نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی
دوره پنجم، زمستان ۱۴۰۰، شماره چهارم، صفحات ۵۵۴ تا ۵۶۶

مروری

تقاضای القایی در نظام سلامت ایران: یک مطالعه مروری

محمدعلی محققی[۱]، خلیل علی‌محمدزاده[۲*]، سیدشهاب‌الدین صدر[۳]، فریبا حسین‌پور[۴]، مهدی خاکیان[۵]، میثم اخلاق‌دوست[۶]

۱. استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، انستیتو کانسر، عضو پیوسته فرهنگستان علوم پزشکی
۲. * **نویسنده مسئول:** دانشیار دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی، مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری اقتصاد سلامت، dr-khalil-@yahoo.com
۳. استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات الکتروفیزیولوژی، پژوهشکده بازتوانی عصبی دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴. مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، ایران، دانشگاه آزاد تهران شمال
۵. مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، پژوهشکده مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران
۶. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران، پژوهشگر مرکز تحقیقات جراحی مغز و اعصاب عملکردی

دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۰۷ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۱۴

چکیده

زمینه و هدف: تقاضای القایی یکی از چالش‌های نظام سلامت کشورها است که موجب افزایش هزینه‌های درمانی مردم، سازمان‌های بیمه‌گر و در نهایت هزینه‌های نظام سلامت می‌شود. این پدیده یک پدیده پیچیده و چندوجهی بوده که شناسایی ابعاد تاریک آن می‌تواند منجر به کنترل این فرآیند شده و به سیاست‌گذاران حوزه سلامت برای تعدیل چالش‌های ناشی از آن، راهکار منطقی و اجرایی ارائه دهد.

روش: این مطالعه از طریق مرور ادبیات و متون علمی موجود درحوزه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت و با بررسی مقاله‌ها، گزارش‌ها، اسناد بالادستی و منابع موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی و با استفاده از کلید واژه‌های تقاضای القایی، تقاضای القایی ارایه‌دهنده، تقاضای القایی پزشک، نظام سلامت ایران و در محدوده زمانی ۱۰ سال گذشته انجام شده است.

یافته‌ها: ابتدا ۲۰ مقاله براساس معیارهای مطالعه و اهداف آن استخراج و مورد استفاده قرار گرفت. نتایج مطالعات منتخب مرور و سپس خلاصه شد. با بررسی مطالعات کمی مشخص شد که هدف محققان اغلب پژوهش‌های کمی یافت شده، اثبات فرضیه وجود تقاضای القایی در نظام سلامت و یا میزان تأثیر تقاضای القایی در شاخص‌ها و متغیرهای سلامت است ولیکن درمطالعات کیفی یافت شده، محققان در پی یافتن جنبه‌های غیر شفاف موضوع تقاضای القایی از قبیل عناصر تشکیل‌دهنده تقاضای القایی، عوامل ایجادکننده تقاضای القایی، چالش‌ها و راهکارهای جلوگیری یا کاهش اثرات تقاضای القایی بودند.

نتیجه‌گیری: طبق نتایج، عمده این مطالعات به بررسی عوامل تقاضای القایی پرداخته و درصد کمی از مطالعات به چالش‌ها و راهکارهای کاهش آن توجه کرده‌اند. بنابراین انجام مطالعات بیشتر برای بررسی چالش‌ها و راهکارها به‌خصوص مطالعات کمی با متدهای اقتصادسنجی ضروری به نظر می‌رسد. راهبردهای استخراج شده می‌تواند در سطح کلان برای ارتقای مدیریت کارآمد نظام سلامت، کاهش چالش‌های بین ارائه‌دهندگان و خریداران خدمت و همچنین کنترل افزایش هزینه‌های نظام سلامت و افزایش کیفیت خدمات مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: برنامه‌های نظام‌های بهداشتی، سیاست بهداشت، هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی

مقدمه

در جهان امروز داشتن جامعه ای پویا و رو به رشد بدون وجود نظام کارآمد سلامت دشوار است. دولت‌ها برای پاسخگویی به نیازهای سلامت جامعه، نظامی را شکل می دهند که نظام سلامت نامیده می‌شود. این نظام متشکل از تمام سازمان‌ها و منابعی است که به ارائه خدمات و مراقبت‌های سلامت پرداخته و هدف اصلی آن ارتقای سلامت است (۱). به منظور تأمین هر چه مؤثرتر نیازهای سلامت عموم افراد جامعه، در کشورهای سراسر جهان، سازمان جهانی بهداشت رویکردی را تحت عنوان چارچوب عملکردی نظام سلامت معرفی کرد. این چارچوب بر ۳ هدف اصلی ارتقای سلامت، محافظت مالی از افراد و پاسخگویی تأکید دارد (۲).

به‌طور تقریب در تمام کشورها هزینه مراقبت سلامت، به دلیل تغییرات جمعیت شناختی، تغییر الگوی بیماری‌ها و فناوری جدید رو به افزایش است. از آنجا که تمامی نظام های مراقبت سلامت با مشکل کمبود منابع مواجه هستند، تخصیص عادلانه منابع، و کنترل این افزایش هزینه افسار گسیخته، دغدغه مهم هر نظام

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

سلامت بوده و کارایی و عدالت معیار اصلی ارزیابی عملکرد و هدف عمده هر نظام سلامت محسوب می‌شود (۳). در این میان بیمه های سلامت بار مالی هنگفتی به دوش می‌کشند که برای مدیریت آن در نبود یک نظام اطلاعاتی یکپارچه با چالش بسیار مواجه هستند (۴). از یک سو نظام پرداخت نامناسب با ایجاد انگیزه کسب درآمد بیشتر به این چالش‌ها بیشتر دامن زده (۵) و از سوی دیگر اجرای نقش ناکافی ناظران بر درمان و فقدان اهرم کنترلی بر خدمات ارائه دهندگان در اجرای راهنماهایی بالینی عوارض ناشی از آن را دوچندان کرده است (۶). نقش ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در تولید و مهار این هزینه‌ها بسیار کلیدی است. امروزه نگرانی اصلی سیاست‌گذاران و محققان بخش سلامت، ارتباط بین جنبه‌های مالی و رفتار ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، و همچنین روش های کنترل رفتار نامناسب و تشویق به انجام رفتارهای مناسب است (۷). مفهوم رفتار بد یا نامناسب، به معنای تشویق ارائه دهنده به استفاده غیرضروری یا بیش از حد بیمار از خدمات بهداشتی و درمانی است که مورد اول شامل خدمات غیرضروری، و مورد دوم معرف مفهوم تقاضای القایی ایجاد شده از سوی ارائه‌دهنده می‌باشد (۸). تقاضای القایی یک مسئله چالش‌برانگیز در اقتصاد سلامت است و در حقیقت به القای مراقبت یا فروش خدمات، بدون در نظر گرفتن نیاز واقعی افراد، برای مراجعان به مراکز سلامت گفته می‌شود که با اعمال قدرت از طرف ارائه‌دهنده خدمات همراه است (۹). شین (۱۰) و رومر (۱۱) اولین محققانی بودند که در ارتباط با تقاضای القایی در نظام سلامت مطالعاتی را انجام دادند. پس از رومر مطالعات دیگری توسط توسط محققانی همچون درانو، ویلنسکی و گوایر در رابطه با وجود تقاضای القایی در نظام سلامت انجام گرفت که همگی بر قانون رومر اذعان داشتند(۱۲، ۱۳، ۱۴).

امروزه بخشی از تقاضا که در جهت منافع ارائه‌دهنده خدمات، به جای منافع بیمار ایجاد می شود تقاضای القایی محسوب می‌شود (۱۵). تقاضای القایی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت زمانی ایجاد می‌شود که آنها بر روی نیاز بیمار در انتخاب مراقبت‌های بهداشتی درمانی تأثیر گذاشته به نحوی که بهترین انتخاب برای درمان او نباشد (۱۶). این وضعیت می‌تواند با افزایش تقاضا تعادل نقطه عرضه و تقاضا را در بازار سلامت بر هم بزند (۹). تقاضای القایی یکی از چالش‌های مهم نظام سلامت کشور است که در تقابل نیاز نامحدود و منابع محدود باعث افزایش پرداختی مردم از هزینه‌های درمانی و همچنین رشد شاخص هزینه‌های کمرشکن می‌شود (۱۷). تقاضای القایی یک پدیده پیچیده و چند بعدی می‌باشد و اهمیت آن به حدی است که در بند ۵ سیاست‌های کلی سلامت به‌طور صریح بر ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و همچنین اجازه تجویز براساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی اشاره شده است (۱۸). از این رو شناسایی ابعاد تاریک آن می تواند تا حدی منجر به کنترل این فرایند شده و به سیاست‌گذاران و دست اندرکاران حوزه سلامت در جهت تعدیل چالش‌های ناشی ازآن راهکار منطقی و اجرایی ارائه دهد. از عوامل مؤثر در پدیده تقاضای القایی که حاصل از بررسی مقالات منتشر شده معتبر در پایگاه‌های استنادی است می توان به موارد استخراج شده در یافته‌ها اشاره کرد.

