

علل و راهکارهای کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت: یک مرور حیطه‌ای

پروانه اصفهانی^{*۱}

۱- دانشیار، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زابل، زابل، ایران.
نویسنده مسئول: پروانه اصفهانی،

چکیده

مقدمه: تقاضای القایی عبارت است از ارائه مراقبت یا خدمت غیر ضروری به بیماران و مراجعین نظام سلامت با اعمال قدرت و سفارش افراد متخصص. تقاضای القایی باعث افزایش هزینه‌های سلامت و کاهش کارایی نظام سلامت می‌شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف شناسایی علل و راهکارهای کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه با روش مرور حیطه‌ای انجام شد. کلیه مقالات منتشر شده در زمینه علل و راهکارهای کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت تا پایان ۳۰ اسفند ۱۳۹۹ خورشیدی در ۹ پایگاه داده‌ای و موتور جستجوگر Google Scholar جستجو و جمع‌آوری شدند. داده‌ها با روش تحلیل موضوعی با استفاده از نرم افزار MAXQDA10 تحلیل شد.

یافته‌ها: تعداد ۱۴۰ علل تقاضای القایی در نظام سلامت شناسایی شد که در هشت دسته عوامل مرتبط با ویژگی‌های بخش بهداشت و درمان، وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، شرکت‌های بیمه سلامت، بیمارستان، شرکت‌های تجهیزاتی و دارویی، ارائه دهنده خدمت سلامت و دریافت کننده خدمات سلامت گروه بندی شد. پرتکرارترین علل ایجاد کننده تقاضای القایی در نظام سلامت در مطالعات قبلی به ترتیب شامل فقدان نظارت کافی، نسبت زیاد پزشک به جمعیت، نظام پرداخت نامناسب، میزان دسترسی کم به پزشک، فقدان نظام ارجاع مناسب، فقدان سیستم‌های اطلاعاتی مناسب، سیاست‌ها و مقررات نادرست، انگیزه‌های مالی، تقاضای غیرصحیح بیمار از پزشک و نظام آموزشی ناکارآمد بود.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه تقاضای القایی تحت تاثیر عوامل مختلفی نظیر وزارت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، شرکت‌های بیمه سلامت، شرکت‌های تجهیزاتی و دارویی، بیمارستان، ارائه کننده و دریافت کننده خدمات بود که راهکارهای مختلفی در این زمینه ارائه شد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که سیاستگذاران و مدیران سلامت بتوانند از طریق ایجاد پرونده الکترونیک سلامت، تاکید بر ارائه خدمات پیشگیری، بکارگیری راهنماهای بالینی، بکارگیری نسخه نویسی الکترونیکی، استخدام کارکنان متناسب با نیاز سازمان ارائه کننده خدمات سلامت، نیازسنجی تجهیزات پزشکی و توسعه دانش و مهارت‌های فردی کارکنان سلامت میزان تقاضای القایی را کاهش دهند.

واژه‌های کلیدی: تقاضای القایی، استراتژی، علل، نظام سلامت

مقدمه

در طول سه دهه گذشته، بخش سلامت در جهان دچار تغییرات زیادی شده است. هزینه‌های بخش سلامت در کشورهای مختلف به طور چشمگیری افزایش یافته است (۱). عواملی نظیر توسعه فناوری، سطح درآمد، کارایی اقتصادی نظام‌های سلامت، ترکیب سنی جمعیت در سطح اقتصاد کلان در افزایش این هزینه‌ها اثرگذار هستند. از طرفی دیگر، ناکارآمدی بخش عرضه و تقاضای بالقوه می‌تواند یکی از عوامل موثر بر افزایش هزینه‌ها باشد که به علت رفتار ارایه کنندگان خدمات سلامت می‌تواند موجب القای تقاضا به بیماران شود (۲، ۳).

تقاضای القایی یکی از موضوعات بحث برانگیز در اقتصاد سلامت است. مفهوم تقاضای القایی از سوی عرضه کننده خدمات^۱ حدود ۳۰ سال است که در ادبیات اقتصاد سلامت مورد توجه قرار گرفته است (۴). تعاریف مختلفی برای تقاضای القایی ارائه شده است. به عنوان مثال، تقاضای القایی از دیدگاه پولی^۲ «تقاضایی است که با بهره‌گیری از مزیت اطلاعاتی بیشتر نسبت به بیماران برای خدمات سلامت انجام می‌شود و مراقبت بیش از حد با ارزش مشکوک ارائه می‌گردد» (۵). کرین^۳ نیز تقاضای القایی را «القای ارائه، مراقبت یا فروش خدمت غیر ضروری به مراجعین نظام سلامت که با اعمال قدرت از طرف ارائه کنندگان خدمت همراه باشد» تعریف می‌کند (۶).

این نوع تقاضا می‌تواند به صورت افزایش تعداد خدمات یا تغییر در خدمات ارائه شده به بیماران باشد. تقاضای القایی خدمات سلامت می‌تواند به دو نوع خدمت گسترده پزشکی نظیر مشاوره و ویزیت و ارجاع به مراکز تشخیصی مرتبط باشد (۷). پیشینه فرضیه تقاضای القایی از سوی ارائه کننده خدمات سلامت ناشی از فرض اطلاعات نامتقارن بین پزشک و بیمار است. بیمار برای ارزیابی میزان و کیفیت خدمات ارائه شده از تخصص کافی برخوردار نیست. بنابراین، پزشک به عنوان مشاور بیمار عمل می‌کند و مراقبت‌های درمانی را به او ارائه می‌کند. پزشک در نقش خود به عنوان مشاور می‌تواند تأثیر قابل توجهی در نوع و کیفیت خدمات ارائه شده داشته باشد (۸). به عنوان مثال، مطالعه‌ای در استرالیا نشان داد که ده درصد افزایش در عرضه پزشکان عمومی منجر به افزایش ۴/۶ و ۵/۱ درصدی در خدمات سلامتی ارائه شده می‌شود (۹). مطالعه‌ای دیگر در ایالات متحده آمریکا نشان داد که بین تعداد پزشکان و قیمت خدمات و تعداد مشاوره‌ها و ویزیت‌ها رابطه معناداری وجود داشت (۱۰).

تقاضای القایی یکی از چالش‌های نظام سلامت است که در نهایت، با تقابل نیاز نامحدود و منابع محدود باعث بالا رفتن سهم مردم در هزینه‌های درمانی می‌شود. تقاضای القایی یک پدیده پیچیده و چند وجهی است (۱۱). پزشکان در کشورهای در حال توسعه به دلیل کمبود منابع یا تعداد زیاد فارغ التحصیلان پزشکی به کشورهای توسعه یافته و ثروتمند مهاجرت می‌کنند. در این شرایط، هر پزشکی می‌تواند تقاضای القایی برای خدمات را ایجاد کند و بار مالی زیادی را به بیماران تحمیل کند (۱۲).

از طرفی دیگر، بیماران در کشورهای در حال توسعه به دلیل سطح سواد از عدم دسترسی به اطلاعات مورد نیاز رنج می‌برند و به همین دلیل آنها مورد رضایت پزشکان قرار دارند. در بازار سلامت این ارائه کننده خدمات سلامت است که مشکلات و نیازهای بیماران را ارزیابی می‌کند و سپس نوع و میزان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی لازم را تعیین می‌کند. تقاضای القایی از سوی عرضه کننده خدمات سلامت نه تنها بیمار فقیر را فقیرتر بلکه منجر به وضعیت بهداشتی و درمانی ناخوشایند نیز می‌شود. این شرایط در نظام‌های سلامتی که بیشتر مردم هزینه‌های بهداشتی و درمانی خود را از جیب پرداخت می‌کنند بدتر خواهد بود (۱۳).

1. Supplier Induced Demand
2. Pauly
3. Crane

در اثر تقاضای القایی کارایی در تخصیص منابع ملکی دچار آسیب می‌شود. حتی اگر هزینه را بیمار پرداخت کند، درآمد ملکی به طریق هزینه اثربخش تخصیص داده نمی‌شود. این وضعیت می‌تواند با ایجاد تقاضای بیشتر، تعادل عرضه و تقاضا را در بازار سلامت بهم زند. علاوه بر این، 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 (۱۴، ۱۵). 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. دوم این که کارایی را کاهش دهد چرا که منابع ملی به مراقبت‌هایی اختصاص پیدا می‌کند که مزایای چندانی ندارند (۷). از طرف دیگر، ضرر و زیان‌های اقتصادی آن در سطح ملی به ویژه وقتی که دولت برای خدمات پزشکی و دارو یارانه پرداخت می‌کند، بسیار چشمگیر است (۱۶).

مطالعات رومر ۴ و همکارش اولین تحقیقاتی در رابطه با تقاضای القایی عرضه کننده بود که در بازار خدمات سلامت به عنوان قانون رومر نیز شناخته شده است. این قانون به این صورت است که هر تخت بیمارستانی که ساخته شود حتماً پر می‌شود. با وجود اینکه این نظریه برای تقاضای خدمات بیمارستانی مطرح شده است، می‌توان آن را به خدمات پزشکان نیز تعمیم داد. در حقیقت، پزشکی مجوز پزشکی می‌گیرد به دنبال آن تقاضا برای خدمت او نیز ایجاد می‌گردد (۱۷). ارائه کننده خدمات انگیزه‌ای برای ارائه خدمات در حد مطلوب ندارد و با ارائه خدمات غیرضروری باعث هدر رفت منابع و عدم کارایی می‌شود زیرا آنها برای افزایش درآمد یا هر چیزی که در جهت منافعشان است به بیماران هزینه اضافی تحمیل می‌کنند (۱۸).

در حقیقت، احتمال وقوع تقاضای القایی و شدت اثرات آن می‌تواند حاصل تعامل طیف وسیعی از عوامل باشد که می‌تواند بر رفتار بیمار تأثیرگذار باشد. به طور کلی، عوامل موثر بر تقاضای القایی سلامت از سوی عرضه کننده شامل عوامل مرتبط به ارائه کننده خدمات (پزشک)، عوامل مرتبط به بیمار، و عوامل مرتبط به سیستم است. پزشکان می‌توانند نقش مهمی در ایجاد تقاضای القایی خدمات سلامت داشته باشند. عواملی نظیر سن، محل تحصیل، محل کار و نوع عملکرد می‌تواند زمینه را برای ایجاد تقاضای القایی سلامت فراهم کند. به عنوان مثال، پزشکان تازه کار در مقایسه با پزشکان با سابقه تمایل بیشتری به کسب درآمد بیشتر داشته باشند. پزشکی که عمدتاً به منافع شخصی خود توجه می‌کند احتمالاً اهمیت بیشتری به کسب درآمد بیشتر دارند. کسب درآمد بیشتر ممکن است با منافع بیماران مغایرت داشته باشد. در مقابل، پزشکی که بیشتر نگران منافع بیماران هستند تمایل و انگیزه کمتری برای کسب درآمد بیشتر دارند (۷).

بیماران می‌توانند در ایجاد تقاضای القایی از سوی عرضه کننده خدمات سلامت تأثیرگذار باشند. عواملی نظیر تاریخچه پزشکی، وضعیت جسمی و روحی می‌توانند ترجیحات و ارزش‌های بیماران را نشان دهند. بیماران خواسته‌ها، آرزوها و تمایلات نامحدودی نسبت به خدمات سلامت دارند (۱۹). خواسته‌ها می‌تواند چیزهایی باشد که از دیدگاه بیمار بهترین هستند و چیزهایی که ممکن است دوست داشته باشند. این ممکن است همان چیزی که نیاز دارند، باشد یا نباشد. به عنوان مثال، مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۲ در ایران نشان داد که بیماران به خاطر عللی نظیر تقاضای غیر صحیح 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 می‌توانند بر القای تقاضا تأثیرگذار باشند (۲۰). علاوه بر این، عوامل سیستمی نیز می‌تواند یکی دیگر از علل ایجاد کننده تقاضای القایی خدمات سلامت باشد. این عوامل می‌توانند به شیوه‌های مختلف مانند افزایش سود، افزایش فروش خدمات، بازاریابی ایجاد تقاضای القایی را تسهیل کنند (۲۱).

مطالعات مختلفی در زمینه علل موثر بر تقاضای القایی سلامت و راهکارهای کاهش آن در مناطق مختلف ایران صورت گرفته است. به عنوان مثال، مطالعه‌ای در سال ۱۳۹۲ نشان داد که عواملی نظیر تقاضای غیر صحیح 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 منجر به ایجاد تقاضای القایی در نظام سلامت شده است (۲۱). مطالعه‌ای دیگری در سال ۱۳۹۶ نیز نشان داد که بکارگیری عواملی نظیر عوامل اقتصادی (روش محاسبه و پرداخت خدمات، محدودیت‌های بیمه، انتقال ریسک به ارائه دهنده خدمات، جریمه مالی گیرنده خدمت، اعمال کسورات، متناسب نمودن تعرفه‌ها، فرانشیز متغیر و محدودیت تبلیغات و بازاریابی)، ساختار ارائه خدمات (نظام ارجاع، پزشک خانواده، توزیع متناسب متخصصان، ارزیابی فناوری‌های جدید درمان، مراقبت مدیریت شده، جدا بودن سرمایه گذار و تصمیم گیرنده، هوشمند بیمارستانی، صف انتظار و پرونده الکترونیک سلامت)، پایش (احذ نظر پزشک دیگر، بررسی درمان‌های پرهزینه، جانشین کردن داروها، نظارت حین درمان، نظارت قبل از بستری بیمار و سقف پرداخت توسط بیمه تکمیلی)، عوامل آموزشی (آگاهی دریافت کننده خدمت، ارتقا آموزش پزشکی، نهادینه نمودن حقوق بیمار، تشویق به عدم استفاده از بیمه و مدیریت تقاضا از طریق مشاوره)، عوامل مرتبط با سیاستگذاری (تربیت و استخدام متناسب نیروهای پزشکی، نیازسنجی واقعی تجهیزات پزشکی اصلی، اصلاح قوانین جرائم و مجازات پزشکی، محدودیت در صدور مجوز ارائه خدمات و روابط نهادهای ارائه دهنده خدمت) و عوامل اجتماعی (کاهش وسواس در مراجعه به پزشک، تغییر نگرش در استفاده از بیمه و تغییر فرهنگ غلط در خصوص نوع درمان) می‌توانند نقش مهمی در کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت دارد (۱۶).

