

سازمان و مدیریت نظام بیمه سلامت در کشور های منتخب و ایران (رویکردی تطبیقی)

دکتر علی وفایی نجار

Ph.D. مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

استادیار دانشکده علوم پیراپزشکی و بهداشت

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

جامعه، توجه به توزیع پراکندگی جمعیت در مناطق شهری و روستائی، توجه به توزیع ثروت در جامعه، توجه به پراکندگی مراکز ارایه دهنده مراقبت های بهداشتی درمانی و توجه به توزیع اپیدمیولوژی جمعیت و از همه مهم تر توجه به خدمات مورد نیاز اکثر افراد با محور قرار دادن افراد فقیر و گروههای آسیب پذیر می باشد^(۱).

مطالعه و بررسی ابتدایی سیستمهای بیمه ای (پایه و مکمل) در کشورهای مختلف نشان می دهد که در دهه های اخیر سیستمهای بیمه ای با اصلاحات متعددی روبرو بوده است، هر چند که هر کشور با توجه به شرایط اجتماعی، سیاسی، اجتماعی بهداشتی، جمعیتی و فرهنگی شیوه های مختلفی را تجربه کرده است لیکن این اصلاحات عمدتاً با هدف بهبود دسترسی به مراقبتها، فراهم کردن مراقبتهای کیفی و در نهایت پایین نگه داشتن هزینه های مراقبتهای بهداشتی و درمانی همراه بوده است^(۲).

آنچه در این مقاله مورد نقد قرار می گیرد کلیات تحقیق با محوریت ساختار و محتوای نظام های بیمه سلامت با تاکید بر بیمه درمان مکمل (در کشور های آلمان، آمریکا، انگلستان، بلژیک، فرانسه و جمهوری اسلامی ایران) است که به عنوان یکی از اصلی ترین موضوعات سازمان های ارایه دهنده خدمات سلامتی مطرح است که بصورت خلاصه بیان می شود.

اساس انتخاب کشور ها بر مبنای طبقه بندی گاردن و نظام های سلامت صورت گرفته است و پیشنهادات ارایه شده نیز با استفاده از تکنیک دلفی و با کمک آزمون های آماری تنظیم گردیده است.

مشارکت افراد و هزینه های بخش سلامت نوع حرکت را در پوشش دهی خدمات مشخص می کند. مقوله بیمه سلامت خود پاسخی به این سوال است که نوع حرکت مشارکت هزینه ای در بخش سلامت چگونه باید باشد؟

توجه به اصل بنیادین پرداخت متفاوت و بهره مندی با توجه به نیاز تا حدی تکلیف افراد دولتها را مشخص می کند. به عبارت دیگر با توجه به این اصل است که گروههای



با ریسک بالا و پائین و گروههای با درآمد بالا و پایین در بیمه درمان سلامت مطرح می شوند و حرکت مصرف کننده با توجه به نیاز را تعریف می کنند اما این موضوع تکلیف افراد را در برابر یکدیگر بیان می کند. نقش مهم تر و اساسی تر که تکلیف دولتها در مقابل مردم است هنوز جای بحث فراوان دارد.

بدون شک تابع حرکت دولت در مشارکت هزینه های سلامت جامعه وابسته به متغیرهایی از جمله توجه به ضوابط هماهنگ، توجه به الگوی بیماری ها در

مقدمه

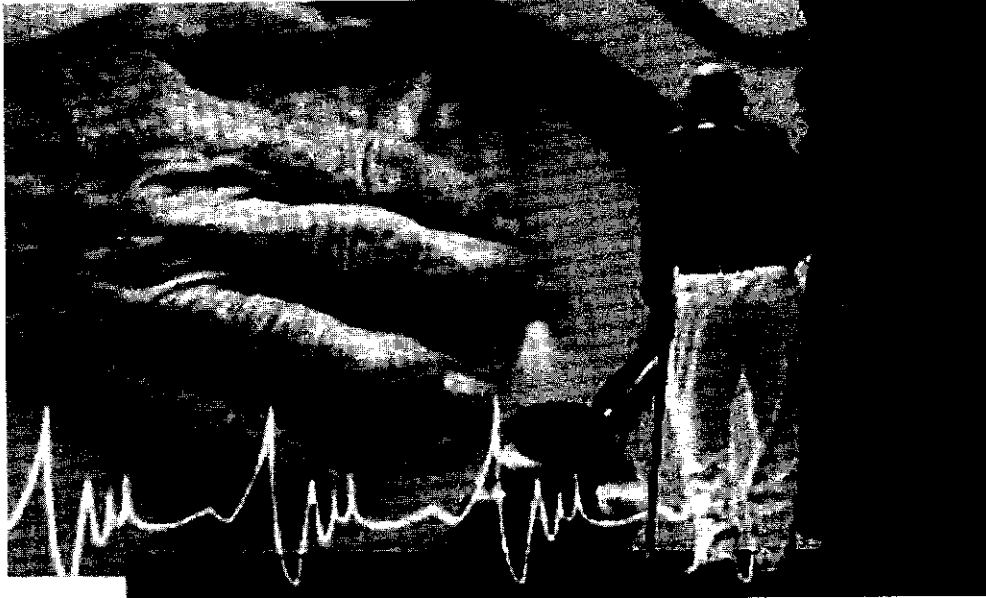
سلامت حقی است همگانی و در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران این اصل به عنوان یکی از اصول اساسی نظام تعیین شده است. در واقع انتظار مردم از دولت ها و تکلیف دولتها نسبت به مردم دغدغه بسیاری از دول در دوران معاصر بوده و می باشد. دیدگاههای جدید بوجود آمده در جامعه اندیشمندان مبنی بر توجه به انسان به عنوان سرمایه های انسانی، مقوله حفظ سلامت را هم از بعد اقتصادی و هم از بعد منطقی مهم تر می سازد. این شاید اصلی ترین دلیل وجود دولتها و اختصاص منابع قابل توجه در بخش سلامت شده است. در این میان نوع و چگونگی توزیع منابع در بخش سلامت از موضوعات بسیار بحث انگیز دوران معاصر است. گروهی سلامت را حق طبیعی آحاد جامعه می دانند و دولتها را مکلف به تامین هزینه های سلامت می دانند، گروهی با محور قرار دادن گزینه های هزینه - اثر بخشی و هزینه - منفعت تقسیم و تسهیم منابع در بخش سلامت را مورد توجه قرار داده اند، گروهی از افراد وظیفه دولت را تنها کمک به افشار آسیب پذیر دانسته و گروهی بدون توجه به درآمد مقوله ملیت را محور بحث قرار داده اند^(۳). دیدگاه هر چه که باشد ایفای نقش دولت وابسته به عناصر کلیدی تاثیر گذار در فرآیند دریافت خدمات است. عدالت در دسترسی به خدمات اولیه خدمات با قیمت مناسب و ارایه خدمات کیفیت از مهمترین گزینه هایی است که در این مقوله مطرح است. توجه به این گزینه هاست که مداخله دولت را محقق می کرد. در این میان نقش هزینه ها و توزیع

OBRA بوجود آمده است که افراد ۶۵ ساله به بالا، بیماران مزمن کلیوی را تحت پوشش دارد. مدیکیر در دو بخش A و مدیکیر بخش B ارایه می شود. مدیکیر بخش A خدمات پزشکی را ارایه می نماید و در اختیار بخش خصوصی و بیمه های مکمل قرار دارد. مدیکیر بخش B خدمات بیمارستانی را ارایه می نماید و حق بیمه آن سالیانه معادل ۱۰۰ دلار است.

بیش از ۱۰۰۰ شرکت بیمه ای خصوصی در ایالات متحده فعالیت می کنند و بیمه نامه هایی را به صورت گروهی و فردی ارایه می نمایند. علاوه بر این موارد برنامه های صلیب آبی و سپر آبی و سازمان های مراقبت های مدیریت شده و سازمان های حفظ سلامت نیز در این کشور بطور گسترده ای فعالیت دارند. در این کشور سیستم نظارت و ارزیابی بر سیستم های بیمه ای از طریق سازمانهای مستقل غیر انتفاعی صورت می گیرد.^(۷)

✓ سازمان و مدیریت بیمه سلامت در انگلستان
در انگلستان کل GDP اختصاص یافته به ۱۵/۴ درصد است و GDP سرانه ۲۶۲۷۳ دلار است. در این کشور سهم بخش دولتی از کل مخارج بخش سلامت ۸۲/۲ درصد است و سهم بخش خصوصی ۱۷/۸ درصد است. میزان پرداخت از جیب بیماران ۵۵/۳ درصد است. در این کشور کل مخارج سلامت هر فرد ۱۹۸۹ دلار است که ۱۶۳۴ دلار از طریق دولت پرداخت می شود.^(۵)

پوشش بیمه ای مکمل در این کشور اختیاری و از نوع خدمتی است. این پوشش هم بصورت فردی و هم بصورت گروهی است. بیمه های خصوصی عموماً ایجاد شده اند تا بتوانند آزادی انتخاب بین گزینه های مختلف را برای مصرف کننده فراهم کنند. بیش از ۱۰ درصد افراد تحت پوشش بیمه خصوصی هستند. بخش خصوصی در قالب دو گروه شرکت های بیمه ای و شرکت های احتیاطی که تحت ضوابط یکسان فعالیت می کنند، فعالیت می کنند. برخی خدمات خاص خدمات خارج از



سیستم های بیمه ای توسط دولت صورت می گیرد.^(۶)

✓ سازمان و مدیریت بیمه سلامت در آمریکا
در آمریکا کل GDP اختصاص یافته به بخش سلامت ۱۳ درصد است؛ این در حالی است که میزان GDP سرانه ۳۴۶۳۷ دلار آمریکاست. در این کشور سهم بخش دولت از کل مخارج بخش سلامت ۴۴/۳ درصد و سهم بخش خصوصی ۵۵/۷ درصد است. میزان پرداخت از جیب بیماران^۱ که یکی از شاخص های مهم در بخش سلامت است ۱۵/۳ درصد است. در این کشور نزدیک به ۱/۳ منابع بخش سلامت به نظام تامین اجتماعی اختصاص یافته است و از کل مخارج سلامت هر فرد که در حدود ۴۹۹۹ دلار است ۱۹۹۲ دلار بوسیله دولت پرداخت می شود.^(۵)

در این کشور ترکیبی از بخش خصوصی و دولتی فعالیت دارد. دفتر مدیریت مالی مراقبت های بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت و نیروی انسانی ایالات متحده مدیریت مالی مراکز سلامت دولت فدرال را به عهده دارد. مراکز ایالت ها عمدتاً تحت نظر شهرداری ها قرار دارد و مدیریت می شود.

پوشش بیمه ای مدیکیر برنامه دولت فدرال از سال ۱۹۶۵ با توجه به مصوبه قانونی

✓ سازمان و مدیریت بیمه سلامت در آلمان

در آلمان کل GDP اختصاص یافته ۱۶/۶ درصد است و GDP سرانه ۲۶۲۰۵ دلار است. در این کشور سهم بخش دولتی از کل مخارج بخش سلامت ۷۴/۹ درصد است و سهم بخش خصوصی ۲۵/۱ درصد است. میزان پرداخت از جیب بیماران ۴۲/۴ درصد است. در این کشور کل مخارج سلامت هر فرد ۲۸۲۰ دلار است که ۲۱۱۳ دلار از طریق دولت پرداخت می شود.^(۵)

در این کشور، پوشش بیمه ای مکمل، برای افراد اختیاری و از نوع هزینه ای و خدمتی است. این بیمه نامه خدمات مازاد بر تعهد بیمه درمان پایه و یا خدمات تحت پوشش بیمه اجباری با کیفیت بهتر پوشش افراد خارج از شمول بیمه درمان پایه را پوشش می دهد. ۱۰ درصد جامعه تحت پوشش بیمه خصوصی هستند. بیمه نامه های بیمه درمان مکمل بیش از یک نوع بیمه را پوشش می دهند و ممکن است به بهبود تسهیلات، دسترسی سریعتر و حق انتخاب بیشتر ارائه دهنده (خدمات) منجر گردند. VHI به جای مزایای متقابل بیمه ای، مزایای نقدی فراهم می سازد و افراد اختیاری بیمه شده معمولاً مجبور به پرداخت مستقیم به ارائه دهندگان خدمات بوده و متعاقباً توسط سازمان بیمه گر به آنها بازپرداخت می شود. در این کشور سیستم نظارت و ارزیابی بر

☑ سازمان و مدیریت بیمه سلامت در جمهوری اسلامی ایران

میزان GDP اختصاص یافته به بخش سلامت در ایران ۵/۵ درصد و سرانه GDP ۱۵۲۵ دلار می باشد و سهم دولت در پرداخت هزینه های بخش سلامت ۴۶/۳ درصد و سهم بخش خصوصی ۵۳/۷ درصد است که از این میزان ۵۰/۹ درصد در قالب پرداخت از جیب صورت می گیرد. میزان دولت برای هر نفر ۱۱۹ دلار از هزینه های ۲۵۸ دلاری را پرداخت می کند^(۵).

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مسوولیت سلامت کشور را به عهده دارد. این وزارتخانه علاوه بر ارائه خدمات سلامتی، مسوولیت آموزش نیروی متخصص پزشکی را نیز به عهده دارد. وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی از طریق دانشگاههای علوم پزشکی در سراسر کشور فعالیت های خود را انجام دهد. نظارت بر کیفیت خدمات از طرف وزارت بهداشت و درمان بطور اخص در مورد بیمارستان ها وجود دارد و در صورت وجود نکات در سایر فعالیت ها نیز صورت می گیرد.

شورای عالی بیمه همگانی خدمات درمانی نیز در فعالیت های درمانی از طریق سازمان های بیمه ای فعالیت های مهمی را در مورد فعالیت های بیمه ای در کشور به انجام می رساند. لیست داروها و خدمات تحت پوشش هر ساله توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می شود. تعرفه خدمات درمانی با همکاری مشترک سازمان مدیریت و برنامه ریزی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین و در هیات وزیران تصویب می شود و سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان تامین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح فعالیت های بیمه ای را در کشور انجام می دهند. کمیته امداد حضرت امام خمینی، سازمان بهزیستی و بنیادهای متعددی در کشور فعالیت های حمایتی را انجام می دهند. علاوه بر این شرکت های بیمه ای بازرگانی، بانک ها شرکت نفت و شهرداری تهران نیز فعالیت های بیمه ای را برای کارکنان خود

است که ۱۹۵۱ دلار از طریق دولت پرداخت می شود^(۵).

ترکیبی از بخش دولتی و خصوصی در فرانسه فعالیت دارد. بیمه درمان مکمل دولتی برای افراد با بضاعت مالی اندک ارائه می شود (انجمن مزایای دو جانبه). سیستم نظارت و ارزیابی بر سیستم های بیمه ای، دولتی است. تلاش های اخیر تاکید بر پوشش مساوی بیمه درمان مکمل در بین اقشار مختلف دارد. علت رجوع افراد به بخش خصوصی افزایش نرخ باز پرداخت می باشد. تعرفه خدمات در مناطق مختلف، تحت ضوابط خاص متفاوت است دستیابی



میزان GDP اختصاص یافته به بخش سلامت در ایران ۵/۵ درصد و سرانه GDP ۱۵۲۵ دلار می باشد و سهم دولت در پرداخت هزینه های بخش سلامت ۴۶/۳ درصد و سهم بخش خصوصی ۵۳/۷ درصد است

به بیمه ارتباطی با وضعیت سلامت ندارد. پوشش بیمه ای مکمل اختیاری و از نوع هزینه ای است. بیمه درمان مکمل ارائه خدماتی که تحت پوشش بیمه درمان پایه نیست، با تاکید بر کنترل هزینه ها و بدون اختلال در کیفیت هزینه ها را به عهده دارد. ۸۵ درصد مردم بیمه درمان مکمل خصوصی دارند. میزان پوشش هزینه ها بستگی به نوع مراقبت و نوع مرکز درمانی دارد. پرداخت هزینه خدمات از سوی بیمه مکمل به دو صورت پرداخت مستقیم فرانشیز ثابت و پرداخت تفاوت بین قیمت واقعی و تعرفه دولتی خدمات می باشد. استفاده از مزایا مستلزم گذراندن دوره انتظار و چکاپ سلامتی نمی باشد^(۱۱).

لیست انتظار بعلاوه برخی از خدمات طب ملی از سوی بیمه درمان خصوصی ارائه می شود. ضمن اینکه شرکت های خصوصی تابع قوانین دولت می باشند^(۸).

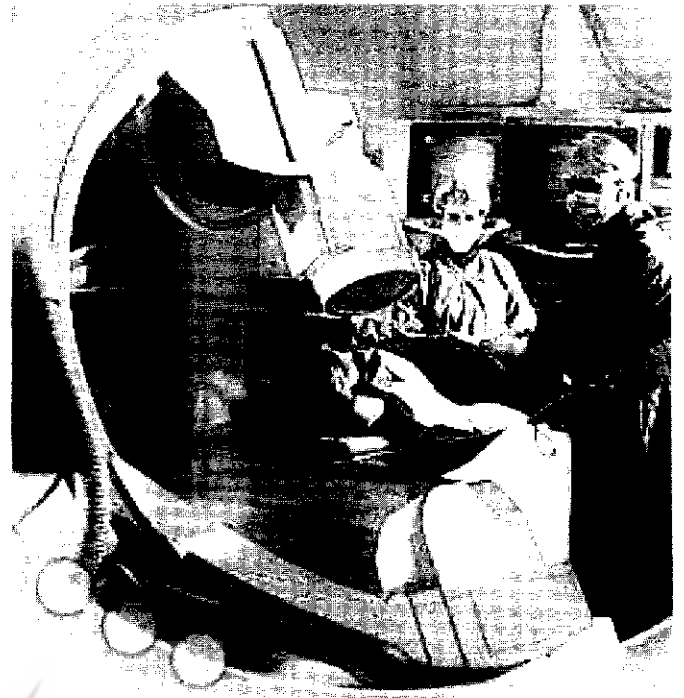
☑ سازمان و مدیریت بیمه سلامت در بلژیک

در بلژیک کل GDP اختصاص یافته ۱۳ درصد و GDP سرانه ۲۷۹۳۲ دلار است. در این کشور سهم بخش دولتی از کل مخارج بخش سلامت ۷۱/۷ درصد و سهم بخش خصوصی ۲۸/۳ درصد می باشد. میزان پرداخت از جیب بیماران ۵۸/۸ درصد است. در این کشور کل مخارج سلامت هر فرد ۲۴۸۱ دلار است که ۱۷۷۸ دلار آن از طریق دولت پرداخت می شود^(۵).

ترکیبی از بخش خصوصی و دولتی در بلژیک فعالیت دارند. بیمه درمان مکمل در خدمات بهداشتی عمدتاً توسط انجمن مزایای دو جانبه و شرکتهای بیمه خصوصی عرضه می گردند. انجمن مزایای دو جانبه به وضوح نقش دو برابری را برآورده می کنند. از یکسو، آنها بیمه درمان پایه انجام داده و از سوی دیگر، برای اعضای خود بیمه درمان مکمل سازماندهی می کنند. اما بخش خصوصی علاوه بر پوشش درمان، سایر خدمات را نیز ارائه می دهد. وظیفه اولیه انجمن مزایای دو جانبه مشارکت در اجرای بیمه پایه است. ایده این انجمن عرضه خدمت با کیفیت بالا است. بیمه درمان خصوصی، جهت رفع محدودیت های بیمه درمان پایه و حفاظت محدود از مشاغل آزاد و ارائه خدمات خاص فعالیت دارد. در این کشور سیستم نظارت و ارزیابی بر سیستم های بیمه ای از طریق دولت صورت می گیرد^(۱۱).

☑ سازمان و مدیریت بیمه سلامت در فرانسه

در کشور فرانسه کل GDP اختصاص یافته ۱۳/۷ درصد است و GDP سرانه ۲۶۸۰۹ دلار است. در این کشور سهم بخش دولتی از کل مخارج بخش سلامت ۷۶ درصد است و سهم بخش خصوصی ۲۴ درصد است. میزان پرداخت از جیب بیماران افراد ۴۲/۶ درصد است. در این کشور کل مخارج سلامت هر فرد ۲۵۷۶ دلار



ارایه می نمایند. از شهریور سال ۱۳۸۱ بدنبال تصویب قانون شرکت های بیمه های خصوصی شرکت های چندی در کشور شروع به فعالیت نموده اند. شرکت های بیمه ای البرز، دانا، ایران و آسیا بیشتر در قالب بیمه های درمانی مکمل فعالیت می کنند.^(۴)

نتیجه بحث و نتیجه گیری :

همانطور که ذکر شد از بین کشورهای بررسی شده جمهوری اسلامی ایران کمترین سهم GDP را به خود اختصاص داده است. این در حالی است این وضعیت چندان مناسب نیست. اگر شاخص سهم دولت در پرداخت هزینه های بخش سلامت در نظر بگیریم ایران کمترین مشارکت را در بین کشورهای ذکر شده دارد، به عبارتی در ایران کمتر از ۴۷ درصد هزینه ها بوسیله دولت و بیش از ۵۱ درصد هزینه ها بوسیله مصرف کنندگان پرداخت می شود. موارد فوق گویای واضحی به لزوم افزایش GDP اختصاص یافته به بخش سلامت در کشور است. در صورتی که از منظر بیمه درمان پایه به این موضوع نگریسته شود؛ کم بودن اعتبارات دولت، میزان مزایای مورد تعهد دولت و به تبع آن بیمه های درمانی کشور که ماهیتی دولتی دارند کاهش یافته و

این موضوع ضمن افزایش پرداخت از جیب بیماران در اقسار نیازمند جامعه مشکلات جدی ایجاد می کند.^(۴)

بطور کلی اصل بیمه بر فرآیند مشارکت استوار است. در دیدگاه مشارکت، هر کس باید در حد توان خود در جهت پیشبرد اهداف از قبل طراحی شده گام بردارد. در صنعت بیمه سلامت و خدمات بهداشتی درمانی هدف فراهم کردن شرایطی برای زندگی با کیفیت بالاتر است. این که از نظر سازمان جهانی بهداشت معیارهای زندگی

کیفی بر میزان سواد، مرگ و میر نوزادان و امید به زندگی قرار گرفته است تلفیقی از مشارکت فرهنگ جامعه در جهت رسیدن به عمر طولانی است. بدیهی است که در این راستا، هر کس به نوبه خود در کشور با توجه به مسئولیت خویش گامی در این جهت بر می دارد. اگر صنعت بیمه و بخصوص بیمه درمان را در راستای همان صنعت سلامت و به عنوان یکی از اجزای تکمیل کننده آن تلقی کنیم، به لزوم تقسیم بندی و به عبارتی بهتر، سطح بندی خدمات به معنای تفکیک سطوح خدمتی از بعد نیاز نه از دیدگاه ارائه کنندگان خدمت، معتقد خواهیم شد.^(۴)

بطور کلی شکاف خدمتی موجود در بیمه های پایه و در واقع شکافهایی که در دستیابی بیمه شدگان به خدمات وجود دارد، این نیاز را به وجود می آورد که بیمه شدگان بعضی از خدمات را از بخش های دیگر تامین کنند و بیمه درمان مکمل به عنوان پلی این شکاف خدمتی را پوشش داده است و این اصل ریشه شکل گیری نظام های بیمه ای مکمل در کشور ها است.^(۴)

در مطالعات تطبیقی بیمه درمان مکمل در هیچ یک از کشور ها به عنوان بیمه درمان جایگزین مطرح نمی شوند، به همین دلیل دخالت بیمه درمان مکمل در ارائه خدمات بیمه درمان پایه هنگامی پذیرفته است که

مسئولیت دولت در ارائه خدمات بیمه درمان پایه به تمام جمعیت (پوشش بیمه درمان اجتماعی) دچار فراموشی نشود.

بر اساس قوانین و مقررات موجود در جمهوری اسلامی ایران، در حال حاضر انجام هرگونه فعالیت خصوصی در بخش بیمه ای و از جمله بیمه های درمان مکمل محدود بوده و هیچ موسسه خصوصی اجازه فعالیت آزاد در این بخش را ندارد؛ موسساتی از قبیل بیمه کمک رسانی نیز، خودارایه خدمات بیمه ای نمی کنند بلکه بعنوان یک واسطه بین شرکت بیمه و افراد اقدام به عضوگیری می کنند و خدمات بیمه در واقع توسط شرکت بیمه ارایه می گردد. این مشکل قانونی در حال حاضر اصلی ترین مانع فعالیت بخش غیردولتی (خصوصی) در زمینه بیمه های درمان و از جمله بیمه های درمان مکمل می باشد.

این درحالی است که، بالابودن هزینه های تشخیصی و درمانی و رشد فزاینده این هزینه ها از یک طرف و تفاوت زیاد موجود بین تعرفه های خدمات پزشکی در دو بخش دولتی و غیردولتی از طرف دیگر، شرایطی را ایجاد کرده که انگیزه اقتصادی در زمینه فعالیت در بخش بیمه های درمان را بسیار کم می کند؛ چرا که اگر افراد تمایلی به استفاده از بیمه های درمان مکمل داشته باشند به دلیل توقع دریافت خدمات با کیفیت بالاتر و همراه با سایر خدمات جنبی، عدم الزام به قرار گرفتن در نوبت و شرایطی از این قبیل می باشد که این گونه خدمات را بیشتر در بخش غیردولتی جستجو می کنند که تعرفه خدمات در این بخش بسیار بالاتر از بخش دولتی می باشد. لذا در صورت وجود گرایش به سمت خصوصی سازی و گسترش فعال بیمه های درمان، پیش نیاز آن از یک طرف وجود بخش خصوصی فعال در ارائه خدمات درمانی با کیفیت بالا و از طرف دیگر ایجاد تعادل منطقی بین مبلغ سرانه حق بیمه درمان با تعرفه های پزشکی واقعی خواهد بود.

با این اوصاف و با توجه به نظر کارشناسان، برگرفته از تکنیک دلفی، موارد زیر در بهبود وضعیت موجود پیشنهاد می گردد :

9-Besley, T., Hall, J. and Preston I. (1999). The demand for private health insurance: do waiting lists matter? Journal of Public Economics, 72, 155-181.

10- Bircher A. J. (2000). Complementary Health Insurance in Belgium. ISSA, Number, 4.

11-Walsh, David (2001), A new stage in word class struggle ,Health insurance , Complementary in France, Working in papers, Institute of finance.

ارایه دهندگان خدمت، سازمان های بیمه ای، نماینده دولت و بر اساس چک لیست های استاندارد شده صورت پذیرد (۴).

منابع:

۱- احمد پور، محمد حسن (۱۳۸۰)؛ مطالعه تطبیقی بیمه های مکمل خدمات درمانی در چند کشور و ارائه الگوی مناسب، سازمان بیمه خدمات درمانی، تهران، ۱۳۸۰.

۲- زارع، حسین (۱۳۸۲)؛ مطالعه تطبیقی روند بیمه همگانی در کشورهای منتخب و ایران و ارائه الگوی مناسب برای ایران. پایان نامه دکترای رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات- تهران.

۳- کریمی، مظفر (۱۳۸۰)؛ جایگاه بیمه خدمات درمانی در نظام جامع تامین اجتماعی، فصلنامه تامین اجتماعی سال سوم، شماره دهم.

۴- وفایی نجار، علی (۱۳۸۳)؛ مطالعه تطبیقی شیوه های تعیین بسته های خدمات بیمه درمان مکمل در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران پایان نامه دکترای رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات- تهران

5- <http://www.who.int/country>

6- Ruben, p. (2004). Health insurance in Germany. Federal Ministry for health. Bonn.

7- Sheryl A. Like & Lucky A. Jenkins (2001) Life & Health insurance, Principles of health insurance, health insurance underwriting & premium , Chapter 21.

8-Boggot, R. (1998). Health and health care in Britain. London: Macmillan Publisher.

① تفکر حاکم بر ارایه بیمه های درمان مکمل بر اساس اختیاری پرکردن شکافهای خدمتی و هزینه های موجود در خدمات بیمه درمان پایه است، لذا لازم است شورای عالی سلامت کشور خدمات بیمه درمان پایه را با توجه به اصول پوشش همگانی جامعه، با در نظر گرفتن منابع موجود در بخش سلامت و توان پرداخت مردم تعریف کند و سپس به تعریف تعیین خدمات بیمه درمان مکمل با اولویت بر بیمه های درمان مکمل خدمتی بپردازد و اجرای آن را به بخش خصوصی واگذار کند.

② توجه به این نکته لازم است که ارایه خدمات بیمه درمانی مکمل به معنی کاهش پوشش خدمتی و هزینه ای بیمه درمان پایه نیست و در این مورد لازم است، ضمن تدوین الگوی مصرف خدمات پزشکی با اولویت اقشار آسیب پذیر، به اصولی از جمله اختیاری بودن خدمات، توانایی پرداخت و قابلیت انتخاب اختیاری خدمات تحت پوشش بیمه های درمان مکمل توجه شود.

③ مطالعات تطبیقی نشان می دهد که نقش دولتها در اکثر کشورها سیاستگذاری، قانونگذاری و نظارت بر نحوه ارایه پوشش های بیمه درمان مکمل است، لذا توصیه به ارایه بیمه درمان مکمل بوسیله بخش دولتی نیست.

④ در ارایه پوشش های بیمه درمان مکمل، اصولی از جمله ایجاد فضای رقابتی جهت ارایه خدمات با کیفیت مطلوب تر و با قیمت مناسبتر، آزادی افراد در انتخاب موسسات بیمه گر، مد نظر قرار گیرد. علاوه بر این برای تربیت مدیران، کارشناسان، تحلیلگران مورد نیاز بخش سلامت با استفاده از فارغ التحصیلان رشته های مدیریت و اقتصاد سلامت در یک فاصله زمانی مناسب برنامه ریزی شود.

⑤ نظارت و ارزیابی باید توسط سازمانهای مستقل محلی (هر شهرستان) با ترکیبی از نماینده مصرف کنندگان و نماینده

نشریه بیمه و توسعه
در پایان هر فصل
منتشر میشود
www.idm.co.ir
تهران
صندوق پستی
۱۵۸۲۵/۸۶۷۸
info@idm.co.ir