

عوامل مؤثر بر کاهش تقاضای القایی از دیدگاه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران در سال ۱۳۹۶، یک مطالعه کیفی

بهنام انصاری^۱، سیدمجتبی حسینی*^۲، محمدکریم بهادری^۳

تاریخ دریافت ۱۳۹۷/۰۱/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۷/۰۴/۰۲

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: ناکارآمدی بخش عرضه به علت رفتار ارائه‌کنندگان خدمات سلامت می‌تواند موجب القای تقاضا به بیماران و افزایش هزینه‌های بخش سلامت شود. هدف این مقاله شناسایی عوامل مؤثر بر کاهش تقاضای القایی به صورت اختصاصی از دیدگاه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران است.

مواد و روش کار: پژوهش حاضر به صورت کیفی و در سال ۹۶ انجام شده است. برای جمع‌آوری داده‌ها از روش مصاحبه نیمه ساختارمند استفاده گردید؛ بدین منظور ۲۷ نفر از مسئولین و مدیران بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران با استفاده از رویکرد نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردیدند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا و برای طبقه‌بندی آن‌ها از نرم‌افزار Atlas-Ti استفاده گردید.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها به شناسایی ۶ مقوله و ۴۰ زیر مقوله منجر شد. این مقوله‌ها شامل عوامل اقتصادی، پایش، ساختار ارائه خدمات، عوامل آموزشی، عوامل مرتبط با سیاست‌گذاری و عوامل اجتماعی مؤثر بر کاهش تقاضای القایی بود و هرکدام از این مقوله‌ها نیز دارای زیر مقوله‌هایی بودند.

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که در سیستم بهداشت و درمان ایران عوامل مختلفی وجود دارد که در کاهش تقاضای القایی مؤثر است از جمله آن‌ها، می‌توان به روش‌های پرداخت گلوبال به پزشکان، اعمال کسورات و تعدیلات توسط بیمه‌ها اشاره کرد اما روش‌های دیگری نیز از نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت وجود دارد که می‌تواند به سیاست‌گذاران بخش سلامت کمک نماید تا راهبردهای جدیدی را جهت کاهش تقاضای القایی در سیستم بهداشت و درمان طراحی و ساماندهی نمایند.

کلمات کلیدی: تقاضای القایی، خدمات سلامت، هزینه‌های مراقبت سلامت

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره شانزدهم، شماره ششم، پیاپی ۱۰۷، شهریور ۱۳۹۷، ص ۳۸۹-۴۰۲

آدرس مکاتبه: گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران، تلفن: ۰۹۱۲۳۲۷۶۹۷۵

Email: dr_hosseini82@yahoo.com

مقدمه

خدمت همراه است، تقاضای القایی گفته می‌شود (۲). از دیدگاه سیاست‌گذاران، این موضوع می‌تواند دو تأثیر عمده داشته باشد. یکی هزینه‌های بخش سلامت را افزایش دهد و یا موجب فشار بر بودجه عمومی دولت شود. دوم این‌که کارایی را کاهش دهد چراکه منابع ملی به مراقبت‌هایی اختصاص پیدا می‌کند که مزایای چندانی ندارند (۳) از طرف دیگر ضرر و زیان‌های اقتصادی آن در سطح ملی بخصوص وقتی که دولت برای خدمات پزشکی و دارو یارانه پرداخت می‌کند، بسیار چشمگیر است (۴).

هزینه‌های بخش سلامت در سطح اقتصاد کلان تابع عواملی همچون سطح درآمد، توسعه فناوری و ترکیب سنی جمعیت است، اقتصاددانان و سیاست‌گذاران در این بین کارایی اقتصادی سیستم‌های نظام سلامت را مطرح کرده و بر ناکارآمدی بخش تقاضا تأکید می‌کنند، از طرف دیگر ناکارآمدی بخش عرضه به علت رفتار ارائه‌کنندگان خدمات سلامت می‌تواند موجب القای تقاضا به بیماران شود (۱). به لقاء ارائه، مراقبت یا فروش خدمت غیرضروری به مراجعین سیستم سلامت که با اعمال قدرت از طرف ارائه‌کنندگان

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... (عج)، تهران، ایران

لذا از آنجایی که ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت در ایجاد و مهار هزینه‌های بخش سلامت نقش حیاتی دارند (۱۶) و سیاست‌های طرف تقاضا به‌تنهایی فقط روی تقاضای خدمات از سوی بیمار تأثیر می‌گذارد و مانع ارائه خدمات اضافی از سوی ارائه‌کننده نمی‌شود، بنابراین تلاش‌های بیشتری از طریق سیاست‌های طرف عرضه نیز لازم است تا مصرف خدمات اضافی کنترل گردد (۱۷) مطالعاتی که تاکنون در این زمینه انجام شده است صرفاً به بررسی و شناسایی عوامل مؤثر بر ایجاد تقاضای القایی پرداخته و تاکنون پژوهشی جامع در زمینه شناسایی عوامل و روش‌های مؤثر بر کاهش آن انجام نشده است. هدف از این مطالعه شناسایی عوامل مؤثر بر کاهش تقاضای القایی به‌صورت اختصاصی از منظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت است تا گامی مفید جهت ارتقاء مدیریت کارآمد نظام سلامت، کاهش چالش‌های بین ارائه‌کننده و خریداران خدمت، کنترل افزایش هزینه‌های بخش سلامت در ایران و درنهایت افزایش کیفیت خدمات به بیماران باشد.

مواد و روش کار

پژوهش مطالعه حاضر یک پژوهش کیفی به روش تحلیل محتوا در سال ۱۳۹۶ است. جامعه مورد مطالعه روسا، مدیران، مدیران پرستاری و مسئولین داروخانه‌های بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی منتخب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران است. نمونه‌ها با استفاده از رویکرد نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و مورد مصاحبه قرار گرفتند. در این رویکرد، شرکت‌کننده‌ها توسط پژوهشگر دست‌چین می‌شوند؛ چراکه با به‌صورت مشخص دارای ویژگی و یا پدیده مورد نظر هستند و یا غنی از اطلاعات در موردی خاص هستند. معیار حجم نمونه در این مطالعه، مشابه سایر مطالعات کیفی تا رسیدن به سطح اشباع اطلاعاتی بود و جایی که زیر مقوله‌های جدیدی به دست نیامد، نمونه‌گیری به پایان رسید. بر این اساس، با ۲۷ نفر از مدیران و مسئولین بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی مصاحبه انجام پذیرفت. برای جمع‌آوری اطلاعات از روش مصاحبه استفاده گردید. برای این منظور، ابتدا راهنمای مصاحبه با توجه به مبانی نظری پژوهش و مرور مطالعات به‌صورت نیمه ساختاریافته و با ۴ سؤال تهیه گردید. برای کسب روایی و پایایی در این مطالعه از راهنمای مصاحبه و تأیید چارچوب مصاحبه‌ها با نظر سایر محققان استفاده شد. ابتدا چند مصاحبه به‌صورت آزمایشی توسط محقق انجام سپس برای روایی داده‌ها توسط اساتید راهنما و مشاور از نظر درستی کار مورد بررسی قرار گرفتند. مصاحبه‌ها با

مطالعات شین و روئمر^۱ اولین تحقیقاتی هستند که در رابطه با تقاضای القایی عرضه‌کننده انجام گرفته‌اند و در بازار خدمات بهداشتی درمانی به‌عنوان (قانون روئمر) نیز شناخته شده است. این قانون به این صورت بیان می‌شود که ((هر تخت بیمارستانی که ساخته شود حتماً پر می‌شود)). باوجوداینکه این نظریه برای تقاضای خدمات بیمارستانی مطرح شده است، می‌توان آن را به خدمات پزشکان نیز تعمیم داد. درواقع می‌توان گفت پزشکی که مجوز پزشکی می‌گیرد به دنبال آن تقاضا برای خدمت او نیز ایجاد می‌گردد (۵، ۶). ارائه‌کننده خدمات انگیزه‌ای برای ارائه خدمات در حد مطلوب ندارد و با ارائه خدمات غیرضروری باعث هدر رفتن منابع و عدم کارایی می‌شود چراکه آن‌ها برای افزایش درآمد یا هر چیزی که در جهت منافعشان است به بیماران هزینه اضافی تحمیل می‌کنند (۷). عوامل اقتصادی نیز یکی دیگر از علل مؤثر بر تقاضای القایی است که نظام پرداخت نامناسب و حق‌الزحمه‌های پزشکی جزئی از آن است، وقتی پزشک با این سیستم احساس کفایت مالی نکند، تمایل بیشتری برای القای خدمات غیرضروری خواهد داشت (۸) در سیستم کارانه تمایل به استفاده بیشتر افزایش می‌یابد و ارائه‌کنندگان با تکرار تست‌های تشخیصی و تجویز تست‌های گران‌تر، منافع مالی خود را افزایش می‌دهند (۹) درحالی‌که پزشکان حقوق‌بگیر انگیزه‌ای برای تقاضای القایی ندارند (۱۰) تعرفه‌های پایین پزشکی هم جزئی دیگر از عوامل اقتصادی است، رایگان بودن خدمات سلامت و عدم پرداخت فرانشیز هم منجر به مراجعات غیرضروری بیماران می‌شود که فقدان نظارت صحیح و دقیق در سیستم باعث می‌شود به‌راحتی تقاضای القایی رخ دهد (۱۱).

مطالعه دوزورتز^۲ نشان داد در صورتی که ارزش‌های بالینی تعریف نشده باشد، پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان، به‌عنوان عاملان اقتصادی، مطلوبیت خود را به حداکثر می‌رسانند (۱۲) در مطالعه محمود کیوان آرا و همکاران نظارت ناکافی، تبلیغات، باورهای نادرست مردم، ضعف در سیستم آموزشی و نادیده گرفتن اخلاق پزشکی و عدم قطعیت بالینی از دیگر علل کلان ایجاد تقاضای القایی می‌باشد (۱۳). در مطالعه مگزینومله^۳ تولید ناخالص حقیقی، نرخ بیکاری، تعداد تخت‌های بیمارستانی، درجه شهرنشینی و درصد جمعیتی که حداقل تا دوره دبیرستانی تحصیل کرده‌اند اثر مستقیم و معنی‌داری بر مخارج سلامت دارند. (۱۴) یانگ زو^۴ در پژوهشی نشان داد پزشکان به مشوق‌های مالی در سیستم مراقبت‌های بهداشتی فعلی در چین پاسخ داده و از خطرات اخلاقی هر دو طرف تقاضا و عرضه می‌کاهند (۱۵).

³Magazzino and Mele

⁴ Yuan Xu

¹ Shain M, Roemer

² Dosoretz

Atlas ti شد و کد اولیه استخراج گردید. سپس با همکاری و استفاده از نظرات مصاحبه‌شوندگان و اعضای تیم پژوهش، کدها و زیر کدهای مطالعه استخراج گردید. برای استحکام بیشتر نتایج، و اعتبار داده‌ها از راهبرد استفاده از نظرات تکمیلی همکاران استفاده گردید. جهت رعایت اصول اخلاقی در این مطالعه، ضمن اخذ رضایت آگاهانه از افراد جهت شرکت در مطالعه، به مشارکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که شرکت در مطالعه و همچنین ضبط مصاحبه‌ها به صورت اختیاری بوده، اطلاعات آن‌ها به صورت محرمانه نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند و افراد در هر مرحله از پژوهش حق کناره‌گیری از مطالعه را داشتند.

یافته‌ها

در مطالعه کیفی حاضر ۶ مقوله اصلی و ۴۰ زیرمقوله به دست آمد. در ادامه هر یک از این مقوله‌ها و زیر مقوله‌ها ارائه و در مورد هر یک از آن‌ها نقل‌قول‌هایی از مصاحبه‌شوندگان به شکل مستقیم داخل گیومه آورده شده است. جدول شماره ۱ نشان‌دهنده این موارد است.

تعیین وقت قبلی و انتخاب محل از نظر شرکت‌کنندگان انجام گردید. بدین ترتیب پس از هماهنگی‌های انجام شده، تمام مصاحبه‌ها در محل کار مشارکت‌کنندگان انجام گرفت که مدت‌زمان هر مصاحبه برحسب شرایط و تمایل شرکت‌کنندگان از ۴۵ تا ۹۰ دقیقه متغیر بود. مصاحبه‌های انجام شده با اجازه شرکت‌کنندگان ضبط و عمل پیاده‌سازی مصاحبه‌های ضبط‌شده نیز به‌منظور آگاهی از زمان اشباع داده‌ها و نیز افزایش صحت و دقت پیاده‌سازی متون، بلافاصله پس از پایان هر جلسه انجام می‌شد. همچنین جهت پیاده‌سازی تمام مصاحبه‌ها به همراه ویرایش آن حدود ۱۰۰ ساعت زمان صرف شد. برای بالا بردن ضریب اطمینان یافته‌ها، پس از استخراج به برخی از مشارکت‌کنندگان ارجاع و دیدگاه آنان لحاظ گردید.

جهت تحلیل داده‌های هر مرحله، از روش تحلیل محتوا استفاده گردید. تحلیل محتوای کیفی شیوه‌ای تخصصی در پردازش داده‌های علمی است که به‌منظور تعیین وجود کلمات و مفاهیم معین در متن مورد استفاده قرار می‌گیرد تا داده‌ها خلاصه، توصیف و تفسیر شوند در نهایت متون مصاحبه جهت طبقه‌بندی وارد نرم‌افزار

جدول (۱): مقوله و زیر مقوله عوامل مؤثر بر کاهش تقاضای القایی

مقوله اول	لیست زیر مقوله‌ها	مقوله دوم	لیست زیر مقوله‌ها
	روش محاسبه و پرداخت خدمات محدودیت‌های بیمه انتقال ریسک به ارائه‌دهنده خدمت		نظام ارجاع پزشک خانواده توزیع متناسب متخصصان
	جریمه مالی گیرنده خدمت اعمال کسورات/تعدیلات متناسب نمودن تعرفه‌ها فرانشیز متغیر محدودیت تبلیغات و بازاریابی	بازار ارائه خدمات پزشکی	ارزیابی فناوری‌های جدید درمان مراقبت مدیریت‌شده جدا بودن سرمایه‌گذار و تصمیم‌گیرنده هوشمند بیمارستانی صف انتظار پرونده الکترونیک سلامت
مقوله سوم	لیست زیر مقوله‌ها	مقوله چهارم	لیست زیر مقوله‌ها
	آگاهی دریافت‌کننده خدمت ارتقاء آموزش پزشکی نهادینه نمودن حقوق بیمار تشویق به عدم استفاده از بیمه مدیریت تقاضا از طریق مشاوره		اخذ نظر پزشک دیگر بررسی درمان‌های پرهزینه جان‌شین کردن داروها نظارت حین درمان نظارت قبل از بستری بیمار سقف پرداخت توسط بیمه تکمیلی
مقوله پنجم	لیست زیر مقوله‌ها	مقوله ششم	لیست زیر مقوله‌ها
	تربیت و استخدام متناسب نیروهای پزشکی نیازسنجی واقعی تجهیزات پزشکی اصلی اصلاح قوانین جرائم و مجازات پزشکی محدودیت در صدور مجوز ارائه خدمات روابط نهادهای ارائه‌دهنده خدمت		کاهش وسواس در مراجعه به پزشک تغییر نگرش در استفاده از بیمه تغییر فرهنگ غلط در خصوص نوع درمان

روش‌های برون‌سپاری

جلوگیری از خصوصی شدن خدمات درمانی در بخش دولتی

الزام قانونی به استفاده از راهنمای بالینی

تخصصی شدن بیمه‌های تکمیلی

مقوله ۱: عوامل اقتصادی

عوامل اقتصادی مؤثر بر کاهش تقاضای القایی شامل ۸ زیر مقوله است:

زیر مقوله ۱: روش محاسبه و پرداخت خدمات: به‌طور کلی یکی از عوامل کاهش تقاضای القایی روش‌های محاسبه و پرداخت خدماتی است که پزشکان در بخش‌های بستری ارائه می‌دهند. مصاحبه‌شونده‌ای بیان می‌دارد: "پزشکان به دنبال دریافت کارانه بیشتر در سیستم فعلی بیمارستان هستند به‌رحال بدبھی است قطعاً در این راه هرچقدر خدمات بیشتری برایشان ثبت شود، کارانه بیشتری دریافت می‌نمایند، این در حالی است که در خدمات گلوبال رقمی که به خدمات ارائه‌شده پرداخت می‌گردد عدد ثابتی است و پزشکان دائماً این‌گونه خدمات را رصد می‌کنند تا بیمار مدت‌زمان بیشتری در بیمارستان بستری نشود، ویزیت و زمان بیشتری را جهت آن بیمار صرف نکنند" (P2) مصاحبه‌شونده دیگری بیان می‌دارد: "خدماتی که به‌صورت گلوبال ارائه می‌شود با دستور رئیس بیمارستان می‌بایست با پایش دائم پرستاران بخش مواجه بشود و تا از ارائه خدمات مزاد دارو و لوازم مصرفی پزشکی جلوگیری بشود" (P11)

زیر مقوله ۲: محدودیت‌های بیمه: بیمه‌ها به‌عنوان خریداران خدمات سلامت از بیمارستان‌ها، به‌منظور جلوگیری از ایجاد هزینه اضافی و رعایت حقوق بیمه‌شدگان خود با اعمال محدودیت‌هایی موجب جلوگیری از تقاضای القایی می‌شوند. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان داشت: "بعد از طرح تحول نظام سلامت بیمه‌های اصلی با مشارکت وزارت بهداشت نسبت به تهیه دستورالعمل مشترک رسیدگی به اسناد پزشکی اقدام نمودند که کلیه بیمارستان‌ها به‌منظور جلوگیری از بالا رفتن هزینه‌های خود نسبت به آموزش آن به گروه‌های پزشکی و پیراپزشکی اقدام کردند و الان آگه پرونده‌ها رو بررسی کنید تعداد ویزیت و تعداد مشاوره‌ها جهت هر بیمار هرگز بیشتر از سقف تعیین شده در دستورالعمل نیست" (P5)

زیر مقوله ۳: انتقال ریسک به ارائه‌دهنده خدمت: کسب درآمد یکی از انگیزه‌های مهم برای ارائه‌دهندگان خدمت می‌باشد قطعاً وجود مکانیزم‌هایی که بتواند مشارکت ارائه‌دهنده خدمت را در تقبل بخشی از افزایش هزینه‌های درمان، در پی داشته باشد می‌تواند در کنترل تقاضای القایی بسیار مؤثر باشد. چنانچه یکی از مصاحبه‌شوندگان این‌گونه اظهار داشت "به‌منظور کاهش تقاضای

