

A comparative Study of Private Health Insurance Across Selected Countries

Neda Hashemi¹, Maryam Marzban²

1-Msc in Health Services Management, Research Center for Traditional Medicine and History of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

2-Msc in epidemiology, Research Center for Traditional Medicine and History of Medicine, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Abstract

Introduction: In response to the significant increase in health care expenditure and the raising need for universal health coverage, private health insurance (PHI) market has expanded in recent years.

Methodology: This research is a descriptive-analytical study based on a cross-sectional design. It presents the share of GDP and per capita expenditure spent on PHI and the role of PHI in financing inpatient care, outpatient care, pharmaceutical expenditure, and public health and prevention against other health financing methods in selected countries. It also examines the relationships between PHI and other factors. The selected countries are 13 OECD members, including Australia, Canada, Denmark, Germany, Hungary, Japan, Korea, Mexico, Netherlands, Poland, Spain, Switzerland, and Turkey.

Results: The findings indicate that in contrast to other selected countries, Netherlands spends more GDP and per capita expenditure on PHI, and Canada, Switzerland, and Hungary, respectively, have higher PHI share in financing outpatient care and pharmaceutical expenditure, inpatient care, and public health and prevention. Regarding analyzed relationships, there is a significant correlation between the share of PHI and GDP devoted to health sector and/or per capita expenditure. A significant relationship was also seen between the share of PHI funding outpatient care and pharmaceutical expenditure.

Conclusion: The results show that private health insurance, which can be expanded by increasing total health expenditure, is the most important financing mechanism for completing public financing systems.

Keywords: Organized financing, Insurance, Health insurance

مطالعه تطبیقی بیمه خصوصی سلامت در کشورهای منتخب و ارائه پیشنهاد برای ایران

(ندا هاشمی^۱، مریم مرزبان^۲)

hashemin@sums.ac.ir

مقدمه: در سال‌های اخیر بازار بیمه خصوصی سلامت در کشورهای پیشرفته به طور چشمگیری توسعه یافته است. در مطالعه حاضر با بررسی جایگاه بیمه خصوصی سلامت در کشورهای منتخب، پیشنهادهای جهت توسعه این بیمه در ایران ارائه شده است.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر، مطالعه‌ای توصیفی-تحلیلی است. در این پژوهش ابتدا به تعیین سهم بیمه خصوصی سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP) و سرانه سلامت و همچنین سهم آن در تدارک خدمات بستری، خدمات سرپایی، مخارج دارویی و بهداشت عمومی و پیشگیری پرداخته شد و سپس رابطه میان سهم این بیمه با برخی فاکتورها بررسی گردید. به منظور تحلیل روابط از تست آماری اسپیرمن استفاده شد. کشورهای منتخب شامل ۱۳ کشور OECD بودند.

یافته‌ها: بر مبنای یافته‌های پژوهش، در میان کشورهای منتخب کشور هلند بالاترین سهم از GDP و سرانه سلامت را به بیمه خصوصی سلامت اختصاص می‌دهد و کشورهای کانادا، سوئیس و مجارستان به ترتیب از بالاترین سهم بیمه خصوصی در تامین مالی خدمات سرپایی و مخارج دارویی، خدمات بستری و بهداشت عمومی و پیشگیری برخوردارند. رابطه میان سهم سرانه سلامت و تولید ناخالص داخلی اختصاص یافته به بخش سلامت و سهم بیمه خصوصی سلامت و همچنین رابطه میان سهم بیمه خصوصی سلامت در تدارک خدمات سرپایی و مخارج دارویی معنادار است.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش افزایش کل مخارج بخش سلامت، افزایش حمایت دولت از بیمه‌گران خصوصی و تدوین سیاست‌هایی به منظور تقویت رقابت میان شرکت‌های بیمه از جمله راهکارهای توسعه بیمه خصوصی سلامت در ایران می‌باشند.

