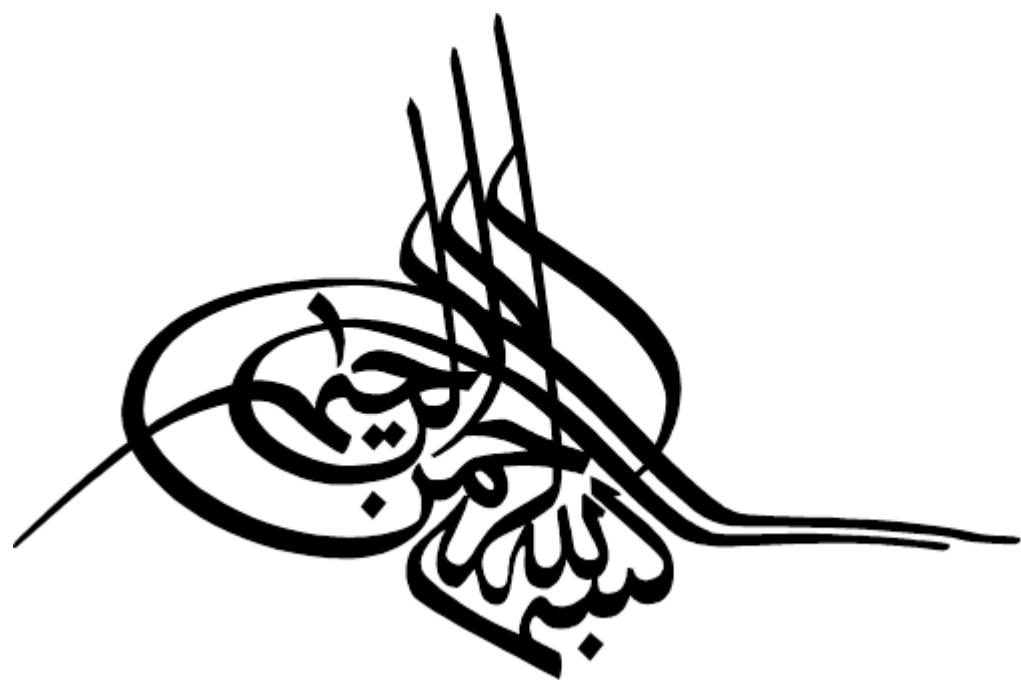


گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

تعیین ارتباط عدم تقارن اطلاعات گیرنده خدمات سلامتی و ارائه‌دهنده خدمات سلامتی با مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی و بستری (با مقایسه مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی و بستری در بیمار پزشک و بیمار غیرپزشک)

مجری طرح

فرنام محبی



فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
فصل اول - مقدمه	۳
فصل دوم - زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده	۷
فصل سوم - روش پژوهش	۱۱
جمعیت مورد مطالعه	۱۱
متغیرهای وابسته:	۱۱
متغیرهای مستقل:	۱۲
فصل چهارم - یافته‌های پژوهش	۲۱
متغیرهای مستقل	۲۱
فصل پنجم - بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه گیری، پیشنهادات	۲۷
منابع	۳۱

فصل اول – مقدمه

این فصل در ابتدا به مرور مسئله مورد مطالعه و ضرورت انجام این مطالعه می‌پردازد. سپس هدف اصلی، هدف کاربردی و نیز اهداف اختصاصی طرح به جزئیات ذکر می‌شوند. هدف این فصل آشنایی با کلیات این طرح تحقیقاتی است.

بیان مسئله

سلامت از شاخص‌های توسعه و رفاه اجتماعی هست. هزینه‌های نظام‌های سلامت بخش قابل توجهی از تولید ناخالص ملی کشورها را به خود اختصاص می‌دهند (۱) و بازساخت اقتصادی این بخش لازمه افزایش کارآمدی آن است. این هزینه‌ها در تمام دنیا در حال افزایش است و از علل آن می‌توان افزایش انتظارات جوامع از نظام‌های سلامت و رشد بیماری‌های مزمن و سخت‌درمان را نام برد (۲).

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت هزینه‌های سلامت ایران در سال ۲۰۱۳، ۶/۷ درصد و در سال ۲۰۰۰ نزدیک به ۴۴/۵ درصد تولید ناخالص ملی بوده است و سرانه هزینه سلامت مردم ایران در سال ۲۰۱۳، در حدود ۱۴۱۴ دلار آمریکا بوده است. لازم به ذکر است که بیش از نیمی از این هزینه‌ها بر عهده بخش غیرخصوصی است (۳).

نظام سلامت ایران، همانند دیگر نظام‌های سلامت ناکارآمدی‌هایی داشته است و کسری از این افزایش هزینه‌ها به علت ناکارآمدی اقتصادی نظام سلامت ایران است (۴). قسمتی از این ناکارآمدی‌های اقتصادی، ریشه در بخش عرضه و رفتار ارائه‌کنندگان خدمات سلامت دارد. این ناکارآمدی می‌تواند به صورت استفاده بیش از حد یا نابجا (misuse) از خدمات سلامتی بدون افزایش سلامتی در مصرف‌کننده خدمت باشد. استفاده نابجا از خدمات سلامتی ارائه خدمت صحیح معرفی شده در مراجع و استفاده بیش از حد از خدمات سلامتی به منظور ارائه خدمت است که ضرر آن از فایده‌اش برای مصرف‌کننده بیشتر است (۵). منشأ استفاده نابجا یا بیش از حد خدمات سلامتی می‌تواند از سوی گیرنده خدمت یا از سوی ارائه‌دهنده خدمت باشد. استفاده نادرستی که از سمت گیرنده خدمت رخ دهد با نام مخاطره اخلاقی، و استفاده نادرستی که از سمت ارائه‌دهنده خدمت رخ دهد با نام تقاضای القایی شناخته می‌شود.

تقاضای القایی که استفاده بیش از حد یا نابجا خدمات سلامتی به علت رفتار ارائه‌کننده خدمت است، به معنی تغییر تقاضای یک بیمار توسط ارائه‌کننده خدمت برای دریافت خدمت سلامتی است که آن خدمت طبق تفسیر ارائه‌کننده آن، بهترین مصلحت بیمار نیست. تقاضای القایی باعث بالا رفتن هزینه‌های سلامت بدون بهبود در وضعیت سلامتی افراد می‌شود. شرط لازم رخ دادن آن این است که بیمار اطلاعات کافی برای تعیین خدماتی که بهترین مصلحت وی را دربردارند، نداشته باشد. لذا ارائه‌کننده خدمت می‌تواند بیمار را به استفاده از خدمات سلامتی جز آنچه مصلحت اوست، ترغیب و تشویق نماید. این القای تقاضا می‌تواند در خدمات بستری و سرپایی روی دهد.

مطالعات انجام شده برای یافتن شواهد تقاضای القایی به‌طور کلی در دو دسته قرار می‌گیرند: مطالعاتی که به بررسی سود ناشی از القای تقاضا به گیرنده خدمت توسط ارائه‌دهنده آن می‌پردازند، و مطالعاتی که به

بررسی فرصت‌های القای تقاضا می‌پردازند(۶). دسته‌ای از مطالعاتی که درباره فرصت‌های تقاضای القایی یعنی متقارن نبودن اطلاعات ارائه‌دهنده و گیرنده خدمات سلامتی انجام شده‌اند، نشان داده‌اند که احتمال سزارین شدن پزشکان نزدیک به ده درصد کمتر از غیرپزشکان است. و همچنین در بررسی‌های انجام شده بعد از وضع حمل، پیامدهای سلامتی پزشکان از غیرپزشکان بهتر است(۶). دسته‌ای دیگر از مطالعات نشان داده‌اند که نرخ عمل‌های جراحی در پزشکان و خانواده‌هایشان نسبت به حقوقدان‌ها، تجار و وزرا مساوی یا بیشتر است(۷). از طرفی مطالعات دیگری انجام شده است که نشان می‌دهد انتخاب پزشکان برای خودشان به‌عنوان بیمار و برای افراد دیگر در سناریوهای مشابه، متفاوت است و احتمال انتخاب درمان‌هایی با نرخ مرگ‌ومیر بیشتر برای خودشان به‌عنوان بیمار، بیشتر از دیگر افراد به‌عنوان بیمارشان است(۸).

تاکنون مطالعات بسیار کمی در زمینه تقاضای القایی در رابطه با خدمات سرپایی در ایران انجام شده است، مطالعه‌ای در رابطه با تقاضای القایی در خدمات بستری صورت نگرفته است و آمار دقیقی از میزان تقاضای القایی در بازار سلامتی ایران موجود نمی‌باشد. طبق مطالعات کیفی انجام شده در ایران، علت‌های کلان تقاضای القایی در سه دسته زیربنایی، اجتماعی و ساختاری سازمانی است. از جمله این دلایل «پیچیده بودن پزشکی، عدم تقارن اطلاعات ارائه‌کننده و مصرف‌کننده خدمت، عدم قطعیت بالینی، باورهای نادرست مردم، تبلیغات، نظارت ناکافی، رایج نبودن راهنماهای بالینی، ضعف در سیستم آموزشی و نادیده گرفتن اخلاق پزشکی» است(۹). باوجوداینکه تقاضای القایی از جانب ارائه‌کننده خدمت رخ می‌دهد، بیماران می‌توانند صورت غیرمستقیم بر آن اثر بگذارند. "تقاضای غیر صحیح بیمار از پزشک، اعتماد بیش‌ازحد بیمار به پزشکان، تمایل بیمار به استفاده بیشتر از خدمات رایگان و بدون فرانشیز، عدم آگاهی بیمار و دسترسی آزادانه بیماران به پزشکان" می‌توانند مواردی از سمت بیمار باشند که بر میزان تقاضای القایی بازار سلامت اثرگذار هستند(۱۰).

