

مونیکری و بیمه های خرد^۱

مترجم: رویا عامل^۲

مقدمه

بحث بیمه های خرد در ارائه خدمات سودمند تر با هزینه کمتر به افراد کم درآمد با گردهمایی صدها کارشناس از سراسر دنیا در کنفرانس مونیکری در آلمان که از تاریخ ۱۸ تا ۲۰ اکتبر ۲۰۰۵ به منظور شناسایی موانع و فرصت ها تشکیل شد، اهمیت بیشتری یافت.

دکتر هانس جردن شینتزلر^۳ رئیس هیئت سرپرستی و هیئت مدیره مؤسسه مونیکری که به طور مشترک با شرکت CGAP (گروه فعال در زمینه بیمه های خرد) میزبان کنفرانس بودند، در مراسم افتتاحیه کنفرانس خاطرنشان کرد که چالش های بسیاری در زمینه بیمه های خرد وجود دارد.

درآمد حق بیمه بسیار پایین بوده، هزینه های اجرایی نسبتاً بالاست و سازماندهی بیمه ای برای آن وجود ندارد به همین دلیل است که بیمه گران تجاری هیچ گونه علاقه ای به این بازار ندارند. وی اضافه کرد همکاری و تشریک مساعی تنها راه حل است.

ارتباط با افراد فقیری که بسیاری از آنان بی سواد هستند و در شرایط اقتصادی غیرمعمول زندگی می کنند، بسیار مشکل است. این افراد معمولاً تعبیر نادرستی از منافع بیمه ای دارند زیرا افراد کم درآمد متوجه نمی شوند که چرا حق بیمه های پرداختی در صورت عدم خسارت به آنان مسترد نمی شود.

1 . Micro Insurance

۲. معاون مدیر بیمه های اعتباری و مهندسی، شرکت بیمه صادرات و سرمایه گذاری

3 . Hansjordan Schinzler

وی این سؤال را مطرح کرد که: "چگونه می‌توان هزینه تعداد زیاد قراردادهای کوچک (با مبالغ پایین) را کاهش داد؟ و آیا قوانینی به منظور تسهیل اجرای بیمه برای افراد کم درآمد به منظور حمایت از آنان در مقابل کلاهبرداری، وجود دارد؟"

دکتر شینتزلر اظهار داشت فقط با همکاری همدیگر، صنعت بیمه، NGOهای محلی و نمایندگی‌های کمک به توسعه و ترویج و مقامات قانون‌گذار می‌توانیم راه‌حل‌های مناسب فراهم کنیم، بنابراین مونیخ‌ری گامی مثبت در شناسایی "بیمه خرد" به عنوان یک موضوع استراتژیک برای گروه‌های جدید خود برداشته است. توماس لاستر^۱، رئیس مؤسسه مونیخ‌ری نیز به نتایج رویکرد بلند مدت این موضوع پرداخته است و اظهار داشته که برای ما بیمه‌های خرد یک تجارت یک روزه نیست که با میزبانی یک کنفرانس حل و فصل شود.

برای کمک به بهبود وضعیت معاش افرادی که به منابع مالی کافی دسترسی ندارند تلاش متمرکزی نیاز است تا راه‌حل‌های این مشکلات بررسی شود و سپس این راه‌حل‌ها به ترتیب به مرحله اجرا گذاشته شود.

مؤسسه مونیخ‌ری شریک مطمئنی در هموار کردن این روند است. دریک راین هارد^۲، معاون مدیر مؤسسه مونیخ‌ری که با کریچ چرچیل^۳ مسئول برنامه‌های مالی سازمان کارگری بین‌المللی که به عنوان مدیر CGAP فعالیت می‌کند اظهار داشت: "به عنوان اولین گام اساسی برای عملی کردن دستورالعمل خود تحت عنوان "ایجاد فعالیت بیمه‌ای برای افراد فقیر، فعالیت‌های موجود و تجربه‌ها" عمل خواهد کرد."

