

پیاده‌سازی استاندارد ۴۳ در صنعت بیمه



درآمدی ناخالص و جداسازی خدمات غیربیمه‌ای از ریسک‌های بیمه‌ای.

یکی از پیچیده‌ترین ریزه‌کاری‌های اجرایی در شرکت‌های بیمه‌ای، مسئله تفکیک اجزای قرارداد در محصولات ترکیبی است. در بازار بیمه ایران، به‌ویژه در بیمه‌های عمر و سرمایه‌گذاری یا قراردادهای کلان درمان سازمانی، گاهی محصول ارائه‌شده ترکیبی از پوشش ریسک بیمه‌ای و خدمات مدیریت دارایی یا مدیریت اجرایی است. اگر بخش خدماتی به‌گونه‌ای باشد که ریسک بیمه‌ای قابل‌توجهی را به شرکت منتقل نکند و به لحاظ اقتصادی ماهیت مستقلی داشته باشد، شرکت بیمه موظف است این بخش از قرارداد را از سرفصل حق بیمه جدا و براساس منطق گام‌به‌گام استاندارد ۴۳ تحلیل کند. تخصیص قیمت معامله به این خدمات تفکیک‌شده (بر اساس قیمت فروش مستقل آنها) در صنعت بیمه ایران یک چالش تمام‌عیار است، زیرا اکچوئرها و سیستم‌های قیمت‌گذاری شرکت‌های بیمه، غالباً نرخ‌ها را به‌صورت یک بسته درهم‌تنیده و براساس حق بیمه فنی محاسبه می‌کنند و سازوکاری برای استخراج قیمت فروش مستقل خدمت غیربیمه‌ای در سیستم‌های اطلاعاتی فعلی (نظیر نرم‌افزارهای یکپارچه بیمه‌گری) پیش‌بینی نشده است. همین امر سبب می‌شود محاسبه بهای خدمت

در صنعت بیمه ایران، پیاده‌سازی استاندارد حسابداری شماره ۴۳ (درآمد ناشی از قرارداد با مشتریان) با یک پارادوکس مفهومی و ساختاری بسیار مهم آغاز می‌شود؛ چرا که براساس دامنه کاربرد این استاندارد، قراردادهای بیمه‌ای که شاکله اصلی عملیات و درآمدهای شرکت‌های بیمه را تشکیل می‌دهند (حق بیمه‌های صادره)، اساساً از شمول استاندارد ۴۳ خارج و تابع استانداردهای تخصصی خود (استاندارد ۲۸ و استانداردهای جایگزین آن در آینده) هستند. با این حال، این استثنا به هیچ‌وجه به معنای بی‌اهمیت بودن استاندارد ۴۳ در صنعت بیمه نیست. چالش اصلی، حیاتی و بسیار ظریف برای مدیران مالی و حساب‌رسان در این صنعت، مرزبندی دقیق و تفکیک عناصر قراردادی است. شرکت‌های بیمه علاوه بر صدور بیمه‌نامه، درآمدهای خدماتی متعددی دارند که کاملاً در سیطره استاندارد ۴۳ قرار می‌گیرند. همچنین برای بخش عظیمی از شبکه فروش صنعت، شامل کارگزاران، نمایندگان حقوقی و پلتفرم‌های استارت‌آپی فروش بیمه، این استاندارد دقیقاً استاندارد اصلی و مبنای مطلق شناسایی درآمد (کارمزدها) محسوب می‌شود. از این رو، نخستین گام در پیاده‌سازی این استاندارد در صنعت بیمه، تغییر نگرش از همه‌ورودی‌های حق بیمه است به سمت تحلیل محتوای اقتصادی هر جریان



سیدمحمدباقر آبادی

مدیریت یا مشاوره نهفته در درون یک قرارداد بیمه‌ای، نیازمند طراحی کاربرگ‌های اکچوئری-حسابداری و اعمال قضاوت‌های حرفه‌ای سنگین باشد.

