

بررسی مسائل و مشکلات بیمه‌شدگان حرف و مشاغل آزاد و اختیاری در تعامل با سازمان تأمین اجتماعی

عباس عبدی

چکیده

تقاضا برای بیمه‌های اجتماعی از جانب آحاد مردم از اهم تقاضاهای اجتماعی در جوامع کنونی است و در مقابل، تفاوت نگرشها در خصوص چگونگی پاسخ دادن به این تقاضا نیز از اهم چالش‌های موجود نزد احزاب و گروههای سیاسی است. در هر حال افزایش مطلق و نسبی جمعیت تحت پوشش این بیمه‌ها نیز از اهم فرایندهای شناخته‌شده جوامع جدید است. اما این بیمه‌ها عموماً برای افراد مزد و حقوق‌بگیر طراحی و اجرا شده است. بیمه‌های اجباری در ذیل روابط سه‌گانه کارگر، دولت و کارفرما عمل می‌کنند، و در نتیجه بخش قابل توجهی از شاغلان - به طور مشخص کارکنان مستقل یا خویش‌فرما - که مزد و حقوق نمی‌گیرند و کارفرما نیز نیستند، خارج از این چارچوب می‌مانند، که برای آنان بیمه‌های اختیاری در نظر گرفته شده است که به لحاظ ساختاری متفاوت از بیمه‌های اجباری است، ضمن اینکه افراد دارای سابقه بیمه اجباری نیز برای ارائه بیمه خود در قالب اختیاری عمل می‌کنند. در ایران نیز به دلیل تعداد زیاد این نوع شاغلان اهمیت بیمه‌های اختیاری بیش از پیش شده و در پانزده سال اخیر رشد و گسترش این نوع بیمه‌ها در کشور چشمگیر بوده است. به همین منظور، ارزیابی مسائل و مشکلات آنان در تعامل با سازمان تأمین اجتماعی به بهبود روابط این نوع بیمه‌شدگان با سازمان کمک خواهد کرد.

مطالعه حاضر که با نمونه‌ای ۴۰۰ نفری از بیمه‌شدگان حرف و مشاغل آزاد و اختیاری در تهران انجام شده، نشان می‌دهد که حدود ۱۷ درصد آنان سابقه قطع قرارداد داشته‌اند، آگاهی‌های آنان در مسائل بیمه‌ای به طور بسیار جدی پایین و ناکافی است، و عده‌ای از آنان حتی انواع پوشش‌های بیمه‌ای خود را نمی‌دانند. اهم انگیزش‌های آنان به ترتیب بازنشستگی، درمان، ازکار افتادگی و فوت است، نگرش آنان به فلسفه بیمه اجتماعی مطابق با فلسفه این بیمه‌ها نیست، بلکه عموماً نگاه حمایتی از بیمه دارند و تأمین منابع مالی آن را وظیفه دولت می‌دانند. نگرش آنان نسبت به تفاوت بیمه‌های اجباری و اختیاری به نحوی است که فکر می‌کنند اختیاری‌ها هزینه‌های بسیار بیشتری می‌پردازند ولی تسهیلات خیلی کمتری دریافت می‌کنند. عموماً از فاصله زمانی پرداخت حق بیمه کنونی رضایت داشته ولی رضایت کلی آنان از بیمه کمتر از متوسط است. بیشتر پیشنهادها متمرکز بر کاهش هزینه‌های بیمه و سپس تقاضا برای افزایش تسهیلات و رفع تبعیض میان اختیاری‌ها و اجباری‌هاست.

۱. مقدمه

بیمه‌های اجتماعی از جهات مختلف به یکی از معضلات جدی جوامع امروزی بدل شده است. در جوامع صنعتی و پیشرفته، این بیمه‌ها به عنوان یکی از عناصر هویتی دولتهای رفاه شناخته می‌شود که با کاهش رشد اقتصادی در آنجا ابعاد این بیمه‌ها کم‌کم مورد پرسش قرار گرفته، و در جوامع رو به توسعه نیز افزایش روزافزون تقاضا برای بیمه‌های اجتماعی و کسب آرامش خاطر نسبت به آینده و ناتوانی دولتها در پاسخگویی مطلوب به این تقاضا نیز یکی از چالش‌های عمده این جوامع است.

قالب اصلی بیمه‌های اجتماعی، بیمه‌های اجباری است که در ذیل روابط کارفرما، کارگر و دولت شکل می‌گیرد و ساز و کارهای آن به نحوی است که تعارض چندانی در مؤلفه‌های این بیمه مشاهده نمی‌شود و معمولاً به این صورت است که حق بیمه به تناسب و به طور معمول از سوی کارفرما و کارگر و نیز دولت پرداخت می‌شود، و این پرداخت به نحوی است که کارگر در آن دخالت چندانی ندارد، زیرا سهم اصلی از سوی کارفرما، با سهم کمتر کارگر هر ماه قبل از پرداخت مزد و حقوق کسر و به حساب صندوق بیمه واریز می‌شود. و این مبالغ متناسب با دستمزد دریافتی است.

اما گروه دیگری از شاغلان هستند که خارج از این چارچوب قرار می‌گیرند؛ کارفرمایان و خویش‌فرمایان که دستمزدی دریافت نمی‌کنند از این جمله‌اند، یا کسانی که سابقه اجباری داشته‌اند و می‌خواهند کماکان این بیمه را ادامه دهند و در عین حال مزد و حقوق بگیر هم نیستند. این گروه‌ها که در ایران بخش مهمی از شاغلان را تشکیل می‌دهند خارج از بیمه اجباری قرار می‌گیرند، و از این رو برای آنان بیمه‌های اختیاری تعیین شده است، اما ساز و کار حاکم بر بیمه‌های اختیاری موجود به نحوی است که موجد نظامی منطقی در کلیت بیمه اجتماعی اختیاری نمی‌شود و به همین دلیل است که آثار و عوارض گوناگونی را در تعامل میان بیمه‌شونده و سازمان بیمه‌ای ایجاد می‌کند که پرداختن به آنها برای تخفیف این مشکلات مفید و ضروری است.

۲. تحول بیمه‌های اجتماعی و غیراجباری

اگر بیمه به معنای پخش خطرات احتمالی میان تعداد زیادی از افراد تعریف شود، به دلایل متعددی تقاضا برای بیمه در جوامع صنعتی و رو به توسعه افزایش می‌یابد، و به همین منظور اولین بار در آلمان (۱۸۸۳) نخستین قانون بیمه‌های اجتماعی تصویب شد و از آن پس تاکنون تحولات متعددی را در سیر بیمه‌های اجتماعی شاهد هستیم، به طوری که این تحولات از یک سو موجب افزایش افراد تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی شد، و از سوی دیگر تسهیلات و زمینه‌های بیشتری مشمول بیمه‌شدگان قرار گرفت، به طوری که حتی حمایت از خانواده و برخی از خدمات اجتماعی نظیر مراقبت از کودکان و سالمندان را نیز در بر گرفت. و در نهایت نیز بهره‌مندی از تأمین اجتماعی در ماده ۲۲ اعلامیه جهانی حقوق بشر به عنوان حقی در کنار سایر حقوق اجتماعی بشر شناخته شد و در نتیجه سهم قابل توجهی از تولید ناخالص داخلی کشورها به این موضوع اختصاص یافت که این سهم نزد کشورهای پیشرفته و صنعتی بیشتر است به طوری که متوسط آن برای کشورهای صنعتی در سال ۱۹۹۵ به حدود ۲۶/۸ درصد تولید ناخالص داخلی آنها رسید.

در مجموع می‌توان گفت که سیر تحول تأمین اجتماعی طی بیش از یک قرن گذشته به این شکل بوده است که در ابتدا افراد محدودی با پوشش بیمه‌ای محدودتر و بعضاً اختیاری در قالب بیمه‌های اجتماعی قرار گرفته‌اند، پوشش‌های بیمه‌ای عموماً با بیمه حوادث حین کار و در کارخانه‌ها شروع و سپس به مرور با پوشش‌های درمان، مستمری بازنشستگی و فوت، و بیمه

بیکاری تکمیل شده است و این بیمه‌ها تقریباً به همین ترتیبی که ذکر شد در اروپا به اجرا در آمد. از حیث افراد تحت پوشش نیز ابتدا جمعیت محدودی از کارگران تحت پوشش بیمه حوادث حین کار بودند اما به مرور این پوشش، افراد بیشتری را شامل شد، نه تنها تمامی کارگران مزدبگیر، بلکه شاغلان و سپس افراد دیگر را نیز در بر گرفت.

تحول دیگر در حوزه اختیار و اجبار نمایان شد، بدین معنا که بیمه‌های اجتماعی به مرور زمان از حالت اختیاری به سوی حالت اجباری تغییر جهت داد و به طور طبیعی اجباری شدن امر بیمه موجب دخالت روز افزون دولتها در این زمینه شد، دخالت از حیث قانونگذاری، دخالت از حیث نظارت و حتی اجرا و دخالت از حیث تأمین و تضمین منابع و چگونگی مصارف و... اجباری شدن نه تنها ضرورت دخالت دولت را فراهم کرد، زیرا که قاعده اجبار مستلزم وجود قوه اجبارکننده است که در انحصار دولتهاست، بلکه استدلال‌های دیگری نیز برای این دخالت ارائه شد. از جمله این که وجود پدیده‌هایی چون بیکاری، بیماری، حوادث حین کار، بارداری و مرگ و امثال آن چنان نیست که فقط برای افرادی که مستقیماً گرفتار آنها می‌شوند ایجاد مشکل کند، بلکه غیرمستقیم بر دیگران نیز تأثیر دارد، از این حیث دخالت دولتها ضروری دانسته شد.

