

بیمه گر از پرداخت سرمایه بیمه به ذی نفع امتناع کرد، آیا ذی نفع می تواند بیمه گر (متعهد) را تحت تعقیب قضایی قرار دهد؟

بدیهی است، اگر بیمه گذار و ذی نفع شخص واحدی باشد، چون قراردادی بین بیمه گر و بیمه گذار منعقد شده است وی بتواند از مقامات قضایی الزام بیمه گر را به انجام تعهد و عنداللزوم سایر خسارت ها تقاضا کند ولی اگر ذی نفع بیمه و بیمه گذار متعدد باشند، مشکل بتوان برای ذی نفع چنین حقی را تصور کرد. زیرا، ذی نفع طرف قرار نبوده و در ازای تعهد چیزی به عهده نگرفته است تا در صورت عدم انجام تعهد، قرارداد را فسخ یا الزام به انجام گرفتن را تقاضا کند. قرارداد بیمه با اراده او به وجود نیامده است تا با اراده او از بین برود.

پ) چنانچه ذی نفع فوت کند ورثه او سرمایه بیمه را استفاده کنند زیرا، فرض این است که حق را به میراث برده اند؛ مگر این که بیمه گذار مباشرت ذی نفع را شرط کرده باشد که در این صورت به ورثه قانونی بیمه گذار خواهد رسید (ماده ۲۴ قانون بیمه)

### ۳- رابطه بیمه شده و ذی نفع

ممکن است در قرارداد بیمه، بیمه شده شخص ثالثی غیر از بیمه گذار یا ذی نفع باشد. آنچه در این رابطه باید موجود باشد، لزوم اصل نفع بیمه ای است. به طوری که، ذی نفع تمایل به وقوع خطر نداشته باشد و وقوع خطر برای ذی نفع خسارت زا باشد. زیرا، اگر چنین اصلی نباشد، هر شخص بیگانه ای ممکن است خود را ذی نفع در فوت دیگری قرار دهد. از این طریق، میل به جرایم علیه اشخاص فزونی می یابد.

علاوه بر آنچه گفته شد، رضایت مسلم بیمه شده شرط صحت بیمه عمر است و عدم اعلام کتبی وی موجب بطلان قرارداد بیمه می شود. (ماده ۲۳ قانون بیمه)

### ۴- رابطه ذی نفع و بیمه گر

با انعقاد قرارداد بیمه بین بیمه گر و بیمه گذار، تعهد به نفع ثالث ایجاد می شود؛ منتها اگر خطر (فوت بیمه شده) واقع شد و

## روی آوردن کشورهای آمریکای لاتین به خدمات درمانی خصوصی

بیشتر کشورهای امریکای لاتین به سمت نظام مراقبت هایی همچون نظام درمانی موجود در ایالات متحده امریکا گام بر می دارند. کانادا

بسیار مشهور شدند و خود را در سطح محصولات مشابه اروپایی نشان دادند. اما انحصار، سوء مدیریت و کمبود بودجه موجب شد که بسیاری ناکارآمد و اغلب با کمبود سرمایه و فساد مالی رو به رو شوند. دولت ها اکنون، تحت تاثیر بانک جهانی و بانک توسعه بین کشورهای آمریکا و Inter American Development Bank که هر دو مشتاق هستند خدمات متنوعی را، علاوه بر وام های زیر ساختاری، ارائه دهند برای بهبود وضعیت بازار قدم برمی دارند.

اگرچه، دمکرات های جدید منطقه علاقه ندارند اعتراف کنند اما رژیم پینوشه در شیلی بود که راه را برای خدمات اجتماعی و همین طور برای اقتصاد هموار ساخت. این رژیم در سال ۱۹۷۳ بیش از ۲۵۰ موسسه دولتی را به ارت برد. تا سال ۱۹۸۰ این رقم به کمتر از ۵۰ رسید. قابل توجه اما شگفت آور نبوده است که، در سال ۱۹۷۰، قبل از ریاست جمهوری سالوادور آلنده، این رقم تنها ۲۰ مورد بیشتر بوده است. رویدادهای پس از سال ۱۹۸۱ بسیار برجسته و تقریباً در آن زمان غیرقابل تصور بوده است: مردم شیلی این حق را یافتند که تحت پوشش خدمات بهداشتی دولت نباشند. در عوض، آنان

این راه را در پیش گرفته است و کوبا کماکان به نظام مراقبت های درمانی دولتی پایبند است.

زمانی دولت های آمریکای لاتین سعی می کردند پس از صنعتی شدن، هر کاری را انجام دهند. آنان در این زمینه موفقیت هایی داشتند ولی پس از آن اغلب به بن بست رسیدند. اما با روی کار آمدن رژیم نظامی شیلی که یک اقتصاد شدیداً دولتی را از دولت سوسیالیست خود، که در سال ۱۹۷۳ منقرض شده بود، به ارث برده بود، هدایت شدند. آنان خصوصی سازی را به عنوان راهکاری جدید کشف کردند. بانک ها و صنایع دولتی مثل نفت، معدن، خدمات شهری (برق، آب، تلفن، گاز و ...)، حمل و نقل و وسایل ارتباط از راه دور یک جا به معرض فروش گذاشته شد. در حال حاضر، عاملان خصوصی سازی هدف جدیدی دارند که همان دولت رفاه و به ویژه مراقبت های بهداشتی است.

بیشتر کشورهای این منطقه در دهه ۱۹۴۰ و بعضی حتی زودتر شروع به ایجاد نظام تامین اجتماعی کردند. این برنامه ها مستمری و مراقبت های بهداشتی را برای سطوح متوسط شهری جدید فراهم کردند، و در دهه های نخست کارآمدی بیشتری نشان دادند، به طوری که

امکان خرید بیمه های درمانی موسوم به Isapres را پیدا کردند. این موسسات بیمه ای مشابه سازمان های حفظ سلامتی امریکایی (Hmos) عمل می کنند آنها با بیمارستان ها و پزشکان قرارداد ارائه خدمات بهداشتی می بندند و یا خود آن ها را استخدام و اداره می کنند. این موسسات رونق گرفته اند. در سال ۱۹۸۱، ۶۲ هزار نفر از مردم شیلی مراقبت های درمانی خود را به عهده Isapres گذاشته و تا سال ۱۹۹۸ این رقم به ۳/۸ میلیون نفر، یعنی حدود ۲۵ درصد جمعیت رسید.

با وجود این، تحول مذکور کار آسانی نبود. برنامه درمانی مشابهی در سال ۱۹۸۱ که امکان انصراف از یک صندوق بازنشستگی را فراهم می کرد خیلی زود مورد استقبال قرار گرفت. در طول یک سال ۳۰ درصد شیلیایی های واجد شرایط، انتقال از صندوق های دولتی به خصوصی را انجام دادند و این برنامه به طور وسیعی در کشورهای دیگر الگو قرار گرفت. مسئله مراقبت درمانی، از آن چه فکر می شد دشوارتر بود. خصوصی سازی صندوق های بازنشستگی مشاغل نسبتاً کمتری را از بخش دولتی جذب و کارکنان مربوطه را بی کار می کرد. به همین دلیل، مخالفت ها و

اعتراض های اندک گروه های سیاسی عقیدتی واتحادیه های کارگری را در پی داشته است. در مقابل، مراقبت های درمانی، به شدت کاربر است. اتحادیه های کارگری مصمم هستند که قوی باشد و از این که هزاران شغل در خطر باشد در هراس اند به راستی که شغل های جدید خصوصی در جای خود ایجاد خواهند شد اما دیگر تحت کنترل اتحادیه ها نیستند. رژیم پینوشه راه های خشونت آمیز خاص خود را برای برخورد با اتحادیه های کارگری داشت. اصلاحات بعدی در هر جایی با کشمکش های سیاسی سخت درگیر بوده است.

تفاوت های بزرگ دیگری هست. مستمری برخلاف مراقبت درمانی به راحتی اندازه گیری می شود. همانند ایالات متحده، بیمه گران بخش خصوصی در امریکای لاتین نیز با این شبهه روبه رو شدند که آن ها تنگناها (مشکلات) درمان را کاهش خواهند داد. (وبرعکس دکترا تلاش خواهند کرد که دستمزد بیشتری به دست آورند. بخشی از این هزینه به خاطر کارهایی که به آنها نیازی نیست، هنوز بر دوش استفاده کننده، که بیمه شده نیز هست، می افتد) محدوده هزینه ها خیلی وسیع تر است: بعضی از مردم بیشتر اوقات سالم

هستند و برخی دیگر تا آخر عمر دائماً بیمارند. بنابراین، می باید سوسید بیشتری از ثروتمندان به فقرا و از افراد سالم به بیماران جریان یابد و قوانین بیشتری حاکم باشد که اطمینان دهد که دسترسی نسبتاً برابر به سطوح مشابه خدمات وجود دارد. تعجب ندارد که حتی در اروپای ثروتمند رای دهندگان از خروج دولت از برنامه مراقبت های درمانی استقبال نمی کنند. (شاهد ما نظرات حزب محافظه کار بریتانیا است).

