

ارزیابی کیفیت خدمات درمانی و بیمه ای سازمان تامین اجتماعی شهرستان ارومیه

فرامرز امامقلی زاد باری^۱
دکتر یعقوب علوی متین^۲
دکتر جعفر بیگ زاد^۳

چکیده:

هدف کلی تحقیق حاضر ارزیابی کیفیت خدمات درمانی و بیمه ای سازمان تامین اجتماعی در شهرستان ارومیه است. در تحقیق حاضر از نظریه پاراسورامن (مدل سرو کوال) به عنوان مبنای مطالعاتی ارزیابی کیفیت خدمات استفاده شده است. فرضیه های تحقیق شامل پنج سوال پژوهشی است. روش تحقیق در این پژوهش از نظر ماهیت و روش از نوع توصیفی - پیمایشی است. جامعه مورد پژوهش شامل کلیه دریافت کنندگان خدمات درمانی و بیمه ای سازمان تامین اجتماعی شهرستان ارومیه که بر اساس آمار اخذ شده از سازمان مربوطه تعداد آن بالغ بر ۱۱۸۳۷۵ نفر می باشد که از بین آن ها با استفاده از جدول کوکران ۳۸۴ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شده است. ابزار اندازه گیری مورد استفاده در تحقیق حاضر پرسشنامه استاندارد سر کوال می باشد که قبلاً روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است. برای تجزیه و تحلیل داده های توصیفی بر اساس نرم افزار کامپیوتری SPSS از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین، جداول، نمودار و ...) و جهت تحلیل داده های جمع آوری شده به منظور آزمون سوال های پژوهش از آمار استنباطی (میانگین تک نمونه ای) استفاده شده است. با توجه به نتایج آزمون میانگین تک نمونه ای، نظر مشتریان نشان دهنده عدم رضایت آن ها در مورد امکانات فیزیکی، همدمی و قابلیت اطمینان کارکنان و رضایت آن ها در مورد ابعاد پایایی و پاسخگویی کارکنان در ارائه خدمات درمانی و بیمه ای سازمان تامین اجتماعی ارومیه می باشد.

واژگان کلیدی: خدمات، کیفیت، مدیریت کیفیت، مدل سر کوال، رضایت مشتری، سازمان
تامین اجتماعی ارومیه

۱- کارشناس ارشد مدیریت دولتی

۲- استادیار و عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز

۳- استادیار و عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب

مقدمه:

برای موفقیت در ارائه خدمات درمانی و بیمه ای به جامعه تحت پوشش و اخذ بهترین نتیجه از حداقل امکانات موجود، باید به کیفیت ارائه خدمات توجه کافی مبذول شود. در مدیریت کیفیت، یکی از مهم ترین ارکان آن، اندازه گیری میزان رضایت مندی مشتریان از سیستم خدمات رسانی است. مساله مدیریت کیفیت در کشورهای توسعه یافته و پیشرفته جایگاه خود را در سیستم خدمات رسانی یافته است و با توجه به تعداد مراکز ارائه دهنده خدمت در این کشورها در قالب این مراکز در جذب هر چه بیش تر مراجعین، سیستم های پیشرفته اندازه گیری رضایتمندی مراجعین خدمت گیرنده، رشد و گسترش روزافزون می یابد.

رضایتمندی مشتری درجه ای از عملکرد واقعی یک شرکت است که انتظارات مشتری را برآورده می کند هر چه کیفیت درک شده توسط مشتری بتواند انتظارات مشتری را تأمین کند مشتری احساس رضایت بیش تری خواهد داشت و احتمالاً خرید (خدمت) خود را تکرار خواهد کرد (دیواندری و دلخواه ۱۸۸، ۱۳۸۴). مشتریان همچنین تجارب خود را به دیگران انتقال می دهند، تحقیقات نشان می دهد که ۹۶ درصد مشتریان هیچ گاه در رابطه با رفتار بد و کیفیت نامطلوب کالاها و خدمات شکایت نمی کنند و ۹۰ درصد این مشتریان ناراضی، دوباره به شرکت مراجعه نمی کنند. هر کدام از این مشتریان ناراضی، ناراحتی خود را حداقل به ۹ نفر می گویند (کرد نایج، ۱۳۸۳: ۱۵۷).

استفاده از فناوری های نوین برای ارائه خدمات بیمه ای و درمانی علاوه بر منافی که متوجه بیمه ها می نماید می تواند با بالا بردن رضایتمندی مشتریان یک تیر بادو نشان باشد. یکی از نشانه های موفقیت ارائه هر خدمتی میزان رضایتمندی مشتریان و شناسایی عوامل مؤثر بر آن برای بهبود در ارائه خدمات و افزایش رضایتمندی می باشد بی توجهی به رضایتمندی کارکنانی که از این فناوری و خدمت استفاده می کنند و عوامل مؤثر بر آن ممکن است باعث عدم تحقق اهداف ارائه این خدمت باشد. برای اندازه گیری میزان رضایتمندی این کارکنان با استفاده از مطالعات قبلی که در زمینه رضایت مشتری صورت پذیرفته است می توان به پنج عامل شواهد ابعاد فیزیکی، قابلیت اطمینان، پاسخگویی، پایایی و همدلی رسید. این نظریه از نظریه هایی است که در مورد اندازه گیری کیفیت خدمات بسیار مورد استفاده قرار گرفته و ابزار مورد استفاده در آن برای سنجش کیفیت خدمات و پی بردن به رضایتمندی مشتریان تحت عنوان سرکوال مشهور است (فیتز سیمونز ۶۶، ۱۳۸۲). بر این اساس در تحقیق حاضر سعی شده است کیفیت خدمات درمانی و بیمه ای سازمان تأمین اجتماعی شهرستان ارومیه مورد ارزیابی قرار گیرد.

به طور کلی تحقیق حاضر در پی پاسخگویی به این سوال است: "کیفیت خدمات درمانی و بیمه ای سازمان تأمین اجتماعی شهرستان ارومیه در چه حدی است؟"

ادبیات و پیشینه پژوهش:

۱- کیفیت

علی رغم کاربرد ۵۰ ساله، اصطلاح کیفیت، هنوز مسایلی را از لحاظ تعریف برای نویسندگان مطرح می سازد و در نتیجه کیفیت، اغلب یک اصطلاح نسبتاً انتزاعی باقی مانده است. کیفیت را می توان مجموع ویژگی ها و خصوصیات یک محصول یا خدمت دانست که نمایانگر توانایی آن در برآوردن نیازهای صریح یا ضمنی است. کرازبی کیفیت را به عنوان انطباق با نیازمندی ها تعریف می کند. از نظر جوران کیفیت عبارت است از تناسب برای استفاده و از دیدگاه فینگنهام کیفیت عبارت است از: "مفهومی وسیع که بخش های گوناگون سازمان نسبت به آن متعهد بوده و هدف آن افزایش کارایی کل مجموعه است، به گونه ای که مانع از پدید آمدن عوامل مخل کیفیت شده و در نهایت با حداقل هزینه و با هدف افزایش قابلیت رقابت، کل این مجموعه را با مشخصات مورد نظر مشتری مطابقت دهد". شرکت های ژاپنی دریافته اند که تعریف سابق از کیفیت؛ تحت عنوان درجه انطباق با یک استاندارد محدود است و در نتیجه کیفیت را به عنوان "رضایت استفاده کننده" تعریف نمودند و به کار بردند. در ادامه تعاریف کیفیت از دیدگاه صاحب نظران گوناگون کیفیت، ارایه شده است که یک طرح ادراکی برای مباحث مدیریت کیفیت فراهم می آورد. این تعاریف می توانند در سه بخش دسته بندی شوند (ساموئل^۱ و همکاران، ۱۹۹۹؛ غفاریان و جهانگیری، ۱۳۸۷): تعریف مشتری محور، تعریف تولید و خدمت محور و تعریف ارزش محور.

تعاریف مشتری محور:

- کیفیت عبارت است از توانایی رضای خواسته ها.
- کیفیت مرتبه ای است که در آن یک محصول ویژه، خواسته های یک مشتری ویژه را برآورده می سازد.
- در تجزیه و تحلیل نهایی بازار، کیفیت یک محصول وابسته است به اینکه چطور آن محصول با الگوهای سلیقه ای مشتری تناسب دارد.

