



اتاق بازرگانی
صنایع، معادن و کشاورزی
اصفهان
ISFAHAN CHAMBER OF COMMERCE
INDUSTRIES, MINES AND AGRICULTURE

اقتصاد بیمه در ایران پس از بحران

سودآوری، حق بیمه و انگیزه‌های پوشش ریسک بنگاه‌ها

مرکز پژوهش و بررسی‌های اقتصادی
اتاق بازرگانی، صنایع، معادن و کشاورزی اصفهان

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عنوان پژوهش: اقتصاد بیمه در ایران پس از بحران؛ سودآوری، حق بیمه و انگیزه‌های پوشش ریسک بنگاه‌ها

مرکز پژوهش و بررسی‌های اقتصادی اتاق بازرگانی اصفهان

تهیه کننده: دکتر مرتضی درخشان، پریسا حمیدی

تاریخ انتشار: تیر ۱۴۰۵

واژگان کلیدی: صنعت بیمه، سودآوری بیمه، توانگری مالی، پوشش ریسک بنگاه‌ها، بیمه تکافل

فهرست

۱. چکیده مدیریتی ۴
۲. مقدمه و بیان مسئله ۵
۳. چارچوب مفهومی سودآوری در صنعت بیمه ۶
۴. مروری بر وضعیت صنعت بیمه ایران در سال ۱۴۰۴ ۸
۵. تحلیل سودآوری شرکت‌های بیمه بر اساس داده‌های کدال ۱۰
۶. نقش بیمه در پوشش ریسک بنگاه‌ها، به‌ویژه پس از جنگ و بحران ۲۰
۷. بیمه تکافل و ظرفیت آن برای پوشش ریسک بنگاه‌ها ۲۱
۸. تاریخچه ایجاد بیمه تکافل در ایران: ۲۴
۹. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری ۲۵

۱- چکیده مدیریتی

این گزارش با هدف بررسی سودآوری صنعت بیمه ایران و نقش آن در پوشش ریسک بنگاه‌های اقتصادی، به‌ویژه در شرایط بحران‌هایی مانند جنگ، تدوین شده است. یافته‌های گزارش نشان می‌دهد صنعت بیمه ایران در سال ۱۴۰۴ از نظر حجم حق بیمه تولیدی رشد قابل توجهی داشته و بخش مهمی از شرکت‌های بیمه قابل رصد در سامانه کدال، سود خالص شناسایی کرده‌اند. بر اساس جدول سودآوری حسابداری این گزارش، از میان ۲۷ شرکت بیمه‌ای قابل رصد در کدال، ۲۴ شرکت سودآور و ۳ شرکت زیان‌ده بوده‌اند؛ به بیان دیگر، حدود ۸۹ درصد شرکت‌های بررسی‌شده سود خالص شناسایی کرده‌اند. با این حال، این نسبت به معنای سودآوری کامل و پایدار کل صنعت بیمه نیست؛ زیرا جدول کدال ناظر بر شرکت‌های قابل رصد در بازار سرمایه است و سود حسابداری نیز الزاماً معادل سود فنی عملیات بیمه‌گری نیست.

بررسی شاخص‌های فنی و توانگری مالی نشان می‌دهد سودآوری در صنعت بیمه ایران ماهیتی شرکت‌محور دارد. برخی شرکت‌ها از نظر سود حسابداری و توانگری مالی در وضعیت مناسبی قرار دارند، اما برخی دیگر با زیان، نسبت خسارت بالا یا سطح توانگری پایین‌تر مواجه‌اند. بنابراین، برای قضاوت درباره وضعیت واقعی شرکت‌های بیمه، باید سود خالص، نسبت خسارت، ضریب ترکیبی، درآمد سرمایه‌گذاری و سطح توانگری مالی به‌صورت هم‌زمان بررسی شود.

در حوزه حمایت از بنگاه‌های اقتصادی، گزارش نشان می‌دهد بیمه می‌تواند نقش مهمی در تاب‌آوری بنگاه‌ها پس از بحران ایفا کند، اما بیمه‌نامه‌های عادی به‌تنهایی برای پوشش ریسک‌هایی مانند جنگ کافی نیستند. برای حمایت مؤثر از بنگاه‌ها، باید بسته‌ای شامل بیمه آتش‌سوزی و خطرات تبعی، شکست ماشین‌آلات، باربری، مسئولیت، بیمه اعتباری و وقفه در فعالیت طراحی شود و در کنار آن، پوشش‌های خاص بحران، بیمه اتکایی و صندوق‌های مشترک ریسک توسعه یابد.

در نهایت، گزارش نشان می‌دهد بیمه تکافل نیز می‌تواند به‌عنوان مکمل بیمه متعارف در ایران مورد توجه قرار گیرد. تکافل با تکیه بر مشارکت، تعاون و ضمانت متقابل می‌تواند برای برخی بنگاه‌ها، اصناف و گروه‌های اقتصادی جذاب باشد. با این حال، اجرای موفق آن نیازمند مجوز و نظارت بیمه مرکزی، تفکیک منابع صندوق از شرکت مجری، شفافیت مالی، بیمه اتکایی و طراحی دقیق سازوکار جبران خسارت است. تجربه کیش و درخواست تأسیس شرکت تکافل توسط بیمه اتکایی امین نیز نشان‌دهنده ظرفیت مناطق آزاد برای اجرای پایلوت تکافل است، هرچند هنوز نباید آن را به‌عنوان یک شرکت مستقل عملیاتی‌شده تلقی کرد.

۲- مقدمه و بیان مسئله

صنعت بیمه یکی از ارکان مهم نظام مالی و یکی از ابزارهای اصلی مدیریت ریسک در اقتصاد است. کارکرد اصلی این صنعت، انتقال و توزیع ریسک میان تعداد زیادی از بیمه‌گذاران و جبران خسارت‌های احتمالی در برابر دریافت حق بیمه است. از این منظر، بیمه فقط یک فعالیت خدماتی یا مالی نیست، بلکه نهادی مکمل برای تولید، سرمایه‌گذاری، تجارت، حمل‌ونقل، ساخت‌وساز، تأمین مالی و استمرار فعالیت بنگاه‌ها به شمار می‌رود.

در اقتصاد ایران، اهمیت صنعت بیمه در سال‌های اخیر افزایش یافته است. رشد ارزش دارایی‌ها، افزایش هزینه‌های جایگزینی ماشین‌آلات و تجهیزات، تورم بالا، نوسانات نرخ ارز، ریسک‌های عملیاتی بنگاه‌ها، بلایای طبیعی، حوادث صنعتی، ریسک‌های حمل‌ونقل و همچنین تجربه بحران‌ها و نااطمینانی‌های امنیتی، همگی نیاز فعالان اقتصادی به پوشش بیمه‌ای را بیشتر کرده‌اند. با این حال، پرسش اصلی این است که آیا صنعت بیمه ایران از منظر اقتصادی و مالی، صنعتی سودآور و قابل توسعه است یا خیر.

پاسخ به این پرسش ساده نیست؛ زیرا سودآوری در صنعت بیمه را نمی‌توان صرفاً با مشاهده سود خالص شرکت‌ها در صورت‌های مالی ارزیابی کرد. شرکت بیمه ممکن است در صورت سود و زیان خود سود شناسایی کند، اما این سود الزاماً از محل عملیات اصلی بیمه‌گری نباشد. بخشی از سود شرکت‌های بیمه می‌تواند ناشی از درآمد سرمایه‌گذاری، سود سپرده‌ها، بازده پرتفوی سهام، فروش دارایی، آثار تورمی یا تعدیلات حسابداری باشد. در مقابل، ممکن است عملیات فنی بیمه‌گری، یعنی نسبت میان حق بیمه عایدشده، خسارت واقع‌شده، هزینه کارمزد، هزینه‌های اداری و ذخایر فنی، حاشیه سود محدودی داشته باشد یا حتی زیان‌ده باشد. بنابراین، مطالعه سودآوری صنعت بیمه در ایران باید در دو سطح انجام شود. سطح نخست، سودآوری حسابداری شرکت‌های بیمه است که از طریق صورت‌های مالی منتشرشده در سامانه کدال قابل بررسی است. در این سطح، شاخص‌هایی مانند سود خالص، سود عملیاتی، درآمد سرمایه‌گذاری، سود هر سهم، هزینه‌های اداری و عمومی و وضعیت حقوق صاحبان سهام اهمیت دارد. سطح دوم، سودآوری فنی یا بیمه‌گری است که با شاخص‌هایی مانند نسبت خسارت، نسبت هزینه، ضریب ترکیبی، ترکیب رشته‌های بیمه‌ای، کیفیت پرتفوی و کفایت ذخایر فنی سنجیده می‌شود.

اهمیت این تفکیک از آن جهت است که رشد حق بیمه تولیدی الزاماً به معنای رشد سودآوری نیست. اگر حق بیمه‌ها با سرعت بالا رشد کنند اما خسارت‌ها، هزینه‌ها و تعهدات آتی شرکت‌ها نیز با شدت بیشتری افزایش یابد، صنعت بیمه با وجود رشد ظاهری بازار، از نظر فنی تحت فشار قرار می‌گیرد. به همین دلیل، در این گزارش تلاش می‌شود با اتکا به داده‌های منتشرشده در سامانه کدال، آمارهای بیمه مرکزی و معیارهای متداول جهانی، وضعیت سودآوری صنعت بیمه ایران در سال ۱۴۰۴ ارزیابی شود.

