

چالش‌های ناشی از تقاضای القایی خدمات سلامت؛ یک مطالعه کیفی*

محمود کیوان آرا^۱، سعید کریمی^۲، الهه خراسانی^۳، مرضیه جعفریان جزئی^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: تقاضای القایی یکی از چالش‌های نظام سلامت کشورها است که باعث بالا رفتن سهم مردم در هزینه‌های درمانی و همچنین رشد شاخص هزینه‌های تحمل ناپذیر می‌شود. در نتیجه مقاله‌ی حاضر به دنبال شناسایی چالش‌های تقاضای القایی با استفاده از تجارب صاحب‌نظران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود.

روش بررسی: روش تحقیق که در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۱ انجام شد، به شیوه‌ی کیفی بود و از مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. برای تعیین روایی و پایایی معیارهایی مانند موثق بودن اطلاعات، قابل اعتماد بودن، قابل اطمینان بودن و قابل تثبیت بودن داده‌ها در نظر گرفته شد. جامعه‌ی پژوهش شامل صاحب‌نظران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد و تعداد ۱۷ نفر مورد مصاحبه قرار گرفتند. به مصاحبه‌شونده‌ها 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 ۴۱ زیر موضوع و ۳ موضوع اصلی استخراج شد. این سه موضوع اصلی شامل چالش‌های سازمان‌های بیمه‌گر، چالش‌های سیستم سلامت و چالش‌های بیمار بود. هر کدام از این موضوعات نیز دارای زیر موضوعاتی بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش چالش‌های ناشی از تقاضای القایی را ارائه می‌کند که بارزترین یافته‌های آن شامل چالش‌های سازمان‌های بیمه‌گر، چالش‌های سیستم سلامت و چالش‌های بیمار بود. این یافته‌ها به سیاست‌گذاران بخش سلامت کمک می‌کند تا بتوانند با در نظر گرفتن چالش‌ها، راهبردهای مناسبی در جهت کاهش آنها طراحی نمایند.

واژه‌های کلیدی: مراقبت‌های بهداشتی؛ سیستم‌های مراقبت بهداشتی؛ بیمار؛ بیمه؛ هزینه‌های درمانی

دریافت مقاله: ۹۲/۱/۳۰

اصلاح نهایی: ۹۲/۵/۲۴

پذیرش مقاله: ۹۲/۶/۱۲

ارجاع: کیوان آرا محمود، کریمی سعید، خراسانی الهه، جعفریان جزئی مرضیه. چالش‌های ناشی از تقاضای القایی خدمات سلامت؛ یک مطالعه کیفی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۴): ؟؟

مقدمه

در طول سه دهه‌ی گذشته، هزینه‌های بخش سلامت در کشورهای مختلف به طور چشمگیری افزایش یافته است (۱). برای توضیح این افزایش در هزینه‌های بخش سلامت، عواملی همچون سطح درآمد، توسعه‌ی فن‌آوری و ترکیب سنی جمعیت در سطح اقتصاد کلان مطرح می‌شوند. به‌علاوه اقتصاددانان و سیاست‌گذاران در این بین کارایی اقتصادی سیستم‌های نظام سلامت را مطرح می‌کنند. در این راستا اقتصاددانان بر ناکارآمدی بخش تقاضا تأکید می‌کنند. جنبه‌ی مهم دیگر در

* این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد به شماره‌ی ۲۹۱۱۲۵ و با حمایت

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- دانشیار، جامعه‌شناسی پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت،

دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد

سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی

مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

(نویسنده‌ی مسؤول) Email: khorasani.elaha@yahoo.com

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی

مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

گسترده‌ی القا برای جامعه باید از منظر تأثیر آن بر وضعیت سلامت و رفاه بیماران مورد بررسی قرار گیرد، به جای آن که به مفهوم محدود رابطه‌ی ناقص اکتفا شود (۱۰). در سیستم بهداشت و درمان کشور ما نیز پدیده‌ی تقاضای القایی امکان بروز دارد. این پدیده می‌تواند چالش‌های زیادی برای سیستم سلامت و مهم‌تر از آن بیماران فراهم کند و مانع دسترسی آنها به خدمات اصلی و مورد نیاز شود. در نتیجه مقاله‌ی حاضر به دنبال شناسایی چالش‌های تقاضای القایی با استفاده از تجارب صاحب‌نظران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود.

روش بررسی

پژوهش حاضر کاربردی بود که در سال ۱۳۹۱ انجام گرفت و از روش تحقیق کیفی با استفاده از مصاحبه‌ی عمیق استفاده شد. افراد شرکت‌کننده در این پژوهش برخی از اعضای هیأت علمی دانشگاه، پزشکان، مسؤولان بیمارستان‌ها، مدیران سازمان‌های بیمه و محققان اقتصاد سلامت با سابقه‌ی اجرایی و مدیریت در سیستم سلامت بودند که سابقه‌ی اجرایی یا علمی قابل قبول داشتند و به موضوع تقاضای القایی آشنا بودند. روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. به عبارت دیگر افرادی مورد مصاحبه قرار گرفتند که در این زمینه مطلع بوده و دارای تجارب ارزشمندی باشند. حجم نمونه تا اشباع اطلاعات ادامه یافت. بر این اساس ۱۷ مصاحبه‌ی حضوری انجام شد. تمامی مصاحبه‌ها ضبط و سپس بر روی کاغذ پیاده شد. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ الی ۹۰ دقیقه متغیر بود.

