

الگوی آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی در بیمارستان‌های دولتی ایران*

امیر اشکان نصیری پور^۱، پوران رئیسی^۲، محمدرضا ملکی^۲، محمدجواد اکبریان بافقی^۳

مقاله کوتاه

چکیده

مقدمه: پرداختن به آمیخته‌ی بازاریابی در بیمارستان‌ها و سازمان‌های ارائه دهنده‌ی خدمات درمانی در عصر حاضر جهت رفع نیازهای درمانی واقعی، داشتن سهم بیشتر بازار، مشتری، درآمد و افزایش کارایی و اثربخشی این مراکز ضروری می‌باشد. هدف از این مقاله، ارائه‌ی الگوی آمیخته‌ی بازاریابی در خدمات درمانی، جهت بیمارستان‌های دولتی ایران بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع کاربردی و تحلیلی بود. با توجه به خدماتی بودن عرصه‌ی بهداشت و درمان، در این پژوهش از الگوی مفهومی VP آمیخته‌ی بازاریابی خدمات Booms and Bitner استفاده گردید که مشتمل بر ۷ بعد محصول، قیمت، مکان، ترویج، شواهد فیزیکی، فرایند و کارکنان می‌باشد. سپس با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای، متغیرهای مربوط به هر بعد جمع‌آوری گردید. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در بخش مطالعات کتابخانه‌ای، فیش کارت و در بخش مطالعه‌ی میدانی پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته بود که سوالات آن بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت تنظیم گردید. اعتبار محتوایی پرسش‌نامه توسط خبرگان موضوع پژوهش به شیوه‌ی کیفی تأیید و جهت روایی آن از Cronbach's alpha استفاده گردید. جامعه‌ی پژوهش را مدیران بیمارستان‌های دولتی و خصوصی شهر تهران و کارشناسان حوزه‌ی معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل دادند. داده‌ها با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای SPSS نسخه‌ی ۱۸ و LISREL ۸/۵۰ و به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در مرحله‌ی تحلیل عاملی اکتشافی، در بعد «نوع خدمت» ۹ متغیر، بعد «مکان» ۶ متغیر، بعد «قیمت» ۸ متغیر، بعد «ترویج» ۸ متغیر، بعد «شواهد فیزیکی» ۱۰ متغیر، بعد «کارکنان» ۸ متغیر و در بعد «فرایند» ۶ متغیر شناسایی گردید. در تحلیل عاملی مرتبه‌ی اول، متغیرهایی که بیشترین تأثیر را در هر بعد داشتند، شناسایی نموده و در تحلیل عاملی مرتبه‌ی دوم، شاخص‌های برازش نرم‌افزار LISREL، الگوی آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی را با ۷ بعد تأیید کرد. ابعادی که بیشترین تأثیر را در الگو داشتند، شامل: بعد «مکان» با ضریب ۰/۸۲ و بعد «قیمت» با ضریب ۰/۸۱ بودند.

نتیجه‌گیری: مراکز ارائه دهنده‌ی خدمات درمانی می‌توانند آمیخته‌ی بازاریابی را با ۷ بعد و متغیرهای مربوط به آن‌ها را با تمرکز بر مکان و قیمت، در مدیریت بازاریابی خود استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: آمیخته‌ی بازاریابی؛ خدمات بهداشتی درمانی؛ بیمارستان‌ها؛ تحلیل عاملی؛ ایران

پذیرش مقاله: ۹۰/۷/۲۴

اصلاح نهایی: ۹۰/۶/۲۶

دریافت مقاله: ۸۹/۱۱/۲

* مقاله‌ی حاضر حاصل پایان‌نامه‌ی دانشجویی در مقطع دکتری رشته‌ی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد.
۱- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اقتصاد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: nasiripour@srbiau.ac.ir

۲- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳- دانشجوی دکتری، مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

ارجاع: نصیری پور امیر اشکان، رئیسی پوران، ملکی محمدرضا، اکبریان بافقی محمدجواد. الگوی آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی در بیمارستان‌های دولتی ایران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۱؛ ۹ (۷): ۱۱۵۸-۱۱۶۸.

مقدمه

سازمان‌های بهداشتی و درمانی و دست‌اندرکاران نظام بهداشت و درمان در سیستم سلامت دولتی با فشار قابل توجهی در هزینه‌ها، کیفیت و انجام شایسته‌ی خدمات بالینی

این بخش به بیمارستان‌ها اختصاص می‌یابد. در ایران ۴۰ درصد از مخارج بهداشتی دولتی مربوط به مراقبت‌های بیمارستانی است. از سوی دیگر بیمارستان‌ها به خصوص در کشورهای در حال توسعه عموماً به مدیریت ناکارآمد منابع، بهره‌وری پایین، ارائه‌ی خدمات به صورت غیر دوستانه و غیر حرفه‌ای، ساختار سازمانی سلسله مراتبی غیر قابل انعطاف، کنترل غیر مالی و اداری غیر اثربخش و عدم برخورداری از مشوق‌های مبتنی بر عملکرد شناخته می‌شوند. این مدیریت ضعیف بیمارستان‌ها موجب اتلاف منابع از جمله پول و نیروی انسانی می‌شود (۵).

مهم‌ترین دلایل نابرابری بار مراجعه در بین بخش دولتی و خصوصی برآورده نشدن کامل نیازهای مردم در بخش دولتی است. به طور حتم در عرصه‌ی خدمات سرپایی برای دریافت خدمات مراقبتی، بهداشتی و پیشگیری افزایش بار مراجعه به بخش دولتی نشان دهنده‌ی پاسخگویی خوب نظام دولتی به نیاز مربوط به سلامت و انتظارات مرتبط با جنبه‌های غیر سلامت مردم است. اما در همین عرصه برای دریافت خدمات درمانی، افزایش بار مراجعه به بخش خصوصی نشان دهنده‌ی پاسخگو نبودن بخش دولتی به نیازهای مربوط به سلامت جامعه است. هرچه این خدمات جنبه‌ی تخصصی‌تر می‌یابد این پاسخگو بودن تشدید می‌شود (۶).

