

بررسی تطبیقی سیستم بیمه خدمات درمانی مکمل رویکرد سوئیس و چین

مؤلفان: دکتر سعید صحت^۱

وحید نجفی^۲

چکیده

در اغلب کشورهای صنعتی دو نوع پوشش بیمه خدمات درمانی ارائه می‌شود. این دو نوع پوشش بیمه پایه و مکمل می‌توانند جداگانه یا به صورت یکپارچه ارائه شوند. در کشور چین هر دو پوشش ارائه می‌شود که بسته پوشش پایه دارای محدودیت مخارج پزشکی برای بیمه‌شده است و خدمات پایه را پوشش می‌دهد. در سوئیس بیمه‌گران، دو پوشش به صورت یکپارچه یا جداگانه ارائه می‌دهند. بسته مزایای پایه، مراقبت دندان پزشکی و چند استثنا را شامل نمی‌شود. در بازار بیمه درمانی سوئیس زمانی که مطلوبیت خرید بیمه پایه از هزینه مزایای بیمه پایه بیشتر باشد، بیمه‌گذار، بیمه پایه را ترجیح می‌دهد.

روش یکپارچه ارائه بیمه درمان پایه و مکمل نسبت به روش تفکیک شده آن هزینه کمتری دارد؛ زیرا در روش تفکیک شده، هزینه‌های اداری اضافی به ازای هر قرارداد بیمه مکمل به مخارج بیمه‌ای اضافه می‌شود. موضوع بااهمیت در مراقبت سلامت، دسترسی همه مردم به بسته مزایای پایه است. که این پوشش پایه مزایای حداقلی برای بیمه‌شدگان فراهم می‌کند. اما افرادی که مایل هستند پوشش بیمه‌ای حداکثر داشته باشند باید قادر به خرید بیمه مکمل باشند. بیمه‌گرها برای پوشش پایه باید حق بیمه یکسانی از بیمه‌شدگان دریافت کنند ولی برای مزایای مکمل می‌توانند حق بیمه متناسب با ریسک هر فرد دریافت کنند. در ایران پوشش بیمه پایه از پوشش بیمه مکمل کاملاً جداست و این رویکرد مشکلاتی ایجاد می‌کند. در شرایط کنونی استفاده از تجارب سایر کشورها در این زمینه می‌تواند راهگشا باشد.

۱. عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده مدیریت و حسابداری

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت بازرگانی، دانشگاه علامه طباطبائی

مقدمه

پایه محدود می‌شوند، آنها برای انتخاب دلخواه^۱ انگیزه دارند، یعنی جذب ریسک‌های پایین و دوری از افراد پر ریسک.

سیستم بیمه خدمات درمانی در کشور ما دو پوشش جداگانه دارد که پوشش بیمه‌های درمانی عمومی توسط دولت (سازمان تأمین اجتماعی - سازمان بیمه خدمات درمانی) ارائه می‌شود و پوشش بیمه‌های درمانی مکمل توسط شرکت‌های بیمه بازرگانی ارائه می‌شود. در حال حاضر به دلیل تعدد متولیان بیمه‌های درمان در کشورمان، با مشکلات فراوانی مواجه هستیم از جمله: استفاده هم‌زمان بعضی افراد از چند پوشش بیمه درمان، عدم پوشش بعضی افراد به دلیل جامع نبودن اطلاعات و پوشش بیمه‌ای و مشکلات مربوط به تعرفه گذاری خدمات پزشکی چون همه افراد از یک نوع پوشش پایه استفاده نمی‌کنند.

در این مقاله تجربیات دو کشور چین و سوئیس در زمینه بیمه‌های درمانی بررسی می‌شود. کشور سوئیس به دلیل تجربیات موفق در زمینه ادغام بیمه‌های پایه و مکمل و کشور چین نیز به دلیل داشتن سیستم بهداشت و درمان مشابه کشور ایران انتخاب شدند. در نهایت با بهره‌گیری از تجربیات این کشورها در زمینه بیمه‌های درمان و وضعیت بیمه‌های درمان در ایران پیشنهادهای در جهت بهبود سیستم بیمه‌های درمانی در ایران ارائه می‌شود.

