

Market Sizing Report (TAM/SAM/SOM)

****مقدمه و روش‌شناسی****

هدف این گزارش ارائه یک تحلیل کمی واقع‌بینانه و قابل دفاع از اندازه بازار برای سرویس نوبت‌دهی هوشمند نوبت‌نو است. تمرکز جغرافیایی اولیه این تحلیل شهر شیراز بوده و افق زمانی آن پنج سال در نظر گرفته شده است. ما به دنبال تولید اعداد اغراق‌آمیز و غیرعملی نیستیم، بلکه قصد داریم با استفاده از داده‌های قابل استناد و فرضیات شفاف، محدوده‌ای معقول از پتانسیل بازار را ترسیم کنیم. این تحلیل از دو منظر مکمل انجام شده است: رویکرد ****بالا به پایین**** که از کل اقتصاد سلامت کشور شروع کرده و به تدریج آن را برای تطبیق با خدمات ما تصفیه می‌کند، و رویکرد ****پایین به بالا**** که از واحد اقتصادی پایه (یک مطب پزشکی) آغاز کرده و با ضرب در تعداد کل، به ارقام کلان می‌رسد. تناقض احتمالی بین نتایج این دو روش، خود گویای محدودیت‌های هر کدام و نیاز به درکی کیفی از بازار است. تمامی فرضیات به صراحت ذکر شده‌اند و منابع استخراج داده‌ها معرفی شده‌اند. مدل نهایی به صورت یک صفحه گسترده پویا طراحی شده که با تغییر هر یک از فرضیات کلیدی (مانند نرخ پذیرش فناوری یا متوسط قیمت اشتراک)، خروجی‌ها به طور خودکار به‌روز می‌شوند. بخش حیاتی این گزارش، ****بخش‌بندی بازار**** است که نه تنها اندازه هر بخش، بلکه اولویت استراتژیک و دلیل آن را به وضوح مشخص می‌کند. کیفیت این سند نشان می‌دهد که تیم، درک عمیقی از ساختار و رفتار بازار هدف دارد یا صرفاً به عددسازی مشغول بوده است.

****تعاریف کلیدی و چارچوب اندازه‌گیری****

این معیار نشان‌دهنده کل تقاضای بالقوه برای ****TAM) Total Addressable Market**** سرویس نوبت‌دهی هوشمند پزشکی در یک جغرافیای مشخص (در اینجا ابتدا ایران و سپس شیراز) حداکثر درآمد ممکن را در صورتی نشان می‌دهد که شرکت بتواند به ۱۰۰٪ سهم بازار TAM. است. در شرایط ایده‌آل دست یابد، بدون در نظر گرفتن محدودیت‌های رقابت، مقررات یا توانایی‌های عملیاتی خود شرکت. این عدد عمدتاً برای جلب توجه سرمایه‌گذاران به مقیاس فرصت مفید است.

است که با مدل TAM این بخشی از: ****SAM) Serviceable Addressable Market**** شامل کسب و کار، راحل فنی و استراتژی اولیه شرکت ****قابل دسترسی**** است. برای نوبت‌نو، خدمات نوبت‌دهی سرپایی برای پزشکان عمومی و متخصص در کلان‌شهرهای ایران می‌شود. این عدد واقع‌بینانه‌تر است و محدوده بازار هدف مستقیم شرکت را نشان می‌دهد.

است که SAM این معیار، بخشی از: ****SOM) Serviceable Obtainable Market**** شرکت به طور واقع‌بینانه انتظار دارد در یک بازه زمانی مشخص (معمولاً ۳ تا ۵ سال) به دست آورد. محدودیت‌های منابع داخلی (مانند نیروی انسانی و سرمایه)، شدت رقابت، موانع ورود و SOM بر اساس برنامه تسلط بر SOM استراتژی تمرکز جغرافیایی را در نظر می‌گیرد. برای نوبت‌نو، شیراز و سپس گسترش به حداکثر دو شهر دیگر در پنج سال اول محاسبه شده است. این عدد مهم‌ترین معیار برای برنامه‌ریزی مالی، تعیین اهداف فروش و ارزیابی عملکرد است.