واژه‌های کلیدی: بیمه خصوصی سلامت، بازار بیمه، نظام تامین مالی سلامت، کشورهای OECD

(۱) نویسنده مسئول، کارشناسی ارشد مدیریت و خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات طب سنتی و تاریخ طب دانشگاه علوم

پزشکی شیراز، شیراز، ایران

(۲) کارشناس ارشد اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات طب سنتی و تاریخ طب دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

مقدمه:

امروزه مراقبت سلامت در مقابل آینده ای قرار دارد که در آن هزینه ها به دلیل افزایش روز به روزشان به عنوان اولین مسئله مورد توجه می باشند (۱). به طوریکه هزینه های صرف شده در مراقبت سلامت، از ۳٪ تولید ناخالص داخلی (GDP) جهان در سال ۱۹۴۸ به ۹/۷٪ در سال ۱۹۹۷ افزایش یافته است (۲). در عین حال هنوز پوشش بهداشتی فراگیر در بسیاری از کشورها محقق نشده است و در سرتاسر دنیا ۳/۱ میلیارد نفر به اعمال جراحی، داروهای اساسی و موارد ضروری دیگر دسترسی ندارند. نگاهی دقیق تر به این مسئله مشخص می سازد که بسیاری از این معضلات، ریشه در مشکلات مالی نظام سلامت دارد (۳).

از طرفی برابر گزارش سازمان سلامت جهانی هر نظام سلامت محافظت مالی در برابر هزینه های نامطلوب را به عنوان یکی از اهداف اصلی خود دارا می باشد (۲) و این در حالیست که دولت ها نمی توانند همه یا بخش بزرگی از مراقبت سلامت را از محل بودجه عمومی تامین مالی کنند (۴). بیمه اجتماعی سلامت هم که به عنوان رایج ترین نوع بیمه مطرح می باشد، تنها ۱۰ تا ۱۵ درصد از جمعیت را در کشورهای کم درآمد و ۴۰ تا ۶۰ درصد از جمعیت را در کشورهای با درآمد متوسط تحت پوشش قرار می دهد و درصد زیادی از منابع در این کشورها از راه پرداخت مستقیم از جیب بیماران مهیا می شود که به عنوان ناعادلانه ترین شیوه تامین مالی، بالغ بر یک سوم منابع سلامت را در دو سوم کشورهای با درآمد پایین تامین نموده است (۳).

با توجه به این محدودیت های نظام سلامت، بیمه خصوصی سلامت به عنوان راه حلی برای کاهش هزینه های بیماری به طور روزافزون محبوبیت می یابد (۳). بیمه خصوصی منابع بیشتری را جا به جا و تجهیز می نماید و افرادی که دیدگاهها و سلاطی مختلفی دارند قادر خواهند بود مزایای گوناگونی را از بیمه سلامت طلب کنند (۵).

بیمه خصوصی سلامت در بسیاری از کشورهای سازمان همکاری و توسعه اقتصادی (OECD) از پوششی وسیع برخوردار بوده و در برخی از این کشورها منبع اولیه پوشش گروههای جمعیتی که به حوزه سلامت عمومی دسترسی ندارند به شمار می رود، به طوریکه بر مبنای مطالعات صورت گرفته میزان پوشش اولیه بیمه خصوصی سلامت در آمریکا به ۷۲٪، در هلند به ۲۸٪، در بلژیک به ۵۷/۵٪ و در آلمان به ۹/۱٪ می رسد (۶). با این وجود گسترش بیمه خصوصی سلامت در کشورهای در حال توسعه نسبتاً محدود است. مطالعه ای که توسط درچلر انجام شد نشان داد که این بیمه در ایران ۱/۵٪، اردن ۳/۹٪، لبنان ۱۱/۹٪، عربستان سعودی ۹/۳٪، ترکیه ۰/۳٪ و ترکمنستان ۰/۷٪ پوشش را به خود اختصاص می دهد (۷). بیمه خصوصی سلامت در کشورهای در حال توسعه غالباً نمایی از دسترسی نابرابر، عدم توانایی پوشش تعداد زیادی از افراد و مجزا ساختن بهترین مراقبت سلامت برای ثروتمندان را به دست می دهد که البته نظام های بیمه خصوصی با طراحی ضعیف و نامنظم آن را تایید می کند اما شواهد به دست آمده از کشورهای در حال توسعه گویای آن است که اگر بیمه خصوصی سلامت به شکلی مناسب مدیریت گردد، نقش مثبتی در بهبود دسترسی و برابری در کشورهای در حال توسعه ایفا خواهد نمود (۸).

بنابراین آن چه در رابطه با بیمه خصوصی مطرح می باشد، طراحی و اجرای درست این بیمه به شکلی است که بتوان از آن به عنوان گزینه ای جهت گسترش منابع مالی نظام سلامت، افزایش تعداد افراد تحت پوشش بیمه سلامت و دستیابی به مشارکت مالی عادلانه بهره جست. با توجه به این امر در این مطالعه بر آن شدیم تا با بررسی و تفسیر جایگاه بیمه خصوصی سلامت در کشورهای منتخب، پیشنهاداتی را در راستای بهره گیری هرچه بیشتر از مزایای بازارهای بیمه خصوصی سلامت در ایران ارائه نماییم.

مواد و روش ها:

گردآوری داده ها و اطلاعات مورد نیاز در سه ماهه دوم سال ۱۳۹۰ از منابع علمی مکتوب و قابل دسترس مانند کتب مدون، نشریات، مجلات علمی معتبر و سایر گزارش های مرتبط و همچنین از جستجوی اینترنتی از طریق پایگاههای اطلاعاتی صورت گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده ها به منظور دستیابی به اهداف تحلیلی از تست آماری spearman و نرم افزار SPSS.15 استفاده گردید.

یافته ها:

یافته های حاصل از مطالعه تطبیقی بیمه خصوصی سلامت در کشورهای منتخب نشان داد که سهم بیمه خصوصی سلامت در کشورهای منتخب از ۲۲۳۲۰ دلار سرانه اختصاص یافته به بخش سلامت، ۱۵۰۲ دلار است که در این میان کشور هلند بیشترین سهم از سرانه سلامت و کشورهای لهستان و مجارستان کمترین سهم از سرانه سلامت خود را به بیمه خصوصی اختصاص می دهند. همچنین متوسط سهم بیمه خصوصی سلامت از GDP در کشورهای منتخب ۰/۴٪ می باشد که جزئیات آن در جدول ۱ نشان داده شده است.

مطالعات نشان داد که بیمه خصوصی سلامت به طور متوسط ۱۶٪ از کل مخارج بخش خصوصی را به خود اختصاص می دهد و پس از پرداخت مستقیم از جیب با سهم ۷۵٪، مهم ترین منبع تامین مالی خصوصی در کشورهای منتخب می باشد. در این میان بیمه خصوصی سلامت در کشورهای هلند، آلمان و کانادا با اختصاص بیش از ۳۰٪ از منابع خصوصی تامین مالی به خود دارای بیشترین سهم و در کشورهای ژاپن، لهستان و مجارستان با اختصاص کمتر از ۵٪ از این منابع به خود دارای کمترین سهم می باشد.

مطالعات همچنین نشان داد که میانگین سهم بیمه خصوصی سلامت در تامین مالی خدمات بستری ۶٪، خدمات سرپایی ۶٪، مخارج دارویی ۵٪ و بهداشت عمومی و پیشگیری کمتر از یک درصد است. جدول

پژوهش حاضر، مطالعه ای توصیفی - تحلیلی از نوع کاربردی می باشد که بیمه خصوصی سلامت را در کشورهای منتخب به صورت تطبیقی و مقطعی مورد مطالعه قرار داده است.

قسمت توصیفی پژوهش به مطالعه سهم بیمه خصوصی از سرانه سلامت و تولید ناخالص داخلی در کشورهای منتخب پرداخته و همچنین سهم این بیمه را در تامین مالی خدمات بستری، سرپایی، مخارج دارویی و بهداشت عمومی و پیشگیری مورد بررسی قرار داده است. درصد جمعیت تحت پوشش بیمه خصوصی سلامت و نقش بیمه خصوصی سلامت از دیگر پارامترهای مورد بررسی می باشند.

قسمت تحلیلی این پژوهش به مطالعه رابطه میان سهم بیمه خصوصی سلامت با درصد تولید ناخالص داخلی اختصاص یافته به بخش سلامت و سرانه سلامت در کشورهای منتخب پرداخته و همچنین رابطه میان سهم این بیمه را با سهم منابع عمومی دولتی، سهم صندوق های تامین اجتماعی و سهم پرداخت های مستقیم از جیب مورد بررسی قرار داده است. در نهایت رابطه میان سهم بیمه خصوصی سلامت در تدارک خدمات سرپایی با سهم این بیمه در تدارک مخارج دارویی مورد مطالعه قرار گرفته است.

کشورهای منتخب در این مطالعه ۱۳ کشور OECD بودند که عبارتند از کشورهای استرالیا، کانادا، دانمارک، آلمان، مجارستان، ژاپن، کره، مکزیک، هلند، لهستان، اسپانیا، سوئیس و ترکیه. دلایل انتخاب کشورهای فوق عبارتند از در دسترس بودن اطلاعات مربوط به این کشورها، برخورداری این کشورها از طرح های بیمه خصوصی با وضعیت مشابه و یا مطلوب تر از ایران و برخورداری آن ها از انواع مختلف نظام های تامین مالی، بیمه های سلامت و بیمه های خصوصی سلامت.

۲ سهم بیمه خصوصی سلامت را در تامین مالی خدمات بستری، سرپایی، مخارج دارویی و بهداشت عمومی و پیشگیری، در میان سایر منابع تامین مالی نظام سلامت در کشورهای منتخب نشان می دهد.

از نظر جمعیت تحت پوشش بیمه خصوصی سلامت، کشور هلند با پوشش بیش از ۹۰ درصد از جمعیت خود در صدر کشورهای منتخب قرار دارد. پس از کشور هلند، کشورهای استرالیا، سوئیس و کانادا بیش از ۵۰ درصد از جمعیت خود را تحت پوشش بیمه خصوصی قرار داده اند. در میان کشورهای منتخب کشورهای ژاپن، مجارستان و لهستان با پوشش کمتر از یک درصد از جمعیت خود دارای حداقل پوشش می باشند.

بر مبنای یافته های پژوهش بیمه خصوصی سلامت در تامین مالی نظام سلامت کشورهای منتخب از نقش های متفاوتی برخوردار است. جدول ۳ انواع نقش های بیمه خصوصی سلامت را در کشورهای منتخب نشان می دهد.

بر اساس یافته های تحلیل آماری، رابطه میان تولید ناخالص داخلی اختصاص یافته به بخش سلامت و سهم بیمه خصوصی سلامت ($p < 0.05$)، $r = 0.643$ و رابطه میان سرانه سلامت و سهم بیمه خصوصی سلامت در کشورهای منتخب ($r = 0.754$ ، $p < 0.05$) معنادار می باشد. به علاوه، سهم بیمه خصوصی سلامت با سهم مخارج عمومی دولتی، سهم صندوق های تامین اجتماعی و سهم پرداخت های مستقیم از جیب دارای همبستگی مثبت اما فاقد رابطه معنادار است. ($p > 0.05$) رابطه میان سهم بیمه خصوصی سلامت در تدارک خدمات سرپایی با سهم این بیمه در مخارج دارویی در کشورهای منتخب معنادار می باشد ($r = 0.839$ ، $p < 0.05$).

بحث و نتیجه گیری:

نتایج پژوهش حاکی از آن است که سهم بیمه خصوصی سلامت از سرانه سلامت و تولید ناخالص

داخلی در کشورهای منتخب، تا حد زیادی متأثر از وسعت و سطح پوشش بیمه اجتماعی سلامت و ساختار کلی مراقبت می باشد. بدین ترتیب کشورهای هلند و سوئیس با متمرکز نمودن پوشش بیمه اجتماعی سلامت بر قشر خاصی از جمعیت یا بسته محدودی از خدمات، زمینه ای مناسب را جهت گسترش پوشش بیمه خصوصی سلامت فراهم ساخته و بنابراین از بالاترین سهم بیمه خصوصی در میان کشورهای منتخب برخوردار می باشند (۹، ۱۰). در این میان سهم بیمه خصوصی سلامت در ایران ۱/۵٪ از کل سرانه سلامت است (۸) که این میزان ۱۰ بار کمتر از سهم بیمه خصوصی سلامت در هلند می باشد. بر مبنای معناداری رابطه سهم سرانه سلامت و تولید ناخالص داخلی اختصاص یافته به بخش سلامت با سهم بیمه خصوصی سلامت در کشورهای منتخب، می توان یکی از دلایل پایین بودن سهم این بیمه را در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران، پایین بودن سهم سرانه و تولید ناخالص داخلی سلامت دانست. بنابراین توسعه سهم سرانه و تولید ناخالص داخلی اختصاص یافته به بخش سلامت را می توان به عنوان راهکاری جهت گسترش بازار بیمه خصوصی سلامت در کشورهای در حال توسعه در نظر گرفت.

نتایج پژوهش حاکی از آن است که متوسط سهم بیمه خصوصی سلامت از کل مخارج بخش خصوصی در کشورهای منتخب تقریباً دو برابر میانگین ۹ درصدی جهان است که این نشان دهنده نقش قابل توجه بیمه خصوصی سلامت در میان سایر منابع خصوصی تامین مالی در کشورهای منتخب می باشد. در مقابل در کشورهای در حال توسعه سهم بیمه خصوصی سلامت از کل مخارج بخش خصوصی بسیار ناچیز بوده و پرداخت مستقیم از جیب نقش چشمگیری در تامین مالی نظام سلامت ایفا می کند، به طوری که در ایران سهم بیمه خصوصی سلامت از کل مخارج خصوصی ۲/۶٪ و سهم پرداخت مستقیم از جیب ۹۴/۲٪ گزارش شده است (۷). با این وجود کماکان می توان نگرشی مثبت نسبت به توسعه بیمه خصوصی سلامت در کشورهای در حال

توسعه از جمله ایران داشت چرا که در صورت تبدیل پرداخت های مستقیم از جیب به طرح های پیش پرداخت در این کشورها، زمینه ای مناسب جهت بهره برداری از بیمه خصوصی سلامت به عنوان یک منبع مهم تامین مالی نظام سلامت فراهم می گردد (۸).

بر مبنای نتایج پژوهش یکی از عوامل تعیین کننده وسعت بازار بیمه خصوصی سلامت در کشورهای منتخب، دامنه مزایای تحت پوشش این بیمه می باشد. بر این اساس بیمه خصوصی سلامت در کشورهای سوئیس و استرالیا با پوشش طیف وسیعی از مزایا بالاترین سهم را تدارک خدمات بستری در میان کشورهای منتخب داشته است (۱۰، ۱۱)

نتایج پژوهش نشان می دهد که متوسط سهم بیمه خصوصی سلامت در تدارک خدمات بستری و سرپایی در کشورهای منتخب ۶٪ است و بخش عمده ای از این خدمات از محل صندوق های تامین اجتماعی و مخارج عمومی دولتی تامین مالی می شود. در ذکر علت این امر می توان گفت که کشورهای توسعه یافته (که کشورهای منتخب در شمار آن ها می باشند) غالباً از نظام های تامین مالی اجباری و مالیات عمومی جهت تدارک خدمات بهره گرفته و بیمه خصوصی سلامت را تنها برای پر کردن خلاء ناشی از عدم وجود این نظام ها به کار می گیرند (۱۲). این امر خود موجب می شود که بیمه خصوصی سلامت در اکثر کشورهای منتخب از نقش اضافی برخوردار باشد. در ایران نیز بیمه خصوصی سلامت به این شکل می باشد به طوریکه بیمه خصوصی بستری ارائه شده توسط شرکت های بیمه خصوصی در ایران، تنها خدمات بستری در بیمارستان های خصوصی را (به میزان ۱۸٪) پوشش می دهد (۱۳).

