

پیامدهای احتمالی برای صنعت بیمه

گردبادهای استوایی بیشتر اما پیش بینی میزان خسارت ناممکن است. بی‌نظمی‌های جوی در طی پدیده‌ال نینو، در احتمال بروز رویدادهای هواشناختی تغییراتی ایجاد می‌کند. برای مثال، می‌توان از افزایش تعداد گردبادهای استوایی ثبت شده در منطقه شرقی اقیانوس آرام نام برد. با وجود این، عوامل عمده‌ای که بر شدت خسارت‌ها تأثیر می‌گذارد، مانند محل دقیق وقوع طوفان به پدیده‌ال نینو ارتباطی ندارد بلکه پیامد اوضاع جوی منطقه در پی بروز شدیدترین رویداد هواشناختی است. در این زمینه، بی‌نظمی‌های جوی ثبت شده در طی ال نینو، احتمال وقوع فاجعه‌های طبیعی را در مناطق معین تغییر می‌دهند، اما این بی‌نظمی‌های جوی تنها یکی از چندین عاملی هستند که بر شدت وقوع خسارت تأثیر می‌گذارند. مروری بر احتمال وقوع گردبادهای استوایی در منطقه شمال شرق اقیانوس آرام و قسمت‌هایی از جنوب اقیانوس آرام که در نتیجه‌ال نینو به وجود می‌آید:

۱. احتمال وقوع گردبادهای استوایی در منطقه شمال شرقی اقیانوس آرام و در قسمت‌هایی از جنوب اقیانوس آرام افزایش می‌یابد.
۲. احتمال وقوع گردبادهای استوایی در کارابیب، در ساحل شرقی امریکا و در منطقه شمال غرب اقیانوس آرام کاهش می‌یابد.
۳. احتمال وقوع سیل در قسمت‌هایی از منطقه ساحلی اقیانوس آرام در جنوب امریکا، در شرق آفریقا و در قسمت‌هایی از اروپا و ایالات متحده امریکا افزایش می‌یابد.
۴. احتمال وقوع آتش سوزی در نتیجه خشکی شدید در آسیای جنوب شرقی، قسمت‌هایی از استرالیا و قسمت‌های شمالی جنوب امریکا افزایش می‌یابد. احتمال وقوع خشک‌سالی بیشتر در منطقه ساحل و در قسمت‌های جنوبی آفریقا نیز افزایش می‌یابد.

تأثیر ال نینو بر رویدادهای هواشناختی در

سال ۱۹۹۷

به طور استثنایی خسارت‌های بیمه‌ای ناشی از طوفان‌ها در ایالات متحده امریکا در تابستان و پاییز اندک بود زیرا که طوفان شدیدی در ساحل شرقی اتفاق نیفتاد. سیل شدید در افریقای شرقی، سیل و لغزش زمین در پرو در فصل چهارم سال ۱۹۹۷، به دنبال ریزش باران بیش از حد متوسط است. مشکلاتی که اثر مه‌غلیظ در آسیای جنوب شرقی، که در فصل بارندگی برخلاف همیشه باران‌های موسمی نیارید تا آتش را خاموش کند. براساس دانش موجود، نه می‌توان خسارت‌های بزرگ گذشته را به طور قطعی به ال نینو نسبت داد و نه سناریوهای آینده در مورد خسارت‌ها را به ال نینو ربط داد. با وجود این، بیمه‌گران مستقیم و بیمه‌گران اتکایی باید حداکثر توجه خود را به رویدادهای جوی شدید معطوف سازند.

Swiss Re, sigma N. 3, 1998.

