



به نام خدا



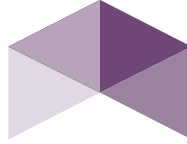
گزارش کارشناسی
رویکردهای استراتژیک
بهبود وضعیت تأمین اجتماعی
در منطقه آسیا و اقیانوسیه
(گزارش روندها و تحولات - ۲۰۱۵)



موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

اجتماعی و فرهنگی





رویکردهای استراتژیک بهبود وضعیت تأمین اجتماعی
در منطقه آسیا و اقیانوسیه (گزارش روندها و تحولات- ۲۰۱۵)
Asia and the pacific strategic approaches
to improve social security(2015) From: Issa



موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی



واژه‌های کلیدی:

تأمین اجتماعی
بیمه‌های اجتماعی
حمایت اجتماعی

ترجمه و تدوین: صدیقه یعقوبی- مونا خورشیدی
ناظر علمی: رضا امیدی



شماره مسلسل: ۰۴ DF SC (۱۷) ۹۵
تاریخ انتشار گزارش: ۲۰/۱۰/۹۵



فهرست مطالب

پیشگفتار مؤسسه ۴

خلاصه اجرایی ۷

۲

برتری در سازمان اجرایی: شرط کلیدی
برای تأمین اجتماعی جوامع در آسیا و
اقیانوسیه ۲۹
موضوعات اصلی سازمان‌های اجرایی تأمین
اجتماعی در آسیا و اقیانوسیه ۳۱
تلاش برای دستیابی به برتری سازمان اجرایی در
منطقه آسیا و اقیانوسیه ۳۲
نتیجه‌گیری ۴۰



منابع ۵۶

۱

گسترش مستمر دامنه پوشش تأمین اجتماعی
در حوزه آسیا و اقیانوسیه ۱۵
گستره دامنه پوشش در سراسر منطقه در حال
افزایش است ۱۸
دامنه پوشش همگانی سلامت به واقعیت تبدیل می‌شود ۲۳
به سوی پوشش یکپارچه و هماهنگ ۲۶
نتیجه‌گیری ۲۷

۳

افزایش تأثیرات مثبت اقتصادی
و اجتماعی نظام‌های تأمین اجتماعی در
آسیا و اقیانوسیه ۴۱
نظام‌های تأمین اجتماعی و چالش‌های توسعه‌ای
رودر روی آسیا و اقیانوسیه ۴۳
روندهای جمعیتی ۴۳
چالش‌های بازار کار ۴۷
کاهش فقر ۴۹
شهرنشینی و فاصله دور جغرافیایی ۵۰
چالش‌های محیط‌زیستی و مطالبات از تأمین اجتماعی ۵۲
چشم‌انداز سیاست‌گذاری برای افزایش خروجی‌های
اقتصادی و اجتماعی ۵۳
نتیجه‌گیری ۵۵



پیشگفتار مؤسسه

تأمین اجتماعی به عنوان حقی اساسی برای آحاد مردم یک جامعه است که بی توجهی به آن موجب از بین رفتن حقوق شهروندی افراد یک جامعه می شود. اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران نیز این مسئله را مطرح می نماید و از آن به عنوان حقی برای مردم و تکلیفی برای دولت یاد می کند. طبق اصل مذکور برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت های پزشکی حقی همگانی است. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت های مالی فوق را برای کشور تأمین کند.

گزارش پیش رو به چالش ها و همچنین پیشرفت های حاصل از طراحی، تأمین مالی و ارائه مناسب تأمین اجتماعی در کشورهای آسیا و اقیانوسیه می پردازد. ماحصل این تجربیات و چالش ها می تواند سازمان های اجرایی تأمین اجتماعی را در اتخاذ راهکارهایی بهتر به منظور پاسخگویی چالش های متفاوتی که احتمالاً سازمان های اجرایی روبه رشد در دهه های آتی با آن مواجه خواهند شد، یاری رساند. این گزارش دربردارنده سه موضوع،





گسترده‌گی دامنه پوشش، برتری در سازمان اجرایی، و اثرات اجتماعی و اقتصادی تأمین اجتماعی است و نمونه‌های موفق از کشورهای آسیا و اقیانوسیه در این موارد بررسی شده است. همچنین نگارنده در جهت غنای بیشتر گزارش، آمار و اطلاعاتی مشابه در مورد عملکرد و موفقیت‌های کشور ایران به گزارش افزوده است. باید گفت با توجه به مشکلات و چالش‌های به وجود آمده در زمینه تأمین اجتماعی در همه کشورهای جهان در صورتی که اهتمام جدی برای مقابله با آن‌ها از هم‌اکنون به کار گرفته نشود به ریسک‌های مهم اجتماعی، اقتصادی و سیاسی منجر خواهد شد.

در این راستا مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی تهیه گزارش‌هایی از این دست را در دستور کار خود قرار داده است. امید است گزارش پیش‌رو به تصمیم‌سازان و تصمیم‌گیران حوزه بیمه‌های اجتماعی کشور در اتخاذ سیاست‌های مناسب حوزه تأمین اجتماعی کمک نماید. دریافت نظرات و پیشنهادات شما برای تولید گزارش‌های آتی مزید امتنان خواهد بود.

دکتر شهرام غفاری

رئیس مؤسسه

زمستان ۱۳۹۵



کلمات کلیدی

تأمین اجتماعی
بیمه‌های اجتماعی
حمایت اجتماعی



گزارش روندها و تحولات، مربوط به سومین نشست انجمن منطقه‌ای تأمین اجتماعی حوزه آسیا و اقیانوسیه است که توسط انجمن بین‌المللی تأمین اجتماعی سازمان‌دهی و به میزبانی مقامات دولتی بیمه اجتماعی در شهر مسقط کشور عمان از ۲ تا ۴ نوامبر ۲۰۱۵ برگزار شده است. در این گزارش تلاش می‌شود تا درک بهتری از چالش‌های کلیدی پیش روی سازمان‌های عضو انجمن بین‌المللی تأمین اجتماعی در مناطق مختلف جهان به دست آید.

این گزارش سه موضوع اصلی را شناسایی می‌کند: تداوم گسترش دامنه افراد تحت پوشش تأمین اجتماعی، پذیرش پیشرفت‌های اجرایی در برنامه‌ها و نظام‌های تأمین اجتماعی، و ارزش افزوده فزاینده مداخلات تأمین اجتماعی در دستور کار توسعه اجتماعی و اقتصادی ملی.

این گزارش، هدفی دوگانه دارد: نخست، تفسیر و ترکیب روندها و تحولات منتخب اخیر در منطقه و دوم، ارائه سند زمینه‌ای کلیدی برای نشست روندها و تحولات انجمن منطقه‌ای تأمین اجتماعی حوزه آسیا و اقیانوسیه. این مباحث در زمان برگزاری انجمن منطقه‌ای فرصتی فراهم خواهد کرد تا بر اساس یافته‌ها و پیام‌های آن مذاکرات را به پیش ببریم.

امیدوارم این گزارش، انگیزه الهام‌بخشی برای مباحث پیش‌رو باشد و شما را به مشارکت فعال در برگزاری انجمن منطقه‌ای تأمین اجتماعی آسیا و اقیانوسیه در مسقط تشویق کند. خروجی این بحث‌ها به مجمع جهانی تأمین اجتماعی که سال ۲۰۱۶ در ریودوژانیرو برزیل برگزار می‌گردد، منتقل و پیگیری خواهد شد.

هانس - هارست کانکولوسکی

دبیرکل



این گزارش، ناظر بر پیشرفت‌ها و چالش‌های طراحی، تأمین مالی، و ارائه مناسب تأمین اجتماعی در آسیا و اقیانوسیه است. منطقه‌ای که بیش از نیمی از جمعیت جهان را با تفاوت‌های بسیار جمعیتی و اجتماعی و اقتصادی در خود جای داده است. با این حال، تعدادی از موضوعات بررسی شده در این گزارش در اکثر کشورهای منطقه، مشترک هستند. حاصل این تجربیات و چالش‌ها علاوه بر اینکه به دیگر کشورهای منطقه مربوط هستند، نمونه‌های مفیدی از رویکردهای نوآورانه منطبق با سازمان‌های اجرایی تأمین اجتماعی را معرفی می‌کنند تا پاسخگوی چالش‌های متفاوتی باشند که احتمالاً سازمان‌های اجرایی روبه رشد در دهه‌های آتی با آن مواجه خواهند شد.

این گزارش دربردارنده سه موضوع است - گستردگی دامنه پوشش، برتری در سازمان اجرایی، و اثرات اجتماعی و اقتصادی تأمین اجتماعی - که ضرورتاً با یکدیگر مرتبط و وابسته به هم هستند. برتری در سازمان اجرایی پیش‌نیاز موفقیت در تلاش برای گسترش دامنه پوشش است. تداوم و پایداری حمایت مالی از این گستردگی نیازمند حمایت سیاسی است و از طرف دیگر، حمایت سیاسی با اثرات مثبت اقتصادی و اجتماعی شفاف، سنجش‌پذیری و عملی بودن برنامه‌های تأمین اجتماعی مرتبط است. به علاوه، در آسیا و اقیانوسیه، محیط بیرونی مسلمان‌ها از سایر مناطق جهان سریع‌تر تغییر می‌کند. اگرچه رشد اقتصادی افزایش یافته است، ولی با وجود شواهدی نظیر سالخوردگی جمعیت، افزایش نابرابری، بی‌ثباتی جغرافیای سیاسی، جریان‌های مهاجرتی بزرگ، سطوح بالا و سرسختی برای اشتغال در اقتصاد غیررسمی و اثرات چندگانه و متنوع بحران‌های طبیعی و تغییرات اقلیمی، توجه به این امر که نظام‌های تأمین اجتماعی منطقه چگونه می‌توانند با چنین چالش‌هایی به شیوه‌ای مثبت مواجه شوند، بیش از هر زمان دیگری ضروری به نظر می‌رسد.

پیشرفت منطقه در افزایش گستردگی دامنه پوشش، چشمگیر بوده است؛ موضوعی که در رشد اقتصادی بالای اوایل دهه ۲۰۰۰ میلادی و نیز افزایش حمایت سیاسی از گستردگی دامنه تحت پوشش قابل مشاهده است. اگرچه توجه بین‌المللی بر روی تلاش‌های کشور چین متمرکز است، ولی اکثر کشورهای منطقه در این زمینه پیشرفت کرده‌اند. در گزارش به‌طور مشخص به دو نوع تحول گسترشی جالب توجه در این زمینه اشاره شده است. موفقیت‌های دامنه تحت پوشش نه تنها در نظام‌های پاداشی سالمندان، بلکه در سایر شاخه‌های تأمین اجتماعی نیز وجود دارد. تغییرات گسترده‌ای در دامنه افراد تحت پوشش سلامت رخ داده است و دستاوردهای اقتصادهای نوظهور و توسعه‌یافته منطقه در این زمینه قابل توجه است. در حالی که چین، جمهوری کره، مالزی، عمان، سری‌لانکا و تایلند، به اهداف بزرگ خود رسیده‌اند، کشورهایی نظیر کامبوج، اندونزی و ویتنام در دهه آتی آن را به‌انجام خواهند رساند. دیگر کشورهای بهره‌مندی کودکان و مرخصی زایمان را معرفی کرده‌اند و تعداد اندکی از آن‌ها، طرح‌های جدیدی برای حمایت از بیکاری دارند که اغلب با اقداماتی در بازار کار همراه است.

دومین تحول کلیدی، به رسمیت شناختن این امر است که رشد اقتصادی کل منطقه بدین معنا نیست که رشد اقتصادی صرفاً در بازار کار رسمی رخ داده، بلکه بخشی از این رشد به اقتصاد غیررسمی مربوط است. در نتیجه، این امر باید در روش طراحی، تأمین و ارائه منافع رشد اقتصادی بازتاب پیدا کند. البته، نمونه‌های مثبتی از دولت‌ها و سازمان‌های تأمین اجتماعی به‌صورت هدف‌دار به واقعیت اقتصاد غیررسمی بزرگ و مشاغل متزلزل از جمله نیازهای کارگران روستایی و خانگی واکنش نشان می‌دهند. همچنین در گزارش، به مواردی از مواجهه دولت‌ها و سازمان‌ها با نیازهای تأمین اجتماعی، تعداد رو به افزایش کارگران مهاجر داخلی و بین‌المللی و طراحی برنامه‌های تأمین اجتماعی مطابق با تغییرات ساختارهای خانواده اشاره می‌شود.

چالش‌های مهمی پیش روی منطقه قرار دارند. در حالی که برای طرح‌های مراقبت از سلامت و پاداش سالخوردگی، تلاش‌های قابل توجهی صورت می‌گیرد، سایر شاخه‌ها به‌ویژه معلولیت و بیمه بیکاری، سطح پوشش پایینی دارند. چالش دیگر، تأمین مالی

برنامه است. گزارش، برخی از نمونه‌های عالی حقوق مستمری بدون پرداخت سهم بیمه را برجسته می‌سازد که مشخصاً تأثیر مثبت مهمی بر کاهش فقر داشته‌اند. با این حال، تأمین مالی چنین طرح‌هایی مانند دیگر طرح‌های مزایای تأمین اجتماعی اغلب توسط دولت انجام می‌گیرد.

این امر دو موضوع مهم را برجسته می‌کند که نیازمند نظارت و بررسی است. نخست اینکه اطمینان حاصل شود تا گستردگی مستمر دامنه پوشش از نظر تأمین مالی، پایدار باقی می‌ماند. دوم، اطمینان حاصل شود که ترغیب و تسهیل نقش پررنگ‌تر و افزایش سهم کارکنان و کارفرمایان در پرداخت سهم بیمه، به منظور تأمین نقدینگی کافی برای پرداخت مزایا باشد.

سرعت فعلی سالخوردگی جمعیت در آسیا و اقیانوسیه سریع‌تر از بقیه دنیاست. بنابراین مهم است که این موضوعات - به‌ویژه تأمین مالی - هرچه زودتر بررسی شوند. به‌علاوه، ماهیت محیط بیرونی، چالش‌برانگیزتر شده است. تغییرات در وضعیت سلامت از جمله افزایش تعداد بیماری‌های غیر واگیردار، رقابت‌های اقتصادی بزرگ‌تر، سطوح نابرابری و شهرنشینی روبه افزایش و اثرات بحران‌های طبیعی و تغییرات اقلیمی به این معناست که سازوکارهای تأمین مالی و طرح‌های مزایا مستلزم نظارت و توسعه مداوم هستند.

واکنش‌های سازمان‌های اجرایی تأمین اجتماعی

به‌هر حال، توسعه و تحولات سه سال اخیر، این واقعیت مهم را متذکر می‌شود که چشم‌انداز مثبت است؛ کشورها در واکنش به مشکلات دستیابی به سطوح بیشتر دامنه پوشش مؤثر برای مزایای مراقبت از سلامت و سالخوردگی، رویکردهای مناسب و نوآورانه‌ای را شناسایی کرده‌اند تا وضعیت خود را به منظور اطمینان از قابل دسترس بودن اهداف سیاسی بازتاب دهند. در برخی کشورها، دستور کار نظام‌های تأمین اجتماعی تا آنجا گسترده است که شامل برنامه‌های اشتغال عمومی است تا نیازهای گروه‌های آسیب‌پذیر را بهتر هدف‌گذاری کند.

اقدامات نوآورانه در مدیریت، ارائه مزایا و ارتباطات نیز در نظر گرفته شده‌اند. طرح‌های مزایای در حال تغییر، بهبود ارائه خدمات و هماهنگی بیشتر با دیگر ذی‌نفعان، بدون شک نیازمند مدیریت عالی و فرایندهای اجرایی درون نهادها است.

باوجودی که اشتغال در اقتصاد غیررسمی منطقه بسیار قابل توجه است، اعتمادسازی در نهادهای تأمین اجتماعی و افزایش اطلاعات ارائه شده به افراد تحت پوشش - یا کسانی که به طور بالقوه تحت پوشش اند- عنصری حیاتی در موفقیت آمیز بودن افزایش دامنه افراد تحت پوشش است. در واقع، مدل کفایت بازنشتگی انجمن بین المللی تأمین اجتماعی نشان می دهد که سطح مزایای نقدی تنها یکی از ارزش های است که برنامه تأمین اجتماعی ارائه می کند - چگونگی برقراری ارتباط، ارائه مزایا و مدیریت، برای هر فرد و نیز برای دستیابی به اهداف برنامه، حیاتی و مهم هستند. این گزارش، برخی اقدامات نوآورانه در منطقه مانند گزارش گیری صحیح، استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات در مدیریت داده ها و دسترسی بهتر به مزایا، و تلاش برای انتشار اطلاعات و افزایش توافق در مورد پرداخت حق بیمه و شرایط مشمول بودن را مورد توجه قرار می دهد.

برتری در سازمان اجرایی معمولاً در مناطقی که تحت پوشش در آوردن بسیاری از کارگران و شهروندان مشکل است، ضرورت دارد. با این حال، عوامل اجرایی و ارتباطات در خلأ رخ نمی دهند؛ آن ها باید بخشی از فرهنگ کلی مدیریت در یک سازمان باشند. بسیاری از سازمان های اجرایی تأمین اجتماعی منطقه پذیرفته اند که تغییرات سازمان یافته و بهبود وضعیت، نیازمند گزارش گیری بهتر، هماهنگی بین سازمانی مؤثرتر، بهبود در جمع آوری سهم پرداختی، مقررات اطلاع رسانی و پرداخت دقیق و به موقع مزایا به ذی نفعان است.

اگرچه منطقه به دستاوردهای بزرگی در خصوص بهبود سازمان اجرایی عمومی رسیده است اما همچنان کارهای زیادی برای بهتر شدن وجود دارد. علی رغم این تلاش های مهم، بخش بزرگی از جمعیت از ثبت نام رسمی دولتی جا مانده اند و بنابراین شناسایی و تحت پوشش قرار دادن آن ها سخت و غیرممکن است (بیش از ۱۳۵ میلیون کودک کمتر از پنج سال ثبت نام نشده اند). تلاش برای استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات با استقبال مواجه شده است اما خطر تمرکز ناکافی و عدم تلاش برای بهبود سایر راه های برقراری ارتباط وجود دارد. باوجود افزایش چهار برابری درصد خانوارهایی که طی دهه گذشته به اینترنت دسترسی داشته اند، نزدیک به دوسوم خانوارها هنوز به اینترنت دسترسی ندارند.

این مثال نشان می دهد که سازمان های تأمین اجتماعی برای اطمینان از اینکه وظیفه شان

را به درستی انجام می‌دهند و اهداف سیاسی مورد نظرشان قابل حصول است، به‌طور فزاینده‌ای، نیازمند توجه به روندهای بزرگ خواهند بود (برای مثال، بازارهای کار، جمعیت، محیط زیست طبیعی). وجود تعداد زیادی محدودیت‌های اقتصادی اجتماعی به این معنی است که بعید است رویکردهای مرسوم برای گسترش دامنه پوشش، مؤثر واقع شوند. محدودیت‌های شناسایی شده در این گزارش شامل اقتصادهای روستایی و غیررسمی بزرگ، نابرابری فزاینده (به‌خصوص در بازار کار)، تغییرات جمعیتی، افزایش مهاجرت، و چالش‌های لجستیک در پوشش جمعیت‌های دور دست است. به موارد فوق، روندهای بزرگ شهرنشینی فزاینده، اثرات تغییر اقلیم و تغییرات اجتماعی و خانواده همراه با کاهش گسترش سازوکارهای حمایت غیررسمی را اضافه کنید. اما در حالی که سازمان‌های اجرایی تأمین اجتماعی به برنامه‌ریزی و تلاش برای افزایش دامنه پوشش بر پایه تحلیل‌های مداوم تغییرات محیط بیرونی نیاز خواهند داشت، ضروری است که اثرات اقتصادی و اجتماعی مداخلات تأمین اجتماعی نیز شناسایی، تحلیل و اندازه‌گیری شوند.

