

شناخت نقش بیماران در تقاضای القایی از دیدگاه صاحب‌نظران: یک مطالعه کیفی

الهه خراسانی^۱، کیوان‌آرا محمود^۲، سعید کریمی^۳، مرضیه جعفریان جزئی^۱

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: تقاضای القایی، تقاضایی است که با بهره‌گیری از مزیت اطلاعاتی بیشتر نسبت به بیماران انجام می‌گیرد و مراقبت بیش از حد با ارزش مشکوک ارایه می‌شود. پس‌زمینه برای فرضیه تقاضای القایی، فرض اطلاعات نامتقارن بین پزشک و بیمار است. بیمار تخصص کافی برای ارزیابی میزان و کیفیت خدمات عرضه شده را ندارد. آن‌ها به ندرت می‌دانند که چه خدمات پزشکی و به چه میزانی نیاز دارند. در واقع بیماران به واسطه عللی می‌توانند بر القای تقاضا تأثیر بگذارند. آن‌ها خواسته‌ها، آرزوها و تمایلات نامحدودی نسبت به خدمات دارند. هدف مقاله حاضر، بررسی نقش بیمار در پدیده تقاضای القایی با استفاده از تجربیات صاحب‌نظران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود.

روش: روش تحقیق به شیوه کیفی بود و از مصاحبه نیمه ساختار یافته برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده گردید. مشارکت کنندگان در این پژوهش مشتمل بر افرادی بودند که در این زمینه مطلع و دارای تجربه بودند و به عنوان صاحب‌نظر شناخته شده بودند. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد و تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. تعداد ۱۷ نفر مورد مصاحبه قرار گرفتند. معیارهایی مانند «موثق بودن اطلاعات»، «قابل اعتماد بودن» و «قابل تثبیت بودن» داده‌ها در نظر گرفته شد. به مصاحبه شونده‌گان اطمینان داده شد که نامی از آن‌ها برده نمی‌شود و تمام اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند. از روش تجزیه و تحلیل موضوعی برای تحلیل داده‌ها استفاده گردید.

یافته‌ها: بر اساس تحلیل موضوعی انجام شده، ۵ موضوع اصلی و ۷ زیرموضوع استخراج شد که شامل تجارب صاحب‌نظران در رابطه با نقش بیماران در تقاضای القایی بود. در این مطالعه ۵ موضوع اصلی «تقاضای غیر صحیح بیمار از پزشک، اعتماد بیش از حد بیمار به پزشک، تمایل بیمار به استفاده بیشتر از خدمات رایگان و بدون فرانشیز، عدم آگاهی بیمار و دسترسی آزادانه بیماران به پزشکان» به دست آمد. هر کدام از این موضوعات نیز دارای زیرموضوعاتی بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش در مورد نقش بیماران در تقاضای القایی، به سیاست‌گذاران بخش سلامت کمک می‌کند تا بیماران و علل مرتبط به آن‌ها را نیز در برنامه‌ریزی‌های کلان خود در مورد تقاضای القایی مدنظر قرار دهند.

کلید واژه‌ها: تقاضای القایی، خدمات سلامت، بیماران

ارجاع: خراسانی الهه، کیوان‌آرا محمود، کریمی سعید، جعفریان جزئی مرضیه. شناخت نقش بیماران در تقاضای القایی از دیدگاه صاحب‌نظران: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت ۱۳۹۲؛ ۲ (۴): ۳۳۶-۳۴۵.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۹/۰۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۷/۲۸

تقاضایی است که با بهره‌گیری از مزیت اطلاعاتی بیشتر نسبت به بیماران برای خدمات بهداشتی و درمانی انجام می‌شود و مراقبت بیش از حد با ارزش مشکوک ارایه می‌گردد (۹-۷).

مقدمه

تئوری تقاضای القایی یکی از موضوعات اصلی پژوهش در متون اقتصاد سلامت است (۶-۱). در واقع تقاضای القایی،

این مقاله بخشی از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد در سال ۱۳۹۱ با کد ۲۹۱۱۲۵ می‌باشد، که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان اجرا شده است.

۱- کارشناس ارشد، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: keyvanara@mng.mui.ac.ir

نویسنده‌ی مسئول: دکتر محمود کیوان‌آرا

در این حوزه ابهامات زیادی وجود دارد، مطالعه کیفی حاضر می‌تواند ادراک ارزشمند صاحب‌نظران را در این حوزه نشان دهد و زمینه‌ای را برای پژوهش‌های آینده فراهم نماید. به همین دلیل هدف مقاله حاضر، بررسی بیشتر نقش بیمار در وقوع پدیده تقاضای القایی بود تا زوایای پنهان این موضوع به خوبی روشن گردد که در این مطالعه از تجربیات صاحب‌نظران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان استفاده شد.

روش

روش تحقیق حاضر از نوع کیفی - توصیفی بود که در سال ۱۳۹۱ با استفاده از مصاحبه عمیق انجام گرفت. افراد شرکت‌کننده در این پژوهش برخی از اعضای هیأت علمی دانشگاه، پزشکان، مسؤولان بیمارستان‌ها، مدیران سازمان‌های بیمه و محققان اقتصاد سلامت با سابقه اجرایی و مدیریت در سیستم سلامت بودند که سابقه اجرایی یا علمی قابل قبولی در سیستم سلامت داشتند و به موضوع تقاضای القایی آشنا بودند. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. به عبارت دیگر، افرادی مورد مصاحبه قرار گرفتند که در این زمینه مطلع بوده و دارای تجارب ارزشمندی بودند. برای غنای بیشتر نتایج و انتخاب افراد مطلع چندین گروه از مشارکت‌کنندگان وارد مطالعه شدند. حجم نمونه تا اشباع اطلاعات ادامه یافت. بر این اساس، ۱۷ مصاحبه حضوری صورت گرفت. تمام مصاحبه‌ها ضبط شد و سپس بر روی کاغذ پیاده گردید. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۹۰-۳۰ دقیقه متغیر بود.

