پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال هفدهم، شماره ۱، پی در پی ۸۵، صفحات ۳۸ تا ۴۴
فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۶/۱۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۲/۲۴

بررسی نوسانات تقاضای خدمات ویزیت پزشکان طرف قرارداد با سازمان تأمین اجتماعی (۸۷-۱۳۷۷)

دکتر ابوالقاسم پوررضا[۱]، بهروز پورآقا[۲]، دکتر عباس رحیمی فروشانی[۳]، مهندس حمیرا حسین‌زاده[۴]*

۱. استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲. دانشجوی PhD مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۳. دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
۴. کارشناس ارشد، سازمان تأمین اجتماعی، تهران

چکیده

سابقه و هدف: بررسی بهره‌مندی از خدمات ویزیت پزشکان، به عنوان درون‌مایه‌های اصلی و نقطه آغازین ارائه خدمات درمانی یکی از ضرورتهاست. هدف از این مطالعه بررسی نوسانات تقاضای مربوط به خدمات ویزیت پزشک عمومی و متخصص طرف قرارداد در جمعیت تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی، با توجه به تعرفه‌ها، دسترسی و میزان مشارکت از جیب بیماران می‌باشد.

مواد و روشها: پژوهش توصیفی حاضر بر مبنای آمار و اطلاعات سری زمانی مؤسسات طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی در سراسر کشور انجام شده است. پس از تجمیع اطلاعات، ابتدا به بررسی بازار خدمات پزشک عمومی و متخصص از منظر عرضه و تقاضا با اعمال دو تعرفه خصوصی و دولتی پرداخته شد. پس از آن تأثیر میزان پرداخت از جیب بیمار (Out of pocket (OOP و دسترسی در میزان بهره‌مندی مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: طی سالهای ۸۷-۱۳۷۷، درصد پرداخت از جیب بیماران در مراکز طرف قرارداد خصوصی، به ترتیب برای پزشک عمومی از ۳۰ به ۶۷٪ و برای پزشک متخصص از ۳۰ به ۷۵٪ رسیده است. متوسط مراجعه هر نفر به پزشک عمومی طرف قرارداد با روند کاهشی از ۱/۱۳ مراجعه در سال ۱۳۷۷ به ۰/۸۸ مراجعه در سال ۱۳۸۷ کاهش یافته است؛ در مقابل متوسط مراجعه به پزشک متخصص طرف قرارداد از ۰/۶۵ مراجعه به ۰/۷۶ مراجعه افزایش یافته است.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد کاهش متوسط مراجعه به پزشک عمومی طرف قرارداد، ناشی از افزایش پرداخت از جیب بیمار در مؤسسات طرف قرارداد و نهایتاً تأمین این خدمت از طریق ارائه‌کنندگان ارزانتر می‌باشد. اما از آنجایی که کشش‌ناپذیری ویزیت پزشک متخصص از پزشک عمومی به مراتب بیشتر بوده و جانشین مناسب و کاملی برای خدمات متخصصین وجود ندارد، با وجود افزایش پرداخت از جیب، بیماران ناگزیر از مراجعه و دریافت خدمات از متخصصین طرف قرارداد بوده‌اند.

واژگان کلیدی: سازمانهای بیمه‌گر، سازمان تأمین اجتماعی، هزینه‌های پزشکی، تعرفه خصوصی، تعرفه دولتی، پزشک عمومی، پزشک متخصص، پرداخت از جیب، دسترسی

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Pour Reza A, Pouragha B, Rahimi A, Hosseinzade H. Fluctuations in demand for doctor's visit in Social Security Organization (1998-2008). Pejouhandeh 2012;17(1):38-44.

مقدمه

بحث واقعی یا غیر واقعی بودن و تنوع تعرفه‌های پزشکی از دیرباز در جامعه پزشکی از یک سو و اقشار مختلف جامعه از سوی دیگر مورد بحث بوده است (۱). این امر همیشه با دو نقطه نظر کاملاً متفاوت همراه بوده، به نحوی که اقشار جامعه از گرانی خدمات درمانی گلایه‌مند بوده و در مقابل آن جامعه پزشکی از ناکافی بودن میزان تعرفه‌های پزشکی شکایت داشته‌اند. از آنجایی که قیمت خدمات درمانی نقش تعیین کننده‌ای در چگونگی عرضه و تقاضای این گونه خدمات ایفا می‌کند (۲)، شرایط حاکم بر بازار سلامت حاکی از آن است

*نویسنده مسؤول مکاتبات: بهروز پور آقا؛ تهران، میدان انقلاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، طبقه چهارم، گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت؛ تلفن: ۶۴۵۰۲۶۷۰-۲۱-۹۸+؛ پست الکترونیک: Pouragha@Gmail.com

که این بازار را نمی‌توان بر اساس ساز و کارهای موجود در بازار معمولی عرضه و تقاضا و به امید تنظیم خودکار رها کرد و منتظر خسارات جبران ناپذیر آن برای آحاد جامعه انسانی شد (۳)، بلکه برنامه‌ریزان و سیاستگذاران عرصه سلامت موظفند سالیانه با هدف ساماندهی و تنظیم تعرفه‌های درمانی نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات استاندارد سلامت در بخشهای خصوصی و دولتی متناسب با شرایط ویژه "بازار ناکامل" سلامت اقدام نمایند.

با وجود تأکیدی که سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ بر مشارکت عادلانه تأمین مالی هزینه‌های سلامت بعنوان یکی از اهداف سه‌گانه نظام سلامت نموده است (۴)، افزایش بی‌رویه اخیر هزینه‌های درمانی، بسیاری از دولتها را ناگزیر از مشارکت کم و بیش بیماران در هزینه‌های درمانی نموده است. مشارکت بیمار در تأمین مالی بخشی از هزینه‌های درمانی، از جمله استراتژی‌های تأمین منابع مالی و کاهش هزینه‌های درمانی سازمانهای بیمه و دولتها در هنگام بهره‌مندی بیماران محسوب می‌شود (۷-۵).

از آنجایی که بهره‌مندی از خدمات ویزیت پزشک عمومی و متخصص بعنوان نقطه شروعی برای استفاده از سایر خدمات درمانی بسیار مورد توجه است، بررسی تأثیر تعرفه‌های دولتی و خصوصی و همچنین دسترسی به این خدمات، از جمله موارد مورد تأکید است (۸). برای مثال در سال ۱۳۸۱، مطالعه نقوی نشان داد که در سطح کشور از ۵۶۰ میلیون مراجعه به مراکز درمانی، ۱۴۲ میلیون مراجعه به پزشکان عمومی و ۷۴ میلیون برای استفاده از خدمات ویزیت پزشک متخصص بوده است (۳). آمارهای بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی نیز نشان می‌دهد که در سال ۱۳۸۷ حدود ۱۵۰ میلیون ویزیت توسط پزشکان انجام یافته است که بیش از ۱۸٪ منابع بخش درمان سازمان را علاوه بر OOP بیماران به خود اختصاص داده است (۹).

در کشورهای دیگر مانند آمریکا در سال ۲۰۰۴، ویزیت‌های انجام شده در مطب پزشکان حدود ۱۶٪ از کل هزینه‌های مراقبتهای سلامت را به خود اختصاص داده و پرداخت از جیب بیمار برای هر ویزیت پزشک در مطب، حدود یک پنجم کل هزینه ویزیت (۱۹٪) را شامل شده است (۱۰). مطالعه در مدیکیر نشان داد که از سال ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۲ افزایش میزان مشارکت بیمار در هزینه مراقبتهای اولیه (غالبا پزشک عمومی) از ۵ به ۴۲٪ و خدمات متخصصین از ۱۸ به ۸۲٪، تأثیر زیادی در مصرف این خدمات داشته است (۶).

مطالعه Wharam نشان داد که افزایش سهم بیماران در هزینه‌های درمانی، علاوه بر کاهش ویزیت‌های غیرضروری بخش اورژانس موجب کاهش بخشی از ویزیت‌های ضروری در بخش اورژانس نیز شده است که غالب این کاهشها در ابتدای انتقال افراد به شرایط جدید بوده است (۱۱). نتایج مطالعه مؤسسه RAND (Research and Development)که توسط Newhouse و همکارانش گزارش شد نشان داد که مشارکت بیماران در هزینه‌ها، بطور میانگین میزان استفاده از هر نوع خدمات درمانی را کاهش داده است (۱۲).

هدف اصلی از این مطالعه بررسی نوسانات تقاضای مربوط به خدمات ویزیت پزشک عمومی و متخصص طرف قرارداد در جمعیت تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی در دوره یازده ساله ۸۷-۱۳۷۷، با توجه به میزان دسترسی، تغییر تعرفه‌ها (خصوصی و دولتی) و میزان مشارکت بیماران در هزینه‌های درمانی می‌باشد. مطالعه این موضوع در دنیای واقعی و در سازمان تأمین اجتماعی بعنوان "بزرگترین نهاد بیمه‌ای و خریدار خدمات درمانی ایران که خدمات درمانی حدود ۳۰ میلیون نفر از جمعیت کشور ایران را بر عهده دارد، بسیار حائز اهمیت می باشد

مواد و روشها

پژوهش حاضر بر مبنای آمار و اطلاعات سری زمانی یازده ساله (۸۷-۱۳۷۷) جمع‌آوری شده از دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی و مراکز درمانی متعلق به سازمان تأمین اجتماعی در استانهای کشور انجام شده است. جامعه پژوهش، کلیه افراد تحت پوشش درمان این سازمان می‌باشند که برای دریافت خدمات درمانی سرپایی به مطبهای پزشک عمومی و متخصص طرف قرارداد سازمان مذکور درسالهای ۸۷-۱۳۷۷ در سراسر کشور مراجعه نموده‌اند. این جمعیت دارای رشدی معادل ۲۱٪ بوده که از ۲۴ میلیون نفر در سال ۱۳۷۷ به ۲۹ میلیون نفر در سال ۱۳۸۷ رسیده است. بنابراین نمونه‌گیری انجام نشده است.

