

## Induced Demand in Health Services

Ali Ramezankhani<sup>1\*</sup>, Shahram Ghaffari<sup>2</sup>, Hannan Hajimahmoodi<sup>3</sup>,  
Seyed Hasan Emami-Razavi<sup>4</sup>, Maryam Khayamzadeh<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Professor of Medical Education, Department of Public Health, School of Public Health and Safety Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>2</sup> PhD of Health Economics, Milad Hospital, Tehran, Iran

<sup>3</sup> MD, Director General of Insurance and Revenue, Iran Health Insurance organization, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Professor of Surgery, School of Medicine, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

<sup>5</sup> Assistant Professor of Community Medicine, Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 28 February 2021 Accepted: 11 May 2021

### Abstract

**Background and Aim:** Induced demand refers to performing care or unnecessary services to patients or clients of the health system by applying power and ordering the specialists of the system. Induced demand arises as a result of various economic and structural factors, health market factors, and the behavior of service recipients and vendors. In our country, induced demand is one of the challenges of the health system; it increases the costs of the health sector and reduces its efficiency. One of the main challenges in the health system is the lack of causes of problems such as induced demand and its underlying factors. Explaining and analyzing this phenomenon can provide a clear perspective for decision-making. According to general health policies, prevention of induced demand for medicine and medical equipment and supplies is the responsibility of the Ministry of Health and Medical Education, but practical activities have not been done yet. Despite the need for national applied research, we found a few credible databases about this phenomenon and there were limited researches that do not answer the questions and challenges in basic decisions. The aim of this study was to explain the strategies to reduce induced demand in the country's health services.

**Methods:** This study was done by searching credible scientific and international references with the keyword "induced demand" and reviewing the available upstream documents, collected information on the definitions of induced demand and its effective causes, induced demand methods in medical services, challenges and how to control it. An expert panel was held with 23 specialist and national experts. Findings were collected and completed and analyzed qualitatively.

**Results:** According to the findings, induced demand is a complex and multifactorial phenomenon that impairs the efficiency and allocation of national resources. In addition to upsetting the balance of supply and demand in the health market, it imposes additional costs on the patient and wastes time. This phenomenon sometimes leads to treatment and misdiagnosis and medical complications for health system client. Structural (causes related to organizational structure and service delivery, service recipients, and causes arising from insurance organizations) and social causes underlie the macro causes affecting induced demand.

**Conclusion:** Induced demand is the result of the interaction of individual, social and organizational factors that have social, health, and economic consequences for the community and can be prevented by using multiple strategies to prevent induced demand in health services.

**Keywords:** Induced Demand, Health Services, Health System.

\* Corresponding Author: Ali Ramadankhani

Address: School of Public Health and Safety Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

E-mail: aramezankhani@sbm.ac.ir



## تقاضای القایی در خدمات سلامت

علی رمضانخانی<sup>۱\*</sup>، شهرام غفاری<sup>۲</sup>، حنان حاجی محمودی<sup>۳</sup>، سیدحسن امامی رضوی<sup>۴</sup>، مریم خیامزاده<sup>۵</sup>

<sup>۱</sup> استاد ارتقا سلامت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۲</sup> دکتری تخصصی اقتصاد سلامت، بیمارستان میلاد، تهران، ایران

<sup>۳</sup> دکترای حرفه‌ای پزشکی، مدیرکل بیمه‌گری و درآمد سازمان بیمه سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

<sup>۴</sup> استاد جراحی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۵</sup> استادیار، متخصص پزشکی اجتماعی، فرهنگستان علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۱۲/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۲/۲۱

### چکیده

**زمینه و هدف:** به انجام مراقبت یا فروش خدمات غیرضروری به بیماران یا مراجعین نظام سلامت با اعمال قدرت و سفارش افراد متخصص این سیستم، تقاضای القایی اطلاق می‌شود که در نتیجه عوامل متعددی از جمله اقتصادی، ساختاری، عوامل بازار سلامت و رفتار دریافت‌کنندگان خدمت و فروشندگان آن بروز می‌کند. تقاضای القایی در کشور ما یکی از چالش‌های نظام سلامت است که موجب افزایش هزینه‌های بخش سلامت و کاهش کارایی آن می‌شود. یکی از اساسی‌ترین چالش‌های موجود در نظام سلامت، عدم ریشه‌یابی صحیح معضلاتی همچون تقاضای القایی و عوامل زمینه‌ساز آن است. تبیین و تحلیل این پدیده می‌تواند چشم‌اندازی روشن را برای تصمیم‌گیری این حوزه ترسیم نماید. براساس سیاست‌های کلی سلامت، جلوگیری از تقاضای القایی دارو و تجهیزات و ملزومات پزشکی از وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است؛ ولی اقدامات عملی در این حوزه به وضوح صورت نگرفته است. علی‌رغم ضرورت پژوهش‌های کاربردی ملی، در جستجوی پایگاه‌های معتبر و تحلیل این پدیده، تحقیقات محدودی یافت می‌شوند که پاسخگوی سوالات و چالش‌های موجود در تصمیم‌گیری‌های اساسی نمی‌باشند. پژوهش حاضر با هدف تبیین راهکارهای کاهش تقاضای القایی در خدمات سلامت کشور انجام شده است.

**روش‌ها:** این مطالعه، با جستجو در منابع علمی و بین‌المللی معتبر با کلیدواژه «تقاضای القایی» و مرور اسناد بالادستی موجود، مجموعه اطلاعات درباره تعاریف تقاضای القایی و علل موثر بر آن، شیوه‌های تقاضای القایی خدمات پزشکی، چالش‌های موجود و راههای کنترل آن گردآوری شده است. همچنین یک جلسه هم‌اندیشی با حضور و کسب دیدگاه ۲۳ نفر از مسئولین، افراد کلیدی و خبرگان کشوری برگزار گردید. یافته‌ها پس از جمع‌آوری و تکمیل، به روش کیفی تحلیل و گزارش شدند.

