

# پوشش بیمه‌ای به‌منظور درمان بیماری چاقی

ترجمه: مهدیه خواجه صالحانی

- دانشجوی کارشناسی مدیریت بیمه، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده بیمه اکو

## چکیده

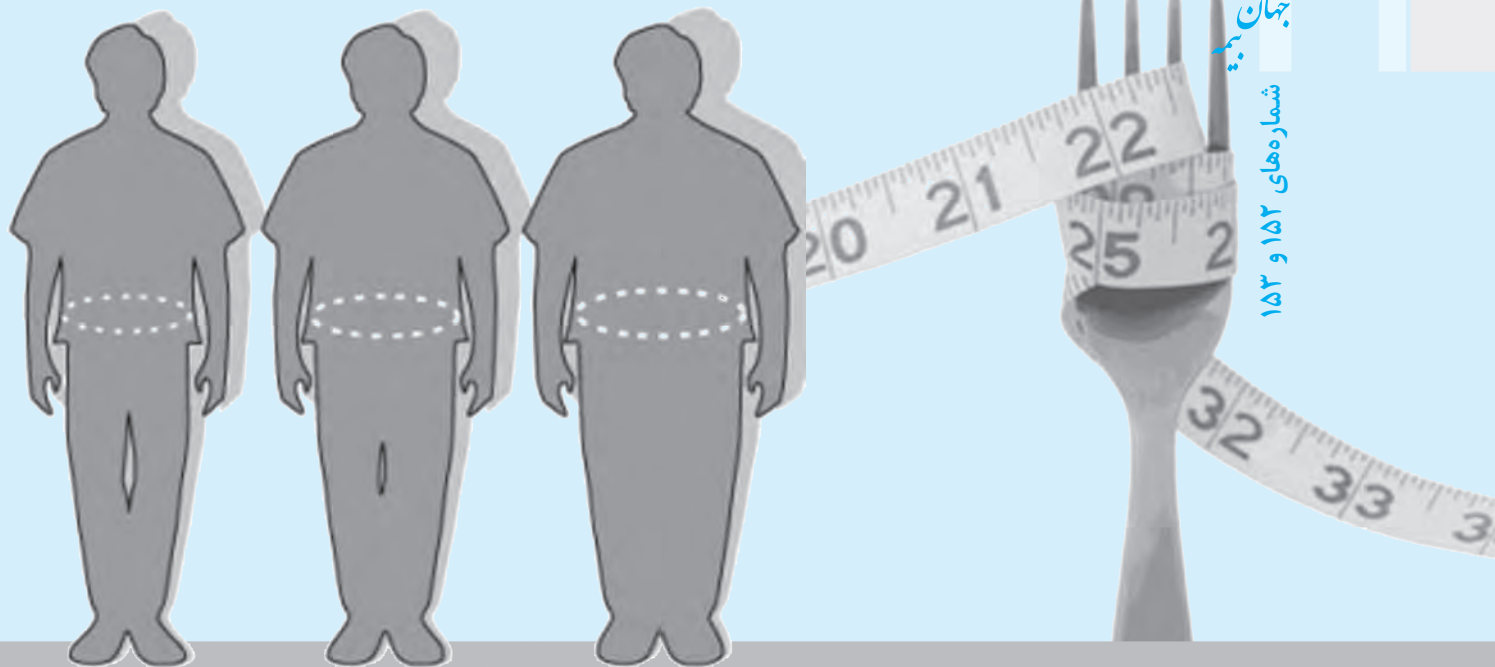
تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که کاهش وزن ناشی از تغییرات عمده در سبک زندگی، مزایای زیادی به‌دنبال داشته است. از موانع اصلی استفاده از این روش، عدم حمایت شرکت‌های بیمه‌ای از فعالیت‌های مشاوره‌ای متخصصان در این زمینه است. از این رو بر آن شدیم تا مقدار کمی پوشش بیمه‌ای را برای بیماری چاقی معین کنیم که شرکت‌های بیمه‌گر در ایالت پنسیلوانیا ارائه کرده بودند. پرسش‌نامه‌ای در سه صفحه تدوین شد و به شرکت‌های واجد شرایط که هم‌زمان اقدام به برگزاری برنامه‌های سلامت نیز کرده بودند، ارسال شد. پاسخ‌دهندگان از بین کارمندان فعال در بخش پزشکی و همچنین مدیرانی از سایر بخش‌های آنها نظیر روابط عمومی، اداره بیماری‌ها، اصلاح چگونگی مصرف و تأمین‌کننده دارو انتخاب شدند. سؤالات پرسش‌نامه در مورد چگونگی و کیفیت روش‌های درمانی استفاده‌شده مربوط به بیماری چاقی و شامل جزئیاتی از روند پوشش بیمه‌ای بود که در نهایت ۱۶ شرکت از میان ۱۹ شرکت منتخب (۸۴ درصد) به آن پاسخ دادند. تمام شرکت‌های پاسخ‌دهنده اعمال جراحی کاهش وزن را نیز تا حدودی تحت پوشش بیمه‌ای خود قرار می‌دادند. ۹ شرکت از ۱۶ شرکت (۵۶ درصد) بیان داشتند که پوشش بیمه‌ای آن‌ها شامل مشاوره‌های فردی در زمینه رژیم غذایی هم بوده، اما تنها ۵ شرکت از مشاوره‌های متمرکز در این زمینه حمایت می‌کردند. کمتر از ۵۰ درصد این شرکت‌ها بیمه‌نامه‌هایی را برای بازپرداخت هزینه‌های ناشی از انواع دیگر درمان‌های مرتبط با کاهش وزن و تغییر در سبک زندگی در پیش گرفته بودند. عمل جراحی بیشتر از بقیه روش‌های درمانی توسط این شرکت‌ها تحت پوشش قرار داده می‌شود ( $P < 0.02$  برای تمام مقایسه‌ها). هیچ‌گونه تفاوتی در بازپرداخت براساس نوع برنامه‌ها یا تعداد ثبت‌نام‌کنندگان مشاهده نشد. بازپرداخت بیمه‌ای مرتبط با بیماری چاقی در پنسیلوانیا به‌طور کامل منعکس‌کننده شواهد یافته‌های اخیر در زمینه مزایای ناشی از تغییرات سبک زندگی نبوده است. بیمه‌نامه‌های حمایتی مرتبط با کاهش وزن، با توجه به افزایش بهره‌گیری از روش‌های بالینی و اثربخشی هزینه‌ای روش‌های غیر جراحی، در حال تغییرند.