با وجود این، این پژوهش‌ها نمی‌تواند تصویر جامع و کاملی از علل تقاضای القایی و راهکارهای آن در کشور ارائه کند. بنابراین، پژوهشگران می‌توانند با یکپارچه کردن نتایج مطالعات تقاضای القایی سلامت معتبر پیشنهادت بهتری برای سیاستگذاران در راستای سیاستگذاری مبتنی بر شواهد ارائه کنند. بنابراین، این پژوهش با هدف تعیین عوامل موثر بر تقاضای القایی در نظام سلامت و راهکارهای کاهش آن انجام شد.

روش‌ها

این مطالعه به صورت مرور حیطه‌ای انجام شد. روش مرور حیطه‌ای یک مطالعه ثانویه است که به منظور ترکیب شواهد پژوهشی حاصل از مطالعات پژوهشی اصیل استفاده می‌شود. از بین روش‌های مطالعات مروری، مرور حیطه‌ای می‌تواند گزینه مناسبی برای پاسخ به سوالات "چه چیزی" و "چرا" در حیطه موضوع خاص باشد. هنگامی که موضوع اصلی مطالعه و شواهد موجود مربوط به آن بسیار وسیع و پیچیده باشند و یا به صورت گسترده و جامع مورد بررسی قرار نگرفته باشند، می‌توان از روش مرور حیطه‌ای استفاده کرد (۲۲). دلایل مختلفی برای استفاده از مطالعه مرور حیطه‌ای بیان شده است. این دلایل عبارتند از شناسایی انواع شواهد موجود در موضوع مورد نظر، بیان کلیت موضوع و شناسایی مفاهیم کلیدی آن نظیر تعاریف و مدل‌های مفهومی، ترسیم نقشه ادبیات موضوع مربوطه، شناسایی روش‌های پژوهشی مورد استفاده در حوزه مورد نظر، بررسی ماهیت و وسعت پژوهش‌های انجام شده و شواهد پژوهشی تولید شده، تلخیص و انتشار یافته‌های پژوهش و شناسایی و تحلیل شکاف‌های پژوهشی در ادبیات موضوعی مربوطه و تعیین ضرورت انجام مرور نظام‌مند (۲۲، ۲۳).

برای انجام مرور حیطه‌ای در این پژوهش از پروتکل شش مرحله‌ای Arksey و O'Malley استفاده خواهد شد. این پروتکل دارای ۶ مرحله است که عبارتند از ۱- شناسایی سوالات پژوهش؛ ۲- شناسایی مطالعات مرتبط با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر، بررسی متون خاکستری، پایان‌نامه‌ها، مقالات مروری و رفرنس مطالعات در حیطه مورد پژوهش؛ ۳- انتخاب مطالعات

	"solute s"[All Fields] OR "soluted"[All Fields] OR "solutess"[All Fields] OR "solution s"[All Fields])) AND ("factor"[All Fields] OR "factor s"[All Fields] OR "factors"[All Fields] OR ("reason"[All Fields] OR "reasonable"[All Fields] OR "reasonably"[All Fields] OR "reasons"[All Fields])) AND ((ffrft(Filter)) AND (1000/1/1:2021/3/20[pdat]))	
Scopus	ALL ("Induced Demand" OR "Irrational Prescription of Medicine" OR "initiated demand" OR "created demand" OR "demand creation" OR "financial incentive") AND ALL ("health system" OR "health care" OR "health service" OR hospital OR physician OR supplier) AND ALL (factors OR reasons) AND ALL (solutions OR strategies)	۲۹۱۴
Web of Science	(ALL= ("Induced Demand" OR "Irrational Prescription of Medicine" OR "initiated demand" OR "created demand" OR "demand creation" OR "financial incentive") AND ALL =("health system" OR "health care" OR "health service" OR hospital OR "physician office" OR supplier) AND ALL =(factors OR reasons) AND ALL =(solutions OR strategies)) AND LANGUAGE: (English OR Persian) AND DOCUMENT TYPES: (Article) Timespan: All years. Indexes: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, BKCI-S, BKCI-SSH, ESCI.	۴۰
Emerald	("Induced Demand" OR "Irrational Prescription of Medicine" OR "initiated demand" OR "created demand" OR "demand creation" OR "financial incentive") AND ("health system" OR "health care" OR "health service" OR hospital OR "physician office" OR supplier) AND (factors OR reasons) AND (solutions OR strategies)	۲۰۲۱ (۵ صفحه اول بررسی شد)
Springer		۱۵۶۰۷ (۵ صفحه اول بررسی شد)
Science direct	("Induced Demand" OR "Irrational Prescription of Medicine" OR "initiated demand" OR "created demand" OR "demand creation" OR "financial incentive") AND ("health system")	۵۴۰
Proquest	("Induced Demand" OR "Irrational Prescription of Medicine" OR "initiated demand" OR "created demand" OR "demand creation" OR "financial incentive") AND ("health system" OR "health care" OR "health service" OR hospital OR "physician office" OR supplier) AND ((factors OR reasons) AND (solutions OR strategies) Additional limits - Date: Before March 20 2021 English	۶۲۶۰ (۵ صفحه اول بررسی شد)
Magiran	تقاضای القایی و سلامت	۲۸
SID	تقاضای القایی + سلامت	۴
موتور جستجوگر		
Google scholar	("Induced Demand" OR "Irrational Prescription of Medicine" OR "initiated demand" OR "created demand" OR "demand creation" OR "financial incentive") AND ("health system" OR "health care" OR "health service" OR hospital OR "physician office" OR supplier) AND (factors OR reasons) AND (solutions OR strategies)	۱۵۲۰۰ (۵ صفحه اول بررسی شد)
منابع مقالات		۱۰

علاوه بر این، مجلات تخصصی در حوزه اقتصاد به ویژه در بخش سلامت مانند American Economic Review، Journal of American Economic Journal: Applied Economics، Annual Review of Economics، Economics and Health Policy، Applied Health Health Economics Review، Health Economics، American Journal of Health Economics، The European Journal of Health Economics برای دستیابی

به مقالات ایندکس نشده در پایگاه های اطلاعات فوق مورد بررسی قرار گرفت.

معیارهای ورود شامل مقالات به زبان انگلیسی و فارسی مرتبط با علل موثر بر تقاضای القایی سلامت و راهکارهای کاهش آن در پایان ۳۰ اسفند ۱۳۹۹ (۲۰ مارس ۲۰۲۱) بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل مطالعات منتشر شده به زبان های مختلف به جز فارسی و انگلیسی، موارد منتشر شده بعد از ۳۰ اسفند ۱۳۹۹ (۲۰ مارس ۲۰۲۱)، نداشتن متن کامل و تکراری بودن بود. پایگاه های مورد بررسی توسط پژوهشگران مورد جستجو قرار گرفت. علاوه بر این، غربالگری مقالات به طور مستقل توسط دو پژوهشگر صورت گرفت و در صورت هر گونه در صورت وجود اختلاف، مقاله توسط پژوهشگر سوم مورد بررسی قرار گرفت.

از یک چک لیست جهت جمع آوری اطلاعات استفاده شد. این فرم شامل بخش هایی از جمله مشخصات نویسنده اول، سال انتشار، مکان انجام مطالعه، روش جمع آوری اطلاعات، عوامل موثر بر تقاضای القایی سلامت، راهکارهای کاهش تقاضای القایی

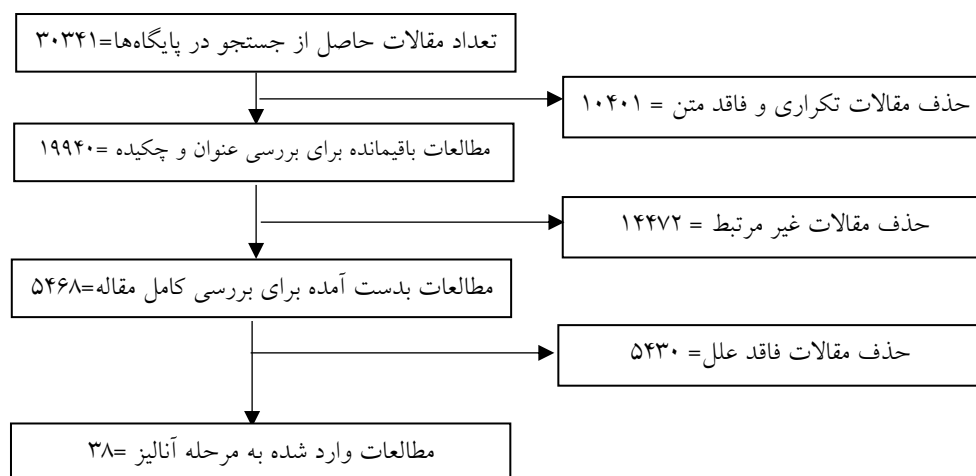
خواهد بود. برای ارتقاء پایایی، ۱۰ درصد مقالات که به صورت تصادفی انتخاب شد و توسط ۲ نفر از پژوهشگران با استفاده از فرم طراحی شده، استخراج شد.

از روش تحلیل موضوعی^۵ شش مرحله‌ای براون^۶ و کلارک^۷ شامل آشنایی با داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، جستجو برای تم‌ها، مرور تم‌ها، تعریف تم‌ها و تهیه گزارش برای تحلیل داده‌های کیفی (۲۵) این مطالعه استفاده شد. اطلاعات بدست آمده با استفاده از نرم افزار MAXQDA نسخه ۱۰ برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

علل تقاضای القایی:

در جستجوی اولیه تعداد ۳۰۳۴۱ مقاله یافت شد. در مرحله‌ی اول با مطالعه‌ی عنوان و چکیده مقالات، تعداد ۱۰۴۰۱ مقاله به دلیل تکراری بودن و فقدان متن کامل حذف شد. در مرحله دوم، با مطالعه‌ی عنوان و چکیده مقالات، تعداد ۱۴۴۷۲ مقاله غیرمرتبط از مطالعه خارج شد. در مرحله سوم، پس از مطالعه دقیق مقالات باقیمانده تعداد ۵۴۳۰ مقاله به دلیل عدم بررسی عوامل ایجاد کننده تقاضای القایی حذف شدند. مقاله‌ای با استفاده از منابع مطالعات بدست نیامد. در نهایت، تعداد ۳۸ مقاله عوامل موثر بر تقاضای القایی در نظام سلامت شناسایی شد (نمودار ۱).



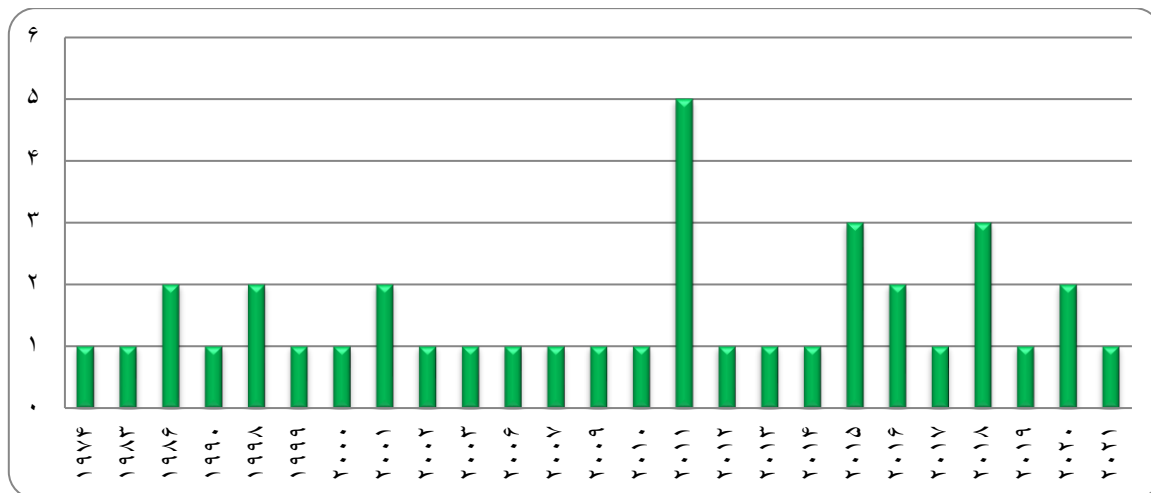
نمودار ۱: روند بررسی پایگاه‌ها و یافتن مقالات

تعداد ۳۸ مطالعه در فاصله زمانی ۱۹۷۴ تا ۲۰۲۱ میلادی به شناسایی علل موثر بر تقاضای القایی پرداختند. بیشتر این مطالعات در سال ۲۰۱۱ میلادی صورت گرفته است (نمودار ۲). تعداد ۴ مقاله در مجله Journal of Health Economics چاپ شده است.

