

ارائه‌ی مدلی برای بیمه‌های سلامت خصوصی در ایران

نویسندگان:

دکتر حسین زارع^۱ (نویسنده‌ی مسؤل)، نگار یزدانی^۲، دکتر مژگان آزادی^۳، دکتر محمدحسن احمدپور^۴،
رضا کاشف قربانپور^۵، دکتر عباس اکبریان^۶، محمد رضا جمالی^۷، دکتر رضا رشیدی^۸

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی، کاربردی و تطبیقی است که به منظور ارائه‌ی الگو از تکنیک دلفی سه مرحله‌ای استفاده کرده است. مطالعه در فاصله‌ی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۸۱ صورت گرفته و هدف اصلی، ارائه‌ی مدلی برای بیمه‌های سلامت خصوصی در ایران با توجه به تجربیات کشورهای دیگر است.

روش بررسی: این مطالعه با محوریت سازمان و مدیریت، به بررسی مبنای پوشش جمعیت، مبنای محاسبه‌ی حق بیمه، تعهدات و کلیات سیستم می‌پردازد. علاوه بر این میزان مشارکت بیماران در برخورداری از خدمات، شاخص‌های مهم سلامتی و سازمانی و تاریخچه‌ی بیمه‌های سلامت خصوصی همراه با رویکردهای موجود در آینده نیز مورد بررسی و تدقیق قرار گرفته است.

کشورهای مورد مطالعه عبارتند از آمریکا، آلمان، اسپانیا، اتریش، ترکیه، سوئد، یونان، مکزیک، ژاپن، کانادا، دانمارک و ایران، انتخاب کشورها بر مبنای تقسیم‌بندی نظام‌های سلامت و ویژگی‌هایی از جمله عضویت در OECD و داشتن تجربیاتی در مورد بیمه‌های سلامت خصوصی بوده است.

یافته‌ها: بیمه‌های سلامت خصوصی با هدف پرکردن شکاف‌های خدمتی و هزینه‌ای موجود در پوشش‌های بیمه‌ای پایه، افزایش رضایت‌مندی مردم و ایجاد قدرت انتخاب برای افراد با توانایی مالی بهتر به وجود آمده است. مبنای پوشش بیمه‌های سلامت خصوصی در اکثر کشورها مبنای سکونت و توانایی پرداخت است و اولویت با ارائه‌ی پوشش‌های گروهی است. نقش دولت در ابتدا قانون‌گذاری است، علاوه بر این در شروع فعالیت شرکت‌های بیمه‌ای نقش حمایت‌کننده و بعد از آن نقش نظارتی پیشنهاد شده است. منبع اصلی تأمین منابع مالی بیمه‌های خصوصی، حق بیمه‌هاست که با توجه به معیارهایی چون ریسک فردی و وضعیت سلامتی نوع بسته‌ی مزایا، گروهی با انفرادی بودن پوشش، سن، جنس تعیین می‌شود. نظارت بر بیمه‌های سلامت خصوصی به صورت غیر متمرکز و به وسیله‌ی سازمان‌های مستقل محلی با ترکیبی از نماینده‌ی مصرف‌کنندگان و به تعداد مساوی نماینده‌ی ارائه‌دهندگان باید به صورت غیر مستقیم صورت می‌پذیرد. خدمت به سازمان‌های بیمه‌ای، نماینده‌ی دولت، نماینده‌ی قوه قضائیه و بر اساس چک لیست‌های استاندارد شده صورت می‌پذیرد.

نتیجه‌گیری: نظارت عالی از بالاترین مرجع سیاست‌گذاری که در این مطالعه شورای عالی سلامت کشور پیشنهاد شده است.

کلیدواژه‌ها بیمه‌ی سلامت خصوصی، مطالعات تطبیقی، شکاف خدمتی، شکاف هزینه‌ای، بیمه‌ی سلامت مکمل، تکنیک دلفی

۱- محقق و پژوهشگر و مجری طرح پژوهشی، دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، فوق دکترای سلامت بین‌الملل و فلوشیپ مدیریت و سیاست‌گذاری سلامت، جان هاپکینز. (Email: dr_zare@yahoo.com)

۲- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، کارشناس معاونت آموزشی و زارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۳- دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، فوق دکترای سلامت بین‌الملل، فلوشیپ برنامه ریزی و سلامت خانواده، جان هاپکینز، عضو هیأت علمی مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی مسیح دانشوری، هیأت مؤسسه مرکز تحقیقات پرستاری و مدیریت سلامت تنفس.

۴- دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ورامین، ورامین، ایران.

۵- دانشجوی دکتری تخصصی اقتصاد، مدیر طرح و برنامه بیمارستان میلاد.

۶- دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مدیریت منابع مالی بخش سلامت.

۷- پژوهشگر، کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی.

۸- متخصص داخلی.

مقدمه

و پایین و گروه‌های با درآمد بالا و پایین در بیمه‌ی سلامت اجتماعی مطرح می‌شوند و حرکت مصرف با توجه به نیاز را تعریف می‌کنند؛ اما این موضوع تکلیف افراد را در برابر یکدیگر بیان می‌کند. نقش مهم‌تر و اساسی‌تر که تکلیف دولت‌ها در مقابل مردم است هنوز جای بحث فراوان دارد [۱].

بدون شک، تابع حرکت دولت در مشارکت هزینه‌های سلامت جامعه وابسته به متغیرهایی از جمله توجه به ضوابط هماهنگ، توجه به الگوی بیماری‌ها در جامعه، توجه به توزیع پراکندگی جمعیت در مناطق شهری و روستائی، توجه به توزیع ثروت در جامعه، توجه به پراکندگی مراکز ارائه‌دهنده‌ی مراقبت‌های بهداشتی درمانی و توجه به توزیع اپیدمیولوژی جمعیت و از همه مهم‌تر توجه به خدمات مورد نیاز اکثر افراد با محور قراردادن افراد فقیر و گروه‌های آسیب‌پذیر می‌باشد [۱، ۲]. مطالعه و بررسی سیستم‌های بیمه‌ای و حمایتی اجتماعی در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که در دهه‌های اخیر سیستم‌های حمایتی - اجتماعی با اصلاحات متعددی روبه‌رو بوده است، هر چند که هر کشور با توجه به شرایط اجتماعی، سیاسی، بهداشتی، جمعیتی و فرهنگی طرق مختلفی را تجربه کرده است، لیکن این اصلاحات عمدتاً با هدف بهبود دسترسی به مراقبت‌ها، فراهم کردن مراقبت‌های کیفی و در نهایت پایین نگه‌داشتن هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی همراه بوده است [۴].

آن چه که واضح است بیمه‌های سلامتی در تمام کشورها اولین شکل بودجه‌ای خدمات سلامتی هستند. دو شکل معمول این بیمه‌ها، بیمه‌های سلامت دولتی و خصوصی می‌باشند. این دو سیستم با یکدیگر تفاوت‌های ریشه‌ای دارند: بیمه‌های دولتی^۲ معتقدند که سلامتی (بهداشت) حق مسلم هر انسانی است و بیمه، ابزاری برای پیشبرد آن است. بیمه‌های خصوصی^۳ بر این باورند که سلامتی در معرض تهدیدات فراوانی است و بیمه نیز یک فعالیت اقتصادی

سلامت حقی است همگانی و در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، این اصل به عنوان یکی از اصول اساسی نظام تعیین شده است^۱. در واقع انتظار مردم از دولت‌ها و تکلیف دولت‌ها نسبت به مردم دغدغه‌ی بسیاری از دولت‌داران در دوران معاصر بوده و می‌باشد. دیدگاه‌های جدید به وجود آمده در جامعه‌ی اندیشمندان مبنی بر توجه به انسان به عنوان سرمایه‌های انسانی مقوله‌ی حفظ سلامت را هم از بُعد اقتصادی و هم از بُعد منطقی مهم‌تر می‌سازد. این شاید اصلی‌ترین دلیل اختصاص منابع قابل توجه در بخش سلامت شده است. در این میان نوع و چگونگی توزیع منابع در بخش سلامت از موضوعات بسیار بحث‌انگیز دوران معاصر است [۱]. گروهی سلامت را حق طبیعی آحاد جامعه می‌دانند و دولت‌ها را مکلف به تأمین هزینه‌های سلامت می‌دانند؛ گروهی با محور قراردادن گزینه‌های هزینه - اثر بخشی و هزینه - منفعت تقسیم و تسهیم منابع در بخش سلامت را مورد توجه قرار داده‌اند. گروهی از افراد وظیفه‌ی دولت را تنها کمک به افشار آسیب‌پذیر دانسته و گروهی بدون توجه به درآمد، مقوله‌ی ملیت را محور بحث قرار داده‌اند [۲]. دیدگاه هر چه که باشد ایفای نقش دولت وابسته به عناصر کلیدی تأثیرگذار در فرآیند دریافت خدمات است. عدالت در دسترسی به خدمات اولیه، ارائه‌ی خدمات با قیمت مناسب و ارائه‌ی خدمات با کیفیت از مهم‌ترین گزینه‌هایی که در این مقوله مطرح است. توجه به این گزینه‌هاست که مداخله‌ی دولت را محقق می‌کند [۱].

در این میان نقش هزینه‌ها و توزیع مشارکت افراد و هزینه‌های بخش سلامت، نوع حرکت را در پوشش‌دهی خدمات مشخص می‌کند. مقوله‌ی بیمه‌ی اجتماعی خود پاسخی به این سؤال است که نوع حرکت مشارکت هزینه‌ای در بخش سلامت چگونه باید باشد؟ [۱، ۳]

توجه به اصل بنیادین پرداخت متفاوت و بهره‌مندی با توجه به نیاز، تا حدی تکلیف دولت‌ها را مشخص می‌کند. به عبارتی با توجه به این اصل است که گروه‌های با ریسک بالا

۱- اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران.

با توجه به درجه‌بندی ریسک را ندارند؛ چرا که افراد با ریسک‌های فردی مختلف حق بیمه‌های متفاوتی را باید بپردازند [۳۲]. معمولاً ریسک‌های جدی حق بیمه‌های سنگین‌تری دارند. این تحت عنوان درجه‌بندی ریسک^۱ نامیده می‌شود. براین مبنا بین وضعیت‌های اجتماعی-اقتصادی و وضعیت سلامتی ارتباط تنگاتنگی وجود دارد [۳۳]. به همین دلایل اکثر افرادی که به بیمه احتیاج دارند کنار گذاشته می‌شوند. بیمه‌های خصوصی را به علت بافت ناهمگون جامعه نمی‌توان به عنوان پوشش دهنده‌ی اصلی خدمات بیمه‌ای به شمار آورد، مگر آن که بتوان اثرات ضد توزیع مجددی آن را حذف کرد [۳۲].

