

جایگاه بیمه‌های اجتماعی در قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

دکتر مظفر کریمی^۱

چکیده

نظام تأمین اجتماعی در ایران شش دوره تحول و تکامل را پشت سر گذاشته است که در مرحله متناسب با نیازهای روز و شرایط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی دگرگونی‌ها و تغییراتی در این حوزه ایجاد شده است. این دوره‌ها می‌توان در گسترش پوشش جمعیتی به لحاظ کیفی تا سال ۱۳۲۸، گرایش به نهادسازی و تعدد سازمانی طی دو دهه ۳۰ و ۴۰، تمرکزگرایی و وحدت سازمانی در آغاز دهه ۵۰، غلبه رویکرد حمایتی در دهه ۶۰، اتخاذ رویکرد اقتصادی و انضباط مالی در آغاز دهه ۷۰ و سرانجام، گرایش به نظام‌سازی و رفع همپوشانی‌ها و خلأها در نیمه دوم دهه ۷۰ را مشاهده کرد. در واقع طی ششمین مرحله از این سلسله تحولات بود که زمینه طراحی نظام جامع تأمین اجتماعی و سپس تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی را فراهم آمد.

قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی کشور دارای ویژگی‌های مهمی است که آن را از دیگر قوانین مشابه متمایز می‌سازد. در این قانون، مفاهیم و مضامین اصل ۲۹ قانون

۱. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی (Ph.D.)، مشاور معاونت فنی و درآمد سازمان تأمین اجتماعی

اساسی، یعنی مفهوم تأمین اجتماعی و قلمروهای مختلف آن، حدود حق همگانی و تکلیف دولت در این زمینه، حدود دخالت دولت و دامنه مشارکت بخش غیردولتی در بیمه‌ها و حمایت‌های اجتماعی تعریف و تبیین شده است. همچنین این قانون، اصول و مبانی سه حوزه بیمه‌های اجتماعی، حمایت‌های اجتماعی و خدمات امدادی را روشن ساخته و حد و مرز این حوزه‌ها را نسبت به هم مشخص کرده است.

مفاهیم پایه و بنیادین بیمه‌های اجتماعی مانند غیردولتی بودن آنها، مشاع و بین نسلی بودن منابع آنها، غیرقابل ادغام بودن منابع و دارایی‌های آنها، ممنوعیت افزایش تعهدات و هزینه‌های این بیمه‌ها (مگر با تأمین بار مالی معادل) و مسئولیت و ضمانت دولت برای تداوم خدمات بیمه‌های اجتماعی، در این قانون برای نخستین بار به روشنی بیان شده است. درباره حمایت‌های اجتماعی و خدمات امدادی نیز حدود تعهدات دولت، جمعیت تحت پوشش، دامنه تعهدات و منابع مالی این حوزه‌ها تعیین شده است.

اما این قانون دارای ابهام‌ها و کاستی‌هایی نیز هست که اجرای آن را با مشکل مواجه ساخته است. تأکید بر همسان‌سازی ساختار سازمانی مؤسسات، نهادها و صندوق‌های فعال در حوزه‌های سه‌گانه بیمه‌ای، حمایتی و امدادی، بدون رعایت الزامات هرکدام و تفاوت‌های بنیادینی که بین این سه حوزه وجود دارد، از جمله نکات مورد اختلاف در این قانون است.

همچنین، با وجود تأکید این قانون مبنی بر کاهش تصدی‌گری دولت و افزایش نقش بخش غیردولتی در نظام تأمین اجتماعی، ساختار پیش‌بینی شده در قانون به گونه‌ای است که نقش و حضور دولت را نسبت به گذشته پررنگ‌تر و تأثیر نهادهای غیردولتی و مردمی را کمتر می‌کند.

بنابراین، به نظر می‌رسد که قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی می‌تواند از یک سو موجب تقویت بنیان‌های نظری، قانونی و حقوقی بیمه‌های اجتماعی و خدمات حمایتی و امدادی شود، و از سوی دیگر در ساختار سازمانی این حوزه‌ها دگرگونی‌هایی ایجاد می‌کند که ممکن است برخلاف اهداف و جهت‌گیری‌های اصلی این قانون، به دولتی‌تر شدن بیمه‌های اجتماعی و کاهش مشارکت‌های مردمی در این حوزه منجر شود و استقلال سازمانی بیمه‌های اجتماعی را (که در این قانون به آن تصریح شده) مخدوش سازد.

در این نوشتار، با مروری تحلیلی بر روند تاریخی و زمینه‌های شکل‌گیری نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، ویژگی‌های اصلی این قانون مورد نقد و ارزیابی قرار گرفته است.

کلیدواژه‌ها: تحولات تأمین اجتماعی، بیمه اجتماعی، قانون ساختار، حقوق بیمه اجتماعی.

۱. مروری بر پیشینه موضوع

تصویب قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی را می‌توان نقطه عطف مهمی در تاریخ تأمین اجتماعی کشور دانست. هرچند که تأمین اجتماعی در طول دوران حیات پرنشیب و فراز خود نقاط عطف مهم دیگری را نیز شاهد بوده است. نقطه آغاز این دوران، هنگامی بود که بنا به ضرورت تحولات صنعتی و تغییر روابط کار در کشور، نسل اول بیمه‌های اجتماعی در کشور به شکل صندوق احتیاط پا به عرصه وجود گذاشت. این صندوق که فقط کارگران راهسازی را در برابر حوادث و بیماری‌های ناشی از کار پوشش می‌داد، به جز پرداخت مبلغی به عنوان غرامت مقطوع به حادثه‌دیدگان یا بازماندگان آنان تعهد مهم دیگری نداشت. حق بیمه را فقط کارگران می‌پرداختند و از این بابت هیچ تعهدی متوجه کارفرما یا دولت نبود.

اگرچه این صندوق سیر تحول و تکامل خود را با پوشش اقشار بیشتری از کارگران در بخش دولتی و خصوصی به خوبی پیمود اما نزدیک به دو دهه وقت لازم بود تا بیمه‌های اجتماعی به شکل امروزی آن پا بگیرد و با بهره‌گیری از تجربه‌های جهانی و توصیه‌های دفتر بین‌المللی کار، صندوق تعاون و بیمه کارگران در سال ۱۳۲۸ تشکیل شود. به این ترتیب مقررات بیمه اجباری به عموم کارگران و افراد خانواده آنها تسری یافت و حوادث و بیماری‌های غیرناشی از کار نیز در تعهد بیمه اجتماعی قرار گرفت.

تحولات بعدی در ساختار اجتماعی و اقتصادی کشور به‌ویژه در آغاز دهه ۱۳۳۰، دست‌اندرکاران نظام تصمیم‌گیری کشور را بر این نکته واقف ساخت که اجرای بیمه‌های اجتماعی مستلزم وجود یک ساختار منسجم و قدرتمند است به گونه‌ای که با بهره‌گیری از سازوکارهای اجباری و با اتکا به پشتوانه دولت، بتواند منابع لازم را برای پوشش بیمه‌ای نیروهای مولد کشور و خدمت‌رسانی مناسب به آنان فراهم کند. به این ترتیب سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران در سال ۱۳۳۲ آغاز به کار کرد.

این اقدام بجا موجب شد که بیمه‌های اجتماعی در کشور متولی مشخصی بیابد و مقوله تأمین اجتماعی که در آن زمان در سطح بین‌المللی نیز به عنوان یک حق همگانی شناخته شده بود، با حساسیت بیشتری دنبال شود. مهمترین دستاورد این اقدام، ایجاد تمرکز در امور اجرایی بیمه‌های اجتماعی، انسجام در امور بیمه‌گری، ایجاد پشتوانه قانونی برای تأمین درآمدها و گسترش دامنه شمول بیمه‌های اجتماعی بود. شاید بتوان بسیاری از دستاوردهای امروز بیمه اجتماعی را ناشی از این تحول دانست.

از آن پس طی نزدیک به دو دهه، اقدامات دیگری در جهت توسعه و تعمیم بیمه‌های اجتماعی صورت گرفت که هرکدام تحت تأثیر شرایط و نیازهای اقتصادی، اجتماعی و سیاسی کشور در آن دوره خاص بوده است. در اثر این اقدامات بخش‌های دیگری از جمعیت کشور مانند روستاییان، کارگران کشاورزی و نیز صاحبان حرف و مشاغل آزاد مشمول قوانین بیمه‌های اجتماعی قرار گرفتند. این اقدامات اما موجب تعدد قوانین و مقررات و چندپارگی سازمانی در حوزه بیمه‌ها و حمایت‌های اجتماعی گردید به طوری که در ابتدای دهه ۱۳۵۰، سازمان‌ها و نهادهای مختلفی (هرکدام وابسته به یک وزارت) عهده‌دار امور بیمه‌های اجتماعی و ارائه خدمات درمانی، بهزیستی یا رفاهی برای اقشار مختلف کشور بودند. با وجود این، بخش قابل توجهی از جمعیت به‌ویژه روستاییان و خویش‌فرمایان در عمل تحت پوشش قرار نگرفته بودند.