**یافته‌ها:** براساس یافته‌ها، تقاضای القایی پدیده پیچیده و چندوجهی است که کارایی و تخصیص منابع ملی را خدشه‌دار کرده و علاوه بر برهم زدن تعادل عرضه و تقاضا در بازار سلامت، باعث تحمیل هزینه‌های اضافی بر بیمار و اتلاف وقت او می‌شود. این پدیده، گاهی باعث درمان و تشخیص‌های غلط و عوارض طبی برای گیرندگان خدمت می‌شود. علل ساختاری (علل مربوط به ساختار سازمانی و ارائه خدمات، دریافت‌کنندگان خدمات و علل ناشی از سازمان‌های بیمه‌گر) و اجتماعی، زیربنای علل کلان موثر بر تقاضای القایی می‌باشند.

**نتیجه‌گیری:** تقاضای القایی، برآیند تعامل علل درون فردی، اجتماعی و سازمانی می‌باشد که پیامدهای اجتماعی، سلامتی و اقتصادی را برای جامعه به همراه دارد و با بکارگیری راهبردهای چندگانه پیشگیری از تقاضای القایی در خدمات سلامت، قابل پیشگیری است.

**کلیدواژه‌ها:** تقاضای القایی، نظام سلامت، خدمات سلامت.

\* نویسنده مسئول: علی رمضانخانی

آدرس: دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

ایمیل: aramezankhani@sbmu.ac.ir

## مقدمه

سال‌های متممادی است که وجود تقاضای نابجا برای خدمات بهداشتی غیرضروری، موجب نگرانی گردیده است. به القای ارائه، مراقبت یا فروش خدمات غیرضروری به مراجعان سیستم سلامت که با اعمال قدرت از طرف ارائه‌کنندگان همراه است، تقاضای القایی گفته می‌شود (۱).

القای تقاضا از سوی پزشک، بیمار، شخص ثالث، ترکیبی از پزشک با بیمار و شخص ثالث و ارائه دهندگان خدمات سلامت از علل زیربنایی موثر بر تقاضای القایی با تاکید بر نقش افراد هستند. همچنین پیچیده بودن پزشکی، متغیر بودن نیازها، چند بعدی بودن پدیده سلامت، عدم تقارن اطلاعات بین ارائه‌کننده خدمت و مصرف کننده و تبلیغات بازار سلامت از علل اجتماعی موثر می‌باشند (۲).

علل ساختاری از جمله قانون‌گذاری نادرست و عدم اجرای صحیح قوانین و ضعف در سیستم آموزشی و به تبع آن نادیده گرفتن اخلاق پزشکی، منجر به بروز چالش‌های جدی در خدمات سلامت برای بیمار و چالش‌های فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی در جامعه می‌شود. نظام سلامت تحت تاثیر تقاضای القایی و عدم کنترل آن با چالش‌های مهمی مثل مخدوش شدن عدالت در سلامت، کاهش دسترسی، بهره‌وری و کیفیت خدمات، افزایش تقاضا و مختل شدن جایگاه پزشکی در اذهان عمومی شده است (۳). بنابراین ضروری است با استفاده از تجربیات و آموزه‌های علمی برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مناسب در کنترل این پدیده، اهتمام کامل صورت گرفته و با جلب حمایت و همکاری بخش‌های مختلف، برنامه‌های ملی مرتبط را عملیاتی نماید. در این مسیر بهبود رابطه میان پزشک و بیمار و نهادهای خدمات‌رسان، سیاست‌گذاری صحیح، بهبود تبلیغات و ایجاد ساختار صحیح در سازمان‌های بیمه‌گر، اصلاح روش پرداخت، اصلاح تعرفه‌ها و اجرای کامل پرونده الکترونیک، افزایش آگاهی و اطلاع‌رسانی در جامعه و نیز محافظت جامعه در برابر هزینه‌های سنگین نیازمند ریشه‌یابی صحیح و سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی و اقدام برای حل معضلات تقاضای القایی و عوامل زمینه‌ساز آن است (۴). در این راستا ضرورت انجام پژوهش‌های کاربردی برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی و اجرای برنامه‌های عملیاتی مبتنی شواهد وجود دارد. این مطالعه با هدف تبیین علل و عوامل موثر بر تقاضای القایی در خدمات سلامت و چالش‌های پیش‌روی نظام سلامت و راهبردهای پیشنهادی کنترل و کاهش آن، طراحی و انجام شد تا نتایج حاصل از آن، در اختیار متولیان و مجریان کشور قرار گیرد.

## روش‌ها

این مطالعه در دو مرحله صورت گرفت. مطالعه کتابخانه‌ای و مرور متون و کسب نظر و دیدگاه خبرگان مرتبط با تقاضای القایی. در مرحله اول با کلید واژه تقاضای القایی (Induced Demand)، پایگاه‌های معتبر علمی جستجو شد. در منابع فارسی به معدود منابع

چاپ شده دسترسی یافتیم که بیشتر به عوامل ایجاد تقاضای القایی پرداخته بودند. روش انجام اغلب این مطالعات، کیفی و در برخی از موارد، کمی بود. متون استخراج شده، به‌دقت مطالعه و دسته‌بندی شدند. علاوه بر آن، نشست ۳/۵ ساعته با حضور خبرگان و مسئولین در رابطه با چالش‌های کلی و راهکارهای پیشنهادی برگزار و نظرات مطرح شده، ثبت و دسته‌بندی گردید. در برخی از موارد برای تکمیل مطالب اظهار شده، به شرکت‌کننده مراجعه و اطلاعات تکمیلی دریافت شد. در نهایت برای تغییر محتوای داده‌ها از تحلیل محتوای قراردادی (Conventional Content Analysis) استفاده گردید.

