

آیا موسسات ارائه دهنده مراقبت سلامت در پدیده تقاضای القایی نقش دارند؟ یک مطالعه کیفی

دکتر محمود کیوان آرا^۱، دکتر سعید کریمی^۲، الهه خراسانی^۳، مرضیه جعفریان جزئی^۳

چکیده

زمینه و هدف: فرضیه تقاضای القایی عرضه کننده، توجه زیادی را در طول سه دهه گذشته به خود جلب کرده است. بیشتر مطالعات در این زمینه توافق دارند که عرضه کنندگان خدمات پزشکی توانایی نفوذ در تقاضا برای محصولات خود را دارند. هدف این مقاله شناسایی نقش موسسات در پدیده تقاضای القایی است که با استفاده از تجربیات صاحب نظران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد بررسی قرار گرفته است.

روش بررسی: روش تحقیق به شیوه کیفی می باشد که از مصاحبه نیمه ساختاریافته استفاده شد. شرکت کنندگان در این پژوهش باید در این زمینه مطلع بوده و به عنوان صاحب نظر شناخته شده باشند. نمونه گیری به روش هدفمند از ۱۷ نفر انجام شد. معیارهایی مانند «موثق بودن اطلاعات»، «قابل اعتماد بودن» و «قابل تثبیت بودن» داده ها در نظر گرفته شد. به مصاحبه شوندهگان اطمینان داده شد که نامی از آنها برده نمی شود و تمامی اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند. از روش تجزیه و تحلیل موضوعی برای تحلیل داده ها استفاده گردید.

یافته ها: دو موضوع اصلی سازمان های بیمه گر و سایر موسسات ارائه دهنده مراقبت سلامت به دست آمد. هر کدام از این موضوعات نیز دارای زیر-موضوعاتی بودند؛ برای مثال، شامل: نقش بیمه های تکمیلی، نبود نظارت دقیق بر بیمه ها، افزایش سود، شرکت های تجهیزاتی، موسسات تشخیصی، شرکت های دارویی و بازاریابی.

نتیجه گیری: این یافته ها به سیاستگذاران بخش مراقبت سلامت کمک می کند تا تصویر بهتری از نقش این نوع موسسات در پدیده تقاضای القایی داشته باشند.

واژه های کلیدی: تقاضای القایی، مراقبت سلامت، موسسات سلامت، بیمه

* نویسنده مسئول:

الهه خراسانی؛

دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی

پزشکی دانشگاه علوم پزشکی

اصفهان

Email :
Khorasani.elahe@yahoo.com

- دریافت مقاله : خرداد ۱۳۹۳ پذیرش مقاله : شهریور ۱۳۹۳

مقدمه

تئوری تقاضای القایی یکی از موضوعات اصلی پژوهش در متون اقتصاد سلامت است (۷-۱).

علاوه بر آن، فرضیه تقاضای القایی عرضه کننده توجه زیادی را در طول سه دهه گذشته به خود جلب کرده است (۱۰-۷ و ۳). در واقع به القا، ارائه، مراقبت یا فروش خدمت غیر ضروری به مراجعان نظام سلامت که با اعمال قدرت از طرف ارائه کنندگان خدمت همراه است، تقاضای القایی گفته می شود که موجب می شوند گاهی خدمات و کالاهایی مصرف شوند که تاثیر مثبتی در ارتقای سلامت فرد ندارد (۱۲ و ۱۱).

^۱ دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۲ دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

اصفهان، شناسایی شده است.

روش بررسی

پژوهش حاضر به روش تحقیق کیفی در سال ۱۳۹۱ با استفاده از مصاحبه‌ی عمیق انجام شد. افراد شرکت کننده در این پژوهش برخی از اعضای هیأت علمی دانشگاه، پزشکان، مدیران بیمارستان‌ها، مدیران سازمان‌های بیمه و محققان اقتصاد سلامت با سابقه‌ی اجرایی و مدیریت در سیستم سلامت و آشنا به موضوع تقاضای القایی بودند. روش نمونه‌گیری هدفمند بود. به عبارت دیگر افرادی مورد مصاحبه قرار گرفتند که در این زمینه مطلع بوده و دارای تجارب ارزشمندی باشند. حجم نمونه تا اشباع اطلاعات ادامه یافت. بر این اساس ۱۷ مصاحبه‌ی حضوری انجام شد. تمامی مصاحبه‌ها ضبط شده و سپس بر روی کاغذ پیاده شد. مدت زمان مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۹۰ دقیقه متغیر بود.

برای دستیابی به اعتبار سوالات با استفاده از راهنمایی‌های افراد مجرب در تحقیق به شیوه کیفی، ابتدا چند مصاحبه به صورت آزمایشی قبل از شروع تحقیق توسط محققان انجام شد. سپس برای روایی داده‌ها، نخستین مصاحبه‌ها توسط متخصصان حوزه‌ی سلامت، از نظر درستی انجام کار، مورد بررسی قرار گرفتند. برای بالا بردن قابلیت اطمینان یافته‌ها پس از استخراج به برخی از شرکت کنندگان ارجاع داده شد و دیدگاه آنان لحاظ گردید. معیارهایی مانند «موتق بودن اطلاعات»، «قابل اعتماد بودن»، «قابل اطمینان بودن» و «قابل تثبیت بودن» داده‌ها نیز در نظر گرفته شد. داده‌ها بر مبنای روش تحلیل موضوعی مورد بررسی قرار گرفت (۱۵ و ۲۵).

مراحل تجزیه و تحلیل داده‌ها شامل استخراج و پیاده شدن داده‌ها بر روی کاغذ و ذخیره شدن آنها در

این تصور که عرضه کنندگان مراقبت سلامت می‌توانند تقاضا برای خدمات خود ایجاد کنند، حداقل به Roemer برمی‌گردد که فرض کرده بود یک بیمارستان می‌تواند تخت خود را صرف نظر از نیاز اساسی بیماران، پر کند (۱۳). بیشتر مطالعات در این زمینه توافق دارند که عرضه کنندگان مراقبت سلامت توانایی نفوذ در تقاضا برای محصولات خود را دارند (۱۶-۱۴). پژوهش‌های تجربی و نظری زیادی به مسأله‌ی تقاضای القایی در اقتصاد سلامت پرداخته‌اند. نظریه‌ی تقاضای القایی برای مدتی به عنوان یک فاجعه در میان سیاست‌گذاران سلامت کانادا محسوب می‌شد و توجه زیادی را به خود جلب کرده بود (۱۷).

ارائه دهندگان مراقبت سلامت در ایجاد و مهار هزینه‌های بخش سلامت نقش حیاتی دارند (۱۸). ارائه دهندگان مراقبت سلامت اعمال نفوذ زیادی بر روی مقدار و نوع مراقبت‌های تقاضا شده دارند (۱۹ و ۲۰). حقایق آشکار شده برای اقتصاد دانان این سوال را به وجود آورده است که دلیل وجود تقاضای القایی چیست؟ (۲۱). در عمل، احتمال وقوع تقاضای القایی و شدت اثرات آن حاصل تعامل طیف وسیعی از عوامل است که بر رفتار پزشک و بیمار تاثیر می‌گذارد و همچنین متاثر از ویژگی‌های سازمانی و قوانین بازار مراقبت سلامت است (۲۲). یکی از علل موثر، نقش موسسات ارائه دهنده‌ی مراقبت سلامت در تقاضای القایی است که در این مقاله مورد بررسی قرار گرفته است. این موسسات می‌توانند به شیوه‌های مختلف وقوع تقاضای القایی را تسهیل کنند که یکی از آنها بازاریابی است (۲۴-۲۲). در این مقاله علت‌هایی که موجب مشارکت موسسات در پدیده‌ی تقاضای القایی شده است، به طور گسترده با استفاده از تجربیات صاحب‌نظران دانشگاه علوم پزشکی

۱. سازمان‌های بیمه‌گر

بخشی از عوامل موثر در القای تقاضا ناشی از نقش سازمان‌های بیمه‌گر است که طبق نظر مشارکت کنندگان به زیر موضوعاتی تقسیم شد که عبارتند از "نقش بیمه‌های تکمیلی و فقدان نظارت دقیق در بیمه‌ها". مشارکت کنندگان پوشش بیمه را موجب افزایش القای تقاضا می‌داند و می‌گوید: «چون مثلاً پولی داده، اصلاً تعریف moral hazard این است که افرادی که پولی می‌دهند برای بیمه و بیمه می‌شوند و تحت پوشش بیمه در می‌آیند، تقاضای آن‌ها نسبت به آن افرادی که بیمه نیستند خیلی بیشتر می‌شود. چرا؟ چون دفترچه بیمه خودش عاملی می‌شود برای افزایش تقاضا.» (P₄).

۱.۱. نقش بیمه‌های تکمیلی

شرکت کنندگان، حضور بیمه‌های تکمیلی را عاملی برای القای تقاضا می‌دانستند و در این رابطه به جنبه‌های مختلفی اشاره داشتند که زیر موضوعات "غیرتخصصی بودن بیمه‌های تکمیلی، رویکرد تجاری بیمه‌های تکمیلی، ورود بیمه‌های تکمیلی به پوشش خدمات تشخیصی گران قیمت، دولتی بودن بیمه تکمیلی، افزایش مراجعه‌ی بیماران با حضور بیمه‌های تکمیلی" را در این بخش تشکیل داد. شرکت کنندگان می‌گویند: «یکی از القا کننده‌هایی که نیاز القاهای کاذب را زیاد کرده همین بیمه‌های تکمیلی است!» (P₁₁).

۱.۱.۱. غیرتخصصی بودن بیمه‌های تکمیلی؛

«بینید بیمه‌های تکمیلی. یک آدم می‌تواند شش تا رشته تخصص داشته باشد؟ می‌شود من هم تاجر باشم، هم پزشک باشم، هم مکانیک باشم؟ بیمه تکمیلی کارش شده این! موسسه‌ای که ماشین بیمه می‌کند با انواع و اقسام بدنه و ثالث و غیره. بیمه آتش سوزی هم می‌کند، می‌آید بیمه تکمیلی درمان هم

رایانه، غوطه ور شدن در داده‌ها، کدگذاری، ثبت علایم بازتابی، ثبت علایم حاشیه‌ای، اختصار سازی و توسعه‌ی پیشنهادها بود.

در مرحله‌ی اول بعد از انجام هر مصاحبه، بلافاصله مصاحبه‌ها رونویسی و سپس در رایانه تایپ و ذخیره شد. در مرحله‌ی بعدی، متن مصاحبه‌ها چندین بار خوانده و مرور شد به طوری که پژوهشگران در داده‌ها تسلط کافی پیدا کردند. در مرحله‌ی 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، زیر-موضوعات از یکدیگر مجزا گردید و سپس زیر-موضوعات در هم ادغام شدند و تقلیل‌گرایی صورت گرفت و نهایتاً موضوعات اصلی مشخص شد. ثبت علائم بازتابی و حاشیه‌ای، در واقع ثبت یادداشت‌ها 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 پیاده سازی، مصاحبه ضبط می‌شود. به مصاحبه شونده‌گان اطمینان داده شد که نامی از آنها برده نمی‌شود و اطلاعات آنها محرمانه می‌ماند.

یافته‌ها

در این مطالعه‌ی کیفی، حدود ۳۰ زیر موضوع و ۲ موضوع اصلی به دست آمد (شکل ۱). این ۲ موضوع اصلی شامل سازمان‌های بیمه‌گر و سایر موسسات سلامت بود.

می‌کند.» (P₁₁).

۲.۱.۱. رویکرد تجاری بیمه‌های تکمیلی؛ «من

اگر دارم با این حجم انجام می‌دهم مثلاً حالا یک چهارم دارم کار انجام می‌دهم پس باید یک چهارم هم نیروی انسانی داشته باشم، دارم؟... شما ببینید همه این بیمه‌ها تجاری است دیگر! شما ببینید اصلاً دارند این تعداد کارشناس.» (P₁).

۳.۱.۱. ورود بیمه‌های تکمیلی به پوشش

خدمات تشخیصی گران قیمت؛ «ورود بیمه‌های تکمیلی به پوشش خدمات تشخیصی گران قیمت باعث تقاضای القایی می‌شود. مثل خدمات لیزر یا لیزیک چشم یا مثلاً لیزر پوست. این‌ها را بعضی بیمه‌ها پوشش می‌دهند. مثلاً دندانپزشکی‌ها، مثلاً شما اگر دندانتان درد بکند و می‌دانید که بیمه اصلاً دندان پزشکی را پوشش نمی‌دهد ولی اگر بدانید که پوشش می‌دهد بلافاصله همه‌ی دندانتان را درست می‌کنید، مثلاً بیمه‌ی تکمیلی سقفی دارد، مثلاً ۲۰۰ هزار تومان. بعد همه می‌روند از سقفش استفاده می‌کنند.» (P₄).

۴.۱.۱. دولتی بودن بیمه تکمیلی؛ «آمده کل

کارکنان اداری خود را بیمه تکمیلی کرده با هزینه خود دولت! این بیمه تکمیلی نیست. بیمه تکمیلی در کشورهای دیگر خصوصی است و هر کس خواست می‌رود خودش از جیب خودش بیمه تکمیلی می‌گیرد. ولی اینجا از دولت هزینه‌ای می‌گیرند، کارکنان را کامل بیمه تکمیلی می‌کنند.» (P₉).

۵.۱.۱. افزایش مراجعه بیماران با حضور

بیمه‌های تکمیلی؛ مشارکت کننده‌ای حضور بیمه‌های تکمیلی را موجب افزایش مراجعه بیماران می‌داند که هزینه‌های بخش سلامت را زیاد می‌کند و این چنین بیان می‌کند: «شرکت بیمه تکمیلی! رفته با موسسات قرارداد بسته است. این اتفاق افتاد که مریض مراجعه می‌کرد سهم خودمونو می‌دادیم بقیه‌اش را هم بیمه

می‌داد. ما نگاه کردیم دیدیم هزینه‌ها سر به فلک گذاشته چون یک قسمت را ما می‌دادیم دیگر، یک قسمت هم بیمه ...! این نیاز القایی را زیاد می‌کند دیگر!» (P₁₁).

۲.۱. فقدان نظارت دقیق در بیمه‌ها

یکی دیگر از عوامل مرتبط با سازمان‌های بیمه گر در القای تقاضا، نبود نظارت دقیق در بیمه‌هاست که مشارکت کنندگان آن را در قالب زیر موضوعات ذیل مطرح نمودند؛ "نظارت بیمه‌ها محدود به خدمات تحت تعهد به صورت کمی، نظارت بعد از عمل در بیمه‌ها، نبود نظارت قوی بر نسخه‌ها و خدمات بستری و سرپایی در بیمه‌ها و نبود امکان نظارت بر صحت دستورات پزشک در بیمه است." مشارکت کننده‌ای در این خصوص بیان می‌کند: «از طرفی سازمان‌های بیمه گر هم آن نظارت دقیقی که برای بحث تقاضای القایی باید به وکالت از بیمه شدگان اعمال بکنند روی ارائه دهنده‌های خدمت، خوب طبیعتاً نیست و این خودش باعث شده این فضا باز بشود برای ارائه دهنده خدمت که این تقاضای القایی رو بتواند ایجاد بکند.» (P₁₃).

۱.۲.۱. نظارت بیمه‌ها محدود به خدمات تحت

تعهد به صورت کمی؛ «ما بیشتر نظارت‌هایمان، نظارت کمی هست! به سری خدمات در نظارت ما هست. ما بیشتر نظارت می‌کنیم به بیمار، ما آن خدماتی که به اصطلاح در تعهد ما هست اگر ارائه نشد ما حالا مثلاً پرداخت داشته باشیم.» (P₁₄).

۲.۲.۱. نظارت بعد از عمل در بیمه‌ها؛ «اینجوری

نیست که همین الان مریض ما مثلاً تو فلان بیمارستان بستری بشود ما سریع بیاییم بررسی کنیم بگوییم چرا الان این را می‌خوای ببرید اتاق عمل؟! نیاز به اتاق عمل نداره که! این می‌رود انجام می‌شود بعد پرونده‌اش می‌آید متخصص نگاه می‌کند و می‌بیند که

این احتیاج به عمل نداشته آگه صبر می‌کرد یه ماه دیگه شاید نیاز به این کار نداشت.» (P₁₄).

۳.۲.۱. نبود نظارت قوی بر نسخه‌ها و خدمات

بستری و سرپایی در بیمه‌ها؛ «در بحث نسخه‌ها فرق می‌کند، در بحث بستری هم فرق می‌کند! هیچکدام ما الان آنقدر حوزه نظارتی قوی نداریم. در سرپایی هم باز همین مشکل هست.» (P₅).

۴.۲.۱. نبود امکان نظارت بر صحت دستورات

پزشک در بیمه؛ «همه اینها را نظارت می‌کنند ولی در همان مسیری که پزشک دارد انجام می‌دهد این‌ها هم دنبال پزشک هستند! ولی اینها نمی‌توانند جلو پزشک بایستند مثلاً بگویند این که نیاز به جراحی نداره! فقط این‌ها همون مسیری که پزشک دارد می‌رود کنترل می‌کنند.» (P₁₃).

۲. سایر موسسات سلامت

سایر موسسات سلامت بعد از سازمان‌های بیمه گر طبق نظر مشارکت کنندگان شامل موسسات تشخیصی، شرکت‌های تجهیزاتی، دارویی و واردکنندگان می‌باشد که در اینجا عوامل در قالب زیر موضوعات زیر ارائه می‌شود «علل اقتصادی و نقش شرکت‌ها و موسسات».

۲.۱. علل اقتصادی

این علل طبق نظر مشارکت کنندگان دارای زیر موضوعات «افزایش سود، افزایش فروش خدمات، تقسیم پول بین ارائه دهندگان» می‌باشد.

۱.۲.۱. افزایش سود؛ «سود دهی یک سری از

شرکت‌ها که می‌خواهند سودشان بیشتر بشود. این مسائل را ترویج می‌کنند.» (P₉).

۲.۲.۱. افزایش فروش خدمات؛ «خوب

سرچشمه گفتیم provider های خدمات هستند که برای درآمد بیشتر این کار را می‌کنند یا حالا یا فروش بیشتر، در حالت درآمد بیشتر و فروش بیشتر، این دو

با هم ارتباط دارند.» (P₄).

۳.۲.۱. تقسیم پول بین ارائه دهندگان؛ «حالا این

هم provider که تو فکر درآمد هستند، مریض رو به شکل پول می‌بیند و می‌خواهد splitting fee بکند، یعنی پول را یه کاری بکند که این مریض را تقسیم بکند یا به نوعی دیگران را شریک بکند، دیگران را share بکند که دیگران هم او را بیشتر share کنند.» (P₄).

۲.۲. نقش شرکت‌ها و موسسات

شرکت‌ها و موسسات درمانی طبق نظر مشارکت کنندگان در قالب زیر موضوعات «شرکت‌های تجهیزاتی، موسسات تشخیصی، شرکت‌های دارویی، شرکت‌های خارجی، شرکت‌های وارد کننده، شرکت‌های تولیدکننده علم، شرکت‌های مافیای درمان (استعماری) و بازار یابی» دسته بندی می‌شود.

۱.۲.۲. شرکت‌های تجهیزاتی؛ مشارکت کننده‌ای

به فروش بیشتر تجهیزات با تبلیغات کاذب اشاره دارد و می‌گوید: «یک سری شرکت‌ها تجهیزات پزشکی هستند که در حقیقت می‌خواهند در تجهیزات خود فروش بیشتری داشته باشند القا می‌کنند. چند همایش شرکت کردم، اینجا شرکت‌ها و موسساتی تبلیغ می‌کنند برای کالاهای خودشان. شروع این القا کننده‌ها شاید همین شرکت‌ها باشند.» (P₈). «ولی اینجا جدیدترین تجهیزات اجازه می‌دهند وارد بشود. به خاطر اینکه حالا هم یک سودی شرکت‌های وارد کننده دارند هم این‌ها خودشان احتمال دارد سهام دار باشند.» (P₉).

۲.۲.۲. موسسات تشخیصی؛ موسسات تشخیصی

هم نقش موثری در القای تقاضا دارند که مشارکت کنندگان جنبه‌های مختلفی برای آن بیان نمودند و زیر موضوعات آن عبارتند از «تبلیغات موسسات تشخیصی، رویکرد هزینه کمتر و سود بیشتر در

مؤسسات تشخیصی و هزینه بر بودن تاسیس مؤسسات تشخیصی".

۱.۲.۲.۲. تبلیغات مؤسسات تشخیصی؛ «احتمال

دارد فقط تبلیغات یک شرکت یا یک موسسه که درصد تشخیص آن خیلی بالاست، فقط به خاطر تبلیغ آن شرکت این کارو می‌کنند.» (P8). «آنها هم با تبلیغاتی که انجام می‌دهند و ویزیت‌هایی که انجام می‌دهند و با فرصت‌ها و امتیازاتی که برای پزشک و مؤسسات در نظر می‌گیرند، این‌ها خودشان باعث می‌شوند که درخواستها را ببرند بالا.» (P12).

۲.۲.۲.۲. رویکرد هزینه کمتر و سود بیشتر در

مؤسسات تشخیصی؛ «آن شخصی که می‌خواهد آن آزمایش یا کار تشخیصی را انجام بدهد بیشتر موقع‌ها دنبال این است، می‌خواهد هزینه کمتر بشود سود بیشتر باشد! بیشتر به چشم یک تجارت که باید سود برساند نگاه می‌شود.» (P9).

۳.۲.۲.۲. هزینه بر بودن تاسیس مؤسسات

تشخیصی؛ «تجهیزات و اسباب و وسایل هم میلیون‌ها هزینه دارد. اینها کارکنان هم می‌خواهد مسوول هم می‌خواهد، یک مسوول پذیرش می‌خواهد، یک مسوول نظافت می‌خواهد، یک مسوول انجام آزمایش ... هر بخشی یه مسوول می‌خواهد! اینها هزینه‌هاش خیلی است.» (P7). «خوب به هر حال این MRI هزینه دارد، مبلغ دستگاه‌ها هم که وارد می‌شود خیلی بالاست، ۳-۴-۵ میلیارد تومان هزینه دستگاه‌ها و محل و کارکنان و فلان و ... هست. باید برگشت سرمایه داشته باشد دیگر! پس باید درخواست را ببری بالا، باید تبلیغ را ببری بالا که بتوانی این سرمایه را برگردانی!» (P12).

۳.۲.۲. شرکت‌های دارویی؛ «خیلی وقت‌ها

شرکت‌های دارویی می‌آیند و این تقاضای القایی را ایجاد می‌کنند.» (P13). «به عنوان مثال، اگر که دارویی

جدید وارد بازار دارویی شده، شرکت خدماتی یا شرکت تولید کننده یا شرکت فروشنده دارو می‌آیند پزشک را ویزیت می‌کنند، مزایای دارو، منافع دارو را مطرح می‌کنند و گاهی ممکن است که یک جوایزی را به صورت مستقیم یا غیر مستقیم به پزشک ارایه کنند که پزشک در واقع تجویز کننده خواهد بود.» (P2).

۴.۲.۲. شرکت‌های خارجی؛ «آن شرکت‌های

خارجی هم که هستند با پیشنهاد سفرهای علمی خارج از کشور به متخصصین به نوعی نقش دارند در القای این تقاضا و تجویز این درمان خاص برای بیماران.» (P13).

۵.۲.۲. شرکت‌های وارد کننده؛ «خوب وارد

کننده‌ها هم به فکر سود بیشتر و هزینه کمتر هستند. وارد می‌کنند بدون اینکه تحقیق کنند آیا این کیت اصلاً جواب می‌دهد یا نمی‌دهد، یا آن دارو به عنوان داروی اثر بخش اصلاً امتحانش را پس داده، یا نداده است! روی مردم امتحان می‌شود و این متأسفانه به عنوان یکی از مسائلی که هست.» (P9).

۶.۲.۲. شرکت‌های تولیدکننده علم؛ مشارکت

کننده‌ای از در اختیار نگذاشتن اطلاعات کافی از سوی شرکت‌های سازنده و تولید کنندگان علم می‌گوید که: «چه آن کشور تولید کننده علم چه آن شرکت سازنده، اطلاعات کافی در اختیار ما نذارند، چه آن‌ها اطلاعات رو در اختیار ما بذارند اما ما درست متوجه نشویم و بعد علم خود را کامل نکنیم این اتفاق این وسط می‌افتد! ممکن است مریض یک درخواستی برایش بشود که نیاز بهش نیست.» (P11).

۷.۲.۲. شرکت‌های مافیای درمان (استعماری)؛

«خوب در بحث دارو و درمان و تشخیص در واقع شرکت‌های بزرگی که به اصطلاح استعماری هم هستند، مافیای درمانی هم هستند. آن‌ها هم با تبلیغاتی

۲.۸.۲.۲. تبلیغات موسسات؛ «براساس این تبلیغات و ویزیت‌هایی که پرستارها و پزشک‌ها و درمانگرها از طرف موسسات گوناگون می‌شوند، اینها خودش درخواست القایی رو ایجاد می‌کند!» (P₁₂). «اینجا به شرکت‌ها و موسساتی تبلیغ می‌کنند برای کالاهای خودشان. شروع این القا کننده‌ها شاید همین شرکت‌ها باشند.» (P₈).

۳.۸.۲.۲. ویزیت علمی موسسات از پزشک؛ «آزمایشگاه تشخیصی طبی حالا یا جدید تاسیس شده یا این که قبلاً کلاً در منطقه نبوده است، ایشان جدید وارد مجموعه شده است، می‌رود پزشک رو می‌بیند که خوب بیماران رو برایش بفرستد.» (P₂).

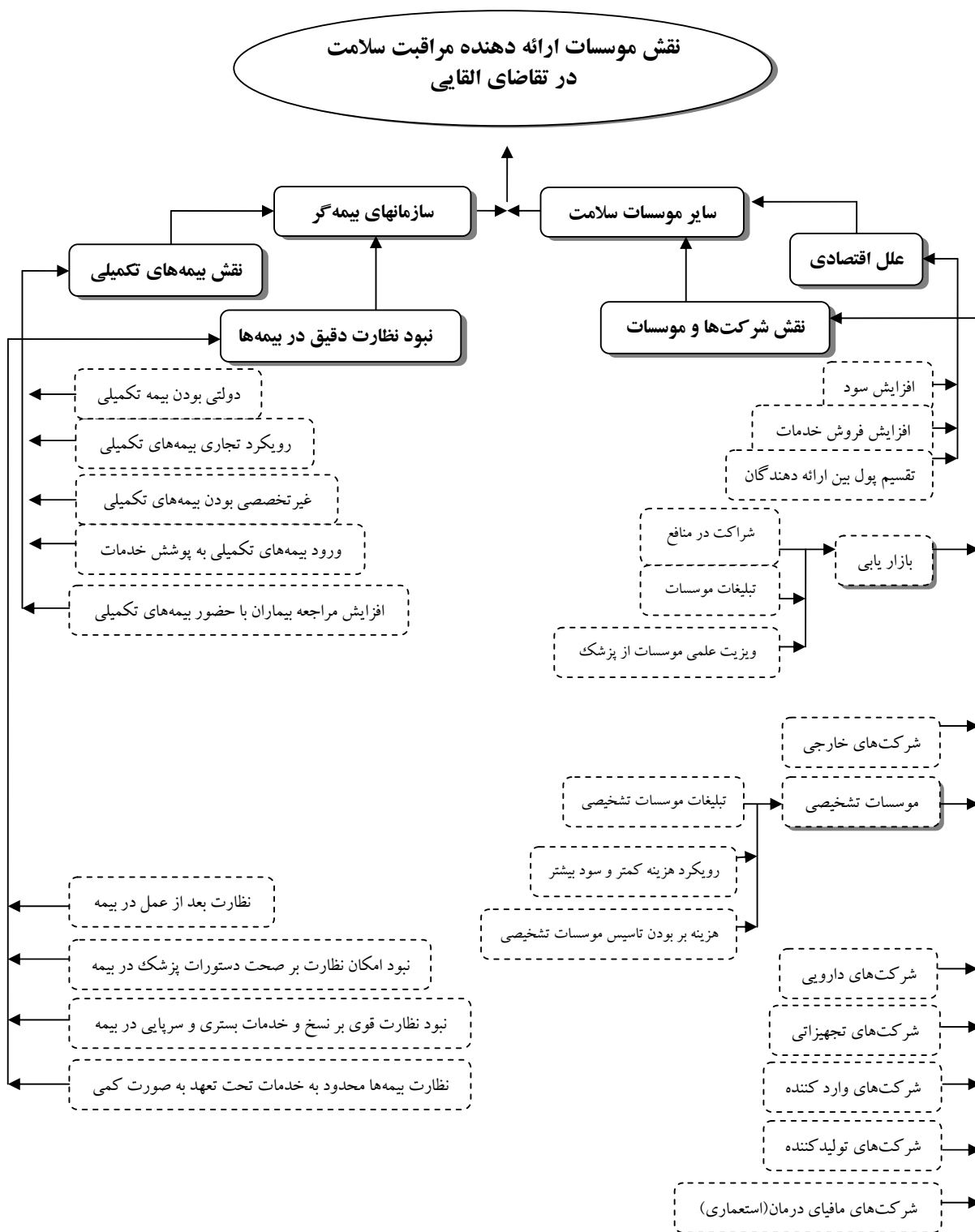
بحث

این پژوهش به شیوه کیفی انجام شد و داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها در قالب زیر موضوع و موضوع‌های اصلی ارائه شد. هدف این مقاله شناخت نقش موسسات سلامت در تقاضای القایی با استفاده از تجربیات صاحب‌نظران دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بود. بارزترین یافته‌های آن شامل سازمان‌های بیمه گر و سایر موسسات سلامت بود. یافته‌ها برای مثال، شامل نقش بیمه‌های تکمیلی، فقدان نظارت دقیق در بیمه‌ها، افزایش سود، شرکت‌های تجهیزاتی، موسسات تشخیصی، شرکت‌های دارویی و بازاریابی بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بخشی از عوامل موثر در القای تقاضا ناشی از نقش سازمان‌های بیمه گر است. حضور بیمه‌های تکمیلی عاملی برای القای تقاضا است. غیرتخصصی بودن بیمه‌های تکمیلی باعث می‌شود آنها نتوانند در زمینه سلامت نقش خود را به طور کامل ایفا کنند و فقط منافع خود را دنبال نمایند، بدون توجه به آنکه این منافع چه مضراتی برای سیستم سلامت دارد.

که انجام می‌دهند و ویزیت‌هایی که انجام می‌دهند و با فرصت‌ها و امتیازاتی که برای پزشک و موسسات در نظر می‌گیرند، این‌ها خودشان باعث می‌شوند که درخواست هارو ببرند بالا!» (P₁₂).

۸.۲.۲. بازاریابی؛ بازاریابی یک از عوامل موثر در بین موسسات و شرکت‌ها برای القای تقاضا است. با توجه به نظرات مشارکت کنندگان روش‌های بازاریابی عبارتند از "شراکت در منافع، تبلیغات موسسات و ویزیت علمی موسسات از پزشک". مشارکت کننده‌ای در خصوص بازاریابی می‌گوید: «یک موسسه وقتی بخواهد شروع به فعالیت بکند نیاز به ابزار دارد. به سری از اون‌ها ابزارهای انسانی است، به سری هم ابزارهای مکانی هست. مثلاً اگه فردی می‌آید می‌خواهد به آزمایشگاه بخرد می‌گوید باید بر خیابان باشد. پله زیاد نداشته باشد، دسترسی به آن آسان باشد، محل آن جایی باید باشد که از نظر تجمع پزشکان تجمع پزشک داشته باشد. تجهیزات و اسباب وسایل آن هم میلیون‌ها هزینه دارد. کارکنان هم می‌خواهد! اینها هزینه هاش خیلی است. حالا در روز چندتا مراجعه کننده دارد؟! ۵ تا یا ۱۰ تا در روز باشد این آزمایشگاه محکوم به شکست است حالا باید یا ضرر بدهد یا بازاریابی کند!» (P₇).

۱.۸.۲.۲. شراکت در منافع؛ «یک مشوق‌هایی ارائه می‌شود که صراحتاً پزشک رو تشویق می‌کند که بیماران را برای این آزمایشگاه خاص بفرستد و اگر که بفرستد گاهی می‌تواند تو منافع خود یا به ازای تعدادی که بفرستند توی منافع آن شریک باشند.» (P₂). «یک نفر یک بحث دیگر می‌کند که گفتن آن در این شرایط با عقل درست در نمی‌آید! می‌گوید در مقابل بیماری که شما ارجاع می‌دهید به ما من یک ۱۰ درصدی یک ۵ درصدی به شما می‌دهم. اینجوری بازاریابی می‌کنند.» (P₇).



شکل ۱: نقش موسسات ارائه دهنده مراقبت سلامت در تقاضای القایی

شاید مهم ترین علت، ایفای نقش بیمه تکمیلی در تقاضای القایی، رویکرد تجاری بیمه‌های تکمیلی است که منافع را تنها در درآمد بیشتر بدون توجه به عوارض گسترده پوشش بیش از اندازه خدمات می‌داند. از سوی دیگر، ورود بیمه‌های تکمیلی به پوشش خدمات تشخیصی گران قیمت، باعث شده است این خدمات در دسترسی بیشتر قرار گیرد؛ در نتیجه امکان القای خدمات غیر ضروری را در این بخش به طور چشمگیری افزایش داده است.

یکی از مشکلات اصلی بیمه‌های تکمیلی، دولتی بودن آنهاست. امروزه بیشتر سازمان‌ها در قالب عناوین مختلف این پوشش اضافه را برای کارکنان خود فراهم نموده‌اند و در واقع بخشی از یارانه‌های کشور به این سمت سوق پیدا می‌کند که در نهایت با بروز تقاضای القایی باعث تضییع منابع می‌شوند. حضور بیمه‌های تکمیلی موجب افزایش مراجعه بیماران می‌شود که هزینه‌های بخش سلامت را دو چندان می‌کند و تقاضاهای غیر ضروری را نیز افزایش می‌دهد (۱۲).

یکی دیگر از عوامل مرتبط با سازمان‌های بیمه گر در القای تقاضا، نبود نظارت دقیق در بیمه‌هاست. نظارت بیمه‌ها محدود به خدمات تحت تعهد به صورت کمی است و برای خدماتی که تحت پوشش آنها نیست هیچ گونه نظارتی وجود ندارد که این یک خلاء بزرگ در سیستم سلامت است. به خصوص، این نظارت فقط به صورت کمی اجرا می‌شود و دیدگاه کیفی نادیده گرفته شده است. همچنین نظارت در بیمه‌ها بعد از ارائه خدمت به بیمار انجام می‌شود که این نیز یک شکاف در فرایند دائمی نظارت ایجاد می‌کند و مانع آن می‌شود که بسیاری از خطاها پیش از وقوع جلوگیری شوند. حتی بر روی نسخه‌ها و خدمات بستری-سرپایی در بیمه‌ها نظارت چندان

دقیقی وجود ندارد. یکی از نقص‌های فرایند نظارت در بیمه‌ها، نبود امکان نظارت بر صحت دستورات پزشک است، در واقع بیمه گران تنها دنباله رو پزشک می‌باشند و بررسی نمی‌کنند که آیا این خدمات واقعاً برای بیماری با ویژگی‌های خاص ضرورت داشته است یا خیر. همه این عوامل سهمی در افزایش تقاضای غیر ضروری خدمات دارند (۲۸-۲۶).

Bickerdyke و همکاران ادعا دارند که طراحی بیمه‌های عمومی و خصوصی در بیشتر کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی موجب شده است که بیماران انگیزه کمی برای کنترل تقاضای خدمات پزشکی خود داشته باشند. این موضوع زمینه مناسبی برای تقاضای القایی فراهم کرده است (۲۲). Delattre و همکاران (۲۶)، Fabbri (۲۷)، Hansen و همکاران در مطالعات خود بیان می‌کنند تقاضای القایی به احتمال زیاد جایی که هزینه‌های بیماران تحت پوشش طرح بیمه است، بیشتر اتفاق می‌افتد (۲۸). Ferguson نیز به این نتیجه رسید که پوشش بیمه، تقاضا برای ویزیت پزشک را افزایش می‌دهد. از آنجا که اکثر مردم دارو و پوشش بیمارستانی گسترده را از طریق محل‌های کار خود به دست می‌آورند، اجازه دادن به بیمه‌های خصوصی برای پوشش خدمات خارج از لیست منجر به اثرات نامطلوب توزیعی می‌شود (۱۷). به طور کلی یافته‌های سایر مطالعات نشان می‌دهد که مصرف کنندگان افزایش در هزینه‌ها را با کاهش در استفاده از مراقبت‌های بهداشتی درمانی پاسخ می‌دهند (۳۱-۲۹)، یا با وجود بیمه‌های تکمیلی استفاده از مراقبت‌های درمانی را افزایش می‌دهند (۳۲). محبوبی و همکاران (۲۰۱۰) به این نتیجه رسیدند که پوشش بیمه تکمیلی در بین جانبازان باعث بروز طیف گسترده‌ای از خدمات غیر ضروری شده است و زمینه القای تقاضا را فراهم نموده است (۱۲). در مطالعات

بالا نقش بیمه‌های تکمیلی در تقاضای القایی به اثبات رسیده که با مطالعه حاضر همسو است.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که سایر موسسات سلامت نیز در تقاضای القایی نقش دارند. در این بین، علل اقتصادی مهمترین عامل اثرگذار برای موسسات پزشکی است تا به تقاضای القایی روی آورند و از آن به عنوان ابزاری برای افزایش منافع خود استفاده کنند، زیرا با فروش خدمات غیر ضروری باعث افزایش سود و تقسیم پول بین ارائه دهندگان مختلف می‌شوند.

شرکت‌های تجهیزاتی معمولاً با بیمار ارتباط مستقیم ندارند، اما برای فروش بیشتر تجهیزات خود از تبلیغات کاذب استفاده می‌کنند. از طرفی سهام داشتن افراد صاحب نفوذ در شرکت‌های تجهیزاتی هم موثر است و باعث جذب منابع مختلف برای این شرکت‌ها می‌شود. موسسات تشخیصی هم نقش موثری در القای تقاضا دارند. آنها با کمک تبلیغات سعی در جذب بیماران و پزشکان دارند. از طرفی رویکرد هزینه کمتر و سود بیشتر در موسسات تشخیصی باعث می‌شود آنها منافع خود را در اولویت قرار دهند. هزینه بر بودن تاسیس موسسات تشخیصی و جبران هزینه‌های سرمایه گذاری شده، عواملی هستند که موجب می‌شود این موسسات به سمت تقاضای القایی ترغیب شوند.

شرکت‌های دارویی با ویزیت پزشکان مختلف سعی می‌کنند تولیدات جدید خود را روانه بازار کنند و ممکن است به القای تقاضا روی آورند. Bhatia در مطالعه خود با هدف تحلیل رفتار پزشک بیان می‌کند که بازار دارویی، یک بازار به شدت رقابتی است که در آن هر کدام از شرکت‌ها برای به حداکثر رساندن درآمد، خود به دنبال بازاریابی هستند. شرکت‌های دارویی از نیروی فروش خود به عنوان یک ابزار اولیه

برای بازاریابی پزشکان استفاده می‌کنند. نمایندگان فروش محصولات دارویی با پزشکان قرار ملاقات می‌گذارند تا به ترویج داروهای خاص بپردازند. این روش بازاریابی شامل به اشتراک گذاری اطلاعات در مورد اثر بخشی و عوارض داروها در مطالعات بالینی است. شرکت‌های دارویی تلاش می‌کنند تا همه ذینفعان خود از جمله پزشکان و پرداخت کنندگان را با روش‌هایی چون: فروش شخصی توسط نیروی فروش، نمونه‌های رایگان برای پزشکان، برگزاری نشست‌ها برای پزشکان و تبلیغات (در مجلات پزشکان و در رسانه‌های دیگر مربوط به مصرف کنندگان) تحت تاثیر قرار دهند (۳۳). نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر همسو است.

شرکت‌های خارجی هم برای فروش تولیدات خود به کشور از ابزارهایی چون سفرهای خارجی برای القای خدمات کاذب خود استفاده می‌کنند. شرکت‌های وارد کننده بدون توجه به اثربخشی واردات خود در زمینه سلامت فقط به منافع خود توجه می‌کنند. شرکت‌های تولیدکننده علم با در اختیار نگذاشتن اطلاعات، زمینه وابستگی و القای تقاضا را فراهم می‌کنند. شرکت‌های مافیای درمان (استعماری) هم با کمک تبلیغات گسترده، درخواست‌های غیرضروری را افزایش می‌دهند. بازاریابی موسسات نیز از عوامل موثر برای القای تقاضا است (۳۳).

یافته‌های Palesh و همکاران نشان می‌دهند که نیروهای بازار از قبیل تبلیغات تاثیر زیادی در استفاده غیرضروری از تکنولوژی داشته است. تبلیغات واردکنندگان و تولید کنندگان ارزیابی فناوری سلامت به عنوان یک عامل موثر در رابطه با پذیرش و استفاده از فناوری‌های سلامت در ایران مطرح می‌شود (۲۴). Mansfield و همکاران به مشکلات مرتبط با تبلیغات اشاره کردند. برای نمونه، چگونه بازاریابی درمان

نظارت فقط به صورت کمی اجرا می‌شود و به دیدگاه کیفی کمتر توجه شده است. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که برای موسسات پزشکی، علل اقتصادی مهمترین عامل اثرگذار است تا به تقاضای القایی روی آورند و از آن به عنوان ابزاری برای افزایش منافع خود استفاده کنند. این یافته‌ها به سیاستگذاران بخش سلامت کمک می‌کند تا تصویر بهتری از نقش موسسات مختلف در پدیده تقاضای القایی داشته باشند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده نقش هر کدام از موسسات بیان شده در این مطالعه به صورت جامع‌تر و عینی‌تر مورد بررسی قرار گیرد. مطالعات آینده می‌تواند بر روی چگونگی ارتباط نادرست موسسات پزشکی با ارائه دهندگان خدمات سلامت تمرکز کند و زمینه بروز را به صورت کمی شناسایی کند. همچنین پیشنهاد می‌شود در جهت کنترل تقاضای القایی آگاهی افراد جامعه افزایش یابد و انگیزه‌های مالی ارائه دهندگان خدمات سلامت به کمک سیاستگذاری‌های مناسب کنترل شود و از ابزارهای نظارتی مناسب برای بررسی عملکرد موسسات سلامت استفاده شود.

جایگزینی هورمون برای جلوگیری از بیماری‌های قلبی و عروقی پزشکان را متقاعد به استفاده از این داروها قبل از اتمام آزمایشات بالینی می‌کند (۲۳). این مطالعات عامل بازاریابی را نشان می‌دهند که با مطالعه حاضر همسو است.

لازم به ذکر است از محدودیت‌های این پژوهش که به صورت کیفی انجام شده است می‌توان به موردی بودن نتایج آن اشاره کرد 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 شده است و نتایج به دست آمده به دلیل تفاوت ماهیت در رشته‌های گوناگون نمی‌تواند قابل تعمیم به همه دانشگاه‌ها و رشته‌ها باشد.

نتیجه گیری

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد وقتی بیمه‌های تکمیلی فقط منافع خود را دنبال کنند، می‌توانند به عنوان عاملی برای القای تقاضا باشند، زیرا آنها بیشتر رویکرد تجاری دارند. نبود نظارت دقیق در بیمه‌ها هم به این موضوع دامن می‌زند. به خصوص که این

منابع

1. Abdoli GH & Varhami V. The role of asymmetric information in induce demand: A case study in medical services. Health Management 2010; 14(43): 37-42[Article in Persian].
2. Andersen LB & Serritzlew S. Type of services and supplier-induced demand for primary physicians in Denmark. København: Department of Political Science and Government; 2007: 1-13.
3. Evans R. Supplier-induced demand: Some empirical evidence and implications. Available at: <http://libra.msra.cn/Publication/4188240/supplier-induced-demand-some-empirical-evidence-and-implications>. 1974.
4. De Jaegher K & Jegers M. A model of physician behaviour with demand inducement. J Health Econ 2000; 19(2): 231-58.
5. Reinhardt UE. The theory of physician-induced demand reflections after a decade. J Health Econ 1985; 4(2): 187-93.

6. Rice T. Physician- induced demand for medical care: New evidence form the medicare program. *Adv Health Econ Health Serv Res* 1984; 5(1): 129-60.
7. Richardson J & Peacock S. Reconsidering theories and evidence of supplier induced demand. Australia: Centre for Health Economics, Monash University; 2006: 21-30.
8. Birch S. The identification of supplier-inducement in a fixed price system of healthcare provision. The case of dentistry in the United Kingdom. *J Health Econ* 1988; 7(2): 129-50.
9. Cromwell J & Mitchell JB. Physician- induced demand for surgery. *J Health Econ* 1986; 5(4): 293-313.
10. Fuchs VR. The supply of surgeons and the demand for operations. *J Hum Resour* 1978; 13(1): 35-56.
11. Cline RR & Mott DA. Exploring the demand for a voluntary medicare prescription drug benefit. *AAPS PharmSci* 2003; 5(2): 99-110.
12. Mahbubi M, Ojaghi SH, Ghiyasi M & Ojaghi A. Supplemental insurance and induce demand in veterans. *Medical Veterans Journal* 2010; 2(4): 18-22[Article in Persian].
13. Roemer M. Bed supply and hospital utilization. A natural experiment. *Hospitals* 1961; 35(1): 36-42.
14. Dranove D & Wehner P. Physician-induced demand for childbirth. *J Health Econ* 1994; 13(1): 61-73.
15. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E & Jafarian Jazi M. Challenges resulting from healthcare induced demand: A qualitative study. *Health Information Management* 2013; 10(4): 1-11[Article in Persian].
16. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E & Jafarian Jazi M. Opinions of health system experts about main causes of induced demand: A qualitative study. *Hakim Research Journal* 2014; 16(4): 317-28[Article in Persian].
17. Ferguson B. *Isseus 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: 8-15.
18. Broomberg J & Rice MR. The impact of the fee-for-sevices reimbursement system on the utilisation of health services. *S Afr Med J* 1990; 78(3): 133-6.
19. Cluyer AG & Newhouse JP. *Handbook of health economics*. Amsterdam: Elsevier; 2000: 158-230.
20. Shigeoka H & Fushimi K. *Supply induced demand in newborn treatment: Evidence from Japan*. Tokyo: Department of Health Management and Policy at University of Tokyo; 2011: 1-17.
21. Abdoli GH. Induce demand theory of the information asymmetry between patients and doctors. *Econ Res J* 2005; 30(68): 91-114[Article in Persian].
22. Bickerdyke L, Dolamore R, Monday L & Preston R. *Supplier-induced demand for medical services*. Available at: <http://www.pc.gov.au/research/staff-working/supplier-induced-medical-demand>. 2002.
23. Mansfield PR, Lexchin J, Wen LS, Grandori L, Mc Coy CP, Hoffman JR, et al. Educating health professionals about drug and device promotion: Advocates recommendations. *PLoS Med* 2006; 3(11): 1988-91.
24. Palesh M, Tishelman C, Fredrikson S, Jamshidi H, Emami A & Tomson G. We noticed that suddenly

the country has become full of MRI. Policy makers' views on diffusion and use of health technologies in Iran. *Health Res Policy Syst* 2010; 8(9): 1-10.

25. Abaszade M. Reflection on the validity and reliability of qualitative research. *Applied Sociology* 2012; 23(1): 19-34.

26. Delattre E & Dormont Bt. Fixed fees and physician-induced demand: A panel data study on French physicians. *Health Econ* 2003; 12(9): 741-54.

27. Fabbri D & Monfardini C. Demand induction with a discrete distribution of patients. Available at: <http://core.kmi.open.ac.uk/download/pdf/11068239.pdf>. 2001.

28. Hansen BB, Sørensen TH & Bech M. Variation in utilization of health care services in general practice in Denmark. Denmark: University of Southern Denmark, Institute of Public Health – Health Economics; 2008: 6-12.

29. Kim J, Ko S & Yang B. The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea. *Health Policy* 2005; 72(3): 293-300.

30. Nolan A. A dynamic analysis of GP visiting in Ireland: 1995–2001. *Health Econ* 2007; 16(2): 129-43.

31. Van de Voorde C, Van Doorslaer E & Schokkaert E. Effects of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier-induced demand. *Health Econ* 2001; 10(5): 457-71.

32. Hickson GB, Altemeier WA & Perrin JM. Physician reimbursement by salary or fee-for-service: Effect on physician practice behavior in a randomized prospective study. *Pediatrics* 1987; 80(3): 344-50.

33. Bhatia T. An empirical analysis of physician prescription behavior. Chicago: Northwestern University; 2006: 1-10.

Are Health Institutions Involved In Health Care Induced Demand? (A Qualitative Study)

Keyvanara Mahmoud¹(Ph.D) - Karimi Saeed²(Ph.D)
Khorasani Elahe³(MSc.) - Jafarian Jazi Marzie³(MSc.)

1 Associate Professor, Health Services Management Department, School of Management and Medical Informatics, Social Determinate of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2 Associate Professor, Health Services Management Department, School of Management and Medical Informatics, Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

3 Master of Sciences in Healthcare Management, Health Services Management Department, Student Research Committee, School of Management and Medical Informatics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Abstract

Received : May 2014
Accepted : Sep 2014

Background and Aim: The hypothesis of supplier induced demand has attracted a lot of attention over the past three decades. Most studies in this field agree that healthcare providers have the ability to influence the demand for their products. The purpose of this study is to evaluate the role of institutions in the phenomenon of induced demand. This study has been done using experts' experiences in Isfahan University of Medical Sciences.

Materials and Methods: This is a qualitative study in which the semi-structured interview was used for data generation. The participants were those informed in this regard and considered as experts. For data saturation, purposive sampling was done. In this study, 17 people were interviewed, and criteria such as reliability and stability were considered. The anonymity of the interviewees was guaranteed. The data were transcribed and categorized, and then analyzed using thematic analysis.

Results: In the present study, thematic analysis was conducted and 30 sub-themes and 2 main themes were extracted. The two main themes were healthcare insurance organizations and other health organizations. Each of the themes had its own sub-themes.

Conclusion: The findings help health policy-makers have a better picture regarding the role of various institutions in the phenomenon of induced demand.

Key words: Induced Demand, Health Care, Health Institutions, Insurance

* Corresponding

Author:

Khorasani E;

E-mail:

Khorasani.elahe@yahoo.com