

تحلیل رقابتی صنعت بیمارستان‌های خصوصی با استفاده از مدل رقابتی الماس Porter:

مطالعه موردی در شهر کرمان سال ۱۳۹۳

محمود نکویی مقدم^۱، محمد رضا امیراسماعیلی^۲، آذر ایزدی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: تغییر الگوی بیماری‌ها و افزایش تقاضا، مشارکت بیمارستان‌های خصوصی در عرصه نظام سلامت را ضروری نموده است. هدف از انجام این مطالعه، تحلیل صنعت بیمارستان‌های خصوصی به منظور شناسایی نقاط ضعف و قوت آن‌ها بود.

روش: پژوهش حاضر به روش کیفی و با رویکرد پدیدارشناسی انجام شد. ۱۷ نفر از صاحب‌نظران و مدیران ارشد بیمارستان‌های خصوصی که به صورت هدفمند و گلوله برفی انتخاب شدند، در مطالعه شرکت نمودند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام گردید. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل چارچوبی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: چالش‌های صنعت بیمارستان‌های خصوصی در قالب مدل الماس Porter شامل ۴ مفهوم اصلی و ۲۱ مفهوم فرعی بود. «کمبود تجهیزات و امکانات درمانی، فرسوده بودن ساختمان و فضای فیزیکی بیمارستان، کمبود تعداد پرستار، فقدان امنیت شغلی پرسنل و ضعف مهارت‌های مدیریتی» از مهم‌ترین چالش‌ها محسوب می‌شود. نقاط قوت بیمارستان‌های خصوصی عبارت از «رضایت بیماران از خدمات هتلینگ، مناسب بودن ارتباط کادر درمانی با بیماران و رعایت منشور حقوق بیمار» بود.

نتیجه‌گیری: حاکم بودن دیدگاه انتفاعی مدیران بخش خصوصی، عدم حمایت مالی دولت، محدودیت انعقاد قرارداد با انواع بیمه‌های تکمیلی و ضعف نظارت دولت، از علل عمده بروز مشکلات متعدد در بیمارستان‌های خصوصی به شمار می‌رود. می‌توان انتظار داشت که با افزایش حمایت دولت و با ارتقای کمی و کیفی منابع انسانی، اطلاعاتی و فیزیکی به هدف مشارکت بخش خصوصی و دولتی در ارتقای وضعیت سلامت جامعه دست یافت.

کلید واژه‌ها: بیمارستان خصوصی، رقابت، مدل الماس Porter

ارجاع: نکویی مقدم محمود، امیراسماعیلی محمد رضا، ایزدی آذر. تحلیل رقابتی صنعت بیمارستان‌های خصوصی با استفاده از مدل رقابتی الماس Porter: مطالعه موردی در شهر کرمان سال ۱۳۹۳. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۵؛ ۵ (۱): ۴۵-۲۹.

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۲/۲۲

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۰/۷

۱- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارایه خدمات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارایه خدمات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت ارایه خدمات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

Email: azar.izadi@gmail.com

نویسنده مسؤول: آذر ایزدی

مقدمه

بازار سلامت به دنبال فرایند جهانی شدن، رشد تکنولوژی و تغییرات جمعیتی، با تغییرات عمده‌ای از جمله تقاضای فزاینده بیماران، تغییر سیمای بیماری‌ها، افزایش رقابت بین بیمارستان‌ها و ارایه دهندگان خدمات بهداشتی- درمانی و کاهش بودجه دولتی مواجه شده است (۱). بخش دولتی در حوزه بهداشت و درمان با وسعت چشمگیر خود، اغلب با ویژگی‌هایی همچون نارضایتی بالای دریافت کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی، طولانی شدن صف انتظار، ارتباطات ضعیف، بهره‌وری و کیفیت پایین خدمات شناخته می‌شود (۲). شکست در پوشش گروه‌های کم‌درآمد و فقیر و نیز پاسخگویی ضعیف به ذی‌نفعان (۳) و عدم کارایی فنی و تخصصی و توزیع نامناسب منابع، از مهم‌ترین نقاط ضعف عملکردی بیمارستان‌های دولتی شمرده می‌شوند (۴). همچنین، جایگاه و رتبه ۹۳ در سطح سلامت و رتبه ۵۸ در ارایه خدمات بهداشتی و درمانی کشورمان در میان نظام‌های سلامت دنیا، حاکی از ضعف و ناکارآمدی قابل توجه در دستیابی به اهداف اساسی نظام سلامت می‌باشد (۵). در چنین شرایطی، مدیران سازمان‌های سلامت به ویژه بیمارستان‌ها، با چالش‌های عدیده‌ای از جمله محدودیت منابع، بالا بودن هزینه‌ها و پایین بودن کیفیت خدمات ارایه شده روبه‌رو می‌باشند. بنابراین، دولتمردان و سیاست‌گذاران عرصه سلامت، مجبور به انجام اصلاحات شدند (۶).

این اصلاحات با تکیه بر سیاست‌های اصلاح ساختاری از جمله تمرکززدایی و تجدید ساختار منابع مالی، استفاده از توانایی‌های بخش خصوصی در ارایه خدمات بهداشتی و درمانی را به عنوان یک استراتژی برای بهبود عملکرد بیمارستان‌های عمومی در اولویت قرار داده است (۷). بنابراین، خصوصی‌سازی سلامت و تغییر مالکیت بیمارستان‌ها از دولتی به خصوصی، به عنوان برجسته‌ترین نوع اصلاحات سازمانی در عرصه سلامت، در جهت کاهش بار مالی تحمیل شده به دولت‌ها و در راستای بهبود فرایند مدیریت و تخصیص بهینه منابع مدنظر قرار گرفته است (۸). خصوصی‌سازی از جمله اصلاحات ساختاری است که به

منظور بهبود عملکرد خدمات بهداشتی- درمانی (۳) و در قالب یک دستور کار سیاسی به صورت یک فرایند عمومی مطرح شده است (۹). با اجرای این اصلاح ساختاری در نظام سلامت، تعدادی از بیمارستان‌ها با هدف بهبود عملکرد و کسب سود بیشتر، از کنترل مستقیم دولت خارج گردیدند (۱۰). ایجاد رقابت بیمارستانی از طریق روی کار آمدن بیمارستان‌های خصوصی، مهم‌ترین پیامد خصوصی‌سازی عنوان شده است که در نتیجه آن، مزایای رقابتی از جمله کاهش هزینه، بهبود کیفیت خدمات و بهبود بهره‌وری از منابع ایجاد می‌شود (۱۱). برای رسیدن به مزایای رقابتی مذکور، تغییرات اساسی در ساختار و عملکرد بیمارستان‌ها در سال‌های اخیر ایجاد شده است (۱۲).

خصوصی‌سازی در نظام سلامت می‌تواند در صورت همراهی و هم‌سویی با دیگر بخش‌های فعال در عرصه سلامت، پیامدهای مثبتی به دنبال داشته باشد (۱۳). وجود بودجه و سرمایه بیشتر در بخش خصوصی درمان و انعطاف‌پذیری و آزادی مدیران در به کارگیری و استفاده بهتر از بودجه موجود، باعث می‌شود که بتوانند فعالیت‌های بیشتر و متنوع‌تری برای جلب و افزایش رضایت بیماران انجام دهند (۱۴).

در ایران، بخش خصوصی و دولتی در کنار هم ارایه خدمات مختلف بهداشتی و درمانی را بر عهده دارند، اما در این زمینه بخش دولتی به ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، از سهم بیشتری برخوردار است (۱۵). با این وجود، گسترش بخش خصوصی در حوزه درمان و در رقابت با بخش دولتی، به گونه‌ای است که ۶۳ درصد خدمات سرپایی و ۱۶ درصد خدمات بستری توسط بخش خصوصی ارایه می‌گردد (۷). از طرف دیگر، ۸۷ درصد تخت‌های بیمارستانی کشور دولتی است؛ در حالی که ۱۳/۳۵ درصد اعتبارات سلامت را به خود اختصاص داده‌اند. در مقابل، بخش خصوصی با داشتن ۱۳ درصد تخت‌های بیمارستانی کشور، میزان دریافتی ۱۹/۶ درصدی از اعتبارات بخش سلامت دارد (۱۶).

کارایی و کیفیت خدمات درمانی در بخش خصوصی، بالاتر از بخش دولتی است. باید این نکته را مد نظر قرار داد که اگرچه بخش خصوصی در جلب رضایت مردم کارایی

یک بنگاه معرفی نمودند. در این چارچوب، پتانسیل رقابتی معادل با دارایی، فرایندهای مدیریتی معادل با فرایند و عملکرد رقابتی نیز معادل با عملکرد در رویکرد فوق است (۱۹).

مدل مبتنی بر قابلیت و منابع سازمانی Bartlett و همکاران نیز بر نقش عوامل داخلی سازمان بر توان رقابتی سازمان تأکید داشت. هدف اصلی این رویکرد، تأکید بر مزایای رقابتی ناشی از قابلیت‌های منابع یک شرکت می‌باشد. منابع سازمان شامل همه دارایی‌ها، قابلیت‌ها، فرایندهای سازمانی، مشخصه‌ها و ویژگی‌های سازمان، اطلاعات و دانش تحت کنترل سازمان است که آن را قادر به تدوین و اجرای استراتژی‌هایی برای بهبود کارایی و اثربخشی می‌نماید. در واقع، شایستگی‌های یک سازمان یا صنعت از یک یا ترکیبی از منابع آن به وجود می‌آیند و خود پایه‌ای برای مزیت رقابتی ایجاد می‌کنند (۲۰).

مدل مبتنی بر بازار Liu و همکاران بر این اصل استوار است که بنگاه‌ها به منظور کسب مزیت رقابتی پایدار، باید مشتری‌گرا یا بازارگرا، نوآور و کارآفرین باشند و نیز گرایش بالایی به یادگیری داشته باشند. بر اساس این دیدگاه، گرایش به بازار، منبع مهمی برای به دست آوردن مزیت رقابتی و حتی مزیت رقابتی پایدار به حساب می‌آید. این رویکرد با استفاده از چارچوب‌هایی مانند ساختار صنعت، زنجیره ارزش و استراتژی‌های عمومی، پایه و اساس تعیین مزیت رقابتی و طراحی استراتژی‌های خارج از سازمان است. منابع مبتنی بر بازار نیز که از تنوع بالایی برخوردارند شامل قابلیت‌های ارتباط با مشتری، دارایی‌های مبتنی بر شهرت، منابع انسانی و توان نوآوری موفقیتم‌آمیز در بازار می‌باشد (۲۱).

