

## عوامل مؤثر بر عدم توسعه بیمه‌های تکمیلی درمان گروهی از نظر خبرگان صنعت بیمه

دکتر سعید صحت<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۱۲/۰۴

محمدحسین اسماعیلی<sup>۲</sup>

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۱۰/۰۳

### چکیده

یکی از خطرات پیش‌روی بشر، بیماری است که از یک‌سو، مخارج درمانی زیادی را به بیماران تحمیل می‌کند و از سوی دیگر با کاهش توان کار، درآمد فردی و تولید جامعه را کاهش می‌دهد. با وجودی که بشر با بکارگیری اندیشه و دانش خود توانسته است ویرانگری‌های سیل و زلزله و فجایع طبیعی را به حداقل برساند، اما نتوانسته است همه جانبه بر بیماری‌ها فائق آید و هرچه دانش و امکانات بشر در مقابله با برخی بیماری‌ها فزونی می‌یابد، بیماری ناشناخته دیگری پیدا می‌شود و آرامش او را بر هم می‌زند؛ بنابراین، نیاز به ارائه پوشش‌هایی در زمینه هزینه‌های بیماری و درمان، همواره ملموس است.

به دلیل اهمیت بیمه درمان تکمیلی گروهی در جامعه ایران در این تحقیق به عوامل مؤثر بر عدم توسعه بیمه مذکور پرداخته می‌شود. جامعه آماری این تحقیق را کلیه کارشناسان و کارشناسان ارشد شاغل در شرکت‌های بیمه ایران،

۱. عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده حسابداری و مدیریت (Email: Sehhat@Yahoo.com)

۲. کارشناس ارشد مدیریت بازرگانی گرایش بیمه، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده حسابداری و مدیریت (Email: Esmaeili1983@Gmail.com)

دانا، آسیا و البرز که در امر صدور و پرداخت خسارت‌های بیمه تکمیلی درمان گروهی فعالیت دارند، تشکیل می‌دهند. مدل مفهومی تحقیق، پنج متغیر اثرگذار بر عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی را در نظر گرفته و آزمون می‌کند. نتایج تحقیق، نشان می‌دهد که کمبود، کاهش انگیزه و به‌روزی نبودن نیروی متخصص، آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه، عملکرد نامناسب بیمه مرکزی ایران، فعالیت تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و وضعیت مالی مشتریان در عدم توسعه بیمه مذکور مؤثراند و به‌همین جهت، پیشنهاداتی برای بهبود وضعیت این نوع بیمه ارائه می‌شود.

**واژگان کلیدی:** بیمه درمان تکمیلی گروهی، خبرگان، توسعه

## ۱. مقدمه

امروزه، موضوع درمان در کشورهای توسعه‌یافته و در کشورهای در حال توسعه یکی از مسائل مهم است و دولت‌ها می‌کوشند تا شیوه‌های خدمات‌رسانی و ایجاد امکانات لازم در زمینه‌های درمانی را بهبود بخشند. در کشور ما، بیشترین خدمات بیمه‌های درمانی را سازمان تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی ارائه می‌کنند. اما به دلیل وجود کاستی‌هایی در این زمینه، این خدمات کافی نبوده و باید قراردادهای تکمیلی دیگری در کنار آنها وجود داشته باشد تا موجب رفاه نسبی خانواده‌ها شود. به‌عبارت‌دیگر، چون غالباً بسیاری از اقشار جامعه از پوشش‌های ارائه‌شده توسط بیمه‌های اجتماعی برخوردار نیستند و یا این نوع بیمه‌ها، پوشش متناسب با نیازها را ندارند، شرکت‌های بیمه می‌کوشند که نیاز این اقشار جامعه را برآورده کرده و بیمه درمانی به‌صورت تکمیلی در اختیار داوطلبان قرار دهند.

## ۲. انواع بیمه‌های درمان گروهی در جهان

طرح‌های متفاوتی که با اسم قراردادهای بیمه درمان گروهی در جهان ارائه می‌شوند عبارتند از:

### ۲-۱. بیمه هزینه‌های بیمارستانی

به‌طورکلی، هزینه‌های بیمارستانی ناشی از ناخوشی و جراحات و صدمات بدنی در بیمه‌نامه‌های درمان گروهی قابل پرداخت است. در این طرح‌ها، هزینه‌های بیمارستانی، شامل اتاق، هزینه‌های همراه، خدمات ویژه، هزینه‌های جراحی، اتاق عمل، عکس‌برداری، آزمایشگاه و لابراتور و دارو است. بستری‌شدن در بیمارستان، دارای شرایط خاصی است از جمله اینکه بیمار حتماً باید کلیه آزمایشات مربوط به تشخیص پزشکی را انجام دهد و کلیه خدمات درمانی از قبیل اعمال جراحی و یا معالجات، تحت نظر پزشکان متخصص انجام پذیرد و حداقل به مدت ۲۴ ساعت تحت نظر پرستاران در بیمارستان بستری باشد. نیاز به بستری‌شدن در بیمارستان باید توسط پزشک معالج بیمه‌شده، تجویز شده باشد و در زمان بستری‌شدن هم، بیمه‌نامه دارای اعتبار باشد (Kerns, 1994).

### ۲-۲. بیمه‌های گروهی هزینه‌های اعمال جراحی<sup>۱</sup>

عملاً، بیشترین هزینه‌های درمانی، مربوط به دستمزد جراحان و متخصصان است و به همین دلیل، حداکثر تعهد بیمه‌گر براساس قراردادهای متفاوت برای هر عمل جراحی در نظر گرفته شده است.

### ۲-۳. بیمه گروهی دندانپزشکی<sup>۲</sup>

در تمام جهان، هزینه‌های دندانپزشکی، همیشه از گران‌ترین نوع خدمات بیمه‌های درمانی محسوب می‌شود. اخیراً بسیاری از شرکت‌های بیمه در کشورهای پیشرفته و صنعتی، این پوشش را ارائه داده‌اند. غرامت قابل پرداخت در شرایط این بیمه‌نامه به دو صورت تأمین می‌گردد؛ یا شرایط قرارداد طوری تنظیم شده که حداکثر هزینه‌های قابل پرداخت در سال برای هر بیمه‌شده معین و مشخص شده است که مبلغ آن از یک

1. Group Surgical Expense Insurance
2. Group Dental Insurance

شرکت به شرکت دیگر متفاوت و با توجه به میزان حق بیمه و تعداد افراد گروه متفاوت است یا در بعضی از طرح‌ها، هزینه‌های دندانپزشکی برای تمام طول عمر بیمه‌شده در نظر گرفته می‌شود و از استثنائات این بیمه‌نامه، اعمال جراحی به منظور زیبایی، جنگ، صدمات و جراحات شغلی، ناخوشی و مرض و یا خسارتی است که در بیمه‌نامه‌های دیگر مورد پوشش قرار گرفته باشد (Delta Dental Plans Association, 1995).

#### ۲-۴. بیمه‌های دارویی<sup>۱</sup>

در این طرح، کلیه هزینه‌های متداول دارویی که پزشک متخصص تجویز کرده است تحت پوشش بیمه‌ای قرار می‌گیرد.

#### ۳. تاریخچه‌ای از بیمه‌های درمانی در جهان

بیمه‌های درمانی در مرحله نخست به شکل اختیاری عرضه می‌شدند؛ ولی به تدریج، تحت تأثیر نهضت‌های کارگری به شکل حمایت قانونی و همگانی درآمدند، با این وجود، شرکت‌های بیمه بازرگانی از سال ۱۹۰۰ به بعد در حال پیشرفت و گسترش هستند و امروزه، شرکت‌های بیمه بسیار نیرومندی در جهان وجود دارند که در رشته‌های بیمه اشخاص، فعالیت گسترده‌ای دارند؛ این فعالیت‌ها بیشتر در زمینه‌هایی است که از شمول بیمه‌های اجتماعی خارج است؛ ولی مؤسسه‌های بیمه توانسته‌اند حتی به کارگران و کارمندان مشمول بیمه‌های اجتماعی نیز بیمه‌های تکمیلی بفروشند (محمود صالحی، ۱۳۷۴).