۱. وضعیت بیمه خدمات درمانی

۱-۱. سوئیس

در سوئیس بسته مزایای پایه، مخارج مراقبت سرپایی، داروها و اقامت در بیمارستان را پوشش می‌دهد و مراقبت دندان پزشکی و چند استثنای دیگر را شامل نمی‌شود. در بازار برای بیمه دولتی پایه، بیمه‌گرها ملزم هستند که حق بیمه یکسانی را درخواست کنند و هر متقاضی را بپذیرند. شهروندان بین صندوق‌های بیماری غیرانتفاعی انتخاب آزادانه دارند. در سال ۱۹۹۸، بازار بیمه خدمات درمانی پایه دوسوم از کل هزینه‌های بیمه

در اغلب کشورهای صنعتی، پوشش بیمه خدمات درمانی پایه را از طریق سیستم بیمه درمانی عمومی به دست می‌آورند. جایی که حق بیمه‌ها براساس ریسک نیست. به علاوه خدمات درمانی می‌تواند از طریق بیمه درمانی مکمل فراهم شود. در این کشورها پوشش بیمه پایه و مکمل می‌تواند از بیمه‌گرهای مشابه خریداری شود. در اتریش و آلمان، برای مثال، پوشش پایه و مکمل کاملاً جدا از هم هستند؛ یعنی آنها باید توسط بیمه‌گرهای متفاوتی ارائه شوند. بیمه‌گرهایی که پوشش پایه ارائه می‌کنند عهده‌دار حق بیمه‌های ارزیابی شده مبتنی بر جمعیت هستند. در حالی که بیمه‌گرها حق بیمه تعدیل شده بر مبنای ریسک را برای بیمه مکمل می‌فروشند. تجزیه و تحلیل بازار بیمه خدمات درمانی چین نشان می‌دهد که بیشترین قراردادهای بیمه خدمات درمانی شامل هر دو پوشش بیمه پایه و مکمل است. ترکیب پوشش پایه، مخارج پزشکی بیمه شده را تا حدی که براساس قانون محدود شده است، بازپرداخت می‌کند؛ در صورتی که ترکیب پوشش مکمل، مخارج غیرپزشکی بیمه شده را با توجه به نوع پوشش پرداخت می‌کند. با بررسی رابطه بین میزان پوشش بیمه پایه و میزان خسارت بعدی و همچنین تصمیم به خرید بیمه مکمل و میزان خسارت‌های بعدی، در می‌یابیم که خریداران دارای خسارت بیشتر (افراد دارای ریسک بالا) پوشش بیشتری از بیمه پایه را می‌خرند. اما احتمال بیشتری وجود دارد که این خریداران، پوشش بیمه مکمل هم خریداری کنند.

در سوئیس بیمه پایه و مکمل می‌تواند ادغام شود؛ یعنی بیمه‌گرهایی که پوشش بیمه پایه ارائه می‌کنند، می‌توانند پوشش بیمه مکمل را هم بفروشند. برای پوشش بیمه پایه بیمه‌گرها موظف‌اند تا حق بیمه یکسانی را درخواست کنند. با این حال، حق بیمه‌ها برای پوشش بیمه مکمل براساس ریسک است. از آنجا که بیمه‌گرها در سوئیس برای مطالبه حق بیمه یکسان برای پوشش

خصوصیات بازار متعادل را ایجاد کند تا آشکارا از مدل استاندارد انتخاب نامساعد تفاوت داشته باشد. با توجه به اینکه افراد ثروتمند کمتر مایل هستند که بیمه مکمل داشته باشند، دولت باید تلاش کند تا دسترسی بیمه برای این بخش از جمعیت را افزایش دهد.