محل استقرار CGAP (گروه مشاوره و اعانه به افراد فقیر) و کنسرسیوم اعانه دهندگان که شامل بانک جهانی نیز می‌شود در واشنگتن است. گروه کاری بیمه خرد ۴ سال پیش تأسیس شد، این گروه شامل مشاوران و کارشناسان، همچنین نمایندگی‌های آژانس‌های اهداکننده اعانه و سازمان‌های متعهد به ارتقای سطح پوشش بیمه‌ای به افراد کم درآمد است.

1. Thomas Loster
2. Drik Reinhard
3. Caraig Churchil

به جز تهیه راهنمای بیمه‌های خرد برای افراد اهداکننده اعانه و با داشتن زیرگروه‌هایی که در این زمینه، از تقاضای موجود برای بیمه‌های خرد تا قوانین آن به دقت تفحص و بررسی می‌کنند و گروه کاری CGAP، در حدود ۲۰ مورد مطالعاتی از برنامه‌های موجود بیمه‌های خرد در کشورهای مختلف نظیر بنین، بنگلادش و پرو تهیه نشده است تا روش‌های بد و خوب را شناسایی کنند.

موارد مطالعاتی توسط سازمان‌های SIDA (آژانس همکاری‌های توسعه بین‌المللی سوئد)، GTZ و DFID (سازمان توسعه بین‌المللی انگلستان) و ILO (تأمین مالی شده است).

آموختن از تجربه‌ها

موضوع مورد نظر کنفرانس درباره تحلیل یافته‌های حاصل از این موارد مطالعاتی و تعیین بهترین راه‌حل است: کدام روش مؤثر بوده است؟ به چه ترتیبی و چگونه این روش‌ها برای افراد فقیر مفید بوده‌اند و آیا این روش‌ها می‌تواند به عنوان مدلی برای سایر برنامه‌های آتی نیز استفاده شود؟ کرج چرچیل بیمه‌های خرد را بدین صورت تعریف می‌کند:

”حمایت از افراد کم درآمد در مقابل خطرات خاص در ازای پرداخت حق بیمه مقرر، متناسب با احتمال و هزینه ریسک مورد نظر“. او اظهار داشت: ”این نوع بیمه، ظرفیت ایجاد بازاری جدید را برای بخش خصوصی تا زمانی که تکمیل‌کننده تلاش‌های بخش دولتی در جهت ایجاد تأمین اجتماعی برای کارکنان در اقتصاد غیر رسمی باشد، داراست.“

وی اضافه کرد دولت سیاست‌ها و برنامه‌هایی برای کاهش فقر و آسیب‌پذیری دارد که از طریق کاهش ریسک افراد و افزایش ظرفیت‌شان برای نگهداری ریسک به منظور حمایت از خودشان ارائه می‌کند ولی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه این برنامه‌ها اصولاً کارآمد نیست.

اصلی‌ترین موانع عبارتند از: نبود مکانیسمی که بتوان به طور سیستماتیک به کارکنان غیررسمی دسترسی یافت. عدم همکاری کارفرما، ناتوانی افراد فقیر در تأمین کامل هزینه‌ها، ناکافی بودن منابع دولت برای پوشش هزینه‌های جاری، و فقدان زیرساختار برای ارائه خدمات مناسب.

در ۶ جلسه کامل و ۱۸ جلسه موازی، شرکت‌کنندگان در کنفرانس با در نظر گرفتن نقش مراجعان، بیمه‌گران، بیمه‌گران اتکایی، دستیاران فنی، قانون‌گذاران و دولت راه‌های رفع این چالش‌ها را مورد بحث و بررسی قرار دادند. همچنین عملکرد ابزار معاش نظیر پذیره نویسی، جمع‌آوری حق بیمه و

پرداخت خسارت، طراحی محصول، بازاریابی، کانال‌های توزیع، مدیریت مالی و هدایت توسعه استراتژی‌ها به منظور حفظ این عناصر را تجزیه و تحلیل کردند.

جلسات کنفرانس به گونه‌ای برنامه ریزی و طراحی شده بودند که شرکت کنندگان یک هیئت شایسته و کارآمد برای گروه کاری CGAP در زمینه بیمه‌های خرد باشند و نتایج تحقیقاتشان در کتابی به وسیله ILO و مؤسسه مونیخ ری در سال ۲۰۰۶ چاپ شود.

این کتاب خلاصه ای از نوشته های ۳۰ نویسنده است و در واقع یک کار نهادی است که انتظار می‌رود رشد و توسعه بیمه های خرد را در سال‌های آتی در بر داشته باشد.

گزینه‌های نهادی

مسئله اصلی این است که چگونه کارفرمایان خرد و کلان، اشخاص حقیقی و گروه‌ها، شرکت‌های خصوصی و دولتی، برنامه‌های بیمه های خرد را ایجاد و اداره می کنند. موارد مطالعاتی انجام شده به چهار گزینه اشاره داشتند که عبارتند از :

۱. مدل شریک - نماینده

۲. اتحادیه های اعتباری و بیمه گران مشترک

۳. مدل فروش مستقیم

۴. مدل بر مبنای تشکیل انجمن

۱. مدل شریک - نماینده

این مدل تأسیس شرکت بیمه‌ای را در برمی‌گیرد که با یک کانال توزیع نظیر یک مؤسسه مالی خرد (MFI) یا مؤسسه دیگری همکاری کند به گونه‌ای که به طور مرتب به مراجعان کم درآمد خدمات ارائه نمایند. شرکت بیمه ذخایر را نگهداری، حق بیمه را تعیین و خسارت‌ها را کنترل و رعایت قوانین را مدیریت می‌کند. مؤسسه نماینده، انتقال منطقی ریسک، منابع و تخصص را بین بخش‌های رسمی و غیررسمی تسهیل می‌کند.

این روش یک مدل "برنده - برنده - برنده" خواهد بود زیرا بیمه گر از طریق MFI قادر به دسترسی به بازار خواهد بود که در حالت عادی چنین توانایی را نداشت، از طرفی MFI می‌تواند با ریسک کمتری

به اعضا خدمات بهتری ارائه کند به این ترتیب خانوارهای کم درآمد پوشش با ارزشی را به دست می‌آورند که در غیر از این حالت قابل دسترسی نبود.

مثال معمول این مدل، ای آی جی اوگاندا است که برنامه‌های بیمه‌های خرد خود را ۸ سال پیش شروع کرد. در حال حاضر ۱/۶ میلیون نفر را از طریق ۲۶ MFI با حق بیمه تخمینی ۸۰۰,۰۰۰ دلار در سال ۲۰۰۴ پوشش داده است.

بررسی انجام شده نشان می‌دهد که ایجاد ۲۰ درصد سود بیشتر از حق بیمه دریافتی نیز یک حالت استثنا است، ولی ای آی جی اوگاندا مؤسسه شریکش را به دلیل ارتقا ندادن کیفیت محصول بیمه‌ای، روند پرداخت خسارت و عدم آموزش مراجعان ناآگاه به عنوان یک عنصر اصلی در بازاریابی مقصر می‌داند.

نیاز به آموزش بهتر کارکنان میدانی در MFI به طوری که بتوانند خدمات بهتری در زمینه توضیح مفاهیم بیمه ای به مراجعان خود ارائه کنند در مورد مطالعاتی زامبیا پیشنهاد شد. در آنجا بیمه مدیسون با داشتن مجوز صدور بیمه های عمر و غیر عمر، و شراکت با چهار MFI، در حدود ۱۰۰/۰۰۰ نفر را بیمه کرده است. آنچه در این مورد جالب توجه است اینست که یکی از MFIها با مدیسون مقرر داشته‌اند که به جای دریافت کمیسیون در سود شراکت کنند و به نظر می‌رسد دسترسی به بیمه برای وام گیرندگان از اعضای که HIV مثبت داشتند افزایش یافته بود. زیرا یکی از ارجحیت‌های MFI ها به عنوان نمایندگان شرکای بیمه‌گران، آموزش کارکنان است که بتوانند بیمه را به نحوی قابل درک برای افراد فقیر توضیح دهند.