بعد از جنگ جهانی دوم، تأمین خدمات درمانی در کشورهای عمده صنعتی به عنوان یک ضرورت فوری، پیش از پیش خود را نشان داد. دولت‌ها بر آن شدند که با مشارکت کارفرمایان و کارکنان، پوشش جامعی تحت عنوان رفاه اجتماعی، صرف نظر از توانایی‌های فردی در تأمین این گونه خدمات و شرایط جسمی و سنی برای تمام

جمعیت کشورهای خود تأمین نمایند. توسعه سریع و پیشرفت فراگیر صنعتی دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ به همراه اشتغال کامل و جوان‌بودن نسبی جمعیت اغلب کشورها، مشکل حادی برای ارائه پوشش‌های درمانی و خدمات بهداشتی ایجاد نمی‌کرد و دولت‌ها در زمینه رفاه اجتماعی توانستند به موفقیت‌های چشمگیری نائل آیند. ولی بحران پیاپی بازار نفت و رکود اقتصادی در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ به همراه افزایش جمعیت و طول عمر، موجب کاهش منابع تأمین رفاه اجتماعی و خدمات درمانی - که هزینه‌های آن به شدت در حال افزایش بود- گردید. این مشکلات، سبب شد که دولت‌ها به تکاپو بیفتند تا ضمن تجزیه و تحلیل اوضاع حاکم بر کشورشان، راه‌حل‌های مؤثر و کارایی برای ملت خود پیدا کنند. برای مثال، در انگلستان، دولت ضمن تأمین برخی از هزینه‌ها و حفظ بهداشت، مردم را صرف‌نظر از نوع اشتغال آنها، تشویق به تأمین و خرید پوشش‌های درمانی خصوصی کرد. حل مشکل به این طریق، گرچه بر روی کاغذ ممکن است مقبول و منطقی قلمداد شود، ولی اشاعه‌اش این خطر بزرگ را در پی دارد که کلیه امکانات و فناوری جدید در بخش خصوصی متمرکز شوند و تهیدستان از دسترسی به حداقل امکانات محروم شوند که ادامه آن، موجب بروز تنش‌های اجتماعی و سیاسی خواهد شد (کریمی، ۱۳۷۴). در فرانسه، دولت ضمن کاهش سطح خدمات درمانی و رفاه اجتماعی و حذف برخی از هزینه‌ها، ارائه خدمات درمانی و بهداشتی را در سطح قابل قبولی ادامه داد، به طوری که مردم اگر طالب پوشش جامع و کامل بودند مابه‌التفاوت آن را تا حد استاندارد مطلوب، می‌توانستند با مشارکت کارفرمایان و کارکنان از بخش خصوصی تأمین کنند؛ یعنی طبقه فرودست اجتماع، تأمین قابل قبولی در اختیار داشت؛ با این وجود، هزینه تأمین اجتماعی به دلیل رکود اوایل دهه ۱۹۹۰ که موجب افزایش بیکاری در این کشور شد، کاهش یافت و قطع مشارکت کارفرمایان و کارکنان را در پی داشت و دولت در ارائه خدمات اجتماعی با مشکل مواجه شد.

در کشورهای در حال توسعه یا اصولاً بهداشت و درمان وجود ندارد یا اینکه تأمین اجتماعی و تأمین خدمات درمانی، پاسخگوی نیاز مردم این کشورها نیست. در این کشورها، بیماری‌های مزمن، فراگیر است، تواتر و شدت هزینه‌های سنگین نیز بسیار بالاست. لاجرم، چاره‌ای جز انتقال بیمار به مراکز پزشکی خارج از کشور وجود ندارد. در حالی که هزینه درمان در خارج نیز بسیار سنگین و خارج از توان مالی اکثر مردم این کشورهاست؛ در نتیجه، به منابع مالی سنگینی نیاز است تا بتوان خدمات پزشکی جامعی به مردم این کشورها ارائه کرد (کریمی، ۱۳۷۴). همان‌طور که مشاهده می‌شود، خدمات درمانی در کشورهای در حال توسعه از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست و حتی در کشورهای صنعتی نیز راه‌حلهایی که برای حل مشکلات درمانی ارائه شده، نتوانسته است با موفقیت کامل قرین شود.

#### ۴. تاریخچه بیمه درمان در ایران

صنعت بیمه کشور، به‌عنوان یکی از بازوهای مهم اقتصادی، با هدف اشاعه فرهنگ بیمه در جامعه، پیشرفت امر تجارت و توسعه مبادلات بازرگانی، ایجاد پس‌انداز و حفظ سرمایه‌های ملی و استقرار تأمین‌های اجتماعی، فعالیت خود را آغاز نموده است. توجه خاص شرکت‌های بیمه به انواع بیمه‌های اشخاص و به ویژه، امر بیمه درمان، شاید منطقی‌ترین راه در جهت انجام این رسالت عظیم است؛ چرا که بیماری از لحاظ اقتصادی، ضربات سهمگینی بر پیکره اجتماع وارد می‌آورد، به‌طوری‌که در بسیاری موارد، هزینه‌های ناشی از آن، بار سنگینی بر دوش افراد با درآمد ثابت تحمیل می‌کند. به ویژه اینکه هزینه‌های درمانی، خصوصاً در مورد اعمال جراحی فوق تخصص و بیماری‌های مزمن به دلیل بستری شدن‌های طولانی در بیمارستان و نیز ابداع روش‌ها و فنون جدید در علم پزشکی، غالباً هزینه‌های سرسام‌آوری دارند و روزه‌روز نیز این هزینه‌ها افزایش می‌یابند؛ لذا برای جبران هزینه‌ها باید اقدام لازم صورت گیرد.

در کشور ما برای نخستین بار در سال ۱۳۰۹ به هنگام عملیات احداث راه‌آهن سراسری به موجب مصوبه‌ای، تمامی افراد و کارکنان راه‌آهن در مقابل حوادث و بیماری ناشی از کار، بیمه شدند؛ پس از آن، دامنه این‌گونه تأمین‌ها به سایر طبقات جامعه برحسب نوع فعالیت‌های آنها تعمیم یافت. در این میان، پوشش‌های خدمات درمانی، هم از حیث نقش آن در تأمین سلامت جامعه و حفظ حیات و پویایی اجتماع و هم از لحاظ اهمیت اقتصادی آن برای اقشار کم‌درآمد و محروم، از اهمیت بسزایی برخوردار بوده است (نشاط تهرانی، ۱۳۷۴). شرکت سهامی بیمه ایران در سال ۱۳۲۸، فرهنگیان کشور را زیر پوشش این بیمه با تضمین‌های بسیار گسترده جبران هزینه‌های سرپایی، دارویی، جراحی و بیمارستانی قرار داد. همچنین، درمان بیماران روانی را بر عهده گرفت؛ به‌علاوه، متعهد گردید که در صورت ازکارافتادگی بیمه‌شده به وی و در صورت فوت به بازماندگانش، حقوقی بپردازد. باین‌حال، بیمه‌گذار، (وزارت فرهنگ) حق‌بیمه‌ای بسیار ناچیز - برابر ۲ درصد حقوق هر بیمه‌شده - می‌پرداخت. این شرکت، قرارداد دیگری در سال ۱۳۲۲ از نوع بیمه درمان با وزارت دارایی منعقد ساخت که به موجب آن، کلیه اشخاصی که در کشور از دولت به هر اسمی حقوق می‌گرفتند از این بیمه استفاده می‌کردند. حق‌بیمه مقطوع در سال، چهل میلیون ریال بود. به سبب نبودن فرهنگ بیمه‌ای در بین توده مردم از یک‌طرف و نازل بودن حق‌بیمه از طرف دیگر، این شرکت ناگزیر گردید که مبالغ هنگفتی از اندوخته خود را صرف اجرای این قراردادها نماید. به‌علاوه، این دو قرارداد، فعالیت آن‌را در رشته‌های دیگر بیمه، تحت‌الشعاع قرار داده بود و تعداد بیمه‌شدگان ناراضی در حال افزایش بود؛ از این‌رو در سال ۱۳۴۲، این بیمه طبق تصمیم دولت به وزارت بهداشتی محول گردید.