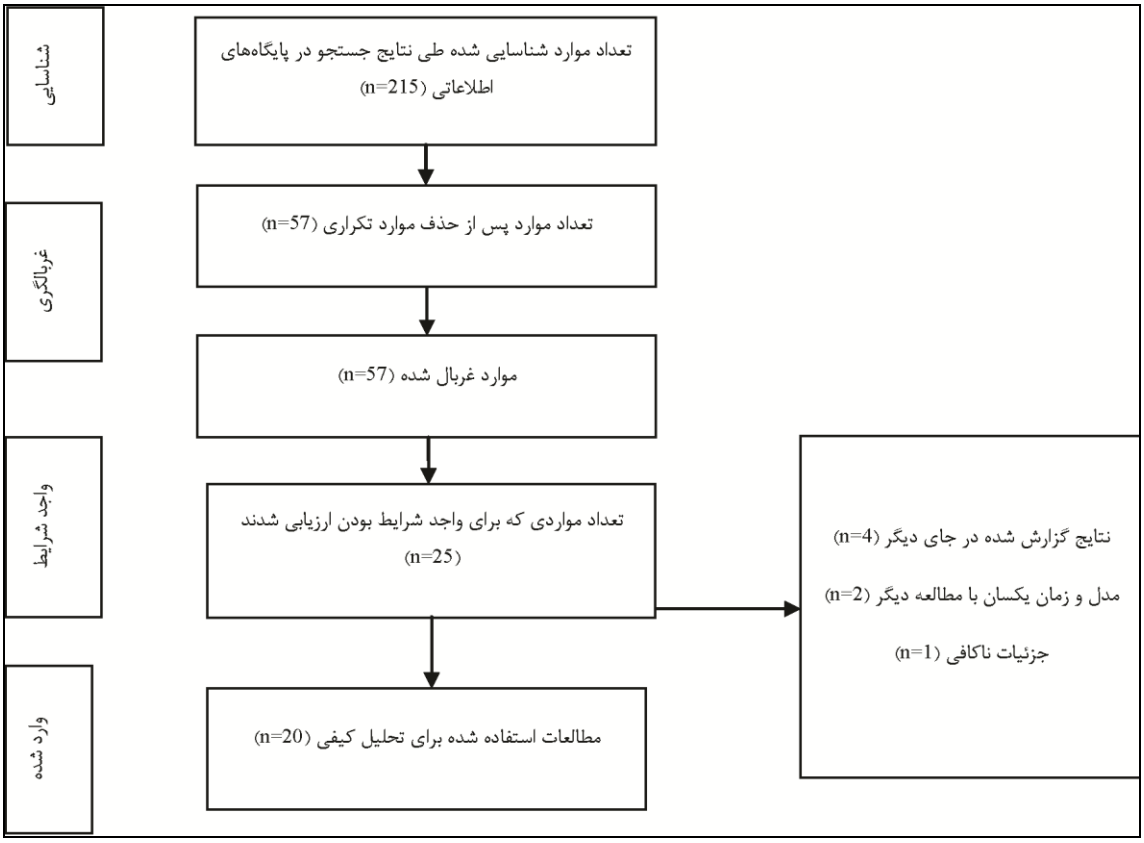
روش

این مطالعه از طریق مرور ادبیات و متون علمی موجود در حوزه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، با بررسی مقاله‌ها، گزارش‌ها، اسناد بالادستی و منابع موجود در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی شامل SID, Google Scholar, Pub Med, Scopus و با استفاده از کلید واژه‌های تقاضای القایی، تقاضای القایی ارائه‌دهنده، تقاضای القایی پزشک، نظام سلامت ایران و supplier induced demand , physician, induced demand, Iran, pid در محدوده زمانی ۱۰ سال گذشته ابتدا طبق فلوچارت ۲۱۵ مقاله مورد بررسی قرار گرفت. از بین متون دستیابی شده ۲۰ مقاله براساس معیارهای مطالعه و اهداف آن استخراج و مورد استفاده قرار گرفت. نویسنده همه مقاله‌ها ایرانی بودند که ۱۷ مورد در نشریات فارسی و ۳ مورد در نشریات خارجی چاپ شدند. نتایج مطالعات منتخب ابتدا مرور و سپس خلاصه شد.

یافته‌ها

این پژوهش با هدف بررسی مطالعات منتشر شده در خصوص تقاضای القایی در نظام سلامت ایران و به صورت مروری انجام شده است. از ۲۰ مقاله نهایی استخراج شده از پایگاه‌های اطلاعاتی در خصوص تقاضای القایی در ایران، ۹ مقاله به روش پژوهش کمی و ۱۰ مقاله به صورت روش کیفی و یک مقاله به روش ترکیبی کمی و کیفی انجام شده است. با بررسی مطالعات کمی مشخص شد که اغلب در پژوهش‌های کمی یافت شده، هدف محققان اثبات فرضیه وجود تقاضای القایی در نظام سلامت و یا میزان تأثیر تقاضای القایی در شاخص‌ها و متغیرهای سلامت است. لیکن درمطالعات کیفی یافت شده، در مجموع محققان در پی یافتن جنبه های غیر شفاف تقاضای القایی از قبیل عناصر تشکیل دهنده تقاضای القایی، عوامل ایجادکننده تقاضای القایی، چالش‌ها و راهکارهای جلوگیری یا کاهش اثرات تقاضای القایی از خبرگان به روش‌های مختلف پژوهش‌های کیفی از قبیل مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته بود. خلاصه مطالعات یافت شده در جدول ۲ ذکر شده است.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]



مطابق با نتایج جدول ۱ در همه مطالعات کمی یافته شده وجود تقاضای القایی در نظام سلامت اثبات شده است و در ۲۲ درصد از مطالعات کیفی یافته شده عناصر تشکیل‌دهنده تقاضای القایی، ۹۰ درصد از مطالعات کیفی یافته شده عوامل ایجادکننده تقاضای القایی، ۱۱ درصد از مطالعات کیفی یافته شده چالش‌های تقاضای القایی برای نظام سلامت و ۲۲ درصد از مطالعات کیفی یافته شده راهکارهای کاهش تقاضای القایی بررسی شده است.

جدول ۱- خلاصه مطالعات یافته شده

شماره منبع	نویسنده، سال	عنوان	گروه مخاطب	نوع پژوهش	روش جمع‌آوری داده	نتایج
۱۸	ویدا ورهرامی ۱۳۸۸	بررسی تقاضای القایی پزشک	داده‌های سلامت سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۷۰ و مخارج سرپایی و بستری سلامت	کمی	استفاده از بانک‌های اطلاعاتی و داده‌های رسمی کشور	زمانی که تعداد سرانه پزشکان فزونی می‌یابد، میزان استفاده از خدمات سرپایی افزایش می‌یابد و معمولاً یک جانشینی بین استفاده از مراقبت‌های سرپایی و بیمارستانی وجود دارد و میزان تقاضا برای خدمات بیمارستانی وجود دارد و میزان تقاضا برای خدمات بیمارستانی و سرپایی کاملا تحت تأثیر قیمت این خدمات می‌باشد.
۱۹	سجاد درزی رامندی ۱۳۹۶	فرضیه تقاضای القایی پزشکان در ایران: تأثیر تراکم پزشکان بر هزینه درمان	داده‌های پانلی در یک دوره زمانی ۸ ساله ۱۳۹۲-۱۳۸۵	کمی	داده‌های پانلی در یک دوره زمانی ۸ ساله ۱۳۹۲-۱۳۸۵ در استان‌های کشور	با افزایش نسبت سرانه پزشکان، مخارج بهداشت و درمان در یک معادله درجه سه افزایش یافته است و در این صورت فرضیه تقاضای القایی مبنی بر تأثیرگذاری افزایش عرضه پزشک بر مخارج سلامت در ایران طی سال‌های مطالعه پذیرفته می شود.
۲۶	حامد عسگری ۱۳۹۹	عوامل مؤثر بر تقاضای القایی در نظام سلامت ایران	تحلیل اسناد در مقطع زمانی ۱۳۹۳تا ۱۳۹۷ و استفاده از ۲۴ نفر خبره برای شناسایی عوامل و مؤلفه‌های تقاضای القایی	کیفی	جستجوی اینترنتی و مصاحبه با خبرگان	عوامل مؤثر بر تقاضای القایی، در قالب ۵ مقوله اصلی زیربنایی، اجتماعی، ساختاری سازمانی، اقتصادی، ذی‌نفعان و ۱۸ مقوله فرعی و ۸۲ عامل شناسایی و ارائه شد.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

