

## भारत में स्वास्थ्य बीमा: एक अध्ययन

राहुल जैन\*  
डॉ. अनुजा भदौरिया\*\*  
डॉ. प्रदीप गुप्ता\*\*\*

### सार

व्यक्ति का जीवन जोखिमों और अनिश्चितताओं से घिरा हुआ है। रोग भी हमारे शरीर में प्रवेश करने के लिए कभी हमारे दरवाजे नहीं खटखटाते हैं। व्यक्तियों की बीमारी को ठीक करने में बीमा ही सक्षम होगा, यह वर्तमान समय में सर्वविदित है और इसके लिये बीमा एक सही समाधान है। प्रस्तुत पत्र भारत में स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र की वर्तमान तस्वीर को रेखांकित करने का एक प्रयास है जो सामान्य बीमा का एक हिस्सा है। भारत में स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र ने निजी स्वास्थ्य देखभाल, समाज के सभी वर्गों के बीच स्वास्थ्य चेतना में वृद्धि, स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं के बीच मूल्य और सेवा प्रतिस्पर्धा और नौकरशाही रवैये के अभाव के कारण उदारीकरण के बाद से भारी बदलाव देखने को मिले हैं। उपरोक्त सभी को ध्यान में रखते हुए वर्तमान शोध अध्ययन किया गया है जो कि वर्तमान स्वास्थ्य बीमा के विभिन्न कारणों को उजागर करता है।

**शब्कोश:** सामान्य बीमा, स्वास्थ्य बीमा, उदारीकरण, स्वास्थ्य चेतना।

### प्रस्तावना

एक व्यक्ति और एक परिवार का जीवन आम तौर पर शांतिपूर्ण होता है जब तक कि किसी भी प्रकार की स्वास्थ्य संबंधी समस्या उत्पन्न नहीं होती। यदि किसी परिवार के पास बचत कम है और आय के स्रोत कम हैं तो वह घर या अन्य सामान को खरीदने की इच्छा को स्थगित कर सकता है, लेकिन अप्रत्याशित चिकित्सा दायित्वों के साथ वह ऐसा नहीं कर सकता। चिकित्सा पर होने वाला व्यय कई बार एक परिवार के दीर्घकालिक वित्तीय लक्ष्यों को हानि पहुंचा सकता है। अतः इस तरह की अप्रिय स्थितियों को दूर करने के लिए आर्च्यजनक रूप से स्वास्थ्य बीमा के अलावा ओर कोई समाधान नहीं है। स्वास्थ्य बीमा किसी व्यक्ति और परिवार के अच्छे स्वास्थ्य के रखरखाव में मदद करता है वह भी बिना वित्तीय संकट उत्पन्न करे अथवा वित्तीय स्थिरता में बाधा डाले।

स्वास्थ्य बीमा सामान्य बीमा का एक उत्पाद है जो बीमाधारक की दवा और सर्जरी से संबंधित व्ययों की प्रतिपूर्ति करता है। स्वास्थ्य बीमा एक ऐसी व्यवस्था है जहां एक व्यक्ति, परिवार या एक समूह प्रीमियम का भुगतान करके स्वास्थ्य देखभाल व्यवस्था क्रय करता है। दूसरे शब्दों में, स्वास्थ्य बीमा एक ऐसी व्यवस्था है जो बीमाधारक के चिकित्सा व्यय से संबंधित भुगतान को विलंबित, स्थगित, कम या टालने में मदद करती है। बीमाकर्ता या तो चिकित्सा बीमारियों का कैशलेस उपचार सुनिश्चित करेगा या देश भर के किसी भी नेटवर्क अस्पतालों में योजना के तहत किए गए चिकित्सा व्ययों की प्रतिपूर्ति प्रदान करेगा।

\* शोधार्थी, जीवाजी विश्वविद्यालय, ग्वालियर, म.प्र.।

\*\* प्राचार्य, आदित्य कॉलेज, ग्वालियर, म.प्र.।

\*\*\* प्रोफेसर, एम.एल.बी. कॉलेज, ग्वालियर, म.प्र.।

### अध्ययन का उद्देश्य

- स्वास्थ्य बीमा की वर्तमान अवधारणा और संरचना का अध्ययन करना।
- स्वास्थ्य बीमा के क्षेत्रवार वितरण का विश्लेषण करना और परीक्षण करना।
- स्वास्थ्य बीमा के क्षेत्र में सुधार के लिए प्रमुख क्षेत्रों की पहचान सुनिश्चित करना और स्वास्थ्य बीमा कंपनियों को उपयोगी सुझाव देना।