## نتایج

برای بازنگری و اصلاح نظام سلامت کشور، شناسایی عوامل تاثیرگذار بر بروز تقاضای القایی بسیار مهم است. علل کلان موثر در ایجاد تقاضای القایی و چالش‌های ناشی از آن را می‌توان در سه دسته کلی علل ساختاری ۶۶/۶۹ درصد، علل اجتماعی ۰/۷۲ درصد و علل زیربنایی ۱۵/۵۹ درصد بیان نمود (۵).

### علل زیربنایی موثر بر تقاضای القایی

مهمترین آن‌ها که به نقش افراد تعبیر می‌شود شامل القای تقاضا از سوی پزشک، از سوی بیمار، شخص ثالث، القای ترکیبی تقاضا (پزشک با بیمار و شخص ثالث) و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌باشند. در این دسته، علل ناشی از ذی‌نفعان، سایر ارائه دهندگان خدمات مثل موسسات تشخیصی، ساختاری سازمانی و علل مربوط به دریافت‌کنندگان خدمات نیز قرار می‌گیرند (۶).

در بحث تقاضای القایی پزشک Physician Induced Demand. پزشکان به نمایندگی از بیماران در مورد مراقبت‌های درمانی تصمیم‌گیری می‌کنند و به همین دلیل می‌توانند تقاضای بیمار را به صورت غیرضروری افزایش دهند. پزشکان در همه موارد، نقش نمایندگی را به درستی اجرا نمی‌کنند و توصیه آن‌ها تحت تاثیر منافع شخصی خود قرار دارد. بنابراین هر پزشک با توجه به افزونی معلومات نسبت به بیمار، وی را وادار به مصرف داروهای بیشتری می‌کند. تغییر تقاضا تحت تاثیر پزشک، حاکمیت مصرف‌کننده را به چالش می‌کشد (۷).

پزشکان دو نوع خدمت ارائه می‌دهند: ۱. ارائه اطلاعات پزشکی در مورد نیاز به خدمات و نوع خدمات مورد نیاز در هر شرایط و ۲. خدمات بالینی؛ به بیان دیگر به دلیل فقدان دانش کافی بیمار برای تشخیص یک وضعیت پزشکی و انتخاب دوره درمانی مناسب، پزشکان هم توصیه کننده و هم ارائه‌کننده خدمات سلامت هستند و به نمایندگی از بیماران در مورد مراقبت‌های درمانی تصمیم‌گیری می‌کنند بنابراین قادرند تقاضای بیمار را به صورت غیرضروری افزایش دهند (۷).

تقاضای القایی عرضه‌کننده، از طریق افزایش تعداد خدمات

تعریف می‌شوند (۱۱،۱۲). چالش‌های اجتماعی بیماران مثل ایجاد نگرانی‌هایی بی‌مورد بیماران، سردرگمی بیمار، مشکلات خانوادگی و مختل شدن روند زندگی عادی فرد پیامدهای تقاضای القایی برای بیماران است. در یک نظرسنجی توسط Britten با هدف انتظارات بیماران از دریافت دارو و درک پزشکان عمومی از توقعات بیماران و تعیین عوامل مرتبط به تصمیم به نسخه‌نویسی در سال ۱۹۹۷ نشان داد ۶۷٪ بیماران، انتظار تجویز دارو داشتند و اگر پزشکان تصور کنند که بیمار آن‌ها دارویی را می‌خواهد، بدون آنکه ضرورت بالینی داشته باشد به سادگی برای بیمار تجویز می‌کنند، هرچند که بیمار آن‌را درخواست نکند (۱۳). نتیجه یک تحقیق بیان نمود پزشکان عمومی گاهی اوقات نسخه‌های نامناسبی را تجویز می‌کنند تا رابطه خوبی را با بیماران خود حفظ کنند و همچنین بیماران، پزشکانی را ترجیح می‌دهند که حرف آن‌ها را گوش کنند و آن‌ها را به بحث درباره مشکلاتشان تشویق کنند (۱۴). مطالعه Coene سال ۲۰۰۶ نشان داد درک تقاضای بیمار به‌طور قابل توجهی در اغلب موارد منجر به تجویز آنتی‌بیوتیک می‌شود و وجود دستورالعمل‌های بالینی و مداخلات بهبود تجویز آنتی‌بیوتیک ضرورت دارد (۱۵).

### اطلاعات و رابطه پزشک و بیمار

فقدان آگاهی و دانش عمومی از مصرف صحیح دارو از عوامل مهم در تقاضای القایی خدمات و مصرف غیرمنطقی دارو است. انتشار اطلاعات و تعیین راهبردهای مختلف در آموزش، مدیریت، قانون و امور مالی می‌تواند تقاضا را تحت تاثیر قرار دهد. در صورت ارائه اطلاعات صحیح به بیمار توسط پزشک، او درمان ارزان‌تر را انتخاب می‌کند. آگاه نمودن بیمار، موجب محدود شدن القای تقاضا می‌شود. باید بیمار و خویشاوندان نزدیک وی از تشخیص و درمان‌های مختلف مطلع گردند و در فرآیند تصمیم‌گیری برای درمان دخالت داشته باشند (۱۶). یکی از شروط کارگزاری سالم، برابری اطلاعات و دانش در طرفین رابطه است و چنانچه یکی از طرفین اطلاعات و دانش بالاتری نسبت به طرف دیگر داشته باشند، زمینه لازم برای تقاضای القایی وجود دارد. درخواست و تقاضای نابجا توسط بیماران ریشه در ناآگاهی و فقر فرهنگی دارد در کنار تجویز غیر منطقی پزشکان، رفتار غلط بیماران به‌صورت خرید دارو و به‌طور مستقیم از داروخانه بدون تجویز پزشک نیز از چالش‌های مرتبط است (۱۷).