باوجود نبود شواهد دقیق تقاضای القایی در بازار سلامت ایران، موارد پیشنهاددهنده محدودی وجود دارد. یکی از این موارد، پیشنهاد مراجعه مکرر (۳۸٪) بیماران گزارش کرده‌اند) و تهیه داروهای گران با دفترچه توسط پزشکان عمومی (۴۴٪) بیماران گزارش کرده‌اند) گزارش شده از سمت بیماران جانباز تحت پوشش بیمه مکمل در تعدادی از مراکز مراجعه در ایران شامل مراکز درمانی شهرستان‌های سرپل ذهاب، اسلام‌آبادغرب و گیلان‌غرب می‌باشد (۱۱). علاوه بر آن، مشاهداتی در بازار سلامت ایران دال بر این بوده است که پزشکان استخدام رسمی دولت تمایلی ندارند در بیماران خود تغییری در میزان مصرف مراقبت‌های دارویی و بهداشتی ایجاد کنند و این برخلاف چیزی است که در پزشکان استخدامی غیررسمی مانند کسانی که در مطب خصوصی کار می‌کنند، دیده می‌شود. از آنجایی که پزشکان غیررسمی می‌توانند با تغییر تقاضای بیمار درآمد بیشتری داشته باشند ولی درآمد پزشکان رسمی با پرداخت مبتنی بر حقوق، متأثر از تعداد خدمت ارائه شده به بیمار نیست، این یافته پیشنهادکننده تقاضای القایی است(۱۲). یکی از اهداف طرح تحول سلامت کاهش این ناکارآمدی‌های اقتصادی است و یکی از مداخلات انجام شده در این راستا کاهش پرداختی از جیب بیماران است. پرداختی از جیب بیماران بشدت تحت تأثیر

تقاضای القایی است. لذا با بررسی تقاضای القایی و کشف وجود آن، محل بعدی مداخلات و میزان دستیابی به اهداف طرح تحول سلامت مشخص شد. در نتیجه، پژوهش حاضر در نظر دارد بررسی کند که اطلاعات بیمار چه تأثیری بر مقدار ارائه خدمات سلامتی از سمت پزشک داشته است. پزشکان به‌عنوان بیمار از بهترین خدمتی که باید دریافت کنند، آگاه هستند، لذا هزینه تغییر تقاضای بیمار توسط پزشک ارائه‌دهنده خدمت در این گروه از بیماران برخلاف بیماران بدون اطلاعات پزشکی، زیاد است و تفاوت در مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی در بیماران پزشک و بیماران غیرپزشک پیشنهادکننده‌ی تقاضای القاشده از جانب پزشک معالج است.

اهداف و سؤالات پژوهش

هدف اصلی

تعیین ارتباط عدم تقارن اطلاعات گیرنده خدمات سلامتی و ارائه‌دهنده خدمات سلامتی با مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی و بستری از طریق مقایسه مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی و بستری در بیمار پزشک و بیمار غیرپزشک

اهداف اختصاصی

۱. تعیین ارتباط مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی به‌طور کلی با دارا بودن مدرک دکترای عمومی پزشکی در سال ۱۳۹۵
۲. تعیین ارتباط مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی بستری به‌طور کلی با دارا بودن مدرک دکترای عمومی پزشکی در سال ۱۳۹۵
۳. تعیین ارتباط مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی به‌طور کلی با دارا نبودن مدرک دکترای عمومی پزشکی در سال ۱۳۹۵
۴. تعیین ارتباط مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی بستری به‌طور کلی با دارا نبودن مدرک دکترای عمومی پزشکی در سال ۱۳۹۵
۵. تعیین ارتباط مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی به تفکیک با دارا بودن مدرک دکترای عمومی پزشکی در سال ۱۳۹۵
۶. تعیین ارتباط مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی بستری به تفکیک با دارا بودن مدرک دکترای عمومی پزشکی در سال ۱۳۹۵
۷. تعیین ارتباط مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی به تفکیک با دارا نبودن مدرک دکترای عمومی پزشکی در سال ۱۳۹۵
۸. تعیین ارتباط مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی بستری به تفکیک با دارا نبودن مدرک دکترای عمومی پزشکی در سال ۱۳۹۵
۹. مقایسه مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی به‌طور کلی در افراد دارای مدرک دکترای عمومی پزشکی با افراد بدون مدرک دکترای عمومی پزشکی در سال ۱۳۹۵
۱۰. مقایسه مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی بستری به‌طور کلی در افراد دارای مدرک دکترای عمومی پزشکی با افراد بدون مدرک دکترای عمومی پزشکی در سال ۱۳۹۵

۱۱. مقایسه مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی به تفکیک در افراد دارای مدرک دکترای عمومی پزشکی با افراد بدون مدرک دکترای عمومی پزشکی در سال ۱۳۹۵
۱۲. مقایسه مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی بستری به تفکیک در افراد دارای مدرک دکترای عمومی پزشکی با افراد بدون مدرک دکترای عمومی پزشکی در سال ۱۳۹۵

اهداف کاربردی

بررسی تأثیر اطلاعات بیمار بر مقدار ارائه خدمت سلامتی از سمت ارائه‌دهنده خدمت می‌تواند پیشنهادکننده وجود تقاضای بالقابی در نظام سلامت کشور باشد. کشف نوع خدمات‌های احتمالی که مورد این ناکارآمدی هستند و ارائه پیشنهادهایی برای سیاست‌گذاران در راستای معرفی محل تمرکز انجام اصلاحات نظام سلامت در راستای کاهش هزینه‌های نظام سلامت بدون کاهش سلامتی گیرندگان خدمت، می‌تواند باعث بهبود عملکرد و بازدهی نظام سلامت کشور شود.

سوالات پژوهش

۱. آیا مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی به‌طور کلی با دارا بودن مدرک دکترای عمومی پزشکی ارتباط دارد؟
۲. آیا مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی بستری به‌طور کلی با دارا بودن مدرک دکترای عمومی پزشکی ارتباط دارد؟
۳. آیا مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی به‌طور کلی با دارا نبودن مدرک دکترای عمومی پزشکی ارتباط دارد؟
۴. آیا مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی بستری به‌طور کلی با دارا نبودن مدرک دکترای عمومی پزشکی ارتباط دارد؟
۵. آیا مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی به تفکیک با دارا بودن مدرک دکترای عمومی پزشکی ارتباط دارد؟
۶. آیا مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی بستری به تفکیک با دارا بودن مدرک دکترای عمومی پزشکی ارتباط دارد؟
۷. آیا مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی به تفکیک با دارا نبودن مدرک دکترای عمومی پزشکی ارتباط دارد؟
۸. آیا مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی بستری به تفکیک با دارا نبودن مدرک دکترای عمومی پزشکی ارتباط دارد؟
۹. آیا مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی به‌طور کلی در افراد دارای مدرک دکترای عمومی پزشکی با افراد بدون مدرک دکترای عمومی پزشکی تفاوت دارد؟
۱۰. آیا مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی بستری به‌طور کلی در افراد دارای مدرک دکترای عمومی پزشکی با افراد بدون مدرک دکترای عمومی پزشکی تفاوت دارد؟
۱۱. آیا مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی به تفکیک در افراد دارای مدرک دکترای عمومی پزشکی با افراد بدون مدرک دکترای عمومی پزشکی تفاوت دارد؟
۱۲. آیا مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی بستری به تفکیک در افراد دارای مدرک دکترای عمومی پزشکی با افراد بدون مدرک دکترای عمومی پزشکی تفاوت دارد؟

فصل دوم – زمینه‌های نظری پژوهش و مروری بر مطالعات انجام شده

سابقه طرح و بررسی متون

در مورد تقاضای القایی تاکنون مطالعات محدودی در سطح ایران صورت گرفته است، به‌طور نمونه: در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۲ صورت گرفته است، قهرمان عبدلی با رویکرد نظریه بازی‌های علامت‌دهی بدون هزینه و اطلاعات نامتقارن، منشأ تقاضای القایی را بررسی و تبیین کرده است. وی نشان داده است که پزشک می‌تواند با علامت‌های بدون هزینه به بیمار القا کند که روش درمانی گران‌تر را از بین روش‌هایی که هرکدام یک حالت بیماری را معالجه می‌کند، انتخاب کند و دلیل این انتخاب، ندادن اطلاعات صحیح از سمت پزشک به بیمار است. اگر به بیمار اطلاعات کافی داده شود، او می‌تواند القای تقاضا توسط پزشک معالجش را محدود کند (۱۳).

ویدا وهرامی در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۸ انجام داده است، با استفاده از برآورد رابطه‌ای با استفاده از آمار، به بررسی و کشف شواهدی از تقاضای القایی در بازار سلامت ایران پرداخته است. تابع مخارج جهت بررسی فرضیه تقاضای القایی بررسی شده است و نیز با مدل تصحیح خطای ECM اثرات بلندمدت و کوتاه‌مدت قیمت روی تقاضا برای خدمات دارویی بررسی شده است. وی در این مطالعه نشان داده است که با افزایش تعداد سرانه پزشکان میزان استفاده از خدمات سرپایی بیشتر می‌شود و قیمت خدمات سلامتی در دو حوزه بیمارستانی و سرپایی کاملاً بر میزان تقاضا برای این خدمات مؤثرند (۱۴).

در مطالعه موردی خدمات پزشکی که قهرمان عبدلی و ویدا وهرامی به‌صورت مقطعی در سال ۱۳۸۹ در بین پزشکان شهر تهران انجام داده‌اند، دریافتند که متوسط تعداد آزمایش‌هایی که پزشکان تجویز می‌کنند و نیز زمان هر ویزیت، تحت تأثیر جنس و سن بیمار است. علاوه بر آن شواهدی یافت کردند که می‌تواند پیشنهادکننده‌ی وجود تقاضای القایی باشد. من جمله اینکه در پزشکان استخدام غیررسمی، علاوه بر سن و جنس بیمار، متغیرهای ترجیح درآمد به فراغت، تجربه و انجام خدمات خاص روی تعداد آزمایش‌های تجویزی و زمان هر ویزیت اثرگذار بوده است. علاوه بر آن، نشان دادند که تقاضای القایی در خدمات دارویی و درمانی از جانب پزشکان عمومی بیشتر است (۱۲).

