



مدل های نوین بیمه درمان در دنیا

مدرس:

دکتر امیراشکان نصیری پور - دکتر مهدی ریاحی فر





پیشینه کارگاه

این کارگاه آموزشی بر اساس نتایج به دست آمده از طرح پژوهشی انجام شده در پژوهشکده بیمه «بررسی مدل‌های نوین فعالیت شرکت‌های بیمه درمان در دنیا (سیستمهای مراقبت مدیریت شده) و طراحی مدل مناسب برای ایران» تدوین و برگزار می‌گردد. در پژوهش مذکور، تجربه کشورهای منتخب در خصوص بیمه‌های درمانی و نظام‌های مراقبت‌های مدیریت شده در نظام جامع بیمه‌های سلامت آنها بررسی و در نهایت پیشنهاداتی برای صنعت بیمه کشور ارائه شده است.

محورهای کارگاه عبارتند از:

- کلیات نظام سلامت در کشورهای مورد مطالعه
- چالش‌های نظام بیمه سلامت در ایران
- سیستم مراقبت‌های مدیریت شده
- ارائه الگوی نظام مراقبت‌های مدیریت شده در ایران





اطلاعات مدرس و همکاران

مدرس:

دکتر امیراشکان نصیری پور
(پژوهشگر و مشاور در حوزه بیمه های درمان)

همکاران:

دکتر میترا قنبرزاده – دکتر نسرين حصار مقدم – فاطمه عطا طلب – دکتر اسماء حمزه
(اعضای هیات علمی پژوهشکده بیمه)
دکتر مهدی ریاحی فر (مشاور)، زهرا ماجدی (مشاور)



بیان مسأله و ضرورت انجام کارگاه

در حال حاضر صنعت بیمه با پوشش نزدیک به ۲۵ میلیون نفر شده بیمه شده درمان در حدود ۳۴ درصد از جمعیت کل کشور را تحت پوشش اینگونه بیمه ها قرار داده است. در سال ۱۴۰۲ صنعت بیمه بانزدیک به ۸۴.۵ همت حق بیمه تولیدی در بخش بیمه های درمانی و با ۸۳.۶ درصد رشد در این بخش و سهمی به میزان ۳۰.۲ درصدی از بازار حق بیمه کشور بالاتر از بیمه های شخص ثالث اتومبیل قرار گرفته و این در حالی است که ضریب خسارت این رشته در سال اخیر برابر ۹۴.۳ درصد بوده است که با احتساب سهم ۱۰ درصدی متوسط هزینه های اداری و عمومی بیمه گری ضریب خسارت ترکیبی این بخش به ۱۰۴.۳ درصد خواهد رسید. این روند ضریب خسارت ترکیبی این رشته در ۵ سال اخیر به همین منوال بوده است.

یافتن راهکاری برای ارتقاء عملکرد این بخش از پرتفوی صنعت بیمه می تواند علاوه بر کاهش زیان این رشته موجب افزایش بهره وری نظام بیمه های سلامت کشور نیز شود.



بیان مسأله و ضرورت انجام کارگاه

عوامل متعددی مانند عدم کفایت منابع مالی، ساختارهای مضاعف و پرهزینه بیمه ای، استفاده وسیع از فن آوری های گران قیمت نوین، خرید خدمات، تجهیزات و مواد دارویی گران قیمت، انجام نسخه نویسی غیرضروری و القائی، تجویز خدمات پاراکلینیکی و آزمایشگاهی غیرضروری و سایر تقاضاهای القائی برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی، سیستم نادرست و نامناسب تعرفه گذاری خدمات، پرداخت ها و جبران خدمات و ضعف نظام های پراکنده و وسیع دولتی، مهمترین معضلاتی هستند که تحول در روش های مدیریتی بیمه های درمان به ویژه در تامین مالی و روابط بین بیمه شده، بیمه گر و مراجع ارائه خدمات درمانی مانند بیمارستان ها، مراکز تشخیصی و پاراکلینیکی را ضروری نموده است.



بیان مسأله و ضرورت انجام کارگاه

بررسی مدل‌های نوین فعالیت در بخش‌های مختلف بیمه‌های سلامت با تمرکز بر سیستم‌های مراقبت مدیریت شده (HMO) و تطبیق آن با سایر کشورها که با ترکیب‌های گوناگونی، انتقال ریسک به مؤسسات بیمه و رابطه آنها با ارائه‌کنندگان خدمات سلامت را ترسیم می‌کند، عامل مهمی برای ارتقاء کارآیی و اثر بخشی نظام بیمه درمان می‌باشد. هدف از انجام این طرح بررسی الگوهای نوین فعالیت شرکت‌های بیمه درمان در دنیا با تاکید بر مراقبت‌های مدیریت شده می‌باشد. در این راستا اشکال مختلف مراقبت‌های مدیریت شده، ساز و کار و عملکرد اجرایی، ساختار سازمانی و مکانیزم‌های کنترل و نظارتی شناسایی و تبیین شده است. بر این مبنا الگوی مناسب برای ایران طراحی و ارائه گردیده است.