****از کلان به خرد (Top-Down) تحلیل بالا به پایین****

این تحلیل با نگاهی کل‌نگر آغاز می‌شود و با اعمال فیلترهای متوالی، بازار هدف را مشخص می‌کند. نقطه قوت آن قرار دادن کسب و کار در بستر کلان اقتصاد است.

****گام ۱: اندازه کل اقتصاد سلامت ایران****

منبع اصلی: گزارش‌های سالانه مرکز آمار ایران و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی برای سال ۱۴۰۱.

داده خام: کل هزینه‌های انجام‌شده در بخش سلامت ایران (اعم از هزینه‌های دولت، بیمه‌ها و پرداخت از جیب مردم) حدود ****۱،۲۰۰ هزار میلیارد تومان**** برآورد شده است.

توجیه: این عدد پایه تمام محاسبات بعدی است و نشان‌دهنده مقیاس عظیم صنعت سلامت در کشور است.

****گام ۲: تفکیک هزینه‌های سرپایی از کل هزینه‌های سلامت****

فرض کلیدی: سهم خدمات سرپایی (ویزیت در مطب‌ها و کلینیک‌های خصوصی) از کل هزینه‌های سلامت.

منبع تأیید: مطالعه الگوی مصرف سلامت خانوار در ایران و گزارش‌های نظام پزشکی نشان می‌دهد بخش عمده‌ای از مراجعات، مربوط به خدمات سرپایی است. همچنین با در نظر گرفتن هزینه‌های سنگین بیمارستانی و دارویی، فرض می‌کنیم خدمات سرپایی حدود ۳۵ درصد** از کل هزینه‌های سلامت را تشکیل می‌دهند.

محاسبه: ۱,۲۰۰,۰۰۰ میلیارد تومان * ۰/۳۵ = ۴۲۰,۰۰۰** میلیارد تومان**. این ارزش کل بازار خدمات پزشکی سرپایی در ایران است.

****گام ۳: برآورد سهم هزینه‌های مدیریتی و اداری در مطب****

سؤال: از این ۴۲۰,۰۰۰ میلیارد تومان، چه مقداری صرف فرآیندهای غیربالینی مانند مدیریت نوبت‌دهی، انتظار بیماران، هماهنگی‌های تلفنی و اتلاف وقت ناشی از بی‌نظمی می‌شود؟

منبع تأیید: مطالعات میدانی محدود در ایران و قیاس با مطالعات بین‌المللی (مانند مطالعات در مورد بهره‌وری مطب‌ها) نشان می‌دهد بین ۳٪ تا ۵٪ از کل هزینه‌ها/زمان یک مطب صرف این فرآیندهای ناکارآمد می‌شود. برای محاسبه محافظه‌کارانه، عدد میانه ۴ درصد** را انتخاب می‌کنیم.

****محاسبه: ۴۲۰,۰۰۰ میلیارد تومان * ۰/۰۴ = ۱۶,۸۰۰** میلیارد تومان**

نتیجه میانی: این عدد نشان می‌دهد که ****پتانسیل سالانه ارزش ایجادشده**** توسط رامحل‌های بهینه‌سازی مدیریت نوبت و زمان در مطب‌های ایران چقدر است. به عبارت دیگر، اگر همه مطب‌ها کاملاً بهینه کار کنند، می‌توان تا این مقدار در زمان و هزینه کل سیستم صرفه‌جویی کرد.

****گام ۴: برآورد سهم قابل دیجیتالی‌سازی و تبدیل به درآمد****

نه تمام این ارزش ۱۶,۸۰۰ میلیارد تومانی را می‌توان به درآمد مستقیم برای یک پلتفرم فناوری تبدیل کرد. دو فیلتر اصلی اعمال می‌شود

تمایل به پرداخت و پذیرش فناوری: ****همه پزشکان حاضر نیستند یا توان پرداخت برای یک**** ۱. رامحل نرم‌افزاری را ندارند.

