

بررسی تفاوت در رفتار اقتصادی پزشکان و انگیزه‌های اقتصادی سهم‌خواری در پزشکی^۱

نادر دشتی

مهدی باسکا^۱

ارشک مسائلی

چکیده

با توجه به تفاوت‌های اساسی ساختار بازار پزشکان و بازارهای سنتی اقتصاد، تفاوت در تعیین قیمت‌گذاری این بازار نیز به‌طور ویژه‌ای مورد توجه قرار گرفته است. بررسی تفاوت‌های میان هزینه‌های نهایی پزشکان عمومی و متخصص، نشان‌دهنده آن است که سهم‌خواری در پزشکی به هنگام وجود تفاوت میان هزینه نهایی و قیمت‌های موجود در بازار، به وجود می‌آید. راهکار اقتصادی مبارزه با این پدیده، تعدیل مجدد قیمت‌ها در حد هزینه‌های نهایی می‌باشد. عدم توجه به این موضوع سبب خواهد شد تا «بازپرداخت»، به عنوان ابزاری که قیمت خالص متخصصین را به حد هزینه نهایی واقعی آنها نزدیک می‌کند، رواج یابد. گسترش بازپرداخت‌ها در بازار سبب خواهد شد تا بخشی از قدرت انحصاری متخصصین (از طریق بازپرداخت) به پزشکان عمومی منتقل گردد؛ این موضوع نیز در بلندمدت، توجه پزشکان به افزایش تخصص خود را با مشکل مواجه می‌نماید. در مطالعه حاضر به منظور بررسی اقتصادی سهم‌خواری در پزشکی، سه ابزار اقتصادی مورد استفاده قرار گرفته است؛ ابتدا با استفاده از «تئوری نمایندگی»، موارد تخطی پزشک از عمل به وظیفه نمایندگی خود شناسایی می‌گردد. سپس با استفاده از مبانی «اقتصاد رفتاری»، به بررسی تفاوت‌های تصمیم‌گیری پزشکان با سایر عوامل

۱. دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت و مدرس دانشکده حسابداری و مدیریت دانشگاه آزاد اسلامی، واحد
اسلامشهر (نویسنده‌ی مسؤل)
Email: Basakha@gmail.com

اقتصادی پرداخته و در نهایت با استفاده از تفاوت‌های «هزینه نهایی» برای پزشکان عمومی و متخصص، زمینه‌های اقتصادی بروز سهم‌خواری در پزشکی تحلیل می‌شود.

واژگان کلیدی

نمایندگی، اقتصاد رفتاری، هزینه نهایی، سهم‌خواری در پزشکی، بازپرداخت

بررسی تفاوت در رفتار اقتصادی پزشکان و انگیزه‌های اقتصادی سهام‌خواری در پزشکی

بررسی بازارهای مختلف اقتصادی نشان می‌دهد که تقاضا برای بسیاری از کالاها و خدمات، به صورت غیرمستقیم و از طریق «عوامل» و «نمایندگان» صورت می‌گیرد. اگرچه مباحث مربوط به «تئوری نمایندگی» بحث تقریباً جدیدی در اقتصاد به شمار می‌رود، اما استفاده از ابزارهای کنترل عوامل دخیل در بازار یکی از قدیمی‌ترین مباحث اقتصاد به شمار می‌رود. بازاری که در اینجا مورد بررسی قرار می‌گیرد، بازار مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و ابزار کنترلی مورد نظر، ممنوعیت سهم‌خواری، بازپرداخت و سایر سودجویی‌های موجود در این بازار می‌باشد. این موضوع را می‌توان در چند عبارت کلی زیر مورد توجه قرار داد:

۱- به نظر نمی‌رسد در بازار خدمات بهداشتی و درمانی نظریه «اولین بهینه» را بتوان مورد استفاده قرار داد؛ چراکه محاسبه نتایج و کسب اطلاعات دقیق در این بازار، بسیار مشکل بوده و این موضوع را تقریباً ناممکن می‌کند.

۲- اگر تمام قیمت‌هایی که «نماینده» برای خدمات مختلف انتخاب می‌کند، برابر با هزینه فرصت نهایی آنها باشد، بهینه پارتو حکم می‌کند که «نماینده» برای حداکثر کردن درآمد خود، میزان استفاده از خدمات را حداکثر نماید. البته روش‌های دیگری نیز برای حداکثر کردن درآمد وجود دارد، اما «نماینده» تا حدودی رفاه بیماران را نیز مدنظر قرار می‌دهد. در این وضعیت، مقابله با سهم‌خواری مفهومی نخواهد داشت؛ زیرا در این حالت سهم‌خواری اصلاً وجود نخواهد داشت.

۳- اگر قیمت سایر خدمات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، با هزینه نهایی آن تفاوت داشته (چه به دلیل سیاست‌های بازپرداخت هزینه توسط بیمه‌ها و چه به

علت وجود انحصار) و قیمت پزشکان به صورت ثابت تعیین شود، ممنوعیت سهم‌خواری ضرورتاً رفاه را بهبود نخواهد داد. در این وضعیت اگر سهم‌خواری قانونی باشد، رفاه واقعی جامعه، افزایش نیز خواهد یافت!

۴- اگر قیمت پزشکان که «نماینده» بیمار به شمار می‌روند، متغیر باشد، سهم‌خواری می‌تواند وسیله‌ای برای کاهش قدرت انحصاری باشد.

۵- در موارد (۳) و (۴)، با استدلال استقرایی نمی‌توان ممنوعیت سهم‌خواری را نتیجه‌گیری کرد و برای به دست آوردن نتیجه قطعی باید بر مطالعات تجربی تکیه کرد.

