

تدوین الگوی توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی

وحید محمودی*، محمدعلی شاه‌حسینی*، زهرا جافری***

چکیده

هدف از پژوهش پیش‌رو، "بررسی عوامل اثرگذار بر توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی" است. این پژوهش بر حسب هدف، کاربردی و بر حسب نحوه گردآوری داده‌ها، و از نوع توصیفی پیمایشی است. جامعه پژوهش را کلیه کارشناسان و کارشناسان ارشد شاغل در شرکت‌های بیمه میهن، پارسیان، پاسارگاد و دانا در امر صدور بیمه‌نامه و پرداخت خسارت‌های بیمه تکمیلی درمان گروهی، تشکیل می‌دهند. در این پژوهش به دلیل محدود بودن جامعه آماری از روش سرشماری برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است و پرسشنامه ۴۶ سؤالی توسط محقق طراحی شد که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۲۹٪ شد. نتایج نشان می‌دهد که بین متغیر وابسته پژوهش (توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی) و متغیرهای مستقل (آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه، عملکرد بیمه مرکزی و شورای عالی بیمه، عوامل اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی، تخصص نیروهای شاغل در شرکت‌های بیمه و عملکرد سازمان تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی)، همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: بیمه تکمیلی درمان گروهی؛ بیمه درمان؛ بیمه مرکزی ایران، بیماری.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۱۰/۰۵، تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۰۶/۱۰

* استاد، دانشگاه تهران.

** استادیار، دانشگاه تهران.

*** کارشناس ارشد، دانشگاه تهران (نویسنده مسئول).

Email: z.jaferi@ut.ac.ir

۱. مقدمه

امروزه با پیشرفت فناوری و ورود انواع فرآورده‌های صنعتی به زندگی بشر، به‌رغم تسهیلات فراوانی که برای رفاه انسان در پی داشته، ریسک‌های جدیدی را با خود وارد اجتماع کرده است و آنها را با خطرهای متفاوتی مواجه ساخته است. با توجه به ماهیت ریسک، به روش‌های متعددی می‌توان با آن برخورد کرد. مهم‌ترین و مؤثرترین شیوه، استفاده از بیمه یا انتقال ریسک به بیمه‌گر است. در این میان انسان و جوامع بشری راه‌گزینی جز مقابله با خطرهای پیرامون محیط زندگی خود نداشته و ندارند و این امر میسر نخواهد بود، مگر با اتخاذ تدابیری اندیشمندانه و هوشمندانه که انسان امروز به مدد خرد، تدبیر و زندگی اجتماعی خود در کنار دیگر هم‌نوعان و همچنین به کمک بیمه قادر است بر حوادث، خطرات و بلایای جبران‌ناپذیر طبیعی و غیرطبیعی فائق آید. با آنکه بیمه در کشور ما سابقه طولانی دارد، اما متأسفانه نتوانسته است جایگاه واقعی خویش را پیدا کند. بسیاری از مردم، از امکانات و مزایای بیمه، خصوصاً در زمینه بیمه تکمیلی درمان اطلاع چندانی ندارند. اگر چه سرمنشاء خلقت بیمه و خدمات بیمه‌ای از بیمه حمل‌ونقل دریایی آغاز و بعد از آن به سایر بیمه‌های اموال (غیرزندگی) نظیر بیمه خودرو، آتش‌سوزی و مهندسی و سپس بیمه‌های زندگی (نظیر عمر و حوادث) توسعه و گسترش یافت، اما اهمیت ویژه خدمات درمانی در زندگی روزمره و سهم به‌سزای هزینه‌های پیش‌بینی‌نشده مرتبط با آن در سبد خانوار، موجب رشد و توسعه سریع این رشته بیمه‌ای شد و جایگاه مخصوص به خود را همسان با دیگر پوشش‌های بیمه‌ای باسابقه‌تر در انواع خدمات قابل ارائه توسط شرکت‌های بیمه پیدا کرد [۱۰].

در اغلب کشورها، کارکنان یا واحدهای صنعتی و یا جوامع خاص از بیمه‌های جمعی یکسان استفاده می‌کنند. یکی از بیمه‌های رایج در ایران بیمه درمان است که به دو شکل پایه (اولیه) و بیمه تکمیلی وجود دارد. بیمه‌های مکمل یا تکمیلی همان‌طور که از نامشان مشخص است، پوشاننده بیمه‌های پایه تأمین اجتماعی یا خدمات درمانی است. این نوع بیمه‌نامه‌ها، دیرزمانی نیست که به بازار سلامت ایران ورود پیدا کرده‌اند، اما به دلیل پوشش‌دادن بسیاری از موارد درمانی و کاهش قابل توجه هزینه‌های درمان، به‌خوبی جای خود را در جامعه باز کرده‌اند و در حال حاضر نقش بسیار مهمی در بازار سلامت ایران و معاملات درمانی بازی می‌کنند.

مخارج مراقبت‌های بهداشتی نامطمئن هستند. بسیاری از بیماری‌ها اغلب به‌صورت تصادفی و ناگهانی اتفاق می‌افتد و در هنگام بروز، ممکن است تأمین هزینه‌های آن از عهده افراد و خانوارها خارج باشد، به‌گونه‌ای که بدون کمک‌های مالی، درمان امکان‌پذیر نباشد. هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی به دلیل پیدایش روش‌های جدید تشخیصی و رشد تکنولوژی، تغییر الگوی بیماری‌ها، تغییر

ساختار جمعیتی و افزایش متوسط سن جمعیت، افزایش یافته است. بیشتر مردم در هنگام بیماری به صورت مستقیم فقط قسمتی از هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی را می‌پردازند و در مقابل، مؤسسات بیمه دولتی یا خصوصی به صورت غیرمستقیم بخش عمده این هزینه‌ها را تقبل می‌کنند [۲۹]. بنابراین، می‌توان بیمه‌های تکمیلی را نوعی سپر حفاظتی برای نیازهای درمانی بیمه‌شدگان دانست که شخصاً قادر به پرداخت مابه‌التفاوت بسیار سنگین هزینه‌های واقعی اعمال جراحی و سایر خدمات پزشکی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی غیردولتی با تعرفه‌های بیمه‌ای تأمین اجتماعی و خدمات کشوری نیستند.

بیمه تکمیلی درمان به دلایل متعددی از استقبال خوب برخوردار نبوده و از طرفی استقبال کنندگان نیز از رضایتمندی بالایی برخوردار نیستند، از این رو به منظور گسترش بیمه‌های تکمیلی درمان در کشور بایستی از یک سو با بررسی موانع و معضلات به بیان معضلات و چالش‌های مطرح در این نوع بیمه‌نامه‌ها پرداخته و از سوی دیگر با بررسی وضعیت موجود راهکارهای توسعه بیمه درمان در کشور را ارائه نمود [۸].

باتوجه به اینکه موضوع بیماری و درمان مناسب، یکی از اساسی‌ترین دغدغه‌های جوامع معاصر به ویژه کشورهای در حال توسعه است و همچنین در شرایط فعلی و با رشد تورم سالانه و افزایش هزینه‌های درمانی، جبران آن برای اکثریت جامعه مشکل‌آفرین شده است که توسعه بیمه تکمیلی درمان و تعمیم آن به همه گروه‌های اجتماعی و خانواده به عنوان راهکاری مثبت و مناسب برای رفع نگرانی‌ها و دغدغه مردم محسوب می‌شود.

حال باتوجه به آنچه گفته شد و اهمیت موضوع بیمه تکمیلی درمان گروهی در جامعه و همچنین به منظور بررسی وضعیت بیمه‌های مکمل، در این پژوهش سعی بر آن است عوامل مؤثر بر توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی را در شرکت‌های بیمه میهن، پارسیان، پاسارگاد و دانا بررسی کرده و سپس عوامل بررسی شده، رتبه‌بندی و در پایان پیشنهاداتی برای توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی ارائه دهیم.