برای کسب روایی و پایایی در این مطالعه از تکنیک تثلیث (که عبارت است از استفاده از راهنمای مصاحبه و تأیید چارچوب مصاحبه‌ها با نظر سایر محققان) استفاده شد. به منظور جمع‌آوری داده‌ها، جریان مصاحبه‌ها با حفظ بی‌طرفی محققین هدایت شد. ابتدا چند مصاحبه به صورت آزمایشی قبل از شروع تحقیق توسط محقق انجام گرفت. سپس برای روایی داده‌ها نخستین مصاحبه‌ها توسط استادان راهنما و مشاور از نظر درستی انجام کار بررسی شدند. پس از اصلاحات لازم، محقق شروع به کار کرد. برای بالا بردن قابلیت اطمینان یافته‌ها، پس از استخراج به برخی از مشارکت

پس‌زمینه برای فرضیه تقاضای القایی، فرض اطلاعات نامتقارن بین پزشک و بیمار است. بیمار تخصص کافی برای ارزیابی میزان و کیفیت خدمات عرضه شده را ندارد (۱۱، ۱۰). قدرت بازار پزشکان، مبتنی بر عدم تقارن اطلاعات است. آن‌ها اطلاعات بیشتری درباره آرایه خدمات نسبت به بیماران دارند. بیماران به ندرت می‌دانند که چه خدمات پزشکی و چه میزانی از آن‌ها را نیاز دارند. پزشک می‌تواند از این عدم تقارن اطلاعاتی سود ببرد و در صورتی که تقاضا کمتر از خواسته پزشک است، بر روی آن تأثیرگذار باشد (۲). در حقیقت اگر بیماران اطلاعات کمتری نسبت به پزشکان درباره آثار یکسان چند روش درمان داشته باشند، در این صورت پزشک با علامت‌های بدون هزینه به بیمار القا می‌کند در حالتی قرار دارد که باید با درمان گران‌معالجه‌گردد؛ در صورتی که اگر پزشک اطلاعات صحیح را به بیمار بدهد، او درمان ارزان را انتخاب می‌کند (۱۲).

در عمل، احتمال وقوع تقاضای القایی و شدت اثرات آن حاصل تعامل طیف وسیعی از عوامل است که بر رفتار بیمار تأثیر می‌گذارد. عوامل گسترده‌ای شامل: بازاری، رفتاری، ساختاری و مقرراتی در این پدیده مؤثر هستند که می‌توانند به عنوان عامل مشوق یا بازدارنده برای مشارکت و مقاومت بیمار در پدیده تقاضای القایی باشد (۱۴، ۱۳). در واقع بیماران نیز به واسطه عللی می‌توانند بر القای تقاضا تأثیر بگذارند. آن‌ها خواسته‌ها، آرزوها و تمایلات نامحدودی نسبت به خدمات دارند (۱۶، ۱۵). خواسته‌ها چیزهایی هستند که به باور بیمار بهترین هستند، چیزهایی که ممکن است دوست داشته باشند (به عنوان مثال یک دارو که سریع اثر می‌کند). این ممکن است همان چیزی که آن‌ها نیاز دارند باشد یا نباشد. این امر به طور کل تحت تأثیر نظر پزشک و دیگر متغیرها مانند توانمندی برای خرید درمان توصیه شده یا متقاعد شدن به توصیه‌های پیشنهادی است (۱۷). به موازات پوشش بیمه‌ای، رفتار بیماران در راستای افزایش استفاده از مراقبت‌های پزشکی تغییر می‌کند که به آن خطر اخلاقی می‌گویند (۱۸، ۱۹). با توجه به این‌که تا به حال هیچ مطالعه‌ای به بررسی تأثیر بیمار در موضوع تقاضای القایی نپرداخته است و

یافته‌ها

در مطالعه کیفی حاضر حدود ۷ زیرموضوع و ۵ موضوع اصلی به دست آمد (شکل ۱). با توجه به نظرات مشارکت کنندگان، بیماران به واسطه عللی می‌توانند بر القای تقاضا تأثیر بگذارند که این علل در قالب زیرموضوعات «تقاضای غیر صحیح بیمار از پزشک، اعتماد بیش از حد بیمار به پزشک، تمایل بیمار به استفاده بیشتر از خدمات رایگان و بدون فرانشیز، عدم آگاهی بیمار و دسترسی آزادانه بیماران به پزشکان» بیان می‌شود.

۱. تقاضای غیر صحیح بیمار از پزشک

تقاضای بیمار از پزشک دارای زیرموضوعاتی مانند «مخاطره اخلاقی، مراجعه به پزشک برای مسایل ساده و انتظار نابه‌جای بیمار از پزشک» بود.

