

طراحی مدل تقاضای القایی در نظام سلامت با استفاده از رویکرد داده بنیاد

خداداد نادری منش^۱

(تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۴/۱۰)

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر طراحی مدل تقاضای القایی در نظام سلامت با استفاده از رویکرد داده بنیاد است.

روش: این پژوهش از نظر ماهیت، اکتشافی، از نظر روش کیفی و از نظر هدف، کاربردی است. جامعه مورد بررسی، متشکل از ۸ نفر از اساتید و خبرگان به روش میدانی و با استفاده از ابزار مصاحبه و ۸ مقاله و کتاب، به صورت هدفمند و قضاوت بوده است.

یافته‌ها: برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش داده بنیاد با به کارگیری رهیافت سیستماتیک از نظریه اشتراوس و کوربین استفاده شده است. به همین منظور داده‌ها در سه دسته کدگذاری باز، محوری و انتخابی تحلیل شده است و در نهایت مدل پارادایم تقاضای القایی در نظام سلامت طراحی شده است. نتایج حاکی از شناسایی عوامل علی (شامل چالش‌های سیستم، چالش‌های بیمار و چالش‌های سازمان‌های بیمه‌گر)، عوامل زمینه‌ای مؤثر بر راهبردها شامل (عوامل روان‌شناختی، آموزش و فرهنگ‌سازی)، همچنین عوامل مداخله‌گر تأثیرگذار بر اجرای راهبردها (افزایش قیمت کالاهای پزشکی) است. راهبردهای شناسایی شده در راستای تقاضای القایی در نظام سلامت، (کنترل و نظارت، فناوری، قوانین و مقررات، سیستم مدیریت اطلاعات و نظام پرداخت) و پیامدهایی مثل (رعایت اخلاق پزشکی، سهولت در ارائه خدمات و همکاری و مشارکت) است.

نتیجه‌گیری: تحلیل داده‌ها نشان داد که عوامل علی، عوامل زمینه‌ای و عوامل مداخله‌گر، بر تقاضای القایی مؤثرند. راهبردهای پیشنهادی شامل کنترل و نظارت، فناوری، قوانین، مدیریت اطلاعات و نظام پرداخت است که منجر به پیامدهایی نظیر رعایت اخلاق پزشکی، سهولت خدمات و مشارکت خواهد شد.

واژه‌های کلیدی: تقاضای القایی، نظام سلامت، رویکرد داده بنیاد، تأمین اجتماعی.

تأثیر مراقبت‌های سلامت بر شاخص‌های توسعه اقتصادی، انسانی و رفاه جامعه و اهمیت آن، پرداختن به ویژگی‌های خاص بازار مراقبت سلامت را اجتناب‌ناپذیر می‌کند. از جمله دلایلی که این بازار را در میان سایر بازارها خاص می‌کند، نقض فرض‌های بازار رقابت کامل، نقش کارگزاری پزشک، پوشش ساختاری و روش پرداخت بیمه‌های اجتماعی درمان و سودجویی پزشک یا فراهم‌کننده مراقبت‌های سلامت است (کاظمیان و همکاران، ۱۴۰۰). بر اساس نوع نظام سلامت در جوامع مختلف، بهره‌مندی از خدمات سلامت فشارهای مالی متفاوتی را بر مردم تحمیل می‌کند. در هر حال این هزینه‌ها باعث ایجاد مشکلات مالی برای خانوارها می‌شود و ممکن است آنها را به دام فقر اندازد. لذا تعجب‌آور نیست که نگرانی در مورد هزینه‌های سلامت مردم، امروزه توجه سیاستگذاران و مسئولان را در بسیاری از کشورها به خود جلب کرده است (درزی و همکاران، ۱۳۹۶).

طی سال‌های اخیر هزینه‌های درمانی به‌طور سرسام‌آوری افزایش یافته است؛ افزایش قابل توجهی که به‌شکلی نگران‌کننده زمینه‌ساز افزایش پرداخت هزینه‌های درمانی از سوی مردم و از طرفی شرکت‌های بیمه خصوصی می‌شود. یکی از چالش‌هایی که در دهه‌های اخیر این بخش را درگیر کرده و موجب افزایش هزینه‌ها و متعاقباً فشار به دولت و سازمان‌های بیمه‌ای شده، تقاضای القایی پزشکان و کادر بالینی است (درزی و همکاران، ۱۳۹۶).

تقاضای القایی در سلامت به مفهوم ارائه خدمات غیرضروری به بیماران یا مراجعه‌کنندگان با نیت کسب منفعت از طریق اعمال قدرت و سفارش ذی‌نفعان همواره چالش‌برانگیز بوده است. نظام‌های عرضه خدمات سلامت در دنیا به روش‌های گوناگون با این پدیده درگیر و برای کنترل آن راه‌حل‌هایی ارائه شده است. صاحب‌نظران ایجاد تقاضای القایی را ناشی از عوامل گوناگونی می‌دانند که ریشه اصلی آن در نگرش سودمندان و همچنین متقارن نبودن اطلاعات بین ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات است؛ به‌طوری‌که یک خدمت ساده بیش از اندازه مهم و ضروری جلوه داده می‌شود (عسگری و همکاران، ۱۳۹۹). ایران کشوری است با حدود ۸۰ میلیون نفر جمعیت که اکثر جمعیت آن در مناطق شهری زندگی می‌کنند. بیماری‌های قلبی-عروقی، فشارخون بالا، دیابت، بدخیمی، اختلالات روانی و سوء‌مصرف مواد از جمله چالش‌های بهداشتی در کشور ما هستند. همچنین حوادث رانندگی، بیماری‌های قلبی-عروقی و سرطان از علل اصلی سال‌های ازدست‌رفته زندگی در ایران هستند. با توجه به فراوانی بروز و شیوع و تعدد، تنوع، پیچیدگی و گران‌قیمت بودن خدمات و تجهیزات تشخیصی و درمانی، تقاضای القایی در این‌گونه بیماری‌ها و همچنین نقش سازمان‌های بیمه در تأمین هزینه‌های غیرضروری بیشتر آشکار می‌شود. لذا مدیریت هزینه‌ها و تأمین خدمات بهداشتی

باتوجه به چالش‌های موجود نیازمند برنامه‌ریزی دقیق و هماهنگی بین ذی‌نفعان مختلف است (عسگری و همکاران، ۱۳۹۹). سیاست‌گذاران بخش سلامت معتقدند، تقاضای القایی دو تأثیر مهم در بازار مراقبت دارد: الف) تقاضای القایی می‌تواند منجر به افزایش هزینه‌های بخش سلامت شود. این افزایش هزینه‌ها نه تنها بر بودجه عمومی دولت فشار وارد می‌کند، بلکه می‌تواند بار مالی سنگینی بر خانوارها نیز تحمیل نماید؛ ب) باتوجه به اینکه منابع ملی به مراقبت‌هایی اختصاص می‌یابد که ممکن است برای پزشکان مزایای مالی کمتری داشته باشد، تقاضای القایی می‌تواند با هدف افزایش درآمد پزشکان، به انحراف هزینه‌ها از وضعیت مطلوب برای تمام مراقبت‌ها منجر شود. باین حال در موارد مختلفی بین محققان بخش سلامت اختلاف نظر وجود دارد از جمله اینکه آیا پزشکان با وجود اینکه به‌عنوان ارائه‌دهنده خدمت در مقابل بیمار قرار دارند و از محل درمان بیماران کسب درآمد می‌نمایند می‌توانند به‌عنوان کارگزاران واقعی برای بیماران عمل کنند یا خیر. همچنین، عدم توانایی تشخیص نیازهای واقعی مراقبت توسط بیماران و اینکه آیا با دسترسی به اطلاعات کافی، همین سطح کنونی از مراقبت را درخواست می‌کردند از موارد مهم مورد بحث در این زمینه است (کاظمیان و الوندی، ۱۴۰۰). لذا باتوجه به مباحث مطرح شده سؤال اصلی پژوهش عبارت است از: طراحی مدل تقاضای القایی در نظام سلامت با استفاده از رویکرد داده بنیاد چگونه است؟

۲. ادبیات پژوهش

۲-۱. مبانی نظری

تقاضای القایی در نظام سلامت: تقاضای القایی در بخش سلامت به معنی ارائه خدمات غیرضروری به بیماران با هدف سودآوری و با استفاده از قدرت و نفوذ ذی‌نفعان، یکی از چالش‌های این بخش است. از دید صاحب‌نظران تقاضای القایی می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی از جمله نگرش سودآوری ارائه‌دهندگان و عدم تقارن اطلاعات بین ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت باشد. به‌عنوان مثال بر اساس فرضیه تقاضای القایی، یک پزشک می‌تواند به‌واسطه اطلاعات دارویی بیشتر نسبت به بیمار (عدم تقارن اطلاعات) او را به مصرف داروی بیشتر ترغیب نماید (عسگری و همکاران، ۱۳۹۹). از طرفی روش پرداخت مناسب به ارائه‌کنندگان خدمات، کارایی نظام را بالا می‌برد. روش‌های پرداختی نامناسب از جمله پرداخت متغیر گذشته‌نگر (از جمله کارانه)، تقاضای القایی خدمات غیرضروری و هزینه‌ها را افزایش می‌دهد. در مقابل روش‌های پرداخت ثابت و آینده‌نگر، مثل پرداخت سرانه و پرداخت موردی بر پیشگیری، تمرکز بیشتری دارند و سبب کاهش هزینه‌ها می‌شوند.

