چالش تقاضای القایی ارائه‌هندگان در نظام سلامت ایران

سیروس علی‌نیا[1*] PhD

[1] گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

* **نویسنده مسئول:** سیروس علی‌نیا، پست الکترونیک: siros_alinia@yahoo.com

Citation: Alinia C. The challenge of Provider Induced Demand in Iran's health system. Iran J Health Insur. 2024;7(2):142-4.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۲۱ **تاریخ تصحیح:** ۱۴۰۳/۰۵/۱۹ **تاریخ پذیرش:** ۱۴۰۳/۰۶/۱۷ **تاریخ انتشار آنلاین:** ۱۴۰۳/۰۶/۲۰

سردبیر محترم؛

تقاضای القایی عرضه‌کننده (SID) در بخش مراقبت‌های بهداشتی به پدیده‌ای اشاره دارد که در آن ارائه‌هندگان مانند بیمارستان‌ها، پزشکان یا شرکت‌های داروسازی، استفاده از کالاها و خدمات مراقبت‌های سلامت را فراتر از آنچه ممکن است از نظر پزشکی ضروری باشد، القا و ارائه می‌دهند. معضل SID معمولاً زمانی اتفاق می‌افتد که متخصصان یا مؤسسات مراقبت‌های بهداشتی به‌گونه‌ای عمل می‌کنند که بیماران را تشویق می‌کند تا به دنبال مداخلات پزشکی، آزمایش‌های تشخیصی یا درمان‌هایی باشند که ممکن است برای رفاه و حل مشکلات سلامتی آنها ضروری نباشد. این رویه می‌تواند منجر به استفاده بیش از حد از خدمات بهداشتی، افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و آسیب‌های احتمالی به بیماران شود که همگی می‌توانند پیامدهای گسترده‌ای برای کارآیی و برابری در نظام‌های سلامت داشته باشند.

موضوع SID به وضعیتی اشاره دارد که در آن ارائه‌دهنده خدمات، به‌منظور افزایش درآمد خود، ترجیحات شخصی را بر تجویز استاندارد خدمات اولویت می‌دهد. این نوع تقاضا معمولاً زمانی رخ می‌دهد که پزشکان یا ارائه‌هندگان خدمات به‌جای توجه به نیاز واقعی بیماران، خدمات بیشتری را تجویز می‌کنند. اما اگر این تجویزها به دلایلی مانند شهرت پزشکان، سبک عملکردی خاص آنها، افزایش تقاضای بیماران برای خدمات، افزایش شیوع بیماری‌ها یا سایر عوامل محیطی باشد، نمی‌توان آن را به‌عنوان تقاضای القایی تلقی کرد. در این موارد، تجویز خدمات ممکن است بر اساس نیاز واقعی بیماران یا شرایط موجود در جامعه باشد و نه صرفاً به‌خاطر منافع مالی ارائه‌دهنده [۱]. در این نامه به سردبیر، با هدف روشن کردن علل اساسی، پیامدها و مداخلات سیاسی بالقوه آن، به تفاوت‌های ظریف SID در بازار مراقبت‌های بهداشتی ایران می‌پردازیم.

سیستم بهداشت و درمان ایران: زمینه ای مناسب برای SID

اول و مهم‌تر از همه، وجود سیستم مراقبت‌های بهداشتی دو لایه در ایران یک عامل حیاتی در ایجاد SID است. این سیستم متشکل از ارائه هندگان در دو بخش دولتی و خصوصی است که منجر به ایجاد یک محیط رقابتی می‌شود که در آن متخصصان و موسسات مراقبت‌های بهداشتی ممکن است تمایل بیشتری به ایجاد تقاضا برای کسب مزیت رقابتی داشته باشند. در تلاش برای جذب بیماران، ارائه‌هندگان ممکن است تشویق شوند تا آزمایشات، مداخلات یا مشاوره‌های غیرضروری را تجویز و در نتیجه نرخ استفاده از مراقبت‌های بهداشتی را افزایش دهند. علاوه براین، مدل پرداخت هزینه در ازای خدمات رایج در سیستم مراقبت‌های سلامت ایران، پتانسیل SID را بیشتر افزایش می‌دهد. بر اساس این طرح پرداخت، ارائه هندگان خدمات بهداشتی بر اساس حجم خدماتی که ارائه می‌دهند، بازپرداخت می‌شوند. این شیوه به‌طور ذاتی یک انگیزه مالی برای ارائه‌هندگان ایجاد می‌کند تا خدمات اضافی را تشویق کنند که ممکن است لزوماً با بهترین منافع بیماران یا سیستم مراقبت‌های بهداشتی به طور کلی هماهنگ نباشد.

[DOI: 10.66224/ihio.7.2.142]

فقدان نظارت و مقررات قوی در بازار مراقبت‌های بهداشتی ایران نیز نقش مهمی در تقویت SID ایفا می‌کند. مکانیسم‌های نظارتی ضعیف، همراه با شفافیت و مسئولیت‌پذیری محدود، می‌توانند ارائه‌هندگان را تشویق کنند تا به شیوه‌ای عمل کنند که منافع مالی را بر رفاه بیمار ترجیح دهند.

در نهایت، دسترسی بیماران به اطلاعات و توانایی آنها برای انتخاب آگاهانه مراقبت‌های بهداشتی در ایران نسبتاً محدود است و آسیب‌پذیری آنها را در برابر SID افزایش می‌دهد. در بازاری که بیماران ممکن است فاقد دانش لازم جستجو یا ارزیابی ضرورت مداخلات پزشکی توصیه شده باشند، ارائه‌هندگان می‌توانند از این شکاف اطلاعاتی برای القای خدمات غیرضروری استفاده کنند [۲-۴].

پیامدهای SID موجود در نظام سلامت ایران

پیامدهای چالش SID موجود در سیستم مراقبت‌های بهداشتی ایران چندوجهی است و پیامدهای قابل توجهی، هم برای بیماران و هم برای زیرساخت کلی مراقبت‌های بهداشتی، دارد. اولاً، استفاده غیرضروری از خدمات مراقبت‌های بهداشتی که اغلب از شیوه‌های SID ناشی می‌شود، بار مالی و غیرمالی قابل ملاحظه‌ای را بر زیرساخت‌های مراقبت‌های بهداشتی وارد می‌کند. استفاده بیش از حد از خدمات پزشکی منابع را تحت فشار قرار می‌دهد، ظرفیت ارائه مراقبت به افراد نیازمند واقعی را کاهش می‌دهد و در نهایت کارآیی سیستم مراقبت‌های بهداشتی را تضعیف می‌کند. علاوه‌براین، SID تأثیر قابل توجهی بر افزایش هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی دارد. همانطور که ارائه‌هندگان، آزمایشات، رویه‌ها و مشاوره‌های غیرضروری را سفارش می‌دهند، هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی افزایش می‌یابد. این امر نه‌تنها بر دوش دولت که به بخش قابل توجهی از خدمات بهداشتی-درمانی یارانه پرداخت می‌کند، بلکه بر بیمارانی که باید سهم عمده‌ای از هزینه‌های خدمات خود را پوشش دهند نیز بار مالی وارد خواهد کرد. این افزایش هزینه‌ها می‌تواند منجر به فقیرشدن بخش بیشتری از خانوارها، هزینه‌های کمرشکن و ایجاد محدودیت معنادار به مراقبت‌های مورد نیاز شود.

همچنین SID می‌تواند منجر به نتایج نابهینه مراقبت‌های بهداشتی شود. بیمارانی که تحت مداخلات پزشکی غیرضروری قرار می‌گیرند، ممکن است عوارض جانبی، از جمله عوارض ناشی از مداخلات درمانی و جراحی یا داروهای نامناسب را تجربه کنند. علاوه بر این، تمرکز بر کمیت بر کیفیت، با انگیزه‌های مالی ایجاد شده توسط SID، می‌تواند استاندارد کلی مراقبت را منحرف و به طور بالقوه ایمنی بیمار را به خطر بیندازد.

از بین رفتن اعتماد بین بیماران و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی پیامد نامطلوب دیگر است. هنگامی که بیماران از ضرورت درمان ارائه‌شده توسط ارائه‌هندگان سلامت، به‌ویژه پزشکان، مطمئن نباشند و آن را تحت تأثیر منافع مالی بدانند نه نیازهای پزشکی واقعی، می‌تواند منجر به کاهش اعتماد به سیستم مراقبت‌های بهداشتی شود. این کاهش اعتماد ممکن است بیماران را از جستجوی مراقبت‌های به موقع و ضروری باز دارد که می‌تواند پیامدهای شدید سلامت عمومی داشته باشد [۵].

مداخلات سیاسی بالقوه برای کاهش SID در نظام سلامت ایران

پرداختن به موضوع SID در سیستم مراقبت‌های بهداشتی ایران، رویکردی چندوجهی را می‌طلبد که دقت علمی را با عملی بودن ترکیب می‌کند. چندین مداخله سیاسی بالقوه را می‌توان برای کاهش اثرات نامطلوب SID و تقویت یک سیستم مراقبت بهداشتی بیمارمحورتر و کارآمد در نظر گرفت:

اصلاحات نظارتی: اجرای نظارت دقیق‌تر نظارتی و مکانیسم‌های پاسخگویی یک گام بسیار مهم است. نهادهای نظارتی باید برای نظارت و مجازات ارائه‌هندگان درگیر در اقدامات SID قدرت لازم و کافی داشته باشند. این شامل انجام ممیزی‌های منظم، اجرای دستورالعمل‌های اخلاقی و ایجاد پروتکل‌های واضح برای بررسی شکایات است.

اصلاح سیستم پرداخت: انتقال از مدل پرداخت به ازای خدمات به مکانیسم‌های بازپرداخت گروه‌های تشخیصی وابسته می‌تواند به کاهش انگیزه‌های مالی برای SID بسیار کمک کند. این مدل‌های پرداخت به جای افزایش حجم خدمات، تمرکز بر ارائه مراقبت‌های کارآمد و ضروری را تشویق می‌کنند.

[DOI: 10.66224/ihio.7.2.142]

شفافیت و انتشار اطلاعات: افزایش شفافیت در مراقبت‌های بهداشتی، از جمله انتشار داده‌های کیفیت و عملکرد مراقبت‌های بهداشتی، می‌تواند بیماران را برای انتخاب آگاهانه توانمند سازد. اطلاعات در دسترس عموم به بیماران کمک می‌کند تا کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده توسط موسسات و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را ارزیابی کنند و شکاف اطلاعاتی را که SID از آن بهره‌برداری می‌کند، کاهش می‌دهد.

پزشکی مبتنی بر شواهد: تشویق فرهنگ پزشکی مبتنی بر شواهد بسیار مهم است. ترویج دستورالعمل‌های بالینی و بهترین شیوه‌ها می‌تواند ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را در تصمیم‌گیری براساس ضرورت‌های پزشکی به جای منافع مالی راهنمایی کند. آموزش مداوم پزشکی و برنامه‌های توسعه حرفه‌ای نیز می‌تواند نقشی حیاتی در دستیابی به این هدف داشته باشد.

آموزش و حمایت از بیمار: توانمندسازی و آموزش بیماران درمورد حقوق و مسئولیت‌های مراقبت‌های بهداشتی خود ضروری است. ترویج گروه‌های حمایت از بیمار و کمپین‌های اطلاعاتی می‌تواند به بیماران کمک کند تا در تصمیم‌گیری‌های مراقبت‌های بهداشتی خود مشارکت کرده و آسیب‌پذیری آنها را در برابر SID کاهش دهد.

یکپارچه‌سازی نظام مراقبت‌های بهداشتی: تشویق همکاری و هماهنگی بین سطوح مختلف مراقبت، از جمله مراقبت‌های اولیه، مراقبت‌های تخصصی و بیمارستان‌ها می‌تواند ارائه مراقبت‌های بهداشتی را بهینه کند. سیستم‌های مراقبت یکپارچه می‌توانند تکه‌تکه شدن را که گاهی به ایجاد SID کمک می‌کند، کاهش دهند.

تقویت و پیاده‌سازی سیستم‌های اطلاعاتی: پیاده‌سازی سیستم‌های قوی برای نظارت بر مقادیر ارائه و بهره‌مندی از خدمات و نتایج مراقبت‌های بهداشتی می‌تواند به سیاست‌گذاران کمک کند تا الگوهای غیرعادی را که ممکن است نشان‌دهنده SID باشد، شناسایی کنند. تصمیم گیری مبتنی بر داده و ارزیابی منظم مداخلات سیاستی می‌تواند اثربخشی آنها را تضمین کند [۴،۶،۸].

تأییدیه اخلاقی: موردی برای گزارش وجود ندارد.
تعارض منافع: نویسنده این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی را اعلام نداشت.
منابع مالی: مقاله حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

References

1. Mohammadshahi M, Emamgholipour S, Olyaeemanesh A, Alipouri Sakha M, Akbari Sari A, Yazdani S. Physician Induced Demand: The Empirical Evidence of Angiography for Suspected Coronary Artery Disease. Iran J Public Health. 2024;53(1):228-37. doi: 10.18502/ijph.v53i1.14699.
2. Mosadeghrad AM, Isfahani P. Strategies for reducing induced demand in the health system: A scoping review. Journal of Health Administration. 2023;25(4):45-68. [Persian]
3. Alinia C, Takian A, Saravi N, Yusefzadeh H, Piroozi B, Olyaeemanesh A. Physician induced demand for knee replacement surgery in Iran. BMC Health Serv Res. 2021;21:763. doi: 10.1186/s12913-021-06697-6.
4. 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 Surg. 2017;152(6):565-72. doi: 10.1001/jamasurg.2017.0077.
5. McFadzean IJ, Edwards M, Davies F, Cooper A, Price D, Carson-Stevens A, Dale J, Hughes T, Porter A, Harrington B, Evans B. Realist analysis of whether emergency departments with primary care services generate 'provider-induced demand'. BMC Emerg Med. 2022;22(1):155. doi: 10.1186/s12873-022-00709-2.
6. Jost TS, Hall MA. The role of state regulation in consumer-driven health care. Am J Law Med. 2005;31(4):395-418. doi: 10.1177/009885880503100401.
7. Asgari H, Khalesi N, Nasiripour AA, Zyari R. The role of insurance on induced demand in cardiovascular patients. Iran J Health Insur. 2020;3(1):13-22. [Persian]
8. Ramlakhan S, Mason S, O'Keeffe C, Ramtahal A, Ablard S. Primary care services located with EDs: a review of effectiveness. Emerg Med J. 2016;33(7):495-503. doi: 10.1136/emermed-2015-204900.

[DOI: 10.66224/ihio.7.2.142]