بارزترین و عملیاتی‌ترین مصداق اجرای استاندارد ۴۳ در درون شرکت‌های بیمه ایرانی، پدیده رو به گسترش قراردادهای مدیریت اداری و اجرایی به‌ویژه در حوزه بیمه‌های درمان تکمیلی است. بسیار پیش می‌آید که یک سازمان بزرگ دولتی یا خصوصی صندوق درمان مستقلاً دارد و شرکت بیمه بدون آنکه ریسک خسارات درمان را بپذیرد، صرفاً در ازای دریافت یک حق‌الزحمه مدیریت یا کارمزد کارگزاری، از شبکه ارزیابان پزشکی، نرم‌افزارها و قراردادهای خود با بیمارستان‌ها برای پرداخت خسارات کارکنان آن سازمان استفاده می‌کند. در این حالت، شرکت بیمه قطعاً در قلمرو استاندارد ۴۳ قرار دارد. چالش اصلی در اینجا تشخیص دقیق تعهد عملکردی و تعیین زمان شناسایی درآمد است. آیا تعهد شرکت بیمه صرفاً فراهم کردن زیرساخت و آماده‌کار بودن در طول سال است و حق‌الزحمه باید به‌نسبت زمان شناسایی شود یا تعهد او پرداخت هر پرونده خسارت به‌صورت مجزاست و درآمد باید متناسب با تعداد پرونده‌های بررسی‌شده در هر مقطع زمانی تحقق یابد؟ علاوه بر این، موضوع حساس اصیل یا نماینده بودن در این قراردادها به‌شدت پرننگ است. شرکت‌های بیمه‌ای بعضاً کل وجوه دریافتی از بیمه‌گذار بابت تأمین خسارات را با حق‌الزحمه خود تلفیق می‌کنند و رویه‌های حسابداری متناقضی را در پیش می‌گیرند. استاندارد ۴۳ ملزم می‌کند که شرکت بیمه در قبال پرداخت خسارت درمان در این مدل، صرفاً یک عامل (Agent) است و فقط حق‌الزحمه مدیریت باید به‌عنوان درآمد (و نه حق‌بیمه) ثبت شود و وجوه مربوط به پرداختی بیمارستان‌ها، مبالغی امانی و گذری محسوب می‌شوند.

شایان ذکر است که تأثیرگذارترین و شاید پرچالش‌ترین حوزه اجرای استاندارد ۴۳ در صنعت بیمه ایران، مربوط به شبکه فروش اعم از شرکت‌های خدمات کارگزاری، نمایندگان حقوقی بزرگ و پلتفرم‌های دیجیتال مقایسه و خرید آنلاین بیمه است. برای این نهادها، کارمزد فروش بیمه‌نامه در واقع همان درآمد ناشی از قرارداد با مشتری (شرکت بیمه اصلی) است. تا پیش از این، عرف رایج شبکه فروش این بود که کارمزد را هم‌زمان با صدور

بیمه‌نامه و به‌صورت نقدی یا عندالمطالبه شناسایی می‌کردند اما استاندارد ۴۳ این رویه سنتی را کاملاً دگرگون می‌کند. شبکه فروش باید بررسی کند که آیا با صدور بیمه‌نامه، تعهد عملکردی او کاملاً ایفا شده است یا در طول عمر بیمه‌نامه تعهدات ضمنی و مستمری برای خدمات پس از فروش، پیگیری الحاقیه‌ها یا تسهیل دریافت خسارت بر عهده دارد؟ اگر تعهدات مستمری وجود داشته باشد، نمی‌توان کل کارمزد را در لحظه صدور بیمه‌نامه به‌عنوان درآمد شناسایی کرد، بلکه بخشی از آن باید به‌عنوان بدهی قراردادی ثبت شود و در طول دوره اعتبار بیمه‌نامه تخصیص یابد. این تغییر رویکرد می‌تواند مانده سود انباشته و ساختار شناسایی درآمد بسیاری از کارگزاران و استارت‌آپ‌های بیمه‌ای را به‌طور بنیادین دستخوش تغییر کند.

ادامه چالش شبکه فروش به موضوع بسیار حیاتی مابه‌ازای متغیر و قید محدودکننده آن در استاندارد ۴۳ گره می‌خورد. در صنعت بیمه، خطر برگشت کارمزد ناشی از فسخ بیمه‌نامه‌ها، ابطال یا کاهش سرمایه الحاقیه‌ها یک ریسک همیشگی است. براساس استاندارد ۴۳، کارگزار یا نماینده بیمه حق ندارد درآمد کارمزد را صددرصد قطعی فرض کند؛ بلکه اگر احتمال بالایی برای فسخ بیمه‌نامه و استرداد کارمزد وجود داشته باشد، باید مابه‌ازای متغیر را برآورد کند و معادل برگشت‌های موردانتظار، حسابی تحت عنوان بدهی استرداد در دفاتر خود نگهداری کند. همچنین در نقطه مقابل، کارمزدها و جوایز مشارکت در منافع، تارگت‌های حجمی فروش و بنوس‌های پایان سال که شرکت‌های بیمه به نمایندگان برتر و پلتفرم‌ها می‌دهند نیز نوعی مابه‌ازای متغیر است. شبکه فروش نمی‌تواند منتظر بماند تا سال مالی تمام شود و شرکت بیمه جایزه را ابلاغ کند، بلکه طبق استاندارد ۴۳ باید از همان ابتدا و متناسب با عملکرد، این مزایای تشویقی را برآورد و شناسایی کند. برآورد دقیق این اقلام، نیازمند دسترسی به داده‌های تاریخی فسخ‌ها، مدل‌سازی رفتار بیمه‌گذاران و اثبات قابلیت اتکای برآوردها در جریان حسابرسی است که ضعف سیستم‌های اطلاعاتی نمایندگان بیمه، این امر را به‌شدت دشوار می‌سازد.

در کنار این مباحث مفهومی، مانع بسیار بزرگ در مسیر اجرای این استاندارد در صنعت بیمه ایران، محدودیت‌های زیرساختی سامانه‌های بیمه‌گری متمرکز و الزامات نهاد ناظر است.

در ایران، هسته‌های سیستم‌های بیمه‌گری مستقیماً برای پاسخگویی به فرمت‌های گزارشگری سנהاب بیمه مرکزی و استانداردهای تخصصی بیمه (مثل آیین‌نامه ۵۸ و تلفیق حساب‌ها) کدنویسی شده‌اند. این سامانه‌ها اساساً فاقد فیلدهای محاسباتی برای تحلیل تعهدات عملکردی، بدهی‌های قراردادی خدمات غیربیمه‌ای یا تخصیص قیمت بر مبنای ارزش مستقل هستند. در نتیجه، زمانی که شرکت بیمه یا کارگزاری بخواهد رویدادی را براساس منطق استاندارد ۴۳ ثبت کند، سیستم به‌طور خودکار آن را با منطق بیمه‌ای (مثلاً حق‌بیمه صادره یا کارمزد کل) می‌خواند و به نهاد نظارتی مخابره می‌کند. این تضاد عمیق میان الزامات گزارشگری نهاد ناظر (که به‌شدت فرم‌گرا و مبتنی بر کدهای سنتی است) با تحلیل‌های ماهیتاً اقتصادی استاندارد ۴۳، سبب می‌شود مدیران مالی ناچار به تولید کاربرگ‌های اکسلی پیچیده موازی با سیستم شوند که خود ریسک خطای انسانی و ضعف کنترل‌های داخلی را به‌شدت بالا می‌برد.

در نهایت، مقوله ممیزی مالیاتی یکی دیگر از دست‌اندازهای جدی پیاده‌سازی این استاندارد در صنعت بیمه است. سازمان امور مالیاتی در ایران، همواره به درآمدهای شناسایی‌نشده (نظیر بدهی‌های قراردادی) یا به ذخایر برگشت کارمزد در دفاتر کارگزاران و نمایندگان با دیده تردید می‌نگرد و تمایل دارد هر وجه دریافتی یا هر صورت‌حساب صادره را بلافاصله مشمول مالیات کند. زمانی که یک کارگزار بیمه یا پلتفرم آنلاین براساس حکم استاندارد ۴۳، بخشی از کارمزد دریافتی خود را به دلیل تعهدات پشتیبانی ایفا نشده، به دوره‌های آینده منتقل می‌کند یا برای فسخ‌های احتمالی بدهی استرداد در نظر می‌گیرد، اثبات این مکانیزم‌های برآوردی برای میزان مالیاتی نیازمند گزارش‌های اکچوئری متقن، مستندسازی دقیق قضاوت‌های حرفه‌ای و یکپارچگی کامل قراردادهای فی‌مابین با شرکت بیمه‌گر است. بدون انسجام میان متون قراردادهای نمایندگی، داده‌های سیستم فناوری اطلاعات و گزارش‌های مالی، پیاده‌سازی استاندارد ۴۳ در صنعت بیمه در حد یک تعدیل حسابداری صرف در پایان سال باقی می‌ماند و کیفیت اطلاعات مالی ارائه‌شده را ارتقا نخواهد داد.

سید محمد باقر آبادی: دبیر کل انجمن حسابداران خبره ایران