مدل مبتنی بر توان خلاقیت و نوآوری McGahan و Silverman، در برگیرنده توان تحقیق و توسعه و توان به کارگیری فن‌آوری اطلاعات و مدیریت دانش می‌باشد. این دیدگاه را می‌توان به نوعی جزء دیدگاه مبتنی بر منابع (البته منابع نامحسوس سازمان) به حساب آورد. توان خلاقیت و نوآوری ممکن است منسوب به منابع انسانی و یا دارایی‌های سازمانی باشد. توان خلاقیت منابع انسانی، به ایجاد محصولات و خدماتی متمایز در زیبایی و جذابیت

مطلوبی دارد، اما در ارایه خدمات اثربخش چندان موفق نیست (۷). ساختار متمرکز و بروکراتیک نظام سلامت، علت اصلی ناموفق عمل کردن بیمارستان‌های خصوصی می‌باشد (۸).

با وجود همه ویژگی‌هایی که در بازار مؤسسات بهداشتی و درمانی وجود دارد، دو دیدگاه کلی در مورد نقش بخش خصوصی در بخش سلامت وجود دارد و گروهی مخالف و گروه دیگر موافق حضور بخش خصوصی در مقوله سلامت هستند. مخالفان حضور بخش خصوصی در حوزه سلامت، به طور کلی دلایلی مانند عدم توانایی در ایجاد مؤسسات به صورت جامع و کامل، از دست دادن بازار تک قطبی بخش سلامت از طرف دولت و عدم توانایی در ایجاد قوانین جامع در خدمات بهداشتی و درمانی قابل ارایه به وسیله بخش خصوصی را محور بحث خود قرار می‌دهند.

موافقان حضور بخش خصوصی در حوزه سلامت نیز با داشتن دیدگاه‌هایی همچون بهبود وضعیت مالی سیستم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از طریق سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در بخش سلامت و کاهش میزان پرداخت‌های غیر رسمی از طرف مردم، افزایش کارایی خدمات ارایه شده به وسیله مؤسسات بهداشتی و درمانی از طریق اصلاح مدیریت، بهبود کیفیت خدمات پزشکی از طریق ایجاد رقابت در بازار سلامت و گسترش فرصت‌های واقعی انتخاب آزاد خدمات پزشکی برای مصرف کنندگان (۱۷)، نقش بخش خصوصی را در سلامت ضروری می‌دانند.

افزایش تعداد رقبا و شدت رقابت موجب شده است تا سازمان‌های مختلف در جهت ارتقای رقابت‌پذیری خود، به شناسایی عوامل مؤثر بر رقابت‌پذیری و تقویت آن‌ها تلاش کنند (۱۸). بسیاری از محققان جهت توجیه و تفسیر رقابت‌پذیری و عوامل مؤثر بر آن، نظریه و مدل‌هایی را عرضه و عوامل مؤثر بر رقابت‌پذیری را دسته‌بندی کرده‌اند و در قالب مدل‌هایی ارایه نمودند. این نظریه‌ها و مدل‌ها نیز از تنوع به نسبت زیادی برخوردار می‌باشند.

مدل دارایی- فرایند- عملکرد Buckley و همکاران، چارچوبی متشکل از سه عنصر عملکرد رقابتی، پتانسیل رقابتی و فرایندهای مدیریتی را جهت بررسی رقابت‌پذیری در

بیمارستان‌های خصوصی شهر کرمان با استفاده از مدل رقابتی الماس Porter، از دیدگاه مدیران ارشد (مدیر عامل، مدیر بیمارستان، مدیر پرستاری و مسؤول فنی) و صاحب‌نظران حوزه صنعت بیمارستان‌های خصوصی انجام گرفت. با تحلیل رقابتی و شناسایی نقاط ضعف و قوت بیمارستان‌های خصوصی، می‌توان ضمن رفع مشکلات و چالش‌های موجود، شرایط لازم را برای بهبود و تقویت عملکرد این بیمارستان‌ها فراهم نمود.

روش

این مطالعه به روش کیفی و با رویکرد پدیدارشناسی انجام شد. با توجه به هدف مطالعه، نمونه‌گیری به صورت هدفمند و گلوله برفی، از بین مدیران ارشد بیمارستان‌های خصوصی (مدیر عامل، مدیر داخلی، مدیر پرستاری و مدیر فنی) و صاحب‌نظران و مطلعان از صنعت بیمارستان‌های خصوصی کرمان در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۳ انجام گردید؛ بدین صورت که ابتدا افراد کلیدی و مطلعان فرایند مورد مطالعه شناسایی شدند و سپس مصاحبه شوندگان بعدی از بین افراد صاحب‌نظر در سایر بیمارستان‌ها و معاونت بهداشت و درمان معرفی گردیدند. معیارهای اصلی انتخاب نمونه‌ها برای شرکت در مطالعه شامل داشتن دانش و تخصص در زمینه صنعت بیمارستان‌های خصوصی، داشتن تجربه و سابقه اجرایی در اداره و مدیریت بیمارستان خصوصی، علاقمند بودن به مطالعه حاضر و فعال بودن در این زمینه بود.

سؤالات مصاحبه به گونه‌ای طراحی شد که بتواند دیدگاه‌ها و اعتقادات افراد مصاحبه شونده را در خصوص موضوع مورد مطالعه، حول ۴ مفهوم اصلی مدل رقابتی الماس Porter و اجزای تشکیل دهنده آن (فاکتورهای درونی، شرایط تقاضای داخلی، سازمان‌های حمایتی، استراتژی و ساختار رقابتی) مورد پرسش قرار دهد. از این‌رو، به منظور تهیه راهنمای مصاحبه، با سه نفر از صاحب‌نظران و افراد کلیدی در این زمینه مصاحبه عمیق انجام گردید تا فهم بهتری از موضوع پیدا شود و مواردی که باید در حین مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته مورد نظر قرار گیرد، شناسایی

ظاهری و نوآوری در دارایی‌های سازمانی می‌انجامد و در نهایت، می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌های عملیاتی، کاهش زمان تولید و ارایه محصول و حتی توسعه محصول و رسوخ در بازار گردد (۲۲).

یکی از شناخته شده‌ترین و موفق‌ترین مدل‌های رقابت پذیری، مدل رقابتی الماس Porter (Porter's competitive diamond model) می‌باشد و بسیاری از تحقیقات بر پایه این مدل پایه‌ریزی شده‌اند. در این مدل، رقابت‌پذیری را حاصل تعامل و برهم‌کنش چهار عامل اصلی می‌داند که شامل فاکتورهای درونی یا شرایط عامل (مواد اولیه، نیروی انسانی، تکنولوژی و دانش فنی، سرمایه و هزینه و توانمندی‌های مدیریتی)، شرایط تقاضای داخلی (کمیت و کیفیت)، سازمان‌های مرتبط و حمایت کننده (تأمین کنندگان، مؤسسات تحقیقاتی و سرویس‌های مالی) و استراتژی، ساختار و رقابت (تمرکز، تمایز و مدیریت هزینه) است. به اعتقاد Porter، این فاکتورهای چهارگانه به صورت متقابل بر یکدیگر تأثیر دارند و تغییرات در هر کدام از آن‌ها می‌تواند بر شرایط بقیه مؤثر باشد (۲۳). با توجه به این که کلیه عوامل درونی و بیرونی مؤثر بر عملکرد یک سازمان، در مدل رقابتی الماس Porter در نظر گرفته می‌شود، در مطالعه حاضر از این مدل برای شناسایی چالش‌ها و مشکلات بیمارستان‌های خصوصی استفاده شد. در مدل پیشرفته الماس Porter، دو عامل دولت و اتفاقات پیش‌بینی نشده هم به عنوان اجزای مدل اضافه شده‌اند. با توجه به نقش گسترده دولت در عملکرد بیمارستان‌ها به عنوان یک سازمان حمایت کننده و تأمین کننده و از طرف دیگر، با توجه با این که اتفاقات پیش‌بینی نشده از جمله جنگ و تحریم و... مربوط به شرایط خاص می‌باشد، از مدل اولیه الماس Porter برای شناسایی مشکلات بیمارستان استفاده گردید.

با توجه به کمبود بودجه دولتی و ناکارآمدی بیمارستان‌های دولتی و با در نظر گرفتن این که بیماران دارای حق انتخاب هستند، حضور بیمارستان‌های خصوصی در محیط رقابتی به عنوان تکمیل کننده خدمات بخش دولتی، ضروری است. این پژوهش با هدف تحلیل رقابتی صنعت

قابلیت تأیید پژوهش را تضمین نمودند. علاقمندی پژوهشگران به پدیده مورد مطالعه، تماس درازمدت با داده‌ها (بازه زمانی شش ماهه) و تلاش برای کسب نظرات دیگران در این زمینه، از دیگر عوامل تضمین کننده قابلیت تأیید بود. علاوه بر این، پژوهش حاضر به صورت تیمی و با راهنمایی و نظارت صاحب‌نظران انجام گردید که هم اطمینان‌پذیری داده‌ها و هم قابلیت تأیید را امکان‌پذیر می‌نماید.

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چارچوبی (Framework analysis) که مشتمل بر پنج مرحله «آشناسازی، شناخت چارچوب مفهومی، کدگذاری، ترسیم جداول و نگاشت و تفسیر» است، استفاده شد. در این روش طی مرحله آشناسازی، فرمی حاوی اطلاعات مربوط به افراد و خلاصه‌ای از محتوای هر مصاحبه تدوین گردید و سپس با بررسی مکرر هر کدام از مصاحبه‌ها، این چارچوب مفهومی مورد شناسایی قرار گرفت. به هر کدام از مصاحبه شونده‌گان به صورت جداگانه کد داده شد و فهرستی از این کدها به همراه ارتباط آن‌ها با چارچوب مفهومی استخراج گردید. در این مرحله به هر کدام از بخش‌های دارای اطلاعات مرتبط در مصاحبه‌ها، یک یا دو کد اختصاص داده شد. سپس این کدها مورد بررسی مجدد قرار گرفت و در صورت لزوم، تغییرات لازم اعمال شد. این فرایند برای هر کدام از مصاحبه‌ها چندین بار تکرار گردید و سپس برای مقایسه نظر مصاحبه شونده‌گان در مورد هر کدام از اجزای مدل مفهومی و تعیین ارتباط بین هر کدام از اجزای مدل با زیرمجموعه آن، جدول ترسیم گردید. برای تفسیر هر کدام از اجزای مدل مفهومی نیز کدگذاری در فرایندی مشابه انجام شد (۲۴). برای انجام این مراحل از نرم‌افزار خاصی استفاده نشد و کلیه مراحل به صورت دستی انجام گرفت. چارچوب اولیه شامل ۴ مفهوم بود که بدون تغییر باقی ماند. زیرگروه‌های هر مفهوم بر اساس مدل از قبل تعریف شده الماس Porter، تعیین گردید. البته با توجه به این که مدل الماس Porter برای صنعت تعریف شده است، به منظور پیاده‌سازی و اجرای این مدل در حوزه درمان، تعدادی زیرگروه خاص مرتبط به حوزه خدمات درمانی به مدل مذکور اضافه گردید.

