

به نام خداوند مهربان

آموزش بیمه های درمان

فصل اول : قوانین و مقررات بالادستی در بیمه های درمان

۱. اصول مرتبط با بیمه های درمان در قانون اساسی کشور

اصل ۳ قانون اساسی : دولت جمهوری اسلامی ایران موظف است برای نیل به اهداف مذکور در اصل دوم ، همه امکانات خود را برای امور زیر به کار برد :

بند ۱۲ از اصل ۳ : پی ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه برطبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه های تغذیه و مسکن و کار و **بهداشت و تعمیم بیمه** .

اصل ۲۹ قانون اساسی : برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به **خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبتهای پزشکی به صورت بیمه و غیره** حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایتهای مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند.

اصل ۴۳ قانون اساسی : برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، باحفظ آزادگی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران براساس ضوابط زیر استوار می شود :

بند ۱ از اصل ۴۳ : تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، **بهداشت، درمان**، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه.

۲. قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۰۸/۱۱

ماده ۶ - کلیه شرکتهای بیمه مجازند بر اساس موازین این قانون و با رعایت حق سرانه مصوب در امور بیمه خدمات درمانی گروههای مختلف؛ همکاری ، مشارکت و فعالیت نمایند.

تبصره - کلیه شرکتهای بیمه علاوه بر فعالیت در بیمه خدمات درمانی مجازند در امور بیمه‌های مضاعف (مکمل) بر اساس موازین قانونی خود از طریق عقد قراردادهای تکمیلی (خاص) و مطابق این قانون همکاری مشارکت و فعالیت نمایند.

ماده ۱۰ - حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو شامل خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارائه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمانهای بیمه‌گر قرار می‌گیرد و لیست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) می‌باشد به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی و تصویب هیأت وزیران تعیین و اعلام می‌شود.

۲. قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی مصوب ۱۳۸۳/۰۳/۰۹

ماده ۲ - نظام جامع تأمین اجتماعی شامل سه حوزه می‌باشد:

الف - حوزه بیمه‌ای: شامل بخش بیمه‌های اجتماعی از جمله بازنشستگی، بیکاری، حوادث و سوانح، ازکارافتادگی و بازماندگان و بخش بیمه‌های درمانی (بهداشت و درمان) می‌باشد.

تبصره - خدمات بیمه‌های اجتماعی و درمانی به دو سطح همگانی و تکمیلی تقسیم می‌شود به طوری که:

۱ - حدود خدمات بیمه‌ای همگانی را قانون تعیین می‌کند.

۲ - بیمه‌های تکمیلی به آن دسته از خدمات بیمه‌ای گفته می‌شود که علاوه بر سطح خدمات بیمه‌های همگانی، با انعقاد قراردادهای انفرادی یا گروهی فی‌مابین بیمه شده و بیمه‌گر و پرداخت حق بیمه توسط بیمه شده انجام می‌پذیرد و دولت در قبال آن تعهد مالی نداشته، اما مکلف به پشتیبانی حقوقی و قانونی لازم از این گونه بیمه‌ها می‌باشد.

ب - حوزه حمایتی و توانبخشی: شامل ارائه خدمات حمایتی و توانبخشی و اعطای یارانه و کمکهای مالی به افراد و خانواده‌های نیازمندی است که به دلایل گوناگون قادر به کار نیستند و یا درآمد آنان تکافوی حداقل زندگی آنان را نمی‌نماید.

ج - حوزه امدادی: شامل امداد، نجات در حوادث غیرمترقبه.

۴. قانون مدیریت خدمات کشوری مصوب ۱۳۸۵/۱۱/۱۸

ماده ۸۵- دستگاه های اجرایی مکلفند در چارچوب بودجه های مصوب و آیین نامه ای که به تصویب هیأت وزیران می رسد، کارمندان و بازنشستگان و افراد تحت تکفل آنان را علاوه بر استفاده از بیمه پایه درمان ، با مشارکت آنان به صورت هماهنگ و یکنواخت برای کلیه کارمندان دولت تحت پوشش بیمه های تکمیلی قرار دهند.

ماده ۱۰۰- آیین نامه های اجرایی این فصل با پیشنهاد سازمان به تصویب هیأت وزیران می رسد.

۵. قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور مصوب ۱۳۹۵/۱۱/۲۷

ماده ۸ - عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی که در بسته بیمه پایه سلامت اعلام می شود توسط شرکتهای بیمه تجاری و سازمان بیمه سلامت ایران با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است. پرداخت حق سرانه بیمه تکمیلی به جز در مواردی که در قوانین خاص معین شده است، بر عهده افراد بیمه شده است. منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه سلامت نیست.

تبصره ۱- کلیه دستگاههای اجرائی موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری موظف به اجرای موضوع این حکم و رعایت تعرفه های مصوب هستند.

تبصره ۲- وزارتخانه های امور اقتصادی و دارایی (بیمه مرکزی ایران) و تعاون، کار و رفاه اجتماعی حسب مورد مسئول حسن اجرای این ماده می باشند.

۶. قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی مصوب

۱۳۹۵/۱۲/۱۴

ماده ۷۲- الف - تولید نظام سلامت از جمله بیمه سلامت شامل سیاست گذاری اجرائی، برنامه ریزی های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می گردد. کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از دولتی و غیردولتی، از جمله ارائه کنندگان خدمات سلامت، سازمان ها و شرکتهای بیمه پایه و تکمیلی، موظفند از خطمشی و سیاست های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با تأکید بر خرید راهبردی

خدمات و واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و سطح‌بندی خدمات، تبعیت کنند.

۷. قانون الزام سازمان تامین اجتماعی به اجرای بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تامین

اجتماعی مصوب ۱۳۶۸/۰۸/۲۴

ماده ۳ قانون تامین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴/۰۴/۰۳ : تامین اجتماعی موضوع این قانون شامل موارد زیر می‌باشد:

الف - حوادث و بیماری‌ها ب - بارداری ج - غرامت دستمزد د - ازکارافتادگی ه - بازنشستگی و - مرگ تبصره - مشمولین این قانون از کمک‌های ازدواج و عائله‌مندی طبق مقررات مربوط برخوردار خواهند شد.

ماده واحده قانون الزام : از تاریخ تصویب این قانون انجام تعهدات بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تامین اجتماعی مصوب تیر ماه ۱۳۵۴ به عهده سازمان تامین اجتماعی خواهد بود. سازمان مذکور موظف است کلیه تعهدات درمانی مزبور را از بخشهای دولتی و در صورت نیاز از بخش خصوصی با رعایت تعرفه‌های رسمی تامین نماید.

ه - سازمان تامین اجتماعی می‌تواند در صورت لزوم با عقد قرارداد از خدمات پزشکی بخش خصوصی جهت درمان بیمه‌شدگان تامین اجتماعی استفاده نموده و هزینه‌های مربوطه را طبق تعرفه‌های مصوب مورد عمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی راساً از محل سهم درمان پرداخت نماید.

۸. قانون بیمه مصوب ۱۳۱۶

این قانون که در سال ۱۳۱۶ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید، مهمترین سند بالادستی در تمامی رشته های بیمه ای در شرکت های بیمه بازرگانی است. همچنین اصول ۸ گانه بیمه از مفاد این قانون استخراج و تفسیر شده است.

۹. آئین نامه شماره ۹۹ بیمه های درمان مصوب ۱۳۹۸/۱۰/۲۵ شورای عالی بیمه

آخرین سند بالادستی بیمه های درمان که در عمل مهمترین سند بوده و تمام فرآیندهای صدور، خسارت، تشریفات و غیره می بایست بر اساس آن صورت گیرد، آئین نامه بیمه های درمان است که با شماره ۹۹ به تصویب شورای عالی بیمه رسیده و در فصل تشریح آئین نامه به تفصیل بیان می گردد.

به استناد ماده ۱۰ از قانون تاسیس بیمه مرکزی ایران : شورای عالی بیمه از اشخاص زیر تشکیل می شود :

- ۱- رئیس کل بیمه مرکزی ایران
- ۲- معاون وزارت امور اقتصادی و دارایی
- ۳- معاون وزارت بازرگانی
- ۴- معاون وزارت کار و امور اجتماعی
- ۵- معاون وزارت جهاد کشاورزی
- ۶- رئیس شرکت سهامی بیمه ایران
- ۷- مدیر عامل یکی از موسسات بیمه به انتخاب سندیکای بیمه گران ایران
- ۸- یک نفر کارشناس امور حقوقی به انتخاب مجمع عمومی
- ۹- یک نفر کارشناس در امور بیمه به انتخاب مجمع عمومی
- ۱۰- یک نفر مطلع در امور بیمه به انتخاب رئیس اطلاق بازرگانی و صنایع و معادن ایران

۱۰. آئین نامه شماره ۹۴ - مقررات تعیین حق بیمه انواع رشته های بیمه ای

ماده ۲ - مؤسسه بیمه موظف است ضمن رعایت موازین فنی تعیین حق بیمه موضوع ماده ۱، نرخ حق بیمه، جدول تعرفه کوتاه مدت و روز شمار، میزان و موارد تخفیف و یا اضافه نرخ انواع رشته های بیمه ای و هر گونه تغییر در آنها را در کمیته ای متشکل از اکچوئر داخلی، مسئول فنی رشته ذی ربط و معاون فنی تعیین و پس از تایید مدیرعامل (یا قائم مقام وی) به تصویب هیئت مدیره برساند و همزمان با ابلاغ آن یک نسخه را به همراه گزارش توجیهی مبانی محاسباتی به بیمه مرکزی ارسال نماید.

ماده ۶- چنانچه بر اساس صورت‌های مالی حسابرسی شده موسسه بیمه ضریب خسارت شش ماهه در رشته درمان بیشتر از ۸۰ درصد و ضریب خسارت یکساله در سایر رشته‌های موضوع این آیین‌نامه بیشتر از ۷۵ درصد باشد، موسسه بیمه موظف است حداکثر ظرف مدت ۳۰ روز مصوبه موضوع ماده ۲ این آیین‌نامه را در خصوص آن رشته اصلاح و به تایید مدیرعامل (یا قائم مقام وی) و تصویب هیئت مدیره برساند و همزمان با ابلاغ آن یک نسخه را به بیمه مرکزی ارسال نماید.