در صورتی مدل شراکتی بسیاری از پیچیدگی‌های مقرراتی را حذف می‌نماید که اغلب کانال‌های توزیع مجوز نمایندگی داشته باشند. نکته ای که در کنفرانس به آن اشاره شد این بود که وقتی انعطاف توسط برخی از قانون گذاران و سرپرستان نشان داده شود، این امر رابطه بین شریک و نماینده را تسهیل خواهد کرد.

۲. اتحادیه‌های اعتباری و بیمه گران مشترک

عبارت است از تعاونی‌های اعتباری و یا آنچه در بسیاری از کشورها اتحادیه‌های اعتباری نامیده می‌شود. بیشتر بیمه‌ها وام‌های حمایتی که معمولاً "بیمه‌های اعتباری عمر" خوانده می‌شود ارائه می‌کنند تا

به بیمه گذار اطمینان دهند که "بدهی" با مرگ بدهکار از بین خواهد رفت، بنابراین تراز وام پرداخت نشده تأثیر منفی بر خانواده بازمانده یا مؤسسه وام‌دهنده نمی‌گذارد. اتحادیه‌های اعتباری نیز پوشش‌های بیمه عمر و پس انداز ارائه می‌کنند تا انگیزه پس‌انداز را در افراد به وجود آورند و برخی دیگر پوشش بیمه‌ای مسکن، مراسم تدفین، از کار افتادگی، درمان و در برخی موارد نادر حتی بیمه حوادث پیشنهاد می‌کنند.

این نوع محصولات بیمه‌ای، به خدمات اعتباری و پس انداز موجود اضافه شده است. بسیاری از این خدمات اگرچه در بسیاری از کشورها به عنوان مزایای اعضا به رسمیت شناخته شده‌اند ولی به طور غیررسمی ارائه می‌شود.

علاوه بر تعاونی‌های پس انداز و وام، خدمات بیمه‌های خرد نیز تحت این مدل توسط شرکت‌های بیمه‌ای که منفرد هستند، قابل ارائه است. در حقیقت ۱۴۰ بیمه گر مشترک در ۷۰ کشور، علاوه بر ارائه خدمات به افراد کم درآمد و متمکن در بازارهایشان، اعضای انجمن جهانی موسوم به ICMIF (فدراسیون بین‌المللی بیمه‌های مشترک) هستند.

مدل تعاونی به توصیه رئیس سابق بانک جهانی آقای جیمز ولفنسن^۱ ارائه شده است که معتقد بود بهبود وضعیت افراد کم درآمد باید توسط خودشان صورت گیرد نه آنکه توسط دیگران انجام شود.

La Equidad شرکت تعاونی که ۳۵ سال پیش در کلمبیا تأسیس شده است و به شرکت‌های تعاونی دیگر و اعضای آن خدماتی ارائه می‌کند، تفاوت‌های اصلی بین مدل شریک - نماینده و مدل شرکت‌های بیمه تعاونی را نشان می‌دهد.

این شرکت علاوه بر ارائه وسیعی از محصولات بیمه‌ای در بازارهای عمومی، هم اکنون دو نوع بیمه عمر خرد از طریق دو سازمان MFIC تحت عنوان مؤسسه جهانی زنان^۲ و گروهی از شرکت‌های تعاونی وابسته که شریک هستند، ارائه می‌کند. تاکنون بیش از ۱۰/۰۰۰ مشتری اعتباری خرد و ۱۸/۰۰۰ عضو شرکت‌های تعاونی از این نوع بیمه نامه استفاده کرده‌اند.

1. James wolfenshn

2. Women's World Foundation (WWF)

اگرچه مورد Serviperú نشان می‌دهد که وابستگی به یک مدل یک شمشیر دو سره است و بیمه گر با این شمشیر ۳۰ سال فعالیت می‌کند ولی در اوایل سال‌های ۹۰ با تیغه دیگر شمشیر یعنی زمانی که سرپرستی شرکت‌های تعاونی و اقتصاد کشور را همزمان به عهده می‌گیرد، به قهقرا می‌رود. این سازمان مجدداً با ارائه خدمات بیمه‌ای درمان و مراسم تدفین، ساختار جدیدی می‌یابد و با تشکیل یک کارگزاری، مدیریت پورتفوی خود را به آن می‌سپارد. حتی هم اکنون محصولات بیمه‌های درمان خرد آن حمایت اندکی از جانب شرکت‌های تعاونی دریافت می‌کنند و اعضای آن ۱۰ درصد بیمه‌گذاران را شامل می‌شوند. هر کشوری زمینه همکاری و تعاونی کافی برای بیمه های خرد را دارا نیست. با این حال، با وجود اختلاف به ظاهر کم بین مدل شرکت‌های تعاونی و شریک - نماینده (سهم نماینده به عنوان بیمه گر) در عمل این دو روش در مطابقت با فضای بیمه‌های خرد تفاوت عمده‌ای را نشان می‌دهند. طرح مالکیت سهم، به مؤسسه نماینده این امکان را می‌دهد که برای مثال، نه تنها طراحی و اجرای برنامه‌های بیمه ای را عهده دار شود بلکه به عنوان یک بیمه گر آزاد عمل نماید تا بدین ترتیب جوابگوی نیازهای مراجعان باشد.

نکته‌ای که در جلسه کنفرانس مطرح شد این بود که مدل شرکت‌های بیمه تعاونی نمایانگر آن چیزی است که در اظهارات رئیس سابق بانک جهانی wolfensohn برای مقابله با فقر مهم بوده است یعنی بهبود وضعیت افراد کم درآمد نباید توسط دیگران و برای آنان انجام شود بلکه باید توسط خودشان صورت گیرد، به عبارتی آنها باید توانایی طراحی و اجرای برنامه‌ها را داشته باشند.

۳. مدل فروش مستقیم

شرکت‌های بیمه نیز می‌توانند به بیمه گذاران کم درآمد به طور مستقیم از طریق نمایندگانی که دستمزد یا کارمزد یا هر دوی آن را دریافت می‌کنند خدمات ارائه کنند. شرکت کنندگان کنفرانس، به شرکت Tata- AIG در هند که طرح به اصطلاح "نمایندگان خرد" را به عنوان کانال ارائه خدمات جدید معرفی کرده بود، توجه خاصی نشان دادند. کشور هند به خدماتی نیاز دارد که فقط کشورهای دیگر آن را تشویق می‌کردند.

هر بیمه‌گر درصد مشخصی از هر بیمه را که در بخش روستایی و اجتماعی صادر می‌شود، دریافت می‌کند. Tata-AIG به منظور افزایش ارزش سهامش روشی را ابداع کرده است که از طریق روش بازاریابی مستقیم به زنان کم درآمد کمک می‌کند تا نمایندگی‌های بیمه تأسیس کنند.

بهترین مثال مدل فروش مستقیم، شرکت ۱۵ ساله Delta در بنگلادش است که در زمینه بیمه‌های عمر فعالیت دارد و به افراد کم درآمد بدون دریافت هیچ‌گونه اعانه یا حمایت فنی کمک می‌کند.

