

دیدگاه صاحب‌نظران سیستم سلامت درباره علل کلان مؤثر بر تقاضای القایی؛ یک مطالعه کیفی

محمد کیوان آرا^۱، سعید کریمی^۲، الهه خراسانی^{۳*}، مرضیه جعفریان جزی^۳

۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان-۲- مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان-۳- گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

* نویسنده مسؤول: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تلفن: ۰۹۱۳۵۵۶۲۰۶۵ نامبر: ۰۳۱۱۶۸۴۷۹۹ پست الکترونیک: khorasani.elah@yahoo.com

دریافت: ۹۲/۴/۲۸ پذیرش: ۹۲/۸/۱۹

چکیده

مقدمه: احتمال وقوع تقاضای القایی و شدت اثرات آن، حاصل تعامل طیف وسیعی از عوامل است که بر رفتار پزشک و بیمار تأثیر می‌گذارد و همچنین متأثر از ترتیبات سازمانی و قوانین بازار برای خدمات پزشکی است. هدف این مقاله بررسی عوامل کلان مؤثر بر پدیده تقاضای القایی با استفاده از تجربیات صاحب‌نظران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است.

روش کار: روش تحقیق به شیوه کیفی می‌باشد. از مصاحبه نیمه‌ساختار یافته برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. تعداد ۱۷ نفر مورد مصاحبه قرار گرفتند. معیارهایی مانند «موثق بودن اطلاعات»، «قابل اعتماد بودن» و «قابل تثبیت بودن» داده‌ها در نظر گرفته شد. به مصاحبه شوندگان اطمینان داده شد که نامی از آن‌ها برده نمی‌شود و تمامی اطلاعات آن‌ها محترمانه باقی خواهد ماند. از روش تجزیه و تحلیل موضوعی برای تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها: در این پژوهش، براساس تحلیل موضوعی انجام شده، ۷۷ زیر موضوع و سه موضوع اصلی به دست آمد. این سه موضوع اصلی شامل علل زیربنایی، علل اجتماعی، علل ساختاری سازمانی مؤثر بر تقاضای القایی بود. هر کدام از این موضوعات نیز دارای زیر-موضوعاتی بودند.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش چارچوبی را برای بررسی علل کلان تقاضای القایی ارایه می‌کند. علل به دست آمده در این پژوهش شامل مواردی همچون پیچیده بودن پزشکی، عدم تقارن اطلاعات بین ارایه کننده خدمت و مصرف کننده، عدم قطعیت بالینی، باورهای نادرست مردم، تبلیغات، نظارت ناکافی، رایج نبودن راهنمایی بالینی، ضعف در سیستم آموزشی و نادیده گرفتن اخلاق پزشکی بود. این یافته‌ها به سیاست‌گذاران بخش سلامت کمک می‌کند تا با رویکردی روشن‌بینانه به بررسی پدیده تقاضای القایی پردازنند. پیشنهاد می‌شود در جهت کنترل تقاضای القایی آگاهی افراد جامعه افزایش یابد و انگیزه‌های مالی ارایه‌دهنده‌گان خدمات سلامت به کمک سیاست‌گذاری‌های مناسب کنترل شود و از راهنمایی‌های بالینی به عنوان یک ابزار قدرتمند برای نظارت بر عملکرد پزشکان استفاده شود.

گل واژگان: تقاضای القایی، سیستم سلامت، علل کلان

مقدمه

بخش‌های عرضه و تقاضا تأکید می‌کند که به علت رفتار ارایه‌کننده‌گان خدمات سلامت می‌تواند موجب القای تقاضا به بیماران شود (۲). تئوری تقاضای القایی یکی از موضوعات اصلی پژوهش در متون اقتصاد سلامت است (۳ و ۴). تقاضای القایی، تقاضایی است که با بهره‌گیری از مزیت اطلاعاتی بیشتر نسبت زمستان ۹۲، دوره شانزدهم، شماره چهارم

در طول سه دهه گذشته، هزینه‌های بخش سلامت در کشورهای مختلف به طور چشمگیری افزایش یافته است (۱). عواملی همچون سطح درآمد، توسعه فن‌آوری و ترکیب سنی جمعیت به عنوان علل این افزایش مطرح می‌شوند. به علاوه اقتصاددانان و سیاست‌گذاران در این زمینه بر ناکارامدی

اطلاعات نامتقارن وجود دارد (۵). عبدالی و ورهامی در پژوهشی دیگر، به مقایسه تقاضای القایی میان پزشکان رسمی و غیررسمی پرداخته‌اند و به این نتیجه رسیده‌اند که القای تقاضا برای استفاده از خدمات دارویی و درمانی از جانب پزشکان عمومی بیشتر است (۱۴). این مطالعات با رویکردی محدود به بررسی تقاضای القایی پرداخته‌اند اما در مقاله حاضر سعی شده است تمام عوامل مؤثر بر تقاضای القایی در سیستم سلامت به صورت جامع مورد بررسی قرار گیرد. در عمل، احتمال وقوع تقاضای القایی و شدت اثرات آن حاصل تعامل طیف وسیعی از عوامل است که بر رفتار پزشک و بیمار تأثیر می‌گذارد و همچنین متأثر از ترتیبات سازمانی و قوانین بازار برای خدمات پزشکی است. عوامل گسترده‌ای شامل عوامل بازاری، رفتاری، ساختاری و مقرراتی در این پدیده مؤثر هستند که می‌توانند به عنوان عامل مشوق یا بازدارنده برای مشارکت پزشک و مقاومت بیمار در پدیده تقاضای القایی باشند. به طور کلی، حوزه القای تقاضا به علت عدم تقارن اطلاعات و دانش قابل ملاحظه، در خدمات پزشکی پیچیده‌تر بیشتر است چرا که هزینه کسب اطلاعات اضافی برای بیمار بالاست (۱۳). لذا هدف این مطالعه بررسی عوامل مؤثر بر پدیده تقاضای القایی بود تا بتواند چارچوب مشخصی پیش روی سیاست‌گذاران بخش سلامت بگذارد.

روش کار

پژوهش حاضر در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت. روش تحقیق، کیفی بود که با استفاده از مصاحبه عمیق انجام شد. افراد شرکت‌کننده در این پژوهش برخی از اعضای هیأت علمی دانشگاه، پزشکان، مسؤولان بیمارستان‌ها، مدیران سازمان‌های بیمه و محققان اقتصاد سلامت با سابقه اجرایی و مدیریت در سیستم سلامت بودند که سابقه اجرایی یا علمی قابل قبول در افراد دارای سوابق مدیریت چندین ساله در سازمان‌های بیمه‌گر، بخش‌های درآمد و مدیریت بیمارستان، نظارت معاونت درمان و پزشکان اجرایی در سیستم سلامت بودند. از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. به عبارت دیگر افرادی مورد مصاحبه قرار گرفتند که در این زمینه مطلع بوده و دارای تجربه ارزشمندی بودند. حجم نمونه تا اشباع اطلاعات ادامه یافت. بر این اساس ۱۷ مصاحبه حضوری انجام شد. تمامی مصاحبه‌ها خبط شدند و سپس بر روی کاغذ پیاده شدند. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ الی ۹۰ دقیقه متغیر بود. برای کسب اعتبار با استفاده از راهنمایی‌ها، تجربه و کمک استاید راهنمای و مشاور، ابتدا چند مصاحبه به صورت آزمایشی قبل از شروع تحقیق توسط محقق