### عوارض و مشکلات ناشی از تقاضای القایی

الف) عوارض فردی: اتلاف سرمایه، اتلاف وقت، تحمل درد و رنج و استرس، بروز عوارض ناشی از عمل جراحی غیرضروری و افسردگی از پیامدها و عوارض ناشی از تقاضای القایی می‌باشد. لذا پیامد تقاضای القایی در خدمات سلامت برای بیمار، چالش‌های فرهنگی و اجتماعی، اقتصادی و عوارض درمانی خواهد بود که

ارائه شده توسط پزشکان به بیماران و یا تغییر در ترکیب خدمات رخ می‌دهد. افزایش جمعیت ارائه‌دهندگان متخصص منجر به تقاضا برای تجویز می‌شود و حتی اگر یک پزشک تمایل به تجویز خدمات دارویی فراوان نداشته باشد، با افزایش تعداد پزشکان خود به خود تقاضا برای نسخه و استفاده از خدمات دارویی فزونی می‌یابد (۳). در تقاضای القایی پزشک، تعداد ملاقات‌های دوم بیماران با پزشک و تعداد تجویزهای دارویی متاثر از تقاضای القایی پزشک افزایش می‌یابد. از دلایل مربوط به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، موثر بر تقاضای القایی می‌توان به علل ناشی از عملکرد پزشکان، مانند: تشویق پزشک به کار بیشتر، آزادی پزشکان در ارائه خدمات مختلف، تجویز بی‌مورد و زیاد از حد دارو، فقدان وابستگی پزشک به قرارداد بیمه و عدم تمایل پزشک به ارائه خدمت صحیح به بیمار در بخش دولتی، دانش و مهارت ناکافی، تبانی با ارائه‌کنندگان خدمت در صورت فروش خدمات اشاره نمود (۸). برای کنترل تقاضا باید راهبردهای اساسی ساماندهی تقاضا و مخالفت با تقاضای القایی و مجوز تجویز بر اساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی کشور، اصلاح سازوکارهای نظارتی و نحوه تجویز پزشکان، بهره‌برداری صحیح از بانک اطلاعات نسخ پزشکان در سازمان‌های بیمه‌گر، افزایش آگاهی، نگرش و رفتار پزشکان، داروسازان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت با بازآموزی و آموزش مداوم و مداخلات منطقی در قالب کارگاه‌ها و سمینارهای مرتبط با تجویز منطقی داروها و اصول نسخه‌نویسی استقرار یابد (۹).

### مصرف‌کنندگان

به‌طور کلی، مصرف‌کنندگان در مورد نیاز به مراقبت آگاهی کافی ندارند، بنابراین مزایای خدمات بهداشتی درمانی برای مصرف‌کنندگان مشخص نیست و عمدتاً تقاضای خدمات بهداشتی درمانی، مبتنی بر قضاوت پزشک است. کاهش تقاضای القایی با افزایش توانمندسازی و خود مراقبتی مردم میسر می‌شود. مردم باید به سمتی هدایت شوند که خدمات سلامت را در سطوح یک، دو و سه بشناسند تا با شناسایی آن بتوانند از خدمات بهتری استفاده کنند. رفتار ارائه‌دهنده و گیرنده خدمت باید توأمان اصلاح و ارتقا یابد (۱۰).

از سویی فرهنگ غلط مردم، پزشکان را وادار به انجام خدمات القایی می‌کند (۶). آن‌ها خواسته‌ها، آرزوها و تمایلات نامحدودی نسبت به خدمات دارند. در مطالعات انجام شده، پنج موضوع را در این مورد موثر می‌دانند. از جمله تقاضای غیرصحیح بیمار از پزشک، اعتماد بیش از حد بیمار به پزشک، تمایل بیمار به استفاده بیشتر از خدمات رایگان و بدون فرانشیز، عدم آگاهی بیمار و دسترسی آزادانه بیماران به پزشکان (۱۱).

به‌طور کلی، چالش‌های ناشی از تقاضای القایی برای بیمار در قالب چالش‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و عوارض درمانی

که از طریق سازمان‌های بیمه‌گر و حتی معاونت درمان وزارت بهداشت وجود دارد، کافی نیست. نظارت بر تقاضای القایی بیشتر با معاونت درمان وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد. سازمان غذا و دارو نیز باید در حوزه تجویز مصرف منطقی برای پیشگیری از تقاضای القایی ورود جدی داشته باشد و برای مصرف منطقی دارو در قالب پروتکل‌های درمانی و دستورالعمل‌های تجویز داروهای گرانتیمت و با مشارکت سازمان‌های ذیربط اقدام نماید. برای جلوگیری از این پدیده غیراخلاقی لازم است دستورالعمل‌های بالینی ابلاغ و اجرا شود (۲۰).

نبود سیستم انگیزشی برای تشویق کسانی که استانداردها را رعایت می‌کنند و نیز عدم کارایی ابزار جریمه در ایجاد الزام برای پزشکان، از مواردی است که برای کنترل تقاضای القایی باید مورد توجه قرار گیرند (۱).

### بازار سلامت و بیمه

منابع مالی در گیرندگان خدمت، یکی از خواستگاه‌های تقاضای القایی است و ریشه در مسایل اخلاقی دارد. در تمام صنوف جامعه از جمله پزشکی مخاطرات اخلاقی وجود دارد. نظام پرداخت یکی از مواردی است که در ایجاد تقاضای القایی از سوی پزشکان تاثیر دارد. با توجه به ویژگی‌های بازار و سلامت بویژه عدم تقارن اطلاعات، ناهمگن بودن پزشکان، متمایز بودن کالای سلامت، پزشکان دارای قدرت انحصاری بوده و می‌توانند برای تامین انگیزه مالی خود، مقدار خدمات را بیش از حد مورد نیاز تعیین و یا به منظور ارائه خدمات با کیفیت‌تر، از بیمار درخواست مبالغ اضافی به صورت غیررسمی نمایند (۲۲).

