

# Improving Supplemental Health Insurance in Iran and How to Achieve it

Ezzatollah Gol-Alizadeh <sup>1</sup>, Amir Pirouzian <sup>1\*</sup>, Mohammad Reza Jabbari <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Atiyeh Sazan-e-Hafez Company, Tehran, Iran

\* **Corresponding Author:** Amir Pirouzian, MD, Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran.

E-mail: pirouziana@gmail.com

Received: July 11, 2018

Accepted: May 05, 2018

## Abstract

The growing diversity of health services, which often costs a lot, and the inability of governments to provide citizens with benefits in all areas of health, clearly show the need for the presence and development of complementary health insurance in the health market. Private supplementary health insurance is usually provided in bulk, voluntarily, and extendable until the end of life. The purpose of this study was to provide solutions to improve the quality of complementary health insurance services and reduce government dependence. The supplementary health insurance function of the second rank of the nongovernmental insurance market also, with the growth of 34.6% is the second highest growth rate in 2015. The coefficient of damage in this sector with 86.1% indicates its profitability in this year. By reviewing the patterns and models presented in the studies, in order to improve the level of health and complementary insurance, solutions were presented in 20 strains. According to the present study, it is recommended to offer various insurance packages considering the age, gender, health status of individuals, geographical status, literacy level, income level, employment status etc.

**Keywords:** Treatment Insurance; Supplemental Health Insurance; Gross National Product; World Health Organization; Health System of Iran

## Citation:

Gol-Alizadeh E, Pirouzian A, Jabbari MR. Improving supplemental health insurance in Iran and how to achieve it. J Iran Health Insur. 2018;1(1-2):2-12

## توسعه بیمه‌های مکمل درمان خصوصی در ایران و چگونگی دستیابی به آن

عزت‌الله گل‌علیزاده<sup>۱</sup>، امیر پیروزیان<sup>۱\*</sup>، محمدرضا جباری<sup>۲</sup><sup>۱</sup> سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران<sup>۲</sup> شرکت آتیه سازان حافظ، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: امیر پیروزیان، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران. ایمیل: pirouziana@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۱۵

## چکیده

تنوع روزافزون خدمات حوزه سلامت که معمولاً هزینه‌های زیادی را در بردارند و ناتوانی دولت‌ها در تأمین مالی شهروندان در همه عرصه‌های درمانی، نیاز به حضور و توسعه بیمه‌های مکمل خصوصی در بازار سلامت را به وضوح نشان می‌دهد. بیمه‌های مکمل درمان خصوصی معمولاً به صورت گروهی، اختیاری و قابل تمدید تا پایان عمر ارائه می‌شوند. هدف از انجام این مطالعه ارائه راهکارهایی جهت افزایش کیفیت خدمات بیمه‌های مکمل درمان و کاهش وابستگی به دولت بوده است. عملکرد بیمه مکمل درمان خصوصی سهم دوم از بازار بیمه غیردولتی و با رشد ۲۴/۶ درصد رتبه دوم بیشترین نرخ رشد را در سال ۱۳۹۴ به خود اختصاص داده است. ضریب خسارت در این بخش با ۸۶/۱ درصد نیز حاکی از سوددهی آن در سال ۱۳۹۴ است. با مرور الگوها و مدل‌های ارائه شده در مطالعات به منظور ارتقای سطح سلامت و بیمه مکمل درمان راهکارهایی در ۲۰ بند ارائه شد. بر اساس این مطالعه ارائه بسته‌های بیمه‌ای متنوع با در نظر گرفتن شرایط سنی، جنسی، وضعیت سلامت افراد، وضعیت جغرافیایی، سطح سواد، سطح درآمد، وضعیت اشتغال و ... پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: بیمه درمان، بیمه مکمل درمان، تولید ناخالص ملی، سازمان جهانی بهداشت، سیستم سلامت ایران

## مقدمه

یکسو و عدم امکان پوشش مناسب تمامی خدمات پایه‌ای از سوی دیگر نیاز به حضور بیمه‌های مکمل درمان اجتناب ناپذیر است. لذا با برقراری بیمه‌های مکمل درمان امکان استفاده افراد بیمه شده از خدمات ارائه شده توسط بخش دولتی/ خصوصی فراهم آمده و شکاف خدماتی و تعهدی بخش بیمه درمان پایه پر می‌شود [۴]. زیرا بیمه پایه درمان در پوشش همه جانبه کلیه خدمات ضروری درمان و هزینه‌های بالای آن عاجز است. بیمه‌های مکمل درمان به صورت اختیاری بوده و به صورت گروهی ارائه می‌گردند و در صورت تمایل افراد تا پایان عمر قابل تمدید می‌باشند [۵]. بر اساس مطالعات صورت گرفته افراد انتظارات متفاوتی از بیمه‌های مکمل درمان دارند. افراد انتظار دریافت خدمات کمی و کیفی بیشتری را دارند که توسط سازمان‌های بیمه‌ای قابل ارائه‌اند [۶]، همچنین دولت قادر به پوشش تمامی این خدمات نبوده و ضعف مدیریت کلان بیمه درمان در کشور مشهود است [۷]. البته مطالعات مختلف دلایل متعددی را برای گرایش یا عدم گرایش افراد جامعه به استفاده از خدمات بیمه‌های مکمل درمان پیشنهاد کرده‌اند [۸]. به طور مثال بدیهی است که افراد با درآمد بالا به علت توان پرداخت بیشتر برای حق بیمه امکان بیشتری برای استفاده از این بیمه‌ها را داشته باشند که مطالعات موید این مطلب می‌باشند [۹-۱۱] و همچنین متغیرهای کلان اقتصادی نظیر افزایش درآمد ملی سرانه، نرخ بیکاری، شاخص قیمت‌ها و خسارت‌های پرداختی سرانه به اندازه ۱ درصد، تقاضای بیمه افراد را به اندازه ۰/۵۷، ۰/۲۷، ۰/۰۳- و ۰/۷۵ درصد افزایش می‌دهند [۹، ۱۲، ۱۳]. البته لازم به ذکر است که صرفاً متغیرهای اقتصادی موجب تمایلات مثبت یا منفی افراد جامعه به بهره‌گیری از بیمه‌های مکمل درمان نیست و شاخص‌های

پیشرفت دانش و فن آوری روزافزون به عنوان ارمنان عصر جدید امکانات بسیاری را برای بحث بهداشت و درمان جامعه فراهم کرده است. لیکن این گستردگی در خدمات بنا به دلایل امکان سنجی و اقتصادی برای پوشش تمامی افراد جامعه میسر نمی‌باشد. از طرفی هزینه‌های دریافت این خدمات به علت تغییر در فن آوری، تغییر الگوی بیماری‌ها و تغییرات ساختار جمعیتی رو به افزایش است [۱]. لذا کشورها به سمت توسعه بیمه‌های مکمل درمان و به کارگیری فعال بخش خصوصی در ارائه این خدمات گام برداشته‌اند [۲]. امروزه اهمیت سلامت افراد جامعه و تأثیر آن بر توسعه تولید و درآمد ملی بر کسی پوشیده نیست و حفاظت و صیانت از این سرمایه‌های ملی از اولویت تمامی دولت‌ها به شمار می‌رود. به طور کلی بیمه به منظور جایگزینی اطمینان با عدم اطمینان مورد استفاده قرار می‌گیرد و بر اصل مشارکت استوار است و از عوامل مهم توسعه کشورها به حساب می‌آید و توسعه بیمه شاخصی برای توسعه اقتصادی کشورها تلقی می‌شود [۳].

بیمه پایه درمان و بیمه مکمل درمان متولیان اصلی اطمینان افراد از بحث سلامت در کشور هستند. بخش بیمه درمان پایه آن بخشی از بیمه است که مطابق اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران دولت موظف به ارائه آن به یک فرد از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم است که شامل حداقل سطح خدمات درمانی است که عدم ارائه آن سلامت جامعه را با تهدید روبه رو کند (بدون توجه به سقف هزینه). این بخش توسط سازمان‌های بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح در کشور ارائه می‌گردد. با افزایش هزینه‌های روزافزون درمان از

مختلفی را پیشنهاد نمودند که در ادامه به آن‌ها اشاره خواهد شد. لذا در این مقاله مروری تلاش بر این است که در ابتدا به بررسی وضعیت بیمه درمان در ایران و مشکلات آن پرداخته شود سپس وضعیت سلامت کشور با ارزیابی شاخص‌های سازمان جهانی بهداشت بررسی شده و الگوها و مدل‌های ارائه شده در مطالعات مرور می‌شوند و در نهایت به منظور ارتقای سطح سلامت و بیمه مکمل درمان پیشنهادهای ارائه می‌گردد. هدف از این مطالعه بررسی سازوکارهایی برای وابستگی کمتر به دولت در امر بیمه مکمل درمان و ارائه خدمات با کیفیت و استاندارد در کشور است.

### بررسی وضعیت صنعت بیمه مکمل درمان در ایران

این صنعت در ایران با مشکلات و مسائل متعددی روبه روست که در صورت عدم شناخت کافی از آن امکان توسعه در این بخش متصور نیست. بیمه مکمل درمان سهم نزدیک ۱۸ درصدی از پرتفوی صنعت بیمه ایران را در اختیار دارد و با اختصاص ضریب خسارت بالای ۱۰۰ درصد در اکثر سال‌های اخیر به رشته‌های زیان ده برای شرکت‌های بیمه گذار در این بخش بدل شده است. لذا طبیعی است که این شرکت‌ها تمایل کمتری نسبت به فعالیت در این رشته داشته باشند. بر اساس بررسی‌های صورت گرفته در طرح پژوهشی شماره ۴۷ پژوهشکده بیمه در سال ۱۳۹۵ دو عامل اصلی به عنوان افزایش ضریب خسارت گزارش گردید که شامل اول، تعیین نرخ‌های غیرفنی حق بیمه (عدم رعایت اصول علمی در فرآیند ارزیابی ریسک‌های درمان) و یا نرخ شکنی در بازار بیمه درمان تکمیلی و دوم، بالا بودن خسارات بیمه درمان به علل متعددی همچون افزایش سن جمعیت، هزینه داروهای گران، فن‌آوری‌های برتر، افزایش بیماری‌های افسردگی و اختلالات روانی بود [۲۷]. همچنین براساس گزارش بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران تورم بخش سلامت در بیشتر سال‌های اخیر بالاتر از تورم عمومی کشور بوده است به طوری که در سال ۱۳۹۳ به میزان ۱۶٪ افزایش یافته است.

از طرفی براساس قوانین و مقررات موجود در کشور، هیچ مؤسسه خصوصی اجازه فعالیت در بخش بیمه‌ای و از جمله بیمه‌های سلامتی را ندارد و شرکت‌های بیمه‌ای خود ارائه خدمات بیمه‌ای نمی‌کنند و صرفاً به عنوان واسطه بین شرکت بیمه ایران و افراد اقدام به عضو گیری کرده و شرکت سهامی بیمه ایران مسئول اصلی خدمات بیمه در کشور است. لذا در حال حاضر بخش خصوصی در زمینه بیمه‌های سلامتی که شامل بیمه‌های مکمل نیز هستند مشکل قانونی بزرگی را در مسیر فعالیت خود نظاره کردند [۲۵].

با توجه به واگذاری سهام سه شرکت بیمه البرز، آسیا و دانا به بخش خصوصی در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۷ بخش دولتی منحصر به فعالیت شرکت بیمه ایران شد و بخش غیردولتی مشتمل بر شرکت‌های بیمه آسیا، البرز، دانا، پارسیان، توسعه، رازی، کارآفرین، سینا، ملت، امید، حافظ، دی، سامان، ایران معین، نوین، پاسارگاد، معلم، میهن، کوثر، ما، متقابل کیش، آرمان، آسماری، متقابل اطمینان متحد قشم، تعاون و سرمد است که تحت نظر بخش دولتی به فعالیت می‌پردازند [۲۸]. جدول ۱

آمار بیمه شدگان بخش درمان را در سال ۱۳۹۴ نشان می‌دهد. همانگونه که مشاهده می‌شود بخش دولتی (بیمه ایران) یک سوم سهم تعداد بیمه شدگان را در بخش درمان به عهده دارد که بر اساس نرخ رشد منفی در این بخش و افزایش نرخ رشد در بخش غیر خصوصی می‌توان نسبت به پر رنگتر شدن این بخش در آینده و توسعه بیشتر این صنعت امیدوار بود. اگرچه تعداد متقاضی در این قسمت مهمترین عامل

اجتماعی و فرهنگی نیز در این امر نقش بسزایی دارند [۱۴]. به طور مثال نقش مؤثر افزایش سن و تحولات بر افزایش تقاضای استفاده از خدمات بیمه مکمل درمان به اثبات رسیده است [۱۵، ۱۶]. البته در مطالعه دیگری افزایش سن به عنوان عامل کاهش دهنده تقاضا گزارش شده است که می‌تواند به علت حمایت صندوق‌های بازنشستگی از افراد سالمند باشد. همچنین در این مطالعه مشخص شد که افراد ریسک گریز تمایل بالاتری به استفاده از این خدمات را دارند [۱۷].

تأمین مالی بیمه درمان سلامت مهمترین بحث در افزایش فرهنگ استفاده از آن در جامعه به شمار می‌رود و عمده تلاش‌ها برای ارائه الگوها و مدل‌های مختلف بر این مطلب استوار است [۱۸]. در مطالعه‌ای به حضور بیشتر سهام داران نهادهای در اعضای هیئت مدیره شرکت‌های بیمه گذار تاکید شده است زیرا این افراد سرمایه گذاران حرفه‌ای بوده و با توجه به حجم سرمایه گذاری و تخصص خود نظارت مؤثرتری بر عملکرد مدیران خواهند داشت [۱۹]. همچنین ایجاد رقابت در این عرصه امکان ایجاد نوآوری و تنوع در بیمه نامه‌های صادر شده توسط بیمه گذار از یکسو و مشارکت افراد برای تأمین منابع مالی این صنعت از سوی دیگر میسر می‌سازد. لازم به ذکر است که بیمه مکمل درمان به هیچ عنوان به عنوان بیمه درمان جایگزین تعریف نشده و دولت‌ها را از ارائه پوشش همگانی بیمه پایه معاف نمی‌سازد. اگرچه با مطالعه وضع موجود بیمه مکمل درمان در کشور مشکلاتی از قبیل عدم شناخت کافی از این بخش، عدم جامعیت لازم و کافی این خدمات و فقدان مرز مشخص بین بیمه درمان پایه و مکمل درمان به صورت تفکیک ناپذیر نمود پیدا می‌کند [۲۰].

در کشور به منظور پیاده سازی بیمه مکمل درمان نهادهای دولتی مختلفی نظیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای عالی بیمه همگانی، شورای عالی سلامت، بیمه مرکزی ایران و ... متولی این امر شده‌اند که از این میان شورای عالی سلامت با ۷۸٪ بیشترین امتیاز را کسب نموده است. لکن صرف نظر از این نهادها و سازمان‌ها پوشش ناکافی خدمات بیمه درمان پایه (۸۹٪)، ضعف مدیریت کلان بیمه درمان (۸۴٪) و عدم توانایی مالی دولت در پوشش هزینه درمان (۷۲٪) افراد را به سمت انتخاب بیمه‌های مکمل درمان سوق داده است [۲۱، ۲۲]. در این خصوص کشورهای مختلف سیاست‌های متفاوتی را در اداره این بخش اتخاذ نموده‌اند به طور مثال کشورهای ایالات متحده و آلمان ارائه این خدمات را به طور کامل به بخش خصوصی واگذار نموده‌اند و دولت فقط نقش نظارتی و سیاست گذاری را عهده دار شده است [۲۳، ۲۴]. در حالی که این وضعیت در ایران عکس است و دولت تماماً متولی بیمه مکمل درمان است [۲۵]. فرانسه که از پیشگامان عرصه سلامت در جهان به شمار می‌رود نیز بخش خصوصی را متولی این مهم نموده است و صرفاً با تخصیص یارانه به اقشار دارای اولویت در این امر سهیم است [۲۶].

