



# تجربیات جهانی در خصوص نظام‌های نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

مدرس:  
دکتر میترا قنبرزاده  
(عضو هیئت علمی پژوهشکده بیمه)



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



# فهرست مطالب

آسیب‌شناسی نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی در صنعت بیمه ایران

بررسی نظام نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی کشورهای منتخب

بررسی عوامل تعیین‌کننده حق‌بیمه درمان گروهی کشورهای منتخب

بررسی نحوه دخالت نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی کشورهای منتخب





## بیان مسأله و ضرورت انجام کارگاه

□ ارائه نتایج طرح پژوهشی با عنوان «مطالعه نظام‌های نرخ‌گذاری و مدیریت ریسک بیمه‌های درمان گروهی» به سفارش معاونت طرح و توسعه بیمه مرکزی ج.ا.ا.

□ یکی از راهبردها و برنامه‌های عملیاتی صنعت بیمه بر اساس اهداف راهبردی وزارت امور اقتصادی و دارایی در سال ۱۴۰۱

نام و نام خانوادگی	مسئولیت در اجرای طرح	شغل و محل خدمت
دکتر میترا قنبرزاده	مجری	عضو هیات علمی پژوهشکده بیمه
دکتر محیا عباسی	همکار	دکتری دانشگاه علوم پزشکی تهران - بیمه دی
دکتر اسماء حمزه	همکار	عضو هیات علمی پژوهشکده بیمه
دکتر نسرین حصارمقدم	همکار	عضو هیات علمی پژوهشکده بیمه





# بیان مساله

## حوزه‌های مداخله و اعمال نظارت دولت در بازار بیمه بر اساس رهنمودهای انجمن بین‌المللی ناظران بیمه (IAIS)

مقررات ورود به بازار بیمه (صدور مجوز ثبت و فعالیت مؤسسات بیمه و مقررات احراز صلاحیت سایر فعالین صنعت بیمه)

مقررات هدایت عملیات بیمه شامل **ضوابط تعیین نرخ** و تدوین فرم و شرایط بیمه‌نامه، نظارت بر تبلیغات، بازاریابی و نحوه فروش خدمات بیمه و مقررات رقابت در بازار بیمه

مقررات مالی شامل ضوابط نظارت بر توانگری مالی، سرمایه‌گذاری، ایجاد صندوق‌های حمایت از حقوق بیمه‌گذاران و استانداردهای ثبت و افشای اطلاعات مالی مؤسسات بیمه

مقررات بیمه اتکایی شامل کنترل قراردادها و مبادلات اتکایی، تعیین ضوابط نگهداری ریسک و مقررات اعطای مجوز فعالیت به بیمه‌گران اتکایی بین‌المللی

مقررات انتقال پرتفوی، ادغام و انحلال مؤسسات بیمه

ضوابط آموزش مستمر نیروی انسانی متخصص صنعت بیمه





## بیان مساله

وجود دیدگاه‌های مختلفی در خصوص ضرورت اعمال نظارت نهاد ناظر و همچنین مکانیزم اعمال این نظارت‌ها

استفاده نهاد ناظر صنعت بیمه از شیوه‌های مختلفی برای اعمال نظارت بر نحوه تعیین نرخ حق بیمه به تناسب ماهیت هر رشته بیمه و میزان توسعه یافتگی بازار بیمه هر کشور

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





## بیان مساله

- در ایران در بیمه‌های درمان گروهی، **در ابتدا نظام تعرفه‌ای** در تعیین نرخ حق بیمه وجود داشت که در برنامه اصلاح نظام تعرفه بازار، به تدریج این روند **حذف** و نظام **غیرتعرفه‌ای** برای نرخ‌گذاری آن لحاظ شد.
- در **آیین‌نامه ۹۴ شورای عالی بیمه** معیارهای اختصاصی برای تعیین نرخ حق بیمه رشته درمان گروهی:
  - خطرات تحت پوشش،
  - میزان تعهدات،
  - تعداد بیمه‌شدگان،
  - پراکندگی جغرافیایی بیمه‌شدگان،
  - میانگین سنی بیمه‌شدگان،
  - تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در منطقه تمرکز بیمه‌شدگان،
  - نوع فعالیت بیمه‌گذار،
  - سوابق و رفتارهای بیمه‌گذار و بیمه‌شدگان.
- بر اساس ماده ۲ این آیین‌نامه، شرکت‌های بیمه موظفند بعد از بررسی نرخ‌ها در کمیته‌ای در داخل شرکت، تنها مبانی محاسباتی نرخ‌ها را به بیمه مرکزی ج.ا.ا. **جهت ثبت** ارسال نمایند.
- با اینکه بیمه مرکزی ج.ا.ا. به عنوان نهاد ناظر بر اساس ماده ۶ آیین‌نامه ۹۴ شورای عالی بیمه با لحاظ سقف ضریب خسارت رشته بیمه درمان (۸۰ درصد برای دوره ۶ ماهه و ۷۵ درصد برای دوره یکساله) در نظارت بر بیمه‌های درمان ورود کرده است، ولی **دخالتی** در تعیین مقدار حق بیمه درمان گروهی **ندارد**.



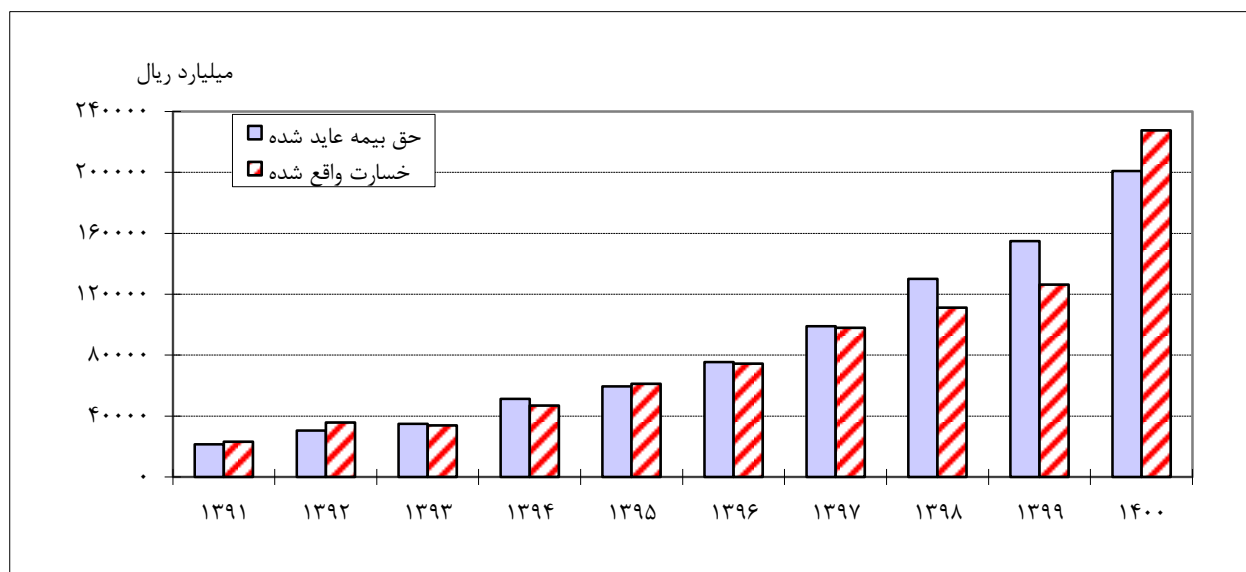
## بیان مساله

❑ بیمه‌های درمان گروهی: دارای **ضریب خسارت بالا** در صنعت بیمه کشور

❑ **قیمت‌گذاری** بسته‌های درمان گروهی: **جزء کلیدی** در خرید این محصولات

❑ اگر قیمت تعیین شده برای پوشش درمان گروهی، خیلی بالا یا خیلی پایین باشد، به راحتی می‌تواند بیمه‌گذاران را از ادامه ماندگاری در آن شرکت منصرف و یا شرکت‌های بیمه را در ایفای تعهدات خود با مشکل مواجه کند (زیرا در صورتی که حق بیمه پایین‌تر از مقدار واقعی اعلام شود، ممکن است خسارت بالایی رخ دهد و ضریب خسارت افزایش یابد).

❑ قیمت: منعکس کننده هزینه‌های واقعی. در غیر این صورت، عواقب منفی ناخواسته ممکن است ایجاد شود.







## بیان مساله

- ❑ در صورت تداوم ضریب خسارت بالا در رشته درمان و زیان‌ده بودن آن، نهاد ناظر باید فکری به حال **نرخ‌شکنی‌های غیرفنی شرکت‌ها** برای فروش و از سوی دیگر نظارت بر شبکه‌های دریافت خسارت‌های غیرواقعی در این رشته کند.
- ❑ بررسی این موضوع در کشورهای دیگر می‌تواند راهگشای مناسبی برای صنعت بیمه کشور باشد تا بر اساس مطالعات جهانی، **نحوه نظارت مناسب بر نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی** داشته باشد.
- ❑ در کنار بررسی روش‌های رایج در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی و دخالت/عدم دخالت نهاد ناظر در تعیین نرخ حق بیمه درمان گروهی، **بایستی فاکتورهای مناسب در تعیین نرخ حق بیمه درمان گروهی** در کشورهای مورد بررسی احصاء و معرفی گردد.





## سوالات پژوهش

- چه آسیب‌ها و چالش‌هایی در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی (در وضعیت موجود و وضعیت مطلوب) وجود دارد؟
- نظام نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی در کشورهای مورد بررسی به چه صورت است؟
- چه ویژگی‌ها یا فاکتورهایی در کشورهای مورد بررسی برای تعیین نرخ حق بیمه درمان گروهی توسط نهاد ناظر معرفی می‌شود؟
- نحوه دخالت نهاد ناظر در تعیین نرخ بیمه‌های درمان گروهی در کشورهای مورد بررسی چگونه است؟





# روش‌شناسی علمی

## هدف

آسیب‌شناسی نرخ‌گذاری  
بیمه‌های درمان گروهی  
صنعت بیمه ایران

## روش تحقیق

روش تحقیق مورد استفاده، از نوع آمیخته (کمی-کیفی) بوده که شناسایی آسیب‌ها از طریق مطالعه کتابخانه‌ای و مطالعه میدانی از طریق **مصاحبه با خبرگان** این حوزه صورت گرفته است. با توجه به مطالعات داخلی اندک در این حوزه، سعی شد از نظرات خبرگان صنعت در بخش بیمه‌های درمان در این موضوع استفاده گردد. جامعه آماری تحقیق در بخش مطالعه میدانی، شامل مدیران و متخصصین درمان در صنعت بیمه کشور بوده که با آن‌ها به روش **نمونه‌گیری گلوله‌برفی** با سؤالات باز تا رسیدن به اشباع نظری مصاحبه شده است.

روش تحقیق مورد استفاده، از نظر هدف یک تحقیق کاربردی است؛ چرا که پس از احصای مطالب مورد نیاز در حوزه نحوه دخالت نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی در کشورهای منتخب، به مقایسه نتایج حاصله با وضعیت ایران خواهیم پرداخت و پیشنهادهای ارائه خواهد گردید. از نظر گردآوری اطلاعات و داده‌ها و روش تجزیه و تحلیل، تحقیق حاضر از نوع **توصیفی بوده که با رویکرد تطبیقی** انجام می‌پذیرد. همچنین روش جمع‌آوری اطلاعات، مطالعات **کتابخانه‌ای** و بر اساس مستندات موجود در مقررات و قوانین نهاد ناظر صنعت بیمه کشورهای منتخب، مقالات و گزارشات پژوهشی موجود در حوزه تحقیق است. اطلاعات مورد نیاز در این تحقیق در بخش مدیریت ریسک بیمه‌های درمان گروهی، از طریق **مطالعه مروری** احصا شده است.

احصای اطلاعات مربوط به  
نظام نرخ‌گذاری بیمه‌های  
درمان گروهی کشورهای  
منتخب



# آسیب‌های مطرح در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی: مطالعات داخلی



دسته‌بندی	برخی آسیب‌های موجود	تحقیق مورد اشاره
ارزیابی ریسک	عدم توجه به مسایل فنی و علمی در ارزیابی صحیح ریسک گروه بیمه‌شدگان	نیاکان و نورالدینی (۱۳۹۵)، محمدپور و همکاران (۱۳۹۵)، صحت و اسماعیلی (۱۳۸۶)
	ارائه نرخ‌های غیرفنی (نرخ‌شکنی)	نیاکان و نورالدینی (۱۳۹۵)
	انتخاب نامساعد	نیاکان و نورالدینی (۱۳۹۵)
	عدم آمادگی بخش فنی و کارشناسی شرکت‌های بیمه	نیاکان و نورالدینی (۱۳۹۵)
	ضعف بانک اطلاعاتی در شرکت‌های بیمه	نیاکان و نورالدینی (۱۳۹۵)، محمدپور و همکاران (۱۳۹۵)
	وجود تقلب و کلاه‌برداری در ارائه مشخصات سلامت افراد	نیاکان و نورالدینی (۱۳۹۵)
	نبود الگوی مشخصی برای بیمه‌گران به منظور ایجاد بستری مناسب در محاسبه تعرفه‌ها و حق سرانه‌های واقعی	ریاحی‌فر (۱۳۸۵)
	عدم شناسایی و کنترل ریسک‌های درمانی	محمدپور و همکاران (۱۳۹۵)
	روش‌های نادرست نرخ‌گذاری	نیاکان و نورالدینی (۱۳۹۵)، محمدپور و همکاران (۱۳۹۵)
	عدم تناسب حق بیمه‌ها با پوشش‌های ارائه شده از طرف شرکت‌های بیمه	صحت و اسماعیلی (۱۳۸۶)
	عدم وجود روش سیستماتیک ارزیابی و ایجاد دستورالعمل برای استفاده از فناوری‌های جدید	داوری و همکاران (۲۰۱۲)