برای دستیابی به اهداف سازمان‌های بیمه‌گر در مدیریت هزینه باید روش پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمت را تغییر داد و نظام پزشکی خانواده و ارجاع را در نظام عرضه خدمات اجرا کرد. چون سیستم ارجاع پزشک هیچ انگیزه مالی ندارد و تقاضای القایی از سوی ارائه‌دهندگان به شدت کاهش می‌یابد.

امروزه نگرانی اصلی سیاست‌گذاران بخش سلامت و محققان، ارتباط میان محرک‌های مالی و رفتارهای ارائه‌کنندگان خدمت به علاوه روش‌های کنترل رفتار نامناسب است (۶).

در حال حاضر مردم برای تامین سلامت که حوزه بهداشت و درمان را در بر می‌گیرد، علاوه بر پرداخت حق بیمه، مبالغ قابل توجهی را از جیب خود پرداخت می‌کنند. شفاف‌سازی فرآیندهای حوزه سلامت باعث کاهش تقاضای القایی و پرداخت از جیب مردم می‌شود (۲۱). وقتی تقاضای برای خدمت بیشتر می‌شود، به دنبال آن هزینه‌ها نیز افزایش می‌یابد، بار مالی بر دوش مردم تحمیل می‌شود که سهم پرداخت از جیب افزایش می‌یابد. با سامان دادن به کسب درآمد ارائه‌دهندگان می‌توان از خدمات غیرضروری در سیستم‌هایی با خدمات محدود نظیر مطب‌ها و کلینیک‌ها پیشگیری نمود. پایین بودن قیمت پایه خدمات در بازار سلامت در مقایسه با سایر بازارهای

باید به این مشکلات، ایجاد نگرانی‌های بی‌مورد، سردرگمی، مشکلات خانوادگی، مختل شدن روند زندگی عادی فرد و بی‌اعتمادی به گروه درمان را اضافه کرد.

(ب) علل و عوارض اجتماعی: اتلاف منابع مالی کشور بخصوص وقتی که دولت برای ارائه خدمات پزشکی یارانه پرداخت می‌کند، بروز مقاومت میکروبی در برابر آنتی‌بیوتیک‌ها به علت اثر مصرف نابجا، افزایش تقاضای کاذب برای دریافت خدمات و ایجاد بازار سیاه در نظام سلامت، تراکم کار و عدم صرف وقت کافی جهت مراقبت از بیماران توسط کارکنان سلامت و از دست رفتن فرصت برای نیازمندان مراقبت‌های دارای اولویت، از عوارض مهم تقاضای القایی خدمات سلامت هستند. بخشی از هزینه‌های غیرضروری حوزه سلامت که منجر به هدر رفتن منابع می‌شود به دلیل تقاضای القایی دوسویه است.

پیچیده بودن پزشکی، متغیر بودن نیازها، چندبعدی بودن پدیده سلامت، عدم تقارن اطلاعات بین ارائه‌کننده خدمت و مصرف‌کننده، عدم قطعیت بالینی، باورهای نادرست مردم و تبلیغات از علل موثر بر تقاضای القایی هستند. یکی از هزینه‌های غیرملموس (Intangible Costs) که بیمار پرداخت می‌کند، اتلاف زمان و عمر ارزشمند افراد در دریافت خدمات غیرضروری است.

### چالش‌های ناشی از تقاضای القایی پیش‌روی سلامت

ارائه‌کنندگان خدمت، تقاضای القایی را برای افزایش درآمد (در نظام پرداخت به ازای خدمت) با ارائه هر خدمتی که در جهت منافعشان باشد، به بیمار تحمیل می‌کنند. تغییرات در رفتار گیرندگان خدمت و ارائه‌دهنده خدمت در مجموع هزینه مراقبت‌های سلامت جامعه را افزایش می‌دهد. مطابق گزارش WHO، بیش از ۵۰ درصد از داروها به صورت نامناسب تجویز، توزیع یا فروخته می‌شوند و ۵۰ درصد بیماران موفق به مصرف آن‌ها به‌طور صحیح نمی‌شوند (۱۸). مطالعاتی که در سطح کشور در زمینه مصرف منطقی داروها به اجرا در آمده‌اند، همگی دلالت بر تجویز و مصرف غیرمنطقی در زمینه آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای تزریقی دارند. طبق ارزیابی کشوری وضعیت بخش دارو در جمهوری اسلامی ایران، شاخص‌های سرانه مصرف دارو و میزان تجویز و مصرف داروهای آنتی‌بیوتیک، کورتیکواستروئید و اشکال دارویی تزریقی به حد نگران‌کننده‌ای رسیده است (۱۹).

پیامدهای اقتصادی ناشی از تقاضای القایی برای نظام سلامت، کاهش بهره‌وری اقتصادی، کاهش سهم هزینه‌ها در بهداشت و پیشگیری از دست رفتن ارز کشور، اتلاف بخش زیادی از منابع پولی در تبلیغات کاذب، افزایش هزینه‌های درمانی و تشخیص و افزایش سالانه سهم سلامت از تولید ناخالص ملی خواهد بود (۵). برای کنترل تقاضای القایی لازم است نظارت‌های تخصصی صورت گیرد، جامعه پزشکی و مسئولان ذیربط باید با جدیت کنترل این کار را انجام دهند. در حال حاضر نظارت‌ها و کنترل نامحسوسی

اقتصادی و قانونمند کردن آن از اقدامات اساسی است (۱).

### سازمان‌های بیمه‌گر

مهمترین راهکارهای موثر در مدیریت تقاضای القایی، اصلاح نظام پرداخت، افزایش اطلاع‌رسانی عمومی، و تقدم بهداشت و پیشگیری بر درمان است (۱). اصلاح سیستم‌های پرداخت و بازار پرداخت به پزشکان، اجرای کامل پرونده الکترونیک سلامت، اصلاح تعرفه‌ها، وجود بیمه‌های پایه با پوشش حداکثری، افزایش آگاهی و اطلاع‌رسانی در جامعه از راهکارهای موثر در کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت است.