### साहित्य की समीक्षा

**के. स्वाति और आर अनुराधा (2017)**, ने भारत में स्वास्थ्य बीमा— एक सिंहावलोकन में स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र का अवलोकन प्रस्तुत करने के अलावा स्वास्थ्य बीमा की अवधारणा और लाभों पर प्रकाश डाला है। इसमें समूह बीमा, परिवार बीमा, व्यक्तिगत नीतियों जैसी विभिन्न योजनाओं के अंतर्गत आने वाले व्यक्तियों की संख्या का एक संक्षिप्त चित्रण किया गया है और सार्वजनिक, निजी और विशेष बीमाकर्ताओं द्वारा कवर किए गए व्यक्तियों की संख्या के साथ क्षेत्रवार स्वास्थ्य बीमा नीतियों को दर्शाया गया है। अध्ययन में सरकार द्वारा जनकल्याण के लिए नई स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को प्रारंभ करने का सुझाव दिया गया है। बीमा नियमितता और विकास प्राधिकरण (IRDA) को सुझाव दिया जा सकता है कि दूरसंचार सेवा प्रदाताओं में उपलब्ध स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं में प्रतिस्पर्धा को बढ़ावा देने के लिए पहल करें। नागरिकों को स्वास्थ्य बीमा योजना के लाभों के बारे में सूचित करने के लिए जागरूकता अभियान चलाने की सलाह भी दी जा सकती है।

**बिन्नी, डॉ. मीनू गुप्ता (2017)**, का अध्ययन "भारत में स्वास्थ्य बीमा— अवसर और चुनौतियाँ", स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र के वर्तमान रुझानों के बारे में है। अध्ययन का मत है कि भारत में स्वास्थ्य बीमा एक बढ़ता हुआ क्षेत्र है तथा कंपनियों को नए उत्पादों की शुरुआत करके अपने व्यवसाय को बढ़ाने की आवश्यकता है। गरीबी रेखा से नीचे के परिवारों को शामिल करने के लिए एक सार्वभौमिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम की आवश्यकता है। स्वास्थ्य पर्यटन भी भारत में एक बढ़ता हुआ व्यवसाय है और स्वास्थ्य बीमा कंपनियाँ इस अवसर का लाभ उठाकर व्यवसाय को बढ़ा सकती हैं।

**बीसी लक्ष्मण, पी. जयरामि रेड्डी, पी. श्रवण कुमार (2019)**, ने अपने शोध "भारत में चयनित सामान्य बीमा कंपनियों की परिचालन दक्षता" में बीमा प्रीमियम, दावा निपटान प्रक्रिया और कंपनियों के प्रदर्शन के मूल्यांकन के बारे में सामान्य बीमा कंपनियों पर अध्ययन किया है। सार्वजनिक और निजी दोनों क्षेत्र की बीमा कंपनियों द्वारा एकत्र किए गए बीमा प्रीमियम के प्रतिशत विश्लेषण में 2011 से 2013 के दौरान 13.55: से 24.29: तक उल्लेखनीय वृद्धि दर्ज की गई जो बाद में वर्ष 2018 में घटकर 13.42: हो गई। वर्ष 2010 से वर्ष 2018 के मध्य औसत विकास दर 13.85: थी। अध्ययन में यह पाया गया कि सार्वजनिक क्षेत्र के सामान्य बीमा प्रदाताओं को अपने निजी समकक्षों के साथ प्रतिस्पर्धा करने के लिए नए उत्पादों की आवश्यकता थी।

**सुमन देवी और डॉ. वजीर सिंह नेहरा (2015)**, का अध्ययन "भारत में स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र की समस्याएं" स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र में कुछ नए आविष्कारों को बताता है। इन आविष्कारों में स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी, राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमा (RSBY), हाइब्रिड उत्पाद और गंभीर बीमारी योजना शामिल हैं। अध्ययन में स्वास्थ्य बीमा से जुड़ी समस्याओं पर प्रकाश डाला गया है और संभावित समाधान दिए गए हैं। अध्ययन के अनुसार, बीमाकर्ता अब समूह बीमा की श्रेणी में दावों के लिए मरीजों से मिलने के लिए अस्पतालों का दौरा करने लगे हैं। यदि कोई गलती पाई जाती है तो पॉलिसी नवीनीकरण रोक दिया जाता है। सर्जरी और उपचार के लिए पूर्व-सहमत दरें भी हैं जो प्रशुल्क दरों के अंतर को रोकती हैं। इस अध्ययन से सार्वजनिक क्षेत्र के बीमाकर्ताओं में उच्च दावा भुगतान अनुपात, टीपीए की अव्यवसायिकता, ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य बीमा के विकास में कमी, स्वास्थ्य बीमा नीतियों का गलत चयन और स्वास्थ्य बीमा नीतियों के बारे में जागरूकता की कमी जैसी अन्य समस्याएं उजागर होती हैं।

