

- وصول مقاله: ۹۸/۴/۵
- اصلاح نهایی: ۹۸/۶/۱۶
- پذیرش نهایی: ۹۸/۶/۲۰

## ضدبازاریابی استفاده غیر ضروری از خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی

چکیده

قاسم زارعی<sup>۱</sup> / طاهره زارعی<sup>۲</sup> / سمیه پورقدیمی<sup>۳</sup>

**مقدمه:** خدمات درمانی هم‌چون سایر بخش‌های خدماتی ظرفیت مشخصی دارد و استفاده بیش‌ازاندازه از این ظرفیت باعث کاهش کیفیت خواهد شد. بخشی از مراجعات به سازمان تأمین اجتماعی برای استفاده از خدمات درمانی، مراجعاتی غیر ضروری است و باعث استفاده نادرست از ظرفیت‌های موجود می‌شود. ضدبازاریابی یکی از وظایف بازاریابان است که برای انجام فعالیت‌هایی جهت دلسرد کردن مردم از مصرف محصولات یا خدمات می‌باشد. هدف پژوهش حاضر شناسایی علل و راهکارهای اساسی ضدبازاریابی در استفاده از خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی بود.

**روش پژوهش:** پژوهش حاضر از بعد هدف کاربردی و از لحاظ ماهیت پژوهشی، اکتشافی و از لحاظ رویکرد از نوع پژوهش کیفی است. در این پژوهش داده‌های حاصل از مصاحبه با ۲۴ نفر از پزشکان، کارکنان و مراجعین به مراکز درمانی تأمین اجتماعی اردبیل با استفاده از روش تئوری داده بنیاد در طی سه مرحله (کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی) تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** در نتیجه تحلیل داده‌ها تعداد ۲۷ مفهوم از کل مصاحبه‌ها استخراج شد و نهایتاً در کدگذاری انتخابی در شش مؤلفه فرهنگی، شخصی، زیرساختی، دسترسی، پزشکی و اطلاعاتی دسته‌بندی شدند.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج پژوهش، سازمان تأمین اجتماعی باید ضمن توجه به علل اساسی مراجعات غیر ضروری به مراکز درمانی تأمین اجتماعی، راهکارهای مربوطه در حوزه‌های مختلف فرهنگی، شخصی، بیمارستانی، ارتباطی را در برنامه‌ریزی‌های خود مورد توجه قرار دهند.

**کلیدواژه‌ها:** ضدبازاریابی، خدمات درمانی، تأمین اجتماعی، تئوری داده بنیاد، مراجعات غیر ضروری.

۱- دانشیار مدیریت، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۲- مربی پرستاری، دانشکده علوم پزشکی سراب، سراب، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: info@drgz.ir

## مقدمه

بازاریابی فعالیتی انسانی است در جهت ارضای نیازها و خواسته‌ها از طریق فرایند مبادله، ولی تعداد زیادی کالا و خدمات هستند که ممکن است تقاضا برای آنها از نقطه نظر صلاح و سلامت مصرف‌کننده، صلاح و سلامت جامعه و صلاح و سلامت عرضه‌کننده آن، ناسالم تشخیص داده شوند، تقاضای ناسالم وضعیتی است که احساس می‌شود، هر مقدار تقاضا، به دلیل کیفیت غیرقابل قبولی که در عرضه کالا و یا خدمت خاصی وجود دارد، زائد هست [۱]. ضدبازاریابی به عنوان فنی است برای غلبه بر رفتارها و تقاضاهای ناسالم مصرف‌کنندگان و نوعی مبارزه با مصرف را برای برخی از محصولات به وجود می‌آورد [۲]. ضدبازاریابی یک محصول یا یک رفتار کوششی برای دلسرد کردن عموم یا دسته معینی از مشتریان خاص در هر یک از مبناهای موقتی و دائمی است و یا به عبارت دیگر گونه‌ای بازاریابی است که هدف آن کاهش موقتی یا دائمی تقاضا می‌باشد [۳، ۱]. برای نمونه می‌توان به مشروبات الکلی؛ تریاک؛ سیگار؛ داروهای مخدر؛ انواع مختلف کالاهای مصرفی، کشاورزی و صنعتی به منظور احتکار؛ خدمات غیرقانونی (انجام کارهای خارج از حیطه قوانین کشور) و کالاها و خدمات متعددی که اجازه ورود به کشور را از لحاظ قانونی ندارند، اشاره کرد. فعالیتی که به منظور از بین بردن تقاضا برای چیزی انجام می‌شود، ضدبازاریابی نامیده می‌شود [۴]. این اصطلاح بیشتر در صنایع بهداشتی و جایی که خطر استفاده از کالاهای گران‌قیمت غیرضروری وجود دارد، استفاده می‌شود؛ از این رو در نسل‌های آینده تأثیر بسزایی دارد [۳]. هم‌چنین این مفهوم توسط دولت‌ها هنگام مواجهه با کمبود کوتاه‌مدت برخی کالاها و خدمات به کار می‌رود [۵]. ضدبازاریابی اهداف و اشکال مختلفی دارد، برای مثال می‌توان به انتخاب موقعیت‌های ناخوشایند، حذف خصوصیت‌های مفید محصول، پیشنهاد برای خدمات محدودشده، انبار کردن موجودی کالا، کاهش شدت تبلیغات یا ارسال یک محصول خارج از فصل اشاره کرد [۶] و