این گزارش در پی پاسخ به چند پرسش اصلی است:

- نخست، شرکت‌های بیمه در سال ۱۴۰۴ چه میزان سود یا زیان شناسایی کرده‌اند؟
- دوم، آیا سود گزارش شده ناشی از عملیات بیمه‌گری است؟
- سوم، بیمه کدال چیست و نقش آن در شرایط بحرانی چیست؟

۳- چارچوب مفهومی سودآوری در صنعت بیمه

سودآوری در صنعت بیمه با سودآوری بسیاری از فعالیت‌های اقتصادی متفاوت است. در یک بنگاه تولیدی یا تجاری، درآمد معمولاً در زمان فروش کالا یا خدمت شناسایی می‌شود و هزینه‌ها نیز در همان دوره قابل برآورد است. اما در صنعت بیمه، شرکت ابتدا حق بیمه دریافت می‌کند و در برابر آن، تعهدی برای جبران خسارت‌های احتمالی در آینده می‌پذیرد. بنابراین، سودآوری شرکت بیمه فقط به میزان حق بیمه دریافتی وابسته نیست، بلکه به کیفیت ارزیابی ریسک، نرخ‌گذاری، مدیریت خسارت، کفایت ذخایر فنی، هزینه‌های شبکه فروش، هزینه‌های اداری و بازده سرمایه‌گذاری‌ها نیز بستگی دارد.^۱

از منظر تحلیلی، سودآوری شرکت‌های بیمه را می‌توان در دو سطح بررسی کرد:

- ۱- سودآوری حسابداری و سودآوری فنی: سودآوری حسابداری همان سود یا زیانی است که در صورت‌های مالی شرکت و در سامانه کدال گزارش می‌شود. این شاخص برای ارزیابی وضعیت مالی شرکت اهمیت دارد، اما به‌تنهایی نشان نمی‌دهد که فعالیت اصلی بیمه‌گری سودآور بوده است یا خیر. زیرا بخشی از سود شرکت بیمه ممکن است از محل درآمد سرمایه‌گذاری، سود سپرده بانکی، بازده پرتفوی سهام، فروش دارایی یا سایر درآمدهای غیرمستقیم ایجاد شده باشد.
- ۲- در مقابل، سودآوری فنی یا بیمه‌گری به این پرسش پاسخ می‌دهد که آیا خود عملیات بیمه‌گری، یعنی دریافت حق بیمه در برابر پذیرش ریسک و پرداخت خسارت، سودآور بوده است یا خیر. در این سطح، باید بررسی شود که شرکت بیمه از محل حق بیمه‌های عایدشده چه میزان خسارت پرداخت کرده یا باید پرداخت کند، چه میزان هزینه کارمزد و اداری داشته و چه مقدار ذخیره برای تعهدات آینده در نظر گرفته است. بنابراین، ممکن است یک شرکت بیمه از نظر حسابداری سودآور باشد، اما عملیات فنی آن حاشیه سود پایینی داشته باشد یا حتی زیان‌ده باشد.

^۱ <https://www.centinsur.ir/fa-IR/Portal/1/news/view/10628/0942/Staging>

یکی از شاخص‌های مهم در تحلیل فنی بیمه، ضریب خسارت است. این شاخص نشان می‌دهد چه نسبتی از حق‌بیمه‌ها صرف پرداخت یا شناسایی خسارت شده است. هرچه ضریب خسارت بالاتر باشد، بخش بیشتری از منابع حاصل از حق‌بیمه برای جبران خسارت مصرف شده و حاشیه سود فنی شرکت کاهش می‌یابد. با این حال، ضریب خسارت به‌تنهایی برای قضاوت درباره سودآوری کافی نیست؛ زیرا هزینه‌های صدور بیمه‌نامه، کارمزد نمایندگان و کارگزاران، هزینه‌های اداری و عمومی و سایر هزینه‌های عملیاتی نیز باید در تحلیل لحاظ شود.

شاخص جامع‌تر برای سنجش سودآوری فنی در بیمه‌های غیرزندگی، ضریب ترکیبی است. ضریب ترکیبی از جمع نسبت خسارت و نسبت هزینه به دست می‌آید. اگر این شاخص کمتر از ۱۰۰ درصد باشد، به این معناست که عملیات بیمه‌گری شرکت، پیش از لحاظ کردن درآمد سرمایه‌گذاری، سودآور بوده است. اگر ضریب ترکیبی بالاتر از ۱۰۰ درصد باشد، یعنی شرکت از محل عملیات بیمه‌گری زیان فنی دارد و برای جبران آن باید به درآمد سرمایه‌گذاری یا سایر درآمدها متکی باشد.^۲

به همین دلیل، در بررسی سودآوری صنعت بیمه ایران باید میان رشد حق‌بیمه تولیدی و سودآوری واقعی تفاوت قائل شد. رشد حق‌بیمه تولیدی می‌تواند نشانه توسعه بازار باشد، اما اگر هم‌زمان خسارت‌ها، هزینه‌ها و تعهدات آینده شرکت‌ها با سرعت بیشتری رشد کند، این افزایش حق‌بیمه الزاماً به سودآوری پایدار تبدیل نمی‌شود. بنابراین، یک بازار بیمه ممکن است از نظر اندازه بزرگ‌تر شود، اما از نظر فنی تحت فشار قرار گیرد. در صنعت بیمه ایران، این موضوع اهمیت مضاعف دارد؛ زیرا بخش قابل توجهی از پرتفوی بیمه‌ای کشور در رشته‌هایی مانند درمان، شخص ثالث، بدنه اتومبیل و برخی بیمه‌های تعهدی متمرکز است. این رشته‌ها معمولاً به دلیل فراوانی خسارت، الزام‌های قانونی، رقابت قیمتی یا کنترل‌های تعرفه‌ای، حاشیه سود محدودی دارند.^۳ در مقابل، برخی رشته‌ها مانند بیمه‌های مهندسی، مسئولیت، آتش‌سوزی صنعتی، باربری، اعتباری، زندگی، عمر و سرمایه‌گذاری و بیمه‌های تخصصی بنگاه‌محور، در صورت نرخ‌گذاری درست و مدیریت ریسک مناسب، می‌توانند ظرفیت سودآوری بالاتری داشته باشند.

از سوی دیگر، درآمد سرمایه‌گذاری در صنعت بیمه نقش مهمی دارد. شرکت‌های بیمه معمولاً فاصله زمانی میان دریافت حق‌بیمه و پرداخت خسارت را به سرمایه‌گذاری اختصاص می‌دهند. هرچه مدیریت منابع مالی، پرتفوی سرمایه‌گذاری و نقدینگی شرکت بهتر باشد، امکان جبران فشارهای فنی و افزایش سود خالص بیشتر می‌شود. با این حال، اتکای بیش از حد به درآمد سرمایه‌گذاری می‌تواند ارزیابی سودآوری واقعی صنعت را دچار خطا کند؛ زیرا ممکن است عملیات بیمه‌گری ضعیف باشد، اما سود سرمایه‌گذاری تصویر مثبتی از شرکت ارائه دهد.

^۲ https://ijir.irc.ac.ir/article_3796.html

^۳ <https://noviraco.com/insurance-industry-analysis/>

بنابراین، در این گزارش سودآوری صنعت بیمه ایران با رویکردی چندبعدی بررسی می‌شود. در گام نخست، سود و زیان شرکت‌های بیمه بوری و فرابورسی بر اساس صورت‌های مالی منتشرشده در سامانه کدال استخراج می‌شود. در گام دوم، شاخص‌های فنی مانند نسبت خسارت، ترکیب پرتفوی، هزینه‌ها و درآمد سرمایه‌گذاری تحلیل می‌شود. در گام سوم، وضعیت صنعت بیمه ایران با معیارهای متداول جهانی مقایسه می‌شود تا مشخص شود سودآوری موجود تا چه اندازه ناشی از عملیات بیمه‌گری و تا چه اندازه وابسته به عوامل غیرعملیاتی است.^۴

بر این اساس، معیار اصلی این مطالعه صرفاً این نیست که «شرکت‌های بیمه در کدال شناسایی کرده‌اند یا نه»، بلکه پرسش دقیق‌تر این است که «آیا صنعت بیمه ایران از محل فعالیت اصلی خود، یعنی پذیرش و مدیریت ریسک، به سودآوری پایدار رسیده است یا خیر».

۴- مروری بر وضعیت صنعت بیمه ایران در سال ۱۴۰۴

بررسی وضعیت صنعت بیمه ایران در سال ۱۴۰۴ نشان می‌دهد که این بازار از نظر حجم حق‌بیمه تولیدی با رشد قابل توجهی مواجه بوده است. بر اساس آمار منتشرشده از سوی بیمه مرکزی، حق‌بیمه تولیدی صنعت بیمه در سال ۱۴۰۴ حدود ۷۷۸.۴ هزار میلیارد تومان و خسارت پرداختی حدود ۵۱۱.۲ هزار میلیارد تومان بوده است. این ارقام نشان می‌دهد که بازار بیمه کشور از نظر اسمی رشد چشمگیری داشته، اما هم‌زمان فشار خسارت‌ها نیز به‌طور محسوس افزایش یافته است.^۵

رشد حق‌بیمه تولیدی در سال ۱۴۰۴ حدود ۷۷ درصد و رشد خسارت پرداختی حدود ۹۸.۶ درصد گزارش شده است. بنابراین، اگرچه صنعت بیمه از نظر اندازه بازار توسعه یافته، اما رشد خسارت‌ها از رشد حق‌بیمه‌ها پیشی گرفته است. این موضوع از منظر تحلیل سودآوری اهمیت زیادی دارد؛ زیرا نشان می‌دهد رشد فروش بیمه‌نامه الزاماً به معنای افزایش سودآوری نیست و بخشی از منابع حاصل از حق‌بیمه، با سرعت بیشتری صرف پرداخت خسارت شده است.

نسبت خسارت صنعت بیمه در سال ۱۴۰۴ حدود ۶۵.۷ درصد اعلام شده است. این نسبت در مقایسه با سال قبل افزایش داشته و بیانگر آن است که سهم بیشتری از حق‌بیمه‌های تولیدی به خسارت‌های پرداختی اختصاص یافته است. البته باید توجه داشت که نسبت خسارت فقط بخشی از تصویر سودآوری را نشان می‌دهد و هزینه‌های کارمزد، هزینه‌های اداری و عمومی، ذخایر فنی و سایر تعهدات آتی را به‌طور کامل منعکس

^۴ <https://donya-e-eqtesad.com/b/۳۸۰۶۹۳۱>

^۵ <https://www.centinsur.ir/fa-IR/Portal/۱/news/view/۱۵۶۲۸/۵۹۴۲/Staging>

نمی‌کند. بنابراین، افزایش نسبت خسارت، یک علامت هشدار برای سودآوری فنی صنعت است، اما برای قضاوت نهایی باید در کنار سایر شاخص‌ها بررسی شود.