^۵-Thematic analysis

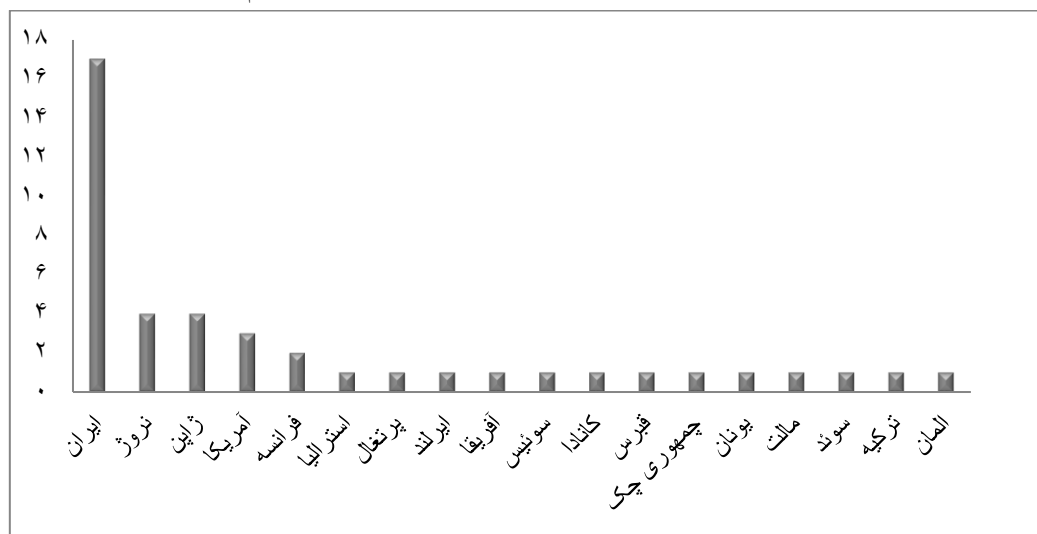
^۶ - Braun

^۷- Clarke



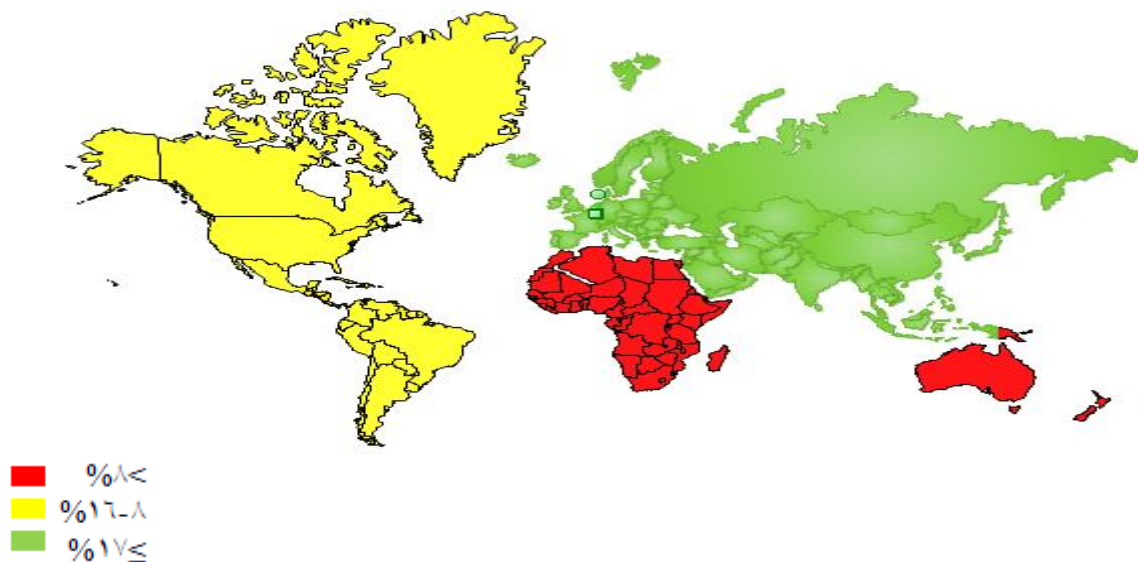
نمودار ۲: توزیع فراوانی مطالعات عوامل موثر بر تقاضای القایی در نظام سلامت بر حسب سال

تعداد ۲۳ مطالعه (۶۰/۵۳ درصد) از روش کمی، در ۷ مطالعه (۱۸/۴۳ درصد) از روش کیفی، تعداد ۴ (۱۰/۵۲ درصد) از روش مروری، ۲ مطالعه (۵/۲۶ درصد) از روش ترکیبی و در ۲ مطالعه (۵/۲۶ درصد) از روش کوهورت برای جمع آوری داده‌ها استفاده شده است. روش‌های جمع‌آوری داده‌ها شامل بررسی داده‌های آرشیوی (۲۱ مطالعه)، مصاحبه (۸ مطالعه)، پرسشنامه (۶ مطالعه) و پایگاه‌های اطلاعاتی (۵ مطالعه) بوده است. اکثر مقالات شناسایی عوامل موثر بر تقاضای القایی در نظام سلامت به ترتیب در کشور ایران (۱۷ مقاله)، ژاپن (۴ مقاله)، نروژ (۴ مقاله) و آمریکا (۳ مقاله) انجام شد (نمودار شماره ۳).



نمودار ۳: توزیع فراوانی مطالعات عوامل موثر بر تقاضای القایی در نظام سلامت بر حسب کشور

حدود ۹ درصد پژوهش در قاره آمریکا (کانادا، آمریکا)، ۴۹ درصد در آسیا (ایران، ژاپن)، ۳۷ درصد در قاره اروپا (فرانسه، نروژ، پرتغال، سوئد، ایرلند، سوئیس، قبرس، جمهوری چک، آلمان، یونان، مالت و ترکیه)، ۳ درصد در قاره اقیانوسیه (استرالیا) و ۲ درصد مطالعات در قاره آفریقا (آفریقای جنوبی) انجام شد (شکل شماره ۱).



شکل ۱ توزیع فراوانی مطالعات مورد بررسی بر حسب قاره‌ها

تعداد ۱۴۰ علل تقاضای القایی در نظام سلامت شناسایی شد. این علل در هشت دسته عوامل مرتبط با ویژگی‌های بخش سلامت، وزارت بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، بیمه سلامت، سازمان ارائه خدمات سلامت، شرکت‌های تجهیزاتی و دارویی، ارائه دهنده خدمت سلامت و دریافت کننده خدمات سلامت تقسیم بندی شد (جدول شماره ۳).

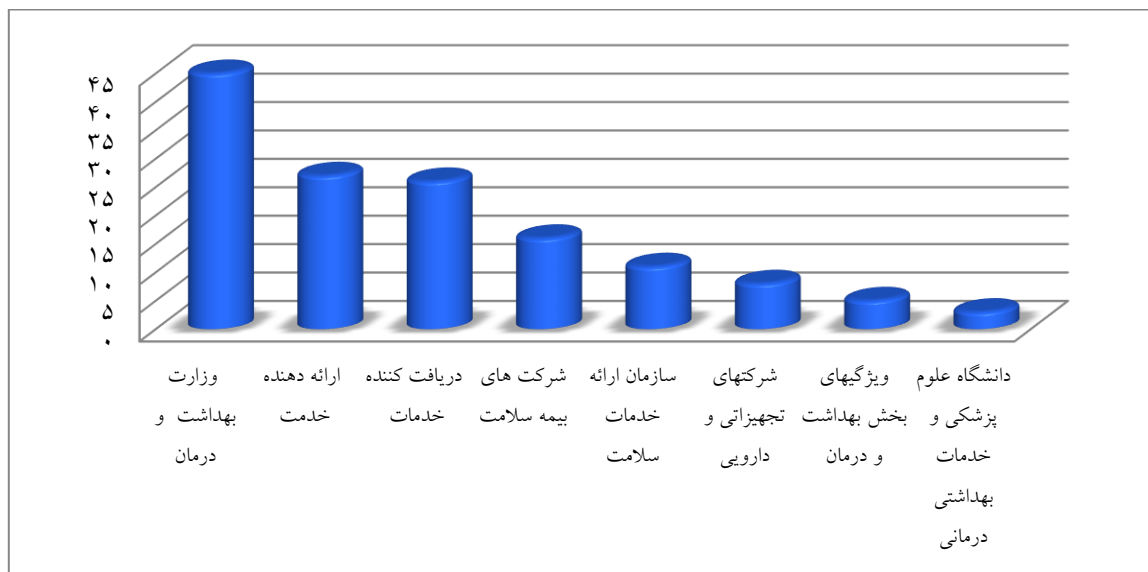
جدول ۳: علل تقاضای القایی در نظام سلامت

سطح نظام سلامت	علل تقاضای القایی
عوامل مرتبط با ویژگی‌های بخش سلامت (۵ مورد)	چندبعدی بودن پدیده سلامت (۲)؛ پیچیده بودن خدمت پزشکی (۳)؛ عدم قطعیت بالینی (۲)؛ ویژگی‌های خدمت سلامت (۱)؛ ماهیت نظام سلامت (۱)؛
عوامل مرتبط با وزارت بهداشت و درمان (۴۵ مورد)	فقدان نظام ارجاع مناسب (۵)؛ فقدان سیستم‌های اطلاعاتی مناسب (۵)؛ نظام پرداخت نامناسب (۶)؛ فقدان نظارت کافی (۹)؛ فقدان سیاست‌های ترویج استفاده منطقی از داروها (۱)؛ اجرای نادرست سیاست‌های نظام سلامت (۲)؛ قانون گذاری نادرست (۴)؛ تخصیص نادرست منابع (۱)؛ پزشک سالاری (۴)؛ مدیریت و برنامه ریزی ضعیف (۱)؛ فقدان سیستم مالیاتی (۳)؛ فقدان راهنماهای بالینی (۲)؛ ملزم نبودن به رعایت راهنماهای بالینی (۲)؛ فقدان ثبت سوابق بیماران در نظام سلامت (۱)؛ دخالت مسئولین بدون تخصص و دانش کافی (۱)؛ یکی بودن سرمایه گذار و تصمیم گیرنده در بخش سلامت (۱)، ضعف نظارتی بر عملکرد پزشکان (۱)؛ نسبت زیاد پزشک به جمعیت (۷)؛ دستورالعمل‌های ناکافی (۱)؛ روش‌های تامین مالی نامناسب (۱)؛ عدم وجود یک سیستم یکپارچه مراقبت‌های بهداشتی اولیه (۱)؛ عدم وجود ساختار مناسب برای ارائه راهنماهای بالینی (۲)؛ کاربردی نبودن راهنماهای بالینی (۱)؛ سیاستگذاری و مقررات نادرست (۵)؛ تخصیص نادرست منابع (۱)؛ سرانه تعداد تخت بیمارستانی (۲)؛ سالمندی (۱)؛ خصوصی شدن خدمات سلامت (۱)؛ نبود تمایل به کشف بروز تقاضای القایی (۱)؛ اصلاحات نظام سلامت (۱)؛ از بین رفتن تأثیر برنامه‌های پزشک خانواده (۱)؛ تعرفه‌های پایین پزشکی (۱)؛ عدم نظارت کافی بر ارائه دهندگان خدمات (۱)؛ نقص در آیین نامه‌ها و فشار برای اخذ مجوز (۱)؛ عدم ثبات در سیاستگذاری‌ها (۱)؛ مخدوش شدن عدالت در سلامت