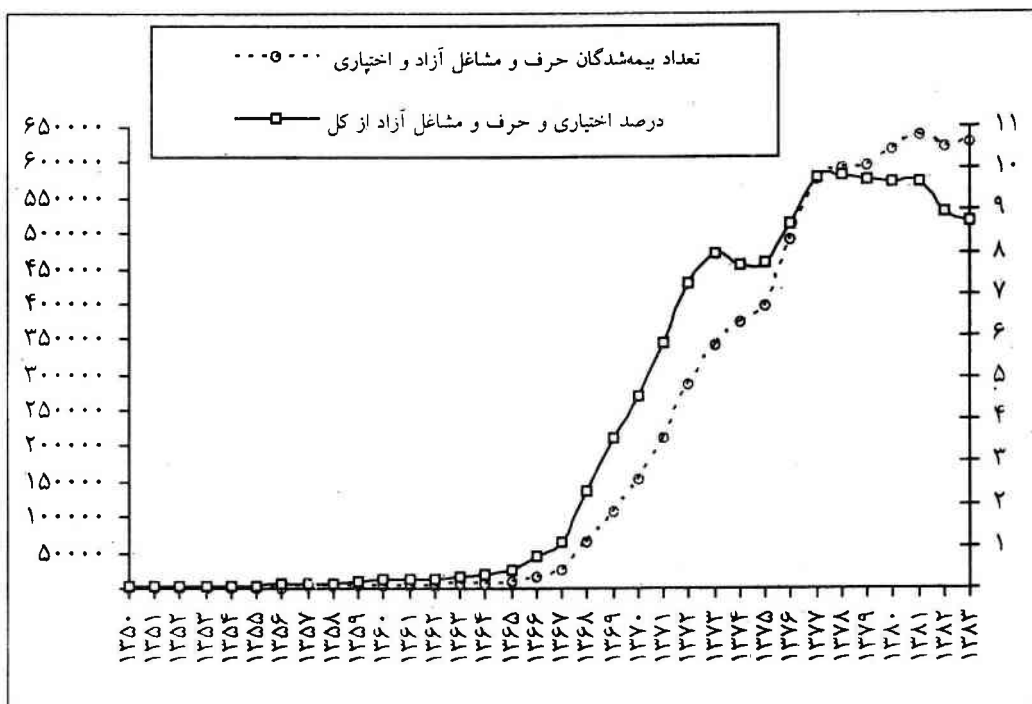
بیمه‌های اجتماعی در ایران نیز سیری مشابه سیر کلی آن در جهان صنعتی داشته است، و ابتدا کارکنان دولت و سپس کارگران را در پوشش‌های محدودی در برمی‌گرفت و به مرور زمان این امر گسترش یافت و بیشتر کارکنان و مزدبگیران را در بر گرفت، ضمن این که پوشش‌های بیمه‌ای نیز گسترش یافته و حتی در سالهای اخیر بیکاری نیز مشمول بیمه تأمین اجتماعی شده است. در سال ۱۳۶۵ نیز بیمه حرف و مشاغل آزاد (غیر مزدبگیر) قانونی و قابل اجرا شد و قبل از آن نیز بیمه اختیاری برای افرادی که حداقل یک سال بیمه اجباری داشته‌اند و سپس بیمه آنها قطع شده، مقرر شده بود.

پس از اجرای قانون بیمه حرف و مشاغل آزاد و نیز گسترش فرهنگ بیمه‌ای، تعداد بیمه‌شدگان اختیاری و حرف و مشاغل آزاد سرعت افزایش یافت به طوری که تعداد این دو نوع بیمه‌شدگان که در سال ۱۳۶۵ فقط ۴۳/۰ درصد کل بیمه‌شدگان بود، در سال ۱۳۷۸ به رقم ۸۷/۹ درصد بیمه‌شدگان رسید و از رقم ۸۴۰۱ نفر در سال ۱۳۶۵ به ۵۹۰,۲۴۲ نفر در سال ۱۳۷۸ رسید که رشد بسیار چشمگیری است. اما مشکلی در این میان وجود داشت، بدین معنا که اصول حاکم بر بیمه‌های اجتماعی اجباری نه بر اساس قرارداد بلکه بر اساس قانون است و ریسک کل جامعه بیمه‌شونده در نظر گرفته می‌شود، ولی در بیمه‌های اختیاری سازمان بیمه‌گر و فرد

بیمه‌شونده برحسب شرایط خاص خود اقدام به توافق می‌کنند، و اصول و ضوابط حاکم بر این دو نوع بیمه‌ها کاملاً متفاوت است.

بیمه اختیاری عموماً براساس قرارداد و شناخت از سطوح ریسک فردی است اما واقعیت این است که در بیمه اختیاری و حرف و مشاغل آزاد فعلی از یک سو اختیار حاکم است و از سوی دیگر ریسک کلی در نظر گرفته می‌شود و بیمه بر اساس قانون و نه قرارداد منعقد می‌شود و این مسئله موجب بروز اشکالاتی در ساختار این بیمه‌ها می‌شود و اختلالاتی جدی در روند و به رشد آن ایجاد می‌کند و رغبت سازمان بیمه‌گران نیز در پذیرش این بیمه کاهش می‌دهد و به موانع عدیده در راه گسترش این بیمه‌ها می‌انجامد.

نمودار بیمه‌شدگان حرف و مشاغل آزاد و اختیاری سازمان تأمین اجتماعی



۳. زمینه‌های بیمه‌های اختیاری و حرف و مشاغل آزاد

زمینه بیمه‌های اختیاری و حرف و مشاغل آزاد به دو مسئله تعداد بیکاران و سهم خوداشتغالی از ساختار شغلی جامعه مربوط می‌شود. در جامعه ایران برخلاف جوامع صنعتی، سهم خوداشتغالی نسبتاً بالاست.

جدول شماره ۱. سهم خوداشتغالی در برخی کشورهای صنعتی (۱۹۹۰)		
کشور	از کل اقتصادی	از مجموع اشتغال بخش غیرکشاورزی
کانادا	۹/۴	۷/۵
فرانسه	۱۵/۰	۹/۱
آلمان	۱۱/۰	۸/۰
ایتالیا	۲۹/۱	۲۲/۲
ژاپن	۲۳/۶	۱۱/۶
بریتانیا	۱۴/۱	۱۲/۴
ایالات متحد	۱۰/۸	۷/۷

اما در ایران افراد مزد و حقوق‌بگیر (اعم از دولتی و خصوصی) تقریباً نیمی از جمعیت شاغل را تشکیل می‌دهند.

جدول شماره ۲. ساختار وضع شغلی در ایران (۱۳۸۱ - ۱۳۳۵)*							
سال	۱۳۳۵	۱۳۴۵	۱۳۵۵	۱۳۶۵	۱۳۷۰	۱۳۷۵	۱۳۸۱
مزد و حقوق‌بگیر	۴۵/۶	۴۶/۴	۵۳/۹	۴۸/۴	۵۱/۱	۵۲/۱	۵۲/۲
سایر*	۵۴/۴	۵۳/۶	۴۶/۱	۵۱/۶	۴۸/۹	۴۷/۹	۴۷/۸

* شامل کارفرمایان، کارکنان مستقل و کارکنان فامیلی می‌شود.

افراد غیر مزدبگیر یا خویش فرما در روستاها و مشاغل کشاورزی، عمده‌فروشی، خرده‌فروشی، حمل و نقل و انبارداری و افراد با سن بالاتر و سطوح تحصیلی پایین‌تر، بیشتر هستند که در نتیجه می‌توان گفت به نسبت بیشتری از طبقات پایین‌تر و فقیرتر جامعه هستند. همچنین جمعیت بیکار کشور رو به تزاید بوده به طوری که در پایان سال ۱۳۸۱ حدود ۳/۱ میلیون نفر بیکار در کشور وجود داشته است که البته یک‌چهارم این افراد کسانی هستند که قبلاً شاغل بوده و بعد بیکار شده‌اند که طبعاً آنان دارای سوابق بیمه‌ای بوده‌اند.

۳. سیر تحول قانونی بیمه‌های اختیاری و حرف و مشاغل آزاد

بیمه‌های اختیاری اولین بار در ماده ۶ قانون بیمه‌های اجتماعی کارگران در سال ۱۳۳۷ بدون ذکر کلمه اختیاری تصویب شد و آیین‌نامه آن در سال ۱۳۴۱ به تصویب شورای عالی سازمان بیمه‌های اجتماعی رسید که افراد دارای ۵ سال سابقه پرداخت حق بیمه می‌توانند به صورت اختیاری بیمه بازنشستگی و فوت را با ۷ درصد حق بیمه ادامه دهند و هر ماه حق بیمه را به سازمان پرداخت کنند. در سال ۱۳۵۵، سابقه پرداخت بیمه به حداقل یک سال کاهش یافت ولی حق بیمه بازنشستگی ۱۲ درصد و با اضافه شدن فوت و ازکارافتادگی ۱۸ درصد و برای خدمات درمانی و بهداشتی نیز ۹ درصد تعیین شد و شرایط عیناً مطابق بیمه‌های اجباری بود. در سال ۱۳۷۴ مآخذ ۹ درصد برای حق بیمه درمان حذف و به جای آن حق بیمه سرانه به ازای هر فرد بیمه شده تعیین شد. در سال ۱۳۸۰ آیین‌نامه محدودکننده دیگری تصویب شد که از یک سو شرایط سنی برای بیمه شده قرار داد، و از سوی دیگر حداقل مآخذ کسر حق بیمه را به ۱/۳ برابر حداقل دستمزد افزایش داد، و نرخ بیمه را به ۲۱ درصد رساند که شامل هر سه نوع پوشش بازنشستگی، فوت و ازکارافتادگی می‌شد و الزاماً باید انتخاب می‌شد و جالب این که افراد ازکارافتاده‌ای که بیمه می‌شدند از شمول این پوشش حذف می‌شدند ولی اجباراً باید حق بیمه ازکارافتادگی را پرداخت می‌کردند!

