

تقاضای القایی در بخش سلامت: نامه‌ای به سردبیر Induced Demand in health sector: a letter to editor

سردبیر محترم

خدمات سلامت شامل دو بخش فنی و پشتیبان است.^۱ بخش فنی شامل ابعاد تخصصی و بالینی خدمات پزشکی نظیر معاینه، تشخیص، تجویز دارو، انجام اعمال جراحی و سایر مداخلات درمانی است. در مقابل، بخش پشتیبان به جنبه‌های غیرتخصصی و غیربالینی خدمات سلامت مثل پذیرش بیمار، خدمات هتلینگ، ارائه تغذیه مناسب، تهیه پوشاک بیمار، نظافت و خدمات بهداشتی، حمل و نقل داخل بیمارستانی و امور اداری و مالی مرتبط با بستری و ترخیص است. در بسیاری از موارد، بیمار از دلیل نداشتن دانش و اطلاعات تخصصی کافی در حوزه پزشکی، قادر به ارزشیابی دقیق کیفیت و اثربخشی خدمات فنی ارائه شده نیستند و باید به تشخیص و تصمیم ارائه‌دهنده خدمات سلامت اعتماد کنند. در چنین شرایطی، انتظار می‌رود که ارائه‌دهندگان خدمات سلامت نقش وکیل امین بیمار را ایفا کرده و صرفاً براساس منافع واقعی و سلامت بیمار تصمیم‌گیری و اقدام کنند. با این حال، در مواردی ممکن است این اعتماد مورد سوءاستفاده قرار گیرد، به‌گونه‌ای که برخی از ارائه‌دهندگان با آگاهی از ناآگاهی یا آسیب‌پذیری بیمار، اقداماتی را انجام دهند که نه تنها همسو با منافع بیمار نیست، بلکه، در راستای منافع شخصی یا سازمانی ارائه‌دهندگان خدمات است.

تقاضای القایی (Supplier-Induced Demand) به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن ارائه‌دهندگان خدمات اقدام به تجویز یا ارائه خدمات غیرضروری می‌کنند و از این طریق مشتریان را به مصرف محصول یا خدمتی وادار می‌سازند که در حالت عادی خودشان آن را انتخاب نمی‌کردند.^۲ در این نوع تقاضا، ارائه‌دهنده با استفاده از دانش تخصصی خود و عدم تقارن اطلاعاتی بین خود و مشتری، افراد را به سمت مصرف خدمات یا محصولات اضافی سوق می‌دهد که برای آنها ضرورتی ندارد. تقاضای القایی چالش مهم نظام سلامت بسیاری از کشورهای در حال توسعه از جمله ایران است. شواهد موجود، میزان بالای بروز تقاضای القایی در برخی از مراکز درمانی کشور را نشان می‌دهد. برای نمونه، مطالعه‌ی میزان پذیرش غیرضروری بیمار در یکی از بیمارستان‌های شهرستان مشگین‌شهر را ۳۹٪ گزارش کرده است.^۳ در مطالعه‌ای دیگر،

۳۹/۴٪ از روزهای بستری بیمار در یکی از بیمارستان‌های شهر تهران به‌عنوان غیرضروری ارزشیابی شد.^۴ همچنین، نتایج پژوهشی در یکی از مراکز درمانی تهران حاکی از آن است که ۵۵/۹٪ از بیمار مبتلا به سرطان پستان اولیه تحت سونوگرافی تشخیصی غیرضروری قرار گرفتند.^۵ در مطالعه‌ی دیگر نیز مشخص شد که برای ۹۴/۱٪ از بیمار مراجع‌کننده به یک مرکز تخصصی سرطان در تهران، ام‌آر‌آی غیرضروری برای تشخیص سرطان پستان تجویز شده بود.^۶ این آمارها نشان‌دهنده عمق و گستردگی پدیده تقاضای القایی در بخش‌های مختلف نظام سلامت ایران هستند و بر ضرورت بکارگیری مداخلات مناسب تأکید دارند.

تقاضای القایی در نظام سلامت دارای پیامدهای گسترده‌ای است که می‌توان آن را از شش بعد بالینی، اقتصادی، اجتماعی، مدیریتی، حقوقی و آموزشی مورد تحلیل قرار داد.^{۷،۸} از نظر بالینی، این پدیده با افزایش احتمال بروز عوارض جانبی، ارتکاب خطاهای پزشکی و کاهش کیفیت خدمات سلامت همراه است. تجویزها و مداخلات غیرضروری، بیمار را در معرض خطرات بالقوه ناشی از اقدامات درمانی بی‌مورد قرار می‌دهد. از منظر اقتصادی، تقاضای القایی منجر به افزایش غیرضروری هزینه‌های درمان، هدر رفت منابع مالی و انسانی و تحمیل فشار فزاینده بر بودجه‌های سلامت می‌شود که در نهایت، منجر به کاهش کارایی و بهره‌وری نظام سلامت خواهد شد.

