

# بیمه های مکمل و تقاضاهای القایی در جانبازان شیمیایی

محمد محبوبی<sup>\*</sup>، شهناز اجاقی<sup>۱</sup>، محمد قیاسی<sup>۲</sup>، ابوالحسن افکار<sup>۳</sup>

۱دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، ۲دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،

۳دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان

\*نویسنده پاسخگو: دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران. تلفن: ۰۹۱۸۸۳۴۰۲۱۸

Email: mm59m@yahoo.com

## چکیده

زمینه وهدف: سلامت مولفه‌ای آشنا برای سیاستگذاران در همه کشورها می‌باشد. خدمات سلامت به شیوه‌های مختلف و با کمیت و کیفیت متفاوت ارائه می‌شود. در این میان نقش بیمه‌ها و پوشش آن‌ها برای افراد جامعه مساله مهمتری است که سلامت در لوای آن می‌تواند پیشرفت یا تنزل داشته باشد. تاثیر بیمه‌های مکمل و ارائه خدمات درمانی به قشرهای آسیب‌پذیر از جمله جانبازان شیمیایی و بررسی نیازهای واقعی آنان و تقاضاهای تحمیلی از سوی ارائه‌دهندگان خدمت مساله‌ای غیرقابل چشم‌پوشی می‌باشد. این مطالعه به منظور بررسی تاثیر بیمه‌های مکمل بر تقاضاهای القایی جانبازان شیمیایی ۲۵٪ و بالاتر شهرستان گیلانغرب از توابع استان کرمانشاه صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر به روش توصیفی - مقطعی در نیمه اول سال ۱۳۸۷ انجام گردیده است. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ای دو بخشی و مصاحبه با یکایک افراد جانباز(۳۰۰ نفر)، پزشکان عمومی(۸ نفر)، پزشکان متخصص(۱۲ نفر) گردآوری گردیده‌اند و روایی آن با استفاده از نظرات متخصصان و پزشکان عمومی غیرطرف قرارداد، کارشناسان خبره بیمه و در نهایت اساتید دانشگاه مورد تایید قرار گرفته و سپس داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و توسط نرم افزار spss تجزیه و تحلیل گردیده‌اند.

یافته‌ها: گروه مورد مطالعه شامل ۱۹۰ زن و ۱۱۰ مرد به ترتیب با میانگین سنی به ترتیب ۵۰ و ۴۸ بوده است. کلیه خدمات اولیه افراد مورد مطالعه رایگان و توسط ۳ بیمارستان منطقه‌ای عمومی، ۲ آزمایشگاه و ۳ داروخانه خصوصی ارائه شده بود و ۱۰۰٪ افراد جهت انجام درمان‌های تخصصی دارای پوشش بیمه‌های مکمل بوده‌اند. ۶۰٪ افراد جانباز علت مراجعه خود را به پزشک متخصص فقط جهت اطمینان از سلامتی خود عنوان کرده و خود درخواست چک‌آپ، سی‌تی‌اسکن و... نموده بودند. طبق اظهارات ۸۰٪ پزشکان متخصص و ۴۸٪ پزشکان عمومی مورد مطالعه در مصاحبه، بیماران خود راسا درخواست نوع و مقدار دارو را از پزشک دارند. طبق اظهارات داروسازان طرف قرارداد در مصاحبه، ۸۵٪ داروهای تجویزی از منطق درمانی خاصی برخوردار نیستند. طبق اظهارات ۴۴٪ از بیماران، بیشتر پزشکان عمومی داروهای گران را در دفترچه نوشته و آن را از بیمار طلب می‌کنند و طبق نظر ۲۸٪ نیز پزشکان عمومی طرف قرارداد با درمان‌های متفاوت و پیشنهاد مراجعه مکرر به آن‌ها، این بیماران را حساس نموده و آن‌ها نیز مجبورند تا حصول سلامتی طبق نظر پزشک، بارها مراجعه نمایند.

