

تقاضای القایی در نظام سلامت بختیار پیروزی

نامه به سردبیر
(Editorial)

- استادیار سیاستگذاری سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

Email: bpiroozi@gmail.com

واژه‌های کلیدی: تقاضای القایی، نظام سلامت، کارکنان سلامت، بیماران

یکی از موضوعات مهم در بازار سلامت تقاضای القایی از جانب ارائه دهندگان خدمات سلامت است (۱, ۲). به انجام مراقبت یا فروش خدمت غیر ضروری به مراجعان بخش سلامت که با اعمال قدرت و سفارش فراهم کننده خدمات سلامت، به منظور افزایش درآمد خود، انجام می‌شود تقاضای القایی گفته می‌شود (۳). تقاضای القایی می‌تواند با ایجاد تقاضای بیشتر تعادل عرضه و تقاضا در بازار سلامت را مختل کند. تقاضای القایی می‌تواند دو پیامد منفی عمده در پی داشته باشد. اول، هزینه‌های بخش سلامت را افزایش دهد، و دوم، کارایی را کاهش دهد (۴, ۵). در بازار سلامت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت خود هم توصیه‌کننده و هم ارائه‌کننده خدمات سلامت به حساب می‌آیند. بنابراین در صورت عدم وجود اهرم‌های کنترلی و مکانیزم نظارتی مناسب احتمال وقوع تقاضای القایی وجود دارد (۲, ۶, ۷). در ایران، پدیده تقاضای القایی در نظام سلامت علی‌رغم اهمیت ویژه‌ای که دارد به دلیل حساسیت موضوع و عدم وجود داده‌های مناسب، خیلی کمتر از درجه اهمیت آن مورد توجه سیاست‌گذاران این حوزه قرار گرفته است. پدیده تقاضای القایی در نتیجه عوامل متعددی رخ می‌دهد و پیامدهای زیان بار متعددی نیز در بر دارد. بنابراین سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت باید با تکیه بر سیاست‌های کنترل‌کننده این پدیده از وارد آمدن صدمات مالی و غیر ضروری بر بدنه اقتصاد بیماران و نظام سلامت ممانعت به عمل آورند. بر اساس مروری بر متون مهمترین علل، پیامدها، و راهکارهای پیشگیری از تقاضای القایی در نظام‌های سلامت در جدول ۱ آمده است (۱۵-۵) (جدول ۱).

جدول ۱: علل، پیامدها و راهکارهای پیشگیری از تقاضای القایی در نظام سلامت

عوامل موثر بر تقاضای القایی	پیامدهای تقاضای القایی	راهکارهای پیشگیری از تقاضای القایی
<ul style="list-style-type: none"> ▪ عدم تقارن اطلاعاتی بین ارائه‌کننده و مصرف‌کننده خدمات سلامت ▪ عدم اجرای صحیح نظام ارجاع و دسترسی آزادانه بیماران به سطوح تخصصی ▪ نارسایی نظارت و کنترل توسط سازمان‌های بیمه‌گر ▪ کارآمد نبودن روش پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت ▪ افزایش تعداد نیروهای متخصص و ماهر و بهم خوردن تعادل عرضه و تقاضا در بازار سلامت ▪ مؤثر نبودن مکانیزم‌های نظارت بر کیفیت و استانداردهای ارائه خدمات سلامت ▪ بازپرداخت هزینه‌ها به روش گذشته‌نگر توسط سازمان‌های بیمه‌گر ▪ دانش و مهارت ناکافی ارائه‌کنندگان خدمت سلامت در نتیجه ضعف و نارسایی نظام آموزشی ▪ تعرفه‌های پایین خدمات سلامت ▪ رایگان بودن خدمات سلامت ▪ سیاست‌گذاری نامناسب و نبود تمایل به کشف تقاضای القایی ▪ نادیده گرفتن اخلاق حرفه‌ای ▪ رایج نبودن گایدلاین‌های بالینی ▪ تبانی ارائه‌کنندگان خدمت در جهت فروش خدمات سلامت غیر ضرور ▪ سهامدار بودن ارائه‌دهندگان در مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت ▪ چند بعدی و پیچیده بودن علم پزشکی و عدم قطعیت بالینی ▪ وجود بیمه‌ها مکمل ▪ تبلیغات و باورهای نادرست مردم ▪ فقدان سیستم مالیاتی مناسب بر درآمد ارائه‌دهندگان خدمات سلامت ▪ عدم توجه به حق و حقوق بیمار ▪ ورود جدیدترین تجهیزات پزشکی به کشور بدون نیازسنجی ▪ عدم وجود بانک اطلاعاتی جامع و سوابق بیمار به صورت الکترونیک 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ بی‌عدالتی در دسترسی به خدمات سلامت ▪ کاهش کارایی فنی و تخصصی ▪ اتلاف سرمایه و بودجه عمومی دولت ▪ افزایش سهم پرداخت از جیب مردم ▪ افزایش شاخص‌های هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت ▪ افزایش سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی ▪ عدم دسترسی به پوشش همگانی سلامت ▪ اتلاف وقت و پول بیمار ▪ تحمل درد و رنج و استرس بر بیمار ▪ بروز عوارش ناشی از خدمات غیر ضرور ▪ کاهش رفاه به دلیل تخصیص نابهینه منابع ▪ کاهش سهم بودجه بخش بهداشت و پیشگیری ▪ افزایش حق بیمه سازمان‌های بیمه‌گر ▪ کاهش مزایای ناشی از انباشت خطر ▪ کاهش کیفیت خدمات ▪ مختل شدن جایگاه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در اذهان عمومی ▪ فشار مضاعف مالی بر بیمه‌ها ▪ افزایش بدهی بیمه‌ها ▪ کوچک شدن بسته خدمات تحت پوشش بیمه‌ها ▪ ناکارآمد شدن بیمه‌ها ▪ گسترش بیش از اندازه تکنولوژی‌های جدید 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ایجاد و تقویت نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده ▪ توجه به بخش پیشگیری و مراقبت‌های سطح اولیه ▪ اصلاح ارتباط مالی مستقیم بین بیمار و پزشک ▪ اصلاح نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت ▪ تقویت بیمه‌ها ▪ خرید راهبردی خدمات توسط سازمان‌های بیمه‌گر ▪ اصلاح تعرفه‌ها ▪ بازپرداخت هزینه‌ها به روش آینده‌نگر توسط سازمان‌های بیمه ▪ تدوین و اجرای راهنماهای بالینی ▪ اصلاح و تقویت نظام آموزشی ▪ آموزش و تقویت اخلاق حرفه‌ای ▪ آموزش و افزایش آگاهی سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت در ارتباط با تقاضای القایی ▪ بهبود نظارت ▪ لزوم پاسخگویی ارائه‌دهندگان خدمات به سیستم سلامت ▪ تقویت حقوق بیمار و توجه به شان و نیاز بیمار ▪ سیاست‌گذاری صحیح و مبتنی بر شواهد در سیستم سلامت ▪ مشارکت در پرداخت مصرف‌کننده و رایگان نشدن کامل خدمات ▪ به کارگیری اهرم کنترلی مالیات بر درآمد ▪ گذاشتن سقف تعداد ویزیت و خدمات برای ارائه‌دهندگان خدمات سلامت ▪ رعایت فرایند تشخیص بیماری از اقدامات ساده تا پیچیده ▪ افزایش آگاهی جامعه

<ul style="list-style-type: none"> ▪ استانداردهای واردات تجهیزات پزشکی ▪ بررسی و تحلیل داده‌های آماری ▪ محدودیت تجویز بر اساس لیست خدمات تعریف شده ▪ ممانعت از تبلیغات دارو، دستگاه‌ها و خدمات آزمایشگاهی و تشخیصی توسط پزشکان و مراکز خدمات‌رسان 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ اشتغال همزمان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در دو بخش دولتی و خصوصی ▪ تقاضای غیر صحیح بیمار ▪ آزادی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در ارائه خدمت ▪ انتظار از ارائه‌دهندگان سلامت برای فعال کردن بخش‌های بیمارستانی
---	--	--

1. Khorasani E, Keyvanara M, Karimi S, Jazi MJ. Views of health system experts on macro factors of induced demand. *Int J Prev Med*. 2014;5(10):1286-98.
2. Johnson EM. Physician-induced demand. *Encyclopedia of Health Economics*. 2014;3(77):77-83.
3. 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.
4. Bickerdyke I, Dolamore R, Monday I, Preston R. Supplier-induced demand for medical services. Canberra: Productivity Commission Staff Working Paper. 2002:1-113.
5. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian jazi M. Challenges resulting from healthcare induced demand: A qualitative study. *Health Inf Manage*. 2013;10(4):548.
6. 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. *J Educ Health Promot*. 2021;10:1-8.
7. Karimi S, Khorasani E, Keyvanara M, Afshari S. Factors affecting physicians' behaviors in induced demand for health services. *International Journal of Educational and Psychological Researches*. 2015;1(1):43-51.
8. 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):Pe37-Pe42.
9. Abdoli G. Induce demand theory of the information asymmetry between patients and doctors. *Econ Res J*. 2005;68:91-114.
10. Mahbubi M, Ojaghi S, Ghiyasi M, Afkar A. Supplemental insurance and induce demand in veterans. *Med Veterans J*. 2010;2(8):18-22.
11. 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.
12. Léonard C, Stordeur S, Roberfroid D. Association between physician density and health care consumption: a systematic review of the evidence. *Health Policy*. 2009;91(2):121-34.
13. Soofi M, Bazyar M, Rashidian A. Types of moral hazards and its effects on insurance marketing and health system. *Journal of Hospital*. 2012;11(3):73-80.
14. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jazi MJ. Experts' perspectives on barriers due to induced demand in health services. *International Journal of Health System and Disaster Management*. 2014;2(2):78-83.
15. Bazyar M, Soofi M, Rashidian A. Ways to control moral hazard in health system: demand-side and supply-side interventions. *Tolooebehdasht*. 2012;11(1):110-22.