمات بهداشتی، موضوع کیفیت دارای جایگاه ویژه ای است؛ زیرا وظیفه و رسالت خطیر حفظ سلامت و مراقبت از حیات جامعه بر عهده این بخش است. بیمارستان ها مهمترین عنصر نظام مراقبت بهداشتی هستند که از نظر منابع حدوداً ۵۰ درصد از مخارج مراقبت بهداشتی را به خود اختصاص می دهند و بنابراین ارزیابی کیفیت خدمات آنها ضروری به نظر می رسد. در سالیان اخیر توجه دولت به ارائه خدمات با کیفیت به مردم بیش از گذشته نمایان شده است. با توجه به این که بیمارستانهای دانشگاه های علوم پزشکی کشور دارای مالکیت دولتی است، مسؤلان مایلند به منظور جلب اعتماد مردم و افزایش سرمایه اجتماعی، خدماتی ارائه نمایند که رضایت مردم و شهروندان را افزایش دهند.

کیفیت خدمات می تواند به عنوان یک ابزار راهبردی جهت موفقیت در موقعیت های رقابتی به کار برده شود و مراکز درمانی بایستی برای کسب و دستیابی به کیفیت برتر بکوشند (لیم و تانگ، ۲۰۱۵). و دستیابی به خدمات عاری از نقص نیازمند تلاش های مستمر برای بهبود کیفیت ارائه خدمات است (تانگ و نلسن، ۲۰۰۵). همانند اکثر خدمات، کیفیت خدمات

² Parasuraman & Zeithaml

³ SERVQUAL Model

⁴ Tangibility

⁵ Reliability

⁶ Responsiveness

⁷ Assurance

⁸ Empathy

بهداشتی - درمانی نیز زودگذر و زوال پذیر است و رؤسای بیمارستان‌ها، پزشکان و مسئولان ذی‌ربط به خوبی از این موضوع آگاهند، در نتیجه ارزیابی‌های مجدد کیفیت خدمات نه تنها برای درک کیفیت زندگی افراد بلکه برای بهبود ارائه خدمات مجدد نیز ضروری است.

در مجموع آگاهی از میزان رضایت بیماران از کیفیت خدمات درمانی ارائه شده در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز مزایای زیر را دنبال خواهد داشت:

۱. تعیین بهای تمام شده خدمات بیمارستان
۲. مدیریت هزینه هزینه‌های بیمارستانی
۳. آگاهی مسئولان از سطح کیفیت خدمات ارائه شده.
۴. برنامه‌ریزی دقیق‌تر بمنظور افزایش سطح کیفیت خدمات.
۵. پوشش دادن نقاط ضعف موجود بمنظور ارائه بهینه خدمات.
۶. استفاده از شیوه‌های نوین ارائه خدمات درمانی.

پیشینه تحقیق

الف) تحقیقات خارجی

در تحقیق کریدیس و همکاران^۹ (۲۰۱۱) در مورد ادراک و انتظارات بیماران یونانی در خصوص کیفیت مراقبت‌های دندانپزشکی انجام شده، نتایج نشان داد که انتظارات در مورد ابعاد همدلی و تضمین در اولویت بالاتر قرار دارد. همچنین در بررسی آدریان و ایما^{۱۰} (۲۰۱۲) که برای ارزیابی کیفیت خدمات فیزیوتراپی صورت گرفته، از نظر دریافت کنندگان خدمت بعد تضمین از بالاترین اولویت و بعد ملموس بودن خدمات از پایین‌ترین اولویت برخوردار بود. در مطالعه لیم و تانگ^{۱۱} (۲۰۱۰) که در سنگاپور بر روی بیماران صورت گرفت، میزان اهمیت ابعاد کیفیت از نظر افراد تحت بررسی با هم متفاوت بود، بطوری که از نظر آن‌ها بعد تضمین، از بیشترین اهمیت و بعد پاسخگویی از کمترین اهمیت برخوردار بود. در مطالعه دوتچین و آکلند^{۱۲} (۲۰۰۴) طبق انتظارات افراد تحت بررسی، بعد تضمین خدمت از بیشترین اهمیت برخوردار بود و به دنبال آن ابعاد ملموس بودن خدمت، اطمینان، پاسخگویی و سرانجام بعد همدلی در رتبه‌های بعدی قرار داشتند. همچنین در مطالعه میک و هازل^{۱۳} (۲۰۱۵) برای بررسی کیفیت خدمات بیمارستان، بعد تضمین به عنوان مهم‌ترین بعد و بعد ملموس بودن در پایین‌ترین سطح اهمیت قرار داشت. مطالعه هودسن در محیط‌های بهداشتی و درمانی، عواملی مثل جو دوستانه در محیط کار، محیط تمیز، محیط حمایتی، تجهیزات و ترکیب مهارت، مشخصات کارکنان در درک کیفیت را موثر دانستند.

آگوس و بارکر^{۱۴} (۲۰۱۷) در تحقیقی به بررسی اثر کیفیت خدمات بر رضایت مشتری و عملکرد خدمات در بخش‌های دولتی کشور مالزی پرداختند. نتایج تحقیق آنها نشان داد که بین ابعاد کیفیت خدمات از جمله: قابلیت اطمینان، ملموسات، اعتماد، پاسخگویی و همدلی و رضایت مشتری رابطه معنادار وجود دارد. فستوس و مکسول^{۱۵} (۲۰۱۶) نیز به نتایجی مشابه نتایج

⁹ Karydis & et al.

¹⁰ Adrienne & Emma

¹¹ Lim & Tang

¹² Dotchin & Oakland

¹³ Mik & Hazel

¹⁴ Agus & Barker

¹⁵ Festo & Maxwell

تحقیقات آگوس و همکاران دست یافتند. اما تحقیقات اسماعیل و همکاران^{۱۶} (۲۰۱۶) نشان داد که بین بعد پاسخگویی و رضایت مشتری ارتباط معناداری وجود ندارد.

