

# ارزیابی سیاست‌های گسترش پوشش بیمه درمانی کارکنان بخش غیررسمی اشتغال

دکتر محمود کاظمیان<sup>۱</sup> / وحید علی پور<sup>۲</sup>

## چکیده

**طرح مساله:** در این پژوهش وضعیت برخورداری کارکنان بخش غیررسمی از مزایای بیمه‌های اجتماعی درمانی مورد ارزیابی قرار گرفته است.

**روش:** روش اجرای طرح از نوع توصیفی - تحلیلی است. برای اجرای طرح، ابتدا میزان شاغلین بخش غیررسمی اشتغال بر اساس شاخص‌های سالانه نیروی کار و بانک اطلاعات سری زمانی بانک مرکزی جمعیت بخش غیررسمی اشتغال برآورد گردید. سپس با مقایسه جمعیت بخش غیررسمی با بیمه شده‌های این بخش در کشور، وضعیت پوشش بیمه درمان آن در کشور مشخص شد. در ادامه، مشکلات قوانین کار، تامین و بیمه‌های اجتماعی موجود برای گسترش بیمه درمان برای کارکنان بخش غیررسمی ارائه گردید.

**یافته‌ها:** در دوره‌ی مورد بررسی بین 33 درصد تا 39 درصد شاغلین شهری در بخش غیررسمی اشتغال داشته‌اند. همچنین سهم بیمه‌شدگان در بخش غیررسمی از کل بیمه‌شدگان تا دو برابر افزایش یافته است، اما از 29 درصد بیش‌تر نشده است. درصد بیمه‌شده‌ها در بخش غیررسمی از کل جمعیت فعال در بخش غیررسمی نیز از 25.5 درصد در ابتدای دوره به 53 درصد در انتهای دوره افزایش یافته است، اما تغییرات در این نسبت در پنج سال آخر دوره‌ی مورد بررسی در دامنه‌ی 48 تا 53 درصدی نوسان داشته است.

**نتایج:** سیاست‌های معمول برای گسترش بیمه براساس آنچه که در بخش رسمی امکان‌پذیر به نظر می‌رسد، در بخش غیررسمی فاقد کارایی است. همچنین بخش عمده‌ای از خانوارهای بخش غیررسمی اشتغال از پوشش کشوری بیمه‌ها محروم باشند. گروه بازمانده از بیمه فاقد توانایی مالی کافی برای پرداخت سهم مشارکت در هزینه‌ها می‌باشند.

کلید واژه‌ها: بیمه‌های اجتماعی و درمان، بخش غیررسمی اشتغال، قوانین کار و بیمه‌های اجتماعی

## مقدمه:

یکی از معیارهای توسعه یافتگی، میزان بهره‌مندی افراد جامعه از مزایا و خدمات بیمه‌های اجتماعی و درمانی است. دولت‌ها به منظور ایجاد آرامش و امنیت در محیط کار، افزایش بهره‌وری، پیشگیری از بار هزینه‌های درمانی، و گسترش عدالت اجتماعی، با برنامه‌های بیمه‌های اجتماعی و

<sup>1</sup>استادیار گروه اقتصاد سلامت، دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد

<sup>2</sup>نویسنده مسئول: کارشناس ارشد اقتصاد سلامت و عضو هیئت علمی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زابل

درمانی، نیروی کار مولد را در برابر مخاطرات اقتصادی و اجتماعی و سختی شرایط کار مورد حمایت قرار می‌دهند. این برنامه‌ها در ایران طی پنجاه و پنج سال گذشته انتظارات نیروی کار در بخش رسمی اشتغال و اشتغال غیردولتی را برای دریافت حمایت‌های اجتماعی و امنیت اشتغال و آینده-نگری افزایش داده است. با وجود گسترش خدمات برای این گروه از کارکنان، هنوز بخش عمده‌ای از جمعیت نیروی کار کشور که در بخش غیررسمی اقتصاد مشغول به کار هستند، از پوشش حمایت‌های اجتماعی و از جمله بیمه‌های درمانی محروم مانده‌اند. این افراد عمدتاً در بنگاه‌ها و کارگاه‌های تولیدی کوچک یا در فعالیتهایی از نوع خویش‌فرمایی و یا تولیدی و خدماتی خانوادگی مشغول به کار هستند و به علت اینکه در یک یا واحد اقتصادی جمعی و با ثبت رسمی از نوع آنچه که مورد نظر سازمان مسوول در بیمه‌های اجتماعی کشور می‌باشد، کار نمی‌کنند و یا به دلایلی از شمول قوانین بیمه‌های اجتماعی یا احراز شرایط قانونی در این بیمه‌ها محروم مانده‌اند، تحت حمایت بیمه‌های اجتماعی و درمانی نیستند. بخش قابل ملاحظه‌ای از گروه کارکنان در بخش غیررسمی اقتصاد با توجه به بی‌ثباتی در وضعیت کاری و درآمدی، از اقبال آسیب‌پذیر جامعه و بسیار نیازمند به خدمات بیمه‌های اجتماعی و درمانی محسوب می‌شوند [2]. در این پژوهش تلاش می‌شود تا وضعیت برخورداری این کارکنان از مزایای بیمه‌های اجتماعی درمانی مورد ارزیابی قرار گیرد. موضوع این پژوهش پاسخ به سوالات زیر می‌باشد.