۲. مبانی و چارچوب نظری تحقیق

بیمه‌های درمانی. بشر در تکاپوی زندگی و حیات همیشه با مصائب گوناگون دست به گریبان بوده و همیشه با این مصائب و بلاها با سلاح عقل و تدبیر مبارزه نموده و سعی کرده است که حتی‌الامکان آثار ناگوار آنها را خنثی یا تقلیل دهد. یکی از مصیبت‌های بزرگ زندگی انسان، ناخوشی و مرض است. هزینه معالجه و مداوا هر روزه سنگین‌تر می‌شود و امراضی که منجر به بستری شدن در

بیمارستان یا اعمال جراحی می‌گردد مخارج سرسام‌آوری را به دنبال خواهد داشت. گاهی اوقات و در اکثر کشورهای جهان سوم، خدمات بیمه‌هایی که به وسیله سازمان "تأمین اجتماعی"^۱ ارائه می‌گردد کافی نیست و باید قراردادهای تکمیلی دیگری در کنار آنها وجود داشته باشد تا موجب رفاه نسبی انسان‌ها در جامعه گردد. بیمه‌های درمانی با این هدف و منظور پیش‌گفته، توسط شرکت‌های بیمه ارائه می‌گردد. بیمه‌های درمانی در ایران با توجه به هزینه‌های سنگین و سرسام‌آور خدمات پزشکی می‌تواند از اقبال خوب و مناسبی بین اقشار گوناگون جامعه برخوردار گردد، مشروط بر اینکه موانع قانونی و مقرراتی آن از سر راه برداشته شود. امروزه بیمه درمانی یکی از رشته‌های مهم بیمه در کشورهای جهان محسوب می‌شود. در بعضی کشورها، امر بهداشت و درمان مردم بر عهده دولت قرار گرفته است و در بعضی از کشورهای دیگر، بیمه درمانی از طریق بیمه‌های اجتماعی اداره می‌شود که کارگران و کشاورزان را تحت پوشش قرار می‌دهد. در ایران، بیمه درمانی معمولاً به صورت دو طرح "خدمات درمانی سرپایی و بیمارستانی" و "خدمات درمانی بیمارستانی" عرضه می‌گردد [۵].

انواع قراردادهای بیمه‌های درمانی. قرارداد بیمه‌های درمانی در کشورهای مترقی و پیشرفته که به امر درمان و بهداشت جوامع خود بیشترین اهمیت را داده‌اند، از تنوع و گوناگونی فراوانی برخوردار است که بسیاری از آن پوشش‌ها در بسیاری از کشورهای درحال توسعه، توسط بیمه‌گران ارائه نمی‌گردد. طرح‌های متفاوتی که با اسم قراردادهای بیمه درمانی گروهی ارائه می‌گردد، به شرح زیر است:

۱. بیمه هزینه‌های بیمارستانی^۲؛
۲. بیمه گروهی هزینه‌های اعمال جراحی^۳؛
۳. بیمه هزینه‌های پزشکان^۴؛
۴. بیمه هزینه‌های تشخیص بیماری^۵؛
۵. بیمه گروهی دندانپزشکی^۶؛ [۳۳]
۶. بیمه چشم پزشکی^۷؛

1. Social Security
 2. Hospital Indemnity Insurance
 3. Group Surgical Expense Insurance
 4. Physicians Expense Insurance
 5. Diagnostic Expense Insurance
 6. Dental Insurance
 7. Vision Care Insurance

۷. بیمه هزینه‌های دارویی^۱ [۵].

انواع بیمه‌های تکمیلی. بیمه‌های تکمیلی، مکمل و مازاد، اصلی‌ترین عناوین برای بیمه‌هایی هستند که سال‌های زیادی از ورودشان به بازار سلامت ایران نگذشته است. با این همه، این بیمه‌ها نقش بسزایی در معادلات بازار سلامت ایران ایفا کرده‌اند. البته این تأثیرگذاری واجد جنبه‌های مثبت و منفی است. برخی از کارشناسان حوزه سلامت معتقدند ضعف‌ها و کاستی‌های بیمه‌های پایه درمانی باعث برجسته شدن نقش بیمه‌های تکمیلی شده است. در مقابل، بسیاری نیز معتقدند بیمه‌های تکمیلی با برهم زدن معادلات در بازار سلامت، یکی از اصلی‌ترین عوامل ایجاد ناکارآمدی بیمه‌های پایه هستند.

به‌طور خلاصه، بیمه‌های تکمیلی براساس نوع پوشش خدمات به سه گروه اصلی تقسیم می‌شوند:

۱. بیمه مضاعف سلامت^۲: در این روش بیمه‌های تکمیلی خدماتی را پوشش می‌دهند که تحت پوشش بیمه‌های پایه نیز هستند. با این تفاوت که بیمه‌های تکمیلی سعی در تسهیل ارائه خدمات یا تسریع پرداخت هزینه‌ها، افزایش مراکز طرف قرارداد بخش خصوصی و خدماتی از این دست دارند.
۲. بیمه مازاد خدمت^۳: در این شیوه، بیمه مکمل، خدماتی را پوشش می‌دهد که در تعهد بیمه پایه نیست؛ مانند خدمات زیبایی.
۳. بیمه مازاد هزینه^۴: در این شیوه بیمه مکمل، پوشش مازاد هزینه‌هایی را برعهده می‌گیرد که در بیمه پایه پرداخت نمی‌شود، به‌عنوان نمونه، تخت درجه یک یا سایر هزینه‌هایی که بیشتر جنبه رفاهی دارند [۲۰].

بیمه‌های تکمیلی در ایران جزء کدام نوع بیمه‌های تکمیلی است؟ واقعیت این است که بیمه‌های تکمیلی در ایران، روش منحصر به فردی را از پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت ارائه می‌کنند که در سایر کشورها وجود ندارد و همین ویژگی که در ادامه به آن می‌پردازیم، بازار سلامت را در ایران به شدت متأثر کرده است. ویژگی مذکور این است که بیمه‌های تکمیلی در ایران علاوه بر پوشش برخی از خدمات که در پوشش بیمه‌های پایه نیستند، اقدام به پوشش خدمات مورد تعهد بیمه پایه با قیمت چندبرابری مورد قبول بیمه پایه می‌کنند.

1. Prescription Drug Insurance
 2. Duplicate Health Insurance
 3. Supplementary Health Insurance
 4. Complementary Health Insurance

در سایر کشورها تعرفه‌گذاری در نظام سلامت به صورت یکپارچه صورت می‌گیرد و تعرفه‌های دولتی و خصوصی مبنای واحدی دارند. یعنی تفاوت بخش خصوصی و دولتی تنها در سود سرمایه و استهلاک است، بنابراین بیمه‌های تکمیلی برخلاف ایران، مابه‌التفاوت قیمت‌ها و تعرفه‌ها را نمی‌پردازند، بلکه هزینه خدمات جانبی، هتلینگ و سایر تسهیلات و امکانات رفاهی را متعهد می‌شوند. به‌طور خلاصه در ایران به دلیل اختلاف شدید تعرفه‌های بخش خصوصی دولتی (خواه به دلیل پایین بودن تعرفه‌های بخش دولتی و خواه به دلیل بالا بودن غیرواقعی تعرفه‌های بخش خصوصی) بیمه‌های تکمیلی اقدام به پرداخت این شکاف تعرفه‌ای می‌کنند. این موضوع باعث می‌شود تا این شکاف تعرفه‌ای به مدد بیمه تکمیلی موقتاً بسته شود تا اولاً تعرفه‌های بخش خصوصی آزادانه‌تر از گذشته امکان رشد داشته باشند و ثانیاً تعرفه‌های بخش دولتی ناکارآمدتر از پیش جلوه کنند [۴].