ادامه جدول ۱- خلاصه مطالعات یافته شده

شماره منبع	نویسنده، سال	عنوان	گروه مخاطب	نوع پژوهش	روش جمع‌آوری داده	نتایج
۳۱	علی اخوان بهبهانی ۱۳۹۷	تقاضای القای پزشکی از سوی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در ایران (سیاست‌گذاری و کنترل)	تقاضاکنندگان خدمات تشخیصی و درمانی(۱۸ نفر) کارشناسان نظارت بر درمان صندوق‌های بیمه و بیمه تکمیلی کارشناسان سازمان نظام پزشکی(۱۴ نفر) مدیران و کارشناسان بیمارستانی (۱۴ نفر) نمایندگان مجلس (۳ نفر)	کیفی و کمی و به روش آمیخته	مطالعه اسنادی و مصاحبه نیمه ساختار یافته	بیشترین علل مربوط به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مؤثر بر تقاضای القایی عبارتند از تشویق پزشک به کار بیشتر، آزادی پزشکان در ارائه خدمات مختلف، تجویز بی‌مورد و زیاد از حد دارو، فقدان وابستگی پزشک به قرارداد بیمه‌ها، عدم تمایل پزشک به ارائه خدمات صحیح به بیمار در بخش دولتی. مهم‌ترین راه کاهش تقاضای القایی ایجاد شده توسط پزشک اجرای کامل نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده است.
۲۴	قهرمان عبدلی ۱۳۸۹	نقش اطلاعات نامتقارن در القای تقاضا: مطالعه موردی خدمات پزشکی	۳۰۰ پزشک ساکن در شهر تهران	کمی	پرسشنامه	درمورد پزشکان استخدام غیررسمی متغیرهای ترجیح درآمد به فراغت، تجربه و انجام خدمات خاص روی افزایش تعداد آزمایش‌های تجویز شده و زمان هر ملاقات با پزشک مؤثر بودند همچنین یافته‌های بررسی حاکی از این است که القای تقاضا برای استفاده از خدمات دارویی و درمانی از جانب پزشکان عمومی بیشتر است نتایج این مقاله حاکی از این است که ایجاد انگیزه در بیماران جهت استفاده از انواع خدمات بهداشتی درمانی از جانب پزشکان عمومی غیررسمی در مقایسه با پزشکان عمومی استخدام رسمی بیشتر می‌باشد لذا تصویب استانداردها و قوانین جهت نظارت بر عملکرد پزشکان دارای مطب خصوصی می تواند تا حدود زیادی از هزینه‌های درمانی غیرضروری ثبت‌شده توسط بیماران بکاهد
۶	محمود کیوان‌آرا ۱۳۹۳	آیا مؤسسات ارائه دهنده مراقبت سلامت در پدیده ی تقاضای القایی نقش دارند؟ یک مطالعه کیفی	۱۷ نفر صاحبنظر شامل اعضای هیئت علمی دانشگاه، پزشکان، مدیران بیمارستان‌ها و مدیران سازمان‌های بیمه و محققان اقتصاد سلامت	کیفی	مصاحبه نیمه ساختار یافته	عوامل مؤثر در تقاضای القایی شامل دو موضوع اصلی نقش سازمان‌های بیمه‌گر و سایر مؤسسات سلامت است هر یک از این موضوعات دارای زیر موضوعاتی شامل نقش بیمه‌های تکمیلی، نبود نظارت دقیق بر بیمه‌ها، افزایش سود، شرکت‌های تجهیزاتی، مؤسسات تشخیصی، شرکت‌های دارویی و ... بودند.
۳۲	محمود کیوان‌آرا ۱۳۹۲	چالش‌های ناشی از تقاضای القایی خدمات سلامت یک مطالعه کیفی	۱۷ نفر صاحب‌نظر شامل اعضای هیئت علمی دانشگاه، پزشکان، مدیران بیمارستان‌ها و مدیران سازمان‌های بیمه و محققان اقتصاد سلامت	کیفی	مصاحبه نیمه ساختار یافته	براساس تحلیل موضوعی انجام شده ۴۱ زیر موضوع و ۳ موضوع اصلی استخراج شده است. این سه موضوع اصلی شامل چالش‌های سازمان‌های بیمه‌گر، چالش‌های نظام سلامت و چالش‌های بیمار بود و هر کدام از این موضوعات نیز دارای زیر موضوعاتی بودند.
۳۰	امیر اسماعیلی ۱۳۹۶	علل تقاضای القایی پزشکان در ارائه خدمت به بیمه‌شدگان بیمه سلامت: مطالعه موردی اصفهان، ۱۳۹۲	۱۱۷ پزشک خانواده روستایی و ۲۴۰ پزشک خانواده سطح یک شهرهای زیر بیست هزار نفر تحت پوشش بیمه سلامت استان اصفهان	کمی	فهرست‌نگاری محقق ساخته	برای بررسی تقاضای القایی از اثرات متغیرهای توضیحی بر متغیرهای هزینه و زمان کل استفاده شده است که نتایج نشان می‌دهد بیشترین اثر مربوط به نوع قرارداد پزشک و بارزترین اثر را هزینه و زمان دارد. در مدل تصریح شده هزینه کل، نوع قرارداد پزشک، سن بیماران معنی دار شده‌اند و در مدل تصریح شده زمان کل، متغیرهای نوع قرارداد پزشک، معاینه بیمار بالای ۶۰ سال، معاینه بیمار زیر ۵ سال و تعداد ارجاع از لحاظ آماری معنی‌دار هستند.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

ادامه جدول ۱- خلاصه مطالعات یافته شده

شماره منبع	نویسنده، سال	عنوان	گروه مخاطب	نوع پژوهش	روش جمع‌آوری داده	نتایج
۳۱	بهنام انصاری ۱۳۹۷	عوامل مؤثر بر کاهش تقاضای القایی از دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۶، یک مطالعه کیفی	۲۷ نفر از مسئولان و مدیران بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی و درمانی دانشگاه ایران	کیفی	مصاحبه نیمه ساختاریافته	تحلیل داده‌ها به شناسایی ۶ مقوله و ۴۰ زیر مقوله منجر شده است. این مقوله‌ها شامل عوامل عوامل اقتصادی، پایش، ساختار ارائه خدمات، عوامل آموزشی، عوامل مرتبط با سیاست‌گذاری و عوامل اجتماعی مؤثر بر کاهش تقاضای القایی بوده است و هر کدام از این مقوله‌ها نیز دارای زیر مقوله‌ها بودند.
۲۰	ابوالقاسم گل خندان ۱۳۹۷	آزمون فرضیه تقاضای القایی سلامت در ایران با استفاده از روش میانگین‌گیری بیزی	داده‌های سری زمانی سال‌های ۱۳۵۸ تا ۱۳۹۲ جمع‌آوری شده از بانک مرکزی، مرکز آمار و شاخص‌های توسعه جهانی	کمی	داده‌های سری زمانی سال‌های ۱۳۵۸ تا ۱۳۹۲ جمع آوری شده از بانک مرکزی، مرکز آمار و شاخص‌های توسعه جهانی	تأثیر متغیر سرانه پزشک بر سرانه هزینه‌های بخش سلامت غیر شکننده و قوی است درحالی‌که تأثیر متغیر سرانه تعداد تخت‌های بیمارستان بر سرانه هزینه‌های بخش سلامت شکننده و بی‌معناست. نتایج حاکی از آن است که فرضیه تقاضای القایی سلامت در مورد تعداد پزشک، تأیید و در مورد تعداد تخت بیمارستان رد می‌شود.
۲۹	سیما نصیب پرست ۱۳۹۷	عوامل تعیین‌کننده مدت زمان معاینه بیمار توسط متخصصان زنان در استان آذربایجان شرقی: رویکرد مدل سازی خطی سلسله مراتبی (HLM)	پزشکان متخصص زنان استان آذربایجان شرقی	کمی	پرسشنامه	در بین متخصصان زنان القای تقاضای غیر ضرور (PID) وجود دارد همچنین متخصصان زنان از نوع پزشکان متمایل به سود هستند
۱۶	ماریتا محمد شاهی ۱۳۹۹	یک مرور حوزه ای در خصوص مؤلفه تقاضای القایی توسط پزشک برای طراحی چارچوب مفهومی	پزشکان	کیفی	مرور حوزه‌ای	مدل توسعه یافته شامل ۲ مجموعه اصلی از مؤلفه‌ها است. اول، سمت عرضه شامل ۹ جزء است: مشوق پزشکان برای سود مالی یا رسیدن به درآمد هدف، درآمد فعلی پزشکان، نسبت پزشک به جمعیت، قیمت خدمات (تعرفه)، نحوه پرداخت، زمان مشاوره، نوع استخدام پزشک، مشخصات قابل مشاهده پزشک و نوع و اندازه بیمارستان دوم، سمت تقاضا شامل ۳ جزء است: ویژگی‌های قابل مشاهده بیماران، غیر بالینی بیماران ویژگی‌ها و پوشش بیمه‌ای.
۲۳	علی رمضانخانی ۱۳۹۸	عوامل اصلی تقاضای القایی برای تجویز دارو: یک مطالعه کیفی	۲۰ ذی‌نفع مختلف شامل : ۱۲ عضو هیئت علمی و ۸ غیر هیئت علمی. از ۱۲ عضو هیئت علمی، ۳ کارشناس آموزش بهداشت، ۵ نفر اقتصاد سلامت، ۱ فارماکولوژیست بالینی، ۲ متخصص داروسازی،۱ نفر اقتصاد دارو	کیفی	مصاحبه عمیق	۲۴ زیر تم یا عامل شناسایی شد و به موضوعات شخصی، اجتماعی و نهادی طبقه‌بندی می‌شود. چند عامل مهم شامل اطلاعات نامتقارن، انتظارات بیمار، سواد سلامت ضعیف بیمار، دانش ناکافی در پزشکی، نادیده گرفتن حقوق بیمار، انگیزه‌های مالی، موانع شرکت‌های بیمه سلامت، مکانیسم‌های بازپرداخت، بازاریابی و تبلیغات توسط شرکت‌های دارویی، وضعیت مالی بد داروخانه‌ها و تعاملات اجتماعی بوده است.
۲۸	حسین پناهی ۱۳۹۷	بررسی تقاضای القایی روان‌پزشکان در استان آذربایجان شرقی: رویکرد مدل‌سازی خطی سلسله مراتبی	روان‌پزشکان و بیماران در استان آذربایجان شرقی	کمی	پرسشنامه	در بخش روان‌پزشکی با وجود این که روان‌پزشکان از نوع «پزشکان متمایل به سود نقدی» هستند، القای تقاضای غیرضروری توسط پزشکان جود ندارد. همچنین نتایج این مطالعه حاکی از آن است که درآمد بیمار، میزان تحصیلات بیمار و شرایط بیماری بر مخارج متوسط حاصل از هر بار مراجعه به پزشک اثر معنی‌داری دارند

