

طراحی الگوی بیمه‌ی مکمل درمان برای کشور ایران

علی وفايي نجار^۱، الهه هوشمند^{۱*}

۱- دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی PhD، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

* نویسنده مسئول: مشهد - خیابان دانشگاه - بین دانشگاه ۱۶ و ۱۸ - دانشکده بهداشت، تلفن تماس: ۰۹۱۵۱۲۴۷۳۵۰

پست الکترونیک: Houshmande@mums.ac.ir

دریافت: ۹۷/۷/۲۴ پذیرش: ۹۷/۱۲/۲۴

چکیده

مقدمه: با توجه به اهمیت بیمه‌ی درمان تکمیلی و لزوم طراحی الگوی بیمه‌ی تکمیلی برای نظام سلامت کشور، هدف از پژوهش حاضر، طراحی الگوی بیمه‌ی درمان تکمیلی متناسب با سیستم بهداشت و درمان کشور ایران بود.

روش کار: پژوهش حاضر، مطالعه‌ای تطبیقی-کیفی است. در مرحله‌ی اول، کشورهای منتخب بر اساس مرور جامع انتخاب شدند (۸ کشور) و ابعاد مختلف بیمه‌ی درمان تکمیلی در این کشورها با استفاده از ماتریس مقایسه‌ای تحلیل شد و بر اساس نتایج حاصل از آن، سوالات راهنمای مصاحبه در ابعاد سازمان و مدیریت، مبنای پوشش جمعیت، روش تعیین حق بیمه، روش بازپرداخت هزینه‌ها، تعداد بیمه‌شدگان و روش تامین مالی بیمه طراحی و بخش کیفی، با روش آنالیز محتوا به دنبال ۱۵ مصاحبه تکمیل شد. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، داده‌ها با نرم‌افزار MAXQDA 10 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: عمده چالش‌های اشاره‌شده توسط خبرگان، مواردی چون سازمان و مدیریت، مکانیزم‌های نظارتی، نظام اطلاعاتی، مسائل فرهنگی، مسائل اقتصادی، مبنای پوشش جمعیتی، خدمات تحت پوشش، روش تعیین حق بیمه و روش بازپرداخت بود.

نتیجه‌گیری: توجه به چالش‌های مطرح‌شده توسط خبرگان، تعیین جزئیات پیاده‌سازی الگوی بیمه‌ی مکمل برای کشور ایران بر اساس تجربیات کشورهای صاحب‌سبک در این زمینه و نظرات متخصصین کشوری می‌تواند به رونق بیمه‌ی تکمیلی سلامت در کشور کمک نماید.

کلواژگان: بیمه‌ی درمان، بیمه‌ی درمان تکمیلی، بیمه‌ی مکمل درمان

مقدمه

امروزه، موضوع درمان در تمام کشورها، به‌خصوص کشورهای در حال توسعه، یکی از مسائل مهم است و دولت‌ها می‌کوشند تا شیوه‌های خدمات‌رسانی و ایجاد امکانات لازم در زمینه‌های درمانی را بهبود بخشند (۱). یکی از راه‌های مناسب برای فراهم ساختن پشتوانه‌ی بسیار مطلوب، به‌منظور حمایت از وضعیت اقتصادی خانواده و گذر از موقعیت‌های اضطراری ناشی از بیماری‌ها و حوادث، تهیه‌ی بیمه‌نامه‌ی درمان است (۲). بیمه‌های درمان این توانایی را دارند که درمان‌های پزشکی گران‌قیمت را با هزینه‌ای اندک در اختیار بیماران قرار دهند؛ برخی از این خدمات را نمی‌توان از هیچ مسیر دیگری تامین مالی نمود. در حقیقت، بیمه‌سازوکاری است که به افراد ریسک‌گریز اجازه می‌دهد از کمند ریسک و عدم اطمینانی که با آن مواجه هستند، رها شوند. مردم با پرداخت حق بیمه تعیین شده، زیان و مخارج ناشی از بیماری را کاهش داده و به این ترتیب رفاه خود را

افزایش می‌دهند (۱،۲). اما علی‌رغم تلاش‌های انجام شده، جوامع در حال توسعه تا کنون در رسیدن به پوشش مراقبت سلامت فراگیر ناکام مانده‌اند (۳) و سیستم سلامت در این کشورها نتوانسته دستیابی کافی به خدمات سلامت و محافظت مالی لازم را برای شهروندان تامین کند؛ به‌نحوی که بسیاری از افراد هنوز برای تامین منابع مالی نیازهای مراقبت سلامت، متکی بر پرداخت مستقیم از جیب هستند (۳). بنابراین ابزارهایی قابل‌تحمل برای تامین مالی سلامت به‌منظور کاهش پرداخت مستقیم از جیب و وقوع شوک‌های مراقبت سلامت کمرشکن ضروری می‌نماید (۴). بیمه‌ی درمان معمولاً به دو صورت پایه (اجباری) و تکمیلی (اختیاری) ارائه می‌شود. بیمه‌ی درمان پایه‌ی یکی از ارکان اصلی رفاه و تامین اجتماعی در جامعه‌ی بشری است و به دلیل تاثیر آن بر سلامت جامعه، اساسی‌ترین عامل در توسعه‌ی اجتماعی و فرهنگی هر کشوری است. بیمه‌های پایه معمولاً توسط موسسات

تابستان ۹۸، دوره بیست‌ودوم، شماره دوم، پیاپی ۸۵

مرتبط با طراحی الگو و بسته‌های بیمه‌ی درمان مکمل در کشورهای مختلف بود.

روش کار

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای تطبیقی-کیفی بود که با هدف طراحی الگوی بیمه‌ی مکمل برای کشور ایران به‌انجام رسید. در مرحله‌ی اول، پژوهش‌گر با بهره‌گیری از بانک‌ها و منابع اطلاعاتی و مطالعات مرتبط و نیز بر اساس مروری جامع، الگوهای بیمه‌ی درمان مکمل را از نظام بهداشت و درمان کشورهای مختلف استخراج نمود. جامعه‌ی پژوهش در این مرحله از تحقیق، کلیه‌ی مقالات و پژوهش‌های موجود در زمینه‌ی الگوهای بیمه‌ی درمان مکمل بود. سپس مقالاتی انتخاب شد که موارد زیر در آن‌ها مورد بحث و تحلیل قرار گرفته‌بود:

- تعریف بیمه‌ی مکمل
- تعریف و توضیح پیش‌نیازها و اولویت‌های لازم در طراحی الگوی بیمه‌ی درمان مکمل
- تبیین سازمان و مدیریت سازمان‌های بیمه‌ای ارایه‌دهنده‌ی بسته‌های خدمات بیمه‌ی درمان مکمل
- تبیین تعهدات و مزایای بسته‌های خدمات بیمه‌ی درمان مکمل
- تبیین مبنای پوشش جمعیت واجد شرایط استفاده از بسته‌های خدمات بیمه‌ی درمان مکمل
- تبیین مبنای محاسبه‌ی حق بیمه‌ی سازمان‌های ارایه‌دهنده‌ی بسته‌های خدمات بیمه‌ی درمان مکمل
- تبیین میزان مشارکت بیمه‌شدگان در استفاده از بسته‌های خدمات بیمه‌ی درمان مکمل
- تبیین روش‌های پرداخت به ارایه‌دهندگان بسته‌های خدمات بیمه‌ی درمان مکمل
- چالش‌های پیاده‌سازی بیمه‌ی درمان مکمل
- به‌منظور جمع‌آوری و بازیابی مقالات و پژوهش‌های مرتبط، از روش جستجوی الکترونیکی در بانک‌های اطلاعاتی، مکاتبه با نویسندگان و پژوهش‌گران و بررسی مجلات و ژورنال‌های علمی مرتبط، بر اساس پروتکل تحقیق، استفاده‌شد. بدین‌صورت که واژه‌های کلیدی در بانک‌های اطلاعاتی الکترونیکی معتبر داخلی شامل Irandoc/Magiran/Iranmedex و خارجی شامل Medline Scopus/Ebsco /Pub-Med/BMJ/Science direct جستجو گردید. برای دستیابی به پایان‌نامه‌ها و منابع چاپ‌نشده، از سایت‌های مرتبط مانند SIEGLE استفاده شد. با مراجعه به مقالات یافت شده از جستجوی الکترونیکی و بررسی منابع آن‌ها، مقالات مرتبط دیگری نیز مشخص و انتخاب گردید. سپس با استفاده از جستجوی دستی در سایت‌های مرتبط با بیمه‌ی درمان مکمل و در صورت لزوم، تماس با افراد خبره در این زمینه، مقالات منتخب مشخص شد.