موردی همانند راه‌اندازی و تقویت نظام ارجاع، استفاده از راهنماهای بالینی، اصلاح روش‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات، آموزش ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمت، مشخص نمودن سقف حجم خدمات برای پزشکان باعث کاهش تقاضای القایی می‌گردند (مصدق راد و عباسی، ۱۴۰۰). سلامت افراد می‌تواند از طریق رژیم غذایی سالم، ورزش و پیشگیری تأمین شود. عوامل دموگرافیک بیمار از قبیل (سن، جنسیت، قومیت، تحصیلات، شغل، درآمد، وضعیت تأهل، اندازه ی خانواده، فاصله محل سکونت با ارائه‌کننده خدمت، وضعیت، میزان نیاز به خدمات پزشکی، ترجیحات و پوشش بیمه درمانی)؛ خدمات از قبیل قیمت، کیفیت و زمان انتظار و ارائه‌کننده خدمت (شایستگی و شهرت) بر میزان تقاضا برای خدمات تأثیر می‌گذارد. مردم انتظار دریافت خدمات سلامت ضروری، با کیفیت، ایمن و اثربخش از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت دارند. باوجوداین، گاهی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت به‌دلیل داشتن اطلاعات پزشکی بیشتر و انگیزه‌های مالی، خدمات سلامت غیرضروری و غیرمرتبط با هدف بهبود سلامت و رفاه عمومی بیمار ارائه می‌کنند. به این پدیده «تقاضای القایی» می‌گویند. منظور از تقاضای القایی ارائه‌کننده خدمات سلامت، ارائه مراقبت یا خدمت غیرضروری به بیماران یا مراجعین نظام سلامت با اعمال قدرت و سفارش افراد متخصص است. تقاضای القایی زمانی اتفاق می‌افتد که ارائه‌کننده خدمات سلامت بر تقاضای بیمار برای انتخاب خدمات تأثیر بگذارد؛ به‌گونه‌ای که بهترین انتخاب برای درمان بیمار نباشد و بیمار در صورت داشتن اطلاعات کامل به آن خدمت نیازی نداشته باشد یا آن را رد کند (مصدق راد و اصفهانی، ۱۴۰۱).

فرضیه تقاضای القایی، حوزه تأثیر گرفته از مقالات ایوانز^۲ (۱۹۷۴) است که در ادامه توسط پژوهشگرانی از جمله راسیستر و ویلسنکی^۳ (۱۹۸۴) و رایس^۴ (۱۹۸۴) بسط داده شد. متناسب با این فرضیه، افزایش رقابت بر سر بیماران باعث کاهش درآمد پزشکان و حوزه به‌دلیل کاهش تعداد بیماران مراجعه‌کننده در بخش خواهد شد. این اتفاق تأثیر مثبتی بر القای تقاضا بر مطلوبیت‌های از دست‌رفته دارد (اخوان بهبهانی و اسماعیلی، ۱۳۹۷).

علل مؤثر بر تقاضای القایی: با اهمیت‌ترین آن‌ها که به نقش افراد تعبیر می‌شود شامل القای تقاضا از سوی پزشک، بیمار، شخص ثالث، القای ترکیبی تقاضا (ترکیب با بیمار و شخص ثالث) و ارائه‌دهندگان خدمات هستند. در این دسته، علل ناشی از ذی‌نفعان، سایر ارائه‌دهندگان خدمات از جمله مؤسسات تشخیصی، ساختاری سازمانی و عوامل مربوط به دریافت‌کنندگان خدمات نیز قرار می‌گیرند. در بحث تقاضای القایی پزشک پزشکان به

1. demand induced Supplier
2. Evans
3. Rossiter and Wilensky
4. Rice

نمایندگی از بیماران در زمینه مراقبت‌ها، تصمیم‌گیری می‌کنند و به همین دلیل می‌توانند تقاضای بیمار را به صورت غیر ضروری افزایش دهند. پزشکان در تمام موارد، نقش نمایندگی را به درستی اجرا نمی‌کنند و توصیه آن‌ها تحت تأثیر منافع شخصی خود قرار دارد؛ بنابراین هر پزشک با توجه به افزونی معلومات نسبت به بیمار، وی را وادار به مصرف داروهای بیشتری می‌کند. تغییر تقاضا تحت تأثیر پزشک، حاکمیت مصرف‌کننده را به چالش می‌کشد (اخوان بهبهانی و اسماعیلی، ۱۳۹۷).

پزشکان دو نوع خدمت ارائه می‌دهند: ۱. ارائه اطلاعات پزشکی در زمینه نیاز به خدمات مورد نیاز در هر شرایط؛ و ۲. خدمات بالینی، به بیان دیگر به دلیل نبود دانش کافی بیماران برای تشخیص وضعیت پزشکی و انتخاب دوره درمانی صحیح، پزشکان هم توصیه‌کننده و همین‌طور ارائه‌دهنده خدمات می‌باشند و به نمایندگی از بیماران در مورد مراقبت‌های درمانی تصمیم‌گیری می‌کنند؛ بنابراین قادر هستند تقاضای بیمار را به صورت غیر ضروری افزایش دهند (اخوان بهبهانی و اسماعیلی، ۱۳۹۷).

چالش‌های تقاضای القایی: تقاضای القایی جزو چالش‌های نظام در کشور ماست که با در نظر گرفتن نیازهای نامحدود و منابع محدود، باعث افزایش سهم مردم از هزینه‌های درمانی و رشد شاخص هزینه‌های تحمل‌ناپذیر می‌شود. این مسئله که پدیده‌ای چندوجهی است، کارایی در تخصیص منابع ملی و همچنین هزینه اثربخشی در تخصیص درآمد ملی را تحت تأثیر قرار می‌دهد که این وضعیت با ایجاد تقاضای بیشتر در بازار، نظم عرضه و تقاضا را به هم زده و سبب افزایش هزینه‌های درمانی و اتلاف وقت و گاهاً سبب بروز عوارض پزشکی برای بیمار می‌شود. این پدیده با وجود یارانه‌ای که دولت برای خدمات برای بیماران اختصاص می‌دهد، بسیار پررنگ‌تر به نظر می‌رسد (کیوان آرا و همکاران، ۱۳۹۲).

اخلاق پزشکی: واژه‌ی اخلاق پزشکی (Medical Ethies) از یک کلمه یونانی به معنی عادت و سنتی گرفته شده است و معادل آن در لاتین واژه (Medical Morality) است. در حال حاضر Morality را می‌توان قدرت افتراق خوب و بد تعبیر کرد، حال آنکه (Ethies) یا فلسفه عقلانی به مطالعه سیستماتیک یک رفتار عقلانی گفته می‌شود. در اکثریت نوشته‌ها، اخلاق، جمع خلق و به معنای سبجیه، طبیعت، خوب معرفی می‌شود و آن کیفیتی است از نفس آدمی که با رفتار آدمی تناسب دارد. اخلاق پزشکی و پرستاری علمی است که مجموعه آداب و رفتار پسندیده و ناپسند شغل شریف پزشکی و پرستاری را مورد مطالعه قرار می‌دهد (قابلاجو و محمدی، ۱۳۹۹).