• کیفیت عبارت است از تناسب برای استفاده.

• هسته اصلی رویکرد کیفیت جامع، تشخیص و برآوردن نیازمندی های مشتریان داخلی و خارجی است.

تعاریف تولید و خدمت محور

• کیفیت عبارت است از انطباق با نیازمندی ها

• انجام درست کار از همان ابتدا

تعاریف ارزش محور:

• کیفیت عبارت است از درجه برتری با یک قیمت مناسب و کنترل تغییرپذیری با یک هزینه مناسب.

• کیفیت مرتبه ای است که در آن یک محصول ویژه با طراحی یا مشخصات منطبق می شود.

• کیفیت باید در پنج حیطه اصلی تحقق یابد: کارکنان (افراد)، تجهیزات، روش ها، مواد و محیط که از این طریق نیاز مشتری برآورده می شود.

• کیفیت عبارت است از رضای نیازمندی های مشتری به طور مداوم؛ مدیریت کیفیت فراگیر عبارت است از دستیابی به کیفیت جامع، که عبارت است از دستیابی به کیفیت با هزینه کم تر، از طریق درگیری و مشارکت روزانه تمامی کارکنان.

توسعه سیستم های کیفیت، مراحل گوناگونی را در بر می گیرد. اولین مرحله بیش تر حالت انعکاسی داشت و شامل آزمون و بازرسی می شد و بعدها تضمین کیفیت به عنوان یک وظیفه فنی آغاز شد. شوارت^۱ روش های آماری را طراحی کرد که مورد استفاده عملی قرار گرفت و تضمین کیفیت آماری را پدیدار ساخت. او سه گام برای تضمین کیفیت شناسایی کرد. تشخیص، تولید و بازرسی که به عنوان یک حلقه دیده شده بود. دو مساله برای تضمین کیفیت بسیار مهم بودند:

• تغییر نگرش به دنیا از یک دیدگاه قطعی به یک دیدگاه احتمالی

• افزایش سریع استاندارد سازی

تضمین کیفیت آماری بعدها توسط متخصصینی از قبیل دمینگ^۲، جوران^۳، فیگنباوم^۴، کرازبی^۵ و ایشی کاوا^۶ ارتقا یافت. به عنوان نمونه زنجیره تعامل دمینگ^۲ به مثابه لنگری در ذهن مدیریت و

کارکنان است.

بهبود کیفیت به خاطر کار مجدد کم تر، اشتباهات پایین تر، موانع و تاخیرات کم تر و استفاده بهتر از زمان عملیاتی و منابع به کاهش هزینه ها می شود که بهبود بهره وری را به همراه خواهد داشت. بهبود بهره وری نیز باعث تسخیر بازار با کیفیت بهتر و قیمت پایین تر شده، موجب بقا در بازار و ارایه محصولات و خدمات بیش تر می شود (دمینگ، ۱۹۸۲). جوران چرخه بهبود را طراحی کرد که نشان می دهد بهبود کیفیت یک فرایند دایمی است و برنامه ای با آغاز و پایان مشخص نیست. فیگنباوم کنترل کیفیت جامع را تعریف کرد. جامع به معنای کامل و تعهد به استفاده از تضمین کیفیت است. به اعتقاد وی، رضایت مشتری هدف نهایی کنترل کیفیت جامع است، چرا که کیفیت توسط مشتری تعریف می شود (فیگنباوم، ۱۹۹۱). کرازبی برخی از اقلام کلیدی را روشن کرد: "اعتبار، سیستم ها، ارتباطات، فعالیت های عملیاتی و رهنمودهایی در زمینه کیفیت است. او معتقد است که پرداختی به کیفیت آزاد است". ایشی کاوا اعتقاد دارد که ترکیب ابزار کیفیت بیش ترین مزیت را ایجاد می کند. در حالی که استفاده مجزا از تک تک ابزارها مزیت چندانی به وجود نمی آورد. وی معتقد است که تمام بخش ها و همه کارکنان سازمان باید از طریق یادگیری ابزارهای آماری در امر بهبود کنترل کیفیت مشارکت فعال داشته باشند.

۲- خدمات

به رغم آنکه بسیاری از محققان در خصوص تعریف خدمات کار کرده اند، ارایه تعریفی دقیق از آن به سادگی امکان پذیر نیست. خدمات، واژه ای پیچیده و دارای معانی مختلفی است و طیفی از خدمات شخصی تا خدمت به عنوان یک محصول را در بر می گیرد. این واژه حتی حوزه وسیع تری را نیز شامل می شود. اگر فروشنده یک ماشین در راستای تحقق نیازهای مشتری متوسل به یک سری فعالیت شود، این فعالیت خدمت به مشتری تلقی می شود. ماشین کالایی فیزیکی است، اما نوع رفتار با مشتری خدمت محسوب می شود (گرونروس^۱، ۲۰۰۰). به دلیل همین گستردگی و پیچیدگی در طول دهه شصت تا هشتاد، طیف وسیعی از تعاریف در ارتباط با خدمت ارایه شد. اگر چه در سالیان بعد مباحث کم تری در این زمینه مطرح شد، تعریف جامعی به دست نیامد. با این توصیف در ادامه به چند تعریف از خدمت اشاره می شود.

خدمت، کاری است که فرد برای فرد دیگری انجام می دهد. خدمت، فعالیت یا منفعتی است که یک طرف به طرف دیگر عرضه می کند که اساساً ناملموس بوده و مالکیت چیزی را در

بر ندارد، نتیجه ممکن است محصولی فیزیکی باشد یا نباشد (آرمسترانگ و کاتلر^۱، ۲۰۰۷). دمی‌نگ کیفیت را میزان یکنواختی و یکسانی کالا یا خدمات مربوط تعریف می‌کند. جوزف جوران معتقد است کیفیت عبارت است از مطابقت کالا یا خدمت با کاربرد آن، معنای دیگر این عبارت این است که "استفاده کننده از کالا یا خدمت باید بتواند نیاز یا خواست خود را از کالا یا خدمت بتواند نیاز یا خواست خود را از کالا برآورده سازد". فیلیپ کرازبی کیفیت را مطابقت یک محصول یا خدمت با الزامات از پیش تعیین شده می‌داند (ریاحی، ۱۳۸۱). کیفیت محصول یا خدمت درجه تطبیق آن با استانداردهای تعریف شده برای آن محصول یا خدمت است، به تعریف دیگر، کیفیت به معنای ارضای نیاز مصرف کننده است. از دیدگاه ابراهیمی و دیگران (۱۳۷۵) خدمات به مشتریان شامل کلیه مواردی است که شرکت به منظور رضایت مشتریان و کمک به آن‌ها برای دریافت بیشترین ارزش از محصولات یا خدماتی که خریداری کرده‌اند، انجام می‌دهد. لذا مقصود از سیستم خدماتی اجرای نوعی فعالیت اقتصادی است که باعث تولید محصولی ناملموس شود که دارای ارزش افزوده و یا مطلوبیت باشد (اشنایدر^۲، ۱۹۹۳).

۳- پیشینه تحقیق

در این بخش به برخی از پژوهش‌های صورت گرفته درباره ارزیابی کیفیت خدمات درمانی و بیمه‌ای اشاره می‌شود.

اکبر اعتباریان و مسعود طالع (۱۳۸۹) پژوهشی به منظور بررسی کیفیت خدمات و تعیین میزان شکاف بین انتظارات و ادراکات بیمه شدگان بر اساس شاخص‌های مدل سروکوال در سازمان تأمین اجتماعی استان اصفهان انجام دادند. فرضیه‌های پژوهش براساس پنج شاخص مدل سروکوال شامل ملموسات، مسوولیت پذیری، اعتماد، همدلی و تعهد و اطمینان تنظیم گردید. روش تحقیق توصیفی و به شیوه میدانی اجرا شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسش نامه محقق ساخته است که بر اساس ۵ شاخص مدل سروکوال طراحی شد. نتایج حاصل از آزمون داده‌های گردآوری شده، نشان داد که بین ادراکات و انتظارات بیمه شدگان در هر پنج بعد، شکاف وجود دارد و در هیچ کدام از ابعاد رضایت مشتریان تأمین نشده است. نتایج نشان داد که در بعد ملموسات رضایت خانم‌ها از آقایان بیش تر، در همین بعد سطح رضایت بیمه شدگان

1-Armestrang and Kotler

2-Schnieder

اجباری از دو گروه دیگر یعنی بیمه شدگان اختیاری و رانندگان کم تر، در بعد مسوولیت پذیری سطح رضایت بیمه شدگان با مدرک دیپلم و کاردانی از دارندگان مدارک بالاتر بیش تر و در بعد اعتماد و همدلی (تعهد) سطح انتظار بیمه شدگان با سابقه تر از بیمه شدگان کم سابقه تر بیش تر است. مقایسه شکاف بین انتظارات و ادراکات در هر پنج بعد نشان داد که بیش ترین شکاف در ابعاد مسوولیت پذیری، اعتماد و همدلی، سپس بعد اطمینان و کم ترین شکاف در بعد ملموسات است.

