

گسترش پوشش درمانی بیمه‌های خرد

■ فقر به معنای دسترسی نداشتن به خدمات و کالا به دلیل فقدان منابع مادی و غیرمادی است. در حالی که محرومیت اجتماعی ناشی از نامساوی بودن سهم انسان‌ها در زندگی اجتماعی است

● نویسندگان: دیویدام. درور، کریستین جاکویر
● گردآوری: آرزو قدیانی

سه چهارم از فقیرترین مردم جهان در مناطق روستایی کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند و نیمی از جمعیت ۲/۸ میلیارد نفری کارگران جهان، آن قدر در آمد ندارند که بتوانند خود و اعضای خانواده خود را به بالای خط فقر، در آمد روزانه بالای دو دلار، برسانند.

نابرابری‌ها در نظام‌های اقتصادی در حال گذار به طور چشمگیری افزایش یافته و این نگرانی که ثروتمندان ثروتمندتر و فقیران فقیرتر شوند، در جهان گسترش یافته است. ارتقای بهره‌وری، افزایش درآمد و بهبود شرایط زندگی فقیران، نیازمند به‌سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌ها، آموزش و نهیلت‌آدرهم شکستن چرخه فقر است. به طور کلی در کشورهای فقیر جهان، بهداشت و درمان از اوضاع و شرایط مناسبی برخوردار نیست. گرچه سازمان‌های امدادی و مجامع بین المللی در این زمینه تلاش‌های فراوانی نموده‌اند، اما نتایج تحقیقات حاکی از ناکافی بودن آنهاست. این در حالی است که افزایش هزینه‌های درمانی یکی از دغدغه‌های دولت‌هاست. چراکه در بسیاری از کشورها، بیمه‌گران خصوصی چندان رغبتی به ارائه خدمات بیمه درمانی ندارند و هزینه‌های درمان به بخش دولتی تحمیل می‌شود.

آثار نامطلوب محرومیت بخش قابل ملاحظه‌ای از مردم کشورهای فقیر به معنای نداشتن راهکاری مناسب برای مقابله با خطرهای جانی و مالی در زندگی این گونه اشخاص است که به صورت اختلالاتی، نمایان می‌شود. چندسالی است که کارشناسان با طرح بیمه‌های خرد به عنوان ابزار توسعه بخش زندگی محرومان، سعی در گسترش و بهبود آن دارند.

محرومان چه کسانی هستند؟

نابرابری اجتماعی-اقتصادی سطوح مختلف، به تفاوت‌های هزینه‌ای در بخش بهداشتی و درمانی منجر می‌شود. این تفاوت‌ها در کشورهایی که بر ساختار خانواده سنتی تأکید دارند بیشتر دیده می‌شود. محرومیت از خدمات درمانی مستقیماً با جنبه‌های محرومیت اجتماعی (مانند کار، مسکن، آموزش و...) ارتباط دارد. در آفریقا محرومیت به ناکارآمدی‌های بازار، درآمد پایین افراد، سوء تغذیه، وضعیت بهداشت نامناسب، مسکن نامناسب، آموزش ضعیف و شیوه زندگی قبیله‌ای افراد

در بیشتر کشورهای کم درآمد، محرومان جامعه کمترین دستیابی را به خدمات بهداشتی و درمانی دارند. البته عبارت «جمعیت‌های محروم» را نباید معادل «فقر» دانست و این دو تفاوت‌هایی با هم دارند. فقر به معنای دسترسی نداشتن به خدمات و کالا به دلیل منابع مادی و غیرمادی است. در حالی که محرومیت اجتماعی ناشی از نامساوی بودن سهم انسان‌ها در زندگی اجتماعی است. در میان اقشار مختلف یک جامعه



لذا انجمن‌ها، سازمان‌های غیردولتی (NGO) عهده دار این مسئولیت شدند.

ناگفته نماند انجمن‌ها با فعالیت‌های جهت‌دار و از طریق پذیرش داوطلبانه، قادر به ارائه بیمه درمانی هستند. بدون توجه به اینکه چه کسی بیمه درمانی گروهی را پایه‌گذاری کرد (NGO ها، دولت‌ها یا سیستم‌بین‌المللی) چنین فعالیت‌هایی نیاز به حمایت‌های سیاسی اخلاقی و مالی دولت‌ها دارد.

بیمه خرد، مفهومی جدید

بیمه ذاتاً ابزار اقتصادی کلان است. بیمه خرد، ارائه طرح‌های خودیاری داوطلبانه گروهی برای بیمه‌های درمانی اجتماعی، تعریف شده است. در این بیمه، اقشار محروم که به دو علت زیر تحت پوشش طرح‌های بیمه درمانی قرار نگرفته‌اند، بیمه می‌شوند. عدم ارائه پوشش از سوی بیمه‌گران خصوصی و دسترسی نداشتن محرومان به امکانات لازم، از دلایل توسعه بیمه‌های خرد می‌باشد.

به‌طور کلی برای اینکه بیمه برای اقشار محروم جذاب باشد، باید با شرایط زندگی و کاری آنها که معمولاً در مناطق خاصی ساکن هستند، سازگار شود. این سازگاری از طریق ایجاد یک فرایند واسطه رخ می‌دهد که همان تأسیس انجمن‌ها است. تقویت و افزایش سرمایه اجتماعی و مشارکت مردمی برای اتخاذ تصمیم‌ها، نتیجه فعالیت انجمن‌ها است. حتی موفق‌ترین واحد بیمه خرد محلی نمی‌تواند به خودی خود یک بیمه تکامل یافته ارائه کند. بنابراین به همکاری همگانی نیازمند است. به‌رغم کوچک بودن هر واحد، بیمه خرد را باید یک «بیمه» دانست و نباید آن را با تسهیلات اعتباری یا حساب پس‌انداز اشتباه گرفت. مهم‌ترین تفاوت میان آنها این است که پس‌انداز امری مربوط به زمان است (کاستن از مصرف امروز برای آینده) در صورتی که بیمه تلاش برای تبدیل وضعیت است. در واقع بیمه خرد مکانیسمی برای ادغام خطرات و منابع هر دو گروه، به منظور تأمین پوشش حمایتی برای همه گروه در برابر ریسک‌های مالی و بیماری است.