# آسیب‌های مطرح در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی: مطالعات داخلی

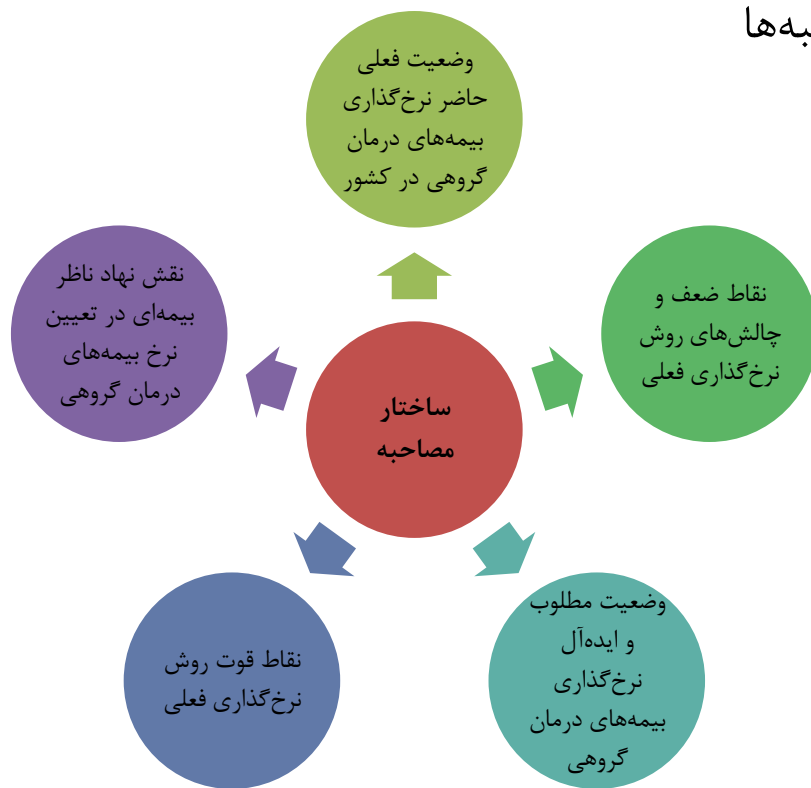
دسته‌بندی	برخی آسیب‌های موجود	تحقیق مورد اشاره
برگزاری مناقصه و رقابت کاذب	انجام مناقصه توسط بیمه‌گذاران برای انتخاب بیمه‌گر درمان تکمیلی	نیاکان و نورالدینی (۱۳۹۵)
	ارائه بیمه با کمترین نرخ به منظور افزایش پرتفو و کسب سهم بیشتر از بازار	نیاکان و نورالدینی (۱۳۹۵)
	تعیین حق بیمه‌ها بدون استفاده از اکچوئرها	نیاکان و نورالدینی (۱۳۹۵)، محمدپور و همکاران (۱۳۹۵)
	عدم شفافیت و گزارش‌دهی به نهاد ناظر در خصوص جزئیات قرارداد	نیاکان و نورالدینی (۱۳۹۵)
نظارت	ضعف سازماندهی و نظارت بر پذیرش و کنترل ریسک‌های درمانی	ریاحی‌فر (۱۳۸۵)، محمدپور و همکاران (۱۳۹۵)
	افزایش تعرفه‌های بیمارستانی و پزشکی	محمدپور و همکاران (۱۳۹۵)
	وجود محدودیت‌هایی در مصوبات شورای عالی بیمه در نرخ‌گذاری	محمدپور و همکاران (۱۳۹۵)، صحت و اسماعیلی (۱۳۸۶)
	عدم تصویب به موقع آیین‌نامه‌های لازم جهت هماهنگی با تعرفه‌های بیمارستانی	صحت و اسماعیلی (۱۳۸۶)

# آسیب‌های مطرح در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی: مطالعه میدانی

□ نوع مصاحبه: نیمه ساختاریافته با سؤالات باز

□ روش نمونه‌گیری غیراحتمالی **گلوله‌برفی**: ابتدا مصاحبه با مدیران درمان درمان و معاونین صدور شرکت‌های بیمه با سهم بالا از بازار بیمه‌های درمان کشور، سپس مصاحبه با متخصصین دانشگاهی این حوزه، در مرحله بعد، درخواست از مصاحبه‌شوندگان برای معرفی مدیران/متخصصین درمان متبحر و با تجربه و مصاحبه با آنها

□ ادامه نمونه‌گیری تا زمان **اشباع نظری** مصاحبه‌ها





# آسیب‌های مطرح در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی: مطالعه میدانی

□ پس از انجام مصاحبه‌ها، متون مربوطه پیاده‌سازی و واژه‌ها، جمله‌ها و مفاهیم شناسایی و در قالب روش کدگذاری باز، خلاصه گردیدند. سپس، کدهای احصا شده مجدد مورد بررسی قرار گرفتند و پس از کاهش دسته‌ها، حذف دسته‌های تکراری و ادغام دسته‌های کوچک‌تر به بزرگ‌تر، به صورت دسته‌های اصلی تعریف گردیدند و مورد تحلیل قرار گرفتند.

## آمار توصیفی مصاحبه‌شوندگان

متغیر	دسته‌بندی	درصد
جنسیت	مرد	٪۴۰
	زن	٪۶۰
سطح تحصیلات	کارشناسی	٪۶۰
	کارشناسی ارشد	٪۴۶٫۷
	دکتری	٪۴۶٫۷
سن	۳۰-۲۰	٪۶۰
	۴۰-۳۰	٪۶۰
	۵۰-۴۰	٪۲۶٫۶
	۶۰-۵۰	٪۶۰
سمت	مدیر بیمه‌های درمان	٪۵۳٫۳
	معاون بیمه‌های درمان	٪۶۰
	خبیره دانشگاهی	٪۴۰



# آسیب‌های مطرح در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی: مطالعه میدانی

سؤال اول مصاحبه: رویه فعلی نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی در صنعت بیمه کشور به چه صورت است؟

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





# آسیب‌های مطرح در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی: مطالعه میدانی

سؤال دوم مصاحبه: نقش نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی به چه صورت است؟

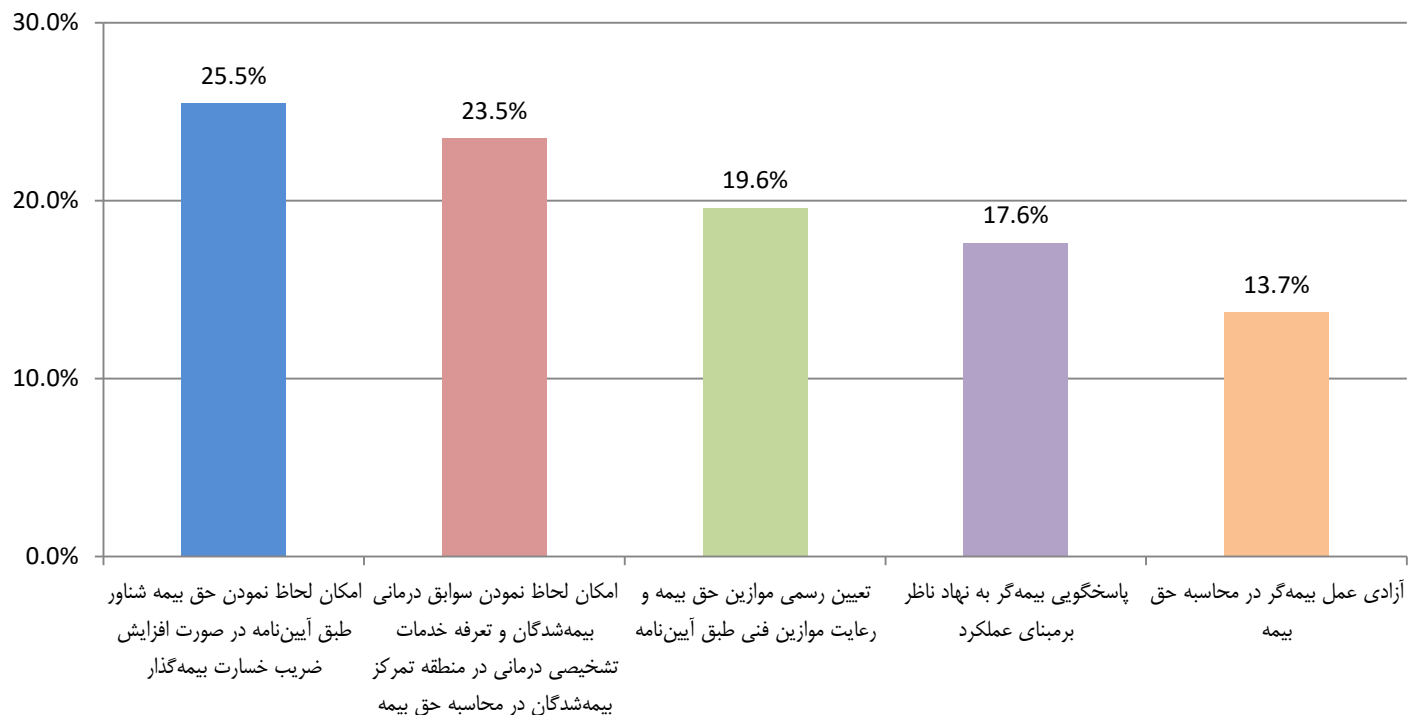
ردیف	کدهای احصاء شده
۱	عدم ورود نهاد ناظر به تعیین نرخ و صرفاً ارائه‌ای از کلیات در آیین‌نامه‌های مربوطه
۲	نظارت از طریق آیین‌نامه ۹۹ شورای عالی بیمه بر فاکتورهای تعیین کننده نرخ حق بیمه و ضریب خسارت دوره‌ای
۳	نظارت از طریق آیین‌نامه ۹۹ شورای عالی بیمه بر سقف پوشش‌های قابل ارائه
۴	نظارت غیرمستقیم مبنی بر کنترل نسبت خسارت رشته در فواصل شش ماهه و شرط کمتر از ۸۰٪: در صورت محقق نشدن؛ <ul style="list-style-type: none"><li>■ اعلام تذکرات و جریمه‌هایی مانند نمره منفی برای شرکت‌ها</li><li>■ الزام شرکت‌های بیمه طی اختاریه به اصلاح مبانی نرخ (افزایش نرخ) در رشته درمان طبق ماده ۲ آیین‌نامه ۹۴</li></ul>





# آسیب‌های مطرح در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی: مطالعه میدانی

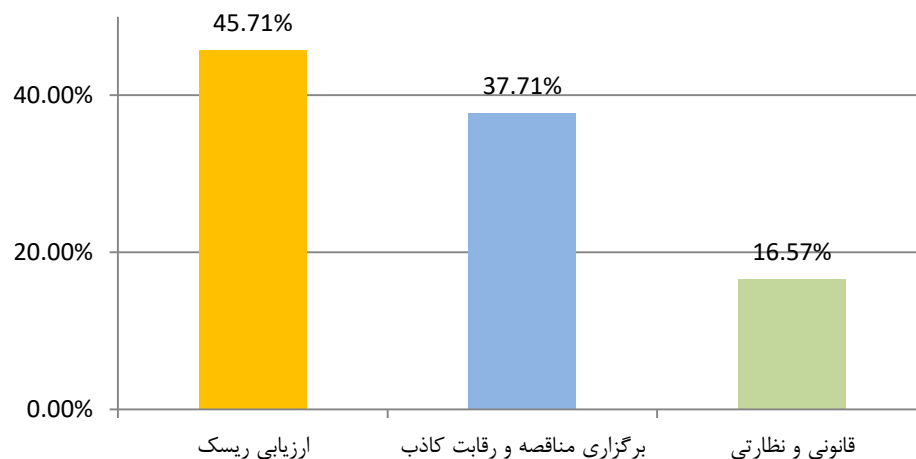
سؤال سوم مصاحبه: نقاط قوت روش فعلی نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی چه هستند؟





# آسیب‌های مطرح در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی: مطالعه میدانی

سؤال چهارم مصاحبه: چه نقاط ضعف و چالش‌هایی در روش فعلی نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی وجود دارد؟





ارزیابی ریسک

برگزاری مناقصه و رقابت کاذب

قانونی و نظارتی

چالش‌های نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی





# آسیب‌های مطرح در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی: مطالعه میدانی

سؤال پنجم مصاحبه: وضعیت مطلوب و ایده‌آل نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی به چه صورت هستند؟»

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



# نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی و نحوه دخالت نهاد ناظر

□ مطالعه نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی و نحوه دخالت نهاد ناظر در کشورهای منتخب





## هند: نظام نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

### □ روند اول: رویه ثبت و اجرا

- ❖ در سال ۲۰۱۳: هیچ یک از محصولات بیمه درمان نباید توسط هیچ بیمه‌گری به بازار عرضه شود مگر اینکه محوز قبلی از مرجع صادر شده طبق «رویه ثبت و اجرا» داشته باشد.
- ❖ هر گونه تجدید نظر یا اصلاح بعدی هر محصول بیمه درمان تایید شده، مستلزم تایید قبلی نهاد نظارتی و توسعه بیمه کشور هند است:

  - هر گونه تجدید نظر یا اصلاح در بیمه‌نامه‌ای که توسط نهاد نظارتی و توسعه بیمه کشور هند تأیید شده باشد، باید حداقل سه ماه قبل از تاریخی که چنین تجدیدنظر یا اصلاحیه لازم الاجرا شود، به هر یک از بیمه‌گذاران اطلاع داده شود.
  - افشای امکان بازنگری یا اصلاح شرایط بیمه‌نامه از جمله حق بیمه

- ❖ درخواست ثبت و اجرا برای تأیید اولیه IRDA باید توسط اکچوئر رسمی و مدیر عامل شرکت بیمه تأیید شود.





## هند: نظام نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

### ❑ روند اول: رویه ثبت و اجرا

❖ ارائه موارد زیر توسط بیمه‌گر در زمان ثبت‌نام محصول:

- جزئیات کامل قیمت‌گذاری: روش اتخاذ شده برای حق بیمه همراه با منابع داده استفاده شده،
- مفروضات انجام شده شامل فراوانی خسارات مورد انتظار و شدت خسارات در باندهای سنی،
- هزینه‌های مورد انتظار، نرخ فسخ و غیره،
- هزینه‌های سربار خاص، در صورت وجود
- حاشیه سود در نقاط مختلف مدل یا نسبت‌های خسارت مورد انتظار و نسبت‌های ترکیبی مورد انتظار در نقاط مختلف مدل در کل پرتفو،
- ظرفیت پذیره‌نویسی مورد نیاز برای محصول و ظرفیت واقعی موجود نزد بیمه‌گر،
- ظرفیت نگهداری برای مدیریت کسب‌وکار،
- اقدامات ظرفیت‌سازی داخلی، در صورت وجود، مورد نیاز برای ارائه محصول پیشنهادی،
- هر معیار مرتبط دیگری برای محصول پیشنهادی.

❖ بررسی عملکرد محصول توسط اکچوئر رسمی پنج سال پس از اعطای تاییدیه از نظر بیماری، فسخ، نرخ بهره، تورم، هزینه‌ها و سایر مشخصات مربوطه





## هند: نظام نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

### □ روند دوم: رویه اجرا و ثبت در نهاد ناظر

❖ در سال ۲۰۱۶: هیچ یک از محصولات بیمه درمان نباید توسط هیچ بیمه‌گری به بازار عرضه شود مگر اینکه طبق دستورالعمل‌های بایگانی محصول در IRDAI بر اساس اختیارات داده شده ثبت شده باشد.

❖ بر خلاف رویه اول که نرخ‌ها باید تایید می‌شد، در این رویه نرخ‌ها اجرا و سپس در نهاد ناظر ثبت می‌شوند.

### ❖ رویه اجرا و ثبت محصولات بیمه درمان:

- i. تدوین سیاست مصوب هیئت مدیره: فلسفه شرکت در افزایش ضریب نفوذ بیمه، نیازهای بیمه سلامت جمعیت قابل بیمه، ارائه بیمه فراگیر به تمام بخش‌های بازار، نیاز به ارائه محصولات ساده و قابل درک.
- ii. ثبت نام پیشنهادی محصول و تاریخ تایید توسط کمیته مدیریت محصول
- iii. اطمینان از بادوام، خودپایدار و مقرون به صرفه بودن قیمت‌گذاری محصول برای بازار هدف
- iv. انجام تجدید نظر در قیمت تنها بر اساس تجربه خسارات پایه (نسبت خسارات وقوع یافته)
- v. قرار دادن پوشش‌ها یا الحاقی‌های اختیاری با نرخ‌های حق بیمه بسیار پایین در پوشش پایه
- vi. قیمت‌گذاری محصولات/افزونه‌ها بر اساس اصول اکچوئری پذیرفته شده
- vii. هیچ دو ریسکی با ویژگی‌های ریسک یکسان نباید به طور متفاوت نرخ‌گذاری شوند.





## هند: نظام نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

- ❖ اقدامات نهاد ناظر در صورت **عدم تطابق** بیمه‌گر با مقررات یا دستورالعمل‌های موجود در IRDAI:
  - به بیمه‌گر دستور دهد تا محصول را پس بگیرد،
  - تسهیلات رویه اجرا و ثبت را که طبق هنجارهای مشخص شده در اینجا برای چنین بیمه‌گری برای مدتی که ممکن است تعیین شود، پس بگیرد.
- ❖ **بررسی محصول** حداقل سالی یک‌بار توسط اکچوئر رسمی: **بازنگری** در صورت نیاز و اعلام درخواست تجدیدنظر
- ❖ **اندازه گروه** در بیمه درمان تکمیلی گروه: مشروط به حداقل ۷ (گروه بزرگ: بیش از ۵۰۰ عضو را پوشش می‌دهد)





# هنگام درخواست بیمه درمان گروهی برای ثبت

ردیف	آیتم	مشخصات (پر شده توسط بیمه‌گر)										
		<table border="1"> <tr> <td>میتیم و ماکزیم</td> <td>میتیم و ماکزیم</td> <td>میتیم و ماکزیم</td> <td>میتیم و ماکزیم</td> </tr> </table>	میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم						
میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم									
۲۷	تعداد اختیارات یا طرح‌های پیشنهادی											
	جزئیات اختیارات پیشنهادی	<table border="1"> <tr> <td>نام اختیارات</td> <td>مبلغ بیمه</td> <td>فرانشیز</td> <td>Co-Pay</td> <td>محدودیت فرعی</td> </tr> <tr> <td>میتیم و ماکزیم</td> <td>میتیم و ماکزیم</td> <td>میتیم و ماکزیم</td> <td>میتیم و ماکزیم</td> <td>میتیم و ماکزیم</td> </tr> </table>	نام اختیارات	مبلغ بیمه	فرانشیز	Co-Pay	محدودیت فرعی	میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم
نام اختیارات	مبلغ بیمه	فرانشیز	Co-Pay	محدودیت فرعی								
میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم								
۲۸	حداقل عضویت در گروه											
۲۹	هدف گروه	<table border="1"> <tr> <td>کارفرما - کارمند</td> </tr> <tr> <td>تغییر کارفرما - کارمند</td> </tr> <tr> <td>بخش اجتماعی</td> </tr> <tr> <td>سایر (مشخص کنید)</td> </tr> </table>	کارفرما - کارمند	تغییر کارفرما - کارمند	بخش اجتماعی	سایر (مشخص کنید)						
کارفرما - کارمند												
تغییر کارفرما - کارمند												
بخش اجتماعی												
سایر (مشخص کنید)												
۳۰	سبب خسارت واقع شده مورد انتظار											
۳۱	آیا یک سیاست بیمه‌گری تأیید شده توسط هیئت مدیره در رابطه با این محصول بیمه درمانی گروهی وجود دارد؟	بله / اخیر										
۳۱.۲	تاریخ تشکیل پرونده در IRDAI											
۳۱.۳	آیا بیمه‌گری در نظر گرفتن تجربه خسارات قبلی گروه را برای قیمت‌گذاری طرح الزام می‌کند؟	بله / اخیر										
۳۱.۴	آیا هزینه سریار مجاز است؟	بله / اخیر										
۳۱.۵	بیمای معیارهای عینی که سریارها وضع می‌شوند را مشخص کنید											
۳۱.۶	جزئیات سریار	<table border="1"> <tr> <td>معیار</td> <td>در شرایط مطلق در صورت وجود</td> <td>به درصد در صورت وجود</td> </tr> <tr> <td></td> <td>میتیم و ماکزیم</td> <td>میتیم و ماکزیم</td> </tr> </table>	معیار	در شرایط مطلق در صورت وجود	به درصد در صورت وجود		میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم				
معیار	در شرایط مطلق در صورت وجود	به درصد در صورت وجود										
	میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم										
۳۱.۶.۱	حداکثر سقف برای سریارها											
۳۱.۷	آیا تخفیف مجاز است؟	بله / اخیر										
۳۱.۸	بیمای معیارهای عینی که تخفیف‌ها مجاز هستند را مشخص کنید											
۳۱.۹	جزئیات تخفیف	<table border="1"> <tr> <td>معیار</td> <td>در شرایط مطلق در صورت وجود</td> <td>به درصد در صورت وجود</td> </tr> <tr> <td></td> <td>میتیم و ماکزیم</td> <td>میتیم و ماکزیم</td> </tr> </table>	معیار	در شرایط مطلق در صورت وجود	به درصد در صورت وجود		میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم				
معیار	در شرایط مطلق در صورت وجود	به درصد در صورت وجود										
	میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم										
۳۱.۹.۱	حداکثر سقف برای تخفیف‌ها											
۳۱.۹.۲	هر گونه اطلاعات اضافی در مورد سریار و تخفیف											

ردیف	آیتم	مشخصات (پر شده توسط بیمه‌گر)												
<b>بخش اول: اطلاعات عمومی</b>														
۱.۱	نام بیمه‌گر													
۱.۲	شماره ثبت در IRDAI													
۱.۳	نام آگهی رسمی													
۱.۴	نام تجاری محصول بیمه درمان گروهی (نام محصولی را که در ادبیات فروش چاپ می‌شود و در بازار شناخته می‌شود، ذکر کنید. این نام نباید پس از عرضه در بازار به هیچ شکلی تغییر/تغییر یابد. این نام باید در تمام اظهارنامه‌ها و غیره که به IRDAI ارسال می‌شود ظاهر شود)													
۱.۵	تاریخ تأیید توسط PMC													
۱.۶	آیا محصول راه اندازی شده است؟ اگر بله تاریخ راه‌اندازی و اگر خیر تاریخ پیشنهادی راه‌اندازی													
<b>بخش دوم: جزئیات محصول</b>														
۲.۱	نوع پوشش	<table border="1"> <tr> <td>غرامت</td> <td>مرازا</td> <td>هر دوی غرامت و مرزایا</td> </tr> <tr> <td>انفرادی</td> <td>شئور</td> <td></td> </tr> </table>	غرامت	مرازا	هر دوی غرامت و مرزایا	انفرادی	شئور							
غرامت	مرازا	هر دوی غرامت و مرزایا												
انفرادی	شئور													
۲.۲	ساختار پوشش پایه پیشنهادی در محصول	<table border="1"> <tr> <th>ردیف</th> <th>نام مرزایا</th> <th>آیا فرانشیز مجاز است؟</th> <th>آیا Co-Pay مجاز است یا خیر؟</th> <th>اگر بله بازه آن</th> <th>میتیم و ماکزیم</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	ردیف	نام مرزایا	آیا فرانشیز مجاز است؟	آیا Co-Pay مجاز است یا خیر؟	اگر بله بازه آن	میتیم و ماکزیم						
ردیف	نام مرزایا	آیا فرانشیز مجاز است؟	آیا Co-Pay مجاز است یا خیر؟	اگر بله بازه آن	میتیم و ماکزیم									
۲.۳	هر گونه محدودیت فرعی اعمال شده	بله / اخیر												
	جزئیات محدودیت‌های فرعی اعمال شده در قالب زیر (برای هر گزینه یا طرح محصول بیمه گروهی به طور جداگانه ارائه شود)	<table border="1"> <tr> <th>نوع مرزایی که برای آن محدودیت فرعی اعمال می‌شود</th> <th>محدودیت فرعی به صورت مطلق</th> <th>محدودیت فرعی به صورت درصد</th> </tr> <tr> <td></td> <td>میتیم و ماکزیم</td> <td>میتیم و ماکزیم</td> </tr> </table>	نوع مرزایی که برای آن محدودیت فرعی اعمال می‌شود	محدودیت فرعی به صورت مطلق	محدودیت فرعی به صورت درصد		میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم						
نوع مرزایی که برای آن محدودیت فرعی اعمال می‌شود	محدودیت فرعی به صورت مطلق	محدودیت فرعی به صورت درصد												
	میتیم و ماکزیم	میتیم و ماکزیم												
۲.۴	مبلغ بیمه پیشنهادی	میتیم و ماکزیم												
۲.۵	آیا الحاقی‌های یا افزونه‌ای در نظر گرفته شده؟													
۲.۶	گر بله، تعداد الحاقی‌ها یا افزونه‌ها													
	جزئیات افزودنی‌های پیشنهادی	<table border="1"> <tr> <td>نام افزودنی‌ها</td> <td>مبلغ بیمه</td> <td>فرانشیز</td> <td>Co-Pay</td> <td>محدودیت فرعی</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	نام افزودنی‌ها	مبلغ بیمه	فرانشیز	Co-Pay	محدودیت فرعی							
نام افزودنی‌ها	مبلغ بیمه	فرانشیز	Co-Pay	محدودیت فرعی										





# هند: فرم درخواست بیمه درمان گروهی برای ثبت

ردیف	آیتم	مشخصات (پر شده توسط بیمه‌گر)
	صحت بیمه‌گر اتکایی باشد)	
۴.۱۵	رتخ بهره، در صورت وجود (رتخ یا رتخ‌ها باید با سیاست سرمایه‌گذاری بیمه‌گر مطابقت داشته باشد)	
۴.۱۶	مقیاس کارمزد	
۴.۱۷	هزینت‌ها/مخارج: به تفکیک سال اول، تمدید خسارت مربوطه	مفروضات هزینت باید مختص شرکت باشد. اگر چنین تجربه ای در دسترس نباشد، آکچوئر رسمی ممکن است تجربه صحت را در نظر بگیرد یا مفروضات معقولی داشته باشد
	۴.۱۷.۱) هزینه سال اول بر اساس: مبلغ بیمه بیمه‌نامه مربوطه	هزینت هر
	۴.۱۷.۲) هزینه‌های سرپار (بر اساس: مبلغ بیمه مربوطه، حق بیمه مربوطه، به ازای هر بیمه‌نامه مربوطه	هزینت تمدید در صورت وجود (از جمله هزینت‌های سرپار) بر اساس: مبلغ بیمه مربوطه، حق بیمه مربوطه، به ازای هر بیمه‌نامه مربوطه
	۴.۱۷.۳) مخارج خسارت	
۴.۱۷.۴) افزایش تورم آتی در صورت وجود		
۴.۱۸	توق العاده هزینت انتقال به سهامدار در صورت وجود	
۴.۱۹	مالیات	
۴.۲۰	هر پارامتر دیگری مربوط به قیمت‌گذاری محصول	
۴.۲۱	مفروضات ذخیره (تمام جزئیات مربوطه را مشخص کنید)	
۴.۲۲	رتخ پایه (حق بیمه رسک) - جدول رتخ را در صورت وجود ارائه دهید	
۴.۲۳	حق بیمه ناخالص - جدول رتخ را در صورت وجود ارائه دهید	
۴.۲۴	حق بیمه سالانه	
	۴.۲۴.۱) حداقل	
	۴.۲۴.۲) حداکثر	
۴.۲۵	سبب خسارت مورد انتظار	
۴.۲۶	سبب خسارت بر حسب سن	
۴.۲۷	سبب خسارت بر حسب مبلغ بیمه	
۴.۲۸	سبب خسارت بر حسب سن و مبلغ بیمه	بر اساس جدول زیر
ردیف	گران سن و مبلغ بیمه	
۱	۳۰۰۰۰	۲۰۰۰۰
۲	۱۵۰۰۰	۱۰۰۰۰
	۵۰۰۰۰	۱۰۰۰۰
	۲۵۰۰۰	۱۰۰۰۰
	۱۵۰۰۰	۱۰۰۰۰
	۲۰۰۰۰	۱۰۰۰۰

ردیف	آیتم	مشخصات (پر شده توسط بیمه‌گر)
۲.۲۰	یا نظامی برای اطمینان از پیروی از روش بیمه‌گری تعیین شده برای محصول وجود دارد؟	بله/خیر
۲.۲۱	هر گونه جزئیات سلامتی یا پیشگیرانه پیشنهادی در محصول	بله/خیر (اگر بله، جزئیات در پیوست ارائه شود)
<b>بخش سوم: توافقات اتکایی</b>		
۳.۱	جد نگهداری	
۳.۲	بام بیمه‌گر اتکایی	
۳.۳	شرایط اتکایی (نوع بیمه اتکایی، کارمزد، ...)	
۳.۴	هر گونه مقررات بازس گیری باید شرح داده شود.	
۳.۵	رتخ‌های بیمه اتکایی ارائه شده	
۳.۶	یا یک نسخه از برنامه بیمه اتکایی و یک نسخه از قرارداد به IRDAI ارائه شده است.	بله/خیر
<b>بخش چهارم: قیمت‌گذاری</b>		
سربار حق بیمه و تخفیف (معیارهای عینی و شفاف را برای ارائه تخفیف کاهش سربار و توضیحات مالی کامل توسط آکچوئر رسمی برای هر موردی که در اینجا ذکر شده است ارائه دهید.		
۴.۱	مبلغ بیمه کاهش/تخفیف ارائه شده در صورت وجود	
۴.۲	تخفیف /هزینت برای حالت های مختلف ارائه شده	
۴.۳	تخفیف کاهش حق بیمه	
۴.۴	تخفیف کارکنان	
۴.۵	هر تخفیف اعمال شده دیگر	
۴.۶	حداکثر سقف برای همه تخفیف ها برای همه متغیرها یا هم	
۴.۷	هر سرپار پیشنهادی	
۴.۸	حداکثر سقف برای همه سربارها برای همه متغیرها یا هم	
۴.۱۰	مفروضات و روش‌شناسی قیمت‌گذاری: مفروضات ارزش‌شناسی ممکن است بسته به ماهیت محصول متفاوت باشد. جزئیات موارد زیر را بیان کنید	
۴.۱۱	در صورت وجود، فرمول آکچوئری استفاده شده را ارائه دهید. اگر نه، نحوه دریافت حق بیمه را با توضیح مختصر روش و جزئیات بیان کنید.	
۴.۱۲	نتیج داده‌ها (داخلی صنعتی بیمه اتکایی)	
۴.۱۳	رتخ بیماری امراض (جدول ها در هر کجا که مربوط باشد باید همان جدول تجویز شده باشد)	
۴.۱۴	رتخ‌های فسخ بیمه‌نامه (رتخ‌های استفاده شده باید مطابق با تجربه بیمه‌گر باشد. اگر چنین تجربه ای در دسترس نباشد، این می‌تواند از تجربه	



## هند: یادداشت فنی قیمت‌گذاری بیمه درمان گروهی

### بخش‌های یادداشت فنی

بخش ۱- اطلاعات عمومی	بخش ۷- تخفیف/سربار/فسخ و لغو
بخش ۲- خلاصه ساختار مزایا	بخش ۸- پیش‌بینی‌های کسب‌وکار
بخش ۳- داده‌های استفاده شده	بخش ۹- آزمون حاشیه، آزمون سناریو/حساسیت
۳,۱. منبع داده‌ها	بخش ۱۰- ذخیره
۳,۲. بررسی داده‌ها، تعدیل‌ها و تجربه	بخش ۱۱- جدول حق بیمه/نمودار نرخ
بخش ۴- فرضیات و متودولوژی	بخش ۱۲- هر گونه جزئیات دیگر
بخش ۵- فاکتورهای قیمت‌گذاری	بخش ۱۳- چک لیست ارائه اطلاعات
بخش ۶- حق بیمه ناخالص	



## هند: عوامل تعیین کننده حق بیمه درمان گروهی

- ❑ برای بیمه‌نامه‌های **انفرادی**: سن تکمیل شده مشتری در تاریخ شروع بیمه‌نامه یا در تاریخ تمدید آن؛
- ❑ برای بیمه‌نامه‌های **گروهی**: میانگین سن اعضای گروه در تاریخ شروع بیمه‌نامه یا در تاریخ تمدید آن؛
- ❑ سایر فاکتورهای ریسک مرتبط در **صورت لزوم**؛
- ❑ برای ارائه پوشش **تحت شناور خانواده**، تأثیر نرخ بروز چندگانه همه اعضای خانواده
- ❑ **موارد احتیاطی** برای حق بیمه: به طور مثال، حق بیمه در موارد زیر بدون تغییر خواهد بود:
  - برای تمام محصولات گروهی و محصولات بیمه مسافرتی، برای کل دوره پوشش.
  - برای تمام محصولات شناور فردی و خانوادگی، به غیر از محصولات بیمه مسافرتی، برای حداقل یک دوره یک ساله در مورد بیمه‌نامه‌های یک ساله قابل تجدید
- ❑ درخواست **تجدیدنظر** در نرخ‌های حق بیمه: **توجیه** تجدید نظر در قیمت، **تجربه ادعاهای سه سال** قبل بلافاصله در مقایسه با تجربه مورد انتظار که تغییرات را به درستی توضیح می‌دهد و تجربه هر محصول مشابه، **تجربه ادعاهای مورد انتظار**، مفروضات زیربنایی قیمت‌گذاری پیشنهادی به همراه یک تجزیه و تحلیل چگونگی قیمت‌گذاری پیشنهادی برای **مقابله** با ناملايمات تجربه شده به طور پایدار.





## هند: عوامل تعیین کننده حق بیمه درمان گروهی

- ❑ قیمت گذاری باید بر اساس اصول اکچوئری صحیح، پشتیبانی از داده‌ها با در نظر گرفتن تمام جنبه‌های مربوط به قیمت گذاری مانند تجربه بیماری بر اساس جنسیت، گروه سنی، شغل، اندازه گروه و غیره، هزینه‌ها، فسخ، حاشیه سود و غیره انجام شود.
- ❑ تخفیف‌ها و سربارهای ارائه شده باید بر اساس معیارهای عینی با توجیه مناسب باشد.
- ❑ برای پوشش‌های نوآورانه، بیمه‌گران باید قیمت گذاری را به‌طور احتیاطی بر اساس تجربه بیماری مربوطه قرار دهند که منعکس کننده تجربه مورد انتظار آینده از چنین پوشش‌های نوآورانه جدا از در نظر گرفتن سایر پارامترها است.







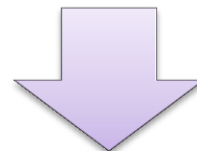
## هند: نحوه دخالت نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

- در صورت تشخیص IRDAI به نامناسب بودن محصول یا عدم وجود نرخ‌هایی منصفانه، شرایط و ضوابط منصفانه بین طرفین: اعلام نگرانی‌های خود به بیمه‌گر و درخواست پاسخ به آن‌ها در چارچوب زمانی مشخص شده
- در صورت قانع نشدن نهاد ناظر از پاسخ‌ها: IRDAI ممکن است از بیمه‌گر بخواهد که فروش آن محصول را تا زمانی که به روشی قابل قبول برای IRDAI اصلاح نشده است، متوقف کند یا محصول را از بازار خارج کند.
- PMC یا همان کمیته مدیریت محصول باید عملکرد هر محصول را حداقل پس از انقضای سه سال مالی از تاریخ عرضه ارزیابی کند:
  - ماندگاری محصول،
  - مفروضات مطرح شده در زمان عرضه محصول نسبت به تجربه واقعی از نظر حجم کسب و کار، نسبت خسارت واقع/متحمل شده، نسبت خسارت ترکیبی و موارد دیگر.

الزام به افشای اطلاعات عملکردی بیمه‌های درمان



ارائه عملکرد محصولات درمان گروهی ثبت شده جهت ارائه در سال مالی



## هند: ارائه عملکرد محصولات درمان گروهی ثبت شده جهت ارائه در سال مالی

- ایجاد رویه‌های عملیاتی مؤثر برای سرویس‌دهی به محصولات بیمه گروهی و اطمینان از وجود نظام‌ها و کنترل‌های داخلی برای مدیریت ریسک‌های مربوط به محصول قبل از راه‌اندازی هر محصول
- اطمینان از انتشار اطلاعات کامل محصول به واسطه‌های بیمه پس از عرضه محصول
- ثبت سوابق مانند فرم پیشنهاد، یادداشت‌های داخلی، جزئیات قیمت ارائه شده و جزئیات پذیرش، برگه دقیق حق بیمه را به همراه مبنای کار شامل جزئیات خسارت‌های قبلی، جدول بیمه‌نامه، لیست ذینفعان نام برده و غیره را هر جا که لازم باشد، با توجه به هر بیمه‌نامه‌ای که برای یک دوره ۵ ساله از تاریخ انقضای بیمه‌نامه صادر شده است،
- تایید اکچوئر بر تمامی فاکتورهای مورد استفاده در قیمت‌گذاری
- توجیه نرخ‌ها و شرایط از جمله تخفیف‌های داده شده به هر گروه در صورت درخواست به نهاد ناظر
- توجه به نسبت خسارت واقع شده (ICR) هر بیمه‌نامه صادر شده
- مسئولیت نظارت بر چرخه مدیریت محصول: PMC
- لحاظ فرآیند بازنگری در بیمه‌گری/نرخ بیمه‌نامه‌های گروهی درمان در زمان تمدید، و الگوهای ورود و خروج اعضا از گروه به منظور کاهش احتمال انتخاب نامطلوب، خطر اخلاقی یا تقلب



## هند: ارائه عملکرد محصولات درمان گروهی ثبت شده جهت ارائه در سال مالی

جزئیات	دسته بندی
نام و کد محصول، این که آیا محصول یک بیمه خرد است؟، محدوده پوشش (مراقبت‌های بیمارستانی، بیماری‌های بحرانی)، گروه هدف (بیمه خرد، بخش اجتماعی، بخش روستایی/تامین اجتماعی/سایر)، نوع بیمه‌شده (انفرادی- شناور خانوادگی، انفرادی - غیر از شناور خانوادگی، گروهی - شناور خانوادگی، گروهی- غیر از شناور خانوادگی)، اساس پرداخت (بر اساس غرامت/مزایا/هر دو)، تاریخ تایید و معرفی محصول، کمترین و بیشترین دوره زمانی بیمه‌نامه، شامل پوشش الحاقیه می‌شود (بله/خیر)، تعداد پوشش الحاقیه، سرویس‌دهی توسط TPA (بله/خیر/هر دو در خانه & TPA)، تعداد کل TPAهای مشمول	جزئیات محصول
تعداد بیمه‌نامه‌های صادره، درآمد حق بیمه خالص، تعداد زندگی‌های تحت پوشش، کل مبلغ بیمه، کل حق بیمه واگذاری، کارمزد بیمه اتکایی اخذ شده، کارمزد/کارگزاری پرداخت شده	جزئیات کسب‌وکار جدید
تعداد بیمه‌نامه‌های سررسید شده برای تمدید، تعداد بیمه‌نامه‌های تمدیدی، نسبت نگهداری (% سن)، درآمد حق بیمه تمدیدی کل، تعداد زندگی‌های تحت پوشش، کل مبلغ بیمه در تمدید، کل حق بیمه تمدیدی واگذار شده، کارمزد بیمه اتکایی اخذ شده، کارمزد/کارگزاری پرداخت شده	جزئیات کسب‌وکار تجدید شده
تعداد بیمه‌نامه‌های صادره، درآمد حق بیمه خالص، تعداد زندگی‌های تحت پوشش، کل مبلغ بیمه، کل حق بیمه واگذار شده، کارمزد بیمه اتکایی اخذ شده، کارمزد/کارگزاری پرداخت شده	کسب‌وکار در جریان (قابل کاربرد در بیمه‌نامه‌های با مدت بیشتر از ۱ سال)
فسخ در طول دوره رایگان-خارج از کسب‌وکار جدید (تعداد بیمه‌نامه‌ها)، فسخ در طول دوره رایگان-خارج از کسب‌وکار جدید (مقدار حق بیمه بازپرداخت شده)، لغو در طول مدت بیمه‌نامه-خارج از کسب‌وکار جدید- غیر از لغوهای دوره رایگان (تعداد بیمه‌نامه‌ها)، لغو در طول مدت بیمه‌نامه-خارج از کسب‌وکار جدید- غیر از لغوهای دوره رایگان (مقدار حق بیمه بازپرداخت شده)، لغو در طول مدت بیمه‌نامه-خارج از کسب‌وکار تمدیدی (تعداد بیمه‌نامه‌ها)، لغو در طول مدت بیمه‌نامه-خارج از کسب‌وکار تمدیدی (مقدار حق بیمه بازپرداخت شده)	اطلاعات بیمه‌نامه‌های فسخ شده
حق بیمه عایدی خالص، خسارت خالص واقع شده، نسبت خسارت واقع شده خالص، نسبت ترکیبی	نسبت خسارت (واقعی بر اساس سال مالی)

نسبت ترکیبی: (کل خسارات پرداخت شده + دیگر هزینه‌های عملیاتی) تقسیم بر کل حق بیمه عایدی  
نسبت خسارت واقع شده خالص: خسارت خالص واقع شده تقسیم بر حق بیمه عایدی خالص



## هند: ارائه عملکرد محصولات درمان گروهی ثبت شده جهت ارائه در سال مالی

### عملکرد الحاقیه‌ها

جزئیات محصول
تعداد الحاقیه‌ها/افزودنی‌ها
UIN الحاقیه‌ها/افزودنی‌ها
محدوده پوشش (به عنوان مثال، مراقبت‌های بیمارستانی، بیماری‌های بحرانی)
گروه هدف (به عنوان مثال بیمه خرد، بخش اجتماعی، بخش روستایی/تامین اجتماعی/سایر)
اساس پرداخت (بر اساس گرامت/مزایا/هر دو)
تاریخ تایید افزونه
تاریخ معرفی افزونه
تعداد محصولات ضمیمه شده به افزونه
جزئیات کسب‌وکار جدید
تعداد الحاقیه‌ها/افزودنی‌های صادره
حق بیمه ناخالص جمع‌آوری شده
تعداد زندگی تحت پوشش
جزئیات کسب‌وکار تجدید شده
تعداد الحاقیه‌ها/افزودنی‌های تمدیدی
حق بیمه ناخالص جمع‌آوری شده
تعداد زندگی تحت پوشش

اعلام به تفکیک استان و همچنین، به تفکیک **کانال توزیع** (فروش مستقیم از اینترنت یا غیر از اینترنت، نماینده‌های انفرادی، بانک، کارگزار، شرکت‌های بازاریابی بیمه و ...) و به تفکیک **کسب‌وکار** جدید یا تمدیدی به صورت **سالانه** در قالب فرم مشخص به نهاد ناظر



## هند: ارائه عملکرد محصولات درمان گروهی ثبت شده جهت ارائه در سال مالی

تغییرات خسارات محصولات درمان گروهی ثبت شده

داده‌های خسارت	خسارات معوق در ابتدای سال	تعداد
		مقدار
	خسارات ثبت شده در طول سال	تعداد
		مقدار
	خسارات رد شده در طول سال	تعداد
		مقدار
خسارات پرداختی در طول سال	تعداد	
	مقدار	
خسارات معوق در انتهای سال	تعداد	
	مقدار	
سود کیفری پرداخت شده در طول سال	تعداد	
	مقدار	
زمان خسارت پرداختی	خسارات پرداخت شده در عرض ۱ ماه	تعداد
		مقدار
	خسارات پرداخت شده بین ۱-۳ ماه	تعداد
		مقدار
	خسارات پرداخت شده بین ۴-۶ ماه	تعداد
		مقدار
خسارات پرداخت شده بین ۷-۱۲ ماه	تعداد	
	مقدار	
خسارات پرداخت شده بین ۱-۲ سال	تعداد	
	مقدار	
خسارات پرداخت شده بعد از ۲ سال	تعداد	
	مقدار	

زمان خسارت رد شده	خسارات رد شده در عرض ۱ ماه	تعداد
		مقدار
	خسارات رد شده بین ۱-۳ ماه	تعداد
		مقدار
	خسارات رد شده بین ۴-۶ ماه	تعداد
		مقدار
خسارات رد شده بین ۷-۱۲ ماه	تعداد	
	مقدار	
خسارات رد شده بین ۱-۲ سال	تعداد	
	مقدار	
خسارات رد شده بعد از ۲ سال	تعداد	
	مقدار	
زمان خسارت معوق	خسارات معوق در عرض ۱ ماه	تعداد
		مقدار
	خسارات معوق بین ۱-۳ ماه	تعداد
		مقدار
	خسارات معوق بین ۴-۶ ماه	تعداد
		مقدار
خسارات معوق بین ۷-۱۲ ماه	تعداد	
	مقدار	
خسارات معوق بین ۱-۲ سال	تعداد	
	مقدار	
خسارات معوق بعد از ۲ سال	تعداد	
	مقدار	



## هند: الزام به افشای اطلاعات عملکردی بیمه‌های درمان

- تایید و امضای اطلاعات در قالب مشخص شده توسط مدیرعامل یا یکی از اعضای هیات مدیره
- انتشار اطلاعات ظرف مدت نود روز پس از پایان هر سال مالی
- الزام کلیه TPAها مرتبط با هر شرکت بیمه‌ای به ارائه اطلاعات موردنیاز
- دسترسی بیمه‌گذاران به اطلاع از جزئیات ذکر شده از طریق سایت شرکت بیمه یا TPA
- قالب افشای اطلاعات کمی و کیفی:

❖ تعداد بیمه‌نامه‌ها:

دولتی	گروهی	انفرادی	شرح
			تعداد بیمه‌نامه‌های سرویس داده شده
			تعداد زندگی‌های سرویس داده شده

- ❖ داده‌های تعداد خسارت‌های رسیدگی شده: تعداد خسارات معوق در ابتدای سال، تعداد خسارات دریافتی در طول سال، تعداد خسارات پرداخت شده در طول سال (تعیین درصد در پرائنتز)، تعداد خسارات رد شده در طول سال (تعیین % در پرائنتز)، تعداد خسارات معوق در پایان سال.
- ❖ زمان گردش (TAT) برای خسارات غیرنقدی (از نظر تعداد)،
- ❖ زمان گردش (TAT) در حالت پرداخت/رد ادعای خسارت،
- ❖ اطلاعات شکایات دریافت شده علیه TPA.



## آمریکا: نظام نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

□ نظام **ثبت و اجرا** در نرخ‌دهی بیمه‌های درمان گروهی در کمیسیونرهای مربوطه

□ **مراحل بررسی** نرخ بیمه‌های درمان گروهی:

❖ هیچ فرم بیمه‌نامه درمان گروهی یا انفرادی نباید برای تحویل در ایالت تحویل یا صادر شود، مگر اینکه ثبت و توسط کمیسیونر آن تأیید شده باشد.

❖ ایجاد یک سند حاوی الزامات تشکیل پرونده برای هر نوع بیمه توسط کمیسیونر: شامل فهرستی از کلیه الزامات بایگانی محصول که در اساسنامه، مقررات و بولتن‌های منتشر شده در این ایالت، با استنادهای مناسب به هر یک، دارای قوت و اثر قانونی است

❖ به‌روز رسانی سند مکرراً به صورت سالانه و نه کمتر و ظرف سی (۳۰) روز پس از هر گونه تغییر در قانون یا مقررات

❖ بررسی و تایید کمیسیونر ظرف ۶۰ روز پس از دریافت پرونده اولیه: **اعلام کاستی‌ها یا رد یا تایید**

❖ در صورت عدم اقدام کمیسیونر در پایان دوره بررسی: فرم تایید شده تلقی می‌شود.

❖ **عدم اجازه بیمه‌گر** به استفاده از نرخ حق بیمه تا قبل از ثبت و تایید و تصویب





## آمریکا: نظام نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

□ چهار نوع اصلی تنظیم نرخ در بازارهای فردی و گروهی کوچک بیمه‌های درمان:

❖ **توجیه اکچوئری:** نشان دادن ارتباط بین ویژگی‌های پرونده و افزایش هزینه‌های خسارت پزشکی

▪ برنامه‌هایی که نرخ‌های بیش از این ناحیه امن را تغییر می‌دهند، ممکن است لازم باشد داده‌هایی را ارائه دهند که استفاده از ویژگی‌های مورد بحث را توجیه می‌کند.

❖ **باندهای نرخ‌گذاری:** باندهای نرخ تعیین می‌کنند که بیمه‌گران چقدر می‌توانند حق بیمه را برای هر بیمه‌گذار بر اساس سلامت و ادعای بیمه‌گذار تغییر دهند.

▪ یا به‌عنوان نسبت بالاترین ضریب نرخ‌گذاری به کمترین (مثلاً ۱:۱.۵) یا به‌عنوان تغییرات مجاز بالاتر و پایین‌تر از نرخ شاخص (به‌عنوان مثال  $\pm 30\%$  درصد)

▪ مثال: حق بیمه کلی یک فرد به بیش از ۱۲۵ درصد از میانگین نرخ حق بیمه شرکت بیمه محدود شود.

▪ مثال: محدودیت حق بیمه بر اساس سن به نسبت ۵ به ۱ برای افراد مسن‌تر به جوانتر.

▪ مثال: اگر میانگین حق بیمه انفرادی ۲۰۰ دلار در ماه باشد و ایالتی به بیمه‌گر اجازه دهد که حق

بیمه‌ها را ۵۰ درصد از میانگین حق بیمه تغییر دهد، این امکان تغییر سه برابری در حق بیمه از

۱۰۰ دلار (۵۰ درصد از میانگین) تا ۳۰۰ دلار (۱۵۰ درصد میانگین) را فراهم می‌کند.







## آمریکا: نظام نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

### ❖ نرخ‌گذاری جامعه تعدیل‌شده:

- ممنوعیت استفاده از وضعیت سلامت یا تجربه ادعاها در تعیین حق بیمه
- استفاده از سایر ویژگی‌های موردی، مانند سن و جغرافیا، برای تغییر حق بیمه

### ❖ نرخ‌گذاری جامعه:

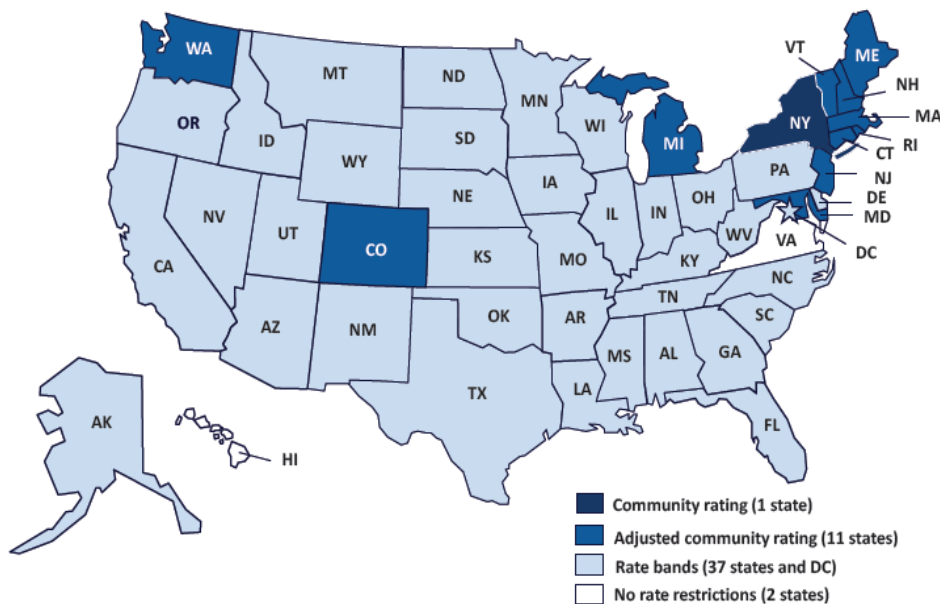
- توزیع ریسک به طور مساوی در سطح جامعه
- حق بیمه‌های یکسان برای همه افراد با یک بیمه‌نامه بدون توجه به وضعیت سلامتی خود و سایر عوامل مانند سن، جنسیت و مشخصه‌های سبک زندگی
- مجاز نبودن بیمه‌گران به تغییر نرخ‌ها بر اساس وضعیت سلامت یا ادعای شخص
- تفاوت نرخ جامعه برای بیمه‌گران مختلف بر اساس تجربه خسارت (و سایر عوامل مانند هزینه‌های اداری) افراد ثبت‌نام شده در آن بیمه‌گر
- در زمان تمدید: حق بیمه بر اساس تجربه خسارات همه افراد دارای بیمه‌نامه است، به طوری که افرادی که ادعای هزینه‌های درمانی داشته‌اند، نسبت به سایرین با همان بیمه‌نامه که ممکن است هیچ ادعایی نداشته باشند، نرخ‌های بالاتری دریافت نمی‌کنند.





# آمریکا: نظام نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

محدودیت نرخ در بازار بیمه‌های درمان گروهی کوچک آمریکا



نشان‌دهنده تلاش دولت‌ها برای ایجاد تعادل بین چالش‌های دسترسی بیشتر به پوشش‌های درمان خصوصی با مقرون به صرفه بودن بیمه‌نامه‌ها





## آمریکا: عوامل تعیین کننده حق بیمه درمان گروهی

الف) اینکه آیا این طرح یا پوشش یک فرد یا خانواده را پوشش می‌دهد.

- برای پوشش خانواده، کل حق بیمه برای پوشش خانواده باید با جمع کردن حق بیمه برای هر یک از اعضای خانواده تعیین شود، با این تفاوت که اگر بیش از ۳ فرزند زیر ۲۱ سال تحت پوشش وجود داشته باشد، کل حق بیمه خانواده فقط شامل حق بیمه تمام اعضای خانواده تحت پوشش بالای ۲۱ سال و ۳ بزرگ‌ترین فرزند تحت پوشش زیر ۲۱ سال می‌باشد.
- برای پوشش خانواده، هر گونه تغییر حق بیمه نرخ‌گذاری شده بر اساس سن یا مصرف دخانیات باید به طور جداگانه برای بخشی از حق بیمه قابل انتساب به هر یک از اعضای خانواده تحت پوشش اعمال شود.
- کل حق بیمه در نظر گرفته شده برای گروه کوچک با جمع کردن حق بیمه افراد تحت پوشش مطابق با بندهای (الف) و (ب) این بند، یا برای ایالتی که هیچ گونه تغییر نرخ‌گذاری برای عوامل شرح داده شده در پاراگراف‌ها را مجاز نمی‌داند، تعیین می‌شود.
- ب) منطقه نرخ‌گذاری جغرافیایی، برای اهداف این بند، منطقه نرخ‌گذاری جغرافیایی باید در بازار گروه‌های کوچک با استفاده از آدرس کسب‌وکار اصلی کارفرمای کوچک تعیین شود.



## آمریکا: عوامل تعیین کننده حق بیمه درمان گروهی

(ج) سن

- این نرخ ممکن است بر اساس سن بیش از ۳:۱ برای افراد مشابه در سنین مختلف که ۲۱ سال و بزرگتر هستند، متفاوت باشد، و تغییر در نرخ باید برای افراد زیر بیست و یک سال (۲۱) از نظر اکچوئری توجیه شود.
- نرخ برای هر فرد تحت پوشش باید بر اساس سن فرد تحت پوشش از تاریخ صدور، تمدید یا اضافه شدن به طرح باشد.
- تغییرات در نرخها بر اساس سن باید با منحنی نرخ‌گذاری سنی یکنواخت که توسط HHS ایجاد شده است، مطابقت داشته باشد، مگر اینکه کمیسیونر منحنی نرخ‌گذاری سنی جایگزین را بر اساس بند زیر ایجاد کند.
- کمیسیونر ممکن است مقرراتی را برای ایجاد یک منحنی نرخ‌گذاری سنی یکنواخت، مشروط به محدودیت‌های اعمال شده اتخاذ کند. هر منحنی نرخ‌گذاری سنی یکنواخت باید بر اساس باندهای سنی یکنواخت زیر باشد:
  - i. یک گروه سنی برای افراد ۰ تا ۲۰ ساله؛
  - ii. باندهای سنی یک ساله برای افراد ۲۱ تا ۶۳ ساله؛
  - iii. یک گروه سنی برای افراد ۶۴ سال و بالاتر.





## آمریکا: عوامل تعیین کننده حق بیمه درمان گروهی

- د) با توجه به بخش ۲۷۰۵ قانون خدمات بهداشت عمومی (PHSA) و مقررات اجرایی آن (مربوط به منع تبعیض بر اساس وضعیت سلامت و برنامه‌های ارتقاء سلامت یا پیشگیری از بیماری)، استعمال دخانیات:
- نرخ ممکن است بیش از ۱:۱.۵ بر اساس مصرف تنباکو تغییر کند.
  - هزینه اضافی برای استفاده از تنباکو فقط می‌تواند برای افرادی اعمال شود که طبق قوانین فدرال و ایالتی ممکن است به طور قانونی از تنباکو استفاده کنند.
  - هزینه نرخ‌گذاری برای «مصرف دخانیات» فقط ممکن است برای افرادی اعمال شود که به طور متوسط چهار (۴) بار در هفته یا بیشتر در آخرین دوره شش ماهه از دخانیات استفاده کرده‌اند. و
  - ارائه‌دهنده بیمه درمان ممکن است استفاده از هر محصول تنباکو را برای اهداف نرخ‌گذاری در نظر بگیرد، اما ممکن است استفاده مذهبی یا تشریفاتی تنباکو را در نظر نگیرد. علاوه بر این، سازمان بهداشت باید «مصرف دخانیات» را از نظر آخرین زمان استفاده از یک محصول دخانی در نظر بگیرد.
  - ارائه‌دهنده بیمه درمان ممکن است برای افراد جوان‌تر از افراد مسن‌تر از ضریب مصرف دخانیات کمتری استفاده کنند تا زمانی که این ضریب برای هر گروه سنی از ۱:۱.۵ تجاوز نکند. ایالت‌ها یا ارائه‌دهندگان بیمه درمان انعطاف پذیری برای تعیین ضریب نرخ‌گذاری مناسب تنباکو در ۱:۱ تا ۱:۱.۵، مطابق با الزامات برنامه درمان را خواهند داشت. علاوه بر این، ارائه‌دهندگان بیمه درمان در بازار گروه‌های کوچک ممکن است فاکتور نرخ‌گذاری تنباکو را برای کارکنان فقط به عنوان بخشی از یک برنامه درمان اجرا کنند. ارائه‌دهندگان بیمه درمان در بازار فردی ممکن است هزینه اضافی مصرف تنباکو را بدون ارائه برنامه‌های درمان اعمال کنند.





## آمریکا: عوامل تعیین کننده حق بیمه درمان گروهی

### ه) اندازه گروه

- با توجه به پوشش خانواده تحت یک طرح مزایای درمان که پوشش بیمه درمانی در بازار گروهی کوچک ارائه می‌کند، تغییرات نرخ‌گذاری مجاز طبق بند (۱) (ج) و (د) باید بر اساس بخشی از حق بیمه که به هر یک از اعضای خانواده تحت پوشش این طرح قابل انتساب است، اعمال شود.
- حق بیمه پرداخت شده با توجه به هر طرح مزایای سلامت خاص یا پوشش بیمه درمانی در بازار گروه کوچک نباید بیشتر از سالانه تعدیل شود، به جز اینکه نرخ‌های حق بیمه ممکن است تغییر کند تا منعکس کننده موارد زیر باشد:
  - تغییرات در ثبت نام کارفرمای کوچک؛
  - تغییرات در ترکیب خانواده یک کارمند.
  - تغییرات در استفاده از تنباکو،
  - تغییرات در طرح مزایای سلامتی که توسط کارفرمای کوچک درخواست شده است. یا
  - سایر تغییرات مورد نیاز توسط قانون یا مقررات فدرال یا در غیر این صورت صراحتاً توسط قانون ایالت مجاز است.





## آمریکا: عوامل تعیین کننده حق بیمه درمان گروهی

- **ویژگی‌های موردی مجاز:** تغییرات آنها نیازی به بازتاب در محدوده اطراف نرخ شاخص و محدودیت‌های افزایش نرخ ندارد. معمولاً شامل سن، جنسیت و منطقه جغرافیایی می‌شود و اغلب شامل صنعت و اندازه گروه نیز می‌شود (عوامل این دو مورد آخر اغلب محدود هستند). تغییر بر اساس طرح مزایا، از جمله طرح‌های شبکه ارائه‌دهنده محدود، نیز مجاز است.
- **سایر ویژگی‌های موردی دارای مجوز:** اینها عوامل نرخ‌گذاری مشروعی هستند که در غیر این صورت ممکن است به عنوان "مجاز" در نظر گرفته نشوند (یعنی عواملی که ممکن است در تعیین نرخ شاخص منعکس نشوند). به عبارت دیگر، این عوامل برای تعیین نرخ شاخص استفاده نمی‌شوند، اما در محدوده اطراف نرخ شاخص منعکس می‌شوند. اگر ایالتی جنسیت، اندازه گروه، و صنعت، از جمله موارد دیگر، را مجاز نمی‌دانست، این‌ها می‌توانند «سایر ویژگی‌های موردی دارای مجوز» در نظر گرفته شوند، مگر اینکه ایالت صراحتاً اجازه استفاده از آنها را برای نرخ‌گذاری نداده باشد.
- **ویژگی‌های موردی غیرمجاز:** برخی از ایالت‌ها نرخ‌گذاری بر اساس جنسیت را مجاز نمی‌دانند. به این ترتیب، یک ارائه‌دهنده نمی‌تواند نرخ‌ها را بر اساس جنسیت در این ایالت‌ها تغییر دهد.





## آمریکا: عوامل تعیین کننده حق بیمه درمان گروهی

□ محاسبه حق بیمه درمان گروهی برای یک گروه کوچک

**i. مرحله اول:** شرکت‌های بیمه ممکن است تنها از سه عامل برای توسعه نرخ ریسک استاندارد کارکنان (SERR) استفاده کنند: سن کارمند، اندازه خانواده و موقعیت جغرافیایی. برای اطمینان از یک روش نرخ‌گذاری شفاف، شرکت‌های بیمه باید SERRها را به آژانس‌های نظارتی ارسال کنند.

**ii. مرحله دوم:** با اعمال یک فاکتور تعدیل ریسک (RAF) در SERR، شرکت‌های بیمه ممکن است نرخ گروه را بر اساس عواملی مانند سابقه سلامت کارکنان تنظیم کنند. حق بیمه واقعی باید در محدوده مشخصی قرار گیرد (بین ۹۰٪ و ۱۱۰٪ SERR) که به عنوان باند نرخ نامیده می‌شود. RAF معمولاً به صورت ضریب بین ۰.۹ تا ۱.۱ بیان می‌شود. هنگامی که SERR در RAF ضرب می‌شود، نتیجه یک حق بیمه است که در محدوده نرخ مورد نیاز قرار می‌گیرد. RAF تنها راهی است که یک شرکت بیمه ممکن است نرخ‌ها را در بین گروه‌های مختلف تغییر دهد تا عوامل خطری غیر از مواردی را که برای تعیین SERR استفاده می‌شوند، منعکس کند. نمونه‌هایی از این عوامل خطر عبارتند از: سابقه سلامت، تجربه خسارات و صنعت.





# آمریکا: نحوه دخالت نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

## □ بیمه‌های درمان گروه کوچک

❖ الزام به ارائه گواهی اکچوئری مبنی بر تطابق با مقررات محدودیت‌های نرخ حق بیمه

❖ معنای انطباق: اکچوئر آزمایش‌ها و بررسی‌های مناسبی را انجام داده و تشخیص داده است که

شرکت ارائه‌دهنده بیمه درمان گروهی با تعریف ایالتی از انطباق مطابقت دارد.

تفاوت در نرخ‌های طرح معقول است، تفاوت‌های طراحی عینی را منعکس می‌کند، و شامل تفاوت در ماهیت گروه‌هایی که فرض می‌شود یک طرح را انتخاب می‌کنند، تا حدی که قانون اجازه می‌دهد، نمی‌شود.

طبقات کسب‌وکار تعریف شده مطابق با قوانین قابل اجرا ایجاد شده است.

روش‌ها و شیوه‌های نرخ‌گذاری مطابق با اصول صحیح اکچوئری، تا جایی که قانون اجازه می‌دهد، است.

نرخ‌های شاخص تعریف شده طبق قانون محاسبه شده است.

نرخ‌ها از هیچ کارمزد یا هزینه‌های جداگانه ممنوعه استفاده نمی‌کنند، به‌طور مشابه، هیچ‌گونه تخفیف، بازپرداخت یا تخفیف ممنوعه را شامل نمی‌شوند.

در اعمال عوامل نرخ‌گذاری، شرکت‌های بیمه بیمه‌گذاران را در طبقات و بلوک‌های کسب‌وکار مختلفی گروه‌بندی می‌کنند.

محدودیت‌های نرخ‌گذاری مرتبط با ویژگی‌های مورد مجاز برآورده شده‌اند و فقط از ویژگی‌های مورد مجاز در تنظیم نرخ‌ها برای تست انطباق استفاده شده است.

افزایش نرخ از دوره نرخ‌گذاری قبلی بیش از درصد افزایش مجاز قانون نیست

❖ افشای اطلاعات شامل: مفاد پوشش مربوط به حق تغییر نرخ حق بیمه و عوامل تاثیرگذار بر

تغییرات نرخ حق بیمه، و فهرست و اطلاعات توصیفی، از جمله مزایا و حق بیمه

# آمریکا: نحوه دخالت نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

## □ بیمه‌های درمان گروه بزرگ

❖ الزام اکچوئر به طراحی محصول، مانند ایجاد حداقل الزامات پوشش، مفاد قرارداد و وردینگ (مانند پوشش کودکان تازه متولد شده)، قیمت‌گذاری (مانند لزوم برآورده کردن حداقل الزامات نسبت خسارت)، بررسی نرخ (مانند محدودیت‌هایی در مورد اینکه چند بار می‌توان نرخ‌ها را تغییر داد و اینکه آیا تغییرات نرخ باید ثبت و/یا تأیید شود یا خیر).

❖ دخالت کمتر بر کسب‌وکار بیمه درمان گروه‌های بزرگ نسبت به کسب‌وکارهای گروهی و فردی کوچک،

❖ ایجاد حداقل نسبت‌های خسارت که می‌تواند منجر به تخفیف حق بیمه شود،

❖ الزامات پوشش، از جمله پوشش افراد تحت تکفل تا سن ۲۶ سال، حذف محدودیت‌های مادام‌العمر، الزامات مزایای پیشگیرانه،

❖ الزامات ثبت‌نام خودکار برای گروه‌های بزرگ با بیش از ۲۰۰ کارمند،

❖ الزام به افشای اطلاعات عملکردی بیمه‌های درمان: صورت‌های مالی سالانه و فصلی



# آمریکا: نحوه دخالت نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

## الزامات فدرال برای بیمه‌های درمان

مفاد	گروه بزرگ	گروه کوچک	خود بیمه‌شده	غیر گروهی
به دست آوردن پوشش				
صدور تضمین شده	√	√	نامعلوم	√
مقررات مسئولیت مشترک کارفرما	√	نامعلوم	√	نامعلوم
ممنوعیت بر استفاده از وضعیت سلامتی برای واجد شرایط بودن	√	√	√	√
عدم تبعیض بر اساس اطلاعات ژنتیکی	√	√	√	√
تعمیم پوشش وابستگان	√	√	√	√
منع تبعیض بر اساس حقوق	√	√	√	نامعلوم
محدودیت دوره انتظار	√	√	√	نامعلوم
حفظ پوشش				
تجدید پذیری تضمینی	√	√	نامعلوم	√
ممنوعیت فسخ	√	√	√	√
ادامه پوشش COBRA	√	√	√	نامعلوم
پوشش برای دانشجویانی که از نظر پزشکی مرخصی ضروری می‌گیرند	√	√	√	√
حق بیمه درمان				
ممنوعیت بر استفاده وضعیت سلامتی به عنوان یک عامل نرخ‌گذاری	√	√	√	√
محدودیت‌های نرخ‌گذاری	نامعلوم	√	نامعلوم	√
بررسی نرخ	نامعلوم	√	نامعلوم	√
تجمیع ریسک انفرادی	نامعلوم	√	نامعلوم	√
نسبت خسارت درمانی (MLR)	√	√	نامعلوم	√
مزایای تحت پوشش				
پوشش مزایای درمان اصلی	نامعلوم	√	نامعلوم	√
پوشش خدمات پیشگیرانه سلامتی بدون اشتراک‌گذاری هزینه	√	√	√	√
پوشش واکسیناسیون کووید-۱۹ و سایر خدمات پیشگیرانه واجد شرایط	√	√	√	√
پوشش برای افراد شرکت‌کننده در کارآزمایی‌های بالینی تایید شده	√	√	√	√
پوشش حداقل بستری در بیمارستان بعد از زایمان	√	√	√	√
توازن سلامت روان	√	√	√	√
پوشش بازسازی پس از ماستکتومی	√	√	√	√
پوشش شرایط مرتبط با بارداری	√	√	√	نامعلوم
ممنوعیت استثناهای پوشش بر اساس شرایط درمانی موجود	√	√	√	√





# آمریکا: نحوه دخالت نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

## الزامات فدرال برای بیمه‌های درمان

مفاد	گروه بزرگ	گروه کوچک	خود بیمه‌شده	غیر گروهی
ثبت نام اشتراک هزینه و برنامه پرداخت برای مزایا				
حداکثر محدودیت سالانه در تقسیم هزینه	√	√	√	√
حداقل الزامات ارزش اکتیوئری	نامعلوم	√	نامعلوم	√
ممنوعیت پوشش مادام العمر و سالانه	√	√	√	√
تعاملات ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی				
جلوگیری از قبوض غافلگیر کننده آمبولانس های پزشکی و هوایی	√	√	√	√
تداوم مراقبت	√	√	√	√
خدمات ارائه شده بر اساس اطلاعات راهنمای نادرست ارائه‌دهنده	√	√	√	√
انتخاب متخصصان بهداشت و درمان	√	√	√	√
عدم تبعیض در مورد ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی	√	√	√	√
ممنوعیت کلوزهای گگ در مورد اطلاعات قیمت و کیفیت	√	√	√	√
اطلاعات ثبت نام و درخواست تجدید نظر				
خلاصه از مزایا و پوشش و واژه نامه یکنواخت	√	√	√	√
توضیح پیشرفته از مزایا	√	√	√	√
اطلاعات کارت شناسایی طرح	√	√	√	√
ابزار مقایسه قیمت	√	√	√	√
الزامات فهرست ارائه‌دهنده	√	√	√	√
افشای حمایت های بیمار در برابر صورت حساب موجودی	√	√	√	√
اطلاعات در مورد داروهای تجویزی	√	√	√	√
افشای ثبت نام پوشش بازار انفرادی	نامعلوم	نامعلوم	نامعلوم	√
فرآیند تجدید نظر و بررسی خارجی	√	√	√	√
الزامات گزارش دهی فدرال و عمومی				
الزامات گزارش در مورد کیفیت مراقبت	√	√	√	√
الزامات گزارش در مورد آمبولانس های هوایی	√	√	√	√
الزامات گزارش در مورد مزایای داروخانه و هزینه‌های دارو	√	√	√	√
شفافیت در پوشش	√	√	√	√





## سوئیس: نظام نرخ گذاری بیمه های درمان گروهی

- قبل از ارائه هر گونه محصولات بیمه درمانی تکمیلی، بیمه گران درمان، باید آنها را مورد تایید FINMA قرار دهند.
- هم محاسبات تعرفه و هم شرایط و ضوابط ارائه شده به FINMA حسابرسی می شوند (رویه ثبت و اجرا).
- در صورتی که شرایط قانونی رعایت شده باشد، تاییدیه صادر می شود.

حداکثر کاهش حق بیمه برای منطقه ۳			حداکثر کاهش حق بیمه برای منطقه ۲		
جدید	اخیر	کانتون	جدید	اخیر	کانتون
٪۱۰	٪۱۰	زوریخ	٪۱۵	٪۱۵	زوریخ
٪۱۰	٪۱۰	برن	٪۱۵	٪۱۵	برن
٪۵	٪۱۰	لوتسرن	٪۱۵	٪۱۵	لوتسرن
-	-	فریبورگ	٪۱۰	٪۱۵	فریبورگ
-	-	بازل-لاندسافت	٪۱۵	٪۱۵	بازل-لاندسافت
-	-	شافهاوزن	٪۱۵	٪۱۵	شافهاوزن
٪۱۰	٪۱۰	سنت گالن	٪۱۰	٪۱۵	سنت گالن
٪۱۰	٪۱۰	گراوبوندن	٪۱۵	٪۱۵	گراوبوندن
-	-	تیچینو	٪۱۵	٪۱۵	تیچینو
-	-	وو	٪۱۵	٪۱۵	وو
-	-		٪۱۵	٪۱۵	وله





## سوئیس: عوامل تعیین کننده حق بیمه درمان گروهی

- سن و جنسیت:** افراد مسن و زنان معمولاً هزینه‌های مراقبت‌های درمانی بالاتری دارند که می‌تواند بر میزان حق بیمه تأثیر بگذارد.
- وضعیت سلامت:** در حالی که نرخ‌گذاری جامعه از بیمه‌گران می‌خواهد که حق بیمه یکسانی را به همه اعضای یک گروه ارائه دهند، برخی از بیمه‌گران ممکن است از روش‌های تعدیل ریسک برای در نظر گرفتن تفاوت‌های وضعیت سلامتی بین اعضا استفاده کنند. این به این معنی است که افرادی که از قبل شرایط یا بیماری‌های مزمن دارند ممکن است در مقایسه با افراد سالم‌تر حق بیمه بیشتری پردازند.
- موقعیت جغرافیایی:** هزینه مراقبت‌های درمانی می‌تواند بسته به محل زندگی فرد متفاوت باشد. بیمه‌گران ممکن است حق بیمه را بر اساس موقعیت جغرافیایی گروه تنظیم کنند.
- طراحی مزایا:** مزایای خاص ارائه شده توسط یک بیمه‌نامه درمانی گروهی می‌تواند بر میزان حق بیمه تأثیر بگذارد. بیمه‌نامه‌هایی با پوشش جامع‌تر معمولاً با حق بیمه بالاتری همراه هستند.
- هزینه‌های اداری:** بیمه‌گران ممکن است در هنگام تعیین حق بیمه، هزینه‌های اداری، مانند کارمزد فروش و هزینه‌های بازاریابی را نیز در نظر بگیرند.





## سوئیس: نحوه دخالت نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

- وظیفه FOPI: اعطای تأییدیه برای عملیات تجاری و نظارت مستقیم بر کل عملیات تجاری تأسیسات بیمه خصوصی مشمول نظارت دولتی
- بررسی اصول کسب‌وکار یک شرکت بیمه خصوصی در ابتدا هنگام رسیدگی به درخواست تأیید برای عملیات کسب‌وکار
- ارائه تأییدیه در صورت داشتن الزامات قانونی برای تسهیلات بیمه
- بررسی گزارش‌های سالانه ارائه شده توسط بیمه‌گران (وضعیت کسب‌وکار)
- بررسی عناصر طرح‌های کسب‌وکار ارائه شده توسط شرکت‌های بیمه، به ویژه مبنای محاسبه مفاد فنی و نظام‌های پاداش و همچنین شرایط بیمه‌نامه و نرخ حق بیمه
- نظارت بر وثیقه قانونی مورد نیاز مطالبات از بیمه‌گران
- الزام به بررسی تسهیلات بیمه حداقل سالی یک بار در خصوص محاسبه صحیح مبلغ اسمی دارایی‌های مرتبط، مطابقت مبالغ تخصیص یافته با مبلغ اسمی، مطابقت با مشخصات سرمایه‌گذاری
- بررسی حاشیه توانگری



## سوئیس: نحوه دخالت نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

- نظارت بر شرکت‌های بیمه بر اساس طبقات نظارتی (بر اساس خطرات بالقوه برای طلبکاران، سرمایه‌گذاران، افراد بیمه‌شده، نظام به عنوان یک کل و شهرت مرکز مالی سوئیس)
- دسته‌بندی‌ها از ۱ (شرکت‌های بسیار بزرگ، بزرگ و پیچیده با ریسک بسیار بالا) تا ۵ (کم ریسک):  
شرکت‌های بیمه در گروه‌های ریسک ۲ تا ۵
- استفاده از ابزارهای زیر در فعالیتهای نظارتی بیمه:
  - آزمون توانگری سوئیس: در گام اول، شرکت بیمه با ارزش‌گذاری برای هر موقعیت (دارایی‌ها و بدهی‌ها) در ترازنامه، سرمایه موجود خود را تعیین می‌کند. ارزش‌گذاری در SST بر اساس بازار سازگار انجام می‌شود. سپس ارزیابی می‌شود که آیا سرمایه موجود شناسایی شده می‌تواند الزامات SST را برآورده کند، یعنی آیا برای پوشش تعهدات شرکت نیز در زمان‌های کمتر مساعد کافی است یا خیر.
  - دستورالعمل‌های سرمایه‌گذاری و دارایی‌های مرتبط: دارایی‌های مرتبط مشمول قوانین سرمایه‌گذاری و بررسی نظارتی اجرای مقررات آن
  - نظارت بر مفاد فنی: انطباق ذخیره برای پوشش تعهدات قرارداد شرکت‌های بیمه، ارائه روش‌های مجاز برای حق بیمه درمان گروهی، تعیین هزینه اسمی مورد انتظار برای خسارت‌های تحت پوشش در طول یک سال مالی







## سوئیس: نحوه دخالت نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

- جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات دوره‌ای: ترازنامه و صورت سود و زیان
- ارزیابی حکمرانی: ارزیابی اطلاعات جمع‌آوری‌شده دوره‌ای درباره حاکمیت شرکتی شرکت بیمه با تمرکز بر ساختارهای حاکمیتی اساسی شرکت بیمه، نهادهای نظارتی و مدیریتی آن (هیئت مدیره، هیئت اجرایی) و عملکردهای کنترلی آن (مدیریت ریسک، انطباق و بازرنگری داخلی)
- نظارت فشرده: تشدید نظارت در صورت بروز مشکل در شرکت مانند افزایش ریسک در یک حوزه خاص، مشکل در مسائل نظارتی و ...





## ترکیه: نظام نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

□ تعیین تعرفه‌های بیمه آزادانه توسط شرکت‌های بیمه مطابق با اصول و روش‌های اکچوئری پذیرفته شده

□ اما میزان پوشش، تعرفه‌ها و دستورالعمل‌های بیمه‌های اجباری که به موجب این قانون و سایر قوانین تعیین می‌شود توسط وزیر تعیین و در روزنامه رسمی منتشر می‌شود.

❖ تعرفه شامل اصول فنی و شرایط خاص است و نمی‌تواند مغایر با قانون بیمه باشد. تعرفه‌های صادره برای اولین بار، ۱۵ روز کاری قبل از اجرای آن‌ها توسط شرکت، در محیط الکترونیکی به مرکز نظارت و اطلاعات بیمه (SBGM) ارسال می‌شود (رویه اجرا و ثبت).

❖ تعیین اصول فنی و شرایط خاص، ساختار سررسید، نوع قرارداد، سن قابل بیمه، ضوابط تعیین حق بیمه، نرخ تنزیل و افزایش حق بیمه و توضیحات مربوط به قراردادهای فردی و مدت زمان تمدید قرارداد

❖ درخواست اصلاح موارد مغایر با قوانین و اصول بیمه و یا تزییع حقوق و منافع بیمه شدگان و بیمه‌گذاران در اجرای آنها

❖ امضای فرم‌های شامل اصول فنی، شرایط خاص، جداول مورد استفاده در محاسبه حق بیمه، گزارش‌ها و اطلاعیه‌ها توسط اکچوئر

❖ الزام شرکت به داشتن حداقل یک پزشک یا سایر متخصصین مراقبت‌های درمانی

❖ ارسال گزارش اکچوئری تهیه شده تا پایان سال در مورد فعالیت‌های بیمه درمانی خصوصی شرکت به



## ترکیه: عوامل تعیین کننده حق بیمه درمان گروهی

- ❑ **سطح پوشش:** سطح پوششی که توسط بیمه‌گذار ارائه می‌شود، می‌تواند شامل خدمات مختلفی باشد. برای مثال پوشش تنها برای خدمات بستری شدن در بیمارستان و یا شامل خدمات پزشکی و دارویی در طول سال باشد. هرچقدر پوشش بیشتر ارائه شود، معمولاً حق بیمه بیشتری دریافت می‌شود.
- ❑ **سن و وضعیت سلامتی اعضای گروه:** بسته به سن و وضعیت سلامتی اعضای گروه، حق بیمه متفاوت است. بیمه‌گرها معمولاً برای افرادی با سنین کمتر و وضعیت سلامتی بهتر تخفیف ارائه می‌دهند.
- ❑ **اندازه گروه:** تعداد اعضای گروه به دلیل صرفه جویی در مقیاس اغلب می‌تواند منجر به تخفیف در حق بیمه هر عضو شود.
- ❑ **موقعیت جغرافیایی:** منطقه‌ای از ترکیه که گروه در آن قرار دارد نیز ممکن است بر قیمت‌گذاری بیمه‌نامه تأثیر بگذارد.
- ❑ **نوع شغل:** برخی از مشاغل ریسک‌گریز هستند، در حالی که برخی از آنها دارای میزان زیادی ریسک هستند.





## ترکیه: نحوه دخالت نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

- سازمان ناظر بر فعالیت شرکت‌های ارائه دهنده خدمات بیمه درمان گروهی: سازمان تنظیم بیمه سلامت (SSDK)
- **مسئولیت نظارت** بر شرایط کیفیت خدمات پزشکی ارائه شده توسط شرکت‌های بیمه
- به‌منظور اطمینان از کیفیت و مطابقت با استانداردهای مشخص شده توسط وزارت بهداشت، **انجام تحقیقات و اطلاع‌رسانی** در رابطه با خدمات ارائه شده توسط بیمه‌گر
- **مسئول حل اختلافات و رسیدگی** به شکایات مربوط به خدمات ارائه شده توسط بیمه‌گر در بیمه‌های درمان خصوصی گروهی





## ترکیه: نحوه دخالت نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

□ نظارت بر شرکت‌های بیمه‌ای:

- ❖ **بازرسی و تعیین میزان پوشش‌های بیمه‌ای:** بازرسی دوره‌ای شرکت‌های بیمه (شامل بررسی دفاتر، بررسی اسناد مربوط به خدمات بیمه‌ای و تعیین میزان پوشش ارائه شده) و تعیین میزان پوشش‌های بیمه‌ای.
- ❖ **بررسی شکایات:** پیگیری شکایات به صورت جدی برای ارائه خدمات بهتر به بیماران و اقدام علیه بیمه‌گر در صورت عدم انجام تعهدات
- ❖ **برگزاری دوره‌های آموزشی:** برگزاری دوره‌های آموزشی با هدف افزایش عملکرد شرکت‌های بیمه (شامل موضوعاتی مانند ارائه خدمات بیمه‌ای بهتر، ایجاد ارتباط صحیح با بیماران و شناخت تمامی مفاد قرارداد بیمه‌ای)





## ترکیه: نحوه دخالت نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

- حداقل اندازه گروه: ۱۰ نفره
- پوشش حداقل مزایای خاص در مقررات تحت بیمه‌نامه درمان گروهی
- ارائه شرحی از پوشش ارائه‌شده، و همچنین هرگونه محدودیت یا استثنا در بیمه‌نامه، مقرراتی برای تجدیدپذیری، فسخ و رسیدگی به ادعاها
- ارائه حق بیمه بر اساس سن، جنسیت و وضعیت سلامت افراد بیمه‌شده و همچنین مزایای ارائه شده
- تعیین حق بیمه بیمه‌نامه‌های صادر شده توسط شرکت‌های بیمه درمانی خصوصی بر اساس اصول و روش‌شناسی صحیح اکچوئری
- تعیین حق بیمه با استفاده از داده‌های به‌روز در مورد تجارب خسارت‌های گذشته و پیش‌بینی مطالبات آتی
- داده‌های مورد استفاده: مرتبط، قابل اعتماد و معرف جامعه بیمه‌گذاران
- اطمینان شرکت‌های خصوصی بیمه درمانی از کفایت حق بیمه برای پوشش هزینه‌های مورد انتظار خسارت، هزینه‌های ریسک، هزینه‌های اداری، کارمزدها و اهداف سودآوری



## ترکیه: نحوه دخالت نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

- بررسی دوره‌ای قیمت‌های بیمه‌نامه‌های خود بر اساس تجربه واقعی خسارت و سایر عوامل مرتبط مانند تغییرات در فناوری پزشکی، هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و روندهای جمعیتی و تعدیل آن‌ها در صورت لزوم
- اطلاع‌رسانی به بیمه‌گذاران از قیمت‌گذاری بیمه‌نامه‌های خود، اجزای حق بیمه و هرگونه تغییر در قیمت‌ها قبل از صدور یا تمدید بیمه‌نامه
- مرکز نظارت و اطلاعات بیمه (SBGM): **مرکز اطلاعات و نظارت بیمه درمان و مرکز پیگیری و نظارت خسارت بیمه**





# ترکیه: نحوه دخالت نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

## مرکز اطلاعات و نظارت بیمه درمان

ایجاد پایگاهی برای ثبت و نگهداری سوابق قراردادهای بیمه صادر شده توسط بیمه‌گران عضو

دریافت و ثبت اطلاعات خسارت معوق و پرداختی قراردادهای بیمه

در اختیار قراردادن سوابق بیمه‌گذاران به صورت رایگان به شرکت‌های بیمه عضو به منظور اطمینان از فرآیند ارزیابی ریسک دقیق

پیگیری اقدامات شرکت‌های بیمه عضو در خصوص بیمه‌هایی که اطلاعات آنها در پایگاه داده ایجاد شده در مرکز نگهداری می‌شود.

تبدیل داده‌های مربوط به تولید حق بیمه، خسارت پرداختی و قراردادهای بیمه و همچنین آمار مشابه ایجاد شده توسط مرکز به گزارش‌های اطلاعاتی

برآوردن خواسته‌های اطلاعاتی کاربران مجاز

## مرکز پیگیری و نظارت خسارت بیمه

عضویت کلیه شرکت‌های بیمه دارای پروانه بهره برداری در شعب بیمه غیر زندگی

ورود تمام خسارات اعلام شده را در پایگاه داده مرکز توسط بیمه‌گران

تعیین محتوای گزارش‌های ارزیاب خسارت توسط کمیته اجرایی ارزیاب کنندگان خسارت بیمه

الزام ارزیاب کنندگان خسارت به تهیه گزارش‌های ارزیابی در چارچوب اصول و رویه‌ها و الزام شرکت‌های بیمه به ارائه کلیه اطلاعات مربوط به خسارت از مرحله اعلام تا تکمیل پرداخت

الزام شرکت‌های بیمه یا ارزیاب کنندگان خسارت به نگهداری و گزارش سوابق مربوط به خسارت

نگهداری اطلاعات مربوط به خسارات و گزارش‌های ارزیاب خسارت و امکان دسترسی در یک بانک گزارش یکنواخت امن، مرتب شده بر اساس موضوعات برای اطمینان از انجام بازرسی‌های لازم

الزام شرکت‌های بیمه به ثبت مبالغ خسارت و مشخصات اشخاصی را که به آنها پرداخت می‌شود در پایگاه داده

انجام مطالعات به منظور اطمینان از ایجاد تعرفه در رابطه با بیمه‌هایی که اطلاعات آنها در پایگاه اطلاعاتی مرکز نگهداری می‌شود و ارسال این مطالعات به معاونت و انجمن جهت پیگیری بین‌المللی رویه‌های مرتبط با بیمه‌های موجود در حوزه فعالیت آن.





## استرالیا: نظام نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

- ❑ درخواست برای تایید یک طرح بیمه درمان گروهی ممکن نیست مگر اینکه یک نسخه از طرح و هر گزارش اکچوئری که این طرح بر مبنای آن است، به APRA ارسال نشود (رویه ثبت و اجرا).
- ❑ تعریف نظام نرخ‌گذاری بیمه درمان تکمیلی گروهی با توجه به سطح پوشش درمانی ارائه شده توسط هر بیمه‌گر
- ❑ مثال: بیمه‌گران می‌توانند با ارائه پوشش بیشتری از خدمات درمانی تعرفه بیمه بیشتری را از بیماران دریافت کنند. همچنین، نحوه پوشش و نرخ‌های تعریف شده برای هر بیماری و خدمت درمانی توسط هر بیمه‌گر ممکن است متفاوت باشد. بیمه‌گر خصوصی درمانی که پیشنهاد تغییر حق بیمه‌های دریافتی بر اساس محصولات بیمه سلامت منطبق را دارد، باید برای تأیید این تغییر از وزیر درخواست کند:
  - (الف) در فرم تأیید شده؛ و
  - (ب) حداقل ۶۰ روز قبل از روزی که بیمه‌گر پیشنهاد می‌کند، تغییر اعمال شود.





## استرالیا: نظام نرخ گذاری بیمه های درمان گروهی

- **قیمت گذاری** محصول بیمه شامل **برآورد هزینه خسارت و سایر هزینه های کسب و کار** ناشی از محصول و برآورد درآمد سرمایه گذاری ناشی از سرمایه گذاری درآمد حق بیمه مربوط به محصول است.
- در رابطه با **قیمت گذاری**، بیمه گر می تواند عناصر زیر را در **چارچوب مدیریت ریسک** لحاظ کند:
  - الف) سطوح تفویض اختیار به وضوح تعریف شده و مناسب برای تأیید تمام جنبه های مادی قیمت گذاری؛
  - ب) شناسایی و ارزیابی ریسک؛
  - ج) فرآیندی برای انعکاس تجربه در حال ظهور در ارزیابی قیمت؛
  - د) تجزیه و تحلیل سود و زیان از جمله نظارت بر اثر حرکت قیمت بر قیمت نهایی؛
  - ه) مقررات تنزیل قیمت؛
  - و) فرآیند قیمت گذاری محصول بیمه گر برای پاسخگویی به فشارهای محیطی رقابتی و خارجی؛
  - ز) فرآیند و توانایی نظارت بر انحرافات قیمت واقعی از قیمت گذاری فنی بیمه گری؛
  - ح) روش هایی برای نظارت بر انطباق با سیاست ها و رویه های قیمت گذاری برای تغییرات قیمت گذاری پیشنهادی.





## استرالیا: نظام نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

□ در رابطه با ارزیابی ریسک، چارچوب مدیریت ریسک معمولاً شامل عناصر زیر است:

الف) بیانیه‌ای از تمایل و ظرفیت بیمه‌گر برای پذیرش ریسک؛

ب) ماهیت کسب‌وکار بیمه‌ای که بیمه‌گر باید ارزیابی ریسک کند از جمله:

- طبقات بیمه‌ای که باید ارزیابی ریسک شود.
- مناطق جغرافیایی که این طبقات در آنها ارزیابی ریسک خواهند شد.
- انواع ریسک‌هایی که ممکن است ارزیابی شوند و آنهایی که باید حذف شوند. و
- معیارهای استفاده از بیمه اتکایی در طبقات مختلف کسب‌وکار بیمه که باید ارزیابی شود.

ج) جزئیات فرآیند ارزیابی ریسک رسمی در بیمه‌گری شامل:

- معیارهای مورد استفاده برای ارزیابی ریسک؛
- روش(های) نظارت بر تجربه در حال ظهور؛ و
- روش(های) که به وسیله آن تجربه نوظهور در فرآیند بیمه‌گری در نظر گرفته می‌شود.

د) فرآیند تعیین مقامات تایید و محدودیت‌های قطعی برای آن مقامات (از جمله کنترل‌های پیرامون نمایندگی‌های داده شده به واسطه‌های بیمه‌گر)

ه) ریسک و محدودیت‌های تمرکز کل



## استرالیا: عوامل تعیین کننده حق بیمه درمان گروهی

- سن و وضعیت سلامتی اعضای گروه: هرچه افراد گروه سن بیشتر و وضعیت سلامتی بدتر داشته باشند، حق بیمه بیشتر خواهد بود.
- نوع پوشش بیمه: میزان پوششی که توسط یک بیمه‌نامه فراهم می‌شود، بر مبنای پوشش‌ها، نسبت مشخصی از هزینه‌های درمانی، میزان کاور و مقدار سقف پوشش مالی قرار گرفته در تفاوت قیمتی بیمه‌ها تأثیرگذار است.
- تعداد افراد در گروه: تعداد افرادی که در بیمه‌گروهی ثبت‌نام می‌کنند، بر روی نرخ بیمه تأثیر می‌گذارد. بیشتر شرکت‌ها این گروه‌بندی را براساس تعداد کارمندان خود در نظر می‌گیرند.
- سابقه حوادث در پوشش بیمه: نوع و تعداد حوادث سابقه‌ای که یک فرد از آن‌ها رنج برده است، می‌تواند بر روی نرخ بیمه تأثیر بگذارد. بعضی از شرکت‌های بیمه، به افرادی که حوادث سابقه‌ای داشته باشند پوشش نمی‌دهند.
- حقوق کارکنان و گروه هدف: علاوه بر تعداد کارمندان یک شرکت، حقوق آن‌ها نیز می‌تواند بر روی نرخ بیمه تأثیر بگذارد.



## استرالیا: نحوه دخالت نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

□ در قبال بیمه‌های درمان خصوصی گروهی در استرالیا، APRA مسئول نظارت بر تأمین مالی شرکت‌های بیمه درمان خصوصی می‌باشد:

- ❖ تعیین استانداردهای اعتباری و مالی برای شرکت‌های بیمه سلامت خصوصی
- ❖ انجام بازرسی‌های منظم برای اطمینان از رعایت شرکت‌های بیمه سلامت خصوصی از استانداردهای مالی و اعتباری و حفظ حقوق و تأمین تعهدات نسبت به بیمه‌گذاران و بیماران
- ❖ تشخیص و مدیریت مخاطرات مالی و عملیاتی شرکت‌های بیمه سلامت خصوصی و پیشگیری از وقوع خسارت‌هایی که ممکن است بر جامعه تأثیرگذار باشد.
- ❖ ایجاد شفافیت و اعتماد در بین بیمه‌گذاران و حفظ حقوق و منافع آنان با نظارت بر بیمه‌های درمان خصوصی گروهی
- ❖ گزارش‌دهی و ارزیابی عملکرد شرکت‌های تحت نظارت با هدف بهبود سطح خدمات بیمه‌ای و حفظ حقوق و منافع بیمه‌گذاران

## استرالیا: نحوه دخالت نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

□ APRA به منظور **نظارت بر بیمه‌های سلامت خصوصی گروهی** در استرالیا، از چند شیوه نظارتی استفاده می‌کند:

❖ **بازرسی مستقیم:** بازرسان APRA به صورت مستقیم از شرکت‌های بیمه سلامت خصوصی بازرسی می‌کنند. در طول بازرسی‌های مستقیم، بازرس‌ها از روی تحلیل اطلاعات مالی و تصمیمات مدیریت بیمارستان‌ها و مراکز ارائه خدمات بهداشتی، ریسک‌ها را شناسایی کرده و میزان تأثیرات آن‌ها را بر اعتبار شرکت بازرسی می‌کنند.

❖ **مطالعات مالی و اداری:** APRA از اطلاعات مالی و اداری شرکت‌های بیمه سلامت خصوصی استفاده می‌کند و آن‌ها را تحلیل می‌کند. این شیوه اطمینان حاصل می‌کند که شرکت‌های بیمه سلامت خصوصی به موجب استانداردهای نظارتی، در کنترل خطرهای مالی و مدیریت آن‌ها اقدام کنند.

❖ **ارزیابی مدیریت ریسک:** APRA دارای فرآیندی است که به منظور ارزیابی توانایی شرکت‌های بیمه‌ای برای مدیریت و کنترل ریسک‌های مالی و عملیاتی انجام می‌شود. این ارزیابی‌ها شامل ارزیابی داخلی شرکت بیمه، نظام‌های کنترل داخلی و رعایت استانداردهای مالی، اطلاعات مدیریت ریسک، مدل‌های حاکمیت شرکتی می‌شود.



## استرالیا: نحوه دخالت نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

□ برای اهداف نظارتی، چارچوب مشاوره اکچوئری یک بیمه‌گر سلامت خصوصی باید شامل موارد زیر باشد:

- روش ارزیابی تعهدات بیمه؛
- ارزیابی تعهدات بیمه هر صندوق مزایای درمانی؛
- محاسبه مقدار آزمون استرس؛
- تعیین حاشیه ریسک برای صورت‌های مالی سالانه؛
- تغییرات پیشنهادی در نرخ‌های حق بیمه‌های دریافتی تحت محصول
- تغییرات پیشنهادی در مزایای ارائه شده تحت محصول یک صندوق مزایای درمان
- توسعه مجدد یا بازنگری در برنامه‌های استراتژیک یا کسب‌وکار بیمه‌گر خصوصی؛
- توسعه مجدد یا تجدید نظر در برنامه‌های استراتژیک یا کسب‌وکار یک صندوق مزایای درمان
- توسعه محصولات جدید صندوق مزایای درمان که توسط بیمه‌گر خصوصی درمان اداره می‌شود؛
- بازنگری محصول موجود از صندوق مزایای درمان که توسط بیمه‌گر انجام شده است؛
- تغییر در سیاست‌های سرمایه‌گذاری بیمه درمان خصوصی؛
- تعیین مجدد مشخصات ریسک بیمه‌گر خصوصی درمان؛
- توسعه یا تغییر در طرح مدیریت سرمایه بیمه‌گر درمان خصوصی؛
- هر رویداد دیگری که بیمه‌گر خصوصی درمان به طور منطقی انتظار دارد که تأثیر قابل‌توجهی بر انجام
- تجارت صندوق مزایای درمان بیمه‌گر داشته باشد؛
- فعالیت‌های متنوع سازی کسب‌وکار؛





## ایران: نظام نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

□ ابتدا: وجود **نظام تعرفه‌ای** در تعیین نرخ حق بیمه و حذف آن به تدریج و استفاده از نظام **غیرتعرفه‌ای** برای نرخ‌گذاری

□ دو آیین‌نامه مصوب شورای عالی بیمه:

❖ **آیین‌نامه ۹۹ شورای عالی بیمه** به بررسی پوشش‌های اصلی و پوشش‌های اضافی بیمه‌های درمان پرداخته و سقف تعهدات هزینه‌های قابل پوشش را ارائه می‌دهد.

❖ در **آیین‌نامه ۹۴ شورای عالی بیمه** به مقررات تعیین حق بیمه انواع رشته‌های بیمه‌ای از جمله بیمه‌های درمان گروهی پرداخته و در آن، معیارهای اختصاصی برای تعیین نرخ حق بیمه ارائه شده است. در این آیین‌نامه، تنها معیارهای اساسی در تعیین نرخ بیمه‌های درمان گروهی ارائه شده و بر اساس ماده ۲ آن، شرکت‌های بیمه موظفند بعد از بررسی نرخ‌ها در کمیته‌ای در داخل شرکت، تنها مبانی محاسباتی نرخ‌ها را به بیمه مرکزی ج.ا.ا. جهت **ثبت** ارسال نمایند.







## ایران: نظام نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

آیین‌نامه ۹۴/۱ شورای عالی بیمه

**ماده ۱۱-** موسسه بیمه موظف است در قراردادهای بیمه درمان با بیست هزار نفر بیمه شده یا بیشتر، حداقل نرخ حق بیمه‌ای که توسط کمیته‌ای مرکب از یک نفر نماینده بیمه مرکزی، یک نفر نماینده سندیکای بیمه‌گران ایران و دو نفر اکچوئر رسمی بیمه مورد تأیید بیمه مرکزی تعیین می‌شود را رعایت نماید. موسسه بیمه مجاز به انعقاد قرارداد بیمه با نرخ‌های کمتر از میزان تعیین شده در این کمیته، نمی‌باشند.

**تبصره ۱:** موسسه بیمه مکلف است موازین مقرراتی حاکم بر نرخ حق بیمه قراردادهای بیمه موضوع این ماده را کتباً به بیمه‌گذاران مربوط اعلام نماید.

**تبصره ۲:** بیمه مرکزی هر ساله، فهرست قراردادهای بیمه مشمول این ماده را منتشر می‌کند.

**تبصره ۳:** تفکیک بیمه‌نامه صادره موضوع این ماده به گروه‌های کمتر از بیست هزار نفر، ممنوع است و بیمه‌نامه‌های متعدد مربوط به این گروه از بیمه‌شدگان که با شناسه واحد و به نام همان بیمه‌گذار صادر می‌گردد، بیمه‌نامه واحد محسوب می‌شود.





## ایران: عوامل تعیین کننده حق بیمه درمان گروهی

□ در آیین نامه ۹۴ شورای عالی بیمه:

- ❖ خطرات تحت پوشش،
- ❖ میزان تعهدات،
- ❖ تعداد بیمه شدگان،
- ❖ پراکندگی جغرافیایی بیمه شدگان،
- ❖ میانگین سنی بیمه شدگان،
- ❖ تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در منطقه تمرکز بیمه شدگان،
- ❖ نوع فعالیت بیمه گذار،
- ❖ سوابق و رفتارهای بیمه گذار و بیمه شدگان.





## ایران: نحوه دخالت نهاد ناظر در نرخ‌گذاری بیمه‌های درمان گروهی

- آیین‌نامه ۹۹ شورای عالی بیمه به بررسی پوشش‌های اصلی و پوشش‌های اضافی بیمه‌های درمان پرداخته و سقف تعهدات هزینه‌های قابل پوشش را ارائه می‌دهد.
- در آیین‌نامه ۹۴ شورای عالی بیمه به مقررات تعیین حق بیمه انواع رشته‌های بیمه‌ای از جمله بیمه‌های درمان گروهی پرداخته و در آن، معیارهای اختصاصی برای تعیین نرخ حق بیمه ارائه شده است.
- با اینکه بیمه مرکزی ج.ا.ا. به عنوان نهاد ناظر بر اساس ماده ۶ آیین‌نامه ۹۴ شورای عالی بیمه با لحاظ سقف ضریب خسارت رشته بیمه درمان (۸۰ درصد برای دوره ۶ ماهه و ۷۵ درصد برای دوره یکساله) در نظارت بر بیمه‌های درمان ورود کرده است، ولی دخالتی در تعیین مقدار حق بیمه درمان گروهی ندارد.





## مقایسه

کشور	نظام نرخ گذاری بیمه های درمان گروهی	عوامل تعیین کننده حق بیمه درمان گروهی
هند	نظام اجرا و ثبت	تنها لحاظ میانگین سن اعضای گروه در تعیین حق بیمه درمان گروهی اجباری است و شرکت های بیمه در ورود سایر متغیرها، آزادی عمل دارند.
آمریکا	نظام ثبت و اجرا	منطقه نرخ گذاری، سن، استعمال دخانیات، اندازه گروه (برخی ایالت ها، نرخ گذاری بر اساس جنسیت را مجاز نمی دانند)
سوئیس	نظام ثبت و اجرا	در قوانین به صورت مشخص اشاره نشده بود ولی بر اساس بررسی صورت گرفته، سن، جنسیت، وضعیت سلامت و موقعیت جغرافیایی در تعیین حق بیمه درمان گروهی به کار می روند.
ترکیه	نظام اجرا و ثبت	سطح پوشش، سن و وضعیت سلامتی اعضای گروه، اندازه گروه، موقعیت جغرافیایی و نوع شغل.
استرالیا	نظام ثبت و اجرا	سن و وضعیت سلامتی اعضای گروه، نوع پوشش بیمه، اندازه گروه، سابقه حوادث در پوشش بیمه، حقوق کارکنان و گروه هدف.
ایران	نظام اجرا و ثبت برای گروه های بزرگ: در کمیته ای باید تعیین گردد	خطرات تحت پوشش، میزان تعهدات، تعداد بیمه شدگان، پراکندگی جغرافیایی بیمه شدگان، میانگین سنی بیمه شدگان، تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در منطقه تمرکز بیمه شدگان، نوع فعالیت بیمه گذار، سوابق و رفتارهای بیمه گذار و بیمه شدگان.





# با سپاسی از شما