استراتژی‌های مختلفی هم‌چون کاهش مزیت‌های محصول و اصلاح کیفیت خدمات، کاهش عرضه بیش‌ازحد و غیرضروری و یا تغییر میزان دسترسی به کانال‌های توزیع برای ضدبازاریابی به کار می‌روند [۷]. تأمین اجتماعی، نوعی بیمه اجتماعی است؛ یعنی یک نظام بیم اجباری و به مسئولیت عامه، تحت حمایت قانون با مزایای معین و از طریق پرداخت حق بیمه، به‌وسیله کارفرمایان و کارگران و کارکنان با پرداخت ناچیز از طرف دولت تأمین مالی می‌شود [۸]. یکی از وظایف اصلی سازمان تأمین اجتماعی، ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان است [۹]. سازمان تأمین اجتماعی به‌عنوان یک سازمان بیمه‌ای، دارای خدمات متنوعی است که بیمه‌شدگان از آن بهره‌مند می‌باشند، خدماتی شامل: بیمه بازنشستگی، بیمه بیکاری، غرامت دستمزد ایام بیماری، کمک‌هزینه ازدواج، وسایل کمک پزشکی و خدمات درمانی شامل درمان مستقیم و غیرمستقیم هست. حدود ۳۰ میلیون از جمعیت کشور اعم از بیمه‌شدگان و مستمری‌بگیران از خدمات درمانی و بیمه‌ای تأمین اجتماعی استفاده می‌نمایند و حدود ۷۰ بیمارستان، ۲۶۸ درمانگاه، پلی کلینیک و دی کلینیک و هم‌چنین ۴۸۶ شعبه سازمانی، امر خدمت‌رسانی تحت پوشش را عهده‌دار هستند [۱۰]. پرداختن به مسائل بازاریابی در بیمارستان‌ها و سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی در عصر حاضر جهت رفع نیازهای درمانی واقعی، داشتن سهم بیشتر بازار مشتری، درآمد، افزایش کارایی و اثربخشی این مراکز ضروری هست [۱۱]. افزایش رقابت بین بیمارستان‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، افزایش تعداد بیمارستان‌ها خصوصی، بودجه‌های محدود بیمارستان‌ها برخی از تغییرات مهم در بازار سلامت هستند. تحت چنین شرایطی، ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی باید سریعاً اصول شایع در بازار و قانون‌ها و موقعیت خودشان را در هر دو زمینه‌ی پزشکی و اقتصادی به‌عنوان یک ارائه‌کننده‌ی خدمات بهداشتی خوب به‌وسیله‌ی مدیریت حرفه‌ای، اخلاقی و مشتری محور قبول کنند [۱۲]. بیماران نیز به‌طور

اربيلى بودند. نمونه‌گيرى به‌صورت نمونه‌گيرى هدفمند انجام شد؛ بدین‌صورت افرادى موردبررسى قرار گرفتند كه گزینه‌هاى بهتری در موضوع مدنظر بودند و تعداد نمونه تا رسیدن به اشباع نظرى ادامه یافت. اشباع نظرى به این مفهوم است كه با تكرار مصاحبه موارد جدیدى به یافته‌هاى پژوهش اضافه نشود. با توجه به این موضوع حجم نمونه نهایتاً ۲۴ مورد شد.

داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌هاى عمیق نیمه ساختاریافته و بدون ساختار گرداوری شدند و با استفاده از روش تئورى داده‌بنیاد مورد تحلیل قرار گرفتند. برای اطمینان از روایی مصاحبه‌ها، اعتمادسازی در مصاحبه‌ها صورت گرفت، نتایج مصاحبه مجدداً با مصاحبه‌شوندگان مرور گردید، سعی بر رعایت تنوع در انتخاب مصاحبه‌شوندگان گردید، هم‌چنین با تنظیم سوالات مصاحبه بدون سوگیری و سعی در دخالت کمتر در صحبت‌هاى افراد، سوگیری در مصاحبه‌ها به حداقل کاهش یافت؛ بنابراین از ۸ معیار مطرح‌شده توسط Creswell برای روایی، ۴ معیار مورد استفاده قرار گرفت. Creswell رعایت حداقل ۲ مورد را برای اطمینان از روایی مصاحبه ضرورى می‌داند [۱۵] برای افزایش پایایی نیز از یادداشت‌برداری مفصل و کدگذاری توسط چند نفر استفاده گردید. هم‌چنین در فرایند تئورى داده‌بنیاد با استفاده از گام‌هاى تحلیل داده‌ها، مشتمل بر کدگذاری باز، محوری و گزینشی و تدوین یک الگوی منطقی یا یک توصیف بصری از نظریه تولیدشده تأکید شد.

کدگذاری باز: پیشامدها یا فعالیت‌هاى واقعى به‌عنوان نشانه‌هاى بالقوه پدیده در نظر گرفته یا تحلیل می‌شوند و بدین‌سان برچسب مفهومی دریافت می‌نمایند. مفاهیم واحدهاى پایه‌ای تحلیل هستند [۱۴].

مقوله‌ها: در مقایسه با مفاهیم انتزاعی‌تر بوده و سطح بالاتری را نشان می‌دهند و از طریق همان فرآیند تحلیل انجام مقایسات تولید می‌شوند [۱۵].