یک شرکت تجاری که در فهرست بازار بورس Dhaka نامش ذکر شده است و تحت عنوان "Grameen Bank" بیمه‌های خرد از آن یاد می‌شود، بیمه‌نامه‌ای ابداع کرده است که نیازهای خاص افراد کم درآمد را برای اخذ اعتبار به اضافه پس‌انداز و بیمه بررسی کرده و در قالب یک طرح بیمه‌ای جامع ۱۵ - ۱۰ ساله ارائه کرده است. شرکت Delta هم اکنون به بیش از میلیون‌ها نفر خدمات ارائه می‌کند.

فروش مستقیم بر برخی از مشکلات کنترلی مدل‌های نماینده - شریک و تعاونی فائق آمده است. شهرت بیمه‌های عمر و پس‌انداز شرکت Delta که به افراد کم درآمد کمک می‌کند و به مرور زمان برای ایشان دارایی‌هایی به وجود می‌آورد دارای خصوصیات مشترک با طرح شرکت Tata-AIG است. علاوه بر این، شرکت Delta بیمه‌نامه‌های زمانی جداگانه‌ای نیز پیشنهاد می‌کند. نکته جالب توجه این است که برخلاف بازارهای توسعه یافته تقاضا برای بیمه‌نامه‌های عمر و پس‌انداز شرکت Tata-AIG بسیار زیاد است.

دو مورد مذکور نشان می‌دهد که شرکت‌های بیمه حداقل در هند و بنگلادش می‌توانند به طور مستقیم به بازارهای کم درآمد دسترسی داشته باشند.

فروش مستقیم بر مشکلات مدل‌های شریک - نماینده و اتحادیه‌های اعتباری غلبه می‌کند چرا که ممکن است برخی از بیمه‌گران بر کانال‌های توزیع خود کنترل مناسبی نداشته باشند و از بازار جدا شده باشند. این مزیت برای بیمه‌گر به دلیل ایجاد ساختار توزیع جدید با یک عملیات بیمه‌ای هزینه بالاتری خواهد داشت (درحالی‌که مدل‌های قبلی، بر مبنای ساختار توزیعی بوده است که قبلاً برای پس‌انداز و اعتبار وجود داشته است بنابراین هزینه‌های اضافی معاملات بیمه‌ای برای آنان بسیار اندک است).

۴. مدل بر مبنای تشکیل انجمن

در کشورهای آفریقایی ۹۰ درصد نیروی کار به صورت غیر رسمی کار می کنند و از حداقل پوشش های اجتماعی محروم هستند. در این کشورها انجمن های افراد فقیر به یکدیگر ملحق شدند تا طرح های بیمه ای درمانی خرد را ایجاد کنند. برنامه ها غیر انتفاعی هستند و عضویت در آنها داوطلبانه است. بیمه گذاران حق بیمه ها را به یک صندوق پرداخت می کنند و در آن صورت از مزایای خاصی استفاده خواهند کرد. انجمن نقش مهمی در طراحی و اجرای برنامه دارد. شبکه سازمان حمایتی ضمن مذاکره با یک یا چند تأمین کننده بهداشت، کمک های فنی ارائه می کند و نظارت کلی انجام می دهد. طرح های بیمه ای درمان خرد در غرب آفریقا نه تنها باید افراد فقیر بلکه افراد فقیرتر را نیز تحت پوشش داشته باشد.

یک مورد مطالعاتی که در کنفرانس مورد بررسی قرار گرفت شبکه خرد مالی تعاونی در غرب آفریقا موسوم به Association d'Entraide des Femmes (AssEF) است که طرح درمان در منزل را مطرح کرده بود. این شبکه دارای ۲۷ صندوق پس انداز و اعتباری و ۲۴۰ گروه مخصوص ارائه خدمات به زنان فقیر در پایتخت contonou و حومه است.

طرح کمک به زنان فقیر که در بخش غیررسمی اقتصاد کار می کنند از مکانیسم پرداخت ثالثی استفاده می کند و ۲۵/۰۰۰ عضو این طرح با پرداخت حق بیمه ۷۵ سنت در ماه از ۷۰ درصد هزینه های درمان را دریافت می کنند.

