
بیمه درمانی در ایران



میزگرد

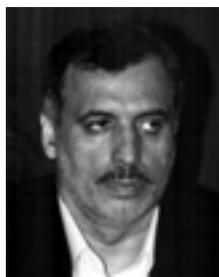
اشاره :

اگر یکی از دلایل اهمیت بیمه را عمومیت و گستردگی آن بدانیم، بیمه‌های درمان در میان سایر رشته‌های بیمه اهمیتی خاص می‌یابند. با توجه به ضرورت ایجاد تأمین خدمات درمانی برای عموم و به منظور آشنایی شما خوانندگان گرامی با بیمه‌های درمان، در این شماره ضمن دعوت تنی چند از صاحب‌نظران و دست‌اندرکاران این رشته، ابعاد مختلف آن را مورد بررسی قرار داده‌ایم. از شما دعوت می‌کنیم با ما همراه باشید.





مظاهر عزیزپور



مهدی شاکرین



بهزاد ایثاری



محمد تقی معادی



پرویز معمار زاده

جمله بیمه‌های عمر، بلایای طبیعی، مدیریت و بیمه و درج آنها در فصلنامه‌های بیمه مرکزی و بیمه آسیا و سمینار بیمه‌ای اکو و سمینار بیمه و توسعه .

● **مظاهر عزیزپور**

○ **تحصیلات:** دکترای طب از دانشگاه علوم پزشکی تهران.

○ **سوابق اجرایی:** پزشک معتمد شرکت سهامی بیمه آسیا، پزشک دانشگاه تربیت معلم، مدرس دانشگاه جامع علمی - کاربردی، محقق و عضو موسسه تحقیقات طب اسلامی.

○ **تألیفات و تحقیقات:** ترجمه

کتاب معاینه فیزیکی **BarBara Bathes**, ترجمه کتاب **Emergency procedure** تحقیق در زمینه درمان هیپرلیپیدمی در ایران (با همکاری موسسه تحقیقات قلب و عروق دانشگاه علوم پزشکی تهران)، سلسله مقالات آموزشی در زمینه بهداشت و بیمه در خبرنگار آموزشی بیمه آسیا.

تداوم هستی .
○ **تألیفات و تحقیقات:** مقالاتی در نشریات بیمه و سایر نشریات تخصصی، سرپرست پروژه‌های تحقیقاتی سازمان برنامه و بودجه تحت عنوان جایگزینی بیمه‌نامه مسؤلیت به جای ضمانت‌نامه بانکی در قراردادهای مهندسان مشاور و پیمانکاران .

● **مهدی شاکرین**

○ **تحصیلات:** لیسانس بیمه‌های بازرگانی .

○ **سوابق اجرایی:** حدود بیست سال فعالیت در قسمت‌های فنی شرکت بیمه در زمینه‌های مختلف مدیریتی بیمه‌های اشیاء و اشخاص، کارشناس رسمی دادگستری در بیمه‌های اشیاء و اشخاص، عضو هیأت مدیره (از سال ۶۸) و معاون فنی بیمه آسیا.

○ **تألیفات و تحقیقات:** تدریس دروس مختلف بیمه‌ای در دانشگاهها و موسسات آموزش عالی، تهیه و تدوین مقالاتی در رشته‌های مختلف بیمه‌ای از

اجرائی نشریه طب و تزکیه، معاون مالی و اداری دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران، معاون امور رفاهی و اجتماعی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران.

○ **تألیفات و تحقیقات:** عضو هیات تحریریه نشریه نظام پزشکی، عضو کمیته اداری - اجرایی هیات نظارت و بازرسی شورای انقلاب فرهنگی .

● **بهزاد ایثاری**

○ **تحصیلات:** فوق لیسانس مدیریت بازرگانی بین المللی .

○ **سوابق اجرایی:** تصدی پست‌های مدیریتی در بیمه مرکزی ایران و شرکت‌های بیمه، عضو شورای عالی بیمه، سردبیر فصلنامه بیمه مرکزی ایران، عضو کمیته بیمه اتاق بازرگانی، مدیر گروه بیمه دانشکده امور اقتصادی، عضو شورای پژوهش بیمه مرکزی ایران، رئیس هیأت مدیره شرکت کمک‌رسان ایران (SOS) و در حال حاضر مدیرعامل شرکت کارگزاری بیمه

● **پرویز معمار زاده**

○ **تحصیلات:** جراح و متخصص زنان و زایمان.

○ **سوابق اجرایی:** معاون خدمات درمانی جمعیت شیر و خورشید سرخ سابق (هلال احمر)، رییس بیمارستان جواهری، مدیرعامل بیمارستان جم.

○ **تألیفات و تحقیقات:** مقالات و سخنرانی‌های متعدد در کنفرانس‌های داخلی و خارجی .

● **محمد تقی معادی**

○ **تحصیلات:** عضو هیات علمی گروه بیهوشی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره دکتری عمومی در دانشگاه تهران، دوره تخصصی بیهوشی در دانشگاه علوم پزشکی تهران .

○ **سوابق اجرایی:** مدیرکل دفتر نظارت و ارزیابی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، مدیرکل دفتر برنامه‌ریزی و هماهنگی امور فرهنگی وزارت بهداشت، سرپرست دفتر مشاوره و برنامه‌ریزی حوزه دانشجویی وزارت بهداشت، عضو هیات



آسیا: به منظور ایجاد زمینه‌های مناسب برای بحث پیرامون بیمه درمانی در ایران، از آقای ایثاری درخواست می‌شود در مورد تاریخچه این رشته از فعالیت صنعت بیمه توضیح دهند.

آقای ایثاری: با توجه به منابع تاریخی، از اوایل سده حاضر خورشیدی فعالیت‌های بیمه اجتماعی در ایران شروع شد. در سال ۱۳۱۰ صندوق احتیاط کارگران توسط دولت به وجود آمد. مقررات و ضوابط این صندوق در سال ۱۳۱۵ قدری جدی‌تر شد و کارفرمایان را تا حدودی ملزم ساخت که پرسنل خود را تحت پوشش بیمه درآورند. تا سال ۱۳۲۰ این قانون موفقیت قابل توجهی نداشت. در سال ۱۳۲۲ برای اولین بار بر اساس فشار جوامع کارگری، توصیه‌های سازمان بین‌المللی کار و توجه به امور بیمه‌های اجتماعی کارگران، سعی شد تا یک نوع پوشش همگانی - نوعی بیمه اجتماعی - توسط بیمه ایران عرضه شود. چند سال بعد در سال ۱۳۲۸ دولت برای تکمیل این وضعیت، صندوق تعاون کارگران را به وجود آورد و از بیمه ایران درخواست شد که مسؤولیت صندوق را به دولت برگرداند، یعنی دولت عهده‌دار این صندوق باشد. در سال ۱۳۳۱ در زمان نخست‌وزیری مرحوم دکتر مصدق، قانون بیمه‌های اجتماعی برای اولین بار در ایران به تصویب رسید و در سال‌های ۱۳۳۴، ۱۳۳۹ و ۱۳۵۲ مراحل تکمیلی آن طی شد و قانون بیمه اجباری کارگران ساختمانی و سازمان تأمین اجتماعی به صورت مجموعه‌ای کامل - که عهده‌دار بیمه‌های بازنشستگی، بیمه‌های از کارافتادگی و بیمه‌های درمان بود - به وجود آمد. در آن مقطع، بحث آن بود که ابتدا کارکنان دولت از پوشش‌های بیمه‌ای برخوردار شوند و سپس



شرکت بیمه امید، بیمه درمانی بودند ولی با مسایلی بعدی که در مدیریت آن به وجود آمد، این شرکت به تدریج بیمارستان‌ها را واگذار کرد و عملاً از حیطه فعالیت بیمه‌های درمانی خارج گردید و بالاخره در سال‌های آغازین ملی شدن صنعت بیمه، فعالیت بیمه امید عملاً متوقف شد.

شورای عالی بیمه اولین مصوبه بیمه‌های درمانی را در سال ۱۳۷۰ به تصویب رسانید. این مصوبه ناظر بر شرایط عمومی و تعرفه بیمه‌های درمانی دستجمعی یا گروهی بود و راجع به بیمه

● ایثاری: در سال ۱۳۳۱ در زمان نخست‌وزیری مرحوم دکتر مصدق، قانون بیمه‌های اجتماعی برای اولین بار در ایران به تصویب رسید و در سال‌های ۱۳۳۴، ۱۳۳۹ و ۱۳۵۲ مراحل تکمیلی آن طی شد و قانون بیمه اجباری کارگران ساختمانی و سازمان تأمین اجتماعی به وجود آمد

انفرادی پیشنهاد خاصی مطرح نشده بود. مصوبه مورد بحث در سال ۱۳۷۵ اصلاح شد و هنوز هم آن اصلاحیه به قوت خود باقی است و مؤسسات بیمه کم و بیش در بیمه دستجمعی و گروهی تابع ضوابط آن می‌باشند. کارشناسان بیمه امروز نظرهای اصلاحی زیادی نسبت به این طرح‌ها دارند و به نظر می‌رسد، شایسته است شورای عالی بیمه در تدوین مقررات، به رئیس کلی پرداخته و اجازه دهد تا مؤسسات بیمه به فراخور نیاز بیمه‌گذاران خود طراحی‌های کاربردی را انجام دهند. اصولی که در قراردادهای بیمه، مطرح است توسط شورای عالی بیمه تصویب شود و بر اساس آنها به مؤسسات بیمه اعلام شود که در قراردادهای بیمه چه چیزی حتماً باید وجود

سایر افسار، نظیر افراد نیازمند، روستایی‌ها و سایر گروه‌های اجتماعی تحت پوشش قرار بگیرند. قانون سازمان بیمه خدمات درمانی در سال ۱۳۷۳ از تصویب مجلس گذشت و این سازمان تأسیس شد. در بخش بیمه درمان کارکنان دولت، تا سال ۱۳۴۲ فقط شرکت بیمه ایران فعال بود. در سال ۱۳۵۱ سازمان تأمین خدمات درمانی به وجود آمد و امور بیمه کارکنان دولت هم به این سازمان محول گردید. (بعدها این سازمان به سازمان بیمه خدمات درمانی تبدیل گردید که امروز هم این سازمان وجود دارد). در سال ۱۳۵۱ بیمه مرکزی ایران تأسیس شد. یکی از وظایف این سازمان تعیین شرایط، نرخ و تعرفه انواع مختلف بیمه بود. در سال‌های بعد شورای عالی بیمه شرکت‌های بیمه را مختار کرد تا طرح‌های تکمیلی بیمه درمانی را بر اساس روندی که قبل از تصویب بیمه مرکزی داشتند، ادامه دهند. بیمه امید در سال ۱۳۳۹ ایجاد شد. این شرکت در امر گسترش بیمه درمان و مدار کامل بیمه درمانی بسیار توفیق داشت. یعنی علاوه بر آن که مالک بیمارستان بود، بیمه‌نامه درمان هم صادر می‌کرد. این شرکت به لحاظ مدیریتی وضعیت مناسبی داشت، به طوری که کارکنان شرکت نفت نزد

داشته باشد.

مطالبی که مطرح شد تاریخچه مختصری از وضعیت بیمه درمانی در ایران بود. از فرصت استفاده کرده و در مورد بیمه انفرادی هم مختصری عرض می‌کنم. در بیمه انفرادی ما دارای تجربه زیادی نیستیم. یکی دو سال پیش شورای عالی بیمه، طرح بیمه خانواده را تصویب کرد. مؤسسات بیمه بنا به دلایلی علاقه‌ای به عرضه این بیمه نداشتند، یک شرکت بیمه بر اساس تقاضاهای زیاد و تشویق بیمه مرکزی، وارد عرضه این بیمه شد ولی بعد از چند ماه فعالیت‌های خود را متوقف کرد و عملاً هیچ شرکت بیمه‌ای، امروز بیمه انفرادی صادر نمی‌کند. در مورد علت آن هم، همان طوری که مطرح شد، متأسفانه ابزارهای کنترل در نظام درمان و قوانینی که پزشکان و بیمارستان‌ها را ملزم نماید تا هویت بیمه‌شدگان را کاملاً شناسایی نموده و مسایل مربوط به بیماری‌ها را قبل از بیمه شدن به طور دقیق برای بیمه‌گر روشن نمایند، در ایران وجود ندارد و شرکت‌های بیمه به دلیل فقدان یک ابزار کنترلی طبیعتاً قادر به عرضه بیمه‌های انفرادی در سطح گسترده نیستند.

آسیا: از آنجا که بیمه درمانی از جمله رشته‌های فراگیر بیمه‌ای در سطح جامعه بوده و اقشار مختلف مردم را تحت پوشش قرار می‌دهد، از آقای شاکرین تقاضا می‌شود ضمن معرفی بیمه درمانی، ضرورت و اهمیت آن را تبیین فرمایند.

آقای شاکرین: تا قبل از سال ۱۳۷۰ که مقررات مربوط به بیمه‌های درمانی تکمیلی گروهی و به اصطلاح هزینه‌های بیمارستانی توسط شورای عالی بیمه تصویب شود فعالیت شرکت‌های بیمه بازرگانی در بخش بیمه درمان نسبتاً محدود بود. خصوصاً با توجه



بیمارستانی ارائه نمایند، مطلب حائز اهمیت این‌که خصوصاً پوشش هزینه‌های بیمارستانی، مورد تقاضای اکید بیمه‌گذاران بوده و درخواست آنان نسبت به گذشته به صورت محسوسی بیشتر شده است. به هر صورت با توجه به امکانات محدود شرکت‌های بیمه، فعالیت آنها در رشته بیمه درمان از گذشته وسیع‌تر گردید. برای مثال عملکرد سال ۱۳۷۸ بیمه آسیا نسبت به سال ۱۳۷۷ تقریباً از رشدی حدود صد درصد برخوردار بوده

● **شاکرین:** هرچند فعالیت در رشته بیمه درمان از نظر تعیین حق بیمه، دارای تعرفه مصوب می‌باشد، لکن به نظر می‌رسد تجربه و عملکرد بیمه‌گر و همکاری بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار از لحاظ اعمال کنترل‌ها، تأثیر به‌سزایی در حاصل کار خواهد داشت

به مشکلات بیمه‌های درمانی که اصولاً رشته‌های پرکار و پرهزینه و برای بیمه‌گر پر زحمت است و امکانات شرکت‌های بیمه که جهت اعمال تمام کنترل‌های لازم برای رشته مذکور محدود است، این پوشش را غالباً جهت مشتریان خاص و یا مشتریانی که تمام امور بیمه‌های مختلف آنان با شرکت بیمه بود عرضه می‌داشتند ذکر این نکته لازم است که در گذشته در مواردی حتی هزینه‌های پزشکی خدمات سرپایی نیز پوشش داده می‌شد. به عبارتی می‌توان گفت فعالیت در رشته بیمه‌های درمانی به مثابه یک تلاش خاص تلقی می‌گردید تا این‌که با تصویب مقررات مذکور توسط شورای عالی بیمه و به خصوص افزایش هزینه‌های درمانی در سال‌های اخیر، ضرورت برخورداری از آن نزد بیمه‌گذاران، بسیار محسوس‌تر از گذشته مطرح گردید. همچنین توجه به مشکلات رفاهی و درمانی کارکنان مؤسسات باعث شد بیمه‌گرها دامنه فعالیت خود در بیمه‌های درمان گروهی را توسعه دهند. البته به موجب مقررات مصوب ذکر شده، فعالیت شرکت‌های بیمه در ارائه پوشش هزینه‌های سرپایی متوقف شد و بیمه‌گرها صرفاً می‌توانند برخی از خدمات مذکور را به صورت پوشش هزینه‌های پاراکلینیکی و جزو پوشش هزینه‌های

است و این در حالی است که علی‌رغم تصویب شرایط بیمه درمان خانواده توسط شورای عالی بیمه، اصولاً شرکت‌های بیمه و از جمله بیمه آسیا هیچ گونه فعالیتی در رشته بیمه درمان به صورت خانوادگی و انفرادی ندارند، در زمینه بیمه‌های گروهی هزینه‌های بیمارستانی که از شدت بیشتر و تواتر کمتری برخوردار است، فعالیت می‌کنند. توسعه فعالیت مذکور به طور طبیعی باعث گردیده که شرکت‌های بیمه به تجربه بهتری در این رشته دست یابند. از جمله کارهایی که بیمه‌گرها انجام داده‌اند، انعقاد قرارداد جهت استفاده از خدمات بیمارستان‌های مختلف است که با استقبال بیمه‌گذاران نیز روبرو شده و به نظر می‌رسد علاوه بر بیمه‌گذار و بیمه شده، موجب سهولت کار بیمه‌گر و رضایت بیمارستان‌ها



نیز باشد.

هرچند فعالیت در رشته مذکور از نظر تعیین حق بیمه، دارای تعرفه مصوب می‌باشد، لکن به نظر می‌رسد تجربه و عملکرد بیمه‌گر و همکاری بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار از لحاظ اعمال کنترل‌ها، تأثیر به‌سزایی در حاصل کار خواهد داشت. برای مثال انعقاد قرارداد با بیمارستان‌ها هرچند که هنوز مشکلات خاص خود را دارد و همکاری بیشتر بین طرفین را می‌طلبد، اما به هر حال توانسته مشکلات زیادی را نیز رفع نماید. نکته حائز اهمیت دیگر این‌که با توجه به سروکار داشتن بیمه‌های درمانی با انسان‌ها و کارکنان مؤسسات و اعضای خانواده آنان، عملکرد شرکت‌های بیمه در این مورد با اعمال حساسیت بیشتری از طرف بیمه‌شده‌ها و بیمه‌گذارها روبرو می‌باشد و عملکرد نامناسب در این رشته می‌تواند آثار سوئی را نسبت به ارائه خدمات بیمه‌گر - در سایر رشته‌ها - و صنعت بیمه داشته باشد که در این خصوص هرچه شرایط و مقررات قراردادهای منعقد شده میان بیمه‌گر و بیمه‌گذار، روشن‌تر باشد مشکلات کمتری را ایجاد می‌نماید و در این رابطه لازم است بیمه‌گذار، بیمه‌شدگان و کلیه کسانی که از خدمات درمانی قرارداد استفاده می‌نمایند به نحو مناسب توجیه شوند.

آسیا: همان طور که آقایان فرمودند سازمان‌های بیمه بنابر اقتضای کارکرد خود می‌بایست با برخی از مؤسسات نوعی رابطه تکمیلی فراهم ساخته و با مشارکت تعریف شده‌ای به ارائه خدمات بپردازند. در بخش بیمه‌های درمانی، بیمارستان‌ها یکی از مراکز اساسی در ارائه خدمات می‌باشند. بدیهی است، ارتباط موجود میان بیمارستان‌ها و شرکت‌های بیمه دارای



مسائل خاصی است. از آقای دکتر معمارزاده درخواست می‌شود نظر خود را در این مورد بیان فرمایند.

دکتر معمارزاده: وظیفه دولت‌ها تأمین سبب زندگی افراد جامعه است (Family Basket) یکی از مواد مهم داخل این سبد، بهداشت و درمان می‌باشد. با توجه به این‌که تأمین بهداشت جزو وظایف عمومی دولت‌هاست، در این بحث درباره درمان صحبت می‌شود.

در مورد وضعیت درمان و بیمارستان‌ها قبل از انقلاب و پس از پیروزی انقلاب و همچنین بهبود وضعیت موجود، مطالعات و بررسی‌هایی انجام داده‌ام که به زودی آن را به صورت مقاله‌ای منتشر خواهم کرد و در صورت تمایل بیمه آسیا می‌توانم آن را در اختیار این شرکت قرار دهم.

عدم توجه کافی به بالا بودن نرخ خدمات درمانی، ویزیت و سیستم K و با توجه به بالا بودن نرخ تورم، بسیاری از پزشکان بخش‌های دولتی تمایلی به درمان بیماران بیمه‌ای ندارند. و بیمه‌شدگان مجبورند در بیمارستان‌های خصوصی کلیه مخارج خود را شخصاً پرداخت کرده و پس از مدت‌ها دوندگی و سرگردانی، درصد کمی (حدود ۲۵-۲۰٪) را از بیمه دریافت کنند. با توجه به درآمد حقوق بگیران که در

حقیقت اکثریت قشر آسیب‌پذیر جامعه را تشکیل می‌دهند - و متأسفانه حقوق و مزایا متناسب با نرخ تورم بالا نرفته است - با هزینه‌های درمانی مواجه هستند که قادر به پرداخت آن نمی‌باشند. لذا مؤسسات دولتی و بانک‌ها و تعدادی از مؤسسات خصوصی از طریق بیمه‌های تکمیلی به کارکنان خود سرویس می‌دهند. در زمینه سؤالی که در مورد مشکلات میان شرکت‌های بیمه و بیمارستان‌های خصوصی مطرح گردید، یکی از مسایل

● **معمارزاده: اخیراً بیمه آسیا روشی اتخاذ کرده است، به این صورت که کارشناسان خود را هر هفته یا دو هفته یک بار به بیمارستان‌های طرف قرارداد اعزام می‌کند و کارشناسان در محل به پرونده‌های بیماران رسیدگی کرده و در صورت لزوم به رفع نقایص پرونده‌ها اقدام می‌کنند**

کدهای درمانی است، گاهی کدی که طبیب معالج می‌نویسد توسط کارشناسان شرکت بیمه تغییراتی پیدا می‌کند که می‌تواند موجب مشکلاتی بشود.

اطاله رسیدگی به پرونده‌های بیماران توسط شرکت‌های بیمه - که گاهی ماه‌ها وقت می‌برد - مشکلی است که ضرورت دارد به نحوی مطلوب حل شود.

مواردی پیش می‌آید که به دلایل پزشکی و وضعیت بیمار، معالجه او مشکلات و عوارضی دارد که پزشک معالج از ضرایب تعدیلی - که در کتاب تعرفه‌های تشخیصی و درمانی وزارت بهداشتی مشخص شده است استفاده می‌کند - شایسته است، رسیدگی کنندگان به پرونده‌های چنین بیمارانی، به کار خود مسلط بوده و با حسن نیت با موضوع

برخورد نمایند.

گاهی هزینه درمانی چند صد هزار تومانی بیماری، فرضاً به خاطر کمبود و یا نقص یک برگ پرداخت نمی‌شود. البته این موارد خیلی هم کم نیستند و عدم پرداخت و یا دیر پرداخت کردن آن برای بیمارستان‌های خصوصی - که هیچ گونه سوددهی برای پزشکان ندارد - می‌تواند اثرات سوئی روی گردش کار بیمارستان داشته باشد.

اخیراً بیمه آسیا روشی اتخاذ کرده است، به این صورت که کارشناسان خود را هر هفته یا دو هفته یک بار به بیمارستان‌های طرف قرارداد اعزام می‌کند و کارشناسان در محل به پرونده‌های بیماران رسیدگی کرده و در صورت

لزوم به رفع نقایص پرونده‌ها اقدام می‌کنند. امیدوارم اتخاذ این رویه موجب تسریع در پرداخت‌ها شده و سایر شرکت‌ها و وزارتخانه‌ها نیز بتوانند به همین ترتیب عمل کنند. پیشنهادی

دارم که در صورت تایید شاید مقدار زیادی از مشکلات را حل کند. بلافاصله پس از بررسی‌های مقدماتی ۸۰ درصد هزینه‌ها درمانی پرداخت شود و باقی مانده هزینه درمان پس از بررسی نهایی تسویه گردد در مقابل بیمارستان‌ها نیز بایستی متعهد گردند در مورد پرونده‌های بیمارانی که اشکال دارد، سریعاً نسبت به رفع نقایص اقدام کنند. آخرین مطلبی که به نظر رسید، پرداخت حق بیمه

به صورت سرجمع و گلوبال (Global) است. بدین ترتیب که بیمه‌گر برای درمان هر بیمار مبلغ ثابتی را به بیمارستان‌ها پرداخت نماید. طبیعی است انجام این امر هم از طرف شرکت‌های بیمه و هم از طرف بیمارستان‌ها نیاز به کار کارشناسی دارد. در صورت توافق طرفین در مورد این پیشنهاد پس از بررسی و مطالعات لازم امکان تفاهم کامل وجود دارد.

آقای شاکرین: نکته‌ای مختصر را در مورد پزشکان مشاور که توسط دکتر معمارزاده اشاره شد عرض کنم. این مشاورین عمدتاً با شرکت بیمه رابطه‌ی استخدامی ندارند و در واقع کار اصلی آنها رفع بعضی مشکلات است که در پرونده‌ها پیش می‌آید و طبیعی است که بیشتر



این پزشکان از متخصصین باشند.

دکتر معمارزاده: تصور من این بود که شما پزشک استخدامی دارید.

آقای شاکرین: ما پزشک استخدامی نداریم. یعنی دیگر شرکت‌های بیمه هم ندارند و غالباً همکاری پزشکان معتمد با شرکت‌های بیمه به صورت قراردادی است.

دکتر معمارزاده: منظور من بیشتر این بود که افرادی مجرب برای بعضی موارد خاص در نظر

گرفته شوند که به دو یا سه درصد مسایل و پرونده خاص رسیدگی کنند.

آقای شاکرین: پرداخت علی‌الحساب هم در مقاطع و مواردی انجام شده، لکن ممکن است اگر درصد رقم علی‌الحساب بالا باشد، بیمارستان‌ها رغبتی نداشته باشند که مدارک ناقص پرونده‌ها را کامل نمایند و این نیز موجب بلاتکلیفی بیمه‌گذار و عدم رضایت او می‌شود.

دکتر معمارزاده: ببینید، این مشکلات مربوط به حسابداری است و برخی از آنها به مدیرعامل مربوط می‌شود، توصیه می‌کنم اگر مشکلی وجود دارد، مستقیماً با مدیرعامل تماس برقرار شود. گاهی مدیرعامل در جریان

بعضی از کارها نیست. ممکن است برای کارمند حسابداری این مسایل زیاد مهم نباشد ولی مدیرعامل و یامسؤول بیمارستان به شخصیت

بیمارستان علاقه مندند.

آقای شاکرین: آقای دکتر معمارزاده، حتماً تأیید می‌فرمایید که انعقاد قراردادها رابطه‌ای است که برای بیمه‌شده‌ها مفید است، مشکلات شرکت‌های بیمه را کم می‌کند و برای بیمارستان‌ها نیز امر مثبتی تلقی می‌گردد. همان‌طور که فرمودید، شایسته است از طرف مدیریت بیمارستان این



موضوع برای کادر پایین‌تر توجیه شود. به هر صورت حسن اجرای این قراردادها مبتنی بر رابطه‌ای متقابل است که هرچه بهتر اجرا شود به سود همگی است و خیلی از این مشکلات زودتر و بهتر حل می‌شوند و برعکس هرچه مشکلات را بزرگتر و بیشتر کنیم با موفقیت کمتری همراه است.

آسیا: با توجه به این که اساساً خدمات شرکت‌های بیمه برای پاسخ‌گویی به نیازهای اقسار مختلف جامعه - که در ادبیات بیمه، بیمه‌گذار خوانده می‌شوند - طراحی و ارایه می‌گردد، از دکتر معادی تقاضا می‌شود، از منظر بیمه‌گذار دیدگاه خود را در مورد میزان رضایت‌مندی از خدمات ارایه شده و همچنین مشکلات و نارسایی‌های موجود، مطرح نمایند.

آقای دکتر معادی: به دلیل فاصله زیاد میان نیازها و قدرت اقتصادی آحاد جامعه، فرایند درمان نیازمند حمایت‌ها و پوشش‌های بیمه‌ای است. در سال‌های گذشته با توجه به درآمد سرانه ملی و تولید ناخالصی که جامعه از آن برخوردار بود - با عنایت به سهم اندکی از این درآمد سرانه که به امر درمان اختصاص داشت - سازمان‌های بیمه‌ای قادر به اجرای یک نظام بیمه‌ای فراگیر نبوده‌اند و به همین دلیل شرکت‌های بیمه‌ای که متکفل امر درمان تکمیلی شده‌اند، توانستند گام‌های مثبتی در این جهت بردارند. با این دیدگاه مزایای اجرای این طرح در وهله نخست، اجرای آرامش خاطر و امنیت فکری برای بیمه‌گذاران و رفع نگرانی نسبت به تأمین هزینه‌های درمانی در زمان بیماری یا بروز حادثه است و مزیت دوم مشارکت در تأمین سلامتی جامعه به عنوان یکی از محورهای اصلی توسعه پایدار می‌باشد که در نتیجه آن شاهد شکوفایی کیفیت زندگی بیمه‌گذاران و نهایتاً جامعه می‌باشیم.



سومین مزیت آن، فعال شدن چرخه‌های اقتصادی بهداشت و درمان جامعه و به تبع کاهش هزینه‌های بهداشت و درمان در دراز مدت است و بالاخره چهارمین مزیت افزایش امیدواری جامعه بیمه‌شده‌گان به آینده می‌باشد.

در این رهگذر یک سری معایب و نارسایی‌هایی مشاهده می‌شود که تیتروار به آن اشاره می‌شود. توقع بیمه‌شونده‌ها به دلیل توسعه شبکه ارتباطات روز به روز در حال افزایش است و آگاهی نسبت به کیفیت خدمات درمانی و خدمات بهداشتی، افزایش توقعات را موجب می‌شود و شرکت‌های بیمه می‌بایست پوشش‌های حمایتی خود را گسترش دهند تا رضایت بیمه‌شده‌گان حاصل شود. دومین مسأله محدودیت تعداد مراکز درمانی طرف قرارداد در تهران و شهرستان‌هاست. این از جمله عواملی است که می‌تواند سبب نارضایتی بیمه‌گذاران شود، به نحوی که اگر این امکان برای آحاد جامعه فراهم شود، چنانچه هرگاه عضو جامعه احساس کند نیاز به مراجعه به مراکز درمانی دارد، بتواند به هر مرکزی که تصور می‌کند خدمات بهتر و بیشتری به او ارایه می‌نماید،

مراجعه کند. مهم‌ترین مشکلی که ما با آن مواجه بودیم و دکتر معمارزاده هم به آن اشاره نمودند، طولانی بودن زمان پرداخت خسارت است. این مسأله به عنوان یکی از محوری‌ترین نکات باید مورد توجه شرکت‌های بیمه‌گر قرار بگیرد. یعنی تا هنگامی که روند پرداخت خسارت زمان طولانی را در برمی‌گیرد، رضایت کامل بیمه‌شده فراهم نخواهد شد. به ویژه زمانی که بیمه‌شده به مراکز غیرطرف قرارداد مراجعه می‌نماید.

تصور می‌کنم یکی از راه‌های عمده ایجاد رضایت‌مندی در بیمه‌شده‌گان، این است که خسارت آنها در حداقل زمان ممکن پرداخت شود.

● **معادی:** مهم‌ترین مشکلی که ما با آن مواجه بودیم طولانی بودن زمان پرداخت خسارت است. این مسأله به عنوان یکی از محوری‌ترین نکات باید مورد توجه شرکت‌های بیمه‌گر قرار بگیرد. یعنی تا هنگامی که روند پرداخت خسارت زمان طولانی را در برمی‌گیرد، رضایت کامل بیمه‌شده فراهم نخواهد شد

مشکل دیگر نحوه محاسبه خسارت‌ها و اختلاف موجود میان مراکز ذیربط است. افرادی که متکفل امر محاسبه‌های هزینه‌های درمان خسارت هستند باید با آگاهی و بصیرت لازم نسبت به بررسی صورت هزینه‌ها اقدام نمایند و همواره این اصل مدنظر باشد که طرف ما قابل اعتماد است، یعنی فکر نکنیم که اگر بیمه‌گذار مطلبی را اظهار کرد، این خلاف است. اساس باید اعتماد به طرف مقابلمان باشد، در این صورت قطعاً رضایت‌مندی بیشتری حاصل می‌شود.

مشکل دیگری که وجود دارد، عدم وحدت رویه در نحوه محاسبه خسارت





مکمل، بسیار حیاتی است. البته من فکر می‌کنم که این نقش و اهمیت به طور شایسته در جامعه نهادی نشده است. یعنی هنوز هم که هنوز است، خیلی از مردم نمی‌دانند بیمه آسیا بیمه درمان هم دارد. بیشتر مردم شرکت‌های بیمه ایران، آسیا، البرز و دانا را به عنوان بیمه‌گر اتومبیل می‌شناسند ولی من فکر می‌کنم اگر این سیستم حمایتی درمانی بیمه‌ها، به شکل واضح‌تر در رسانه‌های عمومی مثل صدا و سیما و مطبوعات مطرح شود، اطلاعات مردم افزایش خواهد یافت

● **عزیزپور: بیشتر بیمه‌شده‌های ما فاقد اطلاعات کافی و دقیق هستند و خیلی چیزها را نمی‌دانند آنها تصور می‌کنند، حق بیمه‌ای را در سال یا ماه پرداخت نموده و براساس آن از سقفی مثلاً حدود یک میلیون تومان پوشش بیمه‌ای برخوردار می‌شوند و اطلاعاتشان فقط همین است**

مطلب دیگری را که در مورد بیمه‌های درمانی می‌خواستم عرض کنم این است که شرایط عمومی بیمه مرکزی در مورد بیمه‌های درمان گروهی - مصوب سال ۷۰ که در سال ۷۵ مجدداً تمدید شد - دارای اشکالاتی است. در واقع در اجرای این قوانین مشکلاتی وجود دارد که به دلیل محدودیت وقت به آنها نمی‌پردازم. به نظر می‌رسد، چنانچه ارتباط بین بیمه‌ها و بیمه مرکزی تقویت شود و ارتباط میان کارشناسان بیمه مرکزی که تدوین کننده مقررات هستند و کارشناسان شرکت‌های بیمه افزایش یابد، قطعاً بر قابلیت شرایط عمومی خواهد افزود.

در مورد بخش دوم سوال، عرض می‌کنم بیشتر بیمه‌شده‌های ما فاقد

شهرستان‌ها قدری با کندی امور را پی‌می‌گیرند. بهتر است آن‌ها هم کاملاً توجه شوند تا هم در جریان کارها تسریع شود و هم رضایت بیمه‌شوندگان تأمین گردد.

آسیا: دکتر عزیزپور، نظر شما به عنوان پزشک معتمد، در مورد مسایل و مشکلات بیمه‌های درمانی، بیمه‌شدگان و همچنین مراکز درمانی چیست؟

دکتر عزیزپور: در مورد مشکلات بیمه‌های درمانی و بیمه‌شدگان مقدمه‌ای را عرض می‌کنم، سپس درباره مراکز درمانی و پرداخت‌ها توضیحاتی را ارائه خواهم نمود. تصور می‌کنم در مورد اهمیت و ارزش بیمه‌های درمانی نیاز به بحث نیست چون یک نقش حمایتی آشکار و بسیار قوی در جامعه ما دارد. با توجه به وضعیت درمان در کشور ما، مردم ترجیح می‌دهند در مراکز خصوصی درمان شوند - بدیهی است این انتخاب دلایلی دارد. از طرف دیگر هزینه‌های درمان در بیمارستان‌های خصوصی نسبت به درآمد‌های مراجعین به بیمارستان‌ها - که غالباً قشر متوسط و قشر پایین می‌باشند - اصلاً قابل قیاس نیست نقش و اهمیت بیمه‌های درمانی

درمانی است. برای نمونه نحوه محاسبه هزینه عمل جراحی در بیمارستان‌های درجه یک با محاسبه هزینه همین عمل جراحی در بیمارستان‌های درجه دو تفاوت می‌کند. البته **Hoteling** بیمارستان‌های درجه یک با بیمارستان‌های درجه دو فرق دارد ولی نباید هزینه عمل جراحی و حق‌الزحمه آن‌ها باهم تفاوت کند. در سیستم تعیین خسارت، فرض بفرمایید ممکن است یک عمل آپاندیسیت در یک بیمارستان درجه یک **A** ریال حساب شود و در یک بیمارستان درجه دو **A** یک‌دوم محاسبه گردد و این خیلی منطقی به نظر نمی‌آید. به نظر من این‌ها همه نیاز به یک بررسی و بازنگری مجدد دارد تا منجر به ایجاد یک وحدت رویه برای حق‌الزحمه پزشکان گردد. معمولاً حق درمانی که به پزشکان بیمارستان‌های درجه دو پرداخت می‌شود کمتر از همان حق‌العمل در یک بیمارستان درجه یک است. بدیهی است، حق‌الزحمه عمل‌های یکسان نباید تفاوتی داشته باشد ولی در عمل این گونه نیست و می‌بایست به شکل شایسته‌ای به این مسأله توجه شود.

تعرفه‌های **Hoteling** در بیمارستان درجه یک با درجه دو فرق می‌کند، **ICU** درجه یک با **ICU** درجه دو فرق می‌کند. ولی حق‌الزحمه پزشکان میبایست یکسان باشد.

مشکل دیگری که قابل طرح می‌باشد عدم هماهنگی و توجیه شعب بیمه در شهرستان‌هاست. یک سازمان نظیر نظام پزشکی برای امور درمانی با بیمه آسیا قرارداد دارد و اعضای این بیمه نامه گروهی در سراسر کشور پراکنده‌اند و در هنگام بروز خسارت به شعبه‌های بیمه آسیا مراجعه می‌نمایند. شعبه‌های مستقر در مرکز هم اطلاع و هم آمادگی کافی دارند، ولی شعبه‌های



اطلاعات کافی و دقیق هستند و خیلی چیزها را نمی‌دانند آنها تصور می‌کنند، حق بیمه‌ای را در سال یا ماه پرداخت نموده و براساس آن از سقفی مثلاً حدود یک میلیون تومان پوشش بیمه‌ای برخوردار می‌شوند و اطلاعاتشان فقط همین است. منطقی است که شرایط قرارداد و تعهدات، به روش مناسب به اطلاع بیمه‌گذاران رسانده شود. من احساس می‌کنم که خیلی از بیمه شده‌ها از شرایط قرارداد خبر ندارند. برخی از آنها به مراکز غیرطرف قرارداد مراجعه نموده و هزینه‌های کلانی پرداخت می‌کنند. بعد پرونده را به ما ارجاع می‌دهند. همین قضیه در مورد نظام پزشکی هم وجود داشت - که قشر تحصیل کرده‌ای طرف حساب ما بود - متأسفانه آنها هم از شرایط قرارداد اطلاعی نداشتند. در برخی موارد بیمه‌گذار پانصد هزارتومان هزینه کرده و مدارک را به شرکت بیمه ارایه می‌کند و شرکت بیمه طبق شرایط قرارداد به آنها مبلغی پرداخت می‌کند. بدیهی است بیمه شده معترض می‌شود، چون از قوانین خبر نداشته و فقط همین قدر می‌دانسته که در سال تا یک میلیون تومان می‌تواند از پوشش بیمه استفاده نماید. من فکر می‌کنم چنانچه ارتباط بیشتری در زمینه اطلاع‌رسانی بین مراکز بیمه یا بین بیمه‌گذار و بیمه شده در این زمینه صورت بگیرد، بسیار مفید خواهد بود.

بحث دیگری که در مورد بیمه شده‌ها مطرح می‌باشد و به حق هم هست، بحث پرداخت خسارت است. در قرارداد بندی پیش‌بینی شده است که بر اساس آن اگر مریض در بیمارستان غیرطرف قرارداد بستری شود، پرداخت هزینه می‌بایست براساس بیمارستان هم تراز طرف قرارداد محاسبه شود. یعنی اگر بیماری برود در بیمارستان دی بستری شود، ملاک ما برای پرداخت، تعرفه‌های بیمارستان

● ایثاری: برای بهبود وضعیت بیمه درمان در کشور ما به دو جهش اساسی نیاز است. اولین جهش باید توسط اصلاح ساختاری شیوه‌های جبران خسارت درمان بوجود آید که مشخصه مناسب آن قطع رابطه مالی بین بیمار و پزشک است

جم است که هم تراز بیمارستان دی می‌باشد. طبیعتاً بیماری که به بیمارستان دی مراجعه می‌نماید به شکل آزاد هزینه می‌کند در مورد **Hoteling** تعرفه‌های دقیق و جامعی وجود دارد و براساس آنها عمل می‌شود ولی در مورد حق العمل پزشکان، ضوابط دقیق و کاملی وجود ندارد. آقای دکتر معادی اشاره فرمودند براساس بخشنامه وزارتخانه هزینه **Hoteling** در بیمارستان‌های A_1 تا A_n متفاوت است. ولی حق الزحمه پزشکان یکسان است، تعریف دقیق و جامعی برای حق الزحمه نشده است. اگر منظور ۱۲۰۰ تومان باشد خوب بحثی نیست (یعنی همان **K** دولتی) اما موضوع این است که در بیمارستان‌های خصوصی درجه ۱ تا ۴ برای بیماری که به صورت آزاد بستری می‌گردد تعرفه‌های مصوبی جهت حق الزحمه پزشکان وجود ندارد، در مورد بیماران طرف قرارداد با بیمه، بیمارستان قراردادی با شرکت بیمه دارد و طبق آن رفتار می‌کند و بیمارستان و پزشک نیز موظفند طبق این قرارداد از مریض هزینه دریافت نمایند. بحثی که آقای دکتر معادی مطرح فرمودند این است که در بیمارستان‌ها با درجات مختلف، مریض هزینه می‌کند، اما پرداخت به آنها متفاوت است، چنانچه یک عمل سزارین در بیمارستان دی انجام شود و همین عمل در بیمارستان اقبال نیز انجام

گیرد، طبیعتاً هزینه‌ها فرق خواهد کرد - منظور از هزینه، هزینه‌های **Hoteling** نیست - یعنی اگر بیمارستان دی پانصد هزارتومان مطالبه می‌کند، بیمارستان اقبال دویست هزار تومان می‌گیرد - حالا چه صحیح و چه ناصحیح - من به شخصه به عنوان یک پزشک اعتقادم بر این است، پزشکی که در بیمارستان دی عمل می‌کند، همین پزشک در بیمارستان اقبال عمل هم می‌کند. پزشک همان پزشک است، حالا اگر بیمارستان فرق می‌کند باید هزینه **Hoteling** متفاوت باشد، حق الزحمه نباید فرق کند. ولی عملاً عرف جامعه این نیست این مسأله از نظر شخص من اشکال دارد و می‌بایست وزارتخانه مربوطه بخشنامه‌های مصوبی را در زمینه حق الزحمه‌ها صادر نماید (همانطور که در بخش **Hoteling** تعیین شده است).

آقای دکتر معارزاده نکته جالبی فرمودند. ما بیاییم تعرفه‌های سرجمع (گلوبال) را محاسبه کنیم. این چند تا حسن دارد. ویژگی نخست این که پرداخت ما خیلی راحت است دیگر نیازی نیست کارشناس خسارت به صورت تک تک حساب بکند. البته در این مورد به بحث کارشناسی خیلی دقیق نیاز است. مطلب دیگری که به مراکز درمانی مربوط می‌شود، انتقادی است که همه بیمارستان‌ها مطرح می‌کنند. پرداخت‌ها از طرف شرکت‌های بیمه با تأخیر صورت می‌گیرد. من می‌خواهم این را یک مقدار باز کنم. این حرف بجاست چون در قراردادهایی که بین شرکت بیمه و بیمارستان‌ها مطرح است، قید شده هزینه‌ها یک ماهه به آنها پرداخت می‌گردد. ولی عملاً به این تعهد عمل نمی‌شود. البته تدابیری اتخاذ شده است که هزینه‌های بیمارستانی در اسرع وقت



پرداخت گردد. دلایل تأخیر در پرداخت هزینه‌ها، متعدد می‌باشند، یک طرف قضیه به شرکت‌های بیمه مربوط می‌شود که باید با ایجاد وحدت رویه و سیاست‌گذاری واحد، مراحل پرداخت کوتاهتر گردد، طرف دیگر قضیه به بیمارستان برمی‌گردد. متأسفانه بعضی از پزشکان بیمارستانها با ما همکاری خوبی ندارند. در پاره‌ای موارد مبلغی را خارج از تعرفه و قرارداد فیما بین دریافت می‌کنند یا گواهی و نسخ مریض را بدون ذکر مشخصات بیمار می‌نویسند. گاهی گواهی پزشکان معالج دارای نقص می‌باشد. مثلاً تاریخ بستری و تریخیص، تعداد دفعات ویزیت و مشاوره و حتی گاهی علت بستری و معالجات انجام شده را قید نمی‌کنند. شرح عمل بدون مهر و امضاء و حتی گاهی بدون مشخصات بیمار ارایه می‌گردد. خوب، در بیمه به عنوان سازمانی که کارمالی انجام می‌دهد، بدیهی است که باید

طبق ضوابط موجود اسناد بررسی شوند و فقدان این اسناد که خارج از اختیار

● شاگردین: با توجه به تقاضای روزافزون بیمه‌گذاران و امکانات محدود شرکت‌های بیمه جهت پاسخگویی به نیاز بیمه‌گذاران در رشته بیمه‌های درمانی، همکاری بیش از پیش میان بیمه‌گذاران و شرکت‌های بیمه و همچنین مراکز درمانی ضرورتی اجتناب ناپذیر می‌باشد

شرکت بیمه است کار رسیدگی را متوقف می‌سازد.

مسأله دیگر مربوط به ضعف آگاهی پزشکان در مورد آیین‌نامه‌های مصوب وزارت بهداشتی برای تعرفه‌ها می‌باشد. از زمانی که چند عمل جراحی با هم انجام می‌شود (با شکاف واحد یا مستقل) آیین‌نامه‌ای در کتاب

تعرفه وزارت بهداشت و درمان مصوب گردیده که طبق آن حق‌العمل جراح و سایر موارد بیمارستانی محاسبه می‌گردد. ولی گاهی اوقات به دلیل عدم آگاهی همکاران بیمارستانی، موارد فوق رعایت نشده و حق‌العمل جداگانه و مستقل برای هر کدام محاسبه می‌شود. طبیعتاً طبق قرارداد و توافقی‌های انجام شده، هزینه‌ها طبق ضوابط پرداخت می‌گردد (البته ملاک تنظیم کلیه صورتحساب‌ها و هزینه‌های مذکور طبق مدارک مستند بیمارستان و شرح عمل ارسالی و با رعایت اصل حسن نیت انجام می‌شود).

بحث دیگری هم در مورد بیمارستان‌ها مطرح است، که آقای ایناری در ابتدای گفته‌هایشان فرمودند. فرهنگ بیمه ما اشکال دارد، مردم ما به محض این‌که بیمه شدند، می‌خواهند از فردا همه بدنشان را چک بکنند. چکاب چیز خیلی خوبی است ولی اگر بیمه نبود این کار را نمی‌کردند. مریض از شهرستان می‌آید بستری شده و دو هفته فقط فیزیوتراپی می‌شود، دکتر می‌نویسد این مریض به دلیل کمردرد مزمن از این تاریخ تا فلان تاریخ بستری بوده است تحقیق شده و بیمار معاینه می‌شود، متوجه می‌شویم مریض فقط برای فیزیوتراپی بستری شده است. در مواردی مریض نیاز دارد و باید بستری شده و فیزیوتراپی شود. ولی خیلی اوقات مریض نیاز به بستری شدن ندارد. چون قرارداد او شامل امور سرپایی نمی‌شود و فیزیوتراپی یک کار سرپایی است، به خاطر این‌که تحت پوشش قرار بگیرد، بستری شده و توصیه می‌شود که بیمه هزینه‌ها را پرداخت کند.

متأسفانه مدت بستری در بیمارستان‌ها گاهی اوقات خیلی زیاد است. در برخی از بیمارستان‌هایی که **turn over** آنها بسیار بالاست، مریض سزارینی کلاً ۲۴ تا ۴۸ ساعت بستری می‌شود و این برای ما، بیمارستان و بیمه شده بسیار خوب است.



مریض وقتی در بیمارستان بستری می‌شود باید بیست درصد هزینه‌ها را خودش بیمار پرداخت کند. و گاهی این هزینه‌ها برای بیمار بسیار گران است.

در برخی از بیمارستان‌ها دیگر این طور نیست. بیمار سه هفته بستری می‌شود، انگار هتل است. ممکن است یک مریض نیاز داشته باشد، من به طور کل رد نمی‌کنم ولی من مواد مستند دارم، پرونده‌هایی موجود است که بیمار بسیار بیشتر از حد ضرورت بستری شده است. پیشنهاد من این است اگر چنانچه ارتباط بین مراکز درمانی و بیمه‌ها تنگاتنگ گردد، علی‌الاصول

بسیاری از مشکلاتی که مطرح شد کاهش خواهد یافت. به نظر بنده تشکیل اداره یا قسمتی تحت عنوان «اداره نظارت بر درمان و امور قراردادهای» بسیاری از مسایل

را حل می‌کند چرا که دلیل بسیاری از مشکلات، عدم هماهنگی، اطلاعات ناکافی و ارتباطات ضعیف بین مراکز درمانی و شرکت‌های بیمه می‌باشد. وجود چنین اداره‌ای، رابطه شرکت‌های بیمه با مراکز درمانی را تقویت کرده، نظارت شرکت‌های بیمه بر مراکز درمانی طرف قرارداد را بیشتر نموده و اطلاعات کافی را در اختیار طرفین قرار می‌دهد و در نهایت، ان شاء الله... مسایل و مشکلات کاهش می‌یابند. بحث دیگری هم توسط آقای دکتر معمارزاده مطرح شد. ایشان

فرمودند در برخی از موارد به خاطر نقص مدرکی که به یک هزینه جزئی مربوط می‌شود، پرونده‌هایی با هزینه‌های بالا راکد می‌مانند. باید به این نکته توجه کرد، در بسیاری از موارد شرکت‌های بیمه، بیمه‌گر دوم محسوب می‌شوند و بیمه‌گر اول، سازمان تأمین اجتماعی یا سازمان خدمات درمانی است. در طی چند ماه گذشته قراردادی با سازمان‌های مذکور منعقد شد که براساس آن هنگامی که بیمار در یک بیمارستان خصوصی بستری می‌شود، کل هزینه‌ها توسط بیمه‌گر دوم پرداخت شود و بیمه‌گذار هیچ هزینه‌ای



پرداخت نکنند. من با جرأت می‌گویم شرکت‌های بیمه بازرگانی دید نسبتاً بازتری نسبت به سازمان‌های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی دارند، در بیمه‌های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی حتی یک هزینه جزئی در صورت فقدان مدرک کافی کسر می‌شود. یکی از دلایلی که گاهی اوقات در اداره خسارت کمی سخت‌گیری می‌شود، این است که بیمه‌گر اول از ما می‌خواست و ما مجبور بودیم این را از بیمارستان‌ها بخواهیم.

آسیا: جناب آقای ایثاری، چنانچه در مورد بهبود ساختار فعالیت بیمه درمانی پیشنهاد یا نقطه نظر خاصی دارید تقاضا می‌شود آن را مطرح فرمایید. آقای ایثاری: راه حل معضل فعلی درمان به تنهایی در درون صنعت بیمه امکان‌پذیر نمی‌باشد و عملاً موسسات بیمه در ایران به ناچار و به دلیل فقدان یک برنامه جامع و کلان ملی برای درمان، وارد عرضه خدمات بیمه درمانی شده‌اند. کارشناسان بیمه آگاه هستند که موسسات بیمه برای جبران خسارتی بوجود آمده‌اند که عامل تواتر (یعنی تعداد دفعاتی که خسارت تحقق می‌یابد) کم و شدت آن (یعنی میزان ربالی

جبران خسارت) زیاد باشد. متأسفانه بیمه درمانی به خصوص از نوع سرپایی، پاراکلینیکی از تواتر زیاد و شدت کم برخوردار است و با فقدان یک نظام قابل کنترل و شناسایی بار هزینه‌ای به مراتب بیشتر از ریسک را به بیمه‌گر منتقل می‌نماید. در حقیقت موسسات بیمه امروز بیمه

مکمل صادر نمی‌کنند، بلکه سازمان تأمین اجتماعی و یا سازمان خدمات درمانی و مانند آن به مکمل شرکت‌های بیمه تبدیل شده‌اند. برای بهبود وضعیت بیمه درمان در کشور ما به دو جهش اساسی نیاز است. اولین جهش باید توسط اصلاح ساختاری شیوه‌های جبران خسارت درمان به وجود آید که مشخصه مناسب آن قطع رابطه مالی بین بیمار و پزشک است. برای چنین امری به طراحی نظام و یا مدار کامل مدیریت ریسک درمان در کشور نیاز است. اصلاح قوانین و مقررات و آسان سازی



استفاده از بیمه می‌تواند اولین جهش را در بهبود وضعیت درمان ایجاد کند. جهش دوم جهش دانش فنی است. امروزه با توجه به امکان استفاده سریع از رایانه، می‌توان خدمات ارزنده‌ای در نحوه شناسایی کنترل هزینه و اطمینان از دریافت درمان مناسب به وجود آورد.

آقای شاکرین: آقای دکتر معمارزاده در مورد این قراردادها به نکته‌ای اشاره کردند. در قراردادها ماده‌ای پیش‌بینی شده است که براساس آن اگر بیمه‌شده از بیمارستان طرف قرارداد استفاده کند و از قرارداد بیمارستان با شرکت بیمه مطلع نباشد، بیمه‌گر طبق تعرفه طرف قرارداد رفتار می‌کند، هر چند که ممکن است بیمار بیشتر پرداخت کرده باشد. بنده این

مطلب را از همکاران

سؤال کردم که برای بیمارستان چه فرقی می‌کند، زمانی که بیمارستان متوجه می‌شود که این بیمه‌شده بیمه آسیا بوده و با بیمه آسیا قرارداد دارد، باید طبق همان رقم قرارداد با بیمه‌گر عمل کند. گویا حسابدارهای محترم

بیمارستان‌ها مطرح می‌کنند که چون بیمار به عنوان آزاد مراجعه کرده، اسناد و صورتحساب‌ها را به روال مراجعه آزاد صادر کرده‌ایم، دیگر نمی‌توانیم هزینه‌های آن را طبق قراردادی که با بیمه‌آسیا داریم محاسبه کنیم. به عبارت دیگر بیمار زمانی که می‌خواهد از بیمارستان استفاده کند از بیمه‌گر

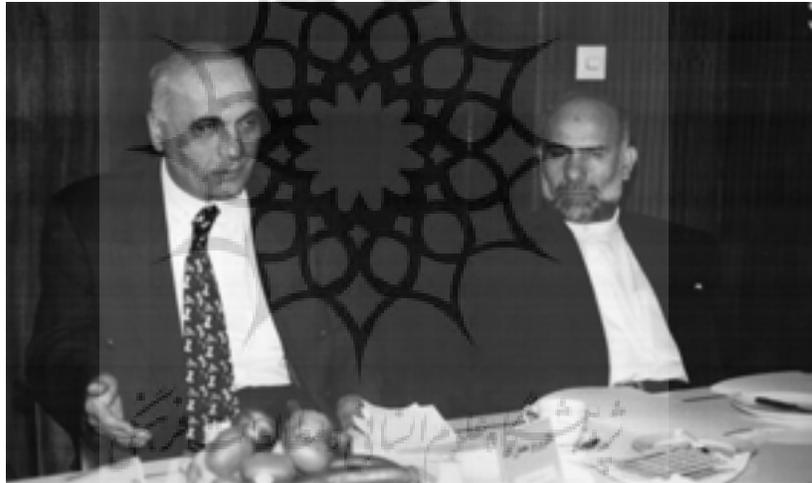
معرفی‌نامه می‌گیرد، بعد به بیمارستان مراجعه می‌کند در واقع او بیماری است که با بیمه‌آسیا قرارداد داشته و معرفی‌نامه دارد و طبق ضوابط قرارداد محاسباتش انجام می‌شود ولی اگر همین بیمار، معرفی‌نامه را به دلایلی نگرفته باشد و یا حتی خبردار نشده باشد که بیمارستان با بیمه‌آسیا قرارداد دارد و بدون این اطلاعات به بیمارستان مراجعه کند، بیمارستان با او تعرفه‌ای را محاسبه می‌کند که با قرارداد ما متفاوت است. ما به او اعلام می‌کنیم وقتی صورتحسابش را به عنوان بیمه‌شده آزاد آورد، طبق قراردادی که با بیمارستان داریم هزینه‌ها را پرداخت می‌کنیم. اینجا مابه‌التفاوتی می‌ماند که خواه‌ناخواه موجب عدم رضایت بیمه‌شده و بیمار می‌شود.

هنگامی که اسناد با شکل اول ثبت شد و حسابداری اسناد خود را بر آن اساس تنظیم کرد و سپس بیمه‌گذار متوجه شده و معرفی‌نامه را ارایه کند، بازگرداندن اسناد و مدارک بسیار دشوار بوده و مشکلات بسیاری نیز فراهم می‌کند. البته عرض می‌کنم به دلیل رضایت بیمارستان جم از بیمه آسیا، هر وقت چنین موردی حادث شود، ما آماده هستیم تا با همکاری بیمه، از نارضایتی بیمه‌گذار جلوگیری کنیم. این در صورتی است که زمان طی شده محدود باشد، نه این که شش ماه از قضیه بگذرد. مسأله قابل رسیدگی خواهد بود چنانچه در یک زمان معقول مثلاً ۲۴ یا ۴۸ ساعت بعد باشد.

آقای شاکرین: برای کاهش مشکلات اجرایی

تصمیم گرفتیم به شرکت‌های نمایندگی هم اجازه بدهیم این بیمه‌نامه را صادر کنند. البته مدتی است اجرا شده و آنها در تسویه خسارت هم کمک می‌کنند ولی از آنجا که ما بیشتر از روش انعقاد قرارداد با بیمارستان‌ها استفاده می‌کنیم، مشکلاتی فراهم می‌شود. اگر قرار باشد خود شرکت‌های نمایندگی با بیمارستان‌ها

طرف حساب باشند، فرض کنیم که پنجاه شرکت نمایندگی داریم که در زمینه بیمه‌های درمانی فعالیت می‌کنند. به آنها اختیار تسویه خسارت هم بدهیم، بیمه‌شدگان آنها در سرتاسر ایران پراکنده هستند، مشکلی که مطرح می‌گردد این است که آنها با بیمارستان‌های طرف قرارداد چگونه رفتار



دکتر معمارزاده: در صورتی که به هر علت بیمه‌شده فاقد معرفی‌نامه شرکت بیمه باشد، بدیهی است از تسهیلاتی که بیمه‌گذاران بیمه آسیا به عنوان یک مشتری بزرگ از آن برخوردارند، نمی‌تواند استفاده نماید، در نتیجه هزینه‌های درمانی بیشتر از ارقامی می‌شود که در صورت معرفی بیمه محاسبه خواهد شد.



کنند، زیرا تعداد نسبتاً کمی بیمه شده دارند که در سراسر کشور پراکنده هستند. لذا مشکلاتی در تسویه هزینه‌ها مطرح می‌شود، البته با توجه به این‌که تجربه جدیدی است احتیاج به زمان دارد تا مشکلاتش رفع شود.

دکتر عزیزپور: اگر با دید تجاری - بازرگانی یا با دید بیمه‌ای نگاه کنیم شاید خیلی مطلوب نباشد، همه این را استحضار دارند، سازمان خدمات درمانی و تأمین اجتماعی، عملاً موفق نبوده‌اند، اگر وزارت بهداشت و درمان برای حمایت بیمه‌های درمانی در شرکت‌های بیمه بازرگانی، یارانه‌ای را منظور نماید، ممکن است بتوان بیمه مکمل درمان را در سطح وسیع‌تری در جامعه به عنوان یک عامل حمایتی توسعه داد، البته از آنجایی که این مهم، نیازمند کار اجرایی وسیع می‌باشد، طبیعتاً مشکلاتی هم خواهد داشت.

دکتر معادی: در گفته‌هایتان فرمودید که قانونگذار تعرفه‌های جراحی، بیهوشی، داخلی و ... را تعیین نکرده است، همانطور که هزینه‌های **Hoteling** را قانونگذار تعیین کرده است، همان قانونگذار حق‌الزحمه بیهوشی، حق‌الزحمه جراحی و حق‌الزحمه داخلی را تعیین کرده است یعنی قانونگذار تکلیف را روشن کرده است.

دکتر عزیزپور: در شورای عالی بیمه، با تصویب هیأت وزیران هر سال حدود ماه بهمن، تعرفه‌هایی تصویب می‌شود که برای سال بعد قابل اجرا است. در مورد حق‌الزحمه جراح و حق‌الزحمه بیهوشی و حق‌الزحمه اقدام‌های داخلی، مواردی تعیین می‌شود که برای مراکز دولتی قابل اجرا است، برای سال ۷۹، **K**

جراحی به مقدار ۱۴۵۰ تومان تعیین شده است (یعنی حق‌العمل یک عمل آپاندیسیت؛ ۱۴۵۰۰ تومان). همان طوری که استحضار دارید این مبلغ را در هیچ مرکز خصوصی نمی‌گیرند. ضمن این‌که وزارتخانه در بخشنامه‌اش قید کرده که این تعرفه‌ها در مراکز دولتی قابل‌الاجراست و تعیین نشده است که باید در مراکز خصوصی هم براساس آنها رفتار کنند.

دکتر معمارزاده: اعتراض به حق است، طبیبی که در بیمارستان درجه ۳ عمل می‌کند همان طبیبی است که در بیمارستان درجه یک عمل می‌کند. طبیب که درجه یک و دو ندارد. لذا می‌بایست به هر دوی آنها به یک میزان پرداخت شود.

آسیا: از آقای شاکرین درخواست می‌شود با طرح شمای کلی مباحث مطرح شده، به جمع‌بندی مطالب بپردازند.

آقای شاکرین: با توجه به تقاضای روزافزون بیمه‌گذاران و امکانات محدود شرکت‌های بیمه جهت پاسخگویی به نیاز بیمه‌گذاران در رشته بیمه‌های درمانی، همکاری بیش از پیش میان بیمه‌گذاران و شرکت‌های بیمه و همچنین مراکز درمانی ضرورتی اجتناب‌ناپذیر می‌باشد و هرچه این همکاری و هماهنگی بهتر صورت گیرد امکان موفقیت شرکت‌های بیمه در ارائه خدمت سریع و مناسب این رشته فراهم گشته و در غیر این صورت، بدیهی است، موجبات نارضایتی کلیه افراد ذینفع حاصل می‌گردد.

به نظر می‌رسد این همکاری در زمینه‌های بسیاری می‌بایست صورت گیرد از جمله:

- اعمال کنترل‌های لازم توسط بیمه‌گذار به

منظور اجرای صحیح مفاد قرارداد و احیاناً جلوگیری از سوء استفاده‌های احتمالی.

- انجام پاره‌ای از امور مربوطه توسط بیمارستان مانند تهیه و تنظیم دقیق صورت‌حساب‌ها، کنترل مشخصات بیمه‌شدگان و ...

- همکاری مراکز درمانی، پزشکان معالج و بیمارستانهای طرف قرارداد در زمینه تسهیل و تسریع در امور مربوطه.

- انجام امور مربوط به تسویه هزینه‌ها توسط بیمه‌گر در زمان مناسب و با حداقل تشریفات اداری، اعم از پرداخت‌های مراکز درمانی و یا بیمه‌گذاران.

- ارتباط منطقی و معقول بین تعهدات بیمه‌گذار (حق بیمه) و تعهدات بیمه‌گر (خسارت).

امید است در میزگردهای آتی نیز با حضور نمایندگان فروش و بازاریابی، بیمه‌گذاران و سایر کارشناسان ذیربط بحث و بررسی در زمینه بیمه‌های درمان که به نظر می‌رسد بحثی مفصل و قابل بررسی از ابعاد مختلف است ادامه یابد.

آسیا: به نظر می‌رسد با توجه به گستردگی موضوع جلسه و نیز محدودیت زمان محورهایی که برای میزگرد تعیین شده بود، توسط کارشناسان محترم به شکلی شایسته مطرح شد. در پایان بار دیگر از کارشناسان محترم تشکر می‌کنیم. موفقیت روزافزون شما آرزوی ماست.