در اوایل دهه ۱۳۵۰، اقداماتی در جهت انسجام و انتظام حوزه تأمین اجتماعی کشور صورت گرفت. تشکیل سازمان تأمین خدمات درمانی در سال ۱۳۵۱، تشکیل وزارت رفاه اجتماعی در سال ۱۳۵۳ و تشکیل سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۵۴ که هرکدام منجر به تمرکز و همسویی در بخشی از قلمرو تأمین اجتماعی کشور گردید، از جمله مهمترین این اقدامات است. هرچند که این اقدامات بیانگر درک واقع‌بینانه دست‌اندرکاران وقت حوزه تأمین اجتماعی کشور نسبت به ضرورت همسویی، هماهنگی و انسجام در برنامه‌های بیمه‌ای، حمایتی و خدمات اجتماعی است، اما شتابزدگی و بلندپروازی در اجرای این تحولات موجب شد که ساختار جدید دوام زیادی نیابد و دستخوش دگرگونی‌های زودهنگام شود.

در این میان سازمان تأمین اجتماعی به دلیل برخورداری از پشتوانه نظری نسبتاً مستحکم و اتکا به سازوکارهای اجرایی آزمون شده در کشورهای توسعه‌یافته، توانست عمر درازتری بیابد و با کمترین تأثیرپذیری از نوسانات و بحران‌های اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، تور ایمنی نسبتاً قابل قبولی را برای حمایت از قشر مولد و مزدبگیر کشور بگستراند. هرچند که این سازمان نتوانست در زمینه پوشش بیمه‌ای روستاییان و خویش‌فرمایان دستاورد قابل قبولی داشته باشد.

رویکرد حمایتی نظام جمهوری اسلامی در ابتدای دهه ۱۳۶۰ و تلاش‌های پیگیر دولت برای محرومیت‌زدایی و حمایت از نیازمندان در نقاط مختلف کشور موجب شد که در کنار سازمان‌های بیمه‌گر، نهادها و مؤسسات حمایتی و خدماتی دیگری نیز ایجاد شود و هرکدام اجرای بخشی از مأموریت نظام تأمین اجتماعی کشور را به عهده گیرد. هرچند که آثار مثبت این تلاش‌ها در نقاط

مختلف کشور به‌ویژه روستاها و نقاط محروم کاملاً ملموس بود، اما تنوع و ناهم‌سویی در اجرای برنامه‌ها و فعالیت‌های حوزه تأمین اجتماعی کشور، در کنار آثار توانفرسای جنگ تحمیلی، باعث شده بود که اثربخشی یارانه‌ها و کمک‌های دولتی به شدت کاهش یابد.

با پایان جنگ تحمیلی هشت‌ساله و اتخاذ سیاست بازسازی اقتصادی و اجتماعی از سوی دولت، نهادها و سازمان‌های متولی امور حمایتی و بیمه‌ای با محدودیت‌های مالی بیشتری مواجه شدند. تأکید بر این بود که یارانه‌ها شفاف شود و سازمان‌های خدماتی (حتی در بخش بهداشت و درمان) تا حد ممکن به درآمدهای اختصاصی خود متکی شوند و به این ترتیب در آغاز دهه ۱۳۷۰، حوزه تأمین اجتماعی کشور به گسترش پوشش بیمه‌ای و محدودسازی اقدامات حمایتی گرایش یافت.

بنابراین، می‌توان گفت که نظام تأمین اجتماعی کشور طی هفت دهه گذشته پنج دوره تحول را به شرح زیر، سپری کرده است و شکل‌گیری نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی را می‌توان ششمین دوره از این تحولات دانست:

دوره اول (از ۱۳۰۹ تا ۱۳۲۷): در این دوره نسل اول بیمه‌های اجتماعی به صورت صندوق احتیاط شکل گرفت. کارفرمایان در قبال بیمه کارگران خود تعهد و تکلیف مشخصی نداشتند. تعهدات بیمه تنها به حوادث و بیماری‌های ناشی از کار محدود بود و مزایای صندوق بیمه فقط پرداخت‌های مقطوع بود.

دوره دوم (از ۱۳۲۸ تا ۱۳۵۰): در آغاز این دوره بیمه‌های اجتماعی به شکل امروزی آن به‌وجود آمد و با تصویب قانون‌های مختلف، قوام و دوام یافت. سازمان‌ها و نهادهای مختلفی برای انجام امور بیمه‌ای، حمایتی و خدماتی در کشور ایجاد شدند و هر قشر از جمعیت کشور به شیوه جداگانه‌ای مشمول این خدمات قرار گرفت. باین وجود، پوشش جمعیتی کشور در عمل کامل نشده بود.

دوره سوم (از ۱۳۵۱ تا ۱۳۵۵): در این دوره کوتاه، با توجه به مشکلات ناشی از تعدد سازمانی در حوزه تأمین اجتماعی کشور و نیز افزایش درآمدهای دولت، گرایش به انسجام و انتظام سازمانی در امور بیمه‌ای، رفاهی و خدماتی به وجود آمد و ثمره آن تشکیل سازمان تأمین خدمات درمانی، وزارت رفاه اجتماعی، سازمان تأمین اجتماعی و در نهایت وزارت بهداشتی و بهزیستی بود.

دوره چهارم (از ۱۳۵۸ تا ۱۳۷۲): با پیروزی انقلاب اسلامی، گرایش به محرومیت‌زدایی و توسعه خدمات حمایتی دولت شدت گرفت. سازمان‌ها و نهادهای مختلفی با ماهیت حمایتی و خیریه تشکیل شدند که اگرچه هرکدام مسئولیت خدمت‌رسانی به بخشی از جمعیت کشور را به عهده داشت اما وجود همپوشانی‌ها و خلأها، ناکارآمدی سازمانی و توزیع نامناسب یارانه‌ها غیرقابل انکار بود.

دوره پنجم (از ۱۳۷۳ تا ۱۳۷۷): در این دوره تفکیک امور بیمه‌ای از خدمات حمایتی مورد تأکید قرار گرفت. اصلاح قوانین و مقررات بیمه اجتماعی و هدفمندسازی خدمات حمایتی از جهت‌گیری‌های مهم این دوره است که با هدف محوریت نظام بیمه‌ای و محدودسازی نظام غیربیمه‌ای انجام گرفت. این اقدامات که چندان هم اثربخش نبود، اهمیت یکپارچگی و همسویی در نظام تأمین اجتماعی کشور را روشن ساخت.

سرانجام، در آغاز ششمین دوره از این تحولات تاریخی، یک‌بار دیگر ضرورت همسویی، هماهنگی و جامعیت در حوزه تأمین اجتماعی کشور مورد توجه قرار گرفت. این رویکرد در حوزه تأمین اجتماعی که از اوایل دهه ۱۳۷۰ آغاز شده بود، در سال ۱۳۷۷ تحت عنوان «نظام جامع تأمین اجتماعی» در ادبیات برنامه‌ریزی کشور وارد شد و برای مدت بیش از پنج سال، صاحب‌نظران، پژوهشگران و متولیان حوزه تأمین اجتماعی کشور را به‌خود مشغول داشت.

در این دوره بود که برای نخستین بار، یک بند از سیاست‌های کلی نظام در برنامه سوم توسعه (که از سوی مقام معظم رهبری ابلاغ شد)، به موضوع طراحی نظام جامع تأمین اجتماعی اختصاص یافت. در اجرای این سیاست، در فصل پنجم از برنامه سوم توسعه، ضمن تأکید بر تحقق اصل ۲۹ قانون اساسی و تعریف و تبیین مصداق‌های آن، دولت مکلف شد که ساختار سازمانی نظام جامع تأمین اجتماعی کشور را طراحی کند و جهت تصویب به مجلس شورای اسلامی ارائه نماید. بر این مبنای، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی کشور با هدف رفع همپوشانی‌ها و خلأها در پوشش جمعیتی و افزایش کارآمدی در توزیع منابع دولتی، در سال ۱۳۸۳ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید.

۲. ویژگی‌های نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی حاصل ضرورت‌های تاریخی و پاسخی به نیازهای اجتماعی،

فرهنگی و اقتصادی ایران است. تعدد، چندپارگی و نابسامانی در حوزه تأمین اجتماعی، ناهمسویی بین فعالیت‌ها و خدماتی که در این حوزه ارائه می‌شد و وجود همپوشانی‌ها و خلأهای جدی در پوشش جمعیت کشور، دست‌اندرکاران را برآن داشت که برای نظام‌سازی در این حوزه و ایجاد جامعیت و فراگیری در خدمات آن تدبیری اتخاذ کنند.

قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی دستاورد بیش از پنج سال بحث و تبادل نظر در سطوح کارشناسی، پژوهشی و نظام تصمیم‌گیری کشور است. بی‌تردید، تصویب این قانون در سال ۱۳۸۳ را می‌توان نقطه عطف مهمی در تاریخ تأمین اجتماعی کشور دانست. این ادعا نه به خاطر ساختارسازی جدید در این حوزه، بلکه به خاطر ویژگی‌هایی است که این قانون را از دیگر قوانین و مقررات مشابه در گذشته متمایز کرده و در نتیجه، چشم‌انداز تازه‌ای را در قلمرو رفاه و تأمین اجتماعی کشور ترسیم می‌کند. در این نوشتار به برخی از این ویژگی‌ها پرداخته خواهد شد:

۱-۲. فراهم‌سازی زمینه اجرای اصل ۲۹ قانون اساسی

تأمین اجتماعی به مفهوم کامل آن در اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی بیان شده است. بر مبنای این اصل «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی و درآمد حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند».

