

تئوری خطر، بیمه اتکایی، مالیات صنفی

ترجمه: سمیرا پروکتر

دانشجوی رشته مدیریت بیمه

دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز

امروزه که بازار پزشکی به سرعت در حال تغییر است. اداره کردن برنامه های مراقبتی تنها روش مراقبت از اعضا به شیوه قرارداد کپ نمی باشد. به طور افزون با ترتیب دادن به طرح های مراقبتی، این ریسک به مراقبت های اولیه منتقل می شود. خصوصاً در مورد پزشکان از طسریق پرداخت های آن ها که یا به صورت کامل و یا تقریبی می باشد. اگرچه قرارداد کپ انگیزه قوی به پزشکان برای ارائه خدمات با توجه به فایده. هزینه می دهد اما مواردی وجود دارد که آن ها را در مخاطره های قابل ملاحظه ای قرار می دهد. در دهه های اخیر قراردادهای کپ یک مشخصه عمومی در ارائه خدمات و مراقبت های بهداشتی شده اند. در قراردادهای کپ که یک عامل خطر و پاداش بین طرفین برای تنظیم قرارداد وجود دارد، اما توجه به این قراردادها به

تحلیل تئوریک ریسک قراردادهای کپ (Cap) نشان می دهد که این نوع از قراردادهای بیمه اتکایی بین شرکت های بیمه بسیار نزدیک و مرتبط است. شباهت ها و تفاوت های بین این دو شکل موارد قراردادی و معانی ضمنی مربوطه به فرع این مقاله است. اگر به قراردادهای کپ به عنوان قراردادهای اتکایی بنگریم متوجه می گردیم که این قراردادها معانی متفاوتی دارند که با هدف کلی این گونه توافقات به عنوان مکانیزمی برای تامین هزینه های خدمات مراقبت های بهداشتی در تضاد قرار دارد. در این مقاله معانی قانونی و اخلاقی و مالی و عملی مورد بررسی قرار گرفته و اظهار می شود که این گونه قراردادها مخالف منافع عمومی و قانونگذاری توسط ارائه دهندگان و مصرف کنندگان براساس قانون الگوری فعلی است.

مراقبت های بهداشتی به خصوص ارائه دهنده های کوچک الزاماً در برآورد کردن این خطرها در هنگام پذیرفتن پورتنفوی، متخصص نمی باشند اما روشن است که خطر وجود داشته و فقط بعضی از افراد در تحلیل آن متخصص می باشند.

همچنین مراددی هستند که براساس سلیقه شخصی انتخاب می شوند، در نتیجه خوب تحلیل نشده و خطرات آن ها کمتر قابل پیش بینی هستند برای مثال خطرهای مالی در رابطه با نیاز به قرض کردن پول برای مواجهه با مخارج رایج مملکت از این که درآمدی دریافت گردد، خطرهایی که در رابطه با پرداخت های نامطمئن آن است و نیز خطرهای مربوط به پرسنل و کفایت منابع در سازمان های تامین کننده از این نوع هستند. این خطرها در ارزیابی، پیش بینی و مدیریت دشوارتر نیز خواهند شد اگر که شرکت ارائه دهنده خدمات بهداشتی کوچک نیز باشد. به علاوه عمده ترین منبع خطر هنوز به طور آشکار عنوان نگردیده و در مورد آن بحث نگردیده است این فرم از خطر بر همه خطرها اولویت دارد چرا که این خطر با توجه به این حقیقت که تفسیر در تجربه پورتنفوی های کوچک بیشتر تجربه تغییر در پورتنفوی های کامل است این نتیجه جزئی ظاهری از تئوری نمونه ای آماری و معانی دور از دسترسی را به دنبال قدرت زیادی در توضیح رویدادها در بخش مراقبت های بهداشتی در دو دهه اخیر دارد. این مفهوم نقش مهم و ویژه ای را در رهبری اقدامات اصلاحی لازم دارد.