همچنین در برخی از تحقیقات اثر متغیر کیفیت خدمات را بر روی سایر متغیرها سنجیده‌اند. برای مثال حداد و پاتوین^{۱۷} (۲۰۱۰) به منظور بررسی ادراک بیماران از کیفیت ویزیت پزشکان در مرکز مراقبت های اولیه نشان داد که کیفیت درک شده یک متغیر مهم تاثیرگذار بر ادراک دریافت کنندگان خدمت می‌باشد. همچنین میگل^{۱۸} (۲۰۰۹) جهت بررسی رابطه کیفیت با وفاداری و ارزش درک شده خدمات بهداشت و درمان در والنسیای اسپانیا انجام شد. طبق نتایج این پژوهش، کیفیت مفهوم ارتباط میان اعتماد و تعهد، رضایت به عنوان شاخص کلیدی مدل وفاداری بیماران و وفاداری منعکس کننده سطوح مختلف تعهد مصرف کننده می‌باشد. بوشوف و گری^{۱۹} (۲۰۱۴) پژوهشی را در ارتباط با کیفیت خدمات، رضایت و وفاداری در یک بیمارستان در آفریقای جنوبی انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که فاکتورهای کیفیت خدمات چون همدلی پرستاران و تضمین (اطمینان خاطر) و شرایط فیزیکی تاثیر مثبتی بر وفاداری بیماران دارد.

ب) تحقیقات داخلی

میرفخرالدینی و همکاران (۱۳۹۰) به شناسایی و اولویت بندی عوامل موثر بر بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی در شهرستان یزد با استفاده از تکنیک‌های تصمیم‌گیری چند شاخصه از جمله تکنیک SAW، TOPSIS و ELECTERE پرداختند. با توجه به اینکه نتایج حاصل از اجرای روش‌های فوق در مواردی با هم همخوانی نداشت، برای رسیدن به یک اجماع کلی، از یک تکنیک ادغامی تحت عنوان روش کپلند استفاده نمودند. نتایج حاصل نشان داد که عامل دارا بودن کارکنان از دانش و مهارت کافی برای پاسخگویی نسبت به سایر عوامل از اولویت های بیشتری برخوردار است.

در مطالعه‌ای که توسط میرغفوری و زارع (۱۳۸۶) در خصوص بررسی کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان شهید رهنمون یزد و با استفاده از ابزار سروکوال صورت گرفت، نتایج نشان دادند که ابعاد تضمین خدمت و پاسخگویی از بیشترین اهمیت برخوردار هستند.

همچنین در تحقیقی که توسط محمدی و همکاران (۱۳۸۲) بمنظور سنجش کیفیت خدمات بر اساس انتظارات و ادراک بیماران در بیمارستان‌های زنجان صورت پذیرفت نتایج نشان دادند که توانایی پزشکان و کارکنان بیمارستان در ایجاد اعتماد و اطمینان در بیماران و داشتن صلاحیت حرفه‌ای کافی مهم‌ترین بعد کیفیت خدمات هستند. نتایجی که رجبی‌پور و همکاران (۱۳۸۸) از بررسی خود در زمینه سنجش رضایت بیماران در بیمارستان‌های آموزشی تابعه دانشگاه شهید صدوقی یزد از کیفیت خدمات درمانی بدست آوردند این بود که میزان رضایت بیماران از سطح کیفیت خدمات بیمارستان‌های مورد مطالعه متفاوت و پایین‌تر از سطح مورد انتظار آنان بوده است. آقامیلانی و همکاران (۱۳۸۶) نیز در بررسی‌های خود که به سنجش ادراک و انتظار دریافت کنندگان خدمات بهداشتی اولیه از کیفیت خدمات در مراکز بهداشتی درمانی بندرعباس به این نتیجه رسیدند که مطلوب‌ترین بعد از لحاظ کیفیت، بعد تضمین و بعد از آن ابعاد اطمینان، پاسخگویی و ملموس قرار داشتند و نامطلوب‌ترین بعد از لحاظ کیفیت، بعد همدلی بود. در این زمینه تحقیقات دیگری همچون کاظمی و فنودی (۱۳۸۸)، مقبل با عرض و محمدی (۱۳۸۲)، فرزندی و همکاران (۱۳۸۹) وجود دارد که می‌توان به آنها رجوع کرد.

¹⁶ Ismail et al.

¹⁷ Haddad & Potvin

¹⁸ Miguel

¹⁹ Boshoff & Gray

قاسمی (۱۳۸۸) در پایان نامه کارشناسی ارشد خود در دانشگاه آزاد اسلامی سنندج به ارزیابی کیفیت خدمات سازمان تامین اجتماعی از دیدگاه مشتریان و کارکنان پرداخت. نتایج حاصل از تحقیق آنها نشان می‌دهد که از دیدگاه بیمه‌شدگان و کارمندان سازمان تامین اجتماعی، این سازمان نتوانسته انتظارات بیمه‌شدگان را از کیفیت خدمات خود برآورده سازد. همچنین انتظارات بیمه‌شدگان و کارمندان از کیفیت خدمات ارائه شده به بیمه‌شدگان توسط سازمان تامین اجتماعی یکسان است. همچنین نتایج آزمون فریدمن برای تعیین اهمیت مولفه‌های کیفیت خدمات نشان داد که از دیدگاه بیمه‌شدگان سازمان تامین اجتماعی مولفه همدلی دارای بیشترین اولویت و عوامل ملموس دارای کمترین اولویت می‌باشد. همچنین از دیدگاه کارمندان مولفه تضمین دارای بیشترین اولویت و عوامل ملموس دارای کمترین اولویت می‌باشد.