شود تا بتوان بر اساس آن، مجموعه مناسبی از سؤالات برای این مصاحبه‌ها تدوین و طراحی نمود. مصاحبه‌ها تا رسیدن به مرحله اشباع ادامه یافت. در مجموع، ۱۷ مصاحبه با مدیران ارشد و صاحب‌نظران در این زمینه انجام شد که زمان مصاحبه‌ها به طور متوسط ۲۰ تا ۴۰ دقیقه به طول انجامید. برای انجام مصاحبه، پژوهشگر به محل کار افراد مصاحبه شونده مراجعه نمود. جهت حفظ محرمانگی و رعایت اخلاق پژوهشی، کدهای مربوط به فرد مصاحبه شونده به صورت (م شماره مصاحبه شونده) ذکر شد. تمامی مصاحبه‌ها ضبط و سپس پیاده‌سازی و کدگذاری شد. نمونه‌ها شامل مدیران ارشد بیمارستان‌های خصوصی تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی کرمان (۶ نفر)، افراد صاحب‌نظر در معاونت بهداشتی (۱ نفر)، معاونت درمان (۳ نفر) و سایر بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دولتی و خصوصی (۷ نفر) بودند.

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، شرکت کنندگان قبل از شروع مصاحبه، از اهداف و اهمیت تحقیق آگاه شدند و با رضایت آگاهانه در تحقیق شرکت نمودند. از آن‌ها برای شرکت در تحقیق و استفاده از ضبط صوت برای ضبط مصاحبه‌ها، اجازه گرفته شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده تنها در جهت اهداف تحقیق مورد استفاده قرار می‌گیرد و در اختیار افرادی غیر از تیم پژوهش قرار نمی‌گیرد. همچنین، به شرکت کنندگان تأکید گردید که در هر مرحله‌ای از پژوهش می‌توانند انصراف خود را از شرکت در پژوهش اعلام نمایند و مشخصات آنان در طول تحقیق و بعد از آن به صورت محرمانه حفظ می‌شود.

جهت تأیید روایی و دقت تحقیق، معتبر بودن، اطمینان‌پذیری و قابلیت تأیید داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. برای تضمین معتبر بودن، یافته‌های مطالعه به شرکت کنندگان ارائه شد و آن‌ها نظرات خود را در مورد هماهنگی یافته‌ها با تجربیات خود به محققان ابراز نمودند. همچنین، تعمق مشارکتی پیرامون مضمون‌های پدیدار شده توسط تیم تحقیق در مراحل مختلف مطالعه انجام گرفت. پژوهشگران با حفظ مستندات در تمام مراحل پژوهش (یادداشت‌برداری هم‌زمان با ضبط و ثبت داده‌ها در طول اجرای پژوهش)،

توانمندی‌ها و قابلیت‌های مدیریتی که برای رقابت در عرصه بازارهای رقابتی ضروری است، می‌باشد. به طور کلی، Porter این عوامل را به ۵ طبقه اصلی «منابع انسانی، منابع فیزیکی، منابع دانش، منابع سرمایه‌ای و منابع زیربنایی» تقسیم کرده است (۲۳). این عوامل در صنعت بیمارستانی در ۸ درون‌مایه فرعی «فضای فیزیکی امکانات و تجهیزات درمانی، توانمندی‌ها و قابلیت‌های مدیران، نیروی انسانی متخصص، رضایت و امنیت شغلی پرستاران، آموزش بیمار، خطاهای پزشکی، عفونت بیمارستانی و هزینه‌های درمانی و غیر درمانی» قابل بیان می‌باشد.

فضای فیزیکی و امکانات و تجهیزات درمانی: حفظ ایمنی جانی بیماران در بیمارستان، در گرو مناسب بودن بنای ساختمان است. بیمارستان‌های مورد مطالعه به طور متوسط ۳۱ سال قدمت دارند و از عمر قدیمی‌ترین و جدیدترین آن‌ها به ترتیب ۴۶ و ۵ سال می‌گذرد. در این خصوص شرکت کنندگان عنوان نمودند: «کهنه بودن و قدیمی بودن ساختمان بیمارستانی بخش خصوصی بر کسی پوشیده نیست» (م ۱۱). «برای جذب بیماران و کسب سود هم که شده ساختمونای قدیمی متناسب با نیاز روز بازسازی می‌شن و بخشای جدیدی به این ساختمونای قدیمی اضافه می‌شه» (م ۳).

یکی از عناصر درونی بیمارستان به منظور ارائه خدمت به بیماران، تجهیزات و امکانات درمانی و غیر درمانی می‌باشد. از دیدگاه عده‌ای از مشارکت کنندگان «هیچ پشتوانه و حمایت دولتی برای خرید تجهیزات مورد نیاز بیمارستانی خصوصی وجود ندارد و سهامداری بیمارستان باید این حمایت مالی رو تأمین کنن» (م ۱۷). «پروسه کسب مجوز برای خرید تجهیزات گرانقیمت خیلی وقت‌گیر و طولانیه» (م ۵). «مدیرای این بیمارستانا از تجهیزات فقط بر اساس هزینه-فایده استفاده می‌کنن» (م ۹). «خرید بسیاری تجهیزات فقط در انحصار دولت هست» (م ۴). در حالی که عده دیگری از مشارکت کنندگان اظهار داشتند: «تصمیم‌گیری در مورد تهیه تجهیزات مورد نیاز توی این بیمارستانا بستگی به دیدگاه سهامداری بیمارستان داره و نیاز به گذراندن مراحل مختلف اداری برای تأمین بودجه نیست» (م ۱۲). «در بعضی موارد

یافته‌ها

در پژوهش حاضر با انجام تحلیل رقابتی در بیمارستان‌های خصوصی و با بهره‌گیری از مدل رقابتی الماس Porter، نقاط ضعف و قوت بیمارستان‌های خصوصی در قالب ۴ مفهوم اصلی و ۲۱ مفهوم فرعی طبقه‌بندی و در جدول ۱ ارائه گردید (جدول ۱).

جدول ۱. تحلیل رقابتی بیمارستان‌های خصوصی بر اساس مدل

رقابتی الماس Porter

مفاهیم اصلی	مفاهیم فرعی
فاکتورهای درونی	امکانات و تجهیزات درمانی و غیر درمانی* توانمندی و قابلیت‌های مدیران* نیروی انسانی متخصص* رضایت و امنیت شغلی پرستاران** آموزش بیمار* خطاهای پزشکی* عفونت بیمارستانی* هزینه‌های درمانی و غیر درمانی**
شرایط تقاضای داخلی	بار مراجعه** مراجعه مجدد* نحوه ترخیص* نحوه پذیرش** رضایت بیمار* کیفیت خدمات*
سازمان‌های حمایتی	ارتباط با سازمان‌های بیمه** نظارت دولت و دانشگاه علوم پزشکی* ارتباط با مراکز آموزشی و تحقیقاتی** ارتباط با سازمان‌های حمایتی** نوع و نحوه ارائه خدمت*
ساختار، استراتژی و رقابت	هتلینگ و خدمات رفاهی*** مدت بستری و اقامت بیمار*

*نقطه ضعف و قوت نسبی، **نقطه ضعف مطلق، ***نقطه قوت مطلق

تحلیل فاکتورهای درونی بیمارستان‌های خصوصی

فاکتورهای درونی شامل مجموعه‌ای از عوامل مؤثر در تولید کالا یا خدمات مانند مواد اولیه، کیفیت و میزان دسترسی به آن، نیروی انسانی بدون مهارت و یا ماهر و آموزش دیده، بهره‌وری و خلاقیت و نوآوری نیروی انسانی، زیرساخت‌ها، مسایل تکنولوژیک، میزان سرمایه و دسترسی به آن،

برون سازمانی چنین اظهار نمود «فراخوان جذب نیروی درمانی توی بیمارستانای دولتی همیشه یه خطر جدی برای بیمارستانای خصوصی محسوب می‌شه. با این کار نیروهای بخش خصوصی به سمت بخش دولتی می‌رن و بیمارستان خصوصی متحمل ضرر می‌شه» (م ۱۱). تعدادی دیگر از مشارکت کنندگان بر این عقیده بودند که «پزشکای شاغل توی این بیمارستانا، افراد متخصص و با سابقه کاری بالا هستن و پرستارا هم درسته که معمولاً جوان و بی‌سابقه‌اند، اما ملزم هستن دوره‌های آموزشی لازم رو بگذرونن» (م ۴). «اکثر نیروهای جذب شده از حداقل سطح تجربه برخوردارن؛ چون باید دوره طرحو گذرونده باشن» (م ۱).

محدود کردن ساعت کاری پزشکان و جراحان هیأت علمی دانشگاه به شیفت بعدازظهر و ساعات غیر اداری در این بیمارستان‌ها، از جمله قوانین مصوب دولتی است که اظهارات متفاوتی در مورد تبعات این قانون وجود دارد. «عدم دسترسی بیمارها به پزشک متخصص توی شیفت صبح به ضرر این بیمارستانا تموم می‌شه» (م ۱۷). «تعرفه فعالیت جراحا توی بیمارستانای خصوصی نصف تعرفه مصوب بیمارستان‌های دولتی» (م ۱۵). «پزشکای متخصص ترجیح می‌دن با حفظ موقعیت علمیشون، توی بیمارستانای دولتی که تعداد مراجعات هم بیشتر هست به مداوای بیماراشون بپردازن» (م ۱۱). «ثابت بودن تعرفه پزشکی و تخصیص هزینه هتلینگ به نفع سهامدارای بیمارستان، باعث عدم تمایل حضور بعضی از متخصصان توی این بیمارستانا می‌شه» (م ۱).