ویژگی و ابعاد: همه نظریه‌پردازان داده‌بنیاد به ویژگی و ابعاد نمی‌پردازند و یا گاهی به‌تناسب موضوع، علاوه بر مقوله، در یک سطح بالاتر مقوله کلان را نیز تعریف

روزافزون در انتخاب مراکز بهداشتی و درمانی درگیر می‌شوند و به موازات آن هزینه‌هاى سنگین بهداشتی و درمانی نیز در حال افزایش است. در این حال بهداشت و درمان نیز به‌صورت تنگاتنگی با بازار اقتصادى مرتبط شده است؛ بنابراین بازاریابی خدمات بهداشتی و درمانی برای بقای فعالیت پزشکان و سازمان‌هاى بهداشتی و درمانی ضرورى شده است [۱۳]. یکی از مباحث مهم در انتخاب خدمات بیمارستانی توسط بیماران کیفیت خدمات است؛ یکی از موارد اساسی در کیفیت خدمات بیمارستانی حجم مراجعات است. مراجعات بیش از ظرفیت باعث کاهش کیفیت خدمات بیمارستان خواهد بود. مراکز درمانی تأمین اجتماعى نیز به‌عنوان یکی از بخش‌هاى درمانی برای افزایش کیفیت خدمات خود بایستی اقدام به کاهش مراجعات غیرضرورى نماید تا از این طریق بتواند کیفیت خدمات خود را افزایش دهد و پاسخگویی مناسبی به مراجعان واقعى داشته باشد.

علیرغم وجود برخی مطالعات در خصوص بازاریابی خدمات درمانی، تاکنون مطالعه‌ای در خصوص ضدبازاریابی خدمات مراکز درمانی انجام نشده است. بر این اساس و با توجه ضرورت موضوع هدف پژوهش حاضر شناسایی علل و راهکارهاى اساسی ضدبازاریابی در استفاده از خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعى می‌باشد.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از بعد هدف کاربردی و از لحاظ ماهیت پژوهشی، اکتشافی و از لحاظ رویکرد از نوع پژوهش کیفی است. مطالعه میدانی با استفاده از مصاحبه و تحلیل داده‌هاى مصاحبه با رویکرد تئورى داده‌بنیاد انجام شد. تئورى داده‌بنیاد به‌جای آزمون فرضیه‌ها خود در تولید معرفت و ساخت نظریه‌ای برخاسته از بستر اجتماع و از نگاه سوژه‌ها به اکتشاف می‌پردازد. مقصود از به‌کارگیری تئورى داده‌بنیاد این است كه نظریه‌ای داشته باشیم كه پیوند عمیق با داده‌هاى ما داشته باشد [۱۴].

جامعه آماری پژوهش حاضر پزشکان، کارکنان و مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی تأمین اجتماعى استان

این قضایا روابط بین مقوله‌ها را در الگوی کدگذاری محوری روشن می‌سازند [۱۴]. قضیه‌ها متضمن روابط مفهومی هستند درحالی‌که فرضیه‌ها مستلزم روابط سنجش‌پذیر. چون نظریه داده بنیاد روابط مفهومی تولید می‌کنند و نه سنجش‌پذیر واژه قضیه مرجح تر است.

در مرحله کدگذاری محوری، توضیح و بیان منطقی مقوله‌ها امری حیاتی است. این کار از طریق خط داستان صورت می‌گیرد. خط داستان عبارت است از توضیح مفصل و جزء به جزء مقوله‌های عمده با ارجاع به یادداشت‌ها، خلاصه‌ها، استناد به نقل قول‌های افراد مورد مطالعه [۱۷]. بررسی خط سیر داستانی تا همین جا بیانگر آن است که بین طبقات و خرده طبقات رابطه تنگاتنگی وجود دارد و با توجه به اهداف و محتوای طرح بایستی روش‌های مناسب در نظر گرفته شود. برای تحقق این امر به تشکیلات ویژه‌ای نیاز است که باید به نحو مطلوبی سازمان‌دهی گردد. به‌طور خلاصه در این پژوهش گام‌های زیر جهت تحلیل کیفی محتوای مصاحبه‌ها انجام گردید:

۱- استخراج شواهد گفتاری (نکات کلیدی)

۲- مفهوم‌پردازی

۳- مقوله‌پردازی

۴- ارائه الگوی پژوهش

### یافته‌ها

در این بخش داده‌های حاصل از مصاحبه با پزشکان، کارکنان و مراجعه‌کنندگان، با روش کدگذاری مورد تحلیل قرار گرفته است. این داده‌ها که از مصاحبه عمیق با ۲۴ نفر استخراج شده‌اند، در طی سه مرحله (کدگذاری باز، کدگذاری محوری و کدگذاری انتخابی) تحلیل شدند. مصاحبه‌ها ضبط شده و فایل صوتی کاملاً پیاده‌سازی شده است.

بدین ترتیب در کدگذاری سطح یک، به گفتارهای کلیدی، در کدگذاری سطح دو به عوامل اساسی مراجعات غیر ضروری به مراکز درمانی تأمین اجتماعی و در کدگذاری سطح ۳ به مؤلفه‌ها توجه شده است. جدول ۱ نتایج کدگذاری باز را نشان می‌دهد. این

می‌کنند. اغلب نظریه‌پردازان در این رهیافت به تحلیل جزئی می‌پردازند. به بیان دیگر متون را خط به خط یا کلمه به کلمه تحلیل می‌کنند. ولی برخی به دلیل زمان‌بر بودن و امکان توقف پژوهش، تنها نکات و مضامین کلیدی را کدگذاری می‌کنند [۱۶].