مسائل بنیادی و ساختاری همچون وجود تعرفه‌گذاری پویا، کارآمدی ساختارهای بیمه‌ای و وجود نظام‌های پرداخت کارآمد، وجود پرونده سلامت فراگیر و دقیق عوامل زمینه‌ای موثر بر کنترل تقاضای القایی می‌باشند. سازمان‌های بیمه‌گر نیز با چالش‌های اقتصادی، ساختاری از جمله، رشد غیر قابل کنترل هزینه‌ها، افزایش بدهی بیمه‌ها، پائین نگه داشتن تعرفه‌ها در بیمه و ناکارآمدی بیمه در محافظت از مخاطرات مالی بیمه شدگان، روبرو هستند. راهکارهای کنترل تقاضای القایی در این رابطه، افزایش نظارت بر موسسات، اصلاح نظام پرداخت و اصلاح ارتباط مستقیم مالی پزشک و بیمار، پیاده‌سازی راهنماهای بالینی، سقف‌گذاری اصلاح تعرفه‌ها، بانک اطلاعاتی مشترک بیمه‌ها، رایگان نشدن کامل خدمات، بکارگیری اهرم کنترلی مالیات در سیستم سلامت (۲۲) پیشنهاد می‌شود در بحث افزایش نظارت بر ارائه‌دهندگان خدمات ارائه‌کارنامه عملکردی به پزشکان، تحلیل هزینه‌های درمانی، بررسی ارتباط بین موسسات و پزشکان، داده کاوی، کنترل همپوشانی بیمه‌ای از طریق استحقاق سنجی در هنگام ارائه دارو یا خدمت، پیاده‌سازی استعمال دارو و پیشگیری از دوباره فروشی و ارسال پیامک به بیمه شده از راهکاری موثر می‌باشند.

برای اصلاح نظام پرداخت و رابطه مالی بیمار و پزشک تعریف فرانشیز متفاوت در بیماری‌ها، پرداخت سرانه سطح یک در صندوق روستایی و استقرار پزشکی خانواده، تعریف سرانه و فرانشیز پایین‌تر در مراجعه به پزشک خانواده، برقراری نظام ارجاع، پرداخت سرانه مراقبت بیماری‌ها و پیاده‌سازی راهنماهای بالینی (که از سال ۹۶ اقدام شده است) ضروری است. هرچند پیاده‌سازی راهنماها، با چالش‌های جدی روبروست از آن جمله می‌توان تغییرات مکرر راهنماهای بالینی در دوره زمانی کوتاه در برخی موارد، تاثیرگذاری تعارض منافع در تدوین و بازنگری گایدلاین‌ها، فقدان وحدت رویه در اجرا در سطح ارائه‌دهندگان و خریداران خدمت و عدم شفافیت در متن برخی از گایدلاین‌ها را نام برد. پیشنهادات برای پیاده‌سازی بهینه گایدلاین‌ها عبارتند از: الزام تجویز الکترونیک خدمات سرپایی، تشکیل ساختار تشکیلاتی مصوب برای تدوین و نظارت بر اجرای گایدلاین‌ها تعریف فرآیندی برای ثبت (Registry) بیماران، اضافه کردن راهنماهای بالینی به برنامه آموزشی پزشکی،

تهیه بسته‌های تشویقی برای ارائه‌دهندگان خدمت از سوی بیمه‌ها و اولویت‌بندی تدوین و ابلاغ گایدلاین‌ها بر اساس هزینه، تواتر ماهیت خدمات می‌باشند.

پیامدهای اقتصادی ناشی از تقاضای القایی برای نظام سلامت بسیار مهم می‌باشد. افزایش بار هزینه‌های ناشی از القای خدمات غیرضروری منجر به کاهش سهم پرداختی در سایر بخش‌های سلامت به‌ویژه بهداشت و پیشگیری می‌شود.

به‌منظور چابک‌سازی وزارت بهداشت یکی از اصلی‌ترین اقدامات، افزایش شفافیت عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، اجرای فراگیر و دقیق پرونده الکترونیک سلامت است. پرونده‌های الکترونیک سلامت با ساده کردن مسیر تشخیص در درمان و شفاف کردن خدمات درمانی و اعتماد بیشتر به ارائه‌دهندگان خدمات، نقش بسیار موثر در کاهش تقاضای القایی در خدمات سلامت دارند.

### بحث و نتیجه‌گیری

تقاضای القایی، تقاضایی است که با بهره‌گیری از مزیت اطلاعاتی بیشتر نسبت به بیماران انجام می‌گیرد و مراقبت بیش از حد با ارزش مشکوک ارائه می‌شود (۲۳). پس‌زمینه برای فرضیه تقاضای القایی، فرض اطلاعات نامتقارن بین ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات سلامت می‌باشد (۲۴).

مصرف‌کنندگان در مورد نیازهای واقعی خود به مراقبت، آگاهی لازم را ندارند. مزایای خدمات بهداشتی درمانی برای آن‌ها مشخص نیست و عمده تقاضای خدمات بهداشتی درمانی مبتنی بر قضاوت پزشک است (۲۱). در تجزیه و تحلیل مراقبت پزشکی، تمرکز بر مراقبت‌های درمانی است. در بحث تقاضای القایی بیماران با چالش‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و عوارض درمانی روبرو می‌شوند (۱۱). ایجاد نگرانی‌های بی‌مورد در بیمار، سردرگمی، مشکلات خانوادگی و مختل شدن زندگی عادی فرد از چالش‌های اجتماعی بیماران درگیر شده با تقاضای القایی است. تحمل بار مالی هزینه‌ها، افزایش سهم پرداخت از جیب خانواده، افزایش هزینه‌های کمرشکن، اتلاف وقت و تخصیص درآمد خانواده به هزینه‌های غیرضروری سلامت از پیامدها و عوارض تقاضای القایی برای بیماران و خانواده آن‌هاست. از سوی دیگر مصرف‌کنندگان خدمات با تقاضای غیر صحیح نقش عمده‌ای در ایجاد چالش‌های ناشی از تقاضای القایی خدمات سلامت دارند (۲۱).

