

بیمه درمان مکمل



کتاب آموزشی HIAA

دکتر حسین زارع



سازمان بیمه خدمات درمانی

زارع، حسین، ۱۳۵۲ -

بیمه درمان مکمل / ترجمه و تدوین حسین زارع. - تهران: سازمان بیمه خدمات درمانی: شرکت انتشارات علمی و فرهنگی، ۱۳۸۴.

۲۸۵ ص: جدول.

ISBN 964-8952-08-6

فهرست نویسی براساس اطلاعات فیبا.
واژه نامه.

کتابنامه: ص. [۲۷۱-۲۷۳]

۱. بیمه درمانی. ۲. بیمه تکمیلی. الف. سازمان بیمه خدمات درمانی. ب. شرکت انتشارات علمی و فرهنگی. ج. عنوان.

۳۶۸/۳۸۲

HD ۷۱۰۱ / ۳۸۲

۸۴-۲۶۲۷۰م

کتابخانه ملی ایران

بیمه درمان مکمل

ترجمه و تدوین: دکتر حسین زارع

چاپ اول: تابستان ۱۳۸۴؛ شمارگان: ۲۲۰۰ نسخه

حروفچینی و آماده سازی: شرکت انتشارات علمی و فرهنگی

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: شرکت چاپ و نشر علمی و فرهنگی کتیبه

حق چاپ محفوظ است.



سازمان بیمه خدمات درمانی

با همکاری شرکت انتشارات علمی و فرهنگی

نشانی: تهران، خیابان دکتر علی شریعتی، بالاتر از خیابان شهید وحید دستجردی (ظفر)، خیابان شهید برادران علی پورمشکاتی، شماره ۵۷، سازمان بیمه خدمات درمانی، اداره کل مطالعات و پژوهش، صندوق پستی:

۴۴۱۴-۱۹۳۹۵ تلفن: ۲۲۸۵۶۵۷۵ - ۲۷-۲۲۸۵۸۷۲۱ www.msfo.org.ir

○ شرکت انتشارات علمی و فرهنگی: تهران، خیابان افریقا، چهارراه شهید حقانی (جهان کودک)، کوچه کمان،

شماره ۴. کدپستی ۱۵۱۸۷۳۶۳۱۳؛ صندوق پستی ۱۵۸۷۵۹۶۴۷؛ تلفن: ۸۸۷۷۴۵۶۹؛ فاکس: ۸۸۷۷۴۵۷۲

www.elmifarahangl.com

آدرس رایانه ای: info@elmifarahangl.com

دیباچه

بدون شک عبور از دوران گذار در جامعه رو به توسعه می‌بایستی واجد ابزار و ویژگی‌هایی باشد تا بتواند ضمن حفظ هویت و رفتار اصیل، کلیه فعالیتها و جهش‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را به سمت پیوندهایی جهانی رهنمون سازد.

در طول این مدار تقدیم برخی از اهداف اجتماعی ملموس و غیرقابل اجتناب می‌باشد که یکی از عوامل مؤثر را می‌توان توسعه پایدار و همه‌جانبه بیمه‌های درمانی و تأمین اجتماعی دانست که در حال حاضر محور اصلی بسیاری از فعالیتها در کشورهای در حال توسعه بوده، عاملی تأثیرگذار در روند اجتماعی کشورهای توسعه‌یافته تلقی می‌گردد.

همزمان با درک این مهم می‌بایستی الگوهای مناسبی را به جهت عملیاتی نمودن نظریات و مطالعات انجام یافته ارائه که قطعاً نه نسخه‌های صرفاً مبتنی بر نظریات علمی غرب می‌تواند پاسخگوی آن باشد و نه تجربیات خاص بومی عامل پیشرفت و رفع معضلات محسوب می‌گردد و بی‌شک در این رهگذر استفاده از دستاوردهای جهانی و تلفیق همزمان آن با تجربیات و استعدادهای بالقوه داخلی راهگشا خواهد بود.

کتاب پیش رو تحت عنوان «بیمه درمان مکمل» که با تلاش جناب آقای دکتر حسین زارع به رشته تحریر درآمده توانسته است بخشی از انتظارات منطقی و عملی مورد نظر

را در قالبهای گوناگون بیان داشته و حرکت مبارک و نویدبخشی را بمنظور درک مفاهیم و مقیاسها در حوزه بیمه درمان مکمل به عنوان عاملی اثربخش و آرامش آفرین ترسیم نماید. ضمن تشکر از مؤلف محترم کتاب، امید آن داریم که صاحب نظران ارجمند با ارائه پیشنهادات خود ما را در جهت تکمیل هر چه بهتر با هدف خدمت والایتر رهنمون خواهند نمود.

دکتر سید ابوالقاسم موسوی
معاون وزیر رفاه و تأمین اجتماعی
رئیس هیأت مدیره و مدیر عامل
سازمان بیمه خدمات درمانی

مقدمه

کتابی که در پیش رو دارید براساس مجموعه کتابهای آموزشی مؤسسه بیمه درمان ایالات متحده آمریکا است. رویکرد موجود در کتاب حاضر به گونه‌ای است که به صورت بسیار منظم خواننده را در فرآیند یادگیری همراهی می‌کند. اهداف عمده‌ای که در این کتاب دنبال می‌شود عبارتند از:

۱- ارائه ابزاری برای شرکت‌های بیمه‌ای به منظور ارائه خدمات کیفی و اثربخش به

مشتریان

۲- ارائه ابزاری برای توسعه نیروی انسانی در بخش سلامت

۳- ارتقای نقش بیمه‌های سلامت در هدایت مالی و مدیریت مراقبت‌های بهداشتی و

درمانی قابل ارائه به مشتریان

در کشورهای مختلف برای آموزش بیمه درمان و مباحث مربوط دوره‌هایی از قبیل دوره جامع اصول بیمه درمان، بیمه مراقبت‌های طولانی مدت، بیمه‌های درمانی، از کارافتادگی برنامه مراقبت‌های مدیریت شده، بیمه‌های درمانی مخارج پزشکی و بیمه‌های درمانی مکمل را در نظر گرفته‌اند.

در «کتاب بیمه درمان پایه» موارد ذکر شده در فوق مورد بررسی قرار گرفته و در کتاب حاضر اصول بیمه‌های درمان مکمل، با جزئیات موجود در هر برنامه به صورت آکادمیک و با هدف آموزش پرسنل شاغل در بخش سلامت، دانشجویان رشته‌های

مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، بیمه، اقتصاد بهداشت، پزشکان، پرستاران و بویژه کارشناسان ستادی حوزه سلامت نگاشته شده است.

توالی مطالب موجود به گونه‌ای تنظیم گردیده است که در ابتدا، هر برنامه معرفی شده بعد از آن دلایل بوجود آمدن و نیاز به این برنامه از منظر استفاده‌کنندگان ذکر گردیده و سپس به ترتیب مزایای برنامه، تعهدات تحت پوشش برنامه، جزئیات موجود در برنامه اجرایی و در نهایت قوانین و مقررات مرتبط با برنامه ذکر شده است.

ذکر واژه‌های کلیدی در پایان هر فصل به منظور مرور و یادآوری مطالب در ذهن خواننده و آرایه ابزاری برای درک آن چه که مطالعه شده در نظر گرفته شده است. هر چند تلاش بر تدوین آخرین ویرایش مطالب ذکر شده می‌باشد با این وجود در پایان کتاب منابعی برای مرور بیشتر مطالب ذکر گردیده است.

امید آن دارد که این نوشتار بتواند حداقل نیازهای علاقه‌مندان به مباحث بیمه‌ای درمان را برآورده سازد و گامی باشد برای تدوین اصول بیمه درمان آنچنان که شایسته است.

نویسندگان بخش‌های مختلف کتاب از افراد برجسته در امور بیمه درمان هستند که دارای سوابق علمی و مدیریتی ارزنده‌ای در این بخش می‌باشند. ذکر مختصری از شرح حال نویسندگان به منظور آشنایی بیشتر با سوابق علمی و عملی این افراد صورت گرفته است:

Carol Ashton Hergenhan

وی چندین پست مدیریتی را در اتحادیه دولتی بیمه‌های عمر داشته و در حال حاضر، مسئول ارتباطات اتحادیه بیمه درمان ایالات متحد آمریکا است. نامبرده بیش از ۱۵ سال عضو هیات مدیره بیمارستانهای خصوصی و بیمارستانهای روانی بوده است و در بخش مراقبتهای حاد و دیگر بخش‌های عمومی فعالیت داشته است.

John. A. Boni

وی بیش از ۲۱ سال سابقه نمایندگی فروش و بازاریابی بیمه‌های درمانی را برعهده

داشته است. در حال حاضر طراح بیمه‌نامه‌های فردی و گروهی در شرکت بیمه‌ای دو منظوره پزشکان در ایالت متحد آمریکا است.

Darcy Duesenberg

وی مشاور ارتباطات با مشتریان در Omaha می‌باشد. نامبرده ۸ سال سابقه کار در پست مشاوره ارتباطات با مشتریان در بخش بیمه‌ای Managed Care و برنامه داروهای تجویزی است و در حال حاضر مسئول هماهنگی بین برنامه‌های ۱۹ گانه PPO, HMO و برنامه جبران غرامت داروهای تجویزی است.

Karen L. Felming

وی مشاور و دبیر شرکت بیمه‌ای اتحادیه دولتی بیمه‌های عمر در ایالات متحد آمریکا است. نامبرده مشاور حقوقی تولیدات شرکت در بخش توسعه و بازاریابی است. او مسئولیت تجدید قوانین مربوط به تولید و بازاریابی و تکنیکهای فروش را بر عهده داشته است.

Amy Friedman

وی مشاوره در امور مربوط به مدیریت قواعد دارویی، اطلاعات دارویی و بیماری‌های ایالتی را به عهده دارد. نامبرده مسئولیتهایی مانند مدیریت اجرایی بیمارستان، تدریس و آموزش پزشکان به منظور تجویز بهینه دارو را نیز به عهده دارد.

Claire W. Yarborough

در حال حاضر قائم مقام کمیته بیمه درمان مکمل ایالات متحد آمریکا است. سایر نویسندگان بخش‌های مختلف کتاب دارای سوابق ارزنده، علمی و پژوهشی در بخش بیمه‌های درمانی می‌باشند.

امید آن دارم که این کتاب بتواند بخشی از نیازهای علاقمندان بخش سلامت را مرتفع سازد.

برخود لازم می‌دانم تا از زحمات و تلاش‌های صمیمانه جناب آقای دکتر سیدابوالقاسم موسوی معاون محترم وزیر رفاه و تأمین اجتماعی و مدیرعامل محترم سازمان بیمه خدمات درمانی، جناب آقای دکتر حمیدرضا صفی‌خانی عضو محترم هیأت مدیره سازمان بیمه خدمات درمانی، اعضای محترم شورای عالی مطالعات پژوهش سازمان بیمه خدمات درمانی و سایر همکاران محترم در سازمان بیمه خدمات درمانی تشکر و قدردانی نمایم. از زحمات صمیمانه سرکار خانم هاجر جمالی که ویرایش ادبی کتاب را تقبل فرمودند تشکر می‌کنم. همچنین از همکاران محترم انتشارات وزین علمی و فرهنگی بویژه جناب آقای میرطاهری و همکاران محترم واحد حروف‌چینی بویژه سرکار خانم بابائی و سایر دست‌اندرکاران تشکر و قدردانی می‌نمایم.