سطح نظام سلامت	علل تقاضای القایی
	<p>(۱)؛ کاهش بهره وری (۱)؛ کاهش کیفیت خدمات (۱)؛ گسترش پیش از اندازه فناوری های جدید (۱)؛ الگوبرداری از سایر کشورها (۱)؛ فقدان یک الگوی واحد در سیستم (۱)؛ رایگان بودن خدمات سلامت (۱)؛ رونق گرفتن روش های درمانی جایگزین (۱)؛ عدم توجه به هزینه اثربخشی و کارایی (۱)؛ عرضه خدمات جدید (۱)</p>
عوامل مرتبط با دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی (۳ مورد)	<p>ضعف در سیستم آموزشی (۵)؛ عدم وجود مکانیسم های نظارت اخلاقی توسط دانشگاه (۱)</p>
عوامل مرتبط با سازمان ارائه خدمات سلامت (۱۱ مورد)	<p>افزایش مدت اقامت در بیمارستان (۱)؛ نرخ پذیرش بیمار (۱)؛ تراکم تخت های بیمارستانی (۱)؛ تراکم پزشک در بیمارستان (۷)؛ بار مراجعه بیماران (۳)؛ اجبار پزشک به ملاقات با تعداد زیادی بیمار در زمان محدود (۱)؛ انتظارات بالا از پزشک (۲)؛ افزایش مراجعه بیماران با بیمه های تکمیلی (۲)؛ هزینه بر بودن تاسیس موسسات تشخیصی (۱)؛ عدم توجه به حقوق بیمار (۲)؛ افزایش تعداد نیروهای متخصص و ماهر (۱)</p>
عوامل مرتبط با شرکت های بیمه سلامت (۱۶ مورد)	<p>ناکارآمد شدن بیمه ها (۲)؛ نبود نظارت دقیق در بیمه ها (۱)؛ دولتی بودن بیمه تکمیلی (۲)؛ رویکرد تجاری بیمه های تکمیلی (۱)؛ غیرتخصصی بودن بیمه های تکمیلی (۲)؛ افزایش بدهی بیمه ها (۴)؛ پایین نگه داشتن تعرفه ها در بیمه (۳)؛ نقص مقررات بیمه (۱)؛ فقدان نظارت کافی بر صحت دستورات پزشک در بیمه (۱)؛ نبود نظارت قوی بر نسخ در بیمه (۲)؛ رویکردهای سودجویی در بیمه تکمیلی (۱)؛ محدود شدن خدمات تحت پوشش (۲)؛ ورود بیمه های تکمیلی به پوشش خدمات (۱)؛ نظارت بیمه ها محدود به خدمات تحت تعهد به صورت کمی (۱)؛ انتظار غیرواقعی از بیمه ها برای تایید داروهای غیرضروری (۲)</p>
عوامل مرتبط با شرکت های تجهیزاتی و دارویی (۸ مورد)	<p>اجازه ورود جدیدترین تجهیزات به کشور بدون بررسی کافی خدمات پزشکی (۱)؛ سهام داشتن افراد صاحب نفوذ در شرکت های تجهیزاتی (۱)؛ بازاریابی و تبلیغات شرکت های دارویی (۱)؛ وضعیت مالی نامناسب برخی داروخانه ها (۱)؛ استفاده شرکت های تجهیزاتی از تبلیغات کاذب برای فروش بیشتر تجهیزات (۲)؛ استفاده از تبلیغات در جذب بیماران و پزشکان (۲)؛ عدم نیازسنجی واقعی برای تجهیزات و خدمات سلامت (۱)؛ کیفیت و استاندارد پایین تجهیزات و خدمات سلامت (۱)</p>
عوامل مرتبط با ارائه دهنده خدمت سلامت (۲۷ مورد)	<p>دانش ناکافی پزشک (۱)؛ رقابت های نادرست (۳)؛ نوع استخدام پزشک (۱)؛ رعایت نکردن اصول اخلاق پزشکی (۴)؛ عدم اختصاص زمان کافی برای ویزیت بیماران (۱)؛ نوع قراردادهای پزشکان (۴)؛ عدم تمایل پزشک به ارائه خدمات صحیح بیمار در بخش دولتی (۱)؛ پذیرش بیش از حد بیمار توسط پزشکان (۲)؛ انگیزه های مالی (۵)؛ میزان تجربه کاری (۱)؛ نقش پزشکان سرشناس و متخصص (۱)؛ تجویز بی مورد و زیاد از حد دارو (۱)؛ عدم توجه به حقوق بیمار (۲)؛ عدم تقارن اطلاعاتی (۲)؛ عدم امنیت شغلی در سال های ابتدایی (۲)؛ آموزش ناکافی (۱)؛ مشکلات اقتصادی (۱)؛ نوع مدرک تحصیلی (۱)؛ میزان درآمد (۱)؛ میزان بارکاری پزشک (۱)؛ تقاضای نامناسب پزشکان (۱)؛ کلاه برداری با روش های درمانی غیرمعمول (۱)؛ اقتدار پزشک بر بیماری بیماران (۱)؛ رویکرد تجاری به</p>

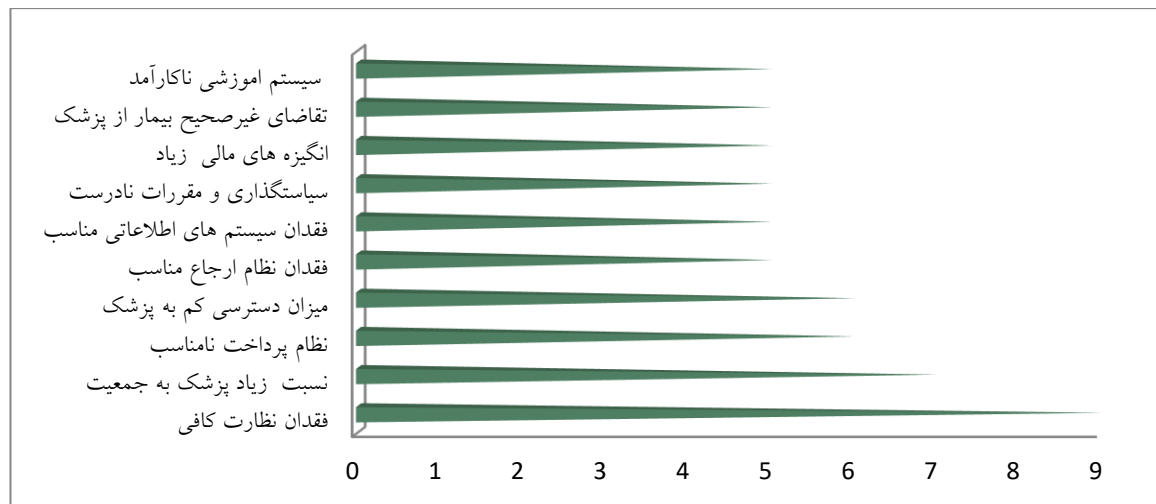
سطح نظام سلامت	علل تقاضای القایی
بیمار (۱)؛ فقدان وابستگی پزشک به قرارداد بیمه (۱)؛ فرانشیز پایین (۱)؛ آزادی پزشکان در ارائه خدمات مختلف (۱)	
عوامل مرتبط با دریافت کننده خدمات سلامت (۲۵ مورد)	<p>ناآگاهی بیمار (۳)؛ نگرانی‌های بیش از حد بیماران (۶)، سواد سلامت ناکافی بیمار (۳)؛ سن بیمار (۱)؛ جنسیت بیمار (۱)؛ مشکلات خانوادگی (۲)؛ اعتماد بیش از حد بیمار به پزشک (۲)؛ فرهنگ جامعه (۲)؛ باورهای نادرست مردم (۲)؛ عدم اعتماد بیماران به نظام سلامت (۱)؛ انتظارات بالای بیماران (۱)؛ تقاضای غیرصحیح بیمار از پزشک (۵)؛ تمایل بیماران برای استفاده بیشتر از خدمات رایگان (۲)؛ مراجعه به پزشک برای مسائل ساده (۱)؛ میزان تحصیلات (۱)؛ پوشش بیمه‌ای (۲)؛ درآمد بیمار (۱)؛ مراجعات مکرر غیرضروری (۳)؛ تمایل بیمار به استفاده بیشتر از خدمات رایگان (۲)؛ میزان دسترسی به پزشک (۶)؛ تنوع در سلیقه‌ها (۱)؛ تکامل نیازها (۲)؛ پزشکی شدن فضای جامعه (۲)؛ مختل شدن جایگاه پزشکی در اذهان عمومی (۱)؛ افزایش تقاضا (۱)</p>

بیشترین علل تقاضای القایی در نظام سلامت در مطالعات قبلی به ترتیب مربوط به عوامل مرتبط با وزارت بهداشت (۴۵ مورد)، عوامل مرتبط با ارائه دهنده خدمت (۲۷ مورد)، عوامل مرتبط با دریافت کننده خدمات (۲۶ مورد)، عوامل مرتبط با بیمه (۱۶ مورد)، عوامل مرتبط با بیمارستان (۱۱ مورد)، عوامل مرتبط با شرکت‌های تجهیزاتی و دارویی (۸ مورد)، عوامل مرتبط با ویژگی‌های بخش بهداشت و درمان (۵ مورد) و عوامل مربوط به دانشگاه (۳ مورد) بود (نمودار شماره ۴).



نمودار ۴: توزیع فراوانی علل تقاضای القایی در نظام سلامت

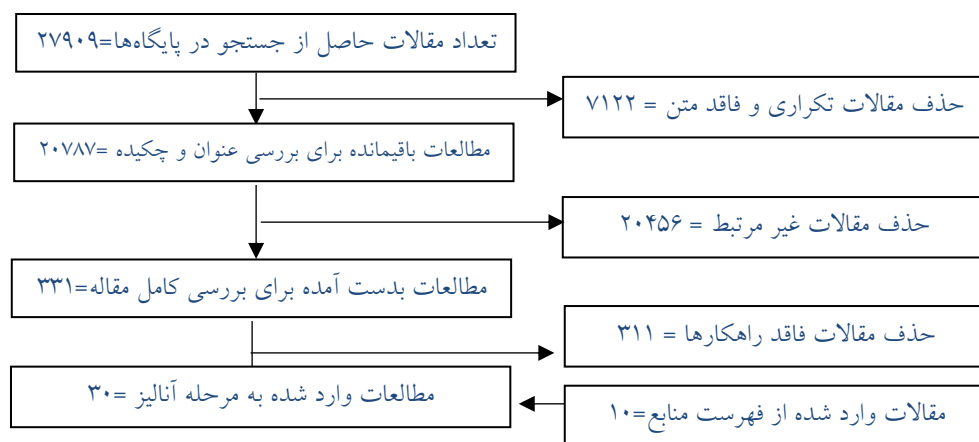
از نظر فراوانی پر تکرارترین علل ایجاد تقاضای القایی در نظام سلامت به ترتیب فقدان نظارت کافی (۹)؛ نسبت زیاد پزشک به جمعیت (۷)؛ نظام پرداخت نامناسب (۶)؛ میزان دسترسی کم به پزشک (۶)؛ فقدان نظام ارجاع مناسب (۵)؛ فقدان سیستم‌های اطلاعاتی مناسب (۵)؛ سیاستگذاری و مقررات نادرست (۵)؛ انگیزه‌های مالی زیاد (۵)؛ تقاضای غیرصحیح بیمار از پزشک (۵) و سیستم آموزشی ناکارآمد (۵) بود (نمودار ۵).



نمودار ۵- توزیع فراوانی مقالات مورد بررسی بر حسب بیشترین علل

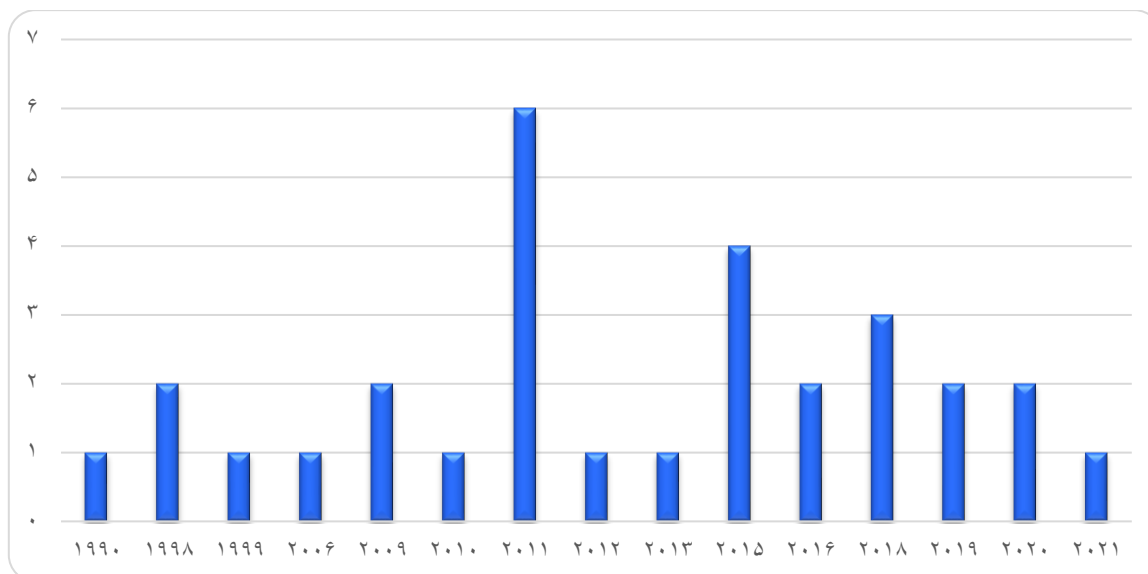
راهکارهای کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت:

جستجوی اولیه تعداد ۲۷۹۰۹ مقاله یافت شد. در مرحله اول با مطالعه عنوان و چکیده مقالات، تعداد ۷۱۲۲ مقاله به دلیل تکراری بودن و فقدان متن کامل حذف شد. در مرحله دوم، با مطالعه عنوان و چکیده مقالات، تعداد ۲۰۴۵۶ مقاله غیرمرتبط از مطالعه خارج شد. در مرحله سوم، پس از مطالعه دقیق مقالات باقیمانده تعداد ۳۱۱ مقاله به دلیل عدم بررسی راهکارهای کاهش تقاضای القایی حذف شدند. ۱۰ مقاله هم با استفاده از منابع مقالات بدست آمد. در نهایت، تعداد ۳۰ مقاله راهکارهای کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت شناسایی شد (نمودار ۶).