«اختیارگرایان» معتقدند انسان‌ها این حق را دارند که نوع بیمه را خودشان انتخاب کنند. این دیدگاه با کاستی‌هایی روبه‌رو است. اول این که قدرت مالی دو طرف قرارداد، محتوای قرارداد را مشخص می‌کند و قدرت دو طرف غیرمتجانس است. دوم این که برای بیمه‌های سلامت خصوصی این حق باقی می‌ماند که بعضی از انواع ریسک را فیلتر کنند (از طریق کنترل مزایای قابل ارائه در بسته‌های خدمات و طبقه‌ی ریسک بیمه شدگان) و افراد فقط می‌توانند بیمه را انتخاب کنند و نمی‌توانند تعیین کنند که چگونه قیمت‌گذاری شود یا چگونه محتوای بسته‌های خدمات آن مشخص شود در یک بازار ناقص^۲ خریدن یا نخریدن^۳ گزینه‌هایی است که وجود دارد و افراد نمی‌توانند خودشان را با بیمه‌گر مقایسه کنند.

از دیدگاه فلسفی دو نوع سیستم مراقبت‌های سلامتی وجود دارد: فرد گرا^۴ و تساوی گرا^۵.

در اولی اصالت با مشتری و شرایط موجود در بازار است ولی در دومی اهداف سلامتی جامعه‌نگر تعقیب می‌شود [۲۵]. آن چه اتفاق می‌افتد این است که در سیستم‌های سلامتی در اکثر نقاط جهان ترکیبی از دو تفکر اعمال می‌شود. عدالت

سودآور است که باید اصول مربوط به آن را به کار گرفت [۵].

اصلاحات بیمه‌های سلامتی بر مباحث اقتصادی تأکید دارد. به نظر می‌رسد هر دو نوع بیمه با مشکلات مشابهی مانند افزایش هزینه‌ی خدمات، پیشرفت سریع فناوری بهداشتی و درمانی و بیشتر شدن انتظارات مشتریان از خدمات بهداشتی روبرو باشند. در عین حال بیمه‌ها مجبورند مشکلات مالی را حل کرده، خدمات را اولویت‌بندی و کارآیی خدمات را مشخص کنند.

سه اصل بنیادین بر اهمیت بیمه‌های سلامت دولتی تأکید می‌کنند: [۶]

(۱) سلامتی و دسترسی به خدمات سلامتی حق مسلم هر انسانی محسوب می‌گردد [۳۱]. از این رو دولت‌ها برای تمام افراد جامعه بایستی حداقلی از مراقبت‌های بهداشتی را فراهم کنند.

(۲) بیمه‌های سلامتی دولتی باید عدالت را در جامعه ایجاد کنند. در پوشش مزایا (هزینه‌ها) این بیمه‌ها باید پوشش بیمه‌ای را گسترده سازند. پوشش باید اجباری باشد و در بحث درآمدی (به منظور مشارکت) میزان مشارکت در پرداخت هزینه‌ها باید با توجه به وضعیت اقتصادی افراد باشد. هر جامعه‌ای در قبال سلامتی افرادش مسؤول است. اما این جدا از این موضوع است که جامعه باید مسؤولیت بیمه‌های سلامتی را به عهده داشته باشد.

(۳) بیمه‌های سلامتی خصوصی ریشه در مدیریت ریسک دارند. فرضیه‌ی اصلی بیمه‌های خصوصی، آزادی انتخاب و توانایی پرداخت بیمه شده می‌باشد [۷].

از نقطه نظر کلی ممکن است افراد کم‌درآمد از روی آوردن به بیمه‌های خصوصی اجتناب کنند. هم به این دلیل که شرکت‌های بیمه آن‌ها را به علت «ریسک‌های بد» کنار می‌گذارند و هم این که آن‌ها استطاعت پرداخت حق بیمه

1- risk rating

Risk Averse: نوعی رفتار در مقابل ریسک است که باعث می‌شود یک سرمایه‌گذار ترجیح دهد که سرمایه‌گذاری مشخصی را با نتیجه‌ی مشخص با یک میزان سرمایه‌گذاری با همان ارزش ولی نتیجه‌ی نامعین انجام دهد. به منظور کاهش ناپایداری، سرمایه‌گذار باید توافق نماید که حق بیمه را بیش از مقدار واقعی پرداخت نماید.

2- Imperfect Market

3- Take it or leave it

4- Libertarian

5- Egalitarian

انتخاب شده، مشتریان بهتر جذب می‌شوند. در اصل دولت می‌تواند بدون اتکا به تسهیلات دولتی این استانداردها را تحمیل کند. اگر پایش کیفیت مشکل باشد، کیفیت استاندارد با حداقل قیمت می‌تواند جایگزینی، برای پایش مستقیم باشد. در کل، به این تفکر که کیفیت بخش‌های دولتی و خصوصی می‌توانند به عنوان مکمل استراتژیک عمل کنند، باید با احتیاط نظر شود.

با این‌که مقررات دولتی جهت حمایت از مشتریان مهم هستند، اما گاهی همین مقررات برای ارائه دهندگان خدمات بخش خصوصی، تولید کنندگان، بازارها و توزیع کنندگان فرآورده‌های بهداشتی و برای مصرف داروها و تجهیزات جدید محدودیت‌هایی ایجاد می‌کنند و از سویی دیگر چارچوب مالی انگیزه‌ای برای خصوصی‌سازی خدمات ایجاد نمی‌کند. طرح و پاسخ به این موضوع مقاله‌ای مستقل لازم دارد و در حوصله‌ی این مقاله نیست. در این مقاله تلاش می‌شود تا دیدگاه‌های تاریخی حضور بخش خصوصی در برنامه‌های توسعه‌ای کشور مورد بررسی قرار گیرد، وضعیت سازمان‌های ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی و حمایتی بررسی شود و سپس با بهره‌گیری از یافته‌های پژوهش در بیمه‌های درمان خصوصی در کشورهای منتخب مدل مناسب با وضعیت موجود در کشور برای بیمه‌های درمان خصوصی ارائه شود [۹].

توجه به این نکته ضروری است که طراحی یک سیستم مناسب به یک برنامه‌ریزی بلند مدت نیاز دارد که با تغییر دولت‌ها مورد تعرض قرار نگیرد. این شاید بزرگ‌ترین اصلی است که لازم است در نظر گرفته شود.

زمینه و هدف:

هدف از انجام این مطالعه که در فاصله سال‌های ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۵ صورت پذیرفته است، ارائه‌ی مدلی برای بیمه‌های سلامت خصوصی در ایران با توجه به تجربیات کشورهای منتخب است.

روش بررسی:

در بخش نخست این پژوهش بررسی وضعیت موجود در ایران با محوریت سازمان‌های بیمه‌ی خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی نیروهای مسلح، سازمان‌های حمایتی نظیر کمیته‌ی

در سلامتی به این معنی است که سطح پایه و اساسی خدمات سلامتی برای کلیه‌ی آحاد جامعه فراهم شود. در مراقبت‌های سلامتی گاهی عدالت ممکن است به معنای دسترسی نابرابر به خدمات باشد؛ چرا که افراد بیمار بایستی دسترسی بیش‌تری داشته باشند و برعکس دو بیمار با شرایط یکسان بایستی دسترسی برابر داشته و به طور برابر تحت درمان قرار گیرند [۸]. رویکرد موجود در بیمه‌های سلامت خصوصی با ماهیت بازار و رویکرد فردگرایی موافق است. وجود همین دیدگاه‌ها حضور دولت را در بخش‌های دولتی و خصوصی ضروری می‌سازد. این شاید یکی از دلایل مطرح شدن این موضوع در برنامه‌های توسعه کشور (به ویژه برنامه‌ی سوم توسعه) است. از طرفی توجه به اصول کارایی در ارائه و تخصیص منابع محدود در کشورهای در حال توسعه طرح دیدگاه‌های خصوصی‌سازی را جدی‌تر می‌سازد. در بررسی عدم کارایی، بین عدم کارایی تکنیکی (ضعف در تولید حداکثر ممکن از امکانات موجود) و تخصیص ناکارآمد (به کارگیری امکانات به تناسب‌های اشتباه به طوری که تولید در حاشیه قرار گیرد) اختلاف وجود دارد. این دو نوع نقص در بخش عمومی (دولتی) گزارش شده‌اند، اما معلوم نیست آیا فرآیند خصوصی‌سازی این نقایص را در بخش خصوصی بر طرف کرده است یا نه؟ شاید بخش خصوصی در کشورهای در حال توسعه خیلی کاراتر از بخش دولتی باشد. باید با پژوهش‌های تجربی این ادعا ثابت شود [۹].

عدم کارایی بازار و نگرانی‌های ناشی از توزیع مجدد منابع دولت‌ها ممکن است درصدد کنترل انتخاب‌های بیمه‌ای افراد باشند. در این بخش باید به سؤالات زیر پاسخ داد:

۱. اثرات مداخلات دولتی مختلف بر هزینه و کیفیت بیمه‌ها چیست؟
۲. نقش دولت در توافقات بین ارائه‌دهنده، بیمه شده و شرکت بیمه‌ای چیست؟

اگر هدف «ایجاد حداقلی از استاندارد» و کیفیت قابل قبول باشد، هدایت فعالیت‌های دولتی به سوی بازار خصوصی ممکن است سودآور باشد. با محدودسازی تمایز تولیدات، تشدید رقابت در قیمت‌ها و به کارگیری استانداردهای

یافته ها:

۱. بررسی وضعیت موجود در ایران
 بیمه‌ی سلامت در ایران فراز و نشیب‌های زیادی را تاکنون سپری کرده است. در سال ۱۳۱۶ با تأسیس شرکت بیمه‌ی مرکزی ایران، دولت به طور مستقیم در فعالیت‌های بیمه‌ای وارد شد. در سال ۱۳۵۸ با تصویب قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران فعالیت‌های بیمه‌ای به طور کامل به دولت واگذار می‌شود (اصل ۴۴ قانون اساسی). برنامه‌های اول، دوم و سوم توسعه‌ی کشور خصوصی‌سازی را به طور جدی دنبال می‌کنند [۹]. در برنامه‌ی اول و دوم خصوصی‌سازی با هدف منطقی کردن نظام تشکیلاتی دولت و در برنامه‌ی سوم توسعه‌ی کشور ماده‌ی ۱۹۲ به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اجازه داده است که به منظور ارتقای کارایی و مشارکت کارکنان و مردم بخشی از فعالیت‌ها به بخش خصوصی واگذار شود [۱۰، ۲۸].

سازمان جهانی بهداشت دولت‌ها را مسؤول تأمین سلامت مردم می‌داند، تأکید بر تکلیف دولت‌ها به تأمین سلامت افراد جامعه به سلامت افراد جامعه به ویژه گروه‌های آسیب پذیر بر هیچکس پوشیده نیست. مسؤولیت مهم‌تر دولت این است که شرایط لازم را برای تولید و عرضه‌ی خدمات درمانی مورد نیاز مردم متناسب با قدرت پرداخت آن‌ها به وسیله‌ی بخش غیردولتی نیز فراهم کند [۱۱]. در هر حال حضور بیمه‌های سلامت خصوصی تابع شرایطی است که مهم‌تر از همه توان پرداخت افراد و قدرت انتخاب افراد است [۵].

در ایران هم اکنون در زمینه‌ی بیمه‌ی سلامت پایه (بیمه‌های سلامت دولتی) چهار سازمان زیر فعالیت می‌کنند:

۱) سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی: این سازمان در سال ۱۳۷۴ به موجب قانون بیمه‌ی همگانی خدمات درمانی به

امداد حضرت امام^(ع)، بنیاد مستضعفان و جانبازان صورت پذیرفت^۱. علاوه بر این، وضعیت موجود در شرکت‌های بیمه‌ی بازرگانی، بیمه‌ی شهرداری تهران و بانک‌ها بر مبنای گزارش‌های رسمی و کتب موجود مورد بررسی قرار گرفت. در بخش دوم، نظام سلامت در کشورهای آمریکا، آلمان، اسپانیا، اتریش، ترکیه، سوئد، یونان، مکزیک، ژاپن، کانادا و دانمارک با محوریت سازمان و مدیریت، مبنای پوشش جمعیت، مبنای محاسبه‌ی حق بیمه، تعهدات و کلیات سیستم بررسی شد. علاوه بر این، میزان مشارکت بیماران در برخورداری از خدمات، شاخص‌های مهم سلامتی و سازمانی و تاریخچه‌ی بیمه‌های سلامت خصوصی همراه با رویکردهای موجود در آینده نیز مورد بررسی و تدقیق قرار گرفته است.

آنچه که در فاز مطالعات تطبیقی در انتخاب کشورها مورد نظر پژوهش بوده است عبارت‌اند از:

انتخاب کشورها بر مبنای سیستم مزایای بهداشتی (گاردن) و تقسیم‌بندی کشورها بر مبنای نظام‌های بهداشتی و درمانی^۲ صورت گرفته است. همچنین به منظور ارائه‌ی الگوی مناسب بیمه‌ای از تکنیک دلفی سه مرحله‌ای استفاده شد. معیار انتخاب صاحب‌نظران تکنیک دلفی، دارا بودن تحصیلات دانشگاهی در مقوله‌های سلامت و سابقه‌ی فعالیت در بخش سلامت است.

با عنایت به این موضوع تعدادی از مدیران و کارشناسان متخصص و مؤثر سازمان‌های بیمه‌ی خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، اساتید و صاحب‌نظران دانشگاهی که دارای تجربیات عملی یا مطالعات آکادمیک در زمینه‌ی بیمه‌های سلامتی و نظام سلامت بوده‌اند، با نظر تیم پژوهش انتخاب و طی سه مرحله پرسش‌نامه‌ی تکنیک دلفی را تکمیل کرده‌اند.

۱- در زمان انجام این پژوهش صندوق‌های بیمه خدمات درمانی، تأمین اجتماعی فعلی به عنوان سازمان محسوب می‌شوند.

۲- تیپولوژی بیمه درمان با توجه به مزایا به وسیله‌ی گاردن صورت پذیرفته است. در این سیستم کشورها به ۴ گروه عمده به شرح زیر تقسیم می‌شوند: الف- کشورهایی با سیستم بیمه سنتی (Traditional Sickness Insurance): در این کشورها ساختار بیمه بر مبنای بیمه‌های خصوصی و سوبسیدهای ایالتی استوار است. کشورهای اتریش، بلژیک، فرانسه و آلمان در این گروه قرار می‌گیرند. ب- کشورهایی با سیستم بیمه‌ی سلامت ملی (National Health Insurance) که شامل سیستم بیمه‌ی درمان در سطح ملی هستند. کشورهای کانادا، فنلاند و سوئد در این گروه قرار می‌گیرند. ج- سیستم سلامت ملی (National Health System) که ارائه‌ی خدمات را به صورت ایالتی در دستور کار خود قرار داده است. کشورهای دانمارک، یونان، ترکیه و انگلستان در این گروه قرار می‌گیرند. د- سیستم بیمه‌ای تلفیقی (Mixed System) که شامل تلفیقی از سیستم بیمه‌ی بیماری سنتی و سیستم بیمه‌ی سلامت ملی است. کشورهای استرالیا، ایسلند، ژاپن و آمریکا در این گروه قرار می‌گیرند. (Shermand Foland, Economics of Health and Health Care, ۲۰۰۱). توضیح آن که: می‌توان کشورها را بر مبنای نظام بیمه‌ی اجتماعی سلامت (فرانسه، آلمان)، نظام بیمه سلامت ملی (ژاپن، کانادا، سوئد و ...) و نظام سلامت ملی (انگلستان، ایتالیا) هم تقسیم بندی کرد (حسین زارع)

۳- بند الف ماده‌ی ۱۹۲ قانون برنامه‌ی سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور

و عائله‌ی تحت تکفل آن‌ها و مستمری بگیران تشکیل شد^۶ [۱۷]. شبیه سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی، مهم‌ترین منابع تأمین مالی سازمان از محل وجوه تخصیص یافته از اعتبارات دولتی در قالب حق بیمه‌ی سرانه است [۹]. بر مبنای ماده‌ی ۱۷۴ برنامه‌ی سوم توسعه‌ی کشور، این سازمان به سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح تغییر نام داده است [۱۸].

۴) کمیته‌ی امداد حضرت امام خمینی^(ع): این کمیته به عنوان نهادی انقلابی و از نوع مؤسسات عام‌المنفعه است که در تاریخ ۱۴ اسفند ۱۳۵۷ برای مدت نامحدود با هدف شناخت محرومیت‌های مادی و معنوی افراد جامعه و خانواده‌های محروم و حمایت از آن‌ها و فقرزدایی از جامعه‌ی اسلامی تشکیل شده است. اعتبارات مربوط به کمیته‌ی امداد در قالب حق بیمه‌ی سرانه به صورت ردیفی مستقل در قانون بودجه، هر ساله منظور و در اختیار کمیته‌ی امداد قرار می‌گیرد [۱۹].

علاوه بر سازمان‌های ذکر شده، ارگان‌هایی نظیر بانک‌ها، شهرداری‌ها، شرکت نفت، بنیاد مستضعفان و جانبازان و ... با تشکیل صندوق‌های بیمه‌های مستقل به ارائه‌ی خدمات بیمه می‌پردازند. چهار شرکت بیمه‌ی دولتی وابسته به وزارت اقتصاد و دارایی شامل بیمه‌ی مرکزی ایران، شرکت بیمه‌ی دانا، شرکت بیمه‌ی البرز و شرکت بیمه‌ی آسیا، تحت نظارت بیمه‌ی مرکزی ایران علاوه بر ارائه‌ی خدمات بیمه‌های بازرگانی به ارائه‌ی خدمات بیمه‌ی سلامت با تأکید بر ارائه‌ی خدمات مکمل می‌پردازند [۹].

همپوشانی‌های بیمه‌ای، عدم وجود رقابت به دلیل وابستگی اکثر سازمان‌های بیمه‌ای به دولت، تنوع کم بسته‌های خدمتی، مزایا و تعداد نسبتاً یکسان و مهم‌تر از همه نارضایتی بیمه شدگان از سازمان‌های بیمه‌ی سلامت دولتی موجب شد که در تاریخ ۱۳۸۰/۶/۶ مجلس شورای اسلامی

منظور تأمین موجبات و امکانات بیمه‌ی خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستائیان و سایر گروه‌های اجتماعی، تشکیل و به صورت شرکت دولتی اداره شد^۱ [۱۲]. قبل از تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی (تا ۱۳۸۳/۳/۱۷) این سازمان، وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود و اکنون وابسته به کار و تأمین اجتماعی فعلی است. مهم‌ترین منابع مالی سازمان از محل وجوه تخصیص یافته از اعتبارات دولتی در قالب حق بیمه‌ی سرانه می‌باشد [۹].

۲) سازمان تأمین اجتماعی: این سازمان براساس «قانون تشکیل سازمان تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۸»^۲ تشکیل شده است [۱۳]. بر مبنای قانون تأمین اجتماعی افرادی که به هر عنوان در مقابل دریافت مزد یا حقوق کار می‌کنند^۳ [۱۴]؛ و نیز دریافت‌کنندگان مستمری‌های بازنشستگی، از کار افتادگی و فوت، مشمول این قانون هستند^۴ [۱۵]. افرادی که مشمول قوانین خاص خود هستند (شامل کارمندان دولت، مشمولین قانون استخدام نیروهای مسلح) از شمول این قانون مستثنی شده‌اند^۵ [۱۶]. مهم‌ترین منبع درآمدهای سازمان تأمین اجتماعی حق بیمه است که بر مبنای مزد و حقوق کارگران تحت پوشش وصول می‌شود [۹].

۳) سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی نیروهای مسلح: سازمان تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران بر مبنای ماده‌ی ۸ قانون «تشکیل وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران» مصوب ۱۳۶۸ در وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح، جهت تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح وزارت دفاع و پشتیبانی و سازمان‌های وابسته به آن‌ها، اعم از کادر ثابت، پیمانی و اعضای ویژه‌ی بسیج، بازنشستگان، وظیفه بگیران

۱- قانون بیمه‌ی همگانی خدمات درمانی، ماده‌ی ۵

۲- اساسنامه‌ی سازمان تأمین اجتماعی، ماده‌ی ۷

۳- قانون تأمین اجتماعی، ماده‌ی ۴، بند الف

۴- قانون اصلاح بند ب و تبصره‌ی ۳ ماده‌ی ۴ قانون تأمین اجتماعی مصوبه تیر ماه ۱۳۵۴، تبصره‌ی ۳، بند ج (بر مبنای قانون تأمین اجتماعی ماده‌ی ۴، این بند به موجب تبصره‌ی ۲ قانون اصلاح بند ب و تبصره‌ی ۳ ماده‌ی ۴ قانون تأمین اجتماعی مصوب تیر ماه ۱۳۵۴ که در تاریخ ۱۳۶۵.۶.۳۰ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسیده است، ملغی گردیده است).

۵- قانون اصلاح بند ب و تبصره‌ی ۳، ماده‌ی ۴، قانون تأمین اجتماعی مصوبه تیر ماه ۱۳۵۴، ماده واحد

۶- اساسنامه‌ی سازمان تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران، مصوب ۲۹/۱۰/۱۳۷۲ مجلس شورای اسلامی و تأیید ۱۶/۱۱/۱۳۷۲ شورای نگهبان، ماده‌ی ۱

جدول یک بیمه‌های سلامت خصوصی و اجتماعی را با یکدیگر مقایسه کرده است).

۲. نتایج مطالعات تطبیقی

مطالعه‌ی تطبیقی کشورهای مورد بررسی نشان می‌دهد که میزان مداخله‌ی بخش خصوصی در بیمه‌های سلامت بستگی به نظام خدمات سلامتی هر کشور دارد. گروهی از کشورها با انتخاب نظام سنتی بیمه‌ای^۱ و با به کارگیری رویکرد عدم تمرکز ضمن تأکید بر حضور بخش خصوصی

قانون تأسیس مؤسسات بیمه‌ی غیردولتی را به منظور تعمیم و گسترش صنعت بیمه در کشور، افزایش رقابت و کارایی در بازار بیمه، افزایش رفاه عمومی و گسترش امنیت اجتماعی و اقتصادی، افزایش نقش بیمه در رشد و توسعه‌ی اقتصادی کشور و جلوگیری از ضرر و زیان جامعه با توجه به اصل چهل و چهارم قانون اساسی و در چارچوب ضوابط، قلمرو و شرایط تعیین شده را تصویب کند و اجازه‌ی تأسیس مؤسسه‌ی بیمه‌ی غیردولتی به اشخاص داخلی داده شود

جدول ۱. مقایسه‌ی بیمه‌های سلامت خصوصی و اجتماعی

موضوع	بیمه‌های سلامت خصوصی	بیمه‌های سلامت اجتماعی
مسئولیت فردی	افراد دانش و اطلاعاتی برای بررسی خطرات سلامتی انسان و مزایای بیمه دارند. کاربرد این دانش اختیاری معرف میزان مزایای کسب شده است.	گروه‌های توانایی که با اطلاعات و دانش مورد نیاز قادر به شناسایی خطرات مشترک هستند، می‌توانند تأثیر فراگیر بیمه‌های سلامتی را افزایش دهند.
مسئولیت شرکت بیمه	شرکت بیمه قانوناً در فراهم کردن حق بیمه مشارکت دارد.	شرکت بیمه منافع استاندارد برای همه اعضا فراهم می‌کند که از زمانی به زمان دیگر و بدون توجه به موقعیت افراد حین ورود (به بیمه) متغیر است.
حد اشباع خطر	تجمع تعداد محدودی از افراد مشابه می‌تواند منجر به کاهش حد اشباع خطر گردد. ریسک‌های بد تحت پوشش قرار گیرد.	به جمعیت بیمه شده به عنوان گروهی ملی به منظور توزیع خطرات نگرسته می‌شود.
عضویت	اختیاری: مددجو و شرکت بیمه حق تصمیم‌گیری دارند. مددجو می‌تواند تصمیم بگیرد که حق بیمه را بپردازد و شرکت هم می‌تواند در رابطه با منعقد نمودن یا فسخ قرارداد بیمه‌ای تصمیم بگیرد.	اجباری: خطرگریزی یا انتخاب حد اشباع خطرات، همگانی و فراگیر است و بیمه قادر به دفع خطرات بد نیست.
تنظیم حق بیمه	حق بیمه مبتنی بر بررسی فرد بیمه شده توسط شرکت بیمه است. «درجه‌بندی خطر» مستلزم این است که افراد مختلف هزینه‌های متفاوتی را بپردازند تا در صورت وقوع واقعه بتوانند از مزایای بیمه برخوردار شوند.	حق بیمه مبتنی بر این است که اتحاد و همبستگی نیاز به مشارکت متقابل مالی اعضا دارد و این می‌تواند با تعیین میزان پرداخت به ازای درصد درآمد انجام شود که تحت عنوان «درجه بندی درآمد» نامیده می‌شود.
عدالت	عدالت هنگامی برقرار می‌شود که بیمه و تمام مزایای لازم به هر بیمه شده پرداخت شود. تأکید بر روابط بین بیمه‌گر و بیمه شده است.	عدالت هنگامی اجرا می‌شود که همه اعضا بدون توجه به حق بیمه و تاریخ ورود به پوشش، مزایا دریافت کنند. تأکید بر روابط بین بیمه شادگان است.

انتخاب سیستم سلامت ملی^۳ ضمن ارائه‌ی تمامی خدمات مورد نیاز با توجه به اصول حاکم بر سیستم، بیمه‌های سلامت خصوصی را به عنوان ارائه دهنده‌ی خدمات تکمیلی و بیمه‌های اختیاری انتخاب کرده‌اند.

گروهی از کشورها (سوئد و نروژ در پژوهش حاضر) با انتخاب سیستم بیمه‌ی سلامت ملی^۴ خدمات سلامتی را از طریق بیمه‌های سلامتی اجباری ارائه می‌دهند و از طریق مالیات‌ها و مشارکت کارفرمایان و بیمه شادگان تأمین منابع مالی

مالیات‌های ایالتی را محور مداخله‌ی دولت قرار داده‌اند [۱]. در این کشورها، مانند هلند، کمتر از ۷۰ درصد جمعیت تحت پوشش سیستم بیمه‌ی دولتی‌اند و سایر افراد از پوشش‌های اختیاری یا مکمل استفاده می‌کنند [۲۲]. توضیح آن که با تغییرات به وجود آمده در سال ۲۰۰۶ میلادی در نظام سلامت هلند رویکرد موجود در این کشور در حال حاضر رویکرد بیمه‌های اجتماعی سلامت^۲ است [۲۳]. گروهی از کشورها (دانمارک، ترکیه در پژوهش حاضر) با

- 1- Traditional Sickness Insurance
- 2- Social Health Insurance (SHI)
- 3- National Health System (NHS)
- 4- National Health Insurance (NHI)

انجام می‌شود [۵].

گروهی از کشورها با رویکرد سیستم تلفیقی^۱ ضمن توجه به مالیات‌های ایالتی برای گروه‌های خاص جمعیتی، پوشش بیمه‌ای سلامتی را به صورت اجباری اجرا کرده‌اند. در این کشورها غیر از گروه‌های تحت پوشش بیمه‌های دولتی، سایر افراد به صورت اختیاری می‌توانند تحت پوشش بیمه‌ی سلامت بخش خصوصی قرار گیرند. آمریکا نمونه‌ی بارز این کشورها است [۵].

چگونگی تأمین منابع مالی بیمه‌های سلامت خصوصی در کشورهای مورد مطالعه:

اصلی‌ترین منبع تأمین مالی بیمه‌های سلامت خصوصی از طریق حق بیمه‌ها است. برعکس بیمه‌های سلامت اجتماعی، در بیمه‌های سلامت خصوصی حق بیمه‌ها درآمد محور نیست و براساس خطر و با توجه به سن، جنس، اشتغال، بُعد خانوار، وضعیت بهداشتی، تاریخچه‌ی پزشکی، تاریخچه‌ی خانوادگی بیماری‌ها و وسعت پوشش هزینه‌ای یا خدمتی، تعیین می‌شود.

متداول‌ترین روش به کار رفته توسط بیمه‌گران در اتحادیه‌ی اروپا، تعیین حق بیمه بر اساس میزان ریسک برای تنظیم حق بیمه‌های سلامت مکمل هزینه‌ای و خدمتی می‌باشد. در کشورهای ترکیه و اتریش، درآمد نیز در تعیین حق بیمه‌ها دخالت دارد و در اسپانیا از طریق محاسبات آماری صورت می‌گیرد.

جایگاه بیمه‌ی سلامت خصوصی در کشورهای مورد مطالعه: در اکثر کشورها جایگاه بیمه‌های سلامت خصوصی به عنوان بیمه‌های سلامت، مکمل هزینه‌ای و خدمتی است. تلاش‌هایی در بعضی از کشورها به منظور گسترش بیمه‌های سلامت خصوصی صورت گرفته است که به عنوان مثال می‌توان به کشورهای آلمان و انگلستان اشاره کرد. میزان و نوع مزایای ارائه شده در بیمه‌های سلامت خصوصی در کشورهای مختلف ارتباط مستقیمی با میزان ارائه شده در پوشش‌های بیمه‌ی سلامت دولتی دارد.

تعهدات بیمه‌ی سلامت خصوصی در کشورهای مورد مطالعه: بررسی‌ها نشان می‌دهد که بیمه‌ی سلامت مکمل، محدوده‌ی وسیعی از خدمات بهداشتی و درمانی را پوشش می‌دهد و بسته‌ی مزایای بسیار متنوعی (از کل بازپرداخت هزینه‌های بیمارستانی تا پرداخت هزینه جراحی زیبایی یا درمان‌های فرعی) را عرضه می‌کند. این بسته‌ی خدمتی بسته به حق بیمه‌ی پرداختی متفاوت خواهد بود. بسته‌های مزایای بیمه‌ی سلامت خصوصی به گونه‌ای طراحی می‌شوند که اصل رقابت در بازار را دنبال کنند. بدیهی است این رقابت در نوع خدمات یا عمق پوشش پرداختی است. از این نظر بسته‌های بیمه‌های خصوصی ویژگی بسته‌های مکمل خدمتی و هزینه‌ای را دارند و در بسیاری از موارد بیمه‌های خصوصی همان بیمه‌های مکمل هستند.

بیمه‌های سلامت خصوصی بیش‌تر به صورت پوشش‌های بیمه‌ای گروهی ارائه می‌شوند؛ هر چند که پوشش‌های بیمه‌ی فردی در اقشار با درآمد بالا خریداری می‌شود. توجه به دوران انتظار، کسب اطلاعات پزشکی از متقاضیان، محدودیت‌ها و استثنائات، از اصولی است که در بازار بیمه‌های سلامتی خصوصی در نظر گرفته می‌شود. جدول ۲ این موارد را شرح می‌دهد.

تأثیرات بخش خصوصی بر مزایا و سطح پوشش:

بسته‌های پایه‌ی بیمه‌ی سلامت در بیش‌تر کشورهای توسعه یافته مزایای جامعی را فراهم می‌کنند و به این طریق نیاز به پوشش‌دهی بیش‌تر توسط بیمه‌های خصوصی را کاهش داده‌اند. جداسازی خدمات بهداشتی از پوشش‌دهی عمومی (به خصوص خدمات دندان‌پزشکی و دارویی) و افزایش پرداخت‌های کمکی برای خدمات عمومی در بسیاری از کشورهای عضو اتحادیه‌ی اروپا به توسعه‌ی بازارهای بیمه‌های مکمل سلامتی خصوصی منجر شده است و قدرت انتخاب مشتری و دسترسی به خدمات بهداشتی مختلف را افزایش داده است. این امر به خصوص در کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه با نظام سلامت

عوامل باشد و تأثیر هر عامل از کشوری تا کشور دیگر متفاوت خواهد بود [۲۴]. در بافت بیمه‌های سلامت خصوصی در اتحادیه‌ی اروپا، جایی که ایالت سطح بالایی از حفاظت در برابر ریسک مالی در هر واقعه بیماری را فراهم می‌سازد، عواملی چون قیمت، درآمد و تحصیلات ممکن است نسبت به اهمیت خسارت مالی نقش تعیین کننده‌تری برای تقاضا به شمار آیند. این موضوع در جایی که بیمه‌های سلامت خصوصی خدمتی وجود دارد بارزتر است.

برخی از تحلیل‌گران بر این عقیده‌اند که عملکرد سیستم سلامت عمومی (دولتی) بر تقاضای بیمه‌های سلامت خصوصی تأثیر می‌گذارند و درجه و توزیع رضایتمندی از سیستم بیمه‌ی سلامت دولتی تعیین کننده‌های کلیدی از تقاضا برای بیمه‌های سلامت خصوصی هستند. محاسبه‌ی وسعتی که عملکرد عمومی بر تقاضای بیمه‌های سلامت خصوصی نفوذ دارد آسان نیست. این به آن دلیل است که تعیین عملکرد واقعی یک سیستم بهداشتی و درمانی کار آسانی نیست. تلاش اخیر سازمان بهداشت جهانی این امر را اثبات کرده است [۲۵].

مشخصات متقاضیان

داده‌ها در خصوص توزیع پوشش‌دهی بیمه‌های سلامت خصوصی در اتحادیه‌ی اروپا نشان می‌دهند که بیشترین دارندگان از اقشار پردرآمد هستند. از آن جایی که واجد شرایط بودن برای این نوع از بیمه‌های سلامت خصوصی بستگی به درآمد یا اشتغال دارد، این امر در جایی انتظار می‌رود که بیمه‌های سلامت خصوصی جایگزین، حائز اهمیت باشند. اما بیمه‌های مکمل سلامت خصوصی هزینه‌ای و بیمه‌های سلامت خصوصی خدمتی نیز سوگیری قوی به نفع اقشار پردرآمدتر را نشان می‌دهند. علاوه بر درآمد، سن، جنس، وضعیت اشتغال، وضعیت تحصیلی و محل سکونت از جمله عوامل تعیین کننده‌ی تقاضای بیمه‌های درمان سلامت خصوصی در اتحادیه‌ی اروپا به شمار می‌روند [۲۶].

دارای رویکرد نظام سلامت ملی مشهود است و در بیش‌تر کشورهای عضو به برخی از اشکال در دسترس است. این نوع از بیمه‌های سلامت 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 پوشش‌دهی» نسبت افراد تحت پوشش بیمه‌های سلامت خصوصی را در یک جمعیت مشخص نشان می‌دهد و معمولاً به قوانین و توافقات سیستم خدمات بهداشتی قانونی مرتبط می‌شوند. سطح پوشش‌دهی برای بیمه‌های سلامت خصوصی جایگزین، عمدتاً توسط سطح پوشش‌دهی قانونی اجباری یا داوطلبانه تعیین می‌شود؛ در حالی که سطح پوشش بیمه‌های (سلامت) خصوصی مکمل هزینه‌ای و بیمه‌های (سلامت) خصوصی مکمل خدمتی به وسعتی بستگی دارد که در آن دولت مزایای به موقع (از نظر زمانی) و جامعی را با کیفیت خوب فراهم می‌آورد. عرضه و تقاضا در بازار با توجه به شرایط زیر صورت می‌گیرد:

- ۱- باید تقاضای مثبتی وجود داشته باشد (به این معنا که برخی افراد باید «ریسک‌گریز» باشند)،
- ۲- باید برای بیمه این امکان وجود داشته باشد که با قیمتی عرضه شود که افراد آمادگی پرداخت آن را داشته باشند (توانایی پرداخت به منظور پرهیز از ریسک)،
- ۳- باید از نظر تکنیکی امکان عرضه‌ی بیمه وجود داشته باشد [۲۴].

علاوه بر پرهیز از ریسک، تقاضا برای بیمه‌ی سلامت ممکن است از برخی یا کلیه‌ی عوامل زیر متأثر شود:

- ۱) احتمال رخداد یک بیماری
 - ۲) اهمیت نقصی که متعاقب بیماری حادث می‌گردد.
 - ۳) حق بیمه و سطح درآمد و تحصیلات یک فرد
- اندازه‌گیری برخی از عوامل ممکن است سخت‌تر از سایر

جدول ۲. مقایسه‌ی تطبیقی الگوی بیمه‌ی سلامت خصوصی در کشورهای منتخب (۵، ۹، ۲۲)

موضوع	الگوهای رایج	کشورهای منتخب
جایگاه کلان بیمه‌ی سلامت خصوصی	بیمه‌ی سلامت خصوصی به عنوان جای‌گزین بیمه‌ی سلامت پایه	به غیر از آمریکا که ۷۰ درصد پوشش بیمه‌ی سلامت این کشور از طریق بخش خصوصی صورت می‌گیرد، در هیچ یک از کشورهای مورد مطالعه وضعیت این گونه نیست. در این زمینه فعالیت‌هایی در آلمان، استرالیا و پرتغال انجام پذیرفته است. در آمریکا نیز گروه‌های آسیب پذیر به نوعی تحت پوشش بیمه‌های مدیکید هستند.
	بیمه سلامت خصوصی به عنوان مکمل هزینه‌ای و خدمتی	آلمان، اتریش، کانادا، ترکیه، مکزیک، یونان، اکثر کشورهای اتحادیه‌ی اروپا، ایران
مبنای پوشش جمعیت	پوشش بیمه‌ی سلامت خصوصی اختیاری است و افراد یا گروه‌ها بر مبنای توانایی پرداخت تحت پوشش قرار می‌گیرند.	آلمان، اتریش، کانادا، ترکیه، مکزیک، یونان، اکثر کشورهای اتحادیه‌ی اروپا، ایران
	پوشش بیمه‌ی سلامت مکمل اجباری است.	فرانسه
نقش دولت در نظام بیمه‌ی سلامت خصوصی	بیمه گر + ارائه دهنده	ایران
	بیمه گر ارائه دهنده نیست.	فرانسه
	قانون گذار + در صورت لزوم حمایت کننده	آلمان، اتریش، کانادا، ترکیه، مکزیک، یونان، اکثر کشورهای اتحادیه‌ی اروپا
تأمین منابع مالی	فقط قانون گذار	آمریکا
	کمک‌های دولتی	فرانسه
روش‌های تعیین حق بیمه	حق بیمه	ایران، آلمان، اتریش، کانادا، ترکیه، مکزیک، یونان، اکثر کشورهای اتحادیه‌ی اروپا و آمریکا توضیح آن که بیمه‌های سلامت خصوصی در ایران در مرحله‌ی شکل گیری است.
	ریسک محور	اکثر کشورهای اتحادیه‌ی اروپا
	با محوریت ویژگی‌های فردی (سن، جنس)	آلمان (سن در هنگام ورود)، آمریکا، یونان، ایتالیا، سوئد (سن)، اسپانیا، کانادا، پرتغال، ایران
	با محوریت وضعیت سلامت	آمریکا، آلمان، یونان، پرتغال، ایران
	با محوریت درآمد	اتریش، ترکیه
سایر	اتریش (مزایای توافق شده، ۱٪ مالیات بیمه)، یونان (شغل)	

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۸۶

جدول ۳. پوشش جمعیتی بیمه‌های سلامت خصوصی و دولتی در کشورهای منتخب (۱، ۵، ۲۹، ۲۲)

کشور	بخش دولتی	بخش خصوصی
آمریکا	حدود ۳۰ درصد	حدود ۷۰ درصد اصلاحات مورد نظر دولت اوپاما ممکن است این روند را تغییر دهد.
آلمان	تقریباً تمام جمعیت آلمان تحت پوشش بیمه هستند. ۸۸/۵ - ۸۵ درصد عضو اجباری و کمتر از ۱۵ درصد عضو اختیاری پوشش بیمه در این کشور هستند. ۴/۲ درصد جمعیت همپوشانی بیمه‌ای دارند.	در حدود ۱۰ درصد جمعیت تحت پوشش بیمه‌ی خصوصی‌اند.
اسپانیا	حدود ۹۹ درصد از جمعیت توسط نظام اجباری پوشش داده شده‌اند.	بیش از ۱۵ درصد جمعیت تحت پوشش بیمه‌ی خصوصی‌اند. کارمندان شهری، پرسنل نیروهای مسلح و پرسنل دستگاه قضایی که حدود ۵/۶ درصد از جمعیت را تشکیل می‌دهند، امکان انتخاب بین بیمه‌ی اجباری و خصوصی را دارند که ۸۵ درصد بیمه‌ی خصوصی را انتخاب کرده‌اند.
اتریش	حدود ۹۹ درصد از جمعیت این کشور تحت پوشش بیمه سلامت دولتی‌اند.	کمتر از ۱ درصد
ترکیه	حدود ۳۰ درصد جمعیت هیچ پوشش بیمه‌ای ندارند.	کمتر از ۱ درصد
کانادا	تقریباً تمام جمعیت کانادا تحت پوشش نظام بیمه‌ی سلامت همگانی قرار دارند.	حدود ۱۱.۲ درصد جمعیت تحت پوشش بیمه‌ی خصوصی‌اند که نقش بیمه‌ی مکمل را ایفا می‌کند.
سوئد	تمامی جمعیت سوئد تحت پوشش یک نظام یکپارچه‌ی بیمه‌ی پایه می‌باشد که این پوشش بدون توجه به شغل و حتی وضعیت استخدامی صورت می‌گیرد.	بخش کمی از جمعیت سوئد تحت پوشش بیمه‌ی خصوصی‌اند که کارکنان دولت بخش عمده‌ی آن‌ها می‌باشند.
مکزیک	سازمان تأمین اجتماعی (۱۳۵۲)، وزارت بهداشت و نظام سلامت ملی ^۱ مکزیکی که در مناطق فقیرنشین شهری و روستایی فعالیت دارند، حدود ۳-۴ درصد جمعیت را تحت پوشش خود دارند.	حدود ۲-۳ درصد جمعیت را تحت پوشش خود دارد.
ژاپن	تمام ساکنین ژاپن اجباراً توسط سیستم‌های بیمه‌ی عمومی تحت پوشش قرار گرفته‌اند.	تقاضا برای بیمه‌ی خصوصی در ژاپن بسیار محدود است و افراد کمی تحت پوشش هستند.
ایران	سازمان تأمین اجتماعی (کارگران و خانواده‌های آن‌ها در حدود ۲۶ میلیون نفر). سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی (کارکنان دولت، روستائیان، خویشفرمایان، سایر اقشار، در حدود ۳۸ میلیون نفر). سازمان بیمه‌ی همگانی خدمات درمانی نیروهای مسلح (پرسنل نیروهای نظامی و خانوادگی آن‌ها) کمیتته‌ی امداد امام خمینی (نیازمندان در حدود ۴ میلیون نفر). به دلیل همپوشانی بیمه‌ای جمعیت بیمه شده از جمعیت کشور بیشتر است.	بیمه‌های سلامت خصوصی در حال شکل‌گیری است و در بعضی از موارد به عنوان بیمه‌ی مکمل عمل می‌کنند.

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۸۶، نکته: آخرین اطلاعات موجود در کشورهای مورد بررسی مربوط به سال ۲۰۰۴ می‌باشد.

جدول ۴. مزایای تحت پوشش بیمه‌های سلامت خصوصی در کشورهای منتخب

کشور	مزایا	کشور	مزایا
آمریکا [۳۳-۳۴]	پوشش بیمه‌ای سه نوع مزایای اصلی شامل پوشش‌های بیمه‌ای مکمل جبران هزینه‌های پزشکی و پوشش بیمه‌ای جامع هزینه‌های پزشکی، پوشش بیمه‌ای درآمد ناشی از کارافتادگی، پوشش بیمه‌ای تصادفات و نقص عضو تصادفی.	سوئد [۳۸-۵۷-۵۸-۵۹]	براساس موافقت نامه‌ی جامع بیمه‌ای، مزایای بیمه‌ی سلامت خصوصی عبارت‌اند از: بیماری‌ها، صدمات شغلی، مستمري تکمیلی، بیمه سلامت مسافرت، بیماری‌های اطفال، تصادفات
آلمان [۴۳-۴۷]	بیمه‌ی سلامت خصوصی آلمان مزایای وسیعی را ارائه می‌دهد 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 تحت پوشش بیمه‌ی همگانی نیستند، بیمه‌ی مسافرت.	مکزیک [۲۹]	برخی از پوشش‌های رایج در برنامه‌های سلامت عبارت‌اند از: خدمات پایه‌ی پزشکی و خدمات سرپایی، خدمات مادر و کودک و خدمات دندان‌پزشکی، خدمات پزشکی عمده، خدمات بستری، فیزیوتراپی و پروتزها، خدمات پیشگیری از بیماری‌ها
اسپانیا	مزایای ارائه شده در زمان بیماری با جراحی، بازپرداخت هزینه‌های پزشکی، مزایای متقابل مراقبت‌های پزشکی.	ژاپن [۲۶]	بیمه‌ی بستری در بیمارستان، بخشی از هزینه‌ی تخت بیمارستانی که تحت پوشش برنامه‌ی بیمه‌ی سلامتی عمومی نیست، هزینه‌های مددکاری در منزل، سایر هزینه‌های انتقال به بیمارستان، انتقال از بیمارستانی به بیمارستان دیگر و ترخیص از بیمارستان، هزینه‌های بستری در بیمارستان، پوشش بیمه‌ای درمان‌های پزشکی پیشرفته، هزینه‌ی روش‌های درمانی که دولت آن‌ها را مجاز دانسته است.
اتریش [۳۵-۳۷]	پوشش بیمه‌ای تکمیلی بیمه‌ی سلامت اجباری، هزینه‌های اضافی ناشی از اقامت در بخش‌های تخصصی ویژه، بیمارستان‌های غیر انتفاعی، آسایشگاه‌ها، مبلغ ثابتی به ازای هر روز اقامت در بیمارستان بدون نیاز به مدارک و اسناد هزینه‌ای، مزایای بیماری و مسافرت خارجی.	ترکیه [۲]	خدمات درمان فیزیکی، مخارج بیماران سرپایی و بستری، مزایای بستری روزانه، پوشش بیمه‌ی دارویی و دندان‌پزشکی
کانادا [۳۸-۴۲]	در بیمه‌ی سلامت مزایایی شامل جبران هزینه دارو، جبران هزینه‌ی مراقبت‌های پرستاری ویژه، جبران هزینه‌ی آمبولانس، جبران هزینه‌ی ویلچر و عصا، جبران هزینه‌ی عینک و جبران هزینه‌ی ماساژ و درمان‌های اختلالات اعصاب و عضلات ارائه می‌شود. بیمه‌ی خدمات دندان‌پزشکی.	ایران [۹]	با توجه به فعالیت محدود بخش خصوصی که از سال ۱۳۸۰ با تصویب قانون اجازه‌ی فعالیت شرکت‌های بیمه‌ی خصوصی در ایران ایجاد شد، شرکت‌های بیمه‌ای خصوصی در ایران بیش‌تر با دیدگاه بیمه‌های مکمل هزینه‌ای و به‌ندرت با دیدگاه ارائه‌ی مزایای خدمتی فعالیت می‌نمایند.

منبع: یافته‌های پژوهش، ۱۳۸۶، نکته: آخرین اطلاعات موجود در کشورهای مورد بررسی مربوط به سال ۲۰۰۴ است.

دیدگاه‌های صاحب‌نظران و نتیجه‌ی نهایی

مجموع دیدگاه‌های صاحب‌نظران در تکنیک دلفی به شرح زیر است:

۱. بیمه‌های سلامت خصوصی با هدف پرکردن شکاف‌های خدمتی و هزینه‌ای موجود در پوشش‌های بیمه‌ای پایه، افزایش رضایتمندی مردم و ایجاد قدرت انتخاب برای افراد با توانایی مالی بهتر به وجود آمده است.

۲. فعالیت شرکت‌های بیمه‌ی سلامت خصوصی باید بدون تغییر در میزان وظایف بیمه‌های سلامت پایه‌ی دولتی صورت پذیرد البته این به معنای ارائه‌ی خدمات از طریق بیمه‌های سلامتی دولتی نیست و بخش دولتی می‌تواند از توانمندی‌های بخش خصوصی در این زمینه استفاده نماید. در بیش‌تر کشورهای مورد مطالعه بیمه‌های سلامت خصوصی بیش‌تر در بخش بیمه‌ی سلامت مکمل و اختیاری فعالیت دارند؛ هر چند که در بعضی از کشورها تلاش‌هایی در جهت گسترش بازار بیمه‌های درمان سلامت خصوصی در بخش بیمه‌های پایه و به عنوان جایگزین بیمه‌های سلامت پایه (با حفظ وظیفه‌ی دولت) صورت پذیرفته است.

۳. تأمین منابع مالی از طریق حق بیمه‌هایی است که در پوشش‌های فردی با توجه به سن، جنس، وضعیت سلامتی و بر مبنای خطر در پوشش‌های فردی و گروهی و با توجه به مزایای فردی تعیین می‌شود.

۴. مبنای پوشش بیمه‌های سلامت خصوصی در اکثر کشورها مبنای سکونت و توانایی پرداخت است و اولویت با ارائه‌ی پوشش‌های گروهی است.

۵. در مورد نوع تعهدات تحت پوشش بیمه‌های سلامت خصوصی پیشنهاد شده است که شرکت‌های بیمه‌ی سلامت خصوصی حداقل مزایای مشخص شده در قانون را پوشش دهند و سایر بسته‌های مزایا را بسته به وضعیت بازار ارائه نمایند. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود که ارائه‌ی مزایا با توجه به درخواست مشتریان با اولویت ارائه‌ی پوشش‌های مکمل خدمتی و با توجه به گروه‌های درآمدی صورت پذیرد و بسته‌های مزایای مختلف در مناطق جغرافیایی مختلف ارائه شود.

۶. نظارت بر بیمه‌های سلامت خصوصی به صورت غیر متمرکز و از طریق شوراهای تخصصی و به وسیله‌ی

سازمان‌های مستقل محلی با ترکیبی از نماینده‌ی مصرف‌کنندگان و به تعداد مساوی نماینده‌ی ارائه‌دهندگان خدمت به سازمان‌های بیمه‌ای، نماینده‌ی دولت، نماینده‌ی قوه‌ی قضائیه و بر اساس چک‌لیست‌های استاندارد شده صورت پذیرد. علاوه بر این نظارت عالی از بالاترین مرجع سیاست‌گذاری به صورت غیر مستقیم صورت پذیرد.

۷. در مکانیسم‌های اجرایی بیمه‌های سلامت خصوصی لازم است توجه شود که تمامی افراد که توانایی مالی دارند بدون از دست دادن یارانه‌ی دولتی در پوشش‌های پایه‌ای، شرکت بیمه‌ای دولتی یا خصوصی را انتخاب کنند. محدودیت مربوط به شرایط قبلی پزشکی (سابقه‌ی بیماری) مانع از تحت پوشش قرار گرفتن نباشد، ولی افراد با ریسک بالا حق بیمه‌ی بیش‌تری پرداخت کنند.

۸. دوره‌های آزاد ثبت‌نامی با حداقل پیش شرط‌ها، سالیانه یک‌بار برای خرید پوشش‌های بیمه‌ای فردی وجود داشته باشد. حق بیمه‌ی کم‌تری برای افرادی که سابقه‌ی پوشش بیمه‌ای دارند و هزینه‌ی کم‌تری را در سال قبل داشته، در نظر گرفته شود، و پوشش بیمه‌ای سلامت محور در نظر گرفته شود.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات نشان می‌دهد که در اکثر کشورهایی که پوشش بیمه‌ی سلامت خصوصی در دستور کار دولت‌ها قرار گرفته است این پوشش نه به عنوان جایگزین بیمه‌ی سلامت پایه، بلکه به عنوان یک پوشش تکمیلی بیمه‌های پایه به دو صورت مکمل هزینه‌ای و مکمل خدمتی در دسترس افراد قرار گرفته است. در کشورهای محدودی، این پوشش نقش پوشش پایه را برای گروه‌های جمعیتی با درآمد بالا و به صورت اختیاری ایفا می‌کند.

نکته‌ی قابل توجه آن که در کشورهای مختلف با ابزارهای مختلف از طریق مشوق‌های مالیاتی، کمک‌های بلاعوض به شرکت‌های بیمه‌ی خصوصی و وضع قوانین و مقررات تسهیل‌کننده، سعی در گسترش این صنعت شده است. تقاضای افراد جامعه از بیمه‌های سلامت خصوصی تابع شرایطی از جمله میزان درآمد افراد به عنوان مهم‌ترین عامل، وضعیت بیمه‌های سلامت پایه‌ی دولتی، وضعیت مؤسسات ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی و وضعیت سلامتی

با اهمیت‌تر می‌نماید.

حضور بیمه‌های سلامت خصوصی تابع شرایطی است که مهم‌تر از همه‌ی ارزیابی توان پرداخت و قدرت انتخاب افراد است. این مهم‌ترین اصلی است که پس از وضع قوانین مبنی بر حضور فعالیت بیمه‌های سلامت خصوصی، لازم است از طرف شرکت‌های مختلف مورد توجه قرار گیرد. اما در این میان عدم توجه به حضور شرکت‌های بیمه‌ی خصوصی و اقدام به ارائه‌ی پوشش‌های بیمه‌ی سلامت مکمل در قالب بیمه‌ی «درمان مکمل فعلی» است که به عنوان بخشی از فعالیت شرکت‌های بیمه‌ی خصوصی قلمداد می‌گردد و باعث می‌شود که در مرحله‌ی اول توقعات مصرف کنندگان خدمت افزایش و در مرحله‌ی بعد حقوق افراد دچار خدشه شود.

توجه به اصل گروهی عمل کردن در پوشش‌های بیمه‌ی سلامت مکمل و عدم توجه به مکانیزم‌های بیمه‌های سلامت خصوصی در این میان اصلی است فراموش شده که شرکت‌های بیمه‌ی خصوصی و قوانین و مقررات فعلی کم‌تر مورد تدقیق قرار داده‌اند؛ بلکه در اکثر موارد به عنوان تنها انتخاب و راه حل برای شرکت‌های بیمه‌ی خصوصی قلمداد شده است. این موضوع که در واقع دست چین کردن از طرف شرکت‌های بیمه‌ای می‌شود و در نهایت شکست بیمه‌های دولتی را به همراه دارد، اتفاقی که شیلی نمونه‌ی بارز آن است. این موارد چالش‌هایی است که ابزارهای نظارتی قوی را نیاز دارد. با عنایت به رویکرد موجود در کشور و گسترش پوشش‌های بیمه‌ای غیر دولتی، تبیین این ابزار نظارتی به منظور مقابله با ساختارهای بازار بیمه‌های خصوصی موضوعی است که نباید مورد غفلت قرار گیرد. با عنایت به موارد ذکر شده الگوی بیمه‌ی سلامت خصوصی در ایران به شرح زیر پیشنهاد می‌شود:

بیمه شده، است. همه‌ی این عوامل موجب گردیده است که در کشوری مثل مکزیک بیش از ۵۰ درصد افراد تمایل به بخش خصوصی داشته باشند؛ در حالی که در کشوری مثل ژاپن کمتر از ۵ درصد افراد تمایل به این بیمه‌ها دارند. حضور پوشش بیمه‌های خصوصی در قالب پوشش‌های اختیاری مکمل به عنوان ابزاری در جهت ایجاد انتخاب بیشتر برای افراد تلقی می‌شود.

توجه به این نکته بسیار حائز اهمیت است که وجود یا حضور بیمه‌های سلامت خصوصی دلیل بر کم رنگ‌تر شدن و یا کم کردن حیطة فعالیت‌های بخش عمومی نیست؛ بلکه وظیفه‌ی دولت آن است که با توجه به اصول حاکم بر بیمه‌های سلامت اجتماعی (یارانه‌های متقاطع و همبستگی اجتماعی) پوشش بیمه‌ی اجتماعی سلامت همگانی را نه تنها به عنوان تکلیف دولتی بلکه به عنوان یک حق طبیعی مردم با عنایت به اصل ۲۹ قانون اساسی اجرا کند.

علاوه بر این، دولت موظف است با توجه به نکاتی از جمله خواست‌های مردم، نوع هزینه‌های کمرشکن، بار بیماری‌ها و مناطق جغرافیایی، بسته‌ی بیمه‌ی سلامت پایه را به گونه‌ای مشخص نماید که نیازهای اساسی و پایه‌ای بیمه‌شدگان بدون در نظر گرفتن هر نوع عامل مداخله‌گری تحت پوشش قرار گیرد. علاوه بر این، گسترش و توسعه‌ی بیمه‌های سلامت خصوصی را، به عنوان ابزاری در جهت افزایش دسترسی و دادن حق انتخاب به افراد در دستور کار خود داشته باشد. توجه به این نکته بسیار حائز اهمیت است که حتی در مواردی لازم است دولت به عنوان ارائه دهنده‌ی بسته‌های مکمل بیمه‌ای در کنار پوشش‌های پایه برای گروه خاص جمعیتی عمل نماید، تجربه‌ای که در فرانسه اجرا و بیش از ۹۰ درصد افراد تحت پوشش مکمل قرار گرفته‌اند. روند موجود در پرداخت از جیب بیماران توجه به این موضوع را

جدول ۵. الگوی پیشنهادی بیمه‌ی سلامت خصوصی در ایران

ردیف	شرح	پیشنهاد
۱	دلایل گرایش به خصوصی سازی در ایران	۱- سطح بالای نارضایتی ۲- جبران شکاف‌های هزینه‌ای و خدمتی بخش دولتی
۲	ساختار کلان	۱- بدون تغییر در میزان وظایف بیمه‌های سلامت پایه‌ی دولتی، بیمه‌های سلامت خصوصی در بخش بیمه‌ی سلامت پایه و مکمل توصیه می‌شود (پوشش اختیاری). ۲- به عنوان پوشش بیمه‌ی مکمل هزینه‌ای و خدمتی.
۳	مبنای پوشش	سکونت و توانایی پرداخت
۴	نقش دولت	۱- قانونگذار و تدوین کننده‌ی استانداردهای عرضه‌ی پوشش‌های خصوصی ۲- در شروع فعالیت شرکت‌های بیمه‌ی خصوصی، دولت مشارکت کننده (در قالب وام و غیره) ۳- ناظر
۵	تأمین منابع مالی	۱- پوشش‌های فردی: با توجه به سن، جنس، وضعیت سلامتی ۲- بر مبنای ریسک در پوشش‌های فردی و گروهی ۳- مبتنی بر ریسک، گستردگی مزایا
۶	تعهدات	۱- شرکت‌های بیمه‌ی خصوصی حداقل مزایای مشخص شده در قانون را پوشش دهند و سایر بسته‌های مزایا از طریق شرکت بیمه‌ای تعیین می‌شود. ۲- ارائه‌ی مزایا با توجه به درخواست مشتریان ۳- اولویت بر ارائه‌ی پوشش‌های مکمل خدمتی ۴- ارائه‌ی بسته‌های مزایا با توجه به گروه‌های درآمدی ۵- بسته‌های مزایای مختلف در مناطق جغرافیایی مختلف
۷	نظارت	۱- نظارت به صورت غیر متمرکز و به وسیله‌ی سازمان‌های مستقل محلی با ترکیبی از نماینده‌ی مصرف‌کنندگان و به تعداد مساوی نماینده‌ی ارائه دهنده‌ی خدمات به سازمان‌های بیمه‌ای، نماینده‌ی دولت، نماینده‌ی قوه‌ی قضائیه و بر اساس چک‌لیست‌های استاندارد شده صورت پذیرد. ۲- نظارت عالی از بالاترین مرجع سیاست‌گذاری صورت پذیرد.
۸	مکانیسم اجرایی	۱- تمامی افراد که توانایی مالی دارند بدون از دست دادن یارانه‌ی دولتی در پوشش‌های پایه‌ای، شرکت بیمه‌ای دولتی یا خصوصی را انتخاب کنند. ۲- محدودیت مربوط به شرایط قبلی مانع از تحت پوشش قرار گرفتن نباشد. ولی افراد با ریسک بالا، حق بیمه‌ی بیش‌تری پرداخت کنند. ۳- دوره‌های آزاد ثبت نامی با حداقل پیش‌شرطها سالیانه یکبار برای خرید پوشش‌های بیمه‌ای فردی وجود داشته باشد. ۴- حق بیمه‌ی کم‌تری برای افرادی که سابقه‌ی پوشش بیمه‌ای دارند و هزینه‌ی کم‌تری را در سال قبل داشته‌اند، در نظر گرفته شود. ۵- پوشش بیمه‌ای سلامت محور در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی:

با تشکر از تمامی متخصصین که در تکنیک دلفی شرکت کردند، تشکر ویژه از جناب آقای دکتر فرشید علاء الدینی معاون پژوهشی وقت مرکز تحقیقات علمی سلامت کشور، دکتر سید ابوالقاسم موسوی مدیر عامل وقت سازمان بیمه خدمات درمانی کشور.

تداخل منافع: هیچ یک از نویسندگان این مجموعه منافع مالی از دیدگاه ارائه شده نمی‌برند.

Designing a model for private health insurance in Iran

Authors

Hossein Zare^{1*}, Negar Yazdani², MojganAzadi³, Mohammad Hassan Ahmadpour⁴, Raza Kashef Ghorbanpour⁵, Abbas Akbarian⁶, Mohammad Reza Jamali⁷, Reza Rashidi⁸

Abstract:

Background and objective:

Some of high income countries are developing the private health insurance coverage as a complementary or supplementary coverage.

Methods:

We examined the private health insurance in England U.S.A, Germany, Spain, Austria, Turkey, Sweden, Greece, Mexico, Japan, Canada, Denmark and Iran between 2002 and 2006 for studding private health insurance coverage. We used data from the OECD, European Observatory and country specific resources; also we reviewed specific regulations in certain countries, based on this comparative study we designed a model for private health insurance coverage in Iran after approving by specialist in Delphi technique.

The private health insurance has been created in order to cover the cost and service gapes which excite in the current basic insurance also increase the satisfaction of insured and make the choice authority for people who have higher incomes.

Premiums are the main source of financial support in the private health insurance which is entertained from individual risks and criteria within health condition. In addition Legislation is primary role of government, in addition supporting role in beginning of the work and after that supervising role were suggested. Based on specialist opinions the private health insurance in Iran private health insurance could be covered the gaps of basic health insurance as a complementary or supplementary health insurance based on residency and ability to pay.

Keywords: *Private health insurance, Comparative Study, Complementary Health Insurance, Voluntary Health Insurance, Financing, Benefit Package* .

1- Head of Investigators in research project, Health Care Management Ph.D., International Health Postdoctoral, Health Poicy and Management Fellow, Johns Hopkins University (*Corres pondence: dr_zare@yahoo.com)

2- Master of Health Services Management, Expert of Ministry of Health and Medical Education.

3- Health Care Management, Ph.D., International Health Postdoctoral, Johns Hopkins University, Faculty Member of Shahid Beheshtee University, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Disease (Massih Daneshvari) Member of Directory Board of Nursing and Lung Research Center

4- Health Care Management, Ph.D.

Faculty member Isalimic Azad University, Vaamin branch

5- Theoretical Economics, MS, Director of R&D Department, Milad's Hospital

6- Health Care Management, Ph.D, Health Care Financing Fellow

7- Health Care Management, MS

8- Internist

References:

1. Zare, Hossein. (2006) Health Care System Around the World: Volume II: designing health benefit package, Medical Service Insurance Organization (MSIO), Scientific and Cultural Publishing Co., Tehran, Iran, 2006(1385) (Farsi)
2. Zare, Hossein. (2004). Comparative Study of the Health Care Benefit Package in Selected Countries and Designing a Model for Iran, Islamic Azad University of Tehran, Science and Research Branch, 2004(1382), (Farsi)
3. Zare, Hossein. (2004). Pricing Strategies for Health Services: Universal Health Insurance Journal, MSIO, Number 23, 1382, pp. 15, 11 (Farsi)
4. Hassan Zadeh, Ali. (2004). Basic Health Benefit Packages, an Article Translated from the Riyaz-ben-Abbas, Social Security Org., 1383, p.1(Farsi)
5. Zare, Hossein, Mohammad Reza Jamali, Reza Rashidi. (2004). Privatization of Health Insurance, Final Report of the Research Project, National Research Center of Medical Sciences, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran, 1383, p.162 (Farsi)
6. Normand, C. Weber, A. (1994). Social Health Insurance; A Guide Book for Planning, Geneva, WHO
7. Williams A. (1997). Priority Setting in Public and Private Health Care
8. Hassan Zadeh, Ali. Fakhimi Ayzad, Saideh. (2008) Equity, Social Insurance and Purchasing Strategies of Health Services (Lack of Resources; An Approach to Improve Health System Performance), Tehran, Iran, 1387. (Farsi)
9. Zare, Hossein. (2005) Privatization of Health Insurance, Volume I: Health Insurance System in Iran, MSIO, Scientific and Cultural Publishing Company, First Edition, 1384 (Farsi)
10. Third Iran National Development Plan (IN-DPS), Article-192 (Farsi)
11. Karimi, Mozaffar. (2002). Health Insurance and Social Security System, Social Security Quarterly Journal, Social Security Research Institute (SSRI), Issue 10, 1381. (Farsi)
12. Universal Health Care Insurance Act, 1996 (1375), Article 5 (Farsi)
13. Social Security Act, 1975 (1354). Article 7 (Farsi)
14. Social Security Act, 1975 (1354). Article 4 (Farsi)
15. Social Security Act, 1975 (1354). Article 4 (Farsi)
16. Social Security Act, Article 4, Appendix A, July 1975 (1354) (Farsi)
17. Medical Services Insurance Organization for Military Forces' Act (Farsi)
18. Third Iran National Development Plan, Article 174 (Farsi)
19. Imam Khomeini Relief Committee Statute, 1979 (1358) (Farsi)
20. Cholet D.J. Lewis M. (1997). Private Insurance: Principles and Practice in Innovations in Health Care Financing . Washington, DC, World Bank
21. Zare. Hossein, Goodarzi. Ali Mohammed. (2008). Organization and Management of Health Benefit Package, Social Security Quarterly Journal, Social Security research Institute, Number 28, 1387 (Farsi)
22. Private Health Insurance Administration Council (PHIAC) (2009). Industry Statistics (<http://www.phiac.gov.au/statistics/trends/index.htm>)
23. Zare. Hossein. (2008). Designing Health Benefit Packages for Social Security Organizations, Research Report, Social Security Research Institute, Tehran, Iran (1387) (Farsi)
24. Barr, N. (1992). Economic Theory and the Welfare State: A Survey and Interpretation. Journal of Economic Literature, 30(2), 741-803.
25. WHO, (2000). World Health Report 2000
26. Gechert, S. (2009), Supplementary Private Health Insurance in Selected Countries: Lessons for EU Governments? CESIFO Working Paper, No. 2739
27. Jamal Saghier. (1993). The Privatization Pro-

- cess, the Translation of the Economic Department's Budget Plan, 1372 pp. 32, 50, 9 (Farsi)
28. Sheibani, Ahmed Ali. (1973), The History of the Emergence and Evolution of Insurance "Tehran College of Insurance," 1352, p 261. (Farsi)
29. Zare, Hossein, (2005). Privatization of Health Insurance, Volume II: Comparative Study, MSIO, Scientific and Cultural Publishing Co, First Edition, Tehran, Iran, 1384 (Farsi)
30. Gohan-S, Social Security Option for Developing Countries International Labor Review, 1994, Vol 133
31. UN 1948 (Universal Declaration of Human Rights), UN ACC 1997 (Task Force on Basic Social Services for All and WHO 1978 (Primary Health Care. Report of the international Conference on Primary Health Care. Alma – Ata, 6-12 September. 1978. Geneva.
32. Cholet D.J., Lewis M. (1997). "Private Insurance: Principles and Practice", in Innovations in Health Care Financing . Washington, DC, World Bank
33. Marchand S. et al. (1998). "Class, Health and Justice" , in Milbank Quarterly, vol.46 no.3
34. <http://www.health.gov>
35. Hofmarcher MM (1998), Hospital reform in Austria, Eurohealth 4(1), 25-27;
36. Radosch U (1998), Provision of Health Care Services in Austria. A Time Series Approach, Health Economics 4(6), 479-83
37. World Health Organization (2003), Health Care Systems in Transition: Austria, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
38. World Health Organization (2003), Health Care Systems in Transition: Sweden, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
39. The Canadian Forum on Health, Canada Health Action Building on the legacy Synthesis Reports and Issues papers , ISBN O – bb2- 2s3-obx , cat.MOH21-12b15-2-199E , (1997), minister of public Works ? Government Services, Ottawa, Canada.
40. OECD, Health Data 2004
41. Woolhandler , S. D.V. Himmelstin. (1997), Costs of Care and Administration at the For Profit and Other Hospitals in the United States
42. The Victorian order of Nurses for Canada. (1997). The Shift to the Community – A Home care Dilemma: What is It Doing to Family caregivers? Ottawa, Ontario
43. Bundesministerium für Gesundheit (1997), Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1997, Nomos, Baden-Baden;
44. Busse R, Schwartz FW (1997), Financing Reforms in the German hospital Sector - From Full Cost Cover Principle to Prospective Case Fees, Medicare 35(10), OS40-OS49;
45. Busse R, Schwartz FW (1998), "Decision-Making and Priority-Setting in Public Health and Health Care in Germany"
46. Statistisches Bundesamt (1996), Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1994, Gesundheitswesen, Reihe 6.1, Metzler Poeschel, Stuttgart;
47. World Health Organization (2004), Health Care Systems in Transition: Germany, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
48. Levett J (1996), Health Policy Reform in Greece, Euro-health 1(2), 33-34; Health Care Systems PE 167.403 136
49. Matsaganis M (1996), Family Doctor Budgets: Is Their Introduction in Greece Possible? Primary Health Care 8(1), 23- 30
50. Venieris. D. N. (1997). The History of Health Insurance in Greece: The Nettle Governments Failed to Grasp, LSE Health Discussion Paper No.9, the London School of Economics and Political Science;
51. World Health Organization, (2003). Health Care Systems in Transition: Greece, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
52. World Health Organization (2003), Health Care Systems in Transition: Greece, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen; Spain:

References

53. Lopez-Casasnovas G., Beith, A. (1996). The Partido Popular s Approach to Health Care Reform in Spain, *Eurohealth* 2(1): 26-28;
54. Lopez-Casasnovas G., (1998), the Current Regional Puzzle of Health Policy in Spain, *Euro-Health* 4(1), 23-24
55. World Health Organization, (2004). Health Care Systems in Transition: Spain, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
56. World Health Organization (2003), Health Care Systems in Transition: Spain, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen;
57. National Insurance Board Sweden, (1997). Social Insurance Statistics: Facts 1996, Stockholm;
58. Rado G (1992), Health and Health Care in Sweden, Ministry of Health and Social Affairs, Sweden;
59. World Health Organization, (1996). Health Care Systems in Transition: Sweden, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen

