

رویکردهای بیمه‌ای

اسماعیل گرجی پور^۱

الف) مقدمه



دهه ۹۰ میلادی دوره اصلاحات عظیم سیستم‌های بازنشستگی در دنیا بود و کشورهای آسیایی به دنبال افزایش پوشش‌ها و کیفیت مزایای حقوق بازنشستگی بودند. کشورهای آمریکای لاتین هم به دنبال جداکردن سیستم‌های بازنشستگی از نظرات سیاسی دولتمردان بودند و توسعه خدمات‌رسانی به مردم را مدنظر داشتند. در کشورهای اروپایی، آمریکایی و ژاپن سالمندی معضلی بزرگ بود. طبیعتاً افزایش سن بازنشستگان موجب افزایش تعهدات صندوق‌ها می‌شد و به منظور رفع مشکلات مذکور در این کشورها به اصلاحات پارامتریک و سیستماتیک روی آوردند. «اصلاحات پارامتریک» اصلاح شرایط حقوق بازنشستگی بود که دو سال تمام مدت مورد توجه بیمه‌پردازان قرار گرفت. سن بازنشستگی با توجه به افزایش نرخ امید به زندگی بالاتر رفت و طبیعتاً شرایط بازنشستگی را با توجه به این موضوع باید مورد توجه قرار می‌دادند.

اصلاحات پارامتریک به خاطر فشارهای مالی به صورت موقتی در این کشورها پیش می‌آمد. اصلاحات بلندمدت با رویکردهای سیستماتیک مورد توجه قرار گرفت. نظام‌های بازنشستگی که در اغلب کشورها بر اساس نظام مزایای معین یا DB اداره می‌شد به سمت سیستم مشارکت معین یا DC سوق پیدا کرد. یعنی به طور اساسی تغییراتی را در نظام بازنشستگی کشورشان به وجود آوردند. اصلاحات جدیدی صورت گرفت که شامل چگونگی توزیع شرایط بازنشستگی، توزیع افراد تحت پوشش و گستره بازنشستگی در کشورها می‌شد که به صورت اصلاح نظام چندلایه بود. در سال ۱۹۹۴ بانک جهانی در این زمینه پیشنهادی را ارائه کرد.

ب) طرح‌های بیمه‌ای بانک جهانی

پیشنهاد بانک جهانی برای تحت پوشش قرار دادن آحاد جامعه بود. توسعه بانک جهانی پنج لایه را مورد توجه قرار داد. لایه اول تحت پوشش بیمه قرار گرفتن کل افراد جامعه بود یعنی این که علاوه بر مستخدمین رسمی، اقشار آسیب‌پذیر و مستخدمین غیررسمی را تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی قرار دهند و برای تأمین منابع آن، بودجه عمومی را در نظر گرفتند. لایه پایه در مورد مستخدمین رسمی بود تا سیستم DB برای اینها مورد اجرا قرار بگیرد و تا سطحی مورد حمایت دولت باشند. لایه‌های بعدی بر اساس سیستم‌های بازنشستگی DC مورد اجرا باشد که یک نوع بازنشستگی اختیاری یا مکمل برای افراد بود. نظام‌های

^۱ فوق لیسانس مدیریت

مدیر کل دفتر بیمه‌های اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

موسسه حسابرسی صندوق

بازنشستگی در تمام دنیا به سمت نظام چندلایه پیش رفتند. اکثر کشورهای اروپایی و توسعه‌یافته به سمت نظام چندلایه سوق پیدا کردند. در کشور ما ماده ۲۷ و ۴۲ قانون برنامه پنجم به دولت اجازه می‌دهد نسبت به ایجاد نظام چندلایه با حداقل سه لایه مساعدت‌های اجتماعی شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی، لایه دوم بیمه‌های اجتماعی پایه شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه و لایه سوم بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمانی را مورد توجه قرار دهد. مقام معظم رهبری سند ابلاغیه برنامه ششم را با توجه به تأکید بر نظام چندلایه مورد توجه قرار دادند. در برنامه ششم، دولت تصمیم گرفت طبق قوانینی که در برنامه پنجم وجود داشت پیشنهاد نظام چندلایه و مشابه ماده ۲۷ را ارائه دهد که در مجلس شورای اسلامی تحت بررسی است. اگر تصویب شود نظام چندلایه با مصوبه هیئت دولت قابلیت اجرایی خواهد داشت. آیین‌نامه اجرایی نظام چندلایه در دستور کار کمیسیون اجتماعی دولت است و آیین‌نامه اجرایی را با توجه به سطح‌بندی یا رکن‌هایی که در نظام دیده شده، از نظر نظام‌های بیمه اجتماعی یا بیمه درمان مورد توجه قرار می‌دهند. از آقای گرجی‌پور می‌خواهم توضیحات بیشتری را در این زمینه ارائه نمایند.

پ) اهداف نظام‌های رفاهی

یکی از کارها و برنامه‌هایی که دستور کار معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی قرار گرفت و اکنون در کمیسیون اجتماعی دولت سندهای سیاستی و گام‌های اجرایی آن تدوین می‌شود، بحث طراحی و استقرار نظام تأمین اجتماعی چند لایه است که موضوع ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم توسعه است. حدود دو سال مشغول تنظیم آیین‌نامه و به توافق رسیدن بر سر چارچوب‌های این نظام در کمیسیون اجتماعی دولت هستیم. بنده قبل از اینکه به بحث نظام تأمین اجتماعی چندلایه بپردازم، به نکته‌ای کلیدی اشاره کنم تا در مبانی توافقی حاصل شود.

اصولاً هر نظام رفاهی سه هدف کلی شامل: افزایش اشتغال، کاهش نابرابری درآمدی و انضباط مالی یا به عبارتی هموار کردن مصرف در طول چرخه زندگی، را دنبال می‌نماید. لازم به ذکر است در عمل دستیابی به هر سه هدف بصورت همزمان امکان پذیر نمی‌باشد و بسته به اینکه کدام یک از اهداف اولویت دارند سه رویکرد رفاهی در جهان مطرح گردیده است:

مدل لیبرال (مریکا) اولویت را به انضباط مالی و افزایش اشتغال، مدل دموکرات مسیحی (آلمان): اولویت را به کاهش نابرابری درآمدی و افزایش اشتغال و مدل سوسیال دموکرات (سوئد) اولویت را به انضباط مالی و کاهش نابرابری درآمدی می‌دهد.