برای کسب روایی و پایایی در این مطالعه از تکنیک تثلیث که عبارت است از استفاده از راهنمای مصاحبه و تأیید چارچوب مصاحبه‌ها با نظر سایر محققان، استفاده شد. جریان مصاحبه‌ها به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها با حفظ بی‌طرفی محققین هدایت شد. ابتدا چند مصاحبه به صورت آزمایشی قبل از شروع تحقیق توسط محقق انجام شد. سپس برای روایی داده‌ها نخستین مصاحبه‌ها توسط اساتید راهنما و مشاور از نظر درستی انجام کار مورد بررسی قرار گرفتند. پس از اصلاحات لازم، محقق شروع به ادامه‌ی کار کرد. برای بالا بردن قابلیت اطمینان یافته‌ها، پس از استخراج به برخی از مشارکت‌کنندگان ارجاع داده شد و دیدگاه

این مشکل، ناکارآمدی بخش عرضه‌ی بالقوه است که به علت رفتار ارایه‌کنندگان خدمات سلامت می‌تواند موجب القای تقاضا به بیماران شود (۲). تقاضای القایی یکی از سرفصل‌های بحث‌انگیز در اقتصاد سلامت است (۴، ۳). در واقع به القای ارایه، مراقبت یا فروش خدمت غیر ضروری به مراجعین سیستم سلامت که با اعمال قدرت از طرف ارایه‌کنندگان خدمت همراه است، تقاضای القایی گفته می‌شود (۶، ۵). با شناسایی اهمیت تأثیر تقاضای القایی در زمینه‌های مختلف سیاست‌گذاری، واضح است که هدف مهم اقتصاد سلامت است.

تقاضای القایی یکی از چالش‌های نظام سلامت کشور است که در نهایت با تقابل نیاز نامحدود و منابع محدود باعث بالا رفتن سهم مردم در هزینه‌های درمانی و همچنین رشد شاخص هزینه‌های تحمل‌ناپذیر می‌شود. تقاضای القایی یک پدیده‌ی پیچیده و چند وجهی است (۷). در اثر تقاضای القایی کارایی در تخصیص منابع ملی خدشه‌دار می‌شود. حتی اگر هزینه را بیمار پرداخت کند، درآمد ملی به‌طریق هزینه‌ی اثربخش تخصیص داده نمی‌شود. این وضعیت می‌تواند با ایجاد تقاضای بیشتر، تعادل عرضه و تقاضا را در بازار سلامت به هم زند. همچنین باعث تحمیل هزینه‌های اضافی بر بیمار و اتلاف وقت او می‌گردد. گاهی نیز درمان‌ها و تشخیص‌های غلط موجب بروز عوارض طبی در گیرندگان خدمت می‌شود. از طرف دیگر ضرر و زیان‌های اقتصادی آن در سطح ملی به‌خصوص وقتی که دولت برای خدمات پزشکی و دارو یارانه پرداخت می‌کند، بسیار چشمگیر است (۹، ۸). از دیدگاه سیاست‌گذاران، تقاضای القایی می‌تواند دو تأثیر عمده داشته باشد. یکی هزینه‌های بخش سلامت را افزایش دهد و یا موجب فشار بر بودجه‌ی عمومی دولت شود، دوم این که کارایی را کاهش دهد، چرا که منابع ملی به مراقبت‌هایی اختصاص پیدا می‌کند که مزایای چندانی ندارند (۱۰).

بیش از یک دهه پیش Hadley و همکاران استدلال کردند که پژوهشگران بایستی بر پیامدهای تقاضای القایی بیش از محتواهای تئوری آن متمرکز شوند. آنها نشان دادند که چارچوب مفهومی روشن‌تر برای این کار ضروری است (۱۱). با توجه به بازتاب ابعاد متفاوت تقاضای القایی، پیامدهای

یافته‌ها

در این پژوهش، براساس تحلیل موضوعی انجام شده ۴۱ زیرموضوع و ۳ موضوع اصلی به دست آمد. این سه موضوع اصلی عبارتند از: چالش‌های سازمان‌های بیمه‌گر، چالش‌های سیستم سلامت و چالش‌های بیمار (شکل ۱).

۱. چالش‌های سازمان‌های بیمه‌گر

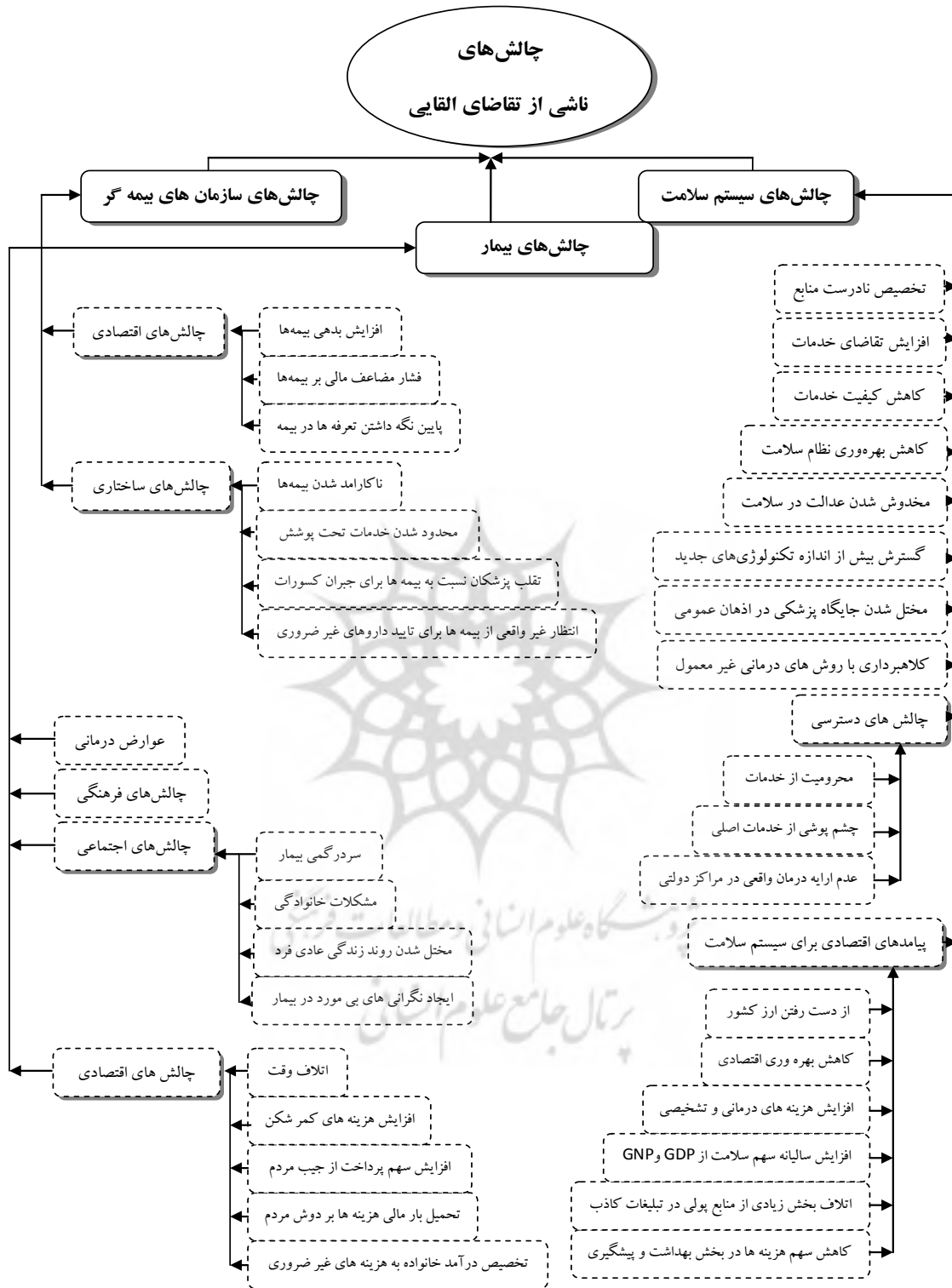
با توجه به بررسی نظرات مشارکت‌کنندگان چالش‌های سازمان‌های بیمه‌گر در قالب دو زیرموضوع اصلی دسته‌بندی شد که عبارتند از چالش‌های اقتصادی و چالش‌های ساختاری.