کدگذاری محوری: به این دلیل محوری است که کدگذاری حول یک محور یا مقوله تحقق می‌یابد. در این مرحله مقوله‌ها، ویژگی‌ها و ابعاد حاصل از کدگذاری باز تدوین شده و سر جای خود قرار می‌گیرند تا دانش فزاینده‌ای در مورد روابط ایجاد شود. در این مرحله پژوهشگر یک مقوله مرحله کدگذاری باز را انتخاب کرده و آن را در مرکز فرایندی که در حال بررسی است، به‌عنوان پدیده مرکزی قرار می‌دهد و سپس دیگر مقوله‌ها را به آن ربط می‌دهد. این مرحله مشتمل بر ترسیم یک نمودار است که الگوی کدگذاری نامیده می‌شود.

شاخص‌های انتخاب الگوی محوری این است که:

- باید محوری باشد یعنی همه مقوله‌ها به آن ربط داده شود.

- باید به‌کرات در داده‌ها ظاهر شود. بدین معنا که در تقریباً همه موارد نشانه‌هایی وجود داشته باشد که به آن استناد کند.

- نام یا اصطلاحی که به کار می‌رود به اندازه کافی انتزاعی باشد که بتواند در پژوهش‌های دیگر استفاده شود تا ما را به سمت یک نظریه عمومی‌تر هدایت نماید.

- هنگامی که مفهوم به شیوه تحلیل از طریق تلفیق با سایر مفاهیم دیگر بهبود می‌یابد، نظریه از نظر عمق و قوت اکتشافی رشد پیدا کند.

کدگذاری گزینشی: فرآیند یکپارچه‌سازی و بهبود مقوله‌هاست. فرآیند یکپارچه‌سازی از طریق فن‌هایی مانند خط داستان که مقوله‌ها را به هم پیوند می‌دهد انجام می‌شود. مقوله محوری بخش بسیار مهمی از یکپارچه‌سازی و بهبود مقوله‌هاست [۱۶].

یک نظریه داده‌بنیاد ممکن است با فرضیه‌هایی که استراوس و کرین آن را قضایا می‌نامند، پایان یابد؛ که

شخصى بر مراجعات غيرضرورى بيماران به مراكز درمانى همراستا مى‌باشد. نتايج تحقيق هامولد و همكاران نشان داد كه آزمائشات غيرضرورى بر اقامت غيرضرورى بيماران تاثير گزار است [۱۹]. اين نتيجه با نتيجه تحقيق حاضر مبنى بر تاثير تجويز آزمائشات غيرضرورى بر مراجعات غيرضرورى بيماران همسو است. هم‌چنين نتايج اين تحقيق مبنى بر تاثير ضعف در سيستم پذيرش بر مراجعات غيرضرورى به مراكز درمانى با نتيجه تحقيق محفوظپور و همكاران [۲۰] همسو است. هم‌چنين نتايج تحقيق پزشكى و همكاران نشان داد كه آموزش تاثير زيادى در کاهش هزينه خدمات غيرضرورى پزشكى دارد [۲۱]. اين نتيجه با نتايج تحقيق حاضر مبنى بر تاثير عوامل اطلاعاتى بر مراجعات غيرضرورى به مراكز درمانى همسو است. بر اساس نتايج اين تحقيق عامل فرهنگى بر مراجعات غيرضرورى به مراكز درمانى تاثير دارد. شاخص‌هاى عامل فرهنگى شامل توصيه افراد در خصوص مراجعه به مراكز درمانى، نبود فرهنگ مناسب، عدم تحكيم روابط خانواده، عدم فرهنگ‌سازى مناسب در خصوص ضرورت‌هاى مراجعه به مراكز درمانى بود. بر اين اساس به نظر مى‌رسد براى کاهش مراجعات غيرضرورى نياز به فرهنگ‌سازى هست. فرهنگ‌سازى در خصوص شناخت ضرورت‌هاى مراجعه، از جمله اقدامات لازم است كه در اين خصوص بايستي سازمان برنامه‌ريزان و فعالان سلامت در جامعه در اين خصوص مشاركت نمايند. اين موضوع هم‌چنين نيازمند مشاركت رسانه‌هاى عمومى است.

نتايج اين پژوهش نشان داد كه عوامل شخصى بر مراجعات غيرضرورى به مراكز درمانى تاثير اجتماعى تاثير دارد. شاخص‌هاى اين عامل شامل وجود بيمارى خاص در اطرافيان، ترس و دلواپسى ذهنى از داشتن بيمارى، عدم اعتماد به نفس، بيكارى و عدم اهميت زمان براى مراجعين و داشتن احساسات منفي بود. بر اين اساس مى‌توان گفت كه ترس از بيمارى احتمالى كه ممكن است برگرفته از بيمارى اطرافيان يا عدم اعتماد

