

مقاله پژوهشی

عوامل مؤثر بر تقاضای القایی در نظام سلامت ایران

حامد عسگری^۱, نادر خالصی^{۲*}, امیر اشکان نصیری پور^۳, رضا زیاری^۴

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

^۲ دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران

^۴ استادیار، گروه اقتصاد، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

* نویسنده مسؤول: نادر خالصی

khalesi_nader@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: تقاضای القایی به مفهوم فروش خدمت غیرضروری به بیماران یا مراجعین با اهداف مختلف در حوزه سلامت تعریف شده است. هدف از این مطالعه شناسایی و ارائه یک چهارچوب جامع از عوامل مؤثر بر تقاضای القایی در نظام سلامت ایران از دیدگاه متخصصان، کارشناسان، ارایه دهنگان و دریافت کنندگان خدمات است.

ارجاع: عسگری حامد، خالصی نادر، نصیری پور اشکان، زیاری رضا. عوامل مؤثر بر تقاضای القایی در نظام سلامت ایران. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۹: ۱۴۳-۵۴. (۲۵)

روش پژوهش: این مطالعه از نوع تحلیل اسناد در مقطع زمانی ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ بود. در ابتدا به روش مروری نقلی و جستجو در پایگاه‌های استنادی معتبر ایران و جهان، فهرستی از مقالات به دست آمد. سپس با پالایش آن‌ها ۱۴ مقاله از پایگاه‌های داده ایرانی و ۱۰۱ مقاله از پایگاه‌های استنادی جهانی بررسی و با توجه به هدف پژوهش ۲۰ مقاله مرتبط انتخاب و با مطالعه دقیق آن‌ها به روش تحلیل اسناد، فهرستی از عوامل اصلی و فرعی و مؤلفه‌های تقاضای القایی شناسایی شد. در مرحله بعد این فهرست با کمک گروه صاحب‌نظران و کارشناسان خبره، تعدل و فهرست نهایی به دست آمد.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۱۳

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۹/۰۶/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۳۰

یافته‌ها: نتایج نهایی حاصل از تحلیل اولیه و نظرات متخصصان و کارشناسان زیبده در رابطه با عوامل مؤثر بر تقاضای القایی، در قالب ۵ مقوله اصلی زیربنایی، اجتماعی، ساختاری سازمانی، اقتصادی، ذی‌نفعان و ۱۸ مقوله فرعی و ۸۲ عامل شناسایی و ارائه شد.

نتیجه‌گیری: جمع‌بندی یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده آن است که به دلیل گستردگی و تعدد عوامل و ماهیت پیچیده پدیده تقاضای القایی در نظام سلامت تنها با شناسایی عوامل مرتبط می‌توان اثرات ناخواسته آن را مهار کرد.

واژه‌های کلیدی: تقاضای القایی، نظام مراقبت سلامت، عوامل

مقدمه

مواردی که ارتباط بیشتری با هدف مطالعه حاضر داشتند ذکر شده است.

در داخل کشور مطالعات محدودی برای کاهش تقاضای القایی، عوامل اقتصادی، پایش، ساختار ارائه خدمات، عوامل آموزشی، عوامل مرتبط با سیاست‌گذاری و عوامل اجتماعی را مؤثر دانسته‌اند (۴).

همچنین در برخی مطالعات بین سرانه مخارج سلامت و سرانه پزشک و دسترسی بیشتر به خدمات سلامت یک حد به دست آمده، به طوریکه با افزایش آن از این حد سرانه مخارج سلامت افزایش می‌یابد (۵).

اخوان بهبهانی و اسماعیلی (۱۳۹۷) در مطالعه خود بر روی ارائه کنندگان خدمات سلامت در ایران بیشترین علل مؤثر بر تقاضای القایی (علل ناشی از عملکرد پزشکان) را تشویق پزشک به کار بیشتر، آزادی پزشکان در ارائه خدمات مختلف، تجویز بی‌مورد و زیاد از حد دارو، فقدان وابستگی پزشک به قرارداد بیمه‌ها عدم تمایل پزشک به ارائه خدمت صحیح به بیمار در بخش دولتی دانسته‌اند (۵). نتایج پژوهش محبوبی و همکاران (۱۳۸۹) بر روی جانبازان شیمیایی ۲۵ درصد و بالاتر شهرستان گیلانغرب و ورهامی (۱۳۸۹) در جامعه پزشکان شهر تهران به این موضوع اشاره دارد که رایگان بودن خدمات ارائه شده در بعضی از افراد (بهخصوص به دلیل عدم تقارن بین اطلاعات پزشک و بیمار) این نگرش را ایجاد نموده تا امکانات رایگان وجود دارد، هم ارائه‌دهنده و هم گیرنده خدمات حداکثر استفاده را ببرند (۶,۷).

مطالعات در سایر کشورها ارتباط سطح سواد سلامت و سطح درک و فهم بیماران از خدمات با ارائه تقاضای القایی از طرف پزشکان را تأیید و اشاره می‌کند که پزشکان خدمات اضافی را به بیمارانی که آگاهی کمتری دارند بیشتر القایی کنند (۸,۹). نتایج مطالعه میدا و همکاران (۲۰۱۶) در منطقه کوچکی از ژاپن با هدف بررسی تأثیر افزایش تعداد پزشکان بیمارستان با عمل برداشتن معده در سالمندان وجود فرضیه تقاضای القایی ارائه‌دهنده‌گان خدمات (SID) را با افزایش تعداد پزشکان پشتیبانی می‌کند (۱۰).

آندراده و همکاران (۲۰۱۱) در تحقیق خود بر روی داده‌های موجود در یک مرکز تصویربرداری و توموگرافی

تقاضای القایی در سلامت به مفهوم ارائه خدمات غیرضروری و یا مازاد به بیماران یا مراجعه‌کنندگان با نیت‌های مختلف می‌باشد (۱). نظامهای عرضه خدمات سلامت در دنیا به طرق گوناگون با این پدیده درگیر هستند و برای کنترل آن راه حل‌هایی ارائه شده است. صاحب‌نظران، ایجاد تقاضای القایی را ناشی از عوامل گوناگونی می‌دانند که ریشه اصلی در نگرش سودمندانه و همچنین عدم تقارن اطلاعات بین ارائه‌دهنده‌گان و دریافت‌کنندگان خدمات دارد، به‌طوریکه یک خدمت ساده بیش از اندازه مهم و ضروری جلوه داده می‌شود. بیماران درخواست‌ها و آرزوهای نامحدودی نسبت به دریافت خدمات دارند ولی بیشتر آن‌ها برای ارزیابی نوع، میزان و کیفیت خدمات عرضه شده تخصص کافی را ندارند، بنابراین بین چند روش درمانی با اثرات یکسان ولی با قیمت‌های متفاوت سرگردان شده و با اعتماد به کارکنان درمانی تحت تأثیر نظر متخصصان پزشکی و حرفة‌های واپسیه قرار می‌گیرند (۲).

