

بیمه‌های درمان: مفاهیم، طبقه‌بندی و کارکردها

گردآوری و ترجمه مهدی مهدوی*

چکیده

طبقه‌بندی انواع بیمه‌های درمان به تجزیه و تحلیل سیاستهای بیمه‌ای در نظامهای بهداشتی با ترکیبی از انواع طرحهای بیمه کمک می‌کند. ارائه طبقه‌بندی، ابزاری مفید خواهد بود که دستیابی به داده‌های آماری در مورد سیاستها و اطلاعات مورد نیاز را برای برقراری نظارت در بیمه‌های خصوصی هدایت خواهد کرد. بیمه، نوعی روش تأمین منابع مالی است که هم پیش‌پرداخت و هم یک کاسه کردن را دربر می‌گیرد. بیمه‌های درمان بر اساس چهار معیار منبع تأمین منابع مالی، میزان اختیار افراد برای مشارکت در برنامه، گروهی یا فردی بودن برنامه و روش محاسبه حق بیمه طبقه‌بندی می‌شوند.

همچنین چندین متغیر مهم دیگر وجود دارد که در تجزیه و تحلیل ساختار و عملکرد بیمه‌های درمان و طبقه‌بندی آنها باید بررسی شود مانند ماهیت وظایف انواع بیمه، ویژگیهای رقابت بین بیمه‌ها، اشکال قرارداد با ارائه‌کنندگان خدمات، چارچوبهای نظارتی و میزان و ماهیت تخصیص یارانه‌های دولتی به برنامه بیمه. معیاری که در طبقه‌بندی بیمه‌ها برای تمایز بین بیمه‌های همگانی و خصوصی به کار رفته، نوع «منبع اصلی تأمین منابع مالی» بوده است. بر اساس این معیار می‌توان طبقه‌بندی زیر را در مورد بیمه‌های درمان ارائه کرد:

* دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی - درمانی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

بیمه درمان همگانی شامل بیمه‌های درمانی همگانی مالیات‌محور و برنامه‌های تأمین اجتماعی بیمه‌های درمانی خصوصی شامل برنامه‌های بیمه‌ای خصوصی که از طریق حق بیمه‌های خصوصی تأمین مالی می‌شوند از قبیل: بیمه‌های درمان خصوصی اجباری، بیمه‌های درمان خصوصی گروه‌های استخدامی، برنامه‌های بیمه‌ای مبتنی بر نرخ‌بندی اجتماعی و بیمه‌های خصوصی براساس نرخ‌بندی ریسک. انواع بیمه‌های درمان خصوصی بر اساس کارکرد و نقشی که در درون برنامه پوشش همگانی دارا هستند، طبقه‌بندی می‌شوند، این کارکردها عبارت است از: بیمه‌های خصوصی اولیه (شامل بیمه خصوصی جایگزین و بیمه خصوصی اصلی)، مضاعف، مکمل و اضافی.

مقدمه

این مقاله طرح‌های بیمه درمان را در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی^۱ با تأکید و تمرکز بر روی مدل بیمه‌های درمان خصوصی^۲ طبقه‌بندی می‌کند. برنامه‌های بیمه درمانی متفاوتی در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی وجود دارد. در این کشورها برنامه‌های مشابه غالباً با اسامی متفاوتی نامگذاری شده است و یا برنامه‌های متفاوت تحت یک عنوان مشابه نامگذاری شده است. به طور مثال در حالی که همگان با این گفته که «غالب نظام‌های مراقبت بهداشتی، پوشش بیمه درمان همگانی ارائه می‌کنند و هزینه حیطة وسیعی از خدمات بهداشتی پایه را پرداخت می‌کنند» اتفاق نظر دارند، اما در نامگذاری این نوع پوشش بیمه، سردرگمی به وجود آمده است؛ به گونه‌ای که برخی از کشورها آن را بیمه همگانی، برخی بیمه اجباری و برخی دیگر بیمه اجتماعی نامیده‌اند. این سه اصطلاح غالباً به جای یکدیگر به کار می‌روند.

دو هدف در طبقه‌بندی برنامه‌های بیمه، مورد نظر بوده است:

۱. ارائه طبقه‌بندی، ابزاری مفید خواهد بود که جمع‌آوری داده‌های آماری و دستیابی به اطلاعات در مورد سیاستها و اطلاعات نظارتی در بیمه‌های خصوصی را هدایت خواهد کرد.
۲. این طبقه‌بندی به وسیله شناسایی متغیرهای تأثیرگذار بر کارکرد بازار بیمه‌های درمان خصوصی و همچنین تشخیص نقش‌های جایگزینی که بیمه‌های خصوصی می‌توانند در

1. Organization for Economic Corporation Development (OECD)

2. private health insurance (PHI)

نظام‌های ترکیبی تأمین منابع مالی مراقبت‌های بهداشتی ایفاکنند، به تحلیل خط مشی‌ها کمک می‌کنند.

۱. فواید سیاسی طبقه‌بندی بیمه‌های درمان

طبقه‌بندی بیمه‌ها و وظیفه‌ای کلیدی است هم برای جمع‌آوری داده‌های مناسب برای تحلیل‌های مقایسه‌ای بین‌المللی در مورد بیمه‌های درمان خصوصی و هم برای ارائه تحلیل در مورد کاربردهای عملی سیاست‌های مختلف بیمه‌ای در نظام ترکیبی تأمین منابع مالی. ارائه چند مثال می‌تواند به درک چگونگی کاربرد این طبقه‌بندی کمک کند:

- در کشورهایی که، بیمه خصوصی تنها راه دسترسی افراد به خدمات درمانی پایه است و هیچ‌گونه طرح تأمین اجتماعی در آنها اجرا نمی‌شود یا اینکه افراد، واجد شرایط عضویت در این طرح‌ها نیستند، شکست در بازارهای بیمه‌های درمان (کژمنشی رفتاری، انتخاب خسارت‌زا و انتخاب ریسک) دستیابی به اهداف برابری و کارایی را دچار مشکل می‌کند. در این کشورها مسئله عدالت در پرداختها و دسترسی به خدمات برای افراد پرخطر یا گروه‌های کم‌درآمد از اهمیت زیادی برخوردار است. این مشکلات، تجزیه و تحلیل نقش‌های نظارت و مشوق‌های مالی در پیشگیری و یا کاهش نقص‌های بالقوه اجتماعی بیمه‌های درمان خصوصی را طلب می‌کند.

- در بسیاری از کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی، بیمه درمان خصوصی موازی با نظام همگانی وجود دارد. این کشورها از بیمه خصوصی به عنوان وسیله‌ای برای کاهش فشار هزینه‌ها در نظام بهداشتی همگانی استفاده می‌کنند. تحلیل‌های سیاسی به اثرات بیمه درمان خصوصی بر روی هزینه‌های کلی بهداشتی و بویژه هزینه‌های بهداشت عمومی توجه دارد. این تحلیل‌ها بررسی می‌کند که چگونه بیمه بهداشتی خصوصی می‌تواند ارائه خدمات با کیفیت بهتر را افزایش دهد یا حق انتخاب افراد و پاسخگویی سیستم بهداشت را بهبود بخشد.

این تحلیل ممکن است چگونگی نظارت بر بیمه‌های بهداشتی خصوصی را بررسی کند. پرسش در مورد چگونگی استقبال مردم از بیمه بهداشتی خصوصی باید مورد تشویق قرار گیرد. برای مثال آیا این استقبال باید از طریق مشوق‌های مالی باشد یا ضد انگیزه‌ها، سرانجام، ممکن

است سیاستگذاران برای دستیابی به اهداف قیدشده در سیاستهای بیمه‌ای، طریقهٔ تعامل بین معیارهای نظارتی و مشوق‌های مالی را مورد بازبینی قرار دهند.

کشورهایی که در آنها طیفی اساسی از خدمات بهداشتی توسط نظام دولتی ارائه نمی‌شود یا میزان پرداخت‌های مشارکتی بسیار بالاست و نیز در کشورهایی که بیمهٔ درمان خصوصی، ریسک‌های مرتبط (عدم ارائهٔ خدمات بهداشتی توسط نظام دولتی و بالا بودن میزان پرداخت‌های مشارکتی) را پوشش می‌دهند، ممکن است این مسئله را مورد توجه قرار دهند که چگونه بیمهٔ درمان خصوصی، برابری و دسترسی را به افراد با ریسک بد و کم‌درآمد ارائه می‌کند. در اینجا هم مسائلی مانند چگونگی تشویق به استقبال از بیمه‌های بهداشتی خصوصی، اثرات توزیعی آن و چگونگی نظارت بر بیمه‌های خصوصی، خود نشان می‌دهند.

کشورهایی که در آنها کسری از جمعیت از دسترسی به پوشش همگانی محروم هستند یا اینکه افراد می‌توانند در مقام انتخاب، جانشین خصوصی را انتخاب کنند ممکن است در مورد عدم ارائهٔ خدمات با کیفیت متفاوت برای افراد با پوشش بیمه‌ای همگانی یا خصوصی نگرانی‌هایی داشته باشند. علاوه بر این ممکن است به این مسئله توجه کنند که چگونه افراد دارای پوشش بیمهٔ خصوصی اجازه می‌یابند تا دسترسی سریع و ممتاز به مراقبت‌ها داشته یا شرایطی مشابه افراد دارای پوشش بیمهٔ همگانی را حائز شوند.

۲. روش طبقه‌بندی بیمه‌های درمان

یک گونه‌شناسی خوب از طرح‌های بیمهٔ درمان باید سه اصل اساسی را دارا باشد: اول آنکه، باید بر ویژگیهای طرح بیمهٔ درمان که به طور عینی قابل مشاهده است، متکی باشد و مستقل از نامی باشد که در کشورهای مختلف به برنامه داده شده است. دوم آنکه، این گونه‌شناسی همواره در کشورهای مختلف به کار رود تا اینکه برنامه‌های با ویژگیهای مشابه، در گروه یکسان طبقه‌بندی شود. سوم آنکه، گونه‌شناسی باید برای تجزیه و تحلیل خط‌مشی‌ها و جمع‌آوری داده‌ها مناسب و مرتبط بوده و برای در بر گرفتن تغییرات سازمان و مدیریت طرح‌های بیمهٔ درمان در طول زمان، به حد کافی وسیع باشد، بدون اینکه نیازی باشد دوباره طبقه‌بندی جدیدی ایجاد شود. روش به کار رفته برای توسعهٔ طبقه‌بندی طرح‌های بیمهٔ درمان شامل دو بخش است:

۱. در ابتدا برخی متغیرها و معیارهایی که در نظامهای مختلف بیمه‌های درمانی متمایز است، شناسایی می‌شود.
۲. در مرحله بعد این متغیرها برای شناسایی گروههای متفاوت در کنار هم جمع می‌شوند البته بر اساس اصولی که پیش از این به آنها اشاره شد.

۳. بیمه چیست و چگونه با دیگر روشهای جمع‌آوری منابع مالی برای بهداشت متفاوت است؟

نظامهای مراقبت‌های بهداشتی، هزینه‌های بالای مراقبت‌ها را از طریق ترکیبی از شیوه‌های تأمین منابع مالی پرداخت می‌کنند. طرح‌های بیمه مختلف در روش توزیع هزینه مراقبت‌های بهداشتی و ریسک متفاوت افراد، در بین افراد و طول زمان متفاوت است.

جدول ۱ شیوه‌های پرداخت را بر اساس دو معیار زیر طبقه‌بندی می‌کند:

پیش‌پرداخت: جمع‌آوری و مدیریت سرمایه تا اینکه حق بیمه‌های افراد به نظام مراقبت‌های بهداشتی قبل از اینکه از این خدمات استفاده کنند و نیز مستقل از میزان مصرف آنها جمع‌آوری شود.

یک کاسه کردن^۱: جمع‌آوری و مدیریت سرمایه‌ها به روشی که تضمین کند ریسکی که افراد را مجبور می‌کند تا برای مراقبت‌های بهداشتی پرداخت کنند توسط تمام افراد عضو ایجاد شده است.

سازمان جهانی بهداشت دو نوع عملکرد توزیع مجدد را که در مفهوم یک کاسه کردن وجود دارد (از افراد کم‌خطر به افراد پرخطر و از اقشار مرفه به اقشار آسیب‌پذیر جامعه) با دو سناریوی زیر معرفی می‌کند:

اعضای تحت پوشش بیمه، مشارکت مالی برابری دارند اما یک کاسه کردن، انتقال منابع مالی را از افراد کم‌خطر به افراد پرخطر امکان‌پذیر می‌سازد (یک کاسه کردن ریسک). برنامه تأمین منابع مالی اجتماعی که اعضای برنامه بر اساس میزان پرداخت ثابت در برنامه مشارکت می‌کنند بر اساس این نوع یک کاسه کردن عمل می‌کند.

1. pooling

افراد عضو برنامه استفاده یکسانی از مراقبت‌های بهداشتی دارند اما یک کاسه کردن به طور مؤثری از طریق مشارکت‌های مالی متفاوت، انتقال منابع مالی از اقشار مرفه جامعه به اقشار آسیب‌پذیر را ممکن می‌کند (عملکرد توزیع مجدد درآمدها). این مسئله یکی از اهداف نظام سلامت است که در آن مشارکت مالی بر حسب سطح درآمد افراد باشد.

به این دو سناریو، سناریوی سومی اضافه می‌کنیم:

اعضای برنامه مشارکت مالی همچنین استفاده برابری از مراقبت‌های بهداشتی در سرتاسر عمر خود دارند اما یک کاسه کردن، انتقال را بسته به مراحل دوره زندگی افراد امکان‌پذیر می‌سازد. این سناریو، توزیع مجدد منابع مالی در طول دوره زندگی، توسط یک کاسه کردن ریسک است.

از این رو بیمه‌های درمان روشی است برای توزیع ریسک مالی ناشی از گوناگونی موجود در هزینه‌های مراقبت بهداشتی افراد به وسیله یک کاسه کردن هزینه‌ها در طول زمان (پیش‌پرداخت) و بین افراد (یک کاسه کردن). به عبارت ساده‌تر، بیمه عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می‌کند در ازای پرداخت وجه یا وجوهی از طرف دیگر در صورت وقوع یا بروز حادثه خسارت وارده بر او را جبران کند یا وجه معینی بپردازد. این گونه قراردادهای یک هدف را دنبال می‌کند: در صورت بروز رویدادها یا پیشامدهای زیانبار، کل هزینه یا زیان از سوی بیمه‌گر جبران شود؛ و او هم که با بیمه‌گذاران (بیمه‌شدگان) بسیاری قرارداد دارد، هزینه مزبور را در میان بیمه‌شدگان دیگر سرشکن می‌کند. به این ترتیب، خطر احتمالی به دیگران انتقال می‌یابد و به صورت مشترک پذیرفته می‌شود. با این کار، درجه احتمال وقوع یک حادثه (یا عدم قطعیت) برای گروه بیمه‌شدگان کاهش می‌یابد و آن را به قطعیت در هزینه‌های سالانه کوچک و مشخصی تبدیل می‌کند.

بیمه‌های بهداشتی با پرداخت به طور مستقیم^۱، متفاوت است. به این علت که پرداخت به صورت مستقیم نه خطر را یک کاسه می‌کند و نه پیش‌پرداخت دارد. در حالی که حساب‌های پس‌انداز پزشکی^۲ پیش‌پرداخت دارد اما خطر را یک کاسه نمی‌کند هرچند این طرح‌ها غالباً در کنار یک طرح بیمه دیگر اجرا می‌شود (جدول شماره ۱).

1. Out-of-pocket payments (OOP)

2. Medical Savings Accounts (MSA)

جدول شماره ۱. روشهای مختلف برای تأمین منابع مالی در نظام مراقبت‌های بهداشتی		
پیش‌پرداخت		یک کاسه کردن
دارد	ندارد	
حساب‌های پسانداز پزشکی	پرداخت‌های مستقیم از طرف مصرف‌کننده	ندارد
بیمه‌های درمانی	امور خیرخواهانه و خودجوش	دارد

WHO. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance? Chapter 5: "Who pays for Health Systems?" Genève: WHO.

۴. طبقه‌بندی الگوهای بیمه درمان و الگوی ترکیبی

۴-۱. معیارهایی که برای طبقه‌بندی الگوهای بیمه درمان مورد استفاده قرار می‌گیرند معیارهای زیر برای طبقه‌بندی مدل‌های مختلف بیمه درمان قابل تفکیک است:

- منابع تأمین مالی؛
- میزان اختیار افراد برای مشارکت در برنامه‌ها؛
- برنامه‌های فردی یا گروهی و
- روش محاسبه حق بیمه در بیمه‌های درمان (برای نمونه میزانی که حق بیمه برحسب ریسک سلامتی یا وضعیت سلامتی فرد یا شاخص‌های سلامت مانند سن مقدار متفاوتی به خود می‌گیرد).

۴-۱-۱. معیار منابع تأمین مالی

- سه منبع عمده برای تأمین منابع مالی بیمه‌های درمان به شرح زیر وجود دارد:
۱. تأمین منابع مالی از طریق مالیات همگانی، مالیات وضع شده از سوی دولتهای محلی و جریمه‌های مالیاتی است.
 ۲. حق بیمه‌های تأمین اجتماعی شامل حق بیمه‌هایی است که برای تأمین مالی طرح‌های

تأمین اجتماعی جمع‌آوری شده است که به طور معمول به عنوان مالیات حقوق‌بگیران اخذ می‌شود و توسط کارفرمایان و کارکنان یا توسط هر دو پرداخت می‌شود. سطح پرداخت‌ها نیز از طریق فرد ثالث تعیین می‌شود.

۳. حق بیمه‌های خصوصی به حق بیمه‌های خصوصی افراد اشاره دارد. با در نظر گرفتن معیار «منابع تأمین مالی»، بیمه‌های درمان به دو دسته همگانی و خصوصی تقسیم می‌شوند.

– **بیمه‌های درمان همگانی:** بیمه‌هایی هستند که از طریق مالیات یا حق بیمه‌های حقوق‌بگیران برنامه‌های تأمین اجتماعی، تأمین مالی می‌شود که عبارت‌اند از:

بیمه مبتنی بر مالیات: در این بیمه‌ها منابع مالی از طریق مراجع مرکزی جمع‌آوری می‌شود و دولتهای مرکزی، منابع مالی جمع‌آوری شده را به طور مستقیم به ارائه‌کنندگان خدمات پرداخت می‌کنند یا در اختیار پرداخت‌کننده ثانویه قرار دهند.

طرح‌های تأمین اجتماعی: این برنامه‌ها، برنامه‌های قانونی اجباری است که به طور عمده از طریق حق بیمه مشارکت‌کنندگان در تأمین اجتماعی، تأمین مالی می‌شود. پرداختها معمولاً درصدی از درآمد فرد است؛ به عبارت دیگر بر اساس درآمد فرد نرخ‌بندی می‌شود. عضویت در برنامه‌های تأمین اجتماعی برای طبقات تعریف‌شده‌ای از کارگران و کارفرمایانشان اجباری است. افراد بیمه‌شده و وابستگان آنها در این برنامه در برابر زینهای مالی که در اثر بیماری و ناخوشی ایجاد می‌شود، محافظت می‌شوند. دولت تضمین‌کننده نهایی مزایای این برنامه است و معمولاً به طور مستقیم در تأمین مالی منابع مشارکت می‌کند.

– **بیمه‌های درمان خصوصی:** بیمه‌هایی است که از طریق حق بیمه‌های خصوصی تأمین مالی می‌شود. غالباً (نه همیشه) مشارکت در آنها اختیاری است. با وجود اینکه دولت غالباً این نوع بیمه را نظارت و کنترل می‌کند، یک کاسه کردن تأمین منابع مالی معمولاً از طریق دولت مرکزی صورت نمی‌گیرد.

گفتن این مطلب خالی از اهمیت نیست که هم در بیمه‌های درمان همگانی و هم خصوصی پرداختهای مستقیم از سوی افراد صورت می‌گیرد؛ مانند پرداخت‌های مشارکتی، کسورات و بیمه‌های مشترک. برای مثال افراد دارای بیمه‌های همگانی، ملزم به پرداختهای مشارکتی هستند. در کشور کره، پرداختهای مشارکتی در بیمه‌های همگانی ۵۰ درصد هزینه خدمات سرپایی و ۲۰ درصد هزینه خدمات بستری را تشکیل می‌دهند.

ممکن است بیمه‌های درمان خصوصی از طریق یارانه‌های دولتی یا کمک‌های مالی دولتهای محلی تأمین مالی شود. با این که ممکن است بیمه‌های درمان خصوصی از طریق دولت و بیمه‌های درمان همگانی از طریق منابع مالی خصوصی تأمین مالی شوند، این مسئله ماهیت بیمه‌های درمان خصوصی و همگانی را تغییر نمی‌دهد. عدم تغییر ماهیت بیمه‌ها، دارای کاربرد سیاسی پراهمیتی است و ممکن است درجه‌توزیع مجدد ضمنی را در این برنامه‌های بیمه تغییر دهد.

۲- ۱- ۴. معیار میزان اختیار افراد برای مشارکت در برنامه‌ها

برنامه‌های بیمه با توجه به میزان اختیار افراد برای مشارکت در آنها متفاوت است. به طور کلی چهار سطح اختیار قابل شناسایی است:

۱. مشارکت اجباری در طرح بیمه فردی: افراد به موجب اجبار قانونی وادار می‌شوند تا تحت پوشش برنامه‌های بیمه‌ای ویژه قرار گیرند؛ برای مثال طرح هزینه پزشکی بلایا برای درمانهای بلندمدت و بهداشت روان در هلند.

۲. مشارکت اجباری در برنامه‌های بیمه‌های درمانی: در این برنامه فرد در انتخاب میان برنامه‌ها یا بیمه‌کننده‌ها آزادی عمل دارد. این نوع مشارکت‌ها، موردی از نظامهای پرداخت‌کننده چندگانه است. برای مثال قانون بیمه‌های بهداشتی سال ۱۹۹۶ سوئیس بیمه را برای تمام ساکنان سوئیس الزامی کرده بود اما در انتخاب بیمه‌کننده، آزادی قائل شده بود. این بیمه‌کنندگان به لحاظ سطح حق بیمه‌ها، خدمات مدیریت اجرایی و به طور جزئی در نوع پوشش ارائه‌شده از سوی آنها متفاوت بودند. در سال ۱۹۹۶ در آلمان و در سال ۱۹۹۲ در هلند افرادی که مجبور به مشارکت در بیمه بودند، در انتخاب صندوق بیماری، صاحب آزادی و حق انتخاب شدند. صندوق‌های بیماری به لحاظ میزان پرداخت از سوی بیمه‌شده متفاوت هستند. در تمام این موارد بیمه‌گر و صندوق‌های بیماری برای جذب بیمه‌شوندگان رقابت می‌کنند.

۳. مشارکت براساس شرایط استخدام: این طرح از سوی قانون اجباری نشده است. اما به موافقت بین کارگر و کارفرما یا به شرایط ویژه کارفرما وابسته است. کارفرما در دادن یا ندادن بیمه درمان به کارگر دارای حق انتخاب است. افرادی که عضوی از یک شرکت می‌شوند، به طور خودکار بیمه می‌شوند یا می‌توانند عضویت در طرح بیمه را به دلخواه خود انتخاب کنند (همانند بیمه مبتنی بر کارفرما در ایالات متحد آمریکا).

۴. مشارکت کاملاً اختیاری: در این حالت اجباری برای مشارکت در طرح وجود ندارد. حتی اگر

مشارکت در طرح از طریق کسور مالیاتی یا دیگر مشوق‌های مالی مورد تشویق قرار گیرد، باز هم کاملاً اختیاری بودن مشارکت حفظ می‌شود. این برنامه‌ها معمولاً از طرف بیمه‌کنندگان خصوصی ارائه می‌شود. هرچند موارد اندکی نیز وجود دارد که بیمه‌کننده با برنامه اختیاری، تحت مالکیت دولت است. مثال این برنامه مدیبانک خصوصی^۱ در استرالیا است.

طبقه‌بندی دیگر، طبقه‌بندی ساده بیمه‌های درمان به دو نوع اجباری و اختیاری است: بیمه اجباری: برنامه‌هایی است که مشارکت در آنها به تصریح قانون، اجباری است. در این مواقع، نظام انحصاری برای عضویت وجود دارد یا اینکه افراد در انتخاب میان طرح بیمه/ بیمه‌کننده دارای حق انتخاب هستند. بیمه اجباری می‌تواند کل جمعیت یا گروه‌هایی از بین جمعیت (مانند افراد با درآمدی کمتر از حد آستانه مشخص) را تحت پوشش قرار دهد. زمانی که بیمه درمان اجباری، سطح بسیار وسیعی از جمعیت مانند کل ساکنان یک کشور را تحت پوشش قرار می‌دهد، با عنوان بیمه درمان ملی^۲ نامگذاری می‌شود.

بیمه اختیاری: برنامه‌هایی است که مشارکت بیمه‌شده در آنها اختیاری است یا اینکه کارفرما به اختیار خود می‌تواند انتخاب کند که چگونه پوشش بیمه را به کارگران خود ارائه کند، البته به طور اختیاری و یا با توافق جمعی.

۳- ۱- ۴. معیار برنامه‌های فردی یا گروهی

افراد می‌توانند به طور فردی تحت پوشش بیمه قرار گیرند یا اینکه پوشش بیمه به علت عضویت در یک گروه (برای مثال استخدام بودن در ایالات متحد) باشد. در امریکا غالب بیمه‌شدگان تحت پوشش بیمه‌های درمان اختیاری و کارفرما محور هستند. در حالی که افراد خوداشتغال و بیکار و یا افرادی که به لحاظ قانونی نمی‌توانند از بیمه‌های کارفرما محور استفاده کنند، می‌توانند بیمه‌های فردی خریداری کنند. تمایز میان بیمه‌های فردی و گروهی از اهمیت بالایی برخوردار است. به این علت که بیمه‌های گروهی می‌توانند بخش‌های اجتماعی مهمی را تحت پوشش بیمه خصوصی قرار دهند. حق بیمه در بیمه‌های گروهی غالباً نسبت به بیمه‌های فردی پایین‌تر است. به این علت که هزینه‌های مدیریتی پایین‌تر بوده و حجم یک کاسه کردن زیادتر است. طبقه‌بندی ساده‌ای از برنامه بیمه‌های درمان بر اساس فردی یا گروهی بودن در زیر ارائه شده است:

1. Medibank private

2. National Health Insurance (NHI)

بیمه‌های درمان گروهی استخدای: برنامه‌هایی است که کارکنان یک شرکت را تحت پوشش قرار می‌دهد. بیمه‌کنندگان غالباً بیمه‌های گروهی را به عنوان مقوله‌ای متفاوت با یک‌کاسگی و قیمت‌گذاری متفاوت ارائه می‌کنند. همین‌طور در این نوع بیمه‌ها، بسته‌های مزایای متفاوتی نیز وجود دارد.

بیمه‌های درمان فردی: بیمه‌هایی است که برای گروه‌های ویژه به کار نمی‌رود.

۴-۱-۴. معیار روش محاسبه حق بیمه در بیمه‌های درمان

قبل از اینکه به بحث در مورد روش‌های محاسبه حق بیمه پرداخته شود، لازم است به رویکردهای تعیین حق بیمه اشاره شود. دو رویکرد در تعیین حق بیمه وجود دارد؛ اولی مبتنی بر یک کاسه کردن ریسک در سطح جامعه است. این رویکرد زمانی مناسب است که سیستم بیمه اجباری باشد و افراد با ریسک پایین نتوانند از آن خارج شوند. ماهیت اجباری سیستم، صور متنوعی را در سیاستگذاری ممکن می‌سازد:

- حق بیمه ممکن است نه به عنوان میزان ثابت، بلکه به عنوان نسبتی از درآمد محاسبه شود.
- پوشش ممکن است نه بر اساس حق بیمه، بلکه بر اساس شهروندی ارائه شود.
- بیمه‌گران می‌توانند توسعه خدمات را نه بر اساس خواسته‌های فردی، بلکه بر اساس نیازها پی‌ریزی کنند.

رویکرد دوم مبتنی بر ارزیابی ریسک فردی است؛ چنین رویکردی برخاسته از ماهیت اختیاری سیستم است. این رویکرد در مواردی با رویکرد انتفاعی - تجاری بیمه، ارتباط پیدا می‌کند. البته همواره ارزیابی ریسک از میل به سودجویی ناشی نمی‌شود.

سه روش عمده محاسبه حق بیمه به شرح زیر است:

۱. محاسبه حق بیمه بر اساس درآمد: این روش به طور معمول در گونه‌هایی از طرح‌های تأمین اجتماعی مورد محاسبه قرار می‌گیرد که میزان پرداختی هر فرد درصدی از درآمد اوست.
۲. نرخ‌بندی گروهی حق بیمه: در نرخ‌بندی گروهی، حق بیمه بر اساس ریسک متوسط یک گروه محاسبه می‌شود، تا اینکه تمام بیمه‌شدگان مشارکت‌کننده در «یک کاسه کردن»، حق بیمه برابری پرداخت کنند. با وجود اینکه بیمه‌گران می‌توانند در استفاده از روش نرخ‌بندی اجتماعی حق بیمه‌ها، به عنوان استراتژی ارائه خدمات، انتخابی عمل کنند، مواردی نیز وجود دارد که قوانین دولت، نرخ‌بندی اجتماعی را اجباری می‌کند (برای مثال بیمه‌های

درمان اختیاری در استرالیا و ایرلند، همچنین بیمه‌های درمان اجباری در سوئیس).

۳. محاسبه حق بیمه بر اساس ریسک: در این روش محاسبه حق بیمه افراد، وابسته به ریسک سلامتی آنهاست. و از طریق اصول محاسبه ریسک بر اساس علل بیماری‌زای مورد انتظار، با استفاده از مدارک و گزارش‌های درمانی گذشته افراد یا اظهارات شخصی آنها محاسبه می‌شود. برای این منظور، اطلاعات در مورد ریسک فرد جمع‌آوری می‌شود.

دو شیوه برای جمع‌آوری اطلاعات وجود دارد. شیوه اول این است که بیمه‌گر برای به دست آوردن اطلاعات در مورد واقعیت‌های خطرناک تلاش می‌کند. بیمه‌گر حداقل اطلاعات مربوط به سن، جنس و شغل فرد، شیوه‌های زندگی و رفتارهای غیربهداشتی مانند مصرف مفرط الکل و دخانیات را جمع‌آوری می‌کند. در عمل، به دست آوردن تاریخچه مراقبت‌های درمانی بیمار، مهمترین بخش در ارزیابی ریسک است. مطالعات مختلف نیز نشان داده است که مهمترین عامل تعیین‌کننده استفاده آتی از مراقبت‌های درمانی، همان استفاده گذشته این مراقبت‌ها بوده است.

شیوه دوم برای جمع‌آوری اطلاعات، تنظیم و فرموله کردن سیاست‌گذاری‌ها به گونه‌ای است که در آن، مردم و ادار به افشای موقعیت‌ها و وضعیت‌های خطرناک خود می‌شوند. به عنوان مثال تصور کنید که ناچارید از بین دو خط مشی یکی را انتخاب کنید. خط مشی اول ۵۰ درصد تخفیف بابت حق بیمه معمولی می‌دهد، اما فقط ۶۰ درصد هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را پوشش می‌دهد. خط مشی دوم تمام حق بیمه را می‌گیرد و پوشش کامل هزینه را تعهد می‌کند.

۲-۴. طبقه‌بندی مدل‌های بیمه درمان

با گروهبندی معیارهایی که در پیش توصیف شد، گروه‌های اصلی طرح‌های بیمه درمان عبارت‌اند از:

- بیمه‌های درمانی همگانی
 - بیمه‌های مبتنی بر مالیات
 - طرح‌های تأمین اجتماعی
- بیمه‌های درمان خصوصی
 - بیمه‌های درمانی اجباری
 - بیمه‌های درمان خصوصی گروه‌های استخدامی
 - بیمه‌های درمان خصوصی با نرخ‌بندی گروهی
 - بیمه‌های درمان خصوصی با نرخ‌بندی بر اساس ریسک

۳-۴. ترکیب بیمه‌های درمان

کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی دارای ترکیبی ناهمسان از ادغام بیمه‌های درمان خصوصی و همگانی است. طبقه‌بندی ارائه‌شده از الگوهای مختلف بیمه درمان نشان می‌دهد که روشهای متنوعی برای بررسی ترکیب بیمه درمان، فراتر از ترکیب بیمه همگانی یا خصوصی، برپایه منابع تأمین مالی آنها وجود دارد.

جدول شماره ۲. ترکیب انواع بیمه‌های درمانی و مسائل مرتبط با آنها						
الگوی بیمه درمانی	بیمه مبتنی بر مالیات	تأمین اجتماعی	بیمه خصوصی اجباری	بیمه کارفرما محور	بیمه با نرخ‌بندی اجتماعی	بیمه با نرخ‌بندی برحسب ریسک
ترکیب همگانی - خصوصی	بیمه درمانی همگانی		بیمه درمانی خصوصی			
ترکیب اجباری - اختیاری	بیمه درمانی اجباری		بیمه درمانی اختیاری			
مسائلی که در ارتباط با ترکیب طرح‌های بیمه وجود دارد	فشار برای تأمین منابع مالی به صورت همگانی، مسئله تداوم و استمرار مالی، اثرات برنامه بیمه بر روی انعطاف‌پذیری بازار کار، میزان یک کاسه کردن					
	میزان یک کاسه کردن، میزان پوشش					
	میزان اتحاد و یکپارچگی در طرح، میزان کمک‌های متقابل در طرح بیمه					
OECD Health project. Proposal for taxonomy of health insurance, Organization for Economic Cooperation and Development, June, 2004.						

در برخی کشورها بررسی ترکیب بیمه‌ها با یکدیگر از برخی ابعاد، مهمتر از ترکیب ابعاد همگانی - خصوصی است. برای مثال اگر در کشوری بیمه درمان همگانی وجود ندارد و کل جمعیت، تحت پوشش بیمه خصوصی اجباری است، بررسی ترکیب بیمه درمانی خصوصی اجباری و بیمه درمانی خصوصی اختیاری حائز اهمیت است.

وجود ترکیب متفاوتی از بیمه‌های درمان مسائل سیاسی مهمی را ایجاد کرده است (جدول شماره ۲). برای مثال اگر فشارهای مالی در سیستم همگانی نگرانی‌هایی ایجاد کرده، توجه به سهم هر یک از بخش‌های خصوصی و دولتی از اهمیت بسیار بالایی برخوردار می‌شود. اما در صورتی که نگرانی‌ها در مورد همگانی بودن پوشش و دسترسی مردم به پوشش بهداشتی حداقل و پایه است، مسئله ترکیب اجباری یا اختیاری بودن حائز اهمیت می‌شود.

۴-۴. مسائل میان‌مرزی و بخش‌هایی با طبقه‌بندی ددرساز

مواردی از برنامه‌های بیمه وجود دارد که طبقه‌بندی آنها بر اساس معیارهایی که در بخش‌های گذشته به آنها اشاره شد، به آسانی امکان‌پذیر نیست. به چند مورد از آنها اشاره می‌شود:

- در حالی که برنامه بیمه‌های درمان اجباری از طریق افراد و با حق بیمه ثابت، تأمین مالی می‌شود و در طبقه‌بندی از مقوله بیمه‌های درمانی خصوصی است، برای اطمینان از دسترسی و کمکهای متقابل، بدقت نظارت می‌شود (برای مثال نرخ‌بندی اجتماعی، ثبت نام آزاد و بسته مزایای محدود). به علاوه نظارت بر این نوع پوشش بیمه به وسیله مقرراتی صورت می‌گیرد که متفاوت از مقرراتی است که برای برنامه بیمه‌های اختیاری به کار می‌رود.
- بیمه‌های درمان خصوصی که خرید آن با پرداخت یارانه‌های بالا، به طور عمده به وسیله منابع دولتی صورت می‌گیرد (هم به علت مشوق‌های مالیاتی زیاد و هم اینکه حق بیمه‌های برخی افراد کم‌درآمد تا حد بالایی از طریق کمکهای دولتی پرداخت می‌شود) این برنامه برغم آن، با توجه به معیارهای دیگر هنوز هم خصوصی است. این معیارها عبارت‌اند از: مدیریت برنامه (که از طریق بیمه‌های خصوصی است)، نظامهای نظارتی، ویژگیهای بازار بیمه و نقش‌های آن در ارتباط با نظام بیمه همگانی و غیره. برای مثال در فرانسه افراد کم‌درآمد کمکهای زیادی از دولت دریافت می‌دارند تا اینکه بتوانند بیمه درمانی مکمل^۱ را خریداری کنند.

1. couverture maladie universelle (CMU)

● برنامه‌های بیمه‌ای وابسته به دولت برای کارکنان دولت که طبقه‌بندی این‌گونه برنامه‌ها ممکن است مسئله‌ساز باشد. دولت، غالباً به طور مستقیم هزینه مراقبت‌های بهداشتی کارکنانش را می‌پردازد و یا اینکه قسمت عمده حق بیمه آنان را جهت تحت پوشش قرار گرفتن در بیمه‌های درمانی پرداخت می‌کند. با وجود این ممکن است این منابع مالی از مسیر سازمانهای تأمین اجتماعی عبور نکند (برای مثال در ترکیه)، یا اینکه برای خرید بیمه‌های درمان اصلی برای کارمندان شهری، بیمه‌کنندگان تجاری مورد استفاده قرار گیرند (مانند آلمان). این برنامه‌ها ممکن است به عنوان برنامه خصوصی ساخته دست کارفرما و حمایت‌شده توسط او (مانند مورد آلمان) و یا به عنوان بیمه درمان دولتی برای کارمندان دولت (مانند مورد ترکیه) طبقه‌بندی شود.

۵- ۴. ویژگیهای مهم دیگری از بیمه‌های بهداشتی که در طبقه‌بندی دخیل شده‌اند یک سری متغیرها وجود دارد که در نوع‌شناسی وارد نشده، اما این متغیرها ویژگیهای نمادین نظام بیمه‌های درمان‌اند که در تجزیه و تحلیل سیاستهای بیمه‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرند. این متغیرها همچنین عملکرد سیستم ترکیبی بیمه‌های درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. این متغیرها عبارت‌اند از:

۱- ۵- ۴. مدیریت / سرپرستی برنامه‌های بیمه و ماهیت وظایف آنها (همگانی بودن یا خصوصی بودن)

بیمه‌های بهداشتی هم از طریق بخشهای عمومی و هم از طریق بخش خصوصی قابل مدیریت و سرپرستی است:

— بخش عمومی از قبیل بخشهای دولتی، مؤسسات بخش عمومی و شاخه‌های تأمین اجتماعی
— بخش خصوصی از قبیل شرکتهای مشترک، بیمه‌های خصوصی انتفاعی، بیمه‌های خصوصی غیرانتفاعی و صندوق‌های بیماری

بر اساس دو معیار «مدیریت برنامه‌های بیمه» و «منابع تأمین مالی»، طبقه‌بندی انواع بیمه‌های همگانی - خصوصی از تنوع بیشتری برخوردار می‌شود (جدول شماره ۳). در واقع، بیمه‌های درمانی همگانی توسط مؤسسات بخش خصوصی، قابل مدیریت و ارائه است.

شرکت‌های بیمه مشترک در بلژیک بخشی از برنامه تأمین اجتماعی هستند که از طریق حق بیمه‌های حقوق‌بگیران و منابع مالی دولتی تأمین مالی می‌شوند. صندوق‌های بیماری در هلند مؤسسات قانونی مستقلی هستند که دارای هیئت مدیره‌ای است که توسط خود مؤسسات منصوب می‌شود. و بیمه‌کنندگان خصوصی می‌توانند مدیریت برنامه‌های بیمه اجباری را برای بیمه‌شدگان خود انجام دهند. معکوس حالت‌های فوق نیز امکان‌پذیر است؛ به این معنی که بیمه‌کنندگان دولتی نیز می‌توانند بیمه‌های درمان خصوصی ارائه کنند. برای مثال هیئت‌های بیمه درمان اختیاری در ایرلند، سازمانهایی تحت حمایت دولت محلی هستند که تا سالهای ۱۹۹۰ به عنوان ارائه‌کنندگان انحصاری بیمه‌های درمان خصوصی فعالیت می‌کردند. در تعیین دولتی یا خصوصی بودن بیمه، کنترل بر روش جمع‌آوری منابع (مالیات بر درآمد یا حق بیمه حقوق‌بگیران تأمین اجتماعی) نسبت به ماهیت دولتی یا خصوصی بودن بیمه‌کننده از اهمیت بالایی برخوردار است. عبارت فوق بیانگر این است که ماهیت بیمه‌گر معمولاً با مسائل سرپرستی بیمه ارتباط دارد.

جدول شماره ۳. مثالهایی از نظام ترکیبی با تأمین مالی و مدیریت توسط بخش‌های دولتی و خصوصی

مالکیت / مدیریت بیمه / وظایف		منبع تأمین مالی
خصوصی	دولتی	
صندوق‌های بیماری در هلند و بیمه‌های مشترک در بلژیک	طب ملی در انگلستان	بیمه درمان همگانی (مالیات، حق بیمه‌های تأمین اجتماعی)
بیمه‌های کارفرمامحور و سازمانهای حفظ سلامت در امریکا	بیمه درمان اختیاری در ایرلند	بیمه‌های درمان خصوصی (حق بیمه‌های خصوصی)

OECD Health project. Proposal for taxonomy of health insurance, Organization for Economic Cooperation and Development, June 2004.

۲- ۵- ۴. روابط بین بیمه‌کنندگان (رقابتی یا غیر رقابتی)

یکی دیگر از ویژگیها، رقابتی یا غیر رقابتی بودن روابط بین بیمه‌کنندگان است. برای مثال برنامه

هزینه‌های بلایای پزشکی برای مراقبت‌های درازمدت و بهداشت روان و برنامه صندوق بیماری برای خدمات درمانی در هلند، هر دو، برنامه دولتی و بیمه اجتماعی است. برنامه اول توسط صندوق‌های بیمه درمانی اجتماعی ناحیه‌ای اداره می‌شود که غیر رقابتی است و برنامه دوم توسط صندوق‌های بیمه درمانی اجتماعی ارائه می‌شود.

در بیمه‌های درمانی خصوصی، بیمه‌کنندگان معمولاً برای جلب مشتری با هم رقابت می‌کنند. هرچند ممکن است در صورتی که چارچوبهای نظارتی گوناگونی برای انواع مختلف بیمه‌کننده به کار رود، ماهیت رقابت تحت تأثیر قرار گیرد.

۳-۵-۴. شکلهای قرارداد با ارائه‌دهندگان خدمات

برنامه‌های بیمه برحسب شکل قرارداد بین بیمه‌کننده و ارائه‌کننده خدمات، برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با هم تفاوت دارند. این قراردادها بر سه نوع‌اند:

۱. بیمه خسارت: در الگوی بیمه زیان کامل، هیچ‌گونه نظام قراردادی بین بیمه‌کننده و ارائه‌کننده خدمات وجود ندارد. بیمه زیان، خسارت وارده به افراد را طبق موضوع قرارداد جبران می‌کند که غالباً به دنبال بازگرداندن وضعیت مالی فرد به دوران قبل از زیان است (از طریق سهم‌شدن در هزینه‌ها یا کسر آن). بیمه زیان، فرد را در انتخاب پزشک (متخصص)، بیمارستان و دیگر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی آزاد می‌گذارد. در این نوع بیمه، بعد از دریافت صورت حساب سهم بیمه از هزینه‌ها پرداخت می‌شود. صورتحساب نیز معمولاً بر پایه پرداخت در ازای خدمت^۱ پرداخت می‌شود.

۲. قراردادهای انتخابی: بیمه‌کننده با پزشکان، بیمارستانها و ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی وارد مذاکره می‌شود. برای ارائه طیف مشخصی از خدمات به بیمه‌شوندگان خود در سطح کمترین هزینه ممکن، با ارائه‌کنندگان قرارداد می‌بندد. قرارداد انتخابی بیمار را از پیش پرداخت معاف می‌کند. این نوع قرارداد کنترل هزینه‌ها را برای بیمه‌کننده تسهیل می‌کند؛ به این دلیل که به آنها قدرت خرید مستقیم در ارتباط با ارائه‌کننده خدمات اعطا می‌کند. این نوع قرارداد به طور وسیعی در مراقبت‌های مدیریت‌شده به کار می‌رود و به تازگی جایگزین قراردادهای اجباری تمام ارائه‌کنندگان خدمات درمانی در بیمه‌های درمان اجتماعی هلند شده است.

۳. ادغام ارائه‌کننده خدمات با بیمه‌کننده: در این نوع قرارداد، بیمه‌کننده و ارائه‌کننده خدمات

1. fee for service

به طور عمودی ادغام می‌شوند. ارائه‌کننده خدمات، مستقل از بیمه‌کننده نیست. در واقع کارکنان، حقوق‌بگیر بیمه‌کننده هستند یا اینکه ممکن است به طرق دیگر و تحت ترتیبات قراردادی مشخصی با بیمه‌کننده ادغام شوند.

۴ - ۵ - ۴. یارانه‌های اعطاشده به بیمه‌ها از منابع مالیاتی

دیگر ویژگی سیستم بیمه‌های درمان وجود کمکهای مالیاتی برای بیمه است:

- تخفیف‌های مالیاتی همگانی: دولت می‌تواند به افراد تحت پوشش بیمه‌های درمان و بیمه‌های درمان تحت حمایت کارفرما، تخفیف‌های مالیاتی اهدا کند. بازگرداندن ۳۰ درصد از مقدار کل پرداختی از طرف افراد در بیمه درمان اختیاری استرالیا نمونه‌ای از این تخفیف‌هاست.
- تخفیف‌های مالیاتی انتخابی: در این حالت، کمکهای دولتی به گروههای کم‌درآمد جامعه ارائه می‌شود تا از فشار مالی بر آنها در اثر استفاده از برنامه‌های بیمه کاسته شود. مثال این مورد، کمکهایی است که به افراد کم‌درآمد جامعه سوئیس در بیمه‌های درمان اجباری بعد از بررسی بضاعت افراد اهدا می‌شود.

۵ - ۵ - ۴. شروط قانونی تأثیرگذار بر کمکهای متقابل در برنامه‌های بیمه

دولت ممکن است از طریق شروط قانونی و اهرم‌های نظارتی، کمکهای متقابل در پرداخت حق بیمه بین گروههای با درآمدهای متفاوت و در مورد مزایای بیمه‌ای، کمکهای متقابل بین گروههای با ریسک متفاوت را بهبود بخشید. ابزار مهم برای دستیابی به این هدف، اجبار قانونی برای استفاده از شیوه محاسبه حق بیمه بر اساس نرخ‌بندی اجتماعی است. ابزارهای مهم دیگری نیز هست که عبارت است از:

- ثبت‌نام عمومی و ممانعت از دست‌چین کردن و انتخاب ریسک: در برخی کشورها بیمه‌کنندگان مجبورند تمام افراد متقاضی بیمه درمان خصوصی را بپذیرند. این بیمه‌کنندگان نمی‌توانند از بین متقاضیان خود دست به انتخاب بزنند. این مسئله در بیمه اختیاری استرالیا و همچنین ایرلند برای افراد زیر ۶۵ سال وجود دارد.
- ارائه حداقلی از مزایا یا بسته مزایای استاندارد: بیمه‌کننده نمی‌تواند سطحی کمتر از سطح حداقل مزایای بیمه‌های درمان را ارائه کند و حتی به ارائه بسته مزایای استاندارد ملزم می‌شود.
- پوشش مادام‌العمر که در این صورت، بیمه‌کننده ملزم به ارائه پوشش بیمه‌ای مادام‌العمر به

افراد است. به این معنی که بیمه‌گذار نمی‌تواند افرادی را که در سالهای گذشته تحت پوشش بوده‌اند، از سر خود، باز کند یا رد کند تا پوشش را به افراد جدید ارائه دهد. مگر در شرایط استثنایی از قبیل رفتارهای غیر صادقانه یا تقلب.

۵. طبقه‌بندی کارکردهای بیمه‌های درمان خصوصی

نقشی که بیمه‌های درمانی خصوصی در ارتباط با بیمه درمانی همگانی بازی می‌کنند، در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی تفاوت‌های وسیعی دارد. به منظور تحلیل اثرات متقابل بیمه‌های درمانی همگانی و خصوصی بر همدیگر، اثرات ناشی از این قبیل تعامل‌ها بر روی سیستم بهداشت و ویژگیهای بازار بیمه‌های درمانی همگانی و خصوصی و بیمه‌های خصوصی در بخش بهداشت را می‌توان بر اساس عملکرد آنها در سیستم ترکیبی بیمه‌ها و بر اساس دو متغیر اصلی زیر طبقه‌بندی کرد (جدول شماره ۴).

جدول شماره ۴. طبقه‌بندی کارکردهای بیمه‌های درمان خصوصی		
واجد شرایط بودن برای بیمه‌های درمان همگانی		خدمات تحت پوشش بیمه‌های خصوصی
افراد بدون بیمه همگانی	افراد دارای بیمه همگانی	
بیمه خصوصی اولیه - جایگزین - اصلی	بیمه خصوصی مضاعف	بیمه‌های خصوصی خدمات ضروری را تحت پوشش قرار می‌دهند که معمولاً به وسیله سیستم بیمه همگانی پوشش داده می‌شود
	بیمه خصوصی مکمل	بیمه خصوصی، سهم بیمار از هزینه‌های ایجادشده توسط سیستم بیمه همگانی را پوشش می‌دهد
بیمه خصوصی اضافی		بیمه خصوصی، خدمات سطح بالایی را تحت پوشش قرار می‌دهد که تحت پوشش سیستم بیمه همگانی و بیمه خصوصی اصلی نیست
OECD Health project. Proposal for taxonomy of health insurance, Organization for Economic Cooperation and Development, June 2004.		

- استحقاق عضویت در بیمه‌های درمانی همگانی: برخی از گروه‌های جمعیتی، واجد شرایط برای عضویت در بیمه‌های همگانی نیستند. افراد، دارای حق انتخاب هستند و می‌توانند خود را به طور خصوصی بیمه کنند. در نهایت در صورتی که هیچ‌گونه پوشش بیمه‌ای همگانی وجود نداشته باشد، پوشش بیمه‌ای می‌تواند از طریق بیمه خصوصی صورت گیرد.
- خدمات بهداشتی تحت پوشش: ممکن است بیمه‌های خصوصی، خدماتی را تحت پوشش قرار دهد که جزء بسته خدمات اساسی سیستم بیمه همگانی باشد. و یا خدماتی را تحت پوشش قرار دهد که توسط سیستم بیمه همگانی ارائه نمی‌شود.

تعریف انواع کارکردهای بیمه‌های درمان خصوصی

چهار نوع کارکرد برای بیمه‌های خصوصی بر اساس دو معیار فوق (بیمه اولیه - اصلی / جایگزین^۱، بیمه مضاعف^۲، بیمه مکمل^۳ و بیمه اضافی^۴) قابل ترسیم است:

در مرحله جمع‌آوری داده‌های آماری، تمایز بین عملکردهای مختلف مشکل است و برخی از خدمات بیمه‌ای بیش از یک عملکرد را دارا هستند. بنابراین، تمایز مفهومی برای تسهیل تجزیه و تحلیل سیاستها مفید خواهد بود.

۱. بیمه خصوصی اولیه^۵: نوعی از بیمه خصوصی است که دسترسی را فقط برای پوشش درمانی پایه ایجاد می‌کند، به این علت که افراد از هیچ‌گونه بیمه همگانی برخوردار نیستند. عدم برخوردار از بیمه‌های همگانی به این علت است که یا هیچ‌گونه بیمه همگانی در جامعه وجود ندارد یا افراد، واجد شرایط عضویت در بیمه‌های همگانی نیستند و یا اینکه واجد شرایط عضویت هستند، اما به انتخاب خود تحت پوشش بیمه همگانی قرار نمی‌گیرند. این نوع بیمه خصوصی به دو دسته تقسیم می‌شود:

- بیمه خصوصی جایگزین^۶: این نوع بیمه خصوصی، خدماتی را تحت پوشش قرار می‌دهد که از طرق دیگر یعنی بیمه اجتماعی، بیمه‌های همگانی و تحت حمایت کارفرما ارائه می‌شود. به عبارت دیگر بیمه خصوصی جایگزین بیمه‌های فوق می‌شود.

1. principal/substitute 2. duplicate 3. complementary 4. supplementary
5. Primary Private Health Insurance (Primary PHI) 6. Substitute

– بیمه خصوصی اصلی^۱: این نوع بیمه خصوصی، دسترسی انحصاری به خدماتی را امکان‌پذیر می‌سازد که اصولاً در برنامه‌های تأمین اجتماعی وجود ندارد. در صورتی که پوشش به صورتی خصوصی باشد یا اینکه افراد، بیمه خویش فرما باشند، برنامه‌های بیمه اجباری، کارفرما را نیز شامل می‌شود.

۲. **بیمه خصوصی مضاعف**^۲: در این حالت بیمه خصوصی، خدماتی را تحت پوشش قرار می‌دهد که در حال حاضر تحت پوشش بیمه درمانی همگانی نیز هست. بیمه خصوصی مضاعف می‌تواند به عنوان حق انتخاب برای افراد تحت پوشش بیمه همگانی، خریداری شود. در حالی که این نوع بیمه، همان خدماتی را پوشش می‌دهد که توسط بیمه همگانی تحت پوشش است و می‌تواند به ارائه‌کنندگان متفاوت و خدمات در سطح متفاوت دسترسی ایجاد کند. از قبیل:

- دسترسی به مراکز بهداشتی خصوصی که از طریق بیمه همگانی قابل دسترسی نیست البته در صورتی که هزینه کامل خدمات توسط بیمه خصوصی پرداخت شود؛

- دسترسی سریع و انحصاری به خدمات بدون ایستادن در صف انتظار سیستم دولتی؛
- دسترسی به خدمات بدون وارد شدن در سیستم ارجاع؛ و
- اعطای حق انتخاب پزشک، بیمارستان یا دیگر ارائه‌کننده خدمات. تحت پوشش بودن این بیمه، افراد را از پرداخت هزینه‌های بیمه درمان همگانی معاف نمی‌کند.

۳. **بیمه خصوصی مکمل**^۳: بیمه‌ای است که پوشش ایجادشده توسط بیمه‌های همگانی و بیمه‌های خصوصی اصلی / جایگزین را تکمیل می‌کند. در بیمه‌های همگانی و بیمه‌های خصوصی اصلی / جایگزین، بیمه‌شده بخشی از هزینه خدمات را می‌پردازد. این هزینه‌ها با عنوان سهم بیمار پرداخت شده و از روشهای دیگر بازپرداخت نشده است (مانند پرداختهای مشارکتی). بیمه خصوصی تکمیلی، این هزینه‌ها را بازپرداخت می‌کند.

۴. **بیمه خصوصی اضافی**^۴: این نوع بیمه، خدمات بهداشتی اضافی را تحت پوشش قرار می‌دهد که این خدمات تحت پوشش برنامه بیمه‌های همگانی نیست. برحسب کشور، این نوع بیمه، خدماتی را در بر می‌گیرد که تحت پوشش بیمه‌های همگانی نیست؛ از قبیل مراقبت‌های تجملی، مراقبت‌های درخواستی، مراقبت‌های بلندمدت، خدمات دندانپزشکی، خدمات دارویی و

1. Principal

2. Duplicate PHI

3. complementary private health insurance

4. Supplementary private health insurance

توانبخشی، خدمات پزشکی آلترناتیو یا مکمل، هتلینگ ممتاز و ارائه امکانات رفاهی در بیمارستان. (حتی هنگامی که بخشهایی از خدمات مانند (وسایل پزشکی) تحت پوشش سیستم دولتی است).

عملکرد بیمه‌های خصوصی در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی بیمه‌های خصوصی با عملکردهای مختلف تماماً در یک کشور مفروض وجود ندارند. دو دسته اصلی از این کشورها قابل تمییزند:

جدول شماره ۵. کارکردهای اضافی و جایگزین بیمه خصوصی در کشورهای دسته اول		
خدمات	گروه	واجد شرایط بیمه درمانی همگانی است
خدمات درمانی ضروری که تحت پوشش بیمه همگانی است	بیمه‌های درمان همگانی - مدیکر و مدیکید (امریکا) - تأمین اجتماعی (آلمان)	واجد شرایط بیمه درمانی همگانی نیست
بقیه خدمات (خدمات درمانی بدون پوشش بیمه همگانی و غیره)	بیمه خصوصی اضافی بیمه خصوصی در هلند، خدمات دندانپزشکی، اتاق خصوصی در بیمارستان و خدمات الترناتیو را پوشش می‌دهد	بیمه خصوصی جایگزین - افراد با درآمد بالا در هلند - افراد با درآمد بالا در آلمان که بیمه خصوصی را انتخاب کرده‌اند - افراد با درآمد بالا که واجد شرایط برای دریافت مراقبت‌های اولیه نیستند و خدمات سرپایی در ایرلند
OECD Health project. Proposal for taxonomy of health insurance, Organization for Economic Cooperation and Development, June 2004.		

کشورهای دسته اول: کشورهایی هستند که گروهها یا بخش‌های ویژه‌ای از جمعیت، بدون قید و شرط واجد شرایط عضویت در سیستم همگانی هستند. برای افرادی که تحت پوشش بیمه همگانی نیستند، بیمه خصوصی نقش جایگزین بیمه همگانی را دارد. همچنین بیمه خصوصی

نقش پوشش‌دهنده برای خدماتی دارد که توسط سیستم دولتی پوشش داده نمی‌شود (کارکرد اضافی). برای مثال کشورهای هلند، آلمان، ایرلند (در این کشور مراقبت‌های اولیه و خدمات سرپایی برای دو سوم جمعیت با درآمد بالا تنها از طریق بیمه خصوصی ارائه می‌شود). کشور امریکا نیز جزء این دسته است. (جدول شماره ۵)

جدول شماره ۶. کارکردهای مضاعف و اضافی بیمه خصوصی در کشورهای دسته دوم	
خدمات	گروه
خدمات درمانی ضروری که تحت پوشش بیمه درمان همگانی است	بیمه‌های درمان همگانی - طب ملی (انگلستان) - طب ملی (ایتالیا) - مدیکر (استرالیا) - خدمات بیمارستانی (ایرلند) - بیمه درمان ملی (کره) - تأمین اجتماعی (فرانسه) - مدیکر (کانادا)
بقیه خدمات (خدمات درمانی بدون پوشش بیمه همگانی و غیره)	بیمه خصوصی اضافی
OECD Health project. Proposal for taxonomy of health insurance, Organization for Economic Cooperation and Development, June 2004.	

کشورهای دسته دوم: کشورهایی هستند با سیستم بهداشتی دولتی و همگانی. در این کشورها بیمه خصوصی نقش مضاعفی بازی می‌کند به این علت که همان خدماتی را پوشش می‌دهد که توسط سیستم دولتی تحت پوشش است. اما برای اینکه بازاریابی برای محصول خود را امکان‌پذیر سازند، همراه با بیمه تکمیلی ارائه می‌شوند؛ مانند دسترسی به مراکز درمانی یا پزشکی که با داشتن پوشش بیمه همگانی نمی‌توان از آنها بهره برد، دور زدن صف‌های انتظار

خدمات بخش دولتی و... برحسب سخاوت بخش دولتی، بیمه‌های خصوصی ممکن است برای پوشش اضافی ارائه شوند (خدماتی که تحت پوشش سیستم دولتی نیستند) یا خدمات تکمیلی مجزا مانند پرداخت‌های مشارکتی. (جدول شماره ۶)

نتیجه‌گیری

این مقاله به طبقه‌بندی انواع بیمه‌های درمان با تأکید بر تمایز بین بیمه‌های همگانی و خصوصی می‌پردازد. هدف آن هدایت روش‌های تجزیه و تحلیل سیاست‌های بیمه در سیستم ترکیبی تأمین منابع مالی است. انواع بیمه‌های درمان همگانی و خصوصی بر اساس چند معیار اساسی قابل تفکیک است. مهمترین این معیارها «نوع منبع تأمین منابع مالی» است. با این حال همان طور که ذکر شد انواع متفاوتی از بیمه‌های درمان، فراتر از نوع منبع تأمین منابع مالی طرح بیمه به صورت همگانی یا خصوصی وجود دارد. در نهایت نیز بیمه‌های درمان خصوصی بر اساس رابطه و تعامل این بیمه با بیمه درمان همگانی، به انواع مختلف طبقه‌بندی شده‌اند.

منابع

فارسی

۱. مریدی، سیاوش؛ فرهنگ بیمه‌های اجتماعی، تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۷۸.
۲. ویتز سوفی، اقتصاد بهداشت برای کشورهای در حال توسعه، ابوالقاسم پوررضا، تهران: مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی، ۱۳۸۳.

انگلیسی

1. OECD Health project. Proposal for taxonomy of health insurance, Organization for Economic Cooperation and Development, June, 2004.
2. OECD. Private Health Insurance in OECD countries, Paris: OECD 2004.
3. Peter C. Smith and Sophie N. Witter Risk Pooling in Health Care Finance. Resource Allocation and Purchasing in Health: Value for Money, Reaching the Poor World Bank, Washington DC 2001.
4. Preker, A. S., Bacza, C., Jakab, M. and Langenbrunner, J., Resource allocation and purchasing (RAP): arrangements that benefit the poor and excluded groups, Washington: World Bank 2000.
5. WHO. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance? Chapter 5: "Who pays for Health Systems?" Geneva: WHO.