

بیمه تکمیلی درمان در ایران

ناهید شیخان*

مقدمه: اطمینان و آسودگی خاطر انسان‌ها در مواجهه با خطرات و بیماری‌ها، هم در زندگی شخصی و هم در توسعه رشد اجتماعی و اقتصادی جامعه تأثیر بسزایی دارد. بیمه درمان از بیمه‌های رایج در ایران است که به دو شکل بیمه اولیه (پایه) و بیمه تکمیلی (اختیاری) موجود است. با توجه به رشد تکنولوژی و هزینه‌های هنگفت درمان، برای ارتقای نظام سلامت ایران، وجود بیمه‌های درمان با پوشش‌های مناسب، بیش از پیش در کشور احساس می‌شود.

روش: در این تحقیق داده‌های اطلاعاتی از طریق منابع معتبر داخلی و خارجی و نیز استفاده از شبکه اینترنت جمع‌آوری شده و برای مقایسه داده‌های مالی، از دلار امریکا استفاده شده است.

یافته‌ها: وضعیت نظام سلامت و نیز بیمه‌های غیرزندگی مانند بیمه درمان ایران در دنیا و به‌ویژه با تعدادی از کشورهای توسعه‌یافته و نیز کشورهای منطقه خاورمیانه و اسلامی مطالعه و مقایسه شده است.

بحث: مدلی برای توسعه بیمه تکمیلی درمان در ایران ارائه شده است.

کلیدواژه‌ها: بیمه درمان، بیمه درمان اجباری، بیمه درمان تکمیلی، سهم مردم از هزینه سلامت، سیستم سلامت ایران.

تاریخ دریافت: ۹۰/۰۶/۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۲/۲۵

* کارشناس ارشد مهندسی صنایع، دانشگاه صنعتی امیرکبیر، رایانامه: <nsheikhan@aut.ac.ir> (نویسنده مسئول)

مقدمه

صنعت بیمه در ایران، قدمتی بیش از ۷۰ سال دارد و به تدریج دامنه حضور و فعالیتش در مناطق مختلف کشور و در بخش‌های مختلف اقتصادی گسترش یافته است (وطن‌خواه، پژوهشکده بیمه، ۱۳۸۷). در حال حاضر ایران با سهم کم‌تر از ۰/۱ درصد از کل حق بیمه‌های تولیدی دنیا، در رتبه ۴۸ این صنعت در دنیا با سرانه حق بیمه ۵۷/۹ دلار قرار دارد که در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه و حتی کشورهای رقیب در خاورمیانه، رتبه پایینی را احراز کرده است (پرکر^۱، ۲۰۱۰ و سیگما^۲، ۲۰۰۹).

بیمه‌های درمان از جمله بیمه‌های رایج در ایران است. در ایران، این نوع بیمه به دو دسته کلی بیمه درمان اولیه (پایه یا اجباری) و بیمه درمان تکمیلی (اختیاری) تقسیم می‌شود. بیمه درمان اولیه تا حدودی برای پوشش برخی هزینه‌های درمانی خانواده‌ها مناسب است. در بیمه اولیه، بیمه‌شدگان سه گروه هستند. گروه اول، کارکنان مؤسسات خصوصی و دولتی مشمول «قانون کار» (قانون تأمین اجتماعی) هستند. گروه دوم، کارکنان رسمی مؤسسات دولتی و مشمول «قانون استخدام کشوری» هستند. گروه سوم نیز کارکنان مؤسسات دولتی غیرمشمول قانون استخدام کشوری و قانون کار و نیز کارکنان مؤسسات نظامی و انتظامی هستند. در دهه‌های اخیر، با پیشرفت دانش و تکنولوژی پزشکی و ناتوانی سازمان‌های ارائه‌دهنده بیمه درمانی اولیه، بیمه‌گران برای رفع نگرانی خانواده‌ها و تأمین بخش عمده درمان، به عرصه بیمه درمان وارد شده‌اند و بیمه‌های درمان تکمیلی (اختیاری) موسوم به بیمه گروهی مازاد درمان را به متقاضیان عرضه می‌کنند (محمدبیگی، ۱۳۸۷). بیمه‌های درمان تکمیلی از شاخه‌های اصلی بیمه اشخاص است و انواع مختلف پوشش‌های آن حامی افراد و خانواده‌هاست. در این نوع بیمه، بیمه‌گر در مقابل دریافت حق بیمه مقرر، متعهد می‌شود که اگر بیمه‌شده در طول مدت قرارداد، بیمار شود یا در اثر حادثه آسیب یا ضایعه‌ای به بدن و سلامتی او وارد شود، هزینه‌های پزشکی انجام‌شده را تا حداکثر مبلغی که در قرارداد تعهد کرده است پرداخت کند. در کشور ایران، با توجه به

1- Prker

2- Sigma

گسترده‌گی تنوع پوششی بیمه‌های اشخاص، متأسفانه این بیمه کم‌تر از ۱۵ درصد حق بیمه تولیدی در سال ۱۳۸۶ را دربرگرفته و عمدتاً، با حدود ۸ درصد حق بیمه تولیدی و ۹ درصد خسارت پرداختی، به دلیل سنگین بودن هزینه‌های درمانی از بیمه تکمیلی درمان استقبال نشده است (بیمه مرکزی ایران، ۱۳۸۷).

در کشور ایران، به‌عبارتی بیمه‌گر اولیه و بیمه تکمیلی، هریک بخشی از هزینه‌های درمانی را پوشش می‌دهند و گاهی ممکن است هم‌پوشانی نیز داشته باشند (زارع، ۱۳۸۴). با این حال، از بیمه تکمیلی درمان به دلایل متعددی، به‌خوبی استقبال نشده است. از طرفی استقبال‌کنندگان نیز رضایت‌مندی چندانی نداشتند. این دلایل عبارت‌اند از: نبود مرز مشخص بین خدمات و تعهدات بیمه‌گر اولیه و تکمیلی، پایین بودن سطح کیفیت خدمات مراکز درمانی تحت پوشش بیمه‌گر اولیه، نبود پوشش همه‌جانبه بیمه تکمیلی در برابر تنوع بسیار زیاد روش‌های تشخیصی و درمانی، انحصار بازار بیمه اولیه و نبود بیمه تکمیلی انفرادی. (ایرجی، ۱۳۸۹). در مقایسه با یگر کشورها، سازمان جهانی بهداشت به رتبه‌بندی کشورها از لحاظ سامانه سلامت اقدام کرده که متأسفانه رتبه ایران در بین ۱۹۰ کشور جهان، ۹۳ است و از بسیاری از کشورهای در حال توسعه و منطقه عقب‌تریم (هو، ۲۰۱۰). لذا در این مقاله، با توجه به اهمیت بیمه‌های درمان، ابتدا وضعیت بیمه درمان در ایران و مسائل موجود بین بیمه‌های درمان اولیه و تکمیلی بررسی می‌شود و سپس وضعیت سامانه سلامت ایران در دنیا و نیز وضعیت بیمه‌های غیرزندگی، مانند بیمه درمان در ایران و کشورهای توسعه‌یافته و کشورهای منطقه خاورمیانه و اسلامی در آسیا بررسی شده و در آخر نیز مدلی برای توسعه این نوع بیمه در کشور ارائه می‌شود.

هدف: هدف این تحقیق ایجاد نقطه آغازینی برای برنامه‌ریزی توسعه بیمه تکمیلی درمان در ایران است.

فرضیه تحقیق: مفروضات این مقاله عبارت‌اند از:

۱. با توسعه بیمه تکمیلی درمان، وضعیت نظام سلامت ایران بهبود می‌یابد؛

۲. نظام سلامت ایران در مقایسه با مناطق مختلف دنیا، به ویژه در آسیا و کشورهای اسلامی هم‌جوار در خاورمیانه، رتبه پایینی را احراز کرده است؛
۳. با توسعه بیمه تکمیلی درمان، اقتصاد خانواده‌ها تقویت خواهد شد؛
۴. عوامل متعددی سبب توسعه بیمه تکمیلی درمان در کشور می‌شود.

روش

الف. این تحقیق کتابخانه‌ای است و داده‌های اطلاعاتی از منابع معتبر داخلی و خارجی و نیز استفاده از شبکه اینترنت جمع‌آوری شده‌اند.

ب. برای مقایسه داده‌های مالی کشورهای خارجی از مبنای مقایسه براساس دلار امریکا با تورمزدایی استفاده شده است.

مرور انتقادی

بیمه درمان در ایران: سلامتی دارایی بسیار ارزشمندی برای هر فرد، به ویژه برای سرپرست خانواده است. در واقع، هر قدر این دارایی در وضعیت بهتری باشد، امکان فعالیت و کسب درآمد و دستیابی به رفاه اقتصادی بیش تر خواهد بود. به این ترتیب، اگر فرزندان از نبود سلامتی رنج ببرند، توانایی مالی و روحی والدین برای پیشبرد امور خانواده تحلیل خواهد رفت. عوارض روحی ناشی از این امر، حتی گاهی سلامتی والدین را به خطر می‌اندازد. بنابراین، هر عضو خانواده باید بکوشد از دارایی بسیار ارزشمند خود و دیگر اعضای خانواده تا حد امکان، در مقابل خطر وقوع بیماری یا صدمه جسمی مراقبت کند؛ اما ابتلا به بیماری و وقوع چنین حادثه‌ای، کمابیش پدیده‌ای محتمل برای هر خانواده است (حاجی محمودی، ۱۳۸۴).

در کشور ایران نیز مطابق اصل ۲۹ قانون اساسی، «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشت درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و...، حقی همگانی است. دولت موظف است که برطبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای

حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی گفته‌شده را برای یک‌یک افراد کشور فراهم کند» (بازارنوی، ۱۳۸۸).

بنابراین، موظف کردن هر کارفرما به تهیه بیمه درمان برای کارکنان و خانواده آنان، با قصد تأمین منابع مالی لازم برای مراقبت از سلامتی آنان در مقابل انواع بیماری و صدمه جسمی انجام شده است. بیمه درمان اولیه، برای پوشش برخی هزینه‌های درمانی خانواده‌ها تاحدودی مناسب است؛ اما در چند دهه اخیر، با پیشرفت دانش و تکنولوژی پزشکی در درمان بسیاری از بیماری‌ها و آسیب‌های جسمی، ناتوانی سازمان‌های ارائه‌کننده بیمه درمان اولیه در تأمین هزینه‌های درمان و جراحی در بیمارستان و هزینه‌های مرتبط، مانند هزینه‌های پاراکلینیکی آشکار شده است. بیمه‌گران در واکنش به این وضع و برای رفع نگرانی خانواده‌ها در زمینه تأمین بخش عمده این هزینه‌ها به عرضه بیمه درمان وارد شدند. آن‌ها در ازای حق بیمه نسبتاً ناچیز، برای تأمین هزینه‌های بیمارستانی و هزینه‌های مرتبط در زمان بروز بیماری یا صدمه جسمی، بیمه درمان اختیاری (تکمیلی) موسوم به بیمه گروهی مازاد درمان را به متقاضیان عرضه می‌کنند. امروزه، عده نسبتاً زیادی از کارکنان تحت پوشش بیمه درمان اولیه، با اقدام کارفرمایان خود از مزایای بیمه درمان تکمیلی نیز بهره‌مند شده‌اند.

در بیمه درمان اولیه (اجباری)، بیمه‌شدگان سه گروه هستند. اولین گروه بیمه‌شدگان، کارکنان مؤسسات خصوصی و دولتی مشمول «قانون کار» هستند. طبق این قانون، هریک از مؤسسات باید کارکنان خود را در چارچوب «قانون تأمین اجتماعی» تحت پوشش بیمه درمان اجباری قرار دهد. دومین گروه بیمه‌شدگان، کارکنان رسمی مؤسسات دولتی و مشمول «قانون استخدام کشوری» هستند. این قانون دولت را مکلف کرده است که وسایل درمان این کارکنان و خانواده آن‌ها را فراهم آورد. به این ترتیب، کارکنان رسمی و پیمانی دولت در چارچوب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، بیمه درمانی اجباری می‌شوند. سومین گروه بیمه‌شدگان، کارکنان مؤسسات دولتی غیرمشمول قانون استخدام کشوری و قانون کار و نیز کارکنان مؤسسات نظامی انتظامی هستند. هریک از این مؤسسات صندوق بیمه‌ای مستقل دارند و در چارچوب مقررات صندوق مدنظر، کارکنان آن بیمه درمان اجباری شده‌اند (محمدبیگی، ۱۳۸۷).

از طرفی در قراردادهای بیمه درمانی تکمیلی (اختیاری) بیماری عبارت است از، هرگونه عارضه جسمی و تغییر نامساعد و اختلال در اعمال عادی و طبیعی اعضا و جهازهای مختلف بدن که از سوی مراجع پزشکی تشخیص داده شود و ارتباطی با اعمال ارادی بیمه شده نداشته باشد.

بنابراین، تعهدات بیمه گر عبارت است از جبران و پرداخت تمامی هزینه های درمانی و بیمارستانی هریک از بیمه شدگان که براساس شرایط قرارداد و با رعایت فرانشیز توافق شده است.

به طور کلی، تعهدات بیمه گر، شامل هزینه های ویزیت پزشک، جراحی، پانسمان، انواع آزمایش های پزشکی، مخارج بیهوشی، هزینه های اتاق عمل و جابه جایی به بیمارستان، هزینه های دارو، دندان پزشکی، دندان مصنوعی، زایمان و هر کار درمانی دیگری که بیمه گر براساس شرایط قرارداد خود را به پرداخت آن ملزم کرده است. مواقعی نیز خارج از تعهد بیمه گر است، مانند معالجات مربوط به عقیم شدن، سقط جنین و... توضیح آنکه با موافقت بیمه گر و پرداخت حق بیمه اضافی هم می توان بعضی از موضوعات خارج از تعهد را تحت پوشش درآورد و هم میزان تعهدات بیمه گر را افزایش داد (زارع، ۱۳۸۴؛ مورسیسی^۱، ۲۰۰۸).

به رغم قدمت ۷۰ ساله صنعت بیمه کشور، حدود ۸ درصد از بازار بیمه کشور در سال ۱۳۸۶ مربوط به رشته بیمه درمان تکمیلی می شود (بیمه مرکزی ایران، ۱۳۸۷). البته، در طول سال های اخیر، عمدتاً به دلیل پوشش های نامناسب بیمه های اولیه و سنگینی هزینه های درمانی، بیمه های تکمیلی در معرض توجه و استقبال مردم واقع شده اند (زارع، ۱۳۸۴). جدول ۱ عملکرد صنعت بیمه را در درمان نشان می دهد. ملاحظه می شود که حق بیمه ها و تعداد بیمه نامه ها و خسارت پرداختی در طول سال های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۷ حدود ۹ برابر و ضریب خسارت نیز با نوساناتی که داشته از ۱۰۲/۶۵ درصد به ۹۵/۱۷ درصد رسیده است. (پژوهشکده بیمه ۱۳۸۷).

1- Morrisey

جدول ۱. بیمه درمان تکمیلی در طول سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۷ (میلیارد ریال)

سال	حق بیمه تولیدی	خسارت پرداختی	ضریب خسارت (درصد)	تعداد بیمه‌نامه	تعداد خسارت
۱۳۷۸	۴۱۳/۴	۰/۳۱۰	۱۰۲/۶۵	۲۵.۱۹۹	۳۹۴.۹۶۲
۱۳۷۹	۴۹۷/۲	۴۵۰/۶	۹۳/۰۹	۳۳.۳۶۶	۸۰۹.۶۰۰
۱۳۸۰	۷۳۳/۸	۶۴۱/۱	۱۰۴/۲۶	۳۵.۱۵۹	۱.۱۵۳.۰۴۵
۱۳۸۱	۹۵۹/۱	۷۸۶/۳	۸۸/۰۴	۴۱.۳۰۰	۹۳۸.۷۸۴
۱۳۸۲	۱۳۱۱/۵	۱۰۷۴/۵	۹۲/۳۵	۷۱.۲۲۹	۱.۴۴۳.۹۸۵
۱۳۸۳	۱۲۷۲/۹	۱۱۲۸/۱	۸۸/۹۸	۱۲۹.۵۹۷	۱.۱۱۳.۴۷۵
۱۳۸۴	۱۷۶۴/۴	۱۷۵۹/۶	۱۱۵/۳۱	۱۶۰.۲۹۶	۱.۰۵۵.۳۱۲
۱۳۸۵	۲۳۳۱/۴	۱۴۰۶/۳	۶۵۳/۴۹	۸۴۵.۱۴۷	۱.۲۰۱.۳۷۳
۱۳۸۶	۲۸۳۳/۵	۱۹۶۱/۱	۷۳/۹۶	۱۷۳.۳۳۰	۱.۲۹۷.۹۶۷
۱۳۸۷	۳۶۴۷/۱	۲۹۰۱/۳	۹۵/۱۷	۲۰۸.۱۴۴	۱.۶۴۷.۵۷۹

منبع: سالنامه آماری صنعت بیمه، ۱۳۸۷.

مسائل موجود بین بیمه‌های درمان اولیه و تکمیلی در ایران: به‌طورکلی، در ایران بیمه‌گر اولیه و تکمیلی هر یک بخشی از هزینه‌های درمانی را پوشش می‌دهند و گاهی ممکن است، هم‌پوشانی نیز داشته باشند، مثلاً بخشی از هزینه بستری (فرانشیز بیمه‌شده) را بیمه‌گر اولیه و بقیه صورت حساب را تا سقف تعهدات برای هزینه‌های تحت پوشش، بیمه‌گر تکمیلی پرداخت می‌کند. با این حال، به‌دلایل متعددی، از بیمه تکمیلی درمان استقبال خوبی نشده است و از طرفی استقبال‌کنندگان نیز رضایت‌مندی چندانی نداشتند (زارع، ۱۳۸۴). بخشی از دلایل و عوامل این مسئله عبارت‌اند از:

۱. از مشکلات بسیار مهم، نبود مرز مشخص بین خدمات و تعهدات بیمه‌گر اولیه و تکمیلی است. به‌طوری‌که بیمه‌شدگان تکمیلی تعهدات ایفا نشده بیمه‌گر اولیه را اغلب، جزو وظایف بیمه‌گر تکمیلی فرض کرده و از او مطالبه می‌کنند. مثلاً در بحث هزینه

- تشخیصی آزمایشگاه با زیاد شدن هزینه آزمایشگاه طبی و سهم ناچیز بیمه گر اولیه، بیمه شده فرانشیز خود را از بیمه گر تکمیلی مطالبه می کند که براساس مقررات و آیین نامه های بیمه مرکزی، جزو پوشش بیمه درمان تکمیلی نیست.
۲. بیمه شده با در دست داشتن دفترچه بیمه گر اولیه و تحت پوشش بودن درمان تکمیلی به علت نبود گستردگی یا گاهی پایین بودن سطح کیفیت خدمات مراکز درمانی تحت پوشش بیمه گر اولیه به مراکز خصوصی طرف قرارداد بیمه گر تکمیلی مراجعه می کند. بیمه شده به علت بی اطلاعی از نحوه استفاده هم زمان از پوشش های بیمه ای خود، حداکثر از یکی از آن ها استفاده می کند. گاهی هم با اطلاع از خدمات بیمه، به علت بوروکراسی حاکم بر دریافت سهم هزینه درمانی از بیمه گر دیگر، از آن صرف نظر می کند. درست است که به ظاهر از پرداخت خسارت شرکت های بیمه کاسته شده و ضریب خسارت کاهش می یابد؛ ولی این مسئله، به عنوان نارضایتی در ذهن بیمه شده نقش بسته و حک می شود. برای جبران این مشکل مکانیزم روان و آسانی برای استفاده هم زمان از پوشش های بیمه ای درمانی اندیشیده نشده است.
۳. نبود پوشش همه جانبه بیمه تکمیلی در برابر تنوع بسیار زیاد روش های تشخیصی و درمانی و پایین بودن سقف تعهدات در قبال هزینه های روزافزون و مقید کردن بیمه گذاران به انتخاب طرحی با تعهدات مختلف.
۴. اعلام نکردن و نابرابری تعرفه پرداختی از سوی شرکت های بیمه گر برای اعمال تشخیصی و درمانی باعث می شود، بیمه گذار فقط براساس سقف تعهدات و نرخ حق بیمه تصمیم گیری کند؛ ولی باز یک جای کار می لنگد و آن، اعمال تعرفه از سوی شرکت بیمه است که در هیچ جای پیشنهاد و قرارداد گنجانده نشده است! مثال: شخصی با وجود سقف تعهدات پاراکلینیکی ۳ میلیون ریال در سال، به منظور انجام دادن سونوگرافی به مرکز درمانی درجه یک مراجعه می کند و بابت آن ۴۰۰ هزار ریال پرداخت می کند، با این تصور که ۲ میلیون ریال پوشش دارد. مدارک خود را به شرکت بیمه ارائه می دهد، در صورتی که شرکت بیمه بالاترین تعرفه ها را در پرداخت خسارت

- اعمال نکند، خواهد گفت طبق تعرفه هر سونوگرافی ۲۰۰ هزار ریال سقف پرداخت داشته و از این محل ۴۰ درصد فرانشیز یا سهم بیمار کسر می‌شود و در نهایت، بابت ۴۰۰ هزار ریال، مبلغ ۱۲۰ هزار ریال به بیمار پرداخت می‌شود و عملاً فرانشیز اعمال شده برای بیمار ۷۰ درصد خواهد بود. در صورتی که با اعمال تعرفه بالا از سوی واحد پرداخت خسارت، پس از کسر فرانشیز، ۲۴۰ هزار ریال پرداخت خواهد شد.
۵. در دسترس نبودن خدمات درمان تکمیلی در مراکز طرف قرارداد و مراکز غیر طرف قرارداد. به طوری که اغلب، بیمه شده هنگام بستری عزیزان نمی‌داند، به دنبال رساندن سریع بیمار به بیمارستان باشد یا به دنبال بوروکراسی دریافت معرفی‌نامه بستری، آن هم فقط در وقت اداری برای بسیاری از شرکت‌های بیمه. آیا بیماری فقط در روزها و ساعات اداری به سراغمان می‌آید؟ بیمه شده بی‌خبر از همه‌جا برای سرعت عمل در پذیرش عزیزش به صورت آزاد او را بستری می‌کند، غافل از اینکه در صورت ارائه به شرکت بیمه، کل صورت حساب با تعرفه بیمه هم طراز شده و علاوه بر فرانشیز بخش دیگری از آن نیز بر وی تحمیل خواهد شد.
۶. ناآشنایی بیمه‌شدگان با مقررات بیمه درمان تکمیلی و مشتاق نبودن شرکت‌های بیمه برای افزایش اطلاعات بیمه درمان تکمیلی افراد جامعه، در صورتی که شرکت‌های بیمه در رشته‌های کم‌خطر، مثل عمر به چاپ بروشور و جداول مختلفی اقدام می‌کنند؛ ولی در رشته درمان، چنین اتفاقی نمی‌افتد و اغلب بیمه‌شدگان از دریافت کارت عضویت نیز محروم هستند. این روش در نهایت به استفاده نکردن بهینه بیمه شده از خدمات منجر می‌شود و بیمه شده پس از سال‌ها عضویت در این پوشش، هنگام استفاده، بهره کافی نمی‌برد و تبدیل به مشتری ناراضی از بیمه می‌شود.
۶. به بهانه پایین بودن تعرفه دستمزد پزشکان جراح و دستیاران، گاهی برخی از این عزیزان هزینه دستمزد خود را خارج از صورت حساب دریافت می‌کنند و شرکت‌های بیمه پرداخت هزینه‌های خارج از صورت حساب را به عهده نمی‌گیرند.
۷. با توجه به آشنانیدن و در نهایت نبود استقبال گسترده از این رشته بیمه‌ای، توسعه آن

به‌کندی صورت می‌گیرد. به همین علت، قشر عظیمی تحت پوشش نیستند و ریسک به‌طور کامل توزیع نشده است؛ بنابراین نرخ حق بیمه به رقم معقولی کاهش نیافته و این علتی دیگر بر نبود رغبت جامعه برای استقبال از این پوشش بیمه‌ای مهم است. به این دلیل است که افراد سالم برای صرفه‌جویی در هزینه‌های خود، به‌دنبال بیمه تکمیلی درمان نمی‌روند و زمانی که دچار بیماری شدند به‌دنبال این پوشش هستند که در صورت نیاز، شرکت‌های بیمه از پذیرش عضویت بیماران امتناع می‌ورزند. البته به شرکت‌های بیمه نیز که به عنوان کسب و کار علمی به فعالیت تجاری مشغول هستند، باید در این باره حق داد. با فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی در صورت همگانی‌شدن این پوشش بسیار مهم بیمه‌ای، هم توزیع با خطر مواجه می‌شود و هم نرخ حق بیمه کاهش می‌یابد. در نهایت، موجبات ارتقای سلامت جامعه با مراجعه به موقع بیماران به مراکز درمانی مجهز فراهم می‌شود (ایرجی، ۱۳۸۹).

بررسی وضعیت سیستم سلامت ایران در دنیا: اگر وضعیت سیستم سلامت ایران را با دیگر کشورها مقایسه کنیم، متوجه می‌شویم که در وضعیت نامناسبی هستیم (وطن‌خواه، ۱۳۷۶؛ وینس^۱، ۲۰۱۰؛ مک‌پیک^۲، ۲۰۰۸). سازمان جهانی بهداشت (WHO) به رتبه‌بندی کشورها از لحاظ سیستم سلامت^۳ در جهان اقدام کرده است. جدول ۲ رتبه‌بندی کشورها را در این زمینه نشان می‌دهد. بین ۱۹۰ کشور مطالعه‌شده، کشور ایران رتبه ۹۳ را احراز کرده است. ملاحظه می‌شود که کشورهای توسعه‌یافته اروپایی و آمریکایی مرتبه‌های اول را احراز کرده و در مقایسه با کشورهای منطقه و اسلامی، ایران رتبه کم‌تری را احراز کرده است (برای اطلاع به رتبه کشورهای عمان با رتبه ۸، عربستان سعودی با رتبه ۲۶، امارات متحده عربی با رتبه ۲۷ توجه کنید).

1- Vines

2- Mcpake

3- health

جدول ۲. رتبه‌بندی کشورها توسط سازمان جهانی بهداشت از لحاظ سیستم سلامت در جهان

رتبه	کشور	رتبه	کشور	رتبه	کشور	رتبه	کشور
۱	فرانسه	۲	ایتالیا	۳	سن مارینو	۴	آندورا
۵	مالت	۶	سنگاپور	۷	اسپانیا	۸	عمان
۹	اتریش	۱۰	ژاپن	۱۱	نروژ	۱۲	پرتغال
۱۳	موناکو	۱۴	یونان	۱۵	ایسلند	۱۶	لوکزامبورگ
۱۷	هلند	۱۸	انگلستان	۱۹	ایرلند	۲۰	سوئیس
۲۱	بلژیک	۲۲	کلمبیا	۲۳	سوئد	۲۴	قبرس
۲۵	آلمان	۲۶	عربستان سعودی	۲۷	امارات متحده عربی	۲۸	اسرائیل
۲۹	مراکش	۳۰	کانادا	۳۱	فنلاند	۳۲	استرالیا
۳۳	شیلی	۳۴	دانمارک	۳۵	دومینیکا	۳۶	کاستاریکا
۳۷	امریکا	۳۸	اسلوانی	۳۹	کوبا	۴۰	برونئی
۴۱	نیوزیلند	۴۲	باربادوس	۴۷	تایلند	۴۸	جمهوری چک
۴۹	مالزی	۵۰	لهستان	۵۱	جمهوری دومینکن	۵۲	تونس
۵۳	جامائیکا	۵۴	ونزوئلا	۵۵	آلبانی	۵۶	سیشل
۵۷	پاراگوئه	۵۸	کره جنوبی	۵۹	سنگال	۶۰	فیلیپین
۶۱	مکزیک	۶۲	اسلواکی	۶۳	مصر	۶۴	قزاقستان
۶۵	اروگوئه	۶۶	مجارستان	۶۷	ترینیداد و توباگو	۶۸	سنت لوسیا
۶۹	بلیز	۷۰	ترکیه	۷۱	نیکاراگوئه	۷۲	بلاروس
۷۳	لیتوانی	۷۴	سنت وینسنت و گرادین	۷۵	آرژانتین	۷۶	سری لانکا
۷۷	استونی	۷۸	گواتمالا	۷۹	اوکراین	۸۰	جزایر سلیمان
۸۱	الجزایر	۸۲	پالائو	۸۳	اردن	۸۴	موریس
۸۵	گرانادا	۸۶	آنتیگوا و باربودا	۸۷	لیبی	۸۸	بنگلادش
۸۹	مقدونیه	۹۰	بوسنی و هرزگوین	۹۱	لبنان	۹۲	اندونزی
۹۳	ایران	۹۴	پاناما	۹۵	پاناما	۹۶	فیجی
۹۷	بنین	۹۸	نانورو	۹۹	رومانی	۱۰۰	سنت لکیتس و نویس

رتبه	کشور	رتبه	کشور	رتبه	کشور	رتبه	کشور
۱۰۱	مولداوی	۱۰۲	بلغارستان	۱۰۳	عراق	۱۰۴	ارمنستان
۱۰۵	لتونی	۱۰۶	یوگسلاوی	۱۰۷	جزایر کوک	۱۰۸	سوریه
۱۰۹	آذربایجان	۱۱۰	سورینام	۱۱۱	اکوادور	۱۱۲	هند
۱۱۳	کیپ ورد	۱۱۴	گرجستان	۱۱۵	ال سالوادور	۱۱۶	تونگا
۱۱۷	ازبکستان	۱۱۸	کومور	۱۱۹	ساموا	۱۲۰	یمن
۱۲۱	نیووی	۱۲۲	پاکستان	۱۲۳	میکرونزی	۱۲۴	بوتان
۱۲۵	برزیل	۱۲۶	بولیوی	۱۲۷	وانواتو	۱۲۸	گویان
۱۲۹	پرو	۱۳۰	روسیه	۱۳۱	هندوراس	۱۳۲	بورکینافاسو
۱۳۳	سائوتومه و پرنسیپ	۱۳۴	سودان	۱۳۵	غنا	۱۳۶	تووالو
۱۳۷	ساحل عاج	۱۳۸	هائیتی	۱۳۹	گابن	۱۴۰	کینا
۱۴۱	جزایر مارشال	۱۴۲	کیریباتی	۱۴۳	بوروندی	۱۴۴	چین
۱۴۵	مغولستان	۱۴۶	گامبیا	۱۴۷	مالدیو	۱۴۸	باپواگینه نو
۱۴۹	اوگاندا	۱۵۰	پنال	۱۵۱	کریگیشتان	۱۵۲	توگو
۱۵۳	ترکمنستان	۱۵۴	تاجیکستان	۱۵۵	زیمبابوه	۱۵۶	تانزانیا
۱۵۷	جیبوتی	۱۵۸	اریتره	۱۵۹	ماداگاسکار	۱۶۰	ویتنام
۱۶۱	گینه	۱۶۲	موریتانی	۱۶۳	مالی	۱۶۴	کامرون
۱۶۵	لائوس	۱۶۶	کنگو	۱۶۷	کره شمالی	۱۶۸	نامیبیا
۱۶۹	بوتسوانا	۱۷۰	نیجر	۱۷۱	گینه استوایی	۱۷۲	رواندا
۱۷۳	افغانستان	۱۷۴	کامبوج	۱۷۵	افریقای جنوبی	۱۷۶	گینه بیسائو
۱۷۷	سوازیلند	۱۷۸	چاد	۱۷۹	سومالی	۱۸۰	اتیوپی
۱۸۱	انگولا	۱۸۲	زامبیا	۱۸۳	لسوتو	۱۸۴	موزامبیک
۱۸۵	مالاوی	۱۸۶	لیبریا	۱۸۷	نیجریه	۱۸۸	کنگو
۱۸۹	جمهوری آفریقای مرکزی	۱۹۰	میانمار				

منبع: سالنامه آماری سازمان بهداشت جهانی، سال ۲۰۱۰.

ارزیابی رتبه سلامت ایران: معمولاً سه شاخص سهم سلامت از درآمد ناخالص داخلی و سرانه درمان و سهم عادلانه مردم از هزینه‌های بخش سلامت، برای ارزیابی رتبه سلامت کشورها به کار گرفته می‌شود. در این مقاله، علاوه بر ایران (رتبه ۹۳) به بررسی سه کشور توسعه یافته، یعنی فرانسه (رتبه ۱)، ژاپن (رتبه ۱۰)، انگلستان (رتبه ۱۸) و دو کشور اسلامی در حال توسعه، یعنی مالزی (رتبه ۴۹) و ترکیه (رتبه ۷۰) و نیز کل جهان می‌پردازیم. جدول ۳ شاخص سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی را نشان می‌دهد.

جدول ۳. شاخص سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP)^۱

رتبه	کشور	کل هزینه سلامتی به عنوان درصدی از GDP	
		سال ۲۰۰۰	سال ۲۰۰۷
۱	فرانسه	۱۰/۱	۱۱
۲	ژاپن	۷/۷	۸
۳	انگلستان	۷	۸/۴
۴	مالزی	۳/۲	۴/۴
۵	ترکیه	۴/۹	۵
۶	ایران	۵/۹	۶/۴
	جهان	۹/۲	۹/۷

منبع: سالنامه آماری سازمان بهداشت جهانی، سال ۲۰۱۰.

ملاحظه می‌شود که علاوه بر اینکه تولید ناخالص داخلی این کشورها بسیار بیش‌تر از ایران است، عمدتاً درصدهای زیادی را نیز به کل هزینه سلامتی اختصاص داده و طی دوره‌های ۷ ساله، از ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۷، میزان آن را نیز افزایش داده‌اند. ایران در مقایسه با جهان نیز بسیار عقب‌تر است.

۱- GDP نشان‌دهنده مجموع ارزش کالاها و خدمات نهایی تولیدشده در طول دوره یک‌ساله در داخل کشور است.

جدول ۴ شاخص سرانه هزینه سلامتی را در این کشورها و جهان نشان می‌دهد.

جدول ۴. شاخص سرانه سلامتی (درمان) (برحسب دلار امریکا)

سال		کشور	ردیف
۲۰۰۷	۲۰۰۰		
۴۶۲۷	۲۲۵۶	فرانسه	۱
۲۷۵۱	۲۸۲۷	ژاپن	۲
۳۸۶۷	۱۷۶۹	انگستان	۳
۳۰۷	۱۲۸	مالزی	۴
۴۶۵	۱۹۴	ترکیه	۵
۲۵۳	۲۹۰	ایران	۶
۸۰۲	۴۸۱	جهان	۷

منبع: سالنامه آماری سازمان بهداشت جهانی (WHO)، سال ۲۰۱۰

ملاحظه می‌شود که سرانه سلامتی کشورهای پیشرفته با سه کشور اسلامی در حال توسعه، مالزی و ترکیه و ایران، مقایسه‌پذیر نیست و دو کشور فرانسه و انگستان به‌طور چشم‌گیری سرانه هزینه سلامتی خود را افزایش داده‌اند. طی سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۷، دو کشور اسلامی در حال توسعه مالزی و ترکیه، سرانه هزینه سلامتی خود را افزایش داده‌اند؛ ولی متأسفانه کشور ایران سرانه سلامتی ۲۹۰ دلار در سال ۲۰۰۰ را به ۲۵۳ دلار در سال ۲۰۰۷ کاهش داده است. متوسط جهانی نیز ۸۰۲ دلار است که سرانه ایران حدود ۳۰ درصد جهان است. نتیجه بسیار مهم پایین بودن سرانه سلامتی (درمان)، تحمیل فشار سنگین هزینه‌های درمانی بر دوش مردم و افزایش بیش از حد متعارف «سهم مردم از هزینه‌های درمان» در کشور است.

سومین شاخص، شاخص سهم مردم از هزینه سلامت^۱ است که در ارزیابی و رتبه‌بندی سلامت کشورها دارای اهمیت است. این شاخص عبارت است از نسبت میزان پرداخت مستقیم خانوارها در موضوع سلامت، هنگام دریافت خدمات به کل هزینه‌های بخش سلامت. این شاخص برای سنجش میزان مشارکت‌های کلی مردم در تأمین منابع مالی نظام سلامت به نسبت دیگر تأمین‌کنندگان منابع به کار می‌رود. برای بررسی این شاخص ابتدا، جدول ۵ را بررسی می‌کنیم.

جدول ۵. هزینه‌های خصوصی سلامتی به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌های سلامتی

ردیف	کشور	درصد	
		سال ۲۰۰۷	سال ۲۰۰۰
۱	فرانسه	۲۱	۲۰/۶
۲	ژاپن	۱۸/۷	۱۸/۷
۳	انگستان	۱۸/۳	۲۰/۷
۴	مالزی	۵۵/۶	۴۷/۶
۵	ترکیه	۳۱	۳۷/۱
۶	ایران	۵۳/۲	۶۳
۷	جهان	۴۰/۴	۴۲/۷

منبع: سالنامه آماری سازمان بهداشت جهانی، سال ۲۰۱۰.

ملاحظه می‌شود که هرچه کشور پیشرفته‌تر باشد، درصد هزینه‌های خصوصی سلامتی کم‌تر بوده و در طول سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۷ در بیش‌تر کشورها این هزینه کم‌تر شده و ایران در مقایسه با متوسط جهانی نیز عقب‌تر است. جدول ۶ میزان سهم مردم از هزینه سلامت را به‌عنوان درصدی از هزینه‌های خصوصی سلامت (جدول ۵) نشان می‌دهد.

1- out of pocket

جدول ۶. سهم مردم از هزینه سلامت، به عنوان درصدی از هزینه های خصوصی سلامت

ردیف	کشور	سال ۲۰۰۰	سال ۲۰۰۷
۱	فرانسه	۳۴/۴	۳۲/۵
۲	ژاپن	۹۰/۱	۸۰/۸
۳	انگلستان	۶۴/۸	۶۲/۷
۴	مالزی	۷۵/۴	۷۳/۲
۵	ترکیه	۷۴/۶	۷۱/۸
۶	ایران	۹۵/۹	۹۵/۴
۷	جهان	۴۴/۲	۴۳/۹

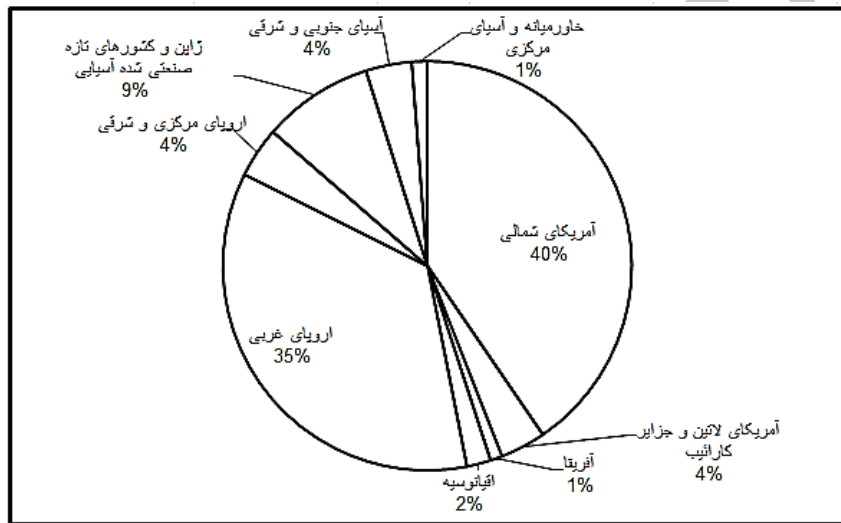
منبع: سالنامه آماری سازمان بهداشت جهانی، سال ۲۰۱۰.

ملاحظه می شود که اول اینکه نسبت به سال ۲۰۰۰، درصد سهم مردم در سال ۲۰۰۷ کاهش یافته است، دوم اینکه این هزینه در ایران سنگین است؛ یعنی حدود ۹۵ درصد هزینه های خصوصی سلامتی و بیش از ۵۰ درصد این هزینه ها را مردم پرداخت می کنند که حتی در مقایسه با متوسط جهانی نیز وضعیت خوبی نداریم (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۰).

بررسی وضعیت بیمه های غیرزندگی، شامل بیمه درمان، در ایران و دنیا: برای مطالعه و مقایسه با آمارهای بین المللی، رشته های بیمه به صورت بیمه های زندگی، عمدتاً بیمه عمر و غیرزندگی تقسیم بندی شده اند که بیمه های درمان، شامل بیمه های غیرزندگی است (پژوهشکده بیمه، ۱۳۸۷).

به طور کلی وضعیت بیمه های غیرزندگی در مناطق مختلف جهان در سال ۲۰۰۸ در شکل ۱ نشان داده شده است. مشاهده می شود که در کل مناطق امریکای شمالی، اروپای غربی، اقیانوسیه و ژاپن و کشورهای تازه صنعتی شده آسیای پیشتاز بوده و منطقه خاورمیانه و آسیای مرکزی که کشور ایران نیز در این قسمت قرار دارد، با ۱ درصد سهم از

بازار جهانی در رتبه پائینی قرار دارد. به عبارتی سرانه حق بیمه پرداختی در مناطق امریکای شمالی ۲۱۳۳/۲ دلار، اروپای غربی ۱۱۸۶/۸ دلار، اقیانوسیه ۹۹۰/۵ دلار و ژاپن و کشورهای تازه صنعتی شده آسیای ۷۲۵/۴ دلار است که متأسفانه سرانه حق بیمه پرداختی در خاورمیانه و آسیای مرکزی، حدود ۸۱/۳ دلار است که کشور ایران هم در این منطقه قرار دارد (سیگما، ۲۰۰۹).



شکل ۱. درصد سهم بیمه غیرزندگی مناطق مختلف از بازار بیمه غیرزندگی دنیا در سال ۲۰۰۸.

برای مقایسه بیشتر، جدول ۷ بیمه غیرزندگی را در ۶ کشور پیشرفته در سال ۲۰۰۸ نشان می‌دهد. ملاحظه می‌شود که بیشترین سرانه حق بیمه غیرزندگی پرداختی به کشور هلند با ۸/۴۶۰۴ دلار تعلق دارد. در رتبه‌بندی کشورهای دنیا، کشور امریکا با کسب ۳۷ درصد از سهم بازار بیمه غیرزندگی جهان رتبه اول را به خود اختصاص داده و کشورهای آلمان، انگلستان، ژاپن و فرانسه در رتبه‌های بعدی قرار دارند (سیگما، ۲۰۰۹).

جدول ۷. شش کشور رتبه اول در بیمه غیرزندگی در دنیا، در سال ۲۰۰۸

ردیف	کشور	رتبه در دنیا	سرنانه حق بیمه غیرزندگی (دلار امریکا)	سهم از بازار بیمه در کشور	سهم از بازار جهانی بیمه غیرزندگی
۱	هلند	۶	۴۶۰۴/۸	۶۶/۱ درصد	۴۳/۲۵ درصد
۲	امریکا	۱	۲۱۷۳/۵	۵۳/۳ درصد	۳۷/۱۲ درصد
۳	آلمان	۲	۱۵۷۲/۹	۵۴/۵ درصد	۷/۴۰ درصد
۴	فرانسه	۵	۱۳۶۰	۳۳/۷ درصد	۵/۲۲ درصد
۵	انگلستان	۳	۱۲۶۳/۵	۲۷/۷ درصد	۶/۱۵ درصد
۶	ژاپن	۴	۸۰۹/۳	۲۱/۳ درصد	۵/۷۸ درصد

منبع: بیمه دنیا در سال ۲۰۰۸، نشریه سیگما.

حال اگر بیمه غیرزندگی را در کشورهای خاورمیانه و اسلامی مطالعه کنیم که ایران نیز جزو این کشورهاست (جدول ۸)، ملاحظه می‌شود که بیشترین سرنانه حق بیمه غیرزندگی پرداختی متعلق به کشور امارات متحده عربی با ۹۴۸ دلار است و کشور ترکیه با به دست آوردن رتبه ۲۷ در دنیا و کسب ۰/۴۳ سهم از بازار جهانی بیمه‌های غیرزندگی در بالاترین رتبه‌بندی قرار دارد. کشور ایران با سرنانه حق بیمه غیرزندگی پرداختی ۵۴ دلار در رتبه ۳۹ قرار دارد و حدود ۹۳/۳ درصد از سهم بازار بیمه کشور به این نوع بیمه اختصاص دارد (سیگما، ۲۰۰۹).

جدول ۸. بیمه غیرزندگی در کشورهای خاورمیانه و اسلامی، در سال ۲۰۰۸

ردیف	کشور	سرنانه حق بیمه غیرزندگی (دلار امریکا)	سهم از بازار بیمه در کشور (درصد)	سهم از بازار جهانی بیمه غیرزندگی (درصد)	رتبه در دنیا
۱	امارات متحده عربی	۹۴۸	۸۵/۴	۰/۲۴	۳۸
۲	قطر	۷۸۸	۱۰۰	۰/۰۶	۵۶
۳	بحرین	۹۴۶۲/۹	۷۲/۲	۰/۰۲	۸۴
۴	کویت	۱۸۵/۳	۸۰/۷	۰/۰۳	۷۶

رتبه در دنیا	سهم از بازار جهانی بیمه غیرزندگی (درصد)	سهم از بازار بیمه در کشور (درصد)	سراشته حق بیمه غیرزندگی (دلار امریکا)	کشور	ردیف
۷۸	۰/۰۲	۸۰/۷	۱۵۶/۱	عمان	۵
۷۱	۰/۰۳	۶۷	۱۴۰/۷	لبنان	۶
۴۳	۰/۱۸	۳۵/۱	۱۱۷/۵	مالزی	۷
۴۵	۰/۱۵	۹۴/۶	۱۰۹/۳	عربستان سعودی	۸
۲۷	۰/۴۳	۸۶/۴	۱۰۴/۲	ترکیه	۹
۷۹	۰/۰۲	۸۹/۲	۶۸/۲	اردن	۱۰
۳۹	۰/۲۲	۹۳/۳	۵۴	ایران	۱۱
۴۹	۰/۱۲	۳۱/۹	۹/۷	اندونزی	۱۲
۶۷	۰/۰۴	۵۸/۳	۳/۷	پاکستان	۱۳
۸۷	۰/۰۲	۲۵/۱	۱/۱	بنگلادش	۱۴

منبع: بیمه دنیا در سال ۲۰۰۸، نشریه سیگما

بحث

با توجه به مطالب گفته شده، در طول سال‌های اخیر، عمدتاً به دلیل پوشش‌های نامناسب بیمه‌های اولیه و سنگین بودن هزینه‌های درمانی، بیمه‌های تکمیلی مرکز توجه و استقبال مردم واقع شده‌اند. به عبارتی در کشور ایران، هم بیمه‌گر اولیه و هم تکمیلی هر یک بخشی از هزینه‌های درمانی را پوشش می‌دهند و بعضاً ممکن است، هم‌پوشانی داشته باشند. با این حال، بیمه تکمیلی درمان به دلایل متعددی، از جمله نبود مرز مشخص بین خدمات و تعهدات بیمه‌گر اولیه و تکمیلی، نبود پوشش همه‌جانبه بیمه تکمیلی در برابر تنوع بسیار زیاد روش‌های تشخیصی و درمانی، انحصار بازار بیمه اولیه و... با استقبال خوبی روبه‌رو نبوده و از طرفی استقبال‌کنندگان نیز از رضایت‌مندی چندانی برخوردار نیستند. در سال ۱۳۸۶، حدود ۸ درصد از بازار بیمه کشور مربوط به رشته بیمه درمان تکمیلی بوده است. این موضوع تأثیر بسزایی در وضعیت نظام سلامت ایرانیان می‌گذارد. در مقایسه با دیگر کشورها، وضعیت نظام سلامت ایران نامناسب بوده و بین ۱۹۰ کشور دنیا، رتبه ۹۳ را

احراز کرده‌ایم که علاوه بر کشورهای توسعه‌یافته از بسیاری از کشورهای در حال توسعه و نیز کشورهای منطقه خاورمیانه نیز رتبه پایین‌تری را احراز کرده‌ایم. به منظور ارزیابی رتبه سلامت کشور معمولاً سه شاخص سهم سلامت از درآمد ناخالص داخلی، سرانه درمان و سهم عادلانه مردم از هزینه‌های بخش سلامت به کار گرفته می‌شوند که:

الف. در شاخص سهم سلامت از درآمد ناخالص داخلی، حدود ۶/۴ درصد از درآمد ناخالص داخلی کشور مربوط به هزینه‌های سلامتی است که در کل دنیا این شاخص حدود ۱۰ درصد است.

ب. شاخص سرانه سلامتی در ایران، حدود ۲۵۳ دلار امریکا است که در کل جهان این شاخص ۳/۵ برابر ایران؛ یعنی حدود ۸۰۲ دلار برآورد می‌شود.

ج. شاخص سهم مردم از هزینه‌های سلامت نیز نشان می‌دهد که بیش از ۹۰ درصد از هزینه‌های خصوصی سلامتی، یعنی بیش از ۵۰ درصد هزینه سلامتی را مردم پرداخت می‌کنند که متوسط جهانی در این زمینه ۴۳ درصد است.

بیمه‌های درمان شامل بیمه‌های غیرزندگی در تقسیم‌بندی آماری بین‌المللی اند. وضعیت بیمه‌های غیرزندگی ایران نیز نامناسب بوده و با سرانه حق بیمه غیرزندگی ۵۴ دلار امریکا و اختصاص ۰/۲۲ درصد سهم از بازار جهانی بیمه غیرزندگی در رتبه ۳۹ دنیا قرار دارد که این رتبه از بسیاری از کشورهای خاورمیانه و اسلامی نیز پایین‌تر است.

پیشنهادها

به منظور بهبود وضعیت بیمه درمان در کوتاه‌مدت پیشنهاد می‌شود اقدامات زیر انجام گیرد: الف. وضعیت بیمه درمان در ایران با کشورهای پیشرفته و در حال توسعه منتخب، آسیب‌شناسی شود تا برنامه‌ریزان بتوانند بدون دوباره‌کاری و با اشراف کامل، نقاط قوت و ضعف این بیمه را در ایران و کشورهای منتخب و دنیا در موضوعات زیر شناسایی کنند:

۱. ساختار بیمه درمان؛

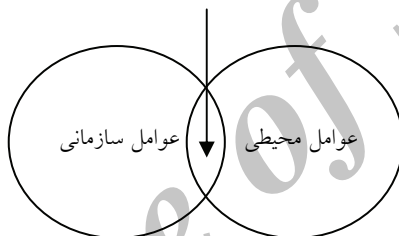
۲. تنوع پوششی بیمه درمان؛

۳. نحوه صدور و پرداخت خسارت بیمه درمان؛

۴. نمونه بیمه‌نامه‌های درمان؛

۵. برنامه‌های توسعه بیمه درمان.

ب. مسائل و مشکلات موجود که در حال حاضر بین بیمه‌های درمان اولیه و تکمیلی در کشور وجود دارد، به‌طور کامل، بررسی شده و راهکارهایی برای رفع آن‌ها ارائه شود. با توجه به اینکه از طرفی صنعت بیمه کشور در حال توسعه بوده و در شاخه درمان نیز می‌تواند بسیار گسترش یابد و از طرف دیگر عوامل متعدد محیطی و سازمانی در توسعه آن نقش اساسی دارند؛ لذا برای بهبود وضعیت بیمه درمان در بلندمدت، مدل تعالی توسعه بیمه تکمیلی درمان در کشور در شکل ۲ ارائه شده است.



شکل ۲. مدل تعالی توسعه بیمه تکمیلی درمان در کشور

توسعه بیمه تکمیلی درمان

هم عوامل محیطی و هم عوامل سازمانی سبب توسعه بیمه تکمیلی درمان در کشور می‌شود که در نهایت، باعث ارتقای نظام سلامت کشور می‌شود. عوامل تأثیرگذار به قرار زیرند:

الف. عوامل محیطی که اهم آن‌ها عبارت‌اند از:

۱. سیاست‌گذاری درباره ترویج و تبلیغ بیمه تکمیلی درمان با همکاری بیمه مرکزی،

شرکت‌های بیمه و دیگر سازمان‌ها و نهادهای مرتبط؛

۲. بررسی راه‌های اشاعه و تعمیم فرهنگ بیمه تکمیلی درمان در جامعه و اجرایی کردن آن

با ایجاد کمیته‌ای متشکل از نمایندگان صنعت بیمه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی، سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران؛

۳. بازنگری در قوانین و مقررات بیمه‌ای، مالی و سرمایه‌گذاری صنعت بیمه با هدف توسعه بیمه تکمیلی درمان؛
 ۴. تشکیل بانک بیمه با مشارکت‌های شرکت‌های بیمه و در راستای پشتیبانی در فروش بیمه‌نامه‌ها، تسهیل وصول حق بیمه‌ها و...؛
 ۵. ایجاد پایگاه‌های اطلاعاتی و آماری به‌هنگام، در صنعت بیمه تکمیلی درمان به‌منظور کمک به تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌های اجرایی؛
 ۶. تربیت نیروی انسانی متخصص و کاردان در رشته‌های تخصصی؛
 ۷. ایجاد و توسعه سیستم‌های الکترونیکی؛
 ۸. ایجاد شرکت‌های تخصصی بیمه درمان در زیرمجموعه شرکت‌های بیمه.
- ب. عوامل سازمانی که اهم آن‌ها عبارت‌اند از:
۱. تعیین و تبیین استراتژی کلان صنعت بیمه با توجه به چشم‌انداز ۲۰ ساله و لایحه قانونی اصل ۴۴ قانون اساسی و تنظیم برنامه عملیاتی و تعیین سهم هر رشته بیمه‌ای، از جمله بیمه تکمیلی درمان.
 ۲. معرفی محصولات جدید بیمه‌ای، از جمله بیمه‌های تکمیلی انفرادی؛ زیرا بیمه‌های تکمیلی در حال حاضر، به صورت گروهی، مازاد درمان به متقاضیان عرضه می‌شوند و بسیاری از اقشار جامعه نمی‌توانند به آن دسترسی یابند.
 ۳. مهندسی مجدد شبکه فروش با ارزیابی جایگاه شغلی و حرفه‌ای و حقوقی نمایندگان و بررسی مشکلات شبکه فروش و بازاریابان و نیز استفاده از راهکارهای جدید.
 ۴. اجرای برنامه‌های مدون، به‌منظور کاهش نارضایتی مردم از خدمات‌رسانی شرکت‌های بیمه با بررسی دیدگاه‌های بیمه‌شدگان و نظرسنجی‌های مستمر.
 ۵. تدوین برنامه آموزشی فراگیر و گسترده، به‌منظور ارتقای دانش و تخصص نیروی انسانی شاغل در صنعت بیمه، به‌ویژه بیمه تکمیلی درمان.
 ۶. تنوع بخشیدن به شیوه‌های وصول حق بیمه بیمه‌شدگان با استفاده از تکنولوژی‌های جدید.
 ۷. انتشار کتب و مقالات در زمینه دستاوردهای بیمه تکمیلی درمان.
 ۸. اعزام کارشناسان به کشورهای دیگر به‌منظور طی دوره‌های آموزشی و انتقال عملی تجارب.

- محمدیگی. الف، و همکاران (۱۳۸۷)، *دانشتنی‌های بیمه درمان اجباری، اختیاری، خانواده و گروهی*، انتشارات پوشش گستر، ج ۱.
- ایرجی، الف. (۱۳۸۹)، *جامعه‌ای سالم با بیمه درمان کامل، دنیای اقتصاد*، ص ۳ تا ۳۱.
- بازارنوی، م. شهریور (۱۳۸۸)، *بررسی وضعیت سلامت در ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی*.
- بیمه مرکزی ایران، برنامه تحول در صنعت بیمه کشور، (۱۳۸۷).
- پژوهشکده بیمه، عملکرد صنعت بیمه به تفکیک رشته‌های بیمه در سال ۱۳۸۷، سالنامه آماری صنعت بیمه، صص ۷ تا ۹۸.
- حاجی محمودی، ح. و همکاران، (۱۳۸۴)، *گزارش بیمه درمان اقشار آسیب‌پذیر شهری، سازمان بیمه خدمات درمانی*.
- زارع، ح. (۱۳۸۴)، *راهبردهای خصوصی سازی بیمه درمان، جلد اول: اصول و مبانی بیمه سلامت در ایران، سازمان بیمه خدمات درمانی، انتشارات علمی و فرهنگی*.
- زارع، ح. (۱۳۸۴)، *مطالعه تطبیقی نظام سلامت در دنیا، ج ۲، سازمان بیمه خدمات درمانی*.
- وطن‌خواه، س. (۱۳۷۶)، *مقایسه تطبیقی نظام تأمین مالی بیمه خدمات بهداشتی درمانی در کشورهای منتخب، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علوم و تحقیقات*.
- Mcpake Barbara, E.M.Normand Charles, "Health Economic: An International perspective", Routledge, 2008, p 25.
- Morrisey, Michael, "Health Insurance", Health Administration Press, 2008, P17.
- Prker Alexander, Zweifel Peter, Schellekens onno, "Global Marketplace for Private Health insurance: Strength in numbers, world Bank, 2010, p 32.
- Sigma, "World insurance in 2008", No3, 2009, p 2-14 www.swissre.com/Sigma/.
- Vines Deborah, Rolins Elizabeth, Braceland Ann, Miller Susan, "Comprehensive Health Insurance Billing", Coding and

- Reimbursement, Pearson, 2010, p 43.
- World Bank, "Private Voluntary health insurance in development", 2007, p 135.
 - World Health Organization (WHO), " World Health Statistics 2010" Health expenditure, p 130-139.