Archive of SID

هزینه کـارگـزاری و تعارض منافع در نظام اراچه خدمات سلامتی

دکتر سید مهرداد محمدی:* پزشک عمومی، دفتر مشاوره مدیریتی و ارتقای کیفیت، دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر ابوالقاسم پوررضا: استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فصلنامه پایش
سال چهارم شماره اول زمستان ۱۳۸۳ صص ۵۳-۴۷
تاریخ پذیرش مقاله:۱۳۸۳/۱۱/۴

چکیده

مباحث رابطه کارگزاری (Agency relationship)، تعارض منافع (Conflict of interests) و عدم تقارن اطلاعات (Asymmetry of information) در نظام‌های اقتصادی معمول و در حاکمیت بنگاهی (Corporate governance) به تفصیل مورد بررسی و توجه قرار گرفته است. در این مقاله سعی شده است تا این بحث را در عرصه صنعت خدمات بهداشتی- درمانی (Healthcare industry) به بررسی و اشکال و دینامیسم آن را در این بخش شناسایی کنیم. با توجه به نقش محوری نظام بیمه سلامتی (Health insurance) در این بخش، ماهیت هزینه کارگزاری در هر یک از اشکال بیمه‌گزاری مورد بررسی قرار گرفته است. در پایان نیز راه حل‌های مهار یا حذف این پدیده در هریک از نظام های بیمه پیشنهاد شده‌اند.

کلیدواژه‌ها: هزینه کارگزاری، تعارض منافع، ارایه مراقبت های سلامتی، بیمه سلامتی، مخاطره اخلاقی

* نویسنده پاسخگو: تهران، خیابان طالقانی، شماره ۱۷۴، طبقه سوم، سازمان مرکزی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران
تلفن: ۶۴۱۹۷۹۰ نمابر: ۶۴۱۹۵۳۷
E-mail: mmohamadi@sina.tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.4.1.6.5]
www.SID.ir

Archive of SID

مقدمه

بخش اول- معرفی مفهوم « رابطه یا هزینه کارگزاری»

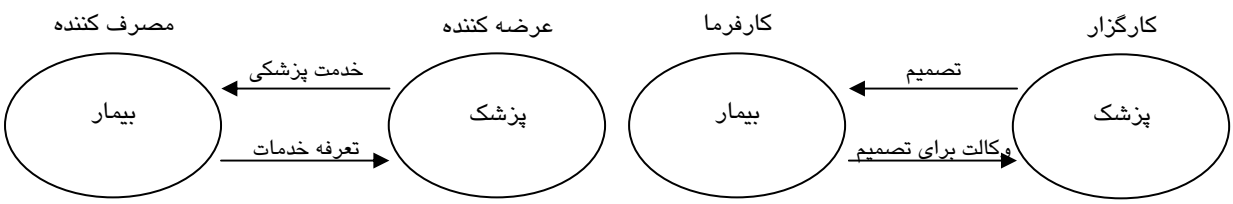
فرض کنید فردی را برای فروش ماشین خود استخدام نموده‌اید و توافق کرده‌اید که زمانی که این کار را به انجام برساند به وی مبلغ مشخصی کارمزد بدهید. محرک کارگزار (Agent) شما در اینجا صرفاً فروش است، نه رسیدن به بهترین قیمت فروش و در صورتی که شما به جای دستمزد به او پیشنهاد کمیسیونی به میزان مثلا ۱۰ درصد بدهید، در آن صورت مشکل یاد شده دیگر وجود نخواهد داشت. این مثال یک نمونه از مقوله‌ای به نام مشکل کارگزاری (Agency problem) را منعکس می‌کند. به این نوع رابطه میان سهامدار یا کارفرما (Stockholder or principal) و مدیریت یا کارگزار (Management or agent)، رابطه کارگزاری می‌گویند. این رابطه زمانی که فردی (کارفرما) فرد دیگری (کارگزار) را برای نمایندگی منافعش استخدام می‌نماید به‌وجود می‌آید. در این رابطه این احتمال وجود دارد که میان منافع کارفرما و کارگزار تعارض بوجود بیاید که به این تعارض، مشکل کارگزاری می‌گویند. هزینه کارگزاری به دو صورت مستقیم و غیر مستقیم شناسایی می‌شود: دستمزد و مزایای کارگزار و هزینه‌ای که کارفرما برای نظارت برروی کار کارگزار انجام می‌دهد، اشکال هزینه مستقیم بوده و از دست دادن فرصت‌ها (و عدم بهره برداری از آنها به دلیل خطری که ممکن است برای کارگزار داشته باشد) و نیز انجام معامله یک شرکت با کارکنان خودش (به جای انجام بهترین معامله) از جمله اشکال هزینه غیر مستقیم محسوب می‌شوند[۱، ۲].