مشارکت‌کنندگان، چالش‌های اقتصادی در بیمه‌ها را در قالب زیرموضوعات؛ فشار مضاعف مالی بر بیمه‌ها، افزایش بدهی بیمه‌ها و پایین نگه داشتن تعرفه‌ها در بیمه بیان کردند. «تقاضای القایی» بیشتر برای ما بیمه‌ها یک هزینه‌های به اصطلاح غیر ضروری تحمیل می‌کند که باز می‌مونیم از به سری هزینه‌های ضروری.» (مصاحبه شماره ۵) «چون پول نداریم دیگه. پول ما از به طرف پرت داره یعنی تو بحث تقاضای القایی و موارد دیگه داره هدر میره ما هم مجبوریم... تعرفه‌ها رو ... پایین نگه داریم.» (مصاحبه شماره ۵)

چالش‌های ساختاری از نظر مشارکت‌کنندگان برای سازمان‌های بیمه‌گر عبارتند از؛ محدود شدن خدمات تحت پوشش، ناکارآمد شدن بیمه‌ها، انتظار غیر واقعی از بیمه‌ها برای تأیید داروهای غیر ضروری و تقلب پزشکان نسبت به بیمه‌ها برای جبران کسورات. «بسته‌ی خدمتی ما محدود هست. یعنی ما الان به مرضی میاد این جا، می‌خواد ترمیم مفصل انجام بده، واقعا نیاز داره ولی در تعهد ما نیست یا مرضی به دارویی می‌خواد، ارزون قیمت هم هست، خب این هم در تعهد ما نیست.» (مصاحبه شماره ۵) «منجر به ناکارآمدی نهادهای پوشش دهنده‌ی خدمات و سازمان‌های بیمه‌گر میشه که توانشون رو برای پوشش خدمات کاهش میدن.» (مصاحبه شماره ۲)

آنان لحاظ گردید. همچنین محققین سعی کرده‌اند از ظرافت تحلیلی بالایی در این زمینه برای ایجاد یک چارچوب تئوریک استفاده کنند. استفاده از روش کدگذاری مقوله‌های موجود در مصاحبه‌ها نیز به غنای کار کمک زیادی کرد. معیارهایی مانند «موثق بودن اطلاعات» که همان قابلیت اعتبار مطالعه است، «قابل اعتماد بودن» که همان قابلیت اتکا به داده‌ها و «قابل تثبیت بودن» که همان قابلیت تأیید نهایی داده‌ها است، در نظر گرفته شد. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش بر مبنای روش تجزیه و تحلیل موضوعی بود.

مراحل تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل استخراج و پیاده‌سازی داده‌ها بر روی کاغذ و ذخیره‌ی آنها در کامپیوتر، غوطه‌ور شدن در داده‌ها، کدگذاری، ثبت علائم بازتابی، ثبت علائم حاشیه‌ای، اختصارسازی و توسعه‌ی پیشنهادات بود. در مرحله‌ی اول بعد از انجام هر مصاحبه، بلافاصله مصاحبه‌ها رونویسی و سپس در کامپیوتر تایپ و ذخیره شد. در مرحله‌ی بعدی متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده و مرور شد به طوری که پژوهشگران بر داده‌ها تسلط کافی پیدا کردند. در مرحله‌ی سوم داده‌ها به واحدهای معنایی (کد) در قالب جملات و پاراگراف‌های مرتبط با معنای اصلی، شکسته شدند. واحدهای معنایی نیز چندین بار مرور و سپس کدهای مناسب هر واحد معنایی نوشته شد. به این صورت که در هر کدام از مصاحبه‌ها، زیرموضوعات از یکدیگر مجزا گردید و سپس زیرموضوعات در هم ادغام شدند و تحلیل گرایبی صورت گرفت و نهایتاً موضوعات اصلی مشخص شد. ثبت علائم بازتابی و حاشیه‌ای، در واقع ثبت یادداشت‌ها از اندیشه‌ها و دیدگاه‌هایی است که در ذهن محقق به وجود می‌آید که در حین مصاحبه و تجزیه و تحلیل ثبت شد. این علائم 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 مصاحبه‌شونده‌ها اطمینان داده شد که نامی از آنها برده نمی‌شود و اطلاعات آنها محرمانه می‌ماند.