جدول سطح اول تحليل داده‌هاى حاصل از مصاحبه را نشان مى‌دهد. بر اساس اين جدول در مرحله كدگذارى باز، ۲۷ گفتار كليدى شناسايى شدند. اين گفتارهاى كليدى شناسايى شده در ادامه در قالب ۲۷ كد سطح يك تنظيم شدند. لازم به ذكر است كه با انجام اولين مصاحبه روند تكميل گفتارهاى كليدى آغاز شد و تا گفتارهاى كليدى با افزايش تعداد مصاحبه‌ها تكميل شد به بيان ديگر فرايند تحليل داده‌ها همزمان با پيشبرد مصاحبه‌ها انجام گرفت. (جدول ۱)

با توجه به اين كه هدف اين پژوهش ارائه الگو بوده است و نه يك نظريه جهان‌شمول، در اين مرحله عوامل مؤثر در مراجعات غير ضرورى به مراكز درمانى تاثير اجتماعى دسته بندي شوند. در اين مرحله عوامل مؤثر در شش گروه دسته‌بندي شدند كه شامل مؤلفه‌هاى فرهنگى، شخصى، زيرساختى، دسترسى، پزشكى و اطلاعاتى است. معيارهاى اصلى در دسته بندي عوامل شامل هم‌جنسى و شباهت مفهومى شاخص‌هاى هر عامل از يك سو و نيز تفاوت شاخص‌هاى عوامل مختلف از سوي ديگر بود. جدول ۲ جزئيات اين موضوع را نشان مى‌دهد. (جدول ۲)

شكل ۱ مدل نهايى علل مراجعات غيرضرورى افراد به مراكز درمانى تاثير اجتماعى را نشان مى‌دهد. بر اساس اين نمودار اين علل در قالب شش مؤلفه دسته‌بندي شده‌اند كه شامل مؤلفه‌هاى فرهنگى، شخصى، زيرساختى، دسترسى، پزشكى و اطلاعاتى بود. (شكل ۱)

### بحث و نتيجه‌گيرى

اين پژوهش باهدف شناسايى دلایل مراجعه غيرضرورى افراد به مراكز درمانى تاثير اجتماعى و راهكارهاى اين مراجعات در بين مراجعه‌كنندگان به مراكز درمانى سازمان تاثير اجتماعى اربديل انجام گرفت. هوانگ و همكاران در مطالعات خود نشان دادند كه عوامل مرتبط با پزشك و بيمار با اقامت غيرضرورى بيماران در بيمارستان مرتبط است [۱۸]. اين نتيجه با نتايج تحقيق حاضر مبنى بر تاثير عوامل پزشكى و

برقراری ارتباط درست بین برخی پزشکان با بیماران است. گاهی افرادی که به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند علیرغم اینکه توسط پزشک مربوطه اعلام می‌شود نیازی به مراجعات بعدی نیست و علائمی خاص در ادامه روند درمان طبیعی است، با این حال به دلیل عدم توجه درست، مراجعات مکرر غیرضروری توسط بیمار صورت می‌گیرد. بر این اساس پیشنهاد می‌شود پزشکان و کادر مراکز درمانی تأمین اجتماعی بیماران را در خصوص زمان بعدی مراجعه و علائم احتمالی روند درمان آشنا نمایند تا از مراجعات اضافی در طول درمان جلوگیری شود. همچنین پیشنهاد می‌شود تجویز دارو و آزمایش‌های در موارد غیرضروری کاهش یابد.

با توجه به نتایج این پژوهش عوامل زیرساختی بر مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی تأثیر دارد. شاخص‌های این عامل شامل ارائه خدمات درمانی رایگان، عدم تفکیک مناسب سیستم صف، ضعف در سیستم پذیرش، تعیین معیارهای کمی ارزیابی بود. بر اساس این نتایج پیشنهاد می‌شود اولاً مراجعات ضروری و غیرضروری تفکیک شوند و سیستم صف مراکز درمانی بر اساس نوع و شدت بیماری باز تنظیم شود. به این صورت که موارد ضروری در اسرع وقت پاسخگویی شود و موارد با اولویت کمتر در انتهای سیستم صف قرار گیرند. چنانچه این نوع سیستم نوبت‌دهی به درستی تنظیم شود می‌تواند تا حد زیادی مراجعات غیرضروری را کاهش دهد. همچنین به نظر می‌رسد وجود معیارهای کمی ارزیابی مثل تعداد بیماران برای ارزیابی مراکز درمانی، بر مراجعات غیرضروری بی‌تأثیر نیست. بر این اساس پیشنهاد می‌شود معیارهای ارزیابی مراکز درمانی به سمت ارزیابی‌های کیفی حرکت کنند.

بر اساس نتایج این پژوهش عامل دسترسی بر مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی تأثیر دارد. شاخص‌های این عامل شامل دسترسی آسان به دارو، عدم اخذ هزینه و دسترسی آسان به خدمات درمانی بود. پیشنهادی که بر این اساس می‌توان ارائه نمود این است که راهکاری اندیشیده شود تا مراجعات ضروری و

به نفس یا هر عامل دیگری باشد، یکی از دلایل مراجعات غیرضروری است. بر این اساس یکی از راهکارهای کاهش این نوع مراجعات آموزش لازم به جامعه در خصوص علائم سلامت و موارد غیرضروری است تا از این طریق اطمینان در خصوص عدم بیماری در افراد غیر بیمار ایجاد شود و مراجعات غیرضروری در این حوزه کاهش یابد. منفی‌نگری در جامعه یکی دیگر از دلایل مراجعات غیرضروری است که نیازمند فرهنگ‌سازی است. همچنین عدم اهمیت زمان برای مردم بر مراجعات غیرضروری تأثیرگذار است. در فرهنگ جامعه ما زمان جزو کم‌اهمیت‌ترین موارد برای مردم تلقی می‌شود حال آنکه این موضوع در فرهنگ کشورهای پیشرفته همچون آلمان جزو مهم‌ترین دارایی‌های افراد است. بر این اساس در این حوزه نیاز به فرهنگ‌سازی است و اهتمام کل جامعه را می‌طلبد.