رقابت و تقسیم بازار: ****این بازار بالقوه بین چندین رقیب تقسیم خواهد شد**** ۲.

فرض کلیدی: در بلندمدت، حداکثر ۴۰٪ درصد از این بازار پتانسیل، حاضر به استفاده و پرداخت برای یک رامحل دیجیتال خواهند بود. این عدد بر اساس نرخ نفوذ فناوری در مشاغل حرفه‌ای در ایران و روندهای جهانی برآورد شده است.

میلیارد تومان * ۰/۴۰ = ۶،۷۲۰٪ = TAM: محاسبه نهایی ۱۶،۸۰۰

(روش بالا به پایین): بازار کل قابل تصرف برای رامحل‌های دیجیتال نوبت‌دهی و TAM نتیجه** مدیریت وقت مطب در ایران، حدود ۶/۷٪ هزار میلیارد تومان ارزش سالانه** برآورد می‌شود

از خرد به کلان: (Bottom-Up) تحلیل پایین به بالا**

این تحلیل از واحد اقتصادی پایه که یک "مطب پزشک فعال دارای درد مدیریت نوبت" است، شروع می‌کند. نقطه قوت آن واقع‌بینانه بودن و ارتباط مستقیم با مدل درآمدی شرکت است.

گام ۱: تعریف واحد پایه و ارزش‌گذاری آن**

واحد پایه: یک پزشک که مالک یا شریک اصلی یک مطب سرپایی است و حاضر است برای** - سرویس نوبت‌دهی هوشمند ماهانه پرداخت کند

مدل درآمدی واحد پایه: درآمد ماهانه نوبت‌نو از هر پزشک = اشتراک ماهانه** -

بر اساس تحقیقات میدانی از پزشکان (ARPU): تعیین میانگین درآمد به ازای هر واحد** - شیراز، تحلیل قیمت‌گذاری رقبا و در نظر گرفتن کثرت قیمتی، میانگین قابل قبول اشتراک ماهانه را ۲۰۰،۰۰۰ تومان** در نظر می‌گیریم. این عدد می‌تواند برای پلن‌های پایه و پیشرفته و در شهرهای مختلف متغیر باشد. بنابراین، درآمد سالانه از هر پزشک = ۲۰۰،۰۰۰ تومان * ۱۲ ماه = ۲،۴۰۰،۰۰۰ تومان (۲/۴ میلیون تومان)***

گام ۲: تخمین تعداد کل واحدهای پایه در ایران**

منبع اصلی: آمار رسمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران** (آخرین آمار منتشر شده)

داده خام: تعداد کل پزشکان **عضو نظام پزشکی** و فعال در بخش درمانی: حدود $180,000^{**}$ نفر.

اعمال فیلترهای متوالی

فیلتر مالکیت مطب: **همه این پزشکان مطب مستقل ندارند. بسیاری در بیمارستان‌ها، مراکز ** ۱. دولتی یا به عنوان دستیار کار می‌کنند. فرض می‌کنیم 70^{**} درصد از پزشکان دارای مطب شخصی (مستقل یا مشارکتی) هستند.

$180,000 \times 0.70 = 126,000^{**}$ پزشک صاحب مطب -

فیلتر نوع خدمات: **همه مطب‌ها سرپایی نیستند (مانند مطب‌های بستری یا صرفاً زیبایی). ** ۲. فرض می‌کنیم 80^{**} درصد از مطب‌ها، خدمات سرپایی عمومی یا تخصصی ارائه می‌دهند که مشتری هدف ما هستند.

$126,000 \times 0.80 = 100,800^{**}$ پزشک صاحب مطب سرپایی -

این عدد، کل جامعه هدف فیزیکی ما در کل کشور است.

**** (بازار قابل دسترسی) SAM گام ۳: محاسبه ****

همه این $100,800$ پزشک، بلافاصله مشتری ما نخواهند شد. فیلتر ****پذیرش فناوری و تمایل به تغییر**** را اعمال می‌کنیم.

