

حمایت اجتماعی

بازیابی اقتصادی، توسعه فراگیر و عدالت اجتماعی

World Social Protection Report 2014/15
Building economic recovery, inclusive development and social justice

International Labour Office – Geneva: ILO, 2014

First published 2014

ISBN 978-92-2-128660-8 (print)

مترجمین:

دکتر حسام نیکوپور دیلمی

مجید حسن زاده اصفهانی

The original edition of this work was published by the International Labour Office, Geneva, under the title World Social Protection Report 2014/15. Building economic recovery, inclusive development and social justice.

Copyright © 2014 International Labour Organization.

Farsi translation copyright © 2016 (Institute of Social Security & Welfare Applied Science Higher Education). Translated and reproduced by permission.

The designations employed in ILO publications, which are in conformity with United Nations practice, and the presentation of material therein do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the International Labour Office concerning the legal status of any country, area or territory or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers. The responsibility for opinions expressed in studies and other contributions rests solely with their authors, and publication does not constitute an endorsement by the International Labour Office of the opinions expressed in them. Reference to names of firms and commercial products and processes does not imply their endorsement by the International Labour Office, and any failure to mention a particular firm, commercial product or process is not a sign of disapproval. The ILO shall accept no responsibility for the validity or completeness of the Farsi translation or for any inaccuracy, errors or omissions or for the consequences arising from the use thereof

ویرایش این کتاب تحت عنوان «گزارش حمایت اجتماعی جهان ۲۰۱۴/۲۰۱۵» - بازیابی اقتصادی، توسعه فراگیر و عدالت اجتماعی - حق تألیف محفوظ و متعلق به سازمان بین‌المللی کار است © 2014 - توسط سازمان بین‌المللی کار، مستقر در ژنو، چاپ گردید.

ترجمه‌ی فارسی اثر (Copyright © 2016) مؤسسه‌ی آموزش عالی علمی کاربردی بهزیستی و تأمین اجتماعی) با کسب اجازه‌ی قبلی ترجمه و تکثیر شده است.

موارد مشخص شده از سوی سازمان بین‌المللی کار، که هم سو با عملیات سازمان ملل است، و نیز ارائه‌ی موارد لازم به منزله‌ی اظهار نظر حقوقی از سوی سازمان بین‌المللی کار در رابطه با وضعیت حقوقی هر کشور، منطقه و یا قلمرو و یا مراجع آن، و یا تحدید حدود قانونی آن نیست.

مسئولیت مربوط به آراء و نظرات اعلام شده از سوی مؤلفین آن در این مطالعه صرفاً متوجه مؤلفین آن است.

هر جا نام شرکت و یا محصول تجاری برده شده است، به منزله‌ی تأیید آنها از سوی سازمان بین‌المللی کار نیست و عدم اشاره به نام شرکت و یا محصول تجاری و یا فرایندی نیز در حکم پذیرش آنها نخواهد بود.

سازمان بین‌المللی کار هیچ مسئولیتی را در رابطه با اعتبار و یا تکمیل بودن ترجمه‌ی فارسی و یا هر گونه مطالب غیر دقیق، اشتباه یا حذف مطالب و یا عواقب ناشی از استفاده از آنها را بر عهده نمی‌گیرد.

مقدمه مترجمین

نظام حمایت اجتماعی با استفاده از ابزارهای بیمه اجتماعی، مساعدت های اجتماعی و برنامه های بازار کار به منظور پوشش مخاطراتی که افراد و خانوارها در چرخه عمر خود با آن مواجه می شوند در نه شاخه مراقبت درمانی، بیماری، بیکاری، سالمندی، حوادث شغلی، مسئولیت خانواده، بارداری، ازکارافتادگی و بازماندگی به ارائه خدمات می پردازد. این خدمات امروزه به عنوان یک حق انسانی و یک الزام سیاسی و اجتماعی شناخته شده که اجرای آنها موجب کاهش فقر و نابرابری، افزایش امنیت غذایی، بهبود اشتغال، ارتقاء نظام آموزشی، اثرات مثبت بر سلامت، ایجاد آرامش اجتماعی و انسجام و همبستگی اجتماعی شده و نهایتاً ثبات سیاسی و ارتقاء اعتبار دولت ها را به دنبال دارد.

دامنه پوشش جمعیت هدف حمایت های اجتماعی، کفایت مزایای ارائه شده به آنها و روش های تامین منابع مالی پایدار در کنار ساختار مدیریتی مناسب جهت اعمال حکمرانی کارآمد عمومی یا خصوصی مورد پرسش و بررسی های مختلفی در جهان بوده است. نحوه پاسخگویی به این سوالات نوع نظام حمایت اجتماعی هر کشور که در بستر اقتصادی، اجتماعی و سیاسی آن شکل می گیرد را مشخص می نماید. آنچه مسلم است بسته واحدی از نظام حمایت اجتماعی برای کشورها وجود ندارد. در سال های اخیر و به ویژه پس از وقوع رکود جهانی و بحران رشد آهسته اقتصادی از سال ۲۰۰۸ نظام های حمایت اجتماعی دچار تغییرات بنیادی شده اند. از این رو مرور تجارب کشورهای مختلف در کنار اصولی که در زمینه حمایت های اجتماعی بشر به آن دست یافته راهنمای با ارزشی است جهت تصمیم سازی و اصلاح و طراحی مناسب نظام حمایت اجتماعی به ویژه در این برهه زمانی که مصادف است با تدوین برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور.

در سال های اخیر برنامه ها و طرح های متعدد حمایت اجتماعی تحت عناوین مختلف در کشور اجرا شده که دو برنامه هدفمندسازی یارانه ها و همگانی کردن بیمه های سلامت نقش و اهمیت حمایت های اجتماعی و اثرات آنها بر کیفیت زندگی، رشد اقتصادی، برقراری عدالت اجتماعی، اصلاح ساختار کلان اقتصادی، نحوه ارتباط دولت و ملت و ایجاد انسجام و همبستگی اجتماعی را به خوبی نمایان کرده است. نظام حمایت اجتماعی کشور با چالش ها و پرسش های جدی از قبیل نحوه شناسایی جامعه هدف خدمات، روش های تامین مالی به خصوص در مورد خدمات بین النسلی بیمه های اجتماعی، چگونگی ارتقاء کیفیت و کفایت مزایا، نحوه مدیریت و اعمال حکمرانی حوزه های مختلف بیمه، مساعدت و برنامه های بازار کار از جمله نقش و جایگاه بخش خصوصی، نحوه انسجام و هماهنگی درون و بین بخشی آنها و غیره روبه رو است.

تحولات بازار کار از جمله حضور پررنگتر زنان در آن در کنار گسترش بخش غیررسمی اشتغال، کوچک شدن کارگاه ها، مهاجرت نیروی کار، افزایش امیدزندگی، روند پیش روی سالمندی و قرار گرفتن در موقعیت پنجره جمعیتی لزوم انجام

اصلاحات نظام حمایت اجتماعی کشور را دو چندان کرده است در این میان گفتمان های اجتماعی ذینفعان و بهره گیری از تجارب سایر کشورها جهت اعمال اصلاحات مناسب از اولویت برخوردار است.

کتاب حاضر از انتشارات سازمان بین المللی کار است که کارکردها و چالش ها و اصلاحات اخیر نظام های حمایت اجتماعی در بیش از ۱۸۵ کشور مختلف را با رویکردی مبتنی بر چرخه عمر و مقایسه آن در دو مقطع زمانی قبل و بعد از سال ۲۰۱۰ که بحران رکود اقتصادی اتفاق افتاده است ارائه می دهد. در دوره نخست کشورها به ویژه کشورهای با درآمد بالا با استفاده از ابزار حمایت های اجتماعی و تقویت آن و بهره گیری از کارکرد تثبیت گر خودکار اقتصادی و اجتماعی آن موفق به مهار بحران پیش آمده شدند. اما از سال ۲۰۱۰ و با بروز کسری بودجه در کشورهای مختلف، حمایت های اجتماعی مورد هجمه واقع شده و بجای معلول به عنوان علت بحران شناخته شدند لذا از اولویت خارج و محدود گردیدند. سیاست های تعدیل اقتصادی و تثبیت مالی از طریق کاهش یا حذف یارانه ها، افزایش مالیات ها، کاهش دستمزدها، هدفمندکردن مساعدت ها و اصلاح نظام سلامت اعمال شد. نتیجه این سیاست ها گسترش فقر و کاهش سطح رفاه کشورها بوده است.

کتاب پیش رو با مرور این وقایع نتیجه گیری می نماید که تقویت حمایت های اجتماعی می تواند کلید بازبانی اقتصادی، رشد فراگیر و برقراری عدالت اجتماعی در کشورها باشد.

چاپ این کتاب میسر نبود جز با عنایات حضرت احدیت و حمایت های بی دریغ موسسه آموزش عالی علمی و کاربردی بهزیستی و تامین اجتماعی. لازم می دانیم از توجه علمی و خالصانه ریاست محترم آن موسسه سرکار خانم دکتر وحیده نگین و همچنین از انتشارات شلاک قدردانی و تشکر نمائیم. امید است این کتاب به محققین، سیاستگزاران، دانشجویان و علاقمندان حوزه رفاه اجتماعی در آینده ای که می خواهیم بسازیم یاری رسانده و کاستی ها و اشکالات موجود را بر ما ببخشند.

تهران - اردیبهشت ۱۳۹۴

نیکوپور - حسن زاده

سازمان بین المللی کار از آغاز فعالیت خود در سال ۱۹۱۹، پشتیبان کشورها در زمینه توسعه و اجرای نظام های تامین اجتماعی همگانی بوده و از آن تاریخ پیشرفت های شگرفی حاصل شده است. در ابتدا حدود چهل کشور اقدام به تشکیل چنین طرح هایی نمودند ولی امروزه تمام کشورهای جهان به نوعی دارای یک نظام تامین اجتماعی هستند.

براساس توصیه نامه زمینه ای سازمان بین المللی کار درخصوص حداقل ملی حمایت اجتماعی (شماره ۲۰۲) که در سال ۲۰۱۲ پذیرفته شده، پوشش حمایت اجتماعی و مزایای مربوطه همچنان در حال گسترش است. توصیه نامه دارای شواهدی دال بر تعهد مشترک دولت ها، کارفرمایان و کارگران به ایجاد کف های تعیین شده حمایت اجتماعی می باشد که حداقل یک سطح پایه تامین اجتماعی را برای همه تضمین می نمایند و دربرگیرنده دسترسی به مراقبت سلامت و تامین درآمد در سرتاسر زندگی و تضمین شان و آبروی آنها می باشد. در حالی که این کف حمایت های اجتماعی ضروری هستند، توصیه نامه به آن هم بسنده نمی کند و دستورالعمل های ایجاد نظام های حمایت اجتماعی را نیز به طور مفصل تصریح می نماید.

دو سال پس از اتخاذ توصیه نامه، گزارش جهانی حمایت اجتماعی حاضر، سند جامعی است از پیشرفت ها و تحولات رخ داده طی چند سال اخیر و همچنین باقی ماندن برخی شکاف ها و کاستی ها در این عرصه که نیازمند برطرف شدن می باشند. کتاب حاضر بر اساس رویکرد چرخه عمر، تصویری کلی از سازماندهی کنونی نظام های حمایت اجتماعی، سطح پوشش، مزایا و هزینه ها را ارائه می نماید. در واقع این کتاب به سبب حیطة جهانی و پیوست های آماری ارزشمندش، برای هر کس که به موضوع حمایت اجتماعی علاقه مند است، منبع و مرجع مهمی به شمار می رود.

در سال های اخیر، سازمان بین المللی کار به بیش از ۱۳۶ کشور در زمینه حمایت اجتماعی کمک های فنی و تکنیکی ارائه داده است و با عنایت به این که براساس شواهد موجود، نظام های حمایت اجتماعی نقش مهمی در کارکردهای جوامع مدرن ایفا می کنند و عنصر اساسی راهبردهای یکپارچه جهت توسعه اقتصادی و اجتماعی به شمار می روند، ما مفتخریم که همچنان به ارائه کمک های خود در سرتاسر دنیا ادامه می دهیم. به علاوه تجربیات از سال ۲۰۰۸ تاکنون حاکی از آن است که کشورهای دارای نظام های حمایت اجتماعی مناسب و مکفی توانسته اند که موثرتر و سریع تر در برابر بحران های جهانی واکنش نشان دهند.

با این حال حدود ۷۳ درصد جمعیت جهان همچنان بدون پوشش مکفی حمایت اجتماعی امرار معاش می کنند. به بیانی دیگر، برای اکثریت قابل توجهی از افراد، حق اساسی بشری به داشتن تامین اجتماعی به طور جزئی تحقق می یابد و یا اصلاً جامه عمل نمی پوشد. روشن است که در سال ۲۰۱۴، جامعه جهانی نیازمند انجام تلاش های وسیع تر جهت تحقق

این حق می باشد. با این دید فرصت را مغتنم می شمارم و بسیاری از کشورها را که پیش از این اقتصادهایی سالم و همزمان جوامع شایسته دارای نظام حمایت اجتماعی را بنا نموده اند، به تلاش در این زمینه فرا می خوانم.

با توجه به آثار اقتصادی بحران مالی جهانی، دنیا با یک بحران اجتماعی عمیق که در واقع یک بحران عدالت اجتماعی نیز هست، مواجه می باشد. سیاست های تثبیت مالی و تعدیل اقتصادی، استانداردهای امرار معاش خانوارها را در تعداد قابل توجهی از کشورها به مخاطره انداخته اند. علیرغم پیشرفت های صورت گرفته در کاهش سطوح فقر شدید در پاره ای از جهان، سطوح بالای فقر و آسیب پذیری همچنان پابرجاست. همچنین فقر به واقع در بسیاری از کشورهای پر درآمد رو به افزایش است. به علاوه سطوح بالا و فزاینده نابرابری در اقتصادهای پیشرفته و در حال توسعه به طور قابل ملاحظه ای مشاهده می گردد که موجب نگرانی می باشد.

ساز و کارهای حمایت اجتماعی یک پاسخ سیاستی ضروری هستند که می توانند به این چالش ها پاسخ دهد. این ساز و کارها نه تنها به تحقق حق همگانی بشری به داشتن تامین اجتماعی، کمک می کنند بلکه یک الزام اقتصادی و اجتماعی نیز محسوب می گردند. نظام های حمایت اجتماعی با طراحی مناسب، پشتیبان درآمدها و مصرف داخلی بوده و باعث ارتقاء سرمایه انسانی و افزایش بهره وری می شوند. تلاش های شجاعانه صورت گرفته در جهت توسعه حمایت اجتماعی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، از برزیل تا چین و از اکوادور تا موزامبیک بیانگر نقش حائز اهمیت این نظام ها در کاهش فقر و آسیب پذیری و اصلاح نابرابری و افزایش رشد فراگیر می باشد.

این موضوعی است که جامعه بین الملل باید به عنوان اولویت خود در دستورالعمل توسعه پس از سال ۲۰۱۵ مد نظر قرار دهد. حمایت اجتماعی می تواند تضمین نماید که تمام افراد از امنیت برخوردارند و وقتی شغل خود را از دست می دهند یا بیمار می شوند و همچنین وقتی پیر می شوند، با ریسک فقر و عدم تامین روبرو نخواهند شد. جامعه مدرن ما قادر است در هر جا حمایت اجتماعی همگانی فراهم نماید.

امیدوارم این کتاب ابزار مناسبی برای کارشناسان و مبنای بهتری جهت سیاست گذاری آگاهانه باشد.

ژنو ۲۰۱۴



گای رایدر

دبیر کل

سازمان بین المللی کار

فهرست مطالب

مقدمه مترجمین

پیش گفتار

فهرست نمودارها

فهرست جداول

فهرست کادرها

فهرست اختصارات

خلاصه اجرایی

۱- مقدمه

۱-۱-۱- حقی تحقق نیافته

۱-۲-۲- شکل گیری نظام های حمایت اجتماعی: نگاهی تاریخی از سال ۱۹۰۰-۲۰۱۲

۱-۳-۳- سیاست های تثبیت مالی: موانع ۲۰۱۰-۲۰۱۵

۱-۴-۴- راه پیش رو: ایجاد کف حمایت های اجتماعی ملی و نظام های تامین اجتماعی

۱-۵-۵- هدف و ساختار کتاب

۱-۶-۶- ایجاد پایگاه دانش در زمینه آمار مربوط به حمایت اجتماعی

۲- حمایت اجتماعی برای کودکان و خانواده ها

۲-۱-۱- نقش حمایت اجتماعی در تضمین رفاه کودکان

۲-۲-۲- مصارف حمایت اجتماعی در حوزه کودکان و خانواده ها

۲-۳-۳- اندازه پوشش قانونی: برنامه های مزایای اولاد و عائله مندی در قوانین ملی

۲-۴-۴- کاهش شکاف پوشش و تقویت امنیت درآمدی کودکان و خانواده ها

۲-۵-۵- چگونه تمهیدات تعدیل و تثبیت مالی، امنیت درآمدی کودکان و خانواده ها را تهدید می کند

۳- حمایت اجتماعی برای زنان و مردان در سن اشتغال

۳-۱-۱- مقدمه: در جستجوی تامین درآمد

۳-۲-۲- حمایت در برابر بیکاری

۳-۲-۱-۱- حمایت از درآمد، تخفیف تکانه های تقاضا و تسهیل تغییر ساختاری در اقتصاد

- ۳-۲-۲- انواع طرح های حمایت در برابر بیکاری
- ۳-۲-۳- پوشش قانونی مزایای دوران بیکاری
- ۳-۲-۴- پوشش موثر مزایای دوران بیکاری
- ۳-۲-۵- حمایت در برابر بیکاری برای افراد جوان
- ۳-۲-۶- گسترش حمایت در برابر بیکاری در اقتصادهای نو ظهور
- ۳-۲-۷- مزایای دوران بیکاری عنصر کلیدی واکنش در برابر بحران و سیاست های تثبیت مالی
- ۳-۲-۸- تاکید دوباره بر بازگرداندن کارگران بیکار به بازار کار
- ۳-۲-۹- چالش ها
- ۳-۳- حمایت در برابر حوادث شغلی
- ۳-۳-۱- حمایت از کارگران آسیب دیده از حوادث شغلی
- ۳-۳-۲- انواع طرح های حمایت در برابر حوادث شغلی
- ۳-۳-۳- اندازه پوشش قانونی
- ۳-۳-۴- اندازه پوشش موثر
- ۳-۳-۵- کفایت مزایا جهت رفع نیازهای کارگران
- ۳-۳-۶- تحولات اخیر
- ۳-۳-۷- چالش ها
- ۳-۴- مزایای ازکارافتادگی
- ۳-۴-۱- حمایت و توانمندسازی ازکارافتادگان
- ۳-۴-۲- انواع طرح های مزایای ازکارافتادگان
- ۳-۴-۳- پوشش موثر مزایای ازکارافتادگی
- ۳-۴-۴- تحولات اخیر و چالش ها
- ۳-۵- حمایت ایام بارداری
- ۳-۵-۱- حمایت از مادران: تضمین امنیت درآمد، مراقبت سلامت مادران و حقوق زنان در کار
- ۳-۵-۲- انواع طرح های حمایت ایام بارداری
- ۳-۵-۳- اندازه پوشش قانونی
- ۳-۵-۴- اندازه پوشش موثر
- ۳-۵-۵- کفایت مزایای بارداری در تضمین امنیت درآمدی در دوره مرخصی زایمان
- ۳-۵-۶- دسترسی به مراقبت سلامت دوران بارداری
- ۳-۵-۷- تحولات اخیر

۴- حمایت اجتماعی برای زنان و مردان سالمند: مستمری ها و سایر مزایای غیر از حوزه سلامت

- ۱-۴- نقش مهم مستمری ها در تضمین تامین درآمد و رفاه سالمندان
- ۲-۴- انواع طرح های مستمری سالمندان
- ۳-۴- اندازه پوشش قانونی
- ۴-۴- اندازه پوشش موثر
- ۱-۴-۴- تامین درآمد در دوران سالمندی: حقی که برای بسیاری هنوز محقق نشده است
- ۲-۴-۴- تغییرات در پوشش مستمری ها در جهان: پیشرفت و پس رفت
- ۳-۴-۴- تداوم نابرابری در دسترسی به امنیت درآمدی در دوران سالمندی
- ۵-۴- کفایت مستمری ها جهت تامین امنیت درآمد مناسب برای سالمندان
- ۱-۵-۴- تضمین جایگزینی درآمد
- ۲-۵-۴- جلوگیری از تحلیل ارزش مستمری ها در گذر زمان: تضمین ترمیم منظم مستمری ها
- ۶-۴- اصلاحات و اصلاحات مجدد نظام های مستمری
- ۷-۴- تضمین امنیت درآمد برای سالمندان: چالش ادامه دار

۵- حرکت به سوی پوشش همگانی در حوزه سلامت

- ۱-۵- نقش حیاتی پوشش همگانی سلامت برای افراد و اقتصاد
- ۲-۵- مبانی پوشش همگانی در حوزه سلامت در استانداردهای بین المللی کار
- ۳-۵- کسری های پوشش به ویژه در کشورهای کم درآمد
- ۴-۵- استطاعت مالی و ریسک فقیر شدن
- ۵-۵- حمایت در برابر ازدست دادن درآمد: مزایای مرخصی ایام بیماری
- ۶-۵- مکانیزم های تامین مالی در مورد پوشش همگانی حوزه سلامت
- ۷-۵- سطح مصارف سلامت خصوصی و عمومی
- ۸-۵- کمبود جهانی کارکنان حوزه سلامت
- ۹-۵- عدم کفایت پرداختی ها به شاغلین حوزه سلامت
- ۱۰-۵- تمهیدات تثبیت مالی: محرک بازبایی اقتصادی یا بخشی از معضل
- ۱۱-۵- توجه به چالش ها: تحقق پیشرفت پایدار در دسترسی به مراقبت سلامت

۶- گسترش حمایت اجتماعی: کلید بازیابی پس از بحران، توسعه فراگیر و عدالت اجتماعی

- ۱-۶- مقابله با رکود اقتصادی و رشد آهسته: حمایت اجتماعی و بحران جهانی
- ۱-۱-۶- حمایت اجتماعی در مرحله اول بحران جهانی: انگیزه های توسعه ای و مالی (۲۰۰۸-۰۹)
- ۲-۱-۶- حمایت اجتماعی در مرحله دوم بحران جهانی: تثبیت مالی (۲۰۱۰ و پس از آن)
- ۳-۱-۶- روندهای واگرا در بین کشورها
- ۲-۶- کشورهای دارای درآمد بالا: تثبیت مالی و آثار آن
- ۱-۲-۶- مرور کلی: اولویت بندی اصلاح بخش مالی در خصوص حمایت اجتماعی
- ۲-۲-۶- مرحله اول بحران جهانی: ارتقاء حمایت اجتماعی برای حفظ درآمد قابل تصرف (پس از کسر مالیات و حق بیمه) و تقاضای داخلی (۲۰۰۸-۰۹)
- ۳-۲-۶- مرحله دوم بحران جهانی: تثبیت مالی پس از سال ۲۰۱۰
- ۴-۲-۶- کفایت انتقالات نقدی، مالیات ها و گفتمان اجتماعی: مولفه های مهم بهبود پاسخگویی اجتماعی
- ۳-۶- کشورهای دارای درآمد متوسط: رشد فراگیر از طریق حمایت اجتماعی
- ۱-۳-۶- توسعه معنا دار پوشش حمایت اجتماعی
- ۲-۳-۶- به سوی رشد فراگیرتر
- ۴-۶- کشورهای کم درآمد: فراتر از تور ایمنی به سوی تضمین کف حمایت های اجتماعی
- ۱-۴-۶- مقابله با نابرابری ها: توسعه پوشش حمایت اجتماعی در کشورهای کم درآمد
- ۲-۴-۶- گسترش حمایت اجتماعی با استفاده از عواید حاصل از تثبیت مالی و اقدامات تعدیلی
- ۳-۴-۶- فراتر از تور ایمنی: به سوی کف حمایت های اجتماعی ملی
- ۵-۶- فضای مالی بودجه ای برای کف حمایت های اجتماعی
- ۱-۵-۶- گزینه ۱: بازتخصیص مصارف عمومی جاری
- ۲-۵-۶- گزینه ۲: افزایش درآمدهای مالیاتی
- ۳-۵-۶- گزینه ۳: افزایش حق بیمه های تامین اجتماعی
- ۴-۵-۶- گزینه ۴: استقراض یا تجدید ساختار دیون موجود
- ۵-۵-۶- گزینه ۵: محدود ساختن گردش های مالی غیرقانونی
- ۶-۵-۶- گزینه ۶: جذب کمک ها و انتقالات نقدی بیشتر
- ۷-۵-۶- گزینه ۷: بهره برداری از ذخایر مالی و ارزش های خارجی بانک مرکزی
- ۸-۵-۶- گزینه ۸: اتخاذ یک چارچوب کلان اقتصادی مناسب تر

۶-۶- چرا کف حمایت های اجتماعی کلید بازیابی اقتصادی است و باید بخشی از دستورالعمل توسعه پس از ۲۰۱۵ باشد

۶-۶-۱- کف حمایت های اجتماعی فقر و نابرابری را کاهش می دهد.

۶-۶-۲- کف حمایت های اجتماعی اشتغال شایسته و رشد فراگیر را ارتقاء می دهد.

۶-۶-۳- هیچ کس نادیده گرفته نمی شود: کف حمایت های اجتماعی برای تغییر زندگی مردم تا سال ۲۰۳۰

پیوست ها

پیوست ۱: واژه نامه

پیوست ۲: اندازه گیری پوشش تامین اجتماعی

پیوست ۳: حداقل الزامات در استانداردهای تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار: جداول کلی

منابع و مآخذ

فهرست شکل ها و نمودارها:

- ۱-۱- حرکت به سوی نظام های جامع تامین اجتماعی: تعداد حوزه های تحت پوشش برنامه های حمایت اجتماعی الحاقی به قوانین ملی، ۱۹۰۰-۲۰۱۲.
- ۲-۱- توسعه برنامه های حمایت اجتماعی الحاقی به قوانین ملی برحسب حوزه (شاخه) حمایت، از پیش از ۱۹۰۰ تا پس از ۲۰۰۵ (درصد کشورها).
- ۱-۲- مصارف عمومی در حوزه مزایای کودک برحسب منطقه و سهم کودکان ۰-۱۴ سال در کل جمعیت؛ ۲۰۱۰/۱۱ (درصدی از GDP).
- ۲-۲- مصارف حمایت اجتماعی عمومی (بدون حوزه سلامت) در مورد مزایای اولاد و عائله مندی درصدی از تولید ناخالص داخلی - ۲۰۱۰/۲۰۱۱.
- ۳-۲- نگاهی اجمالی به برنامه های مزایای نقدی کودکان و خانواده در قوانین ملی؛ برحسب نوع طرح و گروه تحت پوشش-۲۰۱۲/۱۳.
- ۴-۲- کمک هزینه اولاد/عائله مندی: توزیع برنامه ها در قوانین برحسب نوع برنامه ۲۰۱۱/۱۳.
- ۵-۲- کمک هزینه اولاد/عائله مندی: وجود برنامه مربوطه در قوانین و گروه های عمده تحت پوشش برحسب منطقه ۲۰۱۱-۱۳ (درصدی از کشورها).
- ۶-۲- کمک هزینه اولاد/عائله مندی: منابع عمده تامین مالی ۲۰۱۱/۱۳.
- ۷-۲- سطح مصارف و سهم جمعیت بهره مند شده از برنامه های انتقال نقدی مشروط غیر مشارکتی در کشورهای منتخب آمریکای جنوبی؛ آخرین سال موجود (درصد).
- ۱-۳- مصارف عمومی حمایت اجتماعی بدون لحاظ حوزه سلامت برای افراد در سن اشتغال و سهم افراد در سن اشتغال (۱۵-۶۴ سال) از کل جمعیت ۲۰۱۰/۱۱.
- ۲-۳- مصارف عمومی حمایت اجتماعی بدون لحاظ حوزه سلامت برای افراد در سن اشتغال برحسب درآمد ملی ۱۱ درصدی از تولید ناخالص داخلی /۲۰۱۰.
- ۳-۳- نگاهی اجمالی به طرح های حمایت در برابر بیکاری در قوانین ملی برحسب نوع طرح و مزایا ۲۰۱۲/۱۳.
- ۴-۳- توزیع طرح های حمایت در برابر بیکاری در جهان برحسب نوع طرح ۲۰۱۲/۱۳.
- ۵-۳- توزیع طرح های حمایت در برابر بیکاری در جهان برحسب اندازه پوشش قانونی نیروی کار، آخرین سال در دسترس.
- ۶-۳- طرح های حمایت در برابر بیکاری: اندازه پوشش قانونی، برآوردهای منطقه ای، آخرین سال در دسترس.

- ۷-۳- پوشش موثر مزایای ایام بیکاری: بیکارانی که واقعاً مزایای نقدی دریافت می کنند، برآوردهای منطقه ای، ۲۰۰۷، ۲۰۰۹ و ۲۰۱۲/۱۳
- ۸-۳- پوشش موثر مزایای ایام بیکاری: بیکارانی که واقعاً مزایای نقدی دریافت می کنند، آخرین سال در دسترس.
- ۹-۳- پوشش موثر مزایای بیکاری: بیکارانی که واقعاً مزایای نقدی دریافت می کنند، آخرین سال در دسترس.
- ۱۰-۳- سهم بیکاران دریافت کننده مزایای ایام بیکاری و مقایسه آن با نرخ فقر نسبی بیکاران، کشورهای منتخب اروپایی، ۲۰۱۲.
- ۱۱-۳- بیکاران دریافت کننده مزایای نقدی ایام بیکاری، جوانان و سایر سنین ۲۰۱۲/۱۳.
- ۱۲-۳- حمایت در برابر حوادث شغلی: توزیع برحسب نوع برنامه ۲۰۱۲/۱۳.
- ۱۳-۳- حمایت در برابر حوادث شغلی: برآوردهای منطقه ای در خصوص پوشش قانونی (کل و زنان)، آخرین سال در دسترس.
- ۱۴-۳- حمایت در برابر حوادث شغلی: پوشش قانونی و موثر، آخرین سال در دسترس.
- ۱۵-۳- حمایت در برابر حوادث شغلی: نرخ جایگزینی برای ازکارافتادگی دائمی
- ۱۶-۳- حمایت در برابر حوادث شغلی: نرخ جایگزینی برای ازکارافتادگی موقت
- ۱۷-۳- نگاهی اجمالی به برنامه های مزایای نقدی ازکارافتادگی در قوانین ملی برحسب نوع برنامه و مزایا ۲۰۱۲/۱۳.
- ۱۸-۳- حمایت درآمدی برای ازکارافتادگان: ماهیت و نوع برنامه ها ۲۰۱۲/۱۳.
- ۱۹-۳- اروپا: افراد دارای ازکارافتادگی در سن اشتغال و دریافت کنندگان مزایای ازکارافتادگی ۲۰۱۰.
- ۲۰-۳- اروپا: نرخ های ریسک فقر بین افراد در سن اشتغال (۶۴-۱۶) بر حسب وضعیت ازکارافتادگی، ۲۰۱۰.
- ۲۱-۳- طرح های مزایای نقدی دوران بارداری در قوانین ملی: انواع طرح ها ۲۰۱۳.
- ۲۲-۳- پوشش قانونی (اجباری) مزایای نقدی بارداری: زنان شاغل تحت حمایت قانونی در برابر زیان درآمدی طی دوره بارداری.
- ۲۳-۳- پوشش موثر مزایای نقدی ایام بارداری: زنان شاغل پرداخت کننده حق بیمه به طرح های مزایای نقدی بارداری یا واجد دریافت آن.
- ۲۴-۳- مدت مرخصی بارداری با دستمزد در قوانین ملی؛ ۲۰۱۳ (هفته).
- ۲۵-۳- سطح مزایای نقدی بارداری برحسب نسبتی از درآمدهای قبلی فرد ۲۰۱۳.
- ۲۶-۳- پوشش مراقبت پیش از زایمان برحسب منطقه، آخرین سال در دسترس.
- ۲۷-۳- دسترسی به مراقبت پیش از زایمان برحسب پوشش سلامت؛ آخرین سال در دسترس.
- ۲۸-۳- نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت مادران برحسب دهک های ثروت و سطح درآمد ملی آخرین سال در دسترس.

۳-۲۹- نسبت مرگ و میر مادران (در هر ۱۰۰ هزار زایمان موفق) و ولادت موفق تحت نظارت متخصصین سلامت برحسب سطح درآمد ملی ۲۰۱۱.

۴-۱- منابع درآمدی افراد ۶۵ سال و بالاتر، کشورهای عضو OECD

۴-۲- همبستگی بین ارائه مستمری عمومی بیشتر و سطوح پایین تر فقر، کشورهای عضو OECD

۴-۳- مروری کلی بر طرح های مستمری بازنشستگی در قوانین ملی برحسب نوع طرح ۲۰۱۲/۱۳

۴-۴- مصارف عمومی حمایت اجتماعی غیر از سلامت در مستمری ها و سایر مزایای مربوط به سالمندان و سهم جمعیت سالمند (۶۵ سال و بالاتر) از کل جمعیت ۲۰۱۰/۱۱.

۴-۵- مصارف عمومی حمایت اجتماعی غیر از سلامت در حوزه مستمری ها و سایر مزایای سالمندان بر حسب درصدی از تولید ناخالص داخلی ۲۰۱۰/۱۱.

۴-۶- مصارف مراقبت بلندمدت برحسب درصدی از GDP، ۲۰۱۰ و پیش بینی سال ۲۰۶۰.

۴-۷- مستمرهای سالمندان: اندازه پوشش قانونی، برحسب منطقه، آخرین سال موجود.

۴-۸- نسبت پوشش موثر مستمری ها بر حسب منطقه، آخرین سال موجود.

۴-۹- مستمری بگیران مزایای سالمندان برحسب نسبتی از جمعیت بالای سن قانونی سالمندی (بازنشستگی)، آخرین سال موجود.

۴-۱۰- مزایا بگیران مستمری سالمندی برحسب نسبتی از جمعیت بالای سن قانونی سالمندی (بازنشستگی)، ۲۰۰۰، ۲۰۱۰-۱۲.

۴-۱۱- مقایسه سهم سالمندان دریافت کننده ی مستمری، ۲۰۰۰، ۱۲-۲۰۱۰.

۴-۱۲- سهم زنان و مردان بیمه پرداز به طرح مستمری در اشتغال، بر حسب منطقه سکونت.

۴-۱۳- سهم زنان و مردان بالای سن بازنشستگی قانونی دریافت کننده مستمری برحسب منطقه سکونت.

۴-۱۴- کاهش نسبی استانداردهای زندگی مستمری بگیران در اثر ترمیم یا عدم ترمیم مستمری براساس تغییر قیمت ها.

۴-۱۵- میانگین نرخ های جایگزینی در هنگام بازنشستگی در طرح های مستمری عمومی در سال ۲۰۱۰ و پیش آن بینی برای سال ۲۰۶۰، کشورهای منتخب اتحادیه اروپایی.

۴-۱۶- حداقل نرخ های جایگزینی لازم برای تضمین درآمد مستمری مکفی بالاتر از آستانه فقر.

۵-۱- پوشش حمایت در حوزه سلامت برحسب منطقه: سهم از جمعیت متصل به خدمات سلامت ملی یا طرح های اجتماعی، خصوصی یا بیمه خرد؛ آخرین سال موجود.

۲-۵- پوشش سلامت در جهان: سهم از جمعیت متصل به خدمات سلامت ملی، طرح های بیمه خرد، اجتماعی یا خصوصی؛ آخرین سال موجود.

۳-۵- پوشش قانونی سلامت و فقر؛ آخرین سال موجود.

۴-۵- کمبود های جهانی در زمینه دسترسی موثر به خدمات سلامت، ۲۰۱۱/۱۲، برحسب سطح درآمد کشورها.

۵-۵- پوشش قانونی سلامت و مبالغ پرداخت از جیب در کشورهای منتخب آفریقایی ۲۰۱۱.

۶-۵- نمای شماتیک از مکانیزم های تامین مالی مراقبت سلامت در حال اجرا.

۷-۵- مکانیزم های پوشش مورد استفاده در کشورهای دارای نرخ پوشش سلامت ۸۰ درصد به بالا، ۲۰۱۴ یا آخرین سال موجود.

۸-۵- منابع تامین مالی مراقبت سلامت برحسب منطقه ۲۰۱۱.

۹-۵- سهم پرداخت از جیب در کل مصارف سلامت بر حسب سهمی از جمعیت که زیر ۲ دلار در روز درآمد دارند.

۱۰-۵- تعداد کارکنان ماهر حوزه سلامت مورد نیاز برای کم کردن شکاف های جهانی و منطقه ای در جهت پوشش همگانی سلامت؛ برآورد ILO، ۲۰۱۴.

۱۱-۵- تغییر سالانه در دستمزدهای کارکنان حوزه سلامت به عنوان سهمی از کل مصارف سلامت و GDP، برحسب سطح درآمد ملی، ۲۰۰۰-۱۰.

۱-۶- حمایت اجتماعی در بسته های انگیزشی؛ ۲۰۰۸-۰۹. (درصدی از کل میزان اعلام شده).

۲-۶- تعداد کشورهایی که اقدامات انقباضی در مورد مصارف عمومی انجام داده اند ۲۰۰۸-۱۶؛ نسبت به GDP و برحسب ارقام واقعی.

۳-۶- اجرای برنامه های انقباضی فزاینده: کاهش پیش بینی شده در کل مصارف دولت نسبت به GDP و مصارف واقعی دولت (میانگین ۲۰۱۳-۱۵ بیشتر از میانگین ۲۰۰۵-۰۷).

۴-۶- مصارف حمایت اجتماعی عمومی برحسب درصدی از GDP، GDP واقعی و مصارف واقعی حمایت اجتماعی.

۵-۶- روندها در سرانه مصارف حمایت اجتماعی عمومی و مصارف دولت ۲۰۰۷-۰۹ و ۲۰۰۹-۱۱.

۶-۶- گسترش حمایت اجتماعی در کشورهای با درآمد متوسط و کشورهای کم درآمد: نمونه های منتخب از برنامه های جدید و توسعه یافته.

۷-۶- حمایت از بخش مالی، بسته های انگیزشی مالی و افزایش بدهی های عمومی؛ کشورها منتخب پردرآمد، ۲۰۰۸-۱۰.

۸-۶- افزایش در نسبت جمعیت در معرض خطر فقر در ۱۸ کشور اروپایی بین سال های ۲۰۰۸ و ۲۰۱۲.

۹-۶- توزیع برنامه های تثبیت مالی مصارف محور در برابر درآمد محور در ۳۰ کشور عضو OECD، ۲۰۰۹-۱۵.

۱۰-۶- مخاطرات اجتماعی و اقتصادی تثبیت مالی.

۶-۱۱- روندها در سرانه مصارف عمومی حمایت اجتماعی، GDP، مصرف و بیکاری، ۲۰۱۲/۱۳-۲۰۰۷: ژاپن، ایالات متحده، فرانسه و آلمان.

۶-۱۲- کمک های اجزاء مختلف به رشد درآمد ناخالص اسمی قابل تصرف خانوارها، ۱۷ کشور حوزه اروپا؛ ۲۰۰۰-۲۰۰۰.

۶-۱۳- تغییرات سالانه در درآمدهای قابل تصرف ۲۰۰۷-۱۰، برحسب اجزای درآمد در کشورهای منتخب OECD. ۶-۱۴- میزان کاهش نرخ های جایگزینی ناخالص مستمری های قانونی برای کارگران با درآمد متوسط که پس از ۴۰ سال بیمه پردازی در سن ۶۵ سالگی بازنشسته می شوند؛ ۲۰۱۰-۵۰.

۶-۱۵- مصارف واقعی حمایت اجتماعی عمومی، بیکاری و GDP واقعی: تحولات اخیر در ۴ کشور اتحادیه اروپایی درگیر برنامه های تعدیل اقتصادی ۲۰۰۸-۱۳؛ ایرلند، یونان، پرتغال و قبرس.

۶-۱۶- نرخ فقر در کشورهای عضو OECD پیش و پس از کسر مالیات و انتقالات حمایت اجتماعی، آخرین سال در دسترس (حدود ۲۰۱۰).

۶-۱۷- افزایش در مصارف حمایت اجتماعی عمومی؛ کشورهای منتخب با درآمد متوسط، ۲۰۰۰ تا سال آخر.

۶-۱۸- افزایش در مصارف حمایت اجتماعی عمومی؛ کشورهای منتخب کم درآمد، ۲۰۰۰ تا سال آخر.

۶-۱۹- کل مخارج دولت در کشورهای منتخب، ۲۰۱۳.

۶-۲۰- گردش های مالی غیرقانونی (IFF) در مقایسه با مساعدت های رسمی توسعه ای (ODA)، ۲۰۰۰-۰۹.

۶-۲۱- مصارف حمایت اجتماعی عمومی (درصدی از GDP) و سهم جمعیت در فقر.

۶-۲۲- مصارف حمایت اجتماعی عمومی (درصدی از GDP) و برابری درآمدی (ضریب جینی)؛ آخرین سال موجود.

۶-۲۳- نمای شماتیک برخی آثار مثبت توسعه حمایت اجتماعی بر رشد فراگیر (در کوتاه مدت).

۶-۲۴- نمای شماتیک برخی آثار مثبت گسترش حمایت اجتماعی بر رشد فراگیر (در بلندمدت).

فهرست جداول:

۴-۱- روش های ترمیم

۵-۱- تفاوت های جهانی در مزایای ایام بیماری و مرخصی استعلاجی.

۵-۲- ابعاد مهم عملکردی مربوط به مکانیزم های گوناگون پوشش و تامین مالی سلامت.

۵-۳- تعداد کارکنان درمانی به ازای هر ۱۰ هزار نفر؛ کشورهای منتخب، آخرین سال موجود.

۵-۴- سیاست های تثبیت مالی اعلام شده و صرفه جویی مالی مربوطه، کشورهای منتخب، ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۴.

۵-۵- کاهش های اعلام شده در دستمزدهای عمومی؛ کشورهای منتخب اروپایی، ۲۰۱۰-۱۳.

۵-۶- میانگین افزایش سالانه پرداخت از جیب؛ کشورهای منتخب، ۲۰۰۷-۱۱.

۵-۷- ابعاد مهم سیاست های کف حمایت اجتماعی با هدف تحقق پوشش همگانی در زمینه سلامت مبتنی بر توصیه نامه شماره ۲۰۲.

۶-۱- معیارهای عمده تعدیل بر حسب منطقه، ۱۳-۲۰۱۰، تعداد کشورها.

۶-۲- اقدامات تثبیت مالی منتخب در کشورهای پردرآمد که اتخاذ گردیده و یا در دست بررسی هستند.

۶-۳- مثال های منتخب در زمینه توسعه حمایت اجتماعی در کشورهای با درآمد متوسط.

۶-۴- مثال های منتخب در زمینه توسعه حمایت اجتماعی در کشورهای کم درآمد.

۶-۵- راهبردهای گسترش فضای مالی: نمونه های کشوری.

فهرست کادرها:

۱-۱- چارچوب اصولی سازمان بین المللی کار در زمینه توسعه تامین اجتماعی.

۲-۱- استانداردهای بین المللی در زمینه مزایای کودک و خانواده.

۲-۲- حمایت اجتماعی معطوف به کودک.

۲-۳- نظام های تامین اجتماعی و جلوگیری از کار کودک.

۲-۴- کمک هزینه همگانی اولاد در آرژانتین.

۲-۵- کمک هزینه اولاد در آفریقای جنوبی.

۲-۶- ارائه مزایا به ایتمام و کودکان آسیب پذیر: برنامه توانمندسازی معیشت در برابر فقر در غنا.

۲-۷- اثرات تمهیدات تعدیل و تثبیت مالی بر مزایای اولاد و عائله مندی.

۳-۱- استانداردهای بین المللی در زمینه حمایت در برابر بیکاری.

۳-۲- برنامه های اشتغال عمومی برنامه های عمومی اشتغال و کمک آنها در زمینه حمایت اجتماعی.

۳-۳- طرح ملی تضمین اشتغال روستایی ماهتما گاندی هند.

۳-۴- حفظ شاغلین از طریق ارائه مزایای جزئی ایام بیکاری: نمونه آلمان.

۳-۵- از گسترش مزایا تا اعمال سیاست های تثبیت مالی: اسلونی و اسپانیا.

۳-۶- تمهیدات تسهیل کننده بازگشت به کار برای والدین دارای فرزندان جوان.

۳-۷- استانداردهای بین المللی مربوط به حمایت در برابر حوادث شغلی.

۳-۸- حادثه راناپلاتزا و مسایل مربوط به تامین اجتماعی و حوادث شغلی.

۳-۹- مزایای ازکارافتادگان جهت حمایت از درآمد: استانداردهای بین المللی مرتبط.

۳-۱۰- امنیت درآمدی ازکارافتادگان: استنباط هایی از اروپا.

۳-۱۱- تحولات اخیر: مثال هایی از کشورها.

۳-۱۲- چگونه حمایت اجتماعی می تواند به افراد ازکارافتاده در دستیابی به شغل کمک کند؟

- ۳-۱۳- استانداردهای بین المللی مربوط به حمایت های ایام بارداری.
- ۳-۱۴- حمایت ایام بارداری : طرح های مبتنی بر تامین مالی جمعی در برابر طرح های مسئولیت کارفرما.
- ۳-۱۵- مزایای نقدی بارداری: نمونه هایی از گسترش پوشش.
- ۳-۱۶- تمهیدات تسهیل بازگشت به کار والدین.
- ۳-۱۷- تمهیدات انقباضی اخیر.
- ۴-۱- استانداردهای بین المللی در زمینه مستمری های سالمندان
- ۴-۲- بحران اقتصادی مراقبت: مخاطرات مربوط به عدم توجه به نیازهای مراقبت بلندمدت در دوران تثبیت مالی.
- ۴-۳- گسترش حمایت اجتماعی برای سالمندان در چین.
- ۴-۴- روندهای نرخ های جایگزینی و کفایت پرداخت مستمری.
- ۴-۵- اصلاحات مجدد و ضدخصوصی سازی نظام های مستمری در آمریکای جنوبی و اروپای شرقی و مرکزی.
- ۵-۱- حرکت به سوی پوشش همگانی در حوزه سلامت: در کنوانسیون ها و توصیه نامه های سازمان بین المللی کار و سایر استانداردهای بین المللی.
- ۶-۱- از محرک مالی تا تثبیت مالی - پیچیدگی هایی در مورد حمایت اجتماعی.
- ۶-۲- استفاده از ذخایر مستقل صندوق مستمری برای تامین کمک های مالی دولت.
- ۶-۳- ایسلند: یک بازبایی به لحاظ اجتماعی پاسخگو.
- ۶-۴- نقش حمایت اجتماعی در مدل رشد داخلی تقاضا محور در برزیل.
- ۶-۵- تقویت رشد داخلی تقاضا محور در چین از طریق افزایش دستمزد و گسترش مزایای حمایت اجتماعی.
- ۶-۶- موزامبیک: استفاده از یارانه سوخت جهت گسترش حمایت اجتماعی.
- ۶-۷- تامین مالی حمایت اجتماعی از محل حذف یارانه ها.
- ۶-۸- وضع مالیات بر استخراج منابع معدنی و طبیعی به منظور ایجاد فضای مالی برای حمایت اجتماعی.
- ۶-۹- اکوادور: استفاده از منابع آزاد شده ناشی از تجدید ساختار دیون در حوزه حمایت های اجتماعی.

اختصارات

AAAQ	availability, accessibility, acceptability and quality (criteria)	دسترسی، نزدیکی، مقبولیت و کیفیت (معیار)
ADB	Asian Development Bank	بانک توسعه آسیایی
CCT	conditional cash transfer	انتقالات نقدی مشروط
CIS	Commonwealth of Independent States	دولت های مستقل مشترک المنافع
CRPD	UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities	کنوانسیون حقوق افراد دچار ازکارافتادگی سازمان ملل
DFID	Department for International Development (United Kingdom)	اداره توسعه بین المللی (بریتانیا)
ECLAC	United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean	کمیسیون اقتصادی سازمان ملل متحد برای منطقه آمریکای لاتین و حوزه کارائیب
EU	European Union	اتحادیه اروپایی
EU-SILC	European Union Statistics on Income and Living Conditions	آمار اتحادیه اروپایی درباره شرایط معاش و درآمد
FAO	Food and Agriculture Organization of the United Nations	سازمان خوارو بار و کشاورزی سازمان ملل متحد
GDP	gross domestic product	تولید ناخالص داخلی
HIC	high-income country	کشورهای پردرآمد
ICECSR	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966	پیمان بین المللی پیرامون حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی - ۱۹۶۶
IFF	illicit financial flows	گردش های مالی غیرقانونی
IILS	International Institute for Labor Studies	موسسه بین المللی مطالعات حوزه کار
ILO	International Labor Office/Organization	سازمان/دفتر بین المللی کار
IMF	International Monetary Fund	صندوق بین المللی پول
ISSA	International Social Security Association	اتحادیه بین المللی تامین اجتماعی
LEAP	Livelihood Empowerment Against Poverty program (Ghana)	برنامه توانمندسازی معیشت در برابر فقر (غنا)
MDG	Millennium Development Goal	هدف توسعه هزاره
MGNREGS	Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Scheme (India)	طرح ملی تضمین اشتغال روستایی ماهاتما گاندی (هند)
NDC	notional defined contribution	حق بیمه معین صوری
NGO	non-governmental organization	سازمان غیردولتی
NHIS	National Health Insurance Scheme (Ghana)	طرح بیمه سلامت ملی (غنا)
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development	سازمان همکاری اقتصادی و توسعه
OHCHR	Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights	اداره کمیسیونر ارشد سازمان ملل برای حقوق بشر

OOP	out-of-pocket payments	پرداخت های از جیب
PAYG	pay-as-you-go	توازن سالانه هزینه-درآمد
PEP	public employment program	برنامه اشتغال عمومی
PPP	purchasing power parity	برابری قدرت خرید
SSA	Social Security Administration of the United States	اداره تامین اجتماعی ایالات متحده
SWF	sovereign wealth fund	صندوق ثروت ملی
UDHR	Universal Declaration of Human Rights, 1948	اعلامیه جهانی حقوق بشر ۱۹۴۸
UN	United Nations	سازمان ملل متحد
UNCTAD	United Nations Conference on Trade and Development	کنفرانس توسعه و تجارت ملل متحد
UNDP	United Nations Development Program	برنامه عمران ملل متحد
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization	سازمان آموزشی، علمی و فرهنگی ملل متحد
UNICEF	United Nations Children's Fund	صندوق کودکان ملل متحد
UNRISD	United Nations Research Institute for Social Development	موسسه تحقیقاتی توسعه اجتماعی ملل متحد
VAT	value added tax	مالیات بر ارزش افزوده
WHO	World Health Organization	سازمان بهداشت جهانی

خلاصه اجرایی

سیاست های حمایت اجتماعی، از طریق ارتقاء سرمایه انسانی و بهره وری، حمایت از تقاضای داخلی و تسهیل تغییر ساختاری اقتصاد ملی، نقشی حیاتی در تحقق حق انسان به تامین اجتماعی برای همه، کاهش فقر و نابرابری و پشتیبانی از رشد فراگیر- ایفا می کنند. گزارش حاضر سازمان بین المللی کار: (۱) تصویری کلی از سازماندهی نظام های حمایت اجتماعی، سطح پوشش و مزایای آنها و همچنین مصارف عمومی در حوزه تامین اجتماعی ارائه می دهد؛ (۲) مطابق با یک مدل چرخه عمر، چگونگی حمایت اجتماعی از کودکان، زنان و مردان در سن اشتغال و افراد سالمند را نشان می دهد؛ (۳) روندها و سیاست های اخیر را مورد تجزیه و تحلیل قرار می دهد برای مثال بررسی آثار منفی تثبیت مالی و سیاست های تعدیل؛ (۴) درخواست گسترش حمایت اجتماعی جهت بهبود بحران، توسعه فراگیر و عدالت اجتماعی را ارائه می نماید.

در حالی که نیاز به حمایت اجتماعی به طور گسترده مورد تایید است، حق اساسی انسانی به تامین اجتماعی همچنان در مورد اکثریت قابل توجهی از جمعیت جهان ایفا نگردیده است. تنها ۲۷ درصد جمعیت جهان به نظامهای جامع تامین اجتماعی دسترسی دارند و در عین حال ۷۳ درصد به طور جزئی زیر پوشش چنین نظام هایی قرار دارند و یا فاقد پوشش هستند.

عدم دسترسی به حمایت اجتماعی مانعی عمده بر سر راه توسعه اقتصادی و اجتماعی است. دوران رکود و رشد آهسته همراه با پوشش ناکافی و یا عدم پوشش، با سطوح بالا و پایدار فقر، عدم امنیت اقتصادی، سطوح فزاینده نابرابری، ناکافی بودن سرمایه گذاری در زمینه سرمایه های انسانی و تقاضای کل ضعیف است.

آثار مثبت قابل توجه حمایت اجتماعی، آن را به موضوع اصلی مورد توجه دستورالعمل توسعه بدل ساخته است. حمایت اجتماعی عنصر کلیدی راهبردهای ملی جهت ارتقاء توسعه انسانی، پایداری سیاسی و رشد فراگیر می باشد. توصیه نامه کف حمایت اجتماعی سازمان بین المللی کار (شماره ۲۰۲) در سال ۲۰۱۲، منعکس کننده اتفاق نظر پیرامون توسعه تامین اجتماعی است که دامنه آن دولت ها و سازمان های کارفرمایی و کارگری ۱۸۵ کشور جهان را در تمام سطوح توسعه در بر می گیرد. علاوه بر این بر گستردگی کف حمایت های اجتماعی توسط گروه ۲۰ و سازمان ملل متحد نیز صحنه گذاشته شده است.

با این وجود در حالی که یک روند جهانی نسبت به توسعه حمایت اجتماعی به ویژه در کشورهای با درآمد متوسط وجود داشته است، لیکن اثربخشی نظام های تامین اجتماعی در تعدادی از کشورها در اثر اجرای سیاست های تثبیت مالی و تعدیل به مخاطره افتاده است. این روندها در فصول مختلف گزارش منطبق با چرخه عمر ارائه گردیده است.

حمایت اجتماعی برای کودکان و خانواده: حقی برآورده نشده

سیاست های حمایت اجتماعی عناصر اساسی تامین حقوق کودکان و تضمین کننده رفاه آنها، از بین برنده دور باطل فقر و آسیب پذیری و یاری رسان به تمام کودکان جهت تحقق توان بالقوه آنها می باشند. علیرغم گستردگی قابل توجه طرح ها، سیاست های کنونی حمایت اجتماعی به اندازه کافی نیازهای تامین درآمدی کودکان و خانواده ها را به ویژه در کشورهای کم و متوسط درآمد با جمعیت گسترده کودکان، هدف قرار نمی دهند. در هر روز حدود ۱۸ هزار کودک عمدتاً به عللی که قابل پیشگیری هستند، می میرند: از وقوع بسیاری از این مرگ و میرها از طریق حمایت های اجتماعی مکفی می توان جلوگیری کرد.

حمایت اجتماعی همچنین از طریق کاهش آسیب پذیری اقتصادی خانواده ها، فراهم سازی امکان رفتن به مدرسه و حمایت از کودکان در برابر استثمار و بهره کشی، نقشی مهم در جلوگیری از کار کودک دارد.

در این راستا انجام تلاش های بیشتری جهت اتخاذ معیارها و سازوکارهای تضمین امنیت درآمدی کودکان و خانواده ها ضرورت می یابد. بسیاری از کودکان از مزایای نقدی (پرداخت های انتقالی نقدی) لازم که می تواند تفاوت های قابل ملاحظه ای در وضعیت تغذیه، سلامت، آموزش و خدمات مراقبتی آنها ایجاد نموده و به آنها امکان دهد تا توان بالقوه خود را بالفعل نمایند، بی بهره اند. برنامه های قانونی خاص مزایای کودک و عائله مندی در ۱۰۸ کشور وجود دارند با این حال اغلب آنها تنها گروه های کوچکی از جمعیت را پوشش می دهند. در ۷۵ کشور اصلاً چنین برنامه هایی وجود ندارند.

دولت ها به طور متوسط، ۰.۴ درصد از تولید ناخالص داخلی خود را بابت مزایای کودکان و عائله مندی اختصاص می دهند. این میزان تخصیص، از ۲.۲ درصد در اروپای غربی تا ۰.۲ درصد در آفریقا، آسیا و اقیانوسیه متغیر است. سرمایه گذاری اندک در زمینه کودکان، حقوق و آینده آنها را و البته چشم انداز توسعه اجتماعی و اقتصادی کشورها را که کودکان در آنها زندگی می کنند، به مخاطره می اندازد.

سیاست تثبیت مالی و معیارهای تعدیل در اقتصادهای پردرآمد، پیشرفت در زمینه امنیت درآمدی کودکان و خانواده های آنها را تهدید می نماید. فقر در میان کودکان در ۱۹ کشور از ۲۸ کشور اتحادیه اروپایی بین سال های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۲ افزایش یافته است.

حمایت اجتماعی برای افراد در سن اشتغال: در جستجوی امنیت درآمد

حمایت اجتماعی نقش مهمی در تثبیت درآمد مردان و زنان هنگام رویداد بیکاری، حوادث شغلی، ازکارافتادگی، بیماری و بارداری، از طریق تضمین حداقل سطح پایه امنیت درآمدی، ایفا می کند. درحالی که بازار کار به مثابه منبع اولیه تامین درآمد در دوران کار و اشتغال افراد قلمداد می شود، حمایت اجتماعی نیز نقشی حیاتی در یکنواخت سازی درآمد و تقاضای کل و از آن طریق تسهیل تغییر ساختاری درون اقتصادهای مختلف، دارد. به طور کلی در

سرتاسر جهان، ۲.۳ درصد تولید ناخالص داخلی بابت مصارف حمایت اجتماعی برای زنان و مردان به منظور تضمین تامین درآمد در دوران اشتغال اختصاص می یابد. این میزان به طور منطقه ای دارای تغییرات قابل ملاحظه ای از ۰.۵ درصد در آفریقا تا ۵.۹ درصد در اروپای غربی می باشد.

حمایت ایام بیکاری

طرح های مزایای بیکاری در جایی که وجود دارند، نقشی کلیدی در تامین امنیت درآمدی کارگران و خانواده های آنها در هنگام بروز بیکاری ایفا می کنند و بدین ترتیب مانع بروز فقر شده، تغییرات ساختاری در اقتصاد را پشتیبانی می نمایند، محافظت هایی در برابر غیررسمی سازی فراهم می کنند و در زمان وقوع بحران، تقاضای کل را تثبیت نموده و به اقتصاد برای بازیابی و احیاء سریع کمک می کنند.

با این وجود تنها ۲۸ درصد نیروی کار در دنیا به طور بالقوه واجد شرایط بهره مندی از چنین مزایایی تحت قوانین موجود (مشارکتی یا غیرمشارکتی) می گردند. در این رقم کلی، تفاوت های منطقه ای قابل ملاحظه می باشند: در اروپا ۸۰ درصد نیروی کار، در آمریکای جنوبی ۳۸ درصد، در خاورمیانه ۲۱ درصد، در منطقه آسیا و اقیانوسیه ۱۷ درصد و در آفریقا ۸ درصد نیروی کار زیر پوشش چنین طرح هایی می باشند. تنها ۱۲ درصد کارگران بیکار شده در جهان، عملاً مزایای بیکاری دریافت می نمایند و در این مورد نیز تفاوت های منطقه ای از نظر دامنه پوشش آن بسیار زیاد است و از ۶۴ درصد کارگران بیکار در اروپای غربی تا تنها ۷ درصد در آسیا و اقیانوسیه و ۵ درصد در آمریکای جنوبی و منطقه کارائیب و کمتر از ۳ درصد در خاورمیانه و آفریقا متغیر است.

تعدادی از اقتصادهای نوظهور نظیر بحرین و ویتنام، طرح های مزایای بیکاری را به عنوان ابزاری جهت تامین امنیت درآمدی برای کارگران بیکار شده و تسهیل جستجوی آنها برای شغل متناسب با مهارت های شان در اقتصاد رسمی، معرفی کرده اند. طرح تضمین اشتغال در هند (طرح ملی تضمین اشتغال ماهاتما گاندی) نیز شکلی از حمایت اشتغال را از طریق تضمین ۱۰۰ روز کار عمومی برای خانوارهای روستایی فقیر ارائه می دهد.

حمایت در برابر حوادث شغلی

در سال ۲۰۱۳، با وقوع تراژدی راناپلازا^۱ در بنگلادش، دنیا متوجه شد که حمایت اجتماعی در زمینه حوادث شغلی به منظور حمایت از کارگران و خانواده های آنها در برابر پیامدهای مالی حوادث رخ داده در محیط کار و همچنین تسهیل توانبخشی آنها، ضروری می باشد. با این وجود در حال حاضر تنها ۳۳.۹ درصد نیروی کار در جهان زیر پوشش قانونی بیمه اجتماعی اجباری حوادث شغلی می باشند. حتی اگر پوشش بیمه اجتماعی اختیاری و سازوکارهای مسئولیت کارفرما نیز لحاظ شوند، این رقم تنها به ۳۹.۴ درصد بالغ می گردد. در عمل، دسترسی واقعی

¹ Rana Plaza

سقوط ساختمان راناپلازا در بنگلادش در سال ۲۰۱۳ که بیش از ۱۰۰۰ نفر از کارگران کشته شدند.

به حمایت در برابر حوادث شغلی حتی پایین تر است که عمدتاً به واسطه اجرای ناقص قانون در بسیاری از کشورها می باشد.

پایین بودن سطح پوشش غرامت حوادث شغلی در بسیاری از کشورهای کم و متوسط درآمد بیانگر نیاز مبرم به بهبود شرایط کار از منظر ایمنی و سلامت حرفه ای و همچنین توسعه پوشش حمایت در برابر آسیب های شغلی برای همه کارگران اعم از شاغلین در اقتصاد غیررسمی است. همانگونه که اکثر کشورها از طرح های مبتنی بر مسئولیت کارفرما در خصوص حمایت در برابر حوادث شغلی به یک سازوکار مبتنی بر بیمه اجتماعی در حرکت هستند، سطوح حمایت از کارگران به احتمال فراوان بهبود می یابد- البته اگر قوانین جدید به طور موثر اعمال شوند.

مزایای از کارافتادگی

حمایت اجتماعی نقش مهمی در برآورده ساختن نیازهای خاص افراد دارای از کارافتادگی در خصوص تامین درآمد، دسترسی به مراقبت سلامت و شمول اجتماعی ایفا می کند. سازوکارهای موثر در حمایت از افراد از کارافتاده جهت یافتن و یا حفظ کیفیت شغل، عنصر کلیدی سیاست های غیرتبعیض آمیز و شمول است که به تحقق حقوق و انگیزه افراد به مثابه اعضای مولد جامعه کمک شایانی می نماید.

طرح های مزایای از کارافتادگی غیرمشارکتی به عنوان تکمیل کننده طرح های مشارکتی، نقش مهمی در حمایت از افراد دچار از کارافتادگی که واجد شرایط بهره مندی از طرح های مشارکتی نبوده اند ایفا می کند. تنها ۸۷ کشور چنین مزایای غیرمشارکتی الحاقی به قوانین ملی را ارائه می دهند که حداقل سطح تامین درآمدی را برای افراد از کارافتاده یا معلول از بدو تولد یا پیش از رسیدن به سن اشتغال و یا افرادی که به هر دلیلی فرصت نیافته اند به میزان کافی جهت کسب شرایط احراز دریافت مزایا، در طرح بیمه اجتماعی مشارکت نمایند، فراهم می کنند.

حمایت دوران بارداری

حمایت موثر دوران بارداری، امنیت درآمدی را برای زنان باردار و مادران صاحب نوزاد و خانواده های آنان و همچنین دسترسی موثر به مراقبت سلامت با کیفیت مادر را تضمین می نماید. این حمایت ارتقاء دهنده برابری در اشتغال و حرفه می باشد.

در جهان، کمتر از ۴۰ درصد زنان شاغل زیر پوشش قانونی طرح های اجباری مزایای نقدی ایام بارداری می باشند و اگر طرح های اختیاری نیز لحاظ شوند (عمدتاً زنان خود اشتغال)، این رقم به ۵۷ درصد بالغ می گردد. به دلیل اجرای ناکارآمد قانون در برخی مناطق (آسیا و اقیانوسیه، آمریکای جنوبی و آفریقا به طور خاص)، پوشش موثر حتی پایین تر هم می باشد: تنها ۲۸ درصد زنان شاغل در سراسر دنیا از مزایای نقدی بارداری بهره مندند که تا حدودی امنیت درآمدی آنها را در اواخر دوران بارداری و پس از تولد فرزند، تضمین می نماید؛ فقدان تامین درآمدی موجب می گردد زنان پیش از موعد مناسب به کار بازگردند.

تعداد زیادی از کشورها از طرح های مشارکتی (بیمه ای) مزایای بارداری به عنوان ابزاری جهت ارتقاء تامین درآمد و دسترسی به مراقبت های مادر و فرزند، برای زنان باردار و نومادران به ویژه زنانی که در فقر به سر می برند، استفاده می نمایند. با این حال همچنان شکاف ها و کاستی های قابل توجهی وجود دارد. تضمین دسترسی به مراقبت سلامت با کیفیت از مادر به خصوص در کشورهایی که اقتصاد غیررسمی سهم بزرگی از اشتغال را شامل می شود، از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

مستمری های بازنشستگی (سالمدان): یک مسئولیت دولتی

حق تامین درآمد در دوران سالمندی که از جمله حقوق انسانی مصرح در اسناد و استانداردهای بین المللی کار می باشد، شامل حق برخورداری از یک مستمری مکفی است. لیکن نزدیک به نیمی (۴۸٪) از تمام افراد بالای سن عادی بازنشستگی، هیچ گونه مستمری دریافت نمی کنند. برای بسیاری از آنهایی که مستمری دریافت می نمایند، سطح مستمری کافی نیست. در نتیجه اکثر زنان و مردان سالمند در سراسر جهان، امنیت درآمدی و حق بازنشستگی ندارند و بالتبع مجبورند تا هنگامی که می توانند به کار ادامه دهند.

بر اساس قوانین و مقررات جاری، تنها ۴۲ درصد از افراد در سن اشتغال می توانند انتظار دریافت مستمری تامین اجتماعی را در آینده داشته باشند و سطح پوشش موثر حتی پایین تر از این میزان می باشد. ضروری است چنین شکافی با گسترش سازوکارهای غیربیمه ای نیز پر شود.

در سال های اخیر، بسیاری از کشورهای کم و متوسط درآمد، اقداماتی جهت گسترش پوشش طرح های مستمری بیمه ای و استقرار طرح های مستمری غیر بیمه ای حداقل به منظور تضمین تامین درآمد پایه برای تمام سالمدان، انجام داده اند.

در همین حال، کشورهایی که سیاست تثبیت مالی را اجرا نموده اند، به منظور صرفه جویی در هزینه ها، در حال اصلاح نظام های بازنشستگی خود در قالب افزایش سن بازنشستگی، کاهش مزایا و افزایش نرخ های حق بیمه هستند. این تعدیل ها، عموماً در راستای کاهش مسئولیت دولت در تضمین تامین درآمد سالمدان و انتقال بخش قابل توجهی از مخاطرات اقتصادی مرتبط با مستمری ها به افراد و بدین ترتیب کاهش کفایت نظام های بازنشستگی و در نتیجه تضعیف این نظام ها در جلوگیری از بروز فقر در دوران سالمندی، می باشند. در حداقل ۱۴ کشور اروپایی، مستمری بگیران در آینده مستمری هایی به مراتب کمتر دریافت می نمایند.

لازم به ذکر است که تعدادی از کشورها در حال بازگشت از اصلاحات خصوصی سازی نظام های بازنشستگی که در دهه های ۸۰ و ۹۰ اعمال شد، می باشند. آرژانتین، بولیوی، شیلی، مجارستان، قزاقستان و لهستان هر یک به منظور ارتقاء تامین درآمد افراد در دوران بازنشستگی، نظام های بازنشستگی خود را ملی کرده اند و یا در حال ملی کردن آن هستند.

حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت

ضرورت دستیابی به پوشش همگانی در زمینه سلامت، با این حقیقت روشن می شود که ۹۰ درصد جمعیت کشورهای کم درآمد، فاقد پوشش در زمینه سلامت هستند. در سراسر جهان، ۳۹ درصد جمعیت فاقد چنین پوششی هستند. در نتیجه، در دنیا، حدود ۴۰ درصد هزینه های سلامت به طور مستقیم بر دوش بیمار قرار دارد. با این وجود حتی افرادی که به طور قانونی تحت پوشش هستند، از مزایای درمانی محدود برخوردارند و مبالغ پرداخت از جیب آنها بسیار بالاست، ضمن آن که برای ارائه خدمات، شاغلین حوزه سلامت مورد نیاز می باشند. در چنین شرایطی علیرغم وجود پوشش، مراقبت های سلامت غالباً نه در دسترس بوده و نه استطاعت مالی برای آنها وجود دارد و هزینه دسترسی به خدمات مورد نیاز می تواند منجر به بروز فقر شود.

سازمان بین المللی کار، برآورد کرده که یک کمبود جهانی حدود ۱۰.۳ میلیون نفری در خصوص شاغلین حوزه سلامت وجود دارد که برای تضمین دریافت خدمات سلامت با کیفیت مورد نیاز می باشند. چنین کمبود نیروی انسانی و اغلب دستمزدهای نزدیک به فقر کارکنان حوزه سلامت، هر گونه پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت را با مانع روبرو می سازد.

۸۸ کشور در مناطق مختلف جهان ثابت کرده اند که کاهش شکاف پوشش سلامت امکان پذیر است. بسیاری از آنها فرایند اصلاحات را از سطوح پایین تر درآمد ملی آغاز و در دوره بحران اقتصادی به سرمایه گذاری اقدام نمودند. به علاوه بررسی تجربه این کشورها نشان می دهد که تحقق نرخ های بالای پوشش و حتی پوشش همگانی و فراگیر از طریق نظام ها و طرح های تامین منابع مالیاتی و یا حق بیمه ای و یا ترکیبی از آنها امکان پذیر می باشد. لیکن در کشورهایی که اقدام به اجرای سیاست تثبیت مالی نموده اند غالباً اصلاحات حوزه سلامت در زمینه صرفه جویی در هزینه ها از طریق ابزارهایی نظیر منطقی سازی هزینه های مربوط به امکانات عمومی حوزه سلامت، معرفی طرح های پرداخت مشترک سهم بیمار و کاهش دستمزد پرسنل درمانی، بوده است. این قبیل سیاست های تعدیلی، نابرابری ها در دسترسی به مراقبت سلامت و محرومیت را به واسطه انتقال هزینه ها از حوزه عمومی به خصوصی (خانواده ها)، افزایش داده اند.

سرمایه گذاری در زمینه حمایت سلامت شامل پرداختی مرخصی بیماری، بازده هایی را به همراه دارد. با این وجود مصارف در حوزه سلامت در حال حاضر بسیار پایین است و به اندازه کافی موثر نیست: تا زمانی که شکاف های پوشش پاربرجاست، بازده اقتصادی بالقوه ناشی از افزایش بهره وری و اشتغال تحقق نخواهد یافت. کاهش این شکافها منجر به دستیابی به نرخ های بازده بسیار بالا در فقیرترین کشورها می گردد.

به منظور تحقق پوشش همگانی سلامت و هدف مربوطه مبنی بر استقرار حداقل های حمایت اجتماعی آنگونه که در مجمع عمومی سازمان ملل مطرح گردیده است، انجام اقدامات مشترک ضروری میباشد.

گسترش حمایت اجتماعی: کلید بهبود بحران و توسعه فراگیر

بحران اقتصادی و مالی جهانی به طور اجتناب ناپذیری اهمیت تامین اجتماعی را به مثابه یک حق انسانی و یک الزام اقتصادی و اجتماعی روشن ساخته است و این موضوع در توصیه نامه کف حمایت اجتماعی سازمان بین المللی کار در سال ۲۰۱۲ (شماره ۲۰۲)، به وضوح منعکس گردیده است.

در مرحله نخست بحران (سال ۲۰۰۸-۹)، حمایت اجتماعی نقش برجسته ای در واکنش های انبساطی و گسترشی بر عهده داشت. حداقل ۴۸ کشور متوسط و پر درآمد، بسته های انگیزشی مالی به ارزش کل ۲.۴ تریلیون (میلیارد میلیارد) دلار معرفی نمودند که تقریباً یک چهارم آن در سازوکارهای حمایت اجتماعی ضد ادواری^۲ سرمایه گذاری شد.

در مرحله دوم بحران (۲۰۱۰ و پس از آن)، دولتها علی‌رغم نیاز مبرم به پشتیبانی عمومی از سوی جمعیت آسیب پذیر، مبادرت به اجرای سیاست های تثبیت مالی و انقباض مصارف نابهنگام نمودند. انتظار می رود در سال ۲۰۱۴، حیطه تعدیل مصارف عمومی به طور قابل توجهی تشدید شود: بر اساس پیش بینی های صندوق بین المللی پول، ۱۲۲ کشور که ۸۲ کشور از آنها جزو کشورهای در حال توسعه هستند، مصارف خود را برحسب درصدی از تولید ناخالص داخلی کاهش خواهند داد. به علاوه یک پنجم کشورها در حال اجرای سیاست های انقباضی مالی فزاینده هستند که این به معنای کاهش مصارف عمومی به پایین تر از سطوح مربوط به پیش از بحران می باشد.

برخلاف باور عمومی، سیاست های تثبیت مالی محدود به اروپا نیستند و بسیاری از کشورهای در حال توسعه نیز سیاست های تعدیل نظیر حذف یا کاهش یارانه های غذا و سوخت، کاهش یا اعمال سقف دستمزد از جمله برای کارکنان حوزه سلامت و مراقبت های اجتماعی، منطقی سازی و هدفمندسازی مزایای حمایت اجتماعی و اصلاحات نظام های مستمری و مراقبت سلامت را اتخاذ نموده اند. همچنین بسیاری از دولت ها به سازوکارهای طرف درآمد، توجه نشان می دهند برای مثال افزایش مالیات بر مصرف مانند مالیات بر ارزش افزوده بر محصولات اساسی که توسط خانوارهای فقیر مصرف می شوند.

در کشورهای در حال توسعه، برخی از مفاد این تعدیل ها برای مثال از حذف یارانه ها، به منظور طراحی دقیق تر تورهای ایمنی هدفمند به عنوان یک سازوکار جبرانی برای فقیرترین افراد مورد استفاده قرار گرفته است. با این وجود با عنایت به جمعیت قابل توجه خانواده های کم درآمد آسیب پذیر در کشورهای در حال توسعه، می بایست تلاش های بیشتری برای افزایش فضای مالی جهت برآورده ساختن نیازهای حمایت اجتماعی جمعیت صورت پذیرد.

² Counter-cyclical

به این معنا که در هنگام کاهش تقاضای کل، بودجه انقباضی اتخاذ گردد. (مترجم)

از موارد حائز اهمیت، روندهای واگرا در کشورهای ثروتمندتر و فقیرتر می باشد: در حالی که اکثر کشورهای پردرآمد نظام های تامین اجتماعی را محدود نموده و مزایای آن ها را کاهش داده اند، بسیاری از کشورهای در حال توسعه در حال گسترش آنها می باشند.

کشورهای پردرآمد دامنه مزایای حمایت اجتماعی را کاهش داده و دسترسی به خدمات عمومی با کیفیت را محدود ساخته اند. همراه با بیکاری پایدار، دستمزدهای پایین تر و مالیات های بالاتر، این قبیل سیاست های تعدیلی موجب افزایش فقر یا محرومیت اجتماعی شده اند که در حال حاضر ۱۲۳ میلیون نفر در اتحادیه اروپا یعنی ۲۴ درصد جمعیت که اغلب آنها کودکان، زنان، افراد سالمند و ازکارافتاده می باشند، از آن متاثر گردیده اند. بسیاری از دادگاه های اتحادیه اروپایی این گونه کاهش ها را بر خلاف قانون اساسی دانسته اند. در واقع هزینه تعدیل به جمعیتی منتقل شده که طی پنج سال اخیر با واقعیت تعداد اندک شغل و کاهش درآمد روبرو بوده است. کاهش سطوح درآمدی خانوار، موجب پایین آمدن مصرف داخلی و کاهش تقاضا و در نتیجه آهسته شدن روند بازبایی و احیاء اقتصادی می گردد. تحقق مدل اجتماعی اروپایی که اساساً فقر را کاهش داد و رونق را در دوره پس از جنگ جهانی دوم ارتقاء بخشید، به واسطه اعمال اصلاحات تعدیلی کوتاه مدت از بین رفته است.

بسیاری از کشورهای متوسط درآمد، جسورانه در حال گسترش نظام های حمایت اجتماعی خود هستند و بدینوسیله به راهبردهای رشد تقاضا محور داخلی خود کمک می نمایند: این یک درس توسعه ای قابل توجه می باشد. برای مثال چین تقریباً به پوشش همگانی مستمری ها و افزایش دستمزدها دست یافته است؛ و برزیل از سال ۲۰۰۹، گسترش پوشش حمایت اجتماعی و تعیین حداقل دستمزدها را تسریع بخشیده است. به منظور توجه و نشانه رفتن نابرابری های مستمر، تعهد مستمر مورد نیاز است.

برخی کشورهای کم درآمدتر، حمایت اجتماعی را عمدتاً از طریق تورهای ایمنی موقتی با سطوح مزایای پایین، توسعه بخشیده اند. با این وجود در بسیاری از این کشورها مباحث مربوط به تعیین کف حمایت های اجتماعی به عنوان بخشی از نظام های جامع حمایت اجتماعی، در جریان است.

موضوع حمایت اجتماعی، یک الزام در زمان ماست. حمایت اجتماعی، حق انسانی بهره مندی از تامین اجتماعی را برآورده می سازد و مولفه ی کلیدی سیاست اقتصادی سالم است. حمایت اجتماعی، در عین ارتقاء ثبات سیاسی و انسجام اجتماعی، قویاً به کاهش فقر، محرومیت و نابرابری کمک می کند. همچنین از طریق پشتیبانی درآمد خانوار و در نتیجه مصرف داخلی، به رشد اقتصادی کمک شایانی می نماید. این امر به خصوص در خلال دوره احیاء آهسته و تقاضای جهانی پایین، از اهمیت ویژه ای برخوردار می باشد. به علاوه حمایت اجتماعی سرمایه انسانی و بهره وری را افزایش می دهد و بنابراین یک سیاست حیاتی جهت توسعه ملی می باشد. وجود حمایت اجتماعی و به طور خاص کف حمایت های اجتماعی، برای نیل به بازبایی اقتصادی، توسعه فراگیر و عدالت اجتماعی بسیار ضروری است و باید بخشی از دستورالعمل توسعه پس از سال ۲۰۱۵ باشد.

نکات مهم:

- در حالی که نیاز به حمایت اجتماعی به طور گسترده ای درک شده، لیکن این حق بنیادین انسانی در مورد اکثریت جمعیت جهان ایفا نشده است. تنها ۲۷ درصد جمعیت جهان به نظام های جامع تامین اجتماعی دسترسی دارند و ۷۳ درصد مابقی به صورت جزئی تحت پوشش بوده و یا فاقد آن می باشند.
- عدم دسترسی به حمایت اجتماعی، مانع مهمی در برابر توسعه اقتصادی و اجتماعی به شمار می رود. فقدان یا ناکافی بودن پوشش حمایت اجتماعی، با سطوح بالا و پایدار فقر و ناامنی اقتصادی در برخی بخش های جهان، سطوح بالا و رو به افزایش نابرابری، سرمایه گذاری های ناکافی در زمینه سرمایه انسانی و قابلیت های انسانی و در نهایت ضعف تثبیت کننده های خودکار تقاضای کل با بروز تکانه های اقتصادی، مرتبط است.
- سیاست های حمایت اجتماعی، به واسطه اینکه تضمین کننده امنیت درآمدی افراد و دسترسی موثر آنها به مراقبت سلامت و سایر خدمات اجتماعی و توانمند سازی شان جهت بهره مندی از فرصت های اقتصادی هستند، توسعه اقتصادی و اجتماعی را در کوتاه مدت و بلندمدت ارتقاء می بخشند. چنین سیاست هایی نقش مهمی در افزایش تقاضای داخلی، پشتیبانی از تغییر و تبدیل های ساختاری اقتصادهای ملی، ارتقاء کار شایسته و رشد پایدار و فراگیر ایفا می نمایند.
- کف حمایت های اجتماعی ملی و نظام گسترده تر تامین اجتماعی، چارچوبی را فراهم می سازد که در آن امکان کاهش و اجتناب از فقر و رفع نابرابری ها فراهم می گردد. آنها مولفه های مهم سیاست های ملی جهت ارتقاء توسعه انسانی، ثبات سیاسی و رشد فراگیر می باشند.
- توصیه نامه کف حمایت های اجتماعی سازمان بین المللی کار سال ۲۰۱۲ (شماره ۲۰۲)، راهنمای عملی برای تنظیم و تعیین کف های حمایت های اجتماعی و استقرار نظام های جامع تامین اجتماعی فراهم می نماید. این توصیه نامه بیانگر اتفاق نظر پیرامون موضوع توسعه تامین اجتماعی در میان سازمان های دولتی، کارفرمایی و کارگری از ۱۸۵ کشور در تمامی سطوح توسعه است.
- در حالی که یک روند جهانی به سمت توسعه حمایت اجتماعی به ویژه در کشورهای متوسط درآمد وجود داشته است، لیکن اثربخشی نظام های تامین اجتماعی در نتیجه اجرای سیاست های تثبیت مالی در تعدادی از کشورهای پردرآمد به مخاطره افتاده است. در فصول مختلف این کتاب با توجه به رهیافت چرخه زندگی، این روندها بررسی شده اند.

۱-۱- حقی تحقق نیافته

اگرچه نیاز به حمایت اجتماعی به طور گسترده ای درک شده، لیکن این حق بنیادین انسانی در مورد اکثریت جمعیت جهان برآورده نشده است. علیرغم گسترش موثر پوشش حمایت اجتماعی طی قرن گذشته، به طور خاص در دهه اخیر تنها بخش اندکی از جمعیت جهان به طور موثر تحت پوشش قرار گرفته اند. طبق برآوردهای سازمان بین المللی کار، در سال ۲۰۱۲ تنها ۲۷ درصد جمعیت در سن اشتغال جهان به همراه خانواده های خود، به نظام های جامع تامین اجتماعی دسترسی داشتند. به بیانی دیگر نزدیک به سه چهارم یا ۷۳ درصد جمعیت جهان در حدود ۵/۲ میلیارد نفر از دسترسی به حمایت اجتماعی جامع محروم اند. بسیاری از آنها یعنی در حدود نیمی از جمعیت کشورهای کم و متوسط درآمد، در فقر زندگی می کنند و به اندازه کافی حمایت نمی شوند (World Bank, 2014). بسیاری از آنها نیز در حدود ۸۰۰ میلیون نفر، شاغل فقیر بوده (ILO, 2014a) و در اقتصاد غیررسمی مشغول به کار هستند.

عدم دسترسی به حمایت اجتماعی، مانع مهمی در برابر توسعه اقتصادی و اجتماعی به شمار می رود (ILO, 2010a; UN, 2012a; UN, 2008; ILO, 2011a; ILO, 2012a). در واقع عدم پوشش گسترده حمایت اجتماعی، به عواملی نظیر سطوح بالا و ادامه دار فقر و عدم وجود امنیت اقتصادی در بخش هایی از جهان (World Bank, 2014)، سطوح بالا و رو به افزایش نابرابری (UNRISD, 2010; UN, 2013d; UNDP, 2014)، سرمایه گذاری های ناکافی در زمینه سرمایه انسانی و قابلیت های انسانی و در نهایت ضعف تثبیت کننده های خودکار تقاضای کل در هنگام بروز تکانه های اقتصادی، مرتبط است (ADB, 2014).

سیاست های حمایت اجتماعی، به واسطه اینکه تضمین کننده امنیت درآمدی افراد و دسترسی موثر آنها به مراقبت سلامت و سایر خدمات اجتماعی و توانمند سازی شان جهت بهره مندی از فرصت های اقتصادی هستند، توسعه اقتصادی و اجتماعی را در کوتاه مدت و بلندمدت ارتقاء می بخشند. چنین سیاست هایی نقش مهمی در افزایش تقاضای داخلی، پشتیبانی از تغییر و تبدیل های ساختاری اقتصادهای ملی، ارتقاء کار شایسته و رشد پایدار و فراگیر ایفا می نمایند (World Bank, 2012; OECD, 2009a; ILO, 2012a; G20, 2012; G20, 2011).

همچنین سیاست های حمایت اجتماعی حرکت و پیشروی در جهت اهداف توسعه هزاره را تسریع می بخشند (UN, 2010a; UNICEF, 2010). رشد برابر و پایدار در صورت نبود سیاست های حمایت اجتماعی قدرتمند که دست کم یک سطح پایه حمایت اجتماعی را برای تمام نیازمندان فراهم نموده و به طور پیش رونده، دامنه و سطح پوشش تامین اجتماعی را توسعه می دهند، جامه عمل نخواهد پوشید. یک چنین سطح پایه تامین اجتماعی شامل مولفه های اساسی نظام های تامین اجتماعی ملی باید به عنوان بخشی از کف حمایت های اجتماعی ملی تضمین شود.

در سال های اخیر، بسیاری از کشورها به طور قابل توجهی پوشش تامین اجتماعی خود را گسترش داده و در این مسیر گام برداشته اند که تمام نیازمندان دست کم از حمایت های پایه برخوردار شوند و همچنان در حال توسعه نظام های تامین اجتماعی خود هستند. برای مثال در برزیل، کیپ ورد، چین، غنا، هند، مکزیک، موزامبیک، آفریقای جنوبی و تایلند، گسترش تدریجی پوشش تامین اجتماعی تاثیر شگرفی بر رفاه آحاد جامعه داشته و در کنار سیاست های اقتصادی، بازار کار و اشتغال، به ارتقاء توسعه اقتصادی و اجتماعی و همچنین رشد فراگیر، کمک شایانی نموده است.

از سوی دیگر، پس از بحران اقتصادی و مالی جهانی، تعدادی از دولتها اقدام به کاهش مخارج عمومی در زمینه هایی نظیر نظام های تامین اجتماعی نموده اند که این امر موجب محدود شدن پوشش و سطح مزایا شده است. سازوکارهای تثبیت مالی، پیشرفت به سوی تحقق و ایفای حق برخورداری از تامین اجتماعی و سایر حقوق انسانی را در بسیاری از کشورها آهسته نموده (OHCHR, 2013) و کمکی را که نظام های تامین اجتماعی می توانستند در بازآفرینی و احیاء اقتصادی- اجتماعی داشته باشند، تضعیف کرده است.

۱-۲- شکل گیری نظام های حمایت اجتماعی: نگاهی تاریخی از سال ۱۹۰۰-۲۰۱۲

از آغاز قرن بیستم، پیشرفت قابل توجهی در زمینه گسترش پوشش تامین اجتماعی و تشکیل نظام های جامع تامین اجتماعی صورت گرفته است. از ابتدا در تعدادی از کشورهای پیشرو، دامنه پوشش قانونی که برحسب تعداد مناطق تحت پوشش برنامه های حمایت اجتماعی الحاقی به قوانین ملی اندازه گیری شد، با روندی موثر در کشورها و مناطق بیشتری توسعه یافت (شکل ۱-۱). به طوری که در سال ۲۰۱۲ اکثر کشورها دارای طرح های تامین اجتماعی بودند که طبق قانون تمام یا غالب مناطق را پوشش می داد البته در بسیاری از موارد صرفاً بخش اندکی از جمعیت در این مناطق از آن بهره مند می شدند. این امر در اکثر کشورهای اروپایی، بخش های اعظم آمریکا و به طور فزاینده در آسیا و اقیانوسیه و شمال آفریقا، مشاهده می گردد. به علاوه در این زمینه پیشرفت قابل توجهی در خاورمیانه و آفریقای زیرصحرای نیز اتفاق افتاده است.

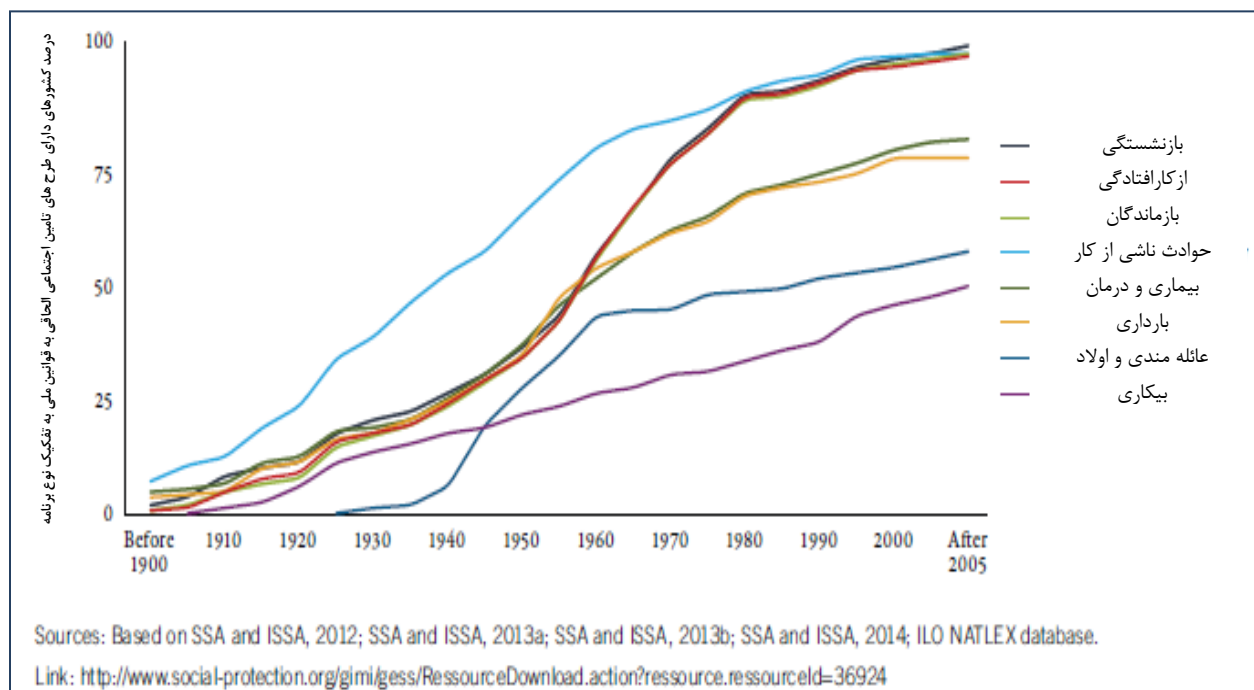
در گام های بعدی کشورها باتوجه به شرایط و اولویت های ملی، اقدام به توسعه نظام های ملی تامین اجتماعی خود نمودند. در اکثر موارد، در هنگام شکل گیری نظام های تامین اجتماعی، کشورها ابتدا حوزه حوادث شغلی را مد نظر قرار دادند و سپس به حوزه های مستمری بازنشستگی، ازکارافتادگی و بازماندگان و پس از آن به پوشش مزایای بیماری و بارداری و درمان ورود کردند. مزایای فرزندان و عائله مندی و بیکاری نوعاً در مراحل پایانی تشکیل نظام های تامین اجتماعی مورد توجه قرار گرفتند (شکل ۱-۲).

لیکن، گسترش پوشش قانونی به خودی خود نمی تواند پوشش موثر جمعیت و یا بهبود در کیفیت مزایا را تضمین کند. در واقع، به واسطه مشکلات اجرایی و تنفیذ، عدم وجود هماهنگی سیاستی و ظرفیت های نهادی ضعیف جهت ارائه

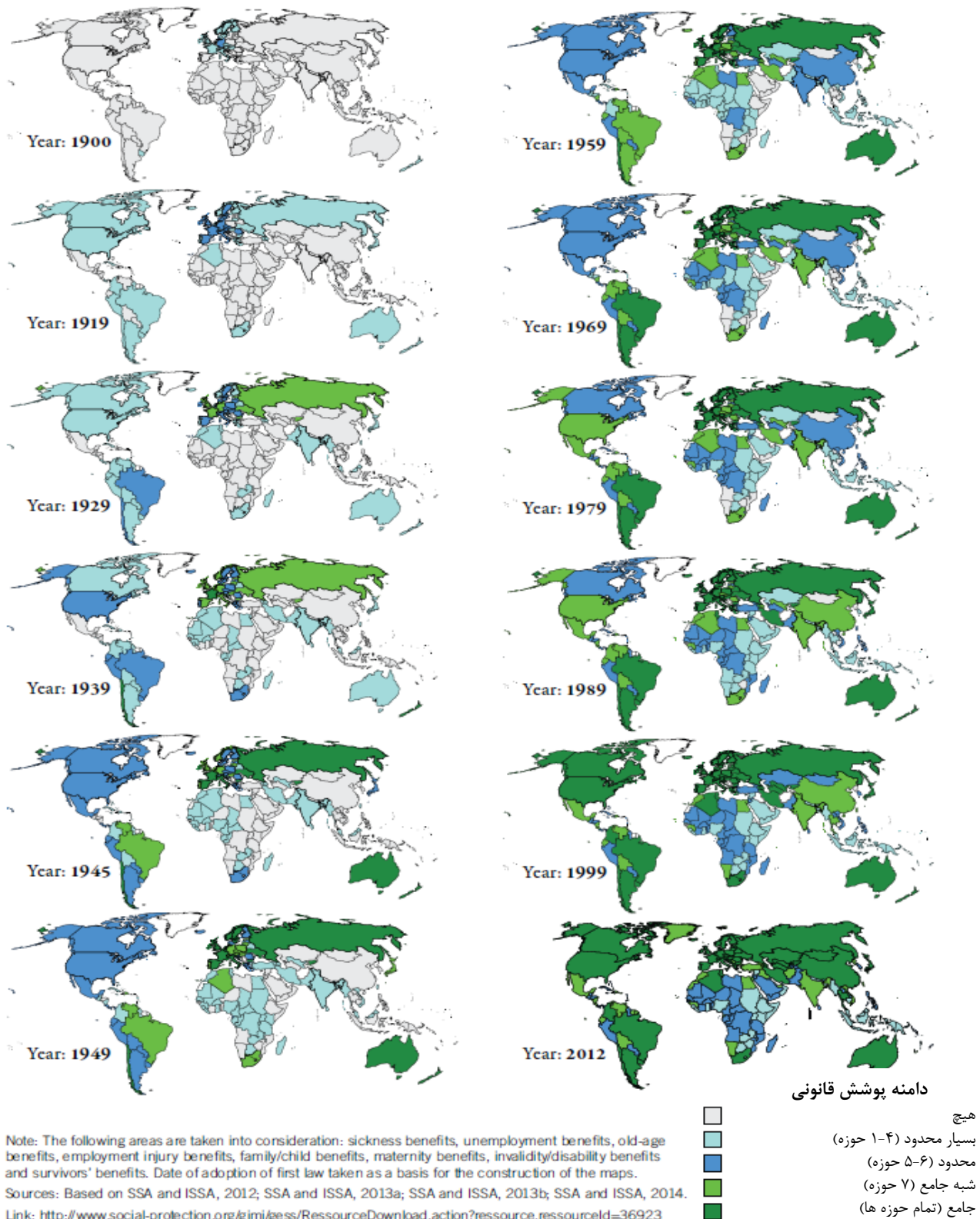
موثر و کارآمد مزایا و خدمات، گسترش پوشش موثر، به طور قابل توجهی از پوشش قانونی عقب مانده است. بنابراین پایش سطح پوشش قانونی و موثر به صورت موازی همان گونه که در سرتاسر کتاب حاضر انجام شده است، تا جایی که داده های موجود امکان آن را فراهم می نمایند، ضروری می باشد.

در بسیاری از کشورها، تعدادی از برنامه ها طی سال های اخیر طراحی شده اند که حمایت هایی فراهم می نمایند اما فاقد یک پایه و بنیان قانونی هستند. این قبیل برنامه ها را نمی توان ارائه حمایت اجتماعی به همان کمیت و اندازه برنامه های با پشتوانه قانونی قلمداد نمود چرا که معمولاً شرایط استحقاق و یا حقوق لازم الاجرا در آن ها تعیین نگردیده است. با این حال چنین برنامه هایی در بهبود وضعیت ذی نفعان خود نقش مهمی ایفا می کنند. اکثر دولت ها، اهمیت وجود برنامه های تامین اجتماعی قانونی در چارچوب قوانین ملی که حقوق و وظایف افراد را شفاف نماید، قابلیت پیش بینی و کفایت مزایا را ارتقاء بخشد و ظرفیت های نهادی ارتقاء شفافیت و پاسخگویی را تقویت نماید و همچنین محافظتی در برابر فساد باشد و یک مبنای تامین منابع پایدار و منظم ایجاد نماید، به خوبی درک نموده اند.

شکل ۱-۲- توسعه برنامه های حمایت اجتماعی الحاقی به قوانین ملی برحسب حوزه (شاخه) حمایت، از پیش از ۱۹۰۰ تا پس از ۲۰۰۵ (درصد کشورها)



شکل ۱-۱- حرکت به سوی نظام های جامع تامین اجتماعی: تعداد حوزه های تحت پوشش برنامه های حمایت اجتماعی الحاقی به قوانین ملی، ۱۹۰۰-۲۰۱۲.



۱-۳- سیاست های تثبیت مالی: موانع ۲۰۱۰-۲۰۱۵

کتاب حاضر هم چنین بر موانع ناشی از فرایندهای تعدیل مالی ایجادشده از سال ۲۰۱۰ به بعد تمرکز دارد. در سال ۲۰۱۴، تعداد ۱۲۲ کشور در حال محدود ساختن مصارف عمومی خود برحسب تولید ناخالص داخلی می باشند و این هنگامی است که جمعیت آنها به شدت نیازمند آن هستند. تثبیت مالی موجب افزایش فقر و محرومیت اجتماعی در کشورهای پردرآمد مختلفی شده است و بر اثرات بیکاری پایدار، دستمزدهای پایین و مالیات های بالا افزوده است. حاصل آن نیز یعنی خانوارهای با سطح درآمد پایین، به شدت سطح مصرف و تقاضای داخلی را به مخاطره انداخته و روند احیاء و بهبود را کند می نماید.

سیاست های تثبیت مالی، نه تنها در کشورهای اروپایی بلکه بر خلاف باور عمومی در برخی از کشورهای کم و متوسط درآمد که با نرخ های رشد اقتصادی پایین و در حال تحلیل دست به گریبانند نیز اعمال شده است (IMF, 2013a). ترکیب افزایش قیمت سوخت و خوراک، در کنار افت اقتصاد جهانی، رشد بیکاری و اکنون کاهش مصارف عمومی، فشار زیادی بر خانواده های کشورهای در حال توسعه وارد آورده است. اهمیت حیاتی تعهد دولت ها به ادامه سرمایه گذاری در زمینه حمایت اجتماعی، به منظور تضمین رشد فراگیر و محدود ساختن آثار زیان بار فقر پایدار و رشد نابرابری، در فصول گوناگون این کتاب مورد توجه قرار گرفته است.

۱-۴- راه پیش رو: ایجاد کف حمایت های اجتماعی ملی و نظام های تامین اجتماعی

با تصویب توصیه نامه کف حمایت های اجتماعی سازمان بین المللی کار در سال ۲۰۱۲ (شماره ۲۰۲)، دنیا گام مهمی در تحقق و برآورده نمودن حق انسانی برخورداری از تامین اجتماعی برداشت. این توصیه نامه نخستین سند قانونی بین المللی است که به صراحت نقش سه گانه تامین اجتماعی را به عنوان یک حق انسانی همگانی و یک الزام اجتماعی و اقتصادی به رسمیت می شناسد. به علاوه این توصیه نامه اهمیت کف حمایت های اجتماعی ملی را به عنوان موضوع اولویتدار و مبنای اساسی نظام های تامین اجتماعی جامع ملی، تصریح می نماید که از طریق آنها، تضمین تامین اجتماعی پایه برای همه و با هدف تضمین دسترسی موثر به حداقل مراقبت سلامت ضروری و سطح پایه امنیت درآمدی فراهم می گردد (ILO, 2012a). راهبرد دو بعدی توسعه سازمان بین المللی کار، راهنمایی شفاف در زمینه توسعه آتی تامین اجتماعی در ۱۸۵ کشور عضو این سازمان، به سمت تحقق حمایت همگانی از جمعیت از طریق تضمین حداقل درآمد پایه و دسترسی به مراقبت سلامت پایه و ضروری (کف حمایت های اجتماعی ملی : بعد افقی) و تضمین دامنه وسیع تر و سطح بالاتر حمایت ها مبتنی بر استانداردهای تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار (بعد عمودی)، فراهم می نماید.

اهمیت تعیین کف حمایت های اجتماعی ملی همچنین از سوی سازمان ملل متحد و مجمع بین المللی توسعه نیز مورد پذیرش قرار گرفته است. در پی طرح درخواست هیات رئیسه اجرایی سازمان ملل در سال ۲۰۰۹، (UN, 2009a) مبنی بر تعیین کف حمایت های اجتماعی، نقش حمایت اجتماعی به طور کلی و کف حمایت های اجتماعی به طور خاص، در توسعه اجتماعی و اقتصادی در تعدادی از نهادهای بین المللی، منطقه ای و چندملیتی از جمله خود سازمان ملل (UN, 2010b; UN, 2012a) و گروه ۲۰، (G20, 2009; G20, 2011; G20, 2012) تایید و تصدیق شده است.

این اجماع جهانی جدید در خصوص کف حمایت های اجتماعی با تاکید شدید بر ضرورت وجود نظام های منسجم و کارآمد حمایت اجتماعی در چارچوب های راهبردی سازمان های بین المللی و چندملیتی بزرگ همراه گردیده است (FAO, 2012; OECD, 2009a; UNICEF, 2012; WHO, 2010; World Bank, 2012; European Commission, 2012a; European Commission, 2011a). این سازمان ها، همگام با سازمان بین المللی کار، بر لزوم وجود یک رویکرد نظام مند نسبت به حمایت اجتماعی با هدف ایجاد نظام های حمایت اجتماعی پایدار و فراگیر که با سایر سیاست های اقتصادی و اجتماعی هماهنگ باشد، تاکید می کنند. همراه با دیگر استانداردهای بین المللی، چارچوب اصولی سازمان بین المللی کار در زمینه تامین اجتماعی (کادر ۱-۱) نیز راهنمایی برای توسعه و تکامل تدریجی نظام های تامین اجتماعی ملی به منظور فراهم شدن حمایت اجتماعی معنادار برای آحاد جامعه می باشد.