تقاضای القایی یک پدیده پیچیده و چند وجهی است که باعث تقابل نیاز نامحدود با منابع محدود شده، موجب بالا رفتن سهم مردم در هزینه‌های سلامت و همچنین رشد شاخص هزینه‌های تحمل‌ناپذیر می‌شود (۳). با این فرض که اکثر هزینه‌های درمان توسط بیمار یا سازمان بیمه‌گر پرداخت شود، بازهم تقاضای القایی در نهایت کارآیی را کاهش می‌دهد و موجب می‌شود تا درآمد ملی به طریق هزینه-اثربخش تخصیص داده نشود. این وضعیت می‌تواند با ایجاد تقاضای بیشتر، تعادل بین عرضه و تقاضا را در بازار سلامت بر هم زند و باعث تحمیل هزینه‌های غیرضروری بر بیمار و هدر رفت وقت او شود. در برخی موارد نیز با تجویز دارو خدمات پاراکلینیکی غیرضروری و تشخیص و درمان نامناسب تنها بیمار بهبود نمی‌یابد بلکه عوارض جدید نیز در گیرنده‌گان خدمات بر جای می‌گذارد و در سطح ملی ضرر و زیان‌های اقتصادی چشمگیری، بهخصوص زمانیکه دولت برای خدمات پزشکی و دارو یارانه پرداخت می‌کند ایجاد می‌شود (۱-۳).

مرور منابع جهانی با موضوع «تقاضای القایی در خدمات سلامت» نشان داد سابقه پژوهش در این رابطه بیش از ۴ دهه قدمند دارد، ولی در ایران سابقه کمتری دارد، در ادامه

مقاله حاضر قصد داشت تا با بهره‌گیری از نتایج تحقیقات گذشته و به کمک متخصصان و خبرگان، عوامل مؤثر بر تقاضای القایی در نظام سلامت کشور را تبیین نماید. از یافته‌های این مطالعه می‌توان در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های کلان و سطوح اجرایی بهره‌مند شد.

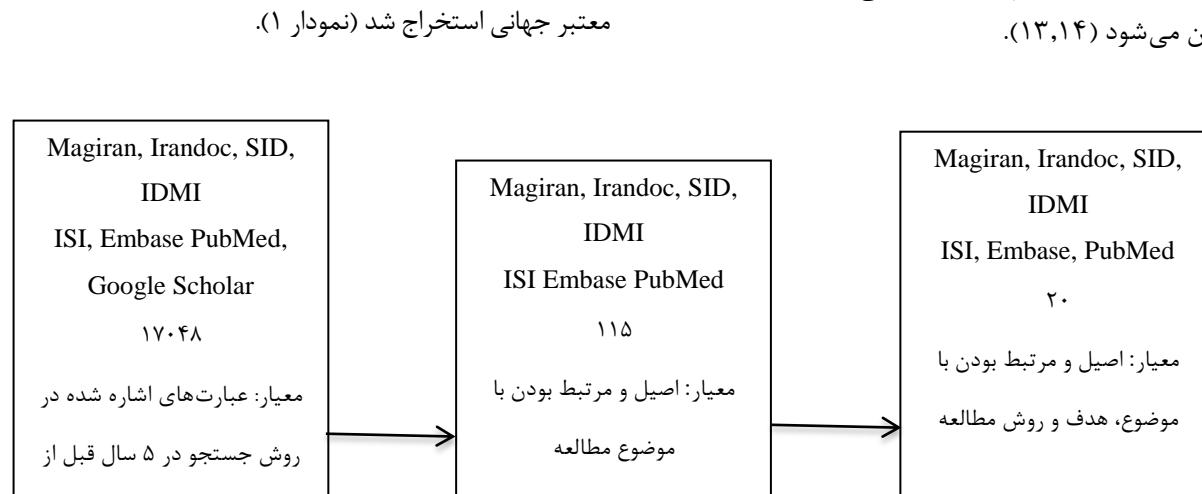
روش پژوهش

این پژوهش از نوع مطالعه تحلیل استناد در مقطع زمانی ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ بود که در ابتدا به صورت مروری نقلی مقالات منتشر شده در ایران و کشورهای جهان با استراتژی جستجو در عنوانی، چکیده و متن مقالات داخلی پایگاه‌های استنادی بانک مقالات پزشکی ایران (IDMI)، بانک اطلاعات نشریات کشور (Magiran)، پایگاه پژوهشگاه علوم و فناوری ایران (Irandooc) و پایگاه علمی جهاد دانشگاهی ایران (SID) با عبارت تقاضای القایی و سلامت و بیمه جستجو شد.

در پایگاه‌های Google Scholar ISI, Eambase, TOPIC: (Induced demand) PubMed, AND TOPIC: (Health) AND TOPIC: (Insurance) نیز خط سرچ، (PubMed, در کل ۱۷۰۶۴ مقاله در ایران و کشورهای جهان یافت شد که با حذف پایگاه Google Scholar از جستجو به دلیل غیرتخصصی بودن این تعداد به ۱۱۵ محدود و فهرست مرتبط‌ترین مقاله‌ها خلاصه‌سازی، دسته‌بندی و آماده شد. با توجه به همپوشانی این پایگاه‌ها، اطلاعات مربوط پالایش و ۱۴ مقاله از پایگاه‌های داده ایرانی و ۱۰۱ مقاله از پایگاه‌های استنادی معتبر جهانی استخراج شد (نمودار ۱).

مغناطیسی در منطقه‌ای از بزرگیل به این نتیجه رسید که اطلاع مردم از عرضه یک خدمت جدید مثل تصویربرداری یا یک روش جراحی یا استفاده از یک فناوری بالا در درمان منجر به افزایش استفاده بدون نیاز واقعی به آن خدمت می‌شود (۱۱). لی و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه بر روی داده‌های آماری موجود در نظام سلامت چین با توجه به فرضیه تقاضای القایی ارائه‌دهنده خدمت نشان داد کاهش کمک‌های مالی دولتی به بیمارستان‌ها عرضه خدمات را کاهش نمی‌دهد، بلکه در درازمدت تفاوت آن در رشد هزینه‌ها در جریان عرضه مراقبت‌های بهداشتی و دارو به عنوان عامل خارج از بیمارستان نمایان می‌شود (۱۲).