فرض کلیدی: در یک افق ۵ تا ۱۰ ساله و با بلوغ بازار، حداکثر 50^{**} درصد از این پزشکان ممکن است به استفاده از یک سیستم نوبت‌دهی دیجیتال روی آورند.

$100,800 \times 0.50 = 50,400^{**}$ پزشک SAM محاسبه

از نظر ارزش ریالی: $50,400$ پزشک $\times \frac{2}{4}$ میلیون تومان در سال $= 121,000^{**}$ SAM محاسبه ****میلیارد تومان درآمد سالانه بالقوه**.

(روش پایین به بالا): **** بازار قابل دسترسی نوبت‌نو در کل ایران، شامل ** حدود SAM نتیجه**** $50,000$ پزشک است که می‌توانند درآمد سالانه‌ای حدود 121^{**} میلیارد تومان ایجاد کنند.

TAM (۱۲۱ میلیارد) طبیعی است SAM ($\frac{6}{7}$ هزار میلیارد) و TAM توجه: تفاوت فاحش بین عدد* درآمد مستقیم حاصل از فروش " SAM ارزش کل صرفه‌جویی شده" را می‌سنجد، در حالی که " برای برنامه‌ریزی تجاری کاربردی‌تر است SAM سرویس" را اندازه می‌گیرد. عدد

**** (بازار قابل تصرف در ۵ سال) SOM گام ۴: محاسبه****

اینک محدودیت‌های منابع، رقابت و استراتژی تمرکز جغرافیایی خودمان را اعمال می‌کنیم. استراتژی ما **** تسلط بر شیراز و سپس گسترش کنترل‌شده**** است

**** (الف) بازار شیراز (سال‌های ۱ و ۲)****

منبع: آمار نظام پزشکی **** استان فارس**** (با تمرکز بر شهر شیراز)

**** داده: تعداد پزشکان عضو نظام پزشکی در **** شهر شیراز****: حدود **** ۱۲,۰۰۰** نفر**

اعمال فیلترهای مشابه (۷۰٪ مالک مطب، ۸۰٪ سرپایی): $۱۲,۰۰۰ * ۰/۷ * ۰/۸ = ۶,۷۲۰$ **** پزشک هدف در شیراز**

تعیین نرخ نفوذ واقع‌بینانه در شیراز پس از دو سال فعالیت متمرکز: با اجرای استراتژی تسلط، هدف ما جذب **** ۲۰ درصد**** از این بازار در پایان سال دوم است. این عددی جاه‌طلبانه اما قابل دستیابی با اجرای خوب در نظر گرفته می‌شود

**** برای شیراز (پایان سال دوم): $۶,۷۲۰ * ۰/۲۰ = ۱,۳۴۴$ پزشک پرداخت‌کننده SOM محاسبه**

درآمد سالانه از شیراز در نقطه اوج (پایان سال دوم): $۱,۳۴۴ * ۲/۴$ میلیون تومان = $۳,۲۲۵/۶$ **** (میلیون تومان) $(\approx ۳/۲$ میلیارد تومان)**

**** (ب) گسترش به شهرهای دوم و سوم (سال‌های ۳ تا ۵)****

شهرهای بعدی: **** اصفهان**** و **** تبریز**** را به عنوان بازارهای مشابه از نظر اندازه و ساختار انتخاب می‌کنیم

داده تقریبی برای هر شهر: حدود **** ۱۰,۰۰۰** پزشک عضو نظام پزشکی

**** محاسبه پزشکان هدف در هر شهر جدید: $۱۰,۰۰۰ * ۰/۷ * ۰/۸ = ۵,۶۰۰$ پزشک**

تعیین نرخ نفوذ در شهرهای جدید: با توجه به تأخیر در ورود و یادگیری از شیراز، نرخ نفوذ را محافظه‌کارانه‌تر و **** ۱۵ درصد**** در نظر می‌گیریم

