

گسترش دامنه پوشش تامین اجتماعی: مفاهیم، رویکردها و شکاف های اطلاعاتی

نویسنده: ووترون گینکن*

مترجم: محبوبه افسری*

خلاصه:

در این گزارش، گرایش ها و چالش های اصلی جهانی با توجه به توسعه تامین اجتماعی به طور اجمالی مورد بررسی قرار می گیرند. همچنین مفاهیم مهم عملکرد و پوشش تامین اجتماعی که به هدایت سیستم جمع آوری اطلاعات آماری و ارائه معیارهای استاندارد راهکارهای ملی و بین المللی توسعه تامین اجتماعی منتهی می شوند، بازبینی می گردند. برخلاف چنین پیشینه ای، زمینه های شکاف اطلاعاتی مرتبط با اقدام های توسعه دامنه پوشش با سیستم های موجود (اعم از سیستم های بیمه ای و سیستم های مبتنی بر مالیات) شناسایی می شوند.

این گزارش با تاکید بر توسعه پوشش شخصی، به شناسایی برخی از شکاف های اطلاعاتی در زمینه تعمیم دامنه پوشش به گروه های آسیب پذیر کارگران بخش غیررسمی، مهاجر، فصلی، خانگی، خویش فرما و همچنین کارگران خانوادگی بدون حقوق و دستمزد، خواهد پرداخت. بیشتر افراد این گروه ها را زنان تشکیل می دهند که به تامین اجتماعی دسترسی ندارند.

* مشاور ایسا (ISSA)

* اداره کل روابط عمومی و امور بین الملل

برنامه مقدماتی تهیه شده برای پروژه ایسا در خصوص

«بررسی اطلاعات موجود در زمینه گسترش دامنه پوشش»^۱

هدف از چشم انداز استراتژیک جدید ایسا که در برنامه سه ساله ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۰ لحاظ شده است، ارتقای تامین اجتماعی پویا به عنوان یکی از ابعاد اجتماعی در دنیای در حال جهانی شدن از طریق حمایت از سازمان های تامین اجتماعی می باشد.

گسترش دامنه پوشش، یک مورد از چهار اولویت ایسا می باشد. برای نیل به این هدف، پروژه «بررسی اطلاعات موجود در خصوص گسترش دامنه پوشش» بر مبنای گردآوری و ارزیابی اطلاعات موجود در زمینه نمونه های عملکرد مطلوب و تجربه های به دست آمده در رابطه با گسترش دامنه پوشش، طراحی و برنامه ریزی شده است. هدف از این پروژه، افزایش ظرفیت و توانمندی سازمان های عضو ایسا جهت فعالیت در راستای توسعه دامنه پوشش تامین اجتماعی و همچنین ارائه اطلاعات در ارتباط با ایجاد راهکارهای مرتبط با هدایت فعالیت های آتی ایسا به کارگروه ویژه ایسا در زمینه گسترش دامنه پوشش می باشد.

نتیجه به دست آمده از ابتکار عمل ایسا در خصوص امنیت در تامین اجتماعی که بین سال های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۴ به مورد اجرا گذاشته شده است، نشان می دهد که تقویت تامین اجتماعی از طریق عمومیت بخشیدن، همگانی ساختن، همچنین تضمین ثبات و پایداری از طریق مدیریت بهتر و بهبود ظرفیت های اجرایی، کاملاً ضروری به شمار می رود. علاوه بر این، ایجاد حمایت و اعتماد عمومی برای تامین اجتماعی از طریق شفاف سازی بیشتر، اطلاع رسانی بهتر و مشارکت

افراد تحت حمایت در فرایند تصمیم‌گیری در خصوص تعیین اولویت‌های واقعی از جمله ضرورت‌های مهم می‌باشد.

یک مورد از چهار موضوع اصلی ابتکار عمل ایسا، «ارزیابی شکاف دامنه پوشش - گروه‌های محروم از تامین اجتماعی و عوامل محرومیت» می‌باشد که طی مطالعاتی در ۱۵ کشور دنیا به مورد اجرا گذاشته شد که پرسش‌های زیر مورد بررسی قرار گرفتند:

- چه افرادی و به چه دلیل از پوشش خدمات درمانی و مزایای بازنشستگی محروم هستند؟
- چه برنامه‌هایی از عدم همگانی بودن دامنه پوشش، بیشتر آسیب می‌بینند؟
- چه راهبردهای استراتژیکی پیگیری می‌شوند؟
- کدام گزینه‌های سیاسی در دسترس می‌باشند؟

مطالعه ابتکاری ایسا در خصوص شکاف‌های پوشش به این نتیجه منتهی شد که «دامنه پوشش با فاصله گرفتن طرح از تساوی مستقیم بین حق بیمه فرد، مزایا و حرکت به سوی یک طرح تامین اجتماعی مبتنی بر باز توزیع منابع، افزایش می‌یابد. در بسیاری از موارد، لحاظ نمودن افراد غیربیمه‌ای در حوزه مزایای کمکی امکان پذیر نیست. ارائه حمایت‌های اجتماعی کافی به این گروه‌ها مستلزم قطع ارتباط کلی یا نسبی بین حق بیمه و مزایا با مقوله باز توزیع درآمد است. همچنین، نیاز به باز توزیع بیشتر منابع در محدوده مرزهای ملی نیز وجود دارد؛ اگر راهکارهای اقتصادی در سطح ملی باشند، عدالت اقتصادی نیز باید همین‌طور باشد؛ به این معنی که مبحث شهروندی اجتماعی بدون لحاظ نمودن مفهوم جهانی، عینیت نمی‌یابد.»

ارزیابی‌های اخیر نشان می‌دهد، بین ۷۰ و ۸۰ درصد از جمعیت جهان، به هیچ‌وجه دسترسی به مزایای نقدی نظیر مستمری ندارند. آنها در شرایط «نبودن امنیت اجتماعی» شدید زندگی

می‌کنند و هیچ نوع دسترسی به تامین اجتماعی رسمی ندارند. در این گروه ۷۰ الی ۸۰ درصدی، ۲۶ درصد از افراد با درآمد روزانه کمتر از ۱/۲۵ دلار آمریکا در فقر مفرط به سر می‌برند. بین ۱/۳ تا نیمی از جمعیت کشورهای در حال توسعه به خدمات درمانی اثر بخش، دسترسی کافی ندارند. در مدت ده سال گذشته، سازمان بین‌المللی کار، مبحث گسترش تامین اجتماعی را در اجلاس نشست‌های جهانی مطرح کرده است. در کنفرانس بین‌المللی کار که در سال ۲۰۰۱ برگزار شد، دولت‌ها، سازمان‌های کارفرمایی و کارگری در خصوص «اولویت بخشیدن به خط مشی‌ها و ابتکاراتی که تامین اجتماعی را به افراد فاقد پوشش سیستم‌های موجود» تعمیم می‌دهد، توافق نمودند. در سال ۲۰۰۳، این اقدام به آغاز «تلاش جهانی در زمینه تامین اجتماعی و برقراری پوشش همگانی» منتهی شد. در واقع، هدف اصلی این تلاش، گسترش تامین اجتماعی به گروه‌های فاقد پوشش، دستیابی همگانی به مراقبت‌های درمانی و همچنین تامین درآمد پایه برای همگان می‌باشد. شایان ذکر است که معرفی حمایت‌های اجتماعی به اجلاس و نشست‌های توسعه با کمک‌های بانک جهانی انجام شد که در نتیجه اقدام‌ها اولیه در زمینه مدیریت خطرهای اجتماعی صورت پذیرفته است.

کارشناسان در جریان بررسی خط مشی‌های توسعه را از دیدگاه خطر و حمایت‌های اجتماعی، هماهنگی بین حمایت‌های اجتماعی و خط مشی توسعه نشان دادند. رویکرد آنها به طور کل آینده‌نگرانه است؛ به طوری که میزان آسیب پذیری افراد، به ویژه فقر را کاهش می‌دهد، در نتیجه این افراد نیز می‌توانند علاوه بر مشارکت در فرایند توسعه و رشد اقتصادی از مزایای مربوطه بهره مند شوند. همچنین تاکید بیشتر بر مبحث کاهش فقر و اهداف توسعه هزاره، تاثیر بسزایی بر مذاکره‌ها حمایت‌های اجتماعی در ده سال گذشته داشته است.

