

تأمین اجتماعی برای کارگران بخش غیررسمی:

چالشی تازه فراروی کشورهای در حال توسعه*

ووتر ون گینکن

ترجمه علیرضا طیب

چکیده

در بیشتر کشورهای در حال توسعه، کارگران بخش غیررسمی، نسبت بزرگ و رو به افزایشی از نیروی کار را تشکیل می‌دهند. بسیاری از این کارگران قادر یا مایل نیستند که برای بهره‌مندی از مزایای بیمه اجتماعی بخش رسمی که نیازهای فوری‌تر آنان را برآورده نمی‌سازد درصد قابل ملاحظه‌ای از درآمد خود را به عنوان حق بیمه پرداخت نمایند. از این رو لازم است کارگران غیررسمی رأساً به ایجاد گونه‌ای از طرحهای بیمه خدمات درمانی و دیگر طرحهای بیمه اجتماعی همت گمارند که با نیازها و نیز با قدرت پرداخت آنان همخوانی بیشتری داشته باشد. از این گذشته، برای حمایت از آسیب‌پذیرترین گروهها در بیرون از بازار نیروی کار، به طرحهای ویژه پیش‌یاری اجتماعی^۱ نیاز است. در مقاله حاضر، برخی از تأثیرات عمده‌ای هم که این تحولات بر طرحهای بیمه اجتماعی ناظر بر بخش رسمی به جا می‌گذارد ارزیابی می‌شود.

* Wouter Van Ginneken, "Social Security for the informal sector: A new challenge for the developing countries," *International Social Security Review*, Vol. 52, 1/99.

۱. social assistance "پیش‌یاری" معادلی است که از فرهنگ حسابی تألیف شادروان دکتر محمود حسابی گرفته‌ایم.

یکی از اصلی‌ترین معضلاتی که در جهان امروز فراروی نهاد تأمین اجتماعی قرار دارد این واقعیت است که بیش از نیمی از جمعیت جهان (کارگران و وابستگان‌شان) بیرون از هر گونه شبکه رسمی حمایت‌های تأمین اجتماعی مانده‌اند. اینان نه زیر پوشش طرح‌های بیمه اجتماعی که بر پرداخت حق بیمه پایه می‌گیرند قرار دارند و نه طرح‌های پیش یاری اجتماعی که بودجه آنها از محل اخذ مالیات تأمین می‌شود شامل حال آنان می‌گردد. طبق برآوردها در کشورهای آفریقایی جنوب صحرا و در آسیای جنوبی، طرح‌های تأمین اجتماعی بخش کارگران رسمی تنها پنج تا ده درصد از جمعیت فعال را زیر پوشش دارند و البته همین نسبت هم رو به کاهش است. برای نمونه، در هندوستان در میانه دهه ۱۹۹۰ حداکثر ده درصد کارگران در بخش رسمی سازمان یافته بودند حال آنکه در میانه دهه ۱۹۸۰ این نسبت بیش از سیزده درصد بود. در آمریکای لاتین، این دامنه پوشش تقریباً بین ده تا هشتاد درصد است و عمدتاً تغییری نکرده است. در کشورهای آمریکای جنوبی این نسبت عموماً چشمگیر است و در آمریکای مرکزی ناچیز. در جنوب شرقی و شرق آسیا این رقم بین ده تا صد درصد تفاوت می‌کند و عموماً نیز رو به افزایش دارد. در بیشتر کشورهای در حال‌گذار اروپا دامنه پوشش بین پنجاه تا هشتاد درصد متفاوت است حال آنکه در توسعه یافته‌ترین کشورها این نسبت عملاً به صد درصد رسیده است.

از دیرباز در نظریه‌های کلاسیک توسعه چنین پیش‌بینی شده بود که در نتیجه رشد اقتصادی دیر یا زود همه کارگران در بخش رسمی به کار مشغول خواهند شد. اما تجربه در کشورهای در حال توسعه - و به تازگی نیز در کشورهای در حال‌گذار و توسعه یافته - خلاف این را ثابت کرده است. حتی در کشورهای بهره‌مند از رشد اقتصادی چشمگیر، تعداد هر چه بیشتری از کارگران، همچون کارگران خویش‌فرما، موقت و خانگی ایمنی شغلی خود را از دست می‌دهند. احتمال تغییر این روندها در بازار نیروی کار، در آینده قابل پیش‌بینی وجود ندارد.

از این رو، برای برآورده ساختن نیازهایی که شمار فزاینده کارگران بیرون از بخش رسمی (و خانواده‌هایشان) در زمینه برخورداری از حمایت‌های اجتماعی دارند نمی‌توان به گسترده‌تر ساختن برنامه‌های تأمین اجتماعی بخش رسمی اکتفا کرد. لازم است کارگران بخش غیررسمی به ایجاد طرح‌هایی همت گمارند که با نیازها و نیز با قدرت پرداخت آنها همخوانی بیشتری داشته باشند (و البته چنین هم کرده‌اند).

وانگهی، برای آسیب‌پذیرترین گروه‌هایی که بیرون از بازار نیروی کار قرار دارند از جمله برای ازکارافتادگان و سالمندانی که نمی‌توانند چشم به حمایت‌های خانواده خود داشته باشند، از چتر پوشش دیگر سیاست‌های اجتماعی بیرون مانده‌اند و نمی‌توانند تمهیدی برای دوران بازنشستگی خود بیندیشند اتخاذ تدابیر ویژه پیش یاری اجتماعی ضرورت دارد.

بخش نخست مقاله حاضر به تعریف دو مفهوم رو به گسترش تأمین اجتماعی و بخش غیررسمی اختصاص دارد. در بخش دوم، دلایل مختلف کم‌دامنه بودن پوشش طرحهای تأمین اجتماعی بخش رسمی بررسی خواهد شد. در بخش سوم به معرفی رویکردهای مختلف موجود و ممکن برای گسترش بیمه‌های اجتماعی رسمی خواهیم پرداخت و در بخش چهارم به برخی از فرصتهایی اشاره خواهیم کرد که برای اجرای طرحهای تأمین اجتماعی مبتنی بر اعتبارات شخصی در بخش غیررسمی وجود دارد و خواهیم کوشید از این تجربه‌ها درسهایی بگیریم. بخش پنجم به شناسایی گروههای مختلف آسیب‌پذیر و نیازمند پیش‌یاری اجتماعی اختصاص دارد و در آن، تجربیات برخی از کشورها را در این زمینه مرور می‌کنیم. در بخش پایانی هم نتیجه‌گیریهای اصلی مقاله مطرح خواهد شد.

تأمین اجتماعی و بخش غیررسمی؛ دو مفهوم رو به گسترش

مفهوم سنتی تأمین اجتماعی را می‌توان در استانداردهای مختلف سازمان بین‌المللی کار^۱ سراغ گرفت. بر اساس توصیه‌نامه شماره ۶۷ (مصوب ۱۹۴۴) طرحهای امنیت درآمد^۲ باید سطح معقولی از درآمدی را که به دلیل ناتوانی از انجام کار (از جمله به دلیل پیری) یا ناتوانی از به دست آوردن کاری با حقوق مکفی، یا به دلیل مرگ نان‌آور اصلی خانواده از دست رفته است بپردازند تا از شدت نیازمندی افراد بکاهند و جلوی تنگدست شدن آنان را بگیرند. امنیت درآمد باید تا حد ممکن بر پایه بیمه اجتماعی اجباری سازمان یابد و نیازهایی هم که تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی اجباری قرار نمی‌گیرند باید از طریق پیش‌یاری اجتماعی برآورده شوند. به همین ترتیب در توصیه‌نامه شماره ۶۹ (مصوب ۱۹۴۴) بر لزوم ارائه مراقبتهای درمانی از طریق بیمه خدمات درمانی اجتماعی که با تدابیر پیش‌یاری اجتماعی تکمیل شده باشد یا از طریق خدمات درمانی همگانی تأکید شده است. مقاله‌نامه شماره ۱۰۲ سازمان بین‌المللی کار (مصوب ۱۹۵۲) نه حوزه را زیر پوشش بیمه‌های اجتماعی شناخته که شامل مراقبت‌های درمانی و دریافت مقرری در صورت ابتلا به بیماری، بیکاری، پیری، حوادث ناشی از کار، شرایط خانوادگی، بارداری، معلولیت و فوت همسر است.

ما در نوشته حاضر، تعریف گسترده‌تر- زیر را مبنا قرار خواهیم داد: [۱]

الف. ارائه مزایا به خانوارها و افراد؛

ب. در چارچوب ترتیبات همگانی یا جمعی؛

پ. با هدف حمایت از آنان در پایین بودن یا کاهش سطح زندگی؛

ت. که در اثر برخی مخاطرات و نیازهای اساسی پیش آمده باشد.

نخستین بند تعریف بالا محرز می‌سازد که مردم در زمینه تأمین اجتماعی از حقوق فردی برخوردارند. بند دوم، عنصر اجتماعی تأمین اجتماعی را مشخص می‌سازد؛ یعنی خدمات تأمین اجتماعی در چارچوب ترتیبات همگانی یا جمعی - و غالباً اختیاری - ارائه می‌شود. بند سوم آشکار می‌سازد که تأمین اجتماعی هدفی حمایتی دارد و نباید نقش آن را با سیاستهای ترویج اشتغال و خدمات اجتماعی اشتباه گرفت. و سرانجام، از تعریف بالا روشن می‌شود که تأمین اجتماعی تنها با ارائه مزایای نقدی و جنسی سروکار ندارد بلکه پوشش دادن به هزینه‌های مراقبتهای درمانی و برخی نیازهای اساسی همچون تحصیل، مسکن، و تغذیه را نیز در برمی‌گیرد.

در مورد بخش غیررسمی هم طیف وسیع و متنوعی از تعاریف وجود دارد. در اصل، کارگران بخش غیررسمی در بنگاههای اقتصادی (کوچکی) مشغول به کارند که ویژگیهای زیر را دارند: [۲]

- مالک بنگاه شخصاً مسئول و ضامن سود و زیان بنگاه است (بنگاه مورد نظر فاقد شخصیت حقوقی است)؛
- هیچ‌گونه حسابرسی کامل و مکتوبی وجود ندارد: بنگاه مورد نظر کمتر از ده نفر کارگر دائم دارد.

کارگران بیرون از بخش رسمی عموماً در بنگاههای کوچکی مشغول به کارند که اغلب حول محور خانواده آنان تشکیل یافته است. اگر آنان صاحبکار خویش باشند معمولاً وضع و حالشان بهتر از دیگر کارگران بخش غیررسمی (و گاه حتی بهتر از کارگران رسمی) است. اما کارگران غیررسمی مزدبگیر معمولاً درآمد ناچیزی دارند. نسبت چشمگیری از کارگران (بخش) غیررسمی و خانواده‌هایشان در فقر به سر می‌برند و درصد بالایی از آنها را زنان تشکیل می‌دهند.

طبق تعریف ما از بخش غیررسمی، کارگرانی هم که از غیررسمی شدن مناسبات کاری با کارفرمایان‌شان لطمه دیده‌اند در این بخش جای می‌گیرند. این غیررسمی شدن که غالباً به معنی نبود هیچ‌گونه قرارداد کاری مکتوب است نه تنها بر مزدبگیران و دیگر گروه‌هایی چون کارگران خانگی در بخش غیررسمی تأثیر می‌گذارد بلکه کارگران موقت هم که - به طور مستقیم یا غیرمستقیم - برای بنگاههای بخش رسمی کار می‌کنند از آن لطمه می‌بینند.

و سرانجام اینکه از نظر ما برخی گروههای مردم مانند بیوه‌گان، یتیمان و سالمندان هم که نه زیر چتر حمایت درآمد حاصل از اشتغال خانواده خویش قرار دارند و نه به هیچ ترتیب دیگری از پشتیبانی خانوادگی برخوردارند در بخش غیررسمی جای می‌گیرند.

دلایل کم‌دامنه بودن پوشش طرحهای رسمی تأمین اجتماعی

در بیشتر کشورهای در حال توسعه، کارمندان دولت مستقلاً تحت پوشش حمایت‌های دولتی قرار دارند و دولت در مورد حقوق بازنشستگی - همه حق بیمه آنها را می‌پردازد و - در مورد بیمه درمان - خدمات درمانی رایگان در اختیار آنان می‌گذارد. دیگر کارگران - خصوصی و شبه عمومی - بخش رسمی همگی اغلب زیر پوشش طرحهای مستمری سالمندی، مستمری بازماندگان، و مستمری ازکارافتادگی که پس از بیمه هزینه‌های درمانی اصلی‌ترین مزایای تأمین اجتماعی به شمار می‌روند قرار دارند. در بیشتر کشورها این کارگران زیر چتر یک طرح واحد تأمین اجتماعی قرار دارند؛ البته ممکن است برخی گروههای کارگران در بخش شبه عمومی مشمول طرحهای ویژه‌ای باشند. هزینه مزایای ارائه شده به همگی این کارگران، از محل حق بیمه پرداختی توسط کارفرمایان و خود کارگران تأمین می‌شود و گاه دولت هم کمکهایی به صندوق طرح می‌کند. در برخی کشورها برای ارائه مقرری دوران بارداری، پاداش، و مقرری مربوط به حوادث ناشی از کار، طرحهایی بر مبنای مسئولیت کارفرمایان وجود دارد.

در مورد دلایل پایین بودن سطح حمایت‌های تأمین اجتماعی در کشورهای در حال توسعه، بررسی‌های مختلفی صورت گرفته [۳] و گزارشهای همکاری فنی متعددی ارائه شده است. [۴] یکی از نتیجه‌گیری‌های مشترک این بررسیها و گزارشها آن است که بسیاری از کارگرانی که بیرون از بخش رسمی به کار مشغولند قادر یا مایل نیستند برای بهره‌مندی از مزایای تأمین اجتماعی که نیازهای مبرم‌تر آنان را برآورده نمی‌سازد درصد نسبتاً بالایی از درآمد خود را به عنوان حق بیمه پرداخت نمایند. وانگهی ممکن است آنان با نحوه اداره طرحهای بیمه اجتماعی بخش رسمی ناآشنا یا نسبت به آن بی‌اعتماد باشند. همچنین عوامل متعددی مانند تنگناهای قانونی و موانع اداری، دسترسی آنها را به طرحهای رسمی بیمه اجتماعی محدود می‌سازد.

اولویتهای تأمین اجتماعی

نخستین اولویت تأمین اجتماعی به افرادی باز می‌گردد که دچار نیاز مالی هستند، از دایره تأثیرگذاری سیاستهای ایجاد اشتغال مؤلّد به دورند و توانایی پرداخت حق بیمه طرحهای بیمه اجتماعی را نداشته یا ندارند. پاسخ مناسب برای این‌گونه موارد، برپایی شبکه‌های پیش یاری اجتماعی است که اعتبار آنها از محل درآمدهای مالیاتی تأمین شود. این‌گونه طرحها با دیگر سیاستهای فقرزدایی نیز همخوانی دارند. طرحهای پیش‌یاری اجتماعی می‌توانند شامل پرداخت کمکهای نقدی یا جنسی در دوران بازنشستگی باشند و ممکن است بر گروههای وسیع اجتماع همچون کودکان، از کارافتادگان و بازنشستگان ناظر باشند یا تنها گروههای شغلی معینی را در برگیرند.

مزیت اصلی خدمات پیش یاری اجتماعی این است که می‌توان آنها را روی گروه‌هایی متمرکز ساخت که بیش از دیگران نیازمند این‌گونه خدمات‌اند. ولی این امر مستلزم اتخاذ روش‌های اجرایی پیچیده‌ای برای تعیین نیازمندان واقعی و اطمینان یافتن از بهره‌مندی مؤثر گروه‌های مورد نظر از این‌گونه خدمات است. از همین رو غالباً ارائه خدمات مورد بحث بسیار گران تمام می‌شود و بی‌وجود یک نظام کارآمد و مسئول برای کنترل و اعمال نظارت بر نحوه ارائه خدمات، احتمال بروز فساد و سوءاستفاده گروه‌های غیرنیازمند وجود دارد. ابعاد این‌گونه طرح‌ها به حجم منابع، توان مدیریتی، و اولویتهای هر کشور بستگی دارد.

بیشتر کارگران بخش رسمی، الگوی درآمد پایدار و قابل توجهی دارند که به اتکای آن می‌توانند حق بیمه تأمین اجتماعی خود را به‌طور منظم پرداخت نمایند. آنان عموماً در برنامه‌ریزیهای خود افق بلندمدت را مدنظر دارند و با توجه به درآمد منظم خویش می‌توانند برای دوران بازنشستگی خود چاره‌ای بیندیشند. اما این گفته در مورد بیشتر کارگران بخش غیررسمی صادق نیست. اینان تمایلی به پس انداز برای دوران بازنشستگی ندارند زیرا - اگر اصولاً به دوران بازنشستگی برسند - فرزندان‌شان از آنان حمایت خواهند کرد. وانگهی، اگر منابعی در اختیار داشته باشند ترجیح می‌دهند که آن را صرف کسب و کار خویش، خرید زمین یا خانه کنند. اما بیشتر کارگران (بخش) غیررسمی "از نظر روانی چنان درگیر مشکلات زندگی روزمره خویش‌اند که تقریباً هرگونه انگیزه یا علاقه به چاره‌اندیشی برای پیشامدهای دور را از دست می‌دهند". [۵] زندگی آنان بر اصل "چو فردا شود فکر فردا کنم" پیش می‌رود. آنان با مخاطرات مصیبت‌زایی روبه‌رو هستند که می‌تواند موجب بدهکاری همیشگی‌شان شود. این‌گونه مخاطرات فاجعه آفرین را می‌توان در چهارگروه ذیل دسته‌بندی کرد:

- بلاای طبیعی و اجتماعی (سیل، آتش‌سوزی، ناآرامیهای داخلی، و قحطی)؛
- از دست دادن توانایی کسب درآمد (از کارافتادگی، بیماری، از دست دادن دارایی)؛
- بحرانهای دوران عمر (مرگ و از هم پاشیدن خانواده)؛
- هزینه‌های ناگهانی و سنگین (بیمارستان، مناسبت‌های خاص اجتماعی).

شبکه‌های تأمین اجتماعی نمی‌توانند کارگران بخش غیررسمی را در برابر همه این مخاطرات و بلاها حمایت کنند. بیشتر خانوارهای بخش غیررسمی هم اکنون درصد قابل ملاحظه‌ای از بودجه خویش را صرف نیازهای اساسی زندگی همچون بهداشت و تحصیل می‌کنند. و درست در همین زمینه‌هاست که آنان می‌توانند با اقدام دست‌جمعی، بازدهی پولی را که هزینه می‌کنند صد چندان سازند. وانگهی، بسیاری از کارگران بخش غیررسمی مایل‌اند که در صورت فوت یا معلولیت، خود و خانواده‌شان مورد حمایت قرارگیرند.

برای نمونه، حتی خانوارهای تهی دست در کشورهای در حال توسعه هم بین پنج تا ده درصد درآمد خویش را صرف مراقبتهای بهداشتی می‌کنند. [۶] در نتیجه اجرای سیاستهای تعدیل ساختاری و خصوصی سازی، تنها تعداد انگشت شماری از دولتها هنوز قادر به ارائه رایگان خدمات اجتماعی اساسی هستند. بنابراین برای بیشتر کارگران بخش غیررسمی، برخورداری از بیمه درمان مبرم‌ترین نیاز در زمینه تأمین اجتماعی است. برخی از دلایلی که مشخص می‌سازد چرا کارگران بخش غیررسمی طرحهای تأمین اجتماعی را بر هزینه کرد و تأمین بودجه فردی ترجیح خواهند داد از این قرار است:

- آنان می‌توانند با پرداخت منظم حق بیمه، در صورت مواجهه با هزینه‌های سنگین درمانی از رفتن زیر بار قرض در امان بمانند؛
- آنان می‌توانند به صورت گروهی درباره قیمت و کیفیت خدمات درمانی با ارائه کنندگان این‌گونه خدمات مذاکره کنند؛
- ممکن است آنان در قالب گروه خود مایل باشند با صرف هزینه برای پیشگیری و ارتقاء سطح بهداشت خود، از هزینه‌های خدمات درمانی بکاهند.