شکل ۱: چالش‌های ناشی از تقاضای القایی

۲. چالش‌های سیستم سلامت

مشارکت‌کنندگان، چالش‌های سیستم سلامت ناشی از تقاضای القایی را در قالب موارد زیر مطرح نمودند؛ کلاه‌برداری با روش‌های درمانی غیر معمول، مخدوش شدن عدالت در سلامت، کاهش بهره‌وری نظام سلامت، کاهش کیفیت خدمات، گسترش بیش از اندازه فن‌آوری‌های جدید، پیامدهای اقتصادی برای سیستم سلامت، چالش‌های دسترسی، تخصیص نادرست منابع، افزایش تقاضای خدمات و مختل شدن جایگاه پزشکی در اذهان عمومی. مشارکت‌کنندگان می‌گویند: «صفحه‌ی حوادث رو ببینید هر بار می‌خونید که حداقل به رمال قلبی داشته برای درمان فعالیت می‌کرده! وقتی از همه جا ناامید می‌شید به جاهایی مراجعه می‌کنید که دارن ادعا می‌کنن شما رو می‌تونن درمان کنن.» (مصاحبه شماره‌ی ۷) «اقتصاد درمان اینجوری می‌گه که هر فردی که نیاز به درمان بیشتری دارد باید از تسهیلات بیشتری برخوردار شود. یعنی در حقیقت به نوع عدالت در درمان ایجاد می‌شه. ولی وقتی تو درمان تقاضای القایی بشه، عدالت هم نداریم.» (مصاحبه شماره‌ی ۷) «اگه به صورت کل نگاه بکنیم اینا [تقاضای القایی] باعث کاهش میانگین طول عمر و سلامت می‌شه حتی! نظام سلامت هم بهره‌وریش میاد پایین.» (مصاحبه شماره‌ی ۸) «کیفیت انجام خدمات هم پایین میاد. یعنی به مریضی میره به جا آزمایش قند میدن. من پزشک واقعاً نمی‌تونم رو این آزمایش قند قسم بخورم!» (مصاحبه شماره‌ی ۱۱) «منابعی رو که می‌تونیم صرف برطرف کردن مشکلات اساسی بیمارانون اختصاص بدیم داره معطوف میشه به تقاضاهای القایی.» (مصاحبه شماره‌ی ۱۳) «اعتمادشون نسبت به جامعه‌ی پزشکی از بین میره و هم اون شخصیت و جایگاهی که جامعه‌ی پزشکی و اون قداستی که جامعه‌ی پزشکی تو جامعه داشته از بین میره.» (مصاحبه شماره‌ی ۲)

مشارکت‌کنندگان، پیامد اقتصادی ناشی از تقاضای القایی برای سیستم سلامت را بسیار مهم ارزیابی نمودند و طبق نظرات آنها این پیامدها شامل کاهش بهره‌وری اقتصادی، کاهش سهم هزینه‌ها در بخش بهداشت و پیشگیری، از دست رفتن ارز کشور، اتلاف بخش زیادی از منابع پولی در تبلیغات کاذب، افزایش

هزینه‌های درمانی و تشخیصی و افزایش سالیانه‌ی سهم سلامت از GDP (Gross domestic product) می‌شود. «باعث کاهش بهره‌وری اقتصادی میشه و به سری هزینه‌های غیر ضروری تحمیل می‌کنه به سیستم سلامت، در صورتیکه می‌تونسته تو بخش مثلاً بهداشت هزینه بشه!» (مصاحبه شماره‌ی ۸، ۹). «همین از دست دادن ارز کشوره... اگه خودکفا بودیم این هزینه‌ها تو خود کشور گردش پیدا می‌کرد.» (مصاحبه شماره‌ی ۸، ۹). «تبلیغات... که این مسایل به سر خلق‌الله بیاد. اگر حساب بشه در سال میلیاردها تومان خرج این ... تبلیغات کاذب و دروغ از طریق این طب‌های مکمل میشه!» (مصاحبه شماره‌ی ۱۵) «اتفاقی که می‌یافته، اینه که... مخارج درمان ما در کل جامعه میره بالا و الانم اگه اعداد رو نگاه کنید در چند سال گذشته ما سیر بسیار صعودی داشتیم.» (مصاحبه شماره‌ی ۱) تقاضای القایی ممکن است موانعی برای دسترسی مردم به خدمات سلامت فراهم کند که مشارکت‌کنندگان در بخش چالش‌های دسترسی موضوعات؛ محرومیت از خدمات، چشم‌پوشی از خدمات اصلی و عدم آرایه‌ی درمان واقعی در مراکز دولتی را مطرح کردند. «باعث میشه که نهایتاً مردم به اون خدمت و سرویس مناسب بهداشتی که می‌خوان نرسن.» (مصاحبه شماره‌ی ۱۵) «بعضی از پزشکان میان تو بعضی مراکز دولتی کار می‌کنن. تو این مراکز دولتی حق‌الزحمه‌ای که به نظر خودشون باید بهشون بدن داده نمی‌شه! خب چه اتفاق می‌افته؟! این اتفاق می‌افته که پزشک مثلاً اگه جراح باشه تمایل نداره که مریضشو توی اون مرکز جراحی کنه.» (مصاحبه شماره‌ی ۱۱)

۳. چالش‌های بیمار

مشارکت‌کنندگان، چالش‌های ناشی از تقاضای القایی برای بیمار را در قالب زیرموضوعات؛ چالش‌های اجتماعی، چالش‌های فرهنگی، چالش‌های اقتصادی و عوارض درمانی بیان نمودند. آنها چالش‌های اجتماعی را در قالب زیرموضوعات؛ ایجاد نگرانی‌های بی‌مورد در بیمار، سردرگمی بیمار، مشکلات خانوادگی و مختل شدن روند زندگی عادی فرد مطرح کردند. «این‌ها حتی آسیب‌های روانی و اجتماعی هم دارن. وقتی که نگرانی برایشون ایجاد میشه که مشکلی دارن و باید پیگیر شن و

خوب این اشعه هستش و اشعه عوارض داره برا بدن. اگه این میزان اشعه از یه حدی در طول سال بالاتر بره عوارض نشون می‌ده.» (مصاحبه شماره‌ی ۱۲)

