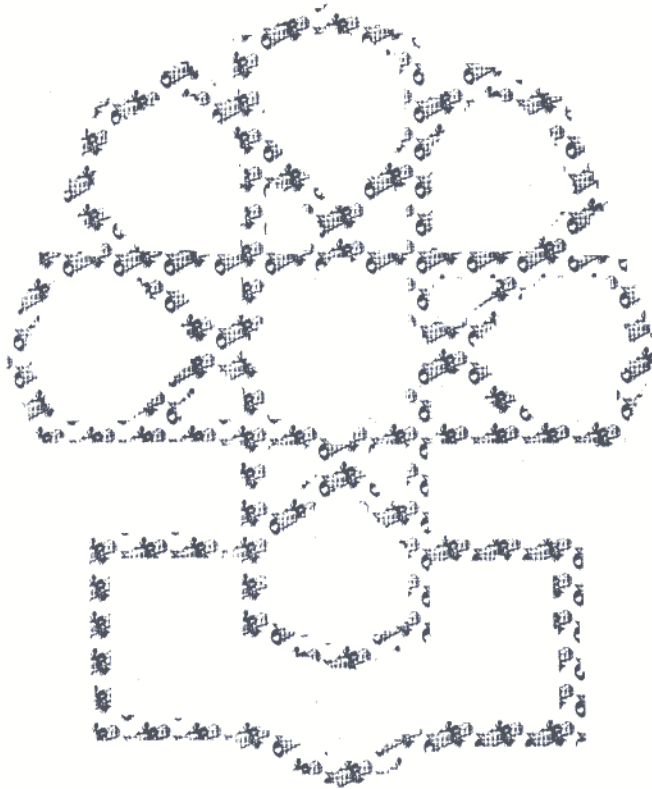




مطالعه تطبیقی پیرامون نظامهای خدمات درمانی در جهان امروز



معاونت پژوهشی
خردادماه ۱۳۷۳

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی
کتابخانه و واحد اسناد و اطلاع‌رسانی مجلس شورای اسلامی
شماره: ۷۴۰
تاریخ: ۲۴ مرداد ۱۳۷۳

۷۳

تعمیم پوشش بیمه خدمات بهداشتی و درمانی در کشور از ضروریات برنامه توسعه اقتصادی و اجتماعی است. در میان کشورهایی که طی چند دهه اخیر در راه توسعه قدم نهاده‌اند، فقط آنهایی به موفقیت دست یافته‌اند که بیمه‌های اجتماعی و درمان را همزمان با برنامه‌های توسعه به اجرا گذارده‌اند.

تعمیم بیمه‌های اجتماعی و بهداشتی، درمانی کشور ما که ریشه در قانون اساسی دارد و از تعالیم اصیل اسلامی سرچشمه می‌گیرد، جهت اجرا نیاز به ارزیابی دقیق دارد. تفاوت‌های بسیار کشور ما با سایر کشورها در زمینه‌های مختلف، از جمله ویژگی‌های فرهنگی، امکانات در دسترس، پراکندگی جمعیت، اختلاف سطح درآمد، تنوع جغرافیایی و... باعث می‌شود که نظام بیمه درمانی هیچ‌کدام از کشورهای جهان نتواند به تنهایی برای ما الگویی بهینه باشد.

با وجود این، طرح‌ریزی سیستم بیمه بهداشتی و درمانی نیازمند بررسی دقیق نظام‌های مختلف بیمه سایر کشورها و تطبیق آنها با سیاست‌های اصولی کشور ما هست.

در این مبحث ضمن اشاره کلی به نظام‌های مختلف بیمه بهداشتی درمانی در جهان و وضعیت آن در ایران، تشکیلات اجرایی بیمه درمانی چند کشور جهان را نیز مورد بررسی قرار می‌دهیم.

۲ - نظام‌های کلی بیمه درمانی در جهان امروز

خدمات بیمه درمانی در جهان عمدتاً تحت سه نظام کلی به شرح زیر ارائه می‌شوند:

الف) نظام معاونت عمومی (Public Assistance): در حدود ۱۰۸ کشور با ۴۹٪ از جمعیت جهان، شامل کشورهای در حال توسعه آسیا، آفریقا و آمریکای لاتین.

ب) نظام بیمه بهداشتی (Health Insurance): در حدود ۲۳ کشور با ۱۸٪ جمعیت جهان، شامل کشورهای صنعتی شمال اروپا و آمریکا، اسرائیل و استرالیا.

ج) نظام طب ملی (National Health): در ۱۴ کشور با ۳۳٪ جمعیت جهان، کشورهای سوسیالیستی (سابق) شامل اروپای شرقی، چین، کوبا، مغولستان و کره شمالی. علاوه بر این کشورها، انگلستان و سوئد نیز نظام طب ملی دارند.

- در نظام معاونت عمومی، بخش خصوصی و دولتی توأماً و بدون هماهنگی خاص فعالیت می‌کنند. اغلب گروه‌های شاغل تحت پوشش هستند و مکانیزم مشخصی برای حمایت از گروه‌های کم‌درآمد، نیز کنترل کیفیت و کمیت خدمات درمانی وجود ندارد. منبع مالی بیمه از محل حق بیمه‌های پرداختی و سوبسید دولت است.

- در نظام بیمه بهداشتی، بیمه تا حدود زیادی مبتنی بر مکانیزم بازار است و غالباً خصوصی است. پوشش جمعیتی کامل نیست. منابع مالی بیمه از محل حق بیمه دریافتی تأمین می‌شود و سوبسید دولت به مقدار کمتری است. هزینه‌های این نظام بسیار بالا بوده، سیستم در ارائه خدمات درمانی به اقشار کم‌درآمد موفق نبوده است. همچنین گرایش به بهداشت و طب پیشگیری در این سیستم ناچیز است.

- در نظام طب ملی، دولت مستقیماً عهده‌دار تأمین خدمات بهداشتی و درمانی برای عموم مردم است.

هزینه‌ها عمدتاً از محل مالیات عمومی تأمین می‌شود. تأکید بر بهداشت، بیماری‌یابی و ارجاع بیمار از مشخصات این نظام است.

در یک جمع‌بندی کلی، کشورهای که طب ملی را به اجرا گذاشته‌اند در جهت نیل به اهداف عدالت اجتماعی و بیمه همگانی موفقتر بوده‌اند. از سوی دیگر نظام طب ملی، به دلیل اینکه خدمات را به صورت ناحیه‌ای و سطح به سطح ارائه می‌کند، برای کشورهای که پراکندگی جمعیت و وسعت منطقه‌ای بیشتری دارند مناسبتر به نظر می‌رسد.

۳- وضعیت موجود خدمات درمانی در ایران

الف) اطلاعات عمومی

- * جمعیت: ۶۰ میلیون نفر
- * هزینه سرانه درمان: ۵۶۰۰۰ ریال (سالانه)
- * مساحت: ۱,۶۴۸,۰۰۰ کیلومتر مربع
- * سهم درمان از تولید ناخالص ملی: ۷٪
- * پراکندگی جمعیت: ۳۶ نفر در هر کیلومتر مربع
- * شاخص تخت بیمارستانی: ۱/۵ تخت برای هر هزار نفر
- * دامنه پوشش بیمه درمان: ۴۰٪ کل جمعیت

ب) خدمات بیمه‌های بهداشتی و درمانی

خدمات بهداشتی اولیه توسط دولت و به صورت رایگان (یا در ازای مبلغی بسیار ناچیز بابت دارو)، در چارچوب شبکه‌های بهداشتی ارائه می‌شود که در حال حاضر حدود ۶۳٪ جمعیت روستایی و ۵۱٪ جمعیت شهرنشین را پوشش می‌دهد.

از نظر درمان حدود ۴۰٪ از جمعیت کشور تحت پوشش بیمه خدمات درمانی است که شامل کارگران، کارکنان دولت، نیروهای مسلح و افراد تحت تکفلشان، نیز کارکنان بعضی از ارگانها و شرکتهای دولتی است. ۶۰٪ باقیمانده، شامل ۴۰٪ جمعیت روستایی و عشایر و ۲۰٪ جمعیت شهرنشین بیمه نشده است. این بیمه‌ها تماماً دولتی و اجباری بوده، از طریق سازمان تأمین اجتماعی، وزارت بهداشت و درمان، سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح و چند وزارتخانه یا شرکت دیگر اجرا می‌گردد.

ج) پرداختها

مکانیسم اجرایی بیمه‌های مذکور در غالب موارد مشابه بوده، بیمه‌شده جهت درمان بستری ۱۰٪ از هزینه و در مورد خدمات سرپایی پزشکان ۲۰٪ به عنوان فرانشیز می‌پردازد.

در صورت مراجعه بیمه‌شده به بخش غیرطرف قرارداد، هزینه‌ها توسط وی پرداخت می‌شود، سپس دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی در قبال مدارک و اسناد، هزینه وی را بر اساس تعرفه مصوب می‌پردازند.

د) منابع مالی

منبع مالی بیمه عبارت از حق بیمه پرداختی توسط بیمه‌شده و کارفرماست که در مورد بیمه تأمین اجتماعی $\frac{1}{3}$ آن سهم درمان و $\frac{2}{3}$ آن سهم بیمه‌های اجتماعی می‌باشد.

از کل مبلغ حق بیمه ۶۶/۵٪ توسط کارفرما، ۲۳/۵٪ توسط بیمه‌شده و ۱۰٪ توسط دولت پرداخت می‌شود

حق بیمه نسبت به دستمزد کارگر ۳۰٪ است که ۲۰٪ سهم کارفرما، ۷٪ سهم بیمه شده و ۳٪ سهم دولت است).

ه) روش درمان

در مورد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی، درمان به دو روش انجام می‌گیرد: ۱- درمان مستقیم ۲- درمان غیرمستقیم.

در روش درمان مستقیم، بیماران در مراکز درمانی متعلق به سازمان، درمان می‌شوند و در روش غیرمستقیم، درمان در بیمارستانها و مراکز درمانی بخش طرف قرارداد صورت می‌گیرد. به طور متوسط حدود ۱۲٪ موارد بستری و ۲۰٪ مراجعات سرپایی سالانه به پزشکان، به روش درمان مستقیم و مابقی به روش درمان غیر مستقیم صورت می‌گیرد. در درمان مستقیم بیمه‌شدگان از پرداخت فرانشیز معافند. در مورد سایر بیمه‌ها عمدتاً فقط درمان غیرمستقیم وجود دارد.

و) امکانات درمانی

در حال حاضر به ازای هر هزار نفر جمعیت، ۱/۵ تخت بیمارستانی (تخت ثابت) وجود دارد که با در نظر گرفتن آمارهای مربوط به ضریب فعالیت تختها (تخت فعال ۹۲٪ کل تختها، ضریب اشغال تخت ۶۵٪، متوسط اقامت بیمار در هر تخت ۴ روز)، ظرفیت تخت روز در یک سال، برای بستری بیماران کشور به شرح زیر به دست می‌آید:

$$90,000 \times 92\% \times 65\% \times \frac{365}{4} = 4,911,075$$

بنابراین ظرفیت بستری بیمار با حفظ شاخصهای فعلی، سالانه حدود ۴/۹ میلیون نفر است که ۸٪ از کل جمعیت را شامل می‌شود.

حدود ۱۰٪ تختهای بیمارستانی در اختیار بخش خصوصی و ۹۰٪ آن در اختیار بخش دولتی و عمومی قرار دارد. به ازای هر ۱۷۰۰ نفر، یک پزشک (اعم از متخصص و عمومی) وجود دارد که نزدیک به ۵۰٪ آنان با بخش دولتی همکاری می‌نمایند.

ز) میزان استفاده از خدمات درمانی (بر اساس آمار سال ۱۳۷۱ معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی) به طور متوسط از هر ۱۰۰ نفر، سالانه ۶ نفر بستری شده و هر نفر ۴ بار به پزشک مراجعه کرده است. در ازای هر ۴ مورد مراجعه به پزشک، ۳ نسخه دارویی صادر شده است. متوسط مراجعه به واحدهای آزمایشگاه ۰/۳ نوبت و رادیوگرافی ۰/۲ نوبت بوده است. به عبارت دیگر به ازای هر ده نفر ۳ بار مراجعه به آزمایشگاه و دو بار مراجعه به رادیولوژی وجود داشته است.

با توجه به اینکه جمعیت تحت پوشش تأمین اجتماعی ۲۵٪ کل جمعیت کشور را شامل می‌شود و در سراسر کشور نیز پراکنده است، می‌تواند در یک آمارگیری راندوم نمونه قابل قبولی از کل جمعیت باشد.

۴- ویژگیهای خاص ایران در زمینه نظام بیمه همگانی

الف) پراکندگی جغرافیایی و جمعیتی:

در مقایسه با اغلب کشورها، کشور ما دارای پراکندگی جمعیت و تنوع جغرافیایی بیشتری است. تراکم

جمعیت در بعضی از استانها بسیار زیاد است ولی در اغلب نقاط کشور فوق العاده کم است؛ بنابراین بهترین راه پوشش دادن چنین جمعیتی، ارائه خدمات در سطوح مختلف (ناحیه‌ای و منطقه‌ای) به صورت شبکه و با رعایت «ارجاع» می‌باشد. در این صورت خدمات درمان سرپایی و عمومی در اختیار همه قرار می‌گیرد و استفاده از خدمات تخصصی و بستری فقط از طریق سیستم ارجاع و به صورت کنترل شده و مکانیزه انجام می‌شود.

در غیر این صورت گسترش خدمات تخصصی و توزیع عادلانه امکانات در سراسر کشور، بویژه در شرایط اقتصادی فعلی نه برای بخش خصوصی مقرون به صرفه است و نه برای بخش عمومی و دولتی مقدور است.

ب) اختلاف درآمد زیاد بین اقشار مختلف:

اختلاف فاحشی که میان سطح درآمد اقشار جامعه وجود دارد، باعث می‌شود فقط اقشار مرفه از همه خدمات، اعم از خصوصی و دولتی، بیشترین بهره را ببرند. در چنین نظامی دریافت حق بیمه بر اساس یک نرخ یا ضریب ثابت عادلانه نخواهد بود. در این زمینه فقط کشورهایی بیشترین موفقیت را داشته‌اند که منابع مالی صندوق بیمه درمان را بر مالیاتهای عمومی استوار کرده‌اند. انگلستان و سوئد نمونه این کشورها هستند.

در این حالت همه مردم به نسبت استفاده از امکانات کشور و درآمدی که کسب می‌کنند در تأمین منابع مالی مشارکت دارند، ولی همه به طور مساوی از خدمات درمانی بهره می‌گیرند.

ج) بنا به دلایلی که ذکر شد، گسترش مؤسسات بیمه گر به صورت طولی، بیشتر از گسترش عرضی آن به صرفه و مفید خواهد بود. یعنی به جای اینکه صندوقهای بیمه‌ای متعددی در مرکز ایجاد شوند و باعث پراکنده تر شدن امکانات و اتلاف نیروها شوند، یک یا دو مؤسسه بیمه گر عمومی در زمینه درمان، زیر نظر هیأت مدیره یا شورایی که در آن نماینده خدمت گیرندگان، نماینده خدمت دهندگان و نماینده دولت (با حق رأی مساوی) وجود دارد، در مرکز تشکیل شود و نمایندگیهایی با همان ترکیب شورایی در استانها ایجاد نماید. در این صورت سیاستگذاری کاملاً متمرکز و برنامه ریزی اجرایی غیر متمرکز خواهد بود.

۵- بیمه خدمات درمانی در ژاپن

الف) اطلاعات عمومی

- * جمعیت: ۱۲۲ میلیون نفر
- * هزینه سرانه درمان: در ۱۰۳۵ دلار (سال ۱۹۸۹)
- * مساحت: ۳۷۷,۶۳۴ کیلومتر مربع
- * پراکندگی جمعیت: ۳۲۳ نفر در هر کیلومتر مربع
- * سهم درمان از تولید ناخالص ملی: ۴/۸٪
- * شاخص تخت بیمارستانی: ۱۳/۵ برای هر هزار نفر
- * سال شروع بیمه درمان: ۱۹۲۷
- * دامنه پوشش بیمه درمان: کل جمعیت

ب) بیمه‌های درمانی

۱- بیمه درمان شاغلان: در این سیستم شرکتهای بزرگ کارکنان خود را از طریق مراکز درمانی متعلق به خود (روش مستقیم) درمان می‌کنند. کارکنان سایر شرکتهای از مراکز درمانی دولتی استفاده می‌کنند.

۲- بیمه درمان عمومی: بیمه گر در این سیستم شهرداریها و انجمنهای بیمه درمانی هستند. افرادی که از طریق اشتغال تحت پوشش قرار نگرفته‌اند مثل کشاورزان، خویش فرمایان، پزشکان و... تحت پوشش این بیمه هستند.

۳- بیمه‌های خصوصی: برای ارائه خدمات بیمه مضاعف.

ج) پرداختها

بیمه‌شده اصلی برای استفاده از خدمات درمانی به طور اعم ۱۰٪ فرانشیز می‌پردازد. بیمه‌شده تبعی برای خدمات بیمارستانی ۸۰٪ هزینه و برای خدمات سرپایی ۷۰٪ فرانشیز می‌پردازد.

د) منابع مالی بیمه

- ۱- حق بیمه بیمه‌شده و کارفرما.
- ۲- سهم دولت.
- ۳- حق بیمه سالمندان که به صورت مبلغی مقطوع ماهانه پرداخت می‌شود.

۶- بیمه خدمات درمانی در آمریکا

الف) اطلاعات عمومی

- * جمعیت: ۲۵۶ میلیون نفر
- * هزینه سرانه درمان: ۲۳۴۵ دلار
- * مساحت: ۹,۳۶۳,۰۰۰ کیلومتر مربع
- * سهم درمان از GNP: ۱۲٪
- * پراکندگی جمعیت: ۲۷/۳ نفر در کیلومتر مربع
- * شاخص تخت بیمارستانی: ۵ تخت برای هر هزار نفر
- * سال شروع بیمه درمان: (به شیوه فعلی) ۱۹۸۸
- * دامنه پوشش بیمه درمان: ۸۵٪ جمعیت

ب) بیمه‌های درمانی

- ۱- بیمه بخش خصوصی:
کارفرمایان کارکنان خود را بیمه کرده و از بخش خصوصی خرید خدمت می‌نمایند یا مستقیماً خدمات درمانی را ارائه می‌دهند.
این نوع بیمه مبتنی بر نظام بازار است.
بیمه‌شده ۱۰٪ هزینه بیمارستانی و ۲۶٪ هزینه پزشکان را به عنوان فرانشیز می‌پردازد.
- ۲- بیمه بخش عمومی:
- برنامه Medicare ویژه بیمه درمان سالمندان، از کارافتادگان، بیماران کلیوی و گروههای خاص.
- برنامه Medicaid ویژه افرادی که درآمدشان از خط فقر پایین تر است.
۳- بازنشستگان و از کارافتادگان ارتش:
خدمات درمانی خود را از طریق کلینیکها و بیمارستانهای همین سیستم به صورت مستقیم دریافت می‌دارند.

ج: منابع مالی بیمه

در بیمه خصوصی، از محل معافیت مالیاتی کارفرمایان و نیز حق بیمه‌های پرداختی تأمین می‌شود. در بیمه عمومی، هزینه درمان برنامه‌های Medicare و Medicaid را دولت فدرال و دولتهای ایالتی تأمین می‌کنند.

۷- بیمه خدمات درمانی در آلمان

الف) اطلاعات عمومی

- * جمعیت: ۸۰ میلیون نفر
- * هزینه سرانه درمان: ۱۲۳۲ دلار
- * مساحت: ۳۵۶,۷۰۰ کیلومتر مربع
- * سهم بخش درمان از GNP: ۸/۲٪
- * پراکندگی جمعیت: ۲۲۴ نفر در کیلومتر مربع
- * شاخص تخت‌های بیمارستانی: ۱۱ تخت برای هر هزار نفر
- * سال شروع بیمه درمانی: ۱۸۸۳
- * دامنه پوشش بیمه درمان: گروه‌های شاغل (۹۰٪ جمعیت)

ب) بیمه درمان

بر اساس طرح قانونی بیمه درمان، اجرای سیستم به عهده تعداد ۱۱۲۸ صندوق سرمایه‌بیماری و ۱۸ انجمن منطقه‌ای پزشکان است که دولت هیچ‌گونه حاکمیتی بر آن ندارد. بودجه درمان بیمه‌شدگان توسط صندوقها و انجمنهای مذکور محاسبه و تعیین می‌شود. صندوق سرمایه‌بیماری، حق بیمه دریافتی از بیمه‌شدگان و کارفرمایان را به حساب انجمن منطقه‌ای پزشکان واریز می‌کنند. انجمن منطقه‌ای پزشکان، حق الزحمه پزشکان و مؤسسات درمانی طرف قرارداد را طبق تعرفه پرداخت می‌کنند.

ج) پرداختها

بیمه‌شدگان بجز در موارد خاص، فرانشیزی پرداخت نمی‌کنند.

د) منابع مالی بیمه

شامل حق بیمه دریافتی از بیمه‌شدگان و کارفرمایان است. (سوبسید دولت برای موارد خاص و در قالب تأمین اجتماعی پرداخت می‌شود.)

۸- بیمه خدمات درمانی در کانادا

الف) اطلاعات عمومی

- * جمعیت: ۲۷ میلیون نفر
- * سال شروع بیمه درمانی: ۱۹۶۶
- * مساحت: ۹,۹۷۰,۰۰۰ کیلومتر مربع
- * هزینه سرانه درمان: ۱۹۵۰ دلار آمریکا
- * سهم درمان از GNP: ۹/۵٪
- * پراکندگی جمعیت: ۲/۷ نفر در کیلومتر مربع
- * شاخص تخت بیمارستانی: ۷ تخت برای هر هزار نفر
- * درآمد سرانه: ۱۷ هزار دلار آمریکا
- * دامنه پوشش بیمه درمان: کل جمعیت

ب) بیمه‌های درمانی

- طرح بیمه درمان همگانی، کلیه افراد کشور را تحت پوشش دارد. خدمات بهداشتی و درمانی در سه سطح مرکزی، ایالتی و محلی به شرح زیر ارائه می‌شود:
- ۱- دولت فدرال: نقش تخصیص بودجه درمان ایالتها، نظارت بر حفظ استانداردهای بیمه درمان و انجام اقدامات مربوط به مراقبتهای بهداشتی را به عهده دارد.
 - ۲- مسئولین ایالتی: طرح بیمه درمان بر اساس قانون فدرال را به اجرا می‌گذارند. علاوه بر این برنامه‌ریزی و مدیریت منابع، تعیین حقوق خدمت‌دهندگان، تعرفه خدمات درمانی و برقراری استانداردها از وظایف آنان است.
 - ۳- شهرداریها و مسئولین محلی: ارائه خدمات بهداشتی اولیه، اجرای برنامه‌های بهداشت عمومی و نظارت بر مواد غذایی از وظایف این سطح است.

ج) پرداختها

- ۱- در هیچ‌یک از مراحل مذکور، بیمه‌شده و جهی به عنوان فرانشیز نمی‌پردازد.
- ۲- بودجه درمان ایالات توسط دولت فدرال تخصیص داده می‌شود.
- ۳- مسئولین ایالتی بودجه بیمارستانها را جهت پرداخت حقوق کارکنان و امور عمرانی، به صورت گلوبال و یکجا پرداخت می‌کنند.
- ۴- پزشکان از بیمارستانها حقوقی دریافت نمی‌کنند و حق الزحمه خود را به صورت فی فور سرویس، در ازای تحویل صورتحساب از دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی دریافت می‌نمایند.

د) منابع مالی بیمه

- ۱- ۷۲/۵٪ از هزینه درمان، از محل مالیاتهای عمومی تأمین می‌شود که از این رقم سهم دولت فدرال ۳٪، دولتهای ایالتی ۶۱٪ و انجمنهای محلی (خیریه) ۲٪ است.
- ۲- ۲۷/۵٪ از هزینه درمان توسط کارفرمایان (بصورت حق بیمه) پرداخت می‌شود. فقط در سه ایالت، بیمه‌شده نیز سهمی به عنوان حق بیمه می‌پردازد.

۹- بیمه خدمات درمانی در انگلستان

الف) اطلاعات عمومی

- * جمعیت: ۵۶ میلیون نفر
- * مساحت: ۲۴۴/۸۰۰ کیلومتر مربع
- * پراکندگی جمعیت: ۲۲۹ نفر در کیلومتر مربع
- * سال شروع بیمه درمانی: ۱۹۱۰
- * هزینه سرانه درمان: ۸۴۰ دلار
- * سهم بخش درمان از GNP: ۵/۸٪
- * شاخص تخت‌های بیمارستانی: ۶ تخت برای هر هزار نفر
- * دامنه پوشش بیمه درمان: کل جمعیت کشور

ب) بیمه درمان

سیستم بهداشت ملی (N.H.S) با مسئولیت مستقیم دولت، خدمات بهداشتی - درمانی را از طریق شبکه‌ای وسیع در سراسر کشور ارائه می‌نماید. ارائه خدمات به صورت مستقیم در مراکز متعلق به سیستم، نیز از طریق پزشکان آزاد طرف قرارداد صورت می‌گیرد.

ج) پرداختها

بیمه‌شدگان بجز در مورد خدماتی مثل دندانپزشکی، دارو و معاینات چشم، هیچ‌گونه فرانشیزی نمی‌پردازند. در هر حال خدمات بیمارستانی رایگان است. گروه‌های آسیب‌پذیر مثل کودکان زیر ۱۶ سال، دانش‌آموزان تا ۱۹ سالگی، مادران باردار، مادران دارای کودک یکساله و سالمندان از پرداخت فرانشیز فوق معافند.

د) منابع مالی بیمه

- ۸۰٪ هزینه‌های بهداشتی، درمانی از طریق مالیاتهای عمومی تأمین می‌گردد.
- ۲۰٪ هزینه‌ها از محل حق بیمه پرداختی توسط کارفرمایان و بیمه‌شدگان، نیز کمک‌های داوطلبانه تأمین می‌شود.

۱۰ - بیمه خدمات درمانی در سوئد

الف: اطلاعات عمومی

- * جمعیت: ۸/۵ میلیون نفر
- * هزینه سرانه درمان: ۱۳۶۰ دلار
- * مساحت: ۴۵۰,۰۰۰ کیلومتر مربع
- * سهم بخش درمان از GNP: ۸/۸٪
- * پراکندگی جمعیت: ۱۹ نفر در هر کیلومتر مربع
- * شاخص تخت بیمارستانی: ۱۵ تخت برای هر هزار نفر
- * سال شروع بیمه درمانی: ۱۹۵۵
- * دامنه پوشش بیمه درمان: کلیه افراد مقیم کشور

ب: بیمه درمان

سیستم درمان ملی، خدمات پزشکی، بیمارستانی و توانبخشی را از طریق شبکه‌های ناحیه‌ای ارائه می‌نماید.

هر ناحیه دارای یک یا چند مرکز خدمات درمانی به اضافه یک یا چند خانه پرستاری برای درمان درازمدت می‌باشد. متناسب با سکنه هر ناحیه، یک یا چند بیمارستان جهت انجام خدمات تخصصی وجود دارد.

بیمارستانها به دانشکده‌های پزشکی وابسته بوده و آموزشی - پژوهشی هستند. پزشکان عمومی و متخصص در مراکز درمانی مستقر بوده، خدمات مشورتی، درمانی و پیشگیری را ارائه می‌کنند. ۲۴ انجمن شورای محلی و سه شهرداری، کل مسئولیت نظارت و اجرای سیستم فوق‌الذکر را به عهده دارند. تعیین

خط‌مشی مراقبت‌های بهداشتی درمانی و نظارت بر عملکرد سیستم، به عهده وزارت درمان و رفاه اجتماعی است.

ج) پرداختها

بیمار در بخش دولتی فرانشیز بسیار کمی می‌پردازد. در صورت استفاده از بخش خصوصی، بیمار هزینه درمان را پرداخت نموده، در صدی از آن را از سیستم بیمه دریافت می‌کند.

د) منابع مالی بیمه

قسمت اعظم آن از محل مالیات‌های عمومی و بخشی از آن از طریق حق بیمه‌های پرداختی توسط کارفرمایان و خویش‌فرمایان (۱۰٪ لیست حقوق)، تأمین می‌شود.

۱۱ - بیمه خدمات درمانی در کره جنوبی

الف) اطلاعات عمومی

- * جمعیت: ۴۲ میلیون نفر
- * مساحت: ۹۸/۵۰۰ کیلومتر مربع
- * پراکندگی جمعیت: ۴۲۶ نفر در کیلومتر مربع
- * سال شروع بیمه درمانی: ۱۹۶۳
- * هزینه سرانه درمان:
- * سهم بهداشت و درمان از GNP:
- * شاخص تخت بیمارستانی: (بیشتر امکانات خصوصی است)
- * جمعیت تحت پوشش بیمه درمان: کل جمعیت

ب) بیمه درمانی

- سه نوع مؤسسه بیمه وجود دارد:
- ۱- جامعه مستخدمان (کارمندان، کارگران،...)
- ۲- جامعه خویش‌فرمایان
- ۳- سایر مؤسسات

مؤسسات بیمه‌گر، عضو فدراسیون ملی بیمه درمانی هستند و این فدراسیون از طرف آنان تقاضاها عمده امکانات درمانی در اختیار بخش خصوصی است، ولی امکانات بخش دولتی سطح‌بندی شده و به صورت شبکه‌ای، در قالب سیستم ارجاع خدمات ارائه می‌شود.

ج) پرداختها

بیمه‌شده برای خدمات بستری ۲۰٪ و برای خدمات سرپایی مبالغ تعیین‌شده‌ای را به عنوان فرانشیز می‌پردازد.

د) منابع مالی بیمه

حق بیمه پرداختی: بیمه‌شده + کارفرما + دولت (۵۰٪ بیمه‌شده، ۵۰٪ کارفرما و دولت).

جدول مقایسه نظامهای مختلف بیمه درمان در چند کشور

نام کشور	جمعیت تحت پوشش	مؤسسه بیمه گر	منابع مالی بیمه	مشارکت مالی بیمه	سال شروع بیمه درمانی
ژاپن	کل جمعیت	۱- کارفرمایان و دولت برای شاغلان ۲- انجمنهای محلی و شهرداریها برای سایر افراد	حق بیمه: بیمه شده + کارفرما + سهم دولت	پرداخت فرانشیز	۱۹۲۷
آمریکا	۸۵٪ جمعیت	۱- بیمه‌های خصوصی ۲- حمایت دولت از اقشار کم درآمد و گروههای خاص	معافیت مالی کارفرمایان + حق بیمه پرداختی + کمک دولت به گروههای خاص و کم درآمد	پرداخت فرانشیز	۱۹۸۸ (به شیوه فعلی)
کانادا	کل جمعیت	دولت شامل: ۱- دولت فدرال ۲- مسئولین ایالتی ۳- انجمنهای محلی	۷۲٪ از محل مالیتهای عمومی ۲۷٪ از محل حق بیمه کارفرمایان	بدون فرانشیز	۱۹۶۶
آلمان	گروههای شاغل و بدون شغل ۹۰٪ جمعیت	صندوق سرمایه‌بیماری و انجمن منطقه‌ای پزشکان	حق بیمه پرداختی توسط کارفرما و بیمه‌شده (غیر دولتی)	بدون فرانشیز	۱۸۸۳
انگلستان	کل جمعیت	دولت (سیستم بهداشت ملی)	۸۰٪ از طریق مالیات عمومی ۲۰٪ از طریق حق بیمه کارفرما و بیمه‌شده	بدون فرانشیز	۱۹۱۰
سوئد	کل جمعیت	دولت (از طریق شورای محلی) با سیستم درمان مستقیم و شبکه ارجاع)	اکثر از مالیات عمومی و بخشی از آن از محل حق بیمه پرداختی کارفرمایان	پرداخت فرانشیز بسیار کم	۱۹۵۵
کره جنوبی	۹۵٪	۱- جامعه مستخدمان ۲- جامعه خویش فرمایان ۳- سایر مؤسسات بیمه گر	حق بیمه: بیمه شده + کارفرما + دولت	پرداخت فرانشیز	۱۹۶۳
ایران	۴۰٪ جمعیت گروههای شاغل (کارمندان و کارگران)	۱- سازمان تأمین اجتماعی، ۲- وزارت بهداشت و درمان ۳- سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح، ۴- سایر شرکتهای و مؤسسات دولتی	حق بیمه: بیمه‌شده + کارفرما + دولت	پرداخت فرانشیز	—