با وجود این، الگوی شیلی دنبال شده است. در سال ۱۹۹۳ کلمبیا راهی را برای مردم قرار داد که بیمه گران خصوصی خدمات درمانی موسوم به EPSS را برگزینند. این اصلاح به دنبال کسب کارایی و رضایت بیشتر مشتریان بود که باعث مردمی شدن Isapres شیلی شد هم چنین به دنبال ارائه خدمات بهتر به فقیران بود. راه اصلی این کار این بود که افراد بیشتری تحت پوشش شبکه تامین اجتماعی قرار گیرند. در این راستا، جمعیت تحت پوشش از ۶ میلیون نفر در ۱۹۹۳ به ۲۲ میلیون نفر در ۱۹۹۶ افزایش پیدا کرد. این رقم شامل ۷ میلیون نفر از گروه های بسیار فقیری بود که حق بیمه آن ها را دولت می پرداخت.

باتوجه به تجربیات شیلی، کلمبیا هم برای بیمه گرانی که "انتخاب ریسک" می کردند یعنی سعی می کردند تنها افراد سالم را بیمه کنند، زمینه فعالیت را غیر سودآور کرد. یک EPS می تواند از صندوق مشترک پول مربوط به تامین اجتماعی برای هر شخصی که بیمه می کند پول برداشت کند که البته مقدار آن متفاوت است. افرادی که احتمال دارد ناسالم باشند مثل افراد پیر بیشتر از افراد سالم پول دریافت می کنند. EPS انگیزه کمتری برای بیمه افراد ثروتمند نسبت به Isapres شیلی دارد. زیرا جز مبلغ تعدیل برای ریسک های درمانی، هزینه ها در EPS برای هر شخص مشخص و براساس رقم استاندارد ثابت است.

پرو در حال ایجاد نظام مشابهی است. در شروع امسال گفته شد موسسه تامین اجتماعی به نام Essalud نیز باید با بیمه گران خصوصی خدمات درمانی بر سر جذب اعضای بیشتر رقابت کند. البته، Essalud ممکن است برای ارائه خدمات درمانی با این بیمه گران قرارداد ببندد. در حال حاضر بیمه گران خصوصی خدمات درمانی فقط خدمات اولیه و خدمات غیر بیمارستانی ارائه می کنند و خدمات

می کنند، این امر نشان دهنده این است که نظام اگر بخواهد به ۲۵ میلیون مکزیک تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی خدمات ارائه کند، چگونه ممکن است کار کند. اما با انتخابات رئیس جمهوری و پارلمانی سال ۲۰۰۰، احتمال نمی رود که دولت رئیس جمهور Ernesto Zedillo در مورد جبهه گیری در برابر اصلاحات کامل، توجهی از خود نشان دهد.

ارائه خدمات درمانی توسط بخش خصوصی برزیل رشد چشمگیری داشته و این بیشتر به خاطر نارضایتی از نظام خدمات درمانی دولتی بوده است نه طرح و برنامه قبلی، چرا که، راه برای ورود همه در سال ۱۹۸۸ باز شده بود. در سال ۱۹۹۸ بیش از ۴۵ میلیون نفر برزیلی تحت پوشش طرح های بهداشتی خصوصی بوده اند که این ۴ برابر رقم سال ۱۹۸۸ است. بسیاری دیگر در بیمارستان های خصوصی تحت قرارداد با نظام دولتی درمان می شوند. پوشش بیمه ای و سطوح درمان به طور گسترده از هر شهر یا ایالت به شهر یا ایالت دیگر متفاوت است. دست یابی به همسانی بیشتر ممکن است برای نظام غیر متمرکز برزیل با مشکل روبرو شود. سیاست دولت مرکزی بر تشویق هر چه بیشتر انعقاد

بیمارستانی را به Essalud واگذار می کنند اما هدف، ایجاد رقابتی همگانی (فراگیر) است. آرژانتین اگرچه محتاطانه و با وجود مقاومت بیشتر، با همان خط مشی حرکت می کند. کارمندان و خانواده هایشان از قدیم بیمه خدمات درمانی اجباری داشته اند، بیش از ۲۰۰ انجمن Obras که توسط اتحادیه کارگری ذیربط اداره می شوند. این انجمن ها اغلب کوچک و ناکارآمد هستند و گاهی با مدیریت فسادآمیز اداره می شوند. بنابراین، در سال ۱۹۹۶ طی فرمانی ۱۸ میلیون نفر اجازه یافتند که انجمن Obras اتحادیه کارگری رقیب را انتخاب کنند ولی بسیاری چنین نکرده اند.