رضایت و امنیت شغلی پرستاران: فقدان پشتوانه محکم از نظر وضعیت استخدام و کم بودن حقوق و مزایای پرداختی به پرستاران، بر کیفیت خدمات درمانی ارایه شده اثر نامطلوبی می‌گذارد. «قراردادی بودن و نداشتن ضمانت شغلی» (م ۱۰)، «نداشتن مزایا و تسهیلات رفاهی» (م ۳)، «کمتر بودن حقوق پرستارای بخش خصوصی در مقایسه با پرستارای دولتی» (م ۵)، «بیشتر بودن حجم کاری و ساعات کاری ناشی از کمبود نیروی درمانی» (م ۱۵)، «عدم توجه مدیران این بیمارستان‌ها نسبت به حل مشکلات کاری و غیر کاری پرستاران» (م ۷)، «عدم تخصیص هزینه هتلینگ بیمار برای پرستاران» (م ۱)،

تجهیزات موجود توی بیمارستانای خصوصی خیلی بهتر و مجهزتر از بیمارستانای دولتی» (م ۱۳).

توانمندی‌ها و قابلیت‌های مدیران

داشتن مدرک تحصیلی در رشته مرتبط با مدیریت بیمارستان، از الزامات اصلی برای پست مدیریت بیمارستان محسوب می‌گردد. «غلب مدیرای بیمارستانای خصوصی از نظر قدرت تصمیم‌گیری مشکل دارن؛ چون اکثر این افراد دارای تخصص مدیریتی نیستن» (م ۶). «حوزه مدیریت بیمارستانای خصوصی خیلی خشک و انعطاف‌ناپذیره و مدیرا خلایقی در این مورد ندارن» (م ۱۲). «مدیرای این بیمارستانا افراد با سابقه کاری بالا هستن که از تجربه کاری بالایی برخوردارند» (م ۱۷). «کم بودن بار مراجعه و بحرانی نبودن شرایط بیماری‌های مراجعه کننده به این بیمارستانا، به مدیرای بیمارستان کمک می‌کنه که بهتر بتونن توانایی‌هاشونو نشون بدن» (م ۵).

ارزیابی و تحلیل عملکرد بیمارستان بر مبنای آمار و اطلاعات درونی بیمارستان انجام می‌شود. «مدیرا و حتی کارمندای بیمارستانای خصوصی نسبت به بیان آمار و اطلاعات بیمارستانشون خیلی محافظه کار و محتاط هستن» (م ۱۵).

آگاهی مدیر بیمارستان از آمار و اطلاعات مهم بیمارستان، از ضروریات لازم برای اعمال مدیریت مناسب می‌باشد. «مدیرای این بیمارستانا با این که با حجم کمتری از کار روبه‌رو هستن، ولی در جریان همه امور نیستن» (م ۸). «مدیرای این بیمارستانا نه تنها از آمار و اطلاعات همه بخشای بیمارستان آگاهن، بلکه هر روز بخشای مختلف رو شخصاً راند می‌کنن» (م ۳).

نیروی انسانی متخصص: مهم‌ترین عنصر درونی بیمارستان، نیروی انسانی می‌باشد. «کمبود نیروی درمانی به خصوص کمبود پرستار» (م ۱)، «جذب و به کارگیری افراد در پست‌های مختلف بدون توجه به تخصص و مهارت آنان» (م ۱۷) و «جوان و کم‌تجربه بودن نیروهای درمانی» (م ۱۴) از مهم‌ترین مشکلات مربوط به نیروی انسانی به شمار می‌رود. یکی دیگر از مشارکت کنندگان ضمن اشاره به تأثیر عوامل

عفونت بیمارستانی: میزان مراجعه بیماران، نوع بیماری‌های درمان شده، رعایت پروتکل‌های درمانی و موقعیت جغرافیایی بیمارستان از نظر نوع پذیرش، تسهیلات درمانی، بستری‌های طولانی مدت، شیوه جمع‌آوری زباله‌های بیمارستانی و عدم رعایت اصول اولیه بهداشتی، از جمله علل مؤثر بر میزان عفونت بیمارستانی مطرح شده است. «عدم رعایت پروتکل‌های درمانی مرتبط با استریلیزاسیون و کنترل عفونت» (م ۱۶) به عنوان مهم‌ترین عامل عفونت بیمارستانی بیان گردید. «کم بودن تعداد مراجعات و نبود صف انتظار برای درمان» (م ۱)، «خاص بودن افراد مراجعه کننده به این بیمارستان از نظر وضعیت اجتماعی-اقتصادی و عدم مراجعه بیماری بدحال و پرخطر» (م ۱۲) منجر به کاهش عفونت بیمارستانی در بخش خصوصی می‌گردد.

هزینه‌های درمانی و غیر درمانی: هزینه پرداختی بیمار شامل هزینه درمانی و غیر درمانی می‌باشد. هزینه خدمات درمانی تحت پوشش بیمه است، اما هزینه خدمات غیر درمانی به طور مستقیم توسط بیمار پرداخت می‌گردد. «بالا بودن هزینه درمان» (م ۱۲)، «دریافت هزینه‌های غیر قانونی» (م ۶)، «تجاری بودن دیدگاه مدیران بخش خصوصی» (م ۸) و «تفاوت تعرفه‌های وزارت بهداشت با تعرفه‌های نظام پزشکی» (م ۱۳) از مهم‌ترین مشکلات مطرح شده در این رابطه می‌باشد. مشارکت کنندگان در مورد دریافت هزینه‌های غیر قانونی اظهار داشتند: «دست پزشکان برای دریافت هزینه از بیمار تقریباً باز هست و نیازی به دریافت زیرمیزی نیست» (م ۴). «هزینه‌ای تحت عنوان زیرمیزی از بیمار دریافت نمی‌شود؛ چون تعرفه بیمارستان خصوصی چند برابر دولتی و پزشکان از لحاظ مالی تأمین می‌شوند و نیازی به دریافت هزینه اضافه نیست» (م ۱).

تحلیل شرایط تقاضای داخلی در بیمارستان‌های خصوصی

شرایط تقاضای داخلی، ماهیت و چگونگی تقاضا را در بازارهای داخلی برای محصولات یک صنعت مشخص می‌کند. اندازه و رشد تقاضا، تأثیر بسزایی در رقابت‌پذیری صنایع دارد. تقاضای داخلی دارای دو جنبه کمی و کیفی بازار

«عدم توجه مدیر بیمارستان نسبت به بازآموزی نیروهای درمانی» (م ۱۶) و «عدم اجرای قانون ارتقای بهره‌وری پرستاران» (م ۱۷) منجر به کاهش انگیزه کاری، کاهش تعهد شغلی و کاهش کیفیت خدمات درمانی ارائه شده می‌گردد.

آموزش بیمار: رفع نیاز آموزشی بیماران در کنار انجام مراقبت‌های درمانی، از اصول اساسی درمان بیمار به شمار می‌رود. «مهم‌ترین وظیفه پرستار، رفع نیازهای آموزشی بیمار هست که متأسفانه به این موضوع توجه کافی نمی‌شود» (م ۹). «بی‌تجربه بودن و تازه کار بودن پرستاری بخش خصوصی» (م ۸) از مهم‌ترین علل مؤثر بر عدم ارائه آموزش‌های لازم به بیمار می‌باشد. از طرفی، «کمتر بودن بار مراجعه به این بیمارستان‌ها» (م ۲)، «فزودن آموزش بیمار به آیت‌های ارزیابی بیمارستان» (م ۱۱)، «مناسب بودن شرایط اکثر بیماران برای دریافت آموزش‌های لازم» (م ۱۷) و «توجه ویژه نسبت به رعایت منشور حقوق بیمار و جلب رضایت وی» (م ۵) زمینه مناسبی را برای ارائه آموزش‌های لازم به بیماران فراهم می‌نماید.

خطاهای پزشکی: حفظ ایمنی بیمار و پیشگیری از وارد شدن هرگونه صدمه به بیمار در حین ارائه مراقبت‌های سلامت، از مؤلفه‌های کیفیت خدمات محسوب می‌گردد. «حاکمیت دیدگاه انتفاعی» (م ۱۶)، «ضعف نظارت دولت» (م ۱۰) و «جوان و تازه کار بودن نیروهای درمانی از جمله پرستاران» (م ۶) زمینه را برای افزایش خطا فراهم می‌نماید. از طرف دیگر، «کثرت نظارت‌های داخلی» (م ۴)، «کم بودن بار مراجعه و عدم استفاده از نیروهای آموزشی در درمان بیماران» (م ۱)، «فزایش توقع بیمار در مقابل هزینه پرداخت شده» (م ۳) و «مطلوب بودن خدمات هتلینگ ارائه شده» (م ۱۱)، منجر به کاهش خطای پزشکی می‌گردد.

وجود سیستم گزارش‌دهی خطاها باعث بهبود وضعیت ایمنی بیماران می‌شود. «فقدان امنیت شغلی» (م ۱۴) و «برخورد نامناسب مسئولان و مدیر بیمارستان با کارمند خاکی» (م ۱۲) منجر به پنهان‌سازی خطاها می‌شود. «نوی بیمارستان‌های خصوصی به دلیل مشخص بودن مرز دقیق وظایف هر یک از پرسنل، احتمال پنهان‌سازی خطا کمتر...» (م ۳).

شده، نامناسب بودن ارتباط بیمار با پزشک و کادر درمانی و بالا بودن هزینه درمان بیماری، منجر به تمایل بیماران به ترخیص زودهنگام می‌گردد. «آزادی عمل بیمار برای ترخیص با میل شخصی توی این بیمارستانا بیشتره که می‌تونه به علت هزینه بالای درمان باشه» (م ۲). «رسیدگی مناسب به بیمارا عاملیه که می‌تونه باعث ترغیب بیمار به موندن بشه تا وقتی کامل خوب بشه» (م ۱۲).

نحوه پذیرش: ضعف برنامه‌های نظارتی، نادیده گرفتن اصول اخلاقی و تشخیص نامناسب بیماری، مهم‌ترین دلایل پذیرش‌های غیر ضروری می‌باشند. «عداد زیادی از موارد پذیرش و بستری بیماران غیر ضروری هست و فقط برای کسب سود بیشتر انجام می‌شه» (م ۱۶).