منبع:

دیدگاهی مقدماتی در مورد طرح پژوهشی مدیریت ریسک (بخش بهداشت)

۱. مقدمه

در اکتبر سال ۱۹۸۵، انجمن جنوا پیش‌نویس اولین طرح خود را که امروزه استراتژی ۴ محوری مربوط به سازماندهی مجدد دولت رفاه گستر نامیده می‌شود ارائه کرد. این طرح مبتنی بر نظرهای زیر است:

رشد جمعیت که در سراسر جهان وجود دارد یکی از بزرگ‌ترین پدیده‌های اجتماعی در تاریخ بشری است. در بیشتر کشورهای صنعتی، متوسط سن هر فرد حدود ۶۰ سال برآورد می‌شود که تقریباً تا ۲۰ سال دیگر امید به زندگی داشته باشد. در مراحل اولیه انقلاب صنعتی، یعنی دو قرن قبل، این امید به زندگی مربوط به افرادی بود که ۲۰ تا ۳۰ سال داشتند. در حال حاضر، امید به زندگی در اروپا با نرخ ۳ ماه در سال در حال افزایش است. در سال‌های اخیر

گزارش شده است که در ۳۰ سال گذشته، امید به زندگی در هند به میزان ۵۰ درصد افزایش یافته است. در حالی که در روسیه و در تعدادی از کشورهای اروپای شرقی این امید به زندگی به طور واقعی کاهش یافته است، که دلیل عمده آن تغییرات سیاسی و اجتماعی رخ داده در دهه گذشته است. در نتیجه، احتمالاً، در بیشتر این کشورها، این روند در آینده نزدیک معکوس خواهد شد.

این تغییرات جمعیتی را اغلب نتیجه «پیر شدن» جمعیت می‌دانند. مسأله کلیدی در این مورد افزایش امید به زندگی و تقویت توانایی‌های فردی برای داشتن یک زندگی فعال است. با این همه، این مسأله نه یک مفهوم منفی (آن‌گونه که اصطلاح «پیر شدن» به کار برده می‌شود)، بلکه با وجود یک نرخ رشد اقتصادی بالاتر که بر حسب تولید ناخالص ملی بیان می‌شود، امری مثبت تلقی می‌شود. براساس آنچه اقتصاد دانان خوش بین پیش‌بینی کرده‌اند افزایش واقعی در ثروت کشورها وجود داشته است. به علاوه، بخش درحال افزایش جمعیت از سطح خوب ثروت منتفع می‌شود.

در حال حاضر شواهد بی‌شماری وجود دارد که نشان می‌دهد این تحولات تأثیرات چشم‌گیری بر سازماندهی جامعه، مشکلات ایجاد اشتغال و افزایش شکل مشارکت جامعه مسن در دیدگاه جدیدتر و مولدتر از یک ثروت بالاتر کشورها داشته است. این همان چیزی است که ما آن را استراتژی ۴ محوری می‌نامیم. این استراتژی ضرورت تعدیل‌ها به منظور تغییر در فرصت‌های یک جامعه امروزی را به صورتی که بهترین وضعیت را برای افراد بالای ۶۰ سال ایجاد نماید گوشزد می‌کند. این ۴ محور باید به منزله یک مرجع مهم در تعدیل هدف‌ها و نیازهای جامعه رفاهی در نظر گرفته شود که در آن دولت (محور اول)، نهادهای خصوصی (محور دوم) و شهروندان (محور سوم) باید برای دستیابی به یک تعادل بهینه بین تأمین اجتماعی و مسائل رفاهی، که توان بالقوه افراد بالای ۶۰ سال را تجهیز می‌کند، تلاش کنند.

۲. موضوعات جدید پژوهشی در روش و مدیریت ریسک در بخش بهداشت

تا کنون مراکز پژوهشی، اقتصاد دانان، و نهادهای مرتبط با امور بهداشتی مسائل مربوط به افراد بالای ۶۰ سال را برحسب دو موضوع زیر بررسی می‌کرده‌اند:

الف) مقابله با مشکل هزینه‌های نسبتاً بالای بهداشتی در دو سال آخر زندگی. به طور مشخص‌تر، هزینه‌هایی که در جریان این دوره وجود دارد به طور چشم‌گیری بیش از پرداخت‌هایی است که در سال‌های قبل صورت گرفته است. ب) ارائه مراقبت بلند مدت به آن‌هایی که از ناتوانی، مشکلی که میزان بالایی از جمعیت طی دهه گذشته با آن مواجه بوده و به شدت رشد کرده است، رنج می‌برند.

مسأله دیگر مشکل افزایش عمومی هزینه‌های درمانی و چگونگی مدیریت کارآمد آن است. مطالعات مختلف در حال بررسی، بیان‌گر نگرانی جهانی نهادهای خصوصی و عمومی برای مقابله با این مشکل است. سیستم سازمان‌های مدیریت درمان یک مورد از راه‌حل‌هایی است که در تلاش برای اعمال کنترل بیشتر بر هزینه مراقبت‌های بهداشتی (بیمارستان‌ها، پزشکان، افراد و غیره) یافت شده است.

این پدیده در متن طرح 4th Pillar بر بهبود مراقبت‌های بهتر برای جمعیت فعال بالاتر از ۶۰ سال تأکید دارد. ما اکنون بر آنچه می‌توان آن را هزینه «تعمیض اعضای مختلف بدن انسان»، با توجه به هزینه‌های درمانی افراد بالای ۵۵ سال، که اغلب به منظور ادامه زندگی طبیعی و فعال نیازمند مراقبت‌های درمانی پرهزینه هستند، متمرکز می‌شویم.

۳. برخی مسائل خاص

هر ساله ۸۰۰ هزار عمل پیوند اعضا در سراسر جهان انجام می‌گیرد و هزینه متوسط هر کدام نیز ۲۰ هزار دلار برآورد می‌شود (از آزمایش پرتو ایکس گرفته تا هنگام حرکت مجدد فرد مورد نظر). این بدان معناست که تقریباً ۱۶ میلیارد دلار برای این نوع از فعالیت‌ها مورد نیاز است. سن متوسط افرادی که نیاز به پیوند اعضا دارند بین ۵۵ تا ۷۰

سال است (گرچه ممکن است استثنائاتی نیز وجود داشته باشد). مدت استفاده از عضو پیوندی تقریباً ۱۵ سال است. این نوع عمل در طول سه دهه گذشته با موفقیت انجام شده است. این مسأله نوعی پیشرفت فنی است که عدم تحرک کامل و دایمی بیمارانه در ابتدای این قرن را تبدیل به امکان انتخاب یک زندگی مستقل و مداوم کرده است. پیشرفت‌های فنی نتایج سودمندی برای بیماران در طول ۳۰ سال آینده فراهم می‌آورد که موجب کاهش نیاز به این اقدام‌ها خواهد شد. با وجود این، برای آینده نزدیک راه‌حلی مورد نیاز است. پیشرفت‌های تکنولوژی زیستی نشان می‌دهد که می‌توان غضروف را از طریق استقرار سلول در درون بدن بیمار کشت داد. گرچه به نظر می‌آید این امر هزینه‌ها را در مراحل اولیه کاهش می‌دهد، استفاده از این روش کشت تاکنون به اندازه کافی مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین، این امر امکان‌پذیر است که غضروف کشت شده پس از مدتی ساییده شود و نیاز به تعویض کامل آن اجتناب‌ناپذیر خواهد بود.

کنترل سرطان روده نیز مثال دیگری است که در آن تکنولوژی ابزارهایی را برای جدا کردن، کنترل، و جلوگیری از پیشرفت بیماری در اختیار گذاشته است به صورتی که هزینه‌ها به طور چشم‌گیری کاهش یافته و شانس بقای بیمار افزایش می‌یابد. این روش‌های جدید به تدریج جایگزین روش‌هایی می‌شود که قبلاً هزینه‌های زیادی داشت و عمل‌های جراحی خطرناکی در بیمارستان‌ها مورد نیاز بود.

۴. پیامدهای روند صعودی در هزینه‌های بهداشتی

برنامه پژوهشی ما بر تعویت توانایی برای ارائه یک زندگی طبیعی و فعال برای مردم است که بتوانند از شرایط بهداشتی مناسب در نیمه دوم زندگی خود بهره‌مند شوند. تعداد افرادی که امکان داشتن یک زندگی فعال و مولد دارند به سرعت در حال افزایش است. بنابراین، ما در جست و جوی هزینه‌های مربوط به افراد بسیار مسن نیستیم زیرا آنان

به هیچ وجه قادر به مراقبت از خودشان نیستند، ولی هدف هزینه‌هایی است که مربوط به افزایش هزینه‌های بهداشتی برای بهبود کیفیت زندگی برای نسل ۵۵ تا ۸۰ ساله است.

همان‌طور که در بالا اشاره شده، این امر با پیشرفت در تکنولوژی‌های پزشکی و علوم زیستی بسیار مرتبط است. این واقعیت ساده که امروز می‌توان قسمت‌هایی از بدن انسان را تعویض کرد، به افزایش اجتناب‌ناپذیر هزینه‌ها منجر خواهد شد. برعکس، پیشرفت‌های یکسان می‌تواند موجب کاهش هزینه‌های روش‌ها بدلیل بهبود نتایج شود.

این مسأله نشان می‌دهد که اگر ما درک خود و کنترل حوزه‌های فعلی بخش بهداشت را افزایش دهیم (اغلب با ارائه آن چیزی که «تعویض قطعات مختلف بدن انسان» می‌نامیم)، باید بحث جایگزینی این قطعات را تجزیه و تحلیل، ارزیابی، و مقدار سنجی کنیم.

بنابر این، ما از یک طرف ۳۰ مورد استفاده خاص از قطعات یدکی اندام انسانی، و از طرف دیگر بیماری‌های کلیدی خاص را انتخاب می‌کنیم و بر این اساس تلاش می‌کنیم تا شکل هزینه‌های درمانی در طول ۱۰ تا ۱۵ سال بعدی را، با توجه خاص به افراد ۵۵ تا ۶۵ ساله، تا آنجا که موجب افزایش یا حفظ استقلال افراد و توانایی آن‌ها برای فعالیت شود مشخص نماییم.

۵. فرضیه‌های مربوط به تأمین هزینه‌ها در آینده

مشکل اساسی تشویق مردم برای پس‌انداز در ابتدای زندگی خود، هم به صورت انفرادی و هم به طور جمعی از طریق طرح‌های بیمه متقابل است به طوری که صندوق‌ها بتوانند هزینه‌های بهداشتی اضافی را در سال‌های بعدی زندگی تأمین کنند. پرسش این است که تا چه اندازه می‌توان این مکانیزم‌ها را از طریق ایجاد صندوق‌های بازنشستگی تحت کنترل درآورد؟ آیا این بدان معناست که برای برخی از بازارها، در رابطه با محصولات خاص و شرایط معین می‌توان یک روش هماهنگ و مشترک برای بیمه زندگی و درمان اجرا کرد یا خیر؟

در یک بازار کاملاً آزاد، مردم می‌توانند یک سیاست بیمه درمان را برعهده گیرند و پس از دو یا سه سال آن را ترک کنند. در نتیجه، حق بیمه برای جوانان به طور چشم‌گیری کاهش می‌یابد. با وجود این، افراد با بیش از ۵۵ سال سن ناگزیرند که حق بیمه‌های بسیار بالایی پرداخت کنند. این نکته آشکار است که شرکت‌های بیمه، صرف‌نظر از نوع نهادی که آن‌ها به آن تعلق دارند و یا ساختار خود، نیاز به انباشت منابع در طول دوره‌ای دارند که حق بیمه‌ها پایین‌تر از هزینه‌های متوسط است. این منابع باید برای دوره‌ای که در آن حق بیمه‌ها به دلیل هزینه‌های متوسط بالاتر به طور اجتناب‌ناپذیری افزایش می‌یابد مورد استفاده قرار گیرد. این مسأله، به همراه «اصل تعاون»، برای صنعت بیمه بسیار بنیادی است.

شاید بیمه درمان باید ارتباط نزدیک‌تری با بیمه زندگی داشته باشد، که در آن یک سرمایه ذخیره (براساس اصل تعاون)، مانند یک صندوق بازنشستگی، ایجاد می‌شود که می‌تواند در دوره دوم زندگی مورد استفاده قرار گیرد. پرسش این است که آیا این مسأله پس‌اندازها و ذخایر سرمایه بخش بیمه زندگی را با ذخایر بخش درمان ارتباط نمی‌دهد؟ باید این نکته را بیان کرد که تعدادی از آمارشناسان هلندی این مسأله را بررسی کرده‌اند، این بررسی نشان می‌دهد که چنین طرحی ساده نیست ولی موجب تشویق تلاش برای پژوهش بیشتر می‌شود.

راه حل دیگر ممکن است بهره‌برداری از بخشی از سرمایه صندوق بازنشستگی به صورت یک منبع مکمل برای بیمه درمان برای جبران مطالبات اضافی باشد. محور دوم در سویس به منزله یک مرجع مورد استفاده قرار گرفته است زیرا مبتنی بر تأمین سرمایه است (طرح اجباری ولی خصوصی بازنشستگی، گاهی اوقات تا حدودی برای رهن مورد استفاده قرار می‌گیرد). بخشی از این سرمایه ممکن است با آن بخش که از سیاست‌های درمانی جمع‌آوری شده است برای جبران اوضاع ناگوار جاری مورد استفاده قرار گیرد. پرسش این است که تا چه اندازه می‌توان پوشش هزینه

مراقبت‌های بلندمدت با این نوع نظام ترکیب شود؟ به علاوه، تا چه اندازه یک نفر مجبور به حفظ یک بیمه‌گر در طول دوره زندگی است؟ تا چه اندازه باید سرمایه انباشته شده به وسیله سرمایه دیگر پذیرفته شود؟ به منظور اجتناب از بی‌نظمی کامل در رقابت که ممکن است این نوع سیستم را دچار اختلال کند می‌توان قوانینی را به تصویب رساند.

می‌دانیم که مطالعات ابتدایی در این زمینه قبلاً انجام گرفته است. با وجود این، باید تأکید کرد که هدف ما دستیابی به یک درک بهتر هزینه‌های فعالیت‌ها و بیماری‌های مختلف است. این برنامه پژوهشی نه تنها باید کارشناسان بیمه درمان و تأمین اجتماعی را با خود داشته باشد، بلکه تمام کسانی که درگیر اجرای تکنولوژی نو برای «قطع‌های بدکی اندام انسانی» و بیماری‌های مهم هستند، و نیز مراکز پژوهشی و صنایع تولیدکننده دارو، قطعات و ابزارهای مورد نیاز در اعمال جراحی نیز باشد.

۶. جمع‌آوری اطلاعات و نظرها

تاکنون ما تلاش‌های گسترده‌ای برای ساخت یک مدل جامع و قابل اتکا از روندهای جاری بهداشت در جهتی که در این گزارش پیشنهاد شده است مشاهده نکرده‌ایم. توجه جدی به ترکیب اقتصاد، تکنولوژی پزشکی و پژوهش‌های علمی برای ارائه درک روشنی از مکانیزم‌های خصوصی و عمومی بیمه که برای به حداکثر رساندن کارایی نظام درمانی ضروری است وجود نداشته است.

در این مرحله، تلاش می‌شود تا اطلاعات مربوط به فعالیت‌های اصلی برای «قطع‌های بدکی اندام انسانی» با هدف‌های زیر جمع‌آوری شود:

– مطالعه تأثیر تکنولوژی بر هزینه‌های بیمه درمان در آینده با بررسی موارد خاص در تعدادی از بخش‌ها.

– جمع‌آوری اطلاعات مربوط به جراحی و تعویض اعضای بدن (برای مثال، اعضای مصنوعی و تعویضی و بیماری‌های خاص مانند سرطان و بیمه‌های قلبی) شامل:

– تعداد دفعات

– وضعیت بیمار

– زمان بستری شدن در بیمارستان

– نرخ‌های موفقیت / شکست

– مطالعهٔ تکامل سازمان‌های مدیریت درمان در ایالات

متحده و اروپا

– بررسی تقسیم‌بندی بیمه‌های دولتی و بخش

خصوصی، ابهام در تعیین حدود بین خسارت و حق بیمهٔ

کارگزاران برای سایر حوادث و چگونگی ارتباط آن با درمان

– پژوهش در مورد آثار اقدام‌های جلوگیری‌کننده بر

هزینهٔ انواع اعمال جراحی در آینده.

– تشخیص ابزارهای بهینهٔ مقابله با مسائل مالی (برای

مثال این که چگونه می‌توان هزینه‌ها را در وضعیت‌های

مختلف جذب کرد و با استفاده از چه ابزاری؟)

ما هم‌چنین در حال تدارک سمینارهای متعددی برای

بررسی دقیق‌تر این مسائل و تعیین اولویت‌ها هستیم. نتایج

کامل پژوهش‌ها برای تمام کسانی که مایل به همکاری با ما

هستند در دسترس قرار خواهد گرفت.

اعتقاد ما بر این است که تعادل بهتر بین بیمهٔ زندگی

دولتی و خصوصی موجب ایجاد محیط اقتصادی با ثبات‌تر

خواهد شد. هدف اصلی افزایش در رفاه و آسایش تمام افراد

جامعه است.

The Four Pillars, Jan. 1998

منبع

کرده است تا موقعیت‌شان را مشخص سازد و برای بیمه

شدگان واجد شرایط پوششی فراهم آورد. این مسأله به

صاحبان کالاهایی اشاره دارد که ممکن است دریابند که

کالاهای‌شان ناخواسته در کشتی‌های تأیید نشده حمل شده

است. این ماده اذعان می‌دارد که:

«این بیمه در هیچ موردی زیان، خسارت یا هزینهٔ ناشی

از حمل مورد بیمه شده را با کشتی که در مجموعه قوانین

مدیریت ایمنی بین‌الملل تأیید نشده، و یا مالکان یا

متصدیان آن سند رعایت مجموعه قوانین مدیریت ایمنی

بین‌الملل (ISM) را ندارند، تحت پوشش قرار نمی‌دهد و

این مورد هنگامی رخ می‌دهد که بیمه شدگان در زمان

بارگیری کالای بیمه شده روی کشتی، واقف بوده‌اند یا در

دورهٔ تجارت باید آگاه بوده باشند که:

الف: این کشتی را مجموعه قوانین مدیریت ایمنی

بین‌الملل تأیید نکرده است. یا این که:

ب) مالکان یا متصدیان، سند (مدرک) رعایت قوانین

جاری را همان‌طور که تحت قرارداد SOLAS مقرر شده

است نگهداری نکرده‌اند.

این بیان برای تمایز آن دسته از بیمه شدگانی است که به

منظور پرداخت کرایهٔ پایین‌تر، آگاهانه کالاهای دریایی خود

را در کشتی‌های تأیید نشده بارگیری می‌کنند، در مقابل آن

دسته که کالاهای‌شان را شخص ثالث در کشتی‌های تأیید

نشده بارگیری می‌کند، یا زمانی که انتقال محموله بعد از

وقوع حادثه‌ای انجام می‌پذیرد. انجمن کالاهای دریایی

مشترک (JCC) در مورد پوشش بیمه‌ای حاضر پیشنهاد

می‌کند که این ماده باید به بیمه شدگان ارائه شود چرا که

آن‌ها نباید متحمل زانی شوند.

نیک گودینگ، یکی از اعضای انجمن JCC و از

بیمه‌گران لویدز در سندیکای ۶۷۲، اقرار کرد که بازار بیمهٔ

دریایی برای توصیف واضحی از مدیریت ایمنی بین‌الملل

فشار زیادی را متحمل شده است. انجمن کالاهای دریایی

مشترک احساس کرد که اگر اقدامی صورت نپذیرد این امر

ممکن است به دعاوی‌ای منجر شود که ناشی از صدور عدم

شرایط جدید بیمه‌های باربری در مدیریت

ایمنی بین‌المللی

سرانجام بیمه‌گران کالاهای دریایی بازار انگلیس از طریق

شرط استثنای جدیدی که از آن می‌توان به صورت الحاقیهٔ

مدیریت ایمنی بین‌المللی استفاده کرد گام‌های مثبتی برای

حمایت از این قرارداد (ISM) برداشتند. انجمن کالاهای

دریایی مشترک (JCC) بعد از ماه‌ها سردرگمی اعضای بازار،

بندی را برای بیمه‌گران، به منظور درج در بیمه‌نامه‌ها تدبیر