در موضوع تقاضای القایی عرضه‌کننده و به‌طور ویژه تقاضای القایی پزشک، پزشکان دو نوع خدمت را ارائه می‌دهند، یکی از آن‌ها ارائه اطلاعات پزشکی مورد نیاز به خدمات مورد نیاز و دیگری خدمات بالینی است (۶). بیشترین علل مربوط به ارائه‌دهنده خدمات سلامت موثر بر تقاضای القایی را می‌توان آزادی پزشکان در ارائه خدمات مختلف، تجویز بی‌مورد و زیاده از حد دارو، فقدان وابستگی پزشک به قرارداد بیماری‌ها معرفی کرد. مهمترین راه کاهش تقاضای القا شده توسط پزشک، اجرای کامل نظام ارجاع مبتنی بر

۴. تقویت نقش سازمان‌های بیمه‌گر، پوشش کامل بیمه مردم و رفع چالش‌های اقتصادی و ساختاری سازمان‌های بیمه‌گر
  ۵. مداخلات منطقی آموزشی در قالب دوره‌های بازآموزی، آموزش مداوم مرتبط با تجویز منطقی داروها
  ۶. رویکرد جامعه‌نگر و مشارکت گروه‌های ذینفع مانند پزشکان، داروسازان، مردم، رسانه‌ها و سازمان‌های نظارتی در کنترل تقاضای القایی در خدمات سلامت
  ۷. اجرای برنامه‌های درازمدت برای افزایش آگاهی، بهبود نگرش و عملکرد ارائه‌دهندگان و گیرندگان در زمینه ارائه و دریافت خدمات سلامت
  ۸. اصلاح سازوکارهای نظارتی و نحوه ارائه خدمات
  ۹. ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز براساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور
  ۱۰. استقرار راهنماهای بالینی پزشکی و موظف شدن پزشک به رعایت آن
  ۱۱. تصویب 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
  ۱۲. استقرار نظام آموزش مستمر برای ایجاد و تقویت تقارن اطلاعات بین ارائه‌دهنده و خدمت و مصرف‌کننده و اصلاح نارسایی مدل‌های آموزشی در نظام سلامت
  ۱۳. کارآمد نمودن سیاست‌ها و استراتژی‌های پرداخت و جبران خدمات ارائه‌کنندگان خدمات
  ۱۴. ارتقا کارآمدی و تاثیر نظام نظارت و کنترل کیفیت و استانداردهای ارائه خدمات سلامت در بخش دولتی و خصوصی
  ۱۵. ایجاد و توسعه نظام تعرفه‌گذاری پویا و ارتقا و اجرای پرونده الکترونیک سلامت
  ۱۶. کاهش تقاضای القایی با توانمندی‌سازی و خود مراقبتی مردم و هدایت آن‌ها به سمت شناخت و استفاده صحیح از خدمات نظام سلامت
  ۱۷. بازتعریف نظام‌های آموزشی مبتنی بر اصول اخلاقی و حرفه‌ای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت
  ۱۸. توجه به بخش پیشگیری و استقرار نظام ارجاع
  ۱۹. اصلاح ارتباط مستقیم مالی پزشکی و بیمار
- تضاد منافع:** بدین وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد

پزشک خانواده در کشور است. در تمام صنوف جامعه از جمله پزشکی مخاطرات اخلاقی وجود دارد و یکی از مواردی است که در ایجاد تقاضای القایی از سوی پزشکان تاثیر دارد (۲۵).

امروزه نگرانی اصلی سیاست‌گذاران بخش سلامت و محققان، ارتباط میان محرک مالی و رفتارهای ارائه‌کنندگان خدمت به علاوه روش‌های کنترل رفتار نامناسب است. تقاضای القایی یکی از سرفصل‌های بحث برانگیز در اقتصاد سلامت است. بخشی از هزینه‌های غیرضروری حوزه سلامت که منجر به هدر رفتن منابع می‌شود بدلیل تقاضای القایی دوسویه است (۸). علاوه بر سازمان‌های بیمه‌گر، بخشی از هزینه‌ها توسط بیمه‌شدگان و بخشی دیگر توسط یارانه‌هایی که دولت برای خدمات سلامت و دارو در نظر گرفته است، پرداخت می‌شود. مطالعات انجام شده در کشور دلالت بر تجویز و مصرف غیرمنطقی آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای تزریقی دارند (۲۶). نقض قوانین در عملکرد پزشکان منجر به تقاضای نابجا و توجیه‌ناپذیر برای خدمات بهداشتی درمان بین بیماران می‌گردد. پوشش بیمه‌ای قیمتی را که افراد برای مراقبت سلامت با آن روبرو می‌شوند، کاهش می‌دهد و باعث دسترسی بیشتر به مراقبت سلامت و در نتیجه خدمات اضافی می‌کند. پایین بودن قیمت پایه خدمات در بازار سلامت در مقایسه با سایر بازارهای اقتصادی، عامل موثر بر تقاضای القایی است (۱).

در بحث سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، نقض قوانین و عدم اجرای قوانین و سیاست‌های مصوب در ارتقا سلامت مردم بسیار حیاتی است، به ویژه بند ۵ سیاست‌های کلی سلامت یعنی "ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز صرفاً" بر اساس نظام سطح بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاست‌گذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارد و واکنش - محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات برای کنترل تقاضای القایی در خدمات سلامت و کاهش ناشی از این پدیده راهکارهای مناسب کشوری وجود دارد.