به بیماران برای خدمات بهداشتی و درمانی انجام می‌شود و مراقبت بیش از حد با ارزش مشکوک ارایه می‌شود (۷-۵). این تصور که عرضه کنندگان مراقبت‌های پزشکی می‌توانند برای خدمات خود تقاضا ایجاد کنند به رومر^۱ برمی‌گردد که فرض کرده بود یک بیمارستان می‌تواند تخت خود را صرف نظر از نیاز اساسی برای مراقبت‌های بیمارستانی پر کند. بیشتر مطالعات در این زمینه توافق دارند که عرضه کنندگان خدمات پزشکی توئیتی نفوذ در تقاضا برای محصولات خود را دارند (۸). در واقع به القای ارایه، مراقبت یا فروش خدمت غیرضروری به مراجعین سیستم سلامت که با اعمال قدرت از طرف ارایه کنندگان خدمت همراه است، تقاضای القایی گفته می‌شود. عوامل متعدد اقتصادی، ساختاری، رفتار ارایه کنندگان و دریافت کنندگان خدمت و عدم تقارن اطلاعات میان آن‌ها، در القای تقاضا مؤثر هستند (۹ و ۱۰) که موجب می‌شوند گاهی خدمات و کالاهایی مصرف شوند که سود چندانی ندارند. در زمینه تقاضای القایی باور قابل توجهی وجود دارد. فوچس^۲ در مطالعه خود با ۴۶ نفر از چهره‌های پیشو از اقتصاد سلامت آمریکا، ۲۴ نظریه‌پرداز اقتصادی و ۲۲ پزشک مصاحبه کرد. حدود دو سوم از اقتصاددانان سلامت و پزشکان و سه چهارم از نظریه‌پردازان اقتصادی با پدیده تقاضای القایی موافق بودند که پزشکان دارای قدرت نفوذ در بیماران خود برای استفاده از خدمات هستند. اکثریت پاسخ‌دهنده‌گان معتقد بودند که پزشکان القای تقاضا دارند (۱۱). این موضوع، اقتصاددانان را به این سؤال رهنمون ساخت که ریشه و دلیل وجود تقاضای القایی چیست؟ (۱۲). لازم است به منظور کارآمدتر نمودن سیستم سلامت، عوامل مؤثر بر تقاضای القایی به طور گسترده مورد بررسی قرار گیرد. این موضوع می‌تواند با توجه به انواع مختلف مراقبت‌های بهداشتی درمانی نقش مهمی در سیاست‌گذاری‌های نظام سلامت داشته باشد. در کشور ما مطالعات محدودی در زمینه تقاضای القای انجام شده است. محبوبی و همکاران در پژوهشی با عنوان بیمه‌های مکمل و تقاضاهای القایی در جانبازان شیمیایی به بررسی نقش بیمه مکمل بر تقاضای القایی پرداخته‌اند. یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد برخی از پزشکان ممکن است جهت کسب درآمد و سود ناشی از بیمه‌ها، خواسته یا ناخواسته تقاضاهایی را به بیمار القا کنند که واقعیت نداشته است (۱۳).

¹ Rumer

² Fuchs

پدیده سلامت، عدم تقارن اطلاعات بین ارایه‌کننده خدمت و مصرف کننده و عدم قطعیت بالینی^۵. برخی از صحبت‌های شرکت‌کنندگان به شرح زیر بود: «مثلاً اگر بخواهی روی یه موضوعی دست بذاری، مثلاً چرا این مریض رو آنژیو کردی، انقدر برای شما دلیل میاره که این مریض حتماً باید براش آنژیو انجام می‌شد.» (پیچیده بودن ارایه خدمات در پزشکی) (مصاحبه شماره ۵): «ما الان داریم برای چیزهایی می‌ریم دکتر که پدر و مادرهای ما نمی‌رفتند، پدر و مادرهای ما کسی برای مثلاً زیبای کردن بینی‌شون می‌رفتند پیش دکتر.» (مدرن شدن نیازها) (مصاحبه شماره ۱): «خوب طبیعتاً پدیده سلامت به واسطه این که یه پدیده چند بعدی هست، برای افراد مختلف قابل بهره‌برداری و سوءاستفاده هست.» (چند بعدی بودن پدیده سلامت) (مصاحبه شماره ۱۳): «با توجه به این که مشکل عمدۀ توى تقاضای القاىي و خدمات سيسىتم درمان وجود داره تفاوت سطح آگاهی گيرنده خدمت و ارایه دهنده خدمت نسبت به نیاز هست.» (عدم تقارن اطلاعات بین ارایه‌کننده خدمت و مصرف کننده) (مصاحبه شماره ۱۳): «علم پزشکی خیلی پیچیده است و نمی‌شه به راحتی نظر بدی، این طوریه. گاهی اوقات تشخيص دارو ممکنه چند تا بدن.» (عدم قطعیت بالینی در پزشکی) (مصاحبه شماره ۶).

ب- علل اجتماعی مؤثر بر تقاضای القاىي: شارکت‌کنندگان علل اجتماعی را در قالب سه زیر موضوع: "فضای جامعه، باورهای نادرست مردم و تبلیغات" مطرح نمودند. مشارکت‌کنندگان برای تشریح فضای جامعه در القاى تقاضا به سه زیر موضوع: "فرهنگ جامعه، پزشکی شدن فضای جامعه و ضعف روش‌های آموزشی در جامعه" اشاره کردند. به نظر شرکت‌کنندگان: «این فضا که معروفه به فضای پزشکی شدن، فضایی که همه چیز قالب چارچوب خدمات درمانی پیدا می‌کنند. این‌ها پزشکی شده و این فضا خیلی تأثیرگذاره.» (مصاحبه شماره ۱). مشارکت‌کنندگان در زمینه "باورهای نادرست مردم" گفت: «مثلاً یه سری چیزهایی توى جامعه ما جا افتاده به غلط. مثلاً هر مریضی سرگیجه پیدا می‌کنه، می‌گن که احتمالاً چربیت بالاست. در صورتی که ۹۹٪ این هیچ ربطی به چربی نداره.» (مصاحبه شماره ۶). "تبلیغات" از عوامل بسیار مهم در القاى تقاضای غیرضروری قلمداد شد. مشارکت‌کنندگان در این زمینه گفتند: «اگر شما دیدید یه جایی داره برای خدمات پزشکی تبلیغ می‌شه مطمئن باشید پشتیش منافع مالی و اقتصادی خود شخص یا مؤسسه نهفته بیشتر مطرحه.» (مصاحبه شماره ۱۵).

انجام شد. سپس برای روایی داده‌ها نخستین مصاحبه‌ها توسط اساتید راهنمای و مشاور از نظر درستی انجام کار مورد بررسی قرار گرفتند. برای بالا بردن قابلیت اطمینان، یافته‌ها پس از استخراج به برخی از مشارکت‌کنندگان ارجاع داده شد و دیدگاه آنان لحاظ گردید. معیارهایی مانند «موثق بودن اطلاعات»، «قابل اعتماد بودن»، «قابل اطمینان بودن» و «قابل ثبیت بودن» داده‌ها نیز در نظر گرفته شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش بر مبنای روش تجزیه و تحلیل موضوعی است. مراحل تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل استخراج و پیاده شدن داده‌ها بر روی کاغذ و ذخیره شدن آن‌ها در کامپیوتر، غوطه‌ور شدن در داده‌ها، کدگذاری، ثبت عالیم بازتابی، ثبت عالیم حاشیه‌ای، اختصارسازی و توسعه پیشنهادات بود. در مرحله اول بعد از انجام هر مصاحبه، بلافالله مصاحبه‌ها رونویسی و سپس در کامپیوتر تایپ و ذخیره شد. در مرحله سوم، داده‌ها به واحدهای معنایی (کد) در قالب جملات و پاراگراف‌های مرتبط با معنای اصلی شکسته شدند. واحدهای معنایی نیز چندین بار مرور شدند و سپس کدهای مناسب هر واحد معنایی نوشته شد. به این صورت که در هر کدام از مصاحبه‌ها، زیر موضوعات از یکدیگر مجزا گردید و سپس زیر موضوعات در هم ادغام شدند و تقلیل گرایی صورت گرفت و نهایتاً موضوعات اصلی مشخص شد. ثبت عالیم بازتابی و حاشیه‌ای (ثبت یادداشت‌ها از اندیشه‌ها و دیدگاه‌هایی که در ذهن محقق به وجود می‌آید)، در حین مصاحبه و تجزیه و تحلیل ثبت شد. این عالیم، یادداشت‌ها را به دیگر قسمت‌های داده مرتبط می‌ساخت. ملاحظات اخلاقی هم مدنظر قرار گرفت؛ به گونه‌ای که رضایت مصاحبه‌شونده‌ها گرفته شد و به آن‌ها اطلاع داده شد که برای سهولت پیاده‌سازی، مصاحبه ضبط می‌شود. به مصاحبه‌شوندگان اطمینان داده شد که نامی از آن‌ها برده نمی‌شود و اطلاعات آن‌ها محترمانه می‌ماند.

نتایج

در این مطالعه کیفی، حدود ۷۷ زیر موضوع و سه موضوع اصلی به دست آمد (جدول ۱). این سه موضوع اصلی شامل علل زیربنایی، علل اجتماعی، علل ساختاری سازمانی مؤثر بر تقاضای القاى بود.