۱-۱ خطر اخلاقی

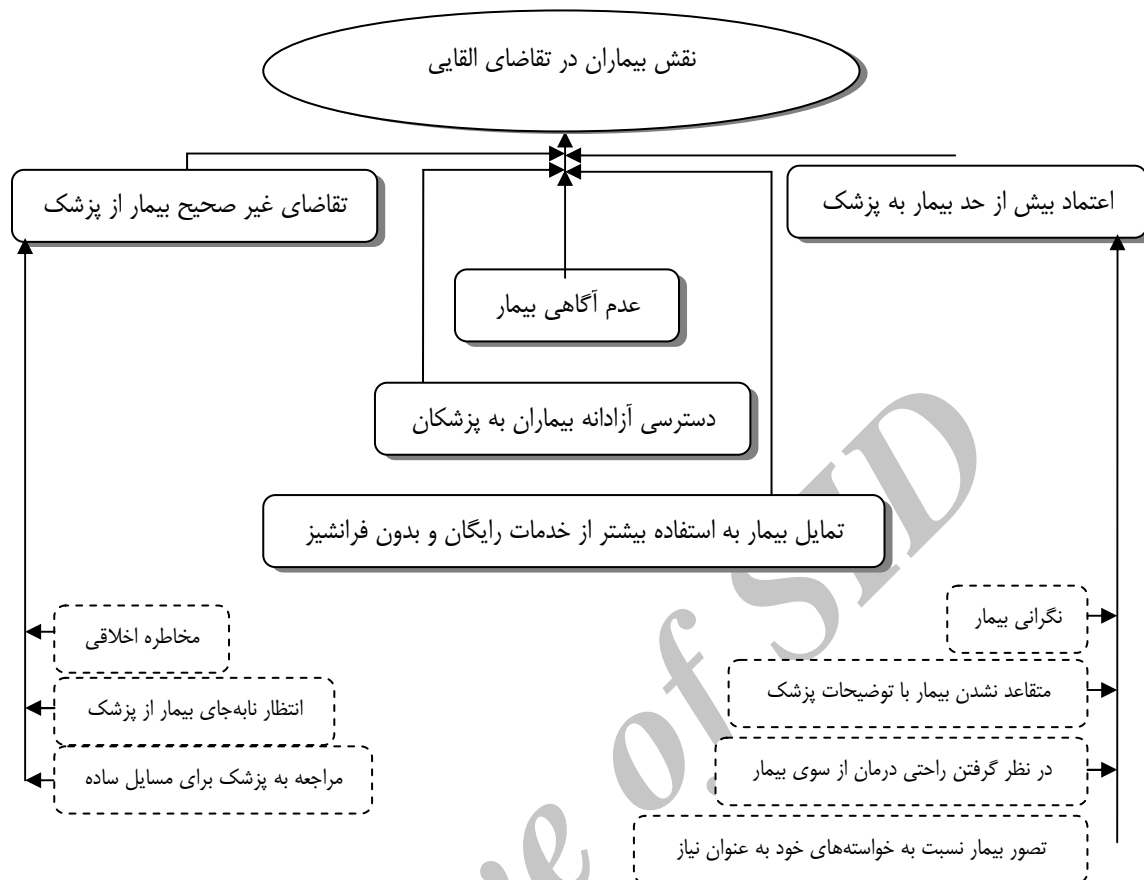
گاهی بیمار به واسطه تصوراتی که از بیماری خود دارد از پزشک درخواست خدماتی را می‌کند که با نیاز واقعی او سازگاری ندارد و به آن مخاطره اخلاقی گفته می‌شود. مشارکت کنندگان مخاطره اخلاقی را یکی از علل مهم در بروز تقاضای القایی می‌دانستند.

مشارکت کنندگان با طرح مثال MRI (Magnetic resonance imaging)، مخاطره اخلاقی را شرح می‌دهد و می‌گوید: «مریض اومده به MRI کرده، می‌گیم شما مثلاً به ماه پیش MRI دادی، دوباره MRI برای چی نوشته؟ می‌گه به کم قرص خوردم، می‌خوام ببینم چقدر اثر کرده؛ در صورتی که در واقع تو مرحله آخر که می‌خوان عمل بکنن به MRI می‌دن که ببینند دقیقاً کجا رو باید عمل بکنند، ولی طرف به پزشک می‌گه آقای دکتر به MRI برام بنویس» (مصاحبه شماره ۳).

مشارکت کننده دیگری هم بیان می‌کند: «در بعضی موارد خود بیمار درخواست می‌کنه. مثلاً خود شما به بیماری که با به زایمان طبیعی می‌تونه کارشو انجام بده، خودش درخواست داره که سزارین انجام بشه! اینا القاییه و نیازی نیست» (مصاحبه شماره ۱۲).

کنندگان ارجاع داده شد و دیدگاه آنان لحاظ گردید. همچنین محققین سعی کردند از ظرافت تحلیلی بالایی در این زمینه برای ایجاد یک چارچوب تئوریک استفاده کنند. استفاده از روش کدگذاری مقوله‌های موجود در مصاحبه‌ها نیز به غنای کار کمک زیادی کرد. معیارهایی مانند «موثق بودن اطلاعات» که همان قابلیت اعتبار مطالعه است، «قابل اعتماد بودن» که همان قابلیت اتکا به داده‌ها و «قابل تثبیت بودن» که همان قابلیت تأیید نهایی داده‌ها است، در نظر گرفته شد. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش بر مبنای روش تجزیه و تحلیل موضوعی بود.

مراحل تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل استخراج و پیاده شدن داده‌ها بر روی کاغذ و ذخیره شدن آن‌ها در کامپیوتر، غوطه‌ور شدن در داده‌ها، کدگذاری، ثبت علائم بازتابی، ثبت علائم حاشیه‌ای، اختصارسازی و توسعه پیشنهادها بود. در مرحله اول بعد از انجام هر مصاحبه، بلافاصله مصاحبه‌ها رونویسی و سپس در کامپیوتر تایپ و ذخیره شد. در مرحله بعدی متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده و مرور شد؛ به طوری که پژوهشگران بر داده‌ها تسلط کافی پیدا کردند. در مرحله سوم داده‌ها به واحدهای معنایی (کد) در قالب جملات و پاراگراف‌های مرتبط با معنای اصلی شکسته شدند. واحدهای معنایی نیز چندین بار مرور و سپس کدهای مناسب هر واحد معنایی نوشته شد. به این صورت که در هر کدام از مصاحبه‌ها، زیرموضوعات از یکدیگر مجزا گردید و سپس زیرموضوعات در هم ادغام شدند و تقلیل‌گرایی (Reductionism) صورت گرفت و در نهایت موضوعات اصلی مشخص شد. ثبت علائم بازتابی و حاشیه‌ای، در واقع ثبت یادداشت از اندیشه‌ها و دیدگاه‌هایی است که در ذهن محقق به وجود می‌آید که در حین مصاحبه و تجزیه و تحلیل ثبت شد. این علائم، یادداشت‌ها را به دیگر قسمت‌های داده مرتبط می‌ساخت. ملاحظات اخلاقی هم مدنظر قرار گرفت؛ به گونه‌ای که رضایت مصاحبه شونده‌ها گرفته شد و به آن‌ها اطلاع داده شد که برای سهولت پیاده‌سازی، مصاحبه ضبط می‌گردد. به مصاحبه شوندگان اطمینان داده شد که نامی از آن‌ها برده نمی‌شود و اطلاعات آنان محرمانه باقی می‌ماند.



