

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

محمود کیوان آرا^۱، سعید کریمی^۲، الهه خراسانی^{۳*}، مرضیه جعفریان جزئی^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 مسؤؤل: دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی تلفن: ۰۹۱۳۵۵۶۲۰۶۵، نامبر: ۰۳۱۱۶۶۸۴۷۹۹، 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 شونده‌گان اطمینان داده شد که نامی از آن‌ها برده نمی‌شود و تمامی اطلاعات آن‌ها محرمانه 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.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش چارچوبی را برای بررسی علل کلان تقاضای القایی ارائه می‌کند. علل به دست آمده در این پژوهش شامل مواردی همچون پیچیده بودن پزشکی، عدم تقارن اطلاعات بین ارائه‌کننده خدمت و مصرف‌کننده، عدم قطعیت بالینی، باورهای نادرست مردم، تبلیغات، نظارت ناکافی، رایج نبودن راهنماهای 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 بپردازند. پیشنهاد می‌شود در جهت کنترل تقاضای القایی آگاهی افراد جامعه افزایش یابد و انگیزه‌های مالی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به کمک سیاست‌گذاری‌های مناسب کنترل شود و از راهنماهای بالینی به عنوان یک ابزار قدرتمند برای نظارت بر عملکرد پزشکان استفاده شود.

کلواژگان: تقاضای القایی، سیستم سلامت، علل کلان

مقدمه

بخش‌های عرضه و تقاضا تأکید می‌کنند که به علت رفتار ارائه‌کنندگان 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 ناکارآمدی

اطلاعات نامتقارن وجود دارد (۵). عبدلی و ورهرامی 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، مسئولان 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 سیستم سلامت و آشنایی به موضوع تقاضای القایی داشتند. این 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 تجارب ارزشمندی بودند. حجم نمونه تا اشباع اطلاعات ادامه یافت. بر این اساس ۱۷ مصاحبه حضوری انجام شد. تمامی مصاحبه‌ها ضبط 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 اساتید راهنما 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 عرضه‌کنندگان مراقبت‌های پزشکی می‌توانند برای خدمات خود تقاضا ایجاد کنند به رومر^۱ برمی‌گردد که فرض کرده بود یک بیمارستان می‌تواند تخت خود را صرف‌نظر از نیاز اساسی برای مراقبت‌های بیمارستانی پر کند. بیشتر مطالعات در این زمینه توافق دارند که عرضه‌کنندگان خدمات پزشکی توانایی 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 ارایه‌کنندگان خدمت همراه است، تقاضای القایی گفته می‌شود. عوامل متعدد اقتصادی، ساختاری، رفتار ارایه‌کنندگان و دریافت‌کنندگان 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. فوجس^۲ در مطالعه خود با ۴۶ نفر از چهره‌های پیشرو در 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 پاسخ‌دهندگان 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 القایی 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). عبدلی به بررسی منشأ القای تقاضا با رویکرد نظریه‌بازی‌های علامت‌دهی بدون هزینه و اطلاعات نامتقارن پرداخته است. بر این اساس نشان داده شده است که القای تقاضای ناشی از

¹ Rumer

² Fuchs

پدیده سلامت، عدم تقارن اطلاعات بین ارایه‌کننده خدمت و مصرف‌کننده و عدم قطعیت بالینی". برخی از صحبت‌های شرکت‌کنندگان به شرح زیر بود: «مثلاً اگر بخوای روی یه موضوعی دست بذاری، مثلاً چرا این مریض رو آنتی‌بیوتیک بدهی، انقدر برای شما دلیل میاره که این مریض حتماً باید براش آنتی‌بیوتیک بدهی» (مصاحبه شماره ۵)؛ «ما الان داریم برای چیزهایی می‌ریزیم که پدر و مادرهای ما نمی‌رفتند، پدر و مادرهای ما کی برای مثلاً زیبا 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 عمده توی تقاضای القایی و خدمات سیستم درمان وجود داره تفاوت سطح آگاهی‌گیرنده خدمت و ارایه‌دهنده خدمت نسبت به نیاز هست» (عدم تقارن اطلاعات بین ارایه‌کننده خدمت و مصرف‌کننده) (مصاحبه شماره ۱۳)؛ «علم پزشکی خیلی پیچیده است و نمی‌شه به راحتی نظر بدی، این طوره. گاهی اوقات تشخیص دارو ممکنه چند تا بدن» (عدم قطعیت بالینی در پزشکی) (مصاحبه شماره ۶).