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

ادامه جدول ۱- خلاصه مطالعات یافته شده

شماره منبع	نویسنده، سال	عنوان	گروه مخاطب	نوع پژوهش	روش جمع‌آوری داده	نتایج
۱۴	الهه خراسانی ۱۳۹۲	شناخت نقش بیماران در تقاضای القایی از دیدگاه صاحب نظران: یک مطالعه کیفی	۱۷ نفر صاحبنظر شامل اعضای هیئت علمی دانشگاه، پزشکان، مدیران بیمارستان‌ها و مدیران سازمان‌های بیمه و محققان اقتصاد سلامت	کیفی	مصاحبه عمیق	براساس تحلیل موضوعی انجام‌شده ۵ موضوع اصلی و ۷ زیر موضوع استخراج شد که شامل تجارب صاحب‌نظران در رابطه با نقش بیماران در تقاضای القایی بود. در این مطالعه ۵ موضوع اصلی تقاضای غیرصحیح بیمار از پزشک، اعتماد بیش‌ازحد 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 یک از این موضوعات نیز دارای زیر موضوعاتی بودند.
۲۵	محمود کیوان آرا ۱۳۹۲	دیدگاه صاحب‌نظران نظام سلامت درباره علل کلان مؤثر بر تقاضای القایی؛ یک مطالعه کیفی	۱۷ نفر صاحبنظر شامل اعضای هیئت علمی دانشگاه، پزشکان، مدیران بیمارستان‌ها و مدیران سازمان‌های بیمه و محققان اقتصاد سلامت	کیفی	مصاحبه عمیق	در این پژوهش براساس تحلیل موضوعی انجام شده ۷۰ زیر موضوع و ۳ موضوع اصلی به دست آمد. این ۳ موضوع اصلی شامل علل زیربنایی، علل اجتماعی و علل ساختار سازمانی مؤثر بر تقاضای القایی بود هر یک از این موضوعات نیز دارای زیر موضوعاتی بوده‌اند. نتایج این پژوهش چارچوبی را برای بررسی علل کلان تقاضای القایی شامل مواردی همچون پیچیده بودن پزشکی، عدم تقارن اطلاعات بین ارائه دهنده خدمات مصرف‌کننده، عدم‌قطعیت بالینی، باورهای نادرست مردم، تبلیغات، نظارت ناکافی، رایج نبودن راهنمای بالینی، ضعف در نظام آموزشی و نادیده‌گرفتن اخلاق پزشکی بود.
۲۱	ابولقاسم گل خندان ۱۳۹۶	ارائه و آزمون الگویی برای تبیین تقاضای القایی پزشک در ایران	داده‌های سری زمانی سال ۱۳۵۰-۱۳۹۲ جمع آوری شده از بانک مرکزی، مرکز آمار ایران و قانون بودجه کشور	کمی	داده‌های سری زمانی سال ۱۳۵۰-۱۳۹۲ جمع‌آوری شده از بانک مرکزی، مرکز آمار ایران و قانون بودجه کشور	نتایج تأثیر غیرخطی سرانه پزشک بر سرانه مخارج سلامت را نشان می‌دهد و سرانه پزشک در قالب ساختار دو رژیمی بر سرانه مخارج سلامت در ایران اثر گذاشته است.
۲۲	مهدی شهرکی	تأثیر منابع سلامت بر وضعیت سلامت در ایران	داده‌ها از نوع سری زمانی سالنامه و متعلق به سال‌های ۲۰۱۷-۱۹۹۰ که از پایگاه داده‌های بانک جهانی و سالنامه‌های آماری مرکز آمار ایران	کمی	داده‌ها از نوع سری زمانی سالنامه و متعلق به سال‌های ۲۰۱۷-۱۹۹۰ که از پایگاه داده‌های بانک جهانی و سالنامه‌های آماری مرکز آمار ایران	با توجه به تأثیر مستقیم عرضه پزشک بر بهبود وضعیت سلامت و همچنین، ایجاد تقاضای القایی توسط پزشک، برای بهبود وضعیت سلامت، سیاست‌های افزایش عرضه پزشک برای جبران کمبود تقاضای پزشک باید به‌گونه‌ای باشد که ضمن متعادل کردن عرضه و تقاضا، منجر به تقاضای القایی نشود.
۲۷	بختیار پیروزی ۱۴۰۰	تقاضای القایی در نظام سلامت		کیفی	مروری (نامه به سر دبیر)	مهم‌ترین علل، پیامدها، و راهکارهای پیشگیری از تقاضای القایی در نظام‌های سلامت بیان شده است.
۱۷	محمود کیوان آرا ۱۳۹۲	عوامل مؤثر بر رفتار پزشکان در تقاضای القایی برای خدمات سلامت	۱۷ نفر صاحبنظر شامل اعضای هیئت علمی دانشگاه، پزشکان، مدیران بیمارستان‌ها و مدیران سازمان‌های بیمه و محققان اقتصاد سلامت	کیفی	مصاحبه عمیق	در پژوهش حاضر، ۴۱ موضوع فرعی و سه موضوع اصلی استخراج شد. سه مضمون اصلی شامل عوامل ساختاری، عوامل ناشی از موقعیت‌ها و رفتارها و عوامل اقتصادی بود. هر یک از این مضامین دارای مضامین فرعی بودند که برای مثال شامل اختیارات پزشکان، رقابت بین پزشکان، امور قانونی و قانونی، عوامل اخلاقی، تمرکز بر مشتری پزشک و تمایل پزشکان به حداکثر کردن سود می‌شد

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

جدول ۲- موضوعات بررسی شده در مطالعات کیفی

نویسنده، سال	عنوان	بررسی عناصر تشکیل‌دهنده تقاضای القایی	بررسی عوامل ایجادکننده تقاضای القایی	بررسی چالش‌های تقاضای القایی برای نظام سلامت	بررسی راهکارهای کاهش تقاضای القایی
حامد عسگری ۱۳۹۹	عوامل مؤثر بر تقاضای القایی در نظام سلامت ایران		*		
علی اخوان بهبهانی ۱۳۹۷	تقاضای القای پزشکی از سوی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در ایران (سیاست‌گذاری و کنترل)		*		*
محمود کیوان آرا ۱۳۹۳	آیا مؤسسات ارائه‌دهنده مراقبت سلامت در پدیده تقاضای القایی نقش دارند؟ یک مطالعه کیفی		*		
محمود کیوان آرا ۱۳۹۲	چالش‌های ناشی از تقاضای القایی خدمات سلامت یک مطالعه کیفی			*	
بهنام انصاری ۱۳۹۷	عوامل مؤثر بر کاهش تقاضای القایی از دیدگاه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۹۶، یک مطالعه کیفی		*		*
ماریتا محمد شاهی ۲۰۱۸	یک مرور حوزه‌ای در خصوص مؤلفه تقاضای القایی توسط پزشک برای طراحی چارچوب مفهومی	*	*		
علی رمضانخانی ۲۰۱۷	عوامل اصلی تقاضای القایی برای تجویز دارو: یک مطالعه کیفی		*		
الهه خراسانی ۱۳۹۲	شناخت نقش بیماران در تقاضای القایی از دیدگاه صاحب‌نظران: یک مطالعه کیفی	*	*		
محمود کیوان آرا ۱۳۹۲	دیدگاه صاحب‌نظران سیستم سلامت درباره علل کلان مؤثر بر تقاضای القایی؛ یک مطالعه کیفی		*		
بختیار پیروزی ۱۴۰۰	تقاضای القایی در نظام سلامت		*		*
محمود کیوان آرا ۱۳۹۲	عوامل مؤثر بر رفتار پزشکان در تقاضای القایی برای خدمات سلامت		*		

جدول ۳- جمع‌بندی مطالعات یافته‌شده

نوع مطالعه	تعداد مطالعه	درصد اثبات تقاضای القایی	درصد بررسی عناصر تشکیل‌دهنده تقاضای القایی	درصد بررسی عوامل ایجادکننده تقاضای القایی	درصد بررسی چالش‌های تقاضای القایی برای نظام سلامت	درصد بررسی راهکارهای کاهش تقاضای القایی
کمی	۹	۱۰۰	۰	۰	۰	۰
کیفی	۱۰	۰	۲۰	۹۰	۱۰	۲۰
ترکیبی (کمی و کیفی	۱	۰	۰	۱۰۰	۰	۱۰۰

به انجام مراقبت یا فروش خدمت غیرضروری به بیماران یا مراجعان به نظام سلامت که با اعمال قدرت افراد متخصص این نظام اجرا می‌شود تقاضای القایی اطلاق می شود. تقاضای القایی خدمات سلامت زمانی است که آنها بر روی تقاضای بیمار برای انتخاب مراقبت‌های بهداشتی درمانی تأثیر گذاشته، به‌گونه‌ای که بهترین انتخاب برای درمان بیمار نباشد و موجب القای تقاضای غیرضروری به بیمار شوند (۹).

تقاضای القایی: عناصر تشکیل‌دهنده

طبق مطالعات حوزه‌ای در جهت یافتن چارچوب مفهومی، عناصر تشکیل‌دهنده تقاضای القایی در دوسوی یک طیف شامل طرف سمت عرضه با مؤلفه‌های مشوق پزشکان برای سود مالی یا رسیدن به درآمد هدف، درآمد فعلی پزشکان، نسبت پزشک به جمعیت، قیمت خدمات (تعرفه)، نحوه پرداخت، زمان مشاوره، نوع استخدام پزشک، مشخصات قابل مشاهده پزشک و نوع و اندازه بیمارستان، و در عناوین طرف سمت

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

تقاضا نیز مؤلفه‌هایی همچون ویژگی‌های قابل مشاهده بیماران، ویژگی‌های غیربالینی بیماران و همچنین پوشش بیمه‌ای قابل بررسی است. در بازار سلامت تعادل بین عرضه و تقاضا به حفظ ثبات در نظام سلامت کمک می‌کند (۱۹).