بیمه حرف و مشاغل نیز برای اولین بار در سال ۱۳۳۴ در تبصره ماده ۴ قانون بیمه‌های اجتماعی اشاره و در قوانین بعدی نیز به آن پرداخته شد ولی هیچ‌گاه دولت مکلف به انجام آن نبود. در قانون تأمین اجتماعی سال ۱۳۵۴ حق بیمه ۳۰ درصد از درآمد مقطوع برای این گروه در نظر گرفته شد (در ۱۴ گروه درآمدی) که طبعاً به علت بالا بودن درصد حق بیمه استقبال نشد، اما

در سال ۱۳۶۵ با اصلاح قانون تأمین اجتماعی، سازمان تأمین اجتماعی مکلف شد که صاحبان حرف و مشاغل آزاد را بیمه کند. مبنای مأخذ حق بیمه میان حداقل و حداکثر دستمزد قانون و به انتخاب بیمه شونده تعیین شد و سه پوشش بازنشستگی (۱۲ درصد) بازنشستگی و فوت (۱۴ درصد) بازنشستگی، فوت و ازکار افتادگی (۱۸ درصد) به انتخاب بیمه شونده بود و ۳ درصد نیز سهم دولت در حق بیمه پرداختی تعیین شد. به مرور حرف و مشاغل متعددی مشمول این قانون شدند و البته شرط سنی نیز برحسب میزان سابقه بیمه‌ای جزو ضوابط پذیرش شد.

پوشش‌های بیمه‌ای این دو نوع بیمه‌شدگان (اختیاری و حرف و مشاغل) شامل درمان، بازنشستگی، فوت و ازکار افتادگی می‌شود. اما در خصوص درمان تفاوت‌های آنان به بیمه‌های اجباری قابل توجه است، از یک سو حق بیمه را به صورت سرانه پرداخت می‌کنند، و از سوی دیگر تسهیلات آنان در بیمه درمان به لحاظ پرداخت فرانشیز و استفاده از تمامی مراکز درمانی، با بیمه‌های اجباری فرق دارد. ضمن این که از برخی تسهیلات مثل پروتز محروم هستند، اما در عمل به نظر می‌رسد که حتی با این نوع تفاوت‌ها نیز هزینه این نوع بیمه‌شوندگان به سازمان بیش از بیمه‌های اجباری است.

در حالی که متوسط هزینه درمانی مذکور در سال ۱۳۸۰ برابر ۲۱,۷۸۰ ریال است، متوسط این هزینه برای گروه خویش فرمایان در سال مذکور برابر ۳۳,۷۷۰ ریال یعنی ۵۵ درصد بیش از متوسط هزینه کلیه بیمه‌شوندگان سازمان خدمات درمانی بوده که نشان‌دهنده بالا بودن متوسط هزینه مذکور از دیگر اقشار شهری برای خویش فرمایان است و جالب این که هزینه فوق برای خویش فرمایان استان تهران نیز خیلی بالاتر از دیگر مناطق است و در سال مذکور به رقم ۵۱,۵۹۴ ریال یعنی حدود ۱۴۰ درصد بیش از میانگین کل هزینه درمان بالغ شده است. همین مسئله است که بررسی‌های دیگر نیز نشان داده است کارگران بخش غیررسمی به طور مرتب بیمه درمان را به عنوان فوری‌ترین نیاز بیمه‌ای خود اعلام کرده‌اند. در واقع همین فوریت و نیاز آنی است که آنان را راغب به پذیرش بیمه‌های اجتماعی و درمانی کرده است.

این مسئله در پژوهش‌های دیگر نیز ثابت شده است که هزینه سرانه درمان استانهای بهره‌مند مثل تهران و اصفهان نسبتاً بالاتر از استانهای محروم است. همچنین در طرح نظام جامع تأمین اجتماعی آمار ارائه شده معرف آن است که متوسط هزینه‌های سازمان بیمه خدمات درمانی

برای اقبال مختلف به گونه‌ای است که خویش‌فرمایان به طور متوسط ۸ تا ۹ برابر کل اقبال دیگر هزینه مذکور را تحمیل کرده‌اند.

در خصوص مزایا و پوشش‌های بلندمدت نیز تغییرات چشمگیری قابل مشاهده است که در نتیجه، این تغییرات هزینه‌های زیادی را به صندوق بیمه‌ای تحمیل می‌کند. عوامل متعددی که بر مزایای بلندمدت تأثیر شدید دارد، در این گونه بیمه‌ها در جامعه ایران دچار تحول شده و لزوم نوعی بازنگری جامع را ضروری ساخته است. البته ممکن است سخت‌تر کردن ضوابط به حذف عملی بیمه‌های اختیاری منجر شود، اما سهولت در ضوابط و بهبود مزایا نیز حتی المقدور باید به کمک دولت انجام گیرد و صندوق تأمین اجتماعی تبدیل به صندوق ذخیره ریالی حکومت برای جبران مشکلات دیگر نشود، و هر نوع اتخاذ تصمیمی باید با توجه به هزینه‌ها و درآمدهای منطقی صندوق صورت گیرد و ارائه مشوق‌ها به بیمه‌شوندگان از خلال حمایت‌های دولت انجام شود. فراموش نشود که صندوق بیمه‌های اجتماعی بین نسلی است و متعلق به همه نسل‌هاست و هیچ فرد یا نسل معینی نمی‌تواند به نفع خود و علیه افراد یا نسل‌های دیگر از این صندوق بهره‌برداری غیر منطقی کند. بدین خاطر می‌توان گفت ضوابط و مقرراتی که برای بازنشستگی‌های پیش از موعد تصویب شده، نوعی از این بهره‌برداری‌های غیرمسئولانه است و اگر توجه کنیم که این مسئله چه تأثیر مخربی بر منابع صندوق دارد، به اهمیت این سیاست‌ها بیشتر پی خواهیم برد. البته بازنشستگی‌های پیش از موعد با هدف جایگزین کردن کارگران جدید و کاهش بیکاری اجرا شد. اما تجربه ایران نشان داده است که افراد بازنشسته مذکور بلافاصله در جای دیگری شاغل می‌شوند. دلیل این امر هم روشن است، زیرا برخی مطالعات نشان داده است که افراد بازنشسته در موقع ترک شغل باید حداقل ۷۰ درصد درآمد زمان اشتغال را برای حفظ سطح معیشت خود دریافت کنند و با وضع فعلی بازنشستگی در ایران معمولاً چنین امری رخ نمی‌دهد و فرد برای جبران کمبود به اشتغال مجدد روی می‌آورد.

عامل دیگری که بر هزینه‌های بلندمدت تأثیر منفی گذاشته موضوع طول عمر است. در سال ۱۳۷۶ امید به زندگی در ایران ۶۱/۶ سال بود، و در سال ۱۳۸۲ به رقم ۷۱/۴ سال بالغ شد. به عبارت دیگر طی این مدت ۱۰ سال به متوسط طول عمر افراد اضافه شده بنابراین روشن است که اگر بیمه‌شوندگان در دهه ۶۰ با ۲۵ سال حق بیمه پرداختی و مثلاً در سن ۵۵ سالگی بازنشسته می‌شدند، به طور متوسط چیزی در حدود ۷ سال مقرری بازنشستگی دریافت می‌کردند، البته

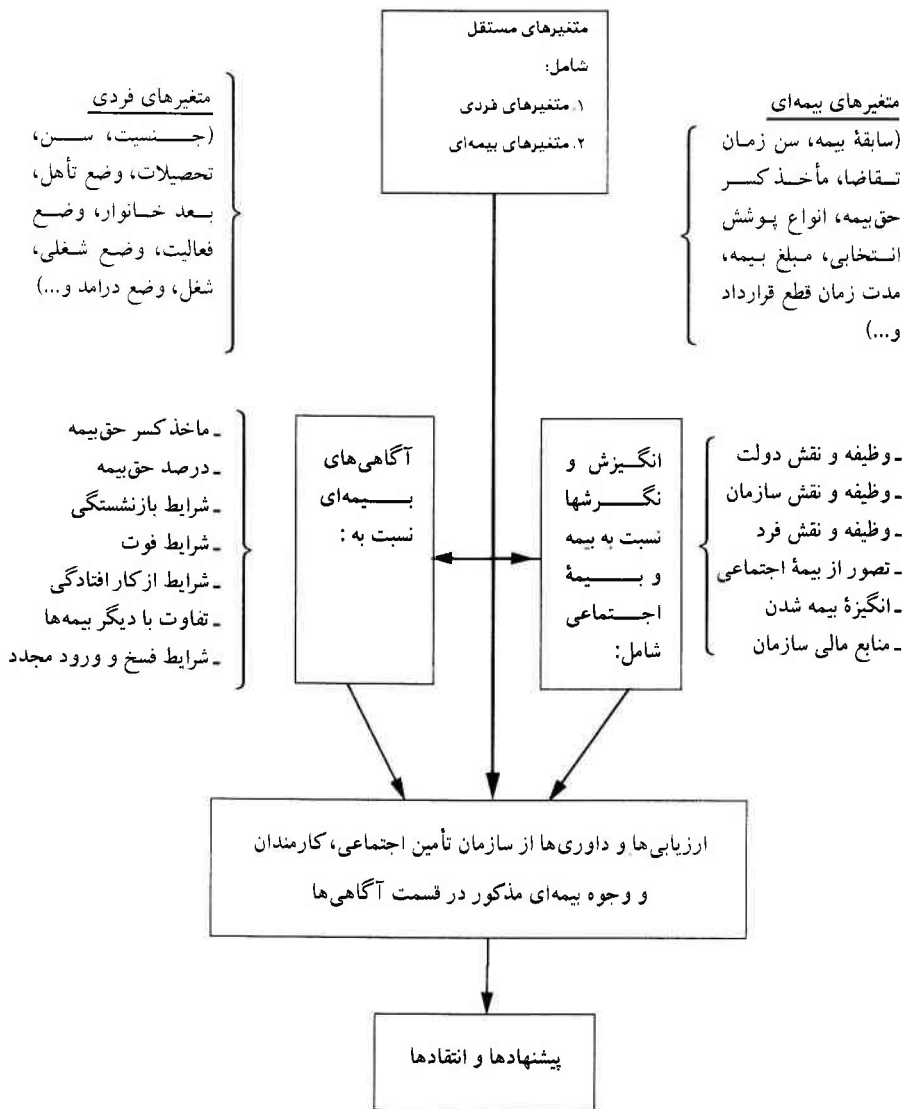
مقرری فوت نیز پس از بازنشستگی ادامه می‌یافت، اما آن نیز به دلیل پایین بودن امید به زندگی برای همسر احتمالاً چندان طولانی نبود. اما در سال ۱۳۸۲ که متوسط پرداخت حق بیمه و کار نیز کمتر شده بود، فردی که با ۲۰ سال سابقه و مثلاً در سن ۵۰ سالگی بازنشسته می‌شد، حداقل ۲۰ سال حق بازنشستگی دریافت می‌کرد. به عبارت دیگر در وضعیت جدید به ازای هر سال حق بیمه، یک سال مقرری بازنشستگی دریافت می‌شود، در حالی که در وضعیت گذشته به ازای هر ۳/۵ سال پرداخت حق بیمه یک سال مقرری بازنشستگی دریافت می‌شد و این فشار زیادی بر منابع صندوق‌ها تحمیل می‌کند.

به عنوان نمونه می‌توان به کاهش سن بازنشستگی در صندوق بازنشستگی کشور طی ۵ دهه گذشته که از تأسیس نظام تأمین اجتماعی در ایران می‌گذرد، اشاره کرد که به طور متوسط میانگین سن بازنشستگان این صندوق از ۵۴ سال در دهه ۱۳۳۰ به ۵۱/۶ سال در سال ۱۳۸۲ کاهش یافته است و فقط طی سالهای ۱۳۸۰ تا ۱۳۸۲ نسبت بازنشستگی قبل از پنجاه سالگی از ۶۵ درصد به ۷۸ درصد رسیده است که ۹۳ درصد کل بازنشستگی‌ها در این سال قبل از ۶۰ سال بوده است. و اگر توجه کنیم که متوسط امید به زندگی طی این پنج دهه حدود بیست سال افزایش یافته، در این صورت تفاوت عمیق میان پرداخت حق بیمه اجتماعی برای دوران کنونی بازنشستگی با گذشته روشن می‌شود.

به طور کلی طی چند دهه گذشته شرایط و قوانین بازنشستگی بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی از چند جهت تغییر یافته است. از یک طرف حداقل سن بازنشستگی کم شده و از طرف دیگر سوابق بیمه مورد نیاز کاهش یافته است و بالاخره ضوابط پرداخت حق بیمه بازنشستگی به نفع بیمه‌شدگان تغییر یافته است و هر سه مورد کفه هزینه و منافع را کاملاً به نفع بیمه‌شونده و علیه صندوق رقم زده است. اهمیت مسئله بازنشستگی به حدی است که طرح پژوهشی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی از میان چند پیشنهاد برای رفع بحران از سازمان تأمین اجتماعی در دو موردش به مسئله بازنشستگی اشاره دارد.

۵. چارچوب مفهومی

برای انجام پژوهش الگوی هزینه و فایده در ذیل چارچوب مفهومی معینی مطابق شکل زیر در نظر گرفته شد.



۶. مشخصات جامعه آماری و حجم نمونه

جامعه آماری شامل کلیه بیمه شدگان (فعال) اختیاری و حرف و مشاغل آزاد در ۳۰ شعبه تأمین اجتماعی تهران و شهرری در پایان سال ۱۳۸۳ هستند که جمعاً ۷۱۲۵۶ نفر اختیاری و ۴۷۸۴۴ نفر حرف و مشاغل آزاد بوده‌اند و کل این ۳۰ شعبه به پنج منطقه تقسیم شده و به تناسب نمونه‌ها برحسب اختیاری و حرف و مشاغل در پنج منطقه به نسبت تعداد بیمه شده جمعاً در ۱۱ شعبه انتخاب شدند و پرسشنامه به صورت حضوری و هنگام مراجعه بیمه شدگان برای پرداخت حق بیمه در پاییز سال ۱۳۸۴ تکمیل شد و بخشی از اطلاعات پرسشنامه‌ها که مربوط به پرونده بیمه شونده است از پرونده‌های آنان اخذ و تکمیل شده است.

مطالعه مقدماتی در خصوص کلیه بیمه شوندگان (اعم از اختیاری و اجباری) شعبه یک تأمین اجتماعی معرف نتایج زیر درباره این بیمه شدگان بود.

- ۲۵ درصد بیمه‌های اختیاری را زنان و فقط ۵/۰ درصد بیمه‌های حرف و مشاغل آزاد را زنان تشکیل می‌دهند.
- ۶۱ درصد بیمه شدگان اجباری دارای همسر هستند ولی بیمه شدگان اختیاری و حرف و مشاغل حدوداً ۸۷ درصدشان دارای همسر هستند.
- در بیمه اجباری هر فرد بیمه شده حدوداً یک فرزند تحت تکفل دارد، ولی بیمه شدگان اختیاری و حرف و مشاغل جمعاً هر فرد حدوداً ۱/۸ فرزند تحت تکفل دارد.
- بیمه شدگان حرف و مشاغل به نسبت بیشتری از اختیاری‌ها پوشش درمان را انتخاب می‌کنند. این نتایج معرف تفاوت ریسک در بیمه شدگان اختیاری و اجباری است.

۷. نتایج پژوهش

۱. اکثریت قاطع این گونه بیمه شدگان بویژه بیمه‌های حرف و مشاغل را در تهران آقایان تشکیل می‌دهند که جمعاً حدود ۹۰ درصد بیمه شدگان هستند. همچنین از میان آنان فقط حدود ۶ درصد مجرد هستند و قاطبه آنان را متأهلان تشکیل می‌دهند که البته بخشی از این افراد مجرد نیز در واقع افراد دیگری را تحت تکفل خود دارند و صرفاً ۴ درصد پاسخگویان مجردند و هیچ فرد تحت تکفلی هم ندارند. متوسط سن بیمه شدگان در مقطع پژوهشی حدود ۴۵ سال است، به لحاظ سطح سواد و تحصیلات، همه سطوح تحصیلی را شامل می‌شوند، ولی به نظر می‌رسد

که باسوادترها در مقایسه با جامعه آماری سهم بیشتری را در نمونه دارند. حدود ۸۴/۳ درصد افراد مذکور شاغل هستند و ۹/۳ درصد نیز بیکارند، بنابراین، نزدیک به ۹۴ درصدشان فعال هستند و حدود ۶ درصدشان در حال حاضر غیرفعال بوده‌اند. از میان شاغلان نزدیک به ۳۰ درصد کارفرما و بیش از نیمی کارکن مستقل هستند، اما نکته مهم این است که حدود ۱۵/۷ درصد آنان مزد و حقوق‌بگیر بخش خصوصی هستند و طبق قانون عموماً می‌بایست در قالب بیمه اجباری قرار گیرند، که به دلیل پرهیز کارفرمایان از بیمه کردن، آنان پذیرفته‌اند خودشان بیمه شوند، البته بعضاً برای پرهیز از قطع بیمه به دلیل بیکاری مکرر و مشکلات انعقاد قرارداد بعدی، کارگر هم ترجیح می‌دهد که این وضع ادامه داشته باشد، یعنی بیمه اختیاری را در مشاغل غیرمطمئن و فاقد امنیت شغلی بر بیمه اجباری ترجیح می‌دهد. نکته مهم این است که نسبت زنان در وضعیت شغلی مزدبگیری نزد بیمه‌شدگان اختیاری بیشتر از مردان است، و این حکایت از موقعیت نازل‌تر آنان در بازار کار دارد. البته زنان بیمه‌شده در مقایسه با سطوح تحصیلی مردان دارای تعداد بیشتری هستند که می‌تواند به دو دلیل باشد، یکی بالاتر بودن درآمد این زنان نسبت به زنان دیگر که زمینه را برای پرداخت هزینه بیمه اختیاری آنان فراهم می‌کند، دیگری اهمیت یافتن استقلال مادی و اتکا به خویش در حال حاضر، و آینده نزد زنانی که تحصیلات بیشتری دارند.

متوسط سطح درآمد افراد بیمه‌شده‌ای که در حال حاضر درآمد دارند، برابر ۳۸۴ هزار تومان در ماه است، که به نظر می‌رسد از متوسط سطح درآمد مشابه آنان در جامعه بالاتر است که این امر تأثیر درآمد را بر گرایش به بیمه اجتماعی نشان می‌دهد.