رضایت بیمار: هدف اصلی از ارائه خدمات درمانی، جلب رضایت بیمار می‌باشد. «مامطلوب بودن کیفیت بالینی خدمات» (م ۱۴)، «نادیده گرفتن حقوق واقعی بیمار و فقط توجه به موارد خاص برای جلب رضایت بیمار» (م ۱۳)، «عدم دسترسی به پزشک معالج در تمام ساعات شبانه‌روز» (م ۱۱) و «افزایش انتظارات بیمار ناشی از پرداخت هزینه بیشتر» (م ۲) به عنوان عوامل نارضایتی بیمار و «حفظ اختیار و استقلال بیمار» (م ۱۶)، «ویزیت مستقیم توسط پزشک معالج» (م ۱)، «عدم دخالت نیروهای درمانی آموزشی» (م ۴) و «مناسب بودن ارتباط پزشک و کادر درمانی با بیمار» (م ۵) به عنوان عوامل مؤثر بر مطلوب بودن رضایت بیمار از بیمارستان‌های خصوصی مطرح شدند.

کیفیت خدمات: با توجه به جو رقابتی حاکم بین بیمارستان‌های خصوصی و دولتی، به منظور جلب و حفظ بیماران، باید خدمات ارائه شده از نظر بالینی و غیر بالینی با کیفیت عالی ارائه گردد. «ماهیت انتفاعی بیمارستان و در اولویت بودن بالانس هزینه و درآمد» (م ۹)، «نادیده گرفتن اهمیت کیفیت بالینی خدمات در جلب رضایت بیمار» (م ۸) و «ضعف برنامه‌های نظارتی، عدم درمان تیمی بیمار و بی‌توجهی نسبت به برنامه‌های بازآموزی» (م ۱۰) کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های خصوصی را نامطلوب نموده است. از سوی دیگر، «مناسب بودن فضای این

است. اندازه تقاضای داخلی، حداقل مقیاس اقتصادی فعالیت‌های بنگاه‌های داخلی را تعیین می‌کند و آن‌ها را قادر می‌سازد تا از یک تقاضای پایدار برخوردار گردند، اما باید توجه داشت که منافع اصلی تقاضای داخلی در رقابت‌پذیری، از دیدگاه کیفی است. انتظارات مشتریان از کیفیت محصولات و خدمات، می‌تواند انگیزه‌ای برای افزایش قدرت رقابت‌پذیری یک کسب و کار گردد و به عنوان محرک قدرتمندی در جهت توسعه و ارتقای رقابت‌پذیری بنگاه‌ها و حتی از دید کلان، رقابت‌پذیری کشورها گردد (۲۵). این عوامل در صنعت بیمارستانی در ۶ درون‌مایه فرعی «بار مراجعه، مراجعه مجدد، نحوه ترخیص، نحوه پذیرش، رضایت بیمار و کیفیت خدمات» قابل بیان می‌باشد.

بار مراجعه: مهم‌ترین عامل مؤثر بر تفاوت بار مراجعه در بیمارستان‌های خصوصی و دولتی، بالا بودن هزینه درمان می‌باشد. «بالا بودن هزینه‌های درمان باعث می‌شه افراد کمتری به این بیمارستانا مراجعه کنن و در نتیجه، درصد اشغال تخت پایین میاد» (م ۵). «پیاده‌سازی نظام ارجاع و طرح پزشک خانواده» (م ۴) و «جرای طرح تحول نظام سلامت و بهبود کیفیت خدمات بخش دولتی» (م ۱۳)، بار مراجعه به بخش خصوصی را بیش از پیش کاهش داده است. مراجعه مجدد: تشخیص نادرست، درمان ناقص، بروز عوارض، عود بیماری، عفونت، لغو جراحی، ترخیص موقت و پیگیری‌های درمانی، از جمله علل مراجعه مجدد بیمار به بیمارستان محسوب می‌شوند. «ناقص بودن پروسه درمان بیمار و بی‌توجهی به بهبودی کامل بیمار موقع ترخیص، مراجعه مجدد بیمار رو به دنبال داره» (م ۱۱). «توی بیمارستانای خصوصی احتمال مراجعه مجدد بیمار ناشی از درمان سطحی و ناقص بیشتره...» (م ۶). «توی این بیمارستانا مراجعه مجدد بیمار برای انجام پیگیری‌های درمانی بیشتره...» (م ۳). «مناسب بودن کیفیت خدمات، درمان بیمار توسط متخصص و بدون دخالت نیروهای آموزشی و بیشتر بودن مسؤلیت در قبال بیماران، از مراجعه مجدد بیمار جلوگیری می‌کنه» (م ۱۷). نحوه ترخیص: ناراضی بودن بیمار از کیفیت خدمات ارائه

نظارت دولت می‌باشد. از سوی دیگر، «چند بعدی بودن نظارت‌های اعمال شده» (م ۹)، «حساسیت ویژه نسبت به بخش خصوصی» (م ۱۷) و «تشکیل کمیته‌های ارزیابی و نظارت داخلی در بیمارستان» (م ۱) موجبات نظارت دقیق را فراهم می‌نماید. «قضاوت ناعادلانه» (م ۳) و «نادیده گرفتن نقاط قوت بیمارستان‌های خصوصی» (م ۵) نیز از جمله معایب نحوه نظارت دولت بر بخش خصوصی عنوان شد.

ارتباط با مراکز آموزشی تحقیقاتی: همکاری بیمارستان‌های خصوصی با مراکز آموزشی و دانشگاهی به عنوان یکی از بخش‌های اعتباربخشی مورد ارزیابی واقع می‌شود. «بیمارستانی خصوصی تعهدی نسبت به همکاری‌های پژوهشی با هیچ ارگانی رو ندارد و تصمیم‌گیری توی این زمینه به عهده هیأت مدیره بیمارستان هست» (م ۱۵).

ارتباط با سازمان‌های حمایتی: اگرچه بیش از یک دهه از آغاز خصوصی‌سازی درمان می‌گذرد، اما همچنان ارتباط این بخش با سایر سازمان‌ها و ارگان‌های دولتی و مردمی ضعیف می‌باشد. «حمایت و پشتیبانی از بیمارستانی خصوصی خیلی ضعیفه و فقط متکی به سهامدارا هستن» (م ۴).

تحلیل استراتژی، ساختار و رقابت بیمارستان‌های خصوصی

ارایه کالا و یا خدمات با هزینه کمتر (مزیت هزینه‌ای) و ارایه کالا و خدمات متنوع با ویژگی‌های متمایز (مزیت تمایز)، از جمله استراتژی‌هایی است که موقعیت رقابتی خاصی را برای بنگاه ایجاد می‌کند (۲۳). در صنعت بیمارستانی این عوامل در ۳ درون‌مایه فرعی «هتلینگ و خدمات رفاهی، مدت اقامت بیمار و نوع و نحوه ارایه خدمت» قابل بیان هستند.

نوع و نحوه ارایه خدمت: «به طور معمول هر بیمارستانی در زمینه ارایه خدمات خاصی فعال می‌باشد و استراتژی خاص خود را دارد» (م ۶)، «عدم توجه به نیاز آموزشی و بهداشتی بیمار» (م ۹) و «عدم تمایل پزشک و جراح به انجام درمان تیمی بیمار» (م ۷) از جمله مشکلات این حیطه بیان گردید. «متمرکز بودن بیمارستان در زمینه ارایه مراقبت‌های درمانی به گروه خاصی از بیماران و جلوگیری از ایجاد صف انتظار» (م ۳) و «مشارکت فعال بیمار در فرایند مراقبت و درمان مورد نیاز»

بیمارستان‌ها برای ارایه خدمات بهتر» (م ۱۶)، «استراتژی بیمار محوری» (م ۴)، «دقت کاری بالای پرستاران ناشی از نبود امنیت شغلی» (م ۱) و «مناسب بودن تعداد پرستار به ازای بیمار، بدخیم نبودن وضعیت بیماران پذیرش شده، راضی بودن پزشک از تعرفه درمانی و انجام درمان توسط شخص پزشک متخصص» (م ۲) منجر به بهبود کیفیت خدمات ارایه شده می‌گردد.

تحلیل ارتباط بیمارستان‌های خصوصی با سازمان‌های حمایتی و نظارتی

صنایع مرتبط و حمایت کننده می‌تواند شامل تأمین کنندگان مواد اولیه یا تجهیزات و ابزارآلات، توزیع کنندگان و فروشندگان، سیستم‌های توزیع محصول، مؤسسات تحقیقاتی، شرکت‌های مشاوره‌ای، پیمانکاران، سرویس‌های مالی مانند بانک‌ها و بورس اوراق بهادار، سیستم‌های حمل و نقل، دانشگاه‌ها و مراکز و مؤسسات تحقیقاتی و صناعی باشد که از یک نوع فن‌آوری، مواد اولیه و امکانات آزمایشگاهی استفاده می‌کنند (۲۳). این عوامل در صنعت بیمارستانی در ۴ درون‌مایه فرعی «ارتباط با سازمان‌های بیمه، نظارت دولت و دانشگاه علوم پزشکی، ارتباط با مراکز آموزشی تحقیقاتی و ارتباط با سازمان‌های حمایتی» قابل بیان هستند.

ارتباط با سازمان‌های بیمه: پرداخت‌های بیمه در کنار پرداخت‌های بیماران، منبع اصلی درآمد بیمارستان‌های خصوصی می‌باشد. «محدودیت قرارداد با بیمه‌های تکمیلی» (م ۴)، «مقید نبودن بیمه‌های طرف قرارداد به تعهدشان» (م ۲)، «پرداخت با تأخیر یا با کسورات بالا» (م ۱۴) و «عدم پوشش همه خدمات مورد نیاز بیمار» (م ۳)، مهم‌ترین مشکلات مطرح شده بودند.