اهداف تحقیق

هدف اصلی تحقیق بصورت زیر است:

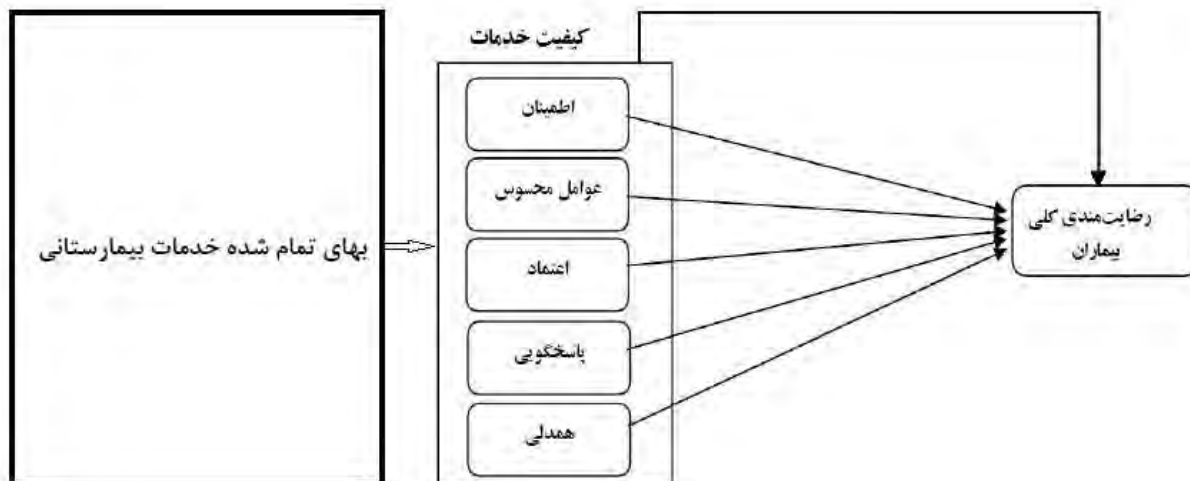
✓ بررسی اثر بهای تمام شده خدمات بیمارستانی بر کیفیت خدمات و رضایتمندی ذینفعان

هدف‌های فرعی تحقیق نیز بصورت زیر می‌باشند:

۱. بررسی رابطه بین مدیریت هزینه خدمات بیمارستانی و رضایت بیماران.
۲. بررسی رابطه بین مدیریت هزینه و تعیین بهای تمام شده خدمات بیمارستانی و بر کیفیت خدمات.
۳. بررسی رابطه بین اطمینان به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز و رضایت بیماران.
۴. بررسی رابطه بین عوامل ملموس در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز و رضایت بیماران.
۵. بررسی رابطه بین اعتماد به بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز و رضایت بیماران.
۶. بررسی رابطه بین پاسخگویی بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز و رضایت بیماران.
۷. بررسی رابطه بین همدلی در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز و رضایت بیماران.

چارچوب تحقیق

بر این اساس مدل تحقیق بصورت شکل زیر تدوین شد. در مدل فوق کیفیت خدمات متغیر مستقل تحقیق و متشکل از پنج مولفه: ۱- اطمینان ۲- عوامل محسوس ۳- اعتماد ۴- پاسخگویی ۵- همدلی می‌باشد که بر اساس مدل معروف سروکوال (۱۹۹۴) استخراج شدند. همچنین در مدل فوق رضایت کلی بیماران متغیر وابسته است که بمنظور سنجش آن از سوالات مشخصی استفاده شده است.



مدل مفهومی تحقیق

فرضیه‌های تحقیق

- این پژوهش از یک فرضیه اصلی و پنج فرضیه فرعی به شرح زیر تشکیل شده است:
- ✓ فرضیه اصلی: بین بهای تمام شده خدمات بیمارستانی و کیفیت خدمات و رضایتمندی بیماران رابطه معنادار وجود دارد.
 - ✓ فرضیه فرعی اول: بین قابلیت اطمینان به بیمارستان و رضایت کلی بیماران رابطه معنادار وجود دارد.
 - ✓ فرضیه فرعی دوم: بین عوامل ملموس (ابعاد فیزیکی) در بیمارستان و رضایت کلی بیماران رابطه معنادار وجود دارد.
 - ✓ فرضیه فرعی سوم: بین اعتماد به بیمارستان و رضایت کلی بیماران رابطه معنادار وجود دارد.
 - ✓ فرضیه فرعی چهارم: بین پاسخگویی بیمارستان و رضایت کلی بیماران رابطه معنادار وجود دارد.
 - ✓ فرضیه فرعی پنجم: بین همدلی در بیمارستان و رضایت کلی بیماران رابطه معنادار وجود دارد.

تعریف مفهومی و عملیاتی تحقیق

تعرفه های درمانی

بر طبق بند هشتم ماده ۱ قانون بیمه همگانی، تعرفه عبارت است از:
نرخ هزینه تمام شده + سود سرمایه + استهلاک
در بخش دولتی سود سرمایه و استهلاک محاسبه نمی‌شود.
بر طبق قانون: شورای عالی بیمه (با همکاری وزارت بهداشت و سازمانهای بیمه‌گر) و بر اساس معیارهای مصوب، هر سال نرخ و تعرفه‌های درمانی تمام شده برای هر خدمت بهداشتی و درمانی محاسبه کرده و پس از تصویب، با امضای مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی به هیئت دولت ارائه تا پس از تصویب اعلام گردد.

▪ بهای تمام شده خدمات بیمارستانی

بهای تمام شده خدمات درمانی بهائی است که از جمع هزینه‌های پزشکی و تخت‌های بیمارستانی و پرسنلی (حقوق، پاداش، مالیات ...) و هزینه‌های آب، برق، گاز، تلفن، مالیات، اجاره‌بها و دارو و لوازم مصرفی و هزینه‌های پاراکلینیکی و هزینه‌های سربار و غیره برای یک خدمت درمانی در نظر گرفته می‌شود.

▪ کیفیت خدمات

تعریف مفهومی: خدمت فرایندی است مشتمل بر یک سری از فعالیت‌های کم و بیش نامحسوس که به طور طبیعی اما نه لزوماً همیشگی، در تعاملات بین مشتریان و کارکنان و یا منابع فیزیکی یا کالاها و یا سیستم‌های ارائه‌کننده خدمت، روی داده تا راه حلی برای مسائل مشتریان باشد (گرانوس، ۲۰۱۰).