نمودار ۶: روند بررسی مقالات در پایگاهها

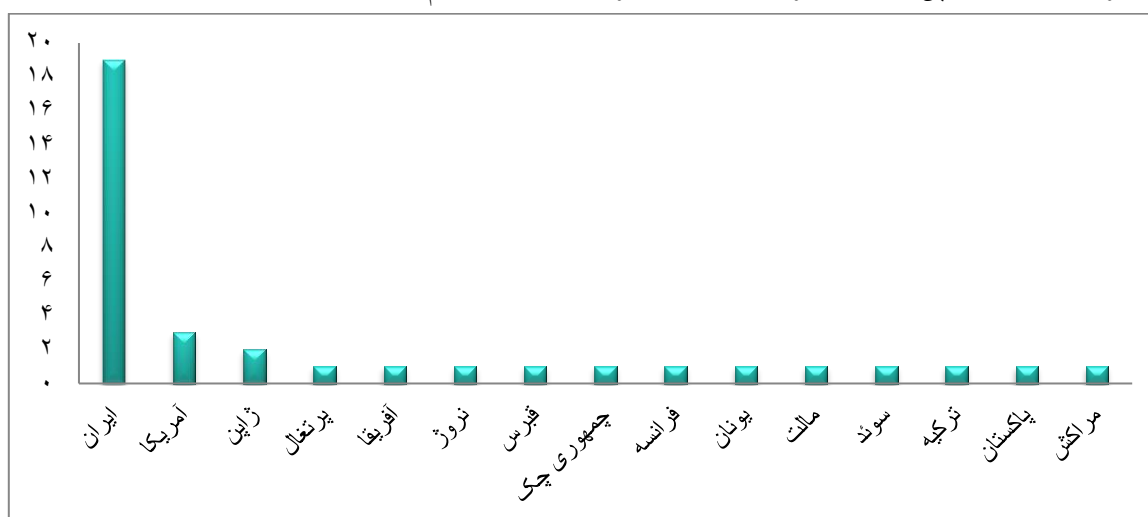
تعداد ۳۰ مطالعه در فاصله زمانی ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۱ میلادی به شناسایی راهکارهای کاهش تقاضای القایی پرداختند. بیشتر این مطالعات در سال ۲۰۱۱ صورت گرفته است (نمودار شماره ۷).



نمودار ۷: توزیع فراوانی مطالعات راهکارهای کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت بر حسب سال

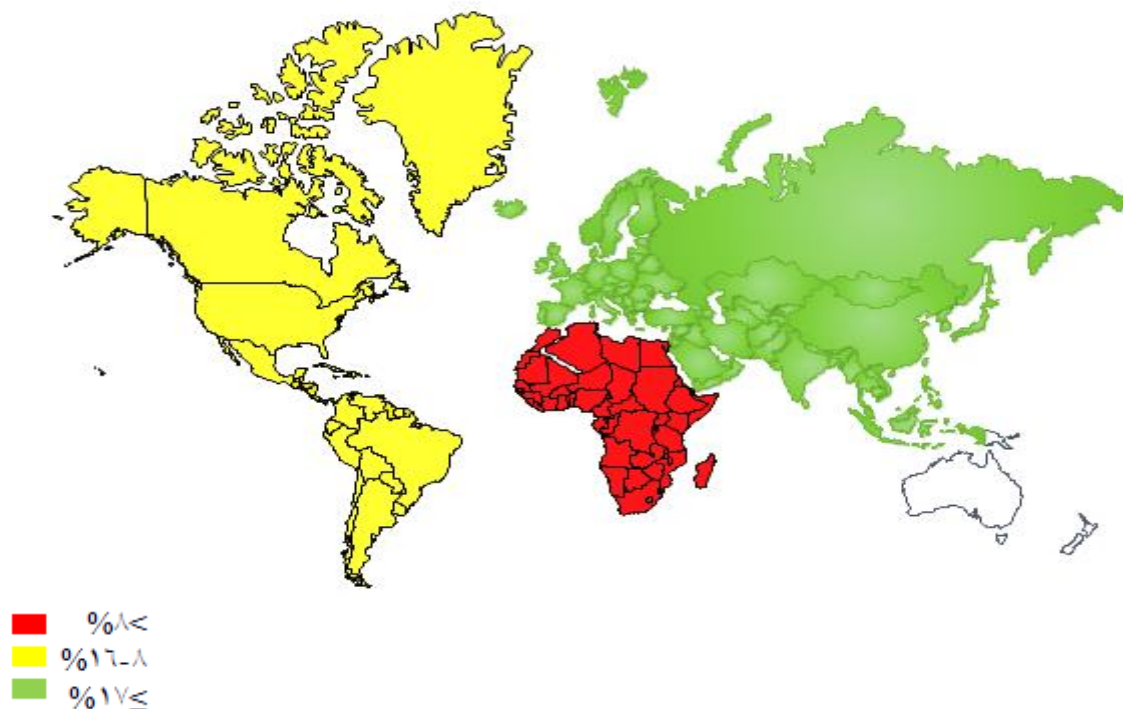
در ۱۳ مطالعه (۴۳/۳۵ درصد) از روش کمی، در ۹ مطالعه (۳۰ درصد) از روش کیفی، تعداد ۴ (۱۳/۳۳ درصد) از روش مروری، ۲ مطالعه (۶/۶۶ درصد) از روش ترکیبی و در ۲ مطالعه (۶/۶۶ درصد) از روش کوهورت برای جمع آوری داده‌ها استفاده شده است. روش‌های جمع‌آوری داده‌ها شامل بررسی داده‌های آرشیوی (۱۲)، مصاحبه (۱۰ مطالعه)، پایگاه‌های اطلاعاتی (۵ مطالعه) و پرسشنامه (۵ مطالعه) بوده است. مقالات مورد بررسی راهکارها در مجلات متعددی نظیر *Medicine (Baltimore)*، *پایورد سلامت*، *بیمه سلامت ایران* و... چاپ شده است.

بیشتر مطالعات راهکارهای کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت به ترتیب در کشورهای ایران (۱۹ مطالعه)، آمریکا (۳ مطالعه) و ژاپن (۲ مطالعه) انجام شده بود. در مقابل، اکثر مقالات شناسایی عوامل موثر بر تقاضای القایی در نظام سلامت به ترتیب در کشور ایران (۱۷ مقاله)، ژاپن (۴ مقاله)، نروژ (۴ مقاله) و آمریکا (۳ مقاله) انجام شد (نمودار شماره ۸).



نمودار ۸: توزیع فراوانی مطالعات راهکارهای کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت بر حسب کشور

حدود ۹ درصد پژوهش در قاره آمریکا (آمریکا)، ۶۳ درصد در آسیا (ایران، ژاپن و پاکستان)، ۲۶ درصد در قاره اروپا (پرتغال، نروژ، قبرس، جمهوری چک، فرانسه، یونان، مالت، سوئد و ترکیه) و ۳ درصد مطالعات در قاره آفریقا (آفریقای جنوبی و مراکش) انجام شد (شکل شماره ۲).



شکل ۲: توزیع فراوانی مطالعات مورد بررسی بر حسب قاره‌ها

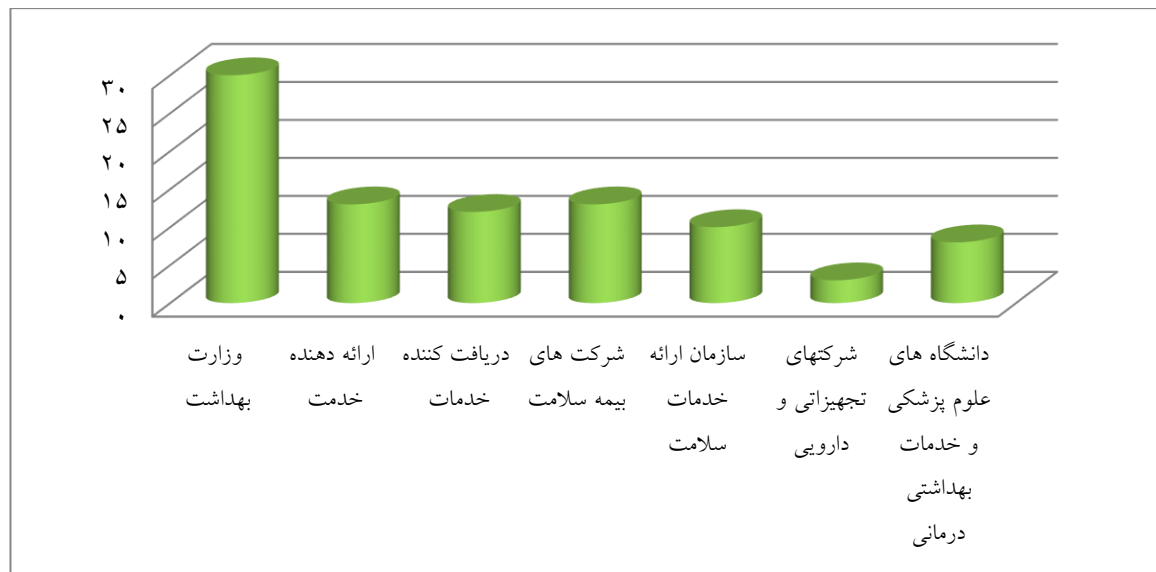
تعداد ۸۹ راهکار برای کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت شناسایی شد. این راهکارها در هفت دسته عوامل مرتبط با وزارت بهداشت، عوامل مربوط به دانشگاه، عوامل مرتبط با بیمه، عوامل مرتبط با بیمارستان، عوامل مرتبط با شرکت‌های تجهیزاتی و دارویی، عوامل مرتبط با ارائه دهنده خدمت و عوامل مرتبط با دریافت کننده خدمات تقسیم بندی شد (جدول شماره ۴).

جدول ۴: راهکارهای کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت

سطح نظام سلامت	راهکارهای کاهش تقاضای القایی
راهکارهای مرتبط با وزارت بهداشت و درمان (۳۰ مورد)	اجرای سیستم ارجاع (۴)؛ ایجاد سیستم اطلاعات هوشمند (۱)؛ اصلاح نظام پرداخت (۱۰)؛ افزایش نظارت و کنترل (۴)؛ تقویت برنامه‌های نظارتی دولت (۱)؛ استفاده از ابزارهای نظارتی مناسب (۱)؛ تعیین قوانین و مقررات (۳)؛ تدوین راهنماهای بالینی (۴)؛ تامین و توزین عادلانه نیروی انسانی (۱)؛ توجه به پیشگیری (۱)؛ اصلاح ارتباط مستقیم مالی بین پزشک و بیمار (۱)؛ سیاستگذاری صحیح (۳)؛ عدم رایگان بودن کامل خدمات (۱)؛ اصلاح تعرفه‌ها (۲)؛ اصلاح زیرساخت‌ها (۱)؛ کاهش میزان دخالت مراکز قدرت در حوزه سلامت (۱)؛ بکارگیری اهرم کنترلی مالیات (۱)؛ بهبود بینش مدیران در حمایت از کنترل تقاضای القایی (۱)؛ توجه به چگونگی تخصیص هزینه‌ها (۱)؛ کاهش عدم تقارن اطلاعات بین بیمار و پزشک (۱)؛ اصلاح قوانین جرائم و مجازات پزشکی (۱)؛ همکاری بین بخشی (۱)؛ طراحی استراتژی‌های مناسب (۱)؛ تاکید بر ارائه خدمات پیشگیری (۱)؛ برنامه‌ریزی دقیق و موثر (۲)؛ توزیع متناسب متخصصان (۱)؛ ایجاد محدودیت تبلیغات و بازاریابی (۱)؛ استفاده از محرک‌های تشویقی برای فعالیت سالم پزشکان (۱)؛ ایجاد پرونده الکترونیک (۱)؛ اجرای برنامه پزشک خانواده (۲)؛ جدا کردن سرمایه گذار و تصمیم گیرنده در بخش سلامت (۱)؛