اصل ۲۹ قانون اساسی همه آنچه را که در ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر و کنوانسیون شماره ۱۰۲ بین‌المللی کار درباره تأمین اجتماعی بیان شده، در برمی‌گیرد و آن را به عنوان حق یک‌یک افراد جامعه و تکلیف دولت به رسمیت شناخته است. اما تحقق اهداف هر یک از اصول قانون اساسی مستلزم تصویب و اجرای یک قانون عادی است و بنابراین، اگرچه اصل ۲۹ قانون اساسی برای نظام جمهوری اسلامی یک افتخار به شمار می‌رود، اما تا پیش از این، به دلیل نبود قانون عادی برای اجرای آن، عملاً جمعیت کشور از این حق اساسی محروم مانده بود. شاید برای نخستین بار، مفاد این اصل در فصل پنجم قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۸۳-۱۳۷۹) مورد توجه قرار گرفت و سپس با تصویب قانون نظام

جامع رفاه و تأمین اجتماعی عینیت و پایداری بیشتری یافت. در اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی بر چند نکته مهم تصریح شده است:

- بیان مصداق‌های خدمات و حمایت‌های تأمین اجتماعی؛
 - استفاده از روش‌های بیمه‌ای و غیربیمه‌ای در اجرای این برنامه‌ها؛
 - تأمین اجتماعی به عنوان حق همگانی (برای یک فرد جامعه) و تکلیف دولت؛
 - تأمین منابع از محل درآمدهای عمومی و نیز مشارکت مردم.
- تا پیش از تصویب قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، این موارد در قوانین عادی تبیین و تشریح نشده بود. از این رو، راه بر تفسیرهای متفاوت از مفاهیمی مانند حدود حق همگانی و تکلیف دولت و چگونگی مشارکت مردم باز بود و این امر خود اختلاف رویه برای مجریان در بخش‌های مختلف را سبب می‌گردید. این قانون، حدود حق همگانی، دامنه شمول تکالیف دولت و سطح تعهدات نظام تأمین اجتماعی را در حوزه‌های بیمه‌ای و غیربیمه‌ای تبیین کرده است. به هریک از این موارد جداگانه پرداخته خواهد شد.

۲-۲. تفکیک حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی

سازمان بین‌المللی کار، چند راهبرد اصلی برای نظام تأمین اجتماعی بیان کرده که دو مورد رایج آن بیمه اجتماعی و حمایت اجتماعی است:

۲-۲-۱. بیمه اجتماعی^۱

یکی از مهمترین راهبردهای تأمین اجتماعی است که به وسیله دولت و به‌طور اجباری برای بخشی از جامعه (عمدتاً اقشار مزد و حقوق‌بگیر) اجرا می‌شود. این نوع بیمه به صورت اجباری و با مشارکت کارفرمایان، کارگران و دولت، با اتکاء به حق بیمه‌های دریافتی اداره می‌شود. هرچند که بیمه اجتماعی در نقاط مختلف جهان به شیوه‌های متفاوتی اجرا شده است اما اصول و مبانی مشترکی نیز دارد که سازمان بین‌المللی کار آنها را به ترتیب زیر بر شمرده است:

- منابع مالی بیمه اجتماعی از محل حق بیمه‌هایی که کارفرمایان و کارگران می‌پردازند، تأمین می‌شود و در مواردی دولت نیز در پرداخت حق بیمه مشارکت می‌کند؛

- پوشش بیمه اجتماعی غالباً اجباری است و البته در این مورد استثناهایی هم وجود دارد؛
- مازاد حق بیمه‌ها نسبت به هزینه‌های جاری، به منظور سودآوری سرمایه‌گذاری می‌شود.

تعهدات صندوق در برابر هر فرد، ناشی از سوابق بیمه‌ای اوست و به آزمون وسع یا سنجش درآمد نیاز ندارد.

بیمه حوادث شغلی معمولاً به‌طور کامل به وسیله کارفرمایان تأمین مالی می‌شود و در مواردی دولت‌ها هم از محل درآمد عمومی به این طرح‌ها کمک مالی می‌کنند.

۲-۲-۲. حمایت اجتماعی^۱

برنامه‌ای است که منابع مالی آن تماماً از محل درآمد عمومی تأمین می‌شود و حق بیمه از افراد دریافت نمی‌شود. در اغلب کشورهای که نظام بیمه اجتماعی در آنها محوریت دارد، برای پوشش اشخاصی که قدرت پرداخت حق بیمه را ندارند یا حق بیمه پرداختی آنها برای تأمین هزینه‌ها کفایت نمی‌کند، نظام حمایتی جداگانه‌ای وجود دارد. مهمترین اصول و مبانی نظام حمایت اجتماعی به شرح زیر است:

- تمام هزینه‌ها را دولت تأمین می‌کند؛
- مزایا بر مبنای سطح‌بندی نیاز اشخاص و خانواده‌ها پرداخت می‌شود یعنی هر فرد یا خانوار متناسب با میزان نیازش در یک طبقه قرار می‌گیرد و مزایای او بر همان مبنا تعیین می‌شود؛
- در سنجش نیاز اشخاص تمام منابع درآمدی آنها، به جز حد قابل قبولی از پس‌انداز، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد؛
- مزایا به صورتی تعیین می‌شود که مجموع درآمد فرد را به سطحی بالاتر از حداقل تعیین شده اجتماعی برساند؛
- نظام حمایت اجتماعی مشکل‌نگر است یعنی پرداخت‌ها و مزایای آن در حدی است که مشکل را برطرف سازد و بنابراین، حد معینی را برای پرداخت در نظر می‌گیرد. بنابراین، حوزه‌های بیمه‌ای و حمایتی در نظام تأمین اجتماعی هدف‌های مشترکی دارند اما ویژگی‌ها، روش‌ها و سازوکارهای هریک با دیگری متفاوت و تلفیق‌ناپذیر است.

تا پیش از تصویب قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، حد و مرز روشنی بین این حوزه‌ها وجود نداشت و تداخل وظایف و همپوشانی در حوزه‌های بیمه‌ای و غیربیمه‌ای، یکی از تنگناهای اصلی در نظام تأمین اجتماعی کشور به شمار می‌رفت. در قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، سه حوزه بیمه‌ای، حمایتی (و توانبخشی) و امدادی از یکدیگر تفکیک و تبیین شده است. البته خدمات امدادی ویژگی‌هایی کاملاً متفاوت با خدمات حمایتی و بیمه‌های اجتماعی دارد که معمولاً با این دو مقایسه نمی‌شود و در این قانون نیز به‌گونه‌ای مجزا به آن پرداخته شده است.

جدول شماره ۱. مقایسه ویژگی‌های اصلی بیمه‌های اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی

موضوع	بیمه اجتماعی	حمایت اجتماعی
جامعه هدف	افراد سالم، شاغل، فعال و مزد و حقوق‌بگیر	افراد آسیب‌دیده جسمی، روحی یا اجتماعی
شرط پوشش	اشتغال مستمر و پرداخت حق بیمه	آزمون وسع و احراز شرایط نیاز به حمایت
منابع مالی	حق بیمه‌ها (مشارکت اعضا)	منابع عمومی
مالکیت منابع	شرکای صندوق	دولت
ماهیت صندوق	عمومی و غیردولتی	دولتی

۲-۳. تعیین دامنه تکلیف و حدود مشارکت دولت در حوزه‌های سه‌گانه

هرچند که بر مبنای اصل ۲۹ قانون اساسی، دولت مکلف است که خدمات و حمایت‌های تأمین اجتماعی را برای یکایک افراد جامعه تأمین کند، اما دامنه و حدود این تکلیف، در قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی به شرح زیر تبیین شده است (ماده ۶):

۱-۳-۲. مسئولیت دولت

مشارکت بخش‌های غیردولتی در حوزه‌های مختلف نظام جامع به معنای رفع مسئولیت از دولت نیست و در هر حال، دولت مسئولیت مستقیم تأمین اجتماعی را به عهده دارد. برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری، نظارت، ارزشیابی و توزیع منابع عمومی در قلمروهای مختلف نظام جامع، به صورت متمرکز و به وسیله دولت انجام می‌شود.

۲-۳-۲. فعالیت و دخالت دولت

اصل بر این است که دولت در سطوح اجرایی قلمروهای نظام جامع فعالیت و دخالت نکند و این عرصه را به بخش عمومی و غیردولتی واگذارد، مگر در موارد عدم کفایت خدمات مؤسسات غیردولتی یا در صورت نیاز به تنظیم بازار یا جبران نقص بازار.

۲-۳-۳. مشارکت دولت

دولت در تأمین منابع مالی حوزه بیمه‌ای (بیمه‌های اجتماعی و درمانی) در سطح همگانی، متناسب با تعداد افراد تحت پوشش هر صندوق به صورت سرانه و برابر مشارکت می‌کند به نحوی که هیچ یک از صندوق‌ها از کمک انحصاری دولت برخوردار نشود.

۲-۳-۴. حمایت مالی ویژه دولت

علاوه بر مشارکت مالی دولت در سطح همگانی صندوق‌های بیمه‌ای، افراد ضعیف جامعه از کمک‌های مالی (حمایتی) دولت برخوردار خواهند بود که بر مبنای نیاز این اقشار تعیین می‌شود.

۲-۳-۵. پشتیبانی حقوقی و قانونی دولت از بیمه‌های مکمل

دولت در تأمین منابع مالی بیمه‌های مکمل مشارکت نخواهد داشت اما مکلف به پشتیبانی حقوقی و قانونی از این بیمه‌ها (تبصره ماده ۲) و فراهم‌سازی بستر فعالیت آنها در جامعه است. در این مورد اگر به تجربه دیگر کشورها رجوع کنیم، پشتیبانی دولت می‌تواند به مفهوم تصویب ضوابط و معیارهایی باشد که بر مبنای آنها بیمه‌گر و بیمه‌شده هر دو از حقوق و تکالیف عادلانه برخوردار و نسبت به رعایت آنها مطمئن باشند.

۲-۳-۶. نظارت دولت

منابع مالی نهادها و دستگاه‌های فعال در سه حوزه بیمه‌ای، حمایتی و امدادی، در حد استفاده آنها از منابع و تسهیلات نظام جامع، تحت نظارت وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی هستند (تبصره ماده ۷).

۲-۳-۷. ضمانت دولت

از آنجا که مسئولیت نهایی تأمین اجتماعی کشور با دولت است (بند د ماده ۶) و افراد تحت

پوشش حوزه بیمه‌ای با ضوابط اجباری یا الزامی دولت و به اتکای قوانین، تحت پوشش قرار می‌گیرند، حقوق افراد تحت پوشش صندوق‌های بیمه‌ای در حد تعهدات قانونی این صندوق‌ها تحت ضمانت دولت است (بند هـ، ماده ۹).

۴-۲. هدفمندسازی یارانه‌ها

هدفمندسازی یارانه‌ها، یکی از الزامات و هدف‌های اولیه در طراحی و تدوین نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی بوده است. این موضوع در فرایند برنامه‌ریزی برنامه سوم توسعه به‌طور مشخص مورد بحث قرار گرفت و در مجموعه رهنمودهای کلی، یک بند با مضمون «استفاده از نظام تأمین اجتماعی برای مبارزه با فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها و برخی از کمک‌های انتقالی دولت» با جهت‌گیری‌های زیر به تصویب هیأت وزیران رسید:

- اعطای یارانه‌ها و کمک‌های انتقالی دولت در قالب نظام جامع تأمین اجتماعی؛
- تعیین خط فقر به عنوان معیار تشخیص گروه‌های هدف در هر سال؛
- تشکیل پایگاه اطلاعات درآمد خانوار از متقاضیان دریافت یارانه؛
- بهره‌گیری از منابع حاصل از اصلاح نظام یارانه‌ای برای توسعه ابعاد نظام تأمین اجتماعی.

در این بررسی‌ها، چنین نتیجه‌گیری شد که در گذشته اعطای یارانه‌ها هدفمند نبوده و آثار و پیامدهای سوء یارانه برخی کالاها نیز مورد توجه قرار نگرفته است و در نتیجه علاوه بر انحراف از مسیر اصلی، این نوع اعطای یارانه در اتلاف منابع نیز تأثیر داشته است. به این معنا که خانوارهای دهک اول به عنوان محق‌ترین گروه‌های درآمدی، بهره‌مندی کمتری داشته‌اند (پیش‌نویس رهنمودهای کلی، ص ۱۵۲ تا ۱۵۹).

بر مبنای قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، یارانه‌ها منبع اصلی تأمین هزینه‌های تأمین اجتماعی، به‌ویژه در حوزه حمایتی (بند الف، ماده ۴) هستند. پیش‌فرض طراحان نظام این بوده است که منابع تخصیص یافته به تأمین اجتماعی در بخش‌های مختلف، اگر درست توزیع شود، برای رفع محرومیت و تأمین نیازهای اساسی همه نیازمندان کفایت می‌کند.

منظور از هدفمندسازی یارانه‌ها در این قانون این است که «به تدریج یارانه اعطایی به خانواده‌های پردرآمد کاهش یافته یا حذف گردد و میزان یارانه اعطایی به خانواده‌های کم‌درآمد افزایش یابد» (ماده ۱۰).

برای تحقق این هدف، ضمن رعایت سیاست نیازمندیابی فعال (بند ز، ماده ۹)، از نظام اطلاعاتی جامع و منسجم کشور مانند کد ملی یا نظام مالیاتی کشور (ماده ۱۰)، استفاده خواهد شد. تعیین خط فقر (مطلق و نسبی) معیار اصلی برای اعطای یارانه‌ها خواهد بود (بند ج، ماده ۴) و هرگونه استفاده از یارانه‌ها، خارج از قلمرو نظام جامع تحت هر عنوان و برای هر منظور ممنوع است (تبصره ۱، ماده ۱۱). البته اعمال این قانون در ارتباط با کمیته امداد امام خمینی (ره) منوط به اذن مقام رهبری است (ماده ۱۸)، که ظاهراً این حکم شامل استفاده از یارانه‌ها نیز هست.

۵-۲. همسان‌سازی ارکان سازمانی صندوق‌های فعال در سه حوزه

ساختار کلان و ارکان سازمانی هریک از صندوق‌ها، سازمان‌ها و نهادهای بیمه‌ای، حمایتی و امدادی تعیین‌کننده قدرت تصمیم‌گیری و میزان تأثیرگذاری آنها بر کانون‌های تصمیم‌گیری کشور است. بر مبنای این قانون (ماده ۱۲)، ارکان چهارگانه نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی عبارتند از:

- شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی؛ که مأموریت اصلی آن هماهنگی سیاست‌های اجتماعی در حوزه‌ها و بخش‌های مختلف (تأمین اجتماعی، اشتغال، آموزش و پرورش، تربیت بدنی، مسکن، بهداشت و درمان، ...) است (ماده ۱۳)؛
 - وزارت رفاه و تأمین اجتماعی؛ که مسئولیت اجرای این قانون و تحقق نظام جامع تأمین اجتماعی را بر عهده دارد (ماده ۱۱)؛
 - نهادها، سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های اصلی؛ که دو وظیفه اصلی «ساماندهی و مدیریت منابع» و «تصدی وظایف اجرایی» را در حوزه مربوط به خود به نمایندگی از سوی دولت بر عهده دارند (بند ۳، ماده ۱۲)؛
 - مؤسسات کارگزاری شامل شرکت‌های بیمه تجاری، شهرداری‌ها، دهرداری‌ها و سایر ظرفیت‌های ساختاری (در قالب بانک، صندوق، شرکت و بنگاه‌های خدماتی و نهادهای خیریه و مدنی)؛ که امور اجرایی و تصدی‌گری نهادها، سازمان‌ها و صندوق‌های سه حوزه را در قالب قراردادها و تفاهم‌نامه‌های منعقد، به عهده خواهند گرفت (بند ۴، ماده ۱۲).
- در این قانون، ساختار کلان و ارکان سازمانی صندوق‌ها، سازمان‌ها و نهادهای فعال در سه حوزه نظام جامع به گونه‌ای تعریف شده که در انتخاب اعضای شوراهای مجامع عمومی و

هیأت‌های امناء از روش واحدی پیروی کنند. انتخاب اعضای هیأت مدیره و مدیرعامل هریک از صندوق‌ها یا سازمان‌ها نیز همین‌طور است.

هر یک از سازمان‌ها، مؤسسات و یا صندوق‌های اصلی دارای شورا (یا مجمع یا هیأت امناء)، هیأت‌مدیره، مدیرعامل و هیأت نظارت است که در شورا (یا مجمع یا هیأت امناء) و نیز هیأت‌مدیره، نمایندگانی از طرف خدمت‌گیرندگان نیز حضور دارند. ترکیب اعضای شورا (یا مجمع یا هیأت امناء) یادشده به نحوی تنظیم شده که اعضای انتصابی از طرف هیأت وزیران اکثریت نسبی (نصف به اضافه یک) را دارا هستند و دیگر اعضا به تناسب تعداد افراد تحت پوشش، توسط خدمت‌گیرندگان متشکل و سازمان‌یافته انتخاب می‌شوند (بند ۲ الف، ماده ۱۷). به نظر می‌رسد تأکید بر اکثریت نسبی اعضای انتصابی از طرف هیأت دولت به این دلیل است که مسئولیت کلی تأمین اجتماعی و ضمانت تعهدات آن با دولت است.

تفکیک سه سطح حاکمیتی، تصدی‌گری و کارگزاری در حوزه‌های سه‌گانه نظام جامع، از ویژگی‌های مهم این قانون است. بر این مبنا:

- وظایف حاکمیتی دولت (سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، نظارت، ارزشیابی) به صورت متمرکز انجام می‌شود؛
- دولت در امور تصدی‌گری و اجرایی جز در موارد ضروری (برای تنظیم بازار یا جبران کمبود ارائه خدمات) دخالت نمی‌کند (بند ز، ماده ۶)؛
- نظارت مالی دولت بر حوزه‌های سه‌گانه، محدود به استفاده آنها از منابع و تسهیلات نظام جامع تأمین اجتماعی است (بند ب، ماده ۷)؛
- امور تصدی‌گری و اجرایی (تولید و ارائه خدمات و تعهدات قانونی) نیز که بدو به عهده سازمان‌ها، نهادها، مؤسسات و صندوق‌های فعال در سه حوزه است، در قالب قراردادهای دوجانبه، به مؤسسات کارگزاری واگذار می‌گردد (تبصره ۱، ماده ۱۲).

۳. اصول و مبانی بیمه‌های اجتماعی

در قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، حوزه بیمه‌ای به دو بخش بیمه‌های اجتماعی و بیمه‌های درمانی تفکیک شده است (بند الف، ماده ۲) و البته هر دو بخش یادشده، اصول و مبانی مشترکی دارند. در لایحه پیشنهادی دولت، بیمه‌های درمانی به عنوان یک حوزه جدا و در قالب راهبردی مجزا مطرح شده بود اما در مصوبه کمیسیون مشترک و مصوبه نهایی مجلس، این دو در

قالب یک حوزه ولی شامل دو بخش مدنظر قرار گرفت که به نظر می‌رسد این نوع دسته‌بندی صحیح‌تر است.

خدمات بیمه‌های اجتماعی و درمانی به ترتیب معیشت و سلامت مردم را تأمین می‌کنند و بیمه‌های درمانی جزئی جدایی‌ناپذیر از نظام بیمه اجتماعی است. بیمه‌های درمانی در سازوکارها و روش‌های بیمه‌گری از اصول و مبانی بیمه اجتماعی پیروی می‌کنند و به همین دلیل در بسیاری از کشورها، این دو در کنار هم و از طریق یک سازمان ارائه می‌گردد. اما بیمه‌های درمانی در مقایسه با بیمه‌های اجتماعی ویژگی‌های متفاوتی هم دارند که آنها را از اولویت بیشتری برخوردار می‌سازد:

۱. تعهدات بیمه‌های درمانی اغلب کوتاه‌مدت، فوری، غیرقابل پیش‌بینی، محاسبه‌ناپذیر و تعلیق‌ناپذیرند. این ویژگی‌ها موجب می‌شود که پوشش همگانی جمعیت برای خدمات درمانی (صرف‌نظر از وضعیت شغلی، درآمدی و جغرافیایی آنها)، نسبت به بیمه‌های اجتماعی (بازنشستگی) در اولویت و فوریت قرار گیرد؛

۲. تعهدات بیمه درمانی تابع نیاز افراد است و معمولاً به میزان حق بیمه آنها بستگی ندارد. بنابراین قاعده عدالت حکم می‌کند که در ارائه خدمات درمانی بین بیمه‌شدگان زیر پوشش صندوق‌های مختلف یا حتی افراد غیر بیمه‌شده، تفاوت محسوسی به وجود نیاید. درحالی‌که در مورد مستمری‌های بازنشستگی، تناسب بین سطح مستمری افراد با میزان حق بیمه و دوره بیمه‌پردازی آنها رعایت می‌شود؛

۳. تعهدات بیمه‌های درمانی گرایش حداکثری دارد، یعنی بالاترین حد خدمات مورد نیاز برای تأمین سلامت افراد جامعه، حق مردم و تکلیف دولت محسوب می‌شود و همین حد از خدمات نیز باید در تعهد بیمه‌های همگانی باشد. اما در مورد بیمه‌های اجتماعی غیردرمان، تأمین معیشت افراد تحت پوشش با توجه به وضع شغلی و نحوه مشارکت آنها متفاوت است.

با وجود این تفاوت‌ها، بیمه اجتماعی و درمانی در قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی اصول و مبانی مشترکی دارند که در ادامه بحث به بیان آنها می‌پردازیم.

۱-۳. جایگاه بیمه‌های اجتماعی در نظام جامع

در قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، حوزه بیمه‌ای (بیمه‌های اجتماعی و درمانی) در مقایسه با دو حوزه دیگر، از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است:

- در بین حوزه‌های سه‌گانه نظام جامع، حوزه بیمه‌ای محوریت دارد (بند ب، ماده ۶)؛
 - در حوزه بیمه‌ای، اولویت با بیمه‌های مبتنی بر بازار کار و اشتغال است (بند الف، ماده ۳).
- دلیل اصلی این محوریت و اولویت می‌تواند این باشد که بیمه‌های اجتماعی، اشخاص را به هنگام اشتغال و فعالیت و در زمان سلامتی آنان، پوشش می‌دهد و با برطرف ساختن دغدغه‌های ناشی از مخاطرات اجتماعی و اقتصادی و خطرات تهدیدکننده سلامت، به آنان امنیت خاطر می‌بخشد و این امر به ارتقاء سطح سلامت جامعه و کارآمدی نظام اقتصادی کمک می‌کند. علاوه بر این، منابع مالی بیمه اجتماعی متکی به حق بیمه‌های حاصل از نظام اشتغال و مشارکت شرکای صندوق است و به درآمدهای عمومی وابسته نیست. این ویژگی موجب پایداری منابع بیمه‌های اجتماعی در بلندمدت می‌شود.

۳-۲. ویژگی‌ها و الزامات بیمه‌های اجتماعی

در مواد مختلف قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی ویژگی‌ها و الزامات بیمه‌های اجتماعی و درمانی به این شرح بیان شده است:

۳-۲-۱. پوشش جمعیت

در سطح بیمه همگانی، همه افراد جامعه به‌ویژه مزدبگیران، صاحبان حرف و مشاغل آزاد، خویش‌فرمایان و شاغلان غیردائم (موقت)، روستاییان، عشایر، زنان بیوه، سالخورده و خودسرپرست و کودکان باید تحت پوشش قرار گیرند (ماده ۳). روشن است که با توجه به الزامات بیمه‌ای، برای پوشش هریک از این افراد و گروه‌ها، روش‌های خاصی باید مورد استفاده قرار گیرد و نمی‌توان همه آنها را با روشی یکسان پوشش داد.

مفاد این قانون نشان می‌دهد که در مورد بیمه‌های درمانی در سطح همگانی، تأکید بر این است که «همه افراد جامعه» زیر پوشش قرار گیرند اما در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی (غیردرمان) بر پوشش «افراد شاغل» تأکید شده است. این دوگانگی، ناشی از همان تفاوت‌های بین بیمه‌های اجتماعی و بیمه‌های درمانی است که به آنها اشاره شد.

۳-۲-۲. تعهدات و خدمات

تعهدات و خدمات حوزه بیمه‌ای، در دو سطح همگانی و مکمل تعریف شده است. سطح همگانی شامل تعهدات پایه بیمه‌های اجتماعی و درمانی است. این سطح از خدمات بیمه‌ای،

حق همگانی محسوب می‌شود و دولت مکلف به مشارکت مالی برای تأمین آن است. خدمات این سطح برای افراد تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر موجود، همه تعهدات قبلی را شامل می‌شود (تبصره ۳، ماده ۳).

سطح مکمل، خدماتی است که علاوه بر سطح همگانی، با انعقاد قراردادهای انفرادی یا گروهی و پرداخت حق‌بیمه از طرف بیمه‌شده ارائه می‌شود. در این سطح از خدمات، دولت مشارکت مالی ندارد و تنها مکلف به پشتیبانی قانونی و حقوقی برای اجرای آن است (ماده ۲). در این قانون آمده است که «حدود خدمات بیمه همگانی را قانون تعیین می‌کند» و بیمه‌های تکمیلی خدماتی است که علاوه بر سطح خدمات بیمه‌های همگانی با انعقاد قراردادهای انفرادی یا گروهی ارائه می‌گردد (ماده ۲). اگرچه این نوع تعریف از سطوح خدمات بیمه‌ای مبهم به نظر می‌رسد و به همین دلیل، مخالفت‌هایی نیز با مفاد این ماده ابراز شده است^۱، اما با رجوع به مستندات برنامه سوم توسعه (که مبنای تدوین قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی است) و نیز دیگر بخش‌های این قانون، می‌توان به مفهوم مورد نظر از بیمه‌های همگانی و تکمیلی پی برد.

تفکیک دو سطح بیمه همگانی و مکمل و تعریف دامنه تعهدات هریک، طی دهه گذشته از موارد بحث‌برانگیز در بخش بیمه‌های درمانی کشور بوده و در این مورد دو دیدگاه غالب وجود داشته است. یک دیدگاه بر آن بوده تا سطح همگانی خدمات درمانی را در حد معینی از هزینه‌ها تثبیت کند و مازاد آن را در قالب بیمه‌های مکمل (مضاعف) جای دهد. بر مبنای این دیدگاه، تعهدات بیمه درمان همگانی محدود به سقفی از هزینه‌هاست که حق بیمه‌های جاری بتوانند آن را پوشش دهد و مازاد بر آن، از تعهد این بیمه‌ها خارج است.

بر مبنای این دیدگاه بود که پس از اجرای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در سال ۱۳۷۴، برخی از دست‌اندرکاران تدوین آیین‌نامه‌های اجرایی کوشیدند تا با استدلال کافی نبودن حق بیمه سرانه، فهرستی از خدمات تخصصی و فوق تخصصی را که هزینه‌های سنگینی می‌طلبد، از تعهد بیمه درمان همگانی خارج کنند و به آنها نام «بیمه مکمل (مضاعف)» بدهند. اما این پیشنهاد در هیأت وزیران تصویب نشد و به جای آن فقط چند مورد خدمات تخصصی که از آنها به عنوان خدمات غیرضروری و انتخابی نام برده می‌شد، از تعهد بیمه‌های پایه خارج شد و در فهرست بیمه‌های مکمل جای گرفت.

۱. مشروح مذاکرات مجلس شورای اسلامی درباره لایحه ساختار سازمانی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی.

دیدگاه دیگر براین باور است که بیمه‌های همگانی باید همه نیازهای پایه و اساسی را بدون توجه به میزان هزینه آنها پوشش دهد و تنها خدمات غیرضروری، انتخابی و رفاهی خارج از پوشش بیمه همگانی است. بنابراین، معیار تفکیک بین دو سطح همگانی و مکمل، هزینه‌های آنها نیست بلکه میزان ضرورت آنهاست.

در فرایند برنامه‌ریزی برنامه سوم توسعه، این دیدگاه برای تعریف و تفکیک بیمه‌های همگانی از بیمه‌های مکمل مورد قبول شورای برنامه‌ریزی بخش بهداشت و درمان قرار گرفت و در متن سیاست‌های استراتژیک این بخش گنجانده شد.^۱ اما از آنجاکه این بحث به‌طور همزمان در کمیته فرابخشی نظام جامع تأمین اجتماعی (در سازمان برنامه و بودجه سابق) مطرح بود، از خدمات بیمه همگانی و مکمل تعریف نسبتاً متفاوتی ارائه شد و در متن قانون برنامه سوم جای گرفت. در ماده ۳۷ قانون برنامه سوم توسعه، بیمه‌های همگانی و مکمل به شرح زیر تعریف شده است:

«فعالیت‌های بیمه‌ای در دو بخش همگانی و مکمل انجام می‌شود و تعهدات و خدمات هر بخش براساس ضوابط ذیل تعیین می‌شود:

الف: خدمات بیمه همگانی که با مشارکت بیمه شده، کارفرما (در صورت وجود کارفرما) و دولت (حسب تکالیف قانونی آن) تأمین می‌گردد، شامل بیمه درمان، بازنشستگی، ازکارافتادگی، بازماندگان و بیکاری، است که کلیه بیمه‌شدگان از آن بهره‌مند خواهند شد و حدود فعالیت‌های آن متناسب با حق بیمه دریافتی و توان مالی سازمان‌های بیمه‌ای و میزان کمک دولت طبق مصوبات هیأت وزیران تعیین می‌شود.

تبصره: خدماتی که در قوانین فعلی سازمان‌های بیمه‌ای و صندوق‌های بازنشستگی برای کلیه بیمه‌شدگان تحت پوشش هر سازمان و صندوق تعیین شده است، به عنوان خدمات بیمه همگانی برای مضمولان همان سازمان و صندوق منظور خواهد شد.

ب: بخش مکمل بیمه‌های تأمین اجتماعی شامل خدماتی است که سطح بالاتری از خدمات بیمه همگانی را در برمی‌گیرد یا خدمات جدیدی را ارائه می‌کند یا هزینه بیشتری نسبت به تعهد بیمه همگانی تأمین می‌نماید. این بخش از خدمات بیمه‌ای براساس توافق بیمه‌شدگان و بیمه‌گر و با تعهد پرداخت هزینه توسط بیمه شده فعالیت نموده و گسترش می‌یابد.»

۱. گزارش مرحله دوم شورای برنامه‌ریزی بخش بهداشت و درمان، شورای برنامه‌ریزی بخش بهداشت و درمان، شهریور ۱۳۷۸، ص ۴۲.

در این متن، تلفیقی از هر دو دیدگاه یادشده به کار رفته است. از یک سو همه تعهدات کنونی سازمان‌های بیمه‌گر در سطح همگانی پذیرفته شده است و از سوی دیگر، حدود تعهدات سطح همگانی متناسب با حق بیمه دریافتی و توان مالی سازمان‌های بیمه‌گر و کمک دولت در نظر گرفته شده و در بیمه‌های مکمل نیز عبارت «با هزینه بیشتری نسبت به تعهد بیمه همگانی ...» به کار رفته است.

در مورد سطح‌بندی خدمات بیمه‌های اجتماعی (بازنشستگی) پیش از این بحث کارشناسی قابل توجهی صورت نگرفته است اما، بر مبنای قوانین موجود، این توافق نظر وجود دارد که مستمری‌ها باید هزینه‌های زندگی افراد تحت پوشش را به شکل آبرومندان‌های تأمین کند و چون اشتغال مجدد برای مستمری‌بگیران منع شده است، مقدار مستمری باید در حدی باشد که آنان را از کسب درآمد جدید برای تأمین معیشت خود بی‌نیاز کند. به همین دلیل، در قانون تأمین اجتماعی تکلیف شده است که:

- کف مستمری‌ها هر سال تا سطح حداقل دستمزد کارگری افزایش یابد (ماده ۱۱۱).
 - همه مستمری‌ها هر سال، متناسب با افزایش هزینه زندگی، افزایش داده شود (ماده ۹۶).
- در قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی تصریح شده است که تعهدات قبلی سازمان‌های بیمه‌گر موجود به افراد تحت پوشش (به شرط آنکه فقط در یک سازمان یا صندوق عضو باشند)، کماکان به قوت خود باقی است. ولی برقراری تعهدات مزاد برآن، مشروط به تأمین بار مالی آن از سوی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی خواهد بود (تبصره ۳، ماده ۳).
- نکات مهم دیگری نیز درباره ماهیت تعهدات صندوق‌های بیمه اجتماعی در این قانون مورد تأکید قرار گرفته است:

- سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های بیمه‌گر ماهیت تعهدی دارند و حقوق بیمه‌شدگان نسبت به این صندوق‌ها منحصر به دریافت تعهدات قانونی است (بند ۵، ماده ۹). این نکته به این معناست که بیمه‌شدگان در هیچ شرایطی در قبال پرداخت حق بیمه به صندوق، در منابع و دارایی‌های آن سهم نمی‌شوند و حق برداشت از آن را ندارند. بلکه تنها در صورت احراز شرایط و وقوع یکی از مخاطرات مورد تعهد، حق برخورداری از مزایای آن را پیدا می‌کنند.
- حقوق افراد عضو و تحت پوشش در قبال تعهدات قانونی سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای، تحت ضمانت دولت است (بند ۶، ماده ۹). به بیان دیگر، دولت علاوه بر اینکه به عنوان پایدارترین نهاد جامعه با برقراری سازوکار اجباری، ضمانت تداوم و پایداری

صندوق بیمه اجتماعی را بر عهده گرفته است، در صورت بروز نابسامانی‌های اقتصادی و کسری احتمالی منابع، ارائه تعهدات این صندوق را نیز تضمین کرده است.

• وجوه، ذخایر، اموال و دارایی‌های صندوق‌های بیمه اجتماعی و درمانی در حکم اموال عمومی بوده و مالکیت آن مشاع و متعلق به همه نسل‌های جامعه تحت پوشش است (بند د، ماده ۷). بنابراین، منابع صندوق بیمه اجتماعی بیت‌المال نیست بلکه حق‌الناس است و دولت یا حتی اعضای این صندوق، حق دخل و تصرف در این منابع یا ادغام آن در دیگر صندوق‌ها را ندارند. به‌همین دلیل، اجرای تصمیمات و احکام دولت در جهت کاهش منابع یا افزایش مصارف و تعهدات صندوق‌ها و مؤسسات بیمه‌ای منوط به تأمین منابع مالی معادل از سوی دولت است (بند ج، ماده ۷).

۳-۲-۳. منابع مالی

بر مبنای این قانون، در حوزه بیمه‌ای، منابع مالی صندوق‌ها از محل حق بیمه‌هایی که بیمه‌شدگان و کارفرمایان می‌پردازند تأمین می‌شود و دولت نیز سهم سرانه معینی را به هر صندوق می‌پردازد که متناسب با تعداد افراد تحت پوشش آن صندوق تعیین می‌شود. درصد مشارکت و سهم پرداختی بیمه‌شده و کارفرما نسبت به مأخذ کسر حق بیمه، در تمامی صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی با یکدیگر برابر است. همچنین سهم سرانه دولت بابت کمک به این صندوق‌ها در سطح همگانی، با یکدیگر برابر است (بندی، ماده ۶).

با توجه به اینکه حق انتخاب صندوق بیمه‌گر یا جابجایی بین صندوق‌های بیمه همگانی برای بیمه‌شدگان به صورت انفرادی یا گروهی مجاز شمرده شده است (بند ک، ماده ۶)، برابری نرخ‌های یادشده (سهم بیمه‌شده، سهم کارفرما و سهم دولت) موجب می‌شود که صندوق‌ها از نظر نرخ حق بیمه و برخورداری از کمک دولت بر یکدیگر امتیازی نداشته نباشند و انتخاب و جابجایی بین صندوق‌ها تنها بر مبنای کارآمدی آنها در حوزه خدمت‌رسانی و رضایت مشتری از کیفیت خدمات آنها صورت گیرد.

در صندوق‌های بیمه‌گر، تعادل منابع و مصارف صندوق باید بر اساس محاسبات بیمه‌ای برقرار شود و در تنظیم تعهدات بیمه‌ای صندوق‌ها، قاعده عدالت و تناسب مشارکت رعایت گردد (بند ط، ماده ۹). محاسبات بیمه‌ای در هریک از انواع بیمه‌ها مفهوماً نسبتاً متفاوتی دارد.

در بیمه‌های انفرادی این محاسبات متکی به معاینات فردی و برآورد مخاطرات و هزینه‌های احتمالی قابل پیش‌بینی برای هر فرد بیمه‌شده است.

در بیمه‌های گروهی، این محاسبات در سطح گروه انجام می‌شود و بنابراین افراد به تنهایی مورد معاینه و ارزیابی قرار نمی‌گیرند. در مورد بیمه‌های اجتماعی، محاسبات بیمه‌ای متکی به برآورد «احتمال وقوع خطرات برای کل جامعه تحت پوشش» است و شاخص‌های کلان جمعیتی مدنظر قرار می‌گیرد. علاوه بر این، محاسبات بیمه‌ای برای بیمه‌های اجتماعی (مستمری‌ها) و بیمه‌های درمانی مبناهای متفاوتی دارد و باید جداگانه انجام گیرد.

یکی دیگر از ویژگی‌های این قانون، تأکید بر رقابت‌پذیری و انحصارزدایی در حوزه بیمه‌ای است. بیمه‌های اجتماعی ماهیت عمومی غیردولتی دارند و به تصریح این قانون، در هر حال مسئولیت تأمین اجتماعی و ضمانت تعهدات صندوق‌ها با دولت است (بند د، ماده ۶ و بند ح، ماده ۸). بنابراین بیمه‌های اجتماعی نمی‌توانند خصوصی باشند. این امر در بسیاری از کشورهای جهان نیز چنین است که مسئولیت بیمه‌های اجتماعی و درمانی در سطح نیازهای پایه و همگانی برعهده دولت است هرچند که اداره امور اجرایی صندوق‌ها ممکن است با مؤسسات عمومی و یا نهادهای مردمی (هیأت امنای منتخب مردم، انجمن‌های بیمه‌گر غیردولتی و ...) باشد و بخش خصوصی نیز تنها در سطح بیمه‌های مکمل فعالیت می‌کند.

با وجود این، در این قانون به منظور کاهش آثار و پیامدهای منفی ناشی از انحصار در ارائه خدمات بیمه‌ای، تدابیری اندیشیده است. موارد زیر در قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی به رقابت‌پذیری و انحصارزدایی در حوزه بیمه‌ای کمک می‌کند:

- بیمه‌شوندگان مجازند در بدو ورود، مؤسسه بیمه‌گر خود را انتخاب کنند؛
- بیمه‌شدگان تحت پوشش هر یک از صندوق‌های بیمه می‌توانند (طبق آیین‌نامه مصوب هیأت وزیران) به صورت انفرادی یا گروهی بین صندوق‌های بیمه همگانی جابجا شوند؛
- درصد مشارکت و سهم پرداختی از حق بیمه برای بیمه‌شده (و همین‌طور برای کارفرما) در همه صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی با یکدیگر برابر است؛
- سهم مشارکت دولت در حق بیمه مربوط به هر یک از صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی به صورت سرانه (به نسبت افراد عضو) و برابر تعیین می‌شود؛

- دولت می‌تواند براساس قوانین، اقدامات کنترل‌کننده و ضدانحصاری لازم را در بخش بیمه‌ای انجام دهد.

باتوجه به این نکات، سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر امتیازات ویژه ناشی از ابزارهای قانونی و کمک دولت (مانند نرخ حق بیمه، سهم مشارکت دولت، پوشش اجباری افراد و گروه‌های معین) را از دست می‌دهند و به بیمه‌شدگان امکان داده می‌شود تا مؤسسه یا صندوق بیمه‌ای خود را براساس قابلیت‌های خدمت‌رسانی و کارآمدی نظام مدیریتی آنها انتخاب کنند. روشن است که این شرایط رقابتی در صورتی رخ می‌دهد که زمینه اجتماعی و فرهنگی آن نیز فراهم باشد، مثلاً بیمه‌شوندگان و کارفرمایان از مزایای بیمه اجتماعی آگاه باشند و به‌طور اختیاری مناسب‌ترین حالت را انتخاب کنند. در غیر این صورت، ممکن است به دلیل وجود مشکلات اقتصادی، کالای بیمه در سبد ترجیحی مردم قرار نگیرد یا اینکه به دلیل فقدان دوراندیشی، گزینه‌هایی را انتخاب کنند که مشکلات مقطعی و موقت آنها را حل کند و تأمین آینده آنان به فراموشی سپرده شود.

۳-۳. اصول و مبانی حوزه حمایتی و توانبخشی

آن بخش از جمعیت کشور که به دلایلی نمی‌توانند تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی و درمانی قرار گیرند، از خدمات حوزه حمایتی و توانبخشی استفاده می‌کنند. بر مبنای قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، خدمات این حوزه شامل ارائه خدمات حمایتی و توانبخشی و اعطای یارانه و کمک مالی به افراد و خانواده‌های نیازمندی است که به دلایل گوناگون قادر به کار نیستند یا درآمد آنان تکافوی حداقل زندگی آنان را نمی‌نماید (بند ب، ماده ۲). ویژگی‌های اصلی حوزه حمایتی و توانبخشی در این قانون به شرح زیر است:

۳-۳-۱. پوشش جمعیت

بر مبنای ماده ۴ این قانون، افراد و گروه‌های زیر به تناسب نوع و میزان نیازشان تحت پوشش حوزه حمایتی و توانبخشی قرار می‌گیرند:

- افراد و خانواده‌هایی که درآمد کافی ندارند؛
- افرادی که به دلایل جسمی و روانی قادر به کار نیستند؛
- خانواده‌های بی‌سرپرست و زنان خودسرپرست؛

- مادران به خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند؛
- معلولان، آسیب‌دیدگان اجتماعی و افراد محروم از فرصت‌های برابر اجتماعی؛
- نیازمندان و عشایر روستایی؛
- افراد جویای کار.

۲-۳-۳. تمهیدات و خدمات

در حوزه حمایتی و توانبخشی سعی بر این است که حداقل زندگی برای همه افراد و خانواده‌های تحت پوشش تأمین شود (بند هـ، ماده ۴). سطح تمهیدات و خدمات برای هر یک از گروه‌ها یا اقشار تحت پوشش متناسب با میزان و نوع نیازمندی یا آسیب‌دیدگی آنان متفاوت است. به همین دلیل، معیارهایی مانند خط فقر مطلق و نسبی برای تعیین سطح نیازها و حدود خدمات کمک‌های مالی این حوزه به افراد و خانوارهای نیازمند در نظر گرفته شده است. اما در مورد معلولان و آسیب‌دیدگان اجتماعی، بر تأمین خدمات پیشگیری، درمان و توانبخشی، آماده‌سازی (مناسب‌سازی) محیط اجتماعی و فراهم‌سازی امکانات لازم برای بهبود وضع جسمی، ذهنی، اجتماعی و اقتصادی آنان (تا رسیدن به استقلال و خودکفایی) تأکید شده است (ماده ۴).

۳-۳-۳. منابع مالی

منابع عمومی، منابع اختصاص داده شده (در بودجه سالانه دولت) برای جبران اجتماعی خسارت‌های ناشی از سیاست‌های اقتصادی و توسعه‌ای، منابع حاصل از هدفمند کردن یارانه‌ها، کمک‌های مردمی، وجوهات شرعی و خیریه مانند خمس، زکات، وقف، صدقات، نذورات و منابع و اموال و دارایی‌های نهادها و بنیادهای انقلاب اسلامی از جمله مهمترین منابعی است که در این قانون برای حوزه حمایتی و توانبخشی در نظر گرفته شده است (مواد ۷، ۸، ۱۰).

خدمات حوزه حمایتی و توانبخشی با رعایت سیاست‌های جامعیت، فراگیری، کفایت، پیشگیری، توانمندسازی، کارگستری و نیازمندی‌بایی فعال ارائه می‌گردد. البته این سیاست‌ها در هر سه حوزه نظام جامع مورد توجه است اما برخی از آنها جنبه حمایتی دارد:

- جامعیت، به مفهوم ارائه تمامی خدمات متنوع تصریح شده در این قانون؛
- فراگیری، به این معنا که این خدمات باید برای همه افراد تحت پوشش تأمین و تضمین شود؛

- کفایت به این مفهوم است که باید در مرحله اول حداقل نیازهای اساسی همه افراد جامعه تأمین گردد و در مرحله دوم کمیت و کیفیت خدمات ارتقاء یابد؛
 - توانمندسازی به مفهوم کاهش روش‌های مبتنی بر تأمین مستقیم نیازها و افزایش توانایی‌های فردی و جمعی افراد به منظور تأمین نیازها توسط خود آنها؛
 - کارگستری به مفهوم ایجاد زمینه‌های اشتغال افراد.
- رسیدگی به حقوق افراد با استفاده از سیستم جامع آماری و اطلاعاتی (عدم نیاز به مراجعه مستقیم و اعلام نیاز از سوی افراد) و تأکید بر کرامت انسانی و نفی روش‌های تحقیرآمیز، از دیگر سیاست‌های این حوزه است (ماده ۹).

۳-۴. اصول و مبانی حوزه امدادی

خدمات و فعالیت‌های حوزه امدادی در این قانون شامل «امداد و نجات در حوادث غیرمترقبه» است (بند ج، ماده ۲). وظایف اصلی حوزه امدادی در چارچوب این قانون، شامل آماده‌سازی و هماهنگی سازمان‌ها و نهادهای ذیربط برای ارائه خدمات امدادی و پیش‌بینی سازوکارهای لازم برای امور مربوط به بازسازی کوتاه‌مدت، با همکاری سازمان‌های دولتی و غیردولتی است که بر مبنای طرح جامع امداد و نجات کشور ارائه می‌شود (ماده ۵).

طرح جامع امداد و نجات کشور در اجرای ماده ۴۴ قانون برنامه سوم توسعه، و با هدف: «سازماندهی و به هم پیوسته کردن کلیه عناصر و عوامل مدیریت بحران، استفاده از تمامی امکانات ملی، استانی و نیروهای مردمی، هدایت کلیه کمک‌های دولتی و غیردولتی داخلی و خارجی به منظور پیشگیری و کاهش آثار بلایای طبیعی، ارائه حداکثر خدمات امداد و نجات سازمان یافته، تقلیل تلفات انسانی و اقتصادی، جبران و بازسازی و بازگرداندن شرایط زندگی به وضعیت اولیه قبل از بحران، ایجاد آمادگی لازم در مردم و تعیین دقیق نقش و وظایف دستگاه‌های اجرایی برای مقابله با بحران» در فروردین ماه ۱۳۸۲ به تصویب هیأت وزیران رسید.

بر مبنای این طرح، «عملیات امداد و نجات به‌عنوان بخش عمده مرحله مقابله، شامل جستجو، نجات، ارائه کمک‌های اولیه، انتقال مجروحان تا نزدیک‌ترین و اولین مرکز درمانی، تغذیه اضطراری، تأمین سرپناه اضطراری، تخلیه جمعیت‌ها، تأمین امکانات اولیه و دریافت و توزیع کمک‌های مردمی و اقلام اهدایی سازمان‌های غیردولتی داخلی، خارجی و بین‌المللی

است» (بند ۵، ماده ۱). فعالیت‌ها و اقدامات مشمول این طرح، شامل چهار مرحله پیشگیری، آمادگی، مقابله و بازسازی است.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در برگیرنده فرصت‌ها و تهدیدهایی برای سازمان‌های بیمه‌گر موجود است. فرصت‌ها به نحوی که مورد بحث قرار گرفت، زمینه‌های قانونمندی بیمه‌های اجتماعی و درمانی و نهادینه‌شدن اصول و مبانی علمی آن را فراهم می‌سازد. از این جهت، آنچه که طی سال‌های گذشته به عنوان دغدغه‌های اصلی دست‌اندرکاران نظام بیمه‌اجتماعی کشور مطرح می‌شد (مانند ماهیت عمومی و غیردولتی صندوق‌های بیمه، مفهوم بین‌نسلی بیمه‌ها، ماهیت تعهدی صندوق‌ها، ضمانت دولت بر تعهدات صندوق‌ها و ...)، در این قانون روشن شده است.

با این وجود، این قانون دارای ابهام‌ها و کاستی‌هایی نیز هست که اجرای دقیق آن را با مشکل مواجه ساخته و اختلاف نظرهایی را پدید آورده است. به‌طور خلاصه، نقاط قوت و ضعف این قانون از دیدگاه بیمه‌های اجتماعی به این شرح است:

نقاط قوت

۱. در این قانون، مفاهیم و مضامین اصل ۲۹ قانون اساسی، یعنی مفهوم تأمین اجتماعی و قلمروهای مختلف آن، حدود حق همگانی و تکلیف دولت در این زمینه، حدود دخالت دولت و دامنه مشارکت بخش غیردولتی در بیمه‌ها و حمایت‌های اجتماعی تعریف و تبیین شده است.
۲. زمینه‌های قانونی برای سامان‌یابی وظایف حاکمیتی دولت در عرصه تأمین اجتماعی، ایجاد هماهنگی و انسجام بین سازمان‌ها و نهادهای مختلف فعال در زمینه رفاه و تأمین اجتماعی و نیز هدایت و هدفمندسازی یارانه‌ها به این سمت، فراهم شده است.
۳. این قانون، اصول، مبانی و الزامات سه حوزه بیمه‌ای، حمایتی و امدادی را روشن ساخته، دامنه تعهدات، جمعیت هدف و منابع مالی آنها را تعیین کرده و حد و مرز این حوزه‌ها را نسبت به هم و حدود تعهدات دولت در هر حوزه را مشخص کرده است.

۴. مفاهیم پایه و بنیادین بیمه‌های اجتماعی مانند غیردولتی بودن آنها، مشاع و بین نسلی بودن منابع آنها، غیرقابل ادغام بودن منابع و دارایی‌های آنها، ممنوعیت افزایش تعهدات و هزینه‌های این بیمه‌ها (مگر با تأمین بار مالی معادل از سوی دولت) و مسئولیت و ضمانت دولت برای تداوم خدمات بیمه‌های اجتماعی، در این قانون برای نخستین بار به روشنی بیان شده است.

نقاط ضعف

۱. تأکید بر همسان سازی ساختار سازمانی مؤسسات، نهادها و صندوق‌های فعال در حوزه‌های سه‌گانه بیمه‌ای، حمایتی و امدادی، بدون رعایت الزامات هرکدام و تفاوت‌های بنیادینی که بین این سه حوزه وجود دارد، از جمله نکات مورد اختلاف در این قانون است؛
 ۲. با وجود تأکید این قانون مبنی بر کاهش تصدی‌گری دولت و افزایش نقش بخش غیردولتی در نظام تأمین اجتماعی، ساختار پیش‌بینی شده در قانون به گونه‌ای است که نقش و حضور دولت را نسبت به گذشته پررنگ‌تر و تأثیر نهادهای غیردولتی و مردمی را کمتر می‌کند؛
 ۳. با وجود آنکه در فرایند طراحی و تدوین ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، حفظ استقلال سازمان‌ها و نهادهای بیمه‌ای و حمایتی مورد تأکید بود، اما تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به این پندار دامن زده است که این سازمان‌ها زیر مجموعه سازمانی این وزارت هستند و نحوه عملکرد این وزارت نیز این‌گونه گمان‌ها را قوت می‌بخشد.
- بنابراین، به نظر می‌رسد که قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی می‌تواند از یک‌سو موجب تقویت بنیان‌های نظری، قانونی و حقوقی بیمه‌های اجتماعی و خدمات حمایتی و امدادی شود و از سوی دیگر در ساختار سازمانی این حوزه‌ها دگرگونی‌هایی ایجاد می‌کند که ممکن است برخلاف اهداف و جهت‌گیری‌های اصلی این قانون، به دولتی‌تر شدن بیمه‌های اجتماعی و کاهش مشارکت‌های مردمی در این حوزه منجر شود و استقلال سازمانی بیمه‌های اجتماعی را (که در این قانون به آن تصریح شده) مخدوش سازد.
- علاوه بر این، الگوی به‌کار رفته در قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی برای پوشش جمعیت هدف و ارائه خدمات تأمین اجتماعی، الهام یافته از الگوی نظام چند لایه تأمین اجتماعی است که در اغلب نظام‌های پیشرفته تأمین اجتماعی جهان مورد قبول است و از

سوی سازمان بین‌المللی کار نیز توصیه شده است. چارچوب کلی این الگو با توجه به آنچه در این قانون بیان شده، به این شرح است:

لایه اول: حمایت‌های اجتماعی شامل تأمین حداقل نیازهای اساسی زندگی (سلامت، تغذیه، مسکن و ...) از طریق ساماندهی و به‌کارگیری منابع عمومی، یارانه‌ها، وجوهات شرعی، کمک‌های مردمی و ... برای افراد نیازمند، آسیب‌دیده و آسیب‌پذیر.

لایه دوم: بیمه‌های اجتماعی شامل خدمات جامع و کامل تأمین اجتماعی، با استفاده از حق بیمه‌های اجتماعی و کمک‌های سرانه دولت، برای افراد و گروه‌های شاغل و فعال جامعه.

لایه سوم: بیمه‌های تکمیلی شامل سطح بالاتری از خدمات رفاهی و انتخابی برای افرادی از جامعه که مایل به پرداخت حق بیمه بیشتری هستند، با پشتیبانی حقوقی و قانونی دولتی. انتظار می‌رود با بهره‌گیری از این ظرفیت‌های قانونی و فرصت‌های فراهم‌شده در حوزه‌های حاکمیتی و مدنی، و نیز رفع پاره‌ای از نواقص و کاستی‌ها، که به آن اشاره شد، اهداف عالی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی که همسو با سیاست‌ها و اهداف کلان نظام جمهوری اسلامی و در جهت دستیابی به عدالت اجتماعی است، تحقق یابد.

منابع و مأخذ

منابع فارسی

۱. **قانون ساختار سازمانی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی**، دفتر حقوقی و قوانین و مقررات وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۳.
۲. **قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران**، انتشارات سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۷۹.
۳. گزارش مرحله اول «فعالیت‌های نظام برنامه‌ریزی برنامه سوم توسعه»، پیش‌نویس رهنمودهای کلی، دبیرخانه ستاد برنامه، بهمن‌ماه ۱۳۷۷.
۴. گزارش مرحله دوم «شورای برنامه‌ریزی بخش بهداشت و درمان»، شورای برنامه‌ریزی بخش بهداشت و درمان، شهریور ۱۳۷۸.
۵. گزارش متن کامل «مذاکرات مجلس درباره لایحه ساختار سازمانی نظام جامع تأمین اجتماعی»، ویژه‌نامه آتیه، سازمان تأمین اجتماعی، نهم دیماه ۱۳۸۲.

۶. مجموعه کامل قوانین و مقررات تأمین اجتماعی، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، چاپ دوم ۱۳۸۲.
۷. طرح «جامع امداد و نجات کشور»، تصویب‌نامه شماره ۲۴۴۱۲ت/۲۲۸۲ هـ مورخ ۱۳۸۲/۱/۲۳ هیأت وزیران.
۸. کریمی، مظفر و جمیله رحیمی‌نیا، جایگاه بخش بهداشت و درمان در برنامه سوم توسعه، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱.

منبع انگلیسی

1. Patric Ring, "The pillared-privatisation of Pension Provision in the European Union", *European Journal of Social Security*, Volume 4/1, pp. 5-24, 2002.