تبصره ۲- مبنای محاسبه ضریب خسارت موسسه بیمه در هر یک از رشته‌های بیمه‌ای مقررات مندرج در ماده ۳ آیین‌نامه ذخایر فنی موسسات بیمه (آیین‌نامه شماره ۵۸) مصوب شورای عالی بیمه خواهد بود. سایر مفاد مرتبط با بیمه‌های درمان در فصل اصول و مبانی نرخ گذاری بازگو شده است.

فصل دوم: تشریح آئین نامه ۹۹ بیمه‌های درمان

شورای عالی بیمه در جلسه مورخ ۱۳۹۸/۱۰/۲۵ در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری، «آیین‌نامه بیمه‌های درمان» را مشتمل بر ۲۹ ماده و ۱۶ تبصره به شرح ذیل تصویب و از تاریخ ابلاغ جایگزین آیین‌نامه شماره ۷۴ و مکمل‌های آن نمود:

فصل اول: کلیات

ماده ۱- اساس بیمه‌نامه: این بیمه بر اساس قانون بیمه مصوب سال ۱۳۱۶ و طبق توافق بیمه‌گر و بیمه‌گذار تنظیم شده و به امضای طرفین رسیده است.

ماده ۲- تعاریف و اصطلاحات: تعاریف و اصطلاحات مذکور در این آیین‌نامه صرف‌نظر از هر مفهوم دیگری که داشته باشد، با این مفاهیم استفاده شده‌اند:

۱- بیمه‌گر: مؤسسه بیمه دارای مجوز فعالیت از بیمه مرکزی ج.ا.ایران که مشخصات آن در بیمه‌نامه درج شده است.

۲- بیمه‌گر پایه: سازمان‌هایی از قبیل سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی و ... که طبق قانون بیمه درمان همگانی و سایر قوانین و مقررات مربوط موظف به ارائه خدمات درمان پایه هستند.

۳- بیمه‌گذار: شخصی حقیقی یا حقوقی است که مشخصات وی در بیمه نامه نوشته شده و متعهد به پرداخت حق بیمه و انجام سایر وظایف تعیین شده در بیمه نامه است.

۴- گروه بیمه‌شدگان:

الف- کارکنان رسمی، پیمانی یا قراردادی بیمه‌گذار به عنوان بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل آنان.

تبصره ۱- بیمه شده اصلی مکلف است افراد تحت تکفل خود را بطور همزمان در ابتدای مدت بیمه برای اخذ پوشش معرفی کند. در صورتی که هر یک از افراد تحت تکفل بر اساس مدارک، بیمه تکمیلی معتبر داشته باشند پوشش آنان الزامی نیست.

تبصره ۲- حداقل پنجاه درصد از کارکنان بیمه‌گذار باید به طور همزمان تحت پوشش بیمه قرار گیرند .

تبصره ۳- بیمه‌گر فقط در ابتدا یا در زمان تجدید بیمه‌نامه می‌تواند کارکنان بازنشسته و افراد تحت تکفل آنان را بیمه کند.

تبصره ۴- ارایه پوشش به افراد تبعی ۲ و ۳ بیمه شده اصلی به تشخیص بیمه‌گر بلامانع می باشد.

ب- ارایه پوشش بیمه درمان به سایر گروه‌ها (از قبیل اصناف، اتحادیه‌ها و انجمن‌ها) به این شرط مجاز است که بیمه‌گذار پرداخت حق بیمه سالیانه را تضمین کند و بیش از ۵۰ درصد اعضای گروه بطور همزمان بیمه شوند.

۵- موضوع بیمه: جبران هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی ناشی از بیماری و یا حادثه به ترتیبی که در بیمه نامه تعیین و در تعهد بیمه‌گر قرار گرفته است.

۶- حادثه: هر واقعه ناگهانی ناشی از عامل خارجی که بدون قصد و اراده بیمه‌شده رخ دهد و منجر به جرح، نقص عضو، از کارافتادگی و یا فوت بیمه‌شده گردد.

۷- بیماری: وضعیت جسمی یا روانی غیرطبیعی به تشخیص پزشک که موجب اختلال در عملکرد طبیعی و جهاز مختلف بدن گردد .

۸- Day Care: به اعمال جراحی اطلاق می‌شود که نیازمند مراقبت کمتر از یک شبانه و روز باشد .

۹- حق بیمه: وجهی است که بیمه‌گذار باید در مقابل تعهدات بیمه‌گر بپردازد.

۱۰- حق بیمه شناور : وجهی است که میزان اولیه آن هنگام صدور بیمه نامه توسط بیمه‌گر برآورد می شود و میزان قطعی آن بر اساس عملکرد هر بیمه نامه تعیین و طی الحاقیه به بیمه‌گذار اعلام می گردد .

- ۱۱- دوره انتظار: دوره‌ای است که از ابتدای پوشش بیمه‌ای بیمه‌شده تا مدت معینی ادامه دارد، جبران خسارت‌های درمانی که در این دوره رخ دهد، از شمول تعهدات بیمه‌گر خارج است.
- ۱۲- خسارت ارزیابی شده: مبلغی که بر اساس شرایط بیمه‌نامه و اعمال تعرفه‌های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می‌گردد.
- ۱۳- فرانشیز: سهم بیمه‌شده یا بیمه‌گذار از خسارت ارزیابی شده که میزان آن وفق مقررات این آیین‌نامه تعیین می‌شود.
- ۱۴- خسارت قابل پرداخت: مبلغی که بیمه‌گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت می‌نماید.
- ۱۵- مدت بیمه: مدت بیمه معادل یک‌سال کامل شمسی است که آغاز و پایان آن با توافق طرفین در بیمه‌نامه درج می‌گردد.

فصل دوم: پوشش‌های قابل‌ارایه

ماده ۳- پوشش‌های قابل‌ارایه عبارت است از:

الف- پوشش‌های اصلی:

- ۱- جبران هزینه‌های بستری، جراحی و Day Care در بیمارستان یا مراکز جراحی محدود.
- تبصره- سایر اعمال جراحی مشابه این بند با پیشنهاد سندیکای بیمه‌گران ایران و تایید بیمه مرکزی ج.ا.ایران قابل پوشش است.
- ۲- هزینه همراه بیمه‌شدگان بستری در بیمارستان که سن بیمار کمتر از ۱۰ سال یا بیشتر از ۷۰ سال باشد.
- ۳- هزینه آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی مشروط به بستری شدن بیمه‌شده در مراکز درمانی و یا انتقال بیمار بستری شده به سایر مراکز تشخیصی- درمانی طبق دستور پزشک معالج.

ب- پوشش‌های اضافی:

بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق بیمه اضافی موارد زیر را حسب توافق با بیمه‌گذار تحت پوشش قرار دهد:

۱- افزایش سقف تعهدات برای هر بیمه شده تا دو برابر سقف تعهدات پوشش های اصلی برای شیمی درمانی، رادیوتراپی، اعمال جراحی مرتبط با سرطان، قلب، مغز و اعصاب مرکزی و نخاع، دیسک و ستون فقرات، گامانایف، پیوند ریه، پیوند کبد، پیوند کلیه، پیوند مغز استخوان و آنژیوپلاستی عروق کرونر و عروق داخل مغز.

تبصره - هزینه های مورد تعهد این بند از محل افزایش سقف تعهدات مربوط و باقیمانده آن از محل سقف تعهدات پوشش های اصلی پرداخت می شود .

۲- جبران هزینه زیمان اعم از طبیعی و سزارین، تا پنجاه درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.

تبصره ۱- دوره انتظار استفاده از پوشش زیمان ۹ ماه است.

تبصره ۲- چنانچه بیمه شده سابقه پیوسته پوشش درمان تکمیلی داشته باشد، دوره انتظار پوشش زیمان اعمال نخواهد شد.

۳- جبران هزینه درمان ناباروری و نازایی شامل اعمال جراحی مرتبط ، IUI، ZIFT، GIFT، میکرواینجکشن و IVF تا پنجاه درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.

۴- هزینه های پاراکلینیکی:

۴-۱- جبران هزینه انواع رادیوگرافی، آنژیوگرافی عروق محیطی، آنژیوگرافی چشم، سونوگرافی، ماموگرافی و انواع اسکن، ام آر آی، پزشکی هسته ای (شامل اسکن هسته ای و درمان رادیوایزوتوپ)، دانسیتومتری در مجموع حداکثر تا ۲۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده .

۴-۲- جبران هزینه انواع آندوسکوپی، خدمات تشخیصی قلبی و عروقی شامل انواع الکتروکاردیوگرافی، انواع اکوکاردیوگرافی، انواع هولتر مانیتورینگ، تست ورزش، آنالیز پیس میکر، EECp، تیلت تست، خدمات تشخیصی تنفسی شامل (اسپیرومتری و PFT) ، خدمات تشخیصی الکترومیولوگرافی و هدایت عصبی (EMG NCV) ، الکتروانسفالوگرافی (EEG)، خدمات تشخیصی یورودینامیک (نوار مثانه)، خدمات تشخیصی و پرتو پزشکی چشم مانند اپتومتری، پریمتری و پنتاکم، شنوایی سنجی (انواع ادیومتری) در مجموع حداکثر تا ۲۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده .

۳-۴- جبران هزینه انواع خدمات آزمایشهای تشخیصی پزشکی شامل پاتولوژی و ژنتیک پزشکی، تست-های آلرژیک در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده .

۴-۴- جبران هزینه تست های غربالگری جنین شامل مارکرهای جنینی و آزمایشات ژنتیک جنین در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده .

۴-۵- جبران هزینه فیزیوتراپی (PT) ، گفتار درمانی (ST) ، کار درمانی (OT) در مجموع حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده .

۴-۶- جبران هزینه های بستری جهت درمان بیماری های روان پریشی تا ۵۰ درصد سقف تعهد پوشش-های اصلی سالیانه مندرج در بند ۱ قسمت الف ماده ۳.

تبصره ۱- هزینه نگهداری بیماران روان پریش تحت پوشش نیست.

تبصره ۲- تجمیع تعهدات هر یک از بندهای ۱-۴ تا ۵-۴ برای هر بیمه شده مشروط بر آنکه سقف تعهدات تجمیعی بندهای مذکور از ۵۰ درصد سقف تعهدات پوشش های اصلی سالیانه بیشتر نباشد، بلامانع است.

۵- جبران هزینه های ویزیت، دارو (براساس فهرست داروهای مجاز کشور صرفاً مازاد بر سهم بیمه گر اول) و خدمات اورژانس در موارد غیربستری تا سقف ۵ درصد تعهد پایه سالیانه.

