

نظام سلامت در کشور بلژیک و ایران؛ راهکارها

گردآوری و تألیف: دکتر علی وفایی نجارا^۱ داشته باشد و در نهایت پیشنهاداتی جهت بهبود وضع موجود ارائه نماید.

مقدمه



به منظور درک حیطه برنامه‌های بیمه مکمل، اول باید برنامه بیمه درمان پایه بررسی شود. اهمیت آن بدین لحاظ است که معمولاً بیمه درمان پایه نقطه انحرافی برای برنامه‌های بیمه درمان مکمل محسوب می‌گردد و موقعیت بیمه درمان مکمل را تعیین می‌کند.

امروزه خدمات و مؤسسات اجتماعی زیادی براساس برنامه‌های خصوصی محور و اشتغال محور یا برنامه‌های بیمه‌ای عرضه می‌شوند. در امور بیمه‌ای، «بیمه درمان مکمل^۲»، نمونه شاخصی از چنین مواردی است.

بیمه درمان پایه در کشور بلژیک:

بیمه درمان پایه شامل بیمه اجتماعی و اجباری است. بنابراین توجه به این نکته مهم است که اهمیت فزاینده بیمه درمان مکمل به امکان‌پذیر بودن برنامه بیمه درمان پایه، بستگی دارد. در این راستا دو سؤال مطرح می‌شود: اول اینکه تا چه حد

بیمه درمان پایه در کشور بلژیک را می‌توان به دو قسمت تفکیک کرد: بیمه خدمات درمانی و بیمه از کارافتادگی و ناتوانی کاری

از آنجایی که حیطه و سطح بیمه پایه (همگانی) روبه کاهش و نیازها روبه افزایش هستند، مطالعه بیمه درمان مکمل از اهمیت بسزایی برخوردار است. پوشش خدمات در بیمه درمان مکمل با تنوع زیاد محصولات، خدمات و ارائه‌کنندگان مشخص می‌شود. این

برنامه‌های بلژیک متناسب با تثبیت سطح موجود است و دوم اینکه این برنامه‌ها تا چه حد قادر به ارائه خدمات جدید می‌باشند. متغیرهای مختلفی همچون پیشرفت پزشکی، رفتار مصرف‌کننده، وضعیت دموگرافیک از نظر سالمندی جمعیت و منابع مالی خدمات سلامت بر

مقاله در جستجوی آن است که بررسی جامعی از برخی مؤسسات و خدمات بیمه مکمل در کشور بلژیک داشته و در ادامه تحلیلی بر نظام بیمه درمان مکمل در کشور ایران

۱. دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، استادیار گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده علوم پیراپزشکی و بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

2. Complementary Health Insurance (CHI)

امکان‌پذیر بودن برنامه بیمه درمان پایه تأثیر دارد. توسط انجمن مزایای دوجانبه به ارائه‌دهنده خدمات بیمه درمان پایه در کشور بلژیک را می‌توان به دو قسمت تفکیک کرد:

بیمه خدمات درمانی و بیمه از کارافتادگی و ناتوانی کاری.

بیمه خدمات درمانی:

الف - پوشش جمعیت:

محدوده خدمات درمانی برای کل جمعیت است. تقریباً همه افراد، به عنوان افراد بیمه شده (کارمندان، مشاغل آزاد، بازنشستگان، دانشجویان) یا وابستگان (مثلاً فرزندان کارمندان) آنها ذینفع بوده و مزایایی را نیز دریافت می‌دارند.

ب- مزایای تحت پوشش:

درکل فرد ذینفع در ازای خدمات پزشکی که دریافت نموده وجهی را پرداخت می‌کند و مابقی آن توسط انجمن مزایای دوجانبه^۱ (که فرد برای خدمات پیشگیرانه یا بهبودی بخش در عضو می‌گردد) و براساس ارائه مدارک پزشکی بازپرداخت می‌شود. میزان خدمات و داروهای بازپرداخت شده (تحت پوشش) طبق 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 گران‌قیمت پزشکی، به توافق قبلی پزشک مشاور انجمن‌های مزایای دوجانبه نیاز است. هزینه خدمات درمانی گران‌قیمت (نظیر خدمات بیمارستانی)، مستقیماً

توسط انجمن مزایای دوجانبه به ارائه‌دهنده خدمات پرداخت می‌گردد.

ج- 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 به صورت فردی نیز لازم است که معمولاً از یک درمان تا دیگری متفاوت است. این بخش از هزینه پزشکی که هر فرد (کارمند، شغل آزاد یا خدمت‌گزار دولت) مجبور به پرداخت است، از مصرف بیش از حد جلوگیری می‌کند. افزایش کلی هزینه‌های خدمات، منجر به وارد آمدن فشارهای زیاد و همچنین افزایش مشارکت افراد در هزینه‌های درمانی شده است. طبیعتاً نتیجه این تغییرات، افزایش تقاضا برای بیمه درمان مکمل است (برای مثال پوشش بستری) تا هزینه‌های فردی کاهش یابد و این روند چشم‌اندازهای خوبی را برای شرکت‌های بیمه خصوصی به ارمغان می‌آورد.

1. Mutual Benefit Society

- نوع خدمات تحت پوشش:

در برنامه بیمه درمان پایه کلیه هزینه‌ها بازپرداخت نمی‌شوند. از سوی دیگر کلیه درمان‌ها و خدمات درمانی تحت پوشش نیستند؛ به این معنا که بیماران مجبورند بعضاً خودشان کل هزینه‌ها را متحمل شوند. این در حالی است که پزشکان می‌توانند آزادانه دستمزدهای خود را برای درمان‌هایی که در فهرست نیستند، تعیین کنند.

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. این بیمه اجباری برای آنهایی که نمی‌توانند در دراز مدت و در حد یک فعالیت حرفه‌ای درآمد کسب کنند، درآمد جایگزینی فراهم می‌کند و بیشتر کارمندان و افراد با مشاغل آزاد، قانوناً پوشش داده می‌شوند:

الف- کارمندان:

برای شناخته شدن به عنوان از کار افتاده کارمندان باید به دلیل بیماری یا آسیب دیدگی از کلیه فعالیت‌ها دست برداشته و ظرفیت کاری آنان باید حداقل ۶۶٪ کاهش یافته باشد. برای ۶ ماه اول از کارافتادگی 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 و 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- افراد با مشاغل آزاد:

وضعیت‌های واجد شرایط برای افراد با مشاغل آزاد سه نوع است. اول، آنها باید از کلیه تکالیف مرتبط با شغل آزاد که قبل از از کارافتادگی انجام می‌دادند، صرف نظر کنند. دوم، جلوگیری از انجام هرگونه فعالیت در مشاغل آزاد، خواه فرد شغل آزاد داشته یا یک کارمند یا خدمتگزار دولت باشد. سوم، باید برای صرف نظر کردن از فعالیت آسیب دیده یا بیماری، دلیل وجود داشته باشد.

این طرح برای فرد با شغل آزاد بخشودگی‌های نسبتاً کمی فراهم می‌کند. مزایایی به شکل یک دوره انتظار سه ماهه وجود دارد که در آن هیچ مزایایی دریافت نمی‌شود. برای پیشگیری از این مشکلات، بیمه‌های خصوصی (بیمه مکمل) ارائه می‌شوند که در آن درآمد را برای زمانی که بیکاری پیش می‌آید، تضمین می‌شود. این نوع بیمه عمدتاً توسط اشخاص با مشاغل آزاد تقبل می‌شود تا کارمندان.

بیمه درمان مکمل:

در بلژیک ارائه‌کنندگان مختلفی، در بازار بیمه درمان مکمل، نقایص برنامه بیمه درمان پایه را رفع می‌کنند. در برخی از حیطه‌ها آنها نمی‌توانند شکاف‌ها را پرکنند، اما



به‌طور کلی محصولات جدیدی عرضه می‌کنند. بیمه درمان مکمل همواره اختیاری است. این برعکس بیمه درمان پایه است که در آن پوشش اجباری بوده و هر فرد بطور اجتناب‌ناپذیری توسط قانون تحت پوشش قرار می‌گیرد.

عموماً بیمه درمان مکمل می‌تواند به عنوان تکنیکی برای پوشش خدمات تعریف شود. این پوشش، درصد تکمیل نمودن پوشش اولیه فراهم شده توسط بیمه درمان پایه می‌باشد. بررسی کلی محصولات بیمه درمان مکمل، اول از همه به شناخت کلیاتی از ارائه‌دهندگان این خدمت نیاز دارد.

بیمه
درمان مکمل در خدمات سلامت،
عمدتاً توسط انجمن‌های مزایای دوجانبه و
شرکت‌های بیمه خصوصی عرضه می‌گردند.

انجمن مزایای دو جانبه:

پوشش بیمه درمان در حد ناکافی برای مشاغل آزاد، نقصی است که باید انجمن‌های مزایای دو جانبه، از طریق تأمین بخشودگی‌های روزانه در اثر از کارافتادگی کارکنان، این نقص را رفع کنند.

انجمن‌های مزایای دوجانبه نهادهایی برای توسعه رفاه فیزیکی، روانشناختی و اجتماعی هستند که با آینده‌نگری، کمک‌های دوسویه و ارائه خدمات یکپارچه بین اعضا، دستیابی به آنها حاصل می‌شود. اعضا، کسانی هستند که سهم‌هایی را پرداخته‌اند و کلیه افراد وابسته به آنها نیز عضو می‌باشند. تأمین مالی انجمن‌ها، دراصل مشتمل بر مشارکت‌های اعضا در بیمه درمان پایه و دریافت یارانه می‌باشد. وظیفه اولیه انجمن‌های مزایای دوجانبه، مشارکت در اجرای بیمه اجباری خدمات پزشکی و بیمه از کار افتادگی و معلولیت است. این نقش، انجمن‌های مزایای دوجانبه را در بیمه درمان پایه بلژیک بسیار مهم



ارائه کنندگان بیمه درمان مکمل:

واژه ارائه‌کننده، هر موقعیتی را که در آن خدمات معینی پوشش داده می‌شود، مورد تأکید قرار می‌دهد. در بلژیک چندین عرضه‌کننده بیمه درمان مکمل وجود دارند: انجمن‌های مزایای دوجانبه، شرکت‌های بیمه خصوصی، صندوق‌های بازنشستگی، صندوق‌های آینده نگر، صندوق‌های رفاه حرفه‌ای، بانک‌ها و سازمان‌های

می‌سازد.

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

انجمن‌های مزایای دوجانبه عموماً بر اساس ارائه خدمات یکپارچه با حداکثر یک دوره سه ماهه، این نوع بیمه را عرضه می‌کنند. این بدان معناست که فرد بیمه شده با شغل آزاد برای آن دوره یک 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. نکته قابل توجه اینکه همه انجمن‌ها یک بیمه یکپارچه محور را ارائه نمی‌دهند. آنها آزادی سازماندهی داشته و می‌توانند برای اعضای خود هر نوع خدمتی را که مطلوب‌تر می‌پندارند، فراهم نمایند.

شرکت‌های بیمه خصوصی:

شرکت‌های بیمه خصوصی برای مشارکت و اجرای خدمات مانند آنچه که انجمن‌های مزایای دوجانبه انجام می‌دهند، وظیفه قانونی ندارند. شرکت‌های بیمه خصوصی، بیمه درمان مکمل یکپارچه محور ارائه

نمی‌کنند. برنامه‌های آنان خودکار بوده و بطور فردی تأمین مالی می‌شود.

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 که خواهان عضویت هستند دسترسی محدودی به انجمن‌های مزایای دوجانبه وجود دارد. این یکی از موقعیت‌های نادری است که در آن یک شرکت بیمه خصوصی نقص ایجادشده از سوی انجمن مزایای دوجانبه را رفع می‌کند.

تفاوت‌های بین انجمن‌های مزایای دوجانبه و بیمه‌گران خصوصی:

اگرچه تشابهاتی بین محصولات شرکت‌های بیمه خصوصی و انجمن‌های مزایای دوجانبه وجود دارد، برخی تفاوت‌ها نیز به چشم می‌خورد.

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 ایجاد شده‌اند. این تفاوت از طریق حق بیمه‌ها و سیستم‌های پایش آنان منعکس می‌شود. در سطح نظری، می‌توان ادعا کرد که انجمن‌های مزایای دوجانبه برای پیشرفت جامعه از طریق ارائه خدمات یکپارچه در تلاشند در حالی که بیمه‌گران خصوصی برای پیشرفت خودشان تلاش می‌کنند.

شرکت‌های بیمه خصوصی برای تعیین پوشش‌ها و حق بیمه‌ها، انتخاب ریسک اعمال می‌کنند. عواملی چون سن، جنس، سلامتی، تاریخچه پزشکی و موقعیت خانوادگی مورد توجه قرار می‌گیرد. نتیجه انتخاب ریسک در بیمه درمان مکمل می‌تواند توسط بیمه‌گر خصوصی، کاملاً حذف شود. برای انجمن‌های مزایای دوجانبه، قانون‌گذار معیارهایی همچون سن یا سلامتی را جهت حذف اعضاء از برنامه‌های بیمه درمان مکمل یکپارچه‌محور غیرقانونی می‌داند، بنابراین اشتباه است که گفته شود انجمن‌های مزایای دوجانبه هرگز نمی‌توانند انتخاب ریسک اعمال کنند. انجمن مزایای دوجانبه و یا شرکت خصوصی همه محصولات را عرضه نمی‌کنند. محدوده خدمات نه فقط بین انجمن مزایای دوجانبه و شرکت‌های خصوصی، بلکه بین انجمن‌های مختلف مزایای دوجانبه نیز بطور قابل توجهی متفاوت است که در جدول ۱ به آن اشاره شده است.

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

شرکت‌های بیمه خصوصی	انجمن‌های مزایای دوجانبه (مکمل)	انجمن‌های مزایای دوجانبه (پایه)
اختیاری	انتخابی	یکپارچه محور
عضویت اختیاری	عضویت اختیاری	عضویت اجباری
تأمین مالی فردی	تأمین مالی فردی	تأمین مالی یکپارچه محور
امکان انتخاب خطر	امکان انتخاب خطر	عدم انتخاب خطر

نظام بیمه سلامت در کشور ایران: دیگر گستردگی و تنوع جمعیت در کشور همواره مشکل

نظام بیمه‌ای بهداشتی و درمانی ایران، همانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه، از نوع بیمه همگانی می‌باشد. از جمله ویژگی‌های کشور ایران، تحولات گوناگونی است که منجر به عدم شکل‌گیری و ثبات در نظام بهداشتی و درمانی آن شده است. به عبارت دیگر، کشورهای هنوز نتوانسته است ساختار و سازمان مناسب خود را شناسایی و پیدا کند. از طرف

دیگر گستردگی و تنوع جمعیت در کشور همواره مشکل دسترسی و برقراری عدالت در برخورداری از منابع را برای افراد مختلف، به ویژه در روستاها، ایجاد کرده است. ثبات ماندن توسعه شبکه‌های بهداشتی و درمانی در مناطق مختلف کشور، به رغم رشد جمعیت، موجب گردیده که مشکلات دسترسی فیزیکی، جغرافیایی، و مالی چه در بخش بهداشت و چه



در بخش درمان، همواره گریبانگیر جامعه ایران باشد

و موجب صرف هزینه‌های زیادی از جیب مردم شود. در ایران بخش دولتی و خصوصی در کنار هم ارائه خدمات مختلف بهداشتی و درمانی را به عهده دارند ولی عمدتاً بخش دولتی و به ویژه وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در این زمینه از سهم بیشتری برخوردار است. بیش از ۷۰/۹ درصد از مؤسسات درمانی کشور وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی بوده که مستقیماً زیر نظر وزارت بهداشت و درمان فعالیت می‌کنند و ۱۸/۸ درصد از کل مؤسسات درمانی در اختیار بخش خصوصی است.

فلسفه اصلی در تعیین بیمه درمان مکمل ایجاد امکان استفاده بیمه‌شدگان از امکانات درمانی بخش خصوصی و عمدتاً بیمارستان‌های غیردولتی می‌باشد به نحوی که بر سر در هر یک از بخش‌های خسارت‌های درمانی بیمه اشخاص در این شرکت‌های بیمه‌ای نام بیمارستان‌های طرف قرارداد آنها که

گسترش بیمه‌های اجتماعی و خدمات درمانی حداقل از سه دهه پیش در ایران مورد توجه بوده و از وظایف سازمان‌های بیمه‌گر به شمار آمده است.

عمدتاً خصوصی و گاهی بیمارستان‌های فوق تخصصی می‌باشد دیده می‌شوند. در این بیمه‌نامه‌ها اولاً فقط خدمات بستری تحت پوشش قرار دارد و برای خدمات تشخیصی گران‌قیمت نیز ضوابط مشخص و تعریف شده‌ای ارائه گردیده است. نوع پوشش خدمات بیمه‌ای نیز هزینه‌ای و با تعیین سقف پرداخت مشخص می‌باشد که برای پوشش‌های بالاتر از این سقف پرداخت، یا باید حق بیمه از این سقف بیشتر باشد و یا باید این هزینه توسط خود فرد تأمین شود.

در قالب بیمه درمان پایه بر اساس ضوابط بخش دولتی

درصد از کل مؤسسات درمانی در اختیار بخش خصوصی است.

گسترش بیمه‌های اجتماعی و خدمات درمانی حداقل از سه دهه پیش در ایران مورد توجه بوده و از وظایف سازمان‌های بیمه‌گر به شمار آمده است. این امر همچنین در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران (ماده ۶ و ۱۰) تصریح شده و در قوانینی همچون قانون برنامه سوم توسعه نیز بر اجرای کامل آن تأکید شده است.

بالا بودن هزینه‌های تشخیصی و درمانی و بطور کلی رشد فزاینده این هزینه‌ها از یک طرف و تفاوت زیاد موجود بین تعرفه‌های خدمات پزشکی در دو بخش دولتی و غیردولتی از طرف دیگر، شرایطی را ایجاد کرده که انگیزه اقتصادی در زمینه فعالیت در بخش بیمه‌های درمان را بسیار کم می‌کند؛ چراکه اگر افراد تمایلی به استفاده از بیمه‌های درمان مکمل داشته باشند، به دلیل توقع دریافت خدمات با کیفیت بالاتر و همراه با سایر خدمات جنبی و

- و تعرفه‌های مصوب، میزان هزینه، محاسبه و پس از کسر فرانشیز مربوطه (۱۰٪ برای خدمات بستری)، ۹۰٪ باقیمانده هزینه را پرداخت می‌نمایند که در این صورت پوشش بیمه درمان مکمل تأمین هزینه‌های مازاد بر این هزینه پرداختی توسط بیمه‌های دولتی خواهد بود. بنابراین نقاط ضعف اصلی بیمه درمان مکمل به شرح زیر می‌باشد:
- پوشش صرف خدمات بستری و خدمات تشخیصی گران‌قیمت سرپایی
 - پوشش بیمه با سیستم پوشش هزینه‌ای و سقف پرداخت مشخص
 - تقسیم‌بندی مبتنی بر این فرض که خدمات با کیفیت بالا حتماً در بیمارستان‌های غیردولتی وجود دارند.
 - تقویت انگیزه در ارائه دهندگان خدمت در بخش غیردولتی جهت تهیه صورت حساب‌های مفصل براساس پرداخت کارانه
 - ارائه بسته‌های تشخیصی و محدود از خدمات بیمه مکمل درمان، بدون وجود رقابت واقعی بین مؤسسات بیمه‌گر
 - فعالیت صرف بیمه‌های درمان در قالب بیمه‌های بازرگانی در بخش دولتی
 - تحت پوشش نبودن بیماران خاص در این طرح بیمه‌ای
 - نادیده گرفتن جایگاه قانونی جهت پوشش بیمه‌های درمان مکمل
- و نقاط قوت آن عبارت است از:
- وجود تجربیات چندین ساله در زمینه انواعی از بیمه‌های درمان مکمل که توسط یک بیمه بازرگانی به‌دست آمده است.
 - گرایش جدی مؤسسات و سازمان‌های دولتی و غیردولتی برای تحت پوشش قراردادن کارکنان در بیمه‌های مکمل
 - پیش‌بینی حل شدن مشکلات قانونی فعالیت بیمه‌های غیردولتی در آینده نزدیک
 - فعال بودن بخش غیردولتی در ارائه خدمات درمانی در بسیاری از شهرهای کشور
 - عدم پوشش بسیاری از خدمات در بیمه درمان پایه
 - عدم امکان استفاده از بسیاری از خدمات درمانی برای افراد، بنا به دلایل اقتصادی
 - عدم وجود سیستم‌های حمایتی برای سالمندان و افراد ناتوان و از کار افتاده
 - عدم تقبل دفترچه‌های بیمه درمان پایه در بسیاری از مطب‌ها و مراکز درمانی
 - بلا تکلیفی بیماران برای انجام اعمال جراحی پرهزینه مثل پیوند اعضا
 - ناتوانی بخش عمومی در تأمین هزینه‌های درمانی افراد جامعه
 - لزوم بهره‌گیری از مشارکت جامعه در تأمین هزینه‌های درمانی
- نتیجه‌گیری:**
- چه میزان بیمه درمان مکمل می‌تواند در پذیرش مالی و اجتماعی خدمات بهداشتی نقش داشته باشد؟ تا چه وسعتی می‌تواند نقایص برنامه بیمه درمان پایه را رفع

نیست و در این مورد لازم است ضمن تدوین الگوی مصرف خدمات پزشکی با اولویت اقشار آسیب‌پذیر، به اصولی چون اختیاری بودن خدمات، توانایی پرداخت و قابلیت انتخاب اختیاری خدمات تحت پوشش بیمه‌های درمان مکمل، توجه شود.