محمد محبوبی و همکارانش در سال ۱۳۸۷ به روش توصیفی-مقطعی به مطالعه بررسی اثرات بیمه‌های مکمل بر تقاضای القایی جانبازان شیمیایی شهرستان گیلان غرب از توابع استان کرمانشاه پرداخته‌اند. روش جمع‌آوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه و مصاحبه با جانبازان، پزشکان عمومی و پزشکان متخصص بوده است. یافته‌های این مطالعه پیشنهاد مراجعه مکرر (۳۸٪) بیماران گزارش کرده‌اند و تهیه داروهای گران با دفترچه توسط پزشکان عمومی (۴۴٪) بیماران گزارش کرده‌اند) گزارش شده از سمت بیماران جانباز تحت پوشش بیمه مکمل می‌باشد (۱۱).

الهه خراسانی و همکارانش در سال ۱۳۹۲ در یک مطالعه کیفی به بررسی و شناخت نقش بیماران در تقاضای القایی از دیدگاه صاحب‌نظران پرداختند. نتیجه ۱۷ مصاحبه نیمه ساختاریافته آن‌ها این است که بیماران می‌توانند به‌واسطه عللی که به قرار زیر است بر تقاضای القایی اثر بگذارند: «تقاضای غیر صحیح

بیمار از پزشک، اعتماد بیش از حد بیمار به پزشک، تمایل بیمار به استفاده بیشتر از خدمات رایگان و بدون فرانشیز، عدم آگاهی بیمار و دسترسی آزادانه بیمار به پزشکان.» (۵)

در مطالعه کیفی دیگری که توسط محمود کیوان آرا و همکارانش در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت، دیدگاه صاحب نظران سیستم سلامت درباره علل کلان مؤثر بر تقاضای القایی مورد بررسی قرار گرفت. روش انجام این پژوهش، ۱۷ مصاحبه نیمه ساختاریافته است. تمامی علل استخراج شده از این مصاحبات در سه موضوع اصلی علل زیربنایی، علل اجتماعی و علل ساختاری سازمانی قرار می‌گیرند. از علل زیربنایی مؤثر بر تقاضای القایی می‌توان «پیچیده بودن پزشکی، مدرن شدن نیازها، چندبعدی بودن پدیده سلامت، عدم تقارن اطلاعات بین ارائه‌کننده خدمت و مصرف‌کننده و عدم قطعیت بالینی» را نام برد. «فضای جامعه، باورهای نادرست مردم و تبلیغات» از مواردی هستند که بر تقاضای القایی در سطح کلان مؤثرند و در حوزه علل اجتماعی مؤثر قرار می‌گیرند. علل ساختاری سازمانی شامل «قانون‌گذاری نادرست، عدم اجرای صحیح نظام ارجاع، عوامل اقتصادی، سیاست‌گذاری نادرست، نظارت ناکافی، رایج نبودن راهنماهای بالینی، ضعف در سیستم آموزشی، افزایش تعداد نیروهای متخصص و ماهر، عدم آگاهی سطوح قضات از علم پزشکی، مشکلات الگوی سیستم سلامت، نقص در سیستم اطلاعات، نقش وزارت بهداشت و درمان در القای تقاضا و نادیده گرفتن اخلاق پزشکی» نام برد (۱۰).

مطالعات بسیاری در زمینه تقاضای القایی در دنیا صورت گرفته است که مطالعات انجام شده برای یافتن شواهد تقاضای القایی به‌طور کلی در دو دسته قرار می‌گیرند: مطالعاتی که به بررسی سود ناشی از القای تقاضا به گیرنده خدمت توسط ارائه‌دهنده آن می‌پردازند، و مطالعاتی که به بررسی فرصت‌های القای تقاضا می‌پردازند (۶).

مطالعه‌ای در سال ۲۰۱۴ توسط Erin M. Johnson و M. Marit Rehavi انجام شده است که نشان‌دهنده ارتباط آگاهی بیمار و سود مالی پزشک معالجش در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است. طبق این مطالعه احتمال انجام سزارین در پزشکانی که بیمار هستند نسبت به بیمارانی که پزشک نیستند، ده درصد کمتر است. و سود مالی پزشک معالج با وجود اینکه بر درمان بیمارانی که پزشک نیستند، مؤثر است، تأثیری بر درمان پزشکانی که بیمار هستند، ندارد. پزشکان بیمار نیز پیامدهای سلامتی بهتری دارند (۶).

در سال ۱۹۷۴ مطالعه‌ای توسط John P. Bunker و همکارانش انجام شد که به بررسی مقدار بهره‌مندی از خدمات جراحی در پزشکان به‌عنوان بیمار و بیماران غیرپزشک پرداخت. نتایج آن بدین صورت بود که نرخ انجام اعمال جراحی در پزشکان به‌عنوان بیمار و نیز خانواده‌هایشان از افراد غیرپزشک بیمار (تجار، وزرا و حقوقدان‌ها) بیشتر بود و یا با آن‌ها برابری داشت. و در کل نرخ انجام اعمال جراحی در این گروه‌ها نسبت به کل جامعه ۲۵ تا ۳۰ درصد بیشتر بود. طبق نظر پژوهشگران این طرح این نتایج می‌تواند پیشنهاددهنده این باشند که هرچه بیمار آگاه‌تر می‌شود، تقاضایش برای اعمال جراحی افزایش می‌یابد (۷).

مطالعه‌ای برای بررسی پیشنهادات درمانی پزشکان در سناریوهای مشابه برای خودشان و دیگر بیماران، در سال ۲۰۱۱ در آمریکا توسط Peter A. Ubel و همکارانش انجام شده است. آن‌ها با پرسشنامه دو نمونه نمایشگر از جامعه پزشکان عمومی سطح اول ارجاع، پزشکان خانواده و متخصصین داخلی عمومی را با یکی از دو سناریوی احتمالی در رابطه با درمان کولون و آنفولانزای پرندگان مواجه کردند. هر سناریو دارای دو گزینه درمانی بوده است که یکی از درمان‌ها با اثرات جانبی بیشتر، احتمال موفقیت درمانی بیشتری داشت. نتایج این مطالعه بدین‌صورت بود که پزشکان در هر دو سناریوی درمان آنفولانزای مرغی و درمان کولون، روش‌هایی با مرگ‌ومیر بیشتر را برای خود، نسبت به بیمارانشان بیشتر انتخاب کردند. (۸).

این مطالعات نشان‌دهنده این است که وقتی بیمار، پزشک است، میزان بهره‌مندی خدمات سلامتی وی متفاوت است از حالتی که بیمار پزشک نباشد. از مهم‌ترین زمینه‌های این تفاوت هزینه‌بر بودن القا کردن تقاضا به بیمار پزشک توسط پزشک معالجش است. لذا بررسی تفاوت بهره‌مندی از خدمات بستری و سرپایی در دو گروه بیمار پزشک و بیمار غیرپزشک می‌تواند به یافتن شواهدی کمک کند که نشان‌دهنده اثر تقارن اطلاعات بیمار و پزشک بر مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی است.

فصل سوم – روش پژوهش

این مطالعه یک مطالعه مقطعی است که در بین دو گروه پزشکان و غیرپزشکان دارای مدرک مبنی بر تحصیلات دانشگاهی انجام شد. هدف این مطالعه بررسی ارتباط «عدم تقارن اطلاعات گیرنده خدمت با ارائه‌دهنده خدمت» و «القای تقاضا از سوی ارائه‌دهنده خدمت» در این دو گروه هست.

جمعیت مورد مطالعه

گروه هدف در این مطالعه پزشکان و غیرپزشکان ساکن در شهر تهران هستند. معیارهای ورود و خروج افراد به مطالعه به ترتیب زیر است:

- معیارهای ورود افراد گروه پزشک:
- حداقل دارای مدرک دکترای عمومی پزشکی معتبر دانشگاهی باشد.
- تمایل به همکاری داشته باشد.
- معیارهای خروج افراد گروه پزشک:
- تمایل به همکاری نداشته باشد.
- معیارهای ورود افراد گروه غیرپزشک:
- فرد مدرک دانشگاهی معتبر مبنی بر تحصیلات دانشگاهی داشته باشد.
- به فارسی سخن بگوید.
- تمایل به همکاری داشته باشد.
- معیارهای خروج افراد گروه غیرپزشک:
- والدین، فرزندان، خواهر و برادر یا همسر فرد پزشک باشد.
- فرد تمایل به همکاری نداشته باشد.

متغیرها

متغیرهایی که در این مطالعه ارزیابی خواهند شد عبارت‌اند از:

متغیرهای وابسته:

مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی به‌طور کلی و به تفکیک خدمت:

- تعداد دفعات استفاده از خدمات زیر در یک ماه گذشته:
- مراجعه به پزشک عمومی، مراجعه به پزشک متخصص، مراجعه به اورژانس بیمارستان، اقدامات تصویربرداری (رادیولوژی، ام آر آی، سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن)، مراجعه به آزمایشگاه، فیزیوتراپی، پانسمان و تزریقات، دریافت داروی بدون نسخه از داروخانه، دریافت داروی با نسخه از داروخانه، جراحی سرپایی (زیبایی یا غیره) (در یک سال گذشته)، پاپ اسمیر یا ماموگرافی (در یک سال گذشته)، کولونوسکوپی (در یک سال گذشته)

- مقدار بهره‌مندی از خدمات سلامتی بستری به‌طور کلی و به تفکیک خدمت:

- تعداد دفعات استفاده از خدمات زیر در یک سال گذشته در طی بستری:
 - اقدام تشخیصی تصویربرداری (رادیلوژی، سی تی اسکن، سونوگرافی، ام آر آی)، آنژیوگرافی، زایمان (سزارین یا طبیعی)، آندوسکوپی، کولونوسکوپی، بیوپسی، عمل جراحی کاتاراکت، سایر اعمال جراحی درمانی
 - تعداد روزهای بستری (بیش از شش ساعت) در بخش‌های زیر در یک سال گذشته:
 - جراحی، داخلی، زنان، اورژانس، مراقبت‌های ویژه ICU یا CCU و سایر بخش‌ها
- در مورد خدمات بستری و سرپایی در تمامی موارد زمینه ایجاد نیاز (توصیه پزشک یا احساس نیاز فرد)، محل دریافت خدمت (دولتی یا خصوصی) و در مورد خدمات سرپایی توالی دریافت خدمات (چه خدمتی زمینه‌ساز خدمت بعدی بوده است) نیز مورد پرسش است.

