

مصاحبه با پروفسور ژوزف الدر

تورایمینی در آیین

تجربه کشورها

گفت و گو و برگردان: حسین میرشاک

تور ایمنی (Safety Net) به برنامه‌هایی اطلاق می‌شود که در مرحله گذار، از سوی کشورهای گوناگون برای حمایت از مردم در مواقع روبرو شدن با مصائب گوناگون زندگی و فقر و غیره به مرحله اجرا در می‌آیند. این برنامه‌ها بیشتر به صورت خدمات رفاهی گوناگون، کمکهای مالی و بیمه‌های متجلی می‌شوند. عقاید گوناگونی در مورد کارایی، محاسن و معایب تورهای ایمنی در کشورها وجود دارد. برخی از تورهای ایمنی و برنامه‌های مربوط به آن انتقاد کرده و معتقدند ارائه این خدمات به افراد، آنان را از فعالیت‌های اقتصادی و حتی تلاش برای پیدا کردن شغل بازمی‌دارد. محقق «راهبرد» در خصوص وضعیت تورهای ایمنی در کشورهای گوناگون جهان با پروفسور جوزف الدر، جامعه‌شناس آمریکایی و استاد دانشگاه ویسکانسین آمریکا گفتگویی تلفنی انجام داد که می‌خوانید:

○ به نظر شما کدامیک از کشورهای در حال توسعه در زمینه ایجاد تورهای ایمنی موفق‌تر عمل کرده‌اند؟
● نکته جالب توجه این است که از میان کشورهای در حال توسعه، آنهایی که کارآترین تورهای ایمنی را فراهم آورده‌اند، کشورهای مارکسیستی هستند که از میان آنها می‌توان به اتحاد جماهیر شوروی سابق، جمهوری خلق چین، ویتنام شمالی، کره شمالی و کوبا اشاره کرد.

○ دستاورد این کشورها در زمینه ایجاد تورهای

←

متوسطه فراهم سازد و وسائل تحصیلات عالی را تا سرحد خودکفائی کشور به طور رایگان گسترش دهد.»

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران همچنین در سایر اصول خود دولت را موظف ساخته است که از کودکان بی سرپرست حمایت کند و نسبت به ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی سرپرست اقدام کند.^(۴) همچنین داشتن مسکن متناسب با نیاز را حق هر فرد و خانواده ایرانی دانسته و فراهم ساختن زمینه داشتن مسکن با رعایت اولویت برای آنها که نیازمندتر هستند، به خصوص روستائینان و کارگران را از وظائف دولت برشمرده است.^(۵)

محدوده فعالیت‌های اصلی تأمین اجتماعی

تأمین اجتماعی به طور کلی در سه محدوده (بر اساس وضعیت اقتصادی مشمولان و انواع خدماتی که ارائه می‌شود) فعالیت دارد.

۱- در محدوده خدمات بیمه‌ای که شامل بیمه بازنشستگی و بیمه خدمات درمانی می‌شود:

الف- تأمین حقوق بازنشستگی و مستمری طبیعت و ماهیت این فعالیت اساساً بیمه‌ای است و از آنجا که همه اعضای این بخش از تأمین اجتماعی یا برای دولت، یا برای خود و یا برای کارفرمایان بخش خصوصی کار می‌کنند، حق بیمه به وسیله کارکنان و کارفرمایان پرداخت

می‌شود و مشارکت دولت مگر در آنجا که خود کارفرماست یا هیچ و یا نمادین است. میزان مشارکت کارکنان و کارفرمایان بر اساس محاسبات بیمه‌ای^(۶) مشخص می‌شود.

ب- تأمین خدمات درمانی

تأمین خدمات درمانی برای آنان که کار می‌کنند، بر اساس نظام بیمه‌ای است. منابع مالی آن نیز باید با مشارکت کارمند و کارفرما فراهم شود.

۲- محدوده خدمات حمایتی

افرادی که در این محدوده قرار می‌گیرند، اساساً یا فاقد کار یا درآمد بوده، یا درآمد ماهانه آنان از

حداقل هزینه زیست کمتر است. از آنجا که مسکن عامل اصلی در محاسبه هزینه ماهانه خانوار است و هزینه آن در نقاط مختلف کشور و همچنین بر مبنای مسکن شهری و مسکن روستایی متفاوت است، به احتمال حداقل هزینه زیست در نقاط مختلف جغرافیایی کشور یکسان نیست.

