

طراحی الگوی مدیریت ریسک بیمه‌های درمان برای ایران

دکتر مهدی ریاحی فر^۱

چکیده

ضریب بالای خسارت بیمه‌های درمان در مقایسه با سایر حوزه‌های فعالیت بیمه‌گران، همچنین وجود سازمان‌های موازی متعدد و پوشش‌های مختلف در زمینه بیمه درمان نیاز به طراحی الگویی برای مدیریت ریسک بیمه‌گران درمان را ضروری می‌سازد. این مقاله به دنبال طراحی الگوی مدیریت ریسک بیمه‌های درمان برای ایران است. ریسک‌های مختلف بیمه‌گران درمان در الگوهای مختلف بررسی شده و با ۹۳/۳ درصد آرای موافق صاحب نظران، در شش طبقه اصلی (ریسک‌های اموال، بازار، نقدینگی، عملیاتی، منابع انسانی و قانونی) عرضه شده است. در پایان، نتیجه‌گیری شده است که استفاده از نحوه طبقه‌بندی ریسک‌های درمان و معیارهای تعیین شده ارزیابی، کنترل و شیوه‌های مواجهه و نحوه ایجاد ساختاری مشخص برای واحد مدیریت ریسک بر طبق الگوی ارائه شده، می‌تواند به تعامل مناسب درون سازمانی و برون سازمانی و افزایش بازده عملیاتی و سرمایه‌گذاری‌ها، بهبود مدیریت دارایی‌ها و گردش وجوه نقد و به طور کلی مدیریت ریسک‌های سازمان‌های بیمه‌گر درمان کمک کند.

واژگان کلیدی: مدیریت ریسک، ریسک، بیمه درمان، ریسک درمان

۱. دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی از دانشگاه علوم تحقیقات و فن آوری و مدرس دانشگاه آزاد

۱. مقدمه

مشکلات سازمان‌های بیمه‌گر دولتی و بازرگانی کشور در تأمین منابع مالی عرضه‌کنندگان خدمات درمانی، هر روز رو به فزونی است. وجود ضرایب بالاتر خسارت در عملیات بیمه‌گری در بخش بیمه‌های درمان در مقایسه با سایر حوزه‌های بیمه‌گری نشان از نقص در فرآیند مدیریت ریسک‌های بیمه‌های درمان دارد. نبود الگوی مشخصی برای بیمه‌گران به منظور ایجاد بستری مناسب محاسبه تعرفه‌ها و حق سرانه‌های واقعی، شناسایی، پذیرش و کنترل ریسک‌های درمانی و در نهایت ضعف سازماندهی و نظارت بر آنها موجب شده است که هر ساله سازمان‌های مذکور زیان‌های هنگفتی را متحمل شوند. هدف این پژوهش، بررسی عوامل زیان‌های عملیاتی شرکت‌های بیمه‌گر و طبقه‌بندی ریسک در حوزه پوشش‌های بیمه‌ای مختلف مرتبط با نظام درمانی ایران و همچنین طراحی الگویی برای شناسایی، ارزیابی و کنترل ریسک‌های مذکور می‌باشد که موجب کاهش ضرایب خسارت شرکت‌های بیمه در پوشش ریسک‌های مرتبط با بیمه‌های درمان می‌گردد.

این پژوهش از نوع پژوهش کاربردی و روش مطالعه آن توصیفی - تطبیقی و به صورت گذشته‌نگر است و بر اساس تکنیک دلفی سه مرحله‌ای استوار است. در بخش مطالعات تطبیقی، نمونه آماری کشورهای مورد پژوهش، از بین کشورهای انتخاب شده‌اند که ویژگی‌های زیر را دارند:

۱. داشتن بالاترین ضریب نفوذ بیمه‌ای در مقایسه با سایر کشورها
۲. در دسترس بودن داده‌ها و اطلاعات قابل استناد
۳. بهره‌مندی از یکی از روش‌های نظام‌های مدیریت ریسک‌های بیمه‌های درمان
۴. قابلیت کسب تجربه و طراحی الگو.

۲. یافته‌های پژوهش

در جداول ۱ تا ۵ یافته‌ها و مطالعات تطبیقی در خصوص شاخص‌های مورد مطالعه در الگوهای مدیریت ریسک نشان داده شده است.

جدول ۱. شاخص‌های عمومی موثر در مدیریت ریسک بیمه‌های درمان در کشورهای مورد مطالعه

شاخص کشور	ایران	آمریکا	آلمان	انگلستان	اسپانیا	ژاپن	فرانسه	ایتالی	کانادا	کره جنوبی
درصد شرکت‌های بیمه خصوصی درمان	۱۲	۱۰۰۰	۵۲	۷۵	۶۳	۱۱۰	۱۰۰	۲۳	۹۲	۳۶
تعداد سازمان‌های بیمه دولتی درمان	۷	۵	۷	۳	۲	۱	-	۱	۴	۱
نسبت بودجه بهداشت و درمان به تولید ناخالص داخلی	۲/۸۷	۵	۷/۹	۵/۸	۶	۵/۷	۷/۶	۷/۶	۷/۶	۳
	۳/۱۳	۷/۱	۲/۶	۱/۳	۲/۶	۱/۶	۲/۸	۱/۳	۲/۷	۲/۴
درصد بیمه شدگان به کل جمعیت	۹۰	۷۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
جمعیت (به میلیون نفر)	۶۹	۲۸۵/۱	۸۲	۶۰	۱۹	۱۲۷/۲	۷/۲	۸/۸	۳۱/۲	۴۶/۷

۱۷۳۸۰	۲۷۸۶۰	۲۴۲۲۳	۲۴۲۷۷	۲۸۷۶۹	۲۶۷۵۵	۲۵۶۹۳	۲۳۵۰۹	۲۵۱۰۳	۳۴۱۴۲	۷۲۱۹	درآمد سرانه(دلار)
۱۳۶	۲۲۹	۳۰۳	۳۱۱	۳۲۳	۱۹۲	۲۴۰	۱۶۴	۳۵۰	۲۷۹	۱۲۰	نسبت پزشک به ۱۰۰/۰۰۰ نفر
۴۷۰	۱۹۳۹	۲۲۸۸	۲۱۴۵	۳۸۵۷	۲۲۴۳	۱۷۱۴	۱۶۷۵	۲۶۹۷	۴۲۷۱	۴۳۲	بودجه سرانه بهداشت و درمان(دلار)
۷۴/۳	۷۸/۵	۷۸/۱	۷۹/۳	۷۸/۶	۸۲	۷۸/۷	۷۷/۲	۷۷/۳	۷۶/۵	۷۰	امید به زندگی در بدو تولد کامل جمعیت
۵	۶	۴	۳	۳	۴	۶	۶	۴	۷	۲۶	مرگ و میر نوزادان در هزار
۱۱/۲۳	۸/۶۲	۹/۰۸	۹/۳۳	۸/۱۹	۱۰/۹۲	۸/۸۷	۸/۸۳	۸/۶۶	۷/۵۸	۱/۳	ضریب نفوذ بیمه ای

برگرفته از سالنامه آماری ایران (۱۳۸۳)، گزارش آماری بازار بیمه کشور (۱۳۸۳) و [منبع ۵]

۳. ارکان تصمیم‌گیری مدیریت ریسک بیمه‌های درمان در کشورهای مورد مطالعه

۱. آمریکا: ترکیبی از بیمه‌گران دولتی و خصوصی در آمریکا مشغول به فعالیت

هستند. واحدهای مدیریت ریسک با توجه به استاندارد تعیین شده از طرف دفتر مدیریت ریسک، مراقبت‌های درمانی وزارت بهداشت و نیروی انسانی فعالیت می‌کنند. مدیریت شورای عالی ریسک‌های درمانی بر عهده وزارت سلامت است که نظارت بر فعالیت شرکت‌های بیمه درمان را نیز بر اساس توان مالی آنها و نه بر اساس نظام تعرفه برعهده دارند. دولت فدرال با ارتباط با مراکز ایالت‌ها که زیر نظر شهرداری‌ها فعالیت

می‌کنند استانداردهای مدیریتی خود را در زمینه مدیریت ریسک به بیمه‌گران درمان ابلاغ می‌کند. (Bickel Haupt, 1974)

۲. آلمان: الگوی مدیریت ریسک بیمه‌گران درمان آلمان با عنوان برنامه‌های مدیریت بیماری‌ها ارائه شده است. در سیستم بیمه‌های درمان اجباری آلمان در سال ۱۹۹۶ الگویی بر اساس انتخاب آزاد بین صندوق‌های بیمه درمان با توجه به مکانیسم جبران زیان‌های ساختاری ریسک و بر حسب درآمد متوسط، سن و جنس ارائه شد. با توجه به آن که بیماران قلبی به طور صحیحی زیر پوشش صندوق‌های اختیاری قرار نمی‌گرفتند رقابت برای جذب بیمه‌شدگان جدید سالم افزایش می‌یافت. معرفی برنامه‌های مدیریت بیماری‌ها در سال ۲۰۰۲ این مشکل را حل کرد. در این الگو بیمه‌شدگان بر اساس سیستم ساختاری جبران غرامت ریسک‌ها طبقه‌بندی می‌شوند. در این برنامه، هر چه بیمه شده در زمان طولانی‌تری از سیستم‌های جبران غرامت استفاده نکند از نرخ‌های کمتری در سال‌های بعد بهره‌مند خواهد شد و مزایای بیشتری را در سال‌های بعدی دریافت خواهد کرد (Blinn, 1985)

۳. سوئد: واحدهای مدیریت ریسک به عنوان زیر مجموعه‌ای از نظام اجتماعی دولتی وجود دارند که مرکز اصلی کنترل و تأمین مالی خدمات درمانی برای والدین، کودکان (کودکان مشمول بیمه والدین)، معلولان و کهنسالان هستند. بیمه آسیب‌های شغلی، بیماری و تصادفات بخشی از نظام اجتماعی دولتی این کشور می‌باشد. تمامی جمعیت سوئد زیر پوشش یک نظام یکپارچه بیمه پایه قرار دارد که این پوشش بدون توجه به شغل فرد و در بسیاری از موارد بدون توجه به وضعیت استخدامی فرد صورت می‌گیرد (Cichin, 1999; Babble, 1996)

۴. انگلستان: سیستم درمانی در انگلستان بر یک سیستم بهداشت ملی استوار است. این سیستم خدمات را برای همه به صورت جامع و بدون پرداخت هزینه فراهم کرده است. جمعیت این کشور در حدود ۵۸ میلیون نفر است که ۲۵ درصد آنها زیر ۲۰ سال و