الف- علل زیربنایی مؤثر بر تقاضای القاى: زیر موضوعات علل زیربنایی پنج مورد به دست آمد که عبارت بودند از: "پیچیده بودن پزشکی، مدرن شدن نیازها، چند بعدی بودن

^۳ Medicalization

جدول ۱- علل کلان مؤثر بر تقاضای القایی

زیر موضوعات	موضوعات
فرهنگ جامعه پژوهشی شدن فضای جامعه ضحف روش‌های آموزشی در جامعه	۱- پیچیده بودن پژوهشی ۲- مدرن شدن نیازها ۳- چند بعدی بودن پدیده سلامت ۴- عدم تقارن اطلاعات بین ارایه‌کننده خدمت و مصرف‌کننده ۵- عدم قابلیت بازی
علل اجتماعی	۱- فضای جامعه ۲- باورهای نادرست مردم ۳- تبلیغات
قدمان سیستم مالیاتی آشفتگی‌های متعدد از سوی نهادهای قانون‌گذاری نقص در آینین‌نامه‌ها و فشار برای اخذ مجوز پژوهشی به عنوان بازار و رقابت‌های نادرست	۱- عدم اجرای صحیح نظام ارجاع ۲- ضحف در سیستم آموزشی ۳- افزایش تعداد نیروهای متخصص و ماهر ۴- عدم آگاهی سطوح قضاؤی از علم پژوهشی ۵- نادیده گرفتن اخلاق پژوهشی
علل کلان مؤثر بر تقاضای القایی	۶- قانون‌گذاری نادرست
سیاست‌گذاری بدون مستندات کافی عدم ثبات در سیاست‌گذاری‌ها بخش سلامت قدمان سیاست‌گذاری‌های دقیق از سوی مراجع ذیریط عدم بکارگیری سیاست‌های ریشه‌ای در حل معضل تقاضای القایی الکویداری سیستم سلامت از سایر کشورها در مقاطعه زمانی مختلف	۷- عوامل اقتصادی
ضحف در نظارت بر اجرای قوانین تمترک نبودن نظارت در بخش‌های مختلف موانع نظارتی قدمان نظارت صحیح و دقیق در سیستم ضحف نظارت بر عملکرد پژوهشکان	۸- سیاست‌گذاری نادرست
قانونمند نبودن به رعایت راهنمایهای بالینی قدمان راهنمایی بالینی	۹- نظارت ناکافی
نیود تغایل به کشف تقاضای القایی قدمان یک الگوی واحد در سیستم پژوهش‌سالاری و تخصص گرامی سیستم عدم توجه به حقوق بیمار در سیستم سلامت یکی بودن سرمایه‌گذار و تضمیم گیرنده در بخش سلامت	۱۰- رایج نبودن راهنمایهای بالینی
نیود یک متولی خاص در بحث اطلاعات و مرتبط بودن شرکت‌های اطلاعاتی قدمان سوابق بیماران در سیستم سلامت عدم وجود شکه جامع اطلاعاتی	۱۱- مشکلات الگوی سیستم سلامت
دفاتر مسوؤلین بدون شخص و داشت رونق گرفتن روش‌های درمانی جایگزین کیفیت و استاندارد پایین تجهیزات و خدمات اجازه رورد جدیدترین تجهیزات به کشور بدون بررسی کافی عدم نیازمندی واقعی برای تجهیزات و خدمات سلامت	۱۲- نقص در سیستم اطلاعات
نادرست" را در قالب سه زیر موضوع بیان کردند که این زیر موضوعات عبارت بودند از: "قدمان سیستم مالیاتی، آشفتگی‌های متعدد از سوی نهادهای قانون‌گذاری، نقص در آینین‌نامه‌ها و فشار برای اخذ مجوز".	ج- علل ساختاری سازمانی مؤثر بر تقاضای القایی: بخشی از علل تقاضای القایی در قالب علل ساختاری سازمانی دسته‌بندی شد. مشارکت‌کنندگان به ۱۳ زیر موضوع اشاره کردند که عبارت بودند از: "قانون‌گذاری نادرست، عدم اجرای صحیح نظام ارجاع، عوامل اقتصادی، سیاست‌گذاری نادرست، نظارت ناکافی، رایج نبودن راهنمایهای بالینی، ضحف در سیستم آموزشی، افزایش تعداد نیروهای متخصص و ماهر، عدم آگاهی سطوح قضاؤی از علم پژوهشی، مشکلات الگوی سیستم سلامت، نقص در سیستم اطلاعات، نقش وزارت بهداشت و درمان در القای تقاضا و نادیده گرفتن اخلاق پژوهشی". مشارکت‌کنندگان، "قانون‌گذاری مجله پژوهشی حکیم

"نادرست" را در قالب سه زیر موضوع بیان کردند که این زیر موضوعات عبارت بودند از: "قدمان سیستم مالیاتی، آشفتگی‌های متعدد از سوی نهادهای قانون‌گذاری، نقص در آینین‌نامه‌ها و فشار برای اخذ مجوز".

برخی صحبت‌های شرکت‌کنندگان به شرح زیر بود: «مثلاً سیستم مالیاتی ما مؤثره تو این قضیه، ما از این اهرم توقف نداریم تو جامعه‌مون و یه جوری پژوهشکان آزاد هستند.» (قدمان سیستم مالیاتی) (مصطفی شماره ۱): «مجلس می‌آد دهها قرارداد مکمل می‌بنده، دادگستری می‌بنده. دادگاه می‌آد شئش برابر تعزیرات می‌بنده. یعنی شما در این بحثاً یه آشفتگی خیلی زیادی

تجاری و کسب منفعت شخصی به این قضیه می پردازه.» (رویکرد تجاری به بیمار) (اصحابه شماره ۱۴): «الآن با توجه به بازار کاری که ایجاد شده و رقابت‌هایی که ایجاد شده، پول‌ساز شده بخش درمان» پژوهشکی به عنوان بازار و رقابت‌های نادرست) (اصحابه شماره ۷).

"سیاست‌گذاری نادرست" نیز یک از عوامل مؤثر در تقاضای القایی است که مشارکت‌کنندگان در این خصوص به چهار زیر موضوع "سیاست‌گذاری بدون مستندات کافی، فقدان سیاست‌گذاری‌های دقیق از سوی مراجع ذی‌ربط، عدم ثبات در سیاست‌گذاری‌ها بخش سلامت و عدم بکارگیری سیاست‌های ریشه‌ای در حل معضل تقاضای القایی" اشاره کردند. برخی صحبت‌های شرکت‌کنندگان به شرح زیر بود: «ما می‌خوایم چشم بسته خرج درمان رو کم بکنیم و این امکان پذیر نیست.» (سیاست‌گذاری بدون مستندات کافی) (اصحابه شماره ۱): «به این علت ما هیچ موقع شاهد سیاست‌گذاری دقیق و یا نظارت صحیح از طرف مجامعی که بالاخره وجود دارن به عنوان مراجع نظارتی نبودیم» (فقدان سیاست‌گذاری‌های دقیق از سوی مراجع ذی‌ربط) (اصحابه شماره ۱۳): «واقعیت اینه که ماتا حالا هر سیاستی تو این زمینه وضع کردیم به جهت این که خیلی ریشه‌ای به اون نپرداختیم، خیلی جواب نداده.» (عدم بکارگیری سیاست‌های ریشه‌ای در حل معضل تقاضای القایی) (اصحابه شماره ۱).

مشارکت‌کنندگان درباره "نظارت و اهمیت تأثیرگذاری آن" بر القای تقاضا، به عوامل مختلفی اشاره داشتند که این عوامل در قالب پنج زیر موضوع دسته‌بندی شد. زیر موضوعات شامل: فقدان نظارت صحیح و دقیق در سیستم، متمرکز نبودن نظارت در بخش‌های مختلف سلامت، ضعف نظارت بر عملکرد پژوهشکان، ضعف در نظارت بر اجرای قوانین و مواعن نظارتی بود. برای تشریح بهتر "فقدان نظارت صحیح و دقیق در سیستم"، مشارکت‌کنندگان جنبه‌های مختلفی را بیان نمودند و شش زیر موضوع جدید در این حیطه شکل گرفت که شامل عدم نظارت دقیق در بیمه‌ها، عدم نظارت وزارت بهداشت و درمان بر اساس راهنمایی بالینی مشترک، نبود نظارت سلامت محور در سیستم، مؤثر نبودن سیستم نظارت بر کیفیت و استانداردهای ارایه خدمات و ناکافی بودن نظارت به شیوه گذشته‌نگر بودند. برخی صحبت‌های شرکت‌کنندگان بین شرح بود: «از طرفی سازمان‌های بیمه‌گر هم اون نظارت دقیقی که برای بحث تقاضای القایی باید به وکالت از بیمه شدگانشون اعمال بکنن روی ارایه دهنده‌های خدمت، خوب طبیعتاً نیست.» (اصحابه

می‌بینید) (أشقتگی‌های متعدد از سوی نهادهای قانون‌گذاری) (اصحابه شماره ۷): در رابطه با آینه‌نامه‌ها مشارکت‌کنندگان به جنبه‌های مختلفی اشاره کردند که شامل به روز نبودن آینه‌نامه‌ها با توجه به پیشرفت علم، وجود فشار و منابع قدرت برای صدور آینه‌نامه‌ها بودند.