پیوستن به گروه‌های بیمه خرد داوطلبانه است. بنابراین انگیزه‌های

مربوط است. بنابراین شرایط اجتماعی و نوع زندگی افراد یک جامعه در میزان محرومیت افراد آن جامعه تأثیرگذار است.

آنها از چه چیزی محرومند؟

به‌طور کلی میزان محرومیت از خدمات درمانی، در بیشتر کشورهای توسعه یافته، ناچیز (در حد صفر) است. در کشورهای در حال توسعه ۲۰ درصد و در کشورهایی با کمترین سطح توسعه یافتگی ۵۱ درصد تخمین زده شده است. گرچه بیشتر کشورها دارای نظام تأمین اجتماعی و خدمات درمانی هستند اما در برخی از کشورها مردم به دلیل نبود مدیریت ریسک بیمه درمانی از سوی دولت و همچنین ناکافی بودن یارانه‌هایی در این زمینه، به دنبال راه‌حل‌های جایگزین برای کاهش اثرات بحران‌های مالی ناشی از دوران بیماری خود هستند.

در اینجا لازم است به هزینه‌های عمومی درمان توجهی داشته باشیم. از آنجا که منابع دولتی بیشتر صرف زیرساخت‌ها (احداث بیمارستان‌ها و مراکز درمانی) می‌شود، لذا تنها افرادی که به این تسهیلات دسترسی دارند، می‌توانند از یارانه دولتی بهره‌مند شوند. در بهترین وضعیت سرمایه‌گذاری دولتی تنها بخشی از کل بودجه صرف شده برای درمان است. در برخی کشورها، محدودیت‌های موجود در خدمات درمانی دولتی (از لحاظ کیفیت و کمیت) افراد را به پرداخت هزینه‌هایی در این مورد، وادار می‌کند. گرچه از نظر تئوری، اقشار فقیر جامعه باید توسط سیستم دولتی حمایت شوند. هزینه‌های درمانی مانند داروها (به ویژه در درمان بیماری‌های صعب‌العلاج) به دلیل افزایش مالیات‌ها به مسئله بغرنجی برای محرومان تبدیل شده است.

بنابراین پاسخ به سوال «آنها از چه چیزی محرومند؟» به ترتیبات نظام‌های مالی وابسته است. بررسی‌های بانک جهانی در ۳۳ کشور جنوب صحرائی آفریقا، نشان داده که تنها هفت کشور دارای سیستم‌های بیمه درمانی بوده و تنها جمعیتی از ۰/۰۰۱ درصد در اتیوپی تا ۱۱/۴ درصد در کنیا را تحت پوشش قرار می‌دهند. بنابراین محرومیت از خدمات بهداشتی و درمانی به وضوح در این کشورها دیده می‌شود.

این مشکل چگونه حل می‌شود؟

انتخاب چگونگی تأمین بیمه درمانی بر عهده دولت‌ها است. در بیشتر کشورهای پیشرفته، شکاف باقی مانده در بخش‌های بیمه درمانی اجتماعی را بازار پرمی‌کند. مجامع بین‌المللی دسترسی به مراقبت‌های درمانی را به عنوان یک نیاز جدی محرومان دریافته‌اند. در این خصوص بیانیه سازمان بهداشت جهانی که اولین بیانیه منتشره در سال ۲۰۰۰ (آلما آتا) بود، وضعیت درمان را از موقعیت شعلی تفکیک ساخت. در این بیانیه خدمات درمانی برای همگان، به عنوان یکی از محورهای توسعه و مراقبت‌های درمانی اولیه، به عنوان یک پوشش جهانی ارائه شده توسط دولت‌ها، اعلام شد. در کشورهای پیشرفته مشخص شد که ارائه پوشش درمانی از طریق سیستم‌های درمانی دولتی امکان‌پذیر نیست.

■ برای اینکه بیمه جذاب باشد باید با شرایط زندگی و کاری آنها سازگار شود. این سازگاری از طریق ایجاد یک فرایند واسطه رخ می‌دهد که همان تأسیس NGO است

پیوستن افراد به این گروه‌ها مهم است. انگیزه اقتصادی می‌تواند زیربنای پیوستن به یک واحد بیمه خرد باشد. افراد محروم به دلیل اینکه درآمد خود را برای پرداخت هزینه‌های روزمره زندگی صرف می‌کنند و هیچ پس اندازی ندارند، به بیمه‌های خرد روی می‌آورند. این در حالی است که بهبود وضع سلامتی و شرایط زندگی و کار، نیز می‌تواند از دیگر انگیزه‌های پیوستن به واحد بیمه خرد باشد.

اعضای انجمن بیمه خرد از جمیع جهات به هم وابسته هستند و در قالب نقش‌ها، ارزش‌ها، عادات و سنت‌ها، تعاملاتی با یکدیگر دارند. این ارتباطات می‌تواند به بهبود شرایط زندگی کمک کرده و اشخاص را در جهت اهداف جمعی و گروهی، سازماندهی کند. بیمه خرد به دلیل تفاوت‌های بزرگ و موقتی که در جریان سطح درآمد اقشار فقیر و روستایی رخ می‌دهد، دارای نوساناتی است. وقایع پرهزینه و نادر (مانند درمان گزیدگی‌ها، درمان‌های اورژانسی، زایمان و...) و همچنین وقایع غیرتصادفی و کم‌هزینه (مانند دارو، آزمایشگاه و...) در زندگی همه انسان‌ها و از جمله محرومان، اتفاق می‌افتد و دو دلیل عمده روی آوردن آنها به بیمه خرد است.