در بعد اجتماعی، این پدیده موجب تضعیف اعتماد عمومی به نظام سلامت، افزایش نارضایتی بیمار، گسترش رفتارهای مصرف‌گرایانه در میان بیمار و اختلال در تشخیص و اولویت‌بندی نیازهای واقعی سلامت می‌شود. تقاضای القایی همچنین به شکل‌گیری انتظارات غیرواقعی‌گرایانه از خدمات سلامت دامن می‌زند. در بعد مدیریتی، تقاضای القایی با افزایش بار کاری کارکنان سلامت، ناکارآمدی در اجرای سیاست‌های سلامت و گسترش نابرابری در دسترسی به خدمات ضروری، به‌ویژه برای گروه‌های آسیب‌پذیر، همراه است.

از منظر حقوقی، این پدیده منجر به افزایش دعاوی و شکایات حقوقی علیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت می‌شود که تبعاتی برای اعتبار

بهداشتی و درمانی) و خرد (ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت) است.^{۱۲۱}

در سطح کلان، اقداماتی همچون تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، تقویت برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، تدوین و به‌کارگیری راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد، اصلاح نظام پرداخت به پزشکان و بکارگیری روش‌هایی مانند سرانه، موردی و پرداخت مبتنی بر عملکرد و ارزش، تعیین سقف خدمات قابل ارائه، ایجاد سامانه‌های نظارتی بر فرآیند نسخه‌نویسی، اصلاح سیاست‌های تبلیغات دارویی، تدوین مشوق‌های مالی برای ارائه خدمات با ارزش و مقرون‌به‌صرفه، ارتقاء سواد سلامت جامعه از طریق آموزش‌های عمومی، طراحی ساز و کارهای گزارش‌دهی تخلفات، تدوین استانداردهای ملی برای کیفیت خدمات درمانی، نیازسنجی دقیق تجهیزات پزشکی، توسعه سامانه‌های اطلاعات سلامت و پرونده الکترونیک یکپارچه، راه اندازی سیستم‌های ارزیابی عملکرد و نظارت مستمر از سوی وزارت بهداشت و بیمه‌های درمانی و اجرای نظام اعتباربخشی با محوریت شفافیت، پاسخگویی و ارزیابی منطقی خدمات ارائه‌شده، می‌تواند در پیشگیری از ارائه خدمات غیرضروری بسیار موثر باشد.

در سطح میانی، توسعه و استقرار فناوری‌های تصمیم‌یار بالینی، اجرای راهنمایی‌های بالینی مبتنی بر شواهد و پایش رعایت آنها توسط پزشکان، استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد و نتایج درمانی به‌جای پرداخت به‌ازای خدمت، ارتقاء مهارت‌های ارتباطی و اخلاق حرفه‌ای کادر درمان، نظارت مستمر و هوشمند بر تجویز دارو، آزمایش و تصویربرداری و ارائه بازخورد منظم درباره عملکرد حرفه‌ای پزشکان، از مهم‌ترین راهکارهای کاهش تقاضای القایی در سطح سازمانی هستند.

در سطح خرد نیز، اجرای راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد، پایبندی پزشکان به اصول اخلاق حرفه‌ای، آموزش مداوم ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، افزایش آگاهی عمومی نسبت به خدمات غیرضروری، آموزش اصول اخلاق پزشکی، بهبود کیفیت ارتباط بین پزشک و بیمار، توانمندسازی بیماران در مهارت‌های تصمیم‌گیری و ارتقای مشارکت آن‌ها در فرآیند درمان از راهکارهای کلیدی محسوب می‌شوند.

این اقدامات، در تعامل با یکدیگر، می‌توانند به ارتقای کیفیت خدمات سلامت، افزایش کارایی منابع و کاهش هزینه‌های غیرضروری در نظام سلامت منجر شوند.

حرفه‌ای و امنیت شغلی آنها به‌همراه دارد. در نهایت، در بعد آموزشی، تقاضای القایی بر کیفیت آموزش پزشکی تأثیر منفی گذاشته و با تقویت الگوهای نامناسب درمانی، موجب تضعیف صلاحیت حرفه‌ای دانش‌آموختگان حوزه سلامت می‌شود.

تقاضای القایی در نظام سلامت تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل در سه سطح کلان (نظام سلامت)، میانی (سازمان‌های بهداشتی و درمانی) و خرد (ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات سلامت) شکل می‌گیرد.^{۱۲۲} در سطح کلان، عواملی چون پیچیدگی فزاینده خدمات درمانی، نبود راهنماهای بالینی و استانداردهای درمانی، تعرفه‌های نامتوازن خدمات سلامت، روش‌های پرداخت نامناسب به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مثل کارانه، ضعف در نظام ارجاع بیماران، عدم هماهنگی بین سطوح مختلف ارائه خدمات سلامت، تبلیغات گسترده و گاه گمراه‌کننده صنایع دارویی و تجهیزات پزشکی، نبود سیستم‌های ثبت و تحلیل داده‌های بالینی، فقدان سامانه‌های موثر نظارت بر نسخه‌نویسی و ضعف نظارت وزارت بهداشت و بیمه‌گراها، نقش تعیین‌کننده‌ای در افزایش تقاضای غیرضروری خدمات سلامت دارند.