نظارت دولت و دانشگاه علوم پزشکی

اعتباربخشی بیمارستان‌های خصوصی مشابه بیمارستان‌های دولتی انجام می‌شود. «تجویز غیر ضروری MRI (Magnetic resonance imaging) و سی‌تی اسکن و بعضی آزمایش‌ها» (م ۱۶)، «زیاد بودن سزارین» (م ۱۱)، «پنهان‌سازی خطاهای پزشکی» (م ۱۶) و «صوری و غیر واقعی بودن صورت حساب بیمار» (م ۱۴) ناشی از ضعف

فیزیکی بیمارستان، از جمله مشکلات بیمارستان‌های خصوصی به شمار می‌رود. علاوه بر این، نامرتب بودن مدرک تحصیلی رؤسا و مدیران این بیمارستان‌ها، از دیگر مشکلات مطرح شده می‌باشد؛ به طوری که بیش از ۹۰ درصد مدیران بیمارستان‌های خصوصی مورد مطالعه دارای مدرک تحصیلی در رشته پزشکی یا پرستاری بودند.

جدول ۲: طبقه‌بندی چالش‌های بیمارستان خصوصی در قالب مدل رقابتی الماس Porter

درون‌مایه‌های اصلی	درون‌مایه‌های فرعی
فاکتورهای درونی	امکانات و تجهیزات درمانی توانمندی‌ها و قابلیت‌های مدیران نیروی انسانی متخصص رضایت و امنیت شغلی پرستاران آموزش بیمار خطاهای پزشکی عقودت بیمارستانی هزینه‌های درمانی و غیر درمانی
شرایط تقاضای داخلی	بار مراجعه مراجعه مجدد نحوه ترخیص نحوه پذیرش رضایت بیمار کیفیت خدمات
سازمان‌های مرتبط و حمایت کننده	ارتباط با سازمان‌های بیمه نظارت دولت و دانشگاه علوم پزشکی ارتباط با مراکز آموزشی - تحقیقاتی ارتباط با سازمان‌های حمایتی
استراتژی و ساختار رقابتی	هتلینگ و خدمات رفاهی مدت اقامت بیمار نوع و نحوه ارائه خدمت

بر اساس یافته‌های مطالعه، تجهیزات تشخیصی - درمانی در بیمارستان‌های خصوصی شهر کرمان وضعیت مطلوبی ندارد. ساختمان این بیمارستان‌ها در مقایسه با بیمارستان‌های دولتی اغلب فرسوده می‌باشد، هرچند ممکن است نما و ظاهر مطلوبی داشته باشد. در مطالعه مشابهی، وضعیت تجهیزات و امکانات درمانی در بیمارستان‌های خصوصی شهر یزد در حد متوسط گزارش شد (۲۵)؛ در حالی که وضعیت فضای فیزیکی

(۱۲) از مزایای بیمارستان‌های خصوصی محسوب می‌شود. هتلینگ و خدمات رفاهی: خدمات بیمارستانی به عنوان یکی از اجزای خدمات بهداشتی - درمانی شامل دو بخش جدانشدنی خدمات تخصصی درمانی و خدمات رفاهی و هتلینگ است. «مهم‌ترین عاملی که باعث گرایش بیماران به این بیمارستان‌ها می‌شود، لوکس بودن خدمات هست که از نظر بیمار خیلی مهمه» (م ۱۴)، «نقندر مدیرا و مسؤولای بیمارستان به ارایه خدمات شیک و رفاهی تأکید دارن که در بعضی موارد از هدف اصلیشون دور می‌شن و به درمان اصولی و علمی توجهی نمی‌کنن» (م ۸).

مدت بستری و اقامت بیمار: شاخص متوسط اقامت بیماران بستری، یکی از شاخص‌های عمده در ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها می‌باشد. «حاکم بودن دیدگاه انتفاعی مدیرا می‌تونه روی خیلی اصول درمانی اثر سوء بذاره... از جمله روی بستری و مدت استاندارد اقامت بیمار» (م ۱۴). اکثر مشارکت‌کنندگان بیان نمودند: «کلوبال بودن نظام پرداخت و پرداخت هزینه بدون توجه به مدت بستری بیمار» (م ۱، م ۲، م ۹، م ۱۱ و م ۱۶)، منجر به رعایت استاندارد مدت بستری بیمار می‌شود.

نتایج حاصل از مصاحبه‌های انجام شده به منظور شناسایی چالش‌های بیمارستان خصوصی در جدول ۲ به طور خلاصه بیان شده است.

بحث

بر اساس تحلیل رقابتی انجام شده در بیمارستان‌های خصوصی شهر کرمان، نقاط ضعف و قوت این بیمارستان‌ها بدر ادامه به تفصیل آمده است. مهم‌ترین مسأله‌ای که تا حدودی توسط تمام صاحب‌نظران و متخصصان حوزه صنعت بیمارستان‌های خصوصی به عنوان چالش بیمارستان‌ها و مراکز درمانی خصوصی مطرح گردید، فاکتورهای درونی بیمارستان بود. این فاکتورها در برگیرنده منابع فیزیکی، منابع انسانی، منابع دانش، منابع سرمایه‌ای و منابع زیربنایی می‌باشند. کمبود نیروی درمانی به ویژه پرستار، در کنار کمبود تجهیزات درمانی پیشرفته و مدرن و قدیمی بودن ساختمان

پایین بودن سطح رضایت و امنیت شغلی پرستاران بیمارستان‌های خصوصی شهر کرمان، از دیگر مشکلات مطرح شده در پژوهش حاضر بود؛ در حالی که مطالعه انجام شده در شهر یزد نشان داد که رضایت شغلی پرستارانی که در بیمارستان‌های خصوصی کار می‌کنند، نسبت به پرستارانی که در بیمارستان‌های دولتی مشغول به کار هستند، بیشتر می‌باشد (۳۳).

میزان خطای پزشکی در بیمارستان‌های خصوصی شهر کرمان به دلیل ضعف نظارت بر عملکرد این بخش، به عنوان یکی دیگر از مشکلات این دسته از بیمارستان‌ها مورد توجه صاحب‌نظران قرار گرفت. این مشکل در بیمارستان‌های خصوصی شهر اصفهان نیز مطرح شد که مدیریت ناشیست و اداره بیمارستان توسط پزشکان، کمبود تعداد پرستار، جذب نیروهای جوان و کم‌تجربه و عدم وابستگی مدیران و رؤسای این بیمارستان‌ها به ارگان‌های دولتی، از علل بروز این مشکل مطرح شده است (۳۴).

شرایط تقاضای داخلی یعنی میزان مراجعه به بیمارستان‌های خصوصی، بار مراجعه مجدد و انتظارات بیماران از کیفیت خدمات ارائه شده از دیگر مفهوم‌های اصلی به دست آمده از مطالعه حاضر بود که طبق اظهار نظر متخصصان، بالا بودن هزینه درمان و پیاده‌سازی طرح تحول نظام سلامت، از جمله عوامل اصلی کاهش بار مراجعه به این بیمارستان‌ها می‌باشد. بار مراجعه مجدد به بیمارستان‌های خصوصی شهر تهران بالا گزارش شده است که این نقیصه ناشی از درمان ناقص، عود بیماری، تشخیص نادرست، ترخیص با میل شخصی، لغو عمل جراحی، عفونت بیمارستانی، ترخیص موقت، عوارض عمل جراحی و عوارض بیماری می‌باشد (۳۵).

طبق نتایج حاصل از این مطالعه، رضایت بیماران از جنبه ارتباط و تعامل با پزشکان و پرستاران، بهره‌مندی از هتلینگ و خدمات رفاهی، مناسب برآورد گردید، اما از نظر بالینی، نیاز به بهبود کیفیت خدمات احساس می‌شود. در بیمارستان‌های خصوصی شهر تبریز نیز چنین بیان شده است که رضایتمندی فقط از بعد رفاهی خدمات بالا می‌باشد و از بعد جسمانی و

بیمارستان‌های خصوصی شهر قم از نظر وسعت، داشتن امکانات رفاهی و نمای ظاهری در حد قابل قبول و مطلوبی بودند (۲۶). حمایت‌های مطلوب افراد خیر در شهر قم (۲۶)، یکی از علل مؤثر بر مطلوب بودن وضعیت فیزیکی بیمارستان‌های خصوصی می‌باشد. از جمله مطالعات خارجی انجام شده در این زمینه می‌توان به تحقیقات صورت گرفته در تایلند (۲۷) و قبرس (۲۸) اشاره نمود که عوامل فیزیکی و محسوس موجود در بیمارستان‌های خصوصی را مطلوب ارزیابی کردند. این مطلوبیت در حدی بود که منجر به بهبود کیفیت خدمات ارائه شده گردید. Gray و Boshoff نیز در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که مناسب بودن مکان و فضای فیزیکی بیمارستان خصوصی و بهره‌مندی از امکانات و تجهیزات درمانی مطلوب، از جمله عوامل مؤثر بر انتخاب این بیمارستان‌ها می‌باشد (۲۹). عدم به کارگیری افراد فارغ‌التحصیل رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مهم‌ترین دلیل ضعف مهارت‌های مدیریتی در این دسته از بیمارستان‌ها عنوان شده است. این یافته در مطالعه انجام شده بر روی بیمارستان‌های خصوصی شهر شیراز هم تأیید شده است (۳۰).

حضور پزشکان و متخصصان با تجربه و مشهور در بیمارستان‌های خصوصی، نقطه قوت این دسته از بیمارستان‌ها در مطالعه حاضر مطرح شد؛ در حالی که کمبود تعداد پرستار و جذب پرستاران بی‌تجربه، یکی از علل نامطلوب بودن کیفیت خدمات ارائه شده عنوان شده است. کمبود نیروی انسانی مورد نیاز در کادر پرستاری، اداری، مالی و خدماتی در بیمارستان‌های خصوصی شهر تبریز نیز تأیید شده است (۳۱). طبق نتایج مطالعه انجام شده در شهر یزد، کمیت نیروی کار، کیفیت نیروی کار و به روز بودن کارکنان در همه بیمارستان‌های خصوصی مورد مطالعه بسیار مناسب بود (۳۲). دلیل اصلی این مغایرت را می‌توان به محیط مطالعه نسبت داد. شهر یزد از جمله شهرهایی است که در زمینه خصوصی‌سازی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی موفق بوده است. دلیل اصلی این موفقیت، وجود رقابت بیشتر ناشی از زیاد بودن تعداد بیمارستان‌های خصوصی شهر یزد می‌باشد.