شیجی یوکا و فوشیمی (۲۰۱۴) در ژاپن با مطالعه بر روی استناد و مدارک مالی بیمارستانی نشان داد در صورت استفاده از مکانیسم پرداخت بیمه‌ای آینده‌نگر در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان این بخش از بیمارستان قابلیت سوددهی دارد و به محض تغییر روش به سایر مکانیسم‌های پرداخت، بیمارستان‌ها با دست‌کاری در گزارش‌ها و افزایش طول اقامت بیمار موجب افزایش هزینه‌ها می‌شوند. این خود یک نوع القای تقاضای ارائه‌دهنده خدمات است (۱۳). بر اساس نتایج پژوهش وان دایجیک و همکاران (۲۰۱۳) در هلند و شیجی یوکا و فوشیمی (۲۰۱۴) در ژاپن تغییر در فرانشیز و نظام پاداش منجر به تغییرات واضح در انگیزه‌های مالی مصرف کنندگان خدمات و پزشکان عمومی و افزایش درآمد بیمارستان می‌شود (۱۳, ۱۴).

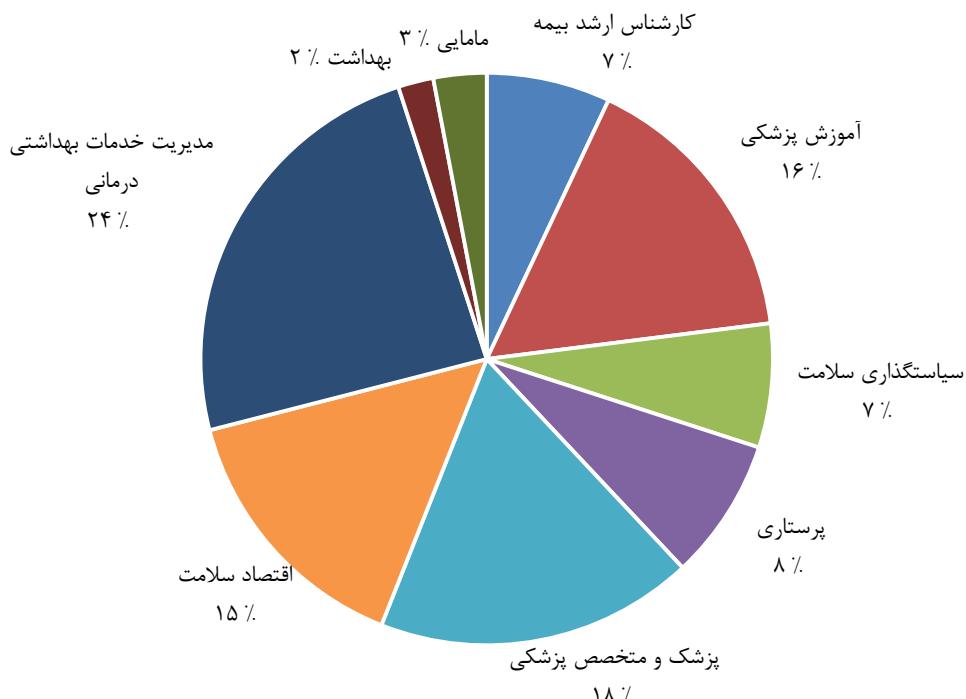


نمودار ۱: تعداد مقالات به دست آمده در مراحل جستجو در پایگاه‌های معتبر ایرانی و جهانی

عوامل اصلی و زیر عامل و مؤلفه‌های مؤثر بر تقاضای القایی نهایی شد. در مرحله ۲ پدیدآورندگان مقالات داخلی، متخصصان پزشکی و پیراپزشکی، آموزش پزشکی، جامعه‌شناسی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، اقتصاد سلامت، مدیریت بیمه مرتبط با تقاضای القایی در ایران به صورت هدفمند شناسایی و به عنوان گروه خبره در نظر گرفته شدند و با ارسال فرم الکترونیکی از طریق google form به ایمیل و پیگیری‌های شفاهی و تلفنی از آن‌ها خواسته شد تا فهرست را بررسی و توافق خود در هر مورد را از ۱ تا ۵ نمره دهند و اگر موردی نیاز به حذف یا اضافه شدن دارد آن را پیشنهاد دهند، با دریافت تدریجی نظرات ۲۴ نفر از گروه هدف (نمودار ۱)، کفايت دادها محرز و فهرست بسته و عوامل و مؤلفه‌ها تعیین شد. ضمناً این مطالعه با کد اخلاقی IR.IAU.Semnan.REC.1396,6 واحد سمنان تایید شده است.

ابتدا چکیده تمام مقاله‌های این فهرست بررسی شد. معیارهای انتخاب مقاله، اصیل و مرتبط بودن با عوامل مؤثر بر تقاضای القایی در نظام سلامت و بیمه در کشورها بود و مقاله‌هایی که از نظر هدف و روش با مطالعه حاضر همخوانی نداشت حذف شد. در مرحله بعد با مطالعه ۲۰ چکیده و متن اصلی و خلاصه‌برداری فارسی با فن تحلیل محتوای اسناد (Document Content Analysis) فهرستی از تم‌های اصلی و زیرتم‌ها و کدهای مرتبط با عوامل مؤثر بر تقاضای القایی استخراج و ابزار گردآوری داده در قالب یک پرسشنامه الکترونیکی آماده شد.

به منظور بالابردن استحکام یافته‌ها و اعتبار داده‌ها از نظرات تکمیلی گروه کارشناسان بهداشتی درمانی و بیمه‌ای مرتبط استفاده شد. برای این کار فهرست پیشنهادی در جلسات متمرکز (focus group) گروه زیده مشکل از پزشکان، کارشناسان بیمه و خدمات سلامت با استفاده از روش‌های بارش افکار، بحث و با توافق و تایید آن‌ها جدول



نمودار ۱: درصد فراوانی خبرگان شرکت‌کنندگان در توافق گروهی در رابطه با عوامل مؤثر در تقاضای القایی در نظام سلامت ایران به تفکیک تخصص

یافته‌ها

در تشریح علل مرتبط با الگوی نظام سلامت: فقدان یک الگوی واحد در سیستم سلامت، عدم ثبات در سیستم سلامت، پزشک سalarی و تخصص گرایی سیستم سلامت، فقدان وجود مرجع رسیدگی برای پدیده تقاضای القایی، عدم تمایل به کشف تقاضای القایی در سیستم سلامت، یکی بودن سرمایه‌گذار و تصمیم گیرنده در بخش سلامت و عدم توجه به حقوق بیمار در سیستم سلامت بیان شده است.