پس از انقلاب اسلامی با توجه به اصل ۲۹ قانون اساسی که بیان می‌دارد: «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، درراه‌ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های

پزشکی به صورت بیمه و... حقی همگانی است و دولت، مکلف است که طبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی را برای یکایک افراد کشور تأمین کند» و همچنین قانون بیمه درمان همگانی، مصوب ۱۳۷۳/۰۸/۰۳ مجلس شورای اسلامی و به ویژه ماده ۶ قانون مزبور که به موجب آن، کلیه شرکت‌های بیمه، مجازاند که براساس موازین این قانون و با رعایت حق سرانه مصوب در امور بیمه خدمات درمانی گروه‌های مختلف، همکاری و مشارکت نمایند، مسئولیت شرکت‌های بیمه در این زمینه، سنگین‌تر شده و باید همزمان با سایر تأمین‌هایی که از طریق بیمه‌های مورد صدور خود به اقشار جامعه می‌دهند در این زمینه، فعال‌تر برخورد کنند. در حال حاضر، مؤسسات زیر، بیمه درمان را در کشور ما ارائه می‌دهند:

- سازمان تأمین اجتماعی

- سازمان خدمات درمانی کارکنان دولت

- صندوق‌های خصوصی برخی از مؤسسات دولتی

- شرکت‌های بیمه

## ۵. علل پیدایش و گسترش بیمه‌های تکمیلی درمانی گروهی

آنچه ما امروزه به نام بیمه گروهی می‌شناسیم یکی از پدیده‌های جدید به حساب می‌آید و بیشتر از ۶۰ تا ۷۰ سال از پیدایش آن نمی‌گذرد؛ اما، علیرغم این عمر کوتاه از چنان اقبال و گسترشی برخوردار گردیده که در جوامع صنعتی و پیشرفته یکی از ستون‌های حفاظتی و حمایتی اغلب خانواده‌ها محسوب می‌گردد. بیمه‌های گروهی، یک طرح بیمه‌ای است که طی آن، تعداد زیادی از افراد، تحت پوشش بیمه‌ای قرار می‌گیرند. رشد و توسعه بیمه‌های گروهی در جهان، همزمان با انقلاب صنعتی در اروپا آغاز گردید و با توجه به طرح‌های رفاهی کارفرمایان و به منظور تأمین کارکنان خود و افراد تحت تکفل آنها از این پوشش شرکت‌های بیمه استقبال شد. ارزان و



باصرفه‌بودن و تا حدودی به دور از تشریفات‌بودن بیمه‌های انفرادی، باعث گسترش و توسعه این نوع از بیمه در بین جامعه صنعتی اروپا و آمریکا گردیده است. یکی از جنبه‌های مهم که باعث گسترش و تکامل بیمه‌های درمانی گردیده، اهمیت این نوع پوشش‌ها برای جامعه بوده است، زیرا باعث شد که یک رفاه نسبی در جامعه متداول شود و جامعه، کمتر تحت فشار قرار گیرد. یکی از خصایص بارز بیمه‌های گروهی، نحوه پرداخت حق‌بیمه آن است. حق‌بیمه به‌صورت ماهانه و هم‌زمان با پرداخت حقوق و دستمزد از گروه‌های تحت پوشش، کسر و به شرکت بیمه پرداخت می‌گردد. خصیصه بارز دیگر، این است که فرد تا زمانی که عضو گروه است تحت پوشش بیمه‌ای قرار می‌گیرد و نرخ حق‌بیمه هم براساس میانگین سنی افراد گروه محاسبه می‌شود.

#### ۶. بیمه تکمیلی درمان گروهی در ایران

در ایران، پوشش‌های بیمه تکمیلی درمان گروهی طبق مصوبات شورای عالی بیمه به شرح زیر است:

- جبران هزینه‌های بستری و جراحی در بیمارستان و مراکز جراحی محدود Day Care (با بیشتر از ۶ ساعت بستری) و نیز آنژیوگرافی قلب و انواع سنگ‌شکن برای گروه‌هایی که تحت پوشش بیمه‌های درمانی سازمان بیمه درمان همگانی، سازمان تأمین اجتماعی و... هستند به شرح زیر تعیین می‌شود:

ردیف	سقف تعهد سالیانه برای هر بیمه‌شده به میلیون ریال	حداقل نرخ حق‌بیمه ماهانه (در هزار)
۱	۵	۱/۵۵
۲	بیش از ۵ الی ۱۰	۰/۷۵ در هزار نسبت به مازاد تعهد ردیف ۱
۳	بیش از ۱۰ الی ۵۰	۰/۳ در هزار نسبت به مازاد تعهد ردیف ۲

- هزینه‌های اعمال جراحی مغز و اعصاب (به‌استثناء دیسک ستون فقرات)، قلب،

پیوند کبد، ریه و پیوند کلیه و مغز استخوان

- هزینه‌های زایمان، اعم از طبیعی و سزارین تا ۴۰ درصد سقف تعهد سالیانه با حداقل حق بیمه ماهانه ۱/۱۵ در هزار مبلغ تعهدشده در این مورد قابل بیمه‌شدن است. سقف تعهد بیمه‌گر در این پوشش نباید از بالاترین هزینه توافق‌شده با بیمارستان‌های طرف قرارداد بیمه‌گر تجاوز نماید.

- هزینه‌های پاراکلینیکی به ترتیب زیر قابل پوشش هستند:

■ جبران هزینه‌های سونوگرافی، ماموگرافی، رادیوتراپی، انواع اسکن، انواع سیتی اسکن، انواع اندوسکوپی، ام آر آی، اکوکاردیوگرافی با سقف حداکثر ۱۰ درصد تعهد پایه سالیانه برای هر بیمه‌شده با نرخ حق بیمه‌ای معادل ۱/۶ در هزار مبلغ تعهدشده در این مورد برای هر نفر قابل بیمه‌شدن است.

■ جبران هزینه‌های مربوط به تست ورزش، نوار عضله، نوار عصب، نوار مغز، آنژیوگرافی چشم (علاوه بر موارد فوق) با سقف تعهد ۵ درصد تعهد پایه با حق بیمه ۰/۶ در هزار در ماه قابل بیمه‌شدن است.

- هزینه‌های جراحی مجاز سرپائی شامل: شکستگی‌ها، گچ‌گیری، ختنه، بنخیه، کرایوتراپی، اکسیژون لیپوم، تخلیه کیست و لیزر درمانی

- هزینه‌های مربوط به رفع عیوب انکساری چشم، حداکثر تا مبلغ پنج میلیون ریال (دو میلیون و پانصد هزار ریال برای هر چشم) با نرخ حق بیمه ماهانه ۱ در هزار مبلغ تعهد پذیرفته‌شده قابل بیمه‌شدن است.

- هزینه تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً برای گروه‌های بالای ۱۰ هزار نفر) حداکثر به میزان تعهد پایه سالیانه با نرخ حق بیمه‌ای معادل ۰/۰۵ در هزار مبلغ تعهدشده در این مورد برای هر نفر قابل بیمه‌شدن است).