عملکرد واحدهای بیمه خرد با بیمه‌های خصوصی و انتفاعی - که به دنبال افزایش سهام و کسب منفعت و سود هستند - و همچنین با بیمه‌های اجتماعی - که روی یک جمعیت ناهمگن تمرکز دارد - متفاوت است. در این واحدها فرایندهای تصمیم‌گیری، معطوف به رفع نیازهای اجتماعی است و با بیمه‌های خدمات درمانی کاملاً تفاوت دارد. در واقع برتری نیازهای اعضا نسبت به فرایند تصمیم‌گیری گروهی، به وضوح دیده می‌شود. یعنی هر کسی که عضوی از گروه نیست، به طور طبیعی از فرایند تصمیم‌گیری خارج می‌شود، حتی کادر پزشکی، البته گروه درمانی محلی (پرستار، ماما، طبیب سنتی و...) می‌توانند در تصمیم‌گیری‌ها شرکت کنند، مشروط بر اینکه عضوی از واحدهای بیمه خرد باشند. این مسئله می‌تواند وجه تمایز بیمه خرد با بیمه درمانی سنتی (بیمه‌های خصوصی و اجتماعی) باشد.

هرچه تعداد اعضای که به طرح‌های بیمه خرد پیوسته‌اند بیشتر باشد تسهیلات اقتصادی قوی‌تر خواهد بود. به علاوه بیمه وقایع تصادفی، توزیع مجدد درآمد داخل گروه را تقویت می‌کند، به ویژه اگر مقدار و میزان کمک‌ها بر حسب درآمد درجه بندی شده باشد. واحدهای بیمه خرد می‌توانند در جوامعی که سطح بالایی از عدالت اجتماعی را ندارند، فعالیت کنند. فعالیت اقتصادی گروهی و عضویت در یک بیمه، می‌تواند به کاهش آثار روانی - اجتماعی کمک کند. در این راستا بیمه خرد باید دارای سه شرط اساسی باشد: ساده، ارزان و دسترسی آسان.

سادگی: بیشتر مردم در سیستم‌های غیررسمی، قادر به سازگاری با پیچیدگی‌های روش‌ها نیستند. بسیاری از افراد نمی‌توانند بخوانند، یا بنویسند و حتی برای افرادی با سواد کم، ممکن است «پروکردن فرم»

کار دشواری باشد، چرا که آنها ممکن است نتوانند جزئیات ساده‌ای مانند آدرس، تاریخ تولد، اطلاعات درآمدی و... را حفظ کنند. بنابراین بیمه خرد برای ارائه به محرومان، باید ساده و به دور از پیچیدگی باشد. ساده بودن یکی از ارکان بیمه خرد است. بیمه خرد باید ساده باشد تا قابلیت خدمت‌دهی به فقرا را داشته باشد. واحدهای بیمه خرد باید آمادگی رسیدگی به کار متقاضیانی که در هنگام نیاز به آنها می‌پیوندند و انتظار کمک و حمایت فوری دارند، را داشته باشند. زمان پاسخ به درخواست عضویت (پیوستن به بیمه خرد) باید در صورت امکان کوتاه باشد. بنابراین تصمیم‌گیری سریع درباره پذیرش نباید با تصمیم‌گیری برای تامین کمک مالی فوری، اشتباه گرفته شود. ممکن است لازم باشد که واحدهای بیمه خرد برخی محدودیت‌ها را به ویژه روی هزینه‌هایی که در زمان پیوستن، تصادفی به نظر نمی‌رسند اعمال کنند. عدم توسل به مکانیسم استثنائات، یکی دیگر از ویژگی‌های سادگی بیمه خرد است. در صورتی که بیمه‌های درمانی تجاری، استثنائاتی را برای افراد بیمه شده قائل می‌شوند، بیمه خرد نمی‌تواند به این مکانیسم دست یابد و این نیز از دیگر وجوه تمایز بیمه خرد با بیمه درمانی تجاری به شمار می‌رود. **ارزان بودن:** چه چیزی باعث می‌شود بیمه خرد ارزان باشد؟ پاسخ به این سوال را باید در قدمی که بیمه‌ها جستجو کرد. ارزان بودن تا حدودی به درک مفهوم کسب سود ارتباط دارد و این اطمینان که در صورت نیاز بیمه به شخص کمک خواهد کرد و مخارج درمانی او را پرداخت می‌کند. در صورت تحقق چنین وضعیتی ارزان بودن در ذهن مردم تداعی و تقویت می‌شود.

جنبه دیگر ارزان بودن، متناوب بودن پرداخت حق بیمه است. دوره‌های بودن درآمد که ویژگی حقوق بگیران بخش رسمی است برای افراد کم درآمد و روستائیان، نادر دوران انتظار است. یعنی به دلیل اینکه روستائیان دوره درآمدشان نامنظم است، لذا نمی‌توان انتظار داشت که حق بیمه ماهیانه را مرتب پرداخت کنند. بنابراین بیمه خرد باید به اندازه کافی منعطف باشد تا به افراد تحت پوشش خود اجازه دهد هر وقت که توانستند حق بیمه خود را پرداخت کنند. ارزان بودن می‌تواند به نوع معامله و نحوه پرداخت حق بیمه، وابسته باشد. برخی افراد ممکن است در پرداخت نقدی مشکل داشته باشند، اما در پرداخت حق بیمه به صورت کالا یا ارائه خدمات، مشکلی نداشته باشند. انجمن‌ها باید به دنبال راه‌هایی برای قبول پرداخت حق بیمه به صورت غیرنقدی و ارائه کالا یا خدمات باشند. اگر تلاش‌ها و فعالیت‌های انجمن به سوی فروش محصولات کشاورزی سوق پیدا کند و یا واحدهای بیمه خرد، کارمندان خود را از جامعه محلی و بومی منطقه و با حداقل دستمزد استخدام کنند در این صورت چنین پرداخت‌هایی ممکن خواهد بود.

در دسترس بودن: واحدهای بیمه خرد باید به مراجعانش نزدیک باشد. زیرا محرومان و روستائیان وسیله ایاب و ذهاب برای مراجعه به مراکز خدمات درمانی را ندارند. اگر واحدهای بیمه خرد در یک منطقه وسیع شروع به فعالیت نمایند و اقدام به تاسیس شعبه نمایند، موفقیت آنها

■ **واحدهای بیمه خرد می‌توانند در جوامعی که سطح بالایی از عدالت اجتماعی را ندارند فعالیت کنند. فعالیت اقتصادی گروهی و عضویت در یک بیمه می‌تواند به کاهش آثار روانی - اجتماعی کمک کند. در این راستا بیمه خرد باید دارای سه شرط اساسی باشد: سادگی، ارزانی و سهولت دسترسی**

حتمی خواهد بود.

نزدیک بودن به محل سکونت محرومان، نه فقط در هنگام تاسیس و راه‌اندازی واحدهای بیمه خرد لازم است بلکه استقرار در محل و ارائه خدمات به صورت محلی و بومی را نیز می‌طلبد.

خودمدیریتی: از دیگر خصوصیات بیمه خرد، خودمدیریتی است. بیمه خرد، سرمایه‌گذاری انجمن است و فرایندها و مشارکت‌های مردمی نیز در آن موثرند. برخلاف بیمه‌های تجاری - که در آن بیمه‌گر شرایط بیمه را مشخص می‌کند - یا بیمه درمانی اجتماعی - که در آن دولت مزایا را معین می‌کند - مزایای ارائه شده در بیمه‌های خرد به نیاز افراد (بیمه‌شدگان) بستگی دارد و توسط منابعی که آنها می‌توانند به کار برند، انتخاب می‌شود. این رویکرد فواید متعددی دارد.

۱. چنین رویکردی در جهت شناسایی اولویت‌ها، موثر است. برای تنظیم اولویت‌ها، مراقبت‌های اولیه و پیشگیرانه، می‌توان منطق متفاوتی به کار برد. پیشگیری در حوادث می‌تواند موثر باشد. در این راستا همکاری متقابل بین واحدهای بیمه خرد و آژانس‌هایی که در پیشگیری و یا ارتقاء بهداشت و درمان فعالیت می‌کنند، می‌تواند راهگشا باشد.

۲. با چنین رویکردی، یعنی تصمیم‌گیری‌های خودمختارانه، گروهی از مردم قادر به اداره یک واحد اجتماعی مستحکم می‌شوند و به انجام اموری نظیر ارتباط دادن نیازها و اولویت‌ها با فعالیت‌های معمول افراد، شناسایی شرایط بحرانی و خاص، ارزیابی سطح منابع و ... ترغیب می‌شوند.

حفظ قدرت تصمیم‌گیری در انجمن، سبب کنترل بهتر سرمایه‌ها می‌شود. واحد بیمه خرد می‌تواند مزایای ارائه شده را تغییر دهد. مثلاً می‌تواند اعضایش را با تامین کنندگانی از خارج از انجمن، آشنا سازد. از آنجا که بیمه خرد به اقشار فقیر جامعه خدمت ارائه می‌کند، لذا هر واحد باید نسبت به پایین نگه داشتن هزینه‌های جاری حساس باشد. خودمدیریتی نوعی صرفه جویی در هزینه‌هاست. همچنین خودمدیریتی سبب شفافیت‌های مالی، جلوگیری از رشوه‌گیری و تداوم نیل به اهداف اجتماعی می‌شود. این فرایند همچنین سبب کنترل درونی شده و همبستگی بین اعضای واحدهای بیمه خرد را به طور واقعی افزایش می‌دهد.

یکی از خصوصیات ابتکاری بیمه خرد این است که یک مفهوم مالی پیچیده - بیمه درمان - را به تعاملات آشنای اجتماعی اضافه می‌کند و از این طریق ارتباطات پیشرفته‌ای میان جمعیت‌های محروم و بازارهای مالی به وجود می‌آورد. همان طوری که گفته شد افراد محروم و روستایی امکان اقدام فردی را برای تهیه بیمه‌نامه ندارند، بنابراین باید توسط انجمن‌ها حمایت شوند. انجمن‌ها می‌توانند به عنوان جایگزینی برای کمک‌های دولتی و واسطه‌ای بین اعضای خود و دست‌اندرکاران خارج از انجمن مانند مسئولان دولتی (تامین کنندگان خدمات درمانی) یا موسسات مالی، ایفای نقش نمایند. تاسیس و

راه‌اندازی واحدهای بیمه خرد به عنوان یک هسته کوچک مردمی با سرمایه‌ای نسبتاً اندک نیازمند زیرساخت‌هایی است. هیچ مانعی برای توسعه گروه‌های بیمه خرد هم در داخل انجمن و هم در انجمن‌های دیگر وجود ندارد. خودمدیریتی سه گانه که به موجب آن هر واحد بیمه خرد خطرات قابل بیمه را تعریف کرده، بوجه بیمه را سازماندهی کرده و نهایتاً کنترل امور جاری و مدیریت سرمایه‌ها را عهده‌دار می‌شود، قدرت فوق‌العاده‌ای به واحدهای بیمه خرد اعطا می‌کند.

تا هنگامی که واحدهای بیمه خرد در حفظ مشارکت‌های مردمی کوشا و فعال باشند، می‌توانند در برابر آسیب‌های ناشی از مخالفان محفوظ بمانند. مدیریت دموکراتیک به درک انجمن از مفهوم عدالت مفهومی که اغلب به دلخواه تعبیر می‌شود، کمک می‌کند. مدیریت دموکراتیک نقش مهمی در دسترسی به درمان و توسعه تامین اجتماعی برای محرومان به خصوص روستائیان دارد. مدیریت دموکراتیک در بخش درمان و معرفی انجمن‌ها یا اعضای خود به مسئولان برای ارائه دیدگاه‌های مصرف کنندگان ایفای نقش می‌نماید. این امر سبب می‌شود تا سیاست‌گذاری روی اولویت‌ها جمع‌آوری منابع و پاسخگویی مسئولان بخش بهداشت و درمان در جهت رفع مشکلات مردم و بهبود کیفیت خدمات ارائه شده را به دنبال داشته باشد.

بنابراین به طور خلاصه، آشنایی فرد به فرد اعضا، یکدیگر، شفافیت تصمیم‌های اتخاذ شده، مدیریت خودمختار و کم‌هزینه، طبیعت غیرانتفاعی بودن واحدهای بیمه خرد، همگی در جهت تقویت و بهبود خدمات درمانی ارائه شده هستند.

بیمه خرد و مشکلات بیمه‌سنی

بیمه درمانی همواره با مشکلات بیمه سنتی مواجه بوده است. مشکلاتی مانند خطرات اخلاقی، سرویس رایگان، کم‌بیمه‌گی و یا عدم تقارن اطلاعات. در اینجا باید بررسی کنیم که آیا بیمه خرد نیز مانند بیمه سنتی با این مشکلات دست به گریبان است یا خیر؟
خطرات اخلاقی: شاخص حساسیت به قیمت در تقاضاهای متغیر و بی‌تفاوتی نسبت به قیمت در تقاضاهای غیرمتغیر، خطرات اخلاقی نامیده می‌شود. خطرات اخلاقی به سه دلیل رخ می‌دهد: استفاده بیش از حد یا محرک تقاضا، استفاده بیش از حد یا محرک عرضه و مکانیسم‌های با محرک سیستمی (از جمله محاسبات حق بیمه). که دو دلیل اول احتمال وقوع خطرات اخلاقی را محتمل‌تر می‌سازد. یک مسئله مهم را باید به یاد داشته باشیم، اطلاعات موجود برای بیمه‌گر درباره بیمه‌شونده و خطری که مورد پوشش قرار می‌دهد. اگر بیمه‌گر درمانی در خصوص خطرات تحت پوشش مختار عمل می‌کرد ممکن بود مزایای بیمه را به خطراتی که کمی تصادفی غیرمتغیر، پرتاثیر اما نادر، محدود نماید. در این صورت طرح‌های

■ مدیریت
**دموکراتیک به درک
 از مفهوم عدالت
 کمک می‌کند و نقش
 مهمی در دسترسی
 به درمان و توسعه
 تامین اجتماعی برای
 محرومان به
 خصوص
 روستائیان دارد**

■ بیمه خرد در برابر خطرات اخلاقی ایمن نیست و با افزایش مراقبت درمانی این خطرات نیز می‌توانند افزایش یابند

بیمه خرد، می‌تواند در ایمن ماندن آنها در مواجهه با سرویس موثر باشد. سرویس رایگان را می‌توان با تحمیل یک دوره انتظار - که در طی آن پذیرش‌های جدید پوشش داده نمی‌شود یا تنها برای حوادث تحت پوشش قرار می‌گیرند - کاهش داد.

تنها ابزاری که واحد بیمه خرد می‌تواند از آن بهره‌برد تعاملات انجام شده با اعضای انجمن و مبادله اطلاعات است. البته این تضمینی برای موفقیت نیست ولی بدون دخالت انجمن به نظر می‌رسد که شانس یافتن راهکاری برای مقابله با سرویس رایگان کمتر باشد. ذکر این نکته ضروری است که سرویس رایگان به افراد خودشیفته این امکان را می‌دهد که بدون نیاز به جبران متقابل از تمهیدات مشارکت در ریسک بهره‌مند شوند.

کم بیمه‌گی: اقدام بیمه‌شده به تهیه بیمه‌نامه‌ای کمتر از نیاز خود کم‌بیمه‌گی نامیده می‌شود. در واقع انتخاب شخص در این امر دخیل است. اگر شخصی مجبور شود برای خدمات بیمه نشده هزینه‌ای بپردازد، موقعیتی شبیه سرویس رایگان به او تحمیل شده است. انجمن‌هایی که از بیمه خرد استفاده می‌کنند دارای دو ابزار قوی هستند:

۱. آنها از افراد فقیری که نمی‌توانند از دیگران حمایت مالی کنند تشکیل شده‌اند.

۲. دموکراسی موجود در واحد بیمه خرد حتی در اجرای قوانین سخت‌مشرعیت اجتماعی بدست می‌آورد.

قراردادن مشتری در برابر یک انتخاب «همه چیز یا هیچ چیز» می‌تواند تنها سیاستی باشد که از ارائه بیمه ناقص جلوگیری کند. بنابراین بیمه خرد به دلیل سهولت مدیریت (خودمدیریتی) و همکاری همه اعضا می‌تواند زمینه‌های انجام این سیاست را در فراهم نماید.