**सताक्षी चटर्जी, डॉ. अरुणांशुगिरी, डॉ. एस.एन. बंधोपाध्याय (2018)**, ने "भारत में स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र: एक अध्ययन" के अंतर्गत भारत में पेश किए जाने वाले विभिन्न स्वास्थ्य बीमा उत्पादों का वर्णन किया है। यह शोध अन्य चयनित देशों के स्वास्थ्य बीमा मॉडल का विश्लेषण करने का प्रयास करता है। सार्वजनिक और निजी

कंपनियों के बीच गैर-समामेलन की पहचान देश में स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र के विकास में एक बड़ी बाधा के रूप में की जाती है। स्वास्थ्य बीमा को भारत में एक असंतुप्त बाजार माना जाता है और मध्य आय समूह इस उद्योग को आने वाले वर्षों में निश्चित रूप से स्वास्थ्य बीमा में सकारात्मक उछाल लाएगी ऐसा माना जा सकता है।

### शोध पद्धति

वर्तमान अध्ययन प्रकृति में वर्णनात्मक है और इंटरनेट पर उपलब्ध द्वितीयक समकों के विश्लेषण पर आधारित है, जिनका संकलन इंटरनेट के माध्यम से किया गया है। इसके अतिरिक्त बीमा नियमितता और विकास प्राधिकरण (IRDA) की रिपोर्ट, विषय पर प्रकाशित पत्रिकाओं, विभिन्न स्वास्थ्य बीमा प्रदाताओं की उपलब्ध पुस्तकों और प्रकाशित वार्षिक रिपोर्टों के माध्यम से स्वास्थ्य बीमा के वर्तमान परिदृश्य के अध्ययन के उद्देश्य से पिछले पांच वर्षों से एकत्र किया गया है।

भारत में उपलब्ध स्वास्थ्य बीमा उत्पाद, स्वास्थ्य संबंधी समस्याओं के जोखिम से बचने के उद्देश्य से, सार्वजनिक क्षेत्र के साथ-साथ निजी क्षेत्र की बीमा कंपनियों द्वारा जोखिम कवरेज के लिए विभिन्न प्रकार की नीतियाँ और योजनाएँ हैं। स्वास्थ्य बीमा के बारे में इन कंपनियों द्वारा पेश किए गए वित्तीय उत्पाद व्यक्तियों, परिवार या व्यक्तियों के समूह को संरक्षण देते हैं। शोधार्थी ने विभिन्न प्रकार की बीमा योजनाओं पर निम्नानुसार चर्चा की गई है:

- **व्यक्तिगत स्वास्थ्य बीमा योजना :** यह योजना अस्पताल में भर्ती होने की अवधि के दौरान अस्पताल में भर्ती और अन्य आकस्मिक व्ययों के लिए एक व्यक्ति को जोखिम कवरेज प्रदान करती है। इस पॉलिसी में, कोई भी परिवार के प्रत्येक सदस्य के लिए अलग-अलग स्वतंत्र योजनाएं चुन सकता है। ये योजनाएं मूल रूप से क्षतिपूर्ति योजनाएं हैं और आम तौर पर कैशलेस आधार पर पेश की जाती हैं।
- **परिवार फ्लोटर स्वास्थ्य बीमा योजना:** इस पॉलिसी में, एकल बीमा राशि परिवार के सभी सदस्यों को एक पॉलिसी में शामिल करती है। पॉलिसी अवधि के दौरान किसी भी घटना के लिए किसी भी सदस्य या सभी सदस्यों को बीमा राशि उपलब्ध है। इस पॉलिसी के तहत दी जाने वाली प्रीमियम राशि आमतौर पर प्रत्येक स्वास्थ्य बीमा योजना के तहत परिवार के प्रत्येक सदस्य के लिए व्यक्तिगत योजनाओं की तुलना में कम होती है।
- **समूह चिकित्सा योजना:** ये योजनाएं आम तौर पर व्यवसाय के मालिकों, निजी कंपनियों, सरकारी कंपनियों और विभागों द्वारा ली जाती हैं, जो अपने कर्मचारियों और उनके आश्रित परिवार के सदस्यों को वित्तीय सहायता प्रदान करती हैं।
- **यूनिट लिंकड हेल्थ प्लान (ULHP):** स्वास्थ्य बीमा के इस रूप में, बीमाधारक को स्वास्थ्य देखभाल कवरेज के साथ-साथ निवेश का लाभ मिलता है। इस योजना में, भुगतान किए गए प्रीमियम का एक हिस्सा निवेश किया जाता है और शेष राशि का उपयोग स्वास्थ्य कवर खरीदने के लिए किया जाता है। इस प्रकार की योजनाएँ नई हैं और भारत में विकास के चरण के तहत मानी जाती हैं। इस योजना के तहत प्राप्त होने वाली आय शेयर बाजार के प्रदर्शन पर निर्भर करती है।
- **गंभीर बीमारी योजना:** कैंसर, अंग विफलता, स्थायी पक्षाघात आदि जैसे जानलेवा रोगों के उपचार में शामिल व्यय एक गंभीर बीमारी योजना द्वारा कवर किए जाते हैं। बीमाधारक को पॉलिसी दस्तावेज में शामिल किसी भी गंभीर बीमारी के निदान पर एकमुश्त राशि का भुगतान किया जाता है।
- **सुपर टॉप अप योजना:** ये योजना नियमित पॉलिसी पर बीमाधारक को अतिरिक्त कवरेज प्रदान करती हैं और बीमा राशि बढ़ाने में मदद करती हैं। सुपर टॉप अप योजना का लाभ तभी उठाया जा सकता है जब मूल योजना में बीमाकृत राशि समाप्त हो जाए।
- **वरिष्ठ नागरिक स्वास्थ्य बीमा योजना:** IRDA के दिशानिर्देशों में 65 वर्ष तक की आयु के स्वास्थ्य बीमा योजनाओं को प्रदान करने के लिए स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं की आवश्यकता होती है। वृद्धावस्था में विभिन्न स्वास्थ्य मुद्दे उत्पन्न होते हैं जिनमें महंगे उपचार शामिल होते हैं। इसे ध्यान में रखते हुए, स्वास्थ्य बीमा

कंपनियों ने 65 वर्ष से अधिक आयु के वरिष्ठ नागरिकों के लिए विशेष स्वास्थ्य बीमा योजना तैयार की है। वरिष्ठ नागरिक स्वास्थ्य बीमा योजनाओं में प्रीमियम की दर आमतौर पर अन्य बीमा योजनाओं की तुलना में अधिक होती है।

- **अस्पताल दैनिक नकद लाभ योजना:** इस प्रकार की पॉलिसी बीमाधारक द्वारा व्यय की गई वास्तविक लागत के बावजूद अस्पताल में भर्ती होने के लिए हर रोज एक निश्चित राशि का भुगतान करती है।
- **मातृत्व बीमा योजना:** इन योजनाओं को विशेष रूप से महिलाओं के लिए बनाया गया है। यह नीति गर्भावस्था से पहले और बाद में प्रसव पूर्व देखभाल, प्रसव, नर्सिंग और परामर्श आदि के व्ययों को सम्मिलित करती है। इस नीति में जन्मजात या नवजात बच्चे में होने वाली गंभीर बीमारी भी शामिल है।
- **व्यक्तिगत दुर्घटना योजना:** एक व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा योजना, दुर्घटना के कारण हुई चोटों के चिकित्सा उपचार पर होने वाले व्यय को शामिल करती है। यह नीति आम तौर पर तीन घटनाओं के घटित होना पर लाभ प्रदान करती है। इसमें ऐसी घटनाएं जिनमें कुल विकलांगता, आंशिक विकलांगता और मृत्यु शामिल है। व्यक्तियों के अलावा, इन नीतियों को एक समूह के लिए भी पेश किया जा सकता है।

