

نقش شرکتهای بیمه در تأمین هزینه‌های درمانی

مصطفی نشاط تهرانی

مدیرعامل شرکت بیمه دانا

مقدمه

بشر در تکاپوی حیات همواره با مصایب و مشکلات فراوانی روبه‌رو بوده است. زمانی از ترس جانواران درنده و آتش‌سوزی جنگلها به غارهای تنگ و تاریک پناه برده و زمانی دیگر از ترس تنهایی و بی‌کسی به زندگی اجتماعی روی آورده است و بدین منوال هرچه پیشتر رفته، هراس از خطرهای جدید انسان را به جست‌وجوی نقاط امن و آسایش و تأمینهای بیشتر واداشته است. به تدریج که قوه تفکر او شکل گرفت معنای خطر نیز برای او رنگ و بویی دیگر یافت. حالا دیگر پیری، ازکارافتادگی، بیماری و خطرهای ناشی از زندگی جمعی مانند سیل، زلزله، آتشفشان و ... راحت و آسایش او را سلب می‌کرد اما در این میان، بیماری همواره بیش از سایر مخاطرات، حیات انسان را تهدید کرده است. اگر بشر به نیروی خرد و اندیشه خویشتن توانست ویرانگریهای سیل، زلزله و فجایع طبیعی را به حداقل برساند، اما هرگز یارای آن را نیافت که همه‌جانبه بر اهریمن بیماری فایق آید و از دست آن کاملاً آسوده شود. هرچه دانش و امکانات وی در مقابله با بعضی بیماریها فزونی یافت، بیماری ناشناخته‌تری رخ نمود و آرامش او را برهم زد. طاعون و حصبه و سیاه سرفه راریشه‌کن ساخت ولی رشد مهارنشدنی یک یاخته، غول سرطان را بر او مسلط نمود و ذره‌ای ناچیز به نام «ویروس»، خوابش را آشفته ساخت. بنابراین، نیاز به تأمینهای اجتماعی در زمینه بیماری و درمان همیشه ملموس بوده است.

تاریخچه

در کشور ما برای نخستین بار در سال ۱۳۰۹ به هنگام عملیات احداث راه آهن سراسری، به موجب مصوبه‌ای، تمامی افراد و کارکنان راه آهن در مقابل حوادث و بیماری ناشی از کار بیمه شدند و پس از آن دامنه این گونه تأمینها به سایر طبقات جامعه برحسب نوع فعالیت‌های مختلف

ایشان تعمیم یافت. در این میان پوششهای خدمات درمانی، هم از حیث نقش آن در تأمین سلامت جامعه و حفظ حیات و پویایی و اجتماع، و هم از لحاظ اهمیت اقتصادی آن برای اقشار کم درآمد و محروم، از اهمیت بسزایی برخوردار بوده است.

صنعت بیمه کشور به عنوان یکی از بازوهای مهم اقتصادی، با هدف اشاعه فرهنگ بیمه در جامعه، پیشرفت امر تجارت و توسعه مبادلات بازرگانی، ایجاد پس انداز و حفظ سرمایه‌های ملی و استقرار تأمینهای اجتماعی، عملاً در سال ۱۳۱۴ فعالیت خود را آغاز کرد. توجه خاص شرکتهای بیمه به انواع بیمه‌های اشخاص و به ویژه امر بیمه درمان، شاید منطقیترین راه در جهت انجام این رسالت عظیم است. چرا که بیماری از لحاظ اقتصادی ضربات سهمگینی بر پیکره اجتماع وارد می‌آورد به طوری که در بسیاری موارد هزینه‌های ناشی از آن، بار سنگینی بر دوش افراد با درآمد ثابت تحمیل می‌کند. به ویژه اینکه هزینه‌های درمانی خصوصاً در مورد اعمال جراحی فوق تخصصی و بیماریهای مزمن به دلیل بستری شدنهای طولانی در بیمارستان و نیز ابداع روشها و فنون جدید در علم پزشکی، غالباً هزینه‌های سرسام‌آوری دارند و روزبه‌روز نیز این هزینه‌ها افزایش می‌یابند. لذا برای جبران هزینه‌ها باید اقدام لازم معمول شود.

شرکتهای بیمه بازرگانی به دلیل مشکلات متعدد، از امر بیمه‌های درمانی استقبال چندانی نکرده‌اند. این شرکتها از سویی به دلیل اینکه باید بین دریافتها و پرداختهایشان تعادل معقولی برقرار باشد و از دیگر سو، فعالیت آنان تابع قوانین بیمه و تجارت است (به اضافه مشکلات ذاتی امر درمان، بالا بودن ضریب خسارت به حق بیمه، مشکل رسیدگی و کنترل هزینه‌ها، نبود ضابطه دقیق در تعرفه‌ها و کنترل بر روی مراکز درمانی)، ناگزیرند محدودیتهایی در امر پرداخت خسارت قایل شوند. این موضوع غالباً سبب نارضایتی بیمه‌شدگان را فراهم می‌سازد و باعث می‌شود که شرکتهای بیمه در خصوص دیگر عملیات بیمه‌ای خود در بخش بیمه‌های اشیا و مسؤلیت نیز با مشکل مواجه گردند. آنچه از فعالیت صنعت بیمه کشور در بیمه‌های درمان مشهود است، صرفاً عرضه بیمه‌های گروهی است و در قبل از انقلاب نیز از میان شرکتهای بیمه، تنها شرکت بیمه امید به عرضه بیمه‌های درمانی اقدام می‌کرد.

پس از انقلاب شکوهمند اسلامی با توجه به اصل ۲۹ قانون اساسی که اشعار می‌دارد: «برخوردراری از تأمینهای اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، درراه ماندگی، حوادث، سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبتهای پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارک مردم خدمات و حمایتهای مالی فوق را برای یکایک افراد کشور تأمین کند» و نیز قانون بیمه درمان همگانی مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ مجلس

شورای اسلامی و به ویژه ماده ۶ قانون مزبور که به موجب آن کلیه شرکتهای بیمه مجازند براساس موازین این قانون و با رعایت حق سرانه مصوب در امور بیمه خدمات درمانی گروههای مختلف همکاری و مشارکت و فعالیت نمایند، مسؤلیت شرکتهای بیمه در این زمینه سنگینتر شده و باید همزمان با سایر تأمینیهایی که از طریق بیمه‌های مورد صدور خود به اقشار جامعه می‌دهند، در این زمینه فعالتر برخورد کنند. اگر در نحوه فعالیت بیمه‌های بازرگانی در کشور توجه بیشتری به عمل آید مشخص خواهد شد که بخش عمده‌ای از حق بیمه‌ها مربوط به بیمه‌های اموال و مسؤلیت است که این نوع بیمه‌ها عملاً به صورت اجباری یا شبهه اجباری انجام می‌پذیرد. با این همه، در زمینه بیمه‌های اختیاری که باید با آموزش و تبلیغ و صرف هزینه‌های نسبتاً سنگین به اجرای آن پرداخت، کمتر فعالیت شده است. کما اینکه به استناد گزارش آماری بازار بیمه در سال ۱۳۷۲، مبلغ ۵,۸۹۹,۸۰۰,۰۰۰ ریال از کل حق بیمه کشور که بالغ بر ۳۷۹,۸۶۶,۰۰۰,۰۰۰ ریال است یعنی حدود ۱/۵ درصد آن مربوط به بیمه‌های خاص درمانی است.

شرکتهای بیمه بازرگانی و امر درمان

در حال حاضر صنعت بیمه کشور به طرق زیر نسبت به فروش بیمه‌های درمانی اقدام می‌کند:

الف) جبران هزینه‌های پزشکی ناشی از حوادث بیمه‌شدگان. به موجب بعضی از انواع بیمه‌ها از جمله بیمه‌های مسؤلیت، سرنشین و وسایل نقلیه موتوری، بیمه شخص ثالث و پوشش تبعی در بیمه‌های حوادث (انفرادی، جمعی)، براساس شرایط خصوصی قراردادهای، هزینه‌های پزشکی ناشی از حوادث بیمه‌شدگان تا سقفهای مقرر در شمول تعهدات شرکتهای بیمه است.

ب) بیمه حوادث و درمان دانش‌آموزان. با توجه به اهمیت و جنبه‌های تأمینی موضوع و نیز به لحاظ اشاعه فرهنگ بیمه در سطح کشور، شرکتهای بیمه به عنوان پوشش تبعی با بیمه‌های حوادث، هزینه‌های پزشکی ناشی از حادثه دانش‌آموزان و همچنین هزینه‌های اعمال جراحی آنان را در مراکز درمانی (به استثنای هزینه‌های اعمال جراحی مربوط به لوزه، زنان و زایمان و زیبایی و ...) تا سقف ۷۵۰,۰۰۰ ریال در سال پرداخت می‌کنند.

پ) صندوق تأمین خسارتهای بدنی. به موجب ماده ۱۰ قانون بیمه اجباری شخص ثالث مصوب دی ۱۳۴۷، صندوقی به نام تأمین خسارتهای بدنی تشکیل شد. تعهدات صندوق در مورد هزینه‌های درمان ناشی از حوادث رانندگی اشخاص ثالث به میزانی است که برای تأمین خسارت بدنی در ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرایی قانون بیمه اجباری مسؤلیت بدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری تعیین شده است.

ت) بیمه‌های هزینه‌های بیمارستانی و جراحی. به موجب آیین‌نامه شماره ۲۶ مصوب

شورای عالی بیمه، این شورا در اجرای بند ۴ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی و بیمه‌گری و برای تحقق بخشیدن به اصل ۲۹ قانون اساسی، آیین‌نامه مزبور را تصویب کرد تا شرکتهای بیمه بازرگانی، صدور بیمه‌نامه هزینه‌های بیمارستانی و جراحی را برای گروههای بیش از ۵۰ نفر به مرحله اجرا درآورند. به موجب این آیین‌نامه، هزینه‌های بیمارستانی بیمه‌شدگان تا سقف ۲,۵۰۰,۰۰۰ ریال برای اعمال جراحی فوق تخصصی قلب، مغز و اعصاب، پیوند کلیه و چشم و تا سقف ۳۰۰,۰۰۰ ریال برای زایمان (اعم از طبیعی و سزارین) و تا مبلغ ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال برای سایر موارد در شمول تعهدات شرکتهای بیمه قرار دارد.

ث) بیمه درمان همگانی. همان‌طور که پیشتر گفته شد، به موجب ماده ۶ قانون بیمه درمان همگانی، شرکتهای بیمه مجازند براساس موازین قانون و با رعایت حق سرانه مصوب، در امر بیمه خدمات درمانی گروههای مختلف، در کنار سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی و کمیته امداد امام خمینی (ره) مشارکت، فعالیت و همکاری کنند.

ج) بیمه‌های مضاعف (مکمل). به موجب تبصره ماده ۶ قانون بیمه درمان همگانی، شرکتهای بیمه می‌توانند افزون بر فعالیت در امر بیمه خدمات درمانی، در امور بیمه‌های مضاعف یا مکمل براساس موازین قانونی خود از طریق عقد قراردادهای تکمیلی و مطابق این قانون اقدام کنند. خدمات درمانی که مشمول بیمه‌های مضاعف می‌شود عبارتند از:

۱. خدمات جراحی زیبایی.
۲. پیوند مغز استخوان، کبد، دست و پا و انگشتان.
۳. تعویض مفاصل و اسکولیوز.
۴. کاشت حلزون، شنوایی و اسفنکتر مصنوعی مثانه.
۵. خدمات اعمال نازایی.
۶. حوادث ناشی از کار، جز مواردی که به عهده کارفرما و مشمول بیمه خدمات درمانی است.

اجرای بیمه‌های درمانی

۱. شرکتهای بیمه بازرگانی براساس قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری و قانون تجارت، به عملیات خود ادامه می‌دهند و طبیعی است که مجموع عملیات آنان باید سودآور باشد. درحالی که برداشتن گامهای بلند و اساسی در امر بیمه‌های درمانی، معمولاً هزینه‌های زیادی به این شرکتها تحمیل می‌کند.

۲. سازمان خدمات درمانی و تأمین اجتماعی، از امکانات درمانی (بیمارستان، درمانگاه، آزمایشگاه، رادیولوژی، کادر درمانی و ...) برخوردارند و در صورتی که حق بیمه‌های دریافتی تکاپوی هزینه‌های آنان را ننماید، از دولت یارانه دریافت می‌کنند، در صورتی که شرکتهای بیمه

بازرگانی از این امتیاز محروم هستند.

۳. به موجب ماده ۶ آیین‌نامه اجرایی ماده ۷ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۴/۳/۱۷ هیأت وزیران، کلیه سازمانها و شرکتهای بیمه‌گر، پزشکان و مؤسسات دولتی موظفند سقف فرانشیز مصوب هیأت وزیران و ضوابط خدمات و تعرفه‌های مصوب را رعایت کنند. در حالی که مراکز درمان خصوصی تعرفه‌های مصوب را رعایت نمی‌کنند و صورت هزینه‌های بیماران را براساس نرخهای مورد عمل خود تنظیم می‌نمایند و وجه آن را دریافت می‌دارند. چون شرکتهای بیمه بازرگانی باید براساس تعرفه‌های مصوب پرداختهای خود را انجام دهند، این امر نارضایتی بیمه‌شدگان را به همراه خواهد داشت.

۴. با عنایت به اینکه در آیین‌نامه بیمه هزینه‌های بیمارستانی مصوب شورای عالی بیمه، سقف تعهدات مشخص گردیده و اشاره‌ای به تعرفه در آن نشده است، در شرایط کنونی و با توجه به قانون بیمه درمان همگانی، شرکتهای بیمه عملاً برای صدور این نوع بیمه‌نامه‌ها در بی‌تکلیفی به سر می‌برند.

۵. هیچ یک از بیمارستانها و مراکز درمانی خصوصی یا تعرفه‌های مصوب، حاضر به انعقاد قرارداد با شرکتهای بیمه بازرگانی نیستند و این امر مشکلاتی برای شرکتهای بیمه بازرگانی در ارتباط با بیمه‌شدگان خود که مایل به استفاده از خدمات درمانی مراکز درمانی طرف قرار هستند ایجاد می‌کند.

چشم‌انداز

چنانچه مشکلات مطروحه بر طرف نشود، صنعت بیمه کشور افزون بر تنگناهای مطرح شده، حتی در مورد پرداخت هزینه‌های بیمارستانی در بیمه‌های اتوموبیل «شخص ثالث» نیز که بدون تعرفه است با مشکل جدی مواجه خواهد بود و ناگزیر فعالیت خود را در بخش بیمه‌های درمان به حداقل خواهد رساند. زیرا این مشکلات بر روی سایر فعالیتهای آنان نیز اثر مستقیم خواهد گذارد و نهایتاً اگر هم بخواهند در امر بیمه درمان فعالیت کنند ناگزیرند نوعی از بیمه درمانی را به نام بیمه‌های مازاد که شامل هزینه‌های دندانپزشکی، عینک، تفاوت اتاق سه تخته (مورد تعهد بیمه همگانی) یا خصوصی و دو تخته فرانشیز سهم بیمار و جز آن است ارائه نمایند (این گونه هزینه‌های درمانی از شمول تعهدات بیمه خدمات درمانی همگانی خارج است).

افزون بر این، شرکتهای بیمه باید از نظر قانونی شرایط یکسان در ارائه و عرضه خدمات داشته باشند تا با اتکا به سودهای حاصل از سایر رشته‌های بیمه (اشیا و اموال) بتوانند در شرایط برابر، با ایجاد رقابتهای منطقی و ارائه سرویس خدمات مطلوبتر به بیمه‌شدگان، رشد و شکوفایی بیشتر صنعت بیمه کشور را موجب شوند.