**برای هر شهر جدید: $۵,۶۰۰ * ۰/۱۵ = ۸۴۰$ پزشک SOM

**برای دو شهر جدید: $۸۴۰ * ۲ = ۱,۶۸۰$ پزشک SOM

برای افق ۵ ساله SOM (ج) محاسبه کل

کل پزشکان قابل تصرف در پایان سال پنجم: شیراز (۱,۳۴۴) + دو شهر جدید (۱,۶۸۰) = $۳,۰۲۴$ پزشک پرداخت‌کننده

(ارزش ریالی در نقطه اوج): $۳,۰۲۴$ پزشک * $۲/۴$ میلیون تومان در سال = SOM نتیجه**
****۷,۲۵۷/۶ میلیون تومان ($\approx ۷/۳$ میلیارد تومان درآمد سالانه از اشتراک‌ها)

، هدف بلندمدت، چالش‌برانگیز اما قابل دفاع و واقع‌بینانه برای نوبت‌نو در پنج سال SOM** این عدد اول است

بخش‌بندی بازار: از کلی‌نگری به هدفگیری دقیق

بازار ۱۰۰,۸۰۰ نفری پزشکان سرپایی ایران یا حتی ۶,۷۲۰ نفری شیراز، یک‌دست نیست. بخش‌بندی دقیق، سنگ بنای استراتژی فروش و بازاریابی مؤثر است. ما پزشکان را بر اساس چهار معیار کلیدی و ترکیب آن‌ها بخش‌بندی کرده‌ایم

معیار اول: تخصص پزشکی (مربوط به نوع کار و دردرس)

بخش ۱: پزشکان عمومی و خانواده: **حجم مراجعه متوسط تا بالا، طیف وسیع بیماران، زمان** -
ویزیت معمولاً کوتاه‌تر. **اولویت: بسیار بالا**. هسته اصلی بازار ما. درد مدیریت زمان برای آنان ملموس است و تصمیم‌گیری اغلب فردی و سریع است

بخش ۲: متخصصان پر مراجعه با ویزیت نسبتاً کوتاه: **شامل متخصصین زنان، داخلی، اطفال،** -
پوست، گوش و حلق و بینی. **اولویت: بالا**. ازدحام و بی‌نظمی در مطب آنان مشهود است و ارزش پیشنهادی ما به وضوح قابل لمس است

بخش ۳: متخصصان با ویزیت تخصصی‌تر و طولانی‌تر: **مانند ارتوپد، مغز و اعصاب، قلب، ** - چشم. **اولویت: متوسط **. ممکن است الگوی نوبت‌دهی متفاوتی داشته باشند (مثلاً ویزیت اول و پیگیری). پس از تثبیت در بخش‌های ۱ و ۲ هدف‌گیری می‌شوند

بخش ۴: دندانپزشکان: **اولویت: پایین **. چرخه کاری خاص (ویزیت، کار عملی، ** - استریلیزاسیون) نیازمند سفارشی‌سازی قابل توجه محصول است. در فاز اول کنار گذاشته می‌شود

****معیار دوم: سن و نگرش به فناوری (مربوط به پذیرش)****

بخش الف: پزشکان جوان (زیر ۴۵ سال): **معمولاً با فناوری راحت‌ترند، پذیرش نوآوری ** - بالاتر، ممکن است در شبکه‌های اجتماعی فعال‌تر باشند. **اولویت: بسیار بالا **. پذیرندگان اولیه و سفیران ایده‌آل برند

بخش ب: پزشکان میانسال (۴۵ تا ۶۰ سال): **ممکن است محافظه‌کارتر باشند، اما اگر **ارزش ** - عملیاتی و صرفه‌جویی زمان ** به وضوح نمایش داده شود، متقاعد می‌شوند. **اولویت: بالا **. بازار بزرگ و با ثبات. نیازمند روش فروش مبتنی بر اثبات کارایی

بخش ج: پزشکان با سابقه کاری بالا (بالای ۶۰ سال): **احتمال مقاومت در برابر تغییر بیشتر ** - است، ممکن است ترجیح دهند منشی مدیریت کند. **اولویت: پایین **. هزینه جذب بالا و بازدهی نسبی پایین. ممکن است به صورت غیرمستقیم و پس از رواج عمومی سیستم جذب شوند