در گزارش کمیسیون جهانی جنبه اجتماعی جهانی سازی، رویکرد فراهم نمودن بستر اجتماعی - اقتصادی برای همه شهروندان مورد حمایت قرار گرفته است. تحقیقاتی که پس از آن در خصوص توانایی تامین مالی بستر تامین اجتماعی پایه صورت گرفت، نشان می‌دهد که لحاظ نمودن این رویکرد به عنوان ابزار مهم مبارزه جهانی برای مقابله با فقر و دستیابی به اولین هدف توسعه هزاره، امکان پذیر می‌باشد. در این رابطه، محققان به این نتیجه رسیدند که سرمایه گذاری در زمینه تامین اجتماعی پایه در مراحل اجرایی توسعه، قابل تامین بوده و موجب ایجاد بهره‌وری و دستاوردهای مهمی می‌شود. این پیشرفت‌ها به تدریج، فضایی مالی - اقتصادی ایجاد خواهند نمود که به پیدایش سطح مطلوبی از تامین اجتماعی شامل توسعه طرح‌های پایدار تامین اجتماعی مبتنی بر نظام حق بیمه منتهی می‌گردد.

این گزارش ضمن بررسی چالش‌ها و گرایش‌های اصلی جهانی با در نظر گرفتن توسعه تامین اجتماعی، شکاف‌های مهم اطلاعاتی را که موجب ممانعت از مشارکت سازمان‌های تامین اجتماعی در فرایندهای راهبردی گسترش اثربخش و کارآمد دامنه پوشش تامین اجتماعی می‌شوند، شناسایی می‌نماید. گزارش با ارائه یک چارچوب مفهومی از توسعه تامین اجتماعی آغاز می‌شود.

در بخش اول، مفاهیم متنوع عملکرد و پوشش تامین اجتماعی که تعیین کننده معیارهای استاندارد برای راهبردهای ملی و بین‌المللی هستند، مورد بررسی قرار می‌گیرند. در بخش دوم، تجربه‌ها و رویکردهای مختلف توسعه تامین اجتماعی در کشورهای کم درآمد و همچنین کشورهایی که از درآمد متوسط و زیاد برخوردار هستند، ارائه می‌شوند.

بخش سوم به بحث و بررسی چالش‌های اصلی سازمان‌های تامین اجتماعی در گسترش پوشش مستمری و خدمات درمانی می‌پردازد.

بخش چهارم نیز شکاف‌های اطلاعاتی را شناسایی خواهد کرد که این اقدام به منظور توانمندسازی سازمان‌های تامین اجتماعی جهت توسعه اثربخش و کارآمد دامنه پوشش در آینده صورت می‌گیرد.

۱- مفاهیم عملکرد و پوشش تامین اجتماعی:

از دیدگاه سازمان بین‌المللی کار، تعریف تامین اجتماعی عبارت است از حمایت‌هایی که یک جامعه از طریق مجموعه معیارهای عمومی مشروطه زیر به اعضای خود ارائه می‌کند؛

- جبران حذف یا کاهش درآمد شغلی ناشی از حوادث مختلف به ویژه بیماری، بارداری،

حادثه شغلی، بیکاری، از کارافتادگی، بازنشستگی و فوت نان آور خانواده؛

- ارائه مراقبت‌های درمانی به افراد جامعه؛

- ارائه مزایا برای خانواده‌های دارای فرزند؛

با توجه به ابعاد مختلف گستره خدمات تامین اجتماعی نظیر افراد، رویدادها و سطح مزایا، روش‌ها و رویکردهای متنوعی برای توسعه دامنه پوشش تامین اجتماعی وجود دارد. این تنوع، ناشی از شرایط متفاوت اقتصادی، سیاسی و پیشینه تاریخی کشورها می‌باشد. بنابراین، مقوله پوشش در وهله اول برحسب تعداد افراد مزایا بگير (بالفعل یا بالقوه) تعريف می‌شود. اما مفهوم پوشش نیز شامل دو جنبه دیگر از قبیل دامنه (رویدادهای احتمالی و نیازهای اولیه) و سطوح مزایا می‌باشد. برای توسعه تامین اجتماعی، گسترش پوشش فردی و حوادث مرتبط با گروه‌های فاقد پوشش در اولویت قرار دارند.

تامین اجتماعی نه تنها شامل طرح‌های قانونی و اجباری، بلکه طرح‌های خصوصی و غیرقانونی با اهداف مشابه نظیر گروه‌های مزایای متقابل (بیمه محدود) و طرح‌های مستمری شغلی را نیز مشروط بر عدم تعیین نرخ حق بیمه توسط بازار، شامل می‌شود. علاوه بر این، تامین اجتماعی سیستم‌های مبتنی بر نظام حق بیمه و همچنین سیستم‌های مبتنی بر مالیات را در بر می‌گیرد.

اثربخشی و کارایی طرح‌های تامین اجتماعی (مبتنی بر دریافت حق بیمه و مالیات) که می‌توانند پوشش لازم را ارائه نمایند، از چهار بخش اصلی سازنده طرح‌ها تشکیل شده‌اند (به جدول شماره ۱ مراجعه شود: پوشش فردی، مزایا، تامین مالی و روند اجرایی). تمامی این بخش‌ها بر چگونگی اثربخشی و کارایی گسترش پوشش تامین اجتماعی موثر واقع می‌شوند.

در اکثر کشورهای کم درآمد و بسیاری از کشورهای متوسط، طرح‌های اجباری بیمه اجتماعی، تنها بخش محدودی از نیروی کار بخش اقتصاد رسمی را تحت پوشش قرار می‌دهند. قانونگذاران همواره این محدودیت‌ها را با استناد به موانع کاربردی متفاوتی توجیه کرده‌اند. به عنوان مثال، زیرساخت اجرایی مناسب برای وصول حق بیمه از کارگران کارگاه‌های کوچک و خویش فرمایان وجود ندارد؛ همچنین به علت فقدان تسهیلات کافی برای مراقبت‌های درمانی در مناطق روستایی، دریافت حق بیمه درمانی از کارگران امکان‌پذیر نیست. بنابراین، طرح‌های بیمه اجتماعی از نظر قانونی به کارگاه‌هایی بزرگتر از یک اندازه مشخص و کارگرانی با حقوق و دستمزد معین، محدود می‌شوند. هر چند، به دلیل وجود مشکلات مختلفی نظیر اجرای قوانین، سطح پوشش اثربخش به طور معمول پایین‌تر از پوشش قانونی است که در بخش ۳ بررسی خواهد شد.

روش‌های متنوعی برای سنجش و ارزیابی اقدام‌های گسترش پوشش تامین اجتماعی وجود دارد. شاخص‌های مزایابگیران، مهمترین گروه از شاخص‌های پوشش را تشکیل می‌دهند؛ این شاخص‌ها، میزان مزایای دریافتی افراد و حوادث احتمالی مربوطه را اندازه‌گیری می‌کنند. علاوه بر این، شاخص‌های مزایابگیران در طرح‌های تامین اجتماعی مبتنی بر حق بیمه و همچنین طرح‌های تامین اجتماعی مبتنی بر مالیات مورد استفاده قرار می‌گیرند. به طور کلی، نسبت مزایابگیران را می‌توان به عنوان درصد مزایابگیران واقعی در مقایسه با مزایابگیران بالقوه تعریف نمود.

جدول ۱- طرح‌های تامین اجتماعی: اجزای تشکیل دهنده و شاخص‌های عملکرد

اجزای تشکیل دهنده	جنبه‌های اصلی که بر پایه آن شاخص‌های عملکرد برقرار می‌شوند
پوشش	پوشش فردی (قانونی): مزایابگیران؛ افراد بیمه پرداز و بیمه شده انواع خدمات: بازنشستگی، بارداری، از کارافتادگی، هزینه‌های درمانی، بازماندگان، حوادث شغلی، خانواده، بیکاری، بیماری و امرار معاش
مزایا	شرایط احراز: تعریف حادثه؛ سابقه حق بیمه؛ درآمد و دارایی؛ رفتار شغلی و استفاده از خدمات اجتماعی پایه سطح مزایا: نرخ ثابت؛ میزان درآمد
تامین مالی	منابع تامین مالی: منابع دولتی؛ حق بیمه کارفرمایان و کارگران؛ حق بیمه مزایابگیران سطح حق بیمه: نرخ ثابت یا میزان درآمد
اجرایات	پرداخت مزایا: پرداخت سریع و صحیح، آگاهی از شرایط احراز وصول حق بیمه: اجرای قوانین سازمان و مدیریت: ترکیبی از سیستم دولتی و خصوصی؛ اثربخشی و هزینه‌های اجرایی

منبع: ون گینکن (۲۰۰۷)

در سیستم مستمری مبتنی بر حق بیمه، نرخ‌های جایگزین به عنوان شاخص‌های مزایاگیران مورد استفاده قرار می‌گیرند و سطح مزایا را با درآمد گذشته یا نرخ‌های حقوق و دستمزد بخش صنعتی مقایسه می‌کنند. برای کمک‌های نقدی مبتنی بر مالیات که به طور معمول به افراد فقیر و آسیب پذیر پرداخت می‌گردد، سطوح مزایا عمدتاً با خط فقر مقایسه می‌شوند. اثربخشی کاهش فقر را می‌توان با روش‌های مشروحه زیر اندازه‌گیری نمود:

۱- اندازه‌گیری نسبت مزایایی که به فقرا تعلق می‌گیرد؛

۲- سنجش درصد فقیرانی که از گروه فقرا خارج شده‌اند؛

۳- ارزیابی میزان بر طرف شده شکاف فقر در نتیجه کمک‌های اجتماعی.