بحث

هدف این مقاله بررسی چالش‌های ناشی از تقاضای القایی خدمات سلامت با استفاده از تجارب صاحب‌نظران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود. نتایج به‌دست آمده از پژوهش‌های کیفی غالباً به صورت موردی بیان می‌شوند و اعتبارشان در محدوده‌ی موضوع با افراد مورد مطالعه صحت دارد. مطالعه‌ی حاضر در دانشگاه علوم پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر و پزشکان موجود در اصفهان انجام شد و نتایج به‌دست آمده به دلیل تفاوت ماهیت در رشته‌های گوناگون نمی‌تواند قابل تعمیم به همه‌ی دانشگاه‌ها و رشته‌ها باشد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که تقاضای القایی منجر به رشد غیرقابل کنترل هزینه‌ها، تحمیل هزینه‌های غیر ضروری و فشار مضاعف مالی بر سازمان‌های بیمه‌گر می‌شود. یکی دیگر از پیامدهای اقتصادی، افزایش بدهی سازمان‌های بیمه‌گر است، چرا که منابع محدود این سازمان‌ها قادر به پوشش تقاضاهای رو به افزایش خدمات نمی‌باشد، در نتیجه بدهی بیمه‌ها به بیمارستان‌ها و سایر بخش‌های سلامت افزایش پیدا می‌کند. حتی ممکن است این بدهی باعث شود، سازمان‌های بیمه‌گر بخشی از قردادهای خود را لغو کنند. از طرفی تقاضای القایی منجر به پایین نگه داشتن و غیر واقعی شدن تعرفه‌ها نیز می‌شود.

Monfardini و Fabbri بیان کردند که تقاضای القایی به میزان زیادی بر بازارهای بیمه‌ی سلامت تأثیر می‌گذارد (۱۲). Saul در گزارش خود بیان کرد که تعداد زیادی از بیماران برای منفعت مالی فرستاده می‌شوند که این هزینه‌ها در حدود ۴۰۰۰۰ دلار به ازای هر بیمار است که Medicare آن را پرداخت می‌کند (۱۳).

یافته‌های پژوهش در رابطه با سیستم سلامت نشان داد که تقاضای القایی منجر به گسترش روش‌های درمانی غیر معمول می‌شود. در این روش‌های غیر معمول زمینه‌ی بروز کلاهبرداری به‌وجود می‌آید. از طرفی تقاضای القایی موجب بر هم خوردن عدالت در سلامت است، چرا که درمان مطابق نیاز واقعی بیمار

واقعاً مشکلی وجود نداشته باشه، یه تأثیر منفی ذهنی هم روی فرد می‌ذاره و کیفیت زندگی فرد رو هم طبیعتاً کاهش میده و از لحاظ اجتماعی هم به‌عنوان یه معضل می‌تونه مطرح بشه.» (مصاحبه شماره‌ی ۱۳) «وقتی یه بیمار مراجعه می‌کنه به یه مرکز، جواب نمی‌گیره خوب مجبور می‌شه به چند تا مرکز مراجعه کنه تا اینکه یه پزشک بتونه بیماریشو تشخیص بده! این سردرگمی ... مدام پیش این پزشک و اون پزشک رفتن.» (مصاحبه شماره‌ی ۹، ۸) «یکی هم تبعات فرهنگیشه که مثلاً اگه یکی رفت یه کاری کرد و یه چیزی شد، اصلاً تو محله و طایفه انگشت نما می‌شه.» (مصاحبه شماره‌ی ۱۰)

مشارکت‌کنندگان، چالش‌های اقتصادی ناشی از تقاضای القایی برای بیمار را در قالب زیرموضوعات، تحمیل بار مالی هزینه‌ها بر دوش مردم، افزایش سهم پرداخت از جیب مردم، افزایش هزینه‌های کمرشکن، اتلاف وقت و تخصیص درآمد خانواده به هزینه‌های غیر ضروری سلامت بیان نمودند. «همین که می‌تونه روی خانواده‌ها و بیماران فشاری بیاره که به هر حال بخشی از هزینه‌ها رو خود بیماران پرداخت می‌کنند.» (مصاحبه شماره‌ی ۲) «بخشیش که بیمه‌ها پرداخت نمی‌کنن خود مردم مجبورن پرداخت کنن. اینجاست که بخش درمان شروع می‌کنه به سمت خاص سوق پیدا می‌کنه که صحیح نیست.» (مصاحبه شماره‌ی ۱۶) «در نتیجه وقتی طرف میره اونجا زمان طلایی از دست میده یعنی بهترین زمانی رو که می‌تونسته بره درمان بشه از دست میده.» (مصاحبه شماره‌ی ۱۵)

مشارکت‌کنندگان، درخصوص عوارض درمانی به مصادیق مختلفی اشاره کردند؛ «مثلاً مریض آنژیو میشه بعد به ماده‌ی حاجب حساسیت نشون میده و دچار شوک آنوفلاکسی میشه که ممکنه دیگه برنگرده.» (مصاحبه شماره‌ی ۵) «تحمیل درد ایجاد بشه، یعنی درد ایجاد بکنه برای اون فردی که داره بی خودی یه تقاضایی رو ایجاد کرده.» (مصاحبه شماره‌ی ۴) «صرف‌نظر از این که ممکنه این‌ها یک مخاطرات پزشکی هم به بیمار اضافه بکنه، فرض بفرمایید توی مصرف نا به جای دارو، گذشته از این که یک دارویی بدون نیاز مصرف میشه، ممکنه که عوارض این دارو برای بیمار مخاطره ایجاد بکنه.» (مصاحبه شماره‌ی ۲) «وقتی یه بیماری نیاز به گرافی نداره. گرافی انجام می‌شه براش،

همچنین Amporfu بیان کرد که تقاضای القایی می‌تواند هزینه‌های پزشکی را افزایش دهد و باعث ناکارآمدی شده و به‌طور قابل توجهی مانع توسعه بخش سلامت شود (۱۴). Falit و همکاران شرح دادند که متخصصان اورولوژی که مالکیت مراکز سرطان را دارند، زمینه‌ی هزینه‌های زیادی را برای آمریکا فراهم کرده‌اند (۱۸) و McGuire بیان کرد که فرضیه‌ی تقاضای القایی هزینه‌ای معادل ۶٫۵ درصد از پرداخت‌های پزشکان در سال ۱۹۹۲ داشته است (۱۹).

