

راهکارهای تعمیم و گسترش پوشش بیمه‌ای در سازمان تأمین اجتماعی ایران

دکتر علی حسن زاده^۱

سعیده فخریم علیزاده^۲

چکیده:

پدیده تأمین اجتماعی از دو بخش شناخته شده بیمه اجتماعی و حمایت اجتماعی تشکیل شده و ساز و کارهای حاکم بر این دو بخش کاملاً با هم متفاوت است. سازمان ملل متحد توسعه تأمین اجتماعی را الزام کلیه دولت‌ها تلقی کرده و اعلامیه جهانی حقوق بشر برخورداری از آن را حق کلیه اعضای جامعه می‌داند. مقاله نامه ۱۰۲ دفتر بین‌المللی کار ویژگی‌های اصلی آن را تعریف کرده و استانداردهای حداقلی را توصیف نموده است.

بخش اعظمی از جمعیت جهان از حفاظت‌های اجتماعی برخوردار نبوده، یا برخورداری جزئی دارند. این امر در کشورهای در حال توسعه شدیدتر است. شاغلین بخش غیررسمی اقتصاد به دلایل متعددی از پوشش تأمین اجتماعی خارج هستند و مهم‌ترین علت آن وجود مشکل در جمع‌آوری سهم مشارکت کارگر و کارفرماست.

^۱. جراح و متخصص چشم پزشکی، رئیس هیات مدیره سازمان بیمه خدمات درمانی.

^۲. کارشناس، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص).

فقدان پوشش اجتماعی علل گسترده‌ای از مسائل اقتصادی، اجتماعی و سیاسی دارد. اگر این مشکلات خیلی ریز شود شانس دستیابی به راه‌حل‌های قابل انجام به شدت کاهش می‌یابد. بنابراین ضروری است مسائل در قلمرو وسیع‌تری که نظام‌های تأمین اجتماعی در آن عمل می‌کنند لحاظ شود.

زمانی که طرح بیمه اجتماعی برای بخش محدودی از نیروی کار در اقتصاد رسمی اجباری است قانونگذار همیشه گسترش آن را در آینده متصور است. اولین محدودیت پوشش در اکثر موارد مربوط به محدودیت‌های عملی است از جمله: فقدان زیر ساخت مناسب برای جمع‌آوری سهم مشارکت از کارگاه‌های کوچک یا خویش‌فرمایان یا فقدان تسهیلات مراقبت‌های سلامت در روستاها به گونه‌ای که کارگران تمایل به بیمه‌شدن را ندارند.

در سال‌های اخیر بسیاری از گروه‌های کارگری شاغل در اقتصاد غیررسمی طرح بیمه خرد مخصوص به خود را راه‌اندازی نموده‌اند. در این طرح‌ها بیمه به طور مستقل در سطح محلی مدیریت می‌شود و برخی مواقع این واحدهای محلی به ساختارهای بزرگ‌تری مرتبط می‌شوند که هم فعالیت بیمه‌ای را تقویت کرده و هم ساختارهای لازم برای بهبود حاکمیت را پشتیبانی می‌کند. چنین طرح‌هایی دارای مزیت چسبندگی^۱ و مشارکت مستقیم است در صورتی که چنین وضعیتی در مورد طرح‌های فراهم‌کننده محور صادق نیست. این طرح‌ها هزینه‌های اجرایی پایینی داشته ولی به لحاظ هزینه اثربخشی قضاوت‌ها متفاوت است. با توجه به کاهش افراد تحت پوشش تأمین اجتماعی در جهان دفتر بین‌المللی کار از سه راهبرد مکمل برای توسعه پوشش بهره می‌گیرد.

۱. توسعه ساز و کارهای تأمین اجتماعی کلاسیک شامل بیمه‌های اجتماعی، نظام‌ها و مزایای همگانی، برنامه‌های حمایت اجتماعی؛

۲. حمایت از نظام‌های عدم تمرکز در سطوح ناحیه‌ای و محلی به صورت «بیمه خرد»؛

۳. طراحی پل ارتباطی بین نظام‌های عدم تمرکز و سایر موارد مربوط به حفاظت‌های اجتماعی.

چهار روش برای توسعه حفاظت اجتماعی ارائه شده است که عبارتند از: توسعه طرح‌های بیمه اجتماعی، تشویق بیمه خرد، معرفی مزایای همگانی و خدماتی که از منابع عمومی دولت

تأمین مالی می‌شود و ایجاد یا توسعه مزایا و خدمات با توجه به تست‌دارایی (مساعده‌های اجتماعی) که از منابع عمومی تأمین مالی می‌شود.

در این رابطه بیشتر کشورهای در حال توسعه مدنظر است چرا که کشورهای توسعه یافته مشکل زیادی در این رابطه ندارند. در این مقاله ضمن بررسی تجارب جهانی راهکارهای مناسب ایران ارائه می‌شود. این راهکارها در موضوع توسعه طرح‌های بیمه اجتماعی، به طور خلاصه عبارتند از: جلوگیری از فرار بیمه‌ای کارگر و کارفرما، تسهیل شرایط بیمه‌شدن گروه‌های اجتماعی، اجباری کردن بیمه حرف و مشاغل آزاد، اعطای تخفیف در خصوص گروه‌های اجتماعی دارای ریسک پایین، ارائه خدمات درمانی برتر. سه روش دیگر در حوزه فعالیتی سازمان تأمین اجتماعی نبوده، اگر چه مواردی هم در این رابطه در متن مقاله ذکر شده است.

واژه‌های کلیدی: تأمین اجتماعی، بیمه اجتماعی، حمایت اجتماعی، گسترش پوشش، پوشش همگانی، بیمه خرد.

مقدمه:

سازمان ملل متحد بر اساس اعلامیه فیلادلفیا^۱ توسعه تأمین اجتماعی و تأمین درآمد پایه برای این پوشش را همراه با مراقبت‌های جامع درمانی به عنوان الزام برای کلیه دولت‌ها قلمداد کرده است. براساس بند ۱۷ مقاله‌نامه شماره ۶۷ دفتر بین‌المللی کار «بیمه اجتماعی باید بتواند حفاظت لازم در مقابل پیشامدهای ناگوار را برای کلیه افراد شاغل و خویش‌فرمایان و خانواده آنان فراهم آورد». ماده ۲۲ اعلامیه جهانی حقوق بشر در سال ۱۹۴۸ اعلام می‌کند «هر کس به عنوان عضوی از جامعه حق برخورداری از تأمین اجتماعی را دارد» و برطبق ماده ۲۵ به طور ویژه به حق برخورداری از مراقبت‌های درمانی، خدمات اجتماعی ضروری، تأمین بهنگام بیماری، ناتوانی، از دست دادن سرپرست، سالمندی و عدم اشتغال و مراقبت‌های ویژه و حمایت از مادران و کودکان اشاره شده است. همچنین ماده ۹ میثاق بین‌المللی در موضوع حقوق اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی در سال ۱۹۶۶ برخورداری از تأمین اجتماعی از جمله بیمه اجتماعی را حق کلیه افراد بشر می‌داند.

۱. دفتر بین‌المللی کار ۱۹۴۴

بر واضح است که استقرار عملیاتی این حقوق، اقدام‌های انسانی توسط دولت‌ها و جوامع را طلب می‌کند. دستیابی به استانداردهای حداقل اعلام شده توسط دفتر بین‌المللی کار که در مقاله‌نامه ۱۰۲ آن دفتر در سال ۱۹۵۲ ذکر شده است قدری مشکل است (۱).

در دهه ۱۹۹۰ تلاش برای پوشش شاغلین خارج از دستمزدگیران رسمی نیز صورت گرفت به گونه‌ای که در سال ۱۹۹۶ مقاله‌نامه ۱۷۷ صادر شد و در آن به تساوی بین کارکنان در منازل و سایر تحصیل‌کنندگان درآمد تأکید کرد یا مقاله‌نامه ۱۷۵ در سال ۱۹۹۴ اعلام می‌دارد کارگران نیمه‌وقت باید شرایطی مشابه کارگران تمام‌وقت داشته باشند.

خلاصه‌ای از ویژگی‌های اصلی مقاله‌نامه ۱۰۲ که زیر بنای نظام‌های تأمین اجتماعی در جهان را تشکیل می‌دهد در این بخش ذکر می‌شود. این مقاله‌نامه تنها کنوانسیون بین‌المللی است که ۹ شاخه کلاسیک تأمین اجتماعی را تعریف نموده و استانداردهای حداقلی را برای آن تعیین کرده است (۲):

۱. مراقبت‌های درمانی: پوشش هر گونه ناخوشی صرف نظر از علت آن، مراقبت‌های طبی، مراقبت‌های دوران بارداری زایمان و پس از آن و مراقبت‌های درمانی در قالب پیشگیری.
۲. مزایای بیماری: پوشش ناخوشی شامل ناتوانی در ادامه اشتغال ناشی از بیماری و پرداخت دستمزد از دست رفته.
۳. مزایای بیکاری: پوشش مواردی که موجب از دست رفتن درآمد ناشی از ناتوانی در پیدا کردن شغل مناسب می‌شود.
۴. مزایای سالمندی: امکان حفظ بقا بعد از سنی مشخص (نباید بالاتر از ۶۵ سال باشد).
۵. مزایای آسیب‌دیدگی ضمن کار: پوشش ناخوشی، عدم اشتغال، ازکارافتادگی و نقص عضو ناشی از حادثه شغلی یا بیماری حرفه‌ای.
۶. مزایای عائله‌مندی: پوشش مسئولیت نگهداری از کودکان زیر ۱۵ سال.
۷. مزایای زایمان: پوشش مراقبت‌های پزشکی در قبل، حین و بعد از زایمان و دستمزد از دست رفته.
۸. مزایای ازکارافتادگی: پوشش موارد مربوط به ناتوانی در اشتغال دائم به دنبال ازکارافتادگی موقت.
۹. مزایای بازماندگان: پوشش از دست دادن سرپرست برای بیوه زنان و کودکان.

۱۰. استانداردهای حداقلی مربوط به هر مورد پرداخت‌های دوره‌ای: دستیابی به اهداف حداقلی با اعمال اصول زیر صرف‌نظر از نوع طرح:

۱. مسئولیت عمومی دولت برای تأمین مزایا و ایجاد نهادهای لازم برای ارائه این خدمات؛

۲. تأمین مالی تجمعی^۱ طرح‌های تأمین اجتماعی؛

۳. تضمین مزایای تعریف شده توسط دولت؛

۴. تعدیل مستمری‌ها به هنگام پرداخت؛

۵. حق استیناف در موارد استنفاف از پرداخت مزایا یا شکایت در مورد کمیت و کیفیت آن

۱۱. استانداردهای حداقلی مربوط به هر مورد:

۱. درصد حداقلی در پوشش موارد مذکور در جدول شماره ۱ برای جمعیت تحت پوشش؛

۲. سطح حداقلی مزایا در پوشش موارد مذکور در جدول شماره ۱ برای جمعیت تحت پوشش.

با توجه به سابقه رسمی ۷۰ ساله تأمین اجتماعی در ایران و پشت سر گذاشتن دوره بلوغ این سازمان موضوع رسیدن به نقطه سر به سری و عدم تعادل منابع با مصارف آن دغدغه اصلی مدیران سازمان در سال‌های اخیر بوده است. این موضوع از آنجا ناشی شده است که نسبت پشتیبانی در این سازمان از عدد بیش از ۲۵ در دوران جوانی سازمان (دهه ۴۰) به عدد ۶/۷۲ در شرایط فعلی (۱۳۸۲) رسیده است.^۲ شاید به همین دلیل است که مدیرعامل سازمان رسیدن به حداقل ۱۰ میلیون بیمه‌پرداز (بیمه‌شده اصلی) را در کوتاه‌ترین زمان ممکن، هدف اصلی و شعار سازمانی قرار داده است تا از این رهگذر نسبت پشتیبانی را افزایش داده و سازمان را از نقطه سر به سری دور نماید.^۳ برای دستیابی به این مقصود ضرورت تبیین راهبردهای سازمانی

1. Collective Financing

۲. ملکوند فرد، فرخ، "بازشناسی و تحلیل عملکرد سازمان تأمین اجتماعی در قلمرو بیمه بازنشستگی"، مؤسسه

عالی پژوهش تأمین اجتماعی، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال پنجم، زمستان ۱۳۸۲.

۳. مصوبه شماره ۱۱۰۰/۸۸۱۰۱ مورخه ۸۶/۸/۲۷ هیات مدیره سازمان تأمین اجتماعی، مصوبه هیات مدیره در

مورد ۱۰ میلیون بیمه شده.

و شناسایی راهکارهای رسیدن به هدف وجود دارد. به همین منظور بررسی ادبیات جهانی در زمینه گسترش پوشش کمک شایانی در شناسایی راه‌های رسیدن به هدف خواهد کرد. بر واضح است که سازمان تأمین اجتماعی مطابق قانون تأمین اجتماعی بر پایه اصول بیمه‌های اجتماعی استوار است و نادیده گرفتن این اصول در دراز مدت صدمه‌های جبران‌ناپذیری را بر پیکر سازمان وارد خواهد کرد. این اصول عبارتند از!!!!

۱. همبستگی اجتماعی: عبارتست از احساس وحدت، وابستگی به یکدیگر و انجمن بین اعضای یک جامعه و مفهوم آن ترجیح علائق مشترک یک جامعه برعلائق و انگیزه‌های فردی است. به مصداق فرموده شیخ اجل سعدی شیرازی «بنی آدم اعضای یک پیکرند/ که در آفرینش ز یک گوهرند، چو عضوی به درد آورد روزگار/ دگر عضوها را نماند قرار» منظور از همبستگی احساس نیکوکاری و حس مشترک مسئولیت برای تأمین معاش و مراقبت‌های سلامت برای اقشار خاص اجتماعی مانند سالمندان، فقرا و اشخاص ناتوان از منظر یلامت و درآمد است و از این طریق است که قانون اعداد بزرگ جاری شده و نرخ حق بیمه مبتنی بر جامعه^۲ در مقابل نرخ حق بیمه مبتنی بر تجارب فردی^۳ شکل می‌گیرد.

۲. یارانه متقاطع^۴: به دنبال همبستگی اجتماعی، در یک گروه بزرگ و متحد، انتقال یارانه ازدارا به ندار، سالم به بیمار، جوان به پیر، غنی به فقیر و... صورت می‌پذیرد.

۳. اجبار قانونی^۵: در جهت اجرای دو اصل پیشین و به منظور جلوگیری از فرار بیمه‌ای اقشار برخوردار جامعه، کلیه تحصیل‌کنندگان درآمد موظف می‌شوند با پرداخت بخشی از درآمد خود به عضویت صندوق بیمه‌های اجتماعی درآیند.

۱. ملکوند فرد، فرخ، "باز شناسی و تحلیل عملکرد سازمان تأمین اجتماعی در قلمرو بیمه بازنستگی"، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال پنجم، زمستان ۱۳۸۲.

2. Community Rating
3. Experience Rating
4. Cross Subsidization
5. Mandatory

جدول شماره ۱. الزامات حداقلی برای پوشش و نرخ‌های حداقلی مزایای نقدی تحت مقابله نامه ۱۰۲

شاخه	پوشش	درصد
مزایای بیماری	حداقل ۵۰ درصد از کل شاغلین یا	۴۵٪ ^۱
	جمعیت فعال اقتصادی، حداقل ۲۰٪ از کل ساکنین یا	
	کل ساکنین با میانگینی پایین‌تر از حد	
مزایای بیکاری	حداقل ۵۰٪ از کل شاغلین یا	۴۵٪
	کل ساکنین با میانگینی پایین‌تر از حد	
مزایای سالمندی	حداقل ۵۰٪ از کل شاغلین یا	۴۰٪
	جمعیت فعال اقتصادی، حداقل ۲۰٪ از کل ساکنین یا	
	کل ساکنین با میانگینی پایین‌تر از حد	
مزایای حوادث شغلی		
کوتاه مدت	حداقل ۵۰٪ از کل شاغلین	۵۰٪
از کارافتادگی	حداقل ۵۰٪ از کل شاغلین	۵۰٪
بازماندگان	حداقل ۵۰٪ از کل شاغلین	۴۵٪
مزایای عائله‌مندی	حداقل ۵۰٪ از کل شاغلین یا	۳ (یا ۱/۱۵٪) ^۲
	حداقل ۲۰٪ از کل ساکنین یا	
	کل ساکنین با میانگینی پایین‌تر از حد	
مزایای بارداری (مادرانه)	کلیه زنان در کلاس‌های ذکر شده شامل حداقل ۵۰٪ از کل شاغلین یا	۴۵٪
	کلیه زنان در کلاس‌های ذکر شده در جمعیت فعال اقتصادی، حداقل ۲۰٪ از کل ساکنین	
مزایای	حداقل ۵۰٪ از کل شاغلین یا	۴۰٪

۱. درصد مستمرد پایه مطابق با درآمد قبلی (مزایای درآمد محور) یا مستمرد کارگر غیر ماهر مرد (مزایای نرخ ثابت)

۲. درصد مستمرد پایه ضربدر کل تعداد کودکان کل افراد تحت پوشش (یا کل ساکنین).

شاخه	پوشش	درصد
ازکارافتادگی	جمعیت فعال اقتصادی، حداقل ۲۰٪ از کل ساکنین یا	
	کل ساکنین با میانگینی پائین‌تر از حد	
مزایای بازماندگان	زنان و کودکان حداقل ۵۰٪ از کل شاغلین یا	۴۰٪
	زنان و کودکان تحت تکفل نان آور خانوار از کلاس‌های	
	جمعیت فعال اقتصادی، حداقل ۲۰٪ از کل ساکنین	
	کلیه ساکنین بیوه و کودک با میانگینی پایین‌تر از حد	

با توجه به اصول فوق هر راهکاری که در این سازمان برای گسترش پوشش ارائه می‌شود باید از سازوکارهای بیمه اجتماعی تبعیت نماید مگر اینکه بار مالی حمایت ایجاد شده که به مفهوم یارانه برای گسترش پوشش تلقی می‌شود توسط دولت تامین و پرداخت گردد تا از بروز مخاطره اخلاقی^۱ ناشی از عدم تقارن^۲ اطلاعات جلوگیری نماید.^۳

مشکل عدم پوشش

بخش اعظمی از جمعیت جهان از حفاظت‌های اجتماعی برخوردارن بوده یا برخوردارند جزیبی دارند. این امر در کشورهای در حال توسعه شدیدتر است. شاغلین بخش غیررسمی اقتصاد به دلایل متعددی از پوشش تأمین اجتماعی خارج هستند و مهم‌ترین علت آن وجود

۱. در نظام‌های بیمه‌ای، همیشه مشکل بالقوه تقاضای زیادی، به علت وجود مخاطره پدیدار می‌شود که در واقع عبارت است از تغییر نگرش در فراهم‌کنندگان و مصرف‌کنندگان خدمات که از بیمه‌شدن فرد ناشی می‌شود و تمایل به استفاده از خدمات را بیشتر می‌کند. از آن جایی که بیمه بودن موجب می‌شود هزینه‌های نهایی افراد بیمه‌شده کاهش پیدا کند، بنابراین تمایل به هزینه کردن از یک سو و کاهش در سازگاری با سبک زندگی سالم‌تر و متعاقب آن احتمال نیاز به مراقبت‌ها از دیگر سو، موجب افزایش هزینه‌ها می‌شود و زمانی مشکل پیچیده‌تر خواهد شد که بیمه‌شده در نقطه دریافت خدمات هیچ‌گونه هزینه‌ای پرداخت ننماید که خود موجب تشویق استفاده بیشتر و تکراری، بدون لحاظ کارایی خواهد شد (کتاب عدالت، بیمه اجتماعی و خرید خدمات درمانی، دکتر علی حسن زاده، موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی ۱۳۸۷ در حال چاپ).

۲. حالتی است که در آن میزان دانش بیمه‌شده و فراهم‌کننده خدمت یا بیمه‌گر در خصوص بیماری و سوابق آن متفاوت است. دانش بیشتر فراهم‌کننده منجر به تقاضای القایی و دانش بیشتر بیمه‌شده منجر به مخاطره اخلاقی می‌شود (همان).

۳. مصوبه شماره ۱۱۰۰/۸۸۱۰۱ مورخه ۸۶/۸/۲۷ هیات مدیره سازمان تأمین اجتماعی، مصوبه هیات مدیره در مورد ۱۰ میلیون بیمه شده.

مشکل در جمع‌آوری سهم مشارکت کارگر و کارفرما است. مشکل دیگر ناتوانی درآمدی آنان در تأمین حق بیمه مربوطه است. مهم‌ترین اولویت آنها مراقبت‌های سلامت است زیرا سلامت نیازی آنی است و اگرچه به مستمری دوران سالمندی نیز فکر می‌کنند ولی از آن جایی که این نیاز در آینده‌ای دور شکل خواهد گرفت فکر کردن برای بازنشستگی برایشان غیر واقعی است. در کنار این عوامل ناآشنایی با طرح‌های تأمین اجتماعی موجب می‌شود که تمایل کمتری برای پرداخت به این گونه طرح‌ها داشته باشند. با توجه به اعمال سیاست‌های تعدیل ساختاری^۱ در بسیاری از کشورهای در حال توسعه^۲، گرایش به سمت اشتغال غیررسمی افزایش یافته و جمعیت فزاینده‌ای از نیروی کار شهری در این بخش اشتغال دارند که خود در بهترین شرایط منجر به کندی رشد دستمزد اشتغال و مهاجرت سنگین به شهرها می‌شود. همین موضوع چرخه معیوبی ایجاد کرده، دستمزدها را بیشتر کاهش داده و اشتغال غیررسمی را افزایش می‌دهد. به طور مثال در هند با احتساب بخش کشاورزی بیش از ۹۰ درصد کارگران در بخش غیررسمی اقتصاد فعالیت دارند. اقتصاد غیررسمی به تنهایی یک بخش نیست بلکه پدیده‌ای است که در کلیه بخش‌ها وجود داشته و کارگران طبقات مختلف از کارکنان، خویش‌فرمایان، کارگران منازل، تا کارگران فاهیلی بدون دستمزد را در بر می‌گیرد. غیررسمی‌سازی^۳ فقط محدود به کارگاه‌های کوچک نبوده بلکه در بسیاری از کشورهای نیروی کار دارای دستمزد تنظیم نشده در کل اقتصاد را در بر می‌گیرد. بطور مثال حدود ۴۰ درصد از تحصیل‌کنندگان درآمد شهری در بخش غیررسمی شاغل هستند.^۴

در بسیاری از کشورها زنان به علت دارا بودن مسئولیت سنگین اداره خانواده، تبعیض بین زن و مرد و سایر علل، بیشتر در بخش غیررسمی شاغل هستند و این موضوع از جهت عمر

۱. با سه مؤلفه کاهش هزینه‌های دولت (منجمد کردن تشکیلات دولت)، آزادسازی بازار (تعاملات بازار و رقابت اقتصادی) و کاهش نرخ ارز (تعدیل نرخ) مشخص شده و از توصیه‌های بانک جهانی در مقابله با چالش‌های اداره اقتصادی کشورهای در حال توسعه ارائه شد. در ایران نیز در دهه ۷۰ این توصیه توسط بانک مرکزی به مرحله اجرا درآمد.

۲. مصوبه شماره ۱۶۴۹۶/ت/۳۹۱۹۴ ن مورخه ۱۳۸۷/۲/۸ کمیسیون موضوع اصل ۱۳۸ قانون اساسی در خصوص تعرفه خدمات تشخیصی درمانی در بخش دولتی سال ۱۳۸۷.

3. Informalization

۴. حسن زاده، علی مجموعه مقالات ارائه شده در بیست و هفتمین نشست مجمع عمومی اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی سوئد، نشر دفتر طرح و نشر انتشارات علمی و فرهنگی، ۱۳۸۱.

طولانی‌تر آنان نسبت به مردان به لحاظ مستمری اهمیت دارد. کارگران اقتصاد غیررسمی فاقد هر گونه امنیت شغلی و درآمدی هستند، درآمدها بسیار پایین و افت و خیز زیادی نسبت به سایر کارگران دارد. کوتاه‌ترین دوره بیماری، آنها را از درآمد اندکی که دارند محروم کرده و بیماری افراد خانوار هزینه‌هایی را به آنان تحمیل می‌نماید که تراز ظریف بودجه خانوار را بهم ریخته و آنان را مواجه با هزینه‌های اسفبار می‌کند.

سیاست‌های توسعه پوشش:

فقدان پوشش اجتماعی علل گسترده‌ای از مسائل اقتصادی، اجتماعی و سیاسی دارد. اگر این مشکلات خیلی ریز شود شانس دستیابی به راه‌حل‌های قابل انجام به شدت کاهش می‌یابد. بنابراین ضروری است مسائل در قلمرو وسیع‌تری که نظام‌های تأمین اجتماعی در آن عمل می‌کنند، لحاظ شود.

اولین نکته‌ای که باید توجه کرد ساختار حکومتی کشور است. تجربه نشان می‌دهد در اقتصادهای بازار، البته با استثنائاتی، روند به سمت ارتباط بین سطح مردم سالاری و کفایت حفاظت اجتماعی است. برای اینکه نیازهای سلاهی و امنیت درآمدی اقشار آسیب‌پذیر برآورده شود ضرورت رسیدن صدای آنها به گوش سیاستگذاران وجود دارد. تجربه نشان می‌دهد اگر در بلندمدت مردم‌سالاری نتواند کفایت حفاظت اجتماعی را تضمین نماید امکان بقا نخواهد داشت.

دومین نکته شرایط اقتصاد کلان و وضعیت بازار کار است. اگر بازار کار به قدر کافی قوی باشد دورنمای حفاظت اجتماعی به طور طبیعی توسعه پیدا خواهد کرد. اگر تقاضا برای نیروی کار ضعیف باشد اقتصاد غیر رسمی شکل گرفته، افراد اندکی شغل آبرومند پیدا کرده و اکثریت آنان مشاغلی تعریف نشده با دستمزد نامناسب خواهند داشت. برعکس اگر تقاضا برای نیروی کار افزایش یابد کارکنان بیشتری اشتغال بهتر و درآمد مناسب‌تری در اقتصاد رسمی خواهند داشت. در این صورت اقتصاد غیررسمی و تظاهرات آن به طور طبیعی و به سرعت محو می‌شود.

نکته سوم اینکه تقاضای زیادی نباید به نظام‌های تأمین اجتماعی تحمیل شود. این نظام‌ها نمی‌تواند جایگزینی برای سیاست‌های اقتصاد کلان، آموزش منطقه‌ای و مسکن شود. نظام‌های تأمین اجتماعی موجب بازتوزیع درآمد از ثروتمند به فقیر شده ولی این امر هدف اصلی آنها

نیست. اولین هدف این نظام‌ها فراهم کردن امنیت برای مردم در زمانی است که بیمار، ناتوان، بیکار و بازنشسته می‌شوند.

در نهایت اعتماد عمومی در نظام‌های تأمین اجتماعی؛ در صورتی که بخواهد پوشش وسیع را حفظ و نگهداری نماید؛ بسیار حیاتی است. این امر نه تنها نیازمند نظام اجرایی کارآمد بلکه استانداردهای بالایی از صداقت مالی است. در جوامعی که این اعتماد وجود ندارد مردم با وجود بالا بودن نیازشان به حفاظت اجتماعی، از مشارکت سرباز می‌زنند.

راهبردهایی برای توسعه حفاظت اجتماعی

اصولاً چهار روش برای توسعه حفاظت اجتماعی ارائه شده است.

1. توسعه طرح‌های بیمه اجتماعی؛
2. تشویق بیمه خرد؛
3. معرفی مزایای همگانی و خدماتی که از منابع عمومی دولت تأمین مالی می‌شود؛
4. ایجاد یا توسعه مزایا و خدمات با توجه به تست‌داری (مساعده‌های اجتماعی) که از منابع عمومی تأمین مالی می‌شود.

هیچ‌کدام از رویکردهای فوق را نمی‌توان اولویت اصلی تلقی نمود بلکه بسته به شرایط ملی و راهبردهای کشوری، ترکیب مناسبی از آنها انتخاب می‌شود. برای دستیابی به پیشرفت باید به نقش هرکدام به تنهایی و ارتباط بین آنها در گسترش پوشش دقت نموده و پژوهش، آزمون و خلاقیت‌های لازم برای درک این ارتباط انجام داد. طبیعی است که در این فرایند بین کشورهای مختلف با ساختار اجتماعی اقتصادی متفاوت باید فرق قائل شد. در کشورهای متوسط درآمد و کشورهای صنعتی که نهادهای تأمین اجتماعی در آنها به خوبی شکل گرفته است در صورتی که پوشش ناقص است گسترش پوشش به کل یا بخش اعظم جمعیت با اعمال تغییر در نظام بیمه اجتماعی موجود برای سازگاری با نیازهای جمعیت هدف امکان‌پذیر است. در کشورهای کم درآمد که در آنها نیاز به افزایش واقعی پوشش وجود دارد باید از سایر رویکردها بهره جست.

توسعه طرح‌های بیمه اجتماعی

زمانی که طرح بیمه اجتماعی برای بخش محدودی از نیروی کار در اقتصاد رسمی اجباری است قانونگذار همیشه گسترش آن را در آینده متصور است. اولین محدودیت پوشش در اکثر موارد مربوط به محدودیت‌های عملی است از جمله: فقدان زیرساخت مناسب برای جمع‌آوری سهم مشارکت از کارگاه‌های کوچک یا خویش‌فرمایان یا فقدان تسهیلات مراقبت‌های سلامت در روستاها به گونه‌ای کارگران تمایل به بیمه‌شدن را ندارند. اگر چه توجه به این عوامل در جای خود ارزشمند است ولی سیاستگذار سؤالی که همیشه باید از خود پرسد این است که چگونه می‌توان این محدودیت‌ها را از سر راه برداشت؟ متأسفانه در اغلب موارد به دلایل گوناگونی به این سؤال پاسخ داده نمی‌شود از جمله:

۱. فقدان فشار سیاسی مؤثر از سوی کسانی که پوشش ندارند و آگاهی محدود آنان از مزایای حفاظت اجتماعی؛
۲. فقدان مشارکت مؤثر و کارآمد اجتماعی در برخی کشورها و در سطح بین‌المللی؛
۳. عدم تمایل یا ناتوانی دولت‌ها در قبول التزام‌های جدید و بالقوه هزینه‌زا؛
۴. اینرسی نهادی.

دلیل اول و تا حدودی دوم بیانگر سطح به نسبت پایین سازماندهی در بین مردمی است که تحت حفاظت نیستند. دلیل سوم مربوط به این واقعیت است که یارانه‌هایی که دولت برای برخی اقلیت‌ها فراهم می‌کند در صورت گسترش به جمعیت بیشتر بسیار گران خواهد بود. دلیل چهارم نهادهایی که باید پیشنهاد برای گسترش پوشش بدهند عموماً خود مجری نظام موجود هستند لذا انگیزه کمی برای گسترش پوشش در شرایط سخت، به دلیل مشکل‌تر شدن مسئولیتشان دارند.

برداشتن محدودیت از آزادی اتحادیه‌ها و تقویت نهادهای دموکراتیک کمک به حل مشکل اول کرده و اقدام‌ها برای تقویت چانه‌زنی‌های عمومی^۱ و نهادهای سه‌جانبه^۲ مربوط به بحث دوم است. تاثیر جانی بر بودجه عمومی دولت به دنبال گسترش پوشش بیمه اجتماعی را می‌توان از طریق کاهش، تغییر سمت و در صورت لزوم حذف یارانه‌های دولتی ضعیف کرد، به خصوص زمانی که یارانه اختصاص به جمعیت اقلیت دارد. در مورد اینرسی نهادی، این

1. Collective Bargaining
2. Tripartite Institutions

موضوع با اقدام دولت تا حدودی قابل کنترل است. برای آزاد نمودن نهاد تأمین اجتماعی از مقررات خدمات شهری که محدودیت غیر واقعی در بکارگیری کارکنان و سطوح پرداخت به آنان اعمال می‌کند؛ رهنمود شفاف برای پیشنهاد تصویب قوانین در راستای توسعه پوشش در چارچوب زمانی مشخص ارائه می‌شود.

پوشش اجباری با تحت شمول قرار دادن کارگاه‌های کوچک مرحله به مرحله توسعه می‌یابد. هر الحاق جدید تعداد کارگران بیمه‌شده را افزایش می‌دهد ولی تعداد کارگاه‌هایی که تأمین اجتماعی باید با آن سروکار داشته باشد به طور نامناسبی افزایش می‌یابد. کارگاه‌های کوچکتر مشکلات مازادی نیز تولید می‌کنند که ناشی از حساب‌های ناقص و ترتیبات ناکافی برای پرداخت دستمزد کارگران از یک طرف و تمایل شدید آنها به عدم تطابق است. تجربه کشورهای مختلف نشان می‌دهد که بهتر است از اعمال هر گونه آستانه در پوشش خودداری گردد تا از ایجاد انگیزش برای اعلام غیرواقعی تعداد کارگران جلوگیری شود. بسیاری از کارگاه‌ها اغلب اعلام می‌کنند که زیر آستانه بوده و اثبات این امر در عمل بسیار مشکل خواهد بود. علاوه بر آن ضوابطی که کارگاه‌ها را تشویق می‌کند کوچک بمانند به طور جدی از رشد آنها ممانعت کرده و رشد بهره‌وری را محدود خواهد نمود. مهم‌ترین علت برای پوشش حتی کوچک‌ترین کارگاه‌ها این است که کارگران آنها پایین‌ترین دستمزدها را دریافت کرده و حداقل امنیت شغلی را دارند بنابراین بیشترین نیاز را نسبت به سایر کارکنان به تأمین اجتماعی دارند.

اقدام به توسعه پوشش بیمه‌های اجتماعی موجود به خویش‌فرمایان با موفقیت‌هایی همراه بوده است. تعداد اندکی به صورت اختیاری وارد طرح می‌شوند چرا که هم فاقد تمایل و هم ناتوان در پرداخت توأمان سهم مشارکت کارگر و کارفرما هستند فقط در شرایط محدودی است که افراد انگیزه قوی برای مشارکت اختیاری دارند و آن زمانی است که می‌خواهند شرایط شمول مستمری خود را حفظ نمایند یا حداقل دوره لازم برای دریافت مستمری را تکمیل کنند. اقدام برای پوشش اجباری خویش‌فرمایان نیز خیلی عملیاتی نیست زیرا مشکل در شناسایی آنان از یک طرف و میزان درآمد آنان از سوی دیگر وجود دارد. اگرچه در صورتی که دولت یارانه برای این گروه اختصاص دهد امکان موفقیت وجود دارد ولی در واقع به علت پایین بودن ظرفیت مشارکتی اکثر خویش‌فرمایان، بیمه‌های اجتماعی مزایای محدودتری نسبت به سایر بیمه‌شدگان برای آنان فراهم می‌کنند. بیشتر پشتیبانی‌های مالی برای پوشش اختیاری، به طرح‌های بیمه سلامت و مستمری خصوصی مکمل سرازیر شده و به نفع اقشار درآمد بالا بوده

و به همین دلیل است که دولت باید در پشتیبانی از پوشش اختیاری تخصیص بارانه‌ها را هدف‌مند نماید.

مثال‌هایی از توسعه موفق پوشش اجباری:

در سال ۱۹۹۵ دولت نامیبیا طرح جدید پوشش مزایای مرگ، بیماری و زایمان (مادرانه) را اجرا نمود. تا سال ۱۹۹۹ حدود ۸۰ درصد از کارگران بخش رسمی تحت پوشش قرار گرفته و طرح مقبولیت عمومی وسیعی پیدا کرد. این طرح سه ماه مزایای زایمان (مادرانه) به میزان ۸۰ درصد دستمزد، تا دو سال مزایای بیماری، به میزان ۶۰ درصد از دستمزد برای شش ماه و ۵۰ درصد بعد از آن فراهم نمود. موفقیت طرح به علت اجرای کارآمد، سهم مشارکت پایین و فقدان انگیزه‌های مالی در مخالفت با آن بود.

در خلال انتخابات دور اول بیل کلینتون در امریکا، یکی از افرادی که توسط وی نامزد یکی از پست‌های ارشد شده بود در پاسخ به این سؤال که آیا او حق بیمه تأمین اجتماعی را برای فردی که استخدام کرده تا از فرزند وی نگهداری کند پرداخته است یا خیر؟ پاسخ او منفی بود. همین امر در مورد بسیاری از نامزدهای پست‌های ارشد صادق بود به همین دلیل کنگره قانونی را تصویب نمود که به موجب آن پرداخت سهم مشارکت‌ها ساده‌تر شد و جرائم برای نپرداختن این سهم افزایش یافت. همین امر موجب شد بسیاری از کارگران شاغل در منزل و کارگران خانوادگی تحت پوشش قرار گیرد.

در نظام مستمری ملی کره که ۷/۸ میلیون کارگر را تحت پوشش داشت در ۱۹۹۹ توسعه‌یافته و ۸/۹ میلیون نفر را تحت پوشش قرار داد که عبارت بودند از خویش‌فرمایان شهری و کارکنان کارگاه‌های کمتر از پنج نفر کارگر. در سال قبل از آن که طرح بیمه بیکاری فقط به شاغلین کارگاه‌های دارای ۳۰ نفر و بیشتر کارگر اختصاص داشت توسعه‌یافته و کارگاه‌های ۱۰ نفر کارگر و بیشتر را در بر گرفت و در انتهای همان سال طی توافقی با کمیته سه جانبه، کارگران کارگاه‌های ۵ نفر و بیشتر و از سال ۱۹۹۹ کارگران نیمه‌وقت را نیز پوشش داد. در اسپانیا بر طبق قانونی که در سال ۱۹۸۶ به تصویب رسید خدمات ملی سلامت توانست در ۹۹/۸ درصد جمعیت را در دهه ۹۰ تحت پوشش قرار دهد که شامل کلیه وابستگان بیمه‌شده

اصلی (صرف نظر از سن)، دریافت‌کنندگان مستمری اجتماعی و کلیه افرادی که مراقبت‌های سلامت آنان از محلی خارج از طرح رفاہ فقرا تأمین می‌شد، بود^۱.

تشویق بیمه خرد^۲ و طرح‌های ویژه برای کارگران شاغل در اقتصاد غیررسمی در سال‌های اخیر بسیاری از گروه‌های کارگری شاغل در اقتصاد غیررسمی طرح بیمه خرد مخصوص به خود را راه‌اندازی کردند. در این طرح‌ها بیمه به طور مستقل در سطح محلی مدیریت می‌شود و برخی مواقع این واحدهای محلی به ساختارهای بزرگتری مرتبط می‌شوند که هم فعالیت بیمه‌ای را تقویت کرده و هم ساختارهای لازم برای بهبود حاکمیت را پشتیبانی می‌کند. چنین طرح‌هایی دارای مزیت چسبندگی^۳ و مشارکت مستقیم است در صورتی که چنین وضعیتی در مورد طرح‌های فراهم‌کننده محور صادق نیست. این طرح‌ها هزینه‌های اجرایی پایینی داشته ولی به لحاظ هزینه اثربخشی قضاوت‌ها متفاوت است. این گونه طرح‌ها می‌تواند در قالب طرح‌های اعتباری^۴ مانند بانک «گرامین»^۵ راه‌اندازی شود که تجربه جمع‌آوری سهم مشارکت و اداره پرداخت‌ها راداراست. از طرف دیگر در آرژانتین سازمان‌های مزایای دو جانبه از طرح‌های اعتباری برای اعطای یارانه در قلمرو مراقبت‌های سلامتی استفاده کرده‌اند. طرح‌های اعتباری در برخی اوقات همراه با سازمان‌ها توسعه یافته‌اند مانند اتحادیه زنان خویش‌فرما در هند^۶ که شناخت خوبی از نیازهای اعضای خود دارند.

عبارت بیمه خرد به توانایی بکارگیری جریان‌های نقدی کوچک مقیاس (هم از طریق درآمد و هم مصرف) اطلاق می‌شود، نه اندازه طرح، اگرچه به طور عمده چنان طرح‌هایی در محیط‌های محلی و با عضویت بسیار کوچک فعال هستند. هدف اولیه آنها کمک به اعضا برای تأمین هزینه‌های غیرقابل پیش‌بینی سلامت است که به شکل خارج از جیب پرداخت می‌شوند. این طرح‌ها عموماً در فکر تأمین بیمه سلامت جامع یا پرداخت مزایای جایگزین درآمدی نیستند.

۱. مصوبه شماره ۳۵۰۰/ت۳۹۹۵۹ ک مورخه ۱۳۸۷/۳/۸ کمیسیون موضوع اصل ۱۳۸ قانون اساسی در خصوص تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی بخش خصوصی سال ۱۳۸۷.

2. Micro Insurance

3. Ccohesion

4. Ccredit Scheme

5. Grameen Bank

6. Self-Employed Women's Association (SEWA) of India

تخمین زده می‌شود که طرح‌های بیمه خرد توان جذب حدود ۲۵ درصد از جمعیت هدف را در محلاتی که راه‌اندازی می‌شوند، دارند. تنها طرح‌هایی که نرخ بالای نفوذ (بین ۵۰ تا ۱۰۰ درصد) را دارند آن‌هایی هستند که در جامعه‌دارای علائق مشترکی هستند یا کلیه اعضای جمعیت هدف مجبور به عضویت در آن هستند مانند اتحاد تجاری و انجمن‌های شغلی. این طرح‌ها اگرچه دور از حد قابل قبول است ولی بسیار بالاتر از میزانی است که در بیمه‌های اجتماعی خویش‌فرمایان با ماهیت اختیاری حاصل می‌شود. شکی نیست که مشارکت‌ها در بیمه خرد بسیار پایین‌تر است زیرا این طرح‌ها بر تأمین مزایایی تأکید دارند که افراد به طور اورژانس به آنها نیاز دارند.

طرح‌های بیمه خرد پتانسیل افزایش پوشش حفاظت اجتماعی را از طریق هماهنگی با همدیگر با طرح بیمه اجتماعی اجباری، دولت‌های ملی و محلی و سایر سازمان‌های بزرگ مقیاس دارند. روش‌های مختلفی که دولت می‌تواند بیمه خرد را تقویت نماید عبارت است از:!!
 ۱. پشتیبانی مالی: کمک به تنظیم هزینه‌ها، تسهیل گزینه‌های بیمه خرد، پرداخت یارانه در قالب یارانه‌های همسان و...!

۲. ایجاد چارچوب قانونی و محیط مقرراتی که این طرح‌ها در آن فعالیت نمایند مانند تضمین مدیریت شفاف از بعد اقتصادی و دموکراسی.

مثالی از پشتیبانی دولت از کارگران شاغل در بخش غیررسمی اقتصاد، طرح رفاه نیروی کار در هند است که از محل منابع مالیاتی حاصل از حدود ۵ میلیون کارگر در صنایع سیگار و سینما و همچنین برخی معادن حاصل می‌شود. طرح مشابهی در فیلیپین برای کارگران شکر اجرا می‌گردد. ولی در کل منابع ایجاد شده کم بوده و حفاظت اجتماعی محدودی تأمین می‌شود.

معرفی مزایا و خدمات همگانی که از محل منابع عمومی دولت تأمین می‌شود
 مزایای نقدی همگانی در تعدادی از کشورهای صنعتی وجود دارد، ولی این مزایا به ندرت در کشورهای در حال توسعه دیده می‌شود. طبق تعریف طرح‌های همگانی پوشش را برای ۱۰ درصد از جمعیت هدف بدون هر گونه سهم مشارکت یا تست‌دارایی، مثلاً بالاتر از یک سن خاص، فراهم می‌کند. این طرح بسیاری از مشکلات نظام‌های مشارکتی را نداشته ولی هزینه بالاتری را با توجه به تأمین مزایا برای مردمان بیشتر در بر دارد، اگر چه باید دقت کرد که

شرایط شمول مانند سن مستمری عاملی محدودکننده بوده و سطح مزایا نیز پایین است. نظام‌های همگانی سلامت نسبت به سایر نظام‌های مراقبت سلامت قادر به کنترل‌های مؤثر هزینه‌ای هستند و نیاز به صرف پول برای نظام‌های اجرایی بیمه و صورتحساب بیماران ندارند. تفاوت دیگر بین طرح‌های مشارکتی و پوشش همگانی این است که در دومی مزایای نقدی بیشتر برای تحصیل‌کنندگان درآمد بالا تأمین نمی‌شود و در عوض مبلغ ثابت یکسان برای کلیه افرادی که مشمول هستند پرداخت می‌شود و همین امر موجب کاهش هزینه‌های طرح همگانی می‌شود.

طرح‌های همگانی تا حد زیادی تساوی جنسیتی را تقویت می‌کند. در این طرح‌ها مردم صرف‌نظر از وضعیت اشتغال و تاریخچه شغلی تحت پوشش قرار می‌گیرند. زنان به نسبت مشابهی با مردان از مزایا برخوردار می‌شوند. مزایا در این طرح‌ها برای زنان اهمیت دارد مانند مستمری سالمندی (زنان بیش از مردان عمر می‌کنند)، حق اولاد (زنان به طور سستی بیشتر درگیر با مراقبت از کودکان هستند)، مراقبت‌های سلامت (مانند سلامت کودکان و موضوع سلامت تولید مثل برای زنان اهمیت دارد).

تنها مشکل طرح‌های همگانی؛ که به طور عمده در جهان صنعتی وجود دارند، هزینه‌های تجمعی^۱ (کمتر از طرح‌های مشارکتی است) نیست. در واقع این طرح‌ها برخلاف طرح‌های مشارکتی از محل منابع عمومی دولت تأمین مالی شده و هر ساله باید با سایر اولویت‌های هزینه‌ای دولت رقابت کند. بنابراین آنچه که در یک سال قابل دسترس است در سالی دیگر با تغییر شرایط اقتصادی کمتر قابل دستیابی است.

گسترده‌ترین شکل مزایای نقدی همگانی «درآمد شهروندی»^۲ است که نه تنها باید برای گروه‌هایی مانند کودکان و سالمندان که توان درآمدی اداره زندگی خود را ندارند، فراهم شود بلکه باید برای سنین اشتغال نیز تأمین شود. امروزه مباحث چندی در این زمینه شکل گرفته است، بر این اساس طرح باید جایگزین مزایای مرتبط با تست‌دارایی از جمله حمایت‌های اجتماعی شود و در سایر موارد جایگزین تمام طرح‌های تأمین اجتماعی موجود از جمله بیمه اجتماعی شود.

1. Aggregate Cost
2. Citizen income

ایجاد یا توسعه مزایای مرتبط با تست‌دارایی (حمایت‌های اجتماعی)

حمایت‌های اجتماعی به تقریب در تمام کشورهای صنعتی وجود دارد و در حداقل شرایط برخی از شکاف‌ها که به دنبال سایر طرح‌های پشتیبانی اجتماعی ایجاد شده و منجر به فقر می‌شود را پوشش می‌دهد. در کشورهای در حال توسعه این موضوع کمتر گسترش یافته و در جاهایی که وجود دارد محدود به یک یا دو طبقه از جمعیت مانند سالمندان است. علت اصلی عدم گسترش طرح در این کشورها، کمبود منابع کافی برای تأمین آن است. ممکن است این سؤال پیش آید که آیا دولت‌ها در تبیین اولویت‌ها، وزن کافی به طرح‌های حمایتی اجتماعی که ذی‌نفعان آنان در جایگاهی فاقد قدرت سیاسی هستند، می‌دهند؟

حمایت اجتماعی تنها اقشاری را هدف می‌گیرد که دارای نیاز هستند و تست‌دارایی در تئوری می‌تواند این گروه‌ها را شناسایی نماید. ولی در عمل این امر حتی در بهترین نظام‌های حمایت اجتماعی کاملاً متفاوت است. از طرف دیگر هیچ تست‌دارایی وجود ندارد که به طور کامل بتواند افرادی را که واجد شرایط نیستند جدا کند و در هر حال تعدادی از افراد فاقد شرایط لازم به خصوص در کشورهای دارای اقتصاد غیررسمی، از مزایا برخوردار می‌شوند. این گونه اشتباهات بسیار جدی است زیرا از یک طرف موجب هزینه بیشتر شده و از سوی دیگر موجب از بین رفتن اعتماد عمومی به نظام می‌شود. حمایت‌های اجتماعی به دلایل زیر نمی‌تواند در دسترس بسیاری از افراد نیازمند قرار گیرد!!

۱. افراد به دلیل عزت نفس تمایل به شناخته شدن و انگشت‌نما شدن ندارند؛
۲. برخی ممکن است از حقوق قانونی خود در این زمینه مطلع نباشند؛
۳. ثبت نام برای دریافت مزایا فرایندی پیچیده و زمان‌بر است و انجام آن برای اشخاص مشکل است؛

۴. حمایت اجتماعی اغلب مواجه با قضاوت‌های اجرایی قابل توجهی از جمله تبعیض، حمایت‌طلبی، تحت‌قیمومیت بودن و... است.

هر چه تست‌دارایی سخت‌تر باشد شانس اینکه مردم برای ثبت درخواست مراجعه کنند کمتر می‌شود. سازوکارهای خود انتخابی به خصوص در کشورهای در حال توسعه، اغلب مناسب‌تر از تست‌دارایی است. به طور مثال از این روش در تأمین کار دستمزدی در طرح‌های نیازمند نیروی کار و کمک‌های غذایی پایه استفاده می‌شود.

حمایت اجتماعی مبتنی بر تست‌دارایی با بعد منفی دیگری نیز همراه است. اگر این تصور ایجاد شود که در صورتی که افراد بتوانند صرفه‌جویی کنند این مقدار از مزایای آنها کسر خواهد شد، آنان تشویق می‌شوند که پس‌انداز نکنند. از طرف دیگر حمایت اجتماعی برای برخی اقشار آسیب‌پذیر مانند سالمندان و کودکان می‌تواند مفید باشد. این روش ممکن است تنها راه‌حل برای افراد فاقد سرپرستی که نتوانسته‌اند حق بیمه اجتماعی را پرداخت کنند یا همسرشان تحت پوشش بیمه بازماندگان نیست، باشد. هم‌چنین روشی برای کمک به خانوارهای دارای فرزند است. به طور مثال در تعدادی از کشورها این مزایا به شرط حضور کودکان در مدرسه پرداخت می‌شود.

رابطه بین اجزای مختلف پشتیبانی اجتماعی:

اکثر نظام‌های پشتیبانی اجتماعی پیچیده بوده و ارتباط بین اجزای مختلف آن وجود دارد. یکی از این ارتباط‌های شفاف، مکمل بودن برخی مزایا با برخی دیگر است. مزایای طرح اجباری ممکن است مکمل مزایای همگانی باشد. مزایای مشارکت اختیاری ممکن است مکمل یک یا هر دوی آنها شود. رابطه بین حمایت اجتماعی و سایر اجزای پشتیبانی اجتماعی کاملاً متفاوت است. اگر فردی که حمایت اجتماعی دریافت می‌کند مشمول سایر مزایای اجتماعی شود، این مزایا از مبلغ حمایت وی حذف می‌گردد. حال اگر این مزایا ناشی از مشارکت باشد در این صورت برای هیچ مشارکت کرده است. بنابراین رابطه بین تست‌دارایی و طرح‌های مشارکتی رابطه‌ای پیوسته است. وجود رابطه‌های مختلف، نیاز به تدوین سیاست عمومی که بتواند کلیت پشتیبانی اجتماعی را در نظر بگیرد و اولویت‌ها را تعریف کرده و میزان مشارکت دولت در آن را تعیین کند، ضروری می‌نماید.

راهبرد دفتر بین‌المللی کار به منظور توسعه پوشش تأمین اجتماعی

با توجه به کاهش افراد تحت پوشش تأمین اجتماعی در جهان این دفتر از سه راهبرد مکمل برای توسعه پوشش بهره می‌گیرد^۱.

۱. حسن زاده، علی مجموعه مقالات ارائه شده در بیست و هفتمین نشست مجمع عمومی اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی سوئد، نشر دفتر طرح و نشر انتشارات علمی و فرهنگی، ۱۳۸۱.

۱. توسعه ساز و کارهای تأمین اجتماعی کلاسیک شامل بیمه‌های اجتماعی، نظام‌ها و مزایای همگانی، برنامه‌های حمایت اجتماعی؛
۲. حمایت از نظام‌های عدم تمرکز در سطوح ناحیه‌ای و محلی به صورت «بیمه خرد»؛
۳. طراحی پل ارتباطی بین نظام‌های عدم تمرکز و سایر موارد مربوط به حفاظت‌های اجتماعی.

در این رابطه بیشتر کشورهای در حال توسعه مد نظر است چرا که کشورهای توسعه یافته مشکل زیادی در این رابطه ندارند. کشورهای در حال توسعه را در دو گروه می‌توان طبقه‌بندی کرد:

۱. کشورهای درآمد متوسط: که دارای ظرفیت مالی و ساختاری برای انجام فعالیت‌هایی مانند جمع‌آوری مالیات‌ها، امکان گسترش پوشش بر مبنای نظام‌های عمومی بوده و امکان پوشش خویش‌فرمایان و گسترش پوشش تأمین اجتماعی را دارا هستند. در این کشورها امکان طراحی برنامه‌های مبتنی بر ساز و کارهای بیمه‌ای و برنامه‌های دارای بارانه‌های عمومی برای اقشار کم‌درآمد و شاغلین بخش غیررسمی اقتصاد وجود دارد.
۲. کشورهای فقیر: در این کشورها قدرت دولت برای مداخله بسیار کم است. دفتر بین‌المللی کار دو رویکرد را برای این کشورها پیشنهاد می‌کند.

الف) بازسازی ساختار نظام‌های تأمین اجتماعی موجود به منظور بهبود کیفیت و دورنمای پوشش؛

ب) حمایت از توسعه ساز و کارهای غیرمتمرکز حمایتی به خصوص «بیمه خرد»؛
بخش «ب» در اولویت برنامه‌ها قرار می‌گیرد تا مشارکت جمعیت‌های هدف را جلب نماید و فرهنگ بیمه را گسترش داده و همبستگی اجتماعی را در مقایسه با ریسک‌های اجتماعی تقویت کند. از دیدگاه بین‌المللی عمده‌ترین محل اثرگذاری، به خصوص در کشورهای آفریقا و امریکای لاتین، در همین بخش است.

در خصوص توسعه پوشش سنوآل این است که آیا توسعه پوشش موجود که فقط بخش ناچیزی از جمعیت را در بر می‌گیرد به کل جمعیت صورت پذیرد؟ یا ساز و کارهایی طراحی شود که سطوح پایینی از پوشش را برای جمعیت خارج از پوشش فراهم کند؟ گزینه اول محدودیت‌های خاص خود را دارد ولی گزینه دوم عملیاتی‌تر است چرا که موضوع پوشش فقرا در کشورهای در حال توسعه اقدامی جدی و فوری را طلب می‌کند. در این رابطه باید به دو نکته توجه کرد: !!

۱. توسعه پوشش تأمین اجتماعی نیازمند ساز و کارهای دینامیک و پویا است که دارای پروسه‌ای طولانی بوده و هدف آن تضمین درآمدی ایمن و دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی درمانی متعادل با ظرفیت اقتصادی و تمایل سیاسی کشور است.
۲. تأمین پل ارتباطی بین جمعیت خارج از پوشش و سایر ساز و کارهای حفاظت اجتماعی که هدف آن طراحی تأمین اجتماعی در سطح ملی بوده و نیازمند مشارکت کلیه فعالان اجتماعی است (دولت، بخش خصوصی، بخش تجاری و ...)
۱. فرم‌های کلاسیک تأمین اجتماعی (بیمه اجتماعی، نظام‌های همگانی، حمایت‌های اجتماعی)؛
۲. فرم‌های جدید مبتنی بر اهداف عدم تمرکز به خصوص «بیمه خرد».

پوشش خویش‌فرمایان و کارگران شاغل در بخش غیررسمی اقتصاد:

در بسیاری از کشورها خویش‌فرمایان از پوشش طرح خارج هستند. هم اکنون در برخی کشورها اقدام به پوشش این گروه از جمعیت صورت گرفته است. در جمهوری کره پوشش مستمری و بیمه سلامت به کارگران خویش‌فرما نیز گسترش یافته است. دولت ۶ تا ۹ درصد از حق مشارکت خویش‌فرمایان روستایی را می‌پردازد. پیش‌بینی شده است طی ده سال این یارانه حذف شود، اولویت دوم این کشور کارگران شهری است که به همان ترتیب بیمه می‌شوند. در کشورهای سریلانکا و سنگال نیز چنین مواردی با یارانه‌های دولتی و به اختیار بیمه شده وجود دارد.

گسترش تدریجی پوشش:

اوروگونه نمونه خوبی از این طرح‌ها است. سه گروه از کارگرانی که بیشترین مشکل را دارا بوده و در بخش غیررسمی اقتصاد اشتغال به کار دارند و شامل کارگران ساختمانی، مستخدمین شهری (خانگی) و خویش‌فرمایان می‌شود، در اولویت پوشش قرار گرفته‌اند. برای هر کدام از این گروه‌ها ترتیبات ویژه‌ای داده شده است:

۱. پوشش مستمری سالمندی، بیماری و حوادث شغلی برای کارگران ساختمانی؛
۲. بیمه بهداشتی درمانی برای مستخدمین خانگی،

۳. پوشش مستمری سالمندی، بازماندگان، ازکارافتادگی، بیماری برای خویش فرمایان توسط بانک بیمه اجتماعی

جمهوری کره در یک دوره ۱۲ ساله کلیه کارگران را تحت پوشش بیمه بهداشتی درمانی اجباری قرار داده است. این طرح در ابتدا از کارگاه های ۵۰۰ نفر به بالا شروع شد و به تدریج به مناطق روستایی گسترش یافته و در نهایت کلیه کارگران را در بر گرفت. در کشور تونس نیز نظام تأمین اجتماعی مزایای زیادی از جمله: بیمه سلامت، مستمری، زایمان، حوادث شغلی را فراهم می کند. در سال ۱۹۸۹ حدود ۶۰ درصد از جمعیت تحت پوشش قرار داشت که در سال ۱۹۹۹ به ۸۴ درصد رسید. هم اکنون سعی در گسترش پوشش به کارگران کشاورزی و فصلی، اشتغال کارگران بیکار در طرح های عمومی، مستخدمین خانگی و بیکاران دارد.

نظام های عدم تمرکز و بیمه خرد:

این رویکرد کاملاً متفاوت از رویکرد قبلی و مبتنی بر انگیزه های اختیاری محلی است که در گروه های کوچکتر و سطح پوشش پایین تر اجرا می شود. هدف آنها جمع آوری منابع و به اشتراک گذاشتن مخاطرات برای اعضای گروه تحت پوشش می باشد. این طرح ها عمدتاً بر اصول بیمه ای استوار بوده و اغلب مراقبت های بهداشتی درمانی را پوشش می دهند و از این جهت بیمه خرد تلقی می شوند که هدایت جریان بسیار کوچکی از درآمدها و مصارف را بر عهده دارند اگرچه تجارب جهانی آن اندک است ولی سرعت در حال رشد است. دو نمونه بسیار بارز آن طرح «اتحادیه بانوان خویش فرما در هند» و طرح دیگری در بنگلادش است. طرح هند بانوانی را پوشش می دهد که در بخش غیررسمی اقتصاد به صورت کار در منزل، فعالیت های خانگی به خانه و خرده فروشی اشتغال دارند. در سال ۲۰۰۰ تعداد ۲۵۰۰ زن (۱۴ درصد زنان عضو اتحادیه) در این طرح عضو بودند که پوشش هایی مانند مراقبت های بهداشتی درمانی، بیمه عمر (ازکارافتادگی و مرگ)، بیمه مالکیت (برای فقدان یا خراب شدن ابزار کار یا لوازم منزل) را ارائه داده و حق مشارکت آن ۶۰ روپیه در سال است (معادل ۱/۵ دلار). این طرح یارانه دولتی نیز دریافت می کند و هزینه های اجرایی آن از محل سود حاصل از سرمایه گذاری تأمین می شود که در بانک آلمان^۱ سپرده گذاری شده است.

1. GTZ

در بنگلادش نیز ۲/۴ میلیون نفر عضو مؤسسه مالی روستایی بانک گرامین هستند که ۹۵ درصد را زنان روستایی تشکیل می‌دهد. این نظام هم اکنون «بیمه خرد» را از طریق خدمات سلامتی محلی و ۱۴ مرکز بهداشتی درمانی ملکی خود به اعضا ارائه می‌دهد. مشارکت در این طرح اختیاری و بر مبنای حق مشارکت سالانه است. خانوارهای بسیار فقیر از دولت یارانه مشارکت دریافت می‌کنند.

اگرچه حوزه «بیمه خرد» هنوز نوپا است و کمتر شناخته شده است ولی باید توجه کرد که ظرفیت واقعی این طرح‌ها برای پوشش تعداد بیشتری از اعضا و به صورت پایدار، باید مورد بررسی قرار گیرد. آنچه که باید تأکید شود این است که نظام‌های موجود بسیار کوچک هستند و چگونگی رشد آنها و مشارکت جامعه باید بررسی شود. یکی از راهکارها، جمع شدن این گروه‌ها و تشکیل فدراسیون‌ها است، به گونه‌ای که قدرت چانه‌زنی آنها را بالاتر ببرد، دانش‌شان را افزایش داده موقعیت مالی شان را تحکیم بخشد ولی آنچه که مهم است این است که اینگونه مشکل‌ها بدون حمایت دولت مرکزی و دریافت یارانه پایایی نخواهند داشت بنابراین ظرفیت مالی کشور و تمایل سیاسی دولت نقشی اساسی در گسترش آنها دارد. بخشی از اقدام‌هایی که دولت می‌تواند در قلمرو بیمه خرد مربوط به مراقبت‌های بهداشتی درمانی انجام دهد عبارتند از:

۱. تشویق بیمه سلامت با ارائه توصیه‌هایی در خصوص طرح کلی نظام (بسته مزایا، نحوه عضویت و اجرا) و استقرار نظام مدیریت اطلاعات در آن،
۲. انجام کنترل و استقرار ساز و کارهای نظارتی بیمه خرد (در چارچوب تدوین و تصویب قوانین به منظور مدیریت شفاف و اثربخش نظام‌ها)؛
۳. اجرای سیاست عدم تمرکز در ارائه خدمات بهداشتی درمانی؛
۴. سازماندهی و اجرای فعالیت آموزشی؛
۵. مشارکت در تأمین منابع برای بیمه سلامت اقشار کم‌درآمد از طریق نظام یارانه‌ای یا پرداخت بخشی از حق مشارکت؛

آنچه که مهم است این است که نظام بیمه خرد در سایر حوزه‌ها با توجه به مشارکت جمعی علاوه بر ساز و کار تجمع منابع بر ریسک‌ها نیز اثرگذار باشد که عبارتند از:

۱. شناسایی مشکلات، محدودیت‌ها و اولویت‌های جامعه؛
۲. پیشگیری، آموزش و ایجاد انگیزش در ارتباط با مراقبت‌های سلامت؛

۳. شناسایی گروه‌ها و خانوارهای آسیب‌پذیری که با مشکلات جدی مواجهند؛
۴. تعریف بسته مزایای پایه، سازگار با محیط محلی؛
۵. استقرار مدیریت مشارکتی در تأمین خدمات محلی شامل مراقبت‌های بهداشتی درمانی پایه و دسترسی به داروهای ژنریک؛
۶. بهبود شفافیت و کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌ها؛
۷. شناسایی و جمع‌آوری منابع محلی (مالی و انسانی) و ایجاد نیاز سازماندهی شده با توجه به ظرفیت خرید خدمات؛
۸. تکوین تجمع مخاطرات در سطح جامعه از طریق گروه‌ها و در سطح ملی از طریق طب ملی و نظام تأمین اجتماعی؛
۹. کاهش هزینه نقل و انتقالات (جمع‌آوری حق مشارکت) و ریسک‌های مربوط به بیمه (مخاطرات اخلاقی، تقلب، رفتارهای سوء استفاده جویانه)؛
۱۰. هدایت کمک‌ها و یارانه‌ها به طور مؤثر و شفاف به سوی اقشار آسیب‌پذیر جامعه؛
۱۱. تقویت قدرت چانه‌زنی و ظرفیت مشارکت گروه‌های حذف شده از جامعه به خصوص بانوان.

نتیجه‌گیری:

از مطالعه فوق و تجارب کشورهای مختلف مشخص شد که چهار روش برای توسعه حفاظت اجتماعی وجود دارد. حال باید دید کدامیک از این رویکردها در کشور ایران قابلیت اجرایی دارد.

الف) توسعه طرح‌های بیمه اجتماعی: در این گزینه دو بخش مطرح است: بخش رسمی اقتصاد که در آن سازوکار کارگر-کارفرما برقرار بوده یا مشاغل خویش‌فرمایی در قالب اتحادیه‌های صنفی وجود دارد و بخش غیررسمی اقتصاد که شرح مفصل آن در بخش‌های پیشین ارائه شد. با توجه به وجود سازوکارهای رسمی در بازار رسمی اقتصاد اقدام‌های زیر قابل بررسی است:

۱. جلوگیری از فرار بیمه‌ای کارگر و کارفرما از طریق آگاه‌سازی مردم به حقوق تأمین اجتماعی با استفاده از تبلیغات رسانه‌های دیداری، گفتاری و شنیداری و قرار دادن موضوع تأمین اجتماعی در دروس دوره دبستان، دبیرستان و دانشگاه به عنوان آموزش‌های عمومی؛
 ۲. تسهیل شرایط بیمه شدن گروه‌های اجتماعی مانند مشاغل خدماتی (به خصوص خدمات در منازل از جمله سرایداری، باغبانی، نظافت و نگهداری و...) و اعطای معافیت‌های تشویقی و مالیاتی، در عین تشدید جرائم مربوط به استنکاف از بیمه نمودن افراد توسط کارفرمایان؛
 ۳. اجباری کردن بیمه حرف و مشاغل آزاد (مشاغل تحت پوشش اتحادیه امور صنفی، اعضای سازمان نظام پزشکی، سازمان نظام مهندسی، سازمان نظام پرستاری و...) از طریق اتحادیه‌های صنفی و مشروط کردن صدور پروانه به‌دارا بودن کارت بیمه اجتماعی؛
 ۴. اعطای تخفیف در خصوص گروه‌های اجتماعی دارای ریسک پایین مانند پزشکان جوان، مهندسیان جوان و...؛
 ۵. ارائه خدمات درمانی برتر؛ با این نگاه که افراد به علت تفکر نزدیک‌بینی^۱ توجهی به آینده دور (تضمین درآمدی در دوران سالمندی) ندارند و مراقبت‌های سلامت برای آنان ملموس‌تر است؛ با انجام اصلاحات در نظام مراقبت‌های سلامت از جمله استقرار پزشک خانواده و نظام ارجاع در راستای برقراری استمرار درمان^۲ و کاستن از هزینه‌های پرداخت از جیب مردم^۳ ارائه خدمات بیمه مکمل. توجه به این نکته ضروری است تا زمانی که اختلاف بین تعرفه‌های دولتی و خصوصی مصوب هیات وزیران یک به سه^۴ و تفاوت آن با تعرفه نظام پزشکی یک به ده است^۵ اثربخشی این رویکرد محل تأمل است. بنابراین راه‌اندازی خدمات درمانی سرپایی مشکلی را حل نخواهد کرد زیرا بر اساس مطالعه
-
1. Think of Myopia
 2. Continuity of Care
 3. Out of Pocket payments
۴. مصوبه شماره ۱۶۴۹۶/ت/۳۹۱۹۴ ن مورخه ۱۳۸۷/۲/۸ کمیسیون موضوع اصل ۱۳۸ قانون اساسی در خصوص تعرفه خدمات تشخیصی درمانی در بخش دولتی سال ۱۳۸۷.
 ۵. مصوبه شماره ۳۵۵۰۰/ت/۳۹۹۵۹ ک مورخه ۱۳۸۷/۳/۸ کمیسیون موضوع اصل ۱۳۸ قانون اساسی در خصوص تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی بخش خصوصی سال ۱۳۸۷.
 ۶. مصوبه شماره ۱/۵۷۴ مورخه ۸۷/۱/۱۵ سازمان نظام پزشکی در خصوص سقف تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی بخش غیر دولتی.

«اندازه‌گیری تناسب مالی مشارکت مردم^۱ در هزینه‌های درمانی در سال ۱۳۸۳»^۲ خانوارهایی که تعداد کودکان آنها بالاتر است، خانوارهایی که سرپرست سالمنددارند، خانوارهای دارای سرپرست کم سواد و بیسواد و خانوارهای روستایی به هنگام استفاده از خدمات دارو و بستری شدن در بیمارستان در معرض هزینه‌های اسف بار^۳ قرار می‌گیرند.^۴

ب) تشویق بیمه خرد: بیمه خرد به توانایی بکارگیری جریان‌های نقدی کوچک مقیاس (هم از طریق درآمد و هم مصرف) اطلاق می‌شود. این روش برای گروه‌های کارگری شاغل در اقتصاد غیررسمی کاربرد دارد. هدف اولیه آنها کمک به اعضا برای تأمین هزینه‌های غیرقابل پیش‌بینی سلامت است که به شکل خارج از جیب پرداخت می‌شوند. این طرح‌ها عموماً در فکر تأمین بیمه سلامت جامع یا پرداخت مزایای جایگزین درآمدی نیستند. اگرچه هم اکنون در استان سیستان و بلوچستان بانوان قالیباف از چنین رویکردی بهره برده و با دریافت وام‌های کم‌بهره برای لوازم قالی در کسب درآمد تلاش می‌کنند. به هر حال از آن جایی که مشارکت‌ها در بیمه خرد بسیار پایین‌تر است، عملاً در حوزه وظایف سازمان تأمین اجتماعی نبوده و از دیدگاه ملی و توسط دولت اهمیت دارد.

ج) معرفی مزایای همگانی و خدماتی که از منابع عمومی دولت تأمین مالی می‌شود: طبق تعریف طرح‌های همگانی پوشش را برای ۱۰۰ درصد از جمعیت هدف بدون هر گونه سهم مشارکت یا تست‌دارایی، مثلاً بالاتر از یک سن خاص، فراهم می‌کند. این طرح بسیاری از مشکل‌های نظام‌های مشارکتی را نداشته ولی هزینه بالاتری را با توجه به تأمین مزایا برای مردمان بیشتر در بردارد. این روش بر نظام مالیاتی قوی مبتنی است و در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران که در آنها سازوکارهای وصول مالیات به شدت پس رونده^۵ است قابلیت اجرا ندارد. از این رویکرد به طور عمده در کشورهای صنعتی و ترومنند استفاده می‌شود. در هر حال مواردی مانند بیمه کردن افراد فاقد بیمه درمان با نصف سرانه مثالی از این دست است.

1. Fair Financing Contribution

۲. مطالعه «عدالت در مشارکت مالی در نظام سلامت»، تدوین مهندس سید معاون رضوی و همکاران به سفارش واحد کشوری اصلاح نظام سلامت وزارت بهداشت و درمان، پائیز ۱۳۸۴.

3. catastrophic cost

۴. همان

5. Regressive

د) ايجاد با توسعه مزایا و خدمات مربوط به مساعدت‌های اجتماعی^۱ که از منابع عمومی تأمین مالی می‌شود: حمایت‌های اجتماعی به تقریب در تمام کشورهای صنعتی وجود دارد و در حداقل شرایط برخی از شکاف‌ها که به دنبال سایر طرح‌های پشتیبانی اجتماعی ايجاد شده و منجر به فقر می‌شود را پوشش می‌دهد. حمایت اجتماعی تنها اقشاری را هدف می‌گیرد که دارای نیاز هستند و تست‌داری در تئوری می‌تواند این گروه‌ها را شناسایی نماید. ولی در عمل این امر حتی در بهترین نظام‌های حمایت اجتماعی نتایج متفاوتی دارد. از طرف دیگر هیچ تست‌داری وجود ندارد که به طور کامل بتواند افرادی را که واجد شرایط نیستند جدا کند و در هر حال تعدادی از افراد فاقد شرایط لازم به خصوص در شرایط اقتصاد غیررسمی، از مزایا برخوردار می‌شوند. این گونه اشتباهات بسیار جدی است زیرا از یک طرف موجب هزینه بیشتر شده و از سوی دیگر موجب از بین رفتن اعتماد عمومی به نظام می‌شود. در هر حال این موضوع نیز از قلمرو پوشش بیمه‌ای سازمان تأمین اجتماعی خارج بوده و در زمره وظایف دولت‌ها در گسترش تأمین اجتماعی و تضمین درآمدی قرار می‌گیرد.

منابع و مأخذ

منابع فارسی

۱. حسن زاده، علی مجموعه مقالات ارائه شده در بیست و هفتمین نشست مجمع عمومی اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی سوئد، نشر دفتر طرح و نشر انتشارات علمی و فرهنگی، ۱۳۸۱.
۲. مطالعه «عدالت در مشارکت مالی در نظام سلامت»، تدوین مهندس سید معاون رضوی و همکاران به سفارش واحد کشوری اصلاح نظام سلامت وزارت بهداشت و درمان، پائیز ۱۳۸۴.
۳. ملکوند فرد، فرخ، "باز شناسی و تحلیل عملکرد سازمان تأمین اجتماعی در قلمرو بیمه بازنشستگی"، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال پنجم، زمستان ۱۳۸۲.
۴. مصوبه شماره ۱۱۰۰/۸۸۱۰۱ مورخه ۸۶/۸/۲۷ هیات مدیره سازمان تأمین اجتماعی، مصوبه هیات مدیره در مورد ۱۰ میلیون بیمه شده.
۵. مصوبه شماره ۱۶۴۹۶/ت ۳۹۱۹۴ ن مورخه ۱۳۸۷/۲/۸ کمیسیون موضوع اصل ۱۳۸ قانون اساسی در خصوص تعرفه خدمات تشخیصی درمانی در بخش دولتی سال ۱۳۸۷.
۶. مصوبه شماره ۳۵۰۰/ت ۳۹۹۵۹ ک مورخه ۱۳۸۷/۳/۸ کمیسیون موضوع اصل ۱۳۸ قانون اساسی در خصوص تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی بخش خصوصی سال ۱۳۸۷.
۷. مصوبه شماره ۱/۵۷۴ مورخه ۸۷/۱/۱۵ سازمان نظام پزشکی در خصوص سقف تعرفه‌های خدمات تشخیصی درمانی بخش غیر دولتی.
۸. حسن زاده، علی، عدالت، بیمه اجتماعی و خرید خدمات درمانی، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی ۱۳۸۷، در حال چاپ

منابع انگلیسی

1. ILO, Social security: A new consensus, Geneva, International Labor Office, 2001.
2. ILO, Setting social security standards in a global society, Consultation Paper, International Labor Office, Social Security Department, Geneva, 2008.
3. Preker, Alexander S. & John C. Langenbrunner. "“Spending Wisely” buying health services for the poor", The Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, 2005.
4. Donaldson, Cam & Karen Gerard, Economics Of health care Financing, Mac Milan Publishing, Printed in Hong Kong, 1994.
5. Breman, Anna & Carolyn shellon, Structural Adjustment and health, world bank, June 2001.