

بیمه تأمین هزینه‌های درمانی

نوشته استفن پرایس

ترجمه آیت کریمی

[معرفی نویسنده: Stephen Price انگلیسی تبار و از مدیران برجسته گروه بیمه‌گر Nasco Karaoglan در فرانسه است و از مؤسسه چارتر بیمه لندن، مدرک ACH دریافت داشته].

موضوع درمان، چه در کشورهای پیشرفته صنعتی و چه در کشورهای در حال توسعه به صورت یکی از مسائل مهم جهانی درآمده است. در سرتاسر کرهٔ خاکی، دولت‌های مختلف پیوسته می‌کوشند تا شیوه‌های خدمات رسانی و ایجاد امکانات لازم در زمینه‌های درمانی را بهبود بخشند و بدون افزودن به هزینه‌های جاری خود به سطح بالاتری از رفاه و خدمات درمانی دست یابند. درحالی که این ملاحظهٔ دوگانه، وظیفه‌ای دشوار و دست‌نیافتنی را ترسیم می‌کند. به طوری که دسترسی به کمال مطلوب، کم‌کم پای افق‌های دور دست را به میان کشیده است.

بعد از جنگ جهانی دوم، تأمین خدمات درمانی در کشورهای عمدهٔ صنعتی به عنوان یک ضرورت فوری بیش از پیش خود را نشان داد. دولت‌ها بر آن شدند که با مشارکت کارفرمایان و کارکنان، پوشش جامعی تحت عنوان رفاه اجتماعی صرف‌نظر از تواناییهای فردی در تأمین این‌گونه خدمات، شرایط جسمی و سنی برای تمام جمعیت کشورهای خود تأمین نمایند.

توسعهٔ سریع و پیشرفت فراگیر صنعتی دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ به همراه اشتغال کامل و جوان بودن نسبی جمعیت اغلب کشورها مشکل حادی برای ارائهٔ پوشش‌های درمانی و خدمات بهداشتی تولید نمی‌کرد و دولت‌ها در زمینهٔ رفاه اجتماعی توانستند به موفقیت‌های چشمگیری نایل آیند. ولی بحران پیاپی بازار نفت و رکود اقتصادی در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ به همراه افزایش جمعیت و طول عمر موجب کاهش منابع تأمین رفاه اجتماعی و خدمات درمانی که هزینه‌های آن به شدت در حال افزایش بود گردید.

این مشکلات سبب شد که دولت‌ها به تکاپو بیفتند تا ضمن تجزیه و تحلیل اوضاع حاکم بر

کشور خود راه‌حل‌های مؤثر و کارا برای ملت خود پیدا کنند. برای مثال در انگلستان، دولت، ضمن تأمین برخی از هزینه‌ها و حفظ شبکه بهداشت درمانی ملی در سطح پایین‌تر مردم را صرف‌نظر از نوع اشتغال آنها تشویق به تأمین و خرید پوششهای درمانی خصوصی کرد. حل مشکل به این طریق گرچه بر روی کاغذ ممکن است مقبول و منطقی قلمداد شود ولی اشاعه‌اش، این خطر بزرگ را در پی دارد که کلیه امکانات، پزشکان متخصص، تکنولوژی جدید و بیمارستانهای مجهز در بخش خصوصی متمرکز شوند و در خدمت توانگران قرار گیرند و تهیستان از دسترسی به حداقل امکانات محروم شوند که ادامه آن موجب بروز تنشهای اجتماعی و سیاسی خواهد شد.

در فرانسه از اوایل دهه ۱۹۸۰ تا اوایل دهه ۱۹۹۰، دولت سوسیالیست بر کشور حاکم بود لذا با قضیه با احتیاط برخورد کرد و نتوانست نگرش بازار آزاد و توجه به بخش خصوصی را سرلوحه کار خویش قرار دهد. در حالی که در انگلستان، خانم مارگارت تاچر و پس از وی، آقای جان میجر که هر دو از محافظه‌کاران حاکم بر لندن بودند، توجه به بخش خصوصی و استفاده از شیوه‌های بازار آزاد را در امور مربوط به درمان پیشه می‌کردند. در فرانسه، دولت ضمن کاهش سطح خدمات درمانی و رفاه اجتماعی و حذف برخی از هزینه‌ها، ارائه خدمات درمانی و بهداشتی را در سطح معین و قابل قبولی ادامه داد به طوری که مردم اگر طالب پوشش جامع و کامل بودند مابه‌التفاوت آن را تا حد استاندارد مطلوب می‌توانستند با مشارکت کارفرمایان و کارکنان از بخش خصوصی تأمین نمایند. یعنی، طبقه فرودست اجتماع، تأمین قابل قبولی در اختیار داشت. به هر حال هزینه تأمین اجتماعی که به دلیل رکود اوایل دهه ۱۹۹۰ که موجب افزایش بیکاری در این کشور شد، کاهش یافت و قطع مشارکت کارفرمایان و کارکنان را در پی داشت و دولت را در ارائه خدمات اجتماعی با مشکل مواجه ساخت.

ادامه این روند، در سال ۱۹۹۴ موجب شد که دولت فرانسه با کسر بودجه ۷ میلیارد فرانکی در بخش تأمین اجتماعی مواجه شود. به طوری که پیش‌بینی می‌شود برای سال جاری یعنی سال ۱۹۹۵ کمبود بودجه تأمین اجتماعی از این نیز فراتر رود. این وضعیت نمی‌توانست دوام چندانی داشته باشد و دولت محافظه‌کار فعلی ناگزیر باید راه حل فوری برای این مشکل پیدا کند. اما میدان عمل محدود است: از یک سو، هم اکنون بیکاری در فرانسه بالاترین میزان را در اروپا دارد (و به سرعت رو به افزایش هم هست). علت آن، وجود اتحادیه‌های قدرتمند و اعمال نفوذهای سیاسی در صحنه فعالیتهاست. از دیگر سو، توقعات نیز بالا رفته است. فرانسویان خواهان رفاه اجتماعی و خدمات درمانی سطح بالا، صرف‌نظر از میزان و نوع هزینه هستند؛ برای آنها کیفیت خدمات مطرح است نه هزینه.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود حتی در کشورهای صنعتی راه‌حل‌هایی که برای حل مشکلات درمانی ارائه شده نتوانسته است با موفقیت کامل قرین شود. هر کشور با توجه به موقعیت خود تنها نتوانسته موفقیت نسبی کسب کند. همه شنیده‌ایم که آقای کلیتون رئیس جمهور امریکا با قولی که برای بهبود نظام خدمات بهداشت درمانی و افزایش رفاه اجتماعی به مردم امریکا داد به ریاست جمهوری برگزیده شد ولی در عمل به دلیل مضیق‌های مالی یا محدودیت‌های شخصی و از همه مهمتر، قیود سیاسی نتوانست این طرح را اجرا کند و برنامه‌نوسازی خود را به منصه ظهور برساند؛ به دیگر سخن، در حد قول و وعده و وعید باقی ماند.

من دیگر بار به این مطلب اشاره خواهم کرد که منافع شخصی نقش کلیدی در تأمین بهداشت و درمان دارد. اکنون وقت آن است که به وضعیت بهداشت و درمان در کشورهای درحال توسعه اشاره کنیم. در این کشورها یا اصولاً بهداشت و درمان وجود ندارد یا اینکه تأمین اجتماعی و تأمین خدمات درمانی پاسخگوی نیاز مردم این کشورها نیست. در کشورهای درحال توسعه، آنچه را که سازمان‌های درمانی و بهداشتی دولتی و تأمین اجتماعی به مردم ارائه می‌کنند بسیار ناچیز و ناکافی است. دولت، بخش بسیار اندکی از هزینه‌ها را از مجرای سازمان‌های تخصصی خود به مردم ارائه می‌کند که به هیچ‌وجه با نیاز مردم سازگاری ندارد. از یک سو، کمبود منابع مالی، ضعف تکنولوژی و تجهیزات پزشکی و کمبود متخصص در رشته‌های مختلف پزشکی موجب شده که سازمان‌های بهداشت درمانی در اختیار دولت نتوانند خدمات مؤثری در اختیار مردم قرار دهند و کلیه امکانات موجود این کشورها در اختیار بخش خصوصی است. از دیگر سو، هزینه‌های سرسام‌آور استفاده از خدمات درمانی بخش خصوصی موجب شده که فقط خانوارهای توانگر قادر باشند از این امکانات بهره‌گیرند.

در این کشورها بیمارهای مزمن فراگیر است. تواتر و شدت هزینه‌های سنگین نیز بسیار بالاست لاجرم چاره‌ای جز انتقال بیمار به مراکز پزشکی خارج از کشور وجود ندارد. درحالی که هزینه درمان در خارج نیز بسیار سنگین و خارج از توان و قدرت مالی اکثر مردم این کشورهاست. درنتیجه، به منابع مالی سنگینی نیاز است تا بتوان خدمات پزشکی جامعی به مردم این کشورها ارائه کرد.

عملکرد چند کشور عربی حوزه خلیج فارس در دهه گذشته می‌تواند تصویر روشنی از این وضعیت به دست دهد. در پی افزایش شدید قیمت نفت در دهه ۱۹۷۰ و اوایل دهه ۱۹۸۰، ثروت بادآورده و هنگفتی نصیب شیوخ منطقه شد. در اثر این ثروت و فراوانی، درمان و خدمات درمانی هم برای همه مردم منطقه میسر گشت. اما در برخی از این کشورها کارفرمایان الزاماً متعهد به پرداخت تمامی هزینه‌های درمانی کارکنان خود بودند که این امر با توجه به

سازندگیهای گسترده در کشورهای حوزه خلیج فارس معنای دیگری پیدا می‌کرد و آن این بود که خارجیان با تضمین پرداخت هزینه‌های درمانی خود وارد این کشورها می‌شدند و هزینه سنگینی را در این بخش روی دست کارفرمایان می‌گذاشتند. تحمل این شرایط در اوضاع و احوالی که عمده فعالیتها در کشورهای حوزه خلیج فارس در عملیات ساختمانی متمرکز بود (که از نظر ریسک خدمات پزشکی و درمانی بسیار سنگین است) برای کارفرمایان دشوار شد و در نتیجه آنها برای حل این معضل ناگزیر شدند به بازار جهانی بیمه روی آورند.

در ابتدا چندین شرکت بیمه که در پی افزایش پرتفوی خود بودند با پیش‌بینی حق بیمه بالایی که این بازار بالقوه می‌توانست برای آنها تولید کند، بدون مطالعه عمیق و تنها با تکیه بر تصورات، به صدور بیمه‌نامه‌های تأمین هزینه‌های پزشکی و بهداشتی اقدام کردند. اینان به نوع پوششی که به بازار عرضه می‌کردند و شرایطی که این‌گونه پوششها باید داشته باشند، توجه نمی‌کردند. در نتیجه ضریب خسارت به سرعت افزایش یافت به طوری که گاه به ۱۵۰ درصد خالص حق بیمه افزایش می‌یافت و این شرکتها ناگزیر می‌شدند بعضاً میلیونها دلار هزینه تنها برای یک گروه پردازند و شمار خسارتهای سنگینتر نیز به سرعت افزایش می‌یافت.

در این آشفته بازار، بخش عمده‌ای از این خسارتهای را بیمه‌گران اتکایی، چه از طریق قراردادهای اتکایی اجباری و چه از طریق قراردادهای اتکایی اختیاری، باید متحمل می‌شدند. ادامه این اوضاع عرصه را بر بیمه‌گران اتکایی چنان تنگ ساخت که پس از سالها تحمل زیان، تعدادی از آنها بازار را ترک کردند و بعضاً جای خود را به بیمه‌گران اتکایی جدید دادند که هیچ‌گونه تجربه و اطلاعی از وخامت بازار نداشتند. برخی از شرکتهای بیمه نیز به دلیل ترک بیمه‌گران اتکایی و افزایش حق بیمه نمی‌توانستند پوشش اتکایی تأمین‌کنند ناگزیر همه پرتفوی خود را به حساب نگهداری خود منظور می‌کردند به طوری که ترازنامه همه این شرکتها زیانهای هنگفتی را نشان داد و به نقطه بحرانی رسیدند. واضح است که در نمی‌توانست همیشه به این پاشنه بچرخد و راه حل عاجلی را با اندیشه‌های نو طلب می‌کرد.

بیمه‌گران دریافته‌اند که بیمه درمانی بی‌نهایت برای آنها اهمیت یافته است و باید با دوراندیشی بدان پردازند. به تجربه ثابت شد که در نهایت حجم حق بیمه این رشته باید با خسارتهای پرداختی تناسب داشته باشد وگرنه عواقب ناگوار مالی گریبانگیر آنها خواهد شد. پس از اینکه بیمه‌گران اتکایی بازار منطقه را ترک کردند شرکتهای بیمه پس از تحمل تجربه تلخ به این نتیجه رسیدند که برای اداره این پرتفوی خطرناک باید به ابزارهای فنی مجهز شوند. یعنی باید در زمینه نرم افزار کامپیوتر سرمایه‌گذاری کنند، از اطلاعات متخصصان رشته پزشکی بهره‌مند شوند، با بیمارستانها و مراکز درمانی در مورد شرایط قرارداد مذاکره نمایند و خلاصه

کلام اینکه مبانی فنی ریسک و میزان تأثیر عوامل آن باید مورد توجه قرار گیرد. در عمل تنها شمار اندکی از شرکتهای بیمه می‌توانستند با استفاده از ابزارهای فنی، بیمه درمان را اداره کنند. در مقابل، شرکتهای بیمه دیگر که یا قادر نبودند چنین پوششی را برای مشتریان خود تدارک ببینند یا نمی‌خواستند در این رشته فعالیت کنند و فقط مایل به فعالیت در رشته‌های بیمه سنتی بودند، مشتریان زیادی را از دست دادند زیرا مشتری زمانی حاضر است تمام کارهای خود را به شرکت بیمه واگذار کند که بتواند همه نوع پوشش بیمه‌ای اخذ نماید. در نتیجه، بی‌رونی در رشته بیمه درمان، اغلب این شرکتها را با مشکل مواجه ساخت و نتوانستند در بازار توفیق چندانی به دست آورند.

برای حل این مشکل، واحدهای مستقلی^۱ تحت عنوان «مدیران ثالث»^۲ در خاور نزدیک و خاورمیانه تأسیس شد. نقش مدیران ثالث همکاری و کمک به بیمه‌گران، بیمه‌گران اتکایی بیمارستانها و مراکز درمانی در ارائه بیمه درمان است. شاید بتوان گفت که موفقترین و معروفترین آنها گروه «مدنت» است که نقش اصلی و اساسی این سازمان تسهیل در اداره و پرداخت خسارت از طریق همکاری نزدیک با بیمه‌گران، بیمه‌گران اتکایی، بیمارستانها و حتی با مشتریان است. درحقیقت این واحدها با کلیه طرفین درگیر در بیمه درمان همکاری نزدیک دارند تا قرارداد به نحو مطلوب اجرا شود.

در اینجا قبل از اینکه نحوه تأسیس مدنت و پیشرفت گروه تشریح شود، لازم است به تاریخچه بیمه درمان از نظر تأثیر روانی در منطقه خلیج فارس که قبلاً موقعیت آن در کشورهای درحال توسعه مورد بحث قرار گرفت اشاره شود.

شایان ذکر است که درصد بالایی از جمعیت شبه جزیره عرب را مهاجران تشکیل می‌دهند که اقلیتی از آنها اروپایی یا آمریکایی تبار هستند. اما بیشتر جمعیت این کشورها را «ملیتهای کشور ثالث»^۳ نظیر هند، پاکستان، فیلیپین و جز آن تشکیل می‌دهند. ملیتهای اروپایی و آمریکایی در پی پوشش درمان و معالجه در مقابل بیماریهای مزمن هستند؛ اینان به هنگام بیماریهای سخت و حادثه به کشورهای خویش باز برمی‌گردند. این بدان معناست که کارفرمایان در این کشورها به دنبال آن نوع پوشش بیمه‌ای هستند که جهانشمول باشد و در تمام نقاط دنیا کارکنان آنها بتوانند تحت پوشش بیمه باشند. از یک سو اعمال هر نوع محدودیت در ارائه پوشش موجب نارضایتی مشتری است. از دیگر سو، ملیتهای کشور ثالث به دلیل تسهیلات فراوان بیمه درمان و خدمات بهداشتی بعضاً از وجود بیمه سوء استفاده می‌کنند، تعداد افراد خانواده آنها زیاد است و مراجعات غیرضروری به مراکز درمانی به شدت رایج. به تجربه بارها مشاهده شده است که با استفاده از تعطیلی روز جمعه همه افراد خانواده به مراکز درمانی مراجعه

کرده، نزد متخصصان مختلف رفته و از آزمایشگاه و رادیولوژی استفاده کرده‌اند تنها با این تصور که صورتحساب را بیمه‌گر می‌پردازد. برای فایق آمدن به این مشکل و حذف هزینه‌های غیرضروری و همچنین جلوگیری از تقلب و سوء استفاده از بیمه‌درمان، بیمه‌گران محدودیت‌هایی را نظیر محدودیت ویزیت روزانه، محدودیت و نحوه استفاده از تخت بیمارستان، اعمال فرانشیز و غیره در قرارداد بیمه منظور می‌نمایند ولی این‌گونه محدودیت‌ها مقطعی است و نمی‌تواند مشکل بیمه‌درمان را به‌طور ریشه‌ای و اساسی برطرف سازد.

وضعیتی که در بالا به آن اشاره شد نشان می‌دهد که مردم چه انتظارات و توقعات بالایی از علم پزشکی و شرکت‌های بیمه دارند و چه انتظاراتی باید داشته باشند تا در مقابل درد و ناراحتی و انواع بیماریها و حوادث، پزشکان و مراکز درمانی را موظف نمایند که از پیشرفته‌ترین تکنولوژیها و متخصصان برای معالجه بیماران استفاده کنند؛ همچنین بهترین خدمات درمانی ممکن را، به‌ویژه به آنهایی که صورتحساب را می‌پردازند ارائه نمایند! در چنین شرایطی است که هزینه‌های درمان و معالجه بسیار سنگین می‌شود و نتیجه نهایی آن افزایش حق بیمه است. برای اینکه بیمه‌گر تنها با افزایش حق بیمه است که می‌تواند در این رشته به فعالیت خویش ادامه دهد. این وضعیت را «معمای تورم و بحران بیمه درمان» می‌نامند.

برای فایق آمدن بر این مشکلات و جلوگیری از هرگونه سوء استفاده احتمالی از بیمه‌نامه به طریقی که خسارت واقعی به ذی‌نفع پرداخت شود باید کلیه طرفهای درگیر، نهایت همت و تلاش خود را به کار گیرند. بیمه‌گذار باید درک صحیحی از بیمه درمان داشته باشد و نسبت به اجرای صحیح قرارداد احساس مسؤلیت کند؛ کارفرما باید دقت و نظارت بیشتری اعمال نماید؛ پزشکان، بیمارستانها و سایر مراکز درمانی و داروخانه‌ها در ارائه خدمات پزشکی و دارویی با هزینه‌های معقول، خدمات مؤثری به بیمه‌شدگان ارائه نمایند؛ و دست آخر اینکه شرکت بیمه پوششهای بیمه‌ای خود را با نیاز مشتریان و میزان درآمد آنها هماهنگ سازد.

تحت تأثیر عوامل پیشگفته تنها و با نظارت و به کنترل درآوردن همه جانبه بیمه درمان است که می‌توان به موفقیت این رشته در آینده امیدوار بود. البته باید خاطر نشان شود که کشورهای مختلف وضعیتهای متفاوت از هم دارند که باید با توجه به ویژگیهای بازار، موضوع بررسی شود.

بحثی که اکنون می‌خواهم بدان بپردازم نقش شرکت‌های بیمه در رشته بیمه درمان به‌ویژه در کشورهای درحال توسعه است. شرکت‌های بیمه در اداره این رشته با مشکلات غامض و پیچیده‌ای مواجه هستند؛ یا باید خود را به ابزارهای مناسب و کارا در اداره این رشته مجهز کنند یا اینکه شاهد از دست رفتن حجم سنگین حق بیمه این رشته و مشتریانی باشند که برای رفع نیاز خود به

منابع دیگر روی می آورند. واضح است که کشورهای درحال توسعه با کمبود منابع مالی و منابع انسانی متخصص مواجه اند به طوری که دسترسی بدان به سادگی مقدور نیست. تنها شمار کمی از بیمه گران در کشورهای درحال توسعه دارای امکانات لازم برای اداره این رشته هستند. خدمات نرم افزاری کامپیوتر در این کشورها بسیار گران و پر هزینه، شمار متخصصان برای ارزیابی و تشخیص خسارت بسیار کم و قدرت و توان فنی برای مذاکره جهت تعیین هزینه های پزشکی و خدمات درمانی بسیار پایین است.

کشور پیشتاز در اداره یک برنامه جامع خدمات بهداشت درمانی امریکا است. در این کشور میزان هزینه های درمانی به رقم سرسام آور ۱۰۰۰ میلیارد دلار (۱۶ درصد تولید ناخالص داخلی) رسیده است. به همین دلیل اشخاص و ارگانهای ذی نفع در جهت حل این معضل اجتماعی و منطقی کردن هزینه خدمات درمانی از مدتها پیش در جست و جوی روشهای جایگزین بودند. سرانجام سه روش با ساختارهای مختلف به شرح زیر مطالعه و طراحی شد:

۱. مدیران ثالث.

۲. سازمان تهیه کننده خدمات ترجیحی.^۴

۳. مدیریت خدمات پزشکی.^۵

در تمام جهان، یگانه سازمانی که ترکیبی از خدمات هر سه تشکیلات فوق را عرضه می کند گروه مدنت است. این گروه، افزون بر ارائه خدمات پیشگفته در بخش مدیریت ریسک و صدور نیز فعالیت می کند. مدنت در جهت همکاری و کمک بر اساس نیاز حاملان ریسک بیمه درمان (شرکتهای بیمه) طراحی شده است. نیاز شرکتهای بیمه را می توان در موارد زیر خلاصه کرد:

- پاسخ به بازار.

- رقابت.

- سهم از بازار.

- نتایج مثبت (سود عملیات فنی).

- مدیریت حداکثر هزینه.

این خدمات عبارتند از:

- کمک در طراحی روشها و برنامه های جدید خدمات بهداشت درمانی.

- ارائه خدمات مدیریتی برای فروش و عرضه محصولات جدید طراحی شده.

- انتخاب و سازماندهی بهترین و مؤثرترین شبکه ملی و بین المللی بین ارائه کنندگان بیمه

خدمات درمانی.

- مدیریت مورد به مورد، سبندی^۶ هزینه، کنترل کیفیت خدمات و کنترل دیگر رویه ها.

- تهیه و ارائه آمارهای مختلف، بررسی و تجزیه و تحلیل آکتوئری و انجام توصیه‌های مختلف.
- ارائه خدمات جامع کامپیوتری.
- تهیه و تأمین بهترین پوشش اتکایی (در سالهای اخیر، پوشش اتکایی عمدتاً از شرکت مونیخ‌ری تأمین شده است).

هدفهای فعالیتهای از طریق ارائه خدمات و تولیدات زیر تحقق یافته است:

۱. مدیران ثالث.

الف) طراحی: همکاری و کمک به بیمه‌گران و بیمه‌گران اتکایی در ارائه پوششهای بیمه‌ای براساس نیاز مشتری و شرایط بازار؛ تأمین بهترین خدمات برای مشتری و اعمال روشهای کنترلی مؤثر؛ طراحی فرمهای مختلف قراردادهای بیمه درمانی تحت عناوین: فرم پیشنهاد، بیمه‌نامه و جدول آن، شرایط قرارداد بیمه، راهنمای استفاده‌کننده، کارت بیمه، فرم هزینه‌های بیمارستانی، فرم هزینه‌های خارج از بیمارستان.

ب) آموزش: سازماندهی و برگزاری انواع سمینارهای تخصصی برای پوششهای بیمه‌ای مختلف جهت رده‌های مختلف پرسنلی شرکتهای بیمه با هماهنگی قبلی با شرکتهای بیمه ذی‌نفع نظیر دوره‌های تخصصی برای مدیران، کارشناسان اجرایی، فروشندگان و بازاریابان، نمایندگان و کارگزاران.

پ) چاپ: چاپ و تکثیر مدارک مورد نیاز برای اجرای قرارداد به حساب شرکتهای بیمه (فرم و جدول قرارداد؛ متن قرارداد بیمه؛ راهنمای استفاده‌کننده؛ کارت بیمه؛ فرم تسویه حساب هزینه‌های خارج از بیمارستان یا فرم خسارت).

ت) گزارشهای اداری و مدیریتی اجرای قراردادها (این گزارشها برای استفاده حاملان ریسک تهیه و ارائه می‌شود): صورتحساب‌های ماهانه فروش انواع پوششها؛ صورتحساب‌های ماهانه حسابهای قابل وصول در آن ماه؛ گزارشهای روزانه هزینه‌های بیمارستانی (گزارش خسارتها)؛ تهیه صورتحساب هزینه‌های بیمارستانی؛ تهیه صورتحساب هزینه‌های خارج از بیمارستان؛ تهیه صورتحساب فروش سه ماهه برای بیمه‌گران اتکایی؛ تهیه صورتحساب سه ماهه خسارت برای بیمه‌گران اتکایی؛ تهیه صورتحساب سه ماهه عملیات اتکایی؛ محاسبه نتایج فنی و ضریبهای خسارت.

ث) تجزیه و تحلیل: برای استفاده حامل ریسک، تجزیه و تحلیلهای جامع آماری و محاسبات آکتوئری انجام می‌گیرد.

۲. خدمات و تولیدات سازمان تهیه‌کننده خدمات ترجیحی.

الف) طرح بیمه: به موجب این طرح، به بیمه‌شده عضو اختیار داده می‌شود که از پوششهای

اضافی رایگان (طبق شرایط قرارداد) شبکه بیمارستانی و سایر خدمات پزشکی تهیه کننده طرح ترجیحی که به دارندگان کارت مدنت با حق بیمه ترجیحی پیشنهاد می شود استفاده نماید.

ب) شبکه: شبکه مراقبتهای پزشکی و درمانی ۲۴ ساعته را در کشورهای خارجی با همکاری مراکز درمانی عضو شبکه به بیمه شدگان عضو از طریق یک مرکز بین المللی ارائه می نماید.

۳. مدیریت خدمات پزشکی.

این سازمان قبل از ارائه هرگونه خدمات پزشکی، وضعیت عضو بیمه شده را براساس شرایط قراردادی که با شرکت بیمه دارد (هم از نظر کیفی و نوع خدمات و هم از نظر هزینه) مورد بررسی قرار می دهد تا بتواند نسبت به مدت درمان، نوع خدمات و میزان هزینه، تصمیم مناسب اتخاذ کند. مدیریت خدمات، وضعیت بیمه شده را از هر نظر مورد توجه قرار می دهد تا بتواند با تمرکز روی نوع و میزان تأثیر خدمات هزینه جراحی، بیمارستان و سایر خدمات پزشکی را از نظر کمی و کیفی کنترل نماید و به بیمار، خدمات مورد نیاز هماهنگ شده ارائه کند.

افزون بر این خدمات، مدیریت خدمات در خارج از کشور اقامتگاه بیمه شده، کمکهای فوری و ضروری ۲۴ ساعته (آمبولانس، انتقال به بیمارستان، حمل و نقل های ضروری، تهیه هتل و بلیت رفت و برگشت برای بیمار و همراهان) تأمین می کند.

گروه مدنت در سال ۱۹۹۱ خدمات خود را در لبنان آغاز کرد؛ کشوری که افزون بر کلیه مشکلات مبتلا به کشورهای درحال توسعه، مشکلات خاص خود را هم دارد: ۱۷ سال درگیر جنگ داخلی تمام عیار بوده و به ویرانه ای تبدیل شده است؛ به اغلب بیمارستانها و مراکز پزشکی و درمانی آسیب جدی وارد آمده و متخصصان، کشور را ترک گفته اند. در نتیجه خدمات درمانی و پزشکی به پایین ترین سطح خود رسیده؛ کمبود منابع مالی برای بازسازی خرابیهای جنگ، تورم، کاهش ارزش پول ملی، مشکلات سیاسی و بی ثباتی اجازه نمی داد تا در زمینه خدمات درمانی و پزشکی اقدامهای اساسی صورت پذیرد. در مورد مردم می توان گفت که در طول جنگ، درمان و بهداشت تقریباً به فراموشی سپرده شده بود و اعمال جراحی به آینده موکول، چون تحت هیچ شرایطی امکان پذیر نبود. افزون بر تمامی این موارد، به تأثیر عامل روانی نیز باید توجه کرد. بیماریهای مزمن و ناشناخته یا حتی پنهان نیز در بین مردم وجود داشت.

بنابراین در چنین شرایطی، طبیعی به نظر می رسد که تأسیس مدنت را با مشکلات فراوانی مواجه سازد. نقش آفرینان سیاست و تجارت شروع به مداخله کردند. برخی از آنان منافی در بیمه درمان یعنی در حقیقت منافی در شرکتهای بیمه که به شبکه مدنت نیوسته بودند داشتند. جدیترین مشکل، تواتر و شدت بالای هزینه ها و خسارتها در هیجده ماه اول شروع فعالیت بود.

ناگهان شرکتهای بیمه و اتکایی با هزینه‌های سنگین و زیاد مواجه شدند. بعد از هیجده ماه وضع عادی شد و بازار تحت کنترل و نظام درآمد. به هر حال، تا سال ۱۹۹۵ تعداد ۱۴ حامل ریسک (شرکت بیمه) با ۱۵۰,۰۰۰ عضو به طرح مدنت پیوستند. پیش‌بینی ضریب خسارت دو سال اخیر در حدود ۷۰ درصد از خالص حق بیمه است. بنابراین می‌توان گفت که اجرای این طرح با موفقیت همراه بوده است.

تجربه موفق‌تری که مدنت در لبنان کسب کرد موجب شد که این گروه فعالیت خود را در سال ۱۹۹۲ در یونان، در سال ۱۹۹۴ در ترکیه و قبرس و در سال ۱۹۹۵ در عربستان سعودی، اردن و پرتغال آغاز کند. بنابراین مشاهده می‌گردد که این طرح روز به روز مشهورتر و فراگیرتر می‌شود و چشم‌انداز موفق‌تری در کشورهای در حال توسعه برای آینده آن به دست می‌دهد.

بنابراین، در نتیجه‌گیری می‌توان گفت که بحث خدمات درمانی، بحثی است مورد اختلاف و مجادله اما موضوعی بسیار مهم و حیاتی که حل این معضل با مشکلات فراوان مواجه است. بی‌تردید ما طبیعتاً با این مشکلات درگیر هستیم، مشکلاتی که از یک منطقه به منطقه دیگر و حتی در واقع از یک کشور به کشور دیگر متفاوت است. اما من امیدوارم که توانسته باشم با طرح مشکلات بیمه درمان و خدمات پزشکی و روشهای مختلفی که برای سامان دادن به این رشته تجربه شده است تصویر روشنی از این رشته به شما ارائه کرده باشم و شما بتوانید راه‌حل‌های مناسبی برای رفع موانع آن بیابید و شاید که بتوانید این معما را حل کنید.

پی‌نوشت

1. entity
2. Third Party Administrators
3. Third Country Nationals
4. Preferred Provider Organization (P.P.O)
5. Managed Care Set - Up.
6. containment