القایی ناشی از رفتار ارائه‌دهنده خدمت می‌بایست سیستمی ایجاد گردد که بخشی از هزینه‌های ناشی از افزایش استفاده از خدمات درمانی به ارائه‌کننده خدمت انتقال یابد". (P26)

زیر مقوله ۴: جریمه مالی دریافت‌کننده خدمت: از جمله روش‌هایی که می‌تواند از درخواست خدمات غیرضروری توسط دریافت‌کنندگان خدمت جلوگیری کند در نظر گرفتن جرائم مالی از طریق خریداران خدمات سلامت یا بیمه‌گذاران می‌باشد. مصاحبه‌شونده‌ای بیان می‌دارد "همه افراد با قیمت تقریباً یکسان به بیمه‌های اجباری و تکمیلی دسترسی دارند و بعضی از آن‌ها با داشتن بیمه دائماً به این بیمارستان و آن بیمارستان، این پزشک و آن پزشک مراجعه می‌کنند و بدون تحمل دوره درمان مدام داروهای جدید رو جایگزین داروهای قبلی می‌کنند، قطعاً این افراد باید از طریق بیمه‌ها شناسایی شده و جرائم مالی برای آن‌ها در نظر گرفته شود". (P25). مصاحبه‌شونده دیگری نیز با بیان این نکته که "تقاضای القایی در مصرف دارو بیشتر ناشی از سوء استفاده بیماران از رایگان بودن خدمات است و برخی از افراد با مراجعه به پزشکان در خواست دارو می‌نمایند و بدون توجه به دوره درمان مدام به دریافت داروهای مشابه و با داخلی و خارجی کردن دارو به تقاضای القایی دامن می‌زنند، به نظرم باید راهکاری براساس جریمه برای این افراد در نظر گرفته شود". (P8)

زیر مقوله ۵: اعمال کسورات/تعدیلات: خریداران خدمات سلامت (بیمه‌ها) با اکثریت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت قرارداد منعقد نموده، آن‌ها نسبت به اعمال تعدیل یا کسور به‌صورت حساب‌های صادره توسط ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در چارچوب قواعد و قوانین تعریف شده‌ای اقدام می‌نمایند مصاحبه‌شونده‌ای بیان می‌دارد "یکی از مواردی که باعث کاهش تقاضای القایی می‌گردد اقداماتی است که نماینده بیمه در بیمارستان انجام می‌دهد، با توجه به توافق بعمل آمده با بیمه‌ها پرونده پزشکی به‌صورت رندوم توسط نماینده بررسی می‌شود و با توجه به پروتوکول‌های بیمه، در هر موردی که اضافه خدمت ارائه شده باشد از هزینه پرونده کسر می‌گردد. هرچند این روش به ضرر بیمارستان است ولی در بسیاری از موارد موجب افزایش مشارکت پزشکان جهت جلوگیری از آن شده است". (P6) مصاحبه‌شونده دیگری نیز می‌گوید "معمولاً تعداد داروی درخواستی با گزارش پرستاری در مصرف دارو مطابقت ندارد، یعنی اینکه همیشه میزان درخواست بیشتر از مصرف است، که به‌دلیل

این مغایرت نماینده بیمه هزینه آن را از پرونده بیمار تعدیل می‌نماید. (P24) همین‌طور مصاحبه‌شونده دیگری بیان می‌دارد: «به‌دلیل آموزشی بودن بیمارستان به مراجعه بیمار به اورژانس، رزیدنت درخواست آزمایش روتین می‌نماید که پس از مرخص شدن بیمار به‌دلیل تقاضای نادرست ناشی از عدم آموزش، کل هزینه انجام شده توسط نماینده بیمه حذف می‌شود، که با توجه به ضرر زیادی که بیمارستان متحمل شده، مدام در جلسات آموزشی گروه‌های پزشکی، توسط اساتید مربوطه اخطار لازم داده می‌شود. (P16)»

زیر مقوله ۶: متناسب نمودن تعرفه‌ها: نرخ تعرفه‌ها که رابطه مستقیم با سطح درآمد ارائه‌دهندگان خدمت دارد می‌تواند به‌عنوان عاملی در ایجاد یا کنترل تقاضای القایی مؤثر باشد. چنانچه مصاحبه‌شونده‌ای بیان داشت: «بسیاری از پزشکان بخش دولتی به‌دلیل پایین بودن تعرفه‌ها یا نسبت به اعمال جراحی اقدام نمی‌نمایند یا در صورت ارائه خدمات به نوعی خدمات اضافه‌تری را در پرونده بیمار ثبت می‌نمایند که فاصله تعرفه بخش دولتی و خصوصی را تا میزانی جبران نمایند. بنابراین قطعاً متناسب نمودن تعرفه‌ها می‌تواند جلوی بسیاری از خدمات غیرضروری که بدین طریق ایجاد می‌شود را بگیرد» (P9)

زیر مقوله ۷: فرانشیز متغیر: بسیاری از بیمه‌ها در بیمه‌های شخص ثالث و حوادث در صورت استفاده شخص بیمه شده میزان فرانشیز را در هر بار استفاده تغییر می‌دهند قطعاً در نظر گرفتن فرانشیز متغیر و متناسب با خدمات ارائه شده می‌تواند از استفاده غیرضروری از خدمات جلوگیری نماید. یکی از مصاحبه‌شوندگان چنین اظهار نمود: «اگر شورای عالی بیمه بتواند فرانشیز دریافتی از افرادی را که از بیمه‌های اصلی استفاده می‌نمایند متغیر نموده و برای ارائه خدمات درمانی به‌گونه‌ای تنظیم نماید که در صورت استفاده غیرضروری درصد فرانشیز پرداختی به‌گونه‌ای افزایش یابد که به درمان بیماران، بخصوص نیازمندان خللی ایجاد ننماید می‌توانیم جلوی بسیاری از هزینه‌های اضافی ناشی از تقاضای القایی را بگیریم» (P13)

زیر مقوله ۸: محدودیت در تبلیغات و بازاریابی: تبلیغات انتشار پیام‌های ترغیب‌کننده ایست به‌منظور معرفی و ترویج خدمات و یا کالای خاص به مشتریان موجود و بالقوه در ازای پرداخت مبلغی معین همچنین بازاریابی نیز برنامه‌ریزی، اجرا و هدایت هدفمند آمیخته‌ای از فعالیت‌ها به قصد نزدیک سازی ارائه‌دهندگان خدمات و دریافت کنندگان به یکدیگر به‌منظور تبادل منافع می‌باشد. البته در حوزه سلامت مفاهیم تبلیغات و بازاریابی تا حدی با تعاریف در سایر بازارها متفاوت خواهد بود. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان می‌دارد که «بسیاری از شرکت‌های دارویی ویزیتور دارند و به‌صورت

دائمی پزشکان رو حتی توی همین بیمارستان ویزیت می‌کنند شما آگه یک ساعت کنار اتاق پزشکان بایستید متوجه این موضوع می‌شید، البته این کار برای معرفی محصول دارویی جدید خوبه به شرط اینکه خبری از پورسانت نباشه، من فکر می‌کنم در بحث معرفی دارو باید این روش‌ها جمع بشه و این کار به‌صورت کنترل شده در کنگره‌های پزشکی صرفاً انجام بشه. (P4) مصاحبه‌شونده دیگری اظهار نمود که «خیلی از شرکت‌های تجهیزاتی تازه وارد، بعنوان مثال در لیزر پوست اومدن دستگاه به‌صورت رایگان در اختیار پزشک قرار دادن، از طرفی دائماً تبلیغ دستگاهشون رو میکنن از طرف دیگه با پزشک مشارکت می‌کنن برایش مراجعه‌کننده میفرستن، خوب خیلی از خدماتی که دارن توی این قسمت از بیمارستان ارائه میدن واقعاً برای افراد غیرضروری هستش، هی از برند بیمارستان مایه میزارن خودشون رو تبلیغ میکنن، هی سود بیشتری می‌برن، هی تعداد دستگاه بیشتری جاهای دیگه میفروشن.» (P15)

مقوله ۲: ساختار ارائه خدمات:

ساختار ارائه خدمات تأثیر زیادی بر کاهش تقاضای القایی دارد این مقوله شامل ۹ زیر مقوله است:

زیر مقوله ۱: نظام ارجاع:

خدمات ارائه شده توسط نظام سلامت و حرکت بیمار برای دریافت این خدمات در سطوح مختلف تعریف می‌شود، که به این سازو کار نظام مند نظام ارجاع گفته می‌شود. یکی از مصاحبه‌شوندگان اینچنین اظهار می‌نماید: «وقتی ما نظام ارجاع ناکارآمد داریم و تمامی افراد قادر به دسترسی آزادانه به سطوح تخصصی و فوق تخصصی هستند بالطبع افراد جهت هر چند بار مراجعه و مطالبه بستری شدن چه در بخش دولتی و چه در بخش خصوصی محدودیتی ندارند به نظر من تقویت نظام ارجاع می‌تواند تا حد زیادی از ارائه خدمات غیرضروری به بیماران جلوگیری کرده و هزینه‌های درمان را کاهش دهد.» (P27) مصاحبه‌شونده دیگری بیان نمود: «تقویت سیستم نظام ارجاع بخصوص در بخش خدمات زنان و زایمان می‌تواند از بسیاری از خدمات غیرضروری مانند تکرار زیاد سونوگرافی، ویزیت پزشک متخصص جلوگیری کند، یک ماما در مراکز بهداشتی درمانی هم به مقدار مورد نیاز خدمات لازم را به زنان باردار ارائه می‌دهند، به نظر من باید در برخی از خدمات استفاده از نظام ارجاع اجباری شود.» (P10)

زیر مقوله ۲: پزشک خانواده: در یکی دیگر از شیوه‌های مدیریت، حرکت بیمار جهت دریافت خدمات سلامت را پزشک خانواده تعیین می‌کند. یکی از مصاحبه‌شوندگان اظهار نمود: «از جمله اقداماتی که در وزارت بهداشت مغفول مانده و پیاده‌سازی نشده است، بحث پزشک خانواده است، پزشک خانواده به‌عنوان پزشکی که مورد وثوق بیمار و خانواده وی است مسئولیت کنترل هزینه ارائه

خدمات تخصصی خریداری کرده و درصدی را از جزء فنی در قبال سرمایه گذاری دستگاه دریافت می‌کنند، خوب این پزشکان خود از تصمیم گیرندگان در گروه‌های پزشکی هستند و قطعاً به منظور جبران سرمایه گذاری و دریافت سود بیشتر بر روی گروه‌های پزشکی و حتی رزیدنت‌ها می‌توانند فشار آورده و تقاضای القایی ایجاد کنند لازم است این گونه قراردادها در بیمارستان‌ها با افرادی غیر از تصمیم گیرندگان بسته شود (P18)

زیرمقاله ۷: HIS هوشمند بیمارستانی: سیستم‌های HIS فعلی پوشش وسیعی روی تمامی خدمات بیمارستانی ندارند، برخی خدمات آن‌ها مبتنی بر وب نبوده و عمدتاً نگاه آن‌ها محدود به مباحث مالی است؛ اما مفهوم HIS هوشمند به دنبال این است که همه اجزای بیمارستان را به صورت سیستمی واحد پوشش دهد؛ مصاحبه‌شونده‌ای بیان نمود "تقریباً تمام خدمات قابل ارائه در بیمارستان در سیستم اطلاعات بیمارستانی HIS ثبت می‌شود ولی این HIS بیمارستانی هیچ‌گونه خطراتی بابت میزان ویزیت انجام شده، مشاوره‌های درخواست شده، و یا حتی تعداد داروی درخواستی نمی‌دهد،" (P13)

زیرمقاله ۸: صف انتظار: مصاحبه‌شونده‌ای بیان نمود "یکی از موارد مخاطرات اخلاقی که خود عاملی جهت تقاضای القایی است، دسترسی راحت و آزادانه به خدمات درمانی است، که سبب می‌شود که هر فرد به هر تعداد و دفعه نسبت به دریافت خدمت خاص اقدام نماید، مطمئناً داشتن صف انتظار در برخی از خدمات پرهزینه می‌تواند نسبت به کاهش تقاضای القایی منجر گردد." (P26)

زیرمقاله ۹: پرونده الکترونیک سلامت: یکی از عمده‌ترین اهداف اجرای پرونده الکترونیک سلامت، کاهش هزینه‌ها در همه ابعاد حوزه سلامت است. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان نمود "سیستم اطلاعات جامعی در خصوص اقدامات انجام گرفته بر روی هر بیمار وجود ندارد، مشخصاً راه اندازی پرونده الکترونیک سلامت می‌تواند از بسیاری از دوباره کاری‌ها و خدمات تشخیصی اضافی جلوگیری کند، متأسفانه سال‌هاست سیستم سپاس (مخفف "سامانه پرونده الکترونیکی سلامت") راه اندازی شده اما فقط اطلاعات رو به صورت یک طرفه جهت وزارتخانه جمع‌آوری می‌کنند" (P2) مصاحبه‌شونده دیگری اظهار نمود "در همه بیمارستان‌ها رایج هستش که افراد حتی با داشتن رادیولوژی، سی تی اسکن و یا آزمایش با تاریخ نزدیک و حتی با ارائه نمودن آن مجدداً جهت استفاده از خدمات تشخیصی درون بیمارستان معرفی می‌گردند (، مثلاً پزشک می‌گه این جواب آزمایشی رو که داری، از نظر من این آزمایشگاه مطمئن نیست)، قطعاً داشتن پرونده الکترونیک سلامت و ثبت کلیه اقدامات درمانی در آن، راه رو بر روی این خدمات غیرضروری و مخرب جهت بیماران خواهد بست" (P9)

خدمات با کیفیت مطلوب را برعهده دارد و قطعاً از مراجعات غیرضروری به سطوح تخصصی جلوگیری خواهد نمود." (P27)

زیرمقاله ۳: توزیع متناسب متخصصان: توزیع عادلانه منابع بخش سلامت یکی از پیش شرط‌های برقراری عدالت اجتماعی در هر جامعه‌ای است به نظر می‌رسد که توزیع پزشکان متخصص، متناسب با جمعیت استان‌ها نیست. یکی از مصاحبه‌شوندگان اینچنین اظهار نمود "بیمارستان ما یک بیمارستان آموزشی است، جذب پزشکان متخصص درمانی بدون کنترل از سوی نهادهای توزیع‌کننده و عقد قرارداد با بیمارستان به صورت مشارکتی که صرفاً سهم مشارکت در کارکرد برای آن‌ها اهمیت دارد، خود از عوامل ایجاد تقاضای القایی است، من فکر می‌کنم که برای جذب این پزشکان متخصص می‌بایست با توجه به نیازسنجی هر منطقه توزیع صورت گیرد." (P25)

زیرمقاله ۴: ارزیابی فناوری‌های جدید درمان: توسعه سریع فناوری‌های پزشکی سبب ایجاد تقاضای القایی در داروهای نوپهور، تجهیزات جدید تشخیصی یا درمانی و روش‌های نوین بالینی می‌شود. یکی از مصاحبه‌شوندگان اینچنین اظهار نمود "ورود فن آوری های جدید در درمان بدون در نظر گرفتن قابلیت‌ها و ضرورت‌های استفاده از آن می‌تواند به ایجاد تقاضای القایی منجر شود چراکه فن آوری های جدید، برای درمان بیماری‌های خاص آن هم با درجه اهمیت خاص می‌بایست استفاده گردد. در صورتی که اگر محدودیت در استفاده از این فن آوری ها جهت استفاده در مواردی از پیش تعیین شده اعمال نگردد قطعاً موجب درخواست غیرضروری و به دنبال آن ورود بی رویه این فن آوری ها می‌گردد" (P25)

زیرمقاله ۵: مراقبت مدیریت شده: مراقبت‌های مدیریت شده به صورت یک رویکرد سازمان یافته به منظور تدارک مجموعه کاملی از خدمات برای افراد تحت پوشش از طریق مدیریت کارآمد خدمات مورد نیاز اعضا و مذاکره در مورد قیمت‌ها یا روش‌های پرداخت به فراهم کنندگان تعریف می‌شود. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان نمود "با کمی تأمل در سیستم بهداشت و درمان ایران و تطبیق آن با نظام‌های سلامت سراسر جهان که با ترکیب‌های گوناگون از انتقال خطر از دولت به سازمان‌های بیمه‌ای و از این سازمانها به ارائه‌دهندگان خدمات فعالیت می‌نمایند، نیاز به بومی سازی یک سیستم مراقبت مدیریت شده هستیم تا نسبت به کنترل هزینه خدمات، هزینه اثربخشی مناسب و کاهش تقاضای القایی اقدام نماییم" (P2)

زیرمقاله ۶: جدا بودن سرمایه‌گذار و تصمیم‌گیرنده: یکی از مصاحبه‌شوندگان اظهار نمود "پزشکان عضو هیات علمی ما نسبت به عقد قرارداد با بیمارستان اقدام نموده‌اند و تجهیزاتی را جهت ارائه

مقاله ۳: آموزشی:

آموزش به بیمار، پزشک و کارکنان بیمارستان‌ها می‌تواند تقاضای القایی را کاهش دهد در این عامل ۵ زیر مقوله شناسایی شده است.