شاخص درصد اشغال تخت در مراکز درمانی کشور پایین‌تر از استاندارد جهانی ۸۵ درصد است. مواردی از این قبیل لزوم توجه اساسی به بهره‌برداری بیشتر از منابع سرمایه‌ای و تخت‌های بیمارستانی، نظارت بیشتر توسط مراکز ستادی جهت کنترل بهره‌برداری از تخت‌ها و رفع موانع کاهش دهنده‌ی آن را خاطر نشان می‌سازد (۷). نکته‌ی دیگر این‌که ۸۷ درصد تخت‌های بیمارستانی کشور دولتی است، در حالی که ۱۳/۳۵ درصد اعتبارات سلامت را در کشور به خود اختصاص داده‌اند. در مقابل بخش خصوصی با داشتن ۱۳ درصد تخت‌های بیمارستانی کشور، میزان دریافتی آن‌ها ۱۹/۶ درصد از اعتبارات بخش سلامت می‌باشد (۸). این است که بیمارستان‌های دولتی نیز باید با آشنایی و به کارگیری علم

مواجه هستند. این سازمان‌ها به طور روزافزون به بازاریابی به عنوان یک نقش مدیریتی که فرصت‌های جذاب برای کنار آمدن با این مسایل فراهم می‌آورد نگاه می‌کنند (۱).

فرایند جهانی شدن، تغییرات جمعیتی، پیشرفت فناوری‌ها در پزشکی، فعالیت‌های با اهداف سیاسی مانند برنامه‌ریزی، تأمین مالی و سرمایه‌گذاری بهداشتی و اجرای سیستم‌های مختلف پرداخت مانند پرداخت بر اساس گروه‌های تشخیصی مرتبط (DRG یا Diagnosis-related group)، افزایش شفافیت بازار، افزایش رقابت بین بیمارستان‌ها و ارائه دهندگان خدمات درمانی، تقاضاهای در حال افزایش برای سرمایه‌گذاری، افزایش تعداد بیمارستان‌های خصوصی، بودجه‌های محدود بیمارستان‌ها برخی از تغییرات مهم در بازار سلامت هستند. تحت چنین شرایطی، ارائه کنندگان خدمات بهداشتی درمانی باید سریعاً اصول شایع در بازار و قانون‌ها و موقعیت خودشان را در هر دو زمینه‌ی پزشکی و اقتصادی به عنوان یک ارائه‌کننده‌ی خدمات بهداشتی خوب به وسیله‌ی مدیریت حرفه‌ای، اخلاقی و مشتری محور قبول کنند (۲). بیماران نیز به طور روزافزون در انتخاب مراکز بهداشتی و درمانی درگیر می‌شوند و به موازات آن هزینه‌های سنگین بهداشتی و درمانی نیز در حال افزایش است. در این حال بهداشت و درمان نیز به صورت تنگاتنگی با بازار اقتصادی مرتبط شده است. بنابراین بازاریابی خدمات بهداشتی و درمانی برای بقای فعالیت پزشکان و سازمان‌های بهداشتی و درمانی ضروری شده است (۳).

بیمارستان‌ها به عنوان بزرگترین و پرهزینه‌ترین واحد عملیاتی سیستم‌های بهداشتی و درمانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند و حجم زیادی از منابع بهداشت و درمان را به خود اختصاص می‌دهند (۴). در یک نظام سلامت متمرکز همان طور که انتظار می‌رود بیمارستان‌های دولتی نیز به عنوان بخش اصلی نظام سلامت واحدهای بودجه‌ای هستند که به صورت متمرکز توسط متولیان نظام سلامت اداره می‌شوند به نحوی که در حدود ۸۰-۵۰ درصد بودجه‌ی بخش سلامت و سهم عظیمی از نیروهای آموزش دیده و متخصص

با استفاده از کلید واژه‌های مربوطه انجام گرفت، شناسایی و استخراج گردید. ابزار گردآوری داده‌ها در مطالعه‌ی میدانی پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته بود. بدین ترتیب که پرسش‌نامه در ۷ گروه و ۸۲ سؤال طراحی گردید و سؤالات پرسش‌نامه بر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت تنظیم شد. اعتبار محتوایی پرسش‌نامه‌ی به کار گرفته شده به صورت کیفی و از طریق شیوه‌ی Delphi طی سه مرحله توسط متخصصین و خبرگان موضوع پژوهش مورد تأیید قرار گرفت. برای تعیین ثبات پرسش‌نامه، Cronbach's alpha برابر ۰/۹۶ محاسبه شد که نشان دهنده‌ی این بود که ابزار از قابلیت اعتماد بالایی برخوردار بود. پرسش‌نامه‌ها به صورت حضوری در اختیار پاسخگویان قرار گرفت. قبل از تکمیل هر پرسش‌نامه توضیحات لازم در مورد موضوع پژوهش، واژه‌ها و روش تکمیل آن ارائه شد. در بعضی از موارد تکمیل پرسش‌نامه از طریق مصاحبه با پاسخگویان صورت پذیرفت. جامعه‌ی پژوهش را مدیران بیمارستان‌های شهر تهران و کارشناسان حوزه‌ی معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل دادند.

ابزار تحلیل داده‌ها، نرم‌افزارهای SPSS نسخه‌ی ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) و LISREL نسخه‌ی ۸/۵۰ بود. برای تحلیل داده‌ها و شناسایی مهم‌ترین و مؤثرترین مؤلفه‌های مؤثر بر آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی از تکنیک تحلیل عاملی استفاده گردید. تحلیل عاملی فنی است برای شناخت متغیرهای مکنون در مجموعه‌ای از سؤالات. تحلیل عاملی اساساً برای کاهش داده‌ها یا شناسایی ساختار به کار می‌رود و هدف از کاهش داده‌ها، حذف متغیرهای اضافی از داده‌ها می‌باشد. در این تحقیق از تحلیل عاملی اکتشافی، روش میانگین موزون و ماتریس عاملی چرخش یافته استفاده شد و از آن‌جا که در تحلیل عاملی اکتشافی هر یک از ابعاد پژوهش به صورت جداگانه در نظر گرفته شده است و بسته‌ی سؤالات مربوط به آن مجزا بوده است، بنابراین برای هر یک از ابعاد به صورت جداگانه آزمون‌های KMO (Kaiser-Meyer-Olkin Measure) و

بازاریابی در اراییه‌ی خدمات درمانی بتوانند سهم بیشتری را در بازار اراییه‌ی خدمات درمانی داشته باشند.