بخش دوم- ماهیت و اشکال کارگزاری در نظام سلامتی

الف) تحلیل داد و ستد انجام شده بین جامعه، بیمه و پزشک از منظر رابطه کارفرما- کارگزار (Principal-agent relationship)

به طور سنتی چنین فرض شده است که پزشک به عنوان وکیل و نماینده بیمار از طرف وی بهترین و صحیح‌ترین تصمیمات را اتخاذ می‌نماید. به این موضوع در سوگندنامه پزشکی نیز به گونه‌ای اشاره شده و مورد تأکید قرار گرفته است. اگر چه چنین رابطه‌ای کم و بیش در سایر داد و ستدهای اجتماعی نیز وجود داشته، اما به دو دلیل در حرفه پزشکی مورد توجه جدی‌تری بوده است. دلیل اول منزلت کار پزشکی به لحاظ ارتباط آن با سلامتی و جسم و جان انسان می باشد که نه تنها انجام هرگونه اقدام به ضرر بیمار، بلکه حتی کوتاهی از انجام کوچکترین اقدام در جهت منافع بیمار را بسیار ناپسند و غیراخلاقی تلقی نموده است. دلیل دوم «عدم تقارن اطلاعات» میان پزشک به عنوان عرضه‌کننده کالا و بیمار به عنوان خریدار و مصرف کننده می‌باشد. شاید در هیچ نوع داد و ستد اجتماعی دیگر به این شدت عدم تقارن اطلاعات وجود نداشته باشد. به این ترتیب بیمار کم و بیش بدون آن که شخصاً و پس از تحقیق از جزئیات خدمت اقدام به تصمیم‌گیری نماید، اختیار این تصمیم‌گیری را به پزشک واگذار می نماید. این نحوه نگاه که پزشک باید در تصمیم‌گیری حداکثر منفعت بیمار را مورد توجه قرار دهد (و عملاً نیز پزشکان چنین عمل می‌کنند) در میان رویکردهای ناظر به سایر حرف و داد و ستدهای اجتماعی، استثناء می‌باشد. مطابق با نمای ارایه شده در نمودار شماره ۱ می توان فرض نمود که ممکن است پزشک بین نقش خود به عنوان «عرضه کننده کالا» از یک سو و «وکیل بیمار برای تصمیم‌گیری» از سوی دیگر، دچار «تعارض منافع» گردد و در مواردی تصمیماتی بگیرد و یا اقداماتی انجام دهد (یا ندهد) که به نفع بیمار نباشد.

نمودار شماره ۱- دینامیسم ارتباط و رابطه رفتاری میان بیمار و پزشک



www.SID.ir
[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.4.1.6.5]

Archive of SID

در بخش‌های مختلف اقتصادی به منظور حفظ حقوق مصرف‌کننده، مکانیسم‌های مختلفی همچون بازار، آزادی مبادله اطلاعات و مکانیسم‌های نظارتی (قوانین آنتی تراست Antitrust legislation، انواع استانداردها و...) و قضایی ایجاد شده که به طریقی رابطه میان عرضه‌کننده و مصرف‌کننده را تنظیم می‌نماید و به گونه‌ای مانع از تفوق عرضه کننده می‌شود. اگرچه رویکرد ویژه یاد شده به رابطه پزشک و بیمار هنوز به قوت قبل و یا شدیدتر از آن باقی است، اما رویکردهای کلاسیک اقتصادی به این بخش نیز تسری یافته و گونه‌هایی از نظارت و ساختار اقتصادی تنظیم شده (Regulated)، تجربه شده در سایر عرصه‌ها، مورد استفاده می‌باشد.

ب) ارتباط بیمه سلامتی با هزینه کارگزاری

با ورود بیمه گری به ساختار اقتصادی نظام ارایه خدمات سلامتی، ابعاد جدیدی به مبحث فوق افزوده می‌شود. بسته به نوع ساختار بیمه، ممکن است دو نوع دینامیسم کلی حاکم شود. دینامیسم اول در نظام‌های بیمه سنتی (غیر سرانه‌ای- Cost-based fee-for-service open-ended insurance schemes) و دینامیسم دوم در نظام‌های بیمه‌ای سرانه‌ای (Capitated insurance schemes) می‌باشد. برای روشن شدن ماهیت این دو دینامیسم به مثال‌های زیر توجه نمایید:

مثال اول

فرد جوانی به دلیل سرماخوردگی به پزشک مراجعه می‌کند. پزشک وی را معاینه کرده و داروها و توصیه‌های لازم را تجویز می‌نماید. بیمار مطالبی را در مورد سکته زودرس در روزنامه مطالعه نموده و در مورد آن نگران می‌باشد. از پزشک می‌خواهد برای وی آزمایش خون و چربی بنویسد. پزشک توضیح کوتاهی مبنی بر لازم نبودن آزمایش می‌دهد اما به دلیل اصرار بیمار و به دلیل این که انجام آزمایش ضرر به‌خصوصی برای بیمار ندارد، این آزمایش را درخواست می‌کند.

مثال دوم

مرد سی و نه ساله‌ای به دلیل سرماخوردگی به پزشک مراجعه می‌کند. ضمناً به درد مبهمی در قفسه سینه اشاره می‌کند که از چند روز گذشته ایجاد شده است. پزشک پس از انجام بررسی، دارو و توصیه‌های لازم را تجویز می‌نماید. ضمناً با توجه به این که تعرفه پزشک و مرکز ارایه خدمات سلامتی در صورت بهره برداری بیش از حد مجاز از خدمات پاراکلینیک، توسط بیمه بازپرداخت نمی‌شود، پزشک تحلیل می‌کند که با توجه به سن بیمار و غیر اختصاصی بودن درد قفسه سینه باید آن را به سرماخوردگی نسبت داد و بنابراین ضرورتی برای انجام الکتروکاردیوگرافی وجود ندارد.

تحلیل مثال اول

با وجودی که براساس شواهد موجود علمی و استانداردهای پزشکی، دلیلی برای درخواست آزمایش وجود ندارد، پزشک نهایتاً این کار را انجام می‌دهد و عملاً این هزینه به نظام ارایه خدمات تحمیل می‌شود، بدون این که ارزش افزوده‌ای ایجاد نماید. جانشین این وضعیت، آموزش و اطمینان دادن به بیمار توسط پزشک می باشد که بنا به دلایل مختلفی عملاً اتفاق نمی‌افتد.

تحلیل مثال دوم

احتمال زیادی وجود دارد که چنانچه پزشک از جهت خطر عدم بازپرداخت، دغدغه نمی‌داشت، الکتروکاردیوگرافی را برای بیمار درخواست کرده و به این ترتیب احتمال هر چند پایین ولی بسیار پربهای مسایل ایسکمیک را رد می‌نمود. در چنین موردی ممکن است بیمار واقعاً دچار بیماری ایسکمیک بوده، صدمات جبران ناپذیری متحمل شود.

جدول شماره ۱ این مباحث را از منظر رابطه کارگزاری خلاصه نموده است.

جدول شماره ۱- اشکال رابطه کارگزاری در دو مدل اصلی بیمه خدمات سلامتی

	کارفرما (موکل)	کارگزار (وکیل)	عارضه	ماهیت هزینه کارگزاری
مدل بیمه رایج	بیمه (از طرف جامعه)	پزشک	مصرف بیش از حد یا افراط	افزایش هزینه
مدل بیمه سرانه‌ای	بیمار	پزشک	مصرف کم یا تفریط	کاهش دسترسی به خدمات

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.4.1.6.5]
www.SID.ir

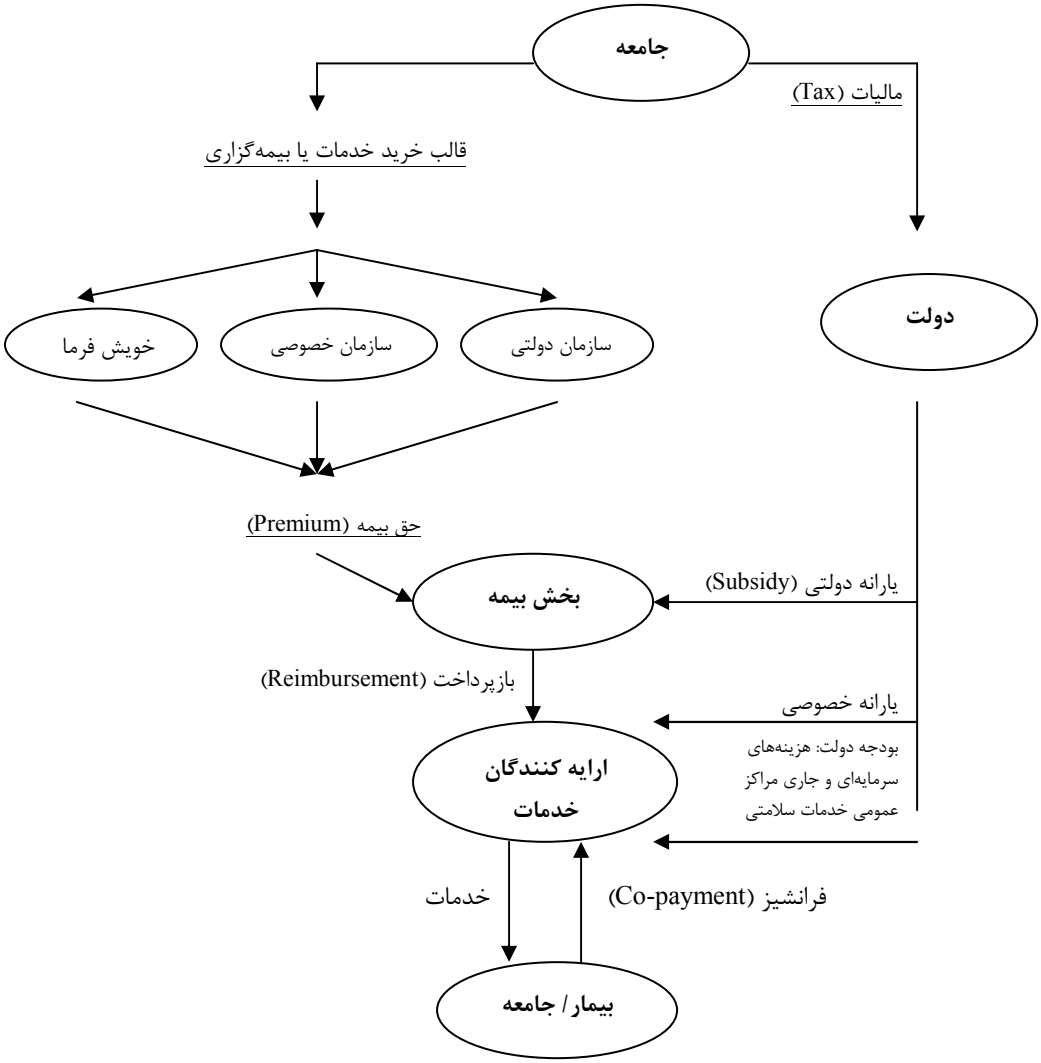
Archive of SID

در حالت نخست، گروه‌های پزشک و بیمار از این داد و ستد خوشحال و خوشنود می‌باشند و جامعه (به عنوان گروه بیمه گزار) ناخشنود و مغبون می‌باشد. این نوع خطر برای بیمه گر به مخاطره اخلاقی (Moral hazard) مشهور است.

با توجه به این که نظام پرداخت کارکنان در سازمان‌های بیمه گر نیز غالباً (حداقل در بخشی) به صورت خدمتانه‌ای و یا کارانه می‌باشد، کارکنان سازمان بیمه گر نیز از این وضعیت خشنود می‌باشند چرا که نفع اقتصادی ایشان وابسته به حجم صورت حساب‌های ارسالی از ارایه کننده‌ها و حجم بهره‌برداری است.

در این ساختار نقش کنترلی (Gatekeeper) پزشکان (ارایه کنندگان خدمت به طور کلی) در مورد مهار هزینه‌ها بسیار حایز اهمیت می‌باشد[۳]. نمودارهای شماره ۲ و ۳ به طور جامع و خلاصه (به ترتیب) ساختار تأمین منابع مالی در نظام سلامتی و هزینه آن و نحوه تعامل گروه‌های ذی‌ربط را نمایش می‌دهد.

نمودار شماره ۲- نمایی از ساختار تأمین و ایجاد منابع مالی و پرداخت هزینه‌ها در نظام ارایه خدمات سلامتی و نقش و جایگاه عناصر ذینفع



[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.4.1.6.5]
www.SID.ir

Archive of SID

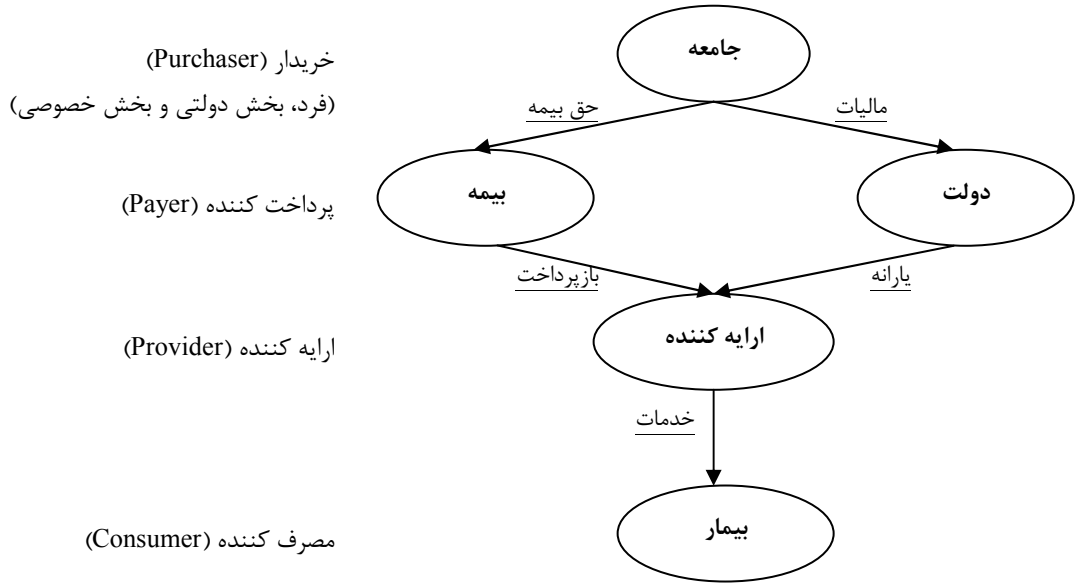
[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.4.1.6.5]

www.SID.ir

Archive of SID

نمودار شماره ۳- نمای ساده شده رابطه اقتصادی میان جامعه، دولت، بیمه، ارایه کننده خدمات سلامتی و بیمار



پ) اشکال دیگر هزینه کارگزاری در نظام ارایه خدمات سلامتی

هزینه کارگزاری یا مبحث نزدیک به آن «تعارض منافع»، در اشکال دیگری در نظام ارایه خدمات سلامتی اتفاق می‌افتد. در ذیل دو مورد بارز دیگر این مشکل ارایه می‌گردد:

۱- تعارض منافع، زمانی که پزشک، کارفرما یا سهامدار مراکز ارایه خدمات سلامتی (پاراکلینیک، بیمارستان و...) است[۴و ۵]:

یکی از موضوعات بحث انگیز در این خصوص، مالکیت مراکز ارایه خدمات سلامتی توسط پزشکان می‌باشد. فرضیه‌ای وجود دارد که در این موارد ممکن است پزشک به دلیل ذی‌نفع بودن، درمواردی علی‌رغم عدم نیاز بیمار، انجام بعضی آزمایش‌ها را برای وی درخواست نماید و به این ترتیب به بیمه (جامعه) و بیمار هزینه غیر ضروری تحمیل شود. در این رابطه پزشک کارگزار و بیمه و بیمار، کارفرما محسوب می‌شوند.

۲- تعارض منافع، زمانی که پزشک هم در بخش دولتی و هم در بخش خصوصی فعالیت می‌کند.

یکی دیگر از مشکلاتی که بعضی نظام‌های سلامتی با آن مواجه بوده‌اند، فعالیت همزمان پزشک در بخش دولتی و خصوصی است. فرضیه‌ای وجود دارد که ممکن است پزشک به خرج بیمارستان دولتی، اهداف خصوصی خود را دنبال نماید و به طور مثال بیمار مراجعه نموده به بیمارستان دولتی را که عرفاً و اصولاً باید در آن بیمارستان مورد رسیدگی قرار بگیرد به بخش خصوصی ارجاع دهد. در این رابطه پزشک، کارگزار و بیمارستان دولتی کارفرما محسوب می‌شود.

بخش سوم - چگونه هزینه کارگزاری را مهار کنیم؟

مقوله تعارض منافع مبحثی بسیار دامنه‌دار و بحث انگیز در ساختارهای اقتصادی وبه‌ویژه حاکمیت شرکتی است. برای کنترل (مهار و یا حذف) این پدیده، تمهیدات و استراتژی‌هایی اندیشیده شده است. به طور مثال در شرکت‌های سهامی، انجام معامله شرکت با مدیران ارشد آن (Self-dealing transaction) تابع مقررات سختی می‌باشد [۶، ۷]. بعضی شرکت‌ها در بخشی از منشور اخلاقی خود به این موضوع پرداخته‌اند[۸]. همچنین شرکت‌ها برای همراستا نمودن و ایجاد پیوند میان منافع سهامداران با کارگزاران (مدیران)، در مورد ایشان از روش‌های جبران خدمت خاصی همچون امتیاز خرید یا فروش سهم (Stock option plans) و یا پاداش مبتنی بر عملکرد بلند مدت (سه تا پنج سال) (Long-term remuneration incentive payment plans) استفاده می‌کنند[۹].

در نظام سلامتی نیز می‌توان استراتژی‌هایی برای این منظور پیشنهاد نمود. به دلیل تفاوت اساسی در ماهیت و دینامیسم روابط در دو ساختار بیمه سرانه‌ای و غیر سرانه‌ای،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.4.1.6.5]
www.SID.ir

Archive of SID

لازم است برای هر یک استراتژی‌های جداگانه‌ای اندیشید. در ذیل این استراتژی‌ها در دو دسته آورده شده است:

استراتژی های مناسب برای مهار بهره‌برداری بیش از حد یا افراط در بهره‌برداری

۱- آموزش جامعه در مورد سلامت فردی: جامعه در بسیاری موارد ذهنیت‌های غلط و یا نگرانی‌هایی دارد که این موارد باید از طریق آموزش عمومی رفع شوند. ذهنیت‌های نادرست در مورد کاربرد آنتی بیوتیک‌ها و داروهای تزریقی مثالی از این موارد هستند.

۲- ترمیم تعرفه‌های پزشکی: در صورت عادلانه بودن تعرفه‌ها، پزشک به جای تجویز آزمایش‌های غیر ضروری و یا دستور آنتی بیوتیک به دلیل اصرار بیمار، وقت بیشتری را صرف توجیه و آموزش بیمار می‌کند.

۳- به‌کارگیری روش‌های پرداخت به پزشکان به گونه‌ای که درآمد پزشک مستقل از تعداد بیمار ویزیت شده باشد: در این مورد بر خلاف شرایطی که بعضاً پزشک ناچار است خواسته غیر منطقی و غیر علمی او را به دلیل حفظ درآمد خود جلب نماید، پزشک می‌تواند استقلال حرفه ای خود را حفظ نماید.

۴- آموزش و بازآموزی پزشک در زمینه استانداردهای روز طبابت و اخلاق حرفه‌ای و در اختیار قرار دادن منابع و ابزارهای اطلاعاتی پشتیبان تصمیم گیری بالینی: در نتیجه آموزش اول، پزشک نسبت به استانداردهای طبابت به روز می‌باشد و مجبور نخواهد بود محض احتیاط برای بیمار تجویزهایی نماید که ضرورتی ندارد. در نتیجه آموزش دوم نیز پزشک در مورد هزینه نابجای منابع احساس مسؤولیت بیشتری خواهد نمود.

۵- ارزیابی و ممیزی بهره‌برداری و اعمال اقدامات انتظامی: به طور مثال نسخه‌های پزشک ممیزی شود و در صورت تجویز داروهای غیر ضروری از او توضیح خواسته شود.

۶- دریافت فرانشیز (Co-payment) از بیمار: منطقی نیست که از بیمار یا مراجعی که بنا نیست هیچ هزینه مستقیمی بابت ویزیت پزشک، درخواست داروی اضافی یا آزمایش غیر ضروری بپردازد، انتظار داشته باشیم آنها را درخواست نکند. بیمار باید تصور کند که انجام این اقدامات هرچند ناچیز برای او هزینه به همراه دارد.

۷- تغییر به نظام بیمه سرانه‌ای: شاید این روش، استراتژی طلایی باشد. در این شرایط پزشک نیز در خطر مالی تصمیمات خود شریک می‌باشد و به کلی دینامیسم رابطه متحول می‌شود.

البته باید دانست که برای مهار هزینه‌های بیمه، روش‌های دیگری نیز وجود دارد. این روش‌ها در سه دسته کلی جانب تقاضا (Demand side)، جانب عرضه (Supply side) و جانب شخص ثالث (Third party side) طبقه‌بندی می‌شوند. در صورت علاقه به اطلاعات بیشتر، می‌توانید به مراجع اقتصاد بهداشت مراجعه فرمایید.

استراتژی‌های مناسب برای پیشگیری از بهره‌برداری کم یا تفریط در بهره برداری (Under-utilization)

تدوین مسیرها و استانداردهای کار بالینی (Clinical practice guidelines and clinical pathways)، آموزش مداوم پزشکی و در اختیار نهادن منابع و ابزارهای اطلاعاتی پشتیبان تصمیم گیری نیز استراتژی طلایی برای پیشگیری از بهره‌برداری کم یا تفریط در بهره برداری می‌باشد.

به این ترتیب، پزشکان (به طور کلی صاحبان حرف پزشکی) بیش از پیش بر مبنای شواهد علمی روز (Evidence-based) (و کمتر بر اساس سلیقه و از روی احتیاط) خدمات پزشکی را تجویز خواهند نمود و طبابت ایشان در شرایط بالینی مشابه تا حد زیادی مشابه خواهد شد.

تشکر و قدردانی

از آقایان دکتر فرید ابوالحسنی، دکتر علی رضا مصداقی نیا، مهندس بابک خرمی و دکتر سید فرزاد محمدی به دلیل مرور مقاله تشکر می‌شود.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.4.1.6.5]
www.SID.ir

Archive of SID

منابع

1- Bossert T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: Decision space, innovation and performance. Social Sciences & Medicine 1998; 47: 1513-27

2- Ross SA, Westerfield RW, Jordan BD. Fundamentals of Corporate Finance. Mc-Graw Hill: California, 2001

3- The World Health Report. Health Systems: Improving Performance. WHO: Geneva, 2000

4- Swedlow A, Johnson G, Smithline N, Milstein A. Increased costs and rates of use in the California workers' compensation system as a result of self-referral by physicians. The New England Journal of Medicine 1992; 327: 1502-06

5- Mitchell JM and Sunshine JH. Consequences of physicians' ownership of health care facilities-joint ventures in radiation therapy. The New England Journal of Medicine 1992; 327: 1497-150

۶- منصور جهانگیر، قانون تجارت ایران، مواد ۱۳۳ و ۱۵۶، چاپ اول، دیدار، تهران، ۱۳۸۱

7- California Corporations Code, SECTION 5230-5239, Article 3. Standards of Conduct http://www.leginfo.ca.gov/cgi-bin/calawquery?codesection=corp&codebody (accessed in Feb 2004)

8- Lussier RN. Management Fundamentals (Code of Ethics of Exxon Company). South-Western College Publishing, 2000

9- Crainer S, Dearlove D. Financial Time Handbook of Management (Corporate Governance). Prentice Hall, Pearson Education Limited, 2001

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-13]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1383.4.1.6.5]

www.SID.ir