برنامه بیمه خرد AssEF، ۳ ساله است و در مرحله رسمی و حساس آن به ۳۵۰۰ بیمه گذار یا یک نفر از هر ۷ نفر خدمات ارائه می کند. نظارت دقیق و مدیریت خوب به پیشرفت برنامه های بیمه های درمان از زمان تأسیس آن در سال ۲۰۰۲ تاکنون کمک زیادی کرده و تداوم ارتقای آن را تضمین کرده است. مجمع عمومی و هیئت مدیره ۱۳ نفره زنان که توسط اعضا انتخاب شده اند سازمان را هدایت می کنند.

اگرچه این طرح در بنین و طرح مشابه آن در سنگال در ارائه خدمات به افراد فقیر موفق بوده است، ولی ممکن است هنوز بسیاری از افراد فقیر قابل دسترسی نباشند و به دخالت های بیشتر دولت نیاز باشد تا این افراد فقیر را تحت پوشش درآورند.

اگرچه از نظر ویژگی و تئوریکي مدل تعاونی و انجمن دارای اشتراک‌هایی است، ولی عملاً انجمن‌های بیمه‌های درمان، متمایز از بیمه گران خرد در اتحادیه اعتباری و مدل تعاونی‌اند. در میان ۳۰۰ طرح تخمینی در غرب آفریقا، ۳ طرح جزو موارد مطالعاتی هستند که عبارتند از:

1. union des Mutuelles de sante de Guinee Forestiere.
2. union technique de Mali.
3. union des Mutuelles de Sante de These.

اصول اولیه‌ای که باید به خاطر سپرد

اصول اولیه‌ای که می‌تواند مورد توجه بیمه‌گرانی که علاقه‌مند به بازار طبقات کم درآمد جامعه هستند قرار گیرند:

- درک میزان تقاضای افراد از طریق مطالعات کمی و کیفی نیازها، علائق و آشنایی مراجعان با مفاهیم بیمه‌ای.
- جمع‌آوری اطلاعات مهم درباره خصوصیات اساسی محصولات و توانایی مراجعان در پرداخت و برآورد انتظارات.
- توجه به کارمندان علاوه بر مراجعان، زیرا در صورت عدم آگاهی کارمندان از محصولات بیمه‌ای، آنها نمی‌توانند مشتریان را ترغیب به خرید بیمه کنند.
- بدون وجود بیمه گروه‌های کم درآمد، هزینه بسیار بالایی را باید برای خطرات فاجعه آمیز پرداخت کنند. حتی در کشورهایی که درمان قابل دسترسی است، موانعی بین زیر سیستم‌های دولتی - خصوصی و غیر انتفاعی وجود دارد.
- نتیجه‌ای که از جلسه هیئت متشکله کنفرانس در خصوص تلاش‌ها و استراتژی‌هایی که به منظور تأمین بهداشت افراد فقیر به دست آمده این بود که دولت‌ها و اعانه‌دهندگان می‌بایست در ابتدا بر تکمیل گروه بیمه گران درمان در کل سیستم و سپس به منظور بهبود کارایی و اثربخشی هزینه‌ها منابع مختلف بهداشت را هماهنگ و ترکیب نماید.

بیمه کشاورزی که بخش پر خطری در بیمه محسوب می‌شود و وجود آن بدون حمایت دولت امکان پذیر نیست، نیاز به توجه دارد. پس از تشکیل کنفرانس، گروه CGAP در بین سایر اقدامات خود گروه‌های کوچکتری برای رسیدگی به وضعیت بخش کشاورزی و درمان ایجاد کرد.

یکی از الزامات رسمی صنعت بیمه، این است که بیمه گر اتکایی فقط زمانی می‌تواند ریسکی را بپذیرد که توسط یک بیمه گر مستقیم که دارای مجوز باشد به وی انتقال داده شده باشد. شرایطی که بیشتر بیمه گران خرد غیررسمی رعایت نمی‌کنند. پیشنهاد می‌شود که قانون‌گذاران و اعانه‌دهندگان با یکدیگر همکاری کنند تا حدی که ضمانت اندکی برای بیمه گران اتکایی فراهم آید، نظیر بسیاری از طرح‌های مشابه بانکها و MFI ها، که ضمانت نامه‌ای ارائه می‌کنند که ممکن است به صورت بیمه نامه مازاد زیان برای بیمه گران اتکایی باشد.

اگرچه، نقش بیمه گر اتکایی محلی یا جهانی، در انتهای زنجیره ارزش می‌باشد، با این وجود می‌بایست از قوانین محلی تبعیت کنند. اولویت باید به‌گونه‌ای باشد که طرح‌های بیمه‌های خرد غیررسمی از طریق هریک از مدل‌های مؤسسات، بتوانند از قوانین محلی تبعیت کرده و با بیمه گران اتکایی معامله کنند.

مفاهیم بیمه‌های خرد در مراحل اولیه تکرین است، اگرچه آگاهی نسبت به برخی نیازها و فرصت‌ها افزایش می‌یابد.

معهدا، مباحث مورد نیاز برای بیمه افراد فقیر در دنیای بیمه و بیمه اتکایی هنوز شکل نگرفته است. بیمه‌گران دارای انبوهی از معلومات هستند. آنان نتوانستند به کوتاه کردن مسیر منحنی یادگیری بیمه‌گران خرد کمک کنند.

اعانه‌دهندگان نیز مجبور بودند به منظور هماهنگ کردن تلاش‌ها با فعالیت‌های بیمه گران خرد، اعانه‌دهندگان دیگر نظیر طرح‌های حمایت اجتماعی دولت و قوانین بیمه گران بخش‌های خصوصی ارتباطها را تسهیل کرده و اطلاعات را بین گروه‌ها تقسیم کنند. علاوه بر این آنان نیاز به کنترل مرتب عملکرد برنامه‌های بیمه‌های خرد موجود که به منظور حمایت برگزیده اند نیز توجه دارند.

عوامل متعددی برای دولت وجود دارند که نقش آنان را در تعیین مقررات در بیمه‌های خرد، نشان دهند. از دولت به عنوان ایفا کننده ۳ عملکرد یاد می‌شود :

ارائه پوشش از طریق برنامه‌های حمایت اجتماعی، ایجاد محیط قانون گذاری مناسب و تشویق بخش دولتی به بازار طبقات کم درآمد.

نظرات مثبتی در خصوص اشتراک مساعی ایجاد شده در کنفرانس و چگونگی گردهمایی متخصصین در شفاف سازی مجموعه اطلاعات، مطرح شد.

معمولاً، شرکت کنندگان در کنفرانس در خصوص اینکه بسیاری از سازمان‌ها نسبت به مبحث بیمه‌های خرد علاقه نشان داده‌اند، اشتراک نظر دارند و جالب توجه است که می بینیم مؤسسه اتکایی مونیخ‌ری طرحی بلندمدت ایجاد کرده است و گام‌های مؤثری برای اخذ نتیجه نیز برداشته است.

برای مثال ایجاد کنفرانس محلی به منظور دستیابی مؤثرتر به افراد مورد نظر در هند. این مطلب چیزی است که مؤسسه اتکایی مونیخ و CGAP که در خصوص مسئله بیمه خرد فعالیت می‌کنند در نظر دارند به آن عمل کنند. این کنفرانس، شروع یک فعالیت جدید است. به طور کلی، نتایج کنفرانس در واقع تقویت اهمیت بیمه‌های خرد در کشورهای در حال توسعه به عنوان ابزار اصلی برای کاهش آسیب‌پذیری افراد فقیر را مورد تأکید قرار داد.

واژگان کلیدی:

بیمه خرد، مونیخ‌ری.

منبع: