

Journal of Strategic Management Studies

Homepage: <https://www.smsjournal.ir/?lang=en>



Original Research Article



10.22034/smsj.2023.382453.1780



Pathology of group health insurance rating

Mitra Ghanbarzadeh*, Assistant Professor, Insurance Research Centre, Tehran, Iran

Mahya Abbasi, PhD student, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Asma Hamzeh, Assistant Professor, Insurance Research Centre, Tehran, Iran

Nasrin Hozarmoghadam, Assistant Professor, Insurance Research Centre, Tehran, Iran

ARTICLE INFO

Article History

Received: 21 January 2023

Revised: 13 February 2023

Accepted: 11 July 2023

Keywords

Group health insurance,
Pricing,
Supervision,
Insurance premiums,
Loss ratio,
Insurance industry

Corresponding Author Email:

ghanbarzadeh@irc.ac.ir

ABSTRACT

Two main variables cause the increase of the medical insurance loss factor. First, the determination of non-technical rates of insurance premiums due to the low premiums received or the price reduction in the supplementary health insurance market, and second, the high costs of health insurance, which have various reasons. There is the inability of insurance companies to increase insurance premiums in proportion to the increase in tariffs and the unrealistic premiums in medical insurances. Indeed, prices should reflect actual costs and take into account the goals of the broader health insurance delivery system. The method is mixed type, data collected by library study and interview. The population formed by managers and treatment specialists, who were interviewed by snowball sampling method with open questions until theoretical saturation was reached. The main challenges can be placed in three categories: risk assessment, holding tenders and false and legal competition and regulations, among which, insurance companies' rate breaking and offering non-technical rates in order to attract more share in the market are a high share in the challenges. The regulatory body can set up a large tender registration system and evaluate all the requests of the insurers, the rates of the insurance companies in order to ensure the appropriateness of the rates. The supervisory body can annually set rates as the minimum base rate in group medical insurance and oblige insurance companies to apply this rate floor. In the risk assessment section, insurers can strengthen databases to monitor the behavior of their policyholders and identify and apply risk bases for accurate risk assessment.

How to cite this article:

Ghanbarzadeh, M., Abbasi M., Hamzeh, A., & Hozarmoghadam, N. (2024). Pathology of group health insurance rating, *Journal of Strategic Management Studies*, 58(15), 65-83. (In Persian with English abstract). <https://doi.org/10.22034/smsj.2023.382453.1780>



©2023 The author(s). This is an open access article distributed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC), which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Group health insurance pricing is a key component in purchasing these products; in this way, if the price set for group health coverage is too high, it can easily dissuade policyholders from staying with that company, and if it is too low, it can make it difficult for insurance companies to fulfill their obligations. Preliminary investigations have shown that two main factors cause the increase of the loss ratio of health insurance. First, the determination of non-technical premium rates due to the low premiums received or price reduction in the supplementary health insurance market and secondly, the high medical insurance costs which can be due to several reasons. Among the challenges of high health insurance losses in Iran related to pricing, we can mention the inability of insurance companies to increase insurance premiums in proportion to the increase in tariffs and the unrealistic premiums in health insurances. In fact, prices should reflect real costs and take into account the goals of the broader health insurance system. In this regard, considering that group health insurances are always among the loss-making fields in the Iran's insurance industry and have a high loss ratio in the insurance industry, it is very important to identify the challenges of group health insurance rating, which will be discussed in this paper.

Methodology

The research method used is of a mixture type (qualitative-quantitative), which research data was collected using library study and interview. The statistical population of the research includes managers and health insurance specialists in the Iran's insurance industry, who were interviewed by snowball sampling and semi-structured interviews until theoretical saturation was reached. In this research, firstly, insurance companies were identified based on the share of the country's health insurance market and health portfolio, and leading companies in the field of health were identified, and interviews were conducted with the health managers and deputy directors of these companies, and then, academic experts in this field were also interviewed. In the next step, the interviewees were asked to introduce the managers/specialists of health who are proficient and experienced in the field of issuing group health insurances. Research team also interviewed the second group of sample members, and the sampling continued until theoretical saturation of the interviews. In order to reach the saturation point, the field study should continue until no new evidence is obtained from the data in the qualitative research process. In this research, this method was also used and after the interviews reached the point of saturation and no new code was received in the subject, two more interviews were conducted to ensure theoretical saturation. After conducting interviews, relevant texts were implemented and words, sentences and concepts were identified and summarized in the form of open coding method. Then, the counted codes were re-examined and after reducing categories, removing duplicate categories and merging smaller categories into bigger ones, they were defined as main categories and analyzed.

Results and Discussion

Based on the results of the research, the main challenges that can be posed in the pricing of group health insurance can be placed in three categories: risk assessment (such as the use of traditional methods and non-compliance with actuarial principles, non-proportion of insurance premiums with services and tariffs and their full price, freedom of action of insurance companies, etc.), holding tenders and false competition (such as the disproportion of insurance premiums with competitive items in the market, price cutting and unhealthy competition, focusing on attracting portfolios instead of focusing on providing appropriate services, etc.) and legal and regulatory (such as non-enforceability of some by-laws, lack of proper monitoring of group medical insurance rates, etc.), among which, insurance companies' dumping and providing non-technical rates to attract customers has a high share in these challenges.



Conclusion

In order to solve the existing challenges in this field, the insurance industry can use different solutions. In the regulatory sector, the supervisory body can set up a system for registering large tenders and evaluate all the requests of the policyholders based on the coverages that can be provided in Regulation no. 99 of the Supreme Insurance Council and on the other hand, evaluate the rates provided by the insurance companies in order to ensure the appropriateness of the rates. In this regard, the supervisory body can annually set rates as the minimum base rate in group health insurance and oblige insurance companies to apply this rate floor. In the risk assessment section, insurers can strengthen the databases to monitor the insurance behavior of their policyholders and identify and apply risk bases for accurate risk assessment.

Keywords: Group health insurance, Pricing, Supervision, Insurance premiums, Loss ratio, Insurance industry



مطالعات مدیریت راهبردی

Homepage: <https://www.smsjournal.ir>



10.22034/smsj.2023.382453.1780

مقاله پژوهشی

آسیب‌شناسی نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

میترا قنبرزاده*، استادیار، پژوهشکده بیمه، تهران، ایران

محیا عباسی، دانشجوی دکتری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

اسماء حمزه، استادیار، پژوهشکده بیمه، تهران، ایران

نسرین حضارمقدم، استادیار، پژوهشکده بیمه، تهران، ایران

چکیده

دو عامل اصلی باعث افزایش ضریب خسارت بیمه درمان می‌شود. اول، تعیین نرخ‌های غیرفنی حق بیمه به دلیل کم بودن حق بیمه‌های دریافتی یا کاهش قیمت در بازار بیمه تکمیلی درمان و دوم، هزینه‌های بالای بیمه درمانی که می‌تواند دلایل مختلفی داشته باشد. از چالش‌های خسارت بالای بیمه درمان در ایران در رابطه با قیمت‌گذاری می‌توان به عدم توانایی شرکت‌های بیمه در افزایش حق بیمه متناسب با افزایش تعرفه‌ها و غیر واقعی بودن حق بیمه در بیمه‌های درمان اشاره کرد. در واقع، قیمت‌ها باید هزینه‌های واقعی را منعکس کنند و اهداف نظام ارائه بیمه‌های درمان گسترده‌تر را در نظر بگیرند. در این راستا، شناسایی آسیب‌های نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی اهمیت فراوانی پیدا می‌کند. روش تحقیق، از نوع آمیخته (کمی-کیفی) بوده، داده‌های تحقیق با استفاده از مطالعه کتابخانه‌ای و مصاحبه گردآوری شد. جامعه تحقیق را مدیران و متخصصین درمان در صنعت بیمه کشور تشکیل داده که به روش نمونه‌گیری گلوله‌برفی با سؤالات باز تا رسیدن به اشباع نظری مصاحبه شد. بر اساس نتایج تحقیق، عمده چالش‌ها را می‌توان در سه دسته ارزیابی ریسک، برگزاری مناقصه و رقابت کاذب و قانونی و مقرراتی قرار داد که از این میان، نرخ‌گذاری شرکت‌های بیمه و ارائه نرخ‌های غیرفنی جهت جذب سهم بیشتر در بازار، سهم بالایی در چالش‌های مطرحه دارد. صنعت بیمه برای رفع چالش‌ها در بخش رگولاتوری، نهاد نظارتی می‌تواند سامانه ثبت مناقصات بزرگ را راه‌اندازی کند و تمامی درخواست‌های بیمه‌گذاران را بر اساس پوشش‌هایی که در آیین‌نامه ۹۹ شورای عالی بیمه ارائه می‌شود، نرخ‌های شرکت‌های بیمه را به منظور اطمینان از مناسب بودن نرخ‌ها ارزیابی کند. لذا نهاد ناظر می‌تواند سالانه نرخ‌هایی را حداقل نرخ پایه در بیمه‌های درمان گروهی تعیین و شرکت‌های بیمه را ملزم به اعمال این کف نرخ کند. در بخش ارزیابی ریسک، بیمه‌گران می‌توانند پایگاه‌های اطلاعاتی را برای نظارت بر رفتار بیمه‌گذاران خود تقویت کرده و پایه‌های ریسک را برای ارزیابی دقیق ریسک شناسایی و اعمال کنند.

اطلاعات مقاله

سابقه مقاله

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۰۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۱/۱۱/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۲۰

واژه‌های کلیدی

نظام نرخ‌گذاری،
بیمه درمان گروهی،
نظارت، حق بیمه،
ضریب خسارت،
صنعت بیمه

ایمیل نویسنده مسئول
ghanbarzadeh@irc.ac.ir

۱- مقدمه

اعمال نظارت در بازار بیمه شامل حوزه‌های متعددی است، لذا شیوه‌های مداخله و اعمال نظارت در بازار بیمه یکی از مباحث مورد اختلاف بین صاحب‌نظران بوده است. این موضوع در بیمه‌های درمان تکمیلی گروهی که دارای ضریب خسارت بالا در صنعت بیمه هستند، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. با اینکه شورای عالی بیمه در اجرای ماده ۱۷ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری در سال ۱۳۵۰ [۱۷] و به استناد فصل نهم قانون اجرای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی [۶] و سایر مقررات مربوط، در بند ف ماده ۱۰ آیین‌نامه شماره ۹۴ شورای عالی بیمه [۱۱]، معیارهای اختصاصی تعیین نرخ حق بیمه رشته درمان گروهی را تعیین نموده است، ولی شرکت‌های بیمه بر اساس ماده ۲ همین آیین‌نامه موظف‌اند، ضمن رعایت موازین فنی تعیین حق بیمه موضوع ماده ۱، نرخ حق بیمه، جدول تعرفه کوتاه‌مدت و روزشمار، میزان و موارد تخفیف و یا اضافه نرخ انواع رشته‌های بیمه‌ای و هرگونه تغییر در آن‌ها را در کمیته‌ای متشکل از اکچوئر (محاسب فنی بیمه) داخلی، مسئول فنی رشته ذی‌ربط 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 ج.ا.ا. ارسال نماید. با اینکه بیمه مرکزی ج.ا.ا. نهاد ناظری است که بر اساس ماده ۶ آیین‌نامه ۹۴ شورای عالی بیمه با لحاظ سقف ضریب خسارت رشته بیمه درمان (۸۰ درصد برای دوره ۶ ماهه و ۷۵ درصد برای دوره یکساله) در نظارت بر بیمه‌های درمان ورود کرده است، ولی دخالتی در تعیین مقدار حق بیمه درمان گروهی ندارد. در این راستا، با توجه به اینکه بیمه‌های درمان گروهی همواره جزء رشته‌های زیان ده (ضریب خسارت ۱۰۴.۷ درصدی در سال ۱۴۰۰) در صنعت بیمه به شمار می‌روند و ضریب خسارت بالایی در صنعت بیمه دارند، باید آسیب‌های موجود در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی مورد بررسی قرار گیرد. ضریب خسارت در این رشته بیمه‌ای نیز بالا است و به نظر می‌رسد که در صورت تداوم ضریب خسارت بالا در رشته درمان و زیان‌ده بودن آن، نهاد ناظر باید فکری به حال نرخ‌شکنی‌های غیرفنی شرکت‌ها برای فروش و از سوی دیگر نظارت بر شبکه‌های دریافت خسارت‌های غیرواقعی در این رشته کند. لذا، بررسی آسیب‌های موجود در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی، می‌تواند راهگشای مناسبی برای صنعت بیمه کشور باشد تا بر اساس چالش‌های موجود، نحوه نظارت مناسب بر نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی داشته باشد.

لذا، هدف از مقاله حاضر، شناسایی آسیب‌ها و چالش‌های نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی در کشور است. بر این اساس سعی شده در این مقاله، در ابتدا مبانی نظری بیمه‌های درمان گروهی شامل نرخ‌گذاری و نحوه نظارت بر آن ارائه گردد. سپس، با استفاده از مطالعه کتابخانه‌ای و مصاحبه با متخصصین این حوزه، آسیب‌ها و چالش‌های موجود در نرخ‌گذاری احصاء و وضعیت مطلوب مورد بحث قرار گیرد. مصاحبه انجام شده بر پایه ۵ سؤال اصلی شکل گرفته است: وضعیت فعلی نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی به چه صورت است؟ نقش نهاد ناظر بیمه‌ای در تعیین نرخ بیمه‌های درمان گروهی چگونه است؟ نقاط قوت روش نرخ‌گذاری فعلی کدام است؟ چه نقاط ضعف و چالش‌هایی در روش فعلی نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی وجود دارد؟ و در نهایت وضعیت مطلوب نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی از دید مصاحبه‌شوندگان چگونه است؟

۲- مبانی نظری و پیشینه تحقیق

نظام‌های نرخ‌گذاری در بیمه بر اساس رهنمودهای انجمن بین‌المللی ناظران بیمه^۱ [۴]، می‌توان حوزه‌های مداخله و اعمال نظارت دولت در بازار بیمه را در ۶ محور «مقررات ورود به بازار بیمه (صدور مجوز ثبت و فعالیت مؤسسات بیمه و مقررات احراز صلاحیت سایر فعالین صنعت بیمه)»، «مقررات هدایت عملیات بیمه شامل ضوابط تعیین نرخ و تدوین فرم و شرایط بیمه‌نامه، نظارت بر تبلیغات، بازاریابی و نحوه فروش خدمات بیمه و مقررات رقابت در بازار بیمه»، «مقررات مالی شامل ضوابط نظارت بر توانگری مالی، سرمایه‌گذاری، ایجاد صندوق‌های حمایت از حقوق بیمه‌گذاران و استانداردهای ثبت و افشای اطلاعات مالی مؤسسات بیمه»، «مقررات بیمه اتکایی شامل کنترل قراردادهای و مبادلات اتکایی، تعیین ضوابط نگهداری ریسک و مقررات اعطای مجوز فعالیت به بیمه‌گران اتکایی بین‌المللی»، «مقررات انتقال پرتفوی، ادغام و انحلال مؤسسات بیمه» و «ضوابط آموزش مستمر نیروی انسانی متخصص صنعت بیمه» خلاصه نمود [۱]. در این خصوص، دیدگاه‌های

¹ International Association of Insurance Supervisors (IAIS)

مختلفی در خصوص ضرورت اعمال نظارت نهاد ناظر و همچنین مکانیزم اعمال این نظارت‌ها وجود دارد. در واقع، نهاد ناظر صنعت بیمه به تناسب ماهیت هر رشته بیمه و میزان توسعه یافتگی بازار بیمه هر کشور، از شیوه‌های مختلفی برای اعمال نظارت بر نحوه تعیین نرخ حق بیمه بهره می‌گیرد که گستره‌ای از نظام‌های دستوری و تعرفه‌ای تا نظام‌های رقابتی و شبه رقابتی را شامل می‌شود. جدول ۱ به ارائه نظام‌های رایج در اعمال مقررات تعیین نرخ حق بیمه در صنعت بیمه می‌پردازد.

جدول ۱. نظام‌های رایج در اعمال مقررات تعیین نرخ حق بیمه در صنعت بیمه

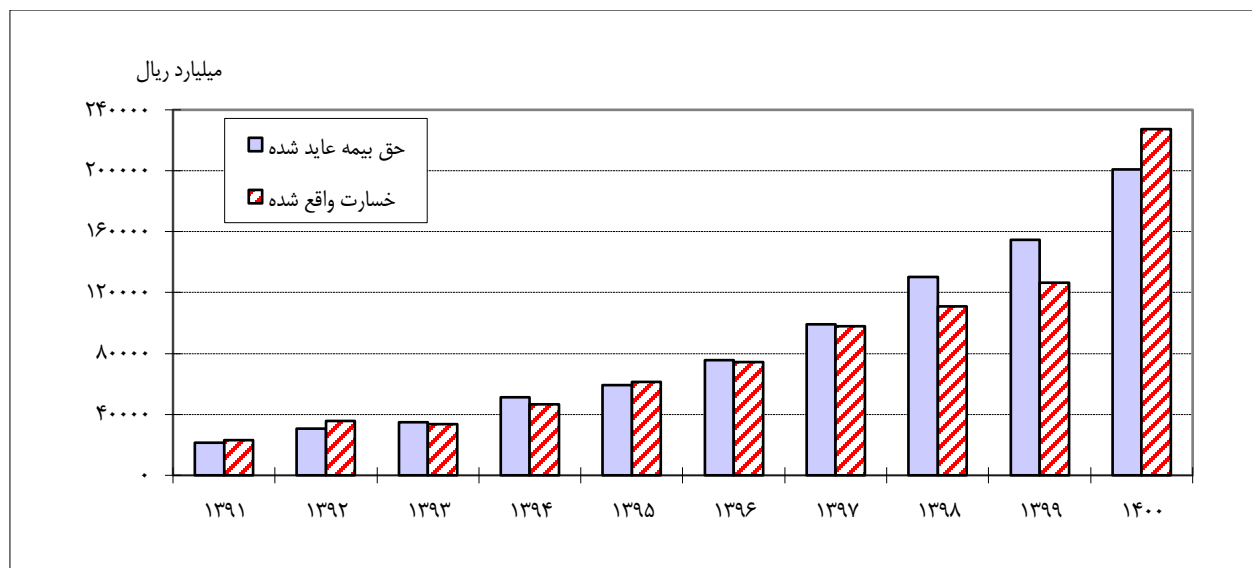
نوع نظام	توضیحات
تعرفه‌ای	میزان نرخ و نحوه طبقه‌بندی ریسک و همچنین فرم و شرایط بیمه توسط نهاد ناظر تعیین و ابلاغ می‌شود.
اصول محور	نهاد ناظر عمدتاً بر فرآیندهای داخلی شرکت‌های بیمه در مورد توسعه محصول، بازاریابی و تعامل با واسطه‌ها متمرکز است؛ بدون آنکه به طور خاص صلاحیت تصویب اولیه محصولات جدید یا تغییر محصولات موجود را بررسی نماید. در واقع نهاد ناظر بررسی می‌کند که بیمه‌گر روندهای مناسبی برای تولید محصول جدید، کنترل و توزیع آن اتخاذ کند.
تصویب اولیه	مؤسسات بیمه ملزم هستند میزان نرخ، جدول نرخ‌گذاری و یا ضوابط نرخ‌گذاری خود را به تایید نهاد ناظر برسانند.
نرخ‌گذاری منعطف	در عین حالی که مقررات تصویب اولیه نرخ بر بازار حاکم است، بیمه‌گر اجازه دارد در یک دامنه مشخص (بین ۵ تا ۱۰ درصد) بدون تایید نهاد ناظر، نرخ‌های خود را افزایش یا کاهش دهد یا متناسب با ویژگی‌های ریسک و طبقه‌بندی آن، برخی تخفیف‌های از قبل تعیین شده (۱۰ تا ۲۵ درصد تخفیف) را اعمال نماید.
ثبت و اجرا	مؤسسات بیمه ملزم به ثبت نرخ و ضوابط نرخ‌گذاری نزد نهاد ناظر بیمه هستند اما می‌توانند بلافاصله و یا در زمان مشخصی که توسط مؤسسه بیمه پیشنهاد می‌شود، این نرخ‌ها را اجرا کنند.
غیر ثبتی	بیمه‌گر ملزم به ثبت نرخ‌ها و یا جلب موافقت نهاد ناظر نیست، اما نهاد ناظر می‌تواند در هر زمان که بخواهد، انطباق نرخ‌های مورد عمل بیمه‌گر را با مقررات مربوط بررسی نماید.
بدون مقررات نرخ‌گذاری	هیچ مقرراتی در ارتباط با نرخ‌گذاری وجود ندارد و در شرایط رقابت کامل قابل اجرا است.

منبع: [۲، ۱]

در نظارت بر تعرفه‌ها یا حق بیمه‌ها توسط نهاد ناظر، مؤسسات بیمه ملزم به رعایت نرخ‌هایی می‌شوند که نه خیلی بالا هستند، نه خیلی پایین هستند و نه تبعیض‌آمیز. قیمت‌های خیلی پایین منجر به کاهش سود و در نتیجه کاهش توانگری مالی مؤسسه بیمه می‌شوند. قیمت‌های خیلی بالا نیز به نفع مصرف‌کننده نبوده و باعث می‌شود تا برخی از مصرف‌کنندگان قادر به خرید بیمه‌نامه نباشند. در نظارت تعرفه‌ای، مؤسسه بیمه ملزم می‌شود تا قیمت‌های متفاوتی برای محصول یکسان به مشتریان مختلف ارائه نکند. نگرانی در مورد شکل‌گیری انحصار قیمتی و همچنین بی‌ثباتی قیمت‌ها در بازار، نهاد ناظر را به کنترل قیمت‌ها ترغیب می‌نماید. چگونگی تفسیر و اعمال نظارت بر تعرفه‌ها تا حد زیادی متفاوت است. گاهی نیز در نظارت تعرفه‌ای، نهاد ناظر مؤسسه بیمه را ملزم می‌نماید تا مصرف‌کنندگان دارای ریسک بالا را نیز بیمه نماید و تقاضای خریداران پر ریسک را رد نکند [۲].

نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی در کشور و نحوه نظارت بر آن. قیمت‌گذاری بسته‌های درمان گروهی، جزء کلیدی در خرید این محصولات است که روش‌های قیمت‌گذاری متنوعی برای این موضوع وجود دارد [۱۵]. اگر قیمت تعیین شده برای پوشش درمان گروهی، خیلی بالا یا خیلی پایین باشد، به راحتی می‌تواند بیمه‌گذاران را از ادامه ماندگاری در آن شرکت منصرف و یا شرکت‌های بیمه را در ایفای تعهدات خود با مشکل مواجه کند، زیرا در صورتی که حق بیمه پایین‌تر از مقدار واقعی اعلام شود، ممکن است خسارت بالایی رخ دهد و ضریب خسارت افزایش یابد [۸، ۱۳]. لذا، نرخ‌گذاری دقیق در بیمه‌های درمان گروهی که دارای ضریب خسارت بالا در صنعت بیمه کشور

هستند، اهمیت فراوانی از بعد نظارتی دارد [۱۵]. به منظور نشان دادن اختلاف ناچیز حق بیمه دریافتی و خسارت پرداختی بیمه‌های درمان در کشور (ضریب خسارت بالا)، نمودار ۱ به بررسی این موضوع پرداخته است.



نمودار ۱. حق بیمه تولیدی و خسارت پرداختی درمان صنعت بیمه طی سال‌های ۱۳۹۱ الی ۱۴۰۰

بررسی‌های نیاکان و نورالدینی (۱۳۹۵) نشان داده است که دو عامل اصلی موجب بالا رفتن ضریب خسارت است [۹]. اول، تعیین نرخ‌های غیرفنی حق بیمه و به تبع آن پایین بودن حق بیمه‌های دریافتی و یا نرخ شکنی در بازار بیمه درمان تکمیلی و دوم، بالا بودن خسارات بیمه درمان که به موجب علل متعددی می‌تواند باشد. از جمله چالش‌های خسارات بالای بیمه درمان در ایران مرتبط با نرخ‌گذاری می‌توان به ناتوانی شرکت‌های بیمه‌ای در افزایش حق بیمه متناسب با افزایش تعرفه و غیرواقعی بودن حق بیمه‌ها در بیمه‌های درمان اشاره کرد. محاسبه حق بیمه در بیمه‌های درمان از اصولی مشابه با سایر رشته‌های بیمه‌ای پیروی می‌کند، لیکن به دلیل تنوع در پوشش‌های بیمه‌ای و ارتباط پوشش‌های بیمه‌ای با ارائه‌دهندگان سرویس‌های خدمات درمانی، پیچیدگی‌هایی در محاسبه آن وجود دارد. در ادامه، نحوه نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی بر اساس مطالعه [۹] ارائه می‌شود. برای محاسبه حق بیمه هر قرارداد بیمه درمان مراحل زیر باید طی گردد:

- (۱) پوشش‌های بیمه‌ای مشخص گردد. این پوشش‌ها توسط بیمه‌گذار درخواست شده و به شرط پذیرش بیمه‌گر در قرارداد درج می‌شود.
- (۲) به ازای هر یکی از پوشش‌های بیمه‌ای سقفی در نظر گرفته شود. سقف هر یک از پوشش‌های بیمه‌ای توسط بیمه‌گذار درخواست شده و به شرط پذیرش بیمه‌گر در قرارداد درج می‌شود.
- (۳) برای هر یک از پوشش‌ها نرخ^۱ ماهانه در نظر گرفته می‌شود. این نرخ توسط بیمه‌گر و بر اساس ارزیابی وی از وضعیت ریسک بیمه‌گذار تعیین می‌شود.
- (۴) حاصلضرب سقف تعهدات هر یک از پوشش‌ها در نرخ آن پوشش، حق بیمه ماهانه هر یک از پوشش‌ها را تعیین می‌کند.
- (۵) حاصل جمع نرخ‌های هر یک از پوشش‌ها حق بیمه ماهانه کل قرارداد را با در نظر گرفتن فرانشیز ۳۰٪ برای هر بیمه‌شده تعیین می‌کند.
- (۶) حاصلضرب حق بیمه ماهانه در عدد ۱۲ حق بیمه سالیانه هر بیمه‌شده را تعیین می‌کند.
- (۷) حاصلضرب حق بیمه سالیانه هر بیمه‌شده در کل بیمه‌شدگان (با فرض آنکه ریسک همه اعضای گروه یکسان باشد).

در صنعت بیمه کشور در نظارت رشته بیمه‌های درمان، در ابتدا نظام تعرفه‌ای در تعیین نرخ حق بیمه وجود داشت که در برنامه اصلاح نظام تعرفه بازار، به تدریج این روند حذف و نظام غیرتعرفه‌ای برای نرخ‌گذاری آن لحاظ شد. در این راستا، دو آیین‌نامه مصوب شورای عالی بیمه به شماره‌های ۹۴ و ۹۹ وجود دارد که مسیر نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی را مشخص می‌نماید. آیین‌نامه ۹۹ شورای عالی بیمه [۱۰] به بررسی پوشش‌های اصلی و پوشش‌های اضافی بیمه‌های درمان پرداخته و سقف تعهدات هزینه‌های قابل پوشش را ارائه می‌دهد. در حالی که، در آیین‌نامه ۹۴ شورای عالی بیمه [۱۱] به مقررات تعیین حق بیمه انواع رشته‌های بیمه‌ای از جمله بیمه‌های درمان گروهی پرداخته و در آن، معیارهای اختصاصی برای تعیین نرخ حق بیمه ارائه شده است. در آیین‌نامه ۹۴ شورای عالی بیمه معیارهای اختصاصی برای تعیین نرخ حق بیمه رشته درمان گروهی به «صورت خطرات تحت پوشش»، «میزان تعهدات»، «تعداد بیمه‌شدگان»، «پراکندگی جغرافیایی بیمه‌شدگان»، «میانگین سنی بیمه‌شدگان»، «تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در منطقه تمرکز بیمه‌شدگان»، «نوع فعالیت بیمه‌گذار»، «سوابق و رفتارهای بیمه‌گذار و بیمه‌شدگان» ارائه شده است.

در آیین‌نامه ۹۴ شورای عالی بیمه، تنها معیارهای اساسی در تعیین نرخ بیمه‌های درمان گروهی ارائه شده و بر اساس ماده ۲ این آیین‌نامه، شرکت‌های بیمه موظفند بعد از بررسی نرخ‌ها در کمیته‌ای در داخل شرکت، تنها مبانی محاسباتی نرخ‌ها را به بیمه مرکزی ج.ا.ا. جهت ثبت ارسال نمایند. با اینکه بیمه مرکزی ج.ا.ا. نهاد ناظری است که بر اساس ماده ۶ آیین‌نامه ۹۴ شورای عالی بیمه با لحاظ سقف ضریب خسارت رشته بیمه درمان (۸۰ درصد برای دوره ۶ ماهه و ۷۵ درصد برای دوره یکساله) در نظارت بر بیمه‌های درمان ورود کرده است، ولی دخالتی در تعیین مقدار حق بیمه درمان گروهی ندارد.