هم از بعد کیفیت، محدودیت قرارداد با سازمان‌های بیمه به خصوص با بیمه‌های تکمیلی و فقدان حمایت و پشتیبانی دولت و سایر ارگان‌های دولتی و مردمی اشاره نمود. پوشش ناکافی بیمه پایه همگانی در بیمارستان‌های خصوصی، عامل اصلی انتخاب بیمه‌های مکمل برای مراجعه به این بیمارستان‌ها عنوان شده است (۴۵). تعهدات بیمه خدمات درمانی در مقابل هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های خصوصی شهر تهران، حدود یک چهارم است و بقیه هزینه‌ها بر عهده بیمه شدگان می‌باشد (۴۶).

بر اساس یافته‌های پژوهش، ارزشیابی بیمارستان‌های خصوصی نسبت به بیمارستان‌های دولتی با دقت بیشتری انجام می‌شود. همچنین، در بعضی موارد احتمال ارزیابی ناعادلانه این دسته از بیمارستان‌ها به دلیل کسب امتیاز بالای اعتباربخشی، توسط بیمارستان‌های دولتی وجود دارد؛ در حالی که نتیجه مطالعه انجام شده در شهر تهران نشان داد که درجه ارزشیابی بیمارستان‌های خصوصی نسبت به بیمارستان‌های دولتی، واقعی‌تر است (۷).

با وجود این که نظام پرداخت بیماری‌ها در همه بیمارستان‌ها به صورت سراسری و بدون توجه به مدت بستری بیمار انجام می‌شود، اما یافته‌های پژوهش نشان داد که احتمال کمتر بودن طول مدت اقامت بیماران در بیمارستان‌های خصوصی وجود دارد. البته می‌توان علت این امر را به انجام جراحی‌های لاپاروسکوپی نسبت داد. این نتیجه در مطالعه انجام شده در بیمارستان‌های خصوصی شهر تبریز هم تأیید شده است (۴۷). همچنین، بالا بودن هزینه درمان، برجسته‌ترین مشکل بیمارستان‌های خصوصی عنوان گردید که در بسیاری از مطالعات به این موضوع اشاره شده است. از جمله در مطالعه انجام شده در یزد، بالا بودن هزینه‌های درمانی و غیر درمانی به عنوان مهم‌ترین چالش بیمارستان‌های خصوصی گزارش گردید (۴۸). در مطالعه‌ای که در بنگلادش انجام شد، غلبه دیدگاه تجاری بر درمانی در بیمارستان‌های خصوصی مورد اشاره قرار گرفته است (۴۱). همچنین، ارائه خدمات غیر ضروری فقط با هدف کسب سود و دریافت زیرمیزی از بیماران در بیمارستان‌های بخش

اخلاقی، رضایت بیمار در سطح مطلوبی نیست (۳۶). در بیمارستان‌های خصوصی شهرستان شهرضا، افزایش سطح توقعات بیماران و توجه افراطی آنان به تأسیسات فیزیکی و تجهیزات و ارتباط نامناسب مدیریت بیمارستان با بیماران و پرسنل، موجب نارضایتی بیماران از کیفیت خدمات شده است (۳۷). این در حالی است که در ترکیه، میزان رضایتمندی بیماران از خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های خصوصی، مطلوب برآورد گردید (۳۸). رضایت بیماران از خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های خصوصی به قدری مطلوب است که باعث افزایش مراجعه بیماران به این بیمارستان‌ها می‌شود (۳۹). کیفیت خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های خصوصی پاکستان نیز در سطح مطلوبی بود (۴۰). در بیمارستان‌های خصوصی بنگلادش چون بحث یارانه مطرح نیست و درآمد بیمارستان وابسته به مشتریان است، نسبت به بیمارستان عمومی تمایل بیشتری به ارائه خدمات با کیفیت بالا دارند (۴۱). مطالعه Arasli و همکاران با هدف بررسی کیفیت خدمات بیمارستان‌های دولتی و خصوصی، تفاوتی را در میزان رضایتمندی بیماران بیمارستان‌های خصوصی و دولتی ایسلند نشان نداد (۴۲)؛ در حالی که Taner و Antony در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که میزان رضایتمندی در بیمارستان‌های خصوصی ترکیه، بیشتر از بیمارستان‌های دولتی است (۳۸). تفاوت نتیجه مطالعات را می‌توان به تفاوت وضعیت خصوصی‌سازی درمان در کشورهای مختلف نسبت داد. بر اساس مطالعه‌ای که در نیویورک انجام شد، ارائه خدمات از طریق بخش خصوصی، کمترین رضایت را در بیماران ایجاد نموده است (۴۳). Prasanna و همکاران با بررسی رضایت بیماران از بیمارستان‌های خصوصی، به این نتیجه دست یافتند که در این بیمارستان‌ها، رضایت بیمار از زمان انتظار، در دسترس بودن خدمات و مطلوبیت مراقبت‌های ارائه شده مناسب است و تنها عاملی که باعث نارضایتی بیماران می‌گردد، هزینه بالای درمان می‌باشد (۴۴). از مشکلات مطرح شده در بیمارستان‌های خصوصی می‌توان به مواردی همچون نامناسب بودن نظارت دولت بر عملکرد بیمارستان‌های بخش خصوصی هم از بعد کمیت و

خصوصی از نتایج مطالعه O'Callaghan و Camilleri می‌باشد (۴۹).

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر که با هدف شناسایی چالش‌ها و مشکلات بیمارستان‌های خصوصی انجام شد، نشان داد که بیمارستان‌های خصوصی با مشکلات عمده‌ای از جمله بالا بودن هزینه درمان، کم بودن حقوق و پایین بودن سطح رضایت و امنیت شغلی پرستاران، عدم پایداری بیمه‌های پایه و تکمیلی طرف قرارداد به تعهداتشان، کمبود نیروی انسانی و از دست دادن نیروهای جذب شده در صورت اعلام جذب نیرو در بخش دولتی، فرسوده بودن ساختمان و فضای فیزیکی و کمبود نسبی امکانات و تجهیزات درمانی، بالا بودن میزان جراحی‌های الکتیو و فقدان پشتوانه مالی دولت مواجه هستند. با وجود این مشکلات، مواردی هم به عنوان نقطه قوت و برتری بیمارستان‌های خصوصی نسبت به بیمارستان‌های دولتی مطرح گردید که از جمله این موارد می‌توان به بالا بودن سطح رضایت بیماران از منشور حقوق بیمار، ارائه خدمات هتلینگ و رفاهی مطلوب، برخورد مناسب پرسنل درمانی و غیر درمانی با بیمار و رضایت بیمار از کیفیت عملکردی خدمات ارائه شده اشاره نمود.

به منظور بهبود فضای رقابتی و تشویق سرمایه‌گذاران نسبت به ورود به بخش خصوصی، ضرورت دارد تا سیاست‌گذاران و مسؤولان دانشگاه علوم پزشکی کرمان و مسؤولان سایر سازمان‌های استان با اتکا بر نتایج حاصل از این پژوهش و تقویت نقاط قوت و کاهش محدودیت‌ها، اقداماتی را در جهت بهبود فضای کسب و کار در این حوزه به عمل آورند تا علاوه بر کمک به تحقق اصل ۴۴ قانون اساسی، مسؤولان دانشگاه علوم پزشکی کرمان به عنوان نماینده وزارت بهداشت در استان، بتوانند بیشتر به وظایف تولییتی محول شده بپردازند و خود را از بحث ارائه خدمات جدا سازند، امری که به طور قطع منجر به بهبود سلامت مردم و

توسعه استان می‌گردد.

با توجه به مشکلات مطرح شده در بیمارستان‌های خصوصی، پیشنهاد می‌گردد که علاوه بر ایجاد و توسعه بیمارستان‌های خصوصی، به بهبود و ارتقای وضعیت این بخش از نظام سلامت بیشتر از قبل توجه گردد و بستر لازم برای حضور بیمارستان‌های خصوصی در پیکره نظام سلامت فراهم شود. توجه به سه رأس مثلث خصوصی‌سازی (مدیریت کارا، اقتصاد سالم و کارکنان بانگیزه) می‌تواند راهگشای بسیاری از مشکلات مطرح شده باشد.

نتایج پژوهش حاضر می‌تواند جهت شناسایی نقاط ضعف و مشکلات بیمارستان‌های بخش خصوصی مورد استفاده سیاست‌گذاران حوزه سلامت و مدیران بیمارستان‌های خصوصی قرار گیرد. این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود؛ از جمله این که مشکلات بررسی شده بسیار گسترده بودند و فقط مربوط به مشکلات درونی بیمارستان نبودند. از این‌رو، توصیه می‌شود که در مطالعات آینده، هر یک از موضوعات شناسایی شده در این مطالعه در قالب یک مطالعه مجزا و در سطح ملی مورد بررسی تفصیلی قرار گیرد. از دیگر محدودیت‌های مطالعه، می‌توان به عدم تمایل بعضی از صاحب‌نظران به شرکت در مطالعه و اظهار نظر در مورد مشکلات بیمارستان‌های خصوصی اشاره کرد. کمبود مطالعات مشابه داخلی و خارجی به ویژه در قالب مدل الماس Porter از دیگر محدودیت‌های مطالعه به شمار می‌رود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از (بخشی از) طرح تحقیقاتی تحت عنوان «تحلیل رقابتی صنعت بیمارستان‌های خصوصی به منظور شناسایی چالش‌های موجود با استفاده از الگوی رقابتی Porter در کرمان در سال ۱۳۹۳»، مصوب دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۹۳ با کد ۵۳۱/۹۳ می‌باشد که با حمایت کمیته تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد.