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

انجام شد. سپس برای روایی داده‌ها نخستین مصاحبه‌ها توسط اساتید راهنما 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 تثبیت 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 علایم بازتابی، ثبت علایم حاشیه‌ای، اختصارسازی و توسعه پیشنهادات بود. در مرحله اول بعد از انجام هر مصاحبه، بلافاصله مصاحبه‌ها رونویسی و سپس در کامپیوتر تایپ و ذخیره شد. در مرحله بعدی، متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده و مرور شد. به طوری که پژوهشگران در داده‌ها تسلط کافی پیدا کردند. 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 تقلیل‌گرایی صورت گرفت و نهایتاً موضوعات اصلی مشخص شد. ثبت علایم 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 علایم، 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 محرمانه 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 القایی بود.

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

³ Medicalization

جدول ۱- علل کلان مؤثر بر تقاضای القایی

موضوعات	زیر موضوعات
علل زیربنایی	۱- پیچیده بودن پزشکی
	۲- مدرن شدن نیازها
	۳- چند بعدی بودن پدیده سلامت
	۴- عدم تقارن اطلاعات بین ارائه کننده خدمت و مصرف کننده
	۵- عدم قطعیت بالینی
علل اجتماعی	۱- فضای جامعه
	۲- باورهای نادرست مردم
	۳- تبلیغات
علل کلان مؤثر بر تقاضای القایی	۱- عدم اجرای صحیح نظام ارجاع
	۲- ضعف در سیستم آموزشی
	۳- افزایش تعداد نیروهای متخصص و ماهر
	۴- عدم آگاهی سطوح قضاوتی از علم پزشکی
	۵- نادیده گرفتن اخلاق پزشکی
	۶- قانون گذاری نادرست
	۷- عوامل اقتصادی
	۸- سیاست گذاری نادرست
	۹- نظارت ناکافی
	۱۰- رایج نبودن راهنماهای بالینی
	۱۱- مشکلات الگوی سیستم سلامت
	۱۲- نقص در سیستم اطلاعات
	۱۳- نقش وزارت بهداشت و درمان در القای تقاضا

نادرست" را در قالب سه زیر موضوع بیان کردند که این زیر موضوعات عبارت بودند از: "فقدان سیستم مالیاتی، آشفته‌گی‌های متعدد از سوی نهادهای قانون گذاری، نقص در آیین‌نامه‌ها و فشار برای اخذ مجوز".

برخی صحبت‌های شرکت کنندگان به شرح زیر بود: «مثلاً سیستم مالیاتی ما مؤثره تو این قضیه، ما از این اهرم توقف نداریم تو جامعه‌مون و یه جویری پزشکان آزاد هستند» (فقدان سیستم مالیاتی) (مصاحبه شماره ۱)؛ «مجلس می‌آد ده‌ها قرارداد مکمل می‌بندد، دادگستری می‌بندد. دادگاه می‌آد شش برابر تعزیرات می‌بندد. یعنی شما در این بحثا یه آشفته‌گی خیلی زیادی

ج- علل ساختاری سازمانی مؤثر بر تقاضای القایی: بخشی از علل تقاضای القایی در قالب علل ساختاری سازمانی دسته‌بندی شد. مشارکت کنندگان به ۱۳ زیر موضوع اشاره کردند که عبارت بودند از: "قانون گذاری نادرست، عدم اجرای صحیح نظام ارجاع، عوامل اقتصادی، سیاست گذاری نادرست، نظارت ناکافی، رایج نبودن راهنماهای بالینی، ضعف در سیستم آموزشی، افزایش تعداد نیروهای متخصص و ماهر، عدم آگاهی سطوح قضاوتی از علم پزشکی، مشکلات الگوی سیستم سلامت، نقص در سیستم اطلاعات، نقش وزارت بهداشت و درمان در القای تقاضا و نادیده گرفتن اخلاق پزشکی". مشارکت کنندگان، "قانون گذاری

مجله پژوهشی حکیم

تجاری و کسب منفعت شخصی به این قضیه می‌پردازد.» (رویکرد تجاری به بیمار) (مصاحبه شماره ۱۴): «الان با توجه به بازار کاری که ایجاد شده و رقابت‌هایی که ایجاد شده، پول‌ساز شده بخش درمان» / پزشکی به عنوان بازار و رقابت‌های نادرست (مصاحبه 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 می‌خواهیم چشم بسته خرج درمان رو کم بکنیم و این امکان‌پذیر نیست.» (سیاست‌گذاری بدون مستندات کافی) (مصاحبه 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) (مصاحبه شماره ۱۳): «واقعیت اینه که ما تا 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) (مصاحبه 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 پزشکان، ضعف در نظارت بر اجرای قوانین و موانع 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 راهنماهای بالینی مشترک، نبود نظارت سلامت محور در سیستم، مؤثر نبودن سیستم نظارت بر کیفیت و استانداردهای ارائه خدمات و ناکافی بودن نظارت به شیوه گذشته‌نگر بودند. برخی صحبت‌های شرکت‌کنندگان بدین شرح بود: «از طرفی سازمان‌های بیمه‌گر هم اون نظارت دقیقی که برای بحث تقاضای القایی باید به وکالت از بیمه شدگان‌شون اعمال بکنن روی ارائه دهنده‌های خدمت، خوب طبیعتاً نیست.» (مصاحبه

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

مشارکت‌کننده‌ای "عدم اجرای صحیح نظام ارجاع" را موجب دسترسی آزاد بیماران به سطوح تخصصی می‌داند: «وقتی ما نظام ارجاع نداریم و همه به راحتی می‌تونن تو سیستم تخصصی دسترسی داشته باشن، وقتی waiting list نداریم، طبیعتاً پزشکان به دنبال induce demand خواهند رفت.» (مصاحبه 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 پزشکی، عدم توجه به هزینه اثربخشی و کارایی، خصوصی شدن خدمات سلامت، رایگان بودن خدمات سلامت، رویکرد تجاری به بیمار، پزشکی به عنوان بازار و رقابت‌های نادرست" بیان نمودند. برخی صحبت‌های شرکت‌کنندگان بدین شرح بود: «حالا اینجام provider که تو فکر درآمد، مریض رو به شکل پول می‌بیند و می‌خواد به کاری بکنه که این مریض رو تقسیمش بکنه یا به نوعی دیگران رو شریک بکنه.» (پول‌سازی و درآمدزایی در بخش سلامت) (مصاحبه شماره ۴): «وقتی که یک پزشکتون از نظر مالی به آن اندازه کفایت پرداخت بش نمی‌شه، ایجاد می‌کنه زمینه رو برای کارایی دیگه.» (نظام پرداخت نامناسب) (مصاحبه شماره ۴): «چون تعرفه‌های پزشکی ما پایین، پزشک‌ها رو میارن به یه سری تقاضاهای این جور.» (تعرفه‌های پایین پزشکی) (مصاحبه شماره ۵): «اکثر پزشکان همین درخواست ام‌آر‌آی یا آزمایش‌های گرون قیمت می‌دن. میان از آسان‌ترین راه و گران‌ترین راه استفاده می‌کنن به نفع خودشون.» (عدم توجه به هزینه اثربخشی و کارایی) (مصاحبه شماره ۹): «این‌ها (پزشکان) دست به دست هم می‌دن، سرمایه‌هاشون رو می‌ذارن، یه دستگاه MRI خارج از بیمارستان می‌خرن.» (خصوصی شدن خدمات سلامت) (مصاحبه شماره ۴): «یکی دیگه از عوامل عدم کنترل شرکت‌های بیمه هست، مثلاً بعضی چیزها رو می‌گن رایگان می‌کنیم، مثلاً میایم می‌گیم برای حق ویزیت پزشک شما این جا اصلاً پول نده، اصلاً خود این تقاضای القایی ایجاد می‌کنه.» (رایگان بودن خدمات سلامت) (مصاحبه شماره ۴): «بینید بحث پول و مادیات هستش بیشتر دیگه. اینجا بحثی منافع شخصی! بحث سلامت نیست. یعنی اون فرد از اون دید