نرخ‌شکنی در بیمه‌های درمان گروهی. با توجه به آزادی عمل شرکت‌های بیمه در تعیین نرخ درمان گروهی، شرکت‌های بیمه اغلب برای جذب پرتفو، اقدام به ارائه نرخ‌های غیرفنی می‌کنند که منجر به بروز نرخ‌شکنی در صنعت بیمه می‌گردد. یکی از دلایلی که برای ارائه قیمت پایین مطرح می‌شود این است که شرکت به دنبال جذب مشتریانی است که احتمالاً محصولات دیگر را با قیمت‌های معمولی یا بالا از همان شرکت خریداری می‌کنند [۵]. نرخ‌شکنی صورت گرفته در بیمه‌های درمان گروهی دارای اثرات منفی بر صنعت بیمه است که در ادامه، مورد بررسی قرار می‌گیرند. از یک سو، شرکت‌های بیمه بزرگ و قدرتمند با ایجاد رقابت مصنوعی و انتقال آن به کل بازار سبب سلب قدرت رقابت سایر شرکت‌های بیمه به ویژه شرکت‌های بیمه جدید می‌شود که منجر به عدم توسعه صنعت بیمه می‌گردد. از سوی دیگر، تقاضای مصرف‌کننده به کالای ارزان مورد نرخ‌شکنی جلب می‌شود و در بازار رقابتی فروش کالا به قیمت واقعی و با کیفیت مناسب به دلیل از بین رفتن اعتماد مصرف‌کننده، سخت خواهد شد و در صورت به وجود آمدن بازار غیررقابتی ناشی از حذف رقبا، قیمت کالا به شدت بالا می‌رود و در هر دو صورت، مصرف‌کننده متضرر خواهد گردید. همچنین، با نرخ‌شکنی، توانگری شرکت‌های بیمه به مرور زمان کاهش یافته و تولید از رشته‌های مطلوب منحرف شده و تخصیص مؤثر منابع صورت نمی‌گیرد. همچنین، ممکن است برخی بیمه‌گران با گنجاندن فرانشیز، درج استثنائات گوناگون، حذف خطرات تحت پوشش و غیره به نوع دیگری حقوق مصرف‌کنندگان را تضییع نمایند و به طور آگاهانه کیفیت خدمات خود را کاهش دهند. در کنار اثرات منفی نرخ‌شکنی در صنعت بیمه، اثرات مثبتی وجود دارند که در ادامه، مورد بررسی قرار می‌گیرند. یکی از این اثرات مثبت این است که مصرف‌کنندگان، محصول را با قیمت پایین‌تر دریافت می‌کنند. همچنین، نرخ‌شکنی می‌تواند باعث رقابتی‌تر شدن و نوآورانه‌تر شدن بازار گردد، زیرا بیمه‌گران برای کسب بازار، اقداماتی را در جهت کاهش هزینه‌ها و بهبود کیفیت محصول و خدمات انجام می‌دهند که به نفع بیمه‌گذار است.

۴-۲- پیشینه تحقیق

بر اساس مطالعه ریاحی‌فر (۱۳۸۵)، نبود الگوی مشخصی برای بیمه‌گران به منظور ایجاد بستری مناسب در محاسبه تعرفه‌ها و حق سرانه‌های واقعی، شناسایی، پذیرش و کنترل ریسک‌های درمانی و در نهایت ضعف سازماندهی و نظارت بر آن‌ها در بیمه‌های درمان گروهی موجب شده است که هر ساله سازمان‌های مذکور، زبان‌هنگفتی را متحمل شوند [۱۲].

صحت و اسماعیلی (۱۳۸۶)، اظهار داشته‌اند عدم تناسب حق بیمه‌ها با پوشش‌های ارائه شده از طرف شرکت‌های بیمه، وجود محدودیت‌هایی در مصوبات شورای عالی بیمه در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی، تعیین حق بیمه‌ها بدون استفاده از بیم‌سنج‌ها و عدم تصویب به موقع آیین‌نامه‌های لازم جهت هماهنگی با تعرفه‌های بیمارستانی در بخش نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی بر عدم توسعه این بیمه‌ها در کشور تاثیر گذارند [۱۴].

بر اساس مطالعه داوری و همکاران (۲۰۱۲)، در حالی که فناوری‌های جدید به طور فزاینده‌ای به کشور وارد می‌شود، ایران در حال حاضر روش سیستماتیک ارزیابی و ایجاد دستورالعمل برای استفاده از فناوری‌های جدید و پرهزینه را ندارد [۳]. شرکت‌های بیمه در فرآیند ارزیابی ریسک‌های درمان اصول علمی را به صورت کامل رعایت نمی‌کنند و در مواردی که ارزیابی‌ها به صورت صحیح انجام می‌گیرد، انجام مناقصه توسط بیمه‌گذاران برای انتخاب بیمه‌گر درمان تکمیلی، موجب خارج شدن کنترل بازار از دست بیمه‌گران شده که نتیجه این امر، عدم توجه به مسایل فنی و علمی در ارزیابی صحیح ریسک و ارائه نرخ‌های غیرفنی خواهد بود که این امر خود موجب تحمیل خسارت‌های زیان‌بار به شرکت‌های بیمه و همچنین صنعت بیمه می‌شود [۹].

از آن‌جا که استفاده از خدمات سلامت معمولاً هزینه زیادی را بر فرد تحمیل می‌کند، افرادی که به علت دارا بودن شرایط خاص سلامتی، نیاز بیشتری به استفاده از خدمات درمانی دارند، بیمه‌های با پوشش بالاتر را انتخاب می‌کنند (انتخاب نامساعد)، اگر چه بیمه‌گر سعی می‌کند هزینه انتظاری افراد بیمه‌شده را پیش‌بینی کند؛ ولی افراد اطلاعات مفیدی در مورد وضعیت سلامت خود دارند که سود بیمه‌گر را تحت تاثیر قرار می‌دهد. به این ترتیب که بیمه‌گر تمایل دارد حق بیمه را بر اساس میانگین ریسک انتظاری تعیین کند و این قیمت برای افراد با ریسک کمتر، گران تلقی شده و آن‌ها از خرید بیمه امتناع می‌کنند. این وضعیت منجر به بالا رفتن ریسک افراد تحت پوشش بیمه شده و به ضرر شرکت بیمه تمام می‌شود. از دیگر پیامدهای عدم تقارن اطلاعات در بازار بیمه سلامت، این است که چون رفتار افراد را بیمه‌گر مشاهده نمی‌کند، افراد تحت پوشش بیمه، مراقبت کمتری در پیش‌گیری از وقوع بیماری انجام می‌دهند (مخاطرات اخلاقی پیشین)، زیرا این مراقبت برای آن‌ها هزینه دارد و از مطلوبیت آن‌ها می‌کاهد. به علاوه این افراد نسبت به افراد بیمه نشده از خدمات درمانی بیش‌تر و یا با کیفیت بهتری استفاده می‌کنند (مخاطرات اخلاقی پسین)، که هر دوی این‌ها به نوعی از طریق افزایش ریسک افراد بیمه شده، شرکت بیمه را متضرر می‌کند [۹].

علی‌رغم اینکه تمام شرکت‌های بیمه در اصل اجرای آزادسازی تعرفه‌ها متفق‌القول بوده و اجرای آن را ضروری می‌دانستند، اما به دلیل آنکه پیش از آزادسازی تعرفه‌ها، بخش فنی و کارشناسی شرکت‌های بیمه آمادگی لازم را نداشته و به توانگری و مدیریت ریسک شرکت‌ها توجه بایسته نمی‌شد، لذا نرخ‌های ارائه شده در بیمه‌های درمان گروهی، در برخی موارد نرخ‌هایی غیرفنی یا غیرکارشناسی بود که از این امر با عناوینی نظیر دامپینگ (بازار شکنی)، نرخ شکنی، رقابت کاذب و غیرحرفه‌ای و غیره در بازار یاد می‌شود. این امر علاوه بر افزایش ضریب خسارت بیمه‌های درمان گروهی، باعث خدشه‌دار شدن اصول رقابت سالم در صنعت بیمه، عدم توانایی شرکت‌ها در پاسخگویی به تعهدات خود و در نهایت کاهش اعتماد عمومی به صنعت بیمه کشور می‌گردد [۹].

از یک طرف راه ورود شرکت‌های بیمه به شرکت‌ها و سازمان‌ها، تحت پوشش قراردادن تمام ریسک‌های آن‌ها به منظور افزایش پرتفوی خود و کسب سهم بیشتر از بازار ارائه بیمه درمان تکمیلی با کمترین قیمت است. این امر باعث شده است که شرکت‌های بیمه با شرکت در مناقصات، قیمت‌های به مراتب کمتر از نرخ‌های فنی ارائه کنند و این امر باعث زیان‌ده شدن این رشته بیمه‌ای طی سال‌های اخیر شده است. از طرفی دیگر، به دلیل عدم هماهنگی و هم‌افزایی شرکت‌های بیمه‌گر، عملاً ابتکار عمل جهت برگزاری مناقصه بیمه‌های درمان در اختیار بیمه‌گذاران بزرگ قرار گرفته است. در بازار موجود این بیمه‌گذاران عمده هستند که شرایط قراردادها و تعهدات مورد نیاز خود را تعریف می‌کنند و در برگزاری مناقصات بیمه‌ای بدون توجه به آیین‌نامه‌های بیمه مرکزی از قبیل آیین‌نامه ۹۹ شورای عالی بیمه، جهت بیمه‌گران شرایط تعیین می‌کنند و هر شرکت بیمه‌ای که کوچکترین تغییری در شرایط مناقصه را خواستار باشد، از گردونه رقابت خارج خواهد شد و در صورتی که شرکت بیمه‌گر برنده مناقصه، شفافیت و گزارش‌دهی به بیمه مرکزی را نداشته باشد، عملاً توافق‌نامه‌های عریض و طویل مغایر با آیین‌نامه‌ها شکل می‌گیرد که بعید است نهاد ناظر نیز از مفاد آن مطلع گردد، مگر شرکتی که بر اساس آیین‌نامه و به جهت انضباط اداری در

راستای اخذ مجوز اقدام به اطلاع‌رسانی به نهاد ناظر نماید که در این صورت نیز باید بخشی از انرژی خود را صرف پاسخ به مکاتبات نهاد ناظر در مورد چرایی ارائه تعهدات نماید.

از دیگر آسیب‌های مورد اشاره در مطالعه [۹]، در خصوص نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی، ضعف بانک اطلاعاتی در شرکت‌های بیمه است. تجمع اطلاعات گروه‌های مشابه در نرخ‌گذاری و ارزیابی ریسک بیمه‌های درمان گروهی، نیازمند وجود بانک اطلاعاتی قوی است. شرکت‌های بیمه در حال حاضر نمی‌توانند اطلاعات تک‌تک بیمه‌شدگان را رصد کنند؛ این در حالی است که با استفاده از نرم‌افزارهای فناوری اطلاعات، رصد تک‌تک بیمه‌گذاران و یک کاسه کردن گروه‌های درمانی در حوزه بیمه‌نامه تکمیلی درمان به راحتی امکان‌پذیر است. لذا شرکت‌های بیمه باید سیستم‌های نرم‌افزاری دقیقی برای رصد رفتارهای درمانی بیمه‌شدگان از یک سو و رفتار مراکز درمانی از سوی دیگر داشته باشند.

چالش دیگر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی، وجود تقلب و کلاهبرداری در ارائه مشخصات سلامت افراد است. کلاهبرداری و سوء استفاده، ریسک‌های اصلی و عمده در سیستم‌های مراقبت سلامت محسوب می‌شوند. «کلاهبرداری به معنی یک فریب عمدی یا ارائه نادرست توسط یک فرد است با علم به اینکه آن فریب می‌تواند منجر به برخی منافع و فواید غیرمجاز برای خودش یا برخی اشخاص دیگر شود». «سوء استفاده به معنی روش‌ها و فعالیت‌های ارائه‌دهنده می‌باشد که متناقض با روش‌ها و فعالیت‌های درست و دقیق مالی، کسب‌وکار و پزشکی هستند و منجر به هزینه‌های غیرضروری برای سیستم می‌شوند و یا منجر به بازپرداخت وجه برای خدماتی می‌شوند که از لحاظ پزشکی ضروری نیستند یا نمی‌توانند استانداردهای مورد تأیید حرفه‌ای برای مراقبت سلامت را برآورده کنند». تقلب و کلاهبرداری هم از سوی بیمه‌گذاران و هم از سوی ارائه‌دهندگان خدمات امکان‌پذیر است. سرقت مشخصات وضعیت پزشکی شامل سوء استفاده از ویژگی‌های پرونده پزشکی فرد به منظور تأمین محصولات و خدمات به صورت نادرست می‌باشد. سرقت مشخصات وضعیت پزشکی به طور مشخص‌تر به عنوان «تصاحب یا سوء استفاده از اطلاعات شناسایی منحصر به فرد بیمار (یا ارائه‌دهنده خدمات) به منظور تهیه خدمات و کالاهای پزشکی به صورت متقلبانه یا به منظور مطالبه پول از دولت یا پرداخت‌کننده‌های خصوصی» تعریف شده است. شناسه‌های پزشکی سرقت شده را می‌توان به منظور موارد مختلفی استفاده کرد؛ از جمله تجویزهای متقلبانه، ارجاع بیماران به خدمات اضافی غیرضروری، یا مطالبه هزینه برای خدماتی که هرگز تأمین نشده‌اند. شناسه‌های پزشکی ذی‌نفع نیز ممکن است برای این موارد استفاده شوند: تأیید صدور صورت‌حساب‌های متقلبانه (مطالبه پول) برای خدمات یا مواردی که تأمین نشده‌اند یا دریافت خدمات شخص فاقد شرایط و صلاحیت لازم به واسطه جعل هویت ذی‌نفع. ارائه‌دهندگان خدمات برای محافظت از اطلاعات شناسایی خود و بیمارانشان در برابر استفاده غیرمجاز باید اقداماتی اتخاذ کنند.

بر اساس مطالعه صورت گرفته توسط محمدپور و همکاران (۱۳۹۵)، با توجه به آمار بالا و روند خصوصی‌سازی در کشور و در نتیجه افزایش رقابت میان شرکت‌های بیمه، این شرکت‌ها باید راهکاری برای کاهش ضریب خسارت این رشته‌ها بیابند [۷]. عوامل متعددی می‌تواند دلیل ضرر و زیان بالای شرکت‌های بیمه در رشته درمان باشند که یکی از آن دلایل می‌تواند عدم شناسایی و کنترل ریسک‌های درمانی و در نهایت ضعف سازماندهی و نظارت بر آنها باشد. در این مطالعه، ریسک‌های مختلف بیمه‌های درمان تکمیلی مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته که در بخش بیمه‌گذار، عواملی مانند سن، وضعیت بیماری، شغل و درآمد؛ در بخش بیمه‌گر، عواملی مانند انحراف در حق بیمه، روش‌های نادرست نرخ‌گذاری، نبود نرم‌افزار و کمبود بانک‌های اطلاعاتی و در بخش دولت و نهاد ناظر، عواملی مانند افزایش تعرفه‌های بیمارستانی و پزشکی و مصوبات شورای عالی بیمه بر ریسک نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان تکمیلی گروهی تأثیرگذارند [۷].

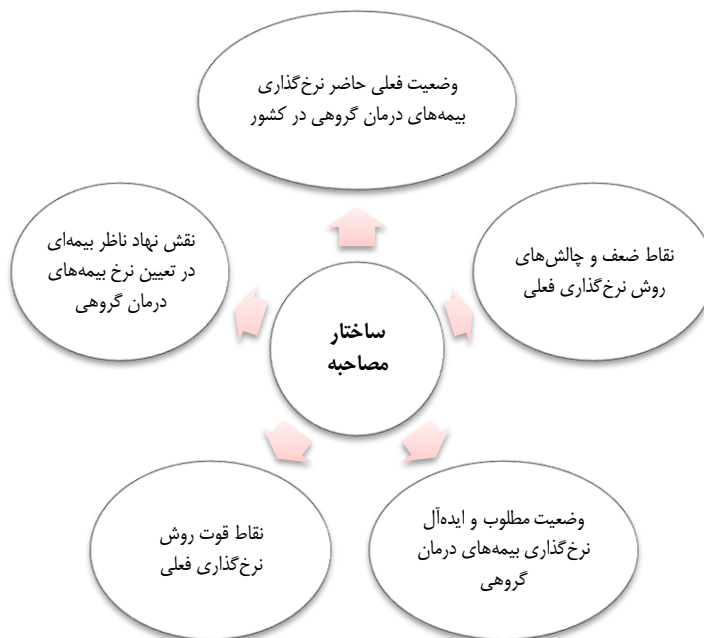
با وجود اینکه مباحث آسیب‌شناسی ضریب خسارت بیمه‌های درمان در مطالعات بسیاری مورد بررسی قرار گرفته است، اما آسیب‌ها و چالش‌های نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی صنعت بیمه کشور مورد غفلت واقع شده است. در واقع، شکاف تحقیقاتی موضوع حاضر، عدم بررسی آن در یک تحقیق به صورت جامع و عدم بررسی راهکارهایی برای حل این آسیب‌ها است.

۳. روش‌شناسی تحقیق

هدف اصلی تحقیق، شناسایی آسیب‌ها و چالش‌های موجود در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی است. همان‌طور که در بخش‌های قبل ذکر شد، بیمه مرکزی ج.ا.ا. نهاد ناظر صنعت بیمه بوده و دخالتی در تعیین نرخ‌های درمان گروهی نداشته و صرفاً نسخه‌ای از نرخ‌ها برای آن ارسال می‌شود. در این راستا، با توجه به اینکه بیمه‌های درمان گروهی همواره جزء رشته‌های زیان ده در صنعت بیمه به شمار می‌روند و دارای ضریب خسارت بالایی در صنعت بیمه هستند، به نظر می‌رسد آزادی عمل بیمه‌گران در راستای بهبود وضعیت صنعت بیمه در رشته بیمه‌های درمان گروهی مناسب نبوده است. بر این اساس، سعی می‌شود آسیب‌ها و چالش‌های موجود در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی احصاء و راهکارهایی ارائه گردد تا نهاد ناظر بتواند نظارت مناسبی بر این نوع بیمه‌ها داشته باشد.

بدین منظور، تحقیق حاضر از لحاظ پارادایمی تحقیق انتقادی و از نوع هدف، تحقیق بنیادی از نوع نظری-تجربی و بر اساس روش جمع‌آوری داده‌ها، تحقیق توصیفی از نوع پیمایشی-اکتشافی است که از ابزار مصاحبه و مطالعه کتابخانه‌ای، برای احصای چالش‌ها استفاده کرده است. از نظر داده‌ها نیز، تحقیق حاضر دارای رویکرد آمیخته است که بر اساس موضوع، سؤال‌های مختلفی طرح و به گردآوری داده‌ها از متخصصین و همچنین مطالعات موجود در زمینه تحقیق پرداخته شده است. همچنین، از نظر مکان و زمان اجرا، یک تحقیق میدانی است که از روش نمونه‌گیری غیراحتمالی گلوله‌برفی استفاده شده است. سؤالات در نظر گرفته شده در مصاحبه از نوع سؤالات باز و به روش نیمه ساختاریافته است. این مصاحبه بین دو حد نهایی ساختاریافته و بدون ساختار قرار می‌گیرد که گاهی به آن مصاحبه عمیق هم می‌گویند که در آن از تمام پاسخگوها سوال‌های مشابهی پرسیده می‌شود، اما آنها آزادند که پاسخ خود را به هر طریقی که مایلند ارائه دهند، در این مورد مسئولیت رمزگردانی پاسخ‌ها و طبقه‌بندی آن‌ها بر عهده پژوهشگر است. برای انتخاب نمونه‌ها، از روش نمونه‌گیری گلوله‌برفی استفاده شده است. در این روش، اعضای آینده نمونه از طریق اعضای سابق نمونه انتخاب شده و نمونه مانند یک گلوله‌ی برفی بزرگ و بزرگ‌تر می‌شود. در این پژوهش، ابتدا شرکت‌های بیمه‌ای بر اساس سهم از بازار بیمه‌های درمان کشور و پرتفوی درمان دسته‌بندی و شرکت‌های شاخص در زمینه درمان شناسایی شده و با مدیران درمان و معاونین صدور این شرکت‌ها مصاحبه و سپس، با متخصصین دانشگاهی این حوزه نیز مصاحبه شد. در مرحله بعد، از مصاحبه‌شوندگان درخواست شد که مدیران/متخصصین درمان متبخر و با تجربه در زمینه صدور بیمه‌های درمان گروهی را معرفی نمایند. پژوهشگران تحقیق، با دسته دوم از اعضای نمونه نیز مصاحبه کردند که نمونه‌گیری تا زمان اشباع نظری مصاحبه‌ها ادامه یافت. برای دستیابی به نقطه اشباع باید مطالعه میدانی تا زمانی ادامه یابد که هیچ گواه و مدرک جدیدی از داده‌ها در روند تحقیق کیفی حاصل نشود. در این تحقیق، نیز از این روش استفاده شد و پس از رسیدن مصاحبه‌ها به نقطه اشباع و عدم دریافت کد جدید در موضوع، دو مصاحبه دیگر انجام شد تا اطمینان از اشباع نظری حاصل شود.

بر این اساس، هدف از انجام مصاحبه، احصای آسیب‌ها و چالش‌های موجود در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی است که مصاحبه بر مبنای سؤالات مندرج در شکل ۱ صورت گرفته است. پس از انجام مصاحبه‌ها، متون مربوطه پیاده‌سازی و واژه‌ها، جمله‌ها و مفاهیم شناسایی و در قالب روش کدگذاری باز، خلاصه گردیدند. سپس، کدهای احصاء شده مجدد مورد بررسی قرار گرفتند و پس از کاهش دسته‌ها، حذف دسته‌های تکراری و ادغام دسته‌های کوچک‌تر به بزرگ‌تر، به صورت دسته‌های اصلی تعریف گردیدند و مورد تحلیل قرار گرفتند.



شکل ۱. طراحی مصاحبه به منظور شناسایی آسیب‌ها و چالش‌های موجود در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

۴- تجزیه و تحلیل یافته‌ها

با تکیه بر مبانی نظری، نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی، ضریب خسارت در این رشته بیمه‌ای نیز بالا است و در صورت تداوم ضریب خسارت بالا در رشته درمان و زیان‌ده بودن آن، نهاد ناظر باید فکری به حال نرخ‌شکنی‌های غیرفنی شرکت‌ها برای فروش و از سوی دیگر نظارت بر شبکه‌های دریافت خسارت‌های غیرواقعی در این رشته کند. از این رو، در این بخش، به آسیب‌شناسی نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی و بررسی چالش‌های آن خواهیم پرداخت. در ابتدا، مطالعات داخلی صورت گرفته در این حوزه مورد بررسی و سپس، بر اساس مصاحبه با متخصصین درمان صنعت بیمه کشور به احصای چالش‌ها و آسیب‌های وضعیت فعلی خواهیم پرداخت. به طور خلاصه، آسیب‌های مطرح در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی بر اساس مطالعات پیشین داخلی در جدول ۲ ارائه شده داد.

جدول ۲. خلاصه آسیب‌های مطرحه در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی بر اساس مطالعات پیشین داخلی

دسته‌بندی	برخی آسیب‌های موجود
ارزیابی ریسک	عدم توجه به مسایل فنی و علمی در ارزیابی صحیح ریسک گروه بیمه‌شدگان
	ارائه نرخ‌های غیرفنی (نرخ‌شکنی)
	انتخاب نامساعد
	عدم آمادگی بخش فنی و کارشناسی شرکت‌های بیمه
	ضعف بانک اطلاعاتی در شرکت‌های بیمه
	وجود تقلب و کلاهبرداری در ارائه مشخصات سلامت افراد
	نبود الگوی مشخصی برای بیمه‌گران به منظور ایجاد بستری مناسب در محاسبه تعرفه‌ها و حق سرانه‌های واقعی
	عدم شناسایی و کنترل ریسک‌های درمانی
	روش‌های نادرست نرخ‌گذاری
	عدم تناسب حق بیمه‌ها با پوشش‌های ارائه شده از طرف شرکت‌های بیمه

دسته‌بندی	برخی آسیب‌های موجود
برگزاری مناقصه و رقابت کاذب	عدم وجود روش سیستماتیک ارزیابی و ایجاد دستورالعمل برای استفاده از فناوری‌های جدید
	انجام مناقصه توسط بیمه‌گذاران برای انتخاب بیمه‌گر درمان تکمیلی
	ارائه بیمه با کمترین نرخ به منظور افزایش پرتفو و کسب سهم بیشتر از بازار
نظارت	تعیین حق بیمه‌ها بدون استفاده از بیمه‌سنج‌ها
	عدم شفافیت و گزارش‌دهی به نهاد ناظر در خصوص جزئیات قرارداد
	ضعف سازماندهی و نظارت بر پذیرش و کنترل ریسک‌های درمانی
	افزایش تعرفه‌های بیمارستانی و پزشکی
	وجود محدودیت‌هایی در مصوبات شورای عالی بیمه در نرخ‌گذاری
	عدم تصویب به موقع آیین‌نامه‌های لازم جهت هماهنگی با تعرفه‌های بیمارستانی

منبع: نتایج تحقیق

به منظور شناسایی چالش‌ها و آسیب‌های موجود در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی، علاوه بر بررسی مطالعات داخلی موجود در این زمینه، از نظر متخصصین و مدیران این حوزه نیز در این پژوهش، استفاده شده است. در راستای نیل به اهداف در نظر گرفته شده در مصاحبه، مصاحبه‌های انجام شده پیاده‌سازی و موارد مطرح در هر سؤال بر اساس پاسخ‌های دریافتی کدگذاری گردید. آمار توصیفی مصاحبه‌شوندگان در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. ویژگی آماری مصاحبه‌شوندگان

متغیر	دسته‌بندی	درصد
جنسیت	مرد	۴۰٪
	زن	۶۰٪
سطح تحصیلات	کارشناسی	۶۰٪
	کارشناسی ارشد	۴۶٪
	دکتری	۴۶٪
سن	۲۰-۳۰	۶۰٪
	۳۰-۴۰	۶۰٪
	۴۰-۵۰	۲۶٪
	۵۰-۶۰	۶۰٪
سمت	مدیر بیمه‌های درمان	۵۳٪
	معاون بیمه‌های درمان	۶۰٪
	خبیره دانشگاهی	۴۰٪

منبع: نتایج تحقیق

رویه فعلی نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی در صنعت بیمه کشور، با توجه به اینکه سؤال اول مصاحبه، بررسی رویه فعلی در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی بود؛ در ادامه، نتایج نظرات دریافتی در جدول ۴ ارائه شده است. مطالب جدول ۴ حاصل خلاصه کدهایی است که از هر کدام از مصاحبه‌ها پیاده‌سازی شده است.

جدول ۴. رویه فعلی نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی در صنعت بیمه کشور بر اساس نظرات دریافتی از مصاحبه‌شوندگان

ردیف	کدهای احصاء شده
۱	به‌کارگیری روش‌های سنتی در نرخ‌گذاری و عدم انطباق با مبانی بیم‌سنجی
۲	نرخ‌گذاری از طریق تعیین ضوابط برای محاسبه حق بیمه با توجه به عملکرد هر شرکت و بر اساس اطلاعات و سوابق موجود و بر مبنای رقابتی
۳	تعیین موازین نرخ در یک کمیته ۳ نفره متشکل از معاون فنی، بیم‌سنج داخلی و مسئول فنی درمان و تصویب در هیات مدیره پس از تایید مدیرعامل و سپس ارسال نسخه‌ای از مبانی به نهاد ناظر
۴	آزادی عمل شرکت‌های بیمه در تعیین نرخ صرفاً بر مبنای فاکتورهای تعیین شده در آیین‌نامه ۹۴ شورای عالی بیمه
۵	الف) در مورد بیمه‌نامه‌های تمدیدی درمان گروهی: <ul style="list-style-type: none"> ▪ جمع‌آوری اطلاعاتی از کلیه هزینه‌های بیمه‌ای و سلامتی بیمه‌نامه ▪ بررسی موارد مخاطره اخلاقی و سوء استفاده از بیمه‌نامه خصوصاً در بیمه‌نامه‌های بدون سقف ▪ محاسبه نرخ‌های پلکانی (با توجه به انتخاب سقف‌های متفاوت توسط بیمه‌گذار) از طریق اطلاعات به دست آمده و با استفاده از روش‌های بیم‌سنجی ▪ تعیین نرخ پایه برای هر تعهد بر اساس نرخ‌های پلکانی ب) در مورد بیمه‌نامه‌های جدید درمان گروهی: <ul style="list-style-type: none"> ▪ استفاده برخی از شرکت‌های بیمه در صدور بیمه‌نامه درمان گروهی جدید، از نرخ‌نامه مشورتی بیمه‌های درمان و اضافه کردن درصدی به آن به صورت سالانه با افزایش تعرفه‌ها
۶	لحاظ نرخ فرانشیز در حق بیمه پایه بر اساس آیین‌نامه ۹۹ شورای عالی بیمه (حق بیمه پایه با فرانشیز ۳۰٪ حساب می‌شود که حسب شرایط بیمه‌گذار، شرکت‌های بیمه فرانشیز کمتری را در نظر می‌گیرند)
۷	امکان ارائه تخفیف بر اساس متغیری مثل تعداد بیمه‌شدگان در گروه (که هرچه قدر بیشتر شود، طبق قانون اعداد بزرگ، ریسک کاهش می‌یابد) و یا دریافت اضافه نرخ به دلیل مسن بودن گروه
۸	امکان ارائه تخفیف/اضافه نرخ بر اساس متغیرهای تاثیرگذار دیگر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی مانند دسته شغلی بیمه‌گذار و منطقه جغرافیایی با توجه به وجود ریسک‌های متفاوت
۹	عدم رصد اطلاعات خسارت بیمه‌نامه‌های خود در برخی شرکت‌های بیمه زیرا ممکن است بیمه‌نامه‌های درمان کمی در شرکت داشته باشند و اطلاعات سابقه خسارت چندانی برای ارزیابی دقیق، موجود نباشد.

منبع: نتایج تحقیق

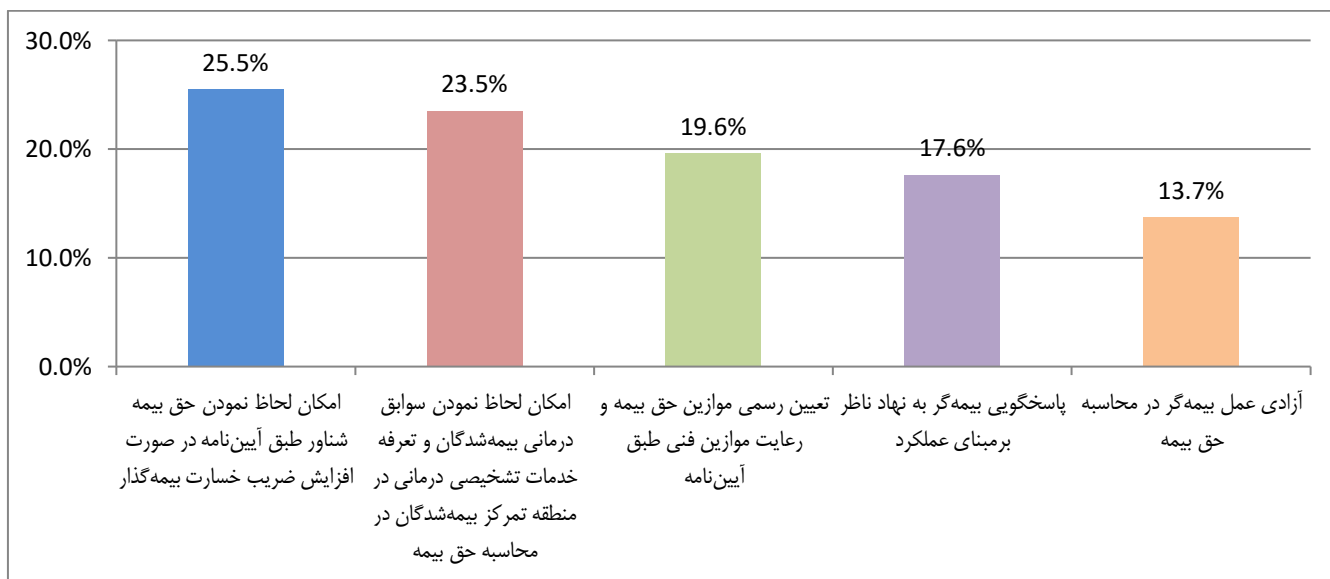
نقش نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی. سؤال دیگر در مصاحبه، به نقش نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی اختصاص داشت. نظارت نهاد ناظر بر بیمه‌های درمان در قالب تعهدات قراردادهای درمان گروهی، بر مبنای آیین‌نامه ۹۹ شورای عالی بیمه است و در خصوص نرخ بیمه درمان گروهی بر اساس آیین‌نامه ۹۴ شورای عالی بیمه، نظارت غیرمستقیم مبنی بر کنترل نسبت خسارت رشته در فواصل شش ماهه و شرط کمتر از ۸۰٪ صورت می‌گیرد. کدهای حاصل از مصاحبه در جدول ۵ نشان داده شده است. با اینکه نهاد ناظر برای افزایش ضریب خسارت در رشته درمان، تمهیداتی اندیشیده است ولی روش‌های نظارتی کارایی ندارند، بسیاری از شرکت‌های بیمه جهت جذب سهم بازار درمان در مناقصات بیمه‌ای، مبانی نرخ خود را رعایت نمی‌نمایند و نهاد ناظر ورودی به این امر نداشته است.

جدول ۵. نقش نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی بر اساس نظرات دریافتی از مصاحبه‌شوندگان

ردیف	کدهای احصاء شده
۱	عدم ورود نهاد ناظر به تعیین نرخ و صرفاً ارائه‌ای از کلیات در آیین‌نامه‌های مربوطه
۲	نظارت از طریق آیین‌نامه ۹۹ شورای عالی بیمه بر فاکتورهای تعیین کننده نرخ حق بیمه و ضریب خسارت دوره‌ای

ردیف	کدهای احصاء شده
۳	نظارت از طریق آیین‌نامه ۹۹ شورای عالی بیمه بر سقف پوشش‌های قابل ارائه
۴	نظارت غیرمستقیم مبنی بر کنترل نسبت خسارت رشته در فواصل شش ماهه و شرط کمتر از ۸۰٪ در صورت محقق نشدن؛ <ul style="list-style-type: none"> ▪ اعلام تذکرات و جریمه‌هایی مانند نمره منفی برای شرکت‌ها ▪ الزام شرکت‌های بیمه طی اختاریه به اصلاح مبانی نرخ (افزایش نرخ) در رشته درمان طبق ماده ۲ آیین‌نامه ۹۴

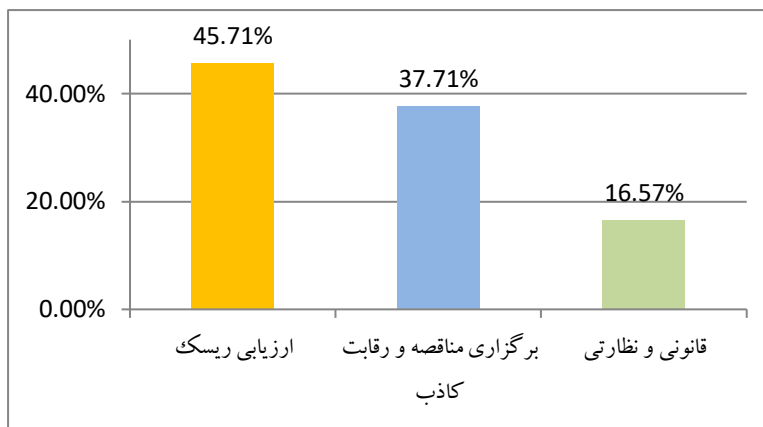
نقاط قوت روش فعلی نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی. نمودار ۲ به عمده مباحث مطرح در مصاحبه‌ها در خصوص «نقاط قوت روش فعلی نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی» بر مبنای نظرات مصاحبه است. طبق مصاحبه لحاظ حق بیمه شناور و همچنین، لحاظ سوابق بیمه‌گذار (خسارت/منطقه تمرکز) از جمله بیشترین موارد مطرح متخصصین به عنوان نقاط قوت روش فعلی بوده است.



نمودار ۲. نقاط قوت روش فعلی نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی بر اساس نظر متخصصین

منبع: نتایج تحقیق

نقاط ضعف و چالش‌هایی در روش فعلی نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی. با توجه به اینکه هدف اصلی این پژوهش، شناسایی نقاط ضعف و چالش‌های روش فعلی نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی است، یکی از سؤالات مصاحبه به این موضوع اختصاص داده شد. بر اساس نظرات دریافتی، می‌توان عمده چالش‌های مطروحه در این حوزه را در سه دسته ارزیابی ریسک، برگزاری مناقصه و رقابت کاذب و قانونی و نظارتی قرار داد که در نمودار ۳، سهم هر کدام از این دسته‌ها در کدهای حاصل از نظرات دریافتی نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود عمده چالش‌های موجود را می‌توان در بخش ارزیابی ریسک و برگزاری مناقصه مشاهده نمود.



نمودار ۳. سهم دسته‌های اصلی در نقاط ضعف و چالش‌های روش فعلی نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی بر مبنای نظر متخصصین منبع: نتایج تحقیق

شکل ۲، کدهای ذیل هر کدام از دسته‌ها را نشان داده است از عمده چالش‌های مطرح در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی، نرخ‌شکنی و ارائه نرخ‌های غیرفنی است که ضروری است نهاد ناظر ورود جدی به این موضوع داشته باشد. وضعیت مطلوب و ایده‌آل نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی. جدول ۶ به عمده مباحث مطرح در «وضعیت مطلوب و ایده‌آل نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی» پرداخته است.

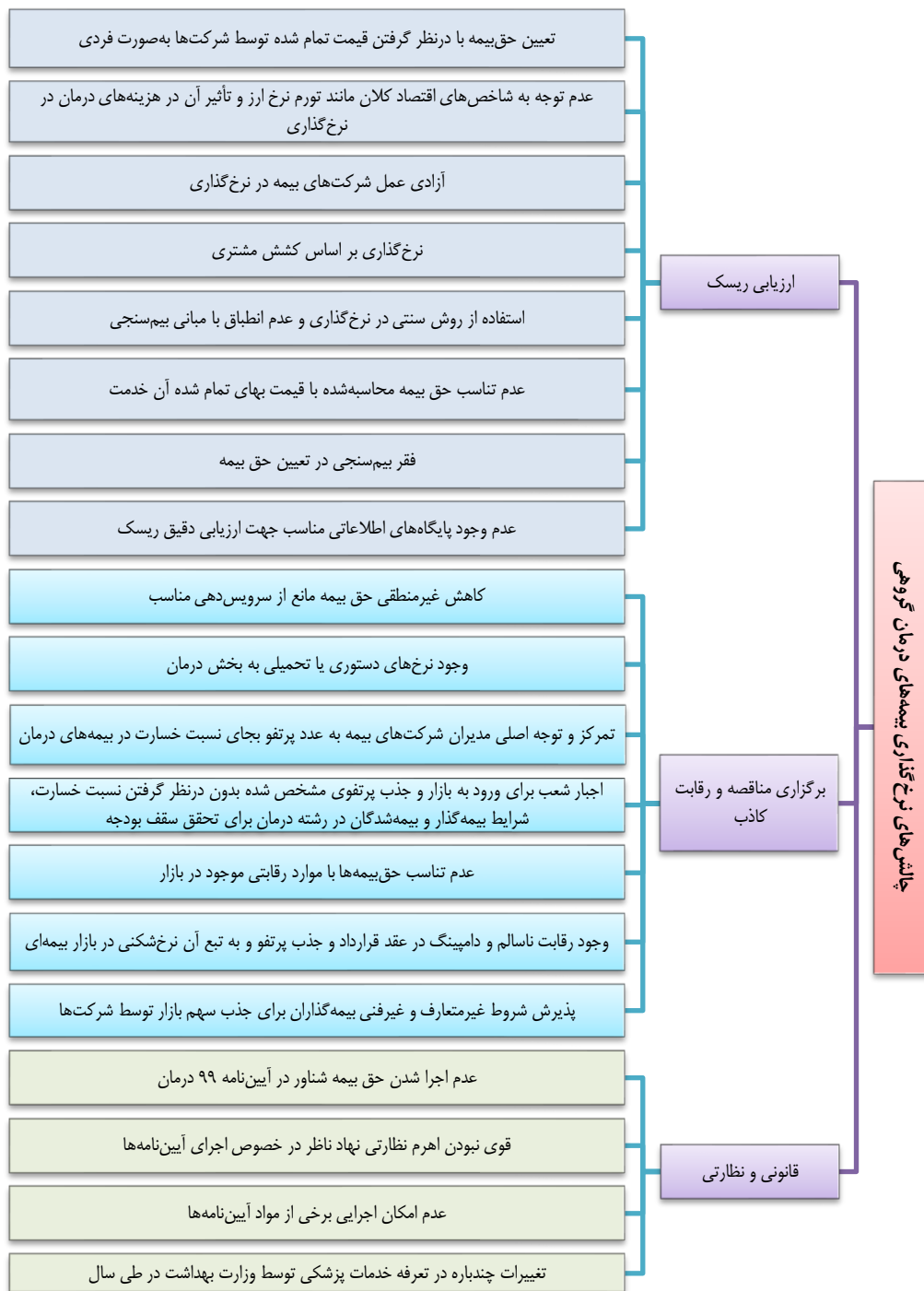
۵. نتیجه‌گیری و پیشنهاد

در این مقاله، چالش‌ها و آسیب‌های موجود در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نظرات دریافتی، چالش‌های عمده را می‌توان در سه دسته زیر قرار داد:

- ارزیابی ریسک: استفاده از روش‌های سنتی و عدم انطباق با مبانی بیم‌سنجی، عدم تناسب حق بیمه با خدمات و تعرفه‌ها و قیمت تمام شده آن، آزادی عمل شرکت‌های بیمه و موارد دیگر.
- برگزاری مناقصه و رقابت کاذب: عدم تناسب حق بیمه با موارد رقابتی موجود در بازار، نرخ‌شکنی و رقابت ناسالم، تمرکز بر جذب پرتفو به جای تمرکز بر ارائه خدمات مناسب و موارد دیگر.
- قانونی و مقرراتی: عدم قابلیت اجرایی شدن برخی از آیین‌نامه‌ها، عدم وجود نظارت مناسب بر نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی و موارد دیگر.

برای برطرف نمودن آسیب‌های موجود در این زمینه، صنعت بیمه می‌تواند راهکارهای متفاوتی را به کار گیرد که در ادامه مطرح می‌گردند.

- در جهت رفع چالش‌های موجود در زمینه ارزیابی ریسک بیمه‌های درمان گروهی، بیمه‌گران می‌توانند پایگاه‌های اطلاعاتی خود را برای رصد رفتار بیمه‌گذاران و شناسایی الگوی رفتاری آن‌ها تقویت نمایند و مبانی ریسک را جهت ارزیابی دقیق ریسک شناسایی و اعمال نمایند. همچنین، پیشنهاد می‌شود از بیم‌سنجان توانمند در این زمینه برای محاسبه نرخ‌های خود در راستای رعایت موازین فنی مذکور در آیین‌نامه‌های بیمه درمان استفاده کنند تا نرخ‌ها با تعرفه‌ها و هزینه‌های صورت گرفت در بیمه‌های درمان گروهی همخوانی داشته باشد.



شکل ۲. نقاط ضعف و چالش‌های روش فعلی نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی بر مبنای نظر متخصصین

منبع: نتایج تحقیق

در جهت رفع چالش‌های موجود در زمینه برگزاری مناقصه و رقابت کاذب در بیمه‌های درمان گروهی، نهاد ناظر می‌تواند سامانه‌ای را برای ثبت مناقصات بزرگ راه‌اندازی نماید و کلیه درخواست‌های بیمه‌گذار را بر مبنای پوشش‌های قابل ارائه در آیین‌نامه ۹۹ شورای عالی بیمه رصد و از آن طرف، نرخ‌های ارائه شده توسط شرکت‌های بیمه را مورد ارزیابی قرار دهد تا از مناسب بودن نرخ‌ها،

اطمینان حاصل کند. در این راستا، نهاد ناظر می‌تواند سالانه نرخ‌هایی را به عنوان حداقل نرخ پایه در بیمه‌های درمان گروهی تعیین نماید و شرکت‌های بیمه را موظف به اعمال این کف نرخ نماید.

جدول ۶. احصای وضعیت مطلوب و ایده‌آل نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی بر مبنای نظر متخصصین

دسته‌بندی	وضعیت مطلوب و ایده‌آل نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی
رقابت سالم	راه‌اندازی سامانه الکترونیک برای ثبت مناقصات بزرگ
	تکلیف مشتریان برای ثبت درخواست مناقصات در سامانه و عدم امکان درج درخواست خارج از شرایط آیین‌نامه ۹۹ شورای عالی بیمه
	همراهی جمعی بیمه‌گران برای تمرکز رقابت بر سرویس‌دهی بجای کاهش نرخ حق بیمه
ارزیابی دقیق ریسک	ارائه خدمات با کیفیت با توجه به حق بیمه تعیین شده
	تشکیل کارگروه صدور و خسارت و بررسی حق بیمه به‌طور مشترک
	مشخص نمودن الگوی هزینه‌های مصرفی بیمه‌گذاران بزرگ
	دسترسی کلیه شرکت‌های بیمه به اطلاعات و سوابق تاریخی و الگوی مصرف بیمه‌گذاران بزرگ
	تشکیل بانک جامع اطلاعاتی از وضعیت سلامتی افراد جامعه
	رعایت موازین فنی و عدم رقابت غیرفنی شرکت‌های بیمه با شرکت‌های رقیب
	دریافت حق بیمه بر اساس ارزیابی دقیق ریسک
	مشخص شدن نرخ پایه برای بیمه‌گذاران بزرگ توسط نهاد ناظر یا سندیکای بیمه‌گران و الزام به تبعیت از نرخ پایه توسط بیمه‌گران و نظارت نهاد ناظر بر ضریب خسارت و نحوه ارائه خدمات بیمه‌گر
	استفاده از افراد و بیم‌سنج‌های توانمند در زمینه تعیین حق بیمه
	تعدیل حق بیمه براساس شرایط اختصاصی هر شرکت و همچنین بیمه‌گذار
راه‌اندازی حق بیمه پویا در قراردادهای بیمه تکمیلی با توجه به شاخص‌های مشخص	
ارائه بیمه‌نامه‌های فردی و شخصی‌سازی شده براساس پایش سبک زندگی افراد و بیمه‌شدگان با ابزارهای پوشیدنی	
توجه و تمرکز بیشتر در انتخاب بیمه‌گذار توسط بیمه‌گر	
اعلام نرخ به‌صورت ماهیانه و در نظر گرفتن تعلل و خسارت‌ها در تعیین نرخ ماه بعد	
استفاده از اینترنت اشیا و فناوری‌های نوین در ارزیابی ریسک بیمه‌شدگان	
نیروی انسانی متخصص	تربیت بیم‌سنجان متخصص با اعزام به کشورهای صاحب سبک و استفاده و حفظ آنان در صنعت بیمه
	طولانی‌تر شدن عمر مدیریتی مدیران در شرکت‌های بیمه برای پاسخگویی و مسئولیت در مدیران
قانونی و نظارتی	اجرای دقیق آیین‌نامه‌های شورای عالی بیمه توسط بیمه‌گران
	بررسی کلیه قراردادهای درمان شرکت‌های بیمه توسط نهاد ناظر
	مذاکره بین بیمه مرکزی و وزارت بهداشت و انعقاد قرارداد مبنی بر عدم تغییر تعرفه‌ها در اواسط سال یا ارائه فرصت چندماهه برای اعمال تعرفه جدید

منبع: نتایج تحقیق

■ در جهت رفع چالش‌های موجود در زمینه موارد قانونی و مقرراتی، پیشنهاد می‌شود نهاد ناظر، نظارت دقیقی بر قراردادهای بیمه‌های درمان گروهی و کنترل شاخص‌های مناسب مانند (ضریب خسارت، نسبت هزینه‌های عملیاتی، زمان گردش و غیره) داشته باشد تا از نرخ‌شکنی و ارائه نرخ‌های غیرفنی جلوگیری نماید. همچنین، پیشنهاد می‌شود هماهنگی با وزات بهداشت در خصوص زمان تغییر تعرفه‌ها داشته باشد تا تغییر تعرفه‌ها، شرکت‌های بیمه را در ایفای تعهدات با مشکل مواجه نکند.

منابع

1. Abbasianfar, H. R., & Bastegani, B. (2014). *Regulatory systems governing the pricing of insurance institutions (comparative study, proposed regulatory system and review of the regulations governing the insurance market of the country)*, Central Insurance of the Islamic Republic of Iran, Insurance Publisher. (In Persian)
2. Bahador, A., (2021). *A review of how to monitor the insurance premium rate by supervisory institutions in the world (case study: car insurance)*, Insurance Research Center. (In Persian)
3. Davari M., Haycox A., & Walley T., (2012). The Iranian Health Insurance System; Past Experiences, Present Challenges and Future Strategies. *Iran J Public Health*. 41(9), 1-9.
4. IAIS, (2018). *Supervisory ratios and cost structures*, Report of the 28th A2ii – IAIS Consultation Call.
5. Lamiraud, K., & Stadelmann P. (2022). Switching costs in competitive health insurance markets: The role of insurers' pricing strategies. *Health Econ*, 29(9): 992-1012. DOI: 10.1002/hec.4111
6. Law on the Implementation of General Policies of Article 44 of the Iran's Constitution, (2007-2018), *Islamic Council*. (In Persian)
7. Mohammadpour, M., Asaadi, A., & Davoodi, A. (2015). Identification and ranking of factors affecting supplementary health insurance risks using network analysis technique (case study of Khorasan Razavi insurance companies), *Second International Management Conference and economy in the 21st century*. (In Persian)
8. NAIC, (2012). *Rate Regulation*, National Association of Insurance Commissioners.
9. Niakan, L., & Nooredini, A. (2015). *Loss management solutions for complementary health insurance*, Research Group of Personal Insurance, Insurance Research Center. (In Persian)
10. *Regulation No. 99 of the Supreme Council of Insurance* (2018). Supreme Council of Insurance. (In Persian)
11. *Regulation No. 94 of the Supreme Council of Insurance* (2016). Supreme Council of Insurance. (In Persian)
12. Riahifar, M. (2016). Designing a risk management model for health insurance for Iran, *Iranian Journal of Insurance Research*, 21, 4, 119-155. (In Persian)
13. Royalty, A. B., & Hagens J., (2005). The effect of premiums on the decision to participate in health insurance and other fringe benefits offered by the employer: evidence from a real-world experiment. *Journal of Health Economics*, 24(1), 95-112. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2004.07.005
14. Sehat, S., & Esmaili, M. H. (2016). Factors affecting the non-development of group supplementary health insurances, *Iranian Journal of Insurance Research*, No. 4. (In Persian)
15. Sekhri, N., & Savedoff, W. (2006). Regulating private health insurance to serve the public interest: policy issues for developing countries. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21(4), 357-392. DOI: 10.1002/hpm.857
16. *Statistical Yearbook of the Insurance Industry* (2021). Central Insurance of Islamic Republic of Iran. (In Persian)
17. *The Law on the Establishment of Iran's Central Insurance and Underwriting* (1971). Islamic Council. (In Persian)