بیمه: بیمه عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می‌کند در ازای پرداخت وجه یا جوهری از سوی طرف دیگر در صورت وقوع یا بروز حادثه، خسارت وارده بر او را جبران نموده یا

وجه معینی بپردازد. بیمه، نقش بسزایی در اقتصاد کشورها به‌ویژه در عرصه اقتصاد جهانی ایفا می‌کند، این صنعت، علاوه بر تأمین مالی شرکت‌های تجاری، با ارائه خدمات بیمه‌ای، امنیت اقتصادی را برای آن‌ها فراهم می‌آورد. این امر، موجب تحرک و پویایی بیشتر در بازارهای بین‌المللی شده و می‌تواند به عنوان یکی از شاخص‌های توسعه‌یافتگی یک کشور در عرصه جهانی مطرح شود (آذریپوند، ۱۴۰۲). در ایران، تنوع بیمه‌های درمانی و فقدان یکپارچگی سیستمی، تمایل افراد را به داشتن دفترچه‌های بیمه متعدد افزایش داده است. همچنین، وجود بیمه‌های تکمیلی برای گروه‌های خاص و عدم نظارت کافی بر نحوه استفاده از آن‌ها، مصرف‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی را، چه آگاهانه و چه ناآگاهانه، به سمت استفاده نامناسب از منابع و اهداف اصلی درمان سوق می‌دهد (محبوبی و همکاران، ۱۳۸۹). نتایج پژوهشی در مورد استفاده نامناسب از خدمات آزمایشگاهی از منظر پرداخت‌کننده هزینه در کشور قبرس نشان داد که تأمین بخشی از هزینه‌ها توسط خود بیماران، به احتمال زیاد می‌تواند راهکار مناسبی برای کاهش فوری سفارش خدمات پرداختی باشد اما باید از حیث نداشتن تأثیر منفی بلندمدت این اقدام بر عموم اطمینان حاصل شود (عسگری و همکاران، ۱۳۹۹). پوشش بیمه‌ای سبب تغییر در رفتار مصرف‌کننده (بیمار) ارائه‌کننده خدمات (پزشک) می‌شود که به مخاطره اخلاقی معروف است. با توجه به تقبل پرداخت هزینه‌ها توسط بیمه، ارائه‌کننده و مصرف‌کننده خدمت انگیزه‌ای برای کاهش هزینه‌ها احساس نمی‌کنند و این مسئله سبب بروز مخاطرات اخلاقی از جمله تقاضای القایی می‌شود (حسینی شکوه و شهبانی نژاد، ۱۳۹۷). نظام سلامت، با وجود جنبه‌های ارزشمند و حیاتی خود، همچون سایر نظام‌ها، از قوانین و اصولی تبعیت می‌کند که بی‌توجهی به آن‌ها می‌تواند منجر به شکست و زیان شود. از طرفی، مراقبت‌های بهداشتی و درمانی به عنوان یکی از اساسی‌ترین و ضروری‌ترین نیازهای انسانی، مورد توجه تمامی جوامع قرار دارد (درزی رامندی و همکاران، ۱۳۹۶). از طرفی سیاست‌های بازاری در نظام ایران باعث ایجاد بی‌عدالتی و افزایش فاصله طبقاتی شده است که آثار منفی بر فقرا و همچنین عموم مردم دارد (تدین و اعتمادی، ۱۴۰۲).

۲-۲. پیشینه تجربی

این مطالعه به دنبال بررسی و واکاوی تقاضای القایی در نظام سلامت است، به همین منظور محققان به بررسی مطالعات گذشته و مطالعات تجربی در این زمینه پرداخته‌اند که در جدول (۱) به مرتبط‌ترین و جدیدترین مطالعات داخلی و خارجی پرداخته شده است:

جدول ۱. خلاصه‌ای از پیشینه مطالعات داخلی و خارجی

نویسنده / سال	عنوان	نتایج
مصدق‌راد- اصفهانی (۱۴۰۲)	راهکارهای کاهش تقاضای القایی در نظام مرور حیطةای	۴۴ راهکار برای کاهش تقاضای القایی در نظام شناسایی شد. این راهکارها در سه سطح کلان (نظام)، میانی (سازمان‌های بهداشتی و درمانی) و خرد (ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات) گروه‌بندی شدند. اجرای نظام ارجاع، به‌کارگیری راهنماهای بالینی، اصلاح روش پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات، تعیین سقف تعداد خدمات برای پزشکان، رعایت اخلاق پزشکی از طرف ارائه‌دهندگان خدمات، آموزش ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمات و نظارت و کنترل وزارت بهداشت از پرکارترین راهکارهای کاهش تقاضای القایی در نظام در مطالعات قبلی بود.
خیبری (۱۴۰۲)	نگاهی بر وضعیت بیمه‌های سلامت در ایران	داده‌های آماری از منابع مختلف نشان می‌دهد که پس از اصلاحات اخیر در نظام درمانی که با عنوان «طرح تحول» در سال ۱۳۹۳ راه‌اندازی شد، بیش از ۹۰ درصد جمعیت تحت پوشش بیمه درمانی قرار گرفتند. با این حال، خدمات تحت پوشش کامل مزایای بیمه‌ای نبوده و فقط شامل خدمات بستری بوده است، نه خدمات سرپایی. به‌علاوه، رایگان بودن سهم بیمه‌شده موجب افزایش مخاطره اخلاقی از سوی بیماران و تقاضای القایی از سوی ارائه‌کنندگان می‌شد.
رضانخانی و همکاران (۱۴۰۰)	تقاضای القایی در خدمات	تقاضای القایی پدیده پیچیده و چندوجهی است که کارایی و تخصیص منابع ملی را خدشه‌دار کرده و علاوه بر برهم زدن تعادل عرضه و تقاضا در بازار، باعث تحمیل هزینه‌های اضافی بر بیمار و اتلاف وقت او می‌شود. این پدیده، گاهی باعث درمان و تشخیص‌های غلط و عوارض طبیی برای گیرندگان خدمت می‌شود. علل ساختاری (علل مربوط به ساختار سازمانی و ارائه خدمات، دریافت‌کنندگان خدمات و علل ناشی از سازمان‌های بیمه‌گر) و اجتماعی، زیربنای علل کلان مؤثر بر تقاضای القایی می‌باشند.
صوفی و همکاران (۱۳۹۱)	انواع مخاطرات اخلاقی و پیامدهای آن بر بیمه	انواع مختلف مخاطرات اخلاقی مانند مخاطرات اخلاقی پیشین و پسین، مخاطرات اخلاقی ناشی از اطلاعات پنهانی و اقدامات پنهانی و مخاطرات اخلاقی ارائه‌کننده و مصرف‌کننده ممکن است در اثر پوشش بیمه‌ای به وجود آید. این امر باعث ایجاد پیامدهای منفی مانند مصرف خدمات غیرضروری، تغییر الگوی مصرف در جهت استفاده غیرکارآمد از منابع، کاهش رفاه و افزایش هزینه خواهد شد.
عسگری و همکاران (۱۳۹۹)	نقش بیمه‌ها بر تقاضای القایی در بیماران قلبی-عروقی	عوامل مؤثر بر تقاضای القایی، در قالب ۵ مقوله اصلی زیرساختی، اجتماعی، ساختاری سازمانی، اقتصادی، ذینفعان و ۸ مقوله فرعی و ۸۲ عامل شناسایی و ارائه شد. بیشترین و کمترین نمره میانگین عوامل مرتبط با تقاضای القایی در بیماران قلبی-عروقی را به ترتیب عوامل اجتماعی و ذی‌نفعان داشتند. در زیرعامل‌های عوامل اجتماعی، سواد جامعه و در زیر عامل‌های ذی‌نفعان، پزشکان و اخلاق حرفه‌ای میانگین

نویسنده / سال	عنوان	نتایج
		بالاتری داشت. پوشش بیمه (سازمان‌های بیمه‌گر) نیز نقش کم‌رنگ‌تری در تحریک مصرف و احتمال ایجاد تقاضای القایی نشان داد.
رمضانخانی و همکاران (۱۴۰۰)	تقاضای القایی در خدمات	بر اساس یافته‌ها، تقاضای القایی پدیده پیچیده و چندوجهی است که کارایی و تخصیص منابع ملی را خدشه‌دار کرده و علاوه بر برهم زدن تعادل عرضه و تقاضا در بازار، باعث تحمیل هزینه‌های اضافی بر بیمار و اتلاف وقت او می‌شود. این پدیده، گاهی باعث درمان و تشخیص‌های غلط و عوارض طبی برای گیرندگان خدمت می‌شود. علل ساختاری (علل مربوط به ساختار سازمانی و ارائه خدمات، دریافت‌کنندگان خدمات و علل ناشی از سازمان‌های بیمه‌گر) و اجتماعی، زیربنای علل کلان مؤثر بر تقاضای القایی می‌باشند. تقاضای القایی، برآیند تعامل علل درون فردی، اجتماعی و سازمانی است که پیامدهای اجتماعی و اقتصادی را برای جامعه به همراه دارد و با به‌کارگیری راهبردهای چندگانه پیشگیری از تقاضای القایی در خدمات، قابل پیشگیری است.
انصاری و همکاران (۱۳۹۷)	عوامل مؤثر بر کاهش تقاضای القایی از دیدگاه ارائه‌کنندگان خدمات در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران	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 وجود دارد که می‌تواند به سیاستگذاران کمک نماید تا راهبردهای جدیدی را جهت کاهش تقاضای القایی در سیستم بهداشت و درمان طراحی و ساماندهی نمایند.
آقایی هشتچین- رجایی (۱۴۰۰)	تقاضای القایی در: یک مرور نظام‌مند	یافته‌ها در چهار دسته: علل، چالش‌ها، نقش‌ها و راهکارها دسته‌بندی شدند. همچنین از نظر موضوعات کلان و خرد در دو دسته موضوعات اصلی و زیر موضوعات طبقه‌بندی شده‌اند.
زانگ و همکاران (۲۰۲۴)	تأثیر متفاوت سیاست دارویی نشانه‌گذاری صفر چین بر تقاضای ناشی از ارائه‌دهندگان در بیمارستان‌های سطح ۲ و سطح ۳	نتایج نشان داد که تسهیلات ثالث، درآمد خود را با سرعت بیشتری نسبت به تسهیلات ثانویه افزایش داده، احتمالاً به دلیل توانایی آنها در تجویز رویه‌های پیشرفته‌تر و در نتیجه پرهزینه‌تر به نظر می‌رسد که ZMDP مواردی از هزینه‌های پزشکی ناشی از تقاضای ناشی از ارائه‌دهنده را کاهش نداده است، بلکه تأثیر PID را از یک منبع درآمد به منبع درآمدی دیگر با اثرات متفاوت در ثانویه در مقابل تغییر داده است.
میترا محمدشاهی و همکاران (۲۰۲۲)	عوامل مرتبط با تقاضای القایی برای خدمات در نظام سلامت ایران	نتایج نشان داد که در مجموع ۶۵/۲ درصد از شرکت‌کنندگان با وجود تقاضای القایی موافق بودند. آزمون کای دو نشان داد که در سطح تقاضای القایی بین مناطق کشور، سطح تحصیلات و شغل، تفاوتی وجود ندارد؛ اما از نظر جنس تفاوت معنی‌داری وجود داشت. آزمون کروسکال والیس نشان داد که بین عوامل مرتبط و تقاضای القایی رابطه معنی‌داری وجود دارد.
محمدلو و همکاران (۲۰۱۹)	عوامل اصلی تقاضای القایی برای تجویز دارو	یافته‌ها حاکی از آن است که تقاضای القایی برای دارو در یک سیستم سلامت چندعاملی است. پرداختن به این عوامل می‌تواند با یک استراتژی

نویسنده / سال	عنوان	نتایج
		چندوجهی از جمله بازنگری برنامه درسی، ارتقای سلامت و سیاست‌گذاری منجر به کاهش تجویز غیرضروری دارو شود.
ردگر و همکاران (۲۰۲۲)	تقاضای القایی در درمان جایگزینی کلیه	یافته‌ها نشان داد که محدود کردن ظرفیت تخت‌های دیالیز در مرکز، مؤثرترین استراتژی برای همسویی بهتر عرضه و تقاضا است که منجر به نتایج بهتر بیمار و کاهش هزینه‌های اجتماعی می‌شود.
کوروش علی نیا و همکاران (۲۰۲۱)	تقاضای القای پزشک برای جراحی تعویض مفصل زانو در ایران	نتایج نشان داد که با افزایش نابرابر نسبت جراحان ارتوپد به جمعیت، تعداد و اندازه خدمات جراحی تعویض زانو به‌طور قابل توجهی در سطح ۱ درصد افزایش یافته است. با توجه به اینکه کشش مثبت به دست آمده برای اندازه خدمات به‌طور معنی‌داری بیشتر از تعداد خدمات بود، یافته‌ها از وجود تقاضای القایی ناشی از پزشک در سیستم ایران برای مراقبت خدمات جراحی تعویض زانو پشتیبانی قوی می‌کنند. همچنین، تعداد خام و تعدیل‌شده با جمعیت خدمات جراحی تعویض زانو، هزینه و عمل جراحی به‌ازای هر پزشک فعال در سطح استان، ماهانه به‌طور قابل توجهی افزایش یافت.
کی زونگ ما و همکاران (۲۰۱۱)	به شکاف اطلاعاتی توجه کنید: میزان باروری و استفاده از زایمان سزارین و بستری شدن در بیمارستان توکولیتیک در تابوان	نتایج نشان داد که کاهش باروری باعث نمی‌شود که متخصصین زنان، سزارین بیشتری را برای زنان باردار کمتر آگاه از نظر پزشکی ارائه دهند و در طول کاهش باروری، متخصصین زنان و زایمان ممکن است بستری شدن توکولیتیک بیشتری را برای جبران از دست دادن درآمد خود، صرف نظر از دسترسی زنان باردار به اطلاعات سلامت، فراهم کند.
ادولف کواتزو دزامپ و همکار (۲۰۲۱)	رقابت و تقاضای ناشی از پزشک در بازار مراقبت‌های بهداشتی با قیمت تنظیم‌شده: شواهدی از غنا	یافته‌ها نشان داد که افزایش رقابت که به‌عنوان نسبت بالای پزشک به جمعیت در سطح منطقه اندازه‌گیری می‌شود، منجر به افزایش تعداد ویزیت‌های پزشک می‌شود که نشان می‌دهد تقاضای ناشی از پزشک وجود دارد و این اثرات برای بیمارستان‌های بزرگ و ارائه‌دهندگان بهداشت عمومی بیشتر است. این نتیجه بیشتر با اقدامات و مشخصات جایگزین پشتیبانی می‌شود که نشان می‌دهد درآمد پزشکان از دارو و درآمد ناخالص با افزایش تراکم پزشک افزایش می‌یابد. این الگو نشان می‌دهد که پزشکان در مناطق پرتراکم که با کاهش تعداد بیماران به‌ازای هر پزشک مواجه هستند، با القای ویزیت بیشتر بیماران، کاهش درآمد را جبران می‌کنند.
ییفی گائو و همکاران (۲۰۱۹)	انجام رقابت بین پزشکان کنترل‌کننده تقاضای القایی: مطالعه موردی در چین	به‌منظور بررسی اینکه آیا رقابت بین پزشکان می‌تواند تقاضای القایی پزشک را کنترل کند یا خیر، این مقاله دو موسسه در چین واقع در گوانگژو را انتخاب کرده و بین آنها مقایسه می‌کند. شرایط داخلی و خارجی دو آژانس تقریباً یکسان است به‌جز فشار رقابت که پزشکان با آن مواجه هستند. به‌عنوان یکی از مؤسسات با هدف خدمت‌رسانی به مصرف‌کنندگان سطح بالا، باید با سایر بیمارستان‌ها رقابت کند تا بیماران با توانایی پرداخت کافی را جذب کند.

۳. روش‌شناسی پژوهش

پارادایم مسلط بر این مطالعه تفسیرگرایی است و روش داده بنیاد که در این مطالعه به‌مثابه راهبرد پژوهش انتخاب شده است، در زمره پارادایم تفسیری پژوهشی قرار دارد. تئوری بنیادی (که با نام‌های تئوری برخوردارانه از داده‌ها، تئوری زمینه‌ای و تئوری داده‌بنیاد نیز شناخته می‌شود) روش تحقیقی عام و روشی استقرایی و تفسیری است که بارنی گلیزر ارائه کرده است. غیاث آبادی فراهانی و همکاران، (۱۴۰۱). نظریه داده‌بنیاد، رویکردی شناخته‌شده در تحقیقات کیفی است که در آن، نظریه از دل داده‌ها و مفاهیم کلیدی استخراج شده از آن‌ها شکل می‌گیرد. این روش پژوهشی با هدف ارائه تبیینی جامع و نظری از یک پدیده خاص، به‌طور استقرایی از بررسی همان پدیده به‌دست می‌آید. در واقع، نظریه داده‌بنیاد فرآیندی است که طی آن، داده‌های جمع‌آوری شده از منابع مختلف، ابتدا به کدها، سپس به مقوله‌ها و در نهایت به یک نظریه منسجم تبدیل می‌شوند. پدیده مورد بررسی می‌تواند مسئله‌ای سازمانی یا حتی یک متن باشد. در رویکرد مصاحبه‌ای، پژوهشگر داده‌ها را از سخنان مصاحبه‌شوندگان استخراج کرده و با کدگذاری و دسته‌بندی آن‌ها، در نهایت به نظریه‌ای در مورد مسئله مورد نظر دست می‌یابد. در تحلیل متون نیز، پژوهشگر با طرح یک سوال پژوهشی به مطالعه دقیق متن (کتاب، مجله و سایر منابع متنی) پرداخته، داده‌های مرتبط با مسئله را استخراج، کدگذاری و دسته‌بندی کرده و در نهایت، نظریه خود را ارائه می‌دهد. (توکلی و همکاران، ۱۳۹۶)

