

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مدیریت اقتصاد بیمارستانی و صنعت بیمه





سرشناسه	: کولیوند، پیرحسین، ۱۳۵۰ -
عنوان و نام پدیدآور	: مدیریت اقتصاد بیمارستانی و صنعت بیمه/تالیف پیرحسین کولیوند، هادی کاظمی، مهدی ریاحی فر؛ [به سفارش] مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء، بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص).
مشخصات نشر	: تهران: میرماه، ۱۳۹۲.
مشخصات ظاهری	: ۲۹۶ص.
شابک	: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۰۵۵-۹ : ۱۴۰۰۰ ریال
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: کتابنامه: ص. ۲۹۶.
موضوع	: بیمه درمانی
موضوع	: بیمه درمانی -- ایران
موضوع	: بیمه درمانی -- ایالات متحده
موضوع	: بیمارستان‌ها -- امورمالی
موضوع	: اقتصاد پزشکی
شناسه افزوده	: کاظمی، هادی، ۱۳۳۹ -
شناسه افزوده	: ریاحی فر، مهدی
شناسه افزوده	: بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص). مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفا
رده بندی کنگره	: ۱۳۹۲م۴/۵۶۹۳۸۳HG
رده بندی دیویی	: ۳۶۸/۳۸۲
شماره کتابشناسی ملی	: ۳۴۱۰۱۸۵

مدیریت اقتصاد بیمارستانی و صنعت بیمه

تألیف:

دکتر هادی کاظمی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شاهد

رئیس بیمارستان خاتم الانبیاء

و رئیس مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء

پیر حسین کولیوند

مدیر بیمارستان خاتم الانبیاء

و معاون مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء

دکتر مهدی ریاحی فر

دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی



میراث

۱۳۹۲ خورشیدی



بیمارستان فوق تخصصی
خاتم الانبیاء (ص)

مدیریت اقتصاد بیمارستانی و صنعت بیمه



مرکز
تحقیقات
علوم
اعصاب
شفا

تألیف: پیرحسین کولیوند، دکتر هادی کاظمی، دکتر مهدی ریاحی فر

ناشر: میرماه

گرافیک جلد و متن: مهدیه ناظم زاده

لیتوگرافی و چاپ: قائم چاپ جوربند

صحافی: عطف

نوبت و سال انتشار: نخست/ ۱۳۹۲

شمارگان: ۱۰۰۰ نسخه

قیمت: ۱۴۰۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۳۳-۰۵۵-۹

تمام حقوق اثر برای مرکز تحقیقات علوم اعصاب شفاء محفوظ است.

خیابان ولیعصر (عج) - خیابان رشید یاسمی - بیمارستان فوق تخصصی خاتم الانبیاء (ص)

تلفن: ۸۸۸۸۴۰۴۰

انتشارات میرماه: تجریش، دزاشیب، خیابان شهید رضانی، کوی شهید مرتضی عباسی، پلاک ۲، واحد ۲

تلفن: ۲۲۷۲۲۹۰۱-۲ و ۲۲۷۵۹۲۰۳-۴ فاکس: ۲۲۷۱۹۵۲۳

پیشگفتار

امروزه در دنیا پیشرفت‌های بسیاری در زمینه بیمه‌های درمانی و بهینه‌سازی آن صورت گرفته است. چگونگی پردازش و سامان‌دهی امور بیمه به گونه‌ای که بیشترین فایده را برای مصرف‌کنندگان داشته باشد، مهمترین دغدغه متفکرین حوزه بیمه است. افراد و خانواده‌ها به طور معمول بیمه را وسیله‌ای برای انتقال زبان ناشی از خطرهای می‌بینند و با پرداخت حق بیمه ای مشخص، مزایایی را در صورت وقوع یک رویداد نامطلوب در طول مدت بیمه‌نامه دریافت می‌کنند. در این میان، رشد روزافزون بازار بیمه به اشکال مختلف از مواردی است که باید به طور جدی به آن پرداخته شود.

بازار بیمه‌های درمانی به شدت با دیگر بخش‌های سیستم مراقبت‌های سلامت مرتبط است. در نتیجه بسیاری از گروه‌ها در بازار بیمه درمانی نقش دارند. شرکت‌های بیمه درمانی واسطه‌هایی هستند که از طرف بیمه شدگان نسبت به خرید مراقبت‌های سلامت بین بیماران و تأمین کنندگان سلامت می‌پردازند. شرکت‌های بیمه درمانی نه تنها به جبران هزینه‌های تأمین کنندگان خدمات سلامت می‌پردازند، بلکه به طور معمول نوعی کنترل بر تعداد و نوع خدمات تحت پوشش داشته و با تأمین کنندگان سلامت به مذاکره در مورد قراردادها برای پرداخت هزینه‌های خدمات درمانی می‌پردازند.

اهمیت توجه به بازار بیمه درمانی به مسایل مهم‌تری در ارتباط با هزینه، کیفیت و دسترسی مراقبت‌های سلامت نیز پیوند می‌خورد. احتمالاً، ساختار بازار بیمه درمانی و صنایع بیمارستانی، در افزایش هزینه‌های مراقبت‌های سلامت و محدود ساختن دسترسی به بیمه درمانی و مراقبت‌های بهداشتی ارزان قیمت، نقش مهمی دارند.

بنابراین برای شناخت و بهینه‌سازی صنعت بیمه درمانی، باید علاوه بر ارتقای کیفیت خدمات بیمه‌های درمانی ساز و کار دخل و خرج بیمارستان‌ها را نیز شناخت. هدف کتاب حاضر آشنایی با این ساختار و ارائه راه‌حلی برای سامان‌دهی این امور است.

کتاب حاضر از چهار بخش تشکیل شده است که اگرچه از هم مستقل هستند، اما به نحوی با یکدیگر در یک تعامل درونی قرار دارند. این کتاب در واقع ترجمه و گردآوری از مقالات اصلی در حوزه بازار بیمه و اقتصاد بیمارستانی است. بدین منظور پس از مروری بر مفاهیم و آمارهای صنعت بیمه در ایران و جهان در

بخش نخست، دو مقاله اصلی بر مبنای ساختارهای لازم انتخاب نموده و آنها را در چارچوبی سازگار پیش روی هم قرار دادیم تا بتوانیم رهنمون‌هایی برای ساختار بیمه و اقتصاد بیمارستانی کشور فراهم سازیم. این دو مقاله سنگ بنای بخش‌های دوم و سوم این کتاب را تشکیل می‌دهند.

بخش دوم کتاب موضوع صنعت بیمه درمانی را ارزیابی می‌کند. این بخش از سه فصل تشکیل شده است. در فصل نخست آن به صورت مصداقی صنعت بیمه درمانی در کشور آمریکا را معرفی و بررسی کرده‌ایم و در فصل‌های بعدی بر آن مبناء راهکارها و اصولی را برای ارتقای صنعت بیمه درمان کشورمان ارائه داده‌ایم.

بخش سوم کتاب به موضوع مدیریت هزینه‌های بیمارستان و در واقع بازار بیمارستانی می‌پردازد و خود به دو فصل زیر تقسیم می‌شود: درآمدها و مخارج بیمارستان و کنترل سلامت مالی بیمارستان. در بخش چهارم موضوع جدیدی مطرح می‌شود که تا کنون در کشور ما کمتر به آن پرداخته شده است. پوشش جهانی سلامت موضوع اصلی این بخش است. اگرچه خود این بخش هویتی مستقل از دو بخش دیگر دارد، اما با چگونگی توزیع خدمات سلامت در سطح جهان، بیمه‌های درمانی در جهان نیز مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. این مسئله نشان می‌دهد که در آینده‌ای نه چندان دور، ممکن است امور بیمه‌ای مربوط به نظام سلامت در تمام جهان، ساختاری یکپارچه و واحد پیدا کند به گونه‌ای که در هر کشوری قابل اجرا باشد.

در پایان از تمام عزیزانی که در تدوین این کتاب یاریمان نمودند، کمال تشکر را داریم و در انتظار رهنمودها و نظرات اندیشمندان و نخبگان کشور در این زمینه هستیم.

مؤلفین

بهمن ماه ۱۳۹۲

فهرست

بخش ۱ - صنعت بیمه در ایران و جهان مفاهیم، تعاریف، آمارها و استانداردها.....	۱۵
فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی.....	۱۷
مقدمه.....	۱۷
تفکیک علمی بیمه‌های درمانی از منظر پایه، تکمیلی و مازاد.....	۲۲
الف : پوشش‌های مکمل.....	۲۴
ب: پوشش‌های ثانویه.....	۲۴
ج : پوشش‌های جایگزین یا موازی.....	۲۵
بسترهای قانونی موجود برای اجرای بیمه‌های درمان جامع انفرادی.....	۳۶
دولت‌ها و بهبود وضعیت بخش سلامت.....	۴۵
ترکیب مناسب بخش دولتی و خصوصی در ارایه بیمه‌های مکمل در کشورهای توسعه یافته.....	۵۰
کیفیت متفاوت خدمات.....	۶۹
قانون دو برابر شدن مزایا.....	۶۹
دامنه خدمات.....	۷۰
تقاضا.....	۷۰
هم پوشانی خدمات.....	۷۰
تکلیف دولت.....	۷۱
سیستم های نظارت.....	۷۱
انواع بیمه‌های مکمل مخارج پزشکی.....	۹۲
۱- گسترش سطح پوشش‌های بیمه‌ای.....	۹۲
۲- پر کردن شکاف هزینه ای.....	۹۲
۳- پوشش خاص برای نیازهای کوتاه مدت.....	۹۳
۴- بیمه درمان مکمل برای هزینه‌های مرتبط.....	۹۴
۵- بیمه درمان مکمل، جایگزین درآمد.....	۹۶
۶- بیمه درمان مکمل مخارج مربوط.....	۹۸
۷- بیمه‌های مکمل مدیکیر (Medicare).....	۱۰۰
۸- بیمه جبران غرامت بیمارستانی.....	۱۰۲
۹- بیمه مکمل بیماری‌های خاص.....	۱۰۳

۱۰۵	بیمه‌های درمانی هزینه‌های ناشی از حوادث
۱۰۶	بیمه نامه‌های مربوط به مرگ و میر و یا نقص عضوهای تصادفی
۱۰۷	ناتوانی ناشی از حوادث
۱۰۷	حوادث ناشی از مسافرت
۱۰۷	بیمه نامه‌های دندانپزشکی
۱۰۸	برنامه‌های مرتبط
۱۰۸	برنامه‌های غیر مرتبط
۱۰۹	برنامه‌های تخصصی
۱۰۹	بیمه مربوط به داروهای تجویزی
۱۰۹	برنامه‌های جبرانی
۱۱۰	برنامه‌های خدمات
۱۱۰	بیمه مراقبت‌های بینایی
۱۱۱	بیمه مکمل تریکیور (TRICARE)
۱۱۲	نتیجه‌گیری
۱۱۳	اصول قیمت‌گذاری در بیمه‌های درمان
۱۱۳	اصول بیمه
۱۱۶	قیمت‌گذاری در بیمه‌های درمان
۱۱۹	عوامل قیمت‌گذاری در بیمه‌های درمان
۱۲۳	روش تعیین تعرفه بیمه درمان در ایران
۱۲۴	بررسی تنوری تعیین تعرفه بیمه‌های درمان
۱۲۷	نقش آمار در تعیین تعرفه

۱۳۱	بخش ۲ - بازار بیمه درمانی
۱۳۳	فصل دوم: بازار بیمه درمانی
۱۳۳	مقدمه
۱۳۶	تاریخچه بازار بیمه در آمریکا
۱۳۹	صنعت بیمه درمانی در آمریکا چگونه ایجاد شد؟
۱۴۰	«Blues» چگونه شروع شد؟
۱۴۳	مزایای مالیاتی برای پرداخت بیمه درمانی توسط کارفرمایان
۱۴۴	ورود شرکت‌های بیمه‌گر تجاری

۱۴۵	مقدمه‌ای بر Medicaid و Medicare
۱۴۷	پیدایش مراقبت‌های مدیریت شده
۱۴۹	تفاوت‌های دارای ابهام بین " Blues " و شرکت‌های تجاری بیمه‌گر
۱۵۴	فصل سوم: توصیف بازار بیمه درمانی در آمریکا
۱۵۴	مقدمه
۱۵۶	نقش کلیدی واسطه‌ها در مراقبت‌های سلامت
۱۶۰	تقاضا برای بیمه درمانی
۱۶۱	منابع پوشش بیمه درمانی
۱۶۲	مشکلات اطلاعات در بازارهای بیمه
۱۶۷	مشکل موکل - عامل
۱۶۸	مشکلات اطلاعات و ساختار مالی مراقبت‌های سلامت
۱۶۹	تأثیرات قیمت
۱۷۰	مزایای مالیاتی
۱۷۱	تأمین بیمه درمانی و درمان
۱۷۱	روش اداره
۱۷۲	انواع برنامه‌های درمانی
۱۷۳	انواع شرکت‌های بیمه
۱۷۴	نقش کارفرمایان
۱۷۶	مقررات شرکت‌های بیمه درمانی
۱۷۸	تمرکز بازار در میان بیمه‌های درمانی
۱۷۸	شاخص‌های تمرکز بازار
۱۸۰	دستورالعمل‌های ادغام DOJ - FTC
۱۸۲	تمرکز بازار در میان شرکت‌های بیمه درمانی
۱۸۴	تمرکز بازار و قدرت بازار
۱۸۷	علل احتمالی تمرکز در بازار بیمه بهداشت و درمان
۱۸۹	گسترش مراقبت‌های مدیریت شده
۱۸۹	قدرت جبران‌کنندگی
۱۹۱	اقتصاد تطبیقی
۱۹۲	بازاریابی و مدیریت برند
۱۹۴	فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی

۱۹۴	..... محیط رقابتی
۱۹۶	..... سودآوری شرکت‌های بیمه درمانی
۱۹۸	..... نتایج و نسبت‌های مالی
۱۹۹	..... مقایسه سودآوری در بخش صنعت
۲۰۵	..... معیارهای سودآوری گزارش شده توسط شرکت A.M. Best
۲۰۹	..... اقدامات سودآوری گزارش شده توسط شرکت شرلاک
۲۱۴	..... گزینه‌های پیش روی کنگره
۲۱۴	..... اجرای تهاجمی تر قانون آنتی تراست
۲۱۶	..... اقدامات قوی تر قانونی
۲۱۶	..... جلوگیری از صدور بیمه پزشکی
۲۱۷	..... قانون الزام حداقل نسبت زیان
۲۱۸	..... شرایط الزامی بیمه درمانی فردی و کارفرما
۲۲۰	..... بازار مبادله (بورس) بیمه درمانی
۲۲۱	..... درس‌هایی از رابط ماساچوست
۲۲۲	..... بورس بیمه چه نقشی بازی می‌کند: پلیس ترافیک یا دروازه بان
۲۲۳	..... گزینه عمومی
۲۲۴	..... تعاونی‌ها
۲۲۶	..... گزینه‌های دیگر
۲۲۷	..... نکات پایانی

بخش ۳ - ارزیابی نحوه کسب درآمد و خرج آن توسط یک بیمارستان ۲۳۵

مقدمه ۲۳۵

فصل پنجم: درآمدها و مخارج بیمارستان ۲۳۹

بررسی کلی صنایع خدمات پزشکی از جانب تأمین‌کنندگان و افرادی که در این زمینه خرج

می‌کنند ۲۳۹

تأمین‌کنندگان ۲۳۹

بیمارستان‌ها ۲۴۰

سایر تأمین‌کنندگان ۲۴۱

هزینه‌پردازان عمومی مراقبت پزشکی ۲۴۲

کمک پزشکی ۲۴۳

۲۴۴	..... هزینه‌پردازان خصوصی
۲۴۶	..... افراد بیمه نشده
۲۴۷	..... درآمدهای بیمارستان
۲۴۷	..... درآمد اجرایی
۲۴۹	..... تفاوت میان هزینه‌های بیمارستان، مبلغ پرداختی و هزینه‌های درمانی
۲۵۰	..... مؤذی‌های عمومی
۲۵۱	..... شراکت نامتناسب
۲۵۲	..... مؤذی‌های شخصی
۲۵۴	..... بیمه نشدگان
۲۵۴	..... درآمد سایر فعالیت‌ها
۲۵۵	..... منافع و زیان‌ها
۲۵۶	..... درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری
۲۵۷	..... هدایای محدود
۲۵۷	..... مخارج بیمارستان: نحوه مصرف پول توسط بیمارستان‌ها
۲۵۷	..... حقوق‌ها، دستمزدها و پاداش‌های کارمندان
۲۵۸	..... خریدها و سایر موارد
۲۵۸	..... استهلاک و فرسودگی
۲۵۸	..... سود (بهره) بانکی
۲۵۹	..... سایر مخارج
۲۵۹	..... منابع اطلاعات مالی بیمارستان
۲۵۹	..... صورت‌های مالی ممیزی شده
۲۶۲	..... درآمد خالص
۲۶۳	..... تغییر خالص در پول نقد
۲۶۵	..... فصل ششم: سلامت مالی بیمارستان
۲۶۵	..... ارزیابی شرایط مالی یک بیمارستان
۲۶۵	..... آنالیز نسبت
۲۶۶	..... آنالیز جریان نقدینگی
۲۶۷	..... جدول شرکت‌های تابعه
۲۶۷	..... محیط کار بیمارستان
۲۶۷	..... عوامل خارجی

عوامل داخلی.....	۲۶۸
پرسش‌هایی اساسی در مورد مسائل مالی.....	۲۶۹
بخش ۴ - بهداشت جهانی و بیمه جهانی.....	۲۷۱
فصل هفتم: پوشش جهانی سلامت.....	۲۷۳
پوشش جهانی سلامت (UHC).....	۲۷۳
حفظ پیشرفت به سوی UHC.....	۲۷۶
درس‌ها و چالش‌های بحرانی پدیدار شده از تجربه کشورها.....	۲۷۶
اصلاحات تأمین بودجه سلامت (افزایش و ادغام بودجه) برای UHC.....	۲۷۷
وعده دادن و پاسخگو بودن برای حفظ این وعده‌ها.....	۲۷۸
تحقق وعده خدمات کیفیت بالا و موثر بهداشتی درمانی.....	۲۷۹
نظارت بر پیشرفت و ترویج پاسخگویی در قبال UHC.....	۲۸۰
فصل هشتم: بیمه جهانی سلامت و مراقبت‌های بهداشتی درمانی.....	۲۸۲
عملکرد بیمه سلامت ملی تایوان.....	۲۸۲
سابقه.....	۲۸۳
تأثیر بیمه ملی سلامت.....	۲۸۴
دسترسی به خدمات و استفاده از آن‌ها.....	۲۸۵
کیفیت مراقبت‌های درمانی.....	۲۸۶
حفاظت در مقابل خطرات مالی.....	۲۸۷
عدالت در تأمین مالی بیمه سلامت ملی تایوان.....	۲۸۸
مدیریت افزایش هزینه‌های بهداشتی درمانی.....	۲۸۹
رضایت عمومی.....	۲۹۱
صحنه سیاسی.....	۲۹۱
درس‌های اصلی.....	۲۹۲
منابع:.....	۲۹۶

بخش ۱

صنعت بیمه در ایران و جهان

مفاهیم، تعاریف، آمارها و استانداردها

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی

مقدمه

در حال حاضر در حدود ۸۳ درصد مردم کشورمان تحت پوشش بیمه پایه، ۱۴/۵ درصد تحت پوشش دو بیمه پایه، ۴۶/۱۲ درصد تحت پوشش بیمه تکمیلی و مازاد بوده و ۸/۱۶ درصد از مردم تحت پوشش هیچ بیمه‌ای نیستند. البته بیمه دوپایه‌ای بودن در حال حاضر بنفع بیمه‌گران پایه می‌باشد چون هیچ خدماتی را از قبل اینگونه بیمه‌ها به بیمه‌شدگان خود در یکی از بیمه‌ها ارائه نمی‌نمایند و طبق اصل مصرف برتر، بیمه‌شدگان از خدمات بیمه‌گر برتر خود استفاده می‌نمایند. عملکرد ضعیف بیمه در پوشش خدمات درمانی با کیفیت و جامع و ضعف در پوشش دارو بویژه داروهای خاص و گران قیمت، نشان از عدم مدیریت کارآمد و اقتصادی در این بخش دارد. از طرف دیگر این سازمان‌ها به صورت گسترده‌ای به دولت‌ها وابستگی دارند که این موضوع مشکلات بسیاری را در پرداخت حق بیمه به وجود آورده است.

اصولاً تجمیع بیمه‌ها ایده خوبی است در صورتی که بتوانیم یک نوع بیمه از نظر خدمات درمانی برای بیمه پایه همگانی و نه بیمه تکمیلی ایجاد کنیم، در حالی که هم اکنون دفترچه‌های درمانی متعددی در دسترس است که دارای پرداختی‌های متفاوت به پزشکان و بیمارستان‌ها است. این مساله باعث نارضایتی صاحبان دفترچه‌های خدمات درمانی است. هم اکنون مشکل جدی نظام بیمه‌های درمانی پرداخت زیاد هزینه‌های درمان توسط مردم برخلاف قانون‌های برنامه است و هم اکنون بیمه‌شدگان به جای پرداخت ۳۰ درصد از هزینه‌ها، ۶۰ تا ۷۰ درصد آن را پرداخت می‌کنند.

هزینه‌های بهداشت و درمان به عنوان یکی از مهم‌ترین بخش‌های اقتصادی-اجتماعی تأثیر قابل توجهی در وجود یا فقدان فقر در جامعه دارد، تا جایی که هزینه‌های بالای خدمات سلامت، در بسیاری از موارد بحرانی، خانوارها را تحت فشار مالی، به سوی فقر و فروپاشی اقتصادی پیش می‌برد. با توسعه فرهنگ بیمه، هزینه مصرف خدمات سلامتی افزایش یافته، به گونه‌ای که سهم هزینه‌های بخش سلامت از کل تولید ناخالص جهانی از ۳ درصد در سال ۱۹۴۸ به حدود ۱۱/۳ درصد در سال ۲۰۱۲ افزایش یافته است. شیوه تأمین این هزینه‌ها با توجه به نظام تأمین مالی در کشورهای مختلف، متفاوت است، بر این اساس هر چه میزان تأمین عادلانه منابع بیشتر از محل پرداخت مستقیم از جیب خانوار دریافت شود، نظام تأمین منابع سلامت جامعه نیز عادلانه‌تر است. بررسی‌ها نشان می‌دهد: مشارکت غیرعادلانه خانوارها در تأمین منابع نظام سلامت موجب می‌شود خانوارها سهم ناعادلانه‌ای را در بخش سلامت از جیب خود پردازند و در نتیجه درصد خانوارهایی که هزینه کم‌رکن سلامتی را پرداخت می‌کنند، افزایش می‌یابد و با افزایش میزان این خانوارها، نابرابری در توزیع درآمد بیشتر خواهد شد و در نهایت شاهد خواهیم بود گروه

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۱۹

دیگری از خانوارها به دلیل ناتوانی در پرداخت هزینه‌های سلامت، به زیر خط فقر نزول کنند.

بر اساس قانون‌های برنامه چهارم و پنجم توسعه، دولت موظف است سهم پرداخت هزینه‌های درمانی از جیب مردم را به زیر ۳۰ درصد کاهش دهد، اما در سال‌های اجرای برنامه‌ها با افزایش تعرفه‌های درمانی بخش دولتی و خصوصی، سهم پرداخت مردم در هزینه‌های سلامت به نزدیک ۶۰ درصد افزایش یافته است. بر اساس مطالعات حساب‌های ملی سلامت در کشور، نیمی از منابع در زمان بیماری به صورت پرداخت مستقیم از جیب مردم تأمین می‌شود. به همین لحاظ در رتبه بندی سازمان جهانی بهداشت، ایران از نظر شاخص مشارکت عادلانه در تأمین منابع بخش سلامت در بین ۱۹۱ کشور در رتبه ۱۱۲ ایستاده است.

هم از نظر مفهومی و هم از نظر علمی شاخص مشارکت عادلانه مردم در تأمین منابع، توسعه یافته است و سازمان جهانی بهداشت شاخص‌های دقیق‌تر و عملی‌تری را برای محاسبه میزان عادلانه بودن نظام سلامت در تأمین منابع توسط خانوار ارائه داده است. بر اساس آخرین مطالعات انجام شده، شاخص مشارکت عادلانه خانوار در تأمین منابع سلامتی، ۰/۸۳ محاسبه شده است. یعنی ۲/۳۳ درصد از خانوارها با پرداخت هزینه‌های کمرشکن سلامتی مواجه بوده‌اند. به عبارت دیگر حدود دو میلیون نفر از جمعیت کشور با این گونه هزینه‌ها مواجه بوده‌اند. ضمن این که ۳۵ درصد خانوارها، با هزینه‌های کمرشکن بیمه نیز مواجه بوده‌اند. هم چنین در مورد میزان بیمه‌شدگان کشور هیچ اتفاق نظری وجود ندارد. از سوی دیگر در مطالعه‌ای که تحت عنوان تعیین الگوی بهره‌مندی جمعیت ساکن در ایران انجام شده نشان می‌دهد، ۲۶ درصد جامعه ایرانی تحت پوشش بیمه‌های درمانی بسیار ضعیفی هستند. بر اساس مطالعات انجام شده در سال ۹۱، ۵۶/۷ درصد هزینه‌های

۲۰ / مدیریت اقتصاد بیمارستانی و صنعت بیمه

درمانی از جیب مردم پرداخت می‌شود و ۸ درصد خانوارها به هنگام بستری شدن در بیمارستان، علاوه بر قرض کردن مجبور به فروش دارایی‌های خود می‌شوند که این رقم در بستری‌شدگان در ای سی یو به ۲۲ درصد می‌رسد.

در بررسی عملکرد سال اول اجرای قانون برنامه چهارم توسعه می‌توان دریافت، هر چند صراحت قانونی بر کاهش پرداخت هزینه درمان از جیب مردم در کلیه قوانین کشور به خصوص قانون برنامه چهارم توسعه وجود داشت، اما شاهد نتیجه معکوسی در این زمینه بودیم. افزایش تعرفه‌های مصوب بخش خصوصی و کاهش سهم سازمان‌های بیمه‌گر از آن، نه تنها برخلاف ماده قانون برنامه چهارم است، بلکه سلامت جامعه را نیز با خطر بزرگی مواجه ساخت. بر این اساس تعرفه‌های اعلام شده بخش خصوصی، توسط سازمان نظام پزشکی، در سال ۸۴ رشد چشمگیری در تعرفه‌های درمانی دیده شد که این رشد گاهی به بالای ۱۰۰ درصد رسید، برای مثال ویزیت پزشک فوق تخصص در بخش خصوصی با ۱۰۱ درصد رشد از ۳۲۸۰۰ ریال به ۶۶۰۰۰ ریال رسید (در بخش دولتی این تعرفه ۲۳۵۰۰ ریال بود).

تعرفه‌های دولتی اعلام شده ملاک عمل سازمان‌های بیمه‌گر برای پرداخت خرید خدمات درمانی بود و در بخش فرانشیز اعلام شده بود که فرانشیز پزشکان ۲۰ درصد (سهم سازمان ۸۰ درصد) و در سایر خدمات سرپایی ۳۰ درصد (سهم سازمان‌ها ۷۰ درصد) و همچنین فرانشیز بستری ۱۰ درصد (۹۰ درصد سهم سازمان) است و هیچ‌گونه اشاره‌ای به مابه‌التفاوت بخش دولتی و خصوصی در خصوص خدمات سرپایی نشده بود. روند سال ۸۳ نشان می‌دهد که تعرفه خصوصی در پاراکلینیک (آزمایشگاه و رادیولوژی) در حدود ۲۰ درصد بالاتر از دولتی بوده و بیمار علاوه بر فرانشیز به مآخذ تعرفه دولتی، مابه‌التفاوت آن را نیز پرداخت می‌کرد و در خصوص پزشکان این تفاوت حدود ۵۰ درصد بود که

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۲۱

بخشی از آن با افزایش سهم سازمان‌های بیمه‌گر جبران شد. دولت در آخرین جلسه سال ۱۳۸۳ مصوبه نظام پزشکی را ملغی کرد. اما این روند در سال‌های اجرای برنامه پنجم که تعیین‌کننده تعرفه‌های دولت بود، باز برای واقعی سازی نرخ خدمات تعرفه‌ها نیز اگرچه در بخش هزینه‌های حق‌العمل جراحی افزایش چندانی نیافت اما بدلیل حذف برخی یارانه‌ها در بخش هتلینگ و خدمات پرستاری شاهد افزایش بسیاری در هزینه‌های هتلینگ و پرستاری بودیم. از سوی دیگر نیز با افزایش نرخ ارز و تحریم‌های بعمل آمده، نرخ تجهیزات پزشکی بسیار افزایش یافت بگونه‌ای که بیمه‌شدگان مجبور به تهیه تجهیزات مورد نیاز خود بهنگام استفاده از خدمات از بازار آزاد هستند.

با توجه به مشکلات موجود در سال‌های اخیر نمی‌توان انتظار زیادی به کمک دولت در واقعی سازی نرخ خدمات درمانی و کنترل نرخ خدمات متناسب با نرخ تورم و بالا رفتن سطح عمومی قیمت‌ها داشت. بنابراین باید با طراحی نظام بیمه‌ای جداگانه‌ای که حاوی مشخصات زیر باشد، نسبت به مواجهه با مشکلات تامین منابع مالی در بخش بهداشت و درمان اقدام نمود:

۱. دارای کمترین وابستگی به دولت در گردش وجوه نقد
۲. افزایش سرعت جریان وجوه نقد
۳. کاهش مشارکت افراد دارای سبک زندگی سالم (ریسک‌های کم خطر) نسبت به افراد دارای سبک زندگی پر خطر (ریسک‌های پر خطر)
۴. افزایش شاخص‌های عدالت در سلامت
۵. تقویت نظام سرمایه‌گذاری وجوه نقد
۶. ایجاد صندوق بیمه سلامت برای تمرکز نقدینگی حاصل از کمک و مشارکت افراد و دولت در بخش درمان

۷. تفکیک صندوق بیمه بیماران بحرانی و صعب‌العلاج از سایر بیمه‌شدگان
۸. تفکیک دقیق بودجه بهداشت - درمان - آموزش پزشکی از سرفصل بودجه اجتماعی
۹. حذف چرخه پرداخت غیر مستقیم دولت به شرکت‌های بیمه
۱۰. حذف پرداخت یارانه به شرکت‌های داروسازی و تجهیزات پزشکی و پرداخت آن به سازمان‌های بیمه‌گر
۱۱. حذف پرداخت و ارتباط مالی بین بیمار و پزشک
۱۲. کوچک‌سازی و رقابتی نمودن بیمه‌گران پایه
۱۳. ایجاد نظام هماهنگ و شبکه متمرکز ارتباطی بین مراجع درمانی و بیمه‌ها برای کنترل فرآیندهای بیمه‌گری
۱۴. سازماندهی نظام بیمه خدمات درمانی و تجمیع امکانات درمانی با استانداردهای خدمات رسانی یکسان در نقاط مختلف کشور

تفکیک علمی بیمه‌های درمانی از منظر پایه، تکمیلی و مازاد

فقدان ماهیت علمی در ارائه بیمه‌های تکمیلی و مازاد در ایران موجب شده است که خدمات مشابه با قیمت‌های متفاوت و بالاتر خریداری شوند که این امر موجب افت رفاه اجتماعی (Welfare Loss) می‌گردد. در بازار سلامت که مواجهه با پدیده شکست است (Market Failure) عقیده بر این است که بدلیل وجود پدیده عدم تقارن اطلاعات، اگر کالایی با قیمتی بالاتر از قیمت واقعی خود خریداری شود، موجب انتقال منابع از سایر بخش‌های اولویت‌دار به این سمت شده و از طرف دیگر در صورت عدم تامین منابع کافی برای این بخش با استناد به تئوری سرمایه انسانی (Human Capital Theory) موجبات رکود اقتصادی را فراهم خواهد کرد.

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۲۲

در بازار، کالایی که خریداری می‌شود، فرد و یا خانواده از آن استفاده می‌کنند ولی در بخش بهداشت و درمان در قبال یک خدمت جامعه درمان می‌شود؛ در بخش بهداشت و درمان کالا حیاتی است، نه عمومی و در انتخاب خدمت محدودیت وجود دارد و خدمت قابل جایگزین نیست مگر در موارد محدود؛ بسته‌های خدمات بیمه درمان در تعریف چنین توصیف می‌شوند: "مداخلاتی از سرویس عمومی که با بودجه عمومی برای همگان بدون در نظر گرفتن توان مالی آنها توسط دولت ارائه می‌شوند". در یک طبقه‌بندی اولیه می‌توان بسته‌های درمانی را بر این اساس، طبقه‌بندی نمود. سرویس رایگان؛ دولت‌ها مکلف به ارائه آن می‌باشند؛ سرویس با کمترین میزان مشارکت افراد؛ دولت در این مرحله یارانه پرداخت می‌کند (یارانه به بیمه‌های اجتماعی) و خدمات لوکس؛ مشارکت بیشتر افراد در پرداخت هزینه‌ها (مکمل). بر این اساس، بیمه درمان مکمل را می‌توان چنین گروه بندی کرد:

۱. پوششی جایگزین است که در غیر این صورت باید توسط دولت در دسترس قرار داده شود (بیمه درمان جایگزین)؛
۲. پوشش کمکی برای خدماتی است که توسط دولت حذف شده یا کاملاً پوشش داده نمی‌شود (بیمه درمان مازاد)
۳. پوشش تکمیلی به منظور دسترسی سریع‌تر و افزایش انتخاب مشتری (بیمه درمان تکمیلی)؛
۴. بیمه‌های درمان مکمل برای همه گروه‌ها آزادند و برخی از اشکال آنها در دسترس هر عضوی می‌باشد؛ اما نوع جایگزین، به گروه‌های جمعیتی خاص و به تعداد معدودی از اعضا محدود می‌گردد. آن معمولاً توسط گروه‌های زیر خریداری می‌شود:

۵. آنهایی که از مشارکت در برخی یا تمام جنبه‌های برنامه بیمه درمان پایه کنار گذاشته می‌شوند. (افراد پردرآمد هلند و مشاغل آزاد در بلژیک و آلمان)
۶. آنهایی که از مشارکت با برنامه بیمه درمان پایه به این دلیل معاف می‌شوند که مجاز به صرفنظر از آن هستند (کارمندان با درآمد بالا و برخی از مشاغل آزاد در استرالیا)
- در طبقه‌بندی دیگر، پوشش خصوصی درمان در اتحادیه اروپا به اشکال زیرانجام می‌شود :

الف : پوشش‌های مکمل

تضمین اضافی را در راستای طرح‌های اساسی و جایگزین تأمین می‌کند که این نوع پوشش در کشورهای آلمانی، بلژیکی، فرانسه، لوکزامبورگ و هلند وجود دارد. این طرح‌ها در درون سیستم‌های مراقبت بهداشتی ملی برای اشخاصی که فاقد پوشش همه جانبه اجباری هستند، نیز برقرار می‌شود به طور مثال در ایرلند این پوشش برای افرادی برقرار می‌شود که درآمدها از حد معینی بالاتر می‌رود یا در دانمارک برای اشخاصی که توانایی انتخاب فراهم کننده مراقبتی خود را دارا هستند، برقرار می‌شود.

ب : پوشش‌های ثانویه

در واقع این پوشش، ثانویه به پوشش‌های اساسی است. با این تصور که بتواند آزادی انتخاب بین گزینه‌های مختلف را شامل دسترسی به خدمات مراقبتی بهداشتی خصوصی که در سیستم دولتی وجود ندارد، فراهم نماید. “انجمن مزایای دو جانبه انگلیس” برای کارکنان خدمات شهری و کارکنان پست و ارتباطات از راه دور، زمانی که “طب ملی” به

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۲۵

علت لیست انتظار طولانی نتواند نیازهای درمانی اعضا را برآورده سازد، در بیمارستانهای ملکی متعلق بخود یا مؤسسات طرف قرارداد اقدام به درمان اعضا می‌کند. و بنابراین این روش مختص کشورهایی است که در آن طب ملی وجود دارد مانند انگلستان، دانمارک، سوئد، هلند، ایتالیا و پرتغال، اسپانیا و یونان. تمامی موارد پیش گفت، در این طرح در کشور هلند وجود دارد مضافاً بر اینکه بیمار حق انتخاب دارد و می‌تواند از این گونه خدمات از طریق طرحهای اجتماعی یا خصوصی برخوردار شود.

ج : پوشش‌های جایگزین یا موازی

پوشش جایگزین یا موازی خصوصی امکان انتخاب خارج از سیستم عمومی را به افراد می‌دهد، به گونه‌ای که آنان با انتخاب این نوع پوشش معاف از پرداخت حق مشارکت به سیستم عمومی شده و حق استفاده از مزایای سیستم عمومی را نخواهند داشت. در صورتی که فرد این گزینه را انتخاب نماید، کلیه حقوق وی از سیستم عمومی ارایه خدمات سلب می‌شود. این روش در کشورهای آلمان و هلند وجود داشته و ضوابط برقراری این پوشش داشتن سقف درآمدی خاصی است که در بالاتر از آن سقف، بعضی گروههای اجتماعی حرفه‌ای می‌توانند از طرحهای بیمه‌ای خصوصی استفاده نمایند. پوشش جایگزینی در بعضی از کشورها مانند بلژیک برای کارگران خویش فرما نیز برقرار می‌شود که تمایل به برخورداری از پوشش طرحهای عمومی ندارند. در دهه نود مقرر شد کشورهای که قصد ورود به اتحادیه اروپا را دارند بایستی دارای یک سیستم بیمه اجتماعی باشند و بنابراین علاوه بر اینکه دورنمای طرحهای بیمه‌ای اساسی خود را شفاف نمایند، بایستی چگونگی استقرار طرحهای مکمل را نیز ارایه دهند. کشور لهستان پوشش اجتماعی خود را در سال ۱۹۹۹ برقرار نمود، ولی تعداد زیادی از فراهم‌کنندگان خدمات از ارایه مراقبت‌ها به بیماران به دلیل منابع ناکافی صندوق "بیمه‌های سلامت" اجباری خودداری

می‌کنند. در نتیجه سیستم‌های بیمه‌ای مکمل فارغ از مشکلات مربوط به محدودیت‌های نظام بودجه‌ای مربوط به بیمه‌های اجتماعی هستند و بنابراین قانون این اجازه را داده است که سیستم "انجمن‌های مزایای دو جانبه" برای خدمات دندانپزشکی و چشم پزشکی ایجاد شود؛ تاکید شده است که عضویت در این صندوق‌ها در یک دوره سه ساله اجباری خواهد بود و بعد از آن شرکت‌های بیمه بازرگانی در خصوص ارائه این گونه خدمات، می‌توانند با صندوق‌های منطقه‌ای رقابت نمایند. در مجارستان اولین شرکت بیمه‌ای مراقبت‌های بهداشتی درمانی مکمل توسط کارکنان صندوق بیمه سلامت ملی ایجاد شد ولی به طور کلی انجمن مزایای دو جانبه در این کشور محدود به فعالیت‌هایی می‌شود که سلامت را تشویق و در مقوله پیشگیری از بیماری و حفظ سلامت کار می‌کنند. کشورهای اسلونی، چک و اسلواکی پوشش مناسبی را برای مراقبت‌های اساسی دارند و بیماران در هزینه درمان‌های دندان، چشم پزشکی و دارو مشارکت می‌کنند. در نتیجه بیمه‌گران خصوصی بهداشت و درمان به اشکال مختلف با سیستم‌های عمومی و اجباری که تأمین منابع برای خدمات بهداشتی و کالاهای پزشکی را عهده دار هستند، یکی از مکانیزم‌های تأمین دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با کیفیت بالا می‌باشند. در طی ۲۰ سال اخیر تقاضا برای بیمه درمان مکمل در چندین عضو با ازدیاد بیمه نامه‌های خریداری شده توسط گروه‌ها (معمولاً کارفرمایان به عنوان یک سود اضافی برای کارمندانشان) بیشتر شده است. سطح راکد یا نزولی تقاضای افراد برای بیمه، سازمانهای بیمه‌گر را برای اتکا به فروش‌های گران‌تر به گروه‌ها تحت فشار قراردادده است. بیمه نامه‌های گروهی در طی دهه ۱۹۹۰ مشارکت فزاینده‌ای از بازار بیمه درمان مکمل را در بسیاری از اعضاء به دست آوردند و اخیراً تقریباً کلیه بیمه نامه‌های بیمه درمان مکمل موجود در سوئد، ایرلند، پرتغال، یونان، انگلستان و بیش از نیمی از کل بیمه نامه‌ها در هلند و در حدود نیمی از کل بیمه نامه‌ها در

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۲۷

فرانسه را تشکیل می‌دهند. معمولاً بیمه‌نامه‌های گروهی از حق بیمه درجه بندی شده گروهی، کاهش قیمت‌ها و موقعیت‌های سیاسی با قاطعیت کمتر سود می‌برند. نرخ بیمه‌نامه‌های گروهی نیز با سرعت کمتری افزایش یافته است تا نرخ بیمه‌نامه‌های فردی. انتظار می‌رفت تا چارچوبی برای بازاری مجزا جهت بیمه درمان مکمل توسط دستور سوم بیمه غیرعمر در سال ۱۹۹۴ پایه‌ریزی شود تا رقابت بین بیمه‌گران را افزایش دهد و منجر به آزادی انتخاب بیشتر و نرخ‌های ارزان‌تر برای مشتریان گردد. اگرچه به نظر نمی‌رسد افزایش رقابت، نرخ حق بیمه‌های بیمه درمان مکمل را به خصوص برای بیمه‌نامه‌های خریداری شده افراد، کاهش داده باشد. در واقع نرخ بیمه‌نامه‌های بیمه درمان مکمل فردی، اغلب نسبت به هزینه‌های خدمات سرعت رشد سریعتری داشته است. از سال ۲۰۰۰، سازمان‌های بیمه‌گر پیشنهاد کننده بیمه درمان مکمل جایگزین در آلمان، نیازمند قانونی شده‌اند تا مشترکین بالقوه را از احتمال و اهمیت افزایش حق بیمه‌ها مطلع سازند. ناظرین رقابت در انگلستان از سازمان‌های بیمه‌گر درخواست کرده‌اند تا همین کار را انجام دهند، و نیز پیشنهاد داده‌اند، نمودارهایی را منتشر کنند که میزان افزایش حق بیمه‌ها در سال‌های گذشته را به متقاضیان نشان دهد. برخی از مفسرین صنعت، پیش‌بینی کرده‌اند که رشد آتی بازار بیمه درمان مکمل، بیشتر در جهت افزایش قیمت‌ها باشد تا افزایش پوشش جمعیت.

اگرچه تنوع محصول می‌تواند مشتریان، را از مزایایی همچون افزایش محدوده محصولات در دسترس و فراهم سازی محصولاتی که نیازهای آنان را مرتفع می‌سازد، بهره‌مند کند. اما از آن می‌توان برای تقسیم بازار و فراهم سازی فرصت بیشتر برای سازمان‌های بیمه‌گر جهت تشخیص خطرات «خوب» و «بد» نیز استفاده نمود. به هر حال، وجود محصولات بیمه‌ای متعدد ممکن است از رقابت قیمت بکاهد، مگر اینکه با ارائه اطلاعاتی مناسب، به مشتریان این اجازه را بدهد تا آنها محصولات را از نظر ارزش مالی

مقایسه کنند. در حال حاضر مشتریان اتحادیه اروپا در بسیاری از اعضا حق انتخاب بیشتری در محصولات بیمه درمان مکمل دارند، اما مشخص نیست که چنین حق انتخابی همیشه مزایایی به دنبال داشته باشد. مدارکی از چندین (کشور) عضو، اشاره به این دارند که ممکن است مشتریان به اطلاعات قابل قیاس راجع به بیمه درمان مکمل، دسترسی مناسبی نداشته باشند. و این می‌تواند منجر به ضرر مشتری گردد. ناظرین رقابت انگلستان و انجمن مشتریان در برخی کشورهای عضو به این نکته توجه داشته‌اند که مشتریان به آسانی می‌توانند با محصولات متعدد بیمه درمان مکمل سردرگم شوند و بنابراین ممکن است بیمه‌نامه‌های نامناسبی را خریداری کنند.

عدم توازن اطلاعات بین سازمانهای بیمه‌گر و مشتریان که ناشی از ازدیاد، متفاوت بودن و پیچیدگی محصولات بیمه درمان مکمل است، می‌تواند با ارائه بسته‌های خدمت، تعهد سازمان‌های بیمه‌گر برای آگاه‌سازی مشتریان از آزادی انتخاب و منابع قابل دسترس اطلاعات پیرامون قیمت، کیفیت و موقعیت‌های محصولات بیمه درمان مکمل، تعدیل شود؛ اگرچه که ممکن است در صورت کنترل نکردن خدمات، سازمان‌های بیمه‌گر انگیزه کمتری در کاهش سردرگمی مشتریان داشته باشند. در انگلستان در اواخر سال ۲۰۰۱، دولت اعلام کرد که مزایده‌های بیمه عمومی (از جمله مزایده بیمه درمان مکمل) باید تحت مقررات قانونی مقامات خدمات مالی صورت بگیرند. دولت بیان داشت که مقررات قانونی بیمه عمومی باید «برای شکوفایی در این حیطه به رقابت صحیح کمک کند، زیرا آن باید به اصلاح ناهماهنگی اطلاعاتی کمک کند که در حال حاضر برای مشتری وجود دارد».

دسترسی به بیمه درمان مکمل در برخی اعضا موجب نگرانی سیاستگذاران گردیده است. در سال‌های اخیر دولت‌های آلمان، هلند، و با وسعتی کمتر، بلژیک برای بیمه درمان

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۲۹

مکمل جایگزین، مداخلات بسیاری در بازار داشته‌اند تا از دسترسی اقشار کم درآمد، افراد با وضعیت‌های از پیش موجود و سالمند، به سطوح پوشش بیمه درمان مکمل کافی و در حد استطاعت آنان اطمینان حاصل کنند. دولت‌های آلمان و هلند نیز برای پیشگیری با پرداختن به نتایج انتخاب ریسک بین برنامه‌های بیمه درمان پایه و مکمل مداخلاتی انجام داده‌اند.

دولت‌های دیگر نیز برای افزایش دسترسی به بیمه درمان مکمل اقداماتی انجام داده‌اند، از سال ۲۰۰۰ قانون پوشش بیمه درمان پایه فرانسه، این امکان را فراهم ساخت تا افرادی که از هیچ بیمه درمانی سود نمی‌برند، تحت پوشش یک برنامه بیمه درمان پایه، قرار گیرند. قانون پوشش، بیمه درمان مکمل رایگانی نیز برای اقشار کم درآمد فراهم می‌ساخت. دولت ایرلند سازمان‌های بیمه‌گر را ملزم به انجام ثبت نام رایگان پوشش درازمدت، حق بیمه‌های درجه بندی شده اجتماعی، دوره‌های انتظار طولانی و حداقل سطح مزایا نمود. این قانون سازمان‌های بیمه‌گر را نیز به سیستمی از تنظیم ریسک از طریق یک برنامه همسان سازی ریسک ملزم می‌سازد. سازمان‌های بیمه‌گر سوئد به طور داوطلبانه توافق کرده‌اند که از درخواست اطلاعات درباره تاریخچه خانوادگی^۱ بیماری اجتناب کنند که به نوعی اطلاعات عمومی مورد نیاز سازمان‌های بیمه‌گر در چندین عضو می‌باشد. آزمایش ژنتیک برای اهداف بیمه درمان ممکن است برای بیمه درمان مکمل در آینده مساله باشد و بنابراین نیاز به گفتمان بیشتری در سطوح اتحادیه اروپا دارد.

وجود بیمه درمان مکمل می‌تواند مانعی برای دسترسی به سیستم بیمه درمان پایه برای برخی از افراد و گروه‌ها محسوب گردد، چرا که ممکن است مشکلاتی در تخصیص منابع ایجاد کند. این امر به نظر می‌رسد، بیشتر در جایی حادث شود که مرزهای بین خدمات

1 Family history

درمان پایه و مکمل به طور شفاف تعریف نشده است، خصوصاً اگر خدمات محدود به ارائه دهندگان بخش دولتی و خصوصی شود. با اینکه تحقیقات اندکی پیرامون این مساله صورت گرفته است، مدرکی دال بر این وجود دارد که بیمه درمان مکمل، در برخی موارد نابرابری‌های موجود در دسترسی به خدمات درمانی را ایجاد یا تشدید می‌کند. سیاستگذاران باید توجه بیشتری به همسانی (و کارایی) وضعیت موجود بیمه درمان مکمل با سیستم بیمه درمان پایه معطوف کنند، بخصوص وقتی که گسترش بازارهای بیمه درمان مکمل مدنظر باشد.

به نظرمی رسد تبعیت بیمه درمان مکمل، از اصل نقل و انتقالات رایگان افراد در اتحادیه اروپا بستگی به وسعت مزایای فراهم شده توسط بیمه درمان مکمل دارد. اگر سازمان‌های بیمه‌گر نخواهند که خدمات درمانی عضو دیگری را پوشش دهند و اگر افرادی که به عضو دیگری برای کار یا زیستن نقل و انتقال می‌کنند، قادر به برخورداری از پوشش به همان صورتی که قبلاً در کشور خود دریافت می‌کردند نباشند، نقل و انتقالات محدود می‌شوند. قابلیت انتقال مزایا ممکن است با اختلاف در فواصل پوشش محدود شود. برخی از سازمان‌های بیمه‌گر درصدد پوشش مشتریانی هستند که به طور عادی از مرزهای ملی سفر می‌کنند، اما در حال حاضر نقش بیمه درمان مکمل در پوشش ارائه خدمات درمانی در آن سوی مرزها بی‌نهایت کم است.

حتی اگر سازمان‌های بیمه‌گر برای گسترش پوشش خدمات بیمه درمان مکمل و پوشش هزینه‌های آن در عضو دیگری آماده شوند، به نظر می‌رسد گسترش پوشش، هزینه اضافی نیاز داشته باشد. برخی از مشتریان ممکن است برای همان سطح پوشش حق بیمه بالاتری بپردازند. مشکلات دخیل در استفاده از پوشش بیمه درمان مکمل در عضو میزبان شامل موانع غیرقانونی چون زبان، اطلاعات و ناآشنایی (که ممکن است علتی برای این

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۳۱

مساله باشد) و میزانی که با متقاضیان به عنوان خطرات جدید رفتار می‌شود، می‌باشد و بنابراین منجر به حق بیمه بالاتر، حذف هر وضعیت از پیش موجود و دوره‌های انتظار اجباری می‌گردد. این عوامل ممکن است به افراد در تمام سنین لطمه وارد سازد، اما به نظر می‌رسد آنها مهمترین مانع برای سالمندان باشند.

عواملی چون سالمند شدن جمعیت، هزینه بالای تکنولوژی جدید و افزایش انتظارات عمومی، تقاضا برای خدمات درمانی را افزایش خواهد داد و منجر به ازدیاد هزینه‌های خدمات درمانی بیش از حد و توان مشتریان برای پرداخت آن می‌شود (بخصوص از خلال اموال جمع آوری شده نظیر مالیات یا بیمه اجتماعی)، در نتیجه، دولت‌ها ممکن است در درازمدت قادر به فراهم سازی سطوح مطلوب خدمات درمانی برای کل جمعیت نباشند و مشتریان بسته به اعمال تغییر در تامین بودجه خدمات درمانی مورد نیازشان، تحت فشار قرار گیرند. در چنین موقعیتی، فرصت مهمی برای بیمه درمان مکمل باید وجود داشته باشد تا نقش عمده تری در تامین بودجه خدمات درمانی ایفا کند.

اگرچه، مطالعات اخیر نشان داده‌اند که به نظر نمی‌رسد سالمند شدن جمعیت فشار مهمی بر هزینه‌های خدمات درمانی در آینده اعمال کند. افزایش مورد انتظار تعداد سالمندان، بخصوص «افراد سالمند»، ممکن است بر هزینه‌های خدمات درمانی در آینده تاثیر داشته باشند، اما بیشتر بر هزینه‌های خدمات درازمدت تاثیر می‌گذارند (که از حوصله این بحث خارج است). تاثیر تکنولوژی جدید بر هزینه‌های خدمات درمانی روشن نیست و نمی‌تواند به عنوان یک پیش‌بینی کننده صحیح هزینه‌های آتی خدمات درمانی مورد استفاده قرار بگیرد. انتظارات عمومی ممکن است تقاضا برای خدمات درمانی را بالا ببرد. اما نمی‌توان به طور مستدل و منطقی فرض کرد که توانایی یک کشور برای حفظ سطح هزینه‌های خدمات درمانی با بیشتر شدن پول دریافتی از منبع تامین بودجه بیمه درمان

مکمل به جای روش‌های دیگر (مالیات یا بیمه اجتماعی) افزایش داده می‌شود. در این خصوص، توجه به این نکته مهم است که اگرچه در ایالات متحده خدمات درمانی عمدتاً از طریق بیمه درمان خصوصی فراهم می‌شوند، سطح هزینه‌های دولتی خدمات درمانی در آنجا هنگفت است. سطح کل هزینه‌های خدمات درمانی (به عنوان نسبتی از درآمد ناخالص ملی) بالاتر از هر عضو اتحادیه اروپا است و نسبت حائز اهمیتی از جمعیت ایالات متحده با هیچ نوعی از بیمه‌های درمانی پوشش داده نمی‌شوند. بنابراین گسترش بیمه درمان مکمل به طور خودکار منجر به کاسته شدن از سطوح هزینه‌های دولتی در خدمت درمانی یا افزایش سطوح خدمات خواهد شد.

سه انتخاب آزاد برای سیاستگذاران اتحادیه اروپا ممکن است در گسترش آتی بازارهای بیمه درمان مکمل در اعضای مختلف وجود داشته باشند:

الف: مجاز کردن بیشتر افراد به صرف نظر کردن از بیمه درمان پایه؛

ب: حذف بیشتر خدمات درمانی خاص از پوشش قانونی (از طریق سهمیه بندی آشکار یا غیر آشکار)

ج: معرفی یا افزایش مشوق‌های مالیاتی برای خرید بیمه درمان مکمل.

اجازه دادن به افراد برای چشم پوشی از خدمات به نظر نمی‌رسد در اتحادیه اروپا روند روبه رشدی داشته باشد. در جاییکه به اقشار پردرآمد حق انصراف داده می‌شود (مانند آلمان)، افراد بسیاری از برنامه قانونی بیمه درمانی صرف نظر می‌کنند. در دولت‌های بلژیک و هلند، که برخی از افراد از پوشش پایه کنار گذاشته می‌شوند. به طور همزمان امکان گسترش بیمه درمان پایه برای کل جمعیت لحاظ می‌شود.

کاهش محسوس پوشش برخی از خدمات درمانی پایه می‌تواند تقاضا برای بیمه درمان مکمل را بالا ببرد. اگرچه، با افزایش تقاضا برای بیمه درمان مکمل، ممکن است

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۳۳

مرتفع نشود همانطور که پوشش هزینه پرداخت‌های کمکی یا خدمات خارج شده از تعهد بیمه درمان مکمل ممکن است سودآفرینی کمتری برای سازمان‌های بیمه‌ای به همراه داشته باشد. در واقع بیمه درمان مکمل ممکن است فقط قادر به مرتفع سازی تقاضا در جایی باشد که ظرفیت بخش خصوصی مناسب باشد.

در حال حاضر سه رویکرد بیمه مازاد وجود دارد:

- بیمه هزینه‌های مازادی که بیمه پایه پوشش نمی‌دهد مانند اتاق خصوصی، مبلمان، تلفن اختصاصی و...
- بیمه تکمیلی (تعهد پرداخت هزینه خدماتی که در پوشش بیمه پایه نیست)،
- بیمه جایگزین (خروج از بیمه پایه ضمن پرداخت سهم اجتماعی برای برقراری یارانه متقاطع، در خصوص افرادی که درآمدشان از سطح معینی بالاتر است مانند پورسانتاژ کافی)

در شرایط حاضر بدون توجه به اصول اساسی بیمه‌های تکمیلی، خدمات مشابه با قیمت‌های بالاتر توسط بیمه‌های بازرگانی خریداری می‌شود. بیمه‌های مکمل درمانی به اشکال مختلفی توسط بخش‌های خصوصی در قالب شرکت‌های بیمه بازرگانی و یا صندوق‌های بیمه‌ای مستقل ارائه می‌شوند. این بیمه‌های بصورت موازی و یا جایگزین بیمه‌های درمان پایه، بصورت تکمیل کننده خدمات بیمه‌های پایه و یا بعنوان مازاد تعرفه درمانی برای جبران هزینه‌های مازاد تعرفه‌های بخش دولتی در جامعه ارائه می‌شوند.

در سال‌های اخیر افزایش شیب نمودار هزینه‌های بخش درمان نسبت به تولید ناخالص داخلی GDP و عدم دسترسی کافی بسیاری از مردم کشور به امکانات درمانی بهینه و همچنین عدم پوشش برخی هزینه‌های درمانی توسط بیمه‌گران درمان پایه، ضرورت ارائه الگوئی جدید برای ارائه بیمه‌های درمان مکمل را بعنوان یکی از روش‌های ارتقاء سطح

بیمه‌های درمان مطرح می‌سازد. این در حالی است که هزینه‌های سلامت در کشورهای سازمان توسعه همکاری‌های اقتصادی، بطور متوسط بیش از ۸ درصد تولید ناخالص داخلی را تشکیل می‌دهد که البته این سهم نیز در حال افزایش است. در حدود یک سوم (۱/۳) کشورهای عضو OECD، حداقل ۳۰ درصد جمعیت از یک بیمه خصوصی سلامت بهره‌مند هستند. بیمه‌های درمان خصوصی و مکمل نقش‌های مختلفی را در نظام سلامت یک جامعه ایفا می‌نمایند. دامنه این پوشش‌های مکمل درمانی از پوشش‌های اولیه درمانی و پایه تا خدمات تخصصی و خاص و حتی نقش‌های حمایتی برای سیستم‌های عمومی را شامل می‌شود. در برخی کشورها بیمه‌های خصوصی درمان دارای اهمیت چندانی نمی‌باشند، اما در برخی کشورهای دیگر، بعنوان مکملی برای تامین منابع مالی سلامت محسوب می‌شوند. عدم وجود زیر ساخت‌های مناسب قانونی در بهره‌گیری نظام ارائه خدمات درمانی در بخش دولتی همزمان با ارتقاء کیفیت خدمات و تجهیزات با تاسیس بخش‌های VIP از سیستم‌های بیمه‌های مکمل و مازاد درمان یا جایگزین و موازی شرکت‌های بیمه بازرگانی، موجب افزایش تقاضای دریافت خدمات درمانی توسط بخش خصوصی همزمان با تامین منابع مالی از طریق بیمه‌های مکمل بازرگانی شده است.

در صورتی که هدف وجودی بیمه‌های درمان تکمیلی افزایش دسترسی بیمه‌شدگان به امکانات درمانی با کیفیت بخش درمان با توجه به پتانسیل بخش خصوصی و تکامل خدمات و تعهدات بیمه‌های درمان پایه برای افزایش رضایت بیمه‌شدگان و استفاده بهتر و سهل‌تر از فناوری‌های متری درمانی رقابتی با تاکید و مشارکت بیمه‌شدگان در تامین منابع مالی تلقی گردد، بنابراین لازم است با شناخت دقیق مرزهای بین تعهدات بیمه‌های درمان پایه و مکمل الگویی بر مبنای محاسبات فنی و دقیق آماری برای طراحی و توسعه بیمه‌های مکمل درمان توسط بیمه‌گران پایه و بازرگانی ارائه نمود. شاخص‌های اساسی در طراحی و

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۳۵

ارائه این الگوشامل نحوه مدیریت و ساختار ارائه خدمات بیمه‌های مکمل درمان، مبانی پوشش جمعیت با توجه به نوع و میزان دسترسی، معیارهای تعیین حق بیمه با توجه به نوع و میزان دریافت خدمات، بررسی روش‌های پرداخت به ارائه دهندگان خدمات و نحوه نظارت، ارزیابی ریسک و استانداردهای گزارش دهی مکانیزه می‌باشد.

از جمله مسائل اساسی که در طراحی الگوی بهینه بیمه‌های مکمل در ایران مد نظر

می‌باشد عبارتند از نقش بیمه‌های مکمل در:

- افزایش کارایی نظام‌های ارائه مراقبت‌های درمانی
- ارتقاء عملکرد نظام‌های بیمه پایه درمانی
- ارتقاء مراقبت‌های با کیفیت درمان در سایه تامین منابع مالی بموقع و متناسب با نرخ خدمات
- کاهش تبعیض و تضییع عدالت در سلامت
- تغییر مسیر هزینه‌های بخش دولتی به بخش خصوصی و کاهش وابستگی به بودجه مستقیم دولتی
- کاهش فشار هزینه‌های درمان بر روی بیمه‌شدگان
- افزایش دسترسی به مراقبت‌ها و پوشش‌های مختلف درمانی
- افزایش حق انتخاب بیمه‌شدگان در نوع و مکان خدمات درمانی
- نحوه ارائه بیمه مکمل بصورت موازی، تکمیلی و یا مازاد و بررسی میزان اثر بخشی آن در ارتقاء نظام‌های درمانی
- موانع قانونی در گسترش بیمه‌های مکمل درمانی
- کاهش سهم بیماران در هزینه‌های درمانی

بسترهای قانونی موجود برای اجرای بیمه‌های درمان جامع انفرادی

وضعیت بیمه درمانی در ایران

در اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران آمده است: "برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی، مراقبتهای پزشکی بصورت بیمه و غیره حقی است همگانی و دولت مکلف است طبق قانون از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای تک تک افراد کشور تامین نماید."

در صورتی که بیمه‌های مکمل را نوعی مشارکت مردم با توجه به قوانین موجود در نظام تامین مالی سلامت تلقی نمائیم، بنابراین تمامی قوانین محدود کننده گسترش اینگونه بیمه‌ها مغایر با اصول قانون اساسی محسوب می‌گردد.

در رهنمودهای مقام معظم رهبری برای تدوین برنامه پنجم توسعه، تاسیس صندوق‌های رقابتی در کلیه عرصه‌های خدمات تامین اجتماعی نیز مد نظر قرار گرفته شده است.

گسترش پوشش جمعیتی بیمه درمان در ایران بر مبنای ملیت، وضعیت شغلی افراد و حمایت شکل گرفته است. بر این مبنای جمعیت کشور به قشرها و گروههای جداگانه‌ای تقسیم شده و هر کدام جداگانه و از طریق قوانین یا مقررات خاص، تحت پوشش بیمه درمان قرار گرفته‌اند. مهمترین این قشرها را کارگران، کارکنان دولت، کارکنان نیروهای مسلح و خویش فرمایان تشکیل می‌دهند. در کنار این گروهها، از روستاییان به طور جداگانه نام برده شده است که منظور از آن کارگران و خویش فرمایان شاغل در نقاط روستایی هستند. از دیگر گروههای اجتماعی که در قوانین و مقررات از آنها نام برده شده

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۳۷

است ولی با گروه‌های دیگر هم پوشانی دارند، می‌توان نیازمندان، ایثارگران، دانشجویان، طلاب، خانواده‌های شهدا و تحت عنوان سایر اقشار را نام برد. قشرها و گروه‌های ذکر شده بوسیله سازمان‌های بیمه‌گر اصلی کشور تحت پوشش قرار گرفته‌اند، این سازمانها عبارتند از: سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح، علاوه بر این کمیته امداد امام خمینی (ره) به عنوان یک نهاد حمایتی، پوشش بیمه‌ای جمعیتی نیازمندان کشور را به عهده دارد. لازم به ذکر است به دلیل شکاف قانونی موجود در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی که کلیه شرکتهای بیمه‌ای را مجاز دانسته است تا با رعایت حق سرانه مصوب در امور بیمه خدمات درمانی گروه‌های مختلف همکاری، مشارکت و فعالیت نماید، گروه‌های کمی از جمعیت کشور از نظر پوشش بیمه‌ای پایه، تحت پوشش شرکت‌های بیمه‌ای بازرگانی قرار دارند. در ایران به استناد اصل بیست و نهم قانون اساسی، تأمین اجتماعی از وظایف دولت بوده و کلیه اقشار برای دریافت خدمات تأمین اجتماعی از حقوق مساوی برخوردار هستند. درآمد صندوق‌های بیمه از محل حق بیمه‌های پرداختی و کمک‌های دولتی و در مورد اقشار نیازمند توسط یارانه دولت صورت می‌پذیرد. در خصوص سازمان تأمین اجتماعی دولت ۳٪ حقوق افراد تحت پوشش را کمک می‌کند. در این قسمت وضعیت بیمه درمان ایران بر اساس سازمانهای مسئول امر به طور تفصیلی بیان می‌گردد.

اتصال تأمین اجتماعی به دولت دوام و ثباتی را در پوشش بیمه‌ای آن ایجاد کرده است، که این موضوع نیز به نوبه خود موجب استمرار پوشش جمعیتی و پایداری منابع مالی آن شده است. شاید بتوان دو نارسایی عمده بیمه درمانی بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی را در پوشش ندادن به قشر اندکی از جمعیت هدف به دلیل عدم تبعیت برخی از کارفرمایان از قانون و نارضایتی بیمه‌شدگان از کیفیت خدمات درمانی تحت پوشش بیمه به دلیل شکاف

موجود بین کیفیت خدمات در بخش دولتی و خصوصی، ورود به تکنولوژی‌های جدید و مهمتر از همه تغییر نگرش بیمه‌ای و حرکت به سمت بیمه درمانی دانست.

به طور کلی امور بیمه‌گری خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی در دو بخش جداگانه موسوم به بیمه‌ای و درمانی انجام می‌گیرد. بخش بیمه‌ای، مسئولیت پوشش بیمه‌ای و وصول درآمدها را به عهده دارد و بخش درمان، خدمات درمانی مورد نیاز به بیمه‌شدگان را به صورت مستقیم و غیرمستقیم تأمین مینماید. بر مبنای ماده ۵۴ قانون تأمین اجتماعی بیمه‌شدگان و افراد خانواده آنها از زمانی که در پوشش خدمات درمانی قرار می‌گیرند، در صورت مصدوم شدن بر اثر حوادث یا ابتلا به بیماری می‌توانند از خدمات پزشکی استفاده نمایند. سطح تعهدات و مزایا در قانون تأمین اجتماعی به ویژه در بعد درمان، بسیار وسیع در نظر گرفته شده است. به طوری که شامل «کلیه اقدامات درمانی سرپائی، بیمارستانی، تحویل داروهای لازم و انجام آزمایشات تشخیص طبی می‌باشد». تنها استثنائات موجود مواردی از جمله مؤسسات جراحی زیبایی، پیوند دست، پا و انگشتان (به استثنای موارد اورژانس پیوند قلب، مغز استخوان و کبد، تعویض مفاصل (به استثنای موارد عفونت و شکستگی‌ها) و اسکولیوز (هر چند که درمان‌های پیشگیری کننده و اسکولیوز و تغییرات مفاصل هنگام رشد جزو بیمه خدمات درمانی است) کاشت حلزون شنوایی و اسفننگتر مصنوعی مثانه، خدمات اعمال نازایی مردان به جز مواردی که به عهده کارفرماست، می‌باشند. (قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، ماده ۱۷). این تعهدات برای تمامی بیمه‌شدگان تحت پوشش قوانین و سازمان‌های مختلف یکسان تعریف شده است و همه نیازهای پایه را دربر می‌گیرد. استثنائات ذکر شده معمولاً تحت پوشش بیمه‌های مکمل قرار گرفته است که بوسیله شرکت‌های بیمه بازرگانی به صورت مکمل جبران شده است و بهره‌گیری بیمه‌شدگان از این بیمه مستلزم عقد قرارداد انفرادی و یا گروهی و پرداخت حق

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۳۹

بیمه جداگانه است. منابع درآمدی سازمان را حق بیمه‌ها، درآمدهای حاصل از وجود و ذخائر و اموال سازمان، وجوه حاصل از خسارات و جریمه‌های نقدی مقرر در قانون و کمک‌هدایا تشکیل می‌دهد. در این میان مهمترین منبع درآمدی سازمان را حق بیمه‌ها تشکیل می‌دهند. به طور کلی حق بیمه پرداختی به سازمان که بر مبنای درآمد فرد است، ۳۰ درصد مزد و حقوق ماهیانه بیمه‌شده است. از این مقدار، ۷ درصد از مزد و حقوق بیمه‌شده کسر می‌شود، ۲۰ درصد کارفرما و ۳ درصد باقیمانده سهم دولت است که به صورت یکجا در قالب بودجه‌های سالانه دولت به سازمان تأمین اجتماعی اختصاص داده می‌شود (قانون تأمین اجتماعی، ماده ۲۸). علاوه بر این به موجب ماده ۵ قانون بیمه بیکاری ۳ درصد به سهم کارفرما افزوده شده و کارفرما جمعاً ۲۳ درصد پرداخت می‌نماید (قانون بیمه بیکاری مصوبه ۱۳۶۹/۶/۲۶، ماده ۵).

سازمان بیمه خدمات درمانی بر مبنای ماده ۵ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی به منظور تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستائیان و سایر گروه‌های اجتماعی تشکیل گردیده است و به صورت شرکت دولتی اداره می‌گردد (قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، ماده ۵). پوشش بیمه درمانی کارکنان دولت به سازمان بیمه خدمات درمانی و پوشش بازنشستگی و از کارافتادگی و فوت مشمول قانون استخدام کشوری بوده و به سازمان بازنشستگی کشوری واگذار شده است (قانون استخدام کشوری، ماده ۷۰). همانطور که ذکر شد سازمان بیمه خدمات درمانی متولی اجرای بیمه درمان روستائیان است و این سازمان بر مبنای تبصره ۵ ماده ۵ برای روستائیان صندوق جداگانه‌ای تشکیل داده است. سازمان بیمه خدمات درمانی برای پوشش کامل روستائیان برنامه‌های متعددی را به اجرا درآورده است. از جمله این برنامه‌ها عقد قرارداد همکاری با شبکه‌های بهداشتی و درمانی روستاها، بانک کشاورزی، جهاد

سازندگی و سازمان امور عشایری نیروی مقاومت بسیج برای ثبت نام از روستائیان و پوشش بیمه ای آنها بوده است. گسترده ترین برنامه اجرا شده در این زمینه، طرح بسیج بیمه درمانی روستائیان و عشایر کشور بود که در سال ۱۳۷۶ با همکاری مشترک سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان مدیریت و برنامه ریزی، مرکز آمار ایران، سازمان ثبت احوال کشور، شرکت پست جمهوری اسلامی ایران و نیروی مقاومت بسیج به اجرا درآمد و برای اجرای آن کارت بیمه درمانی رایگان در اختیار تمام روستائیان قرار گرفت. با توجه به اجباری بودن پوشش بیمه ای کارکنان دولت، از بعد پوشش جمعیتی سازمان بیمه خدمات درمانی مشکلی ندارد، ولی اگر از منظر تأمین منابع مالی به این موضوع بنگریم، بیمه درمانی کارکنان دولت از نظر مالی کلاً وابسته به کمک های دولت است. و از نظر تأمین منابع مالی بیمه درمان روستائیان کاملاً وابسته به کمک های دولت است. تأمین اعتبار برای سازمان بیمه خدمات درمانی بر مبنای گزارش عملیاتی و هزینه ای سازمان در سال قبل شکل می گیرد. این موضوع به نوبه خود ضمن تشویق سازمان بیمه گر به تولید هزینه و بیشتر جلوه دادن هزینه های واقعی، انگیزه کافی را برای سازمان بیمه گر به منظور کنترل هزینه ها ایجاد نمی کند. توجه به نرخ تعرفه ها در بخش بهداشت و درمان و محاسبه هزینه ای بر مبنای سال قبل عملاً موضوع رشد بیشتر هزینه کالای پزشکی و لحاظ نکردن نرخ تورم در کالاهای پزشکی در جهت افزایش قیمت سالیانه آنها را نشان می دهد، که خود بر مشکلات مالی سازمان بیمه خدمات درمانی می افزاید. اجرای این برنامه به طور سراسری به وسیله اعضای نیروی مقاومت بسیج اجرا شد و بدین ترتیب بیش از ۲۵ میلیون روستایی کارت بیمه درمان دریافت کردند. گروه ها و صندوق های برشمرده در قانون به شرح زیر است:

- صندوق بیمه کارکنان دولت
- صندوق بیمه روستائیان

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۴۱

- صندوق بیمه سایر اقشار شامل اقشار آسیب‌پذیر-دانشجویان-طلاب
- صندوق بیمه خویش فرمایان

متعاقباً در دستورالعمل اجرایی تبصره ۱ ماده ۱۴ قانون فوق‌الذکر تشخیص اقشار آسیب‌پذیر به کمیته امداد امام خمینی (ره) واگذار شده است و اجرای آن نیز در اختیار کمیته مزبور می‌باشد. بنابراین اجرای بخشی از قانون از اختیار سازمان خارج و در اختیار کمیته امداد امام خمینی (ره) قرار داده شده است. کلیه گروه‌ها می‌توانند با پرداخت ۲/۹٪ از کل حق بیمه از شرکتهای بیمه دیگر استفاده نمایند که این موضوع نیز باعث لطمه به کلیت سازمان بیمه خدمات درمانی شده است (قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، ماده ۶ و اساسنامه سازمان بیمه خدمات درمانی ۹).

خدمات درمانی در مورد تعهد بیمه درمان در مورد کارکنان دولت، تقریباً همان خدماتی است که در بعد بیمه درمان به کارگران تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی ارائه می‌شود. جز اینکه خدمات جنبی درمان مثل هزینه مسافرت ارائه نمی‌شود، ضمناً به دلیل نداشتن مؤسسات درمانی کلی، خدمات به صورت غیرمستقیم ارائه می‌شود و بیمه‌شده همواره باید فرانشیز را بپردازد. پوشش بیمه‌ای روستائیان با سایر پوشش‌های بیمه‌ای تفاوت‌هایی به شرح زیر دارد:

- ۱- ارایه خدمات درمانی به روستائیان از طریق شبکه‌های بهداشتی درمانی و سیستم ارجاع تعیین شده است (قانون بیمه همگانی، خدمات درمانی، ماده ۱۲).
- ۲- حق بیمه سرانه روستائیان در شروع برنامه ۴۰٪ حق سرانه تعیین شده شهرنشینان در نظر گرفته شده است، درواقع قانونگذار به نوعی اعتبار کمتری را نسبت به شهرنشینان به روستائیان اختصاص داده است.

برخلاف کارگرانی که خدمات درمانی را به صورت مستقیم و غیرمستقیم دریافت می‌دارند، کارکنان دولت کلیه خدمات را به صورت غیرمستقیم و از طریق مراجعه به واحدهای طرف قرارداد سازمان بیمه خدمات درمانی دریافت می‌کنند. بیمه‌شدگان در صورت مراجعه لازم است بین ۲۵-۱۰ درصد فرانشیز را برای خدمات سرپائی و بستری پرداخت نمایند. تا قبل از سال ۱۳۸۱ در صورتی که بیمه‌شدگان در موارد غیر اورژانس به واحدهای غیر طرف قرارداد سازمان بیمه خدمات درمانی مراجعه می‌کردند، مخارج پزشکی بر اساس تعرفه‌های مصوب به بیمه‌شدگان بازپرداخت می‌شد. در سال ۱۳۸۲ بیمه‌شدگان به جز در موارد اورژانس در صورت مراجعه به واحدهای غیر طرف قرارداد، تمامی هزینه‌های درمانی را باید خود پرداخت می‌نمودند. سازمان بیمه خدمات درمانی با قوانین مالی خاص به عنوان شرکت دولتی اداره می‌شود.

بر مبنای ماده ۸ قانون تشکیل وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح، جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۶۸ سازمان تأمین اجتماعی خدمات درمانی نیروهای مسلح در وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح تشکیل شد (اساسنامه سازمان تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران، ماده ۷). تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح و وزارت دفاع و پشتیبانی و سازمان‌های وابسته به آنها اعم از کادر ثابت، پیمانی و اعضای ویژه بسیج، بازنشستگان و عائله تحت تکفل آنها و مستمری بگیران به سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح واگذار شده است. شاید بتوان مهمترین تنگناهای این سازمان را وابستگی مالی آن به دولت عنوان کرد. هرچند که به دلیل ماهیت کاملاً دولتی و وابسته به نظام بودن نیروهای مسلح این کار اجتناب‌ناپذیر است. به هر حال از بعد نظری و اصول بیمه‌ای این امر به عنوان نقطه ضعف تلقی می‌شود. به مانند سازمان‌های تأمین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی، این سازمان خدمات درمانی بستری و

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۴۳

سرپائی را پوشش می‌دهد. هویت دولتی بودن خدمات درمانی نیروهای مسلح، دولتی بودن تأمین‌کننده مالی این سازمان را تأیید می‌کند. بطوری که عمده‌ترین منبع مالی برای سازمان حق بیمه سرانه سهم دولت است.

کمیته امداد امام خمینی (ره) مسئولیت اجرای بیمه درمان نیازمندان را به عهده دارد. هرچند که هویت سازمانی کمیته امداد و هویت خدماتی که ارائه می‌دهد، بیش از آن که به پوشش بیمه‌ای شبیه باشد به حمایت‌های اجتماعی شبیه است. با این وجود پوشش بیمه‌ای نیازمندان کشور را به کمیته امداد امام خمینی که فلسفه وجودی آن شناخت محرومیت‌های مادی و معنوی افراد جامعه و خانواده‌های محروم و حمایت از آنها به منظور فقرزدایی از جامعه اسلامی است، واگذار شده است (اساسنامه کمیته امداد مورخ ۱۳۶۶/۳/۲۰). پوشش بیمه‌ای نیازمندان کاملاً وابسته به منافع دولتی می‌باشد و از بعد اصول بیمه‌ای جای بحث دارد. از طرفی عدم کفایت منابع مالی دولت موجب گردیده که با تمامی افراد تحت پوشش قرار نگیرند و یا این که شبیه سایر پوشش‌های بیمه‌ای بسته خدمتی مناسبی برای این افراد تدارک دیده نشود. بعلاوه با وجودی که بیش از ۸ سال از اجرای برنامه می‌گذرد، هنوز تمامی افراد نیازمند تحت پوشش قرار نگرفته‌اند و این خود به عنوان بزرگترین چالش عمل می‌کند. همچنین جمعیت نیازمند کشور بدون توجه به گزینه همپوشانی جمعیتی شناسایی شده است و همانطور که در تعریف آن آمده است با جمعیت روستایی (همپوشانی با روستائیان) و شهری (طرح بیمه‌شدگان شهری سال ۱۳۸۱ سازمان بیمه خدمات درمانی) همپوشانی جمعیت دارد. نکته قابل توجه و دقت برای تصمیم‌گیری‌های آتی، حفظ کرامت انسانها در زمان حمایت می‌باشد. با عنایت به اینکه در دفترچه خدمات بیمه درمانی موضوع اقتضای آسیب پذیر قید می‌شود، میتواند دارای آثار و عواقب لطمه به کرامت انسانی افراد باشد و عملاً استفاده کنندگان در مراجعه به مراکز با شرمندگی و لطمه

دیدن به روحیه مراجعه نموده و قادر به دفاع از حقوق حقه خویش نمی‌باشند. طبق قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، نیازمند به کسی اطلاق می‌شود که به لحاظ شرایط اقتصادی، اجتماعی، جسمی و روانی، توانایی اداره زندگی خود و خانواده تحت تکفل خود را ندارد. بر مبنای آیین نامه هیأت وزیران مصدق افراد نیازمند به شرح زیر است (آئین نامه هیأت وزیران، مورخ ۱۳۷۴/۵/۱۱):

- از کار افتادگان و معلولان و نیازمندی که توانایی اداره زندگی خود را ندارند و افراد تحت تکفل آنها
 - زنان و کودکان بی‌سرپرست و نیازمند موضوع قانون تأمین زنان و کودکان بی‌سرپرست (مصوب ۱۳۷۷)
 - خانواده‌های زندانیان نیازمند در مدت زندانی بودن سرپرست خانواده
 - آسیب دیدگان ناشی از حوادث طبیعی و غیرطبیعی که امکانات اولیه زندگی خود یا وسایل اشتغال خود را از دست داده‌اند، تا زمانی که امکانات اولیه یا اشتغال خود را به دست آورند. عائله تحت تکفل سربازانی که درآمدی برای اداره زندگی خود ندارند، در مدت سربازی و حداکثر تا پایان ۱۳۷۴ (این افراد از ابتدای سال ۱۳۷۵ مشمول بند ۵ ماده ۱۳ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی خواهند بود).
 - مشمولان طرح شهید رجایی
- سطح تعهدات بیمه درمان و خدمات درمانی قابل‌ارایه به نیازمندان با سایر بیمه‌شدگان تفاوتی ندارد و شبیه کارکنان دولت می‌باشد. تنها تفاوت موجود این است که کمیته امداد برای ارایه خدمات به افراد تحت پوشش از سیستم ارجاع استفاده می‌کند.

دولت‌ها و بهبود وضعیت بخش سلامت

در بسیاری از کشورها، دولت‌ها از طریق تزریق بودجه عمومی در مراکز سلامتی و بیمارستان‌ها می‌کوشند تا وضعیت سلامتی را بهبود بخشند. این اصلاح وضعیت از طریق تاثیر گذاری بر روی قیمت (دسترسی به خدمات) و کیفیت امکان پذیر است. در این بخش بکارگیری اصول زیر توصیه می‌شود:

- یارانه بیشتر در مورد خدماتی که در بخش دولتی، بهتر انجام می‌شود.
 - یارانه بیشتر در مورد خدماتی که نسبت به قیمت کشش پذیری بیشتری دارند (بدون توجه به درآمد افراد) و تاثیرات سلامتی بیشتری دارند چرا که مصرف این خدمات تابعی از قیمت نیست بلکه تابع نیاز است.
 - یارانه بیشتر دولت در محل‌هایی که از نظر جغرافیایی محدودیت دارند و امکان سرمایه گذاری بخش غیر دولتی در آنجا وجود ندارد.
 - یارانه بیشتر در مورد خدماتی که از نظر افراد نسبت به قیمت کشش پذیری بیشتری دارند. اصل مهمی که در مورد قیمت خدمات و نقش یارانه‌ها در مورد آنها باید رعایت شود، این است که حتی اگر دولت نمی‌تواند عدالت را ایجاد کند، لازم است با پایین آوردن هزینه برای افراد فقیر، وضعیت بهداشتی و درمانی آنها را بهبود بخشد.
- اصول اول و دوم ذکر شده به نوعی بیانگر ارتباط بین یارانه‌ها در بخش دولتی و خصوصی است. به عنوان مثال، از آنجایی که بخش خصوصی با بخش دولتی در رقابت کیفیتی است و افراد ترجیح می‌دهند که از خدمات بخش خصوصی استفاده کنند، در این صورت به بخش دولتی توصیه نمی‌شود که آن خدمات را ارائه نماید. برعکس در مورد خدمات درمانی ضروری و خدمات پیشگیری، به دولت‌ها توصیه می‌شود که قیمت‌ها

راپاین نگهداشته تا بهره مندی از خدمات افزایش یابد. در این موارد به بخش دولتی توصیه می‌شود برای این گونه فعالیت‌ها یارانه کامل را پرداخت نماید.

ارائه هر گونه الگویی در زمینه بیمه‌های درمان تکمیلی صرفاً در چهارچوب قوانین حاکم امکان‌پذیر می‌باشد. براساس تبصره ۵ بند ب ماده ۳۸ قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۰-۱۳۹۴) عقد قرارداد و هر گونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی که در بسته بیمه پایه درمان اعلام شده است، توسط شرکت‌های بیمه بازرگانی و سازمان بیمه درمان با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است و پرداخت حق سرانه بیمه تکمیلی بر عهده افراد بیمه‌شده است. منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه درمان نیست. طبق بند د ماده ۳۲ قانون مذکور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف به ارائه چهارچوب بیمه‌های تکمیلی برای تصویب در هیات وزیران تا پایان سال ۱۳۹۰ بوده است که تاکنون این مهم اجرا نشده است. براساس مصوبات قبلی هیات دولت چهارچوب بیمه‌های تکمیلی شامل برخی از خدمات محدود خارج از تعهدات بیمه‌گران پایه و همچنین مابه‌التفاوت تعرفه خدمات در بخش دولتی و خصوصی تعریف شده است که نیاز به تطبیق و تفسیر این مصوبه طبق تبصره ۵ بند ب ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه دارد. در حال حاضر ۲۰ شرکت بیمه دولتی و خصوصی بازرگانی و یک شرکت بیمه وابسته به بخش سرمایه‌گذاری سازمان بیمه خدمات درمانی نسبت به ارائه بیمه‌های مکمل در چهارچوب آئین نامه شماره ۷۴ شورای عالی بیمه‌های بازرگانی به ارائه خدمت می‌پردازند.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی - سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور و هیأت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۸۳/۱/۲۶ بنا به پیشنهاد مورخ ۱۳۸۱/۱۱/۵ وزارت

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۴۷

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور و به استناد ماده (۱۰) قانون بیمه‌همگانی خدمات درمانی کشور (مصوب ۱۳۷۳) ضوابط مربوط به حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو و لیست خدمات فوق تخصصی مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) را به شرح ذیل تصویب نمود:

- ۱ - خدمات درمانی برای تحت پوشش قرار دادن افراد مشمول توسط سازمانهای بیمه گر به دو سطح خدمات درمانی همگانی و خدمات مکمل تقسیم می‌گردد.
- ۲ - خدمات درمانی همگانی عبارت از خدماتی است که لزوماً حیاتی و درمانی بوده و در ازای حق سرانه معمول به بیمه‌شدگان ارائه می‌شود.
- ۳ - خدمات درمانی مکمل عبارتند از: خدمات و تجهیزات برای عینک طبی، خدمات و تجهیزات برای سمعک، خدمات و تجهیزات برای دست دندان، خدمات و تجهیزات برای وسایل کمک درمانی از قبیل عصا و واکر که فهرست آن توسط شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور ارائه خواهد شد، خدمات و تجهیزات برای تعویض مفاصل، خدمات و تجهیزات برای پیوند اعضا در صورت نیاز به استثنای پیوند کلیه، خدمات و تجهیزات برای Contact Lenses، خدمات و تجهیزات برای اعمال فوق تخصصی، خدمات و تجهیزات برای کلیه داروهای موجود در فارماکوپه رسمی کشور که در تعهد بیمه‌ها نیست، کلیه خدمات جدیدی که وارد بازار بخش درمان می‌گردد تا زمان تصمیم‌گیری در مراجع مربوط، کلیه خدمات کاردرمانی، گفتار درمانی، روان درمانی، گروه درمانی، خانواده درمانی و غیره، تهیه کپسول اکسیژن و متعلقات آن، خدمات پرستاری در منزل، خدمات حمل و نقل با آمبولانس، فرانشیز خدمات قابل ارائه (بخش دولتی و بخش خصوصی)، مابه‌التفاوت بخش خصوصی و دولتی براساس تعرفه‌های مصوب هیأت وزیران، هتلینگ اطاق یک تخته و دو تخته (بخش دولتی - بخش

خصوصی)، خدمات دندانپزشکی به غیر از کشیدن دندان و بروساژ، خدمات پزشک همراه، خدمات ویزیت در منزل، خدمات آمبولانس هوایی، خدمات لیزیک (چشم - پوست)، واکسنهای غیر از برنامه کشوری، خدمات نقاهتگاهی مربوط به بیماران مزمن روانی، خدمات ترک اعتیاد، داروهای گیاهی، تزریق سرپایی در مطب، خدمات ناشی از ضرب و جرح، خدمات تصویربرداری جدید، خدمات فناوری جدید تا زمان تصمیم گیری در مراجع مربوط، خدمات توانبخشی در منزل، خدمات آزمایشگاهی جدید تا زمان تصمیم گیری در مراجع مربوط.

شورای عالی بیمه‌های بازرگانی نیز در اجرای بندهای ۳ و ۵ ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، در جلسه مورخ ۱۳۹۱/۵/۲۴ خدمات مکمل زیر را طبق "آیین نامه ۷۴ بیمه‌های درمان" مشتمل بر ۱۹ ماده و ۱۱ تبصره به شرح ذیل تصویب نمود. هزینه‌های درمانی قابل پرداخت موضوع این آئین نامه عبارت است از:

الف- پوشش‌های اصلی (پایه): شامل جبران هزینه‌های بستری، جراحی، شیمی درمانی، رادیوتراپی، آنژیوگرافی قلب، گامانایف و انواع سنگ‌شکن در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care، هزینه همراه افراد زیر ۷ سال و بالاتر از ۷۰ سال (در بیمارستان‌ها)، هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا نقل و انتقال بیمار به سایر مراکز تشخیصی - درمانی طبق دستور پزشک معالج.

ب- پوشش‌های اضافی: شامل افزایش سقف تعهدات برای اعمال جراحی مربوط به سرطان، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع (به استثنای دیسک ستون فقرات)، گامانایف، قلب، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه و پیوند مغز استخوان، هزینه‌های زایمان اعم از طبیعی و سزارین، تا پنجاه درصد سقف تعهد سالیانه مندرج در بند الف ۱- فوق. سقف تعهد بیمه‌گر

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۴۹

در این پوشش نباید از بالاترین هزینه توافق شده با بیمارستان‌های طرف قرارداد بیمه‌گر تجاوز کند. در صورت اخذ پوشش زایمان، ارائه پوشش هزینه‌های مربوط به درمان نازایی و ناباروری شامل اعمال جراحی مرتبط، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF حداکثر معادل سقف تعهد زایمان و به صورت یک پوشش مستقل از آن مجاز است، هزینه‌های پاراکلینیکی شامل: جبران هزینه‌های سونوگرافی، ماموگرافی، انواع اسکن، انواع اندوسکوپی، ام آر آی، اکو کاردیوگرافی استرس اکو، دانسیتومتری تا حداکثر ۲۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده. جبران هزینه‌های مربوط به تست ورزش، تست آلرژی، تست تنفسی (اسپیرومتری - PFT)، نوار عضله (EMG)، نوار عصب (NCV)، نوار مغز (EEG)، نوار مئانه (سیستومتری یا سیستوگرام)، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، هولترمانیتورینگ قلب، آنژیوگرافی چشم (علاوه بر موارد فوق) با سقف تعهد ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده، جبران هزینه‌های خدمات آزمایشگاهی شامل آزمایش‌های تشخیص پزشکی، پاتولوژی یا آسیب‌شناسی و ژنتیک پزشکی، انواع رادیوگرافی، نوار قلب، فیزیوتراپی با سقف تعهد ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده، جبران هزینه‌های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه‌گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه، جبران هزینه‌های دندان پزشکی حداکثر تا میزان ۱۰ درصد سقف تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده، جبران هزینه‌های مربوط به خرید عینک طبی و لنز تماس طبی تا سقف ۲ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده، جبران هزینه‌های مربوط به خرید سمعک تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه شده، جبران هزینه‌های جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم (درجه

نزدیک‌بینی یا دوربینی به‌علاوه نصف آستیگمات) ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هرچشم هر بیمه‌شده، جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و در رفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی تا سقف ۱۰ درصد تعهدات پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده، جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً برای گروه‌های بالای ۱۰۰۰ نفر) حداکثر به میزان تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده، هزینه تهیه اورتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پایه سالیانه و جبران هزینه تشخیص بیماری‌ها و ناهنجاری‌های جنین منوط به داشتن پوشش زایمان حداکثر تا ۵۰ درصد تعهد زایمان به‌عنوان پوشش مستقل.

ترکیب مناسب بخش دولتی و خصوصی در ارایه بیمه‌های مکمل در کشورهای توسعه یافته

اگر بخش خصوصی در مورد خدماتی که تحت پوشش بخش عمومی است خدمات قابل قبول و مطلوبی را ارایه می‌نماید، به بخش خصوصی توصیه نمی‌شود، آن خدمات را ارایه نماید. شایان ذکر است، خدماتی که قابل ارایه در مراکز پاراکلینیک است، نباید در بیمارستان‌ها ارایه شود؛ چرا که تقاضا برای خدمات پاراکلینیک نسبت به خدمات بیمارستانی کثرت پذیری بیشتری داشته و قیمت به‌عنوان یک اهرم در جهت کنترل خدمت بیمارستانی موفق نیست.

در کشور فرانسه بیمه‌گران عمومی و خصوصی، پیشگام هماهنگی در فعالیت‌های خود در رسیدن به کارآیی بیشتر در سیستم مراقبت‌های بهداشتی درمانی هستند. از طرف دیگر در کشور آمریکا طرح‌های اساسی فقط اقشار آسیب‌پذیر جامعه را پوشش می‌دهد و سایر اقشار جمعیتی به سمت بیمه‌های خصوصی سوق داده می‌شوند. تجربه آمریکا که

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۵۱

ناشی از بروز رقابت در بین بیمه‌گران خصوصی است هم از دیدگاه خرد "بیمه‌گر" و هم از دیدگاه کلان "سیستم سلامت" ناامیدکننده است. در کشور شیلی نیز رقابت بین بیمه‌گران عمومی و خصوصی نیز غیرموفق اثبات شده است. کشور کلمبیا که دارای درآمد متوسطی است، در ادغام مکانیسم‌های خصوصی در عین حفظ همبستگی پیشگام بوده است. طرح‌های بیمه‌ای خصوصی مکمل طرح‌های بیمه درمان همگانی (پایه) است. کشورهای عضو اتحادیه اروپا سعی در حفظ سطوح بالای همبستگی در جهت پوشش همگانی دارند. در عین اینکه تناسبی بین مالیات‌ها و مشارکت افراد در جهت تأمین منابع پوشش‌های اجباری و میزان آسیب‌پذیری افراد وجود ندارد. اجماع این کشورها بر این است که در اصول حاکم بر بهداشت و درمان نبایستی مقررات و نظام‌های موجود در بازار برقرار گردد و اجبار افراد برای مشارکت در بیمه درمان همگانی (پایه) بایستی براساس توان درآمدی آنان باشد نه میزان ریسک آنها و تأمین مراقبت‌ها براساس نیازهای طبی باشد نه مشارکت مالی افراد.

امروزه نسبت مصارف بهداشتی درمانی که توسط دولت‌های اتحادیه اروپا تأمین می‌شود، در حال کاهش است (خصوصاً درمان‌های سرپایی و کالاهای پزشکی) و بنابراین لازم شده است که افراد بخشی از مصارف را خود راساً تأمین کنند. این کاهش در پوشش اجباری موجب شده است، تعداد زیادی از شهروندان فقط در موارد اورژانس به دنبال درمان بیماری خود باشند و مواردی را که تحت پوشش نیست، معوق بگذارند (مانند درمان‌های دندانپزشکی و چشمی و سایر معاینات). شهروندان اروپایی نه تنها در مقابل مخاطرات بیماری از طریق سیستم‌های دولتی یا اجباری تحت حمایت‌های اجتماعی قرار دارند، بلکه از سایر مکانیسم‌های حمایتی مانند خصوصی، بازرگانی و مؤسسات غیرانتفاعی نیز برخوردارند که حداکثر خدمات را پوشش می‌دهد. این اقدامات روز به روز گسترده‌تر

شده و از طریق ارائه خدمات وسیع، دسترسی مناسب را به مراقبت‌های درمانی فراهم می‌کنند که در این خصوص، سطح بازپرداخت هزینه‌ها و طیف خدمات و کالاهایی که فراهم می‌شود، بسته به خدمات موجود در طرح‌های عمومی متفاوت است. کمیته امور اجتماعی پارلمان اروپا تأکید بر نیاز به "بسته حداقل خدمات بهداشتی و درمانی" دارد که بایستی بر مبنای نیازهای عمومی و با توجه به نیازهای اولویت دار به عنوان خدمات همگانی اساسی راه‌اندازی شود. مرور مجدد مصارف مراقبت‌های بهداشتی در طرح‌های اجباری، عدم دستیابی به اهداف "حمایت‌های اجتماعی سطح بالا" موجود در معاهده اروپا را نشان می‌دهد. در این پیمان مقررات پایه‌ای حداقل و مشترک برای بیمه‌گران خصوصی وضع شده است به گونه‌ای که بهترین پوشش ممکن را به اعضا ارائه دهند. این مقررات شامل چارچوب سطوح مسوولیت‌های متصور در این مقوله، پرهیز از انتخاب‌گرایی در توزیع ریسک، تضمین ارائه در تمام طول عمر و نبود اختلاف بر مبنای زمینه‌های ژنتیک و غیره می‌باشد. در فقدان چنین ضوابطی بیمه‌گران خصوصی برخلاف "انجمن‌های مزایای دو جانبه" تحت فشار نیروهای بازار بوده و قادر خواهند بود حق بیمه‌ها را براساس ریسک مخاطرات بهداشتی تعیین و انتخاب مبتنی بر ریسک انجام داده و افرادی را که از مخاطرات جدی بهداشتی رنج می‌برند یا منابع مالی ناکافی دارند، از شمول پوشش خارج نمایند. در نتیجه حداقل بار تحمیلی بر مصرف‌کننده این خدمات و ویژگی بازدارندگی داشته و دسترسی افراد به بیمه‌گران خصوصی و در نهایت طیف کامل مراقبت‌های مورد نیاز را محدود خواهد کرد و بنابراین از کاهش در پوشش مراقبت‌های بهداشتی برای شهروندان و از انتقال این مخاطرات از بیمه اجباری به بیمه مکمل بایستی جداً خودداری شود. نقش بیمه‌های درمان مکمل بدین صورت است که آنها مجبور به قبول الزامات سیستم‌های عمومی نیستند، مگر در مواردی که مسوولیت تصریحی نمایندگی این خدمات را عهده دار

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۵۳

باشند، به طور مثال در فرانسه علت ارایه این گونه خدمات توسط انجمن‌ها، صرفاً مزایای دو جانبه پایین بودن هزینه‌های اجرایی ارایه این گونه خدمات بهداشتی و درمانی اساسی است. بنابراین بهتر است که بیمه‌گران مکمل که نقش فزاینده‌ای را در تأمین پوشش‌های بهداشتی و درمانی دارند، تحت ضوابط و مقرراتی دسترسی به مراقبت‌های لازم و با کیفیت را تضمین کنند. در این رابطه ایرلند یک مثال زنده است. کلیه شرکت‌های بیمه‌ای که از سیاست ارایه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خصوصی پیروی می‌کنند، موظف به رعایت چهار اصل هستند که شامل "حق بیمه همبستگی اجتماعی جامعه نگر"، "آزادی کامل عضویت اشخاص کمتر از ۶۵ سال در طرح‌ها"، "عدم تفاوت در ارتباط با سن و مخاطرات سنی" و "تضمین عمر" در بین آنها وجود دارد. در این رابطه مکانیسم‌های جیرانی در بین بیمه‌گران برای تعادل در ساختار ریسک نیز وجود دارد. از سویی دیگر وجود پوشش همگانی توسط بیمه درمان پایه نیاز مشتریان به پوشش بیشتر از طریق بیمه درمان مکمل را در بسیاری از اعضا می‌کاهد. در سال ۱۹۹۷ حقوق همگانی خدمات درمانی در کشورهای دانمارک، فنلاند، یونان، ایرلند، ایتالیا، لوکزامبورگ، پرتغال، سوئد و انگلستان و حقوق نزدیک همگانی (۹۹٪ پوشش یا بیشتر) در استرالیا، بلژیک، آلمان، فرانسه و اسپانیا (کشورهای عضو سازمان همکاری توسعه اقتصادی) یافت می‌شوند. پوشش درمانی پایه در هلند کمترین مقدار بود (۷۴/۶ درصد)، اما همین مقدار برای این واقعیت مورد توجه قرار نمی‌گیرد که هر یک از اتباع هلندی به طور اتوماتیک برای خدمات درازمدت از قبیل خدمات بهداشت روان و مراقبت از معلولین، تحت پوشش قرار می‌گیرند. داده‌های سال ۱۹۹۹ فقط برای کشورهای استرالیا، دانمارک، فنلاند، ایرلند، هلند، سوئد و انگلستان در دسترس است، اما آنها نیز همان سطح از پوشش درمانی پایه را نشان می‌دادند.

به این دلیل که سیستم‌های خدمات درمانی اتحادیه اروپا عمدتاً از طریق عواید مالیاتی یا مشارکت‌های کارفرمایان و کارکنان تامین مالی می‌شوند، مشارکت در بیمه درمان پایه معمولاً اجباری است. در جایی که استثنائاتی برای این قانون وجود دارد، به افراد اجازه داده می‌شود که بیمه درمان مکمل را به عنوان جایگزین خریداری کنند. اخیراً این نوع از بیمه درمان مکمل جایگزین، فقط در دسترس است تا به وضوح گروه‌های جمعیتی را در استرالیا، بلژیک، آلمان و هلند تعریف کند. از طرف دیگر دولت‌های بیشتر کشورهای عضو برای شهروندانشان مزایای جامعی فراهم می‌کنند و به این طریق نیاز به پوشش بیشتر توسط بیمه درمان مکمل را کاهش می‌دهند. اگرچه، جداسازی خدمات درمانی اصلی از پوشش پایه (بخصوص خدمات داندانپزشکی و دارویی) و افزایش پرداخت‌های کمکی برای خدمات پایه در بسیاری از کشورهای عضو به توسعه بازار برای بیمه درمان مکمل منجر شده است. بیمه درمان مکمل توسعه یافته تا قدرت انتخاب مشتری و دسترسی به خدمات مختلف را افزایش دهد. این امر بخصوص در کشورهای عضو با سیستم‌های خدمات درمانی از نوع سیستم طب ملی مشهود است (که اغلب به آنها به عنوان «پوشش مضاعف ۱» اشاره می‌شود. اگرچه آن در بیشتر کشورهای عضو به برخی از اشکال در دسترس است. این نوع از بیمه درمان مکمل، معمولاً مواردی چون حق انتخاب بیشتر ارائه دهندگان خدمات، دسترسی سریعتر به درمان و وسایل و تسهیلات رفاهی برتر بیمارستانی را تضمین می‌کند (به جای بهبود کیفیت بالینی خدمات).

قوانین بیمه درمان پایه در اتحادیه اروپا به وضوح تعیین کننده نوع بیمه درمان مکمل براساس ارائه آن در اعضا مختلف هستند و به توسعه بیمه درمان مکمل جایگزین در استرالیا، بلژیک، آلمان و هلند منجر می‌شوند. غالباً بیمه درمان مکمل در بلژیک،

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۵۵

دانمارک، فرانسه، لوگزامبورگ، سوئد و هلند از نوع تکمیل کننده خدمات و در کشور انگلیس بیمه درمان مکمل از نوع تکمیل کننده هزینه‌ای است.

اندازه بازار بیمه درمان مکمل را می‌توان از سه طریق تخمین زد:

الف: براساس سطح هزینه‌ای بیمه درمان مکمل (به عنوان سیستمی از هزینه‌های خدمات درمانی خصوصی و کل آنها)

ب؛ براساس سطوح درآمد حق بیمه سالانه

ج: براساس سطوح پوشش (نسبتی از افراد تحت پوشش بیمه درمان مکمل در یک جمعیت مشخص).

گرایش‌ها در سطوح هزینه‌ای بیمه درمان مکمل یا درآمد حق بیمه می‌توانند به عنوان مقیاس غیرمستقیم از سطوح پوشش مورد استفاده قرار گیرند، اما این انواع داده‌ها باید محتاطانه تفسیر شوند. گزارش اخیر بیمه درمان مکمل در اروپا براین نکته توجه دارد که اگرچه بازار برای بیمه درمان مکمل در اتحادیه اروپا بین سال‌های ۱۹۹۴ و ۱۹۹۹ رشد مرکب سالانه ۵/۴ درصدی داشته، نسبت بزرگی از این رشد به جای افزایش پوشش، از افزایش قیمت بیمه درمان مکمل (افزایش حق بیمه‌ها) موجب شده بود.

هزینه‌های بیمه درمان مکمل به عنوان نسبتی از کل هزینه‌های خدمات درمانی در اتحادیه اروپا پایین است و در تمام کشورهای عضو به جز فرانسه (۱۲/۲ درصد) و هلند (۱۷/۷ درصد) کمتر از ۱۰ درصد کل هزینه‌ها و در بلژیک، دانمارک، فنلاند، یونان، ایتالیا، لوگزامبورگ، پرتغال، اسپانیا، سوئد و انگلستان زیر ۵ درصد کل هزینه‌ها محاسبه می‌گردد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که بین سال‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ بیمه درمان مکمل به عنوان نسبتی از کل هزینه‌های خدمات درمانی در تمام اعضا به جز لوگزامبورگ افزایش یافته بود. اگرچه آن بین سال‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ در بیشتر اعضا افزایش مستمر داشته، در اعضایی چون

اسپانیا (۵۹/۹- درصد)، ایرلند (۳۲/۴- درصد)، استرالیا (۲۱/۱- درصد) و آلمان (۴/۲- درصد) به طور قابل توجهی میزان کمتری و حتی کاهش یافته‌ای داشته است. تنها مورد استثناء هلند بوده که یک افزایش ۴۶/۳ درصدی را در هزینه‌های بیمه درمان مکمل به عنوان نسبتی از کل هزینه‌ها در طول این دوره تجربه نموده است.

به عنوان نسبتی از هزینه‌های خدمات درمانی، هزینه بیمه درمان مکمل نیز نسبتاً پایین است و کمتر از ۵ درصد در آلمان، ایتالیا و پرتغال و کمتر از ۲۵ درصد در استرالیا، بلژیک، دانمارک، فنلاند، لوگزامبورگ، اسپانیا و انگلستان برآورد می‌شود. بیمه درمان مکمل سهم بسیار بیشتری از هزینه‌های خصوصی خدمات را در اعضای که بیمه درمان مکمل جایگزین ارائه می‌دهند، دارد مخصوصاً در هلند که در حدود ۳۰ درصد از جمعیت از پوشش حذف می‌شوند و در فرانسه که ۸۵ درصد جمعیت تحت پوشش بیمه درمان مکمل قرار می‌گیرند تا هزینه پرداخت‌های کمکی تحمیل شده توسط سیستم خدمات درمانی را پوشش دهد.

نسبت تقریباً کوچکی از هزینه‌های خصوصی بیمه درمان مکمل می‌تواند در این واقعیت نقش داشته باشد که دولت‌های اتحادیه اروپا سعی داشته‌اند تا با سایر روش‌ها تغییر هزینه‌های خدمات درمانی برای مشتریان، نظیر شارژهای هزینه‌های مصرف‌کننده (پرداخت‌های کمکی و پرداخت‌های مستقیم) متوسل شوند. به جای اینکه بیمه درمان مکمل را ارتقاء دهند و یارانه پردازند. در نتیجه پرداخت از جیب در تمام اعضا بغیر از فرانسه و هلند قسمت عمده هزینه‌های افراد را تشکیل می‌دهند.

سطح پوشش، نسبت افراد تحت پوشش بیمه درمان مکمل را در یک جمعیت مشخص نشان می‌دهند و معمولاً به قوانین بیمه درمان پایه مرتبط می‌شوند. سطح پوشش برای بیمه درمان مکمل جایگزین، عمدتاً توسط سطح پوشش اجباری یا داوطلبانه تعیین

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۵۷

می‌شود، در حالیکه سطح پوشش بیمه درمان مکمل به وسعتی بستگی خواهد داشت که در آن دولت مزایای به موقع (از نظر زمانی) و جامعی از کیفیت فراهم می‌آورد. این امر تا حدودی تفاوت چشمگیر سطوح پوشش بین کشورهای عضو را توضیح می‌دهد.

برخی از تحلیل‌گران اینگونه استدلال می‌کنند که عملکرد بیمه درمان پایه بر تقاضای بیمه درمان مکمل تاثیر می‌گذارد و درجه و توزیع رضایتمندی از بیمه درمان پایه فاکتور کلیدی تقاضا برای بیمه درمان مکمل می‌باشد. تایید وسعتی که عملکرد بر تقاضای بیمه درمان مکمل نفوذ دارد آسان نیست، و این امر تا حدودی به این دلیل است که در تمام حالات مشخص نیست که چگونه به بهترین وجه عملکرد یک سیستم خدمات درمانی اندازه‌گیری می‌شود، همانطور که تلاش اخیر سازمان بهداشت جهانی این امر را اثبات کرده است. درجه و توزیع رضایتمندی از بیمه درمان پایه نیز عواملی هستند که اندازه‌گیری دقیق آنها مشکل است و بررسی رضایتمندیها ممکن است معرف نقطه نظرات شهروندان نباشند، سایر شاخص‌های عملکرد و فاکتورهای تقاضا برای بیمه درمان مکمل که به کرات عنوان شده‌اند، شامل کاهش‌های مزایای اصلی و لیست‌های انتظار هستند.

داده‌ها در خصوص توزیع پوشش بیمه درمان مکمل در اتحادیه اروپا نشان می‌دهند که بیشتر مشتریان از اقبال پر درآمد هستند. از آنجایی که واجد شرایط بودن برای این نوع از بیمه درمان مکمل بستگی به درآمد یا اشتغال دارد، این امر نیز سوگیری قوی بیمه درمان مکمل را به نفع اقبال پر درآمدتر نشان می‌دهد. علاوه بر درآمد، دیگر فاکتورهای تعیین‌کننده تقاضا برای بیمه درمان مکمل در اتحادیه اروپا عبارتند از سن، جنس، وضعیت اشتغال، وضعیت تحصیلی و محل سکونت.

در سالهای اخیر چارچوب مقرراتی برای بیمه درمان مکمل در اتحادیه اروپا جنبه بی‌نهایت مهمی از خط مشی دولتی شده است و بیشتر بعنوان نتیجه‌ای از مجموعه

دستورالعمل‌های کمیسیون اروپایی هدفمند در ایجاد بازار مجزایی برای بیمه‌های عمر و غیر عمر در اتحادیه اروپا بوده است. این بخش طرح کلی پیشرفتهای مقرراتی اخیر را در سطح اتحادیه اروپا ترسیم می‌کند.

قبل از معرفی دستورالعمل‌های بیمه‌ای، دو الگوی اصلی برای نظارت بر عملکردهای بیمه در کشورهای عضو وجود دارد: مقررات اساسی و مقررات مالی.

- مقررات اساسی مبتنی بر این فرضیه هستند که اگر سازمان بیمه‌ای کنترل متناسبی در نوع تجارت و حق بیمه‌ها داشته باشند، هیچ سوال بدون پاسخی باقی نمی‌ماند. این الگو در آلمان اعمال می‌شود؛ که تشکیلات نظارت بیمه نامه‌ها را قبل از پیشنهاد برای فروش به دقت واریسی می‌کنند و رقابت قیمت را با تحمیل تعرفه‌های اجباری محدود می‌کنند و فقط به سازمان‌های بیمه‌ای مجوز می‌دهند که در بیمه درمان برای عملکرد در حیطه بیمه درمان مکمل متخصص هستند.
- مقررات مالی، همانطور که در انگلستان اعمال شده، با تضمین این امر مرتبط می‌شود که سازمان بیمه‌ای قادر به پرداخت بدهی هاست؛ نقش مقام نظارت به بررسی جزء به جزء عواید مالی در تجارت محدود می‌شود. به عنوان نتیجه‌ای از معرفی دستورالعمل‌های بیمه‌ای کمیسیون اروپایی، فوکوس مقررات از کنترل اساسی به کنترل مالی معطوف شده است.

نسل اول دستورالعمل‌های بیمه (۱۹۷۳) به شرکتهای بیمه اجازه ایجاد یک شاخه دفتر یا آژانس را در عضو دیگری می‌داد. هماهنگ سازی وضعیتهای قانونی و مالی این اجازه را می‌داد تا جواز آسانتر کسب شود. نسل دوم دستورالعمل‌های بیمه (۱۹۸۸) به اصل آزادی برای ارائه خدمات جامه عمل می‌پوشاند و به سازمان‌های بیمه‌گر اجازه ارائه خدمات در اعضای دیگر بدون ایجاد یک شاخه یا آژانس در آن عضو را می‌داد. اگر چه این آزادی به

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۵۹

پوشش خطرات کوچکی محدود می‌شد که به حفاظت خاص نیاز نداشتند. در نتیجه، بیمه درمان مکمل از آزادی در ارائه خدمات کنار گذاشته می‌شد. نسل سوم دستورالعمل‌های بیمه، که به دستورالعمل بیمه سوم غیر عمر در سال ۱۹۹۲ انجامید، آزادی ارائه خدمات را به تمام انواع خطرات گسترش داد، از جمله آن خطراتی که توسط بیمه درمان مکمل پوشش داده می‌شوند.

در بخش مفاهیم عدالت، بازارهای بیمه درمان مکمل از نظر تأمین بودجه و ارائه خدمات درمانی بررسی می‌شود. متأسفانه تحقیقات تجربی در خصوص عدالت و بازارهای بیمه درمان مکمل در اتحادیه اروپا فراگیر نیست، بیشتر اطلاعاتی که در اینجا ارائه می‌شود مبتنی بر مطالعات برنامه دوم عدالت تأمین بودجه شده توسط اتحادیه اروپا می‌باشد.

تحلیل واگستاف و همکارانش از عدالت (به عبارتی، وسعتی که در آن افراد بطور نابرابر بر اساس درآمدهای نابرابر درمان می‌شوند) به این نتیجه دست یافت که بیمه درمان مکمل در فرانسه، ایرلند و اسپانیا پسرفت گرا، در فنلاند متناسب با درآمد و در دانمارک، آلمان، ایتالیا، هلند، پرتغال و انگلستان پیشرفت گرا می‌باشد. این تحلیل همچنین نشان داد که بیمه درمان مکمل بیش از حد در تمام کشورها به جز اسپانیا پیشرفته است. این یافته که بیمه درمان مکمل در برخی از کشورها پیشرفت گرا بوده، می‌تواند به این واقعیت مرتبط باشد که در آلمان و هلند، فقط افراد پردرآمد واجد شرایط خرید بیمه درمان مکمل جایگزین هستند، درحالی‌که بیشتر مشتریان در سایر کشورها، همانطور که بیان کردیم، گروه‌های پردرآمد هستند. مطالعه در دست اقدامی سعی بر اندازه‌گیری عدالت در زمینه تأمین بودجه خدمات درمانی در همان مجموعه از کشورها دارد (بعبارتی، وسعتی که در آن افراد بطور برابر بر اساس درآمدهای برابر درمان می‌شوند). تحلیل مطالعه از تأثیر توزیع مجدد بودجه خدمات درمانی بین افراد با درآمدهای برابر به این نتیجه دست یافت: بیمه

درمان مکمل که مسبب نابرابری در آمد در فرانسه و ایرلند، هیچگونه تأثیر توزیع مجددی در دانمارک نداشته و در آلمان و هلند تأثیر توزیع مجدد بسیار کمی داشته است.

از نظر گسترش بیمه درمان مکمل، باید خاطر نشان ساخت که سطوح افزایش یابنده پوشش بیمه درمان مکمل پسرفت گرایی تأمین بودجه خدمات بهداشتی را افزایش نخواهند داد؛ زیرا که افراد علاقمند به این نوع از بیمه درمان مکمل برای خدمات درمانی خود دوبرابر خواهند پرداخت. مطابق با این بیان اگر افراد دوبرابر هم پردازند اهمیتی ندارد. در واقع، پرداخت دو برابر حتی ممکن است سود آفرین باشد زیرا در بیمه درمان پایه تقاضا را کاهش خواهد داد، و امکان صرف بیشتر منابع دولتی را برای آنهایی که بیمه درمان مکمل ندارند، فراهم می‌سازد. برای مثال، دریک گزارش، انجمن سازمان‌های بیمه‌گر بریتانیا ادعا کرد که بیمه درمان مکمل برای مشتریان حق انتخاب فراهم می‌کند و فشار را از روی دوش سیستم بهداشتی دولتی برمی‌دارد. موارد مشابهی در مورد برانگیزاننده‌های مالیاتی برای تشویق به خرید بیمه درمان مکمل ارائه شده‌اند. در آغاز، این ایده که افزایش تمایل به بیمه درمان مکمل تقاضا را کاهش خواهد داد و فشار را از روی بیمه درمان پایه برمی‌دارد باور کردنی به نظر می‌رسید، اما آن عملاً "ممکن بود، تحقق نیابد.

همانطور که اشاره شد، وجود بیمه درمان مکمل با منحرف ساختن تخصیص منابع دولتی و زیان رسانیدن به بیماران دولتی می‌تواند سدی در دسترسی به بیمه درمان پایه، باشد. این امر به نظر می‌رسد وقتی حادث شود که مرزهای بین خدمات درمانی پایه و مکمل به وضوح تعریف نشده باشند، خصوصاً "اگر ظرفیت محدود شود، اگر توسط هر دو بخش دولتی و خصوصی به ارائه دهندگان خدمات پرداخت شود و اگر بیمه درمان مکمل متخصصین را به درمان بیماران دولتی و خصوصی بطور متفاوتی تشویق کند. تحت چنین

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۶۱

وقایعی کل تأثیر عدالت (مدنظر قرار دادن عدالت هم در تأمین بودجه خدمات درمانی و هم در دریافت مزایای خدمات درمانی) بنظر میرسد منفی باشد.

با توجه به این دلیل که افزایش پوشش بیمه درمان مکمل، تقاضا برای خدمات درمان پایه را کاهش می‌دهد، وسعتی که در آن گسترش بیمه درمان مکمل به تقاضای کمتری برای خدمات درمانی پایه منجر شود بستگی به این نیز دارد که آیا مرزهای بین خدمات درمانی دولتی و خصوصی به وضوح تعریف می‌شوند؟ برای مثال، در انگلستان جایی که هر دوی بخش امکان استفاده از پزشکان یکسانی را فراهم می‌آورند، افزایش فعالیت بخش خصوصی به خودی خود ممکن است به افزایش ظرفیت بخش دولتی در پیگیری لیستهای انتظار منجر نشود. در واقع، افزایش فعالیت بخش خصوصی ممکن است واقعا ظرفیت بخش دولتی را کاهش دهد.

مطالعات دیگر بیانگر آن است که میزان و توزیع پوشش بیمه درمان مکمل و تفاوتهای ناحیه‌ای، از عدالت در استفاده از ویزیت‌های پزشکان می‌کاهد، اگرچه در بیشتر کشورها تأثیر منفی بر عدالت کم بود. تأثیر پوشش بیمه درمان مکمل بر استفاده از ویزیت‌های متخصصین در ایرلند بسیار بالا بود و نشان می‌داد که فقدان پوشش بیمه درمان مکمل، علیرغم اعتبارات پرداختی گروه‌های کم درآمدتر به خدمات رایگان متخصصین، برای آنها به مانند سدی برای خدمات متخصصین عمل می‌کند. پوشش بیمه درمان مکمل تأثیر قابل توجهی بر استفاده مفرط از متخصصین در انگلستان (که پوشش بیمه درمان مکمل دسترسی سریعتر به خدمات متخصصین را به دنبال دارد) و با وسعتی کمتر، در اسپانیا، بلژیک، دانمارک، استرالیا، کانادا و ایتالیا داشت.

در فرانسه، جایکه سازمان‌های بیمه‌ای پوشش مکمل برای پرداختهای کمکی فراهم می‌کنند که توسط بیمه درمان پایه تحمیل می‌گردد، تحقیقات نشان می‌دهند که افراد با

بیمه درمان مکمل از افراد فاقد این بیمه خدمات درمانی بیشتری مصرف می کنند، بخصوص در خدمات دندانپزشکی و عینک. افراد با بیمه درمان مکمل در طی یک دوره ۳ ماهه با یک پزشک، ۱/۵ ویزیت دارند (در مقایسه با ۱/۱ ویزیت برای افراد بدون بیمه نامه)، وبطور متوسط هر ۷۳ روز یکبار (در مقایسه با هر ۱۰۰ روز یکبار افراد بدون این بیمه نامه) در جستجوی خدمات درمانی می باشند. در فرانسه بازار برای بیمه درمان مکمل سرعت در حال رشد است و پوشش دهنده یک سوم جمعیت در سال ۱۹۶۰، ۵۰٪ در سال ۱۹۷۰، ۷۰٪ در سال ۱۹۸۰ و ۸۵ درصد در سال ۱۹۹۸ بوده است. در نتیجه نگرانیهای مرتبط به نقش تشدید کننده بیمه درمان مکمل در نابرابری در دسترسی به خدمات در فرانسه، در ژانویه سال ۲۰۰۱ دولت فرانسه قانونی را در خصوص پوشش همگانی وضع کرد تا پوشش بیمه درمان مکمل را برای ۱۵ درصد از جمعیتی که قبلاً "توسط آن پوشش داده نشده بودند، گسترش دهد.

مدارک دیگری نیز دال بر این وجود دارند که نشان می دهند طبقات بالاتر اجتماعی در آلمان نسبت به طبقات پایین تر بیشتر از متخصصین استفاده می کنند، وادعا می شود که این امر پوشش بیمه درمان مکمل آنان را منعکس می کند، اگرچه این امر ممکن است به سایر تعیین کننده های دسترسی به خدمات نظیر سطوح اطلاعاتی و تحصیلاتی نیز مرتبط شود. تعیین مرزهای شفاف بین خدمات دولتی و خصوصی در سطح ملی برای سیاست دولت یک مساله است. مفاهیم عدالت (و کارآیی) در ارتباطات سازمان های بیمه ای مکمل با ارائه دهندگان خدمات در اعضای مختلف باید به سیاست گزاران نیز مربوط شود. اگرچه، بطور کلی، دانش راجع به معانی عدالت در بیمه درمان مکمل محدود بوده و از آنجا که نتایج تحقیقات ممکن است قابل تعمیم نباشند، به پژوهشهای بیشتری نیاز است.

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۶۳

رشد و کاهش ثابت اقتصادی هزینه‌های دولتی خدمات سلامت در طول دهه ۱۹۸۰ در بسیاری از اعضا به افزایش تقاضا برای بیمه درمان مکمل منجر گردید. در برخی اعضا افزایش تقاضا با افزایش در خرید بیمه نامه‌ها توسط کارفرمایان به عنوان یک سود اضافی برای کارمندان نشان تشدید می‌گردد. بین سالهای ۹۰-۱۹۸۰ هزینه بیمه درمان مکمل به عنوان درصدی از کل هزینه‌های خدمات درمانی در تمام اعضا بجز لوگزامبورگ افزایش یافت. افزایش هزینه‌های بیمه درمان مکمل در ایتالیا (+۳۵۰ درصد)، پرتغال (+۳۰۰ درصد)، انگلستان (+۱۵۳/۸ درصد)، بلژیک (+۱۰۰ درصد) و فرانسه (+۹۳/۱ درصد) کلان بودند. در دهه ۱۹۹۰ در بیشتر اعضا هزینه‌های بیمه درمان مکمل بطور مستمری افزایش یافتند، به غیر از هلند که نرخ رشد آهسته‌تر بود و هزینه‌ها در اسپانیا، ایرلند، استرالیا و آلمان رو به کاهش نهادند. سطوح هزینه‌های بیمه درمان مکمل، ضرورتاً با تقاضا مرتبط نیستند، همانطور که هزینه‌های افزایش یافته ممکن است بجای سطوح بالاتر پوشش، افزایش قیمت را منعکس می‌کنند.

چالشهای سازمان‌های بیمه‌ای درمان مکمل، در بسیاری اعضا تثبیت تقاضا در بازارهایی است که به نظر می‌رسد به نقطه اشباع رسیده باشند. برخی از مفسرین صنعت پیش‌بینی می‌کنند که رشد آتی در بازار برای بیمه درمان مکمل، بیشتر بنظر می‌رسد مطابق با افزایش قیمت باشند تا پوشش.

سطح معمولاً پایین تقاضای فردی برای بیمه درمان مکمل در بسیاری از اعضا، سازمان‌های بیمه‌ای را برای جلب اعتماد بیشتر به فروشها به گروهها تحت فشار گذاشته است. دهه ۱۹۸۰ گسترش سریع بازار برای بیمه نامه‌های گروهی به خود دید و در طول دهه ۱۹۹۰ در بسیاری از اعضا، بیمه نامه‌های گروهی بطور مستمر سهم فزاینده‌ای از بازار بیمه درمان مکمل را بدست آوردند. بیمه نامه‌های گروهی در حال حاضر تقریباً کلیه بیمه

نامه‌ها را در سوئد، ایرلند، پرتغال، یونان و انگلستان، بیش از نیمی از بیمه نامه‌ها در هلند، و در حدود نیمی از همه بیمه نامه‌ها را در فرانسه تشکیل می‌دهند. نسبت در حال افزایش بیمه نامه‌های درمان مکمل گروهی، تا حدودی ناشی از رشد اقتصادی و عرضه بیمه درمان مکمل به عنوان سود اضافی برای کارمندان است، اما نتیجه‌ای از این نیز است که بسیاری از سازمان‌های بیمه‌ای عرضه کننده حق بیمه‌های ارزش بندی شده گروهی به کارفرمایان قیمت‌ها را کاهش داده و وضعیت‌های بیمه‌نامه قاطعیت کمتری دارند. نه تنها گروه‌ها از حق بیمه‌های کاهش یافته سود برده‌اند، بلکه افزایش قیمت برای حق بیمه‌های گروهی بطور قابل توجهی کمتر از افزایش قیمت برای حق بیمه‌های فردی می‌باشند، که ممکن است اشاره داشته باشند که مشتریان فردی، هزینه بیمه نامه‌های خریداری شده توسط گروه‌ها را سوبسیده کرده و معمولاً (البته نه همیشه) توسط کارفرمایان پرداخته میشوند. این امر با این واقعیت ثابت می‌گردد که تفاوت‌های نرخ (حاشیه سود) بیمه‌گران غالباً در بیمه نامه‌های گروهی خریداری شده بیش از بیمه نامه‌های فردی خریداری شده است.

این انتظار وجود دارد که ایجاد چارچوبی برای یک بازار مجزا برای بیمه درمان مکمل در اتحادیه اروپا باید رقابت بین بیمه‌گران را افزایش داده و به حق انتخاب بیشتر و قیمت‌های کمتر برای مشتریان منجر گردد. اگرچه بنظر نمی‌رسد رقابت افزایش یافته قیمت حق بیمه‌های بیمه درمان مکمل را، که اغلب سریعتر از هزینه‌های خدمات بهداشتی افزایش یافته‌اند، کاهش داده باشد. افزایش مرکب واقعی سالانه در قیمت حق بیمه‌های بیمه درمان مکمل در چندین کشور عضو بطور قابل توجهی بالاتر بودند (۱۲-۲/۳ درصد) از متوسط رشد سالانه کل هزینه‌های خدمات درمانی تورم زدایی شده توسط تورم زدای رشد خالص ملی (۲/۷ تا ۱/۱- درصد).

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۶۵

غالباً صنعت به این بحث می‌پردازد که افزایش حق بیمه‌ها نتایج اجتناب‌ناپذیر مطالبات در حال افزایش هزینه‌های خدمات درمانی، هزینه بالای تکنولوژی پزشکی و سالمندی جمعیت می‌باشند. اگرچه در حالیکه بین سالهای ۹۸-۱۹۹۵ در برخی از کشورهای عضو، رشد هزینه مطالبات (سودهای پرداختی) از رشد درآمد حق بیمه‌ها فراتر رفت، نسبت‌های زیان (مزایای پرداختی توسط درآمد حق بیمه تفکیک شدند) در طول این دوره افزایش قابل توجهی نشان ندادند. در اعضای چون انگلستان متوسط افزایش ۱۲ درصدی سالانه در قیمت‌های حق بیمه‌ها برای بیمه‌نامه‌های درمان مکمل فردی بین سالهای ۹۹-۱۹۹۴ با کاهش نسبت‌های زیان توأم شده‌اند. در سال ۱۹۸۵ سازمان‌های بیمه‌ای انگلستان یک نسبت زیان کلی ۸۸ درصدی داشتند، اما تا سال ۲۰۰۰ این نسبت تا ۷۹ درصد کاهش یافت. افزایش نیافتن نسبت زیان تا سال ۲۰۰۰ نشان می‌دهد که آن برای بیمه‌نامه‌های بیمه درمان مکمل گروهی کارفرما ۸۵ درصد و برای بیمه‌نامه‌های بیمه درمان مکمل پرداخت شده توسط افراد و کارمندان، ۷۳ درصد بود.

داده‌های هزینه‌های اجرایی سازمان‌های بیمه‌ای مکمل در اعضای مختلف اشاره به این دارند که این هزینه‌ها در مقایسه با بیمه درمان پایه بالا هستند. هزینه‌های اجرایی سازمان‌های بیمه‌ای مکمل از ۱۰ درصد در آلمان، لوگزامبورگ (انجمن‌های دوجانبه)، هلند و فرانسه (انجمن‌های دوجانبه) تا در حدود ۲۵ درصد در استرالیا، بلژیک، ایتالیا و پرتغال درجه بندی می‌شوند. بالعکس، هزینه‌های اجرایی بیمه درمان پایه بطور قابل توجهی پایین‌تر بودند: ۳-۵ درصد در بیشترین کشورهای عضو و حتی کمتر در سایر کشورها نظیر دانمارک و ایتالیا.

لغو کنترل‌های قیمت و خدمات بیمه درمان مکمل در سال ۱۹۹۴ با سطوح بالاتر تنوع خدمات در برخی اعضا همراه شده است. همانطور که قبلاً عنوان شد، تنوع خدمات

می‌تواند با افزایش مجموعه خدمات در دسترس به مشتریان سود برساند و به آنان خدماتی عرضه کند که برای رفع نیازهای آنان متناسب هستند. اگرچه، آن می‌تواند برای تسهیم بازار استفاده شده، و به سازمان‌های بیمه‌گر فرصت بیشتری برای تشخیص خطرات "خوب" و "بد" بدهد. به هر حال، وجود خدمات بیمه‌ای متعدد ممکن است رقابت قیمت را کاهش دهد، مگر اینکه با سطحی از اطلاعات متناسب توأم باشد که به مشتریان اجازه مقایسه خدمات را از نظر ارزش برای پول دادن بدهد.

اگرچه بنظر می‌رسد مشتریان اتحادیه اروپا حق انتخاب وسیعتری برای خدمات بیمه درمان مکمل داشته باشند (حداقل در برخی اعضا)، مشخص نیست که چنین حق انتخابی همواره مثمرتر باشد. شواهد چندین کشور عضو نشان می‌دهند که مشتریان ممکن است دسترسی مناسبی به اطلاعات قابل مقایسه خدمات بیمه درمان مکمل نداشته باشند (بخصوص خدمات بیمه درمان مکمل)، که ممکن است به ضرر مشتری تمام شود.

عدم تقارن اطلاعات ناشی از ازدیاد، تغییر پذیری و پیچیدگی خدمات بیمه درمان مکمل می‌تواند با استفاده از این موارد کاهش داده شود: عبارات استاندارد شده، وجود بسته‌های استاندارد مزایا، تعهد سازمان‌های بیمه‌گر برای اطلاع رسانی به مشتریان، درخصوص کلیه گزینه‌های انتخاب برای آنها، منابع اطلاعاتی قابل دسترس و متمرکز راجع به قیمت، کیفیت و وضعیت‌های خدمات بیمه درمان مکمل. اگرچه، تحت چارچوب مقرراتی فعلی سازمان‌های بیمه‌گر هیچ انگیزه‌ای در کاهش سردرگمی مشتری و افزایش شفافیت با استفاده از بسته‌های استاندارد ندارند و این درحالی است که ممکن است این بسته‌ها برای بیمه درمان مکمل جایگزین در برخی اعضا مورد نیاز باشند و بندرت در بازارهای بیمه درمان مکمل یافت شوند.

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۶۷

برخی از سازمان‌های بیمه‌ای مدعی هستند که مقرراتی که آنها برای عرضه بسته‌های استاندارد نیاز دارند، تأثیر محدود کننده‌ای داشته و نوآوری را از بین می‌برند، اما ناظر رقابتی انگلستان (دفتر بازرگانی قانونی) تأکید دارد که نوآوری منجر به افزایش پیچیدگی خدمت هیچ سودی برای مشتریان ندارد، که گاهی بیش از آنچه که باید می‌پردازند و غالباً بیمه‌نامه‌های نامناسبی خریداری می‌کنند. گزارش اخیر OECD در خصوص بیمه درمان خصوصی نیز به این نکته توجه دارد که "بازار [انگلستان] رقابتی‌تر شده و تنوع برنامه‌ها افزایش یافته، بطوری که مشتریان با مشکل فزاینده‌ای در مقایسه حق بیمه‌ها و مزایای فراهم شده مواجه شده‌اند."

یک وجه کلیدی بیمه درمان مکمل در اتحادیه اروپا توانایی آن در قرارداد دادن محدود و وسیع‌تری از ارائه دهندگان خدمات درمانی در دسترس مشتریان است. این امر حقیقت بیمه درمان مکمل است، اما ممکن است در بیمه درمان مکمل جایگزین نیز مصداق داشته باشد. برخلاف ایالات متحده، که حق مشتریان در انتخاب ارائه دهندگان خدمات با ارجحیت خدمات یکپارچه سازمانهای حفظ سلامت و شبکه‌های ارائه دهنده مرجح شدت محدود می‌گردد، مشتریان بیمه درمان مکمل در اتحادیه اروپا هنوز از حق انتخاب ارائه دهنده خدمات بطور قابل توجهی برخوردارند.

وسعتی که حق انتخاب مشتریان بیمه درمان مکمل اتحادیه اروپا در این زمینه محدود می‌شود به طور قابل توجهی بین کشورهای عضو متغیر است. در کل، خدمات یکپارچه و شبکه‌های ارائه دهنده مرجح به طور مستمر نقش جزئی در بیشتر اعضا ایفا می‌نمایند، اگرچه بین سازمان‌های بیمه‌گر در انگلستان و اسپانیا گرایش بسوی برخی اشکال ادغام عمودی وجود دارد و بزرگ‌ترین سازمان‌های بیمه‌گر پرتغال در ایجاد و توسعه شبکه‌های ارائه دهنده مرجح سرمایه‌گذاری سنگینی نموده‌اند. آزمایشات در خصوص خدمات

یکپارچه در فرانسه و بلژیک با موفقیت کمی انجام شده‌اند و این امر تا حدودی بعلت سوء ظن مشتریان به سازمانهای حفظ سلامت از نوع ایالات متحده است، اما در آینده سازمانهای بیمه‌ای مکمل، ممکن است بگونه‌ای آماده شوند که امکان استفاده بیشتر از این گزینه بعنوان روشی برای کاهش هزینه‌ها فراهم شود.

در مباحث تئوری، اگر رقابت قیمت حفظ گردد، درجه یکپارچگی بازار باید به کسب کارآیی برای سازمانهای بیمه‌گرو مزایا برای مشتریان منجر شود. اگرچه، در عمل مشهود نیست که افزایش تمرکز به کسب کارآیی منجر شده باشد (و کمی داده‌های در دسترس تعیین این امر رامشکل می‌سازد). اگر کارآیی کسب شده باشد، مشخص نیست که آیا آنها در شکل حق بیمه‌های ارزانتر به مشتریان عرضه شده‌اند.

در مقوله بیمه، یکی از مسائل مهم توجه به میزان مشارکت دولت‌ها و مردم در تامین هزینه‌های بهداشتی و درمانی می‌باشد. بدیهی است که هر چه میزان درآمد خالص دولت‌ها رشد داشته باشد، میزان مشارکت آنها در بخش بهداشت و درمان نیز افزایش خواهد یافت و هر چه میزان مشارکت دولت‌ها رشد داشته باشد، سهم جامعه در پرداخت هزینه‌ها کمتر خواهد شد؛ به عبارت دیگر "پرداخت از جیب"^۱ آنها کاهش خواهد یافت.

آمارها نشان می‌دهد که در کشور آمریکا میزان مشارکت مردم در پرداخت هزینه‌ها ۱۸٪، در استرالیا ۱۷٪ و در انگلستان ۴٪ است، و این رقم در کشور ایران به بیش از ۵۰٪ می‌رسد. این در حالی است که در گزارش بانک جهانی آمده است که اگر بیش از ۳٪ افراد جامعه بیش از ۴۰٪ از درآمد خود را صرف هزینه بهداشت و درمان کنند، آن جامعه وارد منطقه بحران شده است. در بحث یارانه‌ها در بخش بهداشت و درمان با توجه به مقوله عدالت اجتماعی، پیش فرض کلی این است که جریان یارانه در افراد با درآمد و ریسک

1. Out Of Pocket

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۶۹

متفاوت باید بصورتی باشد که افراد کم ریسک و افراد با ریسک بالا یارانه دهند، ولی در هنگام بهره برداری از خدمات افراد با ریسک بالا استفاده بیشتری از خدمات داشته باشند و در شرایط ریسک مساوی ولی با درآمد متفاوت، جریان یارانه‌ها از افراد با درآمد بالا به افراد کم درآمد حرکت کند ولی در هنگام استفاده از خدمات، هر دو به یک میزان از خدمات استفاده نمایند. لذا دولت‌ها باید به این نکته توجه داشته باشند که چه خدماتی، توسط چه کسانی، در چه سطحی، با چه منابعی، به چه گروهی از افراد و چگونه ارائه کنند؟

اما نکاتی که باید در تعیین بسته‌های بیمه درمان مکمل بدان توجه نمود:

کیفیت متفاوت خدمات

با توجه به این نکته، از بیمه درمان مکمل می‌توان این انتظار را داشته باشیم که در ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده به خود، در واقع سطح بالاتری را در نظر بگیرد. نکته‌ای که باید بدان توجه نمود این است که کیفیت اشاره شده، در خود کیفیت خدمات نیست بلکه عمدتاً معطوف به خدمات پشتیبانی و خدماتی می‌باشد که باعث رضایتمندی بیشتر در بعد پشتیبانی می‌شود.

قانون دو برابر شدن مزایا

توجه به این نکته که مزایای بیمه درمان مکمل به همراه مزایای بیمه درمان همگانی از صد درصد مزایای ممکنه بیشتر نشود. فرض کنید شرکت بیمه‌ای A، ۶۰ درصد هزینه‌های درمانی را می‌پردازد و شرکت بیمه‌ای B، ۷۰ درصد هزینه‌های درمانی را می‌پردازد و فرد با خرید این دو بیمه‌نامه ۱۳۰ درصد هزینه‌ها برایش پرداخت می‌شود و در نتیجه میزان پرداخت مزایا از صد درصد مخارج بیشتر است. بر طبق این قانون شرکت

۷۰ / مدیریت اقتصاد بیمارستانی و صنعت بیمه

بیمه‌ای دوم تنها مجاز به پرداخت ۴۰ درصد هزینه‌ها می‌باشد و به عبارت دیگر شرکت بیمه‌ای دوم مابه‌التفاوت هزینه‌های بیمه‌ای شرکت بیمه‌ای اول را تا سقف ۱۰۰ درصد پرداخت می‌کند.

دامنه خدمات

از جمله نکات قابل توجه در این مقوله، توجه به گستردگی خدمات تحت پوشش و عدم ایجاد محدودیت در خدمات سرپایی و یا بستری می‌باشد. به عبارت دیگر در گستره خدمات تحت پوشش به این نکته توجه شود خدماتی که تحت پوشش قرار نمی‌گیرند، زیاد نباشد و یا تعریف بسته‌های خدمات به گونه‌ای نباشد که بیمه‌شده را به سمت استفاده از خدمات خاص مثلا خدمات سرپایی و یا بستری سوق دهد.

تقاضا

مقوله قابل توجه، ذکر این نکته است که سازمان‌های بیمه‌ای در خدمات خود تقاضای منطقی را تقویت نموده و از ایجاد "تقاضای القایی"^۱ جلوگیری نمایند؛ و این امر ناشی از عدم توازن اطلاعاتی بین بیمه‌شده و ارائه دهنده خدمت می‌باشد که به تبع آن تقاضایی خاص به بیمه‌شده تحمیل می‌شود.

هم پوشانی خدمات

توجه به این نکته که تکراری بودن خدمات، بدون وجود عامل رقابت، بجز اتلاف منابع فایده دیگری نخواهد داشت.

1. Induce Demand

تکلیف دولت

توجه به این نکته که اگر سازمان‌های غیر دولتی خدمات بیمه‌ای را خوب ارائه می‌نمایند، دولت ضمن اینکه نباید دخالت کند، بلکه باید کمک رسان نیز باشد و به عبارت دیگر برای این خدمات یارانه نیز تخصیص دهد.

سیستم‌های نظارت

توجه به این عامل که بعد اینکه بیمه درمان مکمل و به دنبال آن بسته‌های بیمه درمان مکمل تعیین شد، تعریف مشخص و روشنی از نتایج بهداشتی و درمانی ارائه شود تا ناظران بیمه‌ای بدانند، به دنبال چه چیزی باید باشند و آیا عاملی که ارزیابی می‌کنند بر کیفیت تاثیر خواهد داشت یا خیر. الگوی فعالیت بخش غیر دولتی در ارائه بیمه درمان مکمل به صورت زیر ارائه شده است:

۱- با وضع قانون جدید بیمه مکمل، شرایط مناسب برای فعالیت شرکت‌های بیمه درمان غیر دولتی در ارائه بیمه‌های درمان مکمل بوجود آید.

۲- نحوه محاسبه حق بیمه، بصورت رقابتی و بدون محدودیت در تعیین مبلغ توسط این شرکت‌ها تعیین گردد.

۳- موسسات بیمه‌گر غیر دولتی در صورت پوشش بیمه درمان مکمل برای افراد نیازمند، مبلغ معینی بعنوان حق بیمه به ازای هر نفر از دولت دریافت دارند.

در این راستا بسته خدمات بیمه درمان مکمل، فرصت مناسبی خواهد بود. محاسبه حق بیمه، بصورت رقابتی و بدون محدودیت در تعیین مبلغ در صورت ایجاد شرایط بازار رقابت کامل و برنامه ریزی دولت در نظارت و هدایت صحیح بسته‌های بیمه درمان مکمل در تامین حقوق بیمه شده، بیمه‌گر و جامعه خود قادر به کنترل میزان حق بیمه

این شرکت‌ها خواهد بود. پیش‌بینی پرداخت یارانه حق بیمه افراد نیازمند نیز می‌تواند عامل موثری در گسترش بیمه درمان غیر دولتی در کشور باشد.

در انگلستان افراد سالمند بالای ۶۵ سال، بیش از دوسوم کل بیماران و حدود ۴۰ درصد موارد پذیرش اورژانس را تشکیل می‌دهند، همچنین اغلب آنها در مراکز درمانی نامناسب درمان می‌شوند و این موضوع که خدماتی که آنها نیاز دارند به آنها ارائه نمی‌شود، موجب نگرانی آنها از وضعیت سلامتی خود شده است. بنابر این:

- نیازهای سالمندان با افراد جوان در خدمات مورد نیاز با یکدیگر فرق دارد.
- بیمه درمان خصوصی می‌تواند برای سالمندان مفید باشد البته چنانچه خدمات مناسب آنان را ارائه نماید.
- استفاده از تجربیات سایر کشورها در این زمینه ضروری است.
- بیمه درمان مکمل در قالب بخش خصوصی می‌تواند به عنوان تکمیل‌کننده طب ملی بسیار مفید باشد.

از آنجا که در کشور انگلیس طب ملی وجود دارد و تمامی خدمات در قالب طب ملی ارائه می‌شود، طرح بیمه درمان مکمل در قالب بیمه درمان مکمل می‌تواند در گریز افراد از لیست انتظار و از دست دادن زمان طولانی در این کشور موثر واقع شود، اما نکته‌ای که باید بدان توجه نمود این است که این موسسات چه خدماتی و برای چه گروهی از افراد ارائه نمایند. از جمله نکات قابل توجه در این پژوهش، توجه به مقوله سالمندان است چرا که مطالعات نشان می‌دهد در بسیاری از کشورها این قشر از جامعه از حمایت کمتری نسبت به سایرین برخوردارند و این امر می‌طلبد خدماتی متناسب با نیاز آنها در جامعه ارائه شود. از سوی دیگر باید توجه نمود، تمامی اقشار جامعه از اهمیتی خاص برخوردارند و باید خدمات متناسب با هر گروه به فراخور حال برای تمامی آحاد جامعه وجود داشته باشد.

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۷۳

در وضعیت سیستم موازی خصوصی در کانادا، اشاره به این دارد که حامیان سیستم‌های موازی برای عقیده‌اند که ایجاد یک چنین سیستمی، می‌تواند دسترسی به سیستم پایه را از طریق رقابت تقویت کند و مخالفین چنین بیان می‌کنند که این سیستم می‌تواند به یک سیستم درمانی دو شاخه منجر شود. افزایش هزینه‌ها، عدالت را از بین می‌برد و کیفیت و دسترسی به سیستم بهداشت و درمان دولتی را کاهش می‌دهد. این سیستم ضمن تحلیل وضعیت موجود کانادا به بررسی جوانبی همچون:

- اثربخشی یک سیستم موازی با منابع مالی خصوصی در کاهش هزینه‌ها و زمان انتظار در یک سیستم دولتی؛
 - انتخاب معکوس بین بخش‌های بیمه خصوصی و دولتی موازی
 - محدودیت‌های مالی همراه با ایجاد یک سیستم مالی موازی می‌پردازد.
 - از جمله نتایج این پژوهش می‌توان به این موارد اشاره نمود:
 - توسعه و یا ایجاد یک سیستم مالی خصوصی موازی در کاهش زمان انتظار در سیستم‌های مالی دولتی جای تامل دارد.
 - هیچ راه آسانی در راستای هدایت بیمه‌گران خصوصی در جهت سوق به سمت اهداف دولتی وجود ندارد.
 - ایجاد یک سیستم موازی ایزوله و مستقل با منابع خصوصی در عمل غیر ممکن است.
 - تعاملات بین بخش خصوصی و دولتی خیلی پیچیده و اجتناب‌ناپذیر است.
- کیفیت، یک نقش کلیدی را در جهت پویایی بین بخش‌های دولتی و خصوصی بازی می‌کند.

از جمله نکات قابل توجه در این پژوهش، توجه به ساختارهای موازی است. اگرچه که این سازمان‌ها در راستای ارائه خدمت بهتر به جامعه ایجاد می‌شوند اما در عمل، از آنجا

که این سازمان‌ها از لحاظ ماهیت با یکدیگر متفاوتند، نمی‌توانند آنطور که باید و شاید به وظایف خود عمل کنند. بخش خصوصی که هدف اولیه و نهایی اش کسب درآمد و سودآوری بیشتر است، کمتر می‌تواند خود را با بخش دولتی که هدفش، ایجاد عدالت اجتماعی و ایجاد تسهیلات برای عموم جامعه است، وفق دهد. اما از سوی دیگر، با ایجاد سازمان موازی در قالب سازمان‌های خصوصی، ارائه دهندگان خدمات از حالت انفرادی و تک بعدی خارج شده و مصرف کنندگان خدمات حق انتخاب خواهند داشت و به تبع آن هر سازمانی که خدمات با کیفیت مطلوبتر و با قیمت رقابتی‌تر ارائه نماید، موفق‌تر خواهد بود.

بررسی‌ها نشان داده است که بیمه درمان مکمل در پوشش بیمه خصوصی درمان که پوشش دهنده خدمات بیشتری است، جذابیت بیشتری خواهد داشت. نتایج همچنین نشان داد که اگر سهم فعلی بهداشت و درمان از مالیات حذف شود، سهم مشارکت لازم بیمه‌شدگان برای تامین منابع حدود دویست دلار برای هر فرد در ماه برآورد می‌شود که تقریباً هیچ فردی تمایل به خرید آن نخواهد داشت. در وضعیتی که بیمار هیچ مسوولیت اقتصادی در برابر میزان و نوع دریافت خدمات درمانی خود نداشته باشد، از یک سو انگیزه‌های او برای دریافت خدمات درمانی بیشتر و گرانتر افزایش می‌یابد و از طرف دیگر ارایه دهندگان خدمت نیز چون از منبع دیگری غیر از جیب بیمار برای او هزینه می‌نمایند، مسلماً هیچ گونه ملاحظه اقتصادی را در این زمینه مد نظر نخواهند داشت. این نکات برای جلوگیری از ارایه خدمات غیر ضروری برای بیماران که انجام آنها احتمالاً برای بیمار نیز مضر خواهد بود، ضرورت دارد.

بسته‌های گسترده‌تر خدمات درمانی، به دلیل اینکه هزینه نهایی آنها برای کل خدمات سرشکن می‌شود، برای ارایه دهندگان خدمات بیمه درمانی می‌توانند جذابتر باشند.

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۷۵

از طرفی برای خریداران بیمه‌های درمانی نیز قرار گرفتن تحت پوشش خدمات وسیع‌تر، مناسب‌تر خواهد بود، اما تناقض اصلی، بین هزینه بسته خدمات و طیف خدمات است که با یکدیگر نسبت مستقیم دارند، لذا در طراحی بسته‌های خدمات باید بین طیف خدمات تحت پوشش و حق بیمه مربوطه تعادل ایجاد گردد. بحث دادن یارانه به بیمه‌های خصوصی درمان نیز در بسیاری از کشورها طرفداران زیادی دارد اما عده زیادی هم با آن مخالف هستند. با توجه به اینکه اصولاً فعالیت در عرصه بیمه‌های درمانی در ایران حداقل در بخش بیمه‌های بازرگانی با استقبال چندانی همراه نبوده، لذا آغاز، تداوم و ایجاد انگیزه در بیمه‌های خصوصی درمان با پرداخت یارانه به منظور گسترش خدمات تحت پوشش بوسیله این موسسات و کاهش فشار پرداخت هزینه درمان توسط افراد از دیدگاه اجتماعی نیز قابل توجه خواهد بود.

امریکا نسبت به سایر کشورهای جهان میزان بیشتری از درآمد ناخالص خود (۱۳/۵ درصد) را به خدمات درمانی اختصاص داده است. اگرچه میزان رشد این هزینه‌ها موقتاً در نیمه ۱۹۹۰ کاهش یافته بود، اما به سرعت با افزایش تورم بیشتر شده بود. با تخصیص هزینه بیشتر به عملکردهای درمانی میزان مرگ و میر در دهه اخیر کمترین حد خود را داشته است. هرچند که ۱۸ درصد جمعیت ایالت متحده زیر پوشش هیچگونه خدمات درمانی نیستند. سیستم درمانی ویژه ایالات متحده در بین کشورهای ثروتمند جهان برای تأمین اعتبار مالی، خرید و ارائه خدمات درمانی به بخش خصوصی متکی است. کارفرمایان خصوصی اولین خریداران منافع بیمه‌های درمانی تکمیلی هستند. ترکیبی از بخش خصوصی و دولتی در آمریکا فعالیت دارد. مراکز ایالت‌ها عمدتاً زیر نظر شهرداری‌ها قرار دارد و مدیریت می‌شود. پوشش بیمه‌ای مدیکیر، برنامه دولت فدرال، از سال ۱۹۶۵ بوجود آمده است که افراد ۶۵ ساله به بالا و بیماران مزمن کلیوی را زیر پوشش دارد.

سیستم بیمه‌های درمانی دولتی آلمان زیر نظارت یک شبکه خصوصی وابسته به دولت فعالیت می‌کند و تمامی جمعیت را پوشش می‌دهد. در واقع در بین کشورهای اروپایی عضو OECD، فقط آلمان جامعترین سیستم دولتی را دارد که حتی خدمات دارویی، چشم پزشکی، دندان پزشکی، اندام مصنوعی و مراقبت در منزل را هم کاملاً پوشش می‌دهد. هزینه‌های اجرایی گزاف بخش دولتی حاکی از آن هستند که آلمان درصد بیشتری از تولید ناخالص داخلی خود را به خدمات درمانی اختصاص می‌دهد (۱۰/۳ درصد).

عوامل اصلی در برنامه‌های قانونی بیمه‌های درمانی آلمان عبارتند از: ۱) دولت و مجلس فدرالی، ۲) دولت‌ها و سازمانهای ایالتی و ۳) سازمانهای بیمه خصوصی، مصوبات بیمه توسط وزارت بهداشت تنظیم شده که بر میزان عضویت داوطلبانه یا اجباری در تأمین اعتبارات بیماری (توسط بیمه درمانی و ارائه دهندگان)، بسته‌های مزایا، ساختار سازمانی و اجرایی تأمین اعتبارات و میزان بازپرداخت به ارائه دهندگان نظارت می‌کند.

از سال ۱۹۷۱ سیستم بیمه همگانی بصورت خدمات درمانی کنونی در کانادا به اجرا درآمد. مشخصه خدمات بهداشتی و درمانی کانادا تأمین مالیات از طریق بخش عمومی و ارائه خدمات بوسیله بخش خصوصی است. هر یک از ایالتها از نظر بهداشت و درمان مستقل بوده و دارای سیستم‌های درمانی متفاوت هستند که کلیه هزینه‌های مراقبتها را زیر پوشش قرار می‌دهند. دولت فدرال در ۱۰ ایالت و ۳ ناحیه نقش کلیدی را در سیستم خدمات درمانی کانادا ایفا می‌کنند. دولت فدرال نسبت به تنظیم و اجرای اصول ملی یا استانداردهای سیستم خدمات درمانی، همکاری در تأمین اعتبارات مالی خدمات درمانی ایالتی از طریق نقل و انتقالهای مالی، ارائه خدمات درمانی مستقیم به گروههای خاص (از جمله سربازان، کاناداییهای بومی، افراد ساکن در قرارگاهها، کارکنان ارتش و زندانیان

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۷۷

زندانه‌های ائتلافی) و تکمیل سایر خدمات وابسته به درمان (مانند حفظ بهداشت، پیشگیری از بیماری و ارتقاء سلامتی) مسؤل است. دولتهای ایالتی و ناحیه‌ای نیز نسبت به موارد زیر پاسخگو هستند: مدیریت و ارائه خدمات درمانی، برنامه‌ریزی، تأمین اعتبار مالی و ارزشیابی خدمات بیمارستانی ایالتی، عملکردهای پزشکان و سایر کارکنان درمانی و مدیریت برخی از جنبه‌های مراقبتهای ارائه شده و درمان دولتی.

سیستم خدمات درمانی یکپارچه‌ای در سوئد وجود ندارد و تعدادی از سازمانهای خدمات بهداشتی و درمانی بصورت موازی سازمان دهی شده‌اند. خدمات درمانی زیر نظر ۲۱ دولت محلی بخشی است که هر کدام بصورت مستقل سیستم خدمات درمانی خود را تنظیم می‌کنند. هیچ کدام از این سازمانها (۲۱ مورد ذکر شده) مجزا و مستقل شبیه یک سیستم ملی (شبیه NHS انگلستان) عمل نمی‌نمایند. در برنامه مورد نظر سوئد، بخشها و شهرکها متشکل از دولتهای محلی‌اند که دارای زیر سیستم‌های خود مختار نیستند. به بخشها و شهرکها قدرت مدیریت مستقل بر مسائل، از طریق قانون، داده شده و بر این اساس می‌توانند مالیاتها را وصول کنند. ۲۸۹ شهرک موجود با ارائه حیطه وسیعی از خدمات در محلی‌ترین سطح فعالیت می‌کنند. در مقایسه، ۲۰ بخش در حیطه جغرافیایی وسیعتری عمل می‌کنند و خاص‌ترین بدنه دولتی ناحیه‌ای برای ارائه خدمات درمانی محسوب می‌شوند.

در ابتدای سال ۱۹۲۷ نظام بیمه مراقبت پزشکی عمومی در ژاپن بوجود آمد و تا سال ۱۹۶۱ کلیه شهروندان و شاغلین زیر پوشش قرار گرفتند. در این کشور اختصاص درآمد ناخالص ملی به خدمات درمانی از ۶/۱ درصد در سال ۱۹۸۹ به ۷/۴ درصد در سال ۱۹۹۹ افزایش یافت. سیستم خدمات درمانی ژاپن توسط دولت تامین اعتبار می‌شود. ارائه پوشش همگانی از طریق مشارکت کارفرمایان، کارمندان و سرمایه‌گذاری دولت صورت گرفته است.

مصرف کنندگان به ۳ شکل بیمه می شوند:

۱) بیمه درمان کارمندی، ۲) بیمه درمان ملی برای مشاغل آزاد، باز نشستگان و وابستگان آنها و ۳) تامین اعتبارات مالی اختصاصی برای مراقبت از سالمندان. از نظر کارفرمایان بیمه‌های درمانی، کارمندان به ۳ دسته تقسیم می شود:

۱- سیکان: بیمه‌های دولتی مختص شرکتهای کوچک و متوسط و وابستگان آنها

۲- کنیو: مؤسسات دولتی ویژه کارمندان شرکتهای بزرگ و وابستگان آنها مدیریت

می کنند.

۳- کیوسای: بیمه‌های درمانی خاص برای کارمندان بخش دولتی در سطوح ملی و

محلی، معلمین مدارس خصوصی و وابستگان آنها

در سال ۱۹۹۷ هزینه‌های پزشکی ملی تقریباً به ۲۳۱ میلیون دلار رسیده بود و

اختصاص درآمد ناخالص ملی به خدمات درمانی از ۶/۱ درصد در سال ۱۹۸۹ به ۷/۴

درصد در سال ۱۹۹۹ افزایش یافت. مقررات اصلاحی جدید مجلس ژاپن در حال بررسی

ایجاد بازار برای خدمات خصوصی و تشکیل مؤسسات سود آور به منظور همکاری با

سیستم تشخیص محور است. مقررات جدید فرصتی برای حل مشکل کمبود مراکز

پرستاری سالمندان توسط مؤسسات مراقبت دراز مدت فراهم کرده‌اند. علیرغم این چالشها

به نظر می رسد دولت ژاپن حامی سیستم خدمات سلامت ژاپنی است و اعتقاد کمتری به

بخش خصوصی دارد.

تمام جمعیت آلمان زیر پوشش بیمه هستند. ۸۵-۸۸/۵ درصد زیر پوشش بیمه

اجباری و کمتر از ۱۵ درصد زیر پوشش بیمه اختیاری‌اند. خدمات سر پایی بوسیله پزشکان

عمومی و متخصصین شاغل در بخش خصوصی و خدمات بستری در بیمارستان‌ها ارائه

می شود. پزشکان و بیمارستان‌ها با صندوق‌های بیمه‌ای قرارداد همکاری دارند. بیمه درمان

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۷۹

خصوصی بصورت جبران غرامت، هزینه‌های پزشکی، درمان بیماری‌ها، تصادفات، حاملگی و زایمان را تامین می‌نمایند. نظام پرداخت روزانه برای خدمات بستری وجود دارد. براساس قانون مردم آلمان باید زیر پوشش بیمه درمان قرار گیرند لیکن هماهنگی کامل بین مؤسسات بیمه درمان خصوصی و بیمه همگانی درمان وجود دارد. برای زیر پوشش قرار گرفتن و یا خروج از پوشش بیمه‌ای همگانی و خصوصی، محدودیتهایی وجود دارد که جابجایی بیمه‌شدگان را در این دو نوع پوشش با محدودیتهایی مواجهه ساخته است. بازار بیمه درمان خصوصی به موازات بیمه همگانی و بر اساس همان اهداف شکل گرفته است و این موجب مشارکت بیمه‌های خصوصی و دولتی در این کشور گردیده است.

نظام بهداشتی و درمانی کانادا مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را بوسیله دولت فدرال و بخش خصوصی ارائه می‌نماید. مدیریت و ارائه خدمات بوسیله حکومت‌های ایالتی صورت می‌گیرد. بیمه‌گران فعال بخش خصوصی در کانادا عمدتاً شرکت‌ها و یا انجمن‌های مشترک داخلی می‌باشند. در این کشور ۵ گروه بخش خصوصی به ارائه خدمات بیمه درمان اشتغال دارند که عبارتند از بیمه‌گران عمر، بیمه‌گران حوادث و دارایی‌ها، انجمن‌های مزایای اشتغالی، گروه‌های غیرانتفاعی و کارفرمایان.

محصولات بیمه درمان خصوصی به ۳ دسته بیمه درمان، بیمه درآمد ناشی از کارافتادگی و بیمه خدمات دندانپزشکی تقسیم می‌شود. در بیمه درمان مزایایی شامل جبران هزینه دارو، جبران هزینه مراقبت‌های پرستاری ویژه، جبران هزینه آمبولانس، جبران هزینه ویلچر و عصا، جبران هزینه عینک و جبران هزینه ماساژ و درمان‌های اختلالات اعصاب و عضلات ارائه می‌شود. بطور معمول بیمه درمان خصوصی تمام هزینه را پوشش

نمی‌دهد و پرداخت فرانشیز از طرف بیمه‌شده صورت می‌گیرد. علاوه بر این مزایای سالیانه محدود شده است.

بیمه درآمد ناشی از کارافتادگی که در برنامه‌های کوتاه مدت از اولین روز از کارافتادگی شروع می‌شود، برای کمک به جایگزینی حقوق کاهش یافته در یک دوره کوتاه مدت می‌باشد. مزایای پرداختی به وسیله دولت مشخص گردیده است. بیمه‌های دندانپزشکی، خدمات پیشگیری و خدمات نگهدارنده دندانپزشکی را در مورد پروسیجرهای عمده قابل ترمیم دندان زیر پوشش دارد.

سیستم بهداشتی و درمانی سوئد کلیه افراد مقیم این کشور و نیز بیماران اورژانسی را از کشورهای عضو اتحادیه اروپا و بیمارانی که دارای روابط خصوصی با سوئد هستند را زیر پوشش دارد. این سیستم ارائه مراقبت‌های اولیه را به عهده داشته و تأمین مالی آن به وسیله مالیات‌ها صورت می‌گیرد. ارائه خدمات درمانی از طریق نظام بیمه درمان صورت می‌گیرد و تمام جمعیت کشور را شامل می‌شود. بخش بهداشت و درمان خصوصی در سوئد گستره محدودی دارد. تأمین مالی خدمات درمانی در بخش خصوصی همانند بخش دولتی و از طریق مالیات‌ها صورت می‌گیرد.

بیمه درمان خصوصی از اوایل دهه ۱۹۸۰ و به دنبال موافقت‌نامه جامع بیمه‌ای بازار بیمه درمان خصوصی شروع شد و همانند سایر کشورها توسعه چندانی پیدا نکرده است. به دنبال افزایش هزینه‌ها در سال‌های جاری و عدم کفایت تأمین مالی بخش دولتی، افزایش صفوف انتظار برای دریافت خدمات و... از علل گرایش به سمت خصوصی سازی بیمه درمان است.

تمام افراد مقیم ژاپن اعم از ژاپنی و غیرژاپنی و یا کسانی که برای اقامت یکساله در ژاپن برنامه‌ریزی کرده‌اند، اجباراً توسط سیستم‌های بیمه عمومی زیر پوشش قرار گرفته‌اند.

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۸۱

بیمه‌گر شامل دولت، انجمن‌های بیمه درمانی و شهرداری‌ها می‌باشند. به شرکت‌های خصوصی اجازه فعالیت به عنوان بیمه‌گران سیستم‌های بیمه عمومی داده نشده است. شرکت‌های بیمه غیرعمر، فروش بیمه‌نامه‌های درمان خصوصی را در سال ۱۹۸۶ شروع کردند. شرکت‌های غیر زندگی، بیمه‌نامه‌های هزینه پزشکی را نیز به فروش رساندند تا در سال ۱۹۱۴ تنها ۱۴ شرکت بیمه غیرعمر در زمینه‌های پزشکی فعالیت می‌کردند. در سال ۱۹۴۸ شرکت‌های بیمه غیرعمر شروع به فروش بیمه‌های هزینه پزشکی به عنوان مزایای افزوده شده به بیمه‌های عمر کردند. در سال ۱۹۶۷ شرکت‌های بیمه‌های عمر، فروش بیمه‌نامه‌های مربوط به بیماری را به عنوان بخشی از بیمه‌نامه‌های عمر خود انجام دادند. دوران تحویل بیمه‌های خصوصی ژاپن مربوط به سال ۱۹۸۹ و به دنبال اصلاح سیستم پزشکی این کشور است. در حال حاضر بیمه‌نامه‌های متنوعی در دسترس هستند که مبالغ ثابتی را برای پوشش هزینه‌های پزشکی با توجه به روزهای بستری و میزان واقعی هزینه‌های بیمارستانی پرداخت می‌کنند. علاوه بر این بیمه‌ها درآمد بیمه‌شدگان را در صورت عدم توانایی آن‌ها در کار کردن تضمین می‌نمایند.

عرضه کنندگان عمده بیمه‌های درمان خصوصی را شرکت‌های بیمه عمر، غیرعمر و شرکت‌های بیمه‌ای که به وسیله قانون امور بیمه نظارت می‌شوند، به عهده دارند. شرکت‌های بیمه عمر و غیرعمر از طریق وزارت دارویی، کمیسیون نوسازی امور مالی و آژانس نظارت بر امور مالی نظارت می‌شوند. پوشش بیمه‌ای در سه نوع مزایای اصلی شامل: پوشش‌های بیمه‌ای مکمل جبران هزینه‌های پزشکی و پوشش بیمه‌ای جامع هزینه‌های پزشکی و پوشش بیمه‌ای درآمد ناشی از کارافتادگی و پوشش بیمه‌ای تصادفات و نقص عضو تصادفی تعریف شده است. بسته مزایای مشخص شده فقط در پوشش مکمل تعریف شده است که در بخش دولتی شامل پوشش‌های مدیکیر و مدیکید است.

مزایای بیمه خصوصی در شرکتهای بیمه‌ای مختلف متفاوت است. جامعترین و شفاف‌ترین بسته‌های درمانی در پوشش‌های مکمل مدیکیر در قالب ۱۰ بسته خدمتی تعریف شده است که شامل بسته‌های A,B,C,D,E,F,G,H&I است. در بخش خصوصی تامین مالی شرکتهای بیمه‌ای بیشتر از طریق حق بیمه‌ها (مشارکت بیمه‌شدگان و کارفرمایان) صورت می‌گیرد. حق بیمه‌ها بر اساس سن، جنس، سابقه بیماری و عادات شخصی صورت می‌گیرد و افراد بر اساس ریسک به ۴ گروه دارای ریسک استاندارد (Standard Risk)، ریسک‌های ترجیحی (Preferred Risk)، ریسک غیرقابل بیمه شدن (Uninsurable Risk)، ریسک‌های زیر استاندارد (Substandard Risk) تقسیم‌بندی می‌شوند.

بیمه درمان خصوصی آلمان مزایای وسیعی را ارائه می‌دهد که شامل: درمان سرپایی و بستری، مراقبت‌های دندانپزشکی، بستری‌های کوتاه مدت (۱ روزه)، کاهش درآمد ناشی از بیماری، مراقبت‌های طولانی مدت، پوشش تکمیلی برای خدماتی که زیر پوشش بیمه همگانی نیستند، بیمه مسافرت و... می‌باشند، که ارائه این خدمات با وضعیت و نیازهای افراد متغیر است. شرایط خاص برای افراد مسن و زوجین جوان وجود دارد. حق بیمه‌ها بر اساس درجه ریسک، سن، جنس، وضعیت سلامتی فرد، پوشش بیمه‌ای مورد درخواست و سطح پوشش بیمه‌ای تنظیم و محاسبه می‌گردد. ۵۰ درصد حق بیمه بوسیله کارفرما و ۵۰ درصد بوسیله بیمه‌شده صورت می‌گیرد و این مشارکت بدون توجه به ماهیت سازمان بیمه‌گر (خصوصی یا دولتی) صورت می‌گیرد. در مورد بیمه‌گران خصوصی در صورتی که خدمات ارائه شده با شاخص‌های کیفی مشخص شده بوسیله قانون اجتماعی هم‌خوانی نداشته باشد، هیچ مشارکتی بوسیله بیمه‌شده صورت نمی‌گیرد. حق بیمه‌های درمان دولتی درصدی از مالیات بر درآمد می‌باشد. در آلمان بیمه‌های خصوصی بیمه درمان، مراقبت‌های

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۸۳

طولانی مدت را نیز ارائه می‌نمایند. قانون بیمه درمان مراقبت‌های طولانی مدت در اول ژوئن ۱۹۹۵ تصویب شد. هدف بیمه درمان مراقبت‌های طویل‌المدت اجباری و حمایت از بیمه‌شدگان به هنگام نیاز به مراقبت‌های پرستاری است. تأمین مالی شرکت‌های بیمه خصوصی از طریق حق بیمه‌ها و منابع حاصل از سرمایه‌گذاری شرکت‌ها صورت می‌گیرد. در کانادا چهار گروه بخش خصوصی به ارائه خدمات بیمه درمان اشتغال دارند که عبارتند از: بیمه‌گران عمر، بیمه‌گران حوادث و دارائیها، انجمنهای مزایای ائتلافی (دوستانه)، گروههای غیرانتفاعی کارفرمایان.

محصولات بیمه درمان خصوصی به ۳ دسته به شرح زیر تقسیم می‌شود:

- ۱- بیمه درمان که مزایایی را شامل جبران هزینه دارو، جبران هزینه مراقبت‌های پرستاری ویژه، جبران هزینه آمبولانس، جبران هزینه ویلچر و عصا، جبران هزینه عینک، جبران هزینه ماساژ و درمان‌های اختلالات اعصاب و عضلات ارائه می‌دهد.
- ۲- بیمه درآمد ناشی از کارافتادگی: این نوع بیمه برای کمک به جایگزینی حقوق کاهش یافته در یک مدت کوتاه یا یک مدت طولانی‌تر بوجود آمده است. پرداختها در برنامه‌های کوتاه مدت از اولین روز از کارافتادگی یا در اولین فرصت شروع می‌شود. در برنامه‌های بلند مدت پرداختها بعد از یک دوره خاص بعد از شروع از کارافتادگی شروع می‌شود.
- ۳- بیمه خدمات دندانپزشکی: این برنامه‌ها خدمات پیشگیری و خدمات نگهدارنده دندانپزشکی را در مورد پروسیجرهای عمده قابل ترمیم دندان زیر پوشش دارد. بر طبق گزارشات انجمن بیمه درمان و بیمه عمر کانادا در سال ۱۹۹۷، بیمه درمان با پوشش ۲۱/۳ میلیون نفر، بیشترین پوشش را داشته است. بیمه دندانپزشکی با ۱۴/۱ میلیون نفر و بیمه درآمد ناشی از کارافتادگی با پوشش ۷/۸ میلیون نفر رتبه‌های بعدی را در اختیار دارند.

در سوئد بر اساس موافقت‌نامه جامع بیمه‌ای، مزایای بیمه درمان خصوصی عبارتند از بیماری‌ها، خدمات شغلی، مستمری تکمیلی، بیمه درمان مسافری، بیماری‌های اطفال و تصادفات، یادآوری می‌نماید که این مزایا علاوه بر مزایایی است که به وسیله دولت برای همه ارائه می‌شود. بر اساس موافقت‌نامه جامع بیمه‌ای، تأمین مالی بیمه درمان خصوصی به وسیله کارفرمایان صورت می‌گیرد. حق بیمه‌ها ثابت نیست و مبتنی بر اصول محاسبات بیمه‌ای نمی‌باشد اما به صورت درصدی از تولید ناخالص شرکت‌ها محاسبه و پرداخت می‌گردد.

در ژاپن پوشش بیمه تصادفات، مزایایی را در صورت مرگ و یا تصادف به بیمه‌شده پرداخت می‌کند. این پوشش هزینه‌های بستری بیمارستانی، هزینه‌های نقل و انتقالات تا بیمارستان و هزینه جراحی را می‌پردازد. مزایا به صورت روزانه، ثابت و با توجه به تعداد روز بستری تا سقف ۱۸۰ روز پرداخت می‌شود. در بیمه جبران درآمد ناشی از کارافتادگی که دوره پرداخت مزایای آن از ۱ تا ۲ سال متفاوت است و دریافت مزایا منوط به طی کردن دوران انتظار ۷، ۱۴ و یا ۳۰ روزه است، مزایای پرداختی کمتر از درآمد فرد در هنگام سلامت است. بیمه هزینه پزشکی به تمام معنای بیمه سلامت عمومی است. این بیمه نامه‌ها هزینه‌هایی که بیمه‌شدگان به دلیل بستری در بیمارستان ملزم به پرداخت آن‌ها هستند را می‌پردازند. تنها دارندگان بیمه‌نامه درمان عمومی به استثنای افراد ۶۵ ساله‌ای که قادر به حرکت نیستند و افراد ۷۰ ساله و بالاتر زیر پوشش بیمه هزینه پزشکی قرار می‌گیرند. مزایا شامل کمک هزینه پزشکی، هزینه‌های بستری در بیمارستان، هزینه استخدام مددکار در منزل، هزینه‌های حمل و نقل مراجعه به بیمارستان، پوشش بیمه‌ای برای درمان‌های پزشکی پیشرفته در مواردی که دولت آن‌ها را قانونی می‌داند، می‌باشد. محدودیت مزایا از ۱۸۰ روز

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۸۵

تا ۷۳۰ روز متغیر است. شرکت‌های بیمه‌ای معمولاً به جای مشخص کردن دوره مزایا، سقف هزینه بستری را مشخص می‌کنند.

دولت‌های بیشتر کشورهای توسعه یافته مزایای جامعی را فراهم می‌کنند و به این طریق نیاز به پوشش دهی بیشتر توسط بیمه‌های خصوصی را کاهش داده‌اند. اگرچه جداسازی خدمات درمانی از پوشش دهی عمومی (بخصوص خدمات دندانپزشکی و دارویی) و افزایش پرداخت‌های کمکی برای خدمات عمومی در بسیاری از کشورهای عضو به توسعه بازارهای بیمه‌های مکمل درمانی خصوصی منجر شده است و قدرت انتخاب مشتری و دسترسی به خدمات درمانی مختلف را افزایش داده است. این امر بخصوص در کشورهای عضو OECD با سیستم‌های خدمات درمانی از نوع NHS مشهود است، اگرچه در بیشتر کشورهای عضو به برخی از اشکال در دسترس است. این نوع از بیمه‌های درمان خصوصی معمولاً مواردی چون حق انتخاب بیشتر ارائه دهندگان خدمات، دسترسی سریعتر به درمان، وسایل و تسهیلات رفاهی برتر بیمارستانی را تضمین می‌کند، به جای این که موجب بهبود کیفیت بالینی خدمات شود.

سطح پوشش دهی، نسبت افراد زیر پوشش بیمه‌های درمان خصوصی را در یک جمعیت مشخص نشان می‌دهد و معمولاً به قوانین و توافقات سیستم خدمات درمانی قانونی مرتبط می‌شوند. سطح پوشش دهی برای بیمه‌های درمان خصوصی، جایگزین سطح پوشش دهی بیمه‌های درمانی قانونی اجباری یا داوطلبانه است. در این بیمه‌ها سطح پوشش بیمه‌های درمان خصوصی مکمل هزینه‌ای و مکمل خدمتی به وسعتی بستگی دارد که در آن دولت مزایای به موقع (از نظر زمانی) و جامعی را با کیفیت خوب فراهم می‌آورد. وجود بازارهای خدمات درمانی به سه وضعیت بستگی دارد:

- ۱- باید تقاضای مثبتی وجود داشته باشد (به این معنا که برخی افراد باید منجر از خطر باشند)،
 - ۲- باید برای بیمه این امکان وجود داشته باشد که با قیمتی عرضه شود که افراد آمادگی پرداخت آن را داشته باشند (پرهیز از خطر)،
 - ۳- باید از نظر تکنیکی امکان عرضه بیمه وجود داشته باشد.
- علاوه بر پرهیز از خطر، تقاضا برای بیمه درمانی ممکن است از برخی یا کلیه عوامل زیر متأثر شود:

- احتمال رخداد یک بیماری
 - اهمیت نقضی که متعاقب بیماری حادث می‌گردد.
 - قیمت بیمه و سطح درآمد و تحصیلات یک فرد
 - اندازه‌گیری برخی از عوامل ممکن است سخت‌تر از سایر عوامل باشد و تأثیر هر عامل از کشوری تا کشور دیگر متفاوت خواهد بود. دریافت بیمه‌های درمان خصوصی در اتحادیه اروپا، جایی که ایالت، سطح بالایی از حفاظت در برابر خطر خسارت مالی در هر واقعه بیماری را فراهم می‌سازد، عواملی چون قیمت، درآمد و تحصیلات ممکن است نسبت به اهمیت خسارت مالی، نقش تعیین‌کننده‌تری برای تقاضا به شمار آیند (حداقل در جایی که بیمه‌های درمان خصوصی، خدمتی حائز اهمیت است).
- داده‌ها در خصوص توزیع پوشش‌دهی بیمه‌های درمان خصوصی در اتحادیه اروپا نشان می‌دهند که بیشتر مشترکین از اقشار پردرآمد هستند. از آنجایی که واجد شرایط بودن برای این نوع از بیمه‌های درمان خصوصی بستگی به درآمد یا اشتغال دارد، این امر در جایی انتظار می‌رود که بیمه‌های درمان خصوصی جایگزین، حائز اهمیت باشد. اما بیمه‌های مکمل درمان خصوصی هزینه‌ای و بیمه‌های مکمل درمان خصوصی خدمتی نیز

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۸۷

سوگیری قوی را به نفع اقشار پردرآمد نشان می‌دهند. علاوه بر درآمد، سن، جنس، وضعیت اشتغال، وضعیت تحصیلی و محل سکونت از جمله عوامل تعیین کننده تقاضای بیمه‌های درمان خصوصی در اتحادیه اروپا به شمار می‌رود. در پاسخ به این سؤال که آیا برای بیمه‌های درمان این فرصت وجود دارد که در آینده اتحادیه اروپا نقش بزرگتری در تأمین بودجه خدمات درمانی ایفا نماید؟ ۳ خط مشی قابل تعریف است که ممکن است بر گسترش آتی بیمه‌های درمان خصوصی بعنوان یک عامل کنترل هزینه بیمه‌گران درمان در اعضای مختلف نفوذ داشته باشند:

۱- اجازه دادن به افراد برای صرفنظر کردن بیشتر از سیستم خدمات درمان پایه

عمومی

۲- حذف بیشتر خدمات خاص درمانی از پوشش عمومی

۳- معرفی یا افزایش مشوقهای مالیاتی برای خرید بیمه‌های درمان خصوصی و مکمل در بعضی از کشورهای OECD چنانچه افراد یا گروهها بخواهند از برنامه بیمه درمانی پایه صرفنظر کنند، از مشارکت هزینه‌ای در آن برنامه یا خدمت معاف می‌شوند. جدیدترین تغییرات قانونی به افراد یا گروهها، اجازه صرفنظر از سیستم خدمات درمانی عمومی را می‌دهد. فرانسه (۱۹۹۳) و استرالیا (۱۹۹۹) نمونه‌هایی از این سیستم را اجرا کرده‌اند، اما صرفنظر کردن همواره برای کارمندان پردرآمد آلمان مقدور است. در سوئد افراد پردرآمد برای خدمات سرپایی و اولین سال خدمات بستری و در کره مشاغل آزاد برای «خطرات جزئی» از پوشش عمومی حذف می‌شوند. این افراد حق خرید بیمه‌های درمان خصوصی جایگزین را دارند. بنابراین اجازه دادن به افراد برای صرفنظر کردن از برخی و یا تمام بخشهای سیستم خدمات درمانی عمومی در اتحادیه اروپا نسبتاً محدود است، در حالیکه ممکن است این موضوع در مباحثات پیرامون اصلاحات خدمات درمانی

مطرح شود و ندرتاً بعنوان یک جایگزین جدی برای پوشش دهی همگانی در نظر گرفته شود. علاوه بر رویگردان بودن بسیاری از دولتها در کاستن از سطوح پوشش عمومی، ممکن است دو دلیل دیگر نیز برای این وجود داشته باشد که چرا صرفنظر کردن گزینه بیمه نامه‌ای مطلوب نیست؟ اول، در جاییکه افراد واقعاً "از پوشش عمومی حذف می‌شوند مانند سوئد و کره، دولتها برای مداخله در بازار برای بیمه‌های درمان خصوصی جایگزین بمنظور تضمین دسترسی افراد به سطح کافی خدمات از پوشش بیمه‌های درمان خصوصی زیر فشار قرار می‌گیرند. دولت بلژیک سیستمی از تطابق خطر برای انجمنهای دو جانبه عرضه کننده بیمه‌های درمان خصوصی جایگزین معرفی کرده و تصریح می‌کند که مزایای بیمه‌های درمان خصوصی جایگزین که آنها فراهم می‌سازند، باید بیشتر با مزایای برنامه درمانی عمومی همانند باشد. پیشرفتهای اخیر در سوئد و کره حاکی از این هستند که دولتهای هر دو عضو موقعیت فعلی را مشکل دار می‌دانند. دوم، در دادن حق انتخاب برای صرفنظر (همانند استرالیا، سوئیس و آلمان)، شواهد حاکی از این هستند که بیشترین افراد ترجیح می‌دهند در همان جایی که هستند بمانند. افراد و گروههای معدودی از کارکنان در استرالیا صرف نظر کرده‌اند و در آلمان کمتر از یک چهارم کارمندان پردرآمدی که می‌توانند از برنامه بیمه درمانی قانونی صرفنظر کنند واقعاً "این کار را می‌کنند. آنهایی که بیشتر به نظر می‌رسد که از پوشش بیمه عمومی صرفنظر کنند افراد جوان، مجرد یا زوجهایی با درآمدهای دوبرابر هستند. گزارش دیگر اشاره به این دارد که بیمه‌های درمان خصوصی جایگزین، بین افراد جوان و متمکن آلمان در حال کسب محبوبیت بیشتری است. در گذشته، برای افراد گرايشی نیز وجود داشته که وقتی جوان و سالم بودند (از پوشش بیمه عمومی) صرفنظر کنند و سپس با افزایش سن و ازدیاد حق بیمه‌های درمان خصوصی جایگزین، برای بازگشت به پوشش بیمه عمومی تلاش کنند. دولت آلمان دو

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۸۹

اصلاح برای پرداختن به این مشکلات ارائه نموده است (در سال ۱۹۹۴ و ۲۰۰۰) و برای افرادی که صرفنظر کرده‌اند اجازه بازگشت به پوشش بیمه درمان عمومی داده شده و اینکه به یک سطح کافی و جامع از پوشش بیمه‌های درمان خصوصی جایگزین دسترسی داشته باشند. اجازه دادن به افراد برای صرفنظر از سیستم خدمات درمانی قانونی در اتحادیه اروپا بنظر می‌رسد روند رو به رشدی نداشته است.

حذف خدمات بهداشتی اختصاصی از پوشش قانونی در برخی اعضا، گزینه آزاد دیگر است. کاهش‌های آشکار در پوشش عمومی برخی خدمات درمانی می‌تواند تقاضا برای بیمه‌های درمان خصوصی و مکمل هزینه‌ای را افزایش دهد، در حالیکه کاهش‌های آشکار از طریق سهم‌بندی ممکن است تقاضا برای بیمه‌های درمان خصوصی مکمل خدمتی را افزایش دهد، همانطور که در استرالیا این موضوع مشهود بوده است. ممکن است تقاضای افزایش یافته برای بیمه‌های درمان خصوصی و مکمل هزینه‌ای همیشه وجود نداشته باشد، همانطور که عرضه پوشش بیمه‌های درمان خصوصی برای برخی خدمات برای بیمه‌گران سودآوری کمتری دارد. در بسیاری از اعضا، عرضه دارو رایج‌ترین نوع حذف خدمات درمانی پایه است، اما بازارهای بیمه‌های درمان خصوصی همیشه هزینه‌های دارویی را پوشش نمی‌دهند. اگرچه پرداخت‌های کمکی برای داروها تنها هزینه کاربر موجود در سیستم خدمات درمانی قانونی استرالیا است، محصولات بیمه‌های درمان خصوصی پوشش‌دهنده این پرداخت‌های کمکی هنوز تحقق نیافته‌اند. بیمه‌گران ممکن است آن را برای پاسخ‌دهی به کاهش‌های قانونی در سایر خدمات درمانی تعریف شده، نظیر خدمات دندانپزشکی، آسانتر ببینند. بیمه‌گران درمان اختیاری (خصوصی) ممکن است فقط قادر به رفع تقاضای افزایش یافته برای بیمه‌های درمان خصوصی در مناطقی باشند که ظرفیت بخش خصوصی مناسب باشد. این امر در حال حاضر در اعضای با ظرفیت کم در بخش

خصوصی نظیر استرالیا، یک مشکل است. فقدان ظرفیت بیشتر ممکن است دولتها را تشویق به پرداختن به مفاهیم عدالت پیشرفتهای بیشتر در بیمه‌های درمان خصوصی و مکمل خدمتی نماید، به این منظور که از تشدید نابرابری‌های موجود در دسترسی به خدمات درمانی قانونی و اضمحلال منابع دولتی پیشگیری نماید.

معرفی یا افزایش مشوق‌های مالیاتی برای افراد و سازمان‌ها برای خرید بیمه‌های درمان خصوصی، می‌تواند تقاضا برای بیمه‌های درمان خصوصی را افزایش دهد. انجمن بیمه‌گران آلمان ادعا می‌کند که "فقدان فرانشیز و مشوقهای مالیاتی خاص، مانع بزرگی برای پیشرفت بیمه درمان خصوصی در اتحادیه اروپا و مانعی برای رقابت است. اگر چه شواهد نشان می‌دهند که مشوقهای مالیاتی موجود هدفمند شده و تأثیر حائز اهمیتی بر تمایل به بیمه‌های درمان خصوصی ندارند، اما این مشوقها تقاضا برای بیمه‌های گروهی در استرالیا، آلمان، کره و سوئد را افزایش داده‌اند. این استدلال که تخفیف مالیاتی برای بیمه‌های درمان خصوصی و مکمل در سود دولتی به این دلیل تأثیر دارد که افزایش تقاضا برای بیمه‌های درمان خصوصی و مکمل تقاضا برای خدمات درمانی قانونی را کاهش می‌دهد، بنابراین از وارد آمدن فشار زیاد بر هزینه دولت می‌کاهد، در عمل اثبات نمی‌شود. عبارتی، تخفیف مالیاتی برای بیمه‌های درمان خصوصی ممکن است نگرانیهای راجع به عدالت را در جایی بالا ببرد که به افراد شاغل در هزینه افراد بیکار سود برساند و در نرخ مالیاتی حاشیه‌ای اعمال گردد، بنابراین افزایش دهنده ارزش تخفیف برای آنهاست که در محدودیتهای مالیاتی بیشتری قرار دارند. چنین می‌توان استنتاج کرد که دولتها باید تخفیف مالیاتی را در گروههای کم درآمد بمنظور بهبود دسترسی به بیمه‌های درمان خصوصی هدف قرار دهند اما این مورد سؤال است که آیا این امر باید استفاده حسابگرانه از منابع دولت باشد؟ منابع تفویض شده برای تخفیف مالیاتی ممکن است در بهبود

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۹۱

بخشیدن به کمیت و کیفیت خدمات درمانی قانونی صرف شوند. گرایش‌های اخیر در اتحادیه اروپا برای کاستن یا برداشتن مشوق‌های مالیاتی برای خرید بیمه‌های درمان خصوصی است. در سالهای اخیر دولتهای آلمان و انگلستان ابزارهایی برای کاهش یا تغییر مسیر مشوقهای مالیاتی برگزیده‌اند. کره تنها عضوی است که مشوقهای مالیاتی را برای بیمه‌های درمان خصوصی افزایش داده است. مشوقهای مالیاتی که بیش از همه برای انواع اصلی بیمه‌گران مطلوب هستند، می‌توانند بر ساختار بازار تأثیر داشته باشند، اما بنظر نمی‌رسد مداخلات مالیاتی متفاوت برای بیمه‌گران شکل قابل‌تثبیتی از سیاست دولت ملی باشد همانطور که ممکن است قانون رقابت اتحادیه اروپا را لغو نماید.

بیمه‌نامه‌های درمان مکمل در آمریکا به منظور تکمیل نیازهای اساسی افراد یا خانواده طراحی و فروخته می‌شوند. مزایای بیمه درمان مکمل معمولاً به بیمه‌شده‌ای پرداخت می‌شود که بداند چگونه آن‌ها را بیان کند. بطور کلی این مزایا به ۳ دسته کلی تقسیم می‌شوند:

۱- زیر پوشش قرار دادن هزینه‌های پزشکی شامل پرداخت هزینه‌های پزشکی، بیمارستان، درمانگاهها، دارو، تست‌های آزمایشگاهی و سایر مواردی که توسط بیمه‌های پایه زیر پوشش قرار نمی‌گیرند.

۲- زیر پوشش قرار دادن هزینه‌های مسافرت، اقامت، مشاوره و .. که به حوادث ناشی از بیماری یا آسیب‌های تصادفی مربوط می‌شود (۳) زیر پوشش قرار دادن ضررهای درآمدی ناشی از بیماری و حادثه.

انواع بیمه‌های مکمل مخارج پزشکی

۱- گسترش سطح پوشش‌های بیمه‌ای

بعنوان مثال بیمه‌های دندانپزشکی و رفع عیوب انکساری چشم، دو نوع از تولیدات مکمل بیمه درمان در این قسمت است. برنامه‌های پزشکی پایه فقط برای ارائه پوشش دندانپزشکی بصورت بسیار محدود طراحی شده است. پوشش‌های چشم پزشکی نیز برای آسیب‌های ناشی از حوادث یا شرایط خاص پزشکی در مواردی از قبیل گلوکوم یا آب مروارید طراحی شده است. پوشش‌های مکمل دندانپزشکی از طریق زیر پوشش قرار دادن هزینه‌های روتین دندانپزشکی درمان‌های دندانپزشکی و ابزار آلات دهانی از قبیل دندان مصنوعی و .. گستره پوشش خود را افزایش داده است. بیمه‌های مکمل چشم پزشکی سطح پوشش خود را از طریق ارائه خدمات آزمایشی چشمی و لنزهای اصلاحی گسترش داده است.

۲- پر کردن شکاف هزینه‌ای

در آمریکا بیمه‌های مکمل مدیکیر به منظور پر کردن شکاف‌های موجود در برنامه‌های بیمه بهداشتی درمانی که توسط دولت (فدرال) ارائه می‌شود، بوجود آمد. این کار از طریق افزایش دادن تعداد روزهایی که بیمه‌شده می‌تواند در بیمارستان بستری شود و زیر پوشش قرار دادن «هزینه‌های کسورات» «حق بیمه مشارکتی» و هر نوع هزینه اضافی که توسط بیمه‌شده در قالب برنامه مدیکیر پرداخت می‌شود، صورت می‌گیرد. پوشش بیمه‌ای مدیکیر همچنین پوشش مراقبتی خود را از طریق زیر پوشش قراردادن هزینه‌های درمان در طول مسافرت‌های خارجی، مراقبت‌های ریکاوری در منزل، مراقبت‌های پزشکی پیشگیری، گسترده کردن هزینه و نوع داروهای تجویزی گسترش داده است. برخی از این

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۹۳

هزینه‌ها در تمامی برنامه‌های ۱۰ گانه استاندارد مکمل مدیکر وجود دارد، در حالی که بعضی از آنها اختیاری است. بیمه‌های مکمل مدیکر متنوع‌تری نیز از طریق قراردادهای مدیکر همراه با حق انتخاب فراهم است. این بیمه‌نامه‌ها مخارج مربوط به ارائه خدمات پزشکی در یک شبکه خاص ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را تقبل می‌کند. حق بیمه‌ای که در این موارد پرداخت می‌شود، کمتر از برنامه‌های استاندارد مدیکر است. در هر حال، در صورتی که در شرایط اورژانسی فرد به ارائه دهندگان خارج از شبکه نیز مراجعه کند و اورژانسی بودن خدمت تایید شود، هزینه‌های مربوط به آن پرداخت می‌شود. بدیهی است، در غیر اینصورت کلیه مخارج به عهده بیمه‌شده خواهد بود.

۳- پوشش خاص برای نیازهای کوتاه مدت

برخی از تولیدات بیمه‌ای مکمل برای هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی کوتاه مدت ارائه می‌شود، مواردی از قبیل آسیب دیدگی‌های ورزشی، عملیات نجات، مهاجرت، درمان‌های پزشکی برای پیاده روی، کوهنوردی و اسکی از این جمله‌اند. دیگر تولیدات شامل پوشش بیمه‌ای مربوط به مراقبت‌های کوتاه مدت برای آمریکایی‌هایی که مسافرت می‌کنند و پوشش بیمه‌ای برای توریست‌های (جهانگردان) خارجی که از کشور بازدید می‌کنند، می‌باشد. معمولاً واژه بیمه مکمل برای این پوشش‌ها فقط مشمول گسترش دوره زمانی‌ای است که رویداد ممکن است رخ دهد. (فرض کنید اگر بیمه‌های پایه طول دوره رویداد در مورد حوادث کوهنوردی ۱۲ ساعت باشد، بیمه مکمل آن را تا ۴۸ ساعت افزایش می‌دهد).

۴- بیمه درمان مکمل برای هزینه‌های مرتبط

بسیاری از حوادث و بیماریها، فشارهای مالی سنگینی را ایجاد می‌کند که بر روی سطح زندگی افراد و خانواده‌ها اثرات بسیار زیادی را وارد می‌کند. بسیاری از بیمه‌نامه‌های درمان مکمل به افرادی که سابقه بیماری ناشی از حادثه یا بیماری مزمن داشته باشند، خسارت پرداخت می‌کنند. این مزایا هزینه‌های مربوط و درآمدهای از دست رفته ناشی از ناتوانی فرد یا بستری شدن در بیمارستان را نیز جبران می‌کند. همچنین در مورد مخارج پزشکی مشکل خاصی وجود ندارد، بجز اینکه این مخارج هنگامی پرداخت می‌شود که حادثه‌ای رخ دهد (به عبارتی دیگر فقط در صورتی قابل پرداخت است که آسیب ناشی از حادثه باشد). بنابراین بیمه شده، با دریافت این مزایا، هزینه‌های پرداخت شده را دریافت می‌کند و این هزینه‌های پزشکی و غیر پزشکی ناشی از بیماری یا حادثه، از طریق دریافت خسارت جبران می‌شود و می‌توان جایگزین درآمد فرد باشد. سقف پرداخت خسارت برای مزایایی که انتخاب می‌شود، بستگی به میزان تمایل بیمه‌شده به پذیرش سطح پایین‌تری از استاندارد یا استفاده از پس‌اندازهای شخصی دارد. پس‌اندازهای شخصی شامل کمک‌دوستان، خانواده یا پس‌اندازهای شخصی فرد است.

یکی از عمومی‌ترین استفاده‌های بیمه‌های درمان مکمل تامین درآمد برای افرادی (بیمه‌شدگانی) است که بیمار یا ناتوان شده و یا قادر به کار کردن نیستند. بعضی از مردم در شرکت‌هایی کار می‌کنند که مزایای ناتوانی کوتاه مدت ناشی از بیماری را ارائه نمی‌دهند و فقط هنگامی به فرد حقوق پرداخت می‌کنند که کار انجام می‌دهد. در هر حال ممکن است موقعیت‌های زیادی بوجود آید که فرد ناتوان شده نتواند کار کند. بیمه‌های جبران غرامت بیمارستانی و بیمه از کار افتادگی ناشی از تصادفات، دو نوع از برنامه‌های مکمل بیمه‌ای است که در رفع نیازهای مذکور موثر است. علاوه بر موارد ذکر شده، پوشش‌های

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۹۵

بیمه‌ای مکمل دیگری نیز وجود دارد که هزینه‌های غیر پزشکی مربوط به بیماری یا حادثه را زیر پوشش قرار می‌دهند. برای مثال اگر یک بیمه شده، درمان‌های ویژه‌ای (تخصصی) نیاز داشته باشد و برای دسترسی به تسهیلات پزشکی مجبور باشد، مسافت‌های طولانی را سفر کند، در بعضی از برنامه‌های بیمه‌ای ممکن است هزینه‌های مسافرت فرد و خانواده اش زیر پوشش قرار گیرد. در بعضی از برنامه‌ها هنگامی که افراد شاغل خانواده (والدین) مجبورند در هنگام بهبودی بیمار در منزل مانده و ساعات کمتری را در کارشان حاضر شوند، ضرر درآمدي موجود را به فرد پرداخت می‌کنند. هزینه‌های دیگری نیز ممکن است برای اصلاح ساختاری (اصلاح معماری منزل)، بعد از معلولیت یا بعد از فلجی ناشی از یک حادثه وجود داشته باشد از جمله هزینه نصب سطوح شیب دار (شیب راهه) صندلی چرخ دار، آسانسور، حمام، آشپزخانه یا اتومبیل که زیر پوشش بیمه‌های پایه‌ای پزشکی نیست و در بیمه‌های مکمل اعمال می‌شوند. تولیدات بیمه‌های درمان مکمل انواع دیگری از هزینه‌ها را شامل بیماریهای خاص از قبیل سرطان‌ها، یا بیماریهای جدی و کشنده و برنامه‌های پوشش بیمه‌ای حوادث شخص (ثالث) نیز زیر پوشش خود دارند. پوشش‌های بیمه مکمل لازم است افراد و خانواده‌ها را حمایت کنند تا:

الف: کاهش درآمدي که فرد در اثر بیماری یا حادثه متحمل شده است، آنسوی نیازهایی که توسط بیمه پایه‌ای پوشش داده می‌شود را جبران کنند،
ب: هزینه‌های اضافی غیر پزشکی که همراه با بیماری‌ها و آسیب‌های جدی وجود دارد را پردازد.

در بیشتر موارد، پوشش‌های بیمه‌ای فردی آن طور گسترده نشده است که در قالب بیمه‌های پایه یا بسته خدمات کارمندی بتواند موارد فوق را ارائه دهد.

۵- بیمه درمان مکمل، جایگزین درآمد

نیاز به استفاده از بیمه‌های مکمل حوادث و درمانی به منظور جبران درآمد از دست رفته، بیشتر از دیگر بیمه‌های مشاغل رایج است. بر اساس گزارش مرکز تحقیقات کارکنان (آمریکا) ۴۸ درصد از همه کارگران (به غیر کشاورزان) توسط کارفرمایان خصوصی استخدام شده‌اند که مزایای کوتاه مدت مربوط به بیماری و ترک محل خدمت (در کوتاه مدت) را به کارکنان ارائه نمی‌دهند. آمار شگفت‌انگیز دیگری که در تحقیقات اخیر بدست آمده است نشان می‌دهد که ۵۰ درصد از همه کارگران در بخش خصوصی پوشش بیمه‌ای - ترک کار به علت بیماری - را ندارند. این اطلاعات حاکی از آن است که به بسیاری از مردم فقط هنگامی حقوق پرداخت می‌شود که کار می‌کنند و یا اینکه مشکلات کوچکی دارند که مانع از کار کردن آنها نمی‌شود یا اینکه فقط در کوتاهترین دوره زمانی در منزل می‌مانند (استراحت می‌کنند). به عبارت دیگر در صورتی که افراد مشکلات طولانی مدت یا بیماری جدی داشته باشند که نتوانند کار کنند یا لازم باشد مدت زیادی در خانه استراحت کنند، به آنها حقوق پرداخت نمی‌شود. شکی نیست که بسیاری از مردم هنگامی که در بیمارستان بستری می‌شوند نمی‌توانند کار کنند. آنها همچنین هنگامی که دوران نقاهت یک بیماری جدی را در بیمارستان یا منزل می‌گذرانند نیز قادر به کار کردن نیستند.

بیمه جبران غرامت بیمارستانی، جذابیت خاصی برای مردم و بخصوص افرادی که در اثر بستری شدن در بیمارستان درآمدها را از دست داده‌اند، دارد. پرداخت‌های روزانه که از طریق این بیمه صورت می‌پذیرد معادل درآمد از دست رفته فرد می‌باشد. حتی مزایایی که برای اعضای خانواده در نظر گرفته است از جمله پرداخت به زوج‌هایی که همسر بیمار دارند یا والدینی که ممکن است نتوانند بدلیل بیماری یکی از اعضای خانواده، بطور تمام

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۹۷

وقت سرکارشان حاضر شوند، می‌تواند کاهش درآمد خانواده را جبران کند. برای ۵۰ درصد از کارکنان بخش خصوصی که پوشش بیمه‌ای ترک محل خدمت را ندارند، پوشش بیمه‌ای جبران غرامت بیمارستانی با هزینه پایین می‌تواند آنها را در مقابل از دست دادن درآمد در اثر بیماری‌های جدی یا آسیب‌های جدی زیر پوشش دهد. بطور سنتی، تولیدات بیمه‌ای جبران درآمد ناتوانی ممکن است بر روش‌های پیچیده‌تری نقش درآمد جایگزین را ایفا کند. بهر حال این تولیدات معمولاً برای کارگران یا فراهم نیستند یا مطلوب نیستند. تولیدات بیمه‌ای جایگزین درآمد سنتی معمولاً با هزینه بالای مالی و تعهدات فیزیکی سنگین همراه هستند که ممکن است بعضی از افراد با ریسک بالا و یا افرادی که نمی‌توانند این هزینه را بپردازند را زیر پوشش قرار ندهد. این در حالی است که برنامه‌های مکمل ناتوانی معمولاً تعهدات کمتری دارند. علیرغم اثرات تعهدات با برنامه‌های جایگزین درآمد، ممکن است هنوز برای همه افرادی که بیماری آنها را از درآمد محروم می‌کند، فراهم نباشد. از جمله برای کارکنان پاره وقت و یا کارکنانی که در مشاغل ویژه‌ای کار می‌کنند. حتی اگر پوشش در دسترس باشد، پوشش‌های جبران درآمد سنتی برای افرادی که درآمد متوسطی دارند مطلوب نیست. برای مثال متوسط درآمد برای یک خانواده ۴ نفره در ایالت متحده بطور متوسط ۴۰۰۰۰ دلار برآورد می‌شود. برای زیر پوشش بیمه قرار گرفتن افرادی از قبیل لوله کش‌ها و نجارها باید ۱۵۰۰ دلار از درآمدشان را بعد از کسر مالیات پرداخت کنند، این مبلغ حدود ۴٪ از کل درآمد فرد است و ممکن است برای خیلی از افراد پوشش بیمه‌ای قابل خریداری نباشد. چرا که این پوشش بیمه‌ای باید ۳۰ روز دوره انتظار را بگذرانند و ماکزیمم تا ۵ سال دوام دارد. برای بیشتر خانواده‌ها با درآمد متوسط ۴۰۰۰۰ دلار، اختصاص ۱۵۰۰ دلار برای بیمه، مشکلاتی را ایجاد می‌کند زیرا که این مبلغ بخش بالایی از منابع مالی درآمد خانواده (۴٪) را به خود اختصاص

می‌دهد، در نتیجه بعضی از پوشش‌های بیمه‌ای قابل خریداری نیست. در کنار پوشش بیمه‌ای جبران غرامت بیمارستانی، ناتوانی ناشی از حوادث فیزیکی، از تولیدات بیمه‌های مکمل است که کاهش درآمد در کوتاه مدت رازیر پوشش خود قرار می‌دهد. همچنین این پوشش بیمه‌ای از اولین روز بیمه قابل استفاده است و دوره انتظار ندارد و یکی از فاکتورهایی است که موجب گردیده تا تعداد زیادی از کارگرانی که بدون بیماری و یا بر اثر حادثه کارشان را ترک کنند، این پوشش برایشان قابل خریداری باشد.

برای کارکنان جوانی که بندرت بیمار می‌شوند و کارکنان مسن سالم، پوشش بیمه‌ای ناشی از حوادث کاملاً جذاب است. چرا که این پوشش بیمه‌ای هزینه‌های بالاتری از حوادث غیر مترقبه را در سطح مطلوبی ارائه می‌کند. به نظر می‌رسد برای خیلی از افرادی که خودشان را در سطح بالای سلامت حس می‌کنند، نیازی نباشد که پول زیادی برای قرار گرفتن زیر پوشش بیمه‌های بیماری، خرج کنند. اگر چه ممکن است این تصور پیش آید که صرف پول برای خرید بعضی از چیزها که ممکن است اصلاً استفاده نشود، به هدر دادن پول است، لیکن آمار شورای امنیت ملی آمریکا نشان می‌دهد که هر ساله ۱۹/۳ میلیون فرد بر اثر آسیب یک روز یا بیشتر ناتوان می‌شوند.

۶- بیمه درمان مکمل مخارج مربوط

عوارض مالی حوادث و یا بیماری‌ها فقط شامل اثرات آنها بر کاهش درآمد و بدنبال آن هزینه‌های پزشکی که هزینه‌های بیمارستانی، پزشکان و سایر اقدامات برای درمان حوادث یا بیماری‌ها نیست. این اثرات بسیار بیش از موارد ذکر شده است. وقتی عضوی از خانواده درمان پزشکی دریافت می‌کند، هزینه‌های جانبی که ممکن است مطرح شود، مواردی از قبیل مخارج دور بودن از خانه (محل سکونت) مخارج مربوط به مراقبت از کودکان، هزینه‌های حمل و نقل، هزینه‌های نگهداری خانه و سایر موارد هزینه‌ای است.

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۹۹

علاوه بر این برای اعضای خانواده مهم است که به منظور احتیاط بیشتر در دوران بهبودی ساعات بیشتری را با بیمار طی کرده و در نتیجه ساعات کمتری بر سر کار خود حاضر شوند. بدیهی است این مسئله در آمد افراد را کاهش می‌دهد، این موضوع به خصوص در افرادی که به صورت قرار داد ساعتی کار می‌کنند، بیشتر ملموس است. در هنگام بستری فرد در بیمارستان اکثر اعضای خانواده ترجیح می‌دهند در کنار هم باشند و اغلب مدت زیادی را در بیمارستان می‌گذرانند. آنها هر روزه به بیمارستان (یا بیمار) سر می‌زنند. این موارد هزینه‌هایی از جمله هزینه‌های رفت و آمد به بیمارستان، تغذیه در خارج از منزل را به خانه تحمیل می‌کند، در صورتی که خانواده‌ها بچه کوچک داشته باشند، هزینه‌های مربوط به مراقبت از کودک نیز به خانواده تحمیل می‌شود. بعضی اوقات مخارج اضافی زندگی نیز به خانواده‌ها تحمیل می‌شود، چرا که یکی از اعضای خانواده می‌خواهد (و یا باید) تمام وقت در بیمارستان بماند. در این مواقع وی مجبور است، در هتل نزدیک بیمارستان اقامت داشته باشد. مواقعی که بیمار نیاز به مراقبت‌های تخصصی دارد و اعضای دیگر خانواده در محلی دورتر از بیمارستان (۱ تا ۲ ساعت راه تا بیمارستان) مستقر شده‌اند، به عنوان بهترین روش قلمداد می‌شود و خانواده مجبور به استفاده از هتل، حداقل برای یکی از اعضا خانواده می‌باشند.

اثرات بیماری‌های جدی یا حوادث بر روی خانواده‌هایی که به این بیماری‌ها مبتلا می‌باشند، فوق العاده زیاد است. مطالعه‌ای که بر روی بیش از ۲۱۰۰ خانواده‌ای که مبتلا به یکی از ۹ بیماری جدی بوده‌اند (مواردی از قبیل نارسایی تنفسی حاد، نارسایی و احتقان قلبی، تومورهایی که به ریه‌ها و کولون متاستاز داده‌اند. سرطان، و...) به وضوح این اثرات را تایید می‌کند. در هر یک از ۹ مورد ذکر شده، احتمال مرگ و میر بین ۷۰-۳۰ درصد در فاصله زمانی ۶ ماه برآورد شده است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد یک سوم بیماران نیاز

به مراقبت‌های قابل توجه از طرف خانواده دارند. مطالعه‌ای که در آمریکا در باره هزینه‌های تحمیلی به خانواده‌ها و اثرات جانب آنها انجام شد، نشان می‌دهد که کمتر از یک سوم خانواده‌ها (۳۲٪ آنها) گزارش کرده‌اند که اکثر اندوخته‌هایشان را در اثر بیماری از دست داده‌اند و در حدود ۲۹٪ گزارش کرده‌اند که منبع اصلی درآمد خانواده آنها از دست رفته است. یافته‌های دیگر نشان می‌دهد که خانواده‌هایی که بیماران جوانتری داشتند، هزینه‌های مالی سنگین‌تری را متحمل شده‌اند. این مساله ناشی از پایین‌تر بودن سطح پس‌اندازها در خانواده‌های جوان‌تر است. همچنین این مطالعه نشان می‌دهد که افراد بالاتر از ۶۵ سال در صورتی که دچار بیماری صعب‌العلاج شوند، به ندرت متحمل خسارت درآمدی می‌شوند. اثرات مالی این موقعیت با حمایت‌های مالی بیمه‌های متعدد مکمل، می‌تواند جبران شود. این پوشش‌های بیمه‌ای شامل پوشش بیمه‌ای مربوط «کانسرها» (بیماری‌های جدی) و پوشش بیمه‌های «جبران غرامت‌های بیمارستانی» می‌باشند.

۷- بیمه‌های مکمل مدیکر (Medicare)

امروزه انواع بسیار زیادی از تولیدات بیمه‌های مکمل در بازار بیمه‌های مکمل درمانی قرار دارد. این تولیدات به منظور پاسخ دادن به تقاضای مشتریان نسبت به نیازهای ویژه ایشان برای موقعیت‌های بخش‌های ویژه بازار طراحی می‌شوند. موارد زیر توصیف مختصری از تولیدات بیمه‌های مکمل درمانی است. نیازهای بیمه‌ای درمانی افراد ۶۵ ساله و بالاتر، بطور وسیعی زیر پوشش برنامه فدرال دولتی آمریکا یعنی مدیکر است. از آنجایی که تولیدات مدیکر مشمول کسورات و بیمه مشارکتی است و از طرفی هزینه‌های مربوط به بستری‌های طولانی مدت در بیمارستان و یا هزینه‌های مربوط به مخارج پزشکی (بیش از آنچه که در مدیکر تعریف شده است) را در برنمی‌گیرد، بسته‌های خدمات بیمه‌های مکمل مدیکر (برنامه‌های ۱۰ گانه استاندارد مکمل مدیکر) برای افراد مسن بسیار مفید

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۱۰۱

خواهد بود. از نوامبر ۱۹۹۱، تمام بیمه‌نامه‌های مکمل مدیکیر در قالب ۱۰ برنامه استاندارد قرار گرفته‌اند. تمامی شرکت‌های بیمه‌ای در صورتی می‌توانند این بسته‌های ۱۰ گانه را ارائه دهند که در ابتدا بسته (A) را ارائه نمایند. همه برنامه‌های ۱۰ گانه استاندارد مدیکیر علاوه بر خصوصیات برنامه مرکزی (برنامه استاندارد A) مزایای ویژه‌ای را بسته به نوع برنامه ارائه می‌نمایند. واجدین شرایط مدیکیر می‌توانند این مزایا را از طریق برنامه‌های مدیریت مراقبت نیز دریافت کنند. مزایای کلی که برنامه‌های مکمل مدیکیر برای پر کردن شکاف موجود در مدیکیر ارائه می‌دهند عبارتند از:

۱. پرداخت حق بیمه مشترک مخارج در بیمارستان از ۶۱ امین روز تا ۹۰ روز؛
 ۲. پرداخت حق بیمه مشترک مخارج و اقامت در بیمارستان از ۹۱ امین روز تا ۱۵۰ روز؛
 ۳. هزینه‌های کامل مربوط به اقامت در بیمارستان در بیش از ۱۵۰ روز (درصدی از هزینه‌ها که زیر پوشش مدیکیر بوده است) و این مزایا ماکزیمم در طول عمر بیمه‌ای فرد به ۳۶۵ روز می‌رسد؛
 ۴. پرداخت هزینه‌های مربوط به دریافت خون (مدیکیر هزینه ۳ بسته خون اول را که فرد دریافت می‌کند را نمی‌پردازد)
 ۵. بازپرداخت هزینه‌های پرداخت شده توسط بیمه‌شده در مدیکیر بخش B (هزینه‌هایی که زیر پوشش مدیکیر نیست).
- علاوه بر این ۹ برنامه استاندارد شده دیگر (غیر از برنامه A که مزایای آن در بالا ذکر شد) مزایای زیر را ارائه می‌دهند:

۱. پرداخت‌های مشارکتی^۲ روزانه برای دریافت تسهیلات پرستاری از ۲۱ امین روز تا ۱۰۰ روز؛
۲. پرداخت کسورات مربوط به مدیکیر بخش A (Part A)؛
۳. زیر پوشش قرار دادن هزینه‌های مربوط به مسافرت‌های خارجی؛
۴. پرداخت خدمات مربوط به دریافت خدمات بهبودی در منزل؛
۵. مراقبت‌های پزشکی پیشگیری کننده؛
۶. تجویز داروها؛
۷. پرداخت کسورات مربوط به مدیکیر بخش B (Part B)

۸- بیمه جبران غرامت بیمارستانی

پوشش جبران غرامت بیمارستانی، هزینه‌های مربوط به هر روزی که بیمه‌شده با تجویز پزشک، بر اثر بیماری یا آسیب در بیمارستان بستری شود را می‌پردازد. حداکثر استفاده از این مزایا ۳۶۵ روز در طول عمر بیمه‌ای فرد است. معمولاً مزایای این بیمه بدون توجه به سایر پوشش‌های بیمه‌ای پرداخت می‌شود. این در حالی است که در برنامه‌های دیگر همپوشانی هزینه‌ها توسط پوشش‌های بیمه‌ای دیگر در نظر گرفته می‌شود. مزایای این پوشش بیمه‌ای از ۴۰ دلار تا ۴۰۰ دلار در روز متغیر است در صورتی که فرد نیاز به مراقبت‌های ویژه داشته باشد یا بر اثر بیماری‌های کرونری قلب بستری شده باشد، مزایای روزانه افزایش می‌یابد. علاوه بر موارد ذکر شده، در صورتیکه بیمه‌شده دوران نقاهت را در منزل سپری کند، این پوشش‌های بیمه‌ای (بیمه‌های جبران هزینه‌های بیمارستانی) مزایای روزانه‌ای را به بیمه‌شده پرداخت می‌کند. این مزایا می‌تواند معادل مزایایی باشد که فرد در هنگام بستری در بیمارستان دریافت می‌کند یا در سطح پایین‌تر باشد، در حدود مثلاً ۵۰

2 Copayment

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۱۰۳

درصد از مزایایی که فرد در هنگام بستری در بیمارستان دریافت می‌کند. در صورتی که یک دوره بستری در بیمارستان به دوره بعدی بیمارستان متصل شود، مزایا به این دوره‌ها تعلق می‌گیرد یا اینکه ممکن است محدودیتی در بیمه‌نامه در نظر گرفته شده باشد، به این صورت که اگر دوره بستری با فاصله ۶ ماه رخ دهد مزایا به هر دو دوره تعلق می‌گیرد و اگر در فاصله کمتر از ۶ ماه فرد بستری شود، فقط مزایای مربوط به اولین بستری بیمارستان به فرد پرداخت می‌گردد.

۹- بیمه مکمل بیماری‌های خاص

عمومی‌ترین شکل بیمه بیماری‌های خاص، بیمه نامه‌های مربوط به کانسرها است. بسیاری از بیمه‌گرها یک یا چند بیمه‌نامه کانسر را برای افراد و خانواده‌ها پیشنهاد می‌کنند تا بتوانند پاسخگوی نیاز افراد درخواست کننده بیمه نامه‌های مکمل بیماری‌های خاص باشند. بیمه‌های مکمل بیماری‌های خاص به منظور پر کردن شکاف موجود در پوشش هزینه‌های پزشکی و یا موارد مشارکت هزینه‌ای از جمله کسورات^۱، حق بیمه مشارکتی^۲ و یا سایر موارد هزینه‌ای که زیر پوشش بیمه‌های درمانی نیست فروخته می‌شوند. مزایای این نوع بیمه بدون توجه به سایر پوشش‌های بیمه‌ای قابل پرداخت است. به عبارتی همپوشانی بیمه‌ها در نظر گرفته نمی‌شود. بیمه‌های کانسر همچنین سایر هزینه‌ها از قبیل هزینه‌های مربوط به غذا و مسکن هنگامی که فرد بیمه‌شده مجبور است برای درمان از شهر خود به شهر دیگری - که معمولاً محل سکونتش نیست - برود را نیز تقبل می‌کند. هزینه‌های دیگر از جمله هزینه‌های مربوط به نگهداری اطفال و هزینه‌های حمل و نقل نیز زیر پوشش بیمه‌های کانسر قرار می‌گیرد. بعضی از بیمه نامه‌های مربوط به کانسرها علاوه بر مزایای ذکر شده، مزایایی را برای تست‌های غربالگری به بستری‌های روزانه در بیمارستان همراه با هزینه‌های

1 Deductible

2 Coinsurance

مربوط به ویزیت پزشکان، مراقبتهای پرستاری داروها و اقدامات پزشکی را نیز ارائه می‌دهند. حداکثر مزایا از ۵۰۰۰۰ دلار تا ۱۵۰۰۰۰ دلار (پنجاه هزار دلار تا یکصد و پنجاه هزار دلار) متغیر است. این مزایا معمولاً بدون توجه به دیگر پوشش‌های بیمه‌ای پرداخت می‌شود. از دیگر انواع پوشش بیمه‌ای، بیماریهای خاص، پوشش بیمه‌ای مربوط به «بیماریهای پیچیده» می‌باشد. این بیمه‌نامه‌ها مزایای مربوط را بصورت یکجا^۱، پرداخت می‌کنند به این صورت که معمولاً در اولین نوبت تشخیص بیماری که در بیمه‌نامه مشخص شده است، مزایای تعریف شده‌ای به بیمه‌شده بصورت یکجا پرداخت می‌شود. از آنجایی که این مزایا قبل از اقدام کردن به درمان و یا در هنگام بروز علائم بیماری در ابتدا به فرد پرداخت می‌شود. به عنوان یک منبع اضافی برای ادامه درمان عمل میکند. در بعضی از بیمه‌نامه‌ها لازم است، تشخیص بیماری در یک دوره زمانی مثلاً ۳۰ روزه تثبیت شود تا فرد قابلیت دریافت این مزایا را داشته باشد. این موضوع این حقیقت را روشن می‌کند که این تولیدات به این منظور طراحی شده‌اند تا به بیمه‌شده در دوران نقاهت کمک کنند، به جای اینکه شبیه بیمه‌های عمر (بعد از مرگ فرد) عمل کنند.

بیماریهای زیر پوشش این بیمه‌نامه عبارتند از: کانسرها، حملات قلبی و شوک‌ها. علاوه بر موارد ذکر شده موارد دیگری از جمله نقایص کلیوی، جایگزینی عمده اندام‌های بزرگ، جراحی قلب تومورهای مغزی، اسکروزیس پیچیده نیز زیر پوشش این نوع بیمه هستند. فلج اندام‌ها، از دست دادن اعضا، سوختگیهای شدید و کوری نیز می‌تواند مشمول این بیمه‌نامه‌ها باشد. پوشش بیماریهای جدی و خطرناک در حال گسترش است، زیرا اکثر افرادی که با این رخداد مهم مواجه شده‌اند، می‌دانند که برای بهبود بیماری، مراقبت‌های درمانی زیادی نیاز است. اگر چه مزایایی که از طریق این بیمه‌نامه‌ها دریافت

1 Lump- Sum

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۱۰۵

می‌شود، معمولاً ۱۰۰ درصد بصورت یکجا پرداخت می‌شود. در هر حال در بعضی از شرایط درصد کمتری قابل پرداخت است.

۱۰- بیمه‌های درمانی هزینه‌های ناشی از حوادث

چندین نوع بیمه‌نامه حوادث طراحی شده است که هر یک نیازهای ویژه‌ای را زیر پوشش خود دارد:

۱-۱۰- بیمه مخارج پزشکی ناشی از حوادث

پوشش مخارج پزشکی ناشی از حوادث فقط در صورتی قابل پرداخت است که مخارج تحمیلی به بیمه‌شده در یک دوره مشخص پس از بروز حادثه (معمولاً ۳ تا ۶ ماه) قرار داشته باشد. برای هر نوع تصادف ماکزیمم سقف مزایا پیش‌بینی شده است. بعضی از بیمه‌گران، بیمه‌نامه‌های فردی‌ای صادر می‌کنند که می‌تواند سقف مزایا را برای هر فرد افزایش دهد. بعضی از برنامه‌ها کسورات بسیار کمی (۲۵ درصد) دارند و دیگر برنامه‌ها اولین دلار^۱ بیمه‌شده را ارائه می‌دهند. مزایایی که در بیمه‌نامه‌های فردی یا گروهی ارائه می‌شود درمان‌های ضروری برای یک حادثه را زیر پوشش قرار می‌دهد.

عمده این مزایا شامل موارد زیر است:

- درمان‌های پزشکی؛
- مراقبت‌های بیمارستانی؛
- مراقبت‌های پرستاری و
- تست‌های آزمایشگاهی و گرافی‌ها

۱۰-۲- بیمه نامه‌های جبران غرامت بیمارستانی حوادث

این بیمه نامه‌ها شبیه بیمه نامه‌های جبران بیمارستانی عمل می‌کنند. با این تفاوت که مزایا فقط در صورتی قابل پرداخت است که بستری شدن در بیمارستان بر اثر حادثه باشد. میزان مزایای (مبلغ قابل پرداخت) روزانه در هر ایالت مشخص بوده و در بیمه‌نامه تعیین شده است. در بعضی از بیمه نامه‌ها که بصورت سالیانه تمدید می‌شوند (بصورت ضمانتی فروخته شده است)، میزان مزایای هر ساله افزایش می‌یابد. مزایای اضافی قابل پرداخت برای دیگر پیشامدها و حوادث می‌تواند به این بیمه نامه‌ها اضافه شود که عبارتند از: مزایای مربوط به دریافت مراقبت‌های ویژه، مراقبت‌های دوران نقاهت (بعد از ترخیص از بیمارستان) مزایای مربوط به درمان در اتاق اورژانس، مرگ، نقص عضو، ناتوانی یا درمان‌های پزشکی.

۱۱- بیمه نامه‌های مربوط به مرگ و میر و یا نقص عضوهای تصادفی

این مزایا هنگامی قابل پرداخت است که یک بیمه‌شده بر اثر یک آسیب جسمانی فوت کند و یا بینایی یک یا هر دو چشم خود را از دست بدهد و یا یک پا یا یک دستش را مستقیماً یا در اثر تصادف از دست دهد. در بعضی از بیمه‌نامه‌ها، در صورتی که فرد نتواند از دست یا پایش استفاده کند، می‌تواند مزایای کامل را استفاده کند و برای استفاده از مزایا شرح نقص عضو کامل وجود ندارد. این پوشش‌های بیمه‌ای ممکن است شبیه بیمه نامه‌هایی باشد که ۲۴ ساعته و بدون توجه به ساعات کاری تنظیم می‌شود. بیمه‌های غیر شغلی برای رویدادی که در خارج از ساعات کاری رخ داده است، مزایایی را پرداخت نمی‌کنند.

۱۲- ناتوانی ناشی از حوادث

مزایای ناتوانی ناشی از حوادث، که در آمد ماهانه را به بیمه‌شده پرداخت می‌کند، فقط هنگامی قابل پرداخت است که ناتوانی بر اثر حادثه بوجود آمده باشد. شبیه بیمه‌های نقص عضو تصادفی، این بیمه‌نامه بصورت ۲۴ ساعته و بدون توجه به شغل فرد فروخته می‌شود.

۱۳- حوادث ناشی از مسافرت

این پوشش بیمه‌ای، حوادث مربوط به موتورسیکلت و مسافرت‌های هوایی و دیگر وسایط نقلیه عمومی از جمله تاکسی، اتوبوس و مترو را زیر پوشش خود قرار دارد. این پوشش می‌تواند فقط یک مسافرت در یک دوره زمانی خاص را در بگیرد یا اینکه دائمی باشد. مزایا فقط در صورتی قابل پرداخت است که حادثه در طول یک مسافرت رخ داده باشد. پرداخت بصورت یکجا صورت می‌گیرد و تا سقف یک میلیون دلار برای هر مسافرت هوایی قابل پرداخت است. بعضی از برنامه‌ها مزایای مربوط به بستری در بیمارستان و نیز آسیب‌هایی که در طول مسافرت رخ می‌دهد را نیز در نظر می‌گیرند.

۱۴- بیمه نامه‌های دندانپزشکی

بیمه نامه‌های دندان‌دانی به منظور جبران مخارج خدمات دندانپزشکی و امثال آن شامل مراقبت‌های پیشگیری ارائه می‌شود. عمده خدمات مربوط به این بیمه‌ها عبارتند از خدمات مربوط به:

- درمان؛
- پیشگیری؛
- خدمات بازیافت دندان (پر کردن، کاشتن و تاج گذاری دندان‌ها)؛

- پروستودنتیس^۱ شامل نصب و نگهداری پل‌های دندانی؛
- جراحی حفره دهانی؛
- پرسودنتیس یا آندودنتیس (درمان لثه‌ها) و
- ارتودنسی (درمان‌های ردیف کردن دندانها^۲).

این مزایا ممکن است از طریق الحاقیه‌ای به برنامه‌های مخارج پزشکی قابل پرداخت باشد یا این که این بیمه نامه‌ها ممکن است بصورت مجزا و بدون توجه به پوشش‌های بیمه‌ای دیگر نوشته شوند.

۱۵- برنامه‌های مرتبط

مخارج دندانی می‌تواند از طریق برنامه‌های مرتبط با بیمه مخارج عمده پزشکی نیز ارائه شود. معمولاً این برنامه بصورت عمومی و یا فردی ارائه می‌شود. کسورات ثابت سالیانه در هر سال تقویمی ممکن است توسط مخارج پزشکی یا مخارج دندانپزشکی یا هر دو صورت پرداخت شود. معمولاً مقدار قابل پرداخت برای مخارج پزشکی و دندانپزشکی بسته به میزان حق بیمه مشارکتی سالیانه دارد. بعضی از اوقات مخارج دندانپزشکی بصورت مجزا در قالب بسته‌های خدمات ارائه شده (از قبیل خدمات بازیافت دندان‌ها پروستودنتیس، ارتودنسی و اشکال شبیه به اینها) و یا حق بیمه مشارکتی مجزا برای هر کدام از موارد ذکر شده قابل پرداخت است.

۱۶- برنامه‌های غیر مرتبط

مخارج دندانپزشکی ممکن است در قالب برنامه‌های غیر مرتبط، بصورت تعرفه تعیین شده یا بدون توجه به تعرفه ارائه شود. یک خدمت دندانپزشکی در قالب تعرفه‌های تعیین

1 Prosthodontics
2 Straightening

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۱۰۹

شده (شبهه یک جراحی که در قالب تعرفه تعیین شده است) می‌تواند پرداخت شود و یا ممکن است بر اساس لیست موقعیت‌هایی که بوجود می‌آید، قابل پرداخت باشد. مخارج دندانپزشکی که در قالب شرایط ویژه تنظیم می‌شود، برای هر موقعیت با هزینه‌های مشخصی قابل پرداخت است. در برنامه‌هایی که جداول تعرفه برای هر موقعیت وجود ندارد، هزینه ثابتی برای هر نوع خدمت بدون توجه به نوع آن پرداخت می‌شود.

۱۷- برنامه‌های تخصصی

برنامه‌های مکمل تخصصی متنوعی در بازار بیمه‌های مکمل درمانی عرضه می‌شود. در این جا بطور بسیار مختصر سه نوع از آنها مورد بررسی قرار می‌گیرد. برنامه داروهای تجویزی، بینایی و مکمل‌ها. از دیگر برنامه‌های تخصصی می‌توان برنامه‌هایی برای درمان‌های پزشکی اورژانسی برای افرادی که زیاد مسافرت می‌کنند (جهانگردان)، درمان‌های پزشکی برای ورزشکاران و یا درمان‌های پزشکی که برای بندبازان سیرکها، اسکی بازان و کوهنوردان ارائه می‌شود را نام برد.

۱۸- بیمه مربوط به داروهای تجویزی

بیمه داروهای تجویزی برای داروهای است که با تجویز پزشک خریداری می‌شود. بسیاری از این برنامه‌ها بصورت گروهی و از طریق کارفرما برای کارکنان خریداری می‌شود و معمولاً برای بیمه‌شده هزینه‌ای در بر ندارد، یا هزینه بسیار ناچیزی دارد. ۲ نوع برنامه پایه‌ای داروهای تجویزی عبارتند از: برنامه‌های جبرانی و برنامه‌های خدمات.

۱۹- برنامه‌های جبرانی

در برنامه‌های جبرانی، بیمه‌شده هزینه داروهای تجویزی را شخصاً پرداخت می‌کند و برای دریافت مخارج از بیمه، لازم است فرمی توسط داروخانه یا بیمه‌شده تکمیل شود تا

بیمه‌گر این مخارج را پردازد. پرداخت‌هایی که به افراد صورت می‌گیرد بر اساس قوانین عمومی و مخارج مشتریان است.

۲۰- برنامه‌های خدمات

این برنامه‌ها شامل سیستم‌هایی است که در آن بیمه‌گر بدون اینکه فرم درخواستی را تکمیل کند، هزینه را مستقیماً به ارائه‌دهندگان پرداخت می‌کند. برنامه داروهای تجویزی پستی برنامه‌ای است برای بعضی از داروها. در مورد افرادی که مداوم آن داروها را استفاده می‌کنند، مانند افراد دیابتی، افراد با فشار خون بالا و غیره، در این برنامه این داروها برای ۹۰-۶۰ روز قابل خریداری است و بیمه‌شده لازم است پرداخت مشترک بین ۱۵-۵ دلار برای دریافت این خدمات داشته باشد.

۲۱- بیمه مراقبت‌های بینایی

این بیمه به منظور ارائه مراقبت‌های روتین جسمی و اصلاح عیوب انکساری چشم‌ها طراحی شده است. این بیمه‌نامه به گونه‌ای نوشته می‌شود که پوشش‌های دیگر را کامل کند. یکی از اهداف ابتدایی این بیمه معاینات روتین و داروهای چشمی است و در صورت نیاز، انجام اقدامات اصلاحی برای چشم‌ها می‌باشد. در تمامی این برنامه‌ها خدمات زیر پوشش لازم است از طریق یک چشم‌پزشک یا اپتومتریست تجویز شود:

- معاینه چشم (شامل رفرکسیون عیوب انکساری)
- تعیین حوزه دید یک چشم
- لنزهای تماسی
- اقدامات دیگری که برای بینایی‌های غیر نرمال صورت می‌گیرد.

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۱۱۱

- فریم عینک (سقف دلاری مشخص شده‌ای دارد، و بسته به هزینه‌های واقعی دارد).
- برنامه‌های بینایی از راه‌های زیر قابل دسترسی است:
- یک مبلغ دلاری ثابت (برای مثال ۱۵۰ دلار) برای همه خدماتی در یک سال تقویمی به فرد ارائه می‌شود.
- پوشش‌هایی بطور معمول و یا برای مشتری ارائه می‌شود.
- پوشش‌هایی که برای خدمات خاص و بر اساس نرخ تعرفه‌های مشخص شده ارائه می‌شود.

۲۲- بیمه مکمل تریکیر (TRICARE)

مکمل‌های تریکیر، برنامه‌های بیمه بهداشتی است که برای اعضای سرویس‌های نظامی و خانواده‌های آنها ارائه می‌شود. بر اساس قانون چامپوس^۱ در سال ۱۹۹۷ تریکیر، همسر و دیگر افراد تبعی خانواده که به فرد وابستگی دارند از جمله سربازان و بازنشستگان ارتش، ناوگان دریایی و زیردریایی^۲، نیروی هوایی و نیروهای اسکورت^۳ را زیر پوشش خود قرار می‌دهد. در هنگامی که فرد وارد سن ۶۵ سالگی می‌شود و زیر پوشش مدیکر قرار می‌گیرد، این پوشش بیمه‌ای لغو می‌شود. تولیدات مکمل TRICARE معمولاً بخشی از کسورات، حق بیمه مشارکتی، را زیر پوشش خود قرار می‌دهند، همچنین در پرداخت هزینه‌های خدماتی که توسط برنامه‌های TRICARE ارائه می‌شود نیز مشارکت می‌کنند. بیمه‌نامه‌های مکمل درمانی نقش بسیار مهمی را در بازار بیمه درمانی از طریق پر کردن شکاف موجود در برنامه‌های بیمه درمانی پایه و بیمه‌های مراقبت‌های بهداشتی اولیه

1- Champus
2- Marin Corps
3- Coat Guard

ایفا کرده‌ند. این بیمه‌نامه‌ها اجازه می‌دهند که کارفرمایان، مزایای زیر پوشش بیمه را گسترش دهند و همچنین به مردم کمک کنند تا بتوانند استاندارد زندگی را در صورت بروز رویدادهای ناخوشایند که می‌تواند ناشی از حادثه یا بیماری باشد، حفظ کنند. تنوع این بیمه‌نامه بسیار گسترده است و به مردم امکان می‌دهد که نیازهایشان را از طریق یکی از این برنامه‌ها مرتفع سازند. بعضی از این برنامه‌ها تاکیدشان بر روی مخارج پزشکی است. دیگر برنامه‌ها ممکن است بر روی دیگر مخارج (مخارج مرتبط با درمان و یا غیرمرتبط با درمان) تاکید داشته باشند و بعضی از آنها ممکن است بر روی درآمدهای از دست رفته، تاکید کنند. مشتریان می‌توانند با توجه به نیازهایشان هر یک از این بیمه‌نامه را خریداری کنند. این تولیدات توسط اکثر مردمی که در محدوده درآمدی متوسط قرار دارند، خریداری می‌شود. به عبارتی توسط افرادی که حدس می‌زنند در آینده ممکن است نیاز به این خدمات داشته باشند، یا افرادی که برای پیشگیری از پرداخت هزینه‌های گزاف در آینده اقدام به خرید بیمه‌نامه می‌کنند، خریداری می‌شود. به عبارتی دیگر، هر فرد به منظور افزایش سطح اطمینان، این بیمه‌نامه‌ها را خریداری می‌کند. سطح رضایت در این بیمه‌ها بالاست و این فاکتور باعث بالا رفتن پذیرش این نوع بیمه‌ها در بازار بیمه‌های درمان مکمل شده است.

نتیجه گیری

با توجه به انواع مختلف طرح‌های بیمه تکمیلی در ایران مانند:

- وزارت نیرو (مکمل + پایه جامع)
- وزارت آموزش و پرورش (بیمه مکمل جامع)
- بنیاد شهید و امور ایثارگران (بیمه مکمل متقاطع جامع)
- شرکت مخابرات ایران (مکمل و پایه متقاطع)

- بیمه طلائی بازنشستگان (پایه و تکمیلی محدود جامع)
- بیمه نمایندگان مجلس شورای اسلامی (پایه + صندوق جامع مکمل)
- بیمه بانکها و شرکت نفت (پایه و جامع نامحدود با فرانشیز)

می‌توان دریافت اختلاط بیمه‌های درمان پایه و تکمیلی، از کاراترین و مطمئن‌ترین راهکار ارتقاء سطح تامین مالی برای بیمه‌های درمان جامع انفرادی محسوب می‌شود. با توجه به قانون‌های دو بعدی موجود در بخش بیمه‌های درمان پایه، مهمترین گام در استقرار بیمه جامع انفرادی تسهیل قوانین موجود با تصویب مصوباتی در هیات دولت و مجلس در اینخصوص می‌باشد. برای مثال در قانون بیمه همگانی، اختیار تعیین بیمه‌گر درمان پایه بعهدہ بیمه‌شده است اما منوط به تائید شورای عالی بیمه، در صورت عدم موافقت بیمه‌گر پایه. که متأسفانه تاکنون شورای عالی بیمه موافقتی بجز وزارت نیرو برای خروج از دامنه بیمه‌گر پایه، نداشته است. امید است با اجرای طرح بیمه جامع انفرادی، نقش موثری در اجرای هدف آرمانی عدالت در سلامت و واقعی نمودن تعرفه‌های خدمات درمانی داشته باشیم.

اصول قیمت گذاری در بیمه‌های درمان

اصول بیمه

انسان‌ها در معرض مخاطرات بسیاری قرار دارند مانند بلایایی که به اموال فرد آسیب می‌رساند از جمله آتش سوزی، طوفان و بلایای انسانی از جمله از کارافتادگی و مرگ. با اینکه افراد قادر به پیش‌بینی یا اجتناب کامل از رخداد چنین مخاطراتی نمی‌باشند، با این همه می‌توانند از زیان‌های مالی ناشی از این وقایع جلوگیری نمایند. قطعاً کاربرد بیمه محافظت در برابر این دست رخداد‌های ناگوار است که با پرداخت زیان‌های وارده به این

تعداد اندک افراد زیان دیده از محل سهم مشارک سایر بیمه گذاران که در معرض این قبیل مخاطرات قرار دارند، ماهیت اصلی خود را با تقسیم زیانها ایفا می نماید.

قانون اعداد بزرگ

در عملیات بیمه گری برای به حداقل رساندن آثار تراکمی ریسک های مخرب و کاهش دامنه زیان های وارده، بر قانون اعداد بزرگ تکیه می شود. این قانون در عملیات بیمه گری کاربرد وسیعی داشته و نشان می دهد که هر چه تعداد افراد در معرض خطر (مثلا مرگ) بیشتر باشد، میزان زیان ناشی از آن کمتر خواهد بود. افزایش تعداد موارد تاثیر پذیر موجب کاهش ریسک و عدم قطعیت خواهد شد.

با این حال، دلیلی وجود ندارد که طبق این قانون خسارات وارده به افراد خاص بیش از پیش قابل پیش بینی باشد، بلکه تاکید این قانون بر این است که هر چه گروه بیمه شونده بزرگتر باشد، خسارت محتمل برای کل گروه بیشتر قابل پیش بینی خواهد بود (صدور بیمه نامه هایی با مبالغ متفاوت نشان می دهد که مسائل دیگر اغلب اینگونه نیستند).

بیمه نمودن صرفا یک نفر در برابر خطر بیماری بحرانی در ازاء ۱۰۰۰ دلار، قطعاً شرط بندی به حساب می آید. حتی اگر تعداد افراد بیمه شده به ۱۰۰ نفر افزایش یابد، هنوز دامنه نااطمینانی وسیع است. در صورتی که ۵۰۰،۰۰۰ نفر فرد مشابه بیمه شوند، نرخ های بیماری های بحرانی مشاهده شده احتمالی با نرخ بیماری های بحرانی مورد انتظار، که کمتر از ۱٪ است، تفاوت خواهد داشت. بنابراین، بیمه گر قادر خواهد بود تعداد موارد بیماری های بحرانی قابل پیش بینی را با دقت قابل قبولی تعیین نماید. در تئوری، اگر تعداد بیمه شدگان به حدی زیاد می باشد که قانون اعداد بزرگ واقعا در مورد آنها کاربرد داشته باشد، و در صورتی که امکان بروز فاجعه (مثلا جنگ یا اپیدمی) وجود نداشته باشد،

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۱۱۵

نااطمینانی در دقت خسارات برآورد شده در طول یک دوره معین به کلی از میان برداشته می‌شود.

ماهیت خطرات بیمه شده

علیرغم این که تمامی اشکال بیمه‌گری از نظر نیاز به ترکیب چندین ریسک در یک گروه به هم شباهت دارند، از نظر خطراتی که تحت پوشش قرار می‌دهند با یکدیگر متفاوت هستند. خطراتی مانند آتش سوزی و طوفان عامل ایجاد خسارت مالی بوده و خطری چون حادثه، سلامتی را نیز مورد تهدید قرار می‌دهد. در بیمه‌هایی غیر از بیمه عمر، امکان به وقوع پیوستن یا نپیوستن خطرات وجود دارد. در بیمه درمان، بیماری بحرانی به عنوان رویدادی که فرد در برابر آن بیمه می‌شود در یک سال بخصوص قطعی نیست اما احتمال آن با افزایش سن بالا می‌رود تا جایی که به وقوع پیوندد. بنابراین، در یک بیمه‌نامه درمان ویژه بیماری‌های بحرانی که قرار است فرد را در کل دوره حیات بیمه نماید، می‌بایست سرمایه کافی به منظور پرداخت خسارتی که وقوع آن حتمی است، انباشته گردد.

در بیمه درمان، همه افراد تحت پوشش دچار بیماری یا آسیب نمی‌شوند و ریسک آن مانند ریسک مرگ و میر، الگوی ثابتی را دنبال نمی‌کند. با این همه، در قراردادهای بلند مدت بیمه درمانی ریسک موجود با گذشت زمان افزایش می‌یابد. بنابراین، به منظور انباشت سرمایه کافی برای پرداخت خسارت‌های بیشتر که با بالا رفتن سن بیمه‌شدگان به شرکت بیمه تحمیل می‌شود، افزایش یکنواخت حق بیمه ضروری است.

شرط بندی و بیمه

بسیاری بر این باورند که بیمه نوعی شرط بندی است. طبق گفته این افراد، "شرکت بیمه شرط می‌بندد که زبانی به شما وارد نخواهد شد در حالی که نظر شما عکس

این است". از دیدگاه فرد بیمه شده، بیمه با شرط بندی در تناقض است. در شرط بندی خطری بوجود می آید که در واقع وجود ندارد، در حالی که بیمه در مواجهه با خطرانی است که در واقع وجود دارند و از طریق تجمیع موارد مشابه یکسان، ریسک آنها را کاهش می دهد. در واقع شرکت های بیمه ای ترجیح می دهند که بیمه شدگان با خسارت مواجه نشوند، اما وقوع خسارت امری اجتناب ناپذیر است و در اصول نرخ دهی، بیمه گران برای آن برنامه ریزی خاصی قائل شده اند.

قیمت گذاری در بیمه های درمان

درک اصول و مفاهیم بیمه ای فوق الذکر به منظور فهم کارکرد بیمه ضرورت دارد. در این بخش بطور اجمالی به نحوه قیمت گذاری در بیمه های درمان پرداخته خواهد شد.

اهداف قیمت گذاری در بیمه های درمان

سه هدف اصلی در قیمت گذاری در بیمه های درمانی عبارتند از: (۱) نرخ حق بیمه می بایست مناسب باشد، (۲) منصفانه باشد و (۳) معقولانه باشد. به هر یک از این موارد در ادامه پرداخته خواهد شد.

نرخ مناسب

نرخ های ارائه شده از سوی شرکت های بیمه ای می بایست با توجه به منافع مورد تعهد در محصولات بیمه ای این شرکت ها مناسب باشد. نامناسب بودن این نرخ ها حتی اگر به ورشکستگی منجر نشود، موجب بروز مشکلات مالی جدی خواهد شد.

مناسب بودن نرخ ها بدین معناست که کلیه پرداخت های فعلی و آتی فرد بیمه شده بعلاوه درآمد ناشی از سرمایه گذاری مربوط به صندوق های خالص نگهداری شده برای

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۱۱۷

هر گروه از بیمه‌نامه‌ها، برای تامین بودجه لازم برای پرداخت غرامت‌های فعلی و آتی مورد تعهد و هزینه‌های مربوط به پوشش بیمه‌ای کافی باشد. هر گروه بیمه‌نامه بطور معمول به تمامی بیمه‌نامه‌هایی اطلاق می‌شود که توسط یک بیمه‌گر با قیمت و نرخ‌های یکسان در قالب یک بیمه‌نامه صادر می‌شوند.

هیچ بیمه‌گری تا قبل از اتمام آخرین بیمه‌نامه افراد هر گروه قادر نخواهد بود درجه مناسب بودن نرخ‌ها را با قاطعیت تعیین نماید. از آنجا که بیمه درمان انفرادی می‌تواند با نرخ‌ها و شرایط تضمین شده برای سال‌های متمادی صادر شود، تعیین نرخ مناسب برای سطوح اولیه حق بیمه حائز اهمیت است. در واقع همانطور که در ادامه خواهد آمد، شرکت‌های ارائه دهنده بیمه درمانی به منظور حصول اطمینان از مناسب بودن (منصفانه و معقولانه بودن) نرخ‌های تعیین شده، از آزمون‌های خاصی بهره می‌گیرند.

در برخی کشورها مقرراتی در زمینه مناسب بودن نرخ بیمه‌های درمان وجود دارد، گرچه گرایشی در سراسر جهان به حذف نظارت دولت بر نرخ‌ها نیز به چشم می‌خورد. بطور کلی، در ایالات متحده امریکا و بسیاری از کشورهای دیگر نوعی نظارت مستقیم بر بیمه‌های درمان وجود دارد. بدین معنی که بیمه‌گر موظف است حتی پایین‌ترین تعهدات پذیرفته را نیز در صورت وضعیت مالی خود معین نماید.

نرخ عادلانه

نرخ‌های تعیین شده برای بیمه‌های درمان می‌بایست برای بیمه‌گذاران مناسب باشند. عادلانه بودن نرخ بدین معناست که حق بیمه باید با خسارت‌های مورد انتظار و سایر هزینه‌هایی که بیمه‌شدگان به صندوق مشترک بیمه‌ای تحمیل می‌نمایند، متناسب باشد. به عبارت دیگر، هیچ کمک مالی ناعادلانه‌ای نباید تنها به یک طبقه از بیمه‌شدگان تعلق گیرد. رسیدن قطعی به این نرخ عادلانه که هدف بیمه به حساب می‌آید، در شرایط کنونی

ممکن نیست. این مفهوم می‌بایست با واقعیات کاربردی نیز همخوانی داشته باشد. برای مثال، هرچه تعداد طبقه بندی‌های تفکیکی بیمه‌شدگان بیشتر باشد، هزینه اجرای طرح، بالاتر نیز خواهد بود. همچنین اگر گروهی به اندازه کافی بزرگ باشد، پیش‌بینی منطقی خسارت در هر طبقه‌بندی نیز ممکن خواهد بود. ارزیابی دقیق هزینه‌های اضافی که هر فرد بیمه‌شده به صندوق مشترک تحمیل می‌نماید، عملاً غیرممکن است.

همانطور که در ادامه به آن خواهیم پرداخت، رسیدن به نرخ عادلانه یکی از اهداف بیمه‌گری است. بیمه‌گری فرآیندی است که طی آن بیمه‌گر در مورد بیمه کردن یا نکردن یک فرد و شرایط و قیمت تصمیم‌گیری می‌نماید. شرکت‌های ارائه‌دهنده بیمه درمان از طریق تغییر نرخ بیمه درمان با توجه به عواملی همچون سن، جنسیت، نوع طرح، وضعیت سلامتی و منافع قابل ارائه به بیمه‌شده، سعی در برقراری معامله‌ای عادلانه با بیمه‌شدگان دارند. بطور کلی هرچه طبقه‌بندی نرخ‌ها دقیق‌تر باشد، محاسبات آماری برای بیمه‌های درمان عادلانه‌تر خواهد بود. گاهی محاسبات آماری با مفهوم عمومی عادلانه بودن در تناقض است. مثلاً به عقیده برخی افراد تعیین نرخ متفاوت برای بیمه درمان زنان و مردانی که از موقعیت یکسانی برخوردارند، از لحاظ اجتماعی عادلانه نیست.

نرخ منصفانه

نرخ بیمه‌های درمان با توجه به منافع که ارائه می‌دهند، نباید گران باشد. اگر معیار کارایی نرخ‌ها بعنوان حداقل نرخ تلقی شود، معیار "گران نبودن" معادل حداکثر نرخ خواهد بود.

کشورهای بسیاری علاوه بر آمریکا، گران بودن را با توجه به برخی بیمه‌نامه‌های درمان تعیین می‌نمایند. بر همین اساس، بیمه‌گر باید انتظار پرداخت خسارتی حداقل با

کمترین درصد (مثلاً ۵٪) حق بیمه دریافتی را داشته و در زمان لازم بطور واقعی آن را پردازد.

در آمریکا و بسیاری کشورهای دیگر قیمت بیمه‌های درمان در شرکت‌های مختلف، متفاوت و در برخی شرکت‌ها گران است. با این همه، رقابت در بازار شرکت‌های بیمه در سراسر جهان فشرده‌تر از زمان گذشته بوده و مانع گران شدن قیمت‌ها می‌گردد. به عبارت ساده‌تر، در بازارهای رقابتی موجود در صورتی که نرخ مورد مطالبه و یا نرخ بهره‌ای که شرکت‌های بیمه‌ای به ارزش نقدی بیمه‌نامه‌هایشان نسبت می‌دهند رقابتی نباشد، این شرکت‌ها قادر به فروش وسیع بیمه‌هایشان نخواهند بود.

عوامل قیمت‌گذاری در بیمه‌های درمان

درک صحیح بیمه‌های درمان مستلزم درک صحیح عوامل موثر در قیمت‌گذاری آن‌هاست. محاسبه نرخ و ارزش بیمه‌های درمان نیازمند اطلاعات و فرضیه‌هایی در زمینه عوامل زیر است:

- احتمال وقوع رویداد بیمه شده
 - ارزش زمانی پول
 - منافع مورد تعهد
 - هزینه‌های سربار برای پوشش مخارج، مالیات، منافع و حوادث احتمالی
- قیمت‌گذاری بیمه بر مبنای سرمایه‌گذاری مشترک و یا مشارکت در زیان استوار است. مشارکت در زیان تشکیل صندوقی است متشکل از مبالغ پرداختی توسط بیمه‌شدگان برای جبران خساراتی که به عده معدودی از آن‌ها وارد شده است. برای تعیین این مبلغ قابل پرداخت، بیمه‌گر در ابتدا باید اطلاعاتی در زمینه احتمال وقوع خسارت برای افراد گروه در اختیار داشته باشد.

احتمال وقوع خسارت در بیمه درمان از طریق جداولی که به همین منظور طراحی شده‌اند، نشان داده می‌شود. جداول مرگ و میر احتمال سالیانه مرگ و میر را نشان می‌دهد. جداول بیماری نیز احتمال و اطلاعات دیگری در خصوص مشکلات سلامتی را ارائه می‌کنند. این جداول اطلاعات مربوط به بیماری‌های بحرانی و مشکلات سلامتی مربوط به یک گروه خاص بیمه‌شده را در طی زمانی که اغلب از زمان تولد تا مرگ آخرین فرد گروه است را شامل می‌گردند. قیمت‌گذاری بیمه‌های درمان بر اساس اطلاعات این جداول صورت می‌پذیرد.

افرادی که بیمه درمانی خریداری می‌نمایند از نظر سنی با یکدیگر متفاوت‌اند. بطور کلی احتمال ابتلا به بیماری در سال بعدی در افراد جوان کمتر از افراد مسن‌تر است. بنابراین، شرکت‌های بیمه‌ای به منظور رعایت انصاف موظف‌اند با بالا رفتن سن افراد به هنگام صدور بیمه نامه، حق بیمه‌های درخواستی را افزایش دهند.

شرکت‌های ارائه دهنده بیمه‌های درمان پیش از ارائه پوشش بیمه‌ای اقدام به دریافت حق بیمه می‌نمایند. در پوشش‌های بلند مدت‌تر، حق بیمه مذکور بلافاصله برای پوشش خسارت مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. بنابراین، ذخایر سرمایه‌گذاری شده و به ایجاد درآمدهایی می‌انجامد که بعنوان حق بیمه تکمیلی از آن‌ها برای سرمایه‌گذاری به منظور پرداخت منافع مورد انتظار آتی و هزینه‌های پیش رو استفاده می‌شود. در چنین مواردی، بیمه‌گرها با علم به این موضوع که از سود صندوق‌های انباشته بهره خواهند برد، در ابتدا مبلغ حق بیمه را کاهش می‌دهند.

در محاسبه حق بیمه طول دوره پوشش، گستره پوشش و عوامل دیگر مرتبط با منافع مورد تعهد قرارداد می‌بایست مورد توجه قرار گیرند. یکی از این عوامل احتمال فسخ ارادی بیمه‌نامه‌ها از سوی بیمه‌گذار است. در بیمه درمانی مبلغ غرامت پرداختی معین و از

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۱۲۱

ابتدا مشخص است. در قراردادهای بیمه درمان بطور معمول در ابتدا مبلغ کلی منافع پرداختی نامشخص می‌باشد. به همین دلیل، قیمت گذاری بیمه درمان امری پیچیده تلقی می‌گردد.

انواع مختلفی از بیمه نامه‌های درمان وجود داشته و به فروش می‌رسند. برخی از آنها فرد را فقط برای چند سال در مقابل بیماری‌های بحرانی، هزینه‌های بستری بیمارستانی و یا دندانپزشکی بیمه می‌نمایند، در حالی که پوشش برخی دیگر برای تمام عمر ادامه دارد. در برخی بیمه نامه‌ها حق بیمه تنها در چند سال معین پرداخت می‌شود و در برخی دیگر در تمام مدت قرارداد. در برخی حق بیمه ثابت بوده و در برخی دیگر بیمه گذار سطح حق بیمه پرداختی را با توجه به دستور العمل‌های معین تعیین می‌نماید. طبق تعهدات برخی بیمه نامه‌ها منافع بیمه‌نامه بصورت یکجا و در برخی از آنها در اقساطی با تعداد معین پرداخت می‌گردد. نرخ مربوط به هر یک از این پوشش‌ها نه تنها با توجه به احتمال برآورد شده بیماری و حوادث بدنی، بلکه با در نظر گرفتن ماهیت منافع مورد تعهد و الگوی مورد انتظار پرداخت حق بیمه معین می‌گردد.

در صورت عدم استفاده شرکت‌ها از اصول دقیق محاسباتی، ارزیابی چنین شرایط پیچیده‌ای امکان پذیر نخواهد بود. البته بطور معمول در بیمه درمان فرد به منظور پرداخت هزینه‌های پزشکی و یا درمانی طولانی مدت ناشی از بیماری، حوادث بدنی و یا ناتوانی، مبلغی دریافت می‌نماید. بنابر این تعیین دقیق هزینه منافع پرداختی مورد انتظار به منظور دریافت حق بیمه کافی متناسب با احتمال خسارت، انواع پوشش و عوامل مربوطه دیگر الزامی می‌نماید. این امر همچنین از این لحاظ حائز اهمیت است که برخلاف انواع دیگر بیمه، برخی از قراردادهای بیمه‌های درمان برای دوره‌های طولانی و گاهی برای تمام طول حیات قابل تمدید بوده و امکان فسخ آنها از سوی شرکت وجود ندارد.

نرخ‌های خالص، نرخ‌های بیمه‌ای هستند به منظور تعیین (۱) احتمال وقوع رویداد بیمه شده، (۲) ارزش زمانی پول و (۳) منافع مورد تعهد. در محاسبه این نرخ‌ها هزینه‌هایی که بیمه‌گر به منظور فروش، صدور و پشتیبانی از بیمه‌نامه‌ها متقبل می‌گردد، محاسبه نمی‌شود. همچنین مالیات، منافع پرداختی و رویدادهای احتمالی پیش‌بینی نشده نیز در این محاسبات اعمال نمی‌شوند. هنگامی که هزینه‌های سربار (مبالغ اختصاص یافته به مخارج، مالیات، رویدادهای احتمالی و منافع پرداختی) به نرخ خالص اضافه شوند، نرخ ناخالص بدست می‌آید. نرخ ناخالص مبلغی است که بیمه‌گذاران موظف به پرداخت آن هستند.

فرآیندهای فوق که بیمه‌گرها اصولاً از آن‌ها برای تعیین نرخ حق بیمه‌ها بهره می‌گیرند، در این قسمت روش‌های قیمت‌گذاری در عملیات بیمه‌گری را روشن می‌کند. با این همه، روش معمول بیمه‌گران برای بدست آوردن اصول نرخ ناخالص حق بیمه، انتخاب نرخ‌های ناخالص (بر اساس مسائل رقابتی و بازار) و آزمودن این نرخ‌ها با توجه به اهداف و انتظارات آتی خواهد بود. اگر نرخ مورد آزمون نتایج مطلوب و سود دهی به همراه نداشته باشد، نرخ (یا سایر اجزاء تاثیر گذار بیمه‌نامه) تغییر یافته و آزمون تکرار می‌گردد. طبق این روند، بیمه‌گر در ابتدا نرخ ناخالص را برای افزودن سایر مبالغ لازم به منظور پوشش هزینه‌های سربار محاسبه نمی‌نماید. بلکه، در حقیقت نرخ ناخالص هدف را برای آزمون بر می‌گزیند. این مبلغ می‌تواند نرخ رایج شرکت و یا نرخ باشد که شرکت‌های رقیب برای پوشش‌های مشابه در نظر می‌گیرند.

با این همه، روش دیگری نیز برای مشخص نمودن اصول تعیین نرخ ناخالص حق بیمه وجود دارد که طی آن نرخ ناخالص حق بیمه‌ها مستقیماً با در نظر گرفتن سودهای واقع‌گرایانه، نرخ بیماری بحرانی، میزان هزینه‌ها، نرخ مالیات، فرضیه‌های اشتباه قبلی و پیش‌بینی رویدادهای احتمالی و سود (یا میزان مشارکت در بخش مازاد) محاسبه می‌شود.

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۱۲۳

بنابراین اصول تعیین نرخ ناخالص حق بیمه‌ها را می‌توان با در نظر گرفتن ارزش نقدی و مقیاس سود سهام طی یک معادله ریاضی معین نمود.

صرف نظر از چگونگی بدست آوردن نرخ‌های آزمایشی، این نرخ‌ها با توجه به پیش‌بینی‌های شرکت در خصوص تجارب عملی آتی مورد آزمایش قرار می‌گیرند. مباحث و مثال‌های آتی بیشتر به بیمه‌های زندگی می‌پردازد. با این حال، اصول و دیدگاه‌های مربوط به آن در مورد بیمه‌های درمان نیز مصداق دارد.

روش تعیین تعرفه بیمه درمان در ایران

در بسیاری از کشورها تعرفه این پوشش‌ها به وسیله موسسات بیمه‌های اجتماعی تعیین می‌شود. در کشور ما بیمه درمان یا بیمه هزینه‌های پزشکی به صورت انفرادی بی سابقه بوده ولی به صورت جمعی در گذشته در شرکت‌های بیمه سابقه داشته و در سالهای اخیر نیز عرضه می‌گردد.

شرکت سهامی بیمه ایران در سال ۱۳۲۸ فرهنگیان کشور را زیر پوشش این بیمه با تضمین‌های بسیار گسترده: جبران هزینه‌های سرپائی، داروئی، جراحی و بیمارستانی قرار داد. همچنین درمان بیماران روانی و مسلولین این جامعه را بر عهده گرفت. به علاوه متعهد گردید در صورت از کار افتادگی بیمه‌شده به وی و در صورت فوت به بازماندگانش حقوقی بپردازد. با این حال بیمه‌گذار (وزارت فرهنگ) حق بیمه‌ای بسیار ناچیز برابر با ۲ درصد حقوق هر بیمه‌شده می‌پرداخت. این شرکت قرارداد دیگری در سال ۱۳۲۲ از نوع بیمه درمان با وزارت دارائی منعقد ساخت که به موجب آن کلیه اشخاصی که در کشور از دولت به هر اسمی حقوق دریافت می‌داشتند، از این بیمه استفاده می‌کردند.

حق بیمه مقطوع در سال، چهل میلیون ریال بود. به سبب نبودن فرهنگ بیمه‌ای در بین توده مردم از یک طرف و نازل بودن حق بیمه از طرف دیگر این شرکت ناگزیر

گردید مبالغ هنگفتی از اندوخته خود را صرف اجرای این قراردادها نماید. گذشته از آن این دو قرارداد فعالیت او را در رشته‌های دیگر بیمه تحت‌الشعاع قرار داده بود و تعداد بیمه‌شدگان ناراضی در حال افزایش بود از این رو در سال ۱۳۴۲ این بیمه‌ها طبق تصمیم دولت به وزارت بهداری محول گردید. در حال حاضر بیمه درمان در کشور، توسط مؤسسات زیر انجام می‌شود:

- سازمان تامین اجتماعی
- سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت وابسته به وزارت بهداری
- صندوق‌های خصوصی برخی از مؤسسات دولتی
- شرکت‌های بیمه

شرکت‌های بیمه تا سالهای اخیر جز در سطحی بسیار محدود به این نوع بیمه نمی‌پرداختند. با بالا رفتن هزینه‌های درمان در این سالها چنین به نظر می‌رسید که اعطای پوشش کامل به بیمه‌شدگان از طریق بیمه‌های اجتماعی برای دولت مقدور نیست و مؤسسات می‌توانند با عقد قراردادهای خصوصی با شرکت‌های بیمه پوشش‌های تکمیلی بدست آورند. به این مناسبت شورای عالی بیمه در جلسات مورخه ۷/۱۱/۷۱ و ۲۳/۱۰/۷۱ آئین‌نامه‌ای در این زمینه به تصویب رساند.

بررسی تئوری تعیین تعرفه بیمه‌های درمان

تعیین فرکانس بیماری و ارزش متوسط در هر نوع پرداخت معمولاً امکان پذیر نیست. زیرا تنها پرداختهای انجام شده ثبت می‌شود و تنها امراضی در آمار منظور می‌گردد که هزینه آن قابل استرداد بوده و مبلغ آن تا سقف تضمین شده باشد. در این زمینه لازم است نکات زیر را یادآور گردیم:

- داده‌های مربوط به جنس مذکر و مؤنث باید جداگانه جمع‌آوری شود.

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۱۲۵

- در این بررسی از جداول تنظیم شده بر حسب سن ورود استفاده نمی‌شود.
- تنها داده هائی را باید در آمارگیری در نظر گرفت که مربوط به دورانی باشد که بتوان خطر را در طول آن ثابت دانست. مشاهدات مربوط به سال اول را به خاطر وجود دوران انتظار نباید منظور نمود.

فرض کنیم در طول یک سال پرداخت هائی که به کل بیمه‌شدگان X ساله انجام یافته و $\sum x$ و تعداد این بیمه‌شدگان که به مدت یک سال تحت مشاهده بوده‌اند Nx باشد. در این صورت ارزش متوسط سالانه خسارت هر شخص x ساله عبارت خواهد بود از:

$$\delta_x = \frac{\sum x}{N}$$

در مورد هر نوع از پرداخت‌ها به طریق بالا ارزش متوسط سالانه \bar{t}_x را مربوط به افراد x ساله بدست می‌آوریم. پیداست که جمع ارزشهای فرعی \bar{t}_x برابر δ_x است. وقتی δ_x هر سنی معلوم گردید محاسبه حق بیمه‌ها با روشی مشابه با آنچه در شماره قبل درباره بیمه غرامت روزانه دیدیم انجام می‌گردد. فرض کنیم که غرامت در وسط سال پرداخت شود. در این زمان تعداد بیمه‌شدگان به سن $x + \frac{1}{2}$ عبارتست از:

$$\frac{I_x + I_{x+1}}{2}$$

ارزش کنونی غرامتی که در آینده به بیمه‌شدگان به سن x پرداخت می‌گردد چنین است:

$$K = \frac{1}{D_x} \sum \delta_x \frac{D_x V^{\frac{1}{2}} + D_{x+1} V^{-\frac{1}{2}}}{2}$$

$D_x = L_x V^x$ به کمک یک جدول حذف بیمه‌شدگان که در آن نه تنها فوت بلکه همچنین فسخ قرارداد در نظر گرفته شده باشد محاسبه می‌گردد. انتخاب جدول مرگ و میر تاثیر چندانی در نتیجه این محاسبات ندارد. برعکس احتمال فسخ قرارداد قبل از موعد عامل مهمتری خواهد بود. این عامل که می‌تواند در نتیجه محاسبات تغییرات زیادی به

وجود آورد باید با دقت تعیین گردد. اگر W_x احتمال فسخ قبل از موعد باشد خواهیم داشت:

$$L_{x+1} = L_x(1 - q_x - W_x)$$

یکی از اکتوئرهاى آلمانی (Tosberg) برای سنين ۲۵ تا ۳۴ ساله مقدار W_x را ۵٪ و برای ۳۵ تا ۵۹ ساله را ۲٪ پذیرفته است و از سن ۶۰ سال این مقدار صفر می باشد.

می توان جدولی برای مقادیر $R_x = \frac{\delta_x}{\rho} D_x V^{\frac{1}{\rho}} + D_{x+1} V^{-\frac{1}{\rho}}$ تشکیل و سپس جدولی برای مجموع آن ترتیب داد. $U_x = \sum R_x$ بنابراین برای مدت بیمه مساوی با تمام عمر $S_x = \frac{U_x}{D_x}$ و برای بیمه‌ای با مدت n سال $S_{x+n} = \frac{U_x - U_{x+n}}{D_x}$ و حق بیمه سالانه با توجه به اینکه $a_x = \frac{N_x}{D_x}$ می باشد که در آن $N_x = \sum D_x$ نتیجه می گردد.

$$P_x = \frac{R_x}{a_x}, \quad P_{txn} = \frac{S_{xn}}{a_{xt}}$$

نفع دارا بودن یک حق بیمه سالانه ثابت در این است که به پورتنفو استحکام می بخشد. چون حق بیمه با سن ورود به سرعت افزایش می یابد. بیمه شده می داند که اگر قراردادش فسخ شود و بخواهد بعداً قرارداد تازه‌ای منعقد سازد، نه تنها اندوخته قرارداد اول را از دست می دهد بلکه برای قرارداد دوم باید حق بیمه بیشتری را بپردازد. به این دلیل است که از دست دادن قراردادها بیشتر در سالهای اول روی می دهد.

به سبب افزایش خطر با سن اندوخته ریاضی که بعد از K سال بیمه تشکیل می شود

چنین است:

$${}_K V_x = S_x - P_x a_{x+K}$$

نقش آمار در تعیین تعرفه

مانند بیمه غرامت روزانه باید سن و جنسیت را در نظر گرفت. همچنین تاریخ ورود به بیمه جهت بررسی مدت بیمه در مبالغ غرامت مفید خواهد بود. به طور کلی باید نتایج سال اول را به خاطر وجود مدت انتظار کنار گذارد. به عنوان مثال بیمه‌نامه یک شرکت بیمه اروپائی را در نظر می‌گیریم که در آن تضمین‌های زیر صورت گرفته است:

- برای حوادث و امراض عفونی تضمین بلافاصله می‌باشد.
- مدت انتظار برای وضع حمل و برخی امراض که پیشرفت کندی دارند (اولسرها، سینوزیت‌ها، التهاب گوش، قطع لوزتین و غیره) ۹ ماه می‌باشد.
- مدت انتظار برای بیماری سل و بیماریهای مزمن ۱۲ ماه.
- مدت انتظار برای سایر عوارض ۶ ماه.
- در مورد نوزادان هرگاه والدین بیش از سه ماه دارای سابقه بیماری باشند بدون مدت انتظار.

در جدول زیر نرخها برحسب جنس و انواع تضمین‌ها معالجات سرپائی، دارو و تجهیزات و وسایل اورتوپدی، هزینه بیمارستان، جراحی، دندانپزشکی و دندان مصنوعی که توسط دکتر توسبرگ در آلمان تهیه گردیده مشاهده می‌شود.

برای اینکه محدودیتهای تضمین در مبالغ پرداختی بدون تاثیر باشد در اطلاعات اولیه مبلغ پرداختی توسط بیمه‌گر در نظر گرفته نشده است بلکه مبلغ واقعی که در مدارک پزشکی قید شده، ثبت گردیده است. به علت وجود دوره انتظار نتایج سال اول در نظر گرفته نشده است.

ارزش اعمال جراحی در مردان به سن بستگی ندارد ولی در زنان چنین نیست. توسبرگ در نتیجه مشاهدات خود پذیرفته که ارزش این خطر برای زنان ۱/۷۵ برابر مردان می باشد.

هزینه های دندانپزشکی؛ این هزینه ها با بالا رفتن سن در هر مراجعه کاهش می یابد اما هزینه های پروتز افزایش می یابد. می توان پذیرفت که جمع این دو عنصر به سن بستگی ندارد.

بارداری؛ برای محاسبه حق بیمه این خطر لازم است جداولی را به کار بریم که دارای دو ورودی باشد. زیرا فرکانس تولدها هم به سن زنان و هم به مدتی که از ورود بیمه آنان گذشته بستگی دارد. بین دو گروه زنان یک سن آنان که تازه بیمه شده اند، تعداد زایمانشان زیادتر است.

	حق بیمه خالص			تعداد پرداخت ها به هر نفر			متوسط هر پرداخت		
	اطفال	مردان	زنان	اطفال	مردان	زنان	اطفال	مردان	زنان
معالجات سرپائی	۳۵/۲۶	۵۰/۰۸	۶۸/۷	۷/۸	۱۱/۳۵	۱۵/۴	۴/۹۶	۵/۱۱	۵/۱۱
دارو	۱۶/۴۳	۳۳/۵۴	۴۳/۹۴						
جراحی	۵/۲۰	۴/۷۳	۱۰/۸۶	۰/۰۶۲	۰/۰۴۱	۰/۰۹۲	۹۳/۶	۱۴۱/۹	۱۴۰/۱
بستری شدن	۸/۵۹	۱۶/۶۲	۲۹/۷۷	۱/۲۵	۱/۷۱	۲/۹۱	۷/۸۶	۱۱/۴	۱۲/۱۴
دندانپزشکی	۳/۱۸	۱۱/۲۴	۱۳/۵۷						
دندان مصنوعی	۰/۰۲	۳/۱۱	۳/۱۰						

فرکانس تولد نسبت عکس با وضع مالی بیمه شده دارد. هرچه تعرفه بیمه بالاتر باشد فرکانس پائین تر است. مطلب دیگر آنکه خطر هزینه زایمان موقتی است. تقریباً از سن ۳۵ سالگی رو به کاهش می گذارد، هر بار که حق بیمه ثابتی برای پوشش خطری که بلافاصله بعد از یک ماکزیمم کاهش می یابد به کار رود، اندوخته در سالهای اول بیمه منفی است. برای دوری از این امر مدت پرداخت حق بیمه را تقلیل می دهند. این مدت به

فصل اول: تجزیه و تحلیل بیمه‌های درمانی / ۱۲۹

نحوی تعیین می‌گردد که اندوخته در هیچ موقع منفی نگردد. فرکانس پرداخت‌ها در مردان به سرعت افزایش می‌یابد: از ۲۵ تا ۶۰ سال دو برابر و از ۶۰ تا ۸۵ سال هم دو برابر می‌گردد. در مورد زنان فرکانس در ۲۵ سالگی دو برابر مردان می‌باشد (خطرات بارداری) و از ۲۵ تا ۵۰ سالگی تقریباً ثابت می‌ماند و سپس افزایش می‌یابد تا اینکه در ۸۰ سالگی با فرکانس مردان برابر می‌گردد. دکتر توسبرگ برای تجزیه و تحلیل خطرات مربوط به بیمه بیماری به مدت ۲۸ سال کوشش‌های زیادی به کار برد. در اینجا تنها به ذکر این نکته اکتفا می‌کنیم که بررسی‌هایی که بعداً در سایر کشورها به عمل آمده، نتایج بدست آمده بررسی‌های دکتر توسبرگ را تأیید می‌کنند. در ذیل چند نمونه از این بررسی‌ها ذکر می‌گردد:

الف) آمریکا- نمونه گیری سالهای ۱۹۶۳-۱۹۶۲ که توسط مرکز ملی آمار بهداشت از ۴۲/۰۰۰ خانوار و شامل ۱۳۴/۰۰۰ نفر که در تمام سطح کشور پخش بودند به عمل آورده و نتایجی را در مورد هزینه سالانه بهداشت و درمان خانواده‌های آمریکائی برحسب درآمدشان بدست داده است:

- ۱) در تمام طبقات، درآمد هزینه زنان ۲۰ تا ۳۵ درصد از مردان بیشتر است.
- ۲) هزینه سرانه برحسب سن به سرعت افزایش می‌یابد.
- ۳) در داخل دسته‌های مختلف درآمد ترکیب سنی یکسان نمی‌باشد.
- ۴) افزایش هزینه برحسب درآمد، بالاخص در مورد اطفال بسیار زیادتر است.
- ۵) انواع هزینه‌ها مانند دارو، هزینه معالجات، بستری شدن، دندانپزشکی و غیره با درآمد زیاد می‌شوند ولی بطور نامساوی، افزایش هزینه دندانپزشکی بیش از سایر هزینه‌ها می‌باشد.

۱۳۰ / مدیریت اقتصاد بیمارستانی و صنعت بیمه

(ب) سوئیس - مطالعات دقیق تری در مورد خطرات جراحی و بیمارستانی در سالهای

۱۹۴۰-۱۹۵۰ انجام یافته است که نتایج آن در جدول زیر دیده می‌شود.

	اطفال	بالغین		در جمع
		مردان	زنان	
فرکانس بستری شدن در بیمارستان (در ۱۰۰ بیمه شده)				
۱۹۴۰-۱۹۴۴	۴/۳	۳/۷	۶/۷	۵/۱
۱۹۴۶-۱۹۵۰	۵/۳	۴/۷	۴/۹	۶/۳
مدت متوسط بستری (به روز)				
۱۹۴۰-۱۹۴۴	۲۳/۱	۲۵/۹	۲۳/۳	۲۳/۸
۱۹۴۶-۱۹۵۰	۱۷/۵	۲۱/۸	۲۱/۴	۲۰/۶
تعداد روزهای بستری هر بیمه‌شده در سال				
۱۹۴۰-۱۹۴۴	۰/۹۸	۰/۹۵	۱/۵۴	۱/۲۱
۱۹۴۶-۱۹۵۰	۰/۹۲	۱/۰۳	۱/۶۸	۱/۲۸

این ارقام شامل بیمارستانهای عمومی و خصوصی بوده ولی شامل زایمانهای عادی و

اقامت در آسایشگاههای مسلولین نمی‌باشد. (منبع: محمد ولی جوهریان)

بخش ۲

بازار بیمه درمانی^۱

۱- مبنای بخش حاضر مقاله زیر است:

The Market Structure of the Health Industry Insurance D. Andrew Austin Analyst in Economic Policy Thomas L. Hungerford Specialist in Public Finance November 17, 2009

فصل دوم: بازار بیمه درمانی

مقدمه

افراد و خانواده‌ها به طور معمول بیمه را وسیله‌ی برای انتقال زیان‌های ناشی از خطرها به شرکت‌های بیمه‌گر می‌بینند و با پرداخت حق بیمه‌ای مشخص، مزایایی را در صورت وقوع یک رویداد نامطلوب در طول مدت بیمه‌نامه خریداری شده دریافت می‌دارند. بسیاری از افراد برای در نظر گرفتن بخش عمده‌ای از خطرهای مالی ناشی از وقایع غیرقابل پیش‌بینی درمانی، با علاقه‌ای نامشخص مایل به پرداخت حق بیمه به بیمه‌گر هستند. بیمه درمانی روشی برای انتقال خطرات است به گونه‌ای که بار مالی مراقبت‌های پزشکی در میان بسیاری از مردم توزیع شده باشد. برخی از مردم بیمه‌شده، بیمار می‌شوند، یا صدمه خواهند دید و متحمل هزینه‌های پزشکی قابل توجهی خواهند شد. با این حال، اکثر مردم سالم باقی خواهند ماند و در نتیجه متحمل هزینه‌های درمانی کم و یا هیچ هزینه‌ای نمی‌شوند. اگرچه پیش‌بینی اینکه چه کسی متحمل هزینه‌های بالا می‌شود دشوار

است، ولی متوسط هزینه‌های پزشکی در میان گروه بزرگی از افراد قابل پیش‌بینی تر است. شرکت‌های بیمه در هزینه‌های پزشکی افراد بیمه‌شده (که هزینه‌ها را از طریق حق بیمه خود پرداخت می‌کنند) شریک می‌شوند. در واقع این پول از کسانی که سالم باقی می‌مانند به کسانی که بیمار یا مجروح می‌شوند انتقال داده می‌شود.

بازار بیمه درمانی به شدت با دیگر بخش‌های سیستم مراقبت‌های سلامت مرتبط است. در واقع بسیاری از گروه‌ها در بازار بیمه درمانی نقش دارند. شرکت‌های بیمه درمانی واسطه‌هایی هستند که به معامله ارایه مراقبت‌های سلامت بین بیماران و تأمین‌کنندگان سلامت می‌پردازند. به عبارت دیگر آن‌ها طرف سومی هستند که از سوی بیماران به تأمین‌کنندگان سلامت پول پرداخت می‌کنند. شرکت‌های بیمه درمانی نه تنها به تأمین‌کنندگان سلامت بازپرداخت می‌کنند، بلکه به طور معمول نوعی کنترل بر تعداد و نوع خدمات تحت پوشش داشته و با تأمین‌کنندگان سلامت به مذاکره در مورد قراردادها برای پرداخت هزینه‌های خدمات درمانی می‌پردازند.

اهمیت توجه به بازار بیمه درمانی به مسایل مهم‌تری در ارتباط با هزینه، کیفیت و دسترسی مراقبت‌های سلامت نیز پیوند می‌خورد. احتمالاً، ساختار بازار بیمه درمانی و صنایع بیمارستانی در افزایش هزینه‌های مراقبت‌های سلامت و محدود ساختن دسترسی به بیمه درمانی و مراقبت‌های بهداشتی ارزان قیمت، نقش دارد.

بازار بیمه درمانی دارای ویژگی‌های بسیاری است که می‌تواند در بازار تاخیر ایجاد کند، منجر به بازارهای متمرکز شود و نتایج ناکارآمدی ایجاد کند. علاوه بر این، بازار بیمه درمانی با سایر بخش‌های نظام مراقبت‌های سلامت ارتباط متقابل و محکمی دارد. بیمه‌گران سلامت، نقش واسطه در معاملات مربوط به تأمین مراقبت‌های سلامت بین بیماران و تأمین‌کنندگان این مراقبت‌ها را دارند، از جمله؛ بازپرداخت هزینه‌های درمانی به

فصل دوم: بازار بیمه درمانی / ۱۳۵

نمایندگی از بیماران، اعمال نوعی کنترل بر روی تعداد و انواع خدمات تحت پوشش و مذاکره در مورد قراردادها با تأمین کنندگان هزینه‌های خدمات درمانی. در نتیجه، سیاست‌های تأثیرگذار بر بیمه‌گذاران سلامت، بدون تردید سایر بخش‌های حوزه مراقبت سلامت را نیز تحت تأثیر قرار خواهد داد.

شواهد نشان می‌دهد که بازار بیمه درمانی در بسیاری از مناطق شهری و روستایی به طور ویژه‌ای مورد توجه قرار دارد. بسیاری از شرکت‌های بزرگ که امتیاز بیمه درمانی را در اختیار کارمندان‌شان می‌گذارند، بیمه خویش‌فرما دارند، که این امر ممکن است فشار رقابتی را بر بیمه‌گذاران تحمیل کند، اگرچه احتمال ارتقای شرایط بازار برای سایر مصرف‌کنندگان وجود ندارد. اعمال نیروی بازار توسط شرکت‌ها در بازارهای متمرکز عموماً منجر به قیمت‌های بالاتر و بازدهی کمتر (حق بیمه بالا و دسترسی محدود به بیمه درمانی) در کنار مزایای زیاد، می‌شود. با وجود این، بسیاری دیگر از خصوصیات بازارهای بیمه درمانی، در افزایش هزینه‌ها و دسترسی محدود به بیمه درمانی ارزان قیمت، سهیم هستند. به طور خاص، هزینه‌های فزاینده مراقبت‌های سلامت، نقش کلیدی در افزایش هزینه‌های بیمه درمانی ایفا می‌کنند.

هزینه‌های درمانی در طول زمان تا اندازه زیادی به سبب تعامل پیچیده میان بیمه درمانی، تأمین کنندگان مراقبت سلامت، کارفرمایان، تولیدکنندگان مواد دارویی، سیاست‌های مالیاتی و صنعت فناوری دارویی، افزایش یافته‌اند. کاهش خط سیر صعودی هزینه‌های مراقبت سلامت، ممکن است نیازمند سیاست‌هایی باشد که بر این تعاملات اثر بگذارند. سیاست‌هایی که تنها بر اصلاح بخش بیمه درمانی تأکید دارند ممکن است به برخی نتایج دست پیدا کنند، اما احتمال حل مسایل بزرگ‌تر چون رشد هزینه‌ها و دسترسی محدود، از آن‌ها نمی‌رود.

برای فهم بهتر این نکات، در ادامه به بررسی مصداقی ساختار فعلی بازار بیمه درمانی در آمریکا و چگونگی تاثیر و تحول آن می‌پردازیم. در واقع آنچه در پی می‌آید، تشریح نیروهایی است که صنعت بیمه درمانی از جمله سیر تکامل تاریخی آن، ویژگی‌های مراقبت‌های سلامت و بیمه درمانی، عوامل تعیین کننده عرضه و تقاضای بیمه درمانی و ماهیت رقابت میان شرکت‌های بیمه را در آمریکا شکل داده‌اند. هم‌چنین دلایل تمرکز زیاد این بازار، همراه با اقدامات سوددهی در این صنعت، نیز ذکر شده است. آشنایی با نظام مراقبت‌های سلامت آمریکا و صنعت بیمه آن که شباهت‌های بسیاری با مراکز بیمه‌ای کشور ما دارد، می‌تواند در شناخت تنگناها و رفع مشکلات و بهینه‌سازی صنعت بیمه مفید باشد. در ادامه پس از ارائه تاریخ مختصری از چگونگی شکل‌گیری بیمه‌های درمانی در آمریکا، مولفه‌هایی بررسی خواهند شد که در صنعت بیمه تاثیر گذارند.

تاریخچه بازار بیمه در آمریکا

به تازگی کنگره آمریکا طرح‌های متعددی را برای اصلاح نظام مراقبت سلامت و پرداختن به چالش‌های دوگانه محدود نمودن هزینه‌های مراقبت و افزایش دسترسی به مراقبت‌های سلامت با کیفیت بالا را در نظر گرفته است. معیارهای مختلف بیان شده در صد و یازدهمین جلسه کنگره آمریکا، بخش‌های مهمی از مراقبت سلامت یا نظام سرمایه‌گذاری مراقبت سلامت را تغییر می‌دهد. سه کمیته پارلمان آمریکا یعنی کمیته انرژی و تجارت، کمیته تأمین معاش و کمیته آموزش و کار، قانونی موسوم به H.R 3200 یا قانون گزینه‌های ارزان قیمت آمریکا را ارائه کردند. کمیته بهداشت، آموزش، کار و بازنشستگی سنا موسوم به HELP، قانون گزینه‌های بهداشتی - درمانی ارزان قیمت را در

فصل دوم: بازار بیمه درمانی / ۱۳۷

تاریخ ۱۵ جولای ۲۰۰۹ به تصویب رساند. سایر طرح‌های اصلاح نظام سلامت عبارت‌اند از قانون «آمریکایی‌های سالم»^۱ و قانون اولویت بندی «توانمندسازی بیماران»^۲.

هزینه مراقبت‌های سلامت در آمریکا، که در واقع طی چند دهه اخیر به شدت افزایش یافته، بودجه ایالتی و فدرال را تحت فشار گذاشته است. رشد آتی در هزینه‌های مراقبت‌های سلامت بگونه‌ای طرح ریزی شده، که تهدیدی برای جایگاه مالی دولت‌های ایالتی و فدرال بشمار می‌رود، مگر اینکه تغییر عمده‌ای در سیاست‌های این بخش رخ دهد. هم‌چنین برای بسیاری از آمریکایی‌ها، فقدان پوشش بیمه درمانی، دسترسی به مراقبت‌های سلامت را با مشکل مواجه می‌کند. بر اساس اطلاعات اداره آمار ایالات متحده، ۴۶.۳ میلیون نفر معادل ۱۵.۴ درصد جمعیت این کشور، فاقد پوشش بیمه درمانی هستند. علاوه بر این، حتی خانواده‌هایی با پوشش بیمه درمانی ممکن است در برابر بار مالی شرایط پزشکی اورژانس یا بیماری، به علت محدودیت مزایای برنامه و یا غیرقابل پیش‌بینی بودن تصمیمات در مورد آنچه تحت پوشش قرار می‌گیرد، آسیب‌پذیر نشان دهند. طبق برخی پژوهش‌ها، افزایش حق بیمه درمانی، دسترسی به مراقبت‌های سلامت را کاهش داده است. بازارهای بیمه درمانی آمریکا اغلب با در اختیار داشتن بیش از ۵۰ درصد بازار توسط یک بیمه‌گر، بسیار متمرکزند. مسایل مربوط به تمرکز پیرامون بازارهای بیمه درمانی با مسایل مهم‌تری در ارتباط با هزینه، کیفیت و دسترسی به مراقبت‌های سلامت، در ارتباط‌اند. احتمالاً، ساختار بازار بیمه درمانی و صنایع بیمارستانی، در افزایش هزینه‌های مراقبت‌های سلامت و محدود ساختن دسترسی به بیمه درمانی و مراقبت‌های بهداشتی - درمانی ارزان قیمت، نقش داشته‌اند. برخی معتقدند تمرکز بازار، منتج به هزینه‌های بالاتر مراقبت‌های سلامت شده است. در این صورت، قیمت‌های بالاتر مراقبت‌ها یا بیمه درمانی،

1- Healthy Americans Act

2- Empowering Patients First Act

ممکن است دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی - درمانی ارزان را کمتر کند و بدین ترتیب برای برخی خانواده‌ها کمتر قابل دسترسی باشد و مصرف کنندگان در بخش‌های انفرادی و گروه‌های کوچک نوعاً با شرایط چالش برانگیز خاصی روبرو خواهند بود.

با وجود این، برخی ادعا می‌کنند که شرکت‌های بیمه درمانی با داشتن نفوذ زیاد برای چانه‌زنی، می‌توانند توانایی و قدرت تأمین کنندگان سلامت در افزایش قیمت‌ها را محدود کنند و اینکه سود حق بیمه‌های کمتر، ناشی از این قدرت چانه‌زنی به مصرف کنندگان انتقال یابد. برخی از تحلیلگران صنعتی، رقابت میان بیمه گذاران عمده درمانی را میلی‌متری توصیف کرده‌اند و بعضی از گرایش‌ات قیمت گذاری نشان می‌دهند که این رقابت، به شدت بر راهبردها در بازار شرکت‌های بیمه تاثیر گذاشته است. علاوه بر این، برخی اظهار می‌کنند که قوانین اقتصادی به همراه قوانین فدرال و ایالتی، در افزایش میزان تمرکز بر بازارهای بیمه درمانی سهمیم بوده‌اند.

دولت اوپاما اصلاح بیمه درمانی آمریکا و نظام مراقبت‌های سلامت را به عنوان یک اولویت مهم سیاسی در نظر گرفته است. تعدادی از لوایح کنگره در نظر دارند، دسترسی به مراقبت سلامت را با افزایش تعداد آمریکایی‌های تحت پوشش بیمه درمانی، کاهش هزینه بیمه افراد، ایجاد مشوق‌های قوی‌تر برای افراد به منظور بیمه کردن خود و بازسازی بخش‌هایی از بازار بیمه درمانی، گسترش دهند. در برخی از این لوایح، اقداماتی برای کند کردن روند رشد هزینه مراقبت‌های سلامت نیز در نظر گرفته شده‌اند، هرچند برخی تحلیلگران از اینکه لوایح موجود بتوانند به این هدف تحقق بخشند، تردید دارند. بعضی معتقدند که اصلاح زیربنایی تر بخش مراقبت‌های سلامت و بازار بیمه درمانی، برای تغییر خط سیر طراحی شده هزینه‌های مراقبت سلامت مورد نیاز است.

صنعت بیمه درمانی در آمریکا چگونه ایجاد شد؟

ساختار بازار صنعت بیمه درمانی آمریکا، نه تنها ماهیت مراقبت‌های سلامت، بلکه ریشه‌های آن را در دهه ۱۹۳۰ و سیر تکاملی آن را در دهه‌های بعدی، منعکس می‌کند. پیش از جنگ جهانی دوم، بیمه‌گران تجاری تردید داشتند که هزینه‌های بیمارستانی یا پزشکی، ریسک قابل قبولی باشد. اما در اواسط دهه ۱۹۳۰، بیمه‌گران مالی متعددی شروع به ارائه پوشش‌های درمانی نمودند. تا دهه ۱۹۵۰، بیمه‌گران مالی درمانی به رقبای بزرگی تبدیل شدند و در بسیاری از مناطق، در محیط رقابتی بازار بیمه درمانی، تغییر ایجاد کردند. شرکت‌های خصوصی بیمه‌گر در نیمه دوم قرن نوزدهم بیمه تصادفات، کفن و دفن و بیماری را ارائه می‌کردند و برخی شرکت‌های راه آهن، معدن و الوار امتیاز سلامتی محل کار را فراهم نمودند. همزمان با سرازیر شدن جمعیت از مناطق کشاورزی روستایی به سمت مراکز صنعتی شهری، کارگران با خطرهای حوادث ضمن کار مواجه می‌شدند، اما پشتیبانی کمتری از شبکه‌های گسترده خانوادگی که مزایای بیمه غیر رسمی را ارائه می‌نمودند، دریافت می‌کردند. بسیاری از کارگران از طریق سازمان‌های ائتلافی، اتحادیه‌های کارگری، یا بیمه‌گذاران خصوصی، از بیمه حوادث یا بیماری برخوردار شدند. این سیاست‌ها معمولاً مبتنی بر برنامه‌های تضمین خسارت بود، که میزان نقدی مشخصی را در قبال حوادث جدی یا فوریت‌های درمانی پرداخت می‌کرد. بررسی‌های اجتماعی در آغاز قرن بیست و یکم، به رابطه بین حوادث صنعتی و فقر پرداخته و منجر به آن شد که اصلاح‌طلبان دوره پیشرفت و اتحادیه‌های کارگری، صحبت از بیمه اجتماعی اجباری به میان آورند، که به پیشبرد برنامه‌های خسارت کارگران کمک می‌کرد.

«Blues» چگونه شروع شد؟

صنعت جدید بیمه درمانی در ایالات متحده با آغاز دوره «افسردگی بزرگ» مورد توجه قرار گرفت. در سال ۱۹۲۹، پس از اینکه مدیر یک بیمارستان متوجه شد که صورت حساب‌های پرداخت نشده توسط معلمان محلی بار سنگینی روی وضعیت مالی بیمارستان و همین طور خود معلمان گذاشته، بیمارستان دانشگاه بایلور^۱ در دالاس یک برنامه پیش پرداخت بستری برای معلمان مدرسه ایجاد نمود. بر خلاف سیاست‌های اولیه بیمه درمانی، مشترکین بجای دریافت خسارت نقدی، مستحق خدمات و مراقبت‌های بیمارستانی بودند. اگرچه این طرح، هزینه نسخه پزشکان را تحت پوشش قرار نمی‌داد، توانایی ثبت نام کنندگان در پرداخت هزینه‌های مذکور را افزایش می‌بخشید.

طرح این دانشگاه خیلی زود سایر گروه‌ها را نیز در بر گرفت. سایر بیمارستان‌های دالاس به سرعت با برنامه‌های بستری گروهی خود، به عنوان ابزار حصول اطمینان از یک منبع درآمد پایدار در برهه‌های سخت اقتصادی، این الگو را دنبال کردند. این طرح‌ها برای افراد، راهی برای برخورداری از مراقبت در بیمارستان با هزینه مناسب و قابل پیش‌بینی بود. در سال ۱۹۳۲، بیمارستان‌های محلی در ساکرامنتو و کالیفرنیا، برنامه مشترکی برای مزایای بستری گروهی تهیه کردند و در سال ۱۹۳۳، بیمارستان‌های ناحیه اسکس در ایالت نیوجرسی، برنامه مشابهی را ارائه نمودند. پس از آن طرح‌های مبتنی بر مراکز نگهداری از بیماران در سنت پاول، می‌ن‌سوتا، واشینگتن دی. سی و کلیولند نیز ایجاد شدند. نشان Blue Cross^۲، که اولین بار در برنامه سنت پاول مورد استفاده قرار گرفته بود، در سایر

1- Baylor University Hospital

2- Blue Cross: a name used by an association of health insurance plans throughout the United States

طرح‌های بستری پیش پرداخت وابسته به دستورالعمل‌های انجمن بیمارستان‌های آمریکا نیز بکار گرفته شد.

دستورالعمل‌های انجمن بیمارستان‌های آمریکا در سال ۱۹۳۳، مستلزم برنامه‌های بستری گروهی پیش پرداخت با استفاده از سمبل Blue Cross برای تاکید به رفاه عمومی، محدود کردن مزایا به هزینه بیمارستان و اجرا بر پایه اقتصادی قوی بود. با وجود این که بسیاری از برنامه‌های بستری گروهی پیش پرداخت توسط رهبران انجمن، سازماندهی می‌شد، با این حال بیمارستان‌های داوطلب Blue Cross را نیز کنترل می‌کردند، زیرا آن‌ها منابع اصلی را در بیشتر زمینه‌ها تأمین کرده و مسئول حسن اجرای این سیاست‌ها بودند. در دهه ۱۹۳۰، تعداد برنامه‌های Blue Cross افزایش یافت و ثبت نام‌ها بیشتر شد. در سال ۱۹۳۷، یک میلیون مشترک تحت پوشش قرار گرفتند و تا سال ۱۹۳۹، ۲۵ ایالت قانون اجرای برنامه بستری را تصویب کردند. بسیاری از قوانین ایالتی، برنامه‌های Blue Cross را به عنوان سازمان‌های جمعیتی خیریه‌ای می‌پنداشتند که از مالیات و قوانین خاص بیمه، معاف بودند.

به گفته بسیاری از مورخان، بازار بیمه درمانی در آمریکا در اصل برای اجتناب از رقابت میان تأمین‌کنندگان مراقبت‌های سلامت تشکیل شده بود. برنامه‌های اولیه، مزایا را به یک بیمارستان حامی مالی اختصاص می‌دادند؛ هر برنامه بیمارستانی در رقابت با دیگر برنامه‌ها بود. ممکن بود گروه‌ها یا افرادی که توانایی مذاکره با بیمارستان‌های خاص را داشتند، قادر به اعمال قدرت چانه زنی بودند. با وجود این، بیمارستان‌ها و گروه‌های متخصص، خیلی زود برنامه‌های مشترکی را به خدمت گرفتند که مستلزم «انتخاب آزادانه پزشک و بیمارستان» بجای برنامه‌های ارایه شده توسط هر بیمارستان بود. برنامه‌های مشترک موجب کاهش انگیزه بیمارستان‌های محلی برای رقابت بر اساس قیمت یا

سودبخشی مزایای برنامه می شد. «اتحادیه بیمارستان‌های آمریکا» به شدت از برنامه‌های مشترکی که امکان برخورداری از مراقبت‌های سلامت را به مشترکین از هر بیمارستان محلی می داد، حمایت می کرد و همچنین برنامه‌های «تک بیمارستانی» را به عنوان تهدیدی برای ثبات اقتصادی بیمارستان‌های عمومی می دانست. هم‌چنین در سال ۱۹۳۷، انجمن بیمارستان‌های آمریکا طرح Blue Cross را ملزم به تملک زمین انحصاری کرد تا با یکدیگر رقابت نکنند.

مخالفت بیمارستان‌ها و گروه‌های پزشکان با موضوع رقابت در مراقبت‌های سلامت و بیمه‌های درمانی، انتقاد عمومی تری را که قائل به «رقابت مخرب» بود، به همراه داشت که این انتقادات در اوایل دهه ۱۹۳۰ گسترش یافت. برخی از رهبران مشاغل و سیاست‌گذاران موسوم به New Deal، رقابت شدید را علت تقلیل فاحش دستمزدها می دانستند، که از دید آنان قدرت خرید مصرف‌کننده را کاهش داده و باعث کاهش قیمت‌ها و بی‌ثباتی بازار در طول سال‌های ابتدایی بحران بزرگ آمریکا در دهه ۱۹۳۰ شده بود. بیشتر اقتصاددانان بر این باورند که اقدامات انجام شده برای کاهش رقابت بازار در طول بحران بزرگ، در واقع موجب تأخیر در بهبود اوضاع اقتصادی می شد. با وجود این، رقابت در بازارهای بیمه درمانی، مسایلی را ایجاد کرد که بیشتر بازارها مشمول آن نمی شدند. اگر شرکت‌های بیمه درمانی استانداردهای مختلفی را بکار گیرند، رقابت می تواند موجب دشوارتر شدن ریسک ادغام شود، موضوعی که در ادامه بررسی خواهد شد.

مخالفت‌های انجمن پزشکی آمریکا و قوانین ایالتی محدودکننده، موجب شد تا خدمات پوشش بیمه‌ای پزشکی از برنامه‌های بیمارستانی Blue Cross عقب بماند. با این حال، در چند ایالت، جوامع پزشکی برنامه‌های خدمات پیش پرداختی را برای پیشی گرفتن از برنامه‌های پیشنهادی ایالتی یا فدرال که در برنامه‌های موسوم به Blue Shield ارایه

فصل دوم: بازار بیمه درمانی / ۱۴۳

می شدند، برپا کردند. در بیشتر ایالت‌ها، Blue Shield در برنامه‌های Blue Cross ادغام شدند، اگرچه برخی از آنان دارای هیئت مدیره جداگانه برای خود بودند. برنامه‌های Blue Cross در طول جنگ جهانی دوم تسریع شد و تا سال ۱۹۴۶ تقریباً در همه ایالت‌ها گسترش یافت. دستمزد زمان جنگ و کنترل قیمت مصوب اکتبر ۱۹۴۲، فاقد مزایای بازنشستگی و بیمه «منطقی» بودند. همزمان با تلاش صنایع برای توسعه تولیدات جنگی، بسیاری از کارفرمایان از بیمه درمانی و سایر مزایای شغلی غیر نقدی برای جذب کارگران جدید بهره گرفتند. در اواخر دهه ۱۹۴۰، «هیئت ملی روابط کارگر و کارفرما» توانست کارفرمایانی را که از عقد قراردادهای انبوه در مورد مزایای شغلی امتناع می کردند، تعقیب قضایی کرده و راه را برای مذاکره با کارفرمایان در مورد بیمه درمانی هموار سازد، که در نتیجه موجب رشد میزان ثبت نام در برنامه‌های بیمه درمانی شد.

مزایای مالیاتی برای پرداخت بیمه درمانی توسط کارفرمایان

پیش از سال ۱۹۵۴، هیچ قید قانونی مشخصی، مزایای بیمه درمانی را از مالیات بندی درآمد فدرال، مستثنی نکرده بود. با این حال در سال ۱۹۴۳ مقرر شد که حق بیمه درمانی گروهی پرداخت شده توسط یک شرکت برای کارکنانش به عنوان یک هزینه شغلی «متداول و لازم» تلقی شود. قانون درآمد داخلی در سال ۱۹۵۴، به طور صریح سهم کارفرمایان را برای بیمه درمانی از درآمد مشمول مالیات کارمند مستثنی کرده بود. معافیت مالیاتی برای مراقبت‌های بهداشتی از طرف کارفرما باعث شد که بیمه درمانی، ارزان‌تر از اشکال مزایای غیر مالیاتی مصرف افراد شود. در یک مطالعه مشخص شد که پوشش بیمه درمانی در پی تغییرات مالیاتی سال ۱۹۵۴ با سرعت بیشتری در میان کارمندان با درآمد بالاتر، که عموماً مشمول نرخ‌های مالیاتی اندکی بودند، گسترش یابد، که می‌توانست نشان

از این امر باشد که معافیت مالیاتی باعث می‌شود کارکنان برنامه‌های گسترده‌تر یا سخاوتمندانه‌تری را طلب کنند. سایر عوامل، از جمله افزایش سطح درآمد، رقابت بر سر کارکنان و افزایش هزینه‌های پزشکی نیز، موجب رشد مزایای درمانی ارایه شده توسط کارفرما شد.

ورود شرکت‌های بیمه‌گر تجاری

پیش از جنگ جهانی دوم، بسیاری از شرکت‌های بیمه‌گر تجاری در این مورد که آیا هزینه‌های بیمارستانی یا پزشکی ریسک قابل قبول بیمه‌ای داشته باشند، تردید داشتند. شرکت‌های بیمه‌گر به طور سنتی یک ریسک را تنها در صورتی قابل قبول می‌دیدند که ضررهای بالقوه آن قطعی و قابل سنجش بوده و فرد بیمه‌شده قادر به کنترل آن نباشد. با وجود این، ریسک‌های مالی مرتبط با بیماری یا صدمات، بسته به قضاوت کادر پزشکی متفاوت بود و رفتار بیمه‌شده می‌توانست به راههای گوناگونی بر احتمال بیماری وی تاثیر گذارد. پس از گسترش سریع برنامه‌های Blue Cross در اواسط دهه ۱۹۳۰، شرکت‌های متعدد تجاری بیمه‌گر، ارایه پوشش‌های بهداشتی - درمانی مشابهی را آغاز کردند. در دهه ۱۹۵۰، شرکت‌های تجاری بیمه‌گر این حوزه، به رقبای توانمندی تبدیل شده و در بسیاری از مناطق آمریکا سهم Blue Cross از بازار را کاهش دادند. ورود گسترده این شرکت‌ها به بازار بیمه درمانی، فضای رقابتی را به دو طریق تغییر داد. نخست اینکه، سازمان‌های Blue Cross، که با قلمرو انحصاری و قوانین انتخاب آزادانه بیمارستان از رقابت در امان بودند، اکنون در رقابت شانه به شانه با هم‌تایان تجاری خود قرار داشتند. دوم اینکه شرکت‌های تجاری بیمه درمانی، محدود به تنظیم حق بیمه نبودند، حق بیمه‌ای که با استفاده از اصل نرخ گذاری انجمن Blue Cross، حق بیمه را به متوسط هزینه‌ها در سراسر

منطقه جغرافیایی مرتبط می‌کرد (تا به تجربه گروه‌ها یا افراد خاص). بنابراین بیمه‌گران تجاری با استفاده از رویکرد «نرخ گذاری مبتنی بر تجربه» می‌توانستند قیمتی کمتر از Blue Cross برای شرکت‌هایی که افراد سالم‌تر از حد متوسط را به خدمت می‌گرفتند، ارایه کنند که به طور متوسط هزینه آنان برای بیمه‌گری را کمتر می‌کرد. فقدان گروه‌های سالم‌تر موجب افزایش هزینه‌های متوسط در میان گروه‌های باقی مانده می‌شد، که مانع توانایی سازمان‌های Blue Cross در رقابت با شرکت‌های بیمه تجاری بر سر قیمت بود. رقابت ایجاد شده از سوی شرکت‌های بیمه تجاری، Blue Cross را مجبور به اتخاذ نرخ گذاری تجربی در دهه ۱۹۵۰ کرد، اگر چه بیشتر برنامه‌های Blue Cross به حمایت خود از تلاش‌های صورت گرفته برای گسترش میدان ریسک ادامه دادند. تغییر جهت به سمت نرخ گذاری تجربی، ماهیت رقابت در بازار بیمه درمانی را تغییر داد. شرکت‌های بیمه با استخدام شرکت‌هایی که کارکنان و خانواده‌های آنان سالم‌تر از حد متوسط بودند، به جای پیدا کردن راه‌های کارآمدتری برای مدیریت ریسک تعداد فرضی از مشترکین، هزینه‌ها را کاهش بخشیدند.

مقدمه‌ای بر Medicaid و Medicare

در اواخر دهه ۱۹۵۰، مزایای بیمه درمانی تبدیل به بخش استاندارد از بسته‌های جبرانی در بین بسیاری از کارفرمایان بزرگ شده بود. در سال ۱۹۵۹، کنگره آمریکا طرح مزایای بهداشت کارکنان فدرال (FEHBP)^۱ را تصویب کرد، که مزایای Blue Cross و Blue Shield را به کارگران دولت فدرال در سراسر آمریکا ارایه می‌کرد. در اواخر دهه ۱۹۵۰، به دلیل ساخت و ساز بیمارستان‌های جدید، روند افزایشی هزینه مراقبت از بیماران

1- Federal Employees' Health Benefit Plan

بستری، جایگزینی بازپرداخت روزانه نرخ تخت برای بیمارستان‌ها با پرداخت بازنگرانه و پرهزینه و گسترش مزایای بیمه درمانی که توانایی پرداخت بیماران را افزایش می‌داد، موجب شد تا هزینه‌های بیمارستانی در بسیاری از بخش‌های آمریکا به شدت افزایش یابد. این افزایش هزینه باعث شد بسیاری از سازمان‌های وابسته به Blue Cross، درخواست افزایش چشمگیر حق بیمه را مطرح کنند، که این امر نگرانی مردم و مقاومت از سوی بسیاری از تنظیم‌کنندگان قوانین بیمه دولتی را در پی داشت. این فشارها، باعث شد سازمان‌های وابسته به Blue Cross و بیمارستان‌های داوطلب در اواسط دهه ۱۹۶۰، برای تصویب گواهی نیاز برای ممانعت از اقدامات سخت‌تر کنترل هزینه‌ها و در عین حال بالا بردن موانع ورود به بیمارستان‌های جدیدتر و اختصاصی، به ایالت‌ها فشار وارد سازند.

در حالی که برنامه‌های Blue Cross/Blue Shield و بیمه‌های تجاری بخش اعظمی از کارکنان و وابستگان آن‌ها را در پایان دهه ۱۹۵۰ تحت پوشش قرار می‌داد، بسیاری از افراد کم درآمد و سالمندان در برخورداری از بیمه درمانی و درمان مقرون به صرفه و یا پرداخت هزینه مراقبت‌های سلامت با مشکل مواجه بودند. کنگره آمریکا در دهه ۱۹۵۰ شروع به ارایه کمک‌های فدرال به ایالت‌هایی کرد که تصمیم گرفته بودند هزینه‌های مراقبت‌های سلامت را تحت پوشش بگیرند. با آغاز سال ۱۹۵۰، تأمین اجتماعی با پرداخت هزینه پوشش ارایه‌دهندگان برخی از هزینه‌های پزشکی برای سالمندان، نابینایان و ناتوانان ذینفع، گسترش یافت. قانون سال ۱۹۶۰ موسوم به کر-میلز^۱، به عنوان مقدمه برنامه Medicaid آن دسته از برنامه‌های ایالتی را که هزینه‌های پزشکی سالمندان، نابینایان و ناتوانان دائمی و کلی و نیز سالخوردگان کم درآمد را پرداخت می‌کرد، تضمین نمود. دولت‌های ایالتی، منوط به شرایط خاص فدرال، اختیار قابل توجهی راجع به سطوح مزایا و

1- Kerr-Mills

فصل دوم: بازار بیمه درمانی / ۱۴۷

محدودیت‌های درآمد داشتند، که به طور معمول به برنامه‌های کمک رفاهی مرتبط می‌شد. در سال ۱۹۶۵، ۴۰ ایالت برنامه‌های کر-میلز را به اجرا درآورده بودند و سه ایالت دیگر هم طرح‌ها را به تصویب رسانده بودند. با این حال، در سال ۱۹۶۵ کمتر از ۲٪ افراد سالمند، تحت پوشش برنامه‌های کر-میلز قرار گرفتند.

در سال ۱۹۶۵، دولت جانسون مقدمات برنامه Medicare را آماده کرد، که تقریباً برای همه آمریکایی‌های بالای ۶۵ سال بیمه درمانی ارابه می‌نمود. برنامه Medicare بیمه اجباری بیمارستان را با طرح خدمات داوطلبانه پزشکی ادغام می‌کرد. در حالی که برخی نگران آن بودند که Medicare جای شرکت‌های بیمه خصوصی را خواهد گرفت، سازمان‌های Blue Cross به واسطه‌های مالی برای Medicare تبدیل شدند، که مسئولیت صدور پرداخت به تأمین کنندگان درمان و دیگر عملیات اداری شعبه‌ای را بر عهده داشتند. برنامه Medicaid، که با استفاده از همان قانون سال ۱۹۶۵ ایجاد شده بود، برنامه‌ای است که تأمین مالی آن از اعتبارات فدرال و ایالتی صورت می‌گیرد. با گذشت زمان، استانداردهای قابلیت و الزامات فدرالی Medicaid پیچیده‌تر شده‌اند.

پیدایش مراقبت‌های مدیریت شده

در برخی از نقاط آمریکا، برنامه‌های ترکیب‌کننده بیمه، با تدارک مستقیم مراقبت‌های سلامت، به رغم مخالفت شدید انجمن بیمارستان‌های آمریکا، به نقش آفرینان مهمی در بازارهای محلی تبدیل شدند. طرح سلامت کارگران ساختمانی در جنوب کالیفرنیا در اواسط دهه ۱۹۳۰، در نهایت به طرح بهداشت قیصر^۱ تبدیل شد. برخی از پزشکان، درمانگاه‌های گروهی را در دهه ۱۹۲۰ و ۱۹۳۰ راه‌اندازی کردند. در طول

1- The Kaiser Health Plan

دهه‌های ۱۹۳۰ و ۱۹۴۰ نیز بسیاری از تعاونی‌های مراقبت‌های بهداشتی از سوی کارفرمایان، گروه‌های کارکنان و دولت فدرال تشکیل شدند. در حالی که برخی از این برنامه‌ها از نظر محلی یا منطقه‌ای با موفقیت رو به رو بودند، ولی تا دهه ۱۹۷۰ نتوانستند به موفقیت ملی دست یابند.

در سال ۱۹۷۱، رئیس جمهور نیکسون برنامه‌ای را برای تشویق برنامه‌های پوششی گروهی پیش ارائه نمود که نقش بیمه و وظایف مراقبتی را به عنوان راهی برای محدود کردن رشد هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی (که در سال‌های پس از راه‌اندازی برنامه Medicare و Medicaid به شدت افزایش یافته بود) و همچنین برای افزایش رقابت در بازار بیمه درمانی، تلفیق می‌نمود. طرفداران این برنامه ادعا می‌کردند که «سازمان‌های حفظ سلامت»، که مراقبت‌های بهداشتی - درمانی و امور بیمه درمانی را یکپارچه می‌کردند، دارای انگیزه‌های مالی برای ترویج سلامت و فاقد انگیزه برای ارابه بیشتر مراقبت خواهند بود. «قانون حفظ سلامت» که در سال ۱۹۷۳ تصویب شد کمک‌های مالی جدید، وام‌ها و تضمین‌های وام برای گسترش تعداد سازمان‌های حفظ سلامت را که در آن زمان تنها در حدود ۳۰ سازمان بودند، ارابه نمود به طوری که ۹۰٪ مردم آمریکا در طی ۱۰ سال می‌توانستند به این سازمان‌ها دسترسی داشته باشند.

اگرچه این هدف بلند پروزانه در دهه ۱۹۷۰ تحقق نیافت، ولی در دهه ۱۹۸۰ سیاست‌گذاران و فعالان در این زمینه، استفاده بیشتر از سازمان‌های مراقبت‌های مدیریت شده همچون سازمان‌های حفظ سلامت و سازمان‌های مشابه را به عنوان یک استراتژی مهم برای کنترل هزینه‌های مراقبت‌های سلامت تلقی می‌کردند. در اواسط دهه ۱۹۹۰، استفاده فراگیر از اشکال محدود‌کننده‌تر مراقبت‌های مدیریت شده موجب بروز مقاومتی شدید از

فصل دوم: بازار بیمه درمانی / ۱۴۹

جانب مصرف کننده‌ها شد، که این امر صنعت بهداشت و درمان را مجبور به عقب نشینی از برخی از این رویکردها کرد. شبکه‌های تأمین کنندگان درمان، موسوم به «سازمان‌های ارائه کننده اولویت دار»^۱، در اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل ۱۹۹۰ به سرعت شروع به رشد کردند. سازمان‌های ارائه کننده اولویت دار، که اغلب در انحصار سیستم‌های بیمارستانی و تأمین کنندگان دیگر هستند، به طور معمول با شرکت‌های بیمه قرارداد بسته و ارایه کننده نرخ‌های درمانی تخفیفی حق الزحمه، در برابر خدمات درمانی هستند. ثبت نام کنندگان در این سازمان‌ها، چنانچه خارج از شبکه از مراقبت برخوردار شوند، به طور معمول باید توسط این برنامه تایید شوند یا هزینه بیشتری بپردازند. بنابراین، برنامه «سازمان‌های ارائه کننده اولویت دار» با انعطاف پذیری بیشتری نسبت به مدل‌های «سازمان‌های حفظ سلامت» به بیماران ارایه می‌شد، که به طور کلی مراقبت خارج از این سازمان‌ها را پوشش نمی‌دهد. همزمان با توسعه انواع مختلفی از برنامه‌های مراقبت‌های مدیریت شده از جمله «سازمان‌های حفظ سلامت» و «سازمان‌های ترجیحی تأمین کننده»، کارفرمایان بیشتری مبادرت به ارایه گزینه‌های رقابتی بیمه‌ای برای کارگرانی می‌کردند که به دلیل اجتناب از طرح‌های محدود کننده، مایل به پرداخت حق بیمه بالاتری بودند.

تفاوت‌های دارای ابهام بین " Blues " و شرکت‌های تجاری بیمه‌گر

در دهه ۱۹۸۰، پژوهشگران و سیاست گذاران امر سلامت دریافته‌اند که تفاوت بین شرکت‌های بیمه‌گر Blue Cross/Blue Shield (به عنوان سازمان‌های غیر انتفاعی) و شرکت‌های انتفاعی بیمه‌گر تجاری رو به کاهش گذاشته است. مقررات موسوم به «خدمات درآمد داخلی»، سازمان‌های Blue Cross را، به عنوان سازمان‌هایی که از ابتدای

1- PPO : preferred provider organizations

شروع به کارشان در دهه ۱۹۳۰ معاف از مالیات سازمان‌های خدمات اجتماعی بودند، تلقی می‌کرد. قانون اصلاحات مالیاتی در سال ۱۹۸۶ معافیت مالیاتی Blue Cross /Blue Shield را حذف کرد زیرا کنگره آمریکا معتقد بود که سازمان‌های رفاه اجتماعی و خیریه که در فعالیت‌های بیمه درگیر هستند، در فعالیتی مشارکت می‌کنند که طبیعت و دامنه آن ذاتا تجاری است تا خیریه و اینکه وضعیت معافیت از مالیات سازمان‌های درگیر در فعالیت‌های بیمه، یک مزیت رقابتی ناعادلانه بوجود آورده است. قانون ۱۹۸۶ به سازمان‌های Blue Cross/Blue Shield اجازه داد برخی از مزایای مالیاتی محدود کننده برای ارایه بیمه درمانی اجتماعی، خصوص در بازارهای فردی و گروه‌های کوچک را حفظ کنند.

در دهه ۱۹۹۰، بسیاری از شرکت‌های بیمه سلامت با افزایش هزینه‌های مراقبت‌ها و انتقاد شدیدتری که از شیوه‌های رایج در این صنعت صورت می‌گرفت، دست و پنجه نرم می‌کردند. سازمان‌های Blue Cross/Blue Shield ویرجینیای غربی ورشکسته شد و چند شعبه دیگر آن با مشکلات مالی جدی مواجه شدند. در سال ۱۹۹۴، دستورالعمل‌های Blue Cross/Blue Shield برای امکان سازماندهی مجدد سازمان‌های وابسته به عنوان شرکت‌های بیمه انتفاعی اصلاح شد و راه را برای تبدیل بیش از دوازده وابسته آنها به وضعیت انتفاعی هموار ساخت. سایر شرکت‌های بیمه، Blue Cross/Blue Shield دیگر شرکت‌ها را خریداری کردند، با هم ادغام شدند و یا از راه‌های دیگر بازسازی شدند. در همین حال، شرکت‌های بیمه خصوصی «سازمان‌های حفظ سلامت» و دیگر سازمان‌های مراقبت‌های مدیریت شده را به دست آوردند.

این ادغام‌ها باعث شد تا تعداد سازمان‌های بیمه‌گر تجاری و بیمه‌های Blue Cross/Blue Shield کاهش یافته و تعداد کمی شرکت‌های بیمه بسیار بزرگ با

فصل دوم: بازار بیمه درمانی / ۱۵۱

موقعیت بازار قوی در سراسر کشور ایجاد شوند. به عنوان مثال، شرکت بیمه مالی «آنتم»^۱ شعب Blue Cross/Blue Shield واقع در کلرادو، کانکتیکات، ایندیانا، کنتاکی، مین، میسوری، نوادا، نیوهمپشایر، اوهایو، ویرجینیا و ویسکانسین را در اختیار گرفت. در سال ۲۰۰۴، «آنتم» شرکت «ول پوینت»^۲ را که در کالیفرنیا، جورجیا و نیویورک صاحب برنامه‌های Blue Cross/Blue Shield بود، خریداری کرد و در حال حاضر تحت نام «ول پوینت» فعالیت می‌کند. جدول ۱، ۳۰ شرکت بیمه سلامت رده بندی شده از لحاظ تعداد کل بیمه شدگان در پایان سال ۲۰۰۸ را در آمریکا نشان می‌دهد. ثبت نام در شرکت‌های تجاری بیمه درمانی در سال ۲۰۰۷ به میزانی بالغ بر ۱۶۸.۲ میلیون بیمه شده رسید.

1- Anthem
2- WellPoint

جدول ۱. ۳۰ شرکت برتر بیمه سلامت، رده‌بندی شده از لحاظ کل ثبت‌نام پزشکی^۱

Company	Total Medical Enrollment (2008)
UnitedHealth Group, Inc.	32,702,445
WellPoint, Inc.	30,622,381
Aetna, Inc.	16,318,625
Health Care Service Corporation	12,218,623
CIGNA HealthCare, Inc.	9,922,135
Kaiser Permanente	8,532,951
Humana, Inc.	8,486,913
Health Net, Inc.	6,180,395
Highmark, Inc.	5,182,186
Blue Cross Blue Shield of Michigan	5,011,359
Coventry Health Care, Inc.	4,762,000
EmblemHealth, Inc.	4,035,710
Medical Mutual of Ohio	3,929,677
WellCare Group of Companies	3,537,777
Independence Blue Cross	3,480,168
Horizon Healthcare Services, Inc.	3,149,279
CareFirst, Inc.	3,044,880
Blue Cross Blue Shield of North Carolina	2,789,587
Regence Group, The	2,545,973
Blue Cross Blue Shield of Minnesota	2,483,968
Lifetime Healthcare Companies	1,797,053
Wellmark, Inc.	1,745,372
Premera, Inc.	1,720,057
AMERIGROUP Corporation, Inc.	1,549,000
Molina Healthcare, Inc.	1,313,211
Centene Corporation	1,275,829
MVP Health Care Preferred Care	931,844
CareSource, Inc.	678,654
Group Health Cooperative	566,156
University of Pittsburgh Medical Center (UPMC)	514,377

1- Source: Atlantic Information Service, Directory of Health Plans: 2009(Washington, DC: Atlantic Information Service (2009).

در دهه ۱۹۹۰، طرفداران مراقبت‌های بهداشتی «مصرف‌کننده محور» اقداماتی را که برای حساس‌تر کردن مصرف‌کنندگان به هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی در نظر گرفته شده بود، پیشنهاد کردند. در سال ۱۹۹۶، کنگره قانون ایجاد حساب‌های پس‌انداز پزشکی آرچر^۱ (MSA) را به تصویب رساند، که در سال ۲۰۰۳ لغو شد. در این سال کنگره قوانینی وضع کرد تا به مصرف‌کنندگانی که از طرح‌های بیمه درمانی با قابلیت کسر زیاد استفاده می‌کردند، امکان افتتاح حساب‌های پس‌انداز بهداشتی و درمان (HSAs) را می‌داد. این حساب‌های پس‌انداز به مردم اجازه می‌دهد هزینه‌های غیر نقدی را از طریق پس‌انداز پزشکی معاف از مالیات پرداخت کنند. در اوایل سال ۲۰۰۹، برنامه‌های واجد شرایط و قابلیت کسر بالا (حساب پس‌انداز سلامت) حدود ۸ میلیون مصرف‌کننده را تحت پوشش قرار داده بود.

1- MSA : Medical Savings Accounts

فصل سوم: توصیف بازار بیمه درمانی در آمریکا

مقدمه

بسیاری از برنامه‌های بیمه درمانی، بیش از آنکه برنامه‌هایی برای پرداخت غرامت یا بیمه درمانی سنتی باشند که به طور نامحدود برای یک حق بیمه ثابت پرداخت می‌کنند، طرح مراقبت‌های مدیریت شده «سازمان‌های حفظ سلامت» و «سازمان‌های ترجیحی تأمین کننده»^۱ هستند. دیگر طرف‌های درگیر در بازار بیمه درمانی شامل کارفرمایان (بیشتر حق بیمه مربوط به بیمه‌های خصوصی درمانی از این بخش به دست می‌آید)، دولت‌های فدرال، ایالتی و محلی و تأمین‌کنندگان مراقبت‌های سلامت هستند. دولت فدرال بیمه درمانی را به طور مستقیم از طریق Medicare تأمین می‌کند. وزارت امور بازنشستگان مزایای مراقبت‌های سلامت را فراهم می‌کند و نظام سلامت ارتش ارایه‌دهنده هر دو بیمه سلامت و مزایای مراقبت‌های سلامت هستند. ایالات‌ها و دولت فدرال، هر دو مسئول Medicaid و مقررات صنعت بیمه خصوصی سلامت هستند.

فصل سوم: توصیف بازار بیمه درمانی در آمریکا / ۱۵۵

بازار بیمه درمانی و درمان دارای ویژگی‌های بسیاری است که آن را از معیارهای اقتصادی بازار رقابت کامل دور می‌کند. بازارهای کاملاً رقابتی، با توجه به نظریه‌های اقتصادی مربوطه، در صورت وجود شرایط خاص، می‌توانند قیمت کالا و خدمات را بگونه‌ای موثر تعیین نمایند. بازارها در صورتی می‌توانند به شکلی موثر به تخصیص قیمت کالا و خدمات پردازند که هزینه‌های اجتماعی منابع (یعنی نیروی انسانی، ساختمان‌ها، ماشین‌آلات و مواد خام) برای ساختن آخرین واحد فروخته‌شده، مساوی با منفعت اجتماعی مصرف آن واحد باشد. شرایط مورد نیاز برای اطمینان از کارایی بازارهای رقابتی عبارت‌اند از:

- تعداد زیاد خریداران و فروشندگان - تعداد هر یک از شرکت‌کنندگان نسبت به کل بازار کوچک است و نمی‌تواند قیمت را از طریق اقدامات خود تحت تأثیر قرار دهد؛
- نه مصرف‌کننده و نه تولیدکننده، منافع یا هزینه‌های سربار ایجاد نمی‌کنند.
- ورود و خروج آزاد از بازار - شرکت‌های جدید می‌توانند به راحتی مکان‌های عرضه کالا و خدمات ایجاد نموده و شرکت‌های موجود می‌توانند با تغییر شرایط، بدون هزینه بازار را ترک کنند؛
- اطلاعات متقارن - همه شرکت‌کنندگان در بازار اطلاعات یکسانی دارند، بنابراین هیچ یک مزیت اطلاعاتی بر دیگران ندارد؛
- انجام معاملات با کمترین هزینه - خریداران و فروشندگان متحمل هیچ هزینه اضافی در انجام معامله نمی‌شوند و پیچیدگی تصمیم‌گیری‌ها هیچ تأثیری در انتخاب‌ها ندارد؛
- شرکت‌ها از حداکثر سود و مصرف‌کنندگان از حداکثر رفاه برخوردار خواهند شد.

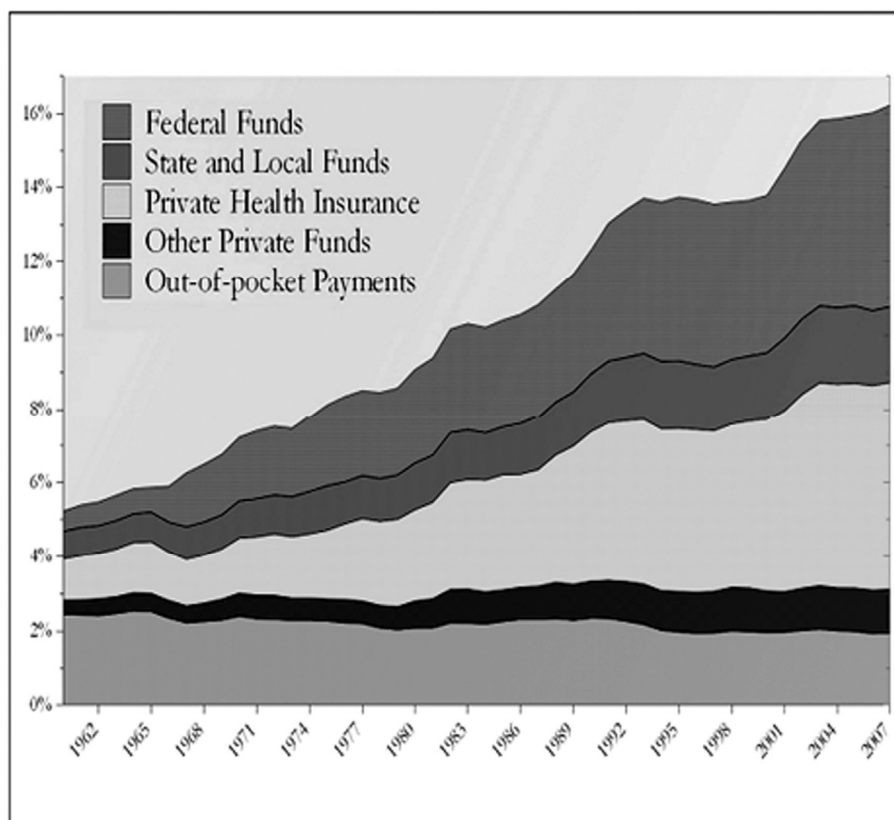
در بازارهای رقابتی اگر این شرایط ایجاد نشوند، ممکن است ارائه کالا و خدمات با قیمت مناسب به گونه‌ای ناکارآمد صورت پذیرد. بیشتر شرایط فوق‌الذکر در بازار بیمه درمانی مشاهده نمی‌شود. خروج از این شرایط می‌تواند مانع پیشرفت بازار شده و پیامدهای ناکارآمدی بدنبال داشته باشد. به عقیده برخی از اقتصاددانان، به احتمال زیاد انجام اصلاحات در ساختار عملکردی بازار کارآمد در فواصل زمانی معین بسیار موثر خواهند بود. فقدان اطلاعات متقارن، نقش مهمی در بازار بیمه درمانی ایفا می‌کند؛ اکثر مصرف‌کنندگان به شدت بر دانش تخصصی و عملکرد عواملی همچون شرکت‌های بیمه، کارفرمایان، اتحادیه‌های کارگری، پزشکان و دیگران تکیه می‌کنند.

نقش کلیدی واسطه‌ها در مراقبت‌های سلامت

ارزیابی کیفیت مراقبت‌های سلامت دشوار است. مصرف‌کنندگان معمولاً پیشاپیش با واسطه‌های مختلف رابطه برقرار می‌کنند. این امر می‌تواند منافی در بر داشته و همچنین انتخاب مصرف‌کننده را محدود کند. شرکت‌های بیمه‌گر درمانی (عمومی و خصوصی) بخش عمده‌ای از پرداختی‌های مراقبت‌های سلامت را بر عهده می‌گیرند. همان‌طور که در شکل ۱ نشان داده شده است، هزینه‌های ملی سلامت که توسط دولت‌های فدرال، ایالتی و محلی و شرکت‌های بیمه خصوصی به عنوان بخشی از تولید ناخالص داخلی پرداخت شده‌اند، از سال ۱۹۶۰ افزایش یافته است، درحالی‌که نسبت پرداخت شده توسط مصرف‌کنندگان از جیب خودشان اندکی کاهش پیدا کرده است. به عبارت دیگر، در طول ۴۰ سال گذشته هزینه‌های پرداخت شده از جیب مصرف‌کننده به شکل واقعی (به عنوان مثال، تعدیل شده با تورم) کمی بیشتر از اقتصاد آمریکا رشد کرده، درحالی‌که هزینه‌های سلامت که از طریق منابع دیگر پرداخت می‌شود سریع‌تر از اقتصاد آمریکا رشد کرده‌اند.

فصل سوم: توصیف بازار بیمه درمانی در آمریکا / ۱۵۷

اینکه چگونه شرکت‌های بیمه، شبکه‌های بهداشتی درمانی را طراحی می‌کنند؟ بر چگونگی استفاده مصرف‌کنندگان از مراقبت‌های سلامت تأثیر می‌گذارد. مصرف‌کنندگان به طور معمول یک پزشک اصلی انتخاب می‌کنند که مبادرت به انجام آزمایش و درمان کرده و بیمار را به متخصصان پزشکی ارجاع می‌دهد. کارفرمایان از طرف کارگران خود با شرکت‌های بیمه مذاکره می‌کنند و اتحادیه‌های کارگری از طرف اعضای خود در مورد مزایای سلامتی آنان با کارفرمایان مذاکره می‌کنند.



شکل ۱. هزینه‌های بهداشت ملی توسط منبع پرداخت به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی

شرکت‌های بیمه‌گر، به نوبه خود، به عقد قرارداد با تأمین‌کنندگان سلامت می‌پردازند و به پرداخت خدمات فردی رسیدگی می‌کنند. منافع پذیرش توسط پزشک اولیه معمولاً تعیین می‌کند که بیمار او برای مراقبت‌های بیمارستانی غیراورژانس خود کجا برود. بیماران باید از طریق یک پزشک بیشتر آزمایشات پزشکی و داروهای خود را دریافت کنند. مصرف‌کنندگان مراقبت‌های سلامت به طور معمول به جای تعامل مستقیم با دیگر بخش‌های نظام مراقبت‌های سلامت بر این واسطه‌ها تکیه می‌کنند. این اتکای سنگین به واسطه‌ها مشخصه کلیدی در بازار مراقبت‌های بهداشتی - درمانی فعلی است.

مصرف‌کنندگان از تخصص ویژه واسطه‌ها، همچون کارفرمایان، بیمه‌کنندگان و پزشکان، بهره‌مند می‌شوند زیرا آن‌ها سیستم مراقبت‌های سلامت را هدایت می‌کنند. مصرف‌کنندگان نیز ممکن است از قدرت چانه زنی کارفرمای خود و یا شرکت‌های بیمه درمانی بهره‌مند شوند. این تا حد زیادی به همان شیوه‌ای است که آن‌ها زمانی که کالاهای مصرفی عادی خود را خریداری می‌کنند، از قدرت بازار یک خرده‌فروش بسیار بزرگ بهره‌مند می‌شوند. واسطه‌ها نیز ممکن است به بیماران کمک کنند که بتوانند در ساختار پراکنده و پیچیده نظام مراقبت‌های سلامت جستجو کنند. ممکن است بیماران برای انتخاب از میان طیف متنوعی از تأمین‌کنندگان مراقبت‌های درمانی، مانند مراکز تصویربرداری، مراکز جراحی تخصصی، درمانگاه‌های عمومی، سازمان‌های آسایشگاهی، ارایه‌دهندگان مراقبت در منزل، خانه‌های سالمندان و همچنین سایر ارایه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت، به پزشکان و شرکت‌های بیمه درمانی تکیه کنند.

استفاده از واسطه‌هایی از قبیل شرکت‌های بیمه درمانی، مصرف‌کنندگان را از خطرات مالی مرتبط با بیماری‌های جدی محافظت می‌کند، ولی در عین حال مانع اطلاع

فصل سوم: توصیف بازار بیمه درمانی در آمریکا / ۱۵۹

مصرف کنندگان از هزینه‌ها و قیمت‌های محصولات و خدمات مراقبت‌های درمانی خاص می‌شود. هنگامی که یک طرف ثالث، مانند یک شرکت بیمه خصوصی و یا دولت، بخش عمده‌ای از هزینه‌های مراقبت‌های سلامت را پرداخت می‌کند، مصرف کنندگان ممکن است تقاضای مراقبت بیشتر نموده و ارایه‌دهندگان نیز تمایل به عرضه خدمات بیشتر داشته باشند. پیوندهای میان واسطه‌ها و تأمین کنندگان سلامت نیز می‌تواند قدرت انتخاب مصرف کنندگان را محدود کند. برای مثال شغل یک فرد ممکن است انتخاب بیمه درمانی او را محدود کند و انتخاب پزشک توسط فرد دیگر می‌تواند انتخاب میان بیمارستان‌ها را برای او محدود سازد.

برخی از خانواده‌ها و افراد فاقد این واسطه‌ها باید خود اقدام به جستجوی بیمه درمانی و نظام مراقبت‌های بهداشتی - درمانی کنند، که ممکن است چالشی جدی برای آن‌ها باشد. افراد فاقد پوشش بیمه درمانی در معرض خطرات مالی ناشی از مشکلات جدی پزشکی هستند و حتی ممکن است قیمت‌های بالاتر برای مراقبت پرداخت نمایند، زیرا آن‌ها فاقد اهرم چانه زنی شرکت‌های بیمه هستند. بیمارستان‌ها و پزشک‌انی بوده‌اند که هزینه به مراتب بیشتری از افراد فاقد بیمه دریافت کرده‌اند و این در حالی است که از شرکت‌های بیمه و برنامه‌های سلامت عمومی، کمتر از این میزان را دریافت می‌کنند. مزایای مالیاتی سخاوتمندانه برای برنامه‌های تحت حمایت مالی کارفرما به کسانی که بیمه درمانی را در بازار فردی خرید می‌کنند، کمکی نمی‌کند. افراد فاقد پزشک مراقبت‌های اولیه منظم، ممکن است برای پیدا کردن یک مراقبت مناسب به زحمت بيفتند.

در نهایت، نحوه تعامل واسطه‌ها دارای پیامدهای مهمی در بازار مراقبت‌های سلامت است. به عنوان مثال کارفرمایان و شرکت‌های بیمه درمانی، که هر دو واسطه افراد هستند، از طریق مذاکرات پیرامون مزایای بسته‌های بیمه با هم تعامل دارند. سیاستمداران نیز

می‌توانند با کمک به تعیین نرخ بازپرداخت برنامه‌های بیمه عمومی و با تغییر محیط نظارتی در شرکت‌های بیمه درمانی برای زیر مجموعه خود به عنوان واسطه عمل کنند. تعامل واسطه‌ها در بازار مراقبت‌های سلامت می‌تواند موجب کنترل هزینه‌ها و کیفیت خدمات گردد.

تقاضا برای بیمه درمانی

با توجه به نظریه اقتصادی، تقاضا برای بیمه درمانی بستگی به نگرش فرد در قبال ریسک، تنوع هزینه‌های درمانی، کارآمدی مراقبت‌های سلامت تحت پوشش بیمه، درآمد و سطح حق بیمه دارد. به شکلی ساده می‌توان گفت مشخصه یک بیمه‌نامه، حق بیمه مطالبه شده، خدمات درمانی تحت پوشش و سهم بودن در هزینه (هزینه‌های قابل کاهش، بیمه مشترک و پرداخت مشترک) است. حق بیمه برابر است با:

۱- مزایای مورد انتظاری که شرکت بیمه پرداخت خواهد کرد؛

۲- «قیمت متوسط مراقبت‌های پزشکی» ضربدر «میانگین مقدار مراقبت‌های پزشکی

ارایه شده» + مبلغ اضافه برای پوشش هزینه‌ها و درآمدهای اداری

مبلغ اضافه به عنوان «قیمت» بیمه عمل می‌کند. مبالغ اضافه بیشتر موجب کاهش

تقاضا برای پوشش بیمه می‌شوند.

«میانگین قیمت مراقبت‌های پزشکی» می‌تواند به پیچیدگی خدمات، قدرت نسبی

چانه زنی تأمین کنندگان سلامت و شرکت‌های بیمه و ساختار هزینه تأمین کنندگان بستگی

داشته باشد. «میانگین قیمت» بستگی به تقاضای مصرف کنندگان برای مراقبت‌های

درمانی، تمایل تأمین کنندگان به تأمین مراقبت با قیمت‌های غالب و کنترل مراقبت‌های

مدیریت شده بیمه گر دارد. میزان اضافه هزینه بیمه بستگی به هزینه‌های اداری شرکت‌های

فصل سوم: توصیف بازار بیمه درمانی در آمریکا / ۱۶۱

بیمه، هزینه‌های سرمایه و توانایی شرکت‌های بیمه‌گر به انتقال حق بیمه بالاتر به کارفرمایان و مصرف‌کنندگان دارد.

در این مثال ساده هنگامی که قیمت‌های مراقبت‌های پزشکی و تعداد آن‌ها بالاتر هستند، تا زمانی که قیمت‌ها از هزینه‌های واحد بیشتر شده و تا زمانی که قیمت‌ها، تقاضا را بیش از حد کاهش ندهد، تأمین‌کنندگان به سود می‌رسند. مصرف‌کنندگان در یک طرح فرضی، زمانی سود می‌برند که تعداد خدمات بالاتر باشند (تا زمانی که عواید مراقبت‌های درمانی از هزینه‌های شخص و هزینه‌های غیر پولی از قبیل درد و ناراحتی بیشتر می‌شوند) و هنگامی که قیمت‌ها پایین‌تر هستند، تا زمانی که تأمین‌کنندگان سلامت مایل به تأمین مراقبت باشند، نرخ‌های بالاتر سهمیه بودن در هزینه‌ها و الزامات سخت‌گیرانه‌تر مراقبت‌های مدیریت شده، می‌تواند به هزینه‌های بالاتر پرداختی توسط شخص، ولی حق بیمه کمتر منجر شود. شرکت‌های بیمه هنگامی به سود می‌رسند که مبلغ بیمه اضافه و نرخ سهمیه بودن در هزینه افزایش می‌یابد، البته تا زمانی که این امر موجب کاهش خیلی زیاد تقاضا برای بیمه درمانی نشود. اگر فشار رقابتی بالا باشد، طوری که کارفرمایان و مصرف‌کنندگان بتوانند در برابر حق بیمه بالاتر مقاومت نشان دهند، شرکت‌های بیمه، مواجه با فشار برای کاهش ضریب بار، نرخ سهمیه بودن در هزینه و تعداد، می‌شوند. عوامل موثر بر رقابت در مراقبت‌های سلامت در بازار در ادامه مورد بحث قرار گرفته است.

منابع پوشش بیمه درمانی

بیمه درمانی با حمایت مالی کارفرما اکثریت جمعیت غیر مسن آمریکا را پوشش می‌دهد (نگاه کنید به جدول ۲). افراد به طور کلی، تنها بخشی از کل حق بیمه طرح‌های تحت حمایت کارفرما را پرداخت می‌کنند، در حالی که کارفرمایان مانده آن را می‌پردازند.

۱۶۲ / مدیریت اقتصاد بیمارستانی و صنعت بیمه

با این حال تحقیقات نشان داده است که کارفرمایان به طور کلی سهم خود را از بار مالی از طریق غرامت کاهش یافته به کارکنان انتقال می دهند.

جدول ۲. منابع پوشش بیمه درمانی، ۲۰۰۸

	Age Group			
	Under 19	Under 65	65+	All Ages
Population (millions)	78.7	263.7	37.8	301.5
Type of Insurance				
Employment-based	60.0%	63.3%	35.5%	59.8%
Private Nongroup	5.1%	6.3%	26.7%	8.9%
Medicare	0.8%	2.9%	93.4%	14.3%
Medicaid or Other Public	29.7%	14.9%	9.1%	14.1%
Military or Veterans' Coverage	3.0%	3.3%	7.5%	3.8%
Uninsured (percent)	10.3%	17.3%	1.7%	15.4%
Uninsured (millions)	8.1	45.7	0.6	46.3

مشکلات اطلاعات در بازارهای بیمه

هنگامی که شرکت کنندگان در اطلاعات مشابه سهم نباشند، طوری که برخی از آنان نسبت به دیگران از مزایای اطلاعاتی بیشتری برخوردار باشند، ممکن است بازارها موفق به تولید نتایج کارآمد نشوند. تحلیلگران بیمه برای مدت‌های طولانی بر دو مفهوم اساسی عدم تقارن اطلاعات توجه کرده‌اند:

۱- انتخاب نامطلوب، که زمانی رخ می دهد که برخی از افراد خصوصیات مخاطره آمیز را از دیگران پنهان کرده‌اند،

۲- خطر اخلاقی، که زمانی رخ می دهد که وضعیت بیمه موجب تغییر رفتار می شود.

عدم تقارن اطلاعات بین مصرف کننده و واسطه نیز می تواند ناکارآمدی ایجاد کند.

فصل سوم: توصیف بازار بیمه درمانی در آمریکا / ۱۶۳

این مفاهیم در ادامه مورد بحث قرار گرفته‌اند. مشکلات پیچیده‌تر دیگر اطلاعات نیز بر بازار بیمه تأثیر می‌گذارد.

تفاوت در آنچه خریداران بیمه و شرکت‌های بیمه می‌دانند، مشکل اصلی در بازار بیمه درمانی است. خریداران بیمه ممکن است اطلاعات بیشتری از شرکت بیمه در مورد عوامل خطر سلامت فرد داشته باشند. بنابراین، یک شرکت بیمه ممکن است قادر به تشخیص متقاضی بیمار (که سود بیشتری از برنامه‌های سخاوتمندانه‌تر بیمه می‌برد) از متقاضی سالم، نباشد. در نتیجه شرکت بیمه می‌تواند طرح بیمه‌ای ارابه دهد که حتی اگر نمونه‌ای از خریداران در بازار را تحت پوشش قرار دهد، نقض شود، اما اگر زیر مجموعه‌ای از جمعیت با نیازهای مراقبت‌های سلامت بسیار بالا را به خود جلب کند، ممکن است موجب ورشکستگی بیمه‌گر شود. این به عنوان **انتخاب نامطلوب** شناخته می‌شود، مشکلی که می‌تواند به ویژه در بیمه درمانی خریداری شده به صورت فردی در بازار، مشکلی اساسی باشد. انتخاب نامطلوب می‌تواند شرکت‌های بیمه را وادار به دریافت حق بیمه بسیار بالا کند، که در این صورت می‌تواند خریداران سالم‌تر را از بازار داوطلبانه بیمه خارج کند. سه دهه پژوهش نشان می‌دهد که انتخاب نامطلوب از لحاظ کمی، بزرگ است.

شرکت‌ها به‌طور معمول بخش بزرگی از هزینه‌های بیمه درمانی تحت حمایت مالی کارفرما را پرداخت می‌کنند و تحقیقات اقتصادی نشان می‌دهد که این بخش از هزینه‌ها از طریق کاهش دستمزدها و حقوق به کارکنان منتقل می‌شود. مزایای مالیاتی قابل توجه و سهم‌بودن کارفرما در هزینه‌های حق بیمه، موجب مشارکت زیاد در طرح درمانی می‌شود که این امر به بیمه‌گر اجازه می‌دهد گروهی از افرادی را که به اندازه کافی برای کار کردن سالم هستند و به دلایلی غیر از خرید بیمه درمانی در طرح شرکت می‌کنند، استخدام کند.

این موضوع مقدار انتخاب نامطلوب را کاهش می‌دهد، هرچند این خود باعث می‌شود کارکنان کمتر به هزینه‌های بیمه سلامت حساسیت نشان دهند. با این حال توانایی شرکت‌ها به بیمه خویش فرما، ممکن است دیگر مسائل انتخاب نامطلوب را در پی داشته باشد.

برنامه‌های گروهی، به طور معمول حق بیمه یکسانی را از افراد با ویژگی‌های متفاوت (به عنوان مثال، جنسیت، سن و دیگر عوامل خطر سلامت) مطالبه می‌کنند. این مسئله با حق بیمه دارای امتیاز ریسک، در تضاد است که در آن افراد سالم‌تر و جوان‌تر، با توجه به ادعاهای کمتر نرخ پایین‌تری را مطالبه می‌کنند. وقتی که حق بیمه برای ویژگی‌های فردی تنظیم نشده باشند و مصرف‌کنندگان بتوانند داخل یا خارج از طرح‌های بیمه انتخاب کنند، منابع خطر می‌تواند متلاشی شده، منجر به «مارپیچ مرگ انتخاب نامطلوب» گردد. اگر نسبت افراد مسن‌تر و بیمارتر در منبع بیمه افزایش یابد، مبالغ مطالبه شده در پاسخ به هزینه‌های بالاتر افزایش خواهد یافت. برخی از افراد سالم‌تر و جوان‌تر، نسبت به حذف پوشش (اعم از حذف پوشش درمانی و یا حرکت به سمت طرح کمتر گران قیمت) واکنش نشان خواهند داد. این امر می‌تواند باعث افزایش هزینه‌ها شده، منجر به نرخ بالاتر و در نتیجه، حذف پوشش بیمه افراد جوان‌تر و سالم‌تر بیشتری در طرح شود. در نهایت تنها افراد مسن‌تر و بیمارتر در این طرح باقی خواهند ماند. مطالعات نشان داده‌اند که عوارض جانبی انتخاب مارپیچ مرگ می‌تواند هنگامی رخ دهد که یک کارفرما گزینه برنامه‌های بیمه درمانی را ارائه می‌دهد. سایر محققین دریافته‌اند لازم نیست یک حق بیمه مشترک منتج به مارپیچ مرگ شود.

خرد کردن منابع بیمه درمانی به رده‌بندی‌های خطر باریک‌تر در این گروه کوچک و در بازارهای بیمه فردی، موجب نگرانی کنگره در ارتباط با دسترس بودن و قابل پرداخت

فصل سوم: توصیف بازار بیمه درمانی در آمریکا / ۱۶۵

بودن قیمت پوشش بیمه برای افرادی شده است که فاقد پوشش بیمه درمانی تحت حمایت مالی کارفرما هستند و همین طور کسانی که واجد شرایط لازم برای برنامه‌های بیمه عمومی نیستند. الزامات فردی که نیاز به برخورداری بیشتر مردم از پوشش بیمه درمانی دارد، با توجه به استدلال کنندگان، می‌تواند برخی از خطرات انتخاب نامطلوب را کاهش دهد.

مزایای بیمه یک بیمه‌نامه در صورتی کاهش می‌یابد که حامل بیمه بتواند آن را هنگامی که عوارض نامطلوب رخ می‌دهد و یا پیش‌بینی می‌شود، لغو کند. به همین ترتیب، اگر شرکت‌های بیمه بتوانند شرایط و حق بیمه‌ها را هنگام تجدید بیمه‌نامه و در صورت بروز وقایع نامطلوب تغییر دهند، به طوری که تجدید بیمه‌نامه را برای ثبت‌نام کنندگان غیرقابل پرداخت یا غیر جذاب کند، آنگاه طرح‌های بیمه تبدیل به ابزاری با کارآئی کمتر برای گسترش خطرات خواهند شد. در مقابل اگر افراد فاقد بیمه به محض پیش‌بینی یک رویداد نامطلوب بتوانند ثبت‌نام کنند، شرکت‌های بیمه متحمل خساراتی به دلیل انتخاب نامطلوب خواهند شد. به همین دلیل برخی از برنامه‌های بیمه درمانی گروهی دارای فصول محدودی به منظور ثبت‌نام آزاد برای بیمه‌گروه‌های بزرگ داشته و اقدام به تحمیل شرایط محدود کننده از پیش موجود بر بیمه فردی یا بیمه‌گروه‌های کوچک می‌کنند. در بازار بیمه درمانی فردی، عدم امکان تجدید تضمین شده با نرخ‌های میانگین ریسک می‌تواند ادغام موثر ریسک را محدود کند. چنانچه افراد بتوانند شرکت‌های بیمه خود را تغییر دهند، ممکن است شرکت‌های بیمه نیز انگیزه کافی برای سرمایه‌گذاری دراز مدت در امر سلامت افراد را از دست بدهند. برای مثال اگر ثبت‌نام کنندگان در ماه‌های آتی امکان تغییر شرکت‌های بیمه خود را داشته باشند، در این صورت ممکن است شرکت‌های بیمه در پوشش دادن مزایای سلامتی که هزینه‌های درمان در سال‌های آینده را کاهش می‌دهند، تردید پیدا کنند.

خطر اخلاقی، که زمانی اتفاق می‌افتد که وضعیت بیمه تغییر رفتار می‌دهد، مشکل دیگری در بازار بیمه درمانی است. خطر اخلاقی زمانی رخ می‌دهد که فرد بیمه‌شده خدمات پزشکی را بیش از آنچه اگر بیمه نبود، مصرف کند.

برای مثال داشتن بیمه درمانی می‌تواند کسی را به برخورداری از مراقبت‌های پزشکی برای بیماری‌های جزئی (به عنوان مثال، گلو درد)، انتخاب مراکز مراقبت‌های درمانی دارای امکانات بیشتر (مثلاً، یک بیمارستان هتل مانند) و یا غفلت از سلامت خود (برای مثال، خوردن غذاهای چرب) ترغیب کند. در نتیجه خطر اخلاقی منجر به آن می‌شود که بیمه‌گر مبلغی بیشتر بابت خدمات پزشکی شخص به تأمین‌کننده مراقبت‌های درمانی پردازد و این در حالی است که اگر شخص مزبور بیمه نبود، بایستی این مبلغ را از جیب خود پرداخت می‌کرد. البته هزینه‌های غیر پولی، مانند درد و ناراحتی دریافت مراقبت‌های پزشکی غیرضروری ممکن است به محدود ساختن خطر اخلاقی در میان بیماران کمک کند.

شرکت‌های بیمه به طور معمول با افزایش حق بیمه برای پوشش هزینه‌های اضافی خدمات و با محدود کردن مراقبت، یا به طور مستقیم (برای مثال، از طریق الزام تایید از قبل) یا از طریق سهم شدن در هزینه‌ها (همچون پرداخت شراکتی و کسورات)، به خطر اخلاقی واکنش نشان می‌دهند. تحقیقات نشان داده است که میزان سهم شدن در هزینه‌ها، تأثیر قابل توجهی در مراقبت‌های درمانی دارد. فقدان شفافیت در قیمت گذاری خدمات پزشکی منجر به این مشکل می‌گردد. بیشتر مردم هزینه خدمات پزشکی (هم آنچه تأمین‌کننده مراقبت‌های سلامت به طور معمول مطالبه می‌کند و هم آنچه را که شرکت بیمه‌گر به تأمین‌کننده برمی‌گرداند) را نمی‌دانند.

مشکل موکل - عامل

بیمار (موکل) همان طور که پیشتر اشاره شد، معمولاً به یک پزشک (عامل) برای مراقبت و مشاوره متکی است. پزشک، یا واسطه دیگر، ممکن است با تأمین مقدار بیشتر یا کیفیت کمتر مراقبت مناسب برای بیمار، با مشوق‌هایی برای افزایش منافع خود (تا منافع بیمار) روبرو باشد.

هنگامی که کسی از یک واسطه (عامل) با دانش و تخصص ویژه استفاده می‌کند، موکل اغلب با مشکل ارزیابی و یا نظارت بر کیفیت یا مناسب بودن کار عامل مواجه خواهد بود. هنگامی که اهداف موکل و عامل به طور کامل منطبق نیستند، ممکن است سیستم‌های پرداخت و تشویق، تضاد منافع را کاهش دهد. استانداردهای حرفه‌ای و سازمان‌های حرفه‌ای نیز می‌توانند به کاهش این درگیری کمک کنند. هزینه‌های ثابت یک سیستم استانداردهای حرفه‌ای و صدور مجوز را می‌توان به عنوان یک پاسخ به مشکل موکل-عامل بین بیماران و پزشکان تلقی کرد.

اگرچه این تمهید ممکن است از برخی از مشکلات جلوگیری کند، ممکن است دیگر مشکلات را حل نکند. در تمهیدات هزینه در قبال خدمات^۱ پزشکان و تأمین کنندگان دیگر، ممکن است با مشوق‌های مالی برای ارایه مراقبت، بیشتر از آنچه بهترین تناسب را با منافع بیمار دارد، روبرو شوند. زمانی که بیمه بیشتر هزینه‌های مرتبط با مراقبت را پرداخت می‌کند، تأمین کنندگان نیز انگیزه مالی کمی برای کنترل هزینه‌ها دارند و ممکن است خدمات مراقبت‌های سلامت را بیش از حد نیاز ارایه کنند.

در تحقیقی که ۹ ماه طول کشید، پزشکان را به طور تصادفی به یک گروه حقوق بگیر و گروه «مزد در مقابل خدمات» تقسیم کردند. نتایج نشان می‌دهد که پزشکان گروه

1- fee-for-service(FFS)

مزد در برابر خدمات، معاینه بیشتری در مقایسه با پزشکان گروه حقوق بگیر داشتند و تقریباً همه تفاوت ناشی از آن بود که پزشکان گروه مزد در برابر خدمات، اقدام به ویزیت بیماران خوب به جای افراد بیمار می کردند. پزشکی تدافعی، که در آن پزشکان یا سایر تأمین کنندگان سلامت، آزمایشاتی را تجویز می کنند که احتمال شکایت بیمار به خاطر قصور پزشکی را کاهش می دهد، ولی در مقابل، دارای منافع درمانی محدودی برای بیمار است، نیز از مسئله مشابهی حکایت دارد.

مشکلات اطلاعات و ساختار مالی مراقبت های سلامت

پاسخ به انتخاب نامطلوب، خطر اخلاقی و مشکلات عامل-موکل بر ساختار نظام تأمین مالی مراقبت های سلامت تأثیر می گذارد. شرکت های بیمه درمانی، همان طور که در بالا اشاره شد، از الزامات و شرایط سهام بودن در بیمه و تایید از قبل به منظور محدود کردن خطر اخلاقی بالقوه در بیماران استفاده می کنند. شرکت های بیمه درمانی که نگران خطر اخلاقی و مشکلات عامل-موکل در میان تأمین کنندگان مراقبت های درمانی هستند، اقدام به طراحی سیستم های مشوق برای محدود کردن عرضه بیش از حد مراقبت می نمایند. برای مثال انتقال سریع به مراقبت های مدیریت شده در دهه ۱۹۹۰، ممکن است به عنوان تلاش برای کنترل هزینه ها با توجه به مخاطرات اخلاقی تلقی شود. علاوه بر این، تصمیمات پژوهش و توسعه (R&D) که به دلیل فن آوری های پزشکی و توسط شرکت های دارویی اتخاذ می شوند، ممکن است به طور غیر مستقیم تحت هدایت این امر باشد که پوشش بیمه درمانی چگونه انتخاب تأمین کنندگان و بیماران را تحت تأثیر قرار می دهد. اصلاحاتی که نظام تأمین مالی سلامت را، بدون در نظر گرفتن خطرات بالقوه

فصل سوم: توصیف بازار بیمه درمانی در آمریکا / ۱۶۹

اخلاقی (که ساختارها و شیوه‌های قبلی برای کاهش آن طراحی شده بودند) تغییر می‌دهد، می‌تواند مشکلات پیش‌بینی نشده‌ای را پیش آورد.

تأثیرات قیمت

اینکه چگونه قیمت بر تقاضای بیمه درمانی تأثیر می‌گذارد، بخش مهمی از اطلاعات است که با توجه به میزان یارانه‌های مالیاتی جاری برای بیمه درمانی، پیشنهادات برای تغییر این رویکرد مالیاتی و پیشنهاد برای ارایه یارانه بیشتر به منظور خرید بیمه درمانی، قابل درک است. حساسیت مصرف‌کنندگان به قیمت، معمولاً با انعطاف پذیری قیمت‌ها ارزیابی می‌شود. انعطاف پذیری قیمت، درصد تغییر در تقاضای بازار برای یک کالا است که از یک درصد افزایش قیمت آن ناشی می‌شود.

بسیاری از مطالعات پیشین (که قبل از سال ۱۹۹۵ منتشر شده‌اند) انعطاف پذیری قیمت برای بیمه درمانی را که کاملاً بزرگ هستند، از منهای ۱.۰ تا منهای ۲.۰ تخمین می‌زدند؛ به این معنی که ۱٪ افزایش قیمت منجر به ۱٪ تا ۲٪ کاهش تعداد افرادی می‌شود که خریدار بیمه سلامت هستند. این موضوع بیانگر آن است که کاهش اندک قیمت می‌تواند منجر به افزایش نسبی تا زیاد پوشش بیمه درمانی شود. با استفاده از داده‌های ارتقاء یافته و روش‌های تجربی، بیشتر مطالعات اخیر، دریافته‌اند که این انعطاف در محدوده ۰/۰ تا منهای ۰/۱ است.

با این حال، این پژوهش در مورد کارکنانی است که به آن‌ها بیمه درمانی گروهی ارایه می‌شود. ممکن است کارکنانی که به آن‌ها بیمه درمانی تحت حمایت مالی کارفرما ارایه نمی‌شود (در حدود سه چهارم افراد بیمه نشده)، به گونه‌ای متفاوت در قبال تغییرات قیمت واکنش نشان دهند. مطالعه‌ای که درباره گروه بیمه نشده‌ای صورت گرفته که به

آن‌ها بیمه تحت حمایت مالی کارفرما ارایه نشده، بیانگر آن است که طیف انعطاف پذیری قیمت‌ها بین منهای ۰/۳ تا منهای ۰/۴ بوده است.

بالاخره، بر اساس مطالعه‌ای که اخیراً صورت گرفته، طیف انعطاف پذیری بین منهای ۰/۲ تا منهای ۰/۳ است. در مجموع بر اساس مطالعات اخیر یک درصد افزایش قیمت منجر به صفر درصد تا ۰/۴ درصد کاهش مشارکت در بیمه درمانی می‌گردد. این نتایج اخیر نشان می‌دهد که یارانه‌ها، به خودی خود، می‌باید برای افزایش پوشش بیمه درمانی بسیار زیاد باشند. علاوه بر این، مقرون به صرفه بودن یارانه‌های بیمه درمانی برای این گروه (کارکنانی که بیمه خدمات درمانی به آن‌ها ارایه نشده) دشوار است، که می‌تواند هزینه‌های عمومی چنین برنامه‌های یارانه‌ای را افزایش بخشد.

مزایای مالیاتی

بیمه درمانی از طریق نظام مالیاتی به روش‌های مختلفی یارانه‌ای شده است. اول اینکه، کارگران هیچ گونه مالیات بر درآمد یا مالیات بر حقوق برای بخشی از حق بیمه درمانی را که توسط کارفرما از طرف کارگران تحت پوشش پرداخت می‌شود، نمی‌پردازند. کمیته مشترک مالیات (JCT)^۱ تخمین می‌زند دولت فدرال سالانه از حدود ۲۳۰ میلیارد دلار درآمد مالیاتی چشم پوشی می‌کند. دوم اینکه، افراد خود اشتغال ممکن است مبلغ کل پرداخت شده برای بیمه درمانی و بیمه مراقبت دراز مدت را کسر کنند، که طبق برآوردهای JCT، منجر به از دست دادن درآمد ۴.۴ میلیارد دلاری در سال ۲۰۰۸ شده است. سوم آنکه برخی از مالیات دهندگان ممکن است کمک‌های خود به حساب‌های پس انداز درمانی را کاهش دهند، که منجر به از دست دادن درآمد حدود ۵۰۰ میلیون دلار در سال ۲۰۰۸ گردید.

1- JCT :Joint Committee on Taxation

تأمین بیمه درمانی و درمان

وظیفه اصلی شرکت‌های بیمه پذیرفتن ریسک است، که برای کاهش خطرات کلی و اداره طرح‌ها، با پرداخت مطالبات، ارایه پشتیبانی از مشتریان و مذاکره با تأمین‌کنندگان امر سلامت، با هم یکپارچه می‌شوند.

اگرچه هزینه‌های درمانی یک گروه بیمه‌شده ممکن است تا حدودی قابل پیش‌بینی باشد، هزینه‌های یک گروه می‌تواند فوق‌العاده بالا و یا پایین باشد. با این حال، با افزایش تعداد مردم در حوزه بیمه، این تنوع کاهش می‌یابد. خطر بیمه به طور معکوس با اندازه گروه ارتباط دارد. به عبارت دیگر، با توجه به قانون اعداد بزرگ، میانگین هزینه‌ها برای گروه‌های بزرگ و بزرگ‌تر دست‌خوش تغییر کم و کمتر و در نتیجه کم‌خطرتر خواهد شد. برخی از کارشناسان بر این باورند که یک شرکت بیمه درمانی که از نظر مالی سالم باشد، حداقل در حدود ۲۵۰۰۰ بیمه‌نامه نیاز دارد که نزدیک به ۵۰۰۰۰ نفر را، همراه با مازاد مناسب و یا سرمایه‌های تثبیت‌کننده پوشش می‌دهد. تنوع هزینه‌های بالاتر و خطرات انتخاب نامطلوب، می‌تواند تا حدودی توضیح دهد که چرا حق بیمه در بازار فردی و در یک گروه کوچک نسبت به حق بیمه گروه‌های بزرگ، بالا است.

روش اداره

وظایف اداری شرکت‌های بیمه، عبارت‌اند از: انجام تعهدات، پرداختن به شکایات، انجام پرداخت‌ها به تأمین‌کنندگان سلامت و مذاکره برای توافق با آنها. عناصر اصلی این فرایند تولید، مردم، رایانه‌ها و ساختمان‌ها هستند. این هزینه‌ها با مبالغ اضافی^۱ که در حق بیمه مطالبه شده توسط شرکت‌های بیمه گنجانده می‌شود، تأمین می‌گردند. شرکت‌های بیمه همچنین مبلغی را از بازگشت سرمایه به دست می‌آورند.

1- loading fee

حق بیمه معمولاً در آغاز دوره بیمه‌نامه جمع‌آوری می‌شود، اما مطالبات در طول دوره بیمه‌نامه یا پس از آن پرداخت می‌شوند. به علت تفاوت این زمان‌بندی، شرکت‌های بیمه حق بیمه‌ها را نگه داشته و تا زمان لازم برای پرداخت مطالبات روی آن‌ها سرمایه‌گذاری می‌کنند. با وجود این، تاخیر بین جمع‌آوری حق بیمه و پرداخت مطالبات، ممکن است برای برخی دیگر انواع بیمه کوتاه‌تر باشد.

انواع برنامه‌های درمانی

نوع غالب طرح بیمه درمانی در آمریکا طی ۲۵ سال گذشته به طور چشمگیری تغییر کرده است. بیش از ۹۰ درصد از بیمه‌شدگان خصوصی در سال ۱۹۸۰ تحت پوشش طرح بیمه درمانی خسارت و یا «مدیریت نشده» سستی قرار گرفتند؛ در حال حاضر این سهم کمتر از ۱۰٪ است. امروزه بسیاری از افراد تحت پوشش بیمه‌های خصوصی تحت پوشش نوعی از طرح مراقبت‌های مدیریت شده اعم از طرح غرامت مدیریت شده (به عنوان مثال، PPOها، که در آن شرکت‌های بیمه در مورد هزینه‌ها با تأمین‌کنندگان مذاکره می‌کنند) تا کارمند HMO (بیمه‌گر و تأمین‌کننده سلامت یکی هستند و بیماران نزد پزشکانی می‌روند که حقوق می‌گیرند) قرار دارند. تحت برنامه مراقبت‌های مدیریت شده، شرکت‌های بیمه درمانی و تأمین‌کنندگان تا حدودی به شکل عمودی باهم یکپارچه هستند.

اکثر شرکت‌های عمده بیمه درمانی، در قبال طرح‌های خویش فرما اقدام به ارزیابی نوعی پشتیبانی موسوم به «صرفاً خدمات اداری» (ASO)^۱ می‌کنند، که به گونه‌ای، شبیه به نوع خاصی از برون‌سپاری است. ویژگی‌های بازار ASO به طرق مهمی با بیشتر طرح‌های

1- ASO : administrative service only

فصل سوم: توصیف بازار بیمه درمانی در آمریکا / ۱۷۳

سنتی بیمه درمانی که ترکیبی از خطرپذیری و روند اداری هستند، متفاوت‌اند. در ادامه با جزئیات بیشتری، این مورد بحث خواهد شد.

انواع شرکت‌های بیمه

شرکت‌های بیمه درمانی متشکل از گروه متنوعی از سازمان‌ها هستند. شرکت‌های بیمه درمانی ممکن است شرکت‌های بیمه تجاری، طرح‌های Blue Cross/Blue Shield انتفاعی یا غیرانتفاعی و یا سازمان‌های نوع HMO مانند Kaiser Permanente، باشند. شرکت‌های تأسیس شده بیمه می‌توانند به صورت سازمان‌های غیرانتفاعی و یا شرکت‌های انتفاعی باشند.

این سازمان‌های غیرانتفاعی دارای مزایای مالیاتی محدود بوده و اغلب در مقایسه با رقبای انتفاعی خود با مقررات ایالتی کمتری (بسته به ایالت) مواجه‌اند. "Blues" (Blue Cross/Blue Shield) برجسته‌ترین نمونه‌های شرکت‌های بیمه درمانی غیرانتفاعی هستند، اگر چه آن‌ها از سال ۱۹۹۴ مجاز به تبدیل شدن به سازمان‌های انتفاعی بوده‌اند. این سازمان‌ها در اصل در سطح ایالتی یا زیرمجموعه ایالتی قرار داشتند، که این امر ممکن است مانع از بهره‌گیری آن‌ها از منافع کلان اقتصادی شده باشد که شرکت‌های بیمه چند ایالتی بزرگ‌تر قادر به استفاده از آن بوده‌اند. بسیاری از برنامه‌های (Blue Cross/Blue Shield) در حال حاضر بخشی از شرکت‌های بیمه بزرگ ملی مانند WellPoint هستند.

کارفرمایانی که طرح خویش فرما دارند، برخی از عملکردها یا تمام عملکردهای یک شرکت بیمه، مانند خطرپذیری و پرداخت مطالبات کارکنان را متعهد می‌شوند. کارفرمایان خویش فرما برای انجام خدمات اداری خود، بیشتر با یک شرکت بیمه معتبر

قرارداد می‌بندند. «قانون بازنشستگی کارکنان و امنیت درآمد» سال ۱۹۷۴ موسوم به ERISA، برخی از مزیت‌ها را برای شرکت‌های بزرگ چند ایالتی (که با حق تقدم خرید در مقررات ایالتی و ایجاد استانداردهای فدرال اقدام به خویش‌فرمایی بیمه می‌کنند) فراهم می‌کنند، که این موضوع باعث می‌شود مزایای کارکنان شرکت مطابق با قانون مشابه سوددهی در سراسر همه ایالات باشد. همچنین ERISA^۱ که شرکت‌ها را از الزام به پرداخت مالیات حق بیمه معاف می‌کند، برای شرکت‌هایی که در یک ایالت واحد عمل می‌کنند نیز سودمند است.

شرکت‌های بیمه انتفاعی به طور فزاینده‌نقشی برجسته در بازار بیمه بهداشت و درمان ایفا می‌کنند. بسیاری از آن‌ها طیف گسترده‌ای را از برنامه‌های طراحی شده برای شرکت‌های مختلف و یا بخش‌های بازار ارایه می‌کنند. این شرکت‌های بیمه در ارتباط با به حداکثر رساندن سود سهامداران خود متعهدند. بسیاری از این شرکت‌ها در چندین ایالت و یا در سراسر کشور عمل می‌کنند و اغلب ارایه‌دهنده تسهیلات دیگر بیمه، مانند بیمه عمر یا از کارافتادگی هستند.

نقش کارفرمایان

بیشتر بیمه‌های خصوصی درمانی از طریق کارفرمایان ارایه می‌شوند. با طرح‌های تحت حمایت مالی کارفرما، کارفرمایان می‌توانند به سادگی طرح مزایای درمانی را از طریق یک شرکت بیمه با قیمت توافق شده و بدون تحمل هیچ خطر بیمه‌ای، ارایه دهند. اغلب میزان مشارکت کارفرما به تعداد کارکنان بستگی دارد. تحقیقات نشان داده است که ۸۰ درصد از کارفرمایان بزرگ (دارای ۵۰۰ کارمند یا بیشتر) بیمه خویش‌فرما را به جای خرید پوشش از شرکت‌های بیمه انتخاب می‌کنند. جدول ۳ اطلاعاتی را در مورد

1- ERISA : Employee Retirement and Income Security Act

فصل سوم: توصیف بازار بیمه درمانی در آمریکا / ۱۷۵

ویژگی‌های مؤسسات بیمه درمانی خویش فرما که حداقل یک برنامه درمانی را انتخاب کرده‌اند، ارایه می‌دهد.

جدول ۳. درصد مؤسسات بخش خصوصی بیمه سلامت که حداقل یک برنامه درمانی را انتخاب کرده‌اند.

	Total	Fewer than 100 Employees	100-499 Employees	500 or More Employees
All Firms	34.2%	13.1%	29.2%	81.8%
Number of Locations				
1 location only	13.6%	13.3%	24.1%	38.8%
2 or more locations	63.5%	11.0%	30.3%	82.0%
Industry group **				
Agriculture, fishing, forestry	15.1%	12.1%	12.5%	71.9%
Mining and manufacturing	25.5%	9.9%	41.6%	84.8%
Construction	17.5%	14.6%	39.1%	76.2%
Utilities and transportation	41.5%	9.3%	26.7%	87.3%
Wholesale trade	28.8%	9.3%	42.9%	86.1%
Financial services and real estate	46.5%	10.5%	29.7%	85.5%
Retail trade	53.7%	12.6%	31.3%	89.4%
Professional services	26.3%	14.3%	23.2%	74.6%
Other services	31.4%	14.9%	24.2%	71.2%
Ownership				
For profit, incorporated	37.6%	12.9%	31.7%	84.1%
For profit, unincorporated	25.0%	11.8%	28.2%	78.3%
Nonprofit	23.1%	17.2%	20.9%	50.8%
Unionization				
No union employees	27.9%	12.4%	27.6%	77.6%
Has union employees	72.5%	32.4%	44.3%	92.3%
Low wage employees				
50% or more low wage	43.0%	13.8%	25.3%	80.7%
Less than 50% low wage	31.3%	12.9%	31.1%	82.4%

علاوه بر این، انتخاب گزینه‌های بیمه نیز با توجه به اندازه شرکت متفاوت است. در میان شرکت‌های کوچک (با کمتر از ۲۰۰ نفر کارکنان) که ارایه‌دهنده مزایای بیمه درمانی هستند، ۸۶ درصد تنها یک طرح بیمه را به کارمندان خود ارائه می‌نمایند. در میان شرکت‌های خیلی بزرگ (با ۵۰۰۰ کارمند یا بیشتر) ۷۲٪ از این شرکت‌ها، دو یا چند گزینه بیمه را به کارمندان خود ارائه می‌کنند. مدارک تحقیقات نشان می‌دهند که انتخاب طرح بیمه‌ای با سطوح بالاتر پوشش درمانی تحت حمایت کارفرما و همچنین رضایت از مراقبت‌های سلامت در ارتباط است.

حق بیمه سلامت به طرز چشمگیری در ۹ سال گذشته افزایش یافته است. بین سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۸، میانگین سهم کارگر در بیمه درمانی تحت حمایت کارفرما، تا ۸۰٪ در شرایط واقعی (تورم تعدیل شده) افزایش یافت، درحالی که سهم کارفرما تا ۸۳٪ بیشتر شد. با این حال شواهد نشان می‌دهد که تصمیمات بیمه درمانی کارفرما در مقایسه با قیمت‌ها (با انعطاف پذیری تقریبی منهای ۰.۱ تا منهای ۰.۲۵) نتوانسته‌اند پاسخگو باشند. همان طور که در بالا اشاره شد، سهم بودن کارفرما در هزینه، که به طور میانگین در حدود ۷۵٪ از حق بیمه را پوشش می‌دهد، همراه با معافیت مالیاتی بزرگ برای بیمه خدمات درمانی تحت حمایت کارفرما، به حمایت از کارکنان در برابر قیمت بیمه درمانی کمک می‌کند.

مقررات شرکت‌های بیمه درمانی

در آمریکا بیمه بهداشت و درمان در درجه اول در سطح ایالتی تنظیم می‌شود، اگر چه برخی از استانداردهای فدرال نیز در این امر دخالت دارند. هدف از وضع این مقررات ترویج انواع هدف‌های اجتماعی از جمله تضمین پرداخت بدهی مالی شرکت‌های بیمه،

فصل سوم: توصیف بازار بیمه درمانی در آمریکا / ۱۷۷

حمایت از مصرف کنندگان در برابر تقلب در بیمه و حصول اطمینان از اینکه مزایای وعده داده شده، پرداخت خواهند شد. در حالی که همه ایالات از شرکت‌های بیمه انتظار دارند که قادر به پرداخت بدهی بوده و مطالبات خود را پرداخت کنند، مقررات ایالتی مرتبط با دسترسی به بیمه درمانی، حداقل نرخ‌های قابل قبول و مزایای تحت پوشش، متفاوت‌اند. تحت قانون ERISA، کارفرمایان بزرگ ارایه‌کننده بیمه خویش فرما از بسیاری از مقررات ایالتی معاف هستند. قوانین ایالتی هنوز هم در مسائل مربوط به «کسب و کار بیمه» شامل این شرکت‌ها می‌شود.

استانداردهای فدرال به طور کلی در دو بخش از مجلس قانون‌گذاری تنظیم شده‌اند. «قانون جامع تثبیت بودجه» سال ۱۹۸۵ موسوم به COBRA^۱ به کارگرانی که شغل خود را از دست داده‌اند، این حق را می‌دهد که پوشش بیمه‌ای خود و وابستگانشان را تحت برخی شرایط پرداخت کنند. «قانون انتقال و پاسخگویی بیمه بهداشت» سال ۱۹۹۶ موسوم به HIPAA^۲ دستیابی به بیمه درمانی را از طریق محدود کردن موارد استثنا در شرایط از پیش موجود و منع تبعیض علیه افراد خاص نیازمند به درمان پزشکی، بهبود بخشید و استفاده از شرایط از پیش موجود را محدود کرد.

با این حال قانون HIPAA تضمین نمی‌کند که مصرف کنندگان بتوانند بیمه‌نامه‌های خود را با نرخ‌هایی که دارای ویژگی‌های جمعی است تجدید کنند، که در این ارتباط برخی افراد عقیده دارند اثربخشی قانون محدود شده است. علاوه بر این در حالی که این قانون می‌تواند به حصول اطمینان از تداوم و انتقال پوشش بیمه (زمانی که یک فرد از بیمه گروهی تحت حمایت کارفرما به پوشش فردی تغییر وضعیت می‌دهد) کمک کند، ولی قادر به پوشش تغییرات خاص دیگر نیست.

1- COBRA : Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act

2- HIPAA : Health Insurance Portability and Accountability Act

تمرکز بازار در میان بیمه‌های درمانی

بازار بیمه‌های درمانی به گفته بسیاری از پژوهشگران، در بسیاری از ایالت‌های آمریکا به شدت متمرکز است. اگر شرکت‌های بیمه درمانی بزرگ هنگام فروش بیمه در بازارهای بسیار متمرکز اعمال قدرت کرده بودند، قیمت‌ها غیرواقعی می‌شد و سطح پایینی از پوشش بیمه درمانی ارابه می‌گردید.

در نمونه‌های ساده اقتصادی، شرکت‌های دارای قدرت در بازارهای تولید، قیمت‌های خود را به زیر قیمت‌های رقابتی افزایش داده و خروجی خود را کاهش می‌دهند. شرکت‌هایی که هنگام خرید از تأمین‌کنندگان اقدام به اعمال قدرت در بازار می‌کنند (به عنوان مثال، استخدام نیروی کار و خرید نهاده‌ها) می‌توانند پرداخت‌ها و خروجی را زیر سطوح رقابتی کاهش دهند. سودآوری شرکت‌ها به تعاملات بازار با مصرف‌کنندگان و تأمین‌کنندگان بستگی دارد.

برای مثال یک شرکت با موقعیت بازار مرتبط با تأمین‌کنندگان خود، ممکن است به دلیل نیروهای رقابتی قوی مجبور به واگذاری سپرده‌های خود در بازار مصرف شود. با این حال خریداری که برای کاهش قیمت عرضه‌کننده، کمتر از سطوح رقابتی در بازار اعمال قدرت می‌کند و بهره‌وری اقتصادی را کاهش می‌دهد، خواه دستاوردهای شرکت حفظ شده و یا به مصرف‌کنندگان واگذار شود.

شاخص‌های تمرکز بازار

سنجش تمرکز بازار به منظور انعکاس پتانسیل شرکت‌ها در یک بازار خاص برای اعمال قدرت بازار با افزایش قیمت‌ها صورت می‌گیرد. تمرکز بازار به طور معمول با تجزیه و تحلیل سهام شرکت‌ها که عرضه‌کننده یک کالا یا خدمت خاص در یک منطقه

فصل سوم: توصیف بازار بیمه درمانی در آمریکا / ۱۷۹

جغرافیایی خاص هستند، ارزیابی می‌شود. عوامل دیگری غیر از سهم بازار نیز ممکن است بر توانایی یک شرکت برای اعمال قدرت بازار تأثیر گذارد.

شرکتی با یک نام تجاری قوی، که از طریق تبلیغات و بازاریابی موفق و یا از طریق شهرت ناشی از کیفیت بالاتر و قابلیت اطمینان به دست آورده، ممکن است بیش از آنچه با ارزیابی تمرکز مبتنی بر اطلاعات سهام بازار نشان داده می‌شود، قدرت بازار داشته باشد. ورود بالقوه شرکت‌های جدید، یا توسط شرکت‌ها در بازارهای مرتبط، ممکن است شرکت‌ها را از اعمال قدرت بازار بازدارد.

دو معیار رایج عبارت‌اند از: «نسبت تمرکز شرکت -N» و «شاخص هیرشمن هرfindahl» (HHI)^۱ که مبتنی بر سهام بازار شرکت‌هایی است که محصولات را در رقابت درون منطقه جغرافیایی بفروش می‌رسانند. نسبت تمرکز شرکت -N (CR) به طور ساده، مجموع سهام بازار از شرکت‌های N برتر است. به عنوان مثال، 3-CR تنها سهم کل بازار سه شرکت برتر در یک بازار است.

شاخص هیرشمن هرfindahl با جمع مجدد درصد سهم بازار تمامی شرکت‌ها در بازار محاسبه می‌شود. به عنوان مثال، HHI بازار دو شرکت با سهم بازار برابر $50^2 + 50^2 = 5000$ خواهد بود. بازاری با ۱۰۰ شرکت دارای سهم برابر شاخصی معادل با $100 \cdot 1^2 = 100$ خواهد داشت. بنابراین، HHI بالاتر، نشان‌دهنده میزان بالاتری از تمرکز بازار است. شاخص HHI این مزیت را دارد که می‌تواند سهام بازار تمام شرکت‌ها در بازار را نشان دهد و به طور معمول در تجزیه و تحلیل ضد تراست و ادغام استفاده می‌شود.

1- HHI: Hirschman-Herfindahl Index

دستورالعمل‌های ادغام DOJ – FTC

وزارت دادگستری آمریکا برای اولین بار در سال ۱۹۸۷، شاخص HHI را در دستورالعمل‌های ادغام، وارد کرد. این دستورالعمل‌ها خواستار آن بودند که تعریف مشروحي در خصوص بازار محصولات و مناطق جغرافیایی بازار انجام شود. دستورالعمل‌های ادغام از سال ۱۹۸۲ تا کنون و اخیراً در سال ۱۹۹۷ چندین بار توسط وزارت دادگستری و کمیسیون تجارت فدرال (FTC)^۱ تجدیدنظر شده‌اند.

هدف از دستورالعمل‌های ادغام این بود که نشانه واضح‌تری ارائه شود مبنی بر اینکه وزارت دادگستری آمریکا یا کمیسیون تجارت فدرال، احتمالاً با ادغام کدام شرکت‌ها (با مشخص کردن آستانه‌های شاخص HHI) مخالفت خواهند کرد. بازارهایی با شاخص HHI زیر ۱۰۰۰ «غیرمتمرکز» و با شاخص HHI بین ۱۰۰۰ و ۱۸۰۰ «نسبتاً متمرکز» تلقی می‌شدند. بر اساس این دستورالعمل‌ها، احتمال مخالفت دولت فدرال با ادغام بازارهای غیرمتمرکز یا نسبتاً متمرکز وجود نداشت مگر اینکه ادغام، باعث شود HHI به طور قابل توجهی افزایش یابد.

دستورالعمل‌های ادغام در سال ۱۹۸۲ بیانگر تحقیقات جدیدی بود که نشان می‌داد اقتصادهای بزرگ و اقتصادهای دامنه (یعنی، امکان ایجاد کارآئی با ادغام خطوط مرتبط با کسب و کار درون یک شرکت) می‌تواند نقش مهمی در شکل دادن به ساختار بازار و در خدمت رسانی مصرف‌کنندگان ایفا کند. علاوه بر این، برخی از پژوهشگران سازمان صنعتی استدلال می‌کردند که موفقیت شرکت‌های پیشرو، که ممکن است مدیریت برتر و یا فن‌آوری‌های بهتر داشته باشند، می‌تواند منجر به سطوح بالایی تمرکز بازار شود و درعین حال به نفع مصرف‌کنندگان هم باشد.

1- FTC : Federal Trade Commission

به این دلایل، اقتصاددانان سازمان صنعتی خاطرنشان می‌کنند که یک صنعت متمرکز به دلیل نیروهایی که بهره‌وری اقتصادی را ارتقا می‌دهند (به عنوان مثال، یک شرکت با فناوری برتر) به راحتی می‌تواند شبیه صنعتی باشد که به دلیل راهبردهای تثبیت ضد رقابتی متمرکز شده است. دستورالعمل‌های ادغام در سال ۱۹۸۲ و به‌روزرسانی متعاقب آن، بیان‌کننده همان دیدگاه‌ها بوده و نقش گسترده‌تری برای «دفاع از کارآئی» در سیاست ضد تراست را ممکن می‌ساخت.

معیارهای تمرکز نسبت به چگونگی تعریف بازار در شرایط خطوط تولید و منطقه جغرافیایی حساس هستند. اگر یک بازار بگونه‌ای تعریف شود که شامل یک تنوع وسیع‌تری از محصولات باشد، شرکت‌های بیشتری به عنوان رقابت در بازار دیده خواهند شد، که این امر منجر به کاهش تمرکز اندازه‌گیری شده بازار خواهد شد.

به طور مشابه، اگر منطقه جغرافیایی یک بازار بزرگ باشد، شرکت‌های بیشتری گنجانده خواهند شد، که تمایل برای تولید شاخص‌های پایین‌تر از تمرکز بازار داشته باشند. برای مثال کوکاکولا، در واکنش به چالش ضد تراست کمیسیون تجارت فدرال (FTC) در مواجهه با تولیدکنندگان نوشابه‌های غیرالکلی گازدار، استدلال کرد که بازار مربوط باید تمام نوشیدنی‌ها، از جمله آب معدنی، قهوه، چای و شیر را شامل شود و طیف جغرافیایی این بازار در سراسر ایالات متحده گسترش یافت.

تمرکز محاسبه‌شده بازار در مقایسه با شاخص‌هایی که بازار مرتبط با نوشابه گازدار در مناطق محلی شهرنشین را تعریف کرده بود، به شدت پایین‌تر بود. بنابراین، تعریف بازارها بر اساس طبقه‌بندی محصول و منطقه جغرافیایی به گونه‌ای که منعکس‌کننده مجموعه‌ای منطقی از گزینه‌های در دسترس مصرف‌کنندگان باشد، در به دست آوردن شاخص معتبر تمرکز بازار بسیار مهم است.

تمرکز بازار در میان شرکت‌های بیمه درمانی

بازارهای بیمه بهداشت و درمان در اکثر نقاط کشور، با توجه به اطلاعات منتشر شده توسط انجمن پزشکی آمریکا (AMA)^۱ و دیگر منابع، به شدت متمرکز است. در سال ۲۰۰۷، به گزارش AMA، ۲۹۵ منطقه از ۳۱۴ منطقه آماری شهری، شاخص بیش از ۱۸۰۰ HHI برای بازار HMO و PPO ادغام شده داشتند، طیفی که دستورالعمل‌های ادغام / DOJ / FTC آن را «بسیار متمرکز» فرض می‌کنند (یعنی در صورتی که بازار AMA و تعاریف محصول قابل قبول باشند). درصد بازارهای HMO و PPO که به طور جداگانه در نظر گرفته شده، بیشتر بود. دفتر پاسخگویی دولت (GAO)^۲ نشان داد که در سال ۲۰۰۴، بازارهای پوشش بیمه درمان خصوصی برای گروه‌های کوچک در اکثر ایالات بسیار متمرکز بوده‌اند.

آمار سهم بازار AMA که اساس شاخص‌های تمرکز را تشکیل می‌دهند مبتنی بر اطلاعات تجاری بیمه درمانی مربوط به ثبت‌نام‌های انجام شده در سازمان‌های مراقبت‌های مدیریت شده هستند. افرادی که در طرح‌های بیمه عمومی همچون مدی کر (Medicare) و طرح بیمه سلامتی کودکان ایالت ثبت‌نام کرده بودند، کنار گذاشته شدند. علاوه بر این برخی از ثبت‌نام کنندگان در برنامه‌های بیمه خویش فرما نیز حذف شدند. از آنجا که برخی ممکن است تصور کنند که برنامه‌های HMO و برنامه‌های نوع PPO متعلق به بخش‌های مشخصی از بازار هستند، گزارش AMA آمار تمرکز برای بازار HMO، بازار PPO و بازار ترکیبی HMO و PPO را محاسبه کرده است. اگر بسیاری از مصرف کنندگان، برنامه‌های HMO و PPO را به عنوان جایگزین‌های رقیب در همان بخش بازار تلقی کنند، آنگاه بازار

1 AMA : American Medical Association

2- GAO : Government Accountability Office

فصل سوم: توصیف بازار بیمه درمانی در آمریکا / ۱۸۳

رقابتی تر خواهد بود تا اینکه بازار برای هر نوع طرح به طور جداگانه مورد ملاحظه قرار گیرد.

تفاوت بین برنامه HMO و PPO در بیش از دو دهه گذشته به حدی نامشخص بوده که اقلیت قابل توجهی از مصرف کنندگان نمی دانند که دارای چه نوع طرحی هستند. این نشان می دهد که طرح های HMO و PPO دیگر بخش های مشخص بازار را اشغال نمی کنند.

با وجود این، شمارش کارکنان حاضر در طرح های بیمه کامل یا جزئی خویش فرما به عنوان ثبت نام کنندگان بیمه درمانی که چنین طرح هایی را اداره می کنند، مسلماً می تواند در سهام موثر بازار شرکت های بیمه مبالغه کند، چنانچه بازار خدمات اداری به شرکت های بیمه خویش فرما رقابتی تر از بازار استاندارد بیمه تجاری باشد. تحلیلگران صنعت بیمه یادآوری می کنند که بسیاری از کارفرمایان بزرگ با تغییر به سمت طرح های بیمه خویش فرما، به افزایش حق بیمه واکنش نشان دادند.

بخش اعظم قراردادهای موسوم به «فقط خدمات اداری» (ASO)^۱ با شرکت های بیمه خویش فرما در اختیار شرکت های بزرگ بیمه است. برخی از مدارک، که در زیر بحث شده، نشان می دهند مابه التفاوت سود در قراردادهای ASO، پایین تر از طرح های استاندارد تجاری درمانی است. البته شرکت هایی با قرارداد ASO خطرات و برخی از هزینه های اداری را (که شرکت های بیمه باید در یک طرح استاندارد تحمل کنند) بر دوش می کشند. اطلاعات مربوط به سهم بازار که از سمت مصرف کننده بازار بیمه سلامت جمع آوری شده، ممکن است منعکس کننده عوامل مهمی نباشد که پتانسیل شرکت های بیمه سلامت را برای اعمال قدرت در طرف عرضه بازار تحت تأثیر قرار می دهند. بسیاری

1- ASO : administrative service only

از ارایه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت و شرکت‌های بیمه درمانی عمیقاً در برنامه‌های بیمه درمانی همگانی از جمله «مزیت مدی‌کر» (MA)^۱، طرح‌های منافع دارویی مدی‌کر، برنامه دولتی بیمه بهداشت و درمان کودکان (CHIP)^۲ و مدی‌کید (Medicaid)، درگیر هستند.

تمرکز بازار و قدرت بازار

همان‌طور که اشاره شد، تمرکز بازار، به چند دلیل ممکن است نتواند از قدرت بازار برای بالا بردن قیمت‌ها یا کاهش بازدهی یا کیفیت استفاده کند. اول اینکه معیارهای تمرکز ممکن است به روش‌هایی محاسبه شود که طیفی از گزینه‌های در دسترس مصرف‌کنندگان و کارفرمایان را نادیده انگارد. دوم ممکن است رقبای بالقوه توانایی شرکت‌های موجود را در افزایش قیمت محدود کنند. به عنوان مثال، دیگر انواع شرکت‌های بیمه که دارای تماس‌های گسترده با شرکت‌ها هستند، به طور بالقوه می‌توانند وارد تجارت بیمه درمانی شوند و برخی از شرکت‌ها ممکن است به ارایه مزایای بیمه درمانی از طریق طرح‌های بیمه خویش‌فرما روی آورند. سوم شرکت‌های موجود در صنایع متمرکز بیمه، ممکن است به اعمال قدرت بازار (که در اختیار دارند) روی نیاورند، شاید به این دلیل که ساختار سازمانی و اداری آن‌ها بگونه‌ای طراحی شده است که اهداف دیگر را تعقیب کند. برای مثال برخی ادعا می‌کنند که شرکت‌های بیمه درمانی غیرانتفاعی متفاوت از شرکت‌های بیمه انتفاعی عمل می‌کنند و ممکن است به اعمال قدرت بازار روی نیاورند. از سویی، دیگران ابراز شک و تردید نموده‌اند که ارایه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت غیرانتفاعی و انتفاعی و شرکت‌های بیمه به راه‌های کاملاً متفاوتی عمل می‌کنند.

1- MA : Medicare Advantage

2- CHIP : Childrens' Health Insurance Program

فصل سوم: توصیف بازار بیمه درمانی در آمریکا / ۱۸۵

این که آیا تمرکز بازار، اجازه افزایش سودآوری به شرکت‌ها با اعمال قدرت بازار را می‌دهد یا خیر؟ موجب بروز مباحثی جنجالی در میان اقتصاددانان و تحلیلگران صنعت بیمه شده است. بسیاری از اقتصاددانان به ارتباط قوی بین میزان تمرکز بازار و میزان سود فزاینده در سطح صنایع اشاره کرده‌اند. این ارتباطات باعث شد برخی از اقتصاددانان به این بحث بپردازند که تمرکز بازار از طریق افزایش قدرت قیمت‌گذاری، باعث شود شرکت‌ها بتوانند قدرت بازار خود را اعمال کنند. اگرچه قیمت‌های بالاتر از سطوح رقابتی، سودآوری شرکت‌ها را افزایش می‌دهند، ولی کارآئی اقتصادی را با کاهش میزان بازدهی به کمتر از میزان مطلوب کاهش می‌دهند. برخی دیگر از افراد خاطرنشان می‌کنند که عوامل دیگری همچون نوآوری موفق، می‌تواند کارآئی اقتصادی و تمرکز بازار را ارتقا بخشند.

چندین مطالعه اخیر اثرات تمرکز بازار در بازار بیمه درمانی را مورد بررسی قرار داده‌اند. یکی از این مطالعه‌ها به مدارکی دست یافت، مبنی بر این که شرکت‌های خصوصی بیمه درمانی حق بیمه بالاتری را از شرکت‌های سودآور مطالبه می‌کنند، که این خود نشان می‌دهد که شرکت‌های بیمه از قدرت بازار استفاده کرده‌اند. به علاوه، تخمین زده می‌شود، در شرایطی که بازارهای بیمه درمانی تمرکز بیشتری داشته باشند، این اثر قوی‌تر است.

در یک مطالعه مرتبط تخمین زده شده است که افزایش تمرکز بازار بیمه درمانی بین سال‌های ۱۹۹۸ و ۲۰۰۶ (پس از کنترل بسیاری از ویژگی‌های کارکنان و کارفرمایان) منجر به ۲ درصد افزایش میانگین حق بیمه متناسب با تورم در آن دوره گردید. به علاوه، این مطالعه نشان داد که افزایش تمرکز بازار با رشد کمتر کار و درآمد پزشکان و کار بیشتر و رشد درآمد پرستاران، در ارتباط بوده است. این یافته‌ها تأییدکننده ادعای برخی از

گروه‌های ارایه‌دهنده خدمات سلامت است که می‌گویند بسیاری از شرکت‌های بیمه درمانی قدرت خود را در بازار برای پایین آوردن قیمت‌های پرداختی به ارایه‌دهندگان کمتر از میزان موثر، اعمال می‌کنند.

با این حال اعمال قدرت بازار بیمه می‌تواند بر انواع مختلف ارایه‌دهندگان، به طرق مختلف تأثیر بگذارد. یکی دیگر از مطالعات اخیر نشان داد که بیمارستان‌ها در مناطقی که بازارهای بیمه درمانی تمرکز بیشتری داشتند، تعداد روزهای بیشتری از خدمات بستری بیمار ارایه می‌کنند، که به گفته پژوهشگران نشان‌دهنده آن است که تمرکز در میان شرکت‌های بیمه درمانی موجب افزایش کارایی ارایه‌دهندگان خدمات درمانی می‌شود. در نهایت، به گفته یکی از اقتصاددان صنعت بهداشت و درمان، برخی از شرکت‌های بیمه سلامت که دارای موقعیت غالب در بازار هستند، از نرخ بالای بازپرداخت به پزشک برای جلوگیری از ورود رقبای بالقوه استفاده می‌کنند.

بسیاری از اقتصاددانان که اثرات ساختار صنعتی در دهه‌های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ را مورد مطالعه قرار داده‌اند، ساختار بازار را به عنوان یک عامل اصلی تعیین‌کننده رفتار شرکت، از جمله قیمت‌گذاری و سیاست‌های خروجی تلقی می‌کنند. در این دیدگاه انتخاب شرکت‌ها، به نوبه خود عملکرد این صنعت را (همان‌گونه که در قیمت‌های بازار انعکاس می‌یابد) به صورت یکجا تعیین می‌کند و موجب انباشت خروجی، میزان پیشرفت فنی و موفقیت در رفع نیازهای مصرف‌کننده، همزمان با به حداقل رساندن هزینه‌های تولید، می‌شود. در این دیدگاه، تمرکز بازار منجر به قیمت‌های بالاتر و سود بیشتر و همچنین سطوح کمتر بازدهی و کیفیت محصول شد.

اخیراً، اقتصاددانانی که ساختار صنایع و بازارها را بررسی می‌کنند، بر علل عمیق‌تر تمرکز بازار تاکید داشته و درعین حال اجازه ایفای نقش به عوامل تاریخی در بعضی از

فصل سوم: توصیف بازار بیمه درمانی در آمریکا / ۱۸۷

انواع صنایع را می‌دهند. نظریه‌های مدرن‌تر رقابت بازار، بر ساختارهای هزینه‌ای همچون اقتصادهای بزرگ و شدت رقابت به عنوان ساختارهای تأثیرگذار بر بازار، تأکید می‌ورزند. برای مثال، صنایع دارای اقتصاد مقیاس، مانند صناعی که به اداره شبکه‌ها می‌پردازند، به تمرکز بالا تمایل خواهند داشت، زیرا شرکت‌های بزرگ‌تر می‌توانند هزینه‌ها را بیش از شرکت‌های کوچک‌تر کاهش دهند.

در سایر صنایع که در آن راهبردهای برندینگ می‌تواند موثر باشد، ساختار بازار می‌تواند بیانگر گزینه‌های راهبردی گذشته شرکت‌های پیشرو باشد. دیگر اقتصاددانان خاطرنشان می‌کنند که موانع مقرراتی و قانونی برای ورود، که می‌تواند بیانگر واکنش‌های سیاست‌گذاری عوامل ساختاری مانند اقتصاد مقیاس باشند، نیز می‌توانند موجب پیشرفت ساختارهای بسیار متمرکز بازار شوند. عوامل تأثیرگذار بر تمرکز بازار در بخش‌های زیر و با جزئیات بیشتر مورد بحث قرار گرفته‌اند.

علل احتمالی تمرکز در بازار بیمه بهداشت و درمان

علل تمرکز بازار در بازار بیمه بهداشت و درمان پیچیده است و بیانگر عناصر تاریخی و همچنین نیروهای مرتبط با ویژگی‌های خاص بیمه درمانی و مراقبت‌های بهداشتی است. از لحاظ تاریخی، ساختار اصلی برنامه‌های Blue Cross برای جلوگیری از رقابت، با الزام به رعایت حوزه‌های انحصاری و ممانعت از برنامه‌های مرتبط با بیمارستان‌های خاص طراحی شده بود.

ممکن است این الزامات باهدف حمایت از سیاست‌های نرخ‌گذاری برای جوامع (بهداشتی) و حوزه‌های گسترده خطر به کار گرفته شده باشند، که منفعت مصرف‌کنندگان را در پی داشته است. قانون‌گذاران و سیاست‌گذاران نیز گهگاه تصمیماتی گرفته‌اند که

برای جلوگیری از چنددستگی حوزه‌های خطر در نظر گرفته شده بود و تمایل به تشویق سطوح بالاتری از تمرکز بازار داشت.

با اهمیت یافتن بیشتر شرکت‌های بیمه تجاری و راهبردهای مراقبت مدیریت شده، نیروهای بازار همراه با راهبردهای ادغام و مالکیت به تغییر شکل بازار بیمه درمانی کمک کرده‌اند. ممکن است برخی از شرکت‌های بیمه مالکیت و ادغام را به منظور افزایش قدرت خود در بازار، مهندسی کرده باشند. موفقیت این راهبرد به عوامل اساسی بستگی دارد که تعیین کننده ساختار بازار هستند. ماهیت مزایای درمانی مبتنی بر اشتغال و ساختار بازار ارایه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت ممکن است به شدت بر ساختار بازار بیمه بهداشت و درمان تأثیر گذارد. علاوه بر این، مقررات و سیاست‌های مالیاتی ایالتی و فدرال به شکل دادن بازار بیمه بهداشت و درمان کمک کرده است.

هم‌چنین، دخالت دولت فدرال در بازارهای سلامت از طریق Medicaid، Medicare و دیگر برنامه‌ها عمیقاً بر بازارهای مراقبت‌های سلامت ایالات متحده تأثیر داشته و ممکن است اثرات غیرمستقیم مهمی هم بر بازار بیمه خصوصی سلامت گذاشته باشد. سیاست فدرالی ضد تراست، ساختار بازار بسیاری از صنایع را تحت تأثیر قرار داده است، اما گهگاه بنگاه‌های اجرایی فدرال در قانع کردن دادگاه‌ها برای بکار گرفتن راه حل ضد تراست در بازارهای مراقبت‌های سلامت و بیمه بهداشت و درمان با مشکل مواجه بوده‌اند.

بخش‌های بعدی علل احتمالی تمرکز بازار را توضیح می‌دهد. تعیین عواملی که در افزایش تمرکز بازار در میان بازارهای بیمه درمانی بیش‌ترین اهمیت را داشته‌اند، ممکن است دشوار باشد، اما چنین تجزیه و تحلیلی برای ارزیابی عواقب احتمالی اصلاحات پیشنهادی صنعت بیمه درمانی ضروری است.

گسترش مراقبت‌های مدیریت شده

همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، در طول دهه‌های ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ میلادی، گسترش مراقبت‌های مدیریت شده، سیستم مراقبت‌های سلامت آمریکا را تغییر داد. افزایش هزینه‌های مراقبت‌های سلامت، بر شرکت‌های بیمه برای یافتن راه‌هایی به منظور کنترل رشد حق بیمه با محدود کردن استفاده از آن و یا با پایین نگه‌داشتن هزینه‌های پزشکی فشار وارد آورد. به گفته برخی از تحلیلگران، بسیاری از شرکت‌های بیمه سنتی در اجرای موفق اصول مراقبت‌های مدیریت شده با مشکل مواجه بودند. تمام شرکت‌های بیمه قادر به ایجاد توازن در خواسته‌های مراقبت، حفظ رضایت مصرف‌کننده و واکنش به تغییر شرایط بازار، نبودند.

این امر منجر به این شد که برخی شرکت‌های بیمه با سازمان‌های تأمین سلامت موجود و یا انواع مشابه سازمان‌ها به عنوان یک راه برای به دست آوردن توانایی مدیریت اجرای طرح‌های مراقبت‌های سلامت مدیریت شده همکاری کرده و یا در آن‌ها ادغام شوند. اگرچه گسترش مراقبت‌های مدیریت شده ممکن است به توضیح افزایش تمرکز بازار در دهه ۱۹۹۰ کمک کند، ولی معلوم نیست که آیا بتواند با گسترده‌تر شدن و استانداردسازی راهبردهای مراقبت‌های مدیریت شده، به توضیح تغییر در ساختار بازار پردازد.

قدرت جبران‌کنندگی

سطوح بالای تمرکز بازار در میان شرکت‌های بیمه درمانی می‌تواند واکنشی به قدرت بازار بیمارستان‌ها و سایر ارایه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت باشد. هم بیمارستان‌ها و هم شرکت‌های بیمه ممکن است خواهان کسب «قدرت جبرانی» به منظور ارتقاء قدرت

چانه‌زنی خود باشند. در بسیاری از مناطق جغرافیایی، تمرکز بازار در بین بیمارستان‌ها به طور پیوسته در طول چند دهه گذشته افزایش یافته است.

بسیاری از بیمارستان‌ها با اتحاد با یکدیگر، در پی ایجاد شبکه‌هایی انحصاری از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شدند، تا در مذاکره با شرکت‌های بیمه، قدرت چانه‌زنی خود را تا حدودی افزایش بخشند. برخی از آنها، بیمارستان‌های زنجیره‌ای کلمبیا/HCA را هم به عنوان یک الگو و هم یک تهدید رقابتی بالقوه برای بیمارستان‌های مستقل می‌دیدند که توانسته بود شبکه‌های خود را در اوایل دهه ۱۹۹۰ به سرعت گسترش داده و شیوه‌های کسب‌وکار تهاجمی را مورد بهره‌برداری قرار دهد.

علاوه بر این، معرفی «سیستم پرداخت بستری آینده نگر مدی کر» (IPPS)^۱ و اقتباس سیستم‌های مشابه توسط شرکت‌های بیمه خصوصی در اوایل دهه ۱۹۹۰، میانگین طول بستری در بیمارستان و نرخ اشغال (تخت) را کاهش داد. برخی از بیمارستان‌ها ادغام را به عنوان یک راه ساده‌تر برای از بین بردن ظرفیت مازاد در مقایسه با سایر راهبردها تلقی می‌کردند. برخی از پزشکان نیز گروه‌هایی تشکیل دادند، که ممکن است تا حدودی میل به افزایش قدرت چانه‌زنی در مذاکرات با پرداخت کنندگان را برانگیخته باشند.

افزایش تمرکز بازار و یا هماهنگی راهبردی میان ارائه‌دهندگان و شرکت‌های بیمه می‌تواند تحریف‌هایی ایجاد کند که منجر به تخصیص نامناسب منابع و دسترسی به بهداشت و درمان کمتر از حد مطلوب شود. اگرچه شرکت‌های بیمه و یا ارائه‌دهندگان، هر دو، ممکن است از راهبردهای بازار برای کسب قدرت جبرانی در واکنش به افزایش تمرکز در طرف مقابل بازار استفاده کنند، بسیاری از اقتصاددانان بر این باورند که این

1- IPPS : inpatient prospective payment system

معیارها رقابت در بازار را تضعیف می کنند و به احتمال زیاد به کاهش رفاه مصرف کننده و احتمالاً کاهش در دسترس بودن برخی از خدمات می انجامند.

اقتصاد تطبیقی

اقتصاد تطبیقی نقش مهمی در بسیاری از صنایع ایفا می کند. اگر شرکت های بزرگ تر بتوانند ارزان تر از رقبای کوچک تر خود تولید کنند، آنگاه بازار از تعداد کمتری از شرکت های بزرگ تشکیل خواهد شد. در بیمه درمانی، اقتصاد تطبیقی می تواند در پردازش مطالبات، ایجاد رژیم های انطباق، طراحی سیستم های نرم افزاری، یا مذاکره با شبکه های تأمین کنندگان، حاصل شود. به اعتقاد برخی از تحلیلگران صنعت بهداشت و درمان، اگرچه اداره گروه های بزرگ تر کارفرما ارزان تر از گروه های کوچک تر است، ارتباط کمی بین اندازه شرکت های بیمه بزرگ و هزینه های اداری وجود دارد.

این امر نشان می دهد که بزرگ ترین شرکت های بیمه درمانی از اقتصادهای اساسی مقیاس (که رقبای کوچک ترشان به آن دسترسی ندارند)، بهره ای نمی برند و این که اقتصاد مقیاس در عملکردهای اداری نقش کمی در توضیح تمرکز بازار در بین شرکت های بیمه درمانی ایفا می کند. همان طور که در بالا ذکر شد، برخی از کارشناسان بر این باورند که از نظر مالی، یک شرکت بیمه سالم به یک میدان خطر با حدود ۲۵۰۰۰ بیمه نامه، برای پوشش حدود ۵۰۰۰۰ نفر نیاز دارد. دستاوردهای آماری با توجه به سهم خطر در تمامی حوزه های گسترده تر پوشش ممکن است بالاتر از آن نقطه قطع شود.

در واقع اگر صنعت بیمه درمانی فاقد اقتصادهای تطبیقی بالاتر از یک حداقل نقطه معینی باشد، آنگاه ممکن است یک گزینه عمومی صرفاً به دلیل بزرگ تر بودن، نتواند به کار آئی هزینه های اداری دست یابد. این امر همچنین نشان می دهد که اگر شرکت های موجود مجبور می شدند مقیاس عملیات خود را کوچک تر کنند، خسارات اندک می بود.

برخی از اقتصاددانان و تحلیلگران مالی بر این باورند که در برخی از صنایع که فاقد اقتصاد تطبیقی (بالتر از حداقل میزان) باشند، شرکت‌ها ممکن است تلاش برای رشد کنند، نه به این علت که آن‌ها می‌توانند کارآمدتر شوند، بلکه به این دلیل که مدیران ارشد خواهند توانست مزایای بیشتری را با هدایت شرکت بزرگ‌تر به دست آورند. با توجه به این دیدگاه، اداره ضعیف شرکت‌های بزرگ (که مانع از آن می‌شود سهامداران به متمرکز کردن توجه مدیریت بر سودآوری به جای مزایا کنند) ممکن است موجب انگیزه رشد شرکت‌های بزرگ شود.

بازاریابی و مدیریت برند

توانایی شرکت‌ها برای استفاده از راهبردهای بازاریابی به منظور بالا بردن وابستگی مشتری می‌تواند ساختار و تمرکز بازار را تحت تأثیر قرار دهد و این در صورتی است که ایجاد هویت‌های قوی برند، مانع از ورود رقبای بالقوه و یا تغییر ماهیت رقابت با رقبای موجود شود.

بازاریابی نقش بزرگ‌تری در بازار بیمه درمانی ایفا می‌کند و می‌تواند ورود شرکت‌های جدید به این بازار را پیچیده کرده و یا آن را به تأخیر اندازد. تبلیغات و سایر راهبردهای بازاریابی نیز می‌توانند اطلاعاتی برای کمک به مصرف‌کننده بالقوه در انتخاب بین شرکت‌های بیمه ارائه دهد. جایی که کارکنان گزینه‌های گسترده‌ای بین طرح‌های سلامت داشته‌اند، شرکت‌های بیمه تلاش‌های بازاریابی را تشدید کرده‌اند.

شرکت‌های بیمه درمانی مبالغ قابل توجهی صرف بازاریابی می‌کنند. بر اساس یک برآورد، طرح‌های تجاری بهداشت و درمان ۴.۶٪ از کل درآمد حق بیمه خود در سال ۲۰۰۷ را به بازاریابی اختصاص داده‌اند. در مقابل، هزینه‌های بازاریابی کارفرمایان برای برنامه‌های بیمه خویش‌فرما که توسط شرکت‌های تجاری اجرا شده، تنها ۱٪ از کل درآمد

فصل سوم: توصیف بازار بیمه درمانی در آمریکا / ۱۹۳

حق بیمه در سال ۲۰۰۷ بوده است. فعالیت‌های بازاریابی که هدف آن‌ها بخش‌های منابع انسانی کارفرمایان بوده است (که به انتخاب طرح‌ها و یا به طراحی برنامه‌های بیمه خویش فرما کمک می‌کند)، می‌تواند متمرکزتر و در نتیجه ارزان‌تر از بازاریابی باشد که هدف آن افراد هستند.

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی

محیط رقابتی

ماهیت رقابت در بازار بیمه درمانی نیز ممکن است ساختار بازار را تحت تاثیر قرار دهد. از آنجا که اکثر غیر سالمندان آمریکایی از طریق کارفرمایان خود پوشش بیمه درمانی را دریافت می کنند، شرکت های بیمه باید برای کسب و کار هم کارفرمایان و هم کارمندان به رقابت بپردازند.

برخی از جنبه های بیمه درمانی رقابت را ترویج می کنند. بسیاری از کارفرمایان، اما نه همه آنها، اجازه می دهند کارگران میان شرکت های بیمه مختلف انتخاب کنند. کسانی که پوشش بیمه را از بازار فردی خریداری می کنند، می توانند از وبسایت هایی مانند <http://www.HealthInsurance.com> برای مقایسه طرح های بیمه ای استفاده نمایند. مصرف کنندگان به طور کلی باید پیش از نیاز به استفاده از مراقبت های سلامت به خوبی

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۱۹۵

تصمیم بگیرند که کدام شرکت بیمه را انتخاب کنند. بسیاری از شرکت‌های بیمه اطلاعات دقیقی در مورد بیمه‌نامه‌ها و فرآیندهای بیمه‌ارایه می‌کنند. از سوی دیگر، حتی بروشورهای دقیق مربوط به طرح‌های بیمه‌ای ممکن است اطلاعات مهم را حذف کنند و بنابراین مقایسه برنامه‌های رقیب می‌تواند حتی برای مصرف‌کنندگان با تجربه مراقبت‌های سلامت دشوار باشد.

جنبه‌های دیگری از بیمه درمانی می‌تواند تندی رقابت را کاهش دهد. کارفرمایان به طور معمول به تغییر شرکت بیمه تمایلی ندارند، زیرا این تغییر مستلزم تجدید نظر عمده در روشهای اداره منابع انسانی و جهت‌دهی مجدد کارمندان است. مقایسه بیمه‌نامه‌های درمانی اغلب دشوار است و اطلاعات در مورد برخی از جنبه‌های مهم بیمه‌نامه‌ها، مانند سرعت و رعایت عدالت در پرداختن به مطالبات، دسترسی سریع و راحت به نمایندگان بیمه و تمایل به تصویب روشهای پزشکی یا جراحی خاص، اغلب در دسترس نیست.

برخی از پژوهشگران در بعضی از بازارهای بیمه درمانی، چرخه‌های صدور بیمه‌نامه یافته‌اند، که نشان می‌دهد شرکت‌های بیمه درمانی گهگاه درگیر رقابت تهاجمی بر سر قیمت هستند. گفته می‌شود، این چرخه‌ها هنگامی رخ می‌دهند که شرکت‌های بیمه برای به دست آوردن سهم بازار با آرایه حق بیمه‌های جذاب وارد رقابت شده و سپس هنگامی که سرمایه‌گذاری و یا درآمدهای حق بیمه نتوانند از عهده هزینه‌های مطالبات برآیند، حق بیمه را افزایش می‌دهند.

برخی از مدیران بیمه درمانی در سال ۲۰۰۴ گفته‌اند که تکنیک‌های بهتر نظارت بر هزینه و تثبیت بازار به شرکت‌های بیمه درمانی اجازه می‌دهد افزایش هزینه‌های پزشکی و رشد حق بیمه را بیشتر بهم پیوند دهند و باعث کمتر شدن احتمال رقابت شدید قیمت و نوسانات بزرگ حق بیمه در آینده شوند.

سودآوری شرکتهای بیمه درمانی

بسیاری در مورد رشد سریع حق بیمه درمانی در نیم قرن گذشته ابراز نگرانی کرده‌اند. افزایش حق بیمه به رشد مراقبت‌های سلامت و دیگر هزینه‌های مربوطه ارتباط دارد، که در حال حاضر حدود چهار پنجم از درآمد حق بیمه درمانی را تشکیل می‌دهند. بسیاری اقتصاددانان معتقدند میزان پوشش بیمه درمانی، ارایه‌دهندگان خدمات را به افزایش مقدار خدمات بهداشتی و درمانی تشویق کرده است و در درازمدت منجر به قیمت‌های بالاتر برای مراقبت‌های سلامتی شده است.

بخشی از حق بیمه‌ها که به عنوان هزینه‌های سربار تلقی می‌شوند و آنها را اغلب هزینه‌های اضافی می‌خوانند، شامل هزینه‌های اداری، مالیات و سود است. هزینه‌های اداری شامل حقوق کارکنان، هزینه‌های جاری، هزینه‌های بازاریابی و سایر هزینه‌های لازم برای اداره یک شرکت بیمه هستند. در ادامه این بخش در مورد روند سودآوری شرکتهای بیمه بحث خواهد شد.

بررسی سودآوری شرکتهای بیمه درمانی بسیار پیچیده است، زیرا شرکتهای بیمه بخشی از سود خود را از تفاوت بین مبلغ کل حق بیمه‌ها و کل هزینه‌های صرف شده کسب می‌کنند و بخش دیگر سود خود را از «گردش وجوه نقد» یعنی، تاخیر بین پرداخت حق بیمه و پرداخت هزینه‌ها، بدست می‌آورند. از آنجا که پرداخت هزینه‌ها، پرداخت حق بیمه را به تاخیر می‌اندازند، شرکتهای بیمه می‌توانند روی حق بیمه‌های جمع‌آوری شده سرمایه‌گذاری کنند، تا زمانی که این مطالبات پرداخت شود، در نتیجه به شرکت بیمه اجازه خواهند داد تا درآمد سرمایه‌گذاری را جمع‌آوری کنند.

این تاخیر برای شرکتهای بیمه درمانی به طور کلی کوتاه‌تر از بسیاری از انواع دیگر بیمه است. برخی از شرکتهای بیمه، با توجه به بهره پایین‌تر نرخ بهره اوراق قرضه و

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۱۹۷

سایر اوراق بهادار با درآمد ثابت، دچار کاهش شدید درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری‌ها در سال‌های ۲۰۰۷ و ۲۰۰۸ و همچنین کاهش شدید در ارزش دارایی در دوره رکود اقتصادی شدند. بنابراین داده‌های سودآوری برای آن سال‌ها نیز ممکن است نابهنجار باشد.

شرکت‌های بیمه به طور معمول در بخش‌های متعددی از بازار بیمه درمانی (گروه‌های بزرگ، گروه‌های کوچک، برنامه‌های فردی و بیمه عمومی) شرکت می‌کنند، اما هر یک از بخش‌ها به اشکال قابل توجهی متفاوت از دیگری هستند. در حالی که بسیاری از بیمه‌نامه‌ها توسط طرح‌های ارایه شده توسط کارفرما صادر می‌شوند، برخی از شرکت‌های بیمه بخش قابل توجهی از درآمد خود را از برنامه‌های عمومی مانند مزیت مدیکر (MA)، برنامه داروهای تجویزی بخش D مدیکر و برنامه بیمه درمانی ایالتی کودکان (CHIP) بدست می‌آورند.

مزیت مدیکر (MA) می‌تواند نقش مهمی در سودآوری شرکت‌های بیمه بازی کند. کمیسیون مشورتی پرداخت مدیکر (MedPAC) محاسبه کرده است که هزینه‌های برنامه MA ۱۸٪ بالاتر از هزینه خدمات سنتی «پرداخت مبلغ در مقابل خدمات» (FFS) است. دلیل این افزایش آن است که ثبت نام کنندگان در MA از ثبت نام کنندگان در FFS سالم‌تر هستند. سیاست‌های سخاوتمندانه بازپرداخت‌ها، نیز به نوبه خود، به تشویق شرکت‌های بیمه در رشد ثبت نام MA کمک کرده است.

بعضی از تحقیقات نشان داده‌اند که تمرکز بالای بازار در بازارهای بیمه درمانی به افزایش حق بیمه مصرف‌کننده سرعت می‌بخشد، هر چند در یک تحقیق مشخص شد که ادغام HMO به رشد حق بیمه بالاتر نیانجامید. مطالعه دیگر موفق نشد شواهدی بیابد مبنی بر این که تمرکز بالاتر بازار HMO نرخ بازپرداخت پزشک را کاهش می‌دهد، اگر چه مطالعات مختلف ارتباط بین نرخ تمرکز HMO و بازپرداخت کمتر بیمارستان را نشان

می‌دادند. برخی از اقتصاددانان بر این باورند که انجام تحقیقات میدانی بیشتر برای کشف ارتباط بین تمرکز بازار بیمه درمانی و نتایج اقتصادی ضروری هستند.

نتایج و نسبت‌های مالی

شرکت‌های بیمه به طور معمول اطلاعات مالی را گزارش می‌دهند که شامل ارزیابی‌های سودآوری مورد استفاده گسترده از قبیل درآمد خالص، نسبت زیان پزشکی، بازگشت درآمد و بازده حقوق صاحبان سهام، هستند. به طور معمول، تحلیلگران برای ارزیابی سودآوری یک شرکت یا صنعت به منابع متعددی از داده‌های مالی و نسبت‌های مالی مختلف تکیه می‌کنند. اطلاعات مالی مربوط به صنعت بیمه درمانی می‌تواند به گزارش حسابداری و مالی شرکت‌ها حساس باشد. حسابداری در صنعت بیمه می‌تواند به دلیل ماهیت کسب و کار پیچیده باشد.

شرکت‌های بیمه هنگام صدور یک بیمه‌نامه، از مشتریان حق بیمه دریافت می‌کنند و بعد از مدتی ممکن است مطالبات مربوط به آن بیمه‌نامه را پرداخت کنند. اگر کل حق بیمه و درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری، بیش از مجموع مطالبات و هزینه‌های عملیاتی باشد، شرکت‌های بیمه به سود خواهند رسید. علاوه بر این، به دلیل تاخیر بین جمع‌آوری حق بیمه و پرداخت مطالبات، شرکت‌های بیمه می‌توانند منابع مالی را در سهام، اوراق قرضه و یا سرمایه‌گذاری مستقیم که درآمد به‌مراه دارد، سرمایه‌گذاری کنند.

شرکت‌های بیمه به طور معمول سه مجموعه دفتر ثبت حساب را نگهداری می‌کنند، بنابراین اطلاعات مالی گزارش شده برای یک مقصود ممکن است با داده‌های گزارش شده برای مقاصد دیگر متفاوت باشد. اول، شرکت‌های بیمه از شیوه‌های حسابداری قانونی برای تقدیم گزارش به قانونگذاران دولتی استفاده می‌کنند که بر پرداخت بدهی شرکت‌های بیمه و شرکت‌های تابعه که بیمه‌نامه‌ها را می‌نویسند، نظارت می‌کنند.

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۱۹۹

استانداردهای قانونی حسابداری توسط انجمن ملی کمیسیونرهای بیمه (NAIC)^۱ صادر می‌شوند. ضمناً شرکت‌های بیمه از اصول کلی پذیرفته شده حسابداری (GAAP)^۲ برای ارائه اطلاعات مالی برای سرمایه‌گذاران استفاده می‌کنند. همینطور شرکت‌های بیمه یک دفتر ثبت حساب جداگانه برای محاسبه مالیات نگاه می‌دارند، که تحت اداره قوانین و مقررات مالیاتی ایالتی است.

آنچه شرکت‌های بیمه به عنوان درآمد خالص (سنجش رایج سودآوری) گزارش می‌کنند، می‌تواند به استانداردهای حسابداری استفاده شده و همچنین احکام حسابداری و آماري در مورد گردش‌های نقدی و ذخایر بیمه بستگی داشته باشد. اگر چه این‌ها به طور کلی منوط به مقررات بیمه ایالتی هستند. بالاخص، ارتباط بین اطلاعات در پرونده‌های بیمه ایالتی برای اشخاص حقوقی جداگانه و نتایج مالی گزارش شده بر اساس یک گروه تلفیقی توسط شرکت‌های بیمه بزرگ (متشکل از بسیاری از شرکتهای تابعه) اغلب نامشخص است.

شاخص‌های مالی از سه منبع (مجله Fortune، بهترین شرکت AM Best و شرکت شرلاک) در ادامه مورد بحث قرار گرفته است. از آنجا که داده‌های مالی ارائه شده در زیر از منابع مختلف اقتباس شده و امکان محاسبه آنها با استفاده از روش‌های مختلف وجود دارد، نتایج ممکن است متفاوت باشند.

مقایسه سودآوری در بخش صنعت

جدول ۴، دو شاخص سودآوری توسط بخش عمده صنعتی را ارائه می‌دهد. شاخص سوم یا شاخص سود به عنوان درصدی از ارزش خالص سهامدار، در جدول A-3 ارائه شده

1- NAIC : National Association of Insurance Commissioners
2- GAAP : generally accepted accounting principles

است. برای هر صنعت، میانگین‌های ساده (دارایی‌ها)، میانگین‌های تنظیم شده و حد میانی ارایه شده‌اند.

سود به عنوان درصدی از درآمد به طور گسترده برای مقایسه عملکرد صنایع خرده‌فروشی استفاده می‌شود. این معیار به اینکه چه وجوهی از طریق یک شرکت به عنوان درآمد انتقال می‌یابند، حساس است. به عنوان مثال، در پوشش سنتی تجاری، شرکت بیمه حق بیمه را (که به عنوان درآمد ثبت می‌شوند) جمع‌آوری کرده و مطالبات را پرداخت می‌کند. هنگامی که کارفرمایان خویش فرما، از طریق طرح ASO، اداره طرح سلامت و پردازش مطالبات را به یک شرکت بیمه می‌سپارند، شرکت بیمه حق بیمه پرداخت شده توسط کارگران را به عنوان درآمد ثبت نمی‌کند، بلکه اقدام به جمع‌آوری هزینه‌های خدمات اداری می‌نماید.

اگرچه شرکت بیمه ممکن است اساساً خدمات مشابه‌ای (صرفنظر از تفاوت در ریسک پذیری) برای هر دو نوع طرح ارایه کند، سود به عنوان درصدی از درآمد به طور کلی برای پوشش سنتی تجاری بسیار کمتر از طرح‌های ASO خواهد بود، زیرا این درآمدها شامل حق بیمه‌های کامل است، نه فقط هزینه‌های اداری.

سود به عنوان درصدی از دارایی‌ها، نشان‌دهنده سودآوری یک صنعت با توجه به میزان سرمایه آن است. سود به عنوان درصدی از ارزش خالص نشان‌دهنده برگشت عواید به سرمایه‌گذاران سهام است. نسبت‌های «برگشت ناشی از ارزش خالص دارایی‌ها» بر خلاف «برگشت ناشی از درآمد»، به چگونگی افزایش سرمایه توسط یک شرکت بستگی دارد و ممکن است به علت تغییر در ساختارهای شرکتی همچون مالکیت و ادغام، بطور ناگهانی تغییر کند. شرکتی که بیشتر بر ارزش خالص، به جای بدهی اتکا می‌کند، ممکن است کمتر در معرض خطر ورشکستگی قرار گیرد.

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۲۰۱

جدول ۴. دو مولفه سود برای ۱۰۰۰ شرکت در صنعت در سال ۲۰۰۸ (مجله Fortune)

Industry	Fortune 1000 Firms in Industry	Profits As a % of Revenues			Profits As a % of Assets		
		Mean	Weighted Mean	Rank	Mean	Weighted Mean	Rank
Tobacco	5	15.8	24.3	15.1	7.4	10.6	11
Computer Software	10	14.1	23.6	14.9	9.8	9.5	3
Pharmaceuticals	21	11.2	16.9	13.1	7.9	7.6	9
Railroads	5	12.6	12.9	12.1	5.8	5.4	25
Financial Data Services	15	6.4	1.5	11.7	6.1	6.1	24
Network and Other Communications Equip.	8	10.8	11.9	11.3	8.4	1.6	6
Oil and Gas Equip., Services	19	9.9	10.1	10.2	10.1	7.8	2
Scientific, Photographic and Control Equip.	8	8.2	7.3	10.0	7.4	6.1	10
Mining, Crude-oil production	22	4.4	4.0	9.5	5.2	1.8	32
Education	2	9.3	11.0	9.3	14.9	14.9	1
Medical Products and Equip.	18	6.3	8.2	9.2	6.9	7.3	17
Computer Peripherals	5	6.6	8.3	9.0	7.4	7.2	12
Securities	14	-1.2	-33.2	8.4	2.3	3.4	51
Internet Services and Retailing	8	0.4	10.8	8.1	8.0	1.6	8
Household and Personal Products	12	4.5	11.0	7.8	8.6	4.7	5
Utilities: Gas and Electric	46	6.7	7.9	7.1	2.8	2.8	44
Toys, Sporting Goods	2	7.0	6.9	7.0	8.9	8.9	4
Industrial Machinery	26	5.1	6.3	6.8	7.2	5.5	13
Transportation Equip.	4	1.9	1.6	6.7	7.1	1.3	15
Aerospace and Defense	20	5.9	5.9	6.1	6.8	6.4	19
Food Consumer Products	20	5.3	6.8	6.0	6.1	5.5	23
Advertising, marketing	2	5.9	6.4	5.9	4.1	4.1	39

Industry	Fortune 1000 Firms in Industry	Profits As a % of Revenues			Profits As a % of Assets				
		Mean	Weighted Mean	Median	Rank	Mean	Weighted Mean	Median	Rank
Telecommunications	21	0.2	4.6	5.4	23	2.3	0.1	2.3	50
Construction and Farm Machinery	11	3.5	5.4	5.3	24	5.3	3.4	5.0	30
Electronics, Electrical Equip.	17	4.5	5.7	5.1	25	5.7	5.2	6.9	26
Waste Management	2	5.1	6.8	5.1	26	2.9	2.9	2.9	43
Metals	12	0.7	3.7	4.6	27	7.1	3.4	4.6	14
Mail, Package and Freight Delivery	2	4.4	4.6	4.4	28	6.9	6.9	7.2	18
Information Technology Services	10	4.4	9.1	4.3	29	5.5	5.0	9.4	28
Computers, Office Equip.	7	5.9	6.6	4.3	30	5.4	6.1	7.4	29
Chemicals	40	3.5	4.2	4.2	31	4.3	3.0	4.5	37
Commercial Banks	28	-6.2	-1.7	3.9	32	0.2	-0.4	-0.1	60
Food Services	10	2.9	8.9	3.9	33	6.3	6.1	10.1	22
Transportation and Logistics	6	3.3	3.6	3.7	34	8.4	8.3	8.8	7
Apparel	11	-0.2	2.9	3.7	35	4.2	-2.0	4.1	38
Packaging, Containers	18	0.5	-0.9	3.5	36	3.5	-0.1	-0.9	41
Trucking, Truck Leasing	7	1.4	-1.1	3.2	37	3.0	2.3	-1.6	42
Wholesalers: Diversified	17	2.0	2.5	3.2	38	6.7	5.8	5.1	20
Real estate	9	-1.1	-4.2	3.1	39	1.8	-3.6	-1.1	53
Beverages	8	0.9	1.9	2.9	40	2.5	-0.1	1.6	47
Specialty Retailers	60	0.5	1.7	2.8	41	5.0	-0.5	3.5	34
Engineering, Construction	12	2.9	2.9	2.8	42	5.1	5.6	6.0	33
Diversified Outsourcing Services	15	4.5	4.3	2.7	43	5.2	3.5	3.3	31
Health Care: Pharmacy and Other Services	9	3.3	3.0	2.5	44	6.9	4.5	6.3	16
Health Care: Medical Facilities	17	0.6	1.8	2.4	45	2.8	0.9	1.8	45

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۲۰۳

Industry	Fortune 1000 Firms in Industry	Profits As a % of Revenues				Profits As a % of Assets			
		Mean	Weighted Mean	Median	Rank	Mean	Weighted Mean	Median	Rank
Health Care: Insurance and Managed Care	14	2.4	3.1	2.3	46	5.0	3.6	3.9	35
Insurance: Property and Casualty (mutual)	4	1.9	-0.4	2.2	47	0.4	0.5	-0.1	59
Miscellaneous	8	3.5	4.4	2.1	48	0.4	-2.2	3.2	58
Building materials, Glass	7	-1.1	-3.8	1.9	49	2.3	-0.8	-3.0	52
Home Equip., Furnishings	11	-0.8	-0.1	1.8	50	2.6	-1.0	-0.1	46
Petroleum Refining	15	2.5	4.6	1.8	51	6.4	5.4	8.9	21
Food and Drug Stores	16	1.0	2.1	1.5	52	3.6	2.7	4.6	40
Energy	20	4.1	2.7	1.5	53	1.6	0.7	1.4	54
Pipelines	15	0.5	-0.6	1.5	54	2.4	1.4	-0.6	49
Wholesalers: Health Care	7	2.6	1.1	1.4	55	5.5	5.9	4.6	27
Wholesalers: Food and Grocery	7	1.4	2.3	1.3	56	4.5	5.6	9.0	36
General Merchandisers	13	-0.9	2.0	1.0	57	1.2	-0.5	4.1	55
Food Production	8	-0.9	0.8	0.6	58	1.1	-3.9	1.6	56
Wholesalers: Electronics and Office Equip.	9	-0.7	-0.5	0.5	59	2.5	-3.2	-1.8	48
Semiconductors and Other Elec. Components	26	-10.8	-5.4	0.1	60	0.5	-9.8	-4.7	57
Entertainment	14	-26.5	-12.8	0.1	61	-0.1	-6.4	-6.5	62
Temporary Help	6	-1.4	0.3	-0.2	62	-1.2	-4.6	0.8	68
Motor vehicles and Parts	29	-3.1	-8.6	-0.4	63	-0.2	-3.4	-9.3	64
Diversified Financials	11	-55.0	-32.2	-0.5	64	0.0	2.5	-3.0	61
Insurance: Property and Casualty (stock)	29	-32.8	-25.7	-0.5	65	-0.3	-1.3	-3.9	65
Publishing, Printing	14	-15.1	-17.3	-1.2	66	-1.3	-10.9	-14.8	69
Insurance: Life, Health (mutual)	10	-2.2	-3.6	-2.4	67	-0.4	-0.2	-0.5	66
Insurance: Life, Health (stock)	16	-3.5	1.1	-2.7	68	-0.2	-0.2	0.1	63

Industry	Fortune 1000 Firms in Industry	Profits As a % of Revenues				Profits As a % of Assets			
		Mean	Weighted Mean	Median	Rank	Mean	Weighted Mean	Median	Rank
Forest and Paper Products	9	-6.4	-7.3	-5.2	69	-4.8	-7.6	-6.6	71
Airlines	10	-10.8	-16.4	-6.3	70	-6.4	-10.4	-13.7	72
Hotels, Casinos, Resorts	9	-10.6	-13.0	-6.3	71	-3.0	-3.3	-5.8	70
Automotive Retailing, Services	10	-7.8	-7.4	-8.6	72	-10.2	-11.6	-9.6	73
Homebuilders	10	-25.8	-26.7	-27.9	73	-22.7	-21.3	-22.2	74
Savings Institutions	2	-29.6	-33.2	-29.6	74	-1.1	-1.1	-1.5	67

منبع: مجله Fortune، ۴ می ۲۰۰۹، اطلاعات آرایه شده از Fortune، محاسبات توسط CRS

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۲۰۵

مقایسه نسبت‌های سودآوری در صنایع ضرورت نوعی احتیاط را ایجاد می‌کند، چراکه هر صنعت دارای ساختار هزینه‌های مختلف است و هر کدام با مجموعه خاصی از خطرات و فرصت‌ها روبرو هستند. سودآوری صنعت نیز تحت تاثیر شوک‌های اقتصادی موقت و روند گسترده‌تر اجتماعی قرار می‌گیرد. البته، شرکت‌های فردی، از نظر میانگین صنعتی متفاوتند، بطوری که برخی در مورد معیارهای سودآوری، بهتر و دیگران، بدتر عمل می‌کنند.

هیچ کدام از دو بخش بیمه درمانی (مراقبت‌های سلامت: بیمه و مراقبت مدیریت شده؛ و بیمه: زندگی، سلامت [سهام]) نه در ۲۰ صنعت برتر در هر یک از دو معیار سودآوری در سال ۲۰۰۸ ارایه شده در جدول ۴ و نه در میان ۲۰ صنعت برتر از نظر سود بعنوان درصدی ارزش سهام، نیستند! (جدول A-3 را ببینید).

معیارهای سودآوری گزارش شده توسط شرکت A.M. Best

شرکت Best A.M. ارایه کننده درجه بندی و تحلیل برای صنعت بیمه، از جمله شاخص‌های مالی GAAP برای شرکت‌های عمده بیمه درمانی است. شرکت‌هایی را که A.M. Best فهرست آنها را ارایه می‌کند در طول زمان با توجه به ادغام‌ها، مالکیت‌ها و رشد شرکت‌های کوچک تر، متفاوتند.

جدول شماره ۵ نشان‌دهنده نسبت زیان‌های پزشکی برای شرکت‌های بزرگ بیمه درمانی در طول سالهای ۲۰۰۸ تا ۲۰۰۰ است. دو معیار دیگر سودآوری صنعت بیمه درمانی، بازگشت ارزش خالص و بازگشت درآمد، در جدول A-1 و جدول ۲ ارایه شده‌اند.

نسبت زیان پزشکی، (که به عنوان کل منافع درمانی پرداختی، تقسیم بر درآمد حق بیمه تعریف می‌شود)، نشانگر سودآوری و کارآئی اداری است. نسبت درآمدهای ناشی

از هزینه‌های سربار حق بیمه از طریق منافع، برای جبران هزینه‌های اداری، مالیات، پرداخت بهره و سود استفاده می‌شود. درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری‌ها، (که به دلیل تغییرات سریع قیمت‌ها در بازارهای سرمایه بسیار بی‌ثبات‌تر از درآمد حق بیمه هستند) مستثنی شده است. از نظر تحلیلگران صنعت، نسبت زیان پزشکی نشانگر این است که آیا حق بیمه‌ها با افزایش هزینه‌های پزشکی همگام هستند یا نه. از نظر مصرف‌کنندگان، نسبت زیان پزشکی نشان می‌دهد چه نسبتی از حق بیمه‌ها، به طور متوسط، از طریق منافع بازگشته است. قانونگذاران بیمه ایالتی به طور معمول بر نسبت زیان پزشکی بیمه درمانی نظارت می‌کنند تا از این موضوع اطمینان حاصل کنند که منافع کافی پرداخت شود و حق بیمه بسیار سریع‌تر از هزینه‌های مطالبات افزایش پیدا نکند.

تصور برخی از تحلیلگران مالی این است که نسبت‌های کمتر زیان پزشکی از پتانسیل سود خبر می‌دهد. برخی از آنها الزامات فدرال سختگیرانه‌تری در مورد نسبت‌های زیان پزشکی پیشنهاد می‌کنند (پایین را ببینید). نسبت‌های زیان پزشکی به طور معمول شامل داده‌های طرح‌های ASO که در طرح‌های بیمه خویش فرما استفاده می‌شوند (و بخش عمده‌ای از ثبت نام برای شرکت‌های بزرگتر را تشکیل می‌دهند) نیستند (جدول ۳ را ببینید) برخی اینگونه بحث می‌کنند که نسبت زیان پزشکی معیاری بسیار ناقص از هزینه‌های اداری، سودآوری و کارآئی طرح است و استدلال می‌کنند که رضایت مشتری و اطلاعات مربوط به هزینه به ازای هر فرد تحت پوشش در هر ماه، در بخش‌های خاص بازار بیمه درمانی حاوی اطلاعات مفیدتری خواهد بود. نسبت زیان پزشکی می‌تواند بسته به بخش بازار متفاوت باشد. به عنوان مثال، هزینه‌های اداری به طور معمول بالاتر و بنابراین نسبت زیان پزشکی، برای برنامه فردی نسبت به برنامه‌های گروه بزرگ، به طور کلی پایین‌تر است.

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۲۰۷

جدول ۵. نسبت‌های زیان پزشکی برای شرکت‌های بزرگ بیمه همگانی، ۲۰۰۷-۲۰۰۸

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aetna Inc.	92.1	89.8	89.8	76.6	78.3	77.4	79.9	80.4	81.5
Amerigroup Corp.	81.0	80.6	80.6	80.2	81.0	84.7	81.1	83.1	81.4
Anthem Inc.	84.7	84.5	84.5	82.4					
Centene Corp.	84.3	82.8	82.8	83.4	81.5	82.6	85.9	83.8	82.0
Cigna HealthCare Inc.	84.2	86.3	70.5	75.5	71.5	72.1	71.5	72.2	70.7
Cobalt Corp.	81.8	77.9	89.2	85.0					
Coventry Health Care Inc.	85.8	86.0	86.0	81.2	80.5	79.4	79.3	79.6	84.0
Health Net Inc.	82.8	84.4	84.4	82.6	89.3	86.5	85.0	86.6	88.4
Humana Inc.	84.5	83.3	83.3	83.5	84.1	83.2	84.0	83.0	84.5
Molina Healthcare Inc.				83.4	84.4	86.9	84.6	84.5	84.8
Mid Atlantic Medical Services Inc.	86.1	85.3	86.4	85.0					
Oxford Health Plans Inc.	77.5	78.9	78.9	79.4					
PacificCare Health Systems Inc.	87.5	89.7	89.7	86.8	88.5				
RightCHOICE Managed Care, Inc.	81.7	80.3							
Sierra Health Services Inc.	95.4	91.0	84.8	79.2	79.5	79.1	79.9	84.2	
Trigon Healthcare, Inc.	83.6	84.0							
Triple-S Management Corp.							87.6	87.0	88.9
UnitedHealth Group	85.4	85.3	85.3	81.4	80.6	80.0	81.2	80.6	82.0
Universal American Corp.								80.4	83.3
WellCare Health Plans Inc.				82.5	80.9	81.2	81.1	79.4	85.3
WellChoice Inc.			88.1	85.4	86.3				
WellPoint Health Neworks Inc.	80.8	81.5	81.5	81.0	82.5	80.9	82.0	83.2	84.4

نسبت‌های زیان پزشکی، به طور معمول، هنگامی که شرکت‌های بیمه درمانی از طریق سهام کردن در هزینه، ریسک بیمه را به مصرف‌کنندگان و یا از طریق ترتیبات سرانه، هزینه را به ارایه‌دهندگان منتقل می‌کنند، بالاتر می‌رود. تخصیص هزینه‌های سرریز (اضافی)، که ذاتاً تا حدی اختیاری هستند، به طور معمول به قضاوت حسابداری بستگی خواهد داشت، که آن هم ممکن است از یک شرکت تا شرکت دیگر متفاوت باشد، اگر چه محاسبه نسبت زیان پزشکی به طور کلی به دلیل برخی از مقررات ایالتی و اصول حسابداری پذیرفته شده محدود می‌شود. در حالی که بسیاری از شرکت‌های بیمه و برخی از کارفرمایان بزرگ با استفاده از این اطلاعات عملکرد برنامه درمانی را پیگیری می‌کنند، این داده‌ها به طور معمول اختصاصی در نظر گرفته می‌شوند. محدوده دقیق‌تر زیان پزشکی ممکن است نیاز به توجه دقیق به چگونگی تعریف آن نسبت‌ها داشته باشد.

در آخرین داده‌ها (۲۰۰۸)، نسبت زیان پزشکی در میان شرکت‌های بزرگ بیمه بین حداقل ۷۰/۷٪ تا تقریباً ۸۹٪ است. برخی از شرکت‌های بزرگ بیمه تجاری نسبت به دهه گذشته با کاهش قابل توجهی در هزینه‌های پزشکی روبرو بوده‌اند. به عنوان مثال، با توجه به گزارش A.M. Best، نسبت زیان پزشکی مراقبت‌های سلامت CIGNA¹، از ۸۶/۳ درصد در سال ۲۰۰۱، به ۷۰/۷ در سال ۲۰۰۸، کاهش یافته است. به طور کلی، نسبت‌های زیان پزشکی تا حدودی بی‌ثبات است و می‌تواند به طور چشمگیری از یک سال به سال بعد تغییر یابد. چنین نوساناتی را می‌توان با قیمت‌گذاری تهاجمی در نظر گرفته شده برای افزایش سهم بازار و یا هزینه‌های پزشکی غیرمنتظره توضیح داد.

روند نسبت‌های زیان پزشکی همچنین می‌تواند بیانگر تغییراتی در هزینه‌های اداری شرکت‌های بیمه باشد. بخشی مهم از هزینه‌های اداری شرکت‌های بیمه در ارتباط با

1 CIGNA : a global health insurance service company offering health, life, accident, dental insurance and related health services

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۲۰۹

پردازش مطالبات و اداره مراکز تماس است، که هر دو ارتباط نزدیکی با فناوری اطلاعات دارند. در حالی که بسیاری از مشاغل دیگر در دهه ۱۹۹۰ با پیشرفت‌های سریع بهره‌وری به دلیل فناوری بهتر و ارزانتر اطلاعات روبرو شدند، برخی از شواهد نشان می‌دهند که بهره‌وری در صنعت بیمه با سرعت کمتری رشد کرده است. در حالی که بهره‌وری در صنعت مالی (از نظر ارزش افزوده) در نیمه اول دهه ۱۹۹۰ تا ۱/۳٪ در هر سال و در نیمه دوم ۴/۹ درصد در هر سال بوده، بر اساس یک تخمین، بهره‌وری در صنعت بیمه تا ۱/۵٪ در نیمه اول و تا ۰/۰۶ درصد در نیمه دوم دهه ۱۹۹۰ سقوط کرد.

در سال‌های اخیر، برخی از شرکت‌های بیمه ادعا کرده‌اند که مدیریت بهتر فناوری اطلاعات به محدود شدن هزینه‌های اداری کمک کرده است. در نهایت، همانطور که در بالا اشاره شد، شرکت‌های بیمه در بخش‌هایی از بازار، هزینه‌های بازاریابی قابل توجهی دارند. در نتیجه روند هزینه‌های بازاریابی می‌تواند نسبت‌های زیان پزشکی را تحت تاثیر قرار دهد.

اقدامات سودآوری گزارش شده توسط شرکت شرلاک

شرکت شرلاک هزینه‌های اداری شرکت‌های بیمه درمانی را با جمع‌آوری داده‌های مالی و عملیاتی تعداد زیادی از شرکت‌های بیمه درمانی پیگیری می‌کند. این داده‌ها به شکلی یکپارچه کنترل و جمع‌آوری می‌شوند. برآوردهای شرکت شرلاک به طور گسترده‌ای در صنعت بیمه استفاده می‌شود. اطلاعات این شرکت از نمونه‌های تصادفی استخراج نمی‌شود؛ بنابراین، اگر شرکت‌هایی که با جمع‌آوری اطلاعات شرکت شرلاک همکاری نکنند، سود آورتر از حد میانگین باشند، معیارهای سودآوری سیر نزولی خواهند داشت.

۲۱۰ / مدیریت اقتصاد بیمارستانی و صنعت بیمه

جداول قبل داده‌های شرکت شرلاک برای سال‌های ۲۰۰۷ و ۲۰۰۸ را ارایه می‌دهند. مابه‌التفاوت سود در سال‌های ۲۰۰۷ و ۲۰۰۸ در صنعت بیمه درمانی می‌تواند بیانگر زیان‌های مهم شغلی باشد که به نوبه خود تعداد کارکنان تحت پوشش طرح‌های کارفرما را کاهش می‌دهد. زیان‌های ناشی از کاهش قیمت دارایی‌ها بدنبال آشفستگی در بازارهای مالی در اواخر سال ۲۰۰۷ و ۲۰۰۸ نیز تأثیری منفی بر سود برخی از شرکت‌های بیمه را در پی داشت. بنابراین، معیارهای سنجش سودآوری برای این سال‌ها ممکن است برای صنعت بیمه غیر معمول باشد.

به نظر می‌رسد مابه‌التفاوت سود در صنعت بیمه درمانی در سال ۲۰۰۷ کمتر از مابه‌التفاوت سود گزارش شده در دیگر بخش‌های بهداشت و درمان، از جمله صنعت داروسازی باشد که بیانگر سرمایه‌گذاری‌ها، ریسک‌ها و فرصت‌های مختلف در هر صنعت است. جدول ۶، نشان‌دهنده داده‌های سال ۲۰۰۷ در مورد مابه‌التفاوت سود طرح‌های استاندارد تجاری و برنامه‌های «فقط خدمات اداری» (ASO) استفاده شده توسط شرکت‌هایی است که بیمه خویش فرما ارایه می‌کنند.

جدول ۶. مابه‌التفاوت سود برنامه‌های بهداشت

	Commercial Insured			Commercial ASO			Commercial Total		
	Mean	Weighted	Median	Mean	Weighted	Median	Mean	Weighted	Median
Blue Cross	0.63%	0.10%	1.95%	-0.30%	0.27%	-0.11%	0.39%	0.22%	0.59%
Independent/ Provider-Sponsored	1.87%	1.93%	1.26%	-1.09%	-1.24%	-0.18%	1.56%	1.16%	1.19%
Total	0.63%	0.37%	1.95%	-0.30%	0.17%	-0.11%	0.39%	0.32%	0.59%

در هر گروه، میانگین‌های تنظیم نشده (مبنا)، میانه‌ها و میانگین‌های تنظیم شده نشان داده شده‌اند. در این آمار مربوط به مابه‌التفاوت سود، درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری و

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۲۱۱

همچنین هزینه‌های بهره و بسیاری از مالیات‌ها مستثنی شده‌اند. نتایج سال ۲۰۰۷ ارایه شده در جدول ۶ نشان می‌دهد که طرح‌های تجاری استاندارد، سودآورتر از برنامه ASO بودند. هنگامی که مابه‌التفاوت میانگین تنظیم شده بالاتر از میانگین تنظیم نشده باشد، نشان می‌دهد که شرکت‌های بزرگتر در سال ۲۰۰۷ از شرکت‌های کوچکتر سودآوری بیشتری داشته‌اند.

در جدول ۶ تطبیقی وجود دارد که کمک می‌کند تا مابه‌التفاوت سود استاندارد و برنامه‌های ASO قابل مقایسه‌تر باشند. شرکت‌های بیمه که برنامه‌های ASO را اجرا می‌کنند، هزینه شرکت‌ها را مطالبه می‌کنند، اما این شرکت‌ها خود (جدا از هر گونه تمهیدات بیمه اتکایی) مطالبات را از وجوه جمع‌آوری شده از کارمندان پرداخت می‌کنند. برای مثال، از هر ۱۰۰ دلار از صندوق‌های بیمه درمانی کارکنان، یک شرکت فرضی ممکن است ۹۰ دلار به صورت سود پرداخت کند و ۱۰ دلار دیگر را برای اداره برنامه به شرکت بیمه بپردازد.

در برنامه‌های استاندارد، شرکت‌ها حق بیمه را از کارکنان به شرکت‌های بیمه انتقال می‌دهند، که این شرکت‌ها نیز پس از آن مطالبات را پرداخت می‌کنند. بنابراین، شرکت بیمه برای یک برنامه ASO مبلغ ۱۰ دلار دریافت خواهد کرد، اما در یک طرح استاندارد می‌تواند مبلغ ۱۰۰ دلار درآمد حق بیمه بدست آورد. بنابراین، محاسبه مابه‌التفاوت سود ASO با استفاده از معادل‌های حق بیمه در مخرج، باعث می‌شود مابه‌التفاوت سود در ASO و در برنامه‌های استاندارد مبنای قابل مقایسه‌تری بوجود آورد.

جدول ۷ اطلاعات سود همه برنامه‌های Blue Cross/Blue Shield در سال ۲۰۰۸ را که از داده‌های گزارش شده عمومی، همچون پرونده‌های کمیسیون بورس و اوراق بهادار (SEC) استخراج شده‌اند، ارایه می‌کند. بر خلاف اطلاعات سود در جدول ۶ این داده‌ها

۲۱۲ / مدیریت اقتصاد بیمارستانی و صنعت بیمه

شامل درآمدهای حاصل از سرمایه گذاری بوده و می تواند شامل درآمد از سایر خطوط بیمه نیز باشند. تنظیم برنامه های ASO برای مابه التفاوت سود ارایه شده در جدول شماره ۶ در مابه التفاوت گزارش شده در جدول ۷ گنجانده نشده است.

جدول ۸ مابه التفاوت سود برای شش شرکت بزرگ بیمه تجاری ملی در سال ۲۰۰۸ (Aetna، CIGNA، کاونتری، هلث نت، هیوماننا و United Health) را نشان می دهد، که ۷۳ میلیون نفر عضو را تحت پوشش قرار داده اند. مابه التفاوت سود در جدول ۸ به همان شیوه جدول ۷ محاسبه شد. این داده ها نشان می دهد که شرکت های بیمه بزرگ تجاری در سال ۲۰۰۸ مابه التفاوت سود بالاتری از برنامه های Blue Cross/Blue Shield کسب کردند. به همان اندازه ای که اطلاعات سال ۲۰۰۷ (گزارش شده در جدول ۶) مشابه به اطلاعات سود سال ۲۰۰۸ است، مابه التفاوت سود گزارش شده در جدول ۷ و ۸ نشان می دهد درآمد حاصل از سرمایه گذاری، منبع قابل توجهی از سود شرکت های بیمه را تشکیل می دهد.

جدول ۷. مابه التفاوت سود برنامه های Blue Cross/Blue Shield، ۲۰۰۸

	Mean	Weighted	Median
Operating Margins	1.02%	2.84%	1.18%
Pretax Margin	1.65%	2.55%	1.67%
Margin After Taxes	1.52%	1.64%	1.24%
Federal Income Tax Rate	23.45%	35.41%	13.71%

بسیاری از شرکت های بیمه در بخش های مختلف بازار بیمه درمانی فعال هستند. جدول ۹ مابه التفاوت سود برای بازارهای فردی، بازار بیمه گروه کوچک و بازار ASO را

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۲۱۳

نشان می‌دهد. این بازارها، با توجه به این داده‌ها، در سال ۲۰۰۸ کمتر از طرح‌های تجاری استاندارد سودآور بودند.

شرکت‌های بیمه درمانی به طور متوسط مابه‌التفاوت منفی سود را در گروه کوچک و بازارهای تجاری ASO داشتند، اما در بازار فردی مابه‌التفاوت مثبتی داشتند. اینکه مابه‌التفاوت مبنای تنظیم شده برای بازار فردی، کمتر از میانگین تنظیم نشده است، نشان می‌دهد که شرکت‌های بیمه کوچکتر در سال ۲۰۰۷ تمایل به مابه‌التفاوت سود بالاتری در آن بخش از بازار داشتند.

جدول ۸. مابه‌التفاوت سود شرکت‌های بیمه تجاری ملی

	Mean	Weighted	Median
Operating Margins	6.01%	5.96%	5.32%
Pretax Margin	5.40%	5.90%	5.13%
Margin After Taxes	3.62%	3.81%	3.35%
Federal Income Tax Rate	35.61%	35.35%	34.75%

جدول ۹. مابه‌التفاوت سود با خط بیمه بهداشت

Individual		
Mean	Weighted	Median
2.17%	1.04%	6.41%
Small Group		
Mean	Weighted	Median
-5.96%	-8.47%	-6.28%
Commercial ASO		
Mean	Weighted	Median
-0.30%	0.27%	-0.11%

گزینه‌های پیش روی کنگره

در حال حاضر سیاست بیمه درمانی در مرکز توجه کنگره قرار دارد. کنگره می‌تواند اقدامات متعددی برای تحت تاثیر قراردادن رفتار و ساختار بازار بیمه بهداشت و درمان انجام دهد. جزئیات بیمه‌نامه در بسیاری از طرح‌های قانونی نامشخص باقی مانده است.

اجرای تهاجمی‌تر قانون آنتی تراست

اجرای تهاجمی‌تر قانون آنتی تراست، پاسخی بالقوه به مشکلات درک شده ناشی از میزان بالای تمرکز بازار در بین شرکت‌های بیمه درمانی است. آژانس‌های فدرال با مسئولیت‌های اجرایی ضد تراست در بازار مراقبت‌های سلامت فعال بوده‌اند و به مخالفت با ادغام بسیاری از بیمارستان‌ها و اعمال محدودیت‌هایی روی برخی از ادغام‌ها در بیمه درمانی پرداخته‌اند.

وزارت دادگستری و کمیسیون تجارت فدرال در سال ۲۰۰۴ گزارشی عمده در زمینه رقابت، سیاست ضد تراست و بخش مراقبت‌های سلامت صادر کردند، که در آن اعمال سیاست‌هایی برای تقویت رقابت در مراقبت‌های سلامت و بازار بیمه درمانی درخواست شده بود. دولت‌های ایالتی، که به طور کلی دارای مسئولیت اولیه برای تنظیم قوانین بیمه هستند نیز دارای توانایی‌های اعمال قانون ضد تراست هستند.

به نظر برخی اقتصاددانان، اقدام قدرتمندانه آنتی تراست به شرکت‌های بیمه و تأمین‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی - درمانی اجازه می‌دهد قدرت جبرانی خود را تقویت کنند. آنها همچنین می‌گویند یک بازار کاملاً رقابتی‌تر می‌تواند حفاظت بهتری از مصرف‌کنندگان بعمل آورد. چنین راه حل‌های ضد تراست، چنانچه در بازار بیمه درمانی و

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۲۱۵

بازارهای کلیدی ارایه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی بکار گرفته شوند، می‌توانند در ارتقاء بهره‌وری اقتصادی موثرترین عامل باشند.

از سوی دیگر، دولت فدرال در گذشته با مشکل استفاده از راه حل ضد تراست برای افزایش رقابت در بخش سلامت و درمان مواجه بوده است. دولت فدرال بسیاری از موارد ضد تراست را که برای ترویج رقابت بین بیمارستان‌ها در نظر گرفته شده بود از دست داد. در حالی که مقامات فدرال ضد تراست، تغییراتی اجباری را در برخی از ادغام‌های بیمه درمانی اعمال کرده‌اند، به نظر می‌رسد سیاست‌های فدرال ضد تراست تاثیر تعیین‌کننده‌ای در ساختار بازار بیمه درمانی نداشته‌اند.

یک مقام سابق FTC ادعا می‌کند که اصلاح قانون مک کارن - فرگوسن و از بین بردن دیگر موانع می‌تواند سیاست فدرال ضد تراست، در مراقبت‌های سلامت را تقویت کند. کنگره می‌تواند با اصلاح قوانین ضد تراست راه را برای تسهیل سیاست‌های قوی‌تر طرفدار رقابت در میان شرکت‌های بیمه درمانی هموار سازد.

اقدامات دیگر نیز می‌تواند باعث ایجاد رقابت بیشتر در بازارهای بیمه درمانی شود. به اعتقاد برخی از تحلیلگران تسهیل سیاست‌های نظارتی موجب تشویق تازه واردان می‌شود. استانداردهای سازایی پردازش مطالبات و مکانیزم‌های پرداخت نیز می‌تواند موانع ورود را کاهش دهد. اعمال سیاست‌های دیگر نیز می‌تواند شرکت‌های بیمه را در خطوط مرتبط با این شغل، مانند بیمه عمر و از کار افتادگی، به رقابت بیشتر در بازارهای ASO برای شرکت‌هایی که بیمه خویش فرما ارایه می‌کنند، سوق دهد. طرفداران گزینه عمومی اظهار می‌دارند که طرح بیمه اجرایی فدرال موجب افزایش رقابت خواهد شد.

اقدامات قوی‌تر قانونی

کنگره می‌تواند اقدامات قانونی دقیق‌تری به منظور بهبود عملکرد بازارهای بیمه خصوصی درمانی، اتخاذ نماید. این امر ممکن است نیاز به تجدید نظر در مسئولیت‌های قانونی با دولت‌های ایالتی داشته باشد، که در حال حاضر نقش پیشرو در قوانین مربوط به بیمه را ایفا می‌کنند. کنگره در گذشته اقداماتی برای تنظیم قوانین بیمه درمانی انجام داده است. به عنوان مثال، «قانون قابلیت انتقال و مسئولیت پذیری بیمه درمانی» (HIPAA) سال ۱۹۹۶ چند الزام فدرالی را به برنامه‌های بیمه درمانی تحمیل کرد.

اگرچه قانون مزبور استانداردهای فدرال یکدستی در جنبه‌های خاصی از طرح‌های بیمه ارائه داد، برخی می‌گویند که این قانون تنها اثرات محدودی بر بازار بیمه درمانی داشته است. تغییرات قانونی در «قانون امنیت درآمد بازنشستگی» (ERISA)، که معافیت فدرال برای بسیاری از شروط بیمه درمانی ایالتی را در بر دارد، می‌تواند پیامدهای مهمی در بازار بیمه درمانی نیز داشته باشد. بسیاری از شرکت‌های بزرگ، که به طور معمول در بسیاری از ایالت‌ها فعالیت می‌کنند، با تغییرات در ERISA مخالف هستند.

جلوگیری از صدور بیمه پزشکی

شروط قانونی فدرال که موجب اعمال برخی محدودیت‌ها در مشاغل صدور بیمه پزشکی می‌شود، می‌تواند چگونگی رقابت شرکت‌های بیمه را تغییر دهد. صدور بیمه پزشکی، که شامل ارائه قیمت و شرایط بهتر به افراد سالم است، بار هزینه‌های مراقبت‌های سلامت را دوباره تنظیم می‌کند، اما اثر کمی بر هزینه‌های کلی داشته یا اصولاً بی‌اثر است. اگرچه یک شرکت بیمه فردی از طریق صدور بیمه پزشکی سود بیشتری را با جذب جمعیت سالمتری بدست می‌آورد، کل هزینه‌های جامعه کاهش نمی‌یابد. از آنجا که

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۲۱۷

صدور بیمه‌نامه موجب مصرف منابع واقعی می‌شود، سیستمی با صدور گسترده بیمه‌نامه پزشکی می‌تواند هزینه‌های اداری بالاتر داشته باشد، که سود اجتماعی کمی در بر خواهد داشت.

با این حال، شرکت‌های فردی، با قطع یک جانبه صدور بیمه پزشکی می‌توانند با خطرات بزرگ مالی روبرو شوند. «انجمن شرکت‌های تجاری بیمه درمانی» وابسته به برنامه‌های بیمه درمانی آمریکا (AHIP)^۱، اعلام کرده است که محدودیت‌های مربوط به استثنائات بیماری‌های از پیش موجود را می‌پذیرد، اما تنها در صورتی که افراد ملزم به خرید پوشش بیمه باشند، به گونه‌ای که فقط افراد بیمار ثبت نام نکنند.

مقرراتی که مانع از مشاغل صدور بیمه پزشکی می‌شدند، مانند محدود کردن پوشش بیمه برای آن دسته از افراد دارای بیماری‌های قبلی، می‌تواند ماهیت رقابت در بازارهای بیمه درمانی را تغییر دهد. اگر آن مقررات موجب ایجاد رقابت در شرکت‌های بیمه درمانی بر این اساس می‌شد که آنها چگونه به مصرف‌کنندگان خدمت رسانی کنند تا آنکه توانایی انتقال ریسک به دیگران را داشته باشند، در آن صورت امکان ارتقای کارآیی اقتصادی نیز وجود داشت. با این حال، حتی با محدودیت‌های مربوط به صدور بیمه پزشکی، شرکت‌های بیمه درمانی می‌توانند بر ترکیب حوزه ریسک آنها از طریق بازاریابی، شیوه‌های خدمات به مشتریان و با دیگر ابزار، تاثیر گذارند.

قانون الزام حداقل نسبت زیان

برخی از منتقدان صنعت بیمه درمانی می‌گویند نسبت‌های زیان پزشکی (به معنی کل مطالبات تقسیم بر درآمد حق بیمه) بسیار کم است، که از نظر آنان باعث افزایش حق بیمه

1 AHIP : America's Health Insurance Plans

درمانی شده است. تحلیلگران صنعت بیمه درمانی استدلال می‌کنند که نسبت‌های بالای زیان پزشکی می‌تواند توانایی شرکت‌های بیمه برای افزایش سرمایه را تضعیف کرده و منجر به کاهش هزینه فعالیت‌های مربوط به هماهنگی مراقبت‌ها، فعالیت‌های مربوط به مدیریت بیماری‌های مزمن و برنامه‌های تضمین کیفیت شود. تعداد کمی از ایالت‌ها قوانین الزامی «حداقل نسبت زیان پزشکی» برای بخشهایی از بازار بیمه درمانی را اجرا می‌کنند.

شرایط الزامی بیمه درمانی فردی و کارفرما

شرایط الزامی فردی یا کارفرما می‌توانند به اشکال مهمی بر بازار بیمه درمانی تأثیر گذارند. شرایط فردی مستلزم ارایه مدرک بیمه خدمات درمانی برای جلوگیری از مجازات‌های مالی و یا واجد شرایط شدن برای مزایای مالیاتی خاص است. شرایط الزامی بیمه سلامت فردی بگونه‌ای مشابه با شرایط الزامی فردی است که بیشتر ایالات بر رانندگان اتومبیل تحمیل می‌کنند و نیاز به حداقل سطح پوشش بیمه یا اثبات توانایی مسئولیت مالی دارد.

هدف از این الزامات، گسترش حوزه خطر بیمه تا حد ممکن و بازداشتن افراد از چشم پوشی از بیمه و در پی آن انتقال هزینه‌های تصادف و یا بیماری بر دیگران است. البته، اجرای شرایط الزامی بیمه درمانی احتمالاً نیازمند مکانیسم‌های اداری متفاوتی در مقایسه با الزامات بیمه اتومبیل خواهد بود.

منتقدان خاطر نشان می‌کنند که الزامات فردی می‌تواند خرید بیمه‌نامه را اجباری کند که هزینه‌های آن در نظر افراد بیشتر از منافع مورد انتظار آن خواهد بود. به طور خاص، اگر حق بیمه‌ها برای سن و دیگر عوامل خطر مربوط تنظیم نشده بودند، می‌شد الزامات فردی را به عنوان کمکی از افراد جوان و سالم به افراد مسن و بیمارتر در انتقال منابع

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۲۱۹

اقتصادی تلقی کرد. در ماساچوست، الزامات بیمه درمانی فردی به در دسترس بودن بیمه‌نامه‌های «مقرون به صرفه» گره خورده بود، که نیاز به یک هیئت ایالتی برای قضاوت درباره آنچه «مقرون به صرفه» معنا می‌دهد، داشت.

شرایط الزامی کارفرما مستلزم آن است که برخی شرکت‌های خاص بیمه درمانی مورد قبولی را به کارمندان ارائه کنند و یا مبلغی را به یک صندوق درمانی دولتی بپردازند و یا در عوض، با از دست دادن برخی از مزایای مالیاتی مواجه شوند. برخی استدلال می‌کنند که هزینه‌های سلامت کارکنان بیمه نشده تا حدی بر دوش کسانی است که تحت پوشش بیمه خصوصی هستند زیرا تأمین‌کنندگان، برخی از هزینه‌های جبران نشده مراقبت را به دیگران انتقال می‌دهند.

برخی استدلال می‌کنند که تحمیل الزامات کارفرما، سطح میدان بازی را در بین شرکتهای بزرگتر (که احتمال بیشتری برای ارائه مزایای بیمه درمانی دارند) و شرکت‌های کوچکتر (که به احتمال زیاد آن دسته از مزایا را ارائه نمی‌دهند) هموار می‌سازد. از سوی دیگر، الزامات کارفرما می‌تواند برخی از شرکت‌ها را به کاهش دستمزد و مزایای دیگر وادار کند. برخی از کارکنان ممکن است ارزش بیشتری برای آن دستمزدها و مزایا نسبت به مزایای بهداشتی درمانی قایل باشند.

الزامات کارفرما، بازار بیمه درمانی را نیز بطور گسترده‌تری تحت تاثیر قرار می‌دهد. تعداد و نسبت کارگران آمریکایی دریافت‌کننده بیمه درمانی کارفرما در طول زمان کاهش یافته است. اعمال الزامات کارفرما احتمالاً خواهد توانست این روند را کند یا حتی معکوس کند.

مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده توسط کارفرما دارای مزایا و معایب قابل ملاحظه‌ای است. همانطور که در بالا اشاره شد، ارائه پوشش بیمه درمانی کارفرما می‌تواند بلحاظ

اجرائی کارآمد بوده و در کاهش مشکلات ناشی از انتخاب نامطلوب که می‌تواند منجر به پراکندگی حوزه خطر شود، کمک کند. از سوی دیگر، پیوند دادن مزایای سلامتی با اشتغال می‌تواند موجب کاهش تحرک در کار شده و مانع تطبیق موثر کارگران با موقعیت‌های شغلی شود که نتوانند به بهترین شکل از مهارت‌های این کارگران استفاده کنند. جذاب‌تر کردن بازار بیمه درمانی فردی یا ارایه پوشش بهداشت و درمان بر اساس شهروندی، مانند بسیاری دیگر از کشورهای صنعتی پیشرفته، می‌تواند موجب افزایش تحرک در کار شود.

بازار مبادله (بورس) بیمه درمانی

برخی از پیشنهادات تحت بررسی کنگره، شامل معیارهایی می‌شوند که تا حدی برای تشدید رقابت در بازار بیمه درمانی در نظر گرفته شده‌اند. برای مثال، قانون HR 3200 پیشنهاد ایجاد یک «مبادله بیمه درمانی» را می‌دهد که جایگزینی برای پوشش سلامت توسط کارفرما برای گروه‌هایی است که در برخورداری از بیمه درمانی مقرون به صرفه مشکل داشته‌اند.

مبادله (بورس) بیمه درمانی ارایه شده در HR 3200 شامل یک «گزینه عمومی» طرح بیمه است که برای تحریک رقابت بیشتر در میان شرکت‌های بیمه درمانی در نظر گرفته شده است. منتقدان H.R. 3200 ابراز نگرانی کرده‌اند که گزینه عمومی تحت تأمین مالی دولت فدرال مزایای ویژه‌ای در بر خواهد داشت که در دسترس بیمه‌گران خصوصی نیست و اینکه ایجاد یک گزینه عمومی می‌تواند اولین قدم به سوی نقش بسیار گسترده‌تر فدرال در امور مالی مراقبت‌های سلامت باشد.

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۲۲۱

قانون انتخاب مقرون به صرفه سلامت (S. 1679) تصویب شده توسط کمیته بهداشت، آموزش و پرورش، کار و بازنشستگی مجلس سنا (HELP) در ۱۵ ژوئیه ۲۰۰۹ پیشنهاد «استانداردهای جدید بیمه خصوصی درمانی فدرال» و ایجاد «دروازه مزایای مقرون به صرفه سلامت» در هر ایالت، همراه با یک طرح گزینه عمومی به نام «طرح بیمه سلامت جامعه» را داد.

در ۱۶ سپتامبر ۲۰۰۹، رئیس کمیته امور مالی مجلس سنا، سناتور باکوس، نظر خود را در رابطه با قانون سال ۲۰۰۹ آینده سالم آمریکا اعلام کرد که همچنین شامل استانداردهای جدید بیمه درمانی فدرال و تبادل بیمه درمانی می‌شود، اما گزینه‌های عمومی برنامه را در بر ندارد.

درس‌هایی از رابط ماساچوست

طرح مبادله بیمه درمانی بنوعی شبیه رابط ماساچوست^۱ است که در سال ۲۰۰۶ تدوین و در پایان سال ۲۰۰۷ به اجرا گذاشته شد. بورس بیمه درمانی فدرال و رابط ماساچوست، هر دو، به عنوان یک واسطه بین شرکت‌های بیمه و ثبت نام کنندگان واجد شرایط عمل می‌کنند و دارای نقشی مشابه کارفرمایانی هستند که به عنوان واسطه بیمه درمانی برای اکثر آمریکایی‌ها عمل می‌کنند.

رابط ماساچوست ایجاب می‌کند که افراد دارای بیمه درمانی باشند (تا زمانی که گزینه‌های بیمه «مقرون به صرفه» در دسترس باشند) و یا با مجازات‌های مالی مواجه شوند. همه بجز کوچکترین شرکت‌ها (با کمتر از ۱۰ کارمند) که هیچگونه مزایای بیمه درمانی

1 - Massachusetts Connector

(واجد شرایط) ارایه نمی‌کنند، باید سالانه مبلغ ۲۹۵ دلار جریمه به ازای هر کارمند تمام وقت پرداخت کنند. این برنامه تعداد افراد بیمه نشده در ایالت را تقریباً به نصف رساند.

بورس بیمه چه نقشی بازی می‌کند: پلیس ترافیک یا دروازه بان

نقش بورس بیمه درمانی می‌تواند اثرات مهمی داشته باشد. این بورس می‌تواند به عنوان یک «پلیس ترافیک» عمل کند که حداقل الزامات مورد نیاز در برنامه‌ها را اعمال می‌کند و به تعداد زیادی از شرکت‌های بیمه این اجازه را می‌دهد تا برای ارایه پوشش به افراد واجد شرایط اقدام کنند. از طرف دیگر، این بورس می‌تواند به عنوان یک «دروازه بان» عمل کند، همانطور که بسیاری از کارفرمایان بزرگ عمل می‌کنند و تعداد محدودی از گزینه‌ها را از پیش انتخاب می‌کند.

در مدیکر قسمت D، که ارایه دهنده پوشش داروهای تجویزی است، «مرکز خدمات مدیکر و مدیکید» (CMS)^۱ بیشتر شبیه به یک پلیس ترافیک عمل می‌کند، که اجازه می‌دهد طیف گسترده‌ای از شرکت‌های بیمه وارد بازار شوند. این سیاست به افراد ذینفع در مدیکر اجازه می‌دهد تا از بین طیف گسترده‌ای از برنامه‌ها انتخاب کنند. با این حال، قیمت‌ها برای طرح‌های بیمه‌ای که از نظر آماری معادل یکدیگرند، به طور گسترده‌ای پراکنده است و این نشان می‌دهد که رقابت بازار در حذف برنامه‌هایی که ارزش کمتری برای پول ارایه می‌دهند، بی اثر بوده است.

بگونه دیگر، بورس بیمه همچنین می‌تواند نقش فعال‌تر یک «دروازه بان» را بازی کند. بسیاری از کارفرمایان نقش بسیار فعالی در طراحی بیمه درمانی ایفا کرده‌اند. این

1 CMS : Medicare and Medicaid Services

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۲۲۳

بورس یا می‌تواند تعداد محدودی از برنامه‌هایی را انتخاب کند که جذاب‌تر تشخیص داده شده‌اند و یا شرایط الزامی سختگیرانه‌تری بر طرح‌ها اعمال کند.

برخی از اقتصاددانان دریافته‌اند که مصرف‌کنندگان در انتخاب میان برنامه‌ها، زمانی که گزینه‌های متعدد وجود دارند و زمانی که مقایسه تفاوت میان برنامه‌ها دشوار است، مشکل دارند. کنگره با الزام به استانداردسازی سیاست‌های Medigap (برای تشویق به رقابت موثرتر میان شرکت‌های بیمه) در واقع نقش یک دروازه بان را ایفا کرده است.

گزینه عمومی

ایجاد یک گزینه عمومی در بورس پیشنهادی بیمه درمانی مسلماً یکی از راه‌های گسترش پوشش بیمه درمانی و کنترل رشد هزینه‌های این بیمه است. گزینه عمومی به نگرانی در مورد میزان زیاد تمرکز بازار و اعمال قدرت بازار در بازارهای مراقبت‌های سلامت و همین‌طور به نگرانی‌ها در مورد برخی شیوه‌های صنعت بیمه در بخش‌های بازار فردی و بازار گروه کوچک پاسخ می‌دهد. طرفداران گزینه عمومی بر این باورند که این روش به دو طریق در محدود کردن هزینه‌ها کمک می‌کند. اول اینکه، طرح گزینه‌های عمومی می‌تواند باعث ایجاد بازدهی اداری شود. دوم، برخی استدلال می‌کنند که یک طرح عمومی می‌تواند برای ارایه تخفیف‌های بهتر از سوی تأمین‌کنندگان، به مذاکره پردازد.

دخالت دولت در بازاری که به دلیل نگرانی‌های موجود در باره تمرکز بازار و اعمال قدرت بازار، برانگیخته شده است می‌تواند عواقب ناخواسته‌ای داشته باشد، اگر عوامل ساختار بازار به خوبی شناخته نشده باشند. قدرت چانه زنی گزینه عمومی می‌تواند با مقابله با انحصار قدرت اعمال شده توسط ارایه‌دهندگان، موجب افزایش بهره‌وری اقتصادی شده

و در نتیجه کاهش قیمت‌ها و افزایش خروجی را بدنبال داشته باشد. اما اگر ارایه‌دهندگان بطور موثری عمل کنند، آنگاه افزایش قدرت چانه زنی توسط شرکت‌های بیمه می‌تواند به ناکارآمدی اقتصادی در بازار مراقبت‌های سلامت منجر شود. با این حال، شواهد نشان می‌دهند که بسیاری از ارایه‌دهندگان عملکرد موثری ندارند.

به هر حال، بدون وضع قوانین بیشتر، یک طرح عمومی احتمالاً افراد با هزینه بالا را جذب و بیمه خواهد کرد (یعنی کسانی که به دلیل وضعیت سلامت و یا سن، فقط می‌توانند بیمه را با حق بیمه بسیار بالا خرید کنند، یا این که به دلیل بیماری‌های از پیش موجود، از لحاظ پزشکی غیر قابل بیمه شدن هستند). این انتخاب نامساعد می‌تواند امکان‌پذیری و ثبات گزینه عمومی را تهدید کند.

به عنوان مثال، بسیاری از ایالت‌ها دارای حوزه‌های بیمه درمانی با ریسک بالا (HRPs)^۱ برای پوشش دادن این افراد با هزینه بالا هستند. اما HRPs ایالتی به طور معمول حق بیمه‌ای بالاتر از حق بیمه ارایه شده در طرح‌های خصوصی (که به افراد سالم‌تر ارایه می‌شود و همه ضرر می‌دهند) مطالبه می‌کند. برای اجتناب یا کاهش مشکلات ناشی از انتخاب نامطلوب، بیشتر پیشنهادها یک گزینه عمومی، پوشش بیمه درمانی برای همه را لازم می‌دانند، مستلزم رتبه بندی جامعه (درمانی) هستند و انکار بیمه مبتنی بر سلامت و یا بیماری‌های از پیش موجود توسط طرح‌های بیمه خصوصی را ممنوع کرده‌اند.

تعاونی‌ها

برخی پیشنهاد ایجاد تعاونی بیمه درمانی را به عنوان جایگزینی برای طرح عمومی ارایه داده‌اند. بیمه‌نامه‌های بیمه درمانی تعاونی از طریق بورس (مبادلات) بیمه درمانی

1 HRP : high-risk health insurance pools

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۲۲۵

(ایجاد شده توسط قانون اصلاح بیمه درمانی) در دسترس افراد واجد شرایط قرار دارد. طرفداران استدلال می‌کنند که اجرای طرح‌های تعاونی موجب افزایش رقابت در بازار بیمه درمانی بدون نیاز به مشارکت مستقیم دولت فدرال خواهد شد. دیگران ادعا می‌کنند که این تعاونی‌ها قادر به بهبود عملکرد صنعت بیمه درمانی نیستند.

برخی از تعاونی‌های پزشکی، مانند «انجمن گروه بهداشت در واشنگتن دی سی» و «شرکت تعاونی گروه بهداشت Puget Sound» در دهه ۱۹۳۰ ایجاد شدند. با وجود این، AMA و جوامع پزشکی محلی، شدیداً با تعاونی‌های پزشکی مخالف بودند و موفق به خارج کردن بسیاری از آنها از عرصه شدند. اداره امنیت کشاورزی (FSA)^۱ طرح‌های متعددی را برای ارایه مراقبت‌های پزشکی به خانواده‌های کم درآمد روستایی ایجاد کرد که شامل تعاونی‌هایی بود که تعداد اعضای آنها در اوج خود به ۶۰۰,۰۰۰ نفر می‌رسید.

برخی از تحلیلگران بر این باورند که موفقیت این تعاونی‌ها به دلیل فقدان مدیریت مشخص از سوی مدیران FSA و مخالفت گروه‌های کشاورز سنتی محدود بوده است. این طرح‌ها از ابتدای سال ۱۹۴۶ متوقف شدند. «صندوق رفاه و بازنشستگی کارگران معادن ایالات متحده» که در دهه ۱۹۴۰ ایجاد شد، می‌تواند الگوی دیگری از تعاونی سلامت را به تصویر بکشد.

تاریخ اولیه Blue Cross می‌تواند آموزنده باشد. ایده Blue Cross، که از ادغام یک سری سازمان‌های جدید تشکیل شده بود در طول دهه‌های ۱۹۳۰ و ۱۹۴۰ به سرعت در سراسر کشور گسترش یافت. این امر نشان می‌دهد که یک طراحی مناسب با پشتیبانی سازمان‌های موجود موفق به تغییر نظام مالی سلامت آمریکا شد. Blue Cross توانست بر

1- FSA : Farm Security Administration

گرده بیمارستان‌های محلی و انجمن بیمارستان‌های آمریکا سوار شود و Blue Shield نیز در ابتدا بر گرده جوامع پزشکی محلی سوار بود.

ارتباط بین بیمارستان‌ها و Blue Cross تاثیرات عمیقی بر اداره و ساختار Blue Cross ایجاد کرد. اگرچه بخش مراقبت‌های سلامت مدرن بسیار متفاوت از زمان شروع Blue Cross است، استراتژی ارتباط بین ساختارهای جدید، همچون تعاونی‌ها با سازمان‌های موجود می‌تواند موجب تسریع در اجرا شود. این سازمان‌ها احتمالاً نقش مهمی در چگونگی اداره تعاونی‌های پیشنهادی بیمه درمانی داشتند.

Blue Cross در اولین روزهای خود، در اصل به شدت جامعه‌گرا بود. بخشی از این امر، بیانگر آرمان‌های جنبش «بیمارستان داوطلبانه» بود. با وجود این، در حالی که خیریه و نوع دوستی نقش مهمی در صنعت بیمارستان ایفا می‌کرد. رفتار تجارت‌مآبانه نیز برجسته بوده بود. در سال ۱۹۸۶، کنگره به این نتیجه رسید که تشکیلات Blue Cross چندین متفاوت از شرکت‌های بیمه تجاری عمل نمی‌کنند. فشارهای رقابتی بر تعاونی‌ها نیز ممکن است به اندازه کافی قوی باشد تا آنها را وادار به فعالیت بسیار شبیه به سایر شرکت‌های بیمه کند.

گزینه‌های دیگر

برخی، اصلاحاتی اساسی‌تر در بخش مراقبت‌های سلامت را پیشنهاد کرده‌اند. سناتور وایدن و سناتور بنت پیشنهاد نوعی کوپن پزشکی موسوم به «قانون آمریکایی‌های سالم» را داده‌اند، که در کنگره ۱۱۰ و ۱۱۱ مطرح شد. طرح «وایدن - بنت» افراد را ملزم می‌کند از بیمه خصوصی درمانی برخوردار باشند و این طرح حوزه‌های تحت مدیریت دولت برای

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۲۲۷

بازسازی بازار بیمه درمانی فردی ایجاد می‌کند. دولت فدرال نیز با ارایه یارانه به افراد خاص، به پشتیبانی از این طرح می‌پردازد.

«قانون اول توانمندسازی بیماران» (HR 3400) که در تاریخ ۳۰ جولای ۲۰۰۹ توسط تام پرایس نماینده پارلمان مطرح شد، موارد زیر را در بر داشت: مشوق‌های مالیاتی اضافی را به افراد و کارفرمایان برای حفظ یا گسترش پوشش بیمه درمانی ارایه می‌داد، مقررات فدرال حاکم بر حوزه بیمه برای خریداران بیمه فردی را اصلاح می‌کرد، اقداماتی برای خرید بیمه‌نامه‌های فردی در سراسر خطوط ایالتی انجام می‌داد، راه‌حل‌های ارایه شده در مورد سوء عملکرد پزشکی را تغییر داده و اصلاح می‌کرد و از برخی کاربردهای خاص در خصوص «داده‌های پژوهشی کارآئی تطبیقی» در مراقبت‌های سلامت را ممنوع می‌کرد. دیگران اصلاحات محدودتری پیشنهاد کرده‌اند که پرداخت غرامت نقدی تحت شرایط خاص را دوباره مطرح می‌کند. برای مثال، یکی از این پیشنهادها به بیماران این امکان را می‌دهد که بتوانند بین مراقبت‌های پایان عمر و مراقبت‌های استاندارد یا پیشنهاد حاوی مراقبت‌های تسکینی و پرداخت نقدی که می‌تواند برای مقاصد دیگر نیز مورد استفاده قرار گیرد، انتخاب کنند. گزینه مزایای غرامت می‌تواند تأمین‌کنندگان را نسبت به هزینه‌ها و مزایای مراقبت‌هایی که ارایه می‌دهند، آگاه‌تر کند.

نکات پایانی

شواهد نشان می‌دهد که بازارهای بیمه درمانی در بسیاری از مناطق محلی به شدت متمرکزند. بسیاری از شرکت‌های بزرگ با ارایه بیمه خویش فرما، در قبال شرایط بازار واکنش نشان داده‌اند. این نوع بیمه ممکن است نوعی فشار رقابتی بر شرکت‌های بیمه وارد کند، اگر چه بعید است این امر به بهبود شرایط بازار برای دیگر مصرف‌کنندگان ختم شود.

اعمال قدرت بازار توسط شرکت‌ها در بازارهای متمرکز به طور کلی منجر به قیمت‌های بالاتر و کاهش بازدهی (حق بیمه بالا و دسترسی محدود به بیمه درمانی) همراه با سود بالا می‌شود. با وجود این، بسیاری از ویژگی‌های دیگر بازارهای بیمه درمانی نیز در افزایش هزینه‌ها و دسترسی محدود به بیمه درمانی مقرون به صرفه، سهم هستند.

برخی از شواهد نشان می‌دهد سود شرکت‌های بیمه، به خصوص در رکود اقتصادی کنونی، زیاد نیست. هر چند برخی از این تخمین‌ها درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری را مستثنی می‌کنند. حتی اگر بیمه درمانی بسیار سودآور باشد، معلوم نیست که کاهش سود صنعت بیمه تا چه حد کل هزینه‌های مراقبت‌های سلامت و یا حتی هزینه‌های اداری را کاهش دهد. همچنین روشن نیست که آیا اجرای شدیدتر قوانین و مقررات ضد تراست در دادگاه‌ها موفق خواهد بود و یا حق بیمه و یا پوشش بیمه درمانی گسترش یافته را به طور قابل توجهی کاهش خواهد داد یا خیر.

بیمه درمانی با کل نظام مراقبت‌های سلامت در هم تنیده‌اند. به نظر می‌رسد هزینه‌های سلامت در طول زمان تا حدود زیادی به دلیل فعل و انفعالات پیچیده در میان بیمه درمانی، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت، کارفرمایان، تولیدکنندگان دارویی، سیاست‌های مالیاتی و فن‌آوری‌های صنعت پزشکی، افزایش یافته است. کاهش خط سیر رشد هزینه‌های مراقبت‌های سلامت ممکن است نیاز به سیاست‌هایی داشته باشد که این تعاملات را تحت تاثیر قرار دهد. سیاست‌های متمرکز بر اصلاحات بخش بیمه درمانی ممکن است نتایجی در پی داشته باشند، اما بعید است به حل رشد بیشتر هزینه‌ها و مشکلات دسترسی محدود به این مراقبت منجر شوند، اگر دیگر بخش‌های بهداشت و درمان بدون تغییر باقی مانده باشد.

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۲۲۹

جدول A1. برگشت ارزش خالص سهام برای شرکت‌های بیمه بزرگ

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008		
Aetna Inc.	-0.4	-5.9	-6.1	-41.3	30 ^b	15.1	13.4	15.4	18.6	18.2	16.9
Amerigroup Corp.	5200	19.7	19.7	20.1	14.5	15.1	15.1	8.4	14.0	12.8	-6.0
Anthem Inc.	11.8	16.6	16.6	10.2	25.5	15.0	16.5	15.9	-13.4	17.7	16.7
Centene Corp.	-100.0	20.3	20.3	25.5	15.0	9.8	27.6	30.3	26.7	23.5	8.1
Cigna HealthCare Inc.	14.2	15.4	14.4	15.0	9.8	27.0	27.8	19.6	19.0	19.0	11.1
Coltort Corp.	-23.7	-10.6	-10.6	24.5	22.6	27.0	27.8	19.6	19.0	19.0	11.1
Coventry Health Care Inc.	10.2	12.2	12.2	22.6	27.0	27.0	27.8	19.6	19.0	19.0	11.1
Health Net Inc.	15.5	7.4	7.4	17.5	18.2 ^a	18.1	3.4	14.5	18.5	10.3	5.4
Humana Inc.	6.6	7.8	7.8	8.9	12.5	12.5	13.4	11.8	16.0	20.7	14.5
Molina Healthcare Inc.					19.5	19.5	16.9	7.7	10.9	11.9	12.2
Mid Atlantic Medical Services Inc.	17.7	20.6	20.6	28.0							
Oxford Health Plans Inc.	41.8	69.8	69.8	44.7							
PacificCare Health Systems Inc.	8.0	0.9	0.9	-57.1	10.5 ^a	13.1	13.8				
RightCHOICE Managed Care, Inc.	11.9	16.2									
Sierra Health Services Inc.	-222.2	3.1	4.2	23.1	41.1	60.9	42.3	64.5	29.1		
Trigen Healthcare, Inc.	11.0	11.4									
Triple-S Management, Corp.											
UnitedHealth Group	19.1	23.5	23.5	30.5	35.6	24.1	17.3	20.0	23.2	14.3	5.1
Universal American Corp.											
WellCare Health Plans Inc.					24.0	15.9	14.1	24.8	26.8	-4.6	
WellChoice Inc.				30.6	14.0	14.7					
WellPoint Health Networks Inc.	20.9	19.5	19.5	17.7	12.9	4.9	9.9	12.6	14.6	11.6	

۲۳۰ / مدیریت اقتصاد بیمارستانی و صنعت بیمه

جدول A2. برگشت درآمد شرکت‌های بزرگ بیمه بزرگ (سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۸)

	2000	2001	2002a	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Aetna Inc.	-0.17	-2.61	-16.10	4.60	6.10	7.00	6.80	5.60	4.50
Amerigroup Corp.	3.94	4.04	4.13	4.10	4.70	2.30	3.80	3.00	-1.10
Amvian Inc.	2.59	3.28	4.13	4.60					
Centena Corp.	4.04	3.94	5.52	4.30	4.40	3.70	-2.20	2.60	2.50
Cigna HealthCare	5.26	4.96	3.67	3.30	7.90	9.70	7.00	5.30	1.50
Cobalt Corp.	-6.23	-1.57	4.71	5.39					
Coventry Health Care Inc.	2.31	2.63	4.04	5.50	6.30	7.50	7.10	5.20	3.20
Health Net Inc.	1.81	0.98	2.62	2.50	0.40	1.90	2.50	1.40	0.50
Humana Inc.	0.85	1.15	1.27	1.90	2.10	2.10	2.30	3.30	2.20
Molina Healthcare				5.40	4.80	1.70	2.30	2.30	2.00
Mid Atlantic Medical Services	2.70	3.21	4.17						
Oxford Health Plans	4.67	7.31	4.47	4.38					
PacificCare Health Systems Inc.	1.39	0.16	-5.79	2.20	2.50				
RightCHOICE Managed Care.	3.33	5.43	1.28						
Sierra Health Services Inc.	-17.26	0.53	3.95	5.10	7.80	8.70	8.10	4.90	
Trigon Healthcare	4.29	3.90	4.20						
Triple-S Management Corp.							3.50	3.80	1.40
UnitedHealth Group	3.34	3.89	5.40	5.30	7.00	6.50	5.80	5.20	3.70
Universal American Corp.			6.17					2.80	2.00
WellCare Health Plans		2.84	7.40	2.30	3.50	2.80		4.00	-0.60
WellChoice Inc.		3.34	4.05	3.70	4.20				
WellPoint Health Networks Inc.	3.72		4.34	4.60	4.60	5.50	5.40	5.50	4.10

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۲۳۱

جدول A3. سود به عنوان درصدی از ارزش خالص سهام سهامداران بر اساس صنعت (در نشریه فورچون برای ۱۰۰۰ شرکت)

سال ۲۰۰۸

Industry	Profits As a % of Shareholder Equity				
	Fortune 1000 Firms in Industry	Mean	Weighted Mean	Median	Rank
Tobacco	5	21.5	61.3	74.3	6
Computer Software	10	21.4	20.0	29.4	8
Pharmaceuticals	21	15.3	15.2	21.1	27
Railroads	5	17.0	15.7	16.7	20
Financial Data Services	15	15.7	-741.3	2.0	24
Network and Other Communications Equip.	8	13.1	-1.2	13.9	36
Oil and Gas Equip., Services	19	18.3	12.4	15.8	14
Scientific, Photographic and Control Equip.	8	13.9	10.4	10.2	32
Mining, Crude-oil production	77	11.5	0.9	3.9	38
Education	2	31.7	31.7	30.1	1
Medical Products and Equip.	18	14.3	13.0	9.8	36
Computer Peripherals	5	18.2	17.3	14.2	15
Securities	14	10.0	0.3	-24.2	45
Internet Services and Retailing	8	15.5	-1.1	10.1	26
Household and Personal Products	12	30.9	29.1	21.8	2
Utilities: Gas and Electric	46	11.0	10.8	12.0	41
Toys, Sporting Goods	2	20.0	20.0	19.6	10
Industrial Machinery	26	18.2	21.6	16.6	16
Transportation Equip.	4	23.3	6.1	5.6	5
Aerospace and Defense	20	19.5	11.4	27.0	12
Food Consumer Products	20	19.8	30.3	23.3	11
Advertising, marketing	2	20.2	20.2	21.6	9
Telecommunications	21	4.2	-4.4	9.2	57
Construction and Farm Machinery	11	23.4	12.3	30.2	4
Electronic, Electrical equip.	17	13.9	13.0	18.2	31
Ware Management	2	9.7	9.7	8.8	46

Industry	Fortune 1000 Firms in Industry	Profits As a % of Shareholder Equity				
		Mean	Weighted Mean	Median	Rank	
Meats	12	18.6	5.4	13.0	13	
Mail, Package and Freight Delivery	2	26.0	26.0	19.4	3	
Information Technology Services	10	13.8	24.3	53.5	33	
Computers, Office Equip.	7	21.4	-8.3	22.2	7	
Chemicals	40	17.1	13.9	15.3	19	
Commercial Banks	28	2.8	-3.6	-1.2	60	
Food Services	10	17.6	-70.2	27.0	17	
Transportation and Logistics	6	15.5	15.2	19.1	25	
Apparel	11	9.2	-17.0	9.1	48	
Packaging, Containers	18	13.2	17.0	-5.5	35	
Trucking, Truck Leasing	7	9.1	-12.3	-6.3	50	
Wholesalers: Diversified	17	17.3	1.0	14.4	18	
Real estate	9	7.7	-54.6	-5.4	52	
Beverages	8	13.5	1778.4	4.7	34	
Specialty Retailers	60	10.2	-18.6	8.8	44	
Engineering Construction	12	12.9	12.8	13.6	37	
Diversified Outsourcing Services	15	14.9	-13.1	16.2	29	
Health Care: Pharmacy and Other Services	9	16.1	10.7	19.5	23	
Health Care: Medical Facilities	17	7.3	-9.1	175.6	53	
Health Care: Insurance and Managed Care	14	11.4	9.4	12.4	39	
Insurance: Property and Casualty (mutual)	4	1.4	1.5	-0.4	61	
Miscellaneous	3	9.1	335.7	8.6	49	
Building materials: Glass	7	-0.1	-12.9	-8.3	63	
Home Equip.: Furnishings	11	6.3	52.0	-0.4	55	
Petroleum Refining	15	16.5	7.9	18.8	21	
Food and Drug Stores	16	10.9	11.8	10.7	42	
Energy	20	15.0	10.1	7.7	28	

Industry	Firms in Industry	Profits As a % of Shareholder Equity				
		Mean	Weighted Mean	Median	Rank	
Pipelines	15	11.2	-27.9	-3.0	40	
Wholesalers: Health Care	7	16.2	15.4	15.4	22	
Wholesalers: Food and Grocery	7	10.8	16.0	26.2	43	
General Merchandisers	13	3.8	-12.8	11.0	58	
Food Production	8	3.0	-40.0	4.2	59	
Wholesalers: Electronics and Office Equip.	9	7.2	-15.4	-4.7	54	
Semiconductors and Other Elec. Components	26	8.0	139.9	-8.5	51	
Entertainment	14	9.7	25.9	-18.4	47	
Temporary/ Help	6	-1.9	-5.9	1.8	66	
Motor Vehicles and Parts	29	0.9	-24.5	49.8	62	
Diversified Financials	11	4.8	52.4	-100.6	56	
Insurance: Property and Casualty (stock)	29	-1.7	-12.1	-27.4	65	
Publishing, Printing	14	-2.1	-278.0	-542.4	67	
Insurance: Life, Health (mutual)	10	-5.1	-4.1	-7.2	69	
Insurance: Life, Health (stock)	16	-5.2	-7.4	2.0	70	
Forest and Paper Products	9	-24.4	106.7	-33.8	72	
Airlines	10	-1.2	-97.8	-556.9	64	
Hotels, Casinos, Resorts	9	-3.7	36.7	-39.5	68	
Automotive Retailing Services	10	-69.3	-202.8	-62.5	73	
Homebuilders	10	-73.8	-107.1	-66.0	74	
Savings Institutions	2	-16.5	-16.5	-18.1	71	

بخش ۳

ارزیابی نحوه کسب درآمد و خرج آن توسط یک بیمارستان^۱

مقدمه

اعضای جامعه باید آشنایی کلی در مورد مسائل مالی بیمارستان‌ها داشته باشند تا بتوانند تعهد خیرخواهانه یک بیمارستان در مورد سلامت جامعه‌شان را مورد ارزیابی قرار دهند. بیمارستان‌ها این تعهد را از طریق ارائه خدماتی اثبات می‌کنند که به آن بخش از نیازهای پزشکی که کمک مالی به آن نمی‌شود، ارایه می‌گردد. این خدمات که معمولاً منافع اجتماعی نامیده می‌شوند، شامل مراقبت خیرخواهانه، ارتقاء سلامت، برنامه‌های پیشگیری و قرنطینه و مجموعه‌ای از سایر خدماتی است که شامل حال افرادی می‌شود که

۱- در این بخش از مقاله زیر استفاده فراوان شده است :

EVALUATING HOW A HOSPITAL GETS AND SPENDS ITS MONEY A Community Leader's Guide to Hospital Finance Prepared for The Access Project by Sarah Gunther Lane, MS, Elizabeth Longstreth, BA, Victoria Nixon, MS, Under the supervision of Nancy Kane, DBA Harvard School of Public Health

در غیر این صورت به خدمات پزشکی دسترسی پیدا نمی کردند. برای افرادی که با موانع مهمی از لحاظ مراقبت در نتیجه نابرابری‌های اجتماعی یا نبودن بیمه روبرو هستند، این خدمات می تواند به صورت یک مسیر زندگی و آخرین پناه باشد.

در بعضی موارد، ممکن است یک بیمارستان اعلام کند که عملکرد مالی ضعیف، مانع او برای آن از ارایه سطوح بالاتر منافع اجتماعی خیرخواهانه می شود. اشخاص در مورد صحت چنین ادعایی چگونه قضاوت می کنند؟ تجزیه و تحلیل مالی، ابزار مفیدی برای محاسبه تعهد خیرخواهانه یک بیمارستان نسبت به جامعه و مشخص کردن این نکته است که آیا این مقدار، منطقی و کافی است؟ اگرچه این راهنما شما را به متخصص مالی تبدیل نمی کند، اما به ارایه مطالب زیر می پردازد:

در درك اطلاعات مربوط به عملکرد مالی یک بیمارستان موارد زیر مهم است:

- ابزارهایی که می توان آن‌ها را برای ارزیابی تعهد خیرخواهانه جامعه به کاربرد
- نکات با ارزشی در مورد نحوه مشارکت گروه‌ها در مدیریت بیمارستان‌ها و عملکرد مالی آنها.

ارزیابی عملکرد مالی بیمارستان‌ها با چند سوال اساسی شروع می شود:

- چگونه یک بیمارستان درآمد خود را به دست آورده و خرج می کند؟
- آیا یک بیمارستان از سلامت مالی برخوردار است (می تواند نیازهای اساسی مالی خود را برطرف و مأموریت خیرخواهانه خود را اجرا کند؟)
- چه نوع سیاست‌ها و قوانینی از دولت بر روی سلامت مالی بیمارستان تاثیر می گذارند؟
- روند بازار چگونه است و این نیروها چگونه به تصمیمات مدیریت بیمارستان شکل می دهند؟

فصل چهارم: ساختار بازار بیمه درمانی / ۲۳۷

این‌ها فقط چند مورد از سوالاتی است که در این بخش بررسی می‌شود. این بخش

به دو فصل زیر تقسیم می‌شود:

الف) درآمدها و مخارج بیمارستان

ب) سلامت مالی بیمارستان

فصل پنجم: درآمدها و مخارج بیمارستان

در این فصل این موضوعات بررسی می‌شود:

۱. بررسی کلی خدمات درمانی از منظر تأمین کنندگان و ارائه کنندگان این خدمات
۲. درآمدهای بیمارستان (شامل روش‌های مصرف توسط ذینفعان)
۳. هزینه‌های بیمارستان
۴. منابع اطلاعات مالی

بررسی کلی صنایع خدمات پزشکی از جانب تأمین کنندگان و افرادی که در این زمینه خرج می‌کنند.

تأمین کنندگان

صنعت خدمات درمانی شامل بسیاری از تأمین کنندگان این گونه خدمات می‌شود. برای درک جریان‌های مالی در بیمارستان، آشنایی با بازیگران اصلی این صنعت اهمیت

بسیار دارد. این بازیگران شامل پزشکان و تأمین کنندگان وابسته، پرستاران ماهر، تأمین کنندگان مراقبت طولانی مدت و مراقبت در منزل، داروخانه‌ها و نیز بیمارستان‌ها می‌باشند.

بیمارستان‌ها

بیمارستان‌ها بر اساس نظر انجمن بیمارستان‌های آمریکا به یکی از اشکال زیر ثبت می‌شوند (این تقسیم‌بندی تا حد زیادی با فضای بیمارستانی ایران نیز تطابق دارد). در واقع در آمریکا بیمارستان‌ها به عنوان مراکز عمومی (غیر فدرال و فدرال) و غیرانتفاعی تحت تملک سرمایه‌گذاران سازماندهی می‌شوند. در آمریکا ساختار بیمارستان‌ها به صورت زیر است:

- به طور کلی بیمارستان‌های عمومی خدمات شایانی را به بیمارستان‌هایی که دارای سطح درآمد کمتر هستند، ارائه می‌دهند.
- بیمارستان‌های فدرال نظیر بیمارستان‌هایی که توسط ارتش یا واحد مربوط به امور سربازان کهنه کار اداره می‌شوند، اهداف یا تعهدات خاصی را برآورده می‌کنند.
 - منابع مالی بیمارستان‌های عمومی اغلب از طریق تخصیص مالیات‌های، منطقه ای یا ایالتی، شهری و یا ملی تأمین می‌شوند.
 - بیمارستان‌های خصوصی (غیرانتفاعی)، واحدهای غیردولتی هستند که هدفشان فقط ارائه خدمات پزشکی است. در حدود ۸۷ درصد از بیمارستان‌های بزرگ غیر فدرال به صورت غیرانتفاعی اداره می‌شوند. در پاسخ به ارائه خدمات خیرخواهانه، این بیمارستان‌ها، به منافع زیادی می‌رسند، نظیر بخشودگی مالیات بر درآمد فدرال و ایالت و بخشودگی مالیات اموال و فروش.

فصل پنجم: درآمدها و مخارج بیمارستان / ۲۴۱

- ۱۳ درصد باقی مانده از بیمارستان‌های بزرگ، بیمارستان‌های تحت تملک سرمایه‌گذاران هستند که به این معناست که آن‌ها سهامدارانی دارند که ممکن است از منافع حاصل از بیمارستان سود ببرند. بیمارستان‌های انتفاعی در مأموریت خیرخواهانه بیمارستان‌ها سهیم نیستند (اگرچه بسیاری به ارایه خدمات خیرخواهانه می‌پردازند) و باید مالیات بپردازند.

سایر تأمین‌کنندگان

- پزشکان که ممکن است به کار پزشکی عمومی پرداخته یا در یک زمینه خاصی تخصص داشته باشند. بعضی از پزشکان ممکن است از طریق برنامه‌های پزشکی مدیریت شده یا توسط بیمارستان‌ها استخدام شوند، در حالی که سایرین به صورت خصوصی فعالیت می‌کنند.
- سایر افراد حرفه‌ای که در خدماتی که در بیمارستان‌ها ارایه می‌شوند، مشارکت دارند نظیر فیزیوتراپ‌ها، پزشکان گفتاردرمانی و پزشکان کاردرمانی
- پرستاران ماهر که به ارایه خدمات پرستاری حاد و خدمات توان‌بخشی می‌پردازند.
- تأمین‌کنندگان مراقبت درازمدت به ارایه خدماتی برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌پردازند.
- خدمات پزشکی در منازل همان‌گونه که از اسمش پیداست، توسط یک شخص مسئول مراقبت پزشکی در منزل بیمار ارایه می‌شود. ممکن است این خدمات شامل پرستاری، کمک تغذیه‌ای و درمانی و اجاره و فروش لوازم پزشکی باشد. چون بیماران زودتر از بیمارستان مرخص می‌شوند- بر اساس استراتژی‌های

اقتصادی بیمارستان‌ها- مراقبت در منازل همه روزه نقش مهم‌تری را در صنعت مراقبت پزشکی ایفا می‌کند.

داروخانه‌ها در بیمارستان‌ها، مراکز پزشکی مدیریت شده و در جامعه وجود دارند. داروخانه‌ها همانند مراقبت در منازل در بخش ارائه خدمات پزشکی نقش مهم‌تری را ایفا می‌کنند چون به ارائه خدمات بیمارستانی و سایر خدمات درمانی می‌پردازند.

برای درک نحوه کسب درآمد بیمارستان‌ها برای خدمات بیماران، درک «پرداخت-کنندگان هزینه‌ها» در صنعت خدمات پزشکی حائز اهمیت است. هزینه‌پردازان عمومی شامل خدمات دولتی و وزارت بهداشت است که به تأمین هزینه مراقبت و کمک پزشکی می‌پردازند. هزینه‌پردازان خصوصی، شرکت‌های بیمه هستند. و در نهایت جمعیت فاقد بیمه که شامل افرادی هستند که از آن‌ها انتظار می‌رود هزینه مراقبت‌های پزشکی خودشان را بپردازند، مگر این که توسط تأمین‌کنندگان مراقبت خیرخواهانه تحت پوشش قرار گیرند. در ادامه هزینه‌پردازان عمومی و خصوصی در جامعه آمریکا بررسی می‌شود که شناخت آنها می‌تواند ما را در شناخت بازار بیمارستانی یاری رساند.

هزینه‌پردازان عمومی مراقبت پزشکی

برای درک بهتری از هزینه‌پردازان عمومی، هزینه‌پردازی عمومی در جامعه آمریکا معرفی می‌شود که در این میان می‌توان از نقایص و سودمندی‌های این برنامه برای بهینه‌سازی هزینه‌های مراقبت عمومی در کشور خودمان بهره ببریم.

در آمریکا مراقبت پزشکی توسط سازمان تأمین هزینه مراقبت پزشکی¹ (HCFA) سازماندهی می‌شود. این برنامه پزشکی فدرال برای شهروندان عالی‌رتبه و بعضی افراد

1 Health Care Financing Administration : is a federal agency within the United States Department of Health and Human Services (DHHS) that administers the Medicare program

فصل پنجم: درآمدها و مخارج بیمارستان / ۲۴۳

معلول است. همه شهروندان بیش از ۶۵ سال، مشمول دریافت مزایای مراقبت پزشکی بدون توجه به درآمدها هستند. این مراقبت‌ها بر دو دسته است:

- مراقبت پزشکی دسته A که بیشتر خدمات بیمارستانی را ارائه می‌دهد و هزینه آن توسط مالیات‌های حقوق بگیران تأمین می‌شود.
- مراقبت پزشکی دسته B که هزینه‌های پزشکان و سایر هزینه‌های غیر بیمارستان را پوشش می‌دهد و هزینه آن از طریق مالیات بر سود حقوق و درآمدهای کلی حاصل از مالیات تأمین می‌شود.

کمک پزشکی

کمک پزشکی^۱ برنامه فدرال و ایالتی است که هزینه خدمات پزشکی را برای خانواده‌های کم درآمد و شهروندان ناتوان و کم درآمد می‌پردازد. ایالت‌ها این برنامه را تحت رهنمودهای فدرال اجرا می‌کنند و هم فدرال و هم ایالت در هزینه‌ها سهیم‌اند. کمک پزشکی، تأمین‌کننده اصلی مراکز مراقبت و سایر خدمات مراقبتی درازمدت در آمریکا است.

برنامه بیمارستان سهام بی تناسب یا برنامه DSH^۲ از خدمات بیمارستان‌هایی حمایت می‌کند که به تعداد کثیری از منافع مراقبت پزشکی و بیماران فاقد بیمه خدمت می‌رسانند. در مورد این برنامه در فصل ۲ توضیح داده‌ایم.

and works in partnership with state governments to administer Medicaid, the State Children's Health Insurance Program (SCHIP), and health insurance portability standards

1 Medicaid

2 Disproportionate Share Hospital: a program under which facilities are able to receive at least partial compensation

هزینه پردازان خصوصی

۱- سازمان حفظ سلامت^۱

سازمان حفظ سلامت، یک سازمان مراقبت پزشکی است که برای اعضای خود، مجموعه وسیعی از خدمات را از طریق شبکه تأمین کنندگان خود در مقابل دریافت یک دستمزد ماهانه فراهم می‌کند. ممکن است سازمان‌های حفظ سلامت و بهداشت، بیماران را به استفاده تنها از تأمین کنندگان خاصی از جمله پزشک‌های «خانواده»^۲ که مجوز خدمات تخصصی و ارجاعی را صادر می‌کنند، محدود کنند. آن‌ها ممکن است امکان بررسی کاربرد را فراهم کنند تا مشخص شود که خدمات ارائه شده، مناسب هستند و سطوح برنامه دستمزد تخفیفی را برای تأمین کنندگان ایجاد نمایند و روش‌هایی از پرداخت دستمزد را به وجود آورند که نوعی ریسک بیمه را به تأمین کنندگان انتقال می‌دهند.

۲- سازمان تأمین کنندگان ترجیحی^۳

سازمان تأمین کنندگان ترجیحی یک برنامه مراقبت پزشکی مدیریت شده است که با شبکه‌ها یا مجموعه‌های تأمین کنندگان برای ارائه خدماتی ارتباط برقرار می‌کند که ممکن است هزینه آن‌ها بر اساس یک برنامه دستمزد توافقی تأمین شود. به ثبت نام کنندگان یک ابتکار عمل مالی برای فراهم نمودن تأمین کنندگانی داده می‌شود که در لیست ترجیحی وجود دارند، اما ممکن است از تأمین کنندگان خارج از شبکه نیز معمولاً با هزینه‌های شخصی بیشتری استفاده کنند.

1 Health Maintenance Organization :is an organization that provides or arranges managed care for health insurance, self-funded health care benefit plans, individuals and other entities in the United States and acts as a liaison with health care providers (hospitals, doctors, etc.)

2 Gatekeeper physician, a primary care physician, with a role of rationing patient access to specialized medicine

3 Preferred Provider Organization

۳- نقطه خدمات^۱

برنامه نقطه خدمات، یک برنامه مراقبتی سازماندهی شده است که مشخصات بیمه پیش‌پرداختی و دستمزد برای خدمت را باهم ترکیب می‌کند. ثبت‌نام کنندگان در برنامه سلامت در مورد استفاده از تأمین کنندگان موجود در شبکه یا خارج از شبکه در زمان نیاز به مراقبت تصمیم می‌گیرند. مراقبت خارج از شبکه معمولاً به هزینه‌های شخصی بیشتری نیاز دارد و این در مورد برنامه‌های نقطه خدمات هم وجود دارد.

۴- بیمه جبران غرامت^۲

سیاست‌های بیمه جبران غرامت، به برنامه‌های بیمه سلامت موسوم هستند که اعضا در آن مسئولیت بخشی از هزینه‌های پزشکی را بر عهده دارند. در اغلب برنامه‌ها، اعضا حق بیمه را پرداخت می‌کنند و ابتدا باید هزینه کسر کردنی را تأمین کنند. وقتی که هزینه کسر کردنی تأمین شد، اعضا مسئولیت درصد خاصی از هزینه‌های پزشکی را بر عهده دارند. به عنوان مثال، اگر هزینه یک بیمار ۶۰۰ دلار و هزینه کسر کردنی ۵۰۰ دلار و بیمه اتکایی ۲۰ درصد باشد، بیمار مسئولیت ۵۲۰ دلار (۵۰۰ دلار هزینه کسر کردنی و ۲۰ درصد از ۱۰۰ دلار باقی مانده) را بر عهده دارد. و به طور کلی هیچ‌گونه محدودیت‌هایی در مورد تأمین کنندگان در منافع پوششی وجود ندارد.

1 Point of Service
2 Indemnity

افراد بیمه نشده

۱- پرداخت هزینه شخصی

بیمارانی که هزینه خود را خودشان می‌پردازند، شامل افرادی هستند که تحت پوشش بیمه درمانی قرار نگرفته‌اند. همان‌طور که از اسمش پیداست، این بیماران هزینه‌های مخارج پزشکی را از جیب خودشان می‌پردازند. اصولاً، بیمارستان‌ها پول بیشتری از این بیماران می‌گیرند. اگر بیماری از منابع کافی برای پرداخت هزینه برخوردار نباشد، تأمین‌کنندگان به روش‌های مختلف از جمله برنامه‌های هزینه گسترده و حق تصرف اموال می‌توانند پرداخت را تضمین کنند. به علاوه بیمارستان‌ها ممکن است سیاست‌های مربوط به مراقبت خیرخواهانه از افراد دارای بضاعت کم را داشته باشند.

۲- پرداخت‌کنندگان

پرداخت‌کنندگان عمومی به سازمان‌های مراقبت به منظور طراحی برنامه‌های سلامت برای اعضایشان روی آورده‌اند. به عنوان مثال، دولت ایالتی ممکن است از یک برنامه سلامت برای پوشش مراقبت پزشکی برای اعضای طبقه متوسط خود استفاده کند. بنا بر چنین توافقی، ایالت مقدار مشخصی از هزینه‌های برنامه مراقبت پزشکی را با مبنای ماهانه می‌پردازد. این مقدار ثابت بدون در نظر گرفتن استفاده از خدمات توسط بیماران پرداخت می‌شود. بر اساس برنامه‌های ریسک مراقبت پزشکی، دولت فدرال (از طریق سازمان تأمین هزینه مراقبت پزشکی) ۹۵ درصد از میانگین انعطاف‌پذیر هزینه سرانه^۱ را می‌پردازد. میانگین انعطاف‌پذیر هزینه سرانه باید تقریباً معادل منافع خدمات مجانی مراقبت پزشکی

1 Average Per Capita Cost: formula is used to determine payment to health maintenance organizations

مناطق محلی باشد. اگر برنامه‌های سلامت هزینه کمتری را نسبت به میانگین انعطاف‌پذیر هزینه سرانه پردازند، برنامه‌های سودمندی هستند.

درآمدهای بیمارستان

در بخش قبلی با مشخصات بازار مربوط به بیمارستان آشنا شدید. در ادامه ساختار درآمدی در بیمارستان بررسی خواهد شد. به طور کلی، بیمارستان‌ها به روش‌های مختلف کسب درآمد می‌کنند:

۱. از طریق خدمات درمانی
 ۲. از طریق خدمات غیر درمانی
 ۳. از طریق کمک‌های بلاعوض توسط افراد، سازمان‌ها یا دولت
 ۴. از طریق سرمایه‌گذاری‌ها
- بیمارستان‌ها به گروه‌بندی کسب درآمد در قالب سه دسته می‌پردازند:

۱. درآمد اجرایی: انجام مراقبت از بیماران
۲. سایر درآمدهای اجرایی: فعالیت‌های مراقبتی که شامل حال بیماران نمی‌شود.
۳. سود سرمایه‌گذاری‌ها: فعالیت تجاری تجربی

درآمد اجرایی

درآمد اجرایی - درآمد کسب شده از طریق مراقبت از بیماران - اولین و اساسی‌ترین روش کسب درآمد بیمارستان‌ها است. این درآمد دوباره در قالب اصطلاحات مالی خالص و ناخالص دسته‌بندی می‌شود.

الف) درآمد ناخالص خدمات بیماران^۱

درآمد ناخالص خدمات بیماران، مقدار درآمدی است که بیمارستان‌ها در صورتی کسب می‌کنند که هزینه کامل مراقبتی که انجام می‌دهند (شامل کلیه خدمات مربوط به بیماران و غیر مرتبط به بیماران قبل از کسر هزینه‌ها)، پرداخت شود. این در حالی است که بیمارستان‌ها اغلب مراقبت از بیماران را با دریافت هزینه کمتری انجام می‌دهند و هرگز درآمد ناخالص مربوط به خدمات بیماران را کسب نمی‌کنند.

ب) درآمد خالص خدمات بیماران^۲

درآمد خالص خدمات بیماران، مبلغ کل درآمدی است که بیمارستان، واقعاً پس از کسر مراقبت خیرخواهانه و اصلاحات قراردادی کسب می‌کند. اصلاحات درآمد ناخالص خدمات برای محاسبه درآمد خالص خدمات بیماران شامل موارد زیر است:

۱- مراقبت رایگان (که به مراقبت خیرخواهانه هم معروف است) نمایانگر دسته‌ای از خدماتی است که ارایه می‌شود و هرگز انتظار دریافت هزینه به خاطر آن وجود ندارد و بیمار به خاطر آنها تحت پیگرد قرار نمی‌گیرد. قابلیت شمول بیمار برای دریافت مراقبت رایگان گاهی در هر بیمارستان متفاوت است و به طور کلی به موقعیت مالی (درآمد و دارایی‌ها) بستگی دارد. بیمارستان‌ها مراقبت رایگان را بر اساس هزینه‌های کامل مبتنی بر صورت‌های مالی خودشان ارزشیابی می‌کنند. (توجه: مراقبت رایگان با ضرر و زیان^۳ فرق دارد، از این لحاظ که ضرر و زیان نمایانگر هزینه‌های خدماتی است که انتظار می‌رود به

1 Gross Patient Service Revenue

2- Net Patient Service Revenue

3- bad debt : is an amount owed by a debtor that is unlikely to be paid due, for example, to a company going into liquidation

خاطر آن‌ها بیمارستان هزینه‌ها را دریافت کند اما در نهایت موفق به دریافت آن‌ها نمی‌شود).

۲- پرداخت‌های قراردادی^۱ که شامل قراردادهایی برای پرداخت هزینه با تأمین‌کننده‌های سلامت است. تأمین‌کننده‌های مختلف مقادیر مختلفی را برای خدمات مشابه می‌پردازند. شرکت‌های مراقبت پزشکی، کمک پزشکی و بیمه خصوصی در مورد قراردادهایی مذاکره می‌کنند که بر هزینه‌های درمانی، هزینه‌های بیمارستان یا معیارهای دیگر مبتنی هستند. قیمتی که این گروه‌ها توانایی توافق در مورد آن‌ها را دارند، با هم فرق می‌کنند (همه آن‌ها نرخ تخفیفی یکسانی را نمی‌پردازند).

تفاوت میان هزینه‌های بیمارستان، مبلغ پرداختی و هزینه‌های درمانی

هزینه بیمارستان، مبلغی است که بیمارستان لیست آن را به عنوان هزینه خدمات ارائه می‌دهد. فقط هزینه پردازان شخصی و بعضی بیمه‌گزاران شخصی این «مبلغ تعیین شده» را می‌پردازند.

مبلغ پرداختی مبلغی است که بیمارستان در واقع به صورت نقدی در قبال خدماتش دریافت می‌کند. بیمه‌گزاران شخصی، بیمه‌گزاران عمومی و افراد فاقد بیمه، مبلغ مختلفی را برای خدمات یکسانی می‌پردازند. مبلغ پرداختی می‌تواند بیشتر یا کمتر از هزینه‌ای باشد که بیمارستان در مورد یک خدمت خاص می‌پردازد.

هزینه درمانی عبارت است از هزینه‌ای که بیمارستان برای ارائه خدمات می‌پردازد (هزینه‌های درمانی به صورت کلی گزارش می‌شوند. بنابراین شما نمی‌توانید هزینه هر یک از روندهای صورت‌های مالی را مشخص کنید. به عنوان مثال، ممکن است بیمارستان ۷/۷۰۰ دلار برای یک روند درمانی پرداخت کند. میزان توافقی در نظر گرفته بین

1- Contractual

بیمارستان و یک تأمین کننده هزینه ممکن است ۶۹۰۰ دلار باشد، اگرچه ممکن است هزینه درمانی واقعی آن روند- دستمزدها، تجهیزات و غیره - فقط ۶۰۵۰ دلار باشد.

مؤدّی‌های عمومی

برنامه‌های مراقبت پزشکی و کمک پزشکی پاسخگوی عمومی‌ترین پرداخت‌ها در زمینه خدمات مراقبت پزشکی هستند.

مراقبت پزشکی (مدیکر)^۱: مراقبت پزشکی، گسترده‌ترین برنامه بیمه سلامت در آمریکا است که به ارایه بیمه سلامت به افراد ۶۵ ساله و مسن‌تر و نیز به افرادی می‌پردازد که دارای بیماری‌های خاصی نظیر نارسایی دائمی کلیه هستند. مراقبت پزشکی سهم عادلانه خود از هزینه‌های بیمارستان را طبق سهم مراقبت پزشکی از تحولات بیمارستان می‌پرداخت. هزینه‌ها از طریق گزارش کامل و جامع معروف به گزارش هزینه مراقبت پزشکی معلوم می‌شد. در ۱۹۸۳، دولت فدرال آمریکا سیستم پرداخت آینده‌نگر^۲ (PPS) را به این دلیل پدید آورد که سیستم پرداخت مبتنی بر هزینه به بیمارستان‌ها ابتکار عمل کمی برای کاهش هزینه‌ها می‌داد. بر اساس PPS، مراقبت پزشکی هزینه قابل توجهی معروف به گروه وابسته به تشخیص^۳ (DRG) را به بیمارستان‌ها برای خدمات مراقبت حاد (اورژانس) پرداخت می‌کند. بیماران بر اساس تشخیص اصلی، نوع رویه عمل جراحی، وجود یا عدم وجود ناتوانی به دنبال فرآیند درمان یا پیچیدگی‌ها و سایر معیارهای مربوط دست‌بندی می‌شوند. اگر یک بیمارستان هزینه‌های کمی داشته باشد، یا بتواند طول مدت بستری یک بیمار در بیمارستان را کاهش دهد، می‌تواند از DRG بهره‌بردار، اما اگر هزینه‌های زیادی داشته باشد و مدت اقامت بیمار بیشتر باشد، آن‌ها از طریق این سیستم پول از دست

1- Medicare

2- Prospective Payment System

3- Diagnostic Related Group

فصل پنجم: درآمدها و مخارج بیمارستان / ۲۵۱

می‌دهند. برای یک DRG خاص، هزینه‌ای که مراقبت پزشکی به همراه دارد، در همه بیمارستان‌های کشور بجز در مناطقی که از لحاظ جغرافیایی، انعطاف‌پذیر هستند، یکسان است. مراقبت پزشکی، هزینه مراقبت همراهان بیماران را از طریق یک سیستم دستمزد و بیشتر از طریق روش هزینه متعارف پرداخت می‌کند.

کمک پزشکی: کمک پزشکی، یک برنامه بیمه سلامت با بودجه فدرال و ایالتی در آمریکا است که توسط ایالت‌ها برای بعضی افراد، خانواده‌ها و افراد ناتوان کم درآمد اجرا می‌شود. روش‌های پرداختی برای کمک درمانی در ایالت‌های مختلف باهم فرق دارد.

دو روشی که تامین خدمات درمانی نیازمندان برای مراقبت بیماران بستری در بیمارستان صورت می‌گیرد، عبارت است از:

- از طریق گروه وابسته به تشخیص (DRG)
- از طریق پرداخت کلیه هزینه‌ها که بر اساس آن به بیمارستان‌ها مقدار هزینه روزانه از بستری بودن بیمار در بیمارستان پرداخت می‌شود. این مقدار از قبل تعیین شده بر اساس هزینه‌های واقعی بیمارستان یا خدمات ارائه شده فرق ندارد.

شراکت نامتناسب

بیمارستان‌هایی که در آن‌ها هزینه نیازمندان تامین می‌شود و به تعداد زیادی از بیماران بی‌بضاعت و یا کم درآمد یا فاقد بیمه خدمت می‌کنند، ممکن است مشمول دریافت مقرری از دولت شوند که تعدیل شراکت نامتناسب بیمارستان (DSH)^۱ نامیده می‌شود. پرداختی بیمارستان توسط دولت و از طریق فرمانداری‌های ایالتی صورت می‌گیرد. ایالت‌های آمریکا در مورد نحوه توزیع بودجه‌ها دارای انعطاف‌پذیری زیادی هستند. بطور کلی هر سال ایالت‌ها مقدار پولی را که باید بین بیمارستان‌های واجد شرایط تقسیم

1 Disproportionate Share Hospital

شود تعیین می‌کنند. آنگاه مبلغ مربوط به هر بیمارستان واجد شرایط بر اساس مقدار خدمات ارایه شده به بیماران نیازمند و بیمه نشده تعیین می‌شود. در نهایت، هر سال، هر ایالت باید برنامه کامل مربوط به نحوه تقسیم پول بین بیمارستان‌های واجد شرایط و نیز لیستی از میبالغ پرداخت شده به هر بیمارستان واجد شرایط را به دولت فدرال تحویل دهد.

مؤدی‌های شخصی

سیستم بیمه سلامت شخصی در موازات برنامه‌های خدمات پزشکی و تامین هزینه نیازمندان قرار می‌گیرد. این مؤدی‌ها معمولاً از یک کارفرما از طرف کارکنان، اما گاهی از طرف سایر سازمان‌ها یا افراد، پاداش دریافت می‌کنند تا بتوانند هزینه مراقبت درمانی مورد نیاز اعضای خود را تأمین کنند. مؤدی‌های خصوصی به شکل‌های گوناگون ظاهر می‌شوند: سازمان‌های حافظ سلامت (HMOS)^۱ که هزینه خدمات بیمارستانی بیماران بستری را از طریق DRG، روزانه یا تخفیف هزینه‌ها می‌پردازند. به علاوه، آن‌ها ممکن است هزینه را از طریق سطوح توافقی مالیات سرانه به ویژه در یک سیستم یکپارچه پرداخت کنند که در آن، بیمارستان‌ها و پزشکان باهم وارد قرارداد می‌شوند. HMOها هزینه خدمات بیمارستان بیماران سرپایی بستری را به دو شیوه مرسوم می‌پردازند:

- از طریق مالیات سرانه که در آن، مقداری هزینه برای هر بیمار با توجه به مقدار خدمات از پیش تعیین شده پرداخت می‌شود. پرداختی‌های مالیات سرانه غالباً به صورت «هر نفر و هر ماه» محاسبه می‌شود.
- از طریق روش دستمزد خدمات (FFS) که در آن مقداری دستمزد به بیمارستان‌ها برای هر خدمتی که اجرا می‌کنند به صورت هزینه تخفیف یافته یا برنامه دستمزد توافقی پرداخت می‌شود. سازمان‌های تأمین کننده ممتاز (PPOS) هزینه مراقبت

1- Health Maintenance Organizations

فصل پنجم: درآمدها و مخارج بیمارستان / ۲۵۲

بیماران بستری و غیربستری را به بیمارستان‌ها بر اساس تخفیف توافقی هزینه‌های رایج بیمارستان می‌پردازند. هزینه خدمات درمانی خارج از چارچوب، معمولاً به نرخ بیمارستان پرداخت می‌شود.

سازمان‌های نقطه خدمت (POS)، تلفیقی از PPOS و HMOS هستند. پرداخت هزینه از این طریق به شکل‌های مختلف انجام می‌شود که به برنامه خاص POS بستگی دارد. بعضی برنامه‌های POS ممکن است هزینه خدماتی را با استفاده از روش تخفیف دستمزد ارائه دهند و بعضی دیگر از مالیات سرانه استفاده می‌کنند. هزینه خدمات خارج از چارچوب، معمولاً با نرخ تعیین شده توسط بیمارستان پرداخت می‌شود.

بیمه خسارت، شکل سنتی بیمه است. بیمه‌های خسارت، هزینه خدمات درمانی بیماران بستری و غیربستری را بر اساس نرخ بیمارستان می‌پردازند. شاید تصور شود که این روش را می‌توان با شکل‌های دیگر بیمه نظیر بیمه اتومبیل مقایسه کرد. بیمه خسارت با سایر بیمه‌های شخصی که از روش دستمزد برای خدمت استفاده می‌کنند نظیر PPOS و بعضی HMOها فرق دارد چون بیمه خسارت این امکان را فراهم می‌کند که بیمار هر پزشکی را ببیند یا به هر بیمارستانی که می‌خواهد برود. این آزادی انتخاب و فقدان نسبی موانع، باعث جذب افراد دارای نیازهای درمانی شدیدتر می‌شود، بنابراین، برنامه‌های جبران خسارت، پرهزینه هستند و باعث افزایش پرداخت هزینه مشترک و مشخصه‌های قابل استنتاج برنامه‌های سود آن‌ها در سال‌های اخیر شده‌اند. در نتیجه، تعداد افراد بیمه‌شده از طریق برنامه‌های جبران خسارت در حال افزایش هستند.

بیمه نشدگان

افرادی که مؤدی عمومی یا خصوصی ندارند تا نماینده آن‌ها در بازار خدمات درمانی باشند، خودشان نماینده خود می‌شوند. این‌ها، افراد بیمه نشده‌ای هستند که باید ابزاری را برای تامین هزینه مراقبتی خود پیدا کنند.

افراد بیمه نشده یا بیمارانی که هزینه خود را شخصاً می‌پردازند، کلیه هزینه‌ها یا قیمت بیمارستانی خود را می‌پردازند. در ۱۹۹۶، مؤدی‌های شخصی، به طور متوسط، ۸۷ درصد از کل هزینه درمانی خود را پرداختند. در مقایسه، بیمه‌گزاران شخصی، به طور متوسط، ۲۲ درصد فراتر از هزینه درمانی خود را پرداختند. پرداخت شخصی یعنی بیمه نبودن؛ بسیاری از درآمد پرداخت شخصی احتمالی یک بیمارستان، به خدمات درمانی پرداخت نشده منتهی می‌شود.

مؤدی‌ها معمولاً این ابتکار عمل‌ها را با قرار دادن محدودیت‌هایی برای تأمین‌کنندگان خدمات از طریق استفاده از بررسی عملکرد، ابتکار عمل‌های مدیریت درمانی و مجوز تایید اولیه برای خدمات تعدیل می‌کنند.

در مجموع درآمد ناخالص حاصل از خدمات بیماران به صورت زیر محاسبه می‌شود:

$$\text{درآمد ناخالص خدمات بیماران} =$$

خدمات درمانی رایگان + خدمات قراردادی (تخفیفی‌های توافقی + درآمد ناخالص خدمات بیماران)

درآمد سایر فعالیت‌ها

به علاوه، بیمارستان‌ها از طریق ارائه خدماتی که شامل فعالیت‌های تجاری مداوم هستند ولی به طور مستقیم به مأموریت اصلی بیمارستان - ارائه خدمات درمانی به بیماران - مربوط نمی‌شوند، کسب درآمد می‌کنند. اگرچه این فعالیت‌ها ممکن است درآمد قابل

فصل پنجم: درآمدها و مخارج بیمارستان / ۲۵۵

توجهی به همراه داشته باشند، اما پول بدست آمده از این خدمات و فعالیت‌ها، درآمد سایر فعالیت‌ها نامیده می‌شوند. بعضی از دسته‌بندی‌های خاص که درآمد حاصل از سایر فعالیت‌ها را تشکیل می‌دهند، عبارت‌اند از:

- فروش در بوفه
- فروش اجناس کادویی
- دستمزدهای گاراژ و پارکینگ
- اجاره فضاها یا تجهیزات

اگرچه به احتمال زیاد مشخص است یک بیمارستان چقدر از اجاره، بوفه، مغازه اجناس کادویی و دستمزدهای گاراژ و پارکینگ سود می‌برد، اما تامین بودجه از طریق درآمد تحقیقات به اندکی توضیح بیش‌تر نیاز دارد. بیمارستان‌ها محیط با ارزشی برای پژوهش در مورد داروها، درمان‌ها و فرآیندها هستند و آژانس‌ها بودجه‌ای را برای انجام چنین تحقیقاتی توسط بیمارستان اختصاص می‌دهند. مهم‌ترین سازمان‌هایی که هزینه تحقیقات پزشکی را تامین می‌کنند، عبارت‌اند از نهادهای ملی بهداشت و سلامت و مراکز کنترل و پیشگیری از بیماریها که دو نهاد دولت فدرال هستند. به علاوه، بیمارستان‌ها بودجه‌هایی را از شرکت‌های داروسازی برای آزمایش داروها و تولیدات جدید دریافت می‌کنند. پول حاصل از نتایج تحقیقات می‌تواند منبع مناسبی از بودجه بیمارستان باشد، به ویژه در صورتی که بیمارستان آموزشی باشد.

منافع و زیان‌ها

بیمارستان‌ها ممکن است به خاطر نقل و انتقالاتی که مربوط به فعالیت‌های معمولی بیمارستان است، پول به دست آورده یا از دست بدهند. این حوادث، دستاوردهای (یا زیان‌های) غیر اجرایی نامیده می‌شوند و نمونه‌های آن شامل اقدامات ایمنی یا اهداهای

قابل عرضه به بازار و ضررهای حاصل از داشتن سهام در سازمان‌های بحران‌زده است. گاهی مشخص نیست که آیا یک فعالیت را باید در ردیف درآمد حاصل از سایر فعالیت‌ها یا در ردیف سود/زیان قرارداد. اندیشیدن به درآمدهای سایر فعالیت‌ها به عنوان درآمدهای کسب شده از طریق فروش کالاها و خدمات و دستاوردها و زیان‌های غیر اجرایی به عنوان حوادثی که حاصل فروش کالاها و خدمات نیستند، بلکه تجربه‌ای در مورد عملکردهای بیمارستان هستند، مفید است.

درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری

درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری‌ها، روز به روز به یک روش مهم‌تر برای کسب درآمد بیمارستان‌ها تبدیل می‌شود. گروه‌های اقدامات قابل عرضه به بازار، شامل صندوق‌های مشترک، سهام‌ها و اوراق قرضه هستند. بیمارستان‌های مختلف استراتژی‌های مختلفی دارند: بعضی بیمارستان‌ها در بورس یا سایر فعالیت‌هایی سرمایه‌گذاری می‌کنند که سود بیشتری را با ریسک بیشتر ایجاد می‌کنند، در حالی که سایر بیمارستان‌ها در سرمایه‌گذاری‌هایی با سود نرخ ثابت محافظه کارانه‌تر نظیر اوراق قرضه و صندوق‌های بازار پول سرمایه‌گذاری می‌کنند.

ممکن است پی بردن به سرمایه‌گذاری‌های بیمارستان از طریق صورت‌های مالی آن‌ها دشوار باشد، اگرچه ترکیب کلی سهام، اوراق قرضه و پول نقد معمولاً در پاورقی‌های صورت‌های مالی افشا می‌شوند. چون درآمد حاصل از سرمایه‌گذاری می‌تواند یک جعبه سیاه باشد زیرا شما نمی‌توانید بگویید یک بیمارستان چه نوع سرمایه‌گذاری می‌کند یا ریسک مربوطه چقدر است، پرسیدن از مدیران در مورد استراتژی سرمایه‌گذاری آن‌ها مهم است.

هدایای محدود

بیمارستان‌ها اغلب هدایای نقدی از افراد و سازمان‌هایی دریافت می‌کنند که مایل‌اند از مأموریت بیمارستان حمایت کنند. وقتی که این کمک‌های مالی به سوی هدف خاصی هدایت نشوند، درآمد غیر اجرایی برای بیمارستان به حساب آمده و به همین دلیل در صورت درآمد مثبت می‌شوند. توجه کنید که این درآمد، یک منبع پایدار یا قابل اتکا از پول برای بیمارستان نیست.

مخارج بیمارستان: نحوه مصرف پول توسط بیمارستان‌ها

بیمارستان‌ها باید برای فعالیت‌ها و ارائه خدمات درمانی به بیماران پول خرج کنند. گروه‌های اصلی مخارج عبارت‌اند از: حقوق‌ها، خریدها، استهلاک و فرسودگی، سود و خرج

حقوق‌ها، دستمزدها و پاداش‌های کارمندان

دستمزدها و حقوق‌هایی که به کارکنان داده می‌شوند، معمولاً بزرگ‌ترین دسته از مخارج بیمارستان‌ها هستند. در بسیاری از بیمارستان‌ها، حقوق‌ها بیش از ۶۰ درصد از کل مخارج را تشکیل می‌دهند. فقط پزشکانی که کارکنان بیمارستان هستند، در این دسته قرار می‌گیرند. دستمزد پزشکان غیر حقوق‌بگیر به طور مستقیم توسط بیمه‌گذار یا بیمار پرداخت می‌شود. اکثر بیمارستان‌ها پزشک استخدام نمی‌کنند. مگر در قسمت‌های فوریت پزشکی، رادیولوژی، آزمایشگاه و ...

خریدها و سایر موارد

خریدها معمولاً دومین دسته بزرگ مخارج بیمارستان و به طور کلی ۳۰ درصد از مخارج بیمارستان را تشکیل می‌دهند. سایر موارد شامل مجموعه‌ای از مخارج مختلف است که اغلب فعالیت‌های پیمانکاری و مخارج اجاره‌بها را تشکیل می‌دهند.

استهلاک و فرسودگی

وقتی که یک بنگاه اقتصادی (از جمله بیمارستان) تجهیزات، ساختمان‌ها یا اموال ثابت دیگری را می‌خرد، تمام اعتبارهای خریدی را که شامل دارایی ثابت در یک دوره حسابداری می‌شود، خرج نمی‌کند. در عوض، هزینه را در عمر تخمینی آن کالا تشخیص داده و مقدار مناسب را به عنوان اعتبار در طول دوره حسابداری مورد نظر ثبت می‌کند. فرآیند مصرف یک دارایی ثابت برای طول مصرف مطلوب آن، استهلاک نامیده می‌شود. به عنوان مثال، اگر یک بیمارستان یک دستگاه اشعه ایکس را به قیمت ۱۰۰/۰۰۰ دلار بخرد و انتظار داشته باشد که ۱۰ سال دوام بیاورد، با کمک روش استهلاک مستقیم، هزینه ۱۰/۰۰۰ دلار در سال به مدت ۱۰ سال را برای ماشین ثبت می‌کند. همچنین، وقتی که یک بیمارستان یک دارایی نامرئی را بخرد، فرآیند مصرف هزینه آن در مدت عمر مطلوب آن، فرسودگی نامیده می‌شود. دارایی‌های نامرئی شامل دارایی‌های غیر فیزیکی مانند یک اقدام خیرخواهانه، کپی‌رایت و ثبت اختراعات است.

سود (بهره) بانکی

بیمارستان‌ها معمولاً برای مخارج عمده و سایر خریدهای عمده پول قرض می‌کنند. هزینه سود (بهره بانکی) شامل مقدار پولی است که بیمارستان در مدت حسابداری فعلی باید برای پول قرضی پردازد.

سایر مخارج

این گروه کلی شامل سایر مخارجی است که در بالا به آن‌ها اشاره نشد. سایر مخارج اصولاً سایر خرج‌هایی است که برای مستمری کارکنان و خدمات عمومی مانند تعمیرات سیستم تلفن، آب و برق و... خرج می‌شود.

منابع اطلاعات مالی بیمارستان

صورت‌های مالی ممیزی شده

بیمارستان‌ها همانند سایر بنگاه‌های اقتصادی یا سازمان‌ها، دارای صورت‌های مالی هستند. صورت‌های مالی، گزارش‌هایی هستند که نوع فعالیت‌های مالی که یک سازمان انجام داده و تاثیر این فعالیت‌ها را نشان می‌دهند. به عنوان مثال، صورت‌های مالی نشان می‌دهند پول یک بیمارستان کجا و چگونه خرج شد و بیمارستان از لحاظ مالی موفق است یا نه. آن‌ها به سوالاتی نظیر «تصویر مالی سازمان در هر سال چگونه است؟» و بیمارستان در مدت چند سال چگونه عمل کرده است؟» پاسخ می‌دهند.

صورت‌های مالی ممیزی شده توسط یک شرکت حسابرسی مستقل و بنا به اصول پذیرفته کلی حسابداری و حسابرسی تنظیم می‌شوند. سه نوع صورت مالی اصلی وجود دارد:

- صورت درآمد
- ترازنامه
- صورت جریان نقدینگی

هر صورت مالی دارای محوریت و کاربرد جداگانه‌ای است.

صورت درآمد

محور صورت درآمد (به عبارت دیگر، صورت سود و زیان یا صورت قیاسی عملیات‌ها) عملکرد در یک مدت خاص، معمولاً یک سال است. این صورت محتوی اطلاعات مهمی در مورد سوددهی یک بیمارستان و نیز اطلاعاتی در مورد نحوه کسب درآمد بیمارستان و نحوه خرج کردن پول بیمارستان است.

سود چیست؟

سود، عبارت است از تفاوت بین درآمد و مخارج به علاوه دستاوردها و زیان‌های غیرعملیاتی. گاهی به سود، «پایین‌ترین خط» بیمارستان نیز گفته می‌شود چون پایین‌ترین خط صورت درآمد، درآمدهای زاید به‌جامانده پس از پرداخت هزینه‌ها را نشان می‌دهد. همچنین سود را می‌توان «حاشیه کلی» نامید.^۱ علاوه بر نگاه به پایین‌ترین خط برای مشخص نمودن سود، آنالیزهای مالی اختلاف بین درآمد کار و مخارج کار بدون سود و زیان‌های غیر کاری را نیز می‌سنجند. این سنجش سود، درآمد خالص عملیاتی نامیده می‌شود و برای سنجش میزان سود خدمات درمانی بیمارستان به کار می‌رود.

نحوه پنهان کاری در مورد سود

یک بیمارستان ممکن است در تخمین نحوه کسب پول از درآمدهای خدمات بیماران، محافظه کارانه عمل کند. چون این اعداد معمولاً به مقدار خاصی از تخمین نیاز دارند، بدهی‌های سنگین و فعالیت‌های قراردادی ممکن است خیلی بیشتر یا کمتر از ارقام گزارش شده بیمارستان باشند. به عنوان مثال، یک بیمارستان ممکن است تمام درآمد

۱- به عنوان مثال، یک حاشیه کلی ۲ درصدی یعنی بیمارستان سود ۲ پوندی برای هر ۱۰۰ پوند از درآمد را حفظ می‌کند.

فصل پنجم: درآمدها و مخارج بیمارستان / ۲۶۱

حاصل از خدمت‌دهی به بیماران را به خاطر تردید در مورد امکان حفظ این درآمد توسط بیمارستان در نظر نگیرد.

اصولاً حسابدارها از عبارت «درآمدهای مازاد برمخارج» بجای «سود» در بحث بیمارستان‌های غیر انتفاعی استفاده می‌کنند. البته هر دو اصطلاح دارای یک مفهوم هستند و اگر به صورت‌های مالی واقعی نگاه کنید، عبارت «درآمدهای مازاد برمخارج» را می‌بینید.

ترازنامه

ترازنامه گزارشی خلاصه وار از سلامت مالی سازمان در یک مدت خاص است که به صورت وضعیت مالی یا صورت شرایط مالی نیز معروف است. به طور کلی، مجموعه دارایی‌های سازمان باید از بدهی‌های کلی آن بیشتر باشد و گرنه دوام نمی‌آورد. نوع دارایی‌ها و بدهی‌های سازمان هم بر روی سلامت مالی آن تاثیر می‌گذارد. به عنوان مثال، دارایی‌های جاری (نظیر پول نقد، دریافتی‌ها و سرمایه‌های بدون مخاطره) باید بدهی‌های جاری (نظیر پرداختی‌ها، درآمدهای پرداخت نشده و وام‌ها) را پوشش بدهند. در غیر این صورت، سازمان ممکن است به مشکلات قدرت پرداخت بدهی بر بخورد. از طرف دیگر، اگر پول نقد و هم‌ترازهای یک سازمان خیلی بیشتر از بدهی‌های جاری آن باشد، شاید نتواند به بهترین نحو از منابع خود استفاده کند.

چندین جزء اصلی در یک ترازنامه وجود دارند:

دارایی‌ها: منابع اقتصادی هستند که انتظار می‌رود در آینده از طریق کمک به افزایش جریان نقدینگی یا کاهش جریان نقدینگی سود ایجاد کنند. اموال، تاسیسات و تجهیزات (PPE)^۱، دارایی به حساب می‌آیند.

1 Property, plant, and equipment

بدهی‌ها: حساب‌های پرداختی، نمونه‌ای از بدهی یک بیمارستان است. دارایی خالص بیمارستان را می‌توان به صورت زیر محاسبه کرد:

$$\text{دارایی خالص} = \text{بدهی‌ها} - \text{دارایی‌ها}$$

معادله ترازنامه

ترازنامه دو بخش برابر هم دارد که معادله ترازنامه را تشکیل می‌دهند:

$$\text{سود متعارف (یا دارایی‌های خالص)} = \text{بدهکاری} = \text{دارایی‌ها}$$

صورت جریان نقدینگی

صورت جریان نقدینگی پول نقدی را نشان می‌دهد که پس از پرداخت مخارج در دوره حسابداری به سازمان وارد و خارج شده است. آنالیز جریان نقدینگی به ارایه دورنمای مطمئن و با ارزشی از عملکرد مالی بیمارستان می‌پردازد. چون پول نقد مطرح است، نمی‌توان در مورد آن پنهان‌کاری یا فریبکاری کرد.

درآمد خالص

موارد موثر بر درآمد خالص بیمارستان عبارتند از:

- مخارج غیر نقدی (استهلاک و فرسودگی)
- تغییرات سرمایه کار
- افزایش حساب‌های دریافتی
- افزایش حساب‌های پرداختی
- مقدار کل نقدی از فعالیت‌های اجرایی
- پول نقدی که برای فعالیت‌های سرمایه‌گذاری به کار رفته است
- اموال، بناها و خرید تجهیزات

- افزایش یا کاهش در سرمایه‌های بی‌خطر
- پول نقد حاصل از فعالیت‌های مالی
- بیمه یا پرداخت بدهی درازمدت
- نقل و انتقالات به و از شرکت‌های تابعه

تغییر خالص در پول نقد

یک مورد از اطلاعات با ارزشی که می‌توان بر اساس تغییر خالص در پول نقد مشاهده کرد، نقل و انتقالات به شرکت‌های تابعه و از شرکت‌های تابعه است. بیمارستان‌هایی که بیمارستان‌ها یا نهادهای تابعه دارند، اغلب پول‌ها را به یا از یکدیگر انتقال می‌دهند. به عنوان مثال، بیمارستان‌های زیادی اکنون در حال متحد شدن با سایر بیمارستان‌ها هستند. فرض کنید بیمارستان A با بیمارستان B متحد شد و یک شرکت مولد را برای انجام کارهای خاص و سایر مسائل تجاری به وجود آورد. در این شرایط خاص، بیمارستان A بودجه‌هایی را به شرکت مولد برای اجرای کارهای تجاری انتقال می‌دهد.

آنگاه، بیمارستان A این انتقال را به عنوان انتقال به یک شرکت تابعه و به عنوان یک تغییر منفی در سرمایه‌های خالص، جدا از پایین‌ترین خط در صورت درآمد بیمارستان ثبت می‌کند. به علاوه، این بیمارستان انتقال بودجه‌ها را در صورت جریان نقدینگی ثبت می‌کند. آگاهی نسبت به این جریان بودجه‌ها بین شرکت‌ها مهم است چون سوددهی یک بیمارستان در صورتیکه بیمارستان منابع را به شرکت‌های تابعه بجای سرمایه‌گذاری در کارهای خودش انتقال دهد، می‌تواند تحت تاثیر قرار گیرد.

قروض گرفتن: علاوه بر کسب پول از طریق خدمات درمانی یا انجام فعالیت‌های تجاری تجربی، یکی دیگر از راه‌های دستیابی بیمارستان‌ها به پول دریافت وام است. بیمارستان‌ها وام‌های درازمدت به منظور انجام پروژه‌های عظیم نظیر احداث یک کلینیک

جدید؛ مرکز تصویربرداری دریافت می کنند که به آن پرداخت هزینه سرمایه می گویند، بیمارستان های غیرانتفاعی به ایجاد پول نقد برای این پروژه ها با سپردن اوراق قرضه به مردم می پردازند. پس از بارور شدن اوراق قرضه، پس از مدت مشخصی (مثلاً ۱۰، ۲۰ یا ۳۰ سال)، بیمارستان باید مبلغ کل اوراق قرضه (به انضمام سود) را به دارندگان اوراق قرضه بازگرداند. بیمارستان ها بیمه خالص یا بازپرداخت های این بدهی درازمدت را در صورت جریان نقدینگی زیر نقدینگی حاصل، از فعالیت های مالی ثبت می کنند.

فصل ششم: سلامت مالی بیمارستان

ارزیابی شرایط مالی یک بیمارستان

سه نوع نشانگر عملکرد برای سنجش شرایط مالی یک بیمارستان به کار می‌روند:

- آنالیز نسبت
- آنالیز جریان نقدینگی چندساله
- جدول شرکت‌های تابعه

آنالیز نسبت

هدف آنالیز نسبت، ربط دادن چند بخش مختلف از اطلاعات به یکدیگر از طریق یک معیار خلاصه شده است که معنادارتر است. نسبت‌ها را می‌توان در زمان‌های مختلف بررسی کرد که به آن آنالیز روند می‌گویند و می‌توان با بیمارستان‌ها یا استانداردهای صنعتی دیگر مقایسه کرد. نسبت‌ها را باید باهم برای درک جریان کامل یک بیمارستان به

کاربرد. نسبت‌ها به سه جنبه از عملکرد مالی یعنی سوددهی، نقدینگی و قدرت پرداخت بدهی اشاره دارند.

سوددهی

میزان سود یک شرکت و بیمارستان یا صرفاً پرداخت هزینه‌ها توسط آن‌را می‌گویند.

نقدینگی

نقدینگی یعنی توان شرکت در اجرای تعهدات کوتاه مدت خود. آیا بیمارستان پول کافی برای پرداخت بدهی خود دارد؟ و یا توانایی شرکت در اجرای تعهدات درازمدت خود به عنوان مثال، آیا بیمارستان می‌تواند وام خود را برگرداند؟

آنالیز جریان نقدینگی

آنالیز جریان نقدینگی، جریان نقدینگی به داخل و به خارج، در گذر زمان را جمع بسته و الگوی منابع و کاربردهای نقدینگی را ترسیم می‌کند. بیمارستان‌ها می‌توانند خدمات (فعالیت اجرایی) ارائه دهند، قرض بگیرند (فعالیت مالی) یا اموالی را بفروشند و بخرند (فعالیت سرمایه‌گذاری). یک بیمارستان سالم عمدتاً نقدینگی خود را از طریق فعالیت‌های اجرایی به ویژه درآمد اجرایی، درآمد غیر اجرایی و فرسودگی به دست می‌آورد. یک بیمارستان غیرسالم از قرض به عنوان یک منبع عظیم نقدینگی استفاده کرده و نقدینگی را در کارهای غیر سودمند به کار می‌برد. هزینه‌های استهلاک، بزرگ‌ترین منبع نقدینگی برای بسیاری از بیمارستان‌ها است.

جدول شرکت‌های تابعه

جدول شرکت‌های تابعه به تشریح ساختار سیستم سازمانی کمک می‌کند که بیمارستان به آن متعلق است. جدول ممکن است معلوم کند که آیا بیمارستان از سایر بنگاه‌های اقتصادی حمایت می‌کند یا از جانب سایر بنگاه‌ها حمایت می‌شود. جدول‌ها می‌توانند به تشریح روندها در نسبت‌ها و اثرات آن‌ها بر روی جریان‌های نقدینگی کمک کنند. ارزیابی وضعیت مالیاتی شرکت‌های تابعه هم حائز اهمیت است.

محیط کار بیمارستان

برای درک تصویر مالی بیمارستان، ارزیابی محیط کاری بیمارستان نیز مهم است. عوامل داخلی و خارجی، هر دو، می‌توانند بر روی سلامت مالی بیمارستان تاثیر بگذارند.

عوامل خارجی

تغییر در نحوه پرداخت‌ها

با تغییر شیوه پرداخت مؤدی‌ها، درآمد بیمارستان‌ها تحت تاثیر قرار می‌گیرند. بیمارستان‌هایی که کم‌هزینه‌تر هستند؛ احتمال بیشتری دارد که از پرداخت موردی سود ببرند. در مقابل، بیمارستان‌هایی که طول زیادی از بستری و عملیات‌های ناکارآمدتر را تجربه می‌کنند، ممکن است بیش از مقدار پرداخت جبرانی واقعی خرج کنند. نکته آخر این است که این بیمارستان‌ها ممکن است کاهش سود زیادی داشته باشند.

عملکرد سرمایه‌گذاری

همان‌طور که در بالا گفته شد، بیمارستان‌ها به اندازه‌های مختلف در زمینه سرمایه‌های بی‌مخاطره و بازار پول سرمایه‌گذاری می‌کنند. در نتیجه، تغییرات بازارهای

مالی ممکن است بر روی تصویر مالی آن‌ها تاثیر بگذارد. به علاوه، ممکن است بیمارستان‌ها سرمایه‌گذاری‌هایی در زمینه املاک یا ساختمان انجام دهند. بنابراین، تغییر در بازارهای مالی و املاک می‌تواند بر روی سلامت مالی نیز تاثیر بگذارد.

موقوفات / هدایا

واقفین ممکن است اعلام کنند که اموال وقفی آن‌ها برای هدف خاصی نظیر بهبود سرمایه به کار بروند. اغلب بیمارستان‌ها نمی‌توانند به این منبع درآمد به عنوان یک استراتژی مالی پایدار اعتماد کنند چون اصولاً وقف‌ها به افراد یا شرکت‌های محدودی وابسته‌اند.

عوامل داخلی

عملکرد شرکت‌های تابعه

موفقیت بیمارستان ممکن است به عملکرد شرکت‌های تابعه وابسته باشد. اگر کار این شرکت‌ها خوب باشد، بودجه‌ها ممکن است نصیب بیمارستان یا شرکت مولد شود. در مقابل، اگر یک شرکت وابسته عملکرد بدی داشته باشد، بیمارستان ممکن است بودجه‌ها را برای کمک به شرکت آماده سوددهی انتقال دهد. در صورتی که این جریان‌های روبه‌خارج نقدینگی بر روی پایین‌ترین خط تاثیر نگذارند، می‌شود این پول‌ها را در خود بیمارستان سرمایه‌گذاری کرد. در بررسی صورت‌های مالی بیمارستان، این نکته حائز اهمیت است که آیا بودجه‌ها به شرکت‌های تابعه یا از شرکت‌های تابعه انتقال می‌یابند؟

کنترل مدیریت (ترکیب خدمات، برنامه تعیین هزینه، تعیین پزشکان) گستره کنترل مدیریت در یک بیمارستان هم می‌تواند بر روی پایین‌ترین خط تاثیر بگذارد. مدیریت بیمارستان ممکن است در درمان بیماران بیشتر در یک فضای مناسب و سودمند، فعال باشد. به عنوان مثال ارائه خدمات قلبی می‌تواند حاشیه سود زیادی داشته باشد بنابراین، بیمارستان‌ها خدمات بخش قلب خود را ترقی می‌دهند. به علاوه، ممکن است بیمارستان رهنمودهای دقیقی را به خاطر مربوط بودن به بحث هزینه مشخص کند.

ترکیب مؤدی‌ها

ترکیب مؤدی‌های بیمارستان هم می‌تواند بر روی سوددهی مالی یک بیمارستان تاثیر بگذارد. اگر یک بیمارستان تعدادی از بیماران ثروتمند را که هزینه کامل بیمارستان را می‌پردازند (که بسیار بعید است)، درمان کند، آن بیمارستان می‌تواند حواشی مناسبی داشته باشد. در مقابل، اگر یک بیمارستان با بیماران بیمه نشده بسیاری یا بیمارانی که تحت یک برنامه درمانی مدیریت نشده‌ای قرار دارند، روبرو شود که دارای نرخ‌های قراردادی پایینی است، ترکیب مؤدی‌ها را می‌توان نامناسب دانست.

پرسش‌هایی اساسی در مورد مسائل مالی

قبل از تبدیل شدن به یک متخصص در زمینه مسائل مالی بیمارستان‌ها، چه نوع پرسش‌های مالی ممکن است اعضای جامعه از بیمارستان‌های خود پرسند؟ بعضی سوالات، اطلاعات مفیدی را در اختیارتان قرار می‌دهند.

- بیمارستان چقدر پول دارد؟

۲۷۰ / مدیریت اقتصاد بیمارستانی و صنعت بیمه

- بیمارستان پول خود را از کجا به دست می آورد؟ از طریق ارائه خدمات درمانی؟ یا از طریق ارائه خدمات غیر درمانی؟ از طریق وقف توسط افراد، نهادها یا دولت؟ از طریق سرمایه گذاری‌ها؟
- چند درصد از پول از هر یک از منابع به دست می آید؟
- بیمارستان از پول چه استفاده‌ای می کند؟
- بیمارستان پس از پرداخت هزینه‌های اجرایی چقدر نقدینگی ایجاد کرده است؟
- استراتژی سرمایه گذاری بیمارستان چیست؟
- خدمات درمانی خیرخواهانه چقدر برای جامعه ارزش داشته است؟
- ارزش تخمینی بخشودگی مالیاتی بیمارستان چقدر است؟
- کدام عوامل داخلی و خارجی بر روی سلامت مالی بیمارستان تاثیر می گذارد؟

بخش ۴

بهداشت جهانی و بیمه جهانی^۱

در بخش چهارم این کتاب مساله بهداشت جهانی و بیمه جهانی سلامت بررسی می‌شود. در حال حاضر بحث‌های مبسوطی درباره پوشش جهانی سلامت و بیمه جهانی در سازمان بهداشت جهانی مطرح شده است که آگاهی از آنها برای جامعه پزشکی و بهداشتی ما مفید خواهد بود. این بخش از کتاب از دو فصل تشکیل شده است که فصل هفتم به پوشش جهانی سلامت می‌پردازد و فصل هشتم بیمه جهانی را ارزیابی می‌کند. فصل هشتم کتاب حاضر در واقع ترجمه مقاله‌ای است که به بررسی بیمه جهانی سلامت در کشور تایوان می‌پردازد.

۱- در این بخش از ترجمه مقاله زیر استفاده شده است

WHO/World Bank Ministerial-level Meeting on Universal Health Coverage 18-19 February 2013, WHO headquarters, Geneva, Switzerland

فصل هفتم: پوشش جهانی سلامت

پوشش جهانی سلامت (UHC)¹

پوشش جهانی سلامت به عنوان موقعیتی تعریف می‌شود که در آن همه مردم قادر به استفاده از خدمات بهداشتی - درمانی با کیفیت مورد نیاز خود باشند و از مشکلات مالی پرداخت رنج نبرند.

حرکت به سوی UHC فرآیند تحقق (درک) تدریجی است و درمورد حصول پیشرفت در چند جبهه برای مردم است: محدوده موجود خدمات (شامل داروها، محصولات پزشکی، کارکنان حوزه سلامت، زیر ساخت‌ها و اطلاعات) نسبت هزینه‌های این خدمات تحت پوشش، و نسبت جمعیت تحت پوشش.

پوشش جهانی سلامت نه تنها موضوع بهداشتی درمانی بلکه موضوع توسعه‌ای است. پوشش جهانی سلامت با خدمات مورد نیاز سلامتی را بهبود می‌دهد یا حفظ می‌کند و در

1- UHC :Universal health coverage

نتیجه به مردم امکان کسب درآمد و به کودکان امکان یادگیری می‌هد. به آن‌ها اجازه می‌دهد تا از فقر بگریزند. به طور همزمان، پوشش مالی مانع از آن می‌شود که افراد به خاطر پرداخت‌های بیشتر برای سلامت به فقر کشیده شوند.

وعده‌های سیاسی، ارتباط بین پوشش و خدمات ضروری حوزه سلامت و حفاظت در برابر خطرات مالی را مورد تاکید قرار داده است و تبدیل این وعده‌ها به واقعیت در سطح کشورها آسان نیست. دشواری‌های پیچیده‌ای نظیر سطح پایین درآمد مالی، سیستم‌های ضعیف بهداشتی درمانی، تغییر الگوهای بیماری، جمعیت سالمند و نابرابری‌های زیاد اقتصادی و اجتماعی که همه کشورها با آن مواجه هستند، وجود دارد. هرچند، با وجود اینکه پوشش جهانی سلامت یک شبه حاصل نمی‌شود، ولی می‌توان هم اکنون اقداماتی انجام داد.

در سال‌های اخیر پیشرفت‌هایی حاصل شده است. به عنوان مثال، میزان تولد با حضور کارکنان ماهر بهداشتی درمانی از بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۰ در کشورهای در حال توسعه از ۵۹٪ به ۶۵٪ افزایش یافت. بسیاری از کشورها در حال کاهش وابستگی خود به پرداخت‌های مستقیم از جیب بیمار برای تأمین هزینه خدمات سلامت هستند.

هرچند اقداماتی انجام شده است اما کارهای زیادی همچنان باید انجام شود. نسبت بالایی از ۱/۴ میلیارد نفر افراد فقیر هنوز خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز خود را دریافت نمی‌کنند. کمبود بحرانی کارکنان حوزه سلامت در بسیاری از مناطق باقی مانده است و حفظ و ایجاد انگیزه در این کارکنان برای ارائه مراقبت‌های با کیفیت، نیازمند سرمایه‌گذاری‌های اضافی و محیط محرک حمایتی است. دسترسی به داروهای ضروری، به طور متوسط، تنها حدود ۳۵٪ از امکانات درمانی در ۲۷ کشور در حال توسعه را شامل می‌شود. به علاوه، سیستم‌های تهیه و توزیع ضعیف و نیز مصرف غیر منطقی داروها، از

فصل هفتم: پوشش جهانی سلامت / ۲۷۵

منابع مهم ناکارآمدی نظام‌های سلامت هستند. در بسیاری از کشورها، بودجه‌ها همچنان برای امکان‌پذیر ساختن پیشرفت بیشتر در جهت پوشش جهانی ناکافی است و مقادیر پرداختی از جیب بیمار در بسیاری از فقیرترین کشورهایی که مردم دارای بیشترین نیازهای بهداشتی درمانی هستند، بالا باقی مانده‌اند. نزدیک به ۱۵۰ میلیون نفر از وخامت مالی رنج می‌برند و ۱۰۰ میلیون نفر هر ساله به خاطر هزینه‌های پرداختی از جیب خود برای سلامت به زیر خط فقر کشیده می‌شوند.

پیشرفت برای شناسایی و غلبه بر موانع، نیازمند توانایی و تعهد همکاری از سوی وزارتخانه‌ها است. با توجه به کشور، سازمان‌های تأمین اجتماعی، وزارتخانه‌های کار، رفاه اجتماعی، بهداشت و درمان و امور خارجه هر یک نقشی را در تضمین حفاظت اجتماعی از جمعیت (از جمله گروه‌های آسیب‌پذیر)، بهبود هماهنگی موثر در میان دولت‌ها و شرکای توسعه در راستای اصول اعلامیه پاریس و بالاخره در شمول UHC به عنوان هدف توسعه بین‌المللی ایفا می‌کنند.

تعاملات موجود بین وزارتخانه‌های بهداشت و درمان و اقتصاد و دارایی، احتمالاً از جمله مهمترین تعاملات است به‌طوری‌که آن‌ها مشترکاً با چالش افزایش بودجه مالی و استفاده موثر از این بودجه‌ها برای تأمین تقاضای رو به رشد برای خدمات سلامت برای جمعیت شان مواجه هستند. وزارت‌های دارایی با نیاز به افزایش درآمد و تصمیمات بعدی برای تخصیص بودجه‌هایی برای سلامت و دیگر بخش‌ها برای به حداکثر رساندن سود دست و پنجه نرم می‌کنند. وزارت‌خانه‌های بهداشت و درمان اغلب برای دفاع از سرمایه‌گذاری در حوزه سلامت تلاش می‌کنند. تجربه کشورها حاکی از آن است که هماهنگی در انجام اقدامات بین این دو وزارت برای کشورها ضروری است تا به پوشش

جهانی سلامت نزدیک تر شوند یا بتوانند دستاوردهایی را که قبلاً به دست آورده‌اند، حفظ کنند.

حفظ پیشرفت به سوی UHC

درس‌ها و چالش‌های بحرانی پدیدار شده از تجربه کشورها

تجربه‌های اصلاحات در کشورها حاکی از چندین درس مهم در ارتباط با اقدامات سیاسی است که با پیشرفت به سوی اهداف UHC سازگار است. این درس‌ها گسترده‌اند و کتابچه‌های راهنما، چگونگی انجام اصلاحات را به تصویر نمی‌کشند. در عوض، آن‌ها می‌توانند به عنوان نقطه عطف عملیاتی در نظر گرفته شوند که هر کشور می‌تواند برای جمعیت منحصر به فرد خود اتخاذ کند. در واقع، چالش‌های بحرانی در حیطه تحقق قرار می‌گیرند.

هیچ راه واحدی برای سازمان‌دهی سیستم سلامت UHC وجود ندارد، اما اصولی وجود دارد که می‌تواند طرح را پیش برند. اهداف UHC (با کاهش شکاف بین نیاز به خدمات و استفاده از آن‌ها، بهبود کیفیت و بهبود حفاظت مالی) موجب هدایت مسیرهای گسترده برای پیشرفت می‌شوند، اما اصلاحات در هر کشوری با سیستم و بافت موجود آن کشور آغاز می‌شود. مسیر به سمت UHC باید بومی باشد، اما این بدین معنا نیست که یک مسیر بهتر از مسیر دیگر است. درس مهمی که از تجربه به دست آمده این است که نیاز به راه‌برد اصلاح عملی است که به وضوح به گونه‌ای جهت‌گیری شده است که به موانع پیشرفت به سوی UHC بپردازد و رویکرد منسجمی را برای تنظیم مؤلفه‌های مختلف سیستم فراهم کند. هرچند، برای اینکه معنادار باشد، باید درون یک چارچوب مالی واقعی برای بخش سلامت گنجانده شود و ماهیت سیستم سیاسی-اداری کشور را در نظر بگیرد

(مثلاً، چه تصمیماتی در سطوح مرکزی، منطقه‌ای و ناحیه‌ای در بخش دولتی گرفته می‌شود).

اصلاحات تأمین بودجه سلامت (افزایش و ادغام بودجه) برای UHC

توجه به این نکته مهم است که اهداف حفاظت مالی جهانی و مساوات در استفاده از خدمات مورد نیاز هنگامی به خوبی تأمین می‌شود که سیستم‌های بهداشتی درمانی به طور چشمگیری به بودجه‌های پیش پرداخت شده اجباری من جمله درآمدهای کلی دولت، سهم بیمه اجتماعی اجباری، یا ترکیبی از آن‌ها اتکا کنند. هیچ کشوری در جهان به پوشش جهانی جمعیت بر اساس مشارکت‌های داوطلبانه و قطعاً با تکیه بر پرداخت‌های بیمار دست نیافته است.

صحبت در مورد وابستگی کلی به بودجه‌های پیش پرداخت شده اجباری و برای بسیاری از کشورها آسان‌تر از انجام آن است. تلاش‌ها برای افزایش بودجه از طریق سهم بیمه‌های اجتماعی مرتبط با دستمزد، باعث افزایش خطر بروز نابرابری بین شرکت کنندگان و افرادی می‌شود که شغل رسمی ندارند و همچنین ممکن است دارای اثرات بدی بر اشتغال و رقابت اقتصادی باشد. اثبات شده است که مشارکت در حق بیمه برای افراد بیرون از بخش رسمی، حتی در جایی که این موضوع اجباری است، اجرایش بسیار دشوار است. مرکزیت تأمین بودجه عمومی برای UHC ایجاد هماهنگی دقیق بین مقامات بهداشت و درمان ملی و اقتصاد دارایی ضروری است. این امر همچنین باعث افزایش چالش‌های مهم، به ویژه ایجاد توازن در نیاز نظام سلامت برای جریانی ثابت و قابل پیش‌بینی از بودجه‌ها با تقاضای ایجاد شده از مدیران مالی از همه بخش‌ها می‌شود. این موضوع همچنین منجر به ایجاد توازن در نیاز نظام سلامت برای استفاده قابل انعطاف از

بودجه‌ها با شرایط نظام مدیریت مالی بخش عمومی بمنظور داشتن خطوط روشنی از پاسخگویی در استفاده از این بودجه‌ها می‌شود.

به ویژه برای کشورهای فقیرتر، واقعیت‌های مالی به شدت امکان اعتماد به تأمین بودجه عمومی را کاهش می‌دهد، که این امر به نوبه خود باعث چالش‌های زیادی در این حوزه حیاتی خواهد شد و مبادلات می‌شود.

وعده دادن و پاسخگو بودن برای حفظ این وعده‌ها

در بسیاری از کشورها، محرک UHC به گونه‌ای باید در قوانین گنجانده شود که حق دسترسی به سلامت، دسترسی برابر به خدمات یکسان بهداشتی درمانی یا مقررات مربوط را تضمین کند. در اصل، چنین قوانینی، وعده‌ای است که دولت‌ها قصد دارند بدان عمل کنند و کشورها سازوکارهای متعددی را برای آنکه جمعیت‌شان به تدریج این حقوق را محقق سازند، ارایه کرده‌اند.

هیچ سیستم سلامت در جهان نمی‌تواند برای همه افراد همه امکانات را فراهم کند؛ هر کشوری با توجه به اینکه چه خدماتی، برای چه کسی و با چه میزان از قدرت خرید ارایه خواهد داد، در مواجهه با تجارت خواهد بود. اولویت بندی در هر سه بعد پوشش، یعنی جمعیت، خدمات و هزینه، احتمالاً دشوارترین چالش سیاسی در مسیر تحقق UHC است و این اولویت بندی همزمان با توسعه خدمات و فن‌آوری‌های بهداشتی درمانی جدید ادامه می‌یابد. با وجود این، آنچه مخصوصاً گیج‌کننده است، زمانی است که نظام‌ها به وعده‌های خود عمل نمی‌کنند. یعنی هنگامی که خدماتی که باید برای جمعیت ارایه شوند، در عمل فراهم نمی‌آیند. این مسئله ممکن است به شکل عدم ارایه خدمات، یا نیاز بیمار به

فصل هفتم: پوشش جهانی سلامت / ۲۷۹

پرداخت غیر رسمی برای خدماتی که قرار بود در هر بسته تعریف شده سود فراهم شود، آشکار گردد.

از این رو وعده دادن کافی نیست، کشورها همچنین مکانیزم‌هایی را ارایه می‌کنند تا شهروندان را قادر به مسئول دانستن دولت، برای به جای آوردن این وعده‌ها کند. وجود ارتباطات ضروری است به طوریکه مردم در واقع از حقوق خود آگاه باشند. کشورها همچنین از اقداماتی مرتبط استفاده می‌کنند تا مردم را قادر به مطالبه حقوقشان کنند، که شامل مکانیزم شکایت و جبران خسارت در دادگاه‌ها است.

تحقق وعده خدمات کیفیت بالا و موثر بهداشتی درمانی

یک سکوی ضروری برای UHC، وجود پوشش جغرافیایی گسترده نظام‌های ارایه خدمات بهداشتی درمانی برای تضمین دسترسی برابر جمعیت به مراقبت‌های درمانی است. سطح اولیه مراقبت، یعنی «خدماتی که به مشتری نزدیک است» اولویت برای تقویت و تشخیص این امر است که تعادل بین خدمات مربوط به افراد (یعنی درمان و تسکین) تضمین شود. پوشش جهانی با خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز، به نوبه خود، بسیاری از مولفه‌های مختلف را با هم ادغام می‌کند که شامل دسترسی جهانی به داروهای ضروری و محصولات بهداشتی درمانی است. تعهد سیاسی به UHC می‌تواند سکوی پرتابی برای سرمایه‌گذاری‌ها و اصلاحات نظام سلامت فراهم کند که برای تضمین دسترسی خدمات ضروری است.

تعدیل در ارایه خدمات و تأمین بودجه برای حصول اطمینان از اینکه موارد وعده داده شده، تأمین بودجه می‌شوند و اینکه مشوق‌ها برای ارایه موثر و با کیفیت آن خدمات پابرجا هستند، امری حیاتی است. این امر نیازمند توانایی در برقراری توازن بین خدمات (با

منابعی که انتظار می‌رود موجود باشند) و استفاده از شیوه‌های پرداخت توسط تأمین‌کنندگان (بگونه‌ای که بسته مذکور صرفاً اعلام نشود بلکه حقیقتاً خریداری شود) است.

نظارت بر پیشرفت و ترویج پاسخگویی در قبال UHC

طرح‌ها نه تنها باید اهداف وسیع و راهبردها را به اهداف عینی و مراحل تحقق دقیق تبدیل کنند، بلکه باید این کار را بگونه‌ای انجام دهند تا قابل ارزیابی و سنجش باشد. هدف از این کار دو چیز است: فراهم کردن امکان ارزیابی پیشرفت و ارزیابی و تنظیم راهبردهای خاص اجرا و تضمین پاسخ‌گویی عمومی در مورد عملکرد و استفاده از بودجه‌های عمومی. این امر از نظر سیاسی چالش برانگیز است، زیرا حتی با داشتن یک طرح عالی، نمی‌توان همه احتمالات را پیش‌بینی کرد. اگر محیط سیاسی در هر مرحله از شناسایی مشکلات، نیازمند تغییر بنیادی در مسیر خود باشد، حفظ و تداوم پیشرفت کاری دشوار است.

برپایی و تقویت سکویی برای UHC امری ضروری است. این امر شامل دو چیز است: (۱) نظارت منظم بر پیشرفت، یعنی استفاده از حساب‌های ملی سلامت برای پیگیری منظم هزینه‌های بهداشت و درمان، از جمله آمار مبتنی بر بررسی از خانواده‌ها در مورد هزینه‌های از جیب پرداخت شده گروه‌های مختلف جمعیت و (۲) استفاده از سیستم‌های معمول اطلاعاتی سلامت یا انجام بررسی‌هایی برای پیگیری پوشش خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز.

تقاضای زیادی برای یک چارچوب نظارتی برای UHC که پوشش دهنده هر دو مولفه آن باشد، وجود دارد. این دو مولفه عبارتند از: پوشش خدمات سلامت مورد نیاز با

فصل هفتم: پوشش جهانی سلامت / ۲۸۱

کیفیت خوب و پوشش حفاظت ریسک مالی. این هر دو پوشش برای کشورها ضروری است تا خود را با نیازهای ملی سازگار کنند و همینطور برای نظارت بین المللی ضروری است، به ویژه در فرآیند برپایی اهداف توسعه پایدار بین المللی بعد از سال ۲۰۱۵. WHO و بانک جهانی کارهای مشترکی را در این چهارچوب آغاز کرده‌اند.

فصل هشتم: بیمه جهانی سلامت و مراقبت‌های

بهداشتی درمانی

عملکرد بیمه سلامت ملی تایوان

در این بخش از کتاب نمونه ای از، بیمه جامع سلامت و تأثیری که این نوع بیمه بر نظام مراقبت‌های بهداشتی درمانی دارد، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. این بخش از کتاب در واقع ترجمه مقاله‌ای است که بیمه جامع سلامت را در کشور تایوان بررسی کرده است. بدین منظور عملکرد بیمه سلامت ملی تایوان¹ نقطه هدف بیمه جامع سلامت بوده است که در ادامه ارزیابی خواهد شد.

عملکرد بیمه سلامت ملی تایوان یک برنامه بیمه بهداشت و درمان اجرائی در سال ۱۹۹۵ میلادی است که خدمات جامعی را پوشش می‌دهد. نویسندگان دو سؤال اصلی را مورد توجه قرار می‌دهند: آیا بیمه سلامت ملی تایوان باعث شد که هزینه سلامت و

1 NHI :National Health Insurance

فصل هشتم: بیمه جهانی سلامت و مراقبت‌های بهداشتی درمانی / ۲۸۳

بهداشت تا سطح غیرقابل قبولی افزایش شود؟ مزایای بیمه سلامت ملی تایوان چیست؟ نظام سلامت ملی بیمه شدگان تایوان، امکان مدیریت تورم هزینه‌های بهداشت و درمان را برای تایوانی‌ها فراهم می‌کند و پس‌اندازهای حاصل عمدتاً هزینه نهایی پوشش بیمه را خنثی می‌کند. در بیمه سلامت ملی تایوان، تایوانی‌ها امکان دسترسی یکسانی به بهداشت و درمان، حفاظت بیشتر در مقابل خطرات مالی و عدالت در تأمین مالی مراقبت‌های سلامت را دارند. بیمه سلامت ملی تایوان به طور مداوم ۷۰ درصد میزان رضایت عمومی را دریافت کرده است.

سابقه

جمعیت تایوان در حدود بیست و سه میلیون نفر است که در یک جزیره بزرگ و چندین جزیره کوچک با مساحت ۳۶۰/۰۰۰ کیلومترمربع (مانند مساحت هلند) زندگی می‌کنند. تولید ناخالص ملی (GNP)^۱ آن به ۱۳۰۰۰ دلار برای هر نفر تا اواخر دهه ۱۹۹۰ رسیده است.

تایوان با اقتصاد آزاد خود، دارای نظام ارایه مراقبت‌های سلامت مبتنی بر بازار با ترکیبی از بیمارستان‌های دولتی و خصوصی (۳۵ درصد تخت‌ها عمومی، ۶۵ درصد خصوصی است). ۶۳ درصد از پزشکان به استخدام بیمارستان درآمده‌اند و براساس عملکردشان حقوق دریافت می‌کنند؛ برخی براساس بهره‌وری‌شان پاداش دریافت می‌کنند. عده باقی‌مانده خدمات پزشکی خصوصی رایگان ارایه می‌کنند. پزشکانی که در درمانگاه‌های خصوصی فعالیت می‌کنند؛ از امتیازات پذیرش بیمارستان برخوردار نیستند. از این‌رو، بیمارستان‌ها بخش‌های سرپایی بزرگ و درمانگاه‌های وابسته احداث کرده‌اند؛

1- GNP: gross national product

امکان دسترسی یکسانی به مراقبت‌های سلامت و کنترل هزینه‌های بهداشتی درمانی تا سطحی معقول برای شهروندان فراهم شده است. بیمه بهداشت ملی تایوان موفق به فراهم کردن بسته مزایای جامع شد که خدمات پیشگیرانه و پزشکی، داروهای تجویزی، خدمات دندان پزشکی، طب چینی و بازدیدهای خانگی توسط پرستار را ارایه می‌کند. بیمه سلامت ملی تایوان برای هر بار مراجعه سرپایی به درمانگاه‌ها ۵ دلار هزینه، برای هر بار مراجعه به درمانگاه بیمارستان ۸ دلار و ده درصد هزینه بیمه برای خدمات بستری را پرداخت می‌کند و کل مبلغی را که بیمار باید هر سال پردازد با ۱۰ درصد از متوسط درآمد ملی هر فرد پوشش می‌دهد. شروع اجرای بیمه سلامت ملی تایوان در مارس ۱۹۹۵ بود. ۹۲ درصد از جمعیت تا پایان سال ۱۹۹۵ و ۹۶ درصد تا پایان سال ۱۹۹۶ در بیمه سلامت ملی تایوان عضویت دارند.

تا پایان سال ۲۰۰۱، ۹۷ درصد از کل جمعیت تایوان که واجد شرایط بودند، نام‌نویسی کردند. ۳ درصدی که نام‌نویسی نکردند، احتمالاً خارج از کشور یا در مناطقی دوردست بوده‌اند و شاید شامل افراد نسبتاً فقیر با منابع درآمدی نامنظم یا افراد مستقل و افراد خود اشتغال ثروتمند می‌شدند.

تأثیر بیمه ملی سلامت

بیمه سلامت ملی تایوان امکان دسترسی مالی نسبتاً یکسانی را برای همه شهروندان به خدمات جامع بهداشت و درمان فراهم می‌کند و از همه شهروندان در مقابل خطرات مالی از هزینه زیاد پزشکی حفاظت می‌کند. این طرح بیمه‌ای به طور همزمان، به بیماران اجازه می‌دهد آزادانه بتوانند تأمین‌کننده خدمات خود را انتخاب کنند و به بیمارستان‌ها و پزشکان اجازه می‌دهد تا آزادانه وضعیت فعالیت خود را انتخاب کنند و براساس هزینه برای

فصل هشتم: بیمه جهانی سلامت و مراقبت‌های بهداشتی درمانی / ۲۸۵

خدمات پول دریافت کنند. مزایای بیمه سلامت ملی تایوان برای تایوانی‌ها چه بوده است؟ برنامه بیمه سلامت ملی تایوان چه هزینه‌ای برای شهروندان تایوانی و مالیات‌دهندگان داشته است؟ آیا عموم مردم از این برنامه راضی هستند و برنامه از چه میزان حمایت برخوردار است؟ در اینجا ارزیابی مختصری در این رابطه ارائه می‌شود.

دسترسی به خدمات و استفاده از آن‌ها

بسته جامع مزایای بیمه سلامت ملی تایوان تا حد زیادی دسترسی مالی افراد را به خدمات بهداشتی درمانی برابر کرده است. اکثر خدمات پیشگیرانه (معاینات دوره‌ای، مراقبت‌های بهداشتی مادر و کودک و مراقبت منظم از کودک تا سن ۶ سالگی) کاملاً رایگان است. مراجعه منظم به مطب پزشک هزینه کمی دارد (۵ دلار آمریکا برای هر مراجعه) که خانوارهای فقیر از آن معاف‌اند. با این حال، نرخ پرداخت توسط فرد و بیمه خویش‌فرما کاهنده است زیرا آن‌ها با توجه به درآمد بیمار ثابت و یکسان هستند. هرچند، این‌ها به گونه‌ای طراحی شده‌اند تا از هزینه عمومی اداره یک برنامه فردی پیچیده اشتراک هزینه مرتبط با درآمد اجتناب کنند.

تایوان داده‌های جامع مورد نیاز برای ارزیابی کامل اثرات بیمه سلامت ملی تایوان بر دسترسی به مراقبت‌های سلامت را جمع‌آوری نکرده است. در یک مطالعه همگن کوچک از ۱۰۲۵ بزرگسال که به طور تصادفی انتخاب شدند، به این نتیجه رسید که بعد از شروع بیمه سلامت ملی تایوان، افرادی که قبلاً بیمه نبودند، استفاده از مراجعه‌های سرپایی خود را نسبت به افرادی که قبلاً بیمه بودند، تا حد کمی افزایش داده‌اند. آمارهای جمع‌آوری شده از بیمارستان‌ها نشان می‌دهد که متوسط نرخ بستری در بیمارستان از ۱۱۰ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر در سال ۱۹۹۴ تا ۱۲۰ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر در سال ۱۹۹۶ افزایش یافته است.

دسترسی مالی نسبتاً یکسان، الزاماً به این معنا نیست که تأمین کنندگان خدمات به لحاظ فیزیکی در فاصله معقولی از فرد قرار دارند. تایوان دارای همسایگان کم درآمدی است و ۶۴ درصد از جمعیت این کشور در جزیره‌های دور و در نواحی کوهستانی زندگی می‌کنند. هرچند ممکن است این افراد دسترسی مالی نسبتاً یکسانی داشته باشند، افراد فقیر و افرادی که در نواحی دور زندگی می‌کنند ممکن است به خاطر توزیع بد منابع مراقبت‌های سلامت، دسترسی فیزیکی یکسانی به این منابع نداشته باشند. به عنوان مثال، گزارش شده است که ۵۹ درصد از ساکنان نواحی کوهستانی بیش از ۳۰ دقیقه (از هر طرف) از پزشک اولیه خود فاصله دارند. دفتر بیمه خدمات درمانی ملی (بیمه سلامت ملی تایوان)^۱ در جهت بهبود این مشکل از طریق یک برنامه چندجانبه اقدام کرده است. از لحاظ آرایه خدمات، انگیزه‌هایی برای تأمین کنندگان ایجاد شد تا بتوانند در نواحی دور فعالیت کنند.

همچنین بیمه سلامت ملی تایوان خدماتی را برای سفر به مناطق دور با برنامه منظم سازمان‌دهی و تشویق کرد و از جنبه تقاضا، افراد فقیر و افرادی را که در نواحی دور زندگی می‌کنند، از پرداخت هزینه‌ها معاف کرد.

کیفیت مراقبت‌های درمانی

تایوان اطلاعات جامعی را در مورد کیفیت مراقبت‌های درمانی جمع‌آوری نکرده است. نشانه خام آن این است که کیفیت بالینی از زمان اجرای بیمه سلامت ملی تایوان نه کاهش و نه بهبود یافته است، چرا که بیمه سلامت ملی تایوان تلاشی جدی در جهت بهبود و نظارت بر کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی انجام نداده است. تضمین کیفیت رسمی

1 Insuranc Bureau of National Health

فصل هشتم: بیمه جهانی سلامت و مراقبت‌های بهداشتی درمانی / ۲۸۷

در این کشور هنوز در مراحل اولیه است. تا سال ۱۹۹۸ برنامه اعتبار (امتیازدهی) داوطلبانه به بیمارستان‌ها توسط دولت آغاز نشده بود. این برنامه هنوز داوطلبانه است. هیچ مقرراتی وجود ندارد که گزارش منظم عملکرد بالینی، درآمدهای بیمار و عوارض جانبی را الزامی کند. بعلاوه، بیمارستان‌ها مستلزم داشتن سیستم یکنواخت ثبت بالینی نیستند.

به طور همزمان، بیمه سلامت ملی تایوان تلاشی جدی برای اثرگذاری بر گسترش آخرین فن‌آوری‌های پیچیده پزشکی را انجام نداده است. قبل از بیمه سلامت ملی تایوان، گسترش فن‌آوری با بودجه دولتی یا با مطالبه از بیماران تأمین بودجه می‌شد که این اقدام همچنان ادامه دارد. هر چند، تعداد کمی از تولیدکنندگان این فن‌آوری‌ها دلیل آورده‌اند که در چندین مورد، تأخیرهای طولانی‌تری در تأیید داروهای جدید و ابزارهای پزشکی جدید از زمان اجرای این بیمه وجود داشته است. جمعیت تحت پوشش بیمه سلامت ملی تایوان در برابر هزینه‌های پزشکی کلان و نامعلوم، نسبت به درمان‌های بلندمدت محافظت شده‌اند.

تایوان زمان‌های انتظار برای جراحی‌های انتخابی و مراقبت‌های معمول را مورد نظارت قرار داده و هیچ تغییری گزارش نشده است. نظرسنجی‌های عمومی هیچ‌گونه افزایشی را در زمان انتظار برای هر نوع خدماتی نشان نداده‌اند.

حفاظت در مقابل خطرات مالی

بیمه سلامت ملی تایوان بسته جامعی از خدمات را پوشش می‌دهد که شامل همه خدمات پزشکی و آزمایشگاهی، مراقبت‌های دندان‌پزشکی، داروها، طب و داروهای چینی و بازدید توسط پرستار خانگی است. ۱۰ درصد حق بیمه برای بستری شدن در بیمارستان با

۶ درصد از متوسط درآمد ملی هر شخص برای هر پذیرش و با ۱۰ درصد برای هر سال پوشش داده می‌شود. خانوارهای فقیر از پرداخت هر هزینه‌ای معاف هستند. به طور خلاصه، جمعیت تحت پوشش بیمه سلامت ملی تایوان به خوبی در برابر هزینه پزشکی کلان و نامشخص نسبت به درمان‌های بلندمدت، محافظت می‌شود. به علاوه، محاسبه هزینه سلامت ملی نشان می‌دهد پرداخت از جیب بیماران از ۴۸ درصد کل هزینه مراقبت‌های بهداشتی درمانی در سال ۱۹۹۲ به ۳۰ درصد در سال ۲۰۰۰ کاهش یافته است.

عدالت در تأمین مالی بیمه سلامت ملی تایوان

روشی برای ارزیابی عدالت در تأمین بودجه به وسیله طبقه اجتماعی-اقتصادی توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) ایجاد شد. هرچند، بی‌طرفی WHO در روش شاخص کمک مالی (FFC) به طور گسترده‌ای مورد انتقاد قرار گرفت، اما این روش هنوز تنها روشی است که برای ارزیابی عدالت در تأمین بودجه برای همه کشورها به کار می‌رود.

شاخص کمک مالی^۱ FFC، سازمان بهداشت جهانی قصد دارد تا نابرابری در سهم درآمد خانوار در پرداخت هزینه‌های سلامت را ارزیابی نماید. سهم مالی یک خانوار برای سلامت، به عنوان نسبت کل هزینه خانوار برای سلامت به ظرفیت کل خانوار برای پرداخت تعریف می‌شود. مقدار شاخص از ۰ تا ۱ در نوسان است. کشورهایی با امتیازات نزدیک‌تر به ۱ از کشورهایی با امتیازات کمتر در تأمین بودجه مربوط به مراقبت‌های درمانی به عدالت نزدیک‌ترند. با استفاده از روش WHO برای محاسبه شاخص FFC

1- fairness in financial contribution

فصل هشتم: بیمه جهانی سلامت و مراقبت‌های بهداشتی درمانی / ۲۸۹

براساس داده‌های مربوط به نظرسنجی‌های درآمد و هزینه خانوار سالانه دولت، دریافته‌ایم که برابری در تأمین بودجه مراقبت‌های سلامت در تایوان از زمان اجرای این بیمه (۰/۹۹۹) در سال ۱۹۹۸ در مقایسه با ۰/۸۸۱ (در سال ۱۹۹۴) افزایش یافته است. تغییر در شاخص FFC نشان می‌دهد که تقسیم بار تأمین مالی سلامت که خانوارها متحمل می‌شدند، از زمان شروع بیمه سلامت ملی تایوان بهتر و به برابری نزدیک شده است. امتیاز ۰/۹۹۲ تایوان به طور مطلوبی با امتیازات کانادا (۰/۹۷۴)، آلمان (۰/۹۷۸) و ژاپن (۰/۹۷۷) مقایسه می‌شود. در میان کشورهای سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (OECD)، مشخص شده است که ایالات متحده آمریکا با امتیاز ۰.۹۵۴ غیر منصف‌ترین کشور در تأمین مالی سلامت است.

مدیریت افزایش هزینه‌های بهداشتی درمانی

اگرچه بیمه سلامت ملی تایوان باعث شده است مراقبت‌های درمانی از نظر آرایه خدمات برای بیماران قابل پرداخت شود، ولی به چه میزان باعث افزایش هزینه کل سلامت شده است؟ آیا تایوان قادر به مدیریت (کنترل) هزینه افزایش یافته تحت بیمه سلامت ملی تایوان بوده است؟ در مقایسه با وضعیتی که در آن تایوان پوشش جهانی را نپذیرفته بود، هزینه مالی اضافی ناشی از اتخاذ طرح بیمه سلامت ملی تایوان برای این کشور چه مقدار بوده است؟

بیمه سلامت ملی تایوان چندین اثر مستقیم بر هزینه سلامتی تایوان در بر داشته است.

بعضی از تغییراتی که موجب افزایش هزینه سلامت شده، شامل موارد زیر است:

۱- افرادی که از قبل تحت پوشش بیمه نبودند، استفاده از خدمات بهداشتی درمانی

را افزایش دادند؛

۲- مراقبت‌های رایگان از مادر و کودک و معاینه عمومی سالانه، مستعد افزایش استفاده از این خدمات هستند؛

۳- اقدامات درمانی اتخاذ شده برای توزیع مجدد تأمین‌کنندگان خدمات در نواحی‌ای که تحت پوشش این خدمات نیستند، ممکن است باعث شده باشد ساکنان آن نواحی بیشتر از خدمات بهداشتی درمانی استفاده کنند. از سوی دیگر، تغییرات مختلف ایجادشده توسط بیمه سلامت ملی تایوان می‌تواند هزینه‌های بهداشتی درمانی را کاهش دهد که شامل موارد زیر است:

(۱) معرفی تمهیدات سهم شدن در هزینه‌ها ممکن است موجب کاهش نرخ استفاده افرادی شده باشد که از قبل تحت پوشش بیمه بودند و قبل از بیمه سلامت ملی تایوان سهم پرداخت کمتری داشتند.

(۲) سیستم تک‌پرداخت‌کننده، ابزارهایی را برای تایوان فراهم می‌کند تا بتواند هزینه‌های سلامت را به طور موثرتری مدیریت کند. این ابزار شامل: پروفایل‌های تأمین‌کننده و بیمار است تا از طریق آن بتوان ادعاهای حيله‌گرانه، هزینه اضافی، تکرار خدمات و آزمایش‌ها و غیره را شناسایی و کاهش داد، یک فرآیند گزارش‌دهی یکنواخت و سیستم بایگانی حق بیمه، (که به شدت موجب کاهش هزینه دادوستد شد) و هزینه مذاکره شده که تحت بودجه جهانی زمان بندی می‌شود، ممکن است هزینه پزشکی را تا میزان کمتری نسبت به زمانی که بیمه سلامت ملی تایوان اتخاذ نشده بود، کاهش دهد.

قبل از بیمه سلامت ملی تایوان، تایوان یک سیستم چندپرداخت‌کننده داشت که از سه برنامه اصلی بیمه اجتماعی به اضافه پرداخت غیرمستقیم توسط بیماران تشکیل می‌شد. برنامه‌های بیمه مجزا هر یک دارای بسته‌های سود مختلف، قوانین خاص حاکم بر

فصل هشتم: بیمه جهانی سلامت و مراقبت‌های بهداشتی درمانی / ۲۹۱

پرداخت‌های حق بیمه و نرخ پرداخت‌های خاص خود است. هر سه به طور مجزا با تأمین‌کننده‌های انتخابی ادغام شدند. این مدیریت‌های مختلف هزینه‌های اضافی را به هنگام تحمیل هزینه‌های اجرایی اضافی بر تأمین‌کنندگان به بار آورده است. یک روند گزارش‌دهی یکنواخت جهانی و سیستم بایگانی ادعاها، هزینه اجرایی را کاهش می‌دهد و دارای مقیاس صرفه‌جویی (اقتصادی) است. هزینه عملیاتی مستقیم از برنامه بیمه سلامت ملی تایوان، تقریباً ۲ درصد کل هزینه‌ها است. درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها دریافته‌اند که هزینه‌های اجرایی آن‌ها تا ۱ استاندارد تحت بسته سود کاهش یافته و یک استاندارد گزارش و روند پرداخت حق بیمه توسط تک‌پرداخت‌کننده شکل گرفته است. برعکس، تحقیقات نشان داده است که هزینه معامله در ایالت متحده بالغ بر بیش از ۲۰ درصد درآمدهای حاصل از حق بیمه است.

رضایت عمومی

برای نظارت بر اجرا و عملیات بیمه سلامت ملی تایوان، دولت تایوان نظرسنجی منظمی را انجام داد تا میزان رضایت عمومی از برنامه این بیمه را بسنجد. در چند ماه اول اجرا، نرخ رضایت عمومی کم و حدود ۴۰ درصد بود، اما یک سال بعد تا ۶۰ درصد افزایش یافت. از آن به بعد بین ۶۴ درصد و ۷۱ درصد در نوسان بوده، به گونه‌ای که UHI به عنوان مورد تأیید برنامه تایوان شناخته شده است.

صحنه سیاسی

سه سال بعد از پیدایش بیمه سلامت ملی، تایوان شروع به پیش‌بینی مشکلات مالی این طرح کرد. این موضوع قابل پیش‌بینی و دلایل ساده بود. در حالی که بیمه سلامت ملی تایوان به طور موفقیت‌آمیزی افزایش هزینه‌های سلامت را مدیریت کرده است، پایه

درآمدی آن که از درآمدها به دست می‌آید، همگام با افزایش درآمد ملی پیش نمی‌رفت. از آنجایی که پایه درآمد محدود بود، بسیار کندتر از درآمد ملی رشد می‌کرد. در این میان، در سراسر جهان، افزایش هزینه‌های پزشکی ناشی از جمعیت سالمند و فن‌آوری‌های جدید پزشکی مستلزم آن بود که درصد بالاتری از درآمد ملی صرف تأمین بودجه سلامت شود. هرگونه رویکرد تأمین مالی مراقبت‌های درمانی که به درآمد ملی جاری به عنوان مبنایی برای تأمین بودجه برنامه وابسته است، باید همانند آمریکا نرخ مشارکت خود را به طور دوره‌ای افزایش دهد. پوشش پایه درآمد تنها مشکل را برای تایوان تشدید می‌کند و مستلزم افزایش مکرر نرخ حق‌السهم (مشارکت) خواهد بود.

برای افزایش میزان مشارکت، دولت مجبور شد افکار عمومی و پشتیبانی را بسیج کند. دولت تایوان امیدوار بود تا زنگ خطر را زود به صدا درآورد، طوری که قبل از تبدیل شدن مشکل مالی به بحران، اقداماتی اتخاذ شود (مشابه آنچه که برای برنامه مراقبت‌های پزشکی آمریکا انجام شد). برای انجام این کار، دولت می‌بایست مشکل را بزرگ جلوه دهد تا توجه عموم را به خود معطوف سازد. مخالفان سیاسی از این فرصت برای انتقاد از دولت استفاده کردند. از آنجا که عموم مردم معمولاً علاقه زیادی به بیمه سلامت ملی تایوان دارند، بسیاری از سیاستمداران می‌خواستند از این بیمه به عنوان سکویی برای جلب توجه مردم استفاده کنند.

درس‌های اصلی

تایوان فرصتی را برای مطالعه و بررسی اینکه چگونه چطور یک اقتصاد پیشرفته می‌تواند سیستم مراقبت‌های سلامت خود را سرو سامان دهد تا اهداف اجتماعی خود را پیش ببرد، ارائه می‌کند. تایوان از تجربه جهانی خود آموخته است که درحالی که بازار آزاد می‌تواند

فصل هشتم: بیمه جهانی سلامت و مراقبت‌های بهداشتی درمانی / ۲۹۳

اغلب محصولات و اهداف را به طور موثری تولید کند، قادر به توزیع برابر کالاها نیست، زیرا درآمد و ثروت خانواده‌ها به طور برابر تقسیم نمی‌شود. بعلاوه، بازار بیمه بهداشت و درمان از شکست‌های بزرگ بازار ناشی از انتخاب نامطلوب و انتخاب ریسکی، رنج می‌برد. هنگامی که جامعه‌ای در مورد دسترسی برابر مردم به مراقبت‌های درمانی و ادغام خطرات بهداشتی درمانی به شدت نگران است، بازار آزاد انتخاب خوبی نیست. شواهدی از ایالات متحده به طور زیادی این نتیجه‌گیری را تأیید می‌کند.

تایوان یک برنامه اجباری بیمه درمانی ملی را منتشر کرد که پوشش جهانی وابسته سود جامعی را برای همه ساکنانش فراهم می‌آورد. علاوه بر فراهم کردن دسترسی برابر به مراقبت‌های سلامت و حفاظت در برابر خطر مالی، بیمه سلامت ملی تایوان ابزارهایی را برای مدیریت افزایش هزینه‌های سلامت ارائه می‌کند. تایوان بدون آنکه به طور مشهودی از منابع بیشتری نسبت به آنچه که بدون برنامه مصرف می‌شود استفاده کند، قادر به اجرای این طرح است. به نظر می‌رسد منابع اضافی که باید برای پوشش‌دهی افرادی که تحت بیمه نبودند، صرف شود، به شدت به وسیله پس‌اندازهای حاصل از کاهش اضافه هزینه‌ها، تکرار و استفاده بیش از حد خدمات بهداشتی درمانی و آزمایش‌ها، هزینه دادوستد و دیگر هزینه‌ها جبران می‌شود. افزایش کل هزینه سلامت ملی بین سال‌های ۱۹۹۵ و ۲۰۰۰ بیش از میزانی که تایوان بر اساس روند تاریخی خود صرف می‌کند نبود.

بعلاوه، تایوان هیچ‌گونه افزایش گزارش‌شده‌ای را در صف و زمان انتظار تجربه نکرده است. ضمناً، دولت هر سه ماه یک‌بار به طور منظم از افکار عمومی نظرسنجی می‌کند تا میزان رضایت عموم مردم از بیمه سلامت ملی تایوان را بسنجد. این طرح به طور مداوم از نرخ رضایت حدود ۷۰ درصدی برخوردار است که از جمله بیش‌ترین میزان رضایت برای برنامه‌های عمومی تایوان است.

تجربه و اقدامات تایوان دارای ارزش محدودی برای کشورهای کمتر توسعه یافته است. اقتصاد تایوان به جایگاهی رسیده است که اکثر کارگران در بخش رسمی استخدام شده‌اند، بنابراین طرح اجباری بیمه سلامت ملی تایوان می‌تواند به طور موثری حق بیمه را از طریق کارفرمایان جمع‌آوری کند. دولت همچنین دارای درآمد برای تأمین کمک‌هزینه پوشش فقرا، بازنشستگان ارتش و کشاورزان است. تایوان دارای توانایی سازمانی و منابع انسانی برای مدیریت طرح بیمه سلامت ملی است. اکثر کشورهای در حال توسعه چنین توانایی و منابعی ندارند: این کشورها نمی‌توانند نمونه‌های کشورهای پیشرفته را بپذیرند.

با این وجود، فضا برای بهبود بیمه بهداشت ملی تایوان در تایوان وجود دارد. وضع قوانین توسط دولت در مورد کیفیت بالینی پزشکی یا مصرف داروها به مقدار کمی صورت می‌گیرد. رقابت در ارائه خدمات بهداشتی درمانی هیچ‌گونه بهبود قابل مشاهده‌ای را در کیفیت مراقبت‌های درمانی به بار نیاورده است. از جنبه پرداخت، روش پرداخت برای خدمات تایوان باعث تشویق به مراجعات بیشتر و خدمات توان‌بخشی و مصرف بیش از حد دارو شده است. نرخ‌های غیرمنطقی پرداخت توسط این طرح، ارائه امکانات درجه یک را میسر می‌کند و بیمارستان‌ها را ترغیب می‌کند تا با افزایش تعداد تخت‌ها و ظرفیت پزشکی فناوری بالای خود به درجه بالاتری ارتقا پیدا کنند. بعلاوه، به نظر می‌رسد این میزان بالای پرداخت ایجاد تخصص‌های ویژه را میسر می‌سازد. سوددهی مراجعات روزمره به مراکز پزشکی انگیزه می‌دهد تا به طور مداوم درمانگاه‌های سرپایی خود را برای مراقبت‌های اولیه گسترش دهند. به محض آنکه آمریکا شروع به مذاکراتی در مورد سیاست بهداشتی و توسعه سیستم درمانی بهتر خود کند، تجربه بین‌المللی می‌تواند سازنده و مهم باشد. تایوان، به عنوان جدیدترین اقتصاد پیشرفته‌ای که برنامه بیمه سلامت ملی تایوان

فصل هشتم: بیمه جهانی سلامت و مراقبت‌های بهداشتی درمانی / ۲۹۵

را اتخاذ کرده است، برنامه خود را با استفاده از جدیدترین تجربه از کشورهای اطراف جهان توسعه داده است. شاید آمریکا هم بتواند چنین کند.

منابع:

1. *American Hospital Association Guide to the Health Care Field*. 1999, 2000 ed. (Chicago, IL: Health Forum LLC, an affiliate of the American Hospital Association).
 2. N. Anthony, *Essentials of Accounting*, 6th ed. (Reading, MA: Addison-Wesley, 1999).
 3. W. O. Cleverley, *Essentials of Healthcare Finance*, 3rd ed. (Gaithersburg, MD: Aspen Publications, 1992), Chapters 2, 4, and 6.
 4. The Access Project and Community Catalyst, *Community Benefits: The Need for Action, An Opportunity for Healthcare Change—A Workbook for Grassroots Leaders and Community Organizations 2000*
 5. C. Gapenski, *Understanding Health Care Financial Management*, 2nd ed. (Chicago, IL: AUPHA Press/Health Administration Press, 1996), Chapter 3.
 6. Guyer, A. Schneider, and M. O. Spivey, *Untangling DSH: A Guide for Community Groups to Using the Medicaid DSH Program to Promote Access to Care* (The Access Project, 2000).
 7. N. M. Kane and W. H. Wubbenhorst, "Alternative Funding Policies for the Uninsured: Exploring the Value of Hospital Tax Exemption," *The Milbank Quarterly* 78 (2000): 185–212.
 8. R. Kongstvedt, *Essentials of Managed Care*, 2nd ed. (Gaithersburg, MD: Aspen Publications, 1997).
 9. *Managed Care Consumer Guide*, Commonwealth of Massachusetts. See
 10. http://www.magnet.state.ma.us/dhcfp/pages/dhcfp_87.htm Web site for more information.
 11. M. O. Waid, *Brief Summaries of Medicare & Medicaid, Title XVIII and Title XIX of The Social Security Act, 1999*. See <http://www.hcfa.gov/medicare/ormedmed.htm> web site for more information.
۱۲. کولیوند، پیرحسین؛ دکتر کاظمی، هادی. نگاهی نو به مدیریت بیمارستانی، انتشارات میرماه
۱۳. کولیوند، پیرحسین؛ دکتر کاظمی، هادی. ارتقاء بهره‌وری در بیمارستان‌ها، انتشارات میرماه