دولتی ارائه می‌شوند، (۵، ۶) دست‌کم شمول و سطح خدمات پزشکی را دارند، شامل خدمات پزشکی اورژانس، خدمات عمومی و تخصصی سرپایی و بستری بوده، (۵، ۷) همه‌ی خدمات سلامت را شامل نمی‌شوند (۷) و اغلب بیماران، با هزینه‌های سلامتی زیادی مواجهند (۷) و باید قراردادهای تکمیلی دیگری در کنار آن‌ها وجود داشته باشد تا موجب رفاه نسبی خانواده‌ها گردد (۸). تحقیقات موید این مطلب است که پیشی گرفتن شیب نمودار رشد تولید ناخالص ملی از یکسو، ناتوانی بیمه‌شدگان در استفاده از اکثر امکانات درمانی و عدم پوشش برخی خدمات درمانی در بیمه‌ی درمان پایه، ضرورت روی‌کرد جدید به بیمه‌های درمان مکمل را به‌عنوان یکی از راه‌های بهبود وضعیت درمان مطرح می‌کند (۹). پوشش بیمه‌ی مکمل به‌صورت الحاقیه به پوشش بیمه‌ی پایه اضافه‌شده و از دو طریق، پوشش بیمه‌ی پایه را کامل می‌کند. آن‌ها شکاف خدمتی را از طریق افزایش سطح پوشش بیمه‌ای و شکاف هزینه‌ای را از طریق گسترده‌کردن هزینه‌های تحت پوشش مرتفع می‌سازند (۱۰).

به‌طور کلی، هدف از ایجاد بیمه‌های مکمل، تسهیل دسترسی بیمه‌شدگان به امکانات درمانی بخش غیردولتی، پرکردن خلا خدمات و تعهدات بیمه‌های درمان پایه، ایجاد شرایطی برای نوآوری، تنوع و رقابت در عرصه‌ی فعالیت بیمه‌های درمان، با تأکید بر مشارکت افراد در تأمین منابع مالی می‌باشد (۹، ۱۱).

درواقع، بیمه‌های درمان مکمل برای آن به‌وجود آمده‌اند که حق انتخاب مصرف‌کننده‌ی خدمات را به‌طور اختیاری افزایش دهند. به‌عبارتی، هر بیمه‌شده‌ای در صورت تمایل می‌تواند با پرداخت هزینه‌ی بیشتر، از خدمات بیش‌تری استفاده نماید (۹، ۱۱).

بنابراین، بیمه‌ی درمان مکمل باعث افزایش دسترسی به‌موقع به خدمات درمانی می‌شود که به‌نوبه‌ی خود موجب ارتقای سطح سلامت جامعه است. سلامت افراد، توانایی‌های ذهنی و جسمی نیروی انسانی را افزایش‌داده و نیروی انسانی مولد، موجب ازدیاد تولید و درآمد ملی و افزایش سرمایه‌گذاری می‌گردد که این افزایش اشتغال، توسعه و رفاه اقتصادی جامعه را به‌دنبال دارد (۱۲). علی‌رغم نقش به‌سزایی که پوشش بیمه‌ی مکمل درمان در افزایش سلامت، تولید و نهایتاً رفاه اقتصادی و اجتماعی به‌عهده دارد، هنوز آن‌طور که باید مورد استقبال قرار نگرفته (بیمه‌های درمان، ۳۰ درصد حق بیمه‌های تولیدی سال ۱۳۹۶ را تشکیل دادند) و بنابراین نمی‌تواند نقش مناسب و موثری در ارایه‌ی خدمات سلامت داشته باشد. با توجه به اهمیت بیمه‌های تکمیلی درمان و لزوم طراحی الگوی بیمه‌ی تکمیلی در کشور، هدف پژوهش حاضر، طراحی الگوی بیمه‌ی تکمیلی درمان در سیستم بهداشت و درمان کشور بر اساس مدل‌ها و روش‌های

جدول ۱: کلیدواژه‌های جستجو

ردیف	کلیدواژه	تعداد مقالات به دست آمده
۱	Health insurance	۹۳۸۰۰۰
۲	Complementary health insurance	۷۳۹
۳	Supplemental health insurance	۱۶۸۰
۴	Private health insurance	۱۶۰۱
۵	Substitute health insurance	۲۰۰
۶	Duplicate health insurance	۹۹
۷	Principal health insurance	۱
۸	Complementary health insurance coverage	۴۸
۹	Complementary health insurance membership	۱
۷	۹-۱	۱۲۷۰

شده بودند، نهایی گردید. نمونه‌ای از سوالات مصاحبه به شرح ذیل می‌باشد:

چالش‌های پیاده‌سازی بیمه‌ی مکمل درمان در ایران کدامند؟

چالش‌های بیمه‌ی مکمل درمان در حوزه‌ی سازمان و مدیریت کدامند؟

چالش‌های بیمه‌ی مکمل درمان در حوزه‌ی مبنای پوشش جمعیتی کدامند؟

چالش‌های بیمه‌ی مکمل درمان در حوزه‌ی روش محاسبه‌ی حق بیمه کدامند؟

چالش‌های بیمه‌ی مکمل درمان در حوزه‌ی تعهدات (خدمات تحت پوشش) کدامند؟

چالش‌های بیمه‌ی مکمل درمان در حوزه‌ی روش پرداخت کدامند؟

به منظور اطمینان از صحت روند مصاحبه، چند مصاحبه‌ی مقدماتی انجام شد و نتایج آن در اختیار دو نفر از اساتید قرار گرفت و با صلاح‌دید ایشان، اصلاحاتی در سوالات و روند مصاحبه صورت گرفت. جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به مرحله اشباع ادامه یافت (در مصاحبه‌های ۱۲ و ۱۳، عمده مسائل مطرح‌شده تکراری بود (اشباع) و بنابه نظر اساتید، دو مصاحبه‌ی دیگر برای حصول اطمینان از رسیدن به اشباع انجام شد که طی آن‌ها نیز به مسائل جدیدی اشاره نشد و مرحله‌ی کیفی با انجام ۱۵ مصاحبه خاتمه یافت).

برای تحلیل داده‌ها، از روش تحلیل چارچوبی داده‌ها^۲ مشتمل بر ۵ مرحله‌ی آشنایی، شناسایی یک چارچوب موضوعی، نمایه‌سازی، ترسیم جداول، کشیدن نقشه و تفسیر استفاده شد. طی مرحله‌ی آشنایی، فرمی حاوی اطلاعات مربوط به افراد و خلاصه‌هایی از محتوای هر مصاحبه تدوین و سپس این چارچوب مفهومی با بررسی مکرر هر کدام از مصاحبه‌ها - مرحله آشنایی - مورد بررسی قرار گرفت. پژوهش‌گر هر کدام از مصاحبه‌ها را به صورت جداگانه کدگذاری نموده، فهرستی از این

در این مرحله، به کمک کلمات کلیدی، سایت‌ها و موتورهای جستجو، ۱۲۷۰ مقاله‌ی فارسی و انگلیسی یافت شد. سپس، تیم پژوهش با مطالعه‌ی عنوان و چکیده‌ی مقالات، ۱۱۲۰ مقاله‌ی غیرمرتبط و فاقد متن کامل را حذف کرد. در گام بعدی، با مطالعه‌ی متن کامل، ۱۳۱ مقاله‌ی تکراری و غیرمرتبط با موضوع حذف گردید. در نهایت، تیم پژوهش به ۳۶ مقاله‌ی کاملاً مرتبط با موضوع تحقیق دست پیدا کرد. بر این اساس، الگوی کامل بیمه‌ی تکمیلی کشورهای استرالیا، فرانسه، هلند، کانادا، انگلستان، آلمان، آمریکا و ترکیه بر اساس پروتکل تحقیق در دسترس قرار گرفت.

به منظور تحلیل داده‌ها، از ماتریس مقایسه‌ای استفاده شد. بدین صورت که برای تحلیل داده‌ها، پژوهش‌گر مدل‌های استخراج‌شده را مورد بررسی قرار داده، چارچوبی از آن‌ها استخراج نمود و با استفاده از آن، نظر مدل پیرامون هر یک از ابعاد بیمه‌ی تکمیلی در کشورهای منتخب را مشخص کرد. این مهم، سوالات راهنمای مصاحبه را در مرحله بعدی شکل داد که در آن با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، چارچوب کلی بیمه درمان مکمل برای نظام بهداشت و درمان ایران طراحی گردید.

در انتخاب متخصصین برای انجام مصاحبه‌ها، نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام و به روش گلوله برفی^۱ تکمیل شده، تا اشباع داده‌ها ادامه یافت. این افراد بر اساس معیارهای زیر انتخاب شدند: داشتن سابقه‌ی مؤثر (دست کم ۱۰ سال) در موضوع یعنی سابقه‌ی فعالیت در وزارت بهداشت و درمان یا دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور و نیز داشتن تحصیلات و گرایش پژوهشی مرتبط. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته بر اساس سوالات راهنمای مصاحبه انجام شد (۱۵ مصاحبه). شایان ذکر است پیش از انجام مصاحبه‌ی اصلی، محتوای سوالات راهنمای مصاحبه‌ی پژوهش‌گر با متخصصین حوزه‌ی مربوطه، که بر اساس نظر تیم پژوهش انتخاب

^۱ SnowBall

^۲ Framework Analysis

نرم افزار Atlas.Ti استفاده شد. پیش از برگزاری مصاحبه از تمام مشارکت کنندگان بابت ضبط مصاحبه‌ها، رضایت آگاهانه اخذ گردید.

یافته‌ها

نتایج حاصل از جمع‌بندی بیمه‌های مکمل بر اساس نوع بیمه، مدیریت و سازمان دهی، مبنای پوشش، چگونگی تعیین حق بیمه، موارد تحت پوشش و چگونگی پرداخت در کشورهای منتخب در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

کدها را به همراه ارتباط آن‌ها با چارچوب مفهومی از این مصاحبه‌ها استخراج نمود. در این مرحله، به هر کدام از بخش‌های دارای اطلاعات مرتبط در مصاحبه‌ها، یک یا دو کد اختصاص داده شد. سپس این کدها در جلسه‌ای با سایر اعضای تیم تحقیق مورد بررسی قرار گرفت و در صورت لزوم تغییراتی در آن‌ها اعمال شد. سپس مرحله‌ی ترسیم جدول‌ها انجام گرفت تا نظر مصاحبه‌شوندگان در مورد هر یک از معیارها با یکدیگر مقایسه گردد. ضمن آن که در تمامی مراحل بالا از

جدول ۲: اجزای تشکیل‌دهنده الگوهای بیمه‌ی درمان مکمل در کشورهای منتخب

نام کشور	بیمه	مدیریت و سازمان دهی	مبنای پوشش	چگونگی تعیین حق بیمه	موارد تحت پوشش	چگونگی پرداخت
هلند (۱۳-۱۶)	بیمه‌ی مکمل خصوصی	کنترل و نظارت دولت	شغلی	محاسبات بیمه‌ی اجتماعی	خدمات عینک، خدمات دندان پزشکی، پروتز، وسایل کمک‌شنیداری، استاندارد بالاتر بیمارستانی	پرداخت هزینه‌ها به بیمه‌شده
استرالیا (۱۷-۱۹)	بیمه‌ی مکمل خصوصی	کنترل و نظارت دولت	جغرافیایی	حق بیمه‌ی یک‌سان برای تمامی افراد	خدمات اورژانس، بیماری‌های روانی، پوشش خدمات پاراکلینیکی، تجهیزات مصرفی پزشکی، اعمال جراحی پیچیده	پرداخت هزینه‌ها به بیمه‌شده یا ارائه‌کننده‌ی خدمت
انگلستان (۲۰-۲۳)	بیمه‌ی مکمل خصوصی	کنترل و نظارت دولت	واجد شرایط بودن فرد	حق بیمه به صورت مشترک توسط فرد و کارفرما	خدمات خارج از فهرست انتظار، مراقبت از سالمندان، خدمات روان پزشکی، خدمات مربوط به زایمان	پرداخت هزینه‌ها به بیمه‌شده
آلمان (۲۴-۲۷)	بیمه‌ی مکمل خصوصی	بیمه‌ی مکمل درمان خصوصی	افراد و گروه‌های داوطلب در منطقه‌ی جغرافیایی مورد نظر	مخاطرات فردی، سن، جنسیت و سطح سلامت فرد	خدماتی که تحت پوشش بیمه‌ی پایه (اجباری) نیست	بازپرداخت به بیمه‌شده
کانادا (۲۸-۳۱)	بیمه‌ی مکمل دولتی	کنترل و نظارت دولتی	منطقه‌ی جغرافیایی	محاسبات بیمه‌ی اجتماعی	تمامی خدماتی که توسط طرح‌های ایالتی مختلف پوشش داده نمی‌شوند	پرداخت هزینه‌ها به بیمه‌شده یا ارائه‌کننده‌ی خدمت
فرانسه (۳۲-۳۶)	بیمه‌ی مکمل دولتی	کنترل و نظارت دولتی	پوشش غیرمشارکتی بیمه‌ی مکمل	رایگان	ویزیت پزشکان عمومی و متخصص، درمان‌های دندان پزشکی، هزینه‌ی عینک، وسایل کمک‌شنیداری، دارو	پرداخت هزینه‌ها به ارائه‌کننده‌ی خدمت
آمریکا (۳۷-۴۰)	بیمه‌ی مکمل خصوصی	شرکت‌های خصوصی	افراد یا گروه‌های داوطلب	عمدتاً بر اساس سن و گروه‌های سنی	خدمات مکمل مدیکر بر مبنای الگوهای استاندارد ده‌گانه‌ی بیمه‌های جامع پزشکی، بیمه‌های ناشی از نقص و از کارافتادگی	پرداخت هزینه‌ها به بیمه‌شده یا ارائه‌کننده‌ی خدمت
ترکیه (۴۱-۴۴)	بیمه‌ی مکمل خصوصی	شرکت‌های خصوصی با نظارت دولتی		بسته به قوانین و قواعد بیمه‌نامه تعریف می‌شود	پوشش بستری (inpatient) شامل درمان‌های جراحی یا غیرجراحی پزشکان، جراحان و کمک‌جراحان پوشش سرپایی (outpatient) شامل معاینات پزشکان و پروسیجرهای تشخیصی، MRI و CT Scan و هزینه‌های دندان پزشکی	پرداخت هزینه‌ها به بیمه‌شده یا ارائه‌کننده‌ی خدمت

پارانه‌های دولتی پرداخت می‌شود. این نوع بیمه‌ها در کانادا و آمریکا عمدتاً گروهی، در استرالیا عمدتاً انفرادی و در فرانسه، آلمان، هلند و انگلستان، به هر دو صورت انفرادی و گروهی دیده می‌شود. در انگلستان، استرالیا و کانادا، بازپرداخت هزینه‌ها به ارائه‌کننده‌ی خدمات توسط بیمه‌گر انجام می‌شود. اما در فرانسه، آلمان، هلند و آمریکا، بازپرداخت هزینه‌ها پس از ارائه‌ی مستندات انجام می‌گیرد.

در مرحله‌ی دوم مطالعه، مصاحبه‌هایی با ۱۵ نفر از متخصصین امر انجام گرفت که مشخصات دموگرافیک این افراد در جدول ۳ ارائه شده است.

تابستان ۹۸، دوره بیست و دوم، شماره دوم، پیاپی ۸۵

بررسی جدول ۲ نشان می‌دهد که در اکثر کشورهای مورد بررسی، بیمه‌ی درمان خصوصی نقش مهمی در پوشش خدمات درمانی دارد. نقش بیمه در هر کشور، بسته به میزان پوشش بیمه‌ی پایه‌ی درمان آن کشور، متفاوت است. بالاترین درصد پوشش بیمه‌ی مکمل درمان در هلند (۹۲٪) و کمترین میزان در انگلستان (۱۰٪) دیده می‌شود. عمده‌ترین نوع پوشش، بیمه‌ی مکمل خدمت است که تقریباً در تمام کشورهای مورد مطالعه وجود دارد. منبع تامین مالی بیمه‌ی مکمل درمان در تمام این کشورها، حق بیمه‌هایی است که یا توسط بیمه‌شده به تنهایی یا با مشارکت کارفرما و یا به کمک

جدول ۳: مشخصات دموگرافیک مصاحبه‌شوندگان بر اساس جنس و تحصیلات

جنس	تحصیلات		فوق لیسانس		لیسانس		دکترای تخصصی		جمع
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
زن	۰	۰	۱	۵۰	۱	۵۰	۱	۵۰	۲
مرد	۱	۷,۶۹	۹	۶۹,۲۳	۳	۲۳,۰۷	۳	۲۳,۰۷	۱۳
جمع	۱	۶,۶۶	۱۰	۶۶,۶۶	۴	۲۶,۶۶	۴	۲۶,۶۶	۱۵

قرارداشتند. عمده چالش‌های اشاره‌شده توسط خبرگان، پس از بررسی و کدبندی، با نظر اساتید در نه حوزه‌ی اصلی و ۴۹ کد دسته‌بندی شدند (جدول ۴). مفاهیم اصلی و فرعی اشاره‌شده بر اساس نظر خبرگان به شرح ذیل می‌باشد:

بر اساس یافته‌های جدول ۳، از میان ۱۵ نفر شرکت‌کننده در مصاحبه‌ها، ۱۳ نفر مرد و ۲ نفر زن بودند که از این تعداد، ۱۰ نفر لیسانس، یک نفر فوق لیسانس و چهار نفر دکترای تخصصی داشتند. علاوه‌براین، بیش‌تر شرکت‌کنندگان در گروه سنی ۳۵-۴۵ سال