سازمان‌های ارائه‌دهنده بیمه درمان مکمل

۱. بیمه درمان خصوصی [۳۰]؛
۲. صندوق بیمه مازاد و مکمل مستمری‌بگیران سازمان تأمین اجتماعی؛
۳. بیمه درمان مکمل نیروهای مسلح [۲۴].

عناصر هشتگانه مدیریت یکپارچه خدمات بیمه

۱. عناصر محصول^۱
عناصر محصول عبارت‌اند از: همه عناصر عملکرد خدمت که برای مشتری ارزش افزوده می‌آفرینند. شورای عالی بیمه، انواع معامله‌های بیمه‌ای را بدین شرح اعلام کرده است: انواع بیمه‌های زندگی؛ انواع بیمه‌های حوادث شخصی؛ بیمه‌های درمانی؛ بیمه آتش‌سوزی و خطرهای تبعی از قبیل انفجار و دزدی؛ زلزله، سیل و سقوط هواپیما؛ بیمه باربری؛ بیمه وسایل نقلیه آبی و مسئولیت مدنی مربوط به آن؛ بیمه اتومبیل؛ بیمه مسئولیت‌های حرفه‌ای؛ بیمه‌های تمام خطر مقاطعه‌کاری و نصب؛ بیمه پول در صندوق و در حین حمل؛ بیمه صداقت و امانت کارمندان؛ بیمه مربوط به اکتشاف و استخراج نفت و صنایع وابسته [۱۷].

۲. مکان، فضای مجازی و زمان^۱

مدیریت تصمیمات مربوط به زمان، مکان و چگونگی تحویل خدمت به مشتری کانال‌های توزیع که در صنعت بیمه از طریق شرکت‌های آن سازماندهی می‌گردند از سه بخش تشکیل شده‌اند که عبارت‌اند از: مؤسسات بیمه، نمایندگان بیمه و دلالان رسمی بیمه [۱۶].

۳. فرآیند^۲

شیوه به‌خصوص عملیات، مخصوصاً مراحل مورد نیاز که باید در یک توالی تعریف شده رخ دهند. در واقع با توجه به غیرقابل ذخیره بودن و نگهداری خدمات مورد نیاز مشتریان، وظیفه مدیریت عملیات، ایجاد تعادل بین عرضه و تقاضا است. در ارتباط با موضوع خاص بیمه، مدیریت باید با توجه به قوه ابتکار و خلاقیت خود، درخواست‌های مشتریان را چنان با درایت مورد توجه قرار دهد که ضمن تحصیل خواسته‌های ایشان، ضوابط و قوانین را نیز مراعات نماید.

۴. بهره‌وری و کیفیت^۳

بهره‌وری چگونگی تبدیل ورودی‌های خدمت به خروجی‌ها به‌منظور افزایش ارزش برای مشتریان است. کیفیت نیز درجه‌ای است که خدمت با استفاده از برآورده کردن نیازها، خواسته‌ها و انتظارات مشتریان، آنها را راضی می‌کند.

۵. افراد^۴

مشتریان و همچنین کارکنانی که در تولید و ارائه خدمت نقش دارند.

۶. ترفیع و آموزش

فعالیت‌های ارتباطی و مشوق‌های طراحی شده برای ایجاد ترجیحات مشتری به یک خدمت به‌خصوص یا تأمین‌کننده خدمت.

۷. شواهد و مستندات فیزیکی^۵

نشانه‌های بصری یا ملموس که بر کیفیت محصول گواهی می‌دهند.

1. Place and the Time
2. Process
3. Productivity & Quality
4. personnel
5. Physical Evidences

۸. قیمت و سایر هزینه‌ها^۱

قیمت و سایر هزینه‌های استفاده‌کننده هزینه‌های مالی، زمانی و ... که مشتری برای خرید و استفاده خدمت باید پردازد قیمت باتوجه به در نظر گرفتن مسائل مختلفی تعیین می‌گردد که در صنعت بیمه اکچوئرها یا محاسبان فنی بیمه با استفاده از آمار و احتمالات بدست می‌آورند [۱۴].

بیمه مرکزی ایران. قوانین و مقررات اداری بر ساختار بیمه مکمل برای رسیدن به ارزش‌های اجتماعی موردنظر تأثیر می‌گذارند و تدوین و ایجاد قوانین مناسب باعث می‌شود، افرادی که درآمد پایین دارند و جزء طبقه محروم جامعه هستند به این خدمات دسترسی داشته باشند [۳۰]. در ۳۰ خرداد سال ۱۳۵۰ "بیمه مرکزی ایران" به منظور تحقق هدف‌های مختلفی تأسیس شد. در ماده یک قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری چنین آمده است: "به منظور تنظیم و تعمیم و هدایت امر بیمه در ایران و حمایت بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها، همچنین به منظور اعمال نظارت دولت بر این فعالیت، مؤسسه‌ای به نام بیمه مرکزی ایران طبق این قانون به صورت شرکت سهامی تأسیس می‌گردد." [۱۱].

شرکت سهامی بیمه مرکزی ایران به منظور هدف‌های زیر براساس قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری مصوب سال ۱۳۵۰ تأسیس شد.

۱. تنظیم تعمیم و هدایت امر بیمه در ایران؛
 ۲. حمایت بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان و صاحبان حقوق آنها؛
 ۳. اعمال نظارت دولت بر فعالیت‌های بیمه‌ای [۳].
- وظایف و اختیارات بیمه مرکزی ایران را ماده ۵ قانون تأسیس آن، به شرح زیر تعیین کرده است:
۱. تهیه آیین‌نامه‌ها و مقرراتی که باتوجه به مفاد این قانون برای حسن اجرای بیمه در ایران لازم باشد؛

۲. تهیه اطلاعات لازم از فعالیت‌های کلیه مؤسسات بیمه که در ایران کار می‌کنند؛

۳. فعالیت در زمینه بیمه اتکایی اجباری؛

۴. قبول بیمه‌های اتکایی اختیاری از مؤسسات داخلی و خارجی؛

۵. واگذاری بیمه‌های اتکایی به مؤسسات داخلی و خارجی در هر مورد که منقضی باشد.

۶. اداره صندوق تأمین خسارت‌های بدنی و تنظیم آیین‌نامه آن؛

۷. ارشاد، هدایت و نظارت بر فعالیت مؤسسات بیمه و حمایت از آنها در جهت حفظ سلامت بازار بیمه و تنظیم امور نمایندگی و دلالی بیمه و نظارت بر امور بیمه اتکایی و جلوگیری از رقابت‌های ناسالم [۱۶].

اهمیت تخصص نیروی کار در صنعت بیمه. سیاست‌گذاران بر این باورند که عامل استراتژیک هر مؤسسه‌ای، منابع انسانی کارآمد به‌ویژه مدیران آن شرکت می‌باشند. در جهان امروز، نیروی انسانی متخصص در صنعت بیمه نقش بسیار حساسی را ایفا می‌کند و اهمیتی فراتر از سرمایه داشته و در دوام و بقای حرفه بیمه‌گری نقش و اهمیت فوق‌العاده‌ای دارد. با توجه به اینکه یکی از ارکان اصلی مؤسسه، نیروی انسانی متخصص و توانمند می‌باشد، حتی‌الامکان شرکت‌ها ساختار نیروی انسانی خود را براساس نفعات کارآزموده و خوشنام بیمه استوار خواهند ساخت و علاوه بر به‌کارگیری نیروی انسانی موجود، نیازهای پرسنلی خود را از طریق جذب فارغ‌التحصیلان ممتاز دانشگاه‌ها در رشته‌های بیمه، آمار، حسابداری، اقتصاد، حقوق و با استفاده از متخصصان خارجی به‌ویژه متخصصان خارجی تأمین می‌کنند. فروشنده خدمات بیمه باید این موضوع را درک کند که فروش خدمات بیمه در ابتدا کار ساده‌ای نیست. ولی به تدریج ارتباطات و مهارت‌های فروشنده که لازمه موفقیت او هستند گسترش یافته و فروش او افزایش خواهد یافت. این نگرش باعث می‌شود صبر و استقامت فروشنده افزایش یافته و انتظارات وی از نتایج کارش واقع‌بینانه‌تر شود [۲].

بعضی از شرکت‌ها با بهره‌گیری از مشاوران و صاحب‌نظران برجسته بیمه، اقدام به برگزاری کارگاه‌های آموزشی دوره‌ای کرده و کارکنان شبکه فروش خود را در زمینه طرح‌های بیمه‌ای موجود و بیمه‌های جدید و سایر زمینه‌های مورد نیاز از قبیل دوره‌های بازاریابی، مالی، محاسبات فنی بیمه، حقوق، کامپیوتر، زبان آموزش می‌دهند.

سه محور اصلی در برنامه‌های آموزشی برخی از شرکت‌های بیمه عبارت‌اند از:

۱. برنامه مدون آموزشی سالیانه مشتمل بر حداقل ۵۰ ساعت مشابه با الگوی سازمان نظام پزشکی کشور؛

۲. آموزش تعاملات انسانی؛

۳. اعزام نیروها به خارج از کشور برای گذراندن دوره‌های آموزشی تخصصی؛

بنابراین وجود افراد متخصص و ماهر در مؤسسات بیمه، شعب، نمایندگی‌ها و دلالان رسمی بیمه الزامی و ضروری است.

پیشینه تحقیق. کاموئی (۱۳۸۷) تابع تقاضای بیمه درمان تکمیلی را در مناطق شهری ایران تخمین زده است. داده‌های مورد استفاده نشان می‌دهد بخش عمده‌ای از خانوارها پوشش بیمه‌ای خریداری نکرده‌اند. نتایج پژوهش نشان می‌دهد که سطح درآمد خانوار، وجود پوشش بیمه‌ای درمان عمومی (اجباری)، هزینه‌های درمانی خانوار، سن و تحصیلات سرپرست خانوار، عوامل اصلی مؤثر بر تقاضای بیمه درمان تکمیلی خانوارند [۱۵].

معینی (۱۳۸۵) از داده‌های مرکب و الگوی اثرات تصادفی برای تجزیه و تحلیل عوامل مؤثر بر تقاضای بیمه‌های درمان مکمل و برآورد کشش درآمدی آن از طریق مطالعه موردی شرکت سهامی بیمه ایران در ۲۴ استان منتخب، استفاده کرده است. نتایج دو آزمون هاسمن و ضریب لاگرانژ به ترتیب؛ سازگار بودن تخمین‌های مبتنی بر الگوی اثرات تصادفی و وجود اثرات تصادفی را تأیید می‌کند [۱۸].

دقیقی اصلی و همکارانش (۱۳۸۹) به منظور بررسی عوامل مؤثر بر تقاضای بیمه درمان تکمیلی از مدل رگرسیونی داده‌های مرکب و الگوی اثرات ثابت استفاده شده است؛ بر این اساس درآمد سرانه، مخارج بهداشتی سرانه و نرخ تورم به عنوان مهم‌ترین عوامل مؤثر بر تقاضا شناخته شده‌اند [۶]. دهنوی و همکارش (۱۳۸۸) در "ارزیابی تطابق آمیخته بازاریابی خدمات شبکه فروش بیمه با نیازهای مشتریان هدف" به این نتایج دست یافتند که میزان همبستگی بین مزیت متمایز حاصل از عناصر آمیخته بازاریابی خدمات دفاتر فروش و نمایندگی‌های بیمه و نیازهای مشتریان هدف معنادار نیست [۷].

هادیان و همکارانش در سال ۱۳۸۵ در "تخمین تابع تقاضای بیمه درمان مکمل"، عوامل مؤثر بر تقاضای این نوع بیمه‌نامه‌ها را مورد بررسی قرار دادند. در مدل برآورد شده، کشش درآمدی میانگین دوره و نقطه‌ای تقاضا کمتر از یک می‌باشد. کشش مخارج بهداشتی این بیمه‌نامه‌ها هم کمتر از یک محاسبه شد. اما نتایج تخمین نشان می‌دهد تقاضای بیمه درمان مکمل نسبت به تورم انتظاری کشش‌پذیر می‌باشد [۲۳].

صحت و اسماعیلی (۱۳۸۶) در بررسی "عوامل مؤثر بر عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی از نظر خبرگان صنعت بیمه" به نتایج زیر دست یافتند: عدم تناسب حق بیمه‌ها با پوشش‌های ارائه شده از طرف شرکت‌های بیمه، وضعیت مالی مشتریان، اشتباهات در امور کاری کارکنان سازمان‌های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی، کمبود نیروی متخصص و کانال‌های فروش غیراینترنتی بیمه و اطلاع‌رسانی ضعیف و عدم ارائه توصیه‌های موردنیاز در مورد پوشش‌های بیمه تکمیلی درمان گروهی در عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی مؤثر است [۱۲].

فتحی‌زاده (۱۳۷۶) به‌منظور مطالعه تقاضا برای بیمه‌های اشخاص از جمله بیمه‌های درمان، از دو روش استنباط آماری و تحلیل رگرسیون استفاده کرد. تخمین مدل خطی ارائه شده نشان داد که کشش درآمدی تقاضای بیمه‌های اشخاص معادل ۰/۲۶٪ می‌باشد، همچنین تقاضای بیمه‌های اشخاص نسبت به نرخ تورم شدیداً کشش‌پذیر است و با افزایش نرخ تورم، تقاضای افراد برای بیمه اشخاص شدیداً کاهش می‌یابد [۱۳].

شکوهِ بهار (۱۳۹۰) در " بررسی رابطه بین میزان رضایت بیمه درمان تکمیلی در وفاداری و تمدید قراردادهای بیمه‌ای بیمه‌گذاران" به این نتایج دست یافت که بهبود کیفیت خدمات قابل ارائه به بیمه‌گذار و توجه به اهمیت رابطه بین کارکنان بیمه‌گر و بیمه‌گذار و افزایش اعتماد مشتری به خدمات دریافتی از بیمه‌گر، مؤثرترین عوامل وفاداری مشتریان شرکت بیمه است [۱۰].

فردوسی و همکارش (۱۳۸۴) در بررسی "میزان رضایتمندی از خدمات بیمه‌ای و بیمه مکمل در بیماران مراکز درمانی منتخب شهر تهران" به این نتایج دست یافتند که بیمه‌شدگان سازمان خدمات درمانی بیشتر از سایرین از خدمات بیمه مکمل استفاده می‌کردند [۱۴].

کاولی^۱ و سیمون^۲ (۲۰۰۳) ارتباط بین متغیرهای کلان اقتصادی و تقاضای انواع پوشش بیمه‌های درمان شامل بیمه‌های مبتنی بر کارفرما، بیمه‌های مدیکر و ... را برای افراد غیرسالمند امریکایی و همچنین تقاضای این بیمه‌نامه‌ها توسط کارفرمایان را بررسی کردند [۲۶].

رویالتی^۳ و هاگنز^۴ (۲۰۰۵) در مقاله‌ای تأثیر حق بیمه و درآمد را بر تقاضای انواع بیمه‌های مکمل با استفاده از مدل پروبیت مورد تحلیل قرار دادند. نتایج نشان داد که کشش درآمدی که براساس ضریب متغیر دستمزد کارگر بدست آمده است در مورد بیمه‌های درمانی پایه معنادار نیست [۳۲]. دیلوین^۵ و همکارانش (۲۰۱۱) در بررسی نقش پوشش تکمیلی در یک سیستم بیمه همگانی در کانادا پرداخته‌اند. نتایج نشان داد که استفاده از مراقبت‌های بهداشتی به نوع بیمه افراد بستگی دارد و این حقیقت که همه افراد دسترسی به بیمه مکمل برای پوشش داروهای تجویزی را ندارند [۲۷].

آگورزکی^۶ و همکارش در سال ۲۰۱۱ در یک بررسی تجربی در آلمان، بیمه خدمات درمانی و بیمه مکمل خصوصی را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه دست یافتند که هیچ اثر قابل توجهی بر

1. Cawley

2. Simon

3. Royalty

4. Hagens

5. Devlin

6. Augurzky

تقاضا برای بیمه درمان مکمل یافت نمی‌شود و همچنین مفهوم انتخاب آگاهانه مشتریان نمی‌تواند پوشش بیمه‌های درمانی آنها را پشتیبانی و مورد حمایت قرار دهد [۲۵].

فینکلستین^۱ در تحقیقی در سال ۲۰۰۲ به این نتیجه رسید که دادن یارانه‌های مالیاتی به کارفرمایان برای ارائه بیمه تکمیلی درمان باعث می‌شود که کارفرماها به ارائه پوشش‌های بیمه درمان و در کل، پوشش‌های بیمه‌ای تمایل پیدا کنند [۲۸].

پترتو^۲ در بررسی بیمه سلامت اجتماعی با بیمه خصوصی تکمیلی در سال ۱۹۹۸ ساختار خدمات بهداشتی ایتالیا را بررسی کرده و به این نتیجه رسید که بیمه اجتماعی به‌عنوان یک پوشش اجباری بخشی از هزینه سلامت افراد را تقبل می‌کند. همچنین هزینه سلامت فرد را به ۳ بخش تقسیم می‌کند که شامل بیمه‌های اجتماعی، سیاست‌های خصوصی و هزینه‌های از جیب فرد.

فرضیات و مدل مفهومی پژوهش. باتوجه به مطالب و اهداف بیان شده، فرضیات پژوهش به شرح زیر می‌باشند:

فرضیه ۱: بین آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه و توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی رابطه معنادار وجود دارد.

فرضیات فرعی:

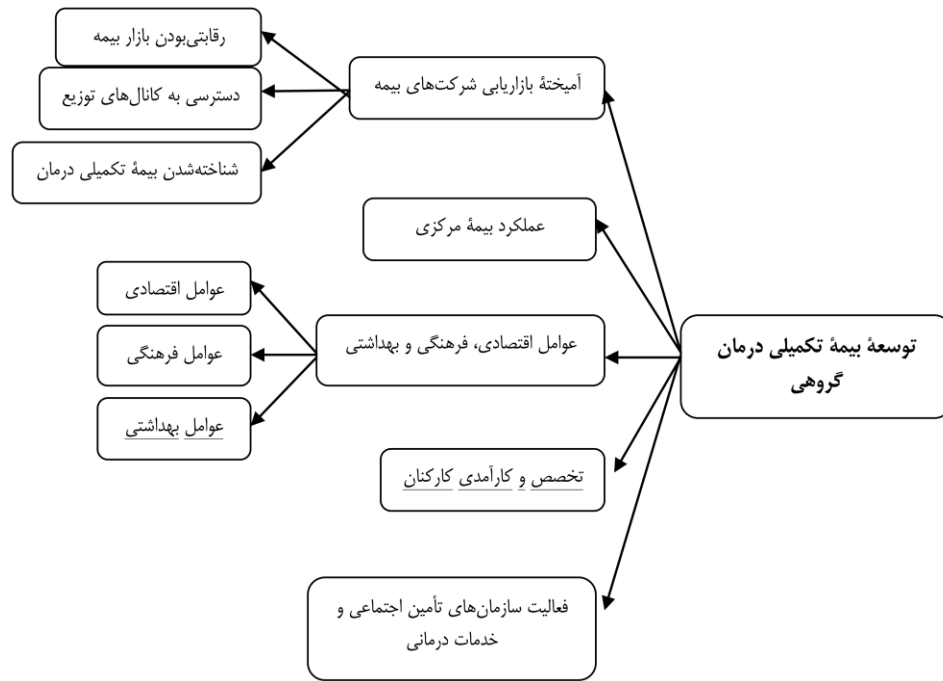
۱. بین میزان رقابتی بودن بازار بیمه و توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی رابطه معنادار وجود دارد.
۲. بین سهولت دسترسی به کانال‌های توزیع و توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی رابطه معنادار وجود دارد.
۳. بین میزان شناخته شدن بیمه تکمیلی درمان برای افراد حقیقی و حقوقی و توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی رابطه معنادار وجود دارد.
- فرضیه ۲: بین عملکرد انتظاری براساس دیدگاه مشتریان بیمه مرکزی ایران و توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی رابطه معنادار وجود دارد.
- فرضیه ۳: بین عوامل اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی با توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی رابطه معنادار وجود دارد.

1. Finkelstein

2. Petretto

فرضیه ۴: بین میزان تخصص و کارآمدی نیروهای شاغل در شرکت‌های بیمه و توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی رابطه معنادار وجود دارد.

فرضیه ۵: بین فعالیت سازمان‌های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی با توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی رابطه معنادار وجود دارد.



شکل ۱. مدل نظری تحقیق

۳. روش‌شناسی تحقیق

هدف از انجام این پژوهش، بررسی عوامل اثرگذار بر توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی است، لذا پژوهش انجام شده، بر حسب هدف، پژوهشی کاربردی به‌شمار می‌رود؛ و از آنجایی که این پژوهش صرفاً برای شناخت بیشتر شرایط موجود و توصیف پدیده‌های مورد بررسی است، لذا بر حسب نحوه گردآوری داده‌ها (طرح تحقیق)، غیرآزمایشی و از نوع توصیفی پیمایشی می‌باشد [۹]. در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از روش کتابخانه‌ای (کتاب، مقالات و متون اینترنتی) و همچنین پرسشنامه استفاده می‌شود. باتوجه به اهداف و فرضیات پژوهش، پرسشنامه ۴۶ سؤالی توسط محقق تهیه و

تنظیم گردید. در این پژوهش از مقیاس لیکرت با ارزش خیلی کم تا خیلی زیاد برای اندازه‌گیری و سنجش متغیرها استفاده شده است. جامعه آماری عبارت‌است از کلیه عناصر و افرادی که در یک مقیاس جغرافیایی مشخص (جهانی یا منطقه‌ای) دارای یک یا چند صفت مشترک باشند [۱]. در این پژوهش جامعه آماری، شامل کلیه کارشناسان و کارشناسان ارشد شاغل در شرکت‌های بیمه میهن، پارسین، پاسارگاد و دانا است که در امر صدور و پرداخت خسارت‌های بیمه تکمیلی درمان گروهی فعالیت می‌کنند. جامعه مورد بررسی در این پژوهش شامل ۴۷ نفر می‌باشد و چون جمعیت بسیار محدود و متمرکز است از شمارش کامل یا سرشماری استفاده شده است. قابل ذکر است اعضای جامعه مورد بررسی را مردان و زنان تشکیل می‌دادند. قلمرو موضوعی این پژوهش، بیمه‌های اشخاص به‌طور عام است که بیمه‌های درمانی (موضوع خاص این پژوهش) یکی از انواع آن به حساب می‌آید و باتوجه به اینکه بیشتر فعالیت‌های بیمه درمانی در شهر تهران تمرکز یافته است، قلمرو مکانی این پژوهش، شرکت‌های بیمه شهر تهران انتخاب شده است. در این پژوهش از روش اعتبار محتوا^۱ برای تعیین اعتبار یا روایی پژوهش استفاده شده است. بنابراین برای اطمینان از روایی، پرسشنامه در اختیار چند تن از خبرگان و متخصصان صنعت بیمه قرار گرفت. اصلاحات موردنظر انجام شد و در نهایت، نظر آنان تأییدکننده روایی پرسشنامه تهیه شده بود. برای محاسبه ضریب قابلیت اعتماد ابزار اندازه‌گیری، شیوه‌های مختلفی به کار برده می‌شود. در این پژوهش از روش آلفای کرونباخ^۲ برای تعیین پایایی یا قابلیت اعتماد استفاده شده است.

جدول ۱. آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های پژوهش

مؤلفه‌ها	تعداد سؤالات	تعداد جامعه	آلفای کرونباخ
آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه	۹	۴۷	۰/۸۲۹
عملکرد بیمه مرکزی ایران	۶	۴۷	۰/۸۲۲
عوامل اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی	۷	۴۷	۰/۸۲۳
میزان تخصص و کارآمدی نیروهای شاغل	۷	۴۷	۰/۸۲۹
عملکرد سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی	۶	۴۷	۰/۸۲۹
توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی	۵	۴۷	۰/۸۲۱

1. Content Validity

2. Cranach's Alpha

۴. تحلیل یافته‌ها

نتایج این بخش از خروجی حاصل از نرم‌افزار spss بدست آمده است. تحلیل داده‌های توصیفی نشان داد که ۵۳/۲٪ از پاسخ‌دهندگان مرد و ۴۴/۷٪ از پاسخ‌دهندگان کمتر از ۳۰ سال سن داشتند. همچنین بخش عمده‌ای از پاسخ‌دهندگان کمتر از ۵ سال سابقه کار داشتند. ۷۲/۳٪ از پاسخ‌دهندگان دارای مدرک کارشناسی و ۲۷/۷٪ دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. جدول زیر نتایج آمار توصیفی را به صورت خلاصه نشان می‌دهد.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناسی

ویژگی	طبقه	درصد فراوانی
جنسیت	مرد	۵۳/۲
	زن	۴۶/۸
سن	کمتر از ۳۰ سال	۴۴/۷
	بین ۳۰ تا ۳۵ سال	۱۰/۶
	بین ۳۵ تا ۴۰ سال	۳۱/۹
	بیشتر از ۴۰ سال	۱۲/۸
تحصیلات	کاردانی	۰
	کارشناسی	۷۲/۳
	کارشناسی ارشد	۲۷/۷
	دکتر	۰
سابقه کاری	کمتر از ۵ سال	۴۲/۶
	بین ۵ تا ۱۰ سال	۱۹/۱
	بین ۱۰ تا ۱۵ سال	۱۰/۶
	بین ۱۵ تا ۲۰ سال	۲۷/۷
	بیشتر از ۲۰ سال	۰

آمار استنباطی. ابتدا به منظور آگاهی از نرمال یا غیرنرمال بودن داده‌ها و انتخاب آزمون متناسب با آن از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است. یکی از اهداف این پژوهش، آزمون وجود رابطه معناداری بین متغیر وابسته و متغیرهای مستقل، عنوان شده است. در این بخش به انجام این آزمون‌ها پرداخته می‌شود. برای این منظور از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده گردیده است.

نتایج آزمون فرضیه اصلی ۱. هدف از آزمون فرضیه اصلی ۱ پژوهش، بررسی رابطه بین آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه و توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی می‌باشد و فرض‌های H_0 و H_1 آن به صورت زیر تعریف شده است:

فرض H_0 : بین آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه و توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی رابطه معناداری وجود ندارد.

فرض H_1 : بین آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه و توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۳. آزمون ضریب همبستگی مربوط به فرضیه اصلی ۱

آزمون	ضریب همبستگی
اسپیرمن	۰/۳۶۷
تعداد داده‌های جامعه	۴۷

جدول ۳ نشان می‌دهد رابطه بین متغیر در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار است. لذا فرضیه H_0 رد شده و فرضیه مقابل آن تأیید می‌شود. بنابراین فرضیه اول پژوهش، مورد پذیرش واقع می‌شود و می‌توان گفت بین آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه و توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی رابطه معنادار وجود دارد. باتوجه به اینکه آزمون بقیه فرضیه‌ها همانند فرضیه اول است، از آوردن آنها خودداری کردیم و تمام فرضیه‌ها با اطمینان ۹۵٪ رد نشدند و نتایج حاصل از آزمون برای سایر فرضیات به شرح زیر می‌باشد.

جدول ۴. آزمون فرضیه‌ها

فرضیات	شاخص	آماره آزمون اسپیرمن	سطح معنادار	نتیجه
فرضیه ۱	آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه	۰/۳۶۷	۰/۰۰۰	تأیید
	فرضیه فرعی ۱: رقابتی بودن بازار بیمه	۰/۰۲۶	۰/۰۰۰	تأیید
	فرضیه فرعی ۲: دسترسی به کانال توزیع	۰/۰۹۶	۰/۰۰۰	تأیید
	فرضیه فرعی ۳: آگاهی افراد	۰/۲۹۲	۰/۰۰۰	تأیید
فرضیه ۲	عملکرد بیمه مرکزی	۰/۳۳۶	۰/۰۰۰	تأیید
فرضیه ۳	عوامل اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی	۰/۹۶۰	۰/۰۰۰	تأیید
فرضیه ۴	تخصص نیروهای شاغل	۰/۶۷۱	۰/۰۰۰	تأیید
فرضیه ۵	فعالیت سازمان‌های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی	۰/۸۶۲	۰/۰۰۰	تأیید

رتبه‌بندی متغیرهای پژوهش. در این پژوهش؛ برای بررسی عوامل اثرگذار بر توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی، ۴۰ سؤال استخراج شد که متغیرهای پژوهش را با استفاده از آزمون فریدمن رتبه‌بندی شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون فریدمن

تعداد	۴۷
کای دو محاسبه شده	۸۱/۴۸۰
درجه آزادی	۷
سطح معناداری	۰/۰۰۰

در آزمون فریدمن، باتوجه به اینکه میزان خطا بیشتر از سطح معناداری است، فرض صفر رد و این نشانگر آن است که حداقل یک زوج از رتبه میانگین متغیرهای مستقل تفاوت معناداری با هم دارند. بنابراین باتوجه به تفاوت بین متغیرها می‌توان متغیرها را بدین صورت رتبه‌بندی کرد:

جدول ۶. رتبه‌بندی متغیرهای پژوهش

شاخص	رتبه میانگین	رتبه
آگاهی افراد	۶/۲۳	۱
آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه	۵/۶۲	۲
سهولت دسترسی به کانال توزیع	۴/۹۴	۳
عوامل اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی	۴/۸۸	۴
عملکرد بیمه مرکزی	۴/۴۰	۵
تخصص کارکنان شرکت‌های بیمه	۴/۱۹	۶
فعالیت سازمان‌های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی	۲/۵۱	۷
رقابتی بودن بازار بیمه	۳/۲۲	۸

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که از بین ۸ عامل، "آگاهی افراد" بیشترین تأثیر و "رقابتی بودن بازار بیمه" کمترین تأثیر را در توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی دارند.

۵. نتیجه‌گیری و پیشنهاد

تمامی فرضیات پیشنهاد شده تأیید شدند؛ یعنی عواملی چون آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه، عملکرد بیمه مرکزی و شورای عالی بیمه، عوامل اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی، تخصص نیروهای شاغل در شرکت‌های بیمه و عملکرد سازمان‌های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی از عوامل اثرگذار بر توسعه بیمه تکمیلی درمان می‌باشند.

- اطلاع‌رسانی ضعیف و عدم ارائه اطلاعات در مورد پوشش‌های بیمه تکمیلی درمان باعث عدم آگاهی جامعه از پوشش‌های بیمه‌ای می‌شود. شرکت‌های بیمه با افزایش آگاهی عمومی از طریق تبلیغات و آموزش، متنوع کردن روش‌های فروش بیمه درمان (به‌عنوان مثال فروش انفرادی این بیمه‌نامه‌ها در کنار فروش گروهی آن)، ارائه روش‌های جدید برای حل مشکلات بیمه‌نامه‌ها، ارائه تسهیلات به بیمه‌شدگان و افزایش امکان دسترسی آنها به ارائه‌دهندگان خدمات بیمه‌ای و ارائه پوشش‌های بیمه‌ای مطابق نیاز مشتریان و میزان درآمد آنها و ایجاد انگیزه در مدیران تصمیم‌گیرنده (کارفرمایان) برای عضویت در این طرح‌های بیمه‌ای می‌توانند موجب گسترش بیمه تکمیلی درمان گروهی شوند.

عدم تناسب حق بیمه‌ها با پوشش‌های ارائه شده از طرف شرکت‌های بیمه و همچنین عدم تناسب حق بیمه‌ها با تعرفه‌های بیمارستانی و وجود محدودیت‌هایی در مصوبات شورای عالی بیمه از جمله بیمه تکمیلی فقط به صورت گروهی و برای گروه‌های بالاتر از ۵۰ نفر صادر می‌شود و فرزندان ذکور خانواده‌ها فقط تا سن ۲۵ سالگی تحت پوشش بیمه تکمیلی سرپرست خانواده قرار می‌گیرند از عوامل عدم توسعه بیمه تکمیلی گروهی است که بیمه مرکزی ایران می‌تواند از طریق ساز و کارهای مناسب آنها را رفع کند و موجبات توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی را در کشور فراهم نماید.

- عوامل اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی در توسعه بیمه تکمیلی اثرگذار می‌باشند؛ به طوری که بیمه‌گذار باید درک صحیحی از بیمه درمان داشته باشد و سطح آگاهی خود را در زمینه‌های بیمه‌ای افزایش دهد؛ کارفرما باید دقت و نظارت بیشتری اعمال نماید؛ پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر مراکز درمانی و داروخانه‌ها در ارائه خدمات پزشکی و دارویی با هزینه معقول، خدمات مؤثری به بیمه‌شدگان ارائه نمایند؛ و دست آخر اینکه شرکت بیمه پوشش‌های بیمه‌ای خود را با نیاز مشتریان و میزان درآمد آنها هماهنگ سازد، چون وضعیت مالی مشتریان در توسعه بیمه تکمیلی نقش عمده دارد.

- رسانه‌های مختلف از جمله رادیو و تلویزیون باید با معرفی این بیمه‌نامه‌ها و فواید آن برای جامعه، فرهنگ بیمه را در میان مردم اشاعه دهند تا بدین ترتیب ضمن گسترش این رشته بیمه‌ای در صنعت بیمه کشور، رفاه بیشتری برای اجتماع فراهم گردد.

- کمبود نیروی متخصص و آشنا با شرایط قرارداد بیمه تکمیلی درمان گروهی، نبود یا کمبود پزشکان در شرکت‌های بیمه در بخش بیمه تکمیلی درمان و همچنین اشتباه در ارزیابی خسارت باعث نارضایتی خریداران می‌گردد، این خود می‌تواند زمینه عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان باشد.

- عدم تعیین مرز مشخص بین خدمات بیمه پایه و تکمیلی و همچنین خدمات ضعیف سازمان‌های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و مشکلات موجود در ساختار قراردادهای درمان و پوشش‌های اجباری در عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان مؤثر می‌باشد.

پیشنهادات. باتوجه به یافته‌ها و نتایج بدست آمده درخصوص فرضیات پژوهش، بر این اساس پیشنهاد می‌گردد:

۱. برنامه‌ریزی آموزشی در مقاطع مختلف تحصیلی (مدارس و دانشگاه‌ها) صورت پذیرد تا زمینه افزایش آشنایی و آگاهی افراد جامعه از بیمه و خدمات آن فراهم شود؛
۲. اطلاع‌رسانی و تبلیغات مناسب و مؤثر برای بالا بردن سطح آگاهی افراد جامعه و مدیران تصمیم‌گیرنده در سازمان‌ها درباره مزایای بیمه تکمیلی درمان و خطرات تحت پوشش این نوع بیمه‌نامه می‌تواند باعث توسعه بیمه تکمیلی درمان شود؛
۳. کاهش یا حذف فاصله زمانی بین دریافت حق بیمه و پرداخت خسارت یا ایفای تعهدات؛
۴. شرکت‌های بیمه نسبت به تعدیل و کاهش نرخ بیمه‌نامه‌های گران خود اقدام نمایند و تدابیری اتخاذ کنند که بیمه‌گذاران را در پرداخت اقساطی حق بیمه‌ها یاری نمایند؛
۵. شرکت‌های بیمه نسبت به کارآمد نمودن سامانه‌های ارائه‌دهنده خدمات در زمینه صدور بیمه‌نامه و پرداخت خسارت اقدام نمایند تا زمینه برقراری ارتباط و همکاری بین مؤسسات بیمه و سایر ارگان‌ها و نهادهای ذیربط فراهم گردد؛
۶. باتوجه به ظهور بیماری‌های نوپدید و رشد فناوری پزشکی در تشخیص و درمان بیماری‌ها، تغییر الگوی بیمارها، تغییر هرم سنی جمعیت، تغییر شیوه زندگی، ضرورت افزایش عرضه خدمات درمانی و دسترسی افراد به این خدمات بیش از پیش اهمیت می‌یابد و شرکت‌های بیمه بایستی در صدد ایجاد و ارائه طرح‌های مناسب بیمه‌ای و ارائه پوشش‌های همه‌جانبه بیمه تکمیلی و همچنین ارائه خدمات نوین پزشکی و درمانی باشند؛
۷. تأسیس بیمارستان و مراکز درمانی توسط شرکت‌های بیمه و استفاده از پزشکان در بخش بیمه تکمیلی درمان؛

۸. ارائه بیمه تکمیلی درمان توسط چند شرکت بیمه برای یک سازمان یا مؤسسه، تا افراد بتوانند شرکت بیمه را با توجه به حق بیمه و سطح خدمات ارائه شده هریک از شرکتها انتخاب نمایند؛
۱۹. ایجاد مرز مشخص بین خدمات و تعهدات بیمه‌گر پایه و تکمیلی تا بیمه‌شدگان از حدود وظایف و تعهدات بیمه‌گران آگاه شوند؛
۲۰. استفاده از متخصصین و کارشناسان در مؤسسات بیمه خصوصاً در بخش بیمه تکمیلی درمان و آموزش کارکنان شرکت‌های بیمه برای تسریع در صدور بیمه‌نامه و ارزیابی خسارت و پرداخت خسارت به بیمه‌گذاران؛
۲۱. نرخ تعرفه‌ها و خدمات درمانی و بهداشتی در ایران از کتاب کدینگ و استاندارد سایر کشورها تبعیت می‌کند که با شرایط و الگوهای بهداشتی در ایران سنخیتی ندارد. بنابراین شورای عالی بیمه بایستی برای تعیین حق بیمه‌ها از روش‌های آماری و اکچوئرها استفاده نماید؛
۲۲. حذف شرط و شروط و محدودیت‌های که در قوانین و مقررات مربوط به بیمه تکمیلی وجود دارد؛
۲۳. تصویب به‌موقع آیین‌نامه‌های لازم برای هماهنگی با تعرفه‌های بیمارستانی توسط شورای عالی بیمه مرکزی و همچنین ایجاد تنوع در بیمه‌های تکمیلی درمان گروهی تا افراد با توجه به نیاز و درآمد خود، بیمه‌نامه موردنظر را خریداری نمایند.