مشارکت‌کنندگان "عدم اجرای صحیح نظام ارجاع" را موجب دسترسی آزاد بیماران به سطوح تخصصی می‌دانند: «وقتی ما نظام ارجاع نداریم و همه به راحتی می‌توانیم تو سیستم تخصصی دسترسی داشته باشیم، وقتی *Waiting list* نداریم، طبیعتاً پژوهشکان به دنبال *induce demand* خواهند رفت.» (اصحابه شماره ۱). مشارکت‌کنندگان "عوامل اقتصادی" مربوط به ساختار سلامت کشور را در قالب هشت زیر موضوع "پول‌سازی و درآمدزایی در بخش سلامت، نظام پرداخت نامناسب، تعرفه‌های پایین پژوهشکی، عدم توجه به هزینه اثربخشی و کارایی، خصوصی شدن خدمات سلامت، رایگان بودن خدمات سلامت، رویکرد تجاری به بیمار، پژوهشکی به عنوان بازار و رقابت‌های نادرست" بیان نمودند. برخی صحبت‌های شرکت‌کنندگان بین شرح بود: «حالا اینجام provider که تو فکر درآمده، مريض رو به شکل پول می‌بینه و می‌خواهد یه کاری بکنه که اين مريض رو تقسيم‌ش بکنه یا به نوعی ديگران رو شريک بکنه.» (پول‌سازی و درآمدزایی در بخش سلامت) (اصحابه شماره ۴): «وقتی که يك پژوهشکتون از نظر مالي به آن اندازه کفايت پرداخت بش نمي‌شه، ايجاد مي‌کنه زمينه رو برای کاراي ديجه.» (نظام پرداخت نامناسب) (اصحابه شماره ۴): «چون تعرفه‌های پژوهشکی ما پایین، پژوهشکها رو می‌ارزن به یه سری تقاضاهای این جوری.» (تعرفه‌های پایین پژوهشکی) (اصحابه شماره ۵): «اکثر پژوهشکان همین درخواست ام آرایي یا آزمایش‌های گرون قيمت می‌دن. ميان از آسان‌ترین راه و گران‌ترین راه استفاده مي‌کنن به نفع خودشون.» (عدم توجه به هزینه اثربخشی و کارایی) (اصحابه شماره ۹): «اينها (پژوهشکان) دست به دست هم می‌دن، سرمایه‌هاشون رو می‌ذارن، يه دستگاه MRI خارج از بیمارستان می‌خرن.» (خصوصی شدن خدمات سلامت) (اصحابه شماره ۴): «يكي ديجه از عوامل عدم كنترل شرکت‌های بیمه هست، مثلاً بعضی چيزها رو می‌گن رايگان می‌کنيم، مثلاً ميايم می‌گيم برای حق ويزيت پژوهشک شما اين جا اصلاً پول نده، اصلاً خود اين تقاضای القایی ايجاد مي‌کنه.» (رايگان بودن خدمات سلامت) (اصحابه شماره ۴): «بيينيد بحث پول و ماديات هستش بيشرتر ديجه. اينجا بحث‌اي منافع شخصيه! بحث سلامت نیست. يعني اون فرد از اون ديد

آنچه هیستامین می‌ده، یکی ترفندین می‌ده. داروهای مختلفی می‌دن برای اون بیماری.» (عدم وجود پروتکل‌های درمانی مشترک بین پزشکان) (مصاحبه شماره ۷): «مثلاً در مورد جراحی بینی که گاهًا پزشکا توی مطب انجام می‌دن، ولی خوب آینه نامه هست که این خطروناکه باید توسط یه تیم انجام شه. ولی پزشک متخصص ما اینو چندان جدی نمی‌گیره.» (عدم توجه پزشکان به آینه نامه‌های نظارتی) (مصاحبه شماره ۱۰): «بیمار بعد که میره به مراجع قضایی یا نظام پزشکی شکایت می‌کنه، اونا می‌گن چرا این درخواست‌ها رو برآش انجام ندادی؟» (نبود وحدت رویه بین عملکرد پزشکان و پروتکل سازمان‌های ناظر) (مصاحبه شماره ۱۲): «اون مرکز نظارتی که نظارت می‌کنن تخصصی نیستن دیگه! مثلاً بیمار می‌ره به دادگاه شکایت می‌کنه. دادگاه از نظر تخصصی خیلی چیزی سرش نمی‌شه» (تخصصی نبودن مراکز نظارتی) (مصاحبه شماره ۱۲). «ایج نبودن راهنمای بالینی» دارای سه زیر موضوع فقدان راهنمایی بالینی، قانونمند نبودن و عدم وجود ساختار مناسب برای ارایه راهنمایی بالینی و ملزم نبودن به رعایت راهنمایی بالینی بود. برخی صحبت‌های شرکت‌کنندگان بدین شرح می‌باشد: «ما خیلی گایدلاینی نداریم توی کشور. هست‌ها، بر اساس یه تکست و منبع علمی برای درمان یه بیماری داریم،» (فقدان راهنمایی بالینی) (مصاحبه شماره ۱۲): «به دلیل این که مثلاً ما توی کشورمون هنوز اون کلینیکال گایدلاین‌ها به صورت قانونمندی ارایه نشده، ساختاری برای اون وجود نداره.» (قانونمند نبودن و عدم وجود ساختار مناسب برای ارایه راهنمایی بالینی) (مصاحبه شماره ۲). مشارکت‌کنندگان از عدم الزام پزشکان در رعایت راهنمایی بالینی گفت: «این‌ها توی نهادهای نظارتی یا گایدلاین‌های هدایتی قرار نمی‌گیرند. پاسخگو به جایی به صورت رسمی و علمی نیستند. مجبور به رعایت یک گایدلاین مشخص درمانی نیستند.» (ملزم نبودن به رعایت راهنمایی بالینی) (مصاحبه شماره ۲). مشارکت‌کنندگان «ضعف سیستم آموزشی» را موجب آموزش نادرست پزشکان می‌دانست و معتقد بود پزشکان از تقاضای القایی به عنوان ابزاری برای کسب تجربه و اطلاعات بیشتر استفاده می‌کنند: «ما سیستم آموزشی‌مون که ضعیف باشه، پزشک خوب آموزش نمی‌بینه، پزشک که خوب آموزش نبینه، پزشک کم‌ساده هست، مجبوره حتماً تست پاراکلینیک بنویسه. اینقدر آزمون و خطا می‌کنه تا آخر بتونه بفهمه که مریض چه مشکلی داره.» (مصاحبه شماره ۴). مشارکت‌کنندگان از «افزایش نیروهای متخصص» را موجب به هم خوردن تعادل عرضه و تقاضا در بازار سلامت

شماره ۱۳): «یه سری وزارت بهداشت شروع کرد تو بعضی از بیماری‌های صعب العلاج گایدلاین تعیین کردن که اون خیلی موفق نبود، در واقع خود اون مؤسسات [وزارت‌خانه] نظارت نکردن روی گایدلاین‌هاشون،» (مصاحبه شماره ۱۲): «می‌خواهم یکم که اون نظارتی که نظارت سلامت محور باشه و همه از دید سلامت بتونن نیست.» (مصاحبه شماره ۱۴): «بعدش نظارت در درمان نباید این طور باشه که بازنگری کنی یا گذشته‌نگری کنی. باید نظارت همزمان باشه.» (مصاحبه شماره ۷).

مشارکت‌کنندگان در خصوص "تمرکز نبودن نظارت در بخش‌های مختلف سلامت" به وجود سازمان‌های مختلف نظارتی و متصل نبودن سازمان‌های مختلف نظارتی اشاره کرد و گفت: «بینید بیمه‌ها مستقل هستن، معاونت درمان برآ خودش مثلاً! پروانه‌ها زیر نظر نظام پزشکی، نظام پزشکی زیر نظر معاونت درمان. این جور نیست که اگه شما یه دایره رو در نظر بگیرین همه به مرکز وصل باش، بر عکسه» (مصاحبه شماره ۷). مشارکت‌کنندگان در تشریح "ضعف نظارت بر عملکرد پزشک" به چهار زیر موضوع دیگر اشاره کردند که عبارت بودند از نظارت ناکافی نظام پزشکی، ضعف نظارت بر روی تجویز پزشک، نبود نظارت کافی بر اندیکاسیون‌های پزشکان و پزشکان نظارت کننده و تصمیم گیرنده بر عملکرد خود. برخی صحبت‌ها به شرح زیر بود: «اگه به پزشکان آموزش داده بشه یا نظارت وجود داشته باشه. مثلاً یه کاری که نظام پزشکی باید انجام بده، خود بیمه‌ها دارن انجام می‌دن.» (مصاحبه شماره ۹): «همه اینارو نظارت می‌کنن ولی تو همون مسیری که پزشک درمان داره یا نه؟! انجام نمی‌دن.» (مصاحبه شماره ۱۴).