## ۱. تشریح موضوع

برگزار کرده بود، آلفگوریتمی درمانی جهت کاهش وزن ارائه گشت که تغییر در سبک زندگی (یعنی استفاده از رژیم غذایی، فعالیت‌های جسمانی و معالجات رفتاری) به‌عنوان سنگ‌بنای تمامی اقدامات درمانی مرتبط با کاهش وزن معرفی گردید. درمان دارویی و عمل جراحی گزینه‌هایی‌اند که به‌ترتیب برای بیماران چاق و خیلی چاق حتی با علم به عوارض جانبی ناشی از آنها تجویز می‌شوند.

در حال حاضر کارگروه خدمات پیشگیری کشور آمریکا<sup>۱</sup> به متخصصان سلامت این کشور توصیه می‌کند که بیماران که به دلیل چاقی به آنها مراجعه می‌کنند را به تغییر در سبک زندگی ترغیب کنند. در یک گردهمایی تخصصی که مؤسسه ملی قلب، ریه و خون<sup>۲</sup>

1. US Preventive Services Task Force  
2. National Heart, Lung, and Blood Institute



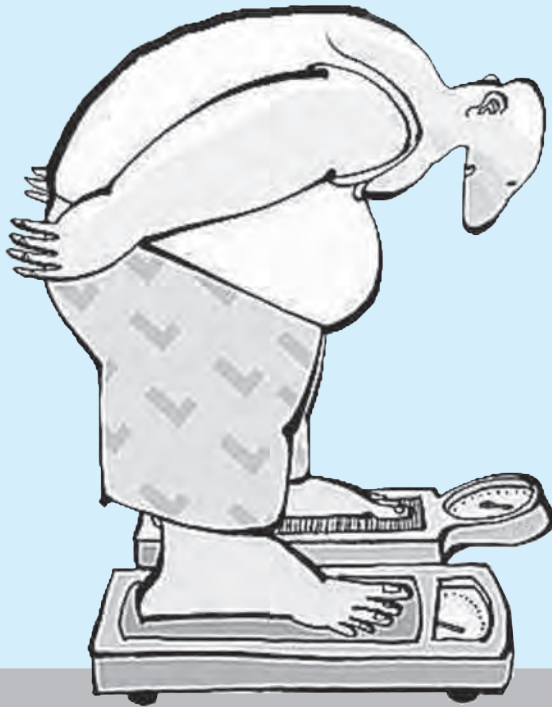
تحقیقات اندکی بررسی کرده‌اند که آیا برنامه‌های درمانی، هزینه‌های درمان بیماری چاقی را نیز پرداخت می‌کنند. هوریچ<sup>۲</sup> در بررسی خود که بر روی ۵ شرکت بیمه‌گر در مینسوتا انجام گرفته، دریافت که اکثر این شرکت‌ها هزینه‌های خدمات مشاوره رژیم غذایی را (به‌علاوه تجویز دارو، عمل جراحی و ملاقات جسمانی تشریح وزن) پرداخت می‌کنند، اما در رابطه با انواع دیگر درمان‌ها به‌منظور اصلاح سبک زندگی مانند معالجات رفتاری، برنامه‌های فعالیت جسمانی و ... اقدامی انجام نمی‌دهند. گیلدن و همکارانش سازمان‌های درمانی در ۱۴ ایالت را بررسی کردند و بیان نمودند که:

- خدمات مشاوره تغذیه در صورتی تحت پوشش بیمه‌ای قرار می‌گیرند که تشخیص پزشکی نشان‌دهنده ارتباط بیماری شخص با وزن او باشد؛

- مبلغ بازپرداخت‌شده برای مشاوره توسط برنامه‌های مراقبت پزشکی بیشتر از برنامه‌های کمک هزینه خدماتی است.

هدف این تحقیق، تعیین میزان پوشش بیمه‌ای ارائه‌شده توسط شرکت‌های بیمه‌گر در پنسیلوانیا برای انواع

بنابراین نیاز روزافزونی برای متخصصان بالینی و پزشکان برای مقابله با چاقی مشاهده می‌گردد. یکی از موانع این امر عدم بازپرداخت هزینه توسط شرکت‌های بیمه‌ای است. گزارش‌های منتشرشده حاکی از آن است که به‌ندرت به بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات در این زمینه هزینه‌ها بازپرداخت شده است. این وضعیت با توجه به افزایش نگرانی در مورد بیماری چاقی ممکن است دستخوش تغییراتی شود. به‌عنوان مثال، تغییرات اخیر در قوانین مالیاتی باعث کم کردن هزینه‌های بهره‌گیری از مشاوره تغذیه و رفتاری و همچنین درمان دارویی و جراحی شده و این اجازه را به افراد می‌دهد که هرچه بیشتر از این خدمات برای درمان بیماری‌های مرتبط با وزن استفاده کنند. همچنین، مرکز مراقبت‌های پزشکی و بیمه درمانی فدرال آمریکا<sup>۱</sup> بر سیاست قبلی خود مبنی بر خارج دانستن چاقی از دسته بیماری‌ها اصرار می‌ورزد. این تغییرات در نهایت منجر به تسهیل در امر بازپرداخت هزینه‌های ناشی از مدیریت افراد بر وزن خود می‌شود؛ چرا که اغلب بیمه‌گران بخش خصوصی پیرو خدمات و حمایت‌های ارائه‌شده از سوی سازمان‌های دولتی‌اند.



پیشرفت بیماری دیابت نوع دوم را به میزان ۵۸ درصد در بیماران چاقی دارای قندخون کاهش می‌دهد.

## ۲. روش انجام تحقیق

### - پرسش‌نامه

پرسش‌نامه‌ای را در ۳ صفحه در رابطه با پوشش بیمه‌ای برای درمان چاقی در افراد بالغ تدوین کردیم. سؤالات پرسش‌نامه تمامی روش‌های اصلی درمان چاقی شامل مشاوره گروهی و فردی رژیم غذایی، معالجات رفتاری، برنامه‌های فعالیت جسمانی، درمان تلفنی یا اینترنتی، جایگزینی وعده‌های غذایی، برنامه‌های تبلیغاتی و تجاری (دارویی و غیردارویی)، درمان دارویی و عمل جراحی کاهش وزن را پوشش می‌داد. در مواردی که هر نوع پوشش بیمه‌ای ارائه می‌شد، سؤالات مطرح شده از این قبیل بودند: میزان بازپرداخت مالی یا تعداد ویزیت‌های تحت پوشش، آیا موقعیت چاقی برای بازپرداخت لازم است و آیا وقفه‌ای میان بررسی‌های شاخص وزنی بدن<sup>۲</sup> (برحسب کیلوگرم/مترمربع) داشته است. همچنین اطلاعاتی در رابطه با نوع برنامه اقدامی شامل: سازمان حمایت از