زیر مقوله ۱: آگاهی دریافت‌کننده خدمت: آموزش به بیماران در خصوص نوع بیماری خود موجب تغییر نگرش افراد نسبت به بیماری خود شده و جلوی بسیاری از خدمات غیرضروری با دخالت خود بیماران گرفته خواهد شد. یکی از مصاحبه‌شوندگان این‌گونه اظهار می‌دارد "به نظر من هر بیماری در بدو ورود به بیمارستان باید بعد از ویزیت با بیماری خود آشنا بشه، ما اینجا رزیدنت‌های سال اول تا سوم رو میتونیم برای اینکار استفاده کنیم، آگه این مراجعه‌کننده‌ها از وضعیتشون به‌طور کامل آگاه بشن قطعاً روند درمان رو می‌پذیرن و مدارم به این بیمارستان و اون پزشک مراجعه نمی‌کنن و خدمات الکی هم نمیگیرن" (P1) مصاحبه‌شونده دیگری نیز بیان می‌دارد "وقتی همراه بیمار از روند درمان مطلع نیست و از بیمارش اطلاعات کافی نداره، همش به ایستگاه پرستاری مراجعه می‌کنه، درخواست ویزیت میکنه، درخواست داروی آرامبخش میکنه، درخواست آزمایشات، و... آگه سیستمی بود که به محض ویزیت بیمار توسط پزشک به همراهش SMS می‌داد و از روند درمان مطلعش می‌کرد ما دیگه این همه تقاضای اضافی و ترخیص با رضایت شخصی نداشتیم که طرف دوباره بره به بیمارستان دیگه، همین خدمات رو تکراری دریافت کنه" (P23)

زیر مقوله ۲: ارتقاء آموزش پزشکی: یکی از مصاحبه‌کنندگان اذعان می‌دارد "باید در آموزش پزشکی به آموزش دانشجویان در خصوص معاینه صحیح بیمار قبل از هر گونه درخواست خدمات تشخیصی توجه ویژه‌ای بشه، اینکه هر بیماری قبل از ویزیت توسط منشی جهت انجام سونو، آزمایش و... معرفی میشه واقعاً تأسف باره،" (P5) و همچنین مصاحبه‌کننده دیگری اظهار می‌نماید "برگزاری جلسات آموزشی با حضور نمایندگان بیمه، و آشنایی پزشکان با کتاب ارزش‌های نسبی و نحوه محاسبه خدمات ارائه شده، میتونه خیلی کمک کنه و جلوگیری کنه ارائه خدمات خارج از دست‌العمل و یا خدمات اضافی رو." (P21) تعداد دیگری از مصاحبه‌شوندگان نیز اظهار نظر مشابهی نمودند که "بهبود آموزش پزشکی و بالا رفتن کیفیت در تجویز دارو خودش می‌تونه تقاضای القایی رو در تجویز دارو کاهش بده." (P24, P13, P9). مصاحبه‌شونده دیگری گفت "خوب قبلاً نوبی بیمارستان ما مدت اقامت خیلی بالا بود، و هزینه تخت روز زیادی به بیماران القا می‌شد، هر پزشکی برای بالا بردن ضریب اشغال تخت، تا تخت خالی می‌شد مریض رو میخواند و توجهی به شاخص گردش تخت نداشت، با جلسات منظم آموزشی که ما با پزشکان داشتیم اومدیم بخشی از خدمات

تشخیصی رو که نیاز به بستری نداره و می‌تونه به‌صورت سرپایی انجام بشه لیست کردیم، این باعث شد که هم گردش تخت بالا بره، هم هزینه خدمات بستری بیشتری به بیمار تحمیل نشه." (P14)

زیر مقوله ۳: نهادینه نمودن حقوق بیمار: منشور حقوق بیمار برای این تدوین شده است که از یک طرف بیمار با حقوق خود آشنا شود، مصاحبه‌شونده‌ای این‌گونه اظهار می‌نماید "یکی از مهم‌ترین مباحثی که سال‌ها در صدد هستیم که نهادینه بشود منشور حقوق بیمار هستش، ولی متأسفانه نه خود بیمار از اون بهره برده و نه ما اون رو رعایت کردیم، آشنا کردن بیمار به حقوق خودش، خوب می‌تونه مطالباتش رو افزایش بده و ارائه خدمات غیرضروری کاهش پیدا میکنه." (P22)

زیر مقوله ۴: تشویق به عدم استفاده از بیمه: مصاحبه‌شونده‌ای اظهار می‌نماید "یکی از مواردی که تقاضا برای خدمات رو افزایش میده آینه‌ه که افراد بیمه هستن، آگه پاداش‌هایی برای افرادی که از بیمه استفاده نمی‌کنن و یا کم‌تر استفاده می‌کنن داده بشه، مثلاً عدم استفاده در یک سال به کاهش مبلغ حق بیمه منتج بشه خوب افراد تشویق میشن که تقاضای خدمات غیرضروری نکنن." (P10)

زیر مقوله ۵: مدیریت تقاضا از طریق مشاوره: انجام مشاوره به‌منظور انتخاب بهترین راه هم از نظر کیفیت درمان و هم از نظر هزینه می‌تواند از انجام کارهای اضافی، تکراری و غیرضروری جلوگیری نماید. فردی در مصاحبه چنین اظهار نمود "بیمه‌ها می‌تونن برای جلوگیری از ارائه خدمات غیرضروری به بیمه‌شدگان، ضمن آموزش به اونها قبل از هرگونه دریافت خدمات در صورت نیاز و ابهام، به اونها در خصوص نوع خدمت و روند درمان مشاوره بدن، این خودش اطلاعات بیماران رو در خصوص درمانشون بالا می‌بره ضمن اینکه از ارائه بعضی از خدمات غیرضروری که منتج به هزینه غیر بیمه‌ای و یا حتی بیمه‌ای میشه جلوگیری میکنه..." (P26)

مقاله ۴: پایش:

پایش از جمله روش‌های معمول برای کنترل هزینه و جلوگیری از مصرف خدمات غیرضروری در بعد عرضه می‌باشد که شامل روش‌های گذشته‌نگر، نظارت‌های آینده‌نگر و نظارت‌های هم‌زمان با ارائه خدمات درمانی است، این یافته پژوهش شامل ۶ زیر مقوله است:

زیر مقوله ۱: اظهار نظر پزشک دیگر: یکی از روش‌های پایش تصمیمات اتخاذ شده در خصوص درمان استفاده از پزشک ثانویه جهت بررسی تشخیص و تصمیم پزشک اول می‌باشد. مصاحبه‌شونده‌ای بیان نمود "ما بخاطر اینکه بیمارستان آموزشی داریم، بیمار هارو رزیدنت‌های سال‌های مختلف ویزیت میکنن و به نوعی اتند یا رزیدنت سال آخر دستورات پزشکی داده شده جهت

بیمار رو تأیید می‌کنن ... در این روش هم از خطاهای پزشکی جلوگیری میشه هم از ارائه خدماتی که ممکنه لازم نباشه. (P5)

زیرمقاله ۲: بررسی درمان‌های پرهزینه: یکی از روش‌های کنترل هزینه‌ها که بیشتر در مهندسی ارزش کاربرد دارد ارزیابی آن قسمت از خدمات درمانی است که هزینه بالایی برای بیمار به همراه دارد. یکی از مصاحبه‌شونده‌ها این‌گونه بیان نمود کنترل هزینه‌ها و خدمات درمانی در بعضی از خدمات درمانی و یا جراحی‌های پیچیده در کمیسیون یا شورایی از پزشکان مطرح میشه و بهترین روش انتخاب میشه. (P5)

زیرمقاله ۳: جان‌نشین کردن داروها: استفاده از داروهای کم‌هزینه‌تر با اثرات مشابه، که ضرورتی به استفاده از نوع پرهزینه‌تر نیست می‌تواند در کنترل هزینه‌ها مؤثر باشد و از این نوع تقاضای القایی در استفاده از داروهای خاص جلوگیری نماید. مصاحبه‌شونده‌ای بیان نمود "در بسیاری از داروخانه‌های بیمارستانی، به بیمار داروهای خارجی و یا داروهای تجاری تحمیل می‌شد، ولی ما در جلسات کمیته دارویی به صورت شفاف سعی در تشویق به استفاده از داروهای داخلی و غیر تجاری کردیم. (P8)

زیرمقاله ۴: نظارت حین درمان: یکی از روش‌های کنترل تقاضای القایی بررسی آن در زمان وقوع و اتخاذ تدابیر لازم به‌منظور جلوگیری از آن است مصاحبه‌شونده‌ای این‌گونه اظهار نمود "ما به‌منظور جلوگیری از اقامت بیشتر بیماران به سرپرستانان مأموریت دادیم که وضعیت بیمار را دائماً با پزشک معالج چک کنند و از روزهای اقامت بیمار کم کنند. این هم به نفع بیمار هم بیمارستان و هم بیمه هستش. (P1) مصاحبه‌شونده دیگری این‌گونه اظهار می‌نماید "بیمه‌ها همچنین می‌تونن در زمان بستری بیمار دائماً از طریق نمایندشون در بیمارستان روند ارائه خدمات درمانی رو زیر نظر بگیرن و کامنت‌ها ی لازم را درخصوص خدمات اضافی به بیمارستان بدن. (P26)

زیرمقاله ۵: نظارت قبل از بستری: برخی از نظارت‌ها به‌منظور جلوگیری از ارائه خدمات اضافی به بیماران قبل از بستری شدن آن‌ها اتفاق می‌افتد. مصاحبه‌شونده‌ای این‌گونه اظهار می‌نماید "ما در بیمارستانمون فردی رو که پرستار هستش بعنوان مدیر تخت‌های بیمارستانی گذاشتیم. یکی از وظایف این فرد آینه که ضرورت پذیرش بیمار رو قبل از اینکه در بیمارستان بررسی بشه با پزشکش چک میکنه، خوب خیلی از خدمات میتونه قبل از پذیرش انجام بشه و از تحمیل هزینه تخت و هتلینگ بیشتر به بیمار جلوگیری کنه... (P17)

زیرمقاله ۶: سقف پرداخت توسط بیمه‌های تکمیلی:

بیمه‌های تکمیلی هم در کنترل تقاضای القایی استفاده تأثیر گذارند. یکی از مصاحبه‌شونده‌ها این‌گونه اظهار می‌نماید "یکی از

اقداماتی که بخصوص در بیمه‌های تکمیلی مشاهده میشه در واقع یک نوع کنترل در میزان مصرف ریالی ارائه خدمات هستش، به اینصورت که بیمه تکمیلی بر اساس میزان خسارت‌هایی که تا حالا پرداخت کرده برای برخی از خدمات در بسته‌هایی که ارائه میکنه سقف ریالی در نظر میگیره... این باعث می‌شه که بیمه شده به نوعی، میزان درخواست اون نوع خدماتش رو دائماً پایش کنه... (P2)

مقاله ۵: سیاست‌گذاری:

عوامل سیاست‌گذاری لازم در نظام سلامت از دیدگاه مصاحبه‌شوندگان به‌منظور کاهش تقاضای القایی عبارتست از:

زیرمقاله ۱: تربیت و استخدام متناسب نیروهای پزشکی: یکی از مصاحبه‌شوندگان اظهار نمود "سیاست‌های کلان در خصوص مجوز جهت آموزش نیروهای پزشکی باید در جهت متناسب کردن اون با نیاز جامعه باشه، تا با متناسب موندن عرضه و تقاضا جهت خدمات پزشکی، افراد درآمدشون متناسب بمونه و به تقاضای القایی رو نیارن. (P1) همچنین یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان اینچنین اظهار نمود "ما شدیداً با کمبود پرستار مواجه هستیم، همین نفرات کم وظایف بسیار زیادی دارن که علاوه بر کار پرستاری توی بخش‌ها دارن انجام میدن، آگه تعداد پرستار به اندازه کافی باشه، دقت در ثبت و درخواست دارو و خدمات و لوازم مصرفی هم خوب بالا می‌ره. (P3)

زیرمقاله ۲: نیازسنجی واقعی تجهیزات پزشکی اصلی: یکی از چالش‌های اساسی در کشور ما استفاده بی‌رویه از تجهیزات اصلی پزشکی پیشرفته است. یکی از مصاحبه‌شوندگان این‌گونه اظهار نمود "تجهیزات خاص که نیاز به سرمایه‌گذاری زیادی دارن باید همه ساله در سیاست هاشون بازنگری بشه، تجهیزات دائماً در حال به روز شدن و تخصصی شدن هستش، بعضی از تجهیزات که تخصصی‌تر میشن، زمانی که وارد میشن قطعاً ملاک نیاز به تجهیزات قبلی رو تغییر میدن. (P27) شخص دیگری در مصاحبه بیان داشت "بیمارستان ما در سال گذشته یه دستگاه لیزیک چشم با مشارکت بخش خصوصی آورده، الان با گذشت یک سال، بازدهی اونقدر پایینه که همکاران انجام لیزیک رو برای سود بیشتر مدام به مراجعین توصیه میکنن ... (P13)

زیرمقاله ۳: اصلاح قوانین جرائم پزشکی: قوانین مربوط به جرائم پزشکی در هر کشوری بر روی رفتار پزشکان آن کشور تأثیر مستقیم می‌گذارد. مصاحبه‌شونده‌ای اظهار می‌دارد "بعضی از قوانین مربوط به جرائم پزشکی خیلی سخت‌گیرانه هستش، آگه پزشکان در تصمیمات پزشکی که میگیرن، فشار این قوانین رو کم‌تر احساس کنن خوب کم‌تر رو میارن به اینکه از خدمات غیرضروری تشخیصی یا تکنولوژی‌های غیرضروری برای بیمارشان استفاده کنن. (P9)

زیرمقاله ۴: محدودیت صدور مجوز ارائه خدمات:

مصاحبه‌شونده‌های اظهار می‌نمایند افزایش بی‌رویه مراکز جراحی محدود که خدمات تک تخصصی انجام میدن و بیمارستان‌های بخش خصوصی، باعث مریض دزدی، ارائه خدمات غیرضروری میشه، آگه جلوی این مجوزهای بی‌رویه گرفته بشه، خیلی می‌تونه به ارائه خدمات درست و بر اساس نیاز بیمار، کمک کنه (P16) مصاحبه‌شونده دیگری نیز این‌گونه بیان می‌نماید: «سرپرستاری ما بخصوص در اورژانس و درمانگاه دائماً از حضور بازاربابای مراکز جدیدی که اطراف بیمارستان به تازگی تأسیس شده به ما گزارش می‌کنن، به نظر من وزارت بهداشت باید در دادن مجوز بازنگری کنه» (P19)

زیرمقاله ۵: روابط نهادهای ارائه‌دهنده خدمت: تبادل

اطلاعات بین مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی به‌منظور مطلع شدن از سوابق بیماران می‌تواند تأثیر زیادی در جلوگیری از ارائه خدمات درمانی غیرضروری گردد. مصاحبه‌شونده‌ای بیان می‌دارد که «موقع ترخیص بیماران از بیمارستان تنها برگ‌های که به اون داده میشه خلاصه پرونده هستش، که اون رو هم مریض یا گم میکنه یا در مراجعه بعدی به همون بیمارستان یا جای دیگه همراهش نمی‌بره، آگه حداقل یه سامانه‌ای باشه که بتونه ارتباط بین همه نهادهای ارائه‌دهنده خدمت رو برقرار کنه، میتونه تو کاهش ارائه خدمات تکراری به بیمارها جلوگیری کنه» (P6)

زیرمقاله ۶: روش‌های برون‌سپاری: در سال‌های اخیر یکی

از روش‌های کاهش یا کنترل هزینه‌ها در بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی برون‌سپاری برخی از واحدهای بیمارستانی بوده است. مصاحبه‌شونده‌ای بیان می‌نماید: «بخش رادیولوژی و سیتی اسکن ما به‌صورت مزایده به شرکتی که درصد بیشتری پیشنهاد داد، واگذار شد، خوب این شرکت از هر روشی برای اینکه سود بیشتری کسب کنه داره استفاده می‌کنه، دادن سهم به پزشکان، تا تحمیل هزینه‌های جانبی به بیمار» (P13) مصاحبه‌شونده دیگری نیز اینچنین بیان نمود: «قبلاً داروخانه این بیمارستان به خصوصی اجاره داده شده بود، که با توجه به اجاره بالا، برای سود بیشتر و فروش بیشتر دارو و لوازم هر کاری می‌کردن. اما با عدم واگذاری جلوی بسیاری از هزینه‌های اضافه‌ای که به بیماران تحمیل می‌شد گرفته شد» (P12) مصاحبه‌شونده‌ای هم اینچنین اظهار نمود: «در این سال‌ها توی بیمارستان‌های دانشگاه کلاً خدمات تصویربرداری به‌صورت واگذاری به شرکت‌ها اداره شده، و هیچ موقع در مورد اینکه به روشی واگذار بشه که کم‌ترین ضرر متوجه بیمار یا بیمارستان بشه، به‌صورت جدی بحث و بررسی نشده» (P20) یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان گفت: «بعضی از بخش‌ها وقتی که می‌خواه واگذار بشه باید تمهیدات لازم به‌منظور جلوگیری از اجحاف در حق بیمار در

روش واگذاری و نوع قرارداد دیده بشه، مثلاً ما خدمات لیزر پوست رو به بخش خصوصی واگذار کردیم و چون قرارداد مشارکت هستش، هر چه درآمد بالاتر بره هر دو طرف سود بیشتری می‌برن که این با اصل نظارتی طرف ما که هدف اصلی رضایت بیمار و جلوگیری از خدمات اضافی هستش در تناقضه» (P14).

زیرمقاله ۷: جلوگیری از خصوصی شدن خدمات درمانی

در بخش دولتی: یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان نمود: «بعضی از بخش‌ها در بعضی از بیمارستان‌ها تبدیل به VIP شدن و خدمات رو با تعرفه خصوصی یا بیشتر از خصوصی ارائه می‌دن، زمان پذیرش بیماران هم به اونها راجع به اینکه خدمات در این بخش بهتره توضیح می‌دن، به نظر من وجود چنین بخش‌هایی در دل بیمارستان دولتی به‌صورت آشکار داره تقاضای القایی ایجاد میکنه برای خدماتی در حد بیمارستان‌های خصوصی» (P10)

زیرمقاله ۸: الزام قانونی به استفاده از راهنمای بالینی:

راهنمای بالینی ابزاری است که در اختیار پزشک و بیمار است. مصاحبه‌شونده‌ای اظهار نمود: «راهنماهای بالینی درمان، مهم‌ترین و معتبرترین دستورالعمل در درمان بیماری‌ها است که بر اساس بالاترین سطح شواهد و با اتفاق نظر خبرگان تهیه می‌شوند، اما صرفاً وجود اونها کفایت نمی‌کنه بلکه باید قانونی الزام به اجرای اون رو تأکید کنه و برای اجرای اون دائماً پایش بشه... اگر ما بتونیم این کار رو انجام بدیم قطعاً تقاضای القایی کاهش خواهد یافت» (P2)

زیرمقاله ۹: تخصصی شدن بیمه‌های تکمیلی:

مصاحبه‌شونده‌ای بیان می‌دارد که «داشتن بیمه تکمیلی خودش موجب ایجاد تقاضای القایی میشه، بیمه‌های ما متأسفانه بیشتر دولتی هستن، و در هر زمینه‌ای هم تو صنعت بیمه فعالن از بیمه مسئولین فنی بگیر تا آتش سوزی و عمر و ...، درمان هم یکی از دهها موضوعی هستش که دارن توش کار میکنن، ما نیاز به این داریم که بیمه‌های تکمیلی درمانمون، صرفاً کار درمان انجام بدن و تمام تمرکزشون رو جهت ارائه خدمات درمانی با کیفیت و در عین حال اقتصادی متمرکز کنن» (P26)

مقاله ۶ اجتماعی:

عوامل اجتماعی مؤثر بر کاهش تقاضای القایی شامل ۳ زیرمقاله است که عبارتند از:

زیرمقاله ۱: کاهش وسواس در مراجعه به پزشک:

مصاحبه‌شونده‌ای اظهار نمود: «خیلی از مردم بدون داشتن حتی نشانه‌ای از بیماری به بیمارستان مراجعه میکنن، تا وضعیتشون بررسی بشه، خوب پزشک هم از خدمات آزمایشگاهی گرفته تا تصویربرداری استفاده می‌کنه به نظرم بیمه‌ها، یا رسانه‌ها با یاد فعال بشن، و به نوعی با این وسواس عده‌ای در مراجعه بیش از حد به پزشکان مقابله کنن، آموزش بدن، و...» (P19)

سازمانهای بیمه گر بر صورت حسابهای ارسالی از سوی ارائه کنندگان خدمات سلامت اعمال می گردد هم به عنوان یک عامل اقتصادی در کاهش تقاضای القایی، در این پژوهش شناسایی شد. این یافته پژوهش با مطالعه نصیری و جودکی که بررسی پروندههای بستری بیماران توسط بیمهها و عدم پرداخت بخشی از هزینههای انجام شده با اعمال کسورات بر روی خدمات غیر ضروری را مؤثر بر کاهش تقاضای القایی می داند (۲۳) همراستا است

اظهار نظر پزشک دیگر یک روش پایش در جلوگیری از ارائه خدمات غیر ضروری است که از مصاحبهها استخراج گردید. نیمن^۲ گرفتن پیش تأییدیه از بیمه، اظهار نظر پزشک دوم را بر عدم وقوع تقاضای القایی مؤثر می داند. (۲۴) بررسی درمانهای پرهزینه، نظارت حین درمان و نظارت قبل از بستری و در نظر گرفتن سقف پرداخت توسط بیمههای تکمیلی از جمله یافتههای دیگر پژوهش است که مطالعه محمود کیوان آرا و همکاران مبنی بر اینکه نظارت ناکافی و تمایل بیمار به استفاده بیشتر از خدمات رایگان و بدون فرانشیز از جمله عوامل ایجاد کننده تقاضای القایی است (۱۳)، همسو می باشد.

مدیریت تقاضا از طریق مشاوره که یکی دیگر از زیر مقولههای آموزشی کاهش تقاضای القایی است. عبدلی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند در صورتی که پزشک اطلاعات صحیح به بیمار بدهد، اودرمان ارزان قیمت را انتخاب می کند (۲۵). بررسی میزان و نحوه مصرف آنتی بیوتیک های وسیع الطیف در بیمارستان امام حسین (ع) که نشان داد آموزش دورههای پزشکان و دریافت آگاهی مناسب می تواند از تجویز غیر ضروری آنتی بیوتیک جلوگیری نماید (۲۶) یعنی ارتقاء آموزش پزشکی در کاهش خدمات غیر ضروری مؤثر است. تربیت و استخدام متناسب نیروهای پزشکی و پیراپزشکی می تواند در کنترل تقاضای القایی مؤثر باشد. پاولی^۳ در سال ۱۹۸۰ در نظریه ای تحت عنوان اثر (دسترس) نشان داد عرضه بیشتر پزشکان مقدار تقاضا را از طریق اثر قیمتی افزایش می دهد. (۲۷)

اصلاح قوانین جرائم پزشکی یکی دیگر از زیر مقولههای سیاست گذاری در کاهش تقاضای القایی است این یافته پژوهش با مطالعه استودرت^۴ ۲۰۰۵ که در آن پزشکی تدافعی را به حالتی که پزشک برای کسب مصونیت در برابر دعاوی قضایی دست به اعمال جراحی می زند، (۲۸) همراستا است. انتخاب شیوه صحیح در واگذاری بخشهای تشخیصی درمانی در بیمارستانها نقش بسزایی

زیرمقوله ۲: تغییر نگرش در استفاده از بیمه: یک دیگر از مصاحبه شوندهگان بیان نمود بیمه های ما به دلیل هزینه های بالایی که پرداخت می کنن کارایی خودشون رو از دست دادن، خیلی از نگرش های مردم به سمت استفاده از بیمه به خاطر آینه که چون پول داده می خواد حتماً تو دوره ای که بیمه شده استفاده ای از اون کرده باشه، ما باید سعی کنیم نگرش مردم رو در مورد بیمه تغییر بدیم. (P6)

زیرمقوله ۳: تغییر فرهنگ غلط در خصوص نوع درمان: مصاحبه شونده ای بیان نمود "اکثر خانمهای بارداری که به بیمارستان مراجعه می کنن علاوه بر آموزش های زیادی که همکاری ماما بهشون میدن و از عوارض سزارین صحبت می کنن، باز هم به دنبال زایمان به روش سزارین میرن، به نظر میرسه باید فکری به حال تغییر فرهنگ غلط جا افتاده در این خصوص بکنیم" (P15).

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه عوامل مؤثر بر کاهش تقاضای القایی از دیدگاه ارائه کنندگان خدمات سلامت در ۶ موضوع اصلی دسته بندی شده اند. این ۶ موضوع عبارتند از: عوامل اقتصادی، پایش، ساختار ارائه خدمات، عوامل مربوط به سیاست گذاری، آموزشی و اجتماعی است. روش محاسبه و پرداخت خدمات یکی از عوامل اقتصادی مؤثر بر کاهش تقاضای القایی شناخته شد. سیستم های جبران خدمت بر خنثی نمودن تقاضای القایی مؤثر است همچنین پرداخت در یک نظام بودجه کلی انگیزه های مدیران را برای کنترل هزینه ها بالا برده و تقاضای القایی در محدوده بودجه در نظر گرفته شده اتفاق می افتد. (۱۸) در صورتی که در یک گروه خاص از بیماریها بیمه گرهزینه ثابتی به بیمارستان می پردازد بدون آنکه به میزان هزینه واقعی بیمارستان برای آن بیمار توجه کند این نوع پرداخت در کاهش تقاضای القایی مؤثر است (۱۹).

انتقال ریسک به ارائه دهنده خدمت نیز یکی دیگر از راههای کاهش کسورات است این یافته پژوهش با نظریه آروو^۱ در خصوص بیمه ایدآل همراستا است که در آن تمامی ریسک به پزشک منتقل می شود (۲۰) و با مطالعه درانوو، وایت مبنی بر اینکه انتقال ریسک به پزشک امری غیر ممکن است مغایرت دارد. (۲۱)

در این پژوهش جریمه مالی دریافت کننده خدمت بعنوان یکی دیگر از راههای کاهش تقاضای القایی معرفی شد. مارچاند دریافت حق بیمه بیشتر از افراد با ریسک بالاتر و مصرف بیشتر را توسط بیمهها پیشنهاد می نماید (۲۲) کسورات و تعدیلات که توسط

³ Pauly

⁴ Studdert

¹ Arrow

² Nyman

تخصصی جلوگیری می‌شود. این یافته‌های پژوهش با مطالعه ریاحی و همکاران در سال ۱۳۹۵ تحت عنوان (تقاضای القایی چالشی در راه برنامه تحول سلامت) که در آن کاهش نفوذ برنامه‌های ارجاع و پزشک خانواده را به‌عنوان عوامل بنیادی افزایش تقاضای القایی از زمان اجرای برنامه تحول سلامت دانسته است (۳۲)، همراستا است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که در سیستم بهداشت و درمان ایران عوامل مختلفی وجود دارد که در کاهش تقاضای القایی مؤثر است از جمله آن‌ها، می‌توان به روش‌های پرداخت گلوبال به پزشکان، اعمال کسورات و تعدیلات توسط بیمه‌ها اشاره کرد اما روش‌های دیگری نیز از نظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت وجود دارد که می‌تواند به سیاست‌گذاران بخش سلامت کمک کند تا راهبردهای جدیدی را جهت کاهش تقاضای القایی در سیستم بهداشت و درمان طراحی و ساماندهی نمایند این راهبردها می‌تواند جهت ارتقاء مدیریت کارآمد نظام سلامت، کاهش چالش‌های بین ارائه‌کننده و خریداران خدمت، کنترل افزایش هزینه‌های بخش سلامت در ایران و درنهایت افزایش کیفیت خدمات به بیماران مؤثر باشد.

در پایان این نکته حائز اهمیت است که اعتبار نتایج این مطالعه در محدوده موضوع و با توجه به ترکیب افراد انتخاب شده جهت مصاحبه، می‌تواند به‌منظور سیاست‌گذاری در سطح کلان به کلیه بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی درمانی قابل‌تعمیم باشد، اما به‌منظور یافتن راهکارهای عملیاتی‌تر نیاز به بررسی موردی بر اساس ترکیب تخصصی ارائه خدمات و اخذ دیدگاه متخصصان هر رشته و گروه شغلی در سیستم بهداشت و درمان می‌باشد. این مقاله حاصل (بخشی از) پایان نامه در مقطع کارشناسی ارشد در سال ۱۳۹۶ کد ۱۵۷۲۱۲۱۳۹۵۲۰۱۰ می‌باشد که با حمایت دانشگاه آزاد اسلامی اجرا شده است.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد منافی در تحقیق حاضر وجود ندارد.

References:

1. Delattre E, Dormont B. Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians. *Health Econ* 2003;12(9): 741-54.
2. Cline RR, Mott DA. Exploring the demand for a voluntary medicare prescription drug benefit. *AAPS Pharm Sci* 2003;5(2): 99-110.

در کنترل تقاضای القایی دارد. گتزن^۵ در نظریه خود بیان می‌دارد هنگامی که پزشکان مالک تجهیزات فرعی هستند، برای کسب درآمد بیشتر، هزینه بیشتری به بیماران تحمیل می‌کنند (۲۹). الزام به استفاده از راهنمای بالینی در کاهش خدمات غیرضروری مؤثر است. زمانی که استاندارد مراقبت مبهم به نظر می‌رسد و یا در واقع زمانی که ارزش‌های بالینی تعریف نشده‌اند، پزشکان انگیزه پیدا می‌کنند که بیماران خود را به سوی گرانترین دوره درمان هدایت کنند، (۱۲) تغییر نگرش در استفاده از بیمه در پزشکان بسیار مهم است، برخی از پزشکان ممکن است جهت کسب درآمد و سود ناشی از بیمه‌ها، تقاضاهایی را به بیمار القاء نمایند. بکارگیری مراقبت مدیریت‌شده یکی دیگر از یافته‌های پژوهش در آمریکا هزینه‌های آزمایشات غیرضروری، نسخ غیرضروری را که نوعی هزینه ناشی از تقاضای القایی است کاهش داد (۳۰).

پرونده الکترونیک سلامت به‌عنوان یکی دیگر از عوامل مؤثر بر کاهش تقاضای القایی است، از بدیهی‌ترین دلایل نیاز به پرونده الکترونیک سلامت، لزوم دسترسی سریع ارائه‌کنندگان خدمت به اطلاعات بیمار می‌باشد. دسترسی به اطلاعات پزشکی بیمار، علاوه بر اینکه یک ضرورت مهم جهت ارائه خدمت می‌باشد، می‌تواند سبب جلوگیری از تکرار اقدامات تشخیصی درمانی شود (۳۱).

در نظام ارجاع، که سیاست‌های کلان آن جایگزینی سلامت محوری و ارتقاء بهداشت به جای درمان محوری است، هدف از آن کاهش هزینه‌های درمان است، تقویت نظام ارجاع از دسترسی آزادانه افراد به خدمات تخصصی و فوق تخصصی جلوگیری می‌کند و از ارائه خدمات اضافی و تکراری می‌کاهد. در یکی دیگر از شیوه‌های مدیریت، حرکت بیمار جهت دریافت خدمات سلامت را پزشک خانواده تعیین می‌کند. پزشک خانواده پزشک عمومی است که خدمات سلامت را بدون در نظر گرفتن شرایط اقتصادی، اجتماعی و میزان ریسک بیماری در اختیار افراد تحت پوشش و مدیریت خود قرار می‌دهد و در صورت نیاز بیمار را به پزشک متخصص ارجاع می‌دهد، در این شیوه از مراجعه غیرضروری بیماران به سطوح

3. Bickerdyke I. Supplier-Induced Demand for Medical Services - Productivity Commission Staff Working Paper [Internet]. 2002 [cited 2018 Oct 29]. Available from: <https://www.pc.gov.au/research/supporting/supplier-induced-medical-demand>

⁵ Getzen

4. Mahbubi M, Ojaghi S, Ghiyasi M, Afkar A. Supplemental insurance and induce demand in veterans. *Med Veterans J* 2010;2(8): 18-22.
5. Roemer MI. Bed supply and hospital utilization: a natural experiment. *Hospitals* 1961;35: 36-42.
6. Shain M, Roemer MI. Hospital costs relate to the supply of beds. *Ann Occup Environ Med* 1959;1(9): 518.
7. Bajari P, Hong H, Khwaja A. Moral hazard, adverse selection and health expenditures: A semiparametric analysis. *National Bureau of Economic Research*; 2006.
8. Hemani ML, Makarov DV, Huang WC, Taneja SS. The effect of changes in Medicare reimbursement on the practice of office and hospital-based endoscopic surgery for bladder cancer. *Cancer* 2010;116(5): 1264-71.
9. Bardey D, Lesur R. Optimal regulation of health system with induced demand and ex post moral hazard. *Ann Econ Stat* 2006: 279-93.
10. Amporfu E. Private hospital accreditation and inducement of care under the Ghanaian national insurance scheme. *Health Econ Rev* 2011;1(1): 13.
11. Borhazade A. Induced demand and the cost of tests and its impact on cost and family health. *Iranian Association of Clinical Laboratory Doctors*; 2011.
12. Dosoretz AM. Reforming Medicare IMRT (intensity modulated radiation therapy) reimbursement rates: A study investigating increasing IMRT utilization rates and doctors' incentives. *Tufts University*; 2011.
13. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian JM. Opinions of health system experts about main causes of induced demand: A qualitative study. *Hakim Health Sys Res*; 2014.
14. Magazzino C, Mele M. The determinants of health expenditure in Italian regions. *Int J Econ Finance* 2012; 4(3): 61-72.
15. Xu Y, Li N, Lu M, Dixon E, Myers RP, Jelley RJ, et al. The effects of patient cost sharing on inpatient utilization, cost, and outcome. *PloS one* 2017;12(10): e0187096.
16. Price M, Broomberg J. The impact of the fee-for-service reimbursement system on the utilisation of health services: Part III. A comparison of caesarean section rates in white nulliparous women in the private and public sectors. *S Afr Med J* 1990;78(8): 136-8.
17. Bazyar M, Soofi M, Rashidian A. Ways to control moral hazard in health system: demand-side and supply-side interventions. *TOLOO-E-BEHDA SHT* 2012;1(34):110-22.
18. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. *Getting Health Reform Right* Oxford Uni Press; 2002.
19. Tofighi Sh, Kiadaliri A, Haghparas H. In translation *Introduction to Health Economics*. Tehran: Vazeh pardaz Publication; 2009. P.187-276.
20. Arrow KJ. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care (American Economic Review, 1963). *J Health Polit Policy Law* 2001;26(5): 851-83.
21. Dranove D, White WD. Agency and the organization of health care delivery. *Inquiry* 1987: 405-15.
22. Marchand S, Wikler D, Landesman B. Class, health, and justice. *Milbank Q* 1998;76(3): 449-67.
23. Nasiriad N, Rashidian A, Joodaki H, Akbari Haghighi F, Arab M. Assessing issues and problems in relationship between basic insurance organizations and university hospitals: a qualitative research. *JHOSP* 2010;9(1): 5-18.
24. Nyman JA. The economics of moral hazard revisited. *J Health Econ*. 1999;18(6): 811-24.
25. Abdoli G, Varharami V. The Role of Asymmetric Information in Induced Demands: A Case Study of Medical Services. *JHA* 2011;14(43): 37-42.

26. Bagherzadeh AA. Study of the rate and method of administration of broad-spectrum antibiotics in Imam Hossein Hospital. 2014.
27. Pauly M, editor. Physicians As Agents. Doctors and Their Workshops: Economic Models of Physician Behavior. University of Chicago Press; 1980.
28. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, DesRoches CM, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *J Am Med Assoc* 2005;293(21): 2609-17.
29. Getzen TE. Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds: Wiley; 2003.
30. Marcus D. Coordinating Care in an Uncoordinated Health System: The Development and Implementation of Coordinated Care Trials in Australia: Department of the Parliamentary Library; 1999.
31. Menachemi N, Collum TH. Benefits and drawbacks of electronic health record systems. *Risk Manag Healthc Policy* 2011;4:47-55.
32. Riahi M, Taleghani YM, Salehiniya H, Vejdani M. Induced demand: A challenge on the way of Iran Health Revolution Program. *Res J Pharm Biol Chem Sci* 2016;7(5): 1827-35.

DETERMINANTS OF REDUCTION OF INDUCED DEMAND IN SELECTED HOSPITALS THAT AFFILIATED WITH IUMS IN 2017; A QUALITATIVE STUDY ON PROVIDER'S VIEW

Behnam ansari¹, Seyed Mojtaba Hosseini^{2}, Mohamadkarim Bahadori³*

Received: 09 Apr, 2018; Accepted: 27 Jun, 2018

Abstract

Background & Aims: Ineffectiveness of the supply sector due to the behavior of health service providers can lead to demand for patients and increase health care costs. The purpose of this paper is to identify the factors affecting the reduction of induced demand specifically from the viewpoint of health service providers in hospitals of the University of Science Medical and health services of Iran.

Materials & Methods: The present study was carried out qualitatively in year 96. Semi-structured interview was used to collect data. To this end, 27 officials and managers of hospitals and educational centers of Iran University of Medical Sciences and Health Services were selected using a targeted sampling approach. Content analysis method was used for data analysis and Atlas-Ti software was used to categorize them.

Results: Data analysis led to the identification of 6 categories and 40 sub categories. These categories included economic factors, monitoring, service delivery structure, educational factors, policy-making factors, and social factors affecting the reduction of induced demand. Each of these categories also had sub-categories.

Conclusion: The results of this study indicate that there are several factors in Iran's health care system that are effective in reducing inductive demand, including global payment methods for physicians, deductions and adjustments by insurers. There are other healthcare providers who can help policy makers to design and organize new strategies for reducing inductive demand in the healthcare system.

Keywords: Induced Demand, Health services, Health care costs

Address: Department of Health Services Management, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Tel: (+98)09123276975

Email: dr_hosseini82@yahoo.com

¹ MSc, Department of Health Services Management, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Ph.D, Department of Health Services Management, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

³ Ph.D, Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran