

انواع مخاطرات اخلاقی در بازار بیمه نظام سلامت (مقاله مروری)

نویسندگان: سید مرتضی حسینی شکوه^۱، مصطفی شهابی نژاد^{۲*}

۱- استادیار گروه اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...، تهران، ایران

۲- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی، مرکز تحقیقات کاربردی معاونت بهداشت امداد و درمان ناجا، تهران، ایران

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.7, No.3&4, Fall & Winter 2019

چکیده

مقدمه: سلامت به عنوان یکی از زمینه‌های اصلی، نظام‌های رفاه اجتماعی شناخته شده است. پوشش بیمه‌ای باعث تغییر در رفتار مصرف‌کننده (بیمار) و ارائه‌کننده (پزشک) خدمات می‌شود که از آن به مخاطره اخلاقی یاد می‌شود. این پژوهش با هدف پرداختن به مفهوم مخاطرات اخلاقی و انواع آن و بررسی پیامدهای مخاطرات اخلاقی در بازار بیمه نظام سلامت انجام شده است.

روش کار: این مقاله یک تحقیق مروری است که مقالات مرتبط با آن، با استفاده از کلید واژه‌های معتبر فارسی و انگلیسی از متون منتشر شده در بانک‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی انتخاب و مورد بررسی قرار گرفته است. پایگاه داده‌ای متون انگلیسی شامل: Science direct ، Pub med ، Scopus و موتور جستجوی Google Scholar و متون فارسی شامل: Sid ، Magiran ، Iranmedex ، Iran doc و Medlib می‌باشد. مقالات مرتبط با استفاده از کلید واژه‌های مناسب در بین سال‌های ۱۳۹۷-۱۳۸۸ جستجو و در نهایت از بین مقالات یافت شده، تعداد ۵۲ مقاله مرتبط با موضوع انتخاب و مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: مخاطرات اخلاقی با تغییر رفتار ارائه‌کننده خدمات و گیرنده خدمات و همچنین بیمه بودن به وجود می‌آید که این مسأله به دلیل وجود شخص سوم پرداخت‌کننده می‌باشد. شخص سوم به عنوان یک عامل یا بنگاه دیگر مثل بیمه است که هزینه‌های درمان بیماران را متقبل می‌شود و به همین دلیل گیرنده و ارائه‌کننده خدمت، انگیزه‌ای برای کاهش میزان خدمات دریافتی ندارند. در مخاطرات اخلاقی، افراد با بیمه پوشش بالاتر، تلاش کم‌تری برای جلوگیری از بروز بیماری انجام داده (مخاطرات اخلاقی پیشین) و با وقوع بیماری از خدمات درمانی بیشتر و با کیفیت‌تری استفاده می‌کنند (مخاطرات اخلاقی پسین). مخاطرات اخلاقی مصرف‌کننده شاخص‌ترین شکل مخاطرات اخلاقی می‌باشد.

نتیجه گیری: مخاطرات اخلاقی پیامدهای منفی مثل کاهش رفاه و افزایش هزینه در نظام سلامت را به دنبال دارد. بررسی و شناخت اثرات مخاطرات اخلاقی و کنترل آن به منظور پیشگیری از پیامدهای نامطلوب و سوء تخصیص منابع ضروری است. جهت کنترل مخاطرات اخلاقی مصرف‌کننده می‌توان از فرانشیز[معافیت شخص بیمه شده از پرداخت هزینه خدمات بیمه]، به ویژه برای خدمات با کشش پذیری بالا استفاده کرد.

واژگان کلیدی: مخاطرات اخلاقی، اطلاعات نامتقارن، مخاطرات اخلاقی پسین و پیشین، بیمه سلامت

J Educ Ethics Nurs 2019;7(3&4):1-7

مقدمه:

تحقیقات نشان می‌دهد که در دهه اخیر هزینه‌های بهداشت و درمان رشد چشمگیری داشته است و به موجب آن سالانه تعداد زیادی از خانوارها به علت پرداخت هزینه‌های سنگین درمانی به زیر خط فقر می‌روند [۱، ۲]. بیمه درمانی به منظور چیره شدن بر این هزینه‌های درمانی به وسیله دریافت حق بیمه و ادغام ریسک ایجاد گشته است [۳]. البته انگیزه افراد برای استفاده از

خدمات پزشکی، بستگی به ماهیت قراردادهای بیمه‌ای دارد [۴]. از آنجا که بخش زیادی از هزینه‌های مراقبت سلامت توسط سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت و تنها بخشی از هزینه‌های مراقبت توسط دریافت‌کننده خدمات پرداخت می‌شود، تغییرات در میزان پوشش

*نویسنده مسئول، نشانی: کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز تحقیقات کاربردی معاونت بهداشت امداد و درمان ناجا، تهران، ایران

پست الکترونیک: mostafa.sh.n2212@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۱۳۱۹۸۲۲۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۹/۱۴

پیامدهای منفی مانند مصرف خدمات غیرضروری، تغییر الگوی مصرف در جهت استفاده غیر کارآمد از منابع، کاهش رفاه و افزایش هزینه خواهد شد [۱۶].

به تعبیر دیگر مخاطرات اخلاقی در وضعیتی به وجود می‌آید که به نوعی یک طرف بازار نمی‌تواند رفتار طرف دیگر بازار را مشاهده کند و در واقع مخاطرات اخلاقی، نام دیگری برای رفتارهای نامشهود است، چون در این حالت، طرف مقابل، رفتار مخالف اخلاق را در پیش می‌گیرد که به ضرر دیگری است. از دیدگاه آسیب شناسی وجود اطلاعات نامتقارن موجب بروز رفتار نامشهود می‌شود [۱۷]. از پیامدهای نداشتن تقارن اطلاعات در بازار بیمه درمان، یکی شکست بازار بیمه و دیگری این است که چون رفتار افراد توسط سازمان بیمه‌گر مشاهده نمی‌شود، افراد تحت پوشش بیمه، مراقبت کم‌تری در پیشگیری از بروز بیماری انجام می‌دهند (مخاطرات اخلاقی پیشین) (Ex-ante moral hazard). زیرا مراقبت‌های پیشگیری برای آنان هزینه دارد. همچنین این افراد نسبت به افراد بیمه نشده از خدمات درمانی بیشتر و یا با کیفیت بهتری استفاده می‌کنند (مخاطرات اخلاقی پسین).

(Ex-post moral hazard). این دو عامل از طریق افزایش ریسک، به شرکت‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای هزینه‌های اضافی تحمیل می‌کنند [۱۸، ۱۹]. این پژوهش با هدف پرداختن به مفهوم مخاطرات اخلاقی، انواع آن، بررسی پیامدهای مخاطرات اخلاقی و روش‌های کنترل آن در بازار بیمه نظام سلامت صورت گرفت.

روش کار

این مقاله یک تحقیق مروری است که مقالات مرتبط با آن، با استفاده از کلید واژه‌های معتبر فارسی و انگلیسی از متون منتشر شده در بانک‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی انتخاب و مورد بررسی قرار گرفته است. پایگاه داده‌ای متون انگلیسی شامل: Pub med، Science direct، Scopus و موتور جستجوی Google Scholar و متون فارسی شامل: Sid، Magiran، Iranmedex، Medlib و می‌باشد. مقالات مرتبط با استفاده از کلید واژه‌های مناسب در بین سال‌های ۱۳۹۷-۱۳۸۸ جستجو شد. کلید واژه‌ها با استفاده از عملکردهای AND و OR نیز به صورت ترکیبی جستجو شدند. معیارهای ورود مقالات به پژوهش، مرتبط بودن آنها به موضوع بررسی و اشاره کردن آنها به مخاطرات اخلاقی در نظام سلامت بوده است. در مرحله اول جستجو، تعداد ۷۸ مقاله یافت شد که پس از بررسی چکیده و عناوین آنها، ۸ مقاله به دلیل تکراری بودن حذف و ۱۱ مقاله دیگر به دلیل نداشتن تطابق با عنوان مورد تحقیق و ۷ مقاله دیگر به دلیل دسترسی نداشتن به متن کامل مقاله حذف

بیمه‌های درمانی بر روی میزان استفاده افراد از خدمات سلامت و سلامت آنان تأثیرگذار است [۵].

نیاز به مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌های ناشی از دریافت خدمات به طور اساسی با اطمینان نداشتن همراه است؛ یعنی کسی به درستی نمی‌داند چه موقع بیمار خواهد شد و هزینه‌های آن چقدر خواهد بود. اطمینان نداشتن بیمار در ارتباط با زمان وقوع بیماری و هزینه‌های آن منجر به تقاضا برای بیمه سلامت می‌شود [۶]. پوشش بیمه، باعث تغییر رفتار مصرف‌کننده خدمات (بیمار) و ارائه‌کننده خدمات (پزشک) می‌شود و هزینه‌ای را که افراد برای مراقبت سلامت لازم است پرداخت کنند، در زمینه پوشش بیمه کاهش یافته و دسترسی به مراقبت سلامت بیشتر و در نتیجه خدمات اضافی تقاضا می‌شود [۷، ۸].

از علل بروز رشد هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارها، افزایش تقاضا برای خدمات درمانی است که می‌تواند به دلیل اطلاعات نامتقارن درباره وضعیت پنهان سلامتی افراد باشد که منجر به هدر رفتن منابع درمان به دلیل مخاطره اخلاقی می‌شود. زیرا مصرف‌کنندگان خدمات درمانی معمولاً تمام هزینه را پرداخت نمی‌کنند و به همین دلیل انگیزه‌ای برای صرفه‌جویی در مصرف خدمات درمانی نداشته و با مصرف بیش از اندازه سبب افزایش تقاضا و در نهایت تورم در هزینه‌های بهداشت و درمان می‌شوند [۹-۱۱].

مخاطره اخلاقی، به رفتار پنهان فرد بیمه شده، در مراقبت کافی نکردن خود در برابر مقابل و یا مصرف بیشتر از خدمات جبرانی فراهم شده توسط بیمه‌گر، نسبت به زمان قبل از داشتن بیمه اطلاق می‌گردد [۱۲]. در واقع مخاطرات اخلاقی در اثر تغییر رفتار افراد در بازار سلامت رخ می‌دهد. از آنجا که بخش زیادی از هزینه‌های مراقبت سلامت توسط سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت می‌شود و بیماران بخش اندکی از این هزینه‌ها را پرداخت می‌کنند، انگیزه افراد بیمه شده برای مراقبت از وضعیت سلامت خود و پیشگیری از بیماری‌ها کاهش می‌یابد و در هنگام بیماری دسترسی اقتصادی بیمه شده به خدمات، بیشتر شده و در نتیجه مراقبت‌های بیشتر و خدمات بهتر و گران‌تر را تقاضا می‌کند. ارائه‌کننده خدمات نیز انگیزه‌ای برای ارائه خدمات در حد مطلوب ندارد و برای مصرف‌کننده تقاضای القایی ایجاد می‌کند و با ارائه خدمات غیرضروری باعث هدر رفتن منابع و نداشتن کارایی لازم می‌شود. از طرفی ارائه‌کنندگان خدمات (پزشک) نیز تقاضای القایی را برای افزایش درآمد (نظام پرداخت کارانه) یا هر چیزی که در جهت منافعشان است به بیمار تحمیل می‌کنند. این تغییرات در رفتار گیرنده و ارائه‌کننده خدمات در مجموع، مشتمل بر هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی جامعه را افزایش می‌دهند [۱۰، ۱۳-۱۵]. این پدیده باعث ایجاد

گردیدند و در نهایت ۵۲ مقاله انتخاب و مخاطرات اخلاقی در بازار بیمه نظام سلامت مورد بررسی قرار گرفت.

بحث

اگرچه وقوع بیشتر بیماری‌ها تصادفی و ممکن است هزینه‌های زیادی به دنبال داشته باشد که این هزینه‌ها مشکلات مالی غیرقابل تحملی را برای بیمار یا خانوار به وجود می‌آورد، اما پوشش بیمه اغلب منجر به مصرف بیش از حد مراقبت‌ها توسط مصرف‌کنندگان می‌شود [۲۰، ۲۱]. بیمه‌های مراقبت سلامت سبب می‌شوند که فرد هزینه‌ای کمتر از هزینه واقعی خدمات را بپردازد و این انگیزه را در عموم ایجاد می‌کند؛ تا خدمات و مراقبت‌هایی را هم که خیلی مورد نیاز نیست تقاضا کنند و پدیده مخاطرات اخلاقی شکل گیرد [۲۲].

مخاطرات اخلاقی یک نگرانی در بازار بیمه و سیاست‌های بیمه‌ای است که از طرف ارائه‌کننده خدمت و هم از سوی تقاضا کننده خدمت اتفاق می‌افتد [۲۰]. مخاطرات اخلاقی باعث کاهش رفاه، افزایش هزینه‌ها و حق بیمه، کاهش پوشش بیمه‌ای، مصرف غیرضروری خدمات و کاهش فواید انباشته شده خطر و کارایی فنی و تخصیصی نظام سلامت گشته که آن را کاهش می‌دهد [۱۰، ۲۲]. مخاطرات اخلاقی در تمام انواع بیمه‌های درمانی اعم از بیمه خدمات درمانی کارمندان دولت، تأمین اجتماعی و غیره وجود دارد [۲۳]. میزان شدت مخاطرات اخلاقی در آمارهای درآمدی بالاتر جامعه، بیشتر است و میزان ریسک‌گریزی در آمارهای پایین درآمدی جامعه در مصرف خدمات دارویی و پاراکلینیکی [خدمات بهداشتی و درمانی مربوط به ناهنجاری‌های نهفته در ورای تظاهرات بالینی که معمولاً از طریق بررسی‌های آزمایشگاهی کشف می‌شود] در مقایسه با مصرف دیگر کالاها و خدمات بیشتر می‌باشد [۲۴، ۲۵].

انواع مخاطرات اخلاقی در نظام بیمه سلامت

به طور کلی می‌توان خطرات اخلاقی را به چند طریق تقسیم بندی کرد:

۱- مخاطرات اخلاقی می‌تواند پیش و بعد از ابتلا به بیماری ایجاد شود. الف): مخاطرات اخلاقی پیشین ب): مخاطرات اخلاقی پسین [۲۰].

الف): مخاطرات اخلاقی پیشین: مخاطرات اخلاقی پیشین

نقش مهمی در تئوری بیمه بازی می‌کند. این پدیده قبل از بیمار شدن فرد اتفاق می‌افتد و باعث رفتارهای پرخطر می‌شود. چرا که پوشش بیمه به کاهش رفتارهای پیشگیری از بیماری منجر می‌شود. افراد قبل از اینکه تحت پوشش بیمه درمانی قرار بگیرند میزان مراجعات آنها به پزشکان کمتر است، چون مراجعه

به پزشکان یا مراکز درمانی همراه با تقبل هزینه‌های زیادی همراه است. از سویی، افراد قبل از دریافت بیمه، به رعایت اصول پیشگیری بیشتر پایبند هستند و برای دریافت خدمات پیشگیرانه و جلوگیری از بیماری تلاش می‌کنند تا بدین ترتیب کمتر متحمل هزینه‌های سنگین درمانی شوند. نظریه مخاطرات اخلاقی پیشین بیان کننده این است که اگر چه وقوع بیماری یا سلامت افراد در آینده، امری غیرقطعی و وابسته به احتمالات است، اما افراد می‌توانند بر میزان این احتمال اثر بگذارند. افراد از طریق اقدامات پیشگیری کننده احتمال بیمار شدن را کاهش می‌دهند [۲۶-۲۸].

نتایج تحقیقات نشان داده است که در شرایط بهتر، افراد به گونه‌ای عمل می‌کنند که بین میزان مطلوبیت به دست آمده از اقدامات پیشگیرانه، ناشی از کاهش احتمال بروز بیماری و هزینه تلاش برای جلوگیری از بروز بیماری، ناشی از کاهش دستمزد خود، تعادل برقرار کنند و از آنجایی که اقدامات پیشگیرانه به انتخاب خود افراد انجام می‌گیرد ماهیت ناطمینانی نداشته، بنابراین قابل بیمه کردن نیستند [۲۹].

ب): مخاطرات اخلاقی پسین: نظریه مخاطرات اخلاقی

پسین، به احتمال تغییر رفتار افراد در خرید خدمات درمانی اشاره می‌کند که هزینه کل خدمات درمانی یا بخشی از آن توسط سازمان‌های بیمه گر پرداخت می‌شود. مخاطرات اخلاقی پسین زمانی اتفاق می‌افتد که فرد بیمار شده باشد و به جای رفتارهای پرخطر، منجر به افزایش هزینه‌ها گردد. افراد پس از اینکه تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار می‌گیرند رفتارشان متفاوت می‌شود و اصول پیشگیری از بیماری‌ها را کمتر رعایت می‌کنند، زیرا پوشش بیمه باعث کاهش هزینه‌های خدمات درمانی در هنگام استفاده می‌شود و به همین دلیل انگیزه‌ای برای صرفه جویی در خدمات سلامت ندارند و با مصرف بیش از حد لازم سبب افزایش تقاضا از طرف مصرف کننده و در نتیجه افزایش تورم در هزینه‌های سلامت خواهند شد [۳۰-۳۲].