به‌طورکلی مهم‌ترین اولویتهای تأمین اجتماعی برای کارگران بخش غیررسمی را می‌توان چنین برشمرد:

- بالا بردن بازدهی هزینه‌های مراقبتهای بهداشتی و خدمات درمانی؛
- بهره‌مندی از مقرریه‌های فوت، بازماندگان و ازکارافتادگی؛
- تنظیم هزینه‌ها روی تحصیلات ابتدایی؛
- بهره‌مندی از مستمریهای دوران بارداری و بچه‌داری.

طبعاً نیازهای ملموس تأمین اجتماعی بسته به نوع کارگران بخش غیررسمی و خانواده‌هایشان و نیز بسته به مخاطرات مختلفی که پیش روی آنان قرار دارد تفاوت می‌کند. به طور مثال، برای ساکنان شهرها کمک هزینه مسکن در نقاطی که این هزینه‌ها بالاست اغلب اولویت بیشتری دارد؛ برای سالمندان مستمری‌بگیر، یتیمان و بیوگانی که از حیطة تأثیرگذاری سیاستهای اشتغال و بازارکار دورند بهره‌مندی از مزایای پیش‌یاری اجتماعی اولویت بالاتری دارد؛ و در مواقع بروز حطی و ناآرامی داخلی، طرحهای امنیت غذایی (پیش‌یاری اجتماعی) مناسب‌تری دارد.

پایین‌بودن توان پرداخت حق بیمه

نرخ حق بیمه بخش رسمی برای برخورداری از خدمات بیمه‌های اجتماعی معمولاً بیست درصد کل

دریافتی کارگر یا بیش از آن است. در مورد کارگران مزدبگیر بخش رسمی، درصدی از حق بیمه توسط کارفرمایان پرداخت می‌شود ولی کارگران خویش فرما اغلب حاضر نیستند شخصاً کل حق بیمه (سهم کارگر به علاوه سهم کارفرما) را بپردازند.

الگوهای درآمد کارگران بخش غیررسمی غالباً نامنظم است چرا که اشتغال آنها غیرقابل پیش‌بینی و نامنظم است. برای نمونه، اشتغال کارگران مزدبگیر موقت و فصلی بستگی به وجود کار در دوره‌های معین دارد و هرگاه کاری نباشد اشتغال آنان بلافاصله پایان می‌یابد و بنابراین درآمدی هم در کار نخواهد بود. اشتغال کارگران خویش فرما نیز اغلب به چرخه تجاری و وضعیت کسب و کار بستگی دارد و بسته به بازار فرآورده‌ها و خدمات مختلف فرق می‌کند. بدین ترتیب، نامنظم بودن اشتغال در بخش غیررسمی موجب می‌شود که نتوان روی درآمد حاصل به عنوان منبعی برای پرداخت حق بیمه اجتماعی تکیه کرد. از این گذشته، بر اساس یافته‌های یک بررسی آماری در مورد بخش کارگران غیررسمی "دارالسلام" در سال ۱۹۹۵ [۷] روی فرصتهای دیگری هم که برای کسب درآمد اضافی جهت پرداخت حق بیمه تأمین اجتماعی وجود دارد، نمی‌توان چندان حساب کرد.

روش دیگر برای بررسی غیرقابل اعتماد بودن منابع درآمدی که می‌تواند صرف چاره‌اندیشی برای پیشامدهای اجتماعی احتمالی شود این است که از کارگران بخش غیررسمی بپرسیم خرج زندگی‌اش را در مدت ابتلا به بیماریهای دیرعلاج، هزینه‌های سنگین درمانی، و مخارج دوران پیری خود را چگونه تأمین می‌کنند. بیشتر کارگران غیررسمی دارالسلام در پاسخ به این پرسش گفته‌اند که به کمک پس‌اندازهای خانوادگی و یاری گرفتن از بستگان خویش، هزینه‌های سنگین درمانی و مخارج زندگی در ایام ابتلا به بیماری‌های طولانی را تأمین می‌کنند. اما هیچ‌یک از این دو منبع مالی را نمی‌توان قابل اعتماد دانست. در مورد پس‌اندازهای خانوادگی چه بسا نیازهای متعدد دیگری هم باشد که باید به کمک این پس‌اندازها برطرف شود. تمایل و توانایی بستگان برای دست‌بردن به جیب هم قطعاً بسته به زمان و مکان تفاوت می‌کند و به همین دلیل این نوع پوشش دادن به هزینه رفع نیازهای اجتماعی نه به اندازه کافی کارساز است و نه می‌توان روی آن حساب چندان باز کرد.

از همان کارگران غیررسمی دارالسلام خواسته شد تا بگویند که برای دوران پیری چه فکری کرده‌اند. اکثریت آنان برای تأمین زندگی خود در دوران پیری زمین خریده و حدود یک سوم آنها هم پول پس‌انداز کرده بودند. اما اگر سرمایه‌ای در دست نباشد که بتوان به کمک آن زمین را به یک دارایی مولد برای کسب درآمد در آینده مبدل ساخت خرید زمین نمی‌تواند راه قابل اعتمادی برای گذران زندگی در روزگار پیری باشد. همچنین پیش‌تر دیدیم که پس‌اندازهای شخصی افراد نمی‌تواند پاسخگوی همه هزینه‌های تأمین اجتماعی

باشد. سایر کارگران غیررسمی دارالسلام گفته‌اند که برای دوران پیری خود، روی مالکیت خانه که می‌توان آن را اجاره داد حساب می‌کنند. این راه می‌تواند منبع درآمد قابل اتکایی باشد البته مشروط بر آنکه بتوان مطمئن بود که پرداخت اجاره بها هرگز متوقف نخواهد شد.

تنگناهای قانونی

بیشتر شبکه‌های بیمه اجتماعی در کشورهای در حال توسعه، برخورد محتاطانه‌ای با مسئله گسترش دامنه خدمات خود به بیرون از بخش کارگران رسمی دارند. این امر نه تنها اغلب موجب کنار گذاشته شدن خویش‌فرمایان، کارگران خانوادگی، مستخدمان خانگی و کارگران موقت می‌شود بلکه غالباً برای تحت پوشش قراردادن کسانی هم که اشتغال منظمی دارند تنگناهای قانونی وجود دارد. ملاحظات موجود در این زمینه اساساً ماهیت اجرایی دارند. از دیرباز برای اجرای طرحهای جدید تأمین اجتماعی که بر اصول بیمه اجتماعی پایه می‌گیرند رسم بر این بوده است که با توجه به محدودیت توان اجرایی نظام و کارفرمایان، دامنه پوشش طرح به تدریج گسترش یابد. برای توجیه این روش گفته می‌شود که بهتر است ابتدا از عملکرد رضایت بخش طرح در حیطه‌ای محدود مطمئن شویم و سپس آرام آرام دامنه پوشش آن را گسترده‌تر سازیم. بر این اساس ممکن است طرح فقط کارفرمایان بزرگ را شامل شود زیرا این تصور وجود دارد که چنین کارفرمایانی- به دلیل قوی‌تر بودن ساختارهای اجرایی پشتیبان آنها- به احتمال بیشتری تعهدات خود در چارچوب طرح را رعایت خواهند کرد.

روش دیگری که در برخی از کشورهای در حال توسعه اتخاذ شده این است که طرح تأمین اجتماعی به مناطق جغرافیایی مشخص (مثلاً در موزامبیک) یا به گروههای شغلی معین محدود شده است. برای نمونه، طرح بیمه دولتی کارکنان در هند^۱ که عمدتاً ناظر بر مزایای بهداشتی و مقرریهای دوران بیماری است تنها نزدیک به ۶۲۰ مرکز صنعتی را در برمی‌گیرد که در آنها خدمات پزشکی کافی وجود دارد و ظرفیت مشاغل مشمول بیمه آنها بیش از هزار نفر شاغل است. در برخی از کشورها تأمین اجتماعی دست کم در آغاز، روی کارگرانی که حقوق ناچیزی دریافت می‌کردند یا کارگران یدی متمرکز بود (مانند طرح مزایای سالمندی کارکنان^۲ در پاکستان) و مشخصاً کارگران با دستمزد بالا و مدیران، از دایره شمول آن بیرون گذاشته شده بودند. روش مزبور بر این اعتقاد پایه می‌گرفت که گروههای اخیر می‌توانند رأساً تمهیداتی برای بهره‌مندی از مزایای مشابه بیندیشند و چه بسا به نحو شایسته‌ای زیر پوشش ترتیبات

مقرر شده از سوی کارفرمایان خویش قرار داشته باشند. صندوق وجوه احتیاطی کارکنان^۱ در هند برای محدود ساختن شمار اعضا، از مقررات مختلفی بهره جسته است. نخست، شغل مورد نظر باید جزو ۱۷۷ شغل مقرر شده باشد؛ دوم، مؤسسه متقاضی عضویت در صندوق باید دست کم ۲۰ کارگر داشته باشد؛ و سوم، تا سال ۱۹۹۷ باید دست کم سه سال از آغاز فعالیت مؤسسه مزبور گذشته باشد (این دوره اصطلاحاً «دوره نوزادی»^۲ خوانده شده است).

موانع اجرایی

در بیشتر کشورهای در حال توسعه، گرایشی به سمت رفع تنگناهای قانونی پا گرفته است ولی از آنجا که اصلاح قوانین، فرایند آهسته‌ای است که اغلب به بحث و مذاکره نیاز دارد این روند نیز به آهستگی پیش رفته است. در کشورهای در حال توسعه، بسیاری از طرحهای بیمه اجتماعی که مستلزم نگهداری سوابق دقیق اشخاص بیمه شده در طول عمر آنهاست از نظر انجام حجم عظیم وظایف اجرایی با دشواری روبه رو شده‌اند. و چون اداره چنین طرحهایی در گرو همکاری کارفرمایان و بیمه‌شدگان در زمینه ارائه دقیق و منظم اطلاعات لازم است مشکلات مزبور شدیدتر هم می‌شود. بنابراین بین گسترده‌تر ساختن دامنه پوشش طرحهای تأمین اجتماعی و توانایی اجرایی کارفرمایان و کارگزاران تأمین اجتماعی رابطه تنگاتنگی وجود دارد. از دیگر عوامل تأثیرگذار بر روند گسترش تأمین اجتماعی، ناآگاهی عمومی گروههای برکنار مانده از این طرحها یا حتی شاید بی میلی آنان در مواردی است که یا طرح را ناکارآمد می‌دانند یا معتقدند که چندان به سود آنها تمام نمی‌شود. برخی افراد (چه در میان کارفرمایان و چه در جمع کارگران) طی مراحل اداری، نامنویسی در طرحهای رسمی تأمین اجتماعی را طاقت فرسا می‌دانند. یا از این هراس دارند که چه بسا ورود به «نظام همگانی» پیامدهای دیگری هم داشته باشد که به مذاق آنها خوش نیاید.

