

بیمه درمان مکمل در کشور بلژیک



گرد آوری و تالیف : دکتر علی وفایی نجار
 دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی
 استادیار گروه بهداشت و مدیریت
 دانشکده علوم پیراپزشکی و بهداشت
 دانشگاه علوم پزشکی مشهد

۱-۱) مقدمه

امروزه، خدمات و موسسات اجتماعی زیادی بر اساس برنامه های خصوصی محور و اشتغال محور یا برنامه های بیمه ای عرضه می شوند. در امور بیمه ای، "بیمه درمان مکمل" نمونه شاخصی از چنین مواردی است. از آنجاییکه حیطه و سطح بیمه پایه روبه کاهش و نیازها روبه افزایش هستند (برای مثال، در حیطه خدمات بیماری مزمن) مطالعه بیمه درمان مکمل از اهمیت بسزایی برخوردار است.

پوشش خدمات در بیمه درمان مکمل با تنوع زیاد محصولات، فرمولها و ارایه کنندگان مشخص می شود. این مقاله در جستجوی این است که بررسی جامعی از برخی موسسات و خدمات بیمه مکمل در بلژیک و مسایل دخیل در توسعه آتی آنها به عمل بیاورد. مواردی که مطرح می شوند، بین کشورهای اتحادیه اروپا متفاوت هستند، اما در بیشتر آنها مسایل مشترکی مطرح است. به منظور درک حیطه برنامه های بیمه مکمل، اول باید برنامه بیمه درمان پایه

بررسی شود. اهمیت آن بدین لحاظ است که معمولا بیمه درمان پایه نقطه انحرافی برای برنامه های بیمه درمان مکمل محسوب می گردد و موقعیت بیمه درمان مکمل را تعیین می کند. در این مقاله دربخش اول، تحلیلی بر محدودیتهای بیمه درمان پایه داشته و دربخش دوم حیطه برنامه های بیمه درمان مکمل مورد بررسی واقع می گردد.

۱-۲) بیمه درمان پایه

منظور از بیمه درمان پایه شامل بیمه اجتماعی و اجباری است. بنابراین توجه به این نکته مهم است که اهمیت فزاینده بیمه درمان مکمل به امکان پذیر بودن برنامه بیمه درمان پایه بستگی دارد. در این راستا دو سؤال مطرح می شود اول اینکه، تا چه حدی برنامه های بلژیک متناسب با تثبیت سطح موجود است و دوم اینکه، این برنامه ها تا چه حد قادر به ارایه خدمات جدید می باشد. متغیرهای عدیده ای چون پیشرفت پزشکی، رفتار مصرف

کننده وضعیت دموگرافیک از نظر سالمندی جمعیت و منابع مالی خدمات سلامت بر امکان پذیر بودن برنامه بیمه درمان پایه تاثیر دارد.

بیمه درمان پایه در کشور بلژیک را می توان به دو قسمت تفکیک کرد: بیمه خدمات پزشکی و بیمه از کار افتادگی و ناتوانی کاری.

۱-۲-۱) بیمه خدمات پزشکی

الف - پوشش جمعیت

محدوده خدمات پزشکی برای کل جمعیت است. تقریبا همه افراد، به عنوان افراد بیمه شده (کارمندان، مشاغل آزاد، بازنشستگان، دانشجویان) یا وابستگان (مثلا بچه های کارمندان) آنها ذینفع بوده و مزایایی را نیز دریافت می دارند.

عضویت در یک انجمن مزایای دوجانبه برای کسی که می تواند در یک صندوق کمکی سازماندهی شده ایالتی، عضو شود الزامی نیست. اما فرد نیاز دارد که در یکی از آنها عضو شود. شخصی که از عضویت

سرباز زند، توسط قانون در صندوق کمکی عضو می‌شود.

ب- مزایای تحت پوشش

درکل، فرد ذینفع در ازای خدمات پزشکی که دریافت نموده، وجهی را پرداخت می‌کند و مابقی آن توسط انجمن مزایای دوجانبه‌ای که آن فرد برای خدمات پیشگیرانه یا بهبودی بخش در آن عضو می‌گردد، براساس ارایه مدارک پزشکی بازپرداخت می‌شود. خدمات و داروهای بازپرداخت شده با آیین‌نامه تعیین می‌گردند. بازپرداخت از انجمن مزایای دوجانبه که فرد ذینفع در آن عضو می‌شود، صورت می‌گیرد. در این خصوص این امر منطقی است که برای درمانهای مهم و گران قیمت پزشکی به توافق قبلی پزشک مشاور انجمنهای مزایای دوجانبه نیاز است. هزینه خدمات پزشکی گران قیمت (نظیر خدمات بیمارستانی) مستقیماً توسط انجمن مزایای دوجانبه به ارایه دهنده خدمات پرداخت می‌گردد.

پ- محدودیتها

محدودیتهای برنامه بیمه درمان پایه در چندین سطح قرار می‌گیرد:

- افراد با مشاغل آزاد؛

بیمه اجباری برای مشاغل آزاد فقط خطرات عمده‌ای چون خدمات بیمارستانی، جراحی‌های بزرگ، زایمان، دیالیز و خدمات تخصصی را پوشش می‌دهد و خطرات جزئی نظیر ویزیت‌های پزشکان، خدمات دندانپزشکی و جراحیهای کوچک پوشش داده نمی‌شوند.

- مشارکت فرد در هزینه‌های پزشکی؛

از آنجایی که بیشتر درمانها کاملاً توسط انجمن‌های مزایای دوجانبه بازپرداخت نمی‌شوند، مشارکت فردی لازم است که معمولاً از یک درمان تا دیگری متفاوت است. این بخش از هزینه پزشکی، که هر فردی (کارمند، شغل آزاد یا خدمتگزار دولت) مجبوره پرداخت است؛ از مصرف بیش از حد جلوگیری کرده و بدین منظور است که

افراد را متعهدتر سازد. افزایش کلی هزینه‌های خدمات منجر به وارد آمدن فشارهای زیاد و همچنین افزایش مشارکت افراد در هزینه‌های پزشکی شده است. طبیعتاً نتیجه از این تغییرات^۲، افزایش تقاضا برای بیمه درمان مکمل است (برای مثال پوشش بستری). این برنامه‌ها هزینه‌های فردی را کاهش می‌دهند.

این روند چشم اندازهای خوبی برای شرکت‌های بیمه خصوصی ارزانی می‌دارد. به دلیل انتخاب ریسکی که آنها می‌توانند اعمال کنند، گرایش به سوی بیمه درمان مکمل گران قیمت‌تر درخصوص در دسترس بودن خدمات مکمل بیشتر است.

- نوع خدمات تحت پوشش؛

در برنامه بیمه درمان پایه کلیه هزینه‌ها بازپرداخت نمی‌شوند. از سویی دیگر، کلیه درمانها و خدمات پزشکی در برنامه‌های درمان و داروهای قابل بازپرداخت ادغام نمی‌گردند، به این معنا که بیماران مجبورند که خودشان کل هزینه‌ها را متحمل شوند. این درحالی است که پزشکان می‌توانند آزادانه دستمزدهای خود را برای درمانهایی که در فهرست نیستند تعیین کنند (برای مثال برخی اشکال طب سوزنی هومیوپاتی و کائروپراکتیک). کلیه این هزینه‌های غیر بازپرداختی می‌توانند با بیمه مکمل ارایه شده توسط بیمه گران خصوصی و انجمن‌های مزایای دوجانبه تحت پوشش قرار گیرند.

۲-۲-۱) بیمه از کار افتادگی و ناتوانی

کاری

بیمه از کار افتادگی و ناتوانی کاری، از دست دادن کار (بیکاری) ناشی از یک تصادف یا بیماری است (بعبارت دیگر مواردی است که در طول یا به عنوان نتیجه‌ای از فعالیت شغلی رخ نمی‌دهد). این بیمه اجباری برای آنهایی که نمی‌توانند در درازمدت درحد یک فعالیت حرفه‌ای درآمد کسب کنند،

درآمد جایگزینی فراهم می‌کند. بیشتر کارمندان و افراد با مشاغل آزاد قانوناً پوشش داده می‌شوند.^۳

الف- کارمندان

برای شناخته شدن به عنوان ازکار افتاده، کارمندان باید از کلیه فعالیتها به دلیل بیماری یا آسیب دست برداشته و ظرفیت کاری آنان باید حداقل ۶۶٪ کاهش یافته باشد. برای ۶ ماه اول از کارافتادگی بیکاری در ارتباط با کاری که فرد مجبور به انجام آن است ارزشیابی می‌شود. استاندارد، شغل خود فرد است. پس از آن استاندارد سخت‌تر شده و ارزشیابی مبتنی بر یک فرد قابل مقایسه دارنده همان گروه کاری و همان آموزش است. این بدان معناست که مقدار از دست دادن کار در ارتباط با کلیه مشاغلی که فرد قابل مقایسه می‌تواند انجام دهد، بررسی خواهد شد.

ب- (حفاظت محدود برای) افراد با مشاغل آزاد

وضعیت‌های واجد شرایط برای افراد با مشاغل آزاد بر ۳ قسم هستند. اول، آنها باید از کلیه تکالیف مرتبط با شغل آزاد که قبل از کارافتادگی انجام می‌دادند، صرف‌نظر کنند. دوم، جلوگیری از انجام هرگونه فعالیت در مشاغل آزاد، خواه فرد شغل آزاد داشته یا یک کارمند یا خدمتگزار دولت باشد. در آخر، باید دلیل برای صرف‌نظر از فعالیت آسیب دیده یا بیماری داشته باشد.

این طرح برای فرد با شغل آزاد بخشودگیهای نسبتاً کمی فراهم می‌کند. مزایایی به شکل یک دوره انتظار ۳ ماهه وجود دارد که هیچ مزایایی دریافت نمی‌شود. برای پیگیری این مشکلات بیمه‌های خصوصی بیمه (مکمل) ارایه می‌دهند که درآمد را برای زمانی که بیکاری (از دست دادن کار) پیش می‌آید، تضمین می‌کند. این بیمه عمدتاً توسط اشخاص با مشاغل آزاد تقبل می‌شود تا کارمندان.

۱-۳) ارایه کنندگان بیمه درمان مکمل و محصولات آنان

در بلژیک ارایه کنندگان مختلفی در بازار بیمه درمان مکمل نقایص برنامه بیمه درمان پایه را رفع می‌کنند. در برخی از حیطه‌ها آنها نمی‌توانند شکافها را پر کنند اما بطور کلی محصولات جدیدی عرضه می‌کنند.

عموما، بیمه درمان مکمل می‌تواند به عنوان تکنیکی برای پوشش خدمات تعریف شود که با ارایه ارزش اقتصادی توسط یک موسسه یا از جانب فرد درگیر در فرایند خدمت شناخته می‌شود. این پوشش درصدد تکمیل نمودن پوشش اولیه فراهم شده توسط بیمه درمان پایه می‌باشد. بررسی کلی محصولات بیمه درمان مکمل اول از همه به شناخت کلیاتی از ارایه دهندگان این خدمت نیاز دارد.

۱-۴) ارایه کنندگان و ارتباطات دوسویه آنان

واژه ارایه کننده هر موقعیتی را که در آن خدماتی معین پوشش داده می‌شود، مورد تاکید قرار می‌دهد. در بلژیک چندین عرضه کننده بیمه درمان مکمل وجود دارند؛ انجمنهای مزایای دو جانبه، شرکتهای بیمه خصوصی، صندوقهای بازنشستگی، صندوقهای آینده‌نگر، صندوقهای رفاه حرفه‌ای، بانکها و سازمانهای خصوصی. بیمه درمان مکمل در خدمات سلامت عمدتاً توسط انجمنهای مزایای دوجانبه و شرکتهای بیمه خصوصی عرضه می‌گردند. بنابراین تحلیل ما مبتنی بر این دو (عرضه کننده مجموعه‌ای از بیمه تکمیلی خدمات سلامت) است.

۱-۵) انجمن مزایای دو جانبه

انجمنهای مزایای دوجانبه نهادهایی برای توسعه رفاه فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی

هستند که با آینده نگری، کمکهای دوسویه و یکپارچگی بین اعضا بدانها دستیابی حاصل می‌شود. اعضا آنهایی هستند که سهم‌هایی را پرداخته و کلیه افراد وابسته به آنها را شامل می‌شوند. تامین مالی انجمنها در اصل مشتمل بر مشارکتهای اعضا در بیمه درمان پایه و سوبسیدها می‌باشد. وظیفه اولیه انجمنهای مزایای دوجانبه مشارکت در اجرای بیمه اجباری خدمات پزشکی و بیمه ازکار افتادگی و معلولیت است. این نقش انجمنهای مزایای دوجانبه را در بیمه درمان پایه بلژیک بسیار مهم می‌سازد.^۵

جهت اعتبار، انجمنهای مزایای دوجانبه باید حداقل یک خدمت بیمه ای درمان مکمل را ارایه دهند. این امر به آنان اجازه می‌دهد تا انتظار نیازهای جدید و تا حدی تامین خدمات اجتماعی را داشته باشند. ایده این خدمات اجتماعی (که می‌توانند مالی یا تجهیزاتی باشند) عرضه خدمات سلامت با کیفیت بالا به کلیه اعضا بوده، بطوریکه در حد استطاعت آنان باشد؛ مثالهای بارزی از این خدمات، کمک پرستاری در منزل، کمک خانه و سالمندی و خدمات به بیمار است.

انجمن های مزایای دوجانبه به وضوح نقش دو برابری را برآورده می‌کنند. از یکسو، آنها بیمه درمان پایه ارایه داده و از سوی دیگر، برای اعضای خود بیمه درمان مکمل سازماندهی می‌کنند. قانونگذار برای بیمه درمان پایه به طور شفاف آنها را تعریف کرده است. آنها برای سازماندهی بیمه درمان مکمل آزاد بوده و می‌توانند آزادانه کیفیت را تعیین کنند.

۱-۶) تفاوتها

اگرچه تشابه زیادی بین محصولات خدمات شرکتهای بیمه خصوصی و انجمنهای مزایای دوجانبه وجود دارد برخی تفاوتهای زیربنایی هم وجود دارند. اولین و مهمترین عدم تشابه هدف کلی آنان است. ساختار و عملیات انجمنهای

مزایای دوجانبه مبتنی بر یکپارچگی، کمک دوجانبه و آینده‌نگری است. شرکتهای بیمه خصوصی در جستجوی منفعت بوده و برای کار در یک بازار آزاد اقتصادی هماهنگ شده‌اند. این تفاوت از طریق حق بیمه‌های آنها و سیستمهای پایش آنان منعکس می‌شود. در سطح ثوریک، می‌توان ادعا کرد که انجمنهای مزایای دوجانبه برای پیشرفت جامعه از طریق یکپارچگی در تلاشند؛ درحالیکه بیمه‌گران خصوصی برای پیشرفت خودشان تلاش می‌کنند.

یک تفاوت مهم دیگر بین بیمه‌گران خصوصی و انجمن‌های مزایای دوجانبه این است که این انجمن‌ها می‌توانند فقط مزایای اجتماعی مکمل را تا حدی فراهم آورند که عملکرد انجمن مزایای دوجانبه آن را مجاز می‌داند. اگرچه، بیمه‌گران خصوصی می‌توانند محصولات دیگری را به جای آنهایی عرضه کنند که مستقیماً به سلامتی مرتبط می‌شوند (مثلاً، پوشش وسایط نقلیه موتوری در بیمه امداد سفر).

شکی نیست که انجمنهای مزایای دوجانبه در بیمه درمان مکمل موقعیت ممتازی دارند. اما حیطه وسیع عملکرد این انجمن‌ها (ارتقای رفاه فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی) شکایات را از شرکتهای بیمه خصوصی بالا برده است. نتایج (دادرسی) حاکی از آن بود که فعالیتهای انجمنهای مزایای دوجانبه از شرکتهای بیمه خصوصی متفاوت هستند؛ اول به دلیل مشخصات زیردستان در تامین بیمه درمان مکمل و دوم به دلیل الزام انجمنهای مزایای دوجانبه در سازماندهی این فعالیتهای براساس یکپارچگی و همسانی).

۱-۷) بیمه درمان مکمل

بیمه درمان مکمل همواره اختیاری است. این برعکس بیمه درمان پایه است، که در آن پوشش اجباری بوده و هرکسی بطور اجتناب ناپذیری توسط قانون تحت پوشش قرار می‌گیرد. اگرچه هیچیک از برنامه‌های

۹-۱) انجمنهای مزایای دوجانبه و بیمه انتخابی

وقتی که انجمنهای مزایای دوجانبه، برنامه بیمه‌ای با عضویت اختیاری عرضه می‌کنند، گفته می‌شود که انتخابی است. برای برنامه‌های بیمه درمان مکمل انتخابی، که با عضویت اختیاری مشخص می‌شود، هر عضوی از انجمن مزایای دوجانبه می‌تواند آزادانه تصمیم بگیرد که بیمه بشود یا خیر. این امر بطور اتوماتیک به مخالفت با انتخاب و مشارکتهای پرسنلی بیشتری منجر می‌گردد. تامین مالی به عهده فرد است. بدیهی است که انتخاب ریسک برای برنامه‌های بیمه درمان مکمل انتخابی مقدور است. نمونه شاخص این شکل بیمه ای، بیمه بستری انتخابی است (که علاوه بر بیمه بستری یکپارچه محور عرضه شده توسط برخی انجمنهای مزایای دوجانبه است).

۱۰-۱) معیارهای بیمه خصوصی

شرکتهای بیمه خصوصی، بیمه درمان مکمل یکپارچه محور ارائه نمی‌کنند. برنامه‌های آنان خودکار بوده و بطور فردی تامین مالی می‌شود.

۱-۱۰-۱) انتخاب ریسک

شرکتهای بیمه خصوصی مخصوصا برای تعیین پوشش‌ها و حق بیمه‌ها انتخاب ریسک اعمال می‌کنند. عواملی چون سن، جنس، سلامتی، تاریخچه پزشکی و موقعیت خانوادگی مورد توجه قرار داده می‌شوند. نتیجه انتخاب ریسک در بیمه درمان مکمل می‌تواند توسط بیمه‌گر خصوصی کامل حذف شود.

برای انجمنهای مزایای دوجانبه، قانونگذار حذف اعضا را از برنامه‌های بیمه درمان مکمل یکپارچه محور براساس سن یا سلامتی غیرقانونی ساخته است. اگرچه، آنها می‌توانند بر همان اساس دسترسی به برنامه‌های انتخابی داشته باشند. بنابراین اشتباه است که گفته شود انجمنهای مزایای دوجانبه هرگز نمی‌توانند انتخاب ریسک اعمال کنند. یک نمونه نپذیرفتن پوشش افراد با مشاغل آزاد بالای ۵۰ سال برای بیمه انتخابی پوشش دهنده خدمات عمده است. مثال دیگر، حذف اعضای مسن سال تر از بیمه بستری است: براساس جامعه، محدوده سنی از ۶۹-۵۴ سال متغیر است.

جدول شماره ۱: مقایسه خصوصیات انجمن مزایای دوجانبه و شرکت‌های بیمه خصوصی:

انجمنهای مزایای دوجانبه	شرکتهای بیمه دولتی	شرکتهای بیمه خصوصی
یکپارچگی	انتخابی	اختیاری
عضویت اجباری	عضویت اختیاری	عضویت اختیاری
تامین مالی یکپارچه محور	تامین مالی فردی	تامین مالی فردی
عدم انتخاب ریسک	امکان انتخاب ریسک	امکان انتخاب ریسک

بیمه درمان مکمل براساس اختیاری بودن سازماندهی نمی‌شوند اما بیمه درمان مکمل عمدتا می‌تواند براساس يك عضویت اجباری یا اختیاری طبقه بندی شود.

۸-۱) انجمنهای مزایای دوجانبه و برنامه‌های بیمه مبتنی بر یکپارچگی

در مواردی که عضویت اجباری است، برنامه بیمه درمان مکمل ارائه شده توسط انجمن مزایای دوجانبه مبتنی بر یکپارچگی است. بنابراین هر عضویتی در انجمن مزایای دوجانبه مستلزم پذیرش اتوماتیک برنامه‌های اجتماعی تکمیلی یکپارچه محور است. اعضا مجبور به انتخاب نبوده و نسبت به نشان دادن یکپارچگی به همه اعضای دیگر آن انجمن خاص متعهد می‌شوند. ایده کلی چنین بیمه ای (همانطور که از نامش پیداست) یکپارچگی و همکاری دوجانبه است. هر شخصی که می‌خواهد عضو باشد باید (براساس یکپارچگی) تمام بیمه درمان مکمل اجباری ارائه شده توسط انجمن مزایای دوجانبه خود را بپذیرد. همه انجمنها همان بیمه یکپارچه محور را ارائه نمی‌دهند. آنها آزادی سازماندهی داشته و می‌توانند اعضای خود را با هر نوعی که مطلوبتر می‌پندارند، آماده‌کنند.

يك نمونه، بیمه ای است که "خدمات پزشکی خارج از کشور" نامیده می‌شود. همه انجمنهای مزایای دوجانبه چنین برنامه ای را به اعضایشان عرضه می‌کنند. بیمه امداد و خدمات پزشکی، خدمات ضروری برای کلیه اعضای فراهم می‌آورد که بطور غیرمنتظره بیمار شده یا در طی تفریح یا اسکان موقت درجایی دیگر دچار حادثه می‌شوند.^۷



ارایه دهندگان مختلف، عرضه کننده طیف وسیعی از خدمات بیمه‌ای هستند. از آنجاییکه آنها برای ارائه هر نوع خدمت بیمه (مکمل) آزاد هستند، انجمن مزایای دوجانبه یا شرکت خصوصی همه محصولات را عرضه نمی‌کنند. محدوده خدمات به طور قابل توجهی نه فقط بین انجمن مزایای دوجانبه تا شرکت خصوصی، بلکه بین انجمنهای مختلف مزایای دوجانبه نیز متفاوت است.

الف- خدمات پزشکی

محدودیت‌های چندی در بیمه درمان پایه در بخش اول مقاله مشهود بودند. بسیاری از اینها می‌توانند در بیمه درمان مکمل گنجانده شوند.

ب- محدودیت‌های افراد با مشاغل آزاد همه انجمنهای مزایای دوجانبه و شرکتهای بیمه خصوصی، مشاغل آزاد را در برابر ریسک‌های جزئی بیمه می‌کنند. در واقع انجمن مزایای دوجانبه برای این گروه امکان بیمه درمان مکمل را برای ریسک‌های جزئی فراهم می‌کند که می‌تواند توسط هر فردی با شغل آزاد تقبل شود. یک فرد دارای شغل آزاد که جدیداً در انجمن مزایای دوجانبه عضو شده، باید مدرکی مبنی بر سلامت مطلوب ارائه دهد. از آنجاییکه بیمه انتخابی است، انجمنها حق دارند عضویت را نپذیرند ضمن اینکه اکثر آنها عضویت افراد بالای ۵۰ سال را نمی‌پذیرند. با عضویت، به فرد با شغل آزاد برای ریسک‌های جزئی، همانند یک کارمند بازپرداخت می‌شود. به علاوه، انجمنهای مزایای دوجانبه با عضویت یک فرد با شغل آزاد قانوناً نسبت به ارائه خدمات یکسان ملزم می‌شوند. بالعکس، شرکتهای بیمه خصوصی تحت چنین الزامی نیستند. آنها می‌توانند انتخاب کنند که چه ریسکی را پوشش دهند. آنها می‌توانند پوشش را نیز گسترش دهند (و برای مثال) برای طب

انجمنهای مزایای دوجانبه بازپرداخت می‌شوند توسط بیمه گر خصوصی تا ۸۰٪ بازپرداخت می‌شوند.

سوزنی بازپرداخت اعمال کنند؛ اگرچه این خدمت توسط انجمن مزایای دوجانبه بازپرداخت نمی‌گردد.

درواقع در بلژیک شرکتهای بیمه خصوصی بسیار کمی هستند که افراد با مشاغل آزاد را برای ریسک‌های جزئی بیمه می‌کنند. یکی از دلایل اصلی برای شرکت خصوصی آن است که برای افراد دارای مشاغل آزاد بالای ۵۰ سال خواهان عضویت، دسترسی محدود به انجمنهای مزایای دوجانبه وجود دارد. این یکی از موقعیتهای نادری است که در آن یک شرکت بیمه خصوصی نقص ایجاد شده توسط معیار انتخاب (محدود) انجمن مزایای دوجانبه را رفع می‌کند.

۱۱-۱) مشارکتهای فردی در هزینه های پزشکی هزینه های بالای پزشکی که در بیشتر موارد بطور نسبی توسط بیمار پرداخت می‌گردند (به اصطلاح مشارکت شخصی) می‌توانند از طریق بیمه بستری یا بیمه خدمات بستری بیمه شوند. بیمه بستری بیشتر به نیازهای روبه رشد جمعیت پاسخ می‌دهد. هزینه‌های بستری می‌توانند خیلی بالا باشند و مشارکت افراد در این هزینه ها در حال افزایش است. تعجبی ندارد، بیش از ۵۰ انجمن مزایای دوجانبه ارایه دهنده حیطه وسیعی از بیمه بستری تکمیلی وجود دارد. کلیه برنامه‌های بیمه‌ای انجمنهای مزایای دوجانبه و شرکتهای بیمه خصوصی کمابیش با یک دوره انتظار برای دریافت مزایا مشخص می‌شوند، به استثنای ریسک‌های اصلی و فروش تضمین شده، محدوده سنی برای دسترسی به بیمه بستری در انجمنهای مزایای دوجانبه بین ۶۹-۵۴ سال قرار می‌گیرد. این نمونه دیگری از انتخاب ریسک مورد تأیید انجمن‌هاست.

در خصوص سنوالم مربوط با بهترین پوشش پاسخ مشخصی وجود ندارد. هم شرکتهای بیمه خصوصی و هم انجمنهای مزایای دوجانبه مزایا و معایبی دارند. در شرکتهای بیمه خصوصی حق بیمه‌ها بیشتر بوده اما باز پرداخت آنها برای برخی محصولات بیشتری باشد. برای مثال امور معماری توسط انجمنهای مزایای دوجانبه بازپرداخت نمی‌شوند؛ در حالیکه شرکت بیمه خصوصی خاصی وجود دارد که این کار را در حد ۸۰٪ انجام می‌دهد. از سویی دیگر، برخی از داروهایی که کاملاً توسط

۱۲-۱) محدوده خدمات بازپرداخت شده تحت پوشش قانونی

بیمه درمان پایه کلیه هزینه‌های پزشکی را بازپرداخت نمی‌کند. برای رفع فاصله، طیف وسیعی از برنامه های بیمه درمان مکمل یکپارچه محوری وجود دارند، که با توجه به هزینه های پزشکی از يك انجمن مزایای دوجانبه تا دیگری تفاوت فاحشی دارند. اینها شامل بازپرداخت هزینه پزشکی، گفتاردرمانی، تجهیزات، بیماران دیابتی، دندانپزشکی، بازتوانی، قابهای عینک و داروهای هوموپاتیك توسط شرکتهای بیمه خصوصی می‌باشند.

شرکتهای بیمه خصوصی ازایه دهنده بیمه خدمات پزشکی تکمیلی با بازپرداخت هزینه‌هایی که (عمدتا) توسط انجمنهای مزایای دوجانبه بازپرداخت نمی‌شوند، سعی در پرکردن فاصله ها نیز دارند. يك نمونه بارز بازپرداخت ۸۰٪ هزینه ها از گروه فهرست شده داروها توسط برخی شرکتهای بیمه‌ای است که در برنامه قانونی توسط انجمنهای مزایای دوجانبه قابل بازپرداخت نیستند.

۱۳-۱) بیکاری ناشی از معلولیت یا ازکارافتادگی

يك برنامه بیمه درمان مکمل پوشش دهنده بیکارانی است که در صورت بیکاری کامل یا نسبی ناشی از ازکارافتادگی موقت یا دائم در جستجوی تضمین درآمد جایگزین هستند. مخصوصا کارگران با مشاغل آزاد، به این نوع محصول بیمه ای تمایل دارند به این دلیل که بیمه درمان پایه فقط بخشودگیهای قیمت ثابت را برای آنان فراهم می آورد و این تنها پس از يك دوره انتظار میسر است.

۱۴-۱) انجمن مزایای دوجانبه

پوشش بیمه درمان پایه ناکافی برای مشاغل

است که به این واقعیت مرتبط می‌شود که بخشودگیهای قانونی اغلب برای پرداخت بیمه عمر کافی نیستند.

۱۶-۱) تفاوت‌های بین انجمنهای مزایای دوجانبه و بیمه گران خصوصی

تفاوت‌هایی بین محصولات انجمنهای مزایای دوجانبه و بیمه گران خصوصی وجود دارند. موقعیتهایی که نیاز دارند به منظور دریافت بخشودگی برآورده شوند، بطورمعناداری بین این دو گروه متفاوتند.

بطورکلی، دوره انتظار جهت دریافت مزایا با قوانین انجمنهای مزایای دوجانبه تعیین می‌گردند. اگرچه شرکتهای بیمه خصوصی موقعیتهای این دوره را فردی تعیین می‌کنند و بندرت در موقعیتهای عمومی بیمه‌نامه تعیین می‌گردند.

بخشودگی روزانه اهداشده توسط انجمنهای مزایای دوجانبه هرگز درآمد محور نیستند. این امر به موقعیتی منجر می‌گردد که در آن درآمد بالاتر با بیکاری بیشتری همراه خواهد بود. شرکتهای بیمه خصوصی عموما برای بیکاری ناشی از ازکارافتادگی پرداخت دارند؛ اگرچه، این پرداخت معمولا از حقوق خالص فرد بیمه شده فراتر نمی‌رود. آن دسته از افراد با حقوقهای بالا ضرورتا از يك فقدان درآمد با بیمه خصوصی رنج نخواهند برد.

انجمنهای مزایای دوجانبه فقط وقتی پرداخت دارند که ظرفیت کاری مطابق با تمهیدات قابل کاربری در برنامه بیمه اجباری کاهش یافته باشد. این استدلال بدان معناست که يك فرد بیمه شده وقتی که قادر به کار کردن نیست یا وقتی که بیکاری نسبی است، نمی‌تواند مزایایی را تا حدی کمتر از آنچه که قانونا نیاز دارد، ادعا کند. شرکتهای بیمه خصوصی مجبور به توجه به این محدودیتها نبوده و می‌توانند حتی ازکارافتادگی نسبی را بیمه کنند.

آزاد نقصی است که انجمنهای مزایای دوجانبه بیشتر با تامین بخشودگیهای روزانه ازکارافتادگی سعی در رفع آنها دارند.

آنها عموما براساس یکپارچگی با حداکثر يك دوره ۳ ماهه این نوع بیمه را عرضه می‌کنند. این بدان معناست که فرد بیمه شده با شغل آزاد برای آن دوره يك بخشودگی روزانه دریافت می‌دارد. وضعیتهای مشابه آنهایی هستند که بیمه درمان پایه برای این گروه از کارگران پیش‌بینی می‌کند. در نتیجه این همبستگی، فرد با شغل آزاد برای ۳ ماه اول براساس بیمه درمان مکمل و متعاقب آن براساس بیمه درمان پایه بخشودگیهایی را دریافت می‌دارد.

اگرچه، باید توجه داشت که بخشودگیها بطور قابل توجهی از يك انجمن مزایای دوجانبه تا دیگری متفاوتند. برخی انجمنها بخشودگیها را برای افراد با مشاغل آزاد در بیمه انتخابی ریسک جزئی مشروط می‌کنند. این بدان معناست که فرد به منظور بیمه شدن برای بخشودگیهای روزانه سازماندهی شده برپایه یکپارچگی برای تمام عضوشدگان، اول مجبور به تقبل دومی است. چندین علت برای حذف وجود دارند (مثلا وقتی که ازکارافتادگی ناشی از سالخوردگی یا اقدام به خودکشی باشد).

۱۵-۱) بیمه درمان خصوصی در عمل

شرکتهای بیمه خصوصی غالبا برای "بیکاران" همراه با بیمه عمر یا درچارچوب به اصطلاح بیمه درمان مکمل، خدمات ارابه می‌دهند. گروه هدف مشتمل برکلیه ازکارافتادگان با معلولینی است که نباید فقدان مالی جدی را بیان کنند. درکل، یعنی افراد با مشاغل آزاد، شرکای زندگی فاقد درآمد، یا افرادی که کسی را برای پرداخت مالی ندارند. طبیعتا شرکتهای بیمه خصوصی فقط اشخاص با مشاغل کم ریسک را بیمه می‌کنند. واقعیت این است که بیمه "بیکاری" اغلب جزئی از بیمه عمر

۱۷-۱) افراد تحت پوشش بیمه درمان مکمل

از آنجایی که، برای بیمه درمان پایه، عضویت هم در يك انجمن مزایای دوجانبه و هم صندوق کمکی اجباری است، کل جمعیت برای خدمات سلامت پوشش داده می شوند. پوشش قانونی فراهم شده توسط انجمنهای مزایای دوجانبه از قرار معلوم برای همگان صد درصد یکسان است. این تصویر را برای بیمه درمان مکمل پیچیده تر می کند.

۱۸-۱) بیمه درمان مکمل یکپارچه محور

۵ اتحادیه از انجمنهای مزایای دوجانبه وجود دارند. هر اتحادیه متشکل از انجمنهای مجزایی هستند. در حدود ۱۵۰ انجمن وجود دارند که می توانند همگی مستقلانه برای "عرضه" برنامه های بیمه یکپارچه محور تصمیم بگیرند. این امر در سراسر کشور به حیطه وسیعی از چنین برنامه هایی منجر می گردد. اگرچه انجمنهای مزایای دوجانبه ای وجود دارند که برنامه های یکپارچه محور عرضه نمی کنند. از آن جایی که عضویت اجباری است، بدیهی است که بخش بزرگی از جمعیت با برنامه یکپارچه محور پوشش داده شود. با وجود مجموعه ای از انجمنهای مزایای دوجانبه و چنین برنامه هایی گفتن اینکه چگونه بسیاری از مردم برای ریسک پوشش داده می شوند، بسیار مشکل است.

این تفاوتها در انواع بیمه درمان مکمل، اهمیت عضویت در يك انجمن مزایای دوجانبه را نشان می دهند. گفتن اینکه عضویت به مزایا، خدمات و پوشش فراهم شده مرتبط نیست اشتباه است. اگرچه پوشش قانونی همیشه یکسان است، پوشش تکمیلی می تواند قویا متفاوت باشد. عبارتی دیگر فقط يك تفاوت در محدوده برنامه های بیمه درمان مکمل وجود دارد.

انجمنهای مزایای دوجانبه تمام انواع پاداشها و خدمات را برای اعضای فراهم می آورند که نمی توانند به عنوان بیمه درمان مکمل تعریف شوند. این خدمات در بعدی وسیع، نمونه ای از برنامه پس انداز ازدواج، سهام ازدواج، تولد و سایر مواردی هستند که می توانند بین جوامع مختلف بسیار متفاوت باشند."

۱۹-۱) چالشهای سیاسی در بیمه درمان مکمل

چقدر بیمه درمان مکمل می تواند در پذیرش مالی و اجتماعی خدمات بهداشتی نقش داشته باشد؟ تا چه وسعتی می تواند نقایص برنامه بیمه درمان پایه را رفع کند؟ آیا میتواند راه حلهایی برای خطرات بهداشتی جدیدی در نظر بگیرد که در حال حاضر به طور نامناسبی حفاظت می شوند؟ يك پاسخ مثبت به این سئوالات ممکن است تدوین حداقل ضمانتها برای بیمه اجتماعی باشد. این ضمانتها همواره مشهود نیستند، به این دلیل که مشکلات بیمه درمان مکمل و بیمه اجتماعی کلی هستند. مشکلات متنوع سازی شاخه ها، حرکت و مشکلات "خدمات مدیریت شده" را در بین سایر موارد تحت الشعاع قرار می دهند. چالش سیاسی اخیر به ریسک وابستگی و بیمه خدمات سالمندی توجه دارد.

نتیجه گیری

پوشش ها و بخشودگیهای فراهم شده توسط بیمه درمان پایه محدود هستند. با وارد آمدن فشارهای مالی زیاد بر سیستم برای افزایش بخشودگیها یا گسترش پوشش شانسهای معدودی وجود دارند. راه حل دیگر برای این عدم پوشش، می تواند توسط برنامه های بیمه درمان مکمل پیشنهاد شود. آنها با گسترش پوشش و بخشودگیها در خدمات پزشکی و از کارافتادگی و برنامه های معلولیت سعی بر

رفع نقایص دارند.

اشکال مختلفی از بیمه درمان مکمل وجود دارند. علاوه بر بیمه اختیاری، انجمنهای مزایای دوجانبه بیمه یکپارچه محوری را فراهم می سازند که کلیه افراد را پوشش می دهد. این شکل از یکپارچگی موفقیتهای بسیار خوبی به دنبال دارد که در آن یکپارچگی را در جامعه حفظ می کند، اما جایی که مشکلات مالی زیاد وجود دارند، بیمه گران خصوصی نمی توانند این نوع از یکپارچگی را فراهم آورند.

تعداد افراد تحت پوشش بیمه درمان مکمل در حال افزایش است. در طول زمان این برنامه ها جزئی از تامین اجتماعی شده اند که نمی توان از آن غافل شد. آنها جز کلیدی برای سیاست گزارانی محسوب می شوند که نیاز دارند چگونگی سازگاری تامین اجتماعی با تقاضاهای جدید را تعیین نمایند. مثالی از این روند بیمه خدمات سالمندی است، در حالی که افراد وابسته نیاز دارند که به منظور اجتناب از مشکلات مالی به طور خصوصی بیمه شوند. این امر می تواند در جامعه بین ثروتمندان و فقرا دوگانگی ایجاد کند که از نظر سیاسی غیرقابل پذیرش است.

اگرچه بیمه درمان مکمل می تواند راه حل هایی برای عدم پوشش ارائه دهد، اما نقطه ضعفهای چندی وجود دارند. در هر حال بدون يك ارزشیابی مستمر از خصوصیت اجتماعی بیمه مکمل، همان مشکلات عمده ممکن است بروز کنند؛ کمترین آنها ریسک عمده ای از نظر عدم دسترسی برای افراد مستمند است. در جوی از رقابت بین ارائه کنندگان در حالی که متنوع سازی شاخه ها و خدمات مدیریت



پزشکان، فیزیوتراپی، خدمات دندانپزشکی، زایمان، عینک و داروها می‌باشد. یک برنامه وسیع و مفصل با توصیفاتی از کلیه درمانهای پزشکی و باز پرداخت در دسترس وجود دارد. ۳. در سال ۱۹۹۳ مشارکت فردی افزایش کلانی داشت. به منظور تضمین دسترسی مالی به خدمات بهداشتی، یک ماکزیمم سالانه برای چنین مشارکتهایی منظور شد. ۴. یک وضعیت قطعی برای کارمندان و کارگران با مشاغل آزاد آن است که آنها به سن بازنشستگی نرسیده‌اند. هنوز چنین کارمندانی پوشش داده نمی‌شوند، برای مثال، کشیشان یا مشاغل آزادی که فعالیتهای اصلی دیگری دارند. برای خدمتگزاران دولت، یک برنامه قانونی خاص اعمال می‌گردد.

۵. آنها برای مزایای اعضای خود در هزینه‌های مرتبط با پیشگیری یا درمان بیماری و معلولیت مداخله مالی می‌کنند. این مداخله در هر موردی امکان پذیر است که در آن رفاه فیزیکی، روانشناختی یا اجتماعی را بتوان بهبود بخشید. برای انجام این وظایف کلیه انجمنهای مزایای دوجانبه باید به اعضای خود کمک کرده، اطلاعات داده و از آنها حمایت کنند.

Medical care abroad.6

۷. پوشش شامل استرداد و ارسال داروهای اصلی است که در کشور در دسترس نبوده و پرداخت برای هزینه‌های پیش بینی نشده و ضروری پزشکی، علاوه بر هزینه‌های کلیه انتقالات از مکان حادثه تا نزدیکترین بیمارستان است. موقعیتهای دیگر می‌توانند از یک انجمن مزایای دوجانبه تا دیگری متفاوت باشد.

۸. حفظ حیات همسر، معلولین، بازنشستگان و ایام مشارکتهای فردی کمتری دارد.

۹. همچنین بیمه بستری یکپارچه محور از انجمنهای مزایای دوجانبه وجود دارند، که تامین کننده بخشودگیهای روزانه کوچک بوده و عمدتاً محدود به زمان هستند (۳۰ روز). وقتی که عضوی حداقل برای یک روز بستری می‌گردد برنامه بیمه انتخابی آنان مشتمل از تامین یک بخشودگی روزانه است. این بخشودگی با توجه به مدت بستری، نوع بستری (سالمندی، تسکینی و غیره) و سن بیمار متغیر است. مهمترین علل حذف شامل اقامت در یک موسسه یا آسایشگاه روانپزشکی یا هزینه‌های ناشی از رفتار خطر نظیر خودکشی یا مستی است. هزینه‌های ناشی از فعالیتهای ورزشی حرفه‌ای نیز حذف می‌شوند. شرکتهای بیمه خصوصی ۲ نوع از بیمه بستری اختیاری ارائه می‌دهند. اولی بیمه کار همگانی است، در حالیکه یک کارفرما برای کارمندان (یا برخی گروهها) مزیتی در حد یک بیمه بستری را فراهم می‌سازد. دومی بیمه بستری فردی است که می‌تواند جبرانی یا قیمت ثابت باشد. بیمه جبرانی تمام هزینه‌ها را پوشش می‌دهد در حالیکه بیمه قیمت ثابت درصد ثابتی از هزینه‌ها را تامین می‌کند.

۱۰. بزرگترین تفاوت یافته شده بین انجمنی بود که در روز ۵۰ و دیگری که در روز ۳۵۰۰ فرانک بلژیک اهدا میکردند.

۱۱. یک نمونه سهام ازدواج است. یک انجمن مزایای دوجانبه به هر عضوی که ازدواج می‌کند جمعاً ۵۰۰۰ فرانک بلژیک میدهد، در حالیکه دیگری به آنها یک مایکروویو می‌دهد



شده در حال معرفی شدن هستند، ریسک واقعی این است که ارزشهای اقتصادی و غیراجتماعی غالب هستند. از دید ما، در آغاز هزاره سوم، سیاستگزاران اروپا نیاز به درک این موضوع دارند که به منظور ابقای یکپارچگی اجتماعی، برای بیمه درمان پایه راه حل‌هایی مورد نیازند. اینها می‌توانند در سیستمی از بیمه درمان مکمل قرار گیرند اگر تعادل خوب بین جنبه‌های اقتصادی و اهداف اجتماعی برقرار شود.

فهرست منابع :

-Bircher A. J.(2000).Complementary Health Insurance in Belgium.

ISSA, Number, 4.

Vhi Healthcare (2001c) Submission to the European Commission's study on voluntary health Insurance in the European Union, VHI Healthcare, Dublin.

-Hermesse, J. (2001) Voluntary health insurance in Belgium: a study for the European

Commission, Université catholique de Louvain, Brussels.

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

پی‌نوشت‌ها:

۱. فقط افراد معدودی در صندوق کمکی عضو می‌شوند. درصد عضویت چندین سال است که ثابت مانده و بین ۰/۷۸ - ۰/۷۵ درصد از کل جمعیت متغیر است. سایر افراد در انجمنهای مزایای دوجانبه عضو می‌شوند.

۲. بخش ۳۴ آیین نامه بیمه اجباری برای خدمات پزشکی، این خدمات را فهرست‌وار بر می‌شمرد که مشتمل بر ویزیت‌های