بحث و نتیجه‌گیری: رایگان بودن خدمات ارائه‌شده در بعضی از افراد این نگرش را ایجاد نموده که تا پزشک، دارو و امکانات رایگان وجود دارد، حداکثر استفاده را ببرند. در این میان برخی از پزشکان ممکن است جهت کسب درآمد و سود ناشی از بیمه‌ها، خواسته یا ناخواسته تقاضاهایی را به بیمار القاء کنند که واقعیت نداشته است. البته این روش کسب درآمد از روش‌های نامحسوس بین پزشکان و بیماران می‌باشد. با تغییر نگرش بیماران و نظارت بیشتر روی پزشکان طرف قرارداد و استفاده صحیح از بیمه‌های مکمل و با بررسی مستمر تقاضا و نیاز جانبازان و علت مراجعات مکرر آن‌ها می‌توان تقاضاهای القایی به بیماران را تا حدود زیادی کاهش داد.

کلید واژه: بیمه‌های مکمل، تقاضاهای القایی، گیلانغرب، جانبازان شیمیایی

تاریخ دریافت: ۸۹/۲/۱۱

تاریخ پذیرش: ۸۹/۵/۲۳

## مقدمه

حفاظت مردم در برابر هزینه‌های بیماری و تامین عدالت در مشارکت مالی در این هزینه‌ها از هدف‌های اصلی نظام‌های سلامت است (۱). به مراقبت یا فروش خدمت غیرضروری به بیماران یا مراجعین به نظام سلامت که با اعمال قدرت و سفارش افراد متخصص در این نظام القاء می‌شود، تقاضای القایی اطلاق می‌گردد (۲).

تقاضای القایی در نتیجه عوامل متعدد اقتصادی و ساختاری، بازار سلامت، رفتار دریافت‌کنندگان خدمت و فروشندگان آن و... بروز می‌کند. تقاضای القایی اگر چه بیشتر بر خدمات مشاوره‌ای و ارجاعی تمرکز دارد، ولی در برخی اوقات شامل ارائه خدمات اضافی و غیرضروری توسط اولین فروشنده خدمت نیز می‌شود و گاهی علاقمندی به بیمار و سعی در کمک به او، پزشک یا کارمند سیستم بهداشتی را به انجام خدمات اضافه‌تر و غیرضروری ترغیب می‌نماید (۳).

این وضعیت می‌تواند با ایجاد تقاضای بیشتر، تعادل عرضه و تقاضا را در بازار سلامت و پزشکی بهم زند. اگر چه این امر سبب تحمیل هزینه‌های اضافی بر بیمار و اتلاف وقت او می‌گردد، اما این امر گاهی نیز با درمان‌ها و تشخیص‌های غلط باعث بروز عوارض طبی در گیرندگان خدمت خواهد شد. ضرر و زیان‌های اقتصادی تقاضای القایی در سطح ملی بخصوص وقتی که دولت برای خدمات پزشکی و دارو یارانه پرداخت می‌کند، کاملاً روشن و واضح است (۴).

عوامل موثر بر ایجاد تقاضای القایی شامل عوارض فردی (اتلاف سرمایه، اتلاف وقت، تحمل درد و رنج و استرس، بروز عوارض ناشی از داروهای غیرضروری) و عوارض اجتماعی (اتلاف منابع مالی کشور با دادن یارانه خدمات پزشکی، بروز مقاومت میکروبی در برابر آنتی‌بیوتیک‌ها در اثر مصرف نابجا، افزایش تقاضای کاذب برای دریافت خدمات و ایجاد بازار سیاه در نظام سلامت) می‌باشد (۵). مهارت در کنترل عوامل موثر از جمله وظایف اساسی دولت به خصوص سازمان‌های بهداشتی درمانی و رفاهی می‌باشد. وجود بیمه‌های گوناگون در کشور جمهوری اسلامی ایران و نبود اتوماسیون قوی میل افراد را به داشتن دفترچه‌های درمانی متعدد بیشتر می‌کند. وجود بیمه مکمل در گروه‌های خاص و نداشتن نظارت کافی برای استفاده مناسب از این شیوه خدماتی گرایش مصرف‌کننده و ارائه‌دهنده خدمات پزشکی را چه به صورت

آگاهانه یا ناآگاهانه به سوی استفاده نامناسب از رسالت اصلی درمان سوق می‌دهد. عوامل مذکور پژوهشگر را بر آن داشت که در خصوص چگونگی استفاده جانبازان شیمیایی ۲۵ درصد و بالاتر روستای نسا در دوره و توابع آن از دفترچه‌های درمانی و بیمه‌های مکمل مطالعه‌ای با عنوان تاثیر بیمه‌های مکمل بر تقاضای القایی جانبازان شیمیایی ۲۵ درصد و بالاتر روستای نسا در نیمه اول سال ۱۳۸۷ انجام دهد.

## مواد و روش‌ها

مطالعه به روش توصیفی در نیمه اول سال ۱۳۸۷ (فروردین تا پایان اردیبهشت) بر روی جانبازان شیمیایی ۲۵ درصد و بالاتر که دارای کارت جانبازی تایید شده از طرف بنیاد شهید و امور ایثارگران کرمانشاه بوده است. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه دویخشی (مشخصات دموگرافیک-سوالاتی در مورد تعداد مراجعات بیمار به مراکز درمانی، علل مراجعه، تعداد تقاضای ناخواسته از طرف موسسات دولتی) برای بیماران، مشاهده و مصاحبه با بیماران مذکور و مراکز درمانی خدمت‌دهنده شهرستان‌های سرپل ذهاب، اسلام آباد غرب، گیلانغرب که موظف به ارائه تسهیلات درمانی به جانبازان دارای بیمه مکمل بوده‌اند که شامل (۸پزشک عمومی، ۱۲پزشک متخصص، ۶ داروخانه، ۱مرکز فیزیوتراپی، ۳ دندانپزشک) بوده و در نهایت با بررسی دفترچه‌های درمانی بیماران، مشاهده و بررسی سبد دارویی خانوار به صورت تصادفی و مصاحبه با ۳۰۰ جانباز شیمیایی داده‌ها گردآوری گردید. هدف از مطالعه با استفاده از آموزش به تمام افراد مورد پژوهش تفهیم و در نهایت اگر فردی از سوی ارائه‌دهنده خدمت به او پیشنهادی غیرمعمول شده بود، انتخاب و وارد مطالعه گردیدند. روایی پژوهش با استفاده از نظرات متخصصان و پزشکان عمومی غیر طرف قرارداد، کارشناسان خبره بیمه و در نهایت اساتید دانشگاه مورد تایید قرار گرفته و سپس داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و نرم‌افزار spss10 تحلیل گردید.

## یافته‌ها

از ۳۰۰ جانباز مورد مطالعه تعداد مردان ۱۱۰ و تعداد زنان ۱۹۰ نفر بوده‌است که این افراد براساس گروه‌های سنی ۱۰ ساله در جدول شماره ۱ نمایش داده شده‌است. چون

حاکمی از آن است که در مجموع ۳۰۰ بیمار مورد مطالعه، بیشترین تقاضا از طرف پزشکان عمومی به میزان ۹۲ درصد، بعد از آن از سوی پزشکان متخصص به میزان ۵۸.۶ درصد و سپس از طرف داروخانه‌ها با فروش تحمیلی اقلام مازاد (بهداشتی، آرایش و داروهای غیرضروری) به میزان ۳۸.۳ درصد القا شده است. (جدول شماره ۱)

طبق اظهارات بیماران، سایر یافته‌های پژوهش نشان داده است که در برخی اوقات بیماران به دلیل ساده‌ای از جمله سرماخوردگی، کمردرد به پزشکان مراجعه نموده‌اند و به دلیل تجویز داروهای غیرضروری از طرف پزشکان و همچنین وضعیت خاص جسمی جانبازان، این اشخاص مبتلا به سایر بیماری‌ها گردیده‌اند. بعضی بیماران اظهار داشته‌اند که برخی از پزشکان با تجویز آزمایش‌های غیرضروری و تاکید بر مراجعه بعدی و پر اهمیت نشان دادن بیماری‌های ساده که بیمار تجربه قبلی آن‌ها را داشته است، آن‌ها را مجبور به پیگیری مستمر می‌نمایند (برخی ذکر نموده‌اند که گاهی اوقات از طرف پزشکان متخصص هیچ دارویی تجویز نمی‌شود). تعدادی از بیماران در مراجعه به پزشک متخصص اظهار داشته‌اند که در صورت عدم مراجعه مستمر به متخصصین طرف قرارداد، شیوه درمانی اتخاذ شده برای آنان با شیوه درمانی پزشکان غیرطرف قرارداد تفاوت بسیار زیادی دارد. طبق اظهارات جانبازان، متصدیان داروخانه با وجود رایگان بودن داروهای این جانبازان، اقدام به فروش چسب، قرص‌های سرماخوردگی، شربت سینه، مسواک، کرم و یا حتی شامپو می‌کنند، در صورتی که بیمار اظهار داشته است که هیچ‌گونه نیازی به آن‌ها نداشته است.

۳۴.۴ درصد جانبازان مراجعه‌کننده به ارائه‌دهندگان خدمات، تقاضای داروهای را داشته‌اند که برای آن‌ها ضروری نبوده است. این میزان برای انجام آزمایش ۵۲.۱ درصد، CTS ۶.۲ درصد، MRI ۱۱ درصد، سزارین ۱.۷ درصد، فیزیوتراپی ۶.۵ درصد، گواهی پزشکی ۲۰.۳ درصد، جرم‌گیری غیرضروری دندان ۱۳.۸ درصد و همچنین تقاضا برای پر کردن دندان ۴ درصد بوده است؛ که این تقاضاها از سوی جانبازان شیمیایی بر پزشکان عمومی و متخصص با تخصص‌های داخلی، جراحی عمومی، زنان و زایمان و همچنین دندانپزشکان القاء گردیده است. (نمودار شماره ۱)

کلیه جانبازان مورد مطالعه بالاتر از ۳۰ سال داشته‌اند؛ لذا در مطالعه، گروه‌های سنی از ۳۰ سال شروع شده است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی جانبازان شیمیایی مورد مطالعه بر حسب گروه سنی و جنسیت در نیمه اول سال ۱۳۸۷

سن (سال)	جمع			
	۳۰-۴۰	۴۱-۵۰	۵۱-۶۰	۶۰ سال و بالاتر
مرد	۱۸	۶۲	۲۰	۱۰
زن	۵۳	۸۳	۳۳	۲۱
جمع	۷۱	۱۴۵	۵۳	۳۱

جدول ۲: تقاضای القایی از طرف ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بر روی جانبازان مراجعه‌کننده بر حسب گروه‌های سنی

گروه سنی	متخصص پزشک		داروخانه		آزمایشگاه		پزشک عمومی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۳۰-۴۰	۳۵	۴۹.۲	۱۷	۲۴.۲	۰	۰	۶۸	۹۷.۱
۴۱-۵۰	۸۳	۵۷.۲	۴۷	۳۲.۴	۰	۰	۱۲۸	۸۸.۲
۵۱-۶۰	۳۹	۷۳.۵	۲۲	۴۱.۵	۰	۰	۵۰	۹۴.۳
۶۰ و بالاتر	۱۹	۶۱.۲	۲۹	۹۳.۵	۰	۰	۳۰	۹۶.۷
جمع	۱۷۶	۵۸.۲	۱۱۵	۳۸.۳	۰	۰	۲۷۶	۹۲

پژوهشگر با استفاده از پرسشنامه و از طریق مصاحبه با بیماران در گروه‌های مختلف سنی سعی نموده است تا اطلاعاتی را در مورد تقاضای القایی که از طرف پزشکان متخصص، داروخانه‌ها، پزشکان عمومی بر مراجعین القاء می‌شود، جمع‌آوری کند که این اطلاعات تحلیل شده در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

همان‌طور که جدول شماره ۲ نشان داده است تقاضای القایی از طرف کارکنان آزمایشگاه صفر مورد بوده است. اما در گروه سنی ۳۰-۴۰ سال که ۷۱ نفر از این جمعیت را تشکیل داده و همه آن‌ها در ۶ ماهه اول سال ۱۳۸۷ حداقل یک بار به پزشک مراجعه نموده بودند، عنوان شده است که پزشکان عمومی بیشترین تقاضای القایی را در بیماران ایجاد کرده‌اند. در سایر گروه‌های سنی نیز گفته شده که بیشترین تقاضا از طرف پزشکان عمومی و مشابه گروه قبل القاء شده است. اما نتایج حاصل از پژوهش

## بحث

همان‌گونه که گفته شد با بررسی مستمر تقاضا و نیاز جانبازان و علت مراجعات مکرر آن‌ها می‌توان تا حدود زیادی تقاضای القایی را کاهش داد.

گریتن و سورنسن (۲۰۰۱) در مطالعه‌ای با عنوان انواع قرارداد و تقاضای القایی برای پزشکان در نروژ (NORWAY) که در آن رقابت بین دو گروه پزشکان دولتی و قراردادی مورد پژوهش قرار گرفته بود به این نتیجه رسیده بودند که پزشکانی که به ازای هر بیمار حقوق دریافت می‌کنند تمایل بیشتری برای ایجاد تقاضا در بیماران دارند (۷) که می‌تواند بیانگر مطابقت نتایج پژوهش حاضر با این پژوهش باشد.

هادیان (۱۳۸۵) و همکاران در پژوهشی با عنوان تخمین تابع تقاضای بیمه درمان مکمل، مطالعه موردی: شرکت سهامی بیمه ایران خاطر نشان می‌سازند که مهمترین عوامل تعیین‌کننده تقاضای این بیمه نامه‌ها، درآمد سرانه مخارج بهداشتی انتظاری و نرخ تورم مورد انتظار می‌باشد. کسش درآمدی تقاضا در دو حالت نقطه‌ای و میانگین دوره به ترتیب ۷ درصد و ۰.۰۸ درصد برآورد شده است و نشان می‌دهد که بیمه درمان مکمل کسش درآمدی بسیار کمی دارد. کسش مخارج بهداشتی انتظاری ۰.۲ درصد برآورد شده که کم کسش بودن تقاضای بیمه درمان مکمل نسبت به این متغیر را تایید می‌کند که نتایج این مطالعه با کلیات پژوهش حاضر مطابقت دارد (۸).

## نتیجه‌گیری

با توجه به نیاز متفاوت افراد برای سلامتی و از سویی آمیخته شدن آن با سودجویی‌های مالی و یا تقاضاهای کاذب تدوین چارچوب منسجم برای استفاده صحیح بیمار و پزشک از بیمه‌های مکمل در تمامی نظام‌های سلامت دنیا انتظار می‌رود. افزایش نگرش و دانش، استفاده از کارت‌های هوشمند و سطح‌بندی نمودن بیمارانی که دارای بیمه مکمل هستند و همچنین ارزیابی پزشکان و سایر قسمت‌های پاراکلینیکی با استفاده از روش‌های نوین امروزی می‌تواند فاصله تقاضای القایی را بین گروه‌های سودجو زیاد کند.

رشیدیان (۱۳۸۷) در مقاله‌ای تحت عنوان تشخیص‌های پرهزینه و چالش‌های نظام سلامت چند مشکل (نبود نظام تصمیم‌گیری برای بیمه‌ها، توزیع ناعادلانه ابزار و تجهیزات برای بیمه‌شدگان (از لحاظ مکان)، نداشتن اطلاعات پوشش بیمه‌های تکمیلی برای خدمات تشخیصی محدود، مشکل پرداخت پول از جیب بیماران، مستقل شدن مراکز تشخیصی و تصویربرداری به منظور جلب درآمد مالی و سوددهی و میل بیمه‌شدگان برای استفاده از خدمات آن‌ها، تبلیغ تجاری مراکز کلینیکی و پاراکلینیکی و گاهاً بزرگنمایی) را مطرح نموده‌اند (۶).

رایگان بودن خدمات ارائه شده در بعضی از افراد این نگرش را ایجاد نموده که تا پزشک، دارو و امکانات رایگان وجود دارد، حداکثر استفاده را ببرند. در این میان برخی از پزشکان ممکن است جهت کسب درآمد و سود ناشی از بیمه‌ها، خواسته یا ناخواسته تقاضاهایی را به بیمار القاء کنند که واقعیت نداشته است. البته این روش کسب درآمد از روش‌های نامحسوس بین پزشکان و بیماران می‌باشد. با تغییر نگرش بیماران و نظارت بیشتر روی پزشکان طرف قرارداد و استفاده صحیح از بیمه‌های مکمل و با بررسی مستمر تقاضا و نیاز جانبازان و علت مراجعات مکرر آن‌ها می‌توان تقاضاهای القایی به بیماران را تا حدود زیادی کاهش داد.

از سوی دیگر باید توجه داشت که ارائه‌دهندگان خدمت علی‌الخصوص پزشکان در بسیاری از موارد بصورت غیرعمدی و برای بالا رفتن کیفیت درمان ممکن است باعث ایجاد تقاضای القایی گردند که در این خصوص نیز می‌بایست زمینه‌های ایجاد این تقاضا را شناخت و درصد رفع آن برآمد بطور مثال ممکن است که ایجاد تقاضای القایی بعلت ضعف در دانش یا مهارت خاصی باشد که به سادگی قابل آموزش است. بعکس بسیاری از تقاضاهای القایی که جانبازان از پزشکان دارند نیز ممکن است در اثر ضعف در دانش و معلومات آنان باشد که با بالابردن سطح دانش آنان نیز می‌توان بسیاری از این تقاضاها را کاهش داد و منابع در اختیار را بهینه مصرف نمود. بطور کلی

## منابع

1. Kavooosi, Z.rashidian, A.poormalek, F. (2009)'measurement of family interfaces with high

prices of health: Longitudinal study in 17<sup>th</sup> region of Tehran'. Hakim journal 1388(12):38-47

2. Cawley, j.Simon, K. (2005)'Health Insurance Coverage and the Macro economy'. *Journal of health Economics*, 24:199-215.
3. Cline, R.Mott, D. (2003)'exploring the Demand for a Voluntary Medicare Prescription Drug Benefit; AAPS Pharmsic', May 14, 5(2) Article 19.
4. Izumida,N.,Urush,H.Nakanish,s.(1999) 'An Empirical study of the Physician-induced Demand Hypothesis, *Review of Population and Social Policy*', 8:11-25.
5. Poorreza, A. (2004)'Health economics for developing countries'. 1th ed. Iran: Tehran.
6. Rashidian, A. (2009)'expensive diagnosis and challenges of health system'. *Sepid*, 3:105.
7. Grytten, J.Sorensen, R. (2001)'Type of contract and supplier-induced demand for primary physicians in Norway'. *Journal of Health Economics*. May; 20(3):379-93.
8. Hadian, M.Ghaderi, H.Moieni, M. (2006)'Estimating of complementary insurance, case study: Iran insurance'. *Journal of economics research*.6 (4):34.