مهم‌ترین ویژگی بازار مراقبت‌های بهداشتی این است که اطلاعات به‌طور نامتقارن بین عرضه‌کنندگان و ارائه دهندگان خدمات پزشکی توزیع می‌شود. مصرف‌کنندگان اغلب در مورد بهداشت و درمان و یا مراقبت‌های بهداشتی اطلاعات کافی ندارند. اگرچه مردم به‌طور کامل از علائمشان آگاه هستند؛ اما بدون شک امکان یافتن بهترین تشخیص و یا مناسب‌ترین روش درمانی را ندارند. از سوی دیگر با توجه به اینکه محدوده نیاز واقعی مبهم است، یافتن حدود آن برای صحت سنجی وجود تقاضای القایی بسیار اهمیت دارد (۲۰). صاحب‌نظران در تشخیص نیاز واقعی بیمار با چالش مواجه هستند. تعیین کردن شاخص‌های منطقه‌ای و کشوری برای آگاهی از محدوده واقعی نیاز بیمار را می‌توان به عنوان کلید حل مسئله در نظر گرفت .همچنین شرایط اقتصادی و اجتماعی می‌تواند مشخص‌کننده محدوده واقعی نیاز بیمار باشد. برخی دیگر از صاحب‌نظران ابهام در مفهوم «خدمت» در نظام سلامت را به عنوان عنصری کلیدی در تعریف تقاضای القایی مطرح می‌کنند. آنها معتقدند در بسیاری موارد خدمت تعریف شفافی ندارد و در مواردی یک تقاضای غیرضروری به عنوان خدمت تعریف می‌شود. در این رابطه شروع‌کننده القای تقاضا می‌تواند پزشک، بیمار، شخص ثالث و یا ترکیبی از نقش‌های افراد باشد (۹، ۲۰).

القای تقاضا از سوی پزشک: به دنبال گسترش بخش خصوصی در دهه ۸۰ به ویژه در واحد خدمات سرپایی و همچنین استقرار غالب نظام کارانه در کشور رد پای تقاضای القایی با ایفای نقش پزشکان پررنگ‌تر شد. زمانی که برخی از پزشکان بیمار را وادار به انجام خدمات تشخیصی از قبیل آزمایش‌ها و مراقبت‌های تصویربرداری، عمل یا مراقبت‌هایی غیرضروری می‌کنند، پدیده القای تقاضا و متعاقب آن شکست بازار رخ داده است (۹). در واقع فرضیه تقاضای القایی پزشکان یکی از مهم‌ترین رفتارهای پزشکان در حوزه تخصصی است که خود آن تأثیر مستقیم و به‌سزایی در مخارج و هزینه‌های سلامت دارد، در ایران داده‌های آماری متقن بسیار زیادی در مورد تقاضای القایی وجود ندارد بنابراین فرضیه تقاضای القایی در نظام سلامت با وجود اهمیت فوق‌العاده‌ای که بردارد بسیار کمتر از درجه اهمیت خود مورد توجه سیاست‌گذاران این حوزه قرار گرفته است. مطالعات زیادی در خصوص تأثیر نظام‌های پرداخت به پزشکان و میزان پرداختی به آنان در تقاضای القایی انجام شده است که اکثر نتایج این مطالعات نشان‌دهنده این موضوع بوده‌اند که افزایش سرانه پزشکان میزان تجویز و بهره‌مندی از خدمات سلامت سرپایی را افزایش داده و این امر موجب افزایش مخارج کل نظام سلامت می‌شود(۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴). این پدیده در ارتباط بین پزشک و بیمار، می‌تواند اثرات منفی بر مطلوبیت عملکرد پزشک داشته، چرا که با اصول اخلاقی و آداب حرفه‌ای موجود در نظام درمانی در تضاد است و نیز موجب کاهش سرمایه انسانی و اعتماد جامعه خواهد شد و از سویی فرضیه تقاضای القایی به دلیل اینکه یکی از طرفین قرارداد به شیوه‌ای عمل می‌کند که بتواند با هزینه طرف مقابل، منفعتی خارج از چارچوب‌های منعقد در قرارداد را به‌دست آورد می تواند سبب ایجاد مخاطراتی نظیر مخاطرات اخلاقی در نظام سلامت شود بنابراین در صورت وجود تقاضای القایی از جانب پزشکان، به منظور افزایش درآمد و منفعت کسب شده از این قرارداد دوطرفه، بیماران را ملزم به استفاده از خدماتی می‌کنند که غیرضروری بوده و فقط جنبه تجاری و سودآوری دارد (۹، ۲۰). یکی دیگر از عوامل القای تقاضا در نظام سلامت، سیاست‌های افزایش عرضه تعداد پزشکان است که تعادل را در بازار سلامت بر هم زده و باعث ایجاد این پدیده تقاضای القایی می‌شود. نتایج به دست آمده از بانک‌های اطلاعاتی و مطالعات انجام شده ضمن تأیید تأثیر افزایش عرضه پزشکان بر تقاضای القایی، نشان‌دهنده تأثیر نهایی آن بر افزایش هزینه‌های نظام سلامت است(۲۵). یکی دیگر از مهم‌ترین علل شناخته شده در این فرضیه عدم تقارن اطلاعاتی در بازار سلامت به‌خصوص در بازار دارو است. پزشکان به دلیل اطلاعات دارویی و درمانی بیشتر در مقایسه با بیماران، آن‌ها را آگاهانه (به دلیل کسب سود بیشتر) یا ناآگاهانه (به دلیل علم و تجربه بیشتر) ملزم به استفاده بیشتری از خدمات درمانی می‌کنند درصورتی‌که این خدمات هیچ تأثیر مثبتی در روند درمان بیمار نداشته و ضمن احتمال وجود آسیب‌های درمانی، موجب تحمیل هزینه‌های غیرضروری در نظام سلامت کشور و در نتیجه اتلاف منابع می‌شود(۹، ۲۰). بنابراین عوامل متعددی در این امر می‌توانند تأثیرگذار باشند و در این میان انتظارات بیمار، سواد سلامت ضعیف بیمار، دانش ناکافی در پزشکی، نادیده گرفتن حقوق بیمار، انگیزه‌های مالی، موانع شرکت‌های بیمه سلامت، مکانیسم‌های بازپرداخت، بازاریابی و تبلیغات توسط شرکت‌های دارویی، وضعیت مالی بد داروخانه‌ها و تعاملات اجتماعی تأثیر به‌سزایی دارند. به عنوان مثال بسیار مشاهده شده که بیماران را ملزم به استفاده از داروی خارجی می‌کنند، در صورتی که می‌توانند از داروی ایرانی با کیفیتی برابر و هزینه‌ای کمتر بهره‌مند شوند(۲۶). مطالعات دیگر در ارتباط با تقاضای القایی در حوزه دارو نشان می‌دهد بیشترین موارد مشاهده شده تقاضای غیر ضرور از جانب پزشکان عمومی است. همچنین میزان القا متأثر از وضعیت نوع وضعیت استخدامی پزشکان می‌باشد به نحوی که این تقاضا در پزشکان با وضعیت استخدامی غیررسمی بیشتر از پزشکان رسمی مشاهده می‌شود (۲۷). موارد القاء می‌تواند به اشکال مختلف ذیل نشان داده شود:

۱. **افزایش خدمات:** در واقع ارائه خدمات بهداشتی و درمانی بیش از حد معمول همچون خدمات سرپایی، تشخیصی، درمانی و دارو سبب بر هم زدن تعادل عرضه و تقاضا در بازار می‌شود. همانند تصویربرداری‌های

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

تشخیصی که به‌طور مکرر و به دفعات برای بیماران تکرار شده و سبب اتلاف منابع در بازار سلامت و تحمیل بار مالی غیرضروری بر بیماران می‌شود (۲۸).

۲. **تکرار خدمات و ارجاعات غیر ضروری:** ارجاع غیرضروری بیماران از مراکز درمانی با مالکیت دولتی به مراکز خصوصی یکی از مهم‌ترین اشکال بروز تقاضای القایی در بازار سلامت است. در واقع مراجعه به مطب‌های خصوصی و درخواست معاینه‌های مکرر و غیرضروری و حتی ارائه خدماتی خارج از چارچوب‌های تعریف شده در مطب‌ها اکثراً تأثیر به‌سزایی بر روند درمانی بیمار ندارد و تنها پزشکان با نیت و هدف کسب منافع مالی اقدام به تقاضای غیر ضرور و القایی می‌کنند. (۲۸).

۳. **تغییر در ترکیب خدمات:** ارائه درمان با دستگاه‌ها و تکنولوژی‌های پیشرفته به جای روش‌های ساده، ارائه ناقص درمان و خدمات تعریف نشده و ارائه تجهیزات خاص به بیماران نیز از مصداق تقاضای القایی می‌باشد(۲۸).

القای تقاضا از سوی بیمار: خواسته بیمار می‌تواند باعث القای تقاضای غیرضروری به پزشک شود چراکه بیمار به دلایلی از قبیل داشتن بیمه و پرداخت هزینه‌ها از طریق فرد سوم به افزایش استفاده از خدمات سلامت تمایل دارد. بنابراین به نوعی مخاطره اخلاقی ایجاد می‌کند و خواسته بیمار هم در پدیده تقاضای القایی مطرح می‌شود. تقاضای غیرصحیح بیمار از پزشک، اعتماد بیش ازحد بیمار به پزشک، عدم آگاهی بیمار و دسترسی آزادانه بیماران به پزشکان از موارد شناخته شده در مطالعات گوناگون هستند میزان اطلاعات و آگاهی بیمار از نیازهای درمانی واقعی خود به دلیل عدم اطلاع کافی درباره بیماری‌ها، دریافت اطلاعات نادرست از رسانه‌های اجتماعی، داروهای موجود و خدمات قابل دسترسی، ارزان بودن خدمت‌های موجود، پوشش بیمه‌ای کافی از جانب بیمه‌های پایه و مکمل یا وجود انواع تشویش‌های ذهنی و بی‌اعتمادی به تیم درمانگر، ناکافی بوده و بیمار درخواست‌هایی فراتر از نیاز خود را دارد که سبب ایجاد تقاضای القایی در بازار سلامت می‌شود. در واقع تحمیل خواسته بیمار به پزشک نیز می‌تواند سبب ایجاد مخاطرات اخلاقی در بازار سلامت شود که پزشکان و مراکز خدمات‌رسان و همچنین رسانه‌ها می‌توانند در کنترل خواسته‌های بیماران مؤثر باشند (۱۷).