توافق گسترده در حمایت از گسترش دامنه پوشش

درواقع، نیروی اصلی که منجر به تلاش‌های مهمی در گسترش دامنه پوشش در این منطقه شده است، افزایش شناخت سیاسی و عمومی از اثرات مثبت اقتصادی و اجتماعی مداخلات تأمین اجتماعی است. در این راستا، چهار عنصر ویژه قابل شناسایی هستند.

نخست، تأمین اجتماعی بیشتر یک سرمایه‌گذاری است تا هزینه. این امر به‌ویژه در آسیا و اقیانوسیه حقیقت دارد، جایی که کشورهای زیادی در حال انتقال از مدل اقتصادی «کمترین هزینه» به مدل مبتنی بر «ارزش افزوده» هستند. سرمایه‌گذاری در سرمایه انسانی - از جمله آموزش و پرورش و نیز در سلامتی و اقدامات پیشگیری از معلولیت - سنگ بنای چنین رویکردی است.

دوم، شناختی از این امر وجود دارد که نظام‌های تأمین اجتماعی، مؤثرتر هستند - در کوتاه‌مدت، هزینه اسمی تأثیرات چندگانه‌ای بر اقتصادهای بازتر دارد. با تأمین درآمد اضافه در بازنشستگی، حمایت بیشتر در هنگام بیماری یا بیکاری، یا کمک‌هزینه مرخصی زایمان، یعنی دسترسی بیشتر به مزایای تأمین اجتماعی، خطرات بازار کار کاهش یافته و برای تعداد بیشتری از افراد جامعه، فرصت‌های اقتصادی ایجاد می‌شود.

سوم، نظام‌های تأمین اجتماعی ثابت کرده‌اند که ابزار ضروری، نه تنها واکنش به تغییرات محیط بیرونی است بلکه پیش‌بینی تغییرات و کاهش اثرات منفی آن‌ها از طریق اقدامات پیشگیرانه است. این گزارش، حاوی تعدادی از نمونه‌های چنین مداخلاتی است، از جمله حمایت بهداشتی درمانی و توان‌بخشی و بازآموزی و برنامه‌های اشتغال عمومی.

این نقش پیشگیرانه، مبنای فعالیت‌های بلندمدت قرار گرفته است. نقش راهبری سازمان‌های تأمین اجتماعی در واکنش استراتژیک کشورها به روند سالخوردگی سریع جمعیت، بازارهای کار چندروزه و متزلزل، حوادث مرتبط با تغییرات اقلیمی، شهرنشینی فزاینده، جریان‌های داخلی و بین‌المللی مهاجرت، و میزان بالای فقر در این گزارش مورد توجه قرار گرفته‌اند. با رویکردهای مؤثر و جامع‌تر، نظام‌های اجتماعی از آسیب‌پذیرترین افراد، تقویت انسجام اجتماعی و حمایت از رشد اقتصادی، حفاظت و حمایت می‌کنند. اقدامات خاصی که در این گزارش مورد توجه قرار گرفته‌اند، مشتمل بر سیاست‌های سالخوردگی و توسعه توافق‌های دوجانبه و چندجانبه حفاظت از حقوق تأمین اجتماعی کارگران مهاجر و وابستگان‌شان است.

در نهایت، با توجه به اندازه، ثبات و بهره‌وری عملیاتی، سازمان‌های تأمین اجتماعی از یک ظرفیت درونی در ایجاد تأثیر اجتماعی گسترده‌تر نسبت به سازمان‌های خصوصی و عمومی در زمینه ملی برخوردارند. فعالیت‌های آن‌ها می‌تواند تأثیر مهمی بر اقتصادهای ملی و مناطق در حال رشد داشته باشد، امری که در سرمایه‌گذاری فراوان در صندوق‌های آتیه و صندوق‌های ذخیره قابل مشاهده است. تمرکز روزافزون بر سرمایه‌گذاری‌های مرتبط با امور اجتماعی، اثرات اجتماعی مثبتی را موجب شده است (برای مثال، سرمایه‌گذاری در پروژه‌های زیربنایی).

یک نیاز مداوم و اجباری برای شناسایی بهتر و سنجش اثرات مثبت نظام‌های تأمین اجتماعی وجود دارد؛ در حالی که نمونه‌های متعددی وجود دارند، مهم است که داده‌ها و تحلیل‌های این اثرات مثبت به صورت کمی بررسی شوند. بنابراین اگرچه تأثیر اهمیت فشار مخارج بر روی خانوارهای با درآمد پایین به خوبی شناخته شده است، به همان اندازه مهم است که اثرات آن بر روی خانوارهای با درآمد متوسط و با درآمد بالا نیز شناسایی شود، تا بتوان مدل‌های کمک‌رسان تأمین اجتماعی را به صورت پایدار توسعه داد. با در نظر گرفتن محدودیت‌های تأمین مالی احتمالی در آینده، توجه به

این امر، موضوعی کلیدی برای سازمان‌های اجرایی تأمین اجتماعی قلمداد می‌شود. این نقش اقتصادی و اجتماعی مثبت برای روبه‌رو شدن با شوک‌های متعدد رو به افزایش زیست‌محیطی، اجتماعی و اقتصادی که به احتمال زیاد پیش رو خواهند بود، ضروری است. این امر نشان می‌دهد که سه موضوع مدنظر این گزارش کاملاً به هم پیوسته هستند. اثرگذاری مثبت اقتصادی و اجتماعی، ضرورتاً نیازمند سطوح بالای دامنه تحت پوشش است زیرا آن مواردی که پوشش دادنشان سخت‌تر است، بزرگ‌تر نیز هستند. همان‌طور که در بالا نشان داده شد، در طرف مقابل، دامنه تحت پوشش به توانایی سازمان اجرایی و مدیریت بستگی دارد تا به آنچه تأمین اجتماعی انجام می‌دهد و میزان موفقیت در چگونگی انجام آن اطمینان حاصل شود.

حمایت از پیشرفت‌های مداوم

زمان حساسی برای توسعه تأمین اجتماعی در حوزه آسیا و اقیانوسیه است. از زمان گزارش اول روندها و تحولات در سال ۲۰۰۹ دستاوردهای زیادی حاصل شده است. اما شاید، دهه آتی برای سازمان‌های اجرایی تأمین اجتماعی منطقه بسیار مهم و حیاتی باشد. اگرچه مطلوبیت فعلی «پنجره جمعیتی» (البته در برخی کشورها، در حال اتمام است)، رشد اقتصادی مثبت و اراده سیاسی قوی در اقتصادهای در حال توسعه هم‌تراز هستند، اما به احتمال زیاد هنوز وضعیت اقتصادی آینده و وضعیت زیست‌محیطی و اجتماعی چالش‌برانگیز خواهند بود. از نظام‌های تأمین اجتماعی خواسته خواهد شد تا در آینده، نقش رهبری توسعه اقتصادی-اجتماعی را بازی کنند که نیازمند همکاری روزافزون با دیگر ذی‌نفعان، طرح‌های مزایای متناسب و برتری در آنچه انجام می‌دهند و چگونگی انجام آن است. در حال حاضر برخی از کشورهای منطقه مانند فیلیپین به این تغییرات سریع و چالش‌های جدید نظیر حوادث اقلیمی واکنش نشان می‌دهند.

بنابراین پیام این است: کلید موفقیت مداوم در بسیاری موارد، قبلاً شناسایی شده است. اراده سیاسی، برتری عملکردی در سازمان اجرایی، مزایای متناسب، سازوکارهای تأمین مالی گسترده و رویکردهای نوآورانه به تحت پوشش درآوردن گروه‌های مختلف جمعیت، عناصری هستند که باید تقویت شوند تا علی‌رغم محیط بیرونی پر از چالش، اطمینان حاصل شود جوامع منطقه همچنان از توسعه اقتصادی و اجتماعی

در آینده لذت خواهند برد. پیاده‌سازی این موارد آسان نیست، اما پیشرفت‌های اشاره شده در این گزارش، ارزیابی مثبت در مورد ظرفیت سازمان‌های اجرایی تأمین اجتماعی در واکنش و پاسخگویی به این چالش‌ها را مجاز می‌شمارد.

این گزارش پیشرفت‌های انجام‌شده و چالش‌های پیش رو را برجسته می‌سازد. موفقیت آتی نیازمند برتری در همه جنبه‌های فعالیت سازمان‌های اجرایی تأمین اجتماعی، تلاش برای گسترده‌گی دامنه پوشش مؤثر و شناخت این امر است که اثرات مثبت اقتصادی و اجتماعی تنها در صورتی حاصل می‌شود که نظام‌های تأمین اجتماعی در زمان مناسب و به شیوه مناسب پاسخگو باشند. در این راستا، در حال حاضر ابزارهایی عمل‌گرا مانند راهنماهای انجمن بین‌المللی تأمین اجتماعی برای حکمرانی خوب از طریق مرکز انجمن برای تعالی سازمان‌ها تهیه می‌شود و با توسعه راهنماهای جدید برای دیگر مسائل محوری، انتظار می‌رود که این راهنماها موجب پیشرفت بهره‌وری و اثرگذاری بر مدیریت منابع و ظرفیت‌های عمومی سازمان‌های اجرایی تأمین اجتماعی در آینده گردند.

فصل ۱: گسترش مستمر دامنه پوشش تأمین اجتماعی در حوزه آسیا

واقیانوسیه

در گزارش منطقه‌ای پیشین انجمن بین‌المللی تأمین اجتماعی در مورد روندها و تحولات حوزه آسیا و اقیانوسیه (۲۰۱۲، ISSA) دستاوردهای عمده‌ای در گسترش دامنه پوشش از جمله اقتصادهای روستایی و غیررسمی شناسایی و ملاحظه شد. این روندهای منطقه‌ای به‌ویژه در برنامه‌های مراقبت از سلامت، و نیز در برنامه‌های حمایت از تأمین درآمد تداوم دارند. تلاش گسترده‌ای در کسب اطمینان از توسعه حداقل حمایت اجتماعی و مهم‌تر از آن، تعهد به تحقق پوشش مراقبت از سلامت همگانی در حال وقوع است، و چرخشی به‌سوی توسعه پوشش تأمین اجتماعی جامع، عادلانه و پایدار از طریق برنامه‌های حمایت اجتماعی مؤثرتر و یکپارچه‌تر وجود دارد. با این حال، کارهای باقی‌مانده بسیار است؛ نظیر کاهش تفاوت‌ها در دامنه پوشش بین کشورها و درون مناطق از طریق افزایش همکاری و مداخله در سطوح ملی، درون منطقه‌ای و منطقه‌ای.

آمارها و داده‌های اخیراً انتشاریافته، پرتوی جدیدی بر روندها و تحولات دامنه پوشش تأمین اجتماعی در آسیا و اقیانوسیه انداخته است (ILO and ILO, 2014a; ADB, 2014; OECD, 2014; OECD and WHO, 2014; ESCAP, 2014).

▲ منطقه آسیا و اقیانوسیه، محل استقرار دو مورد از پرجمعیت‌ترین کشورهای جهان (چین با ۱,۴ میلیارد و هند با ۱,۲۵ میلیارد نفر جمعیت) و محل زندگی حدود ۶۰ درصد کل جمعیت جهان است که جمعیت شهرنشین آن، مشابه میانگین جهانی ۵۳,۶ درصد است؛ در سال ۲۰۱۴، حدود ۶۸ درصد یا نزدیک به سه میلیارد نفر در این منطقه بین ۱۵ تا ۶۴ سال سن داشته‌اند؛ نرخ باروری منطقه‌ای در سطح جایگزینی جمعیت و ۲,۱ فرزند برای هر زن است.

▲ جمعیت سالمندان (بالای ۶۵ سال) بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۴ نزدیک به دو برابر شده است (از ۱۷۳ میلیون نفر به بیش از ۳۳۰ میلیون نفر)، و انتظار می‌رود که مجدداً تا سال ۲۰۴۵ دو برابر شود. نسبت وابستگی سالمندان در شرق و شمال شرقی آسیا در حال حاضر نزدیک به ۱۱ فرد سالمند به هر صد نفر از افراد شاغل است، که دو برابر بالاتر از جنوب و جنوب غربی آسیا است. به‌طور خاص، برخی

کشورهای منطقه شرقی آسیا روند سریع تری از سالخوردگی جمعیت را نسبت به آنچه در اقتصادهای توسعه یافته جهان رخ داده، تجربه می کنند.

▲ آسیا و اقیانوسیه کمترین نرخ بیکاری را نسبت به هر منطقه ای دارد؛ ۴٫۶ درصد در سال ۲۰۱۳ در مقایسه با بالاترین وضع آن یعنی ۱۰٫۷ درصد در اروپا. باین حال، بیکاری جوانان در منطقه روند رو به افزایشی دارد و ۱۱٫۳ درصد در سال ۲۰۱۳ بوده است.

▲ شکل های آسیب پذیر و غیررسمی «خویش فرمایی» و «خوداشتغالی»، بیش از ۵۴ درصد همه افراد شاغل در آسیا و اقیانوسیه را تشکیل می دهند که می تواند به عنوان معیار سختی و خشونت اشتغال غیررسمی در منطقه در نظر گرفته شود. علی رغم رشد اقتصادی مهم منطقه، نسبت جمعیت در سن کار شاغل در اقتصاد غیررسمی ثابت باقی مانده است.

▲ طبق برنامه ریزی ها قرار است، نرخ فقر شدید^۱ در حوزه آسیا و اقیانوسیه از ۱۲٫۷ درصد در سال ۲۰۱۵ به حدود ۵٫۸ درصد در سال ۲۰۲۰ و ۲٫۵ درصد در سال ۲۰۲۵ کاهش یابد.

▲ در آسیا و اقیانوسیه، ۴۷ درصد افراد سالمند مستمری سالخوردگی دریافت می کنند، در مقایسه با ۱۶٫۹ درصد در صحرای جنوبی آفریقا، ۳۶٫۷ درصد در شمال آفریقا، ۵۶٫۱ درصد در امریکای لاتین و حوزه کارائیب، و بیش از ۹۰ درصد در اروپا و امریکای شمالی.

▲ نرخ دامنه پوشش مؤثر طرح های حمایت بیکاری (هم مشارکتی و هم غیرمشارکتی) در آسیا و اقیانوسیه ۵ درصد است در مقایسه با ۳ درصد در آفریقا، ۵ درصد در امریکای لاتین، ۶۴ درصد در اروپای غربی و میانگین جهانی ۱۲ درصد.

▲ در آسیا و اقیانوسیه، دامنه پوشش قانونی برنامه های حوادث ناشی از کار برای ۳۰ درصد از کل کارگرانی که با آن مواجه هستند، قابل دسترسی است؛ در مقایسه با ۲۰ درصد در آفریقا، بیش از ۵۰ درصد در امریکای لاتین و بین ۷۰ تا ۸۰ درصد در اروپا و امریکای شمالی.

۱. خط فقر شدید در واقع بخشی از خط فقر مطلق (همان سبد غذایی لازم) است. بنابراین فرق خط فقر شدید و مطلق آنست که خط فقر شدید، برابر با هزینه های لازم برای دستیابی به ارزان ترین سبد غذایی لازم است. در حالی که در خط فقر مطلق علاوه بر هزینه های سبد غذایی مزبور، هزینه های غیر غذایی نیز به حساب می آید.

▲ به‌طور میانگین، دولت‌ها در آسیا و اقیانوسیه ۰,۲ درصد از تولید ناخالص داخلی را به مزایای خانوادگی و فرزندان اختصاص می‌دهند که مشابه سطح حمایت در آفریقا است در مقایسه با ۲,۲ درصد در اروپای غربی و میانگین جهانی ۰,۴ درصد.

▲ حمایت اجتماعی عمومی برای هزینه‌های غیربهداشتی افراد در سن اشتغال منطقه معادل ۱,۵ درصد تولید ناخالص داخلی برآورد می‌شود در مقایسه با ۰,۵ درصد در آفریقا. ۵,۱ درصد در امریکای لاتین و حوزه کارائیب، ۵,۹ درصد در اروپای غربی و میانگین جهانی ۲,۳ درصد.

▲ بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۲، نرخ رشد سرانه هزینه‌های سلامت آسیا و اقیانوسیه در شرایط واقعی ۵,۶ درصد در سال بوده است که بالاتر از ۴,۳ درصد نرخ رشد مشاهده شده تولید ناخالص داخلی می‌باشد. رشد چین و مغولستان تقریباً دو برابر نرخ میانگین در منطقه بوده است.

▲ دامنه پوشش سلامت در آسیا و اقیانوسیه ۵۸ درصد است در مقایسه با ۲۴,۷ درصد در آفریقا، بیش از ۹۰ درصد در اروپای غربی و امریکای شمالی و میانگین جهانی ۵۲ درصد.

▲ هزینه‌های مزایای بیمه اجتماعی در آسیا و اقیانوسیه ۵۹ درصد از کل هزینه‌های حمایت اجتماعی را تشکیل می‌دهد، در مقایسه با ۳۶ درصد کمک‌های اجتماعی و ۵ درصد برنامه‌های بازار کار فعال.

کادر ۱. روندها و تحولات دامنه پوشش تأمین اجتماعی در ایران

* کشور ایران نیز که در این منطقه وجود دارد تا سال ۱۳۹۰ حدود ۷۵ میلیون نفر جمعیت دارد که جمعیت شهرنشین آن بسیار بیشتر از میانگین جهانی و حدود ۷۱ درصد است. در ایران حدود ۷۰ درصد (نزدیک به ۵۳ میلیون نفر) بین ۱۵ تا ۶۴ سال سن داشته‌اند. نرخ باروری نیز ۱.۸ فرزند برای هر زن است. * جمعیت سالمندان (بالای ۶۵ سال) بین سال‌های ۱۳۷۰ تا ۱۳۹۰ بیش از دو برابر شده است (از ۱.۹ میلیون نفر به ۴.۳ میلیون نفر). نسبت وابستگی سالمندان ۰.۰۷ درصد است اما وابستگی کل در کشور میزان بالایی دارد و حدود ۴۱ درصد است.

* نرخ بیکاری در کشور حدود ۱۲.۳ درصد است که نسبت به منطقه نرخ بالایی دارد. در سال ۱۳۸۵ به ازای هر صد نفر شاغل در بخش رسمی، ۶۲ نفر در بخش غیررسمی فعال بوده‌اند. تعداد فعالان بخش غیررسمی در طول سال‌های ۱۳۸۵ با کاهش روبه‌رو بوده است. در سال ۱۳۹۰، چهار میلیون نفر در بخش غیررسمی فعالیت داشته‌اند (۲۰ درصد جمعیت شاغل) و به‌ازای هر ۱۰۰ نفر شاغل در بخش رسمی ۲۵ نفر در بخش غیررسمی فعالیت می‌کردند (گزارش تعامل بخش غیررسمی و سازمان تأمین اجتماعی، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی) * حدود ۳۵ درصد افراد سالمند مستمری سالخوردگی دریافت می‌کنند.