بخش دیگر از چالش‌هایی که در سیستم سلامت به علت تقاضای القایی به وقوع می‌پیوندد، چالش‌های دسترسی است. تقاضای القایی ممکن است موانعی برای دسترسی مردم به خدمات سلامت فراهم کند. حتی تقاضای القایی منجر به نادیده گرفتن خدمات اصلی می‌شود، چرا که با افزایش هزینه‌ها ممکن است سیستم سلامت بعضی از خدمات را از اولویت خود خارج کند.

تقاضای القایی از طرفی منجر به تخصیص نادرست منابع می‌شود و باعث می‌شود به‌جای کاربرد منابع برای بیماران واقعی، برای کسانی مصرف شود که نیاز واقعی به خدمات ندارند. در اثر تقاضای القایی، کارایی در تخصیص منابع ملی خدشه‌دار می‌شود. حتی اگر هزینه را بیمار پرداخت کند، درآمد ملی به‌طریق هزینه اثربخش تخصیص داده نشده است. Monfardini و Fabbri بیان کردند که تقاضای القایی بر تخصیص رقابتی خدمات تأثیر می‌گذارد (۱۲). Cromwell و Mitchell عنوان کردند که سیاست‌گذاران به‌طور فزاینده‌ای نگران هزینه‌های بالای مربوط به استفاده از مراقبت‌های پزشکی غیر ضروری به‌ویژه دربارهی اعمال جراحی هستند (۲۰). برهان‌زاده هم پیامدهای اجتماعی تقاضای القایی را شامل اتلاف منابع مالی کشور، افزایش تقاضای کاذب برای دریافت خدمات و لذا ایجاد بازار سیاه در نظام سلامت، تراکم کار و از دست رفتن فرصت برای نیازمندان به مراقبت‌های دارای اولویت می‌داند (۲۱). با وقوع تقاضای القایی حتی جایگاه پزشکی در اذهان عمومی هم مختل می‌شود و در نهایت اعتماد بین پزشک و بیمار ضعیف می‌شود.

یافته‌های پژوهش در رابطه با چالش‌های به‌وجود آمده برای بیمار نشان داد که نگرانی بیمار بدون علت واقعی، نوعی آسیب

ارایه نمی‌شود. Cline به این نتیجه دست یافت که تقاضای القایی، عرضه و تقاضا را در بازار سلامت به هم می‌زند (۵). Amporfu بیان کرد که تغییر تقاضا تحت تأثیر نظر پزشک، تئوری بازار و حاکمیت مصرف‌کننده را به چالش می‌کشد (۱۴). این مطالعات چالش کاهش بهره‌وری نظام سلامت را نشان دادند که با پژوهش حاضر همسو است. افزایش نیازهای غیر واقعی منجر به کاهش کیفیت خدمات می‌شود. Labelle و همکاران مطرح کردند که منافع شخصی پزشک همراه با عدم تقارن اطلاعات در تقاضای القایی باعث سرویس‌دهی نامناسب می‌شود (۱۵). گسترش بیش از اندازه‌ی فن‌آوری‌های جدید هم یکی دیگر از چالش‌های تقاضای القایی است. یافته‌های Palesh و همکاران نشان داد که گسترش کنترل نشده‌ی فن‌آوری‌های سلامت یکی از عوامل افزایش فشار بر سیستم‌های سلامت است (۱۶).

پیامدهای اقتصادی ناشی از تقاضای القایی برای سیستم سلامت هم بسیار مهم می‌باشند. افزایش بار هزینه‌ها ناشی از القای خدمات غیر ضروری منجر به کاهش سهم پرداختی در سایر بخش‌های سلامت به‌خصوص بهداشت و پیشگیری می‌شود. استفاده‌ی گسترده و بدون اندیکاسیون از داروها و تجهیزات وارداتی هم منجر به از دست رفتن ارز کشور می‌شود. افزایش هزینه‌های درمانی و تشخیصی و به‌عبارت بهتر هزینه‌سازی در بخش درمان و تشخیص از پیامدهای چشمگیر تقاضای القایی است. حتی تقاضای القایی منجر به افزایش هزینه‌ی هر بار خدمت می‌شود، چرا که مجموعه خدمات ارایه شده در هر بار مراجعه افزایش یافته است. هزینه‌های سنگین در بخش پاراکلینیک به‌خوبی قابل لمس است که با درخواست‌های غیر ضروری سهم بالایی در افزایش هزینه‌ها دارند. بخش دارو هم از این موضوع مستثنی نیست و مقدار زیادی از منابع با افزایش تقاضای القایی به بخش دارو تخصیص داده شده است.

Izumida و همکاران زیان‌های اقتصادی ناشی از تقاضای القایی در سطح ملی را، به‌خصوص وقتی که دولت برای خدمات پزشکی و دارو یارانه پرداخت کند بسیار بالا ارزیابی کردند (۸). Rice و Broomberg مطرح کردند که تقاضای القایی تأثیر گسترده بر روی هزینه‌های مراقبت‌های سلامت دارد (۱۷).

پپردازد، بدون آنکه سلامت بیمار تغییری کند. افزایش هزینه‌ها ممکن است به علت مقدار یا ماهیت استفاده از خدمات باشد. تقاضای القایی می‌تواند هزینه‌های اضافی را به بیماران در زمان صرف شده در بیمارستان به‌جای گزینه‌های دیگر مانند کار تحمیل کند. در نتیجه تقاضای القایی هزینه‌های غیرمستقیم زیادی به بیماران تحمیل می‌کند (۱۴). برهان زاده هم، پیامدهای ناشی از تقاضای القایی برای بیمار را اتلاف سرمایه و اتلاف وقت می‌داند (۲۱).