القای تقاضا از سوی شخص ثالث: شخص ثالث در فرآیند ایجاد تقاضا می‌تواند نظام بهداشتی درمانی، مؤسسات، همراه بیمار و سایر کارکنان بهداشتی درمانی به غیر از پزشک باشند که هر کدام از این افراد یا مؤسسات می‌توانند موجب ایجاد تقاضاهای غیرضرور شوند. همچنین بازیگران دیگر نظام سلامت نظیر شرکت‌های بیمه، شرکت‌های دارویی و مؤسسات گوناگون در بازار سلامت می‌توانند با ایجاد تبلیغات گسترده افراد را تشویق به استفاده از خدماتی کنند که غیرضروری بوده و تنها جنبه تجاری و سودآوری داشته و در نهایت سبب ایجاد تقاضای القایی و شکست بازار در نظام سلامت شوند. در زمینه اقداماتی مانند وضع فرانشیز از سوی سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه، ممنوعیت تبلیغات درباره دارو و ... انجام می شود(۹، ۲۸).

القای ترکیبی تقاضا: می‌تواند ترکیبی از القای پزشک، بیمار و شخص ثالث باشد(۹، ۱۷، ۲۸).

تقاضای القایی: علل شناسایی شده

عوامل متعدد اقتصادی، ساختاری و سازمانی، زیربنایی، اجتماعی، ذی‌نفعان و... در ایجاد تقاضای القایی تأثیرگذارند که ضمن تحمیل هزینه‌های اضافی بر بیمار و اتلاف وقت او، می‌تواند با درمان‌ها و تشخیص‌های غلط باعث بروز عوارض درمانی در گیرندگان خدمت شود و در نتیجه زیان‌های اقتصادی در سطح ملی به‌ویژه زمانی که دولت برای خدمات پزشکی و دارو یارانه پرداخت کند داشته باشد (۲۹).

علل ساختاری و سازمانی

مطابق با نتایج مطالعات، علل ساختاری و سازمانی، بیشترین تأثیر را در ایجاد پدیده تقاضای القایی داردکه شامل پنج بعد ضعف قوانین و نظارت، سیاست‌گذاری‌های ناصحیح آموزشی، مدیریت ناکارآمد و برنامه‌ریزی نادرست، نظام ارجاع و اطلاعات و همچنین حقوق بیمار قابل بررسی است. همچنین در میان عوامل ساختاری عنوان شده می‌توان ضعف قانون‌گذاری، نقش ضعیف و منفعل وزارت بهداشت، نظارت‌های ناکافی، عدم تحقق اجرای خدمات سطح یک مراقبت‌های سلامت، نبود راهنماهای بالینی یا عدم ضمانت اجرایی راهنماهای موجود، فقدان نظام اطلاعاتی یکپارچه و ضعف نظام آموزشی اشاره کرد. آشفتگی‌های متعدد از سوی نهادهای قانون‌گذاری، همراه با قوانین و بخشنامه‌های دست و پاگیر در کنار عواملی چون پزشک‌سالاری، تخصص‌گرایی نظام سلامت و از همه مهم‌تر، عدم تمایل به کشف تقاضای القایی در نظام سلامت سبب شده این پدیده به عنوان یکی از معضلات نظام سلامت بیان شود (۳۰).

علل زیربنایی

برخی از عوامل تقاضای القایی که به صورت بنیادین در نظام سلامت وجود داشته و به سادگی قابل اصلاح نبوده و تقریبا خاص بازار نظام سلامت بوده را علل زیربنایی می‌نامند. بنابراین این علل پیچیدگی نظام سلامت را دو چندان می‌کند. عدم تقارن اطلاعاتی یکی از عوامل زیربنایی است که نقش مهمی در ایجاد تقاضای القایی دارد. در این مقوله پزشک با بهره‌گیری از مزیت اطلاعاتی، خدمات بهداشتی غیرضرور ارائه می‌دهد (۲۷، ۳۰).

علل اقتصادی

عوامل اقتصادی به عنوان موضوعی مستقل در ایجاد تقاضای

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

القایی مطابق با نتایج مطالعات انجام شده نقش دارد. ابعاد مختلف نظام پرداخت، تعرفه و فرانشیز، هزینه و اثربخشی و نقش بیمه و مالیات در عوامل اقتصادی قابل بررسی است. نتایج مطالعات مختلف نشان می‌دهد عواملی چون پول‌ساز بودن و درآمدزایی بخش سلامت، مکانیسم‌های پرداخت مشوق ارائه خدمات غیرضرور، فرانشیز غیرمعقول در نظام بیمه‌ای و منطقی نبودن نظام تعرفه‌گذاری خدمات پزشکی با توجه به تورم جامعه، عدم توجه به هزینه - فایده و هزینه - اثربخشی خدمات سلامت، ترویج سرمایه‌گذاری تنها انتفاعی در بخش سلامت، و فقدان نظام مؤثر مالیات بر حرف پزشکی، در ایجاد پدیده تقاضای القایی نقش اساسی دارد(۲۷، ۳۰). از سوی دیگر نتایج مطالعات مختلف اثر معنی‌دار عواملی مرتبط با بیمار نظیر درآمد، میزان تحصیلات و شرایط بیماری بر مخارج متوسط حاصل از هر بار مراجعه به پزشک بر تقاضای القایی نشان داده‌اند برای مثال پزشکان روانپزشکان در مقایسه با تخصص‌های مختلف پزشکی با اینکه از نوع پزشکان متمایل به سود نقدی هستند لیکن پدیده تقاضای القایی در آنها در مقایسه با متخصصان زنان کمتر مشاهده می‌شود(۳۱). لیکن در حوزه اقتصادی متخصصان زنان بیشتر متمایل به سود و در نتیجه ایجادکننده تقاضای القایی بیشتری هستند(۳۲). مدل تصریح شده در مطالعات نشان می‌دهد هزینه کل، نوع قرارداد پزشک و سن بیماران اثر معنی‌داری بر تقاضای القایی دارد و نوع قرارداد پزشک بیشترین تأثیر را بر هزینه دارد در همچنین متغیرهای نوع قرارداد پزشک، معاینه بیمار بالای ۶۰ سال، معاینه بیمار زیر ۵ سال و تعداد ارجاع از لحاظ آماری معنی‌دار هستند (۳۳).

علل اجتماعی

فضای فرهنگی جامعه، باورهای نادرست مردم و تبلیغات به دلیل تأثیر بر روابط بیمار و پزشک از دلایل دیگر تقاضای القایی هستند که تحت عنوان علل اجتماعی دسته‌بندی شده‌اند که در ۲ بعد سطح سواد جامعه و علت‌های مربوط به پزشکان بیان می‌شوند. اجبار به پذیرش نظرات جامعه پزشکی، سطح پایین سواد سلامت جامعه، اثر تبلیغات بر خدمات سلامت و باورهای غلط مردم، عدم پایبندی بر اخلاق پزشکی، افزایش رقابتی شدن غیراخلاقی در بخش سلامت و احساس عدم امنیت در زندگی اجتماعی می‌تواند بر اطلاعات بیماران تأثیر گذاشته و حتی بیماران را به سمت خدمات غیرضرور سوق دهد (۱۷، ۲۰).

علل ذی‌نفعان

ذی‌نفعان اصلی نظام سلامت شامل ارائه‌دهندگان، خدمت گیرندگان و سازمان‌های بیمه‌گر است بنابراین عوامل مرتبط با ذی‌نفعان نیز در این سه بعد بررسی شده‌اند هرچند که این عوامل در سایر عواملی که تاکنون بیان شده نمود دارند لیکن در علل ذی‌نفعان بسیار پررنگ شده است. موضوعاتی مانند رقابت میان پزشکان، آزادی عمل پزشکان در تجویز انواع خدمات سلامت، تجویز غیرضروری برای جلب رضایت بیمار، فقدان تمایل پزشکان با اخذ قرارداد با بیمه، قدرت و نفوذ بالای پزشکان و سوءاستفاده از آن، عدم توجه به زمان استاندارد تعیین شده برای معاینه، نقش بیمه‌های مکمل و پوشش مکمل بیماران، عدم وجود فرایند یکسان در سازمان‌های بیمه‌ای، نظارت ناکارا در نظام بیمه مکمل، منافع کلان شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی، عدم لحاظ نمودن نیاز واقعی جامعه در صدور پروانه فعالیت ارائه‌دهنده، نبود سقف تعدادی و ریالی در مراجعه بیمار به پزشک و عدم رعایت نظام ارجاع و دسترسی آزادانه بیماران به پزشکان متخصص، تشویق پزشک به کار بیشتر، آزادی پزشکان در ارائه خدمات مختلف، تجویز بی مورد و زیاد از حد دارو، فقدان وابستگی پزشک به قرارداد بیمه‌ها، عدم تمایل پزشک به ارائه خدمات صحیح به بیمار در بخش دولتی از جمله عوامل مؤثر در ایجاد تقاضای القایی در حیطه ذی‌نفعان است(۳۴).

تقاضای القایی: شناسایی چالش‌ها

چالش‌های تقاضای القایی در خدمات سلامت برای بیمار

چالش‌های ناشی از تقاضای القایی برای بیمار در قالب «چالش‌های اجتماعی، چالش‌های فرهنگی، چالش‌های اقتصادی و عوارض درمانی» مطرح شده‌اند. ایجاد نگرانی‌های بی‌مورد در بیمار، سردرگمی بیمار، مشکلات خانوادگی و مختل شدن روند زندگی عادی فرد از چالش‌های اجتماعی ایجاد شده برای بیمار به دلیل تقاضای القایی می‌باشند. نگرانی بیمار بدون علت واقعی را نوعی آسیب اجتماعی برای بیمار ارزیابی می‌کنند که کیفیت زندگی بیمار را کاهش می‌دهد. از طرفی سردرگمی بیمار به واسطه خدمات نادرست هم از پیامدهای اجتماعی دیگر این موضوع است. عوارض درمانی نیز بخش مهمی از مشکلات ایجاد شده برای بیمار است که ممکن است به جسم یا روان بیمار آسیب برساند(۳۵).

چالش‌های تقاضای القایی در خدمات سلامت برای نظام سلامت

تقلب و کلاهبرداری با روش‌های درمانی غیرمعمول، ناعدالتی در سلامت، بهره‌وری پایین نظام سلامت، کیفیت پایین خدمات، گسترش بیش از اندازه و غیراثربخش تکنولوژی‌های جدید، پیامدهای اقتصادی برای نظام سلامت، عدم دسترسی مناسب به خدمات سلامت، تخصیص نادرست منابع، افزایش تقاضای خدمات غیرضرور، مخدوش شدن شأن و جایگاه پزشکی در اذهان عمومی از چالش‌های نظام سلامت به دلیل تقاضای القایی می‌باشند. (۳۵).

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

چالش‌های تقاضای القایی در خدمات سلامت برای سازمان‌های بیمه

سازمان‌های بیمه‌گر به دلیل تقاضای القایی می‌توانند دچار چالش‌های اقتصادی و چالش‌های ساختاری می‌شوند. تحمیل هزینه‌های غیرضروری و در نهایت فشار مضاعف مالی بر بیمه‌ها، رشد غیرقابل کنترل هزینه‌ها و افزایش بدهکاری بیمه‌ها که موجب پایین نگه داشتن تعرفه‌ها در بیمه است از چالش‌های اقتصادی تقاضای القایی برای سازمان‌های بیمه‌گر است. تضعیف منابع در بخش‌های مختلف نشانگر فشار مضاعف بر بیمه‌هاست. حتی کمبود منابع مالی در تخصیص هزینه‌های بستری در بیمه‌ها نیز دیده می‌شود، افزایش بدهی سازمان‌های بیمه‌گر یکی دیگر از پیامدهای اقتصادی است که به دلیل عدم امکان پرداخت هزینه تقاضاهای بیش از اندازه و منابع محدود این سازمان‌ها و عدم توانایی در پوشش تقاضاهای رو به افزایش خدمات ایجاد شده که در نهایت بدهی بیمه‌ها به بیمارستان‌ها و سایر بخش‌های سلامت افزایش پیدا می‌کند. حتی ممکن است این بدهی باعث لغو قرارداد ارائه‌دهندگان با سازمان‌های بیمه‌گر شود. از طرفی تقاضای القایی نهایتاً منجر به پایین نگه داشتن و غیرواقعی شدن تعرفه‌ها هم می شود که خود موجب ایجاد چرخه معیوب تقاضای القایی می‌شود(۳۵).

تقاضای القایی: راهکارهای کنترل

تقاضای القایی - راهکارهای ساختاری

در سطح کلان نظام سلامت، راهکارهای ساختاری نظیرتقویت اخلاق پزشکی، استانداردسازی و نظارت بر واردات تجهیزات جدید پزشکی، توجه به شأن و نیاز بیمار، افزایش سواد سلامت جامعه، افزایش دانش و بینش مدیران برای کنترل تقاضای القایی، برنامه‌ریزی صحیح نظام سلامت، اصلاح زیرساخت‌های نظام اطلاعات سلامت، عزم و اراده جمعی در ارتقا نظام سلامت، کاهش دخالت مراکز قدرت و سیاسیون در امر سلامت، تدوین راهنماهای بالینی و ضمانت اجرایی روش‌های درمان واقعی، بهره‌مندی از تجربیات نظام سلامت سایر کشورها در کنترل تقاضای القایی، تعریف صحیح نیاز واقعی و القایی، تدوین قوانین و روندهای حمایت‌کننده، نیاز به نظام الکترونیک سلامت، بهبود کیفیت، فرهنگ‌سازی، توجه بیشتر به بخش پیشگیری نسبت به درمان، کاهش مسائل اقتصادی ارائه‌دهندگان خدمت و توجه به نیازهای گروه درمانی، سیاست‌گذاری صحیح در نظام سلامت، اصلاح نظام آموزشی در حوزه سلامت متناسب با نیاز سلامت جامعه، حاکمیت بالینی و مبتنی بر شواهد بودن، بهبود نظارت، اصلاح و اجرای نظام ارجاع بیان شده‌اند(۳۰، ۳۴، ۳۵).

تقاضای القایی - راهکارهای اقتصادی

اصلاح نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان، تخصیص کارای هزینه‌ها، اصلاح نظام تعرفه، اعمال فرانشیزهای مناسب برای خدمات، اصلاح ساختار ارتباط مستقیم مالی پزشک و بیمار و استفاده از نظام صحیح مالیات در نظام سلامت از راهکارهای اقتصادی است که نقش مهمی در کنترل تقاضای القایی دارد چرا که در اصلاح رابطه پزشک و بیمار اهمیت دارد(۳۰، ۳۴، ۳۵).

تقاضای القایی- راهکارهای عملی مرتبط با پزشکان

رعایت فرایند صحیح تشخیص بیماری از اقدامات ساده تا پیچیده، مدیریت صحیح خواسته و نیازهای بیمار، الزام پزشکان به پاسخگویی به نظام سلامت، ارتقای اخلاقیات در بین پزشکان، به روز بودن علم پزشکان، سهیم شدن پزشکان در هزینه‌ها، ایجاد استاندارد مناسب و اختصاص زمان کافی برای معاینه بیمار و بررسی نیاز واقعی بیمار برای ارجاع به متخصص از جمله راهکارهای مرتبط با پزشکان در خصوص کنترل تقاضای القایی می‌باشند(۳۰، ۳۴، ۳۵).

تقاضای القایی- راهکارهای سازمان‌های بیمه‌گر

کنترل و متناسب‌سازی خدمات و پوشش بیمه، اقدامات قانونی و نظارتی سازمان بیمه، اعمال سقف تعداد خدمات برای پزشکان و بیماران، تقویت نقش وکالت سازمان بیمه‌گر برای بیماران، ایجاد و یکسان‌سازی بانک اطلاعاتی مشترک بین بیمه‌های مختلف، ارتقای دانش سازمان‌های بیمه‌گر، ارتقای نقش مؤثر بیمه‌ها در تخصیص صحیح منابع، نیاز به ایجاد یک بیمه پایه در کشور و افزایش نقش بیمه‌ها در تعیین اثربخشی بالینی خدمات از راهکارهای مرتبط با سازمان‌های بیمه‌گر است که می‌تواند تأثیر به‌سزایی در کنترل تقاضای القایی داشته باشد. آنچه در این بخش می‌توان نتیجه گرفت این است که محدود کردن پوشش بیمه و جیره‌بندی کردن خدمات تحت پوشش به عنوان راهی برای مقابله با هزینه‌های تقاضای القایی مطرح می‌شود (۳۰، ۳۴، ۳۵).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی مطالعات منتشر شده در خصوص تقاضای القایی در نظام سلامت ایران و به صورت مروری انجام شده است. از مجموع مقالات نهایی استخراج شده از پایگاه‌های اطلاعاتی در خصوص تقاضای القایی در ایران مقالاتی به روش کمی، کیفی و ترکیبی یافت شد. با بررسی مطالعات کمی مشخص شد که اغلب در پژوهش‌های کمی یافت شده، هدف محققان اثبات فرضیه وجود تقاضای القایی در نظام سلامت و یا میزان تأثیر تقاضای القایی در شاخص‌ها و متغیرهای سلامت است. لیکن در مطالعات کیفی یافت شده، در مجموع محققان در پی یافتن جنبه‌های غیرشفاف این پدیده از قبیل عناصر تشکیل‌دهنده تقاضای القایی، عوامل ایجادکننده،

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

چالش‌ها و راهکارهای جلوگیری یا کاهش اثرات تقاضای القایی به روش‌های مختلف پژوهش‌های کیفی از قبیل مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته هستند که هر یک از این موضوعات خود به زیرمجموعه‌های متعددی طبقه‌بندی می‌شود. اما عمده این مطالعات به بررسی عوامل تقاضای القایی پرداخته و درصد کمی از مطالعات به چالش‌ها و راهکارهای کاهش آن توجه کرده‌اند، بنابراین انجام مطالعات بیشتر برای بررسی چالش‌ها و راهکارها به خصوص مطالعات کمی با متدهای اقتصادسنجی ضروری به نظر می‌رسد. راهبردهای استخراج شده می‌تواند در سطح کلان جهت ارتقای مدیریت کارآمد نظام سلامت، کاهش چالش‌های بین ارائه‌دهندگان و خریداران خدمت و همچنین کنترل افزایش هزینه‌های بخش سلامت و افزایش کیفیت خدمات مؤثر باشد. همچنین به نظر می‌رسد برای تغییرات اساسی و ساختاری در راستای افزایش سطح سواد سلامت عمومی، خط‌مشی‌های مناسب با تمرکز بر تغییر دانش و نگرش مردم و نهادینه کردن فرهنگ خود مراقبتی ضروری است. تقویت برنامه‌های نظارتی دولت و تدوین یک برنامه جامع سلامت، مبتنی بر نیاز جامعه از راهکارهای پیشنهادی برای غلبه بر این پدیده به عنوان یکی از معضلات نظام سلامت است.

Review

Induced Demand in the Iranian Health System: A Review Study

Mohammad Ali Mohagheghi[1], Khalil Alimohammadzadeh[2*], Seyed Shahabedin Sadr[3], Fariba Hosseinpour[4], Mehdi Khakian[5], Meysam Akhlaghdoost[6]

1. Professor of Tehran University of Medical Sciences , Cancer Research Institute, Permanent Member of the Academy of Medical Science
2. ⁎**Corrospanding Author:** Associate Professor North Tehran Branch, Health Economics Policy Research Center, Islamic Azad University of Medical Sciences, Department of Health Services Management, Islamic Azad University, dr-khalil-@yahoo.com
3. Porofessor Electrophysiology Research Center, Neurological Rehabilitation Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Department of Physiology, School of Medicine
4. Health Economics Policy Research Center, Islamic Azad University of Medical Sciences, Islamic Azad University, North Tehran Branch
5. Health Management and Economics Research Center, Health Management Research Institute, Iran University of Medical Sciences
6. Shahid Beheshti University Of Medical Sciences, Functional Neurosurgery Researrch Center

Abstract

Background: Induced demand is one of the challenges of the health system of countries; it increases the medical costs of people, insurance organizations and ultimately the costs of the healthcare system. This phenomenon is a complex and multifaceted phenomenon that identifies its dark dimensions and can lead to control of this process and provide health policy makers with a logical and practical solution to mitigate the resulting challenges.

Methods: This study reviewed the literature and scientific texts in the field of management, policy and health economics; and by reviewing articles, reports, upstream documents and resources in domestic and foreign databases and using the keywords induction demand, induction demand provider, assessed the Iranian health system during the past 10 years.

Results: The results of selected studies were reviewed and then summarized. Examining quantitative studies, it was found that the goal of researchers is often quantitative research to prove the hypothesis of induced demand on the health system or the effect of induced demand on health indicators and variables in qualitative studies. The researchers sought to find non-transparent aspects of the subject of induced demand, such as the elements of induced demand, the factors that induce induced demand, as well as the challenges and strategies to prevent or reduce the effects of induced demand.

Conclusion: According to the results, most of these studies examined the factors of induced demand and a small percentage of studies have paid attention to the challenges and strategies to reduce it. Therefore, further studies are needed to examine the challenges and solutions, especially quantitative studies with econometric methods. The extracted strategies can be effective at the macro level to promote efficient management of the health system, reduce challenges between service providers and buyers, as well as control the increase in health system costs and increase the quality of services.

Keywords: Health System Plans, Health Policy, Health Care Costs

منابع

1. Masoudiasl I, Nosratinejad F, Akhavanebehbahani A, The proposed model for the integrated structure of health and social welfare system in Iran based on comparative studies. payesh 2010;1:115-125. [In Persian]
2. Bahadori M, Ravangard R, Alimohammadzadeh K. The accreditation of hospitals in iran. Iranian journal of public health 2015; 44(2): 295-6. [In Persian]
3. Dayasiri M, Lekamge E. Predictors of patient satisfaction with quality of health care in Asian hospitals. Australasian Medical Journal 2010; 3(11): 739.
4. Raadabadi M, Bahadori M, Ravangard R, Alimohammadzadeh K.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]

Barriers to the Use of Management Information System (MIS) in the Health Insurance Organizations: A Case Study of Iran. Journal of Health Management 2018; 20(4): 427-38. [In Persian]
5. Gomar A, Alimohammadzadeh K, Begloo AG. The Effect of the Payment System of Diagnosis-Related Groups on the Treatment Costs of Cardiovascular Patients, Admitted to the Selected Hospitals of Tehran in 2018. Archives of Advances in Biosciences 2020; 11(4): 29-38. [In Persian]
6. Kimiaeimehr F, Hosseini SM, Alimohammadzadeh K, Bahadori M, Maher A. The study of factors affecting the implementation of clinical guidelines in Iran. Journal of Military Medicine 2019; 21(3): 300-10. [In Persian]
7. Bazyar M, Soofi M, Rashidian A. Ways to control moral hazard in health system: demand-side and supply-side interventions. Tolooebehdasht 2012 10; 11(1):110-22. [In Persian]
8. Amiresmaili M, Fatahpour AH, Baroni M, Rafiee N. Reasons of induced demand in delivering services to the insured by health insurance: a case study in esfahan, 2013. Knowled and health 2017; 12(1); 1-7.
9. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian Jazi M. Are Health Institutions Involved In Health Care Induced Demand? (A Qualitative Study). payavard 2014; 8 (4): 280-293. [In Persian]
10. Shain M, Roemer MI. Hospital Costs Relate to the Supply of Beds. Modern Hospital 1959; 92: 71–73.
11. Roemer MI. Bed Supply & Hospital Utilization: A National Experiment Hospitals J.A.H.A. 1961; 35: 988–993.
12. Dranove D, Wehner P. Physician-Induced Demand for Childbirths, Journal of Health Economics 1994;13: 61–73.
13. Wilinsky A. Competition in a market for informed experts' services. RAND Journal of Economics 1993; 24: 380–398.
14. McGuire TG. Physician Agency. Culyer AJ, Newhouse JP. (eds), The Handbook of Health Economics, North-Holland: Amsterdam, 2000; 461–536.
15. Nobuyuki I, Hiroo U, Satoshi N, An Empirical study of the physician: Induced Demand Hypothesis.''Review of population and social policy''1999; 8: 11-25.
16. Chrysanthopoulou A, Kalogeropoulos A, Terzis G, Georgiopoulou V, Kyriopoulos J, Siablis D, et al. Trends and future needs in clinical radiology: insights from an academic medical center. Health Policy 2007; 80(1): 194-201.
17. Khorasani E, Karimi S, Jafarian Jazi M. The Role of patients in induced demand from experts' perception: A qualitative study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences 2020; 24; 2(4): 336-45.
18. Hosseini SM, Bahadori M. Determinats of Reduction of Induced Demand Inselected Hospitals That Affiliated With Iums in 2017; A Qualitative Stady on Provider, S View. Journal of Urmia Narsing and Midwifery Faculty 2018; 6(10): 389-402. [In Persian]
19. Mohammadshahi M, Yazdani S, Olyaeemanesh A, Sari AA, Yaseri M, Sefiddashti SE. A scoping review of components of physician-induced demand for designing a conceptual framework. Journal of Preventive Medicine and Public Health 2019; 52(2): 72. [In Persian]
20. Karimi S, Khorasani E, Keyvanara M, Afshari S. Factors affecting physicians' behaviors in induced demand for health services. International Journal of Educational and Psychological Researches. 2015 1; 1(1):43. [In Persian]
21. Varahrami V. A survey of physician-induced demand. Journal Of Health Care Management 2010; 2(1): 37-42.
22. Darzi Ramandi S, Shahnazi R, Aboutorabi M, Niakan L, Kavosi Z. Physician-induced demand hypothesis in Iran: Impact of the physician density on treatment costs. Iranian Journal of Insurance Research 2018 20; 32(4):1-9. [In Persian]
23. Golkhandan A. Testing the hypothesis of health induced demand in Iran using the Bayesian Model Averaging. Health Research Journal 2018 10; 3(4): 245-53. [In Persian]
24. Golkhandan A, Fatholahi E. Offering and testing a model to explain the physician induced demand in Iran. Journal of healthcare management 2017 19; 7(4): 29-40. [In Persian]
25. Shahraki M, Ghaderi . The effect of health resources on health status in Iran. Quarterly Journal of Wise Research2021; 23(1): 122-9. [In Persian]
26. Mohamadloo A, Zarein-Dolab S, Ramezankhani A, Salamzadeh J. The main factors of induced demand for medicine prescription: A qualitative study. Iranian journal of pharmaceutical research: IJPR 2019; 18(1):479. [In Persian]
27. Abdoli G, Varharami V. The role of asymmetric information in induced demands: a case study of medical services. Journal of Health Administration (JHA) 2011;14(43). [In Persian]
28. Keyvanara M, Karimi S, Khorasani E, JAFARIAN JM. Opinions of health system experts about main causes of induced demand: A qualitative study. Hakim Research Joornal 2019; 16(14): 317-328. [In Persian]
29. Asgari H, Khalesi N, Nasiripour AA, Ziyari R. Factors Affecting Induced Demand in Iran's Health System: A Qualitative Study. Management Strategies in Health System 2020 10; 5(2): 143-54. [In Persian]
30. Pirozi B. Induced demand in the health system. Zanko Journal of Medical Sciences. 2021 10; 22 (73): 1-3. [In Persian]
31. Panahi H, Fallahu F, Imani A, Nasibparast S. Investigating Psychiatrists Induced Demand in East Azarbayjan: The Approach of Hierarchical Linear Modeling (HLM). Journal of Economic Modeling Research 2018 10; 8(31):165-96. [In Persian]
32. Nasibparast S, Panahi H, Imani A. Determinants of Patient Visit Time With Obstetricians in East Azarbayjan Emphasizing on Physician Induced Demand: Approach of Hierarchical Linear Modeling. Quarterly Journal of Applied Theories of Economics 2018 23; 5(2): 127-48. [In Persian]
33. Amiresmaili M, Fatahpour AH, Barooni M, Rafiee N. Reasons of induced demand in delivering services to the insured by health insurance: a case study in esfahan, 2013 Knoculedyge and Health 2017; 12(1): 1-7. [In Persian]
34. Akhavan BA, Esmaili I. Supplier-induced demand (SID) for medical services by Iranian physicians (policymaking and controlling). Mujlis and Rahbord 2019; 25(96): 321-341. [In Persian]
35. Keyvan Ara M, Karimi S, Khorasani E, Jafarian Jazi M. Challenges arising from the induced demand for health services; A qualitative study. Health information management. 2013 7; 10(4): 538-48. [In Persian]

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-02]