### راهکارهای کلی پیشنهادی

۱. اجرای کامل قوانین موجود با رویکرد ویژه به اجرای بند ۵ سیاست‌های کلی سلامت
۲. افزایش آگاهی و دانش عمومی و سواد سلامت مردم جهت استفاده صحیح از خدمات سلامت و توانمندسازی ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت
۳. سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرای مناسب در کنترل انگیزه‌های مالی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

### منابع

1. Aghaeeshajin A, Rajaie S. Induced Demand in Health: A Systematic Review. Strategic Studies of Public Policy. 2021;11(40):440-53. [In Persian]

2. Mohagheghi MA, Alimohammadzadeh K, Akhlaghdooost M. Induced demand in the Iranian health system: A review study. Iranian Journal of

- Culture and Health Promotion. 2022;5(4):554-66. [In Persian]
3. Ansari B, Hosseini SSM, Bahadori M. Determinants of reduction of induced demand in selected hospitals that affiliated with Iums in 2017; A qualitative study on provider. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 2018;16(6):389-402. [In Persian]
  4. Doshmangir L, Rashidian A, Kouhi F, Gordeev VS. Setting health care services tariffs in Iran: half a century quest for a window of opportunity. *International Journal for Equity in Health*. 2020;19 (1):112.
  5. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian Jazi M. Challenges resulting from healthcare induced demand: A qualitative study. *Health Information Management*. 2013;10(4):538-48.
  6. Akhavan BA, Esmaili I. Supplier-induced demand (SID) for medical services by Iranian physicians (policymaking and controlling). *Majlis & Rahbord*. 2019;25(96):321-41.
  7. Varahrami V. A survey of physician-induced demand. *Journal of Health System*. 2010;2(1-2):37-42. [In Persian]
  8. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian Jazi M. Are health institutions involved in health care induced demand? (A qualitative study). *Payavard Salamat*. 2014;8(4):280-93. [In Persian]
  9. Asgari H, Khalesi N, Nasiripour AA, Ziyari R. Factors affecting induced demand in Iran's health system: A qualitative study. *Management Strategies in Health System*. 2020;5(2):143-54. [In Persian]
  10. Nasibparast S, Panahi H, Imani A. Determinants of patient visit time with obstetricians in east azarbayjan emphasizing on physician induced demand: Approach of hierarchical linear modeling. *Journal of Applied Theories of Economics*. 2018;5 (2):127-48. [In Persian]
  11. Khorasani E, Karimi S, Jafarian Jazi M. The Role of patients in induced demand from experts' perception: A qualitative study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*. 2020;2(4):336-45. [In Persian]
  12. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian JM. Opinions of health system experts about main causes of induced demand: A qualitative study. *Hakim Research Journal*. 2014;16(4):317-28. [In Persian]
  13. Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ*. 2000;320:484-8.
  14. Madden D, Nolan A, Nolan B. GP reimbursement and visiting behaviour in Ireland. *Health Economics*. 2005;14(10):1047-60.
  15. Coenen S, Michiels B, Renard D, Denekens J, Van Royen P. Antibiotic prescribing for acute cough: the effect of perceived patient demand. *British Journal of General Practice*. 2006;56(524):183-90.
  16. Ghiyasvandian S, Dehghan Nayeri N, Haghani H. The effect of decision Aid's Package in selected treatment by patients with early stage breast Cancer and decision making outcomes. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2013;3(3):271-9. [In Persian]
  17. Jalali R, Mohammadi M. Synergy of poverty of health and cultural awareness with COVID-19 epidemic in Iran: letter to the editor. *Tehran University Medical Journal*. 2020;78(4):260. [In Persian]
  18. World Health Organization. The World Medicines Situation Report 2011. Geneva, Switzerland: 2011. Available from: [file:///C:/Users/Ofogh%20Rayaneh/Downloads/WHO\\_EMP\\_MIE\\_2011.2.4\\_eng.pdf](file:///C:/Users/Ofogh%20Rayaneh/Downloads/WHO_EMP_MIE_2011.2.4_eng.pdf)
  19. Zareshahi R, Haghdoost AA, Asadipour A, Sadeghirad B. Rational usage of drug indices in the prescriptions of kerman medical practitioners in 2008. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2012;11(6):523-36. [In Persian]
  20. Khodayari-Zarnaq R, Farhadi F, Arab-Zozani M. Document and Media Analysis on Unnecessary Services in the Iranian Healthcare System. *Health Research Journal*. 2020;5(4):247-56. [In Persian]
  21. Riahi M, Molavi Taleghani Y, Salehiniya H, Vejdani M. Induced demand: A challenge on the way of Iran Health Revolution Program. *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences*. 2016;7(5):1827-35. [In Persian]
  22. Mohagheghzadeh F, Shirinbakhsh S, Najafizadeh A, Daghighi Asl A. Sensitivity of economic growth to life and non-life insurances. *Journal of Applied Economics Studies in Iran*. 2017;6(23):205-30. [In Persian]
  23. Golkhandan A. Testing the hypothesis of health induced demand in Iran using the Bayesian Model Averaging. *Health Research Journal*. 2018;3(4):245-53. [In Persian]
  24. Abdoli G, Varharami V. The role of asymmetric information in induced demands: a case study of medical services. *Journal of Health Administration*. 2011;14(43):37-42. [In Persian]
  25. Amiresmaili M, Fatahpour AH, Barooni M, Rafiee N. Reasons of induced demand in delivering services to the insured by health insurance: a case study in esfahan, 2013. *Knowledge and Health*. 2017;12(1):1-7. [In Persian]
  26. Hosseinzadeh F, Sadeghieh Ahari S, Mohammadian-erdi A. Survey the antibiotics prescription by general practitioners for outpatients in Ardabil City in 2013. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*. 2016;16(2):140-50. [In Persian]