همچنین هدف از انجام این مطالعه، انجام یک مطالعه اکتشافی است، زیرا محقق به دنبال شناسایی پیشایندها و پیامدهای تقاضای القایی در نظام، با استفاده از رویکرد داده بنیاد است. از آنجایی که مبانی نظری اندک و پذیرفته‌شده‌ای در دسترس نبود، رویکرد نظریه زمینه‌ای یا داده بنیاد با استفاده از توانایی تولید مفاهیم از داده‌ها و ارتباط بین آن‌ها بر پایه مدل‌های معمولی نظریه به‌طور کلی انتخاب شده است (گلیزر، ۲۰۰۲). از طرف دیگر با عنایت به هدف پژوهش، راهبرد نظریه‌پردازی داده بنیاد کلاسیک مبتنی بر دیدگاه گلیزری انتخاب و اتخاذ شده است که با عنوان رهیافت ظاهرشونده هم نامگذاری شده است. در این مطالعه داده‌های پژوهش با استفاده از مصاحبه تخصصی با خبرگان نظری و تجربی و همچنین استفاده از منابع اندک در این حوزه گردآوری شده است و روش گردآوری اطلاعات کتابخانه‌ای و میدانی است. مصاحبه‌کنندگان شامل تعدادی از افراد مجرب در حوزه اقتصاد بوده که دارای معیارهای تعریف شده خاصی بوده‌اند. تلاش شده است تا از طریق ارتباطات گسترده با فعالان در زمینه تقاضای القایی، افراد ذی‌صلاح را شناسایی نموده و برای مشارکت انتخاب شوند. همچنین مصاحبه با افراد تا جایی ادامه داشته که اشباع نظری ایجاد شده

است. بر این اساس از کدگذاری‌های مصاحبه هفتم به اشباع نظری دست یافتیم، اما برای اطمینان تا مصاحبه ۹ ادامه پیدا کرد؛ بنابراین روش نمونه‌گیری از نوع هدفمند و کفایت نظری است. جدول (۲)، اطلاعات جمعیت شناختی مصاحبه‌شوندگان و جدول (۳) اطلاعات منابع مورد استفاده آورده شده است.

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی مصاحبه‌شوندگان

کد	جنسیت	سن	مقطع تحصیلی/تحصیلات	سابقه کاری	زمینه فعالیت
P1	زن	۳۲	دکتری	۵	پژوهشگر موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی
P2	مرد	۵۰	کارشناسی ارشد	۲۵	کارمند - رئیس اداره اقتصاد درمان
P3	مرد		دانشجوی دکتری	۰	دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی تهران
P4	مرد		دکتری	۲	دانشگاه علوم پزشکی تهران
P5	زن		دکتری	۱۵	دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه
P6	مرد		دکتری	۲	دانشگاه علوم پزشکی یاسوج
P7	مرد		دانشجوی دکتری	۰	دانشجوی دانشگاه علوم پزشکی تهران
P8	مرد		دکتری	۷	دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

جدول ۳. اطلاعات منابع کتابخانه‌ای

ردیف	نویسنده	سال	عنوان	منبع
۱	کیوان آرا و همکاران	۱۳۹۲	چالش‌های ناشی از تقاضای القایی خدمات سلامت؛ یک مطالعه‌ی کیفی	مقاله
۲	سیدین و همکاران	۲۰۲۱	عوامل اصلی تقاضای ناشی از تأمین‌کنندگان در مراقبت‌های سلامت: یک مطالعه کیفی	مقاله
۳	کاظمیان و الوندی	۱۴۰۲	تعیین شرایط و نحوه تأثیر عوامل ایجادکننده تقاضای القایی برای بازارهای مراقبت‌های ایران	مقاله
۴	مصدق راد و اصفهانی	۱۴۰۱	راهکارهای کاهش تقاضای القایی در نظام: یک مرور حیطه‌ای	مقاله
۵	آقای هشتجین و رجائی	۱۴۰۰	تقاضای القایی در سلامت: یک مرور نظام‌مند	مقاله
۶	ریوندی و همکاران	۱۴۰۳	تابلوی تقاضای القایی ارائه‌کنندگان خدمات تشخیصی درمانی در جهان؛ یک مرور حیطه‌ای	مقاله
۷	قابلجو و محمدی	۱۳۹۹	آموزه‌های اخلاقی، حقوقی و قانونی در نظام سلامت	کتاب

۴. یافته‌های پژوهش

تحلیل داده‌ها با روش داده بنیاد (گلیزر)

کدگذاری باز:

کدگذاری باز مرحله‌ای مهم در مطالعات نظریه داده‌بنیاد است که شامل شناسایی مفاهیم، کشف ویژگی‌ها و درک خصوصیات منحصربه‌فرد رویدادها یا پدیده‌های مشاهده شده در داده‌ها می‌شود (گلیزر و هولتون^۱، ۲۰۰۷).

کدگذاری محوری^۲:

هدف از کدگذاری محوری تلفیق داده‌هایی است که در مرحله کدگذاری باز خرد شده‌اند. در کدگذاری محوری، یکی از مقوله‌های کدگذاری باز به‌عنوان مقوله یا پدیده اصلی انتخاب‌شده و در مرکز فرآیند قرار می‌گیرد و سپس سایر مقوله‌ها (زیر مقوله‌ها) به آن ربط داده می‌شود (رزات و وولستد^۳، ۲۰۱۹).

کدگذاری انتخابی^۴:

کدگذاری انتخابی که به‌عنوان کدگذاری هسته یا نظری نیز شناخته می‌شود، آخرین کدگذاری در نظریه داده بنیاد است. کدگذاری انتخابی فرآیندی است که در آن همه دسته‌ها حول یک دسته «هسته» متحد می‌شوند و دسته‌هایی که نیاز به توضیح بیشتر دارند با جزئیات توصیفی پر می‌شوند (کوربین و اشتراوس^۵، ۱۹۹۰). هدف از این مرحله، روشن ساختن مقوله‌های اصلی، منطق درونی و رابطه میان مقوله‌های اصلی و ایجاد یک چهارچوب نظری است (ژائو^۶ و همکاران، ۲۰۲۳). در جدول (۴) دسته‌بندی کدها مشخص شده است.

1. Glaser & Holton
2. Axial Coding
3. Vollstedt & Rezat
4. Selective coding
5. Corbin & Strauss
6. Zhao

جدول ۴. استخراج و ترکیب کدها

ردیف	کدگذاری انتخابی	کدگذاری محوری	منابع
۱	چالش‌های سیستم	مختل شدن جایگاه پزشکی در اذهان عمومی	کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)، کاظمیان و الوندی (۱۴۰۰)
۲		افزایش تقاضای خدمات	
۳		کاهش کیفیت خدمات	
۴		کاهش بهره‌وری نظام	
۵		مخدوش شدن عدالت در نظام	
۶		افزایش ظرفیت تخت فعال بستری با تقاضای اضافی	
۷		گسترش بیش‌ازاندازه تکنولوژی	
۸	سهولت در ارائه خدمات	چالش‌های دسترسی	کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)
۹		تشخیص نادرست منابع	
۱۰		اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام صحیح ارجاع	
۱۱		دسترسی بیمار به پرونده الکترونیک	مصدق راد و همکاران (۱۴۰۱)
۱۲	چالش‌های بیمار	چالش‌های اجتماعی،	P3
۱۳		چالش‌های فرهنگی	P3
۱۴		چالش‌های اقتصادی	P3
۱۵		تحمل بار مالی ناشی از تجویز دارو و خدمات شخصی	کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)، کاظمیان و الوندی (۱۴۰۰)، P3-p1
۱۶		مشارکت بیمار در پرداخت هزینه خدمات سلامت	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)،
۱۷		انتظار نابجای بیمار از پزشک	خراسانی و همکاران (۱۳۹۲)
۱۸	چالش‌های سازمان‌های بیمه‌گر	چالش‌های ساختاری	کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)،
۱۹		چالش‌های اقتصادی	کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)،
۲۰		پایین نگه داشتن تعرفه‌ها در بیمه	کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)،
۲۱		فشار مضاعف مالی بر بیمه‌ها،	کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)، p1
۲۲		عدم تقارن اطلاعات پزشک و بیمار	کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲) P2-P3
۲۳	افزایش قیمت کالاهای پزشکی	افزایش متوسط قیمت سایر کالاها غیر از کالای	کاظمیان و الوندی (۱۴۰۰)
۲۴		اصلاح تعرفه‌های پزشکی	کاظمیان و الوندی (۱۴۰۰)
۲۵		پر کردن خلأ درآمد ناشی از تورم توسط پزشکان	P3
۲۶	فرهنگ‌سازی	نهادینه کردن فرهنگ خود مراقبتی	کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)

ردیف	کدگذاری انتخابی	کدگذاری محوری	منابع
			P2-P3-P4
۲۷		تغییر اطلاعات و نگرش مردم با استفاده از رسانه‌های همگانی	کاظمیان و الوندی (۱۴۰۰)
۲۸		رایگان بودن خدمات ارائه شده	کاظمیان و الوندی (۱۴۰۰) P4
۲۹		تغییر فرهنگ غلط در خصوص نوع درمان	سیدین و همکاران (۲۰۲۱) P3-P4
۳۰		افزایش ظرفیت ارائه خدمت توسط - فراهم آوردن گان مراقبت‌های سلامت سرپایی	کاظمیان و الوندی (۱۴۰۰)
۳۱		افزایش آگاهی مردم جامعه و اصلاح نگرش آنها در زمینه مصرف خدمات سلامت	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)، کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)، خراسانی و همکاران (۱۳۹۲)، سیدین و همکاران (۲۰۲۱) P2-P3
۳۲		کارگزاری در بخش سلامت	کاظمیان و الوندی (۱۴۰۰)
۳۳		تأکید بر ارائه خدمات پیشگیری و بهداشتی	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)
۳۴	سیستم مدیریت اطلاعات	ایجاد بانک اطلاعاتی مشترک بین بیمه‌های مختلف سلامت	کاظمیان و الوندی (۱۴۰۰)
۳۵		نیازسنجی تجهیزات پزشکی مورد نیاز	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)
۳۶		متناسب بودن تعداد نیروهای درمانی با نیاز به خدمات سلامت	P8
۳۷		مدیریت صحیح خواسته بیمار	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)
۳۸		بررسی دقیق نیاز واقعی بیماران برای ارجاع به متخصصان	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)
۳۹	آموزش	آموزش دانشجویان پزشکی	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)، سیدین و همکاران (۲۰۲۱)
۴۰		آموزش ارائه‌دهندگان خدمات سلامت	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)، کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲) P2
۴۱		بروز بودن و توسعه سطح سواد پزشکان	P5-P2
۴۲		بهبود سطح سواد سلامت بیماران	خراسانی و همکاران (۱۳۹۲)، کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)، P2-P3-P4
۴۳	قوانین و مقررات	اصلاح قوانین جرائم و مجازات پزشکی	کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)، سیدین و همکاران (۲۰۲۱)
۴۴		افزایش هزینه‌های ناشی از ارائه خدمات و توجه به تورم	P2

ردیف	کدگذاری انتخابی	کدگذاری محوری	منابع
۴۵		اصلاح سیاست‌گذاری سلامت	سیدین و همکاران (۲۰۲۱)، مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)، p8-P3
۴۶		سیستم پرداخت مناسب	P8-P7
۴۷		محدودیت در صدور مجوز ارائه خدمات	P1-P5 مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)
۴۸		کاهش میزان دخالت مراکز قدرت در حوزه سلامت	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)
۴۹		استخدام ارائه‌کنندگان خدمات برحسب نیاز سازمان	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)
۵۰		جذب نیروی انسانی متخصص و ماهر	کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)، سیدین و همکاران (۲۰۲۱)
۵۱		آموزش سیاستگذاران و مدیران نظام سلامت	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)، کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)
۵۲		حذف ارتباط مستقیم مالی بین پزشک و بیمار	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)
۵۳		رعایت حقوق بیمار در سازمان‌های بهداشتی و درمانی	کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)
۵۴	همکاری و مشارکت	تقویت همکاری‌های بین بخشی	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)
۵۵		اشتراک اطلاعات	کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)
۵۶		ارائه خدمات سلامت مبتنی بر شواهد	کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)
۵۷	نظام پرداخت	اصلاح قوانین نحوه تخصیص بودجه	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)
۵۸		قرارداد استخدام پزشکان با بیمارستان	سیدین و همکاران (۲۰۲۱)
۵۹		وجود پرداخت‌کننده شخص ثالث	P3-P7
۶۰		بهبود معیشت پزشکان	P3-P7- ریوندی و همکاران (۱۴۰۳)
۶۱		پرداخت بر اساس کارانه	P5-P7
۶۲		نحوه پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمت	کاظمیان و الوندی (۱۴۰۰)، مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱) ریوندی و همکاران (۱۴۰۳) P3
۶۳		پرداخت به‌موقع مطالبات و حق پزشکان	P2-P3-P7
۶۴		نظارت بر قرارداد، حقوق و عملکرد پزشکان	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)
۶۵	فناوری	ایجاد پرونده الکترونیک سلامت	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)، سیدین و همکاران (۲۰۲۱)
۶۶		بهبود سیستم‌های فناوری اطلاعات بهداشتی	سیدین و همکاران (۲۰۲۱)
۶۷		ارزیابی فناوری‌های جدید پزشکی	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)

ردیف	کدگذاری انتخابی	کدگذاری محوری	منابع
۶۸	رعایت اخلاق پزشکی	تبانی پزشک	P1, p6-P3-P7 کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)، خراسانی و همکاران (۱۳۹۲)
۶۹		کالای اقتصادی نبودن خدمات سلامت	P2
۷۰		کم توجهی به مسائل اخلاق پزشکی	P7-P6-P2
۷۱		داشتن انگیزه مالی پزشکان	P8
۷۲		حس طمع و بی قانونی	P6
۷۳		ایجاد محدودیت در تبلیغات و بازاریابی پزشکان	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)، سیدین و همکاران (۲۰۲۱)
۷۴		عوارض ناشی از درمان های اضافی	کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)، خراسانی و همکاران (۱۳۹۲)
۷۵	عوامل روان شناختی	مدیریت تقاضا از طریق ارائه مشاوره	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)، سیدین و همکاران (۲۰۲۱)
۷۶		استفاده از محرک های تشویقی برای فعالیت سالم پزشکان	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)
۷۷		نهادینه کردن فرهنگ خود مراقبتی	خراسانی و همکاران (۱۳۹۲)
۷۸		کاهش وسواس بیمار در مراجعه به پزشک	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)، خراسانی و همکاران (۱۳۹۲)، سیدین و همکاران (۲۰۲۱)
۷۹		ارائه انگیزه های مالی و غیرمالی به ارائه کنندگان خدمات سلامت	کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)
۸۰		رایج شدن راهنماهای بالینی	کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)، سیدین و همکاران (۲۰۲۱)
۸۱	کنترل و نظارت	محدودیت در تعداد تجویز	خراسانی و همکاران (۱۳۹۲)
۸۲		سیستم نظارت کارآمد	P5-p6-P2-P3-P4 سیدین و همکاران (۲۰۲۱)
۸۳		کنترل وزارت بهداشت	مصدق راد و اصفهانی (۱۴۰۱)
۸۴		گزارش دهی موارد مشکوک تبانی	P2
۸۵		نظارت قبل از بستری بیمار	سیدین و همکاران (۲۰۲۱)
۸۶		متناسب نمودن تعرفه ها	سیدین و همکاران (۲۰۲۱)
۸۷		نظارت کافی بر شرکت های بیمه	سیدین و همکاران (۲۰۲۱)
۸۸		رقابت بین پزشکان	ییفی گانو و همکاران (۲۰۱۹) ریوندی و همکاران (۱۴۰۳)
۸۹	عوامل مربوط به پزشک	افزایش نامتعادل نیروهای متخصص و ماهر نسبت به جمعیت	آقای هشتچین و رجایی (۱۴۰۰)

باتوجه به جدول (۴) و شناسایی کدهای محوری و دسته‌بندی آنها و گزینش کدهای انتخابی، به دسته‌بندی کدها بر پایه نظریه اشتراوس و کوربین پرداخته شده است که عبارت‌اند از:

عوامل علی: چالش‌های سیستم، چالش‌های بیمار، چالش‌های سازمان بیمه‌گر، عوامل مربوط به پزشک.

عوامل زمینه‌ای: عوامل روان‌شناختی، آموزش و فرهنگ‌سازی.

عوامل مداخله‌گر: افزایش قیمت کالاهای پزشکی.

راهبردها: کنترل و نظارت، فناوری، قوانین و مقررات، سیستم مدیریت اطلاعات و نظام پرداخت.

پیامدها: رعایت اخلاق پزشکی، سهولت در ارائه خدمات، همکاری و مشارکت.

عوامل زمینه‌ای:

عوامل روان شناختی: مدیریت تقاضا از طریق ارائه مشاوره، استفاده از محرک‌های تشویقی برای فعالیت سالم پزشکان، نهادینه کردن فرهنگ خودمراقبتی، کاهش وسواس بیمار در مراجعه به پزشک، ارائه انگیزه‌های مالی و غیرمالی به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، رایج شدن راهنماهای بالینی. **آموزش:** آموزش دانشجویان پزشکی، آموزش ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، به‌روز بودن و توسعه سطح سواد پزشکان، بهبود سطح سواد سلامت بیماران. **فرهنگ‌سازی:** نهادینه کردن فرهنگ خودمراقبتی، تغییر اطلاعات و نگرش مردم با استفاده از رسانه‌های همگانی، رایگان بودن خدمات ارائه شده، تغییر فرهنگ غلط در خصوص نوع درمان، افزایش ظرفیت ارائه خدمت توسط فراهم‌آوردندگان مراقبت‌های سلامت سرپایی، افزایش آگاهی مردم جامعه و اصلاح نگرش آنها در زمینه مصرف خدمات سلامت، کارگزاری در بخش سلامت، تأکید بر ارائه خدمات پیشگیری و بهداشتی.

عوامل علی:

چالش‌های بی‌هار: اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، تحمل بار مالی ناشی از تجویز دارو و خدمات شخصی، مشارکت بیمار در پرداخت هزینه خدمات سلامت، انتظار نایجابی بیمار از پزشک.

چالش‌های سازمان بی‌هم‌گر: چالش‌های ساختاری، چالش‌های اقتصادی، پایین نگه داشتن تعرفه‌ها در بیمه، فشار مضاعف مالی بر بیمه‌ها، عدم تقارن اطلاعات پزشک و بیمار.

چالش‌های سیستم: مختل شدن جایگاه پزشکی در اذهان عمومی، افزایش تقاضای خدمات، کاهش کیفیت خدمات، کاهش بهره‌وری نظام، مخدوش شدن عدالت در نظام، افزایش ظرفیت تخت فعال بستری با تقاضای اضافی، گسترش بیش‌ازاندازه تکنولوژی.

عوامل مربوط به پزشک: رقابت بین پزشکان، افزایش نامت‌عادل نیروهای متخصص و ماهر نسبت به جمعیت

پدیده محوری:

تقاضای القایی در نظام سلامت

راهبردها:

کنترل و نظارت: محدودیت در تعداد تجویز، سیستم نظارت کارآمد، کنترل وزارت بهداشت، گزارش دهی موارد مشکوک تبانی، نظارت قبل از بستری بیمار، متناسب نمودن تعرفه‌ها، نظارت کافی بر شرکت‌های بیمه.

فناوری: ایجاد پرونده الکترونیک سلامت، بهبود سیستم‌های فناوری اطلاعات بهداشتی، ارزیابی فناوری‌های جدید پزشکی.

قوانین و مقررات: اصلاح قوانین جرائم و مجازات پزشکی، افزایش هزینه‌های ناشی از ارائه خدمات و توجه به تورم، اصلاح سیاست‌گذاری سلامت، سیستم پرداخت مناسب، محدودیت در صدور مجوز ارائه خدمات، کاهش میزان دخالت مراکز قدرت در حوزه سلامت، استفاده ارائه‌کنندگان خدمات سلامت بر حسب نیاز سازمان، جذب نیروی انسانی متخصص و ماهر، آموزش سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت، حذف ارتباط مستقیم مالی بین پزشک و بیمار، رعایت حقوق بیمار در سازمان‌های بهداشتی و درمانی.

سیستم مدیریت اطلاعات: ایجاد بانک اطلاعاتی مشترک بین بیمه‌های مختلف سلامت، نیازسنجی تجهیزات پزشکی مورد نیاز، متناسب بودن تعداد نیروهای درمانی با نیاز به خدمات سلامت، مدیریت صحیح خواسته بیمار، بررسی دقیق نیاز واقعی بیماران برای ارجاع به متخصصان.

نظام پرداخت: اصلاح قوانین نحوه تخصیص بودجه، قرارداد استخدام پزشکان با بیمارستان، وجود پرداخت کننده شخص ثالث، بهبود معیشت پزشکان، پرداخت به موقع مطالبات و حق پزشکان، نظارت بر قرارداد، حقوق و عملکرد پزشکان، پرداخت بر اساس کارانه، نحوه پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمت.

پیامدها:

رعایت اخلاق پزشکی: تبانی پزشک، کالای اقتصادی نبودن خدمات سلامت، کم توجهی به مسائل اخلاق پزشکی، داشتن انگیزه مالی پزشکان، حس طمع و بی قانونی، ایجاد محدودیت در تبلیغات و بازاریابی پزشکان، عوارض ناشی از درمان‌های اضافی.

سهولت در ارائه خدمات: چالش‌های دسترسی، تشخیص نادرست منابع، اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام صحیح ارجاع، دسترسی بیمار به پرونده الکترونیک.

هم‌کاری و مشارکت: تقویت همکاری‌های بین بخشی، اشتراک اطلاعات، ارائه خدمات سلامت مبتنی بر شواهد.

عوامل مداخله‌گر:

افزایش قیمت کالاهای پزشکی: افزایش متوسط قیمت در هر یک از مراقبت‌های بستری، اصلاح تعرفه‌های پزشکی، بر کردن خلأ درآمد ناشی از تورم توسط پزشکان.

شکل ۱. مدل پارادایم تقاضای القایی در نظام سلامت

مدل پارادایم طراحی‌شده با استفاده از روش داده بنیاد و نظریه اشتراوس و کوربین دربردارنده ۸۷ کد محوری، ۱۵ کد انتخابی است.

۵. نتیجه‌گیری

باتوجه‌به اینکه هدف اصلی در پژوهش حاضر طراحی مدل تقاضای القایی در نظام سلامت است، از روش کیفی داده بنیاد و رویکرد سیستماتیک برگرفته از نظریه اشتراوس و کوربین برای مدل‌سازی این پژوهش استفاده شده است. یافته‌ها حاکی از آن است که ۸۹ کد محوری و ۱۶ کد انتخابی از بررسی ۸ مصاحبه و ۷ مقاله و کتاب استخراج شده است، لذا باتوجه‌به به‌کارگیری نظریه اشتراوس و کوربین، کدها به پنج دسته، عوامل علی، مداخله‌گر، زمینه‌ای، راهبردها و پیامدها دسته‌بندی شده است که در ادامه به شرح کدهای انتخابی و محوری پرداخته شده است.

عوامل علی شامل چالش‌های سیستم، چالش‌های بیمار و چالش‌های سازمان‌های بیمه‌گر است. عوامل زمینه‌ای مؤثر بر راهبردها شامل عوامل روان‌شناختی، آموزش و فرهنگ‌سازی است، همچنین عوامل مداخله‌گر تأثیرگذار بر اجرای راهبردها افزایش قیمت کالاهای پزشکی است. راهبردهای شناسایی شده در راستای تقاضای القایی در نظام سلامت، کنترل و نظارت، فناوری، قوانین و مقررات، سیستم مدیریت اطلاعات و نظام پرداخت می‌باشد که با اجرای این راهبردها در نظام سلامت به پیامدهایی مثل رعایت اخلاق پزشکی، سهولت در ارائه خدمات و همکاری و مشارکت دست خواهیم یافت. نتایج این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های مصدق راد و همکاران (۱۴۰۱)، کیوان آرا و همکاران (۱۳۹۲)، کاظمیان و همکاران (۱۴۰۰)، همسو است.

۶. پیشنهادها

برای مدیریت و کاهش تقاضای القایی در نظام سلامت، می‌توان اقداماتی را در سطوح مختلف اتخاذ کرد. در ادامه به برخی از پیشنهادها می‌پردازیم:

- برگزاری کارگاه‌ها برای پزشکان و به‌ویژه بیماران به‌منظور افزایش آگاهی درباره خدمات ضروری و غیرضروری.

- ارائه اطلاعات واضح و مفید درباره درمان‌های موجود و تأثیرات آنها به بیماران.

- طراحی ساختارهای پرداختی که بر کیفیت خدمات و نتایج بالینی تمرکز کنند، نه صرفاً تعداد خدمات.

- حذف یا کاهش مشوق‌های مالی برای انجام آزمایش‌ها یا درمان‌های غیرضروری.

- تدوین و اجرای پروتکل‌های بالینی برای کمک به پزشکان در تصمیم‌گیری صحیح و پرهیز

از تجویز خدمات غیر ضروری.