بخش مهمی از مشکلات ایجاد شده برای بیمار عوارض درمانی است که ممکن است جسم یا روان بیمار را تحت تأثیر خود قرار دهد، حتی ایجاد درد برای بیمار هم مصداقی از عوارض درمانی است. تقاضای القایی گاهی موجب تشخیص دیررس بیماری واقعی هم می‌شود. عوارض داروهای مصرفی نیز بسیار چشمگیر است که امروزه در مصرف بی‌رویه‌ی کورتون‌ها و مسکن‌ها دیده می‌شود. حتی مقاومت‌های دارویی در اثر مصرف بیش از حد نیز به‌عنوان یک عارضه مطرح است. Izumida و همکاران تقاضای القایی را گاهی با درمان‌ها و تشخیص‌های غلط باعث بروز عوارض طبی در گیرندگان خدمت می‌دانند (۸). برهان زاده هم، پیامدهای ناشی از تقاضای القایی برای بیمار را شامل بروز مقاومت میکروبی در برابر آنتی‌بیوتیک‌ها در اثر مصرف نابجا، تحمل درد و رنج و استرس، بروز عوارض ناشی از داروهای غیر ضروری، بروز عوارض ناشی از عمل جراحی غیر ضروری مثل آبسه‌ی محل جراحی، چسبندگی، عفونت، ظاهر بدشکل، افسردگی ناشی از زمان بیماری و سردرگمی می‌داند (۲۱).

نتیجه‌گیری

هدف این مقاله بررسی چالش‌های تقاضای القایی با استفاده از تجربیات صاحب‌نظران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود. بارزترین یافته‌های این مطالعه شامل چالش‌های سازمان‌های بیمه‌گر، چالش‌های سیستم سلامت و چالش‌های بیمار بود. سازمان‌های بیمه‌گر به واسطه‌ی تقاضای القایی بایستی هزینه‌های غیرضروری بیشتری را تحمل کنند که باعث افزایش بدهی آنها می‌شود. از طرفی تقاضای القایی برای سیستم سلامت هم چالش‌های ناگواری ایجاد می‌کند که شامل کلاهبرداری با

اجتماعی برای بیمار ایجاد می‌کند که کیفیت زندگی بیمار را کاهش می‌دهد. از طرفی سردرگمی بیمار به‌واسطه‌ی خدمات نادرست از پیامدهای اجتماعی این موضوع است. مشکلات خانوادگی هم بخشی از پیامدهای اجتماعی است که ممکن است خانواده‌ی بیمار به علت بار هزینه‌ای و روحی ناشی از القاهای غیر ضروری خدمات دچار آن شوند. مختل شدن روند زندگی عادی فرد هم از دیگر پیامدهای اجتماعی است. فرد با دریافت خدمات کاذب ممکن است در چرخه‌ای از خدمات درگیر شود که باید برای آن هزینه‌های پولی و زمانی زیادی پرداخت کند که در نهایت به جز عوارض درمان برای بیمار چیزی به ارمغان نمی‌آورد. بخشی دیگر از چالش‌هایی که برای بیمار اتفاق می‌افتد، چالش‌های فرهنگی است. انگشت نما شدن به علت درمان‌های اشتباه در جامعه مصداقی از همین نوع چالش است.

وقتی تقاضا برای خدمات افزایش پیدا کند، به دنبال آن، هزینه‌ها نیز زیاد می‌شود که در نهایت بار مالی هزینه‌ها بر دوش مردم تحمیل می‌شود و سهم پرداخت از جیب افزایش پیدا می‌کند. حتی ممکن است این موضوع تا هزینه‌های کمرشکن نیز ادامه داشته باشد و بیماران را به زیر خط فقر بکشانند. یکی از هزینه‌های غیر ملموسی که بیمار بایستی پرداخت کند، اتلاف زمان و عمر ارزشمند خود در خدمات غیر ضروری است. در این مسیر خانواده‌های بیماران مجبور می‌شوند، درآمد خود را به هزینه‌های غیر ضروری سلامت تخصیص دهند. در مقایسه با مطالعات گذشته، تبدلی به این نتیجه رسید که القای تقاضا باعث افزایش مخارج مصرف‌کننده‌ها و تحمیل هزینه برای بیماران و در نتیجه کاهش رفاه آنها می‌شود (۷). تقاضای القایی باعث بالا رفتن سهم مردم در هزینه‌های درمانی و همچنین رشد شاخص هزینه‌های تحمل‌ناپذیر می‌شود. Izumida و همکاران تقاضای القایی را موجب تحمیل هزینه‌های اضافی بر بیمار و اتلاف وقت او بیان کردند (۸). Tussing و Wojtowycz به این نتیجه رسیدند که تقاضای القایی دارای پیامدهای مهمی برای رفاه اقتصادی بیمار است (۲۲). Dranove نشان داد که پزشکان تقاضا را با پیشنهاد خدماتی که با هدف هزینه منفعت بیمار سازگار نیست، القا می‌کنند (۲۳). Amporfu بیان کرد که تقاضای القایی ممکن است باعث شود بیمار هزینه‌های زیادی

پیشنهادها

تحقیقات بیشتر در این زمینه می‌تواند به بررسی کمی پیامدهای ایجاد شده به واسطه‌ی تقاضای القایی در سه سطح، سیستم سلامت، سازمان‌های بیمه‌گر و بیمار بپردازد. پیشنهاد می‌شود برای کنترل تقاضای القایی از راهکارهایی چون تقویت اخلاق پزشکی، توجه به شأن و نیاز بیمار، افزایش اطلاع‌رسانی، اصلاح نظام آموزشی و نظام پرداخت، مبتنی بر شواهد بودن و تهیه و انتشار راهنماهای بالینی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی صاحب‌نظرانی که در این مطالعه همکاری داشته‌اند، سپاسگزاریم.