عوامل اقتصادی: صاحب‌نظران این عوامل را شامل پول‌ساز بودن و درآمدزایی بخش سلامت، نظام پرداخت نامناسب، تعریفهای پایین پزشکی، عدم توجه به هزینه‌های پیش‌خواستی و کارآیی، خصوصی شدن خدمات سلامت و رایگان بودن خدمات سلامت بیان نمودند. درباره نظارت و اهمیت تأثیرگذاری آن بر القای تقاضا به عوامل مختلفی اشاره شده که این عوامل دربرگیرنده فقدان نظارت صحیح و دقیق در سیستم، متمرکز نبودن نظارت در بخش‌های مختلف سلامت، ضعف نظارت بر عملکرد پزشکان و موانع نظارتی بود.

عوامل ذی‌نفعان: با توجه به نظر صاحب‌نظران در قالب ۲ زیر موضوع عوامل ناشی از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت و عوامل ناشی از دریافت‌کنندگان خدمات سلامت تقسیم بندی شد.

اخلاق پزشکی یک عامل مهم محسوب می‌شود که می‌تواند به صورت یک اهرم درونی در ارائه‌دهندگان خدمات سلامت عمل کند و از بروز تقاضای القایی جلوگیری کند اما در صورت نادیده گرفتن اخلاق پزشکی پدیده تقاضای القایی افزایش می‌یابد.

عوامل ناشی از پزشکان: با توجه به نظر صاحب‌نظران پزشکان در القای تقاضا به بیمار نقش دارند و گاهی از آن‌ها به عنوان اولین محرك القای تقاضا نام برده می‌شود چرا که با بیمار ارتباط مستقیم دارند و این مزیت بسیار مهمی برای آن‌ها به شمار می‌رود. عوامل مرتبط با پزشکان در القای تقاضا در قالب چند زیر موضوع دسته‌بندی شد که عبارت‌اند از عوامل ساختاری، عوامل ناشی از پایگاه و رفتار و عوامل اقتصادی.

بخشی از عوامل مرتبط با پزشکان در القای تقاضا، عوامل ساختاری است. این عوامل با توجه به نظرات صاحب‌نظران به زیر موضوعاتی تقسیم شد که عبارت‌اند از: تشویق پزشک به کار

درباره عوامل مؤثر در پدیده تقاضای القایی که حاصل بررسی مقاله‌های منتشر شده معتبر پایگاه‌های استنادی است می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

عوامل زیربنایی: صاحب‌نظران معتقدند که علل زیر بنایی تقاضای القایی بیشتر شامل علی است که به صورت بنیادین وجود دارند و به راحتی قابل تعییر نیست و سیستم سلامت همیشه با آن‌ها روبروست. این عوامل شامل پیچیده بودن پزشکی، مدرن شدن نیازها، چند بعدی بودن پدیده سلامت، عدم تقارن اطلاعات بین ارائه‌کننده خدمت و مصرف‌کننده و عدم قطعیت بالینی است.

عوامل اجتماعی: این عوامل شامل فضای فرهنگی جامعه، باورهای نادرست مردم و تبلیغات مطرح شده‌اند. به گونه‌ای که فضای کلی جامعه بر بیمار و پزشک اثر می‌گذارد. باورها و عادات نادرست مردم هم یکی دیگر از عوامل مؤثر در پدیده القای تقاضا است که ممکن است از طرف بیمار یا پزشک به سیستم سلامت تحمیل شود و در تجویز پزشک برای خدمات تشخیصی یا روش‌های درمانی نمود پیدا می‌کند. تبلیغات هم از عوامل بسیار مهم در القای تقاضای غیرضروری است چراکه در ترغیب مردم نقش دارد و می‌تواند به‌آرامی و در طول زمان بیمارانی که آگاهی کافی ندارند را به‌سوی خدمات کاذب سوق دهد.

عوامل ساختاری سازمانی: بر اساس مرور متون انجام شده این عوامل که مربوط به نحوه سازماندهی و فرهنگ‌سازمانی حاکم بر نظام سلامت است شامل قانون‌گذاری نادرست، رفتارهای قالبی در سیستم سلامت، عدم اجرای صحیح نظام ارجاع، سیاست‌گذاری، نظارت ناکافی، رایج نبودن راهنمایی‌های بالینی، ضعف در سیستم آموزشی، افزایش تعداد نیروهای متخصص بدون کیفیت، موضوعات قانونی در پزشکی، مشکلات الگوی نظام سلامت (که در ادامه تشریح شده است)، نقص در سیستم اطلاعات، نقش وزارت بهداشت و درمان در القای تقاضا، قانون‌گذاری نادرست، فقدان سیستم مالیاتی دقیق و شفاف، ضعف در نظارت بر اجرای قوانین، آشفتگی‌های متعدد از سوی نهادهای قانون‌گذاری، قوانین و بخشنامه‌های دست و پاگیر، فرار پزشک از شکایات، نقص در آیین‌نامه‌ها و فشار برای اخذ مجوز می‌باشند.

فقط منافع خود را دنبال نمایند بدون توجه به آنکه این منافع چه مضراتی برای سیستم سلامت دارد.

عوامل ناشی از سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مثل مؤسسات تشخیصی، شرکت‌های تجهیزاتی، دارویی واردکنندگان است که در اینجا عوامل در قالب علل اقتصادی و نقش شرکت‌ها و مؤسسات بیان شده است. علل اقتصادی مهمترین عامل اثربخش برای مؤسسات پزشکی است تا به تقاضای القایی روی آورند و از آن به عنوان ابزاری برای افزایش منافع خود استفاده کنند چرا که با فروش خدمات غیر ضروری باعث افزایش سود و تقسیم پول بین ارائه‌دهندگان مختلف می‌شوند. شرکت‌های تجهیزاتی، مؤسسات تشخیصی، شرکت‌های دارویی، شرکت‌های خارجی، شرکت‌های واردکننده، شرکت‌های تولیدکننده علم، شرکت‌های مافیایی درمان (استعماری)، هرکدام به نوعی در تقاضای القایی نقش دارند.

