

# بیمه درمانی خصوصی در شیلی

## بیمه‌ای پایه‌ای یا مکمل برای خدمات سرپایی و غیربیمارستانی؟\*

ماتیاس کیفمان

دانشگاه کنستانس، آلمان

ترجمه دکتر هرمز همایون پور

نظام بیمه درمانی خصوصی از سال ۱۹۸۱ در شیلی برقرار شد و از ۱۹۹۵ به بعد بیش از یک چهارم از جمعیت آن کشور را تحت پوشش دارد. مقاله حاضر، این نظام را از نظر اقتصادی بررسی می‌کند. تحلیل ما معطوف است به آثار انگیزشی مقررات دولتی حاکم بر شکل‌گیری سیاستهای ناظر بر بیمه درمانی خصوصی و نیز چگونگی رابطه نظام‌های درمانی خصوصی و دولتی. عدم تعادل و تناسب موجود از لحاظ حق بیمه‌شدگان به فسخ یک جانبه قراردادهای خود با شرکت‌های بیمه خصوصی، و امکان بدون محدودیتی که برای بازگشت به نظام دولتی وجود دارد، به‌عنوان عوامل اصلی مورد بحث قرار می‌گیرد. فرض مقاله بر این است که نظام خصوصی بیمه درمانی، از نظر بسیاری از افراد، معرف راهبردی با پوشش کامل نیست بلکه، صرف‌نظر از هدف‌های رسمی آن، تنها به‌عنوان نوعی سیاست مکمل برای بیماران سرپایی و غیربیمارستانی تلقی می‌شود.

آینده دولت رفاهی از مهم‌ترین موضوع‌هایی است که اکنون در کشورهای صنعتی در کانون مباحث مربوط به سیاستهای اقتصادی و اجتماعی قرار دارد. این بحث‌ها غالباً حول این محور

\* Mathias Kifmann, "Private Health Insurance in Chile, Basic or Complementary Insurance for Outpatient Services?", *International Social Security Review*, Vol. 51, Jan. 1998.

می‌گردد که به منظور تلاش برای کاهش بار سنگین تحمیل شده بر بودجه دولت‌ها و نیز تقلیل میزان مشارکتها و مالیات‌های پرداختی افراد، باید مبالغی که بیمه‌شدگان بابت مراقبتهای بهداشتی می‌پردازند افزایش یابد و خدماتی که تاکنون از طرف دولت انجام می‌گرفت خصوصی شود. در این مقوله، از اصلاح مقررات دولت رفاهی در شیلی، در زمان حکومت نظامی ژنرال پینوشه، غالباً به عنوان نمونه‌ای موفق یاد می‌شود. در ۱۹۸۱، شیلی نخستین دولتی در جهان بود که توانست نظام پرداخت جاری کارکنان<sup>۱</sup> را با موفقیت به نظام صندوق‌های سرمایه‌گذاری<sup>۲</sup> تغییر دهد. در همان زمان، نظام سنتی بیمه درمانی دولتی نیز اصلاح شد. از ۱۹۸۱ به بعد، شهروندان شیلی مختارند که بین نظام دولتی و نظام خصوصی یکی را انتخاب کنند. تنها الزام قانونی آنها در این انتخاب، پرداخت درصدی از درآمدشان برای بهره‌مند شدن از بیمه درمانی است. از زمانی که نظام بیمه درمانی خصوصی برقرار شده، تعداد افرادی که به آن روی آورده‌اند پیوسته رو به افزایش سریع داشته است. تا ۱۹۵۵، بیش از یک چهارم از شهروندان شیلی تحت پوشش بیمه درمانی خصوصی درآمدند.

تجربه ناشی از برقراری نظام بیمه درمانی خصوصی در شیلی، مباحث مربوط به این نوع بیمه و مزایا و نواقص آن را به شکلی چشمگیر دامن زده است. این بحث‌ها می‌تواند روشنگر این مسئله باشد که بیمه خصوصی تا چه اندازه قادر است جوابگوی حداقل ضمانت‌های پایه‌ای تأمین شده از طرف دولت باشد. همچنین می‌تواند این موضوع را روشن کند که رقابت بین شرکت‌های بیمه درمانی خصوصی آیا می‌تواند به ابتکارها و نوآوری‌هایی در جهت افزایش کارایی، مثلاً در رابطه بیمه‌گذاران و مؤسسات درمانی، منجر شود یا نه. امید است مقاله حاضر از لحاظ معرفی این تجربه ارزنده به جوامعی غیر از شیلی سودمند افتد. در این جا، نظام بیمه درمانی خصوصی را معرفی کرده و از لحاظ اقتصادی تحلیل می‌کنیم. تحلیل ما معطوف است به آثار انگیزشی مقررات دولتی حاکم بر شکل‌گیری سیاستهای ناظر بر بیمه درمانی خصوصی و نیز چگونگی رابطه تعاملی آن با خدمات درمانی دولتی. به علاوه، امکانات اصلاحی را نیز در ارتباط با زمینه‌های مشکل‌ساز برای افراد مورد بحث قرار می‌دهیم. در عین حال، باید تأکید کرد که هدف اصلی این مقاله، تشریح چگونگی کار و فعالیت نظام بیمه درمانی خصوصی در شیلی است.

1. pay-as-you-go      2. funded scheme

ساختار مقاله از این قرار است. اول، خدمات درمانی شیلی و بازار موجود برای بیمه درمانی خصوصی معرفی می‌شود. سپس، مقررات دولتی و ساختار جمعیتی افرادی که به بیمه خصوصی روی کرده‌اند بررسی می‌گردد. در این بخش، تحلیلی اقتصادی عرضه می‌شود. بعد، زمینه‌های مشکل ساز نظام درمانی خصوصی بر مبنای مختصاتی پنج‌گانه شناسایی می‌شود. و سپس، بر اساس نتایج حاصل از تحلیل خود، به بررسی انتقادی دامنه و پوشش بیمه درمانی خصوصی می‌پردازیم. در آخر، درباب هزینه نظام و جهات حرکت هزینه‌ها، که مورد توجه خاص کشورهای صنعتی قرار دارد، بحث می‌کنیم. در بخش پایانی نیز خلاصه یافته‌ها به نظر تان خواهد رسید.

### بیمه درمانی خصوصی در نظام مراقبتهای درمانی شیلی

نظام مراقبتهای درمانی شیلی. ساختار کنونی نظام مراقبتهای درمانی شیلی برخاسته از اصلاحاتی است که در زمان دولت نظامی ژنرال پینوشه معمول شد. تا ۱۹۷۹، بیمه درمانی منحصرأ از طریق دولت اِعمال می‌شد. دو نهاد مسئولیت این کار را بر عهده داشتند: "سازمان ملی درمان"<sup>۱</sup> و "سازمان ملی خدمات درمانی کارکنان"<sup>۲</sup>. منابع مالی این دو نهاد از طریق دریافت کسور بیمه‌شدگان، یارانه‌های دولتی، و بخشی از هزینه‌های درمانی که بیماران می‌پرداختند تأمین می‌شد. از ۱۹۷۹ به بعد، نظام مراقبتهای درمانی شیلی به تدریج غیرمتمرکز و خصوصی شد. علتی که رسماً برای این دگرگونی عنوان شد، توجه به اصل آزادی انتخاب بود. یکایک شهروندان قادر شدند که بین نظام دولتی و مؤسسات درمانی خصوصی، هر یک را که بیشتر می‌پسندیدند، انتخاب کنند. تنها الزام قانونی، درصدی از درآمد مشمول مالیات آنها بود که باید به‌عنوان حداقل کسور بیمه درمانی می‌پرداختند. این نرخ، در مارس ۱۹۷۹، معادل ۷ درصد بود. افرادی که درآمدشان ناچیز بود، یا اصلاً درآمدی نداشتند، در نظام درمانی دولتی به‌صورت رایگان پذیرفته می‌شدند.

1. The National Health Service (SNS)

2. The National Medical Service for Employees (SERMANA)

در حال حاضر، خدمات درمانی دولتی از طریق "صندوق ملی درمان"<sup>۱</sup> صورت می‌گیرد. بنابه برآوردها، تعداد اعضای این صندوق، در ۱۹۹۵، حدود ۸/۶ میلیون نفر بود. این رقم، به تقریب، معادل ۶۱ درصد از کل جمعیت است. بودجه این صندوق نیز از طریق یارانه‌های دولتی و کسور پرداختی اعضای آن تأمین می‌شود. در ۱۹۹۵، یارانه‌های دولتی معادل ۵۱/۵ درصد درآمد صندوق بود. بیمه‌شدگان صندوق، از دو راه از خدمات صندوق بهره‌مند می‌شوند: یا می‌توانند در یکی از ۲۷ واحد محلی و مستقل نظام غیرمتمرکز درمانی تحت معالجه قرار گیرند؛ یا آنکه از خدمات درمانی بیمه‌گذاران خصوصی طرف قرارداد با صندوق استفاده کنند. همه بیمه‌شدگان صندوق که کسور خود را پرداخته باشند، در هر زمان می‌توانند از یکی از این دو شکل ارائه خدمات درمانی بهره‌مند شوند. آنهایی که کسور خود را نپرداخته‌اند، فقط امکان استفاده از صورت اول [مراکز درمانی دولتی] را دارند. سطح و میزان بهره‌مندی از خدمات درمانی اصولاً برای همه بیمه‌شدگان یکسان است، مگر آنکه فردی، با پرداخت‌های اضافی، مجاز به بهره‌مندی از خدماتی بیشتر شود.

نظام بیمه درمانی خصوصی متشکل از ۳۴ شرکت بیمه درمانی است که "ایساپره"<sup>۲</sup> نامیده می‌شوند. این نظام، در ۱۹۹۵، حدود ۲۶ درصد از جمعیت کشور را تحت پوشش خود داشت. ایساپره‌ها، بر مبنای نرخ‌ها و تعرفه‌های قانونی، با بیمه‌شدگان خود در باب کم و کیف قراردادهای درمانی توافق می‌کنند. افراد مجاز هستند که بیش از ۷ درصد از درآمد خود را به بیمه درمانی اختصاص دهند. در مورد افراد کم درآمد، در صورتی که مایل به استفاده از خدمات بیمه‌های خصوصی باشند، دولت معادل ۲ درصد از حق بیمه آنها را می‌پردازد.<sup>۳</sup>

میزان بهره‌مندی از خدمات درمانی بیمه‌های خصوصی مبتنی است بر عواملی چون سن، جنس، وضعیت سلامتی، تعداد افراد مشمول قرارداد بیمه‌گر مربوط، و میزان پرداخت. بیمه‌شدگان در نظام خصوصی، بسته به نوع قرارداد آنها با ایساپره مربوط، می‌توانند هر پزشکی

1. The National Health Fund (FONASA: Fondo Nacional de Salud)

2. Isapre (Instituciones de Salud Previsional)

3. در ۱۹۹۷، دولت لایحه‌ای برای الغای این ۲ درصد به مجلس برد که تا زمان نوشتن این مقاله هنوز به تصویب نرسیده است.

که مایلند انتخاب کنند، یا باید منحصراً به پزشکان طرف قرارداد با ایساپره خود مراجعه کنند. تعدادی از ایساپره‌ها مراکز درمانی خاص خود را دارند. ایساپره‌ها، علاوه بر تأمین خدمات درمانی، مسئول پرداخت حقوق و مزایای ایام بیماری نیز هستند.

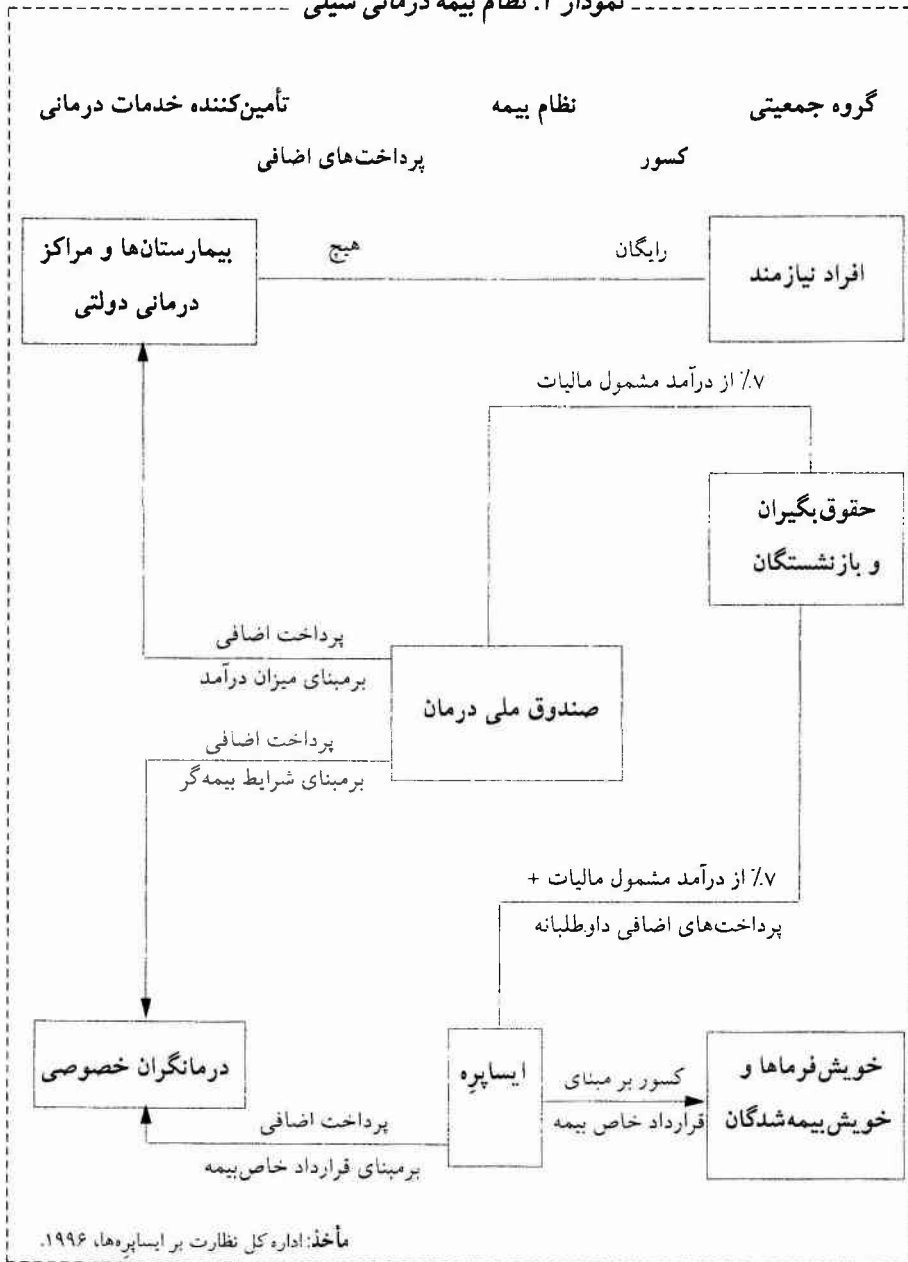
حدود ۲/۵ درصد از جمعیت کشور تحت پوشش خدمات درمانی نیروهای مسلح قرار دارد. بدین ترتیب، مابقی جمعیت شیلی رسماً تحت پوشش هیچ نوع نظام درمانی قرار ندارند.<sup>۱</sup> این افراد، در مواقع بیماری، باید هزینهٔ معالجه خود را بپردازند. در عین حال، تصور بر این است که افراد کم‌درآمد و فاقد درآمد این بخش از جمعیت، از خدماتی دولتی استفاده می‌کنند.<sup>۲</sup> نمودار ۱، تصویری کلی از چگونگی کار و همکاری بخش‌های مختلف نظام درمانی شیلی را عرضه می‌کند. افراد نیازمند، از خدمات درمانی رایگان بیمارستان‌های دولتی استفاده می‌کنند. حقوق‌بگیران مجازند که بین "صندوق ملی درمان" یا یکی از ۳۴ ایساپره موجود، هر کدام را که مایلند، انتخاب کنند. بیمه‌شدگان "صندوق ملی درمان" می‌توانند از خدمات درمانی دولتی و مؤسسات درمانی خصوصی، هر دو، استفاده کنند. اگر شخصی بیمهٔ دولتی را انتخاب کرد، برای استفاده از بیمهٔ خصوصی، درصد اضافی کسور او باید بر مبنای درآمدش پرداخت شود. اگر شخصی یکی از ایساپره‌های طرف قرارداد با "صندوق ملی درمان" را انتخاب کرد، درصد اضافی کسور او باید بر مبنای نرخ‌های ایساپره مزبور پرداخت شود.

بیمه‌شدگانی که یک ایساپره را انتخاب می‌کنند، می‌توانند بین مراکز درمانی هر کدام را که مایل بودند برگزینند. در این صورت، علاوه بر کسور پایه، باید مبلغی نیز متناسب با نرخ‌های آن مرکز درمانی به‌طور اضافی پرداخت کنند. این‌گونه پرداخت‌های اضافی، در صورتی که آن مرکز درمانی با ایساپره آنها طرف قرارداد باشد، کاهش پیدا می‌کند.

خویش‌فرماها و نیز افرادی که حقوق‌بگیر نیستند و نیاز مالی ندارند، اجباری برای بیمه‌شدن ندارند. این گروه می‌توانند، با انعقاد قرارداد با ایساپره‌ها، خود را تحت پوشش درمانی قرار دهند.

۱. بنا به برآوردها، این بخش حدود ۱۲ درصد از جمعیت کشور را در بر دارد.  
۲. از آنجا که "صندوق ملی درمان" هنوز نتوانسته است نام همهٔ افراد تحت پوشش خود را به‌طور کامل ثبت کند، غالباً از نظر تشخیص این که چه افرادی حق استفاده از نظام درمانی را دارند، مشکلاتی پدید می‌آید.

نمودار ۱. نظام بیمه درمانی شیلی



بازار بیمه درمانی خصوصی. گرایش‌های بازار. اولین ایساپره در ۱۹۸۱ تأسیس شد. در سالهای بعد، نرخ رشد نظام بیمه درمانی خصوصی بسیار بالا بود. بین سالهای ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۳، تعداد بیمه‌شدگان خصوصی به‌طور متوسط در هر سال ۲۹ درصد افزایش یافت. این نرخ در سالهای اخیر کاهش یافته است. میزان افزایش تعداد بیمه‌شدگان خصوصی در ۱۹۹۴ معادل ۶/۹ درصد و در ۱۹۹۵ معادل ۲/۶ درصد بود.

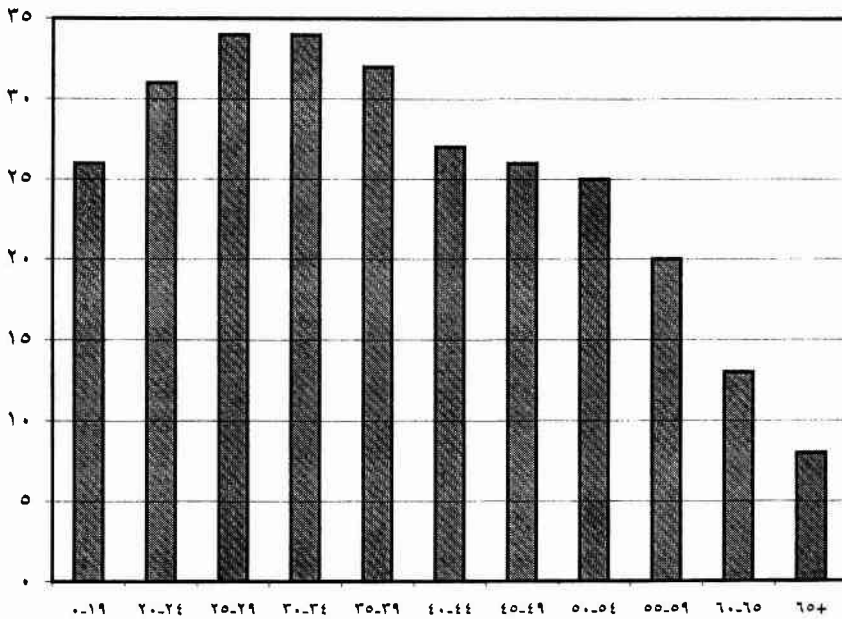
به تناسب گسترش بازار، تعداد ایساپره‌ها نیز افزایش یافته است. وقتی نظام ایساپره‌ها در ۱۹۸۱ برقرار شد، افراد می‌توانستند از بین هفت ایساپره "باز" یکی را انتخاب کنند. تعدادی ایساپره "بسته" هم وجود داشت که فقط محافل و گروه‌هایی محدود امکان استفاده از آنها را داشتند. در دسامبر ۱۹۹۵، تعداد ایساپره‌های "باز" ۲۳ و تعداد ایساپره‌های "بسته" ۱۱ بود. حدود ۹۶ درصد از بیمه‌شده‌های خصوصی مشتری ایساپره‌های باز هستند. بیش از ۷۰ درصد از بازار تحت اختیار ۵ ایساپره بزرگ قرار دارد.<sup>۲</sup>

تقسیم اعضا بر مبنای سن و درآمد. نمودار ۲ نشانگر گروه‌های سنی درصدی از جمعیت شیلی است که از بیمه‌های خصوصی استفاده می‌کنند. این نمودار آشکارا نشان می‌دهد که بیمه‌های خصوصی عمدتاً گروه‌های جوان‌تر جامعه را تحت پوشش خود دارند. از گروه سنی ۳۰-۳۴ ساله به بالا، درصد افرادی که از بیمه‌های خصوصی استفاده می‌کنند، به شکل بارزی پایین می‌آید. فقط ۷ درصد از افرادی که بیش از ۶۵ سال دارند تحت پوشش بیمه‌های خصوصی هستند. آنهایی که به‌طور خصوصی بیمه شده‌اند، به‌طور متوسط، درآمدی بسیار بیشتر از افرادی دارند که تحت پوشش نظام دولتی هستند. در ۱۹۵۵، میانگین نرخ بیمه در بخش خصوصی معادل ۱۶۲ دلار امریکا، در قبال ۱۲۰ دلار در بخش دولتی، بود. باید توجه داشت که نظام بیمه خصوصی تقریباً کلیه عواید خود را از راه دریافت حق بیمه اعضا تأمین می‌کند، در حالی که نظام بیمه دولتی بیش از نیمی از درآمد خود را از راه یارانه‌های دولتی به دست می‌آورد. به علاوه، نظام دولتی غالباً افراد سالخورده و احتمالاً دارای سلامت کم‌تر را تحت پوشش دارد. در عین حال، از این نکته نباید غافل بود که بخش قابل توجهی از رشد ایساپره‌ها مدیون تلاش آنها

۲. نقل از گزارش سال ۱۹۹۶ "اتحادیه ایساپره‌ها".

برای جذب گروه‌های کم‌درآمد است. در سالهای ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۵، میانگین درآمد ماهانه مشمول مالیات افراد تحت پوشش بیمه خصوصی، از ۷۵۷ دلار به ۶۷۸ دلار پایین آمد. شاخص‌های اقتصادی، در ۱۹۸۵-۱۹۹۵، درآمد همهٔ ایسایپرها، به‌طور متوسط، سالانه ۲۶ درصد افزایش یافت. رقم کل درآمد آنها در ۱۹۹۵ معادل ۱/۱۱۸ میلیارد دلار بود. دریافت کسور قانونی، بخش اعظم درآمد آنها را تشکیل می‌داد و به ۸۲/۳ درصد بالغ می‌شد. بقیه درآمد آنها متشکل بود از: پرداخت‌های اضافی داوطلبانه (۱۱/۴ درصد)، یارانه‌های دولتی برای افراد کم‌درآمد (۴/۵ درصد)، و یارانه‌های داوطلبانهٔ کارفرمایان (۱/۹ درصد).

نمودار ۲. گروه‌های سنی بیمه‌شدگان خصوصی

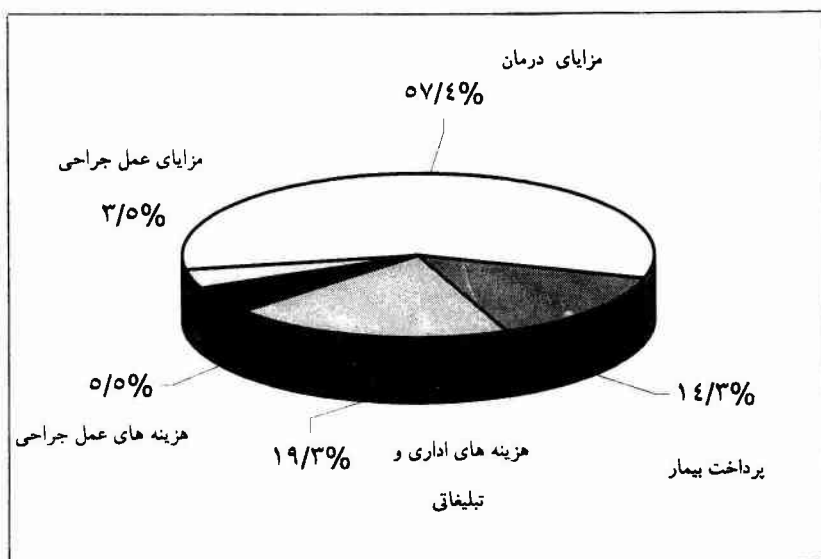


مأخذ: ادارهٔ کل نظارت بر ایسایپرها، ۱۹۹۶.



نمودار ۳ نشانگر تخصیص درآمدها در سال ۱۹۹۵ است. ارقام مندرج در این نمودار، کم و بیش معرف چگونگی هزینه کردن درآمدها از ۱۹۹۱ به بعد است. بالغ بر نیمی از درآمدها صرف پرداخت مزایای درمانی شده است (۵۷/۴ درصد). پرداخت بیمه بیماری معادل ۱۴/۳ درصد را به خود اختصاص داده است. با منظورکردن هزینه‌های اداری و تبلیغاتی (۱۹/۳ درصد) و سایر هزینه‌های عملیاتی (۵/۵ درصد)، سود عملیاتی معادل ۳/۵ درصد بوده است. اگر سودهای استثنایی و (معافیت) مالیاتی شرکت‌ها را در این محاسبه وارد کنیم، آنگاه مجموع سود این شرکت‌های بیمه به ۴/۷ درصد می‌رسد.

نمودار ۳. چگونگی تحصیل درآمد در نظام خصوصی



مأخذ: اداره کل نظارت بر ایسایرهای، ۱۹۹۶.

مبلغ پرداختی بابت هزینه بیمه درمانی افرادی که تحت پوشش نظام خصوصی قرار دارند، روندی کاملاً صعودی داشته است. این مبلغ که در ۱۹۹۰ برای هر فرد معادل ۱۳۹ دلار بود، در ۱۹۹۵ به ۱۷۱ دلار افزایش یافت، که معادل رشدی برابر ۴/۱ درصد است. این رشد مبتنی است بر افزایش هزینه هر یک از مزایا تا حدود ۲/۲ درصد، و نیز افزایش مزایای هر فرد بیمه شده تا حدود ۱/۹ درصد.

**تلفیق عمودی.** قوانین حاکم بر بیمه درمانی صراحتاً به ایسایپرها اجازه می‌دهد که نه تنها هزینه مزایای درمانی و مراقبت‌های بهداشتی را پردازند بلکه خود رأساً نیز به تأمین این‌گونه خدمات درمانی و بهداشتی اقدام کنند. بدین ترتیب، نوعی تلفیق و ترکیب عمودی بین شرکت‌های بیمه خصوصی و مراکز درمانی امکان‌پذیر می‌شود که طبعاً کنترل بهتر هزینه‌ها را ممکن می‌سازد. با این حال، این‌گونه سازمان‌های عمودی چندان عمومیت ندارند. فقط بزرگترین شرکت بیمه خصوصی، کونسالود<sup>۱</sup>، که به تنهایی ۲۱/۹ درصد بازار را در اختیار دارد، مراکز درمانی خاص خویش را اداره می‌کند. کونسالود در تمام شهرهای بزرگ شیلی دارای درمانگاه‌هایی برای بیماران غیربیمارستانی در زمینه‌های پزشکی و دندان‌پزشکی است. این شرکت، سه بیمارستان نیز دارد. اما، به طور کلی، ایسایپرها عمدتاً خود را به انعقاد قرارداد با تعداد محدودی از مراکز درمانی مقید می‌کنند (شیوه‌ای که اصطلاحاً "نظام ترجیح مراکز درمانی"<sup>۲</sup> نامیده می‌شود). در این شیوه، معمولاً، برای هر بار عملیات درمانی، هزینه مربوط به مرکز درمانی طرف قرارداد پرداخت می‌شود. به اعضایی که به مراکز درمانی مراجعه کنند که با ایسایپره آنها طرف قرارداد نباشد، معمولاً یا مزایای کمتری تعلق می‌گیرد یا اساساً هیچ‌گونه مزایایی تعلق نمی‌گیرد.

**مقررات.** نظارت بر بخش بیمه درمانی خصوصی و کنترل آن، در آغاز بر عهده "صندوق ملی درمان" بود. پس از سقوط دیکتاتوری، "اداره کل نظارت بر ایسایپرها"<sup>۳</sup> در سال ۱۹۹۰ تأسیس شد. این نهاد مراقبت می‌کند که سیاست‌ها و قراردادهای بیمه‌ای با الزامات قانونی منطبق باشد، در موارد بروز اختلاف بین شرکت‌های بیمه و مشتریان آنها نقش آموذگمن<sup>۴</sup> را بازی می‌کند، و

1. Consalud 2. preferred provider system 3. Superintendencia de Isapres

۴. Ombudsman. مقامی که در تعدادی از کشورها (عمدتاً ممالک اسکاندیناوی) برای رسیدگی به دعاوی مردم علیه دولت از طرف پارلمان انتخاب می‌شود؛ مأمور عالی رسیدگی به شکایات. - مترجم.

همچنین می‌تواند آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های لازم را برای بهبود روابط و قراردادهای طرفین صادر کند. به علاوه، بر مبنای بررسی‌ها و تحقیقات فنی و علمی، گزارش‌های لازم را درباره چگونگی کارکرد نظام تهیه می‌کند و مشوق گسترش نظام اطلاع‌رسانی به مشتریان است. در عین حال، این اداره مجاز به تهیه گزارش‌های پزشکی نیست و نمی‌تواند در بازار مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دخالت کند.

### تحلیل اقتصادی نظام بیمه درمانی خصوصی

این بخش از مقاله اختصاص دارد به تحلیل و ارزیابی اقتصادی نظام بیمه درمانی خصوصی در شیلی. معیارهای مورد نظر ما عبارتند از کارایی و عدالت. تحلیل ما شامل روابط متقابل این نظام با بخش دولتی و بازار مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است و سه مرحله دارد. در مرحله اول، مختصات پنج‌گانه نظام معرفی می‌شود. سپس، بر مبنای این موضوع، در مرحله دوم به بررسی زمینه‌های عینی مشکل‌ساز می‌پردازیم. و بعد، در مرحله سوم، در باب دامنه و گسترش پوشش بیمه درمانی خصوصی بحث می‌کنیم. در بخش پایانی، چگونگی و روند هزینه‌ها را در نظام بیمه درمانی خصوصی به کوتاهی بر می‌شکافیم.

**مختصات نظام.** برای شناخت چگونگی کارکرد نظام بیمه درمانی خصوصی در شیلی، آشنایی با مختصات پنج‌گانه زیر ضروری است.

**شیوه تنظیم حق بیمه‌ها.**<sup>۱</sup> میزان حق بیمه در نظام خصوصی به طور کامل بر احتمال خطر<sup>۲</sup> مبتنی است.<sup>۳</sup> این امر در تفاوت حق بیمه به نسبت سن و جنس تظاهر دارد. به علاوه، متفاوت بودن بیمه‌نامه‌ها و بنابراین، حق بیمه‌ها - اجازه می‌دهد که مزایای هر متقاضی متناسب با خطرپذیری او منظور گردد. تنها مورد دخالت دولت در امر تعیین حق بیمه، همان مصوبه قانونی است که حداقل میزان حق بیمه را معادل ۷ درصد از درآمد مشمول مالیات افراد مقرر کرده است.<sup>۴</sup>

#### 1. Premiums      2. risk

۳. اگر دقیقاً صحبت کنیم، باید بگوییم که این امر منحصراً در ایساپره‌های باز مصداق دارد. بیمه‌نامه‌های مشترک در ایساپره‌های بسته، در بسیاری موارد، بر احتمال خطر مبتنی نیست. در این جا، فقط سهمی معادل ۴ درصد برای بازار منظور می‌شود.

۴. این حداقل حق بیمه اجباری، که بر مبنای درآمد ماهانه افراد معین می‌شود، در ۱۹۹۵ معادل ۱۳۰ دلار در سال بود.

چگونگی اتمام قراردادهای بیمه، حقوق طرفین برای لغو بیمه‌نامه‌ها بر اساس قانون معین شده است. از دید ایساپره‌ها، دوره بیمه‌نامه‌ها اصولاً نامحدود است. اما بیمه‌گذاران می‌توانند قرارداد خود را پس از یک سال فسخ کنند. در عین حال، بیمه‌نامه‌ها، در صورت توافق طرفین، در هر زمان می‌توانند فسخ شود.

رابطه نظام‌های خصوصی و دولتی بیمه درمانی. برای انتقال از بیمه خصوصی به بیمه دولتی هیچ محدودیتی وجود ندارد. افرادی که قرارداد خود را با یکی از ایساپره‌ها فسخ می‌کنند، با آنکه قرارداد آنها با موافقت طرفین لغو می‌شود، بلافاصله می‌توانند متقاضی بیمه درمانی در بخش دولتی شوند.

وجودنداشتن تعریفی قانونی برای حداقل مزایای پرداختی. مقررات ناظر بر بیمه درمانی خصوصی، وظایف ایساپره‌ها را فقط به صورتی خیلی کلی تبیین می‌کند. قانون فقط درباره اقدامات پیشگیرانه و پرداخت بیمه بیکاری صراحت دارد. سایر مزایا و پرداخت‌ها کلاً منوط به چگونگی توافق بیمه‌گذار با ایساپره‌هاست.

وجودنداشتن مقررات قانونی برای تعیین نرخ حق بیمه در بازار. به‌طور کلی، هیچ‌گونه مقرراتی برای تعیین نرخ حق بیمه در بازار مراقبت‌های بهداشتی و درمانی وجود ندارد. از این رو، حق ویزیت پزشکان و نرخ‌های بیمارستان‌ها بسیار متفاوت است. بررسی دانشگاه کاتولیکی پونتیفیسیای شیلی<sup>۱</sup>، در سانتیاگو، این موضوع را بخوبی نشان می‌دهد. بنابه این بررسی، هزینه درمان در بیمارستان‌ها تا چهار برابر و حق ویزیت پزشکان تا حدود ۱۳ برابر تفاوت دارد.

زمینه‌های مشکل ساز. حداقل کسور. ضابطه قانونی درباب حداقل کسور، معادل ۷ درصد از درآمد مشمول مالیات، باعث بروز نوعی تعارض و اختلال در تعیین نرخ‌های بیمه در بازار شده و در گذشته دو مشکل مشخص و عینی ایجاد کرده بود. نخست آنکه، جوانانی که از درآمد نسبتاً بالا و سلامتی جسمانی برخوردار بودند، و تنها بخش کوچکی از درآمد آنها صرف بیمه درمانی می‌شد، معمولاً به بیمه‌های مکمل روی می‌آوردند. دوم آنکه، در مواردی که درآمد ماهانه یک فرد به صورت موقتی افزایش می‌یافت، شرکت بیمه خصوصی او کسور بیشتری دریافت

1. Pontificia Catholic University of Chile

می‌کردی آنکه مجبور باشد مزایای مربوط را به همان نسبت افزایش دهد. از این رو، برای رفع این دو مشکل، اصلاحیه‌ای قانونی در سال ۱۹۵۵ تصویب شد. در حال حاضر، مشتریان ایساپره‌ها می‌توانند تا ۱۰ درصد از حق بیمه پرداختی خود را مشخصاً برای درمان پس‌انداز کنند. در عین حال، هزینه نگهداری حساب‌ها چنان بالا است که این پس‌اندازها ندرتاً کارساز می‌شود. پرستی اساسی که در این جا مطرح می‌شود این است که تعیین حداقل کسور آیا اساساً برای تحقق هدفهای قانون بهترین راه است؟ بدیهی است که تعیین میزانی برای حداقل کسور پرداختی، مانع از آن می‌شود که افراد خود را در سطحی پایین‌تر از حد لازم بیمه کنند. این امر نشانه انگیزه حمایتگرانه و پدرسالارانه دولت و نیز گرایش آن به پیشگیری از فرصت‌طلبی و "ثان به نرخ روز خوردن" شرکت‌های بیمه درمانی خصوصی است. این امکان که افراد قادرند در هر لحظه به نظام دولتی رو کنند، نشانه‌ای برگرایش به ایجاد این انگیزه در شهروندان است که تا زمانی که سالم هستند اساساً خود را بیمه نکنند، و به مجردی که بیمار شدند، به نظام دولتی متوسل شوند. در هر دو صورت، این طور به نظر می‌رسد که تعیین حداقل کسور بهترین راه حل ممکن است. این اجبار که اگر افراد به بخش خصوصی رو می‌کنند، قرارداد آنها باید حداقل آنچه را در نظام دولتی مقرر شده پوشش کند، مانع از آن می‌شود که شهروندان در بیمه درمانی خود از حداقل‌های مقرر پایین‌تر بیایند و، به این ترتیب، تبعات منفی مقررکردن حداقل کسور جبران می‌شود.

**فقدان شفافیت در بازار.** در ۱۹۵۵، حدود ۱۰۰۰ نوع مختلف قرارداد بیمه وجود داشت. از جمله موارد متفاوت در آنها، میزان پرداخت‌های اضافی و مکمل، سقف مزایا، و دسترسی به برخی از مراکز درمانی بود.

این تنوع گسترده قراردادهای بیمه، نتیجه مستقیم وضع مقررات قانونی است. نرخ ۷ درصد مقرر برای حداقل کسور، در بسیاری از موارد با آنچه بیمه‌گذاران واقعاً مایل به پرداخت هستند انطباق دارد، یا دست کم به عنوان پایه‌ای راهنما سودمند است. در عین حال، ایساپره‌ها با تقاضاهایی بکلی ناهمگون و متفاوت مواجه می‌شوند. از طرف دیگر، برای حداقل مزایای پرداختی شرکت‌های بیمه ضوابط مشخص و تعریف‌شده‌ای وجود ندارد. این امر به ایساپره‌ها امکان می‌دهد که شرایط و مزایای متفاوتی در قراردادهای خود منظور کنند.

در ارتباط با آثار رفاهی این‌گونه قراردادهای متنوع و متفاوت، دو موضع متضاد می‌توان اتخاذ کرد. از یک سو، بیمه‌گذاران از حق انتخابی گسترده برخوردار می‌شوند. از این جهت، در قبال بیمه‌گران و اجتناب از خطرهای مزیتی محسوس دارند. از سوی دیگر، تفاوت‌های موجود در چگونگی قراردادهای می‌تواند به‌عنوان مانعی در راه ترجیح‌ها و انتخاب‌ها تلقی شود. تنوع این قراردادهای معمولاً باعث می‌شود که بیمه‌گذاران به‌راحتی نتوانند آنها را بررسی کنند و اطلاعات موجود را به محک بزنند. تنوع فراوان نرخ‌ها و مزایا نیز خود عاملی است که بر پیچیدگی کار و سرگردانی آنها می‌افزاید. بدین ترتیب، غالباً بسیار دشوار است که سیاستهای بیمه‌ای عرضه شده از سوی شرکت‌ها را بتوان از لحاظ رابطه موجود بین نرخ‌ها و مزایا با یکدیگر مقایسه کرد.

نهاد قانونی ناظر بر امر بیمه درمانی کوشش می‌کند از طریق افزایش آگاهی‌های بیمه‌گذاران بر شفافیت بازار بیفزاید. این نهاد، به‌علاوه، از راه عرضه اطلاعات مربوط به شرایط کلی سیاستهای بیمه‌ای، تلاش دارد نوعی روش معیار برای قراردادهای بیمه درمانی معرفی کند.<sup>۱</sup> اقدامی مهم‌تر و واجد پیامدهای مؤثرتر این است که، با لغو حداقل کسور قانونی، نوعی سبب یا مجموعه حداقل مزایا<sup>۲</sup> جایگزین می‌شود. این کار، تنوع بیمه‌نامه‌ها را، که ناشی از منظورکردن حداقل کسور است، از میان می‌برد و، در همان حال، پیش‌بینی نوعی حداقل مزایا باعث می‌شود که مقایسه عینی حق بیمه‌ها میسر گردد.

**انگیزه‌های غیرکافی برای اقدامات پیشگیرانه.** تحت نظام بیمه درمانی خصوصی، پیشگیری فقط به اقدامات پیش‌بینی شده در قانون محدود است. این امر بدین معناست که از نظر اقدامات پیشگیرانه، ایساپره‌ها و مشتریان آنها انگیزه‌های کافی پیدا نمی‌کنند. دو خصوصیت نظام را می‌توان علت این موضوع دانست. اول آنکه، موجود بودن این امکان برای بیمه‌گذاران که همه ساله قراردادهای خود را با شرکت‌های بیمه خصوصی لغو کنند، وضعیتی برای ایساپره‌ها پدید می‌آورد که نتوانند مطمئن باشند که اقدامات پیشگیرانه لزوماً در آینده باعث کاهش هزینه‌های پرداختی آنها می‌شود. دوم آنکه، چون بیمه‌گذاران قادرند در هر زمانی که مایل باشند

۱. نقل از گزارش ۱۹۹۶ اداره کل نظارت بر ایساپره‌ها، فصلی "شفافیت در بازار ایساپره‌ها".  
2. minimum benefit package

به نظام دولتی بازگردند و از مقررات آن در باب بیمه مخاطرات بهره‌مند گردند، برای آنها از لحاظ انعقاد قراردادهای پیشگیرانه با بیمه‌های خصوصی انگیزه مالی وجود ندارد.

**سقف مزایای پرداختی.** غالب بیمه‌نامه‌های ایساپره‌ها، از نظر میزان پرداخت و دامنه تعهدات، سقفی حداکثر معین می‌کنند. این امر، نسبت به مزایای دریافتی هر بار افراد و نیز نسبت به کل مزایای دریافتی سالانه آنها مصداق دارد. بدین ترتیب، غالباً این وضع پیش می‌آید که، بخصوص در موارد درمانهای پرهزینه، سطح پوشش بیمه‌ها بسیار محدود باشد. این مسئله باعث شد که اداره کل نظارت بر ایساپره‌ها گروهی را مأمور بررسی موضوع کند (۱۹۵۵). جدول ۱ از گزارش این بررسی گرفته شده است. این جدول، درصد هزینه‌ای را که بیمه‌گذاران در ارتباط با کل هزینه درمانی سالانه می‌پردازند به دست می‌دهد و، به علاوه، مشخص می‌کند که میزان پرداخت‌های مکمل، به نسبت افزایش سطح کلی مزایای دریافتی سالانه، بالا می‌رود.

جدول ۱. میانگین حق بیمه به تناسب هزینه‌های کلی سالانه					
جمع هزینه سالانه (به میلیون پزو)					
$\leq 0.5$	$\leq 1$	$\leq 2$	$\leq 3$	$\leq 4$	$\leq 5$
۳۱/۳٪	۳۹/۵٪	۴۲/۳٪	۴۳/۶٪	۴۴/۴٪	۴۴/۹٪
نقل از گزارش گروه دیاز (۱۹۹۵)، ص ۲۶.					

سه سال قبل، تعدادی از ایساپره‌ها و شرکت‌های بیمه بزرگ، برای مقابله با مشکل ناکافی بودن سطح پوشش بیمه‌ای برای درمانهای پرهزینه، انواعی از بیمه‌های مکمل عرضه کردند. هنوز بررسی نشده است که این سیاست جدید موفق بوده است یا نه. در این زمینه هم هنوز توضیحی ارائه نشده که علی‌رغم وجود داشتن سیاستهای بیمه‌ای استاندارد شده، چرا حق بیمه‌ها به تناسب هزینه‌های درمانی بالا می‌رود. در این جا، تلاش می‌کنیم چهار توضیح برای این موضوع ارائه کنیم، که سه توضیح آن مستقیماً به خصوصیات نظام بیمه درمانی شیلی مربوط

می‌شود. در هر مورد، به دلالت‌های اقتصادی امر نیز به کوتاهی اشاره می‌کنیم. نخستین توضیح به نظام شیلی ارتباطی ندارد.

● رفتار مورد انتظار از بیمه‌شدگان. اگر از نظریه انتظار و توقع<sup>۱</sup> برای توضیح رفتار بیمه‌شدگان استفاده کنیم، به این نتیجه می‌رسیم که مطلوب‌ترین سیاست‌های بیمه‌ای بهترین پوشش نسبی را برای مخاطرات بالا تأمین می‌کنند و، در این صورت، بیمه‌شدگان خود متقبل خطرهای کوچک می‌شوند. این موضوع، البته، توضیحی برای سقف پوششی ارائه نمی‌دهد. در عین حال، بررسی تجربی اسلوویک و دیگران (۱۹۷۷) به این نتیجه رسید که ترجیح بیمه‌شدگان بر این است که در برابر مخاطرات کوچک، که احتمال وقوع زیادی دارند، بیمه شوند تا آنکه در قبال مخاطرات زیاد، که احتمال وقوع آنها کمتر است، بیمه گردند. این نحوه برخورد و گرایش به مخاطرات همچنین می‌تواند علت تقاضا برای سیاست‌های بیمه‌ای واجد سقف پوششی را توضیح دهد. هرگونه دخالت دولت در این امر لزوماً باید بر مبنای سیاست‌های پدرسالارانه دولتی توجیه شود و به تعبیری آمرانه از نظریه انتظار معطوف باشد. به عبارت دقیقتر، دولت می‌تواند سقف پوششی حداقل را معین کند.

● امکان بازگشت به نظام دولتی. در ارتباط با مزایای بیماران سرپایی و غیربیمارستانی، نظام دولتی در قیاس با نظام خصوصی جاذبه نسبی کمتری دارد. اما در مورد بیماران بیمارستانی، نظام دولتی خدمات مناسبی عرضه می‌دارد. امکان ترک یک ایسایره و بازگشت به نظام دولتی باعث می‌شود که هر بیمه‌گذار معقولی که دارای درآمد پایین یا متوسط باشد، به محاسباتی نزد خود دست بزند. نظام درمانی خصوصی، از آنجا که عمدتاً جوابگوی هزینه‌های بالنسبه پایین بیماران غیربیمارستانی است، فقط در موارد فقدان بیماری‌های جدی کارساز و سودمند است. اگر مراقبت‌های جدی و فشرده بیمارستانی مورد نیاز باشد، بیمه‌شدگان به نظام دولتی باز می‌گردند. سیاست‌های بیمه‌ای دارای سقف پوششی، دقیقاً در عمل به چنین محاسبه‌ای منجر می‌شود. بنابراین، هر اقدامی که از جهات مالی در سیاست بیمه‌ای معمول شود، لزوماً باید چگونگی رابطه "صندوق ملی درمان" را با نظام خصوصی دوباره تعریف کند. امکان بازگشت به نظام دولتی، یا باید محدود شود یا مستلزم پرداخت حق بیمه بیشتری گردد.

1. expectation theory



● **عدم تعادل و تناسب موجود در حق فسخ بیمه نامه‌ها.** ایساپره‌ها هیچ‌گونه حقی برای فسخ یک‌جانبه بیمه نامه‌ها ندارند. به علاوه، هر افزایشی در حق بیمه‌ها باید شامل همه بیمه‌شدگان بیمه درمانی شود. این امر، ایساپره‌ها را با نوعی حق انتخاب منفی و مشکلات ناشی از آن روبه‌رو می‌کند. اگر اعضای یک برنامه بیمه درمانی معین، در طول زمان، از لحاظ میزان مزایای درمانی درخواستی، به سطوح متفاوتی تقسیم شوند، آنگاه این مسئله مطرح می‌شود که اعضای که درخواستهای کمتری داشته‌اند، لزوماً باید هزینه اضافی مربوط به اعضای را که درخواستهای بیشتری داشته‌اند بپردازند. در این صورت، اعضای که درخواستهای کمی دارند، با تغییر ایساپره خود می‌توانند از تقبل این هزینه اضافی - که در حقیقت دادن نوعی یارانه به اعضای است که نیازهای بیشتری دارند - طفره روند.<sup>۱</sup> بدین ترتیب، ایساپره اصلی فقط با مشتریانی می‌ماند که سطح هزینه‌های درخواستی آنها بالاست. گرچه این ایساپره اصولاً می‌تواند حق بیمه خود را افزایش دهد، چنین کاری معمولاً با ایجاد محدودیت از سوی نهاد قانونی ناظر بر بیمه‌های خصوصی روبه‌رو می‌شود. به علاوه، افزایش قابل ملاحظه حق بیمه می‌تواند به حُسن شهرت شرکت بیمه در اذهان عمومی لطمه زند. این موضوع باعث می‌شود که حق بیمه‌ها معمولاً به اندازه کافی افزایش پیدا نکنند، یا دیرتر از موقع افزایش یابند، و بدین ترتیب شرکت بیمه را در مورد مشتریانی که هزینه‌های درمانی بالایی دارند دچار زیان کند. در این معنا، سقف پوششی در واقع مؤثرترین عاملی است که افراد را به بازگشت داوطلبانه به نظام دولتی تشویق می‌کند، زیرا مبلغ اضافی که به بیمه خصوصی می‌پردازند با میزان افزایش نیازها و درخواستهای آنان تناسب ندارد. در این جاست که به این نتیجه می‌رسیم که هر نوع اقدام مالی در مورد سیاستهای بیمه‌ای لزوماً باید با تعریف مجدد حق فسخ بیمه نامه‌ها یا تغییر زمینه‌های انگیزشی مشوق ترک شرکت‌های بیمه خصوصی همراه باشد.

● **حذف هر نوع قیمت‌گذاری در بازار مراقبتهای بهداشتی و درمانی.** هزینه این‌گونه خدمات در بازار، بسته به مراکز درمانی مختلف، تفاوت زیادی دارد و ایساپره‌ها تاکنون تأثیر و نفوذ اندکی

۱. فیشر و سزا در بررسی ۱۹۹۶ خود به این نتیجه می‌رسند که شرکت‌های بیمه خصوصی چنین رفتاری را از سوی بیمه‌شدگان سالم خود پیش‌بینی کرده و. بنابراین، برای مقابله با آن، به این‌گونه بیمه‌شدگان خود بیمه‌نامه‌هایی با مزایای مناسب و نرخ‌های ارزان‌تر ارائه کرده‌اند.

برکنترل این امر داشته‌اند. بدین ترتیب، بیمه‌نامه‌هایی که بیمه‌شدگان را از لحاظ انتخاب مراکز درمانی آزاد می‌گذارند... یعنی همان شکلی که در شیلی رواج بیشتری دارد... از آنجا که پیش‌بینی هزینه‌ها عملاً ممکن نیست، تضمین‌کننده سود قطعی برای شرکت‌های بیمه خصوصی نیستند. به‌علاوه، چون پرداخت هزینه‌های درمانی تضمین شده است، بیمه‌شده انگیزه‌ای برای مراجعه به مراکز درمانی ارزانتر ندارد؛ بیمه درمانی خصوصی وجود دارد تا هزینه‌های درمانی را به‌طور نقدی بپردازد. همین امر باعث پیش‌بینی سقف پوششی می‌شود. اما هر نوع دخالت مالی و اقتصادی در این جا لزوماً به معنای تعیین قیمت‌ها نیست. ایسایره‌ها خود می‌توانند، از طریق مذاکره با مراکز درمانی یا ادغام‌های عمودی کامل‌تر این مراکز، نسبت به رفع موارد ابهام و عدم اطمینان در زمینه هزینه‌های درمانی اقدام کنند. برای مثال، افزایش رقابت از طریق هرچه شفاف‌تر کردن بازار، می‌تواند مشوق این امر باشد.

در این زمینه، محافل دانشگاهی شیلی، بر اساس بررسی‌ها و بحث‌های خود، تاکنون چندین پیشنهاد اصلاحی ارائه کرده‌اند. برای مثال، دیاز و دیگران (۱۹۹۵) بر این عقیده‌اند که محدودیت سقف‌های پوششی در موارد بروز بیماری‌های پر هزینه، علت اصلی بازگشت بیمه‌شدگان به نظام دولتی [صندوق ملی درمان] است. به همین دلیل، آنها پیشنهاد می‌کنند که در بخش دولتی نیز حق بیمه‌های خاص مخاطرات بالا منظور گردد. این امر، یعنی افزایش حق بیمه‌های مربوط به بیماری‌های پر هزینه، البته باعث بروز مشکلاتی می‌شود. اما، برای مقابله با این مشکلات، آنها نظامی دوقلو<sup>۱</sup> یا دو وجهی را بر پایه الگوی پیشنهادی کوچران (۱۹۹۵) توصیه می‌کنند. بدین معنا که، علاوه بر سقف پوششی معمولی بیمه درمانی که یک ساله است، بیمه‌نامه‌هایی مکمل نیز برای پوشش افزایش حق بیمه‌ها عرضه شود. به مجردی که دوره بیمه‌نامه‌های کوتاه‌مدت به پایان رسید، بیمه‌شده، بر مبنای ارزش نقدی برآورده شده افزایش حق بیمه، که بر اثر بروز بیماری در دوره یک ساله خود به خود افزایش یافته، مبلغی یکجا و مقطوع دریافت می‌کند. مبنای این مبلغ، میانگین افزایش حق بیمه است. بدین ترتیب، بیمه‌شدگانی که سلامتی آنها بیش از حد متوسط است مبلغی می‌پردازند و، در همین حال، به بیمه‌شدگانی که بیماری آنها

1. Twin-Track system

بیش از حد متوسط است مبلغی پرداخت می‌شود. این نظام دوقلو یا دو وجهی، مشکلات ناشی از عدم تناسب موجود را از لحاظ حق بیمه‌گذاران برای فسخ قراردادهای بیمه برطرف می‌کند. در این نظام، هزینه درمان بیماران پرهزینه از سوی بیمه‌شدگانی که نیازهای درمانی کمتری دارند پرداخت می‌شود. دیاز و همکارانش، به‌علاوه، بر این عقیده‌اند که برای جبران ناآگاهی و بی‌اطلاعی بیمه‌شدگان از مقولهٔ مخاطرات، باید فعالیت اطلاع‌رسانی گسترده‌ای به‌منظور آگاه‌سازی عمومی به راه افتد.

فیشر و سزا (۱۹۶۶) بر این نظرند که تدوین و تعریف مجموعهٔ حداقل مزایای پرداختی نظام دولتی، نخستین گام به سوی حلّ مشکل سقف‌های پوششی است. سیاستهای بیمه‌ای باید پوشش هزینه‌های برخی از درمانهای پرهزینه را تضمین کنند. اما، در این صورت، بدیهی است که مشکل عدم تناسب موجود در حق بیمه‌گذاران برای فسخ قراردادهای بیمه تشدید می‌شود. زیرا از آنجا که شرکت‌های بیمه در چنین حالتی قادر به جبران هزینه مداوای بیمه‌شدگان بیمار خود از طریق حق بیمهٔ اعضای سالم خود نیستند، امکان دارد که بسیاری از آنها ورشکسته شوند. از همین رو، فیشر و سزا الگوی پیشنهادی کوچران را در اساس تأیید می‌کنند. در عین حال، یادآور این نکته می‌شوند که محاسبهٔ سطح پوشش در قبال افزایش حق بیمه بسیار دشوار است. از این لحاظ، بناچار باید مکانیزم‌هایی اختیاری و یک‌جانبه برای تعیین میزانی که بیماری یک بیمه‌شده می‌تواند به افزایش حق بیمه منجر شود تعبیه کرد. از همین رو، فیشر و سزا نظام ساده‌تری را پیشنهاد می‌کنند. بدین ترتیب که شرکت‌های بیمه خصوصی، بر مبنای فهرست استاندارد تشخیص بیماری‌ها، تعیین می‌کنند که آنها یا بیمه‌شدگان، به‌هنگام انتقال بیمه‌شده از یک شرکت بیمه به شرکتی دیگر، چه مبلغی باید بپردازند. این دو، به‌علاوه، به‌منظور پیشگیری از ورشکستگی شرکت‌های بیمه خصوصی، نوعی بیمهٔ مجدد<sup>۱</sup> پیشنهاد می‌کنند که در موارد پرداخت به بیمه‌شدگان رفتار درمانهای پرهزینه ملاک عمل قرار می‌گیرد.

نهایت آنکه، الگوی آلمانی بیمهٔ درمانی خصوصی نیز از این لحاظ راهی اصلاحی و جانشین معرفی می‌کند. بر مبنای این الگو، مجموعه یا سبدهی از مزایای پرداختی، که حداقل با میزان قانونی پرداختهای مربوط به بیمهٔ درمانی منطبق باشد، ارائه می‌شود. هیچ نوع سقف پوششی

وجود ندارد، اما بیمه‌شدگان می‌توانند سطح هزینه‌های پرداختی بیمه را معین کنند. در آلمان نیز، مثل شیلی، حق بیمه‌شدگان به فسخ قرارداد خود در هر زمان که بخواهند، باعث ایجاد عدم تناسب و تعادل می‌شود اما، در عمل، هیچ بیمه‌نامه‌ای فسخ نمی‌شود و، بدین ترتیب، مخارج درمانهای پرهزینه عملاً از طرف بیمه‌شدگان سالم جبران می‌گردد. این همبستگی مشترک، مبتنی است بر ماده‌ای که در قراردادهای بیمه پیش‌بینی شده است. طبق این ماده، به بیمه‌شدگانی که در دوره قرارداد خود ادعای دریافت خسارت نکنند مزایایی تعلق می‌گیرد.<sup>۱</sup> این مزایا قابل انتقال نیست. از این رو، انتقال به بیمه‌ای دیگر ندرتاً به زحمتش می‌ارزد. امتیاز این نظام در این است که عملی بودن و کارایی خود را، بی‌نیاز به سقف پوششی، اثبات کرده است. نقطه ضعف آن در این است که فرصت انتقال از بیمه‌ای به بیمه دیگر را عملاً از بیمه‌شدگان سلب می‌کند. اما مدل کوچران امکان انتقال آزادانه را از بین نمی‌برد و مخاطرات را بین بیمه‌شدگانی که نیاز درمانی شدید دارند و بیمه‌شدگان خلاف آنها تقسیم می‌کند. این مدل، در عین حال، تاکنون در عرصه عمل اثبات نشده است.

● **بیمه سالمندی.** به گونه‌ای که نمودار ۲ بروشنی نشان می‌دهد، ایساپره‌ها عمدتاً جوانان را پوشش می‌دهند. برای این عدم تعادل و تناسبی که در ساختار سنی به چشم می‌خورد، دلایلی وجود دارد که مستقیماً از چگونگی کارکرد نظام ناشی نمی‌شود. یکی از این دلایل این است که خود نظام اساساً جوان است. وقتی اولین ایساپره در ۱۹۸۱ تأسیس شد، مزایای آن که مبتنی بر سن مشتریان بود، مورد توجه و علاقه افراد جوان قرار گرفت. سالمندان ناچار به پرداخت حق بیمه‌های بیشتری بودند، و در آن وقت نمی‌توانستند از مزایای عدم ادعای خسارت بهره‌مند شوند. یکی دیگر از دلایل احتمالی این بود که وقتی افراد کم درآمد بازنشسته می‌شوند، دولت پرداخت یارانه خدمات درمانی آنها را قطع می‌کند.

در عین حال، این عدم تعادل در ساختار سنی را از جهاتی نیز می‌توان ناشی از خودنظام دانست. از یک سو، مشکلی که از لحاظ عدم تناسب در حق فسخ دلبخواه بیمه‌نامه‌ها در صفحات قبلی ذکر شد، می‌تواند به کاهش بیمه‌شدگان خصوصی، به نسبتی که سن آنها بالا می‌رود، منجر شود. زیرا، با بالا رفتن سن، تعداد افرادی که نیاز به درمانهای پرهزینه دارند افزایش می‌یابد. البته

راه‌حلی پیشنهادی که فوقاً به آن اشاره شد می‌تواند وضع را تا حدودی بهبود بخشد. رفتار بیمه‌شدگان، به علاوه، از این امر نیز که نظام دولتی بر مبنای حق بیمه‌های مبتنی بر سن عمل نمی‌کند تأثیر می‌پذیرد. بدین ترتیب، راهبردی بر این پایه که تا وقتی جوان هستید به بیمه‌های خصوصی و زمانی که پیر شدید به بیمه دولتی رو کنید جاذبه پیدا می‌کند، بخصوص برای افرادی که قادر نیستند هزینه پوشش‌های اساسی بیمه درمانی را برای دوران پیری خود بپردازند. پژوهشی که از سوی "صندوق ملی درمان" در ۱۹۹۱ صورت گرفت، این نظریه را تأیید کرد. بنا به این پژوهش، تعدادی قابل ملاحظه (۲۲۰,۰۰۰ نفر) از افرادی که به‌طور خصوصی بیمه شده بودند، وقتی به سن و سال بازنشستگی نزدیک شدند، به نظام دولتی بازگشتند. این مشکل را که از نظام دولتی ناشی می‌شود، می‌توان با پیش‌بینی کسوری بر مبنای سن برطرف کرد. اما چنین کاری، بخصوص در مورد شهروندان سالمندی که قادر به پرداخت این کسور اضافی نیستند، راه‌حلی معقول به نظر نمی‌رسد. در چنین صورتی، افرادی که درآمد پایینی دارند، فاقد انگیزه کافی برای بیمه روزگار پیری خود می‌شوند. نظام بازنشستگی شیلی، برای مقابله با این امر، قانوناً مقرر کرده است که افراد باید ۱۰ درصد از درآمد خود را در صندوقهای بازنشستگی خصوصی پس‌انداز کنند. اما این سؤال باقی می‌ماند که آیا این میزان پس‌انداز برای پوشش هزینه‌های درمانی در روزگار پیری نیز کافی است؟

جدول ۲. خسارت از لحاظ درآمد خالص - هزینه درمانی کمتر

سودآوری صندوق بازنشستگی			
سن کنونی بیمه‌شدگان	۵٪	۵/۵٪	۶٪
۲۳	۴۲٪	۳۳٪	۱۵٪
۳۵	۲۰٪	۱۱٪	-۹٪
۴۵	۱۰٪	۵٪	-۹٪
۵۵	۱۸٪	۱۶٪	۷٪

مأخذ: فیشر و دیگران (۱۹۵۵)، ص ۳۳.

پژوهش فیشر و دیگران (۱۹۵۵) درباب سرمایه‌گذاری لازم در بیمه‌های خصوصی جهت هزینه‌های درمانی بازنشستگان روزگاران آینده، شاخصهایی عرضه می‌کند. این محققان، برای بررسی میزان خسارت وارده به شرکت‌های بیمه خصوصی از جهت درآمد خالص - هزینه درمانی کمتر، که وقتی مشتریان به سن بازنشستگی ۶۵ سالگی می‌رسند بروز می‌کند، از یک مدل سرمایه انسانی<sup>۱</sup> استفاده می‌کنند. بنابه فرضیه آنها، هزینه درمانی به میزان ۲ درصد بیشتر از نرخ تورم و معادل ۲ درصد از نرخ بهره‌وری افزایش می‌یابد. جدول ۲ نشانگر نتیجه‌گیری آنها از سودآوری صندوق‌های بازنشستگی خصوصی است.

به برآورد این محققان، خسارت شرکت‌های بیمه بیش از ۳۰ درصد است. بخصوص بیمه‌گذاران جوان، از آنجا که اگر صندوق‌های خصوصی سودآوری کمی نشان دهند باعث بروز مشکل برای آنها در دوران بازنشستگی می‌شود، ناچار به باقی ماندن در نظام خصوصی هستند. این تحقیق، به علاوه، نشان می‌دهد که افراد دارای درآمد و تحصیلات پایین، بخصوص از کاهش درآمد خالص صندوق‌ها به شدت تأثیر می‌پذیرند.

فیشر و همکارانش بر این عقیده‌اند که برای جبران کاهش درآمد در مواردی که صندوق‌های بازنشستگی سودآوری کمی نشان می‌دهند، باید صندوقی مکمل برای پس‌اندازهای مربوط به بیمه درمانی تشکیل شود. آنها نسبت به ۲ درصد یارانه‌ای که در جریان حیات کاری افراد کم درآمد پرداخت می‌شود نیز انتقاد دارند. به نظر آنها، این موضوع باعث می‌شود که افراد به بیمه‌های خصوصی اقبال نکنند، و آنهایی هم که بیمه هستند، به مجرد نزدیک شدن به سن بازنشستگی، به نظام دولتی برگردند. و نهایتاً آنکه، نتایج تحقیق فیشر به این صورت اصولی نیز می‌تواند تعبیر شود که چون افرادی که قبلاً در نظام خصوصی بیمه بوده‌اند، وقتی به نظام دولتی برمی‌گردند، احتمالاً پس‌انداز بیمه‌ای قابل ملاحظه‌ای دارند، برای آنها می‌توان به پرداخت کسوری بر مبنای سن و سال قائل شد.

**عدالت.** فقدان عدالت از لحاظ دسترسی به مراقبتهای درمانی مناسب، یکی از انتقادهایی است که به نظام درمانی شیلی وارد می‌شود. امکانات و فرصتهای انتخاب و کم و کیف مراقبت‌ها و درمان‌ها به شدت به میزان درآمد و چگونگی وضع سلامتی افراد وابسته است. افراد

1. human capital model

کم درآمد و آنهایی که سلامتی‌شان مختل است، عملاً حق هیچ انتخابی ندارند. چنین افرادی معمولاً راهی بجز روی آوردن به نظام دولتی ندارند. این امر، نسبت به افرادی نیز که قراردادهای بیمه آنها با بخش خصوصی درمانهای پرهزینه را پوشش نمی‌کند مصداق دارد. چنانچه این گونه افراد درآمد یا پس‌انداز بیمه‌ای مکفی نداشته باشند، تنها راه آنها بازگشت به "صندوق ملی درمان" است. در حالی که افراد سالم یا دارندگان درآمدهای بالا می‌توانند بین شرکت‌های متعدد بیمه خصوصی حق انتخاب داشته باشند. این افراد، بسته به میزان درآمد خود، امکان دسترسی به سطوح مراقبتی و درمانی بمراتب بهتری از نظام دولتی را دارند.

از نظر عدالت صرف، دو انتقاد عمده می‌تواند مطرح شود. اول آنکه، با توجه به امکانات کشوری روبه پیشرفت چون شیلی، آیا سطح کمی و کیفی حداقل خدمات درمانی عرضه شده مناسب است؟ دوم آنکه، این موضوع که عملاً فقط افراد سالم و پردرآمد حق انتخاب بین شرکت‌های بیمه خصوصی را دارند آیا می‌تواند عادلانه تلقی شود؟ اهمیتی که هر کسی برای این دو سؤال قائل می‌شود، به نظام ارزشی شخصی او بستگی دارد. می‌توان صرفاً استدلال کرد که گرچه افزایش سطح حداقل مراقبتهای درمانی می‌تواند بدون ایجاد تغییر در نظام بیمه تحقق پذیرد، برقراری حق انتخاب برای همه شهروندان مستلزم ایجاد تغییرات اساسی در این نظام است. یکی از راهها، برقراری ساختاری برای جبران مخاطرات است که بین ایساپره‌ها و "صندوق ملی درمان" عمل کند. در این صورت، افراد ناسالم و کم درآمد یارانه‌ای دریافت می‌کنند که دسترسی آنها را به نظام خصوصی با حق بیمه‌های قابل تحمل امکان‌پذیر می‌سازد. دامنه پوشش بیمه. امکان بازگشت به نظام دولتی و نیز حق فسخ قراردادهای بیمه خصوصی، دو مقوله‌ای هستند که فهم آنها برای شناخت نظام بیمه درمانی خصوصی در شیلی ضروری است. این دو عامل، بخصوص از نظر تشریح سقف پوششی و نیز مشکل پوشش بیمه‌ای در روزگار سالمندی نقشی اساسی دارند. در این جا، تأثیر این دو عامل را از لحاظ دامنه پوشش بیمه می‌شکافیم. نکته قابل ملاحظه این است که بیمه درمانی خصوصی در شیلی، در واقع، نوعی بیمه مکمل برای درمانهای سرپایی و غیربیمارستانی جهت افراد کم درآمد است، و این نظام، بخصوص در مورد درمانهای پرهزینه، علت اصلی محدودیت پوشش بیمه‌ای است. امکان بازگشت به نظام دولتی، در واقع، نظام بیمه درمانی خصوصی شیلی را به‌عنوان

نظامی جامع و فراگیر تضعیف می‌کند. این واقعیت که برای اقدام بیمه‌ای در موارد اضطراری و نیز ایام سالمندی، دولت همیشه به‌عنوان بیمه‌گر حضور دارد باعث می‌شود که همه و بخصوص جوانان فقط مشتری بیمه‌هایی شوند که برای درمانهای غیربیمارستانی به کار می‌آیند. برای این گروه از افراد، بیمه خصوصی فقط نوعی بیمه مکمل تلقی می‌شود. وقتی این‌ها بیمه‌شان را به بیمه خصوصی تغییر دهند، این امر برای آنها ایجاد هیچ نوع هزینه اضافی نمی‌کند، اما چون کسور آنها دیگر به "صندوق ملی درمان" پرداخت نمی‌شود، این امر به ناچار و غیرمستقیم به افزایش مالیات‌ها منجر می‌گردد.

این استدلال فقط نسبت به افراد کم درآمدی مصداق دارد که امکان پرداخت هزینه قراردادهای جامع بیمه خصوصی را ندارند. در همین گروه جمعیتی است که ایسایپره‌ها در سالهای اخیر بیشترین نرخ رشد را داشته‌اند. این واقعیت که، علی‌رغم اطلاعیه‌های رسمی، این گروه از نظام بیمه درمانی خصوصی به‌عنوان نوعی بیمه مکمل - و نه یک نظام کامل و جامع - استفاده می‌کند، لزوماً به معنای بی‌اثری و ناکارآمدی نظام خصوصی نیست. در مقایسه با نظام بیمه دولتی، افراد در بیمه خصوصی از امکانات و از حق انتخابی گسترده‌تر برخوردارند.

یکی از دلایل نگرانی نسبت به کارآمدی نظام خصوصی، پیامدهای ناشی از حق فسخ بیمه‌نامه‌هاست. گرچه این حق یک‌جانبه در نگاه اول می‌تواند به نفع بیمه‌شدگان تلقی شود، از آنجا که اجازه می‌دهد افراد کم درآمد از کمک به درمانهای پرهزینه افراد نیازمند خودداری کنند، مخرم همبستگی دسته جمعی است. به این ترتیب، افراد نیازمند ناچار به تقبل هزینه‌های اضافی و پرداخت حق بیمه بیشتر می‌شوند. بخصوص که در حال حاضر هنوز هیچ‌گونه برنامه بیمه‌ای خصوصی وجود ندارد که مخاطرات ناشی از نیاز غایی یک فرد را به درمانهای پرهزینه پوشش دهد. تأثیرات این امر، هم بر آنهایی که بیمه خصوصی را نوعی بیمه مکمل تلقی می‌کنند، و هم بر آنهایی که بیمه خصوصی را حاوی پوشش کامل می‌دانند، منفی است. گروه اول، با برگشت به نظام دولتی، از تقبل پرداخت اضافی و حق بیمه افزایش یافته احتراز می‌کنند. بیمه مکمل، وقتی برای درمانهای پرهزینه قرارداد منعقد شود، پایان می‌پذیرد؛ و این امر علی‌رغم این واقعیت اتفاق می‌افتد که برای درمانهای غیربیمارستانی در سطحی بهتر از آنچه در نظام دولتی فراهم است، هنوز ممکن است تقاضا موجود باشد. یک سیاست بیمه‌ای مکمل و استاندارد، که دوش به‌دوش



برنامه درمان دولتی عمل کند، فاقد این جنبه منفی است. افرادی که به نظام دولتی باز نمی‌گردند نیز زیان می‌بینند. این افراد، در هنگام نیاز به درمانهای پرهزینه، ناچار می‌شوند به پرداخت‌های اضافی و حق بیمه افزایش یافته تن در دهند. و از آنجا که اگر به شرکت بیمه خصوصی دیگری رو کنند، این شرکت، طبق مقررات، در ۱۸ ماهه نخست قرارداد خود فقط مکلف به پرداخت یک چهارم از هزینه درمان بیماری‌های موجود در زمان انعقاد قرارداد است، عملاً انگیزه‌ای برای تغییر شرکت بیمه خود ندارند.<sup>۱</sup>

خلاصه آنکه، از لحاظ دامنه پوشش بیمه، همه بناچار برداشتی انتقادی دارند. تعداد زیاد مشتریان نظام بیمه خصوصی را در شیلی از این زاویه باید دید: این بیمه برای بسیاری از افراد فقط نوعی بیمه مکمل تلقی می‌شود. به علاوه، پوشش بیمه‌ای، بر اثر لزوم پرداختهای اضافی زیاد و حق بیمه‌های افزایش یافته، خودبه‌خود محدود می‌شود. افرادی که نیاز به درمانهای پرهزینه دارند، یا به نظام دولتی برمی‌گردند یا اجباراً در نظام خصوصی باقی می‌مانند. بدین ترتیب، با آنکه نیاز واقعی اصولاً در افرادی وجود دارد که گرفتار بیماری‌های پرهزینه هستند، شرکت‌های بیمه خصوصی عمدتاً برای جلب مشتریان سالم رقابت می‌کنند. بنابراین، پیشنهادهای اصلاحی که در ارتباط با سقف پوششی به آنها اشاره شد، اولویت و ضرورت اساسی دارند.

روند افزایش هزینه در نظام بیمه درمانی خصوصی. این روند، در بحثهای مربوط به بیمه در کشورهای پیشرفته، نقش مرکزی و کلیدی دارند. در شیلی، هرچند که هزینه‌های درمانی بیمه‌های خصوصی در سالهای ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۵ افزایشی معادل ۴/۱ درصد داشته است، از این مشکل در مباحث عمومی مربوط کمتر یاد می‌شود. باید در نظر داشت که شیلی، در طول همین سال‌ها، نرخ رشد بالایی داشته است. اما افزایش شدید هزینه‌ها، در کنار شیوه‌ای که به گستردگی برای بازپرداخت و جبران<sup>۲</sup> هزینه‌های مشتریان معمول شده است، لاجرم روند هزینه‌ها را به یکی از موضوعات مورد بحث در آینده تبدیل خواهد کرد. به همین دلیل، اینکه نظام خصوصی خود تا کجا به راه‌حل‌های این مشکل خواهد اندیشید، و تا کجا شکل‌های تازه‌ای برای جبران

۱. فیشر و سزا (۱۹۹۶)، ص ۲۰۳.

2. reimbursing

هزینه‌های مراقبتی خواهد یافت، و چگونه به ترکیب عمودی بنیادی تر شرکت‌های بیمه و مراکز درمانی دست خواهد زد، اهمیت فراوانی دارد.

فیشر و سرا (۱۹۹۶) از این بابت که چرا بیمه‌های خصوصی از جهت افزایش کارایی تاکنون فقط نوآوری‌های اندکی داشته‌اند، دو دلیل عرضه می‌دارند. اول آنکه، نبود شفافیت در بازار مانع بروز رقابت بین شرکت‌ها شده است. در حال حاضر، تقریباً امکان ندارد که مشتری‌ها بتوانند قیمت‌ها و مزایای عرضه‌شده از سوی شرکت‌ها را با یکدیگر مقایسه کنند. از علل این امر، حداقل مشارکت دولت است که باعث عرضه سیاست‌های بیمه‌ای مختلفی می‌شود. از آنجا که حداقل مشارکت دولت می‌تواند باعث تنظیم حق بیمه‌هایی بالاتر از آنچه واقعاً مورد نیاز است بشود، این رویه به خودی خود به‌عنوان عاملی در افزایش هزینه‌ها عمل می‌کند. از این رو، الغای کسور حداقل دولتی و جایگزین کردن آن با سبد یا مجموعه‌ای از مزایا می‌تواند باعث شفافیت بیشتر بازار شود و شرکت‌های بیمه را برای تلاش در راه دسترسی به کارایی بیشتر تحت فشار قرار دهد. دومین علتی که فیشر و سرا عرضه می‌دارند، مقاومتی است که مراکز درمانی حتی در برابر کوچکترین ابداع و نوآوری در جبران هزینه‌ها نشان می‌دهند. با این حال، به‌نظر این دو محقق، ایجاد دانشکده‌های پزشکی و مراکز درمانی وابسته به آنها در سالهای اخیر می‌تواند تغییراتی را در میان مدت به ارمغان آورد.

### نتیجه‌گیری

نظام بیمه درمانی خصوصی شبلی، از زمان تأسیس خود در ۱۹۸۱، نرخ رشد بالایی داشته است. این نظام، در ۱۹۵۵ بیش از یک چهارم از جمعیت کشور را تحت پوشش خود داشت. بیمه‌شدگان، برای انتخاب، ۳۴ ایساپره در اختیار دارند و شرکت بیمه خود را همه ساله می‌توانند تغییر دهند. این موضوع، ایساپره‌ها را بر می‌انگیزد تا طرح‌های بیمه درمانی خود را با خواسته‌های مشتریان هماهنگ سازند. تعداد افراد کم درآمد و میان درآمدی که به‌طور خصوصی بیمه می‌شوند نیز رو به افزایش دارد.

بزرگترین مشکلات موجود را باید در دو زمینه سقف پوششی بیمه و درمان سالمندان سراغ کرد. دو عامل، یکی امکان بدون محدودیت بازگشت به نظام دولتی، و دیگری، عدم تعادل و

تناسب موجود در حق فسخ یکجانبه قراردادهای بیمه از سوی مشتریان، از علل محدودسازی دامنه پوشش بیمه درمانی خصوصی محسوب می‌شود. حق بازگشت به نظام دولتی باعث می‌شود که بیمه‌شدگان کم درآمد، نظام خصوصی را فقط به عنوان نوعی بیمه مکمل برای درمانهای سرپایی و غیربیمارستانی تلقی کنند. پیامد رویه کنونی ناظر بر حق فسخ یکجانبه قراردادهای این است که بیمه‌شدگانی که گرفتار درمانهای پرهزینه می‌شوند، ناچار به پرداخت هزینه‌های اضافی قابل ملاحظه و نیز حق بیمه افزایش یافته باشند. حال، آیا صرفاً به لحاظ عدالت و عدالت‌طلبی نمی‌توان سؤال کرد که چرا دسترسی به نظام خصوصی باید عمده‌تأ به درآمد و وضع سلامتی افراد موکول باشد؟

از همین رو، موفقیت نظام بیمه درمانی خصوصی را باید از زوایای مختلف ارزیابی کرد. با این حال، می‌توان استدلال کرد که تدوین مقررات کنونی امری لازم بوده است تا بتوان بازاری گسترده برای شرکت‌های بیمه درمانی خصوصی پدید آورد. بخصوص افراد کم‌درآمد، اگر امکان بازگشت به نظام دولتی فراهم نمی‌بود، آمادگی بیمه کردن خود را در شرکت‌های خصوصی نداشتند. در عین حال، بخصوص اکنون که نظام خصوصی بیش از یک چهارم از جمعیت کشور را تحت پوشش خود گرفته است، ترتیبات کنونی دیگر کاملاً رضایت‌بخش و قانع‌کننده نیست. اگر قرار باشد که نظام در نظر اکثریت بیمه‌شدگان چیزی بیشتر از نوعی بیمه مکمل برای درمانهای سرپایی و غیربیمارستانی تلقی شود، آنگاه باید پذیرفت که بعضی تحولات و اصلاحات ضروری است. پیشنهادهایی که به عنوان نتیجه مباحث محافل دانشگاهی شیلی عرضه شده است. از جمله، الغای پرداخت کسور حداقل دولتی و جایگزین کردن آن با سبد یا مجموعه‌ای از حداقل مزایا، یا پیش‌بینی نوعی بیمه برای پوشش حق بیمه‌های افزایش‌یافته. مراتبی اصلاحی در جهت افزایش رقابت و گسترش بیشتر پوشش بیمه‌های درمانی محسوب می‌شوند. به علاوه، اصلاحاتی که در جهت افزایش دسترسی گروه‌های گسترده‌تر جمعیتی به نظام خصوصی پیشنهاد شده است، می‌تواند در جهت تحقق عدالت بیشتر مؤثر باشد. آنچه پرزیدنت ادواردو فری در فوریه ۱۹۹۷ در برابر کنگره آمریکا اعلام داشت، دایر بر اینکه مراقبتهای درمانی برای همه مردم شیلی باید در آینده از طریق ایساپره‌ها صورت پذیرد، امید تحول و بهبود و گسترش هرچه بیشتر ایساپره‌ها را پدید آورده است.

## کتاب شناسی

**Arrow, Kenneth J.** 1974. "Optimal insurance and generalised deductibles", in *Scandinavian Actuarial Journal* 1:1-12.

**Asociación de Isapres.** 1996. *Isapres 15 años*. Santiago, Asociación de Isapres.

**Bitrán y Asociados.** 1996. "Instituciones de salud previsional en Chile, resumen". Santiago, document for the United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC).

**Cochrane, John H.** 1995, "Time-consistent health insurance", in *Journal of Political Economy* 103 (3): 445-73.

**Diaz, Carlos A.; Gazitúa H., Ricardo.; Torche L., Aristides; Valdés P., Salvador.** 1995. *Cobertura catastrófica para los cotizantes del sistema de Isapre*. Santiago, Instituto de Economía, Pontificia Universidad Católica de Chile.

**Fischer, Ronald D.; Mizala, Alejandra; Romaguera, Pilar.** 1995. *Proyecto: Alternativas de solución para el financiamiento de la salud en la tercera edad en el sistema ISAPRE*. Santiago, Centro de Economía Aplicada, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile.

**Fischer, Ronald D.; Serra, Pablo.** 1996. "Análisis económico del sistema de seguros de salud en Chile", in *Revista de Analisis Economico* 11(2): 187-217.