

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عنوان:

بیمه درمان

Health Insurance

❖ اهمیت و ضرورت بیمه

❖ تاریخچه بیمه درمان در ایران

❖ انواع بیمه

❖ بحث اقتصادی بیمه درمان

❖ روشهای پرداخت افراد به نظام سلامت

❖ بیمه تکمیلی (مکمل)

❖ اصول و مبانی بیمه مکمل درمانی

❖ مزایای و معایب بیمه های گروهی

❖ روشهای تعیین حق بیمه تکمیلی

- ❖ مدیریت ریسک بیمه های تکمیلی
- ❖ ارکان تصمیم گیری مدیریت ریسک های درمان در برخی کشورها
- ❖ معیارها و شاخص های ارزیابی ریسک های بیمه گران درمان
- ❖ روشهای مواجهه و کنترل ریسک های بیمه گران درمان در کشورهای مورد مطالعه
- ❖ الگوی های مورد استفاده مدیریت ریسک
- ❖ ارائه الگوی استاندارد مدیریت ریسک
- ❖ شناخت محیط درونی و بیرونی
- ❖ نتیجه گیری

اهمیت وجود بیمه در زندگی امروزی :

* انسان در طول تاریخ با تکیه بر اندیشه و خرد خدادادی پیوسته در صدد ارتقای سطح رفاه و آسایش خود بوده برای این منظور تجربه های گوناگونی را پشت سر گذاشته است .

* با پیدایش صنعت و توسعه شهرنشینی رفاه و آسایش خاطر انسانها همواره با چالش های مختلفی مواجه بوده که برای غلبه بر آنها و ایجاد و تامین آرامش روحی ، روانی تدبیری جدید به کار گرفته که از جمله آن راه اندازی و توسعه صنعت بیمه است که از صده هفدهم با انقلاب صنعتی به ضرورت توسعه سرمایه گذاری به موازات ان دست یابی به رشد و توسعه اقتصادی و نقش بیمه را در حفظ سرمایه ها (اعم از سرمایه انسانی و مادی) پرننگتر نموده اند و به تدریج بردامنه و پیچیدگی های آن افزوده است .

* بنابراین بیمه با اقتصاد معنی پیدا می کند اساساً یک مقوله اقتصادی است و با ایجاد اطمینان مجموعه عوامل اقتصادی نقش کلیدی در توسعه اقتصادی کشورها ایفا می نماید. امروزه در کشورهای پیشرفته صنعتی برعکس کشورهای در حال توسعه بیمه به عنوان یک کالای لوکس تلقی نمیشود بلکه در کنار عوامل تولید در جهت حفظ سرمایه ها حرکت میکند. مطالعات اقتصادسنجی نشان می دهد که توسعه بیمه در پیوند با توسعه فعالیت های اقتصادی است. به عبارتی دیگر لازمه پیشرفت بیمه ، توسعه و پیشرفت اقتصادی است و در همین راستا گسترش فرهنگ بیمه مد نظر است

* در اثبات ضرورت بیمه در زندگی ماشینی امروزی همین بس که « الزاماً ما باید هزینه های اندک را با برنامه در زندگی امروزه بگنجانیم تا حادثه اجتماعی یک هزینه وسیع بی برنامه را بر ما تحمیل نکند.» بیمه برای کسانی است که به آینده فکر می کنند نه برای کسانی که فقط امروز را می بینند. تصمیمات عاملان اقتصادی از خانواده گرفته تا بنگاه و دولت باید مبتنی بر آینده نگری باشد و بیمه چیزی است که برای توسعه مطلوب و پایدار به آن نیاز داریم.

* یک واقعیت انکارناپذیر اینکه: « ما درجهانی زندگی می کنیم که پیرامونمان را عدم قطعیت احاطه کرده است ». علیرغم پیشرفت های علمی فزاینده هر روز بر دامنه عدم قطعیت افزوده می شود تا جایی که انسان قرن بیست و یکی را مضطرب تر و نگران تر میسازد. اضطراب و نگرانی که در قالب بیماری های افسردگی « به عنوان محصول ماشینی قرن ۲۱ و ۲۲ بروز می کند. بستر فعالیت های روزمره انسان با عدم اطمینان و یقین آمیخته است و همین موضوع بسیار مهم به پیدایش مفهوم ریسک منجر شده که هسته اصلی و ماهیت وجودی صنعت بیمه و نظام را توجیه می کند.