عوامل مربوط به دریافت‌کنندگان خدمات سلامت: بیماران نیز به واسطه علی می‌توانند بر القای تقاضا تأثیر بگذارند. این علل شامل تقاضای غیر صحیح بیمار از پزشک، انتظار نابه جای بیمار از پزشک، افزایش درخواست بیماران، عدم آگاهی بیمار و دسترسی آزادانه بیماران به پزشکان است.

تقاضای غیر صحیح بیمار از پزشک به شکل مخاطره اخلاقی و مراجعته به پزشک برای مسائل ساده بروز می‌کند. آنچه در بالا ذکر شد حاصل مطالعه مروری است که پس از دریافت نظرات متخصصان و طرح در جلسه بارش افکار مواردی تغییر، حذف و تعديل شد. تحلیل حاصل از نظرات متخصصان و کارشناسان زیده پس از تعديل و خلاصه سازی در قالب ۵ عامل اصلی و ۱۸ زیر عامل و ۸۲ مؤلفه در جدول ۲ آورده شده است.

بیشتر، آزادی پزشکان در ارائه خدمات مختلف، انتظار از پزشک برای فعال نمودن سایر بخش‌های درمانی، اجبار پزشک به ملاقات با تعداد زیادی بیمار در زمانی محدود، نامنی‌های پزشک در ابتدای زندگی حرفه‌ای، حفظ وجهه پزشک، نقش پزشکان سرشناس و متخصص، پذیرش تعداد زیاد بیمار بیش از ظرفیت و توانایی پزشک، تجویز بی‌مورد و زیاد از حد دارو، فقدان وابستگی پزشک به قرارداد بیمه‌ها، عدم تمایل پزشک به ارائه خدمت صحیح به بیمار در بخش دولتی. پزشکان در توجیه خدماتی که به بیمار ارائه می‌دهند، نظرات خود را در اولویت قرار می‌دهند و شاید بتوان گفت از نظر سازمانی نظارت مناسبی بر شیوه‌های پزشکی وجود ندارد. در نتیجه پزشکان در ارائه خدمات مختلف آزادی دارند که این آزادی بایستی به‌گونه‌ای معقول کنترل شود.

عوامل ناشی از سازمان‌های بیمه‌گر: بخشی از عوامل مؤثر در القای تقاضا ناشی از نقش سازمان‌های بیمه‌گر است. نبود نظارت دقیق در بیمه‌ها، پوشش بیمه به خود خود باعث افزایش القای تقاضا می‌شود چراکه بیماران حساسیت قیمتی کمتری دارند، از طرفی بیماران نیز تمایل دارند از حداکثر خدمات تحت پوشش استفاده کنند. حضور بیمه‌های تکمیلی هم عاملی برای القای تقاضا است و در این رابطه به جنبه‌های مختلفی اشاره شد که شامل: غیرتخصصی بودن بیمه‌های تکمیلی، نظارت غیر واقعی در بیمه تکمیلی، رویکرد تجاری بیمه‌های تکمیلی، ورود بیمه‌های تکمیلی به پوشش خدمات تشخیصی گران قیمت، دولتی بودن بیمه تکمیلی، افزایش مراجعه بیماران با حضور بیمه‌های تکمیلی است.

غیرتخصصی بودن بیمه‌های تکمیلی باعث می‌شود آن‌ها نتوانند در زمینه سلامت نقش خود را به‌طور کامل ایفا کنند و



جدول ۲: اصلاحات پیشنهادی صاحب نظران خبره در رابطه با عوامل مؤثر بر تقاضای القابی در ایران

کدهای اصلی	کدهای فرعی	ویژگی‌های خدمات سلامت	مؤلفه‌ها
زیربنایی		محوریت انسان در خدمات سلامت چند بعدی بودن پدیده سلامت تغییرات سریع نیازهای سلامت	پیچیده بودن علم پزشکی عدم قطعیت در تشخیص و درمان بالینی فضای ناشی از پذیرش بی‌چون و چراغ نظرات جامعه پزشکی باورهای نادرست مردم در رابطه با سلامت
اجتماعی		ویژگی‌های خدمات درمانی	ضعف سعادت جامعه در حوزه سلامت ناگاهی عموم از نظام تعریفه گذاری تأثیر تبلیغات بر خدمات سلامت وجود منابع متعدد غیر معتبر انتشار مطالب در سلامت
ساختراری سازمانی	ضعف قوانین و نظارت		تعدد نهادهای قانون‌گذار در بخش سلامت کمبود قوانین مدون قضایی در خدمات سلامت ضعف در نظارت بر اجرای قوانین ضعف نظارت صحیح و دقیق در نظام سلامت متتمرکز نبودن نظارت در بخش‌های مختلف سلامت شفاف نبودن نهاد نظارتی در بخش‌های مختلف نبودن سیستم نظارت مناسبی بر شیوه‌های پزشکی تضاد منافع ناظران با ارائه‌دهندگان خدمت قوانين و بخشنامه‌های دست و پاگیر نقص در آیین‌نامه‌ها و فشار برای اخذ مجوز تضاد منافع وزارت بهداشت به عنوان ارائه‌دهنده و خریدار
سیاست‌گذاری‌های آموزشی		سیاست‌گذاری‌های آموزشی	رایج نبودن کاربرد راهنمایی‌های بالینی ضعف در نظام آموزشی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بکی بودن سیاست‌گذار و سرمایه‌گذار در بخش سلامت فقدان وجود مرجع رسیدگی برای پدیده تقاضای القابی
مدیریت و برنامه‌ریزی	مدیریت و برنامه‌ریزی	سلیقه‌گرایی در نظام سلامت افرازیش تربیت تعداد نیروهای متخصص بدون کیفیت فقدان یک الگوی واحد در ارائه خدمات سلامت	عدم اجرای صحیح نظام ارجاع نقص در نظام اطلاعات سلامت
مدیریت و پزشک سالاری		عدم ثبات مدیریتی در نظام سلامت پزشک سالاری و تخصص گرایی نظام سلامت فرار پزشک از شکایت‌های احتمالی عدم تمایل به کشف تقاضای القابی در سیستم	نظام ارجاع و مدیریت اطلاعات
حقوق بیمار		تمایل استفاده از حداکثر خدمات تحت پوشش بیمه توسط بیماران عدم توجه به حقوق بیمار در سیستم سلامت	عدم توافقه از حداکثر خدمات تحت پوشش بیمه توسط بیماران عدم توجه به حقوق بیمار در سیستم سلامت
اقتصادی	نظام پرداخت	جداییت درآمدزایی بخش درمان نظام پرداخت نامناسب به ارائه‌دهندگان مختلف خدمات پرداخت مبتنی به کار بیشتر بدون توجه به کیفیت خدمت	نظام پرداخت