شکل ۱. نقش بیماران در تقاضای القایی

نظر اجتماعی در سطح بالایی باشد.

مشارکت‌کننده‌ای به فرهنگ غلط در بین مردم در زمینه تجویز پزشک اشاره دارد و می‌گوید: «علتش اینه که می‌بینی اگه نویسی فرهنگ مردم به صورتی هست که نمی‌پذیرن و می‌گن ما رفتیم ده هزار تومن پول ویزیت دادیم، یه قلم دارو برای ما نوشت و اکثر مردم دوست دارن که یه نسخه همچین چاق و چله براشون نوشته بشه و پزشک خوب رو اون می‌دونن که خیلی اینا رو بنویسه» (مصاحبه شماره ۳).

۲-۱. اعتماد بیش از حد بیمار به پزشک

اعتماد بیمار به پزشک هم باعث می‌شود بیمار ناآگاه فقط به دستورات پزشک توجه کند و حتی اگر خدمات پیشنهادی پزشک غیر ضروری باشد بیمار با اعتمادی که به پزشک دارد، همه خدمات را دریافت می‌کند. مشارکت‌کننده‌ای در این

۲-۱ مراجعه به پزشک برای مسایل ساده

با توجه به نظرات مشارکت‌کنندگان، گاهی بیماران دارای بیمه با کوچک‌ترین علامت بیماری به پزشک مراجعه می‌کنند که خود زمینه تقاضای القایی را فراهم می‌کند. مشارکت‌کننده‌ای تمایل بیمار به استفاده از خدمات ساده با وجود پوشش بیمه را طرح می‌کند و می‌گوید: «وقتی یک نفر دفترچه داشته باشه... دفترچه بیمه دستش باشه دوست داره که از خدمات پزشکی استفاده بکنه. مثلاً یه جوش این‌جاش درمیاد یا یک لکه درمیاد، دوست داره بره از خدماتش استفاده بکنه» (مصاحبه شماره ۴).

۳-۱ انتظار نابه‌جای بیمار از پزشک

مشارکت‌کنندگان بیان کردند، بیشتر بیماران انتظار دارند که پزشک اقلام دارویی زیادی را در نسخه خود تجویز کند و انتظار دیگری که جامعه از پزشک دارد این است که پزشک از

یکی از مشارکت کنندگان در زمینه عدم اطلاع مردم نسبت به نیازهای سلامتی خود می‌گوید: «بینید تقاضاهایی که ایجاد می‌شود یکی از عواملش ناآگاهی‌هایی هست که مردم نسبت به سلامتشان دارن ایجاد می‌شود... اینا نمی‌دونن که واقعاً نیازهای سلامتشان چیه...» (مصاحبه شماره ۱۵).

مشارکت کننده‌ای به عدم آگاهی مردم از عوارض داروها اشاره دارد و می‌گوید: «یه مورد دیگش هست که مردم خیلی توجیه نیستند راجع به عواقب داروها... مثلاً قلم اول دارو در استان، دگزامتازون هست که یه کورتون هست و اصلاً تجویز کورتون‌ها توش چیزی نیست که شما به این راحتی بتونید کورتون تجویز بکنید» (مصاحبه شماره ۳).

مشارکت کننده دیگری هم به عدم آگاهی مردم نسبت به حقوق خود اشاره دارد و اذعان می‌دارد: «اصلاً یکی از نقص‌هایی که ما داریم اینه که مردم به حق و حقوق خودشون آگاه نیستن... یکی از اشکالات ما اینه که مردم اصلاً نمی‌پرسن چرا؟ آقای دکتر چرا زمان کم برای معاینه من گذاشتید؟ آقای دکتر چرا این دارو رو برای من نوشتید؟» (مصاحبه شماره ۱۱).

۴-۱ نگرانی بیمار

مشارکت کننده‌ای در این رابطه بیان می‌کند: «ما نکته اصلی تو این موضوع اینه که ما شاهد هستیم که تو جامعه نگرانی‌های مردم موجب نیازشون به این چیزای القایی هست که واقعاً مشکلشون رو رفع نمی‌کنه، بلکه هزینه‌هاشونو افزایش می‌ده» (مصاحبه شماره ۱۶). در ادامه همین مشارکت کننده می‌گوید: «می‌بینیم مثلاً تو آزمایشات وقتی شخص نگران می‌شه... می‌یاد به پزشک می‌گه همه آزمایش‌ها رو برام بنویس» (مصاحبه شماره ۱۶).

۴-۲ تصور بیمار نسبت به خواسته‌های خود به عنوان نیاز

مشارکت کننده‌ای در این زمینه می‌گوید: «درخواست‌هایی که به عنوان مریض در افراد هست... حالا اینا مریض نیستن یه جورایی Client هستن، مریض نیستن. بیشتر به عنوان مددجو، چون فکر می‌کنن خواسته‌شون نیازه، می‌رن دنبالش» (مصاحبه شماره ۱۴).

۴-۳ در نظر گرفتن راحتی درمان از سوی بیمار

مشارکت کننده‌ای در این رابطه می‌گوید: «بین که خود بیمار

رابطه می‌گوید: «بنابراین حالا اگه من به شما بگم Cold stop بهتره، شما چون اطلاعاتتون کامل نیست تو این زمینه و فکر هم می‌کنید من بر فرض پزشکم صد در صد می‌گید خب این پزشکه دیگه... بهتره از من می‌دونه» (مصاحبه شماره ۴). مشارکت کننده دیگری هم اذعان می‌دارد: «۹۰ درصد مردم به اون مرجع اطمینان می‌کنن و فکر می‌کنن معتمده و فکر می‌کنن یه کار بهتری می‌خواد براشون انجام بشه و بهتر رسیدگی می‌شه» (مصاحبه شماره ۸ و ۹).

۳-۳ تمایل بیمار به استفاده بیشتر از خدمات رایگان و بدون فرانشیز

مشارکت کنندگان معتقد بودند، وجود پوشش کامل بیمه در بعضی خدمات به گونه‌ای که بیمار هیچ هزینه‌ای پرداخت نکند، منجر به استفاده بیش از حد و غیر ضروری می‌شود که تقاضای القایی را دو چندان می‌کند.

مشارکت کننده‌ای در این زمینه می‌گوید: «مثلاً بعضی چیزها رو می‌گن رایگان می‌کنیم، مثلاً میایم می‌گیم برای حق ویزیت پزشک، شما این‌جا اصلاً پول نده... خود این تقاضای القایی ایجاد می‌کنه» (مصاحبه شماره ۴). مشارکت کننده دیگری با اشاره به مراجعه مکرر بیماران برای دریافت خدمات رایگان پزشکی می‌گوید: «فرض کنید که می‌بینید داروی رایگان در سیستم می‌دیم، داروی رایگان منجر می‌شه که طرف بنا به دلیل اقتصادی یا هر مسأله دیگه، مراجعات مکرر داشته باشه. یکی از این نمونه‌ها در تأمین اجتماعی... چون خدمات رایگان می‌دن» (مصاحبه شماره ۱۵).

۴-۴ عدم آگاهی بیمار

یکی از عوامل القای تقاضا، عدم آگاهی بیمار می‌باشد که مشارکت کنندگان بر آن تأکید داشتند. در واقع یکی از عواملی که باعث القای تقاضای غیر ضروری می‌شود، ناآگاهی مردم نسبت به خدمات سلامت است. در این قسمت زیرموضوعات «نگرانی بیمار، تصور بیمار نسبت به خواسته‌های خود به عنوان نیاز، در نظر گرفتن راحتی درمان از سوی بیمار و متقاعد نشدن بیمار با توضیحات پزشک» را مطرح کردند.

که مخاطره اخلاقی عبارت است از استفاده بیش از حد از مراقبت‌های بهداشتی ناشی از پوشش بیمه (۲۰). Barros و همکاران به این نتیجه رسیدند که مخاطره اخلاقی برای خدماتی از جمله تعداد مراجعه‌ها و آزمایش‌ها در بین جوانان (۳۰-۱۸ ساله) وجود دارد (۲۱). Pauly (۹)، Barros و همکاران (۲۱) و Broomberg و Price (۲۲) اذعان می‌دارند که پوشش بیمه موجب افزایش تقاضاهای غیر ضروری بیماران می‌شود که به آن مخاطره اخلاقی گفته می‌شود. Bickerdyke و همکاران در مطالعه خود مطرح می‌کنند، زمانی که بیمه کامل یا نزدیک به کامل وجود داشته باشد، در این شرایط بیماران خدماتی را تقاضا می‌کنند که منافع کمی دارد (۱۳). این مطالعات نقش مخاطره اخلاقی را در تقاضای غیر صحیح بیمار تأیید می‌کنند که با مطالعه حاضر همسو است. مراجعه به پزشک برای مسایل ساده یکی دیگر از عوامل مؤثر است. بیماران گاهی بدون علت و بیماری خاص و تنها برای رفع نگرانی به پزشک مراجعه می‌کنند که زمینه بروز تقاضای القایی را فراهم می‌کند. عامل مهم دیگری که در تقاضای القایی تأثیرگذار است، انتظار نابه‌جای بیمار از پزشک می‌باشد. برای مثال، بیماران انتظار دارند که پزشک اقدام دارویی زیادی را در نسخه خود تجویز کند. محبوبی و همکاران نشان می‌دهند که طبق اظهارات پزشکان متخصص و عمومی، بیماران خود رأساً درخواست نوع و مقدار دارو را از پزشک دارند (۲۳). Bickerdyke و همکاران در پژوهش خود بیان می‌کنند، انتظارات رو به افزایش در بخشی از بیماران موجب افزایش میزان استفاده از خدمات می‌شود (۱۳). نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر مطابقت دارد.

اعتماد بیمار به پزشک هم باعث می‌شود بیمار ناآگاه فقط به دستورات پزشک توجه کند و حتی اگر خدمات پیشنهادی پزشک غیر ضروری باشد بیمار با اعتمادی که به پزشک دارد، همه خدمات را دریافت می‌کند. به علت اعتماد بیمار به تجویز پزشک، گاهی خدمات و کالاهایی مصرف می‌شوند که سودمندی چندانی برای بیمار ندارند (۲۴). Bickerdyke و همکاران ادعا می‌کنند که بیماران با محول کردن تصمیم‌گیری به پزشکان زمینه را برای ایجاد تقاضای القایی

می‌خواد برا این‌که زودتر و راحت‌تر و بدون درد و نمی‌دونم بیهوش باشم و... انجام بشه، به پزشک خودش می‌گه که حالا مثلاً سزارین بکنه. این‌ها همش هست. این نیازهای القایی متأسفانه تو مملکت ما زیاد هست» (مصاحبه شماره ۱۲).

۴-۴ متقاعد نشدن بیمار با توضیحات پزشک

مشارکت‌کننده دیگری بیان می‌کند: «گاهی مواقع بیمار توجیه نمی‌شه و اگر اینم نوشت می‌ره سراغ یکی دیگه و سعی می‌کنه به خواسته‌هاش برسه!» (مصاحبه شماره ۱۶).

۵. دسترسی آزادانه بیماران به پزشکان

مشارکت‌کننده‌ای از دسترسی آزاد بیماران به پزشکان متخصص می‌گوید: «ببینید ما ساختاری که داریم در واقع دسترسی آزاد بیماران به پزشکان در هر سطحی از تخصصه... این اشکال ساختاری وجود داره که البته این بحث گذشته از بحث سیستم القاییه، توی کارامدی تأثیر می‌گذاره» (مصاحبه شماره ۲). مشارکت‌کننده‌ای اختیار بیمار در انتخاب پزشک را یک عامل مهم می‌داند و بیان می‌کند: «بیمار چون اجازه داره که بره پیش پزشک دوم و پزشک دوم هم می‌دونه که به دلیل ساختار نظام ارایه خدمات درمانی که بیمار مجاز به انتخاب هست و یک رقابت هست، ممکنه بگه که نه. اصلاً چه لزومی داره که بخوای یک هفته خودت رو اذیت بکنی و برای بیمار داروهای شدیدالثر استفاده می‌کنه» (مصاحبه شماره ۲).

بحث

هدف این مقاله، بررسی نقش بیماران در تقاضای القایی با استفاده از تجربیات صاحب‌نظران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که بیماران به واسطه عللی می‌توانند بر القای تقاضا تأثیر بگذارند. یکی از این دلایل در این پژوهش، تقاضای غیر صحیح بیمار به دست آمد. این نوع تقاضا از پزشک به شکل مخاطره اخلاقی است. در مخاطره اخلاقی بیمار از پزشک درخواست ارایه درمان‌های غیر ضروری دارد. به خصوص بیمارانی که تحت پوشش بیمه هستند، امکان بروز مخاطره اخلاقی برای آن‌ها بیشتر است. Bardey و Lesur در مطالعه خود بیان می‌کنند

باشد، در نتیجه لزوماً ممکن است انتخاب‌های آن‌ها موجب حداکثر شدن رفاهشان نشود (۲۶). یافته‌های van Dijk و همکاران نشان می‌دهد که بیماران با اطلاعات کمتر، فرصت بیشتری برای پزشک فراهم می‌کنند تا القای تقاضا داشته باشد (۲۷). Hay و Leahy در پژوهشی بیان می‌کنند که با بررسی تنوع در استفاده از خدمات پزشکی با توجه به سطح دانش پزشکی مصرف‌کنندگان، می‌توان به این موضوع پرداخت که پزشکان تا چه حد از جهل پزشکی بیماران خود برای سرمایه‌گذاری استفاده می‌کنند (۲۸). این مطالعات عامل عدم آگاهی بیمار را تشریح می‌کنند.

در نظر گرفتن راحتی درمان از سوی بیمار هم ممکن است باعث شود خدمات غیر ضروری برای جلب رضایت و راحتی بیمار ارایه گردد، بدون آن که این خدمات با نیاز بیمار تطابق داشته باشد. دسترسی آزادانه بیماران به پزشکان در القای تقاضا تأثیرگذار است؛ چرا که پزشکان به راحتی می‌توانند به پزشک متخصص مراجعه کنند و خدمات تخصصی برخلاف نیاز اصلی خود را دریافت کنند. حتی اختیار بیمار در انتخاب پزشک هم در این مسأله مؤثر است. Bickerdyke و همکاران ادعا می‌کنند، آزادی بیماران در انتخاب پزشک در بروز تقاضای القایی مؤثر است (۱۳).

Izumida و همکاران (۲۹) و Bickerdyke و همکاران (۱۳) در مطالعات خود به این نتیجه دست یافتند که پایین بودن سطح دانش گیرندگان خدمت به علت تخصصی بودن خدمات پزشکی، اهمیت زیاد سلامتی برای مردم و نگرانی از عواقب بیماری‌ها، منجر به تسلیم شدن مراجعین در برابر دستور فروشندگان خدمت می‌گردد. نتایج این مطالعه عامل اعتماد بیش از حد بیمار به پزشک و عدم آگاهی بیمار را نشان می‌دهد که با مطالعه حاضر همسو است.

Bickerdyke و همکاران در پژوهش خود بیان می‌کنند، تقاضای القایی تحت تأثیر اهداف بیماران (سلامت خوب، نشاط، طول عمر، اطلاعات، خودمختاری، سودمندی فرایند، منبع منظم مراقبت، اطمینان خاطر، دسترسی به مزایای امنیت اجتماعی یا پرداخت‌های بیمه، تسکین درد و ناراحتی)، تاریخچه پزشکی (شرایط پزشکی گذشته، تجارب گذشته در

فراهم می‌کنند. در واقع تقاضای القایی تحت تأثیر درجه واگذاری تصمیم‌گیری به پزشک و میزان مشارکت بیماران در رفتار مصرف‌گرایانه است (۱۳). نتایج این مطالعات عامل اعتماد بیش از حد بیمار به پزشک را تأیید می‌کند. تمایل بیمار به استفاده بیشتر خدمات رایگان و بدون فرانشیز هم در تقاضای القایی مؤثر است؛ چرا که بیمار هیچ گونه محدودیت هزینه‌ای ندارد و تمایل دارد حداکثر استفاده از خدمات را داشته باشد.

یکی دیگر از عوامل القای تقاضا، عدم آگاهی بیمار می‌باشد. برای مثال مادرانی که درباره عوارض زایمان سزارین اطلاعات کافی ندارند، ممکن است به راحتی این خدمت را درخواست کنند. مردم نسبت به حقوق خود هم آگاهی کافی ندارند و فکر می‌کنند حق پرسیدن هیچ سؤالی را از پزشک خود ندارند و پزشک می‌تواند هر پیشنهاد درمانی را به بیمار تحمیل کند. عدم اطلاع مردم نسبت به نیازهای سلامتی خود نیز باعث می‌شود که آن‌ها خدماتی را درخواست کنند که نقشی در ارتقای سلامتی آن‌ها نداشته باشد و تقاضاهای غیر ضروری را به سیستم سلامت تحمیل می‌کنند. عدم آگاهی مردم از عوارض داروها، زمینه درخواست زیاد دارویی را فراهم می‌کند. Dormont و Delattre بیان می‌کنند که بیماران آگاهی کمی دارند و نمی‌دانند که چه میزان مراقبت بهداشتی درمانی باید خریداری کنند، بنابراین پزشکان می‌توانند میزان زیادی از مراقبت‌ها را به بیمار ارایه دهند (۲۵).

Noguchi و Shimizutani اشاره می‌کنند که در اغلب موارد، مصرف‌کنندگان با اطلاعات کمتر نمی‌توانند خدماتی که توسط عرضه‌کنندگان پیشنهاد می‌شود را رد کنند (۴). De Jaegher و Jegers ذکر کردند که بیماران به طور کلی نمی‌دانند چه نوع خدمات بهداشتی و درمانی را نیاز دارند و به همین دلیل است که با پزشکان مشورت می‌کنند، اما از آن‌جا که آن‌ها نمی‌دانند کدام خدمات بهداشتی و درمانی را پس از درمان می‌خواهند، بیماران نمی‌توانند بفهمند که تا چه حد خدمات بهداشتی و درمانی به سلامت آن‌ها کمک می‌کند (۳). Labelle و همکاران مطرح کردند که بیماران تجارب پزشکی محدودی دارند و قضاوت‌های آنان ممکن است خطا

مخاطره اخلاقی با کمک آموزش به بیماران کاهش داده شود و سیستم دسترسی بیماران به نظام سلامت اصلاح شود. نتایج به دست آمده از پژوهش‌های کیفی اغلب به صورت موردی بیان می‌شوند و اعتبارشان در محدوده موضوع با افراد مورد مطالعه صحت دارد. مطالعه حاضر در دانشگاه علوم پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر و پزشکان موجود در اصفهان انجام شد و نتایج به دست آمده به دلیل تفاوت ماهیت در رشته‌های گوناگون نمی‌تواند قابل تعمیم به همه دانشگاه‌ها و رشته‌ها باشد. نتایج این پژوهش به سیاست‌گذاران بخش سلامت کمک می‌کند تا بیماران و علل مرتبط به آن‌ها را نیز در برنامه‌ریزی‌های کلان خود در مورد تقاضای القایی مدنظر قرار دهند.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش چارچوبی را برای بررسی نقش بیماران در تقاضای القایی ارائه می‌کند که بارزترین یافته‌های آن شامل تقاضای غیر صحیح بیمار از پزشک، اعتماد بیش از حد بیمار به پزشک، تمایل بیمار به استفاده بیشتر از خدمات رایگان و بدون فرانشیز، عدم آگاهی بیمار و دسترسی آزادانه بیماران به پزشکان بود. این یافته‌ها به سیاست‌گذاران بخش سلامت کمک می‌کند تا با رویکردی روشن‌بینانه به بررسی پدیده تقاضای القایی بپردازند. تحقیقات بیشتر در این زمینه می‌تواند به بررسی نقش سطوح سازمانی وزارت بهداشت و نقش ارائه دهندگان در بروز تقاضای القایی بپردازد. پیشنهاد می‌شود در جهت کنترل تقاضای القایی، آگاهی افراد جامعه افزایش یابد و رویکردی جهت آموزش بیماران و مشارکت آن در تصمیم‌گیری‌های پزشک در نظر گرفته شود.

ارتباط با متخصص پزشکی) و تأثیرات محیطی (موقعیت مالی، تعهدات خانوادگی، تعهدات کاری، پیش‌زمینه فرهنگی و نگرش جامعه) می‌باشد (۱۳). نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر همسو است.

Ferguson در مطالعه خود بیان می‌کند که به طور معمول استدلال می‌شود که وجود تقاضای القایی با این واقعیت مشخص می‌شود که بیماران تمایل دارند آنچه پزشکان به آن‌ها می‌گویند را انجام دهند. اگر یک پزشک به بیماری بگوید دوباره برای یک ویزیت دیگر مراجعه کند، بیمار مراجعه خواهد کرد. این بحث ماهیت اساسی رابطه بین بیمار و پزشک را نادیده می‌گیرد. پزشک به عنوان یک نماینده برای بیمار در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های پزشکی عمل می‌کند. در یک سیستم با انتخاب پزشک، بیماران پزشکان را بر اساس قضاوت آن‌ها در مورد تصمیمات پزشکی انتخاب می‌کنند. هنگامی که آن‌ها به قضاوت یک پزشک اعتماد کنند، تمایل به پذیرش نظر پزشک هم پیدا می‌کنند. بنابراین مشاهداتی که نشان می‌دهد بیماران تمایل دارند توصیه پزشکان را در نظر بگیرند، هیچ چیزی در مورد توانایی پزشک برای تقاضای القایی به ما نمی‌گوید. حتی مطالعات نشان داده‌اند که سازگاری بیمار با دستورات پزشکان بسیار کم است و بیماران حتی از تطابق با تعداد استاندارد پیشنهادی ویزیت‌ها امتناع می‌کنند (۳۰). نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر متفاوت است.

تحقیقات بیشتر در این زمینه می‌تواند به بررسی نقش بیمه‌های مختلف در شکل‌گیری خواسته‌های بیماران، شیوه‌های کنترل مخاطره اخلاقی و تجارب بیماران در زمینه تقاضای القایی بپردازد. پیشنهاد می‌شود، در جهت کنترل نقش بیماران در تقاضای القایی آگاهی بیماران افزایش یابد،

References

1. Abdoli G, Varhami V. The roles of asymmetric information in induce demand: a case study in medical services. J Health Adm 2011; 14(43): 37-42. [In Persian].
2. Andersen LB, Serritzlew S. Type of services and supplier-induced demand for primary physicians in Denmark [Online]. [cited 2007]; Available from: URL: [http://pure.au.dk/portal/en/publications/type-of-services-and-supplierinduced-demand-for-primary-physicians-in-denmark\(b83bbd20-bc2b-11db-bee9-02004c4f4f50\).html](http://pure.au.dk/portal/en/publications/type-of-services-and-supplierinduced-demand-for-primary-physicians-in-denmark(b83bbd20-bc2b-11db-bee9-02004c4f4f50).html)
3. De Jaegher K, Jegers M. A model of physician behaviour with demand inducement. J Health Econ 2000; 19(2): 231-58.
4. Noguchi H, Shimizutani S. Supplier-Induced Demand in Japan's At-home Care Industry: Evidence from Micro-level Survey on Care Receivers. Tokyo, Japan: Economic and Social Research Inst, Cabinet Off; 2005.