▪ قابلیت اطمینان

تعریف مفهومی: توانایی انجام خدمات به شکلی مطمئن و قابل اعتماد می‌باشد، به طوری که انتظارات مشتری تامین شود. معنای دیگر قابلیت اطمینان عمل به تعهدات است؛ یعنی اگر سازمان خدماتی در زمینه زمان ارائه خدمت، شیوه ارائه خدمت و هزینه خدمت وعده‌هایی می‌دهد باید به آن عمل نماید (گرچی، ۱۳۸۷).

تعریف عملیاتی: منظور از قابلیت اطمینان در این تحقیق میانگین بدست آمده از پاسخ به سوالات ۱ الی ۵ پرسشنامه است.

▪ عوامل محسوس (ابعاد فیزیکی)

شامل وجود تسهیلات، تجهیزات، پرسنل و کالاهای ارتباطی است. تمام این ابعاد تصویری را فراهم می‌سازند که مشتری (خصوصاً مشتری جدید) برای ارزیابی کیفیت آن را مد نظر قرار می‌دهد (گرچی، ۱۳۸۷).

تعریف عملیاتی: منظور از عوامل محسوس در این تحقیق میانگین بدست آمده از پاسخ به سوالات ۶ الی ۹ پرسشنامه است.

▪ اعتماد (تضمین)

تعریف مفهومی: تضمین بیانگر شایستگی و توانایی کارکنان سازمان برای القای یک حس اعتماد و اطمینان به مشتری نسبت به سازمان است. این بعد از کیفیت خدمت مخصوصاً در خدماتی مهم است که دارای ریسک بالاتری باشند (گرچی، ۱۳۸۷).

تعریف عملیاتی: منظور از اعتماد در این تحقیق میانگین بدست آمده از پاسخ به سوالات ۱۰ الی ۱۳ پرسشنامه است.

▪ پاسخگویی (مسئولیت)

تعریف مفهومی: مسئولیت پذیری تمایل به همکاری و کمک به مشتری است. این بعد از کیفیت خدمت تاکید بر نشان دادن حساسیت و هوشیاری در قبال درخواست‌ها، سوالات و شکایات مشتری دارد. معیار تعریف مسئولیت پذیری مدت زمانی است که، مشتری مجبور است برای دریافت کمک یا پاسخ به سوالاتش منتظر بماند (گرچی، ۱۳۸۷).

تعریف عملیاتی: منظور از پاسخگویی در این تحقیق میانگین بدست آمده از پاسخ به سوالات ۱۴ الی ۱۷ پرسشنامه است.

▪ همدلی (برخورد مناسب)

تعریف مفهومی: روحیه افراد، با هر کدام از آنها برخورد ویژه‌ای می‌شود. بطوری که مشتریان قانع شوند که سازمان آنها را درک کرده است و برای سازمان مهم هستند (گرچی، ۱۳۸۷).

تعریف عملیاتی: منظور از همدلی در این تحقیق میانگین بدست آمده از پاسخ به سوالات ۱۸ الی ۲۰ پرسشنامه است.

▪ رضایت کلی

رضایت کلی عبارت است از رضایتی از سوی مشتری که به ارزیابی و میزان احساس کلی و عمومی مشتری از برآیند مجموعه خدمات ارائه شده سازمان حاصل شده و بیانگر نگرش کلی مشتری راجع به سازمان است (آلسن، ۲۰۱۳؛ به نقل از کاظمی و فنودی، ۱۳۸۸).

قلمرو تحقیق

قلمرو موضوعی: قلمرو موضوعی تحقیق فوق مربوط به حوزه های درمانی و بیمارستانی در سطح بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی تبریز است.

قلمرو مکانی: این تحقیق در بیمارستان های علوم پزشکی تبریز انجام شد.

قلمرو زمانی: قلمرو زمانی تحقیق فوق مربوط به سال های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ می باشد.

روش تحقیق

پژوهشگران با توجه به زوایای مختلف تحقیق از جمله هدف، موضوع، ماهیت داده، و زمان تحقیق، انواع مختلف تحقیقات را بیان می کنند. در زیر به تقسیم بندی خصوصیات تحقیق فوق بر حسب پارامترهای در نظر گرفته شده می پردازیم:

تحقیق فوق بر اساس هدف، تحقیقی کاربردی محسوب می شود. هدف تحقیقات کاربردی توسعه دانش کاربردی در یک زمینه خاص است. به عبارت دیگر تحقیقات کاربردی به سمت کاربرد علمی دانش هدایت می شود. همچنین در این نوع تحقیق، نتایج یافته هایش برای حل مشکلات خاص انجام می شود و تلاشی برای پاسخ دادن به یک معضل و مشکل عملی است که در دنیای واقعی وجود دارد.

تحقیق فوق از نظر شیوه گردآوری اطلاعات تحقیق توصیفی-پیمایشی از نوع همبستگی است. هدف تحقیق همبستگی عبارت است، از درک الگوهای پیچیده رفتاری از طریق مطالعه همبستگی بین این الگوها و متغیرهایی که فرض می شود بین آنها رابطه وجود دارد. این روش علی الخصوص در شرایطی مفید است که هدف آن کشف رابطه متغیرهایی باشد که در مورد آنها تحقیقاتی انجام نشده است (دلاور، ۱۳۸۱).