آنتی‌هیستامین 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 گاهی پزشکا توی مطب انجام می‌دن. ولی خوب آیین‌نامه هست که این خطرناکه باید توسط تیم انجام شه. ولی پزشک متخصص ما اینو چندان جدی نمی‌گیره.» (عدم توجه پزشکان به آیین‌نامه‌های 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 مراکز 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). "رایج نبودن راهنماهای بالینی" دارای سه زیر موضوع فقدان راهنماهای بالینی، قانونمند نبودن و عدم وجود ساختار مناسب برای ارایه راهنماهای بالینی و ملزم نبودن به رعایت راهنماهای 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 راهنماهای 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 راهنماهای بالینی) (مصاحبه شماره ۲). مشارکت‌کننده‌ای از عدم الزام پزشکان در رعایت راهنماهای 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 راهنماهای بالینی) (مصاحبه شماره ۲). مشارکت‌کننده‌ای "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 کم‌سواد هست، مجبوره حتماً تست پاراکلینیک بنویسه. اینقدر آزمون و خطا می‌کنه تا آخر بتونه بفهمه که مریض چه مشکلی داره.» (مصاحبه شماره ۴). مشارکت‌کننده‌ای "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 صعب‌العلاج گایدلاین تعیین کردن که اون خیلی موفق نبود، در واقع خود اون مؤسسات [وزارتخانه] نظارت نکردن روی گایدلاین‌هاشون.» (مصاحبه شماره ۱۲)؛ «می‌خوام بگم که اون نظارتی که نظارت سلامت محور باشه و همه از دید سلامت بتونن نیست.» (مصاحبه شماره ۱۴)؛ «بعدشم نظارت در درمان نباید این طور باشه که بازنگری کنی یا گذشته‌نگری کنی. باید نظارت همزمان باشه.» (مصاحبه شماره ۷). مشارکت‌کننده‌ای در خصوص "متمركز 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 برا 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 باشن، برعکسه» (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 نظارت‌کننده و تصمیم‌گیرنده 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 داره انجام می‌ده. ولی این که آیا واقعاً این نیاز به این دارو یا درمان داره یا نه؟! انجام نمی‌دن.» (مصاحبه شماره ۱۴). مشارکت‌کنندگان برای "موانع 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 آیین‌نامه‌های نظارتی، نبود وحدت رویه بین عملکرد پزشکان و پروتکل سازمان‌های ناظر و تخصصی نبودن مراکز نظارتی. برخی صحبت‌های مصاحبه شونده‌گان بدین شرح بود: «واقعاً نمی‌تونیم نظارت کنیم. چون نیروشو نداریم، توانشو نداریم. 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 حالا یه بخش‌هایش بحث توان علمی شاید بخواهیم بگیریم.» (ضعف اقتدار در نظارت) (مصاحبه شماره ۲)؛ «شما برای یه درمان سرماخوردگی 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 تقاضاهای کاذب... نبودن سوابق و فایلینگ‌هایی هست که باید وجود داشته باشد برای افراد.» (فقدان سوابق بیماران در سیستم سلامت) (مصاحبه شماره ۱۵)؛ «اینجا به 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)؛ مشارکت‌کننده‌ای مرتبط نبودن مراکز درمانی مختلف در سطح کشور برای انتقال سوابق بیمار را بیان می‌کند که: «باید بانک سلامت وجود داشته باشه. مثلاً اینجا خیلی از کارا تکرار می‌شه! بیمار تو به شهر دیگه مریض می‌شه مراجعه می‌کنه باز باید به هزینه دیگه و همون سری آزمایشات رو دوباره تکرار کنه.» (عدم وجود شبکه جامع اطلاعاتی) (مصاحبه شماره ۸.۹).