5. Rice T. Physician-induced demand for medical care: new evidence from the Medicare program. *Adv Health Econ Health Serv Res* 1984; 5: 129-60.
6. Richardson JR, Peacock SJ. Supplier-induced demand: reconsidering the theories and new Australian evidence. *Appl Health Econ Health Policy* 2006; 5(2): 87-98.
7. Evans R. Supplier-induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications. In: International Economic Association, editor. *The economics of health and medical care: proceedings of a conference held by the International Economic Association at Tokyo International Economic Association Series*. Hoboken, NJ: Wiley; 1974.
8. Fuchs VR. The supply of surgeons and the demand for operations. *J Hum Resour* 1978; 13(Suppl): 35-56.
9. Pauly MV. *Doctors and Their Workshops: Economic Models of Physician Behavior*. University of Chicago Press: University of Chicago Press; 2009.
10. Grytten J, Sorensen R. Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway. *J Health Econ* 2001; 20(3): 379-93.
11. Bekker Hansen B, Hojmark Sorensen T, Bech M. Variation in utilization of health care services in general practice in Denmark: Data description report: Data collection and descriptive statistics. Odense: Syddansk Universitet; 2008.
12. Abdoli G. Induce demand theory of the information asymmetry between patients and doctors. *Economic Research Journal* 2005; (68): 91-114. [In Persian].
13. Bickerdyke I, Dolamore R, Monday I, Preston R. Indent 1440 Lim 0 Lim 1 Supplier-Induced Demand for Medical Services. Canberra, AU: In Productivity Commission Staff Working Paper; 2002.
14. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian Jazi M. Challenges resulting from healthcare induced demand: a qualitative study. *Health Inf Manage* 2013; 10(4): [In Persian].
15. Wanderling D, Groen R, Belak N. Textbook of health economics. Trans. Tofighi S, Ahmadkiadeliri A, Haghparast H. Tehran, Iran: Vajepardazan; 2010. [In Persian].
16. Parkin M, Powell M, Mathews K. *Economics*. 5th ed. Harlow, UK: Addison-Wesley; 2003.
17. Witter S, Ensor T, Jowett M, Thompson R. *Health Economics for Developing Countries*. London, UK: MacMillan Education; 2002.
18. Hajizadeh M. *Health Economics*. Tehran, Iran: Jameenegar; 2008.
19. Getzen TE. *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*. 2nd ed. London, UK: John Wiley & Sons; 2004.
20. Bardey B, Lesur R. Optimal regulation of health system with induced demand and 'ex post' moral hazard. *Annals of Economics and Statistics* 2006; (83-84): 279-93.
21. Barros PP, Machado MP, Sanz-de-Galdeano A. Moral hazard and the demand for health services: a matching estimator approach. *J Health Econ* 2008; 27(4): 1006-25.
22. Broomberg J, Price MR. The impact of the fee-for-service reimbursement system on the utilisation of health services. Part I. A review of the determinants of doctors' practice patterns. *S Afr Med J* 1990; 78(3): 130-2.
23. Mahbobi M, Ojaghi S, Ghiasi M, Afkar A. Supplemental insurances and Induced demand in chemical veterans. *Teb-e-Janbaz Iran J War Public Health* 2010; 2(4): 18-22.
24. Dranove D, Wehner P. Physician-induced demand for childbirth. *J Health Econ* 1994; 13(1):61-73
25. Delattre E, Dormont B. Fixed fees and physician-induced demand: a panel data study on French physicians. *Health Econ* 2003; 12(9): 741-54.
26. Labelle R, Stoddart G, Rice Th. A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. *Journal of Health Economics* 1994; 13(3): 347-68.
27. van Dijk CE, van den Berg B, Verheij RA, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP, de Bakker DH. Moral hazard and supplier-induced demand: empirical evidence in general practice. *Health Econ* 2013; 22(3): 340-52.
28. Hay J, Leahy MJ. Physician-induced demand: an empirical analysis of the consumer information gap. *J Health Econ* 1982; 1(3): 231-44.
29. 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. *Review of Population and Social Policy* 2013; (8): 11-25.
30. Ferguson BS. *Issues in the demand for medical care: can consumers and doctors be trusted to make the right choices?* Halifax, Nova Scotia: Atlantic Institute for Market Studies; 2002.

The Role of Patients in Induced Demand from Experts' Perception: A Qualitative Study

Elahe Khorasani¹, Mahmoud Keyvanara², Saeed Karimi³, Marzie Jafarian Jazi¹

Original Article

Abstract

Introduction: Induced demand utilizes the advantage of higher information in respect to patients and too much care is presented with suspicious value. Therefore, the theory of induced demand is based on the assumption of asymmetric information between physician and patient. The patients do not have sufficient expertise to assess the level and quality of provided services. They rarely know what and how much medical care they need. In fact, due to some reasons, patients can influence the demand induction. They have unlimited wishes and desires in respect to the offered services. This article examines the role of the patient in the phenomenon of induced demand with the use of the experiences of experts of Isfahan University Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Method: The present research was a qualitative study. Semi-structured interview was used for data generation. Participants in this study were people who had been informed in this regard, were experienced, and were known as experts. Purposive sampling was done for data saturation. 17 people were interviewed and criteria such as "reliability of information" and "stability" of data were considered. The anonymity of the interviewees was preserved. The data were transcribed, categorized, and then used the thematic analysis.

Results: In this study, according to thematic analysis 5 main themes and 7 sub-themes were extracted. They include the experiences of experts about the role of patients in induced demand. The 5 main themes include incorrect demand of patient from the physician, patients' excessive trust in the physician, patient's desire to use much more free services and without copayment, patient's unawareness, and free access to physicians. Each of these themes includes some sub-themes.

Conclusion: The results of this study on the role of patients in induced demand help the policy makers to consider patients and related factors in their strategic planning in induced demand.

Keywords: Induced demand, Healthcare, Patients

Citation: Khorasani E, Keyvanara M, Karimi S, Jafarian Jazi M. **The Role of Patients in Induced Demand from Experts' Perception: A Qualitative Study.** J Qual Res Health Sci 2014; 2(4): 336-45.

Received date: 20.10.2013

Accept date: 24.11.2013

1- Department of Healthcare Management, School of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- Associate Professor, Department of Healthcare Management AND Social Determinate of Health Research Center, School of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3- Associate Professor, Department of Healthcare Management AND Health Management and Economic Research Center, School of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Corresponding Author: Mahmoud Keyvanara PhD, Email: keyvanara@mng.mui.ac.ir