مشارکت‌کنندگان برای "موقع نظارتی" جنبه‌های مختلفی از موضوع را بیان کردند که شش زیر موضوع را تشکیل دارد. این زیر موضوعات عبارت بودند از فقدان ابزار نظارت، ضعف اقتدار در نظارت، عدم وجود پروتکل‌های درمانی مشترک بین پزشکان، عدم توجه پزشکان به آینه نامه‌های نظارتی، نبود وحدت رویه بین عملکرد پزشکان و پروتکل سازمان‌های ناظر و تخصصی نبودن مراکز نظارتی. برخی صحبت‌های مصاحبه شوندگان بدین شرح بود: «واقعاً نمی‌توانیم نظارت کنیم، چون نیروشونداریم، توانشونداریم، ابزار کافی نداریم.» (فقدان ابزار نظارت) (مصاحبه شماره ۷): «یعنی به لحاظ قانونی وجود دارن ولی به لحاظ اقتدار و قوانین در واقع نیستند و به لحاظ حالاً یه بخش‌هاییش بحث توان علمی شاید بخواهیم بگیم،» (ضعف اقتدار در نظارت) (مصاحبه شماره ۲): «شما برای یه درمان سرمایخوردگی یکی

رابطه عبارت بودند از فقدان سوابق بیماران در سیستم سلامت، نبود یک متولی خاص در بحث اطلاعات و مرتبط نبودن شرکت‌های اطلاعاتی و عدم وجود شبکه جامع اطلاعاتی. برخی صحبت‌های شرکت‌کنندگان بدین شرح بود: «یکی از علت‌های تقاضاها کاذب... نبودن سوابق و فایلینگ‌هایی هست که باید وجود داشته باشند برای افراد.» (فقدان سوابق بیماران در سیستم سلامت) (مصاحبه شماره ۱۵): «اینجا یه شرکت نرم‌افزار بیمه رو می‌نویسه، یکی آب و برق، یکی آموزش پرورش، که اصلاً اینا لینک نمی‌شن با هم، ۱۰۰ تا نرم‌افزار هست.» (نبود یک متولی خاص در بحث اطلاعات و مرتبط نبودن شرکت‌های اطلاعاتی) (مصاحبه شماره ۱۱): مشارکت‌کنندگان مرتبط نبودن مراکز درمانی مختلف در سطح کشور برای انتقال سوابق بیمار را بیان می‌کند که: «باید بانک سلامت وجود داشته باشند. مثل اینجا خیلی از کارا تکرار می‌شه! بیمار تو یه شهر دیگه مریض می‌شه مراجعه می‌کنه باز باید یه هزینه دیگه و همون سری آزمایشات رو دوباره تکرار کنه.» (عدم وجود شبکه جامع اطلاعاتی) (مصاحبه شماره ۸.۹).

مشارکت‌کنندگان علی که "نقش وزارت بهداشت و درمان در القای تقاضا" موجب تقاضای القایی می‌شود را در قالب پنج زیر موضوع زیر مطرح نمودند: رونق گرفتن روش‌های درمانی جایگزین، اجازه ورود جدیدترین تجهیزات به کشور بدون بررسی کافی، عدم نیازستجی واقعی برای تجهیزات و خدمات سلامت، دخالت مسؤولین بدون تخصص و دانش، کیفیت و استاندارد پایین تجهیزات و خدمات. برخی بیانات شرکت‌کنندگان در مطالعه بدین شرح بود: «خیلی روش‌های درمانی که انجام می‌شده مثل طب‌های سنتی، طب‌های گیاهی و انرژی درمانی و غیره شاید خیلی‌هاش هم ارزش درمانی نداشته باشند ولی می‌بینیم بازار خوبی دارد.» (رونق گرفتن روش‌های درمانی جایگزین) (مصاحبه شماره ۷): «اینجا جدیدترین تجهیزات اجازه می‌دن وارد بشه. به خاطر این که حالا هم یه سودی شرکت‌های وارد کننده دارن، هم اینا خودشون احتمال داره سهامدار باشند.» (اجازه ورود جدیدترین تجهیزات به کشور بدون بررسی کافی) (مصاحبه شماره ۹): «اصلًا شما چرا اجازه تأسیس می‌دمی که فرد... اصلًا کی گفته که اصفهان یه ام‌آرآی نیاز داره که نیاز برای مردم بشه دوتا، بشه سه تا!» (عدم نیازستجی واقعی برای تجهیزات و خدمات سلامت) (مصاحبه شماره ۱۱): «کسایی دخالت می‌کنن که از نظر مقام در مرتبه بالایی هستن اما تخصص و دانش این کارو ندارن! اینا همچ تأثیر می‌ذاره.» (دخالت مسؤولین بدون تخصص و دانش لازم) (مصاحبه

می‌دانست: «شما ببینید چقدر پژشک تو بازار هست. افزایش تعداد پژشک‌ها باعث افزایش تقاضای القایی می‌شده و حتی تعادل این ترکیب هم در بازار به هم بخوره.» (مصاحبه شماره ۳). «عدم آگاهی سطوح قضاوی از علم پژشکی» می‌تواند منجر به قضاؤت نادرست در زمینه عملکرد پژشک شود و پژشک در آینده کاری خود برای پیشگیری از این قضاؤت‌های نادرست به القای تقاضاها غیرضروری به بیمار می‌پردازد. مشارکت‌کنندگان بیان می‌کرد: «این قاضیا درست اطلاعات پژشکی ندارن، درسته مشاور دارن. اول می‌رده نظام پژشکی ولی به هر حال اگر مسایل کشیده بشه به اون طرف، خیلی دفاعی از پژشک نمی‌کنن، چون از مسایل پژشکی هم خیلی سر در نمی‌یارن.» (مصاحبه شماره ۶). مشارکت‌کنندگان در تشریح علل مرتبط با "مشکلات الگوی سیستم سلامت"، پنج زیر موضوع را مطرح نمودند که عبارت بودند از فقدان یک الگوی واحد در سیستم سلامت، پژشک‌سالاری و تخصص‌گرایی سیستم سلامت، نبود تمایل به کشف تقاضای القایی در سیستم، یکی بودن سرمایه‌گذار و تصمیم‌گیرنده در بخش سلامت و عدم توجه به حقوق بیمار در سیستم سلامت. برخی صحبت‌های شرکت‌کنندگان بدین شرح بود: «ببینید تو سیستم ما یه زمانی میان از اروپا الگوبرداری می‌کنن، چهار سال بعد می‌رن از یه کشور دیگه‌ای الگوبرداری می‌کنن، یعنی یه چیز واحدی نداره.» (فقدان یک الگوی واحد در سیستم سلامت) (مصاحبه شماره ۷): «بیشترین ایرادی که هست خود وزارت‌خونه اس، چون بیشتر متخصص‌اونجا هستن، پژشک‌سالاریه، تخصص‌گراییه، از دید خودشون نگاه می‌کنن.» (پژشک‌سالاری و تخصص‌گرایی سیستم سلامت) (مصاحبه شماره ۹): «همتش نیست و قصد اولیه‌ای که باید وجود داشته باشند... وقتی اون اتفاق [تقاضای القایی] می‌افته همه می‌بینن اما اینجا کسی متوجه نیست چون پنهانه.» (نبود تمایل به کشف تقاضای القایی در سیستم سلامت) (مصاحبه شماره ۱۳): «سرمایه‌گذارها همون‌هایی هستن که خودشون تصمیم‌گیرن! شاخصاً رو خودشون تعیین می‌کنن.» (یکی بودن سرمایه‌گذار و تصمیم‌گیرنده در بخش سلامت) (مصاحبه شماره ۱۱): «واقعیت اینه که اگر بها بیشتر به مریض داده بشه تو بخش‌های فنی و تخصصی، این‌ها کشیده نمی‌شن به اون جور جاها! ما بی‌مهری و کم‌توجهی به مریض‌ها داریم،» (عدم توجه به حقوق بیمار در سیستم سلامت) (مصاحبه شماره ۱۵).

"نقش در سیستم اطلاعات" از دیدگاه مشارکت‌کنندگان دارای جنبه‌های مختلفی بود که به نوعی در القای تقاضا تأثیر می‌گذارد. سه زیر موضوع حاصل از نظر مشارکت‌کنندگان در این

بیشتر مواقع پیچیده و نامطمئن است و حتی اگر تمامی هنجارهای پزشکی رعایت شود، باز هم نقاط تاریکی باقی می‌ماند^(۲۴). فابری و بیکردایک^{۱۰} معتقد هستند هر چه خدمتی پیچیده‌تر باشد، امکان بالقوه تقاضای القایی بیشتر است (۳ و ۲۵). یکی دیگر از علل زیربنایی در این مطالعه، عدم قطعیت بالینی است. ونبرگ^{۱۱} و همکاران نشان می‌دهند که عدم قطعیت بالینی و تقاضای القایی به ویژه برای خدمات اختیاری چون برداشتن لوزه، هیسترکتومی و کلونسکوبی وجود دارد^(۲۶). بیکردایک و ونبرگ عنوان می‌کنند که تأثیر عدم قطعیت بالینی در فرآیند تصمیم‌گیری پزشکان عاملی برای تقاضای القایی است (۳ و ۲۷). یکی از علل زیربنایی در این مطالعه مدرن شدن نیازها است. امروزه نیازهای سلامتی با توجه به الگوی بیماری‌ها، شرایط زندگی بیماران و پیشرفت تکنولوژی تغییرات زیادی نسبت به گذشته کرده است و پدیده مدرن شدن نیازها را به جهان معرفی کرده است که می‌تواند بستری برای ارایه خدمات غیرضروری را فراهم کند. فابری و منفاردینی^{۱۲}، لین^{۱۳} و همکاران، گروبر و اوینس^{۱۴}، تغییرات اپیدمیولوژیک، تکامل نیازها، تغییرات دموگرافیک و تنوع در سلیقه‌ها را در بروز تقاضای القایی مؤثر می‌دانند (۳۰-۲۸).