۱۵/۸ درصد آن بالای ۶۵ سال هستند و هر ایالتی در بخش درمانی یا بیمارستان زیر پوشش خدمات بهداشتی و درمانی است. ۱۰۶ مرکز بهداشتی ناحیه‌ای، کل جمعیت را زیر پوشش قرار می‌دهند. این مراکز بین ۲۵۰/۰۰۰ تا ۱ میلیون نفر را زیر پوشش دارند. نظام طب ملی را دولت‌های منطقه‌ای یا ناحیه‌ای به اجرا در می‌آورند. سه شرکت مهم بیمه درمان خصوصی در انگلستان فعالیت می‌کنند که مردم می‌توانند خود را توسط آنها برای تأمین خدمات درمانی در انگلستان یا حتی به صورت بین‌المللی بیمه کنند. حق بیمه‌ها یا به صورت فردی و یا توسط موسسات در قالب قراردادهای گروهی پرداخت می‌شوند (Abel – Smith, 1992; Arrow, 1963)

۵. ژاپن: ژاپن دارای نظام بیمه مراقبت‌های درمانی یکنواخت است. مسئولیت اصلی

و اجرایی بیمه درمان به عهده وزارت سلامت، کار و رفاه ژاپن است. این وزارتخانه وسیع ۲۱ بخش یا اداره دارد که یکی از این ادارات، اداره بیمه درمان است. این اداره خود از، پنج قسمت زیر تشکیل شده است:

۱. قسمت امور عمومی، ۲. قسمت بیمه درمان شاغلان، ۳. قسمت بیمه ملی درمان، ۴. قسمت اقتصاد سلامت و ۵. قسمت ثبت و بررسی. ادارات سلامت و رفاه منطقه‌ای نیز به عنوان مجریان تصمیمات و برنامه‌ها در منطقه مربوطه، زیر نظر وزارت سلامت و کار و رفاه‌اند. کالج بیمه اجتماعی و مرکز اجرایی بیمه اجتماعی نیز از موسسات وابسته به وزارت مزبورند که اجرای بیمه درمان با مدیریت دولتی و نیز بیمه دریانوردان را به عهده دارد و ادارات منطقه‌ای بیمه اجتماعی هم در این زمینه مسئولیت اجرایی منطقه‌ای دارند. بیمه اجتماعی ۲۶۵ اداره و دفتر در سرتاسر ژاپن دارد و تقریباً ۱۷۰۰۰ کارمند در آن کار می‌کنند و علاوه بر بیمه پزشکی سایر بیمه‌ها را هم انجام می‌دهند. البته اجرای برنامه‌های حفظ و ارتقای درمان، پیشگیری از بیماری‌های عفونی و تهیه آب سالم و بهداشتی، پیشگیری از حوادث کار و ... از دیگر وظایف وزارت سلامت، کار و رفاه

است (Abel – Smit, 1992)

۶. سوئیس: بیش از ۱۰۰ صندوق بیمه درمان که عموماً سازمان‌های غیر انتفاعی هستند به صورت غیر دولتی و با نظارت دولت فعالیت می‌کنند. در هر صندوق واحدهای مدیریت ریسک زیر نظر بالاترین مقام فنی و در چارچوب گروه‌های تخصصی فعالیت دارند (Cichin, 1999)

۷. استرالیا: واحد مدیریت ریسک به عنوان زیرمجموعه‌ای از مجمع ملی سلامت و رفاه فعالیت می‌کنند. البته سازمان‌های کارگری نیز بر نحوه مدیریت ریسک‌های سازمان‌های بیمه‌گر از طریق شرکت‌های بیمه خصوصی می‌توانند تاثیرگذار باشند. ارکان اولیه و ثانویه (یعنی دولت و سازمان‌های کارگری) بر فعالیت بیمه‌گران درمان نیز تاثیرگذارند. (Babble, 1996)

۸. فرانسه: ساختار مدیریت ریسک بیمه خدمات درمانی فرانسه تابعی از ساختار تشکیلات تأمین اجتماعی است و تشکیلات تأمین اجتماعی یک ساختار دولتی است. ۷۰ درصد هزینه‌های پزشکی مستخدم، همسر و فرزندان وی توسط بیمه پرداخت و ۱۰۰ درصد هزینه‌های بستری، دارو، زایمان و بیماری‌های ناشی از زایمان زیر پوشش بیمه است. ادارات مرکزی و یا دفاتر نمایندگی در طول هفته در ساعات کاری به عرضه خدمات اقدام می‌کنند. پذیرش و عرضه خدمات با تکمیل فرم‌هایی در محل ادارات فوق انجام می‌گیرد و مدارکی چون شناسنامه، کارت ملی، شماره تأمین اجتماعی، مدارک استخدامی و... را باید برای تشکیل پرونده ارائه کرد. علاوه بر بیمه فوق که بیمه پایه همگانی درمان تلقی می‌شود، بیمه‌های خصوصی نیز با دریافت حق سرانه افراد را بیمه مکمل می‌کنند. این بیمه‌های خصوصی، بازپرداخت بیش از ۹۰ درصد هزینه‌های مازاد بر پوشش بیمه تأمین اجتماعی را تقبل و یا آن دسته از درمان‌هایی را که زیر پوشش بیمه تأمین اجتماعی (پایه) نیستند تکمیل می‌کنند (Buchuelle, 2002; Cholrt, 1997)

۹. کانادا: وظیفه اصلی کمیته مدیریت ریسک بیمه‌گران کانادا ارزیابی و مدیریت ریسک‌هایی است که بر فعالیت این سازمان‌ها تاثیر می‌گذارند. هدف اصلی این کمیته اطمینان از کاهش زیان‌های احتمالی ناشی از ریسک‌های مختلف درگیر سازمان‌های

بیمه‌گر به صورت کاربردی و عملی است. به بیانی دیگر، ارزیابی و تعیین ماهیت درجه ریسک بر اساس اصول علمی است. با توجه به انواع متنوع نیازهای درمانی افراد و دیدگاه‌های مختلف عرضه‌کنندگان و مصرف‌کنندگان خدمات درمانی به عنوان طرف‌های درگیر بیمه‌گران درمان، روندهای اداره ریسک‌های انتقالی به این سازمان‌ها با دیگر روش‌های مدیریت ریسک متفاوت است. واحدهای مدیریت ریسک بیمه‌گران درمان در کانادا ارتباط بسیار نزدیکی با واحد حفاظت سلامت دارند. این واحد، الگویی برای انجام فعالیت‌های مدیریت ریسک مرتبط با سلامت جامعه کانادا ارائه کرده است. عمده‌ترین محورهای فعالیتی عبارت‌اند از: الف) ارزیابی ریسک، ب) تدوین استراتژی‌های مدیریت ریسک، پ) ارزیابی گزینه‌های انتخاب ریسک، ت) مهیا کردن اطلاعات لازم در باره ماهیت و میزان ریسک‌های دیگر از طریق یک شبکه اطلاعاتی هوشمند، تمام بخش‌های سلامت از جمله مدیریت ریسک با سطوح مختلف اهرم‌های نظارت دولتی در ارتباط هستند. عمده شاخص‌های مهم به کار گرفته‌شده در ارزیابی ریسک‌های بیمه‌درمان شامل شاخص‌های بروز بیماری‌ها، پیشگیری و کنترل بیماری‌هاست (Blanchette, 2002; Blinn, 1985).

۱۰. کره جنوبی: با یک اجماع نظر ملی، دولت یک نظام کامل برای تأمین و حفظ سلامت برای تمام دوره عمر مردم طراحی کرده است. در این خصوص، وزارت سلامت و رفاه اجتماعی تمام برنامه‌های خود را برای هدایت و توسعه برنامه‌های خدمات سلامت عمومی به کار بسته است. برای دستیابی به اهداف، دولت بر نظام بازار آزاد تأمین خدمات سلامت و اجرای نظام بیمه ملی سلامت، متمرکز شده است. با مطالعه بیشتر می‌توان متوجه شد که سیاست مداران کره جنوبی و سیاست‌گذاران بخش سلامت در آن کشور به صورت ریشه‌ای به تغییر بینش و نگرش و حتی نگاه فلسفی به زیستن انسان‌ها با یک تغییر بنیادین، نظام سلامت خود را مورد بررسی و اصلاحات قرار داده‌اند. در کره جنوبی نظام تأمین اجتماعی از سه جزء اصلی تشکیل شده است:

الف) بیمه اجتماعی مشتمل بر بیمه سلامت، بیمه مستمري، بیمه اشتغال، بیمه خسارت حوادث صنعتی.

ب) حمایت عمومی مشتمل بر پوشش و حمایت تمام عمر، امداد پزشکی، کمک به معلولان، کمک به سربازان، کمک به صدمه دیدگان از بلایا.

پ) خدمات رفاه اجتماعی شامل خدمات سالمندان، کودکان، زنان، معلولان و خانواده.

در سال ۱۹۹۷ با تصویب قانون بیمه ملی سلامت، کلیه انجمن‌های بیمه‌ای مربوط به سلامت و بیمه کارکنان دولت و بیمه کارکنان بخش خصوصی در هم ادغام شدند و شرکت بیمه سلامت ملی به وجود آمد. به مرور تا سال ۲۰۰۰ کلیه صندوق‌های بیمه خویش فرمایان و کارکنان و غیره در این شرکت ادغام شد و نظام واحد بیمه درمان در کل کشور به وجود آمد. واحد مدیریت ریسک بیمه‌گران درمان نیز به عنوان بخشی از سازمان است ملی زیر نظر بالاترین مقام سازمان فعالیت دارد.

۱۱. ایران: سازمان‌های بیمه‌گر اصلی ایران عبارت‌اند از ۱. سازمان بیمه خدمات درمانی، ۲. سازمان تأمین اجتماعی و ۳. سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح. علاوه بر این کمیته امداد امام خمینی (ره) به عنوان یک نهاد حمایتی، پوشش بیمه‌ای درمان نیازمندان کشور را نیز بر عهده دارد. در ایران به استناد اصل بیست و نهم قانون اساسی تأمین رفاه اجتماعی از وظایف دولت است و کلیه قشرها برای دریافت خدمات تأمین اجتماعی از جمله بیمه‌های همگانی درمانی از حقوق مساوی بهره‌مندند. در حال حاضر الگوی مدیریت ریسک برای ایران با بهره‌گیری از استاندارد ۴۳۶۰:۲۰۰۴ AS/NZS در حال تدوین است. اجرای این الگوی شامل زمینه‌سازی، شناسایی، تحلیل، سنجش و مشاوره است (ونوس، ۱۳۸۲)

جدول ۲. طبقه‌بندی اصلی ریسک‌های بیمه‌گر درمان در کشورهای مورد مطالعه

کشور	طبقه‌بندی ریسک‌های بیمه‌گران درمان
آمریکا	عملیاتی، مالی، بازار، قانونی، برنامه ریزی
آلمان	ازدیاد جمعیت ^۱ ، اجرایی، قانونی، مالی، تکنولوژیک
استرالیا	عملیاتی، فنی، مالی، قانونی، اجتماعی، محیطی
انگلستان	استراتژیک، عملیاتی، مالی، بازار
ژاپن	سلامت جمعیت، بالینی، فیزیکی، پروژه، مالی
سوئیس	مالی، عملیاتی، سرمایه‌گذاری، تکنولوژیک، منابع انسانی
سوئد	ریسک‌های بازار، ریسک‌های دموگرافیک، ریسک‌های مالی و ریسک‌های عملیاتی
فرانسه	عملیاتی، سلامت جمعیت، مالی
کانادا	مالی، اموال و دارایی، استراتژیک
کره جنوبی	اقتصادی، قانونی، استراتژیک، عملیاتی

طبقه‌بندی ریسک‌های اصلی درمانی در کشورهای مورد مطالعه با توجه به پژوهش‌های به عمل آمده در جدول ۲ به دست آمده است که پس از نظرخواهی از متخصصان، طبقه‌بندی اصلی ریسک‌ها در طبقات عملیاتی، اموال، قانونی، بازار، نقدینگی و منابع انسانی مد نظر قرار گرفته شد که به نوعی تمام طبقه‌بندی فوق را نیز در بر می‌گیرد.

معیارها و شاخص‌های ارزیابی ریسک‌های بیمه‌گران درمان در کشورهای مورد مطالعه

معیارها و شاخص‌های ارزیابی ریسک بیمه‌گران درمان عبارتند از: جمعیت کل، نرخ سالیانه رشد جمعیت، درصد جمعیت بالای ۶۰ سال، نرخ باروری، امید به زندگی در بدو تولد، میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، مرگ و میر بزرگسالان (احتمال مرگ و میر ۵۹-۱۵ سال)، امید به سلامت در بدو تولد، امید به سلامت در سن ۶۰ سالگی، انتظار سال‌های از دست دادن سلامت در بدو تولد به دلیل فقر سلامت، درصد امید به زندگی

۱. Demographic Rickd. ریسک دموگرافیک به معنی ریسک‌های ازدیاد (پراکندگی) جمعیت است.

کنترل این گونه ریسک‌ها بسیار مشکل است.

کل از دست رفته بدلیل فقر سلامت، سرانه تولید ناخالص داخلی، کل هزینه سلامت نسبت به تولید ناخالص داخلی، سرانه مصرف هزینه سلامت در نرخ متوسط مبادلات، سرانه مصرف هزینه سلامت بر حسب نرخ بین المللی دلار، سرانه هزینه سلامت دولتی، هزینه بخش سلامت تأمین اجتماعی نسبت به کل هزینه‌های سلامت دولت، درصد منابع خارجی تأمین‌کننده مخارج درمانی، درصد هزینه‌های خصوصی بخش سلامت، درصد هزینه‌های پرداخت شخصی مصرف‌کنندگان خدمات درمانی و دیگر شاخص‌های بروز بیماری‌ها، پیشگیری و کنترل بیماری‌ها، شاخص‌های مدیریت مالی، شاخص‌های فعالیت‌های بیمه‌گری، تقاضای القایی^۱، مصرف نادرست خدمات، سوء استفاده، نوع ساختار، شیوع و بروز بیماری.

جدول ۳. روش‌های مواجهه و کنترل ریسک‌های بیمه‌گران درمان در کشور های مورد مطالعه

نام کشور	روش‌های مواجهه و کنترل
انگلستان	خصوصی‌سازی بر مبنای نظام پزشکی ملی، ایجاد سیستم ارجاع، ایجاد مدیریت منطقه‌ای، ایجاد پزشک خانواده، مدرن‌سازی تجهیزات، تدوین و اجرای استانداردهای کیفیت، تأمین مالی از طریق درآمدهای دولتی، استفاده از سیستم پزشک خانواده، اعمال ۱۵ روز دوره انتظار برای دریافت کارت هوشمند بیمه
فرانسه	اعمال نظام تعرفه خدمات درمانی، انجام آزمایش‌های ادواری پزشکی و غربالگری رایگان، دریافت ۱۵۰۰ فرانک از دولت بابت یارانه هر بیمه شده در سال، استفاده از انجمن‌های غیر انتفاعی و ارائه مزایای دوجانبه برای ارائه بسته‌های خدماتی، اجرای مرحله‌ای بیمه‌های درمان مرتبط با شغل، محدود کردن میزان دسترس و انتخاب آزاد عرضه دهندگان خدمات توسط بیمه‌شدگان و محدودیت پزشکان در تجویز دارو و آزمایش‌های پاراکلینیکی، اعمال تعرفه‌های مختلف بر حسب مناطق جغرافیایی دارای مصرف متفاوت، کاهش بازپرداخت هزینه‌های بیمارستانی و افزایش فرانشیز بیکاران و بازنشستگان، اعمال فرانشیز ۲۰-۳۰ درصدی برای کلیه خدمات به جز بستری، تهیه لیست‌های درمانی خاص، اعمال دوران محرومیت ۲۰ درصدی در ماه اول بستری، عرضه خدمات بر حسب ملیت، دریافت حق بیمه بر حسب درآمد.

۱. Infusion Demand: تقاضایی است که توسط مراکز ارائه دهنده خدمات به مصرف‌کننده علاوه بر

نیازهای درمانی القایی گردد و در نتیجه هزینه بیمه‌گران را بالا خواهد برد.

<p>تاکید بر کنترل هزینه‌های پیشگیری، اعمال فرانشیز ۲۰-۳۰ درصدی همراه با سقف ثابت، استفاده از کارت هوشمند درمانی، ارائه پوشش بیمه مراقبت‌های هزینه‌های پرستاری و بیمه تصادفات، اعمال دوره انتظار ۷-۳۰ روز، پرداخت به صورت ثابت و کارانه، اعمال سیاست‌های کاهش مصرف دارو، مشارکت در پرداخت هزینه‌های دوران کهنوت، تعیین حد روز بستری از ۱۸۰-۲۲۰ روز به همراه سقف پرداخت، اعمال شاخص حد بالای هزینه‌های بستری (تعداد روزهای بستری ضرب در مزایای روزانه بستری)، اعمال دوران محرومیت (۴ روز اول بستری).</p>	<p>ژاپن</p>
<p>پرداخت به صورت کارانه و سرانه، ایجاد حق انتخاب در انتخاب صندوق‌های بیمه‌ای بر حسب درآمد، اعمال فرانشیز خاص بر حسب نوع خدمات مصرفی، محدودیت خدمات و میزان دسترسی، استفاده از پزشک خانواده.</p>	<p>آلمان</p>
<p>محدودیت دسترسی به لیست مشخص پزشکان، تامین منابع مالی از طریق خصوصی‌سازی، برقراری مبلغ ثابت سالیانه، برقراری فرانشیز، پوشش هزینه خدمات پیشگیرانه، قرارداد با سازمان‌های عرضه کننده خدمات ترجیحی، پرداخت به صورت کارانه و سرانه، اعمال سطح‌بندی هزینه تا یک حد مشخص مشارکت و در صورت افزایش مصرف مشارکت بسته به نوع بسته‌های بیمه درصدی از هزینه‌های بیمارستانی را پرداخت می‌گردد. ارائه خدمات از ۲۰ تا ۸۵ درصد متفاوت است. در امریکا با توجه به سیاست حداکثرسازی مشارکت بیماران در پرداخت انواع مختلف کسور در چارچوب بیمه‌نامه‌های مختلف.</p>	<p>آمریکا</p>
<p>کاهش هزینه‌های اداری (مدیریتی، بازاریابی و سرباری)، اعمال فرانشیز، تعیین حد مصرف.</p>	<p>کانادا</p>
<p>اعمال فرانشیز ۱۷ درصدی، پرداخت به صورت کارانه و حقوق.</p>	<p>استرالیا</p>
<p>پرداخت به صورت کارانه، تعیین سقف تعرفه‌های دارو و خدمات، ادغام سازمان‌های بیمه‌گر پایه در جهت کاهش هزینه‌های سربار، اعمال فرانشیز سهم بیمار تا ۳۰ درصد.</p>	<p>کره جنوبی</p>
<p>پرداخت به صورت حقوق، اعمال فرانشیز ثابت به ازای هر روز بستری، متناسب سازی پرداخت‌ها با میزان درآمد، تعیین مبلغ ثابتی برای پرداخت به عرضه‌کنندگان مختلف برای ویزیت پزشک (۱۱-۱۶ یورو) و مراقبت‌های تخصصی (۱۰-۳۸ یورو) پرداخت می‌شود. بیماران در صورت بستری حداکثر ۹ یورو برای هر ۲۴ ساعت پرداخت می‌کنند.</p>	<p>سوئد</p>
<p>پرداخت به صورت کارانه، استفاده از اوراق سهام انتقال ریسک</p>	<p>سوئیس</p>

پرداخت به صورت حقوق و کارانه (سازمان تامین اجتماعی: پرداخت حقوق + کارانه؛ سازمان بیمه خدمات درمانی: کارانه؛ سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح: در مراکز سازمانی متعلق به نیروهای مسلح ترکیبی از سیستم حقوق بگیری و کارانه وجود دارد). افزایش حداقل ۱۰-۲۰ درصد در نرخ حق بیمه، تکمیل پرسشنامه سلامت و لزوم اخذ مجوز از کمیته امور فنی بیمه مرکزی ایران در ریسک‌های گروهی کمتر از ۵۰ نفر، لزوم پوشش بیمه‌ای برای حداقل ۷۵ درصد کل افراد بیمه شده گروه، افزایش حق بیمه از ۳۰-۱۰۰ درصد در ریسک‌های پرخطر، افزایش نرخ از ۵-۱۰۰ درصد حق بیمه تعهدات پایه، تکمیل پرسشنامه سلامت، در سازمان بیمه تامین اجتماعی و خدمات درمانی در مراجعه به پزشکان و خدمات سرپایی ۳۰ درصد و در موارد بستری بیماران ۱۰ درصد مشارکت وجود دارد، در سازمان تامین اجتماعی در صورت مراجعه به پزشکان طرف قرارداد هزینه‌ای پرداخت نمی‌شود اما در سایر موارد همچون سازمان‌های دیگر فرانشیز اعمال می‌شود. در سازمان تامین اجتماعی در صورت مراجعه به مراکز درمان ملکی سازمان تامین اجتماعی هیچ هزینه‌ای از طرف بیمه پرداخت نمی‌شود. ولی در صورت مراجعه به مراکز غیر ملکی طرف قرارداد بیمار ۹۰ درصد از تعرفه‌های مصوب را از بیمه‌گر دریافت می‌کند. سازمان بیمه خدمات درمانی: میزان مشارکت ۱۰ درصد در مراکز طرف قرارداد و ۱۰۰ درصد در مراکز غیر طرف قرارداد، در سازمان بیمه نیروهای مسلح: در مراکز درمانی ملکی بدون مشارکت و در مراکز طرف قرارداد ۵ درصد فرانشیز دریافت می‌شود. سازمان‌های بیمه‌گر مکمل: بسته به نوع قرارداد برای تمام مراکز حداکثر تا ۴۰ درصد فرانشیز محسوب می‌نماید. در سازمان بیمه خدمات درمانی: برای مبتلایان به بیماری‌های خاص تخفیف داده می‌شود. سازمان تامین اجتماعی: هزینه‌های دارویی بیماران مبتلا به بیماری‌های مشخص شده مثل سرطان رایگان است.

ایران

جدول ۴. الگوهای مورد استفاده مدیریت ریسک در کشورهای مورد مطالعه

نام کشور	الگوی مدیریت ریسک	اجزای الگو
آمریکا	AIRMIC	تدوین اهداف استراتژیک، ارزیابی ریسک (شامل تحلیل، شناسایی، توصیف و تخمین ریسک)، ارزش‌یابی، گزارش ریسک (فرصت‌ها و تهدیدات)، تصمیم‌گیری، مواجهه با ریسک، گزارش ریسک‌های رسوبی، پایش، ممیزی رسمی، تعدیل
آلمان	DMPS	تدوین اهداف استراتژیک، ارزیابی ریسک (شامل تحلیل، شناسایی، توصیف و تخمین ریسک)، ارزش‌یابی، گزارش ریسک (فرصت‌ها و تهدیدات)، تصمیم‌گیری، مواجهه با ریسک، گزارش ریسک‌های رسوبی، پایش، ممیزی رسمی، تعدیل
انگلستان	BS6070-3: 2000	تعیین بسامد و شدت بیماری‌ها، تعیین ساختار و تنظیمات پرداخت غرامت بر حسب ریسک، بررسی تاثیرات وقوع ریسک بر بیمه‌گر، تقسیم‌بندی مراقبت‌های قابل عرضه توسط بیمه‌گر، پیش‌بینی تحولات مورد نیاز برای معرفی زیان، بستر سازی قانونی، اجرای برنامه‌های مدیریت ریسک، پایش و بازنگری
استرالیا	AS/NZS 4360:2004	ارزیابی (تحلیل، شناسایی، توصیف، تخمین، ارزش‌یابی) و کنترل (گزارش، تصمیم‌گیری اقدامات مواجهه با ریسک، گزارش پایش ریسک‌های رسوبی، مواجهه)
ژاپن	POP MODEL	زمینه‌سازی، شناسایی، تحلیل، سنجش، مواجهه، پایش، گفت‌وگو و مشاوره
سوئیس	HEFCE	شناسایی ریسک عوامل، تعیین سطوح ریسک، تعیین احتمال وقوع ریسک، تعیین میزان پتانسیل قابل تحمل و یا اجتناب از ریسک، انتخاب اقدامات کنترلی
سوئد	IEEE P1540	شناسایی و اولویت‌بندی ریسک‌ها، تخفیف ریسک، کنترل ریسک‌های رسوبی، گزارش و پایش ریسک، نهادینه کردن فرایند مدیریت ریسک، ممیزی، بازنگری کلی فرایند مدیریت ریسک
فرانسه	APAVE	توجه فرآیند، تحلیل و پایش ریسک، ارزش‌یابی، مواجهه (برآورد نیازهای اطلاعاتی، تصمیم‌گیری، تعیین ابعاد ریسک، جمع‌آوری دیدگاه‌ها، قبول ریسک)، پروفاایل کلیه اقدامات انجام گرفته

ادامه جدول ۴.

ارزیابی (شناسایی، تحلیل، اولویت‌بندی)، کنترل (مواجهه، برنامه‌ریزی، پایش، ارتباط)	CAN/CSA-Q850-97	کانادا
چرخه ریسک (تخمین، ارزیابی و کنترل)، مالیه ریسک	COSO	کره جنوبی
شناسایی محیط داخلی، هدف گذاری، شناسایی وقایع، ارزیابی ریسک، پاسخ به ریسک، اقدامات کنترلی، اطلاعات و ارتباط، پایش	(در حال تدوین نهایی بر اساس الگوی AS/NZS 4360:2004)	ایران

۳. نتیجه‌گیری و ارائه الگوی نهایی مدیریت ریسک بیمه‌گران درمان در ایران

با مطالعه فرآیندهای مختلف مدیریت ریسک در کشورهای مورد مطالعه و تحلیل تطبیقی آنها و در نظر گرفتن نتایج مطالعه با لحاظ کردن محورهای اساسی بحث یعنی دیدگاه کلان نظام مدیریت ریسک بیمه‌گران درمان، الگوی پیشنهادی به شرح زیر تدوین شد. از نظر طبقه‌بندی ریسک‌های مختلف بیمه‌گران درمان، شش طبقه اصلی با توجه به طبقه‌بندی‌های متفاوت زیان‌های در معرض بیمه‌گران درمان پیشنهاد شده است. این طبقات شامل: ریسک‌های اموال، بازار، نقدینگی، عملیاتی، منابع انسانی و قانونی است. محور دوم شامل شاخص‌های ارزیابی، تخمین و روش‌های مواجهه با ریسک‌های مختلف است. محور سوم بررسی در رابطه با استاندارد کلی مدیریت ریسک، نحوه اجرای فرآیند، طریقه تأمین منابع مالی برای مدیریت ریسک در سازمان، وظایف کمیته ریسک، تخصص‌های مورد نیاز در واحد مدیریت ریسک، اعضای شورای تنظیم تعرفه خدمات درمانی، شاخص‌های موثر برای تعیین حق بیمه درمان، ساختارهای جنبی واحد مدیریت ریسک و نحوه تدوین بودجه برنامه‌ای فرآیند مدیریت ریسک و سیستم مناسب سازمان‌های بیمه‌گر به عرضه‌کنندگان خدمات در کنترل هزینه‌های بیمه درمان است.

الگوی حاضر براساس استاندارد مدیریت ریسک استرالیا/ نیوزیلند گونه ۲۰۰۴ که به عنوان استاندارد مرجع مدیریت ریسک در ایران در نظر گرفته شده، طراحی شده است. اصولاً اتخاذ یک استاندارد مدیریت ریسک برای طراحی الگوی فرایند مدیریت ریسک در هر سازمان با توجه به اهداف زیر الزامی است:

الف) ایجاد یک اصطلاح شناسی واحد در زمینه واژگان مورد استفاده.

ب) تدوین روندی که بر اساس آن مدیریت ریسک قابل اجرا باشد.

پ) طراحی ساختاری اثربخش برای اجرای مدیریت ریسک.

ت) سهولت در تعیین اهداف مورد نظر در زمینه مدیریت ریسک.

بر اساس این الگو، عناصر فرآیند مدیریت ریسک، به صورتی نظم یافته مشخص می‌شوند. طراحی و اجرای الگوی مذکور متأثر از نیازهای متنوع و اهداف ویژه و نیز فرآیندها و عملیات معین بیمه‌گران درمان در پذیرش ریسک‌های درمانی اشخاص است. الگوی حاضر در برگیرنده تمام مراحل چرخه فعالیت، عملکرد، پروژه، خدمات و دارایی سازمان‌های بیمه‌گر است.

کلیات الگوی مدیریت ریسک در سازمان‌های بیمه‌گر درمان

جزئیات الگوی مدیریت ریسک در شکل (۱) نمایش داده شده است. در بخش زمینه‌سازی، اهداف و پارامترهای اصلی فرآیند مدیریت ریسک تعیین می‌شوند که زمینه، محیط داخلی و خارجی سازمان محسوب می‌شود. با توجه به محیط‌های مذکور اهداف هر بخش از فعالیت‌های مدیریت ریسک تعیین می‌شوند. لذا شناخت تاثیرات متقابل محیط بیرونی و درونی سازمان به هدف‌گذاری صحیح فعالیت‌ها کمک می‌کند. این الگو شامل مراحل زیر است:

۱. زمینه‌سازی محیط داخلی: درک سازمان‌های بیمه‌گر از فرآیند مدیریت ریسک

در تمام سطوح ضروری است. عوامل کلیدی در این زمینه‌سازی عبارت‌اند از: فرهنگ،

ذینفعان داخلی، ساختار، توانایی و قابلیت های سازمان شامل مهارت‌ها، سیستم‌ها، فرآیندهای ایجاد سرمایه، اهداف و استراتژی های مورد نظر.

۲. **زمینه‌سازی محیط خارجی:** در این مرحله به شناخت محیط بیرونی سازمان پرداخته می‌شود که عموماً شامل مواردی همچون محیط کسب و کار اجتماعی، قانونی، فرهنگی، رقابتی، سیاسی و مالی، نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و تهدیدات سازمان‌های بیمه‌گر، ذینفعان خارج از سازمان و عوامل محرک اصلی خارجی است. عمده ترین اقدام در زمینه سازی محیط خارجی تشکیل کمیته عالی تنظیم و پیشنهاد تعرفه درمانی به عنوان مهم‌ترین گام در پیشبرد اهداف مدیریت ریسک بیمه‌گران درمان به شمار می‌آید. هرگونه تنظیم تعرفه درمان باید با موافقت کلیه طرف‌های درگیر در مدیریت ریسک بیمه‌های درمان همراه باشد، در غیر این صورت با توجه به اهرم‌های قانونی در اختیار اعضای درگیر همواره با تعدیل‌های گوناگونی همراه خواهیم بود. اعضای موثر در تنظیم تعرفه بیمه‌های درمان در کمیته مزبور عبارت‌اند از:

- کارشناس منتخب نمایندگان مردم
- کارشناس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی
- کارشناس منتخب آماری بیمه‌گران
- کارشناس منتخب سازمان نظام پزشکی
- کارشناس وزارت رفاه و تامین اجتماعی
- کارشناس وزارت بهداشت و درمان

در حال حاضر دو سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عهده‌دار تنظیم تعرفه‌های درمانی در بخش دولتی و سازمان نظام پزشکی عهده‌دار تنظیم تعرفه درمان در بخش خصوصی هستند. تشکیل کمیته‌ای با این اعضا نیاز به بازنگری در قوانین و مصوبات دولت دارد و صرفاً یک کمیته پیشنهادی است. استفاده از این اعضا می‌تواند، به تعیین دقیق تعرفه‌های درمانی کمک نماید.

ذینفعان داخلی، ساختار، توانایی و قابلیت های سازمان شامل مهارت‌ها، سیستم‌ها، فرآیندهای ایجاد سرمایه، اهداف و استراتژی های مورد نظر.

۲. **زمینه‌سازی محیط خارجی:** در این مرحله به شناخت محیط بیرونی سازمان پرداخته می‌شود که عموماً شامل مواردی همچون محیط کسب و کار اجتماعی، قانونی، فرهنگی، رقابتی، سیاسی و مالی، نقاط قوت و ضعف، فرصت‌ها و تهدیدات سازمان‌های بیمه‌گر، ذینفعان خارج از سازمان و عوامل محرک اصلی خارجی است. عمده ترین اقدام در زمینه سازی محیط خارجی تشکیل کمیته عالی تنظیم و پیشنهاد تعرفه درمانی به عنوان مهم‌ترین گام در پیشبرد اهداف مدیریت ریسک بیمه‌گران درمان به شمار می‌آید. هرگونه تنظیم تعرفه درمان باید با موافقت کلیه طرف‌های درگیر در مدیریت ریسک بیمه‌های درمان همراه باشد، در غیر این صورت با توجه به اهرم‌های قانونی در اختیار اعضای درگیر همواره با تعدیل‌های گوناگونی همراه خواهیم بود. اعضای موثر در تنظیم تعرفه بیمه‌های درمان در کمیته مزبور عبارت‌اند از:

- کارشناس منتخب نمایندگان مردم
- کارشناس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی
- کارشناس منتخب آماری بیمه‌گران
- کارشناس منتخب سازمان نظام پزشکی
- کارشناس وزارت رفاه و تامین اجتماعی
- کارشناس وزارت بهداشت و درمان

در حال حاضر دو سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عهده‌دار تنظیم تعرفه‌های درمانی در بخش دولتی و سازمان نظام پزشکی عهده‌دار تنظیم تعرفه درمان در بخش خصوصی هستند. تشکیل کمیته‌ای با این اعضا نیاز به بازنگری در قوانین و مصوبات دولت دارد و صرفاً یک کمیته پیشنهادی است. استفاده از این اعضا می‌تواند، به تعیین دقیق تعرفه‌های درمانی کمک نماید.

۳. زمینه‌سازی اجرای مدیریت ریسک: در این مرحله باید‌ها، اهداف، راهبردها، دامنه کاربرد، پارامترهای فعالیت یا بخشی از سازمان که فرآیند مدیریت ریسک در آن به اجرا درمی‌آید تدوین می‌شود. موضوعات ویژه‌ای که ممکن است در این گام مورد بررسی قرار گیرند عبارتند از نقش و مسئولیت بخش‌های مختلفی که در فرآیند مدیریت ریسک مشارکت می‌کنند و تعیین مسیرهای ارتباطی واحد مدیریت ریسک با سایر واحدهای سازمان.

۴. زمینه‌سازی نحوه اجرا: در سازمان‌های بیمه‌گر درمان اجرای فرآیند مدیریت ریسک می‌تواند به شیوه‌های زیر انجام گیرد:

الف) اجرای فرآیند مدیریت ریسک توسط واحد تخصصی وابسته زیر نظر بالاترین مقام سازمان به صورت متمرکز

ب) اجرای فرآیند توسط کارشناسان منتخب هر واحد به صورت غیر متمرکز

پ) اجرای فرآیند توسط کارگروه‌های موقت داخلی و خارجی (پروژه‌ای).

این که سازمان‌های بیمه‌گر درمان از کدام یک از شیوه‌های فوق برای اجرای فرآیند مدیریت ریسک بهره می‌گیرند، بستگی کامل به انواع ریسک‌های رو در روی سازمان و تفکر مدیران عالی و اجرایی در اجرای فرآیند مذکور دارد.

۵. زمینه‌سازی تأمین منابع مالی و بودجه برنامه‌ای: عدم تأمین منابع مالی مطمئن

و مستمر برای اجرای فرآیند مدیریت ریسک سازمان‌های بیمه‌گر درمان، نتایج اهمیت به این فرآیند را سطحی و بی‌اثر خواهد کرد، زیرا نمی‌توان از تخصص‌های مختلف و مناسب به صورتی نهادینه در اجرای این فرآیند استفاده کرد. بنابراین تعریف ردیف بودجه از محل‌های بودجه عمومی و یا جاری سازمان‌های بیمه‌گر درمان و پیش‌بینی خرید خدمات کارشناسی مدیریت ریسک از محل بودجه خرید خدمات کارشناسی، محدودیت مدیران را در اجرای این بخش از مدیریت مرتفع می‌کند.

پس از آن که واحد مدیریت ریسک به عنوان بخشی از ساختار سازمانی بیمه‌گران درمان در نظر گرفته شد، محل‌های تأمین بودجه این بخش از محل بودجه‌های عمومی، جاری و یا خرید خدمات کارشناسی خواهد بود. این کار موجب خواهد شد تا این واحد به عنوان ساختاری موقت برای مدیران تلقی نشود و با تغییر مدیریت و سلیقه‌های آنان امکان حذف ساختاری آن پدید نیاید و بودجه این واحد در سال‌های آتی نیز در فرآیند برنامه‌ریزی بودجه سازمان‌های بیمه‌گر لحاظ شود. پس از تعیین نحوه تأمین بودجه کل واحد، برنامه‌ریزی تفصیلی بودجه بر اساس نوع برنامه‌ها، درصد ثابتی از هزینه‌های کنترلی و یا بر اساس خدمات تخصصی و کارشناسی خریداری شده باید صورت پذیرد.

۶. زمینه‌سازی تأمین تخصص‌های مدیریت ریسک: با توجه به ماهیت فعالیت

بیمه‌گران درمان تخصص‌های زیر در واحد مدیریت ریسک آنها ضروری است.

● کارشناس مدیریت بیمه: تخصص مذکور به دلیل داشتن مهارت‌های عمومی در زمینه بیمه‌گری به ویژه بیمه‌های تأمین اجتماعی و درمان، به عنوان مسئول واحد و یا دبیر کمیته‌های تخصصی مدیریت ریسک به حساب می‌آید.

● کارشناس آمار بیمه: آشنایی به اصول علمی در بخش تحلیل‌های آماری به ویژه در بخش عملیات بیمه‌گری با توجه به ماهیت داده‌های تجربی و گذشته‌نگر آن برای پیش‌بینی تأثیرات ریسک‌های آتی مهم است. استفاده از تخصص آمار بیمه (آکچوئری) در این بخش به دلایل فوق ضروری است.

● کارشناس اقتصاد بیمه درمان (اقتصاد سلامت): تحلیل تصمیم‌گیری‌های انجام گرفته از دیدگاه‌های اقتصادی خرد و کلان نیاز به این تخصص را در تیم مدیریت ریسک بیمه‌های درمان ضروری می‌کند. بررسی شاخص‌های مختلف اقتصادی موثر و تأثیر آنها بر ریسک‌های بیمه‌گران درمان از جمله وظایف کارشناس اقتصاد سلامت است.

• **پزشک:** تحلیل واگیرشناسی بیماری‌های مختلف و طبقه‌بندی ریسک‌ها با توجه به نوع بیماری‌ها از جمله وظایف این تخصص حرفه‌ای از تیم مدیریت است.

• **کارشناس اسناد پزشکی:** وظیفه طبقه‌بندی ریسک‌های مختلف درمان با همکاری پزشک تیم مدیریت ریسک.

• **کارشناس حقوقی:** وظیفه اصلی این تخصص تحلیل ریسک‌های قانونی رودرروی سازمان‌های بیمه‌گر درمان است. تحلیل ابعاد متنوع قانونی تصمیم‌گیری‌های واحد مدیریت ریسک بر عهده این تخصص است.

• **کارشناس مدیریت پروژه (آشنا با نرم افزارهای تحقیق در عملیات):** براساس متغیرهای گوناگون در تحلیل ریسک‌های درمان و به دست آوردن نقطه بهینه صرف هزینه‌های عملیاتی، وجود کارشناس مدیریت پروژه آشنا با نرم افزارهای تحقیق در عملیات در تیم مدیریت ریسک موثر خواهد بود.

• **کارشناس برنامه‌ریزی نرم‌افزار:** طراحی نرم‌افزارهای خاص مدیریت ریسک بیمه‌گران درمان از جمله وظایف کارشناس برنامه‌ریزی نرم افزار است. تهیه گزارش‌های لازم و تحلیل داده‌ها به روش علمی و با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای رایانه‌ای از جمله وظایف کارشناسان برنامه‌ریزی نرم افزار در کمیته مدیریت ریسک است.

۷. **تعیین وظایف کمیته مدیریت ریسک:** تعیین شرح وظایف کمیته مدیریت ریسک می‌تواند به عنوان یک استاندارد ارزیابی عملکرد برای این واحد تلقی شود. اهم وظایف این کمیته عبارتند از:

- سیاست‌گذاری کلان واحد مدیریت ریسک براساس سیاست‌های اصلی سازمان
- برنامه‌ریزی عملیاتی در زمینه اقدامات شناسایی، ارزیابی و مواجهه با ریسک بر اساس بودجه

• اجرای هماهنگی‌های درون بخشی و برون بخشی

• اتخاذ تصمیم‌های کنترل و مواجهه و تنظیم برنامه‌های محلی و منطقه‌ای آن

- تدوین ضوابط ارزش‌یابی ریسک‌های بیمه‌گری
 - تنظیم و پیشنهاد تعرفه سالیانه بر اساس ارزیابی اقتصادی به شورای مرکزی
 - تدوین استراتژی‌های مدیریت ریسک برای تمام کارکنان
 - ارزیابی ریسک‌های مخاطره‌آمیز و بازنگری و روزآمد کردن اصول علمی آن
 - مستند سازی نتایج ارزیابی ریسک
 - ثبت، نگهداری و گزارش اطلاعات حوادث ناخواسته
 - ارائه گزارش تحلیلی از زیان‌های واقع شده
 - تدوین سیاست‌های ایمنی و سلامت در سازمان‌های بیمه‌گر
 - تهیه گزارش‌های عملکرد سالیانه در زمینه مدیریت ریسک
 - تشکیل کمیته‌های تخصصی کاهش خطر و کنترل زیان
 - اجرا و بازنگری برنامه‌های آموزش کنترل زیان برای تمام کارکنان.
۸. شناسایی ریسک: این که ریسک‌های رودرروی سازمان‌های بیمه‌گر کدام‌اند و زمان، مکان، چگونگی و علل وقوع آنها به چه صورتی است از مراحل شناسایی ریسک به حساب می‌آید. در الگوی پیشنهادی حاضر براساس انواع ریسک‌های شناسایی شده، شش طبقه اصلی ریسک‌های بیمه‌گران درمان در نظر گرفته شده است. این طبقات عبارتند از:
- ریسک‌های اموال شامل ریسک‌های فیزیکی، اجتماعی، اقتصادی و انسانی.
 - ریسک‌های بازار شامل ریسک‌های ساختارسازمانی، شیوع، بروز و شدت بیماری، تقاضای القایی، مصرف نادرست خدمات و سوء استفاده.
 - ریسک‌های نقدینگی شامل تاخیر و یا عدم پرداخت مطالبات عرضه کنندگان خدمات، افزایش نرخ دستمزدهای ارائه کنندگان خدمات، افزایش تعرفه‌ها و کسری بودجه برنامه‌ای.

• ریسک‌های عملیاتی شامل کمبود نیروی متخصص، کمبود وسایل و تجهیزات، کمبود بانک‌های اطلاعاتی، کاهش نرخ متوسط سود آوری سالیانه، انحراف در تعیین شاخص‌های ذخیره فنی، انحراف در حق بیمه پیش بینی شده، افزایش بی‌رویه رشد ضریب خسارت واقعی، رشد ناگهانی ضریب خسارت اسمی، کسری بودجه و کاهش شاخص سرمایه گذاری کل.

• ریسک‌های قانونی شامل انواع ریسک‌هاست مانند مسئولیت مدنی حرفه‌ای، مدیریتی، کارفرمایان در مقابل کارکنان و مسئولیت در قبال اشخاص ثالث.

• ریسک‌های منابع انسانی شامل فوت، بیماری، بیکاری، بازنشستگی، از دست دادن اشخاص کلیدی و توقف انسانی عملیات.

ممکن است سازمان‌های بیمه‌گر درمان با ریسک‌های دیگری نیز در عملیات روزمره خود روبه رو باشند که البته به دلیل عدم امکان ارزیابی و کنترل آنها از شناسایی و طبقه بندی آنها صرف نظر شده است.

۹. تحلیل ریسک: در بخش تحلیل ریسک ضمن شناسایی اقدامات کنترلی در برابر ریسک‌های موجود، بسامد و شدت هر یک از ریسک‌های شناسایی شده تعیین می‌شود. پس از تعیین بسامد و شدت هر ریسک اقدام بعدی در فرآیند تحلیل، سطح‌بندی ریسک است. از ویژگی‌های الگوی حاصله وجود دو شاخص پایش و بازنگری و گفت و گو و مشاوره در تمام مراحل مدیریت ریسک (زمینه سازی، شناسایی، تحلیل، سنجش و مواجهه) است.

۱۰. تنظیم شاخص‌ها و معیارهای ارائه شده برای تعیین حق بیمه: شاخص‌ها و معیارهای ارائه شده برای تعیین حق بیمه ریسک‌های درمانی در این الگو عبارتند از:

• هزینه‌های کلی بخش‌های مختلف خدمات (سرپایی و بستری)

• نرخ تورم کالاها و خدمات بهداشتی و درمانی

• تعداد مصرف کنندگان میزان بیماری جامعه نوع استانداردهای تعیین شده برای

خدمات و تجهیزات

- شغل مصرف کنندگان
- میزان درآمد مصرف کنندگان
- مناطق جغرافیایی
- میزان تقلبات بیمه‌ای.

شایان ذکر است که برای تعیین نرخ تعرفه پذیرش ریسک بیمه‌های درمانی توجه به تمام عوامل فوق ضروری است.

۱۱. تعیین سیستم‌های مناسب پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر به عرضه‌کنندگان خدمات:

منابع مختلف علمی ۹ روش پرداخت در دنیا را توضیح داده‌اند. شیوه‌های پرداخت به عرضه‌دهندگان خدمات در نظام بیمه درمان می‌تواند به یکی از چند روش زیر باشد. روش پرداخت کارانه: در روش کارانه کلیه خدمات عرضه شده ثبت و هزینه هر یک از این خدمات برابر تعرفه تعیین و به شخص حقیقی یا حقوقی طرف قرارداد پرداخت می‌شود. در این سیستم تعرفه مصوب کلیه خدمات به فرد طرف قرارداد اعلام می‌شود و عرضه‌کننده خدمت‌موظف به رعایت کامل تعرفه‌هاست.

• روش پرداخت موردی: منشعب شده از روش کارانه است و آمریکایی‌ها مبتکر این روش هستند. در این روش نوع بیماری و نحوه درمان مبنای اصلی کار پزشک و سایر عرضه‌کنندگان خدمت قرار دارد. به همین منظور، برای پرداخت هزینه‌ها، موارد تشخیصی و درمانی به ۴۸۲ گروه و گاه تا ۵۶۰ گروه تقسیم شده است. پزشک بر مبنای تشخیص بیماری و نوع درمانی که می‌کند، یکی از گروه‌ها را که مربوط به خدمات او می‌شود، انتخاب و براساس تعرفه این گروه دستمزد خود را از بیمار یا سازمان بیمه‌ای دریافت می‌کند.

• **روش هزینه روزانه:** روش هزینه روزانه بیشتر به مؤسساتی مربوط می‌شود که وظایف آنها مراقبت‌های طولانی مدت از بیماران مزمن، معلولان و یا سالمندان است. در روش «هزینه روزانه» قسمت اعظم خدمات را مراقبت‌های غیرپزشکی تشکیل می‌دهد و فقط بخش کمی مربوط به مراقبت‌های پزشکی است.

• **پرداخت‌های تشویقی:** پرداخت‌های تشویقی به گروهی از عرضه کنندگان خدمات تعلق می‌گیرد که علاوه بر وظایف اصلی خویش به عرضه خدمات بهداشتی و درمانی نیز مبادرت می‌ورزند که این خدمات در تأمین سلامت افراد جامعه مؤثر است ولی جزو وظایف آنها از نظر نوع یا حجم خدمات منظور نشده است.

• **روش میزان پرداخت ثابت:** این روش بسیار شبیه به میزان پرداخت سرانه است. با این تفاوت که در این روش به ازای هر فردی که در بیمارستان پذیرفته می‌شود (بدون-درنظر گرفتن نوع بیماری و نوع درمان) هزینه‌های ثابت روزانه به بیمارستان پرداخت می‌شود.

• **روش پرداخت‌های ویژه:** پرداخت‌های ویژه به خدماتی که در قراردادهای عرضه کنندگان خدمات منظور نشده‌اند، تعلق می‌گیرد. خدمات خارج از قراردادهای معمول به صورت جداگانه فهرست شده‌اند و عرضه‌دهندگان خدمت می‌توانند برای اجرای آنها در صورت تمایل اقدام کنند.

• **روش بودجه‌ای:** روش پرداخت بر مبنای بودجه، یکی دیگر از انواع روش‌های پرداخت است. در این روش، اطلاعات دقیقی از عملکرد مالی در سال‌های گذشته برای تدوین بودجه برنامه‌ای باید وجود داشته باشد. نظارت بودجه‌ای بر عملکرد مالی واحد بهداشتی-درمانی، بهینه‌سازی سیستم‌ها و بهبود روش کار باید هر سال انجام گیرد تا بودجه تدوین شده بر مبنای برنامه‌ها و در عین حال واقعی باشد. علاوه بر آن دخالت دادن نرخ تورم و یا محاسبه هزینه‌های سرمایه‌ای (به ویژه استهلاک کالاهای سرمایه‌ای) باید در تدوین بودجه برنامه‌ای مورد توجه کامل قرار گیرد.

• **روش حقوق‌گیری:** روش حقوق‌گیری یکی دیگر از روش‌های پرداخت است که بیشتر در سیستم بودجه برنامه‌ای قرار می‌گیرد. در این سیستم حقوق ثابتی به کارکنان بیمارستان پرداخت می‌شود و در نتیجه ممکن است کارکنان تمایل زیادی برای عرضه خدمات بیشتر و یا عرضه خدمت به بیمارانی که مشکلات درمانی زیادی دارند، نشان ندهند.

• **روش سرانه:** در روش پرداخت سرانه به‌ازای هر فردی که زیر پوشش مراقبت‌های مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌ای قرار می‌گیرد، مبلغ ثابتی به صورت ماهیانه یا سالیانه به پزشک طرف قرارداد پرداخت می‌شود [منبع ۵۸].

در الگوی حاضر شش روش زیر موافق با شرایط بیمه‌گران درمان ایران ارائه شده است:
۱. سیستم پرداخت سرانه، ۲. (پرداخت موردی) بر مبنای جدول بیماری‌ها، ۳. (پرداخت موردی) ساده، ۴. بر اساس نرخ ثابت، ۵. سیستم پرداخت تشویقی و ۶. سیستم پرداخت بودجه‌ای.

۱۲. تعیین نحوه پرداخت‌های جنبی در کاهش ضریب خسارت: پرداخت‌های جنبی اهرم‌های اصلی در کنترل ضریب خسارت ریسک‌های درمانی برای بیمه‌گران به حساب می‌آیند. توجه به این اهرم‌های کنترلی می‌تواند از شدت و تواتر زیان‌های ناشی از پوشش ریسک‌های درمان برای بیمه‌گران درمان مفید واقع شود. پرداخت‌های جنبی سهم بیمه‌گذاران را می‌توان با روش‌های زیر تعیین کرد.

• **برحسب گروه‌های مختلف درآمدی و شغلی:** همان‌گونه که می‌توان برحسب درصدی از حقوق و یا درآمد فرد در مورد تعیین میزان حق بیمه پرداختی بدون توجه به سقف سرمایه مورد تعهد اقدام کرد به همان میزان نیز می‌توان فرانشیزها را تعیین کرد. از سوی دیگر می‌توان برای مشاغل پرخطر نیز فرانشیز بالاتری را لحاظ کرد.

بر حسب درصد ثابتی از تعرفه‌های مختلف: در این روش براساس میزان تعرفه‌های مختلف خدمات می‌توان فرانشیز را تعیین کرد. برای مثال در تعرفه‌های پایین صرف نظر از نوع خدمت می‌توان میزان فرانشیزها را بالا برد، زیرا بیشترین بسامد زیان در این

• بخش‌هاست و گروه‌های مختلف درآمدی نیز می‌توانند از عهده مخارج این بخش از زیان‌ها برآیند و شرکت‌های بیمه‌گر کمتر وقت خود را صرف بررسی و پرداخت این هزینه‌ها کنند.

• بر حسب درصد ثابتی از درآمد سرانه: در این روش بر خلاف روش اول که ممکن است بر حسب افزایش و یا کاهش حقوق میزان فرانشیزها نیز تغییر کند فرانشیز بر مبنای طبقه‌بندی درآمدی تعیین می‌شود و سقف سرمایه تحت پوشش معین است.

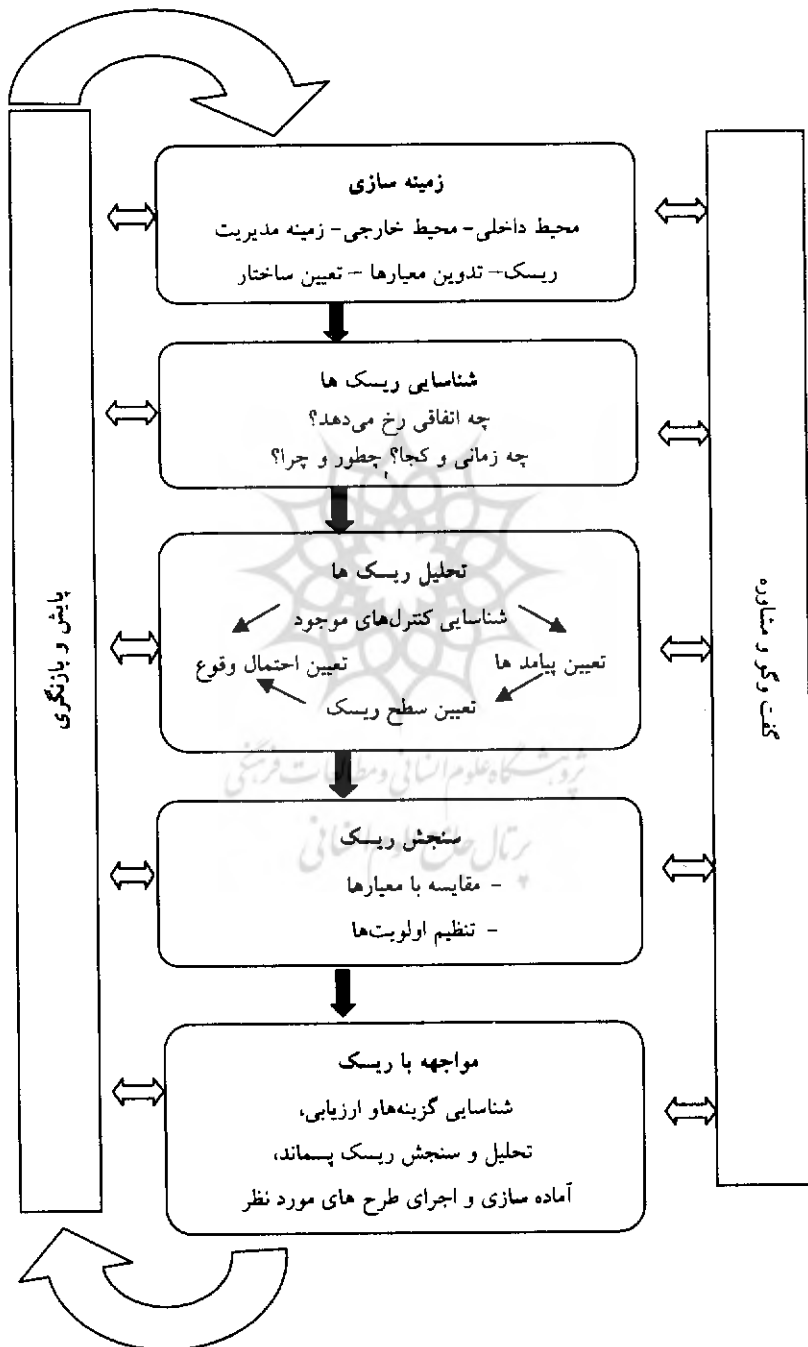
• بر حسب نوع خدمات دریافتی از پیش تعیین شده: ممکن است بیمه‌گران بدون توجه به میزان تعرفه و صرفاً بر اساس خدمات دارای تواتر بالا درخصوص تعیین فرانشیزها اقدام کنند.

• بر حسب استانداردهای تجهیزات و خدمات مورد استفاده: با پیشرفت تکنولوژی و افزایش استفاده از تجهیزات جدید، میزان مصرف این خدمات گران نیز افزایش یافته است لذا بیمه‌گران فرانشیز بالاتری را برای تجهیزات دارای کیفیت و استاندارد بالا در نظر می‌گیرند تا تعادلی در استفاده از سایر خدمات ارزان قیمت نیز فراهم آید.

• بر حسب ۵۰ درصد مساحت منحنی توزیع نرمال زیان: در این روش که از علمی‌ترین روش‌های محاسبه فرانشیز به حساب می‌آید، بیمه‌گران میزان فرانشیز را بر مبنای سطح مورد نظر منحنی توزیع نرمال زیان تعیین می‌کنند، به طوری که ضریب خسارت در سطح ۵۰ درصد تثبیت شود.

۱۳. تعیین ساختارهای جنبی واحد مدیریت ریسک در سازمان‌های بیمه‌گر: واحد مدیریت ریسک در سازمان‌های بیمه‌گر درمان نیاز به دو ساختار جنبی (شامل بانک و شبکه‌های اطلاعاتی ریسک‌های مختلف و واحد پژوهش و مطالعات آماری) دارد. این دو بخش، ساختارهای جنبی اصلی در هر واحد مدیریت به حساب می‌آیند.

شکل ۱. الگوی کلی مدیریت ریسک



جدول ۵. شاخص‌ها، معیارها و روش‌های پیشنهادی مواجهه با ریسک‌های بیمه‌گران بیمه درمان

انواع ریسک	معیارها	شاخص ارزیابی (در یک سال مالی)	معیار (در یک سال مالی)	روش مواجهه	توضیحات
ریسک اموال	فیزیکی (حریق، بلایای طبیعی)	S, F	$S < PR$ $F < 1$	انتقال	نرخ انتقال = PR بسامد خسارت = F شدت خسارت = S
	اجتماعی (شورش، بلوا، اعتصاب)	S, F	$S < PR$ $F < 1$	انتقال	نرخ بهره = IR درصد نرخ بهره = C_{IR} مورد انتظار
	انسانی (سرقت،...)	S, F	$S < PR$ $F < 1$	انتقال	
	اقتصادی (تحریم، رکود، تورم،...)	S, F	$S < C_{IR}$ $F < 1$	ذخیره	
ریسک بازار	ساختاری	پیچیدگی، رسمیت و تمرکز	پیچیدگی، رسمیت و تمرکز بالا	انتقال	
	شیوع و بروز بیماری	درصد شیوع و بروز و شدت	استاندارد CDC برای هر بیماری	گریز، انتقال	مرکز کنترل = CDC بیماری‌های سازمان بهداشت جهانی تواتر پیش‌بینی = fS شده میزان سوء استفاده شدت زیان‌های = SS قابل پیش‌بینی در سوء استفاده‌ها
	تقاضای القایی	میزان تقاضای القایی	استاندارد هر منطقه برای هر تقاضا	پرداخت گلوبال کاهش دسترسی، گریز، انتقال، افزایش فرانشیز (سهم بیمار)، تعدیل تعرفه‌ها و نرخ‌ها	

	پرداخت ثابت بر حسب استاندارد مصرف	استاندارد مصرف	درصد مصرف	مصرف نادرست خدمات		
	تعدیل در نرخ‌ها و تعرفه در هر سال به میزان ثابت، کنترل موردی مصرف‌های بالاتر از استاندارد	F < fS S < Ss	S, F	سوء استفاده		
نسبت جاری = (نسبت دارایی جاری به بدهی جاری) نسبت آنی یا سریع = (نسبت موجودی	انتقال از طریق خرید پوشش بیمه‌های اتکایی خسارات جمعی بیمه‌گران	Si	نسبت دوره متوسط وصول طلب	تأخیر و یا عدم پرداخت مطالبات عرضه کنندگان خدمات	نسبت جاری	
بانکی، وجه نقد و تنخواه‌گردان به بدهی‌های جاری) نسبت بدهی = (نسبت جمع بدهی	انتقال از طریق خرید پوشش بیمه‌های اتکایی خطر نوسانات قیمت	Si	نسبت جاری و آنی	افزایش نرخ دستمزدهای ارانه دهندگان خدمت		
ها به جمع دارایی‌ها) دوره متوسط وصول طلب = نسبت حساب بدهکاران به متوسط حق بیمه عاید شده	انتقال از طریق خرید پوشش بیمه‌های اتکایی خطر نوسان‌های قیمت	Si	نسبت جاری	افزایش تعرفه‌ها (قیمت دارو)		
روزانه Si = استاندارد مدیریت مالی	انتقال و گریز	Si	نسبت بدهی	کسری بودجه برنامه‌ای		

<p> F_i = میزان کمبود F_s = میزان استاندارد D_p = میزان کاهش سود SD_p = سود تعیین شده برنامه D_{sp} = انحراف شاخص ذخیره فنی S_{dsp} = میزان ذخیره فنی واقعی D_{cr} = رشد ضریب خسارت واقعی D_{scr} = متوسط رشد ضریب خسارت واقعی D_{sib} = میزان کسری بودجه D_{ssb} = متوسط کسری بودجه سالیانه R_{inv} = میزان کاهش شاخص سرمایه کل R_{pr} = متوسط کاهش سود سرمایه گذاری </p>	انتقال از طریق خرید خدمات	$F_i > F_s$	F_i	کمبود نیروی متخصص
	انتقال از طریق خرید خدمات	$F_i > F_s$	F_i	کمبود وسایل و تجهیزات
	انتقال از طریق خرید خدمات	$S_d < SS_d$	S_d	کمبود بانک های اطلاعاتی
	نگهداری از طریق افزایش سهم سرمایه گذاری	$D_p < SD_p$	D_p	کاهش سود آوری
	نگهداری از طریق افزایش میزان ذخیره فنی	$D_{sp} < SD_{sp}$	D_{sp}	انحراف شاخص ذخیره فنی
	کنترل ریسک های جذبی از طریق آزمایش های پزشکی	$D_{pr} < D_{spr}$	D_{pr}	انحراف در حق بیمه پیش بینی شده
	انتقال و خرید پوشش اتکایی	$D_{cr} < D_{scr}$	D_{cr}	افزایش بی رویه رشد ضریب خسارت واقعی
	انتقال و خرید پوشش اتکایی	$D_{cn} < D_{scn}$	D_{cn}	رشد ناگهانی ضریب خسارت اسمی
	انتقال، استقراض، افزایش سهم سرمایه گذاری	$D_{sib} < D_{ssb}$ FD_{sib}	D_{sib} FD_{sib}	میزان کسری بودجه
	انتقال از طریق خرید پوشش اتکایی، خرید اوراق مشارکت	$R_{inv} < R_{pr}$	R_{inv}	کاهش شاخص سرمایه گذاری کل

F_i = تواتر زیان S_i = شدت زیان F_s = استاندارد تواتر زیان S_{se} = شدت مجاز در معرض زیان	انتقال از طریق خرید بیمه های مسئولیت مدنی حرفه ای	$F_i < F_s$ $S_i < S_s$	$S_i F_i$	ریسک مسئولیت مدنی حرفه ای	ریسک های قانونی
	انتقال از طریق خرید بیمه های مسئولیت مدنی حرفه ای	$F_i < F_s$ $S_i < S_s$	$S_i F_i$	ریسک مسئولیت مدنی مدیران مراکز درمانی وابسته به سازمان ها	
	انتقال از طریق خرید بیمه های مسئولیت مدنی کارفرمایان	$F_i < F_s$ $S_i < S_s$	$S_i F_i$	ریسک مسئولیت مدنی کارفرمایان در مقابل کارکنان	
	انتقال از طریق خرید بیمه مسئولیت مدنی	$F_i < F_s$ $S_i < S_s$	$S_i F_i$	ریسک مسئولیت مدنی سازمان در قبال حوادث رانندگی اشخاص ثالث	
F_{di} = میزان مرگ و میر F_d = تعداد بیماری S_d = شدت بیماری F_{ve} = تواتر بیکاری D_s = میزان استخدام D_r = میزان ریزش نیرو F_s = استاندارد نیاز نیرو	انتقال از طریق پوشش بیمه	$F_{di} < F_s$	F_{di}	فوت	ریسک منابع انسانی
	انتقال از طریق بیمه درمان	$F_d < F_s$ $S_d < S_s$	F_d S_d	بیماری	
	انتقال از طریق بیمه بیکاری	$F_{ve} < F_s$	F_{ve}	بیکاری	
	انتقال از طریق بیمه های عمر	$F_i < F_s$ $D_s < D_r$	F_i D_s	بازنشستگی	
	انتقال از طریق خرید بیمه ای عمر زمانی	$F_{dk} < F_s$ $S_{dk} < S_s$	F_{dk} S_{dk}	اشخاص کلیدی	
	انتقال از طریق خرید بیمه	$F_{bie} < F_s$ $S_{bie} < S_s$	F_{bie} S_{bie}	توقف انسانی عملیات	

۴. پیشنهادها

۱. شفاف‌سازی سیاست‌های کنترل هزینه‌های بیمه درمان: فروش بیمه‌های درمان تکمیلی هزینه توسط بیمه‌گران بیمه‌های درمان پایه و ایجاد ارتباط با بیمه‌گران بازرگانی از طریق عقد قرار دادهای اتکایی با آنها و سوق دادن فعالیت سازمان‌های بیمه‌های درمان بازرگانی به سمت فروش بیمه‌ای درمان مکمل خدمات.

۲. تدوین سیاست‌های خاص مواجهه با ریسک: مهم‌ترین بخش از فعالیت سازمان بیمه‌گر که اهرم کنترلی در انتقال ریسک بیمه‌گذاران به شبکه عملیاتی وی محسوب می‌شود، واحد مدیریت ریسک است. در حال حاضر هیچ یک از سازمان‌های بیمه‌گر در ایران ساختار نظام‌یافته در زمینه مدیریت ریسک ندارند. این امر درحالی اهمیت بیشتری می‌یابد که از یک سو بیمه‌گران درمان پذیرنده ریسک‌های با درجه خطر بالا و گاهی رسوبی بیمه‌گذارانند که به طور قانونی در بخش خدمات درمانی پایه این پذیرش با اجبار نیز همراه است و قدرت انتخاب بیمه‌گر را به طور کلی از بین می‌برد. لذا وی باید به دنبال دیگر راهبردهای کنترلی در زمینه مدیریت ریسک بیمه‌شدگان زیر پوشش خود باشد.

۳. تدوین استاندارد و یا استراتژی‌های مدیریت ریسک: سازمان بیمه‌گر اصولاً باید یک استراتژی مدون مدیریت ریسک اتخاذ کند تا تعهد آن را درقبال این فرایند مدیریتی به اثبات رساند.

۴. ادغام سازمان‌های بیمه‌گر پایه: ادغام سازمان‌های موازی بیمه‌گر پایه در چارچوب تشکیل وزارت رفاه و تامین اجتماعی گامی اولیه در استانداردسازی فعالیت‌های مدیریت ریسک و کاهش هزینه‌های عمومی بیمه‌گری به شمار می‌آید.

۵. تعیین استاندارد تجهیزات و خدمات در تعیین تعرفه‌ها: تعیین استاندارد تجهیزات و خدمات برای عرضه خدمات درمانی با استفاده از اهرم‌های کنترلی بیمه‌گران

درمان از یک سو به استاندارد سازی کیفیت خدمات منجر خواهد شد و از سوی دیگر از افزایش نرخ تورم خدمات در بخش خصوصی پیشگیری خواهد کرد.

۶. اجباری کردن ایجاد واحد مدیریت ریسک در ساختار سازمانی بیمه‌گران درمان:

ایجاد ساختار مشخصی برطبق الگوی ارائه شده می‌تواند به تعامل مناسب درون سازمانی و برون سازمانی کمک کند.

۷. ایجاد سیستم مکانیزه صدور دفاتر بیمه درمان به صورت کارت هوشمند:

این سیستم به اجرای ایده‌آل مراحل مختلف فرایند مدیریت ریسک کمک می‌کند. کنترل بیمه‌شدگان، خدمات دریافتی و هزینه‌های صرف‌شده از جمله مزایای استفاده از کارت‌های هوشمند است.

۸. ایجاد مشوق‌های مالیاتی در استفاده از بیمه‌درمان خصوصی کامل: این مشوق‌ها

می‌تواند به یک اهرم کنترل هزینه‌های بیمه‌گران درمان پایه مبدل شود.

۹. تعیین و تکفیک حوزه‌های خطر در کنترل ریسک‌های بیمه درمان: حوزه بیمه

اجباری حوادث شغلی، حوزه بیمه اجباری حوادث اتوموبیل، حوزه بیمه حوادث انفرادی، حوزه بیمه درمان پایه، حوزه بیمه درمان مکمل هزینه، حوزه بیمه درمان مکمل خدمات، حوزه بیمه‌های زایمان و حاملگی.

۵. نتیجه‌گیری

مهم‌ترین درسی که می‌توان از تجارب کشورهای مورد مطالعه در طراحی الگوی مدیریت ریسک بیمه‌های درمان به ویژه ریسک‌های منابع مالی مراقبت‌های درمانی کسب کرد افزایش اثر بخشی و کارایی بسته‌های پوشش‌های درمانی جامع به شیوه‌ای اقتصادی و به دور از زیان‌های احتمالی و پیش‌بینی نشده است. در برخی از کشورها با ملی کردن نظام طب ملی و گسترش بیمه‌های اجباری سعی در رسیدن به این هدف دارند. در این کشورها عمده‌ترین نظام تأمین مالی بر اساس درآمد حاصل از عوارض و

مالیات‌هاست. این منابع در صندوق‌هایی با یک مکانیزم مدیریت مناسب ریسک اداره می‌شوند. تجربه این کشورها نشان می‌دهد که استفاده از بیمه‌های درمان خصوصی، حساب‌های ذخیره درمان و دیگر اشکال جمع‌آوری منابع خصوصی می‌توانند به عنوان روش‌های مکمل برای افزایش بهره‌وری بیمه‌های جامع درمان به کار گرفته شوند. از دیگر درس‌هایی که کشورهای در حال توسعه می‌توانند از تجارب کشورهای توسعه یافته کسب کنند عبارتند از:

- تسهیل رشد اقتصادی پایدار: با بالا بردن سرانه تولید ناخالص داخلی می‌توان با پرداخت مالیات از سیستم طب ملی حمایت کرد، زیرا با افزایش درآمد و تغییر نیازهای درمانی، تقاضا برای خدمات بهینه درمانی نیز افزایش می‌یابد.

- آغاز پروژه‌های آزمایشی برای بیمه‌های درمان اختیاری: تدوین برنامه‌های مالی عموماً از روند استاندارد پیروی می‌کند. ترویج برنامه‌های بیمه اختیاری، اغلب بر حسب برنامه‌های مالی جامعه است. این گونه برنامه‌ها تضمینی برای برنامه‌های بیمه درمان جامع است. کشورهایی همچون آلمان و ژاپن با افزایش مهارت خود در اداره صندوق‌ها و تربیت کارکنان ماهر برای معرفی برنامه‌های گرامت گام مهمی در این زمینه برداشته‌اند.

- افزایش توان مدیریتی: شواهد نشان داده‌اند که توان مدیریتی برنامه‌های مختلف برای بقای برنامه‌های مالی درمان بسیار ضروری است.

- اطمینان از تعهد سیاسی توسعه پوشش جمعیت.

- ترکیب ریسک‌های متعدد صندوق‌های درمان برای توسعه پوشش جمعیت.

- ارتقای کیفیت ارزیابی تولیدات و خدمات مختلف درمانی.

منابع

۱. ثابتی، محمدرضا. (۱۳۸۳)، دیدگاه چند سطحی و چند مرحله‌ای در باب مدیریت ریسک، فصلنامه تخصصی پیام بیمه، انتشارات بیمه ایران.
۲. حنیفی، فرهاد. (۱۳۸۲)، ارزش در معرض خطر شیوه جدیدی در مدیریت ریسک، فصلنامه تخصصی موسسه عالی بانکداری.
۳. زارع، حسین. (۱۳۸۴)، راهبردهای خصوصی‌سازی بیمه درمان، چاپ اول، تهران: سازمان بیمه خدمات درمانی، شرکت انتشارات علمی فرهنگی.
۴. سالنامه آماری ایران، ۱۳۸۳.
۵. گزارش آماری بازار بیمه کشور، ۱۳۸۳.
۶. مجموعه قوانین و مقررات سازمان بیمه خدمات درمانی. (۱۳۷۵)، چاپ اول، انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، ج ۱.
۷. ونوس، داور. (۱۳۸۲)، مدیریت ریسک، چاپ اول، تهران: انتشارات نگاه دانش.
۸. همتی، عبدالناصر. (۱۳۸۲)، مبانی نظری و عملی بیمه، چاپ اول، انتشارات بیمه مرکزی ایران.
9. Abel-Smith. B. (1992), **Health Insurance in Developing**, Vol 7 (3).
10. Arrow K. (1963), Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care in American care, **Economic Review**, Vol .53, No.5.
11. Ashland Aden. (2000), **Ethnicity and Poverty in Latvia**, **Ministry of Welfare of Republic of Latvia and UNDP Riggs**.
12. **Averting the Old Age Crisis**. (1994), The Word Bank Washington D.C.
13. Bickel Haupt, David. (1974), **General insurance**, 9thed. Homewood, Illinois: R.D. Irwin.
14. Blanchette j. (2002), **Global Healthcare Market**.

15. Blinn J.D. & Head George L. & Elliott Michael W.(1985), **Risk Financing**, Insurance Inst of Amer, ISBN.
16. Buchmueller Thomas C. & Couffinhal Agnes. (2002), **Private Health insurance in France**, University of California, France.
17. Cholrt Dj, Lewis M, (1997), **Private Insurance: Principles and Practice in Innovations in Health Care Financing**, World Bank.
18. Cichin M et al.(1999), **Modelling in Health Care Finance: A Compendium of Quantitative Techniques for Health Care Financing Geneva**
19. Babble David F. & Santomero Anthony M. (1997), **Risk Management by Insurance: An Analysis of Process**, Wharton School Center for Fimancial Institutions, University of Pennsylvania.
20. Den berg H.S. (2001), **Risk and insurance**, chapter 28, Perentice Hall, 4th ed.
21. Doherty N. (1985), **Corporate Risk Management**, a Financial Exposure, New York: MC Graw Hill Co.
22. John J.O, Connell. (1976), Systematic Risk Identification, **Risk Management**, Vol.23, No. 3.
23. Mark R. Greene and James Trieschman. (1998), **Risk and Insurance**, 7th ed., Cincinnati, Ohio: South-Western Pub.
24. Velk j. (1985), , A historical perspective in risk management, **Risk analysis and Risk Management**, vol. 5, No 2.
25. Walsh, jeach. (2003), **Cost Management in Medical Insurance**.