

# تقاضای القای پزشکی از سوی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در ایران (سیاستگذاری و کنترل)

علی اخوان بهبهانی\* و ایرج اسماعیلی\*\*

تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۱۰/۷

تاریخ دریافت ۱۳۹۶/۱۰/۱۳

پزشکان به نمایندگی از بیماران در مورد مراقبت‌های درمانی تصمیم‌گیری می‌کنند به همین دلیل می‌توانند تقاضای بیمار را به صورت غیرضروری افزایش دهند. پزشکان در همه موارد نقش نمایندگی را به درستی اجرا نمی‌کنند (نماینده‌گی غیرکامل) و توصیه‌های آنها تحت تأثیر منافع شخصی‌شان قرار دارد. آن بخشی از تقاضا که در جهت منافع پزشک (عرضه‌کننده) به جای منافع بیمار ایجاد شده است را تقاضای القایی از طرف عرضه‌کننده می‌نامند. این پژوهش یک مطالعه کیفی و کمی به روش آمیخته و با استفاده از روش تحلیل تم و مدل‌های تصمیم‌گیری چندشاخصه انجام شده است که نشان می‌دهد بیشترین علل مربوط به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مؤثر بر تقاضای القایی (علل ناشی از عملکرد پزشکان) عبارت بودند از: تشویق پزشک به کار بیشتر، آزادی پزشکان در ارائه خدمات مختلف، تجویز بی‌مورد و زیاد از حد دارو، فقدان وابستگی پزشک به قرارداد بیمه‌ها عدم تمایل پزشک به ارائه خدمت صحیح به بیمار در بخش دولتی. مهمترین راه کاهش تقاضای القایی ایجاد شده توسط پزشک، اجرای کامل نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور است. البته باید راهنماهای بالینی پزشکی به خوبی تدوین شود و پزشکان موظف به رعایت آن باشند. بنابراین پیشنهاد می‌شود قانونی دائمی براساس تکلیف دولت بر ایجاد سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع و تکلیف نظام بیمه‌ای بر انحصار خرید خدمت از این سامانه به تصویب برسد.

**کلیدواژه‌ها: تقاضای القایی؛ پزشکان؛ متقارن نبودن اطلاعات؛ بازار و خدمات سلامت**

\* عضو هیئت علمی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (نویسنده مسئول)؛

Email: alakhavan@gmail.com

Email: iesmaili@yahoo.com

\*\* دکتری پزشکی، پژوهشگر؛

## مقدمه و بیان مسئله

از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت (۱۹۴۸)،<sup>۱</sup> سلامت عبارت است از: «رفاه کامل جسمانی، روانی و اجتماعی و نه تنها فقدان بیماری و ناخوشی». بر این اساس حفظ و ارتقای سلامت مسئولیتی فردی، اجتماعی، سازمانی و حاکمیتی است و یکی از پیش شرط‌های تحقق پیشرفت پایدار و عادلانه به‌شمار می‌رود. از آنجا که سلامت مردم همواره اولوی ملی است، لذا مسئولیت دولت نیز دائمی است. بنابراین امروزه مدیریت دقیق و مسئولانه تندرستی جامعه، جوهره یک دولت خوب است. در مبادله‌ای که میان بیمار و پزشک یا ارائه‌کننده مراقبت انجام می‌شود به راحتی نمی‌توان ویژگی‌های کالا و حقوق مالکیت یا آنچه که مبادله می‌شود را تعریف کرد. بیماران اغلب برای مصرف خدمات درمانی به نظر پزشکان یا ارائه‌کنندگان مراقبت متکی هستند. آنان باید مشخص کنند که آیا فرد مراجعه‌کننده بیمار است و چنانچه بیمار است چه کاری باید انجام شود. بیماران اغلب از اطلاعات کافی قضاوت در مورد آنچه که به آنان عرضه می‌شود برخوردار نیستند و نمی‌توانند قضاوت درستی در مورد ارزش مادی آن خدمات کنند. تجاری که در خرید مراقبت‌های درمانی برای یک بیماری مانند سرماخوردگی حاصل می‌شود کمک کمی به خرید مراقبت برای بیماری دیگری با ماهیت متفاوت مانند شکستن ساق پا می‌کند. در مواقع بسیاری موارد کالای همگنی در این بازار مبادله نمی‌شود.<sup>۲</sup>

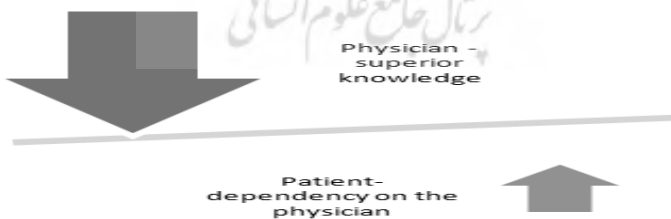
امروزه نگرانی اصلی سیاستگذاران بخش سلامت و محققان، ارتباط میان محرک‌های مالی و رفتارهای ارائه‌کننده خدمت، به‌علاوه روش‌های کنترل رفتار نامناسب و تشویق رفتارهای خوب است. در این زمینه، بدرفتاری به معنی توصیه ارائه‌کننده به استفاده غیرضروری یا بیش از حد بیمار از خدمات بهداشتی - درمانی است. مورد اول دربرگیرنده مفهوم خدمات غیرضروری؛ و مورد دوم دربرگیرنده مفهوم تقاضای القایی ایجاد شده از سوی عرضه‌کننده است. در مراقبت‌های سلامتی؛ پزشک می‌بایست نسبت به بیمار دارای اطلاعات و دانش بیشتری در مورد تشخیص و معالجه بیماری باشد. بیمار می‌خواهد اطلاعات بیشتری به پزشک بدهد اما پزشک ممکن است چنین انگیزه‌ای نداشته باشد. وظایف حرفه‌ای و اخلاقی شخصی، پزشک را وادار می‌کند شرافتمندانه به نفع بیمار عمل کند اما انگیزه

1. World Health Organization (WHO)

2. Izumida, Urushi and Nakanishi, 1999.

سودجویی او را وامی دارد که به نفع خود بیندیشد این دو انگیزه در جهت مخالف هم هستند.<sup>۱</sup> تقاضای القایی، یکی از سرفصل‌های بحث‌انگیز در اقتصاد سلامت است (کیوان‌آرا و همکاران، ۱۳۹۲ الف و محبوبی و همکاران، ۱۳۸۹). در واقع به القای ارائه، مراقبت یا فروش خدمت غیرضروری به مراجعان سیستم سلامت که با اعمال قدرت از طرف ارائه‌کنندگان خدمت همراه است، تقاضای القایی گفته می‌شود.<sup>۲</sup> پزشکان دو نوع خدمت ارائه می‌دهند که یکی از آنها ارائه اطلاعات پزشکی در مورد نیاز به خدمات و نوع خدمات مورد نیاز در هر شرایط بوده و دیگری خدمات بالینی است. به بیان دیگر، به دلیل فقدان دانش کافی بیمار جهت تشخیص یک وضعیت پزشکی و انتخاب دوره درمانی مناسب، پزشکان هم توصیه‌کننده و هم ارائه‌کننده خدمات سلامت به حساب می‌آیند.<sup>۳</sup> پزشکان به نمایندگی از بیماران در مورد مراقبت‌های درمانی تصمیم‌گیری می‌کنند، بنابراین قادرند تقاضای بیمار را به صورت غیرضروری افزایش دهند. پزشکان در همه موارد نقش نمایندگی را به درستی اجرا نمی‌کنند (نمایندگی غیر کامل) و توصیه‌های آنها تحت تأثیر منافع شخصی‌شان است. آن بخشی از تقاضا که در جهت منافع خود پزشک (عرضه‌کننده) به جای منافع بیمار ایجاد شده است را تقاضای القایی<sup>۴</sup> از طرف عرضه‌کننده می‌نامند. تقاضای القایی ممکن است ناشی از عدم تقارن اطلاعات بین پزشک و بیمار باشد (محبوبی و همکاران، ۱۳۸۹).

شکل ۱. عدم تقارن اطلاعات بین پزشک و بیمار



Source: LaBelle, Stoddart and Rice, 1998.

1. Henderson, 2015.
2. Crane, 1992; Cline and Mott, 2003.
3. LaBelle, Stoddart and Rice, 1998.
4. Supplier-Induced Demand (SID)

نگرانی اصلی آن است که مرتبط بودن ارائه خدمات سلامت با منافع پزشکان، آنان را به سمت ارائه خدمات بیشتر و پرهزینه‌تری سوق دهد که هیچ‌یک از پیامدهای سلامت یا رفاه بیمار را ارتقا نمی‌دهد. این فروض تا زمان ارائه تعریف عملیاتی و قابل اندازه‌گیری از تقاضای القایی و مراقبت‌های غیرضروری قابل آزمون نیستند. در مبادله‌ای که میان بیمار و پزشک یا ارائه‌کننده مراقبت انجام می‌شود به راحتی نمی‌توان ویژگی‌های کالا و حقوق مالکیت یا آنچه که مبادله می‌شود را تعریف کرد. بیماران اغلب برای مصرف خدمات درمانی متکی به نظر پزشکان یا ارائه‌کنندگان مراقبت هستند. آنان باید مشخص کنند که آیا فرد مراجعه‌کننده بیمار است و چنانچه بیمار است چه کاری باید انجام شود (کیوان‌آرا و همکاران، ۱۳۹۲ ب).

در کشور ما نیز 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 پدیده‌ای پیچیده و چندوجهی است (عبدلی، ۱۳۸۴). در اثر تقاضای القایی کارایی در تخصیص منابع ملی خدشه‌دار می‌شود. حتی اگر هزینه را بیمار پرداخت کند، درآمد ملی به طریق هزینه اثربخش تخصیص داده نمی‌شود. این وضعیت می‌تواند با ایجاد تقاضای بیشتر، تعادل عرضه و تقاضا در بازار سلامت بهم زند. همچنین باعث تحمیل هزینه‌های اضافی بر بیمار و اتلاف وقت او می‌شود. همچنین گاهی درمان‌ها و تشخیص‌های غلط عوارض طبی در گیرندگان خدمت ایجاد می‌کند. از طرف دیگر ضرر و زیان‌های اقتصادی آن در سطح ملی به خصوص وقتی که دولت برای خدمات پزشکی و دارو یارانه پرداخت می‌کند، بسیار چشمگیر است.<sup>۱</sup>

از دیدگاه سیاست‌گذاران، تقاضای القایی می‌تواند دو تأثیر عمده داشته باشد: یکی هزینه‌های بخش سلامت را افزایش دهد و یا موجب فشار بر بودجه عمومی دولت شود و دوم اینکه کارایی را کاهش دهد چرا که منابع ملی به مراقبت‌هایی اختصاص پیدا می‌کند که مزایای چندانی ندارند.<sup>۲</sup>

1. Izumida, Urushi and Nakanishi, 1999; Mahbubi and et al., 2010.

2. Bickerdyke and et al., 2002.

بیش از یک دهه پیش هادلی و همکاران استدلال کردند که پژوهشگران بایستی بر پیامدهای تقاضای القایی بیش از محتواهای تئوری آن متمرکز شوند. با توجه به بازتاب ابعاد متفاوت تقاضای القایی، پیامدهای گسترده القا برای جامعه باید از منظر تأثیر آن بر وضعیت سلامت و رفاه بیماران مورد بررسی قرار گیرد به جای آنکه به مفهوم محدود رابطه ناقص اکتفا شود. در سیستم بهداشت و درمان کشور ما نیز پدیده 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 (همان، ۱۳۹۲ الف). شواهد ملی حاکی از آن است که در طول سه دهه گذشته در ایران به دلیل سرمایه‌گذاری دولت و مردم در زیرساخت‌های سلامت از جمله گسترش شبکه‌های بهداشتی - درمانی، پوشش خدمات بیمه‌ای درمان و همچنین پیشرفت سایر بخش‌های توسعه، سبب بهبود وضعیت سلامت و کیفیت زندگی مردم شده است. لیکن با وجود کاهش نابرابری بین روستا و شهر کماکان نابرابری‌های غیرمنصفانه در وضعیت سلامت، پاسخگویی به انتظارات غیرپزشکی و حفاظت مالی در مقابل هزینه‌های سلامت وجود دارد. متأسفانه برآورد شاخص‌های عدالت مالی سلامت از سال ۱۳۷۴ تا حال حاکی از آن است که درصدی از مردم که سالانه به علت هزینه‌های سلامت دچار وضعیت اسفبار می‌شوند (متوسط ۲ درصد) و همچنین به ورطه فقر می‌افتند (متوسط ۱ درصد)، وضعیت نامطلوب و تقریباً ثابتی دارند (محبوبی و همکاران، ۱۳۸۹).

فابری و مونفاردینی<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) نشان دادند تقاضای القایی به میزان زیادی بر بازارهای بیمه سلامت تأثیر می‌گذارد. کلاین و مت (۲۰۰۳) به این نتیجه دست یافتند که تقاضای القایی، عرضه و تقاضا را در بازار سلامت به هم می‌زند. آمپروفو<sup>۲</sup> (۲۰۱۱) بیان کرد که تغییر تقاضا تحت تأثیر نظر پزشک، تئوری بازار و حاکمیت مصرف‌کننده را به چالش می‌کشد.