* در لایحه بودجه سال ۱۳۹۵ اعتبارات «امور رفاه اجتماعی» معادل ۲۶ درصد از کل اعتبارات هزینه‌ای امور ده‌گانه بودجه سال ۱۳۹۵ است. در این بین فصل بیمه‌های اجتماعی ۲۳ درصد از بودجه امور رفاه، فصل امداد و نجات ۱ درصد، فصل حمایتی ۷۴ درصد، فصل توان‌بخشی ۲ درصد و فصل تحقیق و توسعه در امور رفاه اجتماعی ۰.۰۶ درصد از بودجه امور رفاه را به خود اختصاص داده‌اند. * بررسی اعتبارات دستگاه‌های اجرایی حوزه رفاه و تأمین اجتماعی نشان می‌دهد که مجموع اعتبارات این دستگاه‌ها در لایحه بودجه سال ۱۳۹۵ نسبت به قانون بودجه ۱۳۹۴، ۱۹.۸ درصد رشد داشته است.

گستره دامنه پوشش در سراسر منطقه در حال افزایش است

بر مبنای تجربیات بحران اقتصادی آسیا در اواخر دهه ۱۹۹۰ میلادی و بحران‌های مالی و اقتصادی جهانی اخیر، دولت‌های آسیا و اقیانوسیه به اهمیت فزاینده بالا بردن سطح حمایت اجتماعی به عنوان حقوقی انسانی و ضرورت اجتماعی و اقتصادی آن پی برده‌اند. در دوره اخیر، اکثر کشورهای بادرآمد پایین و متوسط در آسیا و اقیانوسیه، گام‌های مهمی برای گسترش نظام‌های تأمین اجتماعی‌شان برداشته‌اند. به‌طور خاص و با اتخاذ مصوبه اداره بین‌المللی کار مربوط به حداقل حمایت اجتماعی ملی در سال ۲۰۱۲ (شماره ۱۲)، برنامه‌های حمایت اجتماعی پایه، به‌صورت گسترده‌تری در منطقه به کار گرفته شده‌اند که ابزار مؤثری در کاهش فقر و نابرابری و ارتقاء رشد فراگیر و اشتغال مناسب هستند.

تأثیر توسعه چین بر داده‌های منطقه‌ای گسترش دامنه پوشش بسیار قابل توجه است، امری که اهمیت جهانی این اقتصاد در حال رشد و نیز مقیاس جمعیتی آن را منعکس می‌کند. در چین گسترش دامنه پوشش تأمین اجتماعی همچون ابزار قدرتمندی برای کاهش شکاف روستا و شهر و ارتقاء استراتژی‌های رشد تقاضامحور داخلی عمل کرده است. در این زمینه از ژانویه ۲۰۱۲ تا دسامبر ۲۰۱۴، با میانگین افزایش بیش از ۷۰ میلیون نفر در هر سال تعداد ۲۲۶٫۵ میلیون نفر (اکثرأ ساکن روستاها) به افراد تحت پوشش طرح‌های بیمه بازنشستگی اضافه شده‌اند. در نتیجه، بیش از ۸۴۲ میلیون نفر (با نرخ پوشش ملی حدود ۸۵ درصد) تا پایان سال ۲۰۱۴ تحت طرح‌های مختلف مستمری بازنشستگی مشارکتی قرار گرفته‌اند. با تداوم گسترش دامنه پوشش به گروه‌های محروم و اجرای آن تا سال ۲۰۱۵، برنامه‌های مشارکتی بازنشستگی برای بیش از ۴۰ میلیون نفر از مستخدمین دولت و کارکنان نهادهای عمومی بر روی طرح بازنشستگی پایه برای کارکنان شهری مدل‌سازی می‌شود. هدف دولت دستیابی به دامنه پوشش بازنشستگی همگانی نهایتاً تا سال ۲۰۲۰ است. در اوایل سال ۲۰۱۵، دولت چین نیز متعهد شد که تمام کارگران صنعت ساختمان (۴۵ میلیون نفر و از جمله ۳۶ میلیون کشاورزی که به کارگر مهاجر داخلی تبدیل شده‌اند) را تحت پوشش بیمه حوادث کار قرار دهد. کارفرمایانی که نمی‌توانند در حق بیمه همه کارگران خود مانند کارگران عادی شراکت کنند، ملزم به پرداخت سهم حوادث کار بر اساس هزینه پروژه‌های ساختمانی هستند و برای دریافت مجوزهای عملیات ساخت‌وساز باید آن را به درخواست خود الصاق کنند.

نمونه چین برخی از چالش‌های پوشش کارگران مهاجر داخلی را به‌ویژه در نظام‌های ملی چندگانه نشان می‌دهد. با این حال، در واکنش به این وضعیت، تعداد رو به افزایشی از استان‌ها و ادارات استانی در حال یکسان‌سازی طرح‌های بیمه سلامت خود برای ساکنان روستاها و ساکنان شهری غیرفعال از نظر اقتصادی هستند. در راستای تأمین نیازهای کارگران مهاجر خارجی، وزارت تأمین اجتماعی و منابع انسانی چین با بیش از دوازده کشور بر روی پیمان‌های تأمین اجتماعی دوجانبه مذاکره کرده است.

هند گسترش دامنه پوشش کارگران مهاجر داخلی و خارجی را در اولویت دائمی خود تعریف کرده است. در اواخر سال ۲۰۱۳، هند به برنامه بیمه اختیاری و پس‌انداز برای کارگران هندی آن‌سوی دریاها (خارج از کشور) پیوست، که انتظار می‌رود در پایان

برنامه حدود ۵ میلیون نفر از کارگران یقه آبی موقت (کم و نیمه‌ماهر) را در ۱۷ کشور – عمدتاً در منطقه خلیج فارس تحت پوشش بگیرد. یکی از مشوق‌های برنامه این است که بیمه عمر مشارکت کنندگان به وسیله دولت تأمین مالی خواهد گردید (SSA, 2013).

مهاجران اما گروهی از کارگران آسیب‌پذیر هستند (ISSA, 2014). در سال‌های اخیر در ویتنام، دولت تأمین اجتماعی کارگران آسیب‌پذیرتر با قراردادهای کوتاه‌مدت را در اولویت قرار داده است (با طول مدت ۳ ماه و کمتر) که ۳۰ تا ۴۰ درصد همه کارگران کشور را شامل می‌شود. در نتیجه تجدیدنظر اخیر در قانون بیمه اجتماعی، کارگران فصلی با قراردادهای کوتاه‌مدت، واجد شرایط دریافت حقوق برای مرخصی بیماری، بارداری، حوادث کار یا بیماری‌های شغلی، به‌علاوه حقوق بازنشستگی خواهند بود.

دیگر کارگران آسیب‌پذیر، کارگران خانگی هستند. در فیلیپین، لایحه برنامه کارگران خانگی در ژانویه ۲۰۱۳ الزامی شد و برای کارگران خانگی، حمایت حداقل دستمزد به‌عنوان تأمین اجتماعی و پوشش بیمه سلامت را ارائه کرد. همچنین، پیرو اتخاذ پیمان‌نامه سال ۲۰۱۱ اداره بین‌المللی کار مربوط به کار شایسته برای کارگران خانگی (شماره ۱۸۹) و توصیه‌نامه مربوط به کار شایسته برای کارگران خانگی سال ۲۰۱۱ (شماره ۲۰۱) (ILO, 2013)، اقداماتی مشابه برای بالا بردن حمایت اجتماعی از کارگران خانگی در بحرین، هند، سنگاپور، تایلند و ویتنام اتخاذ شده است.

راه دیگر پرداختن به نیازهای کارگران آسیب‌پذیر، اتخاذ طرح‌های مشاغل عمومی است. طرح‌های مشاغل عمومی نوآورانه، بر روی برنامه ضمانت‌شده اشتغال روستایی در هند مدل‌سازی شده‌اند، و در تعدادی از کشورهای منطقه به‌ویژه در آسیای جنوبی در حال اجرا هستند.

تعدادی از کشورهای منطقه نظیر کویت در سال ۲۰۱۳، جمهوری دموکرات خلق لائوس (۲۰۱۴)، میانمار (۲۰۱۴)، عربستان سعودی در ۲۰۱۴، و ویتنام در ۲۰۱۵ بیمه بیکاری را معرفی کرده‌اند و دیگران نیز در حال بررسی امکان‌پذیری انجام آن هستند. از طرف دیگر، اندونزی، کیریباتی، اردن، میانمار و سوریه برنامه‌های بیمه حوادث کار را بازنگری کرده‌اند و سایر کشورها نیز درصدد انجام آن هستند.

کادر ۲. بیمه بیکاری در ایران

* یکی از خدمات تأمین اجتماعی ایران که از سال ۱۳۶۹ توسط سازمان تأمین اجتماعی ارائه می‌شود، بیمه بیکاری است. قانون بیمه بیکاری که سه بار به‌صورت آزمایشی اجرا شد، در تاریخ ۱۳۶۹/۲/۲۶ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید و جزء خدمات و تعهدات سازمان تأمین اجتماعی قرار گرفت. طبق این قانون صندوق بیمه بیکاری کاملاً از صندوق تأمین اجتماعی مجزاست و از نظر دخل و خرج به‌صورت مستقل اداره می‌شود. کلیه مشمولین قانون تأمین اجتماعی که تابع قوانین کار و کار کشاورزی هستند مشمول قانون بیمه بیکاری نیز می‌شوند، بنابراین کسانی که طبق قانون کار تحت پوشش بیمه اجباری هستند قانون بیمه بیکاری نیز بر آن‌ها حاکم است ولی کسانی که به‌صورت اختیاری، آزاد و به‌صورت خویش‌فرما بیمه هستند، از شمول این قانون خارج‌اند. بر این اساس گروه‌های سه‌گانه صاحبان حرف و مشاغل آزاد و بیمه‌شدگان اختیاری، بازنشستگان و ازکارافتادگان کلی، و اتباع خارجی از شمول قانون بیمه بیکاری خارج‌اند. فرد مقرری‌بگیر بیکار در طول دوران استفاده از مقرری مذکور باید در کلاس‌های سوادآموزی و بازآموزی حرفه‌ای که توسط وزارت کار برگزار می‌شود شرکت و گزارش آن را به سازمان تأمین اجتماعی ارائه کند. ضمن اینکه در صورت ارائه شغلی مناسب و مرتبط با تخصص، فرد بیکار باید اشتغال جدید را بپذیرد و اعلام کند.

* در سال ۱۳۹۴ تعداد مقرری‌بگیران بیمه بیکاری سازمان تأمین اجتماعی بیش از ۱۹۰،۰۰۰ نفر بوده‌است.

در مورد چین، مسئله مهم، گسترش دامنه پوشش برای کارگران آسیب‌پذیر در مناطق روستایی است. یک مستمری اجتماعی همراه با حساب مستمری فردی مشارکتی از طریق یارانه دولتی برای همه ساکنین روستایی (همچنین برای ساکنین شهری غیر شاغل) بالای ۱۶ سال (به‌استثنای دانش‌آموزان ثبت‌نام‌شده) معرفی شده است که در صدر برنامه پوشش مراقبت از سلامت همگانی و ضمانت حداقل معیشت قرار دارد که به‌صورت ملی به اجرا درآمده است. در نتیجه آن، نرخ پوشش مستمری روستایی از ۱۰ درصد در سال ۲۰۰۹ به بیش از ۹۰ درصد در سال ۲۰۱۵ افزایش یافته است.

مستمری اجتماعی در منطقه به گسترش خود ادامه می‌دهد. برنامه‌های مستمری اجتماعی غیر مشارکتی - چه با طرح‌های همگانی و چه مبتنی بر سن، ملیت یا اقامت یا جامعه‌هدف و مبتنی آزمون استطاعت مالی - تقریباً در نیمی از کشورهای آسیا و اقیانوسیه به اجرا درآمده‌اند (SSA & ISSA, 2014). برخی از کشورها این برنامه‌ها را به‌عنوان ابزاری برای بررسی فقر و بالا بردن انسجام اجتماعی در نظر می‌گیرند. مورد مغولستان در این

زمینه جالب توجه است؛ این کشور برنامه پولی غیرمشارکتی کودکان را که در پایان سال ۲۰۰۹ متوقف شده بود، مجدداً در سال ۲۰۱۲ به عنوان یک برنامه همگانی از سر گرفت.

برنامه‌های همگانی مستمری اجتماعی برای مثال در برونئی، کیریباتی، نپال، نیوزیلند، ساموآ و تیمور شرقی اجرا می‌شوند. سایر کشورها مستمری اجتماعی غیرمشارکتی را برای کسانی که واجد شرایط برای دریافت مستمری مشارکتی نیستند، فراهم می‌کنند. برای مثال این مورد در چین (همان‌طور که در بالا ذکر گردید)، جمهوری کره، مغولستان و تایلند وجود دارد.

در نپال، معیار سنی برای دریافت مستمری اجتماعی همگانی از ۷۵ سال به ۷۰ سال کاهش یافته است و مستمری اجتماعی گزینشی برای بیوگان ۶۰ ساله و بالاتر که به عنوان افراد فقیر شناسایی شوند، قابل پرداخت است. به همین ترتیب، در ویتنام، سن واجد شرایط برای مستمری اجتماعی از ۸۵ سال به ۶۰ سال کاهش یافته است. در تایلند، مستمری مقطوعی (کمک هزینه سالمندان)، به بیش از ۸۰ درصد افراد مسن بالای ۶۰ سال که واجد شرایط دریافت مستمری مشارکتی نیستند، پرداخت می‌شود.

بررسی فقر، نگرانی عمده کشورهای با درآمد پایین منطقه مانند هند است، جایی که مستمری مساعدت اجتماعی ذیل طرح ملی افراد سالمند، همه دارندگان کارت زیر خط فقر را تحت پوشش قرار داده است و سطح مزایای آن بهبود پیدا کرده است (برینتوس، ۲۰۱۴). از سال ۲۰۱۴، صندوق آتیه ملی فیجی به اعضایش اجازه می‌دهد تا به صورت اختیاری مشارکت بیشتری داشته باشند و با این شیوه، ابزاری برای بهبود کفایت ضوابط موجود ارائه می‌دهد. همچنین صندوق، حساب آتیه کارگران را به دو قسمت تقسیم می‌کند، تخصیص ۷۰ درصد پس‌اندازها به بازنشستگی، در حالی که می‌توان به ۳۰ درصد باقی‌مانده تحت شرایط خاصی برای انصراف زود هنگام به منظور تأمین هزینه‌های ضروری خانوار نظیر تحصیلات، مراقبت درمانی، دوره‌های بیکاری و هزینه‌های مسکن دسترسی داشت (ISSA, 2014).

چالش‌های کاهش فقر به کشورهای با درآمد پایین منطقه محدود نمی‌شود. برای مثال، جمهوری کره، شمول نظام ملی تأمین معیشتی پایه را به فقرای با توانایی کار کردن گسترش داده است (ESCAP, 2015). در سنگاپور در سال ۲۰۱۵ دولت یک برنامه آزمون وسیع جدید را به عنوان مکمل درآمد افراد سالمند راه‌اندازی کرد (طرح حمایتی نقره‌ای) که هر سه ماه یک‌بار، یک مکمل ۳۰۰ تا ۷۰۰ دلار سنگاپوری را برای سالمندان واجد شرایط (۶۵ سال به بالا) تأمین می‌کند و سعی در حمایت از ۲۰ درصد

فقیرترین سالمندان دارد؛ این اصلاحات علاوه بر برنامه قبلی رفاه شغلی است که از ۲۰ تا ۳۰ درصد حداقل مزدبگیران سنگاپوری حمایت می‌کرد (کانال اخبار آسیا، ۲۰۱۵).

به‌عنوان بخشی از هدف بزرگ کاهش فقر، تناسب چندوجهی مزایا از اهمیت بسیاری برخوردار است (بریمبل کامب، ۲۰۱۳). با وجود اهمیت گسترش دامنه پوشش افقی به ضوابط و مقررات مطمئنی در مورد مزایای متناسب نیاز داریم، امری که به‌صورت گسترده از نظر ارزش نقدینگی، کیفیت خدمات و مبادله بین بازار کار متفاوت و اهداف سیاست‌گذاری اجتماعی مورد توجه است (جدول شماره ۱ را مشاهده کنید).

کشورهایی که برنامه/طرح‌هایشان اخیراً معرفی شده‌اند یا به‌صورت قابل توجهی گسترش یافته‌اند.	نوع برنامه
چین، مغولستان	مزایای خانواده و فرزند
بنگلادش، اندونزی، مغولستان، فیلیپین	انتقال پول نقد (یارانه نقدی) با تمرکز بر توسعه انسانی
چین، سنگاپور	حمایت از خانوارهای با حداقل درآمد
هند، اندونزی	برنامه‌های مشاغل عمومی
بنگلادش، چین، هند، اندونزی، اردن، ویتنام	حمایت از مرخصی زایمان
اردن، عربستان سعودی، تایلند، ویتنام	حمایت از بیکاران
بنگلادش، چین، هند، نپال، تایلند، ویتنام	مستمری اجتماعی
بنگلادش، کامبوج، چین، لاوس، اندونزی، قطر، سنگاپور، تایلند، ویتنام	پوشش سلامت گسترده

Δ جدول ۱. نمونه‌های منتخب گسترش حمایت اجتماعی در کشورهای با درآمد پایین و متوسط
منبع: اداره بین‌المللی کار (2014a: 145-141)

دامنه پوشش همگانی سلامت به واقعیت تبدیل می‌شود

همراه با نظر مجمع عمومی سازمان ملل در سال ۲۰۱۲ در مورد پوشش همگانی سلامت، هدف پوشش همگانی سلامت به اولویت برتر در منطقه تبدیل شده است. کشورهایمانند چین، جمهوری کره، مالزی، عمان، سری‌لانکا و تایلند در پیگیری پوشش کامل جمعیت جهت مراقبت از سلامت از طریق برنامه‌های عمومی دولتی همراه با تعهد تأمین مالی دولتی معروف هستند. بنگلادش و سنگاپور نیز اخیراً به فهرست کشورهایمانند پوشش سلامت همگانی از طریق بسته مداخلات مؤثر دولتی پیوسته‌اند.

کادر ۳. پوشش همگانی سلامت در ایران

* دسترسی به خدمات سلامت در نهادهای کلان قانون گذار جمهوری اسلامی ایران مورد توجه قرار گرفته است. اصل سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن و بهداشت و تعمیم بیمه را به عهده حکومت می‌داند. اصل چهارم و سوم نیز به وظیفه دولت در قبال تأمین نیازهای اساسی مسکن، خوراک و پوشاک، بهداشت و درمان، و آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه اشاره نموده است. همچنین اصل بیست‌ونهم قانون اساسی اصول و حیطة نظام جامع تأمین اجتماعی را این چنین مشخص می‌کند: «بر خورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی و دولت موظف است از محل درآمد‌های حاصل از مشارکت مردم خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یکایک افراد کشور تأمین کند». بدین ترتیب مشخص می‌گردد که اولاً رژیم حقوقی ایران برای استقرار نظاممند تأمین اجتماعی از غنای مناسبی برخوردار است و در اشارات قانونی به نظام تأمین اجتماعی کمبودی مشاهده نمی‌شود. ثانیاً تعدد اشارات، اهداف و حدود و قلمرو مأموریت نظام را تعیین می‌نماید.