1) یک ارزیابی آماری قابل اعتماد از وسعت پوشش حمایت‌های اجتماعی و درمانی برای کارکنان بخش غیررسمی اشتغال در کشور، چگونه امکان‌پذیر می‌باشد؟

2) برنامه‌ها و شرایط مقرراتی در نظام کنونی تامین و بیمه‌های اجتماعی و درمانی کشور دارای چه پیچیدگی‌ها و مشکلاتی است که مانع از برقراری پوشش کامل و جامعیت خدمات بهداشتی و درمانی، و پایداری این خدمات در بخش غیررسمی اقتصاد و اشتغال شده است؟

3) آیا وسعت نیازمندی‌های برآورده نشده‌ی این کارکنان از جهت دسترسی به حمایت‌های اجتماعی و درمانی را می‌توان از موانع اساسی برای توسعه‌ی برنامه‌های حمایت‌های اجتماعی و درمانی کشور محسوب نمود؟

## روش بررسی

1) داده‌های اطلاعاتی و برآورد کارکنان در بخش غیررسمی اشتغال

در این بخش، تلاش می‌شود روش برآورد آماری و ارزیابی وسعت پوشش حمایت‌های اجتماعی و درمانی برای کارکنان بخش غیررسمی اشتغال که شایسته‌ی دریافت خدمات بیمه درمانی هستند، در مقایسه با تعداد تحت پوشش بیمه درمانی در دو سازمان تامین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی، طی سال‌های 1375-1386 نشان داده شود. این اطلاعات در جداول (1) و (2) نشان داده شده‌اند. جدول (1) وضعیت گروه‌های کارکنان در بخش‌های رسمی و غیررسمی اشتغال و بر اساس وضعیت در نظام بیمه‌های اجتماعی درمان کشور را بر اساس تلفیقی از آمارهای بانک اطلاعات سری زمانی بانک مرکزی ایران، نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن و سالنامه‌های آماری مرکز آمار ایران، و همچنین آمارهای منتشره توسط سازمان تامین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی نشان می‌دهد. در این جدول آمار و اطلاعات تعداد جمعیت و تعداد بیمه‌شده‌ها و بیمه نشده‌ها در گروه‌های کارکنان در بخش‌های رسمی و غیررسمی اشتغال و جمعیت بیکار شهری نشان داده شده است.

در این جدول آمار سالانه‌ی جمعیت شهری، ستون (1)، بر اساس آمارهای اقتصادی در بانک اطلاعات سری زمانی بانک مرکزی نشان داده شده است. جمعیت فعال شهری، ستون (2)، در سال‌های 1375 و 1385 بر اساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن از سوی مرکز آمار ایران مشخص گردیده است. این آمار در سال‌های میانی بر اساس نرخ رشد سالانه کل جمعیت فعال کشور در اطلاعات سری زمانی بانک مرکزی، با دامنه به اضافه/ منهای سالانه  $1/576$  درصد، محاسبه و برآورد گردیده است. کل شاغلین شهری، ستون (3)، و جمعیت بیکار شهری، ستون (6)، بر اساس آمار نرخ سالانه بیکاری شهری در بانک اطلاعات سری زمانی، برآورد گردید. ابتدا جمعیت بیکار شهری از مجموع جمعیت فعال شهری محاسبه شد. سپس با کسر جمعیت سالانه بیکار شهری از کل جمعیت فعال شهری، جمعیت شاغل شهری محاسبه گردید.

شاغلین شهری در بخش‌های رسمی و غیررسمی، ستون‌های (4) و (5)، در سال‌های 1375 و 1385 بر اساس نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن، مرکز آمار ایران، نشان داده شده است. شاغلین بخش غیررسمی شامل کارفرمایان و کارکنان مستقل در بخش خصوصی می‌باشد. باقی‌مانده از کل شاغلین شهری، شاغلین در بخش رسمی محسوب شده‌اند. برای برآورد این آمار در سال‌های میانی، ابتدا کل جمعیت شاغل کشور (شهری و روستایی) بر اساس نرخ کل اشتغال در بانک اطلاعات سری زمانی از کل جمعیت فعال کشور محاسبه شد. سپس جمعیت کل شاغلین کشور (شهری و روستایی) در بخش غیررسمی، بر اساس توزیع نسبی سالانه این شاغلین بر حسب وضعیت شغلی در سالنامه‌های آماری کشور برآورد گردید. پس از آن، با استفاده از این برآورد، و بر اساس نرخ

رشد سالانه آن با دامنه به اضافه/منهای سالانه 1/88 درصد، جمعیت شاغل شهری در بخش غیررسمی در سال‌های میانی 1375 و 1385 در ستون (5) برآورد گردید. در آخرین گام، با کسر آمار این شاغلین از کل شاغلین شهری، جمعیت شاغل شهری در بخش رسمی در سال‌های میانی یاد شده، ستون (4)، محاسبه و برآورد گردید. آمار ستون‌های (8) تا (15) بر اساس اطلاعات سازمان تامین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی نشان داده شده است.

در این پژوهش اطلاعات بیمه‌شده‌ها و سایر جمعیت شایسته‌ی دریافت خدمات بیمه‌ای، براساس بیمه‌شده‌های اصلی و اساساً براساس جمعیت فعال شهری (شاغل و غیرشاغل) مورد نظر بوده است. بر این اساس، تعداد خانوارهای شهری برابر با تعداد جمعیت فعال شهری دانسته شده است و بعد خانوار نیز از حاصل نسبت کل جمعیت شهری بر جمعیت فعال شهری به دست می‌آید. این توضیح برای تعداد خانوارها و بعد خانوار شهری می‌تواند به سادگی با اطلاعات سازمان تأمین اجتماعی مطابقت حاصل نماید و برای توضیح تطبیقی کارکرد بخش بیمه‌های اجتماعی با آمارهای اقتصادی اشتغال و بیکاری نیز به شرحی که در بالا گفته شد، بسیار مفید باشد. نکته‌ی حائز اهمیت در اینجا این است که براساس اطلاعات سازمان بیمه خدمات درمانی، آمار بیمه‌شده‌ها با تعداد مجموع بیمه‌شده‌های اصلی و تبعی نشان داده می‌شود. بنابراین ضروری بود که اطلاعات آماری این سازمان برای منظور نمودن در جدول (1) اصلاحات تطبیقی حاصل نماید.

برای برآورد تعداد بیمه‌شده‌های اصلی شهری سازمان بیمه خدمات درمانی از جمعیت فعال شهری، ابتدا مجموع بیمه‌شده‌های شهری (اصلی و تبعی) این سازمان بر بعد خانوار در جمعیت فعال شهری تقسیم شد. سپس برای استخراج آمار بیمه‌شده‌ها از جمعیت فعال، آمار تعداد بازنشسته‌ها، یا همان مشترکان حقوق‌بگیر صندوق بازنشستگی کشوری در هر سال در سالنامه‌های آماری کشور، که در ضمن بعنوان بیمه‌شده‌ها در گروه کارکنان دولت در سازمان بیمه خدمات درمانی نیز محسوب می‌شوند، از آن کسر گردید. نتیجه‌ی به دست آمده به عنوان بیمه‌شده‌های سازمان بیمه خدمات درمانی از مجموع جمعیت فعال شهری در جدول (1)، ستون (9)، منظور گردید. به همین ترتیب در ستون (13) مجموع بیمه‌شده‌های شهری (اصلی و تبعی) سازمان بیمه خدمات درمانی در بخش غیررسمی، شامل بیمه‌شده‌های شهری در دو گروه اختیاری و بستری شهری، از تقسیم کل این بیمه‌شده‌ها بر بعد خانوار در جمعیت فعال شهری حاصل آمد.

جدول (1) و برآوردهای آماری نشان داده شده در آن برای دوره‌ی 12 ساله‌ی 1375-1386 به شرح توضیح داده شده در بالا، به جهت انطباق با آمارهای تفصیلی در دو سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال‌های 1375 و 1385، و همچنین انطباق با آمارهای جمعیت فعال و اشتغال و بیکاری در سال‌های میانی این دو سرشماری در اطلاعات سری زمانی بانک مرکزی و آمارهای

منتشره توسط مرکز آمار ایران، می‌تواند یک ارزیابی آماری قابل اعتماد از وسعت پوشش حمایت‌های اجتماعی و درمانی در دوره‌ی یاد شده فراهم نماید. چنان که گفته شد این مجموعه از آمارهای فراهم آمده همچنین امکان انطباق کامل با آمارهای رسمی سازمان تأمین اجتماعی، و امکان انطباق با آمارهای رسمی سازمان بیمه خدمات درمانی پس از انجام اصلاحات تطبیقی در آن را دارد. در قدم بعدی در پاسخ به سوال دوم پژوهش، اطلاعات از وضعیت برنامه‌ها و شرایط مقرراتی حمایت‌های اجتماعی و درمانی جاری و حدود اهمیت نقش جمعیت فعال در بخش غیررسمی در مجموع برنامه‌ها و شرایط مقرراتی یاد شده، مشخص می‌نماید که چه پیچیدگی‌ها و مشکلاتی مانع از برقراری پوشش کامل و جامعیت خدمات بهداشتی و درمانی، و پایداری این خدمات در بخش غیررسمی اشتغال شده است.

در پاسخ به سوال سوم، برای ارزیابی وسعت نیازمندی‌های برآورده نشده‌ی جمعیت فعال شهری در بخش غیررسمی در مورد حمایت‌های اجتماعی و درمانی، جدول (2) با مجموعه‌ای از 7 نسبت مهم، که از اطلاعات جدول (1) حاصل آمده‌اند، فراهم آمده است. این نسبت‌ها با نشان دادن وضعیت مقایسه‌ای درصد شاغلین شهری در بخش غیررسمی و جمعیت فعال بیکار شهری از مجموع جمعیت فعال شهری، در مقابل درصدی از گروه‌های جمعیت فعال در بخش‌های رسمی و غیررسمی که از حمایت‌های بیمه‌های اجتماعی برخوردار می‌باشند، یافته‌های مورد نیاز برای ارزیابی اشاره شده در سوال سوم پژوهش را فراهم می‌نماید.

جدول شماره 1- وضعیت گروه‌های کارکنان در بخش‌های رسمی و غیررسمی اشتغال و بر اساس وضعیت در نظام بیمه‌های اجتماعی درمان کشور (هزار نفر) از سال 1386-1375

تعداد جمعیت فعال بیمه نشده شهری در بخش غیررسمی، شاغل و جمعیت بیکار (15)	تعداد بیمه شدگان شهری در بخش غیررسمی				تعداد کل بیمه شده های شهری در بخش های رسمی و غیررسمی در دو سازمان اصلی			جمع شاغلین شهری در بخش غیررسمی و جمعیت بیکار شهری (7)	جمعیت بیکار شهری (6)	شاغلین شهری در بخش غیررسمی (5)	شاغلین شهری در بخش رسمی (4)	کل شاغلین شهری (3)	جمعیت فعال شهری (2)	کل جمعیت شهری (1)	سال
	جمع کل (14)	بیمه خدمات درمانی (13)	تامین اجتماعی		جمع کل (10)	بیمه خدمات درمانی (9)	تامین اجتماعی (8)								
			بیمه بیکاری (12)	کارکنان بخش غیررسمی (11)											
2,868	981	238	65	678	7,027	1,907	5,120	3,849	929	2,920	5,879	8,799	9,728	36,818	1375
3,364	1,129	274	80	775	7,609	1,933	5,676	4,493	1,305	3,188	5,790	8,978	10,283	37,933	1376
3,590	1,134	188	89	857	7,806	1,927	5,879	4,724	1,425	3,299	6,138	9,437	10,862	39,066	1377
4,027	1,078	151	65	862	8,008	2,034	5,974	5,105	1,607	3,498	6,355	9,853	11,460	40,234	1378
4,400	1,084	125	72	887	8,183	2,088	6,095	5,484	1,798	3,686	6,585	10,271	12,069	41,407	1379
4,586	1,157	150	93	914	8,684	2,310	6,374	5,743	1,905	3,838	6,955	10,793	12,698	42,587	1380
3,392	2,324	1,348	116	860	10,153	3,607	6,546	5,716	1,741	3,975	7,577	11,552	13,293	43,710	1381
2,876	2,819	1,809	132	878	10,942	4,037	6,905	5,695	1,680	4,015	8,188	12,203	13,883	44,835	1382
2,764	3,221	2,185	132	904	11,575	4,414	7,161	5,967	1,780	4,187	8,501	12,688	14,468	45,966	1383
2,822	3,558	2,494	123	941	12,182	4,727	7,455	6,380	2,097	4,283	8,818	13,101	15,198	47,096	1384
3,948	3,650	2,737	150	763	12,687	5,174	7,513	7,598	2,173	5,425	8,622	14,047	16,220	48,260	1385
3,280	3,755	2,758	149	848	13,615	5,171	8,444	7,035	2,069	4,966	9,519	14,485	16,554	49,572	1386

منبع: اطلاعات سری زمانی بانک مرکزی ایران- سالنامه های آماری و نتایج سرشماری عمومی نفوس و مسکن- سازمان تامین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی

جدول شماره 2- نسبت‌های نشان دهنده وضعیت گروه‌های کارکنان در بخش‌های رسمی و غیررسمی اشتغال

(درصد) از سال 1375-1386

نسبت جمعیت فعال بیمه نشده شهری به کل جمعیت فعال شهری (7)	نسبت بیمه شدگان شهری در بخش غیررسمی به جمع شاغلین شهری در بخش غیررسمی و جمعیت بیکار شهری (6)	نسبت بیمه شدگان شهری در بخش غیررسمی (بدون بیمه بیکاری) به کل شاغلین شهری در بخش غیررسمی (5)	نسبت بیمه شدگان شهری در بخش غیررسمی به کل بیمه شدگان شهری (4)	نسبت شاغلین شهری در بخش غیررسمی به کل شاغلین شهری (3)	نسبت جمع شاغلین شهری در بخش غیررسمی و جمعیت بیکار شهری به کل جمعیت فعال شهری (2)	نسبت شاغلین شهری در بخش غیررسمی به کل جمعیت فعال شهری (1)	سال
29/5	25/5	31/4	14	33/2	39/6	30	1375
32/7	25/1	32/9	14/8	35/5	43/7	31	1376
33/1	24	31/7	14/5	35	43/5	30/4	1377
35/1	21/1	29	13/5	35/5	44/5	30/5	1378
36/5	19/8	27/5	13/2	35/9	45/4	30/5	1379
36/1	20/1	27/7	13/3	35/6	45/2	30/2	1380
25/5	40/7	55/5	22/9	34/4	43	29/9	1381
20/7	49/5	66/9	25/8	32/9	41	28/9	1382
19/1	54	73/8	27/8	33	41/2	28/9	1383
18/6	55/8	80/2	29/2	32/7	42	28/2	1384
24/3	48	64/5	28/8	38/6	46/8	33/4	1385
19/8	53/4	72/6	27/6	34/3	42/5	30	1386

2) برنامه‌ها و شرایط مقرراتی بیمه‌های اجتماعی برای گسترش بیمه درمان برای کارکنان بخش غیررسمی

برخورداری از انواع حمایت‌ها و خدمات اجتماعی و درمانی در قانون اساسی، قانون تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مصوب سال 1381 و پیش از آن در قانون تأمین اجتماعی مصوب 1354، قانون بیمه درمان همگانی و تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی مصوب 1373، و تعدادی دیگر از قوانین و مصوبات الحاقی به آنها طی سه دهه‌ی گذشته، همواره با تأکید بر جامعیت پوشش (پوشش کامل انواع حمایت‌های بیمه‌ای) و پوشش کشوری (پوشش تمامی جمعیت کشور) در نظام بیمه‌های اجتماعی و درمانی مورد نظر بوده است. موضوع این حمایت‌ها برای بیمه‌شده‌های تأمین اجتماعی سابقه‌ی تاریخی بیش از 55 سال دارد. در قانون بازنشستگی کشوری و قانون کار نیز با سابقه تاریخی طولانی همواره حمایت از حقوق اجتماعی شاغلین مورد توجه بوده است. در مجموعه-

ی این قوانین، پوشش انواع حمایت‌های بیمه‌ای با شرط اشتغال در بخش رسمی اقتصاد مورد توجه بوده است. با این حال در قوانین تأمین اجتماعی و بیمه درمان همگانی، نوعی از بیمه‌های درمانی برای کارکنان در بخش‌های خویش فرمایی و غیررسمی اشتغال، به صورت بیمه‌های اختیاری نیز پیش‌بینی شده است. اما این نوع بیمه‌ها نیز از توجه به پوشش خانوارها در جامعه‌ی بیکار از مجموع جمعیت فعال کشور بازمانده‌اند. تنها از سال 1366 قانون بیمه بیکاری با شرایط سخت و بسیار محدود کننده، و فقط برای پوشش بیکارانی که کارگاه‌های آنها در بخش رسمی اشتغال با تأیید قبلی وزارت کار اقدام به بیکار نمودن تمام یا بخشی از کارکنان خود نموده‌اند، برقراری حمایت‌های بیمه درمانی را برای تعداد بسیار محدود بیکاران و برای دوره بسیار محدود یک سال و کمتر امکان‌پذیر نموده است. بر این اساس بیمه بیکاری با تعداد بسیار محدود بیمه‌شدگان (نشان داده شده در ستون (12) از جدول (1)) و برای دوره بسیار کوتاه بیکاری تنها یک نقش سایه برای پوشش خانوارها در جامعه‌ی بیکار کشور، با آخرین سابقه‌ی اشتغال در بخش رسمی، را بر عهده دارد.

موضوع حائز اهمیت این است که نیروی کار در بخش غیررسمی معمولاً برای ایجاد صرفه‌های اقتصادی در کسب و کاری که به آن اشتغال دارد، کمتر مایل به پذیرش تعهدات مالی و پیچیدگی‌های آن که در قوانین کار و تأمین و بیمه‌های اجتماعی مشاهده می‌شود، می‌باشد. در بسیاری موارد وجود شیوه‌های گریز از چنین تعهداتی در اشتغال از نوع غیررسمی، عاملی محسوب می‌شود که کارکنان در بخش غیررسمی بتوانند نوع کار و اشتغال خود را در یک دوره‌ی طولانی برای خود محفوظ نگاه دارند. از سوی دیگر در حالی که کارفرمایان در کارگاه‌های مشمول قانون کار در هر دو بخش رسمی و غیررسمی اشتغال مکلف به پرداخت حداقل دستمزد برای کارکنان می‌باشند، اما در بخش غیررسمی عدم دریافت حداقل دستمزد عمومیت دارد و کارگر و کارفرما با تفاهم با یکدیگر مشکلی از این بابت ابراز نمی‌دارند. این تفاهم بین کارگر و کارفرما معمولاً در موارد بسیار شامل موضوعاتی مانند عدم رعایت بهداشت و سلامت محیط کار و همچنین عدم برقراری بیمه‌های اجتماعی برای کارگر می‌شود. تا زمانی که چنین تفاهماتی بدون دخالت دولت در بخش غیررسمی امکان‌پذیر می‌باشد و همراه با آن جمعیت پرشماری امکان اشتغال پیدا می‌کنند (نشان داده شده در ستون (5) از جدول (1))، ضرورتی برای مداخله‌ی دولت برای بهبود سلامت محیط کار و وضعیت بیمه‌های اجتماعی و درمانی نیروی کار وجود نخواهد داشت. به طور ساده باید پذیرفت که در سیاست‌های توسعه بیمه‌های اجتماعی بازنشستگی و درمان نمی‌توان به سادگی شرایط و پیچیدگی‌های اشتغال در بخش رسمی را جایگزین تفاهمات بین کارگر و کارفرما و شرایط عمومی اشتغال در بخش غیررسمی نمود، یا وسعت بخش غیررسمی را کاهش داد.

اختیاری بودن بیمه‌های درمانی برای پوشش کارکنان شاغل و بیکار در بخش غیررسمی اشتغال نیز اساساً با شرط مشارکت بیمه‌شده‌ها در پرداخت حق بیمه از جهات قانونی امکان‌پذیر

گردیده است. به این ترتیب می‌توان عدم پوشش کشوری جمعیت فعال در بخش غیررسمی را تا حدود قابل ملاحظه‌ای ناشی از شرایط اختیاری بودن بیمه درمانی و تأکید بر مشارکت مالی بیمه شده‌ها در آن دانست. در واقع در گروه جمعیت فعال در بخش غیررسمی، مشکل توان مالی ناکافی برای مشارکت گروهی شامل جمعیت شاغل با درآمدهای حداقل و کمتر از آن که در قانون کار نیز با قراردادهای اشتغال موقت رسمیت یافته است، و جمعیت بیکار و فاقد درآمد، یک مشکل عمده محسوب می‌شود. در چنین شرایطی در مقررات بیمه همگانی خدمات درمانی امکان برخورداری خانوارها در این گروه از جمعیت فعال کشور از خدمات بیمه‌های درمانی، در چارچوب طرح بیمه درمان بستری در بیمارستان‌های دولتی در هنگام نیاز به این خدمات پیش‌بینی شده است. در این طرح بیمه‌ای علاوه بر عدم ثبت‌نام بسیاری از گروه جمعیت فعال با درآمد ناکافی، در موارد بسیاری نیز هر ساله مشارکت این اشخاص در هنگام بستری در بیمارستان‌های دولتی با دشواری و یا به صورت فرار از پرداخت حق مشارکت بیمه‌ای مشاهده می‌شود.

در بیمه‌های درمانی اختیاری به جهت عدم تمایل به پذیرش سهم مشارکت از سوی بیمه‌شده‌ها، مشارکت مالی دولت نیز نتوانسته است از کارایی مورد انتظار برای ایجاد پوشش کشوری بیمه درمانی در بخش غیررسمی برخوردار باشد. این دشواری به وضوح مانع از تحقق انتظارات از دولت در تخصیص منابع مالی برای خدمات بیمه درمانی مورد نیاز خانوارهای وابسته به جمعیت فعال در بخش غیررسمی اشتغال شده است. این در حالی است که دولت در قانون اساسی و پس از آن در سایر قوانین بیمه‌های درمانی و در قانون وزارت رفاه و تأمین اجتماعی همواره مکلف به حمایت از انواع خدمات بیمه‌های اجتماعی و درمانی برای جمعیت نیازمند به این خدمات از محل منابع درآمدهای عمومی شده است. به طور مشخص می‌توان پذیرفت که تکلیف دولت به حمایت‌های اجتماعی و درمانی برای نیازمندان در قانون اساسی و سایر قوانین به جهت پیچیدگی‌ها در سایر بندهای همین قوانین و مقررات بعدی، که اختصاص منابع درآمدهای عمومی را مشروط یا وابسته به مشارکت بیمه‌شده‌ها و شرط اختیاری بودن این مشارکت نموده است، به نقض آشکار تکلیف یاد شده و امکان‌ناپذیر بودن تحقق این تکلیف انجامیده است.

از سوی دیگر در قوانین کار و تأمین اجتماعی با هدف حمایت از حقوق اجتماعی کارگران شاغل در اقتصاد، شرایطی برای حداقل دستمزد، امنیت شغلی، جبران حوادث و سوانح ناشی از کار و ارتقای حقوق کارکنان پیش‌بینی شده است. در این قوانین، علاوه بر بهبود شرایط کار، برقراری خدمات حمایتی برای کارگران، حفاظت فنی و سلامت در محیط کار، و بهبود وضعیت بهداشت کارکنان در کلیه کارگاه‌ها و موسسات لازم الاجرا دانسته شده است. این قوانین، کارفرمایان در کلیه کارگاه‌ها و موسسات تولیدی، خدماتی و ساختمانی را متعهد به تبعیت از قانون و حفاظت از نیروی کار می‌نماید. اما در این قوانین مشخص نیست که در شرایط نبود یک کارفرمای رسمی و با شرایط

پذیرفته شده در قانون تأمین اجتماعی، کارکنانی که نوع اشتغال غیررسمی را پذیرفته‌اند جز از طریق سازوکار بیمه‌های اختیاری، چگونه می‌توانند از نظام بیمه‌های اجتماعی درمانی انتظار دریافت خدمت داشته باشند. به عبارت دیگر این قوانین و حتی قانون بیمه همگانی درمانی، علی‌رغم مشهود بودن مشکلات بیمه اختیاری، پیش‌بینی مناسبی در برقراری پوشش کشوری بیمه درمانی شاغلین در بخش غیررسمی به عمل نیاورده‌اند.

به ظاهر تنها راه حل امکان‌پذیر در قوانین فعلی برای هدف پوشش کشوری بیمه‌های درمانی برای کارکنان در بخش غیررسمی و جمعیت بیکار، دو طرح بیمه درمان اختیاری و بیمه درمان بستری در بیمارستان‌های دولتی در زمان نیاز به این نوع درمان توسط سازمان بیمه همگانی خدمات درمانی، و طرح بیمه بیکاری می‌باشد. دو طرح نخست (با مجموع جمعیت نشان داده شده در ستون (13) از جدول (1)) هنوز مستلزم مشارکت مالی استفاده‌کنندگان از خدمات درمان بستری در بیمارستان‌های دولتی است، که به مشکلات آن در بالا اشاره گردید. علاوه بر آن، در این دو طرح راه حلی برای استمرار بیش از یک سال برای بیمه خدمات درمانی پیش‌بینی نشده است. طرح بیمه بیکاری نیز به جهت پیچیدگی در شرایط آن که سایر مزایای بیمه‌های اجتماعی و بازنشستگی را نیز شامل می‌گردد، نمی‌تواند ضرورت‌های پیش‌بینی شده در استمرار و پایداری بیمه‌های درمانی را در دوره‌ی عمر تضمین نماید. به این ترتیب نمی‌توان انتظار داشت که این طرح‌ها (با مجموع جمعیت نشان داده شده در ستون (14) از جدول (1)) نیز بتوانند امکان برقراری پوشش کشوری، جامعیت خدمات و استمرار در دوره‌ی عمر در بیمه خدمات درمانی را برای کارکنان شاغل و بیکار در بخش غیررسمی فراهم نمایند.

موضوع حائز اهمیت دیگر این است که در سازمان بیمه خدمات درمانی، برقراری پوشش بیمه درمان اختیاری کارکنان در بخش غیررسمی بر مبنای یک نرخ سرانه ثابت سالانه، آشکارا متفاوت از شرایط تناسب حق بیمه با درآمد یا توانایی پرداخت مشمولین بالقوه در بخش غیررسمی می‌باشد. این موضوع نشان‌دهنده‌ی عدم قابلیت طرح بیمه در ایجاد رضایت برای بیمه‌شده از جهت رعایت برابری افقی و برابری عمودی می‌باشد. در مقابل در سازمان تأمین اجتماعی، برقراری پوشش بیمه درمان اختیاری بر مبنای سهم یا نسبتی از درآمد ولی با شرط پذیرش بیمه‌های اجتماعی بازنشستگی امکان‌پذیر می‌باشد. رفتار دوگانه از سوی نظام بیمه‌های اجتماعی درمانی برای بخش غیررسمی در دو سازمان اصلی بیمه در دوره‌ی طولانی پانزده ساله‌ی اخیر، نشان‌دهنده‌ی وضعیتی است که در آن صرفه‌های اقتصادی کوتاه‌مدت برای اشخاص، به طور یک ساله یا کمی بیشتر و به خصوص در زمان بیماری و نیاز به بیمه درمانی، موجب گرایش آنها به طرح بیمه اختیاری در سازمان بیمه خدمات درمانی می‌شود؛ و صرفه‌های اقتصادی بلند مدت برای اشخاص، با میل به پذیرش بیمه‌های اجتماعی بازنشستگی، موجب گرایش آنها به طرح بیمه اختیاری درمان در سازمان

تأمین اجتماعی می‌شود. در هر دو سازمان نبود صرفه‌های اقتصادی بلند مدت در گرایش مستقیم به بیمه‌های درمانی، موجب محدودیت در تقاضا برای این بیمه‌ها شده است. استمرار در تعداد جمعیت فعال بیمه نشده در بخش غیررسمی (با مجموع نشان داده شده در ستون (15) از جدول (1)) نتیجه‌ای از فقدان تقاضا برای بیمه درمان اختیاری بر پایه‌ی صرفه‌های شناخته شده‌ی بیمه‌ای می‌باشد. بیمه اختیاری در شرایط یک‌ساله و در زمان بیماری برای اشخاص به وضوح به مشکل دیگری نیز می‌انجامد که در آن سازمان بیمه‌گر ناگزیر از پذیرش اشخاص با ریسک یا هزینه‌ی بالای بیماری و توزیع هزینه‌ی این ریسک در میان جامعه‌ای با درصد بالای بیماران می‌باشد. این مشکل موجب افزایش هزینه‌ی سرانه و نرخ حق بیمه می‌شود که با مشارکت محدود جامعه‌ی سالم در هزینه‌ها نیز تشدید می‌گردد.

### یافته‌های پژوهش

اطلاعات جدول (1) به روشنی امکان ارزیابی آماری قابل اعتماد از وسعت پوشش حمایت‌های اجتماعی و درمانی برای کارکنان بخش غیررسمی اشتغال و جمعیت بیکار را در کشور نشان می‌دهد. در این ارزیابی کارکنان بخش غیررسمی و جمعیت بیکار در شمار گروه‌هایی محسوب می‌شوند که شایسته‌ی دریافت خدمات بیمه درمانی هستند، اما در مقایسه با پوشش خدمات بیمه‌ای برای کارکنان بخش رسمی توسط دو سازمان تأمین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی، طی سال‌های 1375-1386 از وضعیت نسبتاً نامناسبی برخوردار بوده‌اند. همچنین با استفاده از اطلاعات جدول (1)، بررسی برنامه‌ها و شرایط مقرراتی بیمه‌های اجتماعی درمانی برای پوشش کارکنان در بخش غیررسمی اشتغال نشان‌دهنده‌ی وضعیتی است که در آن به روشنی تحت شرایط مقرراتی یاد شده امکان بهبود پوشش کشوری خدمات بیمه درمانی برای کارکنان در بخش غیررسمی و جمعیت فعال بیکار، بیش از آنچه که در دوره‌ی مورد بررسی مشاهده گردید، وجود ندارد. اساساً تکلیف دولت به حمایت‌های اجتماعی و درمانی برای نیازمندان و حمایت مالی از آنان در جامعه‌ی کارکنان بخش غیررسمی و بیکار در مجموعه‌ی قوانین و مقررات به ترتیبی مشروط به مشارکت بیمه‌شده‌ها دانسته شده است که هیچ‌گاه نمی‌توان انتظار داشت که جامعه‌ی یاد شده بتواند از پوشش کشوری بیمه‌های اجتماعی درمانی برخوردار گردد.

این موضوع که وسعت نیازهای برآورده نشده‌ی کارکنان بخش غیررسمی از جهت دسترسی به حمایت‌های اجتماعی درمانی چگونه توانسته است توسعه‌ی این حمایت‌ها را در کشور تحت تأثیر قرار دهد، با اطلاعات دیگری که در جدول (2) نشان داده شده است، قابل ارزیابی می‌باشد. به ترتیبی که در ستون (1) این جدول مشاهده می‌شود شاغلین شهری در بخش غیررسمی در دوره‌ی مورد بررسی به طور متوسط حدود 30 درصد از کل شاغلین شهری را شامل می‌گردید. در ستون

(2) نشان داده شده است که جمع شاغلین در بخش غیررسمی و جمعیت بیکار از مجموع جمعیت فعال شهری در ابتدای دوره 40 درصد و در دو سال آخر دوره بین 43 تا 47 درصد در نوسان بوده است. این دو نسبت نشان می‌دهند که شاغلین در بخش غیررسمی و جمعیت بیکار در تمامی سال-های مورد بررسی، درصد قابل ملاحظه‌ای از جمعیت فعال شهری را شامل گردیده‌اند، و این که در طول دوره‌ی یاد شده تفاوت‌های در طبقه‌بندی نوع رسمی و غیررسمی اشتغال و بیکاری در جمعیت فعال تقریباً یکسان باقی مانده است.

در جدول (2)، ستون (3) مشاهده می‌شود که در دوره‌ی مورد بررسی بین 33 درصد تا 39 درصد شاغلین شهری در بخش غیررسمی اشتغال داشته‌اند. این نسبت نشان می‌دهد که ساختار بازار کار در کشور به گونه‌ای است که نمی‌توان محدود شدن تعداد شاغلین در بخش غیررسمی را امکان‌پذیر دانست، و با چشم‌پوشی از نقائص قانونی در بیمه‌های اجتماعی و درمانی در بخش غیررسمی، امکان پوشش کشوری این بیمه‌ها را مقدور دانست. در ستون (4) این جدول ملاحظه می‌شود که با ایجاد امکانات سازمانی و مالی بیمه همگانی خدمات درمانی در ابتدای دوره و گسترش این امکانات طی دوره، سهم بیمه‌شدگان در بخش غیررسمی از کل بیمه‌شدگان تا دو برابر افزایش یافته است، اما از 29 درصد بیش‌تر نشده است. افزایش این نسبت طی دوره‌ی یاد شده اساساً از شروع نیمه‌ی دوم آن، و از طریق سازوکار بیمه‌درمان بستری در زمان نیاز اشخاص به این درمان حاصل آمده است. این سازوکار علی‌رغم ماهیت غیر بیمه‌ای آن، بهبود هم‌زمان در نسبت بیمه درمانی شاغلین بخش غیررسمی به کل شاغلین را فراهم آورده است که در ستون (5) مشاهده می‌شود. این نسبت از 31 درصد در ابتدای دوره تا 73 درصد در انتهای دوره تغییر یافته است، اما به دلیل ویژگی بیمه درمان بستری، نمی‌توان بهبود حاصله را پایدار محسوب نمود.

در جدول (2) ستون (6) ملاحظه می‌شود درصد بیمه‌شده‌ها در بخش غیررسمی از کل جمعیت فعال در بخش غیررسمی از 25.5 درصد در ابتدای دوره به 53 درصد در انتهای دوره افزایش یافته است، اما تغییرات در این نسبت در پنج سال آخر دوره‌ی مورد بررسی در دامنه‌ی 48 تا 53 درصدی نوسان داشته است. به عبارت دیگر در این پنج سال تثبیت تعداد بیمه‌شده‌ها در دو یا چند سال پیاپی، تحت شرایط مقرراتی فعلی امکان‌پذیر نبوده است. در این جدول ستون (7) نسبت جمعیت بیمه نشده از مجموع جمعیت فعال شهری را نشان می‌دهد. این نسبت براساس اطلاعات سرشماری عمومی نفوس و مسکن در سال 1375 حدود 29.5 درصد بود، و براساس اطلاعات سرشماری در سال 1385 به حدود 24 درصد کاهش یافت. به عبارت دیگر علی‌رغم سیاست‌های گسترش بیمه‌های اجتماعی درمان در طول 10 سال، جمعیت بیمه نشده از کل جمعیت فعال شهری تنها 5.5 درصد کاهش یافته است.

ارزیابی آماری از وضعیت بخش غیررسمی نشان می‌دهد که هنوز بیش از 3280 هزار خانوار تحت پوشش جمعیت فعال شهری در بخش غیررسمی از مجموع 7000 هزار خانوار در این بخش از پوشش بیمه‌های اجتماعی درمان محروم مانده‌اند. این در شرایطی است که دولت براساس قانون اساسی و قانون رفاه و تأمین اجتماعی موظف به برقراری پوشش کشوری برای کل جمعیت کشور می‌باشد. این مشکل ابتدا ناشی از سیاست‌ها و سازوکارهایی است که در اجرای تکلیف دولت وضع گردیده‌اند اما برقراری پوشش کشوری بیمه‌ها را مشروط به اختیاری بودن بیمه و مشارکت بیمه‌شده‌ها در هزینه‌ها نموده است. این شروط برای تخصیص کمک‌های مالی دولت برای برقراری بیمه درمان برای بخش غیررسمی نیز مورد عمل قرار می‌گیرد.

گروه بازمانده از بیمه به ترتیبی که در این مقاله نشان داده شده است، فاقد توانایی مالی کافی برای پرداخت سهم مشارکت در هزینه‌ها و همچنین فاقد امکان قانونی برای انتخاب بیمه در مقابل نوع خدمت دیگری که باید مزیتی شبیه به بیمه درمان برای آنان داشته باشد، هستند. تنها مزیتی که برای آنها در زمان بیماری وجود دارد، طرح بیمه درمان بستری است که این نیز هیچگونه تضمینی برای ادامه بیمه در سال دوم یا سال بعد از آن برای بیمه شده فراهم نمی‌نماید. در چنین شرایطی نمی‌توان انتظار داشت که روند گسترش بیمه درمان در بخش غیررسمی به طور سالانه یک روند افزایشی باشد.

از سوی دیگر باید توجه داشت که سیاست‌های معمول برای گسترش بیمه براساس آنچه که در بخش رسمی امکان‌پذیر به نظر می‌رسد، در بخش غیررسمی فاقد کارایی است. این سیاست‌ها در بخش رسمی اشتغال متکی به پرداخت منظم حق بیمه از طریق یک واحد کارفرمایی رسمی و شناخته شده می‌باشد. در بخش غیررسمی اشتغال بیمه‌ی گروهی تبدیل به بیمه‌ی انفرادی می‌شود، و پرداخت حق بیمه از طریق کسور از درآمد ماهانه‌ای صورت می‌پذیرد که مبلغ آن برای یک دوره -ی کمتر از یک سال نیز غیرقطعی است. از سوی دیگر پرداخت حق بیمه درمان در یک دوره‌ی یک ساله برای بیمه شده هیچ ذخیره‌ای برای بیش از یک سال فراهم نمی‌نماید. به این ترتیب بیمه شده تنها صرفه‌های اقتصادی کوتاه‌مدت را برای خود منظور می‌دارد و از گرایش بلندمدت به بیمه درمان دوری می‌نماید. حال اگر شرایطی را در نظر بگیریم که حق بیمه صرف‌نظر از سطح درآمد بیمه شده تعیین گردد، شاغلین با درآمد پایین و یا کمتر از حداقل در قانون کار، که در بخش غیررسمی جمعیت قابل ملاحظه‌ای را تشکیل می‌دهند، و جمعیت بیکار دیگر گرایشی به قبول شرایط بیمه درمانی نخواهند داشت.

اگر پذیرفته شود که گسترش بیمه اجتماعی درمان در بخش غیررسمی نیاز به سیاست‌ها و الزاماتی متفاوت از نوع شناخته شده‌ی آن در بخش رسمی اشتغال دارد، می‌توان در شرایط مناسب-تری بر روی ویژگی‌های یک طرح بیمه اجتماعی درمان، انحصاراً برای خانوارها و جمعیت فعال در بخش غیررسمی تمرکز حاصل نمود. براساس توصیه‌های سازمان بین‌المللی کار (ILO) و در تعدادی از کشورهای پیشرفته مانند آلمان و ایجاد یک صندوق بیمه مستقل برای کارکنان در بخش غیررسمی و سازمان‌دهی آنان براساس تشکلهای صنفی و طبقه‌بندی‌های مشاغل و به طور کلی در چارچوب طرحی که موجب تسهیل در برقراری بیمه‌های گروهی یا ثبت اطلاعات اشتغال و درآمدی برای کارکنان یاد شده می‌شود، می‌تواند شرایط و نیازهای کارکنان در بخش غیررسمی و جمعیت بیکار را برای بیمه‌های اجتماعی و درمانی به طور مناسب برآورده سازد [7].

#### منابع:

- 1- کریمی مظفر. جایگاه بیمه خدمات درمانی در نظام جامع تامین اجتماعی. فصلنامه تامین اجتماعی، 1384؛ سال 3، شماره 10.
2. Canagarajah S. Social protection and the informal sector in developing Countries. The World Bank press, December 2001.
3. Effects of Changes to the Health Insurance System on Labor Markets. A series of issue summaries from the Congressional Budget Office, 2009.
4. Rama M. "Social Protection and Labor Markets in Vietnam". Presentation at Commission on Growth and Development: Labor Markets and Growth. Washington D. C: World Bank, 2007.
5. Guy C. Martinus, D. Social health insurance development in low-income developing countries: new roles for Government and Non-profit health insurance organizations, 2007.
6. Giedion U. World Bank Protecting the Vulnerable: The Design and Implementation of Effective Safety Nets, Health Insurance for Informal Sector Workers, 2003.
7. Setting Social Security Standards in a Global Society. Social Security Department International Labor Office press, 2008

## **Evaluation of social health insurance development policies of informal sector workers**

In this study, the status of social health insurance benefits for informal sector workers has been evaluated.

**Method:** the method of this research is Descriptive-analytic. For implementation of the study, number of informal sector workers estimated based on annual labor indicators and time series data-base of the Central Bank for the informal sector. Then, total number of the informal sector population compared with the insured informal sector population and the identified number of the informal sector population with social health insurance coverage. Then, the problems of the current labor status and the social health insurance laws for expanding social health insurance coverage for informal sector workers were surveyed.

**Findings:** In the period of this study, between 33 to 39 percent of the urban workers have employed in the informal sector. The share of the insured informal sector population in total the insured population (formal and informal) has increased to double, but not more than 29 percent. The percentage of the insured population in the informal sector from total active population in the informal sector has increased from 25.5 percent to 53 percent at the end of the study period, but changes of this proportion has been fluctuating in the last five years in the range of 48 to 53 percentage.

**Results:** Common policies of social health insurance in the formal employment sector seem to be inefficient for expanding to informal sector. Much of the households in the informal sector are disadvantaged from social health insurance coverage. Groups of the uninsured population have not sufficient financial ability to pay for medical costs.

**Keywords:** social health insurance, informal sector of employment, social insurance and employment regulation