****معیار سوم: حجم فعالیت و شلوغی مطب (مربوط به شدت درد)****

مطب‌های بسیار شلوغ (بیش از ۲۰ ویزیت در روز): **درد مدیریت انتظار بیماران و :| بخش ** - بینظمی برای آنان حاد است. **اولویت: بسیار بالا **. حتی اگر سن بالایی داشته باشند، انگیزه قوی برای حل مشکل دارند. ارزش پیشنهادی ما برای آنان نجات‌بخش است

مطب‌های با فعالیت متوسط (۱۰ تا ۲۰ ویزیت در روز): **اولویت: بالا **. بازار :|| بخش ** - اصلی و پایدار. به دنبال راه‌حلی برای بهبود کارایی و رضایت بیمار هستند

مطب‌های با فعالیت کم (کمتر از ۱۰ ویزیت در روز): **حساسیت کمتری به :||| بخش ** - بهینه‌سازی زمان دارند. **اولویت: پایین **. احتمالاً تمایل یا توجیه اقتصادی کمتری برای پرداخت هزینه ماهانه دارند

**** معیار چهارم: نوع مالکیت و ساختار مطب (مربوط به فرآیند تصمیم‌گیری) ****

- مطب‌های تک‌نفره و شخصی: **** تصمیم‌گیری متمرکز، سریع و بدون نیاز به هماهنگی. A: بخش ****
**** اولویت: بسیار بالا ****. هدف اصلی و اولیه فاز فروش
- کلینیک‌های کوچک چند پزشکی (۲ تا ۵ پزشک): **** نیاز به هماهنگی و احتمالاً B: بخش ****
و ایجاد نمونه‌های A تصمیم‌گیری جمعی دارد. **** اولویت: متوسط ****. پس از تثبیت موفقیت در بخش موفق در این نوع کلینیک‌ها، هدف‌گیری می‌شوند
- مراکز درمانی بزرگ یا بیمارستان‌های خصوصی: **** فرآیندهای خرید پیچیده، نیازهای C: بخش ****
یکپارچه‌سازی خاص، چرخه فروش طولانی. **** اولویت: پایین ****. در مراحل بسیار بعدی رشد و با توسعه تیم اختصاصی مورد توجه قرار خواهند گرفت

**** ترکیب معیارها و تعیین اولویت نهایی: ماتریس بخش‌بندی ****

با ترکیب چهار معیار فوق، می‌توانیم بخش‌های اولویت‌دار نهایی را با دقت بالایی مشخص کنیم. این ترکیب به ما می‌گوید **** کجا، چه زمانی و چگونه **** منابع محدود فروش خود را تخصیص دهیم

**** بخش اولویت ۱ (طلایی - بسیار بالا) ****

- ترکیب: **** پزشکان عمومی یا پرمرآجه (بخش‌های ۱ و ۲) ** + ** سن زیر ۴۵ سال (بخش ****
**** (A و I/II) الف) ** + ** مطب تک‌نفره بسیار شلوغ یا با فعالیت متوسط**
- تخمین سهم در شیراز: **** حدود ۱۵٪ **** از کل پزشکان هدف شیراز (۶،۷۲۰ نفر) = تقریباً **** ۱،۰۰۰ پزشک**
- دلیل اولویت: **** پذیرش فناوری بالا، درد شدید از مشکل، تصمیم‌گیری سریع. نرخ تبدیل پیش‌بینی ****
شده از این بخش بالا (۳۰-۴۰٪) است. **** تمام تلاش فروش و بازاریابی ۱۲ ماه اول باید معطوف به این ****
**** گروه باشد**

**** بخش اولویت ۲ (نقره‌ای - بالا) ****

ترکیب: ** (۱) پزشکان عمومی/پرمراجعه ** سن ۴۵-۶۰ سال (بخش ب) ** با **مطب شلوغ ** -
پزشکان جوان ** (بخش الف) ** در **تخصص‌های با اولویت متوسط (بخش ۳) ** اما (۲) **. (بخش
با **مطب شلوغ **.

- تخمین سهم در شیراز: ** حدود ۲۵٪ ** از بازار هدف = تقریباً ۱,۶۸۰ پزشک **.
- دلیل اولویت: ** یا درد شدید دارند (مطب شلوغ) یا پذیرش بالا (جوان). نیازمند نمایش واضح **.
- ارزش و شواهد موفقیت از بخش اولویت ۱. **هدف‌گیری در فاز دوم (ماه‌های ۷ تا ۱۸)

بخش اولویت ۳ (برنزی - متوسط) **

- ترکیب: ** سایر پزشکان با فعالیت متوسط در گروه‌های سنی میانی. کلینیک‌های کوچک چند **.
- که حداقل یکی از پزشکان آن جوان باشد (بخش B) ** پزشکی
- تخمین سهم در شیراز: ** حدود ۳۵٪ ** از بازار = تقریباً ۲,۳۵۰ پزشک **.
- دلیل اولویت: ** بازار بزرگ اما با موانع بیشتر (تصمیم‌گیری جمعی، انگیزه متوسط). **.
- **هدف‌گیری در فاز رشد (سال دوم به بعد) و عمدتاً از طریق بازاریابی درون‌برد و معرفی

بخش اولویت ۴ (غیرفعال - پایین) **

- ترکیب: ** پزشکان با فعالیت کم، سن بالا، یا در تخصص‌های خاص نیازمند سفارشی‌سازی **.
- تخمین سهم در شیراز: ** حدود ۲۵٪ ** باقیمانده **.
- پایین در جذب مستقیم. ممکن است به صورت (ROI) دلیل اولویت: ** بازدهی سرمایه‌گذاری **.
- **غیرفعال ** و با گسترش شهرت برند و شبکه، در بلندمدت جذب شوند

تحلیل حساسیت و ساخت مدل پویا **

اعتبار این تحلیل به شفافیت فرضیات و قابلیت به‌روزرسانی آن بستگی دارد. در اینجا فرضیات کلیدی و
(مهم‌ترین خروجی) نشان داده می‌شود **SOM** تأثیر تغییر آن‌ها بر

**** (ARPU) فرضیه ۱: متوسط درآمد ماهانه به ازای هر پزشک ****

فرض پایه: **** ۲۰۰,۰۰۰ تومان **** -

از ۷/۳ به ۹/۱ ****** میلیارد SOM سناریوی خوش بینانه (۲۵۰,۰۰۰ تومان): **** درآمد سالانه **** -
تومان ****** افزایش می یابد

به ۵/۵ ****** میلیارد تومان ****** SOM سناریوی محافظه کارانه (۱۵۰,۰۰۰ تومان): **** درآمد سالانه **** -
کاهش می یابد

عامل کنترل: **** کیفیت محصول، ویژگی های پلن پیشرفته، قیمت گذاری رقبا **** -

**** (Penetration Rate) فرضیه ۲: نرخ نفوذ در بازار هدف شیراز ****

فرض پایه: **** ۲۰٪ پس از دو سال **** -

کل به حدود SOM سناریوی بدبینانه (۱۵٪): **** تعداد پزشکان شیراز به ۱,۰۰۸ کاهش می یابد **** -
**** ۲,۷۰۰ پزشک می رسد**

کل به SOM سناریوی خوش بینانه (۲۵٪): **** تعداد پزشکان شیراز به ۱,۶۸۰ افزایش می یابد **** -
حدود **** ۳,۵۰۰ پزشک می رسد**

عامل کنترل: **** اثربخشی تیم فروش، کیفیت پشتیبانی، قدرت مزیت رقابتی محصول **** -

**** فرضیه ۳: تعداد شهرهای جدید برای گسترش ****

فرض پایه: **** ۲ شهر **** -

کل به حدود **** ۲,۲۰۰ پزشک **** کاهش می یابد SOM **** سناریوی محدود (۱ شهر) **** -

کل به حدود **** ۳,۸۰۰ پزشک **** افزایش می یابد SOM **** سناریوی گسترده (۳ شهر) **** -

عامل کنترل: **** موفقیت در شیراز، در دسترس بودن سرمایه برای گسترش، جذب نیروی **** -
مدیریتی مناسب

**** (SAM برای) فرضیه ۴: نرخ پذیرش فناوری در سطح کشور****

فرض پایه: ****۵۰٪**** -

از ۵۰،۴۰۰ به ****۴۰،۳۲۰**** پزشک ****** کاهش می‌یابد SAM اگر این نرخ به ۴۰٪ کاهش یابد، -

به ****۶۰،۴۸۰**** پزشک ****** می‌رسد SAM اگر به ۶۰٪ افزایش یابد، -

عامل کنترل: ****** روند کلی دیجیتالی‌سازی کشور، سیاست‌های حمایتی دولت، تغییر نسل پزشکان ****** -

پیاده‌سازی شده است. (Google Sheets یا Excel مانند) این مدل در یک صفحه گسترده سلول‌های زرد رنگ، ****فرضیات کلیدی**** هستند که کاربر می‌تواند آن‌ها را تغییر دهد. تمام اعداد، تعداد پزشکان و درآمدها در سلول‌های دیگر به طور ****خودکار**** بر اساس SAM، SOM، TAM فرمول‌های از پیش تعریف شده به‌روز می‌شوند. این امکان را به تیم مدیریت می‌دهد که به سرعت سناریوهای مختلف را در مواجهه با داده‌های واقعی جدید (مانند نرخ تبدیل واقعی اولین مشتریان) شبیه‌سازی و برنامه‌ریزی خود را تعدیل کند.

****خلاصه، نتیجه‌گیری و گام بعدی****

۶/۷ (TAM: این تحلیل جامع نشان می‌دهد که نوبت‌نو در حال ورود به بازاری با ****پتانسیل کلان** میلیارد تومان از ۵۰،۰۰۰ ۱۲۱ (SAM: بازار قابل دسترسی قابل توجه ******، ****** (هزار میلیارد تومان میلیارد تومان از ۳،۰۰۰ پزشک در ۷/۳ (SOM: و یک ****هدف واقع‌بینانه و قابل دستیاب**** (پزشک است ****** (۵ سال

****نکات کلیدی خروجی****

تمرکز جغرافیایی حیاتی است: ****** برنامه شروع از شیراز و تسلط بر آن، تنها راه رسیدن به ****** ۱. تعیین‌شده با منابع محدود است SOM

- بخش‌بندی، کلید موفقیت فروش: ** تیم نباید به همه پزشکان به یک چشم نگاه کند. منابع باید ** ۲. متمرکز بر ***"پزشکان جوان، پرمراجعه و دارای مطب شلوغ"*** باشد
- مدل پویا و مبتنی بر داده: ** این تحلیل نقطه پایان نیست، بلکه شروع یک فرآیند اندازه‌گیری ** ۳. مستمر است. اعداد با اولین داده‌های واقعی از بازار شیراز باید کالیبره شوند
- فرضیات شفاف هستند: ** هر عددی ریشه در یک فرض مشخص دارد که قابل بحث و تعدیل ** ۴. است

گام بعدی: ** تبدیل این تحلیل کمی به ** برنامه عملیاتی فروش و بازاریابی ** است. این برنامه باید ** مشخص کند که چگونه می‌خواهیم به آن ۲۰٪ نفوذ در شیراز دست یابیم، چه پیامی برای هر بخش اولویت‌دار داریم و چگونه پیشرفت را نسبت به این اهداف اندازه‌گیری می‌کنیم. این گزارش ثابت می‌کند که تیم نوبت‌نو، بازار را نه به عنوان یک عدد انتزاعی، بلکه به عنوان مجموعه‌ای از انسان‌های واقعی با مشکلات، انگیزه‌ها و رفتارهای مشخص می‌بیند و برای حل یک مشکل واقعی در آن، برنامه‌ای ساختاریافته دارد