جدول ۴: مفاهیم اصلی و فرعی در طراحی الگوی بیمه‌ی تکمیلی کشور ایران از نظر خبرگان

مفهوم اصلی	مفهوم فرعی
سازمان و مدیریت	نبود سازمان بیمه‌ی واحد جهت ارائه‌ی خدمات بیمه‌ی پایه و مکمل درمان تمرکز بر سیاست‌های کلی و مفاد قراردادهای بیمه‌ی مکمل درمان عدم تمرکز بر سیاست‌های جزئی و اجرایی در بیمه‌های مکمل درمان نبود کارشناسان خبره به تعداد کافی در بیمه‌های مکمل درمان خصوصی‌سازی سلیقه‌ای در صنعت بیمه عدم توجه سازمان‌های بیمه‌گر به رضایت و تعهد شغلی کارشناسان ورود دولت به بازار بیمه‌ی مکمل نبود شرکت بیمه‌ی خصوصی به شکل واقعی تغییر رویکرد بیمه‌های دولتی از خدماتی به تجاری در نظر گرفتن برخی ملاحظات سیاسی و حکومتی در سازمان‌های بیمه‌گر
مکانیسم‌های نظارتی	نظارت ناکافی موسسات طرف قرارداد کارایی ناکافی نظارت بیمه‌ی مرکزی نظارت صرف بیمه‌ی مرکزی در موارد کلان و عدم توجه به موارد جزئی بیمه‌ی مکمل درمان به‌عنوان ابزاری برای فروش سایر بیمه‌ها (ویترین سایر بیمه‌ها) عدم بازنگری مفاد قراردادها و نرخ حق بیمه با توجه به شرایط بیمه تحمیل هزینه‌های اضافی به دلیل عدم بهره‌گیری از راهنماهای بالینی نارضایتی از بیمه‌ی مکمل به خاطر عدم انجام تعهدات توسط شرکت‌های بیمه
نظام اطلاعاتی	عدم اطلاع‌رسانی نمایندگان شرکت‌ها به بیمه‌شدگان در خصوص تعهدات و خدمات
مسائل فرهنگی	انتخاب معکوس در بیمه‌های مکمل درمان (از طرف بیمه‌شده) تبیانی ارائه‌کننده و گیرنده‌ی خدمات در سوءاستفاده از خدمات بیمه‌ای
مسائل اقتصادی	عدم امکان کنترل کامل عوامل اقتصادی موثر بر بازار بیمه‌ی مکمل بالا بودن نسبی حق بیمه‌ی مکمل برای احاد جامعه زیان‌ده بودن بیمه‌ی مکمل درمان
مبنای پوشش جمعیت	اختیاری بودن بیمه‌ی مکمل درمان نبود بیمه‌ی مکمل درمان انفرادی محدودیت تشکیل گروه (اصناف و اتحادیه‌ها) جهت دریافت بیمه‌ی مکمل درمان
خدمات تحت پوشش	هم‌پوشانی خدمات بیمه‌ی پایه و مکمل درمان محدودیت در عقد قرارداد با ارائه‌کنندگان خدمات عدم تقارن اطلاعاتی میان بیمه‌گر، بیمه‌گذار و بیمه‌شده
روش تعیین حق بیمه	عدم تعلق سوبسید به بیمه‌ی مکمل درمان عدم تناسب میان بودجه‌ی تخصیص‌یافته به بیمه‌ی پایه و خدمات ارائه‌شده توسط آن یک‌سان بودن تعرفه‌های درمانی در کل کشور
روش بازپرداخت	عدم امکان صدور معرفی‌نامه به صورت شبانه‌روزی عدم امکان راستی‌آزمایی هزینه‌های انجام‌شده ظرفه رفتن شرکت‌های بیمه از پرداخت تعهدات ازدحام، بروکراسی اداری طولانی‌تر و نارضایتی بیش‌تر بیمه‌شده

بحث

۱. سازمان و مدیریت

در ایران، پوشش بیمه‌ای پایه از پوشش بیمه‌ای مکمل کاملاً جداست و این رویکرد مشکلاتی را ایجاد می‌کند. طبق نظر کارشناسان، تعدد بیمه‌گران به‌روز، مشکلات عدیده‌ای چون اتلاف بیت‌المال و سردرگمی بیمه‌شدگان را به دنبال دارد. بر همین اساس، متخصصین مطالعه‌ی حاضر چنین اظهار داشتند:

«ما کلاً باید یک شرکت بیمه‌گر داشته باشیم و این که تعدد داشته باشیم، جز حالت سردرگمی برای برای بیمه‌شده، چیز دیگری ندارد» (م ۳).

نظام اداری جمهوری اسلامی ایران در حوزه‌ی همکاری و هماهنگی میان سازمان‌های بخش عمومی همانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه، با مشکلات مهم سیاست‌گذاری روبروست. تعامل و هماهنگی میان سازمان‌های همکار (اطلاعاتی و رویه‌ای) موجب وحدت رویه‌ها، به اشتراک گذاشتن اطلاعات مورد نیاز و در نهایت، رشد و توسعه‌ی آن صنعت است. بنا به اظهار کارشناسان، در ایران این تعامل و همکاری میان سازمان‌های بیمه‌گر وجود ندارد:

«ناهماهنگی میان سازمان‌ها از قدیم پیام وجود داشته و این که یک فرمت یا برنامه‌ای وجود داشته باشد، نیست» (م ۳).

سیاست‌های کلی بیمه‌ای توسط بیمه‌ی مرکزی تعیین و ابلاغ می‌شود که بنا به نظر کارشناسان می‌تواند نقطه‌ی قوت و از طرفی نقطه ضعف به حساب آید:

«وقتی این بیمه تجاریه، پس قاعدتاً توسط بیمه مرکزی ایران باید انجام بشه. بنابراین، این بیمه مکمل مرتبط با فعالیت‌هایی بیمه مرکزی محسوب میشه و یک امر طبیعی هست که از اون طریق سیاست‌گذاری بشه.» (م ۱).

امروزه، یکی از روش‌هایی که اغلب کشورهای جهان برای بهبود کارایی بخش عمومی برگزیده‌اند، اجرای سیاست تمرکززدایی است. عدم تمرکز در سیاست‌های جزئی و اجرا در بیمه‌های مکمل درمان، مساله‌ی دیگری است که در شرکت‌های بیمه‌ای وجود دارد و باعث عمل‌کرد چندگانه‌ی این شرکت‌ها می‌شود. در همین رابطه متخصصین چنین اظهار داشتند:

«چون بازاره اونا سیاست خاص دارن؛ در واقع شکل خاص بازاریابی دارن، شکل خاص تامین اعتبار دارن، شکل خاص بسته‌ی خدمتی دارن» (م ۱).

«سیاست‌گذاری غیرمتمرکز... ولی سیاست هر شرکتی رو خودش باید انجام بده. با توجه به بودجه‌ای که داره به صورت غیرمتمرکز خود شرکت تصمیم می‌گیره (که) این ریسک (رو) انجام بدم، این مکمل (رو) انجام بدم، یا این که انجام ندم» (م ۱۰).

وجود کارشناسان خبره در هر حوزه به تعداد کافی، موجبات رشد و تعالی آن رشته را فراهم می‌آورد. متأسفانه طبق اظهارات کارشناسان حوزه‌ی بیمه‌ی مکمل درمان، در این رشته، افراد خبره به تعداد کافی وجود ندارد که این موجب واردشدن صدمه به این صنعت است.

«چالش دیگری به نظرم کارشناسای زبده بعضی موقع‌ها بعضی شرکت‌ها ندارند؛ هر خسارتی رو که شده میدن» (م ۱۰).

در بازار بیمه‌ی مکمل ایران، این رقابت بنا به اظهارات کارشناسان ناسالم است که باعث آسیب به صنعت بیمه‌ی مکمل شده و خواهد شد. در همین راستا، متخصصین اظهار داشتند:

«متأسفانه نه! رقابت‌ها سالم نیست. حتی شده مناقصه‌هایی که شرکت شده؛ مناقصه قبل از این که اجرا بشه، پاکت باز شده» (م ۶).

در صورتی که کارشناسان و کارمندان یک مجموعه، رضایت و تعهد شغلی کافی داشته باشند، تمام سعی و تلاش خود را در مسیر پیش‌رفت و تعالی سازمان به کار می‌گیرند و در غیر این صورت، سازمان به اهداف و مقاصد خود نخواهد رسید.

«دیگر به کارشناسا انگیزه نمی‌دن؛ مثلاً حقوقشون را بپرن بالا، امکانات رفاهشون را زیاد کنن، اونا با جون دل کار می‌کنن؛ مثلاً، من از سازمان خودمون خیلی راضی‌ام» (م ۱۰).

در سال‌های اخیر، بیمه‌گران داخلی به جای رقابت در کیفیت ارائه خدمات بیمه‌ای، عمدتاً به رقابت قیمتی و نرخ شکنی به منظور دستیابی به سهم بازار یک‌دیگر روی آورده‌اند که برآیند آن به شدت برای صنعت بیمه مخرب بوده، آسیب‌پذیری بیمه‌گران را به شدت افزایش داده است. طبق نظر کارشناسان، با توجه به ماهیت انتفاعی و بازاری بودن بیمه‌ی مکمل، ورود دولت با توجه به منابع عظیم و پشتوانه‌ی مالی قوی (در مقایسه با شرکت‌های خصوصی) درست نیست و موجب عدم توازن در سهم شرکت‌ها از بازار بیمه‌ی مکمل درمان و رقابت نابرابر در بازار می‌شود.

«اصلاً دولتی معنا نداره، دولتی که اصلاً مفهومی نداره؛ وقتی شما بیمه تون تجاریه و دولت بخواد وارد بازار بشه باید از قوانین بازار تبعیت کنه، بنابراین اگر شما یک ساختار دولتی بیمه‌ی مکمل بچینید، کاملاً غلطه» (م ۱۲).

در همین رابطه یکی از کارشناسان اذعان داشت:

«رقابت نه محدوده، نه سالم! هر چقدر شما در بی‌مه‌گذارن نفوذ بیش‌تری داشته باشی و از اون رانتی که داری بهتر استفاده کنی، در جذب اون بیمه گذارا موفق‌تری» (م ۱۱).

۲- مکانیسم‌های نظارتی:

در حوزه‌ی بیمه‌های درمان تکمیلی یا تجاری، در کلیه‌ی

داشته‌است. این تکنولوژی هم باعث بهبود کیفیت، هم کاهش هزینه‌های اجرایی مشاغل می‌شود (بررسی عوامل موثر بر استقرار نظام سلامت الکترونیک در ایران). منفعت استقرار سامانه‌های یکپارچه برای صنعت بیمه کشور را نمی‌توان تنها به منافع مستقیم ربالی محدود نمود. چراکه بخش زیادی از منافع حاصله به صورت ربالی و مستقیم قابل اندازه‌گیری نیست. در صورت وجود سیستم یکپارچه و به‌روز اطلاعات پزشکی و بیمه‌ای، خدمات‌رسانی به بیمه‌شدگان با سرعت بیش‌تری انجام می‌شود. بر این اساس متخصصین اظهار داشتند:

«متأسفانه موارد اورژانسی این قضیه پیش‌بینی نشده. من با خودم پول بیزنس اونجا، بعدا برم هزینه‌اش را بگیرم. روز تعطیل اتفاقی می‌افته متأسفانه؛ سایتی داشته‌باشن که برم خودم اطلاعات بدم، معرفی‌نامه‌ی اینترنتی بگیرم، امکان نیست» (م ۲).

نقش اطلاعات در عمل کرد بازارهای بیمه بسیار حائز اهمیت است. مطالعات انجام‌شده نشان می‌دهد که چگونه ناهمگونی اطلاعات پس از وقوع یک حادثه در بیمه‌شده، منجر به مصرف بیش از حد خدمات شده و هزینه‌های این مخاطرات اخلاقی، با کاهش سطح بیمه جبران می‌شود. در صورت وجود پرونده‌ی الکترونیک سلامت برای هر فرد و دسترسی شرکت‌های بیمه به این اطلاعات، این شرکت‌ها با دید بازتری اقدام به عقد قرارداد می‌کنند و نرخ حق بیمه‌ها با توجه به وضعیت سلامت افراد واقعی‌تر می‌شود.

«اگر این اطلاعات پزشکی رو داشته‌باشیم که بدونیم درصد بیش‌تر این افراد پر هزینه‌اند به لحاظ درمانی، خب نرخمون را می‌بریم بالاتر؛ یا این که بدونیم آدم سالمیه، نیاز پزشکیش مشخص نیست، حالا ممکنه یک مشکلی در آینده بر او حادث بشه، می‌تونیم نرخمون را بپاریم پایین‌تر» (م ۷).

عموم بیمه‌شدگان اطلاعات تخصصی بیمه‌ای ندارند و یا اطلاعات آن‌ها ناقص است. این امر باعث انتظارات غیرواقعی شده و در نهایت، نارضایتی بیمه‌شدگان را به دنبال دارد:

«شرکت‌های بیمه موظف هستن اطلاع‌رسانی کنن و پشت برگه‌ی بیمه، همه‌ی قوانین را نوشتن. این سهل‌انگاری خود بیمه‌گذاره که مطالعه نمی‌کنه» (م ۱۳).
«خیلیا مراجعه کردن که نمی‌دونن سقف پوشش‌شون چیه. تماس تلفنی داریم این‌جا یا مراجعه حضوری ما می‌دیم، یک پرینت از تعهدات؛ ولی بهتر اونه که شرکت یک بردی داشته باشه، اعلام عمومی بکنه» (م ۶).

۴- مسائل فرهنگی:

علی‌رغم توصیه‌ها و تبلیغات فراوان مبنی بر تقدم پیش‌گیری بر درمان، متأسفانه هنوز هم درمان بر

مراحل اجرا و نظارت، باید بیمه‌ی مرکزی و شرکت‌های بیمه‌ی تجاری که حضور جمعی آنان در سندیکای بیمه‌گران منتجلی می‌گردد، نقش و تاثیرگذاری چشمگیری داشته باشند؛ اما در حال حاضر، با حالت ایده‌آل فاصله‌ی بسیار داریم. یکی از راه‌های بهبود عمل کرد شرکت‌های بیمه، نظارت موسسات طرف قرارداد است که می‌تواند شرکت‌های بیمه را از نظر چگونگی عمل به مفاد قرارداد و انجام تعهدات پایش کند و برای تمديد قرارداد یا لغو آن، برای دوره‌های آتی تصمیم‌گیری نماید. طبق نظر کارشناسان، این نظارت ناکافی بوده و کارایی لازم را ندارد:

«در باب این‌که کی نظارت می‌کنه، زیاد اطلاعی ندارم؛ این‌که مقام مافوق‌شون کی هست؛ ولی کلا توسط سازمانی که طرف قراردادشون می‌شه برای بیمه مکمل... این پایش در زمان ارائه‌ی خدمت، تاخیر در پرداخت‌ها، نحوه‌ی رسیدگی‌هاشون و رضایتمندی هست که رندوم می‌سنجن» (م ۵).

«متأسفانه نظارت از جانب بیمه‌ی مرکزی کامل نیست. تو بخش‌های خصوصی، این کنترل و نظارت خیلی کمه» (م ۳).

از دیگر مسایلی که بیمه‌ی مکمل درمان با آن روبه‌روست، به‌روز نبودن و عدم بازنگری مفاد قراردادها و حق بیمه‌ها، با توجه به شرایط اجتماعی-اقتصادی روز است:

«یعنی اومدن یک ستون تعریف کردن برای خودشون؛ یک حداقل خدماتی تعریف کردن و یک حداقل قیمتی. این کار باعث‌شده خیلی از سازمان‌های بیمه‌گر به‌صورت حاشیه‌ای ایجاد بشه» (م ۱۲).

برآورد شده که تا ۴۰٪ بیماران، از مراقبت‌های سازگار با بهترین شواهد علمی محروم می‌باشند و ۲۰٪ از مراقبت‌های ارائه‌شده‌ی غیرضروری و یا حتی مضر هستند. بهترین رویکرد برای مراقبت مبتنی بر شواهد، تدوین و اجرای راهنمای بالینی است. به‌اعتقاد کارشناسان، به‌دلیل عدم بهره‌گیری از راهنماهای بالینی در تشخیص و درمان بیماری‌ها، هزینه‌های اضافی به بیمه‌شده و متعاقب آن به شرکت‌های بیمه تحمیل می‌شود که موجب آسیب به صنعت بیمه است.

«یکی دیگر، استفاده‌ی نادرست از تکنولوژی است» (م ۵).

به عقیده‌ی دیگر کارشناس شرکت‌کننده:

«پزشک می‌تونه یک شکستگی ساده را با یک گرافی ساده تشخیص بده؛ حالا این پزشک بیاد برای همین تشخیص، سی‌تی‌اسکن یا ام‌آرای تجویز کنه؛ جایی هست جلوی این موارد گرفته بشه یا نه؟ نه نیست! امکانش وجود داره» (م ۱۱).

۳- نظام اطلاعاتی:

تکنولوژی اطلاعات تاثیر عمیقی بر مشاغل مختلف

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

سلامت به گفته‌ی کارشناسان این حوزه، بین ۱,۵ تا ۲ برابر تورم بخش عمومی است. رقم تورم در بخش سلامت نسبت به سایر بخش‌ها بالاتر است و این تورم عمدتاً مربوط به تکنولوژی پیچیده و تخصصی بودن خدمات این بخش است.

«نرخ هزینه‌های درمان (با توجه به تکنولوژی که وارد پزشکی شده) فزایش پیدایم کنه. افزایشش نامشخص هست و نامنظم» (م ۸).

آن‌طور که کارشناسان اذعان داشتند، بیمه‌ی مکمل درمان دارای ضریب خسارت بالایی است و حتی گاهی ضررده نیز هست. بنابراین، اغلب شرکت‌های بیمه تمایلی به ورود به این حوزه ندارند:

«شما فرمودین که یکی زیان‌ده بودن بیمه‌های مکمل (ولی تو شکل فعلی، تو ایران سودده نیست) بعد، شرکت‌ها رغبتی برای انجام اون ندارن» (م ۳).

۶- مبنای پوشش جمعیت:

اغلب افراد تا احساس خطر جدی نکنند، به دنبال بیمه‌ی مکمل درمان نمی‌روند. این امر موجب ضریب خسارت بالای بیمه‌ی مکمل درمان گردیده است. لذا، یکی از راهکارهایی که کارشناسان ارائه دادند، به کارگرفتن نوعی اجبار در خرید بیمه‌نامه‌های مکمل درمان است: «اگر اجبار نباشه، مردم فراگیر نمیشن. بیمه‌ی مکمل یک همچنین حالتی دارد» (م ۱).

در ایران مبنای پوشش جمعیتی در بیمه‌های مکمل درمان به صورت گروهی است و عملاً پوشش انفرادی جایگاهی ندارد. بنابراین، جمعیت قابل ملاحظه‌ای که واجد شرایط گروهی نیستند، عملاً از دور خارج می‌شوند:

«مبنای پوشش در ایران گروهی هست و فردی هم خیلی کم» (م ۵).

در پوشش جمعیتی بر مبنای گروهی نیز باید شرایط خاصی فراهم باشد تا بتوانند تحت پوشش بیمه‌ی مکمل درمان قرار بگیرند (جمعیت بالای ۵۰ نفر، داشتن بیمه‌ی پایه و...). بنابراین، عملاً گروه‌های کوچک نیز از واجدین شرایط کنار گذاشته می‌شوند:

«هدف از دورهم جمع شدن دوستان، یک هدف مشترک باشه؛ مثلاً، کارکنان یک شرکت تولیدی تمام هم‌وغمشون تولید اون کارخونه باشه و روال جاریش اینه بیمه. مثلاً، تامین اجتماعی‌شون یا بیمه پایه‌شون از یک محل رد بشه» (م ۱۱).

۷- خدمات و تعهدات:

در کشور ایران، به عبارتی بیمه‌گر اولیه و بیمه‌ی تکمیلی، هر یک بخشی از هزینه‌های درمانی را پوشش می‌دهند و گاهی ممکن است هم‌پوشانی نیز داشته باشند. تکراری بودن خدمات بدون وجود عامل رقابت، به جز اتلاف منابع، فایده‌ی دیگری ندارد. مرز مشخصی

تابستان ۹۸، دوره بیست و دوم، شماره دوم، پیاپی ۸۵

پیش‌گیری مقدم است و سهم پیش‌گیری در سبد هزینه‌ای خانوار کمتر از درمان است.

«انسان یک بسته‌ی کامله؛ یک موردش دچار مخاطره باشه، تمامی قسمت‌ها از لحاظ افکارش زندگی جاریش به هم می‌ریزه و مختل می‌شه که ما باید اینو یک بسته‌ی کامل در نظر بگیریم» (م ۱۱).

اغلب بیمه‌شدگان بیمه‌ی مکمل درمان، دید انتفاعی دارند؛ یعنی برآند تا بیش از حق بیمه‌ای که در یک دوره پرداخت می‌کنند از خدمات و تعهدات بیمه‌ی مکمل استفاده کنند:

«افراد وقتی یک خدمتی تحت پوشش دارن، تا حد اکثر ممکن از خدمات استفاده می‌کنند» (م ۱).

توسعه‌ی فرهنگ بیمه در ابعاد مختلف، سبب اطمینان و آرامش و در نتیجه تسریع و تسهیل در امر سرمایه‌گذاری می‌شود؛ چون بیمه هزینه نیست، بلکه نوعی سرمایه‌گذاری است و باید مردم از مزایای این سرمایه‌گذاری آگاه شوند. بنابراین، بیمه هم از جنبه‌ی رفاه مادی و هم آسایش فکری و روحی، بسیار موثر است. از دیگر مسایل گریبان‌گیر بیمه‌های مکمل درمان، استفاده‌ی نادرست از خدمات بیمه است.

«عده‌ای میان از بیمه‌شون سوءاستفاده می‌کنن. بعد این سوءاستفاده باعث می‌شه که مثلاً برای دوره‌ی بعد، برای بحث حسن‌نیت مشتری، فیلترهای زیادی بذاریم» (م ۸).

«افرادی هم که به عنوان ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی هستند، گاهی اوقات تشویق‌کننده به استفاده‌ی ناحق و نابه‌جا از بیمه‌ی مکمل هستند» (م ۵).

۵- متغیرهای اقتصادی:

متغیرهای کلان اقتصادی با میزان فروش بیمه‌های درمان مکمل مرتبط است. هرچه جامعه به لحاظ وضعیت اقتصادی و رفاهی در سطح بالاتری باشد، می‌توان انتظار رونق بیش‌تری برای بازار بیمه‌ی مکمل داشت و بالعکس.

«چون بیمه‌ی مکمل یک بیمه‌ی تجاری هست، ارتباط مستقیم با وضعیت اقتصادی جامعه داره؛ یعنی شما مردم پول‌دارتری داشته‌باشین، قاعدتاً بیمه‌ی مکمل تون گسترش بیش‌تری خواهدداشت» (م ۱۴).

باتوجه به این که اکثر جامعه به لحاظ اقتصادی در سطح متوسط به پایین قرار دارند، می‌توان انتظار داشت که سهم حق بیمه‌ی مکمل درمان، در سبد هزینه‌ای آن‌ها بالا باشد. «اینها اکثر قشر کارگر هستن؛ قشر کارگر با توجه به توان مالی که دارن، این حق بیمه مقداری برانشون بالاست» (م ۶).

تورم بخش عمومی بر اساس اعلام بانک مرکزی برای سال ۹۴، حدود ۱۴ درصد است. تورمی که در بخش

برخی خدمات را از پوشش خارج کرده، یا تعهدات خود را در مورد آن‌ها کاهش داده‌اند. به‌نظر کارشناسان، نسبت میان حق بیمه‌ی پایه و هزینه‌ها و تعهداتی که انجام می‌دهد، کمتر از همین نسبت در بیمه‌های مکمل درمان است و در نتیجه، بیمه‌های مکمل درمان با ضریب خسارت بالا مواجه هستند:

«بیمه‌گر اول مثل سازمان تامین اجتماعی یا بیمه‌گر پایه؛ مثلاً بیمه‌گر اول، اونا سهم خودشون را به اندازه‌ای که ما داریم می‌دیم نمی‌دن» (م ۳).

شاید مهم‌ترین مسائل سیاست‌گذاری موجود در بخش تدارک خدمات سلامت، موضوع تعرفه‌ها باشد. گروهی براین عقیده‌اند که تعرفه‌ها واقعی هستند و گروهی تعرفه‌ها را غیرواقعی می‌دانند. تعرفه‌های درمانی که توسط سازمان نظام پزشکی تعیین می‌شود، در مراکز درمانی هم‌درجه در کل کشور یکسان است و بومی‌سازی تعرفه‌ها، با توجه به منطقه وجود ندارد:

«مثلاً کارگری که تو تهران کار می‌کنه، خیلی حقوق بیش‌تری بگیره نسبت به کسی که تو مشهد کار می‌کنه؛ ولی متاسفانه تعرفه‌ها همه‌جا یک‌سانه» (م ۶).
در سال ۷۳، با تصویب قانون بیمه‌ی همگانی خدمات درمانی، این موضوع (جداشدن تعرفه‌ی بخش دولتی از خصوصی) رسمیت یافت. در بند ۱-۸ این قانون گفته شده که میان تعرفه‌ی دولتی و به‌اندازه‌ی سود سرمایه و استهلاک، اختلاف وجود دارد. یعنی تعرفه‌ی بخش خصوصی به‌اندازه‌ی سود سرمایه و استهلاک، گران‌تر از بخش دولتی است برای خدمات یکسان در مراکز درمانی مختلف و هم‌درجه، هزینه‌های متفاوتی دریافت می‌شود: «معمولاً مراکز طبق تعرفه‌ی نظام پزشکی عمل نمی‌کنن؛ مثلاً شما یک مرکزی میری سونوگرافی رو به‌طور مثال ۵۰ تومن می‌دی، یک مرکزی میری ۲۸ تومن یا ۳۰ تومن می‌گیره؛ بعد تعرفه‌ی اینا تو نظام پزشکی ابلاغ شده ۲۰ هزار تومن» (م ۶).

۹- روش‌های بازپرداخت:

به سبب نبود یک سیستم جامع و یک‌پارچه‌ی اطلاعات بیمه‌ای در کشور، امکان صدور معرفی‌نامه به‌صورت آنلاین، در تمام ساعات شبانه‌روز، وجود ندارد. «متاسفانه موارد اورژانسی این قضیه پیش‌بینی نشده؛ یک سیستم بیمه‌ی یک‌پارچه نداریم» (م ۲).

کارشناس دیگری چنین بیان نمود:

«شرکت‌های بیمه ۲۴ ساعته آنلاین نشدن؛ ولی خب دنبال این قضیه هستن که با بیمارستان طرف قراردادشون، با مراکز درمانی، بتونن این معرفی‌نامه آنلاین صادر بشه؛ ولی خب هنوز بستراش آماده نشدن» (م ۱۱).

کلاهبرداری و سوءاستفاده، جزو ریسک‌های اصلی

میان خدمات و تعهدات بیمه‌های پایه و مکمل درمان وجود ندارد، اما نوعی موازی‌کاری دیده می‌شود:

«اما اون چیزی که تو ایران وجود داره، الان شما می‌دونید بیمه‌های مکمل در ایران، بیمه مکمل نیستن. کاری که انجام می‌دن میان اون خدماتی که بیمه‌ی پایه تحت پوشش قرار داده، مابه‌التفاوت در واقع تحت پوشش قرار می‌دن» (م ۱۵).

به‌دلایل مختلف، شرکت‌های بیمه امکان عقد قرارداد با تمامی ارائه‌کنندگان خدمات را ندارند. از جمله‌ی این دلایل می‌توان به توانایی و قدرت شرکت بیمه، تمایل یا عدم تمایل ارائه‌کننده به عقد قرارداد، کیفیت خدمات در مراکز طرف قرارداد و ... اشاره کرد:

«دوتا موضوع وجود داره که اول این که همه‌ی بیمه‌ها این قدر قدرت ندارن که با همه جا قرارداد ببندن؛ دوم این که همه‌ی بیمارستان‌ها اینو قبول نمی‌کنن که با بیمه‌های تکمیلی قرارداد ببندن» (م ۱).

کارشناسی ابراز داشت:

«اول این که مراجعه‌ی مستقیم باید باشه، چون ما نمی‌تونیم با همه‌ی مراکز درمانی قرارداد ببندیم و با مراکز محدودی هم که قرارداد می‌بندیم، نمی‌تونیم بیمه‌شده‌ها رو وادار کنیم که حتماً به این مراکز برن» (م ۸).

و دیگری افزود:

«طبعاً ما نمی‌تونیم برای یک سونوگرافی معرفی‌نامه بدیم، چون باید با تمام مراکز قرارداد داشته باشی؛ خیلی سخته، حساب کتاب با اونا سخته» (م ۹).

۸- روش تعیین حق بیمه:

یارانه یا سوبسید (به فرانسوی: subvention)، شکلی از کمک مالی است که به یک تجارت یا بخش اقتصادی پرداخت می‌شود؛ یا به عبارت دیگر، اعطاء کمک مالی روی یک کالا یا خدمتی که به مردم داده می‌شود، جهت افزایش رفاه عمومی جامعه. با توجه به بالابودن نسبی حق بیمه‌ی مکمل درمان و همچنین اختیاری بودن بیمه‌ی مکمل، اغلب افراد تمایلی به خرید بیمه‌نامه‌ی مکمل درمان ندارند.

«به نظر من محدودیت را باید بردارن؛ محدودیت گروهی را باید بردارن از طرف شرکت‌های بیمه. دولت، ادارات را موظف بکنه یک مقدار از حق بیمه را خود کارفرما پرداخت بکنن؛ یک سوبسید بدن بگن مثلاً، ۵۰ درصد بیمه‌شده بده، ۵۰ درصد کارفرما بده، یا کارخانه‌ها را موظف بکنن حتماً این کار انجام بدن» (م ۲).

بر اساس قانون، سازمان‌های بیمه موظفند تمامی خدمات ضروری مورد نیاز مردم را تحت پوشش داشته باشند. اما در عمل در مورد کلمه‌ی ضروری، اتفاق نظری تا کنون ایجاد نشده و به دلیل این که این سازمان‌ها توانایی مالی تحت پوشش گرفتن تمام خدمات را ندارند،

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

«وقتی ورودی درستی نباشد، مجبور است کسورات بزند» (م ۵).

بیمه‌گذاران از تاخیر و هدر دادن زمان هنگام صدور بیمه‌نامه ناراضی هستند. از آنجایی که ارائه‌ی خدمات بیمه‌ای، شامل قراردادهای بلندمدت حقوقی است، این امر موجب می‌شود صدور بیمه‌نامه و همچنین انجام خدمات بیمه‌ای، مستلزم اجرای پروسه‌ای بوروکراتیک و اداری شود؛ درحالی‌که مشتریان خواهان سادگی روش‌های اداری و تسهیل این امور هستند. بنابه اظهارات کارشناسان، به‌علل مختلف، مراحل اداری در شرکت‌های بیمه نسبتاً طولانی است که موجب نارضایتی بیمه‌شدگان و عدم اقبال آن‌ها نسبت به بیمه‌های مکمل درمان شده است:

«بوروکراسی اداریش کمی طولانی‌تره؛ صد درصد کار اداریش بیش‌تره و بعد نارضایتی و چون جمعیت زیاده، بیش‌تر زمان می‌بره» (م ۴).

نتیجه‌گیری

بر اساس موارد بحث‌شده، چارچوب الگوی بیمه‌ی مکمل برای کشور ایران و بر اساس نتایج حاصل از جمع‌بندی، نظرات متخصصین در قالب الگوی مفهومی زیر محقق شد.

و عمده در سیستم‌های مراقبت سلامت محسوب می‌شود. سرقت هویت و مشخصات وضعیت پزشکی، صدور صورت‌حساب برای خدمات یا اقلام غیرضروری، صدور صورت‌حساب برای خدمات انجام نشده، اختصاص کد یا صورت‌حساب نادرست به خدمات پزشکی (Upcoding) و صدور صورت‌حساب برای خدمات به‌صورت مجزا به‌جای استفاده از یک کد جامع برای همه‌ی آن‌ها (Unbundling) از مهم‌ترین تقلب‌ها و کلاهبرداری‌ها در سیستم مراقبت سلامت است. طبق اظهارات کارشناسان، به‌دلایل مختلف امکان بررسی و اطمینان از صحت هزینه‌های انجام‌شده، مشکلی است که خود در بالا بردن ضریب خسارت بیمه‌ی مکمل درمان سهم به‌سزایی دارد:

«عدم شفافیت! در واقع هزینه‌هایی که افراد انجام می‌دن، ما مجبوریم که مقدار بیش‌تری حساسیت داشته باشیم روی به‌نوعی صحت و عدم صحت هزینه‌ها؛ کنترل‌ها راحت نیست» (م ۷).

اغلب شرکت‌های بیمه در کنترل نسخ و اسناد پزشکی حساسیت بالایی را اعمال می‌کنند که تا حتی‌الامکان، خسارت کمتری پرداخت کنند:



کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

پیش از انجام این تحقیق، در مورد موضوع مطالعه‌شده چه می‌دانستید؟ علی‌رغم سابقه‌ی طولانی بیمه‌ی سلامت در کشور و اقدامات انجام‌شده در زمینه‌ی بیمه‌ی مکمل درمان، به دلیل مشکلات ساختاری و مدیریتی، این بیمه‌ها نمی‌توانند نقش مناسب و موثری در پوشش خدمات سلامت داشته باشند. ۲. مطالعه‌ی حاضر چه اطلاعاتی را به دانش موجود اضافه می‌کند؟ ارائه‌ی یک راه‌کار علمی و عملی برای طراحی بیمه‌ی مکمل درمان، بر اساس تجربیات کشورهای صاحب‌سبک در این زمینه و نظرات متخصصین کشوری ۳. نتایج مطالعه حاضر چگونه می‌تواند بر تصمیم‌سازی‌های مرتبط با سیاست‌گذاری و مدیریت نظام سلامت کشور اثر بگذارد؟ با طراحی بسته‌های علمی و پیاده‌سازی خدمات بیمه‌ی مکمل درمان، افراد با قدرت اقتصادی بالاتر می‌توانند با انتخاب خود، این نوع بیمه را خریداری نمایند؛ در نتیجه می‌توان با استفاده از سرانه اعتبار آزادشده، به ارائه‌ی خدمت و پوشش بیشتر خدمات در بیمه پایه به اقشار کم‌درآمد و آسیب‌پذیر جامعه اقدام نمود. تقدیر و تشکر: این مقاله قسمتی از طرح تحقیقاتی با عنوان «طراحی الگوی بیمه‌ی مکمل برای کشور ایران» است که با حمایت مالی موسسه‌ی ملی تحقیقات سلامت با اختصاص کد اخلاق IR.MUMS.REC.1395.317 انجام شد.

تعارض منافع: هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان اظهار نشد.

در الگوی بیمه مکمل برای کشور ایران موارد زیر باید حتما لحاظ شود:

در الگوی بیمه‌ی مکمل برای کشور ایران، لازم است موارد زیر لحاظ گردد:

مکانیسم‌های نظارتی، سازمان و مدیریت، نظام اطلاعاتی، نوع پوشش جمعیت، مزایای تحت پوشش، روش بازپرداخت و مکانیسم‌های تامین مالی.

در بحث مکانیسم‌های نظارتی، مواردی از قبیل تعریف الزامات مربوط به فعالیت بیمه‌های خصوصی در حوزه‌ی سلامت، تعریف دقیق نقش بیمه‌ی مرکزی، تنظیم استانداردها و راهنمای بالینی، بازنگری حق بیمه‌ها و مفاد قراردادهای با توجه به شرایط (هزینه‌های درمانی، تعرفه‌های نظام پزشکی).

در بحث سازمان و مدیریت، مواردی از قبیل چگونگی ایجاد رقابت و تعامل میان صندوق‌ها و ارائه‌ی خدمات بیمه‌ی پایه و مکمل توسط شرکت‌های واحد.

در بحث نظام اطلاعاتی از قبیل توانمندسازی بیمه‌شدگان در حوزه‌ی بسته‌های خدمتی و قوانین بیمه و نیز تعریف پرونده‌های الکترونیک سلامت.

در بحث پوشش جمعیت، نوع پوشش جمعیت و توزیع جغرافیایی آن.

در بحث مزایای تحت پوشش، نوع خدمات بستری و تصمیم‌گیری در مورد پوشش خدمات طب مکمل و جای‌گزین.

در بحث روش بازپرداخت، چگونگی راستی‌آزمایی حساب‌ها و تسهیل فرایند رسیدگی به صورت حساب‌ها.

و در نهایت، در بحث مکانیسم‌های تامین مالی، تصمیم‌گیری اصلی در مورد نحوه‌ی تامین حق بیمه‌ها

با مشارکت بیمه‌شدگان و کارفرما.

References

- 1- Amerioun A. Research Needs Assessment and Priority Setting for Health Economics: A Mixed method Study in Iran. *Journal of Military Medicine* 2014; 16(1): 23-28
- 2- Hadavi M, Asadpour M, Razaecian M. Research Barriers from the Perspective of Academic Members and Strategies for Confronting with These Barriers in Rafsanjan University of Medical Sciences, Iran. *Journal of Health System Research* 2012; 9(3): 269 - 76.
- 3- Owlia P. Health research priority setting in Iran: Introduction to a bottom up approach. *J Res Med Sci* 2011; 16(5): 691-8.
- 4- Pariad R. Study of the structural barriers of research among faculty members of human sciences departments of Isfahan and western countries. *Proceedings of Higher Education and Sustainable Development* 2005; 2: 258 - 233.
- 5- Daghighi A, Faghihnasiri M, Aghasi S, Estimation of the demand function of complementary health insurance in the insurance industry of the country, *Insurance Newsletter* 2013; 3(99)
- 6- Hadian M, Ghaderi H, Moeini m. Estimating the demand function of supplementary health insurance, Case Study: Iran Insurance Company, *Economic research* 2015; 6(4): 67-82
- 7- Razaee S, Dopakar M, Pahlevanzade B, Mahdizadeh M. Estimation of Price Elasticity and Effective Factors on Demand for Supplementary Insurance. *Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2014; 21(5): 151-176
- 8- Sehat S, Esmaily M. The factors affecting the lack of development of complementary insurance group therapy in terms of insurance industry experts. *Insurance Newsletter* 2013; 88
- 9- Vafae A, Karimi I, Seyednozadi M. A comparative study between complementary health assurance structure and content in selected countries; and presenting a paradigm for Iran. *Journal of health administration* 2010; 10(25): 57
- 10- Hodavand S. Country Research Challenges and its Impact on the Elimination of Immigration. *Tadbir* 2005; 216: 44.
- 11- Vafae A, Karimi I, Sadaghiani E, The Information Systems Process Information Systems Packages for complementary treatment insurance services in selected countries and providing a template for Iran. *Health Information Management* 2012; 3(1)
- 12- Raeisi P, Ghaderi H, Nosratnejad Sh. The Relationship be-

- tween Sales of Complementary Health Insurance Policies and Macroeconomic Variables: 1990-2003. *Journal of Health Administration* 2017;9(24):7
- 13- Hajizadeh M, Nghiem HS. Out of Pocket Expenditures for Hospital Care in Iran: Who is at Risk of Incurring Catastrophic Payments? *Int J Health Care Finance Econ*. 2011;11(4):267-85.
 - 14- Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data How Does Poland Compare. The Organisation for Economic Cooperation and Development: Poland, Warszawa. 2013:65-74
 - 15- Boot JM, Knapen MHJM. *Handboek Nederlandse gezondheidszorg [Handbook of Dutch health care]*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2013:143-165
 - 16- Marchewka-Bartkowiak. *Inflacja w Polsce. Analizy* 2011. 59(15): 1-7. doi:ISSN 1899-1114.
 - 17- Mossialos E, Dixon A. Funding health care in Europe: weighing up the options in Funding health care: options for Europe. WHO. Ref Type: Generic; 2013:230-247
 - 18- Healy J, Sharman E, Lokuge B. Australia: Health system review. *Health Systems in Transition* 2006; 8(5): 1-158.
 - 19- Knaul F, Arreola-Ornelas H, Mendez O, Martinez A. Fair Health Financing and Catastrophic Health Expenditures: Potential Impact of the Coverage Extension of the Popular Health Insurance in Mexico. *Salud publica Mex*. 2005;47(Suppl 1):S54-65
 - 20- Blendon RJ, Benson JM. Public opinion at the time of the vote on health care reform. *N Engl J Med*. 2010;362(16):e55. doi: 10.1056/NEJMp1003844
 - 21- Vecchio N. The Use of Dental Services among Older Australians: Does Location Matter? *Australian Economic Review* 2008;41(3):272-82
 - 22- Cylus J. United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition* 2015; 17(5): 1-125.
 - 23- Powell T. The structure of the NHS in England. *Health and Social Care*. London; 2016
 - 24- WHO Regional Office for Europe. *European Health for All database (Hfa-DB)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015:89-92
 - 25- BUSSE, SCHWARTZ. Financing Reforms in the German health care Sector – From Full Cost Cover Principle to Prospective Case Fees. *Medical Care* 2014; 35(10): OS40-OS49.
 - 26- German Medical Association. *Medical care in the Federal Republic of Germany. Physician statistics 2012*: Germany, Berlin. 2012:45-69
 - 27- Koch K. The German Health Care System in international comparison: the primary care physicians' perspective. *Deutsches Ärzteblatt International* 2011; 108(15): 255-261.
 - 28- Gregory P. Canada: Health system review. *Health Systems in Transition* 2013; 15(1): ; 1-179.
 - 29- Senate of Canada. Time for transformative change: a review of the 2004 Health Accord. Ottawa, Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, Senate of Canada. *Health Systems in Transition: Canada, 2nd edition (PDF Download Available)*. Available from: https://www.researchgate.net/publication/261875082_Health_Systems_in_Transition_Canada_2nd_edition [accessed Aug 9, 2017].
 - 30- Hurley J, Guindon GE. Private health insurance in Canada. *Canada*: McMaster University; 2011:1-38
 - 31- Gechert S. Supplementary private health insurance in selected countries: lessons for EU governments. *CESifo Economic Studies* 2010; 56(3): 444-464.
 - 32- Chevreul K. France: Health system review. *Health Systems in Transition* 2015; 17(3): 1-218.
 - 33- Chevreul K, Berg Brigham K. Financing long-term care for frail elderly in France: the ghost reform. *Health Policy* 2014; 111: 213-120.
 - 34- Mills A, Ataguba JE, Akazili J, Borghi J, Garshong B, Makawia S, et al. Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. *Lancet*. 2012;380(9837):126-33
 - 35- Organisation for Economic Co-operation and Development. *Health at a glance 2013*. OECD: France, Paris. 2013:120-156
 - 36- Kwon S. Healthcare financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: Social solidarity or efficiency? *Int Soc Secur Rev* 2003;56(1):75-94 accessed 7 November 2015), 2013.
 - 37- Boards of Trustees. *Federal Hospital Insurance and Federal Supplementary Medicare Insurance*. Trust Funds: England, London. 2012:98-123
 - 38- Cline RR, Mott DA. Exploring the Demand for a Voluntary Medicare Prescription Drug Benefit. *AAPS PharmSci* 2013;5(2):99-110
 - 39- Biles B, Arnold G, Guterman S. Medicare Advantage in the era of health reform: progress in leveling the playing field. *The Commonwealth Fund*: USA, New York City. 2011:25-36
 - 40- Marquis MS, Phelps CE. Demand for Supplementary Health Insurance. Prepared under a Grant from the U.S. Department of Health and Human Services 2015; 35-7
 - 41- Menon R, Mollahaliloglu S, Postolovska I. Toward Universal Coverage: Turkey's Green Card Program for the Poor; 2013.
 - 42- Investment Support and Promotion Agency of Turkey. *Health Industry in Turkey*. Investment Support & Promotion Agency of Turkey: Turkey, Ankara. 2014:56-79
 - 43- Mehtap Tatar M. Turkey Health system review. *Health Systems in Transition* 2011; 13(6):59-135
 - 44- Turkish Central Bank. Balance of payments report 2010-2011. *The Central Bank of Turkey*: Turkey, Ankara. 2011:286-302

Designing a Supplementary Health Insurance Model for Iran

Ali Vafae Najar¹, Elaheh Hooshmand^{1,*}

¹*Social Determinates of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran*

Abstract

Background: Considering the importance of complementary health insurance and the necessity of designing a supplementary insurance model for the health system of the country, the purpose of this study is to design a complementary health insurance model appropriate to the health system in Iran.

Methods: This is a comparative-qualitative study. In the first stage, the selected countries were identified and compared in comparative matrices in a comparative study on the various dimensions of complementary treatment insurance in these countries. Based on matrix results, questionnaire interviewing questions in dimensions (organization and management, population coverage, method of determining the premium, method of reimbursement of expenses, number of insured, and method of financing the insurance) was designed, and qualitative section was done by content analysis method of contract type. After conducting the interviews, the data were analyzed through content analysis method and MAXQDA V. 10 software.

Results: Major challenges mentioned by the experts are organization and management, oversight mechanisms, information system, cultural issues, economic issues, the basis for population coverage, covered services, the method of determining the premium, and the method of reimbursement.

Conclusions: Paying attention to the challenges posed by the experts and determining the details of implementing a complementary health insurance model for Iran, and based on the experiences of lightweight countries in this field, the views of national experts can help supplement health insurance in the country.

Keywords: Health Insurance; Complementary Health Insurance; Supplementary Health Insurance

Please cite this article as follows:

Vafae Najar A, Hooshmand E*. Designing a supplementary health insurance model for Iran. *Hakim Health Sys Res* 2019;22(2):138-150.

*Corresponding Author: School of Public Health, Daneshgah Ave., Between 16th and 18th, Mashhad, Iran. Tel: +98-9151247350, Email: hoshmande@mums.ac.ir