مطابق با فرضیه تقاضای القایی پزشک، هر پزشک می‌تواند بر پایه اطلاعات دارویی

بیشتری که نسبت به بیمار دارد وی را مجبور کند که داروهای بیشتری را مصرف کند. لذا این عدم تقارن اطلاعات میان پزشک و بیمار منجر به مشکلاتی می‌شود. پس اگر تئوری تقاضای القایی پزشک صحیح باشد، سرانه پزشکان اثر مثبتی روی مخارج دارویی دارد. به طوری که امکان افزایش مخارج درمانی بیماران به علت تجویز پزشک باشد. حال اگر دولت، پزشکان را وادار به محدود کردن تجویزها کند ممکن است به علت کاهش انگیزه پزشکان از کیفیت خدمات آنها کاسته شود. لذا بدین منظور باید سیاستگذاری‌های لازم برای افزایش اطلاعات بیماران در مورد مراقبت‌های بهداشتی و دارویی صورت گیرد (ورهرامی، ۱۳۸۹).

با وجود اینکه از سال ۱۲۹۰ تا حال بیش از ۳۰۰ قانون در حیطه سلامت به تصویب رسیده است ولی در هیچ‌یک از این قوانین به وضوح به بحث تقاضای القایی اشاره نشده است. حتی در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳ به عنوان مهمترین قانون بیمه کشور نیز به این موضوع پرداخته نشده است.

شناسایی عوامل تأثیرگذار بر بروز تقاضای القایی همچون عدم تقارن اطلاعات، تعداد عرضه کنندگان، تعداد مصرف کنندگان، مکانیسم‌های جبران خدمات عرضه کنندگان، رابطه مالی مصرف کننده و عرضه کننده، نظام‌های بیمه‌ای، تعداد عرضه کنندگان خدمات پاراکلینیکی و بیمارستانی، تبلیغات، نظام‌های مالیاتی، میزان انحصار، سهم بخش‌های دولتی و خصوصی در بازار سلامت و ... همچنین نحوه تأثیر آنها بر تولید و مصرف خدمات تشخیصی - درمانی می‌تواند در بازنگری و اصلاح نظام سلامت کشور کمک کننده باشد. در شرایطی که به رغم محدودیت منابع، رشد چشمگیر هزینه‌های بخش سلامت چالش‌های عمده‌ای را برای جوامع ایجاد کرده است، تقاضای القایی می‌تواند ضمن بروز بی‌تعادلی در عرضه و تقاضای خدمات درمانی، سبب تحمیل هزینه‌های اضافی و اتلاف در بازار سلامت شود. این درحالی است که امور درمانی خدمات غیرضروری و بعضاً نامناسب، خود موجب به خطر افتادن سلامت انسان‌ها نیز می‌شود. بنابراین لازم است با شناخت ابعاد و راهکارهای مقابله با این پدیده کمک به هزینه کرد صحیح منابع بخش سلامت کشور کرد. در این مقاله به دنبال پاسخ برای دو

سؤال اصلی شیوه‌های اصلی تقاضای القایی برای خدمات سلامت در ایران و راهکارهای ارائه شده جهت بهبود این مسئله است.

## ۱. روش تحقیق

این پژوهش یک مطالعه کیفی و کمی و به روش آمیخته<sup>۱</sup> است که با استفاده از روش‌های مطالعه اسنادی (کتابخانه، مجلات، گزارش‌ها و اینترنت) و میدانی نظیر نظرسنجی‌های مختلف (استفاده از نظر خبرگان، مصاحبه و بحث‌های هدایت شده) انجام شد. از این رو علل، عوامل، چرایی، چیستی و دلایل تقاضای القایی برای خدمات سلامت در ایران با استفاده از نتایج مصاحبه نیمه‌ساختاریافته با صاحب‌نظران، در قالب تحلیل تم، طراحی پرسشنامه کمی براساس تم‌های تحلیل شده و تحلیل مجدد موارد و اطلاعات به دست آمده با صاحب‌نظران و ذی‌نفعان منتخب بررسی شد. در این مقاله علل مربوط به ارائه‌کنندگان خدمت (پزشکان) با جزئیات بیشتری مورد توجه قرار گرفت.

نمونه لازم چهار گروه پزشکان را شامل می‌شد: تقاضاکنندگان خدمات تشخیصی و درمانی (۱۸ نفر)، کارشناسان نظارت بر درمان صندوق‌های بیمه و بیمه‌های تکمیلی و کارشناسان سازمان نظام پزشکی بخش شکایات تخلفات و نظارت بر درمان (۱۴ نفر)، مدیران و کارشناسان بیمارستانی (۱۴ نفر) و نمایندگان مجلس شورای اسلامی آشنا به بخش سلامت (۳ نفر).

بنابراین معیار انتخاب افراد در خصوص تقاضاکنندگان از بخش‌های دولتی، خصوصی، خیریه و نهادهای عمومی غیردولتی افراد با حداقل ۱۰ سال سابقه کار در رشته‌های مختلف بودند. در حیطه کارشناسان نظارت بر درمان به‌طور مشخص مدیر یا در صورت عدم امکان کارشناس مسئول مربوطه در بیمه و نظام پزشکی انتخاب شدند. در خصوص مدیران بیمارستانی مدیر بیمارستان در بخش‌های دولتی، خصوصی، خیریه و نهادهای عمومی غیردولتی انتخاب شدند و در خصوص نمایندگان مجلس از اعضای کمیسیون بهداشت و درمان با سابقه حداقل دو دوره حضور در کمیسیون

بهداشت به علاوه وجود سابقه اجرایی در بخش سلامت انتخاب صورت گرفت. در این تحقیق با توجه به اولویت روش کیفی، ابتدا نتایج حاصل از اجرای مصاحبه تحلیل شد. پس از انجام مصاحبه، تمامی مصاحبه‌ها روی کاغذ آورده و در جداول مربوطه قرار داده شد که هر ردیف آن به یک داده خام اختصاص داشت. در مرحله بعد با استفاده از روش مقایسه کردن<sup>۱</sup> پرسش مداوم در این مورد که این داده‌ها با چه مفهومی مشابهت بیشتری دارد؟ برای داده‌های خام عناوین مفهومی تعیین و برای بررسی از تحلیل تم استفاده شد.

تم‌های حاصل شده از مطالعه کیفی و بخش مصاحبه‌ها به صورت عبارت و گویه تنظیم و برای تنظیم بهتر این عبارات و گویه‌ها از منابع موجود استفاده شد که در بسیاری از موارد همپوشانی داشت. آنگاه چک لیست نظر سنجی صاحب نظران با طیف لیکرتی ۶ تایی مجدداً از کارشناسان به صورت حضوری، تلفنی و ایمیلی تکمیل شد. سپس با مراجعه به داده‌های کمی حاصل از مرحله دوم تحقیق با استفاده از آمار توصیفی به صورت جدول و نمودار آورده شد. برای تحلیل داده‌ها و رتبه‌بندی علل، عوامل، چرایی، چیستی تقاضای القایی و راهکارهای مقابله با آن از مدل‌های تصمیم‌گیری چندشاخصه<sup>۲</sup> و روش فرایند تحلیل سلسله‌مراتبی<sup>۳</sup> به منظور انتخاب گزینه برتر بهره گرفته شد.