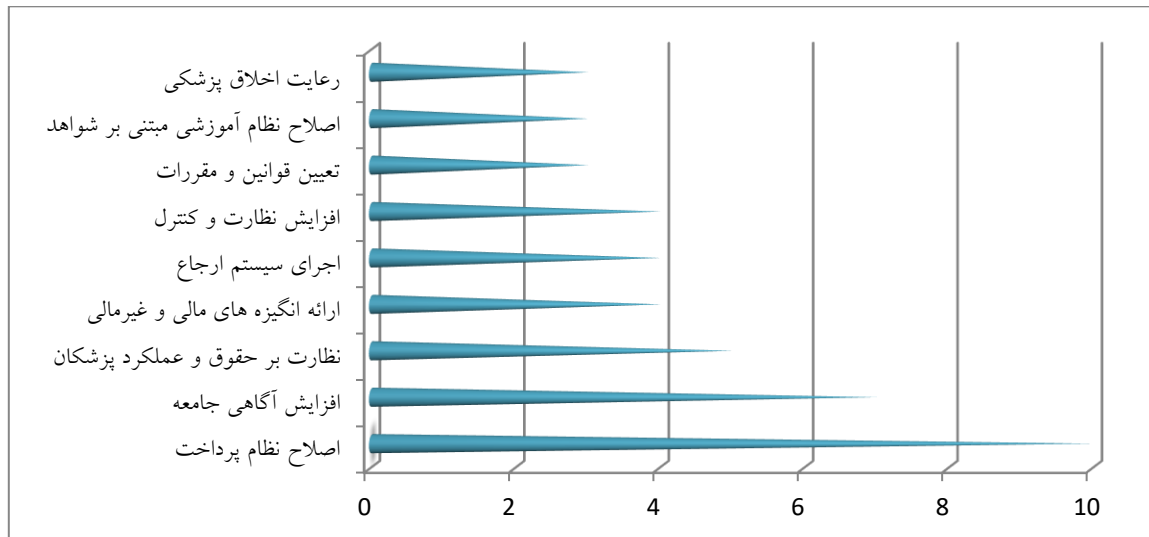
<p>اصلاح نظام آموزشی مبتنی بر شواهد (۳)؛ تغییر در برنامه درسی دانشجویان پزشکی (۱)؛ اضافه شدن درس اخلاق پزشکی برای دانشجویان پزشکی (۱)؛ گنجاندن مطالب و سرفصل‌های مناسب در کتب درسی (۱)؛ حسابرسی دقیق (۱)؛ تربیت و استخدام متناسب نیروهای پزشکی (۱)؛ ارتقای آموزش پزشکی (۱)؛ محدودیت در صدور مجوز ارائه خدمات (۱)؛</p>	<p>راهکارهای مرتبط با دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی (۸ مورد)</p>
<p>تشکیل کمیته سلامت (۱)، تخصیص بهینه درآمد (۱)؛ نظارت و کنترل بیشتر بر قرارداد پزشکان (۱)؛ دسترسی به پرونده‌های الکترونیک (۱)؛ برگزاری دوره‌های آموزشی کافی (۳)؛ تأسیس کلینیک‌ها (۱)؛ کاهش صف انتظار (۱)؛ نهادینه نمودن حقوق بیمار (۱)؛ تأمین خدمات سطح دوم در نزدیکی مراکز (۱)؛ نظارت حین درمان (۱)؛</p>	<p>راهکارهای مرتبط با سازمان ارائه خدمات سلامت (۱۰ مورد)</p>
<p>نیاز به ایجاد بیمه پایه (۱)؛ ایجاد اقدامات قانونی (۱)؛ ایجاد بانک اطلاعاتی مشترک بین بیمه‌های مختلف (۱)؛ تقویت بنیه علمی سازمان‌های بیمه‌گر (۱)؛ تقویت نقش سازمان بیمه‌گر به عنوان وکیل بیماران (۱)؛ مسئول بودن بیمه‌ها در تخصیص صحیح منابع (۱)؛ بیمه‌ها مسئول کنترل اثربخشی بالینی (۱)؛ اتخاذ رویکردهای مبتنی بر شواهد برای خرید خدمات توسط بیمه‌گر (۱)؛ دریافت حق بیمه از افراد با ریسک بالا (۱)؛ استخدام کارشناسان با صلاحیت در سازمان بیمه (۱)؛ اعمال محدودیت‌های بیمه‌ای (۱)؛ جریمه مالی گیرنده خدمات (۱)؛ سقف پرداخت برای بیمه تکمیلی (۱)؛</p>	<p>راهکارهای مرتبط با شرکت‌های بیمه سلامت (۱۳ مورد)</p>
<p>استانداردسازی واردات تجهیزات پزشکی (۱)؛ نیازسنجی تجهیزات پزشکی (۱)؛ ارزیابی فناوری‌های جدید درمان (۱)؛</p>	<p>راهکارهای مرتبط با شرکت‌های تجهیزاتی و دارویی (۳ مورد)</p>
<p>نظارت بر حقوق و عملکرد پزشکان (۵)؛ ارائه خدمات مبتنی بر شواهد (۱)؛ رعایت اخلاق پزشکی (۳)؛ توجه به شان و نیاز بیماران (۲)؛ لزوم پاسخگویی پزشک به سیستم (۱)؛ به روزرسانی علم پزشکی (۱)؛ اطلاع رسانی و توجه پزشکان به هزینه‌های درمانی (۱)؛ گذاشتن سقف تعداد خدمات برای پزشکان (۲)؛ بررسی صحیح روند تشخیص بیماری‌ها (۲)؛ تخصیص زمان کافی برای انجام معاینه (۱)؛ تعیین نیازهای واقعی بیماران برای مراجعه به سایر پزشکان (۱)؛ تغییر فرهنگ غلط در خصوص نوع درمان (۱)؛ ارائه انگیزه‌های مالی و غیرمالی (۴)؛</p>	<p>راهکارهای مرتبط با ارائه دهنده خدمات سلامت (۱۳ مورد)</p>
<p>افزایش آگاهی جامعه (۷)؛ مدیریت صحیح خواسته بیمار (۱)؛ تعیین نیاز واقعی بیماران برای ارجاع (۱)؛ افزایش اطلاع رسانی در جامعه (۱)؛ تغییر دانش و نگرش مردم با استفاده از رسانه‌های عمومی، شبکه‌های اجتماعی (۱)؛ نهادینه کردن فرهنگ خودمراقبتی (۱)؛ فرهنگ سازی (۱)؛ مدیریت تقاضا از طریق ارائه مشاوره (۱)؛ تغییر نگرش در استفاده از بیمه (۱)؛ تشویق به عدم استفاده از بیمه (۱)؛ افزایش مشارکت بیمار در تصمیم‌گیری‌های پزشک (۱)؛ کاهش وسواس در مراجعه به پزشک (۱)؛</p>	<p>راهکارهای مرتبط با دریافت‌کننده خدمات سلامت (۱۲ مورد)</p>

بیشترین راهکارهای کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت در مطالعات قبلی به ترتیب مربوط به عوامل مرتبط با وزارت بهداشت (۳۰ مورد)، عوامل مرتبط با ارائه دهنده خدمت (۱۳ مورد)، عوامل مرتبط با بیمه (۱۳ مورد)، عوامل مرتبط با دریافت‌کننده خدمات (۱۲ مورد)، عوامل مرتبط با بیمارستان (۱۰ مورد)، عوامل مربوط به دانشگاه (۸ مورد) و عوامل مرتبط با شرکت‌های تجهیزاتی و دارویی (۳ مورد) بود (نمودار شماره ۹).



نمودار ۹ توزیع فراوانی راهکارهای کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت

از نظر فراوانی بیشترین راهکارهای کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت به ترتیب اصلاح نظام پرداخت (۱۰)؛ افزایش آگاهی جامعه (۷)؛ نظارت بر حقوق و عملکرد پزشکان (۵)؛ ارائه انگیزه های مالی و غیرمالی (۴)؛ اجرای سیستم ارجاع (۴)؛ افزایش نظارت و کنترل (۴)؛ تعیین قوانین و مقررات (۳)؛ اصلاح نظام آموزشی مبتنی بر شواهد (۳) و رعایت اخلاق پزشکی (۳) بود (نمودار ۱۱).



نمودار ۱۰ توزیع فراوانی مقالات مورد بررسی بر حسب بیشترین راهکار

بحث

تعداد پژوهش های علل ایجاد کننده تقاضای القایی در نظام سلامت از سال ۲۰۱۱ میلادی با رشد همراه بوده است. در این مطالعه با بررسی تعداد ۳۸ مستند بدست آمده از جستجوی ۹ پایگاه و یک موتور جستجوگر در بازه زمانی ۴۷ سال گذشته تعداد ۱۴۰ علل تقاضای القایی در نظام سلامت شناسایی شد که در هشت دسته عوامل مرتبط با ویژگی های بخش بهداشت و درمان، عوامل مرتبط با وزارت بهداشت، عوامل مربوط به دانشگاه، عوامل مرتبط با بیمه، عوامل مرتبط با بیمارستان، عوامل

مرتبط با شرکت‌های تجهیزاتی و دارویی، عوامل مرتبط با ارائه دهنده خدمت و عوامل مرتبط با دریافت کننده خدمات تقسیم بندی شدند.

برخی از ویژگی‌های بخش بهداشت و درمان نظیر چندبعدی بودن سلامت، پیچیده بودن پزشکی، ماهیت نظام سلامت، ویژگی‌های خدمات سلامت، عدم قطعیت در بالین منجر به علل تقاضایی القایی در نظام سلامت می‌شود (۷، ۲۶، ۲۷). پزشکی از پیچیدگی و از عدم اطمینان بالایی برخوردار بوده است. مطالعات مختلف نشان دادند هر چه یک خدمت پیچیده‌تر و نامطمئن‌تر باشد ریسک ایجاد تقاضای القایی بالاتر خواهد بود (۷، ۲۶). تصمیم‌گیری در پزشکی اغلب پیچیده و نامشخص است حتی اگر تمامی استانداردهای پزشکی رعایت شود هنوز نقاط تاریکی باقی خواهد ماند (۲۸). مطالعه‌ای در ژاپن با بررسی عرضه و تقاضای ناشی از بیماری‌های مزمن نشان داد که تقاضای ناشی از فشارخون و دیابت افزایش یافته است (۲۹).

وزارت بهداشت و درمان می‌تواند نقش مهمی در ایجاد تقاضای القایی داشته باشد. به عنوان مثال مطالعه‌ای نشان داد که حمایت مالی دولتی منجر به ایجاد تقاضای القایی شده است (۳۰). از طرفی دیگر، فقدان نظارت صحیح و دقیق در سیستم نظام سلامت موجب می‌شود که به راحتی تقاضای القایی اتفاق بیفتد (۲۶). وزارت بهداشت و درمان برای نظارت دقیق از راهنماهای بالینی مشترکی استفاده نمی‌کند. راهنماهای بالینی در نظام سلامت کشور چندان رواج ندارد.

دانشگاه و سیستم آموزشی نقش انکارناپذیری در ایجاد تقاضای القایی در نظام سلامت دارد (۷، ۱۴، ۳۱). یکی از عوامل انجام خدمات پزشکی غیرضروری را می‌توان به دلیل مدل‌های آموزشی ضعیف و نارسا دانست که موجب مهارت و توانمندسازی ناکافی در تشخیص بیماری و مشکلات بیماران توسط فارغ التحصیلان می‌شود (۳۱).

فقدان مکانیسم‌های قوی نظارت بر اخلاق پزشکی در بیمارستان‌های دانشگاهی یکی دیگر از عواملی است که می‌تواند به ایجاد تقای القایی کمک کند. دانشگاه‌ها معمولاً به طور موثری بر ارائه دهندگان خدمات سلامت و صحت تجویز آن‌ها نظارت نمی‌کنند. علاوه بر این، ماهیت آموزشی بیمارستان‌های دانشگاهی یکی از عوامل اصلی ایجاد تقاضای القایی باشد. به عنوان مثال، برهان زاده و همکاران نشان دادند که یکی از دلایل ارائه خدمات غیرضروری توسط ارائه دهندگان دانش و مهارت‌های ناکافی فارغ التحصیلان برای تشخیص و درمان صحیح بیماران بود (۳۱).

سازمان‌های بیمه می‌تواند در ایجاد تقاضای القایی نقش مهمی داشته باشند. تقاضای القای می‌تواند موجب رشد غیرقابل کنترل هزینه‌ها و تحمیل این هزینه‌های غیرضروری بر سازمان‌های بیمه‌گر شود. این امر می‌تواند زمینه را برای افزایش بدهی این سازمان‌ها فراهم سازد. در نتیجه بدهی بیمه‌ها به بیمارستان‌ها و سایر بخش‌ها افزایش پیدا خواهد کرد. حتی ممکن است این بدهی موجب لغو قراردادهای این سازمان‌ها گردد (۳۲). مطالعه‌ای نشان داد که تقاضای القایی به میزان زیادی بر بازارهای بیمه‌ی سلامت تاثیرگذار است (۲۷).

شرکت‌های دارویی و تجهیزاتی می‌توانند در ایجاد تقاضای القایی موثر باشند. مطالعه‌ای نشان داد که پیشرفت‌های فنی در درمان‌های سلامتی و تغییر در انتظارات بیماران ممکن در افزایش بهره‌مندی از خدمات سلامت تاثیرگذار باشد (۷).

ارائه دهندگان خدمات سلامت می‌توانند نقش مهمی در ایجاد تقاضای القایی در نظام سلامت داشته باشند. لی و همکاران در سال ۲۰۱۳ و شیجی یوکا و فوشیمی در سال ۲۰۱۴ به نقش پزشکان و تاثیر میزان و نحوه پرداخت به ارائه دهندگان خدمت به عنوان عوامل موثر بر تقاضای القایی پرداخته و آن را مرتبط دانسته‌اند (۳۳). مطالعه‌ای نشان داد که تغییران در حق الزحمه منجر به القای تقاضای از سوی پزشکان عمومی می‌شود (۳۴، ۳۵). مطالعه‌ای دیگر در سال ۲۰۱۳ در ژاپن نشان داد که پزشکان در پاسخ به کاهش یک درصدی حق الزحمه پزشکی حدود ۷/۵ درصد تقاضای القایی را افزایش دادند (۳۶). مطالعه‌ای دیگر با مقایسه تقاضای پزشکان رسمی و غیررسمی نشان داد که افزایش تقاضای برای خدمات دارویی از سوی پزشکان عمومی و پزشکان غیررسمی بیشتر بود (۱۱). پزشکان قراردادی می‌توانند تقاضا را به چهار روش ایجاد کنند: ۱- با افزایش تعداد ویزیت‌ها

۲- با افزایش میانگین تعداد آزمایشات در هر جلسه مشاوره ۳- با افزایش تعداد مشاوره‌هایی که بیش از ۲۰ دقیقه طول می‌کشد و ۴- افزایش میانگین تعداد روش‌های درمانی خاص در هر مشاوره (۳۷).

اگر پزشکان با کمبود بیمار مواجه شوند برای جبران کاهش درآمد خود مشاوره برای هر بیمار را افزایش خواهند داد (۸). با وجود این مطالعه‌ای نشان داد پزشکان حقوق بگیر انگیزه‌ای برای ایجاد تقاضا ندارند (۳۸). اگر چه تعداد کمی از مطالعات وجود تقاضای بالقایی را به شدت رد می‌کنند اما برخی از کارشناسان معتقدند که شناسایی و تعیین میزان بروز تقاضا به دلیل پیچیدگی درمان، تصمیمات بالینی، عدم قطعیت و انتظارات و نیازهای مدرن سلامت ناشی از مسائل مربوط به اقتصاد سلامت است (۳۹). در نظام سلامت عدم قطعیت یک مفهوم جدایی ناپذیر است. اغلب پزشکان به ویژه پزشکان کم تجربه خدمات و داروهای غیرضروری را برای جلوگیری از خطرات و شکایات تجویز می‌نمایند. برای پزشکان با تجربه تر نیز وجود عادات قدیمی در تجویز داروها یک عامل مهم است. برای هر دو گروه نادیده گرفتن دستورالعمل‌ها و نداشتن دانش کافی موجب افزایش نسخه‌های غیرمنطقی و غیرضروری می‌شود. مطالعاتی نشان دادند که عدم تمایل پزشکان به پذیرش خطر عاملی برای ایجاد تقاضای بالقایی می‌باشد (۴۰).

روش‌های مختلف پرداخت بر رفتار حرفه‌ای ارائه دهندگان سلامت تاثیر می‌گذارد (۴۱، ۴۲). معتقد است پزشکان و سایر ارائه دهندگان مزایای خود را زمانی که ارزش‌های بالینی تعریف نشده باشد به حداکثر می‌رسانند. بکارگیری روش پرداخت کارانه تمایل به استفاده بیشتر از خدمات را افزایش می‌دهد و ارائه دهندگان با تکرار تست‌های تشخیصی و تجویز تست‌های گران تر منافع مالی خود را افزایش می‌دهند (۴۳، ۴۴).

پزشکان این فرصت را دارند که تقاضا را القا نمایند زیرا مانند سایر بازارها نظیر تعمیرات خودرو یا تعمیرات و نگهداری لوازم خانگی عدم تقارن اطلاعاتی قابل توجهی در بازار پزشکی وجود دارد. پزشکان به طور کلی نسبت به بیماران خود در زمینه تشخیص‌ها و درمان‌های لازم مطلعتر هستند. از این گذشته این همان دلیلی است که بیماران به پزشکان مراجعه می‌کنند (۴۵). تراکم پزشک احتمالا متداول ترین متغیری است که در مطالعات تجربی تقاضای ناشی از پزشک برای خدمات بهداشت و درمان مورد استفاده قرار می‌گیرد (۴۶). با توجه به تعداد و سطح سلامت بیماران در یک منطقه خاص، تراکم بالای پزشکان به معنی تغییر منحنی عرضه کل است. تقاضا برای خدمات پزشکی به ازای هر پزشک کاهش می‌یابد. هنگامی که هزینه خدمات درمانی مشخص می‌شود همانطور که در کشور آلمان این چنین است، پزشکان نمی‌توانند با کاهش هزینه‌های خود به تقاضای کمتر پاسخ دهند. در عوض، آن‌ها باید تلاش کنند تا تقاضای خدمات خود را از نظر کمی و کیفی افزایش دهند (۴۵). تراکم بیشتر پزشک مستلزم هزینه کمتر بیماران برای ویزیت پزشک است. مطالعه‌ای نشان داد که افزایش ده درصدی نسبت جراح به جمعیت منجر به افزایش سه درصدی تعداد اعمال جراحی شده است. کشش ۰/۱ را بین تراکم پزشک و تعداد دفعات پیگیری و مراجعه به مطب پزشک بیان کردند. تعرفه‌های پایین پزشکی نیز در ایجاد تقاضای بالقایی موثر هستند. وقتی تعرفه پایین باشد پزشک احساس می‌کند برای جبران باید از خدمات غیرضروری برای بیمار استفاده کند (۴۷).

تقاضای بالقایی تحت تاثیر اهداف بیماران (سلامت خوب، نشاط، طول عمر، اطلاعات، خودمختاری، سودمندی فرایند، منبع منظم مراقبت، اطمینان خاطر، دسترسی به مزایای امنیت اجتماعی یا پرداخت های بیمه؛ تسکین درد و ناراحتی) تاریخچه پزشکی (شرایط پزشکی گذشته، تجارب گذشته در ارتباط با متخصص پزشکی) و تاثیرات محیطی (موقعیت مالی، تعهدات خانوادگی، تعهدات کاری، پیش زمینه فرهنگی و نگرش جامعه) است (۷). بیماران آگاهی کمی دارند و نمی‌دانند که چه میزان مراقبت بهداشتی و درمانی باید خریداری کنند. بنابراین، پزشکان می‌توانند میزان زیادی از مراقبت‌ها را به بیماران ارائه دهند (۳).

در نظام‌های سلامت به ویژه در کشورهای در حال توسعه اغلب بیماران دارای این دیدگاه هستند که هر چه پزشک داروی بیشتری تجویز کند عملکرد بهتری دارد. اگر عملکرد پزشک مطابق انتظارات بیماران نباشد حتی در مواردی که بیمار نیاز به

نسخه و دارو نداشته باشد بیماران بر تجویز داروهای زیاد اصرار می‌ورزند. در برخی از موارد پزشکان نیز داروهای غیرضروری را برای کسب رضایت بیماران و اطمینان از مراجعه مجدد آن‌ها برای مشاوره‌های بعدی تجویز می‌نمایند (۴۸). مطالعات نشان دادند که اصرار بر تجویز داروها به ویژه از سوی بیماران یکی از دلایل افزایش مصرف آنتی بیوتیک‌ها بوده است (۴۹، ۵۰). عدم آگاهی بیماران زمینه درخواست زیاد دارویی را فراهم می‌کند (۵۱). در اغلب موارد مصرف کنندگان با اطلاعات کمتر نمی‌توانند خدماتی که توسط ارائه کننده پیشنهاد می‌شود را رد کنند (۵۲). بیماران تجارب پزشکی محدودی دارند و قضاوت‌های آن‌ها ممکن است خطا باشد. در نتیجه ممکن است انتخاب‌های آن‌ها منجر به حداکثر شدن سلامتی‌شان نشود (۵۳). تقاضای القایی می‌تواند تحت تاثیر عوامل محیطی نظیر پیش زمینه فرهنگی و نگرش جامعه نیز قرار بگیرد (۷).

یکی از دلایل افزایش تقاضای القایی در نظام سلامت رایگان بودن خدمات و عدم پرداخت فرانشیر توسط بیماران است. این امر موجب مراجعات غیرضروری بیماران برای دریافت خدمات می‌شود. مطالعه‌ای نشان داد که رایگان بودن خدمات ارائه ده در برخی از افراد این نگرش را ایجاد می‌کند که حداکثر استفاده را ببرند و خواسته یا ناخواسته تقاضاهایی را به بیمار القا نمایند (۵۴).

وزارت بهداشت و درمان نقش مهمی در کاهش تقاضای القایی در سلامت دارد. یکی از استراتژی‌های مهم در این زمینه توسعه، اجرا و ارزیابی سیاست‌ها برای جلوگیری از تقاضای القایی برای تجویز دارو است. افزایش قیمت خدمات درمانی ممکن است راه مناسبی برای جلوگیری از تقاضای القایی برای تجویز دارو نباشد. مطالعه **Dusansky** نشان داد که افزایش قیمت خدمات درمانی باعث کاهش تقاضا برای مراقبت‌های بهداشتی و افزایش تقاضا برای بیمه می‌شود که به دنبال آن تقاضا برای مراقبت‌های بهداشتی افزایش می‌یابد (۵۵). مطالعه‌ای در هند نشان داد که حمایت مالی دولت منجر به ایجاد تقاضای القایی در سلامت شده است (۳۰).

اصلاح نظام نظارت و کنترل در نظام سلامت راهبردی دیگری است. کنترل نسخه‌های دارویی راهی موثر برای تجویز منطقی و کاهش تقاضای ناشی از پزشک است. نتایج مطالعات مختلف این یافته را تایید می‌کنند (۵۶، ۵۷). تدوین راهنماهای بالینی در کاهش خدمات غیرضروری موثر می‌باشد (۲۱، ۵۸). هنگامی که استاندارد مراقبت مبهم باشد یا در حقیقت به درستی ارزش‌های بالینی تعریف نشده باشند پزشکان انگیزه پیدا می‌کنند که بیماران خود را به سوی خدمات گران قیمت تر هدایت نمایند. **Bickerdyke** و همکاران مطالعه‌ای با هدف تقاضای القایی از سوی ارائه کننده خدمات سلامت در ۲۰۰۲ انجام دادند. نتایج نشان داد که هر چه خدمتی پیچیده‌تر و نامطمئن‌تر باشد، امکان بالقوه تقاضای القایی بیشتر است (۷). ضعف قوانین، اجرای نادرست سیاست‌های نظام سلامت و توان علمی نیز منجر به بروز تقاضای القایی می‌شود. در حقیقت، یکی از موانع مهم فقدان پروتکل‌های درمانی مشترک بین پزشکان است که باعث پیچیدگی نظارت شده است. راهنماهای بالینی در سیستم سلامت کشور استفاده چندانی نمی‌شود. در حقیقت، قوانین لازم و ساختار مناسبی برای ارایه راهنماهای بالینی در سیستم سلامت وجود ندارد. به همین دلیل پزشکان نیز ملزم به رعایت راهنماهای بالینی نمی‌شوند (۷).

اصلاح سیستم آموزشی و تحقیقاتی یکی از استراتژی‌های کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت بیان شده است. این امر می‌تواند برای آموزش داروسازان و پزشکان در کشور در زمینه تجویز منطقی داروها موثر باشد (۵۹). در عربستان سعودی یکی از موثرترین راهکارها برای بهبود تجویز داروها آموزش پزشکان بوده است که شامل آموزش در زمینه کیفیت تجویز داروها، تداخلات دارویی، دستورالعمل‌های بالینی برای بیماری‌های مزمن و عفونت‌های حاد تنفسی بوده است (۶۰).

شرکت‌های بیمه‌ای نقش مهمی در جلوگیری از تقاضای القایی دارند. مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۱ نشان داد که تقاضای القایی به میزان زیادی بر بازارهای بیمه سلامت تاثیر می‌گذارد (۲۷). مطالعه‌ای دیگر نیز نشان داد که تقاضای القایی، عرضه و تقاضا را در بازار سلامت به هم می‌زند (۶۱).

شرکت های تجهیزاتی معمولاً با بیمار ارتباط مستقیم ندارند اما برای فروش بیشتر خود از تبلیغات کاذب استفاده خواهند کرد. آنها با کمک تبلیغات سعی میکنند که بیماران و پزشکان را جذب نمایند. استراتژی های مختلفی نظیر استانداردسازی واردات تجهیزات پزشکی (۵۸)، نیازسنجی تجهیزات پزشکی و ارزیابی فناوری های جدید درمان (۱۶) به منظور کنترل تقاضای القایی از سوی شرکت های تجهیزاتی بیان شده است.

رفتار پزشکان نقش مهمی در ارائه خدمات پزشکی دارد که این امر برای اقتصاد سلامت از اهمیت ویژه ای برخوردار است. عرضه کنندگان مراقبت سلامت توانایی نفوذ در تقاضا برای محصولات خود را دارند (۲۱، ۶۲). مطالعه ای که در چین انجام شد، گزارش داد که درصد بالایی از سزارین ها به دلیل تصمیم گیری زنان باردار است. با این حال، تأثیر پزشکان بر افزایش تقاضا برای سزارین را نمی توان رد کرد (۶۳). Wilensky و همکاران نشان دادند که تعداد بیمارانی که برای بار دوم به پزشک مراجعه می کنند تا تعداد نسخه پزشک تحت تأثیر تقاضای باشد (۱۰). Amporfu نشان داد که تقاضای القایی خدمات سرپایی ممکن است به شکل افزایش تعداد ویزیت ها، آزمایشات تشخیصی و ترکیبات دارویی باشد (۳۸). Delattre و همکاران نیز بیان کردند که پزشکان با افزایش مراقبت های ارائه شده تعداد مشاوره را متعادل می کنند (۳).

راهکارهای مختلفی به منظور کنترل تقاضای القایی از سوی پزشکان ارائه شده است. مطالعات مورد بررسی راهکارهایی نظیر توجه به شان و نیاز بیماران (۵۸)، لزوم پاسخگویی پزشک به سیستم (۵۸)، به روزرسانی علم پزشکی (۵۸)، اطلاع رسانی و توجه پزشکان به هزینه های درمانی (۵۸)، گذاشتن سقف تعداد خدمات برای پزشکان (۵۸)، بررسی صحیح روند تشخیص بیماری ها (۶۴)، تخصیص زمان کافی برای انجام معاینه (۳۴)، تعیین نیازهای واقعی بیماران برای مراجعه به سایر پزشکان (۵۸)، تغییر فرهنگ غلط در خصوص نوع درمان (۶۵)، ارائه انگیزه های مالی و غیرمالی (۲۱) بیان کردند. مطالعه ای در سال ۲۰۱۵ نشان داد که پایش عملکرد پزشکان می تواند استراتژی مناسبی برای کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت باشد (۶۶). به عنوان مثال، مطالعه ای در سال ۲۰۱۱ نشان داد که پزشکان حقوق بگیر انگیزه های برای القای تقاضا ندارند (۳۸). مطالعه ای دیگری نشان داد که روش های پرداخت به ارائه دهندگان بر رفتار حرفه ای آن ها و درجه ای که به نفع خود عمل می کنند تأثیر زیادی دارد (۳۵). با وجود این، مطالعه ای نشان داد که حذف انگیزه های مالی به تنهایی الگوی تجویز را بهبود نمی بخشد. سیاست تجویز فهرست داروهای ضروری و عدم وجود ارتباط بین پرداخت کنندگان و ارائه دهندگان خدمات سلامت احتمالاً رفتار تجویز کنندگان را تغییر می دهد (۶۷).