محمد نیا و همکاران (۱۳۹۰) به بررسی میزان قابلیت اطمینان، پاسخگویی، تضمین و همدلی در کیفیت خدمات پرستاری در سه بیمارستان تامین اجتماعی تهران پرداختند. این مطالعه از نوع مطالعات کاربردی بود که به صورت توصیفی و مقطعی در سال ۱۳۸۸ بر روی ۲۰۰ بیمار بستری در بیمارستان‌های منتخب با استفاده از پرسشنامه استاندارد و تعدیل شده سروکوال انجام گرفت. داده‌های مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS به صورت آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بر اساس نتایج به دست آمده، میزان کیفیت خدمات از دیدگاه بیماران به ترتیب قابلیت اطمینان (۷۴٪)، پاسخگویی (۵۸٪)، تضمین (۶۹٪)، و همدلی (۶۴٪) به دست آمد. کیفیت کلی خدمات پرستاری در بیمارستان‌های مورد مطالعه بالاتر از متوسط و در حد خوب (۶۶٪) بود. به طوری که مولفه‌های قابلیت اطمینان، تضمین و همدلی بیش ترین میزان و پاسخگویی کم ترین میزان را به خود اختصاص داد. نتایج این بررسی نشان داد که میزان کیفیت خدمات پرستاری در بیمارستان‌های مورد مطالعه در حد مطلوبی است.

صبحی بیدگلی و همکاران (۱۳۹۰) مطالعه‌ای با هدف ارزیابی و مقایسه خدمات بیمارستانی از دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاهی شهرستان کاشان انجام داده‌اند. در این مطالعه مقطعی طی سال ۱۳۸۷، دیدگاه ۳۹۰ بیمار بستری در بیمارستان‌های دانشگاهی کاشان که به روش طبقه‌ای انتخاب شده بودند، از طریق پرسشنامه سروکوال مورد مطالعه قرار گرفت. روایی پرسشنامه به روش روایی محتوی و پایانی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ تأیید شد. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کروسکال و الیس و من ویتنی تجزیه و تحلیل شدند. بر اساس نتایج به دست آمده تفاوت معنی داری در میانگین نمره کیفیت در ابعاد هفت گانه و بعد کیفیت کلی مشاهده شد. همچنین، اختلاف میانگین نمره کیفیت در تمامی ابعاد در بیمارستان‌ها معنی دار بود. بیش ترین میانگین نمره کیفیت به بعد همدلی پزشک (۳/۹۷=۰/۷۵) و کم ترین میانگین نمره کیفیت به ملموس بودن خدمات (۳/۷۶=۰/۵۸) تعلق گرفت.

در مطالعه سلکن^۱ و همکاران (۲۰۰۹)، تاثیر کیفیت خدمات بیمارستانی دانشگاه مرمره بر رضایت مشتری و در نهایت وفاداری مشتری مورد تأیید قرار گرفت (پاراسورامان و همکاران، ۱۹۸۸).

نتایج مطالعه مصطفی^۲ که در بیمارستان‌های مصر انجام گرفت نشان داد انتظار بیماران از کیفیت خدمات بیمارستانی بر رضایت آنان از خدمات و انتخاب نوع بیمارستان (دولتی یا خصوصی) تأثیر دارد (محمدی و شغلی، ۱۳۸۷).

اندرسون و زولینگ^۳ در مطالعه خود دریافتند که مدیران مراکز خدماتی برای ارتقاء کیفیت باید بیشترین تلاش خود را بر آن دسته از ابعاد کیفیت که از دیدگاه بیماران دارای بیشترین اولویت هستند، متمرکز کرده و آن خدمات را با توجه به انتظارات بیماران طراحی نموده و ارتقاء دهند (عمرانی، ۱۳۸۶).

۴- مدل کیفیت خدمت - سروکوال

یکی از مدل‌های توسعه یافته در اندازه‌گیری کمی کیفیت خدمات در بخش دولتی، متعلق به مدل پاراسورامان و همکاران (۱۹۸۸) معروف به مدل سروکوال معروف است. این مدل در اندازه‌گیری کیفیت خدمات در جایی که کیفیت خدمات به عنوان ضرورت جهت درک مشتری، انتظارات او و کیفیتی که از خدمات ارایه کننده انتظار دارد، به کار می‌رود. این مدل کمک می‌کند مشتریان بتوانند خدماتی را که سازمان‌های متفاوت به آن‌ها ارایه می‌کند، با یکدیگر مقایسه کنند. مطالعه پاراسورامان و همکاران (۱۹۸۸) به تدوین روشی برای تعیین درک مشتریان از کیفیت خدمات اختصاص داشت (توسعه و تدوین کمی کردن درک مشتری از کیفیت خدمات).

این مدل در شکل اولیه خود دارای ۱۰ بعد و ۹۷ گزاره (پرسش) بود و در بخش صنایع به ارزیابی کیفیت خدمات می‌پرداخت. در مراحل بعدی تعدادی از این ابعاد با استفاده از فرایند تحلیل عامل در یکدیگر ادغام شدند و به ۷ بعد با ۳۴ گزاره تبدیل شد. پس از بررسی‌های بیش‌تر ابعاد مدل سروکوال به ۵ بعد و ۲۶ گزاره کاهش یافت. با اجراهای بیش‌تر، سرانجام این مدل به مدلی ۵ بعدی با ۲۲ گزاره تبدیل شد. روند تغییرات ابعاد مدل سروکوال در نمودار ۱ آمده است (ناگاتا^۱ و همکاران، ۲۰۰۴؛ کوک^۲ و همکاران، ۲۰۰۳):

1. Selcen

2. Mostafa

3. Anderson and Zwellling

نمودار ۱: روند تغییرات ابعاد در مدل سرکوال (ناگاتا و همکاران، ۲۰۰۴)



در مدل مقیاس کیفیت خدمت پاسخ دهندگان ادراکات خود را از عملکرد واقعی سازمان به لحاظ همان ویژگی ها، رتبه بندی می کنند و شکاف بین انتظارات و ادراکات از عملکرد، از تفاوت بین این دو به دست می آید. حال اگر عملکرد ادراک شده پایین تر از انتظارات باشد، بیانگر بالا بودن کیفیت خدمات است (راینسون^۳، ۱۹۹۲). در حقیقت در این مدل، کیفیت تابعی از شکاف بین انتظارات و عملکردها است. بنابراین در این مدل به دنبال یافتن و برطرف کردن شکاف هایی

1. Nagata
2. Cook
3. Robinson

هستیم که منجر به ناراضایتی مشتریان می شود (رویتر^۱ و همکاران، ۱۹۹۷).