تحقیق فوق بر اساس ماهیت داده ها، تحقیقی کمی بشمار می رود. به لحاظ نظری، اینگونه تحقیقات ریشه در مکتب اثبات گرایی دارد و صاحب نظران این روش علاقه مند به تبدیل اطلاعات تحقیق بصورت نمادهای ریاضی بمنظور استفاده از قابلیت تحلیل های آماری و ریاضی برای توصیف و تحلیل پدیده های اجتماعی می باشند. در مجموع، روش اثباتی مدعی است که با روش تجربی سروکار دارد و شناخت حوادث و رویدادها و وضعیت های مختلف بر اساس مشاهده بدست استوار است. شناخت علمی، از طریق همبستگی مباحث نظری با مشاهده بدست می آید. یعنی در علم، نظریه و مشاهده، ذاتاً جدایی ناپذیرند. در هر صورت، هرگونه ابزاری که برای حصول به دقت نظر در علم مورد استفاده قرار گیرد، از نظر اثبات گرایان می تواند بکار گرفته شود (کرم پور و صفری، ۱۳۹۰).

بحث و نتیجه گیری

در این تحقیق از روش همبستگی پیرسون بمنظور بررسی فرضیه‌های تحقیق استفاده شد. نتایج تحقیق نشان از رابطه معنادار مثبت بین بهای تمام شده خدمات و کیفیت خدمات و رضایت کلی بیمار و ابعاد آن داشت. نتایج بدست آمده نشان دادند که بین هزینه های درمانی و کیفیت خدمات (در سطح اطمینان ۹۹٪) و رضایت کلی بیمار رابطه مثبت و معنادار به میزان ۰,۶۲۸ وجود دارد. همچنین بین قابلیت اطمینان (در سطح اطمینان ۹۹٪) و رضایت کلی بیمار ($r=0.439$)، عوامل ملموس و رضایت کلی بیمار ($r=0.501$)، اعتماد و رضایت کلی بیمار ($r=0.414$)، و پاسخگویی و رضایت کلی بیمار ($r=0.510$)، همدلی و رضایت کلی بیمار ($r=0.554$)، رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. به عبارتی:

- با اطمینان ۹۹٪ و سطح خطای کوچکتر از ۱٪، بین هزینه های درمانی و کیفیت خدمات و رضایت کلی بیمار رابطه معنادار وجود دارد. مقدار این رابطه برابر ۰,۶۲۸، بطور مستقیم (مثبت) می باشد.
 - با اطمینان ۹۹٪ و سطح خطای کوچکتر از ۱٪، بین اطمینان و رضایت کلی بیمار رابطه معنادار وجود دارد. مقدار این رابطه برابر ۰,۴۳۹، بطور مستقیم (مثبت) می باشد.
 - با اطمینان ۹۹٪ و سطح خطای کوچکتر از ۱٪، بین عوامل ملموس و رضایت کلی بیمار رابطه معنادار وجود دارد. مقدار این رابطه برابر ۰,۵۰۱، بطور مستقیم (مثبت) می باشد.
 - با اطمینان ۹۹٪ و سطح خطای کوچکتر از ۱٪، بین اعتماد و رضایت کلی بیمار رابطه معنادار وجود دارد. مقدار این رابطه برابر ۰,۴۱۴، بطور مستقیم (مثبت) می باشد.
 - با اطمینان ۹۹٪ و سطح خطای کوچکتر از ۱٪، بین پاسخگویی و رضایت کلی بیمار رابطه معنادار وجود دارد. مقدار این رابطه برابر ۰,۵۱۰، بطور مستقیم (مثبت) می باشد.
 - اطمینان ۹۹٪ و سطح خطای کوچکتر از ۱٪، بین همدلی و رضایت کلی بیمار رابطه معنادار وجود دارد. مقدار این رابطه برابر ۰,۵۵۴، بطور مستقیم (مثبت) می باشد.
- همچنین رتبه بندی ابعاد فوق نشان داد که پاسخگویی، اطمینان، ملموسات، همدلی و اعتماد به ترتیب بیشترین رضایت را در بیماران بیمارستان ایجاد نموده اند.

جدول (۱): نتایج فرضیه های تحقیق

نتیجه آزمون همبستگی پیرسون				متغیرها	
نتیجه	r	p-value	سطح خطا	متغیر وابسته	متغیر مستقل
تائید	**۰,۶۲۸	۰,۰۰۰	۰,۰۱	رضایت کلی بیماران	هزینه های درمانی و کیفیت خدمات
تائید	**۰,۴۳۹	۰,۰۰۰	۰,۰۱		قابلیت اطمینان
تائید	**۰,۵۰۱	۰,۰۰۰	۰,۰۱		ملموسات
تائید	**۰,۴۱۴	۰,۰۰۰	۰,۰۱		اعتماد
تائید	**۰,۵۱۰	۰,۰۰۰	۰,۰۱		پاسخگویی
تائید	**۰,۵۵۴	۰,۰۰۰	۰,۰۱		همدلی