عدم تقارن اطلاعات: عدم تقارن اطلاعات انواع مختلفی دارد. آیا بیمه‌گذار اطلاعات کافی برای تصمیم‌گیری در خصوص خرید یا عدم خرید بیمه‌نامه را در اختیار دارد یا خیر؟ برخی از مردم ممکن است آن قدر تحصیل کرده نباشند که مفهوم خطر را درک کنند یا ممکن است تصمیم‌های آنها تنها بر مبنای حس احتمال وقوع خطر باشد. یا اینکه ممکن است گران بودن حق بیمه دلیل عدم تقارن اطلاعات باشد. عدم تقارن اطلاعات به ناگاه‌های مشتری مربوط است. در بیمه درمان خصوصی، عدم تقارن اطلاعات متقاضی با مقیاس‌هایی شمارش می‌شود تا افزایش هزینه‌ها از سوی تامین‌کنندگان محدود شود. بیمه خرد هیچ راهکار حمایتی در برابر این مشکل ندارد.

عدم تقارن اطلاعات می‌تواند در باره طرف عرضه نیز رخ دهد. اطلاعات نامتقارن طرف عرضه به این معناست که تامین‌کننده درمانی، اطلاعات کافی در خصوص درمان ندارد و در نتیجه با آزمون و خطا هزینه مراقبت درمانی را افزایش می‌دهد. زمانی که تامین‌کننده، اطلاعات حیاتی و مهمی درباره بیمار ندارد و بیمار آن اطلاعات



بیمه درمانی به دلیل رقابت‌های ناسالم بیمه‌گران در ارائه مزایای بیمه‌نامه، عدم شناخت کافی از یک جمعیت بزرگ و ناهمگن، ناقص اجرا می‌شوند و در نتیجه، بیمه‌گران فعالیت خود را تنها به خطرات فاجعه‌آمیز تصادفی محدود نمی‌سازند.

در بیمه خرد، بازار رقابتی و قوانینی که خطرات قابل بیمه شدن را محدود کند وجود ندارد. اعضای انجمن خطرات قابل بیمه شدن را به کمک مزایایی که انجمن می‌تواند مستقلاً برای آنها هزینه‌ای بپردازد، تحت پوشش قرار می‌دهند. انجمن‌های کوچک بیمه خرد می‌توانند درباره تسهیلات غیرمتغیر، اتفاق نظر داشته باشند و اطلاعات این تسهیلات را به صورت گردشی مبادله کنند. بیمه خرد برای وقایع پرهزینه، بسیار کمتر در معرض خطرات اخلاقی به دلیل افزایش تقاضا قرار دارد. خطرات اخلاقی مسائلی اقتصادی نیستند بلکه عوامل اجتماعی در آنها مطرح است. بیمه خرد در برابر خطرات اخلاقی ایمن نیست و با افزایش مراقبت درمانی، این خطرات نیز می‌توانند افزایش یابند.

در صورتی که اعضا تنها به منافع شخصی خود بیاندیشند و یا استفاده بیش از حد از تسهیلات نمایند به دلیل اینکه تعادل میان تسهیلات فردی و گروهی ظریف است، از گروه بیمه خرد اخراج می‌شوند. اما این مسئله مهم است که تا وقتی کل انجمن به عنوان یک سهام‌دار اصلی فعالیت کند، رفتارهای فرد به فرد اعضاء قابل کنترل و متاثر از آن خواهد بود.

سرویس رایگان: مسئله سرویس رایگان به اطلاعات ناقص درباره رفتار استفاده‌کنندگان بیمه درمانی مربوط است. بیمه‌گران خصوصی سعی کرده‌اند این مشکل را با استثناء کردن برخی خطرات حل کنند. گرچه این راهکار می‌تواند خطر سرویس رایگان را کاهش دهد ولی چنین سیاستی به عنوان یکی از نواقص بازارهای بیمه درمان خصوصی معرفی می‌شود. هر واحد بیمه خرد باید تصمیم‌های اعضاء را درباره خطرات قابل بیمه شدن بررسی کند. اما این مسئله به معنای جلوگیری از سرویس رایگان نیست. برقراری تعهد میان اعضای واحد



در کشورهای پیشرفته مبارزه با خطرات اخلاقی بیشتر از خطرات خاص دیده می‌شود.

اجرای بیمه خرد

هدف واحدهای پیشرو تشویق همه سازمان‌های خودیاری گروهی در ارائه خدمات درمانی است. ابتکار حرکت از پروژه‌های پیشرو به سوی بیمه خرد و اثبات پتانسیل‌های آن از سوی سازمان جهانی کار و دیگر نقش آفرینان بوده و با تمرکز روی آفریقای جنوبی و مرکزی در سال ۱۹۹۶ شروع شده است. این گونه فعالیت‌ها به افراد محروم آرامش بخشیده است و آنها از طرح‌های اجرا شده استقبال کرده‌اند، اما مشکلی که برای اجرای بهتر بیمه خرد وجود دارد به دست آوردن اطلاعات کافی است. این اطلاعات راجع به خصوصیات افراد محروم و دلایل محرومیت آنها انواع مختلف خطر، چگونگی افزایش و تقویت سرمایه‌های اجتماعی ادغام خطرات و منابع، رضایت اعضا، وضع بهداشت و سلامت و... مربوط است. سازمان جهانی کار برای دست یافتن به این اطلاعات استراتژی مناسبی تدوین است. این استراتژی در جهت پشتیبانی از واحدهای بیمه خرد، به وجود آوردن کانالی برای انتقال اطلاعات میان واحدها زیرساخت‌ها و تسهیلات آموزشی است.

اولین تجربه آزمایشی این استراتژی به فعالیت سازمان جهانی کار در آفریقای مرکزی و جنوبی برمی‌گردد. در ژوئن ۱۹۹۸، برنامه‌ای در ایبجان پایتخت ساحل عاج، به منظور تحقق بیمه خرد و پشتیبانی سازمان‌هایی که در حال تاسیس بودند، اجرا شد. حاصل نشست‌های انجام شده در آنجا، تنظیم سندی بود که ویژگی‌های اصلی این بیمه را با عنوان برنامه ایبجان خلاصه می‌کرد. طبیعت دموکراتیک، داوطلبانه، خودمختار مشارکتی، انجمنی و غیرانتفاعی بیمه خرد، توسط این سند به رسمیت شناخته شد. همچنین رویکرد از پایین به بالا و نیاز به توسعه

را محفوظ نگه داشته و از افشای آنها خودداری می‌کند نیز این مشکل رخ می‌دهد.

واحدهای بیمه خرد خطر رویارویی با عدم تقارن اطلاعات را از طریق کنترل مزایای بیمه‌نامه و مذاکره با تامین کنندگان درباره قیمت‌ها و خدمات کاهش می‌دهند.

افزایش قیمت: افزایش قیمت به دلیل افزایش بیش از حد تقاضا یا عرضه به وجود می‌آید. در ابتدای کار واحد بیمه خرد، احتمال به وجود آمدن چنین وضعیتی کم است اما نمی‌توان آن را کاملاً ضعیف جلوه داد. برخی مشتریان به افزایش قیمت اعتراض نمی‌کنند. در برخی کشورهای در حال توسعه بیمه‌گران هزینه‌های حمل و نقل بیمار را به هزینه‌های معمول مراقبت‌های درمانی اضافه می‌کنند تا از این طریق هزینه‌های سنگین بانکی، هزینه‌های اعتباری و هزینه‌های تمدید بیمه‌نامه را بتوانند تعدیل نمایند. بیمه خرد می‌تواند این خطر را ابتدا با کاهش هزینه‌های جاری به کمترین سطح و به وسیله خودمدیریتی سپس با گفتگو و مذاکره با تامین کنندگان و اصلاح مزایای بیمه، کاهش داده و در صورت لزوم خطرهای بیمه شده را تقلیل دهد.

ادغام خطر: ادغام خطر به معنای ادغام خطرات مشابه اما نامرتب با هم است. در بیمه‌های خصوصی عبارت ادغام خطر زیاد به چشم می‌خورد. دسته‌بندی انواع خطر کاری دقیق‌تر است. تفاوت میان ادغام خطر و دسته‌بندی خطرات در این است که اولی به ادغام افراد به طور تصادفی اطلاق می‌شود و دومی به یک ترکیب انتخابی ادغام اشاره می‌شود. در برخی از کشورها بیمه‌های انتفاعی می‌توانند به میل و اختیار خود از پوشش دهی خطرات خاص امتناع کنند. بنابراین آنها می‌توانند افراد را طبق خطری که برای آن ارائه پوشش می‌کنند، دسته بندی کرده و از پوشش دادن خطرات بد خودداری نمایند. این روش را سطحی سازی خطرات می‌گویند. اندازه گروه در خطرات دسته‌بندی شده، چندان مهم نیست اما می‌تواند در ادغام خطر تصادفی قابل توجه باشد زیرا گمان می‌رود هر چه گروه افراد بزرگتر باشد، توسعه خطر خاص بهتر است. بیمه سنتی افراد را در انجمن‌های ناهمگنی دسته بندی می‌کند که هر دسته حاوی افرادی است که دارای خطرات مشابه اما نامرتب با هم هستند. بیمه خرد انجمن‌های همگنی را دسته بندی می‌کند و حاوی افرادی است که با میل مشترک خود در تحمل حوادثی مانند بیماری‌ها مرتبط هستند. اگر تعداد افراد آسیب دیده از یک خطر به حد همه‌گیری برسد، واحد بیمه خرد در معرض خطر مالی جدی قرار می‌گیرد. چنین اتفاقی در میان گروه‌های کوچک و همگن محتمل‌تر است. برای رفع یا کاهش این خطر مالی ممکن است لازم باشد واحد بیمه خرد سودها را سهمیه‌بندی کند. سهمیه‌بندی بیش از حد، می‌تواند سبب کاهش رغبت افراد برای پیوستن به واحد بیمه خرد شود.

از نظر تئوری هیچ دلیلی برای جلوگیری از ادغام خطرات و منابع، میان واحدهای بیمه خرد وجود ندارد. معمولاً هر چه اندازه گروه مشترک در خطر بزرگتر باشد اطلاعات درباره اعضای جدید کاهش می‌یابد.

■ تفاوت میان ادغام خطر و دسته‌بندی خطرات در این است که اولی به ادغام افراد به طور تصادفی و دومی به یک ترکیب انتخابی اشاره دارد

تخصص‌های محلی به منظور توسعه پایدار موسسات بیمه خرد، مورد تأیید قرار گرفت. در این سند اهمیت تقویت عضویت برای توسعه روابط متقابل با مسئولان و توسعه روابط قراردادی میان موسسات بیمه خرد و تأمین کنندگان درمان، حائز اهمیت شناخته شد. انتشار بهترین عملکردها و فعالیتها، پیوند روابط متقابل و همکاری میان سهامداران و همچنین بهبود مداوم روشها توصیه شد و از تحت پوشش قرار دادن سریع گروههای محروم به وسیله ارتباطهای برقرار شده با انجمنهای اجتماعی دفاع شد.

از مجامع بین‌المللی و دولت‌ها دعوت شد تا فضاهای قانونی و سیاسی مساعدی برای توسعه موسسات بیمه خرد، اما بدون دخالت در مدیریت آنها، به وجود آورند. تأکید شد که توسعه بیمه خرد به پشتیبانی فنی مالی، سیاسی و سازمانی نیازمند است. نیاز به سرمایه‌گذاری مالی سرمایه‌های تضمینی و بیمه‌انگاری برای واحدهای بیمه خرد در نظر گرفته شد.

برنامه‌ایجان همان شیوه‌ابتکاری با ما کو (Bamako) را در آفریقا داشت. بر این اساس قرار است این برنامه به مجامع مشابهی در دیگر نقاط جهان، برای پذیرش و انطباق معرفی شود.

آینده بیمه خرد

بیمه خرد برگرفته از نیاز پاسخ داده نشده به توسعه «محصولی» که بتواند افراد محروم را تحت پوشش بیمه درمانی قرار دهد، است. ارائه پوشش در برابر پیامدهای مالی ناشی از بیماری‌ها برای محرومان استدلال بیمه خرد است. بررسی شرایط بازدارنده افراد محروم در دستیابی به بیمه درمانی، ضروری است. بیمه خرد دو ویژگی مهم را در خود دارد:

۱. شیوه‌ها و راه‌حل‌ها را در ارگان‌های گروهی جستجو می‌کند.
 ۲. بیمه‌درمانی را برای گروه‌های کوچک مردم (با شرایط خاص) منطبق می‌کند. فرایند انطباق با سوال‌های فرعی مطرح می‌شود. از جمله چگونه چند واحد بیمه خرد را به یک ادغام خطر بزرگ و مناسب مرتبط کنیم؟ چگونه این مفهوم را با سیستم‌های درمانی دولتی هماهنگی کنیم؟
- بیمه خرد، به افراد عضو گروه، از طریق پیوستن آنها به گروه ارائه خدمت می‌نماید. عضویت در انجمن ضروری است. عضویت نقشی را ایفا می‌کند که فرد به تنهایی نمی‌تواند واجدان باشد. این نقش فواید متعددی دارد:

۱. یک انجمن می‌تواند به یک قدرت مهم تبدیل شود.
 ۲. مشارکت اعضا در فرایند تصمیم‌گیری بیمه درمانی، ظرفیت هر شخص در تحمل و جبران متقابل در مواجهه با ریسک را افزایش می‌دهد.
- ساختار خودمختار، این امکان را به افراد می‌دهد تا همگی درباره یک منفعت گروهی - که ممکن است برای هر فرد به طور جداگانه مطرح

نباشد - توافق نمایند. اهداف گروهی و جمعی را می‌توان در تعادل با منفعت‌های خاص و ویژه نگاه داشت. این موضوع به دلیل خودداری اعضاء از برقراری ارتباطات قوی درباره منافع مشترک، رخ می‌دهد. دسترسی آسان گروه به اطلاعات شخصی اعضای انجمن، سبب افزایش شفافیت عملکردها و در نتیجه برقراری عدالت می‌شود. به علاوه تعاملات اجتماعی حول یک منفعت مشترک (ارائه خدمات درمانی بهتر) به عنوان پایه‌ای ایده‌آل برای سازماندهی ارتقای کیفیت درمان و فعالیت‌های پیشگیرانه مطرح می‌شود. این فعالیتها به وسیله ارتقای کیفیت درمانی و زیرساخت‌های محلی توسعه می‌یابند و از این طریق بیمه خرد می‌تواند کنترل‌های چندگانه‌ای بر روی ریسک‌های درمانی اعمال نماید. همچنین خودمدیریتی می‌تواند به کاهش هزینه‌های اداری و اجرایی و جلوگیری از دخالت‌های بی‌مورد اعضا و کاهش فساد و ارتشاء و کم‌کاری‌ها، بیانجامد.

نقش بیرونی اعضای انجمن بیمه خرد، به صورت خریداران خدمات درمانی جلوه می‌کند. چانه‌زنی برای قیمت بهتر خدمات، گفتگو با تأمین کنندگان، اصرار بر کیفیت خدمات عرضه شده، کارهایی هستند که افراد محروم به تنهایی از عهده آنها بر نمی‌آیند. اگر به شخص فقیری موقعیت چانه‌زنی بهتری بدهیم، در واقع به او از لحاظ اقتصادی کمک کرده‌ایم. تقویت طرح تقاضا به تنظیم الگوهای هزینه کمک می‌کند و آن هم به نوبه خود می‌تواند طرف عرضه را در سطح بالاتری تنظیم نماید. تقویت گروه‌های محروم به عنوان خریداران خدمات درمانی، چیزی بیش از یک استراتژی چانه‌زنی است. سازماندهی تقاضا سبب می‌شود تا هزینه‌های کلی، کارآمدتر و منظم‌تر صرف شوند و رشد اقتصادی در بخش درمان و کل اقتصاد را در بر دارد. همچنین این فرایند تقویت و اداره دموکراتیک بخش درمان را فراتر از انجمن‌های واحد بیمه خرد افزایش می‌دهد.

بیمه‌های خرد، با تقابلی که از آن یاد شد، باید گسترش یابند. ارتقاء سازمان‌های نوپا (بیمه‌های خرد نوپا)، نه تنها در آفریقا بلکه در آسیا امریکای لاتین و اروپای شرقی به مشارکت همه حامیان بیمه خرد در سطوح محلی، ملی، منطقه‌ای و جهانی نیازمند است. برخی جنبه‌های عملی به خصوص تراکم واحدهای بیمه خرد بسیار در تسهیلات بیمه و بیمه‌اتکالی باید مورد مطالعه و آزمایش قرار گیرند و در این زمینه تحقیقات بیشتری روی رابطه درمان و جایگاه اجتماعی انجام شود.

منابع:

International Social Security Review,
Sol,52 No,1 January - March 1999
MICRO - INSURANCE
Extending Health Insurance to the Excluded
David M.Dror & Christian Jacquier

■ **بیمه خرد**
برگرفته از نیاز
پاسخ داده نشده به
توسعه «محصولی»
است که بتواند افراد
محروم را تحت
پوشش بیمه درمانی
قرار دهد. ارائه
پوشش در برابر
پیامدهای مالی ناشی
از بیماری‌ها برای
محرومان، استدلال
بیمه خرد است