References

- Nasiripour A, Gohari M, Nafisi A. Branding and functional indices relationship in Mashhad Ghaem Hospital. *J Health Adm* 2010; 13(41): 15-20. [In Persian].
- Yaghoubi M, Agharahimi Z, Karimi S, Javadi M. Factors affecting patients' preferences in choosing a hospital based on the mix marketing components in Isfahan. *Hakim Res J* 2011; 14(2): 106-14. [In Persian].
- Preker AS, Harding A. Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals. Washington, D.C: World Bank Group InfoShop Bookstore; 2003.
- Ganbari R, Karimi E, Mahmoudi M. Designing a model of competition in Iranian public hospital services. *Journal of Health Management* 2009; 1(3): 57-68. [In Persian].
- Jabari Beyrami H, Tabibi SJ, Delgoshai B, Mahmoudi M, Bakhshian F. A comparative study on decentralization mechanisms in provision of health services in health system of selected countries, and presenting a model for Iran. *J Health Adm* 2007; 10(27): 33-40. [In Persian].
- Buse K, Waxman A. Public-private health partnerships: a strategy for WHO. *The International Journal of Public Health* 2001; 79(8): 748-54.
- Niknyaz A, Farahbakhsh M, Sadegh Tabrizi J, Ashjaei K, Abdolahi H, Zakeri A, et al. Comparison model of management and job satisfaction in healthcare comparative and public health centers. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2007; 29(2): 139-46. [In Persian].
- Zariei Gavkani F, Poorreza A, Hosseini M, Akbari F. Private hospitals' difficulties: Top managers' perspective. *Payesh Health Monit* 2010; 10(1): 73-82. [In Persian].
- Albrecht T. Privatization processes in health care in Europe--a move in the right direction, a 'trendy' option, or a step back? *Eur J Public Health* 2009; 19(5): 448-50.
- Kessler DP, McClellan MB. The effects of hospital ownership on medical productivity. *The RAND Journal of Economics* 2002; 33(3): 488-506.
- Rogowski J, Jain AK, Escarce JJ. Hospital Competition, Managed Care, and Mortality after Hospitalization for Medical Conditions in California. *Health Serv Res* 2007; 42(2): 682-705.
- O'Malley JF. Ultimate patient satisfaction: designing, implementing or rejuvenating an effective patient satisfaction and TQM program (HFMA Healthcare Financial Management). New York, NY: McGraw-Hill Education; 1997.
- Kikeri S, Kolo A. Privatization: trends and recent developments [Online]. [cited 2005 Nov]; Available from: URL: <http://web.worldbank.org/archive/website01021/WEB/IMAGES/WPS3765.PDF>
- Arab M, Ravangard RR, Omrani G, Mahmoodi M. Wastes management assessment at public-teaching and private hospitals affiliated to Teheran University of Medical Sciences, Iran. *J Health Adm* 2010; 12(38): 71-7. [In Persian].
- Varmaghani M, Arab M, Zeraati H, Akbari Sari A. Factors affecting in choosing public and private hospitals in Tehran for treatment in 2008. *Hospital* 2011; 10(1): 52-45. [In Persian].
- Sayyari AA. Health and influencing factors [Online]. [cited 2010]; Available from: URL: http://behdasht.gov.ir/uploads/126_139_asl_29_ghanoon.doc/
- Zare H. Privatization of health insurance strategies: the fundamentals of health insurance in Iran. Tehran, Iran: Elmifarhangi Publications; 2005.
- Moradi M, Shafei R. Competitiveness from the perspective of Porter's diamond model. *Tadbir Journal*. 2005.
- Buckley PJ. Foreign Market Servicing Strategies and Competitiveness. *Journal of General Management* 1991; 17(2): 34-46.
- Bartlett C, Ghoshal S. Foreign Market Servicing Strategies and Competitiveness. Boston, MA: Harvard Business Press; 1989.
- Liu SS, Luo X, Shi YZ. Market-oriented organizations in an emerging economy: A study of missing links. *Journal of Business Research* 2003; 56(6): 481-91.
- McGahan AM, Silverman B. Profiting from technological innovation by others: The effect of competitor patenting on firm value. *Research Policy*, 2006; 35(8): 1222-42.
- Porter ME. Competitive advantage of nations: creating and sustaining superior performance. New York, NY: Simon and Schuster; 1990.
- Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In: Huberman M, Miles MB, Editors. *The qualitative researcher's companion*. New York, NY: SAGE Publishing; 2002.

25. Gharaee H, Bahrami MA, Hamidi Y, Tapak L, Asgari R. The relationship between organizational climate and accountability in selected governmental, private and charities hospitals in Hamadan and Yazd in 2013. *Journal of Health Care Management* 2011; 3(1-2): 35-47. [In Persian].
26. Seidi M, Heidary A, Khorramy-Rad A, Ahmariy-Tehran H. Comparative study of patient satisfaction, physical space and medical equipment between governmental and private hospitals. *Iran J Nurs* 2009; 22(59): 42-50. [In Persian].
27. Yousapronpaiboon K, Johnson WC. A comparison of service quality between private and public hospitals in Thailand. *International Journal of Business and Social Science* 2013; 4(11): 176-84.
28. Yesilada F, Direktör E. Health care service quality: A comparison of public and private hospitals. *Afr J Bus Manage* 2010; 4(6): 962-71.
29. Boshoff C, Gray B. The relationships between service quality, customer satisfaction and buying intentions in the private hospital industry. *South African Journal of Business Management* 2004; 35(4): 27-37.
30. Ravangard R, Keshtkaran V, Niknam S, Yusefi AR, Heidari A R. The decision-making styles of managers of public and private hospitals in Shiraz. *Hospital* 2013; 12(3): 39-45. [In Persian].
31. Janati A, Gholizadeh A, Pazireh M. Comparison the situation of human resources in governmental, private and social security hospitals in Tabriz. *Proceedings of the 1st Student Congress of Clinical Governance and Continuous Quality Improvement*; 2012 Jul 17-19; Tabriz, Iran. [In Persian].
32. Azadi F, Maleki MR, Azmal M. Performance of Tehran's selected public and private hospitals in attracting medical tourists from foreign customers points of view. *Hospital* 2013; 12(3): 47-53. [In Persian].
33. Shahbazi L, Salimi T. Job satisfaction of nurses in hospitals in Yazd. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2002; 10(Suppl 3): 70-3. [In Persian].
34. Manjoghi N, Noori A, Arizi H, Fasihzadeh N. Errors, misconducts, improper hospital conditions, and whistleblowing by nurses of Isfahan hospitals. *Iran J Med Ethics Hist Med* 2012; 5(4): 51-64. [In Persian].
35. Velayati F. Reviews factors of readmissions of patients in private hospitals under the supervision of Medical Sciences and Health Services, Iran [MSc Thesis]. *Iran University of Medical Sciences*; 1998. [In Persian].
36. Azari S, Sehati-Shafae F, Ebrahimi H. Quality of providing care before and after cesarean delivery in public and private hospitals in Tabriz. *Proceedings of the 1st Student Congress of Clinical Governance and Continuous Quality Improvement*; 2012 Jul 17-19; Tabriz, Iran. [In Persian].
37. Ahmadi AA, Mobaraki H, Maljaei M. The effects of executing autonomy plan on the extend of admitted patient satisfaction in hospitals of Shahreza city: a case study. *Health Inf Manage* 2014; 11(2): 260-9. [In Persian].
38. Taner T, Antony J. Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2006; 19(2-3): i-x.
39. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 2001; 52(4): 609-20.
40. Irfan SM, Ijaz A. Comparison of service quality between private and public hospitals: empirical evidences from Pakistan. *Journal of Quality and Technology Management* 2011; 12(1): 1-22.
41. Andaleeb SS. Public and private hospitals in Bangladesh: service quality and predictors of hospital choice. *Health Policy Plan* 2000; 15(1): 95-102.
42. Arasli H, Ekiz EH, Katircioglu ST. Gearing service quality into public and private hospitals in small islands: empirical evidence from Cyprus. *Int J Health Care Qual Assur* 2008; 21(1): 8-23.
43. McPake B, Kumaranayake L, Normand C. *Health economics: an international perspective*. New York, NY: Taylor & Francis; 2002.
44. Prasanna K, Bashith M, Sucharitha S. Consumer satisfaction about hospital services: a study from the outpatient department of a private medical college hospital at Mangalore. *Indian J Community Med* 2009; 34(2): 156-9.
45. Vafaenajar A, Karimi I, Sedghian E. A comparative study of supplementary healthcare services packages in selected countries and presenting a model for Iran. *Health Inf Manage* 2006; 3(1): 51-62. [In Persian].
46. Ferdowsi M, Mohamadizadeh M. The investigation of the patients' satisfaction from social care insurance and complementary insurance in medical centers in Tehran. *Health Inf Manage* 2005; 2(1): 46-53. [In Persian].
47. Haghoshaei E, Narimani M, Modir Shahla A, Takbiri A, Abolghasem Gorji H. Day clinic: a model for reducing the length of stay in hospitals. *J Health Adm* 2012; 14(46): 21-30. [In Persian].
48. Amery H, Panahi M, Jafari A, Khalafi A, Alizadeh H, Abbaspour R. The reasons of private hospital selection by patients in Yazd province for treatment. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences* 2013; 1(3): 37-42. [In Persian].
49. Camilleri D, O'Callaghan M. Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 1998; 11(4): 127-33.

The Competitive Analysis of the Private Hospital Industry Using Porter's Competitive Diamond Model: A Case Study in Kerman 2014

Mahmood Nekoei-Moghadam¹, Mohammadreza Amiresmaili², Azar Izadi³

Original Article

Abstract

Introduction: Changes in diseases pattern and increase in demand have necessitated private hospitals' involvement in the health system. The purpose of this study was to analyze the private hospital industry in order to identify its strengths and weaknesses.

Method: This qualitative study was carried out through phenomenological approach. The study participants consisted of 17 experts and chief managers of private hospitals and were selected through purposive and snowball sampling. Data collection was conducted through semi-structured interviews. The data were analyzed using framework analysis method.

Results: The challenges of the private hospital industry, in the format of Porter's diamond model, included 4 main themes and 21 minor themes. The most important challenges of private hospitals were shortage of medical equipment and facilities, old hospital building and physical environment, nursing shortage, lack of job security, and poor of management skills. The strengths of private hospitals were patient satisfaction with welfare services, good relationship between healthcare personnel and patients, and observance of the patient rights charter.

Conclusion: Dominance of profit on the private sector's management viewpoint, lack of state financial support, limitations on signing contracts with a variety of supplemental insurances, and poor government monitoring are the major causes of problems in private hospitals. The realization of private-public cooperation in community health improvement can be expected through increased government support and the improvement of the quality and quantity of human, informational, and physical resources.

Keywords: Private hospitals, Competition, Porter's diamond model.

Citation: Nekoei-Moghadam M, Amiresmaili M, Izadi A. **The Competitive Analysis of the Private Hospital Industry Using Porter's Competitive Diamond Model: A Case Study in Kerman 2014.** J Qual Res Health Sci 2016; 5(1): 29-45.

Received date: 28.12.2015

Accept date: 12.3.2016

1- Associate Professor, Department of Health Services Management, Health Services Management Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

2- Associate Professor, Department of Health Services Management, Health Services Management Research Center, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

3- MSc Student, Department of Health Services Management, School of Management and Medical Information, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran

Corresponding Author: Azar Izadi, Email: azar.izadi@gmail.com