نظام رفاهی لیبرالی بر مبنای آزادی فردی، فردگرایی و سلطه بازار است. در این مدل ارائه خدمات رفاهی در درجه اول بر عهده بازار، سپس موسسات خیریه و خانواده‌هاست و نقش حداقلی دولت محدود به نظارت بر عملکرد بازار است. از آنجائیکه در این مدل، مزایا به اقشار نیازمند جامعه تعلق می‌گیرد، لذا ارائه خدمات عمدتاً گزینشی و بر اساس آزمون وسع است.

در نظام رفاهی مربوط به مدل دموکرات مسیحی با وجود برتری اقتصاد آزاد، نابرابری‌ها باید با تاسیس نهادهای رفاهی از سوی دولت که مهمترین آن تأمین اجتماعی است تعدیل شود. این نظام از یک سو متأثر از سنت سیاست‌های اجتماعی کاتولیک و از سوی دیگر متأثر از صنفی‌گرایی و سوسیالیسم دولتی است بر این اساس اعطای مزایا مبتنی بر منزلت و انسجام اجتماعی و

حمایت از خانواده است و مداخله دولت زمانی است که خانواده‌ها قادر به اداره امور خود نباشند. لذا این نظام بر نقش زنان در خانه و خانواده تاکید دارد و تخفیف‌های مالیاتی و کمک هزینه‌های مکمل درآمد به نان آوران اعطا می‌گردد. نقش دولت در تامین کمک های مالی هدفمند است که می‌تواند افراد را برای مناسب سازی زندگی خود توانمند کند.

نظامهای رفاهی سوسیال دموکرات بر مبنای برابری اجتماعی، مواردی نظیر حقوق اجتماعی بالا و مزایای فراگیر و همگانی را در بر می‌گیرد بطوریکه ارائه خدمات اجتماعی وظیفه دولت محسوب می‌شود. در این نظام رفاهی همه مردم اعم از زن و مرد بر مبنای حق شهروندی تحت پوشش مزایای دولتی قرار می‌گیرند و خدمات همانند نظام محافظه کار بر اساس میزان درآمد اما در سطوحی بالاتر ارائه می‌شود. در این مدل کالازدایی از نیروی کار و بازتوزیع بالا است و دولت رفاه به طور کامل تحقق می‌یابد.

در ایران یکی از مهمترین مشکلات نظام رفاهی مشخص نبودن اهداف (رشد اشتغال، کاهش نابرابری درآمدی و انضباط مالی) می‌باشد که بعضا ما شاهد اجرای سیاست‌های متضاد هستیم.

اختلاف مهم بیمه‌اجتماعی و حمایت اجتماعی به عنوان دو راهبرد اساسی در نحوه تأمین منابع مالی آنها و نیز منطق توزیع آن منابع است. بیمه‌اجتماعی واژه‌ای است که به نحوه بارزتر و ملموس‌تری با تحولات اقتصادی ارتباط دارد. حیثه فعالیت بیمه اجتماعی، اساسا محدوده نیروی کار فعال و موجود جامعه است و از نظر مفهومی نیز بر نوعی توزیع مناسب درآمد بین گروه‌های مختلف با توجه به خطرپذیری توزیع آن در طی زمان است. به دلیل اتکای بیمه‌های اجتماعی به مشارکت مالی مردم، برای اعضای صندوق های بیمه «حقوق» معینی ایجاد می‌شود که صندوق نسبت به آن «تعهد» دارد.

بنابراین، پرداخت‌های صندوق بیمه به اعضا از نوع اعانه و حمایت نیست بلکه تعهد قانونی است و این امر شأن و کرامت اعضا را حفظ می‌کند چون متناسب با نحوه مشارکت آنها نیز هست. اینها دلایلی است که موجب می‌شود در درون نظام‌های تأمین اجتماعی، بیمه‌های اجتماعی در اولویت قرار گیرند. بنابراین عملا دو راهبرد اصلی داریم؛ راهبرد مشارکتی یا بیمه‌ای که مبتنی بر توان مشارکت فرد است یعنی در این راهبرد افرادی که توانمندی دارند و می‌توانند حق بیمه پرداخت کنند مورد پوشش بیمه‌ای قرار می‌گیرند. این راهکار برای افراد شاغل و دارای درآمد مناسب است. راهبرد دوم مربوط به غیر شاغلین می‌باشد. اخیرا خیلی‌ها با پول دولت بیمه می‌شوند که نمی‌دانم بیمه است یا نه؟ چون با مبنای جور در نمی‌آید.

حال به بحث اصلی بپردازیم که وضعیت موجود نظام تأمین اجتماعی در کشور ما چگونه است؟

در حوزه حمایتی در کشور ما دو نهاد اصلی کمیته امداد و بهزیستی فعال هستند. بنیاد شهید و امور ایثارگران از جمله نهادهایی است که به خانواده‌های شهدا و ایثارگران پرداخت مستمری دارند. در مجموع می‌توان گفت حدود ۱۲۰ نهاد عمومی خیریه داریم که در این حوزه در کشور فعال هستند. به بیان دیگر باید گفت که نظام مساعدت اجتماعی در کشور ما با حدود ۳۰ نهاد عمومی و

پاییز ۱۳۹۴

مدیریت قریب ۱۰۰ برنامه و بنیاد خیریه سازماندهی می‌گردد. جمعیت تحت پوشش کمیته امداد حدود چهار میلیون و ۵۰۰ هزار نفر (یک میلیون و ۶۰۰ هزار خانوار) می‌باشند که تحت پوشش خدمات مستمری هستند. سازمان بهزیستی هم حدود یک میلیون و ۶۰۰ هزار نفر (حدود ۴۷۷ هزار خانوار) را به صورت مستمر تحت پوشش دارد. دو میلیون و ۶۰۰ هزار نفر را بنیاد شهید حمایت می‌کند. که در واقع حدود هشت میلیون و ۶۰۰ هزار نفر تحت پوشش خدمات مستمری این نهادها می‌باشند. حدود یک میلیون خانوار هم در نوبت خدمات (پشت نوبتی) دو نهاد حمایتی هستند.

در ایران نظام مساعدت اجتماعی متشکل از ترکیب پیچیده‌ای از برنامه‌ها و ارائه دهندگان متعامل و موازی است نظیر کمک مستقیم و غیرمستقیم دولتی، کمک‌های شبه دولتی از بنیادهای خیریه و کمک غیررسمی خانواده‌ها.