## ۲. یافته‌ها

در جمع‌بندی انجام مصاحبه‌ها و تجزیه و تحلیل داده‌های پرسشنامه‌ها در خصوص سؤال‌های مصاحبه تقاضای القایی پاسخ‌ها به شرح جدول‌های ذیل آمده است:

- 
1. Comparative
  2. Multiple Attributions Decision Making (MADM)
  3. The Analytic Hierarchy Process (AHP)



جدول ۱. بررسی علل کلان مؤثر بر ایجاد و چالش‌های ناشی از تقاضای القایی

علل کلان مؤثر در تقاضای القایی										فراوانی مطلق و نسبی پاسخ شرکت‌کنندگان
علل ساختاری					علل اجتماعی		علل زیربنایی			
علل مربوط به دریافت‌کنندگان خدمات سلامت		علل ساختاری سازمانی و ارائه خدمات		علل ناشی از سازمان‌های بیمه‌گر		فراوانی مطلق نسبی		فراوانی مطلق نسبی	فراوانی مطلق نسبی	
فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	
(درصد)	(تعداد)	(درصد)	(تعداد)	(درصد)	(تعداد)	(درصد)	(تعداد)	(درصد)	(تعداد)	
۳۰/۶۱	۱۵	۳۸/۷۸	۱۹	۲۰/۴۱	۱۰	۳۰/۶۱	۱۵	۹/۸	۵	بسیار زیاد
۲۸/۷۸	۱۴	۳۰/۶۱	۱۵	۱۸/۳۷	۹	۲۰/۴۱	۱۰	۴/۰۸	۲	زیاد
۱۹/۱۸	۹	۹/۱۸	۵	۱۰/۲	۵	۱۸/۷۸	۹	۵۸/۷۸	۲۹	کم و بیش
۹/۵۹	۵	۹/۱۸	۵	۱۲/۲۴	۶	۹/۳۹	۵	۸/۱۶	۴	کم
۲/۰۴	۱	۹/۱۸	۵	۲۰/۴۱	۱۰	۱۲/۲۴	۶	۹/۸	۵	بسیار کم
۹/۵۹	۵	۲/۰۴	۱	۱۸/۳۷	۹	۹/۳۹	۵	۹/۸	۵	اصلاً
۱۰۰	۴۹	۱۰۰	۴۹	۱۰۰	۴۹	۱۰۰	۴۹	۱۰۰	۴۹	جمع
۲		۱		۵		۳		۴		رتبه
(٪۱۸/۵۷)		(٪۳۳/۴۸)		(٪۱۴/۶۵)		(٪۱۷/۷۲)		(٪۱۵/۵۹)		میزان تأثیر

مأخذ: یافته‌های تحقیق.

**علل کلان مؤثر در تقاضای القایی:** از نظر اکثریت قریب به اتفاق شرکت‌کنندگان در پژوهش عوامل زیر در تقاضای القایی به سهم محاسبه شده سهم بوده‌اند. با توجه به محاسبات انجام شده سهم هریک نیز از اطلاعات جمع‌آوری شده بررسی شد. علل زیربنایی؛ (٪۱۵/۵۹)، علل اجتماعی؛ (٪۱۷/۷۲) و علل ساختاری (٪۶۶/۶۹) که شامل علل ساختاری سازمانی و ارائه خدمات (٪۳۳/۴۸)، علل مربوط به دریافت‌کنندگان خدمات سلامت (٪۱۸/۵۷) و علل ناشی از سازمان‌های بیمه‌گر (٪۱۴/۶۵) می‌شود (جدول ۱).

## جدول ۲. بررسی نقش افراد بر ایجاد و چالش‌های ناشی از تقاضای القایی

نقش افراد										فراوانی مطلق و نسبی پاسخ شرکت‌کنندگان
ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مؤثر بر تقاضای القایی		القای ترکیبی تقاضا (پزشک، بیمار و شخص ثالث)		شخص ثالث		پزشک (تقارن نامناسب میزان آگاهی میان پزشک و بیمار)		بیمار (تقاضای غیرصحيح از پزشک)		
فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی	
(تعداد)	(درصد)	(تعداد)	(درصد)	(تعداد)	(درصد)	(تعداد)	(درصد)	(تعداد)	(درصد)	
۱۵	۳۰/۶۱	۲۳	۴۵/۹۲	۱۰	۲۰/۴۱	۱۸	۳۶/۷۳	۱۴	۲۸/۱۶	بسیار زیاد
۵	۹/۵۹	۱۴	۲۸/۵۷	۹	۱۸/۷۸	۱۴	۲۹/۳۹	۹	۱۸/۷۸	زیاد
۹	۱۹/۱۸	۹	۱۸/۳۷	۶	۱۲/۲۴	۱۰	۱۹/۵۹	۵	۹/۳۹	کم و بیش
۶	۱۲/۲۴	۱	۲/۰۴	۵	۹/۳۹	۵	۹/۸	۲	۴/۰۸	کم
۹	۱۹/۱۸	۱	۲/۰۴	۱۰	۲۰/۴۱	۱	۲/۰۴	۱۵	۳۰/۶۱	بسیار کم
۵	۹/۵۹	۱	۲/۰۴	۹	۱۸/۷۸	۱	۲/۰۴	۵	۹/۳۹	اصلاً
۴۹	۱۰۰	۴۹	۱۰۰	۴۹	۱۰۰	۴۹	۱۰۰	۴۹	۱۰۰	جمع
۵		۱		۴		۲		۳		رتبه
(۱۶/۴۲٪)		(۲۴/۰۲٪)		(۱۶/۶۲٪)		(۲۲/۶۸٪)		(۱۸/۲۶٪)		میزان تأثیر

مأخذ: همان.

**نقش افراد در تقاضای القایی:** در پاسخ به این سؤال، مشخص شد به ترتیب اهمیت سهم القای ترکیبی، سپس تقارن نامناسب اطلاعاتی و تفاوت در میزان آگاهی میان پزشک و بیمار (تقاضای غیرصحيح بیمار از پزشک) و در نهایت شخص ثالث بیشتر بوده است. القای ترکیبی تقاضا، پزشک، بیمار و شخص ثالث (۲۴/۰۲٪)؛ از سوی پزشک به علت تقارن نامناسب میزان آگاهی میان پزشک و بیمار (۲۲/۶۸٪)؛ تقاضای غیرصحيح بیمار از پزشک (۱۸/۲۶٪) و القای شخص ثالث (۱۶/۶۲٪) بوده است (جدول ۲).

**شیوه‌های اعمال تقاضای القایی:** از نظر پاسخ‌دهندگان عنوان ارائه یک پاسخ تک و نه ترکیبی تکرار خدمات به ویژه در اقدامات تشخیصی آزمایشگاهی و تصویربرداری در کشور از اولویت بیشتری برخوردار بود:

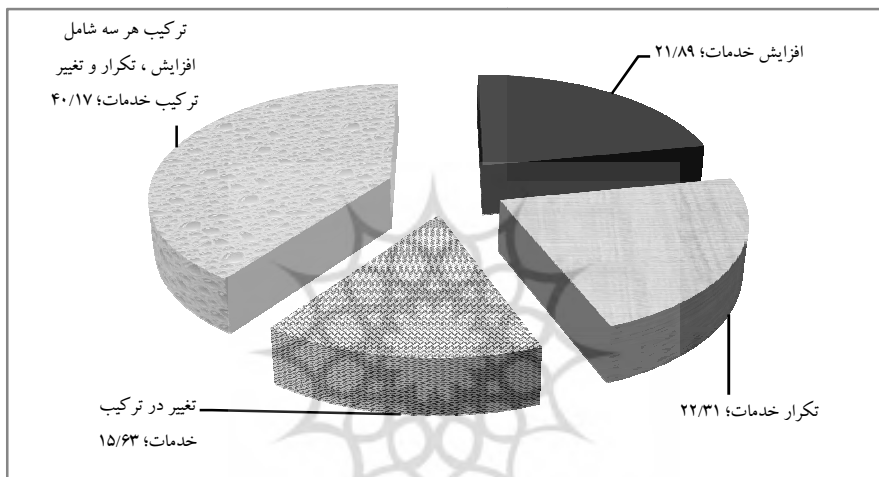
- افزایش خدمات (۲۱/۸۹)٪؛

- تکرار خدمات (۲۲/۳۱)٪؛

- تغییر در ترکیب خدمات (۱۵/۶۳)٪ و

- ترکیب هر سه شامل افزایش، تکرار و تغییر در ترکیب خدمات (۴۰/۱۷)٪ (نمودار ۱).

نمودار ۱. شیوه‌های اعمال تقاضای القایی



مأخذ: یافته‌های تحقیق.

در این پژوهش، براساس تحلیل موضوعی انجام شده سه موضوع اصلی و حدود ۴۰ زیر موضوع به دست آمده است که سه موضوع اصلی آن عبارت‌اند از:

### چالش‌های سیستم سلامت

مشارکت‌کنندگان چالش‌های سیستم سلامت ناشی از تقاضای القایی را در قالب این موارد مطرح کردند: «کلاهبرداری با روش‌های درمانی غیرمعمول، مخدوش شدن عدالت در سلامت، کاهش بهره‌وری نظام سلامت، کاهش کیفیت خدمات، گسترش بیش از اندازه تکنولوژی‌های جدید، پیامدهای اقتصادی برای سیستم سلامت، چالش‌های دسترسی، تخصیص نادرست منابع، افزایش تقاضای خدمات و مختل شدن جایگاه پزشکی در اذهان

عمومی». براساس الگوی سالم اقتصاد درمان، هر فردی که به درمان بیشتری نیاز دارد باید از تسهیلات بیشتری برخوردار شود؛ یعنی درحقیقت عدالت در درمان ایجاد می‌شود. اما در صورت تقاضای القایی در درمان، عدالت وجود نخواهد داشت. که این امر به کاهش کیفیت خدمات منجر می‌شود و منابعی که باید صرف برطرف کردن مشکلات اساسی بیماران شود به پاسخ به تقاضای القایی اختصاص می‌یابد.

مشارکت کنندگان؛ «پیامد اقتصادی ناشی از تقاضای القایی» برای سیستم سلامت را بسیار مهم ارزیابی کردند و طبق نظر 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، افزایش سالانه سهم سلامت از تولید ناخالص ملی»<sup>۱</sup> می‌شود. تقاضای القایی ممکن است موانعی برای دسترسی مردم به خدمات سلامت فراهم کند که مشارکت کنندگان در بخش «چالش‌های دسترسی» موضوعات «محرومیت از خدمات، چشم‌پوشی از خدمات اصلی، عدم ارائه درمان واقعی در مراکز دولتی» را مطرح کردند.

### چالش‌های بیماران

مشارکت کنندگان چالش‌های ناشی از تقاضای القایی برای بیمار را در قالب زیر موضوعات «چالش‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و عوارض درمانی» و چالش‌های اجتماعی را در قالب زیر موضوعات «ایجاد نگرانی‌های بی‌مورد در بیمار، سردرگمی بیمار، مشکلات خانوادگی و مختل شدن روند زندگی عادی فرد» مطرح کردند.

مشارکت کنندگان «چالش‌های اقتصادی» ناشی از تقاضای القایی برای بیمار را در قالب موضوعات «تحمیل بار مالی هزینه‌ها بر دوش مردم، افزایش سهم پرداخت از جیب مردم، افزایش هزینه‌های کمرشکن، اتلاف وقت و تخصیص درآمد خانواده به هزینه‌های غیرضروری سلامت» بیان کردند.

### چالش‌های سازمان‌های بیمه‌گر

با توجه به بررسی نظرات مشارکت‌کنندگان چالش‌های سازمان‌های بیمه‌گر در قالب دو زیر موضوع اصلی دسته‌بندی شد که عبارت‌اند از: «چالش‌های اقتصادی و چالش‌های ساختاری».

مشارکت‌کنندگان چالش‌های اقتصادی بیمه‌ها را در قالب زیر موضوعات «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 غیرضروری تحمیل می‌کند».

چالش‌های ساختاری از نظر مشارکت‌کنندگان برای سازمان‌های بیمه‌گر عبارت‌اند از «محدود شدن خدمات تحت پوشش، ناکارآمد شدن بیمه‌ها، انتظار غیرواقعی از بیمه‌ها برای تأیید داروهای غیرضروری و تقلب پزشکان نسبت به بیمه‌ها برای جبران کسورات». بیان کردند «بسته خدمتی محدود است»؛ یعنی با وجود نیاز بیمار در تعهد بیمه‌گران نیست. این امر به ناکارآمدی نهادهای پوشش‌دهنده خدمات و سازمان‌های بیمه‌گر منجر می‌شود. خلاصه نتایج مصاحبه‌ها، علل مؤثر بر تقاضای القایی و زیرمجموعه‌های آن را نشان داد:

**علل مربوط به دریافت‌کنندگان خدمات سلامت مؤثر بر تقاضای القایی:** تقاضای غیرصحیح بیمار از پزشک، ناآگاهی بیمار، دسترسی آزادانه بیماران به پزشکان (به‌ویژه متخصصان) و مراجعه به پزشک برای مسائل ساده.