در سطح میانی، رقابت ناسالم میان مراکز درمانی، انگیزه درآمدزایی مراکز درمانی و فشار بر پزشکان برای افزایش حجم خدمات، نظام‌های پاداش‌دهی مبتنی بر عملکرد یا کارانه، فشارهای مدیریتی برای بهره‌وری مالی بیشتر، عدم اجرای راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد، نبود استانداردهای کیفی در ارائه خدمات، فقدان هماهنگی میان ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، عدم پایش نظام‌مند عملکرد پزشکان و فقدان نظارت موثر بر عملکرد بالینی پزشکان از جمله عوامل تسهیل‌کننده بروز تقاضای القایی هستند.

در سطح خرد، عواملی نظیر فشارهای اقتصادی وارد بر پزشکان و انگیزه درآمدزایی آنها، ترس پزشکان از بروز شکایات احتمالی بیماران، نبود آموزش کافی برای تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، پوشش گسترده و نامناسب بیمه‌ای بیماران، فقدان آگاهی بیماران نسبت به نیازهای واقعی سلامت، انتظارات غیرواقع‌گرایانه آنها از درمان، ضعف ارتباط موثر بین پزشک و بیمار و شکاف اطلاعاتی بین گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، در افزایش تقاضای القایی نقش بسزایی دارند.

کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت مستلزم به‌کارگیری راهکارهای جامع در سه سطح کلان (نظام سلامت)، میانی (سازمان‌های

Ali Mohammad Mosadeghrad Ph.D^{1*}, Parvaneh Isfahani²

1- Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Department of Health Services Management, School of Public Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran.

*Corresponding author: Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.. Tel: +98-21-42933006

E-mail: mosadeghrad@tums.ac.ir

علی محمد مصدق‌راد^{۱*}، پروانه اصفهانی^۲

۱- گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲- گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت. تلفن: ۰۲۱-۴۲۹۳۳۰۰۶

References

1. Ferlie E. Total quality management in healthcare. In *Management Innovations for Healthcare Organizations 2015* (pp. 378-396). Routledge.
2. Mosadeghrad AM, Isfahani P. Reasons for induced demand in the health system: A scoping review. *payavard* 2023; 17 (3) :229-244 [in Persian]
3. Ghasemi Barghi H, Aali B, Azimi F. Evaluation on admission rates and inexpedient hospitalization days at Valiasr Hospital in Meshkin Shahr-using the AEP protocol. *Iranian Journal of Health Insurance*. 2018;1(1):38-43.
4. Tavakoli N, Yasinzadeh M, Nejad M. Evaluation of appropriate and inappropriate admission and hospitalization days according to Appropriateness Evaluation Protocol (AEP). *Archives of Iranian medicine*. 2015; 18(7):430-4.
5. Akbari M, Arani AA, Akbari ME, Sahabi B, Olyaeemaneh A, Noorian S. Unnecessary ultrasonography as supplier-induced demand in diagnosis of primary breast cancer in Iran: A cross-sectional study. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2022;37(2):873-85.
6. Akbari M, Assari Arani A, Akbari ME, Sahabi B, Olyaeemaneh A. Supplier-induced demand in diagnostic MRI of primary breast cancer. *Iranian Journal of Health Sciences*. 2020 ;8(4):20-7.
7. Carlsen F, Grytten J. Consumer satisfaction and supplier induced demand. *J Health Econ*. 2000;19(5):731-53.
8. Putri WB, Widyasari V, Musabula J, Hayat MJ. Medicolegal Perspective on Physician-Induced Demand Issue. *Bestuur*. 2021;9(1):77-89.
9. Fabbri D, Monfardini C. Demand-induced supply in the health care market. *Health Econ*. 2011;20(11):1329-45.
10. Seyedin H, Afshari M, Isfahani P, Hasanzadeh E, Radinmanesh M, Bahador R. The main factors of supplier-induced demand in health care: A qualitative study. *J Educ Health Promot*. 2021;10:49.
11. Mosadeghrad A M, Isfahani P. Strategies for reducing induced demand in the health system: A scoping review. *Journal of Health Administration*, 2023; 25 (4):45-68. [in Persian].
12. Eijkenaar F. Pay for performance in health care: an international overview of initiatives. *Medical Care Research and Review*. 2012; 69(3):251-76.