متوسط سهم بیمه خصوصی سلامت در تامین مخارج دارویی در کشورهای منتخب ۵٪ می باشد و نکته قابل توجه آن است که این میزان با وجود مخارج فزاینده دارویی و عدم پوشش بخش عمده

ای از این مخارج توسط بیمه اجتماعی و پرداخت های عمومی دولتی، کمتر از متوسط سهم بیمه خصوصی سلامت در تامین خدمات بستری و سرپایی می باشد. در توجیه این امر می توان گفت که در صورت افزایش مخارج دارویی، شرکت های بیمه خصوصی با تقاضای فزاینده مشتریان جهت ارائه پوشش مکمل مواجه می شوند اما این تقاضا تا زمانی عرضه بیمه خصوصی سلامت را به دنبال خواهد داشت که به سودآوری فعالیت های بیمه گران خصوصی آسیب نرساند (۱۴). بنابراین در حال حاضر با توجه به هزینه های فزاینده دارویی، توسعه بازار بیمه خصوصی سلامت در تامین مخارج دارویی با آهنگ آهسته تری نسبت به سایر خدمات تحت پوشش بیمه خصوصی سلامت صورت می گیرد. البته با توجه به معناداری رابطه میان سهم بیمه خصوصی سلامت در تدارک خدمات سرپایی و سهم این بیمه در مخارج دارویی در کشورهای منتخب، می توان با افزایش سهم بیمه خصوصی سلامت در تدارک خدمات سرپایی به توسعه بازار این بیمه در مخارج دارویی کمک کرد. این امر می تواند در توسعه بازار بیمه خصوصی سلامت در پوشش مخارج دارویی در ایران مدنظر قرار گیرد.

سهم بیمه خصوصی سلامت در بهداشت عمومی و پیشگیری در کشورهای منتخب بسیار ناچیز و کمتر از یک درصد است و بخش عمده ای از این خدمات توسط دولت تامین مالی می گردد. بهداشت عمومی و پیشگیری به عنوان یک کالای عمومی، برای اکثر دولت ها از اهمیت زیادی برخوردار است و در توجیه علت این امر باید گفت بایستی از مناسبات و نوسانات بازار انتفاعی بیمه خصوصی سلامت در امان باشد، به همین دلیل دولت ها غالباً سعی در تدارک آن به صورت عمومی دارند. در ایران نیز بهداشت عمومی و پیشگیری در سطح وسیعی در کنترل بخش دولتی قرار دارد و لزومی نیز به توسعه بازار بیمه خصوصی سلامت در این حیطه نمی باشد.

نتایج پژوهش نشان می دهد که متوسط جمعیت تحت پوشش بیمه خصوصی سلامت در کشورهای

بیمه دولتی برای این افراد به منظور تمرکز منابع نظام عمومی و یارانه های دولتی بر دهک های پایین تر درآمدی.

- افزایش حمایت دولت از بیمه گران خصوصی با به کار بردن راهکارهایی مانند پرداخت وام های بلند مدت و کم بهره، کاهش قوانین دست و پاگیر، اصلاح قوانین موجود و ...

- افزایش کیفیت خدمات و تسهیلات ارائه دهندگان سلامت به منظور فراهم نمودن فرصت انجام تعهدات شرکت های بیمه خصوصی و افزایش انتظارات، آگاهی و توقعات مردم و در نتیجه افزایش تقاضای بیمه خصوصی سلامت.

- ارایه بیمه خصوصی مکمل یا اضافی به صورت اجباری

- تدوین راهکارهایی جهت کنترل نارسایی هایی مانند انتخاب خطر، انتخاب معکوس و تقاضای القایی از سوی عرضه کننده در بازار بیمه خصوصی سلامت.

- همکاری فزاینده دولت با شرکت های بیمه خصوصی در ارایه بیمه خصوصی مکمل یا اضافی به منظور افزایش اعتماد افراد و در نتیجه گسترش صندوق های بیمه خصوصی و انباشت بیشتر خطرات سلامت.

- تدوین سیاست هایی به منظور تقویت رقابت میان شرکت های بیمه.

منتخب معادل ۳۲٪ است. در یک نگاه مقایسه ای با کشورهای آسیایی می توان ملاحظه کرد که یک اختلاف چشمگیر در متوسط جمعیت تحت پوشش بیمه خصوصی سلامت کشورهای منتخب با این کشورها وجود دارد. به طوریکه در میان کشورهای آسیایی، کشور هند تنها با پوشش ۳/۳ درصد از جمعیت خود (۳۳ میلیون نفر) از بزرگترین بازار بیمه خصوصی سلامت در منطقه برخوردار است. در ایران پوشش جمعیتی بیمه خصوصی سلامت ۱/۵٪ است که در مقایسه با کشورهای منتخب ناچیز می باشد (۷).

در مقایسه با کشورهای منتخب، بیمه خصوصی سلامت در ایران غالباً با هدف پر کردن شکاف های خدمتی و هزینه ای موجود در پوشش بیمه ای پایه، افزایش رضایتمندی و ایجاد قدرت انتخاب برای افراد با توانایی مالی بهتر به وجود آمده است اما وجود محدودیت در زمینه هایی مانند ایجاد زیرساخت های لازم، تدوین سیاست ها و قوانین مورد نیاز، کنترل هزینه ها، اجرای عدالت و مهار نقاط ضعف بالقوه بیمه خصوصی، گسترش بازار این بیمه را در ایران با مشکل مواجه ساخته است. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش و به منظور توسعه بیمه خصوصی سلامت در ایران پیشنهادهای به شرح ذیل ارائه می گردد.

- ارایه بیمه خصوصی به اقشار پردرآمد جامعه به صورت اجباری و محدود نمودن مزایای

منابع:

۱. بارونی محسن. بررسی تطبیقی شیوه های تامین منابع مالی بیمه درمان در کشورهای منتخب و ارائه الگوی مناسب برای ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد، رشته اقتصاد بهداشت، تهران: دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، ۱۳۸۳.
۲. سازمان جهانی سلامت. گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰: نظام های سلامت: ارتقای عملکرد. ترجمه و ویرایش احمدوند علیرضا ... "و همکاران". چاپ اول، موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، تهران، ۱۳۸۲.
۳. نوری حکمت سمیه. جایگاه بیمه خصوصی در تامین مالی بخش سلامت؛ چالش ها و راهکارهای توسعه. نشریه همای سلامت، ۱۳۸۶؛ ۴(۱۹).
۴. ویترو سوفی، ان سو تیم، جووت ماتئو، تامپسن روبین. اقتصاد بهداشت برای کشورهای در حال توسعه. ترجمه پوررضا ابوالقاسم. موسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه ریزی، تهران، ۱۳۸۳.
۵. واحد انتشارات موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ. اصلاحات نظام سلامت: راهنمای عدالت و کارایی. ترجمه و ویرایش فتاح زاده امیر عباس ... "و همکاران". چاپ اول، موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، تهران، ۱۳۸۴.
6. OECD. Private health insurance in OECD countries. The OECD policy briefs. Available from URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/42/6/33820355.pdf>:2004.
7. Drechsler D, Jütting P. Private health insurance in low and middle-income countries: scope, limitations, and policy responses. OECD development centre. Available from URL: <http://hc.wharton.upenn.edu/impactconference/drechsler-831005.pdf>:2005.
8. Savedoff W, Sekhri N. Private health insurance implications for developing countries. WHO. Available from URL: <http://www.who.int/health-financing/issues/en/private-health-in-dp-04-3.pdf>:2004.
9. OECD. Switzerland - the role of competition policy in regulatory reform. Available from URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/53/12/36488752.pdf>: 2005.
10. OECD. Private health insurance in OECD countries: compilation of national reports. Insurance committee secretariat. Available from URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/49/46/1815562.pdf>: 2001.
11. Colombo F, Tapay N. Private health insurance in Australia : a case study. OECD health working papers. Available from URL: <http://www.oecd.org/dataoecd/5/54/22364106.pdf>: 2003.

12. Bassett M, Kane V. Review of the literature on voluntary private health insurance. Preker A, Scheffle R, Bassett M. Private voluntary health insurance in development: friend or foe?. Washington D.C, The World Bank, 2007.
 13. World Bank. Iran national health accounts. Available from URL: www.who.int/nha/docs/en/Iran_NHA_report_english.pdf: 1998.
 14. Mossialos E, Thomson S. Voluntary health insurance in the European Union. WHO. Available from URL: <http://www.euro.who.int.Document/E84885.pdf>: 2004.
۱۵. مهدوی مهدی. بیمه های درمان: مفاهیم، طبقه بندی و کارکردها. فصلنامه تامین اجتماعی، ۱۳۸۴؛ ۷(۲۱).