پیشنهادات کاربردی تحقیق

نتایج این تحقیق نشان دادند که بین بهای تمام شده خدمات درمانی و کیفیت خدمات و رضایت بیماران رابطه معنادار وجود دارد. زیرا کیفیت خدمات بهتر بر روی ادراک مشتریان اثر مثبت می گذارند (اسماعیل و همکاران، ۲۰۱۶). اما مشتریان کیفیت خدمات را در ابعاد گوناگونی مشاهده می کنند. اطمینان، ابعاد فیزیکی، تضمینات، پاسخگویی و همدلی خدمت دهنده از جمله آنها هستند. نتایج این تحقیق نشان دادند که بین قابلیت اطمینان و رضایت بیماران رابطه مثبت معنادار وجود دارد. یعنی زمانی که بیمارستان کارهای تعهد شده به بیمار را در زمان مناسب انجام دهد مشتریان یک احساس اطمینان بیشتری به بیمارستان خواهند داشت که با رضایت آنها در ارتباط است. نتیجه این فرضیه همراستا با تحقیقات آگوس و بارکر (۲۰۱۷)، فستوس و مکسول (۲۰۱۶)، و اسماعیل و همکاران (۲۰۱۶) است. این تحقیق نشان داد که بین ابعاد فیزیکی و رضایت بیماران رابطه مثبت معنادار وجود دارد. یعنی تجهیزات روزآمد و جدید در بیمارستان، آراسته بودن پرسنل و محیط آن بر رضایت نهایی بیماران از خدمات دریافتی اثرگذار خواهند بود. نتیجه این فرضیه نیز همراستا با تحقیقات آگوس و بارکر (۲۰۱۷)، فستوس و مکسول (۲۰۱۶)، و اسماعیل و همکاران (۲۰۱۶) است. این تحقیق نشان داد که بین پاسخگویی (مسئولیت پذیری) و رضایت بیماران رابطه مثبت معنادار وجود دارد. یعنی ارائه خدمات به موقع به بیماران و حساسیت بیماران نسبت به کیفیت خدمات ارائه شده به مشتریان می تواند آنها را راضی نگه دارد. نتیجه این فرضیه همراستا با تحقیقات آگوس و بارکر (۲۰۱۷)، فستوس و مکسول (۲۰۱۶)، است اما همراستا با مطالعات اسماعیل و همکاران (۲۰۱۶) نیست. نتیجه دیگر این تحقیق اینکه بین اعتماد (تضمین) و رضایت بیماران رابطه مثبت معنادار وجود دارد. یعنی شایستگی و توانایی پرسنل در ایجاد حس اطمینان و اعتماد به بیماران باعث رضایت آنها خواهد شد. نتیجه این فرضیه نیز همراستا با تحقیقات آگوس و بارکر (۲۰۱۷)، فستوس و مکسول (۲۰۱۶)، و اسماعیل و همکاران (۲۰۱۶) است. اما نتیجه نهایی این تحقیق اینکه بین همدلی و رضایت بیماران رابطه مثبت معنادار وجود دارد. بدین معنی که اگر پرسنل بیمارستان با توجه به خلق و خوی و ویژگی های شخصیتی بیماران متناسب با آنها رفتار کنند و به درمان بیمار علاقه نشان دهند، بیمار نیز در درون احساس رضایت خواهد داشت. نتیجه این فرضیه نیز همراستا با تحقیقات آگوس و بارکر (۲۰۱۷)، فستوس و مکسول (۲۰۱۶)، و اسماعیل و همکاران (۲۰۱۶) است.

بر اساس نتایج فرضیه ها برخی پیشنهادات ارائه به شرح زیر ارائه می شود:

- تدوین و تعیین تعرفه های درمانی متناسب با میزان خدمات درمانی در نظر گرفته شود.
- پزشکان بایستی به طور کامل شرایط بیماری را به بیماران شرح دهند تا آنها را از ابهام درآوردند.
- بیماران با رعایت شئون انسانی و احترام درمان شوند.
- کارکنان، پزشکان و پرستاران متواضع؛ دوستانه و صمیمانه با بیماران برخورد کنند.
- بیماران شب هنگام در محیط بخش (به لحاظ فراهم بودن خدمت) احساس امنیت کنند و به خدمات پزشکی و پرستاری دسترسی داشته باشند.
- پزشکان، پرستاران و کارمندان خود را به دانش روز چه در زمینه پزشکی و چه در ارائه خدمات مجهز کنند.
- در پرداخت هزینه خدمات به آنها تخفیفاتی داده شود.
- کیفیت غذا ارتقاء یابد.
- ساعات تعیین شده برای ملاقات مناسب باشند.
- زمان انتظار برای ملاقات با پزشک کاهش یابد.

- زمان انجام رویه‌های اداری برای مراقبان بیمار کاهش یابد.
 - برقرار نمودن آرامش و سکوت در بیمارستان.
 - دادن اطلاعات دقیق درباره درمان و روند آن به بیماران.
 - تجهیزیات درمانی بیمارستان به روز شوند.
 - محیط بیمارستان به روز شود.
- همچنین رعایت نکات زیر نیز می‌تواند در ارتقاء ارائه کیفیت خدمات کمک نماید:
- آگاه سازی کادر تخصصی و پرسنل پرستاری از دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده.
 - پویاتر نمودن کمیته مدیریت کیفی در بیمارستان‌ها.
 - قرار دادن آئینی تحت عنوان رعایت دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده در کارانه (نظام نوین) پزشکان متخصص.
 - برگزاری دوره‌های آموزشی در خصوص دستورالعمل‌های مراقبت مدیریت شده در دوره دستیاری متخصصین.

منابع

- ✓ امینی، محمد تقی، سعید، فرجام، (۱۳۸۸)، بررسی ارائه کیفیت خدمات در بخش عمومی (مطالعه موردی: بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان)، اندیشه مدیریت، سال سوم، شماره اول، صص ۱۶۵-۱۸۹.
- ✓ رجبی پور میبدی، علیرضا، فرید، داریوش، رجبی پور میبدی، طیبه، (۱۳۸۸)، بررسی رضایتمندی بیماران از سطح کیفیت خدمات درمانی بر مبنای مقیاس کیفیت درمانی، فصلنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفتم، شماره چهارم، صص ۲۲۴-۲۳۲.
- ✓ رسول اف، جلال، صیفی، منصور، رشیدی، داریوش، (۱۳۹۱)، پیش نیاز اصلاحات ساختاری در نظام بانکی: شناسایی سطوح نیازها و عوامل مؤثر در رضایت مشتریان، مجله بانک و اقتصاد، شماره ۲۶، صص ۱۸-۲۹.
- ✓ ضیایی، محمداصداق، زیویار، فرزاد، نرگسیان، جواد، (۱۳۹۱)، بررسی عوامل مؤثر بر رضایت مشتریان با استفاده از مدل سروکوال، تحقیقات بازاریابی نوین، سال دوم، شماره سوم، پیاپی (۶)، صص ۱۷۳-۱۸۶.
- ✓ سید جوادین، رضا، کیماسی، مسعود، (۱۳۸۴)، مدیریت کیفیت خدمات، تهران: انتشارات نگاه دانش، چاپ اول.
- ✓ فرزندی، فرانک، فرزانه، مفتون، آیین‌پرست، افسون، (۱۳۹۰)، میزان رضایت مردم از خدمات بهداشتی- درمانی و عوامل مؤثر بر آن: مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران، فصلنامه پایش، سال دهم، شماره سوم، صص ۳۲۳-۳۳۰.
- ✓ قاسمی، (۱۳۸۸)، ارزیابی کیفیت خدمات سازمان تامین اجتماعی از دیدگاه مشتریان و کارکنان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنج، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، رشته مدیریت اجرایی.
- ✓ کاظمی، مصطفی، فنودی، سعیده (۱۳۸۸)، تحلیل عوامل مؤثر بر رضایت بیماران از کیفیت خدمات بیمارستانی (مورد تحقیق: بیمارستان دولتی مشهد)، مدیریت فردا، سال هفتم، شماره ۲۱، صص ۶۶-۷۳.
- ✓ کاوسی، محمدرضا، سقایی، عباس، (۱۳۸۴)، روش‌های اندازه‌گیری رضایت مشتری، تهران: انتشارات سبزان، چاپ دوم.
- ✓ گرگی، محمداقبر، (۱۳۸۷)، بررسی کیفیت خدمات و رابطه آن با اثربخشی، فصلنامه مدیریت، سال پنجم، شماره ۱۲، صص ۱-۱۱.