* تشکیل سازمان بیمه‌های اجتماعی در سال ۱۳۱۰ اولین توجه نظاممند دولت به یکی از حوزه‌های مرتبط با تأمین اجتماعی بود. متعاقباً قوانین و مقررات متعددی همچون قانون ایجاد سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران (۱۳۳۲)، قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت (۱۳۵۱)، کنوانسیون شماره ۱۰۲ تأمین اجتماعی (۱۳۵۲)، قانون تأمین اجتماعی (۱۳۵۴)، قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۶۴)، قانون تشکیلات و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۶۷)، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی (۱۳۷۳)، قانون برنامه پنج‌ساله سوم توسعه (۱۳۷۹)، قانون سامان‌دهی بهداشت و درمان (۱۳۸۱)، قانون برنامه پنج‌ساله چهارم توسعه (۱۳۸۴)، قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه (۱۳۸۸)، مقوله تأمین اجتماعی را مورد توجه قرار دادند و سازمان‌ها و نهادهای متعددی در جهت اجرای این قوانین تشکیل شدند. پس از تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و تشکیل نهاد اجرایی آن (وزارت رفاه و تأمین اجتماعی) فصل نوینی فراروی سیاست‌گذاران حوزه‌های اجتماعی و اقتصادی گشوده شد و مسئولیت آنان در قبال پاسخگویی به انتظارات مردم افزایش یافت.

* همچنین از سال ۱۳۹۳ و در راستای اجرای ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه فرصتی فراهم شد تا تمام مردم تحت پوشش بیمه سلامت قرار گیرند.

در چین جایی که پوشش سلامت هم‌اکنون بالغ بر ۹۵ درصد است، دولت یارانه محاسبه شده برای نزدیک به ۸۰ درصد کمک‌هزینه بیمه سلامت را برای دو برنامه جمعیت روستایی و غرامت به ساکنان شهری بدون شغل پرداخت می‌کند. با میانگین سالانه افزایش ۲۵٫۸ درصد، کل هزینه‌های دولتی مراقبت از سلامت بین سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۳ مبلغ ۳٫۹۸ هزار میلیارد یوان چینی بود (در سال ۲۰۱۵،

هر صد یوان چینی تقریباً معادل ۱۶ دلار آمریکا بود). در سال ۲۰۱۵ میانگین یارانه دولتی (از محل دولت مرکزی و محلی) برای هر شخص بیمه‌شده مشمول این طرح‌ها ۳۸۰ یوان چینی است در حالی که سهم هر شخص به‌طور میانگین ۱۲۰ یوان چینی است.

تعداد روبه‌افزایش دولت‌هایی که برنامه‌های بلندپروازانه خود را برای پوشش همگانی سلامت اعلام کرده‌اند، به‌طور قابل‌توجهی انتظارات برای گسترش جهانی پوشش سلامت را بالا برده است.

برای مثال، در کامبوج جایی که سه‌چهارم جمعیت فاقد پوشش سلامت هستند و بیش از نیمی از مخارج سلامت از جیب بیمار هزینه می‌شود، دولت برنامه‌ای را برای پوشش همگانی به‌عنوان بخشی از استراتژی ۱۰ ساله بهبود نظام حمایت اجتماعی کامبوج با هدف تحقق پوشش همگانی سلامت تا سال ۲۰۲۵ در دستور کار قرار داده است.

در هند، مراقبت همگانی از سلامت در برخی ایالت‌ها مانند کرالا محقق شده است؛ دولت مرکزی در اواخر سال ۲۰۱۴ برنامه بیمه سلامت همگانی را به ارزش ۱۱٫۴ میلیارد دلار آمریکا اعلام کرد تا در آوریل ۲۰۱۵ اجرایی شود؛ هدف آن پوشش کل جمعیت تا مارس ۲۰۱۹ است.

در اندونزی جایی که پوشش همگانی قانون تأمین اجتماعی در سال ۲۰۰۴ الزامی شد، هدف دولت، تحت‌پوشش بیمه سلامت قرار گرفتن همه کارکنان و ساکنان (شامل ساکنان خارجی) تا سال ۲۰۱۹ ذیل طرح تک پرداخت‌کننده^۱ بود (JKN).

در قطر، دولت برنامه پوشش همگانی سلامت را از طریق حرکت از یک رویکرد اختیاری با صندوق‌های سرمایه‌ای چندگانه به نظام واحد اجباری تحت مدیریت شرکت ملی بیمه سلامت در سال ۲۰۱۳ پیاده‌سازی کرد؛ هدف روشن این طرح، گسترش یک بسته گسترده از خدمات سلامت برای همه جمعیت از جمله کارگران مهاجر خارجی تا سال ۲۰۱۶ است.

1. Single-Payer scheme

طرح تک پرداخت‌کننده، سیستمی است که در آن دولت، به جای شرکت‌های بیمه خصوصی، برای همه افراد هزینه‌های درمانی می‌پردازد. در این طرح ممکن است برای خدمات درمانی با سازمان‌های خصوصی قرارداد منعقد گردد و یا ممکن است تحت‌نظر خود دولت و یا منابع تحت‌استخدامش باشد.

در ویتنام، برنامه جامع برای پوشش همگانی در سال ۲۰۱۲ اعلام شد و دولت را متعهد کرد تا پوشش مراقبت از سلامت را به حداقل ۸۰ درصد جمعیت تا سال ۲۰۲۰ گسترش دهد؛ پوشش واقعی حداقل تا ۷۵ درصد در سال ۲۰۱۵ گسترش یافته است. به عنوان بخشی از طیف وسیعی از اقدامات برای گسترش پوشش سلامت به کارگران اقتصاد غیررسمی که ۳۰ درصد از کل جمعیت را تشکیل می‌دهند، قانون بیمه سلامت اخیراً تجدیدنظر شده و از ژانویه ۲۰۱۵ مقرر شد که گروه‌های اقلیت قومی و فقیر مجبور به پرداخت هیچ‌گونه هزینه‌ای از جیب خود برای هزینه‌های درمانی یا چک‌آپ‌های مراقبت از سلامت نباشند (VOV, 2014).

به‌سوی پوشش یکپارچه و هماهنگ

نمونه‌های ملی گرایش جهانی به طرح‌های جامع و هماهنگ و تناسب سیاست‌های اجتماعی را می‌توان در منطقه مشاهده کرد. برای مثال، با تلاش مشترک مقامات تأمین اجتماعی در شش کشور عضو شورای همکاری خلیج فارس (GCC) حمایت اجتماعی به تحت پوشش در آوردن همه شهروندان اتباع این شورا که در کشوری غیر از کشور خود (اما در یکی از کشورهای عضو این شورا کار می‌کنند)، توسعه یافته است.

با تعهد انجمن ملت‌های جنوب شرق آسیا (ASEAN) برای ایجاد یک بازار مشترک واحد در سال ۲۰۱۵، کشورهای عضو، همکاری خود را در ارتقاء سطح توسعه تأمین اجتماعی در منطقه، به‌ویژه برای حمایت اجتماعی از کارگران مهاجر اشاره شده در اعلامیه‌های کارگران مهاجر سبو^۱ و آسه آن^۲، تسریع کرده‌اند. تايلند، مورد مطالعاتی خوبی است؛ جایی که برنامه جدید حمایت از سلامت اجتماعی، همه کارگران مهاجر از جمله پناهندگان و مهاجران بدون مدارک شناسایی را تحت پوشش قرار می‌دهد. این طرح همان بسته مزایای طرح پوشش همگانی را ارائه می‌دهد اما براساس یک سهم مشارکتی. (ILO & ADB, 2014).

چالش‌های مهم دامنه پوشش در کشورهایی مانند ژاپن و جمهوری کره که از قبل، نظام جامع تأمین اجتماعی از جمله بیمه مراقبت طولانی مدت را راه‌اندازی کرده‌اند شامل کفایت، انسجام و پایداری نظام است. در این کشورها، دولت‌ها رویکردهای هماهنگ و یکپارچه‌ای را برای بالابردن حداقل مستمری ضمانت‌شده

1. Cebu Declaration
2. Asean Declaration

اتخاذ کرده‌اند که با مزایای مستمری اجتماعی در رابطه است، و کیفیت طرح مراقبت از سلامت برای گروه‌های محروم را تأمین کرده و مزایای کافی و پایداری طولانی‌مدت را ارائه می‌کنند.

برای مثال، در جمهوری کره از سال ۲۰۱۲ دولت به حق بیمه اجتماعی کارگران با درآمد پایین در شرکت‌های کوچک یارانه می‌پردازد (ILO، 2012) و از سال ۲۰۱۵ به‌عنوان بخشی از برنامه ملی طولانی‌مدت پوشش بیمه سلامت، متعهد شده است تا هزینه‌های درمانی بیمارستانی برای افراد سالمند مبتلا به بیماری‌های علاج‌ناپذیر و سرطان‌های غیرقابل درمان را پوشش دهد.

نتیجه‌گیری

با وجود تفاوت‌های عمده در پوشش بین زیرمناطق متفاوت، و درون زیرمناطق و کشورها، دستاوردهای ملی اخیر در گسترش دامنه پوشش تأمین اجتماعی (به‌طور خاص، در راستای ایجاد پوشش همگانی سلامت) در آسیا و اقیانوسیه قابل توجه هستند. مداخلات فعالانه افزایش یافته از سوی دولت، رشد اقتصادی نسبتاً قوی در کل، و افزایش هزینه‌های اعلام شده حمایت اجتماعی در چند سال اخیر، از جمله عوامل کلیدی چنین توسعه‌های مثبتی هستند.

در این برهه که روند سالخوردگی جمعیت در منطقه مشهودتر است و با افزایش تعداد کارگران مهاجر داخلی و بین‌المللی، دولت‌ها باید بهترین استفاده را از فرصت عملکرد اقتصادی نسبتاً قوی منطقه و جمعیت فراوان در سن اشتغال که به اصطلاح «پنجره جمعیتی» نامیده می‌شوند، داشته باشند. در حال حاضر منابع تأمین مالی در دسترس باید برای تحکیم بیشتر و گسترش طرح‌های موجود استفاده شود و برنامه‌های تأمین اجتماعی جدید موردنیاز را ایجاد کنند (مانند طرح‌های تضمین درآمد حداقلی برای گروه‌های آسیب‌پذیر، بیکاری، حوادث کار و بیمه مراقبت طولانی‌مدت و همچنین برنامه‌های مزایای خانواده). همچنین، چنین اهدافی نیازمند هماهنگی بیشتر در دو سطح ملی و بین‌المللی است. این همکاری‌ها باید با مشارکت کامل سازمان‌های تأمین اجتماعی صورت گیرد که نقش حیاتی در طراحی و اجرای اقدامات اداری نوآورانه برای حمایت از اهداف گسترش دامنه پوشش دارند.

تجربه مثبت منطقه نشان داده است که گسترش مؤثر پوشش نه تنها در اقتصادهای

پیشرفته‌تر قابل حصول است، بلکه در کشورهای با درآمد کم و متوسط نیز مانند بنگلادش، چین و تایلند قابل‌دستیابی است. نتیجه آن، افزایش تعداد کشورهای است که تأمین اجتماعی از جایگاه بالایی در دستور کار سیاست‌هایشان برخوردار است و به‌صورت باثباتی به سمت برنامه‌های تأمین اجتماعی جامع‌تر و یکپارچه‌تر در حرکت هستند و پوشش همگانی سلامت، اولویت مشترک برای آنها است.

توسعه راهکارهای اجرایی برای افزایش دامنه پوشش بیمه‌ای گروه‌هایی که به‌سختی تحت پوشش قرار می‌گیرند، از طریق به‌اشتراک گذاشتن دانش و برنامه‌های نوآورانه اتخاذشده در کشورهای مختلف می‌تواند راهنمایی باشد برای سایر کشورهای عضو انجمن بین‌المللی تأمین اجتماعی در راستای گسترش دامنه پوشش جمعیتی.

فصل ۲: برتری در سازمان اجرایی: شرط کلیدی برای تأمین اجتماعی جوامع در آسیا و اقیانوسیه

تحولات نظام‌های تأمین اجتماعی در همه کشورها و مناطق شمال آسیا و اقیانوسیه، در حال حاضر با یک تعهد قوی در زمینه ارتقا ابعاد مدیریتی سازوکارهای ارائه خدمات و مزایا مشخص شده‌اند. از یک سو، علت این امر، مطالبات زیاد ناشی از منابع در دسترس، علی‌رغم محدودیت‌های شناسایی شده در همه حوزه‌های سازمان‌های اجرایی عمومی است. علت دیگر آن است که اگر قرار است اعتماد و توافق همه ذی‌نفعان به دست آید، وجود نظام‌های تأمین اجتماعی قوی که به صورت مطلوبی اداره می‌شوند، ضروری است. به طور کلی، استفاده بهینه از منابع و سازمان‌های قوی متکی بر اصول «حکمرانی خوب» شرط حیاتی موفقیت در ارائه سیاست‌ها، نه تنها در کشورهایی با نظام‌های تأمین اجتماعی جامع، بلکه برای آن کشورهایی که به دنبال توسعه بیشتر و مقررات ملی قوی هستند، نیز می‌باشد. صرف نظر از اراده سیاسی، ظرفیت ارائه خدمات و مزایای تأمین اجتماعی به شدت با ظرفیت مدیریت و کیفیت سازمان اجرایی مرتبط است. به همین دلیل است که هدف «برتری در سازمان اجرایی» باید به عنوان یک امر الزامی مورد توجه قرار گیرد. در نتیجه، رسیدن به چنین التزامی در نظام‌های تأمین اجتماعی که ممکن است توافق بر سر سهم پرداختی و اعتماد به کارگزاران تأمین اجتماعی ناکافی یا نیازمند تقویت باشد، از اهمیت بیشتری برخوردار است. در این راستا، شواهد روندها و تحولات اخیر نشان می‌دهد بسیاری از کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه که به گسترش و پیشرفت دامنه تحت پوشش تأمین اجتماعی متعهد هستند، به شدت در حال سرمایه‌گذاری در منابع انسانی، راهکارهای فناوری اطلاعات، تلاش‌های ارتباطی و در صدر آن‌ها، در تولید راهکارهای مدیریتی مستحکم مبتنی بر مشارکت و شفافیت ذیل اصل نظام‌های تأمین اجتماعی پایدار هستند.

انجمن بین‌المللی تأمین اجتماعی، برتری در سازمان اجرایی تأمین اجتماعی را در رابطه با دستاوردهای حکمرانی خوب، عملکرد بالا و بهبود کیفیت خدمات تعریف می‌کند. همچنین، به نظر می‌رسد پیگیری برتری در سازمان اجرایی در زمینه‌های حکمرانی ضعیف، عملکرد سازمانی غیر مؤثر و ناکارآمد و کیفیت ضعیف خدمات

ارائه شده به ذی نفعان به خطر خواهد افتاد. در آسیا و اقیانوسیه مانند دیگر مناطق، دو مجموعه عامل کلیدی، چارچوب تلاش برای بهبود اجرای برنامه‌ها و نظام‌های تأمین اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهند:

▲ زمینه ملی و منطقه‌ای

▲ تعهد عملیاتی و ظرفیت‌های سازمان‌های اجرایی تأمین اجتماعی

در مقابل، گرایش گسترده‌ای در همه سازمان‌های اجرایی تأمین اجتماعی برای اتخاذ یک جهت‌گیری ارزشی وجود دارد، که در آن:

▲ «برتری» به‌عنوان راهنمای طرز فکر و نه یک چارچوب تحمیلی برای توافق در نظر گرفته می‌شود.

▲ «برتری» به‌عنوان نقطه «پایان» اجرایی در مدیریت منابع و همچنین «ابزاری» برای ارائه خدمات شهروندمحور و رسیدن به اهداف سیاسی جامعه‌ای درک می‌شود.

صرف‌نظر از این مشترکات، ضروری است در مورد هرگونه تلاشی برای مقایسه دستاوردهای مرتبط با «برتری» در میان سازمان‌ها و حوزه‌های قضایی ملی احتیاط کرد. در صدر آن باید توجه داشت، با اینکه دستاوردهای برتری در سازمان اجرایی، هدف مشترک همه سازمان‌های تأمین اجتماعی است، این امر به زمینه منطقه‌ای و ملی آن وابسته است که در آسیا و اقیانوسیه می‌تواند به‌صورت قابل‌ملاحظه‌ای متفاوت باشد. علاوه بر این، تعهد عملیاتی مرتبط با هر یک از سازمان‌های تأمین اجتماعی باید در هر شرایطی، نقطه اصلی ارجاع برای ارزیابی برتری اجرایی باشد. بنابراین، تعهد عملیاتی متمرکز، قوی و شفاف، نقطه عزیمت برای پیشرفتی است که همه عملیات‌های توسعه‌ای را با توجه به مجموعه مشترک از اصول و اهداف در یک شیوه منسجم مجاز می‌سازد.

در مقابل، پیگیری برتری در سازمان اجرایی به‌جای اینکه چارچوبی تحمیلی با قواعد و رویه‌هایی برای مصالحه اجباری باشد، باید به‌عنوان انگیزه دائمی و طرز فکری جهانی در سازمان‌های اجرایی تأمین اجتماعی دیده شود تا قادر به عمل باشد. پرورش فرهنگ برتری درون سازمان‌ها گام مهمی برای پیشرفت و موفقیت است؛ امری که مشارکت تمام عوامل درون سازمان و همین‌طور دیگر ذی‌نفعان قانونی را می‌طلبد.

اما بالاتر از همه این‌ها به این معنی است که بهتر است تمام مراحل با توجه به کاربرد مناسب، کارآمد و مؤثر ابزارها و روش‌ها، تحت فرایند ارزیابی کیفیت قرار گیرند.

درنهایت، برتری در سازمان اجرایی نه تنها باید دائماً بر مدیریت منابع متمرکز باشد بلکه باید بر ارتقا و دفاع از علایق عمومی شهروندان و اهداف سیاسی گسترده‌تر جامعه از نظر ضوابط تأمین اجتماعی نیز متمرکز شود.

موضوعات اصلی سازمان‌های اجرایی تأمین اجتماعی در آسیا و اقیانوسیه

اهداف متعددی از طراحی برنامه‌های تأمین اجتماعی تا ارائه نهایی مزایا و خدمات وجود دارند که باید تحت نام «حرکت به سوی تعالی»^۱ مورد رسیدگی قرار گیرند. برخی از عناوین آن‌ها عبارت‌اند از:

▲ تضمین کیفیت اطلاعات؛

▲ اطمینان از نظام‌های جمع‌آوری حق‌بیمه که بر منافع پرداخت‌کنندگان سهم‌ها و ذی‌نفعان تمرکز دارد؛

▲ گسترش آموزش جهت ارتقاء سطح انطباق با طرح‌ها؛

▲ ارائه اطلاعات و خدمات در دسترس.

چنین اهدافی، شکل مشخصی به مفاهیم و اصول «حکمرانی خوب» می‌دهد. حکمرانی خوب برای توسعه تأثیرگذار ادارات عمومی ضروری است و به‌عنوان منبع عمده تعامل بین دولت‌ها و شهروندان از اهمیت ویژه‌ای هنگام بررسی سازمان اجرایی تأمین اجتماعی برخوردار است. همان‌طور که در راهنمای انجمن بین‌المللی تأمین اجتماعی در تعریف حکمرانی خوب آمده است، اصولی همچون شفافیت، پاسخگویی، مشارکت، پیش‌بینی‌پذیری، و پویایی باید در مرکز سازمان‌های اجرایی تأمین اجتماعی قرار گیرند و همچنین انگیزه‌های حیاتی برای تحقق احترام و اعتماد ذی‌نفعان و به‌طور عمومی‌تر، پایداری مالی، سیاسی و اجتماعی نظام‌های تأمین اجتماعی مورد توجه قرار گیرند.

در حال حاضر، این اصول راهبردی به‌طور فزاینده‌ای از سوی تصمیم‌گیران و مدیران ارشد سازمان‌های اجرایی در منطقه آسیا و اقیانوسیه تأیید و در دستور کار قرار می‌گیرند.

1. Journey to excellence

تلاش برای دستیابی به برتری سازمان اجرایی در منطقه آسیا و اقیانوسیه

همانطور که ابزارهای مختلف موجب دستیابی به برتری در سازمان اجرایی می‌شوند، نظام‌های فناوری ارتباطات و اطلاعات نیز نقش چندگانه و مؤثری دارند. برای مثال، ارائه مزایای یارانه نقدی، شامل توان شناسایی و هدف‌گیری بهتر ذی‌نفعان، گزارش و نظارت بر عملیات برنامه، کاهش هزینه‌های عملیات در ارائه مزایا، و بهبود در حکمرانی (شفافیت و پاسخگویی) است.

در حالی که استفاده از فناوری اطلاعات در میان سازمان‌های تأمین اجتماعی رو به افزایش است، ارتباط بین سازمان‌های تأمین اجتماعی با نظام‌های فناوری اطلاعات سایر کارگزاران عمومی نظیر پایگاه‌های داده ثبت‌احوال و آمارهای خانوارها می‌تواند دستاوردهای بسیاری در پی داشته باشد؛ این منابع داده‌ای، به‌ویژه برای خانوارهای هدف کم‌درآمد، به‌عنوان بخشی از استراتژی‌های حمایت اجتماعی ملی، حمایت ارزشمندی برای گسترش برنامه‌های مزایای بزرگ‌مقیاس فراهم می‌آورد.

برای برخی کشورها، توسعه چنین داده‌هایی برای بهبود دامنه پوشش، به‌عنوان یک چالش باقی مانده است. در منطقه‌ای که تولد حدود ۱۳۵ میلیون کودک زیر ۵ سال ثبت نمی‌شود، و ۳۶ کشور آن در مورد آمارهای حیاتی و ثبت‌احوال پاسخگویی جهانی ندارند، در کنفرانس وزیران کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه که در بانکوک تایلند در نوامبر ۲۰۱۴ برگزار گردید، این کشورها در زمینه ثبت‌احوال و آمار حیاتی توافقنامه‌ای را امضا کردند. به‌موجب این توافقنامه دولت‌ها یک چارچوب عمل منطقه‌ای و برنامه زمان‌دار ملی را باهدف پوشش ثبت‌احوال، صدور اسناد قانونی و حفاظت از آمارهای حیاتی تا سال ۲۰۲۴ متعهد شدند. هنگامی که این امر در سطح ملی اجرا شود، نظام ثبت‌احوال و آمار حیاتی^۱ از حکمرانی خوب و تلاش برای پوشش تأمین اجتماعی در بسیاری از کشورها حمایت خواهد کرد.

باوجود این، بانک توسعه آسیایی (ADB، 2014a) هشدار داده است که اگرچه کاربرد فناوری اطلاعات و ارتباطات به‌عنوان ابزاری برای افزایش ارائه تأمین اجتماعی ملی بین اقتصادهای پیشرفته‌تر منطقه بسیار رایج است، مثلاً سنگاپور از اوایل دهه ۱۹۹۰ میلادی بازیگر اصلی در این حوزه است؛ اما این مسئله در

1. Civil Registration and Vital Statistics (CRVS)

میان اقتصادهای در حال توسعه منطقه، کمتر شایع است.

در بررسی این چالش باید به نقش راهبردی جمهوری کره در منطقه در حمایت از تأمین مالی و پر کردن شکاف دیجیتالی و ارتقاء دسترسی مؤثر به اطلاعات و ایجاد و به اشتراک گذاری دانش از طریق فناوری اطلاعات و ارتباطات اشاره کرد. آن‌ها تحت حمایت صندوق مشارکت دانش و الکترونیک آسیا به کاهش فقر و توسعه اجتماعی و اقتصادی کشورهای در حال توسعه منطقه کمک می‌کنند.

باین‌حال، کشورهای توسعه‌یافته‌تر منطقه نیز بدون چالش‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات نیستند؛ وجود برخی نظام‌های جمع‌آوری داده که تاریخ استفاده از آن‌ها سپری شده است، به‌ویژه عدم توانایی آن‌ها در به‌دست آوردن و یکپارچه‌سازی داده‌های زمان حال، نشانگر این موضوع است. مثلاً نظام یکپارچه حمایت در آمدی در استرالیا، جایگزین احتمالی نظام ارتباط متمرکز فناوری اطلاعات و ارتباطات است و به‌عنوان اولین گام ضروری در اصلاح اساسی نظام تأمین اجتماعی کشور مدنظر است که به دنبال یکپارچه کردن خدمات چندگانه و ارائه آن‌ها و افزایش میزان دسترسی به خدمات دیجیتال توسعه‌یافته با تمرکز بر مشتری‌مداری است.

در دوره اخیر، تعدادی از نمونه‌های ملی در منطقه تأیید می‌کنند که اهمیت یکپارچگی عمیق‌تر فناوری اطلاعات و ارتباطات در سازمان‌های اجرایی تأمین اجتماعی بهتر از قبل درک می‌شود. به‌طور فزاینده‌ای، تقویت روابط بین مجموعه داده‌های بهبودیافته و مدیریت داده‌ها، بهبود وضعیت ادارات عمومی و کیفیت خدمات به هدف اصلی سازمان‌های تأمین اجتماعی تبدیل شده است. در تعدادی از آن‌ها، این پیشرفت‌ها دربرگیرنده همکاری استراتژیک با کارگزاران بین‌المللی، شرکت‌های بخش خصوصی، سایر کارگزاران دولتی و عموم مردم است.

برای مثال، مذاکرات سیاسی در نپال نشان می‌دهد که چگونه نیاز به نظارت و ارزیابی اثر هزینه‌های بودجه، نقطه شروعی برای تحقق این اهداف است. فقدان چنین داده‌هایی، به‌عنوان مانعی بر سر راه برنامه‌ریزی مؤثر بودجه ملی حمایت اجتماعی است و موجب ارائه خدمات چندپاره و ناکارآمد می‌شود.

در کشور تیمور شرقی، دولت با حمایت بانک جهانی، بانگیزه بهبود و افزایش دانش در مورد دریافت کنندگان، افزایش کارآمدی ارائه مزایا، و تقویت پاسخگویی و شفافیت،

سه پایگاه داده موجود را با یک نظام واحد ادغام کرده است.

سازمان بین‌المللی کار از توسعه نظام مدیریت یکپارچه برای کشورهای در حال توسعه و با درآمد متوسط حمایت می‌کند و به دنبال توسعه «بِنجره واحد خدماتی» است. قصد آن بهبود همکاری، نظارت و ارائه حمایت اجتماعی یکپارچه و مداخله در بازار کار است. برنامه‌های آزمایشی در این زمینه در حال حاضر در کامبوج و اندونزی در حال انجام است.

برنامه یارانه نقدی یا انتقال پول نقد مشروط پنتوید^۱ فیلیپین، برای موفقیت در رسیدگی به خانواده‌های فقیر و خانواده‌هایی که از بلایای طبیعی متأثر شده‌اند نظیر آنچه مربوط به طوفان یولاندا بود، ستایش شده است. همکاری صورت گرفته هنگام استفاده از پایگاه داده نظام ملی خانوارهای هدف برای کاهش فقر به‌عنوان بخشی از واکنش نظام تأمین اجتماعی، امری حیاتی بود که مرکزیت داده‌های جامع و در دسترس را برای حمایت از اهداف سازمان‌های اجرایی تأمین اجتماعی مورد تأکید قرار می‌دهد.

در بسیاری از کشورها کاربرد استراتژیک فناوری اطلاعات و ارتباطات برای کمک به هماهنگی برنامه‌های ملی یارانه نقدی، در مرحله شروع قرار دارد. در مقابل، راهکارهای فناوری اطلاعات و ارتباطات در ضوابط مربوط به مراقبت از سلامت بیشتر مورد استفاده قرار گرفته‌اند. فناوری اطلاعات و ارتباطات در دستیابی به اهداف برنامه‌های با مقیاس بزرگ، به‌ویژه برنامه‌های همگانی، و سنجش فرآیندهای رسیدن به اهداف کمک‌رسان است و با مداخله فراگیر تأمین اجتماعی، یکپارچگی مؤثرتری برای برنامه‌های مراقبت از سلامت فراهم می‌آورد.

در نظام مراقبت از سلامت فیلیپین، داشبورد گروه سلامت کالوسوگان پنگ کالاهاتان^۲، نظام نظارت برخط (online) است که اطلاعات مبتنی بر منابع داده چندگانه را بر روی ۱۹ شاخص سلامتی برای وزیر بهداشت، سیاست‌گذاران ارشد سلامت فیلیپین و دیگر عوامل اصلی فراهم می‌کند. این داشبورد به سیاست‌گذاران اجازه می‌دهد تا پیشرفت بین شاخص‌ها را دنبال کنند و مواردی که نیاز به واکنش و سیاست‌های تنظیمی دارد را علامت‌گذاری کنند.

1. pantawid

2. . Health's kalusugan pangkalahatan

با تلاش‌های روزافزون منطقه به سمت گسترده‌گی دامنه تحت‌پوشش حمایت اجتماعی و مخصوصاً پوشش مراقبت از سلامت، می‌توان انتظار داشت نقش نظام‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات در سازمان‌های تأمین اجتماعی تقویت شود. نمونه آن، اجرای تدریجی و زمان‌بندی‌شده قانون اصلاح‌شده بیمه اجتماعی جدید ویتنام (مصوب ۲۰۱۴) از سال ۲۰۱۶ است که اهمیت ایجاد یک پایگاه داده الکترونیک و کاربرد فناوری اطلاعات و ارتباطات با توانایی سازمان‌دهی نهادی آژانس تأمین اجتماعی ویتنام در قبال توافق و جمع‌آوری حق‌بیمه و پاسخگویی در پرداخت مزایا را به رسمیت شناخته است.

کادر ۴. نقش فناوری اطلاعات و ارتباطات در ضوابط مربوط به خدمات مراقبت از سلامت

بانک توسعه آسیا در مورد نقش مهمی که ابزارهای فناوری اطلاعات و ارتباطات در پیشرفت سازمان اجرایی و حمایت از دسترسی بهتر به مراقبت سلامت در منطقه دارند، صریح است. فناوری اطلاعات و ارتباطات مراقبت از سلامت را در بسیاری کشورهای در حال توسعه به طرق زیر متحول کرده است:

- * انتشار کارآمدتر اطلاعات سلامت عمومی.
 - * تسهیل مشاوره در موضوعات مربوط به سلامت
 - * در عمل، فرایندها به‌روزرسانی شده و خروجی‌ها، مؤثرتر هستند:
 - * پزشکی از راه دور که از طریق آن بیماران می‌توانند از سفرهای گران و طولانی اجتناب کنند. درصد کمک از طریق دریافت مشاوره، تشخیص و درمان از راه دور توسط بیمارستان‌های تخصصی است.
 - * همکاری بهتر و اشتراک آموخته‌ها و آموزش‌ها در میان کارگران بهداشتی.
 - * سود بزرگ ناشی از بهره‌وری و صرفه‌جویی در هزینه‌ها، با کاربرد فناوری اطلاعات و ارتباطات به‌عنوان مؤلفه‌های اصلی نظام‌های اجرایی تسهیلات مراقبت‌های سلامت.
 - * نجات زندگی افراد از طریق استفاده از فناوری اطلاعات و ارتباطات در نظارت بهتر تهدیدهای سلامت عمومی که واکنش‌های مؤثرتر و سریع‌تری را تسهیل می‌کنند.
- * منبع: <http://www.adb.org/sectors/ict/ict-in-key-sector/health>

البته فناوری اطلاعات و ارتباطات، نیاز سازمان‌های تأمین اجتماعی در حفاظت از منابع داده‌ها را از دسترسی غیر مجاز و رخنه امنیتی افزایش می‌دهد. چنین نیازهای امنیتی برای تأمین اجتماعی و دیگر نظام‌های فناوری اطلاعات و ارتباطات، همکاری‌های بین‌المللی فراتر از مرزهای ملی را مطالبه می‌کند. برای مثال، عمان محل مرکز منطقه‌ای امنیت مجازی برای منطقه خلیج فارس است که از راه‌اندازی سازوکارهای

امنیت مجازی ملی در کشورهای عربی حمایت می‌کند. اهمیت چنین تلاش‌هایی با این واقعیت مورد تأکید قرار می‌گیرد که صندوق ملی آتیه فیجی، یکی از نظام‌های تأمین اجتماعی منطقه است که تلاشی ناموفق برای رخنه کردن به نظام فناوری اطلاعات و ارتباطات آن گزارش شده است. در همین ارتباط، خدمات مستمری ژاپن در سال ۲۰۱۵ گزارش داد، قربانی هکرها شده است.

این موارد موجب شدند تا تمرکز دوباره‌ای بر مسئولیت‌پذیری دولت و نهادهای تأمین اجتماعی برای حفاظت از پول، اطلاعات در اختیار و چالش‌های پیچیده و رودرروی آن‌ها در این زمینه صورت گیرد. همچنین، این امر تأکید دارد که سازمان‌های اجرایی تأمین اجتماعی علاوه بر اینکه باید توسعه یابند، باید سیاست حفاظت از داده‌ها را به صورت عمومی در دسترس قرار دهند تا نوع داده‌های شخصی نگهداری شده و هدف از کاربرد چنین داده‌هایی را برای عموم توضیح دهند. در ژاپن با توجه به اجرای نظام جدید «زیرساخت اجتماعی» شماره تأمین اجتماعی و مالیاتی واحد برای هر کدام از شهروندان تهیه شده است.

حکمرانی خوب باید موجب پیشرفت در ارائه خدمات عمومی به‌عنوان بعد کلیدی برتری در سازمان اجرایی شود. این هدف به وسیله فناوری اطلاعات و ارتباطات تسهیل شده است. برنامه مساعدت اجتماعی خانواده تولیدگر در اندونزی بر روی موبایل و کارت‌های هوشمند ارائه شده است. دریافت کنندگان مزایای این برنامه، یک سیم کارت تلفنی برای تسهیل دریافت یارانه نقدی و نیز کارت‌های هوشمند جداگانه مختص خانواده، کودکان و مزایای سلامتی دریافت می‌کنند.

سازمان صندوق آتیه کارکنان هند، برای کار مفیدش در ارائه برخط (online) صندوق آتیه و پرداخت مستمری با استفاده از نظام ملی انتقال سرمایه الکترونیک و پرداخت مستقیم مستمری به شبکه ملی بانکی، جایزه‌ای دریافت کرده است. این نظام به دلیل دربر گرفتن همه لایه‌های اجتماعی، ارائه خدمات عمومی بدون هزینه، امن و ساده به موفقیت رسیده است.

در پاکستان، با مشارکت یک شرکت ارتباطی خصوصی، بین حدود ۱۴۰ هزار خانوار فقیر تحت پوشش برنامه حمایت درآمدی، تلفن رایگان توزیع شده است. سایر دریافت کنندگان مزایا، کارت‌های نقدی بانکی دریافت کرده‌اند که اجازه می‌دهد پرداخت‌ها از حساب‌های شخصی افراد برداشت شود. این طرح با تسهیل و بهبود

وضعیت سواد، سواد تکنولوژی و سواد مالی، مورد اعتماد زنان پاکستان است. همچنین، مقررات تلفن همراه، ارتباطات خانوادگی را بهبود داده و برای برخی، تنهایی و ناامنی را کاهش داده است.

کادر ۵. پیشرفت در جمع‌آوری داده‌های شخصی برای تقویت خدمات تأمین اجتماعی

از اکتبر ۲۰۱۵، ژاپن نظام جدید شماره‌های فردی ۱۲ رقمی (شماره من) را برای همه ساکنین راه‌اندازی کرده است. این شماره در رویه‌های اجرایی مربوط به تأمین اجتماعی، مالیات و حوادث از ژانویه ۲۰۱۶ مورد استفاده قرار می‌گیرد. مرکز پاسخگویی تلفنی این طرح به شش زبان خدمات ارائه می‌دهد: ژاپنی، انگلیسی، چینی، کره‌ای، اسپانیایی و پرتغالی. اهداف این نظام جدید در سه سطح قرار دارند:

* بهبود کارآمدی اجرا

* افزایش اعتماد عمومی از طریق ساده‌سازی رویه‌ها؛ و

* حمایت از یک جامعه بی‌طرف و عادلانه با کاهش خطاهای پرداخت مزایا و گریزهای مالیاتی شماره‌های فردی تنها برای وظایف صریح قانونی مانند مستمري ملي، بیمه بیکاری، بیمه درمانی، کمک اجتماعی و امور مالیاتی استفاده خواهند شد.

چین نیز یک برنامه مشارکتی دولتی - خصوصی را به منظور تسهیل پرداخت صحیح مستمری سالخوردگی و ناتوانی توسعه داده است که از نرم‌افزاری با تکنولوژی بیومتریک^۱ بر روی تلفن‌های موبایل یارانه‌ای استفاده می‌کند. با استفاده از تلفن‌های همراهی که اثر انگشت فرد را برای ارائه تصدیق اثر انگشت فرد زنده، اسکن می‌کنند، اپلیکیشن که به مرکز دولتی ثبت اثر انگشت مستمری‌بگیران وصل است، این امکان را فراهم می‌کند تا مستمری‌بگیران، زنده بودن خود و به تبع آن، واجد شرایط دریافت مزایا بودن خود را اثبات کنند.

عملیات تأمین اجتماعی مناسب برای پاسخگویی به مطالبات دریافت کنندگان مزایا می‌تواند شامل مدنظر قرار دادن عقاید و وظایف مذهبی و شخصی افراد نیز باشد. هم‌اینک، صندوق آتیه کارکنان مالزی اجازه می‌دهد تنها برای یک‌بار از حساب دوم عضو به منظور کمک هزینه سفر زیارتی و شخصی حج برداشت شود.

تحت کنترل در آوردن رشد تازه فناوری ارتباطات و اطلاعات همراه، راهی است برای

۱. تکنولوژی بیومتریک به روش‌های خودکار تشخیص یا تأیید هویت یک شخص زنده از طریق اندازه‌گیری مشخصه‌های فیزیولوژیکی یا رفتاری وی اطلاق می‌شود.

برقراری ارتباط و ارائه خدمات سلامت و تأمین اجتماعی پیشرفته برای افرادی که در مناطق روستایی، دور و با جمعیت اندک از جمله کشورهای جزیره‌ای اقیانوس آرام زندگی می‌کنند. بر مبنای موفقیت خدمات بانکی و تأمین مالی همراه در برخی از کشورهای جزیره‌ای اقیانوسیه (فیجی، پاپوآ گینه‌نو، ساموآ، تنگا و وانواتا) قلمرو عظیمی برای توسعه یارانه نقدی و پرداخت حق بیمه تأمین اجتماعی با استفاده از طرح‌های مشابه وجود دارد. فناوری اطلاعات و ارتباطات ابزاری برای غلبه بر برخی از چالش‌های نظام‌های ملی تأمین اجتماعی چندگانه ارائه می‌دهد. برای مثال در چین، دولت با تخصیص کارت‌های تأمین اجتماعی چندوجهی با کارکرد تأمین مالی به ۷۰۰ میلیون نفر، پایه‌ای محکم برای پوشش تأمین اجتماعی همگانی و جامع در یک مقیاس ملی گذاشته است. کیفیت خدمات بهبود یافته تنها وابسته به فناوری اطلاعات و ارتباطات پیشرفته نیست. برای مثال، خدمات مستمری ژاپن، فصلی با ده نکته برای خدمات مشتری دارد و پروژه توسعه مستمری محلی آن، یک پروژه اجتماع محور طراحی شده برای افزایش آگاهی و درک درست از مستمری است. در چین که به توسعه سریع و گسترده فناوری اطلاعات و ارتباطات دست یافته است، دولت مرکزی از ایجاد مشاغل محلی و تسهیلات خدمات تأمین اجتماعی در مناطق مرکزی و غربی کمتر توسعه یافته کشور حمایت می‌کند. هر روستا یا اجتماع محله‌ای، یک منصب دولتی آموزش دیده و یاری‌رسان تأمین اجتماعی دارد که وظیفه‌اش کمک به جمع‌آوری حق بیمه سلامت و مستمری است، مزایای مختلف را پرداخت می‌کند و دیگر خدمات طراحی شده را درون حوزه قضایی خود ارائه می‌دهد.

همانگی نهادی بهبود یافته و در برخی موارد یکپارچگی نظام‌های حمایت اجتماعی دوگانه و چندگانه قبلی، دیگر عنصر مهم در بهبود کیفیت خدمات به شمار می‌رود. تحولات منتخب در این مورد را می‌توان در استراتژی حمایت اجتماعی تطبیقی کامبوج، اصلاحات مراقبت از سلامت اندونزی، نظام شماره مالیاتی و تأمین اجتماعی ژاپن و اصلاحات بیمه اجتماعی ویتنام پیدا کرد. اصلاحاتی با ماهیتی اساسی‌تر، سبب شدند تا جمعیت بسیار کوچک جزیره نورفولک جایگاه قبلی خود را به‌عنوان منطقه نیمه خودمختار کشور مشترک المنافع استرالیا از دست دهند؛ یکی از خروجی‌های معرفی جایگاه جدید دولت محلی استرالیا، یکی شدن و پیوستن جمعیت این جزیره به نظام مزایای تأمی اجتماعی و درمانی استرالیا است.

کادر ۶. پایگاه اطلاعات جامع رفاه ایرانیان

«به‌موجب بند «م» ماده ۱۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، تشکیل پایگاه اطلاعاتی نظام جامع به‌منظور جمع‌آوری و پردازش اطلاعات مربوط و تعیین شاخص‌های ذی‌ربط در حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی به‌عنوان یکی از اختیارات و مسئولیت‌های وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مورد تأکید قرار گرفته است. فرایند طراحی، راه‌اندازی، و تعیین سازوکارهای مدیریت و راهبری «پایگاه رفاه ایرانیان» از سال ۱۳۹۳ به‌طور جدی در دستور کار وزارت تعاون، کار، و رفاه اجتماعی قرار گرفت. تشکیل این پایگاه یکی از الزامات ایجاد «پنجره واحد خدمات رفاهی» به‌شمار می‌آید. از این‌رو، معاونت رفاه اجتماعی وزارتخانه مذکور تلاش کرد تا با هماهنگی دستگاه‌های اجرایی، اطلاعات ثبتی مربوط به خانوارهای ایرانی را تجمیع کند؛ این اطلاعات شامل انواع دارایی‌ها، وضعیت شغلی و درآمدی، بیمه‌ای، پوشش حمایتی، وام، مسکن، مالیات و غیره است. این پایگاه در حال حاضر به‌صورت برون‌خط (offline) راه‌اندازی شده است.

در واقع خدمات تک‌پنجره‌ای، سازوکاری برای ایجاد و ارائه برنامه‌های حمایت اجتماعی و خدمات اشتغال، به شکل هماهنگ است. این خدمات که در نهادهای حکومتی وجود دارد و توسط دستگاه‌های اجرایی نواحی غیر مرکزی در کشورها اجرا می‌شود، به‌واسطه یک نظام گزارش‌دهی رسمی، با دستگاه مرکزی مرتبط است. نظام گزارش‌دهی، موجب حصول اطمینان از شفافیت و امکان ردیابی نظام حمایت اجتماعی می‌شود. این نظام همچنین باعث بهبود هماهنگی بین سطوح محلی (مسئول تحویل خدمات) و سطح مرکزی یا ملی (مسئول سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، پایش و ارزیابی) می‌شود.

کادر ۷. تشکیل و راهبری پایگاه اطلاعات نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

«شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی کشور در تاریخ ۱۳۹۳/۱۲/۱۱ به‌منظور توسعه عدالت اجتماعی و بهره‌مندی آحاد جامعه از خدمات و حمایت‌های موضوع اصل بیست‌ونهم (۲۹) و بندهای (۲) و (۴) اصل بیست‌ویکم (۲۱) و بند ۱۲ اصل سوم (۳) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، و تحقق ماده (۱۶) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و آیین‌نامه اجرایی آن و با توجه به مصوبه مورخ ۱۳۹۳.۷.۲۷ شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی که به تأیید ریاست محترم جمهوری اسلامی ایران رسیده است، آیین‌نامه تشکیل و راهبری پایگاه اطلاعات نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی را به‌شرح ذیل تصویب نمود: «این پایگاه به‌منظور سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت کلان و راهبردی، تحقق اهداف و وظایف قانونی مقرر، بسط و گسترش خدمات دولت الکترونیک، افزایش بهره‌وری و گسترش حمایت‌های هدفمند در حوزه نظام جامع تأمین اجتماعی، سازمان‌دهی و اجرای دقیق قانون هدفمند کردن یارانه‌ها و استقرار پایگاه اطلاعاتی از طریق جمع‌آوری، ساماندهی، یکپارچه‌سازی، به‌روزرسانی و راهبری پایگاه مذکور، کمیته راهبری منطبق با خوشه خدمتی رفاه و تأمین اجتماعی موضوع نقشه راه توسعه دولت الکترونیک تشکیل می‌گردد.



منطقه آسیا و اقیانوسیه نقشی راهبردی در اتخاذ روش‌ها و عمل‌های اجرایی نوآورانه بازی می‌کند. امری که تعهد قوی بین سازمان‌های تأمین اجتماعی برای پیشرفت سازمان اجرایی و حرکت به سوی «برتری»، و حمایت از توسعه پایدار و جامع نظام‌های حمایت اجتماعی را منعکس می‌سازد. بدون شک، یک عامل عمده موفقیت در سیاست‌های اجرا شده در این منطقه در سال‌های گذشته، تلاش سازمان‌های اجرایی تأمین اجتماعی برای بهبود تأثیرگذاری و کارآمدی مدیریت منابع است.

تعهد سازمان‌های تأمین اجتماعی منطقه به فعالیت در جهت برتری در سازمان اجرایی، پاسخی است به نیاز به نوآوری و توسعه شیوه‌هایی که مناسب چالش‌های متنوع و خاصی است که نظام‌های تأمین اجتماعی در منطقه آسیا و اقیانوسیه با آن مواجه‌اند. با گسترش حمایت از ابزارهای عملی فراهم‌شده توسط مرکز انجمن بین‌المللی تأمین اجتماعی برای برتری، مانند راهنمای ایسا برای سازمان‌های تأمین اجتماعی، انتظار می‌رود کارآمدی و تأثیرگذاری مدیریت منابع و ظرفیت‌های عمومی سازمان‌های اجرایی تأمین اجتماعی بیش از این بهبود یابند.

فصل ۳: افزایش تأثیرات مثبت اقتصادی و اجتماعی نظام‌های تأمین اجتماعی در آسیا و اقیانوسیه

کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه مانند دیگر کشورهای جهان با چالش‌های اجتماعی، جمعیت‌شناختی، اپیدمیولوژیک و بازار کار مواجه هستند. اغلب، ماهیت دقیق این چالش‌ها رابطه تنگاتنگی با سطح توسعه اجتماعی و اقتصادی هر کشور دارد. منطقه با چالش‌های دیگری نیز روبه‌روست که به‌طور خاص به اندازه جغرافیایی و مکان کشورها، تراکم و پراکندگی جمعیت در قلمرو سرزمینی ملی، و سطح ادغام آن‌ها در بازارهای عمده منطقه‌ای و جهانی ارتباط دارد. همه این عناصر بر روی ظرفیت‌ها و نقش‌های نظام ملی تأمین اجتماعی در حمایت از اهداف توسعه اقتصادی و اجتماعی تأثیر می‌گذارند.

یک چالش کلیدی در ارزیابی اثرات مثبت اقتصادی و اجتماعی نظام‌های تأمین اجتماعی، فقدان داده‌هایی است که اقدامات دقیق ارائه شده و مشکلات جداسازی اثر یک متغیر (برنامه‌های تأمین اجتماعی) را بر سطوح سرمایه انسانی، فقر و نابرابری، ساختارهای بازار کار و رشد اقتصادی، زمانی که متغیرهای تأثیرگذار دیگری نیز وجود دارند، نشان دهد (برای مثال محیط‌زیست طبیعی، بی‌ثباتی جغرافیای سیاسی و سیاست‌های عمومی گسترده). با این حال، اثرات مثبت اقتصادی و اجتماعی نظام‌های تأمین اجتماعی بر افراد، خانواده‌ها، اجتماعات و جوامع به رسمیت شناخته شده است.

جهت استناد چند نمونه از کارکردهای نظام‌های تأمین اجتماعی ارائه می‌شود:

▲ ارائه جایگزین در آمدی در دوره‌های بیکاری یا عدم فعالیت افراد برای حمایت از مصرف‌کننده و در نتیجه حمایت از فعالیت اشتغال و اقتصاد محلی و ملی به شیوه‌ای غیرادواری و در واکنش به «بلاهای طبیعی»

▲ نظام‌های ملی تأمین اجتماعی ظرفیت بالقوه‌ای در زیرساخت‌های سازگار و سریع جهت واکنش به بحران‌های آبی در سراسر کشور دارند که می‌تواند در موارد دیگر نیز استفاده شوند.

▲ حمایت روزانه از مصرف‌کننده با واریز یارانه نقدی و در نتیجه حمایت از فعالیت اقتصادی محلی و اشتغال

▲ حمایت از خانواده‌های دارای فرزندان کوچک از طریق یارانه نقدی و خدمات که امکان انتخاب محل زندگی مناسب برای والدین ارائه می‌کنند و همچنین دسترسی به آموزش و مراقبت از سلامت را تسهیل می‌کند.

▲ ارائه مراقبت‌های پیشگیرانه، درمانی و توان‌بخشی که از وضعیت سلامت جمعیت، توانایی اشتغال جمعیت در سن کار، و کاربرد مؤثرتر هزینه‌های بهداشتی حمایت می‌کند.

▲ حمایت از بازگشت به کار/ اشتغال فعال از طریق یارانه‌ها و انتقال پول نقد و مراقبت از سلامت برای توان‌بخشی و در نتیجه افزایش نرخ فعالیت و کاهش خطر استفاده درازمدت از مزایا و افزایش درآمد از سهم پرداختی برنامه‌ها.

▲ حمایت از کارگران و کارکنان از طریق یارانه‌ها، انتقال پول نقد و خدمات و در نتیجه پیشگیری از بیکاری، کاهش هزینه‌های بازآموزی، حمایت از کار مرتبط، تسهیل تحول اقتصادی ساختاری، و حمایت از «اعتماد به بازار».

▲ حمایت از توسعه سرمایه انسانی و بهزیستی و قدرت بخشی به زنان و مردان از جمله افزایش اشتغال از طریق دسترسی بهتر به آموزش و توان‌بخشی، خدمات سلامت و تغذیه.

▲ قدرت‌بخشی در انجام کارها از طریق توسعه مشارکت مالی و اندوخته‌های برنامه تأمین اجتماعی که به صندوق‌های سرمایه‌گذاری در تأمین زیرساخت‌ها، مسکن یارانه‌ای و خدمات اجتماعی و دیگر کالاهای عمومی دسترسی دارد. سرمایه صندوق‌های تأمین اجتماعی همچنین از توسعه بازارها و خدمات تأمین مالی ملی حمایت می‌کند.

▲ سهیم‌شدن در ثبات اقتصادی و سیاسی با کاهش نابرابری‌ها و نارضایتی‌های مردم در مورد وضعیت اقتصادی‌شان از طریق بازتوزیع درآمد.

معمولاً این امر مفروض است که همه یا اکثر چنین خروجی‌های مثبتی تنها در اقتصادهای توسعه‌یافته عملی است. به نظر آن‌ها این دستاوردها در کشورهایی که دامنه افراد تحت پوشش پایین است (در عربستان سعودی پوشش مؤثر برای مزایای نقدی کمتر از ۱۰ درصد جمعیت است) و حمایت تأمین اجتماعی با انواع خطرات محدودشده، غیرعملی است. این مسئله در تناقض با این واقعیت قرار دارد که اثر

ضوابط حتی مقدار کمی از یارانه نقدی برای آن‌هایی که در آمد پایین دارند، بسیار مثبت خواهد بود.

استدلال می‌شود که جهت دستیابی به مزایای اقتصادی و اجتماعی گسترده‌تر نظام‌های تأمین اجتماعی، کشورها مجبورند اولاً به سطح معینی از توسعه اقتصادی دست یابند، سپس بر مبنای این توسعه - و تنها پس از آن - می‌توانند از عهده توسعه تدریجی نظام‌های حمایتی تأمین اجتماعی جامع برآیند.

باین‌حال، مشاهده و مطالعه روندها و تحولات در بسیاری از کشورهای آسیا و اقیانوسیه آشکار می‌سازد که کشورهای در حال توسعه نیز می‌توانند مزایای مثبت اقتصادی و اجتماعی نظام‌های تأمین اجتماعی را محقق سازند. علاوه بر این، برای توسعه تأمین اجتماعی، در وهله اول نیازی نیست که نظام تأمین اجتماعی جامع باشد و یا همه مزایا را با «سخت‌و‌تندی» ارائه دهد.

نظام‌های تأمین اجتماعی و چالش‌های توسعه‌ای رودرروی آسیا و اقیانوسیه

روندهای اقتصادی اجتماعی در منطقه آسیا و اقیانوسیه تصویری پیچیده ترسیم می‌کند. گاهی اوقات، تفاوت‌های بزرگی در سطوح توسعه اقتصادی و اجتماعی بین کشورهای منطقه ممکن است درون زیرمناطق و مرزهای ملی نیز پیدا شود. این منطقه همان‌طور که از نظر جغرافیایی پهناور و گسترده است، متنوع نیز هست و بین روندهای جمعیتی منطقه (نرخ باروری، نرخ امید به زندگی و جریان‌های مهاجرتی) و پراکندگی جغرافیایی و تراکم جمعیتی، تنوع بسیاری وجود دارد. نه‌تنها چالش‌ها، بلکه فرصت‌های اقتصادی متنوعی نیز رودرروی جمعیت قرار دارند و بسیاری از آن‌ها به‌صورت لاینفک به محیط محلی، ملی و منطقه‌ای‌شان مرتبط هستند.

روندهای جمعیتی

در این منطقه، حدود ۶۰ درصد جمعیت جهان سکونت دارند، رقمی برابر با حدود ۴,۳ میلیارد نفر (ESA, 2013). در کنار گول‌های جهانی چین و هند (به ترتیب با ۱,۴ میلیارد و ۱,۲۵ میلیارد نفر) یعنی جمعیت‌های بسیار بزرگی که بر روی داده‌های تطبیقی منطقه‌ای و جهانی تأثیر بسیاری دارند، در این منطقه تعدادی از کشورهای جزیره‌ای کوچک اقیانوسیه نیز وجود دارند (PICs)؛ مثلاً، جزایر مارشال حدود ۷۰ هزار نفر جمعیت دارد.

البته کل این کشورها، پویا هستند و اگر چه با وجود چالش‌های نظام‌های تأمین اجتماعی، قابلیت گسترش و نگهداری متناسب و پوشش پایدار برای همه به آسانی امکان‌پذیر نیست، اما تأمین نیازهای در حال رشد جمعیت در سراسر دوره زندگی برای آن‌ها الزامی است. نیازی واقعی برای ظرفیت‌های سازمان‌های تأمین اجتماعی وجود دارد تا توانایی انطباق با خصوصیات محیط‌های عملیاتی‌شان را داشته باشند.

معمولاً بسیاری از چالش‌های رودرروی نظام‌های تأمین اجتماعی در سیاست‌های عمومی، مشترک هستند. یکی از این چالش‌ها، سالخوردگی جمعیت است. به‌استثنای مورد خاص کشور شاهزاده‌نشین موناکو که کل جمعیت آن تنها حدود ۳۰۰ هزار نفر است، ژاپن با ۲۵ درصد جمعیت بالای ۶۵ سال (بالغ بر ۱۲۶ میلیون نفر) به‌عنوان مسن‌ترین کشور جهان شناخته شده است. به‌دلیل سطح باروری پایین‌تر از نرخ جایگزینی، جمعیت ژاپن هم‌اکنون در حال کاهش است. سایر کشورها مانند جمهوری کره و سنگاپور نیز به تدریج به جوامع سالخورده تبدیل می‌شوند. متناسب با پیشرفت‌هایی در امید به زندگی در طی دهه‌های اخیر، نرخ باروری در تعدادی از کشورهای شرق آسیا نه‌تنها کاهش یافته بلکه کمتر از نرخ جایگزینی حدود ۲.۱ فرزند برای هر زن است. در آسیای جنوب شرقی، میانگین ۰.۷۹ فرزند برای هر زن در سنگاپور گزارش شده است.

در تعداد اندکی از کشورهای منطقه، روایت باروری بسیار متفاوت است. جمهوری دموکراتیک تیمور شرقی یکی از تنها دو کشور با «باروری بالا» در منطقه، با میانگین ۵ فرزند یا بیشتر برای هر زن است. دیگری، افغانستان میانگین ۶ فرزند برای هر زن دارد؛ این امر نشان می‌دهد که سیاست‌های عمومی باید بیشتر بر ارائه دسترسی بهتر به برنامه‌ریزی خانواده متمرکز باشند. البته نرخ‌های باروری بالا بیانگر هنجارها و ارزش‌های فرهنگی نیز هستند.

در سطح ملی، سالخوردگی جمعیت گاهی اوقات با پیش‌بینی رکود اقتصاد ملی همراه است. با این حال، بر مبنای داده‌های جمعیت‌شناختی در دسترس، دقت و سرعت پیش‌بینی و زمان‌بندی سالخوردگی، فضای سیاست‌گذاری را برای برنامه‌ریزی و واکنش مناسب جهت تداوم حمایت از توسعه اقتصادی و اجتماعی فراهم می‌کند (پیلینگ، ۲۰۱۴). اگرچه، واکنش‌هایی برای سیاست‌گذاری وجود دارد، نسبت وابستگی بر توسعه اقتصادی و اجتماعی و تأمین مالی نظام مستمری تأثیر بسیاری

می‌گذارد. چالش سیاست‌گذاران در واکنش به سالخوردگی جمعیت، طراحی مجدد نظام‌های مراقبت از سلامت و تأمین اجتماعی است که در محاسبه ظرفیت‌های تأمین مالی و نیازهای اجتماعی نه تنها جمعیت در سن کار مرسوم (۱۵-۶۴ سال) بلکه همچنین سنین بالای ۶۵ سال را در بر می‌گیرد که کم‌اهمیت‌تر از نیازهای خانواده‌های دارای فرزند نیست.

باین‌حال، سالخوردگی جمعیت مبرم‌ترین چالش جمعیتی برای همه کشورهای منطقه نیست. علاوه بر فشار برای مهاجرت به خارج و آسیب‌پذیری کشورهای جزیره‌ای اقیانوسیه در قبال حوادث شدید محیط‌زیستی، بسیاری از کشورهای جزیره‌ای اقیانوسیه، جوان هستند و در برخی موارد، بسیار جوان‌تر از کشورهای آسیای شرقی هستند.

شاید بیش از سایر مناطق جهان، سلامت در دوران سالخوردگی، حداقل به دلیل سبک زندگی و رژیم غذایی سالم بیشتر در بخش‌هایی از آسیا و اقیانوسیه وجود دارد. این امر به‌عنوان ویژگی منطقه‌ای مثبتی قلمداد می‌شود که می‌تواند اثرات مثبتی بر تأمین مالی نظام مراقبت از سلامت داشته باشد. باین‌حال، بیماری‌های غیر مسری که در کشورهای در حال توسعه نیز در حال شیوع است، تنها مختص کشورهای با درآمد بالا نیست. مثلاً دیابت به‌طور خاص یک مشکل مهم در کشورهای همکاری حوزه خلیج فارس است، یا در مغولستان با درآمد متوسط، عامل اصلی مرگ‌ومیر دیگر بیماری‌های عفونی نیست بلکه سرطان‌ها و اختلال سیستم گردش خون است. در مقابل، نپال و بنگلادش با درآمد پایین هنوز در مراحل اولیه پیشگیری از بیماری‌های مسری هستند.

در واکنش به سالخوردگی، جمهوری کره اقداماتی در سیاست‌گذاری برای ترغیب باروری بیشتر انجام داده است (ESCAP, 2013). برای اینکه چنین دستور کار سیاست‌گذاری مقطعی به موفقیت دست یابد، به‌احتمال زیاد نیازمند مقررات بهبودیافته تأمین اجتماعی برای بهره‌مندی از مرخصی زایمان و مراقبت از کودکان است. به‌طور پیش‌فرض، فرایندهای سالخوردگی جمعیت ممکن است به ارتقاء مقررات نهادی تأمین اجتماعی برای مرخصی زایمان کمک کند که در آسیا و اقیانوسیه نسبتاً توسعه‌نیافته باقی مانده‌اند. در برخی کشورها، امکان دسترسی اختیاری به مرخصی زایمان برای گروه‌های محروم کارگران می‌تواند به گسترش دامنه پوشش

قانونی کمک کند، همچنان که در مورد چین این امر رخ داد. باین حال، موفقیت دامنه تحت پوشش اختیاری در گسترش دسترسی مؤثر به برنامه‌های تأمین اجتماعی از جمله بهره‌مندی از مرخصی زایمان، سابقه خوبی ندارد و ممکن است تأثیر نهایی زیادی بر دسترسی همه زنان به بهره‌مندی از مرخصی زایمان نداشته باشد.

در دهه‌های آتی، افزایش زیادی در جمعیت هند، اندونزی، پاکستان و فیلیپین پیش‌بینی شده است. برای مثال، تا سال ۲۰۱۰، جمعیت پاکستان بیش از ۲۰۰ میلیون نفر و همچنین هند پرجمعیت‌ترین کشور جهان با حدود ۱٫۵ میلیارد جمعیت خواهد بود. یک چالش روزافزون در طراحی نظام تأمین اجتماعی، تدارک بهتر نیازهای جمعیت در حال رشد و با عمر طولانی‌تر در سراسر چرخه زندگی است که به معنای نگرانی در رابطه با گزینه‌های تخصیص منابع خواهد بود. این مسئله این واقعیت را منعکس می‌کند که پرسش‌های مربوط به طرح‌های جمعیتی به‌سادگی و فقط در مورد نرخ مولید نیست.

بهبود در نرخ امید به زندگی در هنگام تولد و کاهش مرگ‌ومیر هنگام زایمان دو شاخصی هستند که از یک سو، بهبود در ضوابط مراقبت از سلامت و از سوی دیگر، رشد جمعیتی موردانتظار را منعکس می‌سازند. در حال حاضر، ۲۴ درصد کل مرگ‌ومیر هنگام زایمان در منطقه آسیای جنوبی (افغانستان، بنگلادش، بوتان، هند، جزایر مالدیو، نپال، پاکستان و سریلانکا) رخ می‌دهد. باوجود چالش‌های مداوم، داده‌های گردآوری‌شده به‌صورت مثبتی نشان می‌دهند که این زیرمنطقه، کاهش قابل توجهی در نسبت مرگ‌ومیر هنگام تولد در طول دوره ۱۹۹۰ تا سال ۲۰۱۳ را تجربه کرده است (۶۵ درصد کاهش). قابل توجه‌ترین آن‌ها، کشورهای بوتان، جزایر مالدیو و نپال هستند که بنا بر گزارش‌ها تا ۷۵ درصد کاهش مرگ‌ومیر هنگام تولد داشته‌اند (۲۰۱۵، الصحارتی و اوهنو).

موفقیت نپال در این زمینه از اولویت طولانی‌مدتی نشئت می‌گیرد که به برنامه‌ریزی خانواده و مراقبت از سلامت کودک و مادر داده است، که اخیراً با رویکرد جامعه‌محور برای ارائه خدمات سلامتی، پرداخت یارانه یا مراقبت رایگان برای خدمات سلامت فرزند هنگام زایمان، و استفاده از کارکنان داوطلب جامعه سلامت زنان تقویت شده است (۲۰۱۵، الصحارتی و اوهنو). بر خورد نوآورانه نپال در استفاده از زنان داوطلب در ارائه خدمات بهداشتی هم از نظر روشی که در آن محدودیت‌های ظرفیت کاری را بررسی می‌کند و هم از نظر بررسی اقدامات شایسته برای نیازهای زنان قابل توجه است. اگرچه به دنبال اثر مخرب ناشی از زمین‌لرزه نپال و پس‌لرزه‌های آن در سال

۲۰۱۵ بر روی زندگی و زیرساخت‌های جامعه، اولویت‌های سیاست‌گذاری اقتصادی و اجتماعی کشور به چالش‌های فوری مدیریت فاجعه و حمایت از بازسازی تغییر کرد.

چالش‌های بازار کار

شواهد اخیر نشان می‌دهد رشد اقتصادی در منطقه ممکن است ضرورتاً به ایجاد مشاغل مناسب منجر نشده و در بسیاری جوامع به مشاغل آسیب‌پذیر اغلب با بعد جنسیتی قابل توجه منجر شود. برای مثال، در جمهوری کره بین سال‌های ۲۰۰۹ و ۲۰۱۴، نرخ میانگین رشد اقتصادی سالانه ۶٫۱ درصد همراه با رشد اشتغال تنها ۱٫۴ درصد برای هر سال بود (ILO، ۲۰۱۵: ۴۹). علاوه بر آن، در سال‌های اخیر در هند، مشاغل جدید زیادی در بخشی سازمان‌یافته ایجاد شده‌اند که در واقع غیررسمی هستند: کارکنان دسترسی به نظام تأمین اجتماعی ندارند. روی هم رفته، سطوح اشتغال آسیب‌پذیر در این منطقه بالا باقی مانده است به طوری که حدود ۸۰ درصد کارگران را در جمهوری دموکراتیک خلق لائوس، بنگلادش و هند تحت تأثیر قرار می‌دهد. باین حال، کاهش مهمی در اشتغال آسیب‌پذیر در بوتان، کامبوج، مالدیو، تایلند و ویتنام گزارش شده است (ADB، ۲۰۱۴a).

یک سیاست اجتماعی مهم در ارتباط با کشورهای جزیره‌ای اقیانوسیه این است که چگونه می‌توان تعداد روبه‌رشد کارگران جوان را به‌طور مؤثر با نیروی کار ادغام کند. این موضوع، با توجه به فرصت‌های محدود در این اقتصادهای کوچک (با سطح رشد و تنوع پایین اقتصادی) چالش‌های دیگری را ایجاد می‌کند. معمولاً ادغام در بازار کار به‌ویژه برای کارگران جوان مشکل است، و در برخی کشورها، بیکاری جوانان در بین افرادی که تحصیلات بالاتری دارند، بیشتر است.

در چنین زمینه بازار کاری با گرایش اقتصادهای منطقه به سمت اشتغال آسیب‌پذیر و عدم تطبیق بین شرایط جویندگان کار و نیازهای کارفرمایان در اقتصاد رسمی، تلاش برای حمایت از جمع‌آوری حق بیمه تأمین اجتماعی و مبارزه با فرار از پرداخت حق بیمه ضروری است. در این راستا توافق با کارفرمایان کوچک و متوسط به همان اندازه کارفرمایان بزرگ و چندملیتی اهمیت دارد. این تلاش باید دست در دست با تلاش مقامات مالیاتی برای بهبود طراحی نظام مالیاتی و جمع‌آوری همه مالیات‌ها پیش برود.

حفظ کارگران مسن‌تر که هنوز مناسب کار در بازار کار هستند، مسئله مهمی برای جوامع سالخورده در منطقه است. برنامه کار یارانه‌ای دولت ژاپن، «منابع انسانی

نقره‌ای»، یکی از نمونه‌های فعال واکنش هماهنگ به این چالش است که به‌صورت مثبت سالمندان فعال را ترغیب به ماندن در بازار کار می‌کند. نگرانی در مورد کمبود احتمالی کارگر به‌عنوان یکی از عواقب سالخوردگی اجازه داده است تا برخی کشورها مشارکت بیشتر زنان را در بازار کار ترغیب کنند. به‌عنوان یک مثال منطقه‌ای، این امر در جمهوری کره در حال وقوع است که نرخ اشتغال ۷۰ درصد برای زنان را هدف قرار داده است (ILO, 2015: 46).

کادر ۸. قوانین و مقررات بیمه اتباع خارجی در ایران

* کلیه اتباع خارجی که به‌صورت قانونی در ایران اشتغال به کار دارند، مشمول قانون تأمین اجتماعی هستند؛ مگر در مواردی که بین دولت متبوع آنان و دولت جمهوری اسلامی ایران موافقت‌نامه‌های دوجانبه یا چندجانبه تأمین اجتماعی منعقد شده است. طبق موافقت‌نامه مذکور عمل خواهد شد. همچنین هرگاه تبعه بیگانه طبق گواهی مقامات صالح دولت متبوع خود در مدت اشتغال در ایران در کشور خود و یا کشور دیگر در موارد پیش‌بینی‌شده در ماده «۳» قانون تأمین اجتماعی کلاً یا بعضاً بیمه‌شده باشد، در همان موارد از شمول مقررات قانون تأمین اجتماعی معاف است. همچنین حوادث ناشی از کار اتباع کشورهای ملحق‌شده به مقاله‌نامه شماره ۱۹ سازمان بین‌المللی کار از شمول بند «ب» ماده ۵ قانون تأمین اجتماعی مستثنی هستند و نرخ و مأخذ حق بیمه آنان طبق آیین‌نامه است که به تصویب هیئت‌وزیران رسیده است.

* مشمولین این طرح شامل دو گروه هستند: گروه اول، کلیه اتباع خارجی دارای پروانه کار (کارت کار) معتبر که به‌عنوان کارگر در کارگاه‌های مشمول قانون تأمین اجتماعی شاغل هستند، باید طبق قوانین و مقررات تحت پوشش بیمه قرار گیرند. حق بیمه متعلقه ۳۰ درصد از مزد و حقوق مشمول کسر حق بیمه کارگر است، شامل: ۲۰ درصد حق بیمه سهم کارفرما، ۷ درصد حق بیمه سهم کارگر و ۳ درصد حق بیمه سهم دولت. تعهدات سازمان در برابر این گروه، پرداخت مستمری بازنشستگی، پرداخت مستمری بازماندگان (مستمری فوت)، پرداخت مستمری از کارافتادگی کلی غیرناشی از کار، پرداخت مستمری از کارافتادگی کلی و جزئی ناشی از کار، حمایت در برابر حوادث و بیماری‌ها (دفترچه درمانی)، پرداخت غرامت دستمزد ایام بیماری، پرداخت غرامت دستمزد ایام بارداری، پرداخت نقض عضو، پرداخت کمک‌هزینه کفن و دفن، پرداخت کمک‌هزینه ازدواج، پرداخت هزینه وسایل کمک پزشکی.

* گروه دوم، اتباع خارجی که به‌صورت خویش فرما، در فعالیت‌های مشمول قانون تأمین اجتماعی اشتغال به کار دارند، با ارائه پروانه کار معتبر (کارت کار) می‌توانند با انعقاد قرارداد تحت پوشش حمایت‌های بیمه‌های مقرر در قانون بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد شامل بازنشستگی، از کارافتادگی، فوت و خدمات درمانی قرار گیرند. نرخ حق بیمه و تعهدات بیمه‌ای مشمولین این طرح شامل بیمه بازنشستگی و فوت بعد از بازنشستگی با نرخ حق بیمه ۱۴ درصد (۱۲ درصد سهم بیمه‌شده + ۲ درصد سهم دولت)، بیمه بازنشستگی و فوت قبل و بعد از بازنشستگی با نرخ حق بیمه ۱۶ درصد (۱۴ درصد سهم بیمه‌شده + ۲ درصد سهم دولت)، بیمه بازنشستگی، فوت و از کارافتادگی با نرخ حق بیمه ۲۰ درصد (۱۸ درصد سهم بیمه‌شده + ۲ درصد سهم دولت).

کادر ۹. قوانین و مقررات بیمه ایرانیان شاغل در خارج از کشور

* در مورد افراد ایرانی ساکن و یا شاغل در خارج از کشور دو گروه وجود دارند: ۱. یک گروه از این افراد کسانی هستند که توسط شرکت‌های ایرانی جهت انجام کار و اجرای پروژه‌های مختلف به کشورهای دیگر اعزام می‌شوند. این گروه‌ها با توجه به اینکه از طرف شرکت‌های ایرانی جهت کار به کشورهای دیگر رفته‌اند و این شرکت‌ها تابع ایران و مشمول مقررات و قوانین ایران هستند، مشمول مقررات ایران می‌شوند و طبق مقررات بیمه اجباری تأمین اجتماعی در ایران مشمول مقررات قانون تأمین اجتماعی قرار می‌گیرند. شرکت‌های ایرانی موظف‌اند این افراد را نزد سازمان تأمین اجتماعی بیمه کنند. ۲. گروه دوم افرادی هستند که به کشورهای دیگر مهاجرت کرده‌اند و در این کشورها مقیم محسوب می‌شوند. این افراد با عنایت به اینکه تابعیت ایرانی خود را حفظ کرده‌اند گهگاه به ایران تردد دارند و ممکن است برای بازگشت به ایران نیز برنامه‌ریزی کنند. توجه به پوشش بیمه‌ای این گروه که در حال حاضر بالغ بر ۵ میلیون نفر هستند یکی از نیازهایی است که بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی مورد توجه مسئولان و دولت قرار گرفته است.

* بر اساس مصوبه مورخ ۹۳/۱/۲۰ هیئت‌مدیره سازمان تأمین اجتماعی، کلیه اتباع ایرانی اعم از شاغل در فعالیتهای مختلف و یا غیرشاغل خارج از کشور که فاقد نظام بیمه‌ای نزد سایر صندوق‌ها و سازمان تأمین اجتماعی هستند می‌توانند در چارچوب بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد خود را بیمه کنند. نرخ حق‌بیمه و تعهدات سازمان تأمین اجتماعی در قبال این افراد به این شرح است: ۱. بیمه بازنشستگی و فوت با نرخ حق‌بیمه ۱۴ درصد ۲. بیمه بازنشستگی، ازکارافتادگی و فوت با نرخ حق‌بیمه ۱۸ درصد برخوردار می‌شوند بیمه‌شدگان از مستمری بازنشستگی، ازکارافتادگی، فوت و درمان برحسب شرایط مقرر در قانون تأمین اجتماعی و تغییرات بعدی آن.

کاهش فقر

در ۱۹۹۰، نرخ فقر در آسیا نزدیک به ۵۵ درصد جمعیت بود. پانزده سال بعد، آسیا موفق شد فقر شدید را به نصف آن برساند (زندگی با کمتر از ۱٫۲۵ دلار برای هرروز، بر مبنای میانگین برابری در قدرت خرید)، و در این زمینه هدف توسعه هزاره سال ۲۰۱۵ را یک دهه زودتر محقق کرده است. در این راستا، نقش چین به‌تنهایی در کاهش تعداد کسانی که در فقر شدید زندگی می‌کنند با ۵۲۷٫۶۴ میلیون نفر بسیار قابل‌توجه است (2014b.ADB).

در این باب، دیدگاه بانک توسعه آسیایی این است که معیارهای متعارف فقر که بخش بزرگی از آن در ارتباط با داده‌های جمع‌آوری‌شده از کشورهای جنوب صحرای

آفریقا توسعه یافته است، برای آسیا و اقیانوسیه نامناسب هستند. استدلال شده است که معیار مناسب فقر ۱,۵۱ دلار آمریکایی برای هر روز است، که منجر به محاسبه فقر بالاتری در منطقه می‌شود. دیگر اینکه، گزارش فناوری‌های اطلاعات و ارتباطات برای حمایت اجتماعی در حوزه آسیا و اقیانوسیه (2014b) استدلال می‌کند اندازه‌گیری سیستم متریک- پولی فقر برای به دست آوردن سطوح رفاه فردی، با شکست مواجه می‌شوند. عدم امنیت تغذیه‌ای، موردی است که نشان می‌دهد قیمت افزایشی مواد غذایی اساسی می‌تواند سطوح فقر را تشدید کند. در شرایط مطلق، در میان تمامی مناطق، منطقه آسیا و اقیانوسیه دارای بالاترین تعداد افراد دچار سوءتغذیه است.

شهرنشینی و فاصله دور جغرافیایی

به دلیل گرایش مداوم به سمت شهرنشینی در آسیا و اقیانوسیه، این منطقه ۵۳ درصد جمعیت شهرنشین جهان را در خود جای داده و ۱۶ مورد از ۲۸ کلان‌شهر موجود در جهان در آسیا و اقیانوسیه هستند. (با جمعیتی بیش از ۱۰ میلیون نفر). پایتخت ژاپن، توکیو، با فاصله زیاد، بزرگ‌ترین شهر جهان با ۳۷ میلیون ساکن است. دهلی در هند ۲۵ میلیون نفر جمعیت دارد درحالی‌که شانگهای چین نیز ۲۳ میلیون نفر جمعیت دارد (ESA, 2013).

چین و هند در حال حاضر بزرگ‌ترین کشورهای جهان از نظر جمعیتی هستند و جمعیت شهری هر دو به‌ویژه چین به‌صورت روزافزونی افزایش می‌یابد. باوجود شهرنشینی فزاینده آن‌ها از جمله ظهور و گسترش کلان‌شهرها، این دو اقتصاد هنوز بزرگ‌ترین جمعیت روستایی جهان را تشکیل می‌دهند که چالش‌های خاص خودشان را برای سیاست‌گذاران و مقامات اجرایی تأمین اجتماعی دارند. معمولاً، کارگران روستایی یکی از آخرین گروه‌هایی هستند که دامنه پوشش تأمین اجتماعی به آن‌ها گسترش می‌یابد. درحالی‌که مقررات متناسبی نظیر طرح ملی مستمری اختیاری روستایی توسعه یافته‌اند، این طرح‌ها اغلب نسبت به طرح‌هایی که در دسترس جمعیت شهری شاغل هستند، از جامعیت کمتری برخوردارند. در همه کشورهای با مقررات تأمین اجتماعی چندگانه، هماهنگی ملی برنامه‌های تأمین اجتماعی روستایی و شهری، به همان اندازه هماهنگی مقررات دولت محلی، برای توسعه متوازن‌تر اقتصادی و اجتماعی، مهم تلقی می‌شود.

در مقابل کشورهای پرجمعیت و بزرگ، در این منطقه تعدادی دولت کوچک نیز وجود دارد، تعدادی از آنها سرزمین‌های محصورى مانند بوتان در هیمالیای شرقی و کشورهای جزیره‌ای اقیانوس آرام هستند. تعدادی از کشورهای جزیره‌ای اقیانوس آرام (شامل کریباتی، جزایر مارشال، میکرونزی، پالاو، ساموآ و تنگا) جمعیتی کمتر از ۲۰۰ هزار نفر دارند که موجب شده است تا به‌عنوان دولت‌های کوچک طبقه‌بندی گردند. علاوه بر جمعیت کم و اندازه جغرافیایی کوچک، کشورهای جزیره‌ای اقیانوس آرام به دلیل فاصله جغرافیایی‌شان نیز مشخص هستند. علاوه بر این، با توجه به اینکه برخی کشورهای جزیره‌ای اقیانوس آرام، دربردارنده تعداد زیادی جزیره هستند، واقعیت پراکندگی جغرافیایی (میانگین فاصله دریایی بین دو سکونتگاه یک کشور) دیگر ویژگی مشخص آنها است. درحالی‌که پراکندگی جغرافیایی شهروندان در جزایر باهاماس در کارائیب ۹ کیلومتر محاسبه شده است، در میکرونزی با بالاترین پراکندگی (دربرگیرنده بیش از ۲۰۰۰ جزیره) این فاصله در عرض اقیانوس آرام ۷۰۶ کیلومتر است (IMF, 2013). الزام‌آوری چنین پراکندگی در استراتژی‌های ارائه و طراحی تأمین اجتماعی مشهود است. در ساموآ، جغرافیا، طراحی مزایای تأمین اجتماعی را با افراد بالای ۶۵ سال دریافت‌کننده بلیت رایگان سفرهای بین جزیره‌ای بر روی کشتی‌های دریایی تحت تأثیر قرار داده است.

فاصله دور، چالشی برای کشورهای با مناطق کوهستانی نیز قلمداد می‌شود. در چنین زمینه‌ای، تجربه وزارت سلامت عمان در استفاده از گروه‌های پزشکی سیار برای گسترش دسترسی مؤثر به خدمات سلامتی دارای ارزش است. ویژگی‌های این طراحی مناسب، تجربه جالبی برای ایده‌پردازی برای دولت‌هایی با وضعیت مشابه یا آن‌هایی که جمعیت روستایی پراکنده‌ای دارند، فراهم می‌کند.

جایی دیگر در این منطقه متناقض، مغولستان دومین سرزمین محصور و کم‌جمعیت‌ترین کشور جهان است. به‌هر حال از آنجا که تقریباً نیمی از کل جمعیت در پایتخت یعنی اولانباتور زندگی می‌کنند، چنین وضعیتی، چالش‌های تأمین اجتماعی و موانع رودرروی ارائه تأمین اجتماعی را پنهان می‌کند.

شهرنشینی در حال افزایش و بزرگ‌مقیاس در بسیاری از بخش‌های آسیا و اقیانوسیه، اغلب به‌عنوان فرصتی برای محقق ساختن اقتصادهای معیار در نظر گرفته می‌شود، که پیشرفت‌هایی در ارائه کارآمد خدمات عمومی از جمله خدمات مراقبت از سلامت

و مزایای تأمین اجتماعی را امکان‌پذیر می‌سازد. در نتیجه مجاورت بیشتر جمعیت‌های شهری بزرگ و تراکم در حال افزایش، انتظار می‌رود هزینه‌های سرانه ارائه تأمین اجتماعی و زیرساخت‌های مربوطه کاهش یابند. اما هنوز، برای کشورهای با پراکندگی جمعیتی بالا، و فاصله جغرافیایی زیاد مانند کشورهای جزیره‌ای اقیانوس آرام، نظام‌های تأمین اجتماعی و خدمات عمومی قادر نخواهند بود تا همان مزایای اقتصادی معیار را حاصل کنند؛ واقعیتی که باید در سنجش عملکرد مقایسه‌ای سازمان‌های اجرایی تأمین اجتماعی لحاظ گردد.

استفاده بیشتر از طرح و ابزارهای فناوری اطلاعات و ارتباطات به‌عنوان رابط گزینانه‌ای بین خدمات‌رسانی به کاربران و ارائه‌دهندگان می‌تواند ضوابط مربوط به ارائه نقدی را کارآمدتر سازد؛ برای مثال، حق بیمه می‌تواند مشابه پرداخت‌های نقدی با استفاده از تلفن همراه و بانک الکترونیکی دریافت و پرداخت شود. با این حال، برای دیگر شیوه‌های اجرایی و منافع و خدماتی از این نوع که در آن، جنبه‌های انسانی در شاخص‌های تأثیر‌گذاری و کارآمدی، دارای اهمیت هستند، خدمات الکترونیکی، علاج و اکسیری ارائه نمی‌کند.

چالش‌های محیط‌زیستی و مطالبات از تأمین اجتماعی

توافق عمومی بین‌المللی وجود دارد که منطقه به‌طور خاص در رابطه با بلایای طبیعی، تخریب زیست‌محیطی و اثرات بالقوه تغییرات اقلیمی آسیب‌پذیر است (ISSA، 2014a). در مناطق ساحلی بنگلادش شواهدی از پیشرفت شوری خاک در زمین‌های کشاورزی و خطر بالای جاری‌شدن سیل وجود دارد. در حال حاضر بسیاری از افرادی که در سن کار هستند و بیشترین توانایی را دارند مهاجرت می‌کنند و اکثر آسیب‌پذیران را با خطر بزرگ‌تر فقر جا می‌گذارند (داسگوپتا، ۲۰۱۵). همچنین، تغییر الگوی کاربری زمین موجب نگرانی‌هایی در از دست‌دادن زمین‌های قابل کشت و تبدیل آن‌ها به زمین شهری شده است که آینده تولید و ذخیره مواد غذایی را تهدید می‌کند. کمبود آب نیز یک مسئله است (ADB، 2014: 13). تخریب محیط‌زیست و تغییر اقلیم و مهاجرت نیز مسئله احتمال گسترش بیماری‌ها را تشدید می‌کنند. بسیاری از این چالش‌های غیرمتعارف حوزه سیاست‌گذاری اجتماعی در حال افزایش هستند و واکنشی نوآورانه و سریع را طلب می‌کنند. فیلیپین که به‌عنوان سومین کشور مستعد بلایای طبیعی طبقه‌بندی شده است (ILO، 2013) در این رابطه پیشرو است.

برنامه یارانه نقدی یا انتقال پول نقد مشروط پنتوید فیلیپین، در اصل برای حمایت از بهبود تغذیه و آموزش و سلامت کودکان خانوارهای به شدت فقیر طراحی شده است و مدلی انعطاف پذیر برای سازوکار واکنش تأمین اجتماعی پس از بلایا ارائه می دهد.

چشم انداز سیاست گذاری برای افزایش خروجی های اقتصادی و اجتماعی

بخش مهمی از رشد جهانی در جمعیت طبقه متوسط و هزینه های مصرف جهانی در این منطقه وجود دارد. این رشد مداوم در ثروت، سؤالات مهمی در مورد طراحی مؤثر نظام های مترقی مالیات و نیز، طراحی و تأمین مالی نظام های تأمین اجتماعی و توانایی آن ها برای عملی کردن اهداف چند گانه شان ایجاد می کند. همچنین، رشد طبقه متوسط، مطالبه سطوح بهبود یافته خدمات عمومی، از جمله کیفیت ارائه خدمات تأمین اجتماعی را افزایش می دهد. باین حال، این چالش فرصتی است تا برنامه های مزایای تأمین حق بیمه را که از نظر مالی پایدار هستند به صورت گسترده تری توسعه دهد؛ برنامه هایی که الزاماً مزایای کافی ارائه می کند.

در سطح ملی، معمولاً میزان بیشتر ثروت ممکن است به نرخ های بالاتر نابرابری ملی در شهر و منطقه منجر شود، که مطالبات عمومی برای اقدامات باز توزیعی مانند تأمین مالی کمک های اجتماعی از طریق مالیات را افزایش دهد. در بسیاری از کشورها، هر گونه رشد در تأمین مالی تأمین اجتماعی از طریق مالیات با مقررات تأمین مالی حق بیمه های پرداختی مرتبط است و می تواند مانعی احتمالی در پرداخت کامل و زمان دار سهم کارگران و کارفرمایان را ایجاد کند. این امر چالش همیشگی طراحی نظام تأمین اجتماعی برای ارائه مزایای کمک اجتماعی پایدار و کافی و دیگر یارانه های نقدی است.

نقش بزرگ مزایای تأمین مالی از طریق مالیات برای «شهروندان یا ساکنین» می تواند اولویت نیاز به گسترش حقوق مبتنی بر بیمه اجتماعی «کارگران» را تضعیف کند، که در مقابل، ممکن است رابطه های ضروری و سنتی بین تأمین اجتماعی، ایمنی و سلامت شغلی، قانون کار و حقوق اشتغال رسمی را نیز به صورت عمومی تر تضعیف کند.

رشد های اقتصادی اخیر تا حد زیادی در ایجاد مشاغل مناسب و به ویژه در ادغام تعداد روبه افزایش کارگران جوان شکست خورده است. این چالش به درجات مختلف در همه مناطق جهان وجود دارد. به احتمال زیاد در بسیاری از کشورها، رشد طبقات

متوسط، مطالبات عمومی برای الگوهای فراگیر مقررات تأمین اجتماعی و توسعه ملی را همان‌طور که در مورد تاریخ جمهوری کره ذکر شد، تشدید کرده‌اند.

دیگر چالش‌های تأمین مالی سیاست‌های اجتماعی به‌طور مستقیم‌تری به سطوح بالای شهرنشینی مرتبط هستند. شهرنشینی فزاینده و مجاورت تعداد زیادی از مردم می‌تواند در انتشار بیماری‌ها مؤثر باشند. الگوها و سرعت خاص شهرنشینی - به‌ویژه رشد زاغه‌های شهری - فشار بی‌اندازه‌ای بر زیرساخت‌ها وارد می‌کند و دسترسی به مسکن مناسب، برق، ارتباطات و حمل‌ونقل و مهم‌تر از همه بهبود دسترسی به آب و فاضلاب بهداشتی را محدود می‌سازد (آندرس، بیلر و هرا را داپ، ۲۰۱۳). در چنین شرایطی سرمایه‌گذاری‌های کلان در زیرساخت‌ها و سرمایه‌گذاری در اقدامات پیشگیرانه و مراقبت اولیه سلامتی از جمله آموزش سلامتی ضروری است.

عزم سیاسی بالایی در منطقه برای گسترش دسترسی مؤثر همگانی به مراقبت از سلامت وجود دارد. با این حال، در حال حاضر با احتساب کمبود تخمینی در تعداد متخصصان مراقبت از سلامت در آسیا (۷,۱ میلیون پست سازمانی)، انتظار می‌رود این کمبودها به‌طور عمده بر روی ارائه خدمات به ساکنین زاغه‌های شهری و مناطق روستایی تأثیر بگذارند (ILO، 2014). بنگلادش، در راستای پر کردن شکاف کارکنان موردنیاز، با الگوگیری از نپال، به جامعه کارکنان سلامت آموزش داده است. بسیاری از این کارکنان، زنان هستند.

تقریباً یک میلیارد نفر در زاغه‌های شهری در سطح جهان زندگی می‌کنند و تعداد قابل‌توجهی از آن‌ها در آسیا و اقیانوسیه هستند. براساس گزارش‌ها، در آسیای جنوبی، درصد جمعیت شهری ساکنین زاغه‌ها به ۶۰ درصد در بنگلادش، ۵۸ درصد در نپال، ۴۷ درصد در پاکستان و ۲۹ درصد در هند رسیده است (هاکا تریبون، ۲۰۱۴). در پی روندهای موردبحث در این گزارش از جمله بازار کار، شهرنشینی، رشد جمعیت و سالخوردگی، چالش‌های رودرروی سیاست‌های عمومی برای حمایت از اجتماعات پایدار از جمله شهرهای بزرگ و برای مشارکت نظام‌های تأمین اجتماعی در زندگی پایدار و حصول اطمینان از توسعه اقتصادی و اجتماعی بی‌نهایت بزرگ‌اند.



مفهوم پویای استراتژیک تأمین اجتماعی انجمن بین‌المللی تأمین اجتماعی، چشم‌انداز بهبود دامنه پوشش تأمین اجتماعی را محقق می‌سازد و عملکرد اجرایی را با هدف مشارکت در جوامع با اقتصاد تولیدی و اجتماعی فراگیر ارتقا می‌دهد. بنابر تجربه بین‌المللی، بهبود رخ داده در طراحی و ارائه نظام‌های تأمین اجتماعی در آسیا و اقیانوسیه به خروجی‌های مثبت اقتصادی و اجتماعی بزرگ‌تر تبدیل شده‌اند.

برای پیش‌بردن این دستور کار، نمونه خوبی برای سازمان‌های تأمین اجتماعی وجود دارد تا در تطابق با اختیاراتشان، از اقدامات سیاست‌گذاری تأمین اجتماعی جهت افزایش خروجی‌های اقتصادی و اجتماعی حمایت کنند. راهنماهای انجمن بین‌المللی تأمین اجتماعی برای سازمان‌های تأمین اجتماعی ابزارهای عملی در این زمینه‌اند که اعتماد و اطمینان به نظام‌های اجتماعی را ارتقا می‌دهند.

برای نتیجه‌گیری از این فصل باید گفت برای دستیابی نظام‌های تأمین اجتماعی به خروجی‌های مثبت اقتصادی و اجتماعی در منطقه، اهداف سیاست‌های سلامت و تأمین اجتماعی نمی‌توانند در انزوای پیگیری شوند: آن‌ها باید در کنار طیف گسترده‌ای از فعالیت‌های سیاسی منسجم (اقتصاد کلان، بازار کار، سیاست اجتماعی و آموزش و غیره) ارتقا پیدا کنند. یک رویکرد سیاسی یکپارچه و منسجم بهترین ضمانت برای موفقیت است؛ زمانی که اراده سیاسی پایدار، رهبری چیره‌دست و مداخله در زمان مناسب و پیاده‌سازی برنامه از طریق سازمان‌های اجرایی مؤثر و کارآمد با این رویکرد هدایت می‌شوند.



ADB. 2014a. Information and communication technologies for social protection in the Asia and Pacific Region (Technical assistance report). Manila, Asian Development Bank.

ADB. 2014b. Key indicators for Asia and the Pacific 2014. Manila, Asian Development Bank.

Andrés, L.; Biller, D.; Herrera Dappe, M. 2013. Reducing poverty by closing South Asia's infrastructure gap. Washington, DC, World Bank.

Brimblecombe, S. 2013. "A multivariable definition of adequacy: Challenges and opportunities", in International Social Security Review, Vol. 66, Nos. 3–4.

Channel NewsAsia. 2015. "Budget 2015: Silver support scheme 'new feature' in local social security landscape", 23 February.

Dasgupta, S. 2015. How climate change threatens the fight against poverty (Agenda). Geneva, World Economic Forum.

Dhaka Tribune. 2014. "Study: Half the urban population in Bangladesh slum dwellers", 18 November.

El-Saharty, S.; Ohno, N. 2015. How maternal mortality has been reduced in South Asia (Agenda). Geneva, World Economic Forum.

ESA. 2013. World population prospects: The 2012 revision. New York, NY, United Nations Department of Economic and Social Affairs – Population Division.

ESCAP. 2013. Population trends in Asia and the Pacific (Factsheet). New York, NY, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific.

ESCAP. 2014. Statistical yearbook for Asia and the Pacific, 2014. Bangkok, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific.

ESCAP. 2015. Towards income security in Asia and the Pacific: A focus on income support schemes. Bangkok, United Nations Economic and Social





Commission for Asia and the Pacific.

ILO. 2012. Republic of Korea: Development of national employment policies through two economic crises: Lessons from its experiences. Geneva, International Labour Office.

ILO. 2013. Asia-Pacific labour market update (December 2013). Bangkok, International Labour Organization – Regional Office for Asia and the Pacific.

ILO. 2014a. World social protection report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice. Geneva, International Labour Office.

ILO. 2014b. Rapid extension of health protection (Social Protection for All policy brief, No. 2). Geneva, International Labour Office.

ILO. 2015. World employment and social outlook: Trends 2015. Geneva, International Labour Office.

ILO; ADB. 2014. ASEAN Community 2015: Managing integration for better jobs and shared prosperity. Bangkok, International Labour Organization, Asian Development Bank.

IMF. 2013. Asia and Pacific small states: Raising potential growth and enhancing resilience to shocks: Executive summary. Washington, DC, International Monetary Fund.

ISSA. 2012. Asia and the Pacific: Addressing complex needs through innovative and proactive social security (Developments and trends). Geneva, International Social Security Association.

ISSA. 2014a. Megatrends and social security: Climate change and natural resource scarcity (Megatrends and social security). Geneva, International Social Security Association.

ISSA. 2014b. Handbook on the extension of social security coverage to migrant workers (Extension of social security). Geneva, International Social Security Association.

OECD. 2014. "Looking at social protection globally, in the OECD and in the Asia/Pacific region", in OECD (ed.), Society at a glance: Asia/Pacific 2014. Paris, Organisation for Economic Co-operation and



Development.

OECD; WHO. 2014. Health at a glance: Asia/Pacific 2014: Measuring progress towards universal health coverage. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

Pilling, D. 2014. "How Japan stood up to old age", in Financial Times Magazine, 17 January.

SSA. 2013. International update, November 2013. Washington, DC, Social Security Administration.

SSA. 2014. International update, November 2014. Washington, DC, Social Security Administration.

SSA; ISSA. 2014. Social security programs throughout the world: Asia and the Pacific. Washington, DC, Social Security Administration.

Taha, N.; Siegmann, K. A.; Messkoub, M. 2015. "How portable is social security for migrant workers? A review of the literature", in International Social Security Review, Vol. 68, No. 1.

VOV. 2014. "Achieving universal social health insurance", in The Voice of Vietnam, 23 September.

روندها و توسعه‌ها

آسیا و اقیانوسیه

رویکردهای استراتژیک بهبود وضعیت تأمین اجتماعی

گزارش‌های منطقه‌ای روندها و توسعه‌ها برای همراهی و اطلاع‌رسانی نشست‌های انجمن منطقه‌ای تأمین اجتماعی انجمن بین‌المللی در طول دوره سه‌ساله ۱۶-۲۰۱۴ طراحی شده‌اند. شکل منطقه‌ای این مجموعه‌ها تلاش می‌کند تا مستندات بهتر، و فهم و یادگیری از چالش‌های کلیدی پیش روی سازمان‌های عضو در مناطق مختلف جهان پشتیبانی می‌کند.

انجمن بین‌المللی تأمین اجتماعی، سازمان بین‌المللی راهبر در جهان است که دپارتمان‌های دولتی، بخش‌های اجرایی تأمین اجتماعی و عوامل اجرایی تأمین اجتماعی را در کنار هم گرد می‌آورد. انجمن بیش از ۳۳۰ سازمان عضو در ۱۶۰ کشور جهان دارد.

ISSA 2015 4 route des Morillons, Case postale 1 CH-1211 Geneva 22
ISBN 978-92-843-3186-4 T: +41 22 799 66 17 F: +41 22 799 85 09
E: issacomm@ilo.org www.issa.int