سوابق مطالعاتی و پژوهشی مربوطه

مطالعات خارجی:

- آفریه و همکاران (۲۰۲۴) – درک نقش صندوق بیمه سلامت ملی تانزانیا در بهبود پوشش خدمات و کیفیت مراقبت
- کلاین (۲۰۲۴) – اثرات بازارهای تحت مدیریت دولتی بر هزینه های مراقبت بهداشتی پرداخت از جیب: قبل و بعد از قانون مراقبت مقرون به صرفه
- میشلسن و همکاران (۲۰۲۴) – بیمه سلامت جامعه در کشورهای با درآمد کم و متوسط
- کیتول و همکاران (۲۰۲۳) – مقاله ای با عنوان «آیا بیمه درمانی معمای استفاده از مراقبت های بهداشتی را در تانزانیا حل می کند؟»
- پروبست (۲۰۲۳) – بیمه درمانی برای شهروند خوب اروپایی



سوابق مطالعاتی و پژوهشی مربوطه

پژوهشهای داخلی:

- نظری پور و همکاران (۱۴۰۱) – مطالعه ای با عنوان بررسی اثرات نگرش و ادراک شاغلین بر رفتار بیمه درمان تکمیلی آنان
- رودباری و مجتهدزاده (۱۴۰۱) – پژوهشی تحت عنوان بررسی مدیریت ریسک دانش بنیان در بیمه های درمان و زندگی
- نوبهار و همکاران (۱۳۹۹) – پژوهشی با عنوان ریسک کژگزینی در صنعت بیمه ایران
- ریاحی فر (۱۳۸۵) – مقاله ای تحت عنوان طراحی الگوی مدیریت ریسک بیمه های درمان برای ایران



روش انجام پژوهش و فنون اجرایی

پژوهش به روش تطبیقی در بازه زمانی اسفند ۱۴۰۲-آبانماه ۱۴۰۳ انجام گرفت. در مرحله اول پژوهش با مطالعه متون مبانی نظری مراقبتهای مدیریت شده استخراج شد. سپس مدلهای نوین بیمه درمان در کشورهای پیشرو بر اساس سه مدل کلی نظام طب ملی، بیمه ملی و نظام مختلط و تجربه آنها در مراقبت های مدیریت شده انتخاب و مورد بررسی قرار گرفت. در این فاز، مدلهای بیمه درمان در کشورهای منتخب شناسایی و با مدل عملکردی موسسات بیمه فعال در حوزه درمان کشور مورد تطبیق و مقایسه واقع شد. کشورهای منتخب عبارت بود از بریتانیا (از گروه نظام طب ملی)، کانادا (بیمه ملی)، آمریکا و مالزی (مختلط).

به منظور جمع آوری داده های مورد نیاز از مطالعه و بررسی مقالات داخلی و خارجی، کتب، مراجعه به بانکهای اطلاعاتی و سایتهای الکترونیک نظام سلامت کشورها و سازمانهای ذیربط مراقبتهای مدیریت شده که در کشورهای مورد مطالعه قابل دسترسی بود، بهره گیری به عمل آمد.



کانادا

- کانادا کشوری بزرگ با وسعت ۹,۰۹۳,۵۰۷ کیلومتر مربع است. این کشور از جنوب و شمال غربی (آلاسکا) به ایالات متحده آمریکا، از غرب به اقیانوس آرام، از شرق به اقیانوس اطلس و از شمال به اقیانوس منجمد شمالی محدود می شود.
- جمعیت در سال ۲۰۲۴ حدود ۴۰ میلیون نفر
 - امید به زندگی میانگین ۸۳ سال
 - تولید ناخالص داخلی: ۲۵۰۰ میلیارد دلار
 - درآمد سرانه: ۵۳۸۰۰ دلار