پس از شناخت نیاز در جامعه، هدف از طریق تحقیقات بازاریابی، یک سازمان با ترکیب آمیخته‌ی بازاریابی مناسب می‌تواند محصول یا خدمت مورد نظر را اراییه نماید. با توجه به کار نبودن و بهره‌وری پایین بیمارستان‌های دولتی و عدم شناسایی کامل نیازهای درمانی جامعه‌ی مخاطب و نداشتن رضایت کامل آن‌ها از خدمات اراییه شده در بیمارستان‌های دولتی، هدف کلی، انجام پژوهشی است که بتواند با توسعه‌ی بازاریابی خدمات درمانی در بیمارستان‌ها باعث استفاده‌ی بهتر از منابع و گسترش سهم بیمارستان‌ها در بازار اراییه‌ی خدمات درمانی شده و برای مصرف کننده باعث برآورده شدن نیازهای درمانی واقعی گردد.

بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد تاکنون مطالعه‌ی مدونی در زمینه‌ی بازاریابی خدمات بهداشتی درمانی در کشور ما انجام نشده است. به طوری که تنها یک پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد در سال ۱۳۸۷ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران به انجام رسیده است. بنابراین لزوم انجام چنین پژوهشی در کشور برای بهره‌برداری جامعه‌ی علمی و سازمان‌های اراییه دهنده‌ی خدمات بهداشتی و درمانی به ویژه بیمارستان‌های دولتی، لازم و اهمیت آن آشکار می‌گردد.

روش بررسی

این پژوهش از نوع کاربردی و تحلیلی بوده است و طی سال‌های ۱۳۸۷ تا ۱۳۸۹ انجام گرفت. جهت تدوین الگوی مفهومی پژوهش، از الگوی YP آمیخته‌ی بازاریابی خدمات Booms and Bitner (۹) و شامل هفت بعد نوع خدمت، قیمت، مکان، ترویج، شواهد فیزیکی، فرایند و کارکنان می‌باشد، استفاده شد.

مؤلفه‌های مربوط به هر بعد از آمیخته‌ی بازاریابی خدمات از طریق مطالعات انجام شده‌ی تئوریک که شامل مطالعه‌ی کتابخانه‌ای و بررسی کتب و مقالات مندرج در مجلات معتبر فارسی و لاتین و جستجو در بانک‌های اطلاعاتی معتبر علمی

بخش خصوصی و نیمه دولتی بودند. نتایج آزمون‌های KMO و Bartlett نشان داد که داده‌ها برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی مناسب هستند. در تحلیل عاملی اکتشافی، متغیرهای بارگذاری شده‌ی حاصل از خروجی نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۸ نشان داد که از ۸۲ سؤال مطرح شده، ۵۵ متغیر بار عاملی بالاتر از ۰/۵ داشتند و در تحلیل‌های بعدی باقی ماندند. در مورد هر یک از ابعاد، نشان داد که در بعد نوع خدمت ۹ متغیر، در بعد قیمت ۸ متغیر، در بعد مکان ۶ متغیر، در بعد ترویج ۸ متغیر، در بعد شواهد فیزیکی ۱۰ متغیر، در بعد فرایند ۶ متغیر و در بعد کارکنان ۸ متغیر شناسایی گردید. در مرحله‌ی بعد با استفاده از نرم‌افزار LISREL در هر بعد تحلیل عاملی تأییدی مرتبه‌ی اول برای تعیین میزان تأثیر متغیرهای پژوهش بر ابعاد اصلی الگو انجام و تحلیل عاملی مرتبه‌ی دوم برای سنجش میزان تأثیر هر یک از ابعاد در بازاریابی خدمات درمانی انجام گرفت.

نتایج به دست آمده از تحلیل عاملی مرتبه‌ی اول، نشان داد که معیارهای برازش و مقدار شاخص‌های مربوط به هر بعد مناسب است (جدول ۱).

در ضمن برای هر کدام از ابعاد پژوهش، دو خروجی از نرم‌افزار LISREL گرفته شده است که مربوط به حالت‌های تخمین استاندارد و عدد معنی‌داری P می‌باشد. یافته‌های پژوهش حاکی از آن بود که کلیه‌ی متغیرهای شناسایی شده در مرحله‌ی قبل با ابعاد مربوط همبستگی داشت و رابطه‌ی

Bartlett انجام گردید و بعد از حصول اطمینان از کفایت نمونه، تحلیل عاملی اکتشافی انجام گرفت. لازم به ذکر است آزمون KMO مقدار آن همواره بین ۰ تا ۱ در نوسان است. در صورتی که مقدار KMO کمتر از ۰/۵۰ باشد داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب نخواهد بود و اگر مقدار آن بین ۰/۵۰ تا ۰/۶۹ باشد می‌توان با احتیاط بیشتر به تحلیل عاملی پرداخت اما در صورتی که مقدار آن بزرگتر از ۰/۷۰ باشد همبستگی‌های موجود در بین داده‌ها برای تحلیل عاملی مناسب خواهد بود. مقدار آزمون Bartlett باید از ۰/۰۵ کمتر باشد (۱۰).

در نهایت برای شناسایی میزان تأثیر ابعاد و متغیرها در الگو از تحلیل عاملی تأییدی مرتبه‌ی اول و دوم استفاده گردید. جهت انجام این مرحله از نرم‌افزار LISREL نسخه‌ی ۸/۵۰ استفاده گردید که رابطه‌ی همبستگی و شدت اثر هر کدام از متغیرها بر ابعاد تعیین شد. شاخص‌های برازش مدل برای تأیید الگوی استخراج شده شامل مقادیر (χ^2) ، که مقدار این عامل تقسیم بر درجه‌ی آزادی (df) باید کمتر از ۳ شود. حد مجاز RMSEA که یکی دیگر از شاخص‌های برازش مدل می‌باشد، ۰/۰۸ است هر چه این مقدار کمتر باشد مدل دارای برازش بهتری است (۱۱).

