

بیمه‌های خرد در بهداشت و درمان

مترجم: فاطمه هارونی^۱

چکیده

بیمه خرد به یک موضوع بسیار رایج در بین فعالان توسعه و مالیه خرد و خیرین و گروه‌های علاقه‌مند تبدیل شده است. البته هنوز مستندات واقعی اندکی از اجرای این برنامه‌ها در خارج از این مجامع اعتباری وجود دارد. میکروسیو (MicroSave)^۲ توانایی بیمه خرد را به عنوان ابزار مدیریت ریسک برای خانواده‌های فقیر شناسایی کرده و قشر فقیر را از موقعیت خود پس‌اندازی در موقعیت مؤثرتر تجمع ریسک قرار می‌دهد. چهار برنامه بیمه درمانی که معرف چهار مدل کلی از تأمین بیمه‌ای بودند در طی برنامه بازدید در بین ماه‌های جولای تا آگوست سال ۲۰۰۰ بررسی شدند. دو برنامه از چهار برنامه فوق هنوز در مرحله آزمایشی‌اند در حالیکه دو برنامه دیگر بیش از ۳ سال تجربه در مورد نتایجشان کسب کرده‌اند.

تمام برنامه‌های مربوط به مالیه خرد به منظور ایجاد یک مرز سازمانی بین برنامه‌های بیمه و برنامه‌های مالیه خرد با ذکر مسائلی چون، خطرات و ظرفیت‌ها انتخاب شدند. یک آفت شدید در حق بیمه‌های صادره در سه برنامه از چهار برنامه مشاهده می‌شود همان‌طور که یک صنعت در درک منافع ناشی از تجمع ریسک از طرف بیمه‌گذاران وجود دارد. در بررسی‌های اخیر از یکی از برنامه‌ها هیچ شواهدی مبنی بر تأیید این عقیده که ارائه خدمات درمانی با کیفیت باعث ابقای مشتریان در یک

۱. کارشناس اداره بررسی و تدوین مقررات و آیین نامه‌ها، بیمه مرکزی ایران.

۲. سازمانی که بر روی خدمات تأمین مالی و بیمه‌ای خود مطالعه و تحقیق می‌کند.

مؤسسه مالی خرد (MFI) می‌شود، وجود ندارد. درک تمامی این مطالب نیازمند مطالعات بیشتر است. مطالعات بیشتری از برنامه‌های بیمه خرد مورد نیاز است و موضوعاتی مانند رابطه بین یک محصول خاص و قیمتی که مد نظر مشتری برای آن محصول است در چنین برنامه‌هایی بسیار مهم است. بررسی یک نمونه از هر مدل برای درک جامع و کافی از آن مدل و کاربردهایش کافی نیست و مطالعات موردی بیشتر به ایجاد زیر بنایی که از طریق آن بتوان تشخیص داد که چه مدلی در چه شرایطی کارآمدتر است، کمک می‌نماید.

در پایان از بررسی این نمونه‌ها می‌توان دریافت که تأمین خدمات بیمه درمانی مسئله پیچیده‌ای است و مؤسساتی که قصد فعالیت در این زمینه را دارند باید بسیار آگاه و هشیار باشند.

بیمه خرد خدمات درمانی

ترکیبی از نمونه‌های مطالعاتی از چهار برنامه تأمین مالی خدمات درمانی در اوگاندا، تانزانیا، هندو کامبوج بیمه‌های خرد ابزارهای تجمیع ریسکی هستند که به نفع افراد کم درآمد و به منظور قادر ساختن آنها طراحی شده‌اند. انواعی از بیمه‌های خرد مانند خدمات و محصولات انجمن‌های خاکسپاری محلی و اتحادیه‌های اعتباری پس انداز در چند سال اخیر وجود داشته است. اخیراً بیمه خرد به یک موضوع رایج برای همایش‌ها و سخنرانی‌ها و خیرین تبدیل شده است و این مسئله خود باعث ایجاد علاقه در محققان در این زمینه شده که چگونه بیمه خرد می‌تواند به قشر فقیر کمک کند.