مشارکت‌کنندگان عللی که "نقش وزارت بهداشت و درمان در القای تقاضا" موجب تقاضای القایی می‌شود را در قالب پنج زیرموضوع زیر مطرح نمودند: رونق گرفتن روش‌های درمانی جایگزین، اجازه ورود جدیدترین تجهیزات به کشور بدون بررسی کافی، عدم نیازسنجی 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 می‌شه مثل طب‌های سنتی، طب‌های گیاهی و انرژی‌درمانی و غیره شاید خیلی‌هاش هم ارزش درمانی نداشته باشه ولی می‌بینیم بازار خوبی داره.» (رونق گرفتن روش‌های درمانی جایگزین) (مصاحبه شماره ۷)؛ «اینجا جدیدترین تجهیزات اجازه می‌دن وارد بشه. به خاطر این که حالا هم به سودی شرکت‌های وارد کننده دارن، هم اینا خودشون احتمال داره سهامدار باشن.» (اجازه ورود جدیدترین تجهیزات به کشور بدون بررسی کافی) (مصاحبه شماره ۹)؛ «اصلاً شما چرا اجازه تأسیس می‌دی که فردا... اصلاً کی گفته که اصفهان به ام‌آر‌آی نیاز داره که نیاز برای مردم بشه دوتا، بشه سه تا!» (عدم نیازسنجی واقعی برای تجهیزات و خدمات سلامت) (مصاحبه شماره ۱۱)؛ «کسای دخالته می‌کنن که از نظر مقام در مرتبه بالایی هستن اما تخصص و دانش این کارو ندارن! اینا همش تأثیر می‌ذاره.» (دخالته مسؤولین بدون تخصص و دانش لازم) (مصاحبه

می‌دانست: «شما ببینید چقدر پزشک تو بازار هست. افزایش تعداد پزشک‌ها باعث افزایش تقاضای القایی میشه و حتی تعادل این ترکیب هم در بازار به هم بخوره.» (مصاحبه شماره ۴). «عدم آگاهی سطوح قضات از علم پزشکی" می‌تواند منجر به قضاوت نادرست در زمینه عملکرد پزشک شود و پزشک در آینده کاری خود برای پیشگیری از این قضاوت‌های نادرست به القای تقاضاهای غیرضروری به بیمار می‌پردازد. مشارکت‌کننده‌ای بیان می‌کرد: «این قاضیا درست اطلاعات پزشکی ندارن، درستش مشاور دارن. اول می‌ره نظام پزشکی ولی به هر حال اگر مسایل کشیده بشه به اون طرف، خیلی دفاعی از پزشک نمی‌کنن. چون از مسایل پزشکی هم خیلی سر در نمی‌یارن.» (مصاحبه شماره ۶). مشارکت‌کنندگان در تشریح علل مرتبط با "مشکلات الگوی سیستم سلامت"، پنج زیرموضوع را مطرح نمودند که عبارت بودند از فقدان یک الگوی واحد در سیستم سلامت، پزشک‌سالاری 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 به 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 متخصصا اونجا هستن، پزشک‌سالاریه، تخصص‌گراییه، از دید خودشون نگاه می‌کنن.» (پزشک‌سالاری و تخصص‌گرایی سیستم سلامت) (مصاحبه شماره ۹)؛ «همتش نیست و قصد اولی‌های که باید وجود داشته باشه... 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 خودشونم تصمیم‌گیرن! شاخصا 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).

"نقص 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، هیستریکتومی و کلونسکوپی 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 مونفاردینی^{۱۲}، لیئن^{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، بیماران 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 حق‌الزحمه‌های پزشکی است. وقتی پزشک با این سیستم احساس کفایت مالی نکند، تمایل بیشتری برای القای خدمات غیرضروری خواهد داشت. مطالعات متنوعی بررسی کرده‌اند که ارتباطی بین استفاده مناسب از مراقبت‌ها و بازپرداخت‌ها وجود دارد (۲۹ و ۳۳-۳۱). برومبرگ و رایس و مادن^{۱۵} و همکاران مطرح می‌کنند که روش‌های مختلف پرداخت به ارایه‌دهندگان

شماره ۱۲)؛ «کیفیت و استاندارد پایین، وقتی که شما با به دستگاه سونوگرافی که بر فرض پروب اون یک میلیون بار تا حالا سونوگرافی کردی، دیگه چه انتظاری دارید که اون درست کار بکنه.» (کیفیت و استاندارد پایین تجهیزات و خدمات) (مصاحبه شماره ۴). مشارکت‌کننده‌ای 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 بخوام برات بفرستم.» (مصاحبه شماره ۱۵).

بحث

تقاضای القایی در نتیجه عوامل متعدد اقتصادی، ساختاری و بازار سلامت بروز می‌کند (۳، ۱۵-۱۳). 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، علل ساختاری سازمانی 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 (۵، ۱۸-۱۴). ایزومیدا^۴، برومبرگ^۵ و رایس^۶، هانسن^۷ و همکاران و آرو^۸ 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^۹ 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 ارائه دهندگان 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 راهنماهای بالینی مشترک استفاده نمی‌کند. برهان‌زاده 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 فروشندگان 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 مواقع منافع حرفه‌ای پزشکان بیشتر از منافع بیمار در نظر گرفته شود. بیکردایک 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 ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی بر القای تقاضا مؤثر است (۳).

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. راهنماهای بالینی هم در سیستم سلامت کشور رواج چندانی ندارد. قوانین لازم و ساختار مناسب برای ارائه راهنماهای بالینی در سیستم سلامت کشور وجود ندارد. از طرفی به خاطر نبود زیرساخت‌های لازم، پزشکان ملزم به رعایت راهنماهای بالینی نمی‌شوند. برومیرگ 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 می‌یابد و ارائه‌دهندگان با تکرار تست‌های تشخیصی و تجویز تست‌های گران‌تر، منافع مالی خود را افزایش می‌دهند (۲۰ و ۳۷-۳۵). آندرسن و سرتیزلو^{۱۶} و ایورسن^{۱۷} به این نتیجه رسیدند که در سیستمی که پزشکان لیست خصوصی از بیماران برای مراجعه دارند، پزشکان با لیست کوتاه‌تر تلاش بیشتری برای افزایش تقاضا می‌کنند و در نتیجه خدمات بیشتری به ازای هر بیمار ارائه می‌کنند (۱۶ و ۳۸). آمپرفو^{۱۸} در مطالعه‌ای بیان می‌کند که پزشکان حقوق‌بگیر انگیزه‌ای برای القای تقاضا ندارند (۳۹). گوئیفریدا و گراوله و گراسمن^{۱۹} به این نتیجه رسیدند که تغییر حق‌الزحمه منجر به تقاضای القایی پزشکان عمومی می‌شود (۲۱ و ۴۰). تعرفه‌های پایین پزشکی هم در القای تقاضا مؤثر است، چرا که پزشک احساس می‌کند برای جبران کمبود تعرفه‌ها 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. برهان‌زاده اظهار می‌کند که پایین بودن قیمت پایه خدمات در بازار سلامت در مقایسه با سایر بازارهای اقتصادی از عواملی است که منجر به چند نرخ 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 ارائه شده در بعضی افراد این نگرش را ایجاد کرده است که حداکثر استفاده را ببرند و خواسته یا ناخواسته تقاضاهایی را به بیمار القا کنند (۱۳). دوسورتز^{۲۰} در مطالعه خود نشان داد زمانی که استاندارد مراقبت مبهم به نظر می‌رسد، اثرات القا افزایش می‌یابد 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 ارائه‌دهندگان 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 ارائه 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 می‌یابد. برومبرگ و رایس مطرح می‌کنند که ملاحظات حرفه‌ای و اخلاقی که ارائه‌دهندگان در آن فعالیت می‌کنند، تأثیر بسیار قابل توجهی بر روی رفتار آن‌ها دارد (۲۰ و ۴۷).

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش چارچوبی را برای بررسی علل کلان تقاضای القایی ارائه می‌کند که بارزترین 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 بپردازند. تحقیقات بیشتر در این زمینه می‌تواند به بررسی نقش سطوح سازمانی وزارت بهداشت و نقش جامعه در بروز تقاضای القایی بپردازد. پیشنهاد می‌شود در جهت کنترل تقاضای القایی آگاهی افراد جامعه افزایش یابد و انگیزه‌های مالی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به کمک سیاست‌گذاری‌های مناسب کنترل شود و از راهنماهای بالینی به عنوان یک ابزار قدرتمند برای نظارت بر عملکرد پزشکان استفاده شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد در سال ۱۳۹۱ با کد ۲۹۱۱۲۵۵ 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- Kavoozi 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.

- 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 PharmSci* 2003; 5(2).
- 16- Andersen LB, Serritzlew 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- Broomberg 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, Nakanishi 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. *Datawise, 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. Rerforming Medicare IMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy) Reimbursement Rates: A Study Investigating Increasing IMRT Utilization Rates and Doctors' Incentives. *TUFTS University*; 2011.
- 43- Ferguson BS. Issus 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@yaho.com.