دکتر حسین زارع

بهار ۱۳۸۴

فهرست مطالب

دبیاچه	پنج
مقدمه	هفت
پیشگفتار	بیست و سه
مشارکت بیمه‌ای	بیست و هفت
محدودیت در سقف پرداخت مزایا	بیست و هفت
استثنائات	بیست و هفت
روشهای پوشش جمعیت در بیمه‌های درمان مکمل	بیست و هشت
سایر مبنایها	بیست و هشت
روش‌های وصول حق بیمه	۲۹
قوانین و مقررات	۲۹

فصل اول: بیمه‌های درمانی مکمل

معرفی اجمالی بیمه‌های درمانی مکمل	۳
مقدمه	۳
بازار بیمه درمانی مکمل	۴

۵	وسعت و دامنه بازار بیمه مکمل
۸	طبقه بندی تولیدات مکمل
۹	مزایای بیمه نامه های درمانی مکمل
۹	پوشش های مکمل مخارج پزشکی
۱۰	انواع بیمه های مکمل مخارج پزشکی
۱۰	گسترش سطح پوشش موسسات
۱۰	پر کردن شکاف
۱۱	پوشش خاص برای نیازهای کوتاه مدت
۱۲	نیاز به پوشش های مکمل مخارج پزشکی
۱۳	پوشش مکمل برای هزینه های مرتبط
۱۴	انواع پوشش های مکمل برای مخارج مربوط (مرتبط)
۱۵	پوشش های مکمل جایگزین درآمد
۱۸	پوشش مکمل بیمه ای برای مخارج مربوط (مرتبط)
۲۰	ویژگیهای بازار خریدار
۲۱	درآمد
۲۱	آموزش
۲۱	شغل
۲۲	ویژگی های تولیدات (بیمه نامه های) درمانی مکمل
۲۲	محدودیت ها
۲۳	شرایط قبلی
۲۴	حق بیمه ثابت
۲۴	پایین بودن حق بیمه
۲۵	قابل تجدید یا غیر قابل تجدید بودن بیمه نامه ها
۲۵	حق بیمه های مختلف
۲۶	مالکیت شخصی
۲۶	پرداخت مزایا بدون توجه به پوشش های دیگر
۲۶	مروری بر تولیدات مکمل
۲۷	بیمه های مکمل مدبکر
۲۸	بیمه جبران غرامت بیمارستانی

۲۹	بیمه مکمل بیماری‌های خاص
۳۱	بیمه‌های حوادث
۳۱	بیمه مخارج پزشکی ناشی از حوادث
۳۲	بیمه نامه‌های جبران غرامت بیمارستانی حوادث
۳۲	بیمه‌نامه‌های مربوط به مرگ و میر و یا نقص عضوهای تصادفی (AD&D)
۳۳	ناتوانی ناشی از حوادث
۳۳	حوادث مربوط به سفر
۳۳	بیمه‌نامه‌های مربوط به دهان و دندان
۳۴	برنامه‌های مرتبط
۳۴	برنامه‌های غیر مرتبط
۳۵	برنامه‌های تخصصی
۳۵	بیمه مربوط به داروهای تجویزی
۳۵	برنامه‌های جبرانی
۳۶	برنامه‌های خدمات
۳۶	بیمه مراقبت‌های بینایی
۳۷	مکمل تریکر
۳۷	خلاصه
۳۸	واژه‌های کلیدی
۳۹	فصل دوم: پوشش بیمه‌ای مکمل مدیکر
۴۱	مقدمه
۴۵	نیازهای مشتریان
۴۵	شکاف در پوشش
۴۶	مدیکر بخش الف
۴۶	مزایای بیمارستانی
۴۶	مدیکر بخش (ب)
۴۶	مزایای پزشکی
۴۹	استثنائات
۵۰	روش‌های توزیع

۵۱	نمایندگان / دلان
۵۱	انجمن ها
۵۱	کارفرمایان
۵۲	بازاریابی های عمده
۵۲	خدمات مشتریان
۵۲	مزایای برنامه های استاندارد مکمل مدیکر
۵۳	برنامه (A)
۵۵	برنامه B
۵۵	برنامه C
۵۵	برنامه D
۵۶	برنامه E
۵۷	برنامه F
۵۷	برنامه G
۵۸	برنامه H
۵۹	برنامه I
۵۹	برنامه J
۶۰	استثنائات و محدودیت ها
۶۱	مدیکر همراه با حق انتخاب
۶۳	مدیکر و سازمانهای حفظ سلامت (HMO)
۶۵	طرح های بیمه ای مبتنی بر ریسک و هزینه
۶۵	HMO و ثبت نام
۶۶	نحوه ثبت نام مدیکر
۶۸	تعهدات
۶۹	تعهدات بیمه ای تضمینی
۶۹	تعهدات بیمه ای انتخابی
۷۰	وجود سابقه قلبی بیماری
۷۰	نرخ گذاری بیمه نامه ها
۷۱	حق بیمه براساس سن فعلی
۷۱	مبلغ حق بیمه براساس سن فرد (بصورت انفرادی) در یک سال تقویمی

۷۱	مبلغ حق بیمه براساس گروههای سنی در یک سال تقویمی
۷۲	حق بیمه براساس سن بطور عام
۷۲	محاسبه حق بیمه بدون توجه به سن
۷۲	افزایش حق بیمه ها
۷۳	تخفیف ها
۷۳	تخفیف به زوج ها
۷۴	تخفیف به غیرسیگاری ها
۷۴	تخفیف مشروط سالانه
۷۴	تخفیف (گروهی)
۷۴	آیین نامه ها (قوانین)
۷۵	برنامه های استانداردسازی بیمه های مکمل مدیکر
۷۵	ثبت نام آزاد
۷۸	مجوز بیمه های مدیکر همراه با حق انتخاب
۷۸	حداقل ضرر متعارف و استرداد حق بیمه ها
۷۸	حق کمیسیون
۷۹	الزام به بازگو کردن کلیه اطلاعات
۸۰	استانداردهایی برای بازاریابی
۸۰	ممنوعیت در مقابل شرایط قبلی برای تعویض بیمه نامه ها
۸۱	خلاصه
۸۲	واژه های کلیدی:

فصل سوم: پوشش بیمه ای جبران هزینه های ۸۳

۸۳	بیمارستانی
۸۵	مقدمه
۸۶	شکاف در برنامه های بیمه های درمانی
۸۷	کسورات
۸۸	مشارکت بیمه ای
۸۸	پرداخت مشترک
۸۹	ماکزیمم هزینه های پیش بینی نشده