این نوع تحقیقات اخیراً توسط میکروسیو پایه‌گذاری شده است. این سازمان از ابتدا بر روی محصولات پس‌اندازی متمرکز بوده و به قشر فقیر امکان ایجاد فرصت‌هایی با ریسک پایین و سرمایه کم را داده است. از آنجایی که یک ارتباط تنوری بین پس‌انداز و محصولات بیمه‌ای، به عنوان ابزارهای مدیریت خطر وجود دارد، میکروسیو نقش مهم بیمه خرد را در کاهش اثرات اتفاقات ناخواسته برای قشر فقیر که هزینه ساز و نامطمئن‌اند، تشخیص داده است. این سازمان برای درک بهتر از این ابزارها چند مطالعه موردی برای بررسی مدل‌های مختلف بیمه خرد که هم اکنون در حال اجراست در نظر گرفته است.

چهار مدل از بیمه خرد موجود در اوگاندا، تانزانیا، هند و کامبوج ارزیابی شدند. هدف اولیه تشخیص نقاط قوت و ضعف مدل‌های بررسی شده بود. مسئله مهم در واقع تشخیص این است که چه

کسی ریسک را تقبل می کند. آیا ریسک بر عهده کسی است که از آن برمی آید؟ ساختارهای محرک و انگیزه ساز در روابط کدامند؟ آیا مشتری، بیمه گر یا ارائه کننده خدمات انگیزه ای برای بهبود حال مشتری را دارند؟

بازدیدها به مدت یک یا دو هفته برای هر مؤسسه انجام شد و بیشتر بر روی جنبه عملکرد و مسائل مالی این مدلها متمرکز بود. مصاحبه هایی با مشتریان، کارمندان، مدیریت و شرکا انجام شد تا اطلاعاتی برای روشن ساختن روشهای اجرا به دست آید. برخی از نتایج و دست آوردهای مقدماتی برای کمک به ایجاد انگیزه بیشتر برای بحث در مورد این مسائل در این مقاله ارائه شده است.

چهار مدل بیمه ای موجود

چهار مدل کلی از بیمه برای ارائه به قشر فقیر از این قرارند: مدل شریک-نماینده (Partner-Agent model)، مدل گروه محور (Community-based model)، مدل خدمات کامل (Full-service model) و مدل عرضه کننده (Provider model).

در مدل شریک - نماینده بیمه گر و مؤسسه های مالی خرد برای داشتن منافع مشترک، متحد می شوند. بیمه گران از یک سیستم توزیع کارآمد که خدمات فروش و سرویس های اولیه را به مشتریان ارائه می کند، استفاده می کند و مؤسسات مالی خرد از روابطشان برای گرفتن تأمین مالی برای خدمات درمانی برای مشتریان شان با بار اداری محدود و بدون هیچ خطری بهره می جویند.

یک مثال برای مدل شریک - نماینده رابطه بین طرح درمانی بیمارستان نامبیا (NHHP) و (FINCA) اوگاندا به عنوان یک مؤسسه مالی خرد است. NHHP به عنوان یک بخش نیمه مستقل از بیمارستان نامبیا (کامپالا، اوگاندا) با یک گروه حرفه ای مدیریت عمل می کند. آنها تشکیلات و کارمندان مخصوص به خود را دارند و تمامی حق بیمه ها و خسارتها را کنترل می کنند. FINCA اوگاندا برای NHHP امکان دسترسی به مشتریان را با هدف بهبود پورتفوی و حفظ وام گیرندگان خود از کانال سلامت جامعه فراهم می کند.

در یک مدل گروه محور (Community Based) بیمه شدگان، صاحبان و مدیران طرح هستند. بیمه شدگان یک گروه از بین خودشان انتخاب می کنند تا به عنوان مدیران داوطلبی فعالیت کنند که این مدیران مسئولیت تمامی جنبه های عملکرد بیمه را بر عهده می گیرند. آنها طراحان، گسترش،

سرویس‌دهی و فروش محصولات را بر عهده دارند و مسئول مذاکره برای عقد قرارداد با سازمان‌های خارجی تأمین‌کننده خدمات درمانی نیز هستند. مدیریت داوطلب باید ریسک‌ها را مدیریت و از مدارک نگهداری کند، حق بیمه‌ها را جمع‌آوری و خسارت‌ها را بررسی کند تا از صحت و دقت و کیفیت خدمات مطمئن شود. این مدل به یک سرمایه‌گذاری برای آموزش و ایجاد ظرفیت به منظور افزایش توانایی داوطلب برای مدیریت طرح نیاز دارد.

یک نمونه از این مدل مربوط به برنامه خدمات درمانی شرکت تعاونی برای بخش غیر رسمی دارالسلام (UMASIDA) در تانزانیا می‌شود. این برنامه در پاسخ به مطالعات ILO (1993-1995) که نشان دهنده این مسئله بود که مردم فقیر در اطراف دارالسلام خواستار خدمات درمانی بهتری بودند، اجرا شد. UMASIDA تقاضای خاصی را در گروه‌های محلی ایجاد کرد و از دستاوردهای مطالعاتی ILO در آموزش دادن این گروه‌ها برای بیمه کردن خودشان استفاده کرد.

مدل خدمات کامل در بسیاری جهات مانند یک بیمه‌گر رسمی عمل می‌کند. در این مدل یک مؤسسه مستقل مسئولیت هر امری که مربوط به محصولات بیمه می‌شود، از گسترش تدابیر بیمه‌ای گرفته تا بازاریابی، سرویس دهی و ارزشیابی خسارت‌ها را بر عهده دارد. بیمه‌گر تمامی خطرهای مربوط به بیمه را تقبل می‌کند و مسئول هر گونه ضرر و زیان مالی بوده و از طرف دیگر هرگونه سودی را نیز دریافت می‌کند. بیمه‌گران خدمات کامل به منظور جلوگیری از زیان و مدیریت این ریسک از کارمندان مجرب و کارآمد استفاده می‌کنند، ذخایر لازم برای خود ایجاد کرده و از قوانین نظارتی تبعیت می‌کنند. انجمن بانوان خود اشتغال در هند (SEWA) نمونه‌ای از یک مدل خدمات کامل می‌باشد. SEWA به این نتیجه رسید که ارتقای کیفیت زندگی و اطمینان از برآورده شدن نیازهای بهداشتی زنان و بالابردن قدرت و توان اعضا، با بهبود در وضعیت بهداشتی و درمانی میسر است. آنها در ابتدا به عنوان یک نماینده برای شرکت بیمه هندوستان (UIIC) ولی بعداً به علت انعطاف‌پذیری‌های UIIC و عدم پوشش زایمان توسط آنها، خودشان بیمه اعضایشان را بر عهده گرفتند. آنها پوشش‌ها و قیمت‌های UIIC را استفاده کردند و علاوه بر آن زایمان، آب مروارید، خدمات دندانپزشکی و شنوایی را نیز تحت پوشش گرفتند. SEWA این محصول را به همراه بیمه زندگی و اموال تحت یک بیمه‌نامه و در ازای یک حق بیمه عرضه می‌کند.

آخرین مدل، مدل عرضه کننده است که در آن بیمه‌گر و فراهم کننده خدمات یکی هستند. این عرضه کنندگان که اکثراً دکترها، کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها هستند بیمه نامه‌هایی را به افراد و گروه‌ها عرضه می‌کنند. بیمه‌نامه‌ها کل خدماتی را که بیمه‌گر در محدوده سازمان خود قادر به انجام آن است پوشش می‌دهد. بیمه‌شدگان بها را می‌پردازند و هر زمانی که نیاز باشد به خدمات دسترسی پیدا می‌کنند. حسابداری مالی در مستندات عرضه کننده که مسئولیت تمامی امور فنی مربوط به پوشش (قیمت‌گذاری، ریسک خطر و مراقبت درمانی) و تقبل خطرات را بر عهده دارد، انجام می‌شود.

یک مثال برای این مدل برنامه‌ی GRET در کامبوج است. در EMT، برنامه‌ی تأمین مالی خرد GRET در کامبوج، این نتیجه حاصل شد که اگر چه محصولات اعتباری آنها به مشتریان کمک می‌کند تا سطح درآمد خود را افزایش دهند، اما مشکلات پزشکی و درمانی می‌تواند این بهبود و پیشرفت را سریعاً تحت‌الشعاع قرار داده و خنثی کند. در همین حال مدیریت شرکت EMT به این نتیجه رسید که این شرکت تخصص لازم برای ارائه بیمه و تحمل خطرهای ناشی از آن را ندارد به علاوه آنها علاقه داشتند که یک تمرکز سازماندهی شده بر روی رشد و توسعه محصولات اعتباری و پس‌اندازی خود داشته باشند، در نتیجه از GRET درخواست کردند که یک نهاد دیگر را برای گسترش و توسعه محصولات بیمه خدمات درمانی ایجاد کند.

بررسی مطالعاتی

جدول ۱ جزئیات چهار برنامه بررسی شده را نشان می‌دهد. هیچ کدام از سازمان‌های مورد مطالعه بیمه‌گران رسمی نبودند. دو مورد به سازمان‌های تأمین مالی خرد متصل بودند و همگی آنها به جز GRET در محیط شهری سرویس می‌دادند.

جدول ۱. اطلاعات کلی از برنامه‌های بیمه‌ای

NHHP/FINCA اوگاندا	UMASIDA	SEWA	بیمه درمانی GRET	
بیمه‌گر / مؤسسه مالی خرد	سازمان برنامه‌های گروه محور بیمه	بیمه گر بدون سود	عرضه کننده خدمات اولیه و بیمه‌گر خدمات دیگر	نوع
شریک (NHHP) - نماینده (FINCA)	گروه محور	خدمات کامل	عرضه کننده و خدمات کامل	مدل مورد استفاده
۱۹۹۹	۱۹۹۷	۱۹۹۲	۱۹۹۸	سال آغاز به کار رسمی
مشتریان FINCA و خانواده‌های آنان در کامپاند	گروه‌های کارگری در اطراف دارالسلام	اعضای SEWA و همسران آنها	ساکنین مناطق خاص	بازار هدف
۶۲۵	۲۴	۲۳۲۱۴	۷۱۱	تعداد بیمه‌شدگان تا تاریخ ۳۰ جون ۲۰۰۰
شهری	شهری	شهری	روستایی	اکثریت مشتریان شهری / روستایی
داخل و حومه KAMPALA	اطراف دارالسلام	بیشتر استان گجرات	۲ منطقه روستایی	منطقه جغرافیایی تحت پوشش
ندارد ولی از DFID سربسید دریافت می‌کند	ندارد	مبلغ ثابت تقریباً ۲۲۵۰۰۰ دلار	ندارد ولی از GRET سربسید دریافت می‌کند	ذخایر

برنامه‌های NHHP/FINCA و GRET هنوز در مراحل اولیه آزمایش محصولاتشان به سر می‌برند . فقط GRET و NHHP برنامه‌های آزمایشی کافی را به اجرا گذاشته و مشغول تحقیق درباره آن هستند تا بتوانند تصمیم‌های مناسب را درباره محصولاتشان اتخاذ کنند . دو مورد دیگر یعنی UMASIDA با سه سال تجربه و SEWA با هشت سال تجربه، با نحوه کار و محصولات خود بیشتر جا افتاده‌اند، اگرچه SEWA هم اکنون مشغول بازنگری در ساختار عملیاتی و محصولات و قیمت‌های خود است .

در دو سال گذشته، مدیر ناظر UMASIDA وقت کم و کمتری به پروژه اختصاص داد و نظارت و بازاریابی نیمه وقت او باعث کاهش مشتریان این سازمان شد. در بین تمامی این برنامه‌ها فقط SEWA با هشت سال سابقه تعداد قابل توجهی مشتری داشته است ولی در این سازمان نیز تعداد اعضا در دو سال گذشته از حداکثر ۳۲۰۰۰ نفر رو به کاهش بوده است.

در بین چهار مدل بررسی شده SEWA تنها مدلی بود که ذخیره قابل توجهی پس‌انداز کرده بود (که توسط GTZ فراهم شده و نیازهای مؤسسه را برای مقابله با تورم نیز در بر می‌گیرد). GRET و NHHP از پشتیبانی خیرین برای پوشش کسری بودجه ناشی از نوع کارکرد و خسارت‌ها برخوردار است در حالی که UMASIDA که سرمایه اولیه آن توسط خیرین اهدا شده بود هیچ ذخیره مالی و بیمه اتکایی ندارد. بنابراین سه مورد آخر در یک وضعیت متزلزل و خطرناک به سر می‌برند ولی حداقل GRET و NHHP در حال تلاش برای بهبود و پایدار کردن وضعیت خود هستند.

جدول ۲ محصولات را به طور مختصر نشان می‌دهد. NHHP و UMASIDA پوششی نسبتاً کامل با محدودیت‌های اندک دارند. مشتریان آنها فقط می‌توانند از درمانگاه‌های طرف قرارداد استفاده کنند. بیمارستان نامبیا (Nsambya) برای NHHP و درمانگاه‌های خصوصی برای درمان اولیه و یک بیمارستان دولتی برای درمان ثانویه، طرف قرارداد با UMASIDA هستند.

جدول ۲. محصولات بیمه‌ای ارائه شده

محصولات	بیمه درمانی GRET	SEWA	UMASIDA	NHHP/FINCA در اوگاندا
پوشش دهی	خدمات در منزل شامل: مراقبت‌های اولیه - مراقبت‌های پیش‌گیرانه کنترل و آموزش، -مبالغ نقدی محدود برای خطرات حادثاتی در: - جراحی	مبالغ مورد نیاز برای بستری و درمان و آزمایش‌های مربوطه به علاوه زایمان، آب مروارید، دندانپزشکی، مشکلات شنوایی (این بیمه نامه بیمه فوت،	پوشش کامل در حالت بستری و غیر بستری برای: آزمایش‌ها دارو	پوشش کامل در حالت بستری و غیر بستری برای: - آزمایش‌ها - دارو - بیماری‌های اصلی مربوط به دندان و بیماری‌های اصلی چشم

		بیوه‌گی و اموال را با همان‌حقیقه دریافتی پوشش می‌دهد.	- تولد نوزاد - تشییع جنازه	
استثنائات	داروهایی که در فهرست داروهای ضروری نیستند. بیماری‌هایی که در فهرست مشخص نشده‌اند.	بیماری‌های مزمن و بیماری‌هایی که از قبل وجود داشته‌اند. ضروری نیستند.	- داروهایی که در فهرست داروهای ضروری نیستند. - بیماری‌هایی که در فهرست مشخص نشده‌اند.	
محدودیت‌ها	- مزایای نقدی تنها بیماری‌های خطرناک قسمت بالای بدن را پوشش می‌دهد (جراحی ۵۱/۹۵ دلار) - زایمان (نرمال ۳/۹۰ دلار ساکشن و فورسپس ۵/۵۸ دلار و سزارین ۴۴/۷۵ دلار) - مراقبتهای داخل منزل فقط برای تعداد محدودی از بیماری‌ها است. - ارقام بالا مزایای نقدی می‌باشند و فقط بایستی توسط دکتر GRET تأیید شوند.	- تنها هزینه‌های مربوط به بیماری و تصادفات که نیازمند بستری شدن بیش از ۲۴ ساعته هستند پوشش داده می‌شوند (سالانه ۲۷/۲۷ دلار) - زایمان (۶/۸۲ دلار) - آب مروارید (۲۷/۲۷ دلار) یکدست دندان مصنوعی (۱۳/۶۴ دلار) سمعک (۲۲/۷۲ دلار) در زمان حیات بیمه‌گذار پوشش داده می‌شوند. - سن ۱۸-۵۸	- بیمه‌شده نیاز به کسب مجوز از مسئولان دارد تا از خدمات بهره‌مند شود. - هیچ محدودیتی وجود ندارد. - آزمایش‌های گران قیمت و اشعه X در بیمارستان‌های ایالتی.	- مراقبت در بیمارستان نامیبا (دو دندانپزشک اضافی و یک داروخانه دیگر) - سه هفته برای مراقبت‌ها در طول دوران بستری در هر دوره سه ماهه برای بیماری‌های مزمن - ۲۳۵ دلار در هر دوره مجزای بیماری

SEWA هزینه درمان بیماران بستری شده در بیمارستان‌های دولتی را تقبل می‌کند و این امر فقط در مورد بیماری‌های خاص انجام می‌گیرد. GRET خدمات درمانی پیشگیرانه را به صورت محدود در منزل ارائه می‌کند و تقبل هزینه درمان برای درمان‌های ثانویه فقط برای بیماری‌های خاصی صورت می‌گیرد.

انگیزه‌ها برای سلامتی مشتریان

اگر بیماران در مراحل اولیه چرخه بیماری تحت درمان قرار گیرند بیمه‌های درمانی مؤثرتر خواهند بود و بنابراین زیان مالی ناشی از بیماری به ازای هر مشتری محدود خواهد شد. یک سیستم با انگیزه که نیازهای درمانی مشتری را برآورده می‌کند باعث می‌شود تا هزینه‌ها و کیفیت خدمات درمانی کنترل شود و در امور پیشگیرانه درمانی و آموزشی کمک می‌کند. این سیستم‌ها مدل‌های متنوعی دارند.

در یک مدل گروه محور، درمانگاه‌ها علاقه‌مند مراجعه دوباره مردم هستند بنابراین هیچ گونه خدمات پیش‌گیری را ارائه نمی‌کنند. به علاوه گروه‌های UMASIDA از دسترسی سریع و فوری به خدمات درمانی ممانعت می‌کنند زیرا بیماران قبل از دریافت خدمات درمانی باید از یک رئیس گروه اجازه درمان اخذ کنند. بیماران اظهار داشتند که گاهی مواقع درخواست درمان آنها رد شده به این علت که آنها بیمار فرض نمی‌شدند و همچنین بر گروه هزینه زیادی تحمیل می‌شد.

در UMASIDA دکترها گزارش می‌کنند که بین بیمه‌شدگان و افرادی که بیمه نبودند تفاوتی در این که در چه مرحله‌ای از بیماری مراجعه می‌کنند وجود ندارد. یکی از افراد حتی معتقد بود که مشتریان UMASIDA در مرحله‌های حادثی از بیماری نسبت به میاتگین بیماران مراجعه می‌کنند. به علاوه پزشکان انگیزه زیادی برای تجویز بیش از حد دارو و یا تجویز داروهایی که منافع بیشتری برایشان در بردارد، دارند و مدیران گروه‌ها فرصت و انگیزه اختلاس و استفاده شخصی از وجوه سرمایه‌های گروه را دارند. چنین ساختاری به جای تضمین ارائه خدمات درمانی مناسب باعث تخریب آن می‌شود. در مقابل، پزشکان NHHP گزارش می‌کنند که مشتریان آنها در مراحل زودتری از چرخه بیماری نسبت به کسانی که بیمه نشده‌اند مراجعه می‌کنند و این اطلاعات مورد تأیید بیماران نیز هست. این مسئله تا حدی به فلسفه شرکت NHHP - مبنی بر اینکه مردم فقط وقتی سلامت‌اند که خدمات درمانی آنها فراگیر باشد - بر می‌گردد. به علاوه NHHP به بیماران توصیه می‌کند که در صورت

مشاهده اولین عوارض بیماری برای درمان مراجعه کنند زیرا که به نفع بیمه‌گر است که بیماری را در مراحل اولیه آن متوقف کند و همچنین هزینه بیماران (شامل درآمد از دست رفته ناشی از بستری شدن بیمار) کمتر خواهد بود.

در مدل شریک - نماینده یک نهاد بین بیمه شده و عرضه کننده خدمات وجود دارد که هزینه نگهداری و کیفیت درمان بیماران را کنترل می‌کند. NHPH از یک پزشک / مسئول تمام وقت برای این منظور استفاده می‌کند. پرسنل پرستاری در بیمارستان به امور بیمه‌شدگان رسیدگی می‌کنند و مسئول تایید بیمه آنها هستند همچنین مراحل درمان را ثبت و به بیماران آموزش‌های بهداشتی ارائه می‌کنند. حجم زیاد بیمه‌شدگان به عنوان ابزاری برای فائق آمدن بر هزینه‌ها و مدیریت مناسب مراقبت‌ها به کار برده می‌شود. مراقبت‌های پیش‌گیرانه هزینه‌ها را برای بیماران و بیمه‌گران کاهش می‌دهد و امکان کاهش قیمت‌ها را فراهم کرده و در نتیجه امکان دسترسی برای تعداد بیشتری از افراد کم درآمد را فراهم می‌کند و در نهایت به بهتر شدن وضع بهداشتی و سلامت مشتریان منجر می‌شود. مشتریان عموماً بهبود در وضعیت سلامت خود را گزارش کرده‌اند. یکی از مشتریان که از طریق همسرش خدمات درمانی رایگان دریافت کرده بود اشاره کرد: "تا پیش از این خانواده من دائماً بیمار بودند ولی هم اکنون به خاطر این طرح ما همه در سلامت به سر می‌بریم." این سازمان ظرفیت و انگیزه برای درمان و سالم نگه‌داشتن اعضای خود را دارد.

در مدل عرضه کننده، پزشکان هر دو نوع رسمی و غیر رسمی مراقبت‌های پیش‌گیرانه را ارائه می‌کنند. پس از نام نویسی، بیمه‌شده مورد آزمایش قرار می‌گیرد و توصیه‌های بهداشتی برای رسیدن به یک سطح اولیه و مطلوب از سلامت به آنان داده می‌شود. GRET با جستجو و مراقبت‌های منزل به منزل با هدف توقف بیماری مشتریان در مراحل اولیه فعالیت می‌کند، اگر چه این روش محدودیت‌های زیادی از نظر چگونگی درمان بیماری‌ها دارد. زمانی که مشتریان GRET نیازمند خدمات درمانی ثانویه هستند، یک مجموعه پرداخت‌ها از مزایای و نقدی فراهم می‌شود تا هزینه‌های درمان را جبران کند.

اگر چه GRET خدمات مراقبت‌های اولیه‌ای را برای مردم روستایی فراهم می‌کند که برخی از افراد ثروتمند قابلیت دسترسی به آن را داشتند (مراقبت‌های بهداشتی شخصی در منزل) اما این خدمات در رقابت و نزدیکی با یک مرکز بهداشتی دولتی ارائه می‌شود. متعاقباً آنها از هزینه‌ها و

مشکلات ارائه خدمات بهداشتی - درمانی اولیه در منزل اطلاع پیدا کرده‌اند و تصمیم گرفته‌اند که مشتریانشان را برای گرفتن خدمات درمانی به درمانگاه منطقه بفرستند. GRET انگیزه‌ای برای سلامت نگه داشتن افراد دارد تا آنها بتوانند هزینه‌های ثانوی مراقبت‌های درمانی را حداقل کنند و ظرفیتی برای ایجاد یک ساختار متمرکز بر سلامتی مشتری داشته باشند.

در مدل خدمات کامل SEWA یک سری از موارد پیشگیرانه به وسیله واحد مجزا در SEWA با عنوان "Barefoot Doctors" پوشش داده می‌شود. این واحد در هنگام کار مشترک با بخش بیمه‌ای دسترسی مشتریان به بیمارستان و کیفیت مراقبت از آنها را که با عنوان مراقبت‌های اولیه و پیشگیرانه انجام می‌گیرند افزایش می‌دهد. مشکل این‌جاست که خدمات "Barefoot Doctors" به عنوان بخشی از محصولات اصلی بیمه‌ای تحت پوشش قرار نمی‌گیرد و این محصولات بیمه‌ای به گونه‌ای ایجاد شده‌اند که در واقع هیچ انگیزه‌ای برای مشتریان وجود ندارد تا در مراحل اولیه دوره بیماری درمان شوند. در عوض مشتریان باید به صورت حادثه بیمار شوند تا به پوشش بیمه‌ای دسترسی یابند (فقط بعد از ۲۴ ساعت بستری شدن پوشش فراهم می‌شود) و جبران آن نیز (که اکثراً بعد از ۳ ماه پرداخت می‌شود) به طور میانگین از ۲۲ درصد هزینه‌های بستری شدن را پوشش می‌دهد.

واژگان کلیدی:

بیمه خرد، بیمه درمانی.

منبع:

Michael J. McCord, "Health Care Micro insurance", Dec 2000.