این پژوهش به این نتیجه دست‌یافت که عامل اطلاعاتی بر مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی تأمین اجتماعی تأثیر دارد. شاخص‌های این عامل شامل پایین بودن سطح آگاهی مردم، کمبود آموزش‌های لازم در خصوص ضرورت‌های مراجعه، کمبود امکانات آموزشی عمومی، کم‌کاری رسانه‌های عمومی و سطح پایین آموزش در جامعه بود. بر این اساس آموزش به جامعه بایستی جزو اولویت‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گیرد. باید تلاش اساسی در راستای افزایش آگاهی جامعه در حوزه نیازمندی‌های مراجعه به مراکز درمانی صورت گیرد و در این آموزش‌ها مواردی که نیاز به مراجعه ندارند تفکیک گردند. در این راستا بایستی امکانات آموزشی لازم فراهم گردد.

بر اساس نتایج این پژوهش عوامل پزشکی بر مراجعه غیرضروری بیماران به مراکز درمانی تأثیر دارد. شاخص‌های این عامل شامل تجویز آزمایش‌های غیرضروری، تجویز غیرضروری دارو، توصیه ویزیت مجدد غیرضروری، عدم اطمینان به ویزیت پزشکان، کیفیت پایین ارتباطات پزشک و بیمار بود. بر این اساس یکی از دلایل مراجعه مکرر غیرضروری عدم

غيرضرورى از هم تفكيك شود و هزينه مراجعات غيرضرورى به شكلى متفاوت تعريف گردد. هم‌چون عمده تحقيقات ميدانى، اين تحقيق نيز داراى محدوديتهايى است. از جمله اين محدوديتها مى‌توان به جامعه مورد مطالعه اشاره كرد. اين تحقيق در شهر اردبيل انجام گرفت و با توجه به مباحث فرهنگى خاص هر جامعه ممكن است علل شناسايى شده و راهكارهاى پيشنهاد شده براى ساير جوامع كاملاً منطبق نباشد و لذا استفاده از آن براى ساير جوامع بايستى با احتياط صورت گيرد. هم‌چنين از ديگر محدوديتهاى موجود در مسير اين تحقيق كمبود پيشينه كافى در زمينه مورد مطالعه بود. در خصوص مراجعات غيرضرورى به مراكز درمانى مطالعات بسيار اندكى صورت گرفته است كه اين موضوع پيشبرد اين تحقيق را با مشكلات بسيارى مواجه نمود.

اين پژوهش به شناسايى عوامل اساسى مؤثر بر مراجعات غيرضرورى به مراكز درمانى تأمين اجتماعى اردبيل پرداخت. پيشنهاد مى‌شود تحقيقات بعدى اولاً اين عوامل را با استفاده از روش‌هاى كمى در جوامع ديگر آمارى آزمودن نمايند. ثانياً پيشنهاد مى‌شود ضمن آزمون كمى نتايج اين تحقيق، تحقيقات آتى به اولويت‌بندى اين عوامل از لحاظ ميزان تأثير بر مراجعات غيرضرورى به مراكز درمانى بپردازند.

### تشكر و قدردانى

پژوهشگران بر خود لازم مى‌دانند از تمامى كسانى كه در شكل‌گيرى اين پژوهش يارى رسان بودند؛ از جمله مصاحبه‌شوندگان پژوهش كه بدون هيچ چشم‌داشتى، وقت گران‌بهاى خود را در اختيار پژوهشگران قرار دادند؛ تشكر و قدردانى نمايند.

جدول ۱ - تعیین کدهای سطح یک از گفتارهای کلیدی با کدگذاری باز

نشانهگر	گفتارهای کلیدی	کدهای سطح یک
PA1	در اکثر اوقات علل مراجعه مکرر به مراکز درمانی توصیه اطرافیان هست.	توصیه اطرافیان
PA2	فرهنگ نامناسب سبب مراجعه بیشتر به مراکز درمانی است.	نبود فرهنگ مناسب
PA3	روابط خانوادگی آشفته که باعث مشکلات عدیده‌ای می‌شود	عدم تحکیم روابط خانواده
PA4	عدم فرهنگ‌سازی مناسب در خصوص ضرورت‌های مراجعه به مراکز درمانی باعث مراجعه بی‌دلیل هست.	عدم فرهنگ‌سازی
PA5	وجود بیماری‌های خاص در اطرافیان که باعث استرس و مراجعه به مراکز درمانی است.	بیماری‌های خاص اطرافیان
PA6	ترس و دلواپسی ذهنی از داشتن بیماری خاص از جمله مشکلات در خصوص مراجعات مکرر هست.	ترس و دلواپسی ذهنی
PA7	بیکاری و اهمیت نداشتن زمان برای مراجعین	بیکاری و عدم اهمیت زمان
PA8	نداشتن اعتماد به نفس در افراد که موجب مراجعه مکرر می‌شود	عدم اعتماد به نفس
PA9	احساسات منفی و اضطراب در افراد یکی از دلایل مراجعه به مراکز درمانی هست.	احساسات منفی
PA10	خدمات درمانی رایگان که به مراجعین تأمین اجتماعی ارائه می‌شود.	خدمات درمانی رایگان
PA11	دسترسی راحت به خدمات درمانی تأمین اجتماعی	دسترسی آسان به خدمات درمانی
PA12	تجویز آزمایش‌های غیر ضروری و بی مورد توسط پزشکان	تجویز آزمایش‌های غیر ضروری
PA13	اخذ نکردن هزینه از مراجعات غیر ضروری	عدم اخذ هزینه
PA14	تفکیک نامناسب سیستم صف بر اساس نوع و شدت بیماری که باعث مراجعات مکرر هست.	عدم تفکیک مناسب سیستم صف
PA15	تجویز دارو برای مراجعات غیر ضروری توسط پزشکان	تجویز غیر ضروری دارو
PA16	ضعف در سیستم پذیرش بر مبنای ضرورت مراجعه	ضعف در سیستم پذیرش
PA17	تعیین معیارهای کمی برای سیستم ارزیابی مراکز درمانی	تعیین معیارهای کمی ارزیابی
PA18	دسترسی آسان و راحت به دارو از طریق مراکز درمانی	دسترسی آسان به دارو
PA19	پایین بودن سطح آگاهی مردم	پایین بودن سطح آگاهی مردم
PA20	کیفیت پایین ارتباط بیماران با پزشکان	کیفیت پایین ارتباطات پزشک و بیمار
PA21	کمبود آموزش‌های لازم در جامعه در خصوص ضرورت‌های مراجعه به مراکز درمانی	کمبود آموزش‌های لازم
PA22	کمبود امکانات آموزشی عمومی در مراکز درمانی	کمبود امکانات آموزشی
PA23	کم‌کاری رسانه‌های عمومی در خصوص اطلاع‌رسانی کافی	کم‌کاری رسانه‌های عمومی
PA24	سطح پایین آموزش در جامعه	سطح پایین آموزش
PA25	امکانات آموزشی نامناسب	کمبود امکانات آموزشی در جامعه
PA26	گاهی وقت‌ها ترجیح می‌دهم که یک پزشک دیگر هم بیماری مرا بررسی کند	عدم اطمینان به ویزیت پزشکان
PA27	پزشکان برخی اوقات که نیازی مراجعه بعدی نیست، پیشنهاد مراجعه مجدد می‌کنند	توصیه ویزیت مجدد غیر ضروری



جدول ۲ - تعيين مفاهيم و مقوله‌ها از كدهاى سطح يك طى مرحله كدگذارى انتخابى

مفاهيم	مقوله‌ها	كدها
مؤلفه‌هاى فرهنگى	نبود فرهنگ مناسب، عدم تحكيم روابط خانواده، عدم فرهنگ‌سازى مناسب، توصيه اطرافيان	PA1, PA2, PA3, PA4
مؤلفه‌هاى شخصى	بيمارى‌هاى خاص در اطرافيان، ترس و دلواپسى ذهنى، بيكارى وعدم اهميت زمان، عدم اعتمادبه‌نفس، داشتن احساسات منفى	PA5, PA6, PA7, PA8, PA9
مؤلفه‌هاى زيرساختى	ارائه خدمات درمانى رايجان، عدم تفكيك مناسب سيستم صف، ضعف در سيستم پذيرش، تعيين معيارهاى كمى ارزشيابى	PA10, PA12, PA14, PA15, PA16, PA17
مؤلفه‌هاى دسترسى	دسترسى آسان به دارو، عدم اخذ هزينه، دسترسى آسان به خدمات درمانى	PA18, PA13, PA11
مؤلفه‌هاى پزشكى	تجويز آزمائش‌هاى غيرضرورى، تجويز غيرضرورى دارو، توصيه ويزيت مجدد غيرضرورى، عدم اطمينان به ويزيت پزشكان، كيفيت پايين ارتباطات پزشك و بيمار	PA12, PA15, PA27, PA26, PA20
مؤلفه‌هاى اطلاعاتى	پايين بودن سطح آگاهى مردم، كمبود آموزش‌هاى لازم در خصوص ضرورت‌هاى مراجعه، كمبود امكانات آموزشى عمومى، كم‌كارى رسانه‌هاى عمومى، سطح پايين آموزش در جامعه	PA19, PA21, PA22, PA23, PA24



شكل ۱ - مدل نهايى علل مراجعات غير ضرورى افراد به مراکز درمانى تأمين اجتماعى

**Reference:**

- 1- Kotler P, Armstrong G. Principles of marketing. Translated by Bahman Forouzandeh. Tehran: amukhteh' Publishing; 2014.
- 2- Peattie KK & Peattie S. Social marketing: A pathway to consumption reduction? *Journal of Business Research*, 2008; 62: 260-268.
- 3- Wall AP. Commentary Government demarketing: different approaches and mixed messages. *European Journal of Marketing*, 2007; 39 (5,6): 421-427.
- 4- Shirkhodaei M, Fallah Lajimi, M, Fazlollahtabr Ledari M. Anti-marketing Use of Tobacco and Prioritizing Strategies Using Multi-criteria Decision-making Techniques, 2018; 10(37): 547-566. [In Persian]
- 5- Sodhi K. Has marketing come full circle? Demarketing for sustainability. *Business strategy series*, 2011; 12 (4): 117-185.
- 6- Thal, JM & Zhang, J. (De) marketing to Manage Consumer Quality Inferences. Workshop on the Economics of Advertising and Marketing; 2011.
- 7- Gordon R, McDermott L, Stead M, Angus K. The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: What's the evidence? *Public Health*, 2006; 120(12): 1133-1139.
- 8- International Labor Office, Social Security Office in the Skopp Area. (Translation by Yousef Naraghi, First Edition, Tehran: Publisher of the Institute for Social Security Research, in collaboration with the Publication Corporation; 1996.
- 9-. Saeidi R. Investigating the views of directors and employees of social security organization in Tehran with regard to solving the organization problems. *Social Development and Welfare Planning*, 2010; 1(1): 47-70. [In Persian]
- 10- Social Security for all. Cultural and art institute of Atieh Ahang. Ordered by the social and cultural department of the Social Security Organization; 2016.
- 11- Nasiripour AA, Raisi P, Maleki MR, Akbarian Bafghi M. The combined pattern of health services marketing in Iranian state hospitals. *Health Information Management*, 2012; 9: 1158-1168. [In Persian]
- 12- Nasiripour AA, Gohari MR, Nafisi A. Branding and Functional Indices Relationship in Mashhad Ghaem. *Hospital Journal of Health Administration*, 2010; 13(41): 15-20. [In Persian]
- 13- Corbin CL, Kelley SW, Schwartz RW. Concepts in service marketing for healthcare professionals. *The American Journal of Surgery*, 2001; 181(1): 1-7.
- 14- Badisar N, Ostovar sangari K, Masoudi I. Evaluation of health services in accordance with security act. *Majlis and Rahbord*, 2012; 18(68): 33-62. [In Persian]
- 15- Ahmadi, AA, Rasooli R, Rajabzadeh Q, Gholizadeh P. Presenting a crisis management model focusing on human resources management system for Tehran's hospitals. *Public Administration*, 2012; 10: 1-24. [In Persian]
- 16- Valibeyghi, H. Promotional Policies for Exports of High-Tech Industries in Selected Countries. *Quarterly Commercial Reviews*, 2009; 37: 9-28. [In Persian]
- 17- Creswell J. Qualitative inquirey and research design: choosing among five approaches. *Sage*, 3ed 2007: 201-220.
- 18- Hwang JI, Kim J, Jang W, Park JW. Inappropriate hospitalization days in Korean oriental medicine hospitals. *Int J Qual Health Care*, 2011; 23(4): 437-44.

- 19- Hammond CL, Pinnington LL, Phillips MF. A qualitative examination of inappropriate hospital admissions and lengths of stay. BMC health services research, 2009; 9(1): 44.
- 20- Mahfoozpour S, Zarei E, Mehrabi Y, Ashkevari N. Evaluation of Unnecessary Admissions and Hospital Stays and Estimation of Its Financial Burden: A Study at Internal Wards of Selected Hospitals of Alborz University of Medical Sciences. Journal of health promotion management, 2017; 6(5): 51-57. [In Persian]
- 21- Pezeshki MZ, Pezeshki S. Educating Quaternary Prevention (P4) in Iran for decreasing the harms and costs of unnecessary services in clinical medicine and public health. Payesh, 2013; 12: 329-333. [In Persian]

## Untimarketing the Unnecessary Use of Health Services on Social Security Organization

Zarei Gh<sup>1</sup>, Zarei T<sup>2</sup>, Pourghadimi S<sup>3</sup>

### Abstract

**Introduction:** Health services, like other services, have a specific capacity and overuse of this capacity will reduce quality. Part of the referrals to the Social Security Organization for the use of health care services is unnecessary visits and leads to improper use of available capacities. Anti-marketing is one of the duties of marketers to carry out activities to discourage people from consuming products or services. The purpose of this study is to identify the causes and methods of anti-marketing in the unnecessary use of health care services of the Social Security Organization.

**Methods:** This research is an applied in terms of research purpose, exploratory in terms of nature and qualitative research in terms of approach. In this research, the data from an interview with 24 physicians, staff and clients referring to social security centers using the grounded Theory Method and was analyzed in three stages (open coding, axial coding and selective coding).

**Results:** As a result of data analysis, 27 concepts from all interviews were extracted and eventually categorized into selective coding in six segments of cultural, personal, infrastructural, access, medical and communication.

**Conclusion:** Based on the results of the research, social security organization should pay attention to the causes of unnecessary referrals to social welfare centers, and use relevant strategies in various cultural, personal, hospital settings, and communication in their planning.

**Keywords:** Anti-marketing, Health services, Social security, Grounded theory, Unnecessary referrals.

---

1- Associate professor, Department of management, university of mohagheh ardabili, Ardabil, Iran

2- Educator Department of Nursing, Sarab Faculty of Medical Sciences, Sarab, Iran

3- M.Sc. student of management, university of Mohagheh Ardabili, Ardabil, Iran, (Corresponding Author), info@drz.ir