**علل مربوط به ذی‌نفعان (مؤثر بر تقاضای القایی) - علل مربوط به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مؤثر بر تقاضای القایی (علل ناشی از پزشکان):**

**الف) ایجاد انگیزه و میل برای کسب درآمد بیشتر برای پزشکان:** تشویق پزشک به کار بیشتر، آزادی پزشکان در ارائه خدمات مختلف، ناامنی‌های پزشک در ابتدای زندگی حرفه‌ای، حفظ وجهه پزشک، تجویز بی‌مورد و زیاد از حد دارو، فقدان وابستگی پزشک به قرارداد بیمه‌ها، عدم تمایل پزشک به ارائه خدمت صحیح به بیمار در بخش دولتی.

**ب) توقع بیش از حد عرفی و قانونی از پزشکان:** انتظار از پزشک برای فعال کردن

سایر بخش‌های درمانی، اجبار پزشک به ملاقات با تعداد زیادی بیمار در زمانی محدود، حفظ وجهه پزشک، نقش پزشکان سرشناس و متخصص، پذیرش تعداد زیاد بیمار بیش از ظرفیت و توانایی پزشک.

### جدول ۳. راهکارهای کنترل تقاضای القایی و میزان اهمیت آنها

میزان اهمیت	راهکار کنترل	اقدام پیشنهادی برای اصلاح
۹۳/۸	اصلاح ساختاری	۱. توجه به بخش پیشگیری و اصلاح نظام ارجاع
۸۷/۳	اصلاح ساختاری	۲. حاکمیت بالینی و مبتنی بر شواهد بودن خدمات
۸۶/۵	اصلاح در روند درمان	۳. رعایت اخلاق (حرفه‌ای، انسانی) در بین پزشکان
۸۵/۹	اصلاح ساختاری	۴. تقویت اخلاق پزشکی و توجه به شأن و نیاز بیمار
۸۲/۲	اصلاح رابطه اقتصادی	۵. اصلاح ارتباط مستقیم مالی پزشک و بیمار
۷۸/۴	اصلاح ساختاری	۶. اصلاح نظام آموزشی در حوزه سلامت
۷۷/۹	اصلاح در روند درمان	۷. لزوم پاسخگویی پزشک به سیستم سلامت
۷۶/۲	اصلاح ساختاری	۸. بهبود نظارت در سیستم سلامت
۷۵/۴	اصلاح در روند درمان	۹. به روز بودن علم پزشکان
۷۴/۸	اصلاح ساختار بیمه‌ای کشور	۱۰. نیاز به ایجاد یک بیمه پایه در کشور
۷۴/۴	اصلاح ساختاری	۱۱. سیاستگذاری صحیح در سیستم سلامت
۷۲/۷	اصلاح ساختاری	۱۲. تهیه و انتشار راهنماهای بالینی در سیستم سلامت
۷۱/۳	اصلاح در روند درمان	۱۳. مدیریت صحیح خواسته بیمار
۷۰/۹	اصلاح رابطه اقتصادی	۱۴. رایگان نشدن کامل خدمات
۷۰/۴	اصلاح در روند درمان	۱۵. اطلاع و توجه پزشکان به هزینه‌های درمانی
۶۷/۵	اصلاح ساختار بیمه‌ای کشور	۱۶. اقدامات قانونی سازمان بیمه
۶۵/۷	اصلاح ساختار بیمه‌ای کشور	۱۷. ایجاد بانک اطلاعاتی مشترک بین بیمه‌های مختلف
۶۳/۹	اصلاح رابطه اقتصادی	۱۸. اصلاح تعرفه‌ها
۶۳/۲	اصلاح ساختاری	۱۹. اصلاح زیرساخت‌های سیستم سلامت
۶۲	اصلاح رابطه اقتصادی	۲۰. اصلاح نظام پرداخت

میزان اهمیت	راهکار کنترل	اقدام پیشنهادی برای اصلاح
۵۹/۳	اصلاح در روند درمان	۲۱. بررسی دقیق نیاز واقعی بیمار برای ارجاع به متخصص
۵۷/۸	اصلاح ساختاری	۲۲. کم کردن میزان دخالت مراکز قدرت در امر سلامت
۵۲/۹	اصلاح رابطه اقتصادی	۲۳. به کارگیری اهرم کنترلی مالیات در سیستم سلامت
۴۷/۳	اصلاح ساختار بیمه‌ای کشور	۲۴. گذاشتن سقف تعداد خدمات برای پزشکان
۴۶/۸	اصلاح ساختاری	۲۵. بهبود بیش مدیران در حمایت از کنترل تقاضای القایی
۴۳/۶	اصلاح ساختار بیمه‌ای کشور	۲۶. تقویت بنیه علمی سازمان‌های بیمه‌گر
۴۲/۷	اصلاح در روند درمان	۲۷. رعایت فرایند تشخیص بیماری از اقدامات ساده تا پیچیده
۴۲/۵	اصلاح رابطه اقتصادی	۲۸. توجه به چگونگی تخصیص هزینه‌ها
۴۱/۶	اصلاح ساختار بیمه‌ای کشور	۲۹. تقویت نقش سازمان بیمه‌گر به‌عنوان وکیل بیمار
۳۹/۱	اصلاح ساختار بیمه‌ای کشور	۳۰. مسئول بودن بیمه‌ها در تخصیص صحیح منابع
۳۱/۳	اصلاح ساختاری	۳۱. افزایش اطلاع‌رسانی در جامعه
۲۸/۷	اصلاح ساختار بیمه‌ای کشور	۳۲. بیمه‌ها مسئول کنترل اثربخشی بالینی
۲۲/۷	اصلاح ساختاری	۳۳. استانداردسازی واردات تجهیزات جدید پزشکی

مأخذ: همان.

### راهکارهای کنترل تقاضای القایی

پس از جمع‌بندی و وزن‌دهی مناسب بر اساس مدل‌های چندشاخصه، هریک از چهار عاملی که بیشترین سهم را از نظر خیرگان برای کنترل تقاضای القایی داشته‌اند به ترتیب:

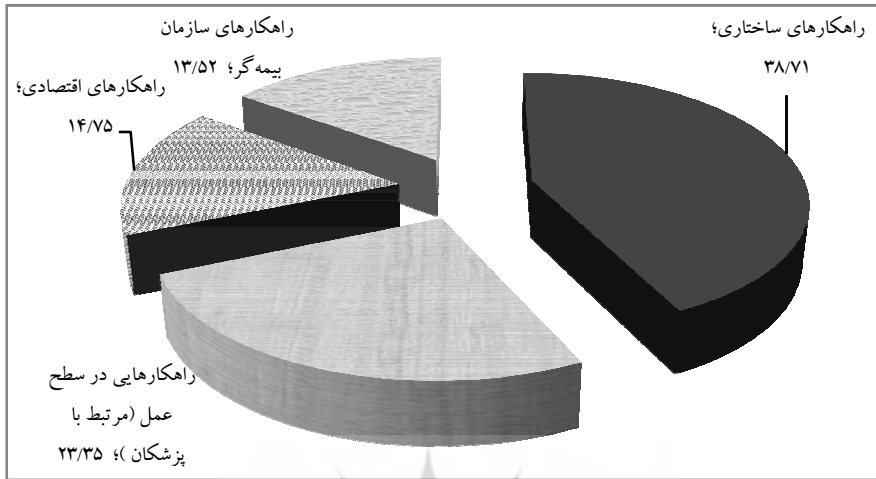
۱. راهکارهای ساختاری (۳۸/۷٪)،

۲. راهکارهایی در سطح عمل (۲۳/۴٪)،

۳. راهکارهای اقتصادی (۱۴/۸٪)،

۴. راهکارهای سازمان‌های بیمه‌گر (۱۳/۵٪) مطرح شده‌اند (نمودار ۲).

## نمودار ۲. راهکارهای کنترل تقاضای القایی



مأخذ: همان.

به‌طور خلاصه سه راهکار دارای اولویت بیشتر در چهار گروه زیر در کنترل کاهش تقاضای القایی عبارت‌اند از:

**(الف) ساختاری:** توجه به بخش پیشگیری و اصلاح نظام ارجاع، حاکمیت بالینی مبتنی بر شواهد خدمات، تقویت اخلاق پزشکی و توجه به شأن و نیاز بیمار.

**(ب) اقتصادی:** اصلاح ارتباط مستقیم مالی پزشک و بیمار، رایگان نشدن کامل خدمات و اصلاح تعرفه‌ها.

**(ج) در سطح عمل (مرتبط با) پزشکان:** رعایت اخلاق حرفه‌ای - انسانی در بین پزشکان، الزام پاسخگویی پزشک به نظام سلامت و به‌روز بودن دانش پزشکان.

**(د) در سطح سازمان‌های بیمه‌گر:** نیاز به ایجاد یک بیمه پایه در کشور، اقدام‌های قانونی سازمان بیمه و ایجاد بانک اطلاعاتی مشترک بین بیمه‌های مختلف.

## ۳. بحث

کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲ الف) در مطالعه خود نشان دادند که تقاضای القایی به رشد



غیرقابل کنترل هزینه‌ها، تحمیل هزینه‌های غیرضروری و فشار مضاعف مالی بر سازمان‌های بیمه‌گر منجر می‌شود. همچنین در این پژوهش مواردی همچون پیچیده بودن پزشکی، عدم تقارن اطلاعات بین ارائه‌کننده و مصرف‌کننده، عدم قطعیت بالینی، باورهای نادرست مردم، تبلیغات، نظارت ناکافی، رایج نبودن راهنماهای بالینی و ضعف در سیستم آموزشی را علل عمده تقاضای القایی در کشور می‌دانند که این نتایج با تحقیق جاری همسوست. در همین مطالعه کیوان‌آرا و همکاران نشان می‌دهند وقتی بیمه‌های تکمیلی فقط منافع خود را دنبال کنند، می‌توانند به‌عنوان عاملی برای القای تقاضا باشند که این موضوع با نتایج مطالعه حاضر مغایر است.

سائول<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) نیز در گزارش خود بیان کرد که تعداد زیادی از بیماران برای منفعت مالی فرستاده می‌شوند که این هزینه‌ها در حدود ۴۱۱۱۱ دلار به ازای هر بیمار است که مدیکر آن را پرداخت می‌کند. این موضوع نیز با نتایج این تحقیق همسوست.

ورهرامی (۱۳۸۹) در تحقیق خود صحت وجود تقاضای القایی پزشک در ایران را تأیید کرد که این موضوع نیز با نتایج این تحقیق همسوست.

در تحقیقی دیگر بازاریار، صوفی و رشیدیان (۱۳۹۱) روش‌هایی مانند فرانشیز، پرداخت ثابت، اصلاح ساختاری نظام ارائه خدمت و مداخلات رفتاری (ارجاع انحصاری و دروازه‌بانی، استفاده از راهنماهای بالینی) بر کاهش مخاطرات اخلاقی مؤثر دانسته شده است این موضوع نیز تا حد زیادی با نتایج این تحقیق همراستاست.

باریگری و لوازلی<sup>۲</sup> (۲۰۰۸) در مطالعه خود به بحث و بررسی در مورد رویکردهای مختلف استفاده شده برای تحلیل تعامل استراتژیک بین پزشک و بیمار پرداختند و نتیجه گرفتند که نقش بیمار در ایجاد تقاضای مراقبت سلامت به میزان زیادی به دانش و درک بیمار از وضعیت بیماری‌اش و انتخاب درمان بستگی دارد. همچنین عبدلی (۱۳۸۴) در تحقیق خود عامل مؤثر در کاهش هزینه‌های القای تقاضا را افزایش سطح اطلاعات یا به‌عبارت‌دیگر عدم تقارن اطلاعات در روابط بیمار و پزشک می‌داند نتایج این دو تحقیق با مطالعه پیش‌رو همخوان نیست.

1. Saul

2. Barigozzi and Levaggi

برهان‌زاده (۱۳۹۰) در مطالعه خود کسب درآمد بیشتر توسط ارائه‌کنندگان، دانش و مهارت ناکافی ارائه‌کنندگان خدمات، پایین بودن سطح دانش گیرندگان خدمت، تبانی بین ارائه‌کنندگان خدمت در جهت فروش خدمات، مؤثر نبودن سیستم نظارت بر کیفیت و استانداردهای ارائه خدمات، کارآمد نبودن نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمت و نارسایی سیستم نظارت و کنترل شرکت‌های بیمه‌گر در پرداخت سهم بیمه، افزایش نامتعادل نیروهای متخصص و ماهر نسبت به جمعیت و نارسایی مدل‌های آموزشی در نظام سلامت را از جمله مهمترین دلایل ایجاد تقاضای القایی در ایران می‌داند. این نتایج در مواردی با تحقیق جاری همسوست.

در تحقیق دیگر نشان داده شد ایجاد انگیزه در بیماران جهت استفاده از انواع خدمات بهداشتی و درمانی از جانب پزشکان عمومی غیررسمی در مقایسه با پزشکان عمومی استخدام رسمی بیشتر است. لذا تصویب استانداردها و قوانینی برای نظارت بر عملکرد پزشکان دارای مطب خصوصی می‌تواند تا حدود زیادی از هزینه‌های درمانی غیرضرور بیماران بکاهد (عبدلی و ورهرامی، ۱۳۹۰) این نتیجه نیز با تحقیق پیش رو همخوان نیست.