سرو کوال امروزه به عنوان بازار تشخیصی برای شناسایی زمینه های ناشناخته نقاط ضعف و قوت کیفیت خدمات به طور گسترده مورد استفاده قرار می گیرد. ارزش علمی سرو کوال دو جنبه است. از یک طرف سرو کوال می تواند به عنوان ابزار سنجش مورد استفاده قرار گیرد. معیارها برای "عملی کردن هر چه بهتر خدمات" می تواند به وسیله مقایسه امتیازها خلاصه سرو کوال "نقش آفرینان" مهم در درون یک صنعت مشابه به دست آیند. از طرف دیگر سرو کوال می تواند به عنوان یک ابزار تشخیصی و یا تشریحی مورد استفاده قرار گیرد. در این حالت با کمک معیارهای ابعادی، می توانند مشکلات درون فرایندهای خدماتی خاص را شناسایی کنند (پاراسورامان و همکاران، ۱۹۸۸). محققان بسیاری تلاش کرده اند تا از این ابزار در حوزه های خدماتی مختلفی استفاده کنند که در جدول ۱ برای نمونه به برخی از این تحقیقات اشاره شده است:

جدول ۱- مثال هایی از کاربرد سرو کوال در حوزه های خدماتی مختلف (استوارت^۲، ۱۹۹۹)

تحقیقات انجام شده	زمینه
Bojanic (1991), Carman (2000)	خدمات حرفه ای
Swartz and Brown (1989), Lam (1997)	خدمات بهداشتی
Tribe and Snaith (1998), Atilgan and et al (2003)	گردشگری
Nitecki (1996), Coleman et al (1997)	کتابخانه ها
Kettinger and Lee (1994)	نظام های اطلاعاتی
Madhukar and et al (1993)	بانک ها
Min and et al (2002)	رستوران ها و هتل ها
Donnelly and et al (1995)	خدمات دولتی

جانستون^۳ (۱۹۹۷) آزمایش های تجربی جامعی از ابعاد کیفیت خدمات را که پاراسورمان و همکارانش ارائه داده بودند، در ده سازمان خدماتی در انگلیس انجام دادند. آن ها در ابتدا فهرستی از ۱۲ عامل و سپس با تحقیقات بیش تری که انجام دادند، ۱۸ عامل را ارائه کردند. به علاوه، بسیاری از محققان با الهام از مدل سرو کوال مدل های متفاوتی برای سنجش کیفیت خدمات بانکی ارائه کرده اند. آو کیران مدل مشتمل بر چهار بعد (تماس کارکنان، قابلیت اعتبار، ارتباطات و دسترسی

1. Ruyter
2. Stewart
3. Johnston

به خدمات) و ۱۷ مؤلفه معرفی کرده است (آو کیران^۲، ۱۹۹۴). با توجه به تفاوت ماهیت بانکداری اسلامی با بانکداری ربوی، عثمان و لین^۳ (۲۰۰۰) مدلی با عنوان کارت تر مشتمل بر شکایت، اطمینان خاطر، قابلیت اعتبار، عوامل محسوس، همدلی و پاسخگویی ارائه کرده اند که دارای ۳۴ مؤلفه است.

مدل عملیاتی و فرآیند شاخص سازی متغیرهای تحقیق

برای اندازه گیری ابعاد و ویژگی های کیفیت خدمات، از چارچوب نظری پارسورامن به صورت نمودار زیر استفاده شده است:

به طور کلی هدف از انجام تحقیق حاضر، بررسی کیفیت خدمات درمانی و بیمه ای سازمان تامین اجتماعی در شهرستان ارومیه است. به عبارتی دیگر، هدف کلی پژوهش حاضر افزایش کیفیت خدمات درمانی و بیمه ای، از طریق شناسایی نقاط ضعف موجود در کیفیت خدمات ارائه شده در حوزه هایی از خدمات بیمه ای و درمانی ارائه شده در سازمان تامین اجتماعی ارومیه است.



2. Avkiran
3. Othman and Lynn
4. CARTER

روش تحقیق

تحقیق حاضر از نظر هدف از نوع کاربردی و از نظر ماهیت و روش از نوع توصیفی - پیمایشی است. جامعه آماری تحقیق حاضر عبارتست از دریافت کنندگان خدمات درمانی و بیمه ای سازمان تامین اجتماعی شهرستان ارومیه که بر اساس آمار اخذ شده از سازمان مربوطه در سال ۱۳۹۱ تعداد آن بالغ بر ۱۱۸۳۷۵ نفر است.

به منظور تعیین حجم نمونه مورد بررسی از جدول « مورگان » استفاده شده است. حجم نمونه از طریق جدول مورگان ۳۸۴ نفر برآورد شد. برای انتخاب واحدها و نمونه‌های مورد مطالعه از روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای استفاده شده است؛ چون شعبه‌های یک و دو سازمان تامین اجتماعی شهرستان ارومیه از نظر تعداد دریافت کنندگان خدمات درمانی و بیمه ای تفاوت‌های چشمگیری نسبت به هم داشتند لذا این نمونه‌گیری بر اساس درصد تعداد دریافت کنندگان خدمات مربوط به هر شعبه از کل جامعه آماری انجام گرفته است.

ابزار سنجش و گردآوری اطلاعات:

در پژوهش حاضر از پرسشنامه استاندارد سرکوال که قبلاً روایی و پایایی آن مورد تأیید قرار گرفته است، برای سنجش متغیرهای ارزیابی میزان رضایت استفاده کنندگان از کیفیت خدمات تحقیق استفاده شده است.

جهت جمع‌آوری ۳۸۴ پرسشنامه کامل، بیش از ۴۰۰ پرسشنامه بین آزمودنی‌ها توزیع شد و نهایتاً ۳۸۴ پرسشنامه به طور کامل جمع‌آوری گردیده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۲- ترکیب سوال‌های پرسشنامه

متغیرهای مورد بررسی	مجموع سوال‌ها
ابعاد فیزیکی	۴
قابلیت اطمینان	۵
پاسخگویی	۴
پایایی	۴
همدلی	۵

توصیف متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش:

مشخصات دموگرافیک نمونه‌های پژوهش: بر اساس اطلاعات به دست آمده از نمونه‌های مورد مطالعه، توزیع نمونه‌ها در شعبه‌های مختلف و همچنین توزیع آن بر اساس جنسیت، سن، سابقه بیمه و وضعیت تحصیلی به شرح ذیل است:

جدول ۳- جامعه آماری به تفکیک شعبه‌ها

ردیف	نام شعبه	تعداد بیمه شدگان
۱	شعبه ۱	۶۸۹۳۶
۲	شعبه ۲	۴۹۴۳۹
	جمع کل	۱۱۸۳۷۵

با توجه به اطلاعات جدول شماره ۳، از کل افراد نمونه، ۶۸۹۳۶ نفر (۵۸/۲۳٪) در شعبه ۱، ۴۹۴۳۹ نفر (۴۱/۷۶٪) در شعبه ۲، تحت پوشش بیمه هستند و می‌توان گفت که بیش تر اعضای نمونه را شعبه ۱ با ۵۸/۲۳٪ تشکیل می‌دهند.

جدول ۴- فراوانی مطلق و نسبی مربوط به جنسیت اعضای نمونه

جنسیت	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (درصد)
زن	۱۰۰	۲۶،۰۰
مرد	۲۷۸	۷۲،۴
نامعلوم	۶	۱،۶
کل	۳۸۴	۱۰۰

با توجه به اطلاعات جدول شماره ۴، از کل افراد نمونه، ۱۰۰ نفر (۲۶٪) زن و ۲۷۸ نفر (۷۲/۴٪) مرد هستند و می‌توان گفت که بیش تر اعضای نمونه را مردان با ۷۲/۴٪ تشکیل می‌دهند.

جدول ۵- فراوانی مطلق و نسبی مربوط به سن اعضای نمونه

سن	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (درصد)
زیر ۳۰ سال	۱۵۰	۳۹٫۱
۳۱-۴۰	۱۶۴	۴۲٫۷
۴۱-۵۰	۵۲	۱۳٫۵
۵۱ سال و بالاتر	۱۶	۴٫۲
نامعلوم	۲	۰٫۵
کل	۳۸۴	۱۰۰

با توجه به اطلاعات جدول شماره ۵، از کل افراد نمونه، ۱۵۰ نفر (۳۹/۱٪) کم تر از ۳۰ سال، ۱۶۴ نفر (۴۲/۷٪) بین ۳۱ تا ۴۰ سال، ۵۲ نفر (۱۳/۵٪) ۴۱ تا ۵۰ سال، ۱۶ نفر (۴/۲٪) بیش تر از ۵۱ سال دارند و می توان گفت که بیش تر اعضای نمونه در رده سنی ۳۱-۴۰ (۴۲٫۷٪) سال قرار دارند.