۲. مدل بیمه خدمات درمانی

۲-۱. سوئیس

در بازار بیمه خدمات درمانی سوئیس دو مزیت وجود دارد، مزیت پایه و مکمل. افراد با منفعتی که از هر خدمت و هزینه‌های مورد انتظار هر خدمت به دست می‌آورند، مشخص می‌شوند. فرض بر این است که دو نوع هزینه I هست. هزینه C_1 برای بیمه پایه و هزینه‌های C_2 برای مزایای بیمه مکمل. در این مدل زمانی که مطلوبیت حاصل از خرید بیمه پایه (V) بیشتر از هزینه مزایای پایه (C) باشد، بیمه‌گذار، بیمه پایه را ترجیح می‌دهد. یعنی فرد تا زمانی که خرید بیمه پایه به صرفه باشد، بیمه پایه را به بیمه مکمل ترجیح می‌دهد. بازار بیمه خدمات درمانی کاملاً رقابتی است؛ یعنی در سوئیس تعداد زیادی بیمه‌گر خدمات درمانی وجود دارد که هر دو نوع مزایا (مزایای پایه و مکمل) را به بیمه‌گران ارائه می‌دهند. در سوئیس چون بازار بیمه رقابتی است، لذا عدم تقارن اطلاعاتی وجود ندارد و بیمه‌گذار به اطلاعات کامل در خصوص انواع بیمه درمان و مزایای هر کدام دسترسی دارد. بیمه‌گرهای خدمات درمانی نسبت به ریسک، خنثی هستند (میزان ریسک افراد در انتخاب آنها تأثیری ندارد) و حداکثر سود را انتظار دارند. بیمه‌گر پایه،

خدمات درمانی را تأمین می‌کرد. بیمه مکمل خدمات هتلینگ^۱ ویژه در مورد بستری شدن را پوشش می‌دهد و پوشش مکمل مزایای بسته بیمه‌های دولتی را شامل نمی‌شود. مزایای پوشش بیمه مکمل شامل امکان درمان خارج از بخش اقامت، پوشش‌های داروهای اضافی، درمان جایگزین و دسترسی به پزشکان مقیم است. بیمه مکمل توسط صندوق‌های بیماری و بیمه‌گران انتفاعی خصوصی ارائه می‌شود. هر دو می‌توانند حق بیمه‌ها را براساس ریسک تعدیل کنند و از پوشش ریسک‌های بالا اجتناب کنند. در سال ۱۹۹۸، یک پنجم جمعیت، بیمه مکمل خریداری کردند. مخارج پوشش بیمه مکمل ۳۰/۰۹٪ از کل هزینه‌های خدمات درمانی بود.

۲-۱. چین

مطالعه بازار بیمه خدمات درمانی چین وجود عدم تقارن اطلاعات بین بیمه‌گر و بیمه‌گذار را تأیید می‌کند؛ یعنی بیمه‌گرهای خدمات درمانی، اطلاعات کامل در خصوص نوع بیمه، میزان پوشش و بسته مزایایی که هر نوع بیمه (بیمه پایه و مکمل) ارائه می‌کند در اختیار بیمه‌گذار قرار نمی‌دهند. زمانی که تفاوت‌های معناداری بین سطوح ثروت و میزان خسارت خریداران وجود دارد، افراد با ریسک پایین‌تر ممکن است بیمه بیشتری خریداری کنند - نشان‌دهنده انتخاب نامساعد است - زیرا افرادی که هزینه‌های خسارت بالاتری دارند، مایل هستند که تقاضا برای بیمه افزایش یابد. مطالعه تجربی از اطلاعات نامتقارن در بازار بیمه خدمات درمانی چین نشان می‌دهد که عدم تجانس خریدار ممکن است

زمانی که تفاوت‌های معناداری بین سطوح ثروت و میزان فسارت خریداران وجود دارد، افراد با ریسک پایین‌تر ممکن است بیمه بیشتری خریداری کنند



۱. Hoteling: کلیه خدمات غیرپزشکی که در زمان بستری شدن در بیمارستان به بیمار ارائه می‌شود.



همبستگی دارند. به هر حال، اگر عدم تجانس غیرمشهود خریدار در ارتباط با سطح‌های ثروت و میزان خسارت وجود داشته باشد، پس احتمال دارد که ماهیت تعادل بازار کاملاً متفاوت باشد و همبستگی مثبت بین بیمه خریداری‌شده و احتمال خسارت ممکن است که شرایط لازم یا کافی برای عدم تقارن اطلاعات باشد.

خریداران ثروتمندتر در مقایسه با خریداران فقیرتر بیماری‌های نیازمند درمان پزشکی را کمتر بیمه می‌کنند و زمانی که بیماری‌های تحت پوشش بیمه دارند، منابع پزشکی بیشتری مصرف می‌کنند. بیمه‌گرها دو نوع بیمه‌نامه X و Y با میزان حق بیمه PX و PY و محدودیت پوشش BX و BY از پوشش پزشکی (پایه)، و محدودیت‌های پوشش AX و AY از پوشش غیرپزشکی (مکمل) ارائه می‌دهند.