به نظر می رسد اصلاح طلبان در مکزیک، علاقمند به تبعیت از این رویه باشند. قانون سال ۱۹۹۵، که راه خصوصی کردن حقوق مستمری را گشود، هم اکنون نداشتن بیمه مراقبت های درمانی را مجاز می داند اما، به طور کامل به این قانون عمل نمی شود. به دلایل تاریخی بعضی از فعالیت ها (به ویژه، بانکداری) می توانسته اند گزینه ای غیر از پوشش تامین اجتماعی را انتخاب کنند. سازمان های مدیریت مراقبت های درمانی بر سر تجارت بیمه خدمات بهداشتی کارمندان خود رقابت

اما انگیزه تغییر نه تنها از محیط بیرونی بلکه به همان اندازه ناشی از عوامل درونی است، یعنی ناشی از سیاست گذاران و وزارتخانه های بهداشت و دارایی امریکای لاتین است. Charles Griffin مهم ترین کارشناس بهداشت بانک جهانی در این منطقه می گوید: این سیاست گذاران داخلی که اغلب مدرک اقتصاد از دانشگاه های امریکای شمالی دارند، نوآوری ها و ریسک پذیری های بی سابقه و مورد استقبال را در منطقه، عرضه می کنند. در این راه، آن ها مورد حمایت موسسات تحقیقاتی مراقبت های درمانی، که به بازار گرایش دارند (مانند Fansalud در مکزیک و Claiss در شیلی) هستند.

به گفته یکی از مسئولان بانک جهانی، سرعت تغییرات به قدری زیاد است که بانک جهانی در ضمن تشویق بعضی کشورها به انجام تغییرات باید با تلاش فراوان سعی کند تا بتواند پایه پای طرح های جدید بعضی از دولت ها حرکت کند. اگرچه مرزهای سیاست مراقبت درمانی گسترش یافته اند و امریکای لاتین را صحنه آزمون اصلاحات در سطح جهانی قرار داده اند، اما برخی بحث ها هنوز به پایان نرسیده است.

قراردادهای کارآمد واگذاری به بخش خصوصی و نظارت بر بخش خصوصی تاکید دارد.

### چرا تغییر انجام می گیرد؟

چرا دولت های امریکای لاتین آماده اند، مراقبت های درمانی را به بخش خصوصی واگذار کنند؟ در مقابل در اروپا و کانادا دولت ها کمتر به این کار تمایل داشته اند.

یک دلیل این امر انگیزه و حمایت خارجی است. سال گذشته مکزیک از بانک جهانی وام ۷۵۰ میلیون دلاری گرفت که بیشتر در زمینه تغییرات ساختاری در فعالیت های مراقبت های درمانی موسسه تامین اجتماعی این کشور صرف شد. این بزرگ ترین وامی است که تاکنون این بانک برای این فعالیت در اختیار کشورهای عضو گذاشته است. بانک توسعه بین کشورهای امریکا نیز به اصلاحات مربوط به بازار رو آورده است.

Juan Luis Londonno وزیر بهداشت و درمان کلمبیا، در اصلاحات سال ۱۹۹۳ به کمک گرفته شد. هر دو بانک یک وام مشترک استثنایی به مبلغ ۶۵۰ میلیون دلار را به برزیل، تنها برای برانگیختن این کشور به اصلاح بخش بهداشت و درمان، اختصاص دادند.

خصوصی همتراز ، نیاز به مقررات و نظارت دقیق دارد بنابراین ، دولت نمی تواند به راحتی از مسئولیت شانه خالی کند. همان طور که آقای Griffin می گوید در این نوع اصلاحات تنظیم جزئیات این مقررات و نظارت با سوء نیت همراه است. بسیاری از اعضاء اتحادیه های کارگری و متحدان سیاسی آن ها عملاً تصور می کنند که تمام این نظریه ها فریبکارانه است. هنوز ، حتی در نیمه های راه ، خدمات درمانی خصوصی در امریکای لاتین به فعالیتی بزرگ تبدیل شده است. Isapres شیلیایی ها و بیمه گران خصوصی خدمات درمانی در کلمبیا رو به بازارهای خارج آورده اند و تجربه خود را به بازارهای با درآمد متوسط عرضه می کنند در مقابل ، عرضه کنندگان مراقبت های درمانی با مدیریت خارجی ، به ویژه از ایالت متحده با شتاب فراوان به منطقه وارد می شوند.

Jonathan Lewis "رئیس انجمن طرح های درمانی امریکا" توضیح می دهد که چرا ۴۵۰ میلیون نفر مردم امریکای لاتین بازار خدمات درمانی به ارزش ۱۲۰ میلیارد دلار در سال را به وجود می آورند که فقط ۱۵ درصد آن سهم بیمه گران خصوصی است . به نظر وی این خدمات در حال حاضر کیفیت ندارند و در بخش

یک مسئله این است که جوامع روستایی فقیر مشتریان جذابی برای سازمان های مدیریت مراقبت های درمانی نیستند و ممکن است خارج از نظام های جدید قرار گیرند. حقیقت این است که بسیاری از مردم و نیز بیشتر کارگران غیر رسمی (بخش بزرگی از نیروی کار امریکای لاتین)، خارج از چارچوب نظام تامین اجتماعی عمومی هستند. اما این حقیقت نمی تواند توجیه کننده تداوم وضع موجود باشد. کلمبیا در راه حلی برای این وضعیت به بیمه گران خصوصی خدمات درمانی برای پوشش دادن مردم فقیر یارانه می پردازد. اما حتی در ۳۰ درصد از کم جمعیت ترین مناطق کلمبیا، یک بیمه گر خصوصی هم فعالیت ندارد.

مشکل دیگر این است که بیمه گران خصوصی سعی می کنند به روش های بسیار ظریف انتخاب ریسک کنند، حتی زمانی که سیستم تعدیل ریسک برای جلوگیری از این کار وجود دارد. در شیلی که تعدیل ریسک را انجام نمی دهند، Isapres به شدت به دنبال بازگرداندن آن ها به سیستم دولتی است. حقیقت این است که در بخش عمومی ، مراقبت های درمانی پاسخگوی نیازهای مردم امریکای لاتین نبوده است. اما به همین دلیل، کار بنگاه های

## پوشش مسئولیت حرفه ای

### در چین

یک بیمه گر چینی اولین بیمه نامه مسئولیت حرفه ای را در این کشور صادر کرد. شرکت بیمه Ping'an که این بیمه نامه را برای حسابداران ارائه کرده. امیدوار است که بیمه نامه مسئولیت حرفه ای به زودی به سایر حرفه ها نیز گسترش پیدا کند.

صدور این بیمه نامه حاصل تلاش مشترک شرکت بیمه مذکور و موسسه حسابداران رسمی شهر شنژن (Shenzhen Institute of Certified Accountants) است، این موسسه بیمه نامه فوق را برای پوشش مسئولیت حرفه ای ۱۰۰۰۰ نفر از حسابرسان شهر مذکور گرفته است. به گفته مسئولان شرکت پینگ آن ، این بیمه نامه با الهام از تجربه هنگ کنگ طراحی شده و پس از یک دوره آزمایشی اجرا شده است. این بیمه نامه جدید به تایید کمیسیون نظارتی بیمه چین (Chinese Insurance Regulatory Commission)

رسیده ست.

دولتی نیز معمولاً فاقد بودجه کافی است. هم چنین خدمات مذکور براساس درآمد سهمیه بندی شده است و اگر چه افراد بیمه هستند، اما باید خود بیشتر هزینه مراقبت های درمانی را ، که به طور متوسط ۴۵ درصد کل مخارج آن ها را در بر می گیرد، پردازند. آقای Lewis مدعی است که "محیط کاملاً مناسبی برای مراقبت های درمانی مدیریت یافته ایجاد شده است تا تعهد خود به ارائه مراقبت های درمانی با کیفیت بالا و کم هزینه را نشان دهد." سازمان های خدمات درمانی امریکایی باید روش ها و هزینه های خود را با این بازار جدید هماهنگ کنند یا همان طور که مدیر اجرایی می گوید "تطبیق با مناطق استوایی" انجام شود. اما ظرفیت عظیمی در این بازار وجود دارد. بنگاه های خصوصی داخلی یا خارجی که خدمات درمانی ارائه می کنند به این بازار هجوم خواهند آورد و احتمالاً بیش از پیش سهم بزرگ تری از آن را بدست خواهند آورد.

مترجم: مهدیه السادات کاشانی

منبع: The Economist, may 8th 1999, pp.61,62.