- تخفیف‌ها: شرکت‌های بیمه می‌توانند با توجه به تعداد بیمه‌شدگان، تخفیف‌های

زیر را در حق بیمه منظور نمایند:

تعداد بیمه‌شدگان	درصد تخفیف
۴۰۰۱ الی ۲۰۰۰۰	۵
۲۰۰۰۱ الی ۱۰۰۰۰۰	۱۰
۱۰۰۰۰۱ الی ۵۰۰۰۰۰	۱۵
۵۰۰۰۰۱ به بالا	۲۰

## ۷. خصوصیات بیمه‌های گروهی

خصوصیات بیمه‌های گروهی عبارتند از :

### ۷-۱. صدور گروهی<sup>۱</sup>

معمولاً در موارد گروهی، هیچ مدرک فردی دال بر قابلیت بیمه، مورد نیاز نیست و میزان منافع می‌تواند قابل توجه باشد. بیمه گروهی معمولاً ارتباطی با سلامت هیچ فرد خاصی ندارد. به‌جای آن، گروهی از افراد ارزیابی می‌شوند و چیزی که مهم‌تر است، توده‌ای از چنین گروه‌هایی از افراد است که نرخ قابل پیش‌بینی مشخصی از بیماری را به‌دست خواهد داد. در بیمه گروهی، چند نکته باید مورد توجه قرار گیرد که اولین مورد، اتفافی بودن برای گروه است. یعنی اعضای گروه باید به منظورهای دیگر جز کسب پوشش بیمه، دور هم جمع شده باشند. دومین ویژگی، جاری بودن افراد در میان گروه است؛ بدین معنی که باید جریان مداوم و یکنواختی از افراد از طریق گروه وجود داشته که شامل جریانی از ورود افراد جوان و جدید به گروه و جریانی از خروج افراد بیمار و مسن از گروه باشد. بعضی از کارفرمایان، آزمایشات پزشکی پیش از استخدام را در مورد کارکنان خود اعمال می‌کنند که تمهیدی برای غربال کردن کارکنان به شمار می‌رود. سومین نکته، اداره اتوماتیک منافع در بیمه گروهی است. معمولاً بیمه گروهی بریک اساس اتوماتیک به منظور تعیین میزان منافع افراد، ورای

کنترل کارفرمایان تأکید دارد. توجه به این نکته، ضروری است که افراد با وضع سلامتی نامساعد، تمایل زیادی به بیمه‌شدن دارند و افراد تندرست ممکن است تمایل به انتخاب کمترین پوشش را داشته باشند. چهارمین ویژگی، مشارکت هزینه‌ای شخص ثالث است و به این معناست که بخشی از هزینه یک طرح گروهی را معمولاً کارفرما یا اشخاص ثالث دیگری نظیر یک اتحادیه کاری یا شرکت بازرگانی پرداخت می‌کند.

#### ۷-۲. قرارداد اصلی

این خصوصیت که خاص بیمه‌های گروهی است، استفاده از یک قرارداد اصلی، به جای بیمه‌نامه‌های فردی است. چنین گواهی‌نامه‌هایی، مدرک فرد بیمه‌شده از پوشش بیمه‌ای هستند. قرارداد اصلی، یک مدرک است که به تفصیل، روابط قراردادی بین دارنده بیمه‌نامه گروهی و شرکت بیمه را تنظیم می‌کند. در بیمه‌های گروهی، کارفرما، بیمه‌گر، کارمند و ذی‌نفعان مطرح هستند که روابط خاصی بین آنها حاکم است و به موارد جالبی که خاص بیمه گروهی است می‌انجامد.

#### ۷-۳. هزینه پایین

بیمه گروهی اساساً حمایتی با هزینه پایین است. ماهیت بیمه گروهی، استفاده از روش‌های توزیع و اداره انبوه را امکان‌پذیر می‌کند که موجب صرفه‌جویی‌هایی در عملیات بیمه گروهی می‌شود که در بیمه فردی وجود ندارد. چنین صرفه‌جویی‌هایی در موارد گسترده‌تر از اهمیت بیشتری برخوردارند. در گروه‌های کوچک، هزینه‌های اداری واحد می‌تواند به‌طور قابل‌تصور به بیمه‌های فردی نزدیک باشد. مکانیزم‌های جمع‌آوری حق‌بیمه، پیچیدگی کمتری دارند و به دلیل طبیعت انتخاب گروهی، هزینه معاینات پزشکی و گزارش‌ها به حداقل می‌رسند.

#### ۷-۴. قابلیت انعطاف

قراردادهای گروهی از الگوی خاصی پیروی می‌کنند و مواد استاندارد و مشخصی را شامل می‌شوند و به‌طور معمول، این‌گونه قراردادها به‌طور قابل ملاحظه‌ای، انعطاف‌پذیری بیشتری نسبت به قراردادهای فردی دارند. البته درجه انعطاف‌پذیری، تابعی از اندازه گروه مربوط است. برنامه بیمه گروهی معمولاً بخشی از برنامه رفاهی کارکنان است و در اکثر موارد، می‌توان قرارداد را به‌منظور دستیابی به اهداف صاحب بیمه‌نامه طرح‌ریزی کرد، البته تا زمانی که تقاضاها، مستلزم رویه‌های اداری پیچیده نباشد.

#### ۷-۵. نرخ‌گذاری تجربی

در بیمه گروهی، حق‌بیمه‌ها، اغلب تابع نرخ‌گذاری تجربی هستند. نرخ تجربی بعضی بیمه‌گران براساس طبقه یا نوع صنعت و یا حتی نوع قرارداد است. این نکته که یک گروه به اندازه کافی برای نرخ‌گذاری تجربی، واجد شرایط است از شرکتی به شرکت دیگر و براساس تجربه بیمه‌گران متفاوت است.

#### ۸. نحوه پرداخت خسارت در ایران

نحوه پرداخت خسارت به دو صورت است:

##### ۸-۱. پرداخت مستقیم

در این روش، بیمه‌شده قبل از اقدام به درمان برای دریافت معرفی‌نامه به شرکت بیمه مراجعه می‌کند و یک سری مدارک، مثل گواهی پزشکی مبنی بر نوع بیماری، کپی دفترچه بیمه خدمات درمانی یا تأمین اجتماعی، کپی شناسنامه، کپی کارت و ... را به شرکت بیمه تحویل می‌دهد؛ مدارک در کامپیوتر ثبت می‌شود و سپس معرفی‌نامه جهت درمان صادر می‌شود.

##### ۸-۲. پرداخت غیرمستقیم

در این روش، بیمار، شخصاً جهت درمان اقدام می‌کند و پس از دریافت مدارک از بیمارستان به اداره خسارت بخش درمان شرکت بیمه مراجعه و مبلغ خسارت را طبق

تعهدات درخواست می‌کند. در این مورد، شرکت‌های بیمه براساس تعرفه‌های وزارت بهداشت و درمان، خسارت را محاسبه و پرداخت می‌کنند.

#### ۹. برخی از نشانه‌های عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی در کشور

با نگاهی به مصوبات شورای عالی بیمه (آئین‌نامه شماره ۴۴ و ۴۴/۱) می‌توان به این نقاط ضعف اشاره کرد:

- در مورد اعمال جراحی مغز و اعصاب، هزینه‌های دیسک ستون فقرات پرداخت نمی‌گردد که نشان‌دهنده محدودیتی در این بند است.

- برای گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر، علاوه بر فرانشیز تعیین شده در بند ۱-۴، ده درصد فرانشیز اضافی از هزینه‌های قابل قبول کسر خواهد شد.

- حداکثر تعهد سالانه برای جبران هزینه‌های آمبولانس و سایر فوریت‌های پزشکی که نهایتاً منجر به بستری شدن بیمه‌شده در بیمارستان گردد برای تمامی گروه‌ها یکسان است.

- مدت انتظار جهت استفاده از پوشش هزینه‌های زایمان (طبیعی و سزارین) ۶ ماه است که صرفاً برای گروه‌های کمتر از ۱۰۰۰ نفر اعمال می‌شود.

- تهیه اعضای طبیعی بدن (صرفاً برای گروه‌های بالاتر از ۱۰ هزار نفر) حداکثر به میزان تعهد پایه سالیانه با نرخ حق بیمه‌ای معادل ۰/۰۵ در هزار مبلغ تعهدشده در این مورد برای هر نفر قابل بیمه‌شدن است.

- عدم وجود بیمه جامع درمانی در مصوبات شورای عالی بیمه در نرخ حق بیمه گروه‌های کمتر از پنجاه نفر، محدودیت‌های دیگری وجود دارد که عبارتند از:

- نرخ حق بیمه، حداقل ۷۰٪ بیشتر از نرخ‌های مربوط به هر یک از پوشش‌هاست.

- پرداخت هزینه‌های انکساری چشم مجاز نیست.

- در سال اول قرارداد، جبران هزینه‌های زیان و هزینه درمان بیماری‌هایی که سابقه قبلی دارند، استثناء شود.
  - حق بیمه سالانه باید یکجا دریافت شود.
  - صدور بیمه‌نامه صرفاً توسط شرکت بیمه انجام شود.
- همچنین با توجه به عملکرد صنعت بیمه در رشته درمان، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:
- در سال ۱۳۸۲، رشد تعداد بیمه‌نامه نسبت به سال ۱۳۸۱،  $۸۰/۷۱\%$ ، در سال ۱۳۸۳ نسبت به سال ۱۳۸۲،  $۴۱/۳۱\%$  و در سال ۱۳۸۴ نسبت به سال ۱۳۸۳،  $۲۱/۷\%$  بوده است (گزارش آماری بیمه کشور در سال‌های ۸۴-۸۱).

### ۱۰. فرضیه‌های تحقیق

فرضیه‌های این پژوهش به این شرح ذیل است:

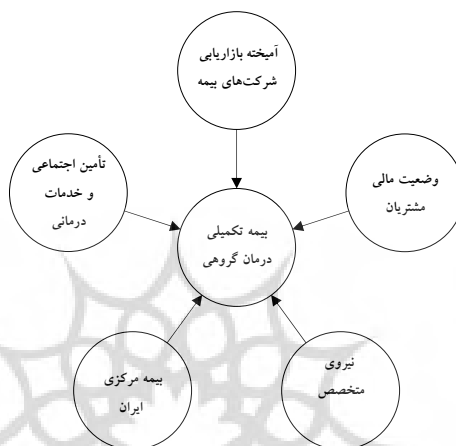
۱. فرضیه ۱. آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه در عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی موثر است.
۲. فرضیه ۲. عملکرد نامناسب بیمه مرکزی ایران در عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی مؤثر است.
۳. فرضیه ۳. فعالیت سازمان‌های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی در عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی مؤثر است.
۴. فرضیه ۴. وضعیت مالی مشتریان در عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی مؤثر است.
۵. فرضیه ۵. کمبود، کاهش انگیزه و به‌روزی نبودن نیروی متخصص در شرکت‌های بیمه در عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی مؤثر است.

### ۱۱. مدل مفهومی تحقیق

چارچوب مفهومی به پژوهشگران کمک می‌کند تا روابط معینی را در بررسی مسأله تحقیق در نظر گرفته و به این وسیله، شناخت کامل و بهتری از مسأله و راه‌حل‌های

مربوط ارائه نمایند. با توجه به موارد فوق، همان‌گونه که در نمودار ۱ ملاحظه می‌شود، براساس مباحث نظری و تجربی و تحقیقات پیشین و مصاحبه با خبرگان، وجود عوامل زیر به اثبات رسیده است که تأثیر آنها را بر عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی بررسی می‌کنیم. در تحقیق حاضر، متغیرهای مورد مطالعه در ۶ مورد دسته‌بندی می‌شود.

نمودار ۱. مدل مفهومی تحقیق



#### ۱-۱۱. آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه

در این مورد، به یکسری معیارها پرداخته می‌شود که عبارتند از: تأخیر در پرداخت خسارت، کانال‌های فروش غیراینترنی بیمه توسط سازمان‌های بیمه‌گر، کندی عمل در صدور بیمه‌نامه، کندی عمل در پرداخت خسارت، عدم برنامه‌ریزی صحیح در جهت ایجاد طرح‌های مناسب بیمه‌ای، عدم برنامه‌ریزی آموزشی برای افراد جهت جذب مشتری در شرکت‌های بیمه، اطلاع‌رسانی ضعیف و عدم ارائه توصیه‌های مورد نیاز در مورد پوشش‌های بیمه تکمیلی درمان، عدم کاربرد نمادهای بیمه‌ای در بیمه‌نامه‌ها، عدم تناسب حق بیمه‌ها با پوشش‌های ارائه‌شده از طرف شرکت‌های بیمه و



تبلیغات و بازاریابی محدود برای آگاهی افراد در مورد مزایای بیمه تکمیلی درمان گروهی.

#### ۱۱-۲. بیمه مرکزی ایران

معیارهایی که برای این مورد در نظر گرفته شده است عبارتند از: وجود محدودیت‌هایی در مصوبات شورای عالی بیمه، عدم ایجاد تنوع در بیمه‌های تکمیلی درمان گروهی، عدم طبقه‌بندی در پرداخت کارمزدها به نمایندگان و کارگزاران، تعیین حق‌بیمه‌ها بدون استفاده از اکچوئرها و عدم تصویب به موقع آئین‌نامه‌های لازم جهت هماهنگی با تعرفه‌های بیمارستانی.

#### ۱۱-۳. تأمین اجتماعی و خدمات درمانی

جهت بررسی فعالیت تأمین اجتماعی و خدمات درمانی، معیارهای زیر در نظر گرفته شده است: اشتباهات در امور کاری کارکنان سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی به علت ایجاد بدبینی به شرکت‌های بیمه، عدم ارائه اطلاعات در مورد بیمه تکمیلی درمان گروهی از طرف سازمان‌های خدمات درمانی و تأمین اجتماعی به مشتریان بیمه تکمیلی درمان گروهی و کاغذبازی‌ها در امر صدور بیمه‌نامه در سازمان‌های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی.

#### ۱۱-۴. وضعیت مالی مشتریان بیمه تکمیلی درمان گروهی

وضعیت مالی مشتریان بیمه به‌عنوان عاملی که در عدم توسعه بیمه درمان گروهی مؤثر است، در نظر گرفته شد.

#### ۱۱-۵. نیروی متخصص

جهت بررسی نیروی متخصص، این معیارهای در نظر گرفته می‌شوند: کمبود نیروی متخصص در ارزیابی خسارت طبق شرایط و ضوابط، کمبود نیروی متخصص آشنا به صدور بیمه‌نامه و شرایط قرارداد بیمه تکمیلی درمان گروهی، کاهش انگیزه در افراد متخصص بیمه درمان جهت ارائه خدمات به مشتریان به علت سودآور نبودن آن، عدم

آگاهی افراد متخصص از بیمه‌نامه‌های جدید بیمه تکمیلی درمان گروهی در شرکت‌های بیمه و به‌روزی نبودن این افراد.

#### ۱۲. اهداف تحقیق

با توجه به جایگاه و اهمیت این رشته بیمه‌ای در جوامع توسعه‌یافته، اهداف تحقیق را در کشورمان می‌توان به صورت زیر خلاصه کرد:

- شناسایی عوامل مؤثر بر عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی

- اولویت‌بندی عوامل شناسایی شده

- ارائه راهکارهایی جهت توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی

#### ۱۳. روش جمع‌آوری اطلاعات

در این تحقیق از روش‌های کتابخانه‌ای (کتاب، مقالات و متون اینترنتی) و همچنین مصاحبه و پرسش‌نامه استفاده می‌شود.

#### ۱۴. قلمرو تحقیق

قلمرو موضوعی تحقیق، بیمه‌های اشخاص به‌طور اعم است که بیمه‌های درمانی (موضوع خاص این تحقیق) یکی از انواع آن به حساب می‌آید. نگاهی به آمارهای منتشرشده از سوی بیمه مرکزی ایران در سال‌های اخیر، رشد نسبی و توجه بیشتر به بیمه‌های درمانی نسبت به گذشته را نمایان می‌سازد. با توجه به اینکه بیشتر فعالیت‌های بیمه درمانی در شهر تهران تمرکز یافته است، این شهر، قلمرو مکانی این تحقیق انتخاب گردیده است.