جدول ۶- فراوانی مطلق و نسبی مربوط به سابقه بیمه اعضای نمونه

سابقه کاری	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (درصد)
زیر ۵ سال	۱۶۱	۴۱٫۹
۶-۱۰	۹۴	۲۴٫۵
۱۱-۱۵	۵۲	۱۳٫۵
۱۶-۲۰	۳۳	۸٫۶
۲۱-۲۵	۱۴	۳٫۶
بالای ۲۵ سال	۲۰	۵٫۲
نامعلوم	۱۰	۲٫۶
کل	۳۸۴	۱۰۰

با توجه به اطلاعات جدول شماره ۶، از کل افراد نمونه، ۱۶۱ نفر (۴۱/۹٪) کم تر از ۵ سال، ۹۴ نفر (۲۴/۵٪) بین ۶ تا ۱۰ سال، ۵۲ نفر (۱۳/۵٪) بین ۱۱ تا ۱۵ سال، ۳۳ نفر (۸/۶٪) بین ۱۶ تا ۲۰ سال، ۱۴ نفر (۳/۶٪) بین ۲۱ تا ۲۵ سال، ۲۰ نفر (۵/۲٪) بیش تر از ۲۵ سال سابقه کاری دارند و می توان گفت که

بیشترین فراوانی سابقه بیمه در طبقه زیر پنج سال با ۴۱/۹٪ وجود دارد.

جدول ۷. فراوانی مطلق و نسبی مربوط به سطح تحصیلات اعضای نمونه

سطح تحصیلات	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی (درصد)
دیپلم و پایین تر	۱۶۳	۴۲،۴
کاردانی	۷۰	۱۸،۲
کارشناسی	۱۰۸	۲۸،۱
کارشناسی ارشد و بالاتر	۳۸	۹،۹
نامعلوم	۵	۱،۳
کل	۳۸۴	۱۰۰
نامعلوم	۱۰	۲،۶
کل	۳۸۴	۱۰۰

با توجه به اطلاعات جدول شماره ۷، از کل افراد نمونه، ۱۶۳ نفر (۴۲/۴٪) دیپلم و پایین تر، ۷۰ نفر (۱۸/۲٪) فوق دیپلم، ۱۰۸ نفر (۲۸/۱٪) لیسانس، ۳۸ نفر (۹/۹٪) فوق لیسانس و بالاتر هستند و می توان گفت که بیشترین فراوانی سطح تحصیلات در گروه دیپلم و پایین تر با ۴۲،۴٪ مشاهده می شود.

تجزیه و تحلیل سوال های پژوهش:

در جدول ۸ سوال های پرسشنامه و میانگین و انحراف معیار هر کدام از سوال ها به صورت جداگانه ذکر شده اند:

جدول ۸- میانگین و انحراف معیار پرسش های اصلی پرسشنامه

شماره سؤال	سؤال	میانگین	انحراف معیار
۱	سازمان تأمین اجتماعی به منظور ارائه خدمات از تجهیزات جدید و پیشرفته استفاده می نماید.	۳،۰۰	۰،۹۱۸
۲	تجهیزات فیزیکی مورد استفاده در سازمان تأمین اجتماعی از ظاهر جذابی برخوردار می باشند.	۲،۸۲	۱،۰۶۴
۳	زمانی که شما مشکلی خاص داشته باشید، سازمان تأمین اجتماعی برای حل آن مشکل توجیهی واقعی از خود نشان می دهد.	۲،۸۴	۱،۱۷۶
۴	سازمان تأمین اجتماعی درست در اولین فرصت به حل مشکلات شما می پردازد.	۲،۷۸	۱،۰۰۸
۵	کارکنان سازمان تأمین اجتماعی در زمان مقرر خدمات را به شما ارائه می نمایند.	۳،۲۸	۱،۰۷۹
۶	کارکنان سازمان تأمین اجتماعی همواره مشتاق می باشند تا به شما کمک نمایند.	۳،۰۸	۱،۱۲۹
۷	شما در تعامل با سازمان تأمین اجتماعی احساس امنیت می کنید.	۳،۴۹	۱،۱۶۳
۸	کارکنان سازمان تأمین اجتماعی همواره در رفتار با شما مودب می باشند.	۳،۶۸	۱،۱۳۷
۹	کارکنان سازمان تأمین اجتماعی ظاهری آراسته دارند.	۳،۵۳	۱،۰۹۵
۱۰	لوازم مورد استفاده در سازمان تأمین اجتماعی برای ارائه خدمات (مانند کتاب، اعلامیه و غیره) از ظاهر جذابی برخوردار می باشند.	۲،۳۶	۱،۰۰۶
۱۱	سازمان تأمین اجتماعی خدمات خود را در زمانی که قول داده است، ارائه می نماید.	۳،۱۱	۱،۰۵۵
۱۲	تأکید سازمان تأمین اجتماعی بر ثبت و ارائه سوابق خدماتی و بیمه ای مشتریان بدون وجود اشتباه می باشد.	۳،۰۱	۱،۰۷۷
۱۳	کارکنان سازمان تأمین اجتماعی از دانش لازم برای پاسخگویی به سوال های شما برخوردار می باشند.	۳،۵۴	۰،۹۷۴
۱۴	کارکنان سازمان تأمین اجتماعی همواره برای پاسخگویی به درخواست های شما وقت دارند.	۳،۱۴	۱،۱۲۵
۱۶	ساعات کاری سازمان تأمین اجتماعی برای تمامی مراجعه کنندگان مناسب می باشد.	۳،۵۲	۱،۱۶۶
۱۷	سازمان تأمین اجتماعی کارکنانی دارد که به صورت اختصاصی به مشکلات شما می پردازند.	۲،۴۶	۱،۱۷۴
۱۸	سازمان تأمین اجتماعی نسبت به تعهد خود برای انجام کاری خاص در زمانی معین واقعا پایبند می باشد.	۳،۰۳	۱،۰۸۶
۱۹	کارکنان سازمان تأمین اجتماعی دقیقاً به شما اعلام می کنند که چه زمانی خدمات مورد نظر به انجام خواهد رسید.	۲،۹۶	۱،۲۴۶
۲۰	سازمان تأمین اجتماعی از علاقه قلبی شما برخوردار می باشد.	۳،۱۱	۱،۲۳۲
۲۱	کارکنان سازمان تأمین اجتماعی نیازهای خاص شما را درک می نمایند.	۲،۸۳	۱،۰۱۵

بنابراین برای پاسخگویی به سوال‌های پژوهش در ارتباط با رضایت مشتریان در مورد هر یک از امکانات فیزیکی، قابلیت اطمینان، پاسخگویی، پایایی و همدلی از آزمون میانگین تک نمونه‌ای (و با در نظر گرفتن مقیاس پنج نقطه‌ای لیکرت و تعیین ارزش t برابر یا بیش‌تر از (۳) استفاده شد؛ بدین معنی که اگر در مورد هر یک از این ابعاد، میانگین بزرگ‌تر یا مساوی با عدد سه به دست آید، نشان دهنده رضایت مشتریان از بعد مربوطه است (و برعکس). بنابراین در مورد هر یک از ابعاد مورد نظر، فرضیه‌های صفر و مقابل به صورت زیر تنظیم می‌شود:

مشتریان از کیفیت خدمات درمانی و بیمه‌ای سازمان تأمین اجتماعی شهرستان ارومیه راضی نمی‌باشند:

مشتریان از کیفیت خدمات درمانی و بیمه‌ای سازمان تأمین اجتماعی شهرستان ارومیه راضی می‌باشند:

یافته‌های تحقیق (نتایج حاصل از آزمون سوال‌های پژوهش):

لازم به توضیح است که با توجه به اینکه ابتدا با استفاده از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف نرمال بودن توزیع متغیرهای تحقیق تایید شد لذا در چارچوب آزمون‌های آماری پارامتریک برای آزمون فرضیه‌ها از آزمون t تک نمونه‌ای (و با در نظر گرفتن مقیاس پنج نقطه‌ای لیکرت و تعیین ارزش t برابر یا بیش‌تر از (۳) استفاده شد؛ نتایج این آزمون‌ها به شرح زیر است:

۱- سؤال اول پژوهش

"میزان رضایت مشتریان از ابعاد فیزیکی در ارایه خدمات درمانی و بیمه‌ای سازمان تأمین اجتماعی شهرستان ارومیه از چه وضعیتی برخوردار است؟"

مشتریان از ابعاد فیزیکی در ارایه خدمات درمانی و بیمه‌ای سازمان تأمین اجتماعی شهرستان ارومیه راضی نمی‌باشند:

جدول ۹- آزمون میانگین تک نمونه‌ای برای مولفه ابعاد فیزیکی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	t	d.f	سطح معنی‌داری (P)
ابعاد فیزیکی	۲،۹۲۸۴	۰،۷۴۳۱۷	-۱،۸۸۸	۳۸۳	۰،۰۶

نتیجه آزمون میانگین تک نمونه ای برای ابعاد فیزیکی در ارایه خدمات درمانی و بیمه ای در سطح معناداری برابر با ۰،۰۶ به دست آمده است و این همبستگی در سطح ۰،۰۵ معنادار نیست. بنابراین میانگین ابعاد فیزیکی برابر با مقدار ۳ می باشد. در نتیجه نتایج نشان دهنده بی تفاوتی مشتریان از ابعاد فیزیکی در ارایه خدمات درمانی و بیمه ای توسط سازمان تأمین اجتماعی شهرستان ارومیه می باشد یعنی در مورد بعد مذکور از احساس رضایت یا نارضایتی برخوردار نیستند.

۲- سوال دوم پژوهش

"میزان رضایت مشتریان از قابلیت اطمینان در ارایه خدمات درمانی و بیمه ای سازمان تأمین اجتماعی شهرستان ارومیه از چه وضعیتی برخوردار است؟"

مشتریان از قابلیت اطمینان در ارایه خدمات درمانی و بیمه ای سازمان تأمین اجتماعی شهرستان ارومیه راضی نمی باشند:

جدول ۱۰- آزمون میانگین تک نمونه ای برای مولفه قابلیت اطمینان

متغیر	میانگین	انحراف معیار	t	d.f	سطح معنی داری (P)
قابلیت اطمینان	۲،۹۷۴	۰،۸۳۴۹۴	-۰،۶۱۱	۳۸۳	۰،۵۴۱

نتیجه آزمون میانگین تک نمونه ای برای قابلیت اطمینان در ارایه خدمات درمانی و بیمه ای در سطح معناداری برابر با ۰،۵۴۱ به دست آمده است و این همبستگی در سطح ۰،۰۵ معنادار نمی باشد. بنابراین میانگین قابلیت اطمینان برابر با مقدار ۳ می باشد. در نتیجه نتایج نشان دهنده بی تفاوتی مشتریان از قابلیت اطمینان در ارایه خدمات درمانی و بیمه ای توسط سازمان تأمین اجتماعی شهرستان ارومیه می باشد یعنی در مورد بعد مذکور از احساس رضایت یا نارضایتی برخوردار نمی باشند.

۳- سوال سوم پژوهش

"میزان رضایت مشتریان از پاسخگویی در ارایه خدمات درمانی و بیمه ای سازمان تأمین اجتماعی شهرستان ارومیه از چه وضعیتی برخوردار است؟"

مشتریان از پاسخگویی در ارایه خدمات درمانی و بیمه ای سازمان تأمین اجتماعی شهرستان ارومیه راضی نمی باشند:

جدول ۱۱- آزمون میانگین تک نمونه ای برای مولفه پاسخگویی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	t	df	سطح معنی داری (P)
پاسخگویی	۳،۱۲۰۴	۰،۹۱۱۴۵	۲،۵۸۹	۳۸۳	۰،۰۱

نتیجه آزمون میانگین تک نمونه ای برای پاسخگویی در آرایه خدمات درمانی و بیمه ای در سطح معناداری برابر با ۰،۰۱ به دست آمده است و این همبستگی در سطح ۰،۰۵ معنادار است. بنابراین میانگین متفاوت از مقدار ۳ می باشد. بر اساس نتایج به دست آمده مقدار میانگین نیز برابر با عدد ۳،۱۲۰۴ می باشد که از عدد سه بزرگ تر است. در نتیجه فرض صفر رد و فرض یک در سطح معناداری ۰،۰۵ پذیرفته می شود. بنابراین نتایج نشان دهنده رضایت مشتریان از پاسخگویی در آرایه خدمات درمانی و بیمه ای توسط سازمان تامین اجتماعی شهرستان ارومیه می باشد.

۴- سوال چهارم پژوهش

”میزان رضایت مشتریان از پایایی در آرایه خدمات درمانی و بیمه ای سازمان تامین اجتماعی شهرستان ارومیه از چه وضعیتی برخوردار است؟“
مشتریان از پایایی در آرایه خدمات درمانی و بیمه ای سازمان تامین اجتماعی شهرستان ارومیه راضی نمی باشند:

جدول ۱۲- آزمون میانگین تک نمونه ای برای مولفه پایایی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	t	df	سطح معنی داری
همدلی	۲،۹۴۱۱	۰،۸۸۰۵	-۱،۳۱	۳۸۳	۰،۹۱۹

نتیجه آزمون میانگین تک نمونه ای برای پایایی در آرایه خدمات درمانی و بیمه ای نشان در سطح معناداری برابر با ۰،۰۰۰ به دست آمده است و این همبستگی در سطح ۰،۰۵ معنادار می باشد. بنابراین میانگین متفاوت از مقدار ۳ می باشد. بر اساس نتایج به دست آمده مقدار میانگین نیز برابر با عدد ۳،۵۰۲ است که از عدد سه بزرگ تر است. در نتیجه فرض صفر رد و فرض یک در سطح معناداری ۰،۰۵ پذیرفته می شود. بنابراین نتایج نشان دهنده رضایت مشتریان از پایایی در آرایه خدمات درمانی و بیمه ای توسط سازمان تامین اجتماعی شهرستان

ارومیه است.

۵- سوال پنجم پژوهش

"میزان رضایت مشتریان از همدلی در ارائه خدمات درمانی و بیمه‌ای سازمان تأمین اجتماعی شهرستان ارومیه از چه وضعیتی برخوردار است؟"

مشتریان از همدلی در ارائه خدمات درمانی و بیمه‌ای سازمان تأمین اجتماعی شهرستان ارومیه راضی نمی‌باشند:

جدول ۱۳- آزمون میانگین تک نمونه ای برای مولفه همدلی

متغیر	میانگین	انحراف معیار	t	d.f	سطح معنی داری (p)
پایایی	۳,۵۰۲	۰,۸۶۹۶۳	۱۱,۳۱۱	۳۸۳	۰,۰۰۰

نتیجه آزمون میانگین تک نمونه ای برای همدلی در ارائه خدمات درمانی و بیمه‌ای در سطح معناداری برابر با ۰,۱۹۱ به دست آمده است و این همبستگی در سطح ۰,۰۵ معنادار نمی‌باشد. بنابراین میانگین پاسخگویی برابر با مقدار ۳ می‌باشد. در نتیجه نتایج نشان دهنده بی تفاوتی مشتریان از همدلی در ارائه خدمات درمانی و بیمه‌ای توسط سازمان تأمین اجتماعی شهرستان ارومیه می‌باشد یعنی در مورد بعد مذکور از احساس رضایت یا نارضایتی برخوردار نمی‌باشند.

