

The Role of Health Insurance on Induced Demand in Cardiovascular Diseases

Hamed Asgari¹, Nader Khalesi^{1,2*}, Amir Ashkan Nasiripour¹, Reza Ziyari³

¹ Department of Health Services Management, School of Medical Sciences, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

² Health Economics Policy Research Center, Islamic Azad University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Department of Economics, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

***Corresponding Author:** Nader Khalesi, Associate Professor, Department of Health Services Management, School of Medical Sciences, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran. Tel: +98-2333654024, Email: khalesi_nader@yahoo.com

Received: February 5, 2020

Revised: May 5, 2020

Accepted: May 19, 2020

Online Published: May 28, 2020

Abstract

Introduction: Induced demand, as a controversial issue, is defined as providing unnecessary services to gain personal benefit. The current study aimed to provide strategies for controlling induced demand in cardiovascular diseases for patients who have basic and complementary health insurance by explaining various factors that affect induced demand.

Methods: This is a mixed-method study, which in its first part using the narrative review and expert's opinion a questionnaire was developed. Then, the questionnaire was used to collect data in Shahid Chamran Heart Hospital. Analyses were performed using SPSS software version 20.

Results: Social factors (3.36 ± 0.76) and stakeholders (2.90 ± 0.76) had the highest and lowest mean score of induction-related factors in patients with cardiovascular diseases, respectively. Among sub-scales of the social factors, community health literacy (3.38 ± 0.81) and among the sub-scales of the stakeholders, physicians and professional ethics (3.13 ± 0.97) had the highest average. The impact of insurance coverage was lesser than other factors in stimulating demand.

Conclusion: According to the findings, it is recommended to develop appropriate strategies for fundamental and structural changes by emphasizing increasing knowledge and attitudes of the people, including physicians, insurers and stakeholders. Also, administrative organizations should follow such strategies for further expansion of the health insurance.

Keywords: Induced Demand, Health Care System, Qualitative study, Cardiovascular Patients, Insurance

Citation:

Asgari H, Khalesi N, Nasiripour AA, Ziyari R. The role of insurance on induced demand in cardiovascular patients. Iran J Health Insur. 2020;3(1):14-23.

نقش بیمه‌ها بر تقاضای القایی در بیماران قلبی-عروقی

حامد عسگری^۱، نادر خالصی^{۲،*}، امیراشکان نصیری پور^۱، رضا زبیری^۳

^۱ گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
^۲ مرکز تحقیقات سیاست گذاری اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران
^۳ گروه اقتصاد، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

* نویسنده مسئول: نادر خالصی، دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.
 پست الکترونیک: khalesi_nader@yahoo.com

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۹/۰۳/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۳۰

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۹/۰۲/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۱/۱۶

چکیده

مقدمه: تقاضای القایی در سلامت به مفهوم ارائه خدمات غیر ضروری با نیت انتفاع به بیماران یا مراجعه کنندگان، با اعمال قدرت و سفارش ذی نفعان، همواره چالش برانگیز بوده است. مقاله حاضر قصد دارد با تعیین عوامل مختلف مؤثر بر تقاضای القایی در بیماری‌های قلبی-عروقی دارای بیمه پایه و تکمیلی به کمک متخصصان و خبرگان، راهکارهایی برای کنترل آن ارائه کند تا در سیاست گذاری و برنامه ریزی های کلان و سطوح اجرایی، استفاده شود.

روش بررسی: این پژوهش از نوع آمیخته بود. در بخش اول از مطالعه مروری نقلی و اجماع نظر خبرگان پرسش نامه‌ای محقق ساخته تهیه و روایی و پایایی آن تأیید و در بخش دوم، با استفاده در جمعیت هدف شامل پزشکان متخصص قلب و عروق، کارشناسان بیمه، کارکنان و مراجعان به مجتمع بیمارستانی قلب شهید چمران، داده‌ها گردآوری و در نرم افزار SPSS ویرایش ۲۰ تحلیل شد.

نتایج: بیشترین و کمترین نمره میانگین عوامل مرتبط با تقاضای القایی در بیماران قلبی-عروقی را به ترتیب عوامل اجتماعی ($3/36 \pm 0/76$) و ذی نفعان ($2/90 \pm 0/76$) داشتند. در زیرعوامل های عوامل اجتماعی، سواد سلامت جامعه ($3/0 \pm 38/81$) و در زیرعوامل های ذی نفعان، پزشکان و اخلاق حرفه‌ای ($3/13 \pm 0/97$) میانگین بالاتری داشت. پوشش بیمه (سازمان های بیمه گر) نیز نقش کم رنگ تری در تحریک مصرف و احتمالاً ایجاد تقاضای القایی نشان داد.

نتیجه گیری: براساس یافته‌های این پژوهش به سیاست گذاران توصیه می‌شود با توجه به اولویت‌ها، خط مشی‌های مناسب برای تغییرات اساسی و ساختاری با تمرکز بر تغییر دانش و نگرش جامعه در تمام سطوح آموزش کشور اعم از مردم، پزشکان، سازمان‌های بیمه گر و تمام ذی نفعان در بخش سلامت و نظام بیمه‌ای کشور تصویب و ابلاغ شود. به مجریان توصیه می‌شود با پیروی از این سیاست‌ها، زیرساخت‌های لازم را برای توسعه بیمه‌ای کشور فراهم آورند.

واژگان کلیدی: تقاضای القایی، نظام مراقبت سلامت، مطالعه کیفی، بیماران قلبی-عروقی، بیمه

مقدمه

کنترل آن راه حل‌هایی ارائه شده است. صاحب نظران ایجاد تقاضای القایی را ناشی از عوامل گوناگونی می‌دانند که ریشه اصلی آن در نگرش سودمندانه و همچنین متقارن نبودن اطلاعات بین ارائه دهندگان و دریافت کنندگان خدمات است؛ به طوری که یک خدمت ساده بیش از اندازه مهم و ضروری جلوه داده می‌شود. بدین ترتیب اگرچه بیماران

تقاضای القایی در سلامت به مفهوم ارائه خدمات غیر ضروری به بیماران یا مراجعه کنندگان با نیت کسب منفعت از طریق اعمال قدرت و سفارش ذی نفعان همواره چالش برانگیز بوده است. نظام‌های عرضه خدمات سلامت در دنیا به طرق گوناگون با این پدیده درگیر و برای

هزینه‌های جراحی در مکانیزم پرداخت به‌ازای خدمت بیشتر و گران‌تر خواهد شد که این موضوع، نشان‌دهنده نوعی تقاضای القایی بین درمان‌کنندگان است [۱۱].

نتایج مطالعات دیلاتری در فرانسه و هیمنوی در آمریکا و کارلسن در نروژ و مایدا در ژاپن وجود فرضیه تقاضای القایی ارائه‌دهندگان خدمات (Supplier Induced Demand) را با افزایش تعداد پزشکان تأیید می‌کند [۱۲-۱۷]. جورجز در آلمان که دارای نظام دوگانه بیمه رسمی (دولتی) و خصوصی با میزان پرداخت بیش از ۲ برابر برای یک خدمت یکسان در بیمه اولیه خصوصی نسبت به بیمه دولتی است و ویلنسکی در فرانسه به این موضع اشاره دارند که شواهد غیرمستقیم وجود فرضیه تقاضای القایی پزشک در بیماران بیمه‌های خصوصی را تأیید می‌کند [۱۵، ۱۷].

آندرا، کرامول و هارونکو در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که اطلاع مردم از عرضه یک خدمت جدید مثل تصویربرداری، روش جراحی یا استفاده از تکنولوژی بالا در درمان، مثلاً جراحی تعویض دریچه میترال، به افزایش استفاده بدون نیاز واقعی به آن خدمت منجر می‌شود. این موضوع در رابطه افرادی که تحت پوشش نوعی بیمه هستند مشهودتر است [۱۸-۲۰].

نتایج پژوهش ماهلیچ و سروامسیری در ژاپن نشان داد در افراد مسن مبتلا به آرتریت روماتوئید دارای بیمه با تغییر نرخ فرانشیز خدمات در این گروه خاص از بیماران مژمن تغییری زیادی در تقاضا برای دریافت خدمت مشاهده نشد [۲۱].

در مطالعه یانگ در چین این موضوع تأیید شد که داشتن پوشش بیمه‌ای ممکن است هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را بالا برده و بیماران را به سمت استفاده از مراقبت‌های بیمارستانی بهتر و گران‌تر سوق دهد [۲۲].

پیترو در یک مطالعه نیمه‌تجربی در مورد استفاده نامناسب از خدمات آزمایشگاهی از منظر پرداخت‌کننده هزینه در قبرس به این نتیجه اشاره دارد که راهکار دریافت سهمی از هزینه‌ها از بیمه‌شدگان با احتمال قوی موجب کاهش فوری سفارش این خدمات می‌شود. با این حال باید اثر بلندمدت این اقدام را ارزیابی کرد تا اطمینان حاصل شود که پرداخت هزینه، تأثیر منفی بر سلامت عمومی نداشته باشد [۲۳].

از آنجا که ایران کشوری با جمعیت بیش از ۸۰ میلیون نفر است و اکثر این افراد در مناطق شهری ساکن هستند، در دهه‌های اخیر سیمای سلامت نشان‌دهنده حرکت به سمت بیماری‌های قلبی-عروقی، فشار خون بالا، دیابت، بدخیمی، اختلالات روانی، سوء

درخواست‌ها و آرزوهای نامحدودی به دریافت خدمات دارند، اما بیشتر آنها برای ارزیابی نوع، میزان و کیفیت خدمات عرضه‌شده تخصص کافی ندارند. بنابراین بین چند روش درمانی با آثار یکسان، اما با قیمت‌های متفاوت، سرگردان شده و با اعتماد به کارکنان درمانی و تحت تأثیر نظر متخصصان پزشکی و حرفه‌های وابسته قرار می‌گیرند [۱-۴].

با این فرض که اکثر هزینه‌های درمان توسط بیمار یا سازمان بیمه‌گر پرداخت شود، باز هم تقاضای القایی در نهایت کارایی را کاهش داده و موجب می‌شود درآمد ملی به طریق هزینه اثربخش تخصیص داده نشود. این وضعیت می‌تواند با ایجاد تقاضای بیشتر، تعادل بین عرضه و تقاضا را در بازار سلامت برهم زند و باعث تحمیل هزینه‌های غیرضروری بر بیمار و هدررفت وقت او شود. دربرخی موارد نیز با تجویز دارو و خدمات پاراکلینیکی غیر روری و تشخیص و درمان نامناسب، نه تنها بیمار بهبود نمی‌یابد بلکه عوارض جدید نیز در گیرندگان خدمت برجای می‌گذارد و در سطح ملی ضرر و زیان‌های اقتصادی چشمگیری، به خصوص وقتی که دولت برای خدمات پزشکی و دارو یارانه پرداخت می‌کند، ایجاد می‌شود [۵، ۶].

مرور منابع جهانی با موضوع «تقاضای القایی در خدمات سلامت و بیمه» نشان داد که سابقه پژوهش در این رابطه، بیش از ۴ دهه قدمت دارد، اما در جستجوی منابع داخلی مطالعات معتبر ثبت‌شده زیادی به‌دست نیامد که در ادامه، مواردی که ارتباط بیشتری با هدف این تحقیق داشت آورده شده است.

ورهرامی در پژوهش خود به این نتیجه رسید که مطابق با فرضیه تقاضای القایی، یک پزشک می‌تواند بر پایه اطلاعات دارویی بیشتری که نسبت به بیمار دارد (نامتقارن بودن اطلاعات پزشک و بیمار)، او را مجبور کند که داروهای بیشتری را مصرف کند [۷]. گلخندان در دو پژوهش در دوبازه زمانی مختلف نشان داد بین سرانه مخارج سلامت و سرانه پزشک، یک حد آستانه وجود دارد [۸، ۹].

نتایج پژوهش محبوبی و همکاران به این موضوع اشاره دارد که رایگان بودن (داشتن پوشش بیمه‌ای) خدمات ارائه‌شده در بعضی از افراد این نگرش را ایجاد کرده است که پزشک، دارو و امکانات رایگان وجود دارد و باید حداکثر استفاده را ببرند [۱۰].

نگویان و همکاران در یک مطالعه در بیمارستان بریگام دانشگاه هاروارد در ایالات متحده آمریکا نشان دادند هرچند رضایت افرادی که در یک مکانیزم «پرداخت به‌ازای خدمت» که تحت جراحی تنگی کاروتید و استندگذاری قرار می‌گیرند به‌طور قابل توجهی بیشتر از بیمارانی است که در بیمارستان نظامی تحت نظر پزشکان با پرداخت حقوق ثابت درمان می‌شوند، اما در کل با توجه به تعداد عمل‌ها،

سلامت و بیمه و بیماران قلبی عروقی» جستجو شد و در پایگاه‌های Google scholar ISI, Embase, PubMed نیز خط‌سرچ :Topic: (Induced Demand) and Topic: (Health) and Topic: (Insurance) and Topic: (Cardiovascular Patients) بود، در کل ۱۷۰۶۴ مقاله در ایران و کشورهای جهان یافت شد که با حذف پایگاه Google scholar از جستجو به دلیل غیرتخصصی بودن، این تعداد به ۱۱۵ محدود و فهرست مرتبط‌ترین مقاله‌ها خلاصه‌سازی و دسته‌بندی و آماده شد. با توجه به هم‌پوشانی این پایگاه‌ها، اطلاعات مربوط پالایش و ۱۴ مقاله در پایگاه‌های داده ایرانی و ۱۰۱ مقاله از پایگاه‌های استنادی معتبر جهانی استخراج شد. ابتدا چکیده تمام مقاله‌های این فهرست بررسی شد، مقاله‌هایی که از نظر هدف و روش با مطالعه حاضر هم‌خوانی نداشت، حذف و با مطالعه ۳۹ چکیده و متن اصلی و خلاصه‌برداری و با تکنیک تحلیل محتوای کیفی مقوله‌ای (Catagorical Content Analysis) با رویکرد قیاسی جهت‌دار، فهرستی از عوامل اصلی و زیرعوامل (عوامل فرعی) مرتبط با تقاضای القایی استخراج شد [۲۶-۲۸].

برای تأیید صاحب‌نظران فهرست حاصل از مرحله پیشین مطالعه به‌صورت هدفمند برای ۲۴ نفر از پدیدآورندگان مقالات داخلی و متخصصان آموزش پزشکی، جامعه‌شناسی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، اقتصاد سلامت، سیاست‌گذاری سلامت، پزشک و متخصص قلب، پرستاری و مامایی مدیریت بیمه مرتبط با تقاضای القایی در ایران شناسایی و به‌عنوان گروه خبره (جدول ۱) ارسال و با مکاتبه،

مصرف مواد و صدمات جاده‌ای است. براساس یافته‌های پژوهشگران، بیشتر سال‌های از دست‌رفته زندگی در کشور ما به ترتیب بر اثر حوادث رانندگی، بیماری‌های قلبی-عروقی و سرطان، صدمات عمدی و غیرعمدی است [۲۴، ۲۵]. با توجه به فراوانی بروز و شیوع و تعدد، تنوع، پیچیدگی و گران‌قیمت بودن خدمات و تجهیزات تشخیصی و درمانی و همچنین حساسیت و ماهیت خاص بیماری‌های قلبی-عروقی، امکان القای تقاضا در این دسته از بیماری‌ها بیشتر و نقش سازمان‌های بیمه‌گر در تأمین این هزینه‌های غیرضروری تحمیل‌شده آشکارتر می‌شود. این مقاله قصد دارد با تعیین تأثیر عوامل مختلف تقاضای القایی در بیماری‌های قلبی-عروقی به کمک متخصصان و خبرگان، راهکارهایی برای کنترل آن ارائه دهد تا در سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی‌های کلان نظام بیمه‌ای و سلامت کشور، استفاده شود.

روش بررسی

این پژوهش از نظر نوع مطالعه آمیخته (Mixed Method) با استفاده از پرسشنامه محقق‌ساخته و جمعیت هدف پزشکان، کارشناسان و کارکنان مراجعان به مجتمع بیمارستانی قلب شهید چمران بود. ابتدا به‌صورت مروری نقلی مقالات منتشرشده در ایران و کشورهای جهان با استراتژی جستجوی اختصاصی در پایگاه‌های استنادی بانک مقالات پزشکی ایران (IDMI)، بانک اطلاعات نشریات کشور (MAGIRAN) پایگاه پژوهشگاه علوم و فناوری ایران (IRANDOC) و پایگاه علمی جهاد دانشگاهی ایران (SID) با عبارت «تقاضای القایی و

جدول ۱ | درصد فراوانی خبرگان شرکت‌کننده در توافق گروهی در رابطه با عوامل مؤثر بر تقاضای القایی بیماران قلبی عروقی به تفکیک

تخصص	تعداد	مشخصات تحصیلی
مدیریت خدمات بهداشتی درمانی	۵	دکتر-عضوهیئت علمی
جامعه‌شناس	۱	دکتر-عضوهیئت علمی
آموزش پزشکی	۳	دکتر-عضوهیئت علمی
اقتصاد سلامت	۳	دکتر-عضوهیئت علمی
سیاست‌گذاری سلامت	۲	دکتر-عضوهیئت علمی
مدیریت بیمه	۲	کارشناس ارشد و کارشناس-بیمه و مدیریت بیمه
پزشک و متخصص قلب	۵	متخصص قلب و دستیار-عضو هیئت علمی
پرستاری	۲	کارشناس ارشد و کارشناس
مامایی	۱	کارشناس ارشد و کارشناس
جمع	۲۴	

و برای کارشناسان و پرستاران اشتغال به کار در بخش‌های قلب و پاراکلینیک بیماران قلبی، برای کارشناسان بیمه اشتغال در سمت مربوطه حداقل به مدت یک سال و برای بیماران، تشخیص ابتلا به بیماری قلبی-عروقی و تمایل به تکمیل پرسشنامه بود.

برای گردآوری داده‌ها با توجه به جمعیت هدف و استفاده از جدول مورگان، حجم نمونه ۱۱۸ محاسبه و پرسشنامه براساس توزیع فراوانی گروه هدف به‌طور اتفاقی و سهم‌بندی شده بین متخصصان قلب و عروق، کارشناسان و پرستاران درگیر در درمان بیماران، کارشناسان بیمه‌های درمان پایه و تکمیلی و همچنین بیماران (یا همراه بیمار) توزیع و تعداد ۹۶ پرسشنامه برگشت شد. از ۲۴ مورد پرسشنامه حذف شده، بیشترین موارد پاسخگو نبودن مربوط به بیماران و به گونه‌ای بود که تقریباً به‌طور متناسب بین هر سهم توزیع و بنا بر نظر کارشناس آمار، خدشه‌ای به نتایج وارد نمی‌کرد. داده‌ها در نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۰ با محاسبه شاخص میانگین، انحراف معیار، توزیع فراوانی و آزمون χ^2 برای تعیین ارتباط بین متغیرها تحلیل شد.

یافته‌ها

با توجه به تحلیل داده‌های پرسشنامه عوامل مؤثر بر تقاضای القایی در بیماران قلبی-عروقی، بخشی از یافته‌های به شرح زیر است: پاسخ‌دهندگان به پرسشنامه ۹۶ نفر بودند که ۵۲/۲ درصد را زنان و ۴۸/۸ درصد را مردان از ۱۹ تا ۷۳ ساله تشکیل می‌دادند. ۵۶/۲ درصد دارای تحصیلات زیر لیسانس، ۲۶ درصد لیسانس، ۱۱/۵ درصد فوق لیسانس و ۶/۱ درصد مدرک دکتری بالاتر داشتند. ۱۶/۷ درصد تخصص قلب و ۸۳/۳ درصد سایر تخصص‌ها یا غیرمتخصص بودند. افراد تحت پوشش سازمان‌های بیمه گر در نمودار ۱ مشخص شده‌اند. بیشترین پوشش بیمه‌ای مربوط به سازمان تأمین اجتماعی و سپس بیمه سلامت بود و از کل افراد گروه هدف، فقط ۲۰/۸ درصد دارای پوشش بیمه درمان تکمیلی بودند. گروه هدف مطالعه به تفکیک نقش در این پژوهش، به شرح جدول ۱

جدول ۲ | توزیع فراوانی گروه هدف برحسب سمت در پژوهش

سمت	تعداد	درصد
بیمار یا همراه	۷۱	۷۴
کارشناس (بیمه)	۱۵	
پزشک (دستیار)	۹	۹/۳
سایر	۱	۱/۱
جمع	۹۶	۱۰۰

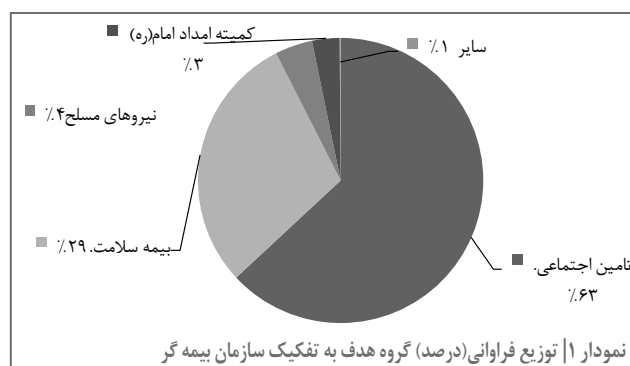
تلفن و پیگیری و ارسال فرم الکترونیکی از طریق Google Form از آنها خواسته شد آن را را بررسی و توافق خود را در هر مورد بین ۱ تا ۵ نمره دهند و اگر پیشنهادی دارند اضافه کنند. با دریافت تدریجی نظرات، کفایت داده‌ها محرز و فهرست بسته و امتیاز هر مورد محاسبه شد. مواردی که کمتر از میانه (نمره ۳) به‌دست آورده بودند نیز حذف شدند [۲۹، ۳۰].

برای تأیید روایی محتوایی کیفی پرسشنامه اولیه در یک جلسه بحث گروهی به ۱۰ نفر کارشناسان خبره در موضوع موردنظر شامل متخصصان قلب و عروق و کارشناسان خبره در زمینه مطالعات تقاضای القایی و آماری، آموزشی و بهداشتی درمانی و بیمه‌ای داده شد تا با روش‌های بارش افکار آن‌را بررسی کنند و پس از بازنگری، حذف و اضافه کردن و تعدیل نگارش برخی گویه‌ها برای تأیید روایی کمی و تعیین نسبت روایی محتوا با روش لاوشه، پرسشنامه به گروه داده شد و از متخصصان درخواست شد براساس ۳ آیتم «ضروری است»، «مفید است، اما ضرورتی ندارد» و «ضرورتی ندارد»، مقابل هر مورد پاسخ دهند. سپس شاخص روایی تک تک سؤالات مطابق فرمول زیر محاسبه و نمره بالاتر از ۰.۶۲ درصد (حداقل مقدار CVR قابل قبول براساس تعداد متخصصان از جدول لاوشه) پذیرفته شد.

$$CVR = \frac{n_E - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

برای تعیین پایایی ابزار مورد استفاده، پرسشنامه محقق ساخته با توزیع و تکمیل در یک گروه ۲۰ نفری و ورود داده‌ها در نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۰ و با انجام آزمون دونیمه کردن، ضریب ثبات درونی هر سؤال مشخص شد. پس از شناسایی سؤالاتی که همبستگی کمتری با سایر سؤالات داشتند و حذف آنها پرسشنامه با آلفای کرونباخ ۰.۸۶ درصد تأیید شد.

معیار ورود به مطالعه برای متخصصان، دستیاران و فلوشیپ‌ها تحصیل، داشتن تخصص یا فوق تخصص در بیماری‌های قلبی-عروقی



بیمه‌گر) نقش کم‌رنگ‌تری در تحریک مصرف و احتمالاً ایجاد تقاضای القایی داشت. نتایج به‌دست آمده از آزمون بین عامل‌های اصلی و زیرعامل‌ها در جدول ۳ آمده است.

با توجه به نتایج آزمون t ، میانگین نمره زیرعامل‌های ویژگی‌های خدمات درمان، باورهای مردم، سواد سلامت جامعه، حقوق بیمار، نظام پرداخت، تعرفه و فرانشیز، هزینه اثربخشی، پوشش بیمه‌ای و دریافت‌کنندگان خدمات (بیماران) در فاصله اطمینان ۹۵ درصد اختلاف معناداری را نشان داد.

بحث

است. با توجه به این جدول، بیشترین پاسخگویی به پرسشنامه مربوط به بیماران بوده است. بیشترین و کمترین نمره میانگین عوامل مؤثر بر تقاضای القایی در بیماران قلبی-عروقی را به ترتیب عوامل اجتماعی ($3/36 \pm 0/76$) و ذی‌نفعان ($2/90 \pm 0/76$) داشته‌اند. در زیرعامل‌های عوامل اجتماعی، سواد سلامت جامعه ($3/38 \pm 0/81$) از دیدگاه هر ۴ گروه پاسخ‌دهنده میانگین بالاتری داشته است. در عوامل ذی‌نفعان عامل پزشکان و اخلاق حرفه‌ای بنابر نظر بیماران و کارشناسان و سایرین میانگین بالاتری داشت، اما از نظر پزشکان این عامل نمره پایین‌تری گرفته است. در این مطالعه پوشش بیمه (سازمان‌های

جدول ۳ | میانگین نمره عوامل و زیر عامل‌های تقاضای القایی در بیماران قلبی عروقی به تفکیک گروه هدف

عامل اصلی	عامل فرعی	بیماران			کارشناسان			پزشکان			سایر		
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
زیربنایی ($3/19 \pm 0/78$)	ویژگی‌های خدمات سلامت $3/13 \pm 0/80$	۶۵	۳/۰۷	۰/۸۵	۱۰	۳/۴۰	۰/۶۰	۹	۳/۱۹	۰/۶۰	۴	۳/۲۵	۱
	ویژگی‌های خدمات درمانی $3/29 \pm 0/97$	۶۳	۳/۲۷	۱/۰۳	۱۱	۳/۴۰	۰/۶۶	۹	۳/۱۷	۱/۰۶	۴	۳/۵۰	۰/۴۱
اجتماعی ($3/36 \pm 0/76$)	باورهای مردم $3/32 \pm 0/94$	۶۶	۳/۲۶	۰/۹۶	۱۱	۳/۴۱	۰/۷۴	۹	۳/۶۱	۱/۲۲	۵	۳/۵۰	۰/۶۱
	سواد سلامت جامعه $3/38 \pm 0/81$	۷۰	۳/۴۱	۰/۸۷	۱۱	۳/۲۳	۰/۵۲	۹	۳/۴۷	۰/۷۶	۴	۳/۰۶	۰/۴۳
ساختاری ($3/13 \pm 0/75$)	ضعف قوانین و نظارت $3/18 \pm 0/83$	۵۸	۳/۱۵	۰/۹۱	۱۱	۳/۴۰	۰/۵۲	۸	۲/۸۵	۰/۶۰	۵	۳/۵۶	۰/۵۲
	سیاست‌گذاری‌های آموزشی $3/05 \pm 0/82$	۵۹	۳	۰/۸۳	۱۱	۳/۵۳	۰/۵۸	۷	۲/۴۹	۰/۷۷	۵	۳/۴۰	۰/۷۹
	مدیریت و برنامه‌ریزی $3/05 \pm 0/82$	۶۰	۲/۹۱	۰/۹۱	۱۱	۳/۳۳	۰/۸۸	۷	۲/۳۸	۱/۱۹	۵	۳/۳۳	۰/۸۵
	نظام ارجاع و مدیریت اطلاعات $3/14 \pm 1/02$	۶۰	۳/۰۵	۱/۰۱	۱۰	۳/۸۰	۰/۶۷	۸	۲/۶۳	۱/۱۶	۵	۳/۷۰	۰/۹۱
	مدیریت و پزشک‌سالاری $3/15 \pm 0/96$	۶۱	۲/۹۱	۰/۹۱	۱۱	۳/۳۳	۰/۸۸	۷	۲/۳۸	۱/۱۹	۵	۳/۳۳	۰/۸۵
	حقوق بیمار $3/28 \pm 1/01$		۳/۲۸	۱/۰۵		۳/۵۵	۰/۶۱		۲/۶۳	۱/۲۵		۳/۶۰	۰/۴۲
	مکانیزم پرداخت $3/32 \pm 1/05$	۶۳	۳/۲۳	۱/۰۷	۱۱	۳/۶۷	۰/۷۰	۸	۳/۱۷	۱/۲۸	۴	۴/۸۰	۰/۵۰
اقتصادی ($3/20 \pm 0/84$)	تعرفه و فرانشیز $3/29 \pm 0/91$	۶۰	۳/۲۵	۰/۹۹	۱۰	۳/۲۰	۰/۴۲	۷	۳/۳۶	۰/۹۰	۵	۳/۸۰	۰/۵۷
	هزینه اثربخشی $3/29 \pm 1/04$	۶۳	۳/۱۹	۱/۰۹	۱۱	۳/۳۶	۰/۶۰	۸	۳/۴۴	۱/۰۲	۵	۴/۱۰	۰/۹۶
	بیمه و مالیات $3/08 \pm 0/94$	۶۲	۳/۰۳	۰/۹۷	۱۱	۳/۳۲	۰/۵۶	۸	۲/۸۱	۱/۱۹	۴	۳/۶۳	۰/۴۸
	پزشکان و اخلاق حرفه‌ای $3/13 \pm 0/97$	۵۳	۳/۰۵	۰/۹۲	۱۰	۳/۲۷	۰/۶۵	۷	۲/۹۷	۱/۰۴	۵	۳/۹۱	۱/۷۶
ذی‌نفعان ($2/90 \pm 0/76$)	(پوشش بیمه) سازمان‌های بیمه‌گر $2/78 \pm 0/92$	۵۹	۲/۷۶	۰/۹۲	۸	۳/۲۲	۰/۵۸	۶	۲/۲۲	۱/۱۸	۳	۳/۱۹	۰/۵۷
	سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت $3/05 \pm 0/99$	۶۳	۲/۹۹	۱/۰۲	۱۰	۳/۵۴	۰/۸۷	۸	۲/۸۳	۱/۰۳	۵	۳/۱۳	۰/۷۳
	دریافت‌کنندگان خدمات (بیماران) $2/81 \pm 0/86$	۶۷	۲/۷۱	۰/۸۲	۱۰	۳/۵۱	۰/۶۲	۸	۲/۶۱	۱/۰۷	۳	۳/۲۹	۰/۹۴

تقاضا توسط پزشکان بدانیم، در پژوهش حاضر در زیر عوامل ذی نفعان، پزشکان بیشترین اثر را با توجه به نمره میانگین ($13/97 \pm 3$) داشته‌اند. درزی و همکاران و همچنین گلخندان نیز در مطالعه خود به دنبال اثبات ارتباط افزایش سرانه مخارج سلامت با سرانه تعداد پزشک به جمعیت بودند، اما این مطالعه به دنبال شناسایی میزان تأثیر هر یک از عوامل در بیماران قلبی عروقی بود [۹، ۳۱].

در این مطالعه نقش پوشش بیمه‌ای بیماران در القای تقاضا مشخص شده است که مطالعات کیوان آراء، پیترو، یانگ و نگیویان نیز تا حدودی آن را تأیید می‌کنند. این نقش از دیدگاه کارشناسان بیمه‌ای و سایر پاسخ‌دهندگان میانگین بالاتر، اما از نظر بیماران و پزشکان کمتر بوده است. چنین استنباط می‌شود که بیمار به عنوان دریافت‌کننده خدمت به دلیل داشتن پوشش بیمه‌ای، تقاضای خدمات بیشتر و حتی بی‌مورد می‌کند و پزشک احتمالاً به دلایل مختلف از جمله اصرار بیمار

یافته‌های این مطالعه با نتایج انصاری و همکاران که در تحلیل داده‌های پژوهش خود برای تقاضای القایی ۶ مقوله و ۴۰ زیرمقوله شامل عوامل اقتصادی، پایش، ساختار ارائه خدمات، عوامل آموزشی، عوامل مرتبط با سیاست‌گذاری و عوامل اجتماعی مؤثر بر کاهش تقاضای القایی را شناسایی کردند، شباهت زیادی دارد. به دلیل بهره‌بردن از نظر جمعی از متخصصان خبره در ایران که در مطالعه تقاضای القایی صاحب‌نظر هستند و شناسایی بیش از دوبرابری زیرعامل‌ها، گستردگی و جامعیت پژوهش حاضر، محرز است. باید در نظر داشت با وجود اینکه این مطالعه دارای محدودیت‌هایی از جمله کمبود مطالعات قبلی، اختصاصی بودن موضوع و جامعه آماری خاص بود که موجب کاهش تعمیم‌پذیری نتایج آن شد، می‌توان آن را جدید و پایه‌ای برای مطالعات بعدی دانست [۱].

اگر یکی از عوامل افزایش سرانه مخارج سلامت را ناشی از القای

جدول ۴ | نتیجه آزمون عوامل اصلی و زیرعامل‌های مؤثر بر تقاضای القایی در بیماران قلبی عروقی

عامل اصلی	زیرعامل	میانگین	انحراف معیار	اختلاف از میانگین	مقدار t	P-value
زیربنایی ($3/19 \pm 0/78$)	ویژگی‌های خدمات سلامت	۳/۱۳	۰/۸۰	۰/۱۲۵	۱/۴۵۸	۰/۱۴۹
	ویژگی‌های خدمات درمانی	۳/۲۹	۰/۹۷	۰/۲۸۷	۲/۷۶۵	۰/۰۰۷
اجتماعی ($3/36 \pm 0/76$)	باورهای مردم	۳/۳۲	۰/۹۴	۰/۳۲۴	۳/۳۰۷	۰/۰۰۱
	سواد سلامت جامعه	۳/۳۸	۰/۸۱	۰/۳۷۸	۴/۵۱۳	۰/۰۰۰
اقتصادی ($3/20 \pm 0/84$)	ضعف قوانین و نظارت	۳/۱۸	۰/۸۳	۰/۱۸۰	۱/۹۶۸	۰/۰۵۳
	سیاست‌گذاری‌های آموزشی	۳/۰۵	۰/۸۲	۰/۰۴۹	۰/۵۳۷	۰/۵۹۳
	مدیریت و برنامه ریزی	۳/۰۵	۰/۸۲	-۰/۰۵۶	-۰/۵۴۳	۰/۵۸۹
	نظام ارجاع و مدیریت اطلاعات	۳/۱۴	۱/۰۲	۰/۱۳۹	۱/۲۳۵	۰/۲۲۰
	مدیریت و پزشک‌سالاری	۳/۱۵	۰/۹۶	۰/۱۴۹	۱/۴۲۷	۰/۱۵۷
	حقوق بیمار	۳/۲۸	۱/۰۱	۰/۲۶۸	۲/۴۳۰	۰/۰۱۷
	نظام پرداخت	۳/۳۲	۱/۰۵	۰/۳۱۸	۲/۸۱۶	۰/۰۰۶
اقتصادی ($3/20 \pm 0/84$)	تعرفه و فرانشیز	۳/۲۹	۰/۹۱	۰/۲۸۷	۲/۸۶۴	۰/۰۰۵
	هزینه اثربخشی	۳/۲۹	۱/۰۴	۰/۲۸۷	۲/۵۷۸	۰/۰۱۱
	بیمه و مالیات	۳/۰۸	۰/۹۴	۰/۰۷۷	۰/۷۵۰	۰/۴۵۵
	پزشکان و اخلاق حرفه‌ای	۳/۱۳	۰/۹۷	۰/۱۲۹	۱/۱۴۳	۰/۲۵۷
ذی نفعان ($2/90 \pm 0/76$)	پوشش بیمه‌ای (سازمان‌های بیمه‌گر)	۲/۷۸	۰/۹۲	-۰/۲۱۸	-۲/۰۷۰	۰/۰۴۲
	سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت	۳/۰۵	۰/۹۹	۰/۰۴۸	۰/۴۸۸	۰/۶۵۵
	دریافت‌کنندگان خدمات (بیماران)	۲/۸۱	۰/۸۶	-۰/۱۹۲	-۲/۰۹۱	۰/۰۳۹

در کتب درسی و نهادینه کردن فرهنگ خودمراقبتی و ارتقای سواد سلامت جامعه در تمام سطوح آموزش کشور اعم از مردم، پزشکان، سازمان‌های بیمه گر و تمام ذی‌نفعان در بخش سلامت و نظام بیمه‌ای کشور تصویب و ابلاغ کنند.

همچنین به مجریان نیز توصیه می‌شود با پیروی از سیاست‌ها و در چارچوب خط‌مشی‌های کلی کشور، برنامه‌ریزی برای توسعه زیرساخت‌های لازم مورد نیاز این صنعت را فراهم کنند. تقویت برنامه‌های نظارتی دولت و تدوین برنامه توسعه جامع سلامت و آموزش مبتنی بر نیاز جامعه، از راهکارهای پیشنهادی برون‌رفت از این چالش بزرگ خواهد بود.

تقدیر و تشکر

این مقاله نتیجه بخشی از رساله دکترای تخصصی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان با کد اخلاق IR.IAU.Semnan.REC.1396.6 و با عنوان «عوامل موثر بر تقاضای القایی برای بیماران قلبی و عروقی دارای بیمه درمان پایه و تکمیلی و ارائه الگو» است و از سوی هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

از خانم خالدیان، رئیس دانشکده علوم پزشکی و خانم عموزاده، معاونت پژوهشی علوم پزشکی و آقای دکتر رضوانی، مدیر پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی سمنان، نویسندگان مقالات تقاضای القایی داخل و خارج از ایران، متخصصان پزشکی و بهداشت، کارشناسان بهداشت و درمان و سازمان بیمه سلامت ایران و بیمه تأمین اجتماعی استان اصفهان، شرکت‌های بیمه بازرگانی ملت و ایران، دکتر معصومی، رئیس، آقای شفیع و خانم دکتر شیرانی که به ترتیب رئیس، مدیر و سوپروایزر آموزشی بیمارستان فوق تخصصی قلب شهید چمران اصفهان هستند به همراه پزشکان و دستیاران این بیمارستان و تمام افرادی که به این پروژه کمک کرده‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

هیچ تعارض منافی از طرف نویسندگان گزارش نشده است.

References

1. Ansari B, Bahadori MK, Hosseini SM. Determinants of reduction of induced demand in selected hospitals that affiliated with iums in 2017; a qualitative study on provider's view. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2018;16(6):389-402.[Persian]
2. Akbari Sari A, Jaafariipooyan E, Gholami M. Study of the relationship

یا داشتن منافع مشترک در همراهی با بیمار یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات، همچنین قدرت نفوذ حرفه‌ای و نیت انتفاعی می‌تواند موجب تحریک مصرف شود.

هرچند به دلیل گران بودن تجهیزات و هزینه بالا، بسیاری از خدمات در بیماری‌های قلبی-عروقی تحت پوشش بیمه پایه و تکمیلی نیستند یا سقف تعهد پایی دارند و سازمان‌های بیمه‌گر به دلیل متضرر شدن از پیامدهای تقاضای القایی در ایجاد آن کمتر دخالت دارند، با این حال ماهیت وجود پوشش بیمه‌ای، خود می‌تواند محرکی قوی برای القای بیشتر تقاضاهای غیرضروری به سایر ذی‌نفعان باشد و در نتیجه، گرایش به تقاضای غیرضروری از جانب بیمار و پزشک را بالا ببرد [۱۱، ۲۲، ۲۳، ۳۲].

در این پژوهش، عامل ضعف سواد سلامت جامعه، به خصوص دانش و نگرش بیمه‌ای و در نتیجه بیماران، بالاترین میانگین را داشت. مایر، شی و دومینگانی فقدان شفافیت اطلاعات و سطح آگاهی بیمار را دو عامل مهم در تقاضای القایی می‌دانند که پیچیدگی علمی - تخصصی، تشخیصی و درمانی بیماری‌های قلبی عروقی می‌تواند توضیحی برای این عامل باشد. یانگ نیز معتقد است دادن اطلاعات لازم به بیمه‌شدگان و دادن اختیار تصمیم‌گیری برای انتخاب نوع و سطح خدمات، بیماران را به سمت دریافت خدمات با کیفیت‌تر، حتی با قیمت بالاتر، سوق می‌دهد [۲۲، ۳۳-۳۵].

در یافته‌های این پژوهش در تقسیم‌بندی عوامل ذی‌نفعان زیرعامل‌های پزشکان ($13/97 \pm 3$) و سایر (مؤسسات) ارائه‌دهندگان خدمات ($3/0 \pm 5/99$)، نقش بیشتری داشتند. نتایج پژوهش آندرادی، کرامول و هاروکو نیز افزایش تعداد و تخصص پزشکان و مؤسسات و تصویربرداری با تجهیزات پیشرفته و گران‌قیمت را با افزایش القای تجویز پزشکان به خوبی تأیید می‌کند [۱۸-۲۰، ۳۶].

نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش، عوامل اجتماعی با زیرعامل‌های باور مردم و سواد سلامت جامعه بیشترین و سپس به ترتیب عوامل اقتصادی، ساختاری، زیربنایی و ذی‌نفعان بر القای تقاضای در بیماران قلبی-عروقی نقش عمده داشتند. بر همین اساس به سیاست‌گذاران توصیه می‌شود با توجه به اولویت‌های اشاره‌شده، خط‌مشی‌های مناسب برای تغییرات اساسی و ساختاری را با تمرکز بر تغییر دانش و نگرش مردم با استفاده از رسانه‌های عمومی و همگانی، به خصوص شبکه‌های اجتماعی، برنامه‌ریزی فعالیت‌های فرهنگی و آموزش سلامت جامعه، گنجاندن مطالب و سرفصل‌های مناسب

- between Health Transformation plan and amount of Cathlab room procedures in three hospitals, Tehran, Iran. *Research in Medicine*. 2018;42(3):137-43.
3. Khorasani E, Keyvanara M, 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*. 2014;2(4):336-45.[Persian]
 4. Amir Esmaili1 M, Fatahpour2 A, Barooni3 M, Rafiee4 N. Reasons of induced demand in delivering services to the insured by health insurance: A case study in Esfahan. *Knowledge and Health*. 2017;12(1):1-7.[Persian]
 5. 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.
 6. Mahboubi M, Ghiasi M, Afkar A. Study of knowledge and abilities of chemical veterans and other people on Gilangharb city in during crisis: second half of 2010. *Tebe-E-Janbaz*. 2010. 2(7):44-9.[Persian]
 7. Varharami V. Investigating the physician's induction demand. *J Healthc Manag*. 2010;2(1,2):37-42.
 8. Golkhandan A. Testing the hypothesis of health induced demand in Iran using the Bayesian Model Averaging. *Health Research Journal*. 2018;3(4):245-53.
 9. Golkhandan A, Fatholahi E. Offering and testing a model to explain the physician induced demand in Iran. *J Healthc Manag*. 2017;7(no 4):29-40.
 10. mahbobi m, ojaighi s, ghiasi m, afkar a. Supplemental insurances and induced demand in chemical veterans. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2010;2(4):18-22.
 11. Nguyen LL, Smith AD, Scully RE, Jiang W, Learn PA, Lipsitz SR, et al. Provider-induced demand in the treatment of carotid artery stenosis: variation in treatment decisions between private sector fee-for-service vs salary-based military physicians. *JAMA Surgery*. 2017;152(6):565-72.
 12. Carlsen F, Grytten J. Consumer satisfaction and supplier induced demand. *J Health Econ*. 2000;19(5):731-53.
 13. Delattre E, Dormont B. Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians. *Health Econ*. 2003;12(9):741-54.
 14. Hemenway D, Fallon D. Testing for physician-induced demand with hypothetical cases. *Med Care*. 1985;23(4):344-9.
 15. Jürges H. Health insurance status and physician-induced demand for medical services in Germany: new evidence from combined district and individual level data. 2007.
 16. Maeda T, Babazono A, Nishi T, Yasui M, Harano Y. Investigation of the existence of supplier-induced demand in use of gastrostomy among older adults: A retrospective cohort study. *Medicine*. 2016;95(5):e2519.
 17. Wilensky GR, Rossiter LF. The relative importance of physician-induced demand in the demand for medical care. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1983;252-77.
 18. Andrade EdO, Andrade ENd, Gallo JH. Case study of supply induced demand: the case of provision of imaging scans (computed tomography and magnetic resonance) at Unimed-Manaus. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2011;57(2):138-43.
 19. Cromwell J, Mitchell JB. Physician-induced demand for surgery. *J Health Econ*. 1986;5(4):293-313.
 20. Haruko N, Satoshi S, Yuichiro M. Physician-induced demand for treatments for heart attack patients in Japan: Evidence from the Tokai Acute Myocardial Study (TAMIS). *Economic and Social Research Institute (ESRI)*; 2005.
 21. Mahlich J, Sruamsiri R. Co-insurance and health care utilization in Japanese patients with rheumatoid arthritis: a discontinuity regression approach. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):22.
 22. Yang M. Demand for social health insurance: evidence from the Chinese new rural cooperative medical scheme. *China Economic Review*. 2018;52:126-35.
 23. Petrou P. A quasi-experimental study for inappropriate laboratory utilization from a payer perspective in Cyprus. *Health Policy and Technology*. 2018;7(2):137-41.
 - 24.. !!! INVALID CITATION !!! (4, 24).
 25. Saadat S, Yousefifard M, Asady H, Moghadas Jafari A, Fayaz M, Hosseini M. The most important causes of death in Iranian population; a retrospective cohort study. *Emerg (Tehran)*. 2015;3(1):16-21.
 26. Li J, He P, He R, editors. Theoretical and empirical analysis of the supplier induced demand in the health care market in China. In *Proceedings of 2013 IEEE International Conference on Grey systems and Intelligent Services (GSIS) 2013 Nov 15 (pp. 440-444)*.
 27. Shigeoka H, Fushimi K. Supplier-induced demand for newborn treatment: evidence from Japan. *J Health Econ*. 2014;35:162-78.
 28. Baghmirani M, Esmaili Givi MR, Hassanzadeh M, Noruzi AR. Developing the conceptual model of research problem finding using directed content analysis. *Human Information Interaction*. 2017;4(3):34-47.
 29. Ghaedi M, Golshani A. Content analysis method: from quantity-orientation to quality-orientation. *Journal of Psychological Models and Methods*. 2016;7(23):57-82.[Persian]
 30. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & health sciences*. 2013;15(3):398-405.
 31. Darzi Ramandi S, Shahnazi R, Aboutorabi M, Niakan L, Kavosi

- Z. Physician-induced demand hypothesis in Iran: impact of the physician density on treatment costs. *Iranian Journal of Insurance Research*. 2018;32(4):1-19.[Persian]
32. 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.
33. Domenighetti G, Casabianca A. Health care economics, uncertainty and physician-induced demand. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*. 1995;125(42):1969-79.
34. Meyer S. Dispensing physicians, asymmetric information supplier-induced demand: evidence from the Swiss Health Survey. *Int J Health Econ Manag*. 2016;16(3):215-45.
35. Shih YC, Tai-Seale M. Physicians' perception of demand-induced supply in the information age: a latent class model analysis. *Health Econ*. 2012;21(3):252-69.
36. Chen WW, Okunade A, Lubiani GG. Quality-quantity decomposition of income elasticity of us hospital care expenditure using state-level panel data. *Health Econ*. 2014;23(11):1340-52.