اکثریت بیمه‌شدگان اختیاری هستند که این مسئله برحسب آمار موجود از بیمه‌های اختیاری تهران بزرگ استنباط شده است (حدود ۶۰ درصد) گرچه در سطح کشور تعداد بیمه‌شدگان اختیاری کمتر از حرف و مشاغل آزاد است. متوسط سابقه بیمه‌ای آنان قبل از اولین تقاضا به طور متوسط حدود ۷/۲ سال بوده است. و احتمالاً در حال حاضر به طور متوسط دارای سابقه بیمه‌ای ۱۲ تا ۱۳ سال هستند.

حدود ۱۷ درصد آنان سابقه قطع قرارداد دارند، که بیشتر فقط یک بار قطع قرار داد داشته‌اند، حدود ۴۰ درصد آنان احتمال زیاد و خیلی زیاد می‌دهند که در دو سال آینده بیکار شوند و حدود ۳۵ درصد هم احتمال زیاد و خیلی زیاد می‌دهند که قراردادشان به دلیل مشکلات مالی در آینده به طور دائم یا موقت قطع شود.

بیمه‌های اختیاری و حرف و مشاغل از اواسط دهه ۶۰ رشد و گسترش خود را شروع کرد و از سال ۱۳۶۵ شاهد این رشد هستیم، به طوری که تعداد آنان از ۳۲/۰ درصد کل بیمه‌ها در سال ۱۳۶۴ به حدود ۹/۹ درصد کل بیمه‌شدگان در سال ۱۳۷۸ رسید، ولی از آن پس روند مذکور تعدیل شد، که این افزایش تعداد به دلایلی از جمله تصویب قانون بیمه‌های حرف و مشاغل آزاد و نیز بالا رفتن بیکاری و رواج فرهنگ بیمه‌ای و نیز تسهیلات قابل توجهی بود که در شرایط بازنشستگی و پرداختهای مستمری و دیگر پرداختها بوجود آمد.

۲. آگاهی‌های بیمه‌ای نزد پاسخگویان کاملاً پایین و کم است و این امر تأثیرات نامطلوبی بر تعامل آنان با سازمان تأمین اجتماعی و حتی محیط دارد. تعداد قابل توجهی از آنان حتی نمی‌دانند چه پوشش‌های بیمه‌ای دارند، بجز دو پوشش بازنشستگی و درمان نزدیک به ۲۵ درصد آنان از وجود پوشش‌های فوت و ازکارافتادگی در بیمه خود اطلاعی ندارند. آگاهی آنان به منابع مالی سازمان تأمین اجتماعی تقریباً نزدیک به واقعیت است، گرچه ۱۲ درصد افراد مهمترین منبع مالی سازمان را اشتباه معرفی کرده‌اند، و در جمع برای کمکهای دولت در تأمین این منابع بیش از حد بها داده‌اند، و همین امر احتمالاً منشأ اشکالات بعدی در قضاوتها و داوری‌های آنان است. آگاهی افراد نسبت به وجوه بیمه‌ای چون مأخذ کسر حق بیمه، درصد حق بیمه و... بسیار اندک و بعضاً در حد صفر است، و بیشترین آگاهی درباره ازکارافتادگی بوده که آن نیز زیر ۵۰ درصد است و تنها یک‌چهارم افراد پاسخ کاملاً صحیح در این زمینه داده‌اند. حدود نیمی از افراد هم هیچ‌گونه اطلاعی از جزئیات بیمه فوت نداشته‌اند، شرایط بازنشستگی ساده را نیز عموماً غلط گفته‌اند.

آگاهی از واقعیت‌های بیمه‌ای چون مبلغ مستمری بازنشستگی و مقرری‌های فوت و ازکارافتادگی، از بدیهی‌ترین مسائلی است که بیمه‌شونده باید واجد آن باشد، که در این زمینه‌ها از حداقل ۲۵/۸ درصد در مستمری بازنشستگی تا ۶۷/۰ درصد در مقرری ازکارافتادگی اظهار بی‌اطلاعی از مبلغ کنونی آن کرده‌اند و بقیه هم که اظهار اطلاع کرده‌اند، به طور متوسط حدوداً ۲۰ درصد بیشتر از مبلغ واقعی ابراز داشته‌اند.

اطلاعات و آگاهی‌های بیمه‌شوندگان در خصوص بیمه‌های اجباری از این حیث که آنان تسهیلات بهتری دریافت می‌کنند درست است، اما از این حیث که فکر می‌کنند آنان هزینه‌های کمتری به سازمان می‌پردازند غلط است، ضمن این که در این مورد هم درصدهای قابل توجهی از افراد

اظهار بی‌اطلاعی از تفاوت دو نوع بیمه اجباری و اختیاری کرده‌اند. اکثریت پاسخگویان معتقدند که هیچ راهنمایی‌ای در خصوص آگاهی‌های بیمه‌ای از طرف سازمان به آنان ارائه نشده است. انگیزش‌های بیمه‌شوندگان به نسبت روشن است، به ترتیب پوشش بازنشستگی و درمان، از کار افتادگی و فوت برای آنان اهمیت داشته است. آنان در خصوص این که چه کسی می‌بایست حق بیمه را بپردازد نظر و نگاهی متفاوت با واقعیت موجود دارند، و حدود دو سوم آنان معتقدند که حق بیمه را باید دولت یا حداقل بیشتر آن را دولت بدهد، و فقط ۸/۳ درصد افراد معتقدند که همه یا حداقل بخش بیشتر حق بیمه را فرد بدهد. و از آنجا که اکثریت (حدود دو سوم آنان) با فلسفه بیمه که پس‌اندازی برای آینده و تأمین آسایش خاطر است موافق هستند، می‌توان نتیجه گرفت که با احتساب گزاره قبلی، اجرای چنین فلسفه‌ای را وظیفه دولت می‌دانند، و انتظار آنان از بیمه چنان است که بیمه موجود خود را چندان مطابق با این فلسفه نمی‌دانند و فقط حدود ۵۰ درصدشان با چنین انطباقی موافق هستند.

انتظار دیگر این افراد در خصوص پرداختهای بازنشستگی، فوت و از کار افتادگی با واقعیت موجود فاصله بسیاری دارد، و به طور متوسط برای هرکدام بالای سیصد هزار تومان در ماه انتظار پرداخت دارند.

پاسخگویان معتقدند که به بیمه‌های اجباری خدمات و تسهیلات بیشتر و بهتری ارائه می‌شود، در حالی که هزینه بیشتری به بیمه‌های اختیاری تحمیل می‌شود و این وضع را عادلانه نمی‌دانند. به همین دلیل نزدیک به سه چهارم آنان معتقدند که تسهیلات و خدمات ارائه شده از سوی سازمان به بیمه‌های اختیاری متناسب با حق بیمه‌های پرداختی آنان نیست.

نگاه به بیمه درمان سازمان و خدمات درمانی و بهداشتی آنچنان مثبت نیست، هم از حیث تنوع مراکز درمانی و سهولت دسترسی به آنها و هم از حیث تجهیزات درمانی و کادر پزشکی دیدگاه‌های منفی بیش از مثبت است، و فقط در مورد برخورد کارکنان و کادر پزشکی دیدگاه‌های مثبت بیشتر است، که در این مورد هم حدود یک سوم ارزیابی منفی‌ای از این برخوردها داشته‌اند. اکثریت افراد انجام معاینات پزشکی و کمیسیون پزشکی را امری ضروری تلقی کرده‌اند، گرچه از برخی جهات به آن اعتراض نیز داشته‌اند.

ارزیابی از برخورد کارکنان شعب سازمان در تهران به نسبت مثبت بوده و حدود دو سوم افراد مخالف این عقیده بوده‌اند که برخورد با آنان از سوی کارکنان غیرمحترمانه و ناصحیح بوده است.

بیشتر افراد از نحوه پرداخت قسطی (سه ماه یک بار) حق بیمه رضایت داشته‌اند، گرچه ۲۹ درصد نیز رضایت کم و خیلی کم ابراز داشته‌اند، اما در راه حل ارائه شده از سوی آنان تفاوت نگرش‌ها از این نارضایتی دیده می‌شود، که برخی خواهان فاصله زمانی بیشتر و برخی کمتر شده‌اند، اما در هر حال عموماً خواهان تسهیل در نحوه پرداختها هستند. ضمن اینکه حدود یک سوم افراد خواهان افزایش فاصله زمانی پرداختها هستند، مابقی وضع موجود را ترجیح می‌دهند.

حدود یک‌چهارم کل پاسخگویان در تجمیع سوابق خود با مشکل مواجه شده‌اند که نیمی از این افراد نتوانسته‌اند کلیه سوابق خود را جمع کنند که این رقم به نسبت بالاست.

میزان رضایت کلی از بیمه موجود نزد پاسخگویان کمتر از متوسط است، و کسانی که رضایت کم و خیلی کم از بیمه داشته‌اند، بیش از دو برابر کسانی‌اند که رضایت زیاد و خیلی زیاد از بیمه خود ابراز داشته‌اند، ضمن اینکه نزدیک به ۸۰ درصد پاسخگویان معتقدند که خدمات دریافتی آنان کمتر و خیلی کمتر از حق بیمه پرداختی است و ۱/۵ درصد افراد خدمات را بیشتر از حق بیمه ارزیابی کرده‌اند و فقط ۱۶ درصد افراد معتقد به برابری خدمات و حق بیمه هستند. با این حال هنگامی که از آنان خواسته می‌شود احتمال انعقاد قرارداد را با تجربه و نگاه به شرطی که دوباره در شرایط اولیه قرارداد وجود دارد بیان کنند، حدود ۵۶ درصد بیان داشته‌اند که مطمئناً باز هم قرارداد بیمه را منعقد می‌کنند، و فقط ۱۸ درصد معتقد بودند که چنین کاری را اصلاً انجام نمی‌دهند. همچنین نزدیک به سه چهارم پاسخگویان کماکان حاضرند دیگران را ترغیب به انتخاب بیمه حاضر با شرایط کنونی کنند.

پاسخگویان در مقام پیشنهاد و انتقاد، در درجه اول متمرکز بر کاهش هزینه‌ها شده‌اند، و در ۱۲۶ مورد (۲۶/۵ درصد) کاهش حق بیمه، ثبات در حق بیمه، تعدیل حق بیمه درمان و کم کردن هزینه‌های درمان یا رایگان کردن آن را پیشنهاد داده‌اند. در مرحله دوم ۱۱۳ مورد (۲۳ درصد) به بهبود شرایط و افزایش تسهیلات مثل بهبود تسهیلات درمانی و افزایش تسهیلاتی چون وام، حق زایمان، بیکاری و... اشاره کرده‌اند، در ۳۶ مورد (۹ درصد) نیز به رفع تبعیض بیمه‌های اختیاری با بیمه‌های اجباری تأکید کرده‌اند. رفع مشکلات مثل رفع ابهامات فیش‌های بیمه، عدم لغو قرارداد در صورت تأخیر در پرداخت و مسائل دیگر در مراحل بعدی قرار دارد.

۳. جمع‌بندی کلی در خصوص بیمه‌شدگان اختیاری و حرف و مشاغل آزاد را می‌توان در قالب چارچوبی تحلیلی ارائه کرد.

بیمه‌های اختیاری و حرف و مشاغل آزاد^۱ را ذیل چهار مسئله می‌توان تحلیل کرد.
الف) محیط کلی جامعه ایران، ب) واقعیت و ساختار حاکم بر بیمه‌های اختیاری،
ج) عملکرد سازمان تأمین اجتماعی و د) متغیرهای اجتماعی مرتبط با بیمه‌شونده.

الف. محیط کلی جامعه ایران

آنچه از ویژگی‌های کلی جامعه ایران به این موضوع مربوط می‌شود، نقش و تأثیر نفت در اقتصاد و سیاست جامعه است، که به دلایل تاریخی و اقتصادی دولت در ایران بویژه در قرن اخیر همواره مستقل از ملت بوده و در نتیجه همه حقوق را در انحصار خود داشته است و طبیعاً از طرف مردم نیز عهده‌دار کلیه تکالیف محسوب می‌شود، و نگرش مردم به حکومت (اعم از این که این نگاه مثبت باشد یا منفی) چنان است که آن را پدیده‌ای غیر از خود می‌دانند و گستردگی نقش حکومت در حوزه‌های مختلف حیات اجتماعی و اقتصادی به این ایده دامن می‌زند که، «هیچ چیز غیر از دولت نیست و همه پیشرفته‌ها و پسررفته‌ها نیز منشأ حکومتی منبع دارند». و تأمین اجتماعی نیز که یکی از پایه‌های مهم جامعه مدرن است از این قاعده مستثنا نیست و مردم تصور می‌کنند، همچنان که تأمین راه، آب و آموزش و بهداشت و کلیه امور دیگر به عهده دولت است، این مورد نیز چنین باید باشد، و چون دولت متکی بر درآمدهای نفتی و مستقل از ملت است، در این موارد هم باید عهده‌دار تکالیف مرتبط با این درآمدها شود. برای درک روشن‌تر موضوع کافی است به پاسخ یکی از بیمه‌شدگان در خصوص این سؤال که چه پیشنهاد و انتقادی درباره بیمه خود دارید اشاره کرد که گفت: «در ۵۰ سال حکومت پهلوی ۶۵ میلیارد دلار نفت فروختیم در ۲۶ سال حکومت اخیر ۱۳۰ میلیارد نفت فروخته‌ایم» که اساس اندیشه و برداشت پاسخگو را در خصوص مسئولیت دولت روشن می‌کند، که چندان هم غیر قابل انتظار و عجیب نیست. و به همین دلیل است که اکثریت قاطع پاسخگویان، دولت را عهده‌دار تأمین هزینه‌های بیمه می‌دانند و نه فرد بیمه‌شونده را.

دیدگاه فوق منجر به این نتیجه منطقی می‌شود که سازمان تأمین اجتماعی = دولت است. البته با توجه به دخالت‌های متعدد دولت در استفاده از منابع این سازمان و نیز تغییر در قوانین سازمان برای پیشبرد سیاست‌های غیرمرتبط با سازمان باید انتظار تقویت چنین تصویری را هم

۱. هر دو بیمه با عنوان بیمه اختیاری ذکر خواهد شد.

داشت، اما هنگامی که از نظر پاسخگو سازمان = دولت شد، در این حالت اصل دخل و خرج که باید حاکم بر رفتار سازمان باشد، از نظر پاسخگویان پذیرفتنی نیست، زیرا این اصل برای رفتار دولتها ضروری نیست، زیرا دولتها بنگاه اقتصادی نیستند. و هنگامی که این اصل کنار گذاشته شد، تمامی انتظارات از سازمان بر اساس نیاز فرد و نه موازنه درآمد و مخارج شکل می‌گیرد. مگر ممکن است کسی اصل دخل و خرج را برای سازمان بپذیرد و در مقابل پرداخت ماهانه حدود سی هزار تومان به سازمان برای حداکثر ۲۰ سال، انتظار داشته باشد که برای مدت ۲۰ سال به خود و بازماندگانش ماهانه ۳۵۰ هزار تومان بدهند؟ (همه ارقام با قیمت ثابت منظور شده‌اند) چنین تصور و انتظاری هنگامی که همراه با پیشنهاد کاهش حق بیمه‌ها و افزایش تسهیلات از سوی بیمه‌شونده قرار می‌گیرد، روشن می‌شود که در جامعه کنونی ما شکل‌گیری مفهوم واقعی بیمه اجتماعی (ولو با مشارکت یا حمایت دولت که آن نیز از منابع مالیاتی مردم باید باشد) امری سخت اگر نگریم ممتنع است. چهار گزاره زیر که از پژوهش حاضر استنتاج شده است مؤید این نگرش است که نگاه مردم به بیمه اجتماعی موجود، صرفاً تکلیفی حمایتی و ضمناً ضروری از جانب دولتی است که متکی بر درآمدهای نفتی است.

- عموم پاسخگویان خواهان کاهش پرداخت‌های بیمه‌ای یا حداقل عدم افزایش آن هستند.
- عموم پاسخگویان خواهان بهبود و افزایش تسهیلات و مستمری و مقرری‌ها هستند.
- اکثریت خواهان پرداخت‌های دولتی به جای افراد بیمه‌شونده هستند.
- اکثریت قاطع انتظار و توقع پرداخت‌های بسیار بالایی نسبت به ارقام موجود از سوی سازمان را دارند.

ب. واقعیت و ساختار حاکم بر بیمه‌های اختیاری

بیمه‌های اجباری و اختیاری دارای ضوابط روشنی هستند که مبتنی بر اصول علمی و منطقی است، اگر بیمه اجباری است، فرد بیمه‌شونده و بیمه‌گر اختیاری در اصل بیمه شدن ندارند، و برحسب مورد و مصداق نمی‌توانند اقدامی کنند، بلکه خطرات احتمالی تمام اعضای جامعه بیمه‌شونده را محاسبه و بر آن اساس اقدام و برنامه‌ریزی می‌کنند، و افراد پرخطر و کم‌خطر نیز جمعاً مجبور به پذیرش این بیمه هستند، و عموماً هم ساز و کار به نحوی است که اراده‌ای در اصل حضور خود در بیمه ندارند.

اگر بیمه اختیاری باشد، در این صورت بیمه‌گر برحسب شرایط و خطر بیمه‌شونده برنامه‌ریزی کرده و هزینه دریافت می‌کند و هر دو طرف آگاهانه منافع و هزینه‌های احتمالی خود را ارزیابی و سپس اقدام می‌کنند. در حالی که بیمه‌های اختیاری موجود چنین نیستند، به همین دلیل افراد پرخطر وارد این بیمه می‌شوند تا استفاده بیشتری از خدمات بیمه‌ای ببرند، همچنان که برای نمونه هزینه بیمه‌های درمانی خویش‌فرمایان بعضاً تا ۹ برابر هزینه دیگر بیمه‌شده‌ها بوده است، یا افراد با مشاغل پرخطر یا با عائله زیاد وارد این بیمه‌ها می‌شوند، از این رو هزینه‌های بیشتر را به بیمه تحمیل می‌کنند، در حالی که منابع پرداختی آنان به بیمه کمتر از خطر و ریسک آنان است. و از اینجاست که توازن دخل و خرج در این بیمه‌ها دچار اختلال می‌شود و فشاری را متوجه صندوق مربوط می‌کند.

نکته دیگر این است که نوعی نابرابری شدید در وضعیت افرادی که بازار بالقوه بیمه اختیاری هستند وجود دارد. کارفرمایان نسبتاً متمکن، افراد بیکار و نیز کارکنان مستقل کم‌درآمد جزو این مجموعه هستند و نمی‌توان تمامی آنها را در قالب ساختار بیمه‌ای واحد گرد هم آورد. برخی از این مجموعه بیشتر نیازمند خدمات حمایتی هستند و بخشی شرایط حضور در بیمه‌های اجباری و برخی توانایی مشارکت در بیمه واقعی اختیاری را دارند. این مجموعه متناقض از افراد، موجب شده برنامه‌ها و ضوابط حاکم بر این بیمه‌ها نیز چندان هم‌نوا و هماهنگ نباشد.

ج. عملکرد سازمان تأمین اجتماعی

سازمان تأمین اجتماعی از یک جهت مجری سیاستهای دولت است و چون نگاه دولت حل مشکلات جامعه از خلال استفاده از منابع سازمان است، بسیاری از سیاستهای دولت با اصل دخل و خرج که باید بر سازمان حاکم باشد انطباق ندارد، از سوی دیگر سازمان برای بقای خود چاره‌ای جز پذیرش اصل دخل و خرج ندارد. بدین ترتیب این تضاد و ناهماهنگی موجب بروز رفتارهایی غیرقابل فهم و با تأثیرات منفی بر بیمه‌های اختیاری شده است. از یک سو باید افراد صاحب شرایط را در این بیمه‌ها بپذیرند و شرایط را به نحوی تعیین کنند که افراد بیشتری تحت پوشش تأمین اجتماعی قرارگیرند تا دولت یکی از وظایف اصلی خود را که تحت پوشش در آوردن مردم در نظام تأمین اجتماعی است انجام داده باشد. طبعاً برای اجرای این مهم شرایط نباید بدان گونه سخت باشد که کسی رغبت به پذیرش بیمه اختیاری نداشته باشد. اما از سوی

دیگر ترکیب این دو اصل موجب افزایش شدید مخارج و فشار به منابع مالی سازمان می‌شود، از این رو سازمان می‌کوشد مانع این امر اخیر شود، (مثل فرانشیز و...) یا موانع و مشکلات اجرایی و غیرمعمول پیش پای مراجعه‌کننده می‌گذارد (مثل لغو قرارداد در اولین فرصت و ضرورت مراجعه به کمیسیون و معاینات پزشکی) و چون این اقدامات برای بیمه‌شونده توجیه‌پذیر نیست، نگرش منفی و بدی نسبت به سازمان پیدا می‌کند. برای نمونه جمله‌ی یکی از پرسش‌شوندگان درباره‌ی تبعیض میان بیمه‌های اختیاری و اجباری توجه شود که گفته است: «به خدا و اگذار می‌کنیم این مقررات و قوانین ظالمانه را». و به قول معروف که از قضا سرانگبین صفرافزود، دولتی که می‌خواهد با اتکا به انحصار همه‌ی حقوق، خدماتی را به مردم بدهد که خود را و امداش بدانند، اقدامش منجر به وضعی می‌شود که نقطه ضعف و انتقادش تلقی خواهد شد.

با توجه به ماهیت دولت در ایران، سازمان رفتاری را پیش می‌گیرد که تبعات آن‌گریبان خودش را هم می‌گیرد، چون خود را مثل هر سازمان دیگر متعهد به پاسخگویی نمی‌داند، نیازی به راهنمایی و اطلاع‌رسانی هم ندارد، و در فقدان و غیاب این عنصر مهم افکار انتقادی و انتظارات بالا در بیمه شکل می‌گیرد و بار خود را بر سازمان تحمیل می‌کند.

د. متغیرهای اجتماعی مرتبط با بیمه‌شونده

بهبود شرایط اقتصادی جامعه یا درآمد افراد و نیز رشد و گسترش فرهنگ بیمه‌ای و نگاه به آینده در کنار افزایش نگرش استقلال‌جویانه‌ی بانوان مجموعاً زمینه‌گرایش بیشتر به پذیرش بیمه اجباری را فراهم می‌کند. گرچه با کاهش مشاغل مستقل، انتظار می‌رود که از تعداد متقاضیان بالقوه این بیمه کاسته شود، اما از آنجا که در حال حاضر نیز شکاف زیادی میان تقاضای بالقوه برای بیمه‌های اختیاری و آنچه فعالیت یافته است وجود دارد، انتظار می‌رود که کماکان تقاضا برای این بیمه‌ها بیشتر شود، از سوی دیگر رشد بیکاری یا حداقل جا به جایی‌های شغلی فراوان‌تر نیز موجب افزایش تقاضا برای بیمه اختیاری با هدف حفظ سابقه بیمه‌ای خواهد شد، با این حال محدودیت‌های اعمال‌شده در سالهای اخیر بویژه بر بیمه‌های اختیاری روند رو به رشد گذشته را در تقاضا برای این بیمه‌ها کند و حتی عکس کرده است.

در صورتی که بخواهیم جمع‌بندی کلی از انتقادات و تیب منتقدان ارائه کنیم می‌توان گفت مهمترین انتقادات به ترتیب مربوط به بالا بودن هزینه‌ها و حق بیمه (ضریب اهمیت ۰/۳۲) و

سپس کم بودن تسهیلات و خدمات (۰/۲۸) و در مرحله بعد وجود تبعیض با بیمه‌های اجباری (۰/۰۹) و مشکلات جاری (۰/۰۶) و... است. اما از زاویه پژوهش، ساختار نامناسب بیمه‌های اختیاری و آگاهی‌های کم بیمه‌شوندگان و نیز تبعیض‌های غیرمعمول با بیمه‌های اجباری و مشکلات و موانع غیرمنطقی ایجاد شده در راه بیمه‌های اختیاری را می‌توان به عنوان مشکلات اصلی نام برد.

همچنین اگر بخواهیم الگوی افرادی را که مخالفت بیشتری با سازمان و بیمه خود ابراز داشته‌اند معرفی کنیم، در درجه اول افراد با سن بالاتر و درآمد کمتر معرف این‌گونه افراد هستند. در نقطه مقابل هرکس که با فلسفه بیمه تأمین اجتماعی موافقت بیشتر دارد، نگرش مثبت‌تری هم به سازمان و بیمه خود دارد. همچنین نگرش و رضایت از کارمندان بخش درمانی تأثیر بسیار مهمی بر نگرش نسبت به کل بیمه و سازمان دارد.

یکی از پرسش‌هایی که ممکن است مطرح شود، تفاوت‌های موجود میان بیمه‌های اختیاری و حرف و مشاغل است. اگرچه این دو نوع بیمه از برخی جهات با یکدیگر تفاوت دارند، عملاً در تحقیق حاضر تفاوت چندانی میان نگرش بیمه‌شدگان آنان مشاهده نمی‌شود که این پدیده ناشی از دلایل متعددی است. از جمله اینکه بسیاری از بیمه‌شدگان حرف و مشاغل نیز سابقه بیمه اختیاری داشته‌اند و از این حیث دقیقاً مشابه همان‌ها هستند، و برعکس. ضمن اینکه بسیاری از بیمه‌شدگان اختیاری در حال حاضر و در عین اشتغال به صورت اختیاری مثل حرف و مشاغل، بیمه خود را ادامه می‌دهند.

دلیل دوم اینکه هویت‌یابی این دو بیمه‌شدگان در تقابل با بیمه اجباری است و هر دو خود را تحت عنوان واحد در مقابل بیمه اجباری احساس می‌کنند، از این رو واجد نوعی هویت مشترک می‌شوند که در نتیجه تشابهات آنها در قضاوت نسبت به بیمه و سازمان خیلی بیشتر از تفاوت‌های احتمالی آنان خواهد بود.

و بالاخره دلیل سوم این است که شکل‌گیری نگاه این افراد نسبت به سازمان و بیمه بیش از آنکه متکی بر آگاهی دقیق باشد، متأثر از فضای عمومی و غیرآگاهانه است که موجب کاهش تفاوت‌ها می‌شود و قطعاً اگر این مسئله برطرف شود، تفاوت‌های این دو بیمه‌شونده آشکار خواهد شد، گرچه در هر حال تشابهات آنها بیشتر از تفاوت‌هایشان است.

۸. پیشنهادها

برای اصلاح وضعیت در دو سطح می‌توان پیشنهاد داده بخشی از پیشنهادها کلی و مرتبط با نظام حاکم بر بیمه‌های اختیاری و نیز ساختار سیاسی است که از وظیفه این پژوهش بیرون است. اما اجمالاً می‌توان گفت که تداوم وضعیت فعلی بیمه‌های اختیاری در ساختار موجود چندان منطقی و معقول نیست، تفکیک بیمه‌شوندگان برحسب شرایط خاص آنان و تشکیل صندوق‌های جداگانه‌ای برای آنها به نحوی که برخی به بیمه‌های اجباری منتقل شوند، برخی نیز بیمه اختیاری باقی بمانند و عده‌ای هم در ذیل نظام حمایتی قرار گیرند، می‌تواند راهکار مؤثری باشد که موضوع بحث ما نیست.

در سطح جزئی‌تر نیز فقط به پیشنهادها و راهکارهایی اشاره می‌شود که مربوط به وضعیت بیمه‌شدگان فعلی است و برای جلب کسانی که بیمه نشده‌اند یا قرارداد آنان لغو شده است، پیشنهاد خاصی مطرح نیست، زیرا آنان در ذیل جامعه آماری مطالعه حاضر قرار نداشته‌اند، با این توضیحات مهم راهکارهای مورد نظر و مستنبط از پژوهش حاضر به شرح زیر ارائه می‌شود:

۱- ۸. حق بیمه‌های موجود، بویژه برای اختیاری‌ها که ۲۱ درصد است و با احتساب حق بیمه درمان عملاً تا ۳۰ درصد می‌رسد، کاملاً علیه افراد کم درآمد و فقیر جامعه است، زیرا افرادی که دارای سابقه بیمه‌ای هستند و در حال حاضر دیگر بیمه نیستند و می‌خواهند بیمه خود را به صورت اختیاری ادامه دهند (و طبعاً هم باید چنین کنند) اگر دارای درآمدهای پایین باشند نمی‌توانند حق بیمه را بپردازند، در نتیجه سابقه آنان عملاً نادیده گرفته می‌شود و از این حیث ضرر می‌کنند و اگر هم بخواهند حق بیمه را بپردازند، چون درآمدها کم است و مصارف ضروری تری دارند، مجبورند از هزینه‌های ضروری زندگی خود بزنند و این نیز مشکلات متعددی را فراهم می‌کند. عجیب‌تر اینکه حق بیمه اختیاری‌ها در سالهای اخیر ۳ درصد هم اضافه شده، ضمن اینکه اگر فرد از کار افتاده باشد، به همان نسبت از مقرری مربوط برخوردار نمی‌شود ولی باید درصد پوشش از کار افتادگی را بپردازد!! که به نظر نمی‌رسد در جایی دیگر چنین تبعیض ناروایی علیه از کار افتادگان اعمال شود، از این رو اولین گام که طبعاً می‌بایست با حمایت‌های دولتی (در صد معقول و پذیرفتنی) انجام شود رفع این اشکال مهم و کاهش فشار بر این گروه است که بخش قابل توجهی از بیمه‌شدگان اختیاری را بهره‌مند می‌سازد.

۲- ۸. موضوع آگاهی از فلسفه بیمه و منابع مالی سازمان، مقررات و مفاهیم و پوشش‌های بیمه‌ای، فرق بیمه‌های اجباری و اختیاری و میزان پرداختهای هر کدام، موازنه درآمدها و مصارف سازمان و ... مسئله‌ای است که ضرورتاً می‌بایست با زبانی ساده و قابل فهم در جزواتی جمع و جور و قابل مطالعه در اختیار بیمه‌شدگان اختیاری قرار گیرد. رفع بسیاری از ابهامات که به تعامل بهتر بیمه‌شدگان و سازمان منجر می‌شود در گروهی چنین اطلاع‌رسانی مفیدی است که هزینه‌چندانی ندارد، اما منافع آن زیاد است. چنین جزوه‌ای باید به زبانی روان و جذاب تهیه و هر سال یا دو سال یک بار در اختیار بیمه‌شده قرار گیرد. در این جزوات افزایش حق بیمه را می‌توان با افزایش تسهیلات سالانه نیز مرتبط و توجیه کرد.

برای آگاهی بخشیدن به افراد می‌توان از طریق اتحادیه‌ها یا انجمن‌ها و نظامهای صنفی (نظامهای پزشکی، مهندسی و ...) نیز اقدام کرد تا کسانی که تاکنون از این گونه بیمه‌ها استفاده نکرده‌اند و علاقه‌مندند استفاده کنند، آگاهی لازم را درباره جزئیات آن کسب کنند.

ارائه آگاهی‌های بیمه‌ای می‌تواند شامل حال اطلاعات بیمه‌ای از کشورهای دیگر نیز بشود، مثلاً یکی از پاسخگویان در دفاع از ضرورت رایگان شدن بیمه مدعی شده بود که «در تمام کشورها بیمه رایگان است» و از این گزاره غلط طبعاً انتظار ناصحیحی هم منتج می‌شود که می‌بایست از طریق آگاهی‌بخشی آن را اصلاح کرد.

۳- ۸. حذف موانع ساختگی و کم‌منفعت که نتیجه اصلی آن بدبینی بیشتر بیمه‌شونده نسبت به سازمان است. از جمله:

۱- ۳- ۸. لغو قرارداد در صورت حتی یک روز تأخیر در پرداخت حق بیمه از مواردی است که به شدت مورد انتقاد است. البته باز گذاشتن راه تأخیر نیز پذیرفتنی نیست، اما می‌توان مثلاً تا ۳ ماه فرجه زمانی داد تا اگر کسی به هر دلیلی نتوانست مبلغ خود را بپردازد، پس از گذشت سه ماه قراردادش لغو شود، اگر برای این سه ماه نیز جریمه‌ای منظور شود بهتر از آن است که وضع کنونی ادامه یابد. در زمینه لغو قرارداد، بسیاری از افراد پیشنهاد داده‌اند که تذکری کتبی به آنان داده شود، گرچه این کار برای سازمان زحمت دارد، ولی در صورت امکان، انجام آن می‌تواند مفید باشد و به همدلی بیشتر بیمه‌شده با سازمان کمک می‌کند و همچنین فراموش نشود طی مراحل انعقاد مجدد قرارداد برای سازمان هم مشکل‌ساز است و بهتر است از آن پرهیز شود.

۲ - ۳ - ۸. الزام به معاینات پزشکی و مراجعه به کمیسیون پزشکی نیز پس از لغو قرارداد و انعقاد مجدد امری است که منطقاً دارای اشکال است و نوعی اذیت کردن محسوب می‌شود. در این موارد می‌توان فاصله زمانی (مثلاً ۶ ماه) تعیین کرد که پس از لغو قرارداد تا انعقاد مجدد، در این فاصله زمانی نیازی به انجام این دو مسئله نباشد. همچنین کسانی که بیمه اجباری آنان قطع شده و می‌خواهند بیمه اختیاری شوند، در فاصله زمانی معینی (مثلاً ۳ یا ۶ ماه) از مراجعه به کمیسیون و معاینات پزشکی معاف باشند، زیرا معقول نیست که چنین فردی هم برای بیمه شدن مراحل مذکور را طی کند.

به طور کلی تفاوت‌های آشکاری در خصوص دو بیمه اختیاری و حرف و مشاغل در زمینه آزمایش‌های پزشکی وجود دارد که چندان منطقی به نظر نمی‌رسد و می‌توان با حسن نظر آنها را اصلاح کرد، و البته اصلاحات در مواردی ممکن است منجر به استفاده بیش از حد عده‌ای از بیمه‌شوندگان از خدمات بیمه‌ای شود و هزینه‌ای را بر سازمان بار کند، اما منافع رفع این تعارضات نیز زیاد است.

۴ - ۸. بهبود زمینه‌های کاری میان بیمه‌شونده و سازمان که از جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱ - ۴ - ۸. تسهیل در پرداخت حق بیمه از طریق

الف) افزایش امکان پرداخت‌های شش ماهه و یک‌ساله (فرد قدرت انتخاب داشته باشد) در کنار سه ماهه موجود، طبعاً چنین کاری از جهاتی به نفع سازمان است، زیرا منابع مالی آن چند ماه زودتر تأمین می‌شود، ضمن اینکه به لحاظ کاهش مراجعه ارباب رجوع، مشکلات شلوغی محل و فشارکاری بر پرسنل نیز کم می‌شود، به علاوه در حمل و نقل شهری نیز تأثیر کاهنده دارد. ب) بررسی تسهیل در پرداخت حق بیمه، از طریق اینترنت، کارت اعتباری، مراجعه به شعب متعدد بانکی، کامپیوتری شدن فیش‌ها (که خود موضوع مشکل‌سازی برای بیمه‌شدگان بویژه افراد بی‌سواد و کم‌سواد است)

۲ - ۴ - ۸. تسهیل در امر مراجعه به کمیسیون و معاینات پزشکی با متعدد کردن مراکز مختلف برای این کار.

۳- ۴- ۸. تمدید دفترچه‌های بیمه با فاصله زمانی بیشتر.

۴- ۴- ۸. فراهم کردن شرایط بهتر برای بالا بردن یا انتخاب بالاتر مأخذ کسر حق بیمه برای کسانی که درآمد بیشتر دارند، که این امر موجب واقعی شدن مفهوم بیمه برای این افراد خواهد شد.

۵- ۸. اقدامات رفع تبعیض لزوماً می‌بایست در دستور کار سازمان قرار گیرد، حتی اگر لازم باشد که با افزایش هزینه برای بیمه‌شده امکان انتخاب گزینه‌های بیشتری که منجر به رفع تبعیض می‌شود به وی داده شود، گرچه بهتر است بر اساس اصول بیمه‌ای حرکت کرد و به مرور مسئله انتخاب از بیمه اجتماعی حذف شود، اما در هر حال وجود تبعیض میان اجباری‌ها و اختیاری‌ها از یک سو و میان اختیاری‌ها و حرف و مشاغل از سوی دیگر و حتی میان اختیاری‌های قدیمی و جدید و... موضوعی است که به تأثیرات مخرب در ذهن بیمه‌شونده منجر می‌شود.

۶- ۸. ثبات نسبی در مقررات و قوانین بیمه اجتماعی نیز ضرورت تام دارد، بویژه آنکه با تغییر هر قانون یا آیین‌نامه‌ای متافع افراد بسیاری دستخوش تغییر می‌شود و همین امر زمینه بروز بدبینی و نگرش منفی را افزایش می‌دهد.

در پایان چند موضوع دیگر هم برای بررسی و اصلاح پیشنهاد می‌شود. اول این که سیستم نرم‌افزاری سازمان مرتبط با بیمه‌های حاضر می‌بایست بازنگری و اصلاح شود چرا که اشکالات متعددی به آن وارد است و تبعات این اشکالات معمولاً متوجه بیمه‌شونده می‌شود. مثلاً جمع‌بندی سوابق و نقص در انجام آن و طولانی شدن مدت استعلام است که می‌بایست از طریق کارشناسان بررسی و برای استیفای حقوق بیمه‌شونده بهبودهایی در اجرای آن ایجاد شود.