#### ۱۵. جامعه و نمونه آماری تحقیق

جامعه آماری تحقیق، شامل کلیه کارشناسان و کارشناسان ارشد شاغل در شرکت‌های بیمه ایران، دانا، آسیا و البرز است که در امر صدور و پرداخت خسارت‌های بیمه تکمیلی درمان گروهی فعالیت دارند. نمونه آماری این تحقیق، کارشناسان و کارشناسان ارشد مورد نظر در این شرکت‌ها هستند.

**۱۶. روش نمونه‌گیری**

در این تحقیق از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده بهره‌جسته‌ایم که در آن هر یک از عناصر جامعه مورد نظر برای انتخاب‌شدن، شانس مساوی دارند.

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

$$n_0 = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)}{(0.1)^2} = 96.04$$

پس با خطای  $d=0/1$  مقدار  $n_0=96/04$  است.

$$n = \frac{96/04}{1 + \frac{96/04}{500}} = 80/56 \approx 80$$

و می‌دانیم که  $N=500$

پس تعداد نمونه برای جامعه  $N=500$  نفری برابر با  $n=80$  است.

در این تحقیق، نمونه ۸۰ نفری است که با استفاده از روش نمونه‌گیری ساده از بین جامعه ۵۰۰ نفری انتخاب شده‌اند.

**۱۷. آزمون فرضیه‌های تحقیق**

در این مقاله، فرضیه‌ها مورد آزمون قرار گرفتند که چگونگی آن در ادامه آورده شده است و همچنین جدول‌های SPSS آزمون فرضیه‌های تحقیق در پیوست موجود است.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

### ۱۷-۱. آزمون فرضیه اول

جهت آزمون فرضیه اول، ابتدا نرمال بودن داده‌های مربوط به این فرضیه را مورد آزمون قرار می‌دهیم. جهت آزمون نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف استفاده می‌کنیم.

$$\begin{cases} H_0: \text{داده‌های مربوط به فرضیه اول نرمال است} \\ H_1: \text{داده‌های مربوط به فرضیه اول نرمال نیست} \end{cases}$$

پس از ورود اطلاعات در نرم‌افزار SPSS، P-value (میزان احتمالی که در مقایسه با  $\alpha$  فرضیه را می‌توان رد کرد یا پذیرفت) به دست آمد که به شرح زیر، آزمون را انجام می‌دهیم:

$$\left. \begin{array}{l} P\text{-value} = 0/143 \\ \alpha = 0/05 \end{array} \right\} \longrightarrow 0/143 > 0/05$$

چون P-value از  $\alpha$  بزرگتر است پس فرضیه  $H_0$  رد نمی‌شود. به این معنی که پاسخ سؤالات مربوط به فرضیه اول نرمال هستند؛ چون پاسخ سؤالات مربوط به فرضیه اول نرمال هستند پس از آزمون t-student استفاده می‌کنیم. جهت تأیید یا رد این فرضیه به شکل زیر عمل کردیم:

$$\begin{cases} H_0: \text{آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه در عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی مؤثر نیست} \\ H_1: \text{آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه در عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی مؤثر است} \end{cases}$$

$$\begin{cases} H_0: \mu \leq 3 & \text{نقیض ادعا} \\ H_1: \mu > 3 & \text{ادعا} \end{cases}$$

پس از ورود اطلاعات در نرم‌افزار SPSS، P-value = 0/00001 که این مقدار از  $\alpha = 0/05$  کمتر است. پس فرض  $H_0$  رد می‌گردد و فرض  $H_1$  رد نمی‌شود؛ به این

معنی که آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه در عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی مؤثر است. با توجه به اینکه آزمون بقیه فرضیه‌ها همانند فرضیه اول است از آوردن آنها خودداری کردیم و تمام فرضیه‌ها با اطمینان ۹۵ درصد رد نشدند.

### ۱۸. اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی

جهت رد یا عدم رد یکسان‌بودن تأثیر عوامل مؤثر بر عدم توسعه بیمه مذکور از آزمون تحلیل واریانس استفاده می‌کنیم.

اثر تمامی عوامل مؤثر بر عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی با هم برابر است:  $H_0$   
دست‌کم، اثر دو عامل مؤثر بر عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی با هم برابر نیست:  $H_1$

$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3 = \mu_4 = \mu_5$   
دست‌کم دو تا از میانگین‌ها نابرابرند:  $H_1$

$P\text{-value} = 0/006$   
 $\alpha = 0/05$  }  $\rightarrow 0/006 < 0/05$

چون P-value از  $\alpha$  کمتر است پس فرضیه  $H_1$  رد نمی‌گردد؛ به این معنی که دست‌کم، اثر دو عامل مؤثر بر عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی با هم برابر نیست. جهت اولویت‌بندی عوامل از میانگین نظرات استفاده می‌کنیم.

جدول ۱. میانگین نظرات پاسخ‌دهندگان

عامل	گروه ۱	گروه ۲
کمیبود، کاهش انگیزه و به‌روزی‌بودن نیروی متخصص	۳/۸۵۶۳	
آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه	۳/۷۳	
عملکرد نامناسب بیمه مرکزی ایران		۳/۵۸۵
فعالیت تأمین اجتماعی و خدمات درمانی		۳/۵۶۵۶
وضعیت مالی مشتریان		۳/۵۴۱۷

اگر بخواهیم نتایج حاصل از اولویت‌بندی عوامل را به جامعه تعمیم دهیم، فعالیت بیمه مرکزی ایران، فعالیت تأمین اجتماعی و خدمات درمانی وضعیت مالی مشتریان در یک گروه قرار می‌گیرند؛ یعنی، اثر تقریباً یکسانی بر عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی دارند و کمبود و کاهش انگیزه و به‌روزنه‌بودن نیروی متخصص و آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه در یک گروه قرار می‌گیرند.

### ۱۹. نتیجه‌گیری

با توجه به تحقیق انجام‌شده و نتیجه آزمون فرضیات، عوامل زیر بر عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی مؤثر است:

- کاستی و کمبود آگاهی افراد متخصص از بیمه‌نامه‌های جدید در مورد بیمه تکمیلی درمان گروهی و به‌روزنه‌بودن این افراد باعث می‌شود در صدور بیمه‌نامه و ارزیابی خسارت به موارد مهم توجه نشود و خدمات متناسب با نیاز مشتریان ارائه نگردد.
- تأخیر در انجام تعهدات توسط شرکت‌های بیمه، مخصوصاً تأخیر در پرداخت خسارت، کندی عمل در صدور بیمه‌نامه و پرداخت خسارت
- کانال‌های فروش غیرایترنتی بیمه و استفاده از روش‌های فروش قدیمی که معایبی، مانند محدودیت زمانی در فروش بیمه‌نامه، عدم ارائه خدمات هم‌زمان به چندین متقاضی و تأخیر در ارائه خدمات را دارد.
- عدم برنامه‌ریزی صحیح در جهت ایجاد طرح‌های مناسب بیمه‌ای که متناسب با نیاز بیمه‌شدگان باشد و همچنین عدم برنامه‌ریزی آموزشی برای پرسنل بخش بازاریابی جهت جذب مشتریان بالقوه
- اطلاع‌رسانی ضعیف و عدم ارائه توصیه‌های مورد نیاز در مورد پوشش‌های بیمه تکمیلی درمان گروهی که باعث عدم آگاهی جامعه از پوشش‌های بیمه‌ای می‌شود.
- عدم کاربرد نمادهای بیمه‌ای در عنوان بیمه‌نامه‌ها، تبلیغات و بازاریابی محدود برای آگاهی افراد در مورد مزایای بیمه مذکور

- عدم تناسب حق بیمه‌ها با پوشش‌های ارائه شده از طرف شرکت‌های بیمه، به این دلیل که حق بیمه‌ها با درآمد مردم و پوشش‌های ارائه شده و تعرفه‌های بیمارستانی هماهنگ نیست باعث نارضایتی مشتریان و شرکت‌های بیمه می‌شود.
- وجود محدودیت‌هایی در مصوبات شورای عالی بیمه، عدم ایجاد تنوع در بیمه‌های تکمیلی درمان گروهی توسط شورای عالی بیمه که باعث می‌شود بیمه‌شدگان نتوانند متناسب با نیاز خود، بیمه تکمیلی درمان مناسب را خریداری کنند.
- عدم طبقه‌بندی در پرداخت کارمزدها به نمایندگان و کارگزاران توسط شورای عالی بیمه؛ تعیین کارمزدهایی که متناسب با فعالیت نمایندگان و کارگزاران نباشد باعث دلسردی آنها جهت تبلیغ و جذب مشتری می‌شود. همچنین، تعیین حق بیمه‌ها بدون استفاده از اکچوئرها و عدم تصویب به موقع آئین‌نامه‌های لازم جهت هماهنگی با تعرفه‌های بیمارستانی توسط شورای عالی بیمه و عدم اصلاحات لازم در مورد ارائه خدمات به مشتریان بیمه، به نظر خبرگان از جمله عواملی هستند که اثر زیادی در عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی دارند.
- اشتباهات در امور کاری کارکنان سازمان تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و بروکراسی اداری و کاغذبازی‌ها که باعث تلف شدن وقت مراجعین می‌شود و موجبات بدبینی به سازمان‌های بیمه‌گر را فراهم می‌نماید و همچنین عدم ارائه اطلاعات در مورد بیمه تکمیلی درمان گروهی از طرف سازمان‌های خدمات درمانی و تأمین اجتماعی به سازمان‌های خریدار بیمه تکمیلی درمان گروهی و حتی به مردم، در عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی نقش دارد.
- وضعیت مالی مشتریان، در عدم توسعه، نقش عمده‌ای دارد. منظور از وضعیت مالی مشتریان، حقوق کارکنان سازمان‌های دیگر، قبل از کسر حق بیمه است و با توجه به اینکه حقوق آنها به گونه‌ای است که حتی نیازهای ضروری خود را نمی‌توانند برآورده نمایند از خرید بیمه مذکور خودداری می‌کنند.

- کمبود نیروی متخصص در صدور بیمه‌نامه و آشنا به شرایط قرارداد بیمه تکمیلی درمان گروهی، کمبود نیروی متخصص در ارزیابی خسارت طبق شرایط و ضوابط، که باعث ایجاد اشتباه در امور کاری می‌شود و در نتیجه، خسارت به خوبی ارزیابی نمی‌گردد؛ همچنین کاهش انگیزه در افراد متخصص بیمه درمان که باعث ارائه خدمات محدود به مشتریان گردیده و در نهایت، نارضایتی خریداران را فراهم می‌کند. به‌طور خلاصه می‌توان بیان کرد که کمبود نیروی متخصص در صدور و ارزیابی خسارت و عدم آگاهی آنها از بیمه‌نامه‌های جدید و آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه در عدم توسعه بیمه مذکور مؤثر است؛ بدین معنی که شرکت‌های مذکور در زمینه انجام تعهدات، صدور بیمه‌نامه و پرداخت خسارت، کانال‌های فروش، برنامه‌ریزی صحیح در جهت ایجاد طرح‌های مناسب بیمه‌ای، تناسب حق بیمه‌ها با پوشش‌های ارائه شده و تبلیغات و بازاریابی، دارای نقاط ضعف هستند؛ همچنین، بیمه مرکزی ایران جهت ایجاد تنوع در زمینه بیمه تکمیلی درمان گروهی اقدام نکرده است و خدمات ضعیف تأمین اجتماعی و خدمات درمانی که باعث بدبینی افراد به شرکت‌های بیمه شده در عدم توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی مؤثر است.

## ۲۰. پیشنهادات

با توجه به تحقیق انجام شده و نظرات کارشناسان و کارشناسان ارشد که در امر بیمه تکمیلی درمان گروهی فعالیت دارند، پیشنهادات زیر جهت رفع موانع توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی ارائه می‌شود:

آموزش‌های به‌روز و علمی برای نیروی متخصص جهت تسریع در صدور بیمه‌نامه و ارزیابی خسارت و آشنانمودن آنها با شرایط قرارداد بیمه تکمیلی درمان گروهی از طریق ارتباط با مراکز آموزشی و همچنین، افزایش انگیزه در کارمندان جهت ارائه خدمات باکیفیت از طریق روش‌های انگیزشی، از نظر کارشناسان در جهت رفع موانع توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی مفید است.



انجام به موقع تعهدات توسط شرکت‌های بیمه، مخصوصاً سرعت عمل در پرداخت خسارت، امر مهمی است. با توجه به اینکه خطر موضوع بیمه درمان، بیماری است و انسان در موقع بیماری، دچار استرس‌های روانی و روحی می‌شود و همچنین تأکید بیمارستان‌ها بر دریافت هزینه درمان قبل از معالجه، سرعت عمل در پرداخت خسارت در رضایت بیمه‌شدگان نقش بسزایی دارد.

شرکت‌های بیمه باید به کانال‌های فروش اینترنتی بیمه توجه کنند. کانال‌های فروش اینترنتی، محاسنی مانند نداشتن محدودیت زمانی، امکان پاسخ‌گویی به چندین مخاطب را دارد و همچنین با استفاده از این کانال‌ها در وقت و هزینه خریداران صرفه‌جویی می‌شود.

برنامه‌ریزی آموزشی برای کارکنان بخش بازاریابی جهت جذب مشتری، مانند اعزام کارکنان بازاریابی به خارج از کشور (تا از تجربیات و دانش کشورهای خارجی در مورد چگونگی تبلیغ و توسعه بیمه تکمیلی درمان گروهی بهره‌مند شوند).

اطلاع‌رسانی و ارائه توصیه‌های مورد نیاز در مورد پوشش‌های بیمه تکمیلی درمان گروهی؛ کاربرد نمادهای بیمه‌ای در عنوان بیمه‌نامه‌ها که اثر روانی دارد و همچنین فعالیت جهت جذب مشتری و تبلیغات مناسب و مستمر، سبب افزایش تعداد بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان می‌شود و با توجه به قانون اعداد بزرگ، این امر، خود منجر به تقلیل حق بیمه‌های تعیین‌شده توسط بیمه‌گران می‌شود و نهایتاً بیمه‌گران با نرخ‌های کمتر، تعهدات بالاتری را ارائه می‌دهند.

ایجاد تنوع در بیمه‌های تکمیلی درمان گروهی توسط شورای عالی بیمه موجب می‌شود که خریداران متناسب با نیاز و درآمد خود، بیمه مورد نظر را خریداری کنند. باید شورای عالی بیمه به گونه‌ای کارمزدها را تعیین کند که باعث ترغیب نمایندگان جهت تبلیغ و فروش این نوع بیمه شود و تعیین حق بیمه‌ها با توجه به روش‌های

آماري و اکچوئري توسط شوراي عالي بیمه، که جهت تحقق این امر باید روش‌ها و سیستم‌های مکانیزه عملیاتی و نگهداری اطلاعات طراحی گردند.

ارائه اطلاعات در مورد بیمه مذکور به سازمان‌های خریدار بیمه تکمیلی درمان گروهی و بیمه‌شدگان، همچنین تسریع در امر صدور بیمه‌نامه و پرداخت خسارت در سازمان‌های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی که باعث خوش‌بینی افراد به سازمان‌های بیمه‌ای می‌شود.