● مطالعات تطبیقی نشان می‌دهد که نقش دولت‌ها در اکثر کشورها سیاست‌گذاری، قانون‌گذاری و نظارت بر نحوه ارائه پوشش‌های بیمه درمان مکمل است لذا به ارائه بیمه درمان مکمل بوسیله بخش دولتی توصیه نمی‌شود.

● در ارائه پوشش‌های بیمه درمان مکمل، اصولی چون ایجاد فضای رقابتی جهت ارائه خدمات با کیفیت مطلوب‌تر و با قیمت مناسب‌تر و آزادی افراد در انتخاب مؤسسات بیمه‌گر مدنظر قرار گیرد.

● حق بیمه پوشش‌های بیمه درمان مکمل بر اساس مزایای ارائه شده و نیز بر اساس میزان تعهدات شرکت‌های بیمه‌ای، به دو شکل ثابت و متغیر و با لحاظ کردن معیارهای سن، مزایا، حق بیمه پرداختی و نهایتاً بر مبنای مخاطرات فردی در نظر گرفته شود.

● رویکرد عدم تمرکز در ارائه بیمه‌های درمانی مکمل، مستلزم توجه به اصول توزیع دموگرافیک جمعیت، توزیع اپیدمیولوژیک بیماری‌ها و توانایی پرداخت افراد است.

فهرست منابع:

۱. خالق نژاد، احمد ۱۳۸۲، «تحلیل قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور»، ویژه‌نامه علمی - تخصصی بیمه همگانی خدمات درمانی، ش ۲۳، صص ۷۶-۸۰.

۲. زارع، حسین ۱۳۸۱، «معرفی اجمالی بیمه‌های مکمل

کند؟ آیا می‌تواند راه‌حل‌هایی برای خطرات بهداشتی جدید که در حال حاضر بطور نامناسبی ارائه می‌شوند در نظر بگیرد؟ یک پاسخ مثبت به این سؤالات ممکن است تدوین حداقل ضمانت‌ها برای بیمه پایه باشد. تعداد افراد تحت پوشش بیمه درمان مکمل در حال افزایش است. اگرچه بیمه درمان مکمل می‌تواند راه‌حل‌هایی برای عدم پوشش ارائه دهد، اما نقطه ضعف‌های چندی وجود دارد. در هر حال بدون یک ارزشیابی مستمر از خصوصیت اجتماعی بیمه مکمل، مشکلات عمده‌ای ممکن است بروز کنند کمترین آنها عدم دسترسی برای افراد مستمند است. هم شرکت‌های بیمه خصوصی و هم بخش‌های دولتی در ارائه خدمات بیمه درمان مکمل مزایا و معایبی دارند. آنچه که باید مورد توجه قرار گیرد این است که سیستمی از بیمه درمان مکمل ارائه شود که تعادل خوبی بین جنبه‌های اقتصادی و اهداف اجتماعی برقرار نماید. لذا توجه به موارد زیر در ارائه خدمات بیمه درمان مکمل ضروری است:

● تفکر حاکم بر ارائه بیمه‌های درمان مکمل، بر اساس اختیاری پرکردن خلأهای خدمتی و هزینه‌ای موجود در خدمات بیمه درمان پایه است. لذا لازم است متولیان 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 کنند و سپس به تعریف تعیین خدمات تکمیلی با اولویت بیمه‌های درمان مکمل خدمتی پردازند.

● توجه به این نکته لازم است که ارائه خدمات درمانی مکمل به معنی کاهش پوشش بیمه درمان پایه

درمانی»، ویژه‌نامه علمی- تخصصی بیمه همگانی خدمات
درمانی، ش ۱۹، صص. ۲۰-۳۲.

۳. وفایی نجار، علی ۱۳۸۳، «بررسی تطبیقی بسته‌های
خدمات بیمه درمان مکمل در کشورهای منتخب و ایران
و ارائه الگوی مناسب»، پایان‌نامه دکترای رشته مدیریت
خدمات بهداشتی درمانی واحد علوم و تحقیقات تهران.

4. Bircher, A. J 2000, 'Complementary health
insurance in belgium', ISSA, no.4.

5. Commission, *Université catholique de
Louvain*, Brussels.

6. Hermesse, J 2001, 'Voluntary health
insurance in belgium: a study for the european'.

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

8. Vhi Healthcare 2001c, 'Submission to
the european commission's study on voluntary
health insurance in the european union', Vhi
healthcare, Dublin.