به‌طور کلی، دنبال کردن منافع مالی از طریق سیستم ارجاع به خویش، مشکلات فراوانی را می‌تواند به دنبال داشته باشد که در نهایت سلامت بیماران را با خطر مواجه خواهد نمود. ارجاع به خویش، سهم‌خواری و سایر روش‌های تبانی میان پرووایدرهای بخش سلامت، در اولین گام، تصمیم‌گیری صحیح براساس اصول پزشکی را مختل نموده و از طریق تشویق به مصرف بیش از نیاز خدمات، هزینه‌های بیماران و بیمه‌ها را به‌طور قابل توجهی افزایش خواهد داد. این موضوع در گام بعدی منجر به رقابت غیرعادلانه میان بنگاه‌ها و از رده خارج شدن بنگاه‌هایی خواهد شد که تمایلی برای به‌کارگیری این روش‌ها ندارند (گودل، ۲۰۰۸). در نهایت این موضوع رفاه بیمار و بنگاه‌های سلامت را تحت تأثیر قرار داده و منجر به کاهش اطمینان بیمار به مشاغل پزشکی خواهد گردید (بنجامین، ۲۰۰۸).

ارجاع به خویش و سهم‌خواری را می‌توان در قالب چند مورد انحرافی مورد تجزیه تحلیل قرار داد. به‌طور خلاصه، پزشکان و سایر پرووایدرهایی که سعی در کسب سهم از ارجاع بیماران دارند، بسته‌های خدمتی بنگاه‌های انتفاعی سلامت را

به قیمت‌های پایین‌تری خریداری نموده و به جای اینکه این منفعت نصیب بیمار و بیمه‌ها شود، به صورت جبران و سهم به پزشک باز می‌گردد. ارائه صورت حساب‌های غیرواقعی مانند مواردی که در آن سهم‌خواری و ارجاع به خویش اتفاق می‌افتد، با ایجاد مشوق‌های اقتصادی برای استفاده بیش از حد از خدمات برخی از بنگاه‌های جانبی سلامت، تصمیم‌گیری منطقی پزشکی را منحرف خواهد نمود. این موضوع هنگامی که دربردارنده آزمایشات یا مداخلات غیرضرور بر روی بیمار نیز باشد، علاوه بر ضرر مالی، ممکن است منجر به آسیب‌های جسمی و روحی برای بیمار نیز باشد. به این موضوع باید افزایش هزینه‌های سلامت و نیز کاهش اعتماد بیمار به مشاغل پزشکی را نیز اضافه نمود.

الف- تئوری نمایندگی

تئوری نمایندگی مربوط به شرایطی است که یک نفر مسئولیت تصمیم‌گیری در خصوص توزیع منابع مالی و اقتصادی و یا انجام خدمتی را طی قرارداد مشخصی به شخص دیگری واگذار می‌نماید. شخص اول را در اصطلاح، مالک و شخص دوم را اصطلاحاً نماینده می‌نامند (راس، ۱۹۷۳).

با استفاده از این نظریه می‌توان عنوان نمود که بیمار به دنبال کسب بیشترین سطح از سلامتی بوده و تنها با دریافت اطلاعات از پزشک می‌تواند به پیش‌بینی آینده و تأثیر هر نوع مداخله پردازد.

پزشک نیز در همین راستا در پی کسب حداکثر مطلوبیت خود می‌باشد؛ این مطلوبیت ممکن است به صورت مالی (مانند دستمزد بالاتر) و یا غیرمالی (استراحت بیشتر و شهرت) مطرح گردد. پزشک هرچند با افزایش تلاش می‌تواند درآمد بیشتری کسب نماید، اما در برخی از موارد تمایل به کارگریزی^۲ از خود

نشان می‌دهد (پونتز، ۱۹۹۵). در تئوری نمایندگی فرض بر این است که نماینده، در راستای منافع مالی فعالیت خواهد کرد. با توجه به وضعیت عدم تقارن اطلاعات میان پزشک و بیمار، پزشک از این قابلیت برخوردار است که آینده را پیش‌بینی نموده و بهترین تصمیم ممکن را با تجزیه و تحلیل اطلاعات برای بیمار اتخاذ نماید. (نمودار ۱)

نمودار (۱): چارچوب تئوری نمایندگی در بازار سلامت



منبع: (راس، ۱۹۷۳) (با تعدیل برای بخش سلامت)

با توجه به بروز تضاد میان اهداف مالک و نماینده، مشکلاتی در بازار به وجود خواهد آمد؛ به‌عنوان مثال: بیمار به دنبال کسب مطلوبیت خود از طریق دریافت خدمات پزشکی با کیفیت و ارزان‌تر هست، پزشک نیز به دنبال کسب ثروت خود می‌باشد. این موضوع می‌تواند منجر به حرکت پزشک در مسیری گردد که منافع بیمار را حداکثر ننماید. این موضوع در بخش سلامت از اهمیت بیشتری

برخوردار است؛ چرا که عدم تقارن اطلاعات، توانایی بیمار برای درک تصمیماتی که پزشک در راستای منافع خود اتخاذ می‌کند را بسیار محدود می‌نماید. دو مشکل مهم دیگری که در نتیجه عدم توانایی ایجاد تقاضای مستقیم و انتخاب نماینده به وجود می‌آید، «انتخاب معکوس» و «مخاطره اخلاقی» می‌باشد (واریان، ۱۳۸۵). انتخاب معکوس در بازار سلامت هنگامی به وقوع می‌پیوندد که پزشک سعی نماید، اطلاعات نادرست در اختیار بیمار یا بیمه‌ها قرار دهد؛ البته این موضوع می‌تواند میان بیمار و بیمه‌ها نیز اتفاق بیفتد و بیمار اطلاعات مربوط به سلامتی خود را به درستی در اختیار شرکت‌های بیمه قرار ندهد. در سوی دیگر، مخاطره اخلاقی هنگامی رخ می‌دهد که پزشک به دلیل بیمه بودن بیمار، سعی در استفاده بیشتر از خدمات تشخیصی و ترمیمی می‌نماید.

در کنار موارد ذکر شده باید عنوان نمود که معامله میان پزشک و بیمار در شرایط عدم اطمینان صورت می‌گیرد. پزشک با توجه به اطلاعات بیشتری که از تجزیه - تحلیل اطلاعات کسب می‌کند و نیز با توجه به ریسک‌گریزی خود بخش بیشتری از ریسک را به بیمار و بیمه منتقل نماید. بنابراین انتظار می‌رود تا تقاضای خود را برای برخی از خدمات تشخیصی و ترمیمی غیر ضرور نیز افزایش دهد.

بسیاری از پیشرفت‌های مربوط به «تئوری نمایندگی» را نمی‌توان به صورت مستقیم برای بخش بهداشت و درمان به کار گرفت؛ به‌عنوان مثال مدل کلی راس (۱۹۷۳) در تئوری نمایندگی بر این فرض استوار است که پرداختی به نماینده، به نتایج روش‌های مورد استفاده وی بستگی دارد. اما دستمزد و پاداش پزشکان، به‌طور محدودی به نتایج به دست آمده وابسته است. به‌طور کلی، درآمد پزشکان معمولاً یا به صورت دستمزد به ازای ارائه خدمات^۳ خاص است و یا به صورت

حقوق^۴ است که هیچ کدام از این دو صورت پرداختی، ارتباط مستقیمی به نتایج ناشی از فعالیت پزشکان ندارد.

این موضوع وقتی به صورت جزئی مورد توجه قرار گیرد، احتمال وقوع خطا در فعالیت پزشک، منجر به افزایش هزینه پزشک خواهد شد؛ اما در کل می توان عنوان نمود که دریافتی پزشک از نتایج به دست آمده برای بیمار تقریباً مستقل است. ریسک‌گریزی پزشکان را نیز می توان در این چارچوب مورد توجه قرار داد.

ب - انتخاب بهینه و ترتیبات جبران

اگر بیمار را به‌عنوان مالک در نظر بگیریم، به دلیل تاثیر خدمات پزشکی بر وضعیت سلامت، بیمار حاضر خواهد بود تا خدمات پزشکی را مورد استفاده قرار دهد. سطح نهایی سلامت بیمار، به سطح اولیه آن و نیز اقداماتی که پزشک بر روی آن انجام می‌دهد، بستگی دارد. هزینه نهایی این اقدامات توسط بیمار پرداخت می‌شود. بنابراین می‌توان عنوان نمود که هدف بیمار با توجه به درآمد محدودش، انتخاب مجموعه‌ای از این اقدامات $\{a\}^*$ است که تابع مطلوبیت وی را که شامل سلامت و ترکیبی از سایر کالاها و خدمات است، حداکثر نماید.

بیمار معمولاً از اطلاعات کافی درباره اقدامات $\{a\}^*$ برخوردار نبوده و از یک پزشک (عمومی) به‌عنوان مشاور استفاده خواهد کرد. سؤال اینجاست که پزشک چگونه این اقدامات را برای بیمار توصیه می‌نماید و چه زمانی این توصیه‌ها با مجموعه اقدامات مطلوب برای بیمار همخوانی خواهد داشت؟

درآمد پزشک عمومی به حق‌الزحمه‌ای که از بیمار دریافت می‌نماید (بعد از کسر هزینه‌ها) و بازپرداخت‌هایی که از ارجاع بیمار به «پزشکان متخصص»

دریافت می‌نماید، بستگی دارد. درآمد پزشک متخصص نیز تحت تأثیر دستمزد دریافتی وی، هزینه اقدامات انجام شده بر روی بیمار و بازپرداخت‌هایی که به پزشک عمومی نموده، می‌باشد. البته اقداماتی که این دو سطح از پزشکان بر روی بیمار انجام می‌دهند، متفاوت خواهد بود.

در وضعیت «اولین بهترین»^۵، که انتخاب $\{a\}^*$ درآمد پزشک عمومی و متخصص را حداکثر می‌کند، ارتباط مستقیمی میان پاداش دریافتی «نماینده» و نتایج بهتر در وضعیت سلامت بیمار وجود خواهد داشت. برای مثال، اگر پاداشی که نماینده دریافت می‌نماید، متناسب با تولید نهایی سلامتی باشد که هر اقدام وی به دنبال دارد، نماینده (پزشک عمومی) سعی خواهد نمود تا ترکیبی از اقدامات را انتخاب نماید که با کمترین هزینه، به سطح خاصی از سلامت برای بیمار دست یابد. در این صورت بیمار با قیمت واقعی هر واحد از سلامت، که با کمترین هزینه به دست می‌آید، مواجه بوده و می‌توان سطح بهینه سلامت برای خود را تعیین نماید.

اولین مشکلی در مسیر عملی شدن این فرایند آنست که وضعیت کلی سلامت، مستقیماً قابل مشاهده نمی‌باشد؛ به عبارت دیگر: هیچ مقیاس عینی برای محاسبه میزان بهبودی در سلامت وجود ندارد. این موضوع سبب می‌شود تا بیمار از این توانایی برخوردار باشد تا وضعیت سلامت خود را کمتر از حد واقعی بیان نموده و در سوی مقابل نیز پزشک درباره سطح سلامت بیمار اغراق نماید. به این موضوع باید عدم توانایی در محاسبه سطح اولیه سلامت را نیز اضافه نمود.

اگرچه مشاهده نتایج سلامت امکان‌پذیر نیست، اما می‌توان تلاش‌هایی را که «نماینده» برای بهبود سلامت بیمار انجام می‌دهد را مشاهده نمود؛ این فعالیت‌ها، همان خدماتی هستند که به ازای آن، پرداختی پزشکان انجام می‌شود. اطلاعاتی که

پیرامون خدمات صورت گرفته توسط پزشک ارائه می‌گردد، برای بیمار قابل استفاده نبوده و بیمار قادر نیست تا با استفاده از اطلاعات ارائه شده، میزان سلامت اضافه شده خود را محاسبه نماید، بنابراین بیمار نمی‌تواند ارزش خدمات انجام شده توسط پزشک را استنباط نماید. بنابراین پرداختی به ازای خدمات برای پزشک را نمی‌توان در قالب «اولین بهترین» در نظر گرفت.

حالت خاصی از روش پرداخت به ازای خدمات وجود دارد که ویژگی‌های جالبی دارد. فرض کنید که هر خدمتی در سطح حداقل هزینه نهایی (شامل هزینه فرصت وقت پزشک) قیمت‌گذاری شده باشد. در این وضعیت، درآمد خالص واقعی پزشک، مستقل از بسته خدمتی خواهد بود که برای بیمار به اجرا درمی‌آید. «بهینه پارتو» در این مورد، تعادلی است که مطلوبیت پزشکان عمومی و متخصص را حداکثر نماید. در این حالت ایجاد محدودیت برای بازپرداخت‌ها و سهم‌خواری، محلی از اعراب نخواهد داشت؛ زیرا قیمت‌ها برابر با حداقل هزینه‌های نهایی بوده و مازادی باقی نخواهد ماند تا به عنوان بازپرداخت یا سهم پرداخت شود.

ج - سهم‌خواری در بازارهای با قیمت ثابت

سهم‌خواری هنگامی موضوعیت پیدا می‌کند که قیمت برخی از فعالیت‌ها، رقمی بیش از حداقل هزینه نهایی آنها باشد. دو دلیل عمده برای افزایش قیمت‌ها تا این سطح، در بازاری که دستمزدها به ازای خدمات پرداخت می‌شود، وجود دارد: اول اینکه ممکن است، فعالیت‌هایی که ارجاع به آنها صورت می‌گیرد، دارای قدرت انحصاری باشند؛ دوم اینکه ممکن است، بیمه‌گر دولتی یا خصوصی که در بازار فعالیت می‌نماید، قیمت برخی از فعالیت‌ها را بالاتر از حد تعیین نموده باشد (دیکنز، ۱۹۹۵).

بازاری را فرض می‌کنیم که دستمزدها به ازای خدمات پرداخت شده و این دستمزدها به صورت ثابت و رقمی بیش از هزینه نهایی پزشک متخصص برای $\{a\}^*$ تعیین گردد. طبیعتاً انتظار بر آن است که پزشکان متخصص در برخی از فعالیت‌های خاص بسیار زبردست‌تر از پزشکان عمومی باشند؛ این موضوع سبب خواهد شد تا هزینه نهایی پزشکان متخصص برای هر فعالیتی، در حد پزشکان عمومی بوده و برای برخی از فعالیت‌ها یقیناً در سطح پایین‌تری نسبت به پزشکان عمومی قرار خواهد داشت.

فرض می‌شود که تقاضای برای برخی از فعالیت‌های درمانی، تاحدی محدود می‌باشد؛ اگر بیمه کامل نیز برای بیمار فراهم شده باشد، می‌توان عنوان نمود که این محدودیت ارتباطی با قیمت نخواهد داشت. بنابراین مقدار واقعی فعالیت‌هایی که بیمار دریافت می‌نماید، هیچگاه به حداکثر مقدار ممکن از بسته خدماتی $\{a\}^*$ نخواهد رسید. اگر پزشک عمومی نتواند از انجام هیچکدام از فعالیت‌های بسته خدماتی برای بیمار سود کسب نماید، اصولاً در این وضعیت باید بیمار را به پزشک متخصص ارجاع دهد. در این صورت پزشک عمومی، پزشکان متخصصی را به عنوان شریک ارجاعی بیماران خود انتخاب خواهد کرد که بیشترین «بازپرداخت» را به وی اختصاص دهند و متخصصانی که بیشترین بازپرداخت را به پزشکان عمومی بپردازند، بیماران بیشتری به آنها ارجاع داده خواهد شد. تا زمانی که قیمت برای متخصص، بالاتر از هزینه نهایی و بازپرداخت اختصاص داده شده به پزشکان عمومی باشد، متخصص می‌تواند با افزایش بازپرداخت، سود خود را افزایش دهد. بنابراین شرط تعادل آن است که سطح بازپرداخت متداول در بازار تا حدی افزایش یابد تا برابر تفاوت میان قیمت و هزینه نهایی هر فعالیت در بازار

سلامت گردد. به عبارت دیگر در نقطه تعادل خالص دستمزد متخصصین برابر با هزینه نهایی آنها خواهد بود.

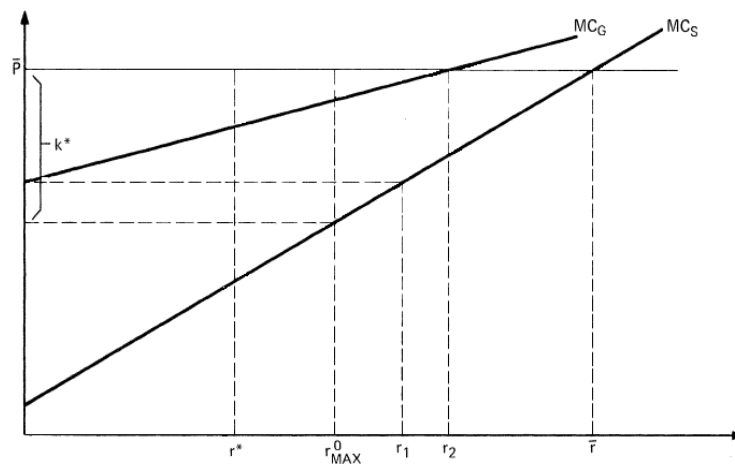
برای بررسی نحوه اثرگذاری بازپرداخت‌ها در تصمیم پزشکان به ارجاع بیمار، چند فرض اساسی را در نظر می‌گیریم، اول اینکه پزشکان عمومی، بیماران خود را به گروهی متشکل از n متخصص ارجاع می‌دهند. ثانیاً قیمت ناخالص خدمات در سطح \bar{P} تثبیت شده و قیمت مصرف این خدمات (که شامل این سطح قیمت و پوشش بیمه‌ای است) تعیین‌کننده میزان افرادی است که به پزشک مراجعه می‌کنند. فرض دیگری که باید در نظر داشت آن است که تمام توصیه‌های پزشک عمومی مورد پذیرش بیمار قرار می‌گیرد، به شرطی که از بسته $\{a\}^*$ تجاوز ننماید.

در نقطه تعادل، هر متخصص می‌تواند $\frac{1}{n}$ کل تعداد بیمارانی را که ارجاع داده شده‌اند، به دست آورند. اگر r^* را تعداد بهینه ارجاعات، r_{\max} را حداکثر تعداد ارجاعات مورد پذیرش بیماران و \bar{r} را تعداد ارجاعات صورت گرفته در وضعیت برابری \bar{P} با هزینه نهایی متخصص (MC_p) در نظر بگیریم که هزینه فرصت زمان متخصص را نیز شامل می‌شود، فرایند نقطه تعادل را می‌توان به صورت زیر مورد تجزیه تحلیل قرار داد.

اگر پزشک عمومی اقدام به ارجاع بیمار نموده و مقدار واقعی r_{\max} کمتر از \bar{r} باشد، تفاوت میان قیمت \bar{P} و هزینه نهایی MC_p ، برابر با حداکثر میزان بازپرداخت یا رشوه به پزشکان عمومی خواهد بود. مثلاً در نمودار (۲) اگر میزان ارجاعات برابر با r_{\max}^0 باشد، میزان بازپرداخت برابر با k^* خواهد بود. اگر r_{\max} از \bar{r} بیشتر شود، میزان بازپرداخت تعادلی به سمت صفر میل خواهد نمود. وضعیت برعکس نیز صادق است و هرچه r_{\max} به سطح بهینه r^* نزدیک‌تر شود، میزان بازپرداخت

نیز افزایش خواهد یافت. این تناقض ظاهری از این فرض ناشی می‌شود که تصمیمات پزشک عمومی برای انتخاب شریک برای ارجاع، تنها تحت تاثیر میزان بازپرداخت‌ها می‌باشد.

نمودار (۲): وضعیت منحنی‌های هزینه نهایی پزشک عمومی و پزشک متخصص



اقدام یک پزشک عمومی در ارجاع بیمار، بستگی به این موضوع دارد که اندازه بازپرداخت یا رشوه دریافتی وی نسبت به حالتی که خود، فعالیت مورد نظر را بر روی بیمار انجام دهد، چه وضعیتی دارد. اگر از یک سو MC_G در هر وضعیتی بالای \bar{P} قرار داشته باشد، پزشک عمومی مجبور به ارجاع خواهد بود. در صورتی که امکان بازپرداخت وجود داشته باشد، وی به اندازه‌ای بیش از r_{max} یا \bar{F} ارجاع به متخصص خواهد داشت. آنچه مشخص است، آنکه تعداد ارجاعات صورت گرفته بسیار بیشتر از حد نیاز می‌باشد.

اگر بازپرداخت غیرقانونی باشد، پزشکان عمومی انگیزه‌ای برای تجاوز از میزان بهینه ارجاع (r^*) نخواهند داشت. در این وضعیت، در نظر گرفتن رفاه بیمار

و نیز تأثیر مثبت رفتار ارجاعی وی بر درآمد آتی پزشک عمومی، می‌تواند منجر به تعادل در نقطه بهینه گردد. بنابراین قانون ممنوعیت بازپرداخت منجر به ایجاد حالت خنثی در پزشکان عمومی شده و در نتیجه، افزایش رفاه و کاهش سوء استفاده‌ها را به دنبال خواهد داشت.

از سوی دیگر، اگر در برخی از سطوح، MC_G در زیر \bar{F} قرار داشته و r_{max} در سطحی کمتر از r_1 (مثلاً در r_{max}^0) قرار داشته باشد که در آن MC_G برابر با مقدار اولیه MC_G می‌باشد، با قانونی بودن بازپرداخت، r_{max}^0 مورد به متخصصین ارجاع داده خواهند شد. اگر در این وضعیت محدودیت قانونی برای دریافت بازپرداخت به‌وجود آید، همچنان مقدار r_{max}^0 از فعالیت‌ها به انجام خواهد رسید؛ اما در این حالت پزشکان عمومی، خود اقدام به انجام این فعالیت‌ها خواهند نمود که در نهایت هزینه‌ها اجتماعی بیشتری را به دنبال خواهد داشت. البته قانونی کردن بازپرداخت، تمام مزایای ناشی از افزایش کارایی را به صورت درآمد بالاتر، نصیب پزشکان عمومی خواهد نمود؛ اما با استفاده از مالیات می‌توان این منافع را به‌صورت عمومی توزیع مجدد نمود.

یک حالت دیگر را چنین در نظر می‌گیریم که MC_G همانند نمودار (۲) بوده و r_{max} بزرگ‌تر از r_1 و کوچک‌تر از \bar{F} باشد. اگر در این وضعیت، جریان بازپرداخت قانونی باشد، پزشکان عمومی برخی از فعالیت‌ها را انجام داده و برخی دیگر را به ارجاع خواهند داد. اگر بازپرداخت ممنوع گردد، پزشک عمومی تمام فعالیت‌ها را خودش به انجام خواهد رساند. در این وضعیت نقطه تعادل در مقدار r_2 و وضعیت برابری $F = MC_G$ قرار خواهد داشت. مشاهده می‌شود که مقدار به دست آمده، کمتر از r_{max} یا همان \bar{F} خواهد بود. بنابراین در صورتی که بازپرداخت ممنوعیت داشته باشد، فعالیت‌های اضافی کمتری نسبت به حالت عدم

ممنوعیت آن وجود خواهد داشت؛ اما باید در نظر داشت که این موضوع منجر به آن خواهد شد که در هر سطح فعالیت‌ها، قیمت‌های بالاتری در بازار برقرار باشد. در هر سه وضعیتی که مورد توجه قرار گرفت، اگر بهره‌وری متخصصین متفاوت بوده و بازپرداخت ممنوع نباشد، ترکیبی از پزشکان عمومی و متخصصین که کمترین هزینه را در پی داشته باشد، به کار گرفته می‌شود. اما اگر این ممنوعیت وجود داشته باشد، این ترکیب به وجود نخواهد آمد.

اگر تفاوت میان پزشک عمومی و متخصص در نوع فعالیتی باشد که هر کدام توانایی انجام آن را دارند (برخلاف پیش‌فرض قبلی که تفاوت هزینه‌ها مدنظر قرار داشت)، در صورت وجود جریان بازپرداخت، مصرف‌کنندگان می‌توانند بسته مناسب‌تری را دریافت نمایند. فرض می‌کنیم که بسته قابل قبول شامل دو فعالیت است که هر کدام، تنها یک بار می‌تواند انجام شود. همچنین فرض می‌شود که وضعیت بیمار در حالتی که فعالیت (الف) را دریافت نماید نسبت به دریافت فعالیت (ب) بدتر خواهد بود و پزشک عمومی تنها توانایی انجام فعالیت (الف) را دارد. بدون وجود بازپرداخت، مصرف‌کننده تنها می‌تواند فعالیت (الف) را دریافت نماید. با وجود بازپرداخت در بازار، اگر تفاوت میان قیمت و هزینه نهایی پزشک عمومی برای فعالیت (الف)، کمتر از تفاوت میان قیمت و هزینه نهایی متخصص برای فعالیت (ب) باشد، ارجاع بیمار به متخصص صورت خواهد گرفت. بنابراین، در صورت وجود بازپرداخت، امکان دریافت خدمات با کیفیت‌تر برای بیمار میسر خواهد بود.

در مجموع، می‌توان عنوان نمود که اگر حداقل یک فعالیت در بسته قابل قبول بیمار موجود باشد که قیمت آن بالاتر از هزینه نهایی پزشک عمومی باشد، در صورت آزاد بودن بازپرداخت، وی سعی خواهد کرد تا انجام این فعالیت را به

متخصص ارجاع دهد. در صورتی که اگر بازپرداخت غیرقانونی باشد، همچنان این فعالیت انجام خواهد شد، اما خود پزشک عمومی اقدام به این کار می‌نماید که هزینه بیشتری را نیز به دنبال خواهد داشت. بنابراین هنگامی که بیش از یک فعالیت در بسته مطلوب بیمار وجود دارد، ممنوع کردن سهم‌خواری منجر به انتخاب ترکیب غیربهبه‌ای از اقدامات توسط پزشک عمومی می‌گردد؛ در صورتی که ایجاد زمینه برای ارجاع بیمار به متخصص، می‌تواند منجر به بهینه شدن اقدامات گردد. به علاوه باید در نظر داشت که آزاد بودن سهم‌خواری منجر به افزایش کیفیت خدمات (به‌ویژه در بحث مداخلات) در بازار خواهد گردید (گودل، ۲۰۰۸).

موضوعی که باید همواره آن را مدنظر قرار داد، آن است که میل به کسب سود، ممکن است پزشک عمومی را ترغیب نماید تا بیماران خود را به متخصص خاصی ارجاع نماید؛ در صورتی که اگر به‌عنوان یک «نماینده» کامل عمل می‌نمود، بیماران را به آن متخصص ارجاع نمی‌داد. اما هنگامی که بازپرداخت مجاز نیست، پزشک عمومی، محرک مالی لازم را برای عدم ارجاع و انجام خدماتی که در توان خود می‌بیند، برخوردار می‌باشد؛ هرچند این فعالیت‌ها از کیفیت پایینی برخوردار بوده و هزینه بیشتری را برای بیمار و جامعه به دنبال داشته باشد (هوآنگ می، ۲۰۰۷). بنابراین مشاهده می‌شود، هنگامی که بر روی سهم‌خواری و دریافت بازپرداخت محدودیت اعمال شود، پزشکان بیشتر در جهت عکس منافع بیماران حرکت خواهند کرد.

با توجه به مطالب ذکر شده، می‌توان عنوان نمود که هرگونه اعمال محدودیت بر روی انواع سهم‌خواری، منجر به آن خواهد شد که پزشک عمومی نیز به ارائه مراقبت‌های تخصصی مبادرت ورزد. به علاوه فعالیت‌های گروهی میان پزشکان دارای تخصص‌های مختلف و یا مالکیت پزشکان بر بنگاه‌های انتفاعی، که بیماران

ممکن است به آنها ارجاع داده شوند، (مانند آزمایشگاه‌ها، خانه سالمندان و غیره) در مواردی که سهم‌خواری ممنوع گردیده، بسیار گسترده‌تر خواهد بود.

د- انحصار، رقابت و ترکیب بهینه جبران خدمات

نحوه تأثیرگذاری ممنوعیت یا آزادی سهم‌خواری را در وضعیتی که بازار انحصاری و یا بازار رقابتی در بازار پزشکان عمومی برقرار باشد نیز، مدنظر قرار می‌دهیم. فرض می‌شود که تفاوت در قدرت انحصاری برای خدمات ارائه شده توسط متخصصان، از تفاوت در هزینه جستجو برای آن خدمات ناشی گردد. به علاوه فرض می‌شود که اطلاعات مربوط به قیمت پزشک عمومی به راحتی قابل دسترس بوده و در مقابل، اطلاع از قیمت متخصص به راحتی برای بیماران امکان‌پذیر نمی‌باشد. برای ساده‌تر کردن موضوع، فرض دیگری را در نظر می‌گیریم و آن اینکه بازار پزشکان عمومی کاملاً رقابتی بوده و در شرایط بازدهی نسبت به مقیاس ثابت، قیمت پزشکان عمومی برابر با هزینه نهایی آنها خواهد بود. در این شرایط اگر سهم‌خواری امکان‌پذیر نباشد، قیمت متخصصین (به‌طور متوسط) بیش از هزینه نهایی آنها خواهد بود. بنابراین متخصصین رانت انحصار به دست آورده و پزشک عمومی نیز انگیزه‌ای برای ارجاع بیماران به متخصصینی که هزینه کمتری دریافت می‌نمایند، نخواهند داشت. در این وضعیت، بیماران اطلاعات لازم برای انتخاب پزشک مناسب را در بازار نخواهند یافت.

اگر در بازار سهم‌خواری مجاز باشد، در قیمت جاری بازار برای متخصص، درآمد نهایی وی برابر با هزینه فرصت نهایی خواهد بود. در این وضعیت، قیمت بالاتر از MC بوده و سبب می‌شود متخصص راغب گردد تا به ازای ارجاع بیماران اضافی، سهم پرداخت نماید. همان‌گونه که قبلاً ذکر گردید، تعادل در بازار

متخصصین نیازمند آن است که $P_g - K = MC_g$ باشد که در آن K همان بازپرداخت یا سهم می‌باشد. در این وضعیت، درآمد نهایی پزشک عمومی برابر با قیمت ناخالص وی نخواهد بود، بلکه به قیمت ناخالص خدمات وی باید میزان سهم دریافتی بابت بازپرداخت را نیز اضافه نمود. با توجه به این موضوع، پزشک عمومی ممکن است برای افزایش تولید خود، قیمت خود را کاهش دهد، این فرایند کاهش تا جایی که مجموع قیمت ناخالص و سهم دریافتی پزشک عمومی برابر با هزینه نهایی وی گردد (یعنی $P_g - K = MC_g$)، ادامه خواهد داشت. در نتیجه $P_g + P_s = MC_g + MC_s$ بوده و انحصار به وجود آمده از میان خواهد رفت.

البته باید در نظر داشت که این موضوع، تنها در اثر وجود سهم‌خواری به وجود نیامده است. از آنجا که قیمت برای پزشک عمومی در حد پایین‌تری نسبت به هزینه نهایی قرار دارد، وی تنها با ارجاع بیماران می‌تواند بر این موضوع غلبه نماید. بنابراین سهم‌خواری در این شرایط افزایش ارجاعات بی‌مورد را به دنبال داشته و منافی که بیماران ممکن بود، از قیمت پایین به دست بیاورند را خنثی خواهد نمود.

در حقیقت، سهم‌خواری ابزاری برای از بین بردن قدرت انحصاری در بازار بوده و مشوقی را برای پزشکان عمومی فراهم می‌سازد تا اقدام به جستجوی متخصصینی با هزینه‌های کمتر نمایند. بنابراین پایین بودن هزینه متخصصین نفعی برای بیماران به دنبال نخواهد داشت؛ چراکه: مابه تفاوت این هزینه‌ها، به صورت بازپرداخت نصیب پزشکان عمومی خواهد شد. اما با این وجود بیماران در بازار همچنان منتفع خواهند شد؛ زیرا همان‌گونه که ذکر گردید پزشکان عمومی برای افزایش «برونداد» خود، اقدام به کاهش قیمت در بازار خواهند نمود.

در نقطه تعادل نهایی، وضعیت اقتصادی پزشکان عمومی بهتر از حالت عدم وجود سهم‌خواری نبوده و وضعیت متخصصان قطعاً بدتر از حالتی خواهد بود که در آن سهم‌خواری وجود نداشته باشد. با این وجود، پزشکان عمومی در مسیر حرکت به سمت تعادل جدید، سود کسب خواهند نمود؛ بنابراین پزشکان عمومی علاقه‌ای به حمایت از قوانین محدود‌کننده سهم‌خواری نشان نخواهند داد.

حتی اگر بازار پزشکان عمومی کاملاً رقابتی نباشد، سهم‌خواری همچنان منفعی را نصیب آنان خواهد نمود. مجاز بودن سهم‌خواری منجر به آن خواهد شد که قیمت خالص خدمات متخصصین به سطح هزینه نهایی آنها کاهش یابد. در این حالت نیز پزشکان عمومی درمی‌یابند که هزینه نهایی اسمی متخصص کاهش یافته و او نیز اقدام به کاهش قیمت خود می‌نماید. باید در نظر داشت که در این وضعیت نیز امکان ارجاع بی‌مورد بیماران وجود داشته و منافع ناشی از کاهش هزینه، ممکن است با رفتار ارجاعی نامناسب پزشکان از بین برود.

نتیجه

در مطالعه حاضر به بررسی جنبه‌های اقتصادی ممنوعیت سهم‌خواری در بازار سلامت پرداخته شد. با توجه به مباحث مطرح شده، مشاهده می‌شود که ممنوعیت سهم‌خواری و اعمال محدودیت‌های قانونی ممکن است منجر به افزایش رفاه بیمار نگردد. مطمئناً اگر قیمت متخصص بالاتر از هزینه نهایی آن نباشد، هیچ دلیلی برای وجود سهم‌خواری پایدار در بازار وجود نخواهد داشت. البته باید در نظر داشت که در این شرایط، با ارجاع بیمار از سوی پزشکان عمومی، متخصصین برای پوشش هزینه‌های خود، اقدام به دست به دست کردن بیماران ارجاعی در میان خود می‌نمایند.

بازپرداخت‌ها زمانی در بازار پدیدار می‌شود که قیمت دریافتی برای ارائه خدمات، از هزینه آن فزونی می‌یابد. این اتفاق در دو صورت حادث می‌شود؛ اول اینکه قیمت‌ها به اندازه‌ای افزایش یابد که هزینه‌های نهایی را پوشش دهد؛ و دوم اینکه پزشکان بتوانند هزینه نهایی خود را با کاهش کیفیت خدمات ارائه شده، کاهش دهند. با توجه به این موضوع انتظار می‌رود که در بیمه‌های اجتماعی مانند خدمات درمانی و تامین اجتماعی، بازپرداخت، امری عادی باشد. برنامه پرداخت در این بیمه‌ها باید با توجه به تغییرات هزینه‌ها و کیفیت خدمات ارائه شده، تغییر نماید؛ به عنوان مثال، قانونگذار می‌تواند بر روی آزمایشگاه‌ها و موسسات تشخیصی که امکان کاهش هزینه در آنها وجود دارد، تمرکز نماید. همچنین ویزیت سراسری پزشکان را نیز می‌توان در بعد کیفیت و جلوگیری از کاهش کیفیت خدمات مورد توجه قرار داد. به‌طور کلی می‌توان عنوان نمود که «بازپرداخت» عارضه بالا بودن قیمت‌ها و یا کمبود نظارت بر کیفیت خدمات مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌باشد. مجدداً تاکید می‌شود که سهم‌خواری و پرداخت و

دریافت رشوه را نباید نتیجه رفتار غیراخلاقی پزشکان در نظر گرفت، بلکه قیمت‌گذاری نامناسب و عدم نظارت دولت و بیمه‌های اجتماعی را باید دلایل اصلی این پدیده در بازار سلامت باید به شمار آورد.

هنگامی که بازپرداخت اتفاق می‌افتد، هزینه اولیه خدماتی که ارجاعی به همراه آن صورت می‌گیرد، باید کمتر باشد. پزشکانی که خود دارای آزمایشگاه بوده و یا از آزمایشگاه‌های فعال سهم دریافت می‌نمایند، در مقایسه با سایر پزشکان تشخیصی، در هر سطحی از فعالیت، درآمد نهایی بالاتری خواهند داشت. این دسته از پزشکان با کاهش هزینه ویزیت خود (به رقمی کمتر از حالتی که در صورت عدم وجود بازپرداخت می‌توانند دریافت نمایند)، می‌توانند درآمد خود را حداکثر نمایند.

سهم‌خواری در وضعیتی ظهور می‌یابد که قیمت‌های موجود در بازار، تفاوت زیادی با هزینه نهایی بنگاه‌های تولیدی داشته باشد. بنابراین بهترین راهکار برای از بین بردن این پدیده، تعدیل مجدد قیمت‌ها در حد هزینه‌های نهایی می‌باشد. عدم توجه به این موضوع سبب خواهد شد تا از بازپرداخت‌ها به عنوان ابزاری که قیمت خالص متخصصین را به حد هزینه نهایی واقعی این بنگاه‌ها نزدیک می‌کند، مورد استفاده قرار گیرد. به عبارت دیگر این موضوع سبب خواهد شد تا پزشکان عمومی به عنوان «نماینده» کامل بیماران خود عمل نمایند. اما گسترش بازپرداخت‌ها در بازار، منجر به انتقال بخشی از قدرت انحصاری متخصصین (از طریق بازپرداخت) به پزشکان عمومی شده و این موضوع نیز در بلندمدت، مشوق‌های آموزش و توجه پزشکان به افزایش تخصص خود را با مشکل مواجه می‌نماید. در واقع نمی‌توان به این موضوع به روشنی پاسخ داد که کدام یک از آثار مثبت و

منفی بازپرداخت‌ها، چربش بیشتری دارد؛ بنابراین نباید به صورت دستوری از ممنوعیت و یا قانونی بودن سهم‌خواری سخن گفت.

در اینجا مفاهیم اخلاقی باید مدنظر قرار گیرد؛ از نظر اخلاقی، رفتار مناسب پزشک شامل وضعیتی می‌شود که طی آن، رفاه بیمار حداکثر گردد. بنابراین در این وضعیت، مسیری که برای درمان بیمار مدنظر قرار می‌گیرد، اهمیت خود را از دست می‌دهد. مشاهده می‌شود که چه با سهم‌خواری و چه بدون سهم‌خواری، پزشک از مشوق‌های لازم برای انحراف از مسیر اخلاقی مورد اشاره برخوردار می‌باشد. با سهم‌خواری، پزشک تشویق خواهد شد تا ارجاع بیمار در مسیر یا به فرد نامناسبی صورت گیرد؛ بدون وجود سهم‌خواری نیز پزشک ممکن است، از انجام ارجاع ضروری یک بیمار اجتناب نماید. آنچه که می‌تواند مطلوب سیستم سلامت یک کشور باشد، نه از بین بردن سهم‌خواری و رشوه، بلکه قانونگذاری در راستای رفتار مناسب ارجاعی پزشکان خواهد بود.

مشخص نگردید که ممنوعیت سهم‌خواری در پزشکی منجر به بهبود رفتار ارجاعی پزشکان خواهد شد، اما آنچه می‌توان به یقین عنوان نمود آن است که رفتار ارجاعی زمانی که قیمت متخصصین به درستی در بازار تعیین گردد، بهتر از حالت‌های دیگر خواهد بود.

پی‌نوشت‌ها

۱. این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی با عنوان «رفتار اقتصادی پزشکان» می‌باشد که با حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اسلامشهر به اجرا درآمده است.

2. Work Averse
3. Fee For Service
4. Salary
5. First Best

فهرست منابع

- واریان، هال. (۱۳۷۹). رویکردی جدید به اقتصاد خرد میانه. (ترجمه جوادپور مقیم). تهران: نشر نی.
(تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۸۷ م.)
- Varian Hal (1987). Intermediate Microeconomics, modern Approach. W.W.Norton& Company, New York, 1987.
- Ross, Stephen.(1973). The economic theory of agency: the principal's problem. American Economic Review. 63: 134-139.
- Greaney, Thomas.(2009). Economic Regulation of Physicians: A Behavioral Economics Perspective. Saint Louis University LAW Journal. 53: 1189-1210.
- Goodson, John.(2007). Unintended Consequences of Resource-Based Relative Value Scale Reimbursement. Journal of the American Medical Association. 298 (19): 2308-2310.
- Ponts, Fairleigh.(1995). Agency theory: a framework for analyzing physician services. Health Care Manage Rev. 20(4):57-67.
- Dickens BM. (1995). Conflicts of interest in Canadian health care law. Am J Law Med. 21:259-80.
- Casalino Lawrence.(2008). Physician Self-referral and Physician Owned Specialty Facilities. Research Synthesis. Policy Brief 15. Robert Woods Johnson Foundation.
- Robert Sade.(2008). Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. CEJA Report 1-I-08. American Medical Association.
- Hoangmai Pham, Paul Ginsburg. (2007). Unhealthy Trends: The Future of Physician Services. Health Affairs. 26(6):1589-90.

یادداشت شناسه مؤلفان

نادر دشتی: دکتری اقتصاد، عضو هیات علمی دانشکده حسابداری و مدیریت دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اسلامشهر

مهدی باسکھا: دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت و مدرس دانشکده حسابداری و مدیریت دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اسلامشهر (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: Basakha@gmail.com

ارشک مسائلی: دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت و مدرس دانشکده حسابداری و مدیریت دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اسلامشهر

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۹/۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۰