تاریخچه بیمه درمان در ایران :

* بیمه به شکل حرفه ای و امروزی آن برای اولین بار در سال ۱۲۶۹ هجری شمسی در کشور ما مطرح شد. اما آغاز فعالیت جدی آن در ایران را می توان سال ۱۳۱۰ هجری شمسی دانست زیرا در این سال قانون و نظامنامه راجع به ثبت شرکتها در ایران به تصویب رسید و متعاقب آن بسیاری از شرکتهای بیمه خارجی اقدام به تأسیس شعبه یا نمایندگی در ایران کردند.

* گسترش سریع تعداد و فعالیت شرکتهای بیمه خارجی مسئولان کشور را متوجه ضرورت تأسیس شرکت بیمه ایران کرد.

* در شانزدهم شهریور سال ۱۳۱۴ اولین شرکت سهامی بیمه به نام " شرکت سهامی بیمه ایران " با سرمایه ۲۰ میلیون ریال توسط دولت تأسیس شد. تأسیس و فعالیت این شرکت را می توان نقطه عطفی در تاریخ فعالیت بیمه ای کشور دانست ، زیرا دولت با در اختیار داشتن تشکیلات اجرایی مناسب قادر به کنترل بازار و نظارت بر فعالیت موسسات بیمه خارجی شد.

* بنابراین در اغلب کشورهای جهان شرکتهای بیمه به منظور ایجاد پوشش کافی برای هزینه های خود ، کسب درآمد و سودآوری بیشتر ، رشد و توسعه فعالیتهای بیمه ای و در نتیجه ارتقای کمی و کیفی خدمات خود و ارائه خدمات با قیمت نازل جهت جذب هرچه بیشتر مشتریان و ... به عنوان یک نهاد مالی فعال در بازار سرمایه و فعالیتهای سرمایه گذاری مشارکت می کنند به طوری که در برخی کشورهای توسعه یافته نقش صنعت بیمه در بازار سرمایه و تجهیز منابع پس اندازی حتی از بازار بورس اوراق بهادار و نظام بانکی به مراتب بیشتر است .

* برای مثال در کشورهای انگلستان ، آمریکا و ژاپن به ترتیب حدود ۶۴ درصد ، ۴۹ درصد و ۳۹ درصد پس انداز ملی توسط صنعت بیمه تجهیز و به سوی زمینه های مختلف سرمایه گذاری هدایت شود و این نقش در منابع پس اندازی بیشتر از نظام

بانک و بورس اوراق بهادار این کشورهاست .

انواع بیمه :

بیمه‌ها به سه دسته کلی تقسیم می‌شوند :

- اشخاص ➤
- اموال ➤
- مسئولیت ➤

بیمه اشخاص شامل :

عمر

حادثه

درمان

بیمه اموال شامل :

بیمه اتومبیل (شخص ثالث ، بدنه)

آتش سوزی

بیمه های مهندسی

بیمه حمل و نقل (صادرات ، واردات ، ترانزیت ، داخلی)

بیمه مسئولیت :

بیمه های مسئولیت دارای انواع مختلفی است که برخی از آنها عبارتند از :

مسئولیت کارفرما درقبال کارکنان

مسئولیت حرفه ای پزشکان و پیراپزشکان

مسئولیت مدنی مدیران و مسئولان فنی بیمارستانها - کلینیکها و درمانگاهها

مسئولیت در مقابل همسایگان مجاور ناشی از سرایت آتش سوزی و انفجار

بیمه های خاص شامل :

بیمه مرهونات بانکی (وامهای بانکی)

بیمه نامه پول در صندوق

بیمه شتر مرغ

بیمه اسب

بحث اقتصادی بیمه درمان :

* جایگاه بهداشت در کل اقتصاد : سهم بهداشت و درمان از کل تولید ناخالص ملی در کشورهای پیشرفته

۱۰ تا ۱۵ درصد ؛ کشورهای در حال توسعه ۳ تا ۶ درصد و کشورهای فقیر ۱ تا ۳ درصد

* راههای تاثیر بیماری بر توسعه و رفاه اقتصادی :

۱. راه مستقیم : بیماری سالهای امید به زندگی را کاهش میدهد

۲. بیماری بر سرمایه گذاری خانواده بر کودکان خویش (نرخ مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال)

* اثرات کاهنده بیماری بر زیر ساختهای سرمایه گذاری و تجارت

(صنایع و کشاورزی و تحت تاثیر شیوع بیماری همه گیر و اپیدمی

* عوامل موثر بر تقاضا :

* قیمت کالا یا خدمت ؛ نیاز ؛ سلیقه و ترجیح مصرف کنندگان ؛ تعداد مصرف کنندگان ؛ درآمد

* قیمت کالاهای واسطه ای ؛ حدود کالا و خدمات در دسترس مصرف کنندگان ؛ ارزش وقت بیمار ؛ درآمد خانواده و تمایلات پزشک

* عوامل موثر بر عرضه :

* عرضه خدمات بهداشتی و درمانی تابع سیستم خدمات بهداشتی و درمانی کشور است عرضه خدمات بهداشتی به ویژه در مورد سالم سازی آب ؛ بهداشت محیط شهری ؛ بهداشت روستائی و آموزش بهداشت عمدتاً توسط دولت انجام میشود ولی خدمات پزشکی و درمانی در اکثر کشورها توسط بخش دولتی و خصوصی ارائه میگردد .

* بحث ککش پذیری :

- * تغییر نسبی مقدار تقاضا یا مقدار عرضه نسبت به تغییر نسبی قیمت .
- * خدمات اورژانس و سخت که جنبه مرگ و زندگی (ککش ناپذیر)
- * خدمات پزشکی و درمانی بیماریهای مزمن و غیر اضطراری (نسبتا ککش پذیر)
- * خدمات پیشگیری نظیر معاینات سالانه ؛ عکس برداری و آزمایش (بی ککش)

روشهای پرداخت افراد به نظام سلامت :

- * پرداخت مستقیم از جیب بابت هزینه ها (Out of pocket)
- * بیمه شخصی (Private Individual Insurance)
- * بیمه شغلی (Private Employment – Based Insurance)
- * بیمه دولتی (Financed Government)

* با وجود تلاشهای انجام شده ؛ نهادهای موجود در کشور نتوانسته اند کل نیازهای درمانی بیمه شدگان را ارائه دهند پیش از انقلاب در میان شرکتهای بیمه ؛ بیمه امید در این زمینه فعال بود و پس از انقلاب و از سال ۱۳۷۰ با تصویب شورای عالی بیمه ؛ شرکتهای بیمه بازرگانی فعالیت خود را شروع کردند .

* بیمه درمان تکمیلی به گروه عرضه میشود و فروش انفرادی آن بسیار محدود است این گروه حداقل باید ۵۰ نفر باشند به همین دلیل به بیمه درمان گروهی معروف است

* از نظر ساختاری بیمه های مکمل به سه شکل تقسیم بندی میشوند :

* به عنوان تکمیل کننده خدمات

* بعنوان تکمیل کننده هزینه ها

* بعنوان تکمیل کننده هزینه ها و خدمات بصورت تلفیقی

* نکته ۱ : این بیمه برای حذف شکاف خدمتی و شکاف هزینه ای که در بیمه های پایه وجود دارد شکل گرفته اند

* نکته ۲ : خدمات مکمل شامل پوشش خدمات و هزینه خارج از پوشش بیمه های پایه بوده و اختیاری است .

اصول و مبانی بیمه مکمل درمانی :

* در طراحی و ایجاد بیمه های درمانی باید به ۴ اصل توجه داشت :

* توزیع برابر

* مشارکت جامعه

* همکاری بین بخشی

* تکنولوژی مناسب

* روشهای پوشش جمعیت در بیمه های تکمیلی درمان :

* ۱ - بیمه های سلامتی گروهی

* ۲- بیمه های سلامتی انفرادی

مزایای و معایب بیمه های گروهی :

- * مزایای بیمه های گروهی :
- * حق بیمه برای افراد مسن یا افرادی که در شرایط مناسب بهداشتی هستند ارزان تر از زمانی است که بیمه بصورت انفرادی خریداری میشود
- * افرادی که در وضعیت سلامتی خوبی نیستند از مزایائی بهره مند میشوند که بصورت انفرادی امکان پذیر نیست
- * برای کارفرمایان ایجاد فضای رقابتی در جهت جذب کارگران

- * معایب بیمه های گروهی :
- * پرداخت هزینه بیشتر توسط بیمه شدگان جدید در صورتیکه عضو گروه سالمندان باشند
- * شکاف حمایتی در پوشش گروهی (زمان تغییر کارفرما برای یک کارگر)

روشهای تعیین حق بیمه تکمیلی :

- * براساس سن فعلی فرد
- * براساس گروه های سنی
- * روش ثابت و بدون توجه به در نظر گرفتن گروه سنی
- * تعیین میزان حق بیمه ثابت سرانه برای کلیه خدمات و تعیین حق بیمه های متغیر متناسب با وضعیت سنی و سلامت فردی و گروهی

* مشکلات سازمانهای بیمه گر دولتی و بازرگانی کشور در تامین منابع مالی عرضه کنندگان خدمات درمانی هر روز زیادتر میشود وجود ضریب بالای خسارت بیمه های درمان در مقایسه با سایر حوزه های فعالیت بیمه گران ؛ نشان از نقص در فرآیند مدیریت ریسک بیمه های درمان است . نبود الگوی مشخص برای بیمه گران به منظور ایجاد بستری مناسب محاسبه تعرفه و حق سرانه واقعی ؛ شناسایی و کنترل ریسکهای درمانی و در نهایت ضعف سازماندهی و نظارت بر آنها باعث شده هر ساله سازمانهای مذکور زیان های هنگفتی را متحمل شوند .

ارکان تصمیم‌گیری مدیریت ریسک بیمه‌های درمان در برخی کشورها :

* آلمان :

* الگوی مدیریت ریسک بیمه‌گران درمان آلمان با عنوان برنامه‌های مدیریت بیماری‌ها ارائه شد در سیستم بیمه‌های درمان اجباری آلمان در سال ۱۹۹۶ الگویی براساس انتخاب آزاد بین صندوق‌های بیمه درمان با توجه به مکانیسم جبران زیان‌های ساختاری ریسک و برحسب درآمد متوسط ؛ سن و جنس ارائه شد

در این الگو بیماران قلبی را تحت پوشش درستی قرار نمی‌گرفتند که در سال ۲۰۰۲ با ارائه الگوی جدید که براساس سیستم ساختاری جبران غرامت ریسک‌ها مشکل آنها حل شد در این سیستم هرچه بیمه‌شده از سیستم جبران غرامت استفاده نکند در سالهای بعد مزایای بیشتری را دریافت میکند

* امریکا :

* ترکیبی از بیمه گران دولتی و خصوصی هستند واحدهای مدیریت ریسک با توجه به استاندارد تعیین شده از طرف مدیریت ریسک ؛ مراقبتهای درمانی وزرات بهداشت و نیروی انسانی فعالیت میکنند . مدیریت شورای عالی ریسکهای درمانی بر عهده وزرات سلامت که نظارت بر شرکتهای بیمه را براساس توان مالی و نه براساس نظام تعرفه بر عهده دارد .

* سوئد :

* مدیریت ریسک بعنوان زیر مجموعه ای از نظام اجتماعی دولتی است که مرکز اصلی کنترل و تامین مالی خدمات درمانی برای والدین ؛ کودکان (مشمول بیمه والدین) معلولان و کهنسالان هستند بیمه آسیب شغلی و تصادفات بخشی از نظام اجتماعی است و همه مردم سوئد بدون توجه به شغل فرد و وضعیت استخدامی زیر پوشش یک نظام یکپارچه بیمه پایه هستند .

* انگلستان :

* سیستم درمانی در انگلستان بر یک سیستم بهداشت ملی استوار است در این سیستم ؛ خدمات را برای همه بصورت جامع و بدون پرداخت هزینه فراهم کرده است . ۱۰۶ مرکز بهداشتی ناحیه ای کل جمعیت را زیر پوشش قرار میدهند . سه شرکت مهم بیمه درمان خصوصی در انگلستان فعالیت دارند که مردم خود را توسط آنها برای تامین خدمات درمانی در انگلستان و حتی بین المللی بیمه میکنند .

* کره جنوبي :

* دولت يك نظام كامل براي تامين و حفظ سلامت براي تمام دوره عمر را طراحي کرده است . در اين خصوص وزارت سلامت و رفاه اجتماعي تمام برنامه هاي خود را براي هدايت و توسعه برنامه هاي خدمات سلامت عمومي بكار بسته است سياست گذاران بخش سلامت بصورت ريشه اي مشكل درمان را حل کرده اند . در کره جنوبي نظام تامين اجتماعي از سه جزء تشكيل شده است :

* بيمه اجتماعي شامل بيمه سلامت ؛ بيمه مستمري ؛ بيمه اشتغال و بيمه خسارت حوادث صنعتي

* حمايت عمومي مشتمل بر پوشش و حمايت تمام عمر ؛ امداد پزشكي ؛ کمک به معلولان ؛ کمک به سربازان ؛ کمک به صدمه ديدهگان از بلايا

* خدمات رفاه اجتماعي شامل سالمندان ؛ کودکان ؛ زنان ؛ معلولان و خانواده

* فرانسه :

* ساختار مدیریت ریسک بیمه خدمات درمانی فرانسه تابعی از ساختار تشکیلات تامین اجتماعی که یک ساختار دولتی است ۷۰٪ هزینه های پزشکی مستخدم ؛ همسر و فرزندان فرد توسط بیمه پرداخت و ۱۰۰٪ هزینه های بستری ؛ دارو ؛ زایمان و بیماریهای ناشی از زایمان زیر پوشش بیمه است .

* ایران :

* سازمانهای بیمه گر اصلی ایران عبارتند از :

* سازمان بیمه تامین اجتماعی

* سازمان بیمه خدمات درمانی

* سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح

* کمیته امداد امام خمینی (ره) بعنوان یک نهاد حمایتی

* در ایران طبق اصل ۲۹ قانون اساسی تامین رفاه اجتماعی از وظایف دولت است و کلیه اقشار از بیمه های

همگانی درمانی از حقوق مساوی بهره مندند . در حال حاضر الگوی مدیریت ریسک برای ایران با بهره گیری از

استاندارد **AS/NZS4360:2004** میباشد اجزای این الگو شامل زمینه سازی ؛ شناسایی ؛ تحلیل ؛

سنجش و مشاوره است .

معیارها و شاخص های ارزیابی ریسک های بیمه گران درمان:

* معیارها و شاخص های ارزیابی ریسکها عبارتند از :

* جمعیت کل ؛ نرخ سالیانه رشد جمعیت ؛ درصد جمعیت بالای ۶۰ سال ؛ نرخ باروری ؛ امید به زندگی در بدو تولد ؛ میزان مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال ؛ مرگ و میر بزرگسالان (احتمال مرگ و میر ۱۵ تا ۵۹ سال) ؛ امید به سلامت در بدو تولد به دلیل فقر سلامت ؛ درصد امید به زندگی کل از دست رفته بدلیل فقر سلامت ؛ سرانه تولید ناخالص داخلی ؛ کل هزینه سلامت نسبت به تولید ناخالص داخلی ؛ سرانه مصرف هزینه سلامت در نرخ متوسط مبادلات ؛ سرانه مصرف هزینه سلامت برحسب نرخ بین المللی دلار ؛ سرانه هزینه سلامت دولتی ؛ هزینه بخش سلامت تامین اجتماعی نسبت به کل هزینه های سلامت دولت ؛ درصد منابع خارجی تامین کننده مخارج درمانی ؛ درصد هزینه خصوص بخش سلامت درصد هزینه های پرداخت شخصی مصرف کنندگان خدمات درمانی و شاخصهای دیگر نظیر شاخص بروزبیماری ؛ پیشگیری و کنترل بیماریها ؛ شاخصهای مدیریت مالی ؛ شاخص های فعالیتهای بیمه گری ؛ تقاضای القایی ؛ مصرف نادرست خدمات ؛ سوء استفاده ؛ نوع ساختار و شیوع و بروز بیماری .

روشهای مواجهه و کنترل ریسک های بیمه گران درمان در کشورهای مورد مطالعه :

* آلمان :

* پرداخت به صورت کارانه و سرانه ؛ ایجاد حق انتخاب در انتخاب صندوق های بیمه بر حسب درآمد ؛ اعمال فرانشیز خاص بر حسب نوع خدمات ؛ استفاده از پزشک خانواده
* امریکا :

* برقراری مبلغ ثابت سالیانه ؛ برقرار فرانشیز ؛ پوشش هزینه خدمات پیشگیرانه ؛ پرداخت بصورت کارانه و سرانه ؛ ارائه خدمات از ۲۰% تا ۸۵% ؛ اعمال سطح بندی هزینه تا یک حد مشخص ؛ تامین منابع مالی از طریق خصوص سازی و

* سوئد :

* پرداخت بصورت حقوق ؛ اعمال فرانشیز ثابت به ازای هر روزبستری ؛ متناسب سازی پرداختها با میزان درآمد ؛ تعیین مبلغ ثابت برای پرداخت به عرضه کنندگان مختلف برای ویزیت پزشک (۱۱ تا ۱۶ یورو)

* انگلستان :

* خصوصی سازی بر مبنای نظام پزشکی ملی ؛ ایجاد سیستم ارجاع ؛ ایجاد مدیریت منطقه ای ؛ ایجاد پزشک خانواده ؛ تدوین و اجرای استاندارد کیفیت کره جنوبی :

* پرداخت بصورت کارانه ؛ تعیین سقف تعرفه های دارو و خدمات ؛ ادغام سازمانهای بیمه گر پایه در جهت کاهش هزینه سربار ؛ اعمال فرانشیز بیمار تا ۳۰٪ .

* فرانسه :

* اعمال نظام تعرفه خدمات درمانی ؛ انجام آزمایشهای ادواری پزشکی و غربالگری رایگان ؛ محدودیت پزشکان در تجویز دارو ؛ اعمال فرانشیز ۲۰ تا ۳۰% برای کلیه خدمات بجز بستری ؛ تهیه لیست های درمانی خاص ؛ اعمال محرومیت ۲۰ درصدی در ماه اول بستری ؛ عرضه خدمات بر حسب ملیت ؛ دریافت حق بیمه بر حسب درآمد .

* ایران :

* پرداخت بصورت حقوق و کارانه ؛ افزایش ۱۰ تا ۲۰% در نرخ بیمه ؛ تکمیل پرسشنامه سلامت ؛ افزایش حق بیمه از ۳۰ تا ۱۰۰% در ریسکهای پر خطر ؛ در تامین اجتماعی و خدمات درمانی در مراجعه پزشکان و خدمات سرپایی تا ۳۰% و بستری ۱۰% ؛ سازمانهای بیمه گر مکمل بسته به نوع قرارداد تا ۴۰% فرانشیز محاسبه میشود و ...

الگوی های مورد استفاده مدیریت ریسک:

نام کشور	الگوی مدیریت ریسک	اجزای الگو
آلمان	DMPS	تدوین اهداف استراتژیک ؛ ارزیابی ریسک ؛ ارزشیابی گزارش ریسک ؛ مواجهه با ریسک و ...
امریکا	AIRMIC	تدوین اهداف استراتژیک ؛ ارزیابی ریسک ؛ ارزشیابی گزارش ریسک ؛ مواجهه با ریسک و ...
سوئد	IEEEP154 0	شناسایی اولویت ریسک ؛ تخفیف ریسک ؛ کنترل ریسک رسوبی نهادینه کردن مدیریت ریسک و ...

<p>تعیین بسامد و شدت بیماری ؛ تعیین ساختار پرداخت غرامت بر حسب ریسک ؛ بررسی تاثیرات ریسک بر بیمه گر ؛ بستر سازی قانونی ؛ اجرای مدیریت ریسک</p>	<p>BS6070- 3:2000</p>	<p>انگلستان</p>
<p>چرخه ریسک (تخمین و ارزیابی و کنترل) مالیه ریسک</p>	<p>COSO</p>	<p>کره جنوبی</p>
<p>توجیه فرآیند ؛ تحلیل و پایش ریسک ؛ ارزشیابی ؛ مواجهه (تعیین ابعاد ریسک ؛ جمع آوری دیدگاه و قبول ریسک)</p>	<p>APAVE</p>	<p>فرانسه</p>
<p>شناسایی محیط داخلی ؛ هدف گذاری ؛ شناسایی وقایع ؛ ارزیابی ریسک ؛ اقدامات کنترلی و...</p>	<p>AS/NZS43 60:2004</p>	<p>ایران</p>

ارائه الگوی استاندارد مدیریت ریسک :

* اصولاً اتخاذ یک استاندارد مدیریت ریسک برای طراحی الگوی فرآیند مدیریت ریسک در هر سازمان با توجه به اهداف زیر الزامی است :

- * ۱ - ایجاد یک اصطلاح شناسی واحد در زمینه واژگان مورد استفاده
- * ۲- تدوین روندی که براساس آن مدیریت ریسک قابل اجرا باشد
- * ۳- طراحی ساختاری اثربخش برای اجزای مدیریت ریسک
- * ۴- سهولت در تعیین اهداف مورد نظر در زمینه مدیریت ریسک

با توجه به هدف گذاری شناخت محیط درونی و بیرونی امر لازم و ضروری است :

* زمینه سازی محیط داخلی :

* درک سازمانهای بیمه گر از فرآیند مدیریت ریسک در تمام سطوح ضروریست که عوامل آن عبارتند از ؛ فرهنگ ذینفعان داخلی ؛ ساختار و توانایی و قابلیت های سازمان شامل مهارت ؛ سیستم ؛ فرآیند ایجاد سرمایه ؛ اهداف و استراتژی مورد نظر

* زمینه سازی محیط خارجی :

* در این مرحله شناخت محیط بیرونی سازمان شامل : محیط کسب و کار اجتماعی ؛ قانونی ؛ فرهنگی ؛ رقابتی ؛ سیاسی ؛ مالی ؛ نقاط ضعف و قوت ؛ فرصت ها و تهدیدات ؛ ذینفعان خارج از سازمان

نتیجه گیری :

* مهمترین درسی که میتوان از تجارب کشورهای مورد مطالعه گرفت طراحی درست الگوی مدیریت ریسک بیمه های درمان بویژه ریسکهای منابع مالی مراقبتهای درمانی است که اثر بخشی و کارایی بسته های پوشش های درمانی جامع به شیوه ای اقتصادی و به دور از زیان های احتمالی و پیش بینی نشده است . در برخی از کشورها با ملی کردن نظام طب ملی و گسترش بیمه های اجباری سعی در رسیدن به این هدف دارند . دراین کشورها عمده ترین نظام تامین مالی براساس درآمد حاصل از عوارض و مالیاتهاست که این منابع در صندوق های با یک مکانسیم مدیریت مناسب ریسک اداره میشوند تجربه این کشورها نشان میدهد که استفاده از بیمه های درمان خصوصی ؛ حسابهای ذخیره درمان و دیگر اشکال جمع آوری منابع خصوصی میتوانند بعنوان روشهای مکمل برای افزایش بهره وری بیمه جامع درمان بکارگرفته شوند .

- * رشد اقتصادی پایدار
- * آغاز پروژه‌های آزمایشی برای بیمه‌های درمان اختیاری
- * افزایش توان مدیریتی
- * ترکیب ریسک‌های متعدد صندوق‌های درمان برای توسعه پوشش جمعیت
- * ارتقای کیفیت ارزیابی تولیدات و خدمات مختلف درمانی

- * بیمه پایه درمان (اصول کلی ؛ ساختار ؛ پوشش و مقررات) دکتر حسین زارع
- * بیمه درمان مکمل : دکتر حسین زارع
- * مبانی اقتصاد بهداشت و درمان : دکتر سعید آصف زاده
- * اقتصاد بهداشت برای کشورهای در حال توسعه : دکتر ابوالقاسم پوررضا
- * سایت الکترونیکی بیمه مرکزی ایران - بیمه درمانی بیمه ایران
- * فصلنامه تخصصی پیام بیمه ؛ انتشارات بیمه ایران ؛ ثابتی - محمدرضا
- * راهبردهای خصوصی سازی بیمه درمان ؛ سازمان خدمات درمانی ؛ زارع - حسین
- * سالنامه آماری ایران
- * ونوس ؛ داور مدیریت ریسک
- * ریاحی فر - مهدی مقاله طراحی الگوی مدیریت ریسک بیمه درمان برای ایران

* 1)ABEL-Smirh,(2008) ,health insurance in Developing ,vol7(3)



باتشکر از توجه شما