بنابراین نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش را می‌توان در جدول ذیل خلاصه نمود:

جدول ۱۴- نتایج پاسخگویی به سوال‌های پژوهش

ردیف	ابعاد کیفیت خدمات درمانی و بیمه‌ای	رضایت/عدم رضایت مشتریان
۱	ابعاد فیزیکی	بی تفاوت
۲	قابلیت اطمینان	بی تفاوت
۳	پاسخگویی	رضایت
۴	پایایی	رضایت
۵	همدلی	بی تفاوت

نتیجه‌گیری:

نتایج به دست آمده از آزمون انجام شده در پژوهش، در مورد میزان هر یک از مؤلفه‌های کیفیت خدمات در ارتباط با ارزیابی رضایت مشتریان از مؤلفه‌های ابعاد فیزیکی، قابلیت اطمینان، پاسخگویی، پایایی و همدلی در ارایه خدمات درمانی و بیمه‌ای در سازمان تامین اجتماعی ارومیه، نشان دهنده تفاوت در نظرهای پاسخگویان در رابطه با مؤلفه‌های مذکور می‌باشند بدین معنی که نظرهای مشتریان نشان دهنده عدم رضایت آن‌ها در مورد مؤلفه‌های امکانات فیزیکی، همدلی و قابلیت اطمینان کارکنان و رضایت آن‌ها در مورد ابعاد پایایی و پاسخگویی کارکنان در ارایه خدمات درمانی و بیمه‌ای سازمان تامین اجتماعی ارومیه است. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که وضعیت کیفیت خدمات در زمینه ابعاد فیزیکی در ارتباط با ملزومات ظاهری خدمت (تسهیلات فیزیکی، ظاهر کارکنان، ابزارها و تجهیزات مورد استفاده در خدمت) و در بعد همدلی (توجه انفرادی جداگانه‌ای که بیمه برای مشتریان فراهم می‌کند) و در بعد قابلیت اطمینان کارکنان (خدمات صحیح را در اولین بار ارایه و به قول و وعده اش احترام می‌گذارد) در سازمان تامین اجتماعی ارومیه در حد مطلوب نبوده و سازمان مربوطه در جهت تقویت کیفیت خدمات در زمینه‌های مذکور کوشا نبوده است و همچنین در ارتباط با بعد پایایی (شامل ثبات عملکرد و اعتماد مشتریان به کارکنان و احساس امنیت آنان از خدمات) و در بعد پاسخگویی (تمایلات یا آمادگی کارکنان برای فراهم نمودن و زمان بندی خدمات) مطلوب بوده است.

بنابراین به طور ضمنی نتیجه گرفته می‌شود که سازمان تامین اجتماعی در ارتباط با ارایه خدمات درمانی و بیمه‌ای در مورد ابعاد امکانات فیزیکی، همدلی و قابلیت اطمینان از نقطه قوت و در مورد ابعاد پایایی و پاسخگویی از نقطه ضعف برخوردار است. این نشان دهنده این واقعیت است که مؤلفه‌های ابعاد فیزیکی مثل ملزومات ظاهری و همچنین بعد همدلی مثل توجه انفرادی به مشتری و در بعد قابلیت اطمینان کارکنان همانند ارایه خدمات صحیح در اولین بار ارایه، تأثیر زیادی در رضایتمندی مشتری بر کیفیت خدمات دارد. لذا مدیران و مقام‌های ارشد سازمانی می‌توانند با شناسایی نقاط ضعف موجود و عوامل مؤثر در نیل به اهداف رضایتمندی مشتری که یکی از عوامل مؤثر در موفقیت سازمان‌ها محسوب می‌شود با تدوین استراتژی و سیاست‌های اثر بخش و ایجاد بسترهای مناسب کیفیت خدمات را در سازمان افزایش دهند.

پیشنهادها

باتوجه به موارد مذکور و در چارچوب یافته‌های تحقیق، موارد زیر پیشنهاد می‌شود:

۱. بر اساس نتایج به دست آمده از پاسخگویی به سوال‌های پژوهش، نظرات مشتریان نشان دهنده عدم رضایت آن‌ها در مورد امکانات فیزیکی در ارائه خدمات درمانی و بیمه‌ای توسط سازمان تامین اجتماعی شهرستان ارومیه می‌باشد. بنابراین به منظور بهبود ابعاد فیزیکی، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

تجدید نظر در جلوه و نمای ظاهری به ویژه تجهیزات سازمان مبتنی بر فناوری، تجهیز سازمان به وسایل و امکانات رفاهی و استفاده از سیستم‌ها و فناوری‌های جدید، توجه به وضعیت ظاهری کارکنان و نظافت و پاکیزگی دایمی محیط

۲. بر اساس نتایج به دست آمده از پاسخگویی به سوال‌های پژوهش، نظرهای مشتریان نشان دهنده عدم رضایت آن‌ها در مورد قابلیت اطمینان کارکنان سازمان تامین اجتماعی شهرستان ارومیه در ارائه خدمات درمانی و بیمه‌ای است

بنابراین به منظور بهبود قابلیت اطمینان، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

تدوین طرح‌های انگیزشی و ارائه آموزش‌های لازم برای کارکنان، تلاش جهت ارائه خدمات در زمان وعده داده شده، دادن اطلاعات لازم به بیمه‌گذاران جهت مراجعه به سازمان در ساعات غیر پیک به منظور انجام فرآیندهای اداری با سرعت و کیفیت بالاتر، ایجاد سیستم بایگانی کامپیوتری مناسب

۳. بر اساس نتایج به دست آمده از پاسخگویی به سوال‌های پژوهش، نظرهای مشتریان نشان دهنده رضایت آن‌ها در مورد پاسخگویی کارکنان سازمان تامین اجتماعی شهرستان ارومیه در ارائه خدمات درمانی و بیمه‌ای است. علیرغم رضایت مشتریان در مورد این جنبه از کیفیت خدمات و با توجه به شرایط متغیر کنونی، سازمان‌ها می‌بایست حتی از حفظ و ارتقاء وضعیت رضایت بخش فعلی غافل نشوند. بنابراین به منظور بهبود قابلیت اطمینان، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

تعیین زمان دقیق ارائه خدمات، ارائه فوری خدمات به مشتریان و پاسخ فوری به درخواست‌های مشتریان حتی موقع انجام کار، تامین نیروی انسانی، تجهیزات و امکانات لازم برای پاسخگویی به تقاضای بیمه‌گذاران در شرایط مختلف، ابلاغ شرح وظایف و مشاغل کارکنان و شرح گردش عملیات و خدمات سازمان تامین اجتماعی، برگزاری دوره‌های آموزشی و توجهی

برای کارکنان، مشخص شدن نحوه گردش عملیات، تامین و تخصیص مناسب نیروها، فراهم نمودن امکانات مورد نیاز، حرکت بر مبنای برنامه‌ها و ایجاد انگیزه در کارکنان جهت انجام به موقع خدمات از طریق همسود کردن منافع آن‌ها با منافع سازمان تامین اجتماعی

۴. بر اساس نتایج به دست آمده از پاسخگویی به سوال‌های پژوهش، نظرهای مشتریان نشان دهنده رضایت آن‌ها در مورد پایایی در ارائه خدمات درمانی و بیمه ای سازمان تامین اجتماعی شهرستان ارومیه می‌باشد مانند بعد پاسخگویی، مدیران سازمان تامین اجتماعی علیرغم رضایت مشتریان در مورد این جنبه از کیفیت خدمات، می‌بایست نسبت به حفظ و ارتقاء وضعیت رضایت بخش فعلی توجهی ویژه داشته باشند. بنابراین به منظور بهبود پایایی، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود: ارائه خدمات به بیمه‌گذاران بدون قصد و غرض و توجه به شخصیت آن‌ها (خوب یا بد) جهت اثبات استحقاق تمام بیمه‌گذاران برای دریافت بهترین و مناسب‌ترین خدمات، برخورد و رفتار دوستانه و توأم با احترام به بیمه‌گذاران در هر حالت، برگزار کردن آزمون‌های دانش کارکنان در دوره‌های زمانی مشخص جهت ارزیابی میزان دانش و آگاهی آن‌ها نسبت به امور شغلی مربوطه

۵. بر اساس نتایج به دست آمده از پاسخگویی به سوال‌های پژوهش، نظرهای مشتریان نشان دهنده عدم رضایت آن‌ها در مورد همدلی در ارائه خدمات درمانی و بیمه ای سازمان تامین اجتماعی شهرستان ارومیه می‌باشد. بنابراین به منظور بهبود همدلی، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

آگاه‌سازی کارکنان از نقش و وظایف ضروری خود، آگاهی و توجه کارکنان شرکت به نیازهای مشتری، ارائه خدمات به مشتریان در ساعات مناسب، ارائه خدمات به صورت شبانه‌روزی و در ایام تعطیل به بیمه‌گذاران، استفاده از سیستم‌های پرداخت‌های الکترونیکی جهت واریز مبالغ مربوط به هزینه‌های حق بیمه

منابع:

ابراهیمی، عبدالحمید و دیگران (۱۳۷۶). "مدیریت بازاریابی"، تهران: انتشارات سمت، چاپ دوم.

احمدی، فریدون، حسینی، سید جمال (۱۳۸۵). "ارایه مدل‌هایی برای سنجش کیفیت خدمات در سازمان تامین اجتماعی"، فصلنامه تامین اجتماعی، سال هشتم، شماره بیست و چهارم.

اعتباریان، اکبر، طامع، مسعود (۱۳۸۹). "بررسی کیفیت خدمات و تعیین میزان شکاف بین ادراکات و انتظارات بیمه شدگان در سازمان تامین اجتماعی استان اصفهان"، فصلنامه بصیرت، سال هفدهم، شماره ۴۶.

الوانی، سید مهدی، ریاحی، بهروز (۱۳۸۲). "سنجش کیفیت خدمات در بخش عمومی"، تهران: مرکز آموزش و تحقیقات صنعتی ایران، چاپ اول.

دانایی فرد، حسن. الوانی، سید مهدی. آذر، عادل (۱۳۸۳). روش شناسی پژوهش کمی در مدیریت: رویکردی جامع. چاپ اول. تهران: انتشارات صفار.

دلاور، علی (۱۳۸۴). احتمالات و آمار در روانشناسی و علوم تربیتی. چاپ دهم. تهران: انتشارات رشد.

رضایی، کامران، حسینی آشتیانی، حمیدرضا، هوشیار، محمد (۱۳۸۰). "QFD رویکردی مشتری مدار به طرح ریزی و بهبود کیفیت محصول"، تهران: انتشارات آتنا.

روحی، قنبر، آسایش، حمید، عبدالهی، علی اکبر، عباسی، علی (۱۳۹۰). "ارزیابی فاصله بین انتظارات و ادراکات مراجعین از کیفیت خدمات بهداشتی اولیه در مراکز بهداشتی شهر گرگان"، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی جهرم، دوره نهم، شماره سه.

ریاحی، بهروز (۱۳۸۱). "مدیریت کیفیت جامع در بخش عمومی: دولت"، تهران: مرکز آموزش و تحقیقات صنعتی ایران، چاپ اول.

سرمد، زهره. بازرگان، عباس. حجازی، الهه (۱۳۸۳). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. چاپ نهم. تهران: انتشارات آگاه.

سکاران، اوما (۱۳۸۴). روش‌های تحقیق در مدیریت. چاپ سوم. ترجمه صائبی، محمد. شیرازی، محمود. تهران: مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه ریزی.

سیدجوادین، رضا، کیماسی، مهرداد (۱۳۸۴). "مدیریت کیفیت خدمات"، تهران: انتشارات نگاه دانش، چاپ اول.

سیدجوادین، سید رضا (۱۳۸۴). مدیریت کیفیت خدمات، چاپ اول، نشر نگاه دانش.

صباحی بیدگلی، محمد، موسوی، سید غلام عباس، کبریایی، علی، سیدی، سید حمیدرضا، شهری، سمیه، اطهری زاده، محمود (۱۳۹۰). "بررسی کیفیت خدمات بیمارستانی از دیدگاه بیماران بستری در بیمارستان‌های دانشگاهی کاشان طی سال ۱۳۸۷"، فصلنامه فیض، دوره ۱۵،

شماره ۲.

عمرانی، امیر (۱۳۸۶). "رابطه تعهد سازمانی پرستاران با کیفیت خدمات بستری بیمارستان‌های تامین اجتماعی تهران"، پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.

غفاریان، وفا، جهانگیری، آناهیتا (۱۳۸۷). "کیفیت و رقابت پذیری"، مجله تدبیر، شماره ۱۹۹. کاتلر، فیلیپ، آمسترانگ، گری (۱۳۷۹). "اصول بازاریابی"، ترجمه بهمن فروزنده، اصفهان: نشر آتروپات.

محمد نیا، مونا، دلگشایی، بهرام، توفیقی، شهرام، ریاحی، لیلا، عمرانی، امیر (۱۳۹۰). "بررسی میزان کیفیت خدمات پرستاری با استفاده از مدل سرکوال در بیمارستان‌های تامین اجتماعی تهران"، فصلنامه بیمارستان، صص ۷۴-۶۸.

محمدی، علی، شغلی، علیرضا (۱۳۸۷). "کیفیت خدمات بهداشتی اولسه ارایه شده در مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان زنجان"، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دوره ۱۶، شماره ۶۵، صص ۸۹-۱۰۰.

محمدی، علی، شغلی، علیرضا (۱۳۸۷). "کیفیت خدمات بهداشتی اولیه ارایه شده در مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان زنجان"، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان، دوره ۱۶، شماره ۶۵، صص ۸۹-۱۰۰.

مورهد، جی؛ گریفین، آر (۱۹۸۹). رفتار سازمانی. چاپ دوم. ترجمه الوانی، سید مهدی. معمارزاده، غلامرضا. (۱۳۸۴). تهران. انتشارات مروارید.

مؤمنی، منصور. فعال قیومی، علی (۱۳۸۶). تحلیل‌های آماری با استفاده از SPSS. چاپ اول. تهران. انتشارات کتاب نو.

نصیری، رسول (۱۳۸۴). آموزش گام به گام SPSS 13. چاپ اول. تهران. انتشارات نشر گستر.

هایسون، باربه و همکاران (۱۳۸۱). "مدیریت خدمت فرهنگ مشتری مداری"، ترجمه مهدی ایران نژاد، تهران: نشر مدیران.

Service Organization”, Macmillan Press, pp. 47-49.

Boulding, W., Klara, A., Staelin, R. and Zeithaml, V.A., (1993), “A Dynamic Process Model of Service Quality: From Expectations to Behavioral Intentions”, *Journal of Marketing Research*, pp. 7-27.

Clow, Kenneth and et al, (1993), “Building a Competitive Advantage for Service Firms”, *International Journal of Service Marketing*, Vol. 7(1), pp. 22-32.

Deming, W.E., (1982), “Out of the Crisis”, Cambridge University Press, UK.

Fiiegenbaum, A.V., (1991), “Total Quality Control”, 3th Edition, McGill, New York.

Gronroos, C., (1984), “A Service Quality Model and its Marketing Implications”, *European Journal of Marketing*, Vol. 18, No. 4, pp. 36-44.

Gronroos, C., (1984), “A Service Quality Model and Its Marketing Implications”, *European Journal of Marketing*, Vol 18, No. 4, pp. 36-44.

Ishikawa, K., (1995), “What is Total Quality Control”, Prentice hall Inc, Tokyo.

Jobber, D., (2002), “Principle and Practice of marketing”, McGraw-Hill, 3th ed.

Johnson, C. and Mathews, B.P., (1997), “The Influence of Experience on Service Expectations”, *International Journal of Service Marketing*, Vol. 9, No. 5, pp. 6-19.

Kandampully, Jay, (1998), “Service Quality to Service Loyalty: A Relationship Which Goes beyond Customer Services”, *Total Quality Management & Business Excellence*, Vol. 9 (6), pp. 431-443

Lovelock, Christopher, H., (1991), “Service Marketing”, Prentice-Hall.

Lovelock, Christopher, Wright, Lauren, (1999), “Principles of Service Marketing Management”, New Jersey, Prentice Hall Inc.

Nagata, Haruki and et al, (2004), “The Dimensions that Construct the Evaluation of Service Quality in Academic Libraries”, *Performance*

Measurement and Metrics, Vol. 5, No. 2, pp. 53-65.

Paraduraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L., (1985), "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", Journal of Marketing, Vol. 49, P. 48.

Parassuraman, A. and et al, (1991), "Understanding Customer Expectations of Services", Sloan Management Review, pp. 39-48.

Parasuraman, A. and et al, (1988), "A Conceptual Model of Service Quality and the Implication for Further Research", Journal of Marketing, Vol. 49, pp. 41-50.

Parasuraman, A., Berry, L.L. and Zeithaml, V.A., (1991), "Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale", Journal of Retailing, Vol. 67, pp. 420-450.

Ruyter, Kode and et al, (1997), "Measuring Service Quality and Service Satisfaction: An Empirical Test of an Integrative Model", Journal of Economic Psychology", pp. 386-406.

Samuel K.M. Ho, (1999), "TQM and Organization Change", the International Journal of Organizational Analysis, Vol. 7, No. 2, pp. 169-181.

Sasser, W.E., Olsen, R.P. and Wyckoff, D.D., (1978), "Management of Service Operations", Allyn and Bacon, Boston, MA.