- ✓ محمدی، علی، شغلی، علیرضا، (۱۳۸۷)، کیفیت خدمات بهداشتی اولیه‌ی ارائه شده در مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان زنجان، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دوره ۱۶، شماره ۶۵، صص ۸۹-۱۰۰.
- ✓ محمدی، علی، افتخار اردبیلی، حسن، اکبری حقیقی، فیض الله، محمودی، محمود، پوررضا، ابوالقاسم، (۱۳۸۲)، سنجش کیفیت خدمات بر اساس انتظارات و ادراک بیماران در بیمارستان های زنجان، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، سال دوم، شماره دوم، صص ۷۱-۸۴.
- ✓ مقبل باعرض، عباس، محمدی، علی، (۱۳۸۲)، بررسی کیفیت خدمات ارائه شده در مراکز خدمات درمانی استان فارس، مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز، دوره ۱۹، شماره دوم، پیاپی ۳۸، صص ۵۴-۶۲.
- ✓ میرغفوری، سید حبیب اله و زارع احمد آبادی، حبیب، (۱۳۸۶)، تجزیه و تحلیل کیفیت خدمات مراکز درمانی با استفاده از مدل سروکوال (مطالعه موردی: بیمارستان شهید رهنمون یزد)، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید صدوقی یزد، دوره ۱۵، شماره دوم، صص ۸۴-۹۲.
- ✓ میرفخرالدینی، حیدر، فرید، داریوش، حسین طحاری، محمد، زارعی، محمد، (۱۳۹۰)، شناسایی و اولویت بندی عوامل موثر بر بهبود کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی با استفاده از تکنیک های تصمیم گیری چند شاخصه (MADM)، مدیریت سلامت، دوره ۱۴، شماره ۴۳، صص ۵۱-۶۲.
- ✓ نصیری پور، امیر اشکان، عباسی، انیس، توفیقی، شهرام، بهنام پور، ناصر، گوهری، محمودرضا، (۱۳۹۰)، رابطه استقرار شاخص های کیفی ارزشیابی با کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی گلستان، مدیریت اطلاعات سلامت، دوره هشتم، شماره دوم، صص ۱۲۵-۱۳۷.
- ✓ ونوس، داور، میترا، صفائیان، (۱۳۸۱)، بازاریابی خدمات بانکی، نشر نگاه دانش.
- ✓ هیل، نیگل، (۱۳۸۵)، اندازه گیری رضایت مشتری، ترجمه: محمدرضا اسکندری، چاپ اول، تهران: موسسه خدمات فرهنگی رسا.
- ✓ *Adrienne C, Emma S. (2012). Assessing the quality of physiotherapy services using SERVQUAL. Int J Health Qua Assur, 15(5):197-205.*
- ✓ *Aldigan, A. & Buttle, F. (2012). SYSTRA-SQ: A New Measure of Bank Service Quality. International Journal of service Industry Management, Vol.13, No. 4, PP.362-381.*
- ✓ *Alsen, line lervik; Michael D. Johnson (2013). Service quality, satisfaction, and loyalty: from transaction specific to cumulative evaluations. Journal of Service Research, Volume 5, No 3, 184-195.*
- ✓ *Bolton, R.N. and Drew, J.H. (2011). A multistage model of customers' assessment of service quality and value. Journal of Consumer Research, .17/March: 375-384.*
- ✓ *Boshoff, C., & Gray, B. (2014). The Relationships between Service Quality, Customer Satisfaction and Buying Intentions in the Private Hospital Industry. South African Journal of Business Management, 35(4), 27-37.*
- ✓ *Brady, M. & Cronin, J., (2011), "Some New Thoughts and Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach", Journal of Marketing, Vol. 65, No. 3, pp.34/49.*
- ✓ *Chen, C. and Chen, F. (2009). Experience quality, perceived value, satisfaction and behavioral intentions for heritage tourists, Tourism Management, Volume 31, Issue 1, 29-35.*
- ✓ *Cliford, P. (2012). Measuring satisfaction with medical care management. A quality improvement tool. AAOHN; 4: 331-41.*
- ✓ *Crosby, Philip, B. (2014). Quality without Tears: The Art of Hassle Free Management. McGraw Hill, New York.*

- ✓ Dotchin JA, Oakland JS. (2014). *Total quality management in services, part 3: Distinguishing perception of service quality. Int J Qua and Reli Manag*, 11(4):6-28.
- ✓ Edvardsson, B. (2015). *Service quality: beyond cognitive assessment. Managing Service Quality*, Vol. 15, No. 2, pp. 127-131.
- ✓ Elmayar, Ashraf (2011). *Assessing the Perceived Service Quality Levels in the Libyan Private and Public Banking Sectors: A Customer Perspective. University of Northumbria, Doctor of Philosophy in Business and Management.*
- ✓ Eastwood, D.B., Brooker, J.R. and Smith, J.D. (2015). *Developing marketing strategies for green grocers: an application of SERVQUAL. Agri-business*, Vol. 21, No. 1, PP.31-45.
- ✓ Festus, o and Hsu, Maxwell K. (2006). *A typology analysis of service quality, customer satisfaction and behavioral intentions in mass services. Managing Service Quality*, Vol. 16, No. 2, pp. 106-123.
- ✓ Ghobadian, A., Speller, S. and Jones, M. (2004). *Service quality concepts and models. International Journal of Quality & Reliability Management*, Vol. 11, No. 9, pp. 43-66.
- ✓ Grönroos, Christian (2010). *Service Management and Marketing: A Customer Relationship Approach. Chichester: John Wiley.*
- ✓ Gupta, A., McDaniel, J and Herath, S. (2015). *Quality management in service firms: ustaining structures of total quality service. Managing Service Quality*, Vol. 15, No. 4, pp. 389-402.
- ✓ Haddad, S., Potvin, L., Roberge, D., Pineault, R., & Remondin, M. (2010). *Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. Family Practice*, 17(1), 21-29.
- ✓ Harrison, Tina (2016). *Finantioal Services Marketing, Prentice Hall, Great Britai.*
- ✓ Ismail, I., Haron, H., Nasir Ibrahim, D. and Isa, Salmi Mohd (2016). *Service quality, client satisfaction and loyalty towards audit firms: Perceptions of Malaysian public listed companies. Managerial Auditing Journal*, Vol. 21, No. 7, pp. 738-756.
- ✓ Johnston, R. and Clark, G. (2015). *Service Operations Management. 2nd edn. Prentice Hall.*
- ✓ Kandampully, J. and Menguc, B. (2014). *Managerial practices to sustain service quality: an empirical investigation of New Zealand service firms. Marketing Intelligence & Planning*, Vol. 18 No. 4, pp. 175-184.
- ✓ Karydis A, Komboli M, Pannis V. (2011). *Expectation and perception of Greek patients regarding the quality of dental health care. Int J for Qua in Health Care*, 13:409-416.
- ✓ Kasper, H., Helsdingen, P. V. and Gabbie, O. (2016). *Services Marketing Management: A Strategic Perspective. 2nd edn. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.*
- ✓ Kotler, P. & R. Armstrong. (2010). *Marketing Management. New Jersey: Prentice Hall.*
- ✓ Lee, M. C. and Hwan, I.S. (2015). *Relationships among service quality, customer satisfaction and profitability in the Taiwanese banking industry. International Journal of Management*, Vol. 22, No. 4, pp. 635-48.
- ✓ Lim PC, Tang N. (2010). *A study of patients expectations and satisfaction in Singapore hospitals. Int J Health Care Qual Assur*, 13(7): 290 -299.
- ✓ Lovelock, Ch & Wright, L. (2010), *Principle of Service Marketing and Management, Prentice Hill, International.*
- ✓ Miguel A. Moliner, (2009). *Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services. Journal of Service Management*, Vol. 20 Iss: 1, pp.76 - 97
- ✓ Mik W, Hazel W. (2015). *Measuring service quality in a hospital cloposcopy clinic. Int J Health Care Qual Assur*, 18(3):217-228.
- ✓ Nadiri, H. and Hussain, K. (2015). *Perceptions of service quality in North Cyprus Hotels. International Journal of Contemporary Hospitality Management*, Vol. 17, No. 6, pp. 469-480.

- ✓ Obaid, S. H. A. A. Z. (2006). *Islamic banks and service quality: an empirical study of the UAE. PhD Thesis. University of Durham.*
- ✓ Neill, M. and Palmer, A. (2013). *An exploratory study of the effects of experience on consumer perceptions of the service quality construct. Managing Service Quality, 13 (3), pp. 187-96.*
- ✓ Palmer, A. and Cole, C. (2015). *Services Marketing: Principles and Practice, Prentice Hall, Englewood, Cliffs, NJ.*
- ✓ Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L. L. (2008). *SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. Journal of Retailing, 64, No.1, pp. 12-40.*
- ✓ Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry (2011). *Refining and reassessment of the SERVQUAL scale, Journal of Retailing, 67 (4), pp. 420-50.*
- ✓ Ross, I. & Juwaheer, A., (2013), "Service quality and store performance: some evidence from Greece", *Managing Service Quality, Vol. 15 No. 1, pp. 24-50.*
- ✓ Seth, N., Deshmukh, S.G. and Vrat, P. (2015). *Service quality models: a review. International Journal of Quality & Reliability Management, Vol. 22, No. 9, pp. 913-949.*
- ✓ Vargo, S.L. and Lusch, R.F. (2014). *The four service marketing myths – remnants of a goods-based, manufacturing model. Journal of Service Research, Vol. 6 No. 4, May, pp. 324-35.*
- ✓ Yasin, M., Correia, E. and Lisboa, J. (2014). *The profitability of customer-targeted quality improvement efforts: an empirical examination. The TQM Magazine, Vol. 16 No. 1, pp. 45-49.*
- ✓ Yousefy, A.; A., Rezaie (2010). *Continuing Medical Education (Cme): A Basis For Quality Improvement Of Health Services. Iranian Journal of Medical Education. 1 (1), 14-18.*
- ✓ Zeithaml, V.A. (2008). *Consumers' perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. Journal of Marketing, 52, July, pp. 2-22.*
- ✓ Zeithaml, V. A., Bitner, M. J. and Gremler, D. D. (2003). *Services marketing: Integrating customer focus across the firm. McGraw-Hill Companies.*
- ✓ Zeithaml, V. A., Bitner, M. J. and Gremler, D. D. (2009). *Services Marketing. New York: McGraw-Hill.*
- ✓ Zeithaml, V. A. and Bitner, M. J. (2006). *Services marketing. New York: McGraw-Hill.*