روش‌های درمانی غیر معمول، مخدوش شدن عدالت در سلامت، کاهش بهره‌وری نظام سلامت، کاهش کیفیت خدمات، گسترش بیش از اندازه‌ی فن‌آوری‌های جدید، پیامدهای اقتصادی برای سیستم سلامت، چالش‌های دسترسی، تخصیص نادرست منابع، افزایش تقاضای خدمات و مختل شدن جایگاه پزشکی در اذهان عمومی است. بیمار هم پیامدهای تقاضای القایی را به دوش خواهد کشید که چالش‌های اجتماعی، چالش‌های فرهنگی، چالش‌های اقتصادی و عوارض درمانی را شامل می‌شود. این یافته‌ها به سیاست‌گذاران بخش سلامت کمک می‌کند تا بتوانند با درنظر گرفتن چالش‌ها، راهبردهای مناسبی در جهت کاهش آنها طراحی نمایند.

References

1. Besley T, Gouveia M. Alternative systems of health care provision. *Econ Pol* 1994; 19: 200° 258.
2. Delattre E, Dormont B. Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians. *Health Econ* 2003;12(9):741-54.
3. Andersen LB, Serritzlew S. Type of services and supplier-induced demand for primary physicians in Denmark. København: Department of Political Science and government; 2007.
4. Richardson J, Peacock S. Reconsidering theories and evidence of supplier induced demand. Australia: Monash University, Centre for Health Economics; 2006.
5. Cline RR, Mott DA. exploring the Demand for a Voluntary Medicare Prescription Drug Benefit. *AAPS Pharmsic* 2003; 5(2): 99° 110.
6. Crane TS. The Problem of Physician Self-Referral under the Medicare and Medicaid Antikickback Statute. The Hanlester Network Case and the Safe Harbor Regulation. *JAMA* 1992; 268(1): 85-91.
7. Abdoli G. Induce demand theory of the information asymmetry between patients and doctors. *Economic Research Journal* 2005; 68: 91-114. [In Persian]
8. 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: 11-25.
9. Mahbobi M, Ojaghi S, Ghiasi M, Afkar A. Supplemental insurance and induce demand in veterans. *Veterans Medicine Journal* 2010; 2(4): 18-22. [In Persian]
10. Bickerdyke I, Dolamore R, Monday I, Preston R. Supplier-Induced Demand for Medical Services. Canberra: Productivity Commission Staff Working Paper; 2002.
11. Hadley J, Holahan J, Scanlon W. Can fee-for-service reimbursement coexist with demand creation? *Inquiry* 1979; 16(3): 247° 258.
12. Fabbri D, Monfardini C. Demand induction with a discrete distribution of patients. Italy, Bologna: University of Bologna; 2001.
13. Saul S. Profit and Questions on Prostate Cancer Therapy, in *The New York Times*. 2006. Available from: URL: http://www.nytimes.com/2006/12/01/business/01beam.html?pagewanted=all&_r=0.
14. Amporfu E. Private hospital accreditation and inducement of care under the Ghanaian National Insurance Scheme. *Health Economics Rev* 2011; 1(1): 13.
15. Labelle R, Stoddart G, Rice T. A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *J Health Econ* 1994; 13(3): 347-68.
16. Palesh M, Tishelman C, Fredrikson S, Jamshidi H, Tomson G, Emami A. We noticed that suddenly the country has become full of MRI . Policy makers views on diffusion and use of health technologies in Iran. *Health Res*

Policy Syst 2010; 8: 9.

17. Broomberg J, Rice MR. The Impact of the fee-for-services reimbursement system on the utilisation of health services. Part I. A review of the determinants of doctors' practice patterns. S Afr Med J, 1990; 78(3): 130-2.

18. Falit BP, Gross CP, Roberts KB. Integrated Prostate Cancer Centers and Over-utilization of IMRT: A Close Look at Fee-For-Service Medicine in Radiation Oncology. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2010; 76(5): 1285-88.

19. McGuire TG. Physician Agency. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. Handbook of Health Economics. Amsterdam: Elsevier; 2000. P.461-537.

20. Cromwell J, Mitchell JB. Physician-Induced Demand for Surgery. J Health Eco 1986; 5(4): 293-313.

21. Borhazade A. Induced demand and the cost of tests and its impact on cost and family health. Laboratory Science 2011; 11: 17-22. [In Persian]

22. Tussing AD, Wojtowycz MA. Physician-induced demand by Irish GPs. Soc Sci Med 1986; 23(9): 851° 60.

23. Dranove D. Demand inducement and the physician/patient relationship. Econ Inq 1988; 26(2): 281-98.



Challenges Resulting from Healthcare Induced Demand: a qualitative study*

Mahmoud Keyvanara, PHD¹; Saeed Karimi, PHD²; Elahe Khorasani, MSc³; Marzie Jafarian Jazi, MSc⁴

Original Article

Abstract

Introduction: Induced demand is one of the challenges of health care systems in different countries. It increases health care costs and also increases catastrophic cost index. This article seeks to examine the challenges of induced demand with the use of expert s experiences of Isfahan University of Medical Sciences.

Methods: The research is applied a qualitative method which done in Isfahan in 2012. Semi-structured interview was used for data gathering. For validity and reliability criteria such as data "reliability of information" and "stability" were considered. Participants in this study were people who had been informed in this regard and had to be experienced and were known as experts. Purposive sampling was done for data saturation. 17 people were interviewed. The anonymity of the interviewees was preserved. The data are transcribed, categorized and then used the thematic analysis.

Results: In this study thematic analysis was conducted and 41 sub-themes and three themes were extracted. The three main themes include insurance organizations challenges, health systems challenges and patient s challenges. Each of them has some sub-themes.

Conclusion: The results of this study provide challenges due to induced demand. The most notable findings include insurance organizations challenges, health care system challenges and patient challenges. These findings will help health policymakers consider challenges to design appropriate strategies to reduce them.

Keywords: Healthcare; Healthcare System; Insurance; Patients; Healthcare Costs

Received: 19 Apr, 2013

Accepted: 3 Sep, 2013

Citation: Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian Jazi M. **Challenges resulting from healthcare induced demand: a qualitative study.** Health Inf Manage 2013; 10(4): ??

* This paper is derived from MSc thesis (No. 291125) in Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Associate Professor, Medical Sociology, Social Determinate of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate professor, Healthcare Management, Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Healthcare Management, Faculty of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: khorasani.elahe@yahoo.com.

4- Healthcare Management, Faculty of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran