



Factors Affecting the Service Packages of Supplementary Health Insurance, a Qualitative Study

Shadi Hajikhani¹ MA, Somayeh Hessam^{1*} PhD, Irvan Masoudi Asl² PhD, Ali Maher³ PhD

¹ Department of Social Sciences, Faculty of Social Sciences, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran

² Department of Sociology, Faculty of Human Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

*Correspondence to: Somayeh Hessam, Email: somayehh59@yahoo.com

Received: 2022 Jun, 11

Revised: 2022 July, 05

Accepted: 2022 August, 26

Online Published: 2022 September, 6

Abstract

Introduction: Basic and supplementary insurances play an important role in achieving universal health coverage. In developing countries, supplementary medical insurances have many structural and organizational problems and inadequacies. The present study was conducted with the aim of investigating the factors affecting the service packages of supplementary medical insurance.

Methods: The current research is of a qualitative type with a framework analysis method that was carried out in 2021. 11 experts of the insurance organization and experts in the health system were selected as the research samples by the purposeful sampling method. MAXQDA software was used for data analysis.

Results: The dimensions of the complementary insurance model of treatment in Iran based on the analysis of the opinions of experts in Iran included five main dimensions: «laws and regulations, service coverage, strengthening and creating a competitive market, developing standards for the use of services and treatment guidelines; developing supplementary insurances.

Conclusion: Based on the findings, the effort to formulate a comprehensive package of complementary treatment services in the country in order to increase people's access should be taken into consideration by the policy makers and the financial capacity to manage and finance universal health coverage should be increased. It is expected that with the scientific development of supplementary medical insurance, a great contribution will be made to universal health coverage in the country.

Keywords: Service Package, Supplementary Insurance, Universal Health Coverage

Highlights

1. Efforts to formulate a comprehensive package of complementary treatment services in the country in order to increase people's access should be considered by policy makers.
2. By revising the laws and regulations of supplementary medical insurance in Iran, the coverage of services should be increased, which is an important step to achieve universal health coverage.

Citation:

Hajikhani S, Hessam S, Masoudi Asl I, Maher A. Factors affecting the service packages of supplementary health insurance, a qualitative study. Iran J Health Insur. 2022;5(2):155-66.



عوامل موثر بر بسته‌های خدمتی بیمه تکمیلی درمان، یک مطالعه کیفی

شادی حاجی‌خانی^۱ MA، سمیه حسام^۲ PhD، ایروان مسعودی اصل^۳ PhD، علی ماهر^۴ PhD

^۱ گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
^۲ گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
^۳ گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: سمیه حسام، پست الکترونیک: somayehh59@yahoo.com

انتشار آنلاین: ۱۴۰۱/۰۶/۱۵

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۶

تصحیح: ۱۴۰۱/۰۵/۰۵

دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۲۱

چکیده

مقدمه: بیمه‌های پایه و مکمل درمان نقش مهمی در دستیابی به پوشش همگانی سلامت دارند. در کشورهای در حال توسعه، بیمه‌های مکمل درمان، مشکلات و نارسایی‌های عدیده ساختاری و سازمانی دارند. پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل موثر بر بسته‌های خدمتی بیمه تکمیلی درمان صورت پذیرفت. **روش بررسی:** پژوهش حاضر از نوع کیفی با روش تحلیل چارچوبی است که در سال ۱۴۰۰ صورت پذیرفت. ۱۱ نفر از خبرگان سازمان بیمه‌ای و صاحب‌نظران در نظام سلامت، با روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار MAXQDA استفاده شد. **یافته‌ها:** ابعاد الگوی بیمه مکمل درمان در ایران بر اساس تحلیل نظرات صاحب‌نظران و خبرگان در ایران شامل ۵ بعد اصلی «قوانین و مقررات، پوشش خدمات، تقویت و ایجاد بازار رقابتی، تدوین استاندارد استفاده از خدمات و گایدلاین‌های درمانی، توسعه بیمه‌های مکمل» بود. **نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌ها تلاش برای تدوین بسته جامع خدمات مکمل درمان در کشور در راستای افزایش دسترسی مردم باید مدنظر سیاست‌گذاران قرار گیرد و ظرفیت مالی برای مدیریت و تامین مالی پوشش همگانی سلامت افزایش یابد. انتظار می‌رود با توسعه علمی بیمه مکمل درمان، کمک شایانی به پوشش همگانی سلامت در کشور انجام شود. **واژگان کلیدی:** بسته خدمت، بیمه مکمل، پوشش همگانی سلامت

نکات ویژه

۱. تلاش برای تدوین بسته جامع خدمات مکمل درمان در کشور در راستای افزایش دسترسی مردم باید مد نظر سیاست‌گذاران قرار گیرد.
۲. با بازنگری در قوانین و مقررات بیمه مکمل درمان در ایران پوشش خدمات افزایش یابد که این امر گامی مهم برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت است.

مقدمه

خدمات وجود داشته، در آنها این نیاز را به‌وجود آورده که بعضی از آنها خدمات را از بخش‌های دیگر تامین کنند و بیمه درمان مکمل به عنوان پلی که این شکاف خدمتی را پوشش می‌دهد، استفاده می‌شود. به عبارت دیگر بیمه‌های درمان مکمل باید حق انتخاب مصرف‌کننده را به‌طور اختیاری افزایش دهند [۴]. تجربیات جهانی نشان می‌دهد که در بسیاری از کشورها، از بخش خصوصی به منظور راه‌گریزی از لیست انتظار برای دریافت خدمات تخصصی استفاده کرده‌اند [۵،۶].

نظام سلامت کشور با مسائل گوناگونی از جمله فقدان شناخت کافی از بیمه درمان مکمل، نبود جامعیت لازم و کفایت

بیمه درمان یکی از ارکان اصلی رفاه و تامین اجتماعی در جامعه بشری بوده که به‌دلیل تاثیر آن بر سلامت جامعه، اساسی‌ترین عامل در توسعه اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی هر کشوری است. پیشی گرفتن شیب نمودار هزینه‌های بهداشتی و درمانی نسبت به نمودار رشد ناخالص ملی از یک سو، نبود امکان استفاده بیمه‌شدگان از اکثر امکانات درمانی و پوشش ندادن برخی خدمات درمانی درد بیمه درمان پایه از سوی دیگر، ضرورت رویکرد جدید به بیمه‌های درمان مکمل را به عنوان یکی از راه‌های بهبود وضعیت بیمه درمان مطرح می‌کند [۱-۳]. در واقع شکاف‌هایی که در دستیابی بیمه‌شدگان به

روش بررسی

مطالعه کیفی حاضر از نوع تحلیل چارچوبی بود که با هدف بررسی و تبیین ابعاد و مولفه‌های مرتبط با بسته‌های خدمتی بیمه‌های مکمل در ایران از دیدگاه خبرگان و صاحب‌نظران در سال ۱۴۰۰ انجام شد. جامعه پژوهش شامل تمامی خبرگان و افراد صاحب‌نظر شامل مدیران و کارشناسان شاغل در حوزه سازمان بیمه سلامت ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان تأمین اجتماعی، شورای عالی بیمه، دانشگاه‌های علوم پزشکی منتخب تهران و سایر سازمان‌های بیمه پایه و مکمل بودند. نمونه‌گیری با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند با رویکرد نمونه‌گیری معیارمحور استفاده شد که در آن براساس قضاوت گروه پژوهش، افرادی که اطلاعات وسیع درباره پدیده دارند و تمام افراد یک مجموعه که یک معیار خاص را داشته باشند، به‌عنوان شرکت‌کننده انتخاب می‌شوند. در نهایت ۱۱ نفر به عنوان نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند (جدول ۱). معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل ۱۰ سال سابقه کار و معیار خروج شامل فقدان تجربه کافی در بحث بیمه سلامت بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه‌ساختارمند استفاده شد. برای طراحی راهنمای مصاحبه، از بررسی متون و دو مصاحبه عمیق استفاده شد. این راهنما در جریان مصاحبه‌ها و طی پیشرفت کار و اطلاعات حاصل از مصاحبه‌ها به روز شد که در این صورت پژوهشگر با افراد قبلی مصاحبه‌های تکمیلی انجام داد تا تمام افراد به تمام سؤالات راهنما پاسخ داده باشند. روش گردآوری داده‌ها از طریق مصاحبه چهره به چهره بود. بدین‌صورت که قبل از انجام کلیه مصاحبه‌ها با شرکت‌کنندگان هماهنگی قبلی به‌صورت تلفنی یا حضوری صورت گرفت و توضیحات لازم درخصوص اهداف پژوهش و ضرورت انجام آن ارائه شد. مدت‌زمان هر مصاحبه برحسب راهنمای مصاحبه و همچنین میزان علاقه و تحمل مصاحبه‌شوندگان بین ۵۵ تا ۷۵ دقیقه بود و کلیه نکات مورد تأکید مشارکت‌کنندگان در حین مصاحبه توسط پژوهشگر یادداشت شد. سؤالات مصاحبه عبارت بودند از «به نظر شما چه عواملی می‌توانند بر مولفه‌های بسته‌های خدمتی بیمه‌های مکمل موثر باشند؟»، «کدام عوامل خارجی می‌توانند بر بسته‌های خدمتی بیمه‌های مکمل موثر باشند؟ آن عوامل کدامند؟»، «طراحی الگوی بسته‌های خدمتی بیمه‌های

خدمات و فقدان مرز مشخص بین بیمه درمان پایه و مکمل روبه‌رو است [۲]. این در حالی است که در واقع بیمه‌های درمان مکمل به‌وجود آمده‌اند تا حق انتخاب مصرف‌کننده خدمات را به طور اختیاری افزایش دهند. به عبارتی بیمه‌شدگانی که تمایل به پرداخت هزینه بیشتر دارند، بتوانند از طیف وسیع‌تری از خدمات استفاده کنند [۷]. به طور کلی، در ایران بیمه‌گر اولیه و تکمیلی هریک بخشی از هزینه‌های درمانی را پوشش می‌دهند و گاهی ممکن است همپوشانی نیز داشته باشند [۸]. با این حال، از بیمه تکمیلی درمان به دلایل متعددی به خوبی استقبال نشده است. از طرفی استقبال‌کنندگان نیز رضایتمندی چندانی نداشتند. این دلایل عبارتند از نبود مرز مشخص بین خدمات و تعهدات بیمه‌گر اولیه و تکمیلی، پایین بودن سطح کیفیت خدمات مراکز درمانی تحت پوشش بیمه‌گر اولیه، نبود پوشش همه‌جانبه بیمه تکمیلی در برابر تنوع بسیار زیاد روش‌های تشخیصی و درمانی، انحصار بازار بیمه اولیه و نبود بیمه تکمیلی انفرادی [۹].

برای برطرف کردن چنین مشکلاتی نیاز به اولویت‌بندی است. زمانی که تصمیم‌گیری درباره نیاز به اولویت‌بندی و ساز و کار مورد استفاده برای این امر صورت گرفت، تصمیم بعدی باید درخصوص شکل یا ساختار اولویت‌بندی اتخاذ شود. در این رابطه، رویکردی که به وفور مورد استفاده قرار گرفته، تعریف یک بسته از خدمات سلامت است که منعکس‌کننده اولویت‌های انتخاب شده باشد [۱۰].

این مطالعه سعی دارد با بررسی و تحلیل تجربیات کشورها در زمینه بسته‌های خدمتی بیمه‌های مکمل در ایران، الگوی مناسبی در این زمینه ارائه دهد. یکی از وظایف وزارت بهداشت به‌عنوان تولید اصلی ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، هدفمند کردن فعالیت‌های بیمه‌ای در قالب بسته‌های بیمه تکمیلی است تا هم فعالیت آنها اثربخشی و کارایی لازم را داشته باشد و هم اینکه آینده‌نگری بخش سلامت در فعالیت‌های بهداشتی و درمانی ارائه شده، عدالت و وجود دسترسی مناسب دیده شود. بنابراین در این پژوهش به دنبال طراحی الگوی مناسب برای بسته‌های خدمتی بیمه‌های مکمل در ایران هستیم.

مکمل چیست؟» و «چه سیاست‌هایی می‌توان برای بسته‌های خدمتی بیمه‌های مکمل استفاده کرد؟».

تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل چارچوبی ۵ مرحله‌ای با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA ویرایش ۱۲ بود که رویکردی سلسله‌مراتبی برای طبقه‌بندی و سازمان‌دهی داده‌ها براساس درون‌مایه‌های کلیدی، مفاهیم و طبقات رعایت می‌کرد. این روش به ترتیب دارای ۵ گام آشناسازی یا آشنا شدن با محتوای مصاحبه، شناسایی یک چارچوب موضوعی، نمایه‌سازی، جدول‌بندی و ترکیب داده‌ها یا نقشه و تفسیر بود.

یافته‌ها

براساس یافته‌ها در تحلیل کیفی مصاحبه‌های خبرگان تعداد ۳۴۸ کد اولیه تعیین شد که پس از طبقه‌بندی، در نهایت در ۵ تم اصلی یا تم به عنوان ابعاد اصلی الگوی بسته خدمتی بیمه مکمل در ایران و ۴۹ مولفه طبقه‌بندی شد (جدول ۲).

تم ۱: قوانین و مقررات

یکی از ابعاد الگوی بیمه مکمل درمان در ایران بر اساس تحلیل نظرات صاحب‌نظران موضوع قوانین و مقررات بیمه مکمل است. این تم در مجموع از ۷ مولفه یا کد مفهومی اصلی تشکیل شده است.

تولیت سلامت و سیاست‌گذاری دولت بر بیمه‌های پایه و مکمل «بسته نظام سلامت. کسی نیست در بازار آن را تولید کند. مانند بهداشت یا خدمات بهداشتی که publichood است و در نتیجه نظام سلامت آنها را پوشش می‌دهد. بیمه می‌گه من آن چیزی را پوشش می‌دهم که هزینه اثربخش باشد. چون بهداشت را باید از منابع عمومی بدهید.»

«اینکه اون بیزینس سودآور است یا خیر، اونجا دولت می‌تواند مداخله کند و بگوید اگر جایی رفتی بیمه تکمیلی خرید کردی، من ۲۰ درصد آن را می‌دهم. کاری که کشوری مانند استرالیا انجام می‌دهد. یا اگر مالیات ۲۰ درصد درصد باشد من یک درصد تخفیف مالیات می‌دهم. آن زمان آدم‌های پولدار برای اینکه مالیات کمتری بدهند و سود ببرند، می‌روند بیمه تکمیلی برای خودشون می‌خرند و مالیات کمتر می‌دهند و موقع نیاز می‌روند از بیمارستان خصوصی خدمت می‌گیرند و فشار را هم از روی بیمارستان‌های دولتی برمی‌دارند.»

محدودیت منابع مالی بیمه‌های مکمل و تاثیرات بودجه‌ای

«به نظر من بیمه‌های تکمیلی آنچه را که پوشش می‌دهد این است که بیمه‌های پایه نه در ایران و نه در هیچ کشور دیگر آن‌قدر منابع ندارند که انتظارات مردم را همه رو پوشش دهند. نمی‌توانند متناسب با رشد تکنولوژی خودشان را به‌روز کنند و برخی از خدمات

جدول ۱ | ویژگی‌های پایه خبرگان مشارکت‌کننده در پژوهش

مشارکت‌کنندگان	جنسیت تخصص	تخصص			سابقه کاری	مسئولیت	تعداد کد مستخرج سایر
		آقا	خانم	علوم بالینی	علوم مدیریت	سایر	
خبره ۱	*	*		*			۴۵
خبره ۲	*	*		*			۲۶
خبره ۳	*	*		*			۶۶
خبره ۴	*	*		*	*		۴۱
خبره ۵	*	*		*	*		۲۵
خبره ۶	*		*	*	*		۳۴
خبره ۷	*	*		*			۱۳
خبره ۸	*	*		*	*		۲۰
خبره ۹				*			۳۳
خبره ۱۰	*		*	*			۲۹
خبره ۱۱	*		*	*			۱۶

جدول ۲ | معیارهای تدوین بسته خدمتی بیمه مکمل در ایران

تم	کدهای باز
قوانین و مقررات	تولیت سلامت و سیاست گذاری دولت بر بیمه های پایه و مکمل
	محدودیت منابع مالی بیمه های مکمل و تأثیرات بودجه ای
	مشارکت مردم در پرداخت هزینه های سلامت
	یارانه دولت در زمینه خدمات سلامت
	تعرفه گذاری نامناسب بخش دولتی و خصوصی
	چانه زنی و لابی در بسته خدمات
پوشش خدمات	حفاظت مالی
	پوشش خدمات حمایتی و غیردرمانی
	پوشش خدمات اضافی
	عمیق نبودن بسته بیمه پایه و فقدان پوشش مناسب قیمتی
	خدمات غیرضروری سلامت
	خدمت و تکنولوژی های جدید درمانی
	جبران پوشش بیمه های پایه
	جداسازی بیمه مکمل از بیمه مازاد
	بی عدالتی ناشی از بیمه مکمل
	پوشش ریسک خطر بیماری
	اولویت بندی خدمات
	پوشش محدود خدمات بیمه مکمل
	پوشش بیماران خاص، نادر و صعب العلاج
	پوشش هزینه های کمر شکن
	پوشش گروه های آسیب پذیر جامعه
تقویت و ایجاد بازار رقابتی	نگاه تجاری به بیمه های مکمل
	نظارت واحد بیمه های پایه و مکمل
	اختیاری بودن بیمه مکمل
	تفکیک بیمه پایه و مکمل
	ضعف بیمه پایه
تدوین استاندارد استفاده از خدمات و گایدلاین های درمانی	تفکیک بخش خصوصی و دولتی در ارائه خدمت
	فقدان معیار برای انتخاب خدمات در بسته بیمه های مکمل
	اجرای سطح بندی خدمات
	فقدان دستورالعمل تعریف شده برای خدمات
	طراحی دستورالعمل نظارت بر خدمات
توسعه بیمه های مکمل	فقدان پوشش خدمات پیشگیرانه
	دسترسی بیشتر به خدمات
	نیاز به تکنولوژی به روز
	ضرورت و حیاتی بودن خدمت
	گران بودن خدمات
	شرایط بومی و محلی
	اولویت سیاسی
	کارایی
	شاخص عدالت
	تقاضای مردم
	هزینه اثربخشی
	نیاز به خدمت
	ملاحظات اخلاقی
	شدت بیماری
	تأثیر بر سلامت جامعه
	ارزش نسبی خدمات
	معیار سیاسی اجتماعی
	ارتقای کیفیت خدمات پایه

و هزینه ها خارج از این بیمه پایه قرار می گیرد.»

«تمام بیمه ها تحت نظارت بیمه مرکزی هستند. ما در حال حاضر در حدود ۳۳ شرکت بیمه داریم. هر جا اسم شرکت های بیمه بازرگانی میارم منظورم تمام شرکت هایی که که اسامی شون توی سایت بیمه مرکزی هست، مثل بیمه دانا، البرز، دی، آسیا و... که اینا باید مجوزشون رو از بیمه مرکزی دریافت کنند و نظارتشون هم برعهده بیمه مرکزی هست. در حال حاضر ۳۳ شرکت که برخی از اینها بیمه اتکایی هستند. اخیراً یک بیمه به نام باران مجوز فعالیت گرفته که فکر کنم ۳۴ شده. چون منابعشون از محل حق بیمه های دریافتی تأمین می شه، بعضی اوقات نمی تونن خودشون رو با سیاست گذاری هایی که می شه تطبیق بدن. مثلاً در طرح تحول سلامت هزینه درمانی افزایش یافت، تعهدات شرکت های بیمه افزایش پیدا کرد اما شرکت های بیمه منابع جداگانه ای ندارند که بخوان استفاده کنند.»

مشارکت مردم در پرداخت هزینه های سلامت

«بسته بیمه پایه باید این ارزش رو بده به بیمه مکمل و بسته بیمه پایه باید آن قدر درست کارشناسی شود تا مردم بتوانند در اون حوزه مشارکت داشته باشند. در برخی از شرایط می توانیم بیمه مکمل را در شهرستان ها توسعه دهیم و بخشی از هزینه ها رو بپردازد. چرا تمام افراد بنیاد شهید را بیمه تکمیلی کردیم؟ خوب وقتی می توانیم جاهای ضروری این کار رو بکنیم پس می توانیم بگیم این خدمات را اینجا بیمه پایه پوشش دهد و این خدمات را بیمه مکمل پوشش دهد. تمام این مسائل را باید در کنار هم قرار دهیم تا معیارهایی را برای تعیین بسته بیمه مکمل ایجاد کنیم.»

یارانه دولت در زمینه خدمات سلامت

«منظورم اینه که تو کارتون هم باید خدمات بسته موجود رو خوب بشناسید و هم باید این پول های یارانه ای داخل وزارتخانه رو بشناسید.»

تعرفه گذاری نامناسب بخش دولتی و خصوصی

«در خیلی از مواقع، بیمه پایه از بیمه خصوصی خرید راهبردی می کند و در همان پکیجش قرار می گیرد. حالا یک مقداری پول از بیمار بیشتر گرفته می شود اما خدمت مستقیم تر و درست تر داده می شود. مثلاً در بیمارستان آموزشی باید کاملاً همه چی فرق کند و همه چیز رایگان باشد. یعنی فردی به آنجا می رود که خدمت

وجود نداره و مثل فرانسه، آلمان و سوئیس هم که نظام بیمه‌ای داره اون پوشش رو ایجاد می‌کنه اون‌طوری هم انجام نمی‌ده. اونجا هرکسی طبق توانمندی مالی، باید بره بیمه‌نامه از بخش خصوصی بخره. دیگه بیمه پایه و بیمه تکمیلی در آمریکا وجود نداره اما میام کاستی‌هاش رو پر می‌کنم».

تم ۲: پوشش خدمات

یکی دیگر از ابعاد الگوی بیمه مکمل درمان در ایران، موضوع پوشش خدمات بیمه مکمل براساس تحلیل نظرات صاحب‌نظران است. این تم در مجموع از ۱۴ مولفه یا کد مفهومی اصلی تشکیل شده است.

پوشش خدمات حمایتی و غیر درمانی

«چیز دیگه‌ای که به صورت تجربی دیدم این بود که یک سری خدمات پیشگیری و مرتبط با کارهای بیرون از بخش درمان رو بیمه‌های تکمیلی شون پوشش می‌دن. مثلاً فرض کنید در کشور آلمان این بیمه‌ها یعنی بیمه‌های تکمیلی خدمات ورزشی رو تحت پوشش قرار داده‌اند. یا کسی که باشگاه می‌ره برای باشگاهش پول می‌دن یا خدمات استخر. برای ترک سیگارش پول می‌دن. یعنی اگر کسی بره مرکز خدمات ترک سیگار، براش پوشش می‌دارن. یا مثلاً من دیدم بیمه‌های تکمیلی میان برای خدمات مهدکودک بچه‌های مادرها پول می‌دن. یعنی بیمه‌های تکمیلی برای خیلی از خدماتی که در حوزه درمان نیست هم هزینه می‌کنند».

پوشش خدمات اضافی

«نکته دیگه این است که بخشی از خدمات رو فرض کنید مانند خدمات زیبایی یا خدمات دندانپزشکی که از بیسیک بالاتر میاد، با اینکه پوشش پایه نداره، این بیمه‌ها یعنی بیمه‌های تکمیلی می‌تونن بیان پوشش بدن».

«جاهایی که یک‌سری خدمات ضروری هستن و جا نموندن رو داریم مثل خدمات دندانپزشکی که یک‌سری خدماتش هنوز جا نمونده یا خدمات ناباروری که بیمه تکمیلی باید اینجاش حضور پیدا کند یا جاهایی که داریم الان یارانه بهشون می‌دیم که اگر این یارانه‌ها رو حذف کنیم بیمه‌های مکمل می‌تونن حضور پیدا کنند».

پوشش قیمتی بیمه پایه

«بیمه تکمیلی برای جایی هم هست که خدمات لوکس‌تری

بگیرد بداند همه چیز رایگان است اما آموزش هم وجود دارد. یک بیمارستان درمانی در بخش دولتی ۱۰ درصد می‌گیرند. در بخش خصوصی ۲۰ درصد گرفته می‌شود این تفاوت‌هاش می‌شود. این باید یکسان بماند وگرنه نظام ارائه خدمت به هم می‌ریزد».

«به نظر من صاحب‌نظر ما نباید در بخش خصوصی مازاد صفر داشته باشیم. یعنی هیچ تعرفه‌ای رو نباید صفر کنیم چون القا ایجاد می‌کند. من موافق تعرفه صفر نیستم مگر در شرایط خاص خودش. من اگر نخواهم پولی پرداخت کنم، مدام درخواست خدمات می‌دهم که القا ایجاد میشه و پزشک هم با نظام *fee for service* به نفهش است. در این صورت، هزینه‌هایمان بالا می‌رود».

چانه‌زنی و لابی در بسته خدمات

«کالاها در فارماکوپه دارویی ما می‌آید توی تفاهمنامه‌ای که بین سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت بهداشت منعقد می‌شود. مانند پروتزها و از این دست کالاها و تجهیزات مصرفی پزشکی در این مقوله می‌گنجد و تعیین می‌شود در تعهد هست یا نیست. برای مثال تفاهم می‌کنند که داروی انسولین را من تا این برند و این مارک ۱۰۰ درصد پوشش می‌دهم اما در خارج از این مارک تا ۸۰ درصد پوشش می‌دهم و یک برند دیگر را اصلاً پوشش نمی‌دهم. در کشور ما چون از اول اچ تی ای نمی‌کنند، کالا وارد می‌شود و بعد سر اینکه بیمه پوشش بدهد یا نه شروع می‌کنند به چانه‌زنی و لابی‌گری و بحث کردن. تازه شروع می‌کنند به اینکه این کالا هزینه اثربخش هست یا نیست نسبت به کالای مشابهش. گاهی این اتفاق می‌افتد و بیشتر به لابی‌گری و چانه‌زنی است که آیا در تعهد بیمه بیاید یا نیاید. یعنی رویه مدون، مصوب و مشخصی وجود ندارد که بگویند برای تحت پوشش قرار گرفتن باید فلان دارو باید این شاخص را پاس کند از نظر هزینه اثربخشی و دیگر ملاک‌ها تا تحت پوشش قرار بگیرد».

حفاظت مالی

«اصل ۲۹ قانون اساسی ما می‌گه: سلامت حق است. یعنی همه مردم حق دارند از خدمات سلامت و تأمین اجتماعی برخوردار شوند. یعنی دولت وظیفه دارد یک پوششی برای همه ایجاد کنه. توی نظام سرمایه‌داری که تک هست و مخصوص آمریکاست، قضیه فرق می‌کنه. می‌گه حق نیست و مردم بر اساس توانمندی خودشون باید بیان از خدمات بهره‌مند بشن. دیگه اونجا در آمریکا یک نظام طب ملی سراسری مثل انگلستان، سوئد و کانادا که براساس مالیات است

بخواهیم توسط یک سری بیمه‌ها پوشش دهیم، این بیمه مکمل در قانون نیست. یعنی خدمات داره فرانشیز رو پوشش می‌دهد، داره مازاد رو می‌ده و این بیمه مازاده.»

جداسازی بیمه مکمل از بیمه مازاد

«اگه می‌خوایم تغییر دهیم در level های دیگه‌ای تغییر دهیم. پیشنهاد ما این است که بیمه مکمل رو کاملاً جدا کنیم و مازاد را هم جدا کنیم. بگیریم اینا بیمه مکمل است و اینا بیمه مازاد است که اگر کسی می‌خواهد در خدمات بیمه پایه هزینه ندهد، حداقل بتواند بیمه‌ای داشته باشد. اگر نتوانیم اون عدالت رو درست کنیم، یعنی یک بیمه مازاد درست کنیم شاید مردم بتوانند برای بیمه مازاد با یک مقدار پولی بگن من دیگه مازاد هام رو پوشش می‌دهم و این تکلیف بشود که بیمه مازادی که گذاشته می‌شود، در بسته بیمه پایه دیده شود. یعنی جوری نشود که من اگر بیمه مازاد داشتم و در بخش خصوصی خدمت گرفتم عین بیمه پایه در بخش دولتی باهم برخورد شود. یعنی این دو تا رو از من بگیرند و بگن برو بیرون دیگه و کار به کارت نداریم و نباید این باشه که بگن برو جای دیگه پرونده تشکیل بده و باید بگن شما مازاد داری مازاد ات رو هم من دادم و این قدر هزینه‌ها پوشش داده شد و مازاد بود و شما تنها ۱۰ درصد از کل هزینه‌ها رو در بخش خصوصی باید پرداخت کنی. من این ۱۰ درصد رو می‌گیرم و برو دیگه مازاد ات صفر است.»

بی‌عدالتی ناشی از بیمه مکمل

«افرادی که در دستگاه‌های دولتی کار می‌کنند، از بیمه‌های تکمیلی استفاده می‌کنند و ارزش‌تر برایشان در می‌آید. اما کسی که در بیرون است نمی‌تواند بیمه تکمیلی بخرد چون بیمه تکمیلی گروهی است. بخاطر اون مسئله share که بین خودشان دارند از لحاظ هزینه‌ای. مثلاً می‌گویند باید حداقل ۵۰ نفر باشید تا بیمه تکمیلی شوید. افرادی هستند که فقیرند و به همین دلیل بیرون مانده‌اند چون نمی‌توانند وابسته به کسی شوند. برای انجام این کار اول باید مرزها مشخص باشد. بسته‌ها و پکیج‌ها مشخص شود و سرانه‌های مشخص شود. دولت، کارفرما و مستخدم باید با هم مشارکت کنند و بیمه پایه را سرویس دهند برای خودشان و بیمه تکمیلی برعهده خود فرد باشد.»

پوشش ریسک خطر بیماری

می‌خواید بگیرید خب میاد برات پوشش می‌ده دیگه. ما خدمات بیمه پایه را در بیمارستان‌های دولتی داریم و بیمه تکمیلی باید بپاید قیمتی هم حمایت کند در جایی که شما می‌خواید از بیسیک‌ها فراتر برید و از خدمات لوکس استفاده کنید.»

«پس بیمه‌های تکمیلی باید در سه جا باشند: مکمل پوشش‌های قیمتی که مثلاً افراد بخوان جاهای لوکس‌تری برن مثلاً کسی می‌رود به بیمارستان خصوصی. اشکال ندارد که بیمه پایه، پایه رو پرداخت کنه و بیمه تکمیلی مابه‌التفاوت رو پرداخت کنه.»

«بیمه مکمل اسمش روش هست. مکمل بیمه پایه است. یعنی چیزی که بیمه پایه پوشش نمی‌دهد، بیمه مکمل باید پوشش دهد. در دنیا هم همین است.»

خدمات غیر ضروری سلامت

«من اعتقادم اینه که مجموعاً یک سری خدمات ضروری که زیاد هم نیستند مثلاً خدمات زیبایی تحت پوشش نیستند و نباید هم باشند و خدمات دندانپزشکی هم بخشیش که زیبایی است نباید تحت پوشش قرار بگیرند و خدمات غیرضروری هم ضرورتی ندارد که تحت پوشش باشند.»

«یا خدماتی که تعدادشون کمه و با سلامت جامعه هم خیلی منافاتی ندارد می‌گیرم برون در بیمه مکمل، حالا مثلاً در بعضی کشورها همانند کشور ما خدمات دندانپزشکی در بیمه پایه پوشش داده نمی‌شه و اینها وارد بیمه مکمل می‌شوند.»

«نه این‌طور نیست. الان خیلی از اعمال ستاره‌داری که بیمه‌های پایه به هیچ عنوان قبول نمی‌کنند در بیمه‌های مکمل پوشش داده می‌شوند. مانند لیزیک، دندانپزشکی و عینک که بیمه‌های پایه هیچ کدوم این هزینه‌ها رو تقبل نمی‌کنند و اینها جزو هزینه‌های پذیرفته شده و روتین بیمه مکمل هستند.»

جبران پوشش بیمه‌های پایه

«اما کاری که باید بکنیم اینه که بیمه‌های تکمیلی ما وقتی یک فردی مراجعه می‌کنه به بیمارستان خصوصی، باید بیان این خدمات بیمه پایه رو در بیمارستان‌های خصوصی مابه‌التفاوت قیمتیش رو بدهند. خب اینو که نمی‌شه قطع کرد. اون دوستانی که گفتند بیمه پایه باید کامل خدمتی رو پوشش بده و بیمه تکمیلی نباید این خدمات رو پوشش بده، نه دنیا هم این‌طور نیست.»

«اینکه ما بعدش همه خدمات رو به نوعی در بخش‌هایی از کشور

برای خودمان در بیمه پایه آوردیم. این اشتباه بود که منابع بیمه پایه را دادیم رفت با این کار و این باعث شد نتوانیم به عمق برویم و در سطح پخش شدیم. این یک اشتباه استراتژیک بزرگ بود که بیمه‌های تکمیلی برای خودشان به بار آوردند. یک ایراد دیگه این بود که وقتی بیمه پایه نتوانست وارد فضای بیمه مکمل شود، درمان تکمیلی رو هم نتوانستیم سرویس خوب بهش بدهیم و درمان تکمیلی موند به‌طوری که در سال ۹۳ در طرح تحول سلامت ۳۰۰ خدمت جدید را وارد بیمه پایه کردیم.»

پوشش بیماران خاص

«من زمانی که دبیر شورای عالی بیمه بودم بیمارهای MPS4 اومده بودند جلوی وزارتخانه خوابیده بودند. پرسیدم مشکلاتون چیه؟ گفتند ما همون ۱۰ درصد که باید بپردازیم، مشکل داریم. مثلاً بچه‌های ما سالانه یک میلیارد تومن هزینه دارند، اون ۱۰ درصد میشه ۱۰۰ میلیون تومن که ما نداریم. حالا شما در نظر بگیرید که در سایر کشورهای دنیا هم این مشکلات برای این نوع بیماران زیاده. شاید بیماری‌های نادر ما چیزی حدود ۲۰ تا ۳۰ هزار میلیارد تومن پول احتیاج دارند، در حالی که ما یک دهم این رو خرجشون می‌کنیم.»

پوشش هزینه‌های کمرشکن

«باید ببینیم چه چیزی مردم رو کاتستروفیک می‌کند. هزینه‌های کاتستروفیک ما کجا اتفاق می‌افته و بیمه‌های تکمیلی ما بیان اونجا در واقع تمرکز بیشتری پیدا بکنند. طبیعتاً این به صلاح است. آیا جایی که کاتستروفیک می‌شه بیمه تکمیلی می‌تواند ورود کند و بقا داشته باشه؟ این موضوعی است که باید محاسبه‌هایش را انجام دهند که چقدر می‌گیرند و چقدر پرداخت می‌کنند و چه اتفاقی می‌افتد.»

پوشش گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه

«ما باید روشی درست کنیم تا گروه‌هایی که های‌ریسک هستند بیشتر تحت پوشش قرار بدهیم. مثلاً الان بیمه‌های مکمل افراد بالای ۷۰ سال را تحت پوشش قرار نمی‌دهند، در صورتی که افراد بالای ۷۰ سال به بیمه مکمل نیاز دارند که هزینه‌هایش بالاست. حالا با یک قیمت بالاتر و مناسب تر باید این ریسک‌ها را share کنیم. این اشتباه است.»

تم ۳: تقویت و ایجاد بازار رقابتی

«بیمه معنیش اینه که کاهش ریسک می‌دهد. ما الان به معنای واقعی روی این مورد کار نکردیم. برعکس وقتی می‌خواهیم کسی رو بیمه کنیم، اول آزمایشش می‌کنیم که بیماری نداشته باشد، بعد بیمه‌اش می‌کنیم یا بدونم جوان است بعد بیمه‌اش کنم. این فقط تجاری کاری است.»

«ما باید روشی درست کنیم تا گروه‌هایی رو که های‌ریسک هستند بیشتر تحت پوشش قرار بدهیم. مثلاً الان بیمه مکمل افراد بالای ۷۰ سال را تحت پوشش قرار نمی‌دهد، در صورتی که افراد بالای ۷۰ سال به بیمه مکمل نیاز دارند که هزینه‌هایش بالاست. حالا با یک قیمت بالاتر و مناسب تر باید این ریسک‌ها را share کنیم. این اشتباه است.»

اولویت‌بندی خدمات

«مثلاً priority setting اولویت‌بندی خدمات. مثلاً به بیمه‌های تکمیلی پیشنهاد بدی از priority setting روش‌های اولویت‌بندی خدمات استفاده کنید. حالا اینکه این priority setting چطور انجام بشه شما باید تعیین کنید. اینکه چه روش‌هایی برای اولویت‌بندی خدمات ایجاد کنیم. مثلاً در priority setting، شما می‌گید این ۴ معیار رو پیشنهاد می‌دم که باید به این شکل استفاده بشه، به یک الگوریتم برسیم.»

پوشش محدود خدمات بیمه مکمل

«یکی از چالش‌های اصلی شرکت‌های بیمه این است که چون بیمه‌های شرکت‌های بیمه، بیمه‌های یک‌ساله است ممکن اون بیمه‌گذار تمدید نکنه و چون حق بیمه‌اش رو هم یک ساله دریافت می‌کند در این چالش‌های اقتصادی به مشکل برخورد می‌کنه. دوم اینکه بیمه‌ها خودشون تحت نظارت بیمه مرکزی هستند و در چارچوب آیین‌نامه مصوب شورای عالی بیمه کار می‌کنن.»

عمیق نبودن بسته خدمات بیمه مکمل

«چون خدمات جدیدی وارد سلامت شد و کسی نبود پوشش دهد مجبور بودند مدام بسته بیمه پایه را باز کنند و بزرگش کنند و خدمات را وارد بیمه پایه کنند. در نتیجه یک بیمه پایه به وسعت دنیا و به عمق یک بند انگشت ایجاد کردیم و این باعث شد از اعمال حیاتی و اعمال لوکس و اعمال یک کم پایین‌تر از اعمال حیاتی نتوانستیم در بیمه پایه اختلاف بگذاریم و همه را

«به خاطر تغییراتی که در ایران انجام شده ما در نظام ارائه خدمت مشکل داریم. در بسته خدمات پایه یک رویه ثابت در ارائه خدمت نداریم. چند رویه داریم. یک جا بخش دولتی داریم، یک جا نهاد عمومی داریم، یک جا بخش خصوصی داریم و اینها به خوبی از هم تفکیک نشدند. اسماً تفکیک شده‌اند اما در خدمت نه.»

تم ۴: تدوین استاندارد استفاده از خدمات و گایدلاین‌های درمانی

براساس تحلیل نظرات صاحب‌نظران، یکی دیگر از ابعاد الگوی بیمه مکمل درمان در ایران، موضوع تدوین استاندارد استفاده از خدمات و گایدلاین‌های درمانی است. این تم در مجموع از ۶ مولفه یا کد مفهومی تشکیل شده است.

تفکیک نشدن بخش خصوصی و دولتی در ارائه خدمت
«به خاطر تغییراتی که در ایران انجام شده ما در نظام ارائه خدمت مشکل داریم. در بسته خدمات پایه یک رویه ثابت در ارائه خدمت نداریم. چندتا رویه داریم. یک جا بخش دولتی داریم، یک جا نهاد عمومی داریم، یک جا بخش خصوصی داریم و اینها به خوبی از هم تفکیک نشدند. اسماً تفکیک شده‌اند اما در خدمت نه.»

فقدان معیار برای انتخاب در خدمات بیمه‌های مکمل

«بیمه‌های پایه ما خیلی هیئتی بسته شده و هرکسی هرچه داشته پوشش می‌داده آورده وسط و گفته این بسته بیمه پایه که در سال ۸۶ این رخ داده. در سال ۹۸ بسته جدید بیمه پایه رو رونمایی کردیم و اتفاقات میان ۸۶ تا ۹۸ رو هم در کتابی ارائه دادیم که بسته بیمه پایه جدیدمون هست. این مجموعه خدماتی که الان در بیمه‌های پایه هست، با این شاخص‌ها تدوین نشده اما قاعدتاً چندتا شاخص مهم داریم در بسته بیمه پایه.»

اجرای سطح‌بندی خدمات

«درمورد شرایط فعلی هم، فقط می‌تونم بگم بیمه تکمیلی آن چیزی رو پوشش می‌ده که بیمه پایه پوشش نمی‌ده که البته این هم در استان‌های مختلف و در شرایط مختلف، متفاوت هست و این درست نیست. برای مثال امسال بودجه دولت کم می‌شه، بودجه بیمه سلامت کم می‌شه، از خودشون اجتهاد می‌کنن که بیمارستان چشم‌پزشکی نور، شما حق ندارید بیشتر از هزار خدمت تو طول روز ارائه بدید. خب بقیه نمی‌خوان چشمشون رو عمل کنند.»

براساس تحلیل نظرات صاحب‌نظران، یکی دیگر از ابعاد الگوی بیمه مکمل درمان در ایران، موضوع تقویت و ایجاد بازار رقابتی برای بیمه مکمل است. این تم در مجموع از ۵ مولفه یا کد مفهومی تشکیل شده است.

نگاه تجاری به بیمه‌های مکمل

«دلیلش را که می‌پرسیم می‌گویند قصد داریم بسته‌ای که به مشتری می‌فروشیم کامل باشد. در کنارش بیمه عمر، ماشین و حوادث و غیره هم می‌فروشیم. در واقع برای جور شدن جنسش وارد درمان می‌شود. بنابراین بر روی سیاست بیمه تکمیلی تأثیر می‌گذارد.»

نظارت واحد بیمه‌های پایه و مکمل

«حالا چرا بیمه‌های تکمیلی روی بیمه پایه سوار می‌شوند؟ چون کانتکستش برای اونها مدیریت کردنش راحت‌تر است. چون اطلاعات رو بیمه‌های پایه دارند و خدمات را رصد می‌کنند و بررسی می‌کنند و بیمه مکمل خیالش راحت می‌شود که اگر خدمتی را پوشش می‌دهم، نظارت‌های قبلی را بیمه پایه انجام داده‌اند. به خاطر همین سوار می‌شن روی بیمه پایه.»

اختیاری بودن بیمه مکمل

«در کشور، من می‌آیم بیمه پایه‌ای با عنوان بیمه تأمین اجتماعی و بیمه سلامت راه می‌اندازم و می‌گویم می‌خوام احاد جمعیت را تحت پوشش بیمه همگانی قرار دهم. خب ماهیت اجباری هم دارد، حداقل در تأمین اجتماعی. یعنی وقتی فرد بیمه می‌شود، خود به خود درمان پایه را هم دارد می‌خرد و داره پول بابت اون بیمه پایه می‌دهد. پس دیگر نباید دغدغه بیمه مکمل را برای عمل آپاندیسیت داشته باشد. چون این عمل آپاندیسیت است و فرقی نمی‌کند در بیمارستان خصوصی انجام شود یا در دولتی.»

تفکیک بیمه پایه و مکمل

«باید یک بیمه پایه و بیمه تکمیلی رواز هم جدا کرد و سرانه‌شان را منطقی‌تر کرد و به هیچ عنوان بیمه تکمیلی حق ندارند پک بیمه پایه را سرویس دهند. باید برای بیمه‌های تکمیلی حیطه فعالیت آنها را مشخص کنیم و باید بیمه تکمیلی مجزا باشند تا بتوانیم از این همه پولی که داریم خرج می‌کنیم (یعنی بیمه پایه، بیمه‌شدگان و بیمه تکمیلی) بیشترین efficiency و بهره‌وری را داشته باشیم.»

ضعف بیمه پایه

فقدان دستورالعمل تعریف شده برای خدمات

«وقتی می‌گوییم مریض اورژانس، یک بیمار اسهال و استفراغ هم خودش را مریض اورژانس می‌داند. زنگ می‌زند، سوار آمبولانس می‌شود و می‌آید اورژانس. کسی هم که کمردرد دارد خودش را اورژانس می‌داند. اینه که اینها تعریف شده نیست.»

طراحی دستورالعمل نظارت بر خدمات

«ببینید، هزینه‌های آمبولانس را اورژانس کشور داره پوشش می‌دهد. چرا بیمه‌ها نمی‌توانند وارد هزینه‌های آمبولانس شوند؟ چون متر کردن آن و نظارت کردن این برایشان سخت است. چون در کشوری که آمبولانس رایگان است، طرف برای بیماری ساده‌اش هم زنگ می‌زند اورژانس که مثلاً من کمردرد دارم آمبولانس باید بیاید و من را ببرد بیمارستان. اما در کشور دیگری می‌گوید اگر من آمدم و دیدم که اورژانس نبودید، باید شارژتان کنم و دیگه برای هر اتفاقی زنگ به آمبولانس نمی‌زنه. خب حاضریم بیمارهایمان که مورد نیاز آمبولانس باشند تحت بیمه تکمیلی یا پایه قرار بگیرند، چرا نمی‌توانند؟ چون قابل متر کردن نیست.»

پوشش ندادن خدمات پیشگیرانه

«در دنیا بیمه مکمل، مازاد بر بیمه پایه را پوشش می‌دهد. مثلاً دندانپزشکی را پوشش می‌دهد یا اتاق لوکس و لاکچری رو پوشش می‌دهد. بیمه مکمل اون چیزی رو پوشش می‌ده که بیمه پایه پوشش نمی‌ده و خدماتی را پوشش می‌دهد که شما نمی‌دهید.»

تم ۵: توسعه بیمه‌های مکمل درمانی

براساس تحلیل نظرات صاحب‌نظران، یکی دیگر از ابعاد الگوی بیمه مکمل درمان در ایران، موضوع توسعه بیمه‌های مکمل درمانی است. این تم در مجموع از ۱۷ مولفه یا کد مفهومی تشکیل شده است.

بحث

براساس تحلیل نظرات صاحب‌نظران و خبرگان، ابعاد بسته‌های بیمه مکمل درمان در ایران شامل ۵ بعد اصلی بود که عبارت بودند از قوانین و مقررات، پوشش خدمات، تقویت و ایجاد بازار رقابتی، تدوین استاندارد استفاده از خدمات و گایدلاین‌های درمانی، توسعه بیمه‌های مکمل. براساس مطالعه مقدسی و همکاران (۱۳۹۰)

بزرگ‌ترین چالش نظام بیمه درمانی کشور، غلبه بر مشکلات موجود بر سر راه یکپارچه‌سازی بیمه‌های درمانی در کشور است که این مشکلات را می‌توان در ابعاد سیاست‌گذاری، قوانین و مقررات، ساختار سازمانی و تامین منابع مالی دسته‌بندی کرد [۱۱]. بر این اساس ایجاد نظام هماهنگ اطلاعات بزرگ‌ترین زیرساختی است که به منظور یکپارچه‌سازی بیمه‌های درمانی در کشور و به منظور اصلاح نظام بیمه درمانی ایران باید انجام شود. می‌توان گفت که راه‌اندازی و ایجاد سیستم و پایگاه اطلاعاتی یکپارچه که می‌تواند بسیاری از مشکلات سازمان‌های بیمه را برطرف کند، به عنوان زیرساخت اساسی برای توسعه بیمه‌های تکمیلی باید مدنظر باشد. یافته‌های پژوهش ما نیز در بعد قوانین و مقررات و همچنین پوشش خدمات در راستای این تحقیق بوده است. پژوهش حاضر به دلیل توجه به ابعاد و مولفه‌های تدوین بسته بیمه خدمات درمانی مکمل در ایران با پژوهش‌های کاوسی و همکاران (۱۳۹۷) [۱۲]، محمدی و همکاران (۱۳۹۴) [۱۳]، بابایی تیرکلاهی (۱۳۹۴) [۱۴]، مقدسی و همکاران (۱۳۹۰) [۱۱]، بوون (۲۰۱۸) [۱۵]، بوون (۲۰۱۴) [۱۶] و سخری و همکاران (۲۰۰۵) [۱۷] همسو است و نتایج آنها را تایید می‌کند.

پژوهش بوون (۲۰۱۸) در زمینه دسترسی به مراقبت‌های درمانی و نقش هزینه اثربخشی بیمه پایه در مقایسه با بیمه تکمیلی نشان داد که باید ارزیابی دقیقی صورت گیرد که چه درمان‌هایی باید توسط بیمه پایه و توسط بیمه خصوصی داوطلبانه پوشش داده شود. معیارهای پیشنهادی در این مطالعه در کنار مقرون به صرفه بودن، در نظر گرفتن شیوع و پوشش درمان‌هایی با عوامل خطر بالا برای افراد درآمد کم بوده است. نتایج یافته‌های این مطالعه نشان داد که ۱۷ مولفه برای بعد توسعه بیمه مکمل درمان در ایران توسط خبرگان پیشنهاد شده است که عبارت بودند از دسترسی بیشتر به خدمات، نیاز به تکنولوژی به روز، ضرورت و حیاتی بودن خدمت، گران بودن خدمات، شرایط بومی و محلی، اولویت سیاسی، کارایی، شاخص عدالت، تقاضای مردم، هزینه اثربخشی، نیاز به خدمت، ملاحظات اخلاقی، شدت بیماری، تاثیر بر سلامت جامعه، ارزش نسبی خدمات، معیار سیاسی اجتماعی و ارتقای کیفیت خدمات پایه. در مطالعه بوون (۲۰۱۴) [۱۶] که خطر اخلاقی و انتخاب

همگانی سلامت باشد. بر این اساس سرمایه‌گذاری‌ها از سوی بخش خصوصی و دولتی در ترویج و توسعه بیمه‌های مکمل درمان و همچنین ایجاد بسته جامع خدمات بیمه مکمل درمان با معیارهای شناسایی شده در این مطالعه در بخش سلامت و اقتصاد سلامت نیاز است.

تأییدیه اخلاقی: مصاحبه‌ها صرفاً پس از ارائه معرفی‌نامه رسمی و کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان انجام شد. پژوهش حاضر مورد تأیید دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز قرار گرفته است.

تضاد منافع: نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تضادی در منافع اعلام نکرده‌اند. **سهم نویسندگان:** شادی حاجی‌خانی: انجام مصاحبه‌ها، تحلیل مصاحبه‌ها، نگارش مقاله و ویرایش مقاله (۳۰ درصد)؛ سمیه حسام: طراحی مطالعه، هماهنگی خبرگان و ویرایش مقاله (۳۰ درصد)؛ ایوان مسعودی اصل: طراحی مطالعه و هماهنگی خبرگان (۲۰ درصد)؛ علی ماهر: طراحی مطالعه و طراحی سوالات مصاحبه (۲۰ درصد).

منابع مالی: پژوهش حاضر مورد حمایت مالی سازمان یا ارگانی قرار نگرفته است.

References

- Smith JC, Medalia C. Health insurance coverage in the United States: 2013. Washington, DC: US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, Bureau of the Census; 2014 Sep.
- Cohen RA, Terlizzi EP, Cha AE, Martinez ME. Health insurance coverage: early release of estimates from the National Health Interview Survey, January–June 2020. doi: 10.15620/cdc.110854
- Crim RB. Exploring Health Insurance Coverage and How it is Affecting Patients and Providers. [Honors Thesis]. USA: University of Mississippi, 2021.
- Mahmoodi V, Shahhosseini M. Compilation of the developmental pattern of supplementary insurance of group therapy. Strategic Management Studies. 2005;5(19):145-76.
- Grunow M, Nuscheler R. Public and private health insurance in Germany: the ignored risk selection problem. Health Econ. 2014;23(6):670-87. doi: 10.1002/hec.2942.
- Greß S. Private health insurance in Germany: consequences of a dual system. Healthcare Policy. 2007;3(2):29-37. doi: 10.12927/hcpol.2007.19389.
- Le Bihan B, Martin C. Reforming Long-term Care Policy in France: Private–Public Complementarities. Social Policy & Administration. 2010;44(4):392-410. doi: 10.1111/j.1467-9515.2010.00720.x
- Shororzi M, Khalili M, Soleimani H, Foroootan O. Relationship between corporate governance and company performance based on fuzzy regression. Financial Accounting and Audit Research. 2015;7(25):127-45. [Persian]

نامطلوب بیمه پایه را در مقایسه با بیمه تکمیلی مورد بررسی قرار داد، نتایج حاکی از آن بود که دولت باید توسط بیمه پایه جهانی، درمان بیماری‌هایی را که با مشکلات شدید انتخاب معکوس مواجه است، پوشش دهد. درمان‌هایی که توسط بیمه‌های پایه پوشش نمی‌شود، می‌توانند در بازار بیمه تکمیلی خصوصی پوشش داده شوند. به طور شگفت‌انگیزی، هزینه اثربخشی درمان بر اولویت آن تأثیری نمی‌گذارد، زیرا بیمه پایه آن را پوشش می‌دهد. یافته‌های این پژوهش نیز تأیید معیارها و توسعه بیمه‌های مکمل درمان در ایران بوده است.

شواهد نشان می‌دهد که در سایر نظام‌های سلامت در دنیا با هر نوع ساختار و الگوی بیمه‌ای پایه و مکمل درمان به نوعی این ابعاد پنج‌گانه و مولفه‌های مستخرج در مطالعه کیفی ما وجود دارد. مطالعه سخری و همکاران (۲۰۰۵) [۱۷] در بررسی بیمه سلامت خصوصی در کشورهای در حال توسعه در ۷ کشور شامل برزیل، شیلی، نامیبیا، آفریقای جنوبی، ایالات متحده، اروگوئه و زیمبابوه نشان داد که نقش بیمه‌های تکمیلی به هیچ‌یک از مناطق خاص یا سطح درآمد ملی وابسته نیست. با وجود اینکه بیمه تکمیلی سلامت در کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط نقش مهمی ایفا می‌کند، اما پژوهشگران و سیاست‌گذاران تمرکز کافی بر این موضوع ندارند و معیارهای ناقصی برای بیمه‌های مکمل درمان در این کشورها وجود دارد. همچنین پژوهشگران در این مطالعه نشان دادند که بیمه خصوصی سلامت به کشورهای مورد مطالعه این امکان را می‌دهد که مکانیزم‌ها، مؤسسات و ظرفیت‌های لازم برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت را توسعه دهند.

نتیجه‌گیری

دستیابی به پوشش همگانی سلامت یکی از اهداف کلیدی برنامه توسعه پایدار تا سال ۲۰۳۰ است. پوشش همگانی سلامت به معنای پوشش رایگان برای تمام مداخلات سلامت ممکن نیست. بیمه‌های مکمل می‌توانند با اتخاذ رویکرد مناسب با هزینه اثربخشی مناسبی امکان دسترسی به خدمات سلامت و پوشش بیشتر برای مردم را فراهم آورند. هیچ کشوری نمی‌تواند تمام خدمات را به صورت رایگان و به طور پایدار ارائه دهد. همچنین توجه به ابعاد و مولفه‌های بیمه مکمل درمان در ایران می‌تواند گام مهمی برای دستیابی به پوشش

- [Persian]
13. Mohammadi B, Goudarzi R, Amiresmaili M, Barouni M. Willingness to pay for complementary health insurance in Iran: Contingent valuation approach. *The International Journal of Health Planning and Management*. 2022;37(3):1816-26. [Persian] doi: [10.1002/hpm.3435](https://doi.org/10.1002/hpm.3435).
 14. Babai Tirklaee O. Investigating the factors affecting the demand for supplementary medical insurance (case study: Iran insurance supervision, Mazandaran province). The second international management science symposium focusing on sustainable development. Tehran: Mehr Arvand Institute of Higher Education, Center for Sustainable Development Solutions, 2014. [Persian]
 9. Liu T, Chen C. An analysis of private health insurance purchasing decisions with national health insurance in Taiwan. *Soc Sci Med*. 2002;55(5):755-74. doi: [10.1016/S0277-9536\(01\)00201-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00201-5).
 10. Abbasi E, Taghi Abadi M. The effect of economic factors on the demand for supplementary treatment insurance. *Insurance Journal*. 2011;26(4):57-80.
 11. Moghaddasi H, Hosseini A, Asadi F, Esmacili M. Problems of health insurance systems and the need for implementation of a reform approach. *Journal of Health Administration*. 2011;14(44):71-80. [Persian]
 12. Kavosi M, Tabibi SJ, Mahmoudi Majdabadi Farahani M, Hajinabi K. Factors affecting organizations affiliated to Iran's supportive health insurance system. *Iran J Health Insur*. 2019;1(4):165-72.