افرادی که در این محدوده قرار می‌گیرند، همانند زنان و کودکان بی‌سرپرست باید به وسیله دولت حمایت شوند و هزینه زندگی آنان از وصول مالیات تأمین شود.

۱- محدوده خدمات امدادی

دولت تنها نهادی است که چه از لحاظ اجرائی و چه از جهات مالی می‌تواند در مواقع وقوع بلایای طبیعی مانند سیل و زلزله و یا حوادث و

سوانح بزرگ مانند آتش سوزی به یاری مصیبت‌زدگان و قربانیان بشتابد. شرکتهای بیمه بازرگانی و خدمات و کمکهای داوطلبانه مردم نیز در این مواقع می‌توانند نقش اساسی ایفا کنند.

هلال احمر جمهوری اسلامی ایران که به موجب موافقت نامه‌ها و عهدنامه‌های

بین‌المللی باید مستقل و منفک از دولت باشد نیز از طریق قبول کمکهای داوطلبانه ملی و

بین‌المللی در محدوده خدمات امدادی دارای نقش بسیار مهمی است. سازمانهای غیر دولتی^(۷)

نیز در محدوده خدمات امدادی مانند بسیاری از کشورهای جهان می‌توانند کاملاً فعال باشند.

اصول حاکم بر نظام جامع تأمین اجتماعی

تحقق نظام جامع تأمین اجتماعی به صورت کامل و آرمانی به سادگی امکان‌پذیر نمی‌باشد، بلکه موقوف به حصول شرائط و اصولی است که نویسنده این مقاله برای نخستین بار سه اصل اول آن را به صورت مکتوب طی گزارشی که در سال ۱۳۷۷ برای مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی تهیه نمود، مطرح ساخت:

۱- اصل فراگیری

نظام جامع تأمین اجتماعی همه شهروندان کشور را بر اساس محدوده‌ای که در آن واقع می‌شوند، مشمول نظام بیمه‌ای یا حمایتی قرار دهد، به نحوی که هیچ کس بیرون از قلمروی آن واقع نشود.

ایمینی چگونه بوده است؟

● برای مثال در مورد ویتنام، تا قبل از اتحاد ویتنام شمالی و جنوبی، وضعیت خدمات بهداشتی در بخش شمالی بسیار توسعه یافته تر از بخش جنوبی بود. از سال ۱۹۷۵ وضعیت بهداشتی و پرسنل آن بهبود یافته است. نظام مراقبت‌های بهداشتی از دستاوردهای عمده دولت سوسیالیستی بوده، اما این برنامه‌ها، همانند برنامه‌های دیگر، دولت این کشور را با مشکل کمبود بودجه روبرو کرده است.

در کره شمالی مراقبت‌های بهداشتی رایگان است و تقریباً در هر روستا یک درمانگاه وجود دارد، هر چند مشکل کمبود پزشک هنوز وجود دارد. کارگرانی که به طور دائم یا موقت از کار افتاده شده‌اند، مورد حمایت برنامه‌های خدمات اجتماعی قرار دارند. برنامه‌هایی نیز برای حمایت از زنان باردار و سالمندان وجود دارد. دولت تلاش زیادی برای بهبود اوضاع مسکن انجام داده است.

همچنین در کشورهای دیگری مانند کوبا برنامه‌هایی به اجرا درآمده است و این دولت‌ها برای ایجاد تورهای ایمینی جهت حمایت از مردم در برابر آثار فقر، سیستم‌های رفاهی را وجود آورده‌اند.

○ تهیه بودجه لازم برای اقدامات مورد اشاره شما از چه طریقی در کشورهای مذکور تاءمین شده است؟
● انجام این کارها در کشورهای مذکور نیاز به یک اقتصاد متمرکز (centralized) و غیر بازاری (non - market) داشت تا با استفاده از منابع متنوع آن، تورهای ایمینی را به عنوان یک امر دارای اولویت فراهم آورند.

←

۲- اصل جامعیت

جامعیت تأمین اجتماعی بدان معناست که کلیه خدمات اصولی و پنجگانه تأمین خوراک، پوشاک، مسکن، درمان و آموزش را شامل شود.

۳- اصل کفایت

میزان پرداختی ماهانه به بازنشسته یا از کار افتاده و باز ماندگان آنان که برحسب مورد حقوق بازنشستگی، حقوق وظیفه یا مستمری نامیده می‌شود یا آنچه به افرادی که تحت حمایت قرار می‌گیرند، پرداخت می‌شود، نه تنها نباید از حداقل هزینه زندگی یا خط فقر کمتر باشد، بلکه در مورد اعضای صندوقهای بیمه و بازنشستگی باید در تأمین هزینه‌های یک زندگی متناسب با دوران خدمت آنان کافی باشد.

۴- اصل کارآمدی

نظام جامع تأمین اجتماعی باید کارآمد باشد، به عنوان مثال به کلیه مشمولان قانون تأمین اجتماعی و همچنین کارمندان دولت خدمت درمانی ارائه می‌شود. اما این خدمات با محدودیتهایی که از لحاظ پزشک و بیمارستان یا نحوه و میزان پرداخت هزینه‌های درمانی به بخش خصوصی ایجاد می‌کند، نمی‌تواند کارآمد تلقی شود.

۵- اصل اثر بخشی

نظام تأمین اجتماعی زمانی اثر بخش است که

ارائه خدمات به موقع یا در فرصتی منطقی و معقول ارائه شود و همه اعضای کم و بیش به این خدمات دسترسی داشته باشند. در حالی که هم اکنون پرداخت حقوق بازنشستگی و مستمریها، به ویژه در نخستین ماه، همیشه با تأخیری غیر منطقی و افزایشهای این پرداختها نیز در اثر ضرورت پیگیری و مراجعات و مکاتبات متعدد اعضای صندوقهای بیمه‌ای با موانعی غیر قابل توجه همراه است. در نتیجه این خدمات فاقد اثر بخشی لازم می‌باشند.^(۸)

طبقه‌بندی و وظائف دولت

روشن است که برای منطقی و متعادل ساختن اندازه دولت و کاهش هزینه‌های جاری بازرنگری در سازمان کار و شیوه تأمین کالاها و خدمات عمومی و تصدیهای دولت امری لازم و ضروری است و کوشش عمده صاحب‌نظران و متخصصان معطوف به یافتن شیوه‌ها و راهکارهایی است که می‌تواند در این رهگذر به متعادل ساختن درآمد و هزینه دولتها سامان بخشد و از ورشکستگی آنها جلوگیری کند.

در طبقه‌بندی متعارف وظائف دولت، مهم‌ترین وظیفه دولت اعمال حاکمیت است. اعمال حاکمیت در چند وظیفه اصلی متجلی می‌شود:

- ۱- حفظ سرزمین و دفاع از تمامیت ارضی و استقلال؛
- ۲- برقراری مداوم و مستمر نظم و امنیت؛
- ۳- استقرار و ایجاد عدالت؛

علاوه بر اینها در فراهم ساختن امکانات و تأمین منابع لازم برای اجرای تام و تمام وظائف مذکور دولت به جمع‌آوری مالیات و استقرار ارتباط با سایر دولتها می‌پردازد.

دولت به منظور تحقق اهداف خویش از سوی دیگر به یک سلسله اقدامات تجاری به عنوان تصدی دست می‌زند که در آن محدوده شخصیتی حقوقی است که همانند سایر شخصیتهای حقوقی مشمول قانون تجارت است.

مبانی و مفاهیم خصوصی سازی

تردیدی نیست که بخش خصوصی نسبت به دولت، به حفظ و افزایش سود سرمایه و کاهش هزینه اهمیت بیشتری می‌دهد. زیرا دغدغه اموری چون ایجاد کار و حفظ نرخ اشتغال و سطح زندگی شهروندان را ندارد. تجربه تاریخی ملتها نیز نشان می‌دهد که دولتها نمی‌توانند در زمینه اموری مانند تجارت و اقتصاد و درمان و آموزش از بخش خصوصی بی‌نیاز باشند.

○ وضعیت تورهای ایمنی در کشورهای در حال توسعه با پیشینه غیر مارکسیستی به چه صورت بوده است؟

● از میان کشورهای در حال توسعه غیر مارکسیستی که توانسته‌اند به تورهای ایمنی بهتر از حد معمول آن دست یابند، می‌توان به کشوری همچون سریلانکا اشاره کرد. در سریلانکا خدمات بهداشتی دولتی رایگان است و شبکه گسترده‌ای از بیمارستانها و درمانگاهها در اختیار مردم قرار می‌گیرد. این کشور با استفاده از برنامه‌های مراقبت بهداشتی و تنظیم خانواده، به وضعیت رفاهی مردم تا اندازه زیادی بهبود بخشیده است.