به طور خاص سه مکانیزم عمده‌ی مساعدت در ایران وجود دارد:

- انتقالات نقدی و غیرنقدی توسط دولت از طریق نهادهای عمومی گوناگون و سازمان بهزیستی و اجتماعی؛
- مساعدت نقدی و غیرنقدی از بنیادهای شبه عمومی؛ و
- مساعدت‌های غیررسمی و خصوصی از جمله کمک‌های حدود ۱۲۰ سازمان غیردولتی (مردم نهاد)، خانواده و دوستان. طبق برآورد، این کمک‌ها در سال ۹۴ حدود چهار هزار میلیارد تومان بوده است.

شایان ذکر است که از کل بودجه حدوداً ۴۶ هزار میلیارد تومانی فصل رفاه و تأمین اجتماعی در قانون بودجه سال ۱۳۹۳؛ فقط حدود ۱۴ درصد به حوزه حمایتی و توانمندسازی تخصیص یافته است. به عبارت دیگر بیشتر منابع این فصل از بودجه کشور (حدود ۶۰ درصد) به صندوقهای بازنشستگی اختصاص پیدا کرد. یعنی عملاً به جای اینکه منابع عمومی دولت در لایه‌های زیرین (مساعدت) تمرکز یابد به لایه بالاتر تخصیص یافته است.

منابع مالی نهادهای حمایتی عموماً از طریق منابع عمومی دولت تأمین اعتبار می‌شود. هرچند این نهادها بخشی از منابع شان را از طریق درآمدهای اختصاصی حاصل مشارکت مردمی، خیرین و ... تأمین می‌کنند.

در سال ۱۳۹۳ کل اعتبارات تخصیصی از بودجه دولت به کمیته امداد امام خمینی (ره) بالغ بر ۳۲۰۰ میلیارد تومان بوده است. همچنین درآمدهای اختصاصی این نهاد نیز حدود ۷۵۰ میلیارد تومان گزارش شده است، از اینرو جمع کل منابع این نهاد حدود ۴ هزار میلیارد تومان برآورد می‌شود.

از مهمترین مصارف این نهاد می‌توان به پرداخت مستمری به نیازمندان در چارچوب طرح مددجویی و شهید رجایی، پرداخت کمک هزینه تحصیلی، پرداخت وام‌های اشتغال و کارآفرینی، برنامه امنیت غذا و تغذیه، ارائه خدمات درمانی، تأمین مسکن نیازمندان و ... اشاره نمود.

اعتبار تخصیص یافته از محل بودجه سال ۱۳۹۳ کشور به سازمان بهزیستی بالغ بر ۱۴۰۰ میلیارد تومان می‌باشد؛ از اینرو اگر

پاییز ۱۳۹۴

۲۸۰ میلیارد تومان درآمدهای حاصل مشارکتهای مردمی را نیز به آن اضافه کنیم، منابع این سازمان حدوداً ۱۶۸۰ میلیارد تومان در سال ۱۳۹۳ برآورد می‌شود. این در حالی است که به گزارش سازمان بهزیستی اعتبارات مورد نیاز این سازمان برای ارائه خدمات به تفکیک برنامه امنیت غذا و تغذیه، برنامه حمایت از خانواده و فرزندان، برنامه توانبخشی، برنامه کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی، برنامه پیشگیری و خدمات مشاوره‌ای، برنامه تأمین مسکن، برنامه حمایت‌های اجتماعی، برنامه اشتغال و کارآفرینی، برنامه تأمین هزینه‌های معیشتی و برنامه بیمه خدمات درمانی و ... حدوداً ۳۴۰۰ میلیارد تومان اعتبار نیاز است.

به طور کلی مهمترین مسائل حوزه مساعدت عبارتند از: ناتوانی در پوشش دادن کل خانوارهای نیازمند به دلیل کافی نبودن اعتبارات حمایتی؛ مناسب نبودن سازوکارهای شناسایی و پذیرش نیازمندان و عدم سازگاری آن با کرامت انسانی؛ نبود پایگاه اطلاعاتی متمرکز برای شناسایی، پوشش و رصد وضعیت جامعه هدف؛ کافی نبودن میزان پرداخت‌های معیشتی در بخش حمایتی در مقایسه با هزینه‌های زندگی؛ کافی نبودن خدمات نظام حمایتی در مقایسه با نیازهای معلولان و آسیب دیدگان اجتماعی؛ ضعف رویکرد پیشگیری به ویژه در مورد مقابله با فقر، محرومیت و آسیب‌های اجتماعی؛ همپوشانی در پوشش؛ نبود تعریف مشترک از فقر، ساختارهای حکمرانی نامناسب، نظارت، کنترل و نظام‌های ارزیابی ضعیف؛ عدم نظارت مناسب دولت بر هزینه کرد منابع اصلی بودجه.

اما واقعیت این است که موارد یادشده - با وجود اهمیتی که دارند و نمی‌توان از آنها غافل شد - خود معلول مؤلفه‌ها و عوامل اساسی دیگری هستند که باید توجه اصلی نظام حمایتی به سمت آنها معطوف شود.

هدف اصلی در چارچوب پیشنهادی نظام چند لایه این است که با اجرای این الگو، ضمن هدایت کمک‌های دولت به لایه مساعدت اجتماعی، امکان پوشش همه افراد جامعه در نظام بیمه اجتماعی فراهم شود و حتی بخشی از خانوارهای نیازمند، که قابلیت توانمندشدن دارند، با اجرای برنامه‌های توانمندسازی از پوشش حمایت مستقیم خارج و به لایه بیمه‌ای منتقل شوند.

بنابراین برای محو کامل فقر، لایه «مساعدت» از همه مهم‌تر است، چراکه اگر درست عمل نکنند، برخی از خانواده‌ها ممکن است گرفتار فقر شوند. در طرح‌های مساعدت اجتماعی، سطح مزایا به گونه‌ای تعریف می‌شود که دو هدف اصلی را تأمین کند. نخست آنکه این مزایا باید سطح زندگی شایسته را برای افراد کم‌درآمد را تضمین کند و دیگر آنکه این مزایا نباید به انگیزه کار و اشتغال لطمه بزند. این دو هدف برای طرح‌های مساعدت اجتماعی، کف و سقفی از مزایا را معین می‌کنند که هماهنگ‌سازی آنها با شرایط کارچندان آسان نبوده است. نواقص طرح‌های مساعدت اجتماعی ممکن است در سه بُعد ظاهر شود؛ اول در بُعد استحقاق، بُعد دوم کفایت مزایا و بُعد سوم اصابت به هدف. اگر خانوار استحقاق دریافت مزایا را داشته باشد پرسش دوم مطرح می‌شود که آیا مزایا به میزانی هست که نیاز خانوار را برطرف کند؟

پس از آن، این پرسش مطرح می‌شود که آیا مزایای توزیع‌شده واقعا به دست خانوارهای مستحق رسیده است یا خیر؟ درواقع

موسسه حسابرسی صندوق

موفقیت برنامه‌های فقرزدایی مستلزم این است که پاسخ هر سه پرسش مثبت باشد. بنابراین در لایه «مساعدت»، اولویت با برنامه‌های توانمندسازی و هدایت افراد به سمت بازار کار و بیمه‌های اجتماعی است. در این صورت هم عزت و کرامت افراد حفظ می‌شود و هم بار تکفل دولت کاهش می‌یابد. در نظام چند لایه پیشنهادی جامعه زیرپوشش لایه حمایتی را به دو سطح تقسیم شدند: افرادی که امکان توانمندشدن ندارند و باید برای همیشه از حمایت‌های مستقیم برخوردار باشند؛ مانند سالخورده‌گان، ازکارافتادگان کلی، بیماران روانی مزمن و ... کسانی که نیازمندی آنان موقت است یا قابل توانمندشدن هستند، مانند بی‌کاران، معلولان عادی، زنان و کودکان بی‌سرپرست و... که می‌توان با دادن آموزش‌های فنی و حرفه‌ای یا تسهیلات اشتغال، آنان را تا حدی خودکفا کرد.

در ادامه شایان ذکر است، شاغلان در جامعه یا آنهایی که توان مشارکت و درآمد دارند، جامعه هدف بیمه‌های اجتماعی هستند. به عبارت دیگر با عنایت به اینکه مبنای پوشش بیمه‌های اجتماعی وضعیت شغلی افراد است، گروه غیر مزد و حقوق بگیر (کارفرمایان، کارکنان مستقل و کارکنان فامیلی بدون مزد) مشمول بیمه غیر اجباری (اختیاری و سایر) و گروه مزد و حقوق بگیران (شامل مزد و حقوق بگیران بخش عمومی و خصوصی) مشمول بیمه اجباری می‌باشند.

از ۲۰/۶ میلیون نفر شاغل ده ساله و بیشتر کشور حدود ۱۴/۳ میلیون نفر شهری و ۶/۳ میلیون نفر روستایی می‌باشند. از کل جمعیت شاغل شهری حدود ۹/۲ میلیون نفر آن مزد و حقوق بگیر مشمول بیمه اجباری و ۵/۱ میلیون نفر آن غیر مزد و حقوق بگیر مشمول بیمه غیر اجباری هستند.

از کل جمعیت شاغل روستایی نیز حدود ۲/۴ میلیون نفر آن مزد و حقوق بگیر مشمول بیمه اجباری و ۳/۹ میلیون نفر آن غیر مزد و حقوق بگیر مشمول بیمه غیر اجباری بوده‌اند.

از شاغلان ده ساله و بیشتر کشور در سال ۱۳۹۲ حدود ۱۱/۶ میلیون نفر مزد و حقوق بگیر و ۹/۰۴ میلیون نفر غیر مزد و حقوق بگیر بوده‌اند. باتوجه به آمارهای موجود در مجموع حدود ۶/۰۳ میلیون نفر شاغل کشور خارج از پوشش بیمه بازنشستگی بوده‌اند که حدود پانصد هزار نفر آن مزد و حقوق بگیر مشمول بیمه اجباری و حدود ۵/۵ میلیون نفر از غیر مزد و حقوق بگیران مشمول بیمه غیر اجباری بوده‌اند.

خلاء پوشش در گروه اول به معنی فرار از پوشش بیمه‌ای و ناکارآمدی ساز و کارهای پوشش بیمه‌ای است. بنابر شواهد موجود به دلایلی به خصوص مشکلات قوانین و مقررات، بیمه اجتماعی نتوانسته در بازار غیر رسمی عملکرد مطلوبی داشته باشد و اکثریت شاغلان این بخش (حدود ۶۱٪) تحت پوشش بیمه اجتماعی نیستند.

در مجموع حدود ۷۰ درصد جمعیت شاغل کشور تحت پوشش انواع بیمه‌های قرار دارند لیکن قریب ۳۰ درصد جمعیت شاغل کشور هیچگونه پوشش بیمه‌ای ندارند. این پوشش دارای دو چالش عمده است. نخست، نبود سیستم بیمه‌های مناسب برای شاغلان

موسسه حسابرسی صندوق

غیرمزد و حقوق بگیر، دوم استمرار نداشتن پوشش بیمه‌های غیراجباری. لذا در وضعیت موجود که بیمه‌های اجتماعی، یعنی سازمان‌ها و صندوق‌های فعال این حوزه که شاغلان بازار کار را پوشش می‌دهند، فقط توانستند در حوزه مشمولان بیمه‌های اجباری، یعنی همان مزد و حقوق‌بگیران، تا حدودی موفق عمل کنند، و ۹۶ درصد را پوشش دهند. در حوزه غیر مزد و حقوق‌بگیران حدود ۶۰ درصد خلأ پوشش وجود دارد و این نکته کلیدی را آمارهای موجود نشان می‌دهد.

اثرات عدم پوشش جمعیت مشمول بیمه‌های اجتماعی منجر به این می‌شود که نهایتاً یک چهارم سالمندان ما تحت پوشش نهادهای حمایتی قرار گیرند. دولت بیمه‌شدگان حمایتی را با اعمال فشار بر سازمان تأمین اجتماعی تحمیل می‌کند و مبلغی را که الان دولت به سازمان بدهکار است و در سال‌های اخیر به شدت رشد داشته حدود ۱۶ هزار میلیارد تومان در بودجه سال ۹۴ می‌باشد. اگر سه درصد سهم قانونی را کنار بگذاریم ۳۳ درصد از این سهم مربوط قوانین حمایتی مانند بیمه اجتماعی قالیبافان، باربران و خادمان مساجد می‌باشد. این بدهی‌ها با رشد حداقل دستمزد به شدت رشد پیدا می‌کند و چون بدهی مشمول جریمه سود اوراق مشارکت می‌شود تصاعدی بالا می‌رود. طبق آخرین آمار رقم این بدهی ۹۳ هزار میلیارد تومان بوده و امسال حدوداً به ۱۱۰ هزار میلیارد تومان خواهد رسید. این سازمان چون نیاز به نقدینگی دارد دچار چالش عظیمی است.

خلأها و نارساییهای وضع موجود در نظام بیمه‌های و بازنشستگی در ایران را می‌توان به ۵ بخش دسته بندی کرد، مهمترین این موارد عبارتند از: تعدد صندوق‌ها و سازمان‌های بازنشستگی، پوشش نظام مستمری، نرخ جایگزینی، نرخ بازگشت ضمنی حق بیمه و نابرابریهای موجود نرخ بازگشت ضمنی حق بیمه و نابرابریهای موجود و پایداری مالی.

در تبیین مورد نخست باید گفت که به غیر از سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی کشوری، ۱۸ صندوق مستمری به عنوان طرح‌های جایگزین اجباری وجود دارند. این تعدد به دلیل اینکه غالب آنها در غیاب چارچوب قانونی مناسب عمل کرده و نیز تعدد این نظام‌ها هزینه‌های اداره طرح را افزایش می‌دهد، فاقد توجیه منطقی هستند.

در خصوص پوشش نظام مستمری و نرخ جایگزینی نیز ایران یکی از بالاترین نرخ‌های جایگزینی در دنیا را دارا است. این نرخ در سازمان تأمین اجتماعی حدود ۹۰ درصد آخرین دستمزد و در صندوق بازنشستگی کشوری برابر ۹۸ درصد در سال ۱۳۹۳ بوده است. مقدار نرخ انباشت (تعلق مستمری) به عنوان یکی از پارامترهای مؤثر در نرخ جایگزینی ۳/۳ درصدی برای صندوق بازنشستگی کشوری برابر با صندوق تأمین اجتماعی بالاترین مقدار در دنیا است. نرخ‌های جایگزینی بالا نظام مستمری را مجبور به اخذ نرخهای حق بیمه بالاتر می‌کند، درحالیکه نرخ حق بیمه در ایران جزو نرخهای بالا در دنیا است. برای پرداخت مستمری در سال ۲۰۳۰ در سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی باید نرخهای حق بیمه به ترتیب به ۴۰ و ۹۶ درصد دستمزد افزایش یابد. در عین حال باید اذعان داشت که نرخ‌های جایگزینی بالا مانع توسعه صندوق‌های مستمری اختیاری خصوصی است که اغلب موجب بهبود توسعه بخش مالی می‌شوند؛ ضمن آنکه انگیزه برای استخدام کارگران را کاهش می‌دهد و موجب

موسسه حسابرسی صندوق

تشویق به استفاده از کارگران غیررسمی می‌شود. در خصوص نرخ بازگشت ضمنی حق بیمه و نابرابریهای موجود باید خاطر نشان کرد که نتیجه مطالعات دو صندوق عمده کشور نشان می‌دهد افرادی که زود هنگام بازنشسته می‌شوند، نسبت به بقیه نرخ بازگشت بالاتری دریافت می‌کنند. همچنین کسانی که دیرتر وارد بازار کار می‌شوند یا بیمه شدگانی که تعداد سالهای کمی حق بیمه پرداخت می‌کنند، یا اینکه نظام مستمری را ترک می‌کنند و نزدیک سن بازنشستگی به نظام مستمری برمی‌گردند، نرخ بازگشت بالاتری دارند. در نهایت کسانی که در سنین جوانی دستمزد کمتری را اعلام می‌کنند، نرخ بازگشت بالاتری کسب می‌کنند. این امر از سه واقعیت موجود ناشی می‌شود، تنها حقوق و مزایای 2 سال آخر در محاسبه مستمری مورد استفاده قرار می‌گیرد، استفاده از حداکثر نرخ جایگزینی و حداقل دوره انتظار و نبود جریمه برای بازنشستگی‌های زود هنگام.

درباره پایداری مالی نیز باید گفت که به عقیده من، صندوق‌های بازنشستگی در ایران در مرحله بلوغ یا پس از بلوغ هستند و به همین دلیل، نسبت ذخایر آنها به کل منابع اندک است. در نتیجه سودآوری سرمایه‌ها نیز نمی‌تواند تأثیر زیادی بر تعادل منابع و مصارف صندوق‌ها داشته باشد. به این ترتیب، نسبت پشتیبانی یک شاخص مهم در حفظ تعادل و پایداری صندوق‌های بازنشستگی، (نسبت جمعیت بیمه پرداز به جمعیت مستمری بگیر) صندوق است. این شاخص در سال ۱۳۹۲ برای سازمان تأمین اجتماعی 6/4 و برای صندوق بازنشستگی کشوری ۰.۹ بوده است. سه عامل عمده که ناهمترازی بین آنها، سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی را در

خارج از مسیر پایداری مالی قرار داده اند، عبارتند از: نرخ انباشت، نرخ حق بیمه و سن بازنشستگی. ارتباط این سه متغیر نیز توسط پارامتر دیگری به نام امید به زندگی در هنگام بازنشستگی برقرار می‌شود.

در خصوص تعهدات بلند مدت صندوق‌های بازنشستگی و تأمین اجتماعی باید خاطر نشان کرد که برآوردها نشان می‌دهد، ذخایر سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی کشوری کفاف پرداخت مستمری‌ها و بدهی‌های تعهدی آنها را نخواهد داد و این تعهدات در سالهای نه چندان دور باید از محل درآمدهای عمومی پرداخت شود. این بدهی‌ها دو جزء اصلی دارند: نخست ارزش فعلی پرداخت‌های آتی مستمری به بازنشسته‌های فعلی و دیگر، حقوق بازنشستگی به روز انباشت شده توسط بیمه پردازان فعلی. نرخ تعلق مستمری یکی از پارامترهای مهم است که ایران بالاترین نرخ‌ها را دارد یعنی ۳/۳ درصد جهت مستمری بابت هر سال برای فرد تضمین شده است. برای تأمین اجتماعی و صندوق کشوری یکسان است. به جز آینده‌ساز همه از این فرمول تبعیت می‌کنند. نرخ حق بیمه عملاً تابعی است از نرخ وابستگی و جایگزینی. یعنی ساده بگویم در صندوق‌های خصوصی یا تجاری نرخ حق بیمه را می‌گویند یا ارزش سرمایه ضربدر ریسک یا احتمال خطری که در مورد سرمایه است و شرکت‌هایی که به دنبال سود هستند یک حاشیه سود هم اعمال می‌کنند. اما در صندوق‌های بازنشستگی نرخ حق بیمه اینطور تعیین می‌شود، نرخ وابستگی یا نرخ پشتیبانی که در صندوق استفاده می‌شود تقسیم بر نرخ جایگزینی! نرخ بازگشت ضمنی حق بیمه تشدیدکننده نابرابری است. طبق آمار در سازمان تأمین اجتماعی و صندوق کشوری افرادی که زود بازنشسته می‌شود یا طول دوره خدمت‌شان در سیستم

موسسه حسابرسی صندوق

بیمه‌ای کمتر است مستمری بالاتری می‌گیرند. یعنی کسانی که دستمزد کمتری را در سنین ابتدایی اشتغال اعلام می‌کنند نرخ بازگشت بالاتری دریافت می‌کنند چون حقوق بازنشستگی براساس دو سال آخر تعیین می‌شود. این امر عواملی دارد؛ صندوق‌های بازنشستگی اکثراً در مرحله بلوغ یا پس از بلوغ هستند لذا نسبت ذخایر آنها به کل منابع خیلی کم است و آمارهایی که داریم از چهار به یک رسیده! نسبت پشتیبانی هم که زیر یک است. در تأمین اجتماعی حدود ۶/۴ می‌باشد که این ناهمترایی، صندوق را از پایداری خارج کرده است. عواملی چون نرخ انباشت، حق بیمه و سن بازنشستگی هم بر اثر تغییر فاکتور اصلی یعنی امید به زندگی در سال‌های اخیر برعکس شده و ضمناً سن بازنشستگی رعایت نمی‌گردد.

اکثر صندوق‌های بازنشستگی ما وابسته به دولت هستند از جمله صندوق کشوری که بیشترین منابع را دولت تأمین می‌کند. پیش‌بینی می‌شود سازمان تأمین اجتماعی هم در سال ۱۴۱۵ مبلغ ۴۸۲ هزار میلیارد تومان کسری داشته باشد. در سال ۸۵ بیمه‌شدگان عادی سازمان تأمین اجتماعی از شش میلیون و ۹۰۰ هزار نفر به ۹ میلیون و ۸۰۰ هزار نفر رسیده. بیمه‌شدگان حمایتی هم که پرداخت سهم کارفرمایی آنها توسط دولت انجام می‌شود از ۵۶۵ نفر به سه میلیون و ۴۵۱ هزار نفر رسیده است. عملاً متوسط رشد بیمه‌شدگان حمایتی حدود ۲۱/۶ درصد بوده در حالی که بیمه‌شدگان عادی یعنی حقوق‌بگیران بخش اجرایی از سال ۸۵ تا ۹۳ متوسط رشد ۳/۸ داشته است یعنی اگر افزایشی در پوشش بیمه‌ای سازمان تأمین اجتماعی باشد به آن قسمت برمی‌گردد یعنی بیمه‌شدگان حمایتی صندوق! بدهی‌های دولت هم به سازمان تأمین اجتماعی مشخص است از سال ۸۸ تا ۹۲ که حدود ۶۳ هزار میلیارد تومان بوده و ۲۸ درصد سهم بدهی دولت برای برنامه‌های حمایتی است که ۲۶/۴ درصد بوده و این طرح هزینه‌های مالی به سازمان تأمین اجتماعی تحمیل می‌کند. اکثر این گروه‌ها اتفاقاً پریسک بوده‌اند و هزینه‌های درمان آنها حدود ۱۴۰۰ میلیارد تومان می‌باشد و هزینه‌های همسان‌سازی، ۱۲۰۰ میلیارد تومان بوده است. هزینه‌های سازمان برای طرح‌های حمایتی از ۱۴۰۰ میلیارد تومان در سال ۸۹ به ۶۸۰۰ میلیارد تومان در سال ۹۲ رسیده! این رشد خیلی مهم است. تنها سازمانی که کمتر به دولت وابسته است به شدت به واحدهای عمومی وابسته می‌شود.

نسبت کل ذخایر به مصارف، سازمان تأمین اجتماعی ۴ و کشوری یک است. چالش بعدی سوء مدیریت سیاست‌های سرمایه‌گذاری می‌باشد. از بحث شفافیت پاسخگویی و تعریف واضح مسئولیت‌ها و کنترل فساد پرهیز می‌کنم. بیمه سلامت هم حدود ۳۹ میلیون نفر جمعیت را تحت پوشش قرار داده که این سازمان هم بعد از طرح بیمه همگانی کاملاً دولتی است. از کل بیمه‌شدگانی که به بیمه سلامت حق بیمه پرداخت می‌کنند می‌توان فقط از کارکنان دولت نام برد. یعنی حق بیمه مابقی جمعیت را دولت رایگان پرداخت می‌کند. در سالهای اخیر پس از اجرای طرح بیمه همگانی همزمان با طرح تحول سلامت، متأسفانه در طرح بیمه ایرانیان که در آن فرد ۵۰ درصد حق بیمه سرانه را می‌پرداخت از سه میلیون نفر به ۵۷۰ هزار نفر رسیده یعنی همه پوشش بیمه‌ای این سازمان به حمایتی کامل سوق پیدا کرده‌اند. به نظرم ادامه این روند امکانپذیر نیست. سازمان بیمه سلامت در حال حاضر دو هزار میلیارد تومان کسری دارد و اگر این روند ادامه داشته باشد در سال‌های آینده حدود ۱۲ هزار میلیارد تومان بار مالی نیاز خواهد

داشت. به عبارت دیگر پوشش‌های حمایتی در نظام بیمه سلامت از یک سو موجب بی‌عدالتی در برخورداری از کمک‌های دولت بین اقشار مختلف شده است (چراکه کمک‌های دولت لزوماً براساس نیاز خانوارها توزیع نشده) و از سوی دیگر نظام بیمه را به شدت به بودجه دولت وابسته کرده است به طوری که هرگونه تأخیر در تخصیص منابع بودجه، ایفای تعهدات بیمه‌ها را به تأخیر می‌اندازد. در نهایت نکته کلیدی این است که در کشور ما بدلائیل مختلف از جمله هدفمند نبودن حمایتها و تداخل برنامه‌های مختلف رفاهی باعث شد علیرغم اینکه حدود ۱۱۰ تا ۱۶۰ هزار میلیارد تومان در حوزه رفاهی کشور هزینه می‌شود اما همه ناراضی هستند که به کارایی و اثر بخش برنامه‌های نظام برمی‌گردد.

بحث امروز خود را جمع‌بندی کنم؛ در خصوص زمینه‌های شکل‌گیری نظام چند لایه شایان ذکر است با توسعه و تکامل مدل‌های بیسمارکی و بورجی، به تدریج نظام‌های بیمه اجتماعی و مساعدت اجتماعی به وجود آمد که اولی متکی به منابع حق بیمه (مشارکت مستقیم مردم) و دومی متکی بر درآمدهای دولتی است. نظام‌های بیمه اجتماعی عموماً افراد شاغل و خانواده‌های آنان را پوشش می‌دهد و نظام‌های مساعدت اجتماعی از نیازمندان و افراد آسیب دیده حمایت می‌کند. علاوه بر این دو، طرحهایی هم به صورت تکمیلی، با مدیریت بخش خصوص به وجود آمدند که خدمات و امکاناتی را فراتر و گسترده‌تر ارائه می‌کنند و از طریق حق بیمه‌های پرداختی مردم تأمین مالی می‌شوند.

مجموعه‌ای از این نظامها است که می‌تواند کل افراد جامعه را براساس میزان مشارکت و نیازمندی پوشش دهد، چارچوب اصلی نظام تأمین اجتماعی چند لایه را تشکیل می‌دهد.

نظام تأمین اجتماعی چند لایه ساختاری تکامل یافته از نظام‌های تأمین اجتماعی است که هر یک از راهبردهای بیمه‌ای و حمایتی را در جایگاه خود قرار داده و با توجه به شرایط خاص اقشار مختلف جامعه آنان را پوشش می‌دهد. از اوایل دهه ۱۹۹۰ این دیدگاه بیش از همه مورد تأکید بانک جهانی قرار گرفت، هرچند پس از آن سازمان بین‌المللی کار و اتحادیه اروپایی نیز مدل‌های خاص خود را از این نظام ارائه دادند.

همانطوریکه ذکر شد طرح «تأمین اجتماعی چند لایه» نخستین بار از سوی بانک جهانی ارائه شد... به موازات این طرح، سازمان بین‌المللی کار و کمیسیون اروپایی نیز طرح‌های دیگری با همین عنوان - و البته با تأکید بر نقش بازتوزیعی بیمه اجتماعی و تداوم مسئولیت دولت‌ها در این لایه - ارائه کردند و همایش‌های علمی متعددی در سطوح منطقه‌ای و بین‌المللی برای بررسی این نظریه‌ها برگزار شد. این تضارب آرا موجب شد که در طرح بانک جهانی تعدیل‌هایی صورت گیرد تا کشورهای مختلف بتوانند متناسب با شرایط و نیازهای خاص خود نظام‌های تأمین اجتماعی چندلایه را به صورت‌های متفاوت طراحی و اجرا کنند.

رویکرد قوانین برنامه‌ای کشور نیز با تأسی از دیدگاه‌های جهانی، همان مسیر تجربه شده را دنبال می‌کند، به طوری که در مواد ۲۶ و ۲۷ برنامه پنجم توسعه کشور برای ایجاد ثبات، پایداری و تعادل بین منابع و مصارف صندوق‌های بازنشستگی اصلاحات تأمین اجتماعی را مجاز دانسته و به دولت اجازه داده است تا «نسبت به برقراری و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چند لایه با

پاییز ۱۳۹۴

لحاظ حداقل سه لایه: مساعدت‌های اجتماعی، شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی؛ بیمه‌های اجتماعی پایه، شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه و لایه بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، هم‌سویی و هماهنگی بین این لایه‌ها در کشور اقدام نماید». شایان ذکر است در ماده ۳۹ برنامه پنجم نیز طراحی نظام سطح بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی متناسب با شرایط بومی، منطقه‌ای و گروه‌های هدف نیز مورد تأکید قرار گرفته است که در رویکرد لایه بندی تأمین اجتماعی به عنوان لایه صفر یا تورهای ایمنی مورد توجه قرار گرفته است.

در گزارشی که از سوی بانک جهانی در سال ۲۰۰۲ منتشر شده، نظام مستمری چند لایه مورد نظر این بانک دارای پنج لایه شامل لایه صفر به صورت غیربیمه‌ای که تأمین کننده یک سطح حداقل حمایتی، لایه اول به صورت بیمه‌ای که با سطوح درآمد مرتبط بوده، لایه دوم، ضرورتاً به صورت حساب پس انداز انفرادی و اجباری، لایه سوم شامل تدابیری اختیاری که به شکل‌های مختلف مانند حسابهای انفرادی، طرح‌های مشارکت کارفرما با برخورداری از انعطاف پذیری لازم برای سازگاری با شرایط و لایه چهارم، سیستم حمایت (مالی و غیرمالی) از کسانی است (مثل سالمندان) که به هر دلیلی نمی‌توانند در سایر لایه‌ها پوشش داده شوند، است.

در سازمانهای دیگر از جمله سازمان بین‌المللی کار با در نظر گرفتن تجربه نظام‌های تأمین اجتماعی در کشورهای مختلف، یک مدل چهار لایه تأمین اجتماعی شامل تور حمایتی، بیمه‌ای، خصوصی و مکمل را با ویژگی‌های مختلف ارائه کرده است و کمیسیون اروپا در تحلیلی از سیستم تأمین مستمری در اروپا، سه لایه معین در این طرح‌ها را تبیین کرده است. نتیجه آنکه هر چند که الگوهای مختلفی از این نوع نظام‌ها در جهان وجود دارد و وجه مشترک همه آنها وجود سه لایه حمایتی، بیمه‌ای و تکمیلی است، اما سطح بندی این سه لایه برحسب شرایط و نیازهای هر کشور تفاوت دارد.

ت) تقسیم‌بندی جامعه‌ی هدف

با توجه مطالب پیشگفت نظام مستمری مبتنی بر الگوی نظام چند لایه‌ای در ایران دارای سطوح، مبانی حدود و ثغور به شرح ذیل خواهد بود که در این بخش به آن پرداخته می‌شود.

لایه اول شامل خدمات حمایتی شامل مساعدت اجتماعی و خدمات همگانی: این لایه از طریق بودجه عمومی تامین مالی می‌شود و هدفش حمایت از اقشار فقیر جامعه می‌باشد. مساعدت‌های اجتماعی افراد و خانوارهای به شدت فقیر را هدفگذاری می‌کنند و خدمات اجتماعی (social services) برای گروههایی که به مراقبت‌های ویژه نیاز دارند و یا دسترسی و بهره‌مندی آنان از خدمات اساسی مورد انکار قرار گرفته، تدارک می‌شوند و در اصل، هدف مساعدت‌های اجتماعی کاهش آسیب پذیری فقر است. برنامه تامین هزینه‌های معیشتی/ برنامه امنیت غذا و تغذیه / برنامه خدمات درمانی/ برنامه حمایت‌های اجتماعی/ برنامه حمایت از خانواده و فرزندان/ برنامه توانبخشی / برنامه حمایت از کودکان و نوجوانان از جمله برنامه‌های اساسی این لایه می‌باشد.

لایه دوم شامل بیمه‌های اجتماعی پایه: این لایه توسط حق بیمه‌های اعضاء تامین مالی می‌شود. نظام مالی حاکم بر این لایه DB و در سطوح بالاتر NDC می‌باشد. هدف بیمه پایه تضمین حداقل درآمد (minimum income guarantee) و تامین سطح معینی از حمایت‌ها خواهد بود.

همانطور که اشاره شد سطح پوشش این لایه شامل تمامی نیروی کار موجود در بازار کار است که در هر نوع حرفه یا شغلی اشتغال به کار دارند (این امر مشتمل بر مزد و حقوق بگیران و کارکنان مستقل و کارفرمایان مرتبط می‌باشد). علاوه بر این افراد بازتوان شده تحت پوشش نهادهای حمایتی، زنان خانه‌دار (فاقد پوشش بیمه ای)، شاغلان مشاغل خانگی و هنرمندان، ورزشکاران و... تحت پوشش بیمه اجتماعی فراگیر قرار خواهند گرفت.

سازمانهای بزرگ بیمه‌ای همانند تامین اجتماعی، بازنشستگی کشوری و سایر صندوق‌های حرفه‌ای و صندوق بیمه روستائیان و عشایر و صندوق صاحبان حرفه و مشاغل آزاد و ... در این لایه قرار می‌گیرند.

کف دستمزد در سطح بیمه فراگیر که مبتنی بر بازار کار غیررسمی شامل غیر مزد و حقوق بگیران کم درآمد نیز است ۴۰ درصد حداقل دستمزد اعلام شده از طرف شورای عالی، و سقف آن نیز درصدی از این حداقل (۹۰٪) می‌باشد. کف دستمزد در سطح بیمه پایه اجباری که مبتنی بر بازار کار است حداقل دستمزد اعلام شده از طرف شورای عالی، و سقف آن نیز درصدی از این حداقل می‌باشد. این رقم در نظامهایی که دارای کف و سقف می‌باشند ۳ تا ۷ برابر برای سطوح بالاتر می‌باشد. میزان حق بیمه دریافتی در این سیستم درصدی از دستمزد اعلام شده فرد است که این درصد بنابر شرایط خاص و جمعیت تحت پوشش هر صندوق و لحاظ محاسبات آکچواری تعیین می‌گردد.

در سطوح بالاتر این لایه صندوق پس انداز اجباری پیشنهاد می‌گردد که معمولاً به صورت NDC می‌باشد. این سطح توسط حق بیمه‌های اعضاء تامین مالی می‌شود. نحوه تامین مالی این سطح مبتنی بر نظام DC می‌باشد. هدف پس انداز اجباری تامین سطح متعارفی از درآمد متناسب بادوران اشتغال است. سطح پوشش این نوع بیمه شامل آندسته از مشاغلی می‌گردد که درآمد آنها از سقف دستمزد تعیین شده در بیمه پایه بیشتر است و یا مایل به مشارکت بیشتری هستند.

اصولاً در این بخش صندوق‌های بیمه اجتماعی پایه می‌توانند به ایفای نقش اصلی بپردازند. کف و سقف دستمزد در این نوع بیمه بین ۳ یا ۵ برابر حداقل تا ۷ برابر آن می‌باشد. میزان حق بیمه دریافتی در این سیستم درصدی از دستمزد اعلام شده (مازاد درآمد از بیمه پایه) و یا مبلغ مقطوعی است که براساس محاسبات آکچواری برای تامین مستمری فرد در آینده تعیین می‌گردد. تعهدات این نوع از بیمه عمدتاً بازنشستگی، فوت و بازمندگان است که موضوع درمان در بخش خدمات درمانی مکمل است.

لایه سوم شامل بیمه‌های تکمیلی: این لایه در غالب سطوح و انواع مختلف طرح‌ها از جمله حساب پس انداز انفرادی و ارائه انواع بیمه‌های عمر و زندگی، مسئولیت کارما و ... قابل ارائه می‌باشد. سطح حساب پس انداز انفرادی آن، مشابه سطح پس انداز اجباری می‌باشد و تفاوت آن با سطح قبلی صرفاً در اختیاری بودن آن و مدیریت خصوصی این صندوق می‌باشد. هدف این لایه اختیاری

پاییز ۱۳۹۴

تامین سطح دلخواه درآمد بنابر سلیقه و تشخیص بیمه شده می‌باشد. سطح پوشش این لایه کلیه افراد دارای درآمد مکفی جهت خرید این نوع بیمه خواهند بود. از اینرو موسسات و شرکت های خصوصی متولی این نوع حساب و بیمه هستند.

از آنجا که این نوع بیمه عمدتاً شامل قرارداد بیمه‌ای بین بیمه شده و بیمه گر است و در این نوع قرارداد اقساط ماهیانه متضمن پرداخت مبلغی در زمان معین به فرد بیمه شده و یا افراد خانواده وی می‌باشد؛ لذا توانایی فرد در پرداخت این حق بیمه (سهم) تعیین کننده خواهد بود. با عنایت به موارد فوق میزان حق بیمه مقدار تعیین شده در قراردادها و بسته‌های بیمه‌ای است که توسط بیمه گر ارائه می‌شود. تعهدات این نوع از بیمه عمدتاً از نوع بیمه عمر به شرط فوت و حیات و نیز درمان مکمل است. در ضمن شرایط احراز مطابق با مفاد قراردادی مابین بیمه شده و بیمه گراست.

با عنایت به شمای کلی طرح، اقدامات و اصلاحات اشاره شده در وضع موجود، الگوی نظام چند لایه تأمین اجتماعی پیشنهادی دارای ۶ سطح اصلی خواهد بود. شایان ذکر است به دلیل آنکه هرگونه سطح بندی و اصلاح بیمه پایه اجباری مستلزم اصلاح قانون می‌باشد، الگوی سطح بندی پیشنهادی در این لایه مبنای اصلاحات برای بهبود وضعیت نظام بازنشستگی موجود قرار خواهد گرفت که در سند سیاستی لایه بیمه اجتماعی پایه و تکمیلی به ابعاد جزئی آن پرداخته می‌شود.