داده‌های آماری مورد نیاز در قالب فرم طراحی گردید و از طریق دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی ۳۰ استان در سراسر کشور دریافت گردید. داده‌های مربوط به تعرفه‌های خصوصی و دولتی نیز از کتاب تعرفه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استخراج گردید. نرم افزارهای EXCEL2007، MINITAB-14 و EVIEWS-5 برای تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

به منظور تحلیل وضعیت بهره‌مندی از خدمات پزشکان عمومی و متخصص طرف قرارداد با توجه به تعرفه‌های دولتی و خصوصی، از شاخص "متوسط مراجعه" بیمه شدگان به پزشک عمومی و متخصص مستقل طرف قرارداد استفاده شد؛ همچنین جهت محاسبه میزان دسترسی جغرافیایی، مبلغ و درصد Out of pocket (OOP) بیمار برای هر ویزیت عمومی و متخصص در بخش خصوصی، و محاسبه نسبت OOP پزشک عمومی به متخصص به ترتیب از فرمول‌های زیر استفاده شد: (لازم به ذکر است که تمام هزینه‌ها در این مطالعه بر اساس شاخص CPI (Consumer Price Index) محاسبه شده‌اند. این شاخص هزینه خرید یک سبد ثابت از کالاها و خدمات را در طول زمان اندازه‌گیری می‌کند و برای ساختن آن نیز از شاخص قیمت لاسپیرز استفاده می‌شود.)

متوسط مراجعه (پزشک عمومی/متخصص) هر بیمه شده در سال معین= تعداد کل ویزیتهای (پزشک عمومی/متخصص) انجام شده در سال معین / جمعیت تحت پوشش درمان در سال معین

میزان دسترسی در سال معین= تعداد مطب پزشک (عمومی/متخصص) طرف قرارداد در سال معین / جمعیت تحت پوشش درمان در سال معین *۱۰۰۰۰۰

مبلغ OOP بیمار= (تعرفه دولتی-تعرفه خصوصی) + (تعرفه دولتی*۳۰٪)

درصد OOP بیمار= (تعرفه خصوصی) / (مبلغ OOP بیمار)

نسبت پرداخت از جیب بیمار برای دو خدمت پزشک عمومی و متخصص= $\frac{OOP_{GP}}{OOP_{SP}}$

یافته‌ها

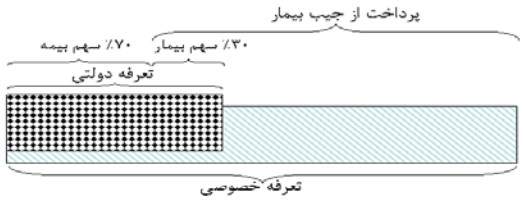
طی سالهای ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۷، متوسط مراجعه هر بیمه شده به مطب پزشکان عمومی طرف قرارداد با کاهشی حدود ۲۲٪ از ۱/۱۳ مراجعه به ۰/۸۸ مراجعه در سال رسید؛ در مقابل متوسط مراجعه به مطب پزشکان متخصص طرف قرارداد با افزایشی حدود ۱۷٪ از ۰/۶۵ مراجعه به ۰/۷۶ مراجعه در سال افزایش یافته است. تعداد مطب پزشک عمومی طرف قرارداد به ازای هر صد هزار نفر، از ۴۱ پزشک در سال ۱۳۷۷، به ۴۸ پزشک در سال ۱۳۸۷ افزایش یافته است. همچنین تعداد مطب پزشک متخصص طرف قرارداد نیز از ۲۵ پزشک به ازای هر صد هزار نفر به ۳۷ پزشک افزایش یافته است. میانگین هندسی رشد تعرفه دولتی و خصوصی پزشک عمومی طی سالهای ۸۷-۱۳۷۷ به ترتیب ۱۹ و ۲۵ درصد، و میانگین رشد تعرفه دولتی و خصوصی پزشکان متخصص در این دوره زمانی به ترتیب ۱۴ و ۲۳ درصد بوده است. مقایسه تعرفه خصوصی و دولتی ویزیت پزشک عمومی و متخصص (جدول۱) نشان داد که تعرفه دولتی و خصوصی پزشک عمومی در سال ۱۳۸۷ نسبت به سال ۱۳۷۷ به ترتیب ۴۸۸ و ۱۱۵۰ درصد رشد داشته است و تعرفه دولتی و خصوصی پزشک متخصص در سال ۱۳۸۷ نسبت به سال ۱۳۷۷ به ترتیب ۲۵۹ و ۹۲۴ درصد رشد داشته است.

جدول ۱- درصد رشد سهم بیمه‌گر و بیمار از تعرفه خصوصی و دولتی در سال ۱۳۸۷ نسبت به سال ۱۳۷۷

نوع تعرفه	رشد ویزیت پزشک عمومی				رشد ویزیت پزشک متخصص			
	کل مبلغ تعرفه	سهم ۷۰٪ سازمان بیمه از تعرفه دولتی	OOP	تغییر درصد OOP	کل مبلغ تعرفه	سهم ۷۰٪ سازمان بیمه از تعرفه دولتی	OOP	تغییر درصد OOP
خصوصی	٪۱۱۵۰	٪۴۸۸	٪۲۶۹۶	٪۳۷	٪۹۲۴	٪۲۵۹	٪۲۴۷۵	٪۴۵
دولتی	٪۴۸۸	٪۴۸۸	٪۴۸۸	٪۰	٪۲۵۹	٪۲۵۹	٪۲۵۹	٪۰

OOP: پرداخت از جیب بیمار

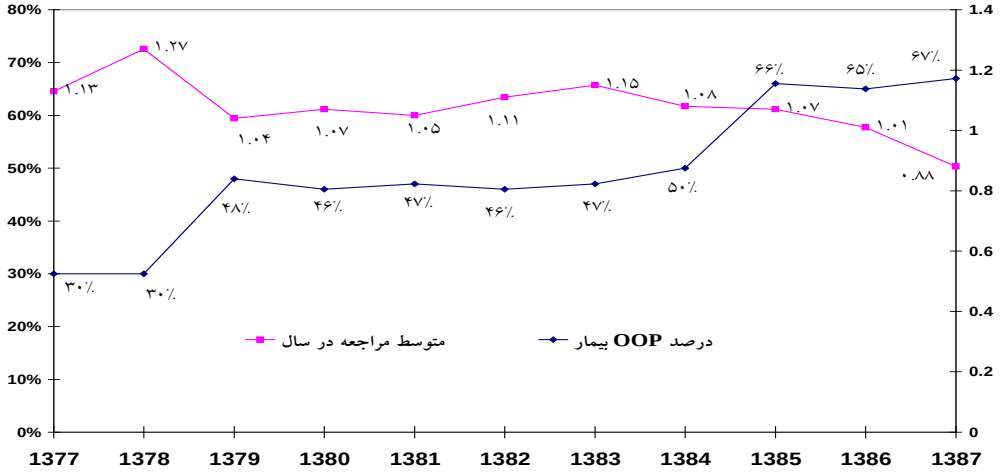
از آنجایی که در مطب پزشکان طرف قرارداد، تعرفه خصوصی ملاک دریافت بوده و سازمان تأمین اجتماعی صرفاً ۷۰٪ تعرفه دولتی هر ویزیت را پرداخته و مابقی توسط بیماران به ارائه‌کنندگان این خدمات پرداخت می‌شود (شکل ۱)، مبلغ پرداخت مستقیم از جیب بیماران از سال ۱۳۷۷ تا سال ۱۳۸۷حدود ۲۷۰۰٪ برای پزشک عمومی و حدود ۲۵۰۰٪ برای پزشک متخصص افزایش داشته است.



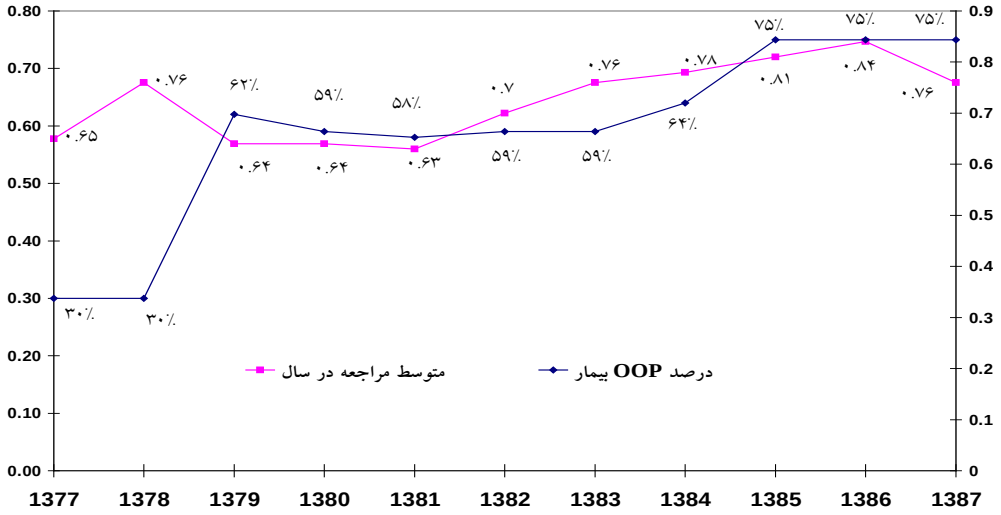
شکل ۱- سهم بیمه‌گر و بیمار از تعرفه دولتی و خصوصی

به عبارت دیگر محاسبات نشان می‌دهد که از سال ۱۳۷۷ تا سال ۱۳۸۷، درصد پرداخت از جیب بیمار برای پزشک عمومی از ۳۰ به ۶۷ درصد و برای پزشک متخصص از ۳۰ به ۷۵ درصد رسیده است. روند توأم متوسط مراجعه به پزشک عمومی و متخصص و درصد OOP بیماران برای هر کدام در نمودار ۱ و ۲ در یک سری زمانی ۱۱ ساله (۸۷-۱۳۷۷) ترسیم شده است.

یافته‌های آزمون رگرسیونی دو طرف لگاریتمی (۱۳) Panel Least Squares نشان می‌دهد که تأثیر متغیرهای مستقل در نظر گرفته شده در مدل، بر متوسط مراجعه بیماران به پزشک عمومی طرف قرارداد به این شرح بوده است: ۱- تأثیر مقدار OOP پرداختی بیمار بابت ویزیت پزشک برابر (P =۰/۰۰۰۱، ß =-۰/۰۹)؛ ۲- تأثیر نسبت OOP پزشک متخصص به OOP پزشک عمومی برابر (P =۰/۰۴۲۹، ß =-۰/۱۹)؛ و ۳- تأثیر میزان دسترسی به پزشکان عمومی برابر (P =۰/۰۰۱۲، ß =۰/۳۷). همچنین این آزمون نشان داد که تأثیر متغیرهای مستقل در نظر گرفته شده در مدل بر متوسط مراجعه بیماران به پزشک متخصص طرف قرارداد به این شرح بوده است: ۱- تأثیر OOP پرداختی بیمار بابت ویزیت پزشک برابر (P <۰/۰۰۱، ß = -۰/۰۶)؛ ۲- تأثیر نسبت OOP پزشک عمومی به OOP متخصص برابر (P =۰/۰۱۵۶، ß =۰/۵۶) و تأثیر میزان دسترسی به پزشکان متخصص طرف قرارداد برابر (P <۰/۰۰۰۱، ß = ۰/۶۴) بوده است.



نمودار ۱- متوسط مراجعه و درصد OOP هر بیمار برای ویزیت پزشک عمومی طرف قرارداد



نمودار ۲- متوسط مراجعه و درصد OOP هر بیمار برای ویزیت پزشک متخصص طرف قرارداد

بحث

پژوهش حاضر با اولویت دادن به خدمات سرپایی نسبت به خدمات بستری، بعنوان درون‌مایه‌های اصلی و نقطه آغازین ارائه خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی و از اصول مهم در سیاستهای دولت در حوزه سلامت (۱۴)، نقش تعرفه‌ها و دسترسی را در بهره‌مندی از دو خدمت ویزیت پزشک عمومی و پزشک متخصص طرف قرارداد در جمعیت تحت

پوشش درمان سازمان تأمین اجتماعی طی دوره یازده ساله ۸۷-۱۳۷۷ مورد بررسی قرار داده است.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که اگر تعرفه دولتی ملاک دریافت ویزیت پزشک عمومی و متخصص طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی باشد، سهم ۳۰ درصدی بیمار و ۷۰ درصدی سازمان بیمه‌گر از تعرفه دولتی خدمات مذکور طی سالهای ۸۷-۱۳۷۷ رعایت شده و دولت در خصوص دو خدمت پزشک عمومی و متخصص در بین بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی تا حد زیادی موفق به اجرای اهداف برنامه چهارم توسعه مبنی بر عدالت در مشارکت در هزینه‌های درمانی و کاهش پرداخت از جیب مردم به زیر ۳۰٪ بوده است (۱۵). اما از آنجایی که غالب خدمات سرپایی و ویزیت پزشکان، توسط بخش خصوصی ارائه می‌گردد (۳، ۱۶ و ۱۷) و تعرفه خصوصی ملاک دریافت آنها می‌باشد، بیمه‌گر ۷۰٪ تعرفه دولتی را پرداخت می‌نماید و بیمار ۳۰٪ تعرفه دولتی بعلاوه مابه‌التفاوت تعرفه دولتی و خصوصی را به ارائه‌کننده خدمت پرداخت می‌نماید و این منجر به تغییر درصد پرداخت از جیب بیماران از ۳۰٪ در سال ۱۳۷۷ برای هر دو خدمت پزشک عمومی و متخصص به ۶۷٪ برای پزشک عمومی و ۷۵٪ برای پزشک متخصص در سال ۱۳۸۷ شده است. بدین معنی که علاوه بر رشد سالانه تعرفه‌های خصوصی بر اساس تورم، سهم (درصد) پرداخت بیماران از تعرفه نیز در حال افزایش بوده و این موضوع تأثیر توأم و مضاعف در پرداخت بیماران برای استفاده از خدمات ویزیت پزشکان طرف قرارداد خصوصی داشته است. این موضوع بویژه پس از سال ۱۳۸۵ که تعیین تعرفه خصوصی به سازمان نظام پزشکی واگذار شد، شدت بیشتری به خود گرفت (۱۸).

بررسی تأثیر OOP بیمار بر متوسط مراجعه بیماران به پزشک عمومی نشان داد که افزایش OOP پزشک عمومی طرف قرارداد (ß= -۰/۰۹)، تأثیر بسیار کمی در کاهش بهره‌مندی از ویزیت پزشکان عمومی دارد. از آنجایی که خدمات درمانی نسبت به سایر خدمات و کالاهای مصرفی کشش ناپذیرترند این موضوع منطقی است لیکن مقدار این تأثیر در مطالعات مختلف و با توجه به مقتضیات هر مطالعه و شرایط حاکم بر نظام سلامت آن جامعه می‌تواند متفاوت باشد (۵، ۱۹ و ۲۰). از طرفی چون نظام ارجاع در نظام درمان سازمان تأمین اجتماعی وجود ندارد و پزشک عمومی بعنوان ارجاع دهنده به پزشک متخصص و یا سطوح بالاتر عمل نمی‌کند، با این فرض که دو خدمت پزشک عمومی و متخصص می‌توانند جانشین یکدیگر باشند (۲۱ و ۲۲)، در مرحله بعد، از تأثیر متغیر نسبت OOP پزشک متخصص به OOP عمومی، بر میزان مراجعه به پزشک عمومی استفاده شد. تأثیر این متغیر بر میزان بهره‌مندی از ویزیت پزشک عمومی به مراتب بیشتر و معادل ۰/۱۹- بود و این نشان می‌دهد که در واقع بهره‌مندی از خدمات ویزیت پزشکان عمومی، شدیداً متأثر از OOP پرداختی بیمار به پزشک متخصص بوده است. همچنین بررسی میزان افزایش دسترسی بیمه‌شدگان به پزشکان عمومی در طی سالهای مطالعه نشان داد که این متغیر به عنوان یک مؤلفه تأثیر گذار (ß=۰/۳۹)، موجب پایداری و افزایش متوسط مراجعه بیماران به مطب پزشکان عمومی شده است. به نظر می‌رسد افزایش دسترسی بیماران به پزشکان عمومی، موجب کاهش هزینه‌های رفت و آمد برای دریافت خدمت و نهایتاً کاهش کل پرداختی بیمار برای استفاده از این خدمات شده است.

بررسی تأثیر متغیرهای مذکور در مورد بهره‌مندی از ویزیت پزشکان متخصص نیز نشان می‌دهد که تأثیر مقدار پرداخت مستقیم بیمار به پزشک متخصص طرف قرارداد نیز بر میزان بهره‌مندی بسیار ناچیز بوده و مصرف این خدمت مستقیماً متأثر از قیمت خدمت مذکور نیست (کاملاً کشش ناپذیر بوده است). اما با توجه به جانشین بودن دو خدمت پزشک عمومی و متخصص طرف قرارداد، و ضریب متغیر نسبت OOP پزشک عمومی به پزشک متخصص (ß=۰/۵۶) بنظر می‌رسد که مصرف این خدمت شدیداً متأثر از OOP پرداختی بیمار به پزشک عمومی می‌باشد و افزایش OOP بیمار بابت پزشک عمومی منجر به استفاده کمتر از ویزیت پزشکان عمومی طرف قرارداد و استفاده بیشتر از خدمات پزشکان متخصص شده است. همچنین افزایش میزان دسترسی بیمه‌شدگان به پزشکان متخصص در طی سالهای مطالعه (از طریق قراردادهای جدید با مطب پزشکان متخصص)، بعنوان یک مؤلفه بسیار مؤثر (ß =۰/۶۴) و بیشتر از قیمت، موجب افزایش متوسط مراجعه بیماران به مطب پزشکان متخصص شده است (۵). از آنجایی که دسترسی بیمه‌شدگان به پزشک عمومی در مقایسه با متخصصین طی سالهای مطالعه از ابتدا مناسب بوده است، افزایش میزان دسترسی به پزشکان متخصص نسبت به افزایش میزان دسترسی به پزشکان عمومی، تأثیر بیشتری در بهره‌مندی از این خدمات داشته است.

بنظر می‌رسد تنوع ارائه‌کنندگان مختلف با تعرفه‌های خصوصی و دولتی، و همچنین وجود مراکز درمانی متعلق به سازمان تأمین اجتماعی با خدمات رایگان، شرایطی را ایجاد نموده‌اند که بیمه‌شدگان این سازمان با رفتار اقتصادی خود و

جایگزین نمودن ارائه‌کنندگان مختلف برای بهره‌مندی از خدمات، حداکثر مطلوبیت را از بودجه خود کسب نمایند (۲۳). در خصوص ویزیت پزشک عمومی، به دلیل دسترسی بیشتر، همسانی خدمات ارائه شده و عدم پیچیدگی این خدمت نسبت به ویزیت پزشک متخصص، جایگزینی ارائه‌کنندگان مختلف به مراتب بسیار ساده‌تر بوده و در هنگام افزایش قیمت، بیماران با توجه به بودجه خود می‌توانند این خدمت را در بخش دولتی با تعرفه دولتی و با پرداخت از جیب ۳۰ درصدی تهیه کنند (۲۴) و یا بصورت رایگان در مراکز درمانی متعلق به تأمین اجتماعی تأمین خدمت نمایند (۲۵) و حتی در برخی موارد می‌توانند از مراجعات غیر ضروری خود صرفنظر نمایند (۳). بنظر می‌رسد که بیماران با این رفتار اقتصادی، ضمن رعایت کارایی، هزینه درمانی خانوار را برای خدمات مهمتری مثل ویزیت پزشکان متخصص پس‌انداز می‌نمایند. مطالعه Cherkin نیز نشان داد دریافت ۵ دلار فرانشیز برای هر ویزیت پزشک، موجب کاهش حدود ۸٪ در ویزیتهای پزشک عمومی شده و ویزیت متخصصین کاهش چشمگیری نداشته است (۲۶). در خصوص پزشکان متخصص مطالعات مختلف نشان داده‌اند که کشش‌پذیری این خدمت نسبت به ویزیت پزشک عمومی کمتر بوده و بیماران بدلیل محدودیت در انتخاب و مراجعه به پزشکان متخصص چه در حوزه طرف قرارداد و چه در مراکز درمانی متعلق به سازمان تأمین اجتماعی، نمی‌توانند به سادگی جایگزین مناسبی برای این خدمت یافته و ناچار به استفاده از خدمات موجود بدون توجه به OOP خود بدلیل ضرورت و پیچیدگی در نوع بیماری هستند (۲۴). حتی مطالعه‌ای در ایتالیا نشان داد که خدمات ویزیت پزشک متخصص در بخش دولتی نتوانسته است جایگزینی مناسبی برای بیماران در بخش خصوصی باشد (۲۷).

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که استفاده از خدمات ویزیت پزشکان متخصص برای بیمه‌شدگان بسیار مهمتر از خدمات ویزیت پزشک عمومی بوده و در هنگام افزایش تعرفه‌ها و OOP، آنها خدمات ویزیت پزشک عمومی را از ارائه‌کنندگان ارزانتر تهیه می‌نمایند تا بتوانند میزان بهره‌مندی خود را از خدمات ویزیت پزشک متخصص با وجود افزایش تعرفه‌ها کاهش ندهند. اگرچه ممکن است هدف مسؤولین سازمان تأمین اجتماعی از مشارکت بیماران، تأمین مالی، ممانعت از مخاطرات اخلاقی و ایجاد کارایی در مصرف بیماران باشد، ولی این موضوع نباید یکی از اهداف مهم و اصلی نظامهای سلامت، یعنی بهره‌مندی بیماران بخصوص قشر فقیر و کم درآمد را از خدمات درمانی خدشه دار نماید. لذا بهتر است میزان دسترسی و قیمت خدمات با توجه به حساسیت و کشش‌پذیری خدمات درمانی و همچنین قابلیت جانشینی آنها با خدمات و ارائه‌کنندگان دیگر موجود در بازار در نظر گرفته شود تا با حفظ تعادل در میزان مشارکت بیماران، میزان بهره‌مندی آنان از خدمات درمانی مختلف بر اساس نیازهای واقعی دچار اختلال نگردد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله پژوهشگران این تحقیق از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی که تصویب این طرح را در تاریخ ۱۳۸۸/۷/۲۶ و با شماره ۱۳۲/۶۹۹ انجام دادند، کمال تشکر را دارند. همچنین از کارشناسان و مسؤولین محترم سازمان تأمین اجتماعی که ما را در گردآوری داده‌ها و ارائه نقطه‌نظرات کارشناسی کمک و راهنمایی نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

REFERENCES

1. Hsiao WC, Braun P, Dunn D, Becker ER, DeNicola M, Ketcham TR. Results and policy implications of the resource-based relative-value study. N Engl J Med 1988;319(13):881-8.

2. Heller PS. A Model of the Demand for medical and Health Services in peninsular Malaysia. Soc Sci Med 1982;16(3):267-84.

3. Naghavi Mohsen. Utilization of Health Services in Iran. Tehran: Tandis; 2005. (Text in Persian)

4. World Health Organization. The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000. Available from: http://www.who.int/whr/2000/en/index.html

5. Kim J, Ko S, Yang B. The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea. Health Policy 2005;72(3):293-300.

6. Rice T, Matsuoka KY. The impact of cost-sharing on appropriate utilization and health status: a review of the literature on seniors. Med Care Res Rev 2004;61(4):415-52.

7. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: Can low-income countries escape the medical poverty trap? Lancet 2001;358(9284):833-6.

8. Amy M. Cost sharing: Do employees understand cost sharing and do increases in cost sharing really have an impact on the utilization of health care services (Dissertation). Boston: Boston University; 2008.

9. Bureau of Social Security Organization Statistics. Annual report of bureau of social security organization statistics. Tehran: 2008. (Text in Persian)

10. Machlin SR, Carper K. Expenses for office-based physician visits by specialty, 2004. Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.

11. Wharam JF, Landon BE, Galbraith AA, Kleinman KP, Soumerai SB, Ross-Degnan D. Emergency department use and subsequent hospitalizations among members of a high-deductible health plan. JAMA 2007;297(10):1093-102.

12. Newhouse JP, Manning WG, Morris CN, Orr LL, Duan N, Keeler EB, et al. Some Interim Results from a Controlled Trial of cost sharing in Health Insurance. Engl J Med 1981;305(25):1501-7.

13. Li X, Guh D, Lacaille D, Esdaile J, Anis AH. The impact of cost sharing of prescription drug expenditures on health care utilization by the elderly: own- and cross-price elasticities. Health Policy 2007;82(3):340-7.

14. Fazaeli A. Calculating index for equity in financing health system in Iran, 2006-2003. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2008. (Text in Persian)

15. Soleymani E. Law enforcement and the development prospects of the Fourth Development Plan. Tehran: Islamic Research Center; 2005. (Text in Persian)

16. Ministry of Health and Medical Education. National document of health development for fourth economic, social and cultural development plan. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2004. (Text in Persian)

17. Hoveyda H. With words and slogans the health system cannot be organized. Journal of Iranian Medical Council: 2010;127:60. (Full text in Persian)

18. Tadayon A. The right to specify health care cost is withdrawn from the Medical Council. 2010 [cited 11 March 2011]; Available from: http://sedaghatnews.ir/Pages/News-2400.htm. (Text in Persian)

19. Cutler D, Zeckhauser R. The anatomy of health insurance. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. Handbook of Health Economics. Elsevier; 1999.

20. Liu Su, Chollet Deborah. Price and income elasticity of the demand for health insurance and health care services: A critical review of the literature. MPR Reference No: 6203-042. Washington, DC: Mathematica Policy Research, Inc; 2006.

21. Atella V, Brindisi F, Deb P, Rosati FC. Determinants of access to physician services in Italy: a latent class seemingly unrelated probit approach. Health Econ 2004;13(7):657-68.

22. Datta Gupta N, Greve J. Overweight and Obesity and the Demand for Primary Physician Care. IZA Discussion Paper No. 4098. Available from: http://ssrn.com/abstract=1373332.

23. Samuelson PA, Nordhaus WD. Economics. 18th ed. Boston: McGraw-Hill/Irwin; 2005.

24. Fabbri D, Monfardini C. Price elasticity, income and the demand for physician visits. Italy: University of Bologna, Department of Economics; 2004.

25. Pourreza A, Rahimi A, Pouragha B. The explanation of demand care changes for GP and specialist outpatient services among population insured under Social Security Organization (SSO) with emphasis on double tariff and out of pocket payment during 1998-2008. Tehran: Tehran University of Medical Sciences Press; 2011. (Text in Persian)

26. Cherkin DC, Grothaus L, Wagner EH. The effect of office visit copayments on preventive care services in an HMO. Inquiry 1990;27(1):24-38.

27. Fabbri D, Monfardini C. Rationing the public provision of healthcare in the presence of private supplements: evidence from the Italian NHS. J Health Econ 2009;28(2):290-304.