همچنین در طرح‌های تامین اجتماعی مبتنی بر حق بیمه، بیشترین نرخ پوشش به تعداد اعضای بیمه‌پرداز، به عنوان درصدی از نیروی کار، مربوط می‌شود. این شاخص به طور معمول بر مبنای سوابق اجرایی تامین اجتماعی می‌باشد، اما همیشه میزان پوشش را به درستی اندازه‌گیری نمی‌کند. احتمال می‌رود برخی از افراد با وجود نامنویسی در سیستم، شرایط قانونی دریافت مزایا را نداشته باشند، به عنوان مثال:

- افرادی که از تعداد سنوات کافی پرداخت حق بیمه برخوردار نیستند.
- برخی افراد در سابقه سنوات بیمه پردازی خود به دفعات متعدد در طرح بیمه نام‌نویسی می‌نمایند.
- برخی دیگر با وجود نام‌نویسی در طرح به دلایل مختلفی نظیر:
 - از دست دادن شغل،
 - اجتناب از فعالیت‌های اقتصادی،

• توقف پرداخت حق بیمه و پیوستن به بخش اقتصاد غیررسمی، حق بیمه پرداخت نمی‌کنند. در گذشته، دامنه پوشش با استفاده از اطلاعات اجرایی، اندازه‌گیری می‌شد. این کار با بهره‌گیری از یک روش ساده برای نظارت بر روند پوشش در طول مدت زمان صورت می‌گیرد و امکان بررسی سابقه کار و مشاهده میزان اندوخته حق بیمه را فراهم می‌کند. در کشورهایی که از سیستم‌های مستمری متعددی برخوردار هستند، سوابق برای طرح‌های ملی بزرگ همواره آماده و در دسترس می‌باشند، اما برای طرح‌های کوچک‌تر، امکان دسترسی به سوابق، کمتر است. اطلاعات اجرایی همچنین مبنای مناسبی را برای ابعاد مالی طرح‌ها فراهم می‌کنند که قابل تعمیم به سطح ملی نیز می‌باشد.

بزرگترین مزیت بررسی اطلاعات خانوار، قابلیت استفاده در بررسی سیستم رفاهی است. تحقیقات خانوار در زمینه مزایای مستمری بازنشستگی در سطح انفرادی و خانوادگی طرح‌های مبتنی بر مالیات و سیستم حق بیمه‌ای، در زمره موثق‌ترین اطلاعات به شمار می‌روند. این تحقیقات همچنین حاوی اطلاعات مفیدی در خصوص حق بیمه‌ها و موقعیت افراد به عنوان بیمه‌پرداز، بیمه‌شده تبعی یا مزایابگیر هر یک از طرح‌های تامین اجتماعی می‌باشد. بررسی اطلاعات خانوار، اطلاعات خوبی را در زمینه‌های اقتصادی و اجتماعی نظیر جمعیت شناسی، اشتغال، وضعیت سلامت، دسترسی اثربخش به مراقبت‌های درمانی و رفتارهای مرتبط با سلامت، سطح درآمد، هزینه و مالیات فراهم می‌نماید.

بر این اساس، مشکلات خاصی در رابطه با سنجش میزان پوشش خدمات درمانی وجود دارد. به طور کلی، درآمدهای ناشی از بیمه اجتماعی سلامت و مالیات از جمله روش‌های اصلی تامین مالی دسترسی به مراقبت‌های درمانی می‌باشند، اما پرداخت‌های شخصی و بیمه خصوصی را نیز می‌توانیم به عنوان منابع تامین مالی لحاظ کنیم. بسیاری از کشورها از یک سیستم

تامین اجتماعی مالی ترکیبی بهره‌مند می‌باشند؛ به طوری که اکثر گروه‌هایی که از درآمد بالایی برخوردار هستند، به طور معمول تحت پوشش بیمه خصوصی قرار دارند؛ گروه‌هایی که از درآمد متوسط برخوردار هستند، تحت پوشش بیمه اجتماعی درمانی و افراد کم درآمد نیز تحت پوشش بیمه دولتی و مراقبت‌های درمانی می‌باشند. برای چنین سیستم‌های تامین مالی، تعیین شاخص‌های مزایابگیران برحسب پوشش جمعیت و بسته مزایا امکان پذیر است. بنابراین کیفیت و سطح بسته مزایا را می‌توان از طریق معیارهای متنوعی نظیر استطاعت مالی، دسترسی جغرافیایی و کیفیت معالجه مشخص نمود. میزان حمایت‌های مالی ارائه شده توسط این سیستم‌ها را می‌توانیم با توجه به هزینه‌های پرداخت شده برای صورت حساب مصرف کنندگان، پرداخت‌های تکمیلی و معالجه‌های درمانی غیربیمه‌ای، ارزیابی کرد. همچنین، حمایت در برابر هزینه حوادث غیر مترقبه (به ویژه بیماران)، یکی از معیارهای مهم به شمار می‌رود، زیرا فقدان چنین حمایت‌هایی، افراد را به سوی دریافت وام و بدهکاری سوق می‌دهد.

۲- تجربه‌ها و رویکردهای ملی

تجربه‌های مثبت و متنوع بسیاری در زمینه گسترش دامنه پوشش تامین اجتماعی وجود دارد. بسیاری از کشورهایی که از درآمد بالایی برخوردار هستند، تا حدودی به پوشش فردی کامل در زمینه مستمری‌ها و مراقبت‌های درمانی دست یافته‌اند. تعدادی از کشورها با درآمد متوسط نظیر آرژانتین، برزیل، شیلی، کاستاریکا، جمهوری کره و اوروگوئه به برقراری پوشش فردی همگانی خدمات درمانی بهره‌مند شده‌اند. برخی دیگر از کشورها با درآمد متوسط از قبیل چین، کلمبیا، تایلند و تونس نیز در گسترش پوشش خدمات درمانی موفق بوده‌اند. شایان ذکر است که توسعه طرح‌های بیمه مستمری اجباری به طور نسبی مشکل‌تر است، اما برخی از کشورها مانند برزیل و

تایلند توانسته‌اند که دامنه پوشش را گسترش دهند. برخی از کشورهای کم درآمد در مناطق جنوبی صحرای آفریقا و جنوب آسیا طرح‌های بیمه درمانی محدود را با موفقیت به مورد اجرا گذاشته و کارگران بخش اقتصاد غیررسمی را تحت پوشش قرار داده‌اند. تا حدودی همه کشورها دامنه پوشش مزایای اجتماعی مبتنی بر مالیات را افزایش داده و یا در حال انجام این کار می‌باشند.

در کشورهای کم درآمد، سیستم‌های مستمری اجباری مبتنی بر حق بیمه، تنها گروه کوچکی از کارگران بخش اقتصاد رسمی را پوشش می‌دهند و برای گسترش دامنه پوشش به کارگران بخش اقتصاد غیررسمی با مشکلاتی مواجه می‌باشند. پوشش محدود در کشورهای کم درآمد ناشی از دلایل مختلفی نظیر ۱- سطح پایین هزینه‌های دولتی اختصاص یافته توسط برنامه‌های تشکیلاتی و ۲- ظرفیت و توانایی محدود دولت جهت اداره سیستم درمانی می‌باشد. با وجود این، در حال حاضر، اقدام‌های جدیدی برای گسترش دامنه پوشش تامین اجتماعی به کارگران و خانواده‌های آنها در بخش اقتصاد غیررسمی صورت می‌گیرد.

اولین گام مهم، در کشورهای جنوب صحرای آفریقا، توسعه طرح‌های گروهی و بیمه محدود را شامل می‌شود که اقدام‌های آن از آغاز دهه ۱۹۹۰ شروع شده است. در این طرح‌ها، مزایای بیمه‌ای برای مراقبت‌های درمانی پرداخت می‌شوند، زیرا دولت‌ها قادر نیستند که شرایط دسترسی رایگان به مراقبت‌های درمانی را برای همگان فراهم نمایند. طرح‌های مذکور در بسیاری از کشورها به ویژه در غرب آفریقا به مورد اجرا گذاشته شده و در کشور سنگال نیز حدود ۵ درصد از کل جمعیت را تحت پوشش قرار داده است. سازمان بین‌المللی کار چنین برآورد می‌کند که به طور کلی، حدود ۱/۵ میلیون نفر در آفریقای غربی به این طرح‌ها، حق بیمه پرداخت می‌کنند. چنان که در بخش ۳ نیز ملاحظه خواهد شد، چالش اصلی، توسعه بیشتر طرح‌های بیمه‌ای

محدود و ایجاد ارتباط با سایر طرح‌های حمایت اجتماعی به عنوان بخشی از راهبرد ملی گسترش دامنه پوشش تامین اجتماعی عنوان شده است.

در گام دوم، دولت‌های زیادی تلاش می‌کنند که تعریف دقیقی از سیستم حمایت‌های اجتماعی ملی و یا طرح‌های تامین اجتماعی با هدف گسترش دامنه پوشش و دستیابی به پوشش همگانی در بلند مدت ارائه دهند. به عنوان مثال، دولت سنگال، استراتژی حمایت‌های اجتماعی خود را در سال ۲۰۰۵ تنظیم کرد. در شرایط فعلی، حدود ۱۷ درصد از کل جمعیت تحت پوشش طرح‌های قانونی تامین اجتماعی (درمان و مستمری) هستند، حدود ۷۰ الی ۷۵ درصد افراد در بخش اقتصاد غیررسمی کار می‌کنند و بندرت تحت پوشش‌های حمایتی قرار می‌گیرند، در حالی که ۱۰ الی ۱۵ درصد از افراد جامعه در فقر مفرط زندگی می‌کنند. هدف این استراتژی، توسعه و تعمیم حمایت‌های اجتماعی از ۲۰ به ۵۰ درصد جمعیت تا سال ۲۰۱۵ از طریق طرح‌های جدید با پاسخگویی بهتر به نیازهای کارگران بخش اقتصادی غیررسمی است. در این استراتژی همچنین طرح پرداخت حداقل مستمری همگانی به سالمندان فاقد پوشش مستمری بیمه اجتماعی پیشنهاد می‌شود. برخی از کارشناسان معتقدند که معرفی طرح مستمری بازنشستگی همگانی و از کارافتادگی حدود ۳ درصد از کل جمعیت را از فقر مفرط خارج می‌کند و هزینه‌ای معادل ۱/۲ درصد تولید ناخالص داخلی (صرف نظر از هزینه‌های اجرایی) در بر خواهد داشت.

در گام سوم، برخی از کشورها نظیر بوتسوانا، لسوتو، موریتانی و نامیبیا اقدام به پرداخت مستمری اجتماعی همگانی می‌نمایند. در کشور آفریقای جنوبی، مستمری را مبتنی بر سنجش استطاعت مالی پرداخت می‌نمایند، در حالی که سایر کشورها مانند زامبیا، طرح همگانی پرداخت مزایای کمک هزینه اجتماعی مبتنی بر سنجش استطاعت مالی را تجربه می‌کنند. تحقیقات نشان

داده‌اند که مستمری‌های اجتماعی در این کشورها موجب کاهش گرسنگی و فقر مفرط، ارتقای سطح مراقبت‌های درمانی، تحصیلات و برابری جنسیتی شده است.

تعداد زیادی از کشورهایی که از درآمد متوسط برخوردار هستند به پوشش همگانی در یکی از شاخه‌های تامین اجتماعی دست یافته‌اند (مانند جمهوری کره، کاستاریکا و شیلی) یا در صدد دستیابی به پوشش همگانی می‌باشند (مانند تونس، برزیل، فیلیپین و تایلند). کشورهایی با درآمد متوسط به طور معمول از منابع مالی، انسانی و سیاسی برای دستیابی به پوشش همگانی از طریق ترکیبی از طرح‌های تامین اجتماعی مبتنی بر مالیات و نظام حق بیمه ای برخوردار هستند. جمهوری کره و تونس از یک ساختار دولتی مستحکم بهره‌مند می‌باشند که پوشش تامین اجتماعی را با استفاده از روش قدیمی و تدریجی، به ویژه از طریق طرح‌های اجباری مبتنی بر حق بیمه با موفقیت گسترش داده‌اند که جمهوری کره بهترین نمونه در این زمینه می‌باشد، چرا که در یک دوره زمانی ۱۲ ساله، از سال ۱۹۷۷ لغایت ۱۹۸۹، موفق به برقراری پوشش همگانی بیمه درمانی نائل شده است. این اقدام در بستر گفت‌وگوی اجتماعی و توافق نظر به علاوه حمایت فعالانه دولت صورت گرفت. کشور تونس تلاش کرد که سطح پوشش انفرادی بیمه درمانی، مستمری‌ها، بارداری و مزایای حوادث ناشی از کار را از ۶۰ درصد نیروی کار در سال ۱۹۸۹ به ۸۴ درصد در سال ۱۹۹۹ افزایش دهد.

مشکل‌ترین قسمت در عرصه گسترش دامنه پوشش، لحاظ نمودن کارگران خویش فرمای شهری و روستایی است. هر دو کشور تمایل داشتند که سهم حق بیمه کارفرما را به عنوان یارانه پرداخت کنند و سیستم‌هایی را به منظور ارزیابی منصفانه وضعیت درآمد کارگران خویش فرما طراحی نمایند. کاستاریکا نیز توانست در یک دوره زمانی نسبتاً کوتاهی از طریق یکپارچه سازی

نظام حق بیمه و یارانه‌های مالیاتی برای خویش فرمایان و کمک‌های مبتنی بر مالیات برای افراد فقیر به پوشش همگانی دست یابد.

طرح [۲]های مزایای مبتنی بر مالیات (کمک‌های اجتماعی) به ویژه در کشورهایی با درآمد متوسط از رشد قابل توجهی برخوردار بودند. هدف این طرح‌ها، نه تنها فائق آمدن بر نشانه‌های فقر، بلکه غلبه بر علل بروز فقر نیز می‌باشد. در واقع، پدیده فقر به عنوان یک واقعیت روز افزون چند جانبه است. علاوه بر این، توجه و تمرکز اهداف توسعه هزاره بر کاهش فقر به عنوان اولویت اصلی دولت‌های ملی و سازمان‌های بین‌المللی معطوف شده است. همچنین اشتغال غیررسمی موجب تضعیف توسعه و ثبات مالی بیمه اجتماعی مبتنی بر اشتغال می‌شود.

کمک‌های نقدی مشروط، نوع جدیدی از سیستم تامین اجتماعی مبتنی بر مالیات را در کشورهای کم درآمد و کشورهایی با درآمد متوسط نشان می‌دهند. در برخی موارد، شرط لازم، کارآفرینی توسط خانواده مزایا بگیر است. در سایر موارد، شرایط براساس قوانین معینی به کودکان مدارس یا اعضای خانواده شرکت کننده در طرح مراقبت‌های درمانی اولیه، تعمیم می‌یابند. همچنین مزایای کمک بر درآمد در برنامه‌های هماهنگی ضد فقر شامل خدمات پایه نظیر مراقبت‌های درمانی و آموزشی یا استراتژی یکپارچه اجتماعی نظیر برنامه انسجام اجتماعی شیلی نیز لحاظ می‌شود. این برنامه بیشتر بر مبحث خانواده تمرکز دارد و افراد و گروه‌ها در اولویت‌های بعدی قرار می‌گیرند. طبق نظر برخی از کارشناسان، ارزیابی تاثیر کمک‌های نقدی همچنان مشکل است، زیرا مشخص نیست که تا چه اندازه ماهیت و حذف شرایط بر تحقق اهداف برنامه‌ها تاثیر گذارد.

در بسیاری از کشورهایی با درآمد متوسط مانند کشورهای امریکای لاتین، پوشش بیمه مستمری اجباری با وجود تغییر سیستم به سیستم‌های حق بیمه معین دچار رکود و حتی با شکست مواجه شده است. در برخی از کشورهای ثروتمندتر امریکای لاتین نظیر آرژانتین، برزیل، شیلی، کاستاریکا و اوروگوئه، این امر موجب افزایش اهمیت سیستم‌های مستمری مبتنی بر مالیات شده است. چنانچه طرح‌های مستمری مبتنی بر حق بیمه، قادر به پوشش بیش از ۵۰ درصد نیروی کار نباشند، پرداخت مستمری مبتنی بر مالیات برای نیمه دیگر جمعیت، مستلزم صرف هزینه‌ای بسیار سنگین و گزاف از سوی دولت خواهد بود. همچنین احتمال دارد که وجود طرح‌های وسیع مستمری مبتنی بر مالیات، افراد را از شرکت در طرح‌های مبتنی بر حق بیمه منصرف کند. بنابراین، مسئله مهمی همچون نحوه برنامه ریزی طرح‌های مستمری مبتنی بر حق بیمه و سایر خط‌مشی‌های ارتقای سطح امنیت درآمد بازنشستگی، به ویژه برای کارگران بخش اقتصاد غیررسمی مطرح می‌شود.

به طور کلی، کشورهایی که از درآمد بالایی برخوردار هستند، حداقل در بخش‌های معینی به پوشش کامل انفرادی تامین اجتماعی دست یافته‌اند. هر چند، با افزایش رقابت در سطح بین‌المللی، اشتغال غیررسمی و روند سالمندی، کشورهای برخوردار از درآمد بالا با چالش‌های جدی در زمینه حفظ سطح مزایا و پوشش انفرادی مواجه می‌شوند.

اگر چه بسیاری از کشورهای اروپایی توانسته‌اند پوشش کامل انفرادی را در زمینه مراقبت درمانی حفظ کنند، اما در زمینه سطح مزایا در برخی از موارد دچار اشتباه شده‌اند. این کشورها به طور معمول از سیستم‌های بیمه‌پردازی انفرادی بیمه درمانی یا خدمات درمانی برخوردار هستند که می‌توانند هزینه‌های اداری و اجرایی خود را در سطح پایین نگه دارند. کشورهای بهره‌مند از سیستم‌های بیمه‌ای متعدد نظیر ایالات متحده، هزینه‌های اجرایی بالایی را که گاهی اوقات کمتر از

میزان پوشش همگانی هستند، تجربه می‌کنند. در همه کشورهایی که دارای درآمد زیادی هستند، تقاضای روز افزون برای مراقبت‌های بلند مدت وجود دارد. در حال حاضر، ارائه مراقبت‌های بلند مدت، کافی به نظر نمی‌رسد و در آینده نیز به دلیل افزایش طول عمر انسان‌ها و اتکای کمتر به حمایت و پشتیبانی خانواده، این کمبود مشهودتر خواهد بود.

تا حدودی در همه کشورهای دارای درآمد زیاد، سطح مزایای طرح‌های قانونی مستمری مبتنی بر حق بیمه کاهش یافته است. به طور کلی، این امر ناشی از سنوات کم بیمه پردازی و سال‌های زیاد دریافت مزایا می‌باشد. به عنوان مثال، اصلاحات مستمری اخیر در اکثر کشورهای اتحادیه اروپا با نگرانی‌های زیادی در خصوص مسئله ثبات مالی و کاهش مزایای سیستم‌های مستمری دولتی مواجه هستند. بنابراین، در حال حاضر، بسیاری از خط‌مشی‌ها بر افزایش موثر سن بازنشستگی متمرکز می‌شوند. در کشورهای اروپای مرکزی و شرقی، کاهش شدید میزان دامنه پوشش ناشی از اشتغال غیررسمی، خصوصی سازی بخشی از بسته‌های مستمری و تغییر روش به سوی سیستم فرضی مبتنی بر حق بیمه معین می‌باشد. کاهش سطح پوشش طرح قانونی مستمری مبتنی بر حق بیمه و سایر طرح‌های حمایت از درآمد از جمله عوامل مهم افزایش کمک‌های اجتماعی مبتنی بر مالیات و مزایای مستمری می‌باشد.

۳- مستمری و پوشش مراقبت‌های درمانی نقش بیمه اجتماعی:

در تئوری‌های کلاسیک اقتصادی پیش بینی شده بود که با رشد اقتصادی و توسعه، بخش فزاینده‌ای از نیروی کار در بخش اقتصاد رسمی اشتغال خواهند یافت و این امر به ایجاد پوشش تدریجی از طریق بیمه اجتماعی اجباری منتهی می‌شود. هر چند، با فشارهای موجود در زمینه

خصوصی سازی، این مسئله حتی در کشورهایی با درآمد زیاد نیز الزاماً به مورد اجرا گذاشته نمی‌شود. لازم به ذکر است که تئوری اقتصادی طرفدار عرضه در بازار کار جهانی توسط فقر مفرط و بیکاری تعیین می‌گردد. تئوری اقتصادی تقاضا نیز از طریق روند اقتصادی جهانی شدن که مستلزم تجدید ساختار مستمر و انعطاف پذیری می‌باشد، تبیین می‌گردد. در نتیجه، گروه‌های بزرگ کارگران در زمینه فعالیت‌های شهری و روستایی در بخش اقتصاد غیررسمی به کار گماشته می‌شوند. آنها فاقد قرارداد کاری هستند، قراردادی که مبنای حمایت اجتماعی و حمایت از اشتغال است.

دلیل دیگری که موجب خروج کارگران بخش اقتصاد غیررسمی از دامنه پوشش طرح‌های قانونی تامین اجتماعی مبتنی بر حق بیمه می‌شود، عدم تمایل یا عدم استطاعت آنها جهت پرداخت درصد بالایی از درآمد خود به منظور تامین مالی مزایای تامین اجتماعی است که احتمال پاسخگویی نیازهای اولیه آنها نیز نمی‌باشد. به طور کلی، آنها همواره نیازهای فوری و ضروری خود اعم از خدمات درمانی و آموزش را در اولویت قرار می‌دهند؛ زیرا معیارهای تطبیق ساختاری، اغلب موجب کاهش یا حذف دسترسی این افراد به مراقبت‌های درمانی رایگان و آموزش پایه می‌شوند. به علاوه، آنها با روش اجرای طرح‌های قانونی تامین اجتماعی آشنا نیستند و یا به این طرح‌ها اعتماد ندارند. همانطور که در قبل نیز ذکر شد، عوامل دیگری نظیر محدودیت‌های قانونی، تنگناهای اجرایی و مشکلاتی در رابطه با تبعیت از قوانین موجب محدودیت دسترسی به طرح‌های قانونی تامین اجتماعی می‌شوند.

بنابراین، حصول اطمینان از جذابیت برنامه‌ها و مزایای تامین اجتماعی برای افراد فاقد پوشش، یکی از مسائل کلیدی به شمار می‌رود. در این رابطه، تعیین میزان پاسخگویی برنامه‌های موجود تامین اجتماعی به نیازها و اولویت‌های کارگران بخش‌های اقتصاد رسمی و غیررسمی و همچنین

میزان توانایی پرداخت حق بیمه توسط افراد فاقد پوشش و چگونگی رفع این چالش‌ها توسط سازمان‌های تامین اجتماعی کاملاً ضرورت دارد. مدیریت مطلوب به علاوه قوانین مناسب و ساختارهای اجرایی مبتنی بر حمایت‌های اجتماعی و سیاسی کشور، نقش مهمی در این زمینه ایفا می‌کنند. به عنوان مثال، در ۶ کشور آفریقایی مورد مطالعه سازمان بین‌المللی کار، هزینه‌های اجرایی از ۲۵ تا ۵۰ درصد کل درآمد حق بیمه، متغیر بودند. این رقم، ده برابر بیشتر از نرخ هزینه اجرایی در برخی از کشورهای عضو سازمان همکاری اقتصادی و توسعه می‌باشد و به ایجاد موانع قابل توجهی در مسیر گسترش تامین اجتماعی منجر می‌شود.

مستمری‌ها؛ ارتباط بین سیستم‌های مبتنی بر حق بیمه و سیستم‌های مبتنی بر مالیات:
در مدت بیش از ۲۰ تا ۲۵ سال گذشته، سیاست‌های مستمری‌ها دستخوش تغییرات زیادی در سراسر جهان شده است. در آغاز دهه ۱۹۸۰، شیلی اولین کشوری بود که طرح اندوخته‌گذاری کامل مبتنی بر حق بیمه معین را جایگزین طرح اندوخته‌گذاری نسبی مبتنی بر مزایای معین نمود، به عنوان مثال: طرح خصوصی و اجباری اندوخته‌گذاری بازنشستگی. در سال ۱۹۹۴، در کتاب معتبری با عنوان «رفع بحران سالمندی» سیستم‌های سه پایه ای شامل طرح کمک‌های اجتماعی مبتنی بر مالیات و همچنین طرح اندوخته‌گذاری انفرادی اختیاری و اجباری مورد حمایت قرار گرفت. پیام اصلی کتاب بیانگر این مطلب است که سیستم فوق‌الذکر، طرح‌های مستمری را از آثار سالمندی جوامع و مداخله دولت مصون نگه می‌دارد و موجب افزایش اندوخته‌گذاری ملی می‌شود.

بهرحال، ارزیابی‌های بعدی نشان داده اند که تامین مالی طرح‌های مستمری موجب عدم آسیب‌پذیری مستمری‌ها در برابر تاثیر سالمندی، مدیریت نامطلوب یا تنش‌های اقتصادی نشده‌اند. در واقع، کاهش سطح مزایا در مدت زمان، اغلب توسط اصلاحات سیستماتیک و منظم،

مخفی نگه داشته می‌شوند. بنابراین در سال ۲۰۰۰، سازمان بین‌المللی کار در پاسخ به بانک جهانی، اقدام به انتشار مطلبی با عنوان «سیستم‌های مستمری تامین اجتماعی: توسعه و اصلاحات» نمود. بر این اساس، سازمان بین‌المللی کار، خود را به عنوان سازمانی غیر متعصب نشان می‌دهد که طرفدار تغییرات، مانند حق انتخاب بین سیستم توازن هزینه با درآمد و سیستم‌های اندوخته‌گذاری مستمری و یا مدیریت خصوصی و دولتی می‌باشد. هر چند، این امر بر اهمیت دستاوردهای اجتماعی و کفایت سطح مزایا از جمله تضمین امنیت درآمد در سالمندی و اعطای حق بازنشستگی مکفی به افراد تاکید می‌کند.

در کشورهای کم درآمد، سیستم‌های مبتنی بر حق بیمه برای کارگران بخش اقتصاد رسمی جهت گسترش به کارگران بخش اقتصاد غیررسمی با مشکلاتی مواجه هستند. در کشورهایی با درآمد متوسط مانند کشورهای امریکای لاتین با وجود تغییر به سیستم‌های مبتنی بر حق بیمه معین، دامنه پوشش مستمری در بخش رسمی کاهش یافته است. در سایر کشورهای متوسط نظیر تونس و جمهوری کره، گسترش دامنه پوشش سیستم مستمری مبتنی بر حق بیمه صورت گرفته، اما در حال حاضر از سیستم‌های مستمری مبتنی بر مالیات نیز به عنوان سیستم تکمیلی استفاده می‌کنند. همان‌طور که در بخش ۲ ذکر شد، در کشورهایی با درآمد زیاد، سطح مزایای مستمری سیستم‌های قانونی مبتنی بر حق بیمه به طور معمول معادل سطح حقوق و دستمزد و در برخی موارد حتی معادل میزان تورم نیز نبوده است. به عقیده برخی از کارشناسان، دامنه پوشش طرح‌های مستمری مبتنی بر حق بیمه به دلیل مشکلات اجرای قوانین و تاثیرگذاری بر گروه‌های بزرگ کارگران نظیر زنان، خویش‌فرمایان، کارگران بخش اقتصاد غیررسمی و افراد دارای مشاغل متعدد همچنان ناقص و ناتمام باقی مانده است.

گروه‌های آسیب پذیر متعددی بدون هیچ نوع دسترسی یا دسترسی محدود به پوشش مستمری به ویژه در کشورهای کم درآمد و کشورهایی با درآمد متوسط وجود دارند. کارگران غیررسمی، مهاجر، فصلی، خویش فرمایان داخلی، کارگران خانوادگی بدون حقوق و دستمزد، از کارافتادگان، همگی جزو این گروه‌ها هستند. کارگران فصلی، کارگران خانوادگی بدون حقوق و دستمزد از جمله مهم‌ترین گروه‌های فاقد پوشش تامین اجتماعی می‌باشند.

دامنه پوشش مستمری در طرح‌های مبتنی بر مالیات و همچنین طرح‌های مبتنی بر حق بیمه از یک جنبه جنسیتی نیز برخوردار است. با توجه به این که بخش بزرگی از کار بدون دستمزد در منزل به زنان اختصاص دارد، در نتیجه، آنها نمی‌توانند از طریق اشتغال، واجد شرایط دریافت مستمری در نظر گرفته شوند. در اکثر کشورها، احتمال اشتغال زنان در بخش غیررسمی بیشتر از مردان است. چنانچه زنان برای دریافت مستمری بازنشستگی تحت تکفل همسرانشان باشند، شرایط آنها برای دریافت مستمری بازماندگان به طور معمول ضعیف تر است. در کشورهایی که دارای سیستم‌های مبتنی بر مالیات هستند، زنان تمایل دارند که از این سیستم‌ها بیشتر بهره مند شوند، اما سطح مستمری در این سیستم‌ها به طور قابل توجهی کمتر از مستمری سیستم‌های مبتنی بر حق بیمه است.

همان طور که گفته شد، بنابراین طی مدتی بیش از ۲۰ الی ۳۰ سال گذشته همواره گرایش به سوی استفاده بیشتر از طرح‌های مستمری کمک‌های اجتماعی مبتنی بر مالیات معطوف بوده است. در طول تاریخ، طرح‌های مهم و قانونی مستمری مبتنی بر حق بیمه در همه کشورهایی با درآمد زیاد و کشورهای دارای درآمد متوسط قبل از اقدام دولت به ایجاد طرح‌های مستمری مبتنی بر مالیات وجود داشته‌اند. هر چند، کشورهای کم درآمد و کشورهای برخوردار از درآمد

متوسط، تامین مالی مستمری کمک‌های اجتماعی را قبل از ایجاد طرح قانونی مستمری مبتنی بر حق بیمه آغاز کرده‌اند. بنابراین، طراحی و اجرای ایجاد ارتباط بین طرح‌های تامین اجتماعی مبتنی بر مالیات و طرح‌های مبتنی بر حق بیمه به منظور تضمین حفظ انگیزه کارگران جهت پرداخت حق بیمه و کمک به توسعه بلند مدت طرح‌های مستمری که از نظر تامین مالی و بیمه‌ای دارای ثبات و پایداری می‌باشند، مهمترین چالش به شمار می‌رود. همچنین، تعریف خط مشی مستمری در یک چارچوب وسیع اقتصادی - اجتماعی ضرورت دارد. با توجه به این که مستمری‌ها در واقع، پایه و اساس تضمین و امنیت درآمد در دوران سالمندی می‌باشند، در نتیجه، ارتقای سطح تنوع دارایی‌ها و منابع درآمد نیز ضروری است. بنابراین، چنین رویکردی مسائل مختلفی از قبیل سیستم‌های حمایت از خانواده، وضعیت اشتغال کارگران، تجمع پس‌اندازها و سایر دارایی‌های فردی نظیر مسکن را مورد توجه قرار خواهد داد.

نقش بیمه اجتماعی در پوشش مراقبت‌های درمانی:

بیمه اجتماعی درمانی (شامل بیمه گروهی) می‌تواند نقش مهمی را در گسترش دامنه پوشش ایفا کند، زیرا موجب می‌شود که مراقبت‌های درمانی از نظر تامین مالی بیشتر قابل دسترسی باشند. بدون این دسترسی، کارگران نمی‌توانند توانایی شغلی و سطح درآمد خود را حفظ کنند، چرا که هزینه‌های بالای درمانی، اندوخته و پس‌انداز خانواده‌ها را کاهش می‌دهد یا آنها را به سوی فقر دائمی سوق می‌دهد. سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که هر سال حدود ۱۰۰ میلیون نفر به دلیل عدم استطاعت تامین هزینه مراقبت‌های درمانی در معرض سقوط به سراشیبی فقر قرار می‌گیرند.

بیماری همواره به صرف هزینه‌های اقتصادی مستقیم و قابل توجهی نظیر از دست دادن درآمد و تامین هزینه‌های مراقبت‌های درمانی منجر می‌شود. اما هزینه‌های اقتصادی غیرمستقیم نیز حائز اهمیت هستند. گاهی اوقات، بیماری موجب فروش دام و احشام به علاوه کاهش موقعیت‌های شغلی می‌شود. این هزینه‌های اقتصادی همچنین به کاهش توانایی و ظرفیت مولد، اعتبار و صلاحیت و از دست دادن فرصت‌های شغلی منتهی می‌گردند. هزینه‌های غیر اقتصادی نظیر اوقات فراغت اندک، محرومیت از فعالیت‌های اجتماعی و خطر معلولیت یا فوت نیز قابل توجه می‌باشند.

اگر دولت، مراقبت‌های درمانی ارزان قیمت و یا رایگان به مردم ارائه نکند، بیمه اجتماعی درمانی (شامل بیمه گروهی) را می‌توان به عنوان راهکار و گزینه مطلوبی لحاظ نمود. در این طرح‌ها، اعضا مبلغی را به عنوان حق بیمه به تامین اجتماعی و یا یک موسسه غیر انتفاعی در ازای دریافت توافقی یک بسته مزایای معین پرداخت می‌کنند. در طرح بیمه درمانی، خدمات در مدت زمان به افراد بیمه شده ارائه می‌شود، این سیستم، نوعی کمک مالی متقابل بین افراد سالم و بیماران را تداعی می‌کند. در واقع، طرح بیمه اجتماعی درمانی تضمین می‌نماید که مردم در موعد مقرر و با خدمات با کیفیت مورد معالجه قرار می‌گیرند. این سیستم همچنین ضمن ارائه حمایت‌های ایمن و مقرون به صرفه در برابر تبعات مالی معالجه پزشکی، قابلیت پیش‌بینی هزینه خانواده‌ها را افزایش می‌دهد. همه امتیازهای فوق‌الذکر، تاثیر مستقیم و مثبتی بر میزان درآمد خانواده‌ها می‌گذارند.

طرح‌های قانونی تامین اجتماعی می‌توانند به دلیل نرخ‌های نسبتاً بالاتر حق بیمه‌ای که از کارگران و کارفرمایان دریافت می‌کنند، بسته‌های مزایای درمانی جامع و کاملی را نیز تامین نمایند. طرح‌های قانونی تامین اجتماعی اغلب به سطوح بالایی از مهارت‌های اجرایی پیشرفته و

پایدار نائل شده‌اند. شایان ذکر است که موفقیت این طرح‌ها به شدت به پشتوانه سیاسی ماهیت اجباری طرح بستگی دارد. از سوی دیگر، حمایت‌های اجتماعی گروهی طرح‌های بیمه درمانی از سلسله مراتب اجرایی انعطاف‌پذیری برخوردار هستند که برای گروه‌های خاصی از جمعیت نظیر کارگران روستایی یا گروه‌های شغلی خاص مناسب می‌باشند. در صورتی که این طرح‌ها تمامی اعضای سازمان‌های جامعه مدنی از قبیل شرکت‌های تعاونی و اتحادیه‌های تجاری را بیمه کنند، هزینه‌های نامنویسی اعضای، وصول حق بیمه‌ها و ارائه خدمات درمانی کاهش خواهد یافت. مکانیسم‌های بیمه‌ای در سیستم حمایت‌های اجتماعی گروهی به دلیل نرخ تا حدودی پایین حق‌بیمه قابل تامین برای کارگران بخش اقتصاد غیر رسمی، به طور معمول بسته مزایای محدود را ارائه می‌کند.

در اکثر کشورهای کم درآمد و کشورهای با درآمد متوسط، طرح‌های قانونی تامین اجتماعی قادر به پوشش کل جمعیت نیستند. هر چند، در صورت هماهنگی و همکاری با طرح‌های حمایت اجتماعی گروهی، دامنه پوشش بسیار وسیع‌تری قابل تحقق می‌باشد. برای رسیدن به این هدف، کارشناسان، پنج روش برقراری ارتباط بین طرح‌های فوق‌الذکر تعریف نموده‌اند که این روش‌ها می‌توانند به بهبود کارایی و اثربخشی گسترش دامنه پوشش منتهی شوند. این نوع ارتباط‌ها و هماهنگی‌ها همچنین موجب ارتقای سطح پایداری و ثبات مالی، برنامه‌ریزی اجرایی، مدیریتی، تدوین خط مشی و ارائه مراقبت‌های درمانی شوند. بدیهی است که در همه این موارد، نقش دولت برای تقویت و پایداری این هماهنگی‌ها و همکاری‌ها بسیار حائز اهمیت است. به طور کلی، خدمات درمانی را می‌توان از طریق منابع متنوعی (حق بیمه‌های عمومی، بین‌المللی، خصوصی و اجتماعی) تامین مالی نمود؛ همچنین این خدمات از طریق مراکز خدمات مختلفی (سازمان‌های دولتی، خصوصی، غیر انتفاعی) قابل ارائه هستند. لذا چالش فعلی، تعریف

راهکار دستیابی همگانی به مراقبت‌های درمانی با هدف تلفیق تمامی سیستم‌های مالی و پوشش به یک سیستم ملی کثرت گرامی باشد.

برای دستیابی به این هدف، ارزیابی عوامل عدم دسترسی و سپس، توسعه برنامه پوشش جهت تکمیل شکاف‌ها با یک روش کارآمد و اثربخش ضروری است.

۴- شکاف‌های اطلاعاتی:

در سه بخش اول این گزارش، گرایش‌ها و چالش‌های اصلی جهانی با در نظر گرفتن گسترش تامین اجتماعی مورد بررسی قرار گرفتند. با وجود این، در حال حاضر، تعریف برخی از شکاف‌های اصلی اطلاعاتی که موجب پیشگیری از گسترش کارآمد و اثربخش دامنه پوشش توسط سازمان‌های تامین اجتماعی می‌شوند، امکان پذیر می‌باشد. پروژه «بررسی اطلاعات موجود در خصوص گسترش دامنه پوشش» پیش‌بینی می‌کند که تعداد ۷ یا ۸ مورد از تحقیقات فرعی، از نمونه‌های عملکرد مطلوب و تجربه‌های به دست آمده، بهره‌برداری می‌نمایند. در این رابطه، ابتدا باید از بین تعداد زیادی از موضوعاتی که در ۶ شماره زیر تبیین شده‌اند، اولویت‌ها را تعیین نمود.

۱- مشاهده تصویر بزرگ: امروزه، برقراری ارتباط بین اطلاعات موجود در زمینه پوشش تامین اجتماعی در جهان با گرایش‌ها و مذاکره‌ها در خصوص اشتغال، فقر و توسعه، بسیار ضروری است. در این راستا، اولین گام، بررسی آماری تامین اجتماعی در جهان به تفکیک منطقه، کشور و خدمات اصلی از قبیل مستمری‌ها، مزایای فرزندان و بیمه درمانی می‌باشد. سازمان بین‌المللی کار، جمع‌آوری آمار پوشش تامین اجتماعی را در تعدادی از کشورها بر مبنای مفاهیم مشترک آغاز نموده است. چنین آماری برای استراتژی‌های ملی و بین‌المللی گسترش دامنه پوشش اجتناب ناپذیر هستند. شایان ذکر است که بررسی آماری موجود

پوشش (بیمه) تامین اجتماعی در زمان انجام این پروژه، مفید و موثر واقع خواهد شد. در این رابطه، مطالعه طرح‌های مبتنی بر حق بیمه و همچنین طرح‌های مبتنی بر مالیات باید همواره مد نظر قرار بگیرد. اما چنانچه این امر میسر نباشد، به منظور تحقق اهداف پروژه، اطلاعات پوشش در طرح‌های مبتنی بر حق بیمه باید در اولویت قرار بگیرد. به طور کلی، تلاش‌همگانی برای جمع‌آوری منظم و انتشار چنین آماری از سوی سازمان‌های علاقه‌مند مانند سازمان بین‌المللی کار، بانک جهانی و دپارتمان برنامه‌ریزی سازمان ملل، گام مهمی به سوی پیشرفت محسوب می‌گردد.

۲- گسترش از طریق طرح‌های موجود مبتنی بر حق بیمه: بسیاری از کشورهای کم درآمد و کشورهای با درآمد متوسط شامل کشورهای عضو ایسا نظیر چین، امریکای لاتین، آفریقای جنوبی و کنیا توانسته‌اند که با استفاده از برنامه‌های موجود بیمه اجتماعی، دامنه پوشش را به کارگران بخش اقتصاد رسمی و غیررسمی گسترش دهند. در حال حاضر برخی از این تجربیات توسط ایسا برای کشورهای امریکای لاتین و آفریقا به رشته تحریر درآمده‌اند. سازمان‌های تامین اجتماعی به ویژه در کشورهای کم درآمد نظیر چین و کنیا به مستند نمودن تجربیات کشوری خود در زمینه گسترش دامنه پوشش علاقه‌مند هستند. سازمان‌های تامین اجتماعی باید بدانند که چرا گروه‌های خاصی از کارگران با وجود این که تحت پوشش قرار دارند، از پوشش موثر برخوردار نیستند. در این رابطه به عواملی همچون نرخ بالای حق بیمه، نارضایتی از خدمات ارائه شده، عدم پیروی از قانون و گریز از پرداخت حق بیمه می‌توان اشاره نمود. سازمان‌های تامین اجتماعی همچنین مایلند بدانند که آیا می‌توانند گروه‌های جدیدی را که تاکنون تحت پوشش قانونی نبوده‌اند، به تبعیت از برنامه‌های موجود ترغیب کنند. یکی از موضوع‌های مرتبطی که ارزش مطالعه را دارد،

موضوع «جمع آوری حق بیمه» (به عنوان مثال، از کارفرمایان) است. این مطالعه در گذشته برای اروپای شرقی و مرکزی انجام شده است. سایر موضوع های پیشنهادی برای مطالعه عبارتند از: برآورد درآمد خویش فرمایان، هزینه های سازمان تامین اجتماعی.

۳- مشکلات پوشش گروه های آسیب پذیر در طرح های مبتنی بر حق بیمه: همانطور که در بخش ۱ نیز ذکر شد، در مبحث توسعه تامین اجتماعی پوشش فردی در اولویت قرار دارد. در بخش بیمه اجتماعی نیز کارگران فصلی، مهم ترین گروه افراد فاقد پوشش را تشکیل می دهند. بنابراین، «مطالعه پوشش تامین اجتماعی برای کار فصلی» در اولویت است. بدینوسیله، شرایط قرارداد کاری کارگران فصلی و مشکلات آنها در رابطه با تبعیت از طرح های بیمه اجتماعی موجود مورد بررسی قرار می گیرند. منابع متعددی در خصوص «حمایت از کارگران مهاجر» از طریق توافق نامه های بین المللی تامین اجتماعی در منطقه کشورهای جنوب شرقی آسیا وجود دارند. این موضوع برای کشورهای حوزه دریای کارائیب از اهمیت بسزایی برخوردار است و برای فدراسیون روسیه نیز به دلیل مسئله مهاجرت از کشورهای اروپایی و آسیایی همجوار، مهم تلقی خواهد شد. همانگونه که در بخش ۳ نیز ذکر شد، مباحث زیادی در خصوص ابعاد جنسیتی پوشش تامین اجتماعی به ویژه در مورد مستمری ها مطرح هستند. زنان، بخش عمده کار خانوادگی بدون حقوق و دستمزد را تشکیل می دهند و به طور معمول از هیچ نوع پوشش تامین اجتماعی برخوردار نیستند. برخی از کارشناسان، ابعاد جنسیتی اصلاحات تامین اجتماعی را برای کشورهای در حال توسعه، به ویژه در آسیای جنوبی بررسی کرده اند.

۴- همچنین مطالعه تطبیقی در زمینه «نقش تامین اجتماعی در ارتقای سطح اشتغال زنان» (در بخش اقتصاد رسمی) مرتبط با مباحث فوق‌الذکر می‌باشد. در این رابطه، مطالبی درخصوص افراد از کارافتاده که علاوه بر تامین اجتماعی نیازمند خدمات اجتماعی نیز هستند، وجود دارد. در حال حاضر، سازمان بین‌المللی کار، شرایط کارگران خانگی را با لحاظ نمودن استانداردهای موجود، مورد بررسی دقیق قرار داده است.

۵- گسترش از طریق طرح‌های جدید: در این گزارش، برخی از فرصت‌های گسترش دامنه پوشش از طریق طرح‌های حمایت‌های اجتماعی گروهی بازنگری شدند. این گسترش با همکاری و هماهنگی طرح‌های قانونی تامین اجتماعی و در بستر راهبرد کلی گسترش دامنه پوشش قابل اجرا می‌باشد. به عقیده برخی از کارشناسان، بهره‌برداری از طرح‌های دیگری همانند طرح‌های مبتنی بر مشاغل یا مناطق خاص نیز امکان‌پذیر است. بنابراین، بررسی طرح‌های جدید تامین اجتماعی در کشورهای کم درآمد و کشورهایی با درآمد متوسط که در امر گسترش دامنه پوشش به کارگران بخش اقتصاد غیررسمی موفق بوده‌اند، مفید خواهد بود. بررسی «طرح‌های اندوخته‌گذاری»، طرح‌های تضمین اشتغال در هند و «طرح‌های جدید بیمه درمانی» (چین و هند) علاوه بر بازنگری ارتباط این برنامه‌ها با طرح‌های تامین اجتماعی موجود و نحوه تناسب آنها با استراتژی کلی تامین اجتماعی برای همگان را شامل می‌شود.

۶- کشورهای برخوردار از درآمد بالا: همانطور که در بخش ۲ نیز ذکر شد، کشورهای برخوردار از درآمد بالا با چالش‌های قابل توجهی در خصوص حفظ پوشش فردی و سطح مزایا توأم با افزایش رقابت بین‌المللی، اشتغال غیررسمی و سالمندی جوامع مواجه خواهند شد. در این رابطه، بررسی گرایش‌های دامنه پوشش تامین اجتماعی در کشورهای دارای درآمد زیاد

عضو شورای همکاری اقتصادی و توسعه و شناسایی شکاف ها یا کاهش سطح پوشش، آموزنده و مفید خواهد بود. اغلب مسائل این کشورها را موضوعاتی نظیر کثرت و تعدد مشاغل، کار بی ثبات و غیررسمی به علاوه نارسایی پوشش مراقبت‌های درمانی تشکیل می‌دهند.

۷- گسترش از طریق طرح‌های مبتنی بر مالیات: اخیراً اقدام‌های زیادی در خصوص طرح‌های مبتنی بر مالیات، کمک‌های نقدی و مستمری‌های اجتماعی، تامین اجتماعی همگانی و تامین مالی کمک‌های اجتماعی صورت گرفته است. کسب اطلاعات بیشتر در زمینه «اجرای مزایای اجتماعی مبتنی بر مالیات در سازمان‌های بیمه اجتماعی» در کشورهایی نظیر کاستاریکا، فرانسه و کنیا جالب می‌باشد. لازم به ذکر است که مزایا و معایب اجرای این طرح توسط سازمان‌های تامین اجتماعی نیز مورد بررسی قرار خواهد گرفت. برخی از کارشناسان پس از بررسی شرایط کشورهای امریکای لاتین، عدم ترکیب وظایف اجرایی را همواره توصیه می‌نمایند، زیرا سازمان‌های بیمه اجتماعی به طور معمول برای هزینه‌های اجرایی ارائه مزایای مبتنی بر مالیات، غرامتی دریافت نمی‌کنند. در رابطه با مبحث مستمری‌ها، مطالعه «تامین اجتماعی دوران بازنشستگی در کشورهای کم درآمد»، حائز اهمیت است. همچنان که در بخش ۳ نیز ذکر شد، تاثیر حمایت از خانواده و مالکیت دارایی‌ها نظیر مسکن و همچنین امنیت درآمد بازنشستگی در این گزارش بررسی شدند. نوع دیگری از مطالعه و تحقیق به «حق برخورداری از تامین اجتماعی» مربوط می‌شود. چهارمین موضوع مرتبط، بررسی «روش‌ها و رویکردهای جدید مبتنی بر فناوری اطلاعات جهت ارائه مزایای نقدی» است که شامل کارت هوشمند، ثبت دیجیتالی بازخورد متقابل، روش‌های

شناسایی بیومتریك (اثر انگشت) و ماشین‌های خودکار سیار می‌باشد. این موضوع‌ها در مطالعات متنوعی که در زمینه مزایای نقدی انجام شده، مورد بررسی قرار گرفته‌اند، اما مزایا و معایب روش‌های فوق‌الذکر هنوز تجزیه و تحلیل نشده‌اند. هر چند، تجربه‌های به دست آمده برای سازمان‌های تامین اجتماعی مفید هستند.

از خوانندگان درخواست می‌گردد تا در خصوص شکاف‌های اطلاعاتی مهم عمیقاً بیندیشند و افرادی را که توانایی انجام تحقیقات و بهره‌برداری از عملکردها و تجربیات مطلوب را دارند، شناسایی نمایند.

فهرست

- ۱- مفاهیم عملکرد و پوشش تامین اجتماعی
- ۲- تجربیات و رویکردهای ملی
- ۳- پوشش مراقبت‌های درمانی و مستمری: نقش بیمه اجتماعی
- ۴- شکاف‌های اطلاعاتی

International Social Security Association (ISSA)