تعدیل در تعرفه‌های بیمارستانی به گونه‌ای که با درآمد مردم و نرخ تورم هماهنگ باشد و همچنین نظارت دقیق وزارت بهداشت و درمان بر بیمارستان‌های خصوصی در زمینه دریافت هزینه‌های درمانی از بیماران، که باعث رضایت بیمه‌شدگان خواهد شد.

### پیوست: جداول SPSS

#### Reliability

\*\*\*\*\* Method 1 (space saver) will be used for this analysis \*\*\*\*\*

#### RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

#### Reliability Coefficients

N of Cases = 80.0

N of Items = 23

Alpha = .7935

#### NPar Tests

#### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		آمیخته بازاریابی شرکتهای بیمه
N		80
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	3.7300
	Std. Deviation	.42139
Most Extreme Differences	Absolute	.128
	Positive	.061
	Negative	-.128
Kolmogorov-Smirnov Z		1.149
Asymp. Sig. (2-tailed)		.143

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

**NPar Tests**

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		بیمه مرکزی ایران
N		80
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	3.5850
	Std. Deviation	.67112
Most Extreme Differences	Absolute	.134
	Positive	.134
	Negative	-.096
Kolmogorov-Smirnov Z		1.195
Asymp. Sig. (2-tailed)		.115

a. Test distribution is Normal.  
b. Calculated from data.

**NPar Tests**

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		تأمین اجتماعی و خدمات درمانی
N		80
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	3.5656
	Std. Deviation	.55081
Most Extreme Differences	Absolute	.133
	Positive	.122
	Negative	-.133
Kolmogorov-Smirnov Z		1.192
Asymp. Sig. (2-tailed)		.116

a. Test distribution is Normal.  
b. Calculated from data.

**NPar Tests**

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		مشتریان
N		80
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	3.5417
	Std. Deviation	.70237
Most Extreme Differences	Absolute	.146
	Positive	.095
	Negative	-.146
Kolmogorov-Smirnov Z		1.303
Asymp. Sig. (2-tailed)		.067

a. Test distribution is Normal.  
b. Calculated from data.

**NPar Tests**

**One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test**

		نیروی متخصص
N		80
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	3.8563
	Std. Deviation	.74394
Most Extreme Differences	Absolute	.141
	Positive	.111
	Negative	-.141
Kolmogorov-Smirnov Z		1.261
Asymp. Sig. (2-tailed)		.083

a. Test distribution is Normal.  
b. Calculated from data.

**Oneway**

**ANOVA**

HYPO

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	5.749	4	1.437	3.633	.006
Within Groups	156.272	395	.396		
Total	162.021	399			

**Post Hoc Tests**  
**Homogeneous Subsets**

HYPO

GROUP	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
Student-Newman-Keuls <sup>a</sup>			
مشتریان	80	3.5417	
تأمین اجتماعی و خدمات درمانی	80	3.5656	
بیمه مرکزی ایران	80	3.5850	
آمیخته بازاریابی شرکتهای بیمه	80	3.7300	3.7300
نیروی متخصص	80		3.8563
Sig.		.232	.205

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.  
a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 80.000.

آمیخته بازاریابی شرکت‌های بیمه

One-Sample T: hypo1

Test of mu = 3 vs mu > 3

Variable	N	Mean	StDev	SE Mean
hypo1	80	3.7300	0.4214	0.0471

Variable	95.0% Lower Bound	T	P
hypo1	3.6516	15.49	0.000

بیمه مرکزی ایران

One-Sample T: hypo2

Test of mu = 3 vs mu > 3

Variable	N	Mean	StDev	SE Mean
hypo2	80	3.5850	0.6711	0.0750

Variable	95.0% Lower Bound	T	P
hypo2	3.4601	7.80	0.000

تأمین اجتماعی و خدمات درمانی

One-Sample T: hypo3

Test of mu = 3 vs mu > 3

Variable	N	Mean	StDev	SE Mean
hypo3	80	3.5656	0.5508	0.0616

Variable	95.0% Lower Bound	T	P
hypo3	3.4631	9.18	0.000

مشتریان

One-Sample T: hypo5

Test of mu = 3 vs mu > 3

Variable	N	Mean	StDev	SE Mean
hypo5	80	3.5419	0.7021	0.0785

Variable	95.0% Lower Bound	T	P
hypo5	3.4112	6.90	0.000

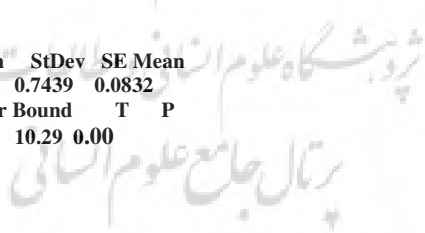
نیروی متخصص

One-Sample T: hypo6

Test of mu = 3 vs mu > 3

Variable	N	Mean	StDev	SE Mean
hypo6	80	3.8563	0.7439	0.0832

Variable	95.0% Lower Bound	T	P
hypo6	3.7178	10.29	0.000



## منابع

۱. آذر، عادل، مؤمنی، منصور ۱۳۸۰، *آمار و کاربرد آن در مدیریت*، انتشارات سمت، تهران، ج ۲.
۲. ایثاری، بهزاد ۱۳۷۴، 'بیمه‌های درمانی'، نشریه بیمه مرکزی ایران، ش ۳۷.
۳. بلوریان تهرانی، محمد ۱۳۷۶، *بازاریابی و مدیریت بازار*، مؤسسه مطالعات و پژوهش‌های بازرگانی، تهران.
۴. تاج‌زاده نمین، حسین ۱۳۸۲، *مدیریت بازاریابی خدمات*، انتشارات سمت، تهران، ج ۲.
۵. حسن‌زاده کریم‌آبادی، حمیدرضا ۱۳۷۷، *بررسی عوامل مؤثر بر رضایت ناظر بیمه‌گذاران با تأکید بر بیمه‌های حوادث و درمان*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران، دانشکده مدیریت.
۶. زارع، حسین ۱۳۸۴، *بیمه درمان پایه*، انتشارات علمی - فرهنگی سازمان خدمات درمانی، ج ۱.
۷. کریمی، آیت ۱۳۷۴، 'بیمه تأمین هزینه‌های درمانی'، *فصلنامه صنعت بیمه*، ش ۳۹.
۸. گزارش آماری بیمه کشور در سال‌های ۸۴-۸۱، اداره بررسی‌های آماری بیمه مرکزی ایران.
۹. مارگات ای، لینچ ۱۳۸۲، *گزیده واژه‌شناسی بیمه درمان*، ترجمه قاسمی، مهدی و صفی‌خانی، حمیدرضا، انتشارات اداره کل مطالعات و پژوهش سازمان بیمه خدمات درمانی.
۱۰. محمودصالحی، جانعلی ۱۳۷۴، *بیمه‌های اشخاص*، نشر بیمه مرکزی ایران، تهران، ج ۱.
۱۱. نشاط تهرانی، مصطفی ۱۳۷۴، 'نقش شرکت‌های بیمه در تأمین هزینه‌های درمانی'، *فصلنامه صنعت بیمه*، ش ۳۹.

12. Delta Dental Plans Association 1995, *Facts and figures: a report on the dental benefits markets*, Chicago, IL: Delta Dental Plans Association.

13. Folland, Sh, Goodman, AC & Stano, M 2002, *The economics of health and health insurance*, 3<sup>rd</sup>ed, Prentic Hall, New Jersey.

14. Keenan, PS, Cutler, DM & Chernew, M 2006, 'The graying of group health insurance', *Health Affairs*, vol. 25, no. 6.

15. Kerns, WK 1994, *Protection against income loss during the first 6 months of illness or injury*, Third Printing.

16. Monheit, AC, Cantor, JC & Banerjee, P 2005, *Assessing policy options for the non-group health insurance market: simulation of the impact of modified community rating in the New Jersey individual health coverage program*, viewed 20 April 2007 <<http://www.cshp.rutgers.edu>>.