یافته‌ها

از افراد مورد بررسی، ۳۵/۱ درصد کارشناس ۶۴/۹ درصد مدیر اجرایی بودند. ۵۶/۲ درصد از بخش دولتی و ۴۳/۸ درصد از

جدول ۱: شاخص‌های خروجی نرم‌افزار LISREL به تفکیک هر بعد و مدل در حالت کلی

| مدل | شاخص χ^2 | درجه آزادی (df) | نسبت χ^2/df | شاخص RMSEA |
|------------------|---------------|-----------------|------------------|------------|
| بعد خدمت | ۶۵/۴۹ | ۲۷ | ۲/۴۲ | ۰/۰۷۸ |
| بعد قیمت | ۵۷/۵۱ | ۲۰ | ۲/۸۷ | ۰/۰۶۸ |
| بعد مکان | ۹/۱۶ | ۹ | ۱/۰۱ | ۰/۰۱۵ |
| بعد ترویج | ۳۶/۳۶ | ۲۰ | ۱/۸۱ | ۰/۰۳۴ |
| بعد شواهد فیزیکی | ۷۸/۸۰ | ۳۵ | ۲/۲۵ | ۰/۰۵۹ |
| بعد فرایند | ۲۰/۸۱ | ۹ | ۲/۳۱ | ۰/۰۳۲ |
| بعد کارکنان | ۴۹/۳۹ | ۲۰ | ۲/۴۶ | ۰/۰۶۲ |
| کل الگو | ۳۶/۷۷ | ۱۴ | ۲/۶۲ | ۰/۰۵۲ |

جدول ۲: نتایج تحلیل عاملی مرتبه اول و میزان ضرایب تبیین واریانس و ضرایب خطای مؤثرترین متغیرهای مربوط به هر بعد در حالت‌های تخمین استاندارد و عدد معنی‌داری (P) به دست آمده از نرم‌افزار LISREL

| نام بعد | عنوان متغیرهای مربوط به هر بعد | ضرایب مدل در حالت تخمین استاندارد | | ضرایب مدل در حالت عدد معنی‌داری | |
|-------------|---|-----------------------------------|----------|---------------------------------|----------|
| | | ضریب متغیر | ضریب خطا | ضریب متغیر | ضریب خطا |
| کیفیت خدمات | ارایه‌ی خدمات متمایز نسبت به سایر بیمارستان‌ها | ۰/۷۱ | ۰/۴۹ | ۶/۶۳ | ۵/۱۳ |
| | کیفیت ارایه‌ی خدمات بیمارستان | ۰/۷۴ | ۰/۴۵ | ۷/۰۱ | ۵/۵۱ |
| | ارایه‌ی خدمات با کیفیت فراتر از حد مورد انتظار بیمار | ۰/۶۹ | ۰/۸۲ | ۶/۴۵ | ۵/۴۱ |
| قیمت | ارایه‌ی تخفیف در صورت حساب هزینه‌ها | ۰/۷۶ | ۰/۳۹ | ۴/۵۶ | ۴/۵۰ |
| | ارایه‌ی تخفیفات فصلی | ۰/۶۸ | ۰/۵۳ | ۶/۲۴ | ۵/۱۸ |
| مکان | ارایه‌ی بخشی از خدمات به صورت رایگان | ۰/۷۰ | ۰/۵۰ | ۶/۵۳ | ۵/۱۰ |
| | تکمیل درمان بیمار در منزل از طریق قرارداد با مراکز درمان در منزل غیر دولتی | ۰/۶۹ | ۰/۵۲ | ۶/۲۴ | ۴/۹۲ |
| | وجود سیستم حمل و نقل بیمار | ۰/۷۴ | ۰/۴۵ | ۶/۸۴ | ۴/۵۸ |
| توجه | امکان انجام بخشی از خدمات درمانی به صورت سیار | ۰/۷۱ | ۰/۴۹ | ۶/۴۵ | ۴/۷۹ |
| | ارسال مستقیم نامه و بروشور از طریق پست | ۰/۷۲ | ۰/۴۸ | ۶/۸۱ | ۵/۱۴ |
| | تخصیص وب‌سایت برای بیمارستان | ۰/۷۸ | ۰/۳۸ | ۷/۶۷ | ۶/۶۹ |
| توانمندی | استفاده از انیمیشن و بنرهای اطلاع‌رسانی در سایت‌های پر ترافیک | ۰/۷۱ | ۰/۵۰ | ۶/۶۳ | ۵/۲۲ |
| | ارایه‌ی گزارش‌های ادواری از عملکرد بیمارستان | ۰/۷۰ | ۰/۵۲ | ۶/۵۰ | ۵/۲۷ |
| | اهمیت دادن به نمای ظاهری بخش‌ها و فضای درونی، طراحی و دکوراسیون داخلی بیمارستان | ۰/۷۶ | ۰/۴۲ | ۷/۵۴ | ۵/۴۱ |
| توانمندی | توجه به ظاهر چشمگیر بیمارستان و فضای خارجی آن | ۰/۸۲ | ۰/۳۲ | ۸/۵۱ | ۵/۰۴ |
| | استفاده از ترکیب و تنوع رنگ‌ها در بیمارستان | ۰/۸۱ | ۰/۳۵ | ۸/۲۱ | ۵/۱۳ |
| | سیستم روشنایی مناسب در محیط بیمارستان | ۰/۸۲ | ۰/۳۳ | ۸/۴۶ | ۵/۰۶ |
| توانمندی | وجود سیستم‌های تعالی و ارتقای فرایندهای ارایه‌ی خدمات به بیماران | ۰/۶۸ | ۰/۵۳ | ۶/۱۸ | ۵/۰۳ |
| | فعالیت انواع سیستم رسیدگی به شکایات بیماران | ۰/۶۸ | ۰/۵۳ | ۶/۱۹ | ۵/۰۳ |
| | اطلاع‌رسانی به بیماران از جزئیات نحوه‌ی ارایه‌ی خدمات درمانی در بخش‌های مختلف | ۰/۷۳ | ۰/۴۷ | ۶/۶۸ | ۴/۷۰ |
| کارآزایی | استفاده از علایم و دفترچه‌های راهنما در بیمارستان | ۰/۷۶ | ۰/۴۲ | ۷/۰۹ | ۴/۴۶ |
| | وجود تعداد پرسنل کافی برای ارایه‌ی خدمات | ۰/۶۵ | ۰/۵۸ | ۶/۰۰ | ۵/۵۱ |
| | پاسخ به موقع به پرسش‌های بیماران از سوی پرسنل | ۰/۶۹ | ۰/۵۳ | ۶/۴۵ | ۵/۳۹ |
| کارآزایی | روحیه‌ی انتقادپذیری پرسنل بیمارستان | ۰/۷۶ | ۰/۴۲ | ۷/۴۵ | ۴/۹۵ |
| | روحیه‌ی مشتری‌نوازی در پرسنل بیمارستان | ۰/۷۷ | ۰/۴۱ | ۷/۴۵ | ۴/۹۰ |
| | گشاده‌رویی پرسنل در برخورد با بیماران | ۰/۶۸ | ۰/۵۴ | ۶/۳۰ | ۵/۴۲ |

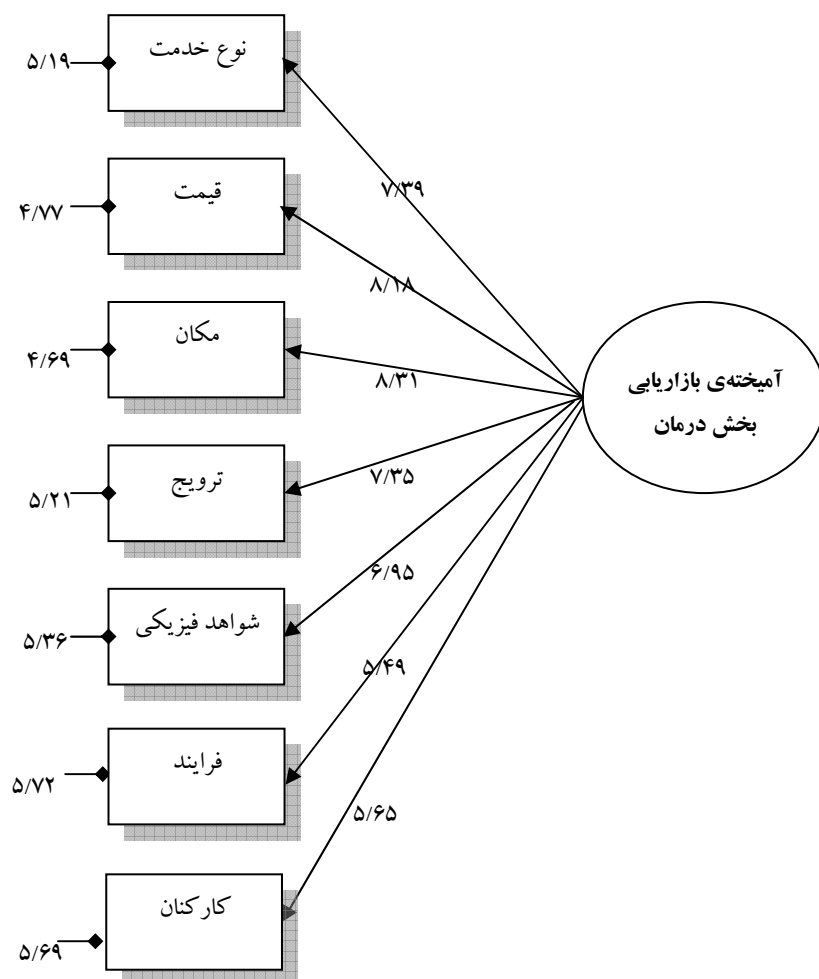
آمده در حالت عدد معنی‌داری P معنی‌دار شده‌اند. بدین معنی که تمامی ابعاد دارای بارهای عاملی به نسبت بالایی هستند، در نتیجه روایی همگرا وجود دارد و ابعاد پژوهش به خوبی توانسته‌اند واریانس مربوط به بعد اصلی را تبیین کنند.

بحث

الگوی بومی‌سازی شده‌ی آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی شامل هفت بعد و متغیرهای مربوط به آن‌ها ابزاری را فراهم آورده است تا سیاستگذاران و مدیران خدمات درمانی آن را در فعالیت‌های بازاریابی سازمان خود به کار گیرند. Souba و همکاران در پژوهش خود بیان کردند که مدیران هوشمند مراکز پزشکی درک می‌کنند که آن‌ها باید از ترکیب ابزارهای بازاریابی

همبستگی و شدت اثر هر کدام از متغیرها تعیین گردید. در جدول ۲ نتایج ضرایب به دست آمده مربوط به هر یک از دو حالت تخمین استاندارد و عدد معنی‌داری مربوط به مؤثرترین متغیرها بر ابعاد آورده شده است.

در مرحله‌ی نهایی پژوهش انجام تحلیل عاملی مرتبه‌ی دوم برای تعیین شدت اثر هر کدام از ابعاد انجام گرفت. معیارهای برازش مدل نشان از معنی‌دار بودن رابطه‌ی بازاریابی خدمات درمانی با ۷ عنصر آمیخته‌ی بازاریابی خدمات (نوع خدمت، قیمت، مکان، ترویج، تسهیلات، فرایند و کارکنان) و مناسب بودن مقدار شاخص‌های آن بود. شاخص RMSEA در مدل مزبور برابر ۰/۰۵۲ و χ^2 برابر ۳۶/۷۷ بود. همان طور که شکل ۱ نشان می‌دهد تمامی ضرایب به دست



شکل ۱: مدل اندازه‌گیری خطای تمام ابعاد وابسته به بازاریابی بخش درمان در حالت عدد معنی‌داری P

دست آورده است. Weingart و همکاران به این نتیجه رسیدند که کاهش کیفیت خدمات به شدت با نارضایتی بیماران بستری در ارتباط بود (۱۷). کیفیت فراتر از حد مورد انتظار بیمار که بار عاملی آن ۰/۶۹ است از دیگر متغیرهای مؤثر بر نوع خدمت است. طبیعی است که انتظارات بیماران از مراکز ارایه‌ی خدمات درمانی و برآورده شدن آن انتظارات در انتخاب مجدد و رضایت آنان از خدمات ارایه شده نقش دارد؛ بنابراین بیمارستان‌ها با ارایه‌ی خدمات با کیفیت فراتر از حد مورد انتظار آنان می‌توانند در بازاریابی خدمات درمانی موفق‌تر باشند.

یافته‌های پژوهش نشان داد یکی دیگر از ابعاد بازاریابی خدمات درمانی «قیمت» می‌باشد. از متغیرهایی که بر بعد «قیمت» بیشترین تأثیر را داشت ارایه‌ی تخفیف در صورت حساب هزینه‌های بیمار بود. تخفیف در هزینه‌های انجام شده برای بیمار می‌تواند در بازاریابی خدمات درمانی مؤثر باشد. بیمار ارزش خدمات دریافت شده را با هزینه‌ی پرداخت شده مقایسه می‌کند. Devine و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که سازمان‌های بهداشتی و درمانی که سیستم‌های قیمت‌گذاری و ارزیابی را طراحی و اجرا می‌کنند توانایی‌های خود را برای رقابت در محیطی که به سرعت در حال تغییر است را تقویت می‌کنند (۱۸). Souba و همکاران در پژوهش خود تأکید داشته‌اند که یکی از عوامل مهم در بازاریابی مراکز درمانی، کاربرد استراتژی‌های قیمت‌گذاری قابل انعطاف خدمات می‌باشد (۱۲). Shi و Lee نیز در پژوهش خود استراتژی متغیر بودن قیمت را مورد تأکید قرار داده‌اند (۱۹).

مطابق یافته‌های پژوهش، بعد مکان با ضریب ۸/۳۱ بیشترین تأثیر را در بازاریابی خدمات درمانی دارا بود. بعد مکان یا دسترسی به خدمات بیمارستانی یکی از عوامل مهم در انتخاب بیمار می‌باشد. Rao و همکاران در دسترس بودن خدمات پزشکی را از ابعاد اصلی کیفیت درک شده توسط بیمار شناسایی نموده‌اند (۲۰). از متغیرهای مهمی که در این بعد وجود دارد این است که بیمارستان‌ها می‌توانند بخشی از خدمات خود را که امکان‌پذیر است، در منزل به انجام برسانند

استفاده کنند تا جذابیت مراکز خود را برای مشتریانی که خدمات را دریافت می‌کنند تقویت کنند. آن‌ها مدل «VP» را ابزاری قابل دسترس برای مراکز پزشکی دانستند که می‌توانند جهت تأثیر بر انتخاب مشتریان آن را به کار بندند (۱۲).

مؤثرترین ابعادی که در الگوی آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی در این پژوهش شناسایی گردید، دو بعد «مکان» و «قیمت» بود. مکان و زمان ارایه‌ی خدمات با واژه‌های توزیع و دسترسی مکانی و زمانی به خدمات درمانی تفسیر می‌شود. قیمت با واژه‌های تعرفه‌ی خدمات و نحوه‌ی پرداخت هزینه توسط بیمار سر و کار دارد. همان طور که در مقدمه اشاره گردید در خصوص موضوع بازاریابی خدمات درمانی تاکنون پژوهش جامعی در کشور انجام نگردیده است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج به دست آمده از پژوهش زارع زاده، که با موضوع مطالعه‌ی نقش مدیران در بازاریابی خدمات بهداشتی و درمانی بیمارستان‌های یزد انجام گردید و دو بعد «کارکنان» و «نوع خدمت» نسبت به سایر عوامل آمیخته‌ی بازاریابی، بالاترین امتیاز را از نظر مدیران کسب نموده بود همخوانی نداشت (۱۳).

نتایج به دست آمده از این پژوهش با پژوهش‌های انجام شده در سایر خدمات نیز بررسی شد. قلی پور سلیمانی، عامل قیمت را در میان عناصر آمیخته‌ی بازاریابی هتل‌داری بالاترین اولویت در رضایت مشتریان دانست (۱۴). رضائیان و رضازاده برفوئی، عنصر قیمت همراه با ترویج را در رتبه‌بندی عناصر آمیخته‌ی بازاریابی در صنعت بیمه به عنوان بالاترین رتبه دانستند (۱۵). حق‌شناس کاشانی، در مقاله‌ی خود با موضوع نقش اعمال مدیریت مؤثر بازاریابی بانک‌ها در جذب و حفظ مشتری به این نتیجه رسیده است که قیمت، بالاترین نقش را در جذب مشتری دارد. پس از آن عوامل فرایند و کارکنان، بیشترین نقش را دارند (۱۶).

یافته‌های پژوهش نشان داد بعد محصول یا نوع خدمت با ضریب ۷/۳۹ یکی از ابعاد آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی است. یکی از متغیرهای مهم در ارایه‌ی خدمات درمانی کیفیت ارایه‌ی خدمات می‌باشد که در این پژوهش ضریب ۰/۷۴ به

متغیرهایی می‌دانند که در جذب مشتریان مفید است که از این جهت با نتایج این پژوهش همخوانی داشت.

یافته‌های پژوهش حاکی از اهمیت بعد فرایند با ضریب تأثیر ۵/۴۹ بود. بعد فرایند در آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی به آشنایی، سهولت و شفاف‌سازی روش‌های آرایه‌ی خدمت به مشتریان تأکید دارد. اگر بیماران از جزئیات، مراحل و نحوه‌ی آرایه‌ی خدمات آگاهی یابند و دفترچه‌های راهنما، علائم و نشانه‌های مناسب برای جلوگیری از سردرگم شدن بیمار موجود باشد، بیماران بدون داشتن استرس همکاری لازم را با بیمارستان داشته و رضایت بیمار حاصل می‌شود. بنابراین شایسته است بیمارستان‌ها با استقرار سیستم‌های تعالی کیفیت و احصا و ارتقای فرایندهای خدمات خود در بیمارستان در جهت شفاف‌سازی جریان و روند آرایه‌ی خدمت به بیمار تلاش نمایند. درگی، معتقد است انتخاب فرایند آرایه‌ی خدمت به مشتری می‌تواند بر تجربه‌ی مشتری تأثیر اساسی بگذارد، وقتی مشتری راضی باشد به دیگران رضایت خود را اعلام می‌نماید (۲۳).

یافته‌های دیگر پژوهش نشان داد که بعد کارکنان از ابعاد دیگر آمیخته‌ی بازاریابی درمان است و ضریب تأثیر آن ۵/۶۵ بود. بدون شک نیروی انسانی به عنوان یکی از منابع مهم یک سازمان در رسیدن آن سازمان به اهداف تعیین شده نقش بسزایی دارد. Laren و Lavlak معتقدند که در زنجیره‌ی سودآوری خدماتی همیشه بین خطمشی منابع انسانی و خطمشی بازاریابی یک رابطه وجود دارد (۲۴).

نتیجه‌گیری

با توجه به مطالب گفته شده می‌توان نتیجه‌گیری کرد که الگوی به دست آمده از این پژوهش برای بیمارستان‌ها و مراکز آرایه دهنده‌ی خدمات درمانی ابزاری را فراهم آورده است تا با به کارگیری آن بتوانند در بهبود مدیریت بازاریابی خدمات درمانی اقدام کنند. دیگر زمان آن گذشته است که بیمارستان‌ها بنشینند و منتظر مراجعه کننده بمانند، بلکه باید برنامه‌ریزی نمایند تا با به کارگیری علم بازاریابی و نفوذ در بازار، سهم بیشتری از بازار را به خود اختصاص دهند. این به معنای ایجاد

که این کار می‌تواند توسط بیمارستان و یا با انعقاد قرارداد با مؤسسات مجاز به آرایه‌ی خدمات درمانی در منزل صورت گیرد. در پژوهشی که توسط Macintyre و همکاران انجام پذیرفته است بر این موضوع تأکید داشته‌اند که هزینه‌ی آرایه‌ی خدمات درمانی در منزل به طور مشخص ارزان‌تر از مراقبت از بیمار داخل بیمارستان است (۲۱). بنابراین بیمارستان‌ها از هر استراتژی که بتواند خدمات را به سهولت در دسترس جامعه‌ی مخاطب خود قرار دهد می‌توانند در بازاریابی خدمات درمانی استفاده نمایند.

از یافته‌های دیگر پژوهش، اهمیت بعد ترویج و معرفی خدمات است. میزان تأثیر این بعد در آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی ۷/۳۵ بود. این بعد از آمیخته‌ی بازاریابی می‌تواند توسط استراتژی‌های متفاوتی آرایه گردد. بنا به عقیده‌ی Berkowitz، هیچ جزیی از آمیخته‌ی بازاریابی به اندازه‌ی ترویج در خدمات بهداشتی و درمانی قابل مشاهده نیست (۲۲). Shi و Lee در پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که به کار بردن ترفیع و فعالیت‌های بازاریابی متعدد روی سایر متغیرها مانند سن، شغل، نزدیکی به خانه، سطح آموزش، وضعیت تأهل تأثیرگذار است (۱۹).

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش اهمیت بعد شواهد فیزیکی با ضریب تأثیر ۶/۹۵ است. اهمیت دادن به نمای ظاهری بخش‌ها و فضای درونی، طراحی و دکوراسیون داخلی بیمارستان، توجه به ظاهر چشمگیر بیمارستان و فضای خارجی آن و وجود امکانات رفاهی از متغیرهای مؤثر بر این بعد می‌باشد. Souba و همکاران بر این عقیده هستند همان گونه که ترس، نگرانی و بلاتکلیفی در تشخیص خیلی از بیماری‌ها همراه است، محیط اطراف بیماری که تحت مراقبت است اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند (۱۲). محیط فیزیکی بیمار می‌تواند اثر مطلوبی روی خلق و خو بگذارد و احساس مطلوب به بیمار دست دهد. Shi و Lee در پژوهش خود بیان می‌کنند که تعجبی نیست که مشتریان از مراجعه به مراکز درمانی که دارای محیط ناخوشایند یا زیر استاندارد و پزشکان غیر ماهر باشد خودداری می‌کنند (۱۹). آن‌ها محیط خوب را یکی از

بیمارستان‌های دولتی، کاربرد الگوی آمیخته‌ی بازاریابی خدمات درمانی در برنامه‌ریزی استراتژیک این وزارتخانه گنجانده شود. بدین منظور لازم است بیمارستان‌های دولتی جهت به کارگیری این الگو ضمن افزایش اختیارات آن‌ها، مورد حمایت قرار گیرند.

پیشنهاد می‌گردد مراکز ارایه دهنده‌ی خدمات درمانی با تأسیس واحد بازاریابی در سازمان خود و با استفاده از ابزار بازاریابی مورد اشاره در این پژوهش، استراتژی‌های بازاریابی خود را بر مبنای ابعاد و متغیرهای شناسایی شده در این پژوهش تنظیم نمایند. در ضمن برای تحقق اهداف بازاریابی در مراکز ارایه دهنده‌ی خدمات درمانی آموزش مدیران سطوح مختلف و دانش آموختگان رشته‌ی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی پیشنهاد می‌گردد.

تقاضای کاذب نیست، بلکه برآورده ساختن نیازهایی است که ممکن است توسط مراکز دیگر برآورده شود. این الگو کمک می‌کند تا مراکز درمانی با شناخت کامل و جامع روی مواردی که تأثیر بیشتری در بازاریابی خدمات درمانی دارد، در جهت برنامه‌ریزی و اجرا و مدیریت آن اقدام نمایند. این مراکز با به کارگیری این الگو می‌توانند از ظرفیت‌ها و توان بالقوه‌ی خود استفاده‌ی بهینه کنند، کارایی، اثربخشی و در نتیجه بهره‌وری خود را بالا برده، ضمن ارتقای کیفیت خدمات خود باعث رضایت بیشتر مراجعین را فراهم سازند و در نتیجه باعث ایجاد مزیت رقابتی برای بیمارستان شوند.

با توجه به یافته‌های این پژوهش به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی پیشنهاد می‌گردد جهت نایل آمدن به اهداف بازاریابی خدمات درمانی و توسعه‌ی بازار در

References

1. Lega F. Developing a marketing function in public healthcare systems: a framework for action. *Health Policy* 2006; 78(2-3): 340-52.
2. Nasiripour AA, Gohari MR, Nafisi A. Branding and Functional Indices Relationship in Mashhad Ghaem Hospital. *J Health Adm* 2010; 13(41): 15-20. [In Persian].
3. Corbin CL, Kelley SW, Schwartz RW. Concepts in service marketing for healthcare professionals. *Am J Surg* 2001; 181(1): 1-7.
4. Mousavi SA, Khorvash F, Fathi H, Fadai H, Hadianzarkeshmoghadam Sh. Survey the Average of Cost in out Patient and Imaging in Alzahra Hospital and Comparing with Service's Tar. *Health Inf Manage* 2010; 7(2): 235. [In Persian].
5. Abolhalaj M, Mobaraki H, Inanlo Yaghmorlo S, Hosseini Parsa S. Assessing physical spaces of hospitals affiliated to universities of medical sciences in Iran. *J Qazvin Univ Med Sci* 2010; 14(2): 69-74. [In Persian].
6. Jamshidi HR. Research Project report of benefit from health services in 2002 the Islamic Republic. Tehran, Iran: Ministry of Health Publications; 2004. [In Persian].
7. Rezapour A, Asefzadeh S. Study economic efficiency of teaching hospitals of Qazvin university of medical sciences (1999-2007). *J Guilan Univ Med Sci* 2009; 18(71): 55-63. [In Persian].
8. Sayyari AA. Health and influencing factors [Online]. 2010; Available from: URL: http://behdasht.gov.ir/uploads/126_139_asl_29_ghanoon.doc/ [In Persian].
9. Cotler P. *Essentials of Marketing Management*. Trans. Parsaeeian A. Tehran, Iran: Termeh Publication; 2008. [In Persian].
10. Momeni M, Faal Ghayomi A. *Statically Analysis with SPSS*. 3rd ed. Tehran, Iran: Ketab Nou Publication; 2010. [In Persian].
11. Hooman HA. *Structural Equation Modeling with Lisrel Application*. 2nd ed. Tehran, Iran: Samt Publication; 2009. [In Persian].
12. Souba WW, Haluck CA, Menezes MA. Marketing strategy: an essential component of business development for academic health centers. *Am J Surg* 2001; 181(2): 105-14.
13. Zare Zadeh MM. Study the role of managers in marketing of health services in hospitals of Yazd [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Tehran Sciences and Research Branch, Islamic Azad University; 2008. [In Persian].
14. Gholipour Soleymani A. Priority Setting to Influential Factors in the Hotel Management Industry Marketing with

- Emphasis on AHP Method (A Case Study: Guilan Province). *Journal of Geographical Lanfscpe* 2009; 4(8): 157-78. [In Persian].
15. Rezayian A, Rezazadeh Barfoyy H. Marketing Mix Model provides services aimed at increasing purchasing life insurance policies and savings (Asia Insurance Company Case Study in Tehran province). *Quarterly Journal of Insurance Research College* 2007; 22(3): 21-45. [In Persian].
 16. Haghshenas Kashani F. The role of effective Marketing management practices of banks to attract and retain customers. *Journal of Economic Research* 2003; 3(1): 71-98. [In Persian].
 17. Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ, Li JM, Aronson MD, Davis RB, et al. Patient-reported service quality on a medicine unit. *Int J Qual Health Care* 2006; 18(2): 95-101.
 18. Devine K, O'Clock P, Lyons D. Health-Care Financial Management in a Changing Environment. *Journal of Business Research* 2000; 48(3): 183-91.
 19. Lee WI, Shi BY. Application of neural networks to recognize profitable customers for dental services marketing-a case of dental clinics in Taiwan. *Expert Systems with Applications: An International Journal* 2009; 36(1): 199-208.
 20. Rao KD, Peters DH, Bandeen-Roche K. Towards patient-centered health services in India-a scale to measure patient perceptions of quality. *International Journal for Quality in Health Care* 2006; 18(6): 414-21.
 21. Macintyre CR, Ruth D, Anasari Z. Hospital in the home is cost saving for appropriately selected patients: A comparison with in-hospital care. *International Journal for Quality health care* 2002; 14(4): 285-93.
 22. Berkowitz EN. *Essentials of Health Care Marketing*. 2nd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett; 2006.
 23. Daragi P. *Marketing Management Issues*. 1st ed. Tehran, Iran: Rasa cultural services Inc; 2007. [In Persian].
 24. Lavlak C, Laren R. *Essential of Services Marketing*. Trans. Tajzadeh Namin A. Tehran, Iran: Samt Publication; 2003. [In Persian].

A Mixed Model for Health Services Marketing in Iranian Public Hospitals*

Amir Ashkan Nasiripour, PhD¹; Poursan Raeissi, PhD²; Mohammad Reza Maleki, PhD²; Mohammad Javad Akbarian Bafghi³

Short Communication

Abstract

Introduction: The mixed marketing is an important issue in providing the healthcare that the healthcare provider organizations need it to survive in the contemporary era and have more market shares, revenue and to increase customer service efficiency and effectiveness. The present study aimed to provide a practical model of the factors influencing the mixed marketing in Iranian public hospitals.

Methods: This was an applied and analytical study. Considering the field of health care services, 7P Service Marketing Mix Model of "Booms and Bitner" was used and the conceptual research model was determined. The dimensions of conceptual model were in the seven dimensions that included the production (services), price, place, promotion, physical evidence, processes and peoples. Then, using the library studies, the variables relevant to each dimension were collected. Data collection tool was a questionnaire that regulated base on five-item Likert scale. The research community was formed from public and private hospital administrators in Tehran, and experts of Ministry of Health and Medical Education. Data analysis was done through Lisrel version 8.50 and SPSS version 18 and using exploratory and confirmatory factor analysis.

Results: The fit indexes of Lisrel confirmed and acknowledged the healthcare mixed marketing model with seven dimensions. The dimensions that had the greatest impact included the place with factor of 0.82 and six components affecting it. The price with factor of 0.81 and eight components affecting it were also identified. Meanwhile, other aspects of the research in terms of impact were identified: i.e. "services" with nine components, "promotion" with eight components, "physical evidences" with ten components, "peoples" with eight components and "process" with six components.

Conclusion: Healthcare centers can use the mixed marketing service model with confirmed seven dimensions in marketing management through concentration on place and price.

Keywords: Marketing Mixed; Health Services; Hospitals; Factor Analysis; Iran

Received: 11 Jan, 2011

Accepted: 16 Oct, 2011

Citation: Nasiripour AA, Raeissi P, Maleki MR, Akbarian Bafghi MJ. A Mixed Model for Health Services Marketing in Iranian Public Hospitals. Health Inf Manage 2013; 9(7): 1158-68.

* This article was extracted from PhD dissertation in Health Services Management.

1- Associate Professor, Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: nasiripour@srbiau.ac.ir

2- Associate Professor, Health Services Management, School of Management and Medical Information, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- PhD Student, Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran