

# فرآیند نظام اطلاعات بسته های خدمات بیمه ی درمان مکمل در کشورهای منتخب و

## ارائه ی الگو برای ایران\*

دکتر علی وفایی نجار<sup>۱</sup>، دکتر ایرج کریمی<sup>۲</sup>، دکتر ابراهیم صدقیانی<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** محدوده ی ارائه خدمات درمانی به بیماران آنقدر گسترش یافته است که فراهم کردن کلیه این خدمات در قالب بیمه خدمات درمانی حداقل از دیدگاه اقتصادی مقرون به صرفه نیست. تجربیات جهانی نشان می دهد در بسیاری از کشورها برای تحت پوشش قرار دادن این خدمات از بیمه درمان مکمل استفاده می شود. این مطالعه به منظور بررسی تطبیقی تعیین فرآیند نظام اطلاعات، تعیین بسته های خدمات بیمه درمان مکمل در کشورهای منتخب و الگو برای ایران انجام شد.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر کاربردی و از دسته مطالعات توصیفی بوده که بصورت تطبیقی در فاصله سالهای ۱۳۸۲-۱۳۸۳ صورت گرفته است. به این منظور ۲۸ نفر از استادان، مدیران و سرپرستان به عنوان نمونه مورد مطالعه از جامعه پژوهش (استادان، صاحبان نظران و کارشناسان بخش سلامت) انتخاب گردیدند. انتخاب کشورها بر مبنای مدل Garden و نظام های سلامت صورت گرفته و در ارائه پیشنهاد الگو، از تکنیک دلفی استفاده شد. پرسشنامه مورد نظر با توجه به منابع مختلف و به استناد کتاب و مجلات تهیه شده، جهت تعیین روایی در اختیار استادان مجرب و کارشناسان قرار گرفت و با استفاده از پیشنهادات آنان و تأیید نهایی اعتبار علمی آن تأیید شد. پایایی آن نیز با روش آزمون - بازآزمون در میان ده نفر از افراد، مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. تجزیه و تحلیلها با نرم افزار آماری SPSS صورت پذیرفت.

**یافته ها:** پوشش ناکافی خدمات بیمه درمان همگانی (۸۹ درصد) بعنوان مهمترین عامل در انتخاب بیمه درمان مکمل تعیین شد. در الگو: از میان نهادهای متولی امر بیمه، شورای عالی سلامت مسوول تصویب خدمات بیمه درمان مکمل تعیین گردید (۷۸ درصد) ضمن آنکه ساختار سازمانی سیستم های ارائه دهنده ی بیمه درمان مکمل در اجرا غیر متمرکز، ولی در سیاستگذاری و برنامه ریزی متمرکز (۹۲/۵ درصد) بود و حق بیمه های پوشش های بیمه درمان مکمل بر اساس مزایای بسته های خدماتی و میزان تعهدات شرکتهای بیمه ای (۷۸ درصد) تعیین گردید.

**نتیجه گیری:** در نهایت اینکه بهره گیری از بیمه ها در قالب بیمه درمان مکمل دولتی و خصوصی و ایجاد رقابت، می تواند در ارتقای کیفیت خدمات بیمه درمان، بهبود سطح رضایتمندی مصرف کنندگان خدمات نقش بسزایی ایفا نماید.

### نوع مقاله: تحقیقی

**واژه های کلیدی:** بیمه؛ بهداشت و درمان؛ خدمات بهداشتی درمانی

پذیرش مقاله: ۸۵/۱۱/۱۶

اصلاح نهایی: ۸۵/۱۰/۱۶

وصول مقاله: ۸۵/۳/۲۸

### مقدمه

\* این مقاله برگرفته از رساله ی دکتری با عنوان «مطالعه ی تطبیقی شیوه های تعیین بسته های خدمات بیمه ی درمان مکمل در کشورهای منتخب و ارائه ی الگو برای ایران» می باشد. (تهران - دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات - ۱۳۸۳)

۱. استادیار مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی مشهد  
(نویسنده ی مسوول)  
Email: dr-vafaei@yahoo.ca

۲. دانشیار اقتصاد بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران  
۳. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

سلامت انسانها بخشی از سرمایه ملی است که به طور دائم در معرض خطرات محیطی قرار دارد و نفع یا ضرر ناشی از آن متوجه تمام افراد جامعه می شود. هر عضوی از جامعه در صورت از دست دادن سلامت خود می تواند سلامت دیگران را تهدید نماید و یا به دلیل عدم حضور

شرایطی برای نوآوری، تنوع و رقابت در عرصه ی فعالیت بیمه های درمان با تأکید بر مشارکت افراد در تأمین منابع مالی می باشد. بررسی های انجام شده نشان می دهد بیمه ی خدمات درمانی پایه درحال حاضر با مشکلات مختلفی همچون پوشش ندادن برخی از خدمات درمان ضروری، عدم امکان استفاده ی بیمه شدگان از اکثر امکانات درمانی و سهم بالای پرداخت هزینه های درمان توسط بیمه شدگان و ... روبرو می باشند و دولتها جهت حل این مشکلات از بیمه ی درمان مکمل استفاده می نمایند.

توجه به چنین عواملی باعث شد که مطالعه ای با عنوان تعیین فرآیند نظام اطلاعات بسته خدمات بیمه درمان مکمل در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران انجام پذیرد.

### روش بررسی

پژوهش حاضر کاربردی از دسته مطالعات توصیفی بوده که بصورت تطبیقی، در فاصله سالهای ۱۳۸۲-۱۳۸۳ صورت گرفته است.

متغیرهای اصلی مورد بررسی، شامل سازمان و مدیریت، مبنای پوشش جمعیت، معیارهای تعیین حق بیمه، روش پرداخت به ارائه دهندگان خدمات، حدود و تعهدات خدمات و نظارت و ارزیابی بود. کشورهای مورد مطالعه عبارت بودند از: آمریکا، آلمان، اسلواکی، بلژیک، انگلیس، فرانسه، فنلاند، فیلیپین، هلند و ایران که انتخاب کشورها بر مبنای تقسیم بندی Garden (۶) و نظام های سلامت صورت گرفت. هدف از انجام این مطالعه، طراحی و تدوین الگویی جهت بررسی زیرساخت های لازم جهت ارائه خدمات بیمه درمان مکمل، در قالب پوشش های بیمه های درمان جهت استفاده شرکتهای بیمه ای خصوصی یا دولتی و سازمانهای مرتبط از قبیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی بوده است.

در محل کار، آسیب هایی را به نظام اقتصادی وارد کند همچنین در مراحل درمان خود هزینه هایی را نیز به صندوق بیمه تحمیل نماید (۱).

تحقیقات موید این مطلب است که پیشی گرفتن شیب نمودار هزینه های بهداشتی و درمانی نسبت به نمودار رشد تولید ناخالص ملی از یکسو، عدم امکان استفاده بیمه شدگان از اکثر امکانات درمانی و پوشش ندادن برخی از خدمات درمانی در بیمه درمان پایه، از سوی دیگر، ضرورت رویکرد جدید به بیمه های درمان مکمل را به عنوان یکی از راههای بهبود وضعیت بیمه درمان مطرح می کند (۲).

بطور کلی، هدف از ایجاد بیمه های درمان مکمل، امکان استفاده افراد بیمه شده از امکانات درمانی بخش غیردولتی، پر کردن خلأ خدمات و تعهدات بیمه های درمان پایه، ایجاد شرایطی برای نوآوری، تنوع و رقابت در عرصه فعالیت بیمه های درمان، با تأکید بر مشارکت افراد در تأمین منابع مالی می باشد (۳).

با بررسی اجمالی در زمینه عملکرد بیمه درمان مکمل و خدمات ارائه شده از سوی سازمان های ارائه دهنده خدمات بیمه ای، چنین به نظر می رسد که این بخش از نظام سلامت کشور با مسائل گوناگونی از جمله، عدم شناخت کافی از بیمه درمان مکمل، عدم جامعیت لازم و کافی خدمات بیمه درمان مکمل و فقدان مرز مشخص بین بیمه درمان پایه و بیمه درمان مکمل، بطوری که بتوان آنها را از یکدیگر متمایز نمود، روبروست (۴).

در واقع بیمه های درمان مکمل برای آن به وجود آمده اند تا حق انتخاب مصرف کننده خدمات را بطور اختیاری افزایش دهند. به عبارتی هر بیمه شده ای مایل بود با پرداخت هزینه بیشتر بتواند از خدمات بیشتری استفاده کند (۵).

هدف از ایجاد بیمه های درمان مکمل، امکان استفاده ی افراد بیمه شده از امکانات درمانی بخش غیردولتی، پرکردن خلأ خدمات و تعهدات بیمه های درمان دولتی با تأمین پوشش بیمه ی درمان مکمل، ایجاد

جامعه‌ی پژوهش؛ کلیه‌ی استادان، متخصصین و صاحب‌نظران بخش سلامت بودند که از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۲۸ نفر (۱۰ استاد و ۱۸ مدیر و سرپرست) به عنوان نمونه مورد مطالعه از این جامعه انتخاب گردیدند.

منبع جمع‌آوری اطلاعات مربوط به کشورهای انتخابی با استفاده از بانکهای اطلاعات موجود از جمله شبکه جهانی اینترنت، مدلاین و منابع کتابخانه‌ای و همچنین اطلاعات رسمی منتشر شده از طرف کشورهای مورد بررسی با استفاده از روش مطالعات تطبیقی با محدوده ذکر شده در پژوهش صورت پذیرفت (۷).

پرسشنامه مورد نظر با توجه به منابع مختلف و به استناد کتب، مجلات، نشریات، تهیه و جهت تعیین روایی در اختیار استادان مجرب و تنی چند از کارشناسان قرار داده شد و با استفاده از پیشنهادات آنان و تایید نهایی استادان مجرب اعتبار علمی آن تایید گردید. پایایی پرسشنامه با روش آزمون - بازآزمون در میان ۱۰ نفر از افراد مورد بررسی و با ضریب ۸۲ درصد Cronbach Alfa تأیید گردید. اطلاعات پس از گردآوری نهایی و طبقه‌بندی بوسیله نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در ارائه پیشنهاد الگو از تکنیک دلفی استفاده شد و در تحلیل داده‌ها حداکثر امتیاز ممکن ۱۰۰ و حداقل آن صفر در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

مطالعات نشان داد که پوشش ناکافی خدمات بیمه درمان پایه (۸۹ درصد)، ضعف مدیریت کلان بیمه درمان (۸۴ درصد) و عدم توانایی مالی دولت در پوشش کامل هزینه درمان (۷۲ درصد) از عمده‌ترین علل انتخاب بیمه درمان مکمل از سوی افراد می‌باشد.

نهادهای مختلفی (همچون وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای عالی بیمه همگانی و ...) جهت متولی امر بیمه درمان مکمل، پیشنهاد گردید که از این میان، شورای عالی سلامت (۷۸ درصد) بیشترین امتیاز را کسب نمود.

مطالعات تطبیقی نشان داد که ساختار سازمان بیمه درمان مکمل در کشورهای منتخب مشتمل بر خصوصی (آمریکا، آلمان، بلژیک)، دولتی (فرانسه، ایران) و یا ترکیبی از هر دو است (بلژیک، فیلیپین، فنلاند و فرانسه). در این میان شیوه‌ی اجرا بصورت غیرمتمرکز ولی در سیاستگذاری و برنامه‌ریزی کلان بصورت متمرکز (۹۳ درصد) مورد موافقت واقع گردید. مطالعات همچنین نشان داد که الگوهای متفاوتی جهت تعیین حق بیمه در کشورها رایج بود از جمله متغیرهای فردی (سن، مخاطرات فردی، مزایای درخواستی و ...) و سازمانی (سهم کارفرما تعهدات شرکت‌های بیمه و ...)؛ در این میان طی نظرخواهی به عمل آمده، این معیار که مبنای تعیین حق بیمه بصورت ثابت (بدون توجه به متغیرهای فردی و گروهی) و متغیر (با لحاظ کردن معیارهای ریسک بیماری، سن، میزان مزایا و حق بیمه پرداختی) درصد بیشتری (۹۶ درصد) را به خود اختصاص داد. در تمامی کشورهای مورد مطالعه، مبنای پوشش جمعیت در بخش بیمه درمان پایه، اقامت در کشور بود. در پوشش‌های بیمه درمان مکمل تنها عامل فسخ قرارداد بیمه، عدم پرداخت حق بیمه بوده است، در واقع مبنای پوشش، توانایی در پرداخت حق بیمه بوده و اینکه فرد بیمه شده، عملاً حق بیمه را پرداخت کند.

با توجه به جدول شماره ۱ در ایران مواردی از بیمه‌های اجتماعی و بازرگانی عهده دار ارائه بیمه درمان مکمل می‌باشند؛ مبنای پوشش جمعیت گروهی و پرداخت به بیمه شده به صورت بازپرداخت (تضمینی) است؛ بدین صورت که بیمه شده ابتدا کل مخارج را پرداخت می‌کند و در ادامه سازمان بیمه مبالغ مورد نظر را تا سقف مورد تعهد به بیمه شده، بازپرداخت می‌کند.

جدول ۲ نشان می‌دهد که سازمان و مدیریت بیمه درمان مکمل و پایه در کشورهای مورد مطالعه به عهده بخش خصوصی و یا دولتی و یا نهاد وابسته دولت است؛ اما سیستم نظارت و ارزیابی در تمامی آنها صرفاً دولتی (آمریکا از طریق سازمانهای مستقل غیرانتفاعی است که خود تحت نظارت دولت هستند) است.

جدول ۱: سازمان مدیریت بیمه سلامت در کشور ایران

نوع سازمان بیمه ای	وضعیت پوشش خدمات بیمه درمان مکمل	مبنای محاسبه حق بیمه و پوشش جمعیت	نحوه بازپرداخت (پرداخت به بیمه شده)
سازمان تأمین اجتماعی	ندارد	—	—
سازمان بیمه خدمات درمانی	شرکت آتیه ساز حافظ به طور مستقیم خدمات بیمه درمان مکمل را به کارکنان سازمان بیمه خدمات درمانی ارائه می نماید.	پوشش به صورت گروهی بدون توجه به فاکتورهای سن، جنس و وضعیت سلامتی ارائه می شود.	در مراجعه به واحدهای طرف قرارداد هیچ پرداختی از طرف بیمه شده انجام نمی شود - در سایر موارد بازپرداخت
سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح	با بیمه ایران قرارداد دارد و به طور غیرمستقیم این پوشش را ارائه می نماید.	شبهه بیمه های بازرگانی عمل می شود.	شبهه آتیه ساز حافظ
بیمه های بازرگانی	دانا، ایران، آسیا و البرز	پوشش به صورت گروهی با لحاظ کردن وضعیت سلامتی صورت می گیرد.	شبهه آتی از ساز حافظ
سایر	شرکت بیمه ای شمیم کوثر	مکمل دندانپزشکی	بازپرداخت (تضمینی)

جدول ۲: سازمان و مدیریت بیمه سلامت در کشورهای منتخب

کشور	بیمه درمان مکمل	بیمه درمان پایه	ملاحظات
آمریکا	به طور کامل بوسیله بخش خصوصی ارائه می شود.	به جز در مورد Medicare و Medicaid پوشش بیمه درمان پایه نیز بوسیله شرکتهای خصوصی ارائه می شود.	سیستم نظارت و ارزیابی از طریق سازمانهای مستقل غیرانتفاعی صورت می گیرد.
آلمان	بیمه درمان مکمل بطور کامل به بخش خصوصی واگذار شده است. درمان پایه به صورت داوطلبانه به بخش خصوصی واگذار شده است.	اکثریت افراد تحت پوشش بیمه درمان پایه هستند.	سیستم نظارت و ارزیابی دولتی است.
استرالیا	فعالیت بخش خصوصی در این کشور بسیار محدود است. و پوش خدمات مازاد بر تعهد بیمه درمان پایه برعهده دارد. موسسات خصوصی با سخت ترین مقررات در امور بیمه ای مواجه هستند. مراقبتهای موردی به بازار خصوصی راه پیدا می کند.	سیستم اصلی ارائه خدمات بهداشتی و درمانی سیستم مدیکر است و برای تمامی استرالیایی ها پوشش بیمه ای فراهم است.	سیستم نظارت و ارزیابی دولتی است.
اسلواکی	شرکتهای بیمه تجاری و بیمه عمر ارائه پوشش های مکمل را به عهده دارند. بیشتر افرادی که تحت پوشش بیمه اجباری نیستند یا افرادی که در اسلواکی اقامت ندارند و یا استخدام نشده اند تحت پوشش بیمه های مکمل ارائه می دهد.	بخش دولتی افراد را تحت پوشش بیمه اجباری قرار داده است.	بیمه های درمان مکمل خدمات و هزینه هایی که تحت پوشش برنامه های بیمه درمان اجباری نیست را پوشش می دهند.
بلژیک	ترکیبی از بخش خصوصی و دولتی در بلژیک فعالیت دارند. انجمن مزایای دو جانبه هم بیمه اجتماعی پایه و هم بیمه درمان مکمل را ارائه می دهد. اما بخش خصوصی علاوه بر پوشش درمان، سایر خدمات را نیز ارائه می دهد.	وظیفه اولیه انجمن مزایای دو جانبه ارائه بیمه درمان اجتماعی است. این انجمن برای اعضای خود پوشش مکمل را ارائه می کند.	سیستم نظارت و ارزیابی دولتی است.
فرانسه	سیستم خدمات بهداشتی فرانسه خدمات را به تمام اتباع از طریق الگویی از بیمه خصوصی و دولتی ارائه می دهد. بیمه درمان مکمل دولتی برای افراد با بضاعت مالی کم ارائه می شود.	بیشتر خدمات سرپایی توسط بخش خصوصی ارائه می شود. بیمه درمان خصوصی هزینه های بیشتری را تحت پوشش قرار می دهند.	سیستم نظارت و ارزیابی دولتی است.
فنلاند	بیمه درمان خصوصی جهت پوشش ناکارآمدی سیستم دولتی تعریف شده است صندوق تعاونی بیماری مزایای پوشش پایه و درمان را ارائه می دهد.	سیستم خدمات بهداشت ملای به وسیله شهرداری ها ارائه می شود.	سیستم نظارت و ارزیابی دولتی است و به وسیله شهرداری ها و شرکت های خصوصی تحت نظارت آنها ارائه می شود.
فیلیپین	برنامه بیمه ملی فیلیپین مزایای پوشش بیمه مکمل را نیز ارائه می دهد. بخش خصوصی نیز فعالیت دارد.	برنامه بیمه ملی فیلیپین افراد را تحت پوشش قرار داده است.	سیستم نظارت و ارزیابی دولتی است.
هلند	در حدود ۳۷ درصد افراد تحت پوشش بیمه درمان مکمل اند.	سیاست دولت ترغیب شرکتهای خصوصی است. بخش دولتی در حدود ۶۵ درصد افراد را تحت پوشش دارد.	سیستم نظارت و ارزیابی دولتی است.

درمان مکمل هزینه ای و خدمتی در هر کشور، در دسترس هستند.

جدول ۳ نشان می دهد که خدمات بیمه درمان مکمل در دو قالب بیمه درمان مکمل هزینه ای و بیمه درمان مکمل خدمتی است؛ به عبارتی دیگر، برخی از اشکال بیمه های

جدول ۳: برخی از مزایای ارائه شده توسط بیمه های مکمل هزینه ای و خدمتی در کشورهای منتخب

کشور	بیمه های مکمل هزینه ای	بیمه های مکمل خدمتی
استرالیا	شارژ (هزینه) روزانه بیمارستان درمان های فرعی (ثانوی)	هزینه های پزشکان هزینه های مکمل بیمارستانی دسترسی سریعتر / افزایش حق انتخاب
بلژیک	شارژ (هزینه) روزانه بیمارستان درمان های فرعی (ثانوی)	هزینه های مکمل بیمارستانی
فرانسه	پرداخت های کمکی (از جمله تفاوت های بین قیمت های مذاکره شده و واقعی) درمان های حذف شده توسط بخش دولتی کمک در منزل شارژ روزانه بیمارستانی	دسترسی سریعتر به مشاورین متخصص انتخاب اتاق خصوصی در بیمارستان
آلمان	خدمات سرپایی خدمات دندانپزشکی محاسبه روزانه بیمارستان (سود نقد)	انتخاب متخصص تخت های تسهیلاتی
هلند	بیشتر خدمات دندانپزشکی پرداخت های کمکی (جانبی) داروها خدمات با مرز متقاطع (Cross-border) درمان های ثانویه	دسترسی سریعتر به خدمات حاد و دراز مدت
انگلستان	مزایای نقدی خدمات دندانپزشکی درمان ثانوی	دسترسی سریعتر به متخصصین و درمان های انتخابی انتخاب تسهیلات رفاهی در بیمارستان های دولتی
اسلواکی	خدماتی که تحت پوشش بیمه درمان اجباری نیست	هزینه مکمل بیمارستانی
آمریکا	خدمات دندانپزشکی خدمات چشم پزشکی مراقبت در منزل مراقبت از سالمندان	تحت پوشش قرار دادن هزینه پزشکی تحت پوشش قرار دادن هزینه مسافرت، مشاوره تحت پوشش قرار دادن هزینه های ضررهای درآمدی
فنلاند	خدماتی که تحت پوشش بیمه درمان اجتماعی نیست	هزینه مکمل بیمارستانی
فیلیپین	خدماتی که تحت پوشش بیمه درمان پایه نیست.	هزینه مکمل بیمارستانی

## بحث

پایه در حال حاضر با مشکلات مختلفی همچون فقدان پوشش برخی خدمات درمان ضروری، عدم امکان استفاده بیمه شدگان از اکثر امکانات درمانی و سهم بالای پرداخت

از نتایج تحقیق چنین بر می آید انتظارات افراد از بیمه درمان مکمل متفاوت است؛ به عبارتی دیگر بیمه درمانی

جبران ناپذیری بر اقتصاد و جامعه ایرانی وارد کند از مجموعه بحث های فوق می توان دریافت که توجه به دو اقدام زیر قبل از تصمیم به واگذاری خدمات بیمه ای ضروری است:

**الف :** تعیین و تضمین نهادهای هادی و نظارتی؛

**ب :** مشارکت بخش غیردولتی (۹)؛

از آنجا که در کشور ما بخش دولتی و بویژه وزارت بهداشت و درمان، علی رغم وجود بخش خصوصی، بخش اعظم ارائه خدمات سلامت را به عهده دارد و از آنجا که در ارائه خدمات سلامت تاکنون یکسویگری های بسیاری صورت گرفته است؛ به نظر می رسد استفاده از نهادهای به عنوان شورای تعیین بسته های خدمات بیمه درمان مکمل به عنوان شورایی تخصصی با ترکیب نمایندگان شورای عالی بیمه همگانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نماینده بیمه مرکزی ایران، نماینده مصرف کنندگان، نماینده ارائه دهندگان خدمات، نماینده شرکتهای بیمه ای درمان مکمل و نماینده وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، زیر نظر شورای عالی سلامت می تواند در جهت توسعه روابط برون بخشی و خروج از یکجانبه گرایی، در تدوین و بررسی خدمات قابل ارائه در قالب بیمه درمان مکمل مفید فایده باشد. از سوی دیگر از آنجا که خدمات بیمه ی مکمل تحت نظارت دولت است، کلیه ی تصمیم های مربوطه در راستای سیاست های کلان دولت خواهد بود (۱۰).

در این راستا تدوین سیاست ها و اجرای آن توسط یک نهاد (دولت) با وجود مشکلات اجرایی کمتر و تسریع در فرایند انجام کارها، از یک سو دولت را با حجم زیاد وظایف روبرو نموده، و منجر به ایجاد اختلال در انجام وظایف می شود و از سوی دیگر با نادیده گرفتن امکانات و تسهیلات هر منطقه، امکان ارائه راه حل ها و تدابیر جدید را از سایر موسسات می گیرد (۱۱)؛ ایجاد ساختار سازمانی بصورتی که در اجرا غیرمتمرکز ولی در

هزینه های درمان توسط بیمه شدگان و ... روبرو است و کشورها جهت حل این مشکلات از بیمه درمان مکمل استفاده می نمایند.

پوشش ناکافی خدمات بیمه ی درمان پایه، ضعف مدیریت کلان بیمه ی درمان و عدم توانایی مالی دولت در پوشش کامل هزینه ی درمان از یکسو، انتظار دریافت خدمات با کیفیت بهتر، ارائه ی مزایای بیشتر از سوی سازمان های بیمه و افزایش هزینه های بخش سلامت از علل گرایش به سمت بیمه های درمان مکمل در جامعه است و موجبات رضایت بهتر مصرف کنندگان از خدمات را فراهم نموده است (۸).

حال مساله این است که اداره بیمه درمان مکمل چگونه باید باشد؟ عامل مهم جهت بهبود وضعیت موجود توجه به زیرساخت های لازم و ایجاد بسترهای مناسب برای این کار است؛ در غیر این صورت سیاستهای نظیر واگذاری خدمات به بخش غیردولتی از کارایی لازم برخوردار نخواهند شد. مطالعه وضعیت موجود ایران، نشان می دهد که شرایط رشد صحیح بیمه مهیا نیست؛ نرخ های سود در فعالیتهای اقتصادی دچار عدم تعادل شدید بوده و به ضرر بخشهای تولید است، از طرفی بازارهای سرمایه کارایی لازم برای مشارکت در صنعت بیمه را ندارند، نظام نظارتی کارآمد نیست و فرهنگ بیمه در کشور پایین است؛ این مسایل و سایر مسائل اقتصادی پیرامون آن، پیام آور این نتیجه است که احتمال دارد، با آزاد سازی و خصوصی سازی بیمه، مشکل ساختاری بازار بیمه مرتفع شود و با ارائه ی خدمات بهتر و با قیمت های پایین تر کارایی کل آن افزایش یابد. لکن تکیه بر آزادی های فردی (حقیقی یا حقوقی) برای کسب حداکثر سود، هر چند ممکن است کارایی شرکت ها را باعث شود، ولی همانگونه که اشاره شد در صورت فقدان بسترهای لازم این آزادسازی می تواند به دلیل عدم تعادل های موجود در نظام اقتصادی کشور صدمات



سیاستگذاری و برنامه ریزی کلان متمرکز باشد؛ پیشنهاد گردید. براین اساس استفاده از بخش غیردولتی، با حفظ شرایط لازم و کسب مجوز از مراکز ذی صلاح می تواند گامی موثر در راستای کاهش وظایف اجرایی دولت، ایجاد رقابت و در نتیجه بهبود کیفیت خدمات و ایجاد اشتغال باشد (۳).

بطور کلی منبع اصلی تامین مالی در بیمه درمان (مکمل) حق بیمه می باشد، لذا نحوه دریافت حق بیمه ها براساس مزایای بسته های خدمتی تعیین گردید؛ در کشور ما بسته خدمتی خاص تعریف نشده و مصرف کننده خدمت حق انتخاب ندارد و این امر منجر به این شده است که مصرف کننده از دریافت خدمات مورد نیاز بازمانده و در بسیاری موارد، خدمات غیرضروری را خریداری نماید، لذا تعریف بسته های خدمتی متفاوت و متناسب با نیاز مشتری، می تواند ضمن ایجاد حق انتخاب رضایت مشتری را کسب نماید؛ براین اساس شرکت بیمه ای مجاز به تعیین حق بیمه متناسب با خدمات ارائه شده خواهد بود.

مطالعات تطبیقی بیانگر این مطلب است که شیوه ی بازپرداخت هزینه ها در بسیاری از کشورها از نوع تضمینی است؛ بدین ترتیب که مصرف کننده بعد از پرداخت هزینه، جهت دریافت مبلغ مورد توافق، به بیمه گر مراجعه می کند (۱۲). به عبارت دیگر ارتباط بین ارائه دهنده ی خدمت و سازمان بیمه گر حذف می گردد و ارائه دهنده ی خدمت فقط از نظر کیفی کنترل می گردد؛ از آنجا که سازمان بیمه نقش واسط بین ارائه دهنده ی خدمت و مصرف کننده خدمت را دارد و در واقع تسهیل کننده ارتباط بین این دو است، توصیه می گردد شیوه ی بازپرداخت هزینه ها بصورت تضمینی باشد و پرداخت هزینه ها از سوی سازمانهای بیمه گر با توجه به اصل "جلوگیری از دوبرابر شدن مزایا" (۱۳)، قیمت بسته های خدمات براساس قیمت واقعی خدمات

تعیین شود. ضمن اینکه به اصولی از قبیل رقابتی بودن قیمتها نیز توجه شود. در مطالعات تطبیقی بیمه درمان مکمل در هیچ یک از کشورها به عنوان بیمه درمان جایگزین مطرح نشده اند (۱۴)؛ به همین دلیل دخالت بیمه درمان مکمل در ارائه خدمات بیمه درمان پایه، هنگامی پذیرفته است که مسوولیت دولت در ارائه ی خدمات بیمه درمان پایه به تمام جمعیت (پوشش بیمه درمان اجتماعی) فراموش نشود. در واقع بیمه درمان مکمل به منظور پر کردن شکاف هزینه ای و شکاف خدمتی بیمه درمان پایه عمل می کند. عمده مزایایی که این سیستم ها پوشش می دهند با میزان مزایای ارائه شده در سیستم بیمه درمان پایه ارتباط مستقیم دارد.

در این میان آنچه مسلم است این است که تفاوت بین بیمه های درمان مکمل هزینه ای و خدمتی همیشه شفاف نیست و در برخی اعضا ممکن است بین آنها همپوشانی قابل توجهی وجود داشته باشد. آنچه مهم است این است که مزایای فراهم شده توسط بیمه درمان مکمل هزینه ای و بیمه درمان مکمل خدمتی از مزایای فراهم شده توسط سیستم خدمات بیمه درمان پایه (خدمات قانونی) متأثر باشد، بنابراین ممکن است از کشوری تا کشور دیگر تفاوت چشمگیری وجود داشته و به طور معمول برای کل جمعیت در دسترس باشد.

انتخاب یک نهاد خاص (دولتی یا خصوصی) به عنوان متولی امر نظارت، منجر به بروز مشکلات خاص اجرایی شده و پیامدهای نظام های صرفاً ارزیابی دولتی یا خصوصی را در پی خواهد داشت (۱۵)، لذا بکارگیری سازمانهای مستقل محلی (هر شهرستان) با ترکیبی از نماینده مصرف کنندگان و نماینده ارائه دهندگان خدمت، سازمانهای بیمه ای، نماینده دولت و براساس چک لیست های استاندارد شده در مقاطع زمانی خاص توصیه می شود (۸).

## نتیجه گیری

- حق بیمه های پوشش های بیمه درمان مکمل بر اساس مزایای بسته های خدمتی و میزان تعهدات شرکت های بیمه ای، به دو شکل ثابت و متغیر با لحاظ کردن معیارهای سن، مزایا و حق بیمه پرداختی، مبنای سن، مخاطرات فردی در نظر گرفته شود.
- بهره گیری از بیمه ها در قالب بیمه درمان مکمل دولتی و خصوصی و ایجاد رقابت میان آنها، می تواند در ارتقای کیفیت خدمات بیمه درمان، بهبود سطح رضایتمندی مصرف کننده خدمات نقش بسزایی ایفا نماید.

## پیشنهادات

- تقویت بخش خصوصی در راستای فعالیت بیشتر در ارائه بیمه درمان مکمل.
- توجه به سالمندان و گروههای بیماران صعب العلاج.
- تدوین بسته های متناسب با الگوی مصرف و نیاز جامعه.
- تفکیک و مرزبندی مشخص بیمه درمان پایه از بیمه درمان مکمل.
- دادن مجوز به مراکز ذی صلاح جهت ایجاد رقابت بین آنها (ارائه خدمات با کیفیت مطلوبتر).
- تعیین بسته های خدمات برای گروههای سنی مختلف (جوانان، افراد در سنین کار و سالمندان).

- لازم است که شورای عالی سلامت کشور بسته های بیمه درمان پایه را با توجه به اصول پوشش همگانی جامعه، با در نظر گرفتن منابع موجود در بخش سلامت و توان پرداخت مصرف کننده تعریف نماید؛ سپس به تعریف تعیین بسته های بیمه ی درمان مکمل با اولویت بر بیمه های درمان مکمل خدمتی بپردازد.
- شورای عالی سلامت ضمن توجه به رویکرد عدم تمرکز در ارائه بیمه درمان مکمل پس از سیاستگذاری در سطوح ملی بوسیله شورای عالی سلامت کشور، بر اجرای بیمه های درمان مکمل به صورت منطقه ای و غیرمتمرکز نظارت داشته باشد.
- رویکرد عدم تمرکز در ارائه بیمه های درمانی مکمل، مستلزم توجه به اصول توزیع دموگرافیک جمعیت، توزیع اپیدمیولوژیک بیماریها و توانایی پرداخت افراد در مناطق مختلف می باشد.
- در ارائه پوشش های بیمه درمان مکمل، اصولی از جمله ایجاد فضای رقابتی جهت ارائه خدمات با کیفیت مطلوب تر و با قیمت مناسب تر و آزادی افراد در انتخاب موسسات بیمه گر، مد نظر قرار گیرد.

## منابع

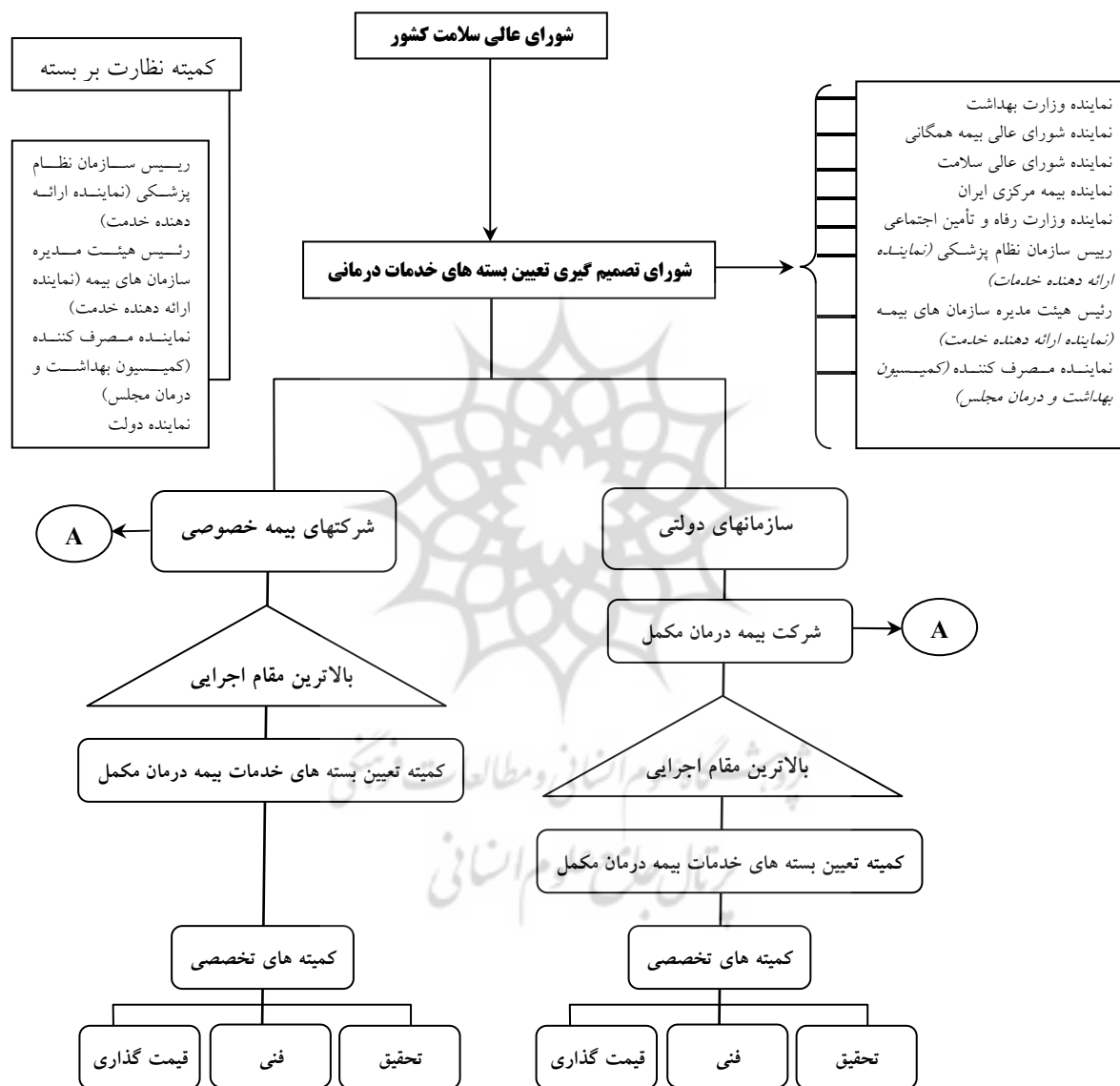
1. کریمی مظفر. جایگاه بیمه خدمات درمانی در نظام جامع تامین اجتماعی. فصلنامه تامین اجتماعی، ۱۳۸۰؛ ۳(۱۰): ۸۴۸-۸۷۲.
2. زارع حسین. معرفی اجمالی بیمه های مکمل درمانی. ویژه نامه علمی - تخصصی بیمه همگانی خدمات درمانی ۱۳۸۱؛ ۵(۱۹): ۲۰-۳۲.
3. حسن زاده علی. مجموعه مقالات ISSA. تهران: انتشارات علمی و فرهنگی؛ ۱۳۸۲. ص ۱۴۳-۱۴۴.
4. احمدپور محمدحسن. مطالعه تطبیقی بیمه های مکمل خدمات درمانی در چند کشور و ارائه الگوی مناسب. سازمان بیمه خدمات درمانی ۱۳۸۰؛ ۴(۱۵): ۳۰-۳۵.
5. الگوی خصوصی سازی بیمه های درمانی ایران براساس تجربیات کشورهای منتخب. فصلنامه صنعت بیمه ۱۳۸۲؛ ۱۸(۷۱): ۸۹-۱۰۰.
6. Noland & est. Economic of health and health care. [n.p]: Garden; 2003. P 532.
7. Available at : <http://www.who.int/country.2004>.
8. وفایی نجار علی. مطالعه تطبیقی شیوه های تعیین بسته های خدمات بیمه درمان مکمل در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران. [پایان نامه]. تهران: دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علوم و تحقیقات؛ ۱۳۸۳.
9. اکبر زاده رضا. خصوصی سازی در صنعت بیمه؛ فرصت ها و چالش ها. فصلنامه صنعت بیمه ۱۳۷۹؛ ۱۵(۵۹): ۱۱۵-۱۳۰.

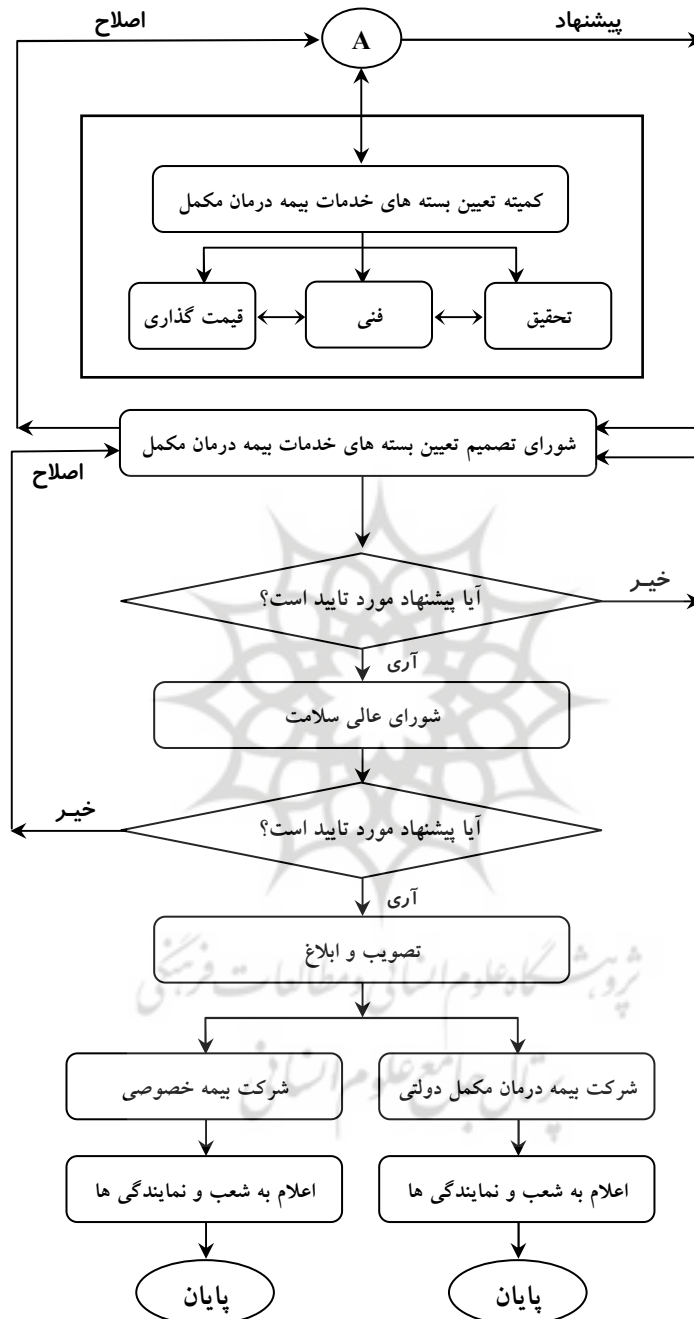


10. Kenneth Black JR, Harold D, skipper. JR. Life & Health insurance. 13<sup>th</sup> edition. [?]; Prentic Hall; 2000. P 85-87.  
۱۱. طیبی سیدجمال الدین. برنامه ریزی استراتژیک. تهران: ترمه؛ ۱۳۸۴. ص ۱۵-۱۶.
12. Association International de la Mutuality. Health protection systems today: structures and trends in 15 countries. Brussels: Association International de la Mutuality; 1999. P 90-91.  
۱۳. صفی خانی حسین. رویکردهای متفاوت در تعیین بسته های بیمه درمان پایه. مجموعه سخنرانی های هفتگی سازمان بیمه خدمات درمانی. [تهران]: سازمان بیمه ی خدمات درمانی؛ ۱۳۸۲.
14. Beasley T, Hall J, Preston I. Private and public health insurance in the UK. European Economic Review 1998; 42(?): 491-97.  
۱۵. صدقیانی ابراهیم. ارزیابی مراقبت های بهداشتی و درمانی و استانداردهای بیمارستانی. تهران: معین؛ ۱۳۷۶. ص ۸۶.



الگوی پیشنهادی ۱: فرایند نظام بسته های خدمات بیمه درمان مکمل برای ایران





الگوی پیشنهادی فرآیند نظام مدیریت اطلاعات بسته های خدمات بیمه درمان مکمل در ایران