بیماران نقش مهمی در کاهش تقاضای القایی در سلامت دارد. موضوع تقاضای القایی به دلیل عدم تقارن اطلاعاتی در خدمات پزشکی بسیار پیچیده است (۱۵). امکان تقاضای القایی و شدت اثرات آن به عواملی نظیر بازار، رفتار، قوانین و مقررات مرتبط است. این عوامل می توانند به عنوان مشوق و بازدارنده مشارکت بیماران یا مقاومت آن ها در برابر پدیده تقاضای القایی باشد (۲۱). رعایت منشور حقوق بیمار نیز راهبرد دیگری است. کاهش شکاف دانشی بین بیماران و پزشکان با آموزش به بیماران و ارائه اطلاعات به آن ها می توانند منجر به توانمند سازی بیماران برای تصمیم گیری در زمینه فرآیند درمان شوند (۶۸).

نتیجه گیری

اگر چه خدمات بهداشتی و درمانی شاخص اصلی توسعه اجتماعی و اقتصادی است اما ارائه چنین خدماتی بسیار پرهزینه است. افزایش روزافزون هزینه ها در کنار تقاضای القایی برای خدمات مشکلات زیادی را در جامعه ایجاد کرده است. در این مطالعه پدیده تقاضای القایی تحت تأثیر عوامل مختلفی نظیر وزارت بهداشت و درمان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی، شرکت های بیمه سلامت، شرکت های تجهیزات، سازمان ارائه دهنده خدمات سلامت، ارائه کننده و دریافت کننده

خدمات بود که راهکارهای مختلفی در این زمینه ارائه شد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که سیاستگذاران و مدیران سلامت بتوانند از طریق ایجاد پرونده الکترونیک سلامت، تاکید بر ارائه خدمات پیشگیری، بکارگیری راهنماهای بالینی، بکارگیری نسخه نویسی الکترونیکی، استخدام کارکنان متناسب با نیاز سازمان ارائه کننده خدمات سلامت، نیازسنجی تجهیزات پزشکی و توسعه دانش و مهارت‌های فردی کارکنان سلامت میزان تقاضای بالقوی را کاهش دهند.

References

1. Organization WH. Health systems governance for universal health coverage action plan: department of health systems governance and financing. World Health Organization; 2014.
2. Besley T, Gouveia M. Alternative systems of health care provision. *Economic policy*. 1994;9(19):199-258.
3. Delattre E, Dormont B. Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians. *Health economics*. 2003;12(9):741-54.
4. Richardson J, Peacock S. Reconsidering theories and evidence of supplier induced demand. 2006.
5. Pauly MV, editor *Doctors and their workshops*. *Doctors and Their Workshops*; 2009: University of Chicago Press.
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. Bickerdyke I, Dolamore R, Monday I, Preston R. Supplier-induced demand for medical services. Canberra: Productivity Commission Staff Working Paper. 2002:1-113.
8. Grytten J, Sørensen R. Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway. *Journal of health economics*. 2001;20(3):379-93.
9. Richardson J. The inducement hypothesis: that doctors generate demand for their own services. *Health, economics and health economics*. 1981.
10. Wilensky GR, Rossiter LF. The magnitude and determinants of physician-initiated visits in the United States. *Health, Economics, and Health Economics* Amsterdam: Aspen Systems. 1981:215-43.
11. Abdoli G. Induce demand theory of the information asymmetry between patients and doctors. *Econ Res J*. 2005;68:91-114.
12. Carlsen F, Grytten J. Consumer satisfaction and supplier induced demand. *Journal of Health Economics*. 2000;19(5):731-53.
13. De Jaegher K, Jegers M. A model of physician behaviour with demand inducement. *Journal of Health Economics*. 2000;19(2):231-58.
14. 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. *Rev Popul Soc Policy*. 1999;8:11-25.
15. Mahbubi M, Ojaghi S, Ghiyasi M, Afkar A. Supplemental insurance and induce demand in veterans. *Med Veterans J*. 2010;2(8):18-22.
16. B A, M H, M B. Determinats of reduction of induced demand inselected hospitals that affiliated with iums in 2017; a qualitative stady on provider's view. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2018;16(6):402-389.
17. Roemer MI. Bed supply and hospital utilization: a natural experiment. *Hospitals*. 1961;35:36-42.
18. Bajari P, Hong H, Khwaja A. Moral hazard, adverse selection and health expenditures: A semiparametric analysis. National Bureau of Economic Research Cambridge, Mass., USA; 2006.
19. Wanderling D, Groen R, Belak N. Textbook of health economics. Trans Tofighi S, Ahmadkiadeliri A, Haghparast H Tehran, Iran: Vajepardazan. 2010.
20. 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.
21. 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).
22. Mosadegh-rad AM, Esfahani P, Afshari M. Reasons for low efficiency in Iranian hospitals: a scoping review of two decades of research. *EBNESINA*. 2020;22(1):29-45.
23. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *JBIC Evidence Implementation*. 2015;13(3):141-6.
24. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*. 2005;8(1):19-32.
25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*. 2006;3(2):77-101.

26. Seyedin H, Afshari M, Isfahani P, Rakhshan A, Hasanzadeh E, Taherimirghaed M. Main Factors Leading to Supplier-Induced Demand in Iran: A Comprehensive Review. *Health Scope*. 2020;9(2).
27. Fabbri D, Monfardini C. Demand induction with a discrete distribution of patients. 2001.
28. Richardson JR, Peacock SJ. Supplier-induced demand. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2006;5(2):87-98.
29. Sekimoto M, Ii M. Supplier-induced demand for chronic disease care in Japan: multilevel analysis of the association between physician density and physician-patient encounter frequency. *Value in Health Regional Issues*. 2015;6:103-10.
30. Bogg L, Diwan V, Vora KS, DeCosta A. Impact of alternative maternal demand-side financial support programs in India on the caesarean section rates: indications of supplier-induced demand. *Maternal and child health journal*. 2016;20(1):11-5.
31. Borhanzade A. Induced demand and the cost of tests and its impact on cost and family health. *Iranian Association of Clinical Laboratory Doctors*. 2011;11(1):17-22.
32. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, JAFARIAN JM. Opinions of health system experts about main causes of induced demand: A qualitative study. 2014.
33. Li J-S, He P-P, He R-B. Theoretical and empirical analysis of the supplier induced demand in health care market in China. *Grey Systems: Theory and Application*. 2014.
34. Giuffrida A, Gravelle H. Inducing or restraining demand: the market for night visits in primary care. *Journal of Health Economics*. 2001;20(5):755-79.
35. J B, M R. The Impact of the fee-for-services reimbursement system on the utilization of health services. *S Afr Med J*. 1990;130:2-78.
36. Yuda M. Medical fee reforms, changes in medical supply densities, and supplier-induced demand: Empirical evidence from Japan. *Hitotsubashi Journal of Economics*. 2013:79-93.
37. Skau I. Folketrygdens refusjoner til allmennlegehjelp. En beskrivelse avkontaktmønster, takstbruk og trygderefusjoner. Report. 1998;1:1998.
38. Amporfu E. Private hospital accreditation and inducement of care under the ghanaian national insurance scheme. *Health economics review*. 2011;1(1):1-9.
39. Mahmoudi G, Roohi G, Asadi M, Kalamaki FR, Abam S, Khojamli M, et al. Factors associated with induced demand for services in Iran's healthcare system. *F1000Research*. 2018;7(978):978.
40. Busfield J. Assessing the overuse of medicines. *Social science & medicine*. 2015;131:199-206.
41. Dosoretz AM. Reforming Medicare IMRT (intensity modulated radiation therapy) reimbursement rates: A study investigating increasing IMRT utilization rates and doctors' incentives: Tufts University; 2011.
42. Madden D, Nolan A, Nolan B. GP reimbursement and visiting behaviour in Ireland. *Health Economics*. 2005;14(10):1047-60.
43. Bardey D, Lesur R. Optimal regulation of health system with induced demand and ex post moral hazard. *Annales d'Economie et de Statistique*. 2006:279-93.
44. Hasaart F. Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care. Maastricht: Maastricht University. 2011.
45. Jürges H. Health insurance status and physician-induced demand for medical services in Germany: new evidence from combined district and individual level data. *SOEP Paper*. 2007(8).
46. J. Sørensen R, Grytten J. Competition and supplier-induced demand in a health care system with fixed fees. *Health Economics*. 1999;8(6):497-508.
47. Wilensky GR, Rossiter LF. The relative importance of physician-induced demand in the demand for medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society*. 1983:252-77.
48. Mohammadshahi M, Alipouri Sakha M, Zarei L, Karimi M, Peiravian F. Factors Affecting Medicine-Induced Demand and Preventive Strategies: A Scoping Review. *Shiraz E-Medical Journal*. 2019;20(10).
49. Palmer DA, Bauchner H. Parents' and physicians' views on antibiotics. *Pediatrics*. 1997;99(6):e6-e.
50. Currie J, Lin W, Meng J. Using audit studies to test for physician induced demand: the case of antibiotic abuse in China. *National Bureau of Economic Research*; 2012.
51. Adebayo E, Hussain N, Ajanaku V. Influence of health insurance on rational use of drugs. *Türk Sİlahlı Kuvvetleri, Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2013;12(5):511-8.
52. Noguchi H, Shimizutani S. Supplier-induced demand in Japan's at-home care industry: Evidence from micro-level survey on care receivers: Economic and Social Research Institute, Cabinet Office; 2005.
53. Labelle R, Stoddart G, Rice T. A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *Journal of health economics*. 1994;13(3):347-68.
54. Mahbobi M, Ojaghi S, Ghiasi M, Afkar A. Supplemental insurances and Induced demand in chemical veterans. *Teb-e-Janbaz Iran J War Public Health*. 2010;2(4):18-22.
55. Dusansky R, Koç Ç. Implications of the interaction between insurance choice and medical care demand. *Journal of Risk and Insurance*. 2010;77(1):129-44.

56. Valizadeh F, Ghasemi S-F, Najafi S-S, Delfan B, Mohsenzadeh A. Errors in medication orders and the nursing staff's reports in medical notes of children. 2008.
57. Desalegn AA. Assessment of drug use pattern using WHO prescribing indicators at Hawassa University teaching and referral hospital, south Ethiopia: a cross-sectional study. BMC health services research. 2013;13(1):1-6.
58. BA A, I E. Supplier-induced demand (SID) for medical services by Iranian physicians (policymaking and controlling). Majlis & Rahbord. 2019;25(96):321-41.
59. Yousefi N, Majdzadeh R, Valadkhani M, Nedjat S, Mohammadi H. Reasons for physicians' tendency to irrational prescription of corticosteroids. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2012;14(11):713.
60. Qureshi N, Neyaz Y, Khoja T, Magzoub M, Haycox A, Walley T. Effectiveness of three interventions on primary care physicians' medication prescribing in Riyadh city, Saudi Arabia. EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal, 17 (2), 172-179, 2011. 2011.
61. Cline RR, Mott DA. Exploring the demand for a voluntary Medicare prescription drug benefit. AAPS PharmSci. 2003;5(2):99-110.
62. Dranove D, Wehner P. Physician-induced demand for childbirths. Journal of health economics. 1994;13(1):61-73.
63. Weeks WB, Jardin M, Dufour J-C, Paraponaris A, Ventelou B. Geographic variation in admissions for knee replacement, hip replacement, and hip fracture in France: evidence of supplier-induced demand in for-profit and not-for-profit hospitals. Medical care. 2014;909-17.
64. Seyedin H, Afshari M, Isfahani P, Hasanzadeh E, Radinmanesh M, Bahador RC. The main factors of supplier-induced demand in health care: A qualitative study. Journal of Education and Health Promotion. 2021;10.
65. SM H, M B. Determinants of reduction of induced demand in selected hospitals that affiliated with iums in 2017; a qualitative study on provider, s view. The J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2018;16(6):389-402.
66. Md Reza RS, Hassali MA, Alrasheedy AA, Saleem F, Md Yusof FA, Godman B. Physicians' knowledge, perceptions and behaviour towards antibiotic prescribing: a systematic review of the literature. Expert review of anti-infective therapy. 2015;13(5):665-80.
67. Chen M, Wang L, Chen W, Zhang L, Jiang H, Mao W. Does economic incentive matter for rational use of medicine? China's experience from the essential medicines program. Pharmacoeconomics. 2014;32(3):245-55.
68. J A, B S. The many faces of supplier induced demand in health care. Iran J Public Health 2009;38:139-41.