کدهای اصلی	کدهای فرعی	تعریف و فرانشیز
هزینه اثربخشی	پایین بودن فرانشیز خدمات سلامت تعرفهای نامتعادل پزشکی عدم توجه به هزینه اثربخشی و کار آبی خدمات خصوصی شدن خدمات سلامت	کدهای فرعی پذیرش اثربخشی
بیمه و مالیات	قدان سیستم مالیاتی دقیق و شفاف برای بخش سلامت حساسیت قیمتی کمتر بیماران به دلیل وجود پوشش بیمه	کدهای فرعی بیمه و مالیات
ذی نفعان	آزادی پزشکان در تجویز انواع خدمات سلامت نالمنی‌های مالی پزشک در ابتدای زندگی حرفه‌ای رقابت بین پزشکان جدید با پزشکان سرشناس تجویز غیرضروری پزشک برای رضایت بیمار فقدان وابستگی پزشک به قرارداد و نظارت بیمه‌گران عدم تمایل پزشکان به ارائه خدمت کامل در بخش دولتی تجویز خدمات غیرضروری به گونه علمی سوءاستفاده از ضعف دانش پزشکی بیمار سوءاستفاده از قدرت نفوذ پزشکی نادیده گرفتن اخلاق پزشکی ملاقات تعداد زیادی بیمار در زمانی محدود	کدهای فرعی پزشکان و اخلاق حرفه‌ای
سازمان‌های بیمه‌گر	وجود پوشش بیمه‌های درمان تكمیلی نیوک مکانیسم تمایز استفاده کنندگان مفترط از پوشش‌های بیمه‌ای نیوک نظارت دقیق در جبران خسارت در سازمان‌های بیمه‌گر غیرتخصصی بودن بیمه‌های درمان تكمیلی ورود بیمه‌های تكمیلی به پوشش خدمات تشخیصی و درمانی گران قیمت نظارت غیر واقعی در بیمه‌های درمان تكمیلی رویکرد تجاری بیمه‌های درمان تكمیلی عدم وجود رویه یکسان و هماهنگ در نظام بیمه‌ای دولتی بودن برخی شرکت‌های ارائه‌دهنده بیمه تكمیلی نقش تجاری مؤسسات تشخیصی در ایجاد تقاضای کاذب	کدهای فرعی سازمان‌های بیمه‌گر
ساختمان‌های بیمه‌گر	نقش شرکت‌های تجهیزات پزشکی برای فروش تجهیزان مدرن نقش شرکت‌های دارویی در فروش محصولات جدید منافع کلان وارد کنندگان تجهیزات و دارو منافع شرکت‌های تولید کننده علم در پزشکی نقش شرکت‌های مافیایی درمان، دارو تجهیزات (استعماری) تعدد سرمایه‌گذاران در حوزه‌های تجهیزات پزشکی و تشخیصی عدم توجه به نیاز واقعی در صدور مجوزهای فعالیت ارائه‌دهنگان خدمت	کدهای فرعی ساختمان‌های بیمه‌گر
دریافت کنندگان خدمات (بیماران)	عدم آگاهی بیمار و درخواست غیر صحیح خدمات انتظار نابهجه بیمار از پزشک برای تجویزهای غیر ضروری افزایش درخواست‌های غیر ضروری بیماران تحت تاثیر تبلیغات دسترسی آزادانه بیماران به پزشکان و متخصصان سلامت مراجعةه به پزشک برای مسائل ساده وجود جو عامیانه و غیر علمی برای درمان‌های غیر ضروری توجه به منابع متعدد غیر معتبر در سلامت	کدهای فرعی دریافت کنندگان خدمات (بیماران)



بحث

برآورده کردن درآمد هدف آن‌ها، درآمد فعلی پزشکان، نسبت پزشک به جمعیت، قیمت خدمات (تعرفه)، روش پرداخت، زمان مشاوره، نوع استغالت پزشکان، ویژگی‌های قابل مشاهده پزشک و نوع و اندازه بیمارستان و دومی از طرف تقاضاکنندگان شامل مشخصات قابل مشاهده بیماران، خصوصیات غیر بالینی بیماران و پوشش بیمه را شناسایی کردند هم‌راستا است (۱۸).

هر چند نتایج این مطالعه با یافته‌های عبدالی و ورهامی (۱۳۹۰)، محبوبی و همکاران (۱۳۸۹) و ورهامی (۱۳۸۹) نیز تأیید می‌شود ولی هر یک از مطالعات قبلی فقط به یک یا چند بعد از عوامل مؤثر بر تقاضای القایی اشاره دارد. در حالیکه نتایج مطالعه حاضر بیشتر ابعاد را دربرمی‌گیرد (۳,۶,۷).

مطالعه حاضر به‌طور مبسوط نقش سازمان‌های بیمه‌گر در تقاضای القایی را در زیرمجموعه سایر ذی نفعان تشريح نموده است که در پژوهش کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲) نیز به برخی از آن‌ها اشاره شده است (۱۵).

این مطالعه به دنبال شناسایی علل بروز تقاضای القایی است که یکی از عوامل را نیز می‌توان سرانه تعداد پزشک در منطقه دانست ولی درزی رمندی و همکاران (۱۳۹۶) و همچنین گلخندان و فتح الله‌ی (۱۳۹۵) در مطالعه خود به دنبال اثبات ارتباط افزایش سرانه مخارج سلامت با سرانه تعداد پزشک به جمعیت بودند که تا حدودی با هم مشابهت دارند (۱۹,۲۰).

در پژوهش آندراده و همکاران (۲۰۱۱) افزایش تعداد و تخصص پزشکان و مؤسسات و تصویربرداری با تجهیزات پیشرفته و گران‌قیمت با افزایش و القای تجویز پزشکان به خوبی تبیین شده است (۱۱) در یافته‌های پژوهش حاضر نیز در تقسیم‌بندی عوامل ذی نفعان به مؤلفه‌های مربوطه اشاره شده است..