روش‌های اصلی درمان چاقی است. براساس مطالعات قبلی، انتظار ما این بود که مشاهدات، حاکی از عدم پوشش فعالیت‌ها در زمینه اصلاح سبک زندگی و حمایت معمول از عمل جراحی کاهش وزن باشد. در اثر این جراحی، وزن شخص به میزان زیاد و پایداری کاهش یافته و همچنین بهبود چشمگیری در رابطه با بیماری‌های جانبی مربوط به اضافه‌وزن نظیر دیابت نوع دوم، فشار خون، چربی خون و تنگی نفس هنگام خواب حاصل می‌شود. عمل جراحی کاهش وزن اگرچه روشی اثربخش است اما عواقبی همانند عفونت زخم، خونریزی، نرخ مرگ‌ومیر تا ۳۰ روز از حدود ۰/۳ تا ۱/۹٪ و هزینه اولیه زیاد (از ۲۰ تا ۳۵ هزار دلار بسته به انشعاب شکمی) را دربردارد. در مقایسه، اقدامات مرتبط با اصلاح سبک زندگی، به دلیل کاهش اندک در وزن شخص (۸ تا ۱۰٪ وزن اولیه) و بازگشت سریع وزن ازدست‌رفته به‌عنوان روشی غیراثربخش در نظر گرفته می‌شوند. با وجود انتشار نتایج برنامه جلوگیری از دیابت<sup>۱</sup>، نگرش منفی به این روش همچنان ادامه دارد؛ این نتایج حاکی از آن بود که کاهش ۷درصدی وزن همراه با افزایش فعالیت‌های جسمانی، خطر

شرکت با آن تماس برقرار نموده و سپس پرسش‌نامه را ارسال کردیم. نویسنده اول این مقاله تمام ارتباطات یادشده را در ماه‌های سپتامبر و دسامبر ۲۰۰۴ برقرار کرد. در مواردی که پرسش‌نامه نیمه کامل برگردانده شده بود، پی‌گیری‌های بیشتری انجام می‌گرفت. به شرکت‌های لحاظ‌شده در نمونه آماری این اطمینان داده شد که پاسخ‌های آنها به صورت تجمعی ارائه می‌شود. مطابق با نظر هیئت بازمینی دانشگاه پنسیلوانیا، نیازی به بازمینی مجدد در این مطالعه مشاهده نشد.

### - تحلیل آماری

آمارهای توصیفی برای کمی‌سازی سطح پوشش بیمه‌ای و آزمون مک‌نمار<sup>۴</sup> جهت سنجش فراوانی هر روش درمانی به کار رفتند. دو آزمون نمونه t نیز به منظور مقایسه سطح پوشش براساس اندازه برنامه‌های حمایتی انجام شد.

### ۳. نتایج و بحث

#### - خصوصیات برنامه‌ها

از میان ۲۵ برنامه موجود در لیست، ۶ برنامه به یکی از دلایل ذکر شده -فروش کمتر از ۱۰۰۰ دلار یا عدم فعالیت در پنسلوانیا طی سال ۲۰۰۴- حذف گردید. در بین ۱۹ برنامه باقی‌مانده و واجد شرایط تحقیق، نمایندگان یکی از آنها حاضر به پاسخ‌گویی تماس‌های مکرر تلفنی نشد و نمایندگان دو برنامه نیز از مشارکت در این بررسی امتناع ورزیدند؛ بنابراین در نهایت ۱۶ برنامه در این تحقیق شرکت کردند که نرخ پاسخ‌گویی ۸۴٪ را نشان می‌دهد. از این میان، ۴ برنامه در دسته حمایت از سلامت، یکی از آنها ارائه‌دهنده بیمه غرامتی، ۵ برنامه بیمه درمانی و ۶ برنامه تعیین اولویت خدمات‌دهندگان/مکان خدمات‌رسانی وجود داشتند. تعداد افراد تحت پوشش این برنامه‌ها بین ۱۰۰۰۰ تا ۱۱۶۰۰۰۰ نفر گزارش شده که میانگین آماری ۴۲۶۰۰۰ نفر را نشان می‌دهد. بنابراین با توجه به تعداد ۱۶

سلامت<sup>۱</sup>، سازمان تعیین اولویت خدمات‌دهنده<sup>۲</sup> یا مکان خدمت‌رسانی<sup>۳</sup> و غرامت یا بیمه درمانی جمع‌آوری شد. در انتهای پرسش‌نامه سؤالاتی در رابطه با تعداد افراد تحت پوشش رایج‌ترین برنامه حمایتی شرکت بیمه‌گر و جایگاه فردی که پرسش‌نامه را به نیابت از این شرکت تکمیل می‌کند، طرح شده بود. ما از سؤالات مطرح‌شده در بررسی‌های پیشین نیز به منظور توسعه ابزار اندازه‌گیری استفاده کردیم. بازخورد اولیه نسبت به این ابزار از نظرات چند کارشناس حوزه بیماری چاقی استخراج شده و پیش‌ازاین در یکی از برنامه‌های حمایتی خارج از این ایالت برای تعیین میزان پذیرش آزمایش شده بود.

#### - نمونه آماری

از طریق لیست منتشرشده اداره بیمه پنسیلوانیا توانستیم ۲۵ برنامه درمانی ارائه‌شده از سوی شرکت‌های بیمه‌گر در سال ۲۰۰۲ را شناسایی کنیم. سپس شرکت‌هایی را که طی سال ۲۰۰۲ فروش کمتر از ۱۰۰۰ دلار در پنسیلوانیا داشته‌اند یا آنها را که به این سطح از فروش در آن سال رسیده اما در سال ۲۰۰۴ دیگر در این ایالت فعالیت نمی‌کنند از جامعه آماری کنار گذاشتیم (خصوصیات این برنامه‌های درمانی در ادامه تشریح خواهد شد). به منظور تعیین پوشش بیمه‌ای برای بسته‌های مزیتی رایج، برنامه‌های درمانی را صرف‌نظر از کارفرمایان آنها بررسی کردیم. در واقع از طرح این سؤال که «رایج‌ترین بسته مزیتی، یک برنامه درمانی تأمین‌شده توسط کارفرما بوده یا برنامه خود بیمه‌گری» خودداری کردیم. در عوض از آنها خواستیم تا به این سؤال پاسخ دهند که چه برنامه‌ای بیشترین میزان افراد را تحت پوشش بیمه‌ای قرار داده است؟

#### - جمع‌آوری اطلاعات

از طریق بخش روابط عمومی یا ارتباطات سازمانی هر

1. Health-Maintenance Organization (HMO)
2. Preferred-Provider Organization (PPO)
3. Point of Service (POS)

4. McNemar's Test

از دیابت» هم‌راستا بوده- به پرداخت هزینه مبادرت ورزیده‌اند. غیر از مشاوره فردی در زمینه رژیم غذایی، کمتر از ۵۰٪ برنامه‌ها سایر روش‌های غیر جراحی کاهش وزن را تحت پوشش بیمه‌ای قرار می‌دهند. برخی از این برنامه‌ها جزئیات طرح‌های پوششی خود را در اختیار ما قرار نداده‌اند؛ به‌عنوان مثال، اگرچه ۷ برنامه از بین ۱۶ برنامه تحت بررسی (۴۴٪) گزارش‌های مربوط به بازپرداخت‌های معالجات رفتاری خود را ارائه کردند اما تنها ۴ گزارش از این میان اطلاعاتی را در زمینه شاخص وزنی بدن و الزامات تشخیص پزشکی فراهم آورده‌اند.

فقط یک بیمه‌گر هر نوع بازپرداختی را برای شیوه‌های کاهش وزن تأیید شده توسط اداره دارو و غذای آمریکا<sup>۱</sup> انجام می‌دهد. حتی این برنامه نیز تعیین نکرده که کدامیک از دو داروی اورلیستات<sup>۲</sup> یا سایبوترامین<sup>۳</sup> را تحت پوشش بیمه‌ای قرار داده است.

برنامه شرکت‌کننده در تحقیق، میزان افراد تحت پوشش برابر با ۶۸۱۱۰۰۰ نفر است. با فرض آن که این مقدار افراد خردسال را هم شامل می‌شود، برنامه‌های حمایتی بررسی شده، تعداد ۴۹۶۰۵۰۰ فرد بالغ معادل ۵۴٪ جمعیت افراد بالغ پنسیلوانیا را تحت پوشش قرار داده است. اشخاصی از بخش‌های مختلف هر شرکت در تکمیل این پرسش‌نامه‌ها مشارکت داشته‌اند.

### - پوشش انواع بیمه‌نامه

میزان بازپرداخت برای تمام انواع روش‌های درمان چاقی شامل جزئیاتی از سطح پوشش در جدول ۱ نشان داده شده است. پوشش بیمه‌ای برای درمان‌های غیر از روش جراحی متناقض بوده است؛ به‌عنوان مثال، تعداد ۹ برنامه (۵۶٪) تا حدودی از فعالیت‌های مشاوره رژیم غذایی حمایت کرده‌اند (جدول ۱). با این وجود تنها ۵ برنامه حمایتی در قبال فعالیت‌های مشاوره‌ای متمرکز - که با رویکرد درمانی مطرح‌شده توسط «برنامه جلوگیری

1. US Food and Drug Administration (FDA)
2. Orlistat
3. Sibutramine

جدول ۱. بیمه‌نامه‌های پوششی در شرکت‌های بیمه‌گر پنسیلوانیا برای درمان بیماری چاقی

مقدار P *	شاخص وزنی بدن		بیماری‌های جانبی		هر نوع پوشش بیمه‌ای		روش درمانی
	%	$\frac{n}{N}$	%	$\frac{n}{N}$	%	$\frac{n}{N}$	
موجود نیست	۱۰۰	$\frac{۱۶}{۱۶}$	۸۸	$\frac{۱۴}{۱۶}$	۱۰۰	$\frac{۱۶}{۱۶}$	عمل جراحی
۰/۰۱۶	۲۹	$\frac{۲}{۷}$ **	۶۳	$\frac{۵}{۸}$ **	۵۶	$\frac{۹}{۱۶}$	مشاوره فردی رژیم غذایی
۰/۰۰۴	۰	$\frac{۰}{۴}$ **	۷۵	$\frac{۳}{۴}$ **	۴۴	$\frac{۷}{۱۶}$	اصلاح رفتاری
۰/۰۰۱	۲۵	$\frac{۱}{۴}$ **	۲۵	$\frac{۱}{۴}$ **	۳۱	$\frac{۵}{۱۶}$	برنامه فعالیت جسمانی
<۰/۰۰۱	۰	$\frac{۰}{۴}$	۰	$\frac{۰}{۴}$	۲۵	$\frac{۴}{۱۶}$	برنامه‌های تبلیغاتی
<۰/۰۰۱	۰	$\frac{۰}{۲}$ **	۰	$\frac{۰}{۳}$	۱۹	$\frac{۳}{۱۶}$	مشاوره گروهی رژیم غذایی
<۰/۰۰۱	۰	$\frac{۰}{۳}$	۰	$\frac{۰}{۳}$	۱۹	$\frac{۳}{۱۶}$	مشاوره تلفنی یا اینترنتی
<۰/۰۰۱	۵۰	$\frac{۱}{۲}$	۱۰۰	$\frac{۲}{۲}$	۱۳	$\frac{۲}{۱۶}$	جایگزینی وعده غذایی
<۰/۰۰۱	۱۰۰	$\frac{۱}{۱}$	-	$\frac{۰}{۰}$ **	۶	$\frac{۱}{۱۶}$	تجویز دارو مطابق با استاندارد FDA
<۰/۰۰۱	۰	$\frac{۰}{۱}$	۰	$\frac{۰}{۱}$	۶	$\frac{۱}{۱۶}$	برنامه‌های نظارت پزشکی

(\*) این مقدار از مقایسه درصدی از برنامه‌ها که روش مورد نظر را تحت بازپرداخت قرار می‌دهند با درصدی که عمل جراحی را بازپرداخت می‌کنند حاصل می‌شود.

(\*\*) تعداد پاسخ‌دهندگان کمتر از کل تعداد پاسخ‌دهندگانی است که اظهار داشتند: تعدادی از پوشش فراهم شدند، چون که تعدادی از شرکت‌ها جزئیات این پوشش‌ها را مشخص نمی‌کردند.

کارشناسان امر بسیار اندک است. در عوض، انجام عمل جراحی کاهش وزن، حتی تا اندازه‌ای مشخص، توسط تمام بیمه‌گران تحت پوشش قرار می‌گیرد و یافته‌های ما به مطالعات محدودی که پیش‌تر در این زمینه انجام گرفته بود اضافه خواهد شد. هوریچ<sup>۱</sup> در بررسی غیررسمی خود به این نتیجه رسیده بود که تمام شرکت‌های بیمه‌گر، هزینه خدماتی نظیر انجام عمل جراحی، تجویز دارو و ملاقات توسط پزشک متخصص برای درمان بیماری چاقی را بازپرداخت می‌کنند. اغلب برنامه‌ها، خدمات مشاوره رژیم غذایی را نیز تحت پوشش قرار داده اما برای سایر روش‌های مرتبط با تغییر در سبک زندگی پوششی در نظر نگرفته‌اند. در مقایسه با هوریچ، ما به این نتیجه رسیدیم که روش تجویز دارو به‌ندرت مورد پوشش بیمه‌ای قرار گرفته است. از سوی دیگر، ما در بررسی‌هایمان ویزیت‌های مربوط به

بیماری چاقی را نخواسته‌ایم اما دریافتیم که بازپرداخت هزینه‌های ناشی از روش‌های نظارت پزشکی بر کاهش وزن (که از رژیم‌های غذایی کم کالری یا بسیار کم کالری تحت نظارت پزشک استفاده می‌کنند) نیز به‌ندرت در پنسیلوانیا صورت گرفته است. تسای<sup>۲</sup> و همکارانش در بررسی برنامه‌های درمانی به این نتیجه رسیدند که:

- خدمات مشاوره تغذیه در صورتی تحت پوشش بیمه‌ای قرار می‌گیرند که تشخیص پزشکی نشان‌دهنده ارتباط بیماری شخص با وزن او باشد؛

- مبلغ بازپرداخت شده برای مشاوره توسط برنامه‌های مراقبت پزشکی بیشتر از برنامه‌های کمک هزینه خدماتی است؛

- بررسی‌های ما حاکی از اثبات یافته اول تحقیق مذکور بوده اما تفاوتی میان نوع برنامه‌ها مشاهده نشده است. یافته‌های بارانوسکی و کینگ<sup>۳</sup> نشان می‌داد که درمان‌های

در مقایسه با شرایط متغیر بازپرداخت‌ها در درمان‌های غیر از جراحی، پوشش بیمه‌ای تمام ۱۶ برنامه شامل عمل جراحی کاهش وزن بوده است. عمل جراحی بیشتر از بقیه انواع روش‌های درمان چاقی مورد حمایت بیمه‌گران بوده است ( $P < 0.02$  برای تمام مقایسه‌ها) (جدول ۱). به‌علاوه، معیارهای در نظر گرفته‌شده از سوی شرکت‌های بیمه‌گر برای پوشش بیمه‌ای جراحی از بقیه روش‌ها یکنواخت‌تر است؛ به‌عنوان مثال، به ترتیب ۸۸٪ و ۱۰۰٪ برنامه‌ها، بیماری‌های جانبی و شاخص وزنی بدن را برای عمل جراحی گزارش کرده‌اند که در مقایسه با ۶۳٪ و ۲۹٪ گزارش شده در زمینه مشاوره فردی رژیم غذایی قابل تأمل است. همچنین چندین برنامه ابراز نمودند که برای بیماران جراحی‌شده، مشاوره رژیم غذایی و معالجات رفتاری هم انجام داده‌اند.

### - پوشش بیمه‌ای براساس اندازه برنامه

تجزیه و تحلیل بیمه‌نامه‌های پوششی براساس تعداد ثبت‌نام‌کنندگان هر برنامه تنها یک تفاوت عمده را نمایان کرد. اندازه سه برنامه‌ای که مشاوره تلفنی یا اینترنتی را تحت پوشش خود قرار می‌دادند از ۱۳ برنامه دیگر بزرگ‌تر بوده است ( $P = 0.03$ ). آنالیز پوشش بیمه‌ای براساس نوع برنامه به دلیل کوچک بودن حجم نمونه با محدودیت روبرو است؛ به‌عنوان مثال، نیمی از برنامه‌های حمایت از سلامت و برنامه‌های تعیین اولویت تا حدودی خدمات مشاوره فردی رژیم غذایی را بازپرداخت می‌کردند که در مقایسه با ۸۰٪ برنامه‌های بیمه درمانی بازپرداخت‌کننده این خدمات، تفاوت آنچنانی را نشان نمی‌دهد.

یافته‌های اساسی تحقیق حاضر که بر روی شرکت‌های بیمه‌گر ایالت پنسیلوانیا صورت گرفته با انتظارات ما مطابقت زیادی دارد. میزان پوشش بیمه‌ای برای خدمات مربوط به تغییر در سبک زندگی با وجود شواهد اخیر مبتنی بر مزایای این روش و همچنین توصیه‌های مکرر

1. Horwich

2. Tsai

3. Baranoski & King

تغذیه‌ای معمولاً بازپرداخت شده‌اند؛ اگرچه همواره الزام پزشکی (مانند یک بیماری جانبی) نیز برای اختصاص این حمایت مورد نیاز بود. تحقیق آنها پوشش بیمه‌ای بیماری چاقی را بررسی نکرده بود.

بازپرداخت هزینه‌های ناشی از درمان بیماری چاقی مسئله‌ای روبه‌رشد است که با توجه به مشکلات سلامت عمومی جامعه، هر روز بر اهمیت آن افزوده می‌شود. دلایل زیادی را می‌توان برای عدم بازپرداخت بیمه‌گران در روش‌های درمانی نظیر معالجات رفتاری و یا دارویی برای درمان بیماری چاقی ذکر کرد. اولاً، یافته‌های حاصل از آزمایش روش‌های مرتبط با اصلاح سبک زندگی در این زمینه - که توسط برنامه جلوگیری از دیابت انجام شده - اخیراً منتشر شده‌اند. شرکت‌های بیمه‌گر ممکن است پوشش خود را با پی‌بردن به مزایای کاهش وزن افزایش دهند. ثانیاً، این باور که هر فرد بیشتر از عوامل دیگر مسئولیت عادات غذایی و فعالیت‌های جسمانی خود را برعهده‌دارد باعث شده تا چاقی و اضافه وزن به‌عنوان یک بیماری محدود شود. باین وجود، درمان اعتیاد مصرف تنباکو یا الکل - که وابسته به رفتارهای فردی‌اند - در اغلب موارد مورد حمایت بیمه‌ای قرار می‌گیرند. ثالثاً، بیمه‌گران نگران پرداخت هزینه‌های ناشی از درمان بیماری چاقی هستند؛ به‌عنوان مثال، مراجعات مکرر

بیماران

چاقی برای استفاده از پوشش بیمه‌ای درمان بیماری خود باعث شده تا شرکت‌های بیمه‌گر از مزایای اقتصادی بلندمدت این پوشش غافل شوند. هزینه، نگرانی بجایی است اما تحقیقات انجام‌شده توسط برنامه جلوگیری از دیابت نشان‌دهنده اثربخش بودن هزینه کردن برای این اقدامات بوده است، همچنین عمل جراحی کاهش وزن می‌تواند باعث صرفه‌جویی هزینه‌ای شود. استدلالی که در رابطه با میزان بازگشت سرمایه پوشش بیمه‌ای در این بیماری مطرح می‌شود تا هنگامی درست است که شرکت‌های بیمه، عمده‌اً از تحت پوشش قراردادن بیماران چاقی امتناع ورزند (و بنابراین تقبل هزینه این بیماران را به بیمه‌گران دیگر منتقل کنند).

مطالعه ما با چند محدودیت نیز همراه بوده است. اول آنکه، برخی از برنامه‌های سلامت، جزئیات اطلاعات در مورد پوشش‌های خاص درمانی را در اختیار ما قرار نداده‌اند که این امر عمده‌تاً به دلیل تفاوت این اطلاعات براساس کارفرماست. در این تحقیق ما شرکت‌های بیمه‌گر را به‌منظور تعیین اینکه چه مزایایی را طبق برنامه‌های رایج تحت پوشش قرار داده‌اند، بررسی کردیم. همچنین تحقیقات آتی باید پیچیدگی‌های ناشی از در نظر گرفتن بیمه‌های تأمین مالی شده توسط کارفرما را لحاظ نمایند. محدودیت دوم ما این بود که در بررسی خود به دنبال تعیین دلایل تفاوت میزان بازپرداخت برای بیماری چاقی نبوده‌ایم؛ مطالعه دیگری در زمینه نگرش سازمان‌ها به بازپرداخت هزینه‌های این بیماری انجام گرفته است. سومین محدودیت این تحقیق، عدم بررسی دو شرکت بزرگ ارائه‌کننده خدمات سلامت عمومی<sup>۱</sup> است. باین وجود، باور ما این است که به دلیل مطالعه تمام برنامه‌های مرتبط با این زمینه در پنسیلوانیا، شرکت‌های خدمات‌رسانی عمومی تا حد مطلوبی



1. Medicare and the Veterans Administration



در نظر گرفته شده‌اند. در نهایت اینکه، ما تنها ۱۶ برنامه‌ای را بررسی کردیم که قصد بازپرداخت درمان چاقی را بیشتر از میزان واقعی پرداخت شده توسط آنها را داشتند. از آنجا که تصمیمات مربوط به پوشش بیمه‌ای برای هر فرد به صورت مجزا اخذ می‌شود، ممکن است تفاوت‌هایی میان میزان واقعی پرداختی این شرکت‌ها و مقدار منتشر شده در گزارش‌ها وجود داشته باشد (این مسئله نیز می‌تواند موضوع تحقیقات آتی در این زمینه باشد).

با وجود تمامی این محدودیت‌ها، تحقیق ما در واقع اولین مطالعه دقیق و متمرکز بوده که در زمینه بازپرداخت‌های مربوط به روش‌های اصلی درمان بیماری چاقی انجام گرفته است. بازپرداخت هزینه‌های ناشی از درمان بیماری چاقی مسئله‌ای است که با توجه به مشکلات سلامت عمومی جامعه، هر روزه بر اهمیت آن افزوده می‌شود. بررسی‌های بیشتر در سطح ملی و کلان بر روی این مسئله ضروری است. علاوه بر این، متخصصانی که هم‌اکنون با استفاده از روش‌هایی نظیر رژیم غذایی، فعالیت‌های جسمانی و معالجات رفتاری به درمان این بیماری مشغول‌اند نیز باید از طرف خود و بیماران اقدام به حمایت از بازپرداخت هزینه‌های ناشی از درمان نموده تا از این طریق هم منفعت بیماران و هم متخصصان را محقق سازند (مانند اقداماتی که در مورد جلوگیری از مصرف دخانیات انجام گرفته بود). پوشش بیمه‌نامه‌ها با یافتن سرنخ‌هایی از تأثیر گذار بودن تغییرات عمده در سبک زندگی هم از لحاظ هزینه‌ای و هم از لحاظ پزشکی، دستخوش تغییر می‌شوند.

#### منبع:

Gildentsal, A; Asch, DA, Wadden, TA 2006, "Insurance coverage for obesity treatment", Journal of the American Dietetic Association, Vol. 106, pp.1651-5