پیشنهادات برای تحقیقات آتی. با توجه به این که در پژوهش حاضر، برای گردآوری داده‌ها از ابزار پرسشنامه استفاده شد، برای آشنایی نزدیک‌تر با روش کار در شرکت‌های مورد بررسی، پیشنهاد می‌شود از ابزار مشاهده و مصاحبه استفاده گردد.

- بررسی موضوع پژوهش در شرکت‌های دولتی و مقایسه آن با شرکت‌های خصوصی؛

- بررسی تأثیر مراکز درمانی و پزشکان در توسعه بیمه تکمیلی درمان؛

- بررسی نقش کلک در توسعه بیمه تکمیلی درمان.

منابع

۱. آذر، ع. و مؤمنی، م. (۱۳۸۴). *آمار و کاربرد آن در مدیریت* (۱). تهران، انتشارات سمت.
۲. بخشی‌زاده، م. (۱۳۹۱). دیدگاه‌های فروش خدمات بیمه، وبلاگ تخصصی بازاریابی بیمه، شماره ۱۷.
۳. پورمحمدی، ح. (۱۳۸۶). *مبانی نظری و کارکردی بیمه*، تهران، انتشارات دانشکده امور اقتصادی.
۴. حسین‌پور، ر. (۱۳۸۹). جایگاه بیمه‌های تکمیلی در بازار سلامت ایران، سپید، شماره ۲۵۵.
۵. دستباز، ه. (۱۳۷۲). *اصول و کلیات بیمه‌های اشخاص*، تهران، انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
۶. دقیقی اصل، ع؛ فقیه نصیری، م. و آقاسی کرمانی، ص. (۱۳۸۹). برآورد تابع تقاضای بیمه تکمیلی درمان مکمل در صنعت بیمه کشور، *فصلنامه صنعت بیمه*، شماره ۳، صفحات ۱۱۹-۱۴۳.
۷. دهنوی، خ. و معصوم زاده زواره، ا. (۱۳۸۸). ارزیابی تطابق آمیخته بازاریابی خدمات شبکه فروش بیمه با نیازهای مشتریان هدف، *فصلنامه صنعت بیمه*، شماره ۳ و ۴، صفحات ۱۲۵-۱۵۶.
۸. زارع، ح. (۱۳۸۱). معرفی اجمالی بیمه‌های مکمل درمانی، *ویژه‌نامه علمی-تخصصی بیمه همگانی خدمات درمانی*، شماره ۱۹، صفحات ۲۰-۳۲.
۹. سرمد، ز؛ بازرگان، ع. و حجازی، ا. (۱۳۸۵). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*، تهران، انتشارات آگاه.
۱۰. شکوهی بهار، ا. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین میزان رضایت بیمه درمان تکمیلی در وفاداری و تمدید قراردادها، بیمه ای بیمه گذاران، پایان نامه دوره کارشناسی ارشد، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران.
۱۱. شیبانی، ا. (۱۳۵۲). *تاریخچه پیدایش و تحول بیمه*، تهران، انتشارات مدرسه عالی بیمه تهران.
۱۲. صحت، س. و اسماعیلی، م. (۱۳۸۶). عوامل مؤثر بر عدم توسعه بیمه‌های تکمیلی درمان گروهی از نظر خیرگان صنعت بیمه، *فصلنامه صنعت بیمه*، شماره ۴، صفحات ۶۱-۸۹.
۱۳. فتحی‌زاده، ح. (۱۳۷۶). بررسی عوامل مؤثر بر بازار بیمه اشخاص در ایران، پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه مازندران.
۱۴. فردوسی، م. و محمدی‌زاده، م. (۱۳۸۴). میزان رضایتمندی از خدمات بیمه‌ای و بیمه مکمل در بیماران مراکز درمانی منتخب شهر تهران، *مجله مدیریت و اطلاعات در بهداشت و درمان*، شماره اول، صفحات ۴۶-۵۳.
۱۵. کاموئی، م. (۱۳۸۷). تخمین تابع تقاضای بیمه درمان تکمیلی در مناطق شهری ایران، پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی، دانشگاه الزهراء (س).
۱۶. کریمی، آ. (۱۳۷۸). *کلیات بیمه*، تهران، انتشارات بیمه مرکزی ایران.
۱۷. محمودصالحی، ج. (۱۳۸۱). *حقوق بیمه*، تهران، انتشارات بیمه مرکزی ایران.
۱۸. معینی، م. (۱۳۸۵). برآورد کشش درآمدی تقاضای بیمه درمان مکمل، *فصلنامه صنعت بیمه*، شماره ۳، صفحات ۱۴۱-۱۵۷.
۱۹. نظری ماتک، م. و حبیبی باغی، م. (۱۳۸۹). *بازاریاب بیمه*، تهران، انتشارات فراز اندیش سبز.

۲۰. واعظمهدوی، م. (۱۳۸۹). تبیین سطوح پایه و تکمیلی در بیمه‌های درمانی، سپید، شماره ۲۳۳.
۲۱. وفایی‌نجر، ع. (۱۳۸۵). سازمان و مدیریت نظام بیمه سلامت در کشورهای منتخب و ایران (رویکرد تطبیقی)، بیمه و توسعه، شماره ۷، صفحات ۳۹ - ۴۳.
۲۲. وفایی‌نجر، ع. (۱۳۸۶). نظام سلامت در کشور بلژیک و ایران؛ راهکارها، ماهنامه تازه‌های جهان بیمه، شماره ۱۱۳ و ۱۱۴، صفحات ۵ - ۱۴.
۲۳. هادیان، م؛ قادری، ح. و معینی، م. (۱۳۸۵). تخمین تابع تقاضای بیمه درمان مکمل، فصلنامه پژوهش‌های اقتصادی، شماره ۴، صفحات ۱-۱۶.
۲۴. هاشمی، م. (۱۳۸۵). بیمه تکمیلی درمان گروهی، وبلاگ تخصصی صنعت بیمه، دی ماه ۱۳۸۵.
25. Augurzky, B., and Tauchmann, H. (2010). Less social health insurance, more private supplementary insurance? Empirical evidence from Germany. *Journal of Policy Modeling*, 33, 470-480.
26. Cowley, J., and Simon, K. I. (2003). Health Insurance Coverage and the Macro economy. *Journal of Health Economics*, (24), 299-315.
27. Devlin, r., and Sarma, s., zhang, q. (2011). The role of supplemental coverage in a universal health insurance system: some Canadian evidence. *Health Policy*, 100, 81-90.
28. Finkelstein, a. (2002). The effect of tax subsidies to employer-provided supplementary health insurance: evidence from Canada. *Journal of public economics*, 84, 305-339.
29. Folland, S., and Goodman, A. C., and Stano, M. (2001). The economics of health and health care, New Jersey: prentice hall, six the edition.
30. Gross, R., and shuli, B. (2004). Evaluating the effect of regulatory prohibitions against risk selection by health status on supplemental insurance ownership in Israel. *Social science & medicine*, 58, 1609-1622.
31. Petretto, a. (1999). Optimal social health insurance with supplementary private insurance. *Journal of Health Economics*, 18, 727-745.
32. Royalty, A.B., and Hagens, J. (2003). 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, 95-112.
33. Shmueli, a. (1998). Supplemental health insurance ownership in Israel: an empirical analysis and some implications, *Social science & medicine*, (46), 821-829.