از نظر ترکیب رشته‌های بیمه‌ای، سال ۱۴۰۴ سال مهمی برای صنعت بیمه ایران بوده است. بیمه‌های غیرزندگی همچنان بخش اصلی بازار را تشکیل داده‌اند، اما سهم بیمه‌های زندگی به‌طور محسوسی افزایش یافته است. حق بیمه تولیدی رشته‌های غیرزندگی حدود ۵۹۲.۳ هزار میلیارد تومان و حق بیمه تولیدی رشته زندگی حدود ۱۸۶.۱ هزار میلیارد تومان گزارش شده است. همچنین سهم بیمه‌های زندگی از حق بیمه تولیدی بازار از ۱۴.۴ درصد در سال ۱۴۰۳ به حدود ۲۴ درصد در سال ۱۴۰۴ افزایش یافته است.^۶

افزایش سهم بیمه‌های زندگی می‌تواند از دو منظر تحلیل شود. از یک‌سو، توسعه بیمه‌های زندگی نشانه‌ای از حرکت بازار به سمت محصولات بلندمدت‌تر، سرمایه‌گذاری محورتر و متنوع‌تر است. از سوی دیگر، بخشی از رشد این رشته ناشی از محصولات بیمه‌ای متصل به دارایی و مدیریت ثروت بوده است؛ بنابراین باید میان توسعه واقعی بیمه‌های زندگی متعارف و رشد ناشی از محصولات سرمایه‌گذاری محور تفکیک قائل شد.

در بخش خسارت نیز سهم بیمه‌های زندگی افزایش قابل توجهی داشته است. خسارت و مزایای پرداختی رشته زندگی در سال ۱۴۰۴ حدود ۱۳۸.۹ هزار میلیارد تومان و خسارت پرداختی رشته‌های غیرزندگی حدود ۳۷۲.۳ هزار میلیارد تومان اعلام شده است. افزایش سهم بیمه‌های زندگی در خسارت‌ها نشان می‌دهد که رشد این رشته فقط در سمت حق بیمه نبوده، بلکه در سمت تعهدات و پرداخت‌ها نیز اثر قابل توجهی داشته است.^۷

یکی دیگر از ویژگی‌های بازار بیمه در سال ۱۴۰۴، افزایش نقش بخش غیردولتی است. طبق آمار بیمه مرکزی، سهم بخش غیردولتی از حق بیمه تولیدی و خسارت پرداختی صنعت بیمه به ترتیب حدود ۸۰.۲ و ۸۰.۳ درصد بوده است. این موضوع نشان می‌دهد که بازار بیمه ایران، دست‌کم از منظر سهم حق بیمه و خسارت، بیش از گذشته به سمت شرکت‌های غیردولتی حرکت کرده است. با این حال، افزایش سهم بخش غیردولتی به‌تنهایی نشانه سودآوری نیست و باید کیفیت پرتفوی، نسبت خسارت، ساختار هزینه و توانگری مالی این شرکت‌ها نیز بررسی شود.

در مجموع، وضعیت صنعت بیمه ایران در سال ۱۴۰۴ را می‌توان ترکیبی از رشد بازار و افزایش فشار خسارت دانست. از یک طرف، رشد ۷۷ درصدی حق بیمه تولیدی نشان می‌دهد که بازار بیمه از نظر اسمی بزرگ‌تر شده و ظرفیت جذب منابع در این صنعت افزایش یافته است. از طرف دیگر، رشد ۹۸.۶ درصدی خسارت پرداختی و افزایش نسبت خسارت به ۶۵.۷ درصد نشان می‌دهد که سودآوری فنی صنعت با چالش جدی مواجه است.

^۶ <https://www.centinsur.ir/fa-IR/Portal/1/news/view/15628/5942/Staging>

^۷ <https://www.centinsur.ir/fa-IR/Portal/1/news/view/15628/5942/Staging>

بنابراین، نتیجه اولیه این بخش آن است که صنعت بیمه ایران در سال ۱۴۰۴ بازاری در حال رشد بوده، اما این رشد الزاماً به معنای سودآوری پایدار نیست. برای ارزیابی دقیق‌تر باید بررسی شود که شرکت‌های بیمه در صورت‌های مالی کدال چه میزان سود یا زیان شناسایی کرده‌اند، چه بخشی از سود آنها ناشی از عملیات بیمه‌گری و چه بخشی ناشی از درآمد سرمایه‌گذاری بوده و کدام رشته‌های بیمه‌ای فشار بیشتری بر سودآوری شرکت‌ها وارد کرده‌اند.

۵- تحلیل سودآوری شرکت‌های بیمه بر اساس داده‌های کدال

یکی از مهم‌ترین منابع برای بررسی سودآوری شرکت‌های بیمه در ایران، صورت‌های مالی منتشرشده در سامانه کدال است. شرکت‌های بیمه پذیرفته‌شده در بورس و فرابورس موظف‌اند اطلاعات مالی خود را در قالب گزارش‌های دوره‌ای، صورت‌های مالی میان‌دوره‌ای، صورت‌های مالی سالانه، گزارش فعالیت ماهانه، افشای اطلاعات بااهمیت و تصمیمات مجامع در این سامانه منتشر کنند. از این رو، کدال امکان بررسی نسبتاً شفاف سودآوری حسابداری شرکت‌های بیمه را فراهم می‌کند.

در این گزارش داده‌های کدال با تفکیک میان «سود حسابداری» و «سود فنی بیمه‌گری» تحلیل می‌شود. سود حسابداری همان رقمی است که در صورت سود و زیان شرکت منعکس می‌شود و مبنای محاسبه سود هر سهم، تقسیم سود نقدی و ارزیابی عملکرد مالی شرکت قرار می‌گیرد. اما سود فنی بیمه‌گری به این پرسش پاسخ می‌دهد که آیا فعالیت اصلی شرکت، یعنی صدور بیمه‌نامه، دریافت حق بیمه، پذیرش ریسک و پرداخت خسارت، به‌خودی‌خود سودآور بوده است یا خیر.

همچنین باید توجه داشت که در اقتصاد تورمی ایران، بخشی از رشد سود شرکت‌های بیمه می‌تواند ناشی از رشد اسمی حق بیمه‌ها و درآمدهای سرمایه‌گذاری باشد. بنابراین، رشد سود خالص در کدال لزوماً به معنای بهبود کیفیت عملیات بیمه‌گری نیست.

سود حسابداری:

بر این اساس، تحلیل کدال نشان می‌دهد که سودآوری صنعت بیمه ایران ماهیتی «شرکت‌محور» دارد. به بیان دیگر، نمی‌توان صرفاً با اتکا به رشد حق بیمه تولیدی کل صنعت یا سودآوری چند شرکت بزرگ، حکم کلی درباره سودآوری کل صنعت صادر کرد. برخی شرکت‌ها توانسته‌اند از طریق کنترل خسارت، مدیریت پرتفوی، درآمد سرمایه‌گذاری و افزایش مقیاس فعالیت، سودآوری خود را حفظ یا تقویت کنند؛ اما برخی دیگر به دلیل فشار خسارت، قراردادهای پرریسک، ضعف نرخ‌گذاری یا ترکیب نامناسب رشته‌ها با کاهش سود یا زیان مواجه شده‌اند.

در ادامه، اطلاعات مالی شرکت‌های بیمه‌ای قابل رصد در سامانه کدال بررسی شده است. هدف از جدول زیر، ارائه تصویری اولیه از وضعیت سود یا زیان حسابداری شرکت‌های بیمه بوری، فرابوری و برخی ناشران بیمه‌ای دارای اطلاعات منتشرشده در کدال در سال مالی ۱۴۰۴ است. بنابراین، ارقام جدول بیش از آنکه نشان‌دهنده سودآوری فنی عملیات بیمه‌گری باشد، وضعیت سود و زیان حسابداری شرکت‌ها را بر اساس صورت‌های مالی منتشرشده نشان می‌دهد. تحلیل فنی سودآوری، مستلزم بررسی تکمیلی اقلامی مانند حق‌بیمه عایدشده، خسارت واقع‌شده، هزینه کارمزد، هزینه‌های اداری و عمومی، ذخایر فنی و درآمد سرمایه‌گذاری است.

جدول ۱. وضعیت سودآوری حسابداری شرکت‌های بیمه‌ای قابل رصد در سامانه کدال، سال مالی ۱۴۰۴^۸

ردیف	نماد	نام شرکت	دوره گزارش	وضعیت حسابرسی	سود/زیان خالص (میلیارد تومان)	EPS، ریال	وضعیت
۱	آسیا	بیمه آسیا	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	۵,۹۵۲	۱,۷۰۱	سودآور
۲	البرز	بیمه البرز	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	۶,۲۹۳	۸۹۹	سودآور
۳	دانا	بیمه دانا	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	-۳,۵۵۲	-۱,۸۲۶	زیان‌ده
۴	پاس	بیمه پاسارگاد	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی شده	۴,۷۲۹	۴۵۷	سودآور
۵	پارسیان	بیمه پارسیان	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی شده	۴,۲۲۰	۸۴۴	سودآور
۶	ملت	بیمه ملت	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	۱,۳۴۶	۴۳۹	سودآور
۷	ما	بیمه ما	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی شده	۱,۰۰۲	۶۶۸	سودآور
۸	دی	بیمه دی	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی شده	۲,۲۴۷	۱,۱۲۰	سودآور
۹	نوین	بیمه نوین	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	۱۴۱	۲۸۳	سودآور
۱۰	بنو	بیمه تجارت نو	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی شده	۵۲۵	۳۵۰	سودآور
۱۱	بخاور	بیمه زندگی خاورمیانه	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	۳۴۷	۸۸۹	سودآور؛ بیمه زندگی
۱۲	معین	بیمه ایران معین	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی شده	۱,۳۳۴	۵۸۰	سودآور
۱۳	وآفری	بیمه کارآفرین	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	۴,۱۶۵	۱,۴۹۰	سودآور
۱۴	میهن	بیمه میهن	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	-۲۰	-۵۶	زیان‌ده
۱۵	وحافظ	بیمه حافظ	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	۲۷۶	۹۱۹	سودآور
۱۶	وحکمت	بیمه حکمت صبا	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	۱۰۱	۳۲۳	سودآور

^۸ <https://my.codal.ir/>

۱۷	آرمان	بیمه آرمان	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	۷۶	۹۰	سودآور
۱۸	باران	بیمه زندگی باران	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	۳۸	۱۵۷	سودآور
۱۹	بساما	بیمه سامان	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	۵۲۵	۴۳۸	سودآور
۲۰	کوثر	بیمه کوثر	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	۱,۷۳۱	۴۳۳	سودآور
۲۱	ورازی	بیمه رازی	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	۱۰۳	۵۴	سودآور
۲۲	وسرمد	بیمه سرمد	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	۴۷۴	۴۷۴	سودآور
۲۳	وسین	بیمه سینا	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	-۱,۰۲۸	-۱,۷۴۹	زیان ده
۲۴	وتعاون	بیمه تعاون	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	۷۶	۶۳	سودآور
۲۵	ومعلم	بیمه معلم	۱۲ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	۱۲	۱۶	سودآور اما بسیار کم حاشیه
۲۶	اتکام	بیمه اتکایی امین	۶ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی شده	۱,۲۷۵	۱,۰۲۸	غیرهم دوره؛ قابل مقایسه مستقیم نیست
۲۷	اتکای	بیمه اتکایی ایرانیان	۳ ماهه منتهی به ۲۹/۱۲/۱۴۰۴	حسابرسی نشده	۵۱۲	۲۵۶	غیرهم دوره؛ قابل مقایسه مستقیم نیست

- مأخذ: سامانه کدال و پایگاه‌های پردازش اطلاعات کدال؛ محاسبات پژوهش، ارقام سود و زیان خالص به میلیارد تومان است. این جدول ناظر بر سودآوری حسابداری شرکت‌های قابل رصد در کدال است و معادل کل صنعت بیمه کشور نیست.

بررسی جدول نشان می‌دهد که بخش عمده شرکت‌های بیمه‌ای مورد بررسی در سال مالی ۱۴۰۴ سود خالص شناسایی کرده‌اند. در میان شرکت‌های سودآور، بیمه البرز، بیمه آسیا، بیمه پاسارگاد، بیمه پارسیان و بیمه کارآفرین از نظر رقم سود خالص در سطوح بالاتری قرار دارند. این موضوع نشان می‌دهد که فعالیت در صنعت بیمه، دست‌کم برای بخشی از شرکت‌های بزرگ و دارای پرتفوی گسترده، می‌تواند از منظر حسابداری سودآور باشد.

با این حال، جدول هم‌زمان نشان می‌دهد سودآوری در میان شرکت‌های بیمه‌ای یکدست نیست. وجود شرکت‌های زیان‌ده مانند بیمه دانا، بیمه سینا و بیمه میهن نشان می‌دهد که حضور در صنعت بیمه به‌خودی‌خود تضمین‌کننده سودآوری نیست. اختلاف معنادار میان شرکت‌های سودآور و زیان‌ده، بیانگر آن است که کیفیت پرتفوی، ترکیب رشته‌های بیمه‌ای، کنترل خسارت، ساختار هزینه، نرخ‌گذاری، مدیریت ذخایر و درآمد سرمایه‌گذاری نقش تعیین‌کننده‌ای در عملکرد مالی شرکت‌ها دارد.

از منظر تحلیلی، شرکت‌هایی که سود خالص بالاتری دارند الزاماً سود فنی بالاتری ندارند؛ زیرا ممکن است بخشی از سود آن‌ها ناشی از درآمد سرمایه‌گذاری، بازده دارایی‌ها یا سایر درآمدهای غیرعملیاتی باشد. در مقابل، شرکتی ممکن است از نظر حق بیمه تولیدی بزرگ باشد، اما به دلیل تمرکز بر رشته‌های پر خسارت مانند درمان و شخص ثالث یا به دلیل انعقاد قراردادهای پرریسک، با زیان یا کاهش سود مواجه شود. بنابراین، جدول سود و زیان خالص باید به‌عنوان نقطه شروع تحلیل در نظر گرفته شود، نه معیار نهایی قضاوت درباره سودآوری صنعت.

نکته دیگر، تفاوت دوره مالی برخی شرکت‌های اتکایی است. برای نمونه، داده‌های اتکام و اتکای به دلیل متفاوت بودن دوره مالی، با شرکت‌هایی که سال مالی آن‌ها منتهی به ۱۴۰۴/۱۲/۲۹ است، قابل مقایسه مستقیم نیست. از این رو، در تحلیل تجمیعی سودآوری شرکت‌های اسفندماه‌پایان، این دو شرکت باید جداگانه بررسی شوند یا با احتیاط در جمع‌بندی لحاظ شوند.

در مجموع، نتیجه جدول حاکی از آن است که شرکت‌های بیمه‌ای قابل رصد در کدال، در مجموع ظرفیت سودآوری دارند؛ اما این سودآوری فراگیر، همگن و تضمین‌شده نیست. از این رو، برای پاسخ نهایی به این پرسش که «آیا صنعت بیمه در ایران سودآور است؟» باید علاوه بر سود خالص کدالی، شاخص‌های فنی بیمه‌گری نیز بررسی شود.

سود فنی بیمه‌گری

جدول سود و زیان خالص شرکت‌های بیمه نشان می‌دهد که بخش قابل توجهی از شرکت‌های بیمه‌ای قابل رصد در کدال در سال مالی ۱۴۰۴ سود خالص شناسایی کرده‌اند. با این حال، برای قضاوت دقیق‌تر درباره کیفیت سودآوری این شرکت‌ها، لازم است میان «سود حسابداری» و «سود فنی بیمه‌گری» تفکیک شود.

سود فنی نشان می‌دهد عملیات بیمه‌گری شرکت به‌خودی‌خود سودآور بوده است یا شرکت برای سودآور ماندن به درآمدهای سرمایه‌گذاری و سایر درآمدهای غیرفنی متکی شده است. این تفکیک در صنعت بیمه اهمیت زیادی دارد؛ زیرا ممکن است شرکتی در صورت سود و زیان، سود خالص بالایی گزارش کند، اما بخش مهمی از این سود ناشی از درآمد سرمایه‌گذاری باشد، نه سودآوری عملیات بیمه‌گری.

برای سنجش سود فنی، باید چند قلم اصلی در صورت‌های مالی شرکت‌های بیمه بررسی شود: حق بیمه عایدشده، خسارت واقع‌شده، هزینه کارمزد و تحصیل بیمه‌نامه، هزینه‌های اداری و عمومی مرتبط با عملیات بیمه‌گری، ذخایر فنی و سهم بیمه‌گران اتکایی. در یک بیان ساده، هرچه حق بیمه عایدشده شرکت بیش از مجموع خسارت‌ها و هزینه‌های فنی باشد، عملیات بیمه‌گری به سود فنی نزدیک‌تر می‌شود. در مقابل، اگر خسارت‌ها، کارمزدها و هزینه‌های عملیاتی از حق بیمه عایدشده پیشی بگیرد، شرکت ممکن است از نظر فنی زیان‌ده باشد، حتی اگر در نهایت سود خالص گزارش کند.

از منظر تحلیلی، شاخص مهم برای ارزیابی سودآوری فنی در بیمه‌های غیرزندگی، «ضریب ترکیبی» است. این شاخص از جمع نسبت خسارت و نسبت هزینه به دست می‌آید. اگر ضریب ترکیبی کمتر از ۱۰۰ درصد باشد، عملیات بیمه‌گری سودآور تلقی می‌شود؛ اما اگر این ضریب بالاتر از ۱۰۰ درصد باشد، شرکت از عملیات بیمه‌گری زیان فنی دارد و برای جبران آن باید به درآمد سرمایه‌گذاری یا سایر درآمدها متکی شود.

بر این اساس، جدول سود و زیان خالص شرکت‌ها تنها مرحله نخست تحلیل است. در مرحله تکمیلی، لازم است برای شرکت‌های منتخب، اقلام فنی صورت‌های مالی استخراج و شاخص‌هایی مانند نسبت خسارت، نسبت هزینه، ضریب ترکیبی و سهم درآمد سرمایه‌گذاری از سود خالص محاسبه شود. این کار نشان می‌دهد کدام شرکت‌ها واقعاً از محل عملیات بیمه‌گری سودآورند و کدام شرکت‌ها سود حسابداری خود را عمدتاً از محل سرمایه‌گذاری یا درآمدهای غیرفنی به دست آورده‌اند.

جدول ۲. شاخص‌های فنی سودآوری شرکت‌های بیمه منتخب قابل رصد در کدال، سال مالی ۱۴۰۴^۹

ردیف	نماد	نام شرکت	دوره	حق بیمه صادر/تولیدی	خسارت پرداخت شده	نسبت خسارت	هزینه کارمزد به حق بیمه	هزینه اداری و عمومی به حق بیمه	ضریب ترکیبی تقریبی
۱	بپاس	بیمه پاسارگاد	۱۴۰۴/۱۲/۲۹	۲۷,۸۸۲	۱۳,۸۷۷	۵۰٪	۱۰٪	۱۰٪	حدود ۷۰٪
۲	پارسیان	بیمه پارسیان	۱۴۰۴/۱۲/۲۹	۲۱,۵۴۶	۱۴,۷۲۳	۶۸.۳٪	۸٪	۱۱٪	حدود ۸۷.۳٪
۳	ملت	بیمه ملت	۱۴۰۴/۱۲/۲۹	۲۳,۰۶۹	۱۵,۶۳۸	۶۷.۸٪	—	—	قابل محاسبه نیست
۴	البرز	بیمه البرز	۱۴۰۴/۱۲/۲۹	حدود ۴۹,۳۰۰	حدود ۲۶,۷۰۰	۵۴.۱۷٪	—	—	قابل محاسبه نیست

- مأخذ: گزارش تفسیری مدیریت و صورت‌های مالی منتشرشده در کدال و پایگاه‌های پردازش اطلاعات کدال؛ محاسبات پژوهش. ارقام ریالی به میلیارد تومان تبدیل شده‌اند. برای بیمه پاسارگاد و بیمه
- مأخذ: گزارش تفسیری مدیریت و صورت‌های مالی منتشرشده در کدال و پایگاه‌های پردازش اطلاعات کدال؛ محاسبات پژوهش. ارقام ریالی به میلیارد تومان تبدیل شده‌اند. نسبت خسارت بر اساس خسارت پرداخت‌شده به حق بیمه صادره/تولیدی گزارش شده است.
- ضریب ترکیبی درج‌شده در جدول، ضریب ترکیبی تقریبی است و از جمع نسبت خسارت، نسبت هزینه کارمزد و نسبت هزینه اداری و عمومی به حق بیمه محاسبه شده است. برای بیمه ملت و بیمه البرز، به دلیل نبود داده همگن درباره نسبت‌های هزینه‌ای در داده‌های در دسترس، ضریب ترکیبی محاسبه نشده و فقط نسبت خسارت با سایر شرکت‌ها مقایسه شده است.

^۹ <https://my.codal.ir/>

مقایسه این جدول با جدول سود و زیان خالص شرکت‌های بیمه نشان می‌دهد که سودآوری حسابداری لزوماً به‌تنهایی برای قضاوت درباره وضعیت واقعی شرکت‌های بیمه کافی نیست. در جدول سود حسابداری، شرکت‌هایی مانند بیمه پاسارگاد، پارسیان، ملت و البرز همگی در گروه شرکت‌های سودآور قرار دارند؛ اما جدول شاخص‌های فنی نشان می‌دهد کیفیت این سودآوری میان آن‌ها یکسان نیست. برای نمونه، بیمه پاسارگاد با نسبت خسارت ۵۰ درصد و ضریب ترکیبی تقریبی حدود ۷۰ درصد، از منظر عملیات بیمه‌گری وضعیت مناسب‌تری دارد و سود حسابداری آن با نشانه‌هایی از سودآوری فنی نیز همراه است. بیمه پارسیان نیز با وجود نسبت خسارت بالاتر، به دلیل ضریب ترکیبی تقریبی حدود ۸۷.۳ درصد همچنان زیر مرز ۱۰۰ درصد قرار دارد و از این منظر، عملیات بیمه‌گری آن قابل قبول ارزیابی می‌شود.

در مقابل، درباره بیمه ملت و بیمه البرز با وجود سودآوری حسابداری در جدول اول، قضاوت درباره سود فنی باید محتاطانه‌تر باشد؛ زیرا در داده‌های در دسترس، نسبت‌های هزینه‌ای شامل هزینه کارمزد و هزینه‌های اداری و عمومی به‌صورت همگن استخراج نشده و در نتیجه ضریب ترکیبی برای این دو شرکت قابل محاسبه نیست. با این حال، مقایسه نسبت خسارت نشان می‌دهد بیمه البرز با نسبت خسارت حدود ۵۴.۱۷ درصد، از نظر کنترل خسارت وضعیت بهتری نسبت به ملت دارد؛ در حالی که بیمه ملت با نسبت خسارت ۶۷.۸ درصد، فشار خسارت بیشتری را تجربه کرده است. بنابراین، جمع‌بندی مقایسه‌ای دو جدول این است که شرکت‌های منتخب از منظر حسابداری سودآورند، اما پایداری و کیفیت این سودآوری فقط در مواردی قابل تأیید قوی‌تر است که نسبت خسارت و ضریب ترکیبی نیز وضعیت مناسبی نشان دهند.

پس از بررسی سودآوری حسابداری و شاخص‌های فنی، ارزیابی توانگری مالی شرکت‌های بیمه اهمیت ویژه‌ای دارد. سودآوری نشان می‌دهد شرکت در دوره مالی مورد بررسی چه میزان سود یا زیان شناسایی کرده است، اما توانگری مالی نشان می‌دهد شرکت تا چه اندازه از ظرفیت مالی کافی برای ایفای تعهدات خود در برابر بیمه‌گذاران و صاحبان حقوق برخوردار است. بنابراین، توانگری مالی یکی از شاخص‌های کلیدی برای ارزیابی پایداری مالی شرکت بیمه و توان آن در پرداخت خسارت‌های احتمالی است.

جدول ۳. نسبت و سطح توانگری مالی شرکت‌های بیمه منتخب، سال‌های ۱۴۰۰ لغایت ۱۴۰۴

آخرین وضعیت نسبت توانگری مالی شرکت‌های بیمه در سال‌های ۱۴۰۰ لغایت ۱۴۰۴

نوع فعالیت	ردیف	نام شرکت	برای سال ۱۴۰۰	برای سال ۱۴۰۱	برای سال ۱۴۰۲	برای سال ۱۴۰۳	برای سال ۱۴۰۴	
							نسبت	سطح
بیمه مخفیات	۱	کارآفرین	۲۶۲	۲۶۲	۲۲۵	۳۱۵	۲۹۶	یک
	۲	البرز	۲۲۲	۱۷۰	۳۲۲	۳۴۸	۲۶۴	یک
	۳	پاسارگاد	۳۳۴	۳۰۴	۲۹۶	۳۱۰	۲۴۷	یک
	۴	ملت	۳۸۶	۴۰۹	۴۵۷	۴۸۸	۲۲۹	یک
	۵	ایران	۱۰۹	۱۱۶	۱۳۳	۱۳۸	۲۲۲	یک
	۶	سرمد	۱۷۱	۹۱	۱۰۷	۱۹۷	۱۷۶	یک
	۷	ما	۲۰۳	۱۶۸	۱۷۷	۱۵۸	۱۳۶	یک
	۸	آرمان	۲۴۳	۲۵۳	۱۳۹	۱۴۲	۱۳۷	یک
	۹	امید	۱۲۳	۱۰۸	۱۷۴	۱۰۷	۱۲۴	یک
	۱۰	پارسیان	۱۵۵	۱۲۴	۱۳۲	۹۱	۱۲۳	یک
	۱۱	سامان	۲۶۹	۲۴۰	۲۶۶	۲۰۶	۱۱۳	یک
	۱۲	دی	۲۴۱	۱۲۸	۱۲۹	۱۲۷	۱۱۳	یک
	۱۳	نعاون	۱۲۱	۱۶۱	۱۴۹	۱۳۳	۱۰۷	یک
	۱۴	کوثر	۱۵۵	۱۸۰	۱۸۴	۱۶۳	۱۰۵	یک
	۱۵	آسیا	۱۳۳	۱۰۵	۱۰۳	۱۰۲	۱۰۴	یک
	۱۶	معلم	۱۱۷	۱۲۴	۱۳۷	۱۴۳	۱۰۰	یک
	۱۷	هوشمند فردا	-	-	سطح یک	سطح یک	سطح یک	یک
	۱۸	پردیس	-	-	-	سطح یک	سطح یک	یک
	۱۹	حافظ	۱۱۰	۱۵۴	۱۷۳	۱۶۰	۹۴	دو
	۲۰	دانا	۱۲۰	۱۰۰	۱۱۰	۹۸	۹۰	دو
	۲۱	رازی	۲۳۸	۱۸۹	۱۶۵	۱۰۵	۸۹	دو
	۲۲	نوبین	۱۸۸	۱۵۷	۱۴۵	۱۰۰	۸۱	دو
	۲۳	آسماری	۷۳	۷۶	۸۴	۷۶	۷۱	دو
	۲۴	حکمت صبا	۱۰۰	۱۸۰	۱۰۳	۳۵	۷۰	دو
	۲۵	مبین	۱۰۱	۱۸	۱۰۴	۸۲	۵۸	سه
	۲۶	نجات نو	۱۶۳	۱۳۱	۱۰۹	۱۳	۵۰	سه
	۲۷	سپینا	۱۲۳	۷۳	۱۱۱	۸۵	۵۰	سه
بیمه زندگانی	۱	زندگانی باران	۴۰۱	۵۱۹	۳۵۰	۶۵۶	۳۴۳	یک
	۲	زندگانی کاریزما	-	-	سطح یک	۲۱۵	۲۴۸	یک
	۳	زندگانی خاورمیانه	۳۸۵	۳۰۸	۲۲۴	۱۷۴	۱۷۶	یک
	۴	زندگانی آگاه	-	-	-	-	سطح یک	یک
	۵	زندگانی مقید	-	-	-	-	سطح یک	یک
	۶	زندگانی هامرز	-	-	-	-	سطح یک	یک
بیمه انکابی	۱	انکابی امین	۵۴۹	۹۱۷	۷۹۵	۵۰۸	۷۹۸	یک
	۲	انکابی ایرانیان	۶۶۳	۶۱۰	۵۹۶	۴۷۰	۵۴۸	یک
	۳	انکابی ایران معین	۲۵۰	۲۷۸	۷۹۹	۶۲۰	۴۹۸	یک
	۴	انکابی رایا	-	-	-	سطح یک	۴۳۷	یک
	۵	انکابی نهران روانک	-	-	سطح یک	۲۹۶	۲۶۲	یک
	۶	انکابی آوای پارس	-	-	سطح یک	۱۶۸	۲۲۲	یک
	۷	انکابی سامان	-	-	سطح یک	۳۸۲	۱۶۷	یک

تاریخ بروزرسانی: ۱۴۰۴/۰۹/۱۶

مأخذ: بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران، «آخرین وضعیت نسبت توانگری مالی شرکت‌های بیمه در سال‌های ۱۴۰۰ لغایت ۱۴۰۴»، تاریخ به‌روزرسانی ۱۴۰۴/۰۹/۱۶. طبق توضیح بیمه مرکزی، توانگری اعلامی هر سال بر اساس صورت‌های مالی حسابرسی‌شده سال گذشته محاسبه می‌شود.

^{۱۰} <https://centinsur.ir/douranportal/documents/۲۲۷۷/tavan۱۹,۹,۱۴۰۴.pdf>

جدول توانگری مالی بیمه مرکزی نشان می‌دهد بخش مهمی از شرکت‌های بیمه منتخب در سطح یک توانگری قرار دارند. قرار گرفتن در سطح یک به این معناست که نسبت توانگری شرکت برابر یا بیش از ۱۰۰ درصد است و شرکت از منظر مقررات بیمه مرکزی، در وضعیت مطلوب ارزیابی می‌شود. برای نمونه، شرکت‌هایی مانند بیمه پاسارگاد، البرز، ملت، کارآفرین، ما، دی، پارسیان، سامان، کوثر، تعاون، معلم و همچنین شرکت‌های بیمه اتکایی منتخب در سطح یک قرار دارند. این وضعیت نشان می‌دهد بخش قابل توجهی از شرکت‌های سودآور جدول کدال، از نظر توان ایفای تعهدات نیز در وضعیت قابل قبول قرار گرفته‌اند.

با این حال، همه شرکت‌های سودآور یا فعال در صنعت بیمه در وضعیت کاملاً مطلوب قرار ندارند. برخی شرکت‌ها در سطح دو توانگری قرار گرفته‌اند؛ از جمله بیمه دانا، رازی، نوین، حافظ و حکمت صبا. سطح دو به معنای ناتوانی در ایفای تعهدات نیست، اما نشان می‌دهد شرکت باید برای رسیدن به وضعیت مطلوب، ساختار مالی خود را ترمیم و تقویت کند. همچنین برخی شرکت‌ها مانند بیمه میهن، تجارت نو و سینا در سطح سه توانگری قرار دارند. این سطح از توانگری از منظر نظارتی هشداردهنده‌تر است و نیاز به برنامه ترمیم مالی و افزایش سرمایه را نشان می‌دهد.

بنابراین، مقایسه جدول سودآوری کدال با جدول توانگری مالی نشان می‌دهد سودآوری حسابداری به‌تنهایی برای قضاوت درباره وضعیت شرکت بیمه کافی نیست. ممکن است شرکتی در صورت‌های مالی سود شناسایی کرده باشد، اما از منظر توانگری در سطح دو یا سه قرار گیرد. برعکس، برخی شرکت‌ها ممکن است سود حسابداری بسیار بزرگی نداشته باشند، اما از نظر توانگری مالی در سطح مناسبی قرار داشته باشند. از این‌رو، ارزیابی دقیق صنعت بیمه باید هم‌زمان بر سه شاخص استوار باشد: سودآوری حسابداری، کیفیت عملیات بیمه‌گری و سطح توانگری مالی. در مجموع، جدول توانگری مالی نشان می‌دهد بخش مهمی از صنعت بیمه ایران از منظر نظارتی در سطح قابل قبول قرار دارد، اما وجود شرکت‌هایی در سطوح دو و سه بیانگر آن است که سودآوری و پایداری مالی در صنعت بیمه یکسان و فراگیر نیست. برای فعالان اقتصادی نیز سطح توانگری مالی باید یکی از معیارهای انتخاب بیمه‌گر باشد، به‌ویژه در بیمه‌نامه‌های بزرگ صنعتی، آتش‌سوزی، مسئولیت، باربری، درمان گروهی و قراردادهایی که تعهدات سنگین و بلندمدت ایجاد می‌کنند.

۶- نقش بیمه در پوشش ریسک بنگاه‌ها، به‌ویژه پس از جنگ و بحران

بیمه برای بنگاه‌های اقتصادی فقط یک هزینه جانبی نیست، بلکه بخشی از نظام مدیریت ریسک و تاب‌آوری کسب‌وکار است. بنگاه‌ها در جریان فعالیت خود با انواع ریسک‌ها مواجه‌اند؛ از آتش‌سوزی، انفجار، سرقت، خرابی ماشین‌آلات، حوادث حمل‌ونقل و مسئولیت مدنی گرفته تا وقفه در تولید، اختلال در زنجیره تأمین، آسیب به موجودی انبار، خسارت به دارایی‌های ثابت، حوادث کارکنان، ریسک‌های اعتباری و خسارت‌های ناشی از بحران‌های بزرگ. در شرایط عادی، بیمه کمک می‌کند بنگاه بخشی از ریسک مالی این رخدادهای را به شرکت بیمه منتقل کند و در صورت وقوع حادثه، منابع لازم برای جبران خسارت و تداوم فعالیت را در اختیار داشته باشد.

اهمیت بیمه پس از جنگ، بحران‌های امنیتی یا شوک‌های بزرگ اقتصادی بیشتر می‌شود. در چنین شرایطی، بنگاه‌ها معمولاً با چند نوع آسیب هم‌زمان مواجه می‌شوند: تخریب فیزیکی دارایی‌ها، کاهش فروش، اختلال در تأمین مواد اولیه، آسیب به حمل‌ونقل، توقف خطوط تولید، افزایش هزینه جایگزینی تجهیزات، افزایش مطالبات معوق و کاهش نقدینگی. در نتیجه، حتی اگر بنگاه از نظر عملیاتی توان ادامه فعالیت داشته باشد، نبود پوشش بیمه‌ای مناسب می‌تواند آن را با بحران مالی جدی روبه‌رو کند. بیمه در اینجا نقش «ضربه‌گیر مالی» دارد و می‌تواند فاصله زمانی میان وقوع خسارت و بازگشت بنگاه به فعالیت عادی را کوتاه‌تر کند.

برای فعالان اقتصادی، مهم‌ترین بیمه‌های مرتبط با بحران عبارت‌اند از بیمه آتش‌سوزی و خطرات تبعی برای ساختمان، تأسیسات، ماشین‌آلات و موجودی انبار؛ بیمه شکست ماشین‌آلات و تجهیزات الکترونیک؛ بیمه باربری و حمل‌ونقل داخلی و خارجی؛ بیمه مسئولیت مدنی کارفرما، محصول و اشخاص ثالث؛ بیمه اعتباری برای پوشش ریسک نکول خریداران و بیمه وقفه در فعالیت برای جبران بخشی از زیان ناشی از توقف تولید یا فروش. در بنگاه‌های صنعتی، ترکیب این پوشش‌ها اهمیت زیادی دارد، زیرا حادثه فقط به خسارت فیزیکی محدود نمی‌شود و ممکن است به کاهش تولید، از دست رفتن بازار، جریمه تأخیر در قراردادهای و فشار نقدینگی منجر شود.

با این حال، در مورد جنگ و بحران‌های امنیتی باید به یک نکته کلیدی توجه کرد: خسارت ناشی از جنگ، حمله نظامی، شورش، بلوا یا رخدادهای مشابه در بسیاری از بیمه‌نامه‌های عادی جزو استثنائات است و به‌طور خودکار تحت پوشش قرار نمی‌گیرد. بنابراین، داشتن بیمه‌نامه آتش‌سوزی، بدنه، باربری یا مسئولیت به‌تنهایی به معنای پوشش خسارت جنگی نیست. فعال اقتصادی باید دقیقاً شرایط عمومی و خصوصی بیمه‌نامه، استثنائات، الحاقیه‌ها، سقف تعهد، فرانشیز، ارزش مورد بیمه، نحوه ارزیابی خسارت و دوره پوشش را بررسی کند. در صورت نیاز، باید پوشش‌های تکمیلی یا الحاقیه‌های مرتبط با ریسک‌های خاص خریداری شود.

از منظر سیاست‌گذاری، تجربه بحران‌ها نشان می‌دهد که برخی ریسک‌های بزرگ، مانند جنگ، تروریسم، بلایای طبیعی گسترده، حملات سایبری وسیع یا اختلالات فراگیر اقتصادی، برای پوشش توسط یک شرکت

بیمه به تنهایی بسیار بزرگ و پرابهام هستند. در این موارد، سازوکارهای مشارکتی میان دولت، بیمه مرکزی، شرکت‌های بیمه، بیمه‌گران اتکایی و نهادهای مالی ضروری است. ایجاد صندوق‌ها یا «پول»های بیمه‌ای برای ریسک‌های بزرگ، استفاده از بیمه اتکایی، طراحی پوشش‌های استاندارد بحران، مشوق‌های مالیاتی برای بیمه‌کردن دارایی‌های بنگاه‌ها و الزام بیمه در قراردادهای بزرگ می‌تواند به افزایش تاب‌آوری بخش خصوصی کمک کند.

در نهایت، بیمه زمانی برای بنگاه‌ها اثربخش است که به صورت آگاهانه و مبتنی بر ارزیابی ریسک خریداری شود. بسیاری از بنگاه‌ها صرفاً بیمه‌نامه حداقلی تهیه می‌کنند، اما ارزش دارایی‌ها، موجودی انبار، ماشین‌آلات، مسئولیت‌ها و ریسک وقفه در فعالیت خود را به درستی پوشش نمی‌دهند. در شرایط تورمی نیز اگر سرمایه بیمه‌شده به روزرسانی نشود، بنگاه در زمان خسارت با کم‌بیمه‌گی مواجه می‌شود و تمام خسارت واقعی را دریافت نمی‌کند. بنابراین، یکی از سیاست‌های مهم پس از جنگ و بحران، ترویج فرهنگ بیمه بنگاه‌محور، ارزیابی دوره‌ای ریسک، به روزرسانی ارزش دارایی‌های بیمه‌شده و طراحی پوشش‌های متناسب با نیاز واقعی فعالان اقتصادی است.

۷- بیمه تکافل و ظرفیت آن برای پوشش ریسک بنگاه‌ها

در تعریف رایج، تکافل نظامی است که در آن گروهی از افراد یا بنگاه‌ها توافق می‌کنند با واریز مبالغی به یک صندوق مشترک، ریسک زیان‌های احتمالی هر یک از اعضا را با ضمانت متقابل (mutual guarantee) پوشش دهند و ریسک در میان خود اعضا تقسیم شود^{۱۱}. در واقع بیمه تکافل یکی از الگوهای بیمه‌ای مبتنی بر همکاری، مشارکت و ضمانت متقابل است. برخلاف بیمه متعارف که در آن ریسک از بیمه‌گذار به بیمه‌گر منتقل می‌شود، در تکافل اصل بر «مشارکت در ریسک» میان اعضا یا مشارکت‌کنندگان است. در این سازوکار، افراد یا بنگاه‌ها مبالغی را به عنوان سهم مشارکت یا تبرع به صندوق مشترک پرداخت می‌کنند و خسارت‌های وارد شده به اعضا از محل همین صندوق جبران می‌شود. شرکت تکافل یا اپراتور تکافل، معمولاً نقش مدیر صندوق را دارد و در برابر مدیریت عملیات، کارمزد یا سهم مشخصی دریافت می‌کند. به همین دلیل، تکافل بیشتر از آنکه یک رشته بیمه‌ای مستقل باشد، نوعی سازوکار یا الگوی متفاوت برای ارائه خدمات بیمه‌ای است.

تکافل در ادبیات مالی اسلامی به عنوان جایگزین یا مکمل بیمه متعارف مطرح شده است؛ زیرا بر اصولی مانند تعاون، تبرع، مشارکت در ریسک و پرهیز از ربا، غرر و میسر تأکید دارد. در این مدل، مازاد احتمالی صندوق

^{۱۱} <https://ahds.org/wp-content/uploads/۲۰۲۳/۰۵/Takaful-health-insurance-۳.pdf>

پس از کسر خسارت‌ها، ذخایر و هزینه‌ها می‌تواند طبق قواعد مصوب میان مشارکت‌کنندگان توزیع شود یا در صندوق باقی بماند. همین ویژگی، تکافل را از بیمه متعارف متمایز می‌کند؛ زیرا در بیمه متعارف، حق بیمه پرداختی معمولاً به مالکیت شرکت بیمه درمی‌آید، اما در تکافل، منابع صندوق ماهیت مشارکتی و حمایتی دارد.^{۱۲}

برای بنگاه‌های اقتصادی، تکافل می‌تواند به‌عنوان ابزاری برای افزایش پذیرش بیمه و توسعه فرهنگ مدیریت ریسک مورد توجه قرار گیرد. بخشی از فعالان اقتصادی ممکن است به دلایل اعتقادی، فقهی یا بی‌اعتمادی به سازوکارهای بیمه متعارف، تمایل کمتری به خرید بیمه‌نامه داشته باشند. تکافل می‌تواند برای این گروه‌ها جذاب‌تر باشد، زیرا بر همکاری، همیاری و مشارکت جمعی در جبران خسارت استوار است. از این منظر، توسعه تکافل می‌تواند به گسترش ضریب نفوذ بیمه و افزایش پوشش ریسک در میان بنگاه‌های کوچک و متوسط کمک کند.

اهمیت تکافل پس از جنگ، بحران یا شوک‌های بزرگ اقتصادی بیشتر می‌شود. در چنین شرایطی، بنگاه‌ها با ریسک‌هایی مانند تخریب دارایی‌ها، توقف تولید، اختلال در حمل‌ونقل، آسیب به موجودی انبار، کاهش نقدینگی و افزایش هزینه جایگزینی تجهیزات مواجه می‌شوند. اگر سازوکار تکافل به‌درستی طراحی شود، می‌تواند به تشکیل صندوق‌های مشترک ریسک برای گروهی از بنگاه‌ها، اصناف، صنایع یا فعالان یک زنجیره تأمین کمک کند. برای نمونه، واحدهای تولیدی یک صنعت می‌توانند در قالب صندوق تکافل، بخشی از ریسک‌های مشترک خود مانند آتش‌سوزی، حوادث صنعتی، خسارت به موجودی کالا، مسئولیت مدنی یا وقفه در فعالیت را پوشش دهند.^{۱۳}

با این حال، تکافل نیز مانند بیمه متعارف، برای پوشش ریسک‌های بزرگ مانند جنگ، تروریسم، بلایای طبیعی فراگیر یا بحران‌های گسترده، به ظرفیت اتکایی، ذخایر کافی، چارچوب نظارتی و حمایت نهادی نیاز دارد. صندوق تکافل اگر کوچک باشد یا تنوع ریسک کافی نداشته باشد، در برابر خسارت‌های بزرگ آسیب‌پذیر خواهد بود. بنابراین، توسعه تکافل برای پوشش ریسک بنگاه‌ها باید همراه با بیمه اتکایی، نظارت بیمه مرکزی، شفافیت مالی، قواعد روشن توزیع مازاد، مدیریت حرفه‌ای ریسک و ارزیابی دقیق خسارت باشد.

در ایران، تکافل می‌تواند به‌عنوان مکمل بیمه متعارف مورد توجه قرار گیرد، نه جایگزین کامل آن. مزیت اصلی آن، افزایش اعتماد، جذب گروه‌های کمتر بیمه‌شده و ایجاد حس مشارکت در مدیریت ریسک است. اما موفقیت آن وابسته به طراحی دقیق مقررات، تفکیک منابع صندوق از منابع شرکت مجری، شفافیت در نحوه مصرف وجوه، تعیین تکلیف مازاد یا کسری صندوق، و آموزش فعالان اقتصادی درباره تفاوت تکافل با بیمه‌های رایج است.

^{۱۲} <https://www.ifsfb.org/wp-content/uploads/۲۰۲۳/۱۰/IFSB-A-Takaful-Governance-Standard.pdf>

^{۱۳} <https://www.icaew.com/library/industry-guides/islamic-finance/takaful>

جدول ۴- ساز و کار عملی بیمه تکافل

شرح	سطح فعالیت
۱- مشارکت کنندگان (takaful participants) مبالغی را دوره‌ای به صندوق تکافل می‌پردازند که نقش «حق بیمه» را دارد، اما در قالب هبه/مشارکت در صندوق مشترک تعریف می‌شود. ۲- در صورت وقوع خسارت برای هر عضو، پرداخت از همین صندوق مشترک انجام می‌شود؛ به این معنا که عملاً اعضا هم‌زمان در جایگاه بیمه‌گذار و بیمه‌گر جمعی قرار می‌گیرند.	سطح مشارکت کنندگان (بیمه‌گذاران)
۱- یک نهاد حرفه‌ای (شرکت تکافل) مدیریت صندوق را بر عهده دارد؛ این شرکت می‌تواند در قالب عقد «وکالت» یا «مضاربه» در مقابل کارمزد مدیریت (wakala fee) یا سهمی از سود سرمایه‌گذاری عمل کند. ۲- شرکت تکافل، برخلاف بیمه‌گر تجاری، مالک ریسک نیست؛ ریسک در سطح صندوق و میان مشارکت کنندگان باقی می‌ماند و شرکت صرفاً مدیر و امین صندوق است.	سطح شرکت مدیر (شرکت تکافل)
۱- اگر در پایان دوره مالی، پس از پرداخت خسارت‌ها و هزینه‌ها، مازاد در صندوق باقی بماند، طبق قرارداد می‌تواند به صورت تمام یا بخشی بین مشارکت کنندگان توزیع یا به دوره بعد منتقل شود. ۲- پژوهشکده بیمه (از قول بیمه مرکزی) تأکید می‌کند که یکی از مزیت‌های تکافل نسبت به بیمه‌های رایج این است که در صورت عدم خسارت، حق مشارکت قابل بازگشت یا مشارکت بیمه‌گذاران در مازاد صندوق امکان‌پذیر است.	توزیع مازاد و نحوه سود

این سازوکار از نظر انگیزشی، رفتار مشارکت کنندگان را به سمت کاهش رفتارهای پرخطر و تقلبی سوق می‌دهد؛ زیرا خود آنان شریک مازاد صندوق هستند و خسارت کاذب به معنی کاهش منافع گروهی است.

جدول ۵- تفاوت‌های کلیدی تکافل با بیمه متعارف

موضوع	بیمه تجاری	تکافل
ماهیت قرارداد	قرارداد معاوضی (حق بیمه در برابر تعهد) با انتقال ریسک از بیمه‌گذار به بیمه‌گر	نظام تعاون و ضمانت متقابل؛ ریسک در سطح صندوق مشترک میان مشارکت کنندگان تقسیم می‌شود و شرکت تکافل صرفاً مدیر صندوق است
ماهیت کسب و کار	شرکت به عنوان بنگاه انتفاعی کلاسیک، ریسک را می‌خرد و در قبال آن حق بیمه	صندوق مشارکت و تعاون، که سود شرکت مدیر از کارمزد مدیریت و شاید سهمی از بازده

سرمایه‌گذاری تأمین می‌شود؛ مازاد اصلی صندوق از آن مشارکت‌کنندگان است	می‌گیرد و تلاش می‌کند حداکثر سود سهام‌داران را محقق کند.	
سرمایه‌گذاری منابع صندوق باید منطبق با موازین شرعی باشد (عدم استفاده از ابزارهای ربوی، پرهیز از سرمایه‌گذاری در صنایع حرام و...) و	منابع از پرداخت حق بیمه تأمین می‌شود و سرمایه‌گذاری مطابق نظر هیات مدیره بیمه انجام می‌شود.	منابع و سرمایه‌گذاری
ریسک به‌صورت جمعی میان اعضا تقسیم می‌شود و شرکت مدیریت ریسک و سرمایه‌گذاری را بر عهده دارد، بدون اینکه مالک نهایی ریسک باشد	بیمه‌گر مالک ریسک و حافظ ترازنامه است	ساختار ریسک

۸- تاریخچه ایجاد بیمه تکافل در ایران:

در ایران، بحث تکافل در ابتدا بیشتر در سطح مطالعاتی، فقهی و تطبیقی مطرح بود. پژوهشگران حوزه بیمه و مالی اسلامی از سال‌های قبل، امکان‌پذیری اجرای تکافل و به‌ویژه تکافل اتکایی را در ساختار بیمه‌ای کشور بررسی کردند. با این حال، ورود جدی‌تر تکافل به دستور کار صنعت بیمه ایران از اوایل دهه ۱۴۰۰ و به‌ویژه در سال‌های ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ پررنگ‌تر شد. در این دوره، پژوهشکده بیمه و بیمه مرکزی موضوع طراحی الگوی اجرایی تکافل، بررسی ابعاد فقهی، حقوقی و فنی آن و بومی‌سازی چارچوب اجرایی تکافل در ایران را دنبال کردند.

یکی از نقاط عطف این مسیر، تشکیل و فعالیت کارگروه تکافل در پژوهشکده بیمه بود. در جلسات این کارگروه، موضوعاتی مانند الگوی اجرایی تکافل، نقش شرکت‌های بیمه در عرضه محصولات تکافلی، الزامات نظارتی، سازوکار مدیریت صندوق، نحوه توزیع مازاد احتمالی، ابعاد فقهی و حقوقی و تفاوت تکافل با بیمه متعارف بررسی شد. در این مرحله، تکافل نه به‌عنوان یک محصول آماده و فراگیر، بلکه به‌عنوان یک الگوی جدید بیمه‌ای در حال طراحی و آزمایش مورد توجه قرار گرفت.

در ادامه، برخی شرکت‌های بیمه ایرانی مجوز عرضه محصولات تکافل یا ایجاد «پنجره تکافل» را دریافت کردند. پنجره تکافل به این معناست که یک شرکت بیمه موجود، در کنار فعالیت بیمه‌ای متعارف خود، امکان عرضه محصولات یا خدمات تکافلی را نیز پیدا می‌کند. بنابراین، مسیر توسعه تکافل در ایران در مرحله نخست بیشتر از طریق شرکت‌های بیمه موجود و نه الزاماً تأسیس شرکت‌های مستقل تکافل دنبال شده است.

در کنار این مسیر، موضوع تأسیس شرکت تخصصی تکافل نیز مطرح بوده است. یکی از نمونه‌های مهم در این زمینه به جزیره کیش مربوط می‌شود. در سال ۱۴۰۱، بیمه اتکایی امین که در کیش ثبت شده و از شرکت‌های فعال در حوزه بیمه اتکایی است، درخواست تأسیس نخستین شرکت بیمه تکافل را به بیمه مرکزی و سازمان

منطقه آزاد کیش ارائه کرد. این موضوع نشان می‌دهد کیش به دلیل جایگاه منطقه آزاد، حضور نهادهای مالی و ظرفیت اجرای طرح‌های نوآورانه، به‌عنوان یکی از بسترهای بالقوه برای توسعه تکافل در ایران مطرح بوده است.

با این حال، باید میان «طرح یا درخواست تأسیس شرکت تکافل در کیش» و «تشکیل و فعالیت قطعی یک شرکت مستقل تکافل» تفاوت قائل شد. شواهد موجود نشان می‌دهد تجربه کیش بیشتر در سطح پیشنهاد، پیگیری نهادی و ظرفیت‌سازی برای راه‌اندازی تکافل مطرح بوده و نمی‌توان آن را به‌عنوان یک شرکت مستقل و فراگیر تکافل که به‌طور کامل عملیاتی شده است، تلقی کرد. از این جهت، تجربه کیش بیشتر یک نقطه مهم در مسیر سیاست‌گذاری و طراحی نهادی تکافل در ایران است.

۹- جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این گزارش، پاسخ به این پرسش بود که آیا صنعت بیمه ایران صنعتی سودآور و قابل اتکا برای توسعه پوشش ریسک بنگاه‌های اقتصادی است یا خیر. بررسی داده‌های کدال، آمارهای بیمه مرکزی، شاخص‌های فنی و نسبت‌های توانگری مالی نشان می‌دهد پاسخ به این پرسش، پاسخ ساده «بله» یا «خیر» نیست. صنعت بیمه ایران از نظر حجم بازار و حق‌بیمه تولیدی در سال ۱۴۰۴ رشد قابل توجهی داشته و بخش مهمی از شرکت‌های بیمه قابل رصد در کدال نیز سود خالص شناسایی کرده‌اند. با این حال، رشد بازار و سود حسابداری به‌تنهایی برای اثبات سودآوری پایدار صنعت کافی نیست.

بررسی جدول سودآوری حسابداری نشان داد بخش قابل توجهی از شرکت‌های بیمه در سال مالی ۱۴۰۴ سودآور بوده‌اند، اما سودآوری در میان شرکت‌ها یکدست نیست. برخی شرکت‌ها سود قابل توجهی شناسایی کرده‌اند، برخی سود اندک داشته‌اند و تعدادی نیز زیان‌ده بوده‌اند. بنابراین، سودآوری صنعت بیمه در ایران ماهیتی شرکت‌محور دارد و نمی‌توان صرفاً با مشاهده سود چند شرکت بزرگ، درباره کل صنعت حکم کلی صادر کرد. کیفیت پرتفوی، ترکیب رشته‌های بیمه‌ای، کنترل خسارت، ساختار هزینه، درآمد سرمایه‌گذاری، کفایت ذخایر و سطح توانگری مالی، همگی در تعیین سودآوری واقعی شرکت‌های بیمه نقش دارند.

از منظر فنی نیز گزارش نشان داد که باید میان سود حسابداری و سود فنی بیمه‌گری تفاوت قائل شد. یک شرکت بیمه ممکن است در صورت‌های مالی سود خالص شناسایی کند، اما این سود الزاماً از محل عملیات اصلی بیمه‌گری نباشد. در اقتصاد تورمی ایران، بخشی از سود شرکت‌های بیمه می‌تواند ناشی از درآمد سرمایه‌گذاری، رشد اسمی دارایی‌ها یا بازده پرتفوی مالی باشد. بنابراین، برای قضاوت دقیق درباره سودآوری صنعت بیمه، باید شاخص‌هایی مانند نسبت خسارت، نسبت هزینه، ضریب ترکیبی و توانگری مالی در کنار سود خالص بررسی شود.

نتایج مربوط به توانگری مالی نیز نشان می‌دهد که بخش مهمی از شرکت‌های بیمه در سطح یک توانگری قرار دارند و از نظر نظارتی، توانایی کافی برای ایفای تعهدات خود دارند. با این حال، قرار گرفتن برخی شرکت‌ها در سطوح دو و سه نشان می‌دهد پایداری مالی و توان ایفای تعهدات در میان شرکت‌های بیمه یکسان نیست. این نکته برای فعالان اقتصادی اهمیت ویژه دارد؛ زیرا انتخاب بیمه‌گر نباید فقط بر اساس نرخ حق بیمه یا سودآوری شرکت انجام شود، بلکه سطح توانگری مالی، سابقه پرداخت خسارت، کیفیت خدمات، شبکه ارزیابی خسارت و ظرفیت قبولی ریسک نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

در پاسخ به پرسش دوم گزارش، یعنی نقش بیمه در حمایت از بنگاه‌ها در بحران‌هایی مانند جنگ، باید تأکید کرد که بنگاه‌ها برای تاب‌آوری در برابر بحران به یک بیمه‌نامه واحد نیاز ندارند، بلکه به یک بسته جامع مدیریت ریسک نیاز دارند. بیمه آتش‌سوزی و خطرات تبعی، بیمه شکست ماشین‌آلات، بیمه باربری، بیمه مسئولیت، بیمه اعتباری، بیمه حوادث کارکنان و بیمه وقفه در فعالیت از مهم‌ترین پوشش‌های مورد نیاز بنگاه‌ها هستند. با این حال، خسارت‌های ناشی از جنگ، حمله نظامی، شورش یا بحران‌های امنیتی در بسیاری از بیمه‌نامه‌های عادی جزو استثنائات است و به‌طور خودکار تحت پوشش قرار نمی‌گیرد. بنابراین، برای حمایت واقعی از بنگاه‌ها در بحران‌های بزرگ، باید پوشش‌های خاص، الحاقیه‌های ویژه، صندوق‌های مشترک ریسک، بیمه اتکایی و حمایت نهادی طراحی شود.

از منظر سیاست‌گذاری، تجربه بحران‌ها نشان می‌دهد که پوشش ریسک‌های بزرگ، مانند جنگ، تروریسم، بلایای طبیعی گسترده یا حملات سایبری فراگیر، از توان یک شرکت بیمه به‌تنهایی خارج است. بنابراین، طراحی سازوکارهای مشارکتی میان دولت، بیمه مرکزی، شرکت‌های بیمه، بیمه‌گران اتکایی، اتاق‌های بازرگانی، شهرک‌های صنعتی و تشکل‌های اقتصادی ضروری است. در این چارچوب، می‌توان برای بنگاه‌های مستقر در یک شهر، شهرک صنعتی یا زنجیره تولید، بسته‌های گروهی بیمه‌ای طراحی کرد تا هم هزینه حق بیمه کاهش یابد و هم پوشش ریسک بنگاه‌ها هدفمندتر شود.

در پاسخ به پرسش سوم گزارش، یعنی امکان ایجاد بیمه تکافل در ایران، می‌توان گفت تکافل از نظر مفهومی و نهادی در ایران قابل پیگیری است. تکافل بر پایه مشارکت، تعاون، تبرع و ضمانت متقابل استوار است و می‌تواند برای برخی گروه‌های اقتصادی، اصناف، بنگاه‌های کوچک و متوسط یا فعالانی که به الگوهای مشارکتی و مالی اسلامی اعتماد بیشتری دارند، جذاب باشد. با این حال، تکافل نباید جایگزین کامل بیمه متعارف تلقی شود، بلکه می‌تواند به‌عنوان مکمل بازار بیمه و ابزاری برای افزایش ضریب نفوذ بیمه مورد استفاده قرار گیرد. برای اجرای تکافل در ایران، مسیر عملیاتی مناسب آن است که ابتدا از طریق «پنجره تکافل» در شرکت‌های بیمه موجود یا از طریق ایجاد صندوق‌های تکافلی تحت نظارت بیمه مرکزی آغاز شود. در این مدل، منابع صندوق تکافل باید از منابع شرکت مجری تفکیک شود، قواعد توزیع مازاد یا جبران کسری صندوق مشخص باشد، سازوکار ارزیابی خسارت شفاف طراحی شود، بیمه اتکایی مناسب وجود داشته باشد و گزارش‌دهی مالی

صندوق به صورت منظم انجام شود. تجربه کیش و درخواست تأسیس شرکت تکافل توسط بیمه اتکایی امین نشان می‌دهد مناطق آزاد می‌توانند یکی از بسترهای آزمایشی برای توسعه تکافل باشند، اما تا زمان صدور مجوز و فعالیت قطعی، باید از طرح کیش به عنوان ظرفیت و تجربه نهادی یاد کرد، چرا که فقط یک شرکت مستقل عملیاتی شده نبوده است.

بر این اساس، جمع‌بندی نهایی گزارش آن است که صنعت بیمه ایران ظرفیت سودآوری و توسعه دارد، اما سودآوری آن پایدار و فراگیر نیست و به کیفیت مدیریت ریسک، ترکیب پرتفوی، کنترل خسارت، توانگری مالی و درآمد سرمایه‌گذاری وابسته است. برای حمایت از بنگاه‌های اقتصادی در شرایط بحران، توسعه بیمه‌های بنگاه‌محور، طراحی پوشش‌های ویژه بحران، تقویت بیمه اتکایی، ایجاد صندوق‌های مشترک ریسک و استفاده از الگوهایی مانند تکافل می‌تواند مسیر مناسبی باشد. در نهایت، سیاست بیمه‌ای کشور باید از فروش بیمه‌نامه‌های پراکنده به سمت طراحی نظام جامع پوشش ریسک بنگاه‌ها حرکت کند.