۸۹	محدودیت هزینه‌های داخلی
۹۰	هزینه‌های مطالبه شده از طرف مشتریان (بیمه‌شدگان)
۹۱	هزینه‌های مربوط
۹۳	روش‌های توزیع
۹۳	نماینده‌گی‌های بیمه‌ای و دلالتان
۹۳	بازاریابی عمده
۹۴	گسترش بازار و فروش
۹۴	بازارهای عمده تأیید شده
۹۵	خدمات مشتریان
۹۶	خدمات خودکار
۹۶	پرداخت حق بیمه
۹۶	مزایا
۹۷	مزایای بستری روزانه
۹۸	دوره مزایا
۹۸	مراقبت‌های ویژه
۹۹	سکته قلبی
۹۹	مزایای انتخابی
۹۹	پروسیجرهای درمان سرپایی
۹۹	موقعیت‌های جراحی
۱۰۰	زمان بهبودی
۱۰۰	مرگ تصادفی
۱۰۰	تامین بیمه‌نامه
۱۰۱	اختلالات اعصاب و روان
۱۰۱	مزایای زایمان
۱۰۲	استثنائات بیمه‌نامه‌ها
۱۰۳	تعهدات
۱۰۴	دسته بندی حق بیمه
۱۰۴	مخارج
۱۰۵	انتخاب معکوس

شرکتهای بیمه‌ای و انتخاب معکوس.....	۱۰۵
توزیع سنی و جنسی.....	۱۰۶
قوانین و مقررات.....	۱۰۶
قوانین فدرال.....	۱۰۶
قانون اصلاح و تعدیل بودجه - ۱۹۹۰ (OBRA - ۹۰).....	۱۰۶
قانون قابلیت تبادل و اعتبار بیمه‌نامه‌های درمانی ۱۹۹۶ (HIPAA).....	۱۰۷
دیگر قوانین فدرال.....	۱۰۷
مقررات ایالتی.....	۱۰۷
حداقل استانداردها.....	۱۰۸
میزان استانداردهای قابل بررسی.....	۱۰۸
خلاصه.....	۱۰۹
واژه‌های کلیدی:.....	۱۰۹
فصل چهارم: پوشش بیمه‌ای بیماری‌های خاص.....	۱۱۱
مقدمه.....	۱۱۳
نیازهای مشتریان.....	۱۱۴
شکاف در طرحهای بیمه جامع پزشکی.....	۱۱۴
کسورات اولیه یا فرانشیز خدمتی قبل از دریافت خدمت.....	۱۱۵
بیمه مشارکتی و پرداخت مشترک.....	۱۱۵
محدودیت‌های مزایای داخلی.....	۱۱۶
استثنائات و محدودیتها.....	۱۱۶
هزینه‌های متفرقه.....	۱۱۷
هزینه‌های مسافرت.....	۱۱۷
هزینه‌های مسکن.....	۱۱۷
هزینه‌های مربوط به مواد خوراکی و رژیم‌های غذایی ویژه.....	۱۱۸
هزینه‌های مربوط به مراقبت از کودکان.....	۱۱۸
از دست دادن درآمد.....	۱۱۸
سایر هزینه‌های شخصی.....	۱۱۹
راههای توزیع.....	۱۱۹

۱۲۰	ارایه در کارگاهها
۱۲۰	اتحادیه‌ها و انجمن‌های صنفی
۱۲۰	درخواست‌های مستقیم
۱۲۰	نمایندگان
۱۲۱	بازاریابی عمده
۱۲۱	خدمات مشتریان
۱۲۲	مزایا
۱۲۲	مزایای سلامتی
۱۲۴	مزایای مربوط به حوادث پزشکی
۱۲۴	مزایای بستری
۱۲۴	پروسیجرهای جراحی
۱۲۴	درمان‌های غیر جراحی
۱۲۵	مراقبت‌های طولانی مدت
۱۲۵	مزایای تشخیصی
۱۲۵	پرداخت مزایا قبل از اقدام به درمان
۱۲۶	پرداخت‌های تصاعدی
۱۲۶	پرداخت مزایای مربوط به مرگ به بازماندگان بیمه‌شده
۱۲۶	استثنائات و محدودیتها
۱۲۶	محدودیت‌های مربوط به دوره انتظار / شرایط قبلی
۱۲۷	تعهدات
۱۲۸	دسته‌بندی حق بیمه
۱۲۹	قوانین و مقررات
۱۲۹	قوانین فدرال
۱۲۹	قانون اصلاح و تعدیل بودجه آمریکا ۱۹۹۰ (OBRA-90)
۱۳۰	قانون قابلیت انتقال و پاسخگویی بیمه درمانی ۱۹۹۶ (HIPAA)
۱۳۰	دیگرقوانین دولت فدرال
۱۳۱	قوانین ایالتی
۱۳۱	قانون لزوم وجود حداقل استانداردهای NAIC و اجرای آیین‌نامه
۱۳۳	راهنمایی‌های NAIC

۱۳۴	بازاریابی برای کارفرمایان کوچک
۱۳۵	فروش محدودیت‌ها
۱۳۵	ایالت نیوژرسی
۱۳۵	ایالت ماساچوست
۱۳۶	خلاصه
۱۳۶	ضمیمه فصل ۴:
۱۳۷	واژه‌های کلیدی:

فصل پنجم: پوشش بیمه‌ای تصادفات و نقص عضو..... ۱۳۹

۱۴۱	مقدمه
۱۴۳	آنچه در این بخش بررسی می‌شود:
۱۴۳	نیازهای مشتریان
۱۴۴	محبوبیت بیمه مکمل مخارج پزشکی
۱۴۴	مخارج پزشکی سوانح
۱۴۵	کسورات و دوره حذف مزایا یا دوره انتظار
۱۴۵	افراد تحت تکفل
۱۴۵	بیمه‌نامه‌های مخارج مشترک بستری و پزشکی
۱۴۶	بیمه‌نامه‌های مخارج پزشکی سوانح
۱۴۶	بیمه‌نامه‌های پرداخت غرامت بیمارستانی سوانح
۱۴۷	بیمه‌نامه‌های جامع حوادث یا ۲۴ ساعته
۱۴۷	بیمه‌نامه‌های حوادث دانش آموزی / ورزشی
۱۴۷	نقش حوادث در شغل یا از دست دادن شغل
۱۴۷	حوادث هنگام مسافرت
۱۴۸	برنامه‌های بیمه‌ای مربوط به ناتوانایی‌های مربوط به حوادث
۱۴۸	درآمد ماهانه هنگام بروز ناتوانی
۱۴۹	بیمه اعتباری ناتوانی
۱۴۹	سوانح مسافرتی
۱۵۰	وسائط نقلیه عمومی
۱۵۰	یک مسافرت / مسافرت‌های زیاد

دیگر مسافرت‌ها.....	۱۵۱
راههای توزیع.....	۱۵۲
نماینده‌گی‌ها.....	۱۵۲
بازاریابی‌های عمده.....	۱۵۲
مزایا.....	۱۵۲
بیمه‌نامه‌های مخارج پزشکی سوانح.....	۱۵۳
پوشش‌های بیمه‌ای پرداخت غرامت بیمارستانی سوانح.....	۱۵۳
مرگ و میر و قطع عضوهای تصادفی.....	۱۵۴
ماکزیمم مزایا.....	۱۵۴
از دست دادن زندگی.....	۱۵۵
از دست دادن یک یا چند عضو.....	۱۵۵
مواردی که طبق قانون پرداخت نمی‌شود (استثنائات).....	۱۵۵
نانوانی تصادفی.....	۱۵۶
درآمد ماهانه.....	۱۵۶
ماکزیمم مزایا.....	۱۵۶
پوشش بیمه‌ای مسافرت.....	۱۵۶
استثنائات و محدودیت‌ها.....	۱۵۷
تعهدات.....	۱۵۸
عدم پذیرش عضویت فرد.....	۱۵۹
کوتاه بودن فرم درخواست.....	۱۶۰
محدودیت ماکزیمم مزایا.....	۱۶۱
ورزشکاران / رویدادهای ورزشی.....	۱۶۱
دیگر متغیرهای مربوط به تعهدات.....	۱۶۲
دسته بندی حق بیمه.....	۱۶۲
تعیین حق بیمه بر اساس گروه‌های سنی.....	۱۶۳
تعیین حق بیمه براساس سن فعلی.....	۱۶۳
حق بیمه بر اساس متغیرهای جامعه.....	۱۶۴
پرداختهای یکجا.....	۱۶۴
قوانین و مقررات.....	۱۶۵

آئین نامه دولت فدرال	۱۶۵
قانون اصلاح و تعدیل بودجه سال ۱۹۹۰ (OBRA)	۱۶۵
دیگر قوانین فدرال	۱۶۵
آئین نامه های ایالتی	۱۶۶
شکل بیمه نامه ها	۱۶۶
تبلیغات	۱۶۶
خلاصه	۱۶۷
واژه های کلیدی	۱۶۸
فصل ششم: پوشش بیمه های دندان پزشکی	۱۶۹
مقدمه	۱۷۱
نیازمندیهای مشتریان	۱۷۲
پرداخت از جیب بیماران	۱۷۳
شکاف در پوشش گروه های قدیمی تحت پوشش	۱۷۴
هزینه های تحت پوشش	۱۷۴
مزایا	۱۷۴
برنامه های دندان	۱۷۴
۱- طرح کارانه	۱۷۵
۲- «سازمان هایی» ارائه دهنده ارجح	۱۷۵
۳- سازمان های ارائه دهنده انحصاری	۱۷۵
۴- سازمان حفظ سلامت	۱۷۵
برنامه تخفیف از طریق ارجاع	۱۷۶
برنامه داوطلبانه	۱۷۶
برنامه هایی ترکیبی و غیر ترکیبی	۱۷۶
برنامه های ترکیبی	۱۷۶
برنامه های غیر ترکیبی	۱۷۷
پروسیجرهای مشخص	۱۷۷
پوشش حوادث	۱۷۹
استثنائات و محدودیت ها	۱۷۹

۱۷۹	خدمات دندانانی
۱۸۰	بخش اول خدمات پیشگیری و تشخیصی
۱۸۰	بخش دوم خدمات پایه‌ای شامل:
۱۸۰	بخش سوم که پروسیجرهای ماژور شامل:
۱۸۰	بخش چهارم، ارتودنسی
۱۸۲	اقدامات تشخیصی
۱۸۲	آزمایشات
۱۸۲	فیلم دندانانی
۱۸۳	خدمات پیشگیری
۱۸۳	خدمات پروفیلاکسی (پیشگیری)
۱۸۴	درمان با فلوراید
۱۸۴	سیلتس
۱۸۴	نگهدارنده‌های فضا
۱۸۴	بازسازی
۱۸۵	پر کردن دندان
۱۸۵	آمالگام
۱۸۵	کامپوزیت
۱۸۵	بست‌گذاری
۱۸۶	قاب پایه دندانانی
۱۸۶	ناج‌گذاری
۱۸۷	پرستودنسی
۱۸۷	جراحی دهان
۱۸۸	کشیدن دندان
۱۸۸	برداشتن دندان با جراحی
۱۸۹	برداشتن داندان‌های محبوس
۱۸۹	پرودنسی
۱۹۰	اندوندنسی
۱۹۱	ارتودنسی
۱۹۱	درمان‌های پیشگیری

۱۹۲	اقدامات جلوگیری کننده
۱۹۲	اقدامات جامع
۱۹۳	محدودیتها
۱۹۳	ویژگیهای مراقبت‌های دندان‌پزشکی
۱۹۳	محدودیت‌های ویژه در برنامه‌های جدید
۱۹۵	محدودیت وجود شرایط قبلی
۱۹۵	نرخ‌بندی حق بیمه‌ها
۱۹۶	فاکتورهای موثر در تعیین حق بیمه
۱۹۶	خصوصیات فردی یا گروهی
۱۹۶	پوشش قبلی برنامه مراقبت‌های دندان‌پزشکی
۱۹۷	فاکتورهای دموگرافیکی (جمعیتی)
۱۹۷	سن
۱۹۷	جنس
۱۹۸	موقعیت جغرافیایی
۱۹۸	درآمد
۱۹۸	حرفه
۱۹۸	مقررات و آئین نامه‌ها
۱۹۹	قانون وزیران
۱۹۹	قوانین ایالتی
۱۹۹	قوانین ایالتی
۱۹۹	قابلیت جابجایی
۲۰۰	حساب پس‌انداز برای خدمات پزشکی
۲۰۰	خلاصه
۲۰۱	واژه‌های کلیدی

فصل هفتم: برنامه‌های تخصصی ۲۰۳

۲۰۵	مقدمه
۲۰۶	برنامه‌های مزایای محدود شده
۲۰۷	حذف از برنامه‌های مزایای محدود شده

۲۰۷	روش‌های توزیع
۲۰۷	انواع بیمه‌نامه‌ها
۲۰۸	سابقه تاریخی
۲۰۹	نیازهای مشتریان
۲۰۹	افراد و خانواده‌ها
۲۰۹	کارفرمایان
۲۱۰	راههای توزیع
۲۱۰	مزایا
۲۱۱	مشارکت در هزینه‌ها
۲۱۱	مشارکت بیمه‌ای
۲۱۱	کسورات سالیانه
۲۱۲	ماکزیمم مزایا
۲۱۲	تحت پوشش قرار دادن داروهای تجویزی
۲۱۲	داروهای Brad-Name
۲۱۳	داروهای ژنریک
۲۱۴	قانون معافیت تجویزی
۲۱۴	ماکزیمم هزینه قابل قبول
۲۱۴	استثنائات و محدودیت‌ها
۲۱۵	دستورالعمل‌ها
۲۱۶	انواع لیستهای دارویی
۲۱۶	فرم بسته
۲۱۶	برنامه مدیریت داروخانه‌ها
۲۱۷	مدیریت شبکه داروخانه
۲۱۷	استانداردهای داروخانه
۲۱۸	مکانیسم پرداخت به داروخانه
۲۱۸	فرآیند تقاضا بر روی شبکه
۲۱۹	خدمات داروخانه از طریق دستورات پستی
۲۲۰	کوشش‌هایی در جهت هزینه مدیریت و افزایش کارایی برنامه‌ها
۲۲۰	مدیریت بیماری‌ها از طرف ایالتها

۲۲۱	ارزیابی کیفی.....
۲۲۱	انگیزه‌های مالی برای پزشکان داروخانه‌ها.....
۲۲۲	تعهدات و حق بیمه‌ها.....
۲۲۲	تعهدات.....
۲۲۲	نرخ گذاری.....
۲۲۳	قوانین.....
۲۲۳	قوانین فدرال.....
۲۲۳	قانون داروهای تجویزی FDA.....
۲۲۳	قوانین ایالتی.....
۲۲۴	دستورات دارویی پستی و عدالت در خرده فروشی داروها.....
۲۲۴	الزامات قانونی مربوط به داروخانه‌ها.....
۲۲۵	مروری بر دیگر برنامه‌های تخصصی.....
۲۲۵	بیمه درمان بینایی.....
۲۲۶	پوشش بیمه‌ای بینائی.....
۲۲۶	پوشش بیمه‌ای مکمل TRICARE.....
۲۲۶	برنامه TRICARE.....
۲۲۷	شرایط عضویت.....
۲۲۸	خلاصه.....
۲۲۹	واژه‌های کلیدی.....
۲۳۱	فصل هشتم: بازار بیمه‌های درمانی مکمل
۲۳۳	مقدمه.....
۲۳۴	تغییرات بازار و محصولات.....
۲۳۴	مراقبت مدیریت شده.....
۲۳۵	مدیریت هزینه‌ها.....
۲۳۵	پوشش بیمه‌ای مکمل مدیر.....
۲۳۶	قوانین فدرال و ایالت‌ها.....
۲۳۶	جمع‌آوری اطلاعات.....
۲۳۷	توزیع.....

۲۳۸	عواملی برای موفقیت بیشتر در بازار
۲۴۰	خلاصه
۲۴۰	واژه‌های کلیدی
۲۴۱	شرح واژه‌ها و اصطلاحات
۲۷۱	فهرست منابع
۲۷۵	اصطلاحات و واژه‌ها
۲۸۳	Glossary

پیشگفتار

اصل بیمه بر فرآیند مشارکت استوار است. در دیدگاه مشارکت، هر کس باید در حد توان خود در جهت پیشبرد اهداف از قبل طراحی شده گام بردارد. در بخش سلامت و بدنبال آن صنعت بیمه سلامت هدف، فراهم کردن شرایطی برای زندگی با کیفیت بالاتر است. این که از نظر سازمان بهداشت جهانی معیارهای زندگی کیفی بر میزان سواد، مرگ و میر نوزادان و امید به زندگی قرار گرفته است تلفیقی از مشارکت فرهنگ جامعه و دیدگاههای فردی در جهت رسیدن به عمر طولانی است. بدیهی است که در این راستا، هر کس به نوبه خود و با توجه به مسوولیت فردی و اجتماعی در این جهت بر می دارد. اگر صنعت بیمه و بخصوص بیمه سلامتی را در راستای همان صنعت سلامت و به عنوان یکی از اجزای تکمیل کننده صنعت سلامت تلقی کنیم، به لزوم تقسیم بندی و به عبارتی بهتر، سطح بندی خدمات به معنای تفکیک سطوح خدمتی از بعد نیاز نه از دیدگاه ارائه کنندگان خدمت، معتقد خواهیم شد.

در سطح بندی خدمات بیمه‌ای، سطوحی بنام سطوح پایه وجود دارد. در این سطوح پایه با توجه به ۴ اصل برابری توزیع، مشارکت جامعه، هماهنگی بین بخشی و تکنولوژی مناسب، خدماتی قرار می‌گیرند که اولاً تمامی افراد جامعه را تحت پوشش قرار دهند. ثانیاً در این راه، مشارکت جامعه را نیز به همراه داشته باشند، در بیمه‌های پایه مشارکت جامعه بیشتر باید حول محور مصرف متمرکز شود و بیشتر بر الگوی درست

مصرف کردن و هماهنگی در اجرای بهتر بیمه استوار باشد تا مشارکت در هزینه. اما نکته اساسی این است که در اجرای این الگوی صحیح، الزاماتی نیز لازم است تا ضمانت اجرایی بهتری برای آن وجود داشته باشد.

ثالثاً همکاری و هماهنگی بین بخشی در صنعت بیمه‌های سلامت، جزء اصولی است که اگر وجود نداشته باشد کل سیستم سلامت را تأثیر خود قرار می‌دهد. اگر از بعد خردتر به موضوع همکاری درون بخشی و در واقع همکاری درون سازمانی نگاه کنیم، به جایگاه واقعی کارفرمایان و مستخدمین به عنوان همکاران درون سیستمی خواهیم رسید و در بعد وسیع‌تر، هماهنگی کارفرمایان و کارگران برون‌سازمانی یا بیمه‌شدگان بیرون سازمان در قالب نوعی همکاری بین بخشی از اهمیت بالایی برخوردار خواهد بود. اگر همکاری بین بخشی را در قالب مشارکت صنایع کشاورزی، صنعتی و دیگر صنایع و بخش‌ها تلقی کنیم از طریق همبستگی و مشارکت گروهی، تشکیل انجمن‌ها و گروه‌های بیمه‌ای مشارکت فرهنگی و هزینه‌ای در جهت تامین عدالت و فراهم نمودن خدمات آسان‌تر خواهد شد. در واقع فرآیند مشارکت برون سیستمی در قالب فرآیند همکاری بین بخشی عمل می‌کند. در این فرآیند اگر کل مجموعه را به عنوان یک سازمان تلقی کنیم آنگاه هر یک از صنایع دیگر به عنوان ریز مدیریت‌های سیستم به فعالیت خود ادامه خواهند داد و از این دیدگاه است که می‌توان با توجه به سطح بالای تخصص ریز مدیریت‌ها، از آنها، هم در فرآیند مشارکت، هم در بعد برابری در توزیع و استفاده از خدمات با تکنولوژی مناسب که به عنوان آخرین فلسفه در نظر گرفته شده است سود برد.

به عبارتی در طراحی و ایجاد بیمه‌های پایه باید به چهار اصل زیر توجه داشت:

- ۱- توزیع برابر و بسته به نیاز
- ۲- مشارکت جامعه
- ۳- همکاری بین بخشی
- ۴- تکنولوژی مناسب

خدمات تحت پوشش نیز بر اساس این چهار اصل تعریف می‌شوند؛ به عبارت دیگر

تعیین خدمات بیمه‌ای پایه در کشور با فرض چهار اصل فوق استوار خواهد بود. هر چه توانایی کشور و دولت به عنوان متولی سلامت جامعه کمتر باشد، باید انتظار داشت که چهار اصل ذکر شده محدوده کمتری را در بر بگیرد و هر چه توانایی دولت بیشتر باشد، این محدوده وسیع تر خواهد شد. به عبارتی دیگر توان مالی دولت در پرداخت هزینه‌های تامین سلامتی یکی از عوامل اصلی تعیین کننده طیف خدمات پایه بیمه درمان می‌باشد. ممکن است اینگونه تصور شود که نوع و عمق مداخله دولت در بخش بیمه درمان پایه چقدر است و چقدر باید باشد؟ سطح پوشش هزینه و خدمت در پوشش‌های بیمه‌ای درمان مکمل چیست؟ و اساسی‌تر آن که ساختار و شکل‌گیری نظام بیمه مکمل بر چه اصولی استوار است؟ مطالعه وضعیت بیمه‌های درمان مکمل در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که ساختار اصلی بیمه‌های مکمل به یکی از صور زیر شکل می‌گیرد:

- ۱- بیمه‌های درمان مکمل به عنوان تکمیل‌کننده خدمات پوشش بیمه درمان پایه
- ۲- بیمه‌های درمان مکمل به عنوان تکمیل‌کننده هزینه‌های پوشش بیمه درمان پایه
- ۳- بیمه‌های درمان مکمل بعنوان تکمیل کننده هزینه و خدمات (بصورت تلفیقی) پوشش بیمه درمان پایه

انواع بیمه‌های مکمل ذکر شده برای تامین یکی از موارد زیر بوجود آمده است:

- ۱- حذف و یک کم کردن شکاف خدمتی که در بیمه‌های پایه وجود دارد.
 - ۲- حذف و یا کم کردن شکاف هزینه‌ای که در بیمه‌های پایه وجود دارد.
- اگر بخواهیم تلفیقی بین دو مورد مذکور برقرار کنیم به این نتیجه می‌رسیم که شکاف خدمتی موجود در بیمه‌های پایه و در واقع شکافهایی که در دسترسی بیمه‌شدگان به خدمات وجود دارد، موجب می‌شود تا بیمه‌شدگان بعضی از خدمات را از بخش‌های دیگر تامین کنند و بیمه مکمل به عنوان پلی این شکاف خدمتی را پوشش داده است و این اصل ریشه شکل‌گیری نظام‌های بیمه‌ای تکمیل خدمتی است.
- مواردی مانند کسورات^۱، مشارکت بیمه‌ای^۲، استثنائات^۳، پرداخت مشترک^۴،

محدودیت در ثبت نام، پیش شرط استفاده از خدمات و مواردی از این قبیل نشان دهنده شکاف هزینه‌ای و خدمتی موجود در بیمه‌های درمانی پایه است و بطور کلی وجهه خدمتی و هزینه‌ای بیمه‌های درمانی مکمل را بیان می‌کنند، هر چند که خیلی از این واژه‌ها در صنعت بیمه درمان کشورمان تعریف نشده است و یا جایگاه علمی خود را ندارد که این هم به دلیل نوبا بودن صنعت بیمه‌ای به خصوص بیمه‌های درمانی در کشور است که در بهترین وضعیت قدمتی کمتر از سه یا چهار دهه دارد.

با عنایت به کاربرد زیاد این مضامین در متن کتاب این مفاهیم به طور خلاصه مورد بررسی قرار گیرد. هر چند که توصیه نویسنده به خوانندگان عزیز آن است که قبل از مطالعه کتاب حاضر کتاب بیمه درمان پایه را مطالعه کنند.

مبحث کسورات که در ایران به اشتباه فقط در معنای فرانشیز به کار می‌رود به ۳ بخش مختلف به شرح زیر تقسیم می‌شود.

کسورات ثابت: این مبالغ معمولاً به صورت سالیانه و بعد از پرداخت حق بیمه پرداخت می‌شود. فرد در طول یک سال، این مبلغ را باید پردازد تا بتواند از خدمات استفاده کند؛ لیکن زمان پرداخت این مبلغ در اولین نوبتی است که خدمت دریافت می‌شود.

کسورات متغیر: پرداخت در هنگام دریافت خدمت و به عنوان مشارکت در بخشی از هزینه‌ها صورت می‌گیرد.

کسورات خاص خدمتی: نوعی مشارکت در هزینه خدمات ویژه و تعریف شده است که در هر بیمه‌نامه مشخص گردیده است و بیمه شده فقط در هنگام دریافت این خدمات تعریف شده، علاوه بر دو نوع کسورات ذکر شده، این مبلغ را باید پرداخت کند. زمان پرداخت این نوع کسورات در هنگام دریافت خدمات ویژه است. بدیهی است تا هنگامی که بیمه شده جهت دریافت آن خدمات خاص مراجعه نداشته باشد کسوراتی در این مورد نمی‌پردازد.

نحوه محاسبه این موارد ارتباط مستقیم با جایگاه مصرف کننده خدمت و به عبارتی توان مشارکتی مصرف کننده خدمت دارد. بدیهی است هر چه توان مشارکت

مصرف‌کننده بیشتر باشد و هر چه برنامه دولت بر فرآیند مشارکت بیشتر مصرف‌کننده استوار باشد، میزان این مشارکت بیشتر است.

مشارکت بیمه‌ای^۱

این واژه بیشتر در مورد بیمه‌های گروهی کاربرد پیدا می‌کند. در این حالت، بیمه‌شده علاوه بر سه نوع کسورات ذکر شده در فوق، لازم است هنگام دریافت خدمات، درصدی را به عنوان مبلغ مشارکت بیمه‌ای پرداخت کند. این مشارکت هزینه‌ای معمولاً به صورت ۲۰ درصد مشارکت بیمه‌شده و ۸۰ درصد مشارکت کارفرما تسهیم می‌شود.

محدودیت در سقف پرداخت مزایا

بیمه‌های پایه و مکمل معمولاً با محدودیتهایی مواجه هستند که هم از بعد خدمت و هم از بعد هزینه‌ای برای بیمه‌شده سقف پرداختی را مشخص می‌کنند. به عبارتی، یک بیمه شده خاص، می‌تواند تا سقف پرداخت سالیانه مثلاً ده میلیون ریال جهت دریافت خدمات بستری و یک میلیون ریال جهت دریافت خدمات سرپایی مراجعه کند. بدیهی است که اگر هزینه درمان فرد از این مبلغ بیشتر شود، بیمه‌شده ملزم به پرداخت ۱۰۰ درصد هزینه‌های مازاد بر سقف مشخص شده، خواهد بود.

استثنائات

شرکت‌های بیمه‌ای به منظور جلوگیری از بوجود آمدن و یا ممانعت از تشدید رخدادهایی مانند انتخاب معکوس^۲ و مخاطرات اخلاقی^۳ و به منظور مقابله با ورشکستگی شرکت‌های بیمه‌ای و جلوگیری از پرداخت هزینه‌های هنگفت از طرف بیمه‌گران، با اقداماتی از قبیل تدارک دوره‌های انتظار و درخواست معاینات پزشکی بعضی از خدمات و یا افراد را تحت پوشش قرار می‌دهند و یا با حق بیمه بیشتر تحت

پوشش قرار می دهند. اساس شکل گیری استثنائات هم بر این دو اصل استوار شده است.

بیمه های مکمل درمانی بوجود آمده اند تا حق انتخاب مصرف کننده خدمات را بطور اختیاری افزایش دهند؛ به عبارتی هر بیمه شده ای که مایل بود با پرداخت هزینه بیشتر از خدمات بیشتری استفاده کند، بتواند این کار را انجام دهد. این انتخاب با توجه به اصول زیر در نظر گرفته شده است.

- کیفیت متفاوت خدمات

- انتخاب نوع خدمات

- انتخاب هزینه خدمات

- انتخاب روش پرداخت هزینه

روشهای پوشش جمعیت در بیمه های درمان مکمل

اصولاً بیمه های درمان مکمل و بیمه های گروهی با هم به کار می رود. بطوری که بجز در مورد بعضی از زمینه های خاص از جمله بیمه شخص ثالث، مسافرت و غیره، بیمه شدگان بصورت گروهی بیمه می شوند. در پوشش های گروهی، مبنای جمعیت تحت پوشش، مبنای شغلی است یعنی اگر فرد شاغل است تحت پوشش بیمه گروهی قرار می گیرد و اگر شاغل نیست تحت پوشش بیمه گروهی قرار نمی گیرد.

از سوی دیگر، اگر فرد شاغل نباشد، ممکن است بصورت خانوادگی یا چند خانواده با هم یا در شرایطی بصورت انفرادی درخواست پوشش بیمه ای کند که در این صورت در طرح های انفرادی بیمه مکمل که معمولاً شرایط مشکل تری دارد امکان ثبت نام وجود خواهد داشت.

سایر مبنایها

در کشورهای مختلف شرایط متفاوتی وجود دارد در بعضی از کشورها، مشاغل بطور اجباری تحت پوشش بیمه مکمل قرار می گیرند و افراد غیر شاغل می توانند از طریق

فردی بیمه شوند و در بعضی از کشورها مثل آمریکا کارفرمایان به این نتیجه رسیده‌اند که اگر کارگران را تحت پوشش بیمه مکمل قرار دهند را بیمه مکمل کنند از نظر هزینه اثربخشی برای آنها مفیدتر خواهد بود.

روش‌های وصول حق بیمه

در بیمه‌های مکمل که به صورت گروهی به فروش می‌رسند، حق بیمه از طریق فیش حقوقی افراد کسر می‌شود و در بیمه‌های انفرادی هر فرد هم می‌تواند حق بیمه را بصورت نقدی پرداخت کند و از مزایای تخفیف پرداخت نقدی برخوردار شود یا این که حق بیمه را در چند نوبت پرداخت کند.

قوانین و مقررات

موضوع بسیار با اهمیت در بیمه درمانی مکمل وجود قوانین و مقررات شفاف و انعطاف‌پذیر است. پذیرش و تدوین استانداردهای لازم، آرایه مدل‌های یکسان و متنوع و وجود مبنای قانونی از اصولی است که اگر در نظر گرفته نشود مدیریت این بخش را با بحران جدی روبرو می‌سازد.

در این کتاب موارد ذکر شده به صورت مبسوط در پوشش‌های مختلف مکمل بیمه درمان مورد بحث قرار گرفته است.

دکتر حسین زارع

بهار ۱۳۸۴