یک نمونه بارز دیگر ایالت کرالا (Kerala) واقع در هندوستان است. این ایالت از نظر استانداردهای بهداشتی وضعیت خوبی دارد و از این لحاظ در میان ایالات مختلف هندوستان نمونه است. برای نمونه می‌توان به طرح جامع بیمه‌های بهداشتی برای کارگران کارخانه‌ها و همچنین به مداوای رایگان بیماران در بسیاری از بیمارستانها، مراکز بهداشتی و درمانگاهها اشاره کرد. نظام آموزشی این ایالت از تمام ایالات دیگر پیشرفته‌تر است و حدود ۸۰ درصد مردم آن باسواد هستند. آموزش ابتدایی برای کودکان بین ۶ تا ۱۱ سال اجباری است.

شاید علاقه مند باشید بدانید این کشورها وجوه لازم جهت انجام برنامه‌های مربوطه را چگونه و از چه منبعی تهیه کرده‌اند، اما به نظر من در درجه اول، مسئله اولویتها و انتخاب آنها مطرح است. به هر حال بدون استراتژی گام برداشتن، کمتر حاصل مورد انتظار را فراهم می‌کند.

کاهش قابل توجه مباحث ایدئولوژیک و افزایش و تفوق اندیشه‌های واقع گرایانه^(۹) و گردهمائیها و نشستهای مختلف مدیریتی بخش عمومی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه جهان، توجه به بخش خصوصی و سپردن تمشیت امور تصدیها به این بخش را از دو دهه پیش به طور جدی مطرح ساخت و فرایندی تازه و رویکردی در خور اعتنا به نامها و عناوین گوناگون در فرهنگهای ملی و فراملی ظاهر شد.

این رویکرد، در کانادا به عنوان تجاری سازی^(۱۰) در بلژیک به عنوان استحکام بخشی^(۱۱) در سریلانکا به عنوان مردمی سازی^(۱۲) در بولیوی به عنوان سرمایه سازی^(۱۳) و در بیشتر کشورهای انگلیسی زبان به عنوان خصوصی سازی^(۱۴) مطرح شده است.

به واقع خصوصی سازی زیر مجموعه راهبردی یک برنامه درازمدت و کلان اصلاحات اقتصادی است و خود هرگز به عنوان یک هدف مطرح نبوده و معنا نداشته است. حقیقت امر آن است که فرایند خصوصی سازی در واقع به منظور گسترش اقتصاد بازار و ساز و کار آن در قلمروی ملی و همچنین در جهت انتقال از نظام بسته و کاملاً متمرکز اقتصاد دولتی به نظام باز و غیر متمرکز اقتصاد بازار صورت می‌گیرد و همواره باید مبتنی بر اهداف استراتژیک خاص آغاز شود.

از جمله این اهداف استراتژیک که می‌تواند

در کشور ما مورد نظر باشد عبارت اند از:

- فراهم ساختن امکانات و موجبات خدمت رسانی بهتر؛
- ایجاد زمینه رقابت سالم؛
- ایجاد امکانات تولید کالای بهتر و مرغوب تر؛
- ایجاد امکانات تولید کالاهای ارزان تر؛
- توانمند کردن بخش خصوصی؛
- فراهم ساختن زمینه های اشتغال بیشتر؛
- کاهش هزینه های جاری دولت؛
- کاهش فرار سرمایه ها و مغزها؛
- تشویق و تقویت سرمایه داری مردمی؛
- ایجاد و گسترش طبقه متوسط؛
- کاهش تصدی گری و وظائف غیراصلی دولت؛
- امکان تمرکز دولت بر روی وظائف اصلی و اصولی خویش؛
- تقویت سرمایه گذاری ملی؛
- و بسیاری از هدفهای اساسی دیگر که جای طرح آنها در این نوشته نیست.

افزایش بی سابقه هزینه های دولتها در بیمه های اجتماعی و خدمات درمانی

همان طور که پیش از این اشاره شد، یکی از علل افزایش بی سابقه هزینه های صندوقهای بیمه و بازنشستگی و مؤسسات خدمات درمانی، بالا رفتن جدول امید زندگی به دلیل بهبود تغذیه و کشف داروها و راههای درمان تازه است که سالهای دریافت مستمری و حقوق بازنشستگی را - که سالهای نیازمندی بیشتر به دارو و درمان می باشند - هر دهه بیشتر از قبل کرده است. یکی از نتایج این دستاوردها در ژاپن طبق اعلام دولت، افزایش جدول امید زندگی در سال ۲۰۰۱ برای مردان تا ۷۰/۷۸ سال و برای زنان تا ۸۴/۹۳ سال است که هر دو رکوردهای تازه ای هستند و بر طبق پیش بینیهای محققان مؤسسه ملی پژوهشهای جمعیتی و تأمین اجتماعی باز هم این میانگینها افزایش خواهند یافت، به نحوی که در سال ۲۰۵۰ در مورد مردان به ۸۱ سال و در مورد زنان به ۸۹ سال خواهد رسید و باز هم پیش بینی می شود که در آغاز قرن آینده میلادی امید به زندگی جمعیت کشور ژاپن افزون بر ۹۰ سال خواهد شد.

جمعیت صد سالگان ژاپنی هم اکنون ۱۷۹۳۴ نفر است که چهار برابر ده سال قبل و یکصد برابر سال ۱۹۶۳ یعنی کمتر از چهل سال قبل است.^(۱۵)

این افزایش میانگین عمر محدود به ژاپن نمی شود، در اروپا که جدول امید زندگی بین سالهای ۶۵-۱۹۶۰ در حدود ۷۰ سال را نشان می داد، انتظار می رود که در سالهای ۵۰-۲۰۴۵ به ۸۲ سال، یعنی ۱۲ سال بیشتر برسد.^(۱۶)

بدین ترتیب برای تأمین هزینه های بازنشستگی و خدمات درمانی در سالهای آینده دولتها راه حلهای فراوانی ندارند. این هزینه ها در برخی از کشورها در فاصله سالهای ۲۰۰۰ تا ۲۰۵۰ تا دو برابر افزایش خواهد یافت. به

عنوان مثال در یونان، جمهوری چک و اسپانیا به ترتیب تا ۲۴/۸۰٪، ۱۵/۶٪ و ۱۷/۳٪ تولید ناخالص ملی را به خود اختصاص خواهد داد. دولتها ناچارند برای کاهش و یا تثبیت هزینه‌های تأمین اجتماعی به یکی از راههای زیر متوسل شوند:

- سن بازنشستگی را که در حال حاضر در این کشورها، ۶۰ تا ۶۵ سالگی است، به ۷۰ تا ۷۵ سالگی افزایش دهند.

- سهم کارکنان و کارفرمایان را که به عنوان کسور بازنشستگی پرداخت می‌کنند تا دو یا سه برابر درصدهای کنونی افزایش دهند.

- از توسعه و عمران صرف نظر کنند و عمده درآمد خود را در مقوله تأمین و بیمه‌های اجتماعی هزینه کنند.

- از کفایت و جامعیت نظام تأمین اجتماعی پرهیز و به تأمین حداقل هزینه زندگی کارکنان در دوران بازنشستگی یا از کار افتادگی بسنده کنند.

نقشی ندارد و یا سهم بسیار ناچیزی ایفا می‌کند، استفاده از روش به کار انداختن وجوه و منابع و سرمایه‌گذاری موجودیها و کسور دریافتی است که در دراز مدت هزینه‌ها را نسبت به کسور دریافتی گاه صدها برابر می‌کند.^(۱۹)

به همین دلیل انتظار می‌رود کسری صندوق بازنشستگی کشوری ویژه کارمندان دولت که یکی از بزرگ‌ترین صندوقهای بازنشستگی کشور است، در سال ۱۳۸۱ حداکثر ۱۵۰۰ میلیارد

نگاهی به ایران در عرصه تأمین اجتماعی

افزایش جدول امید زندگی در کشور ما نیز در یک ربع قرن اخیر جالب توجه بوده است، به نحوی که طبق اطلاعات تهیه و ارائه شده در سازمان تأمین اجتماعی، میانگین طول عمر در سالهای اخیر در مورد مردان به ۶۹ و در مورد زنان به ۷۱ سال رسیده است.

از سوی دیگر نظام حاکم بر اداره صندوقهای

ریال باشد، اما در سال ۱۳۹۰ به رقمی در حدود ۴۶/۹۹۷ میلیارد ریال و در سال ۱۴۰۰ به مبلغی نزدیک ۱۵۷/۳۷۳ میلیارد ریال برسد، یعنی در کمتر از یک دهه سی برابر و در کمتر از دو دهه بیش از یکصد برابر شود.^(۲۰)

بدین ترتیب روشن است که تمهیداتی همانند ایجاد وزارتخانه، جز ایجاد یک کلان سازمان دیگر و بالا بردن انتظارات جامعه کارگری و کارمندی کاری از پیش نخواهد برد و نارضایتی را که از صندوقها و مؤسسات بیمه و بازنشستگی و مؤسسات بیمه درمانی وجود دارد، باز هم بیشتر خواهد کرد. از آن گذشته، تحقق بیمه‌های اجتماعی روستاییان را که به تأمین منابع و عزم و اراده ملی و نه ایجاد وزارتخانه نیاز دارد، باز هم سالها به تعویق خواهد انداخت و چند صندوق کوچک بازنشستگی را که توانسته‌اند با رویکردهایی کارآمد و راهکارهایی بدیع روی پای خود بایستند، به مسلخ ادغام خواهد برد.

در این مرحله واضح است که دولت باید اراده و راهکاری برای عملی کردن بیمه‌های اجتماعی و درمانی بیابد و منابع مالی لازم را برای اجرای آن فراهم سازد تا جامعیت اصل ۲۹ قانونی اساسی تحقق یابد.

همچنین در بخش ۴ بند (۱-۴) زیر عنوان

سیاستهای عمومی به «کاستن از حجم بخش دولتی... و واگذاری برخی از فعالیتها به بخشهای خصوصی و تعاونی» اشاره شد.

نخستین گامها در جهت خصوصی سازی در ایران

نخستین حرکت واقعی در جهت تمسک به

علاوه بر آن در بخش ۱۵ زیر عنوان ایجاد تعادل در بخشهای اقتصادی به واگذاری قسمتی از فعالیتهای دولت که با حاکمیت منافات ندارد و به واگذاری شرکتهای دولتی به بخشهای خصوصی و تعاونی توجه شده است.

همچنین یکی از راهکاری بسیار مهم که در اواخر دهه هفتاد منجر به ایجاد شرکتهای بیمه و

بانکهای غیردولتی شد، قسمت ۲-۱-۵ از بند

(۱۳) این قانون است که به موجب آن جلب مشارکت هر چه بیشتر بخشهای خصوصی و

تعاونی در ارائه خدمات بانکی مورد توجه قرار گرفته و چند سال بعد این امر با تصویب قانون خاصی پیگیری شده و به مورد اجرا درآمده است.^(۲۳)

روند تعیین در زمینه خصوصی سازی در

قانون برنامه سوم توسعه نیز ادامه یافت، بدین معنی که در بند (۵) قسمت «ب» ماده یک قانون

«شناسایی و واگذاری وظائف، امور و فعالیتهای قابل واگذاری دستگاههای اجرایی به شهرداریها

و بخش غیردولتی با هدف رهاسازی دولت از تصدیهای غیر ضرور» و در صدر ماده (۲) همین

قانون «کاهش تصدیها» و «فراهم نمودن زمینه توسعه مشارکت مؤثر مردم و بخش خصوصی

و بخش تعاونی در اداره امور» بار دیگر مورد تأکید قرار گرفت.^(۲۴)

علاوه بر آن در ماده (۱۵) قانون برنامه سوم توسعه، به منظور تقویت، استحکام و استمرار

روند خصوصی سازی دولت مکلف شد «با

تغییر اساسنامه سازمان مالی گسترش مالکیت واحدهای تولیدی نسبت به تشکیل یک سازمان خصوصی سازی اقدام نماید» و به موجب بندهای الف و ب ماده (۱۶) به فروش سهام به کارآفرینان و اشخاصی که از مدیریت توانمند برخوردارند و تشکلهای تخصصی تجاری و عموم مردم اولویت داده شد.^(۲۵)

پیدایش مبانی خصوصی سازی در قلمروی تأمین اجتماعی

در برنامه سوم توسعه موضوع دیگری که با خصوصی سازی سازگار بوده و در کنار آن جلب توجه می کند، پیدایش نشانه هایی هر چند مختصر از ضرورت حرکت در جهت

خودکفایی در مجموعه نظام تأمین اجتماعی

است. بدین معنی که صراحتاً افزایش بازده سرمایه گذاریها به عنوان یک راهکار مورد

عنایت واقع شده و تأکید می شود که سرمایه گذاریهای جدید سازمانهای بیمه ای باید

به گونه ای انجام شود که ضمن داشتن توجیه فنی و اقتصادی و مالی دارای بازدهی مطلوب

باشد.^(۲۶) همه می دانیم که شرط نخست ورود بخش خصوصی به هر فعالیتی سودآور بودن

آن است.

نکته جالب توجه دیگر، فراهم ساختن

امکان تغییر سازمان (صندوق) بیمه ای، برای

کلیه اعضای آن صندوقهاست^(۲۷) که ورود

عامل رقابت را در این عرصه بشارت می دهد.

هر دوی این ابتکارات به عنوان اقدامات زیربنایی در زمینه خصوصی سازی شناخته شده‌اند. اما با گذشت زمان هر از گاهی نشانه‌هایی روشن تر و شفاف تر از حرکت بی سر و صدا و آهسته دولت در جهت تحقق امر خصوصی سازی در قلمروی تأمین اجتماعی به چشم می خورد.

۱- از اواسط سال ۱۳۸۰ تأسیس صندوقهای بازنشستگی جدید و تصویب و اصلاح اساسنامه آنها... با پیشنهاد سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور به تصویب هیأت وزیران می رسد و نیاز به وضع قانون ندارد. مضافاً انشای قانون به نحوی است که راه را برای تأسیس این قبیل صندوقها به وسیله بخش خصوصی باز گذاشته است.^(۲۸)

۲- وزارتخانه ها، مؤسسات و شرکتهای دولتی که در اجرای اصل بیست و نهم و سی ام قانون اساسی که عهده دار ارائه خدمات اجتماعی، فرهنگی و رفاهی از قبیل (...آموزش عمومی... درمان، توانبخشی و...) هستند مجازند به منظور کاهش تصدیهای دولت، انجام این قبیل خدمات را به نهادهای عمومی غیردولتی، مؤسسات عام المنفعه و سایر اشخاص حقیقی و حقوقی واگذار کنند.^(۲۹)

معلوم است که منظور از وضع این قانون تسهیل و تسریع ورود آزمایشی اشخاص حقیقی و حقوقی بخش خصوصی به قلمروهای درمان

و آموزش است. به طور طبیعی انتظار می رود که ورود بخش خصوصی به این دو حوزه خودکفایی را با خود به ارمغان آورد و صندوقهای بیمه و بازنشستگی و مؤسسات درمانی را از کمک دولت بی نیاز و اعتبارات مربوط را برای سامان دادن به برنامه های عمرانی و تأمین اجتماعی روستاییان آزاد کند.

پیش شرطهای کامیابی در این عرصه

اینک که آثار و شواهد موجود نشان می دهد دولت خصوصی سازی را به عنوان یکی از راهکارهای کارآمد برای رهایی از بحران مالی بیمه های بازنشستگی و درمان پذیرفته و می کوشد مقدمات اجرایی آن را (با وجود تقدیم لایحه ای به مجلس شورای اسلامی به منظور تأسیس وزارت رفاه و تأمین اجتماعی) فراهم کند، از آنجا که خصوصی سازی ذاتاً با تمرکز، فقدان رقابت، عدم مشارکت اعضا، نظام بین نسلی سازگار نیست، به عنوان پیش شرطهای موفقیت در این عرصه دولت باید به جد از ایجاد کلان سازمانی به نام وزارتخانه که به شدت تمرکزگرا، مخالف سرمایه گذاری و جوه و منابع، نافی رقابت و مغایر مشارکت اعضاست روی برتابد و عدم تمرکز، آزادی رقابت، تشویق سرمایه گذاری و فراهم ساختن زمینه مشارکت اعضای صندوقها را ابشارت دهد و بخش خصوصی را به تأسیس و تقویت صندوقهای

- 9- pragmatism
 10- commercialization
 11- consolidation
 12- populisation
 13- capitalisation
 14- privatization
 15- "Graying Japan Leads search for Key to Everlasting Youth", **Iran News**, sep. 17, 2002, P.12.
 16- Jennie James, "The Burden of Youth", **Time Magazine** May 20, 2002, PP. 62-65.

۱۷- به موجب بند ۱ ماده (۱) قانون استخدام کشوری و ماده (۳) قانون محاسبات عمومی «مؤسسه دولتی واحد سازمان مشخصی است که به موجب قانون ایجاد و به وسیله دولت اداره می‌شود و عنوان وزارتخانه ندارد».

18- Pay As your Go (PAY6)

19- Funded Scheme

۲۰- این اطلاعات از سخنرانی رئیس سازمان بازنشستگی کشور در سازمان مدیریت و برنامه ریزی در اواسط خرداد ماه ۱۳۸۱ که نسخه‌ای از خلاصه آن در اختیار نویسنده است استنساخ گردیده است.

۲۱- روزنامه رسمی، شماره ۱۲۷۴۵ مورخ ۱۳۶۷/۹/۷.

۲۲- برنامه دوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، مصوب ۱۳۷۳/۹/۲۰، روزنامه رسمی، شماره ۱۴۵۱۵ مورخ هشتم دی ماه ۱۳۷۳.

۲۳- قانون اجازه تأسیس بانکهای غیردولتی، مصوب ۲۱ فروردین ماه ۱۳۷۹.

۲۴- قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، مصوب ۱۳۷۹/۷/۱۷، به نقل از ضمیمه روزنامه رسمی جمهوری اسلامی ایران، شماره مسلسل ۶۸۶/۱۳۷۹، صص ۸۱ و ۸۲.

۲۵- همان، ص ۸۹.

۲۶- همان، ماده (۴۱) و بند الف ماده مذکور.

۲۷- همان، ماده (۴۲).

۲۸- قانون اصلاح برخی از مواد قانون اصلاح مقررات بازنشستگی و وظیفه قانون استخدام کشوری (ماده واحده) مصوب ۲۴ مرداد ماه ۱۳۸۰، تبصره ۲، روزنامه رسمی ۱۳۸۰/۶/۲۸ صفحه ۲.

۲۹- ریاست جمهوری، (معاونت پژوهش)، تدوین و تنقیح قوانین و مقررات قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، مصوب ۲۷ بهمن ماه ۱۳۸۰، لازم‌الاجرا به طور آزمایشی به مدت چهار سال از ۱۳۸۷/۱/۱ ماده ۸۸.

30- saving and penssion funds.

پس انداز و بازنشستگی^(۳۰) و افزایش سهم و میزان مباشرت در زمینه درمان هدایت کند.

در این رهگذر حتی دولت می‌تواند تا آنجا پیش رود که سازمانهای تأمین اجتماعی و بازنشستگی کشوری را با صندوقهای بیمه و بازنشستگی استانی و منطقه‌ای جایگزین سازد (اگرچه شاید هنوز برای طرح این موضوع زود باشد).

علاوه بر آن دولت باید ضمن پرهیز از دخالت، بر سلامت این صندوقها و اعمال سیاستهای اساسی نظارت نموده، با این تمهیدات بکوشد آنها را به تدریج به خودکفایی و بی‌نیازی از یارانه‌ها و کمکهای دولت برساند.

پانویسها

1- information explosion

2- globalization

۳- از جمله این دوره‌ها دوره کهن سالی دوم یا oldest old age است که از هشتاد و پنج سالگی آغاز می‌شود.

۴- قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، اصل بیست و یکم، بندهای ۲ و ۴.

۵- همان، اصل سی و یکم.

6- actuarial studies

7- Non Governmental Organizations (NGOs)

۸- اصول کارآمدی و اثر بخشی را نویسنده این مطلب در اسفند ماه سال ۱۳۷۷ به پیش نویس نخستین لایحه نظام جامع رفاه و تأمین و سه اصل نخست اضافه نمود. به همین دلیل است که از پنج اصل گفته شده در ادبیات ملی و بین‌المللی پیش از سال ۱۳۷۸ از جمله در چاپ اول فرهنگ بیمه‌های اجتماعی تألیف دکتر سیاوش مریدی که به وسیله مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی در سال ۱۳۷۸ منتشر شده است، نام و نشانی نیست.