- تشویق پزشکان به مشاوره با متخصصان در موارد پیچیده به جای انجام آزمایش‌های اضافی.

- ایجاد نظام‌های نظارتی برای پیگیری و ارزیابی کیفیت خدمات و تشخیص نوع تقاضاهای القایی.

- ارائه بازخورد به پزشکان در مورد شیوه‌های درمانی آنها و میزان تجویز خدمات غیر ضروری.

- تشویق به انجام تحقیقات درباره تأثیرات خدمات مختلف به منظور راهنمایی پزشکان در تصمیم‌گیری‌های بالینی.

- ارتقاء فرهنگ پزشکی مبتنی بر شواهد از طریق آموزش‌ها و منابع اطلاعاتی.

- آموزش مهارت‌های ارتباطی به پزشکان برای ارائه توضیحات بهتر و تعامل با بیماران به گونه‌ای که احساس نیاز به خدمات غیر ضروری کم شود.

- تشویق بیماران به مطرح کردن سؤالات و نگرانی‌های خود به منظور مشارکت در تصمیم‌گیری‌های درمانی.

- فراهم کردن دسترسی به اطلاعات صحیح و معتبر پزشکی از طریق وبسایت‌های معتبر و اپلیکیشن‌های سلامت.

از طریق این پیشنهادها می‌توان به کاهش تقاضای القایی و بهبود کارایی نظام سلامت کمک کرد و در نهایت به سلامت بهتر و کاهش هزینه‌ها دست یافت.

- اخوان بهبهانی، علی، اسماعیلی، ایرج. (۱۳۹۷). تقاضای القایی پزشکی از سوی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در ایران (سیاستگذاری و کنترل). مجلس و راهبرد، ۲۵(۹۶)، ۳۲۱-۳۴۳.
- آذرپیوند، دانیال. (۱۴۰۲). دامنه مسئولیت بیمه‌گر در قراردادهای بیمه در تجارت بین‌الملل. مجله علمی حقوق و مطالعات نوین، ۴(۱): ۱-۲۰.
- تدین، محمدمهدی، اعتمادی، منال. (۱۴۰۲). نظام تعرفه‌گذاری خدمات مبتنی بر واحدهای ارزش نسبی در ایران: نگاهی بر پیامدها و راهکارها، بیمه ایران، ۶(۱): ۶۵-۷۲.
- توکلی، عبدالله، حمیدی‌زاده، علی و رهبر، احسان. (۱۳۹۶). ارائه مدل فرهنگ سازمانی احسان محور: با استفاده از راهبرد نظریه داده بنیاد. مدیریت در دانشگاه اسلامی، ۶(۱۳)، ۲۹-۴۴.
- حسینی شکوه، سید مرتضی، شهبانی‌نژاد، مصطفی. (۱۳۹۷). انواع مخاطرات اخلاقی در بازار بیمه نظام (مقاله مروری). آموزش و اخلاق در پرستاری، ۷(۳-۴): ۴۳-۵۱.
- درزی رامندی، سجاد، شهنازی، روح‌اله، ابوترابی، مینا، نیاکان، لیلی، کاوسی، زهرا. (۱۳۹۶). فرضیه تقاضای القایی پزشکان در ایران: تأثیر تراکم پزشکان بر هزینه درمان، پژوهشنامه بیمه، ۶(۴): ۲۳۱-۲۲۱.
- ریوندی، اعظم‌السادات، علی‌محمدزاده، خلیل، امامقلی‌پورسفیددشتی، سارا، ماهر، علی، قاسم‌بیگلو، امین. (۱۴۰۳). تابلوی تقاضای القایی ارائه‌کنندگان خدمات تشخیصی درمانی در جهان؛ یک مرور حیطه‌ای. بیمه سلامت ایران، ۷(۱): ۴-۱۳.
- صوفی، مسلم، بازیار، محمد، رشیدیان، آرش. (۱۳۹۱). انواع مخاطرات اخلاقی و پیامدهای آن بر بازار بیمه و نظام سلامت، فصلنامه بیمارستان، ۱۱(۳): ۸۰-۷۳.
- عسگری، حامد، خالصی، نادر، نصیری‌پور، اشکان، زیاری، رضا. (۱۳۹۹). نقش بیمه‌ها بر تقاضای القایی در بیماران قلبی-عروقی، بیمه ایران، ۳(۱): ۲۳-۱۴.
- غیاث‌آبادی فراهانی، مریم، غفاری آشتیانی، پیمان، شبابی، هومن، قلی‌پور فریدونی، شهربانو. (۱۴۰۱). طراحی الگوی تاب‌آوری در صنعت گردشگری بر اثر بیماری کووید ۱۹، گردشگری و توسعه، ۱۱(۲)، ۱۴۴-۱۳۱.
- قبالجو، منیژه، محمدی، جمال، جمال، علی. (۱۳۹۹). آموزه‌های اخلاقی، حقوقی و قانونی در نظام سلامت، تهران: آینده‌سازان.
- کاظمیان، محمود، الوندی، اعظم. (۱۴۰۰). تعیین شرایط و نحوه تأثیر عوامل ایجادکننده تقاضای القایی برای بازارهای مراقبت‌های ایران. دانشور پزشکی، ۲۹(۱۵۴)، ۷۸-۹۲.
- محبوبی، محمد، اجاقی، شهناز، قیاسی، محمد، و افکار، ابوالحسن. (۱۳۸۹). بیمه‌های مکمل و تقاضاهای القایی در جانبازان شیمیایی. طب جانباز (Iranian journal of War and public health)، ۲(۸)، ۱۸-۲۲.
- محقق، علی، محمدزاده، خلیل، صدر، سید شهاب‌الدین، حسین‌پور، فریبا، خاکیان، مهدی، اخلاق دوست، میثم. (۲۰۲۲). تقاضای القایی در نظام سلامت ایران: یک مطالعه مروری. نشریه فرهنگ و ارتقاء سلامت، ۵(۴): ۵۵۴-۵۶۶.

- مصدق‌راد، علی‌محمد، عباسی، محیا، حیدری، مهدی. و عباسی، محیا. (۱۴۰۱). روش‌های تأمین مالی پایدار نظام سلامت در کشورهای توسعه یافته: یک مرور حیطه‌ای، فصلنامه پژوهشی حکیم، ۳۴(۴): ۳۷۱-۳۵۹.
- مصدق‌راد، علی‌محمد، اصفهانی، پروانه. (۱۴۰۱). راهکارهای کاهش تقاضای القایی در نظام: یک مرور حیطه‌ای. مدیریت، ۲۵(۴): ۴۵-۶۸.
- Alinia, C., Takian, A., Saravi, N., Yusefzadeh, H., Piroozi, B., Olyaeemanesh, A. (2021). Physician induced demand for knee replacement surgery in Iran. *BMC Health Serv Res.* Aug 2;21(1):763. doi: 10.1186/s12913-021-06697-6. PMID: 34340702; PMCID: PMC8327442.
- Corbin, J.M., Strauss, A. (1990). Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qual Sociol* 13, 3–21 <https://doi.org/10.1007/BF00988593>.
- Dzampe, AK, Takahashi, S. (2022). Competition and physician-induced demand in a healthcare market with regulated price: evidence from Ghana. *Int J Health Econ Manag.* 22(3):295-313.
- Glaser, B. G. (2002). Conceptualization: On theory and theorizing using grounded theory. *International journal of qualitative methods*, 1(2), 23-38.
- Ma KZ, Norton EC, Lee SY. (2011). Mind the information gap: fertility rate and use of cesarean delivery and tocolytic hospitalizations in Taiwan. *Health Econ Rev.* 12;1(1):20.
- Rezat, S. & Vollstedt, M., (2019). An introduction to grounded theory with a special focus on axial coding and the coding paradigm. *Compendium for early career researchers in mathematics education*, 13(1), 81-100.
- Rivandi, A, Alimohammadzadeh, K, Emamgholipour Sefiddashti, S, Maher, A, Ghasem Begloo, A. (2024). Induced Demand of Providers of Diagnostic and Therapeutic Services in the World; Scoping Review. *Iran J Health Insur* 7 (1) :4-13.
- Seyedin H, Afshari M, Isfahani P, Hasanzadeh E, Radinmanesh M, Bahador RC. (2021). The main factors of supplier-induced demand in health care: A qualitative study. *J Educ Health Promot.* 27;10:49.
- Zhao, Y., Wu, X., & Li, S. (2023). Perceived values to personal digital archives and their relationship to archiving behaviours: An exploratory research based on grounded theory. *Journal of Librarianship and Information Science*, 56(3), 677-697.