عنوان توافقات شغلی محض و کم خطر سبب اشتباه می شود. یک روش متفاوت و محکم برای نگاه به این گونه قراردادها و دیگر اقدامات جبرانی مانند محاسبه متوسط هزینه گروه های مرتبط تشخیص داده شده است. با نگاهی دقیق به این قراردادها در نظر اول خطر در بین افراد با سطح فهم و درک متفاوت که البته یکسان نیستند منتقل می گردد که لزوماً شامل مسائل اخلاقی، قانونی، شغلی و حرفه ای می شود. ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی براساس کپ طرح این پورتنفوی را پذیرفته و توافق کرده اند که در دریافت مبلغ به اشخاص و گروه های ثالث، خدمات بهداشتی را ارائه دهند و جریانات درآمدی آتی از طریق پرداخت های مشترک مداوم، افزایش یافته و همچنین هزینه خدمات ممکن است جزء کاستنی ها قرار بگیرد برای محدود کردن ریسک و هزینه های ارائه دهنده خدمات بهداشتی به طور کلی تامین کننده های بهداشت در ابتدای امضای این قراردادها اطلاعی ندارند که هزینه های واقعی پورتنفوی چقدر خواهد بود؟

فقط چند نوع متفاوت از خطرات تحت پوشش قراردادها کپ قرار می گیرد که بعضی از این خطرها قابل پیش بینی هستند در صورتی که برخی دیگر را کمتر می توان پیش بینی نمود. اغلب خطرهای قابل پیش بینی منعکس کننده تفاوت در هزینه های بهداشتی با توجه به سن، جنس، وضعیت بیماری های مزمن می باشد که به خدمات بهداشتی در سطوح متفاوتی نیاز دارند. ارائه دهندگان

۱۳. مدل های قیمت گذاری اولیه در برابر مدل های ثانویه
۱۴. استفاده از معانی تئوری با توجه به سوددهی در برابر خطرات ورشکستگی
۱۵. موارد اخلاقی و قانونی در رابطه با انکار خدمات
- این مقاله به بحث در مورد تمامی این موارد نمی پردازد کوشش این مقاله بر روی مواردی است که شامل توافقات ABC است که در بیشتر موارد توسط طرفین قرارداد درست درک نمی شوند اکچوئری شرکت های بیمه و قانونگذاران دولتی این نکته را دریافته اند که این روش انتقال خطر که انحرفی و ناعادلانه هستند اگر آن ها را همانند قراردادهای بیمه اتکایی در نظر بگیریم به جای قراردادهای خرید خدمات ممکن است تحلیل نتایج این توافقات به شیوه محافظه کارانه بر میزان تاثیر این قراردادها بر روی کارایی گروه ارائه خدمات و کیفیت واگذاری خدمات مورد بحث قرار گیرد.
- موارد احتمالی**
- اگر یک قرارداد کپ به عنوان یک قرارداد اتکایی بیمه در نظر گرفته شود یک نکته اساسی بدون پوشش باقی ماند زیرا کلیه فعالیت های بیمه و بیمه اتکایی بر این فرض استوار است که طرف ارائه دهنده (شرکت بیمه) در کنترل خطر توانا تر از خریدار بیمه است.
- فرض معمول بر این است که بیمه گر توانایی مالی بالاتری به علت حجم بالای کاری و یا پراکندگی مطالبی در مورد قراردادهای جبرانی براساس متوسط هزینه (ACB) وجود دارد که در این مقاله بر روی آن ها تمرکز می شود اگرچه به مطالب زیر محدود نمی گردد اما این مطالب عبارتند از:
۱. سود دهی در رابطه با توانایی مدیریتی و قراردادهای کپ
 ۲. موارد قانونی قرارداد
 ۳. موارد اخلاقی
 ۴. توزیع احتمال پراکندگی مناسب برای این گونه فعالیت
 ۵. معنا شناختی در زمانی که یک توافق به عنوان مکانیزمی برای انتقال خطر صورت می گیرد.
 ۶. تاثیر آن ها در روابط بین ارائه کننده خدمات بهداشتی و بیمه گران
 ۷. تاثیر آن ها در روابط بین ارائه خدمات بهداشتی و مصرف کننده
 ۸. تاثیر آن ها در روابط بین مصرف کنندگان و بیمه گران
 ۹. مسائل اخلاقی در رابطه با رویه سود طلبانه ارائه کنندگان خدمات بهداشتی
 ۱۰. تکامل تاریخی این قراردادها
 ۱۱. موارد قانونی با توجه به امکان دادخواهی در مورد این قراردادها
 ۱۲. تحلیل تاثیر هزینه های افزایش یافته بر امکانات مالی

جغرافیایی خطر و پرتفوی مربوط به آن و یا پراکندگی خطرها در انواع مختلف قراردادهای بیمه دارد به طور خاص قانون اعداد بزرگ اصل اساسی در عملیات بیمه گری است و در اصل اساس بیمه این است که بیمه گر بتواند به درستی هزینه مورد بیمه را پیش بینی نماید زیرا آن ها با موارد زیادی برخوردارند و صحت برآورد میانگین هزینه ها با افزایش حجم فعالیت افزایش می یابد.