گسترش شبکه‌های رسمی تأمین اجتماعی

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه کم درآمد که دامنه پوشش شبکه‌های تأمین اجتماعی از ده درصد فراتر نمی‌رود، احتمالاً می‌توان با گسترش و جرح و تعدیل نظام رسمی تأمین اجتماعی پنج درصد دیگر از جمعیت کارگری یعنی بیشتر کارگران دائم و برخی از کارگران موقت مزدبگیر در بخش رسمی را نیز زیر چتر حمایتی تأمین اجتماعی آورد. در صورت برطرف شدن محدودیتهای قانونی و تنگناهای اجرایی می‌توان

1. Employee's Provident Fund

2. infancy period

بخشی از جمعیت کارگرانی را که در حال حاضر از حمایت‌های تأمین اجتماعی بی‌بهره‌اند به همراه خانواده‌هایشان تحت پوشش درآورد. با اصلاح ساختار مزایا و حق بیمه طرح‌های رسمی تأمین اجتماعی نیز می‌توان بخش دیگری از کارگران را هم زیر پوشش این طرح‌ها قرار داد. از این رو در بخش حاضر نخست به بررسی فرصتهایی خواهیم پرداخت که برای گسترش و اصلاح طرح‌های فعلی تأمین اجتماعی وجود دارد.

گسترش شبکه‌های موجود

در برخی از کشورهای در حال توسعه، روند رشد اقتصادی منجر به انتقال نسبت بالایی از نیروی کار به بخش رسمی شده است. از این گذشته، در این‌گونه کشورها دولت برای کمک به گسترش شبکه‌های رسمی بیمه‌های اجتماعی منابع مالی کافی در اختیار داشته و از آنها استفاده نیز کرده است. در کشورهای شرق و جنوب شرقی آسیا وضع از همین قرار بوده است. بارزترین نمونه از این جهت، جمهوری کره است که ظرف نزدیک به ۱۲ سال پس از آغاز طرح بیمه درمانی اجباری در سال ۱۹۷۷، پوشش بیمه بهداشتی خود را در سال ۱۹۸۹ به جایی رساند که همه مردم کشور را در بر گرفت. [۸]

اما همان‌گونه که پیش‌تر گفتیم در بیشتر کشورها وضع چنین نبوده است. مدیریت نظام‌های تأمین اجتماعی اغلب ناتوان از کنارآمدن با شرایط ویژه خویش‌فرمایان و کارگران مزدبگیر موقت بوده است. [۹] در مواردی که بیمه‌های اجتماعی رسمی به بنگاه‌های کوچک‌تر تعمیم می‌یابد باید تک تک کارفرمایان جدیدی را که مشمول طرح می‌شوند شناسایی و ثبت نام کرد و با ارائه آموزش‌های لازم، آنها را متقاعد ساخت که از همه مقررات طرح متابعت کنند، اطلاعات مربوط به کارکنان فعلی و جدید خود را به واحد ثبت بیمه گزارش دهند و نحوه و زمان پرداخت حق بیمه را رعایت کنند. در مورد کارگران موقت، وصول حق بیمه دشوار و نگهداری سوابق دقیق و روزآمد آنان از نظر اجرایی پیچیده است چه این‌گونه اشخاص به‌طور متناوب و نامنظم برای کارفرمایان مختلفی کار می‌کنند. همچنین در مواردی که باید درآمدی را جایگزین ساخت، چون تعیین دقیق میزان این درآمد همواره ممکن نیست، نوعی تعارض با مفهوم اساسی بهره‌مندی از مزایا پیش می‌آید.

به کمک دیگر اصلاحات اداری مثلاً از طریق بسط همکاری با سایر نهادهای عمومی چون ادارات مالیات برای شناسایی افراد و مشاغلی که باید تحت پوشش طرح تأمین اجتماعی درآیند می‌توان میزان پای‌بندی به این طرح‌ها و اجرای موفقیت‌آمیز آنها را بهتر تضمین کرد. وانگهی نباید تنها به اصلاح شیوه مدیریت طرح از طریق روابط عمومی مؤثر و فعالیتهای آموزشی در جهت آگاه‌تر ساختن افراد تحت پوشش

از حقوق و تکالیف خود اکتفا کرد بلکه باید آن را با روشهای اجرایی و کنترل، و اختیاراتی تقویت کرد که الزامی بودن طرح را دو چندان سازد.

روشهایی که دولتها برای جادادن کارگران خویش فرما در زیر چتر برنامه‌های رسمی بیمه بازنشستگی در پیش گرفته‌اند در همه موارد به یک اندازه با موفقیت همراه نبوده است. [۱۰] می‌توان برخی از گروههایی را که جزو بخش رسمی به شمار می‌روند یا به این بخش نزدیک‌اند به پیوستن به این‌گونه طرحها تشویق کرد ولی خویش‌فرمایان معمولاً حاضر نیستند حق بیمه "مضاعف" (سهم کارگری به علاوه سهم کارفرمایی) را بپردازند. در مورد این کارگران معمولاً برخی طرحهای ویژه- خصوصاً اگر دولت هم مایل به کمک مالی به آنها باشد- موفق‌تر از کار درمی‌آید. اما اگر کارگران خویش فرمای منفرد مایل به پیوستن به این طرحها نباشند بیش از کارگرانی که در بنگاههای بخش رسمی مشغول به کارند امکان طفره‌رفتن از مقررات طرح را دارند. همچنین در کشورهای مختلف در حال توسعه، دولت کوشیده است تا برای کارگران موقت و خانگی که بیرون از بخش رسمی قرار می‌گیرند طرحهای ویژه‌ای به اجرا گذارد. این طرحها به‌ویژه اگر بتوان آنها را با مالیاتهای کنار گذاشته شده برای همین منظور تقویت کرد تا حدودی موفق از کار در می‌آیند.

چین کشوری است که توانسته است با تجدیدنظر در ساختار مزایا و حق بیمه تأمین اجتماعی خود ورود خویش‌فرمایان و کارگران بخش غیررسمی را به جمع بهره‌مندان از مزایای تأمین اجتماعی تسهیل کند. [۱۱] نخست، میان طرحهای اجباری مستمری بازنشستگی برای کارگران شهری و طرحهای مستمری کارگران روستایی که دولت پشتیبان آنهاست و کشاورزان آزادند که در آنها عضو شوند یا خیر، تمایز آشکاری گذاشته شد. با این حال، ساختار مزایا و حق بیمه طرحهای مستمری بازنشستگی که ناظر بر گروههای مختلف کارگران فعال در نواحی شهری هستند با هم تفاوتی قابل ملاحظه‌ای دارند.

برای نمونه، کارگرانی را در نظر بگیرید که از نواحی روستایی به مناطق شهری آمده‌اند. کشاورزانی که در نواحی شهری کاری پیدا می‌کنند از تحرک چشمگیری برخوردارند ولی شغل آنها ثبات چندانی ندارد. برای این قبیل کارگران، مناسب‌ترین شکل مقرری "بازنشستگی" احتمالاً پرداخت مبلغ مقطوعی به طور یکجاست. به‌رغم اتفاق نظر عمومی که درباره مناسب بودن مزایای قابل پرداخت به شکل مستمری بازنشستگی در چارچوب طرحهای بیمه وجود دارد نه کارگران و نه کارفرمایان از آن خشنود نیستند زیرا کارفرمایان احساس می‌کنند که به شکل نامعقول و ناموجهی از آنها خواسته شده است که به "شهروندی" کمک مالی کنند و کارگران نیز معتقدند که از هیچ‌گونه مزایای واقعی بهره‌مند نمی‌شوند. در نتیجه، بخشهایی چون صنایع ذغال‌سنگ و ساختمان، و مناطقی مانند شهرهای ساحلی از جمله "شن‌زن" که شمار چشمگیری از کارگران روستایی در آنها مشغول به کارند آرام‌آرام روشی انعطاف‌پذیر در پیش گرفته‌اند که با

طرحهای رایج بیمهٔ بازنشستگی تفاوت دارد. کارگران روستایی که بنگاه اقتصادی یا شهر محل فعالیت خود را ترک گویند مبلغ مقطوعی برابر با شصت تا هفتاد درصد کل حق بیمه‌ای که توسط خود آنان و واحدهای استخدام کننده‌شان پرداخت شده است دریافت می‌دارند. حق بیمهٔ پرداخت شده توسط کارگران کشاورزی که در شهر دیگری کار پیدا کنند به همان شهر منتقل می‌شود. کارگران کشاورزی که به مناطق روستایی بازگردند حق بیمهٔ پرداختی‌شان به سازمان مدیریت بیمه‌ای که آن منطقه خاص را زیر پوشش دارد - البته مشروط بر آنکه چنین سازمانی وجود داشته باشد - منتقل می‌گردد.

شیوهٔ دیگری که برای سازگارساختن طرحهای مستمری با اولویتها و توان پرداخت گروههای مختلف کارگران وجود دارد تنظیم سبدهای مزایا برای خویش فرمایان و بخش غیررسمی است. هستهٔ اولیهٔ این مزایا را حمایتهای اجتماعی تشکیل می‌دهد که قرارگرفتن زیر چتر آنها برای همهٔ اشخاص دارای کار درآمدزا اجباری است، ولی افراد اگر بخواهند می‌توانند پس از گذراندن برخی آزمونها عضو ترتیبات جامع تری هم شوند. همانگونه که در بخش "اولویت‌های تأمین اجتماعی" یادآور شدیم مقرری بازماندگان و ازکارافتادگی نخستین زمینه‌ای است که می‌تواند در هستهٔ اینگونه سبدهای مزایا مطرح باشد. چون بیمه کردن افراد در برابر این قبیل مخاطرات مستلزم وجود صندوق بزرگی از حق بیمه‌هاست لذا طرحهای رسمی تأمین اجتماعی بهترین چارچوب برای اعطای اینگونه مزایا به شمار می‌رود.

شیوه‌های جدید گسترش تأمین اجتماعی بخش رسمی

با توجه به تنوع کشورها از لحاظ درجهٔ توسعهٔ اقتصادی و نیز میزان توسعه یافتگی نهادهای تأمین اجتماعی آنها، مطرح ساختن نتیجه‌گیریهای کلی برای سیاست‌گذاری کار دشواری است. می‌توان بین دو گروه از کشورهای در حال توسعه تمایز قائل شد. گروه نخست را کشورهای تشکیل می‌دهند که درآمد متوسطی دارند و برخی از آنها دارای نهادهای تأمین اجتماعی توسعه یافته‌ای هستند. این دسته از کشورها می‌توانند در پی آن باشند که از طریق گسترش برنامهٔ رسمی تأمین اجتماعی، تمام افراد کشور را تحت پوشش حمایت‌های مربوطه درآورند. دستهٔ دوم گروه بزرگ کشورهای کم درآمد هستند. این کشورها باید از طریق برپا کردن شبکه‌های تأمین اجتماعی که مستقیماً توسط خود کارگران بخش غیررسمی تأمین بودجه و اداره می‌شود، به سرعت بر دامنهٔ پوشش چتر تأمین اجتماعی خود بیفزایند. اما در هر دو مورد می‌توان نتیجه‌گیریهای زیر را مطرح ساخت: [۱۲]

- باید برای آسان‌تر کردن عضویت نسبی خویش فرمایان، کارگران خانگی، کارگران کشاورزی و کسانی که از محل فعالیت‌های بخش غیررسمی درآمد منظمی دارند طرحهای تأمین اجتماعی را مورد تجدیدنظر قرارداد؛

- باید ظرفیت اجرایی طرحهای تأمین اجتماعی را به‌ویژه در زمینه کنترل بر رعایت مقررات، نگهداری سوابق، و مدیریت مالی تقویت کرد؛
- باید برای ارائه تصویر بهتری از نظام تأمین اجتماعی، برنامه‌هایی در زمینه آموزش و آگاه‌سازی مردم به اجرا گذاشت؛
- باید مطابق یک جدول زمان‌بندی معین، دامنه پوشش تأمین اجتماعی را به همه کسانی که در استخدام دیگران هستند مگر گروههای معینی چون خدمتکاران خانگی، کارگران خانوادگی و کارگران موقت گسترش داد؛
- باید «گیشه‌های» تازه‌ای گشود و مزایایی ارائه کرد که با نیازها و قدرت پرداخت گروه‌های بیرون از چتر پوشش برنامه رسمی تأمین اجتماعی همخوانی داشته باشد.

تشویق طرحهای مبتنی بر اعتبارات شخصی

در بیشتر کشورهای در حال توسعه، مردم برای برطرف کردن نیازهای تأمین اجتماعی خویش به علقه‌های درون‌گروهی متکی هستند. در بیشتر کشورهای آفریقایی به ویژه در مناطق روستایی این کشورها، هنوز مناسبات اجتماعی تولید، اساساً مناسباتی قدیمی است که در چارچوب آن وجود نوعی تعهدات متقابل، هر عضو قبیله را مطمئن می‌سازد که می‌تواند به عنوان آخرین راه حل روی گونه‌ای تضمین شکست‌ناپذیر در زمینه تأمین اجتماعی حساب کند. [۱۳] اما با دگرگون‌شدن جوامع از نظر اجتماعی-اقتصادی، نظام‌های سنتی تأمین اجتماعی هم آرام آرام جای خود را به ترتیبات خصوصی در این زمینه داده‌اند. این ترتیبات عمدتاً شبکه‌های یاری‌رسانی متقابل یا ترتیباتی جمعی هستند که مردم رأساً برای بهره‌مندشدن از حمایت‌های اجتماعی برپا کرده‌اند.

کارگران بخش غیررسمی برای برطرف ساختن نیازهای مبرم‌تری که در زمینه تأمین اجتماعی دارند هر چه بیشتر دست به ایجاد شبکه‌های خاص خود زده‌اند. مکانیسم رایج در این شبکه‌ها عموماً عبارت از تأمین پشتیبانی متقابل به کمک منابع گردآمده از محل حق بیمه است و این شبکه‌ها در چارچوب کلی برخی شرایط تنظیم‌کننده اساسی به نیازمندان یاری می‌رسانند. در این نظام، خود گروه است که درباره حجم و منبع کمک‌های اعضای گروه تصمیم می‌گیرد. نحوه وصول و اداره کمک‌های اعضا و چگونگی ارائه مزایا هم از اموری است که خود گروه بررسی می‌کند و ترتیباتی برای آن مقرر می‌سازد.

تجزیه و تحلیل این‌گونه طرحها [۱۴] نشان داده است که برای برپایی این قبیل شبکه‌های بیمه اجتماعی که بودجه آنها توسط خود اعضا تأمین می‌شود دو شرط اساسی لازم است:

- وجود نوعی همبستگی مبتنی بر اطمینان افراد به یکدیگر؛
- سازمانی که قادر به وصول کمکها و ارائه مزایا باشد.

گروههای مختلفی وجود دارند که کارگران بخش غیررسمی در قالب آنها سازمان یافته‌اند. برخی اتحادیه‌ها یا سازمانها هستند که می‌توانند مستقیماً توسط خود کارگران بخش غیررسمی اداره شوند (مانند سازمانهای تولیدکنندگان و کارفرمایان، تعاونیها، و اتحادیه‌های اعتباری) یا ممکن است این کارگران برخی محملهای میانجی همچون اتحادیه‌های کارگری، سازمانهای غیردولتی و شرکتهای بیمه خصوصی را به خدمت گیرند.

بیمه درمان

همانگونه که قبلاً در بخش "اولیتهای تأمین اجتماعی" گفتیم، برای کارگران بخش غیررسمی، بیمه درمان مبرم‌ترین اولویت تأمین اجتماعی است. اکثر طرحهای بیمه درمانی که بودجه آنها توسط خود اشخاص تأمین می‌شود به جای پوشش دادن به هزینه مراقبتهای بیمارستانی بیمه‌شدگان، به ارائه خدمات اولیه درمانی می‌پردازند. همانگونه که در برخی متون آمده است [۱۵] طرحهای بیمه درمانی بخش غیررسمی را می‌توان به دو نوع اول و دوم تقسیم کرد. نوع اول، بیمه‌شدگان را در برابر پیشامدهای پرهزینه‌ای پوشش می‌دهند که به ندرت رخ می‌دهند، و نوع دوم در برابر اتفاقاتی که ممکن است به کرات پیش بیایند ولی هزینه چندانی به بار نمی‌آورند (ر.ک. جدول زیر). این دو نوع شبکه از نظر متغیرهایی چون فراوانی استفاده از خدمات و امکانات کنترل هزینه‌ها، با هم تفاوتی دارند.

دو سر طیف سرشکن‌سازی هزینه‌های درمانی

نوع دوم	نوع اول	نوع طرح
هزینه خدمات درمانی اولیه	هزینه‌های مراقبتهای بیمارستانی	هزینه‌های مشمول بیمه
سبک	سنگین	هزینه هر نوبت ارائه خدمات
زیاد	کم	فراوانی استفاده بیمه‌شدگان
در مالکیت جامعه محلی یا اتحادیه	در مالکیت بیمارستان	مالکیت طرح
جامعه محلی یا اتحادیه	ناحیه	دامنه پوشش طرح
توانایی مالی بیمه‌شدگان	محاسبات بیمه‌ای	مبنای تعیین حق بیمه

طرحهای بیمه درمانی که هزینه‌های بیمارستانی را پوشش می‌دهند (و اغلب متعلق به بیمارستانها هستند) به عنوان یکی از راهبردهای تولید درآمد اضافی برای تأمین هزینه‌های درمانی پیشنهاد شده‌اند. [۱۶] این طرحها عموماً در مواردی به اجرا درآمده‌اند که از بودجه دولت یا کمک‌دهندگان کاسته شده است و هدف آنها اساساً بسترسازی مناسب برای تأمین مخارج بیمارستان است. مهم‌ترین کاستی بیشتر این طرحها آن است که نمی‌توانند جلوی افزایش هزینه‌ها را بگیرند؛ چراکه بیماران معمولاً هنگامی اقدام به نام‌نویسی در این طرحها می‌نمایند که بدانند به مراقبت‌های بیمارستانی نیاز پیدا خواهند کرد. افزون بر این، طرحهایی که متعلق به بیمارستانها هستند غالباً تعداد موارد ویزیت بیماران و ارائه خدمات را بیش از حد واقع جلوه می‌دهند. و سرانجام اینکه هزینه خدمات درمانی اولیه و ثانویه ارائه شده در این‌گونه طرحها نسبتاً بالاست. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه دولت مدعی است که خدمات درمانی را به رایگان یا با هزینه اندک در اختیار خانواده‌های کم درآمد قرار می‌دهد. ولی در عمل، همه کارگران- حتی آنها که درآمدشان زیر خط فقر است- قادرند بخش قابل ملاحظه‌ای از بودجه خود را صرف خدمات درمانی کنند و از همین رو بالقوه توان مشارکت در طرحهای بیمه درمانی را دارند. در نتیجه، کارگران بخش غیررسمی معمولاً بیشتر مایل‌ند در طرحهای کوچک درمانی‌ای عضو شوند که روی ارائه خدمات درمانی اولیه و برخی خدمات ثانویه متمرکز باشد. گرچه هزینه این‌گونه خدمات نسبتاً ناچیز است ولی کارگران بخش غیررسمی به کرات با این هزینه‌ها روبه‌رو می‌شوند. معمولاً این طرحها جمعیت چندانی را زیر پوشش در نمی‌آورند زیرا اعضا به فعالیت‌های دامنه‌دار چنین طرحهایی اعتماد ندارند.

برخی طرحهای شخصی بیمه خدمات درمانی در کشورهای در حال توسعه، بازتاب شرایط و اولویتهای مختلفی است که در این کشورها وجود دارد. طرح بیمه درمان اتحادیه زنان خویش‌فرما در هند [۱۷] حول پوشش دادن به هزینه‌های بیمارستانی متمرکز است و خود در یک طرح جامع تأمین اجتماعی جای دارد که پیشامدهایی چون فوت، ازکارافتادگی و بارداری و نیز از دست دادن ابزار کار، مسکن و دارایی را در برمی‌گیرد. طرح آگورد^۱ برای قبیله‌نشینان منطقه گودالور در تامیل نادوی هند یک طرح بیمارستانی است که دچار همان مشکل تداوم یافتن پرداخت حق بیمه‌هاست. [۱۸]

بیمه درمان روستایی در چین [۱۹] از این جهت که هر دو نوع هزینه‌های بیمارستانی و هزینه خدمات درمانی اولیه را در برمی‌گیرد و بودجه آن نیز از محل هر دو نوع حق بیمه خصوصی و عمومی تأمین می‌شود یک نمونه جالب توجه است. در نواحی روستایی نزدیک به ده درصد مردم زیر پوشش شبکه‌ای موسوم به

“نظام همیارانه مراقبت‌های درمانی” هستند که بودجه آن عمدتاً توسط خود روستاییان تأمین می‌شود؛ البته کمک‌های تکمیلی اقتصاد جمعی نیز وجود دارد و دولت هم (در سطوح مختلف) از آن پشتیبانی به عمل می‌آورد. برای نمونه، در نواحی روستایی جیانگسوی جنوبی، این نظام همیارانه مراقبت‌های درمانی عمدتاً “مخاطره‌نگر” است یعنی در چارچوب آن تنها هزینه درمان بیماری‌های مهم پرداخت می‌شود. این طرح را خود مردم محل اداره می‌کنند و دولت به آن کمک مالی می‌کند. بودجه این طرح مشترکاً توسط شهرستان، بخش و روستا تأمین می‌شود. هر یک از روستاییان به‌طور متوسط سالانه ده تا بیست یوان حق بیمه می‌پردازد. صندوق رفاه عمومی روستا نیز به ازای هر یک از روستاییان سالانه به‌طور متوسط یک و نیم تا دو یوان کمک مالی می‌کند. در نواحی توسعه‌نیافته معمولاً هم حق بیمه و هم مبلغ قابل پرداخت به بیمه‌شوندگان، در آغاز کار به دلیل شرایط محلی ناچیز است. برای نمونه در شهرستان کای‌فونگ در استان هنان متوسط سرانه حق بیمه دو تا شش یوان در سال است. برای حفظ توازن میان درآمدها و هزینه‌های طرح و تضمین عملکرد پایدار نظام همیارانه مراقبت‌های درمانی، بر مبلغ قابل پرداخت به بیمه‌شدگان کنترل نسبتاً شدیدی اعمال می‌شود.

طرح *اوماسیدا*^۱ در دارالسلام [۲۰] نمونه خوبی است از طرحی که به ارائه خدمات درمانی اولیه و ثانویه اختصاص دارد. حق بیمه ماهانه برای هر زن و شوهر با فرزندان‌شان بالغ بر ششصد شیلینگ تانزانیا (معادل یک دلار آمریکا) است و برای تحت پوشش قرار گرفتن پدر و مادر بزرگ خانواده، باید یک دلار دیگر هم پرداخت. در سال ۱۹۹۷ این طرح حدود ۱۵۰۰ کارگر را که عضو پنج اتحادیه بخش غیررسمی بودند (به همراه خانواده‌هایشان) تحت پوشش داشت؛ در سال ۱۹۹۸ پنج اتحادیه دیگر در ناحیه تیمک دارالسلام هم زیر پوشش درآمدند. پزشکان خصوصی طرف قرارداد این طرح، خدمات درمانی اولیه، مشاوره بهداشتی، خدمات آزمایشگاهی و همه داروهای لازم برای درمان را در اختیار اعضا می‌گذارند. تنها هزینه داروهای بازپرداخت می‌شود که در فهرست داروهای اساسی سازمان بهداشت جهانی آمده باشد. واحدهای خدمات درمانی دولت برخی خدمات درجه دو و درجه سه نیز ارائه می‌کنند و دست به انجام تحقیقات پیچیده‌ای هم می‌زنند. مکانیسم بدیعی که در این طرح به کار گرفته شده است استفاده از دفترچه‌های بیمه‌ای است که همه بیمه‌شدگان باید هنگام مراجعه به محل ارائه خدمات درمانی آنها را با خود همراه داشته باشند و ارائه‌کنندگان خدمات درمانی نیز موظفند آنها را تکمیل کنند. از اطلاعاتی که روی این برگه‌ها درباره بیماری و درمان آن نوشته می‌شود برای تعیین مبلغی که باید به بیمه‌شده پرداخت گردد استفاده می‌شود. همچنین

می‌توان از این اطلاعات برای ترتیب‌دادن تدابیر پیشگیری و ارتقای سطح بهداشت در منزل و محل کار بهره جست. طرح اوماسیدا در آینده می‌تواند به یک سازمان حرفه‌ای با ساختاری "لانه زنبوری" تبدیل شود تا سازمانهای کارگران بخش غیررسمی بتوانند به سرعت به عضویت آن درآیند.

بیمه عمر

همان‌گونه که در بحث جرح و تعدیل شبکه‌های موجود گفته شد، گسترش دامنه پوشش خدمات تأمین اجتماعی به کارگران خویش فرما آسان‌تر است چه این اشخاص دارای حرفه یا کسب و کار جافتاده‌ای هستند که به سادگی قابل شناسایی است و درآمد منظم، کافی و قابل ملاحظه‌ای دارند که می‌توانند به اتکای آن حق بیمه تأمین اجتماعی خود را پردازند. ولی حتی در مورد این گروه نیز چه بسا به دشواری بتوان نظام حق بیمه مربوطه را با طرحی سازش داد که مطابق شرایط کارکنانی تنظیم شده است که کارفرمایان‌شان بخشی از حق بیمه آنها را می‌پردازند. وانگهی، ممکن است خویش فرمایان ترجیح دهند که برای تأمین اجتماعی خود در آینده، منابع مالی خویش را صرف توسعه کسب و کار خود کنند یا شاید برای سرمایه‌گذاری هرگونه منابع اضافی، فرصتهای بهتری را مدنظر داشته باشند. در نتیجه، برخی از فعالان بخش غیررسمی خود را نزد شرکتهای بیمه بخش خصوصی بیمه می‌کنند. جدای از اینان، بسیاری از کارگران خویش فرما ترجیح می‌دهند که شبکه‌های مستمری بازنشستگی خاص خود را ایجاد کنند. این شبکه‌ها اغلب کسانی را در برمی‌گیرند که از طرحهای رسمی بیمه اجتماعی بازنشستگی بیرون گذاشته شده‌اند.

در هند، طرحهای مختلفی برای پرداخت مستمری بازنشستگی وجود دارد که بودجه آنها در بست از محل حق بیمه افراد عضو تأمین می‌شود. یکی از این برنامه‌ها، طرح بازنشستگی بنیاد توسعه همیارانه است. هدف این بنیاد، تقویت تعاونیهاست و عمدتاً با گروههای صرفه‌جویی و اعتباردهنده در آندراپرادش، تامیل نادو، کارناتاكا و کراالا همکاری دارد. بنیاد توسعه همیارانه در زمینه تأمین اجتماعی اقدام به تشکیل صندوق مستمری فوت کرده است که حدود ۲۵ هزار نفر عضو دارد. این طرح، نوعی بیمه عمر به شمار می‌رود؛ یعنی در صورت فوت هر عضو، مبلغی به بازماندگان وی پرداخت می‌شود. چتر حمایتی این طرح شامل بخشودگی تمام بدهیهای اعضای خانواده متوفی و بازپرداخت هرگونه وام قابل توجهی هم می‌شود که عضو متوفی از تعاونیهای صرفه‌جویی گرفته باشد. در صورت رسیدن اعضا به سن شصت سالگی یا انصراف آنان از عضویت در طرح، کل سپرده آنان نزد صندوق طرح، با احتساب دو درصد سود به آنان مسترد می‌گردد. [۲۱]

همچنین در هند مزایای بیمه‌های اجتماعی در چارچوب طرحهای مختلف بیمه همگانی در دسترس

طبقات مختلف گروههای آسیب‌پذیر قرار گرفته است. این طرح‌ها از نظر مالی کمک‌هایی از صندوق بیمه اجتماعی وابسته به شرکت بیمه عمر دریافت می‌کنند. برجسته‌ترین نمونه در این زمینه، طرح بیمه عمر گروه روستایی است که از ۱۵ اوت ۱۹۹۵ به اجرا درآمده است. به موجب این طرح افراد بیست تا شصت ساله می‌توانند در ازای پرداخت حق بیمه‌ای نزدیک به شصت روپیه در سال، خود را برای مبلغ تضمین شده‌ای برابر با پنج هزار روپیه (۱۲۵ دلار آمریکا) بیمه کنند.

ارزیابی مقدماتی

فعالیت‌هایی که توسط کارگران بخش غیررسمی یا برای آنان ترتیب داده شده عموماً بر نوعی برداشت جامع از توسعه و تأمین اجتماعی پایه گرفته است. سازمان‌هایی چون سازمان‌های غیردولتی و تعاونیها شناخت خوبی از نیازها و اولویتهای خاص گروههای مراجعه‌کننده به خود دارند و به همراه آنها به نهادها و سیاست‌هایی دست یافته‌اند که کاملاً متفاوت با نهادها و سیاست‌هایی است که دولت ایجاد کرده یا قادر به ایجاد آنهاست. همان‌گونه که در آغاز این نوشته گفتیم این مفهوم کلی‌تر تأمین اجتماعی نه تنها در برگیرندهٔ پیشامدهای نه‌گانه‌ای است که از دیرباز توسط سازمان بین‌المللی کار تعیین شده است بلکه اقدامات پیشگیرانه در هر دو حوزه اجتماعی و اقتصادی را نیز شامل می‌شود. در حوزه اجتماعی، سازمان‌های غیردولتی، تدابیر سنتی تأمین اجتماعی را با تمهیداتی تکمیلی در زمینه خدمات درمانی (اولیه)، مراقبت از کودکان، مسکن و اقدامات اجتماعی هدفمند در هم می‌آمیزند. در حوزه اقتصادی، می‌توان از طریق خودداری و خود اشتغالی که موجب افزایش درآمد و ایجاد داراییهای مولد می‌شود به امنیت اقتصادی بیشتری دست یافت. این طرحها معمولاً در دل یک طرح اعتباردهی جای می‌گیرند که از پیش در زمینه وصول سهمیه‌های اعضا و اعطای مزایا تجربیاتی دارد.

اما ارزیابی مقدماتی طرحهایی که توسط خود اشخاص تأمین بودجه می‌شوند نشان می‌دهد که تا امروز تنها درصد بسیار ناچیزی از مردم و کارگران بخش غیررسمی زیر پوشش این طرحها درآمده‌اند. علت این امر آن است که در بیشتر مناطق، نشانی از این‌گونه طرحها نیست و اگر هم هست تهیدستان به‌ویژه زنان از آنها بی‌خبرند یا آشنایی چندانی با آنها ندارند. بیشتر این طرحها محدود به گروههای کوچکی از کارگران هستند و از همین رو هزینه اداره آنها نسبتاً سنگین است.

یکی از موضوعات مهم در زمینه طراحی و اجرای شبکه‌های تأمین اجتماعی، تعیین نوعی سید بیمه اجتماعی است که مطابق توان مالی کارگران باشد و نیازهای مبرم‌تر آنان را برطرف سازد. ولی مسائل دیگری

هم هست که باید مورد تجزیه و تحلیل قرار گیرند تا از این طریق، شرایط لازم برای نسخه برداری و تعمیم دادن این گونه طرحها مشخص گردد. برخی از این مسائل از این قرارند:

- وابستگی طرح به کمکهای مالی و شخصیت گیرای یک فرد یا گروهی از افراد؛
- وابستگی به منابع پولی خارج از طرح برای تضمین موفقیت مالی درازمدت آن؛
- ارزیابی هزینه‌های تلویحی و توان مدیران طرح که معمولاً حقوق کافی دریافت نمی‌کنند؛
- امکان یک کاسه کردن منابع طرحهای مختلف؛
- امکان برقراری پیوند با شرکتهای خصوصی بیمه یا کارگزاری‌های بیمه اجتماعی.

بازدهی طرحهای پیش‌یاری اجتماعی

شمار قابل توجهی از کشورهای در حال توسعه، شبکه‌هایی در زمینه تأمین اجتماعی برپا کرده‌اند که هدفشان زیرپوشش درآوردن نیازمندی است که از حیطة تأثیرگذاری سیاستهای ایجاد اشتغال و خط‌مشی‌های اجتماعی به دورند و قادر نیستند خود را تحت حمایت بیمه‌های اجتماعی قرار دهند. اینگونه طرحها عمدتاً ناظر بر پیشامدهای خاصی هستند و حمایت‌های نقدی یا جنسی آنها محدود به گروههای نیازمند مشخصی چون بیوه‌گان، یتیمان و سالمندانی است که درآمدی ندارند یا از حمایت‌های خانوادگی بی‌بهره‌اند.

در میانه سال ۱۹۹۵ دولت هند با راه‌اندازی برنامه ملی پیش‌یاری اجتماعی از جمله بیش از ده میلیون سالمند مستمری‌بگیر را زیر چتر حمایت خود گرفت. این برنامه از سه نوع مزایا تشکیل می‌شود: پرداخت ماهیانه ۷۵ روپیه مستمری به سالمندان بالای ۶۵ سالی که درآمدشان ناچیز است و عموماً بستگانی هم ندارند؛ پرداخت مبلغ مقطوعی برابر با پنج هزار روپیه به خانواده‌هایی که نان‌آور اصلی آنها در سن بالای شصت سالگی از دنیا رفته باشد؛ و پرداخت سیصد روپیه به زنان باردار برای هر یک از نخستین دو بچه‌ای که زنده به دنیا آورند.

در مغولستان، "شوراهای پیش‌یاری محلی، کمک‌هایی جنسی مانند چکمه و پوشاک زمستانی در اختیار کودکانی قرار می‌دهند که جز با دریافت این کمکها قادر نخواهند بود به مدرسه بروند. این شوراها به از کارافتادگان و سالمندانی که از پشتیبانی خانوادگی بی‌بهره‌اند یا آنکه نتوانسته‌اند در دوران فعالیت شغلی خود را بیمه کنند یک وعده غذای مجانی و تخفیف‌هایی برای اجاره بهای منزل و هزینه سوخت می‌دهد. [۲۲]

چین نیز در جریان گذار به یک اقتصاد بازار محور، به تازگی نظام کمک‌های اجتماعی خود را نوسازی کرده است. طرح حمایتی حداقل معاش برای شهرنشینان، طرحی است که در چارچوب آن خانوارهای شهری تهیدستی که متوسط درآمد سرانه آنها زیر خط حداقل معاش قرار می‌گیرد می‌توانند از دولت کمکهای مالی تکمیلی دریافت کنند. این طرح از مجموع سیزده میلیون نفر تهیدستان مناطق شهری سه میلیون نفر را زیر پوشش می‌گیرد. در نواحی روستایی نیز دولت چین به تازگی دست به ایجاد نوعی نظام حمایتی حداقل معاش زده است که آمیزه‌ای از کمکهای نقدی و جنسی را در اختیار افراد تحت پوشش قرار می‌دهد. در میانه دهه ۱۹۹۰ بیش از سه میلیون نفر از تهیدستان نواحی روستایی در چارچوب این طرح، کمکهای جنسی و مالی منظمی دریافت می‌کردند.

در ارتباط با چگونگی اداره هر شبکه پیش‌یاری اجتماعی، دشواریهای گوناگونی وجود دارد. نخستین دشواری، چگونگی طراحی نظام و تعیین معیاری است که باید بر اساس آن از میان خیل عظیم تهیدستان افرادی را مشخص کنیم که بالقوه استحقاق دریافت کمک دارند. همچنین به دشواری می‌توان تعیین کرد که تا چه اندازه جا برای حساب کردن روی حمایت دیگر اعضای خانواده یا فامیل وجود دارد. یک مطالعه میدانی تازه درباره چگونگی اجرای طرح پیش‌یاری اجتماعی سالمندان هندی در گجرات، اوریسا و اوتارپرادش [۲۳] نشان داده است که موارد متعددی از پارتی بازی (برای نمونه در مرحله گزینش اعضا) و سوءاستفاده (به‌ویژه در مورد پرداخت‌های نقدی) وجود دارد. همچنین در این بررسی، مشکلات گوناگونی که در زمینه تمهید آزمون مناسبی برای مشخص ساختن میزان استطاعت مالی افراد وجود دارد به روشنی ترسیم شده است.

- بر این اساس، هنگام ارزیابی بازدهی طرحهای پیش‌یاری اجتماعی باید مسائل زیر را مدنظر داشت:
- مسئولیتهای دولت مرکزی و مقامات محلی در زمینه تأمین اعتبار، اداره، و تعیین مزایای پیش‌یاری اجتماعی چیست؟
 - برای تعیین میزان استطاعت مالی افراد از چه معیاری باید استفاده کرد (درآمد، زمین، دارایی)، و صلاحیت بهره‌مندی از مزایا باید توسط کدام مرجع (مقامات محلی، جامعه محلی) تعیین شود؟
 - چگونه باید مکانیسمهایی فسادناپذیر برای ارائه خدمات طراحی کرد؟
 - باید برآوردی از هزینه‌های اجرایی تلویحی که بر دوش دولت گذاشته می‌شود در دست باشد.
 - باید بازدهی پیش‌یاری اجتماعی را در مقایسه با دیگر تمهیدات سیاست اجتماعی همچون تأمین غذا در ازای کار، و طرحهای تضمین اشتغال سنجید.

چالشهای مطرح در زمینه پوشش دادن به بخش غیررسمی

دلیل اصلی کم‌دامنه بودن پوشش تأمین اجتماعی در کشورهای در حال توسعه آن است که بسیاری از کارگرانی که بیرون از بخش رسمی به کار مشغول‌ند قادر یا مایل نیستند برای بهره‌مندشدن از مزایای تأمین اجتماعی که پاسخگوی نیازهای مبرم‌تر آنان نیست درصد بالایی از درآمد خود را به عنوان حق بیمه پرداخت کنند. به‌طور کلی آنان به نیازهای فوری‌تری چون بهداشت و تحصیل اولویت می‌دهند. دلیل اصلی چنین نگرشی آن است که در نتیجه اجرای سیاستهای تعدیل ساختاری، امکان بهره‌مندشدن آنان از خدمات درمانی و دسترسی به تحصیلات ابتدایی کاهش یافته یا منتفی شده است. در زمینه دریافت مستمری نیز آنان بیشتر خواستار آنند که در صورت مرگ یا از کارافتادگی تحت حمایت قرار گیرند و چندان توجهی به مستمری سالمندی ندارند. وانگهی، چه بسا آنان با نحوه مدیریت طرحهای رسمی تأمین اجتماعی ناآشنا، یا نسبت به آن بی‌اعتماد باشند. در نتیجه، گروههای مختلف کارگرانی که بیرون از بخش رسمی به کار مشغول‌ند رأساً دست به ایجاد شبکه‌هایی زده‌اند که هم با قدرت پرداخت آنها همخوانی بیشتری دارد و هم نیازهای مبرم آنان را بهتر برآورده می‌سازد. از این گذشته، عوامل متعدد دیگری همچون محدودیتهای قانونی و تنگناهای اجرایی هم وجود دارد که دسترسی به شبکه‌های رسمی تأمین اجتماعی را محدود می‌سازد.

برای ارائه خدمات پیش یاری اجتماعی به نیازمندیانی که بیرون از حیطه تأثیرگذاری سیاست‌های تأمین اشتغال مولد قرار می‌گیرند و از پرداخت حق عضویت در طرحهای بیمه اجتماعی عاجز بوده‌اند یا هم اکنون توان چنین پرداختهایی را ندارند باید روشهای تازه‌ای تدبیر کرد. برتری مزایای پیش‌یاری اجتماعی آن است که می‌توان آنها را روی نیازمندترین افراد مانند کودکان، ازکارافتادگان، و بازنشستگان متمرکز ساخت. ولی ارائه چنین خدماتی نیازمند روشهای اداری پیچیده‌ای برای تعیین نیازمندان واقعی بر اساس معیارهای مربوطه، و نیز اطمینان یافتن از بهره‌مندی مؤثر افراد مورد نظر طرح از این‌گونه خدمات است، از همین رو غالباً هزینه ارائه این‌گونه مزایا سنگین است و چنانچه مدیریت اجرایی طرح به خوبی سازمان نیافته باشد ممکن است طرح با مشکل فساد و هرزرفتن منابع روبه‌رو شود. طبعاً ابعاد چنین طرحهایی بستگی به حجم منابع، توان مدیریتی و اولویتهای هر کشور دارد.

در طول دهه گذشته شبکه‌های بسیاری برای ارائه خدمات به کارگران بخش غیررسمی پا گرفته‌اند که بوجه آنها توسط خود این کارگران تأمین می‌شود و غالباً خود آنان نیز مدیریت شبکه را در دست دارند. فعالیتهایی که توسط خود کارگران بخش غیررسمی یا برای آنان سازمان یافته عموماً بر تعریف جامعی از دو مفهوم توسعه و تأمین اجتماعی پایه گرفته‌اند. سازمانهایی چون تعاونی‌ها و سازمانهای غیردولتی از نیازها

و اولویتهای خاص کارگران بخش غیررسمی به خوبی آگاهند و به کمک آنان نهادها و سیاست‌هایی را پی ریخته‌اند که کاملاً متفاوت با آن چیزی است که معمولاً از سوی دولتها به اجرا درآمده است.

طی پنجاه سال گذشته، بخش اصلی همکاری‌های فنی-چه در سازمان بین‌المللی کار و چه در بیشتر کارگزاری‌های بین‌المللی دیگر- حول گسترش دامنه تأمین اجتماعی و تحت پوشش قراردادن کارگران بخش غیررسمی متمرکز بوده است. امروزه به مرحله‌ای رسیده‌ایم که باید تأکید بر تدوین سیاست‌ها "از بالا به پایین" جای خود را به روشهای مشارکتی ("از پایین به بالا") دهد. از این رو باید فعالیت‌های آزمایشی و پیشتاز، روی ایجاد و اعمال نظارت بر شبکه‌های ویژه بیمه اجتماعی برای کارگران بخش غیررسمی و طرحهای پیش یاری اجتماعی متمرکز باشد و افزون بر آن از گسترش دامنه بیمه‌های اجتماعی بخش رسمی به گروههایی که تاکنون تحت پوشش نبوده‌اند غافل نماند. در گام بعدی می‌توان برپایه تجربیات به دست آمده از این فعالیتهای اعضای شبکه تأمین اجتماعی را آموزش داد و به آنها کمک کرد تا سیاستها و فعالیتهای خاص خویش را در زمینه ارائه خدمات تأمین اجتماعی به کارگران بخش غیررسمی پی‌ریزند.

یکی از ویژگیهای بدیع این طرحهای پیشتاز و آزمایشی، کسب تجربه در زمینه شبکه‌های بیمه اجتماعی ناحیه نگر خواهد بود. هدف این‌گونه شبکه‌ها تحت پوشش قراردادن کل یک ناحیه مشخص است و مدیریت آنها نیز مشترکاً در دست مقامات محلی و انواع مؤسسات تأمین اجتماعی است. در مقام مقایسه، شبکه‌های ناحیه‌نگر از این جهت که هزینه‌های اجرایی کمتری به بار می‌آورند و می‌توان مشارکت و نظارت مردم محلی را در آنها تضمین کرد بر شبکه‌هایی که حول یک بخش اقتصادی یا شغل خاص سازمان می‌یابند برتری دارند. و مهم‌تر از همه اینکه می‌توان ظرف مدت کوتاهی دامنه پوشش این نوع شبکه را به دیگر نواحی نیز تعمیم داد زیرا دولت می‌تواند در مناطقی که شرایط مشابهی دارند عین همان شبکه را برپا کند.

گسترده‌تر شدن مفهوم تأمین اجتماعی همان‌گونه که در آغاز نوشته حاضر خاطر نشان ساختیم به معنی گسترده‌تر شدن خیل مشارکت‌کنندگان در طرحهای تأمین اجتماعی است. در حالی که برای بخش رسمی منطقی است که فرمول سه جانبه "کارفرما-کارگر-دولت" را مبنای نظام تأمین اجتماعی خود قرار دهد لازم است که دامنه مشارکت در این طرحها چنان گسترش یابد که کارگران بخش غیررسمی هم از خدمات مربوطه بهره‌مند شوند. همان‌گونه که در بخش قبل گفتیم، در این میان لازم است سه دسته از بازیگران نقش چشمگیری ایفا کنند: مقامات دولت محلی، اتحادیه‌هایی که مستقیماً نماینده کارگران بخش غیررسمی به شمار می‌روند (مانند تعاونیها، انجمنها و اتحادیه‌های تأمین مزایای متقابل)، و سازمانهای واسطی (همچون سازمانهای کارگران و کارفرمایان و سازمانهای غیردولتی) که به نیابت از کارگران بخش غیررسمی فعالیت دارند. از این گذشته مجال چشمگیری برای مشارکت شایسته شرکت‌های خصوصی بیمه در طرحهای تأمین

اجتماعی وجود دارد که اگر مشارکت آنها به درستی سازمان یابد و برآن اعمال نظارت شود می توانند در زمینه اداره مؤثر و مدیریت این گونه طرحها کمکهای سودمندی ارائه کنند. بنابراین قطعاً یکی دیگر از اهداف طرحهای آزمایشی و پیشتاز، تجربه اندوزی در زمینه اشکال مختلف مشارکت در طرحهای تأمین اجتماعی است.

یادداشتها

- [1] W. Van Ginneken, *Social Security for the Informal Sector : Issues, Options and Tasks Ahead*, Working Paper for the Interdepartmental Project on the Urban Informal Sector (Genova: ILO, 1996) and *Idem (ed.) Social Security for all Indians* (New Delhi: Oxford University Press, 1998).
- [2] *Informal Sector Statistics : Coverage and Methodologies*, unpublished document by the Interdepartmental Project on the Urban Informal Sector, (Genova: ILO, 1994).
- [3] S. Guhan, "Social Security Options for Developing Countries", in *International Labour Review*, 133 (1), 1994, pp. 35-53; C. Bailey, *Extension of Social Security to Small Establishments and the Non-wage-earning Population*, Social Security Documentation, African Series. N. 14 (Geneva: ISSA, 1994); W. van Ginneken, *op.cit.*; J. Midgley and M.B. Tracy, *Challenges to Social Security: An International Exploration* (Westport, Conn.: Auburn House, 1996).
- [4] ILO-SAAT, *Social Protection for the Unorganized Sector in India*, Report prepared for the UNDP under Technical Support Services-1. (New Delhi: ILO-SAAT, 1996).
- [5] H. Singh, "ISSA Studies on Extension of Social Security to Unprotected Groups in Asia and the Pacific", in T.S. Sankaran, R.K.A. Subrahmanya and R.K.A. Wadhawan (eds.). *Social Security in Developing Countries* (New Delhi: Har-Ahnard Publication, 1994).
- [6] S. Jain, "Basic Social Security in India", in W. van Ginneken (ed.), *Social*

- Security for the Excluded Majority : Case Studies of Developing Countries* (Genova: ILO, forthcoming).
- [7] United Republic of Tanzania, Planning Commission and Ministry of Labour, *1995 Informal Sector Survey : Operational and Technical Report* (Dares-salaam: forthcoming).
- [8] T.W. Park, "Cost-containment Measures in the Provision of Hospital Care under Social Security Health Care Scheme", in *Report of the ISSA Regional Meeting for Asia and the Pacific on Cost-containment Measures Applied under Social Security Health Care Scheme*. Social Security Documentation, Asia and Pacific Series, No. 15 (Genova: ISSA, 1992).
- [9] M. Jenkins, "Extending Social Protection to the Entire Population: Problems and Issues", in *International Social Security Review*, Vol. 46, no. 2 (1993), pp. 3-20.
- [10] C. Bailey and W. van Ginneken, *Extension of Personal Coverage of Pensions*, ILO Social Security Department (Geneva: ILO, 1995).
- [11] X. Hu, R. Cai and X. Zhai, "Extending the coverage of social security protection in china", in W. van Ginneken (ed.), *Social Security for the Excluded Majority : Case Studies on Developing Countries* (Genova: ILO, forthcoming).
- [12] Bailey and van Ginneken, *op.cit.*
- [13] P. Kane, *Reform of Pension Schemes: The Perspective of the Informal Sector*, ILO Social Security Department (Genova: ILO, 1994).
- [14] Van Ginneken, *Social Security for the Informal Sector: Issues, Options and Tasks Ahead*, *op. cit.*
- [15] ILO-SAAT, *op. cit*; S. Benneth, A. Creese and R. Monasch, *Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment* (Genova: WHO Division of Analysis, Research and Assessment, 1998).

[۱۶] برای نمونه، ر.ک. به:

R.P Shaw and C.C. Griffin, *Financing Health Care in Sub - Saharan Africa through User Fees and Insurance* (Washington D.C.: World Bank, 1995).

[17] M. Chatterjee and J. Vyas, *Organizing Insurance for Women Workers: The SEWA Experience* (Ahmadabad: SEWA, 1997).

[18] K.V. Eswara Prasad, "Health Insurance for Tribals: ACCORD's Experience in Gudalur Tamil Nadu", in W. van Ginneken (ed.), *Social Security for all Indians* (New Delhi: Oxford University Press, 1998).

[19] Hu, Cai and Zhai, *op. cit.*

[20] A. D. Kiwara, "Health Insurance for the Informal Sector in Tanzania", in W. van Ginneken (ed.) *Social Security for the Excluded Majority : Case Studies of Developing Countries* (Geneva: ILO, forthcoming).

[21] R. C. Gupta, *NGO Experiences in Social Security* (New Delhi : Friedrich Ebert Stiftung, 1994).

[22] W. van Ginneken, "Employment Promotion and the Social Safety Net", in K. Griffin (ed.), *Poverty and the Transition to a Market Economy in Mongolia* (New York: St. Martins's Press, 1995).

[23] T. S. Sankaran, "Social Assistance : Evidence and Policy Issues", in W. van Ginneken (ed.), *Social Security for all Indians* (New Delhi: Oxford University Press, 1998).