خریداران پرریسک نسبت به خریداران کم‌ریسک پوشش بیمه بیشتری (یعنی پوشش غیرپزشکی مکمل) خواهند خرید، اما پوشش بیمه‌ای کمتر، بیمه‌نامه را محدود می‌کند. از این‌رو بازار خصوصیات هر دو انتخاب مساعد و نامساعد را دارد.

در این مدل چون پرسنل مدیریت و فنی عموماً

بیمه‌گرانی هستند که مزایای پایه را ارائه می‌دهند و اگر مجاز باشند، بیمه مکمل را هم ارائه می‌دهند. این بیمه‌گرها موظف‌اند که هر متقاضی را بپذیرند و حق بیمه یکسانی برای مزایای پایه درخواست کنند.

اگر بیمه‌گر پایه مزایای مکمل ارائه کند، هزینه آن C_1 است. اگر مزایای مکمل توسط بیمه‌گر دیگر ارائه شود، هزینه‌های اداری اضافی a به ازای هر قرارداد وجود دارد. این هزینه به علت هزینه‌های تنظیم قرارداد جداگانه و ضرورت رسیدگی به خسارات به‌طور جداگانه است. بنابراین مطلوب است که بیمه پایه و مکمل از یک بیمه‌گر خریداری شود. هدف قانون‌گذار اطمینان از این است که هر کس به مزایای پایه در قیمتی که مستقل از نوع ریسک است، دسترسی داشته باشد.

۲-۲. چین

در مدل یک طرفه استاندارد عدم تقارن اطلاعات در بیمه فرض می‌شود که خریداران باید در رابطه با نوع ریسکشان متفاوت باشند. این مفروضات نشان می‌دهد که میزان بیمه خریداری‌شده و احتمال خسارت (اندازه‌گیری شده قبل یا بعد از آن) مطمئناً در تعادل

**فریداران پرریسک
نسبت به فریداران کم
ریسک پوشش بیمه
بیشتری (یعنی پوشش
غیرپزشکی مکمل)
خواهند خرید، اما
پوشش بیمه‌ای کمتر،
بیمه‌نامه را محدود
می‌کند**



خدمات درمانی، قیمت تعادلی برای مزایای پایه، باید با میانگین هزینه‌های مزایای پایه برابر باشد. بیمه‌گرهایی که مزایای بیمه مکمل ارائه می‌کنند، حق بیمه مبتنی بر ریسک P_i درخواست می‌کنند؛ یعنی افراد با ریسک بالاتر، حق بیمه بیشتر و افراد با ریسک کمتر، حق بیمه کمتر می‌پردازند. به علت هزینه‌های اداری a (هزینه‌های مربوط به صدور بیمه‌نامه مکمل)، حق بیمه عادلانه برابر است با $P_i = C_i + a$ یعنی حق بیمه برابر است با هزینه مزایای پایه به اضافه هزینه‌های اداری.

۲-۲. رویکرد یکپارچه در سوئیس

در رویکرد یکپارچه، بیمه‌گر، بیمه پایه و مکمل را با هم ارائه می‌دهد که صدور بیمه‌نامه و تعیین قیمت براساس این مراحل انجام می‌شود:

- بیمه‌گرها قیمت P را برای مزایای پایه قرار می‌دهند؛

- افراد با بیمه‌گر پایه تماس می‌گیرند. برای مزایای بیمه مکمل، بیمه‌گرهای پایه به افراد P_i پیشنهاد می‌دهند؛

- افراد تصمیم می‌گیرند که یا فقط مزایای پایه و یا مزایای پایه و مکمل را از بیمه‌گر خریداری کنند؛

سطح‌های بالاتری از درآمد نسبت به پرسنل خدمات و تولید دارند، متغیر درآمد شغلی را به‌عنوان نماینده ثروت خریدار استفاده می‌کنیم. پوشش بیمه‌ای خریداری شده توسط پرسنل مدیریت و فنی که دارای درآمد بیشتر و در نتیجه ثروت بیشتر هستند، بالاتر از حداقل پوشش می‌باشد. همچنین آنها، معمولاً پوشش‌های اضافی بیمه را نیز خریداری می‌کنند، در حالی که خرید بیمه مکمل توسط این گروه، از احتمال کمتری برخوردار است. اما کمتر محتمل است که بیمه مکمل خریداری کنند. با توجه به اینکه پرسنل مدیریت و فنی سطح درآمد بالاتری نسبت به پرسنل خدمات و تولید دارند پس از پوشش بیمه‌ای با پوشش‌های اضافی بیشتر و دارای محدودیت‌های کمتر استفاده می‌کنند. در مقابل، پرسنل خدمات و تولید از پوشش بیمه‌ای کمتر و محدودتر استفاده می‌کنند.

۳. رویکردهای ارائه بیمه پایه و مکمل

۳-۱. رویکرد جداگانه در سوئیس

در رویکرد جداگانه، بیمه پایه توسط یک بیمه‌گر و بیمه مکمل توسط بیمه‌گر دیگری ارائه می‌شود که در این رویکرد با توجه به رقابت کامل بین بیمه‌گرهای

- همه بیمه‌گرها مزایای بیمه مکمل را به افرادی که فقط مزایای پایه را از بیمه‌گرهای دیگر در مرحله ۳ خریده‌اند، پیشنهاد می‌کنند.

قیمت مزایای مکمل پیشنهادشده زمانی که افراد با بیمه‌گر تماس می‌گیرند، به‌وجود می‌آید. برای مرحله ۲، قیمت پیشنهادی P_i نمی‌تواند پایین‌تر از قیمت حداقل $m > 0$ باشد. این کار بیمه‌گران را منع می‌کند که برای فروش بیمه مکمل جداگانه یا حتی به افراد کم‌ریسک برای پذیرش بیمه مکمل پول پرداخت کنند. در مرحله ۴، فرض رقابت کامل در بازار بیمه خدمات درمانی اشاره به این دارد که بیمه‌گرها مزایای مکمل را در قیمت $C_i + a$ پیشنهاد خواهند کرد؛ یعنی اگر بیمه‌گذار بیمه مکمل را از بیمه‌گر دیگری دریافت کند هزینه اداری جدید به قیمت مزایای مکمل اضافه می‌شود. مقایسه دو رویکرد نشان می‌دهد تا زمانی که هزینه‌ها (C) بیشتر از قیمت حداقل (m) است، رویکرد یکپارچه می‌تواند منجر به قیمت بالاتر مزایای پایه نسبت به رویکرد جداگانه شود. اگر قانون‌گذار m را برابر C_L قرار دهد و تخفیف برای بیمه‌گذار را ممنوع

کند، انتخاب ریسک با توجه به مزایای مکمل ممکن نیست.

۳-۳. رویکرد چین

آنالیز اولیه بازار بیمه خدمات درمانی چین نشان می‌دهد که خریدارانی که سرانجام خسارات بیمه بیشتری ایجاد می‌کنند، مایل‌اند پوشش بیشتری از بیمه پایه خریداری کنند. اما کمتر محتمل است که بیمه مکمل خریداری کنند. به‌طور مشخص در چین خریداران متأهل و با تحصیلات پایین مایل هستند تا محدودیت‌های کمتر بیمه پایه را خریداری کنند؛ در صورتی که خریداران با تحصیلات بالاتر مایل هستند تا محدودیت‌های بیشتری خریداری کنند. نتایج گذشته نشان می‌دهد که خریداران بالغ‌تر و دائمی ممکن است هر یک بر پس‌اندازهای انباشتی یا ارتباطات خانوادگی تکیه کنند تا حمایت مالی در مورد بیماری فراهم شود. در صورتی که نتایج بعدی نشان می‌دهد که بیشتر خریداران ثروتمند و آگاه مایل هستند که ریسک‌گریزتر باشند.

آنالیز اولیه بازار
بیمه خدمات
درمانی چین
نشان می‌دهد
که خریدارانی که
سرانجام خسارات
بیمه بیشتری ایجاد
می‌کنند



تجارب سایر کشورها در
زمینه ادغام بیمه های
درمان پایه و مکمل
نشان می دهد که
هزینه های ارائه این دو
نوع پوشش بیمه ای
کاهش می یابد و
همچنین می توان
پوشش بیمه ای
جامع تر و بهتری به
افراد ارائه کرد

۴. نتیجه گیری

نگرانی عمومی مهم در ارتباط با مراقبت سلامت، اطمینان از این است که هر کس به بسته مزایای پایه دسترسی داشته باشد و همچنین کسانی که دوست دارند پوشش بیمه ای آنها عالی باشد باید بتوانند بیمه مکمل خریداری کنند. در سوئیس، ۲ رویکرد متفاوت برای دستیابی به این اهداف بررسی شده است. هر ۲ رویکرد نیازمند این است که بیمه گرها حق بیمه یکسانی برای مزایای پایه درخواست کنند. حق بیمه مبتنی بر ریسک برای مزایای مکمل مجاز شمرده شده است. براساس رویکرد جداگانه، مزایا باید با بیمه گرهای متفاوت اجرا شوند. رویکرد یکپارچه اجرا شده در سوئیس، به بیمه گران اجازه می دهد تا دو نوع مزایا بفروشند. این کار انگیزه ای برای بیمه گرها به وجود می آورد تا با فروش بیمه مکمل با تخفیف به افراد کم ریسک، انتخاب خطر کنند. از طرف دیگر، افراد پرریسک باید زمانی که مزایای مکمل را از بیمه گرشان می خریدند افزایش نرخ فروش را بپردازند. برای تطبیق نتایج حاصل در بیمه پایه با بیمه مکمل باید رابطه بین ریسک و حق بیمه در بازار بیمه مکمل مطالعه و بررسی شود. وجود اطلاعات نامتقارن در بازار بیمه درمان چین اثر عمیقی بر عملکرد بازار بیمه دارد. زمانی که تفاوت های معناداری بین سطوح ثروت و میزان خسارت خریداران وجود دارد، افراد کم ریسک واقعاً ممکن است بیمه بیشتری خریداری کنند (بروز پدیده انتخاب مساعد)؛ چون هزینه های خسارت بالاتر، تقاضا برای بیمه را افزایش می دهد. آنالیز بازار بیمه خدمات درمانی چین آشکار کرد که محدودیت بیمه پایه خریداری شده توسط خریداران با خسارت بعدی بیشتر، کمتر است. اما همین خریداران مشابه مایل هستند بیمه مکمل بیشتری خریداری کنند.

مقایسه سیستم بیمه خدمات درمانی در سوئیس و چین نشان می دهد که در هر دو کشور علاوه بر بیمه پایه برای خدمات درمانی، بیمه مکمل نیز ارائه می شود. دسترسی به بیمه مکمل براساس سطح درآمد و قدرت

خرید بیمه گذار متفاوت است و افراد با سطح های درآمد بالاتر مایل به خرید پوشش بیمه ای حداکثر هستند. در سوئیس بیمه گر پایه ملزم است که حق بیمه یکسان و بدون ارتباط با ریسک درخواست کند و هر متقاضی را بپذیرد؛ در حالی که در چین بیمه گر می تواند حق بیمه براساس ریسک درخواست کند و انتخاب دلخواه داشته باشد (یعنی جذب افراد کم ریسک و عدم پذیرش افراد پر ریسک). در سوئیس چون بازار بیمه خدمات درمانی رقابتی است، بیمه گران نمی توانند انتخاب مساعد داشته باشند؛ اما در چین بیمه گران می توانند انتخاب مساعد داشته باشند و افراد با ریسک کم را بپذیرند و حتی به افراد با ریسک کم برای خرید بیمه مکمل تخفیف بدهند. عامل وجود انتخاب مساعد در بازار بیمه خدمات درمانی چین وجود عدم تقارن اطلاعات بین بیمه گر و بیمه گذار است.

تجارب سایر کشورها در زمینه ادغام بیمه های درمان پایه و مکمل نشان می دهد که هزینه های ارائه این دو نوع پوشش بیمه ای کاهش می یابد و همچنین می توان پوشش بیمه ای جامع تر و بهتری به افراد ارائه کرد. در شرایط کنونی و با توجه به مشکلات پیش روی بیمه های درمان، ادغام بیمه های درمان اجتماعی و مکمل و ارائه آنها توسط شرکت های بیمه می تواند مفید باشد و استفاده از تجارب کشورهای دیگر در این زمینه می تواند راهگشا باشد.

منابع:

1. Gao, F, Powers, MR & Wang, J 2009, 'Adverse selection or advantageous selections? risk & underwriting in china's health- insurance market', *Journal of Insurance: Mathematics and Economics*, no.44, pp.505-10
2. Kifmann, M 2006, 'Risk selection and complementary health insurance: The Swiss approach', *International Journal of Health Care Finance and Economics*, no.6. pp.151-70.