اثر این امر همانند افزایش اندازه از یک توزیع احتمال است.

به طور خلاصه با افزایش تعداد نمونه اساساً میزان خطا در برآورد ارزش میانگین کاهش می یابد. در مورد پرتفوی مشتریان این مسئله به این معنی است که قرارداد برای ارائه خدمت در تعداد کم و محدود مشتری نه تنها از جنبه قرارداد مفید است بلکه امکان پیش بینی پذیری آن ها از نظر مالی نسبت به واحدهای بزرگتر که پورتفوی آن ها پراکنده تر هستند، بیشتر است. این نتایج متغیر احتمال نتایج بسیار خوب یا بسیار بد را افزایش می دهد.

توزیع نرمال

معمولاً توزیع نرمال برای توضیح موارد احتمال و آمار به کار می رود در بسیاری از امور بیمه از تابع لگاریتم نرمال استفاده می شود. اگرچه توزیع لگاریتم نرمال برای توضیح و ساده کردن با توجه به گوناگونی متغیرها مناسب است. ولی از آنجایی که بیمه نامه های بسیار زیاد حرفه بیمه بهداشتی از توزیع نرمال استفاده می کنند مطلب مسرود نظر این است که

چطور طول وقایع از ارزش مورد انتظار (میانگین) توزیع نرمال از گروه ارائه شده در مقایسه با احتمال طول برابر برای بیمه گر رخ خواهد داد. مرحله بعدی در نظر گرفتن احتمالات مربوط به نتایج بد برای گروه ارائه شده در مقایسه با احتمالات نتایج نامطلوب برای بیمه گر می باشد.

به طور قطع در این روش که به طور خلاصه توضیح داده شده مسائلی وجود دارد این مقاله گوناگونی پراکندگی را در مورد میانگین زیان احتمالی با توجه به گوناگونی گروه های کوچکتر برای بیماران در مقایسه با گروه های بزرگتر مورد نظر را توسط بیمه گر مورد بحث قرار می دهد

ارائه مدل:

فرض کنید که پراکندگی آماری ضریب خسارت برای بیمه گرهای بزرگ در حدود $0/05$ و $N(0/85)$ می باشد توزیع نرمال با ضریب خسارتی در حدود $0/85$ و استاندارد خطایی در حدود $0/05$ و حاشیه سود $0/05$ و ضریب هزینه (هزینه اداری و مراقبت های غیر بهداشتی + مالیات ها تقسیم بر حق بیمه) در حدود 10% است در این شرایط احتمال اینکه خسارت بیمه گر در هر سال متجاوز از $0/90$ شود در حدود $0/1587$ خواهد بود در این شرایط بیمه گر در کمتر از 16% موارد در کسب سود موفق نخواهد بود و تقریباً 84% از معاملات کاری آن سودآور خواهد بود. حال تصور کنید که گروه ارائه شده میانگین خسارتی را در پرداخت های قرارداد کپ بپذیرد. احتمال اینکه ضریب خسارت آن بالاتر از

۹۰٪ باشد چه می شود؟ اگر ارائه دهنده ۱۰٪ پرتفوی بیمه گر را بپذیرد انحراف استاندارد آن در حدود ۰/۰۵ خواهد شد یا ۱۵۸/۰ احتمال اینکه ضریب خسارت گروه ارائه دهنده بالاتر از ۹۰٪ شود ۰/۳۷۶ خواهد بود. خطر مربوط به افزایش ضریب خسارت به بیش از ۹۰٪ در حدود ۲/۴۷ برابر برای بیمه گر می باشد. اگر همان ارائه دهنده ۵٪ پرتفوی بیمه گر را بپذیرد، خطر اینکه زیان بیشتر و یا برابر با ۹۰ درصد باشد ۲/۵۹ برابر، برای بیمه گر خواهد بود. این مسئله در اجرای معمولی این چنین قراردادهای ۲/۵۹ برابر ریسک بیشتری را در شرکت های کوچک با نتایج نامطلوب (تصور کنید که ۱/۲۰ از پرتفوی بیمه گر به گروه ارائه دهنده خصوصی منتقل گردد.) در مقایسه با شرکت های بزرگ تر دارد و بدتر اینکه شرکت های کوچکتر توانایی محدودتری برای مقاومت در برابر اینگونه ضررها دارند. این قراردادهای با بیمه گران عموماً نیازمند الزامات نظارتی برای در اختیار داشتن دارایی های کافی در برخورد با ضررهای بزرگ غیرقابل انتظار می باشد.

به همین دلیل بیمه گر کارکنان توانایی برای تحلیل خطر و برآورد امکانات مالی در اختیار دارد و این بدین معنی است که بیمه گر قادر به کنترل ضررهای غیرمعمول در زمانی که ارائه دهنده قادر به مقاومت در برابر نتایج ناخوشایند نیست می باشد. این افزایش تجهیزات در برابر خسارت های بالا، البته توسط احتمال خسارت های کمتر نسبت به

بیمه گر جبران می شود.

همین روش در مورد خسارت های مشابه زیر ۸۵/۰ به کار می رود. که احتمال افزوده به طرف سوددهی متمایل است که بخشی از جذبه ها (دام های) اینگونه قراردادهای محسوب می شود. اگرچه با توجه به تفاوت های دیگر بین ارائه دهنده و بیمه گر خطر ورشکستگی با احتمال کم برای سود دهی بالا مبادله می شود. بسیاری از ارائه دهندگان تمایلی به خطر ورشکستگی با شانس برابر در مورد سوددهی ندارند. مسئله مهم تر اینکه از دیدگاه مصرف کننده اراده دهنده احتمالاً تمایل به کنترل خطر ورشکستگی با محدود کردن مراقبت های قابل دسترس مصرف کننده خواهد داشت. قراردادهای معوقه، انتظارات طولانی در ادارات مربوطه، تشخیص های غلط یا معوقه در زمان های با تاخیر، عدم ارائه خدمات و درمان، مکانیسم های نامناسب قابل دسترس برای ارائه دهنده جهت کنترل خطر نتایج بد مالی و جلوگیری از ورشکستگی می باشد.

متأسفانه برای مصرف کنندگان مدت طولانی وقت لازم است تا بفهمند که ارائه دهنده از این روش استفاده می کند و حتی بدتر اینکه سلامتی و زندگی آن ها با این فرایند به خطر می افتد.

بسیاری از قراردادهای کپ یکساله بسته می شود یک گروه ارائه دهنده ممکن است مشتری را که توسط گروه ارائه کننده اصلی تشخیص داده نشده است تشخیص دهد. مشتری احتمالاً تشخیص نمی دهد که تاخیر از روی عمد اعمال شده است.

گروه ارائه دهنده جدید همچنین با خسارت های بالقوه بزرگتری مواجه می شود با فرض پذیرش مسئولیت و مراقبت از بیمارانی که از روی قصد تشخیص آن ها به تعویق افتاده است. خلاصه، با در نظر گرفتن احتمالات بالای خسارت، گروه های ارائه دهنده در وضعیت ناخوشایندی قرار می گیرند به گونه ای که منافع اقتصادی آن ها آشکارا در تضاد با رفاه مشتریان قرار می گیرد این تضاد بدتر نیز می شود در صورتی که نیمی از افرادی که قرارداد بسته اند تجارب بهتری داشته باشند. در حالی که نیمی دیگر تجارب ناخوشایندی پیدا کنند زیرا این گروه ها باید در یک جمعیت محدود در وضعیت مساوی قرار گیرند.

بیمه گر ارائه دهنده تفاوت های قدرت مالی

ظاهراً این قراردادها براساس رفاه سازمان بزرگتر می باشد. قانون فدرالی و ایالتی بیان می کند که بیمه گر باید ظرفیت مالی کافی برای مواجه با ریسک را داشته باشد. معمولاً بیمه گرها با خطرات قابل ملاحظه ای در طول سال هایتمادی برخورد می کنند و با خسارات زیادی مواجه می شوند. در واقع بیمه گران باید از طریق (GAAP) اصول پذیرفته شده حسابداری و FASB (هیات استانداردهای حسابداری مالی) کنترل شوند تا از نقدینگی لازم برخوردار باشند که به آن ها اجازه دهند با سلامت از فراز و نشیب بیمه مشاغل عبور نمایند. (انجمن برنامه های بهداشت آمریکا سال ۱۹۹۸) از طرف دیگر ارائه دهندگان کوچک نه این

لوازم و نه این توانایی را در اختیار دارند.

در حقیقت بسیاری از ارائه دهندگان به این دلیل وارد این قراردادها می شوند که از نظر مالی آسیب پذیر هستند یک ارائه دهنده کوچک که نمی تواند هزینه های کاری خود را پردازد و یا از حاشیه سود پایین برخوردار است ممکن است وسوسه شده و وارد اینگونه قراردادها شود. با این باور که احتمالاً این عملیات برای او سوددهی دارد. این امر ممکن است سبب افزایش آسیب پذیری برای خسارت های سنگین بیش از آنچه مورد انتظار است بدون برآورد واقعی از افزایش ریسک گردد. در مورد ارائه دهندگان کوچکتر احتمال پراکندگی بالای خطر بیشتر می باشد. درک این که چگونه این گوناگونی تا کنون نادیده گرفته شده است کار دشواری است.

- خطر مربوط به تجربه بد در مورد ارائه در مقابل بیمه گر

در جدول شماره ۱ احتمال خسارت های بزرگتر و یا برابر با ضریب خسارت داده شده برای بیمه گر و ارائه دهنده و همچنین خطر مربوط در مقایسه با بیمه گر می باشد.

جدول بر اساس ضریب خسارت مورد انتظار ۰/۸۵ و استاندارد خطای ۰/۰۵ برای بیمه گر با فرض اینکه گروه ارائه دهنده ۵ درصد مشتریان بیمه گر را می پذیرد، تهیه شده است در یک ضریب واقعی خسارت ۰/۸۵ هیچ اختلاف ریسکی وجود ندارد اگرچه هرچه ضریب خسارت واقعی افزایش

یابد با توجه به این مطلب که انحراف معیار برای بیمه گر پایین تر است خطر مربوطه بیشتر می شود. به موازات اینکه تجربه از ۰/۸۵ دور می گردد جدول به طور واضح نشان می دهد که گروه های ارائه دهنده احتمال بالاتری برای خسارت نسبت به بیمه گر دارند و این همه ماجرا نیست، چرا که گروه های ارائه دهنده معمولاً از لحاظ مالی ضعیف تر می باشند در حالی که یک بیمه گر توانایی مقاومت برای مقابله با مقادیر بالای خسارت را در طول سال های متممادی دارد بسیاری از ارائه دهندگان کوچک ممکن است در عرض یک ماه با بی ثباتی مالی مواجه شوند. قرض های بالا (چشمگیر)، تعهدات نسبت به کارگران، تقاضاهای فوری حقوق، درآمدهای معوقه، پرداخت های با تاخیر و یا عقب افتاده توسط بیمه گره های بدون سرمایه و یا ناکافی بودن منابع نقدینگی احتمالاً ارائه دهنده کوچک را تا آستانه ورشکستگی و در صورت عدم تحمل به ورشکستگی کامل در مراحل اولیه قرارداد می کشاند. تنها یک ماه ضرر ممکن است گروه ارائه دهنده را در ادامه کار ناتوان سازد و حتی مهم تر اینکه ارائه کنندگان نسبت به حساب سازی و ثقل توسط دیگران آسیب پذیرتر خواهند شد که این امر شامل بسیاری از بیمه گران که خطرات مالی برای آن ها به وجود آمده است نیز می شود.

- قیمت گذاری اولین واحد در برابر آخرین

واحد

سئوالات زیادی درمورد چگونگی قیمت گذاری

پرداخت های قرارداد کپ وجود دارد. در واقع، حداقل دو دیدگاه کاملاً متفاوت در مورد قیمت گذاری وجود دارد توضیح مختصری درباره اختلافات بین این دیدگاه ارائه می دهیم. از یک سو این دیدگاه مطرح است که قیمت گذاری برای آخرین مشتری باید تقریباً نزدیک به قیمتی باشد که برای قرارداد تعیین می گردد. به این دلیل که قیمت اولیه و قیمت های روتین مدت ها قبل از اینکه مشتریان اضافه وارد قرارداد شوند مشخص می گردد. هزینه حاشیه ای برای نهاده آخر اغلب پایین تر از قیمت های میانگین و خیلی پایین تر از قیمت های اولیه ارائه خدمات حتی برای یک خراش می باشد.

اگرچه در صورتیکه مراقبت بهداشت با هزینه کسب تکنولوژی جدید را مقایسه کنیم قیمت اختراعات تکنولوژیکی جدید مانند تراشه های کامپیوتری اغلب منعکس کننده هزینه های توسعه می باشد و نیاز به جبران سریع هزینه های مربوطه وجود دارد. در این موارد قیمت های اولیه منعکس کننده ارزشی است که بسیار نزدیکتر به هزینه های شروع می باشد.

چگونگی اجرای این موارد نامشخص است و آنچه بسیار واضح است این است که روش آخرین واحد تولید شده به موازات افزایش کسری بیماران قرارداد کپ در عمل غیر قابل دفاع است. زیرا هزینه های حاشیه ای تنها در صورتی که مبنایی برای تامین مالی هزینه های کل وجود داشته باشد کافی است اگر یک واحد از ۱۰۰٪ خدمات رایگان به ۱۰۰ درصد

قرارداد کپ تبدیل شود، در مورد برآورد حاشیه هزینه های درآمد مشتریان هیچ گروه حرفه ای کارایی نخواهد داشت. در واقع این تفسیر درآمد در دهه های اخیر متداول شده است.

این مطلب موضوع مورد بحث این مقاله را تشدید می کند. در طی زمان تاثیر قیمت گذاری آخرین واحد به صورت غیر قابل اجتنابی منجر به افزایش آسیب پذیری در برابر خسارت زیاد از جانب ارائه دهندگان و کاهش تجربه خسارت می گشت بنابراین به قیمت گذاری نامناسب توسط بیمه گر براساس قرارداد کپ منجر می شود. این واقعیت وجود دارد که تامین کنندگان قرارداد کپ هم دچار قصور در تعهداتشان، جهت تامین خدمت و ارائه خدمت با قیمت پایین از طریق حق بیمه ای که دریافت کرده اند شده اند و هم پرداخت خسارت های بدون اجرت را تحمل کرده اند. بیمه در راس همه امور یک کار رقابتی می باشد. اگر تجارب بیمه گر از قیمت ها در هر دوره کاهش یابد، فشارهای رقابتی سبب منعکس کردن قیمت های پایین در قیمت گذاری آینده می شود. این حقیقت در مورد قانون گذاری بیمه و یک کار تجارتمندی خوب می باشد. هر بیمه گری که در پایین آوردن قیمت ها دچار مشکل شود در بازار با رقبای قوی تری روبه رو خواهد شد.

مشکل اصلی این است که اگر ارائه دهنده در انجام تعهداتش قصور کند، بیماران خدمات مورد نیاز را در زمان مورد احتیاج دریافت نخواهند کرد و این مسئله که مصرف کنندگان سودی نمی برند کاملاً

مشخص است متأسفانه خدمات معوقه و یا برآورده نشده نهایتاً ارزش عملیات بیمه گر را پایین می آورد. اگر ارائه دهندگان گروه سالمی را تحت پوشش قرار دهند که نیاز به خدمات کمتری داشته باشد، هزینه های بیمه گر نیز کاهش می یابد و در عوض تجارب خسارتی بیمه گر کمتر از قیمت های مورد انتظار در درآمد اضافی می شود. اما نباید خسارت های مورد انتظار از حق بیمه تجاوز کند در غیر این صورت شرکت کاملاً ورشکسته می شود به عبارت دیگر بیمه گر از نقش خود به عنوان پذیرنده و مدیر ریسک کنار می رود و در عوض ارائه کنندگان وارد کار بیمه می شوند. این امر دو پیامد دارد.

اولین اینکه بسیاری از ارائه کنندگان از اینکه هزینه ها نسبت به دریافت ها افزایش پیدا کند بسیار ناراحت می باشند. زیرا تقریباً ۱/۲ پورتنفوری های انتقالی ضریب خسارت واقعی خواهند داشت که از محاسبات پروژه های بیمه گر تجاوز می کند.

دوم اینکه ارائه کنندگان به سختی قادر به تحمل فراز و نشیب ها و نا امنی های مالی می باشند در حالی که ارائه کنندگان در این قرارداد هم ممکن است کسب درآمد کنند و هم ممکن است درآمد خود را از دست بدهند. هرچند سود حاصله از سرمایه اضافی که به دست می آورند در مقایسه با نتایج وخیم خسارت های بزرگتر، بسیار اندک می باشند. تئوری مطلوبیت بیان می کند که بیشتر مردم ریسک گریزند افراد ریسک گریز به ازای درآمدی برابر حاضر به ریسک نیستند. البته در زمانی که هزینه

ریسک بسیار بالا است.

. آیا ارائه دهندگان کوچکتر قادر به مدیریت

ریسک هایشان می باشند؟

ممکن است این بحث مطرح شود که ارائه دهندگان کوچکتر تنها وابسته به بیمه گر در بازار کار نمی باشند. این موضوع احتمالاً حقیقت دارد. در سال هایتمادی یک یا دو بیمه گر ممکن است موقعیت انحصاری داشته باشند در حالی که بیمه گرها عموماً پراکندگی جغرافیایی وسیع تری از خطر دارند و ارائه دهندگان عموماً منطقه جغرافیایی کوچکتری را اداره می کنند.

این مسئله ۳ شکل جدی را به دنبال دارد: اول اینکه این موضوع محدودیت در توانایی برای توافق در قراردادهای عادلانه را به دنبال دارد. بیمه گرهای بزرگ با قدرت تصمیم گیری در مورد ارائه کنندگان کوچک تعداد لازم بیمه شده را برای خود کسب کرده اند که حرفه آن ها از لحاظ مالی کارآمد بنماید. دوم اینکه این بیمه گرها قدرت بیشتری را در زمان تصمیم گیری در مورد اندازه پرداخت های قراردادهای کپ در اختیار دارند که این قدرت در زمان پرداخت و در شرایط پرداخت اعمال می گردد. سوم آنکه در شرایطی که تجربه بیمه گرهای بزرگ در مناطق مختلف پراکنده است، پراکندگی جغرافیایی کمتر برای ارائه کنندگان آن ها را ملزم به پذیرش ریسک بزرگتری می نماید که نهایتاً منجر به خسارت های فاجعه آمیز می شود. اگر یک اپیدمی آنفولانزا، یک آتش سوزی بزرگ یک سانحه صنعتی بزرگ یا

وضعیت بد آب و هوایی که منجر به جراحی و مرضی محلی شایع شود یک گروه ارائه دهنده کوچک احتمالاً به دلیل نتایج ناشی از این وقایع از پای در خواهد آمد، در صورتی که بیمه گران بزرگ خسارت کمتری را متحمل می گردند.

نتیجه اینکه اگر این امر تنها براساس تجارب نهفته خسارت باشد ارائه دهندگان محلی کوچک از لحاظ مالی ریسک بزرگتری را نسبت به بیمه گرهای بزرگ متحمل می شوند اگرچه هنوز تفاوتی بین بیمه ارائه دهنده وجود دارد و آن اقدامات در برابر خطر توسط گروه های ارائه دهنده است. بیمه گران از طریق کاهش هزینه ها و اعمال کردن تعداد زیادی از سیاست های مشابه سود می برند. برای یک بیمه گر صدور ۱۰ برابر به بیمه نامه های زیاد تنها افزایش اندکی را در هزینه های اجرایی به همراه دارد هزینه ارائه دهندگان از طرف دیگر به صورت بسیار زیادی افزایش می یابد و آن زمانی است که آنها با مواد متفاوت بیمه ای برخورد می کنند. یک ارائه کننده که موارد متعدد پورتنفوی از بیمه گران متعدد و یا حتی انواع گوناگون پورتنفوی از همان بیمه گر را می پذیرد در واقع به دشواری و عدم کارایی عملیات خود می افزاید. گروهی از بیماران ممکن است مواردی برای تست آزمایشگاهی داشته باشند در حالی که گروهی دیگر ممکن است نیاز به این اعمال نداشته باشند. اگر تست های آزمایشگاهی توصیه شود ارائه دهنده احتمالاً باید هزینه های آن را از جیب بپردازد. در هر صورت افزایش بیشتر پیچیدگی حوزه کاری بیشتری

را در یک حالت طبیعی برای یک ارائه دهنده به دنبال دارد از طریق افزایش حجم کاری به جای افزایش کارایی تنها راه برای ارائه دهندگان با قرارداد کپ وجود دارد تا به طور موثر تجارب وضعیت مالی نامطلوب را مدیریت نماید. ارائه دهنده باید میانگین هزینه را به کمتر از خسارت در برنامه جبرانی برساند تا به فجایع مالی گرفتار نشود. همانطور که ذکر شد امکانات متفاوتی برای انجام این کار وجود دارد جدول زمان بندی تاخیر جهت قرار ملاقات ها استفاده از هزینه های پایین تر تست های با تشخیص حساسیت پایین که استفاده از تست های گران تر و منحصر تر را به تاخیر می اندازد، تاخیر در تشخیص های صحیح و قیمت درمان بیماری ها و انکار کردن درمان در مورد بیماری های مشخص در حالی که اغلب ارائه دهندگان را ناچار به چنین کارهایی بکند. از دیگر مشخصات این قراردادهای عبارت است از محدود کردن استفاده از تشخیص های پرهزینه و درمان های توافقی که ارائه کننده را در مسیری اخلاقی و قانونی قرار می دهد، رعایت منافع بیماران در صورت غیرممکن نبودن بسیار دشوار خواهد بود.

نتیجه گیری:

برنامه های جبرانی براساس متوسط هزینه مانند قراردادهای کپ به روش مالی DRG بسیار شبیه به قراردادهای بیمه اتکایی هستند طرفین قرارداد ارائه دهندگان در قرارداد کوچکتر و از لحاظ مالی آسیب پذیرترند و احتمال خسارت بیش از حد

آنها زیاد است. استفاده از توزیع نرمال به عنوان تخمین برای تجربه در قراردادهای کپ و مقایسه حساسیت نسبت به خطر بین ارائه دهنده و بیمه گر مورد بررسی قرار گرفت. ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی با قرارداد کپ با خسارت های مالی احتمالی بالاتری مواجهند و این تنها در صورتی قابل تعدیل است که سطح پایین تری از خدمات ارائه شود ضمن اینکه انتظار می رود که این قراردادها به کاهش کمیت و کیفیت خدمات مراقبت بهداشتی منجر گردند این قرارداد منجر به ضررهای مالی تصاحب و ادغام تامین کنندگان بهداشت و کاهش خدمات قابل دسترس در دوره های بعدی قرارداد می شود، تمامی این تاثیرات مواردی هستند که در دو دهه اخیر مشاهده شده اند.

به عنوان یک سیاست عمومی قراردادهای کپ باید به عنوان توافقات بیمه اتکایی تلقی گردند اگر ارائه دهندگان از نظر مالی قادر به مدیریت موثر خطرات این قراردادها نباشند در این صورت نباید به آن ها مجوز داده شود. قراردادهای کپ و برنامه های جبرانی DRG مکانیسم های متفاوتی برای کنترل هزینه ها هستند و سیاست های عمومی باید این واقعیت را منعکس کند. هر فرم احتمالی جانشینی از میانگین هزینه ها برای هزینه های متغیر باید به وسیله قانون در یک جامعه خوب محدود شود. در حالی که این قراردادها هزینه خدمات مراقبت بهداشتی را کاهش داده اند این کار را با هزینه ای متغیر و قابل قبول به قیمت کاهش کمیت و کیفیت

خدمات بهداشتی صورت داده اند. بنابراین سایر روش های کنترل هزینه های بهداشت بایستی به کار گرفته شوند.

توضیحات

۱. *Caption* : این واژه در لغت به معنی مالیات سرانه است اما در اینجا مقصود از این عبارت نوعی قرارداد است میان ارائه کنندگان خدمات بهداشتی، درمانی و شرکت های بیمه است که ... بنابراین چون معادل فارسی برای این نوع قرارداد وجود ندارد و در سراسر متن آنرا قراردادهای کپ (*cap*) می نامیم.

۲. در سراسر متن مقصود از ارائه دهنده ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی است.