#### ۴. جمع‌بندی، نتیجه‌گیری و پیشنهاد

پزشکان دو نوع خدمت ارائه می‌دهند که یکی از آنها ارائه اطلاعات پزشکی در مورد نیاز به خدمات و نوع خدمات مورد نیاز در هر شرایط بوده و دیگری خدمات بالینی است. به بیان دیگر، به دلیل فقدان دانش کافی بیمار جهت تشخیص یک وضعیت پزشکی و انتخاب دوره درمانی مناسب، پزشکان هم توصیه‌کننده و هم ارائه‌کننده خدمات سلامت به حساب می‌آیند. نگرانی اصلی آن است که مرتبط بودن ارائه خدمات سلامت با منافع پزشکان، آنان را به سمت ارائه خدمات بیشتر و پرهزینه‌تری سوق دهد که هیچ‌یک از پیامدهای سلامت یا رفاه بیمار را ارتقا نمی‌دهند.

هرچند در سیاست‌های کلی سلامت و قوانین برنامه توسعه (به‌خصوص برنامه پنجم و ششم) احکامی وجود دارد که به کنترل تقاضای القایی کمک می‌کند اما این موارد کامل نیست به‌عنوان مثال در حیطه تقاضای القایی در بخش دارو در حال حاضر هیچ قانونی

جهت محدود کردن پزشکان وجود ندارد که به‌نظر می‌رسد در این زمینه نیازمند تصویب قانون هستیم.

براساس نتایج این تحقیق مهمترین راه کاهش تقاضای القایی ایجاد شده توسط پزشک، اجرای کامل نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور است. البته باید راهنماهای بالینی پزشکی به‌خوبی تدوین شده و پزشکان موظف به رعایت آن باشند. بنابراین پیشنهاد می‌شود قانونی دائمی با رعایت نکات ذیل به تصویب برسد:

- تکلیف دولت بر ایجاد سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع،
- تکلیف نظام بیمه‌ای بر انحصار خرید خدمت از این سامانه با اجرایی شدن نظام ارجاع مشخص شود.
- تک شغله شدن پزشکان.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## منابع و مآخذ

۱. بازیار، محمد، مسلم صوفی و آرش رشیدیان (۱۳۹۱). «روش‌های کنترل مخاطرات اخلاقی در نظام سلامت: مداخلات تقاضا و مداخلات عرضه (مقاله مروری)»، *طلوع بهداشت*، ۱۱ (۱).
۲. برهان‌زاده، علی (۱۳۹۰). «تقاضای القایی آزمایشات و تأثیر آن بر هزینه و سلامت خانوار»، فصلنامه تخصصی علوم آزمایشگاهی، سال سوم، ش ۱۱.
۳. شورای سیاستگذاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۸۸). «سلامت ج.ا. ایران در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی»، ویرایش هشتم، قابل دسترسی از طریق <http://siasat.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=291&pageid=31686>
۴. عبدلی، قهرمان (۱۳۸۴). «نظریه القای تقاضا ناشی از عدم تقارن اطلاعات بین بیماران و پزشکان»، *تحقیقات اقتصادی*، ۶۸.
۵. عبدلی، قهرمان و ویدا وهرامی (۱۳۹۰). «نقش اطلاعات نامتقارن در القای تقاضا: مطالعه موردی خدمات پزشکی»، فصلنامه مدیریت سلامت، ۱۴ (۴۳).
۶. کیوان‌آرا، محمود، سعید کریمی، الهه خراسانی و مرضیه جعفریان جزئی (۱۳۹۲ الف). «چالش‌های ناشی از تقاضای القایی خدمات سلامت؛ یک مطالعه کیفی»، *مدیریت اطلاعات سلامت*، دوره ۱۰، ش ۴ (پیاپی ۳۲).
۷. \_\_\_\_\_ (۱۳۹۲ ب). «دیدگاه صاحب‌نظران سیستم سلامت درباره علل کلان مؤثر بر تقاضای القایی؛ یک مطالعه کیفی»، *نشریه حکیم*، دوره ۱۶، ش ۴.
۸. محبوبی، محمد، شهناز اجاقی، محمد قیاسی و ابوالحسن افکار (۱۳۸۹). «بیمه‌های مکمل و تقاضاهای القایی در جانبازان شیمیایی»، *مجله علمی پژوهشی طب جانباز*، سال دوم، ش ۸.
۹. وهرامی، ویدا (۱۳۸۹). «بررسی تقاضای القایی پزشک»، *مجله مدیریت بهداشت و درمان*، دوره دوم، ش ۱ و ۲.
10. Amporfu, E. (2011). "Private Hospital Accreditation and Inducement of Care under the Ghanaian National Insurance Scheme", *Health Economics Rev*, 1(1), 13.
11. Barigozzi, F. and R. Levaggi (2008). "Emotions in Physician Agency", *Journal of Health Policy*, 88.
12. Bickerdyke, L. and et al. (2002). *Supplier-Induced Demand for Medical Services*, in *Productivity Commission Staff*, Working Paper, Canberra.
13. Cline R. R. and D. A. Mott (2003). "Exploring the Demand for a Voluntary Medicare Prescription Drug Benefit", *AAPS PharmSci*, 5(2).
14. County Health Rankings model ©2010 UWPHL [www.CountyHealthRankings.org](http://www.CountyHealthRankings.org).
15. Crane, T. S. (1992). "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*, 268(1).
16. Creswell, John W. (2003). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Method Approaches* (2nd ed.), Thousand Oaks, California, Sage Publications.
17. Fabbri, D. and C. Monfardini (2001). *Demand Induction with A Discrete Distribution of Patients*, Italy, Bologna, University of Bologna.
18. Henderson, James (2015). *Health Economics and Policy*, Cengage Learning.
19. Izumida, Nobuyuki, Hiroo Urushi and Satoshi Nakanishi (1999). "An Empirical Study of the Physician-induced Demand Hypothesis", *Review of Population and Social Policy*, No. 8.
20. LaBelle, R., G. Stoddart and T. Rice (1998). "A Re-examination of the Meaning and Importance of Supplier-induced Demand", *Journal of Health Economics* 13.
21. Mahbubi, M. and et al. (2010). "Supplemental Insurance and Induce Demand in Veterans", *Medical Veterans Journal*, 2(8).
22. Saul, S. (2006). "Profit and Questions on Prostate Cancer Therapy", in the New York Times. Available from: URL: [http://www.nytimes.com/2006/12/01/business/01beam.html?pagewanted=all&\\_r=0](http://www.nytimes.com/2006/12/01/business/01beam.html?pagewanted=all&_r=0).
23. Tashakkori, A. and C. Teddlie (2003). *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research*, Thousand Oaks, Sage.
24. World Health Organization (WHO) (1948). "Constitution of the World Health Organization", from: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).