در مرور منابع داخلی و خارجی مطالعه‌ای با این وسعت برای تعیین عوامل مؤثر بر تقاضای القایی یافت نشد که خود نشان دهنده جدید بودن و قابلیت تعمیم آن در نظام سلامت ایران است. محدودیت‌هایی نیز در این پژوهش وجود داشت از جمله مشکل در شناسایی متخصصان و ارتباط برقرار کردن با آن‌ها، روحیه ضعیف همکاری متخصصان و اهل خبره برای پاسخگویی

این مطالعه در ۲ بخش شامل مرور منابع خارجی و داخلی در رابطه با عوامل مؤثر بر تقاضای القایی در نظام سلامت و بیمه و سپس تلفیق و ترکیب نظرات به‌دست آمده با کمک متخصصان و کارشناسان خبره انجام شد.

یافته‌های مطالعه حاضر نتایج مطالعه انصاری و همکاران (۱۳۹۷) که در تحلیل داده‌های پژوهش خود برای تقاضای القایی ۶ مقوله و ۴۰ زیر مقوله شامل عوامل اقتصادی، پایش، ساختار ارائه خدمات، عوامل آموزشی، عوامل مرتبط با سیاست‌گذاری و عوامل اجتماعی مؤثر بر کاهش تقاضای القایی را شناسایی کردند (۴)، شباهت زیادی دارد ولی گستردگی و جامعیت پژوهش حاضر محرز است.

یافته‌های این مطالعه در حیطه عوامل زیربنایی با بخشی از نتایج مطالعات کیوان آرا و همکاران درباره علل کلان مؤثر بر تقاضای القایی که به مواردی همچون پیچیده بودن پزشکی، عدم تقارن اطلاعات بین ارائه‌کننده خدمت و مصرف‌کننده، عدم قطعیت بالینی، باورهای نادرست مردم، تبلیغات، نظارت ناکافی، رایج نبودن راهنمایی بالینی، ضعف در سیستم آموزشی و نادیده گرفتن اخلاق پزشکی اشاره کرده است (۱۷-۱۵) همخوانی دارد ولی گستردگر از آن است.

در یافته‌های مطالعه حاضر در حیطه اجتماعی به سطح سواد سلامت گیرندگان خدمت، به عنوان یک عامل اساسی اشاره شده است. مایر (۲۰۱۶) و شی و تای سل (۲۰۱۲) نیز این مورد را به عنوان عامل بسیار مؤثری در القای تقاضا از سوی ارائه‌کنندگان می‌دانند (۸,۹).

در حیطه اقتصادی پژوهش حاضر عوامل مربوط به نظام پرداخت، تعرفه و فرانشیز، هزینه اثربخشی و بیمه و مالیات شناسایی شدند. لی و همکاران (۲۰۱۳) و شیجی یوکا و فوشیمی (۲۰۱۴) به نقش پزشکان و تأثیر میزان و نحوه پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمت به عنوان عوامل مؤثر بر تقاضای القایی پرداخته و آن را مرتبط دانسته‌اند ولی وان داییجک و همکاران (۲۰۱۳) نتوانسته با یافته‌های خود ارتباط بین پزشک و القای تقاضا را اثبات کند (۱۲-۱۴).

همچنین نتایج مطالعه حاضر با یافته‌های محمدشاھی و همکاران (۲۰۱۹) که ۲ مجموعه عوامل یکی از طرف ارائه‌دهنده خدمات شامل انگیزه پزشکان برای سود مالی یا

خالدیان رئیس دانشکده علوم پزشکی، خانم عموزاده معاونت پژوهشی علوم پزشکی، آقای دکتر رضوانی مدیر پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی سمنان، نویسنده‌گان مقالات تقاضای القایی در داخل و خارج از ایران، متخصصان پزشکی و بهداشت، کارشناسان بهداشت و درمان، سازمان بیمه سلامت و بیمه تأمین اجتماعی استان اصفهان، شرکت‌های بیمه بازرگانی ملت و ایران، پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات و کلیه افرادی که ایشان را در انجام این مطالعه کمک کرده‌اند. تشکر و قدردانی نمایند.

مشارکت نویسنده‌گان

طراحی پژوهش: ح. ع، ن. خ، الف. ن
جمع‌آوری داده‌ها: ح. ع
تحلیل داده‌ها: ح. ع، ر. ز

نگارش و اصلاح مقاله: ح. ع، الف. ن، ن. خ، ر. ز
سازمان حمایت‌کننده

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان با شماره ۱۴۸۱۰۷۰۶۹۵۲۰۰۷ تحت عنوان «عوامل مؤثر بر تقاضای القایی برای بیماران قلبی و عروقی دارای بیمه درمان پایه و تكمیلی و ارائه الگو است» و از سوی هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از طرف نویسنده‌گان گزارش نشده است.

References

- Amir Esmaili M, Fatahpour A, Barooni M, Rafiee N. Reasons of induced demand in delivering services to the insured by health insurance: a case study in esfahan, 2013. Journal of Knowledge & Health 2017; 12(1): 1-7. [Persian]
- Mahbobi M, Ghiasi M, Afkar A. Study of knowledge and abilities of chemical veterans and other people on Gilangharb city in during crisis: second half of 2010. Iran J War Public Health 2010; 2(3): 44-9. [Persian]
- Abdoli Gh, Varharami V. The role of asymmetric information in induced demands: a case study of medical services. JHA 2011; 14(43): 37-42. [Persian]
- Ansari B, Hoseini M, Bahadori M. Determinants of reduction of induced demand in selected hospitals that affiliated with iums in 2017; a qualitative study on

در مورد آثار خود و نداشتن دسترسی مستقیم به اهل فن و درنتیجه زمان بر بودن مطالعه بود.

نتیجه‌گیری

با جمع‌بندی مطالعات و نظرات مختلف به این نتیجه می‌رسیم که به دلیل گستردگی و تعدد عوامل مؤثر بر تقاضای القایی در نظام سلامت ایران در شناسایی آن‌ها پیچیدگی‌های خاصی وجود دارد که به نظر محقق پژوهش حاضر به طور کامل ابعاد مختلف آن را بررسی، تبیین و با کمک اهل فن یک تصویر جامع از ارتباط آن‌ها ارائه نموده است.

با توجه به موارد اشاره شده توصیه می‌شود خط مشی‌های مناسب برای تغییرات اساسی و ساختاری با تمرکز بر تغییر دانش و نگرش مردم با استفاده از رسانه‌های عمومی و همگانی، برنامه‌ریزی فعالیت‌های فرهنگی و آموزش سلامت جامعه، نهادینه کردن فرهنگ خود مراقبتی و ارتقای سواد سلامت جامعه در تمام سطوح آموزش کشور اعم از مردم، پزشکان، سازمان‌های بیمه‌گر و کلیه ذی‌نفعان در بخش سلامت و نظام بیمه‌ای کشور تصویب و ابلاغ شود. از آنجاییکه در اثر تقاضای القایی کارآیی پایین می‌آید و درآمد ملی به صورت اثربخش تخصیص داده نمی‌شود، تقویت برنامه‌های نظارتی دولت و تدوین یک برنامه توسعه جامع سلامت و آموزش مبتنی بر نیاز جامعه از راهکارهای پیشنهادی برونو رفت از این چالش بزرگ خواهد بود.