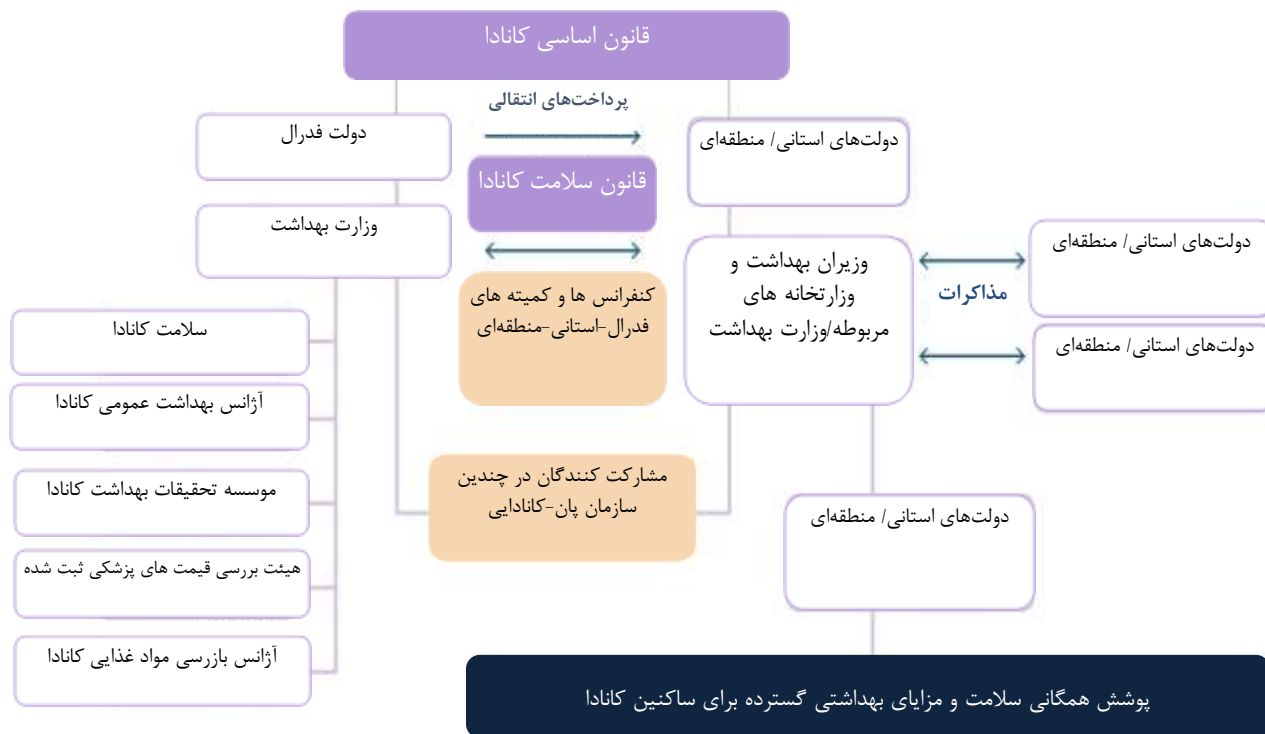
... کلیات نظام سلامت کشورهای مورد مطالعه...

نظام سلامت کانادا از نوع بیمه ملی می باشد. نام این بیمه که توسط بخش عمومی تامین مالی می شود مدیکیر است. البته به جای یک طرح بیمه منفرد، ۱۳ طرح استانی و قلمروی (تریتوری) وجود دارد که تحت این سیستم هر فرد ساکن در کانادا به خدمات ضروری پزشکی و بیمارستانی بدون نیاز به پرداخت از جیب، دسترسی معقول دارد.

البته هزینه های دندانپزشکی، عینک و دارو تا مبلغ مشخصی از طریق بیمه های خصوصی یا پرداخت از جیب تامین می شود. دولت فدرال به همراه دولتهای استانی مسئولیت مدیریت، سازماندهی و ارائه خدمات سلامت به مردم را بر عهده دارند.



شکل ۱-مروری بر ساختار نظام سلامت کانادا





... کلیات نظام سلامت کشورهای مورد مطالعه...

بریتانیا

پادشاهی متحده بریتانیای کبیر و ایرلند شمالی که معمولاً به عنوان پادشاهی متحده شناخته می شود، از جزیره بریتانیا و بخش شمال شرقی جزیره ایرلند تشکیل شده است. این جزایر از شرق با دریای شمال از اسکاندیناوی و از جنوب با کانال مانش که در غرب اقیانوس اطلس است از قاره اروپا جدا می شوند. بریتانیای کبیر شامل انگلستان، اسکاتلند و ولز است. این سه به اضافه ایرلند شمالی بریتانیا را تشکیل می دهند.

- جمعیت در سال ۲۰۲۴ حدود ۶۸.۵ میلیون نفر
- امید به زندگی میانگین ۸۲ سال
- تولید ناخالص داخلی: ۳۴۰۰ میلیارد دلار
- درآمد سرانه: ۴۹۵۰۰ دلار



... کلیات نظام سلامت کشورهای مورد مطالعه...

نظام سلامت بریتانیا از نوع طب ملی است. NHS انگلستان در سال ۱۹۴۸ با اصول اساسی تأسیس شد که NHS باید عمده‌تاً از طریق مالیات عمومی تأمین شود، مراقبت باید جامع باشد و دسترسی براساس نیاز بالینی و نه توانایی پرداخت باشد. قبل از NHS، قانون بیمه ملی در سال ۱۹۱۱، بیمه درمانی برای کارگران صنعتی فراهم شد و به آنها امکان دسترسی به خدمات در حال توسعه پزشکی خانواده را می‌داد.

از سال ۱۹۴۸، NHS در انگلستان، اسکاتلند و ولز به شیوه‌ای مشابه خدمت می‌کرد، در حالی که سیستم بهداشتی ایرلند شمالی به صورت نیمه خودمختار عمل می‌کرد. سیستم بهداشتی ملی انگلستان به گونه‌ای طراحی شده است که تمام خدمات پزشکی اعم از بیمارستانی، خانه‌های بهداشت، آنبولانس، دارو و دیگر خدمات را به صورت رایگان به تمام مصرف کنندگان ارائه نماید.

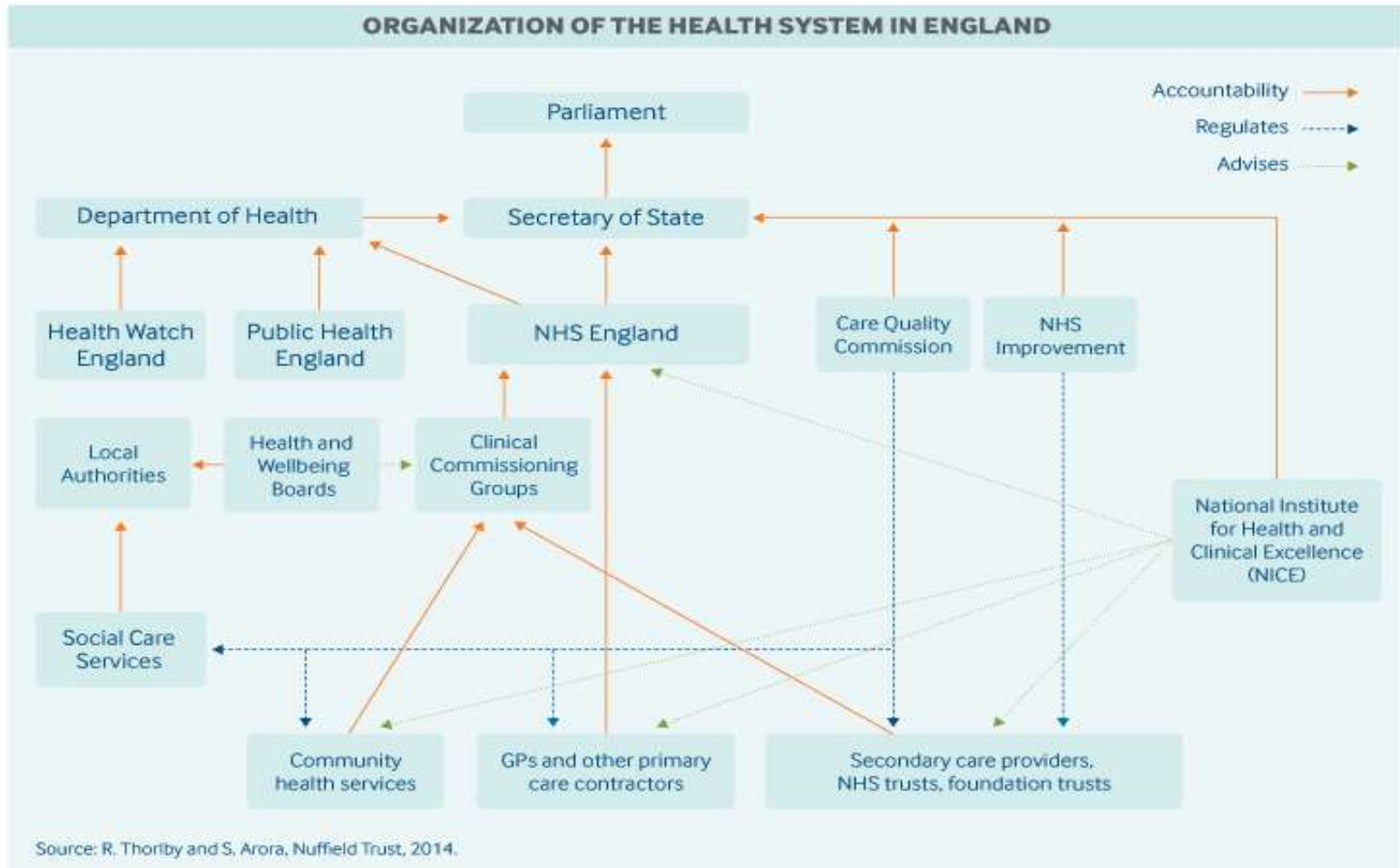
پزشک خانواده بر اساس تقسیمات جمعیتی هر محل نقطه اول تماس مردم با نظام سلامت است و همه کارکنان سازمانهای ارائه خدماتی سلامت در استخدام دولت هستند و خدمات را با رعایت سیستم ارجاع به صورت رایگان ارائه می‌دهند.

البته بعد از رفرم دهه ۹۰ میلادی پزشکان بخش خصوصی برای بیماران الکتیو و متمایل به پرداخت با هزینه شخصی در دسترس می‌باشد.



... کلیات نظام سلامت کشورهای مورد مطالعه...

شکل ۲- ساختار سیستم مراقبتی انگلستان





... کلیات نظام سلامت کشورهای مورد مطالعه...

ایالات متحده آمریکا

ایالات متحده در قاره آمریکای شمالی در نیمکره غربی واقع شده است. ۴۸ ایالت به هم پیوسته (به استثنای آلاسکا و هاوایی) از شرق و غرب به ترتیب با اقیانوس اطلس و اقیانوس آرام، از شمال با کانادا و از جنوب با مکزیک و خلیج مکزیک همسایه هستند. مساحت کل ۹.۷ میلیون کیلومتر مربع (۳.۷ میلیون مایل مربع) است که پس از روسیه و کانادا و بالاتر از چین در رتبه سوم جهان قرار دارد.

- جمعیت در سال ۲۰۲۴ حدود ۳۳۵ میلیون نفر
- امید به زندگی میانگین ۷۹ سال
- تولید ناخالص داخلی: ۲۷۷۲۰ میلیارد دلار
- درآمد سرانه: ۸۲۵۰۰ دلار



کلیات نظام سلامت کشورهای مورد مطالعه

سیستم سلامت آمریکا یک نظام مختلط و عمدتاً مبتنی بر سیستم بازار خصوصی است. این کشور دارای دو بیمه سلامت ملی مدیکر و مدیکید می‌باشد. سیستم سلامت این کشور متشکل از تعداد زیاد پرداخت کننده و ارائه کنندگان است. نواقص این سیستم، دولت را بر آن داشت تا کنگره، قانون حمایت از بیماران و مراقبت مقرون به صرفه را در مارس ۲۰۱۰ به تصویب رساند.

در آمریکا تامین مالی بخش سلامت از طریق بیمه‌های عمومی و خصوصی صورت می‌گیرد.





کلیات نظام سلامت کشورهای مورد مطالعه

- بیمه کارفرما محور: از طریق اتحادیه ها، کارفرمایان و یا سازمان های حرفه ای ایجاد می شود.
- مدیکیر: یک برنامه ملی بیمه اجتماعی است که دسترسی بیمه درمانی را برای کلیه سالمندان آمریکایی بالای ۶۵ سال و افراد جوان تر با معلولیت های خاص و نیز افراد مبتلا به بیماری های وخیم کلیوی را فراهم می آورد.
- مدیکید: مدیکید یک برنامه بهداشتی فدرال-ایالتی می باشد و گروه ها و افراد فقیر و نیازمند مانند زنان باردار در خانواده های فقیر، خانواده های دارای فرزندان زیاد و افراد معلول را که فاقد پوشش بیمه ای هستند را تحت پوشش قرار می دهد. مدیکید توسط ایالت ها اجرا می شود.
- سیستم خدمات بهداشتی و درمانی نظامیان: این سیستم شامل بیمارستان ها، درمانگاه ها و پزشکان وزارت دفاع ایالات متحد می باشد.



کلیات نظام سلامت کشورهای مورد مطالعه

جدول ۱- مکانیسم‌های پرداخت خدمات بهداشتی و درمانی

پرداخت‌کننده	مدیکیر	مدیکید	بیمه‌گران و طرح‌های سلامت	بیمه‌شدگان انفرادی	غیربیمه‌شدگان انفرادی
خدمات					
مراقبت‌های بیمارستانی بستری	DRG	DRG، روزانه، CR	FFS روزانه	پرداخت مشترک، بیمه مشترک	مستقیم
پزشکان و سایر متخصصان سلامت	FFS*	FFS*، سرانه	FFS، سرانه، حقوق	پرداخت مشترک، بیمه مشترک	مستقیم
داروهای تجویزی	یارانه برای حق بیمه	DAWP	فرمولاسیون‌ها	پرداخت مشترک، بیمه مشترک	مستقیم
مراقبت بلندمدت و سلامت در خانه	PPS برای مدت زمان محدود	PPS، CR	روزانه برای مدت زمان محدود	مستقیم	مستقیم

توضیح: APC طبقه‌بندی پرداخت سرپایی، CR بازپرداخت هزینه، DAWP میانگین قیمت عمده‌فروشی با تخفیف، DRG گروه مربوط به تشخیص، FFS پرداخت به ازای خدمات، PPS سیستم پرداخت آینده‌نگر
منبع: (Rice et al., 2020)



مالزی

مالزی کشوری در جنوب شرقی آسیا و پایتخت آن کوالالامپور است. سازمان‌های دولتی و وزارت‌خانه‌های این کشور در شهر جدید پوتراجایا (پایتخت اداری) این کشور واقع است. مالزی در تاریخ ۳۱ اوت ۱۹۵۷ استقلال یافت و وسعت آن، ۳۳۰۸۰۳ کیلومتر مربع، متشکل از دو قسمت، شبه جزیره مالزی (مالزی غربی) و ایالات صباح و ساراواک (مالزی شرقی) است.

- جمعیت در سال ۲۰۲۴ حدود ۳۵ میلیون نفر

- امید به زندگی میانگین ۷۹ سال

- تولید ناخالص داخلی: ۴۰۰ میلیارد دلار

- درآمد سرانه: ۱۱۴۰۰ دلار



کلیات نظام سلامت کشورهای مورد مطالعه

مالزی با توجه به رقابت شدید با همسایگانش در حوزه سلامت، یک مرکز خدمات درمانی بالقوه در آسه آن محسوب می‌شود. بودجه وزارت بهداشت مالزی در سال ۲۰۲۱، حدود ۷.۶ میلیارد دلار بوده است که نسبت به سال ۲۰۲۰، بالغ بر ۴.۳ درصد افزایش داشته است.

مراقبت‌های درمانی در این کشور در دو بخش عمومی و خصوصی عرضه می‌شود و نسبت مصرف خدمات بهداشتی عمومی به بخش خصوصی تقریباً به طور مساوی توزیع شده است.

مسئولیت برنامه‌های بیمه‌ای و نظام سلامت مالزی بر عهده صندوق ذخیره اجباری این کشور با عنوان صندوق ذخیره کارفرمایان است.





کلیات نظام سلامت کشورهای مورد مطالعه

مالزی یک نظام تأمین مالی مختلط دارد . به طور کلی ۶ منبع درآمدی برای تأمین مالی نظام بهداشتی مالزی وجود دارد:

1. **مالیات عمومی – مالیاتی که از مردم جمع آوری می‌شود**
2. **پرداخت از جیب مردم**
3. **سازمان تأمین اجتماعی**
4. **صندوق احتیاط کارکنان**
5. **بیمه درمانی بخش خصوصی**
6. **طرح‌های جبران خدمات پزشکی**





کلیات نظام سلامت کشورهای مورد مطالعه

مالزی مراقبت‌های درمانی همگانی را برای همه شهروندان و ساکنان قانونی ارائه می‌دهد. به جای ارائه یک برنامه بیمه ملی، دولت هزینه درمان را از طریق تسهیلات عمومی پرداخت می‌کند. بیماران برای قرار ملاقات‌های پزشکی خود با بیمارستان‌ها و کلینیک‌های دولتی هزینه‌های کمی می‌پردازند.

بیماران طبقه متوسط بالا که مایل به دسترسی سریع‌تر به درمان هستند می‌توانند به مراکز خصوصی مراجعه کنند. پوشش بیمه درمانی خصوصی و/یا پرداخت‌های کاملاً خودسرانه روش‌های معمولی برای پرداخت خدمات مراقبت‌های درمانی خصوصی هستند. پوشش بیمه درمانی خصوصی اختیاری است، اگرچه کارفرمایان بخش خصوصی معمولاً نوعی پوشش بیمه درمانی برای کارکنان خود دارند.



مراقبتهای مدیریت شده

مراقبت مدیریت شده در ایالات متحده به عنوان پاسخی به یک "سیستم" مراقبت‌های بهداشتی که فاقد انسجام بود، از پراکندگی سازمانی رنج می‌برد و مقادیر زیادی از منابع را مصرف می‌کرد، توسعه یافت. ارائه مراقبت‌های بهداشتی نیز از فقدان خدمات پیشگیرانه، درمان کم و بیش از حد با بیماران، و ضعف پاسخگویی بالینی رنج می‌برد. خاستگاه مراقبت‌های مدیریت شده را می‌توان در اوایل این قرن دنبال کرد، زمانی که شرکت‌های راه آهن، معدن و چوب خدمات پزشکی خود را سازماندهی کردند یا با گروه‌های پزشکی قراردادهایی برای ارائه مراقبت از کارگران خود داشتند. هر یک از اعضای یک اتحادیه یا انجمن کارگری شرکت کننده، هزینه سالانه کمی را به پزشک پرداخت می‌کرد و در نتیجه دسترسی نامحدودی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی که پزشک ارائه می‌داد، به دست می‌آورد.





مراقبتهای مدیریت شده

مراقبت‌های مدیریت شده سیستم رایجی است که امروزه خدمات مراقبت‌های بهداشتی از طریق آن هماهنگ و ارائه می‌شود. این سیستم طیف وسیعی از محصولات بیمه سلامت را در اختیار مصرف‌کنندگان قرار می‌دهد. مراقبت مدیریت شده، پرداخت و تحویل محصولات و خدمات مراقبت‌های بهداشتی را به مصرف‌کنندگان در تلاش برای ارائه خدمات با بالاترین کیفیت با کمترین هزینه ممکن یکپارچه می‌کند.

سیستم مراقبت مدیریت شده ارائه مراقبت‌های بهداشتی تغییری از طرح‌های غرامتی است که قبل از ظهور برنامه‌های مراقبت مدیریت شده، طرح‌های بیمه سلامت اولیه بودند. در این سیستم، به پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات، مبلغ مشخصی برای خدمات خاص ارائه شده طبق تعریف در طرح حق الزحمه پرداخت می‌شود.





مراقبتهای مدیریت شده

اصطلاح مراقبت مدیریت شده در آمریکا گروهی از فعالیتها را توصیف می کند که ظاهراً قصد کاهش هزینه ارائه خدمات بهداشت و درمان را دارند ولی کیفیت خدمات مراقبت را بهبود می بخشد. هدف از آن، کاهش هزینه های مراقبت بهداشتی غیر ضروری از طریق مکانیسم های گوناگون، از جمله: مشوق های اقتصادی برای پزشکان و بیماران برای انتخاب شیوه های کم تر پرهزینه برای جراحی سرپایی؛ ایجاد انگیزه های تقسیم هزینه برای جراحی سرپایی، قراردادهای انتخابی با ارائه کنندگان خدمات بهداشتی؛ و مدیریت فشرده موارد مراقبت های بهداشتی با هزینه بالا است.

در دنیا، سازمان هایی که از آنها تحت عنوان سازمان های مراقبت های مدیریت شده یاد می شود دارای سه بعد مهم مدیریتی، اقتصادی و بهداشتی درمانی هستند. در واقع، مراقبت مدیریت شده یک نظام و تلاش برای رسیدن به کیفیت مراقبت، هزینه و دسترسی است.



الگوی مراقبت مدیریت شده در ایران

در طراحی الگوی سیستم های مراقبت مدیریت شده برای ایران موارد زیر پیشنهاد می گردد:

۱- مدیریت بهینه منابع مالی و کاهش هزینه ها از طریق

- پیشگیری از تقاضای القائی
- پیشگیری از پوشش های موازی بیمه ای
- استقرار نظام مدیریت ریسک انفراد

۲- ارتقای کیفیت خدمات و افزایش رضایتمندی بیماران از طریق:

- تبیین استانداردهای و راهنماهای بالینی یکپارچه در بخش پایه و تکمیلی ارائه خدمات
- ایجاد نظام یکپارچه الکترونیک ثبت و پایش خدمات
- تغییر رویه های ارائه پوشش های بیمه ای به جای نوع خدمت به میزان ریالی تعهد
- استقرار سیستم مدیریت کیفیت درمان و سلامت بر اساس الزامات ایزو ۷۱۰۱ در سال
- تبیین مقررات مربوط به تضاد منافع



الگوی مراقبت مدیریت شده در ایران

۳- موارد قابل پیشنهاد برای اصلاح آئین نامه ۹۹ در استقرار الگوی مدیریت مراقبت سلامت

- الف- الزام به داشتن بیمه پایه با توجه به قانون بیمه اجباری سلامت همگانی
- ب- تفکیک بخش تکمیلی و مازاد بیمه های درمان
- ج- امکان ایجاد صندوق های تکمله درمان مازد برای شرکت ها در قالب صندوق ذخیره
- د- الزام به اتصال موتور قواعد بیمه های تکمیلی به بیمه های پایه
- ه- منع صدور بیمه های جامع درمان (پایه + تکمیلی)
- و- ثبت کلیه ریسک ها و عملکرد آن ها به صورت انفرادی در قرارداد های مختلف
- ز- نرخ دهی بر اساس کد ملی ریسک ها در گروه های مختلف قراردادی
- ط- الزام شرکت های بیمه در استفاده از کد های مکسا و سایر کد های ارسالی وزارت بهداشت و درمان
- ی- عقد قرارداد های بیمه بصورت سالانه تا پایان زمان تمدید بیمه سلامت پایه
- ک- تعهدات بر پایه تعهدات تکمیل کننده بیمه پایه و بر اساس یک سرمایه ثابت با احتساب فرانشیز ومابه التفاوت تعرفه بخش دولتی، غیر دولتی و خصوصی بر اساس صورتحساب پرداختی قابل محاسبه ونرخ دهی خواهد بود.
- ل- موارد خارج از تعهد بیمه های پایه بصورت بسته های مازاد در قالب صندوق های بیمه ای ت تکمله و یا شناور صرفا قابل ارائه خواهد بود.
- م- امکان مشاهده سوابق بیمه ای تکمیلی و مازاد توسط شرکت های بیمه گر دارای مجوز صدور بیمه های درمان برای هر بیمه شده در سایت اختصاصی خود همانند بیمه گران پایه.
- ه- عملیاتی نمودن نظام نرخ دهی طبق آئین نامه ۹۴ در بخش بیمه های درمان و کنترل ضریب خسارت ۸۰ درصدی
- و- مجاز نمودن تاسیسی موسسات و ساختار های مدیریت مراقبت های سلامت
- ظ- تسهیل پوشش های اتکائی اختیاری بیمه های سلامت



الگوی مراقبت مدیریت شده در ایران

**۴- الزامات سیستم مدیریت کیفیت درمان و سلامت
الزامات سیستم مدیریت کیفیت درمان و سلامت بر اساس
الزامات ایزو ۷۱۰۱ در سال ۲۰۲۳ تعیین شده است این
استاندارد اولین استاندارد هماهنگ و توافق شده در
سیستم درمان و سلامتی است.**





الگوی مراقبت مدیریت شده در ایران

الگوی مراقبت مدیریت شده به عنوان دسته ای از ابزارهای مدیریتی در قالب اشکال مختلف سازمانی است که در پی کاهش هزینه های درمانی و افزایش بهره وری و رضایتمندی بیمار در مراقبت های سلامت است. در این راستا این باید کلیه زنجیره های ساختاری در مراقبت سلامت مد نظر قرار گیرند. ابزارهای مدیریتی که در سیستم های مراقبت سلامت خاص یک کشور مورد استفاده قرار می گیرند الزاما منجر به نتایج مشابه در سایر کشور ها نمی شوند. در این نظام، بخشی از مدیریت درمان بر عهده بیماران است. یکی دیگر از ویژگی های مهم این نظام تبادل و یکپارچه سازی اطلاعات ارائه خدمات مختلف بین ارائه کنندگان مراقبت های اولیه، متخصصان، بیمارستان ها، خانه های بهداشت، درمانگاه ها و سایر مراکز ارائه خدمات بهداشتی و درمانی است. در واقع، نظام های اطلاعاتی در کانون این چرخه خدمات قرار می گیرند. این نظام، انگیزه لازم برای ارائه اشکالی از مراقبت های پیشگیرانه هزینه اثربخش را نیز در بر دارد. مراقبت مدیریت شده علاوه بر مدیریت ریسک ها، کاهش متوسط هزینه ها را با نظارت بر نرخ ها و تعرفه های مورد استفاده، ارائه مجوز قبلی در استفاده از خدمات، تنظیم فهرست داروهای مجاز قابل پرداخت، مدیریت پرونده، های خسارت بررسی و تحلیل گزارش های آماری و دیگر روش های کنترل فرآیند دنبال می کند.



با سپاسی از همراهی شما