

تقاضای القایی چیست و چه ابعادی دارد؟

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، به گزارش خبرگزاری «خانه ملت»، در بهمن‌ماه ۹۶، اعلام کرد، مخارج سلامت در ایران در حال افزایش است. دل‌اتر و همکارانش، اساتید حوزه سلامت در سوئیس، (۲۰۰۳) در پژوهشی افزایش مخارج سلامت را متأثر از عواملی همچون سطح درآمد، توسعه فناوری و ترکیب سنی جمعیت دانسته‌اند. به‌علاوه اقتصاددانان و سیاست‌گذاران در این زمینه بر ناکارآمدی بخش‌های عرضه و تقاضا تاکید می‌کنند که به علت رفتار ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، می‌تواند موجب القای تقاضا به بیماران شود. القای ارائه، مراقبت یا فروش خدمت غیرضروری به مراجعان نظام سلامت که با اعمال قدرت از طرف ارائه‌کنندگان خدمت، همراه است را «تقاضای القایی» می‌گویند. با فرض خوشبینانه توجه ویژه سیاست‌گذاران به افزایش مخارج سلامت، پرداختن به مسائل مربوط به تقاضای القایی نیز درخور اهمیت می‌شود، اما سیاست‌گذاران هنگام توجه به تقاضای القایی، با چالش‌های مهمی مواجه هستند. بیکردایک و همکارانش، پژوهشگران حوزه سلامت، این چالش‌ها را شامل تعریف تقاضای القایی و فرم‌های متفاوت تقاضای القایی می‌دانند. در چالش «تعریف تقاضای القایی» دو سطح وجود دارد؛ در سطح کلان، دولت نگران افزایش هزینه‌های سلامت است و تقاضای القایی را عامل مهمی در این رابطه می‌داند و برای سنجش آن، سنجه‌هایی در نظر می‌گیرد، مانند تعداد پزشکان، که افزایش این عدد را عامل افزایش استفاده از خدمات درمانی و لذا افزایش هزینه‌های سلامت در نظر می‌گیرد. اما ابهام در تشخیص این مسئله است که آیا واقعا افزایش تعداد پزشکان گواهی بر افزایش تقاضای القایی است؟ در سطح خرد، ماهیت چندوجهی تصمیم‌گیری در حوزه درمان و ماهیت ناهمگون پزشک-بیمار، تشخیص رفتارهای موجود تقاضای القایی از دیگر رفتارها را دشوار کرده است. چالش جدی دیگر که پرداختن به تقاضای القایی را از نگاه سیاست‌گذاران دشوار کرده، برآمدن از این واقعیت است: تقاضای القایی می‌تواند دلایل مختلفی داشته باشد یا متأثر از عوامل بسیاری باشد. کیوان‌آرا و همکاران، پژوهشگران مدیریت سلامت، (۱۳۹۲) عوامل بسیاری را در قالب سه دسته عوامل زیربنایی (مانند پیچیده بودن پزشکی، نامتقارن بودن اطلاعات بین ارائه‌کننده خدمت و مصرف‌کننده آن و...)، عوامل اجتماعی (همچون اطلاع‌رسانی ضعیف، تبلیغات غیرواقعی، ناآگاهی بیمار از حقوق خود، فرهنگ جامعه و...) و عوامل ساختاری (نبود نظارت دقیق و متمرکز بر عملکرد پزشکان، بی‌توجهی به حقوق پزشکان، پزشک-سالار بودن ساختار، تاجر‌مآب‌بودن پزشکان، یکی بودن سرمایه‌گذار و تصمیم‌گیرنده در بخش سلامت ...) دسته‌بندی کرده‌اند.

تقاضای القایی، پدیده‌ای پیچیده و چندوجهی است. اینکه چه عواملی باعث ایجاد تقاضای القایی شده‌اند، راحل و رویکرد سیاستی متفاوتی را به‌دنبال دارد. این پیچیدگی و تنوع، سیاست‌گذاران را در مواجهه با این موضوع، دچار چالش کرده است. تجمع بیش از ۱۵۰۰ نفر متخصص رادیولوژی دربی اعتراض به اعطای مجوز سونوگرافی به متخصصان زنان و زایمان در مقابل بهداشت در بهمن‌ماه ۹۶، مثال خوبی برای این دشواری است. اعتراض آن‌ها حاکی از این بود که نباید ابزار تشخیص و درمان در دست یک نفر باشد و این در ابتدا به صلاح بیمار است و در این مجوز منفعت مالی پزشکان متخصص غیررادیولوژیست بر سلامت بیمار ارجح است، اما هم‌زمان با این اعتراضات، چراغ یک سوال در ذهن مردم روشن می‌شود: آیا این اعتراض ناشی از ترس رادیولوژیست‌ها از تشخیص اشتباه پزشکی و تقاضای القایی بوده یا از ترس محدودشدن منابع درآمدی خودشان؟!

دانشجوی دکتری خط‌مشی‌گذاری

رویکردهای تازه برای کنترل هزینه‌های سلامت

مسئله تقاضای القایی در بحث سلامت بسیار مهم است. عوامل ایجادکننده بسیاری از بیماری‌ها در زمینه‌های اجتماعی و مشخصا در فقر منابع وجود دارد. در این میان تقاضاهایی که منشأ واقعی نداشته و به دلیل منابع شخصی یا گروهی افرادی از سیستم سلامت ایجاد می‌شود نه فقط با مال مردم که با جان آن‌ها بازی می‌کند. بخش‌هایی از سیستم پزشکی در ایران گاه به تشخیص خودو با همراه کردن مراجع هنجاربخش دیگر و رسانه‌ها، هزینه‌هایی را به سیستم سلامت و به‌بودجه محدود خانوارها تحمیل می‌کند که نه تنها اولویت سلامت فرد و کشور نیست، بلکه اساسا امری غیرلازم و اضافی است و می‌تواند جایگاه بالقوه بلند و فاخر پزشکان در نظام سلامت را تهدید کند.

۱۰ نکته نو

نگاهی انتقادی به رابطه میان فرهنگ سازی غیر کارشناسی و تقاضاهای القایی

اولویت‌های نظام سلامت را پس‌وپیش نکنیم!



درخواست برای درمان بیماری، همواره یکی از مهم‌ترین مسائل برای پژوهش در تمامی جوامع بوده است، چراکه این درخواست نشان‌دهنده عناصر اساسی رفتار اجتماعی افراد نسبت به درمان و سلامت بوده و از طرف دیگر، نیاز آن‌ها به دریافت خدمات بهداشتنی متفاوت را بر مبنای فرهنگ و جامعه خاصی که در آن زندگی می‌کنند مشخص می‌کند. اگرچه نیاز به درمان و راه‌های درخواست آن از جامعه‌ای به جامعه دیگر متفاوت است و الگوهای فرهنگی و اجتماعی سازنده این نیازها در طول سالیان متمادی در میان مردم و گروه‌های اجتماعی شکل گرفته است، اما رسانه‌ها، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه، می‌توانند به‌راحتی به دست‌کاری کردن این نیازها، الگوهای درخواست درمان و حتی تعریف سلامت، بپهود، شفا و حتی مرگ و تولد تاثیر بگذارند.

ضعف رسانه‌های مستقل، کم‌توجهی به مطالعات انتقادی، نظیر انسان‌شناسی، جامعه‌شناسی، اخلاق و فلسفه پزشکی باعث شده، اقتدار بی‌چون و چرای گفتمان پزشکی مدرن، که با پیشرفت‌های هر روزه تکنولوژی و دانش پزشکی همراه بوده، در پیوند با ایدئولوژی‌های سیاسی و دولتی، خود را بدل به تنها نهادی کند که نه تنها در مورد روش‌های درخواست و جست‌وجوی درمان و روش‌های بهبود، تصمیم‌گیری کند، بلکه در مورد هنجارها، باورها و ارزش‌های مرتبط با سلامت، بدن، شفا و بهبود، درد و رنج، بیماری و ناخوشی و حتی مرگ و زندگی تصمیم‌گیری و به تعبیر خود پزشکان «فرهنگ‌سازی» کند. به این معنا که به‌عنوان مثال، در مورد افراد مرگ‌مغزی شده و پیوند اعضا، وقتی نظام سلامت یا بخش‌هایی از این نظام به این تشخیص می‌رسند که این فرایند در داخل کشور باید اجرایی شود، به دلیل اقتدار گفتمان خود، به سرعت مراحل قانونی این فرایند را طی کرده و بعد از چند سال به اجرا و سراسری کردن این سازوکار پزشکی می‌رسند. جالب آنکه علاوه بر نهادهای دینی، نهادهای قانونی



یکشنبه ● ۶ آبان ۱۳۹۷ ● شماره صد و هفتادوینچ

مخبرنامه

پرسه‌ای در اندیشه‌ها و نظر به‌ها



آیا اولویت تبلیغاتی و فرهنگ‌سازی در کشور، باید جلوگیری از تصادفات باشد یا گسترش فرهنگ اهدای عضو؟

اجتماعی و... آن‌ها متوجه می‌شویم که شرایط بعد از اهدا نیز آن مدینه فاضله‌ای نیست که برخی وعده می‌دهند، اما متأسفانه هرگز مشکلات و مسائل و حتی در برخی از موارد عدم مصرف داروهای پیوند توسط این افراد و بازگشت به شرایطی بدتر از شرایط قبلی این افراد هرگز در رسانه‌ها به تصویر کشیده نمی‌شود. در اینجااست که باید مسئله تقاضاهای القایی را نیز مطرح کرد. قهرمان محمودی و همکارانش، در مقاله‌ای که آن را در یک مجله دسترسی آزاد (Open for Science) در سال ۲۰۱۸ و به زبان انگلیسی منتشر کردند، مدعی شدند که بیش از ۶۵درصد پاسخ‌گویان پژوهش آن‌ها که از کارکنان بخش سلامت بوده‌اند (پزشکان، پرستاران...) معتقدند که تقاضای القایی در سیستم سلامت کشور وجود دارد. آن‌ها عوامل متعددی را برای ایجاد این تقاضاهای القایی برشمردند که میزان آگاهی اندک مردم، منافع شخصی برخی ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، تعداد زیاد تخصص‌های حوزه سلامت و... از جمله این عوامل هستند. در پایان انتظار می‌رود سیستم سلامت به اتکای اقتدار فراوان خود و بدون انجام مطالعاتی که پیامدهای روانی و اجتماعی این دخالت‌ها در واقعیت اجتماعی را بررسی کند و از قرارگرفتن در موقعیتی که در خور شان و جایگاهش نیست، جدا اختراز کند.

هر ساله به تعداد گروندگان و داوطلبان اهدای اعضا که اکثرا جوان‌ها و نوجوانان هستند، همچنین تعداد تصادفات جاده‌ای و مرگ‌ومیر ناشی از آن افزوده می‌شود. این مسئله نشانگر موفق‌بودن برنامه‌های گفتمان‌سازی و تبلیغاتی پیوند اعضا و ناموفق‌بودن برنامه‌های بی‌کیفیت رسانه‌ای در جهت کاهش تصادفات جاده‌ای و بهبود و ایمن‌سازی وسایل نقلیه بوده است، بنابراین در اینجا این پرسش مطرح می‌شود که هدف از این تبلیغات گسترده برای راضی کردن مردم برای بخشیدن اعضای خود در هنگام مرگ مغزی چیست؟ آیا اولویت تبلیغاتی و فرهنگ‌سازی در کشور، جلوگیری از تصادفات است یا اولویت این است که اجازه بدھیم افراد سالم و جوان، جان خود را در تصادفات جاده‌ای از دست داده و بعد اعضای آن‌ها را به افراد نیازمند عضو، اهدا کنیم؟ ضمن آنکه با پرداختن به زندگی افراد گیرنده عضو و شرایط اقتصادی، شغلی،

هر ساله به تعداد گروندگان و داوطلبان اهدای اعضا که اکثرا جوان‌ها و نوجوانان هستند، همچنین تعداد تصادفات جاده‌ای و مرگ‌ومیر ناشی از آن افزوده می‌شود. این مسئله نشانگر موفق‌بودن برنامه‌های گفتمان‌سازی و تبلیغاتی پیوند اعضا و ناموفق‌بودن برنامه‌های بی‌کیفیت رسانه‌ای در جهت کاهش تصادفات جاده‌ای و بهبود و ایمن‌سازی وسایل نقلیه بوده است،

پیش‌نویس

۶۶

جاده‌ای و بهبود و ایمن‌سازی وسایل نقلیه بوده است،

شکاف اطلاعاتی پزشک-بیمار و خطر افزایش تقاضای القایی

بخش سلامت به‌ویژه در خدمات غیربستری شامل بخش خصوصی می‌شود. در بخش خصوصی هزینه‌از جیب، بسیار بالاست و آن بخشی که شامل بیمه‌تکمیلی می‌شود نیز جزء بیمه‌های شخصی است و هزینه از جیب محاسبه می‌شود، اما معمولاً کسی که آن‌ز برخوردار است تمایل دارد از خدمات اضافه سلامت برخوردار شود و این موضوع تقاضای القایی را افزایش می‌دهد.

در بخش خصوصی، مشوق رفتاری برخی از پزشکان برای دستور بسیاری از تقاضاهای اضافی سلامت، سود بیشتر است که با توجه به قدرت پزشک در بازار سلامت، انگیزه مالی قدرتمندی محسوب می‌شود. بنابراین در بازار سلامت ایران، از چند وجه، با شرایطی روبه‌رو هستیم که زمینه‌را برای تقاضای القایی فراهم می‌کند. از یک‌سو پزشکان انگیزه مادی کافی برای دستور پزشکی غیرضروری دارند و از سوی دیگر بیمه‌ها برای مصرف‌کنندگان سقف قائل نمی‌شوند. در نتیجه در نظام سلامت ایران شاهد هنجاری‌شدن نابرابری هستیم. این مسئله پذیرفته شده، کسی که برخورداری مالی یا بیمه‌تکمیلی دارد، از خدمات سطح بالاتری استفاده کند و با انجام آزمایش‌های و فرایندهای پزشکی غیرلازم، هزینه‌های نظام سلامت را افزایش بدهدو کسی که برخوردار نیست، از خدمات سطح پایین‌تری استفاده کند. نکته مهم اینجااست که لزوماً سطح سلامت هیچ‌یک از دو گروه، بهبود خاصی نمی‌یابد و هر دو به یک اندازه قربانی ساخت نابرابر قدرت هستند.

دارند. هزینه‌های نظام سلامت کشورها ممکن است توسط منابع دولتی تامین شوند، کشورهایی همچون کانادا، استرالیا یا سوئد این مسیر را دنبال می‌کنند. در برخی کشورها همچون آمریکا هزینه‌های نظام سلامت تماما از بخش خصوصی تامین می‌شوندو در تعداد زیادی از کشورها مثل ایران، تامین هزینه‌های سلامت توسط بخش خصوصی و دولتی توامان انجام می‌شود. اگرچه ترکیب بخش خصوصی و دولتی در نظام‌های سلامت کشورهای مختلف با هم تفاوت‌های اساسی دارد، اما توازن میان این دو بخش روی تقاضای مصرف‌کننده اثرگذار است. یکی از عوامل تاثیرگذار، بسته بیمه است، وقتی بسته بیمه‌دولتی یا خصوصی-بدون سقف باشد، بیماران کمتر انگیزه‌ای برای محدودکردن تقاضای خود دارند. لازم به ذکر است، عموماً بسته‌های بیمه در ایران باز هستند. در چنین حالتی فرد ممکن است تقاضایی داشته باشد که نسبت به هزینه‌ای که برای بیمه ایجاد می‌کند اثر چندانی روی پیامدهای سلامت نداشته باشد و هزینه‌های نظام سلامت به‌شدت بالا برود.

عامل دیگر، «هزینه از جیب» است که می‌تواند موجب محدودکردن بیماران برای تقاضا باشد. در نظام سلامت ایران، هزینه از جیب نیز بالاست، هزینه از جیب در کنار هزینه‌های فقیرزاو هزینه‌های کاتاستروفیک، یکی از شاخص‌های سنجش عدالت در سلامت است که در طرح تحول سلامت هدف قرار داده شد، اما چنانکه باید کاهش پیدا نکرده است، از سوی دیگر، بسیاری از مصرف‌کنندگان

پروتکل از پیش تعیین شده‌ای را به پزشکان تحمیل کرد. این مسائل کنترل موارد تقاضای القایی را دشوار می‌کند. در بازاری که خیلی تخصصی باشد و مصرف‌کننده اطلاعات بسیار کمتری نسبت به دامین‌کننده داشته باشد، احتمال تقاضای القایی بیشتر می‌شود.

در بازارهای رقابتی، مصرف‌کنندگان حاکم مطلق هستند و عرضه و تقاضا مستقل از هم تعیین می‌شوند. اما عرضه و تقاضادر نظام سلامت به‌هم‌وابسته هستند. مشکل از آنجایی شروع می‌شود که تقاضا فقط با تصمیم پزشکان تعیین شود نه بر اساس نیاز بیماران.

محیط نهادی و مقرراتی می‌تواند روی کنترل تقاضای القایی اثر بگذارد. نظام بیمه در بسیاری کشورها از جمله ایران طوری طراحی شده که مشوق کافی برای کنترل تقاضای خدمات سلامت در بیماران ایجاد نمی‌کند. همچنین برخی سازوکارهای نهادی و سازمانی منجر به فراهم‌شدن بستری مناسب برای رخداد تقاضای القایی می‌شود. بیشتر کشورها اهداف مشابهی در سیاست‌های سلامت خود دنبال می‌کنند که شامل فراهم کردن خدمات باکیفیت و دسترسی عادلانه می‌شود. با این وجود، سازوکارها و سیاست‌های نهادی و مقرراتی در کشورها با هم خیلی فرق می‌کنند. چارچوب نهادی و مقرراتی روی عرضه و تقاضا در بازار سلامت اثر می‌گذارد، یعنی هر دو طرف، پزشک و بیمار را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد.

نظام پرداخت و بیمه در تنظیم بازار سلامت نقش عمده‌ای