۶- جبران هزینه های سرپایی یا بستری مربوط به خدمات دندان پزشکی و جراحی لثه حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده .

تبصره - هزینه های دندانپزشکی تا زمانی که تعرفه ای در این خصوص توسط شورای عالی بیمه سلامت ابلاغ نشده باشد، بر اساس تعرفه ای محاسبه و پرداخت خواهد شد که سالیانه توسط سندیکای بیمه گران ایران تنظیم و ابلاغ می شود..

۷- جبران هزینه مربوط به خرید عینک طبی یا لنز تماسی طبی با تجویز چشم پزشک و یا اپتومتریست حداکثر تا ۲ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۸- جبران هزینه جراحی مربوط به رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه گر درجه نزدیک بینی، دوربینی، آستیگمات یا مجموع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم ۳ دیوپتر یا بیشتر باشد، حداکثر تا ۱۵ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر چشم بیمه شده.

۹- جبران هزینه مربوط به خرید سمعک حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه شده.

۱۰- جبران هزینه اعمال مجاز سرپایی مانند شکستگی و دررفتگی، گچ‌گیری، ختنه، بخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، بیوپسی، تخلیه کیست و لیزر درمانی حداکثر تا ۱۰ درصد تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

تبصره- فهرست اعمال غیرمجاز سرپایی (در مطب) براساس نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی تعیین می شود.

۱۱- هزینه تهیه اوروتز که بلافاصله بعد از عمل جراحی به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر مورد نیاز باشد حداکثر تا ۲ درصد سقف تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده .

تبصره - سندیکای بیمه‌گران ایران فهرست و تعرفه قیمت انواع اوروتز را سالیانه تنظیم و ابلاغ می‌کند.

۱۲- جبران هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن حداکثر به میزان تعهد پوشش های اصلی سالیانه برای هر بیمه‌شده.

ماده ۴- حداکثر سقف ریالی تعهد پوشش های اصلی سالیانه موضوع ماده ۳، باید توسط بیمه‌گر در بیمه نامه درج شود .

ماده ۵- در صورتی که تعهدات پوشش های اصلی نامحدود باشد سقف تعهدات مربوط به پوشش‌های اضافی نیز می‌تواند نامحدود در نظر گرفته شود .

ماده ۶- تعهد پوشش های اضافی مربوط به بند ب ماده ۳، مازاد بر سقف تعهدات پوشش های اصلی سالیانه است.

فصل سوم: شرایط

ماده ۷- اصل حسن نیت: بیمه‌گذار و بیمه‌شده مکلفند در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر با رعایت دقت و صداقت، کلیه اطلاعاتشان را در اختیار بیمه‌گر قرار دهند. اگر بیمه‌گذار در پاسخ به پرسش‌های بیمه‌گر از اظهار مطلبی خودداری کند و یا برخلاف واقع مطلبی را اظهار کند و مطالب اظهار نشده یا اظهارات خلاف واقع طوری باشد که موضوع خطر را تغییر داده یا از اهمیت آن در نظر بیمه‌گر بکاهد، بیمه‌گر حق دارد یا اضافه حق بیمه را از بیمه‌گذار در صورت رضایت او دریافت و بیمه نامه را ابقا کند یا آن را فسخ نماید. هرگاه ثابت شود بیمه‌شده عمداً به وسیله اظهارات کاذب و یا ارایه مدارک نادرست اقدام به دریافت وجوهی برای خود و یا بیمه‌شدگان وابسته به خود کرده است، نام بیمه‌شده و بیمه‌شدگان وابسته به وی از فهرست بیمه‌شدگان حذف می شود و بیمه‌گر محق به دریافت وجوهی است که به ناحق از ابتدای مدت بیمه بابت هزینه‌های تشخیصی - درمانی پرداخت کرده است. همچنین بیمه‌گر محق به دریافت حق بیمه مربوطه تا تاریخ حذف بیمه شده است.

ماده ۸- فرانشیز

۱- فرانشیز هزینه‌های پوشش‌های اصلی و اضافی و سایر هزینه‌های تحت پوشش در صورت عدم استفاده از بیمه درمانی بیمه‌گر پایه حداقل ۳۰ درصد خسارت ارزیابی شده و در غیر این صورت طبق بندهای ۲ و ۳ این ماده اقدام خواهد شد.

بیمه‌گر می‌تواند با رعایت معیارهای عمومی تعیین نرخ مقرر در آیین نامه شماره ۹۴ مصوب شورای عالی بیمه و دریافت حق بیمه اضافی، فرانشیز را کاهش دهد.

۲- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه‌گر پایه فرانشیز مندرج در بیمه نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

۳- در صورت استفاده از سهم بیمه‌گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه‌گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

ماده ۹- پرداخت حق بیمه: بیمه‌گذار باید کل حق بیمه تعیین شده در شرایط بیمه‌نامه را به نحوی که در بیمه نامه و الحاقیه‌های مربوط توافق شده است به بیمه‌گر پرداخت کند. ایفای تعهدات بیمه‌گر منوط به پرداخت حق - بیمه طبق مفاد بیمه نامه است.

ماده ۱۰- بیمه‌گذار یا بیمه‌شده موظفند حداکثر ظرف مدت ۵ روز از تاریخ بستری شدن در بیمارستان و قبل از ترخیص، مراتب را به بیمه‌گر اعلام کند.

ماده ۱۱- بیمه‌گذار یا بیمه‌شده باید مدارک و مستندات مورد نیاز جهت بررسی و ارزیابی هزینه‌های تشخیصی - درمانی را به بیمه‌گر تسلیم و برای ارزیابی خسارت با او همکاری کند. چنانچه ارزیابی خسارت به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر مستلزم معاینه پزشکی و سایر اقدامات تشخیصی باشد هزینه آن بر عهده بیمه‌گر است.

ماده ۱۲- بیمه‌گر موظف است هزینه‌های تشخیصی - درمانی را براساس مفاد بیمه نامه و با رعایت مقررات مربوط بر مبنای زمان تحقق هزینه‌ها، تعیین و پرداخت نماید.

ماده ۱۳- چنانچه در مدت بستری، بیمه نامه منقضی شود بیمه‌گر متعهد به پرداخت هزینه‌های تحت پوشش تا تاریخ ترخیص است.

ماده ۱۴- استثنائات: هزینه مربوط به موارد زیر در تعهد بیمه‌گر نیست:

۱- اعمال جراحی که به منظور زیبایی انجام می‌شود مگر اینکه ناشی از وقوع حادثه در مدت بیمه باشد.

- ۲- عیوب مادرزادی مگر اینکه طبق تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر، رفع این عیوب جنبه درمانی داشته باشد .
 - ۳- سقط جنین مگر در موارد قانونی با تشخیص پزشک معالج .
 - ۴- ترک اعتیاد .
 - ۵- عوارض مستقیم ناشی از مصرف مواد مخدر، روان گردان و مشروبات الکلی به تشخیص پزشک معالج.
 - ۶- خودکشی و اعمال مجرمانه بیمه شده به تشخیص مراجع ذیصلاح.
 - ۷- حوادث طبیعی مانند سیل، زلزله و آتشفشان .
 - ۸- جنگ، شورش، اغتشاش، بلوا، اعتصاب، قیام، آشوب، کودتا، اقدامات احتیاطی مقامات نظامی و انتظامی، عملیات خرابکارانه و بنا به تأیید مراجع ذیصلاح .
 - ۹- فعل و انفعالات هسته‌ای.
 - ۱۰- هزینه اتاق خصوصی مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر .
 - ۱۱- هزینه همراه بیماران بین ۱۰ تا ۷۰ سال مگر در موارد ضروری به تشخیص پزشک معالج و تأیید پزشک معتمد بیمه‌گر.
 - ۱۲- هزینه های چکاپ گروهی و معاینات گروهی و طب کار .
 - ۱۳- لوازم بهداشتی و آرایشی که جنبه دارویی ندارند، مگر به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر .
 - ۱۴- جراحی فک مگر آنکه به علت وجود تومور و یا وقوع حادثه تحت پوشش باشد .
 - ۱۵- هزینه‌های مربوط به معلولیت ذهنی و ازکارافتادگی کلی .
 - ۱۶- رفع عیوب انکساری چشم در مواردی که به تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر درجه نزدیک‌بینی، دوربینی، آستیگمات یا جمع قدر مطلق نقص بینایی هر چشم کمتر از ۳ دیوپتر باشد.
 - ۱۷- کلیه هزینه‌های پزشکی که در مراحل تحقیقاتی بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعرفه درمانی آنها را اعلام نکرده است .
- تبصره - بیمه‌گر می‌تواند استثنائات مندرج در بندهای ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۴ این ماده را با دریافت حق بیمه اضافی و تعیین سقف مربوط، تحت پوشش قرار دهد.

ماده ۱۵- بیمه‌شده در انتخاب هر یک از بیمارستان‌های داخل کشور آزاد است. در مواردی که بیمه‌شده با معرفی‌نامه بیمه‌گر از مراکز درمانی طرف قرارداد استفاده کند، صورت‌حساب مرکز درمانی مبنای محاسبه هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر خواهد بود؛ چنانچه بیمه‌شده بدون معرفی‌نامه به مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند، هزینه‌های مربوطه حداکثر تا سقف تعرفه مندرج در قرارداد بیمه‌گر با مرکز درمانی مربوطه و تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت خواهد شد. در صورتی که بیمه‌شده به مراکز درمانی غیر طرف قرارداد بیمه‌گر مراجعه کند پس از پرداخت هزینه مربوطه باید صورت‌حساب مرکز درمانی را به انضمام نظریه پزشک یا پزشکان معالج در خصوص علت بیماری و شرح معالجات انجام‌شده را به بیمه‌گر تحویل شود، این هزینه‌ها مطابق با تعرفه تشخیصی-درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی در زمان تحقق هزینه‌ها محاسبه خواهند شد.

ماده ۱۶- در صورت استفاده بیمه‌شده از سهم سایر بیمه‌گران مکمل، بیمه‌گر موظف است هزینه‌های مورد تعهد را طبق تعرفه تشخیصی-درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی محاسبه و مازاد آن را تا سقف تعهدات بیمه‌نامه پرداخت کند؛ در هر صورت بیمه‌شده مجاز به دریافت خسارت از بیمه‌گران به مبلغی بیش از هزینه‌های انجام‌شده نیست. در مواردی که سهم دریافتی بیمه‌شده از سایر بیمه‌گران (پایه یا مکمل) معادل و یا بیشتر از میزان فرانشیز مندرج در بیمه‌نامه باشد فرانشیز کسر نخواهد شد.

ماده ۱۷- چنانچه بیمه‌شده هم‌زمان تحت پوشش بیش از یک مؤسسه بیمه باشد در اولویت بندی استفاده از پوشش هرکدام از مؤسسه‌های بیمه مخیر است.

ماده ۱۸- حداکثر سن بیمه‌شده در گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، ۶۰ سال کامل است اما بیمه‌گر می‌تواند با دریافت حق‌بیمه اضافی، افراد با سن بیش از ۶۰ سال کامل را هم بیمه کند. در صورتی که سن بیمه‌شده در مدت بیمه ۶۰ سال کامل شود پوشش بیمه‌ای تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد یافت.

ماده ۱۹- در صورتی که بیمه‌شده اصلی در طول مدت بیمه فوت کند، پوشش بیمه شدگان وابسته وی به شرط پرداخت حق‌بیمه تا پایان مدت بیمه ادامه خواهد داشت.

ماده ۲۰- هزینه‌های پزشکی و بیمارستانی بیمه‌شدگانی که به علت عدم امکان معالجه در داخل کشور با تشخیص پزشک معالج بیمه‌شده و با تأیید بیمه‌گر به خارج اعزام می‌گردند و یا هنگام مسافرت به خارج از کشور نیاز به تشخیص و معالجه پیدا می‌کنند در صورتی که سفارت یا کنسولگری جمهوری اسلامی ایران در کشور مربوطه، صورت‌حساب‌های آنان را تأیید کند تا سقف هزینه‌های مورد تعهد بیمه‌گر مندرج در بیمه‌نامه پرداخت

خواهد شد. در صورت عدم احراز هریک از شرایط فوق، هزینه‌های انجام‌شده با توجه به بالاترین تعرفه مراکز درمانی طرف قرارداد بیمه‌گر محاسبه و پرداخت می‌شود.

تبصره - میزان خسارت براساس نرخ ارز اعلام‌شده توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران در زمان ترخیص از بیمارستان محاسبه خواهد شد.

ماده ۲۱- فسخ بیمه نامه

بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌توانند در موارد زیر برای فسخ بیمه نامه اقدام نمایند :

الف- موارد فسخ از طرف بیمه‌گر :

- ۱- عدم پرداخت تمام یا قسمتی از حق بیمه و یا اقساط آن در سررسید مقرر.
- ۲- هرگاه بیمه‌گذار سهواً و بدون سوءنیت مطالبی خلاف واقع اظهار کند و یا از اظهار مطالبی خودداری کند به نحوی که در نظر بیمه‌گر موضوع خطر تغییر یابد و یا از اهمیت آن کاسته شود.
- ۳- در صورت تشدید خطر موضوع بیمه‌نامه و عدم موافقت بیمه‌گذار با افزایش حق بیمه .

ب- موارد فسخ از طرف بیمه‌گذار :

- ۱- در صورتی که خطر موضوع بیمه کاهش یابد و بیمه‌گر حاضر به تخفیف در حق بیمه نشود.
- ۲- انتقال پورتهوی بیمه‌گر و یا توقف فعالیت بیمه‌گر به هر دلیل.
- ۳- در صورت توقف فعالیت بیمه‌گذار که بیمه‌شدگان به دلیل آن بیمه شده اند .

ج- نحوه فسخ :

۱- در صورتی که بیمه‌گر بخواهد بیمه نامه را فسخ کند، موظف است موضوع را به وسیله نامه سفارشی به بیمه‌گذار اطلاع دهد، در این صورت بیمه نامه یک ماه پس از تاریخ اعلام موضوع به بیمه‌گذار فسخ‌شده تلقی می‌گردد.

۲- بیمه‌گذار می‌تواند با تسلیم درخواست کتبی به بیمه‌گر، فسخ بیمه نامه را تقاضا کند. در این صورت از تاریخ تسلیم درخواست مذکور یا تاریخ مؤخری که در درخواست معین شده است، بیمه نامه فسخ‌شده تلقی می‌گردد.

د- نحوه تسویه حق بیمه در موارد فسخ:

۱- در صورت فسخ بیمه نامه بیمه از طرف بیمه‌گر، حق بیمه تا زمان فسخ به صورت روزشمار محاسبه می‌شود.

۲- در صورت فسخ بیمه نامه از طرف بیمه‌گذار، حق بیمه تا زمان فسخ براساس حق بیمه هر ماه محاسبه می‌شود (کسر ماه یک ماه تمام منظور خواهد شد). در صورتی که تا زمان فسخ بیمه نامه، نسبت مجموع خسارت پرداختی و معوق به حق بیمه پرداختی آن بیشتر از ۷۵ درصد باشد، بیمه‌گذار متعهد است مانده حق بیمه سالیانه متعلقه را تا میزانی که نسبت مذکور به ۷۵ درصد برسد به بیمه‌گر پرداخت کند. بیمه‌گر می‌تواند برای دریافت مبلغ مذکور اقدام کند.

ماده ۲۲- بیمه‌گر باید حداکثر ظرف مدت پانزده روز کاری پس از تاریخ دریافت همه اسناد و مدارکی که بتواند به وسیله آنها میزان خسارت وارده و حدود تعهد خود را تشخیص دهد، خسارات را پرداخت کند.

ماده ۲۳- هرگونه پیشنهاد و اظهار بیمه‌گذار و بیمه‌گر در رابطه با این بیمه‌نامه باید به طور کتبی به آخرین نشانی اعلام شده ارسال شود.

ماده ۲۴- ارجاع به داوری: بیمه‌گر یا بیمه‌گذار می‌توانند اختلاف خود را تا حد امکان از طریق مذاکره حل و فصل نمایند و چنانچه اختلاف از طریق مذاکره حل و فصل نشد، از طریق داوری یا مراجعه به دادگاه حل و فصل نمایند. برای اجرای داوری، طرفین می‌توانند یک نفر داور مرضی‌الطرفین را انتخاب کنند. در صورت عدم توافق برای انتخاب داور مرضی‌الطرفین هریک از طرفین داور انتخابی خود را به صورت کتبی به طرف دیگر معرفی می‌کند. داوران منتخب داور سومی را انتخاب و پس از رسیدگی به موضوع اختلاف با اکثریت آرا اقدام به صدور رای داوری می‌کنند. هریک از طرفین حق‌الزحمه داور انتخابی خود را می‌پردازد و حق‌الزحمه داور سوم به تساوی تقسیم می‌شود. در صورتی که داوران منتخب برای انتخاب داور سوم به توافق نرسند موضوع از طریق مراجعه به دادگاه حل و فصل می‌شود.

فصل چهارم: سایر مقررات

ماده ۲۵- بیمه‌گر مشروط به رعایت ضوابط زیر می‌تواند بیمه‌نامه درمان خانواده و یا بیمه نامه برای مواردی که تعداد افراد تحت پوشش در یک گروه کمتر از ۵۰ نفر باشد، ارایه نماید:

۱- هر یک از اعضای اصلی گروه یا سرپرست خانواده باید فرم پرسش‌نامه سلامتی ارایه‌شده توسط بیمه‌گر را برای خود و افراد تحت تکفل خود به طور کامل و خوانا تکمیل کند. سپس در صورت تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر، معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز با هزینه متقاضی انجام می‌شود.

۲- متقاضی موظف است برای همه اعضای گروه یا افراد تحت تکفل، پوشش این بیمه را درخواست کند؛ اما بیمه‌گر می‌تواند با توجه به پاسخ‌های مندرج در پرسش‌نامه سلامتی و یا معاینات و اقدامات تشخیصی، از ارایه پوشش بیمه‌ای به فرد یا افرادی از گروه یا افراد تحت تکفل خود و یا پوشش هزینه زایمان و یا بیماری‌هایی که سابقه قبلی آنها بر اساس مستندات محرز شود و فرد از آن مطلع بوده است، خودداری کند.

تبصره: بیمه‌گر می‌تواند مشروط به اخذ پرسشنامه سلامتی و انجام معاینه پزشکی و اقدامات تشخیصی مورد نیاز، بیمه درمان انفرادی صادر نماید

ماده ۲۶- بیمه مرکزی ج.ا.ایران می‌تواند با ارایه پوشش برای مواردی که در ماده ۳ این آیین‌نامه ذکر نشده است و همچنین ارایه پوشش بیمه به گروه‌هایی که با هدف اخذ بیمه تشکیل می‌شوند، موافقت کند .

ماده ۲۷- بیمه‌گر مجاز به ارایه پوشش خارج از موارد پیش‌بینی شده در این آیین‌نامه و یا مجوز صادره از سوی بیمه مرکزی ج.ا.ایران تحت عناوینی از قبیل صندوق تکمله درمان و عناوین مشابه نمی‌باشد .

ماده ۲۸- موسسه بیمه در چارچوب ضوابطی که توسط بیمه مرکزی ج.ا.ایران ابلاغ خواهد شد می‌تواند بیمه‌نامه با حق بیمه شناور صادر نماید .

ماده ۲۹- دستورالعمل نحوه رسیدگی به اسناد هزینه‌های تشخیصی - درمانی و الکترونیکی کردن تبادل اطلاعات مربوط به ارزیابی و رسیدگی به اسناد هزینه‌های موضوع این آیین‌نامه حداکثر ظرف شش ماه از تاریخ ابلاغ این آیین‌نامه توسط سندیکای بیمه‌گران ایران تنظیم و پس از تایید بیمه مرکزی ج.ا.ایران به موسسات بیمه ابلاغ خواهد شد.

فصل سوم : انواع بیمه‌های درمان

بیمه‌های درمان را به شکل‌های مختلفی می‌توان تقسیم‌بندی نمود. به طور مثال بر اساس مدل‌های فروش، بر اساس مدل ارائه پوشش، بر اساس نحوه نگهداری ریسک و ...

انواع بیمه درمان بر اساس مدل فروش

انواع تیپ بیمه‌های درمان بر اساس مدل فروش و نام‌گذاری تجاری در بازار بیمه کشور عبارتند از : بیمه درمان گروهی، بیمه درمان خانواده، بیمه درمان انفرادی، بیمه درمان مسافران عازم به خارج از کشور، بیمه درمان

مسافران ورودی به کشور، بیمه درمان حجاج و زوار عتبات عالیات و ...، پوشش های درمانی که به صورت پوشش اضافه در سایر رشته های بیمه ای از جمله بیمه های عمر ارائه می گردد.

انواع بیمه های درمان بر اساس نوع پوشش :

پوشش های درمانی که بر اساس قوانین بالادستی از جمله آئین نامه ۹۹ شورای عالی بیمه در حال حاضر در کشور ارائه می گردد عبارتند از :

بیمه درمان پایه : به طور معمول توسط سازمان تامین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت، سازمان بیمه خدمات درمانی و سایر صندوق های بیمه گر پایه ارائه می شود.

بیمه درمان تکمیلی : بر اساس تعریف، این پوشش کامل کننده ی پوشش های ارائه شده توسط بیمه گران پایه است. بدین ترتیب که در خدمات مشمول بیمه پایه، فرانشیز و مابه التفاوت تعرفه بخش دولتی و بخش خصوصی را بر عهده می گیرد. بدیهی است در این نوع پوشش های بیمه ای داشتن بیمه گر پایه الزامی بوده و خدماتی که توسط بیمه گر پایه تحت پوشش نباشد در این نوع از بیمه نامه ها نیز پوشش نخواهد داشت.

بیمه درمان مازاد : بر اساس تعریف، آن دسته از خدمات که تحت پوشش بیمه ی پایه نباشند، در این نوع از بیمه نامه تحت پوشش قرار می گیرند. لذا داشتن بیمه پایه برای این نوع از بیمه نامه الزامی نخواهد بود.

بیمه درمان جامع : در این نوع از بیمه نامه، پوشش بیمه درمان پایه، درمانی تکمیلی و درمان مازاد به صورت همزمان توسط یک بیمه گر و در قالب یک بیمه نامه ارائه می گردد.

*اغلب بیمه نامه هایی که توسط شرکت های بیمه بازرگانی در قالب بیمه درمان گروهی به سازمان ها و شرکت ها ارائه می گردد، ترکیبی از پوشش های بیمه درمان تکمیلی و بیمه درمان مازاد است.

انواع بیمه نامه درمان بر اساس نحوه نگهداری ریسک :

مدل بیمه گری : که در آن ریسک از بیمه گزار به طور کامل به بیمه گر انتقال می یابد

مدل ریسک شناور : که دارای سهم اتکائی اجباری (و اختیاری) است و ریسک بین دو بیمه گر یا بیشتر تسهیم می شود.

مدل صندوق تکافل : فاقد سهم اتکائی اجباری بوده و تسهیم ریسک بین بیمه گر و بیمه گزاران صندوق انجام می شود.

فصل چهارم : فرآیند صدور بیمه های درمان گروهی

پیشنهاد بیمه از سوی بیمه گزار

بر اساس قانون بیمه پیشنهاد بیمه باید از سوی بیمه گزار به بیمه گر ارائه شود. هر چند در بسیاری موارد عدم اطلاع بیمه گزار از ضوابط و پوشش ها موجب آن می شود که پیشنهاد بیمه از سوی بیمه گر یا دلالتان رسمی بیمه به وی ارائه شود و در صورت جلب موافقت بیمه گزار، پیشنهاد مکتوب از سوی ایشان تنظیم یا به امضای وی می رسد تا تشریفات قانونی مربوطه نیز رعایت شده باشد.

اما علت پیشنهاد بیمه از سوی بیمه گزار چیست ؟

در بسیاری موارد، بیمه گزاران مفاد بیمه نامه، جزئیات پوشش ها و ضوابط محدود کننده ی احتمالی را مطالعه نمی کنند! این امر موجب می شود در صورت بروز خطر موضوع پوشش هایی که خریداری نکرده اند، یا مشمولیت در جزئیات محدود کننده پوشش خریداری شده، به صدور بیمه نامه معترض شوند یا مدعی درخواست این پوشش در زمان خرید بیمه نامه باشند. در این صورت پیشنهاد مکتوبی که به امضای بیمه گزار رسیده باشد، سندی بر اقدام صحیح و قانونی واحد صدور خواهد بود.

لازم است این نکته یادآوری شود که تسلط مذاکره کننده (بیمه گر یا دلال) بر جزئیات، پوشش ها و ضوابط اجرایی و ارائه مشاوره صادقانه به بیمه گزار مهمترین اصل و وظیفه بیمه گری و تداوم حفظ پرتفوی در بازار است.

چرا پیشنهاد بیمه بخش جدایی ناپذیر از بیمه نامه است؟

۱- جلوگیری از اختلاف احتمالی بر سر پوشش های درخواست شده

۲- جلوگیری از سوء استفاده های احتمالی، به طور مثال بیمه کردن مال غیر یا خرید بیمه نامه عمر برای یک شخص بدون اطلاع وی

و ...

پذیرش ریسک از سوی بیمه گر

پس از پیشنهاد بیمه از سوی بیمه گزار، شرکت بیمه گر ریسک موضوع بیمه را تحلیل و با قوانین و ضوابط اجرایی مطابقت می دهد.

بر اساس قانون و عرف بیمه، بیمه گر می تواند تمام یا بخشی از ریسک پیشنهاد شده را نپذیرد. لیکن آن بخش از ریسک پیشنهاد شده را که قابل پذیرش تشخیص دهد، مورد ارزیابی و تحلیل اقتصادی قرار داده و حق بیمه متناسب را تعیین و به صورت مکتوب به بیمه گزار اعلام می نماید.

در صورتی که بخشی از ریسک پیشنهاد شده مورد پذیرش بیمه گر قرار نگیرد، می بایست موضوع را در نامه اعلام نرخ و شرایط به بیمه گزار اعلام نماید. در غیر این صورت با توجه به اینکه پیشنهاد بیمه بخش جدایی ناپذیر بیمه نامه است، مفاد آن نافذ خواهد بود، مگر آنکه در بیمه نامه به نحو دیگری تصریح شده یا عدم پذیرش بخشی از ریسک پیشنهاد شده به طور شفاف بیان شود.

موافقت مکتوب با صدور بیمه نامه از سوی بیمه گر

از آنجا که ممکن است بخشی از ریسک پیشنهاد شده توسط بیمه گزار مورد پذیرش بیمه گر قرار نگرفته و حق بیمه متعلقه نیز بر اساس بخش پذیرش شده از ریسک پیشنهادی محاسبه می شود، لذا موافقت مکتوب بیمه گزار مبنی بر پذیرش شرایط اعلامی از سوی بیمه گر برای صدور بیمه نامه امری ضروری بوده و بخشی از تشریفات اداری صدور بیمه نامه است.

صدور و مبادله قرارداد

پس از اجرای تشریفات یاد شده، بیمه نامه توسط بیمه گر صادر شده و سپس امضا و مبادله می شود.

نکات :

۱- رعایت حدود اختیارات مالی و احراز صاحبان امضا ضروری است و می تواند موجب عدم اعتبار بیمه نامه و جاری نشدن تعهدات طرفین گردد.

۲- نسخ بیمه نامه می بایست به تعداد طرفین تهیه شده و همگی در حکم واحد خواهند بود.

ارسال لیست بیمه شدگان

در بیمه نامه های گروهی، پس از صدور بیمه نامه، لازم است مشخصات بیمه شدگان مطابق با فرمت تعیین شده توسط بیمه گر را تهیه و با رعایت تشریفات اداری تحویل نماید.

البته در برخی از قراردادها ارسال لیست بیمه شدگان قبل از صدور بیمه نامه، توسط بیمه گر الزام می شود.

اهمیت رعایت تشریفات اداری در ارسال لیست بیمه شدگان

تمامی تشریفات تعریف شده در صدور و اجرای یک قرارداد برای جلوگیری از بروز اختلاف بین طرفین و تعیین تکلیف نحوه اجرای قرارداد است.

در صورتی که در طول مدت قرارداد بیمه گزار مدعی اعلام برخی بیمه شدگان در لیست اولیه ارسالی بوده و بیمه گر دریافت آن را منکر شده باشد، در صورت عدم رعایت تشریفات اداری مربوطه، موضوع قابل احراز نخواهد بود. اما در صورتی که تشریفات رعایت شده باشد، با مراجعه به مستندات می توان موضوع را به راحتی حل و فصل نمود.

محاسبه اقساط حق بیمه و پرداخت آن

پس از تکمیل و بارگذاری لیست اسامی، حق بیمه ی ماهانه و سالانه گروه محاسبه شده و بر اساس نحوه پرداخت توافق، شناسه پرداخت آن به بیمه گزار اعلام می گردد.

بر اساس قانون بیمه، بیمه نامه یک عقد معوق است، به عبارت دیگر، تعهدات بیمه گر موکول به ایفای تعهدات بیمه گزار از جمله پرداخت حق بیمه بوده و با وجود امضای قرارداد، تا زمان پرداخت حق بیمه تعهدات بیمه گر جاری نخواهد شد.

در عرف بیمه گری، از آنجا که لازم است حق بیمه از حقوق کارکنان کسر و در وجه بیمه گر پرداخت گردد، این امر ممکن است تا پایان ماه اول اعتبار قرارداد(یا حتی بیشتر) زمان بر باشد. از طرفی بیمه درمان با سلامت افراد مرتبط است و ممکن است شرایط اورژانسی برای برخی از بیمه شدگان وجود داشته باشد. شرکت های بیمه گر بر اساس عرف و برای ایفای نقش حمایتی نسبت به ارایه خدمات به این قبیل بیمه شدگان اقدام می نمایند.

در صورتی که در پرداخت حق بیمه اختلافی حادث شود یا به هر دلیل اختلافی پیش آید که موجب فسخ یا ابطال قرارداد شود، بیمه گر امکان بازیافت خسارت های پرداخت شده یا معرفی نامه های صادره را نخواهد داشت. حتی در برخی موارد شرکت های بیمه گر ارایه خدمات را حتی پیش از امضا و مبادله ی قرارداد شروع می کنند! که شانس اندک برای توافق بر ریکواری خسارت را از بیمه گر سلب می نماید.

در چنین شرایطی بهترین راه برای جلوگیری از بروز اختلاف این است که از ارایه خدمات قبل از امضای قرارداد جدا خودداری نموده و پس از آن، برای ارایه خدمات قبل از دریافت حق بیمه از بیمه گزار تعهد مکتوب مبنی بر جبران هزینه های بیمه گر در صورت عدم پرداخت حق بیمه دریافت شود.

فصل پنجم : فرآیند خسارت بیمه های درمان

قبل از توضیح فرایند پرداخت خسارت، لازم است با مراکز درمانی طرف قرارداد آشنا شویم.

شرکت های بیمه گر برای ارایه خدمات به بیمه شدگان با مراکز درمانی قرارداد منعقد می نمایند. این موضوع منافعی برای هر سه طرف به شرح ذیل خواهد داشت:

۱- بیمه شدگان در این مراکز تنها بخش اندکی از هزینه را در قالب فرانشیز یا سهم بیمه شده پرداخت و از خدمات مشمول قرارداد استفاده می نمایند.

۲- مراکز درمانی با انعقاد قرارداد با شرکت های بیمه گر، تعداد مراجعان بیشتری خواهند داشت که موجب افزایش درآمد ایشان می گردد. به خصوص مراکز خصوصی که هزینه خدمات بالاتری دارند سهم کمتری از افراد جامعه بدون داشتن پوشش بیمه ای امکان استفاده از خدمات ایشان را خواهند داشت.

۳- پروسه ارسال هزینه ها از مراکز درمانی به شرکت های بیمه گر و محاسبه خسارت متعلقه به ایشان و پرداخت آن زمان بر بوده و به طور متوسط حدود ۲ ماه زمان میبرد. پرداخت دیرتر خسارت، موجب حفظ نقدینگی بیمه گر بوده و فرصت بیشتری برای سرمایه گذاری وجوه حق بیمه ایجاد می کند. همچنین ممکن است شرکت های بیمه بابت معرفی بیمه شدگان به مرکز درمانی و افزایش پتانسیل درآمدی این مراکز مقادیری تخفیف نسبت به تعرفه های مصوب خدمات تشخیصی و درمانی دریافت کنند که موجب کاهش هزینه تمام شده برای بیمه گر می شود.

تعاریف :

خسارت مستقیم : خسارت هایی که هزینه آن توسط بیمه شده به مرکز درمانی پرداخت شده و پس از گزارش به بیمه گر و ارائه مستندات، توسط کارشناسان ارزیاب خسارت آنالیز شده و در وجه بیمه شده پرداخت می گردد.

خسارت غیر مستقیم : خسارت هایی که در آن بیمه شده با معرفی نامه بیمه گر از خدمات تشخیصی درمانی در مراجع درمانی طرف قرارداد بیمه گر استفاده نموده و پس از بررسی توسط کارشناسان ارزیاب خسارت، در وجه مرکز درمانی طرف قرارداد پرداخت می گردد.

خسارت ارزیابی شده : مبلغی که بر اساس شرایط بیمه نامه و اعمال تعرفه های تشخیصی - درمانی مصوب مراجع ذیصلاح قانونی تعیین می گردد.

خسارت قابل پرداخت : مبلغی که بیمه گر پس از کسر فرانشیز از خسارت ارزیابی شده حداکثر تا سقف تعهدات بیمه نامه پرداخت می نماید.

فرآیند پرداخت خسارت :

صرف نظر از مستقیم یا غیر مستقیم بودن خسارت، فرآیند رسیدگی و پرداخت خسارت به قرار زیر است :

۱- گزارش خسارت به بیمه گر : در این مرحله بیمه شده یا مرکز درمانی طرف قرارداد، صورتحساب خسارت های واقع شده را به همراه مستندات مورد نیاز بیمه گر برای بررسی و ارزیابی خسارت به بیمه گر یا نماینده وی تحویل نموده و پرونده خسارت مربوطه تشکیل می گردد. در قراردادهای درمان و قراردادهای فی مابین مراجع درمانی طرف قرارداد با بیمه گر برای گزارش خسارت مهلت تعیین می گردد. که مهلت آن در برآورد خسارت های معوق از اهمیت بالایی برخوردار است.

۲- ارزیابی خسارت : در این مرحله کارشناسان ارزیاب خسارت، خدمات صورت گرفته را با تعرفه های مصوب مقایسه نموده و در صورت عدم رعایت تعرفه مصوب، مقدار قانونی صورتحساب را تعیین (یا تایید) می نمایند. برای این منظور با استفاده از کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت، بر اساس کد خدمت انجام شده، تعداد K از کتاب استخراج و در ارزش ریالی K (با رعایت خصوصی/دولتی بدون مرکز ارائه کننده خدمت) که به صورت سالانه توسط هیات وزیران تصویب و از سوی وزارت بهداشت ابلاغ می گردد، ضرب خواهد شد.

۳- تعیین خسارت قابل پرداخت (مرحله دوم ارزیابی خسارت) : پس از تعیین مقدار قانونی صورتحساب یا به عبارتی خسارت ارزیابی شده، ارزیابان خسارت می بایست فرانشیز یا سهم بیمه شده از خسارت را طبق بند ۲ و ۳ از ماده ۸ آئین نامه ۹۹ محاسبه و از خسارت ارزیابی شده کسر نمایند. برای این منظور:

الف- در صورت عدم استفاده از سهم بیمه گر پایه، فرانشیز مندرج در بیمه نامه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد، که از حاصل ضرب مقدار فرانشیز مقرر در قرارداد به درصد در خسارت ارزیابی شده، مقدار ریالی فرانشیز تعیین و سپس کسر می گردد.

ب- در صورت استفاده از سهم بیمه گر پایه چنانچه سهم مذکور کمتر از فرانشیز مندرج در بیمه نامه باشد مابه التفاوت فرانشیز و سهم بیمه گر پایه از خسارت ارزیابی شده کسر خواهد شد.

به عبارت ساده تر، پس از تعیین مقدار ریالی فرانشیز و مقدار ریالی سهم بیمه گر پایه، هر کدام بیشتر بود از خسارت ارزیابی شده کسر می گردد.

در پایان برای تعیین مقدار خسارت قابل پرداخت، حاصل عملیات یاد شده را با سقف باقیمانده از تعهدات سالانه بیمه شده مقایسه می نمایند. در صورتی که حاصل عملیات فوق کمتر یا مساوی سقف باقیمانده از تعهد باشد، کل مبلغ قابل پرداخت بوده و در غیر این صورت حداکثر تا سقف تعهد سالانه پرداخت خواهد شد.

یک مثال ساده : اگر ارزش خدمت a معادل ۵ k و ارزش ریالی k معادل ۴۰۰,۰۰۰ ریال در بخش خصوصی و ۱۰۰,۰۰۰ ریال در بخش دولتی و فرانشیز قرارداد ۳۰ درصد و فرانشیز بیمه پایه ۱۰ درصد و سقف تعهد باقیمانده ۲۰,۰۰۰,۰۰۰ ریال باشد. اگر صورتحساب مرکز درمانی در بخش خصوصی برای این خدمت ۲,۵۰۰,۰۰۰ صادر شده باشد، خسارت قابل پرداخت چقدر است؟

معادل ریالی فرانشیز قرارداد $200,000 = 10\% * 2,000,000$ تعرفه بخش خصوصی $5 * 400,000 = 2,000,000$

سهم بیمه پایه از خسارت $350,000 = (30-10)\% * 2,000,000$ تعرفه بخش دولتی $5 * 100,000 = 500,000$

خسارت قابل پرداخت $1,650,000 = 2,000,000 - 350,000 - 500,000$

مثال بیان شده، ساده ترین شکل نمایشی نحوه ارزیابی خسارت است، که منطقی و روش محاسبه را به خوبی به تصویر می کشد. لیکن در یک صورتحساب واقعی ممکن است برای یک خدمت ۲ نوع k فنی و حرفه ای و جزئیات بیشتری در محاسبه وجود داشته باشد که در این مقال نمی گنجد. بنابراین دوستان علاقه مند می توانند موضوع را در متون تخصصی دنبال نمایند.

فصل ششم : ریسک های اجرایی قرارداد و خاستگاه ضوابط اجرایی اصلاح (محدود) کننده

در اجرای قراردادهای بیمه درمان، ریسک های متنوعی وجود دارد که می تواند برآوردهای بیمه گر از ریسک و پیش بینی خسارت مربوطه را با خطا مواجه کند. مهمترین این ریسک ها به قرار زیر است:

انتخاب منفی : هر فرد بر اساس برداشتی که از وضعیت سلامتی خود و هزینه های مترتب بر آن دارد و بر اساس حق بیمه اعلامی از سوی بیمه گر، یک تصمیم اقتصاد محور خواهد داشت. به عبارتی اگر وضعیت سلامتی خود را مناسب و وقوع بیماری را بعید تصور کند، بر اساس میزان درآمد و تکافوی آن نسبت به هزینه های مستمر در خصوص تهیه بیمه درمان تصمیم گیری می کند. به طور مثال از خرید بیمه نامه خودداری می کند (که البته این تصمیم اشتباه بوده و خطرات پیش بینی نشده برای سلامت را پوشش نمی دهد).

نکته : این قبیل افراد باید توجه داشته باشند که هر چه وضعیت اقتصاد خانواده ضعیف تر باشد، توان مالی ایشان در مواجهه با ریسک های پیش بینی نشده در حوزه سلامت سخت تر خواهد بود.

در یک بیمه نامه گروهی، چنانچه بر حسب شرایط اقتصادی افرادی که وضعیت سلامت خود را مناسب ارزیابی می کنند از خرید بیمه نامه و عضویت در قرارداد صرف نظر نمایند، آنچه در گروه بیمه شدگان باقی می ماند، افرادی هستند که وضعیت سلامت خود را مناسب ندانسته و به عبارتی از بروز هزینه های درمانی به مقداری بیش از حق بیمه سالانه اطمینان دارند. این پدیده انتخاب منفی نام دارد و موجب ایجاد ضوابط اصلاح کننده در بیمه های گروهی گردیده است. از جمله آنکه شرکت های بیمه گر عضویت حداقل ۵۰ درصد از کارکنان را به همراه تمامی اعضای خانواده الزام می نمایند. همچنین اضافه شدن افراد تبعی مانند پدر و مادر را در طول مدت قرارداد نمی پذیرند.

عدم وصول حق بیمه : در برخی موارد گروه بیمه شدگان از افرادی که تشکیل می گردد که با بیمه گزار رابطه استخدامی ندارند (مانند اتحادیه ها و انجمن ها) و بیمه گزار در این موارد نمی تواند پرداخت حق بیمه ماهانه را تضمین نماید. در این موارد شرکت های بیمه گر برای از دست ندادن ظرفیت های موجود در بازار بیمه، از تقسیط حق بیمه خودداری کرده و مبلغ حق بیمه سالانه را به صورت یکجا در ابتدای قرارداد مطالبه می نمایند.

ورود غیر قانونی بیمه شدگان به قراردادهای گروهی : به طور معمول افرادی که وضعیت سلامت خود را مناسب ارزیابی نکنند، ترجیح می دهند ریسک هزینه های بیماری خود را به یک شرکت بیمه گر انتقال دهند. حال اگر امکان خرید بیمه نامه به صورت انفرادی یا گروهی از مسیر قانونی را نداشته باشند، ممکن به شکل های دیگری از طریق بستگان خود به صورت غیر قانونی وارد یک قرارداد گروهی شوند. به همین دلیل شرکت های

بیمه گر، لیست تامین اجتماعی بیمه گزار را در هنگام صدور بیمه نامه مطالبه می نمایند تا مشمولیت عضویت بیمه شدگان اصلی را بررسی نمایند. همچنین به طور تصادفی در هنگام پرداخت خسارت، مدارک هویتی بیمه شده تبعی و نسبت او با بیمه شده اصلی را کنترل می نمایند.

هزینه های جعلی : هزینه هایی که واقع نشده و با جعل و سند سازی به شرکت بیمه گر ارائه می شود. دلیل درخواست مدارک تکمیلی از جمله گزارش اقدامات تشخیصی و مواردی از این دست جلوگیری از پرداخت این قبیل هزینه هاست.

هزینه های القایی : هزینه هایی که وقوع آن ها ضرورت نداشته و برخی از افراد سودجو با تصور آنکه این هزینه به فرد وارد نمی شود، بلکه توسط شرکت بیمه پرداخت می گردد، برای ایجاد منافع مالی بیشتر برای افراد تجویز می گردد. شرکت های بیمه گر با الزام به داشتن تخصص های خاص برای تجویز این موارد و در مواردی بر اساس نظر پزشک معتمد در عدم لزوم انجام اقدام صورت گرفته، با این موارد مقابله می نمایند.

تورم و حذف ارز یارانه ای و ترجیحی از شرکت های بیمه بازرگانی : به طور معمول کارشناسان بیمه در حوزه قیمت گذاری، تورم ناشی از افزایش ارزش ریالی K خدمات را در محاسبات خود منظور می نمایند. لیکن در مواردی تغییر قوانین و رویکردهای سیاست گذار، موجب تنش های پیش بینی نشده در ارزیابی ها و برآورد ها می گردد. یکی از این موارد تغییر رویکرد دولت در قانون بودجه سالانه برای تخصیص رایانه حوزه سلامت به خصوص در بخش دارو و تجهیزات است، که مبالغ مربوطه را به منظور مبارزه با قاچاق به جای اعمال مستقیم بر این اقلام (مشابه رویه قبل) به سازمان های بیمه پایه انتقال داده است. در اینجاست که شرکت های بیمه بازرگانی به دلیل عدم استفاده از این یارانه متحمل هزینه های بیشتری خواهند شد که در قراردادهای صادره قبل از ابلاغ قانون مذکور پیش بینی نشده بود.

موارد فوق مهمترین ریسک ها و چالش های قراردادهای درمان است که مدیریت صحیح آن ها می تواند سلامت و بازدهی این رشته را تا حدود زیادی اصلاح نماید، لیکن چالش های دیگری نیز وجود دارد که در این مقاله نمیگنجد.

فصل هفتم : ساختار داده ها در بیمه های درمان از ایده آل مطلوب تا

وضعیت موجود

ساختار لایه های اطلاعات در بیمه های درمان بدین شکل است که تمامی خدمات در قالب گروه های خدمات تقسیم شده و چند گروه خدمت در یک تعهد از آئین نامه قرار می گیرد. به عبارتی لایه اول اطلاعات تعهد، لایه دوم گروه خدمات، لایه سوم خدمت و لایه چهارم ویژگی ها و جزئیات خدمت خواهد بود.

به طور مثال در تعهد پاراکلینیکی گروه ۱، یکی از گروه های خدمات تحت پوشش؛ انواع MRI است که خود شامل حدود ۵۶ نوع MRI متفاوت از اندام های مختلف است.

حال در نظر بگیرید که ارزش ریالی K در هر خدمت بسته به نوع مرکز ارائه کننده خدمت اعم از خصوصی، دولتی، خیریه و غیره متفاوت خواهد بود. همچنین یک خدمت می تواند دارای یک K حرفه ای، یک K فنی، ارزش پایه بیهوشی و هشتگ (#) باشد.

از طرف دیگر در بخش استفاده کننده از خدمت لایه های متعددی وجود دارد. از جمله شخص بیمه شده تبعی که زیر مجموعه بیمه شده اصلی است، که او زیر مجموعه یک قرارداد از یک بیمه گزار است که می تواند یکی از زیر مجموعه های یک هلدینگ یا تفاهم نامه گسترده باشد.

همچنین شخص استفاده کننده، پارامترهایی مانند سن، جنس، منطقه جغرافیایی محل سکونت، شغل و غیره دارد که بسته به نوع بررسی می تواند در لایه های اطلاعاتی مرتبط قرار گیرد.

همانطور که ملاحظه می شود، تفاوت های بسیاری از نظر گستردگی و سطح اطلاعاتی در این رشته با سایر رشته های بیمه ای وجود دارد.

با وجود آنکه اطلاعات هویتی بیمه شده در هنگام صدور بیمه نامه از بیمه گزار دریافت می شود، لیکن اطلاعات شغلی دقیق (بر حسب تقسیم بندی کار در سازمان یا شرکت بیمه گزار) تعیین نمی گردد و محاسبان فنی بیمه را از داشتن جزئیات بهتر در لایه اطلاعاتی ریسک مشاغل محروم می نماید.

از طرف دیگر در هنگام ثبت خسارت در سامانه های بیمه گری، بسیاری از جزئیات مفید به دلیل کسرت کار در مقایسه با نیروی انسانی ثبت نمی گردد. از جمله مواردی که در گذشته مشمول این بند بوده و محاسبات خسارت های معوق را در صنعت با معضل جدی مواجه نموده بود، ثبت صحیح تاریخ وقوع خسارت، تاریخ گزارش خسارت و تاریخ پرداخت خسارت است. همانطور که می دانید به ترکیب این سه تاریخ مثلث تاخیر گفته می شود که در اغلب روش های برآورد خسارت معوق نقش کلیدی ایفا می کند. همچنین در مواردی خدمت استفاده شده در سامانه بیمه گری ثبت نشده و صرفاً به تعیین تعهد بالادست آن بسنده می شود. چنین مواردی در هنگام تغییرات ساختاری آئین نامه ها (مانند جایگزینی آئین نامه ۷۴ با ۹۹) بیشترین آسیب را به تحلیل گر و شرکت بیمه گر

وارد خواهد آورد. چرا که وزن و تاثیر یک گروه خدمت از یک تعهد به تعهد دیگری منتقل می گردد، حال آنکه مقدار آن در بدو تغییر قابل برآورد نخواهد بود.

البته جای امیدواری است که با نهایی شدن و اجرای کامل پروژه نسخ الکترونیک، گردش کار خسارت در این رشته به صورت کامل هوشمند شده و محاسبان بیمه به سطوح و لایه های بیشتری از اطلاعات برای آنالیز دقیق تر دسترسی خواهند داشت.

فصل هشتم: اصول و مبانی نرخ گذاری در بیمه های درمان

پارامترهای موثر در ریسک بیمه های درمان گروهی

منبع رسمی بررسی پارامترهای موثر در ریسک بیمه های درمان آئین نامه شماره ۹۴ شورای عالی بیمه است که پیش از این در فصل اول به آن اشاره گردید و سایر مفاد آن در این بخش بیان می گردد.

موازن فنی تعیین نرخ های حق بیمه (آئین نامه ۹۴)

موسسه بیمه موظف است در تعیین حق بیمه کلیه رشته های بیمه معیارهای عمومی مندرج در بند الف و حسب مورد معیارهای اختصاصی رشته ذیربط مندرج در سایر بندهای این موازن را رعایت نماید:

الف (معیارهای عمومی تعیین نرخ حق بیمه انواع رشته های بیمه:

- ۱- بیمه پذیر بودن ریسک. (پ.ن: ریسک بیمه پذیر باید حداقل دارای ۳ ویژگی باشد، ۱- عواقب مالی آن فاجعه بار نباشد ۲- متوسط خسارت احتمالی قابل اندازه گیری باشد ۳- فراوانی وقوع خسارت قابل پیش بینی باشد. هر سه ی این موارد اشاره بر قابل اندازه گیری بودن ریسک دارد)
- ۲- شدت و تواتر ریسک.
- ۳- توجه به تابع توزیع ریسک و میانگین و واریانس آن.
- ۴- سوابق عملیات بیمه ای آن رشته.
- ۵- اعمال تخفیف یا اضافه نرخ بر اساس سابقه بیمه گذار.

- ۶- در بیمه‌های اشخاص: عوامل متعارف بازار بیمه از جمله جدول مرگ و میرو نرخ بهره فنی.
- ۷- وضعیت ریسک از لحاظ رعایت استانداردهای پیشگیری و ایمنی.
- ۸- رعایت حد توانگری شرکت.
- ۹- توجه به عوامل تشدید خطر.
- ۱۰- مدت بیمه.
- ۱۱- خطرات اضافی و استثنائات
- ۱۲- فرانشیز
- ۱۳- هزینه‌های اداری و عملیاتی.
- ۱۴- عدم تبعیض غیرموجه در تعیین نرخ.
- ۱۵- امکان واگذاری اتکایی بویژه در رشته‌هایی مانند کشتی و هواپیما که کلوزهای استاندارد دارند.
- ۱۶- مقررات بین المللی در رشته هایی که جنبه بین‌المللی دارد و تابعی از کنوانسیون‌ها و موافقتنامه‌های بین‌المللی است.
- ۱۷- ارائه بیمه‌نامه در قالب بیمه‌های مشترک نباید اصول حاکم بر محاسبه حق بیمه را نقض نماید.
- ۱۸- توجه به اوضاع پیرامون بازار بیمه کشور.
- ۱۹- موازین فنی و اصول آکچوئری رعایت شود و با لحاظ ماهیت رشته های بیمه ای، نرخ حق بیمه به نحوی تعیین گردد که حق بیمه حداقل معادل مجموع هزینه های خسارت، هزینه های اداری، بیمه گری و کارمزد فروش پس از کسر درآمد سرمایه گذاری باشد.

(ب) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته درمان گروهی:

- ۱- خطرات تحت پوشش
- ۲- میزان تعهدات
- ۳- تعداد بیمه شدگان
- ۴- پراکندگی جغرافیایی بیمه شدگان
- ۵- میانگین سنی بیمه شدگان

۶- تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در منطقه تمرکز بیمه شدگان

۷- نوع فعالیت بیمه گذار

۸- سوابق و رفتارهای بیمه گذار و بیمه شدگان

ج) معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته درمان خانواده:

۱- گروه سنی

۲- وضعیت سلامت

۳- سابقه بیمه ای

۴- شغل و نوع فعالیت

۵- خطرات تحت پوشش

۶- میزان تعهدات

۷- تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در منطقه تمرکز بیمه شدگان

انواع روش های قیمت گذاری مرسوم در ایران

روش تعرفه ای :

اولین بار در زمان پیدایش بیمه درمان تکمیلی در کشور و بر اساس داده های موجود در بیمه تامین اجتماعی و با الگوی تعیین تعرفه در سایر رشته های بیمه ای، این روش از نرخ گذاری مورد استفاده قرار گرفت که تا کنون نیز جایگاه خود را در رشته بیمه های درمان حفظ کرده است. هر چند این روش در ترکیب با ضرایب تعدیل پارامترهای موثر در ریسک، برای نرخ دهی به قراردادهایی استفاده می شود که برای اولین بار به بیمه گر مراجعه نموده باشند.

در این روش بر اساس داده های مربوط به شدت و فراوانی تعهد (سطح ۱ از لایه های اطلاعات) میزان میانگین حق بیمه خالص افراد محاسبه و با اضافه نمودن هزینه های سربار و سود عملیات بیمه ای حق بیمه تجاری با در نظر گرفتن سقف و فرانشیز تعهد محاسبه می شود.

مثال : برای تعهد a، فراوانی وقوع ۵ نفر در هر ۱۰۰۰ نفر و هزینه مورد تعهد بیمه گر در صورت تحقق خطر، ۱۰۰,۰۰۰ واحد است. اگر هزینه های سربار معادل ۶ درصد و سود عملیات بیمه ای مورد نظر ۲۰ درصد باشد، حق بیمه تجاری عبارتست از :

$$0.005 * 100.000 = 500 \gg 500 + 6\% = 530 \gg 530 + 20\% = 636$$

در هر هزار ریال سرمایه با فرض فرانشیز صفر درصد $X = 636 / 100.000 = 6.36$

ترکیب روش تعرفه ای با ضرایب تعدیل ریسک

در مدل پیشرفته تر محاسبه تعرفه، از تابع توزیع برای محاسبه فراوانی در سطوح مختلف تعهدات و شدت خسارت مربوطه و میانگین و واریانس استفاده می شود.

نظام تعرفه ای به تنهایی پاسخگوی نیاز کشوری مانند ایران نیست. چرا که از نظر بسیاری از پارامترهای موثر در ریسک تفاوت های معنا دار بسیاری در سطح کشور ما وجود دارد. به طور مثال :

از نظر پراکندگی مراکز دولتی و خصوصی ارائه کننده خدمت برخی مناطق مانند سیستان و بلوچستان به شدت محروم و برخی مناطق مانند تهران به شدت غنی هستند. یا به طور مثال کفایت مراکز دولتی برای نیاز مردم در استان سمنان به حدی است که اغلب مراکز تاسیس شده بخش خصوصی در استان در آستانه ورشکستگی قرار داشته اند.

از نظر میانگین سنی جمعیت نیز مناطق شهرهای کوچک و بافت روستایی به دلیل داشتن فرزندان بیشتر با مراکز استان های بزرگ و صنعتی متفاوتند.

با توجه به اینکه سطح درآمد در کیفیت زندگی موثر بوده و پارامترهایی مانند توجه به سلامت شخصی و امید به زندگی را تغییر می دهد، دامنه تغییرات درآمدی در سطح افراد جامعه نیز بسیار بالاست.

همچنین ریسک شغل افراد نیز دامنه گسترده ای دارد و تنوع آن موجب عدم کفایت نظام تعرفه ای به تنهایی خواهد بود.

بنابراین اعمال یک نرخ ثابت برای چنین گستره ای از دور از عدالت بوده و عملاً نرخ ریسک مناطق مرفه به گردن مناطق محروم خواهد افتاد. لذا محاسبان بیمه لازم است اختلاف میانگین، واریانس و فراوانی را برای هر یک از پارامترهای موثر در ریسک نسبت به حالت کلی تعرفه محاسبه نموده و سپس ضریب تعدیل متناسب برای اختصاصی سازی تعرفه نسبت به تغییرات پارامتر مورد نظر را ارائه نمایند.

نرخ دهی بر اساس ریسک مشابه :

در صورتی که حق بیمه محاسبه شده بر اساس روش فوق محل اعتراض باشد، می توان از بررسی ریسک های مشابه نسبت به آنالیز مجدد حق بیمه اقدام نمود. به طور مثال اگر ارائه نرخ به یکی از دانشگاه در یکی از کلان شهرها مد نظر باشد که اطلاعات آن در دوره های قبلی برای بیمه گر مجهول است. می توان از بررسی خسارت های سایر دانشگاه های موجود در کلان شهرها و برآیند عملیات بیمه ای ایشان خسارت آتی برای دانشگاه مورد نظر را تخمین زد. این روش نیز مشابه روش تعیین تعرفه است، با این تفاوت که جامعه مورد مطالعه شباهت بیشتری داشته و دقت محاسبه افزایش خواهد یافت. به طور کلی طبقه بندی بیمه گزاران به گروه هایی با بیشترین تشابه، دقت نرخ دهی را افزایش خواهد داد.

نرخ دهی بر اساس مدل ارزیابی ریسک مبتنی بر خسارت :

در این مدل از اطلاعات دوره قبلی یک قرارداد، با اعمال پارامترهای موثر در تغییر مقادیر خسارت (مانند تورم) ، میزان خسارت دوره بعدی پیش بینی شده و حق بیمه خالص متعلقه محاسبه می شود و با اضافه نمودن مقادیر هزینه های پنهان و سود عملیات بیمه ای، حق بیمه تجاری محاسبه می شود. به این روش در صنعت اصطلاحاً نرخ دهی عملکردی گفته می شود چرا که بر حسب عملکرد هر بیمه گزار، حق بیمه دوره بعدی برای ایشان محاسبه خواهد شد.

لازم به توضیح است که این روش مستقل از نظام تعرفه ای نیست، چرا که تغییر در سطح خدمات یا تغییر در پوشش های قرارداد بر اساس مقایسه عملکرد با تعرفه یا به عبارت دیگر اضافه نمودن مابه التفاوت تعرفه با احتساب ضریب تعدیل قرارداد محاسبه و در حق بیمه دوره بعد اعمال می گردد.

نرخ گذاری بر اساس جدول بیماری ها

جدول بیماری ها، مشابه با جدول مرگ و میر در بیمه های عمر است، که احتمال وقوع هر بیماری یا خدمت بهداشتی درمانی را بر حسب سن افراد یا هر پارامتر دیگری نمایش می دهد. محاسبه حق بیمه بر اساس این جدول در عین داشتن پیچیدگی بیشتر دقت بهتری را فراهم می نماید.

تعیین حق بیمه گروهی بر مبنای ریسک انفرادی

دقیق ترین روش محاسبه حق بیمه گروه، تعیین حق بیمه بر اساس ریسک انفرادی است. در این روش حق بیمه هر فرد به صورت مستقل بر اساس تمامی پارامترهای موثر از جمله سوابق بیماری قبلی یا به عبارتی وضعیت

سلامتی موجود تعیین می گردد. سپس از جمع کل حق بیمه افراد گروه، حق بیمه قرارداد بدست می آید. حال چنانچه پرداخت حق بیمه یکسان مد نظر بیمه گزار و بیمه شدگان باشد می توان حق بیمه قرارداد را بر تعداد بیمه شدگان تقسیم نمود تا به جای حق بیمه های متفاوت برای افراد ضمن رعایت تمامی اصول، حق بیمه یکسان ارائه نمود.

نکات مهم در تهیه آمار و ویژگی های آن برای تعیین نرخ و شرایط

ضریب خسارت ترکیبی

خسارت پرداخت شده - ذخیره خسارت معوق ابتدای دوره + ذخیره خسارت معوق انتهایی دوره = هزینه خسارت
حق بیمه صادره + حق بیمه عاید نشده ابتدای دوره - حق بیمه عاید نشده انتهایی دوره = درآمد حق بیمه
ضریب خسارت = هزینه خسارت تقسیم بر درآمد حق بیمه

اگر به صورت کسر فوق هزینه های اداری و عمومی بیمه گری (هزینه های پنهان) اضافه شود، ضریب خسارت ترکیبی بدست خواهد آمد.

در محاسباتی که برای تعیین حق بیمه از ضریب خسارت استفاده شود (مانند محاسبه حق بیمه عملکردی) لازم است از ضریب خسارت ترکیبی استفاده شود.

ادعای خسارت یا خسارت پرداختی؟

از آنجا که سقف تعهدات قرارداد عامل بازدارنده ای در پرداخت صورتحساب است، لذا برخی کارشناسان بر این عقیده اند که در محاسبه تعرفه لازم است از مبالغ ادعای خسارت در پیش بینی خسارت آتی استفاده شود.

همچنین برخی از کارشناسان معتقد هستند که برای حذف تاثیر سقف تعهد از محاسبات، لازم است به جای محاسبه بر اساس اطلاعات کل جامعه بیمه شدگان، نمونه ای از قرارداد و تعهدات بدون سقف تهیه و محاسبات را بر اساس نمونه آماری بدون محدودیت سقف انجام داد. از آنجا که قراردادهایی با تعهد بدون سقف معمولاً مربوط به گروه هایی هستند که بر مصرف تر از سایر گروه ها بوده معمولاً فراوانی استفاده از خدمات در ایشان بیشتر از سایرین است، نرخ محاسبه شده بر اساس آمار این قراردادها می تواند تا حدودی بدبینانه باشد.

در محاسبه فراوانی باید به تکرار استفاده از خدمات توسط یک بیمه شده توجه داشت.