۲- دو نوع تغییر رفتار ناشی از بیمه یا به اصطلاح مخاطرات اخلاقی در نظام سلامت وجود دارد: الف): در بعد تقاضا (مصرف کننده خدمات) ب): در بعد عرضه (ارائه کننده خدمات) [۱۰]. در هر دو بعد، بیماران و ارائه کنندگان خدمات موجب استفاده نامناسب از خدمات سلامت می‌شوند. که در سطح پایین باعث تحمیل هزینه به سازمان‌های بیمه گر و در سطح بالا باعث تحمیل هزینه‌های ملی مراقبت سلامت می‌گردند [۳۳].

مخاطرات اخلاقی در بعد تقاضا (مصرف کننده خدمات)

مخاطرات اخلاقی ناشی از اطلاعات و اقدامات پنهانی و مخاطرات اخلاقی ارائه کننده و مصرف کننده ممکن است در اثر پوشش بیمه‌ای به وجود آید [۴۳].

نتایج پژوهش محمد تقی زاده با عنوان بررسی تأثیر مخاطرات اخلاقی و انتخاب نامساعد در وضعیت بیمه ایران طی سال‌های ۸۹-۱۳۸۷ نشان داده است که با افزایش تورم و هزینه‌های بهداشتی - درمانی، افراد، ریسک‌گریزی بیشتری در مصرف خدمات دارویی و پاراکلینیکی نسبت به مصرف سایر کالاها داشته و مخاطرات اخلاقی در میان بیمه‌های درمان پایه (خدمات درمانی تأمین اجتماعی) و بیمه مکمل وجود داشته است. در مدت زمان پژوهش افراد تحت پوشش بیمه خدمات درمانی دارای کم‌ترین میزان مخاطرات و افراد تحت پوشش بیمه خدمات درمانی مکمل، دارای بیشترین مخاطرات اخلاقی بوده- اند [۱۲]. بر اساس نتایج پژوهش‌های مشابه، بیمه شدگان کارمندان دولت، کارگران و کارفرمایان دارای بیشترین میزان مخاطرات اخلاقی هستند و در بین افراد بیمه شده بیشترین میزان مخاطرات اخلاقی متوجه کارمندان دولت است و با افزایش سن فرد بیمه شده نیاز به خدمات درمانی بیشتر شده و وقوع مخاطرات اخلاقی در مصرف خدمات بیشتر می‌شود [۴۴].

از پیامدهای مخاطرات اخلاقی در دریافت خدمات درمانی، مراجعه بیمه شدگان به پزشکان و مراکز درمانی با هزینه‌های بالاتر، تقاضای بیش از اندازه دارو و درخواست کامل آزمایشات سلامتی و خدمات پاراکلینیکی غیر ضروری است [۴۵]. سازمان‌های بیمه گر پوشش قابل توجهی از خدمات سرپایی، مصرف دارو و خدمات پاراکلینیکی را بر خلاف خدمات درمانی بستری ارائه می‌دهند. به طور مثال سازمان بیمه خدمات درمانی، پرداخت ۷۰٪ از هزینه‌های ناشی از مصرف دارو، خدمات رادیولوژی و پاراکلینیکی را پذیرفته و از طرفی در کشور ما مصرف دارو به عنوان حیاتی‌ترین بخش خدمات درمانی اهمیت یافته است. چرا که در کشورهای پیشرفته مراقبت‌های سرپایی ۳۰٪ ولی در کشور ما، ۶۰٪ از کل هزینه‌های مراقبت سلامت را به خود اختصاص می‌دهد. همچنین ۳۰٪ از منابع سازمان تأمین اجتماعی در بخش دارویی و ۲۰٪ در بخش خدمات پاراکلینیکی هزینه می‌شود که این آمار دو برابر استاندارد جهانی است [۲۳، ۴۶].

کنترل مخاطرات اخلاقی

راه‌های مختلفی برای کنترل مخاطرات اخلاقی استفاده می‌شود. می‌توان با جلوگیری از مصارف کم ارزش از سود تخصیص جلوگیری کرد؛ ولی از طرفی ممکن است بر خانوارهای کم درآمد تأثیر گذاشته و آنها مصرف خدمات را به

مخاطرات اخلاقی گیرنده خدمت، به این معنی است که افراد تحت پوشش بیمه، مراقبت بیشتری نسبت به افراد بیمه نشده تقاضا می‌کنند چرا که هزینه‌های پرداختی کمتر از هزینه واقعی خدمت است. کشش قیمتی تقاضا معیاری برای پتانسیل مخاطرات اخلاقی است و می‌توان برای خدمات بیمارستانی با کشش تقاضای کمتر، پوشش بیمه‌ای کامل‌تر باشد و در طول زمان، در توسعه پوشش بیمه به خدماتی با کم‌ترین کشش تقاضا (کشش ناپذیر) اولویت داده شود [۳۴، ۳۵].

مخاطرات اخلاقی در بعد عرضه (ارائه کننده خدمات)

مخاطرات اخلاقی ارائه کننده، زمانی اتفاق می‌افتد که ارائه کننده خدمت به خاطر افزایش درآمد خود، خدمات بیشتری ارائه کند [۳۶، ۳۷]. بیمه، انگیزه افراد را برای پیشگیری از بیماری کاهش می‌دهد، چون بیمار تنها بخشی از هزینه را پرداخت می‌کند و به همین دلیل ارائه کننده خدمت نیز انگیزه بیشتری برای عرضه خدمات غیر ضروری و بیشتر بر نیاز مصرف کننده دارد [۳۸]. از دیدگاه پزشکان، گاهی اصرار بیمار است که موجب نوشته شدن نسخه و درخواست‌های غیر ضروری برای مراجعه به آزمایشگاه، رادیولوژی، سی تی اسکن و MRI می‌شود [۲۳].

۳- الف: مخاطرات اخلاقی ناشی از اطلاعات پنهانی: به این معناست که بیمه گر قادر نیست مقدار زیان واقعی یا وضعیت و شدت بیماری فرد بیمه شده را مشاهده یا اندازه گیری کند و بر اساس آن هزینه را به مقدار نیاز واقعی پرداخت کند. در واقع در بیمه سلامت، بیمه گر تسلیم نظر پزشک یا بیمار می‌شود در حالیکه خود بیمار یا پزشک از نیاز واقعی به خدمت آگاه است. پزشک می‌داند که نیازی برای ارائه یک خدمت خاص نیست، اما ممکن است به دلیل پرداخت هزینه‌ها توسط بیمه‌گر، مراقبت غیر ضروری تجویز کند [۲۰، ۳۹-۴۱].

ب: مخاطرات اخلاقی با اقدام‌های پنهانی: اشخاص بیمه شده احتیاط لازم را برای جلوگیری از بیماری به کار نمی‌گیرند زیرا این مراقبت‌ها برای آنها هزینه به دنبال دارد و به هنگام وقوع بیماری می‌تواند منابع مالی سازمان‌های بیمه‌گر را تحت تأثیر قرار دهند [۱۶].

بایستی گفت که میزان درآمد و وضعیت سلامت افراد اثر معنی‌داری بر مخاطرات اخلاقی دارد. به این معنا که با افزایش درآمد، میزان مخاطرات اخلاقی افزایش خواهد یافت و هر چه وضعیت سلامت فرد بدتر باشد، به دلیل استفاده بیشتر از خدمات درمانی، احتمال وقوع پدیده مخاطرات اخلاقی توسط وی بیشتر خواهد بود [۲۳، ۴۲]. به صورت کلی می‌توان بیان کرد که انواع مخاطرات اخلاقی مانند: مخاطرات اخلاقی پیشین و پسین،

وابسته (Diagnostic related groups (DRG))، بررسی الگوی مصرف، بررسی گزارش آماری، سیستم مراقبت‌های مدیریت شده و اصلاح ساختاری نظام ارائه خدمت جزء این روش هستند. جهت کنترل مخاطرات اخلاقی در بعد عرضه، سازمان بیمه گر با بررسی الگوی مصرف، ممکن است از پرداخت بخشی از هزینه‌های انجام شده از طریق اعمال کاهش هزینه‌ها خودداری کند (۱۰، ۳۵، ۵۲، ۵۳). در این ارزیابی‌ها علاوه بر توجه به تحت پوشش بودن یا نبودن خدمات ارائه شده، سازمان‌های بیمه گر به وجود تخلف یا تقلب در ارائه خدمات و اطمینان از اینکه همه خدمات لحاظ شده در صورت حساب بیماران، واقعاً ارائه شده است یا نه، نظارت می‌کنند [۳۷]. برای کنترل مخاطرات اخلاقی در بخش‌های بیمارستانی، در بسیاری از کشورها از گروه‌های تشخیصی وابسته به عنوان ابزاری جهت کنترل هزینه‌ها استفاده می‌شود. در نتیجه برای یک گروه خاص از بیماری‌ها، سازمان بیمه گر هزینه ثابتی را به بیمارستان می‌پردازد بدون آنکه، به میزان هزینه واقعی بیمارستان برای آن بیمار توجه کند [۵۴]. همچنین کار گروهی و نظارت و مدیریت مشترک از سوی پزشکان می‌تواند در کاهش مخاطرات اخلاقی از سوی ارائه دهندگان خدمات تأثیرگذار باشد [۵۵]. سیاست‌های طرف عرضه، برای کنترل هزینه‌ها به توانایی مدیریتی زیادی نیاز دارد که اغلب از عهده سازمان‌های بیمه‌گر خارج است و کنترل‌های بعد عرضه ممکن است برای افرادی که توان و فرصت انتظار برای دریافت درمان را ندارند مشکل ساز باشد [۵۶].

در پایان لازم است ذکر شود، که سازمان‌های بیمه‌گر در نظام سلامت به طور مداوم با وضع قوانین و مقررات سعی در کنترل رفتار بیماران و ارائه کنندگان مراقبت‌ها دارند و با این رویه در جهت کنترل هزینه‌ها و مخارج افزایش یافته ناشی از مخاطره اخلاقی که ممکن است در اثر رفتار مصرف کنندگان و یا ارائه کنندگان خدمات سلامت باشد تلاش می‌کند [۱۳].

نتیجه گیری

مخاطرات اخلاقی در بازار بیمه سلامت می‌تواند به دلیل تقارن نداشتن اطلاعات و تغییر رفتار افراد در بازار سلامت رخ دهد. بیماری‌هایی که از پوشش بیمه‌ای برخوردار هستند، ممکن است مقدار بیشتری از خدمات را تقاضا کنند و ارائه کننده خدمات با آگاهی از اینکه بیمار کل هزینه خدمات را پرداخت نمی‌کند ممکن است تقاضای القایی را افزایش دهد. و این پدیده باعث افزایش هزینه‌ها، کاهش پوشش بیمه‌ای، مصرف غیرضروری خدمات و غیره گردد. برای جلوگیری از این پیامدها لازم است سیاست‌های مناسب برای جلوگیری از مخاطرات اخلاقی مصرف کننده (کنترل بعد تقاضا) و ارائه کننده خدمات (کنترل

شیوه ای کاهش دهند که تأثیر منفی بر سلامت آنها بگذارد. بنابراین به دلایل مربوط به عدالت در سلامت، برنامه‌های پرداخت از سوی مصرف کننده باید شامل معافیت‌های مبتنی بر نیاز باشند [۴۷].

مخاطره اخلاقی را به عنوان یک کل، زمانی می‌توان به طور مؤثر محدود کرد که در هر دو بعد عرضه و تقاضا کنترل شود- [۴۸]. مداخلاتی که برای جلوگیری از مخاطرات اخلاقی گیرنده خدمات به کار گرفته می‌شود سیاست‌های طرف تقاضا و مداخلاتی که به منظور جلوگیری از مخاطرات اخلاقی ارائه کننده خدمات به کار می‌رود سیاست‌های طرف عرضه نامگذاری می‌شوند [۳۵].

از روش‌های کنترل مخاطرات اخلاقی در بعد تقاضا می‌توان به فرانشیز، پرداخت ثابت، همکاری در پرداخت یا تعیین سقف پرداخت، تشویق در استفاده نکردن، پرداخت اول، صف انتظار و حساب‌های پس انداز درمان نام برد [۱۰]. روش‌های کنترلی در بعد تقاضا می‌تواند باعث آگاهی از نیاز به پیشگیری در مصرف کننده شده و از این طریق باعث کاهش مخاطرات پیش بینی شده (ex ante) شود و ثانیاً آگاهی از هزینه، از طریق مصرف کننده می‌تواند تأثیر فوری بر تدارک خدمات به وسیله ارائه کننده داشته باشد و بدین وسیله احتمال خطرات به وقوع پیوسته (ex post) را کاهش دهد [۴۹].

البته روش‌های کنترلی برای بعد تقاضا ممکن است به اندازه کافی مؤثر نباشد، چون خطرات اخلاقی ارائه کننده (تقاضای القایی) تأثیر پرداخت از جیب را خنثی می‌کند. بنابراین پرداخت از جیب بیماران زمانی می‌تواند مفید واقع شود که با اقدامات کنترل تقاضای القایی همراه شود [۳۵، ۵۰]. سیاست‌های طرف تقاضا به تنهایی فقط روی تقاضای خدمات از سوی مصرف کننده تأثیر می‌گذارند و مانع ارائه خدمات اضافی از سوی ارائه کننده نمی‌شود و به تنهایی مشکل مخاطره اخلاقی را کنترل نمی‌کند. بنابراین تلاش‌های بیشتر از طریق سیاست‌های طرف عرضه نیز لازم است تا این خدمات اضافی را کنترل کند. کنترل‌های بعد تقاضا ممکن است از طریق هزینه‌های بالا و غیرقابل خرید خدمات، دسترسی به آن را برای بیماران بی بضاعت کاهش دهد [۵۱]. نتایج مطالعه کشاورز با عنوان انتخاب نامساعد و مخاطرات اخلاقی در بازار بیمه درمان ایران نشان می‌دهد که بطور متوسط افزایش یک درصدی نرخ پرداخت از جیب، ۲/۹ درصد هزینه‌های استفاده از خدمات دارویی و پاراکلینیکی را کاهش می‌دهد [۲۳].

در بعد عرضه، سیاست‌های کنترلی غالباً توسط دولت با استفاده از ابزارهای قانونی و اداری صورت می‌گیرد. روش پرداخت سرانه، پرداخت گلوبال، پرداخت بر مبنای گروه‌های تشخیصی

بیماران به دلیل تقارن نداشتن اطلاعات، عوارض منفی به دنبال داشته؛ آنگونه که دریافت کنندگان خدمات ممکن است دریافت هر دو خدمات ضروری و غیرضروری را کاهش دهند و به درمان ناکافی منجر گردد و به همین دلیل از سیاست‌های طرف عرضه بیشتر از سیاست‌های طرف تقاضا برای کنترل مخاطرات اخلاقی حمایت می‌شود.

تعارض منافع

هیچگونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد

بعد عرضه) بکار گرفته شود. در بعد تقاضا می‌توان از فرانشیز برای خدمات با کثرت‌پذیری بالا جهت کنترل مخاطرات اخلاقی استفاده کرد. در این روش بیمه شده درصدی از هزینه هر نوع خدمات درمانی دریافت شده را می‌پردازد و بدین ترتیب انگیزه بیمه شده را برای مصرف غیرضروری خدمات کاهش می‌دهد. از سیاست‌های مناسب برای مقابله با مخاطره اخلاقی، استفاده از همکاری در پرداخت است که دریافت‌کننده خدمات را مجبور می‌کند مقداری از هزینه خدمات را بپردازد؛ که این موضوع مصرف خدمات با ارزش کمتر را کاهش می‌دهند. اما معمولاً این روش کنترلی در بازار مراقبت سلامت که در آن

References:

- Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Health affairs*. 2017;26(4):972-83.
- Scott JW, Havens JM, Raykar N, Rose JA, Salim A, Haider AH, et al. High Risk of Catastrophic Health Expenditure among Uninsured Emergency Surgery Patients in the United States. *Journal of the American College of Surgeons* 2017; 225(4):S118-S9
- Prinja S, Chauhan AS, Karan A, Kaur G, Kumar R. Impact of Publicly Financed Health Insurance Schemes on Healthcare Utilization and Financial Risk Protection in India: A Systematic Review. *PloS one* 2017; 12(2):1-19
- Aron-Dine A, Einav L, Finkelstein A, Cullen M. Moral Hazard in Health Insurance: Do Dynamic Incentives Matter? *The Review of Economics and Statistics* 2015; 97(4):725-41.
- Wise D. The economics in aging. *National Bureau of Economic Research(NBER) Reporter* 2014; (2):1-11.
- EbadifardAzar F, Rezapour A. Supply and health care provide. *HealthCare Economics*. 2 ed. Tehran: Ebadi Far/Rahe Tandorosti 2012:682 .
- Bolhaar J, Lindeboom M, van der Klaauw B. A dynamic analysis of the demand for health insurance and health care. *European Economic Review* 2012; 56(4):669-90.
- Aistov AV, Aleksandrova EA. Ex Post Moral Hazard in Private Health Insurance [Post-contract Opportunity on the Voluntary Medical Insurance Market]. *Economic Policy* 2018; 3:148-81.
- Rashidian A. Universal Health coverage in Iran. *Iran Health:Who-Iran News Letter* 2010; 6(2):5-6.
- Rashidian A, Sofi M, Bazayr M. Ways to Control Moral Hazard in Health System: Demand-side and Supply-side Interventions (review article). *Tolooe Behdasht spring* 2012; 11(1):110-22. [Persian].
- Einav L, Finkelstein A. Moral Hazard in Health Insurance: What We Know and How We Know It. *Journal of the European Economic Association* 2018; 16(4):957-82.
- Mohammadtoghizadeh S, Godarzi R. The effect of Moral hazard and Adverse selection in Health Insurance in Dustry in Iranian 2008-2010. A Thesis Presented to The Graduate studies: Kerman University of Medical Science; January 2014.
- Kayvanara M, Karimi S, Khorasani E. Experts' perception of the phenomenon of induced demand in the health service in Isfahan. *School of Public Health: Tehran University of Medical Sciences*; 2012.
- Rowell D, Connelly LB. A History of the Term "Moral Hazard". *Journal of Risk and Insurance* 2012; 79(4):1051-75.
- Barati M, Azami F, Nagdi B, Foladi M, Hajimaghsoudi M, Asadi SA. Moral Hazards in Providing Health Services: A Review of Studies. *Economics* 2018; 2(1):61-9.
- Margolis J, Hockenberry J, Grossman M, Chou S-Y. Moral hazard and less invasive medical treatment for coronary artery disease: the case of cigarette smoking. *National Bureau of Economic Research(NBER)*, 2014.
- Qale HR. Moral hazard in the insurance industry. *Conference on Ethics in Economics; Insurance and moral hazard: Center for Strategic Research, Expediency Council*; 2009.
- Liu X, Nestic D, Vukina T. Estimating adverse selection and Moral hazard effects with Hospital invoices data in a Government-controlled healthcare System. *Health Economics* 2012; 21(8):883-901.
- Picard P. A note on health insurance under ex post moral hazard. *Risks* 2016; 4(4):38.
- Rashidian A, Bazayr M, soofi M. Types of moral hazards and its effects on insurance marketing

- and health system. *Journal of Hospital* 2012; 11(3):73-80 [persian].
21. Steinorth P. Impact of health savings accounts on precautionary savings, demand for health insurance and prevention effort. *Journal of Health Economics* 2011; 30(2):458-65.
 22. Einav L, Finkelstein A, Ryan SP, Schrimpf P, Cullen MR. Selection on moral hazard in health insurance. National Bureau of Economic Research, 2011.
 23. Hadad GK, Anbaji MZ. Adverse selection and moral hazard in the insurance market of Iran. *Journal of Economic Research*. Summer 2009;87:149-63.
 24. Finkelstein A. *Moral Hazard in Health Insurance*. USA: Columbia University Press/New York; 2014.
 25. Koc C. Disease-Specific Moral Hazard and Optimal Health Insurance Design for Physician Services. *Journal of Risk and Insurance* 2011; 78(2):413-46.
 26. Bhattacharya J, Packalen M. The other ex ante moral hazard in health. *Journal of Health Economics* 2012; 31(1):135-46.
 27. De Preux LB. Ex ante moral hazard and anticipatory behaviour: some evidence. HEDG Working Paper Department of Economics, University of York; 2010.
 28. De Preux LB. Anticipatory ex ante moral hazard and the effect of medicare on prevention. *Health Economics* 2011; 20(9):1056-72.
 29. Qin X, Lu T. Does health insurance lead to ex ante moral hazard? Evidence from China's new rural cooperative medical scheme. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice* 2014; 39(4): 625-50.
 30. Grytten J, Skau I, Sørensen R. Do expert patients get better treatment than others? Agency discrimination and statistical discrimination in obstetrics. *Journal of Health Economics* 2011; 30(1):163-80.
 31. Lim J-Y. De-mystifying the Inconvenient Truth: Does Ex Post Moral Hazard Indeed Exist in Korean Private Health Insurance Market? *Hitotsubashi Journal of Economics* 2010; 51(2):74-92.
 32. Ludkovski M, Young VR. Ex Post Moral Hazard and Bayesian Learning in Insurance. *Journal of Risk and Insurance* 2010; 77(4):829-56.
 33. Lu F. Insurance coverage and agency problems in doctor prescriptions: Evidence from a field experiment in China. *Journal of Development Economics* 2014; 106(0):156-67.
 34. Nasirirad N, Rashidian A, Joudaki H, Akbari F. Assessing issues and problems in relationship between basic Insurance Organizations and University: a qualitative research. *Journal of Hospital* 2010; 9(1,2):7-18 [persian].
 35. van Dijk CE, van den Berg B, Verheij RA, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP, de Bakker DH. Moral hazard and Supplier-induced demand: empirical evidence in general practice. *Health Economics* 2013; 22(3):340-52.
 36. Aron-Dine A, Einav L, Finkelstein A, Cullen M. Moral hazard in health insurance: How important is forward looking behavior? National Bureau of Economic Research, 2012.
 37. Rashidian A, Joudaki H. Assessing medical misconduct and complaints in Iranian Health Systems: A systematic review scientific *Journal Forensic Medicine* 2010; 4(4):234-43. [persian].
 38. Wong JB, Cohen JT. Cost-Effective but Bad for Health? Hepatitis C Treatment, Moral Hazard, and Opportunity Cost. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2017; 15(6):838-40.
 39. Chen BK, Gertler PJ, Yang C-Y. Moral Hazard and Economies of Scope in Physician Ownership of Complementary Medical Services. National Bureau of Economic Research, 2013.
 40. Franc C, Perronnin M, Pierre A. *Supplemental Health Insurance and Healthcare Consumption: A Dynamic Approach to Moral Hazard*, 2014.
 41. Fuller DL. Adverse selection and moral hazard: Quantitative implications for unemployment insurance. *Journal of Monetary Economics* 2014; 62(0):108-22.
 42. Goda GS, Golberstein E, Grabowski DC. Income and the utilization of long-term care services: Evidence from the Social Security benefit notch. *Journal of Health Economics* 2011; 30(4):719-29.
 43. Keane M, Stavrunova O. Adverse selection, moral hazard and the demand for Medigap insurance. *Journal of Econometrics* 2016; 190(1):62-78.
 44. Jeon B, Kwon S. Effect of private health insurance on health care utilization in a universal public insurance system: A case of South Korea. *Health Policy* 2013; 113(1-2):69-76.
 45. Kondo A, Shigeoka H. Effects of universal health insurance on health care utilization, and supply-side responses: Evidence from Japan. *Journal of Public Economics* 2013; 99(0):1-23.
 46. Pakdaman M, Poorreza A. Estimating the impact of moral hazard on the enjoyment of health care in the cohort of health insurance coverage. School of Public Health: Tehran University of Medical Sciences; 2011.
 47. Wong IOL, Lindner MJ, Cowling BJ, Lau EHY, Lo S-V, Leung GM. Measuring moral hazard and adverse selection by propensity scoring in the mixed health care economy of Hong Kong. *Health Policy* 2010; 95(1):24-35.
 48. Trottmann M, Zweifel P, Beck K. Supply-side and demand-side cost sharing in deregulated social health insurance: Which is more effective? *Journal of health economics* 2012; 31(1):231-42.

49. Yilma Z, van Kempen L, de Hoop T. A perverse 'net'effect? Health insurance and ex-ante moral hazard in Ghana. *Social Science & Medicine* 2012; 75(1):138-47.
50. Zhou Z, Su Y, Gao J, Xu L, Zhang Y. New estimates of elasticity of demand for healthcare in rural China. *Health Policy* 2011; 103(2-3):255-65.
51. Dave D, Publicly-provided Health Insurance and Ex Ante Moral Hazard Health & Healthcare in America: From Economics to Policy; 2014; The Case of Medicaid Expansions for Pregnant Women: Ashecon.
52. Hennig-Schmidt H, Selten R, Wiesen D. How payment systems affect physicians' provision behaviour—An experimental investigation. *Journal of Health Economics* 2011; 30(4):637-46.
53. EbadifardAzar F, Rezapour A. Payment mechanisms for health care providers. *HealthCare Economics*. 2 ed. Tehran: Ebadi Far/Rahe Tandorosti; 2012:682.
54. Quentin W, Scheller-Kreinsen D, Blümel M, Geissler A, Busse R. Hospital payment based on diagnosis-related groups differs in Europe and holds lessons for the United States. *Health Affairs* 2013; 32(4):713-23.
55. Chan DC. Teamwork and moral hazard: evidence from the emergency department. *Journal of Political Economy* 2016; 124(3):734-70.
56. Feldstein P. *Health care economics*. seventh edition ed. United States of American; 2011.

Types of moral hazard in health insurance marketing (Review Article)

Hoseini Shokoh Sayyed Morteza¹, Shahabinejad Mostafa^{2*}

Received: 2018/12/5

Revised: 2019/01/28

Accepted: 2019/03/7

1. Assistant Professor of health economics, school of health, health management research center, Baqiyatallah University of medical sciences
2. MSc in health services management, Department of Health, Rescue and Treatment of Iran Police Force, Applied Research Center, Tehran, Iran

Journal of Education and Ethics in Nursing, Vol.7, No.3&4, Fall & Winter 2019

J Educ Ethics Nurs 2019;7(3&4):1-7

Abstract:

Introduction:

Health is recognized as one of the prerequisites for social welfare systems. Insurance coverage changes the behavior of the consumer (patient) and the provider (doctor) of the medical services, which is considered a moral hazard. This study was conducted with the aim of addressing the concept of moral hazard and its types and consequences in health insurance marketing.

Materials and Methods:

This is a review article that its related articles have been selected from published literature in national and international databases. The database of English texts includes Pubmed, Science direct, Scopus and the Google Scholar search engine and Persian texts including Magiran, Sid, Irandoc, Iranmedex and Medlib. Articles were searched between the years of 2009 and 2018. Finally, among the articles founded, 52 related articles were selected, which studied moral hazard in health insurance system.

Results:

Moral hazards are caused by the change in service providers and consumer behavior as a result of being insured due to the presence of a third-party payer. The third-party is another agent or company, such as insurance, which covers the cost of patients and therefore the consumer and service provider are not motivated to reduce received services. In moral hazard, people with higher insurance coverage, make less efforts to prevent (ex-ante moral hazard), and with the onset of illness, they use more and better health care services (Ex-post moral hazard). The moral hazard of the consumer is the most significant form of moral hazard.

Conclusion:

Moral hazards have negative consequences, such as reducing the welfare and increasing costs in the health system. It is essential to investigate and recognize the effects of moral hazard and its control in order to prevent undesirable outcomes and misallocation of resources. To control consumer moral hazard, one can use franchise, especially for highly elastic services.

Keywords: Moral Hazards, Asymmetric Information, Ex-ante and Ex-post moral hazard, Health Insurance

* Corresponding author Email: mostafa.sh.n2212@gmail.com