سپاسگزاری

نویسنده‌گان بدینوسیله بر خود واجب می‌دانند از خانم

- provider's view. Nurs Midwifery J 2018; 16(6): 389-402. [Persian]
- Akhavan Behbahani A, Esmaili I. Supplier-induced demand (sid) for medical services by iranian physicians (policymaking and controlling). Majlis & Rahbord 2019; 25(96): 321-43. [Persian]
- Mahbobi M, Ojaghi Sh, Ghiasi M, Afkar A. Supplemental insurances and induced demand in chemical veterans. Iran J War Public Health 2010; 2(4): 18-22. PMID: 17267711. [Persian]
- Varharami V. A survey of physician-induced demand. Journal of Healthcare Management 2010; 2(1 and 2): 37-42. [Persian]
- Meyer S. Dispensing physicians, asymmetric information supplier-induced demand: evidence from the swiss health survey. International Journal of



- Health Economics and Management 2016; 16(3): 215-45. doi: 10.1007/s10754-016-9187-3.
- 9) Shih YCT, Tai-Seale M. Physicians' perception of demand-induced supply in the information age: a latent class model analysis. *Health Economics* 2012; 21(3): 252-69. doi: 10.1002/hec.1710.
 - 10) Maeda T, Babazono A, Nishi T, Yasui M, Harano Y. Investigation of the existence of supplier-induced demand in use of gastrostomy among older adults: a retrospective cohort study. *Medicine (Baltimore)* 2016; 95(5): e2519. doi: 10.1097/MD.0000000000002519.
 - 11) Andrade E, de Andrade EN, Gallo JH. Case study of supply induced demand: the case of provision of imaging scans (computed tomography and magnetic resonance) at unimed-manaus. *Revista da Associação Médica Brasileira* 2011; 57(2): 138-43. doi: 10.1590/S0104-42302011000200009.
 - 12) Li J, He P, He R. Theoretical and empirical analysis of the supplier induced demand in the health care market in China. Proceedings of 2013 IEEE international conference on grey systems and intelligent services (GSIS); 2013 Nov 15-17; Macao, China. IEEE; 2013. doi: 10.1109/GSIS.2013.6714822.
 - 13) Shigeoka H, Fushimi K. Supplier-induced demand for newborn treatment: evidence from japan. *J Health Econ* 2014; 35: 162-78. doi: 10.1016/j.jhealeco.2014.03.003.
 - 14) Van Dijk Ch, Van den Berg B, Verheij RA, Spreeuwenberg P, Groenewegen P, De Bakker DH. Moral hazard and supplier-induced demand: empirical evidence in general practice. *Health Economics* 2013; 22(3): 340-52. doi: 10.1002/hec.2801.
 - 15) Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian jazi M. Opinions of health system experts about main causes of induced demand: a qualitative study. *Hakim Research Journal* 2014; 16(4): 317-28. [Persian]
 - 16) Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian jazi M. Challenges resulting from healthcare induced demand: a qualitative study. *Health Inf Manage* 2013; 10(4): 538-48. [Persian]
 - 17) Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian Jazi M. Experts' perceptions of the concept of induced demand in healthcare: a qualitative study in isfahan, iran. *J Edu Health Promot* 2014; 3: 27. doi: 10.4103/2277-9531.131890.
 - 18) Mohammadshahi M, Yazdani S, Olyaeemanesh A, Akbari Sari A, Yaseri M, Emamgholipour Sefiddashti S. A scoping review of components of physician-induced demand for designing a conceptual framework. *J Prev Med Public Health* 2019; 52(2): 72-81. doi: 10.3961/jpmph.18.238.
 - 19) Darzi Ramandi S, Shahnazi R, Abutorabi M, Niakan L, Kavosi Z. Physician-induced demand hypothesis in iran: impact of the physician density on treatment costs. *Iranian Journal of Insurance Research* 2018; 32(4): 1-19. doi: 10.22056/jir.2017.78303. 2022. [Persian]
 - 20) Golkhandan A, Fatholahi E. Offering and testing a model to explain the physician induced demand in Iran. *Journal of Healthcare Management* 2017; 7(4): 29-40. [Persian]

Research Article

Factors Affecting Induced Demand in Iran's Health System

Hamed Asgari ¹, Nader Khalesi ^{2,3*}, Amir Ashkan Nasiripour ², Reza Ziyari ⁴

¹ Ph.D. student of Health Services Management, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

² Associate Professor, Department of Health Services Management, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

³ Associate Professor, Health Economics Policy Research Center, Islamic Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Economics, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

* Corresponding Author: Nader Khalesi
khalesi_nader@yahoo.com

A B S T R A C T

Citation: Asgari H, Khalesi N, Nasiripour AA, Ziyari R. Factors Affecting Induced Demand in Iran's Health System. Manage Strat Health Syst; 2020; 5(2): 143-54.

Received: May 02, 2020

Revised: September 15, 2020

Accepted: September 20, 2020

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

Background: Induced demand is defined as the sale of unnecessary services to patients by exercising power and ordering health stakeholders. The purpose of this study is to identify and provide a comprehensive framework of factors affecting the inductive demand in the Iranian health system from the perspective of experts and specialists.

Methods: In terms of the type of study, the research was a qualitative content analysis from 2014 to 2018. 14 articles from Iranian data and 101 articles from global citation databases were selected, and 20 related articles were selected according to the purpose of the research. By carefully studying them by qualitative analysis method, a list of main and sub-factors and components of induced demand were identified. Then, the list was modified with the opinions of a group of experts, and the final list was obtained.

Results: The final results of the initial analysis and the opinions of experts and experts in relation to the factors affecting the induced demand in the 5 main categories of fundamental, social, organizational structure, economic, stakeholders, and 18 sub-categories and 82 factors were identified and presented.

Conclusion: Summarizing the findings of this study shows that due to the expansion and multiplicity of factors and the complex nature of the induced demand phenomenon in the health system, only by identifying the relevant factors can its harmful effects be controlled.

Keywords: Induced demand, Health care System, Factors