به طور کلی صنعت بیمه مکمل درمان در کشور به عنوان بیمه‌ای تازه تأسیس شناخته می‌شود و بر اساس آمار بیمه مرکزی ایران این بیمه سوددهی پائین تری را احراز نموده است. لذا با توجه به اهمیت بالای موضوع شناسایی عوامل بازدارنده و تلاش در رفع آن همچنین تشخیص عوامل تقویت کننده‌ی و ارتقای آن صنعت چرخه‌ای را ایجاد می‌کند که ضمن رشد و توسعه کشور بهبود وضعیت سلامت به ارمغان خواهد آمد. بنابراین راهکارها و پیشنهادات راهبردی به منظور پیشرفت صنعت بیمه مکمل درمان در کشور و استفاده از تجربیات کشورهای پیشرفته در این امر مثرتر خواهد بود. محققین کشور در این راستا مدل‌ها و راهکارهای

ثالث با ۳۵/۲٪ سهم دوم از بازار بیمه غیردولتی را در سال ۱۳۹۴ به خود اختصاص داده است. همچنین رشد ۳۴/۶٪ این بخش موجب قرارگیری آن در رتبه دوم بیشترین نرخ رشد را پس از بیمه کشتی با ۴۳/۸٪ در میان تمام بیمه‌های بخش غیردولتی شده است. ضریب خسارت در این بخش با ۸۶/۱٪ نیز حاکی از سوددهی آن در سال ۱۳۹۴ است [۲۸]. این نتایج که کاملاً بر خلاف روند سال‌های گذشته بوده است می‌تواند حاکی از گام‌های مثبتی نظیر طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۳ باشد که امید بخش آینده‌ای بهتر در این صنعت است. در نمودار ۲ وضعیت بیمه درمان در ده سال اخیر قابل مشاهده است.

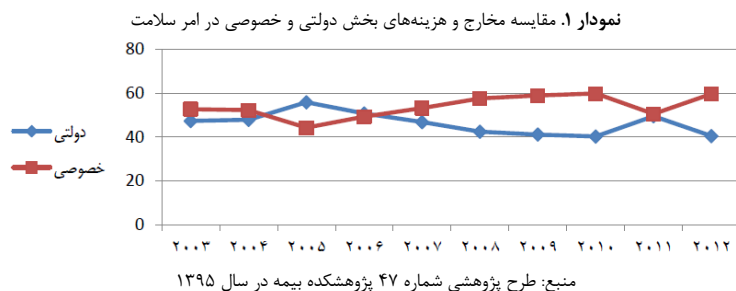
محسوب نمی‌شود و بر اساس نمودار ۱ مشاهده می‌شود که سهم مخارج خصوصی سلامت طی سال‌های اخیر بیشتر از سهم مخارج دولتی سلامت است. لذا برای مدیریت این مخارج و هزینه‌ها در بخش خصوصی تمهیداتی باید اندیشید.

بر اساس گزارش سالانه بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران در بخش دولتی، بیمه درمان با ۲۹٪ پس از بیمه شخص ثالث با ۴۰/۶٪ در سال ۱۳۹۴ در رتبه دوم بازار بیمه قرار دارد و همچنین با رشد ۳۳٪ بالاترین نرخ رشد را در میان تمام بیمه‌ها احراز کرده و با ضریب خسارت ۹۵/۸٪ به سوددهی در این سال نائل آمده است. در خصوص عملکرد بخش خصوصی وضع بهتر است و بیمه درمان با ۲۰/۸٪ پس از بیمه شخص

جدول ۱. آمار بیمه شدگان بخش درمان در سال ۱۳۹۴

شورکت بیمه	۱۳۹۴	نرخ رشد سالانه	سهم از کل (%)
ایران (دولتی)	۳,۸۵۲,۰۴۱	-۷/۱۶	۳۳/۱۳
آسیا	۱,۳۰۱,۹۹۸	۱۱/۳۰	۱۱/۲۰
البرز	۹۶۹,۵۳۵	۱۲/۲۴	۸/۳۴
دانا	۱,۲۱۹,۷۲۷	۹/۵۶	۱۰/۴۹
پارسیان	۱,۲۱۸,۹۵۵	۱۳/۸۹	۱۰/۴۸
رازی	۱۷۸,۰۶۷	۲۲/۵۰	۱/۵۳
کارآفرین	۱۲۷,۸۲۵	۶	۱/۱
سینا	۶۲۷,۲۲۵	۱۳۴/۳۲	۵/۳۹
ملت	۷۳,۲۵۵	۱۹۶/۵۲	-۰/۶۳
امید	۱۸,۰۳۶	۱۵۹/۱۰	-۰/۱۶
حافظ	۶,۱۶۵	۸۶۳/۲۸	-۰/۰۵
دی	۸۴,۲۹۱	-۳/۶۴	-۰/۷۳
سامان	۸۴۷,۴۵۲	۶۷/۹۰	۷/۲۹
ایران معین	۱۲۰,۰۱۱	۶/۱۵	-۰/۱۰
نوین	۱۳۷,۰۱۸	۱/۹۶	۱/۱۸
پاسارگاد	۹۴,۶۳۳	-۱۲/۷۶	-۰/۸۱
معلم	۱۰۰,۰۰۰	-۲۷/۱۶	-۰/۸۶
میهن	۱۲۷,۱۸۲	-۴۰/۳۲	۱/۰۹
کوثر	۲۷۸,۲۶۲	-۵/۳۳	۲/۳۹
ما	۷۲,۵۰۳	۲۱/۳۰	-۰/۶۲
آرمان	۹۴,۷۷۶	-۱۴/۸۷	-۰/۸۲
آسماری	۷۰,۴۹۶	-۱۹/۱۸	-۰/۶۱
تعاون	۶,۸۳۸	-۴۹/۵۴	-۰/۰۶
سرمد	۱۰۸,۳۸۳	-۱۰/۸۶	-۰/۹۳
صنعت بیمه	۱۱,۶۲۶,۶۷۴	۶/۵۷	۱۰۰

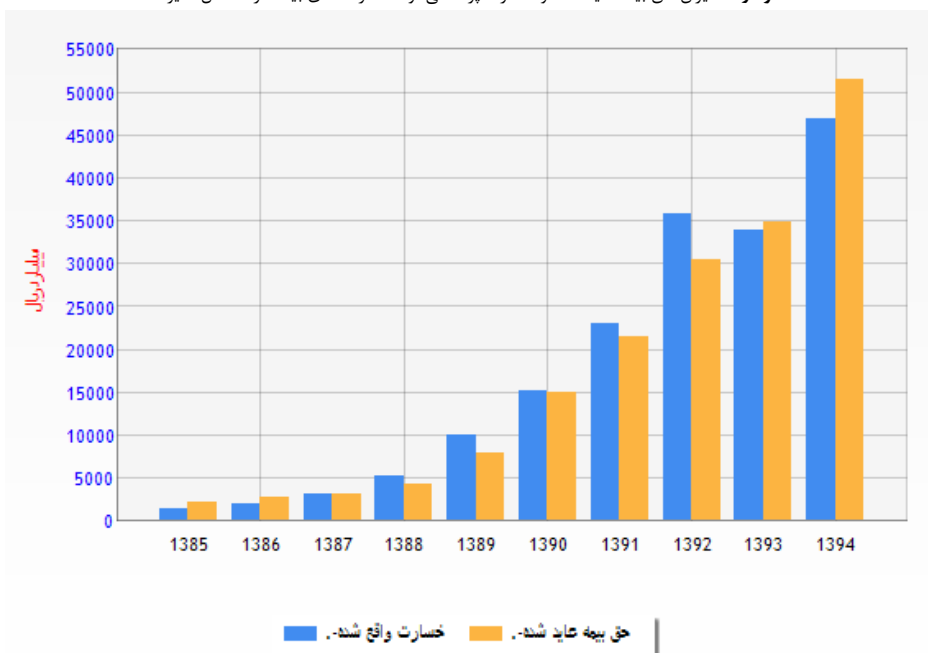
منبع: سالنامه آماری سال ۱۳۹۵ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران



بیمه‌های غیر زندگی با سهم ۲/۰۱ درصدی در مقابل سهم ۱/۱۸ درصدی برای کل صنعت بیمه وضعیت بهتری دارد. هرچند در قیاس با مناطق توسعه یافته وضع اسف بار است. همچنین درصد سهم بیمه تولیدی از تولید ناخالص ملی با ۱/۸۸ و ۱/۴۲ درصد به ترتیب برای کل صنعت بیمه و بیمه غیرزندگی بسیار پایین تر از سایر مناطق است (به ترتیب مقادیر بیش از ۵ و ۲ درصد در مناطق توسعه یافته). در خصوص سرانه سهم بیمه‌ای هم وضع بهتر نمی‌باشد و با ۱۵۲ و ۱۱۵/۱ دلار برای کل صنعت بیمه و بیمه غیرزندگی قابل قیاس با مناطق توسعه یافته نمی‌باشد. در خصوص در نمودار ۳ نشان داده شده است.

به طور کلی از نقطه نظر نشریه سیگما بیمه در دو قالب زندگی (عمر) و غیرزندگی (که مشتمل بر انواع بیمه‌ها نظیر درمان است) می‌باشد. در مطالعه‌ای مشخص شد که بیمه زندگی در کوتاه مدت و بلندمدت تأثیر معناداری بر رشد اقتصادی ندارد درحالیکه بیمه غیرزندگی در هر دو حالت بر رشد اقتصادی به صورت معنادار مؤثر است [۲۹، ۳۰]. از این رو در ادامه به وضعیت صنعت بیمه و بیمه‌های غیرزندگی پرداخته می‌شود. جداول ۲ و ۳ به ترتیب نشان دهنده وضعیت صنعت بیمه و بیمه‌های غیرزندگی از دیدگاه نشریه سیگما در سال ۲۰۱۵ است [۳۱]. همانگونه که مشاهده می‌شود خاورمیانه (که ایران در آن قرار دارد) نسبت به جهان وضعیت مطلوبی از لحاظ سهم بیمه‌های تولیدی و بیمه غیرزندگی (که شامل درمان نیز می‌شود) را ندارد. اگرچه در قسمت

نمودار ۲. میزان حق بیمه عاید شده و خسارت پرداختی توسط شرکت‌های بیمه در ده سال اخیر.



منبع: سالنامه آماری سال ۱۳۹۵ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

جدول ۲. سهم بیمه تولیدی مناطق مختلف جهان در سال ۲۰۱۵

سرآنه بر حسب دلار آمریکا در ۲۰۱۵	درصد از GDP در ۲۰۱۵	درصد از بازار جهانی	مقدار بر حسب میلیون دلار آمریکا		کشور
			۲۰۱۵	۲۰۱۴	
۱۶۱۰	۶/۴۲	۳۴/۹۰	۱۵۸۹۳۸۵	۱۵۷۶۰۷۳	آمریکا
۴۰۰۶/۹	۷/۲۹	۳۱/۴۳	۱۴۳۱۲۳۹	۱۳۹۷۷۵۱	آمریکای شمالی
۲۵۱	۳/۰۹	۳/۴۷	۱۵۸۱۴۶	۱۷۸۳۲۳	آمریکای لاتین و کارائیب
۱۶۳۴/۴	۶/۸۹	۳۲/۲۶	۱۴۶۸۸۷۸	۱۶۹۵۰۹۱	اروپا
۲۵۸۰/۴	۷/۷۲	۳۱/۰۸	۱۴۱۵۱۸۵	۱۶۲۴۸۱۲	اروپای غربی
۱۶۵/۶	۱/۹۲	۱/۱۸	۵۳۶۹۳	۷۰۲۷۹	اروپای مرکزی و شرقی
۳۱۱/۷	۵/۳۴	۲۹/۶۷	۱۳۵۰۹۷۴	۱۳۱۳۸۷۴	آسیا
۳۵۸۹/۸	۱۱/۵۹	۱۶/۹۸	۷۷۳۰۵۹	۷۹۹۵۳۸	بازارهای پیشرفته
۱۴۰	۳/۳۳	۱۱/۵۱	۵۲۴۲۱۱	۴۶۲۶۵۷	بازارهای نوظهور
۱۵۲	۱/۸۸	۱/۱۸	۵۳۷۰۴	۵۱۶۷۸	خاورمیانه و آسیای مرکزی
۵۴/۷	۲/۹	۱/۴۱	۶۴۱۲۳	۷۰۱۱۶	آفریقا
۲۰۶۵	۵/۵۸	۱/۷۷	۸۰۴۲۶	۹۹۵۵۷	اقیانوسیه
۶۲۱/۲	۶/۲۳	۱۰۰	۴۵۵۲۷۸۵	۴۷۵۴۷۱۰	جهان

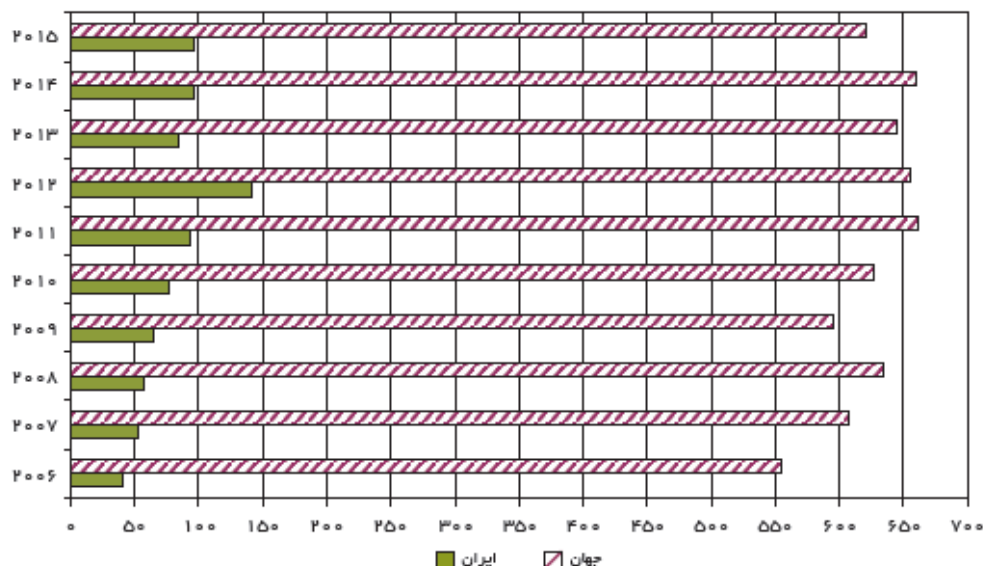
منبع: نشریه سیگما، بیمه جهان در ۲۰۱۵

جدول ۳. سهم بیمه غیرزندگی تولیدی مناطق مختلف جهان در سال ۲۰۱۵

سرانه بر حسب دلار آمریکا در ۲۰۱۵	درصد از GDP در ۲۰۱۵	درصد از بازار جهانی	مقدار بر حسب میلیون دلار آمریکا		
			۲۰۱۵	۲۰۱۴	
۹۳۳/۳	۳/۷۲	۴۵/۶۱	۹۲۱۳۴۷	۹۱۵۲۶۶	آمریکا
۲۳۲۲	۴/۲۲	۴۱/۰۱	۸۲۹۴۰۲	۸۱۱۷۷۱	آمریکای شمالی
۱۴۵/۹	۱/۸	۴/۵۵	۹۱۹۴۵	۱۰۳۴۹۵	آمریکای لاتین و کارائیب
۶۴۷/۲	۲/۷۳	۲۹/۵۴	۵۹۶۷۶۳	۶۹۲۵۳۳	اروپا
۹۸۸/۳	۲/۹۶	۲۷/۶۵	۵۵۸۵۶۱	۶۴۱۷۸۴	اروپای غربی
۱۱۷/۶	۱/۳۶	۱/۸۹	۳۸۲۰۲	۵۰۶۵۸	اروپای مرکزی و شرقی
۱۰۲	۱/۷۴	۲۲/۱۰	۴۴۶۴۰۵	۴۲۷۴۱۱	آسیا
۸۷۶/۵	۲/۸۳	۹/۶	۱۹۳۸۸۵	۲۰۱۵۹۸	بازارهای پیشرفته
۵۶/۶	۱/۳۵	۱۰/۴۹	۲۱۱۸۶۸	۱۸۷۳۸۸	بازارهای نوظهور
۱۱۵/۱	۱/۴۲	۲/۰۱	۴۰۶۵۲	۳۸۴۲۶	خاورمیانه و آسیای مرکزی
۱۷۰/۴	۰/۹۲	۱/۰۱	۲۰۴۱۹	۲۲۵۱۱	آفریقا
۸۹۹/۵	۲/۴۳	۱/۷۳	۳۵۰۳۳	۴۱۳۹۸	اقیانوسیه
۲۷۵/۶	۲/۷۷	۱۰۰	۲۰۱۹۹۶۷	۲۰۹۹۱۱۸	جهان

منبع: نشریه سیگما، بیمه جهان در ۲۰۱۵

نمودار ۳. مقایسه حق بیمه سرانه ایران با میزان جهانی در ده سال اخیر.



منبع: سالنامه آماری سال ۱۳۹۵ بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران

کشورهای توسعه یافته در این خصوص بسیار است. نمودار ۳ مقایسه حق بیمه سرانه را در میان کشورهای منتخب اسلامی منطقه نشان می‌دهد.

### بررسی وضعیت سلامت در ایران

به منظور بررسی وضعیت سلامت در کشور چهار شاخص معرفی شده از طرف سازمان جهانی بهداشت شامل شاخص سهم سلامت از تولید ناخالص ملی، شاخص سرانه کلی سلامتی بر حسب دلار آمریکا، هزینه‌های شخصی سلامتی به عنوان درصدی از کل هزینه سلامت و سهم مردم از هزینه سلامت به عنوان درصدی از هزینه‌های شخصی سلامت در مقایسه با کشورهای منتخب توسعه یافته و اسلامی منطقه در بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ میلادی صورت گرفت [۳۲]. این نتایج در جدول ۵ قابل رویت هستند.

به منظور بررسی بهتر بیمه غیرزندگی در کشور، این صنعت با چند کشور منتخب توسعه یافته (ایالات متحده، چین، ژاپن، آلمان، انگلستان و فرانسه) و همچنین چند کشور منتخب اسلامی منطقه (ترکیه، عربستان، پاکستان و مصر) در جدول ۴ مقایسه شده است.

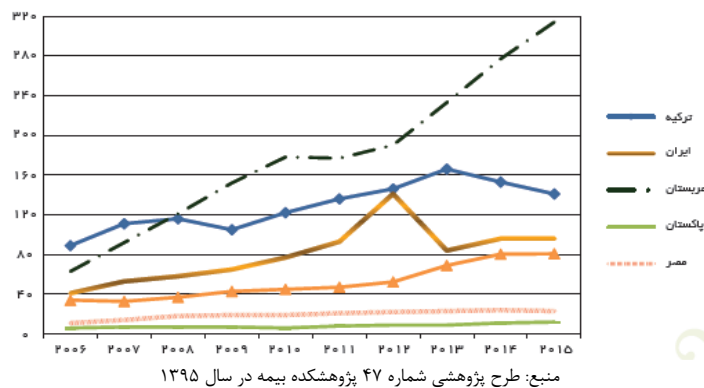
براساس این نتایج به طور کلی کشورهای اسلامی منطقه از لحاظ تولید در صنعت بیمه غیر عمر به مقدار زیادی عقب‌تر از کشورهای توسعه یافته‌اند. اگرچه روند صعودی در این خصوص برای این کشورها مشاهده می‌شود (۱/۶ درصد رشد نسبت به سال قبل برای ایران). نکته قابل توجه درصد بالای این بیمه‌ها از سهم کل بیمه برای کشورهای اسلامی منطقه است (۸۹/۵٪ برای ایران در مقایسه با سهم ۲۳/۵٪ ژاپن). این مطلب حاکی از فرهنگ و تنوع بالای بیمه در کشورهای توسعه یافته است. همچنین با سهم ۰/۳۵٪ از بازار جهانی می‌توان ایران را در رده کشورهای متوسط منطقه در این بخش قرار داد. اگرچه فاصله با

جدول ۴. وضعیت بیمه تولیدی غیرعمر در ایران و مقایسه با کشورهای منتخب در سال ۲۰۱۵

رتبه	کشور	مقدار بر حسب میلیون دلار آمریکا (۲۰۱۵)	درصد رشد نسبت به سال قبل	درصد از سهم کل بیمه (۲۰۱۵)	درصد از بازار جهانی (۲۰۱۵)
۱	ایالات متحده	۷۶۳۷۶۶	۳/۳	۵۸	۳۷/۸۱
۲	چین	۱۷۵۷۳۷	۱۶	۴۵/۵	۸/۷
۳	آلمان	۱۱۶۵۳۸	-۱۴/۷	۵۴/۶	۵/۷۷
۴	ژاپن	۱۰۵۸۹۱	-۵/۴	۲۳/۵	۵/۲۴
۵	انگلستان	۱۰۵۶۸۵	-۵/۸	۳۳	۵/۲۳
۵	فرانسه	۸۰۴۰۲	-۱۵/۳	۳۴/۹	۳/۹۸
۲۴	ترکیه	۹۷۷۹	-۳/۴	۸۷/۸	-۰/۴۸
۲۵	عربستان	۹۶۳۴	۲۲/۱	۹۷/۴	-۰/۴۸
۶۱	مصر	۱۱۲۰	۳/۴	۵۳/۱	-۰/۰۶
۷۵	پاکستان	۷۳۱	۸	۳۳/۵	-۰/۰۴
۳۶	ایران	۷۰۵۲	۱/۶	۸۹/۵	-۰/۳۵
-	جهان	۲۰۱۹۹۶۷	-۳/۸	۴۴/۴	۱۰۰

منبع: نشریه سیگما، بیمه جهان در ۲۰۱۵

نمودار ۴. مقایسه حق بیمه سرانه در میان کشورهای منتخب اسلامی منطقه در ده سال اخیر.



منبع: طرح پژوهشی شماره ۴۷ پژوهشکده بیمه در سال ۱۳۹۵

جدول ۵. مقایسه وضعیت سلامت در کشور با استفاده از چهار شاخص معرفی شده از طرف سازمان جهانی بهداشت با کشورهای منتخب توسعه یافته و اسلامی منطقه در بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۲ میلادی

کشور	شاخص سهم سلامت از GDP		شاخص سرانه کلی سلامتی (دلار آمریکا)		هزینه‌های شخصی سلامتی به عنوان درصدی از کل هزینه سلامت		سهم مردم از هزینه سلامت به عنوان درصدی از هزینه‌های شخصی سلامت	
	۲۰۱۲	۲۰۰۰	۲۰۱۲	۲۰۰۰	۲۰۱۲	۲۰۰۰	۲۰۱۲	۲۰۰۰
آمریکا	۱۳/۱	۱۷	۴۸۱۸	۸۸۴۵	۵۷	۵۳	۲۶/۲	۲۲/۴
آلمان	۱۰/۴	۱۱/۳	۲۶۸۲	۶۴۳۵	۲۰/۵	۲۳/۳	۵۵/۹	۵۶
انگلستان	۶/۹	۹/۳	۱۸۲۳	۳۲۳۵	۲۰/۹	۱۶	۵۳/۳	۵۶/۴
فرانسه	۱۰/۱	۱۱/۶	۲۵۵۶	۴۲۱۳	۲۰/۶	۲۲/۶	۳۴/۴	۳۲/۹
چین	۴/۶	۵/۴	۱۳۰	۵۷۸	۶۱/۷	۴۴	۹۵/۶	۷۸
ژاپن	۷/۶	۱۰/۳	۱۹۹۲	۳۶۳۲	۱۹/۲	۱۷/۹	۸۰/۱	۸۰/۲
ترکیه	۴/۹	۵/۴	۴۳۷	۹۷۱	۳۷/۱	۲۳/۲	۷۴/۶	۶۶/۳
مصر	۵/۴	۴/۹	۳۳۷	۵۳۲	۵۹/۵	۶۱	۹۷/۴	۹۷/۷
عربستان	۴/۲	۳/۸	۱۲۴۶	۱۹۹۰	۲۷/۹	۲۸	۶۶/۱	۵۴/۳
پاکستان	۳	۲/۸	۸۱	۱۲۲	۷۸/۳	۶۳/۱	۸۱	۷۹
ایران	۴/۶	۶/۶	۳۹۰	۱۲۱۸	۵۸/۴	۵۹/۶	۹۶/۲	۸۸

منبع: گزارش سازمان بهداشت جهانی، آمار جهانی سلامت در سال ۲۰۱۶

کلی سلامتی ایران بیشترین رشد را در افزایش این شاخص در بازه زمانی مذکور نشان می‌دهد (از ۳۹۰ دلار به ۱۲۱۸ دلار) که از این حیث نیز در رده مطلوبی در میان کشورهای اسلامی منطقه قرار دارد (نمودار ۴). اگرچه برای رسیدن به وضعیت کشورهای پیشرفته گام‌های بلندتری مورد نیاز است. در خصوص دو شاخص دیگر وضع برای

بر اساس نتایج بدست آمده از جدول ۵ مشخص شد که ایران با افزایش شاخص سهم سلامت از تولید ناخالص ملی در بازه ۱۲ ساله از ۴/۶ به ۶/۶ رشد بالایی را در این خصوص کسب کرده است و از کشورهای اسلامی منطقه فاصله گرفته است لکن کماکان فاصله زیادی با کشورهای توسعه یافته از این لحاظ دارد. در خصوص شاخص سرانه



کشورهای اسلامی در مقایسه با کشورهای پیشرفته وضع اسفناک است. هرچند بر طبق نتایج کشور عربستان پیشرفت چشمگیری داشته و سهم مردم از پرداخت هزینه‌های سلامتی بسیار کمتر از سایر کشورهای اسلامی منطقه است. بر این اساس مردم در کشورهای پیشرفته به علت وجود زیرساخت‌ها و امکانات عمومی بیشتر (کمتر از ۰.۵٪) هزینه‌های شخصی سلامت کمتری متحمل می‌شوند [۳۳]. همچنین میزان پرداخت از جیب مردم برای امر سلامت پایین است (فرانسه با ۳۲/۹٪ با ایران ۸۸٪ مقایسه شود). بر اساس شاخص سوم با وجود بهبود شاخص‌های اول و دوم در کشور شاهد افزایش ۱/۲٪ نقش مردم در هزینه‌های شخصی سلامتی هستیم. این بدان معناست که هزینه‌های درمان در سال‌های اخیر با وجود تولید بیشتر در قسمت سلامت افزایش بیشتری داشته‌اند و بر اساس شاخص چهارم با وجود کاهش ۸/۲ درصدی هنوز هم مردم ملزم به پرداخت سهم بالایی از جیب برای امر سلامت هستند که در این خصوص نقش بیمه‌های درمان و مکمل درمان اساسی است.

### مروری بر الگوها و مدل‌های پیشنهاد شده برای ارتقای بیمه مکمل درمان

در این قسمت به مرور برخی مستندات و مدل‌های ارائه شده توسط محققین کشور در سال‌های اخیر به منظور ارتقای بیمه مکمل درمان پرداخته می‌شود.

در مطالعه دقیقی و همکاران با استفاده از مدل رگرسیونی پانل دیتا و الگوی اثرات ثابت، درآمد سرانه، مخارج بهداشتی سرانه و نرخ تورم مهم‌ترین عوامل مؤثر بر تقاضای افراد نسبت به دریافت خدمات بیمه مکمل درمان شناخته شدند. آن‌ها پیشنهاد نمودند با افزایش آگاهی عمومی از طریق تبلیغات و آموزش، افزایش تنوع روش‌های فروش بیمه (هم گروهی و هم انفرادی) و افزایش امکان دسترسی به ارائه دهندگان خدمت تقاضای افراد نسبت به دریافت این خدمات افزایش می‌یابد. ایجاد انگیزه از سوی کارفرمایان، طراحی پوشش‌های بیمه‌ای متناسب با نیاز مشتریان و به کارگیری ظرفیت‌های رسانه در آگاه سازی نیز از دیگر پیشنهادات آنان بود [۱۰].

در مطالعه عباسی و تقی آبادی در بازه زمانی ۱۳۸۷-۱۳۶۹ مشخص شد که درآمد سرانه و نرخ باسوادی رابطه مثبت و معنی داری با تقاضای بیمه مکمل درمان وجود دارد. در حالی که بین نرخ تورم، قیمت بیمه و نرخ بیکاری و تقاضای بیمه مکمل درمان رابطه معنی داری گزارش نکردند. پیشنهادات ایشان به منظور افزایش استقبال مردم از بیمه مکمل درمان به شرح زیر بود: نرخ تورم و درآمد ملی سرانه حال و مورد انتظار در قیمت بیمه نام‌ها لحاظ گردد. ریسک بیمه شدگان به صورت علمی در ارائه خدمات لحاظ گردد. علاوه بر بیمه نام‌های گروهی به ارائه بیمه نام‌های انفرادی نیز اقدام شود. تأسیس صندوق قانونی توسط دولت به منظور ایجاد پشتوانه همگانی در امر درمان. نظارت بر مخارج بیمه شدگان به دلیل سوء استفاده برخی بیمه گذاران. ایجاد مراکز درمانی توسط سازمان‌های بیمه گر از محل درآمدهای بیمه درمان. احراز شخصیت حقوقی بیمه گذاران و اعمال فرانشیز با توجه به شرایط سنی [۱۱].

وفائی نجار و همکاران معتقد بوده‌اند که برای بهبود وضعیت موجود زیرساخت‌ها و بسترهای لازم برای آن باید فراهم گردد. در غیراین صورت واگذاری خدمات به بخش غیردولتی نه تنها وضع را بهبود نمی‌بخشد که آشفتگی و سردرگمی را افزایش می‌دهد. زیرا شرایط رشد صحیح مهیا نبوده و نرخ‌های سود در فعالیت‌های اقتصادی دچار عدم تعادل شدید است [۲۱]. از طرفی بازارهای سرمایه برای مشارکت در صنعت بیمه کارایی لازم را ندارند و از طرف دیگر فرهنگ و آگاهی در مورد بیمه در کشور حد بسیار پایینی قرار دارد. از این رو پیشنهاد گردید که قبل از این واگذاری مباحثی بایستی در نظر گرفته شوند از قبیل: تعیین و تضمین نهادهای هادی و نظارتی و همچنین مشارکت بخش غیردولتی. در این خصوص پیشنهاد گردید که با تشکیل نهادی تخصصی متشکل از اعضای نمایندگان شورای عالی بیمه همگانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بیمه مرکزی ایران، مصرف کنندگان، ارائه دهندگان خدمت، شرکت‌های بیمه‌ای درمان مکمل و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی زیر نظر شورای عالی روابط برون بخشی توسعه یافته و از یکجانبه گرایی‌ها پرهیز شود. همچنین دولت به عنوان ناظر اصلی عهده دار اتخاذ سیاست‌های کلان در این بخش باشد. لذا امکان ایجاد سازمانی غیرمتمرکز در اجرا اما متمرکز در برنامه ریزی کلان فراهم می‌گردد. در این راستا بخش غیردولتی نیز قادر خواهد بود با رعایت چهارچوب و کسب مجوز با ایجاد رقابت کیفیت خدمات ارائه شده را بهبود بخشیده و ایجاد اشتغال نماید [۳۴، ۳۵]. در خصوص تعیین منبع مالی پیشنهاد گردید که بسته‌های خدمتی متنوع متناسب با نیاز مشتری که حق انتخاب افراد را افزایش دهد طراحی و اجرا شوند و بازپرداخت هزینه‌ها به صورت تضمینی انجام شود. همچنین در این مطالعه به کارگیری سازمان‌های مستقل محلی در مقاطع زمانی خاص پیشنهاد گردید [۷].

پژوهشگران سازمان بیمه خدمات درمانی نیز الگویی برای بیمه‌های مکمل درمان با هدف افزایش سطح رضایت مندی بیمه شدگان و ارائه خدمات متنوع‌تر و قدرت مانور بیشتر برای حفظ پویایی سازمان‌های بیمه گر دولتی به شرح زیر پیشنهاد نموده‌اند: خدمات بیمه مکمل درمان، پوشش خدمات و هزینه‌های خارج از پوشش بیمه‌های پایه را با توجه به وضعیت شغلی یا منطقه جغرافیایی، به صورت رقابتی تحت پوشش اختیاری ارائه کند. صدور بیمه نامه در این مدل مدت دار بوده که در صورت تمایل بیمه شده و با شرایط بیمه نامه قبلی (در صورت عمل به مفاد بیمه نامه قبلی) تا پایان عمر قابل تمدید می‌باشد و پیش شرط استفاده از خدمات به صورت رقابتی و به انتخاب مؤسسه بیمه گر خواهد بود. تصویب قانون بیمه مکمل خدمات درمانی توسط مجلس شورای اسلامی و صدور آیین نامه اجرایی بر عهده هیأت دولت است و ارائه دهندگان مختلف بیمه‌های مکمل در بخش‌های دولتی و خصوصی با نظارت شورای عالی بیمه خدمات درمانی تشکیل شده و ملزم به رعایت دستورالعمل‌های صادره از طرف شورای عالی هستند. در این الگو فرانشیز برای خدمات تحت پوشش، به صورت رقابتی بین مؤسسات بیمه گر برای کنترل الگوی مصرف و جلوگیری از تقاضاهای غیرضروری و پرداخت یارانه برای فرانشیز این خدمات در مورد افراد نیازمند به ارائه دهندگان خدمت در نظر گرفته شده است. در این شیوه حق بیمه از طریق

۱. بسته‌های خدمتی متفاوت برحسب اولویت تعریف شود،



- ۲. برای هر بسته خدمتی، حق بیمه جداگان‌های مشخص شود.
- ۳. برای وصول حق بیمه مکمل، از مکانیسم دریافت حق بیمه پایه استفاده شود.
- ۴. نرخ حق بیمه، متناسب با قدرت پرداخت عموم بیمه شوندگان تعیین شود.
- ۵. برای افراد نیازمند حق بیمه به صورت یارانه دولتی پرداخت شود.
- تعیین می‌گردد. در این خصوص لازم است که در ابتدا تعریف روشن و بدون ابهامی از واژه‌ها و اصطلاحات کلیدی بیمه درمان ارائه شود و شرایط مناسبی برای تشکیل و فعالیت شرکت‌های بیمه خصوصی با وضع قانونی جدید بیمه مکمل فراهم شود. همچنین با تدوین ضوابط و استانداردهای بیمه مکمل درمان تمام شرکت‌های بیمه را در اجرای آن ملزم کند. به منظور رعایت حق بیمه شده و بیمه گر، فرم‌های استاندارد برای قراردادهای بیمه تدوین شود و نهاد و مرجع ناظر مشخص و بی طرفی بر اجرای این قراردادها و پیگیری تخلفات احتمالی تعیین گردد. در نهایت تعیین پیش شرط استفاده از خدمات باید به صورت رقابتی صورت گیرد. در این روش محاسبه حق بیمه متناسب با وضعیت سنی و سلامتی فردی و گروهی، به صورت رقابتی و بدون محدودیت در تعیین مبلغ و پرداخت آن به صورت مشترک بین بیمه شده و بیمه گر صورت می‌گیرد و دولت مبلغ ثابتی را به عنوان حق بیمه افراد نیازمند به صورت یارانه می‌پردازد. همچنین بسته‌های مختلف خدمات با اولویت نیاز و ضرورت تعیین می‌گردد تا هر کسی بنا بر نیاز و توان اقتصادی خود اقدام به خرید بسته‌های ضروری تر کند [۲۵].
- شیخان در ۱۳۹۱ به مطالعه وضعیت سلامت کشور با استفاده از شاخص‌های سهم سلامت از درآمد ناخالص داخلی، سرانه درمان و سهم عادلانه مردم از هزینه‌های بخش سلامت پرداخت و وضعیت نامطلوب سلامت و بیمه‌های مکمل درمان در کشور را گزارش نمود که به منظور ارتقای آن با در نظر گرفتن هم عوامل محیطی و هم عوامل سازمانی پیشنهادات زیر را مطرح ساخت:
- ترویج و تبلیغ بیمه تکمیلی از طریق سیاست گذاری و همکاری بیمه مرکزی، شرکت‌های بیمه و دیگر سازمان‌ها و نهادهای مرتبط صورت گیرد.
- راه‌های اشاعه و تعمیم فرهنگ بیمه تکمیلی درمان و اجرایی کردن آن با ترکیبی از نمایندگان صنعت بیمه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران بررسی شود.
- در قوانین و مقررات بیمه‌های مالی و سرمایه گذاری صنعت بیمه با هدف توسعه بیمه تکمیلی درمان بازنگری صورت گیرد.
- بانک بیمه با مشارکت‌های شرکت‌های بیمه در راستای پشتیبانی در فروش بیمه نامه‌ها، تسهیل وصول حق بیمه‌ها و... تشکیل شود.
- پایگاه‌های اطلاعاتی و آماری، در صنعت بیمه تکمیلی درمان به منظور کمک به تصمیم گیری‌ها و برنامه‌های اجرایی ایجاد گردد.
- نیروی انسانی متخصص و کاردان در رشته‌های تخصصی تربیت شوند.
- سیستم‌های الکترونیکی ایجاد و توسعه یابند.
- شرکت‌های تخصصی بیمه درمان در زیرمجموعه شرکت‌های بیمه ایجاد شوند.
- استراتژی کلان صنعت بیمه با توجه به چشم انداز ۲۰ ساله و لایحه قانونی اصل ۴۴ قانون اساسی و تنظیم برنامه عملیاتی و تعیین سهم هر رشته بیمه‌ای، از جمله بیمه تکمیلی درمان تعیین و تبیین شود.
- محصولات جدید بیمه‌ای، از جمله بیمه‌های تکمیلی انفرادی معرفی گردند؛ زیرا بیمه‌های تکمیلی در حال حاضر، به صورت گروهی، مازاد درمان به متقاضیان عرضه می‌شوند و بسیاری از اقشار جامعه نمی‌توانند به آن دسترسی یابند.
- شبکه فروش با ارزیابی جایگاه شغلی و حرفه‌ای و حقوقی نمایندگان مهندسی مجدد شده و مشکلات شبکه فروش و بازاریابان و نیز استفاده از راهکارهای جدید بررسی گردند.
- برنامه‌های مدون، به منظور کاهش ناراضی‌های مردم از خدمت رسانی شرکت‌های بیمه با بررسی دیدگاه‌های بیمه شدگان اجرا شده و نظرسنجی‌های مستمر صورت پذیرد.
- برنامه آموزشی فراگیر و گسترده، به منظور ارتقای دانش و تخصص نیروی انسانی شاغل در صنعت بیمه، به ویژه بیمه تکمیلی درمان تدوین شود.
- شیوه‌های وصول حق بیمه بیمه شدگان به صورت متنوع با استفاده از تکنولوژی‌های جدید اجرا گردد.
- کتب و مقالات در زمینه دستاوردهای بیمه تکمیلی درمان منتشر شوند.
- اعزام کارشناسان به کشورهای دیگر به منظور طی دوره‌های آموزشی و انتقال عملی تجارب صورت گیرد.
- در طرح پژوهشی شماره ۴۷ پژوهشکده بیمه در سال ۱۳۹۵ نیز راهکارهای زیر به منظور ارتقای سطح ارائه خدمات بیمه درمان مکمل پیشنهاد شده است:
- کارشناسی دقیق جهت ارائه نرخ‌های فنی
- حذف قراردادهای بدون سقف و بدون فرانشیز یا با فرانشیز اندک از بیمه نامه‌ها
- نظارت بر درمان با استفاده از پزشکان متخصص در صنعت بیمه
- اصلاح کتاب ارزش نسبی خدمات
- تهیه لیست بیمه گذاران دارای ضریب خسارت بالا و در اختیار شرکت‌ها قرار دادن جهت جلوگیری از جابجایی بیمه گذاران زبان ده بین شرکت‌ها
- انعقاد قرارداد شرکت‌های بیمه گر پایه با تمامی مراکز درمانی و ارائه دهنده خدمات چه خصوصی و چه دولتی در جهت کاهش میزان خسارات شرکت‌های بیمه بازرگانی
- اقدامات پیشگیرانه در خصوص کاهش هزینه‌های درمانی از سوی شرکت‌های بیمه مانند آزمایشات دوره‌ای و چکاپ و انجام برنامه‌های ارزیابی سلامت بیمه شدگان
- استفاده از کارکنان و کارشناسان توانمند و آموزش آن‌ها و بررسی موردی مدارک و تماس با مراکز ارائه دهنده خدمات در راستای کنترل و مدیریت تقلبات

- تدوین دستورالعمل‌های واضح و به روز و نظارت بر حسن انجام آن از سوی مراکز پرداخت کننده خسارت [27].

### پیشنهادات

- طراحی دستورالعمل‌ها و راهنماهایی دقیق برای پزشکان با توجه به پزشک محور بودن نظام سلامت در ایران.
- پررنگ‌تر شدن نقش نظارتی بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران به عنوان نهاد ناظر و سیاست گذار صنعت بیمه در تدوین قوانین و مقررات و دستورالعمل‌های مربوطه.
- اجرای طرح‌های غربالگری به منظور شناسایی افراد با ریسک بالا و طراحی بسته‌های مخصوص این افراد.
- ارائه دستورالعمل‌های دقیق به منظور جلوگیری از تقلب‌ها و قانون شکنی‌ها.
- پرورش نیروی انسانی کارآمد از طریق آموزش‌های فراگیر و استفاده از تجربه سایر کشورها.
- مشارکت سازمان‌ها و مؤسسات نظیر آموزش و پرورش به منظور فرهنگ سازی در زمینه بیمه خصوصاً بیمه مکمل درمان.
- نظرسنجی‌های مستمر به منظور شناسایی عوامل نارضایتی بیمه شدگان و برطرف کردن نقایص موجود.
- ارائه بیمه نامه‌های به صورت انفرادی برای خویش کارفرمایان.
- افزایش حضور سرمایه‌گذاران نهادی در هیأت مدیره‌های شرکت‌های بیمه‌ای.

- ارائه دستورالعمل‌های مشخص جهت جلوگیری از انتخاب ریسک‌های نامناسب به شبکه فروش و نظارت بر انجام دستورالعمل‌ها
- داشتن دستورالعمل‌های استاندارد پرداخت خسارت بر اساس مطالب بیان شده پیشنهادت زیر به منظور ارتقای عملکرد بیمه مکمل درمان در کشور قابل ارائه هستند:
- تصویب قوانین جدیدی که امکان فعالیت‌های تعریف شده را به شرکت‌های بیمه‌ای خصوصی فراهم کند.
- اعطای مجوز به مراکز ذی صلاح و ایجاد بسترهای رقابتی به منظور کاهش هزینه‌های از جیب مردم و بهبود کیفیت خدمات ارائه شده.
- حمایت و تقویت بخش خصوصی در امر بیمه مکمل درمان و نظارت مستقیم و مستمر دولت بر فعالیت این بخش‌ها.
- ارائه بسته‌های بیمه‌ای متنوع با در نظر گرفتن شرایط سنی، جنسی، وضعیت سلامت افراد، وضعیت جغرافیایی، سطح سواد، سطح درآمد، وضعیت اشتغال و ...
- تفکیک مرز بیمه درمان پایه و مکمل به طور مشخص.
- تعیین فرانشیز به منظور جلوگیری از تقاضاهای غیرضروری.
- به کار گیری ظرفیت‌های رسانه در آگاه سازی.
- جذب اعضای جوان‌تر به بازار بیمه.
- نظارت بر کار بیمارستان‌ها و درمان.
- اصلاح کتاب ارزش نسبی خدمات.
- ایجاد پایگاه‌های اطلاعاتی و آماری در صنعت بیمه مکمل درمان.

### References

1. Raeisi P, Ghaderi H, Nosrat Nejad S. The relationship between macroeconomic variables and the amount of sales of supplementary insurance policies. *Health Management*. 2006;9(24):7-16.
2. Handel BR, Kolstad JT. Health Insurance for "Humans": Information Frictions, Plan Choice, and Consumer Welfare. *Am Econ Rev*. 2015;105(8):2449-500. doi: 10.1257/aer.20131126 pmid: 29546969
3. Han L, Li D, Moshirian F, Tian Y. Insurance Development and Economic Growth. *The Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice*. 2010;35(2):183-99. doi: 10.1057/gpp.2010.4
4. Zare H. Introduction to Supplementary Therapies Insurance. *General Health Insurance Services*. 2003;5(19):20-32.
5. Paccagnella O, Rebba V, Weber G. Voluntary private health insurance among the over 50s in Europe. *Health Econ*. 2013;22(3):289-315. doi: 10.1002/hec.2800 pmid: 22315160
6. Saliba B, Ventelou B. Complementary health insurance in France. Who pays? Why? Who will suffer from public disengagement? *Health Policy*. 2007;81(2-3):166-82. doi: 10.1016/j.healthpol.2006.05.017 pmid: 16831483
7. Vafaei Najari A, Karimi I, Sadaghiani E. The information system package information package of complementary health insurance services in selected countries and providing a template for Iran. *Health Information Management*. 2006;3(1):51-62.
8. Clarke TC, Black LI, Stussman BJ, Barnes PM, Nahin RL. Trends in the use of complementary health approaches among adults: United States, 2002-2012. *National health statistics reports*. 2015;3(79):120-9.
9. Grignon M, Kambia-Chopin B. Income and the demand for complementary health insurance in France: Institut de recherche et documentation en économie de la santé; 2009.
10. Daghighi Asli AR, Faghih Nasiri M, Aghasi Kermani S. Estimation of demand function of complementary health insurance in the country's insurance industry. *Industrial Insurance Journal*. 2009;25(3):119-43.
11. Abbasi E, Taghi Abadi M. The effect of economic factors on the demand for supplementary treatment insurance. *Insurance Journal*. 2011;26(4):57-80.
12. Ekman B. Community-based health insurance in low-income countries: a systematic review of the evidence. *Health Policy Plan*. 2004;19(5):249-70. pmid: 15310661
13. Lavasani E. The Relationship Between Life Assurance demands and macro Economics Variable in Iran: Azad University; 2004.
14. Regidor E, Martinez D, Calle ME, Astasio P, Ortega P, Dominguez V. Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. *BMC Health Serv Res*. 2008;8(1):183. doi: 10.1186/1472-6963-8-183 pmid: 18789164
15. Liu TC, Chen CS. An analysis of private health insurance purchasing decisions with national health insurance in Taiwan. *Soc Sci Med*. 2002;55(5):755-74. doi: 10.1016/S0277-9536(01)00201-5 pmid: 12190269
16. Jafar H, Esmaeli R, Nasiri E, Heidari J, Mohammad Pour MA, Mahmoodi G. The Survey of Mazandaran University of Medical Sciences Satisfaction Survey of Supplementary Therapeutic Services in 2005. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2006;17(58):117-24.
17. Nosratnejad SH, Purreza A, Moieni M, Heydari H. Factors Affecting the demand for private health insurance in Tehran. *Journal of Hospital*. 2013;13(2):37-44.
18. Hofmann A, Browne M. One-sided commitment in dynamic insurance contracts: Evidence from private health insurance in Germany. *Journal of Risk and Uncertainty*. 2013;46(1):81-112. doi: 10.1007/s11166-012-9160-6
19. Shorzi MR, Khalili M, Soleimani H, Foroootan O. Relationship between corporate governance and company performance based on fuzzy regression. *Financial Accounting and Audit Research*. 2015;7(25):127-45.

20. Mahmoodi V, Shahhosseini M. Compilation of the developmental pattern of supplementary insurance of group therapy. *Strategic Management Studies*. 2005;5(19):145-76.
21. Vafae Najar A, Karimi I, Seyed Nozadi M. Comparative study of the structure and content of complementary health insurance in selected countries and presenting a model for Iran. *Health Management*. 2006;10(28):57-64.
22. Marnani AB, Teymourzadeh E, Bahadori M, Ravangard R, Pour JS. Challenges of a large health insurance organization in Iran: A Qualitative Study. *Int J Collab Res Intern Med Public Health*. 2012;4(6):1050-62.
23. Smith JC, Medalia C. Health insurance coverage in the United States: 2013. Washington, DC: US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, Bureau of the Census; 2014.
24. Grunow M, Nuscheler R. Public and private health insurance in Germany: the ignored risk selection problem. *Health Econ*. 2014;23(6):670-87. doi: 10.1002/hec.2942 pmid: 23696240
25. Eslami M. A review of the structure of complementary health insurance in selected countries and Iran. *Insurance Journal*. 2004;20(4):197-214.
26. Le Bihan B, Martin C. Reforming Long-term Care Policy in France: Private-Public Complementarities. *Social Policy & Administration*. 2010;44(4):392-410. doi: 10.1111/j.1467-9515.2010.00720.x
27. Ashkabs G. Damage Management Solutions of Supplementary health insurance. *Insurance Journal*. 2016;29(3):132-40.
28. Statistical Yearbook 1394 Insurance Industry. Central Insurance of the Islamic Republic of Iran. 2015;7(23):31-60.
29. Shahbazi Q, Khodaparasti M, Ehterami M. The Relationship between Development of Life and Indigenous Life Insurance and Economic Growth in Iran: Application of the Boundary Testing Approach. *Insurance and Economic Journal*. 2012;7(2):250-63.
30. Arena M. Does insurance market activity promote economic growth? A cross-country study for industrialized and developing countries. *Journal of Risk and Insurance*. 2008;75(4):921-46. doi: 10.1111/j.1539-6975.2008.00291.x
31. Swiss-Re S. World insurance in 2015: Steady growth amid regional disparities. *Sigma*. 2016;2(3):43-56.
32. World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals: World Health Organization; 2016.
33. Radcliffe J. Re: Senate inquiry into the value and affordability of private health insurance and out-of-pocket medical costs. *Pain Australia*. 2017;1(2):9-13.
34. Sheykhani N. Complementary health insurance in Iran. *Journal of Social Welfare*. 2013;4(2):247-70.
35. Alipour M. The effect of intellectual capital on firm performance: an investigation of Iran insurance companies. *Measuring Business Excellence*. 2012;16(1):53-66. doi: 10.1108/13683041211204671