علل اجتماعی هم نقش مهمی در تقاضای القایی دارند. امروزه فضای فرهنگی جامعه دچار پدیده پزشکی شدن شده است و باعث شده است همه چیز، چارچوب خدمات پزشکی به خود بگیرد. بیکردایک بیان می‌کند تقاضای القایی تحت تأثیر تأثیرات محیطی مانند پیش زمینه فرهنگی و نگرش جامعه می‌باشد (۳). تبلیغات هم از عوامل بسیار مهم در القای تقاضای غیرضروری است که می‌تواند به آرامی و در طول زمان، بیمارانی را که آگاهی کافی ندارند به سوی خدمات کاذب سوق دهد.

عوامل اقتصادی، نقش بسزایی در القای تقاضا دارند. یکی از علل مؤثر بر تقاضای القایی، نظام پرداخت نامناسب و حق‌الزممه‌های پزشکی است. وقتی پزشک با این سیستم احساس کفایت مالی نکند، تمایل بیشتری برای القای خدمات غیرضروری خواهد داشت. مطالعات متعددی بررسی کرده‌اند که ارتباطی بین استفاده مناسب از مراقبتها و بازپرداختها وجود دارد (۲۹ و ۳۱-۳۳). برومبرگ و رایس و مادن^{۱۵} و همکاران مطرح می‌کنند که روش‌های مختلف پرداخت به ارایه‌دهندگان

شماره ۱۲): «کیفیت و استاندارد پایینه، وقتی که شما با یه دستگاه سونوگرافی که بر فرض پررب اون یک میلیون بارتا حالا سونوگرافی کردی، دیگه چه انتظاری دارید که اون درست کار بکنه.» (کیفیت و استاندارد پایین تجهیزات و خدمات) (مصالحه شماره ۱۶). مشارکت کننده‌ای در رابطه با "نادیده گرفتن اخلاق پزشکی" اذعان داشت: «متأسفانه مواردی وجود داره، اعم از داروخانه، اعم از آزمایشگاه تشخیصی طبی، اعم از مراکز تشخیصی تصویری که به صراحت گاهی خود پزشک، وقتی که اخلاق پزشکی از بین رفته باشه، می‌گه که خیلی خب حالا شما به من چی می‌دید که من بیمار بخواهم برات بفرستم،» (مصالحه شماره ۱۵).

بحث

تقاضای القایی در نتیجه عوامل متعدد اقتصادی، ساختاری و بازار سلامت بروز می‌کند (۳-۱۳). در این مطالعه عوامل مؤثر در پدیده تقاضای القایی در سه موضوع اصلی دسته‌بندی شد. این سه موضوع عبارت بودند از: علل زیربنایی مؤثر بر تقاضای القایی، علل اجتماعی مؤثر بر تقاضای القایی. لازم به ذکر است نتایج به دست آمده از پژوهش‌های کیفی، غالباً به صورت موردی بیان می‌شوند و اعتبارشان در محدوده موضوع با افراد مورد مطالعه صحت دارد. مطالعه حاضر در دانشگاه علوم پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر و پزشکان موجود در اصفهان انجام شد و نتایج به دست آمده به دلیل تفاوت ماهیت در رشته‌های گوناگون نمی‌تواند قابل تعمیم به همه دانشگاه‌ها و رشته‌ها باشد. یکی از علل زیربنایی در این مطالعه عدم تقارن اطلاعات بود. مطالعات زیادی تأکید دارند که قدرت بازار پزشکان مبتنی بر عدم تقارن اطلاعات است و تقاضای القایی به شدت متکی بر این مفهوم است و پزشک می‌تواند برای منافع مالی خود از آن بهره‌برداری کند (۱۴-۱۸). ایزو میدا^{۱۶}، برومبرگ^{۱۷} و رایس^{۱۸}، هانسن^{۱۹} و همکاران و آرو^{۲۰} ادعا می‌کنند که یک پزشک می‌تواند به بیمار القا کند که درمان‌های شدیدتری نیاز دارد، چرا که پزشک اطلاعات بیشتری نسبت به بیمار دارد (۲۳-۱۹). یکی دیگر از علل زیربنایی در این مطالعه، پیچیده بودن پزشکی است. ریچاردسون و پیکاک^{۲۱} اذعان دارند که تصمیم‌گیری پزشکی در

¹⁰ Fabbri and Bickerdyke

¹¹ Wennberg

¹² Monfardini.....

¹³ Lien

¹⁴ Gruber and Owings

¹⁵ Madden

⁴ Izumida

⁵ Broomberg

⁶ Rice

⁷ Hansen

⁸ Arrow

⁹ Richardson and Peacock

تقاضای القایی، افزایش نقش بازار در مراقبت‌های پزشکی است (۴۳). فقدان نظارت صحیح و دقیق در سیستم باعث می‌شود به راحتی تقاضای القایی رخ دهد. نظارت سازمان‌های بیمه‌گر بر روی ارایه دهنده‌گان خدمات سلامت به درستی صورت نمی‌گیرد. معمولاً آن‌ها به آنچه که پزشک تجویز کرده توجه می‌کنند و صحت تجویز پزشک را بررسی نمی‌کنند. از طرفی وزرات بهداشت و درمان هم برای نظارت از راهنمایی بالینی مشترک استفاده نمی‌کند. برهان زاده ادعا دارد زمانی که شرکت‌های بیمه‌گر، نظارت و کنترل مناسبی روی نظام پرداخت خود به عنوان سهم بیمه نداشته باشند و بر اساس استانداردهای عرضه خدمات از فروشنده‌گان خدمت بازخواست نکنند، درخواست خدمات اضافی برای بیماران راحت‌تر خواهد بود (۴۱).

یکی از مباحث مهم، نظارت بر عملکرد پزشکان است چرا که آن‌ها در خط مقدم ارتباط با بیماران قرار دارند. ضعف نظارت بر عملکرد پزشکان می‌تواند تقاضاهای غیرضروری را دو چندان کند. چرا که اندیکاسیون‌های پزشکی به درستی بررسی نمی‌شوند و حتی این نظارت بعد از تجویز پزشک است که بیمار خدمات اشتباه را دریافت کرده است. پزشکان در سیستم سلامت هم به عنوان نظارت‌کننده و هم تصمیم‌گیرنده عمل می‌کنند که ممکن است در این موقع منافع حرفه‌ای پزشکان بیشتر از منافع بیمار در نظر گرفته شود. بیکردايك در مطالعه خود اظهار می‌کند که نوع سیستم‌های استفاده شده برای پایش و بررسی فعالیت‌های پزشکان و سیستم‌های ناظر بر ارتباط بین پزشکان و سایر ارایه‌دهنده‌گان مراقبت‌های بهداشتی درمانی بر القای تقاضا مؤثر است (۴۲).

موانع نظارتی هم عامل دیگری در پدیده تقاضای القایی است. کمبود امکانات و گستردگی کار در بسیاری از سازمان‌های بیمه‌گر به چشم می‌خورد. ضعف قوانین و توان علمی منجر به بروز تقاضای القایی می‌شود. یکی از موانع مهم در نظارت، نبود پروتکل‌های درمانی مشترک بین پزشکان است که باعث پیچیده شدن نظارت می‌شود. راهنمایی‌های بالینی هم در سیستم سلامت کشور رواج چندان ندارد. قوانین لازم و ساختار مناسب برای ارایه راهنمایی‌های بالینی در سیستم سلامت کشور وجود ندارد. از طرفی به خاطر نبود زیرساخت‌های لازم، پزشکان ملزم به رعایت راهنمایی‌های بالینی نمی‌شوند. برومبرگ و رایس مطرح می‌کنند که پزشکان به صورت مستقل فعالیت می‌کنند و هیچ نوع ساز و کار سازمان یافته‌ای برای توسعه پروتکل‌های درمانی، سیستم‌های بررسی فعالیت بالینی و یا پروفایل‌های استفاده از خدمات وجود ندارد. این امر منجر به استفاده متناقض و غیرمنطقی از منابع مراقبت‌های بهداشتی درمانی می‌شود (۲۰).

زمستان، ۹۲ دوره شانزدهم، شماره چهارم

بر رفتار حرفه‌ای آن‌ها و درجه‌ای که به نفع خود عمل می‌کنند تأثیر زیادی دارد (۲۰ و ۳۴). شواهد نشان می‌دهد با معرفی سیستم کارانه تمایل به استفاده بیشتر افزایش می‌باشد و ارایه‌دهنده‌گان با تکرار تست‌های تشخیصی و تجویز تست‌های گران‌تر، منافع مالی خود را افزایش می‌دهند (۲۰ و ۳۷ و ۳۵). آندرسن و سریتزلو^{۱۶} و ایورسن^{۱۷} به این نتیجه رسیدند که در سیستمی که پزشکان لیست بخصوصی از بیماران برای مراجعه دارند، پزشکان با لیست کوتاه‌تر تلاش بیشتری برای افزایش تقاضا می‌کنند و در نتیجه خدمات بیشتری به ازای هر بیمار ارایه می‌کنند (۱۶ و ۳۸). آمپرفو^{۱۸} در مطالعه‌ای بیان می‌کند که پزشکان حقوق بگیر انگیزه‌ای برای القای تقاضا ندارند (۳۹). گویفریدا و گراوله و گراسمن^{۱۹} به این نتیجه رسیدند که تغییر حق‌الزحمه منجر به تقاضا القایی پزشکان عمومی می‌شود (۲۱ و ۴۰). تعریفهای پایین پزشکی هم در القای تقاضا مؤثر است، چرا که پزشک احساس می‌کند برای جبران کمبود تعریفها بایستی از خدمات غیرضروری برای بیمار استفاده کند. رایگان بودن خدمات سلامت و عدم پرداخت فرانشیز هم منجر به مراجعات غیرضروری بیماران برای دریافت خدماتی می‌شود که نیاز واقعی آن‌ها نیست. برهان زاده اظهار می‌کند که پایین بودن قیمت پایه خدمات در بازار سلامت در مقایسه با سایر بازارهای اقتصادی از عواملی است که منجر به چند نرخه شدن فروش خدمات در این بازار شده و از سوی دیگر به خودی خود بستری برای ایجاد تقاضای القایی فراهم می‌کند (۴۱). محبوبی و همکاران نتیجه‌گیری می‌کنند که رایگان بودن خدمات ارایه شده در بعضی افراد این نگرش را ایجاد کرده است که حداقل استفاده را ببرند و خواسته یا ناخواسته تقاضاهایی را به بیمار القایی کنند (۱۳). دوسورتر^{۲۰} در مطالعه خود نشان داد زمانی که استاندارد مراقبت مبهوم به نظر می‌رسد، اثرات القای افزایش می‌باشد و پزشکان انگیزه پیدا می‌کنند تا بیماران خود را به سوی گران‌ترین دوره درمان هدایت کنند (۴۲).

رویکرد تجاری در درمان هم باعث می‌شود به بیمار به عنوان کالا نگاه شود و دید سلامت محور را مخدوش می‌کند. در واقع می‌توان گفت امروزه پدیده بازار پزشکی به وجود آمده است. این بازار، رقابت نادرستی بین ارایه‌دهنده‌گان خدمات سلامت ایجاد کرده است که بیشتر به دنبال منفعت اقتصادی هستند و منافع واقعی بیمار نادیده گرفته می‌شود. فرگوسن بیان می‌کند که علت

¹⁶ Anderson and Serritzlew

¹⁷ Iversen

¹⁸ Amporfu

¹⁹ Giuffrida, Gravelle and Grossman

²⁰ Dosoretz

احتمال تقاضای القایی عرضه کننده به چارچوب ساختاری سازمان‌های بهداشتی درمانی و ارایه خدمات پزشکی بستگی دارد. ترکیبی از عوامل سازمان‌دهی و سازمانی بر گستره تقاضای القایی مؤثر است^(۳). اخلاق پزشکی هم یک عامل مهم و زیربنایی محسوب می‌شود که در صورت نادیده گرفتن آن، پدیده تقاضای القایی افزایش می‌باید. برومبرگ و رایس مطرح می‌کنند که ملاحظات حرفه‌ای و اخلاقی که ارایه‌دهندگان در آن فعالیت می‌کنند، تأثیر بسیار قابل توجهی بر روی رفتار آن‌ها دارد (۴۰ و ۴۷).

نتیجه گیری

نتایج این پژوهش چارچوبی را برای بررسی علل کلان تقاضای القایی ارایه می‌کند که بازترین یافته‌های آن شامل علل زیربنایی، علل اجتماعی و علل ساختاری سازمانی بود. این یافته‌ها به سیاست‌گذاران بخش سلامت کمک می‌کند تا با رویکردی روشن‌بینانه به بررسی پدیده تقاضای القایی پردازند. تحقیقات بیشتر در این زمینه می‌تواند به بررسی نقش سطوح سازمانی وزارت بهداشت و نقش جامعه در بروز تقاضای القایی پردازد. پیشنهاد می‌شود در جهت کنترل تقاضای القایی آگاهی افراد جامعه افزایش یابد و انگیزه‌های مالی ارایه‌دهندگان خدمات سلامت به کمک سیاست‌گذاری‌های مناسب کنترل شود و از راهنمایی‌های بالینی به عنوان یک ابزار قدرمند برای نظارت بر عملکرد پزشکان استفاده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد در سال ۱۳۹۱ با کد ۲۹۱۱۲۵ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اجرا شده است.

²¹ Cromwell and Mitchell

²² Yip

References

- 1- Besley T, Gouveia M. Alternative systems of health care provision. *Econ Pol* 1994; 19: 199-258.
- 2- Delattre E, Dormont B. Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians. *Health Economics* 2003; 12: 741-754.
- 3- Bickerdyke L, Dolamore R, Monday L, Preston R. Supplier-Induced Demand for Medical Services, in Productivity Commission Staff Working Paper. 2002: Canberra.
- 4- Kavoosi Z, Rashidian A, Poormalek F. Measurement of family interfaces with high prices of health: Longitudinal study in 17th region of Tehran. *Hakim Research Journal* 2009; 12: 38-47.
- 5- Abdoli G. Induce demand theory of the information asymmetry between patients and doctors. *Economic Research Journal* 2005; 68: 91-114.
- 6- Feldman R, Sloan F. Competition in the Health Care Sector: Ten Years Later. London: Duke University Press; 1988: 17-39.
- 7- Pauly MV. Doctors and their Workshops: Economic Model of Physician Behavior. University Chicago Press: Chicago; 1980.
- 8- Development of family physicians in urban areas. *Health Research Development network and health promotion Center*; 2008.

دوسرین بیان کرد هنگامی که ارزش‌های بالینی تعریف نشده باشد، پزشکان و سایر ارایه‌دهندگان، به عنوان عاملان اقتصادی، مطلوبیت خود را به حداقل می‌رسانند^(۴۲).

سیستم آموزشی هم نقش انکارناپذیری در ایجاد تقاضای القایی دارد. برهان‌زاده یکی از عوامل انجام خدمات پزشکی غیرضروری را مدل‌های آموزشی نارسا می‌داند که منجر به فقدان توانمندی و مهارت کافی در تشخیص بیماری و مشکلات بیماران، توسط فارغ‌التحصیلان می‌شود^(۴۱). ایزومیدا و بیکردایک بر نارسایی مدل‌های آموزشی در نظام سلامت برای القای تقاضای القایی، افزایش تعداد نیروهای متخصص و ماهر است. این موضوع موجب به هم خوردن تعادل عرضه و تقاضا در بازار سلامت می‌شود و این نیروها برای حفظ موقعیت خود در بازار رقابتی سلامت به جلب بیمار حتی با ارایه خدمات غیرضروری می‌پردازند. لئن و همکاران، کرومول و میچل^{۲۱}، رایس و ییپ^{۲۲} متغیر مؤثر بر تقاضای القایی را تعداد رقبا در بازار مطرح نمودند (۴۰ و ۴۶-۴۴). عدم آگاهی سطوح قضاوی از علم پزشکی می‌تواند منجر به قضاوی نادرست در زمینه عملکرد پزشک شود و پزشک در آینده کاری خود برای پیشگیری از این قضاوی نادرست به القای تقاضاهای غیرضروری به بیمار پردازد. نبود یک الگوی واحد در سیستم سلامت می‌تواند منجر به تقاضای القایی شود چرا که مانع ایجاد بستر مناسب برای برخورد با تقاضای القایی می‌شود. همچنین پزشک‌سالار بودن نظام سلامت باعث توجه سیستم به منافع پزشک بدون در نظر گرفتن منافع بیمار می‌شود. از طرفی می‌توان با وضع موجود گفت تمایلی هم به کشف تقاضای القایی در سیستم سلامت وجود ندارد و شاید هیچ کس به آن به عنوان یک مشکل بزرگ توجه نمی‌کند. وزارت بهداشت و درمان هم نقش بسزایی در القای تقاضا دارد و می‌تواند با سیاست‌های خود به عنوان عامل محرك یا کنترل کننده این پدیده باشد. وقتی از روش‌های جدید بدون توجه به هزینه اثربخشی و کارایی آن‌ها استفاده می‌شود، بار القایی تقاضاها را به سیستم تحمیل می‌کند. بیکردایک بیان می‌کند که

- 9- Mitchell J, Scott E. New Evidence of the Prevalence and Scope of Physician Joint Ventures. *Journal of the American Medical Association* 1992; 268: 80-84.
- 10- Schroeder S. Physician Supply and the U.S. Medical Market Place. *Health Affairs* 1992; 11: 235-243.
- 11- Grytten J, Carlsen F, Skau I. The Income Effect and Supplier-Induced Demand: Evidence from Primary Physicians in Norway. *Applied Economics* 2001; 33(11): 1455-1467.
- 12- Crane TS. The Problem of Physician Self-Referral under the Medicare and Medicaid Antikickback Statute. The Hanlester Network Case and the Safe Harbor Regulation. *Journal of the American Medical Association* 1992; 268(1): 85-91.
- 13- Mahbubi M, Ojaghi S, Afkar A. Supplemental insurance and induce demand in veterans. *Medical Veterans Journal* 2010; 2(8): 18-22.
- 14- Abdoli G, Varhami V. The role of asymmetric information in induce demand: a case study in medical services. *Health management* 2010; 13(42): 37-42.
- 15- Cline R, Mott D. Exploring the Demand for a Voluntary Medicare Prescription Drug Benefit. *AAPS Pharmsic* 2003; 5(2).
- 16- Andersen LB, Serritzew S. Type of services and supplier-induced demand for primary physicians in Denmark in Danish Public Choice Workshop. Department of Political Science and government: København; 2007.
- 17- Grytten J, Sørensen R. Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway. *Journal of Health Economics* 2001; 20: 379-393.
- 18- Noguchi H, Shimizutani S. Supplier-Induced Demand in Japan's At-home Care Industry: Evidence from Micro-level Survey on Care Receivers. *ESRI Discussion Paper Series* 2005: (148).
- 19- Arrow JK. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review* 1963; 53(5): 941-973.
- 20- Broomeberg J, Rice MR. The Impact of the fee-for-services reimbursement system on the utilization of health services. *S Afr Med J* 1990; 78: 130-132.
- 21- Grossman M. The human capital model. In: Culyer AJ, Newhouse JP, eds. *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier; 2000.
- 22- Hansen BB, Sørensen TH, Bech M. Variation in utilization of health care services in general practice in Denmark, in *Health Economics Papers*. University of Southern Denmark, Institute of Public Health – Health Economics; 2008.
- 23- Izumida N, Urushi H, Nakamishl S. An Empirical Study of the Physician-Induced Demand Hypothesis: The Cost Function Approach to Medical Expenditure of the Elderly in Japan. *Review of Population and Social Policy* 1999; 8.
- 24- Richardson J, Peacock S. Reconsidering theories and evidence of supplier induced demand. Centre for Health Economics, Monash University: Australia; 2006.
- 25- Fabbri D. Supplier induced demand and competitive constraints in a fixed-price environment. Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Bologna; 2001.
- 26- Wennberg JE, Barnes BA, Zubkoff M. Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. *Social Science and Medicine* 1982; 16: 811-824.
- 27- Wennberg JE. On patient need, equity, supplier-induced demand, and the need to assess the outcome of common medical practices. *Medical Care* 1985; 23: 512-520.
- 28- Fabbri D, Monfardini C. Demand induction with a discrete distribution of patients. Dept. of Economics, University of Bologna; 2001.
- 29- Gruber J, Owings M. Physician Financial Incentives and Cesarean Section Delivery. *RAND Journal of Economics* 1996.; 27: 99-123.
- 30- Lien HM, Ma C, McGuire TG. Provider-Client Interactions and Quantity of Health Care Use. *J Health Econ* 2004; 23(6): 1261-83.
- 31- Hemani M, Makarov D, Huang W, Taneja A. The Effect of Changes in Medicare Reimbursement on the Practice of Office and Hospital-Based Endoscopic Surgery for Bladder Cancer. *Cancer* 2010; 116: 1264-71.
- 32- Labelle R, Stoddart G, Rice T. A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *Journal of Health Economics* 1994; 13(3): 347-368.
- 33- Sada MJ, French WJ, Carlisle DM, Chandra NC, Gore JM, Rogers WJ. Influence of Payer on Use of Invasive Cardiac Procedures and Patient Outcome after Myocardial Infarction in the United States. *Journal of the American College of Cardiology* 1998; 31(7): 1474-80.
- 34- Madden D, Nolan A, Nolan B. GP Reimbursement And Visiting Behaviour in Ireland. *Health Economics* 2005; 14(10): 1047-60.
- 35- Bardey D, Lesur R. Optimal Regulation of Health System with Induced Demand and Ex post Moral Hazard. *Annales D'Économie Et De Statistique*; 2006.
- 36- Hasaart F. Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care. Datawyse, Universitaire Pers Maastricht; 2011.
- 37- Lubeck D, Brown B, Holman H. Chronic disease and health system performance. *Med Care* 1985; 2: 266-275.
- 38- Iversen T. The effects of a patient shortage on general practitioners' future income and list of patients. *Journal of Health Economics* 2004; 23: 673-694.
- 39- Amporfu E. Private hospital accreditation and inducement of care under the Ghanaian National Insurance Scheme. *Health Economics Review* 2011; 1(13).
- 40- Giuffrida A, Gravelle H. Inducing or restraining demand: the market for night visits in primary care. *Journal of Health Economics* 2001; 20: 755-779.
- 41- Borhanzade A. Induced demand and the cost of tests and its impact on cost and family health. Iranian Association of Clinical Laboratory Doctors; 2011.
- 42- Dosoretz AM. Reforming Medicare IMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy) Reimbursement Rates: A Study Investigating Increasing IMRT Utilization Rates and Doctors' Incentives. TUFTS University; 2011.
- 43- Ferguson BS. Issues in the Demand for Medical Care: Can Consumers and Doctors be Trusted to Make the Right Choices. Atlantic Institute for Market Studies: Halifax, Nova Scotia; 2002.
- 44- Cromwell J, Mitchell JB. Physician-Induced Demand for Surgery. *Journal of Health Economics* 1986; 5: 293-313.
- 45- Rice TH. The impact of changing Medicare reimbursement rates on physician-induced demand. *Medical Care* 1993; 21(8): 803-815.
- 46- Yip W. Physician Responses to Medical Fee Reductions: Changes in the Volume and Intensity of Supply of Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Surgeries in the Medicare and Private Sectors. *Journal of Health Economics* 1998; 17(6): 675-699.
- 47- Rice T. Physician- induced demand for medical car: new evidence from the Medicare program. *Advances in Health Economics and Health services Research*; 1989.

Opinions of Health System Experts about Main Causes of Induced Demand: a Qualitative Study

Keyvanara M¹ (PhD), Karimi S² (PhD), Khorasani E^{3*} (MSc), Jafarian jazi M³ (MSc)

¹ Social Determinant of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

² Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

³ Department of Health Services Management, Faculty of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Received: 19 Jul 2013, Accepted: 10 Nov 2013

Abstract

Introduction: Induced demand is resulted from various factors influencing physicians and patients' behaviors. It is also affected by rules and regulations of markets and organizations of medical services. This study aimed to investigate main factors that affect the induced demand using experts' opinions at Isfahan University of Medical Sciences.

Methods: This was a qualitative study. Semi-structured interviews were used for data generation. 17 Known experts who had valuable experiences in the issue were invited to participate in the study using purposive sampling. Data were gathered until data saturation was obtained. Reliability of the information and stability were confirmed. The anonymity of the interviewees was preserved. The data were transcribed, categorized and used for thematic analysis.

Results: In this study, three themes and 77 sub-themes were extracted. The three main themes included infrastructural factors, social factors, and organizational-structural factors. These three main themes had 77 subthemes.

Conclusion: The results of the present study have presented a framework for analyzing the major causes of induced demand. The causes identified here included complexity of medicine, information asymmetry between service providers and consumers, clinical uncertainty, false beliefs, advertisements, insufficient supervision, scarcity of clinical guidelines, weakness of education system, and ignorance of medical ethics. These findings help policymakers to investigate the induced demand phenomenon clear-sightedly. It is suggested that in order to control induced demand, people's awareness be increased and financial motivations of health service providers be controlled through proper policies, and clinical guidelines be used as a strong tool to monitor doctors' performance.

Key words: Induced demand, health system, major factors

Please cite this article as follows:

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- 328.

*Corresponding Author: Department of Health Services Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Tel: +98- 913- 5562065. E-mail: khorasani.elah@yahoo.com.