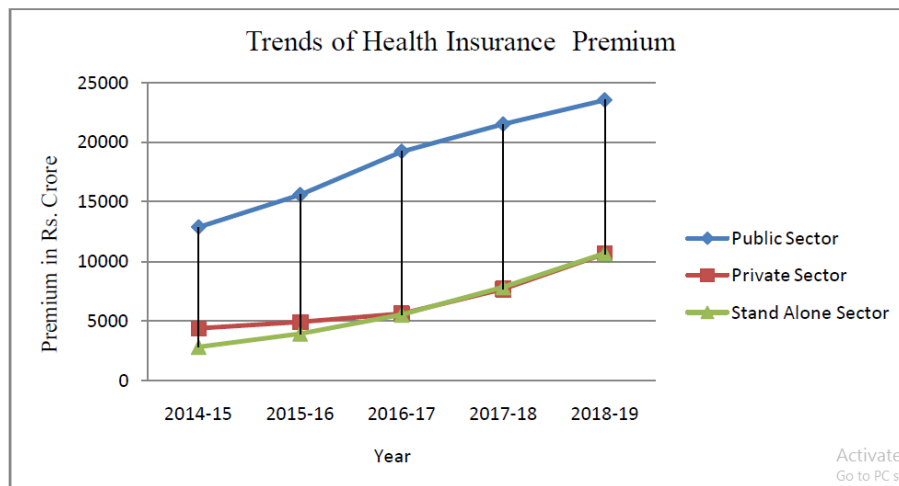
#### समंक विश्लेषण और व्याख्या

- **स्वास्थ्य बीमा के तहत एकत्र की गई प्रीमियम की प्रवृत्ति**

स्वास्थ्य बीमा के कारण विभिन्न प्रकार के संगठनों द्वारा एकत्र की गई प्रीमियम राशि दर्शाने वाली तालिका निम्नलिखित है। इसमें व्यक्तिगत दुर्घटना और यात्रा बीमा सम्मिलित नहीं हैं।

तालिका 1: वित्तीय वर्ष 2014-15 से 2018-19 के दौरान एकत्र स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम की स्थिति

सेक्टर/वर्ष	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19
सार्वजनिक क्षेत्र	12882	15591	19227	21509	23536
बाजार में हिस्सेदारी (%)	64	64	63	58	52
निजी क्षेत्र	4386	4911	5632	7689	10655
बाजार में हिस्सेदारी (%)	22	20	19	21	24
स्टैंड-अलान सेक्टर	2828	3946	5532	7831	10681
बाजार में हिस्सेदारी (%)	14	16	18	21	24
कुल (करोड़ रुपये में)	20096	24448	30391	37029	44872
विकास दर (%)	—	21.7	24.3	21.8	21.2



भारत में स्वास्थ्य बीमा एक उभरता हुआ क्षेत्र है। वित्तीय वर्ष 2018-19 के प्रकाशित समकों के अनुसार, सामान्य और स्वास्थ्य बीमा कंपनियों ने स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम के रूप में 44,872 करोड़ रुपये एकत्र किए जो वित्त वर्ष 2017-18 के दौरान एकत्र किए गए प्रीमियम से 21.2% अधिक है। ये आंकड़े व्यक्तिगत दुर्घटना और यात्रा बीमा व्यवसाय को सम्मिलित नहीं करते हैं। 2014-15 से 2018-19 के वर्षों के दौरान, स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम की वृद्धि प्रत्येक वर्ष में 20% से अधिक है। यह इस क्षेत्र के विकास के लिए एक सकारात्मक संकेत है और यह इंगित करता है कि भारत में लोग अपने स्वास्थ्य संरक्षण के प्रति अधिक संवेदनशील हो रहे हैं।

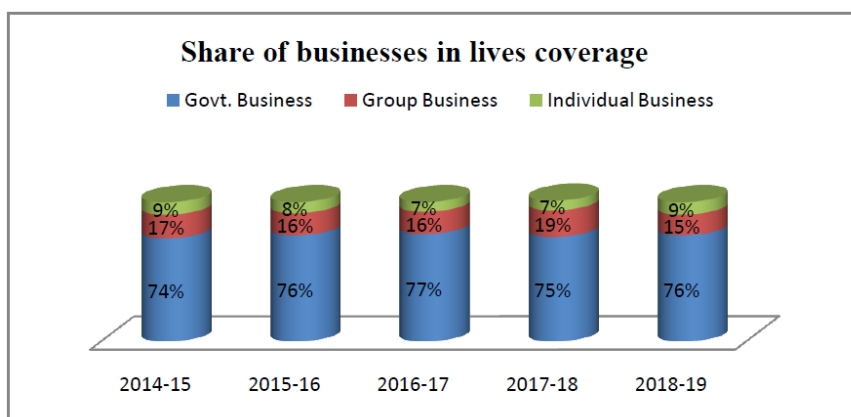
सार्वजनिक क्षेत्र की सामान्य बीमा कंपनियां (PSGIC) जैसे न्यू इंडिया एश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (एनआईए), नेशनल इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (एनआईसीएल), ओरिएंटल इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (ओआईसीएल) और यूनाइटेड इंडिया इश्योरेंस कंपनी लिमिटेड (यूआईएल) ने कुल बाजार में एक बड़ी हिस्सेदारी रखी। हालांकि इस अवधि के दौरान इन कंपनियों की हिस्सेदारी में 64% से 52% तक की गिरावट देखी गई। निजी क्षेत्र के स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं की हिस्सेदारी वित्तीय वर्ष 2014-15 में 22% से बढ़कर वित्त वर्ष 2018-19 में 24% हो गई। संयुक्त उपक्रमों की तुलना में अकेले स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं के कारोबार में उल्लेखनीय वृद्धि दर्ज की गई। अकेले स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं की कुल हिस्सेदारी वित्तीय वर्ष 2014-15 से वित्तीय वर्ष 2018-19 में 14% से बढ़कर 24% हो गयी। यह संभवतया उनकी बहुत अच्छी विपणन प्रथाओं और उनके द्वारा प्रस्तावित कुछ आकर्षक योजनाओं के कारण हुआ।

• **पॉलिसियों की संख्या और स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के लाभार्थी**

निम्न तालिका विभिन्न माध्यमों और स्वास्थ्य बीमा योजनाओं के तहत सम्मिलित किये गए लाभार्थियों तथा पॉलिसियों को प्रदर्शित करती है। इस प्रदर्शन में व्यक्तिगत, दुर्घटना और यात्रा बीमा व्यवसाय को सम्मिलित नहीं किया गया है।

**तालिका 2: विभिन्न माध्यमों (लाख इकाइयों में)**  
**वर्ष 2014-15, 2015-16, 2016-17, 2017-18, 2018-19 के तहत आने वाले जीवन की संख्या**

व्यापार के प्रकार/वर्ष	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19
सरकार	2143	2733	3350	3593	3571
लाभार्थियों का प्रतिशत	74	76	77	75	76
व्यापार समूह	483	570	705	894	729
लाभार्थियों का प्रतिशत	17	16	16	19	15
व्यक्तिगत व्यवसाय	254	287	320	333	421
लाभार्थियों का प्रतिशत	9	8	7	7	9
कुल	2880	3590	4375	4820	4721



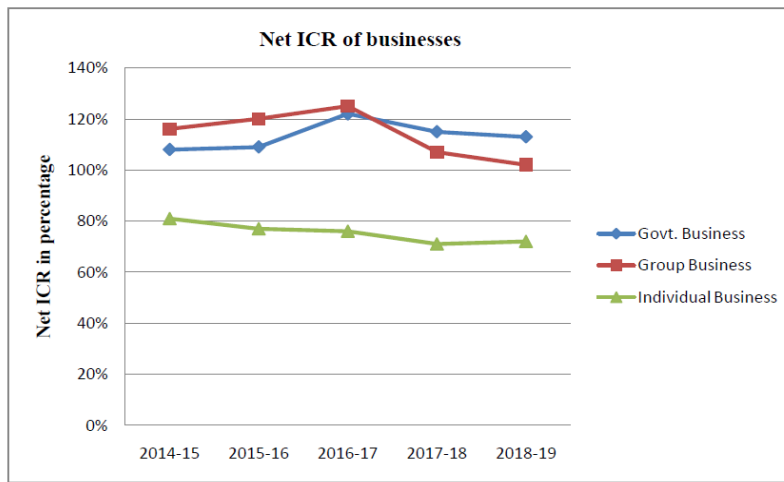
वित्तीय वर्ष 2018-19 के दौरान, स्वास्थ्य बीमा कंपनियों ने जो स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों को जारी किया, जिसमें कुल 47.21 करोड़ लाभार्थी हैं। तीन चौथाई लाभार्थी सरकारी प्रायोजित योजनाओं के तहत बीमित किए गए थे और शेष एक चौथाई लाभार्थी सार्वजनिक और निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं द्वारा जारी व्यक्तिगत और समूह योजनाओं के तहत बीमित किए गए थे। यह इस क्षेत्र का एक धूमिल पक्ष है। कि लोग अभी भी स्वास्थ्य बीमा पॉलिसियों को खरीदने से हिचकिचाते हैं। जनसंख्या का बहुत कम प्रतिशत उनके स्वास्थ्य के मुद्दों के बारे में चिंतित है, वह भी तब जब भारत में सरकारी एजेंसियों से स्वास्थ्य सुविधा के नाममात्र प्रावधान हैं। यह इस तथ्य के कारण है कि निम्न वर्ग और निम्न मध्यम वर्ग सहित हमारी आबादी का एक बड़ा हिस्सा अपनी बुनियादी जरूरतों को पूरा करने में सक्षम नहीं है। वे शायद ही कभी अपनी अप्रत्याशित समस्याओं के बारे में सोचते हैं जो किसी भी समय हो सकती हैं।

• **स्वास्थ्य बीमा कारोबार के अंतर्गत शुद्ध दावा अनुपात**

इस शीर्षक के अंतर्गत शोधकर्ताओं ने प्राप्त प्रीमियम की कुल राशि से निवल बीमा दावों की मात्रा का प्रतिशत जानने का प्रयास किया। ये दावे बीमित लोगों के साथ होने वाली स्वास्थ्य समस्याओं के कारण उत्पन्न होते हैं। फिर से इन मूल्यों में व्यक्तिगत दुर्घटना और यात्रा बीमा व्यवसाय के लिए प्राप्तियां या भुगतान शामिल नहीं हैं।

**तालिका 3: शुद्ध दावों का अनुपात**

व्यापार वर्ग/वर्ष	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19
सरकार	108	109	122	115	113
व्यापार समूह	116	120	125	107	102
व्यक्तिगत व्यवसाय	81	77	76	71	72
औसत उद्योग	102	102	108	98	96



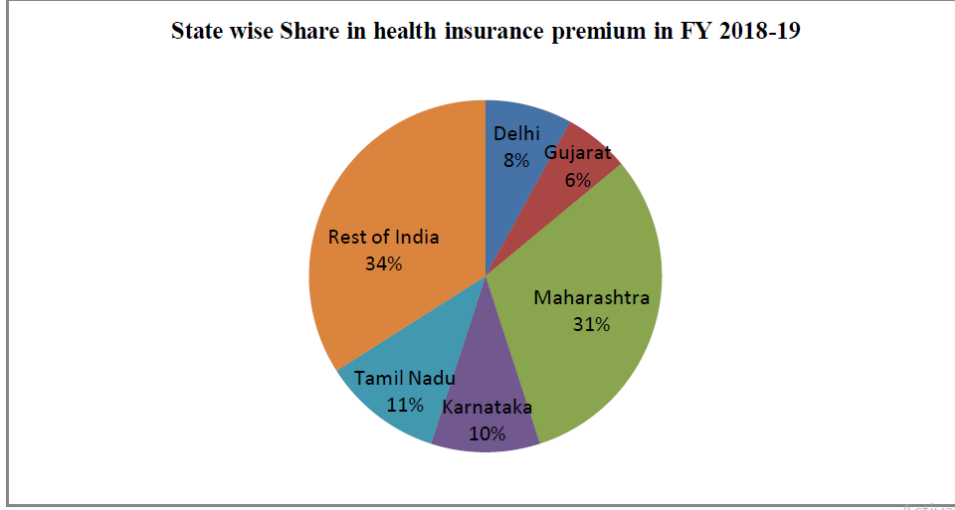
शुद्ध रूप से किए गए दावों के अनुपात का अर्थ है बीमा कंपनी द्वारा निवल दावों का अनुपात जो किसी वित्तीय वर्ष में एकत्र किए गए शुद्ध प्रीमियमों के लिए है। गणना का सूत्र है:

अनुमानित दावा अनुपात = एक वर्ष में किए गए शुद्ध दावे / एक वर्ष में जमा किए गए शुद्ध प्रीमियम

वित्तीय वर्ष 2017-18 की तुलना में, वर्ष 2018-19 के दौरान शुद्ध अनुमानित दावों के अनुपात (आईसीआर) में सुधार है। सरकार और समूह व्यवसायों के आईसीआर में सीमांत कमी भी देखी गई है। सरकारी व्यवसाय के बिना समूह व्यवसाय के शुद्ध आईसीआर में वर्ष 2017-18 में 107: से लेकर 2018-19 में 102: तक सुधार देखा गया।

• **भारत में स्वास्थ्य बीमा का राज्यवार वितरण**

यह विश्लेषण विभिन्न राज्यों के बीच कुल स्वास्थ्य बीमा कारोबार के वितरण का पता लगाने का प्रयास है, इसमें व्यक्तिगत दुर्घटना और यात्रा बीमा को छोड़कर केवल स्वास्थ्य बीमा शामिल है। राज्य वार वितरण को निम्नलिखित चार्ट में दिखाया गया है:



दिल्ली का राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र, गुजरात, महाराष्ट्र, कर्नाटक और तमिलनाडु पांच राज्य हैं जिन्होंने वित्तीय वर्ष 2018-19 में कुल स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम का 66: योगदान दिया है। बाकी 31: योगदान केंद्र शासित प्रदेश और अन्य राज्यों का है। आईआरडीए द्वारा प्रकाशित आंकड़ों के अनुसार, महाराष्ट्र ने स्वयं जो योगदान दिया है वह वित्त वर्ष 2018-19 के दौरान कुल स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम का 31: है।

**निष्कर्ष**

भारत में स्वास्थ्य बीमा काफी हद तक एक असंतृप्त बाजार है। इस क्षेत्र में अवसरों का एक समूह है जैसा कि ऊपर दिखाए गए समंकों में स्पष्ट है। वर्तमान अध्ययन स्पष्ट रूप से इंगित करता है कि स्वास्थ्य बीमा उत्पादों से आबादी का एक बड़ा हिस्सा अभी भी अछूता है। हालांकि पिछले वर्षों में, इस क्षेत्र में तेजी से विस्तार हुआ है। इस क्षेत्र में संभावित विकास से आकर्षित होकर, विदेशी सहयोग के साथ निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं की एक अच्छी संख्या उनके बाजार में हिस्सेदारी करने में सक्षम है। हालांकि स्वदेशी कंपनियों के सापेक्ष शेयर में गिरावट आई है, फिर भी उनके व्यापार में (नीतियों और प्रीमियम राशि की कोई संख्या नहीं है) काफी वृद्धि हुई है। स्वास्थ्य बीमा उत्पादों में वृद्धि और विकास में बहुत महत्वपूर्ण है।

प्रमुख स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं में जो प्रतिस्पर्धा है वह अन्य नागरिकों के स्वास्थ्य बीमा उत्पादों में प्रवेश को सक्षम करने वाले नए लोगों को जोड़ने में भी सफल होगी। स्वास्थ्य बीमा योजना लेना और बाद में नियमित रूप से स्वास्थ्य बीमा प्रीमियम का भुगतान भविष्य में स्वास्थ्य के मुद्दों के कारण किसी भी तरह के वित्तीय नुकसान को कम करने का एक आसान तरीका है।

**मुख्य सुझाव**

- भारत में, देश के प्रत्येक नागरिक विशेषकर गरीबी रेखा से नीचे रहने वाले लोगों का बीमा करने के इरादे से कम लागत पर सार्वभौमिक स्वास्थ्य बीमा कार्यक्रम की आवश्यकता है।
- जनता की विशिष्ट आवश्यकताओं को पूरा करने वाले उत्पादों और सेवाओं में नवाचार निश्चित रूप से उन लोगों को आकर्षित करेगा जो अभी भी दुविधा में हैं। स्वास्थ्य बीमाकर्ताओं को अपने ग्राहक आधार, राजस्व और व्यवसाय को बढ़ाने के लिए नए व्यवसायिक मॉडल अपनाने की सलाह दी जा सकती है।

- स्वास्थ्य बीमा कंपनियों को नए ग्राहकों को आकर्षित करने के लिए उनकी विशेषताओं और लाभों को उजागर करके स्वास्थ्य बीमा पोर्टेबिलिटी को लोकप्रिय बनाना चाहिए।
- आईआरडीए को देश के दूरसंचार क्षेत्र में प्रचलित प्रतिस्पर्धा की तरह ही स्वास्थ्य बीमा क्षेत्र के बीच प्रतिस्पर्धा को बढ़ावा देने के लिए नीतियों को तैयार करना चाहिए।
- केंद्र और राज्य दोनों सरकारों को स्वास्थ्य बीमा के लाभों के बारे में जनता को सूचित करने के लिए सूक्ष्म स्तरों पर जागरूकता कार्यक्रम आयोजित करने के अलावा शिक्षा के उचित स्तरों पर पाठ्यपुस्तकों में भी बीमा पर अध्याय शामिल करना चाहिए।

### References

1. <https://www.reliancegeneral.co.in/Insurance/Knowledge-Center/Insurance-Reads/Types-Of-Health-Insurance-Covers.aspx>
2. <https://www.acko.com/articles/health-insurance/5-types-of-health-insurance-plan-in-india/>
3. <https://www.iifl.com/blogs/types-of-health-insurance-plans>
4. <https://www.hdfchealth.com/knowledge-center/health-insurance-basics/types-of-health-insurance.aspx>
5. <https://www.paisabazaar.com/health-insurance/>
6. <https://www.iciciprulife.com/health-insurance/types-of-health-insurance.html>
7. [7. https://www.policybazaar.com/health-insurance/general-info/articles/how-to-calculate-incurred-claim-ratio-in-health-insurance/](https://www.policybazaar.com/health-insurance/general-info/articles/how-to-calculate-incurred-claim-ratio-in-health-insurance/)
8. K Swathi and R Anuradha (2017), Health insurance in India- An overview.
9. Binny, Dr. Meenu Gupta (2017), Health insurance in India- Opportunities and challenges.
10. BC Lakshmana, P Jayarami Reddy, P Sravan Kumar (2019), Operational efficiency of selected general insurance companies in India.
11. Suman Devi and Dr. Vazir Singh Nehra (2015), The problems with health insurance sector in India.
12. SatakshiChatterjee, Dr. ArunangshuGiri, Dr. S.N. Bandyopadhyay (2018), Health insurance sector in India: A study.
13. IRDA annual reports