متغیرهای مستقل:

سن، جنس، وضعیت تأهل، قومیت، شغل، درآمد ماهانه، تحصیلات، وضعیت سلامتی فرد از نگاه خودش، وضعیت داشتن بیماری همراه مزمن، تعداد افراد ساکن در منزل، وضعیت بیمه پایه، وضعیت بیمه مکمل، محل زندگی، دسترسی به خدمات سلامتی، رضایت فرد از خدمات دریافتی سرپایی به‌طور کلی، رضایت فرد از خدمات بستری دریافتی به‌طور کلی، داشتن پزشک در خانواده درجه اول (به‌منظور یافتن معیار خروج از مطالعه)

نمونه‌گیری

جمعیت مورد مطالعه از بین جمعیت ساکن در شهر تهران به این ترتیب انتخاب خواهند شد: ابتدا لیست شماره‌های پزشکان از وزارت بهداشت اخذ شد. از بین این لیست به صورت رندوم پزشکان انتخاب می‌شدند و در صورتی که ساکن تهران بوده، بهره‌مندی داشته‌اند و مایل به همکاری بوده‌اند، پرسشگری ادامه می‌یافته است. برای به دست آوردن بیماران غیرپزشک، پس از انتخاب رندوم از لیست شماره تلفن‌های استان تهران، در صورتی که ساکن تهران بوده، بهره‌مندی داشته‌اند و مایل به همکاری بوده‌اند، و نیز پزشک نبوده است، پرسشگری ادامه یافته است.

حجم نمونه

در نهایت بعد از انجام پرسشگری ۳۵۰ نفر در گروه بیماران پزشک و ۳۴۵ نفر در گروه بیماران غیرپزشک وارد مطالعه شدند. که ۵۰ نفر از غیرپزشکان به علت داشتن پزشک در خانواده درجه یک خود از آنالیز مطالعه حذف شدند.

روش اجرا

علت انتخاب روش مصاحبه تلفنی سهولت دسترسی به افراد، پوشش مناطق جغرافیایی بیشتر، استفاده از منابع انسانی و مالی به‌طور مؤثر، بهبود کیفیت جمع‌آوری اطلاعات، حفظ امنیت مصاحبه‌کننده، سرعت بیشتر جمع‌آوری اطلاعات و احساس راحتی بیشتر می‌باشد. علاوه بر آن، طبق گزارش نظام پایش شاخص‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات ایران در سال ۱۳۹۳، ضریب نفوذ خانوارهای دارای دسترسی به تلفن ثابت در ایران، به‌طور کلی، ۹۷٫۶٪ است.

یک نفر پرسشگر با معرفی خود و طرح تحقیقاتی با عنوان «بررسی مقدار بهره‌مندی افراد از خدمات سلامتی در ایران» سؤالات یک پرسشنامه را از فرد پاسخ‌دهنده تلفن در صورت تمایل به همکاری بعد از توضیح طرح، سوال کرد. به پرسش‌شوندگان در مورد هدف مطالعه، محرمانه ماندن اطلاعات و داشتن اجازه ترک در هر زمان از مصاحبه آگاهی داده شد. در حین انجام مصاحبه پرسشگر پرسشنامه مربوط به آن خانوار را تکمیل خواهد کرد. تماس‌ها در تمامی روزهای هفته به‌جز پنج‌شنبه و جمعه از ساعت ۷ الی ۹ شب صورت گرفت (۱۵).

مشخصات ابزار

ابزار جمع‌آوری اطلاعات مصاحبه تلفنی طبق پرسشنامه‌ای شامل ۲۴ سوال است. قبل از انجام مصاحبه با افراد، پرسشگرانی که جز اجراکننده اصلی طرح هستند، در مورد نحوه معرفی و پرسش سؤالات آموزش دیده می‌شوند.

روایی پرسشنامه تهیه‌شده، به‌صورت face validity و content validity با مصاحبه با پنج نفر صاحب‌نظر تأیید شد. پایایی آن با استفاده از تکنیک test-retest و با اندازه‌گیری آلفا کرونباخ در حداقل بیست نفر به‌صورت پایلوت سنجیده شد.

در پایان نیز در صورت تمایل به مطلع شدن از نتیجه مطالعه آدرس الکترونیکی‌ای از پرسش‌شونده گرفته شده است.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی و میانگین (انحراف معیار) است که با استفاده از نرم‌افزار SPSS آخرین نسخه قابل تهیه به‌دست آمده است.

همچنین آزمون کای دو و یا فیشر برای مقایسه بین متغیرهای کیفی و آزمون تی مستقل و یا من ویتنی برای مقایسه بین میانگین‌ها مورد استفاده قرار گرفته است.

مدل رگرسیونی خطی برای متغیرهای وابسته بر اساس متغیرهای مستقل نوشته شد.

P کمتر از ۰/۰۵ به‌عنوان سطح آماری معنی‌دار تعریف شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه پرسشنامه‌ای اطلاعات افراد کاملاً محرمانه است و تنها به منظور جمع‌آوری اطلاعات در این طرح تحقیقاتی استفاده شد. پاسخ دادن به پرسشنامه با حضور پرسشگر است و فرد پاسخ‌دهنده، در هر زمانی که بخواهد می‌تواند روند پاسخ دادن را قطع نماید و پس‌آرایی برای وی نخواهد داشت.

محدودیت‌های اجرایی طرح و روش کاهش آن‌ها

از جمله محدودیت‌های طرح می‌توان به استفاده از پرسش‌نامه جهت بررسی وضعیت بهره‌مندی اشاره کرد. بسنده کردن به پرسش‌نامه جهت گردآوری اطلاعات ممکن است باعث ایجاد خطاهای غیرتصادفی و وارد شدن تورش به مطالعه شوند. این خطاها می‌توانند در نتیجه عدم پاسخ‌دهی و یا پاسخ‌دهی غلط به سؤالات رخ دهند.

تورش دیگر ناشی از نحوه انجام مصاحبه‌ها، مصاحبه تلفنی، می‌باشد؛ نداشتن قسمتی از افراد جامعه که تلفن ندارند و افرادی که تمایل به همکاری ندارند یا پاسخگوی تلفن نیستند، منشأ تورش است.

قطع ناگهانی پاسخ‌دهنده بدون اعلام قبلی می‌تواند منشأ تورش باشد. در این نوع مصاحبه پرسشگر قادر نیست حرکات و حالات بدن پاسخ‌دهنده را ببیند. این روش حتماً به مصاحبه‌گران مجرب و کارآزموده نیاز دارد که هزینه‌بر است؛ زیرا مصاحبه امری است فنی و تخصصی و از عهده هر کس برنمی‌آید.

احتمال دارد تماس‌های شخصی که بین مصاحبه‌گر و مصاحبه‌شونده برقرار می‌شود، باعث توسعه روابط عاطفی می‌گردد؛ بنابراین، ممکن است اطلاعات با اظهارنظرهای شخصی آمیخته شود و مصاحبه‌شونده پاسخی را بدهد که به نظر مصاحبه‌گر خوشایند باشد؛ ولو واقعیت نداشته باشد؛ یا مصاحبه‌گر قبل از اینکه به دنبال کشف واقعیت باشد، مواردی را تعقیب و جستجو کند که حدس‌های او را تقویت نماید.

چون مصاحبه روشی انعطاف‌پذیر است، احتمال دارد که باعث شود که مصاحبه‌گر فکر کند هر طور که دلش می‌خواهد می‌تواند سؤال کند یا مصاحبه‌شونده تصور کند که هر چه دلش می‌خواهد می‌تواند بگوید. طبعاً این تصورات در صحت اطلاعاتی که گردآوری می‌شود، اختلال ایجاد می‌کند.

یکی از گروه‌های مورد مطالعه در این پژوهش پزشکان هستند و با توجه به ضیق وقت آنان احتمال وقوع چنین تورش‌های بیشتری است. در نتیجه میزان پاسخ‌های صحیح و دقت جمع‌آوری اطلاعات کاهش می‌یابد. در این راستا سعی شده تا با ارائه توضیحات کافی در زمینه‌ی اهمیت موضوع و تأثیر شرکت یکایک آنان، موجبات رغبت و همکاری بیشتر آن‌ها فراهم شود؛ همچنین با اطمینان‌دهی به آن‌ها در مورد محرمانه بودن اطلاعات.

مسئله بعدی مقطعی بودن مطالعه است که باعث می‌شود رابطه علیتی بین وضعیت دارا بودن مدرک دکترای عمومی پزشکی و سایر متغیرهای مورد مطالعه قابل بررسی نباشد.

جدول متغیرها

ردیف	عنوان متغیر	نوع متغیر	تعریف علمی - عملی	نحوه اندازه‌گیری	مقیاس
۱	بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی به‌طور کلی	وابسته کمی گسسته	مقدار خدمات سلامتی سرپایی گرفته شده در دو هفته گذشته	پرسشنامه	تعداد خدمات دریافتی
۲	بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی به تفکیک	وابسته کیفی اسمی	خدمات سلامتی سرپایی گرفته شده در دو هفته گذشته	پرسشنامه	دریافت یا عدم خدمت هر خدمت
۳	بهره‌مندی از خدمات سلامتی بستری به‌طور کلی	وابسته کمی گسسته	تعداد روزهایی که فرد بیش از ۶ ساعت در بیمارستان تحت نظر بوده است.	پرسشنامه	تعداد روزهای بستری
۴	بهره‌مندی از خدمات سلامتی بستری به‌طور کلی	وابسته کمی گسسته	تعداد خدمات سلامتی دریافتی در روزهایی که فرد بیش از ۶ ساعت در بیمارستان تحت نظر بوده است.	پرسشنامه	تعداد خدمات دریافتی حین بستری
۵	بهره‌مندی از خدمات سلامتی بستری به تفکیک بخش بستری	وابسته کیفی اسمی	بخش‌هایی که فرد بیش از ۶ ساعت در بیمارستان تحت نظر بوده است.	پرسشنامه	بستری یا عدم بستری هر بخش

ردیف	عنوان متغیر	نوع متغیر	تعریف علمی - عملی	نحوه اندازه‌گیری	مقیاس
۶	بهره‌مندی از خدمات سلامتی بستری به تفکیک خدمت بستری	وابسته کیفی اسمی	خدمات سلامتی دریافتی در روزهایی که فرد بیش از ۶ ساعت در بیمارستان تحت نظر بوده است.	پرسشنامه	دریافت یا عدم خدمت هر خدمت در هنگام بستری
۷	زمینه نیاز بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی و بستری	وابسته کیفی اسمی	علت زمینه‌ای خدمت سلامتی که فرد دریافت کرده است	پرسشنامه	تمایل خود فرد، توصیه پزشک
۸	محل دریافت خدمات سلامت سرپایی و بستری	وابسته کیفی اسمی	نوع محل ارائه خدمتی که فرد در آن خدمت سلامتی دریافت کرده است	پرسشنامه	دولتی، درمانگاه یا مطب خصوصی
۹	توالی دریافت خدمات سلامتی سرپایی	وابسته کمی گسسته	ترتیب خدمات دریافتی به طوری که یکی پیش زمینه دیگری بوده است.	پرسشنامه	شماره
۱۰	سن	مستقل کمی گسسته	تعداد سال‌های زندگی فرد بر مبنای سال شمسی	پرسشنامه	سال
۱۱	جنس	مستقل کیفی اسمی	مؤنث یا مذکر بودن بیمار	پرسشنامه	زن، مرد

ردیف	عنوان متغیر	نوع متغیر	تعریف علمی - عملی	نحوه اندازه‌گیری	مقیاس
۱۲	وضعیت تأهل	مستقل کیفی اسمی	وضعیت زناشویی بر اساس قوانین اسلامی	پرسشنامه	مجرد (تاکنون ازدواج نکرده، مطلقه، بدون همسر بر اثر فوت)، متأهل
۱۳	تحصیلات	مستقل کیفی رتبه‌ای	مقطع تحصیلی تمام شده بر اساس تقسیمات کشوری آموزش و پرورش، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت علوم	پرسشنامه	بی‌سواد، کمتر از دیپلم، دیپلم، تحصیلات دانشگاهی تمام شده
۱۴	شغل	مستقل کیفی اسمی	فعالیتی منظم است که در ازای دریافت پول انجام می‌شود.	پرسشنامه	خانه‌دار، دانش‌آموز یا دانشجو (غیر از کارورز پزشکی)، کارورز پزشکی، بیکار، بازنشسته، شغل آزاد، اداری، پزشک، سایر
۱۵	درآمد ماهیانه در سال	مستقل کیفی رتبه‌ای	مقدار دریافت پول به ازای یک ماه کار فرد با شغل مذکور	پرسشنامه	صفر تا پانصد هزار تومان، پانصد هزار تومان تا دو میلیون تومان، دو میلیون تومان تا پنج میلیون تومان، بیش از پنج میلیون تومان
۱۶	وضعیت سلامتی	مستقل کیفی رتبه‌ای	برداشت فرد از وضعیت سلامتی خود در حال حاضر	پرسشنامه	عالی، خوب، نسبتاً خوب، ضعیف

ردیف	عنوان متغیر	نوع متغیر	تعریف علمی - عملی	نحوه اندازه‌گیری	مقیاس
۱۷	وضعیت داشتن بیماری همراه مزمن	مستقل کیفی اسمی	وضعیت ابتلا به بیماری‌های مزمن (بیش از ۳ ماه ابتلا) در ۱۲ ماه گذشته	پرسشنامه	داشتن یا نداشتن اختلال متابولیک مزمن (دیابت یا قند خون بالا)، بیماری قلبی عروقی مزمن (فشارخون، سکته قلبی، سکته مغزی)، معلولیت جسمی، بیماری خونی مزمن (بدخیمی، آنمی مزمن)، اختلال روانپزشکی مزمن (اعتیاد، افسردگی تحت درمان، اضطراب یا اختلالات وسواسی تحت درمان)، ایدز، بیماری کبدی مزمن، آرتریت یا دیگر بیماری‌های روماتولوژیک، دیگر اختلالات مزمن با ذکر کامل تشخیص قرار داده شده توسط پزشک معالج
۱۸	وضعیت بیمه پایه	مستقل کیفی اسمی	بیمه پایه پوشش دهنده خدمات سلامتی فرد	پرسشنامه	داشتن یا نداشتن نام سازمان بیمه‌کننده
۱۹	وضعیت بیمه تکمیلی	مستقل کیفی اسمی	بیمه تکمیلی پوشش دهنده خدمات سلامتی فرد	پرسشنامه	داشتن یا نداشتن نام سازمان بیمه‌کننده

ردیف	عنوان متغیر	نوع متغیر	تعریف علمی - عملی	نحوه اندازه‌گیری	مقیاس
۲۰	محل زندگی	مستقل کیفی اسمی	محل زندگی فرد بر اساس تقسیمات جغرافیایی کشوری	پرسشنامه	نام استان، شهرستان، شماره یا منطقه شهرداری تهران
۲۱	دسترسی به خدمات سلامتی	مستقل کمی گسسته	فاصله زمانی فرد تا اولین محل دریافت خدمات سلامتی	پرسشنامه	زمان به دقیقه
۲۲	رضایت از خدمات سرپایی	مستقل کیفی رتبه‌ای	رضایت فرد به‌طور کلی از خدمات سرپایی دریافت شده در ماه گذشته	پرسشنامه	از عدد ۱ (کمترین میزان رضایت) تا عدد ۵ (بیشترین میزان رضایت)
۲۳	رضایت از خدمات بستری	مستقل کیفی رتبه‌ای	رضایت فرد به‌طور کلی از خدمات بستری دریافت شده در سال گذشته	پرسشنامه	از عدد ۱ (کمترین میزان رضایت) تا عدد ۵ (بیشترین میزان رضایت)

فصل چهارم - یافته‌های پژوهشی

آمار توصیفی

متغیرهای مستقل

از بین ۶۹۵ فردی که مصاحبه با آنها صورت گرفته بود (۵۴,۳٪ و ۳۵۰ نفر پزشک و ۴۵,۷٪ و ۲۹۵ نفر غیرپزشک)، ۵۰ نفر از گروه غیرپزشک به علت داشتن پزشک در خانواده درجه یک خود، حذف شدند. در این افراد ۵۹,۴٪ (۳۸۳ نفر) مذکر (۲۱۲ پزشک و ۱۷۱ غیرپزشک) و ۴۰٪ (۲۵۸ نفر) مؤنث (۱۳۶ پزشک و ۱۲۲ غیرپزشک) بودند.

میانگین سن افراد ۴۰,۳۳ سال (SD=۹,۷۹، کمترین ۲۲ و بیشترین ۷۲ سال) بوده است (SD=۸,۴۰، ۴۰,۹۹ پزشک و SD=۱۰,۸۳، ۳۹,۷۲ غیرپزشک).

از بین این افراد ۲۶,۸٪ (۱۷۳ نفر در کل، ۲۱,۰٪ پزشکان و ۳۵,۷٪ غیرپزشکان) مجرد بوده و ۷۱٪ متأهل بوده‌اند (۴۵۸ نفر در کل، ۵۶٪ پزشکان و ۴۴٪ غیرپزشکان).

همه افراد همان‌طور که طراحی مطالعه بود مدرک دانشگاهی داشتند.

از بین افراد غیرپزشک ۵٪ خانه‌دار (۳۲ نفر در کل)، ۴,۴٪ دانشجو (۲۸ نفر در کل)، ۳,۳٪ بیکار (۲۱ نفر در کل)، ۲,۵٪ بازنشسته (۱۶ نفر در کل)، ۹,۳٪ شغل آزاد (۶۰ نفر در کل)، ۱۵,۷٪ شغل اداری (۱۰۱ نفر در کل) داشتند و ۵,۹٪ به سبب مشاغل (۳۸ نفر در کل) مشغول بودند.

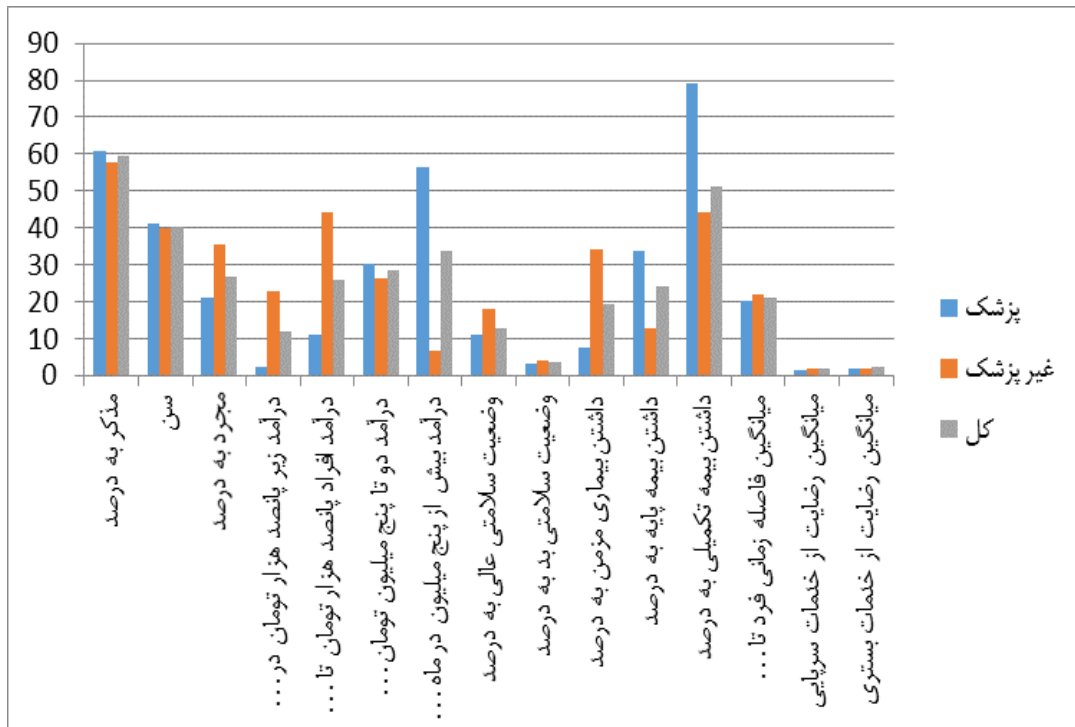
درآمد افراد به شرح زیر بود: ۱۱,۸٪ زیر پانصد هزار تومان در ماه (۷۶ نفر در کل، ۲,۳٪ پزشکان و ۲۲,۷٪ غیرپزشکان)، ۲۵,۷٪ افراد پانصد هزار تومان تا دو میلیون تومان در ماه (۱۶۶ نفر در کل، ۱۱,۲٪ پزشکان و ۴۴,۲٪ غیرپزشکان)، ۲۸,۵٪ افراد دو تا پنج میلیون تومان در ماه (۱۸۴ نفر در کل، ۳۰,۱٪ پزشکان و ۲۶,۵٪ غیرپزشکان) و ۳۳,۶٪ افراد بیش از پنج میلیون در ماه (۲۱۷ نفر در کل، ۵۶,۴٪ پزشکان و ۶,۷٪ غیرپزشکان) درآمد داشتند. لازم به ذکر است که تفاوت درآمد در بین دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار بوده است (Pearson Chi-Square=۲۶۲,۴۲۶، $P<۰,۰۰۱$)

وضعیت سلامتی افراد از نگاه خودشان به این صورت بود: ۱۲,۹٪ عالی (۱۱٪ پزشکان و ۱۸,۲٪ غیرپزشکان)، ۵۵,۲٪ خوب (۶۱,۱٪ پزشکان و ۵۵,۰٪ غیرپزشکان)، ۲۰,۶٪ نسبتاً خوب (۲۲,۶٪ پزشکان و ۲۱,۷٪ غیرپزشکان) و ۳,۶٪ بد (۳,۰٪ پزشکان و ۴,۱٪ غیرپزشکان)

از بین همه افراد، ۱۹,۴٪ دارای یک بیماری مزمن بودند (۷,۷٪ پزشکان و ۳۴,۱٪ غیرپزشکان) وضعیت بیمه افراد بدین صورت بود: ۲۴٪ بیمه پایه داشتند (۳۳,۹٪ پزشکان و ۱۳,۰٪ غیرپزشکان) و ۷۳,۸٪ افراد نداشتند. از این بین بیمه تأمین اجتماعی با ۵۱,۹٪ شایع‌ترین نوع بیمه پایه بود (۸۵,۵٪ پزشکان و ۶۰,۹٪ غیرپزشکان)، بعد از بیمه نیروهای مسلح (۹,۱٪/۱۰,۹٪ پزشکان و ۱۲,۹٪ غیرپزشکان) و بیمه سلامت (۴,۳٪/۱,۴٪ پزشکان و ۸,۸٪ غیرپزشکان) بودند. ۷,۸٪ افراد نیز بیمه‌هایی جز این موارد داشتند. ۵۱,۳٪ افراد دارای بیمه تکمیلی بودند (۷۹٪ پزشکان و ۴۴,۴٪ غیرپزشکان).

میانگین تعداد افراد ساکت در منزل افراد با احتساب خودشان ۲,۸۵ نفر (SD=۱,۱۲) بوده است.

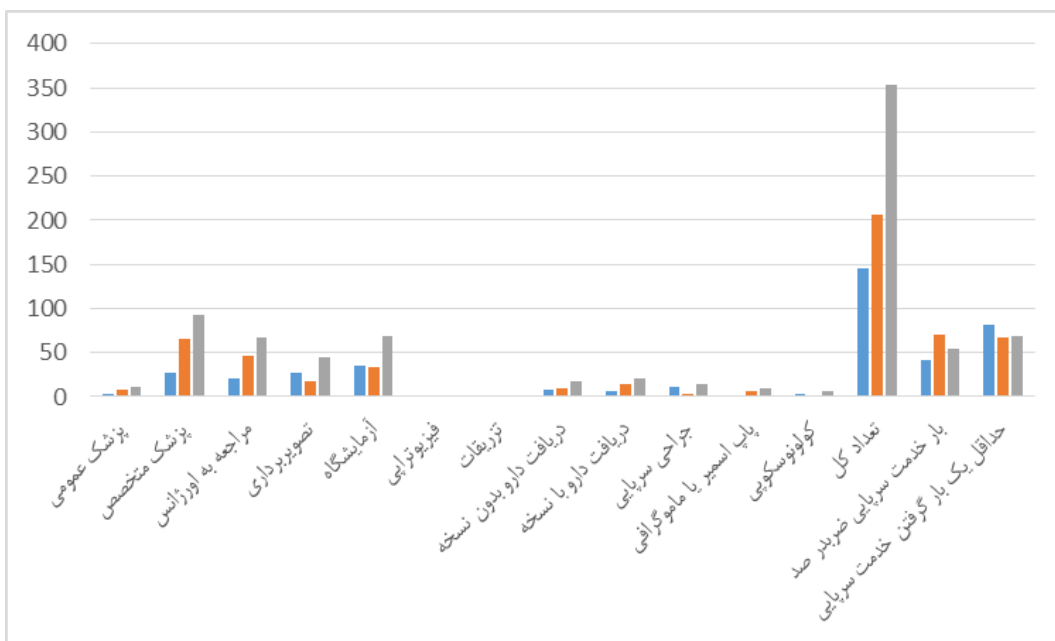
و میانگین فاصله زمانی فرد تا رسیدن به نزدیک‌ترین محل دریافت خدمت ۲۱,۱۱ دقیقه و میانگین فاصله زمانی فرد تا رسیدن به نزدیک‌ترین محل دریافت خدمت ۲۱,۱۱ دقیقه (SD=۱۶,۰۰) ۲۰,۳۲ (SD=۱۰,۹۰) پزشک و ۲۱,۹۲ (SD=۱۹,۸۹) غیرپزشک بوده است. میانگین رضایت از خدمات سرپایی ۱,۷۰ (۱,۴۹ پزشک و ۲,۰۳ غیرپزشک)، و میانگین رضایت از خدمات بستری ۲,۲۰ (۱,۷۴ پزشک و ۲,۳۵ غیرپزشک) بوده است.



متغیرهای مستقل

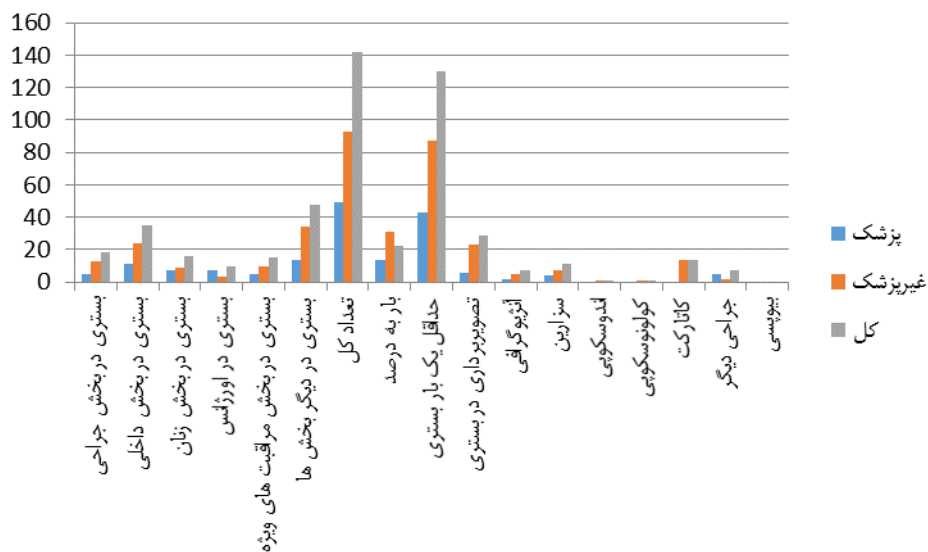
نام خدمت	پزشک	غیر پزشک	کل	P-value of Chi ² test
پزشک عمومی	۳	۸	۱۱	۰,۷
پزشک متخصص	۲۷	۶۶	۹۳	<۰,۰۰۱
مراجعه به اورژانس	۲۱	۴۶	۶۷	<۰,۰۰۱
تصویربرداری	۲۷	۱۷	۴۴	۰,۳۲
آزمایشگاه	۳۵	۳۴	۶۹	۰,۸۰
فیزیوتراپی	۰	۱	۱	۰,۲۷
تزریقات	۱	۰	۱	۰,۳۵

P-value of Chi ² test	کل	غیر پزشک	پزشک	نام خدمت
۰,۵۴	۱۷	۹	۸	دریافت دارو بدون نسخه
۰,۵۰	۲۱	۱۴	۷	دریافت دارو با نسخه
<۰,۰۰۱	۱۴,۳۳	۲,۷۵	۱۱,۵۸	جراحی سرپایی
<۰,۰۰۱	۹,۲۵	۶,۹۱	۲,۳۳	پاپ اسمیر یا ماموگرافی
۰,۳۹۱	۵,۶۷	۲,۲۵	۳,۴۱	کولونوسکوپی
	۳۵۳,۲۵	۲۰۶,۹۱	۱۴۶,۳۳	تعداد کل
	۰,۵۴	۰,۷۰	۰,۴۱	بار خدمت سرپایی
	(%)۴۸۳	(%)۱۹۶	(%)۲۸۷	حداقل یک بار گرفتن خدمت سرپایی



P-value of Chi ² test	کل	غیر پزشک	پزشک	نام خدمت
۰,۰۲	۱۸	۱۳	۵	بستری در بخش جراحی
۰,۰۰۵	۳۵	۲۴	۱۱	بستری در بخش داخلی
۰,۳۹	۱۶	۹	۷	بستری در بخش زنان

نام خدمت	پزشک	غیرپزشک	کل	P-value of Chi ² test
بستری در اورژانس	۷	۳	۱۰	۰,۳۱
بستری در بخش مراقبت‌های ویژه	۵	۱۰	۱۵	۰,۱۰
بستری در دیگر بخش‌ها	۱۴	۳۴	۴۸	<۰,۰۰۱
تعداد کل	۴۹	۹۳	۱۴۲	-
بار	۰,۱۴	۰,۳۱	۰,۲۲	-
حداقل یک بار بستری	۴۳(۱۲,۳٪)	۸۷(۲۹,۵٪)	۱۳۰(۱۸,۷٪)	-
تصویب‌برداری در بستری	۶	۲۳	۲۹	<۰,۰۰۱
آنژیوگرافی	۲	۵	۷	۰,۱۷
سزارین	۴	۷	۱۱	-
آندوسکوپی	۰	۱	۱	۰,۲۷
کولونوسکوپی	۰	۱	۱	۰,۲۷
کاتارکت	۰	۱۴	۱۴	<۰,۰۰۱
جراحی دیگر	۵	۲	۷	۰,۳۵
بیوپسی	۰	۰	۰	-



آمار تحلیلی

بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی با بستری شدن در یک سال اخیر همبستگی معکوس دارد ($P < 0,001$, Pearson's $R = -0,849$, Pearson Chi-Square = $500,765a$) به طوری که ۹۳,۵٪ افرادی که در یک سال اخیر بستری نداشته‌اند، از خدمات سرپایی بهره‌مند شده‌اند و تنها ۲,۱٪ از افرادی که بستری داشته‌اند از خدمات سرپایی نیز بهره‌مند گشته‌اند.

بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی با پزشک یا غیرپزشک بودن همبستگی دارد (Pearson Chi-Square = $20,605$, $P < 0,001$) بدین صورت که بهره‌مندی از خدمات سلامتی در سرپایی در غیرپزشکان کمتر است ($P < 0,001$, Pearson's $R = -0,179$).

بستری شدن در یک سال اخیر نیز با پزشک یا غیرپزشک بودن همبستگی دارد (Pearson Chi-Square = $29,448$, $P < 0,001$) بدین صورت که بهره‌مندی از خدمات سلامتی در سرپایی در پزشکان کمتر است ($P < 0,001$, Pearson's $R = 0,214$).

با وجود اینکه ۷۳٪ مردها بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی داشتند و این مقدار در زن‌ها ۷۷,۵٪ بود، تفاوت بین این دو گروه از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. این مقدار برای بستری شدن در یک سال اخیر نیز اختلاف معنی‌داری بین مردها (۲۲,۷٪) و زن‌ها (۱۶,۷٪) نداشت.

تفاوت بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی و بستری نیز ارتباط معنی‌داری با مقدار درآمد افراد نداشت. بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی با استنباط فرد از سلامت خودش رابطه معکوس معنی‌دار داشت (Pearson Chi-Square = $11,067a$, Spearman Correlation = $-0,085$, $P = 0,037$, $P = 0,050$) ولی این همبستگی در خدمات سلامتی بستری معنی‌دار نبود.

داشتن بیماری مزمن همبستگی با مقدار کمتر بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی داشت (Pearson Chi-Square = $11,704a$, $P = 0,001$, Pearson's $R = -0,135$, $P = 0,001$). این ارتباط در مورد بستری شدن افراد معکوس و معنی‌دار بود (Pearson Chi-Square = $26,330a$, $P < 0,001$) (Pearson's $R = 0,203$, $P < 0,001$).

رضایت از خدمات بستری و سرپایی، داشتن یا نداشتن بیمه پایه و مکمل ارتباط معنی‌داری با بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی و بستری نداشت.

میانگین سن افرادی که از خدمات بستری بهره‌مند شده‌اند به صورت معنی‌داری ۳,۳۲۸ بیشتر از افرادی است که بهره‌مند نشده‌اند ($P < 0,001$)، و این مورد در رابطه با افرادی که از خدمات سرپایی بهره‌مند شده‌اند بالعکس است؛ افرادی که بهره‌مند شده‌اند ۳,۰۶۳ سال کوچک‌تر از افرادی هستند که بهره‌مند نشده‌اند ($P < 0,001$).

رضایت از خدمات، کمترین زمان برای رسیدن به مرکز دریافت خدمت سلامتی و تعداد افراد ساکن در خانه افراد در بین افرادی با بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی و بستری اختلاف معنی‌داری نداشته است.

تحلیل نهایی

در مطالعه ما عدم تقارن اطلاعات به صورت مورد بودن تعریف شده است. در افرادی که مورد هستند یعنی بیماران غیرپزشک شانس بهره‌مندی از خدمات سلامتی سرپایی ۲,۱۹ ($CI=۱,۵۳-۳,۱۱, P<۰,۰۰۱$) برابر افراد شاهد است. و احتمال بستری شدن افرادی که پزشک نیستند ۰,۳۴ پزشکان بوده است ($CI=۰,۲۳-۰,۵۱, P<۰,۰۰۱$)

فصل پنجم - بحث و تحلیل یافته‌ها، نتیجه گیری، پیشنهادات

مفهوم تقاضای القایی از عدم تقارن اطلاعات بین پزشک و بیمار نشأت می‌گیرد و دلیل آن می‌تواند انواع مختلفی از سود برای پزشک مانند سود مالی، اطمینان خاطر بیشتر یا رضایت ظاهری بیشتر بیمار باشد. (۱۶) البته این امکان نیز وجود دارد که بیماری که از لحاظ پزشکی اطلاعات بیشتری دارد، خود بدون توصیه پزشک تمایل به دریافت خدمات بیشتری به دلایل مختلف باشد (۱۷). آنچه اهمیت دارد پی بردن به این موضوع است که آیا تقاضای القایی در بازار سلامت ایران وجود دارد یا خیر. لازم به ذکر است که هیچ مطالعه مشابهی در ایران و حتی در دنیا مشابه این مطالعه و بر اساس نمونه‌گیری از جمعیت انجام نشده است. و در باقی مطالعات انجام شده، هم‌زمان به بررسی خدمات بستری و سرپایی نپرداخته‌اند.

بار مراجعه سرپایی در مطالعه که به صورت تعداد دفعات بهره‌مندی از خدمات سرپایی سنجیده شده در یک ماه بوده است، به‌طور کلی برای همه افراد وارد شده در مطالعه ۰,۵۴ بوده است که در مقایسه با مطالعه بهره‌مندی انجام شده در کشور مقدار بالاتری را نشان می‌دهد. این مقدار در گروه بیماران-پزشک ۰,۴۱ و در گروه بیماران-غیرپزشک ۰,۷۰ بوده است.

احتمال حداقل یک بار دریافت خدمات سرپایی در مطالعه ما در طول یک ماه ۶۹,۴٪ بوده است که مطالعه دیگری در این عدد را بدین صورت گزارش نکرده است. که به تفکیک ۸۲٪ در گروه بیماران-پزشک و ۶۶,۴٪ در بیماران-غیرپزشک بوده است. بیشترین تعداد دریافت خدمت در یک ماه برای خدمات سرپایی مربوط به مراجعه به پزشک متخصص بوده است که ۷۰٪ آن در بیماران-غیرپزشک و تنها ۳۰٪ در بیماران-پزشک رخ داده است. بعد از آن آزمایشگاه (۵۰,۷٪) در گروه بیماران-پزشک و ۴۹,۲٪ در گروه بیماران-غیرپزشک) و بافاصله بسیار کمتری مراجعه سرپایی به اورژانس (۳۱,۱٪) در گروه بیماران-پزشک و ۶۸,۶٪ در گروه بیماران-غیرپزشک) بوده است. لازم به ذکر است که این خدمات با وجود اینکه سهم کمی از بار خدمات سرپایی را دارند ولی بهره‌مندی بیماران پزشک در آن‌ها بیشتر از بیماران غیرپزشک بوده است: تصویربرداری سرپایی (۱۲٪ بار مراجعه)، جراحی سرپایی و کولونوسکوپی.

بار بستری شدن در مطالعه حاضر نیز که به صورت تعداد دفعات بستری به ازای هر فرد در یک سال است، ۰,۲۲ بوده است که در مقایسه با مطالعه بهره‌مندی صورت گرفته در کشور بسیار بزرگ‌تر است چراکه طبق مطالعه بهره‌مندی بار بستری به ازای هر فرد-سال ۰,۰۷ و طبق گزارش حاصل از دیتاهای ثبت شده بیمارستانی ۰,۱۸ می‌باشد. بار بستری به ازای فرد سال برای گروه بیماران-غیرپزشک بسیار بالاتر از بیماران-پزشک بوده است. این بار برای گروه بیماران-پزشک ۰,۱۴ و برای گروه بیماران-غیرپزشک ۰,۳۱ بوده است.

با وجود اینکه بهره‌مندی از خدمت جراحی سرپایی در یک ماه به‌طور کلی در تمامی افراد ۱۴,۳ بار بوده است، آنچه محل توجه است سهم بالاتر بیماران پزشک در بهره‌مندی از این خدمت در مقایسه به بیماران غیرپزشک بوده است. این نتیجه در مطالعات قبلی نیز نشان داده شده است که برخلاف انتظار، و برخلاف در پزشکان بیشتر از غیرپزشکان است (۶ و ۷)

احتمال اینکه فردی حداقل یک بار در سال بستری شود برای تمامی افراد وارد شده در مطالعه ۱۸,۷٪ بوده است که این مقدار نیز در گروه بیماران-غیرپزشک (۲۹,۵٪) بالاتر از گروه بیماران-پزشک (۱۲,۳٪) بوده است. بیشترین بستری مربوط به بستری در بخش‌هایی جز جراحی، داخلی، زنان، اورژانس و مراقبت‌های ویژه بوده است (۲۹,۵٪ کل بستری‌ها) که مقدار آن نیز مانند بار مراجعه در گروه بیماران-غیرپزشک (۷۰,۸٪) از گروه بیماران-پزشک (۲۹,۱٪) بالاتر بوده است.

بیشترین نوع خدمتی که افراد حاضر در مطالعه اظهار داشته‌اند که در طول بستری خود دریافت کرده‌اند تصویربرداری در بستری بوده است که ۶۰٪ خدمات گزارش شده از سمت افراد می‌باشد. حائز اهمیت است که ۷۹,۳٪ موارد گزارش شده که خدمت تصویربرداری در طول بستری خود دریافت کرده‌اند مربوط به گروه بیماران-غیرپزشک است.

آنچه در این گزارش‌ها توجه را به خود جلب می‌کند، بهره‌مندی معنی‌دار بیشتر بیماران غیرپزشک نسبت به بیماران پزشک هستند که همگی دارای مدرک دانشگاهی می‌باشند. در نتیجه آن، می‌توان به این موضوع اشاره کرد که احتمالاً تفاوت در بار خدمات سرپایی و بستری در این گروه ناشی از تفاوت‌های ناشی از تحصیلات نبوده است.

مراجعه به پزشک متخصص به علت نبود سیستم ارجاع مناسب در ایران از مهم‌ترین نقاط برای کنترل هزینه‌های اضافه در بازار سلامت ایران است. این خدمت سرپایی همان‌طور که در این مطالعه دیده شد، بیشترین خدمت سرپایی را در بین افراد تشکیل داده بود. ولی از آنجایی که علت این مراجعه مشخص نمی‌باشد که به تمایل فرد بوده است یا توصیه پزشک، نمی‌توان به‌طور قطع اظهار داشت که علت بار بیشتر این خدمت در بیماران غیرپزشک تقاضای القایی بوده است. علل آن می‌تواند عدم آگاهی افراد از این مسئله باشد که پزشک عمومی نیز می‌تواند نیاز سلامتی وی را برطرف سازد و نیازی به مراجعه به پزشک متخصص نیست. لذا ایجاد سیستم ارجاع در این مقوله به‌طور احتمالی می‌تواند بار بالای این خدمت سرپایی را تا حدودی کنترل کند و سپس در صورت ادامه روند تفاوت بین بیماران پزشک و بیماران غیرپزشک، تقاضای القایی از قوی‌ترین علل آن خواهد بود. یکی از شواهدی که می‌تواند نشان دهد که نبودن سیستم ارجاع مناسب از زمینه‌سازهای این تفاوت است، بار مراجعه‌ی بالای مراجعه به اورژانس سرپایی در بیماران غیرپزشک در مقایسه به بیماران پزشک است. چراکه به‌طور معمول مراجعه به اورژانس به میل خود شخص و در صورت حس نیاز صورت می‌گیرد و نقش پزشک در ایجاد این تقاضا کمتر است. علت دیگر مراجعه کمتر پزشکان مسئله خوددرمانی می‌باشد، ولی شواهد حاصل از تفاوت در دریافت خدمت آزمایشگاه می‌تواند برخلاف این موضوع باشد، چراکه امکان خوددرمانی در مراجعه به آزمایشگاه وجود ندارد، و باوجود آن، بار مراجعه آن در بیماران پزشک کمتر بوده است.

از طرفی دیگر، خدمات بستری بسیار کمتر از خدمات سرپایی مستعد تقاضای القایی هستند (۱۸)، چراکه معمولاً فردی حاضر به بستری می‌شود که نیاز آن واقعاً در وی وجود داشته باشد. این موضوع، در کنار اینکه بار مراجعه بستری به‌دست‌آمده از این مطالعه در بیماران-غیرپزشک بیشتر بوده است، می‌توان مطرح کننده این باشد که شاید نیازهای سلامتی در افراد مورد بررسی ما در گروه غیرپزشکان به‌طور

واقعی از گروه پزشکان بیشتر بوده است. البته لازم به ذکر است، تفاوت و تعداد گزارش بالاتر از خدمات تصویربرداری در بستری در بیماران غیرپزشک، می‌تواند مطرح‌کننده علتی جز نیاز واقعی باشد، مانند تقاضای القایی یا ارتباط غیر کارآمدتر پزشک و بیمار وقتی بیمار غیرپزشک است. (؟) به‌طور کلی در این مطالعه شواهدی یافت شد که بار خدمات سرپایی و بستری در بیمارانی که غیرپزشک هستند ولی تحصیلات دانشگاهی دارند در بیماران پزشک بیشتر است. نمی‌توان به‌طور قطع اظهار داشت که این تفاوت ناشی از تقاضای القایی تنها می‌باشد. بخصوص با این وجود که هیچ مقاله‌ی مشابهی با همین ساختار چه در ایران و چه در دنیا صورت نگرفته است.

لازم به ذکر است که این مطالعه تنها به بررسی وضعیت موجود پرداخته است و به علت عدم وجود اطلاعات مشابه قبل از طرح تحول سلامت، نمی‌توان اظهار داشت که طرح تحول سلامت چه تأثیری بر تقاضای القایی در بازار سلامت ایران داشته است. لذا توصیه ما بر این است که تحقیق و مطالعه برای بررسی اثرات طرح تحول سلامت، با این مطالعه ممکن نمی‌باشد، ولی با انجام مطالعات مشابه و در ابعاد کشوری می‌توان روند تغییرات بعد از اصلاحات بعدی یا روند تغییرات خودبه‌خودی را بررسی نمود و نیز بررسی کرد که به‌طور دقیق علت ایجاد این بهره‌مندی‌ها توصیه پزشکان یا احساس نیاز خود فرد بوده است.

منابع

۱. رضاپور عزیز، عبادی فردآذر فرید، عباسی بروجنی پروین. وضعیت تخصیص منابع در نظام سلامت ایران
۲. Walley T, Haycox A, Boland A. *Pharmacoeconomics*. Philadelphia: Elsevier Health Sciences
۳. tradingeconomics.com/iran-who.int/countries/iran/en
۴. داوری م. چالش‌های اقتصادی نظام سلامت ایران. مدیریت اطلاعات سلامت. Mar ۸ ۲۰۱۲.
۵. Korenstein D, Falk R, Howell EA, Bishop T, Keyhani S. Overuse of health care services in the United States: an understudied problem. *Archives of internal medicine*. ۲۰۱۲ Jan ۲۳; ۱۷۲(۲): ۱۷۱-۸.
۶. Johnson, Erin M., and M. Marit Rehavi. Physicians treating physicians: Information and incentives in childbirth. No. w۱۹۲۴۲. National Bureau of Economic Research, ۲۰۱۳.
۷. Bunker, John P., and Byron Wm Brown Jr. "The physician-patient as an informed consumer of surgical services." *New England Journal of Medicine* ۳۹۰, ۱۹ (۱۹۷۴): ۱۰۵۱-۱۰۵۵.
۸. Ubel, Peter A., Andrea M. Angott, and Brian J. Zikmund-Fisher. "Physicians recommend different treatments for patients than they would choose for themselves." *Archives of Internal Medicine* ۱۷۱, ۷ (۲۰۱۱): ۶۳۰-۶۳۴.
۹. کیوان آرا محمود، کریمی سعید، خراسانی الهه، جعفریان جزئی مرضیه. دیدگاه صاحب‌نظران سیستم سلامت درباره علل کلان مؤثر بر تقاضای القایی؛ یک مطالعه کیفی
۱۰. خراسانی الهه، کیوان آرا محمود، کریمی سعید، جعفریان جزئی مرضیه. شناخت نقش بیماران در تقاضای القایی از دیدگاه صاحب‌نظران؛ یک مطالعه کیفی
۱۱. محبوبی محمد، اجاقی شهناز، قیاسی محمد، افکار ابوالحسن. بیمه‌های مکمل و تقاضاهای القایی در جانبازان شیمیایی.
۱۲. عبدلی قهرمان، ورهرامی ویدا. نقش اطلاعات نامتقارن در القای تقاضا: مطالعه موردی خدمات پزشکی.
۱۳. عبدلی قهرمان. نظریه القای تقاضا ناشی از عدم تقارن اطلاعات بین بیماران و پزشکان.
۱۴. ورهرامی ویدا. بررسی تقاضای القایی پزشک.
۱۵. http://www.rasmussenreports.com/public_content/about_us/methodology
۱۶. Culyer, A. J. *Encyclopedia of health economics*. Newnes, ۲۰۱۴.
۱۷. Kenkel, Don. "Consumer health information and the demand for medical care." *The review of economics and statistics* (۱۹۹۰): ۵۸۷-۵۹۵.
۱۸. Freebairn, John. "Evaluation of the Supplier-Induced Demand for Medical Care Model." *Australian Economic Review* ۳۴, ۳ (۲۰۰۱): ۳۵۳-۳۵۵.