۱-۵- هدف و ساختار کتاب

دو سال پس از پذیرش توصیه نامه شماره ۲۰۲، کتاب حاضر وضعیت پوشش تامین اجتماعی را به ویژه در خصوص ایجاد کف حمایت های اجتماعی و نظام های جامع تامین اجتماعی، در سرتاسر جهان مورد بررسی قرار می دهد. این کتاب دومین سند از مجموعه گزارش هایی است که چگونگی پوشش حمایت اجتماعی در دنیا و پیشرفت های صورت گرفته در زمینه ارتقاء پوشش را مورد ارزیابی قرار داده و شکاف های موجود را شناسایی می نماید. همچنین درباره چالش های عمده جهت پیشرفت در مسیر تحقق حق برخورداری از تامین اجتماعی برای همه را مورد بررسی قرار می دهد.

این کتاب، با توجه به رویکرد دنبال شده در توصیه نامه یعنی چرخه عمر به گونه ای فصل بندی شده است که گروه های مختلف طرح های مشارکتی (بیمه ای) و غیرمشارکتی را با هم مد نظر قرار می دهد. فصل های ۲ تا ۴، بر مزایای حمایت اجتماعی که امنیت درآمدی را در طول دوران زندگی فرد ارتقاء می بخشند، در قالب سه گروه عمده متمرکز است: فصل ۲، بر مزایای حمایت اجتماعی برای کودکان و خانواده ها، شامل مزایای فرزند و عائله مندی متمرکز است. فصل ۳ مولفه های گوناگون امنیت درآمدی برای افراد در سن اشتغال و به ویژه مزایای دوران بیکاری (بخش ۳-۲)، حوادث شغلی (بخش ۳-۳)، ازکارافتادگی (بخش ۳-۴) و بارداری (بخش ۳-۵) را مورد توجه قرار می دهد. فصل ۴، تامین درآمد در دوران سالمندی با تاکید ویژه بر مستمری های بازنشستگی را مد نظر قرار می دهد. فصل ۵ به موضوع

تحقق پوشش همگانی سلامت در سراسر دوره عمر از جمله مراقبت درمانی و مزایای دوران بیماری اختصاص یافته است. فصل ۶ به موضوعات تامین مالی و مصارف تامین اجتماعی اختصاص یافته و به طور خاص روندهای مختلف انبساطی و انقباضی و پیچیدگی های آنها برای سیاست گذاری آتی در زمینه تامین اجتماعی و دستورالعمل توسعه پس از ۲۰۱۵ را انعکاس می دهد. در سرتاسر کتاب به طور مکرر به حقوق مورد تاکید در نظام های تامین اجتماعی که همچنان معتبر و با اهمیت هستند، ارجاع داده شده است. پیوست ۱ شامل واژه نامه کوتاهی از عبارات استفاده شده در این کتاب است و پیوست ۲ به طور خلاصه مفاهیم و اندازه گیری پوشش تامین اجتماعی را بیان می کند. پیوست ۳ در بر دارنده جداول خلاصه پیرامون حداقل الزامات عمده تصریح شده در استانداردهای سازمان بین المللی می باشد و پیوست ۴ مشتمل بر جداول آماری است.

۱-۶- ایجاد پایگاه دانش در زمینه آمار حمایت اجتماعی

این کتاب به عنوان یک ابزار جهت تسهیل نظارت و پایش وضعیت حمایت اجتماعی در سراسر جهان، در ویرایش های متوالی، یک منبع آماری گسترده شامل مجموعه ای از جداول مفصل در پیوست آماری (پیوست ۴)، در خصوص حمایت اجتماعی ارائه می دهد. این پایگاه داده، تا حد زیادی از پایگاه داده تحقیقاتی تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار بهره برده است که در برگیرنده آمار دقیق در سطح کشوری درباره ابعاد مختلف نظام های تامین اجتماعی شامل شاخص های کلیدی و مهم می باشد.

پس از انتشار چنین داده هایی از دهه ۱۹۵۰ سازمان بین المللی کار به اشکال گوناگون، پایگاه داده خود را تا حد ممکن با همکاری تعداد دیگری از عاملین و فعالین بین المللی و منطقه ای، به طور خاص بانک توسعه آسیایی، اداره آمار کمیسیون اروپایی، کمیسیون اقتصادی آمریکای جنوبی و منطقه کارائیب و سایر کمیسیون های منطقه ای سازمان ملل، اتحادیه بین المللی تامین اجتماعی، سازمان همکاری اقتصادی و توسعه، بانک جهانی و سازمان بهداشت جهانی، حفظ نموده است. پایگاه داده تحقیقی تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار با دیگر پایگاه داده ها در زمینه حمایت اجتماعی از جمله پایگاه داده آماری حمایت های اجتماعی سیستم اروپایی یوروستات، پایگاه داده مصارف اجتماعی سازمان همکاری اقتصادی و توسعه، پایگاه داده مستمری های بانک جهانی، دیده بان تامین اجتماعی اتحادیه بین المللی تامین اجتماعی، پایگاه داده شاخص حمایت اجتماعی بانک توسعه آسیایی، دیده بان سلامت جهانی و حساب های سلامت ملی، مرتبط می باشد. پایگاه داده تحقیقی تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار همچنین از گزارش های رسمی ملی و سایر منابع که عمدتاً بر مبنای داده های اجرایی و داده های پیمایش های درآمد خانوار و پیمایش مخارج و نیز پیمایش های مربوط به نیروی کار، سلامت و جمعیت تا جایی که به متغیرهای حمایت اجتماعی مرتبط است، بهره گرفته است. به علاوه این کتاب می خواهد به عنوان کمک در زمینه ی تلاش های مشترک در سطح ملی و بین المللی، دسترسی به آمار و اطلاعات تامین اجتماعی با کیفیت را دست کم برای پشتیبانی از کشورهای عضو سازمان بین المللی کار جهت نظارت

و بازنگری کف حمایت های اجتماعی و نظام های تامین اجتماعی و همچنین اثربخشی و کارآیی آنها در برآورده ساختن نیازهای حمایت اجتماعی جمعیت خود تضمین نماید.

کادر ۱-۱- چارچوب اصولی سازمان بین المللی کار برای توسعه تامین اجتماعی

سازمان بین المللی کار از آغاز تاسیس خود در سال ۱۹۱۹، نقش مهمی در توسعه ی چارچوب اصولی تعریف شده بین المللی جهت ارائه راهنمایی در ایجاد، توسعه و حفظ نظام های تامین اجتماعی در سراسر جهان ایفا نموده است و در واقع به مرجع راهبری تلاش ها و اقدامات به منظور رسیدن به این هدف بدل گشته است. مقاله نامه ها و توصیه نامه های دربرگیرنده چنین چارچوبی که از سوی سازمان های سه جانبه متشکل از نمایندگان کارگران، کارفرمایان و دولت تمام کشورهای عضو سازمان بین المللی کار تبیین و اتخاذ شده اند، بی نظیر می باشند: آنها استانداردهایی را تعیین می کنند که دولت های سراسر دنیا، بر اساس اقدامات خوب و شیوه های نوآورانه فراهم سازی حمایت اجتماعی گسترده و کامل، برای خود تدوین نموده اند. در همین حال، این مقاله نامه ها و توصیه نامه ها بر مبنای این درک و مفهوم شکل گرفته اند که یک الگوی کامل و واحد برای تامین اجتماعی وجود ندارد و بر عکس برعهده هر جامعه است که بهترین ابزارهای تضمین حمایت مورد نیاز را توسعه دهد. بنابراین آنها طیفی از گزینه ها و شیوه های منعطف فراهم می نمایند که کشورهای گوناگونی می توانند از طریق ترکیبی از طرح های مشارکتی و غیرمشارکتی، طرح های حرفه ای یا عمومی، بیمه اجباری یا اختیاری و با به کارگیری روش های مختلف اداره تامین مزایا با هدفگذاری تضمین سطح حمایت کلی برای همه که به بهترین نحو نیازهای هر کشور را پاسخگو می باشند، اهداف آنها را تحقق بخشند.

چارچوب اصولی تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار، ضمن تکمیل و اعطای شکل خاصی به مفاد قانونی درخصوص حق برخورداری از تامین اجتماعی در اسناد بین المللی حقوق بشر، شامل هشت مقاله نامه و توصیه نامه به روز می باشد. مهمترین این اسناد، مقاله نامه ۱۰۲ تامین اجتماعی در سال ۱۹۵۲ (حداقل استانداردها) و توصیه نامه شماره ۲۰۲ کف حمایت های اجتماعی در سال ۲۰۱۲ می باشد.

مقاله نامه قدیمی تر شماره ۱۰۲، نه رویداد و پیشامد احتمالی اساسی تامین اجتماعی (مراقبت درمانی، بیماری، بیکاری، سالمندی، حوادث شغلی، مسئولیت های خانواده، بارداری، ازکارافتادگی و بازماندگی) را در قالب یک سند جامع و واحد گروه بندی می نماید.

توصیه نامه اخیر شماره ۲۰۲ راهنمایی جهت کاهش شکاف های تامین اجتماعی و تحقق پوشش همگانی از طریق استقرار و حفظ نظام های جامع تامین اجتماعی، فراهم می نماید. در واقع این توصیه نامه، دولت ها را به برقراری و تحقق پوشش همگانی و فراگیر دست کم در رابطه با حداقل سطوح حمایت ها از طریق اعمال کف حمایت های اجتماعی بر حسب اولویت و متعاقب آن تضمین سطوح بالاتر حمایت، فرا می خواند. کف حمایت های اجتماعی ملی باید در برگیرنده تضمین های تامین اجتماعی پایه باشد که دسترسی موثر به مراقبت های درمانی ضروری و امنیت درآمد پایه را در سطحی که به افراد امکان یک زندگی آبرومندانه را در سرتاسر دوران زندگی می دهد، تضمین نماید. این تضمین ها باید حداقل شامل موارد ذیل باشد:

- دسترسی به مراقبت درمانی ضروری شامل مراقبت بارداری؛
- تامین درآمد پایه برای کودکان؛
- تامین درآمد پایه برای افراد در سن اشتغال که به طور خاص در هنگام بروز بیماری، بیکاری، بارداری و ازکارافتادگی نمی توانند درآمد مکفی کسب نمایند؛

این توصیه نامه ضمن تکمیل استانداردهای موجود در این زمینه، یک رویکرد منسجم و یکپارچه نسبت به حمایت اجتماعی در طول دوره عمر فراهم می نماید و بر اصل فراگیری حمایت اجتماعی از طریق کف حمایت های اجتماعی ملی تعیین شده و تعهد به افزایش آنها هم از منظر میزان مزایا و هم سطح پوشش، تاکید می نماید. بر این اساس، توصیه نامه این هدف را دنبال می کند که احاد جامعه از یک حداقل حمایت اجتماعی ضامن شان و آبرو و سلامت، برخوردار باشند. مقابله با فقر، آسیب پذیری و محرومیت اجتماعی، حوزه های دارای اولویت و کانون توجه و هدف صریح آن کاهش هر چه سریع تر فقر می باشد. رعایت این توصیه نامه، مستلزم وجود نظام هایی است که کشوری و متاثر از وضعیت ملی بوده و در پرتو نیازهای جمعیت شکل گرفته اند و مشارکت تمامی ذی نفعان را شامل می شوند.

نکات مهم:

- سیاست های حمایت اجتماعی عنصر ضروری تحقق حقوق کودکان، تضمین رفاه آنها، شکستن دور باطل فقر و آسیب پذیری و کمک به کودکان جهت تحقق تمام پتانسیل آنها می باشند.
- علیرغم گسترش قابل توجه طرح ها، سیاست های موجود حمایت اجتماعی به اندازه کافی نیازهای امنیت درآمدی کودکان و خانواده ها را به ویژه در کشورهای کم و متوسط درآمد دارای جمعیت زیاد کودکان، برآورده نمی سازند. در حدود ۱۸ هزار کودک هر روز به عللی که قابل پیشگیری هستند، می میرند. بسیاری از این موارد مرگ و میر از طریق حمایت اجتماعی کافی قابل اجتناب می باشند.
- جهت اجرای تمهیدات تضمین امنیت درآمد برای کودکان و خانواده ها اعم از مزایای اولاد و عائله مندی، تلاش های گسترده تری مورد نیاز است. برنامه های خاص مزایای اولاد و عائله مندی در ۱۰۸ کشور ریشه قانونی دارند، با این حال اغلب این برنامه ها گروه های کوچکی از جمعیت را تحت پوشش قرار می دهند. در ۷۵ کشور هیچ برنامه ای در این زمینه وجود ندارد.
- به طور متوسط، دولت ها ۰/۴ درصد تولید ناخالص داخلی خود را برای مزایای اولاد و عائله مندی اختصاص می دهند که از ۲/۲ درصد در اروپای غربی تا ۰/۲ درصد در آفریقا و آسیا و اقیانوسیه متفاوت است. سرمایه گذاری اندک در زمینه کودکان حقوق و آینده ی آنها و همچنین درونمای توسعه اقتصادی و اجتماعی کشورهایی را که در آن زندگی می کنند، به مخاطره می اندازد.
- تمهیدات و برنامه های تثبیت مالی و تعدیل در اقتصادهای پردرآمد، پیشرفت در خصوص امنیت درآمد برای کودکان و خانواده ها را تهدید می کنند. بین سال های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۲، فقر کودکان در ۱۹ کشور از ۲۸ کشور عضو اتحادیه اروپایی افزایش یافت.
- حمایت اجتماعی یک حق بشری مورد پشتیبانی کنوانسیون حقوق کودک سازمان ملل در سال ۱۹۸۹ است و هنوز کودکان فراوانی انتقالات نقدی ضروری که بتواند تفاوتی واقعی در زمینه تغذیه، سلامت، آموزش و خدمات مراقبت و تحقق پتانسیل های آنها ایجاد نماید، دریافت نمی کنند. حمایت اجتماعی همچنین نقش مهمی – که اغلب نادیده گرفته می شود- در جلوگیری از کار کودک ایفا می کند.

۲-۱- نقش حمایت اجتماعی در تضمین رفاه کودکان

حمایت اجتماعی در جلوگیری از بروز و کاهش فقر کودکان و خانواده ها و همچنین رفع نابرابری ها و تحقق حقوق کودکان، ضروری است.

علیرغم پیشرفت های اخیر در اکثر نقاط جهان، کودکان فراوانی در فقر زندگی می کنند و محروم از حقوق اولیه ی خود هستند (UNICEF, 2012; UNICEF, 2014). در حقیقت در بیشتر بخش های جهان، کودکان و خانواده های دارای فرزند بیش از سایر گروه های جمعیت هم از نظر مالی و هم سایر شکل های فقر، در معرض مخاطره فقر و محرومیت قرار دارند.

پیامدهای فقر برای کودکان بسیار قابل توجه است. کودکان فقر را متفاوت از بزرگسالان تجربه می کنند؛ آنها نیازهای متفاوت و خاصی دارند. در حالی که یک فرد بزرگسال ممکن است به طور موقت در فقر بیافتد، یک کودک که دچار فقر می گردد احتمالاً در طول عمرش در این وضعیت می ماند - به ندرت یک کودک فرصت دوباره ای برای شروع آموزش و یا زندگی همراه با سلامت را پیدا می کند. حتی دوره های کوتاه محرومیت های تغذیه ای می تواند برای توسعه و پیشرفت کودکان در بلندمدت زیانبار باشد. در صورتی که کودکان از تغذیه مکفی و مناسب بهره مند نگردند، از نظر اندازه و تناسب بدنی و ظرفیت های هوشی از کودکان هم رده خود عقب می مانند، در برابر بیماری های تهدیدکننده ی زندگی آسیب پذیرتر خواهند بود، عملکرد ضعیفی در مدرسه خواهند داشت و در نهایت به احتمال فراوان در دوره بزرگسالی، کمتر مولد و بهره ور خواهند بود. فقر کودکان نه تنها خود کودک را تهدید می نماید بلکه می تواند به نسل های آتی منتقل شده و باعث بروز نابرابری و یا تشدید آن در جامعه گردد (UNICEF, 2012; UNICEF, 2014; Minujin and Nandy, 2012; Ortiz, Moreira Daniels and Engilberts dóttir, 2012). مرگ اکثر ۱۸ هزار کودک زیر پنج سال که هر روز رخ می دهد، عمدتاً از بیماری های قابل اجتناب ناشی می شود و این کودکان می توانند از طریق حمایت های اجتماعی کافی و مناسب، نجات یابند (UNICEF, 2014). هنگامی که کودکان از استانداردهای شایسته زندگی، دسترسی به مراقبت سلامت باکیفیت و آموزش و مراقبت محروم باشند و وقتی دچار محرومیت های اجتماعی هستند، آینده آنها به مخاطره می افتد. وقتی کودکان درگیر کار کودک می شوند چنین استثماریهایی تبعات سنگینی بر توسعه شناختی و فیزیکی آنها و بر فرصت های زندگی آنها در آینده خواهد داشت (ILO, 2013a). فقر کودک نه تنها رفاه و اشتیاقات خود کودک بلکه به طور وسیع تر، جوامع و اقتصادهایی را که در آن زندگی می کنند نیز متاثر می سازد.

مزایای کودکان و خانواده (اولاد و عائله مندی)، به صورت نقدی یا غیرنقدی، نقشی مهم و خاص در ایفای حقوق کودکان و رفع نیازهای آنها به ویژه در مورد قشر آسیب پذیر جامعه، بازی می کنند (UNICEF, 2012; Sanfilippo, de Neubourg and Martorano, 2012; UNESCO, 2014). شواهد از اکثر نقاط جهان اثبات می کنند که مزایای حمایت اجتماعی موجب بهبود مشخص در وضعیت تغذیه کودکان شده است (ILO, 2010a; UNICEF, 2012; Save the

Children, 2012a). برنامه های انتقالات نقدی نیز به افزایش معنادار در استفاده از ویزیت های پس از تولد و کاهش نسبت ولادت های در خانه و لذا ارتقاء سلامت مادر و نوزاد، کمک شایانی کرده اند. به طور کلی چنین برنامه هایی نشان داده اند که استفاده از خدمات سلامت را افزایش داده و مجدداً منجر به بهبود و ارتقاء سلامت کودکان شده اند (Attanasio et al., 2005). انتقالات نقدی مختص کودکان و خانواده ها -مشروط و غیرمشروط- همچنین به رشد معنادار ثبت نام و حضور در مدارس در نقاط مختلف جهان کمک نموده و البته با قطعیت کمتر موجب بهبود خروجی های آموزشی شده اند (Fiszbein and Schady, 2009; Baird et al., 2013; UNICEF, 2012; ILO, 2010b; ILO, 2013a). مزایای حمایت اجتماعی از طرق مختلف، به ارتقاء رفاه کنونی و آتی کودکان و قابلیت استفاده از فرصت های اقتصادی و اجتماعی در ادامه زندگی آنها کمک می نمایند. مزایای کودک و خانواده به همراه سایر اشکال مزایا و خدمات همچنین ابزار مهمی در پاسخ به نیازهای خاص کودکان معلول و ناتوان (UNICEF, 2013)، بی سرپرست و آسیب پذیر و کودکان آسیب دیده از سوء استفاده و جرائم و سایر کودکان محروم، به شمار می روند (Barrientos et al., 2013).

فصل حاضر به طور خاص بر تامین امنیت درآمد کودکان و خانواده ها که یک جنبه کلیدی زندگی آنها را تشکیل می دهد، متمرکز است. بنابراین تقویت امنیت درآمد عنصر مهم سیاست های کاهش و یا جلوگیری از فقر کودک، سیاست های شکستن انتقال بین نسلی فقر و سیاست های تسهیل دسترسی کودکان به تغذیه، مراقبت، آموزش و مراقبت سلامت می باشد. توصیه نامه کف حمایت های اجتماعی سازمان بین المللی کار سال ۲۰۱۲ (شماره ۲۰۲)، به صراحت امنیت درآمد کودکان را به مثابه یکی از تضمین های پایه تامین اجتماعی تشکیل دهنده ی یک کف حمایت اجتماعی در یک رویکرد یکپارچه، می داند که ابعاد مختلف رفاه کودکان را مخاطب قرار می دهد. این تضمین تامین اجتماعی پایه، چارچوب موثری برای سیاست های ملی فراهم می آورد (کادر ۲-۱). مفهوم امنیت درآمد به سطح مکفی درآمد نقدی محدود نمی گردد و درآمدهای غیرنقدی نظیر تغذیه و دسترسی به خدمات - در واقع طیف گسترده منابع که برای تامین یک استاندارد زندگی با آبرو و در شان برای تمام کودکان مورد نیاز است را شامل می شود. خدمات اجتماعی (نظیر مراقبت، آموزش، مراقبت سلامت)، برای تضمین امنیت درآمد ضروری هستند، چرا که این موارد نیازهای مالی مربوط به مخارج خانواده ها را کاهش داده و لذا خانواده ها می توانند با آسودگی و با علم به این که فرزندان آن ها به خوبی مورد مراقبت قرار دارند، به اشتغال دستمزدی بپردازند (UNICEF and ILO, 2013). تمهیدات تسهیل دسترسی به سلامت، آموزش و خدمات مراقبت به همراه تمهیدات بهبود دسترسی و کیفیت آن خدمات، به منظور تضمین بالفعل شدن تمام پتانسیل کودکان ضروری هستند.

بدیهی است، تحقق امنیت درآمد برای کودکان جدای از بستر خانواده و خانوار، امری غیرممکن است. بنابراین امنیت درآمد برای کودکان آیینی امنیت درآمد والدین، نیاکان و سایر مراقبین آنها می باشد. در نتیجه، دامنه ی سیاست ها و اسناد سیاستی موجود برای تحقق این هدف، گسترده و فراتر از مزایای کودکان و خانواده می باشد: در واقع سایر

برنامه های حمایت اجتماعی به عنوان بخشی از نظام تامین اجتماعی ملی و همچنین سیاست های کلی تر در حوزه کار شایسته و مولد، دستمزدها و درآمدها، دسترسی به مراقبت سلامت، آموزش و سایر خدمات اجتماعی و نیز برابری جنسیتی و ساز و کارهای مراقبت را شامل می گردد.

کادر ۲-۱- استانداردهای بین المللی در زمینه مزایای کودک و خانواده

چارچوب حقوقی سازمان ملل در خصوص حقوق بشر در برگزیده ی مفادی راجع به حقوق گوناگون کودکان است که بخشی از حق برخورداری از حمایت اجتماعی را شکل می دهند. این مواد حق تامین اجتماعی با ملاحظه ی منابع و شرایط کودک و کسی که مسئولیت نگهداری از او را بر عهده دارد؛ حق برخورداری از استاندارد زندگی که جهت داشتن سلامتی و رفاه کافی باشد؛ و حق برخورداری از مراقبت و مساعدت های خاص را شامل می گردد. این چارچوب همچنین دولت ها را مکلف می سازد که وسیع ترین حمایت ها و مساعدت های ممکن را به ویژه در خصوص مراقبت و آموزش کودکان وابسته به خانواده ها ارائه دهند.

استانداردهای تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار این چارچوب را کامل می کنند و راهنمایی در خصوص نحوه ایفای حقوق مختلف کودکان به برخورداری از حمایت اجتماعی فراهم می نمایند. کنوانسیون (حداقل استاندارد) تامین اجتماعی سال ۱۹۵۲ (شماره ۱۰۲)، بخش هفتم، حداقل استانداردهای ارائه مزایای خانواده (یا کودک) را به صورت نقدی یا غیرنقدی (غذا، پوشاک، مسکن، کمک تعطیلات یا کمک خانه) و یا ترکیبی از هر دو به منظور نگهداری از کودک، تعیین می کند. بنابراین هدف اساسی مزایای خانواده باید تضمین رفاه کودکان و ثبات اقتصادی خانواده های آنها باشد.

همان گونه که در کمیته تخصصی به کارگیری کنوانسیون ها و توصیه نامه های سازمان بین المللی کار قید شده است، این استانداردها ملزم می سازند که مزایای خانواده در خصوص هر کودک در خانواده و تمام کودکان، مادام که آموزش یا آموزش حرفه ای تمام وقت دریافت می کنند، اعطا گردد و به صورت دریافت درآمد مکفی تعیین شده در قوانین ملی نیست. این مزایا باید در سطحی تعیین گردند که به طور مستقیم با هزینه واقعی تامین یک کودک مرتبط بوده و باید کمک اساسی برای این هزینه باشد. کمک هزینه خانواده (عائله مندی) با نرخ حداقل باید بدون توجه به میزان درآمد اعطا شود. مزایای بالاتر از نرخ حداقل را می توان مشمول آزمون وسع یا درآمد نمود. به علاوه تمام مزایا باید به منظور لحاظ تغییرات هزینه های نگهداری کودکان یا کل هزینه های زندگی، تعدیل شوند.

توصیه نامه شماره ۲۰۲ سازمان بین المللی کار، چارچوب اصولی را با هدف ارائه حمایت فراگیر و همگانی، تصحیح نموده و توسعه می دهد. امنیت درآمد برای کودکان یکی از تضمین های تامین اجتماعی پایه است و یک کف حمایت اجتماعی ملی را تشکیل می دهد و براساس آن باید دسترسی به تغذیه، آموزش، مراقبت و سایر کالاها و خدمات ضروری تضمین گردد. اگرچه سطح تضمین باید به طور ملی تعریف گردد اما توصیه نامه نیز سطح مناسب این تضمین را مشخص می نماید: حداقل سطح امنیت درآمد باید امکان یک زندگی آبرومند را فراهم نموده و برای تامین دسترسی موثر به مجموعه ای از کالاها و خدمات ضروری آن گونه که برای مثال در قالب خط فقر ملی و یا سایر حدود قابل قیاس مشخص می گردد، کفایت نماید (بند ۸). توصیه نامه به منظور فراهم سازی فراگیری حمایت، تصریح می کند که تضمین تامین اجتماعی پایه باید دست کم برای تمام شهروندان و تمام کودکان همان گونه که در قوانین و مقررات تعریف شده است و با توجه به الزامات بین المللی موجود، مهیا گردد (بند ۶). توصیه نامه شماره ۲۰۲ با رویکردی که متمرکز بر برون دادها می باشد، طیف گسترده ای از راهبردها و ابزارهای سیاستی را در جهت تحقق امنیت درآمد برای کودکان اعم از مزایای اولاد و عائله مندی، می پذیرد.

طیف وسیع سیاست‌هایی که برای تحقق امنیت درآمد برای کودکان مورد نیاز هستند در بیانیه مشترک توسعه حمایت اجتماعی معطوف به کودکان که در سال ۲۰۰۹، توسط ائتلاف نهادها، نهادهای خیریه دوجانبه و سازمان‌های مردم‌نهاد بین‌المللی صادر گردید، منعکس شده‌اند (کادر ۲-۲). این بیانیه دستورالعمل مهم طراحی، اجرا و نظارت طرحها و برنامه‌های تامین اجتماعی به منظور تضمین این که نیازهای کودکان در قالب طیف وسیعی از سیاست‌ها را شامل نظام‌های حمایت اجتماعی و به ویژه کف حمایت‌های اجتماعی ملی برآورده می‌گردند، روشن می‌سازد.

نیاز به یک رویکرد حمایت اجتماعی گسترده جهت ایفای حقوق کودکان در گزارش جهانی اخیر کار کودک (کادر ۲-۳) نیز منعکس شده که در آن نیاز به اتخاذ دیدگاهی جامع و نظام‌مند را با لحاظ تمام ابزارها از جمله مواردی که امنیت درآمد افراد بزرگسال در سن اشتغال (نظیر حمایت در برابر بیکاری، مزایای ایام بارداری، مزایای ازکارافتادگی)، و سالمندان (مستمری‌های بازنشستگی) را تضمین می‌نمایند، روشن ساخته است. حمایت اجتماعی سلامت نیز در پشتیبانی و حمایت از خانواده‌ها در برابر مخاطرات فقر مرتبط با سلامت که به شدت باوقوع کار کودک در ارتباط است، نقش مهمی ایفا می‌کند. بر این اساس تمهیدات معطوف به کودکان در جهت کاهش و جلوگیری از کار کودک باید بخشی از رویکردی را شکل دهند که این رویکرد باید نه تنها تقویت نظام‌های تامین اجتماعی ملی بلکه تضمین هماهنگی موثر با سایر حوزه‌های سیاستی اعم از اشتغال، دستمزد و سیاست‌های اجتماعی گسترده‌تر را منعکس نماید.

کادر ۲-۲ - حمایت اجتماعی معطوف به کودک

بیانیه مشترک توسعه حمایت اجتماعی معطوف به کودکان، تصریح می‌کند که طراحی، اجرا و ارزیابی برنامه‌های حمایت اجتماعی معطوف به کودکان باید اهداف ذیل را دنبال کنند:

- اجتناب از تاثیر معکوس بر کودکان و کاهش مخاطرات اقتصادی و اجتماعی که به طور مستقیم بر زندگی کودکان اثر می‌گذارند.
- مداخله هر چه سریع‌تر هنگامی که کودکان در معرض مخاطره قرار دارند به منظور جلوگیری از اختلال یا زیان‌های جبران‌ناپذیر.
- توجه به مخاطرات وابسته به سن یا جنسیت خاص و آسیب‌پذیری‌های کودکان در سراسر دوره عمر.
- کاهش اثرات تکانه‌ها، محرومیت و فقر بر خانواده‌ها با شناسایی خانواده‌های دارای فرزند نیازمند حمایت به منظور تضمین فرصت برابر.
- تدارک تمهیدات خاص برای کودکانی که محروم و آسیب‌پذیرند از جمله کودکان بی سرپرست و کودکانی که در خانواده یا اجتماع خود به واسطه‌ی جنسیت، معلولیت، نژاد، ایدز، یا سایر عوامل در حاشیه قرار دارند.
- توجه به مکانیزم‌ها و پویایی‌های بین‌خانوار که ممکن است بر نحوه دسترسی کودکان تاثیر بگذارند ضمن توجه خاص به توازن قدرت بین زن و مرد در خانواده و اجتماع بزرگ‌تر.
- لحاظ آرا و دیدگاه‌های کودکان، مراقبین آنها و جوانان در شناخت و طراحی نظام‌ها و برنامه‌های حمایت اجتماعی.

بیانیه مشترک توسعه حمایت اجتماعی برای کودکان (Dfid et al. ۲۰۰۹)، توسط Dfid، نهاد بین‌المللی HelpAge، نهاد امید و خانه برای کودکان، موسسه مطالعات توسعه، سازمان بین‌المللی کار، موسسه توسعه برون مرزی، نهاد نجات کودکان بریتانیا، UNICEF، UNDP و بانک جهانی منتشر گردید.

کادر ۲-۳- نظام های تامین اجتماعی و جلوگیری از کار کودک

حمایت اجتماعی به شدت با موضوع کاهش و جلوگیری از کار کودک مرتبط است. آسیب پذیری های اقتصادی مرتبط با فقر و تکانه ها، محرکهای مهم کار کودک هستند. ابزارهای حمایت اجتماعی می توانند با تخفیف این قبیل آسیب ها و ارتقاء انعطاف پذیری خانواده های فقیر نقش مهمی در کاهش کار کودک ایفا نمایند. این پیوندها در گزارش جهانی در زمینه کار کودک به طور مفصل کشف شده اند.

با ظهور برنامه های انتقالات نقدی مشروط که دریافت این مزایا را به حضور در مدرسه یا شرایط این چنینی منوط می کنند، پیوندهای بین حمایت اجتماعی و کار کودک توجهات بیشتری را به خود جلب کرده است. مشخص گردیده که بسیاری از این برنامه ها اثر قابل توجهی در افزایش ثبت نام و حضور در مدرسه دارند؛ با این حال کاملاً روشن نیست که آیا این اثرات به طور مستقیم از شرایط رفتاری و یا به طور غیرمستقیم از طریق اثر درآمد و تاکید قوی تر بر عوامل طرف عرضه یعنی تضمین این که مدارس به طور واقعی در دسترس و مهیا برای کودکان فقیر می باشند، ناشی می شوند. می توان از محدود ارزیابی هایی که به طور سیستماتیک تاثیر بر کار کودکان را ارزیابی کرده اند، استنباط نمود که در حالی که مزایای نقدی تاثیر قابل توجهی بر حضور در مدرسه دارند اما به همین میزان کار کودک را کاهش نمی دهند: بسیاری از کودکان هم کار می کنند و هم به مدرسه می روند. کاهش کار کودک هنگامی که مزایای نقدی با برنامه های دیگری نظیر برنامه های پس از مدرسه در برزیل، همراه شوند، کاهش کار کودک مشخص تر می گردد.

آسیب پذیری اقتصادی تنها علت کار کودک نیست و حمایت اجتماعی به خودی خود پاسخ کاملی برای آن نیست. در هر حال حمایت اجتماعی رکن مهم یک پاسخ سیاستی وسیع تر برای کار کودک به شمار می رود. بعید است که تلاش ها علیه کار کودک در غیاب کف حمایت های اجتماعی جهت محافظت از خانوارهای آسیب پذیر و توانمندسازی آنها برای بهره گیری از فرصت ها و شکستن انتقال بین نسلی فقر، به موفقیت بیانجامد.

اگرچه آثار سایر عناصر نظام های تامین اجتماعی بر کار کودک به طور نظام مند ارزیابی نشده است اما می توان پذیرفت که این عناصر تا زمانی که آسیب پذیری خانوارهای فقیر را کاهش می دهند و مخاطرات فقر را که در غیر این صورت می توانستند کار کودک را افزایش دهند، مد نظر قرار می دهند، دارای تاثیر مثبت هستند. این امر برای مثال در مورد حمایت اجتماعی سلامت، که نشان دهنده این واقعیت است که وضعیت بیماری یک مخاطره عمده فقر برای خانوارهای آسیب پذیر است، صدق می کند. تمهیدات کاهش ناامنی درآمد برای بزرگسالان شامل برنامه های حمایت در برابر بیکاری، طرح های تضمین اشتغال، مزایای از کارافتادگی، مزایای بارداری و مستمری های اجتماعی هر یک به کاهش آسیب پذیری خانوارهای فقیر و کاهش و جلوگیری از کار کودک کمک شایانی می نمایند.

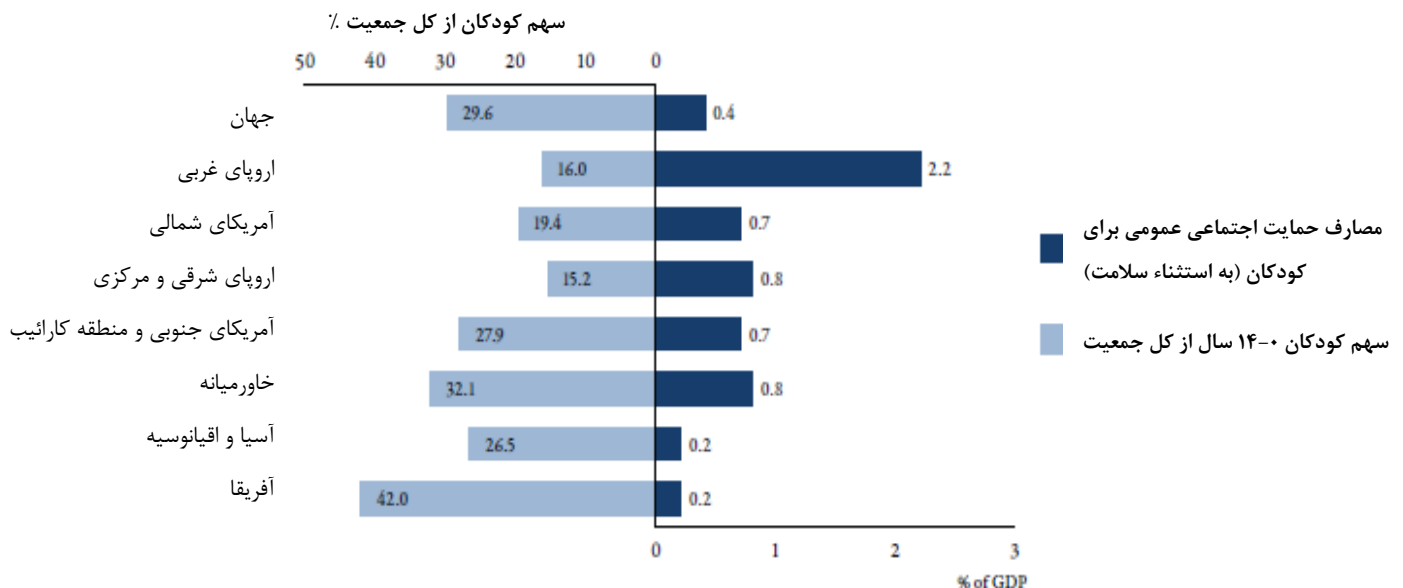
در قالب هر نظام تامین اجتماعی جامع، ایجاد کف حمایت های اجتماعی ملی به طور خاص در ارتباط با توجه به آسیب پذیری های مرتبط با کار کودک می باشد. کف حمایت های اجتماعی مجموعه ای از تضمین های تامین اجتماعی پایه شامل سطح پایه امنیت درآمد در طول دوره عمر و دسترسی به مراقبت سلامت ضروری را فراهم می نماید. این تضمین های پایه به نوبه خود در مواجهه با آسیب پذیری های چندوجهی اجتماعی و اقتصادی که کار کودک را افزایش داده و پایدار می کنند، ضروری می باشد. هنگامی که کودکان و خانواده های آنها از امنیت درآمدی پایه و دسترسی به مراقبت سلامت ضروری برخوردار باشند و وقتی آموزش و سایر خدمات لازم مهیا می باشد، کار کودک می تواند به طور موثری اجتناب شود. در واقع مدارک ارائه شده در این کتاب نشان می دهند که رویکرد ارتباط دادن مزایای نقدی و غیرنقدی با دسترسی به آموزش و خدمات سلامت می تواند به طور خاص در مقابله با کار کودک موثر باشد.

۲-۲- مصارف حمایت اجتماعی در حوزه کودکان و خانواده ها

مصارف عمومی در حوزه مزایای حمایت اجتماعی، به طور مختص برای رفع نیازهای کودکان، در سراسر جهان به میزان ۰/۴ درصد تولید ناخالص داخلی کل یا ۷/۴ درصد کل مصارف حمایت اجتماعی (به غیر از مصارف حوزه سلامت)، می باشد (شکل ۲-۱ و ۲-۲). این ارقام مزایای کودکان و مزایای هدفمندشده برای خانواده های دارای فرزند نظیر برنامه های انتقالات کودکان و عائله مندی، نقدی یا غیرنقدی، را شامل می شود اما تمهیدات مربوط به سلامت و آموزش یعنی دو حوزه سیاستی مهم مرتبط را در بر نمی گیرد.

در این زمینه مناطق مختلف، با هم تفاوت های گسترده ای دارند. در حالی که در اروپای غربی به طور متوسط ۲/۲ درصد تولید ناخالص داخلی معادل یک دهم مصارف عمومی در حوزه ی حمایت اجتماعی، صرف مزایای اولاد و عائله مندی می گردد، در تمام مناطق دیگر، کمتر از ۱ درصد تولید ناخالص داخلی به مزایای اولاد و عائله مندی اختصاص می یابد این در حالی است که در اکثر آنها کودکان به نسبت اروپا سهم بالایی از جمعیت را تشکیل می دهند. علیرغم گسترش اخیر برنامه های انتقالات نقدی، مصارف عمومی در حوزه مزایای کودکان، در آمریکای جنوبی و منطقه ی کاراییب تنها به ۰/۷ درصد تولید ناخالص داخلی یا ۶/۵ درصد مصارف عمومی حمایت اجتماعی بالغ می گردد، سطحی مشابه همین در آمریکای شمالی، خاورمیانه و اروپای مرکزی و شرقی وجود دارد. در آسیا و اقیانوسیه و در آفریقا، به طور متوسط ۰/۲ درصد GDP، به این مزایا تخصیص می یابد. در مورد آفریقا به طور خاص، سهم پایین مصارف عمومی در حوزه مزایای اولاد و خانواده با توجه به سهم بالای کودکان در کل جمعیت، برجسته و قابل ملاحظه است (کودکان زیر ۱۵ سال، ۴۲ درصد جمعیت آفریقا را تشکیل می دهند).

شکل ۲-۱- مصارف عمومی در حوزه مزایای کودک برحسب منطقه و سهم کودکان ۰-۱۴ سال در کل جمعیت؛ ۲۰۱۰/۱۱ (درصدی از GDP)



بدیهی است که سطح منابع اختصاص یافته برای پاسخگویی به نیازهای امنیت درآمد کودکان و خانواده ها حتی اگر برای رفع این نیازها از سایر برنامه ها و ابزارها نظیر سلامت عمومی، آموزش و خدمات مراقبت، استفاده شود، تکافو نمی کند. سرمایه گذاری کم در مورد نیازهای حمایت اجتماعی به ویژه در کشورهای کم درآمد که به طور متوسط کمتر از ۰/۱ درصد از GDP را به مزایای اولاد و عائله مندی اختصاص می دهند، مسئله حاد و مهمی است. این رقم بر سرمایه گذاری کم بر روی کودکان دلالت دارد که احتمالاً اثرات منفی بر بهره وری آینده ی نیروی کار این کشورها و دورنمای توسعه اقتصادی و اجتماعی آنها خواهد داشت.

سطح کلی منابع اختصاص یافته به مزایای کودکان و عائله مندی، در میان سایر عوامل، به ترکیب مجموعه مزایا و خدمات موجود بستگی دارد. این مزایا تا حدودی فراتر از حوزه حمایت های اجتماعی می باشند و تنها بخشی از آنها در شاخص های مصارف حمایت اجتماعی لحاظ می گردند. در حالی که در برخی از کشورها مزایای نقدی در کل بسته ی مزایا و خدمات در دسترس خانواده ها نقش مهمی ایفا می کنند، در دیگر کشورها ارائه مزایای غیرنقدی (مانند وعده های غذایی مدارس و دیگر برنامه های تغذیه، مسکن قابل استطاعت) یا ارائه خدمات (مانند مراقبت از کودک)، نقش غالب دارند و به وضوح بر امنیت درآمد خانواده های دارای فرزند تاثیر می گذارند. ارائه آموزش های عمومی، مراقبت از کودک و خدمات سلامت باکیفیت (فصل ۵)، دارای پیچیدگی هایی در تضمین امنیت درآمد خانواده های دارای فرزند دارد به طوری که از طرفی نیاز خانواده به تخصیص منابع بابت هزینه ها و شهریه های مدرسه یا فرانشیزهای درمانی را کاهش می دهد و در عین حال سرمایه گذاری های کمی در این زمینه در برخی قسمت های جهان از چالش های مهم آن به شمار می رود. دسترسی به خدمات مراقبت فرزند در کنار وجود سیاستها و برنامه های عمومی اتخاذ شده توسط کارفرمایان به منظور تسهیل تقسیم مسئولیت های کار و خانواده برای والدین نیز امنیت درآمد کودکان را تحت تاثیر قرار می دهد.

۲-۳- اندازه پوشش قانونی: برنامه های مزایای اولاد و عائله مندی در قوانین ملی

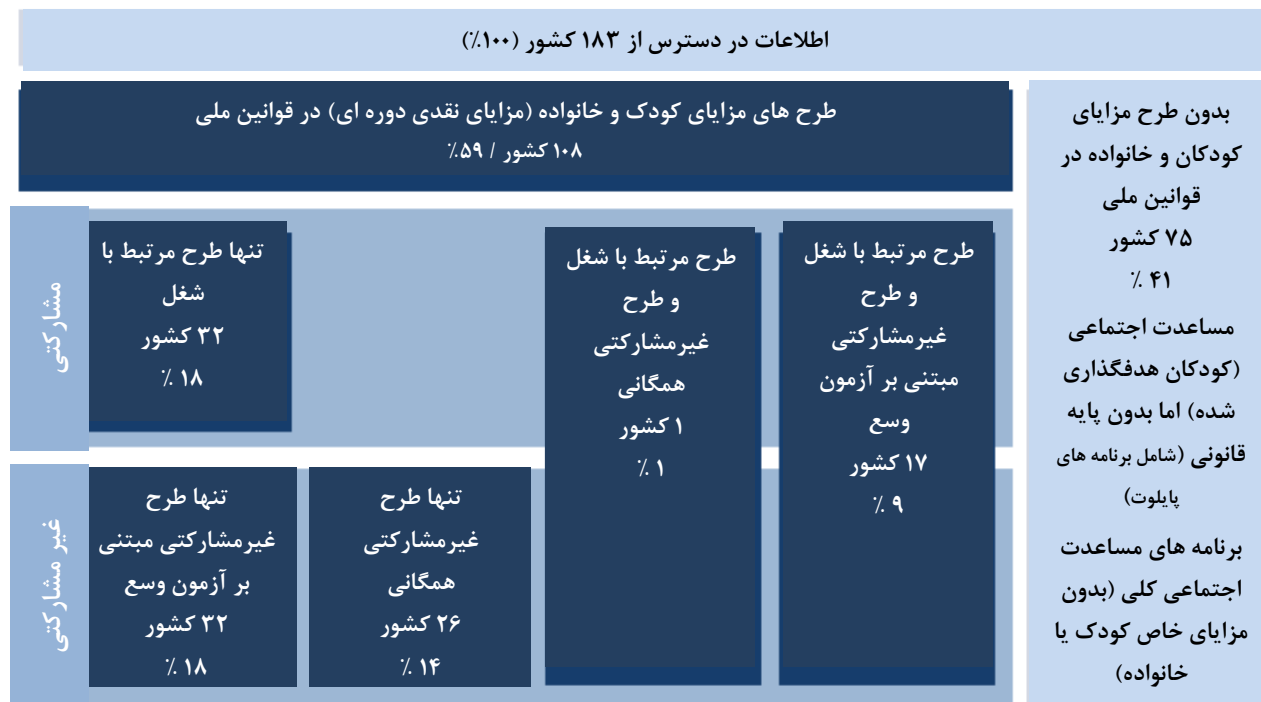
با توجه به دامنه گسترده مزایا و خدمات حمایت اجتماعی مورد نیاز برای رفاه و تحقق حقوق کودکان، فصل حاضر به طور خاص بر موضوع مزایای کودکان و خانواده معطوف به ارتقاء امنیت درآمد متمرکز می باشد و آنها را در ارتباط با مزایای تامین اجتماعی مورد بحث در سایر فصل های این مجلد مد نظر قرار می دهد.

مزایای اولاد و عائله مندی شامل انواع مختلف مزایای حمایت اجتماعی و یا ترکیبی از آنها می باشد (شکل ۲-۳). برخی کشورها مزایای کودک همگانی ارائه می دهند که تمام کودکان را بدون توجه به وضعیت شغلی یا درآمدی والدین آنها تحت پوشش قرار می دهد و معمولاً از مالیات ها تامین مالی می گردد. مزایا معمولاً ثابت هستند اما نرخ مزایا ممکن است برحسب سن کودک و با توجه به تعداد کل کودکان در خانواده متفاوت باشد. در برخی از کشورها مزایا به طور کامل یا جزئی از طریق نظام مالیاتی و با فراهم نمودن تخفیف های مالیاتی یا مالیات بر درآمد منفی برای خانواده های

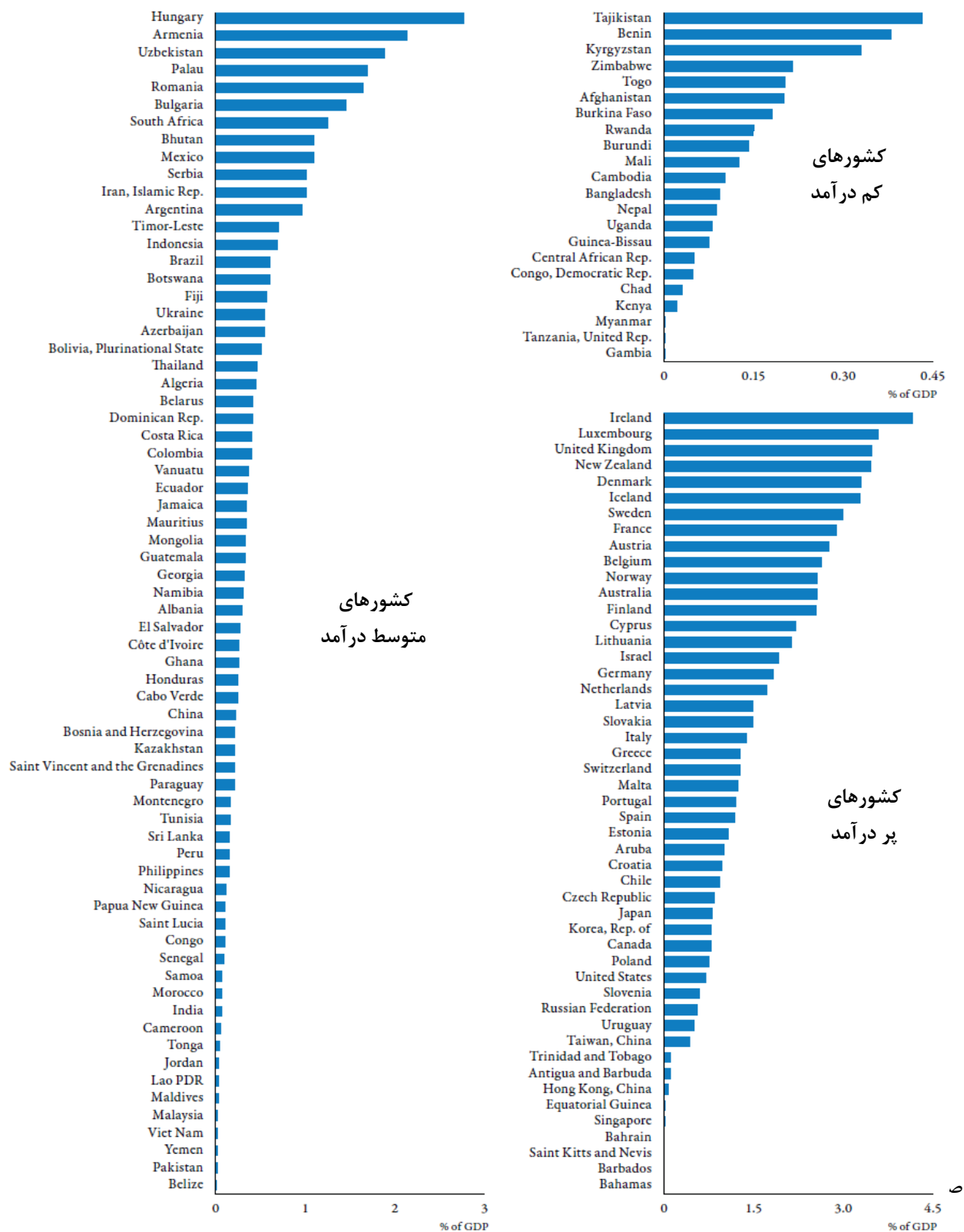
دارای فرزند، سازماندهی می شوند. مزایای کودک و خانواده مرتبط با شغل معمولاً از محل حق بیمه ها تامین مالی شده و از طریق طرح های بیمه اجتماعی که اکثر شاغلین اقتصاد رسمی را پوشش می دهند، سازماندهی می گردند. مزایای کودک و خانواده مبتنی بر آزمون وسع (مزایای مساعدت اجتماعی) معمولاً به سمت کودکان و خانواده های فقیر هدفمند شده اند. این مزایا دامنه وسیعی از برنامه های انتقالات نقدی اعم از مزایای مشروط یا غیرمشروط برای کودکان و خانواده ها که در سال های اخیر معرفی شده اند را در برمی گیرند. این قبیل برنامه ها تاثیر قابل توجهی بر گسترش پوشش و فراهم سازی دست کم سطح حداقل امنیت درآمد برای کودکان و خانواده ها داشته اند. شکل ۲-۳ به طور خلاصه انواع گوناگون برنامه ها و ترکیبی از آنها را که از طریق آنها مزایای نقدی برای کودکان و خانواده ها فراهم می گردد، نشان می دهد. تمرکز آن نیز بر برنامه های الحاقی به قوانین ملی است چرا که این برنامه ها از نظر تامین منابع و چارچوب نهادی باثبات هستند، پوشش را به عنوان حق، تضمین می کنند و شرایط احراز قانونی را برای افراد و خانواده ها مشخص می نمایند. علاوه بر این قبیل برنامه ها، در برخی از کشورها برنامه های دیگری وجود دارند که در قوانین ملی نیستند. برنامه های پایلوت یا موقت از جمله این برنامه ها هستند غالباً محدود به مناطق یا حوزه های خاصی می باشند.

شکل ۲-۳- نگاهی اجمالی به برنامه های مزایای نقدی کودکان و خانواده در قوانین ملی؛ برحسب نوع طرح و گروه تحت

پوشش-۲۰۱۲/۱۳



شکل ۲-۲- مصارف حمایت اجتماعی عمومی (بدون حوزه سلامت) در مورد مزایای اولاد و عائله مندی درصدی از تولید ناخالص داخلی - ۲۰۱۱/۲۰۱۰



Sources: ILO Social Protection Department database. For detailed sources, see Annex IV, table B.13.

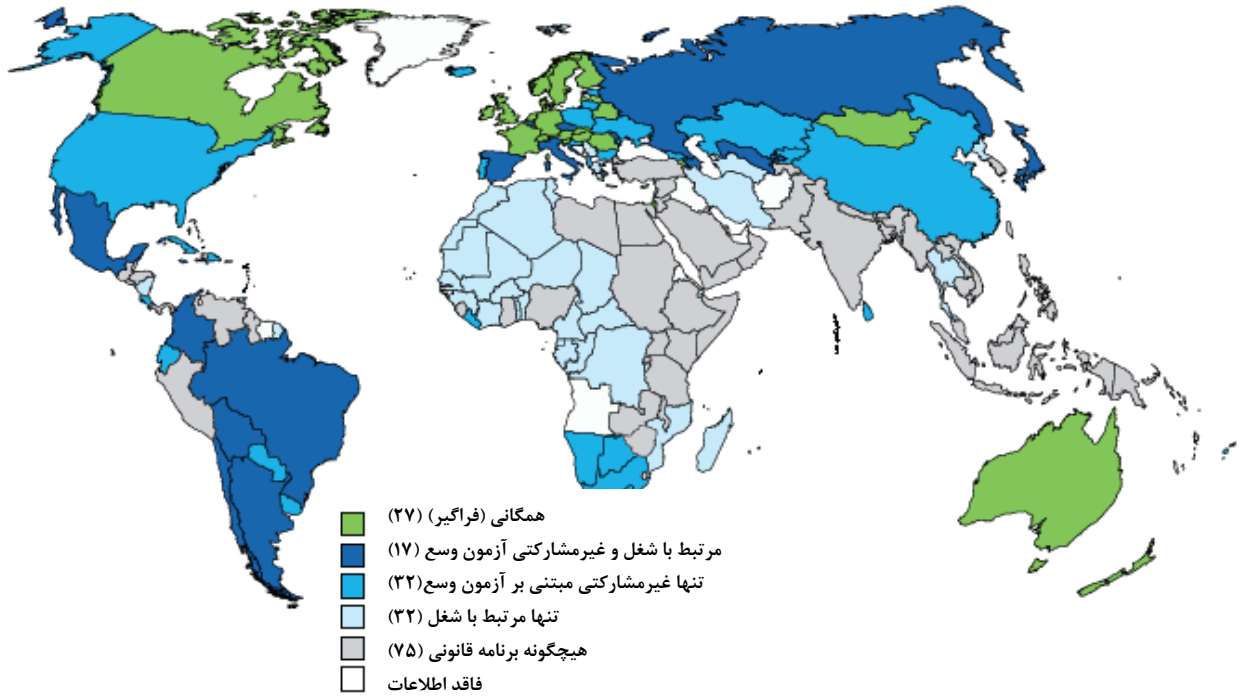
کودکان و خانواده ها ارائه می دهند. علاوه بر این مزایای نقدی، کشورهای بسیاری انواع مختلف مزایای غیرنقدی را از جمله دسترسی به کالاهای رایگان یا یارانه ای (مانند وعده های غذایی مدرسه)، ارائه می دهند.

شکل ۲-۴، توزیع جهانی برنامه های قانونی مزایای اولاد و عائله مندی را تشریح می کند. برخی کشورها به ویژه در اروپای غربی، چنین مزایایی را به صورت همگانی و از محل مالیات به تمام کودکان ارائه می دهند و ممکن است این مزایا با مزایای خاص مساعدت اجتماعی تکمیل گردند. سایر کشورها به ویژه در آفریقا و آمریکای جنوبی به طور سنتی کمک هزینه های عائله مندی را در قالب بخشی از نظام بیمه اجتماعی خود فراهم نموده اند و یا بر نظام مسئولیت کارفرما که کارفرمایان را ملزم به پرداخت مزایای عائله مندی به کارگران می کند، متکی هستند. در صورتی که تامین مزایای اولاد، به طور مستقیم یا غیرمستقیم با رابطه شغلی مرتبط باشد، به خصوص در کشورهای دارای اقتصاد غیررسمی بزرگ، نرخ های پوشش پایین تر از تامین مزایا به صورت همگانی خواهد بود. با این وجود، در برخی از کشورها، مزایای مبتنی بر آزمون وسع، به عنوان مکمل مزایای عائله مندی مرتبط با شغل وجود دارند و حمایت مهمی برای کارگران در اقتصاد غیررسمی به شمار می روند. در گروه دیگری از کشورها، مزایای مساعدت اجتماعی مبتنی بر آزمون وسع، شکل غالب تامین این نوع مزایا می باشند که متمرکز بر گروهی کوچک از کودکان و خانواده های آسیب پذیر هستند و یا پوشش گسترده تری را ارائه می دهند.

در حالی که بسیاری از کشورها در آمریکای جنوبی و منطقه کاراییب از ترکیبی از مزایای مرتبط با شغل و مزایای غیرمشارکتی قانونی استفاده می کنند و بدینوسیله سهم قابل توجهی از کودکان و خانواده ها را پوشش می دهند، در بخش های عمده ای از آفریقا، آسیا و اقیانوسیه چنین وضعیتی وجود ندارد. بنابراین برنامه های غیرمشارکتی هنوز به اندازه کافی توسعه نیافته اند تا تعداد قابل توجهی از کودکان و خانواده ها را پوشش دهند؛ اکثر برنامه ها هنوز در مرحله اجرای آزمایشی با پوشش محدود منطقه جغرافیایی قرار دارند. براین اساس، برای الحاق این گونه برنامه ها در قوانین ملی و ارائه تعریف شفاف از شرایط احراز مزایا و ایجاد یک مبنای پایدار برای اجرای آنها به ویژه در خصوص پایداری مالی و ظرفیت های نهادی، تلاش های گسترده تری مورد نیاز است.

یک جنبه حائز اهمیت روندهای مشاهده شده در سراسر جهان، اندازه توانایی کشورها در ارائه و تامین مزایا برای تمام ساکنین یا حداقل نیازمندان است. شکل ۲-۵ نشان می دهد که تحقق این هدف به اولویت ها و سنت ها و همچنین اندازه ظرفیت های اقتصادی در دسترس در بخش های متفاوت جهان، مرتبط است. در حالی که ارائه همگانی مزایای اولاد به ویژه در اروپا و آمریکای شمالی متداول است، در سایر بخش های دنیا پوشش، محدودتر و معمولاً برای فرزندان افراد شاغل در اقتصاد رسمی یا کودکان در خانواده های فقیر می باشد.

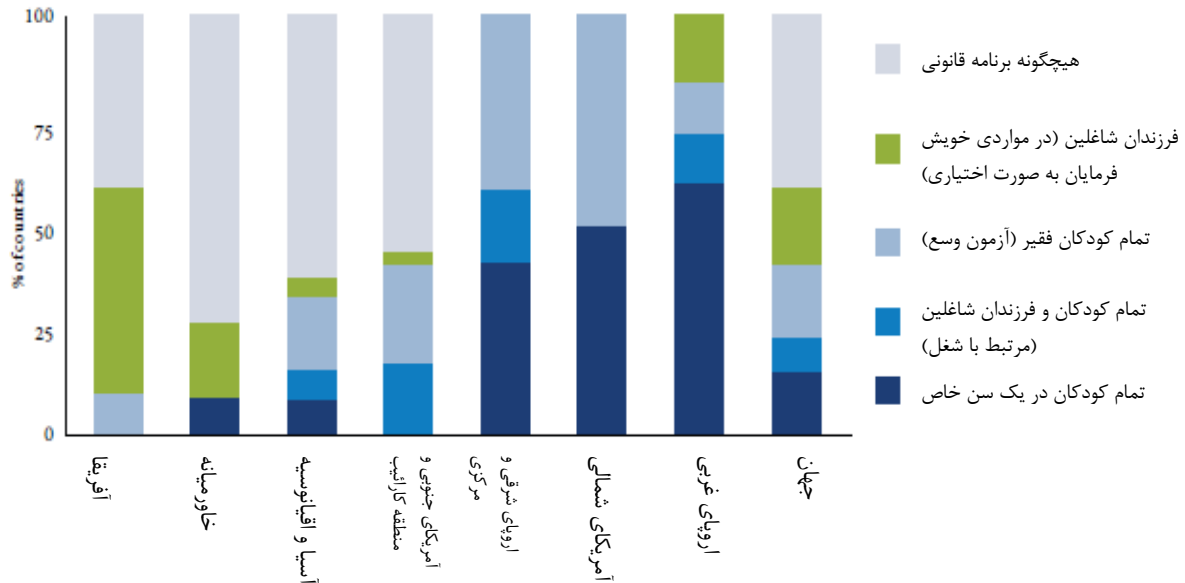
شکل ۲-۴- کمک هزینه اولاد/عائله مندی: توزیع برنامه ها در قوانین بر حسب نوع برنامه ۲۰۱۱/۱۳



Note: Figures in brackets refer to the number of countries in each category.

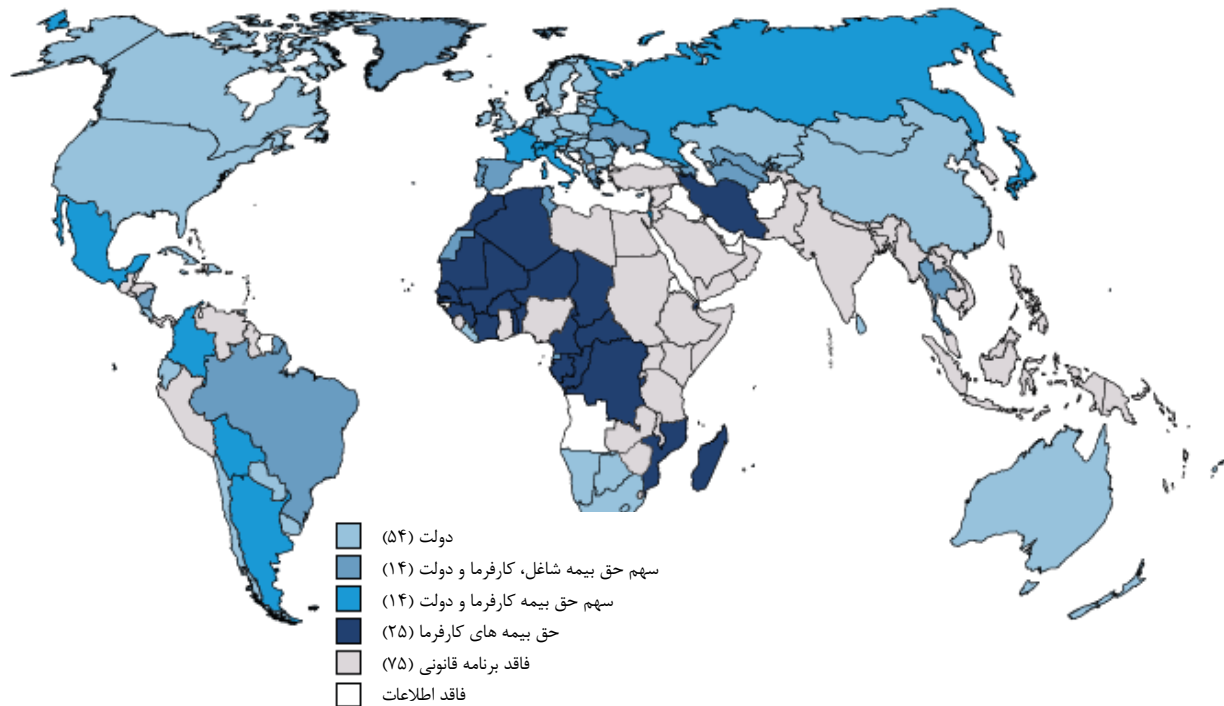
شکل ۲-۵- کمک هزینه اولاد/عائله مندی: وجود برنامه مربوطه در قوانین و گروههای عمده تحت پوشش بر حسب

منطقه ۲۰۱۱-۱۳ (درصدی از کشورها)



Source: ILO Social Protection Department, based on SSA and ISSA, 2012; SSA and ISSA, 2013a; SSA and ISSA, 2013b; SSA and ISSA, 2014.

شکل ۲-۶- کمک هزینه اولاد/عائله مندی: منابع عمده تامین مالی ۲۰۱۱-۱۳



همانند دیگر حوزه های تامین اجتماعی، سطح پوشش قانونی مزایای نقدی اولاد و عائله مندی دارای همبستگی با شیوه ارائه و تامین مالی است (شکل ۲-۶). در صورتی که مزایای اولاد عمدتاً توسط کارفرما تامین مالی شود به ویژه در کشورهای با سطح رسمیت بالا اشتغال، سطح پوشش نسبتاً پایین خواهد بود. دستیابی به سطح پوشش بالا، معمولاً مستلزم این است که دولت با تکمیل پوشش از طریق برنامه های مشارکتی موجود برای گروه های فاقد پوشش یا دارای پوشش ناکافی و یا ارائه مزایای غیرمشارکتی (مانند آرژانتین و فرانسه) و یا برنامه غیرمشارکتی فراگیر در مقیاس بزرگ (مانند کانادا، مغولستان، آلمان)، مسئولیت تامین مالی مزایا را از محل مالیات ها یا سایر درآمدهای دولتی بر عهده گیرد.

۲-۴- کاهش شکاف پوشش و تقویت امنیت درآمدی کودکان و خانواده ها

کم کردن شکاف های پوشش در مورد مزایای اولاد و عائله مندی به منظور تضمین امنیت درآمد کودکان و خانواده ها ضروری است. در حالی که در بسیاری از کشورهای عضو OECD پوشش فراگیر یا نزدیک به فراگیر یک حقیقت است، در اکثر کشورهای کم و متوسط درآمد، معرفی برنامه های جدید مزایای اولاد و عائله مندی و اصلاحات برنامه های موجود، تا اندازه ای پوشش را بهبود بخشیده اما شکاف های قابل توجه همچنان پابرجاست.

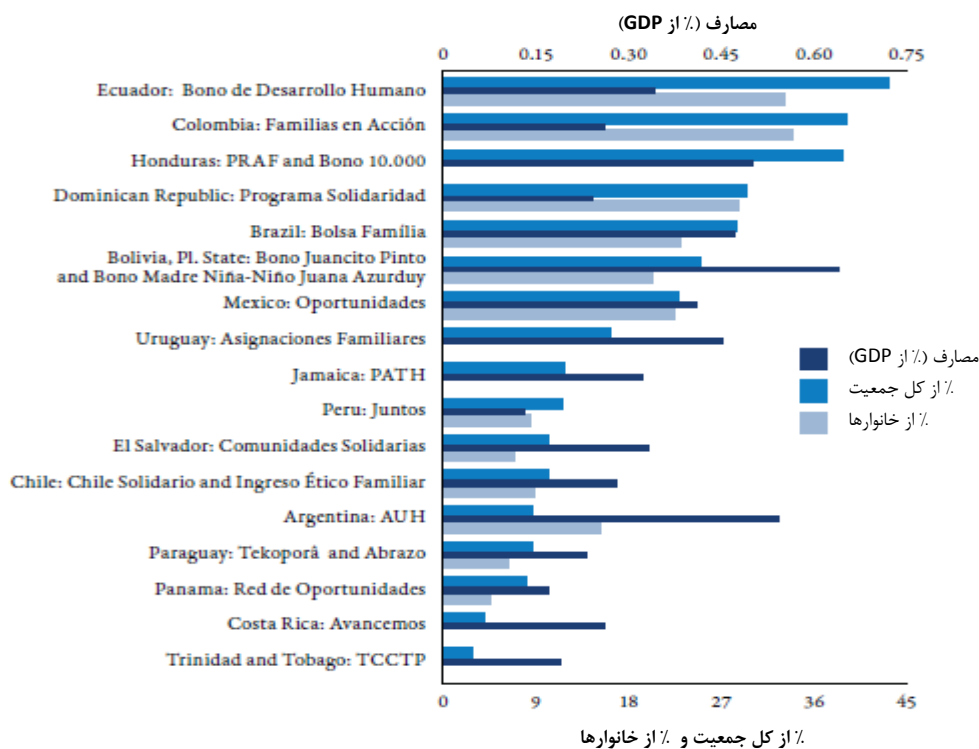
در این زمینه مهمترین پیشرفت جدید، پیدایش برنامه های انتقالات نقدی غیرمشارکتی در بسیاری از کشورهای متوسط و کم درآمد است. این برنامه ها مزایای نقدی منظمی را برای تمام خانواده ها و یا به طور خاص خانواده های فقیر فراهم می نمایند و ثابت شده که چه صراحتاً منوط به احراز شرایط آموزش یا سلامت (برنامه انتقالات نقدی مشروط) باشند و چه مشروط نباشند (برنامه انتقال نقدی غیرمشروط)، تاثیر شگرفی بر ابعاد گوناگون توسعه انسانی دارند. برنامه های انتقالات نقدی مشروط، پرداخت مزایای نقدی را مشروط به برخی شرایط رفتاری خاص انجام می دهند. نوعاً این برنامه ها خانواده ها را ملزم می سازند که ثبت نام و حضور فرزندان خود را در مدرسه تضمین نمایند و در برنامه های ویژه سلامت برای مثال معاینه منظم در کلینیک یا واکسیناسیون فرزندان، مشارکت نمایند؛ شروطی که مستلزم در دسترس بودن، فراهم بودن و کیفیت چنین خدماتی می باشند. در صورتی که مزایاگیران شرایط تعیین شده را احراز نکنند، محرومیت هایی از قبیل تعلیق یا قطع مزایا اعمال می گردد. با عنایت به این که مزایاگیران ممکن است فقیر یا خیلی فقیر باشند، همین پتانسیل محرومیت به خودی خود می تواند بحث برانگیز باشد و پیچیدگی های حقوق بشری شروط رفتاری در برنامه های انتقال نقدی محل مباحث فشرده ای بوده است (ILO, 2011a, pp. 118-120; Brauw and Hoddinott, 2008; Dornan and Porter, 2013).

تنوع قابل توجه برنامه های انتقالات نقدی که در سال های اخیر اتفاق افتاده تنها با دوگانگی معمول برنامه های مشروط و غیرمشروط آن هم نه به اندازه کافی قابل توضیح می باشد. به دنبال ایجاد برنامه پروگرسا/آپورچونتی در مکزیک، موج نخست برنامه های انتقال نقدی مشروط در آمریکای جنوبی متمرکز شد (Fiszbein and Schady, 2009; Barrientos, 2013). به طوری که برنامه های انتقالات نقدی مشروط در حال حاضر به عنوان بخش لاینفک بسیاری از نظام های تامین اجتماعی ملی تشکیل شده اند (شکل ۲-۷). اکنون بزرگترین برنامه به معنای واقعی بولسافامیلا در برزیل است که با هزینه سالانه ۳/۹ میلیارد دلار (۰/۴ درصد GDP)، به حدود ۱۱/۳ میلیون خانواده شامل ۴۶ میلیون نفر معادل یک چهارم جمعیت برزیل می رسد. برنامه های مشابهی در ۱۶ کشور منطقه آمریکای جنوبی و کارائیب اجرا شدند که در حدود ۷۰ میلیون نفر یا ۱۲ درصد کل جمعیت منطقه را پوشش می دهند (شکل ۲-۷). برخی برنامه های ویژگی های متمایز دارند: برای مثال حمایت انفرادی و ماهیت متغیر برنامه شیلی سولیداریو در شیلی (که در سال ۲۰۱۲ برنامه فامیلار اینگرسو اتیکو جایگزین آن شد). برنامه های مختلف انتقال نقدی برای کودکان و خانواده ها در آفریقا (برای مثال غنا، کنیا، مالاوی و آفریقای جنوبی) و در آسیا (اندونزی، فیلیپین و پاکستان) نیز وجود دارند.

برخی برنامه ها مانند کمک هزینه همگانی اولاد در آرژانتین، ترکیبی از اجزاء مشروط و غیرمشروط را به کار می برند (کادر ۲-۴). در دیگر کشورها، عمدتاً در آفریقا، شروط رفتاری اسماً بخشی از طراحی برنامه های انتقال نقدی می باشند با این حال در عمل به طور کامل اجرا و نظارت نمی شوند. برخی از این برنامه ها با شروط "نرم" معرفی شده اند که در آن اعمال محرومیت ها در موارد عدم تبعیت از مقررات، با توجه به اثرات عوامل خارج از کنترل مزایاگیر به ویژه در گروه های به شدت فقیر و آسیب پذیر صورت می پذیرد. در برخی از موارد به ویژه در صورت نبود زیرساخت ها و

نیروی انسانی مناسب، شروط اگر هم در نظر گرفته شوند با ملاحظه شدید تعیین می گردند. وقتی ظرفیت نهادی محدود است، توسل به برقراری شروط سخت، با توجه به ارائه ناکافی آموزش و خدمات سلامت هم از بعد کمی و هم کیفی به ویژه در مناطق دوردست، نه عملی است و نه منصفانه.

شکل ۲-۷- سطح مصارف و سهم جمعیت بهره مند شده از برنامه های انتقال نقدی مشروط غیر مشارکتی در کشورهای منتخب آمریکای جنوبی؛ آخرین سال موجود (درصد)



Sources: ECLAC, Conditional Cash Transfer Programmes database: Non-contributory social protection programmes in Latin America and the Caribbean database, <http://dds.cepal.org/bdptc/en/> [accessed Jan. 2014].

گسترش برنامه های انتقالات نقدی برای کودکان و خانواده ها طی سالیان اخیر ادامه داشته است و در برخی از کشورها خواه به منظور مهار اثرگذاری بحران جهانی بر کودکان و خانواده ها و با هدف کاهش فقر میان آنها، حتی تسریع نیز شده است. در سال ۲۰۱۲، در هائیتی یک طرح جدید انتقالات نقدی مشروط (تی مانمان چری^۳)، با بودجه اولیه سالانه ۱۳ میلیون دلار معرفی شد. در هندوراس در حال حاضر برنامه انتقال نقدی مشروط بونو ۱۰,۰۰۰^۴ به خانواده های فقیر دارای فرزند زیر ۱۸ سال یا زنان باردار به شرط عمل به الزامات و شروط تعیین شده مبنی بر حضور در مدرسه یا انجام مراقبت های سلامت، مزایای نقدی ارائه می دهد. در مکزیک در سال ۲۰۱۰، برنامه حمایت غذایی "پروگراما دی

³ Ti Manman Cheri

⁴ Bono 10,000 conditional cash transfer program

آپویو آلیمنتاریو (PAL)^۵ در چارچوب برنامه "آپورچونید" توسعه یافت. برزیل پوشش برنامه بولسا فامیلا را از طریق شمول گروه های بیشتری از مزایابگیران و با اجرای یک راهبرد جستجوی فعال برای ثبت نام خانواده های به شدت فقیر فاقد پوشش و افزایش مبلغ مزایای پرداختی، گسترش داد. بودجه مربوطه از ۱۱/۹ میلیارد رئال (واحد پول برزیل) در سال ۲۰۰۹ به ۲۳ میلیارد رئال تقریباً ۰/۵ درصد GDP. در سال ۲۰۱۳، افزایش یافت. تایلدن در سال ۲۰۰۹، سیاست آموزشی خود را به عنوان بخشی از اولین بسته انگیزشی، از ۱۲ سال آموزش پایه رایگان به ۱۵ سال افزایش داد و در سال نخست برای این برنامه از آموزش های ابتدایی تا دبیرستان و آموزش حرفه ای و با نیت جذب تمام کودکان کشور اعم از کودکان بدون تابعیت و اقلیت های نژادی، کودکان مهاجرین، ۱۸ میلیارد بات اختصاص داد. آلمان در سال های ۲۰۰۹ و ۲۰۱۰، سطح مزایای اولاد را افزایش داد. ژاپن در سال ۲۰۱۰، یک کمک هزینه همگانی جدید برای کودکان در سن دبیرستان برقرار نمود و در سال ۲۰۱۲ اصلاحاتی در جهت افزایش سطح این مزایا با توجه به سن و تعداد فرزندان در هر خانوار اعمال کرد و در عین حال مجدداً یک سقف درآمد تعیین کرد که بالاتر از آن سطح، خانوار از این کمک هزینه برخوردار نمی شود.

در حالی که پوشش همگانی و شبه همگانی تمام کودکان، غالباً در کشورهای پردرآمد محقق شده است، در کشورهای متوسط درآمد، گام های بلندی به سوی پوشش همگانی برداشته شده است: برای مثال در آرژانتین (کادر ۲-۴)، کمک هزینه همگانی اولاد که در سال ۲۰۰۹ معرفی گردید، دامنه پوشش را به خانواده های بیکاران و افراد در اقتصاد غیررسمی که قبلاً تحت پوشش نبودند، تسری می داد (Bertranou and Maurizio, 2012a). مغولستان نیز برنامه کمک هزینه اولاد خود را با پوشش به واقع همگانی دوباره معرفی نمود که نزدیک به ۹۰۰ هزار کودک را در سال ۲۰۱۲ (۹۹/۶ درصد کل کودکان)، پوشش می داد. این برنامه از محل انباشت مالیات منابع معدنی در صندوق توسعه انسانی، تامین مالی می شود.

برخی ابتکار عمل ها حاکی از پیشرفت قابل توجه به سوی پوشش همگانی و فراگیر در قوانین ملی می باشند. برای مثال برنامه کمک اولاد آفریقای جنوبی (کادر ۲-۵)، هرچند مبتنی بر آزمون وسع است، اما بیش از نیمی از تمام کودکان زیر ۱۸ سال را پوشش می دهد و اثرات معناداری بر تغذیه، توسعه فیزیکی و آموزش کودکان داشته است. در کلمبیا قانونی در سال ۲۰۱۱ به تصویب رسید که دسترسی به برنامه ی اولاد و عائله مندی^۶ را یک حق تلقی می کرد و سطح مزایا را بالا می برد؛ در نتیجه تعداد مزایابگیران از ۲/۱ میلیون به ۲/۶ میلیون نفر بالغ گردید (Alviar García, 2013).

کادر ۲-۴- کمک هزینه همگانی اولاد در آرژانتین

آرژانتین در سال ۲۰۰۹ با معرفی برنامه کمک هزینه همگانی اولاد برای تا ۵ فرزند در هر خانواده، شکاف موجود در پوشش مزایای اولاد را کم کرد. این مزایا کامل کننده مزایای عائله مندی نظام بیمه ای برای کارگران بخش رسمی در گروه های دستمزدی کم و میانی و تخفیف های مالیات بر درآمد برای کارگران گروه دستمزدی بالا به شمار می رود. طرح مذکور تمام کودکان با ملیت آرژانتینی یا کودکانی که حداقل سه سال مقیم آرژانتین بوده و والدین شان در یکی از گروه های ذیل جا می گیرند و هیچ نوع مساعدت اجتماعی را دریافت نکرده اند، پوشش می دهد: افراد مشمول مونوتربیوت اجتماعی (رژیم تامین اجتماعی کارگران کم درآمد)؛ بیکاران؛ کارگران اقتصاد غیررسمی؛ کارگران خانگی با درآمد کمتر از حداقل دستمزد. علاوه بر ۴/۳ میلیون کودکی که از طریق سایر طرح ها تحت پوشش بوده اند (کمک هزینه عائله مندی طرح

در بسیاری از کشورهای کم و متوسط درآمد، تنها تعداد اندکی از کودکان و خانواده‌ها مزایای اولاد دریافت می‌نمایند. در جایی که برنامه‌های مزایای اولاد و عائله مندی خاص وجود دارد، این قبیل برنامه‌ها عمدتاً بر کارگران در اقتصاد رسمی و یا گروه‌های منتخب کودکان محروم نظیر ایتم و کودکان آسیب پذیر متمرکزند. برای مثال برنامه آناک اجتماعی کسجاهتران^۷ در اندونزی مزایای نقدی مشروط برای گروه‌های مختلف کودکان آسیب پذیر اعم از کودکان رها شده، خیابانی، خلافکاران جوان و کودکان معلول فراهم می‌کند. بسیاری از برنامه‌های مساعدت اجتماعی کلی و عمومی نیز به کودکان در خانوارهای آسیب پذیر مزایا می‌دهند مانند برنامه انتقالات نقدی سابسیدو دی آلیمنتوز^۸ در موزامبیک که کل بودجه تخصیص یافته اش بین سال‌های ۲۰۰۸ و ۲۰۱۳ دو برابر شده و از ۰/۱۶ درصد به ۰/۳۵ درصد GDP رسیده است (Cunha et al., 2013).

^۷ Kesejahteraan Sosial Anak program (PKSA)

^۸ Programa Subsidio de Alimentos cash transfer program

بسیاری از برنامه های جدیدتر در کشورهای آفریقایی، ولو این که ممکن است از نظر اندازه بزرگ باشند اما عمدتاً به صورت برنامه های آزمایشی (پایلوت) و در ناحیه های خاصی اجرا می شوند: برنامه هایی نظیر برنامه لیپ در غنا (کادر ۲-۶) و طرح های مشابهی در کنیا و مالاوی (Garcia & Moore, 2012; Monchuk, 2014).

کادر ۲-۵- کمک هزینه اولاد در آفریقای جنوبی

برنامه کمک حمایتی اولاد (Child Support Grant) در آفریقای جنوبی نقش مهمی در تامین امنیت درآمد کودکان فقیر ایفا می کند. اگرچه این کمک مبتنی بر آزمون وسیع است، اما طرح در سال ۲۰۱۲ به ۱۰/۸ میلیون کودک یعنی بیش از نیمی از کودکان زیر ۱۸ سال مزایا ارائه داد. با افزایش حداکثر سن بهره مندی از هفت سال قبل از سال ۲۰۰۳ به ۱۸ سال در سال ۲۰۰۸، و تعدیل سقف درآمد مورد آزمون با تورم، دامنه پوشش به طور قابل توجهی رشد پیدا کرد.

یک مزایای ۳۰۰ راندی معادل حدود ۲۸ دلار آمریکا بابت هر کودک به مراقبین آنها که ملیت آفریقای جنوبی دارند یا مقیم دائم این کشور هستند و همچنین درآمد سالانه شان زیر ۳۴,۸۰۰ راند برای فرد مجرد و ۶۹,۶۰۰ راند برای یک زوج باشد، ارائه می شود. متقاضیان باید مدارک مربوط به درآمد یا وضعیت بیکاری به طور مناسب ارائه دهند. با این وجود به منظور تسهیل دسترسی به مزایا از سوی خانواده های واجد شرایط به ویژه خانواده های بسیار فقیر، دولت تلاش هایی در خصوص ارسال اطلاعات مربوط به معیارهای احراز، ساده سازی رویه ها و کاهش تعداد مدارک مورد نیاز صورت داده است.

به طور کلی، این گونه تلقی می شود که کمک اولاد در هدفیابی خانوارهای فقیر موفق عمل کرده است و تاثیر برجسته ای بر زندگی کودکان داشته است. علاوه بر کاهش فقر بررسی ها نیز نشان می دهند که این برنامه بر رشد زود هنگام کودکی، حضور در مدرسه و موفقیت های آموزشی از جمله کم کردن شکاف مدرسه رفتن بین کودکانی که مادرانشان سطح تحصیلات بالا دارند و آنها که تحصیلات بالایی ندارند، بهبود در وضعیت سلامت کلی و کاهش رفتارهای پرخطر نوجوانان، اثرات مثبتی به همراه داشته است. ثبت نام زود هنگام در برنامه، تاثیرات قوی تر آن را ثابت می کند. فراتر از خود کودکان، این کمک همچنین دسترسی به بازار کار را برای مراقبین بیکار به ویژه زنان تسهیل کرده است.

کادر ۲-۶- ارائه مزایا به ایتام و کودکان آسیب پذیر:
برنامه توانمندسازی معیشت در برابر فقر در فنا
Livelihood Empowerment Against Poverty (LEAP)

برنامه توانمندسازی معیشت در برابر فقر یک برنامه انتقالات نقدی مشروط است که تا حال حاضر در حدود نیمی از ناحیه های غنا اجرا شده و خانوارهای در فقر شدید دارای کودک یتیم و آسیب پذیر، سالمند بالای ۶۵ سال یا افراد معلول و ازکارافتاده را هدف قرار می دهد. کودکان یتیم و آسیب پذیر این گونه تعریف می شود: کودکان زیر ۱۸ سال که یک یا هر دو والدین خود را از دست داده اند، کودکان دچار بیماری مزمن یا کودکان خانوارهایی که سرپرست آن دچار بیماری مزمن است و یا کودکانی که موقعیت والدینشان نامعلوم است.

از ۲۴۶,۱۱۵ مزایاگیر، ۴۸/۲ درصد کودکان تا ۱۷ سال هستند. بسته به تعداد افراد واجد شرایط در خانوار، میزان ماهانه مزایا بین ۲۴ تا ۴۵ سدی می باشد که هر دو ماه پرداخت می گردد. یک بررسی اخیر یونیسف نشان داد که توسعه برنامه LEAP به ۵۰۰ هزار مزایاگیر، می تواند تاثیر حذف یارانه سوخت را بر گروه های بسیار فقیر جمعیت کاهش دهد، با این حال تمهیدات دیگری جهت اثرگذاری بر کاهش فقر و جلوگیری از بروز فقر مورد نیاز است.

خانوارهای مزایاگیر دارای فرزندان زیر ۱۵ سال در هنگام نامنویسی در برنامه LEAP، خود نیز برخی مسئولیت ها را به طور مشترک با برنامه متقبل می شوند: مسئولیت هایی نظیر حضور در مدرسه (حداکثر ۲۰ درصد غیبت) و واکسیناسیون و معاینات کامل پزشکی برای کودکان زیر ۵ سال. خانوارهای جوامعی که زیر پوشش امکانات آموزشی و بهداشتی نیستند یا ظرفیت این قبیل امکانات ناکافی است از این شروط معاف می باشند. نظارت بر اجرای صحیح برنامه هر سه ماه اتفاق می افتد و خانوارهای متخلف باید اخطار دریافت کنند، بازرسی می شوند و در صورت تداوم تخلف مشمول جریمه می گردند. اما با توجه به سهل بودن این شروط، در حال حاضر هیچ مکانیزم مناسب نظارتی، اجرا نمی شود.

به منظور تضمین دسترسی خانواده ها به مراقبت سلامت، مزایاگیران این برنامه به طور خودکار در طرح ملی بیمه سلامت نامنویسی می شوند. در نتیجه مزایاگیران به احتمال بیشتری نسبت به دیگر افرادی که مزایاگیر این برنامه نیستند، تحت پوشش طرح ملی بیمه سلامت می باشند. با این حال این افراد بابت فرزند، داشتن زن باردار و افراد سالمند و همچنین به واسطه فقر شدید، از معافیت حق بیمه نیز برخوردار هستند.

پیشرفت های اخیر همچنین نشان داده اند که برنامه های انتقالات نقدی به تنهایی نمی توانند امنیت درآمدی را برای کودکان و خانواده ها تامین نمایند. توجه بیشتری باید به تنظیم و طراحی و کاربرد رویکردهای یکپارچه مبذول گردد که هماهنگی موثر بین حوزه های سیاستی مختلف معطوف به نیازهای کودکان اعم از آموزش، سلامت و مراقبت و حمایت از کودک را تضمین می کنند. به علاوه ارتباط با سیاست های حوزه کار و اشتغال نیز از اهمیت حیاتی برخوردار است. یک دغدغه سیاستی ویژه، برقراری ترکیب بهینه تامین کمک هزینه های نقدی از یک سو و دسترسی و فراهم سازی خدمات مراقبت کودک با کیفیت و آموزش در دوران کودک در سوی دیگر می باشد؛ مورد دوم نقش بسیار مهمی در حمایت از کودکان در برابر فقر ایفا می کند چرا که به والدین امکان می دهد تا با خیال راحت نسبت به برخورداری فرزندانشان از مراقبت های مناسب، کار کنند. چنین تمهیداتی می تواند تاثیر معناداری بر امنیت درآمد

خانواده های دارای فرزند به ویژه خانواده های تک سرپرست داشته باشد (OECD, 2011a; UNICEF and ILO, 2013; ILO and UNDP, 2009; UNESCO, 2014).

در بسیاری از کشورهای اروپایی و دیگر کشورهای عضو سازمان OECD، می توان مدرکی قوی دال بر تاثیر سیاست های حمایت اجتماعی با ترکیب سایر سیاست های اجتماعی بر امنیت درآمد کودکان یافت. سازمان همکاریهای اقتصادی و توسعه، با استفاده از مجموعه ای از شاخص ها، یک نظام نظارتی پیچیده توسعه داده و مطالعات تحقیقی خود را بر تحلیل و بررسی در دسترس بودن مزایا برای کودکان و خانواده ها و سایر سیاست های خانواده محور و خروجی های آنها متمرکز ساخته است (OECD, 2009c; OECD, 2011a; OECD, 2014b). چنین نظام نظارتی می تواند نظارت های ملی بر روند اجرای توصیه نامه شماره ۲۰۲ سازمان بین المللی کار را تسهیل نماید. تقویت این قبیل ظرفیت های نظارتی ملی باید در اولویت بسیاری از کشورهای کم و متوسط درآمد باشد.

۲-۵- چگونه تمهیدات تعدیل و تثبیت مالی، امنیت درآمد کودکان و خانواده ها را تهدید می کند

در حالی که بسیاری از کشورها طی سال های اخیر گام های محکمی در زمینه ی توسعه پوشش برنامه های حمایت از کودکان و خانواده ها و افزایش سطح مزایای آنها برداشته اند لیکن سایرین در این حوزه به عنوان بخشی از تمهیدات تثبیت مالی اجرا شده در برابر بحران جهانی، این مزایا را کاهش داده اند (کادر ۲-۷). برخی کشورها (نظیر دانمارک و ایرلند) سطح مزایای اولاد را برای تمام کودکان یا کودکان خانواده های بزرگ کاهش داده اند. کشورهای دیگری (مانند دانمارک و لتونی)، یک سقف موثر بر کل مزایای اولاد معرفی کرده اند و یا حداکثر سن بهره مندی از مزایا را کاهش داده اند (مانند ایرلند و لتونی). برخی کشورها خانواده های دولتمند را از طریق معرفی یک آزمون دارایی از شمول دریافت خارج ساخته اند (مانند قبرس) و یا بر درآمدهای بالاتر از یک سطح معین، مالیات وضع نموده اند که معافیت مالیاتی مزایای اولاد را برای موارد بالاتر از آن سطح از بین می برد (بریتانیا) و لذا دامنه فراگیری و همگانی چنین مزایایی را محدود می کند.

این تحولات احتمالاً امنیت درآمد خانواده های دارای فرزند را به ویژه خانواده های بزرگ که بیشتر در معرض مخاطره فقر قرار دارند، تهدید می کند؛ مگر آن که تمهیدات جبرانی اتخاذ گردند. چنین تمهیداتی ممکن است در برخی از کشورها پیشرفت های بدست آمده در زمینه ی کاهش فقر کودکان طی سالیان اخیر را به مخاطره بیندازد.

در واقع، فقر کودک در ۱۹ کشور از ۲۸ کشور عضو اتحادیه اروپایی بین سال های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۲ افزایش یافته است؛ در سال ۲۰۱۲ بیش از یک چهارم کودکان در بلغارستان، یونان، ایتالیا، رومانی و اسپانیا با مخاطره فقر زندگی می کردند. این رشد فقر در بین کودکان، نگرانی هایی را پیرامون آثار منفی بلندمدت درخصوص دورنمای اشتغال آینده

کودکان امروز و پیرامون بهره وری رقابت پذیری آتی اقتصادهای اتحادیه اروپایی به وجود آورده است (European Commission, 2014a).

فشار فزاینده بر بودجه های عمومی در بسیاری از اقتصادهای نوظهور ممکن است پیشرفت بیشتر در زمینه امنیت درآمد کودکان و خانواده ها را آهسته و حتی پیشرفت های بدست آمده را معکوس نماید. بنابراین ضروری است تا از طریق طیف وسیع و یکپارچه ای از سیاست های حمایت اجتماعی برای کودکان، تضمین گردد که تمهیدات تثبیت مالی، موفقیت های بدست آمده تاکنون را در بسیاری از کشورها به مخاطره نیندازد.

کادر ۲-۲- اثرات اجرای تمهیدات تعدیل و تثبیت مالی بر مزایای اولاد و عائله مندی

کشورهای مختلفی به ویژه در دنیای توسعه یافته طی سال های اخیر، تعداد اندکی در مراحل ابتدایی بروز بحران (ایرلند و استونی) و بیشتر آنها از سال ۲۰۱۰، تمهیدات و برنامه های انقباضی اتخاذ نموده اند که بر مزایای اولاد و عائله مندی اثرگذار بوده اند. نمونه هایی از این تمهیدات در ذیل آمده است:

- در دانمارک مزایای اولاد به طور پیاپی در سال های ۲۰۱۲، ۲۰۱۳ و ۲۰۱۴، هر سال ۵ درصد کاهش یافت و یک سقف به میزان ۳۵,۰۰۰ کرونر در سال برای کل مزایای اولاد تعیین شد.
- در بودجه سال ۲۰۱۳ ایرلند، سطح پرداخت مزایای اولاد در کنار سایر تمهیدات اتخاذی، برای سومین سال پیاپی از سال ۲۰۱۰، کاهش یافت. به طور کلی از سال ۲۰۱۰، یک خانواده با دو فرزند ۸۶۴ یورو کمک سالانه را از دست داد. کمک هزینه های بازگشت به مدرسه نیز در بودجه سال های ۲۰۱۲ و ۲۰۱۳ کاهش یافت.
- در لتونی، مزایای عائله مندی به یک مبلغ ثابت برای هر فرزند کاهش یافت و جایگزین نرخ های بالاتر مزایا برای کودکان بعدی خانوار شد؛ بدین وسیله کل مبلغ مزایای اولاد برای خانواده های بزرگ به طور موثری کاهش یافت. به علاوه حداکثر سن احراز مزایا برای کودکان محصل از ۲۰ سال به ۱۹ سال تقلیل پیدا کرد.
- در مغولستان، برنامه پول کودک در پایان سال ۲۰۰۹، به پایان رسید. با این وجود در سال ۲۰۱۲ به عنوان یک برنامه فراگیر دوباره معرفی گردید.
- بودجه سال ۲۰۱۲ بریتانیا یک هزینه مالیات بر درآمد تصاعدی بر مزایای اولاد به منظور خنثی کردن ارزش مزایا برای افرادی که بیش از ۶۰ هزار پوند درآمد دارند، معرفی نمود. افراد با درآمد بین ۵۰ هزار پوند و ۶۰ هزار پوند بخشی از مبلغ مزایا را مالیات می دهند. انتظار می رود تغییر در مقررات مربوط به مزایای اولاد موارد احراز مزایا را به حدود ۱/۲ میلیون خانواده کاهش دهد.

نکات مهم:

- برنامه های حمایت اجتماعی از طریق تثبیت درآمد هنگام بروز رویدادهایی نظیر بیکاری، حوادث شغلی، ازکارافتادگی، بیماری و بارداری و تضمین این که حداقل یک سطح پایه امنیت درآمدی وجود دارد، زنان و مردان در سن اشتغال را مورد پشتیبانی و حمایت قرار می دهند.
- هر چند بازار کار نخستین منبع تامین درآمد طی سنین اشتغال افراد به شمار می رود، لیکن تامین اجتماعی نیز در هموار سازی درآمد و تقاضای کل و از آن طریق تسهیل تغییرات ساختاری درون اقتصادها، نقش عمده ای ایفا می نماید.
- در جهان، ۲/۳ درصد تولید ناخالص داخلی به مصارف مربوط به حمایت اجتماعی عمومی که تضمین کننده امنیت درآمدی در سنین اشتغال است، اختصاص می یابد این میزان بسته به منطقه از ۰/۵ در آفریقا تا ۵/۹ در اروپای غربی متفاوت است.
- حمایت اجتماعی بهتر شامل حمایت در برابر تبعات و مشکلات مالی ناشی از بروز اتفاقات در طول زندگی و دسترسی مناسب به مراقبت های سلامت به شاغلین کمک خواهد کرد تا شغلی شایسته، پرمفعت و پایدار بیابند.
- وجود انسجام سیاستی بین سیاست های حمایت اجتماعی از یک سو و سیاست های اشتغال، بازار کار و دستمزد از سوی دیگر به منظور تضمین این که نظام های تامین اجتماعی کارآمد، موثر و پایدار هستند، ضروری می باشد.

۳-۱- مقدمه: در جستجوی تامین درآمد

حمایت اجتماعی برای زنان و مردان در سنین اشتغال ابعاد گوناگونی دارد. این فصل به طور خاص بر امنیت درآمدی که عنصر اساسی رفاه افراد و خانواده های آنها می باشد، متمرکز است. اکثریت افراد در دوره سنی کار و فعالیت، به لحاظ اقتصادی فعال می باشند و به طور کلی از طریق فعالیت های درآمدزا خواه در بخش اشتغال رسمی و خواه غیررسمی و چه چنین فعالیتی در زمره مشاغل شایسته قرار گیرد و چه قرار نگیرد، برای امرار معاش، کسب درآمد می کنند. نیازهای تامین اجتماعی افراد در سن اشتغال به طور کلی در قالب سه دسته گسترده قرار می گیرند: نخست نیاز به جایگزینی درآمد از دست رفته به طور موقت یا دائمی در نتیجه ی بیکاری، حوادث شغلی، ازکارافتادگی و بیماری یا بارداری، دوم نیاز به حمایت درآمدی یا سایر ترتیبات حمایت اجتماعی هنگامی که درآمدها برای اجتناب از بروز فقر و یا محرومیت اجتماعی کفایت نمی کند و سوم نیاز به پشتیبانی به منظور بازبازی ظرفیت کسب درآمد پس از بروز رویدادهای فوق الذکر و تسهیل مشارکت در اشتغال.

به موجب توصیه نامه کف حمایت های اجتماعی شماره ۲۰۲ سال ۲۰۱۲، هدف تعیین کف حمایت های اجتماعی ملی، تضمین حداقل درآمد پایه تعریف شده در سطح ملی برای افرادی است که در سن اشتغال و فعالیت هستند لیکن فاقد توانایی کسب درآمد مکفی به ویژه هنگام بیماری، بیکاری، بارداری و ازکارافتادگی می باشند. سایر استانداردهای تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار، رهنمون های مفصل تری را برای حوزه های سیاستی خاص فراهم می کنند. بخش های بعدی این فصل به چهار حوزه سیاستی مرتبط با افراد در سن اشتغال می پردازد. این حوزه ها عبارتند از: حمایت در برابر بیکاری (بخش ۳-۲)، حمایت در برابر حوادث شغلی (بخش ۳-۳)، مزایای ازکارافتادگی (بخش ۳-۴) و حمایت ایام بارداری (بخش ۳-۵). دسترسی به مزایای درمانی و ایام بیماری نیز از جمله مسائل حائز اهمیت در زمینه امنیت درآمدی در سنین اشتغال هستند که در فصل ۵ مورد بحث و بررسی قرار می گیرند.

اکثر افراد در طول عمر کاری خود در جستجوی امنیت درآمدی در وهله نخست از طریق مشارکت در بازار کار هستند. امنیت درآمدی قویاً به سطح، توزیع و ثبات درآمد و عواید حاصل از کار و اشتغال وابسته است و لذا به طور معناداری متاثر از گزینه های سیاستی و اتخاذ و اجرای قوانین در تعدادی از حوزه ها می باشد. حوزه های سیاستی به طور خاص مرتبط با امنیت درآمدی عبارتند از اشتغال، حمایت شغلی، دستمزدها (شامل حداقل دستمزد)، چانه زنی جمعی و سیاست های بازار کار فعال به علاوه سیاست های حمایت از کارگران دارای خانواده و مسئولیت های مراقبتی به منظور ارتقاء برابری جنسیتی در اشتغال. روندهای اخیر بازار کار و اشتغال به منظور تضمین امنیت درآمدی برای افراد در سن اشتغال بر نظام های تامین اجتماعی فشار مضاعف وارد نموده اند. این روندها به طور خاص شامل مخاطرات بیکاری، کم کاری و غیررسمی بودن (e.g. ILO, 2014a; ILO, 2014b)، افزایش شکل های پرخطر مشاغل و کاهش

دستمزدهای واقعی (ILO, 2013b; ILO, 2014c) ، دستمزدهای ناکافی و بالا بودن نسبت کارگران فقیر می گردند (ILO, 2014a).

در سایه ی این مشاهدات، بدیهی است که امنیت درآمدی نمی تواند به تنهایی از طریق تامین اجتماعی، تامین گردد. لازم است تا سیاست های حمایت اجتماعی با سیاست های دارای طراحی مناسب در زمینه سیاست های اشتغال، بازار کار و دستمزد، جهت هدف قرار دادن این چالش ها، هماهنگ گردند با این دید که فشارهای فزاینده بر نظام های تامین اجتماعی ملی کاهش یافته و این نظام ها امکان یابند تا اثربخش تر و کارآمدتر فعالیت نمایند.

اکثر برنامه های تامین اجتماعی مشارکتی (بیمه ای) اشتغال محور، افرادی را که در گذشته از نظر اقتصادی فعال بوده اند (و وابستگان آنها) و به طور موقت یا دائم به دلایل ذیل درآمد خود را از دست داده اند، پوشش می دهند: از دست دادن شغل کنونی (مزایای بیکاری)، بیماری، از کارافتادگی بلندمدت یا فوت در اثر حوادث یا بیماری های شغلی (مزایای حوادث ناشی از کار)، وقایعی غیرمرتبط با کار (مزایای ایام بیماری، از کارافتادگی و بازماندگان)، بارداری، تولد فرزند و مسئولیت های خانوادگی (مزایای ایام بارداری، سرپرستی فرزند، مزایای عائله مندی و اولاد).

با این وجود، این نوع برنامه ها اغلب رویدادها و نیازهای افرادی را که از نظر اقتصادی فعال بوده لیکن در اشتغال رسمی شاغل نیستند و درآمدشان آنقدر پایین است که نمی توانند مانع افتادن خود و خانواده خود در ورطه فقر شوند یا اصلاً درآمدی ندارند زیرا مدت زیادی بیکار یا کم کار بوده اند که شرایط دریافت مزایا را ندارند، پوشش نمی دهند.

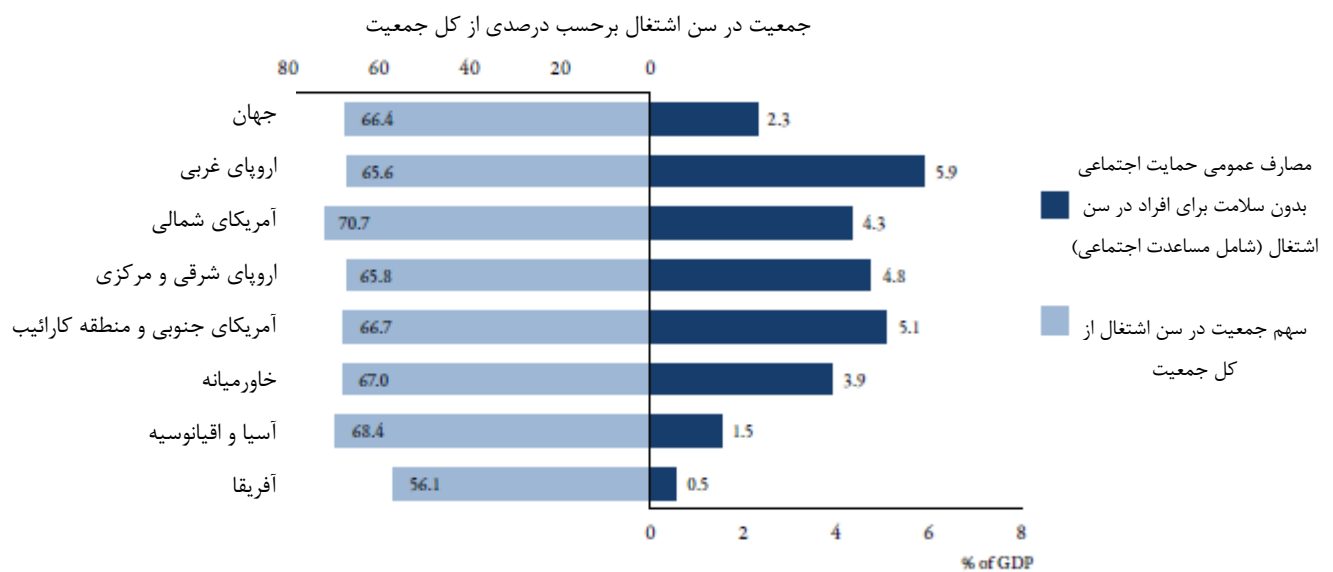
افراد در این سه گروه ممکن است تحت پوشش برنامه های غیرمشارکتی (غیربیمه ای) نظیر مساعدت اجتماعی یا طرح های همگانی قرار گیرند که مزایای نقدی یا غیرنقدی ارائه می دهند. در کشورهایی که اکثریت قابل توجهی از نیروی کار زیر پوشش طرح های تامین اجتماعی مشارکتی هستند، برنامه های غیرمشارکتی غالباً برای افرادی که تحت پوشش بیمه اجتماعی نیستند عمدتاً بیکاران بلندمدت و فقیران کارگر، هدفمند شده اند. در اقتصادهایی که غیررسمی بودن و فقر در مقیاس بالا شایع است، طی دهه های زیادی برنامه های مساعدت اجتماعی اگر هم وجود داشتند، نوعاً کوچک و پاره پاره بودند. اما بسیاری از این قبیل کشورها، طی دو دهه ی گذشته شاهد توسعه برنامه های غیرمشارکتی در مقیاس بزرگ بوده اند که عمدتاً برای خانوارهای فقیر هدفگذاری شده اند. این برنامه ها گاهی شرایط احراز مزایا را به مشارکت مزایابگیران در برنامه های خدمات عمومی نظیر برنامه های مراقبت سلامت یا آموزشی (معمولاً با عنوان انتقالات نقدی مشروط) و یا مشارکت در برنامه های اشتغال عمومی (اغلب با عنوان برنامه های کمک نقدی در برابر کار)، برنامه های آموزش شغلی یا حمایت از کارآفرینی، مرتبط می سازند.

در حالی که این فصل عمدتاً بر مزایای نقدی متمرکز است لیکن لازم به ذکر است که مزایای غیرنقدی به ویژه مراقبت سلامت و سایر خدمات اجتماعی نیز نقش مهمی در تضمین امنیت درآمدی افراد در سن اشتغال ایفا می کنند. نقش ارائه مراقبت سلامت (برای کسب توضیحات بیشتر به فصل ۵ رجوع شود). به طور خاص در این زمینه مهم تر است:

افرادی که به خدمات سلامت عمومی دسترسی موثر دارند یا از طریق بیمه اجتماعی سلامت مناسب به لحاظ مالی مورد حمایت هستند، نسبت به کسانی که در معرض مخاطره هزینه های بالای پرداخت از جیب برای مراقبت های سلامت در هنگام نیاز قرار دارند، امنیت درآمدی بیشتری خواهند داشت. ارائه سایر خدمات اجتماعی و مزایای غیرنقدی مربوطه نظیر خدمات آموزشی و مراقبتی که دارای ارزش پولی هستند، نیز می توانند به طور قابل توجهی نیازهای درآمدی افراد را کاهش دهند. ارائه خدماتی نظیر خدمات اشتغال، برنامه های توسعه مهارت، امکانات مراقبت از کودک و خدمات مراقبت بلندمدت نیز می توانند بر قابلیت افراد به ویژه زنان در ورود به اشتغال دستمزدی تاثیر داشته باشند (Martínez Franzoni and Sánchez-Ancochea, 2014).

در سراسر جهان، حدود یک سوم کل مصارف عمومی حمایت اجتماعی بدون سلامت تقریباً ۲/۳ درصد تولید ناخالص داخلی، صرف مزایای مربوط به افراد در سن اشتغال می گردد. (شکل ۳-۱ و ۳-۲) این مزایا شامل مزایای بیکاری، بارداری، حوادث شغلی، ازکارافتادگی و مساعدت اجتماعی عمومی می گردند. در این شکل کلی، تفاوت های منطقه ای قابل توجه هستند و از کمتر از ۰/۵ درصد در آفریقا و ۱/۵ درصد در آسیا و اقیانوسیه تا ۵/۹ درصد در کشورهای اروپای غربی متغیر می باشد. در حالی که در اروپای غربی مصارف عمومی حمایت اجتماعی بدون سلامت برای افراد در سن اشتغال نزدیک به یک سوم کل مصارف است، در آمریکای جنوبی و خاورمیانه این میزان تقریباً نصف و در آفریقا یک چهارم کل مصارف می باشد. پایین بودن مصارف در آفریقا تاحدودی ناشی از سهم کمتر جمعیت در سن اشتغال از کل جمعیت و سهم نسبتاً بالای مصارف مستمری ها از کل مصارف عمومی حمایت اجتماعی بدون سلامت می باشد.

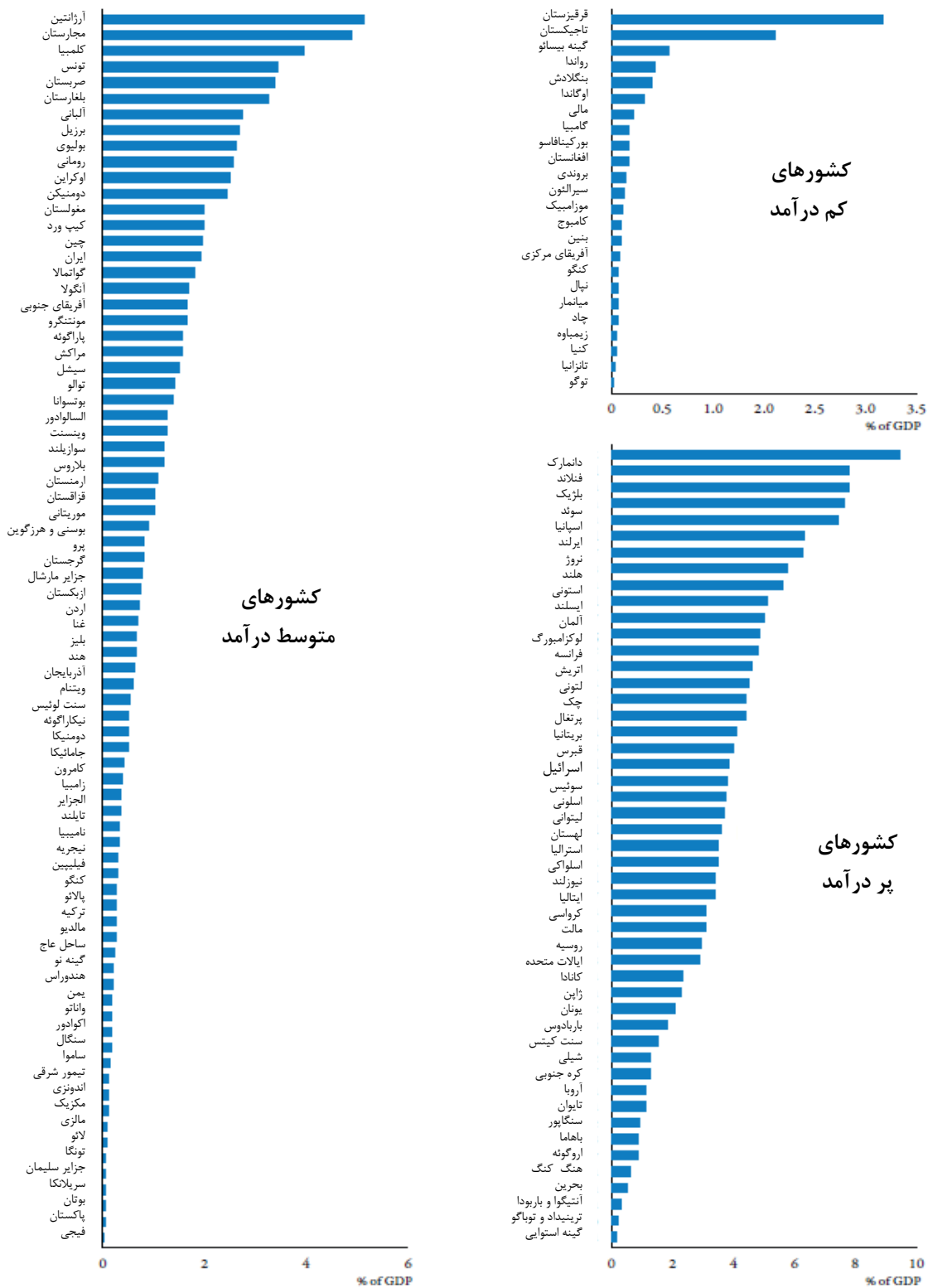
شکل ۳-۱- مصارف عمومی حمایت اجتماعی بدون لحاظ حوزه سلامت برای افراد در سن اشتغال و سهم افراد در سن اشتغال (۱۵-۶۴ سال) از کل جمعیت - ۲۰۱۱/۲۰۱۰



Source: ILO Social Security Inquiry database, see Annex IV, table B.13.

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ResourceDownload.action?resource.ressourceId=42397>.

شکل ۳-۲- مصارف عمومی حمایت اجتماعی بدون حوزه سلامت برای افراد در سن اشتغال بر حسب درآمد ملی
درصدی از تولید ناخالص داخلی - ۲۰۱۱/۲۰۱۰



Source: See Annex IV, table B.13.

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=44418>.

ادامه این فصل به چهار بخش تقسیم شده است و به ترتیب حوزه های تامین اجتماعی را که بیشتر به افراد در سن اشتغال مرتبط می شوند، مورد بررسی قرار می دهد. این حوزه ها عبارتند از:

- مزایای بیکاری؛
- مزایای حوادث شغلی؛
- مزایای ازکارافتادگی؛
- حمایت های بارداری.

بسیاری از کشورها طرح های جدیدی را به مورد اجرا گزارده و یا در حال طراحی آنها می باشند که از نظر دامنه پوشش گسترده تر هستند و کمتر بر وقوع مخاطرات متمرکز می باشند. در موارد فراوانی نظام های تامین اجتماعی ملی، طرح های مشارکتی (بیمه ای) خود را با طرح های غیرمشارکتی (مساعدت) ترکیب می نمایند تا از این طریق حمایت اجتماعی برای افرادی که توانایی مشارکت در طرح های بیمه ای را ندارند، فراهم و میسر گردد. این طرح ها با هم به ایجاد و برقراری کف حمایت های اجتماعی و نظام های تامین اجتماعی ملی کمک شایانی می نمایند.

۳-۲- حمایت در برابر بیکاری

نکات مهم:

- در صورتی که وجود داشته باشد، طرح های مزایای بیکاری نقش مهمی در تامین امنیت درآمدی کارگران و خانواده های آنها در هنگام بروز بیکاری های موقت ایفا می کنند و بدین ترتیب به جلوگیری از بروز فقر کمک نموده، از تغییرات ساختاری اقتصادی پشتیبانی می کند و به صورت محافظی در برابر غیررسمی شدن عمل می کند و در هنگام بروز بحران، تقاضای کل را تثبیت و به اقتصاد برای بازیابی سریع کمک می نماید.
- تنها ۲۸ درصد نیروی کار در جهان به طور بالقوه واجد دریافت مزایای بیکاری (مشارکتی یا غیرمشارکتی) تحت قوانین موجود هستند. در این رقم کلی تفاوت های منطقه ای قابل ملاحظه است: در اروپا ۸۰ درصد نیروی کار، در آمریکای جنوبی ۳۸ درصد، در خاورمیانه ۲۱ درصد، در منطقه آسیا و اقیانوسیه ۱۷ درصد و در آفریقا ۸ درصد نیروی کار تحت پوشش چنین طرح هایی قرار دارند.
- تنها ۱۲ درصد کارگران بیکار در جهان، مزایای دوران بیکاری دریافت می کنند و در این زمینه نیز ارقام در مناطق مختلف متفاوت است. به طوری که پوشش موثر از ۶۴ درصد کارگران بیکار در اروپای غربی تا کمی بالاتر از ۷ درصد در منطقه آسیا و اقیانوسیه، ۵ درصد در آمریکای جنوبی و منطقه کارائیب و کمتر از ۳ درصد در خاورمیانه و آفریقا متغیر است.
- تعداد روبه رشدی از کشورها، در حال توسعه دامنه پوشش حمایت های ارائه شده در قالب طرح های مزایای بیکاری و در عین حال استفاده از ترتیبات ارتقاء اشتغال نظیر خدمات توسعه مهارت و اشتغال و ترکیب آن با ارائه مزایای نقدی بیکاری به عنوان بخشی از بسته حمایتی می باشند.
- پیوند دادن سیاست های اشتغال و سیاست های حمایت اجتماعی از طریق ترکیبی از انتقالات نقدی و برنامه های اشتغال عمومی (طرح های تضمین اشتغال) و آموزش شغلی و حمایت از کارآفرینی، فرصت های جدیدی را برای تامین امنیت درآمدی کارگران بیکار و کم کار در کشورهای دارای سطوح بالای غیررسمی بودن، فراهم می نماید.

۳-۲-۱- حمایت از درآمد، تخفیف تکانه های تقاضا و تسهیل تغییرات ساختاری در اقتصاد

طرح های حمایت در برابر بیکاری، در دوره هایی معین برای افراد بیکاری که قابلیت کار کردن را دارا می باشند، حمایت درآمدی ارائه می دهند. هدف این طرح ها تامین یک حداقل جایگزینی درآمدهای از دست رفته ناشی از بیکاری های موقت و فراهم نمودن امکان حفظ حداقل استانداردهای زندگی برای دریافت کننده مزایا در دوره انتقال تا بدست آوردن یک شغل پایدار و همچنین پشتیبانی از افراد در یافتن شغل از طریق مجموعه ای از تمهیدات و خدمات توسعه ای می باشد (ILO, 2010a, pp. 57-58). در اکثر این قبیل طرح ها مزایای نقدی تنها در صورت بیکاری غیرارادی و برای مدت محدودی پرداخت می شوند (کادر ۳-۱)؛ در بسیاری از طرح ها ترکیبی از مزایای نقدی و خدماتی نظیر پشتیبانی، مشاوره و توصیه برای یافتن کار و امکاناتی برای ارتقاء مهارت و آموزش حرفه ای ارائه می گردد.

در زمان های عادی، هدف این طرح ها برآورده ساختن نیازهای افرادی است که از دست دادن شغل آن ها ناشی از جابه جایی ها و تحولات بازار کار می باشد و لذا نقش مهمی در پشتیبانی از تحرک شغلی و تسهیل تغییر ساختاری در اقتصاد ایفا می نمایند. طرح های حمایت در برابر بیکاری، علاوه بر تضمین امنیت درآمدی برای کارگران بیکار شده، می توانند از آن ها در برابر سوق یافتن به سمت بازار کار غیررسمی حمایت و در یافتن شغل جدید متناسب با مهارت های کسب شده جدید در مسیری بهره ور کمک نماید.

بازتاب های بحران جهانی سال ۲۰۰۸ و ۲۰۰۹ در حوزه اشتغال، نقش حائز اهمیت و گسترده طرح های مزایای بیکاری را در کمک به افراد و اقتصادهای گوناگون جهت تعدیل تکانه های وارده و اعمال تغییرات ساختاری در اقتصاد، آشکار نمود. در واقع در پی افزایش های شدید در نرخ بیکاری در بسیاری از بخش های جهان به تاسی از بروز بحران جهانی (ILO, 2013c)، طرح های حمایت در برابر بیکاری از طریق تثبیت تقاضای کل و تسریع احیاء پس از بحران، بیش از پیش اهمیت خود را در تامین امنیت درآمدی برای افراد و خانواده های آنها به اثبات رساندند.

بیکاری موقت خواه در نتیجه ی تکانه های هم پراکنشی^۹ نظیر بحران جهانی باشد، یا به واسطه تغییر ساختاری ثابت صورت گرفته توسط اقتصادها یا بازارهای کار باشد، مزایای بیکاری ابزار مناسب و کارآمدی در تضمین امنیت درآمدی افراد، هموار سازی تغییرات اقتصادی و تثبیت مصرف کل می باشد.

اکثر برنامه های مزایای بیکاری جهت پوشش کارگران در اشتغال بخش رسمی که کار خود را از دست می دهند و به طور موقت فاقد قابلیت کسب شغل جدید می باشند، طراحی می شوند. اغلب چنین طرح هایی افراد بیکار شده ای که در سال های اخیر در اشتغال رسمی نبوده اند، بیکاران بلندمدت و کم کاران و کارگران فقیر^{۱۰} را مورد حمایت قرار نمی دهند.

در کشورهایی که دارای سطوح بالای غیررسمی بودن هستند، برنامه های مساعدت اجتماعی غیرمشارکتی بیشتری به همراه سیاست های اشتغال و حمایت اجتماعی توسعه یافته اند تا برخی امنیت درآمدی برای کارگران بیکار و کم کار فراهم نمایند. این برنامه شامل طرح های تضمین اشتغال و سایر برنامه های عمومی اشتغال و همچنین برنامه هایی که دربرگیرنده ترکیبی از مزایای نقدی و طرح های ارتقاء مهارت و فرصت های ایجاد اشتغال و کارآفرینی هستند، می شوند.

^۹ Covariant shocks

^{۱۰} Working poor

کادر ۳-۱- استانداردهای بین المللی در زمینه حمایت در برابر بیکاری

در پرتو تایید حق برخورداری از تامین اجتماعی، اسناد گوناگون بین المللی حقوق بشری، تضمین حمایت اجتماعی موثر در هنگام وقوع بیکاری را الزامی می دانند. در بیانیه جهانی حقوق بشر سال ۱۹۴۸، بیکاری یکی از رویدادها و مخاطراتی است که باید توسط نظام های تامین اجتماعی ملی پوشش داده شود. حق دسترسی و دریافت مزایا، به طور نقدی یا غیرنقدی و بدون هرگونه تبعیضی، جهت تضمین حمایت در برابر بیکاری در میان سایر موارد، بخش شکل دهنده ی حق برخورداری از تامین اجتماعی است که در معاهده بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سال ۱۹۶۶ (ماده ۹) آمده است.

مقاله نامه ها و توصیه نامه های سازمان بین المللی کار، از طریق تدوین و تنظیم استانداردهایی در زمینه ارائه مزایای نقدی یا خدمات طی دوره بیکاری در برگیرنده تعلیق کسب درآمد، رویکرد وسیعی نسبت به حمایت در برابر بیکاری دارند به طوری که این استانداردها راهنمای مناسبی برای برآورده ساختن این حق تامین اجتماعی به شمار می روند. هدف این استانداردها دو بعد دارد: تضمین این که افراد در مقابل از دست رفتن فرصت کسب درآمد در اثر بیکاری، از یک تضمین درآمدی برخوردار باشند و دوم پشتیبانی از مزایابگیران در یافتن آزادانه شغل مولد و مناسب.

مقاله نامه تامین اجتماعی ۱۹۵۲ (حداقل استانداردها) شماره ۱۰۲، ارائه مزایای نقدی را به بیکاران دارای قابلیت و آماده کار کردن که نمی توانند شغل مناسب بدست آورند، الزامی می داند. این مقاله نامه حداقل معیارهای کمی و کیفی را که باید احراز شوند، تعیین می کند: (۱) تضمین پوشش یک اندازه اساسی از جمعیت؛ (۲) تضمین این که سطح مزایای نقدی حداقل یک درصد معینی از درآمدهای قبلی مزایابگیران بوده و لذا برای کمک به جایگزینی درآمد آنها کافی باشد و یا به اندازه ای کافی باشند که به مزایابگیران امکان بهره مندی از استانداردهای شایسته زندگی و سلامت بدهد (پیوست ۳؛ ۳) تضمین این که مزایای نقدی برای یک دوره زمانی به اندازه کافی برای آنها ارائه گردد.

مقاله نامه ارتقاء اشتغال و حمایت در برابر بیکاری سال ۱۹۸۸ (شماره ۱۶۸)، سطح و دامنه حمایتی که می باید به بیکاران ارائه شود را افزایش می دهد. علاوه بر بیکاری کامل، این مقاله نامه بیکاری های جزئی (یعنی کاهش موقت در ساعات کاری) و تعلیق موقت از کار و همچنین کار پاره وقت برای افرادی که به دنبال کار تمام وقت هستند را نیز پوشش می دهد. این مقاله نامه همچنین ارائه مزایای اجتماعی به گروه های خاصی که هیچ گاه بیکار یا تحت پوشش طرح های حمایت در برابر بیکاری نبوده یا تلقی نمی شده اند (مانند ورودی های جدید به بازار کار، خویش فرمایان و ...)، را الزامی می داند. مقاله نامه ۱۶۸ همچنین دامنه حمایت از بیکاران را با فراخوان ارائه حمایت به صورت ترکیبی از مزایای نقدی و ترتیبات ارتقاء فرصت های شغلی و مساعدت اشتغال (نظیر خدمات اشتغال، آموزش و راهنمایی حرفه ای)، ضمن اولویت دادن به افراد محروم، توسعه می دهد. توصیه نامه همراه آن (توصیه نامه ۱۷۶) نیز دربرگیرنده ی دستورالعمل نحوه ارزیابی پایداری شغل برای جویندگان آن شغل با توجه به سن فرد بیکار، سابقه کار در شغل قبلی، تجربه کسب شده وی، مدت بیکاری و وضعیت بازار کار می باشد.

توصیه نامه کف حمایت های اجتماعی سال ۲۰۱۲ (شماره ۲۰۲)، کشورها را در تبیین و تضمین امنیت درآمدی پایه برای تمام افراد در سن اشتغال که نمی توانند به دلایلی نظیر بیکاری، درآمد مکفی بدست آورند، دست کم در سطح حداقل تعریف شده ملی، راهنمایی می کند. چنین تضمینی باید حداقل به تمامی ساکنین و از طریق ابزارهای گوناگونی مانند طرح های همگانی، بیمه اجتماعی، مساعدت اجتماعی، مالیات بر درآمد منفی و یا اشتغال عمومی و برنامه های حمایت از اشتغال، ارائه گردد. مشابه با آن چه در مقاله نامه ۱۶۸ قید گردیده، این توصیه نامه طراحی و اجرای تضمین های کف حمایت اجتماعی را همراه با به کار گیری تمهیدات پیشگیرانه و ارتقائی و فعال پیشنهاد می نماید. چنین برنامه هایی، فعالیت های اقتصادی مولد و اشتغال رسمی را از طریق سیاست های بازار کار و سیاست های آموزش، آموزش حرفه ای، افزایش مهارت های مولد و قابلیت شغلی، ارتقاء می دهند؛ به خوبی با سایر سیاست هایی که اشتغال رسمی، درآمدزایی، آموزش، سوادآموزی، آموزش حرفه ای، مهارت و شغل پذیری را توسعه می دهند، هماهنگ می باشند، ناپایداری و تزلزل را کاهش داده و امنیت کار، کارآفرینی و بنگاه های پایدار درون یک چارچوب کار شایسته را ارتقاء می دهند.

۳-۲-۲- انواع طرح های حمایت در برابر بیکاری

کشورهای گوناگون، از مکانیزم های مختلف مشارکتی یا غیرمشارکتی حمایت در برابر بیکاری یا ترکیبی از آن ها، استفاده می نمایند (شکل ۳-۳). در ذیل به طور خلاصه مهمترین انواع این مکانیزم ها معرفی می گردند.

طرح های مزایای بیکاری مشارکتی^{۱۱}: این طرح ها اغلب به صورت بیمه اجتماعی (بیمه بیکاری) بوده و از محل حق بیمه های پرداختی کارفرمایان و یا تسهیم حق بیمه بین کارفرما و شاغل تامین مالی می گردد. این طرح ها معمولاً کارگران شاغل در اشتغال رسمی را که از طرف آنها حق بیمه ها جمع آوری می گردد، پوشش می دهند.

طرح های بیمه بیکاری به لحاظ تسهیم مخاطره مبتنی بر همبستگی، ظرفیت ارائه مزایا در قالب پرداخت های دوره ای و پتانسیل عمل کردن در اقتصادهای ملی به مثابه تثبیت کننده خودکار، مزیت های قابل توجهی دارند.

طرح های مزایای بیکاری غیرمشارکتی^{۱۲}: این طرح ها غالباً موسوم به مساعدت های بیکاری معمولاً از محل مالیات های عمومی تامین مالی می شوند و مزایایی اندک نسبت به طرح های بیمه ای به کارگران بیکار که شرایط دریافت مزایای بیمه بیکاری را احراز نکرده (به دلیل کمبود سابقه لازم) و یا دوره دریافت مزایای بیمه بیکاری آنها به اتمام رسیده است، ارائه می دهند.

نظام های تامین اجتماعی ارائه دهنده ی هر دو مزایای بیکاری مشارکتی و غیرمشارکتی تا اندازه زیادی با چارچوب بنیادین استانداردهای سازمان بین المللی کار که تصریح می کنند مخاطره باید بر مبنای جمعی و پرداخت های سازمان یافته حق بیمه تسهیم و به اشتراک گذاشته شود، مرتبط می باشد. این مزایا همچنین تقریباً در تمام موارد، با تمهیدات تسهیل بازگشت به کار و یا ارتقاء مهارت و بدین وسیله تحقق توامان جایگزینی درآمد و ارتقاء شغلی مدنظر مقابله نامه شماره ۱۶۸ و توصیه نامه های شماره ۱۷۶ و ۲۰۲، همراه می باشند.

طرح های پس اندازهای بیکاری^{۱۳} (گاهی با طرح های حساب پس انداز بیمه بیکاری اشتباه می شود): این طرح ها کارگران را ملزم می سازد تا پس اندازهایی در حساب های انفرادی انباشت کنند که در هنگام بیکاری از محل این پس اندازها یک جریان درآمدی برای آنها فراهم گردد. طرح های این چنینی فاقد مشخصه مهم مشارکت در مخاطره هستند و در نتیجه در صورت اتمام پس اندازهای فرد، از حمایت درآمدی محروم می گردد و این امر ممکن است سریع اتفاق بیافتد.

¹¹ Contributory unemployment benefit schemes

¹² Non-contributory unemployment benefit schemes

¹³ Unemployment savings schemes (UISA)

به علاوه کارگرانی که قادرند در حساب های انفرادی خود بیشتر پس انداز کنند، احتمالاً کمتر در معرض مخاطره بیکاری قرار دارند در حالی که افرادی که بیشتر از سایرین در معرض مخاطره بیکاری هستند برای پس انداز در حساب های انفرادی جهت بهره مندی از درآمد قابل قبول و مکفی با مشکلات فراوانی روبرو می باشند. بنابراین نه می توان گفت که چنین طرح هایی به همان سطح طرح های بیمه اجتماعی، حمایت فردی فراهم می نمایند و نه دارای این قابلیت هستند که همانند بیمه اجتماعی به عنوان تثبیت کننده های خودکار تقاضای کل، عمل کنند. به علاوه در این قبیل طرح ها امکان استقراض از حساب های بازنشستگی وجود دارد که این امر باعث کاهش جدی منابع حساب انفرادی مختص مزایا یا دوران بازنشستگی می گردد.

طرح های تضمین اشتغال^{۱۴}: این طرح ها شرایط قانونی اشتغال در کارهای عمومی و انتقالات نقدی به کارگران فقیر را در محیط های روستایی فراهم می نمایند و یکی از گزینه های سیاستی را شکل می دهند که می توانند به منظور توسعه تامین اجتماعی برای کارگران فقیر و ارتقاء قابلیت های اشتغال، مورد استفاده قرار گیرند. بزرگترین و نزدیک ترین طرح هایی که در این زمینه مورد مطالعه قرار گرفته اند، طرح ملی تضمین اشتغال روستایی ماهتما گاندی در هند است (کادر ۳-۳). اتیوپی نیز برنامه ای را در مقیاس بزرگ به مورد اجرا گزارده است که هرچند درآمد تضمین شده قانونی را فراهم نمی نماید لیکن کارهای عمومی را همراه با مزایای نقدی و غذا ارائه می دهد (برنامه تور ایمنی مولد – PSNP).

پرداختی انفصال از کار^{۱۵}: در بسیاری از کشورها، این نوع پرداختی ها، تنها شکل حمایت درآمدی از کارگران منفصل شده از اشتغال رسمی می باشند. با این وجود این نوع غرامت باید به عنوان یک پرداختی معوق یا پس انداز سنوات خدمت کارگر دانسته شود تا شکلی از مشارکت در مخاطره اجتماعی. این طرح ها حمایت اندکی به بیکاران از منظر تشویق آنها به بازگشت به بازار کار و به کارفرمایان نیازمند تغییرات ساختاری در کسب و کار ارائه می دهند و لذا در بردارنده آثار منفی هستند. به همین دلیل مزایای بیکاری عموماً به شکل پرداخت های دوره ای بیشتر از این نوع پرداختی ها برای تغییرات ساختاری در اقتصاد، مناسب تلقی می گردند.

تمام این مکانیزم های مختلف حمایت در برابر بیکاری، یک استحقاق قانونی معین جهت برخورداری از مزایای بیکاری در دوره ای را فراهم می نمایند که در آن شرایط احراز، ماهیت و سطح مزایا، مدت برخورداری از مزایا و الزامات مربوط به جستجوی کار و پذیرش شغل مناسب تصریح شده اند.

¹⁴ Employment guarantee schemes

¹⁵ Severance pay

در حال حاضر، از ۲۰۱ کشور مورد بررسی در این کتاب، اکثر کشورها (یعنی ۱۱۲ کشور؛ ۵۶ درصد)، فاقد هر گونه طرح مزایای بیکاری در قوانین ملی خود هستند. با این وجود، ۳۱ کشور از آنها پرداختی انفصال از کار به کارگران مشمول قانون کار ارائه می دهند که سطح محدودی از حمایت را برای برخی از کارگران فراهم می نماید.

از ۸۹ کشور (۴۴ درصد) دارای مقررات قانونی برای مزایای بیکاری تامین اجتماعی، بیش از ۹۵ درصد (۸۵ کشور)، مزایای نقدی دوره ای به بیکاران حائز شرایط مورد نیاز ارائه می دهند. بیمه اجتماعی عمومی به مراتب مکانیزم متداولتر جهت جایگزینی درآمد می باشد. بیمه اجتماعی، بیمه اختیاری دارای یارانه یا بیمه خصوصی اجباری در یک سوم از این ۸۹ کشور، با مساعدت اجتماعی تکمیل می شوند که وقتی حقوق برخورداران از پرداخت های بیمه به پایان می رسد و یا اصلاً احراز نمی شوند، ارائه می گردند. کشورهای معدودی نظیر استرالیا، نیوزلند و سیشل تنها مزایای غیرمشارکتی دارند.

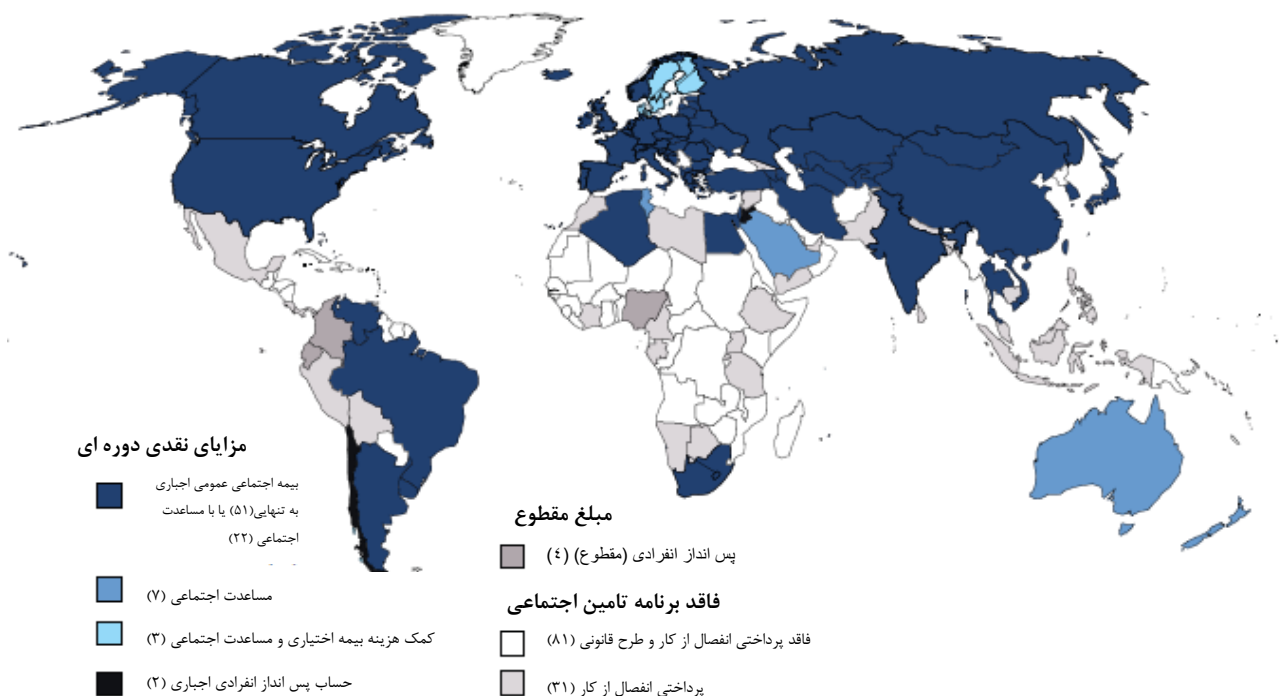
طرح های مزایای بیکاری مشارکتی یا غیرمشارکتی عمدتاً در اقتصادهای پیشرفته وجود دارند اما طرح هایی که برخی شکل های مزایای بیکاری را ارائه می دهند در کشورهای متوسط درآمد نیز معرفی شده اند (شکل ۳-۴).

شکل ۳-۳- نگاهی اجمالی بر طرح های حمایت در برابر بیکاری در قوانین ملی؛ برحسب نوع طرح و مزایا-

۲۰۱۲/۱۳

اطلاعات در دسترس درباره ۲۰۱ کشور (۱۰۰ درصد)				
طرح بیکاری در قوانین ملی ۸۹ کشور/۴۴ درصد		فاقد طرح مزایای بیکاری در قوانین ملی ۱۱۲ کشور/۵۶ درصد		
مزایای نقدی دوره ای ۸۵ کشور/۹۵ درصد		مبلغ مقطوع ۴ کشور/۵ درصد	پرداختی انفصال از کار (ماده در قانون کار)	فاقد طرح پرداختی انفصال از کار در قوانین
طرح اصلی	بیمه اجتماعی (عمومی اجباری) ۷۳ کشور (۸۶ درصد)	تنها مساعدت اجتماعی یا طرح تضمین اشتغال ۷ کشور (۸ درصد)	پس انداز انفرادی برای بیکاری (۲ کشور)	۳۱ کشور ۲۸ درصد
	بیمه اختیاری یارانه ای ۳ کشور (۴ درصد)	تنها حساب پس انداز انفرادی اجباری (دوره ای) ۱ کشور (۱ درصد)	صندوق احتیاط برداشت از حساب مستمری (۲ کشور)	۸۱ کشور ۷۲ درصد
طرح تکمیلی	برنامه مساعدت اجتماعی تکمیلی یا طرح تضمین اشتغال ۲۶ کشور (۱۳ درصد)			

شکل ۳-۴- توزیع طرح های حمایت در برابر بیکاری در جهان؛ برحسب نوع طرح - ۲۰۱۲/۱۳



۳-۲-۳- پوشش قانونی مزایای دوران بیکاری

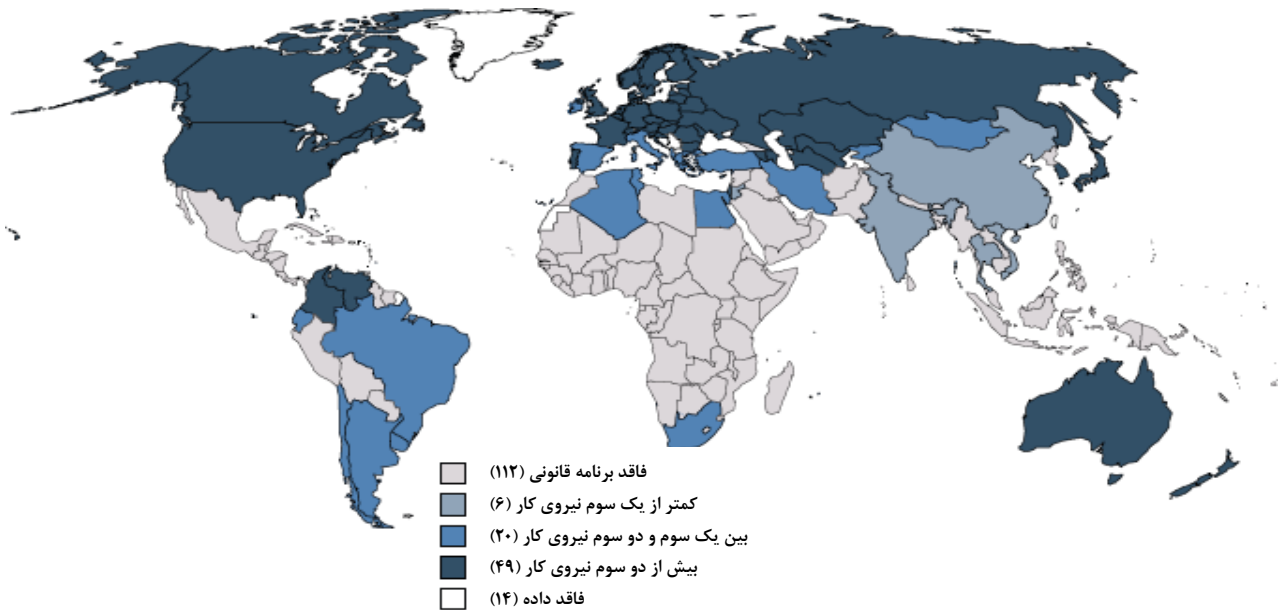
شکل ۳-۵ تصویری کلی از نسبت نیروی کار مورد حمایت طرح های حمایت در برابر بیکاری را بر اساس قوانین ملی نشان می دهد (نسبت پوشش قانونی)^{۱۶}.

در سطح جهان، تنها ۲۸/۱ درصد نیروی کار به طور بالقوه واجد دریافت مزایای بیکاری به موجب قوانین ملی موجود می شوند که حاکی از این واقعیت است که قوانین به طور مناسب اجرا و تنفیذ می گردند. این نسبت مبتنی بر مفهوم وسیعی بدست آمده که طرح های بیمه بیکاری اجباری، مساعدت بیکاری و تضمین های شغلی و همچنین تعداد اندک طرح های اختیاری را در بر می گیرد (شکل ۳-۳ و ۳-۴). نگاهی به نمودارهای ۳-۵ و ۳-۶ روشن می سازد که تفاوت های بین مناطق قابل توجه می باشد: در حالی که ۸۰ تا ۹۰ درصد نیروی کار در آمریکای شمالی و اروپا به موجب قانون توسط یک طرح مزایای بیکاری پوشش داده شده اند، تنها ۳۷/۶ درصد نیروی کار در آمریکای جنوبی، ۲۰/۶ درصد در خاورمیانه، ۱۶/۶ درصد در منطقه آسیا و اقیانوسیه و تنها ۸/۴ درصد نیروی کار در آفریقا از چنین حمایت هایی برخوردار هستند. هنگامی که سطح پوشش پایین است، معمولاً به این دلیل است که طرح مزایای بیکاری وجود ندارد. اگر هم چنین طرح هایی وجود داشته باشند، معمولاً فقط شاغلین در اقتصاد رسمی را تحت پوشش قرار می دهند. در برخی

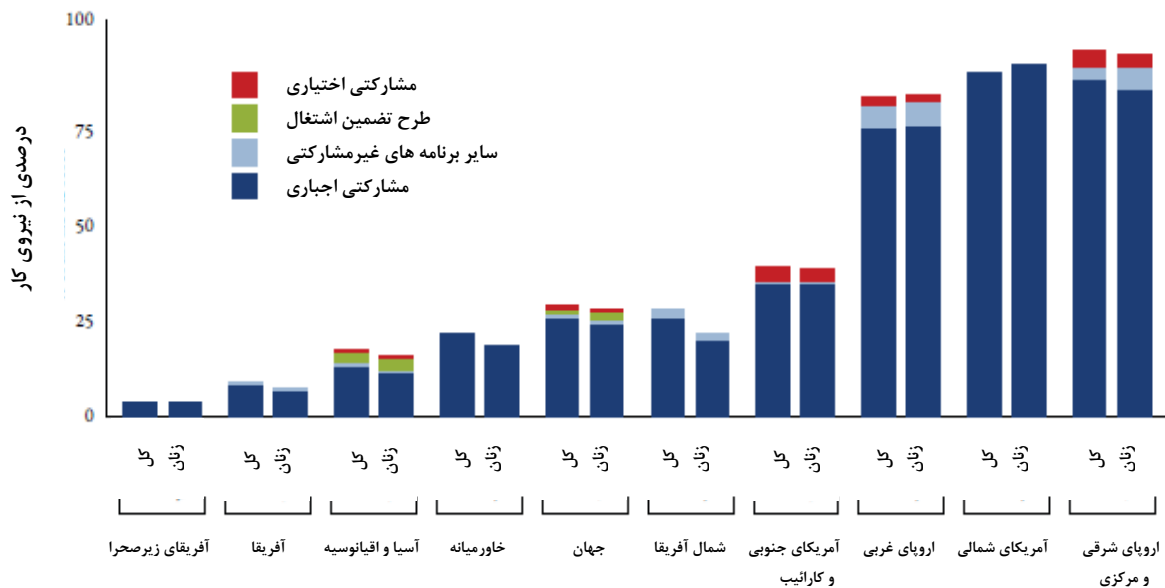
¹⁶ legal coverage ratio

مناطق به ویژه خاورمیانه تفاوت های جنسیتی در پوشش حمایت در برابر بیکاری مشاهده می گردد، در این منطقه تنها ۱۷/۷ درصد نیروی کار زن در مقایسه با ۲۰/۶ درصد کل نیروی کار، مورد حمایت قانون حمایت در برابر بیکاری هستند. این رقم در شمال آفریقا ۲۰/۹ درصد در قیاس با ۲۷ درصد کل نیروی کار می باشد.

شکل ۳-۵- توزیع طرح های حمایت در برابر بیکاری در جهان؛ برحسب اندازه پوشش قانونی نیروی کار-آخرین سال در دسترس



شکل ۳-۶- طرح های حمایت در برابر بیکاری: اندازه پوشش قانونی، برآوردهای منطقه ای - آخرین سال در دسترس (درصد از نیروی کار)

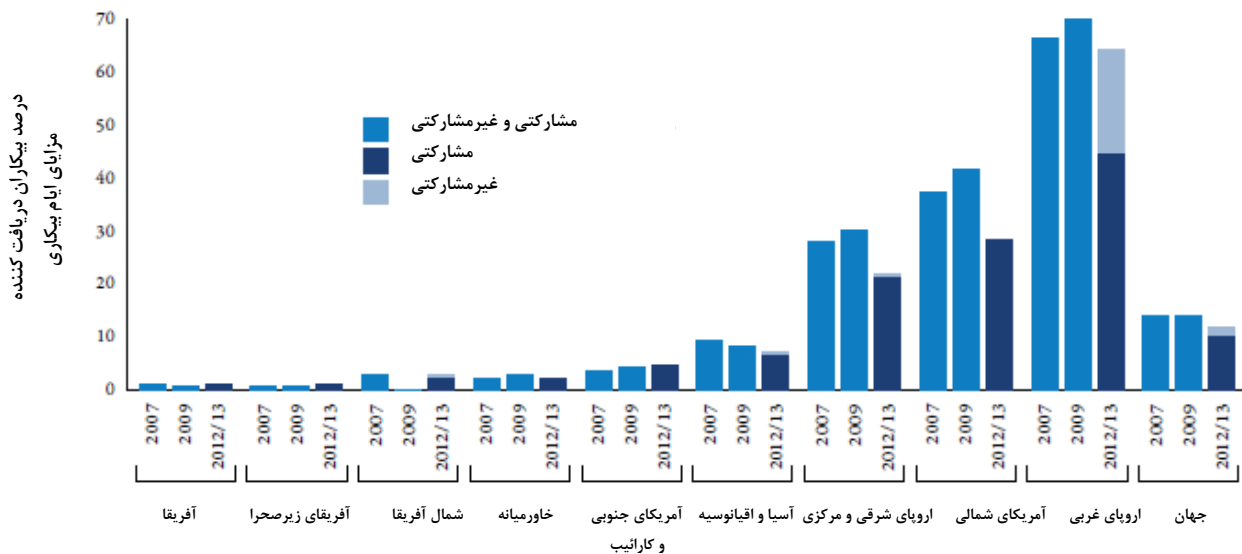


۳-۲-۴- پوشش موثر مزایای دوران بیکاری

مزایای دوران بیکاری، نقش مهمی در تضمین امنیت درآمدی برای کارگران بیکار شده و تسهیل روی آوردن آنها به مشاغل جدید به ویژه اگر به درستی با خدمات اشتغال و کاریابی ارتباط برقرار کنند، ایفا می کند. با این وجود نسبت جویندگان کار که مزایای بیکاری دریافت می کنند در مناطق مختلف با هم بسیار متفاوت است. اندازه و سطح پوشش موثر طرح های مزایای دوران بیکاری را می توان از تقسیم تعداد دریافت کننده بالفعل مزایای بیکاری به تعداد کارگران بیکار در یک زمان معین، اندازه گیری نمود.

آن چه مشاهده می گردد، که چندان هم عجیب نیست، این است که پوشش موثر مزایای دوران بیکاری پایین تر از پوشش قانونی است و میزان آن در مناطق و کشورهای گوناگون، متفاوت است (شکل ۳-۷ و ۳-۸). در حالی که ۶۳/۸ درصد بیکاران در اروپای غربی (در برخی کشورها بیش از ۹۰ درصد)، مزایای بیکاری شامل مزایای غیرمشارکتی دریافت می نمایند، تنها ۲۱/۶ درصد کارگران بیکار در شرق و مرکز اروپا و ۲۸ درصد بیکاران در آمریکای شمالی از چنین مزایایی برخوردار می باشند. تنها اقلیت اندکی از کارگران بیکار در بسیاری از کشورهای در حال توسعه می توانند انتظار دریافت نوعی از مزایای حمایت در برابر بیکاری را داشته باشند: ۷/۲ درصد کارگران بیکار در آسیا و اقیانوسیه، ۴/۶ درصد در آمریکای جنوبی و منطقه کارائیب و کمتر از ۳ درصد در خاورمیانه، شمال آفریقا و آفریقای زیر صحرا. در سطح جهان تنها ۱۱/۷ درصد بیکاران مزایای ایام بیکاری دریافت می دارند در حالی که ۸۸/۳ درصد مابقی فاقد هر گونه حمایت درآمدی می باشند.

شکل ۳-۷- پوشش موثر مزایای ایام بیکاری: بیکارانی که واقعاً مزایای نقدی دریافت می کنند؛ برآوردهای منطقه ای ۲۰۰۷، ۲۰۰۹ و ۲۰۱۲/۱۳ (درصد)



در حالی که نبود یک طرح حمایت در برابر بیکاری به طور حتم دلیل اصلی پایین بودن میزان پوشش در سطح جهان است، عوامل دیگر شامل طولانی بودن دوره بیمه پردازی لازم و کوتاه بودن حداکثر دوره های پرداخت مزایا از جمله علل دیگر آن به شمار می روند.

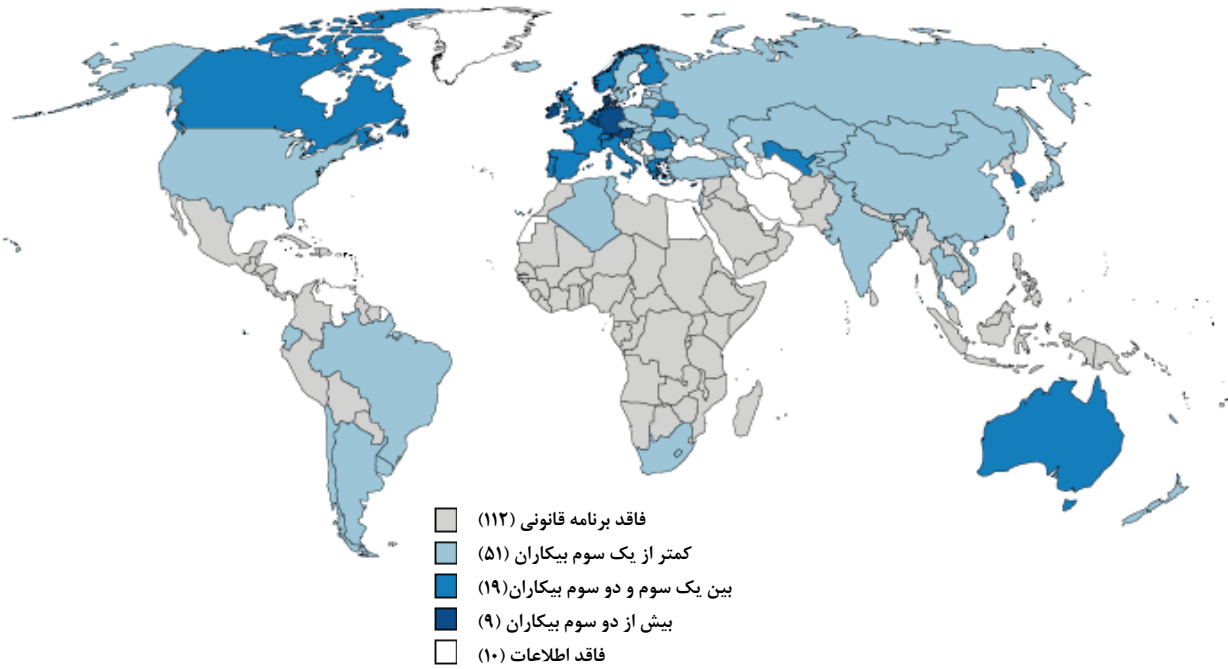
در اکثر مناطق - به استثنای آمریکای جنوبی- نرخ پوشش موثر از سال ۲۰۰۷ شاهد افت بوده است (شکل ۳-۷). این کاهش می تواند ناشی از تغییرات در ساختار جمعیت بیکاران (برای مثال افزایش جویندگان کار برای اولین بار و یا بیکاری های طولانی مدت) یا تغییرات در مقررات احراز مزایا در طرح های مزایای ایام بیکاری باشد. در اروپا و آمریکای شمالی، عوامل موجب رشد سریع در نرخ های پوشش بین سال های ۲۰۰۷ تا ۲۰۰۹، احتمالاً باید اصول و مقررات سخاوتمندانه ای در خصوص شرایط احراز دریافت مزایای دوران بیکاری و سهم بالاتری از مزایابگیران جدید اعمال کرده باشند. افت اساسی بعدی نسبت های پوشش موثر در این مناطق در سال ۲۰۱۲ را می توان به سهم بالاتر بیکاری های بلندمدت و بالاتر رفتن سهم بیکارانی که شرایط آنها برای دریافت مزایا به اتمام رسیده است، نسبت داد.

شکل های ۳-۷ تا ۳-۹ نشان می دهند که در بسیاری از کشورهای دارای طرح های مزایای دوران بیکاری در حال اجرا، تنها یک سهم نسبتاً اندک از بیکاران، واقعاً مزایای نقدی بیکاری دوره ای دریافت می نمایند. تنها در ۹ کشور از ۸۹ کشور دارای طرح های در حال اجرا، پوشش به بیش از دو سوم بیکاران می رسد. عوامل گوناگونی ممکن است موجب پایین آمدن نرخ پوشش موثر شوند. سهم بالایی از کارگران بیکار ممکن است به گروه هایی تعلق داشته باشند که خارج از پوشش قانونی قرار دارند، گروه هایی نظیر کارگران خانگی یا پاره وقت. سهم قابل توجهی از بیکاران بلندمدت که شرایط لازم دریافت مزایای آنها به اتمام رسیده نیز می تواند نسبت پوشش را کاهش دهد. گروه های دیگری هم ممکن است از پوشش موثر طرح خارج بمانند زیرا عمدتاً نمی توانند شرایط دریافت مزایا را نظیر سابقه لازم پرداخت حق بیمه و یا سوابق اشتغال قابل قبول برای یک طرح مشارکتی مزایای دوران بیکاری و یا در مورد مزایای مبتنی بر آزمون وسیع که سطح دارایی های آنها بالاتر از یک آستانه معین است، احراز نمایند.

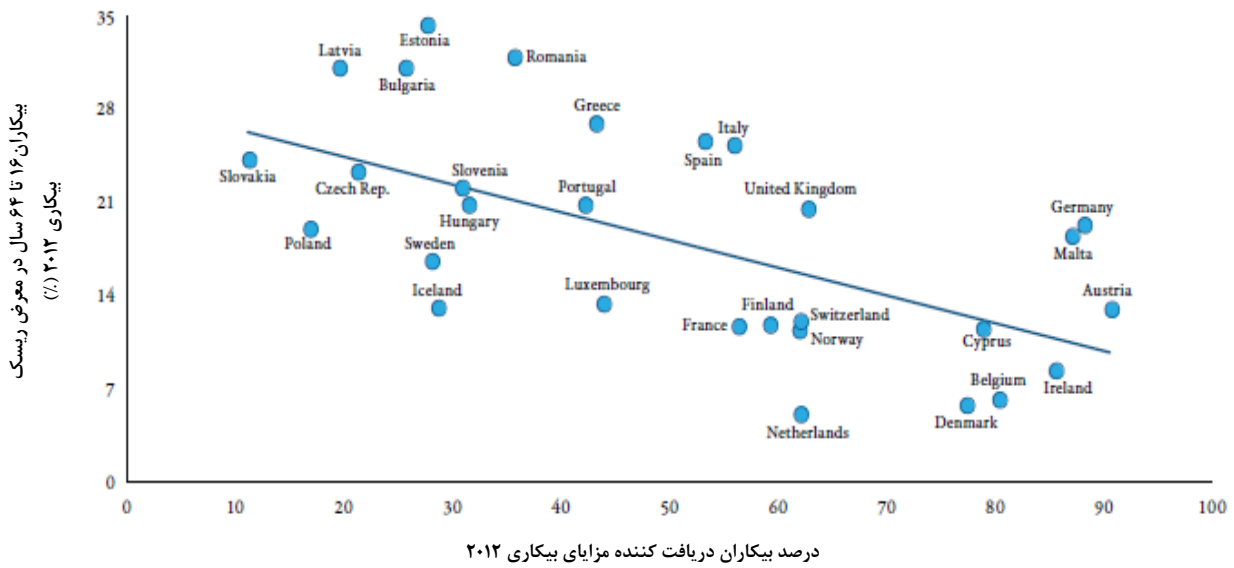
نرخ های پوشش بالا در مورد مزایای دوران بیکاری، با امنیت درآمدی بالاتر برای مزایابگیران در ارتباط است مشروط بر آن که سطح مزایا کافی باشد. مزایای ایام بیکاری نقش مهمی در جلوگیری از بروز فقر هنگام بیکاری در کشورهای عضو اتحادیه اروپایی ایفا می نمایند (شکل ۳-۱۰)

شواهد مربوط به اتحادیه اروپایی همچنین اثبات می کنند که کارگران بیکار دریافت کننده مزایای ایام بیکاری به احتمال بیشتری نسبت به کسانی که این مزایا را دریافت نمی کنند، به کار و اشتغال باز می گردند (European Commission, 2014b, p. 163). بنابراین حمایت در برابر بیکاری نقشی مهم در تسهیل انتقالات بازگشتی به اشتغال و اجتناب از بروز فقر ایفا می کند.

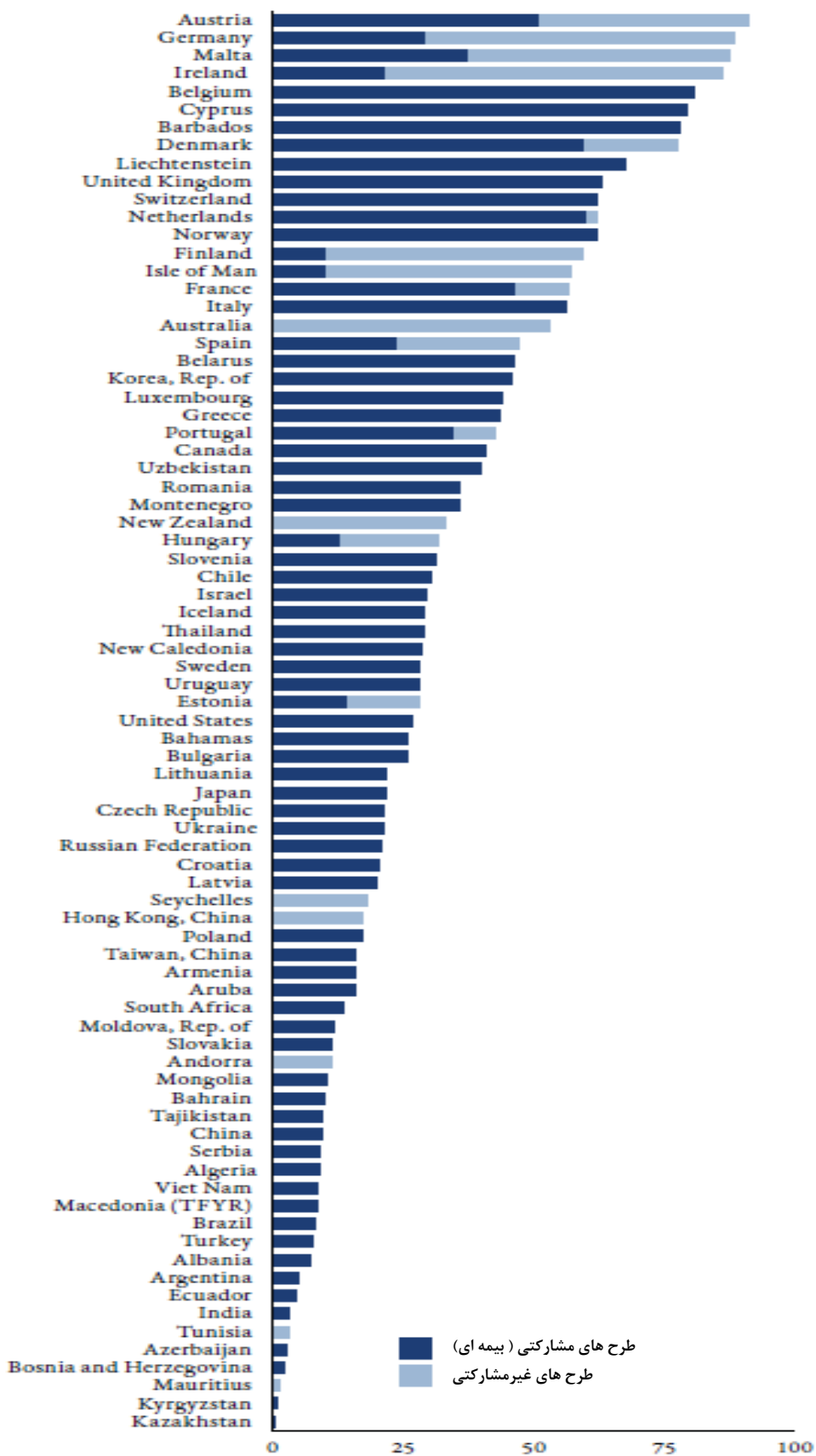
شکل ۳-۸- پوشش موثر مزایای ایام بیکاری: بیکارانی که واقعاً مزایای نقدی دریافت می کنند؛ آخرین سال در دسترس (درصد)



شکل ۳-۱۰- سهم بیکاران دریافت کننده مزایای ایام بیکاری و مقایسه آن با نرخ فقر نسبی بیکاران کشورهای منتخب اروپایی، ۲۰۱۲



شکل ۳-۹- پوشش موثر مزایای ایام بیکاری: بیکارانی که واقعاً مزایای نقدی بیکاری دریافت می کنند (%)(آخرین سال در دسترس)



Note: See figure 3.8.

درصد بیکاران دریافت کننده مزایای بیکاری

۳-۲-۵- حمایت در برابر بیکاری برای افراد جوان

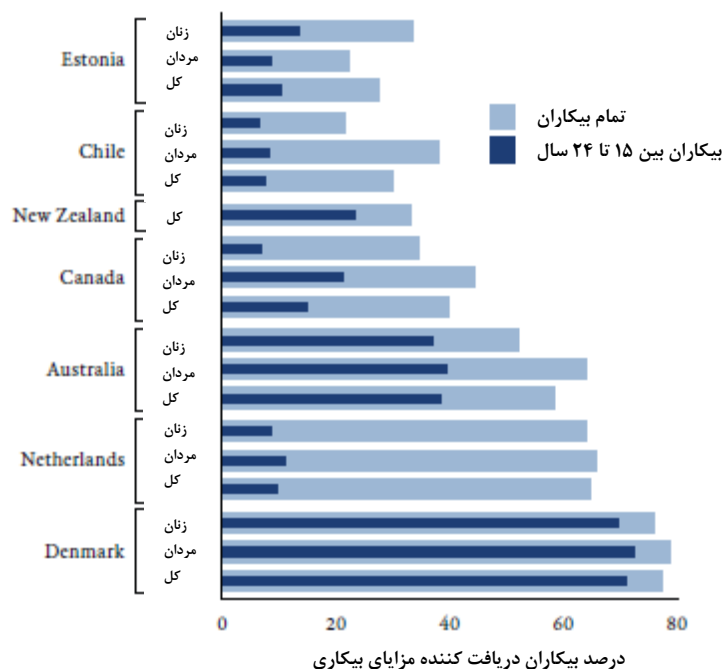
حمایت در برابر بیکاری جوانان در برگیرنده چالشی خاص است که با رشد نرخ های بیکاری جوانان در بسیاری از کشورها تشدید شده است (ILO, 2013d). این حقیقت که تعداد قابل توجهی از افراد جوان در سرتاسر دنیا قادر نیستند به بازارهای کار دسترسی پیدا کنند به خودی خود یک معضل مهم به شمار می رود (ILO, 2012b). به علاوه بسیاری از ابعاد این معضل موجب تمرکز شدید و توجه به موضوعات خاص مربوط به اهداف، طراحی و اجرای طرح های حمایت در برابر بیکاری می گردد.

تنها کشورهای اندکی (۲۰ کشور از ۲۰۱ کشور مورد بررسی کتاب)، مزایای ایام بیکاری را برای جویندگان کار برای اولین بار، گروه جمعیت فعالی که طبق تعریف خارج از حمایت طرح های بیکاری مبتنی بر پوشش بیمه ای می باشند، فراهم می نمایند. در برخی از کشورها، گروهی که برای نخستین بار جوینده کار هستند، می توانند واجد شرایط دریافت شکلی از مساعدت بیکاری باشند؛ در برخی دیگر این گروه می توانند از مزایای غیرمشارکتی برای مثال یک طرح مساعدت اجتماعی عمومی بهره مند گردند. با این وجود در اکثر کشورها، جویندگان کار برای اولین بار، هرگز در قالب بهره مندی از طرح های تامین اجتماعی قرار نمی گیرند.

حتی در نظام هایی که زنان و مردان جوان بیکار دارای تجارب کاری، امکان بهره مندی از برخی مزایای بیمه شغلی را دارند، نسبت به افراد مسن تر احتمال احراز شرایط دریافت چنین مزایایی توسط این افراد به دو دلیل کمتر است. نخست، وجود حداقل سابقه لازم بیمه پردازی در برنامه های بیمه بیکاری که باعث می شود افراد جوان تر نتوانند شرایط دریافت مزایا را احراز نمایند. دوم، احتمال بیشتری وجود دارد که افراد جوان تر در شرایطی کار کنند که تحت پوشش بیمه بیکاری نیست شرایطی مانند اشتغال موقت و کار در قالب قراردادهای پاره وقت یا اشتغال در شکل های مختلف مشاغل پرخطر یا غیررسمی (شکل ۳-۱۱).

بسیاری از کشورها تلاش های خود را در جهت حمایت به صورت ترکیبی از ارائه مزایای حمایت درآمدی و کمک به یافتن شغل جدید، آموزش، بازآموزی و سایر سازوکارها با هدف ارتقاء شغل پذیری، تقویت نموده اند. این تمهیدات برنامه های هدفگذاری شده در خصوص بیکاری جوانان را نیز شامل می گردد. برنامه هایی از قبیل افزایش کیفیت نظام های کارآموزی و سایر برنامه های انتقال از مدرسه به کار که راهنمای شغلی و معرفی سازوکارهای پشتیبانی در کسب تجربه کاری را فراهم می نماید.

شکل ۳-۱۱- بیکاران دریافت کننده مزایای نقدی ایام بیکاری - جوانان و سایر سنین - ۲۰۱۲/۱۳ (درصد)



۳-۲-۶- گسترش حمایت در برابر بیکاری در اقتصادهای نوظهور

یکی از قابل توجه ترین پیشرفت های سیاستی طی سال های اخیر، تقویت و ارتقاء سیاست های حمایت در برابر بیکاری در اقتصادهای نوظهور در پاسخ به نیاز ایجاد امنیت درآمدی برای کارگران بیکار و جلوگیری از حرکت آنها به سمت اقتصاد غیررسمی و محافظت از سرمایه انسانی ملی می باشد. شکل های گوناگون و متمایزی از حمایت اعم از انواع بیمه و مساعدت بیکاری و طرح های تضمین اشتغال ایجاد شده اند. این شکل های مختلف به فراخور نیازها و در بسترهای متفاوت ظهور یافته اند و سطوح مختلفی از حمایت را فراهم می کنند.

در برخی کشورهای متوسط درآمد با سطح بالای اشتغال غیررسمی و خدمات اشتغال ضعیف، به تبع کشور شیلی، طرح های پس انداز بیکاری ارتقاء یافته اند. در این خصوص بحث بر سر این بوده است که در چنین بسترهایی، حسابهای انفرادی نسبت به طرح های بیمه بیکاری جمعی کمتر در معرض مخاطرات اخلاقی قرار دارند. طرح شیلی به طور جزئی ناتوانی بسیاری از کارگران در ایجاد پس اندازهای بالا و کافی - یکی از کاستی های مهم این نوع برنامه ها- را از طریق اعمال یک جزء مبتنی بر همبستگی یارانه ای از محل مالیات که به طور موثری این طرح را به صورت یک طرح ترکیبی (هیبریدی) شکل می دهد، جبران می نماید. لیکن برخی برنامه های مشابه (برای مثال در اردن)، فاقد چنین جزئی در نظام خود هستند و به جای آن به دارندگان حساب ها این امکان را می دهند که از شرایط احراز شده بازنشستگی خود بهره برداری نمایند. تجربه کشور شیلی نشان می دهد که پوشش، همچنان پایین است و بیشترین منافع را برای کسانی دارد که کمتر در معرض مخاطره بیکار شدن قرار دارند در حالی که به اندازه کافی از نیازمندترین افراد حمایت نمی کند.

به علاوه نرخ های جایگزینی، ناکافی است بطوریکه حتی حداقل امنیت درآمدی را تامین نمی نماید. این مشکلات، تردیدهای اساسی درباره پایایی چنین برنامه هایی مطرح می نمایند البته به استثناء طرح هایی که از طریق یک جزء همبستگی از محل مالیات ها پشتیبانی می شوند.

در مقابل، تعداد فزاینده ای از اقتصادهای نوظهور نظیر بحرین، موریتانی، عربستان سعودی و ویتنام در سال های اخیر طرح های مزایای ایام بیکاری مشارکتی یا غیرمشارکتی را معرفی نموده و یا گسترش داده اند. هر چند برنامه ریزی این طرح ها مربوط به پیش از وقوع بحران جهانی بود، لیکن اجرای به موقع آنها در مواجهه با آثار بحران جهانی بسیار سودمند بودند. در هریک از این کشورها پرداخت مزایای دوران بیکاری به شدت با ارائه خدمات اشتغال که از جویندگان کار جهت یافتن شغل جدید یا کسب مهارت های جدید پشتیبانی می کند، مرتبط می باشد. سایر اقتصادهای نوظهور، پوشش طرح های بیمه بیکاری خود را برای کارگران در حاشیه اقتصاد رسمی، گسترش داده اند. طرح بیمه بیکاری برزیل در حال حاضر نه تنها کارگران مزدبگیر شامل کارگران خانگی بلکه ماهیگیران خرد و کارگران فارغ شده از برنامه اجباری کارآموزی (بولسا کوالیفیکائو) را پوشش می دهد. در آفریقای جنوبی کارگران خانگی در سال ۲۰۰۳، زیر چتر بیمه بیکاری قرار گرفتند.

طرح های تضمین اشتغال و سایر برنامه های اشتغال عمومی (کادر ۳-۲) به عنوان یک گزینه سیاستی دیگر جهت تامین اشتغال موقت و یک سطح معین از امنیت درآمدی برای جمعیت روستایی طی فصل های بیکاری یا کم کاری، به کار گرفته شده اند. در هند، طرح ملی تضمین اشتغال روستایی ماهاتما گاندی که در سال ۲۰۰۵ معرفی شد، یک حق تضمین شده حداکثر به میزان ۱۰۰ روز اشتغال در سال برای خانوارهای روستایی فراهم می کند (کادر ۳-۳). بسیاری از کشورهای دیگر از برنامه های عمومی اشتغال جهت تامین سطحی از امنیت درآمدی برای فقرا حداقل در یک مدت زمان محدود استفاده نموده اند، اگرچه این بهره مندی معمولاً مبنی بر یک احراز شرایط قانونی نبوده است.

در حالی که امکان استفاده از برنامه های اشتغال عمومی^{۱۷} جهت دنبال کردن مجموعه ای از اهداف به طور همزمان (سرمایه گذاری، اشتغال و حمایت اجتماعی)، آنها را به ابزاری جذاب و مناسب بدل ساخته است لیکن فقدان توانان یک هدف اولیه معین و شفاف می تواند اثربخشی آنها را در تحقق اهداف حمایت اجتماعی محدود نماید (ILO, 2014b; Lieu-Kie-Song et al., 2011; McCord, 2012; Subbarao et al., 2013). در هر حال کشورهای مختلفی (از جمله اتیوپی و آفریقای جنوبی) گام های سنجیده ای با تاکید بر اهداف حمایت اجتماعی در برنامه های اشتغال عمومی خود برداشته اند (McCord, 2012). برنامه های اشتغال عمومی تنها کمک می کنند تا فقر در بلندمدت کاهش یابد آن هم در صورتی که به گونه ای طراحی شوند که کار شایسته با سطح دستمزد مکفی و جزء منسجم توسعه مهارت و تمامی جنبه های ایمنی و سلامت حرفه ای کارگران تامین گردد ضمن آن که به ذی نفعان اطمینان دهد که تحت پوشش طرح های تامین اجتماعی موجود بوده و به مراقبت های سلامت دسترسی دارند.

¹⁷ Public employment programs (PEPs)

کادر ۳-۲- برنامه های اشتغال عمومی و کمک آنها در زمینه حمایت اجتماعی

برنامه های اشتغال عمومی، عبارتی منتسب به هر برنامه ی ایجاد مستقیم شغل توسط دولت، به عنوان یکی از ارکان راهبردهای ملی حمایت اجتماعی به شمار می رود. از میان انواع وسیع این قبیل برنامه ها، دو شکل خاص آن ها عبارتند از:

▪ برنامه های کارهای عمومی (Public Works Programs-PWPs) که می تواند به صورت پرداخت های نقدی و یا کار در برابر غذا باشد. این شکل از حمایت رایج و سنتی اغلب به عنوان پاسخی موقت در برابر تکانه ها و بحران ها اتخاذ می گردد لیکن ممکن است افق بلندمدت تری نیز داشته باشد.

▪ طرح های تضمین اشتغال (Employment guarantee schemes-EGSs) اشاره به برنامه های بلندمدت مبتنی بر حقوقی دارد که در آن سطحی از استحقاق داشتن کار ارائه می گردد.

در حالی که برنامه های اشتغال عمومی به اهداف گوناگون توسعه ای کمک می کنند اما نمی توانند به تحقق تمام اهداف به یک اندازه و در یک زمان کمک نمایند. در عمل طراحی و اجرای سیاست مستلزم اولویت بندی کارکردها در راستای موارد ذیل است:

✓ کارکرد اشتغال: تاکید بر ایجاد اشتغال در برنامه هایی که دولت در آنها به عنوان آخرین ملجا، کارفرماست.

✓ کارکرد حمایت اجتماعی: تاکید بر امنیت درآمدی و انتقالات نقدی و غیرنقدی.

✓ کارکرد سرمایه گذاری کار محور: تاکید بر کیفیت و ماهیت زیرساخت های ایجادشده یا خدمات ارائه شده.

در صورتی که اولویت اصلی به وضوح تعریف نشود، پایش و ارزیابی برنامه از منظر اهداف آن، مختل می گردد. بنابراین ضروری است که اهداف به طور شفاف تعریف، مجزا و تبیین شوند و به طور موثر با سایر سیاست های اشتغال و حمایت اجتماعی ارتباط آنها مشخص گردد.

طرح های تضمین اشتغال می توانند از منظرهای مختلف در تعیین کف حمایت های اجتماعی ملی کمک باشند. در واقع آنها می توانند امنیت درآمد را برای افراد در سن اشتغال و فاقد درآمد مکفی از طریق ارائه درآمدی منظم و قابل پیش بینی ارتقاء دهند. همچنین می توانند برای ایجاد و توسعه زیرساخت ارتقاء سلامت، آموزش و خدمات عمومی مورد استفاده قرار گیرند.

اما این طرح ها با توجه به این که مولفه اصلی اشتغال کسانی را که به هر دلیل نمی توانند کار کنند، نادیده می گیرد، تمام نیازها را تامین نمی نمایند. بنابراین برخی برنامه های اشتغال عمومی (برای مثال در اتیوپی و هند)، ترکیبی از طرح های تضمین اشتغال و انتقالات نقدی را برای کسانی که به طور موقت یا دائم نمی توانند کار کنند و یا برای کسانی که کار ندارند، ارائه می دهند.

کادر ۳-۲- طرح ملی تضمین اشتغال روستایی ماهاتما گاندی در هند

این طرح به موجب قانونی با همین عنوان در سال ۲۰۰۵ به تصویب رسید. با توجه به حق کار کردن مصرح در قانون اساسی، این طرح حقوق قانونی به مزایاگیران اعطا می کند که آن را از برنامه هایی که در قوانین ملی وجود دارند متمایز می سازد و لذا مستعد برخی تغییرات احتیاطی می باشد. با این وجود برخی دغدغه ها وجود دارد که فقرا - اغلب بی سواد- نمی توانند حقوق خود را در عمل تحقق بخشند.

در قالب طرح ملی تضمین اشتغال روستایی ماهاتما گاندی، یک خانوار روستایی این حق را دارد تا ۱۰۰ روز اشتغال در سال را که در سایتهای مورد توافق مشاغل عمومی در دسترس می باشند، تقاضا نماید. سهمی از فضای این برنامه برای زنان در نظر گرفته می شود. برنامه مذکور پروژه های تسهیل مدیریت منابع آب و زمین و همچنین پروژه های توسعه زیرساخت ها نظیر راهسازی را متعهد می گردد. طراحی این برنامه به صورت خود هدفمند با دستمزدهایی برابر با حداقل دستمزدهای رسمی اعلام شده برای شاغلین کشاورزی، طراحی شده است. در صورتی که در زمان مقرر کاری ارائه نگردد متقاضی استحقاق دریافت کمک هزینه دوره بیکاری را خواهد داشت.

بودجه تخصیصی این برنامه در سال ۲۰۱۲/۱۳ معادل ۰/۳ درصد تولید ناخالص داخلی بود. این برنامه به عنوان بزرگترین ابتکار عمل اشتغال یکپارچه حق محور و حمایت اجتماعی در جهان شناخته می شود که نزدیک به ۵۰ میلیون نفر یا به طور متوسط ۳۰ درصد خانوارهای روستایی در سال ۲۰۱۲ از آن بهره مند گردیده اند.

بسیاری از کشورها، در خلال بحران جهانی اخیر از ظرفیت طرح های مزایای دوران بیکاری به منظور تثبیت تقاضای کل و لذا احیاء و بازیابی سریع (ILO 2011a; ILS, 2011c) در راستای میثاق جهانی مشاغل¹⁸، بهره فراوانی بردند (ILO, 2009a; ECOSOC, 2009). کشورهایی که پیش از وقوع بحران، طرح های مزایای دوران بیکاری در حال اجرا داشتند به سرعت آنها را به عنوان تثبیت کننده خودکار تقویت نمودند. در جاهایی که مزایای ایام بیکاری جزئی و محدود برای جبران کاهش ساعات کار ناشی از بحران وجود داشت، مساعدت صورت گرفت تا کارگران به کار خود ادامه دهند و کارفرمایان نیروی کار خود را حفظ نمایند و پاسخ سریع به نخستین نشانه های احیاء بدهند. تعدادی از کشورها این اقدامات و سایر تمهیدات توسعه ای را تقریباً در همان نخستین مراحل وقوع بحران مالی به مورد اجرا گزاردند. با تداوم بحران و افزایش فشارهای متعاقب آن بر بودجه های عمومی، برخی از این تمهیدات توسعه ای جای خود را به تمهیدات تثبیت مالی دادند.

سیاست های توسعه ای:

استفاده از مزایای دوران بیکاری جهت تضمین امنیت درآمدی بیکاران و حفظ شغل برای شاغلین

گسترش پوشش و افزایش سطح و مدت دریافت مزایا: کشورهای مختلفی در واکنش به بحران جهانی، دسترسی به مزایای دوران بیکاری موجود یا جدید را تسهیل نموده و یا توسعه دادند (ILO and World Bank, 2012; Bonnet, 2012; Saget and Weber, 2012). برخی کشورها مانند استرالیا دوره انتظار مزایای بیکاری و برخی نظیر لتونی، سابقه مورد نیاز برای دریافت مزایا را کاهش دادند. اکثر کشورها، سطح پوشش را به کارگرانی که پیش تر مشمول نبودند مانند کارگران شاغل نامنظم در آلمان و ژاپن، به خویش فرمایان در اتریش و به جوانان در آرژانتین، تسری دادند (Bonnet, Saget and Weber, 2012). دیگر کشورها، مدت پوشش را برای کسانی که استحقاق شان به اتمام می رسد، افزایش دادند (از جمله آرژانتین، برزیل، ژاپن، لتونی، اسپانیا و در مورد کارگران مسن اروگوئه) و یا مزایای اضطراری به این گروه ارائه دادند، مانند ایالات متحده. راهبرد دیگری که توسط برخی از کشورها دنبال شد، استفاده از برنامه های اشتغال عمومی بود (هند و آفریقای جنوبی). در نهایت برخی کشورها نظیر فرانسه و بریتانیا سطح مزایا را افزایش دادند و یا به بعضی از گروه های کارگران بیکار یک مزایای یکباره پرداخت نمودند.

حفظ افراد در اشتغال: کشورهای متعددی (اعم از کانادا، فرانسه، آلمان (کادر ۳-۴)، هلند و لهستان) از طرح های مزایای جزئی دوران بیکاری استفاده کردند تا به کارفرمایان امکان حفظ کارگر را در خلال دوره تقاضا بدهند. ابزارهای گوناگون مذاکرات اجتماعی به ویژه همکاری سه جانبه و چانه زنی های جمعی برای شکل دادن به این سیاست ها صورت پذیرفت. مزایای جزئی بیکاری نه تنها به ممانعت از افزایش بیکاری و تعداد دریافت کنندگان مزایای بیکاری (کامل) کمک کرد بلکه موجب حفظ کارگران با تجربه شد به طوری که کارفرمایان می توانستند از مزیت آنها در بازگشت به وضعیت بهینه استفاده کنند (ILO, 2011a; Arpaia et al., 2010; Bonnet, Saget and Weber, 2012; pp.106-111). ILO, 2010a. چنین تمهیداتی به طور وسیعی در ارتقاء احیاء اقتصادی و ممانعت از محرومیت و سرخوردگی کارگران

¹⁸ Global Jobs Pact

موفق قلمداد می گردند. کشورهای دیگر برای مثال چین، برنامه هایی را با هدف ارتقاء مهارت های کارگران شاغل و کارگران در موقعیت های آسیب ساز معرفی نموده و یا گسترش داده اند (Aleksynska et al., 2013).

کادر ۲-۴ - حفظ شافلین از طریق ارائه مزایای جزئی ایام بیکاری: نمونه آلمان

مزایای جزئی ایام بیکاری آلمان (یا غرامت شغلی کوتاه مدت) یکی از مهمترین ابزارهای سیاستی کشور در خلال بحران اقتصادی و مالی جهانی بود. این مزایا به شرکت هایی که با افت تقاضا روبرو بودند امکان می داد تا کارگران خود را با ساعات کاری کوتاه تر و در عین حال تضمین یک حداقل امنیت درآمدی برای آنها، حفظ نمایند. غرامت بیکاری جزئی به واسطه زیان مستقیم درآمدی، از طریق پرداخت مزایای نقدی حداکثر به مدت شش ماه صورت پذیرفت. در هنگام اوج بحران در ماه می ۲۰۰۹، این مزایا به حدود ۱/۵ میلیون کارگر پرداخت گردید (۵/۴ درصد نیروی کار).

در نتیجه، رکود ناگهانی اقتصادی موجب یک افزایش نسبی در تعداد بیکاران و تعداد دریافت کنندگان مزایای بیمه بیکاری شد و اثر اشتغال رکود اقتصادی تا حدود زیادی با گسترش قابل توجه مزایای جزئی ایام بیکاری، تخفیف یافت.

این سیاست، یکی از عوامل توضیح دهنده احیاء اقتصادی نسبتاً سریع اقتصاد آلمان تلقی می گردد زیرا تضمین نمود که کارفرمایان در خلال بحران در موقعیت حفظ کارگران قرار گرفته و از اخراج و هزینه های استخدام مجدد اجتناب نمایند و بدین ترتیب به سرعت به بازیابی و رونق بازار، پاسخ دهند. میانگین کاهش در ساعات کار معادل ۳۰/۵ درصد برابر با حدود ۴۳۲ هزار شغل تمام وقت بود. یک چنین زیان یا کاهش در اشتغال موجب افزایش نرخ بیکاری در حدود ۱ درصد شده است.

سیاست های انقباضی:

سخت نمودن شرایط احراز دسترسی به مزایا برای جویندگان کار

در حالی که بسیاری از کشورها به منظور مقابله با آثار بحران، تدابیر جسورانه ای در خصوص گسترش دامنه پوشش مزایای ایام بیکاری اتخاذ نمودند، سایر کشورها، حتی در مراحل نخستین بحران جهانی از سیاست های تثبیت مالی بهره گرفتند. این تمهیدات برای مثال عبارت بودند از سخت نمودن شرایط احراز مزایای ایام بیکاری (مانند ایرلند، اوکراین و بریتانیا)، افزایش سابقه پرداخت حق بیمه مورد نیاز جهت بهره مندی از مزایای ایام بیکاری (ایرلند و سوئیس)، تعیین سقف درآمدی بالاتر برای احراز مزایا (در ایرلند)، کاهش حداکثر دوره دریافت مزایا (جمهوری چک، پرتغال، صربستان، سوئیس) و کاهش در سطح مزایا (رومانی و صربستان) (Bonnet, Saget and Weber, 2012).

هر چند چنین اقداماتی ممکن است به محدود ساختن هزینه های رو به تزاید مزایای ایام بیکاری کمک کرده باشد لیکن می تواند به طور معکوس موجب افزایش در هزینه های مزایای مساعدت اجتماعی داشته باشد. کاهش حداکثر دوره احراز مزایا (جمهوری چک و ایرلند) یا در میزان مزایا (مجارستان و لتونی)، تاثیر قابل توجهی هم بر مزایایگیران بیکاری موجود و هم بر بیکاران جدید داشت.

رشد نرخ بیکاری به طور اجتناب ناپذیر منجر به افزایش شدید تعداد مزایابگیران بیکاری گردید که به طور متوسط بین سال های ۲۰۰۸ تا ۲۰۰۹ حدود ۵۰ درصد افزایش یافت. در کشورهای مختلفی از جمله استرالیا، نیوزلند و ایالات متحده، در سال ۲۰۰۹ در قیاس با پیش از وقوع بحران، تعداد مقرری بگیران بیکاری تقریباً دو برابر شد. لیکن از آن پس روند نزولی داشت. با این وجود در اکثر کشورها تعداد مقرری بگیران همچنان بالاتر از سطوح سال ۲۰۰۸ است. با عنایت به افق مبهم اصلاح و بازیابی جهانی در مقوله اشتغال (IMF, 2013a; ILO, 2014a)، این وضعیت احتمالاً تداوم خواهد داشت. گسترش مزایای ایام بیکاری در برخی کشورها، همگام با رشد تعداد مقرری بگیران آن، به طور اجتناب ناپذیری موجب افزایش مصارف و هزینه های این طرح ها شده است. در برخی کشورها، ذخایر موجود در صندوق های بیمه بیکاری، به اتمام رسیده و اختصاص بودجه بابت مزایای دوران بیکاری از محل مالیات ها، ضروری گردیده است.

متعاقباً از سال ۲۰۱۰ و ۲۰۱۱ کشورهای بیشتری اقدام به اجرای سیاست های تثبیت مالی با هدف اصلاح وضعیت مالی صندوق های بیمه بیکاری و بودجه عمومی نموده اند. این امر شامل برخی کشورها نظیر اسلونی و اسپانیا که در ابتدای وقوع بحران، سیاست های متهورانه گسترش مزایای ایام بیکاری را اتخاذ نمودند و اکنون احساس نیاز کرده اند که باید از چنین اقداماتی عقب نشینی نمایند نیز می شود (کادر ۳-۵). کشورهای مختلفی تدابیری را به مورد اجرا گزاردند که حقوق و الزامات مربوط به جویندگان کار را در خصوص بهره مندی از مزایا تغییر می داد. برای مثال کانادا، اسپانیا، بریتانیا و ایالات متحده همگی، الزامات (شرایط مورد نیاز) مقرری بگیران مزایای بیکاری در ارتباط با جستجوی شغل را تقویت نمودند.

کادر ۳-۵- از گسترش مزایا تا اعمال سیاست های تثبیت مالی : اسپانیا و اسلونی

در کشورهای مختلفی، در واکنش به بروز بحران جهانی، سیاست اولیه، گسترش ارائه مزایای ایام بیکاری بود لیکن بعداً به سیاست تثبیت منابع مالی عمومی تغییر یافت.

در ژانویه ۲۰۱۱، دولت اسلونی، قانون (به انضمام مقررات) جدید بازار کار را در واکنش به بحران اقتصادی و با هدف افزایش تامین و امنیت جویندگان کار به ویژه بیکاران و افرادی که اشتغال آنها در معرض خطر قرار دارد، از طریق پاسخ مناسب و سریع به بازار کار، معرفی نمود. لیکن در سال ۲۰۱۳ اجرای سیاست هایی به عنوان بخشی از لایحه تدابیر اضطراری، به طور موقت سطح مزایای نقدی بیکاری و بارداری را به دلایل اعمال محدودیتهای بودجه ای کاهش داد. مزایای نقدی ایام بیکاری تا ۳ درصد کاهش یافت به طوری که ماهانه کمتر از ۳۵۰ یورو و بیشتر از ۸۹۰ یورو نباشد (سقف قبلی ۱۰۵۰ یورو بود). به علاوه بیکاران بلندمدت به جای مزایای ایام بیکاری، دستمزد و غرامت هزینه های شغلی را در ازای مشارکت در برنامه های اشتغال عمومی دریافت نمودند.

در نخستین مراحل بروز بحران، دولت اسپانیا تصمیم گرفت تا به طور موقت حمایت در برابر بیکاری را به کسانی که شرایط بهره مندی از مزایا و یارانه ها را ندارند و به خاطر نداشتن درآمد نیازمند می باشند، با ارائه کمک هزینه ای معادل ۴۲۰ یورو در ماه برای یک دوره حداکثر شش ماهه به همراه اعمال تدابیری در خصوص ارتقاء اشتغال پذیری، تسری دهد. اما اخیراً سیاست های متعددی با رویکرد کاهش هزینه ها از جمله کاهش میزان مزایای بیمه بیکاری پس از شش ماه، افزایش حداقل سن احراز مزایای غیرمشارکتی ایام بیکاری برای بیکاران مسن و معرفی الزامات جدید در خصوص قبول مشاغل پیشنهادی و یا کارآموزی برای بیکاران بلندمدت، اعمال شده است.

مقررات و تمهیدات اتخاذی به این منظور، عبارت بودند از: تعریف وسیع تری از اشتغال مناسب و اعمال الزامات سخت تر برای جویندگان کار درخصوص جستجوی فعالانه شغل جدید (مانند کانادا)، مشارکت اجباری در کارآموزی و سایر برنامه های فعال بازار کار برای گروه های خاص بیکاران (نظیر برزیل، عربستان، اسپانیا، بریتانیا، ایالات متحده و اوروگوئه) و اعمال تحریم های سخت تر برای مقرری بگیرانی که از پذیرش شغل مناسب پیشنهاد شده امتناع می ورزند (مانند ایرلند و نیوزلند)، همچنین مقررات مربوط به ارتقاء اثربخشی خدمات اشتغال در جهت هدایت افراد به سمت اشتغال و کاهش مدت مطالبه بیکاری (نظیر ایالات متحده).

نقش برنامه های ارائه مزایای ایام بیکاری در خلال بحران جهانی، دو درس سیاستی مهم در برداشت. نخست، تاکید بر اهمیت طراحی مناسب طرح های مزایای ایام بیکاری در حال اجرا که نه تنها پشتیبان اصلاح و تغییر ساختاری اقتصاد در زمان عادی می باشند، بلکه می توانند هنگام وقوع تکانه های اقتصادی عمده، به منظور تحقق بخشیدن تمام توان بالقوه به عنوان تثبیت کننده های خودکار تقاضای کل، تقویت گردیده و ارتقا یابند. دوم این که پتانسیل طرح های مزایای ایام بیکاری تنها اگر به طور مناسب از محل حق بیمه ها و منابع مالیاتی تامین مالی شوند، می تواند بالفعل گردد. در صورتی که تامین مالی این طرح ها کافی، به موقع و با طراحی مناسب نباشد، کاهش یا قطع مزایا می تواند آثار موافق ادواری^{۱۹} در برداشته باشد، مانع اصلاح اقتصادی شده و منجر به افزایش شدید فقر و آسیب پذیری گردد.

۳-۲-۸- تاکید دوباره بر بازگرداندن کارگران بیکار به بازار کار

برخی از مقرراتی که اخیراً با هدف بازگرداندن کارگران بیکار به بازار کار اجرا شده اند، روندی را تسریع کردند که درست پیش از بروز بحران جهانی آغاز گردید (Lodemel and Trickey, 2001; Eichhorst, Kaufmann and Konle-Seidl, 2008). بعضی از آنها به صورت بخشی از واکنش به بحران اتخاذ شدند و برخی به طور مستقیم به آن ارتباط نداشتند. به منظور ایجاد پیوند بهتر بین سیاست های فعال و منفعل بازار کار، برخی مقررات بر تشویق کارگران بیکار به مشارکت در دوره های کارآموزی، تطبیق شغلی و برنامه های اشتغال یارانه ای، متمرکز بودند، در عین حال در سایر سیاست ها، ویژگی اجبار، نمود بیشتری داشت.

بسیاری از اصلاحات اخیر با هدف ارتقاء و تسهیل بازگشت به اشتغال برای گروه های مختلف اعم از بیکاران بلندمدت، جوانان، والدین تنها و ازکارافتادگان، اعمال شده اند. از سال ۲۰۱۰، اکثر این تدابیر در کشورهای توسعه یافته و به طور خاص به منظور کاهش بیکاری از طریق پشتیبانی بیشتر بیکاران به ورود و یا بازگشت به کار و ایجاد شغل، اتخاذ شده اند. این موضوع در مورد سیاست های ارائه شده کمیسیون اروپایی با توجه به اهداف "بسته سرمایه گذاری اجتماعی" این کمیسیون، صدق می کند (European Commission, 2013a). همچنین در سال های اخیر، در بسیاری از کشورها از

¹⁹ Pro-cyclical

جمله آرژانتین، برزیل، کانادا، فرانسه، روسیه، عربستان، آفریقای جنوبی و ایالات متحده، یارانه های دستمزد و اشتغال و تامین اعتبار به منظور تشویق ایجاد اشتغال در نظر گرفته شده است.

کادر ۲-۶- تمهیدات تسهیل کننده بازگشت به کار برای والدین دارای فرزندان جوان

کشورهای مختلفی، تدابیری برای کمک به والدین (به ویژه مادر) دارای فرزند جهت بازگشت به کار اتخاذ کرده اند. در استرالیا، مجموعه ای از تمهیدات سیاستی با هدف تسهیل ورود و ورود مجدد والدین تنها، به بازار کار شامل درآمد سخاوتمندانه، مشاوره شغلی و امکانات توسعه یافته مراقبت از کودک، بودند. در ژاپن، برنامه ای که برای مثال از طریق ارائه خدمات مراقبت از کودک و خدمات اطلاع رسانی، به زنان کمک می کند تا در عین نگهداری از فرزند کار پیدا کنند، تقویت شد. در سال ۲۰۱۱، ۶۹ هزار نفر از زنان ژاپنی از این برنامه استفاده نموده و موفق به یافتن کار شدند.

در پاکستان در سال ۲۰۰۹، برنامه کمک به درآمد بینظیر (بوتو) (BISP)، ارائه شد. این برنامه از طریق فراهم نمودن یک بسته حمایتی شامل مزایای نقدی (۱۰۰۰ روپیه در ماه به طور متوسط معادل ۱۲ دلار) و خدمات اجتماعی غیرنقدی، از زنان در خانوارهای فقیر حمایت می کند. علاوه بر توسعه پوشش بیمه سلامت به مزایابگیران خود (وسیله صحت)، این برنامه فرصت های کارآموزی (وسیله روزگار) را برای تمام مزایابگیران و دسترسی به تسهیلات مالی بدون سود (وسیله حق) را برای برخی زنان دریافت کننده مزایای ماهانه، فراهم می نماید. در حال حاضر این برنامه در سرتاسر کشور در عین توجه به مناطق دور افتاده در حال اجراست.

در روسیه، دسترسی به برنامه های کارآموزی طراحی شده برای جویندگان کار، به زنان در مرخصی جهت مراقبت از فرزند زیر سه سال خود، تسری یافت. در سال ۲۰۱۱، تعداد ۲۶ هزار و ۲۰۰ نفر از زنان در این شرایط از برنامه استفاده کردند که ۱۵ هزار و ۷۰۰ نفر از آنها موفق به یافتن شغل شدند. تمهیدات دیگری نیز از جمله معرفی شکل های منعطف کار، برنامه خوداشتغالی زنان و آموزش های پیش از مدرسه برای کودکان ۳ تا ۷ سال نیز ارائه گردید.

اکثر تمهیدات اتخاذی بر این موضوع متمرکز هستند که دریافت مزایای نقدی را به نوعی با سیاست های بازار کار فعال نظیر برنامه های کارآموزی، توسعه مهارت، تطبیق بهتر شغل، راهنمای شغلی یا مربیگری شغلی، پیوند دهند. تلاشها در این راستا عبارتند از فراهم سازی دسترسی بهتر به آموزش، بازآموزی و ارائه گواهی های مهارتی و تطبیق شغلی به جویندگان کار و مقررری بگيران بیکاری (فدراسیون روسیه و عربستان)؛ پشتیبانی های شخصی (مانند بریتانیا)؛ آموزش و ارائه فرصت های شغلی یارانه ای (عربستان) و پشتیبانی در راستای الزامات فعالیت و جستجوی شغلی (اسپانیا)؛ و همچنین به کار بستن تمهیداتی جهت حمایت از جوانان (آرژانتین)، کارگران مسن (کانادا) و سایر گروه های خاص (ایالات متحده). در برخی کشورها نظیر ژاپن، پاکستان و روسیه، تدابیری جهت تسهیل اشتغال والدین به ویژه زنان دارای فرزند، معرفی شده است (کادر ۳-۶).

چنین سیاست‌هایی اغلب با تلاش‌های وسیع‌تری در جهت فراهم نمودن یک بسته یکپارچه سیاست‌های فعال و منفعل بازار کار و یا به بیانی کلی‌تر ارائه خدمات اشتغال و حمایت اجتماعی (مانند آرژانتین، برزیل و آلمان)، پیوند می‌خورند.

بسته‌های سیاستی یکپارچه، نه تنها مزایابگیران بیکاری را مدنظر قرار می‌دهند بلکه هدف تجمیع دریافت‌کنندگان سایر انواع مزایای مساعدت اجتماعی را زیر یک چتر مشترک سیاست‌های فعال سازی، دنبال می‌نمایند (Clasen and Clegg, 2011). برای مثال: آلمان و فرانسه تمهیداتی را جهت ترکیب مزایای ایام بیکاری با مساعدت اجتماعی برای مزایابگیران دارای قابلیت اشتغال و یکپارچه سازی اداره آنها در قالب ایستگاه‌های ارائه خدمات و با تاکید بر خدمات غیرمتمرکز مبتنی بر قراردادهای شمول فردی، به کار گرفته‌اند. چنین سیاست‌هایی به طور خاص در زمینه‌هایی که سطوح بیکاری بلندمدت بالاست و با لحاظ این که ثبت نام کارگران دلسرد در خدمات اشتغال متوقف شود، کاربرد دارند.

در حالی که چنین تدابیری به دنبال فراهم سازی یک بسته یکپارچه حمایتی به افراد به صورت ترکیبی از ارائه مزایای نقدی و خدمات اشتغال، ارتقاء مهارت و حمایت‌های روانی-اجتماعی در صورت نیاز، می‌باشند، برخی دغدغه‌ها مطرح شده‌اند مبنی بر اینکه قراردادهای شمول انفرادی، اگر باعث ایجاد چارچوب‌های قانونی که به طور همگن اعمال نمی‌شوند گردد، ممکن است حقوق اجتماعی را تضعیف نمایند (Künzel, 2011).

همچنین، در حالی که مشارکت در برنامه‌های کارآموزی و بازآموزی و دیگر برنامه‌های مشابه، میل به تسهیل بازگشت به کار دارند، ممکن است انتظار یا الزام به مشارکت به معنای کنترل شدید در ارائه مزایا و ایجاد الزامات بیشتر برای جویندگان کار درخصوص شرایط احراز مزایا، تلقی گردد. چنین سیاست‌هایی ممکن است موجب شمول و یا تبعیض علیه گروه‌هایی خاص از مزایابگیران و محدودیت دسترسی موثر به مزایا برای آنها گردد. بنابراین طراحی و اجرای دقیق سیاست‌های فعال ساز، برای تضمین این که منجر به بروز آثار ناخواسته نمی‌شوند، ضروری می‌باشد.

۳-۲-۹- چالش‌ها

همان‌گونه که در این بخش عنوان گردید، حمایت در برابر بیکاری نقشی چندگانه در تضمین امنیت درآمدی کارگران بیکار شده ایفا می‌کند و در عین حال به نوعی پشتیبان اصلاحات و تغییرات ساختاری اقتصادهای ملی و مانع بروز تکانه‌های تقاضا می‌باشد. یکی از درس‌های برگرفته از بحران جهانی، ضرورت و اهمیت وجود نظام‌های کارآمد مزایای بیکاری پیش از بحران می‌باشد چرا که این قبیل نظام‌ها به مثابه تثبیت‌کننده‌های خودکار تقاضای کل در هنگام بروز رکود اقتصادی، کاملاً کاربردی و مناسب می‌باشند. با این وجود تعداد فراوانی از کشورها، فاقد طرح‌های مزایای ایام بیکاری کارآمد بوده و بسیاری دیگر دارای طرح‌هایی هستند که پوشش محدودی فراهم می‌نمایند. در نتیجه پتانسیل این قبیل طرح‌ها در مواجهه با تکانه‌های اشتغال و همچنین پشتیبانی از اصلاحات اقتصادی تا حد زیادی بالفعل نمی‌گردد. بر این اساس تمام این موارد

انگیزه ای شده اند که در سال های اخیر در اقتصادهای مختلف نوظهور، توجه جدی به معرفی طرح های حمایت در برابر بیکاری، مبذول گردد و در دیگر کشورها اصلاحات مشابهی مدنظر قرار گیرد. در عین حال ضروری است در صورت امکان تلاش های بیشتری در خصوص معرفی سیاست های توسعه اثربخشی طرح های موجود و تقویت پیوند آنها با برنامه های ارتقاء مهارت، کارآموزی و پشتیبان ورود و یا بازگشت به اشتغال و سایر سیاست های فعال بازار کار، به عمل آید.

به منظور ارتقاء حمایت ها در کشورهای دارای سهم بالایی از اشتغال غیررسمی که معمولاً این امر با کم اشتغالی ساختاری در مقیاس بزرگ همراه است، احتمالاً نیاز است تا از ترکیبی از برنامه ها و سیاست های مختلف استفاده گردد. این امر می تواند به صورت ترکیبی از بیمه بیکاری در کنار طرح های تضمین اشتغال و مساعدت اجتماعی یا دیگر برنامه های انتقالات نقدی، بسته به بسترهای ملی، روی دهد. در واقع این برنامه ها، با هم می توانند یک حداقل (کف) حمایت اجتماعی کارآمد را برای کارگران بیکار و خانواده های شان منطبق با توصیه نامه شماره ۲۰۲، شکل دهند.

ارائه مزایای ایام بیکاری به تنهایی جهت حمایت در برابر کاهش درآمد، ارتقاء اشتغال و امکان پذیر نمودن احیاء و بازیابی در خلال بحران جهانی، عمل نمی کنند، بلکه برنامه ها و تدابیر اتخاذی جهت تقویت دیگر مزایای تامین اجتماعی نظیر مستمری ها، مزایای ایام بیماری، مزایای مساعدت اجتماعی و دسترسی به مراقبت سلامت نیز در این زمینه نقش بسیار مهمی در تقلیل آثار بحران بر خانواده ها و همچنین اقتصادها، ایفا می کنند. لذا هماهنگی حمایت در برابر بیکاری با دیگر حوزه های سیاستی تامین اجتماعی همانگونه که با اشتغال و خدمات مرتبط با اشتغال هماهنگ است، ضروری می باشد. همچنین لازم است تا طرح های مزایای ایام بیکاری جهت اثربخش بودن کامل در پشتیبانی از اصلاح اقتصادی و پاسخگویی در مقابل تکانه ها، با برنامه های کارآموزی و بازآموزی و سیاستهای بازار کار فعال، تکمیل گردند. چنین فرصت هایی باید برای مقررری بگيران بیکاری، کسانی که مزایا دریافت نمی دارند و البته تمامی کارگران خواه در اشتغال رسمی و خواه فعال در اقتصاد غیررسمی، فراهم گردد. هماهنگی موثر با این قبیل سیاست های اشتغال، طرح های مزایای ایام بیکاری را قادر می سازد نقش خود را به بهترین نحو ممکن ایفا نمایند.

۳-۳- حمایت در برابر حوادث شغلی

نکات مهم:

- در سرتاسر جهان، تنها ۳۳/۹ درصد نیروی کار تحت پوشش قوانین حمایت در برابر حوادث شغلی از طریق طرح بیمه اجتماعی اجباری می باشند. اگر پوشش بیمه اجتماعی اختیاری و برنامه های مسئولیت کارفرما را نیز لحاظ کنیم، ۳۹/۴ درصد نیروی کار تحت پوشش قانونی قرار دارند.
- در عمل، دسترسی واقعی به حمایت در برابر حوادث شغلی حتی پایین تر است که عمدتاً به واسطه اجرای ناقص قوانین در بسیاری از کشورها می باشد.
- پایین بودن پوشش غرامت های مربوط به حوادث شغلی در بسیاری از کشورهای کم و متوسط درآمد بیانگر نیاز فوری به بهبود شرایط محیط کار از منظر ایمنی و سلامت و همچنین توسعه پوشش حمایت در برابر حوادث شغلی برای تمام کارگران از جمله شاغلین اقتصاد غیررسمی می باشد.
- همچنان که کشورهای بیشتری از راهبرد مسئولیت کارفرما به عنوان مبنای حمایت در برابر حوادث شغلی به مکانیزم های مبتنی بر بیمه اجتماعی روی می آورند، احتمالاً سطح حمایت ها گسترش می یابد البته اگر قوانین جدید به طور موثر اجرا گردند.

۳-۳-۱- حمایت از کارگران آسیب دیده از حوادث شغلی

طرح های مزایای حوادث شغلی که در موارد وقوع حوادث و بیماری های شغلی، مزایای نقدی و غیرنقدی ارائه می نمایند، در بسیاری از کشورها، از جمله قدیمی ترین نوع حمایت های تامین اجتماعی به شمار می روند. این طرح ها به منظور مواجهه با یکی از مهمترین چالش های موجود در محیط های کاری مدرن، ایجاد شده اند. به عنوان یک اصل در خصوص تعهدات مربوط به تضمین شرایط محیط کار به لحاظ ایمنی و بهداشت کارگران، کارفرمایان موظفند بابت زیان درآمدي کارگران ناشی از بروز حوادث و بیماری های شغلی (در صورت فوت برای بازماندگان) و بابت هزینه های مراقبت سلامت آنها (شامل خدمات و محصولات مراقبت سلامت از جمله توانبخشی)، یک غرامت منصفانه، برابر و موثر را تضمین نمایند. در صورتی که چنین مکانیزم هایی اعمال نشوند، تنها امید برای جبران خسارت فرد آسیب دیده در محل کار یا بازماندگان وی، اقدام و طرح دعوی علیه کارفرما در دادگاه های عادی می باشد. دادخواهی و طرح دعوی بدین شکل، برای فرد متاثر یا قربانی به طور کلی زمان بر، پرهزینه و اضطراب آور است و لذا به ندرت نتیجه دلخواه و غرامت موثر برای کارگر آسیب دیده و خانواده و یا دیگر وابستگان وی حاصل می گردد.

بنابراین، در وهله نخست، برخی طرح های غیرتخصصی با رویکرد تامین به موقع مزایا برای حادثه دیدگان و خانواده های آنها، استقرار مکانیزم های تامین مالی پیش بینی پذیر و پایدار و اداره کارآمد صندوق های مربوطه، در تعدادی از کشورها معرفی گردید. نسل اول این قبیل طرح ها، "طرح غرامت کارگران" بود که براساس آن غرامت یک

کارگر یا وابستگان بازمانده ی وی از تعهدات قانونی کارفرما به شمار می رفت. زیرا در این رویکرد اصل بر این می باشد که کارفرما مسئول فراهم نمودن محیط امن و سالم برای کارگران است و ناتوانی در مهیا ساختن چنین شرایطی آنها را متعهد می سازد تا زیان های مربوطه وارده بر کارگر و خانواده ی وی را جبران نماید. با توجه به این که بار مالی ناشی از عمل به این تعهدات صرفاً برعهده ی کارفرماست، این طرح ها اغلب کارفرمایان را مجاب می سازند تا از بیمه های خصوصی استفاده نمایند. با این وجود تجارب نشان داده اند که حتی در جایی که این تعهد قانونی وجود دارد، خروجی و نتایج این قبیل طرح ها کمتر از سطح بهینه می باشد. لزوم پردازش یک ادعای بیمه ای و ضرورت وجود اطلاعات مکفی و همچنین انجام معاینات پزشکی، باعث می شوند که دریافت مزایا و بهره مندی از معالجات با تاخیرهای جدی همراه باشد. به علاوه ممکن است کارفرمایی از بیم پیچیدگی های حقوقی و قانونی مربوطه، نسبت به رسیدگی به این ادعا یا مطالبه بی اعتنا باشد. بسیاری از کشورها، به منظور شناسایی و رفع این قبیل کاستی ها، طرح های بیمه اجتماعی را جایگزین طرح های مسئولیت کارفرما نموده اند که در عمل اصل عدم تقصیر را جهت تسهیم هزینه های حوادث شغلی در جامعه (حداقل آن بخش بازار کار رسمی) به طور کلی دنبال می کنند.

این تغییر رویکرد درباره ی حمایت در برابر حوادث شغلی از همان آغاز فعالیت در استانداردهای اتخاذی سازمان بین المللی کار منعکس شده است (کادر ۳-۷).

اثر بخشی برنامه ها در توجه به پیشامد خاص حوادث شغلی به اصول خاصی بستگی دارد:

- ۱- عدم تقصیر: کارگری که حادثه می بیند یا بازمانده کارگر در مواقع فوت، بدون اینکه لازم باشد ثابت شود تقصیر از جانب کارفرما بوده است یا خیر، باید استحقاق دریافت مزایا را داشته باشد؛
- ۲- تسهیم جمعی مسئولیت (مشارکت جمعی در مسئولیت)؛
- ۳- حکمرانی خنثی در برخی سطوح اداره ی طرح، به این معنا که حق بهره مندی (استحقاق)، می تواند خارج از رابطه ی قراردادی کارگر و کارفرمایش شکل بگیرد؛

در این چارچوب، هدف مقررات و برنامه های حوادث شغلی در اکثر کشورها، برطرف نمودن نیازهای کارگران و خانواده های کارگرانی است که پیش بینی می شود دچار حادثه شغلی یا بیماری های حرفه ای گردند از طریق:

- مراقبت درمانی مرتبط و مناسب؛
- جایگزینی درآمد به صورت ارائه مزایای نقدی دوره ای در موارد ازکارافتادگی که ممکن است موقت یا دائم و جزئی یا کلی ارزیابی شوند؛
- مزایای پیشامدهای غیرمترقبه (پرداخت های نقدی دوره ای و کمک هزینه کفن و دفن) قابل پرداخت به بازماندگان (همسر، فرزند و سایر خویشان) در موارد فوت.

بسیاری از طرح های حوادث شغلی ملی دارای یک مجموعه اهداف وسیع تر نظیر اشتغال مجدد کارگران حادثه دیده و بیمار و تقویت و حفظ سطح شایسته ای ایمنی و بهداشت محیط کار می باشند. این اهداف تنها زمانی می توانند به طور موثر تحقق یابند که سطح بالایی از یکپارچگی سیاستی نه تنها بین شاخه های مختلف طرح های تامین اجتماعی بلکه بین سیاست های مرتبط با بازارهای کار، بازرسی کار و ایمنی و بهداشت حرفه ای^{۲۰} وجود داشته باشد.

ارائه غرامت مکفی در مورد ازکارافتادگی جزئی دائمی، یکی از بزرگترین چالش های شاخه حوادث شغلی حمایت اجتماعی می باشد. رویکردی که مبتنی بر آسیب به صورت ناتوانی بدنی می باشد، اساساً آسیب های فیزیولوژیک را جبران می نماید و ممکن است حتی اگر درجه ازکارافتادگی منحصراً بر مبنای فاکتورهای درمانی ارزیابی نشود، از منظر اقتصادی منجر به ارائه غرامت بیش یا کمتر از حد گردد. رویکرد مبتنی بر ظرفیت کسب درآمد، تلاش می کند تا سطح مزایا را به زیان اقتصادی ناشی از حادثه مرتبط سازد؛ این رویکرد نیز الزامات اداری سختی بابت مدیریت ادعاها تحمیل می نماید و در عین حال ارائه خدمات توانبخشی پیشرفته به منظور توسعه ظرفیت های باقیمانده کارگران حادثه دیده را ایجاب می کند. این امر نیز اگر قرار است موفقیتی به همراه داشته باشد، به نوبه خود مستلزم درگیر شدن کامل کارفرما در برنامه های توانبخشی است. برای تحقق این مهم، می توان از یک سیستم رتبه بندی که عملکرد گذشته ای کارفرما را در خصوص حوادث و بیماری های شغلی مد نظر قرار می دهد، به عنوان محرکی برای تشویق مشارکت کارفرمایان در تسهیل بازگشت به کار کارگران استفاده کرد، البته این موضوع تنها در شرکت های متوسط و بزرگ امکان پذیر است.

هنگام اجرا، یک معیار مهم دیگر برای اندازه گیری اثربخشی طرح های حوادث شغلی، قابلیت سیستم در تضمین این است که کارگران حادثه دیده به امکانات درمانی و مراقبت سلامت، کالاها و خدمات مورد نیاز دسترسی دارند و این که مزایای نقدی بدون تاخیر به دست کارگران حادثه دیده یا بازماندگان آنها می رسد. تحویل به موقع مزایا مستلزم استقرار یک سیستم گزارش دهی کارآمد و وجود رویه های ساده و موثر کمک به قربانیان و خانواده های آنها در دسترسی به بیمه حوادث شغلی می باشد. سیستم های گزارش دهی بر خط (آن لاین) حوادث و بیماری های شغلی، از جمله ابزارهای است که می تواند برای تسهیل دسترسی مورد استفاده قرار گیرد.

۳-۲-۳- انواع طرح های حمایت در برابر حوادث شغلی

اکثر کشورها در خصوص حوادث شغلی، رویکرد بیمه اجتماعی را اتخاذ نموده اند با این حال برخی کشورها همچنان برخی مولفه های رویکرد مسئولیت کارفرما را حفظ نموده اند. این امر می تواند پوشش کارگرانی را که به طور اجباری تحت پوشش بیمه نیستند لیکن تمایل به مشارکت اختیاری داشته باشند را تسهیل کند. در کشورهای معدودی

²⁰ Occupational Safety and Health (OSH)

مهمترین آنها هلند، پوشش حوادث شغلی به طور کامل در طرح هایی که از کارافتادگی های غیر ناشی از کار را پوشش می دهند، ادغام شده است.

شکل ۳-۱۲، الگوهای پوشش را در جهان نشان می دهد. می توان مشاهده نمود که قویاً در اروپا و آسیای مرکزی و خاورمیانه و کمتر در آمریکا، آفریقا، آسیا و اقیانوسیه، تاکید بر بیمه اجتماعی در مقابل طرح های نسل اول مبتنی بر مسئولیت کارفرما می باشد. سازوکارهای مسئولیت کارفرما هنوز در تعدادی از کشورها اجرا می شوند.

کادر ۳-۷- استانداردهای بین المللی مربوط به حمایت در برابر حوادث شغلی

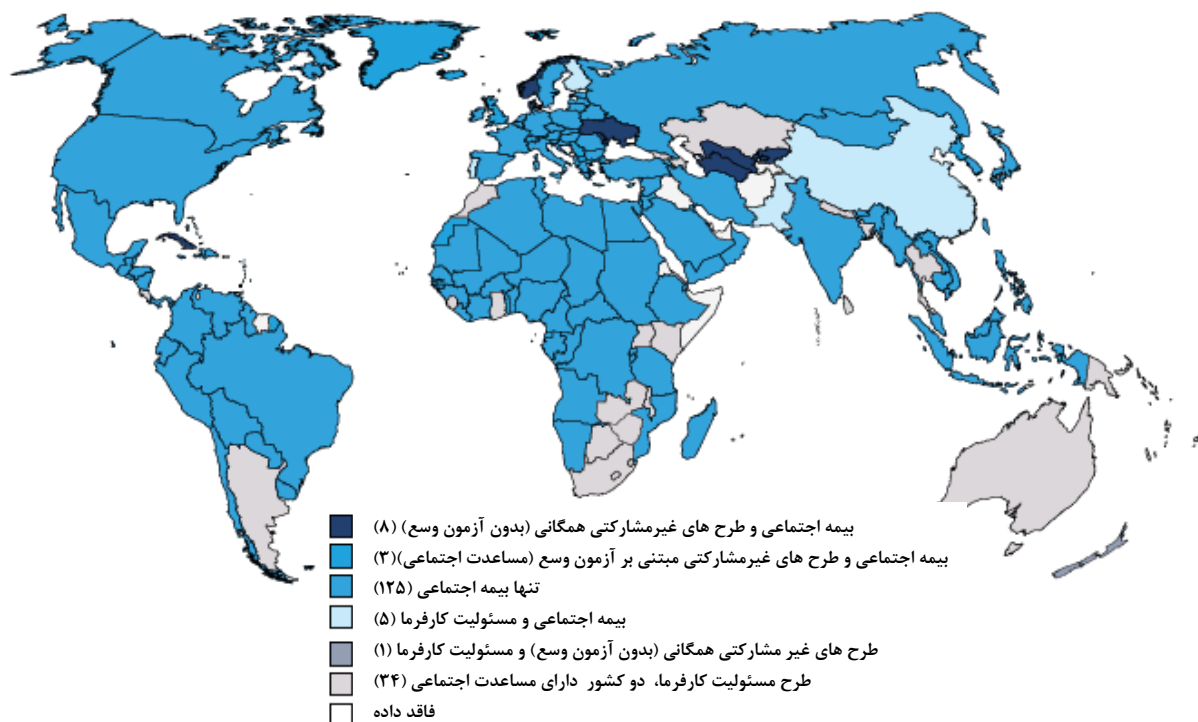
حق برخورداری از حمایت در برابر حوادث شغلی، در بیانیه جهانی حقوق بشر سال ۱۹۴۸ و میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سال ۱۹۶۶، تصریح شده است. تحقق این حق مستلزم اعمال شرایط ایمنی و بهداشت کار، پیشگیری، درمان و کنترل بیماری های حرفه ای و تامین مزایای مکفی نقدی و غیرنقدی است که دسترسی به مراقبت سلامت و امنیت درآمدی مکفی را برای قربانیان حوادث شغلی و اعضای خانواده آنها تضمین می کند.

حمایت در برابر حوادث شغلی از همان ابتدا موضوع تعدادی از میثاق نامه ها و توصیه نامه های اتخاذی سازمان بین المللی کار بوده است. مطابق با مقاله نامه ۱۰۲ (بخش ۶)، هر گونه شرایطی که آثار منفی بر سلامت افراد دارد و ناشی از حادثه یا بیماری شغلی می باشد و ناتوانی در کار کردن و کسب درآمد ناشی از آن بوده، خواه موقت یا دائمی و کلی یا جزئی باشد، باید تحت پوشش قرار گیرد. این حمایت همچنین موارد فوت کارگر در اثر حادثه یا بیماری شغلی و مساعدت بازماندگان وی را نیز شامل می گردد. بنابراین تامین حمایت باید مراقبت های درمانی مربوطه را با نگاهی به حفظ و نگهداشت یا بهبود سلامت فرد آسیب دیده و قابلیت وی برای کار کردن و برآورده ساختن نیازهای خود، شامل شود. همچنین باید یک مزایای نقدی به فرد آسیب دیده یا بازماندگان فرد در یک سطح تضمین شده و به صورت دوره ای منظم که یک جایگزینی درآمد قابل قبولی برای آنها ایجاد کند، پرداخت گردد. در صورتی که از کارافتادگی جزئی باشد مزایا می تواند تحت شرایط خاصی به صورت مبلغ مقطوع پرداخت شوند.

مقاله نامه مزایای حوادث شغلی سال ۱۹۶۴ (شماره ۱۲۱) و توصیه نامه همراه آن (شماره ۱۲۱)، استانداردهای بالاتری را عمدتاً در زمینه پوشش جمعیت و سطح مزایا ارائه شده تعیین می کند. مقاله نامه شماره ۱۲۱ همچنین اهمیت وجود یک رویکرد یکپارچه و منسجم را در خصوص بهبود شرایط کار کردن، محدودساختن اثرات حوادث شغلی و تسهیل بازگشت افراد از کارافتاده به بازار کار و جامعه، یادآوری می نماید. بدین منظور مقاله نامه، دولت ها را ملزم می سازد تا اقداماتی را جهت جلوگیری از بروز حوادث شغلی انجام دهند، خدمات توانبخشی را ارائه داده و تضمین نمایند که کارگرانی که جای خود را در بازار کار از دست داده اند، بتوانند شغل مناسبی را بیابند.

رویکرد توصیه نامه شماره ۲۰۲ متفاوت است و به جای تمرکز بر مخاطرات زندگی نظیر بیماری و از کارافتادگی به هر دلیل یا میزانی به عنوان منبع بالقوه نامنی درآمدی که باید خطاب قرار گیرند، کانون توجه آن اجتناب از فقر، آسیب پذیری و محرومیت اجتماعی یا کاهش آنها از طریق تضمین امنیت درآمد می باشد. به همان صورت مقاله نامه ۲۰۲، دسترسی تضمین شده به حداقل مراقبت های سلامت ضروری برای تمام نیازمندان مطابق با چرخه زندگی و بدون توجه به منشا از کارافتادگی یا بیماری را خواستار می گردد. امنیت درآمدی پایه و دسترسی به مراقبت های درمانی ضروری را می توان با رویکردهای متنوعی و با ترکیبی از طرح های مشارکتی و غیرمشارکتی و انواع مختلف مزایای از کارافتادگی و حوادث شغلی و سایر مزایای نقدی و غیرنقدی تضمین نمود. به طور خاص در مورد حوادث شغلی، مقاله نامه، ترکیب اقدامات و تمهیدات دارای ماهیت پیشگیری، توسعه و فعال با مزایا و خدمات اجتماعی و همچنین هماهنگی سیاست های حمایت اجتماعی با سیاستهایی که کار امن را در قالب یک چارچوب کار شایسته ارتقاء می دهند، فرا می خواند.

شکل ۳-۱۲- حمایت در برابر حوادث شغلی : توزیع بر حسب نوع برنامه ۲۰۱۲/۱۳

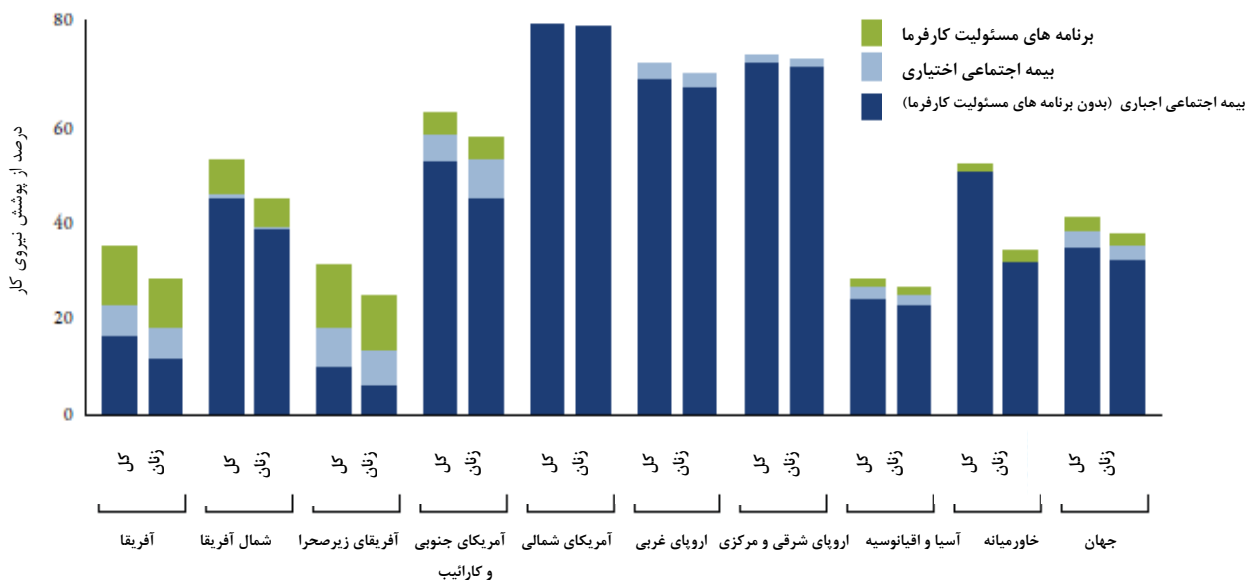


۳-۳-۳- اندازه ی پوشش قانونی

پوشش قانونی برای حوادث شغلی غالباً افراد در اشتغال رسمی را مورد حمایت قرار می دهد در حالی که اشتغال غیر رسمی به ندرت پوشش داده می شود. شکل ۳-۱۳ به طور خلاصه پوشش جهانی و تفاوت های منطقه ای را نشان می دهد. در سطح جهانی، تنها ۳۳/۴ درصد کل نیروی کار، و تنها ۳۱/۷ درصد نیروی کار زن، به صورت اجباری و الزام قانونی از طریق بیمه اجتماعی، تحت پوشش هستند. در صورتی که پوشش اختیاری بیمه اجتماعی و طرح های مسئولیت کارفرما را نیز در نظر بگیریم، ۳۹/۶ درصد نیروی کار به طور قانونی تحت پوشش هستند (۳۶/۷ درصد نیروی کار زن)؛ با این وجود نرخ های پوشش موثر ممکن است به طور قابل توجهی پایین تر نیز باشند. عجیب نیست که نرخ پوشش قانونی بازتابی از الگوی کلی پوشش حمایت اجتماعی می باشد که در اروپا (غربی و شرقی) و آمریکای شمالی بسیار بالا، در آمریکای جنوبی در حد متعادل اما همچنان قابل توجه و در آفریقای زیرصحرای و بیشتر آسیا بسیار پایین است.

تفاوت های جنسیتی در پوشش قانونی حوادث شغلی، به ویژه در منطقه خاورمیانه و آفریقا که نرخ های پوشش برای زنان به ترتیب ۱۸ و ۱۳ درصد پایین تر از نرخ های پوشش کلی است، بالا می باشد. در کشورهای آمریکای جنوبی، تفاوت عمده جنسیتی در دسترسی به بیمه اجتماعی است که نشان می دهد میزان قابل توجهی از انواع مشاغل که به زنان ارائه می شوند از کارهای خانوادگی بدون مزد تا خوداشتغالی، فاقد پوشش قانونی می باشد.

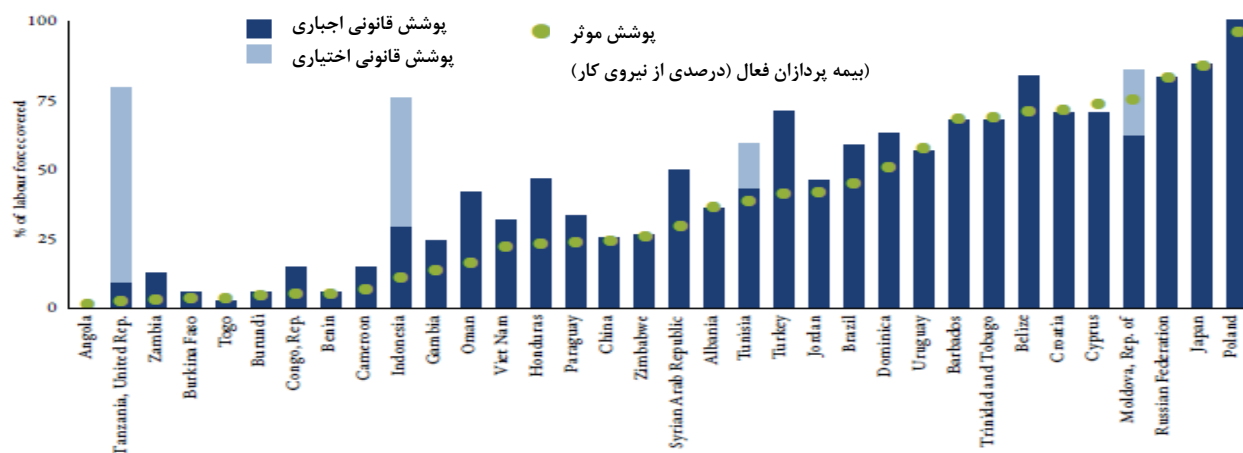
شکل ۳-۱۳- حمایت در برابر حوادث شغلی: برآوردهای منطقه ای در خصوص پوشش قانونی (کل و زنان)؛
آخرین سال در دسترس (درصدی از نیروی کار)



۳-۳-۴- اندازه ی پوشش موثر

پوشش قانونی به دلایل گوناگونی الزاماً به معنای پوشش موثر نیست؛ در واقع همان گونه که در شکل ۳-۱۴ نمایش داده شده است، این دو مفهوم از پوشش، در بسیاری از کشورها به طور وسیعی از هم فاصله دارند. در اکثر کشورهایی که داده های آنها وجود داشت، تعداد بیمه پردازان (در غالب کشورها کارفرمایان از طرف شاغلین خود حق بیمه پرداخت می کنند)، از تعداد کسانی که به موجب قانون مشمول و تحت پوشش هستند، فاصله دارد. این شکل نشان می دهد که به طور خاص گروه کوچکی از کشورها، به لحاظ نظری به سطوح بالای پوشش دست می یابند اما این موفقیت بر مبنای مشارکت اختیاری (اصل اتخاذی به ویژه جهت ارتقاء دسترسی طرح برای کارگران خوداشتغال) بدست آمده است. این موضوع به ویژه در مورد اندونزی و تانزانیا که نسبت های مربوط به پوشش قانونی آنها شامل پوشش اختیاری، بالای ۷۰ درصد نیروی کار است، لیکن کمتر از ۱۰ درصد نیروی کار در عمل به طور موثر تحت پوشش هستند، بسیار قابل توجه است. در حقیقت این مسئله که پوشش اختیاری کسری از افراد واجد شرایط قانونی را به خود اختصاص دهد، آنچنان غیرمعمول نیست. دلایل محتمل برای شمول پایین عبارتند از ظرفیت های بیمه پردازی پایین در جمعیت تحت پوشش، نبود درک مناسب نسبت به اهمیت پوشش، عدم مطابقت مزایای ارائه شده و نیازهای تجربه شده و یا رویه های پیچیده که مانع مشارکت می شوند.

شکل ۳-۱۴ - حمایت در برابر حوادث شغلی: پوشش قانونی و موثر؛ آخرین سال در دسترس (درصدی از نیروی کار)

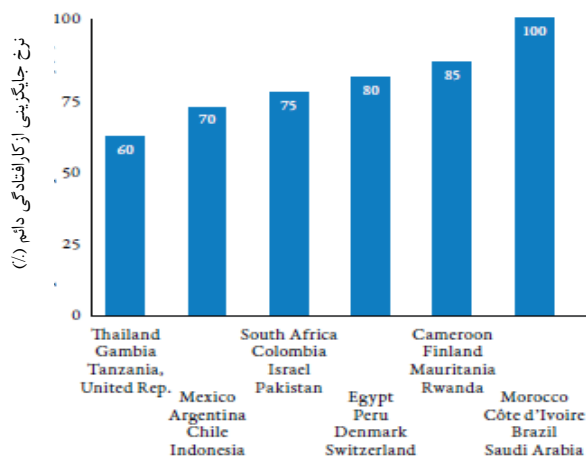


Source: For legal coverage, see figure 3.13. For effective coverage: ILO Social Security Inquiry database.

۳-۳-۵ - کیفیت مزایا جهت رفع نیازهای کارگران

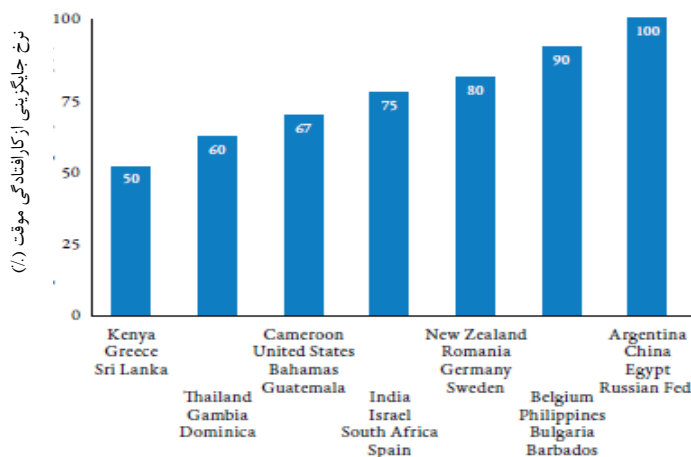
مزایای حوادث شغلی بابت ازکارافتادگی دائمی معمولاً در قالب مستمری ارائه می گردند. همان گونه که شکل ۳-۱۵ نشان می دهد، طرح های مختلف درخصوص سهم درآمد پیش از ازکارافتادگی (نرخ جایگزینی) با هم تفاوت های فراوانی دارند. همان طور که شکل ۳-۱۶ نشان می دهد، همین موضوع درباره ازکارافتادگی موقت با تفاوت های بیشتر درخصوص مدت دریافت مزایا صادق است. ارائه فرصت های شغلی مناسب برای کارگران ازکارافتاده ناشی از حوادث شغلی از اهمیت بالایی برخوردار است. در این زمینه چین نمونه جالبی است. کارفرما باید با توجه به درجات معین ازکارافتادگی، شغل مناسبی را برای فرد فراهم نماید و یا یک مستمری معادل ۶۰ درصد (یا بیشتر) درآمد خالص ماهانه کارگر حادثه دیده پرداخت کند.

شکل ۳-۱۵ - حمایت در برابر حوادث شغلی: نرخ جایگزینی برای ازکارافتادگی دائمی



Sources: ILO calculations based on SSA and ISSA, 2012; SSA and ISSA, 2013a; SSA and ISSA, 2013b; SSA and ISSA, 2014.

شکل ۳-۱۶ - حمایت در برابر حوادث شغلی: نرخ جایگزینی برای ازکارافتادگی موقت



Sources: ILO calculations based on SSA and ISSA, 2012; SSA and ISSA, 2013a; SSA and ISSA, 2013b; SSA and ISSA, 2014.

از منظر جهانی، نکته قابل توجه این است که با وجود اجرایی شدن انواع مختلف نظام های حمایت در برابر حوادث شغلی در بسیاری از کشورها، اکثر کشورهای کم درآمد همچنان بر اصل مسئولیت کارفرما تکیه می نمایند تا بیمه اجتماعی حوادث شغلی. در این حال، پرسش این است که آیا کشورهای دارای نظام های ضعیف اجرایی و نظارتی، ظرفیت نظارت و تضمین اجرا و تبعیت از قانون را دارند یا خیر. به علاوه، در بسترهایی که اشتغال غیررسمی شایع است، نیازهای کارگران به حمایت موثر در هنگام بروز حوادث شغلی، به اندازه کافی و به طور مناسب برآورده نشده و مورد خطاب قرار نمی گیرد.

در این زمینه، می توان به مشکلات و پیچیدگی های حادثه ای که در آوریل سال ۲۰۱۳ در ساختمان راناپلاتزا در شهر داکا بنگلادش روی داد، اشاره کرد. بیش از ۱۰۰۰ نفر از کارگران واحدهای صنعتی مستقر در ساختمان راناپلاتزا در اثر ریزش و انهدام آن جان خود را از دست دادند و حدود ۲۵۰۰ نفر آسیب دیدند (کادر ۳-۸). مشخص گردید که پس از این حادثه در میان تمام مسائل مبتلا به این رویداد درخصوص ایمنی و بهداشت حرفه ای، حمایت اجتماعی و شرایط بازار کار، آمار افراد آسیب دیده به دلیل نبود یک طرح کارآمد حمایت در برابر حوادث شغلی، چند برابر شد. اخیراً، بسیاری از کشورها، برنامه های ایمنی و بهداشت حرفه ای ملی را منطبق و همسو با چارچوب ترویجی مقابله نامه شماره ۱۸۷ سازمان بین المللی کار در سال ۲۰۰۶ درخصوص ایمنی و بهداشت حرفه ای، توسعه داده و به مورد اجرا گزارده اند. این برنامه ها عبارتند بودند از: بیمه حوادث شغلی، تقویت نظام های گزارش دهی برای حوادث و بیماری های شغلی، و مکانیزم هایی برای پرداخت به موقع غرامت و برنامه ها و اقدامات پیشگیرانه.

گذر از مقررات و سازوکارهای مسئولیت کارفرما به طرح های حوادث شغلی مبتنی بر بیمه اجتماعی و استقرار چنین طرح هایی در کشورهایی که پیش از آن هیچ گونه مکانیزم حمایتی نداشته اند، پیشرفت قابل توجهی در زمینه تامین اجتماعی کارگران به شمار می رود. در کامبوج، در سال ۲۰۰۹، طرح حوادث شغلی به عنوان نخستین شاخه طرح بیمه اجتماعی که ۱۸۰۰ کارگاه و بیش از ۵۰۰ هزار کارگر (نزدیک به ۲۰ درصد شاغلین عمدتاً زنان) را تا پایان سال ۲۰۱۰ پوشش می داد، معرفی گردید (GIZ, ILO and P4H, 2012).

روند دیگر در سال های اخیر، تمرکز بیشتر بر توانمندسازی مزایاگیران جهت بازگشت به کار بوده است. در تعدادی از کشورها اصلاحاتی به منظور تقویت برنامه ها و اقدامات توانبخشی، معرفی شد (OECD, 2010b; OECD, 2012a). در حالی که در برخی کشورها چنین اقداماتی با هدف ارتقاء بازگشت سریع به زندگی کاری که اغلب مستلزم سرمایه گذاری های بیشتر بود، اتخاذ گردید، در کشورهای دیگر اقداماتی با انگیزه صرفه جویی در هزینه ها اغلب با آثار دو جانبه بر وضعیت مزایاگیران، صورت پذیرفت.

کادر ۳-۸- حادثه راناپلاتزا و مسائل مربوط به تامین اجتماعی و حوادث شغلی

در ماه آوریل سال ۲۰۱۳، ساختمان راناپلاتزا در داکا پایتخت بنگلادش که چهار تولیدی پوشاک را در خود جای داده بود، فرو ریخت و دست کم ۱۱۳۲ نفر جان خود را از دست داده و بیش از ۲۵۰۰ نفر آسیب دیدند. درست پنج ماه پیش تر، حداقل ۱۱۲ کارگر در یک حادثه فجیع دیگر آتش سوزی کارخانه مد تازرین در حومه داکا، جان خود را از دست داده بودند. این اتفاقات در کنار آمار حوادث صنعتی به ثبت رسیده، برای دنیا مبین این بود که شرایط نامناسب شغلی پیش روی کارگران بخش تولید پوشاک در بنگلادش قرار دارد. میلیون ها نفر که اکثر آنها را دختران و زنان تشکیل می دهند، به خاطر دستمزدهایی بسیار کم، در معرض شرایط غیرایمن و پرحادثه و منجر به فوت شغلی و بیماریهای حرفه ای قرار دارند. اغلب کارخانجات و تولیدی ها فاقد استانداردهای موردنیاز مقررات ساخت و ساز می باشند. در نتیجه در این کشور، فوت ناشی از حوادث آتش سوزی و فروریختن ساختمان بسیار شایع است. به دلیل نبود یک نظام کارآمد بازرسی کار و مکانیزم های اجرائیات مناسب، تحقق کار شایسته و زندگی در شان، برای اکثریت وسیعی از جمعیت کارگران صنعت پوشاک و خانواده های آنها، همچنان دور از واقعیت به نظر می رسد.

با توجه به شرایط کاری پرخطر و بالا بودن ریسک مواجهه با حوادث شغلی در این بخش، تامین مزایای مکفی جهت جبران آسیب کارگران و زیان های درآمدی آنها و همچنین تضمین این که آنها دسترسی به مراقبت های درمانی متناسب با شرایط شان دارند، از اهمیت به سزایی برخوردار است. دسترسی به برخی شکل های غرامت یا کمک مالی برای اعضاء خانواده که نان آور خود را از دست داده اند نیز می تواند بین زندگی در فقر شدید که فرزندان و سالمندان مجبور به کار کردن می باشند و زندگی در سطح موردنیاز معیشت یا بالاتر، تفاوت ایجاد نماید. در حال حاضر تنها شکل حمایت مالی در دسترس برای کارگران و وابستگان آنها در قانون کار تصریح گردیده که کارفرمایان را در صورت مسئول بودن مجاب می سازد پرداختی های خاصی را به کارگران حادثه دیده و تبعی های آنها، پرداخت نمایند.

اصلاحیه اخیر در قانون کار، کارفرمایان را مکلف می سازد که خود را در برابر مسئولیت مذکور بیمه نمایند، در این حال چنین مسئولیتی درخصوص حادثه آتش سوزی تازرین یا فروریختن راناپلاتزا وجود نداشت. میزان غرامت ها نیز بسیار پایین و به صورت مبلغ مقطوع می باشند که حمایتی ناکافی برای مزایاگیران در برابر از دست رفتن سلامت و فقر در میان مدت و بلندمدت فراهم می نماید. نظام همچنین با مسائل اجرائی و عملی عمده ای (نظیر فرار بیمه ای، نبود اجرائیات مناسب، فقدان مکانیزم مناسب رسیدگی به دعاوی)، روبروست که موجب می گردد احراز شرایط قانونی بهره مندی از مزایا به ندرت تحقق یابد.

علیرغم دامنه وسیع زیان قربانیان حوادث تازرین و راناپلاتزا، هیچ غرامتی به موجب مقررات قانون کار مبنی بر مسئولیت کارفرما، پرداخت نگردید. تعداد اندکی از خریداران جهانی و فعالان محلی پرداخت هایی را در ماههای پس از وقوع حوادث البته به صورت داوطلبانه انجام دادند. به منظور جبران و اصلاح اساسی تر این شرایط و تضمین این که کارگران و وابستگان متوفیان به طور موثر از غرامت هم مالی و هم مراقبتی بهره مند می گردند، سهامداران و فعالان جهانی و محلی گردهم جمع شدند و بر سر یک چارچوب هماهنگ بی نظیر توافق حاصل کردند. با اقدام سازمان بین المللی کار به عنوان مقامی بی طرف، سازوکاری اتخاذ گردید که رویکردی واحد نسبت به ارائه غرامت، همسو با استانداردهای سازمان بین المللی کار و به طور خاص منطبق با مقاله نامه ۱۲۱ درخصوص مزایای حوادث شغلی سال ۱۹۶۴، داشت.

آتش سوزی تازرین و فروریختن راناپلاتزا، مقامات محلی و سایر ذی نفعان را بر آن داشت تا با حمایت عمدتاً سازمان بین المللی کار و خریداران جهانی، گام های موثری برای تقویت ایمنی و بهداشت حرفه ای، خدمات بازرسی کار و خدمات آموزش حرفه ای و توانبخشی در بلندمدت بردارند. با این وجود هیچ اقدام محکمی جهت توسعه یک چارچوب سالم و کارآمد برای ارائه مزایای حوادث شغلی مطابق با استانداردهای سازمان بین المللی کار و مقاله نامه شماره ۱۲۱، صورت نگرفته است. در هر حال با توجه به قرار گرفتن چنین اقدام و برنامه ای در طرح اقدام ملی سه جانبه در زمینه ایمنی در برابر آتش سوزی در بخش تولید پوشاک که در ماه می سال ۲۰۱۳ اتخاذ شد، امیدهایی برای آینده وجود دارد.

پوشش حوادث شغلی با پوشش در سایر حوزه‌های تامین اجتماعی نظیر مراقبت‌های درمانی، در تعامل است. با این حال، نیازهای مراقبت‌های درمانی آسیب‌دیدگان حوادث یا بیماری‌های شغلی، ممکن است فراتر و یا متفاوت از نیازهای اکثریت تحت پوشش طرح مراقبت‌های درمانی کلی باشد: برای مثال معالجه بیماری‌های شغلی ممکن است مستلزم انواع مراقبت‌های تخصصی ویژه باشد. بنابراین بسیار مهم است که تضمین شود این قبیل تفاوت‌ها و شکاف‌های احتمالی مدنظر قرار می‌گیرند. در این زمینه یک موضوع مورد نگرانی حتی در اروپا این است که در تعدادی از کشورها، اقدامات تثبیت مالی متضمن کاهش‌های اساسی در سطح مراقبت‌های درمانی می‌باشند (فصل ۵).

نیازهای مالی مدنظر طرح‌های حمایت در برابر حوادث شغلی، شبیه نیازهای مالی افرادی است که در خارج از محیط کار دچار از کارافتادگی شده‌اند. طرح‌های مشارکتی از کارافتادگی که زیان‌های مربوط به ظرفیت کسب درآمد ناتوانی‌ها و معلولیت‌های غیرناشی از کار را پوشش می‌دهند، احراز شرایط خاص بیمه‌پردازی را جهت دریافت مزایای مربوطه، مجاب می‌سازند. این قبیل الزامات محافظی در برابر سوء استفاده از طرح بوده و تامین مالی مناسب و تضمین پرداخت مزایای از کارافتادگی را در بلندمدت امکان‌پذیر می‌نماید. در مقابل، شرایط احراز طرح‌های مزایای حوادث شغلی، باید به گونه‌ای طراحی شوند که کارگران در برابر پیامدهای حوادث و بیماری‌های شغلی از همان روز نخست اشتغال مورد حمایت واقع شوند و ریسک‌های مالی و بهداشتی مربوط به یک محیط کار ناسالم و غیر ایمن را متحمل نگردند.

مزایای حوادث شغلی در مورد از کارافتادگی دائم، همانند سایر مستمری‌ها به صورت پرداخت‌های دوره‌ای بلندمدت می‌باشد، لذا وجود یک رویکرد یکپارچه، درون نظام‌های ملی مورد نیاز است. ادغام و یکپارچه‌سازی از ارائه مضاعف مزایا جلوگیری می‌نماید و استانداردسازی مکانیزم‌های تعدیل را به منظور حفظ قدرت خرید مزایا، امکان‌پذیر می‌سازد. روندهای جهانی در خصوص پوشش بیمه اجتماعی، تشویق‌کننده است. چنین چارچوبی به ارتقاء دورنمای همبستگی و حقوق محور که در مورد سلامت بلندمدت نظام‌های حمایت اجتماعی ضروری می‌باشند، کمک می‌کند.

در ارتباط با دوره‌های نهفتگی بیماری در درمان بیماری‌های حرفه‌ای ممکن است مسائل پیچیده‌ای به وجود آید. درحالی‌که تعیین زمان وقوع یک حادثه شغلی آنچنان دشوار و مسئله‌برانگیز نیست، اما تعیین زمان آغاز بیماری شغلی احتمالاً دشوارتر است. در حال حاضر بسیاری از کارگران، در معرض شرایط کاری هستند که در بلندمدت می‌تواند منجر به تشدید یک بیماری حرفه‌ای گردد. مدیریت چنین مشکلاتی در وضعیت خاص کشورهای در حال توسعه که رعایت مقررات مربوطه نظیر مقررات و تدابیر حفاظتی و لباس کار از ضمانت‌اجرائی پایینی برخوردار هستند، حتی می‌تواند دشوارتر هم باشد.

در کشورهایی که بیمه حوادث شغلی و طرح های غرامت کارگران را جهت رفع این نیازها به اجرا گزارده اند، بسیار مهم است که طرح ها بر مبنایی منصفانه و منطبق با قانون اداره گردند. معاینات پزشکی، تشخیص و ارزیابی ها باید سخت و دقیق و براساس فهرست ملی بیماری های حرفه ای انجام شود. با این وجود چنین فهرستی همیشه بر وفق نظر مطالبه کنندگان نیست و مجموعه ای از شرایط و دیدگاه های خاص ملی و محلی را نیز در بر می گیرد.

ارائه حمایت در موارد حوادث شغلی، یکی از حوزه های تامین اجتماعی است که در آن اداره موثر و برخورد برابر با متقاضیان، نقش کلیدی ایفا می کند. نقش مدیران نیز می تواند وسیع و تا حدود زیادی مرتبط با فعالیت بازرسان کار مسئول رسیدگی و بررسی ایمنی محیط کار و به طور کلی تمام اقداماتی که به جلوگیری از بروز حوادث و بیماری ها در محیط کار کمک می کند، باشد. یک چارچوب یکپارچه شامل معیارهای جامع ایمنی و بهداشت حرفه ای، خدمات بازرسی و سازوکارهای اجرائیات قوی و همچنین ارائه مزایای نقدی و مراقبت های درمانی در هنگام بروز حوادث شغلی، همراه با خدمات توانبخشی مناسب، همچنان بهترین راهکارها در تضمین این هستند که کارگران و وابستگان آنها به طور موثر در برابر مخاطرات حوادث و بیماری های شغلی مورد حمایت می باشند.

۳-۴- مزایای از کارافتادگی

نکات مهم:

- اقدامات موثر در حمایت از افراد از کارافتاده جهت یافتن شغل و حفظ کیفیت اشتغال، مولفه کلیدی سیاست های غیر تبعیض آمیز و فراگیر می باشد که به احقاق حقوق و خواست آنها به عنوان اعضاء مولد جامعه کمک می نماید.
- مزایای از کارافتادگی غیرمشارکتی به عنوان تکمیل کننده مزایای طرح های مشارکتی، در حمایت از افراد از کارافتاده ای که نتوانسته اند شرایط بهره مندی از طرح بیمه را احراز نمایند، به ویژه کسانی که از بدو تولد یا پیش از رسیدن به سن اشتغال دچار معلولیت شده اند و یا کسانی که به هردلیلی فرصت پرداختن حق بیمه به مدت کافی به یک طرح بیمه اجتماعی را نداشته اند، نقش مهمی ایفا می کنند.
- سیاست های فعال سازی می توانند نقش حیاتی در حمایت از افراد ناتوان و از کارافتاده در یافتن شغل مناسب داشته باشند. این سیاست ها باید به گونه ای طراحی شوند که از حقوق افرادی که به هر دلیلی قادر به یافتن شغل مناسب نیستند و کسانی که معرفی چنین سیاست هایی ممکن است موجب کاهش امنیت درآمدی و ریسک بالاتر فقر برای آنها گردد، حمایت نمایند.
- بنابراین اصلاحات سیاستی باید به برقراری توازن مناسب بین حمایت از درگیر نمودن افراد در اشتغال و فراهم سازی سطح مکفی امنیت درآمدی برای از کارافتادگان توجه ویژه ای داشته باشد.

۳-۴-۱- حمایت و توانمندسازی از کارافتادگان

طبق برآوردهای جهانی، افراد از کارافتاده و ناتوان حدود ۱۵ درصد جمعیت جهان را تشکیل می دهند که بسیاری از آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند. در حدود ۷۸۵ میلیون ناتوان و از کارافتاده در سن اشتغال (۱۵ سال و بالاتر)، قرار دارند (WHO and World Bank, 2011). اکثر آنها نیز درگیر بازار کار می باشند و بسیاری از آنها نسبت به سایرین از داشتن کار شایسته منطبق با مهارت ها و شرایط شان محروم هستند. در قیاس با دیگر افراد، احتمال کمتری وجود دارد که افراد از کارافتاده دارای کار تمام وقت باشند و در اکثر موقعیت ها در اقتصاد غیررسمی قرار گرفته و در مقام کارگران فقیر و عمدتاً بیکار یا غیرفعال از نظر اقتصادی رتبه بندی می گردند. برخی از افراد از کارافتاده همچنین ممکن است به واسطه معلولیت و ناتوانی و یا عدم پشتیبانی محیط کاری، در یافتن و حفظ شغل با دشواری روبرو باشند و یا ممکن است به دلیل معلولیت تنها بتوانند به طور جزئی و تا یک اندازه محدودی کار کنند، بنابراین این قشر از جامعه نیازهای حمایت اجتماعی خاص خود را دارا می باشند.

نظام های حمایت اجتماعی در برآورده ساختن نیازهای خاص از کارافتادگان در زمینه تامین درآمد، حمایت اجتماعی درمانی و شمول اجتماعی آنها، نقش مهمی دارند. عناصر نظام های تامین اجتماعی که صریحاً نیازهای مرتبط با معلولیت

و از کارافتادگی را نشانه می روند، عبارتند از طرح ها و برنامه های حمایت از درآمد از کارافتادگان و خانواده های آنها (نظیر مستمری های از کارافتادگی مشارکتی و غیرمشارکتی، دیگر مزایای مربوط به از کارافتادگی و مساعدت اجتماعی عمومی)، حمایت اجتماعی درمانی و دیگر مکانیزم های تضمین پوشش همگانی درمان. برنامه ها و طرح هایی که از یکپارچه شدن پیوستن افراد دارای از کارافتادگی به بازار کار پشتیبانی و مشارکت آنها را در اشتغال تسهیل می نمایند نیز نقشی مهم در این زمینه ایفا می کنند. در این خصوص، حمایت های مالی جهت پوشش هزینه های مربوط به از کارافتادگی ناشی از داشتن یک شغل نیز می توانند به افراد دارای ناتوانی در عدم سقوط در ورطه فقر و تسهیل مشارکت آنها در اشتغال مولد، کمک نمایند (OHCHR, 2012; UN, 2013a).

تقریباً تمام کشورها دست کم یک سطح پایه حمایت به از کارافتادگان ارائه می دهند، لیکن این کار را در چارچوب ها و قالب های متفاوتی انجام می دهند. به طور کلی این طرح ها، از کارافتادگی و ناتوانی را در قالب موقت و دائمی و به صورت انواع و درجه از کارافتادگی متفاوت متمایز می سازند، با این درک که افراد با انواع از کارافتادگی و مدت زمان از کارافتادگی متفاوت می توانند نیازهای گوناگونی داشته باشند. این امر نتنها بر حسب مزایا جهت تامین درآمد بلکه بر حسب توانبخشی، بازآموزی و خدمات اشتغال دوباره این افراد می باشد. با توجه به تمام این عوامل و نیز تعاریف مورد پذیرش، طراحی این طرح ها در کشورهای گوناگون به طور وسیعی متفاوت می باشد.

مزایای حوادث شغلی (بخش ۳-۳)، به شدت با افراد دارای از کارافتادگی ناشی از کار که از پوشش برخوردار هستند، مرتبط می باشد (عمدتاً کارگران شاغل در اقتصاد رسمی). در مورد کسانی که زیر پوشش چنین مقرراتی نیستند یا در جایی قرار دارند که چنین طرح هایی وجود ندارند، امنیت درآمدی به طور قابل توجهی متکی بر وجود مزایای از کارافتادگی عمومی است. در راستای استانداردهای بین المللی (کادر ۳-۹)، این قبیل مزایا برای این که منتهی به نتایج مطلوب شوند باید معیارهایی را در برداشته باشند: طرح ها باید جهت رفع نیازهای خاص مربوط به از کارافتادگی، طراحی شوند؛ آنها نباید مانعی در دسترسی به سایر مزایای تامین اجتماعی گردند مگر آنکه کارکرد مشابهی داشته باشد؛ مزایا باید بر مبنایی غیرتبعیض آمیز ارائه شوند؛ و مزایا نباید به مثابه مانع بازگشت به کار و اشتغال عمل نمایند.

۳-۴-۲- انواع طرح های مزایای از کارافتادگان

مزایای از کارافتادگی بسته به نوع و اهداف طرح در حال اجرا در یک کشور معین، ممکن است شکل های مختلفی داشته باشند. در بسیاری از کشورها، مزایای نقدی از کارافتادگی با مزایای غیرنقدی از کارافتادگی نظیر حمل نقل عمومی رایگان و سازگار، دسترسی به دیگر خدمات عمومی رایگان، تجهیزات و امکانات ارگونومیک یارانه ای یا رایگان، و غیره همراه می باشند. هرچند مزایای غیرنقدی دارای ارزش پولی هستند و لذا به تضمین امنیت درآمدی کمک می کنند، اما این بخش از فصل حاضر بر مزایای نقدی تمرکز می نماید که عمده مزایای مربوط به از کارافتادگی را تشکیل می دهند.

کادر ۳-۹- مزایای از کارافتادگان جهت حمایت از درآمد: استانداردهای بین المللی مرتبط

چارچوب قانونی بین المللی حقوق بشر، مرجع های فراوان و صریحی در زمینه حق برخورداری از حمایت های اجتماعی از کارافتادگان و معلولین دارد. بیانیه جهانی حقوق بشر سال ۱۹۴۸، و قرارداد بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سال ۱۹۶۶، در بر گیرنده شناختی جامع درباره این حق می باشند در حالی که کنوانسیون سازمان ملل پیرامون افراد ناتوان و از کارافتاده (CRPD)، بیشتر وارد جزئیات می گردد. تمام این موارد، حق برخورداری از استاندارد کافی زندگی اعم از غذا، پوشاک و مسکن کافی و همچنین بهبود مستمر شرایط زندگی و بهره مندی از تامین اجتماعی و بالاترین سطح مراقبت سلامت در دسترس را برای افراد از کارافتاده و خانواده هایشان به رسمیت می شناسند. به طور خاص، به موجب کنوانسیون سازمان ملل در خصوص از کارافتادگان، دولت ها باید تحقق حق برخورداری از حمایت های اجتماعی را بدون هرگونه تبعیض مبتنی بر از کارافتادگی پشتیبانی نموده و ارتقا دهند و دسترسی برابر به خدمات و امکانات قابل استطاعت و مناسب و دیگر مساعدت های مرتبط با نیازهای از کارافتادگان نظیر حمایت اجتماعی و برنامه های کاهش فقر؛ مساعدت در مورد مخارج مرتبط با از کارافتادگی؛ برنامه های مسکن عمومی؛ و برنامه ها و مزایای بازنشستگی را فراهم سازند. این کنوانسیون همچنین حق بهره مندی از کارافتادگان از بالاترین استانداردهای دسترسی به خدمات سلامت بدون هرگونه تبعیضی را تصریح می نماید. بدین منظور، دولت ها باید تمام تدابیر و اقدامات مناسب را جهت تضمین دسترسی از کارافتادگان به خدمات سلامت از جمله خدمات توانبخشی سلامت محور که جنسیت حساس (Gender-Sensitive) هستند، به کار بندند.

استانداردهای بعدی اتخاذ شده توسط سازمان بین المللی کار به طور تکمیلی تر، هم حداقل پایه و هم استانداردهای بالاتر حمایت درآمدی را که باید برای هر فرد از کارافتاده ای جهت جایگزینی درآمد از دست رفته به دلیل بروز ناتوانی تضمین گردد، تعیین می کنند. کنوانسیون شماره ۱۰۲ به طور ویژه، (فصل ۹- مزایای از کارافتادگی) درباره ی پیشامد از کارافتادگی کلی (نه به دلیل حادثه شغلی) می باشد که منجر به ناتوانی کامل فرد برای شرکت در هر فعالیت مولد و کسب درآمد می گردد و به احتمال فراوان دائمی است. در این حالت، حمایت تحت شرایط خاص و تعیین شده از طریق ارائه مزایای نقدی دوره ای صورت می گیرد. کنوانسیون مزایای بازنشستگی، از کارافتادگی و بازماندگان سال ۱۹۶۷، شماره ۱۲۸ در بخش دوم خود، به همین موضوع می پردازد اما استانداردهای بالاتری را برای طرح های مزایای از کارافتادگی در نظر می گیرد. توصیه نامه شماره ۱۳۱ همراه آن، با لحاظ مواردی نظیر از کارافتادگی جزئی با مزایای کمتر و همچنین معرفی موضوع ناتوانی در مشارکت در فعالیت کسب منفعت به مثابه معیاری جهت ارزیابی از کارافتادگی، تعریف پیشامدهای از کارافتادگی را که باید تحت پوشش طرحهای ملی باشند، وسیع تر می کند. کنوانسیون شماره ۱۲۸ همچنین طراحی و تامین خدمات توانبخشی را جهت توانمندسازی از کارافتادگان به منظور بازگشت به اشتغال یا انجام فعالیت دیگری متناسب با استعداد و توانایی، ایجاب می کند.

اگرچه مراقبت درمانی شامل توانبخشی های درمانی به طور مجزا در بخش دوم کنوانسیون شماره ۱۰۲ و مراقبت درمانی و مزایای ایام بیماری در کنوانسیون شماره ۱۳۰ سال ۱۹۶۹ - در فصل ۵ مفصل تر بررسی می گردد- مورد تاکید قرار گرفته اند لیکن یک رویکرد جامع، منسجم و یکپارچه نسبت به مزایای از کارافتادگی همانند آن چه در چارچوب اصولی سازمان بین المللی کار آمده است، مستلزم آن است که توجه یکسانی به حمایت های درآمدی و نیازهای درمانی افراد از کارافتاده مبذول گردد. بنابراین استانداردهای تعیین شده در خصوص مراقبت درمانی اعم از توانبخشی درمانی به شدت در این زمینه نیز صدق می کنند. چنین مراقبت هایی باید از منظر محافظت، نگهداری و بهبود سلامت و قابلیت کارکردن و تامین نیازهای شخصی، قابل استطاعت باشند. کنوانسیون شماره ۱۰۲، بیشتر از آن، ادارات دولتی و نهادهای اداره کننده ی مراقبت های سلامت را مجاب می سازد تا با خدمات توانبخشی حرفه ای به منظور بازیابی و بازگرداندن افراد ناتوان و از کارافتاده به کار مناسب، همکاری نمایند (ماده ۳۵).

توصیه نامه شماره ۲۰۲، نیز یک رویکرد جامع و یکپارچه را در زمینه حمایت اجتماعی و مزایای از کارافتادگی مطرح می نماید که بر اساس آن افراد از کارافتاده باید از همان تضمین های امنیت درآمدی پایه و دسترسی به مراقبت های سلامت اساسی موجود برای سایر آحاد جامعه از طریق کف حمایت های اجتماعی ملی بهره مند گردند. این تضمین ها می توانند از طریق طرح های متنوعی (مشارکتی یا غیرمشارکتی) و مزایای نقدی یا غیرنقدی به بهترین و کارآمدترین صورت جهت برآورده ساختن نیازهای از کارافتادگان تامین شوند تا آنها بتوانند با آبرو زندگی کنند. برخی از اصول مطرح در این توصیه نامه به ویژه در مورد از کارافتادگان صادق می باشند نظیر اصول عدم تبعیض، برابری جنسیتی و پاسخگویی به نیازهای خاص و به علاوه احترام به حقوق و شان افراد تحت پوشش تضمین های تامین اجتماعی.

تقریباً تمام کشورها دارای یک طرح قانونی هستند که مزایای نقدی به از کارافتادگان ارائه می دهند (شکل ۳-۱۷). در اکثر کشورها (۱۵۵ کشور) این کار از طریق طرح های بیمه اجتماعی صورت می پذیرد. این طرح ها عمدتاً شاغلین در اقتصاد رسمی را پوشش می دهند و به طور کلی مزایای از کارافتادگی مرتبط با درآمد ارائه می دهند که جایگزین درآمد در مورد از کارافتادگی های کلی یا جزئی می باشد. در ۲۷ کشور (۲۰ مورد طرح های بیمه اجتماعی را نیز دارند)، مزایای از کارافتادگی از طریق طرح همگانی غیرمشارکتی به تمام افراد دارای از کارافتادگی ارزیابی شده بدون توجه به سطح درآمدشان، ارائه می گردد. در ۵۴ کشور، بیمه اجتماعی به صورت ترکیبی با مزایای مبتنی بر آزمون وسیع وجود دارد. در ۶ کشور مزایای از کارافتادگی صرفاً محدود به مزایای مبتنی بر آزمون وسیع می باشد. در ۱۱ کشور قانون پرداخت مبلغ مقطوع را تعیین کرده است و ۴ کشور فاقد هر گونه طرح قانونی ملی در این زمینه می باشند.

همانگونه که شکل ۳-۱۷ نشان می دهد، در تعداد قابل توجهی از کشورها (۸۱ کشور)، تنها شکل حمایت درآمدی در دسترس برای از کارافتادگان، مزایای پرداختی از طریق بیمه اجتماعی مرتبط با شغل است. اگر چه در برخی کشورها، نیازهای مربوط به از کارافتادگی ممکن است از طریق مزایای مساعدت اجتماعی عمومی تحت پوشش باشند، اما فقدان مزایای از کارافتادگی غیرمشارکتی خاص، نگرانی هایی را پیرامون نبود حمایت از کودکان ناتوان و معلول (UNICEF, 2013)، و بزرگسالان معلول که هیچگاه به کار مشغول نبوده اند (خواه معلولیت از بدو تولد بوده خواه در سن اشتغال از کارافتاده شده باشند یا دسترسی به آموزش و بالطبع به اشتغال نداشته اند)، و لذا امکان پرداخت حق بیمه به یک طرح بیمه اجتماعی را نداشته اند، ایجاد می نماید. بدون دسترسی به اشتغال با پوشش تامین اجتماعی و یا نبود مزایای غیرمشارکتی، از کارافتادگان و خانواده های آنان بیشتر در معرض خطر فقر قرار خواهند داشت.

برخی تفاوت های منطقه ای مهم را می توان در زمینه دامنه پوشش مشاهده کرد (شکل ۳-۱۸). کشورهای گروه نخست، از طریق مکانیزم های بیمه اجتماعی، تامین مزایای نقدی از کارافتادگی را برای افراد واجد شرایط تضمین می نمایند. ممکن است این قبیل مزایا به همراه مزایای همگانی (طبقه ای) غیرمشارکتی ارائه شوند، مانند کشورهای مختلفی در شمال اروپا (فنلاند، دانمارک، ایسلند)، اروپای شرقی و مرکزی (ارمنستان، آذربایجان، روسیه و مجارستان)، و همچنین کشورهایی از سایر مناطق (بولیوی، نامیبیا و موریتانی)؛ برخی از کشورها (برونئی، هنگ کنگ، نیوزلند و تیمور شرقی) بر مقررات غیرمشارکتی متکی می باشند.

در ۵۴ کشور عمدتاً در اروپای غربی و آمریکای جنوبی، بیمه اجتماعی با طرح های هدفگذاری شده بر مبنای فقر، خاص از کارافتادگان و یا در قالب برنامه های یکپارچه تر مساعدت اجتماعی (برای مثال برنامه بونو دی دسارولو هیومانو در اکوادور)، تکمیل می شود. گروه سوم از کشورها اعم از استرالیا، آفریقای جنوبی و نپال، طرح هایی دارند که در واقع برای افراد از کارافتاده فقیر هدفگذاری شده اند. گروه چهارم شامل ۸۱ کشور، عمدتاً در آفریقا، خاورمیانه و آسیا و اقیانوسیه مزایای بیمه اجتماعی را ارائه می دهند لیکن افراد خارج از اشتغال رسمی را مستثنی می نمایند. در این

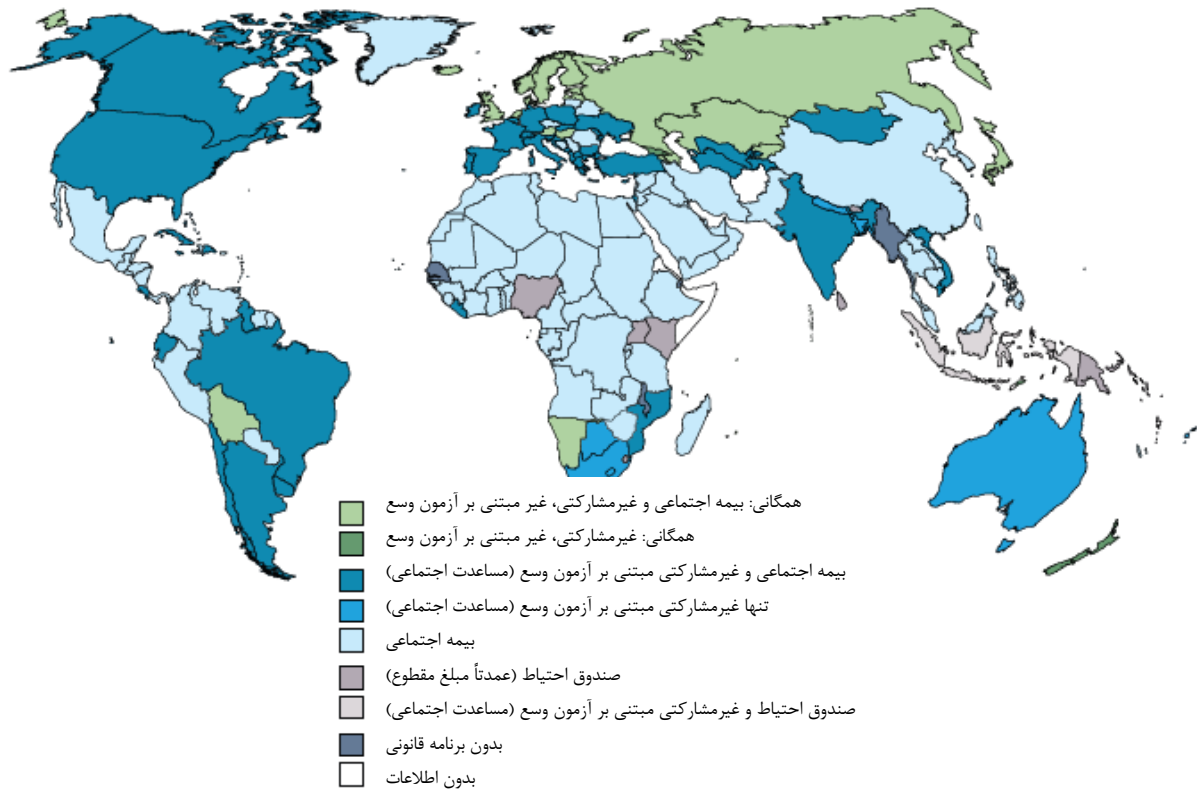
کشورها می توان فرض نمود که احتمالاً در نبود یک طرح ازکارافتادگی خاص برای پاسخگویی به نیازهای افراد ازکارافتاده که در اشتغال رسمی حضور ندارند، پوشش محدودتر خواهد بود. در بسیاری از این موارد، چنین افرادی می توانند مزایایی تنها از طریق برنامه های مساعدت اجتماعی که به طور جزئی نیازهای آنها را پوشش می دهد، بدست بیاورند. به علاوه، اندازه مزایای ارائه شده به ازکارافتادگان توسط طرح های ملی محدود به یک سقف تخصیص بودجه است: این حالت در مورد طرح ازکارافتادگان نپال قابل مشاهده است که طرح را به طور صوری توسعه داده اند و به نظر می رسد احتمالاً این محدودیت در نتیجه ی اصلاحات اخیر و در سایه حرکت به سمت تثبیت مالی همانند کشورهای اروپایی نظیر بریتانیا، رخ داده باشد. به همین صورت، برنامه اجتماعی جامینان اندونزی^{۲۱} در حالی که در اصل انتقالات نقدی برای افراد دارای ازکارافتادگی شدید در ۴۰ درصد فقیرترین جمعیت، فراهم می نماید، تابع یک محدودیت در منابع است که موجب می شود سطح پوشش برنامه بسیار پایین و در حدود ۱/۸ درصد گروه هدف باشد (ILO ۲۰۱۲). در مقابل، برنامه بونو دی دسارولو در اکوادور یک مصداق دلگرم کننده از توسعه پوشش به بخش قابل توجهی از افراد ازکارافتاده است که ۱/۷ درصد مزایابگیران را در سال ۲۰۱۲ و در قیاس با ۰/۱ درصد سال ۲۰۰۷، تشکیل می دادند (Cecchini and Madariaga, 2011).

شکل ۳-۱۷- نگاهی اجمالی به برنامه های مزایای نقدی ازکارافتادگی در قوانین ملی؛ برحسب نوع برنامه و مزایا-۲۰۱۲/۱۳



²¹ Indonesia's Jaminan Sosial Penyandang Cacat program

شکل ۳-۱۸- حمایت درآمدی برای ازکارافتادگان : ماهیت و نوع برنامه ها ۲۰۱۲/۱۳



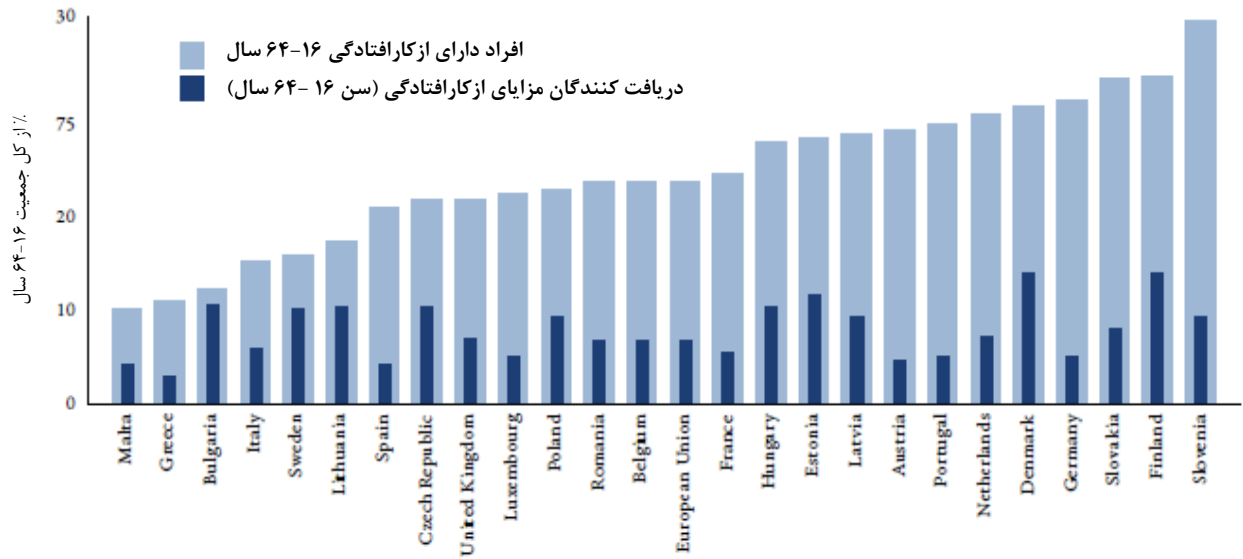
Sources: See figure 3.17.

۳-۴-۳- پوشش موثر مزایای ازکارافتادگی

با استفاده از مرور انواع برنامه های موجود، می توان استنباط هایی از سطوح پوشش برداشت نمود هر چند اندازه داده های در دسترس امکان ارزیابی های کامل و مفصل را در مقیاس جهانشمول نمی دهد. به منظور محاسبه نسبت های پوشش موثر، لازم است تا تعداد مزایابگیران مزایای ازکارافتادگی را با تعداد افراد دارای ازکارافتادگی تاثیرگذار بر ظرفیت کسب درآمد آنها در هر کشور مرتبط گردد.

در کشورهای اتحادیه اروپایی، به طور میانگین ۲۷/۹ درصد افراد ازکارافتاده، مزایای ازکارافتادگی دریافت می دارند (شکل ۳-۱۹). این نسبت پوشش ممکن است پایین به نظر برسد اما لازم به ذکر است که تمام افراد دارای ازکارافتادگی نیاز به مزایا ندارند و یا واجد شرایط دریافت آن نمی شوند؛ مزایا به طور طبیعی به افراد دچار ازکارافتادگی به اندازه کافی شدید که بر ظرفیت های کارکردی و به تبع آن ظرفیت کسب درآمد آنها تاثیر می گذارد، ارائه می گردد. در هر حال افراد دارای ازکارافتادگی نسبت به سایرین بیشتر در معرض خطر فقر قرار دارند (کادر ۳-۱۰).

شکل ۳-۱۹- اروپا: افراد دارای ازکارافتادگی در سن اشتغال و دریافت کنندگان مزایای ازکارافتادگی ۲۰۱۰



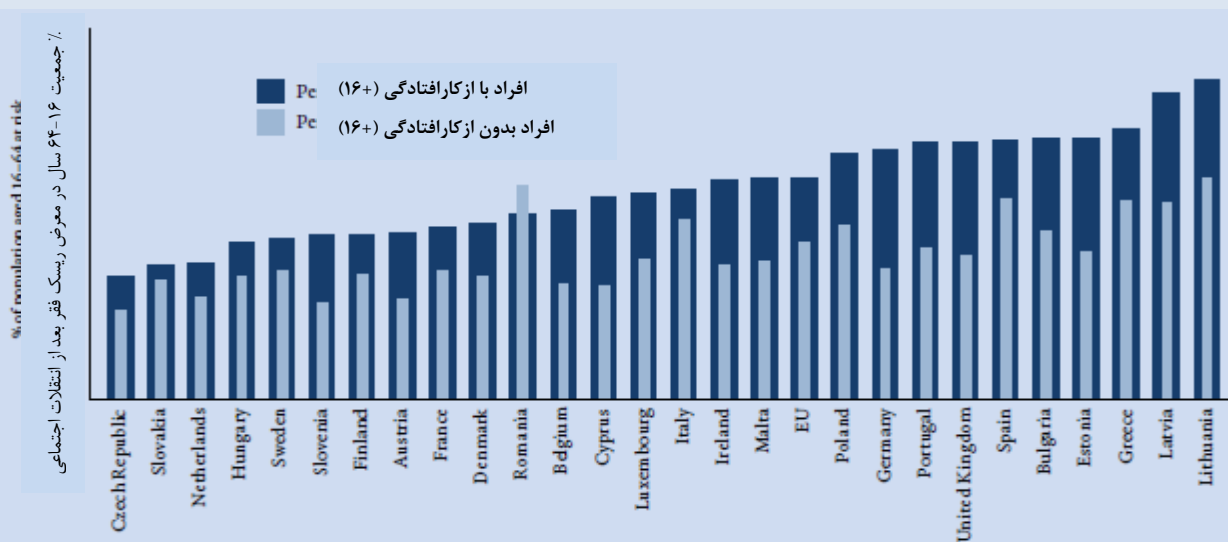
Source: Grammenos, 2013, based on EU-SILC data.

کادر ۳-۱۰- امنیت درآمدی ازکارافتادگان: استنباط‌هایی از اروپا

با عنایت به دشواری‌ها و محدودیت‌های کارکردی در دستیابی به اشتغال با کیفیت، امنیت درآمدی ازکارافتادگان موضوعی مهم می‌باشد. در سطح اتحادیه اروپایی، نرخ اشتغال افراد ازکارافتاده بسیار پایین‌تر (۴۵/۵ درصد در سال ۲۰۱۰) از افراد بدون مشکل ازکارافتادگی (۷۱/۷ درصد) است و در مورد افراد دارای ازکارافتادگی شدید نیز همچنان پایین‌تر است (۲۶/۲ درصد).

مزایای ازکارافتادگی و سایر مزایای تامین اجتماعی، می‌توانند به طور جزئی برخی نابرابری‌ها در بازار کار را تصحیح نمایند لیکن تنها تا حدی خاص. در سال ۲۰۱۰، ۱۹/۱ درصد (۱۹/۹ درصد در سال ۲۰۰۹)، افراد دچار ازکارافتادگی، در خانواده‌های در معرض فقر زندگی می‌کردند. البته در کشورهای مختلف، متفاوت است: در مجارستان، لیتوانی، اسلواکی و هلند نسبتاً پایین است اما برای مثال در بریتانیا، اسلونی و پرتغال به طور قابل توجهی بالاست.

شکل ۳-۲۰- اروپا: نرخ‌های ریسک فقر در میان افراد در سن اشتغال (۱۶-۶۴ سال) برحسب وضعیت ازکارافتادگی (%).



Source: Grammenos, 2013, based on EU-SILC data.

۳-۴-۴- تحولات اخیر و چالش‌ها

طی سال‌های اخیر برخی کشورها، گام‌های محکمی در زمینه توسعه پوشش مزایای ازکارافتادگی و ارتقاء کیفیت مزایا برداشته‌اند (کادر ۳-۱۱). برآوردها در خصوص توسعه پوشش بیمه مستمری به گروه‌های بیشتری از جمعیت (مانند خویش‌فرمایان و کارگران خانگی)، اغلب پوشش ازکارافتادگی را در بر می‌گیرد. وجود برنامه‌های انتقال نقدی که گروه‌های فقیر و آسیب‌پذیر جمعیت را پوشش می‌دهند نیز به این مقوله مربوط می‌گردد چرا که حضور یک فرد دارای ازکارافتادگی با درجه‌ای که ظرفیت کسب درآمد وی را متاثر می‌سازد و غالباً یکی از شرایط احراز دریافت مزایا در این برنامه‌هاست، در خانواده تاثیر گذار است. دیگر برنامه‌های غیرمشارکتی موجود با افزایش آستانه آزمون وسع، به نوعی پوشش را گسترش داده‌اند.

در عین حال، مزایای ازکارافتادگی نیز در اقدامات تثبیت مالی معرفی شده در هنگام بروز بحران جهانی مورد توجه بودند به طوری که برخی از آنها - ضمن افزودن بر مشکلات بازار کار - به طور قابل توجهی امنیت درآمد برای افراد ازکارافتاده را کاهش دادند (برای مثال کادر ۳-۱۱).

کادر ۳-۱۱- تحولات اخیر: مثال‌هایی از کشورها

- برخی از اصلاحات اخیر در حوزه مزایای ازکارافتادگی با هدف گسترش پوشش و برآورده ساختن نیازهای افراد ازکارافتاده:
- در پاراگوئه، پوشش در سال ۲۰۱۳ گسترش یافت و به خویش‌فرمایان، زنان سرپرست خانوار و کارگران خانگی اجازه داده شد تا به طور اختیاری در طرح بیمه ازکارافتادگی نامنویسی نمایند.
 - آفریقای جنوبی در سال ۲۰۱۱ با بالا بردن آستانه آزمون وسع، پوشش کمک دولتی ازکارافتادگی را گسترش داد.
 - در غنا، وجود یک فرد ازکارافتاده دچار معلولیت شدید در خانواده ای فقیر یکی از معیارهای احراز مزایا در برنامه LEAP که در سال ۲۰۰۸ معرفی شد، می‌باشد.
- سایر اصلاحات اخیر در حوزه حمایت اجتماعی برای ازکارافتادگان شامل برخی اقدامات تثبیت مالی می‌باشد:
- در مجارستان، در سال ۲۰۱۲، مستمری ازکارافتادگی با ترکیبی از مزایای توانبخشی (سه سال بازآموزی و ورود مجدد به نیروی کار در صورت امکان) و یک مزایای ازکارافتادگی به شدت محدود، جایگزین شد. دولت در نتیجه آن به حدود ۸۰۰ میلیون یورو صرفه جویی دست یافت.
 - در لیتوانی بین سال‌های ۲۰۱۰ و ۲۰۱۲، هم‌گرامت خاص مراقبت درمانی و هم‌گرامت خاص مخارج مراقبت و رسیدگی به طور موقت معادل ۸۵ درصد ارزش عادی آن پرداخت شد.
 - در ایرلند، از سال ۲۰۰۸، مزایای ازکارافتادگی شامل مستمری ازکارافتادگی افراد زیر ۶۵ سال، مزایای نقدی مراقبت بلندمدت و کمک هزینه ازکارافتادگی غیرمشارکتی، به میزان ۵ درصد کاهش یافت.

برخی از اصلاحات سیاستی اخیر، روند طولانی مدت تری را دنبال می کنند و مزایابگیران از کارافتادگی را از طریق اقدامات پشتیبانی کننده بازگشت به کار و تقویت اشتغال پذیری آنها، کمک می کنند (ILO and OECD, 2013) (کادر ۳-۱۲). در کشورهای عضو سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه، اغلب اصلاحات سیاستی پیش از سال ۲۰۱۰ بر طرح های مستمری از کارافتادگی مشارکتی، کاهش سطح غرامت و تقویت اقدامات بازگرداندن مزایابگیران به اشتغال متمرکز بودند (OECD, 2010b; ISSA, 2012). برخی از این اقدامات به دنبال این بودند که روند پیشین هدایت مزایابگیران بیمه بیکاری را به طرح های مزایای از کارافتادگی معکوس نمایند: در کشورهای متعددی (نظیر استرالیا، دانمارک، لوکزامبورگ، هلند و اخیراً مجارستان) افراد با ظرفیت قابل توجه کار، دیگر واجد شرایط دریافت مزایای از کارافتادگی جزئی نمی شوند بلکه از طریق یارانه های دستمزد و دیگر مزایای کاری حمایت می شوند تا کار پاره وقت بدست بیاورند و یا مزایای بیکاری یا دیگر مزایا را دریافت کنند. هر چند در برخی از کشورها، چنین اصلاحاتی تاثیر قابل توجهی بر شرایط احراز مزایا و سطح مزایا داشته اند، اما موفقیت آنها در افزایش سهم افراد دارای از کارافتادگی در اشتغال محدود بوده است. دلایل آن هم وضعیت نامطلوب بازار کار و انجام نامناسب توانبخشی موثر، نحوه جایگیری و سایر اقدامات مورد انتظار در تسهیل بازگشت به اشتغال، می باشند (OECD, 2010b).

ارزیابی حاضر نشان دهنده ی یک ابهام است که اغلب در سیاست های فعال سازی یافت می شود. اقدامات موثر که از افراد از کارافتاده در یافتن و حفظ شغل با کیفیت پشتیبانی می نمایند، عنصر مهم سیاست های فراگیر و غیر تبعیض آمیز می باشند که کمک می کنند تا حقوق و تمایلات این گروه به عنوان اعضاء مولد جمعیت، برآورده گردد. با این وجود یک خطر وجود دارد که چنین سیاست هایی ممکن است حقوق کسانی را که به هر دلیلی قادر نیستند شغل مناسبی پیدا کنند، محدود می نماید و برای آنان چنین اصلاحاتی ممکن است به کاهش امنیت درآمدی و به طور بالقوه بالاتر رفتن ریسک فقر منتهی گردد. بنابراین در اصلاحات سیاستی باید توجه ویژه ای به ایجاد تراز صحیح بین پشتیبانی از اشتغال و تامین سطح مکفی امنیت درآمدی برای از کارافتادگان و ارتقاء استقلال فردی آنها و مشارکت کامل و موثر این افراد در جامعه، مبذول گردد.

کادر ۳-۱۲ - چگونه حمایت اجتماعی می تواند به افراد از کارافتاده در دستیابی به شغل کمک کند؟

اقدامات مربوط به تسهیل انتقال از دریافت مزایا به انجام کار در کشورهای مختلفی معرفی شده اند. مصداق هایی از این نوع اقدامات عبارتند از الزام کارفرمایان به ارائه خدمات بهداشت حرفه ای و پشتیبانی از بازگشت به کار و اشتغال موسوم به تدابیر ارتباطی می باشد؛ تدابیر انتقالی که به افراد از کارافتاده یا ناتوان امکان می دهند تا شغلی را قبول کنند و در عین حال تا یک سطح معینی از دستمزد، همچنان مزایای مربوطه را دریافت نمایند؛ با از دست دادن شغل مزایا را بدون هرگونه تاخیری مجدد دریافت نمایند؛ و حق برخورداری از مزایای غیرنقدی نظیر مراقبت سلامت را برای یک دوره معین حفظ نمایند. مصداق آن نیز استرالیاست که به منظور تشویق مشارکت گسترده تر در کار و فعالیت، دریافت کنندگان مستمری حمایتی از کارافتادگی اکنون می توانند بدون آن که احراز مزایای آنها متاثر شود، ۳۰ ساعت در هفته کار کنند. این تغییر با کمک بیشتر به افراد از کارافتاده شامل ارائه خدمات اشتغال بیشتر و محرک های مالی برای کارفرمایان به استفاده از افراد دارای از کارافتادگی، همراه بود.

در ایرلند، دولت از طریق توجه به مشکلات مالی و دیگر موانع که در اداره طرح بخشی حمایت اجتماعی در حوزه از کارافتادگی فهرست شده اند، به افراد از کارافتاده کمک می کند تا به طور کامل در جامعه مشارکت داشته و خودکفتر باشند. صندوق مساعدت رسمی برای اشتغال از کارافتادگان به مثابه یک چتر پوشش دهنده ی مجموعه ای از برنامه های حمایت از اشتغال بخش خصوصی به منظور کمک به افراد از کارافتاده جهت دسترسی به شغل و پیشرفت کاری عمل می کند.

برنامه انتخاب شغل که در سال ۲۰۱۰ در بریتانیا معرفی گردید، افراد از کارافتاده روبرو با موانع پیچیده شغلی را هدف قرار می دهد و به آنها کمک می کند تا خود را برای ورود مجدد به بازار کار آماده کرده، شغل پیدا کنند و یا در شغل خود باقی بمانند و در یک شغل آزاد بدون حمایت بتوانند پیشرفت نمایند.

در عربستان سعودی، برنامه توافق (Tawafuq program)، از طریق یک چارچوب جامع، مشتمل بر ۶ حوزه، به توسعه حمایت کاریابی برای افراد از کارافتاده اختصاص یافته است: مقررات و چارچوب ها؛ دسترسی؛ آگاهی ذی نفعان؛ برنامه های اشتغال؛ مهارت و کارآموزی؛ و داده های مربوط به از کارافتادگی.

دولت ایالات متحده، کمک های مالی و فنی برای ایالت های مختلف فراهم می نماید تا آنها راهبردهایشان را در مورد سیاست اشتغال از کارافتادگان توسعه دهند و منابعی را به ایالات می پردازد تا نتایج آموزش و اشتغال از کارافتادگان ارتقاء یابد.

در فدراسیون روسیه، در سال ۲۰۱۳، اصلاحاتی در قانون فدرال در زمینه حمایت های اجتماعی از از کارافتادگان به منظور پر کردن شکاف موجود در مقررات قانونی اشتغال از کارافتادگان، اعمال شد. همچنین در سال ۲۰۱۳، برنامه ریزی گردید که سازمان های عمومی مرتبط با از کارافتادگان، مساعدت هایی را در خصوص کاریابی و ایجاد ۶۹۲ شغل برای از کارافتادگان، ارائه دهند. کل مبلغ یارانه ها از محل بودجه فدرال جهت پشتیبانی سازمان های عمومی مرتبط با از کارافتادگان، ۱۲۴/۳۶ میلیون روبل تعیین گردید. از سال ۲۰۱۰ تاکنون، بیش از ۷۸۰۰ از کارافتاده بیکار در کارگاه هایی که کارفرمایان فضای کار را متناسب با نیازهای فیزیکی این افراد تجهیز کرده اند، مشغول به کار شده اند.

۳-۵- حمایت ایام بارداری

نکات مهم:

- حمایت موثر ایام بارداری، امنیت درآمدهای را برای زنان باردار و مادران پس از زایمان و خانواده‌های آنها و همچنین دسترسی موثر به مراقبت سلامت با کیفیت از مادران را تضمین می‌نماید. به علاوه برابری در اشتغال و حرفه را ارتقاء می‌بخشد.
- در سراسر جهان، کمتر از ۴۰ درصد زنان شاغل تحت پوشش قانونی طرح‌های اجباری مزایای نقدی ایام بارداری قرار دارند؛ اگر پوشش اختیاری را نیز لحاظ کنیم (عمدتاً زنان خویش فرما)، این رقم به حدود ۵۷ درصد بالغ می‌گردد.
- به دلیل مسائل اجرایی و اجرای ناکارآمد قانون در برخی از مناطق (آسیا و اقیانوسیه، آمریکای جنوبی و آفریقا به خصوص)، پوشش موثر این حمایت حتی پایین‌تر است: تنها ۲۸ درصد زنان شاغل در جهان از طریق طرح‌های مزایای نقدی ایام بارداری مشارکتی یا غیرمشارکتی مورد حمایت قرار دارند.
- تعداد فزاینده‌ای از کشورها از مزایای نقدی ایام بارداری غیرمشارکتی به عنوان ابزاری جهت بهبود و ارتقاء امنیت درآمد و دسترسی به مراقبت‌های سلامت مادر و فرزند برای زنان باردار و پس از زایمان به ویژه زنانی که در فقر زندگی می‌کنند، استفاده می‌نمایند. باین وجود همچنان شکاف قابل توجه باقی است.
- تضمین دسترسی موثر به مراقبت سلامت با کیفیت برای مادران از اهمیت خاصی برخوردار است به ویژه در کشورهایی که اقتصاد غیررسمی سهم بزرگی از اشتغال را تشکیل می‌دهد.

۳-۵-۱- حمایت از مادران: تضمین امنیت درآمد، مراقبت سلامت مادران و حقوق زنان در کار

حمایت از مادران و ایام بارداری، چند بعدی است. از منظر تامین اجتماعی، شامل حمایت در برابر تعلیق یا زیان درآمدهای در خلال دوران مرخصی زایمان و دسترسی به مراقبت‌های سلامت مادران می‌باشد (ILO, 2010c). مرخصی زایمان دربردارنده حمایت مزایای نقدی جهت جایگزینی کامل یا جزئی درآمد زنان طی دوره‌های پایانی بارداری و پس از تولد فرزند، از اهمیت حیاتی برای سلامت و رفاه زن باردار، پس از زایمان وی و برای خانواده وی برخوردار است. عدم امنیت درآمد طی دوره‌های پایانی بارداری و پس از زایمان بسیاری از زنان به ویژه در اقتصاد غیررسمی را وادار می‌نماید تا زود هنگام به بازار کار بازگردند و بدین ترتیب سلامت خود و فرزندشان را به خطر بیاندازند.

مولفه اساسی دیگر حمایت ایام بارداری، مراقبت سلامت مادرانه موسوم به دسترسی موثر به خدمات و مراقبت‌های درمانی مکفی در خلال دوره بارداری و پس از زایمان می‌باشد. به طور کلی در مورد مراقبت سلامت (فصل ۵)، نبود دسترسی موثر به پوشش مراقبت سلامت بارداری نه تنها سلامت مادر و فرزند را به مخاطره می‌اندازد بلکه خانواده‌ها را نیز با خطر فزاینده‌ی فقر روبرو می‌کند.

کادر ۳-۱۴- استانداردهای بین المللی مربوط به حمایت ایام بارداری

حمایت ایام بارداری از زمان های دور به عنوان پیش شرط اساسی تحقق حقوق زنان و برابری جنسیتی، مورد توجه جامعه بین الملل بوده است. حق برخورداری زنان از حمایت های بارداری در تعدادی از اسناد اصلی حقوق بشری تصریح گردیده است. بیانیه جهانی حقوق بشر در سال ۱۹۴۸ به طور قابل توجهی عنوان می دارد که دوران مادری و کودکی مستحق برخورداری از مراقبت ها و مساعدت های خاص و همچنین تامین اجتماعی می باشند. میثاق بین المللی در زمینه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سال ۱۹۶۶، حق مادران به برخورداری از حمایت های ویژه برای مدتی منطقی پیش و پس از تولد فرزند از جمله مرخصی دارای دستمزد و مرخصی با مزایای تامین اجتماعی مکفی را تصریح می کند. کنوانسیون حذف تمام اشکال تبعیض علیه زنان سال ۱۹۷۹، توصیه می کند که اقدامات و معیارهای ویژه ای جهت تضمین وجود حمایت ایام بارداری به عنوان حق بنیادین موجود در تمام قلمروهای کنوانسیون، باید اتخاذ گردد.

سازمان بین المللی کار با اتخاذ نخستین استاندارد بین المللی در این زمینه در همان ابتدای تاسیس سازمان، برقراری استانداردهای بین المللی در زمینه حمایت ایام بارداری را هدایت نموده است: کنوانسیون حمایت ایام بارداری سال ۱۹۱۹ (شماره ۳). از آن پس در اکثر کشورهای جهان، اسناد بیشتری در این عرصه و در راستای افزایش پیوسته مشارکت زنان در بازار کار اتخاذ گردید. استانداردهای کنونی سازمان بین المللی کار در زمینه حمایت ایام بارداری راهنمای مفصلی برای سیاستگذاران ملی و اقدام جهت قادر ساختن زنان به ترکیب موفقیت آمیز نقش های مولد بازار کار و جمعیتی را فراهم می نمایند. بدین منظور استانداردها این هدف را دنبال می کنند که تضمین گردد زنان از مرخصی بارداری، درآمد و اقدامات حمایتی سلامت کافی بهره مند می گردند؛ که آنها از تبعیض مرتبط با زمینه های بارداری آسیب نمی بینند؛ که آنها حق برخورداری از استراحت پرستاری را دارند و این که مجبور نمی شوند کاری را که برای سلامتی خود و فرزندشان زیان آور است، انجام دهند. به منظور حمایت از این وضعیت زنان در بازار کار، استانداردهای بین المللی حمایت ایام بارداری، به طور خاص ایجاب می کنند که مزایای نقدی باید از طریق طرح های جمعی و مبتنی بر مشارکت در ریسک نظیر بیمه اجتماعی اجباری یا منابع عمومی برای آنها فراهم گردد، در عین حال تعهد بالقوه کارفرمایان به تامین مستقیم هزینه مزایا را مشخص می نمایند. همزمان استانداردهای مرتبط نیز این هدف را دنبال می کنند که دسترسی زنان به خدمات و مراقبت سلامت کافی طی دوران بارداری و هنگام زایمان و پس از آن تضمین گردد.

کنوانسیون شماره ۱۰۲ (بخش ۸)، با عنایت به تعلیق کسب درآمد در دوران بارداری، حداقل استانداردها را درخصوص پوشش جمعیتی طرح های حمایت ایام بارداری و ارائه مزایای نقدی در طول مرخصی زایمان تعیین می کند. همچنین مراقبت درمانی که باید به صورت رایگان در تمام مراحل بارداری در وقت مقتضی و جهت حفظ و بهبود سلامت زنان مورد حمایت و توانایی کارکردن و رفع نیازهای آنها ارائه شود، را تعریف می نماید. مراقبت سلامت مادران نه تنها باید برای زنان مشارکت کننده در طرح حمایت ایام بارداری بلکه برای همسران مردان تحت پوشش چنین طرح هایی بدون پرداخت هرگونه هزینه ای در دسترس باشد.

کنوانسیون حمایت ایام بارداری سال ۲۰۰۰ (شماره ۱۸۳) و توصیه نامه همراه آن (شماره ۱۹۱)، به روزترین استانداردهای سازمان بین المللی کار در زمینه حمایت های بارداری می باشند. آنها استانداردهای بالاتر و جامع تری در زمینه پوشش جمعیتی، حمایت درمانی، مرخصی زایمان و مرخصی به هنگام بیماری یا مشکلات مرتبط، مزایای نقدی، حمایت شغلی و عدم تبعیض و شیردهی را تبیین می کنند.

توصیه نامه ۲۰۲ ایجاب می کند که چنین مزایایی به عنوان بخشی از تضمین های تامین اجتماعی پایه که کف حمایت های اجتماعی را تشکیل می دهد ارائه شوند. این مزایا عبارتند از دسترسی به مراقبت سلامت لازم شامل مراقبت بارداری اعم از کالاها و خدمات ضروری و امنیت درآمدی پایه برای افراد در سن فعالیت که نمی توانند به واسطه ی بارداری درآمد مکفی کسب کنند. مراقبت درمانی بارداری باید معیارهای در دسترس بودن، قابلیت استفاده، مقبولیت و کیفیت را داشته باشند (UN ۲۰۰۰). باید برای قشر آسیب پذیر رایگان باشند و شرایط دسترسی نباید به گونه ای باشد که افراد نیازمند به مراقبت را به سختی انداخته و خطر فقر را برای آنها افزایش دهد. مزایای نقدی باید به میزان کافی باشند به طوری که امکان یک زندگی شرافتمندانه به دور از فقر را برای زنان و فرزندان آنها فراهم آورد. مزایای ایام بارداری باید حداقل به تمام ساکنین (آحاد جامعه) با هدف تحقق حمایت فراگیر و همگانی اعطا شود؛ برای نیل به این هدف طرح های متنوعی را می توان به کار برد از جمله طرح های همگانی (فراگیر)، بیمه اجتماعی، مساعدت اجتماعی و دیگر انتقالات اجتماعی، ارائه مزایا به صورت نقدی یا غیرنقدی.

براساس استانداردهای سازمان بین‌المللی کار (کادر ۳-۱۳)، حمایت بارداری شامل حمایت از حقوق زنان در کار در ایام بارداری و پس از آن از طریق معیارها و اقدامات پشتیبانی شغلی، حمایت از زنان در برابر تبعیض و انفصال از کار و فراهم نمودن امکان بازگشت به کار پس از اتمام مرخصی زایمان و توجه به شرایط خاص آنها نیز می‌گردد (ILO, 2010c; ILO, 2013e; ILO, 2014e). به علاوه این حمایت، مولفه‌های ایمنی و بهداشت کار که برای حمایت از سلامت زنان باردار و شیرده و فرزندان آنها و همچنین ظرفیت مولد زنان ضروری می‌باشند را نیز شامل می‌شود.

کادر ۲-۱۴- حمایت ایام بارداری : طرح‌های مبتنی بر تامین مالی جمعی در برابر طرح‌های مسئولیت کارفرما

مزایای نقدی بارداری را می‌توان از طریق انواع طرح‌های مختلف ارائه داد: مشارکتی (برای مثال بیمه اجتماعی)، غیرمشارکتی معمولاً تامین مالی از محل مالیات (مانند طرح‌های مساعدت اجتماعی و همگانی) و مقررات مسئولیت کارفرما. طرح‌هایی که به طور جمعی تامین مالی می‌شوند و از محل حق بیمه‌ها، مالیات‌ها و یا هر دو اندوخته‌گذاری می‌گردند، مبتنی بر اصول همبستگی و مشارکت در ریسک می‌باشند و لذا یک توزیع منصفانه‌تر هزینه‌ها و مسئولیت‌ها را تضمین می‌نمایند. از سوی دیگر طرح‌های مسئولیت کارفرما، کارفرمایان را مجاب می‌سازند تا هزینه‌های اقتصادی مربوط به ایام بارداری را به طور مستقیم متقبل شوند که این امر موجب تحمیل هزینه‌های مضاعف (هم پرداخت دستمزد زنان طی ایام مرخصی بارداری و هم هزینه‌های جایگزینی) بر کارفرما می‌گردد، هرچند ممکن است کارفرمایان این امکان را داشته باشند که از بیمه‌های تجاری برای پوشش تعهداتشان استفاده نمایند. درحالی که ممکن است در چنین طرح‌هایی برخی کارگران غرامت مناسبی دریافت نمایند، کارفرمایان ممکن است وسوسه شوند به منظور اجتناب از هزینه‌ها و مشکلات مالی که ممکن است برای کسب و کارهای کوچک یا در هنگام بی‌ثباتی به وجود آید، اقداماتی انجام دهند که امنیت درآمدی را که زنان باید داشته باشند، نفی می‌کند. تبعیض علیه زنان در سن باروری در زمینه استخدام و اشتغال و عدم پرداخت غرامت تعهدشده از سوی کارفرما، در صورت نبود مکانیزم‌های جمعی تامین مالی حمایت ایام بارداری، مشهودتر می‌باشد. همچنین در صورتی که کارفرما مسئول و متعهد هزینه‌های مرخصی زایمان باشد، فشار بر زنان به بازگشت به کار به زیان سلامت آنها یا فرزندان آنها شایع‌تر خواهد بود.

به منظور حمایت از زنان در بازار کار، کنوانسیون شماره ۱۸۳، اولویت بیمه اجتماعی اجباری یا برنامه‌های تامین مالی شده از محل منابع عمومی را به عنوان اهرمی جهت ارائه مزایای نقدی به زنان در مدت مرخصی زایمان و بدین سان محدود شدن مسئولیت کارفرمایان از نظر هزینه‌ها، تصریح می‌کند. در صورتی که زنان شرایط بهره‌مندی از مزایای نقدی بارداری احراز نکنند، کنوانسیون شماره ۱۸۳ ارائه مزایای مکفی از محل وجوه مساعدت اجتماعی را بر مبنای آزمون وسع، الزامی می‌داند.

ثابت گردیده که مزایای نقدی بارداری تامین مالی شده به صورت جمعی، ابزاری موثرتر برای تضمین درآمدی زنان در خلال مرخصی‌های زایمان می‌باشد. در سال‌های اخیر، کشورهای گوناگونی از طرح‌های مسئولیت کارفرما به طرح‌های مزایای بارداری تامین مالی شده به صورت جمعی، روی آورده‌اند؛ روندی که حاکی از پیشرفت در ارتقاء رفتارهای برابر با مردان و زنان در بازار کار می‌باشد.

۳-۵-۲- انواع طرح های حمایت ایام بارداری

مزایای نقدی بارداری از طریق طرح های قانونی تامین اجتماعی ملی در ۱۳۶ کشور از ۱۸۸ کشور مورد بررسی، ارائه می گردند. دو کشور دیگر نیز به زنان این امکان را می دهند که به موجب قانون مرخصی زایمان بگیرند اما هیچ مقررات قانونی برای جایگزینی درآمد آنها وجود ندارد.

از ۱۸۸ کشور مورد بررسی، ۵۰ کشور - ۳۸ کشور در آفریقا و آسیا- مقرراتی در قانون کار خود دارند که یک دوره اجباری مرخصی زایمان را تصریح نموده و مسئولیت کارفرما مبنی بر پرداخت حقوق زنان (یا درصدی از آن) را در این دوره، تعیین کرده است (کادر ۳-۱۴).

اغلب طرح های مزایای نقدی بارداری و برنامه های مسئولیت کارفرما، تنها زنان شاغل در اشتغال رسمی را پوشش می دهند. بالتبع در بسیاری از کشورهای کم و متوسط درآمد، که سطوح اشتغال رسمی پایین تر است، مزایای دوران بارداری تنها برای اقلیتی از زنان در دسترس می باشند. شکل ۳-۲۱، انواع برنامه های موجود در ۱۸۸ کشور را که اطلاعات آنها موجود بود، نشان می دهد. غالب این برنامه ها، طرح های بیمه اجتماعی هستند که در ۱۳۴ کشور متداول بوده و ۱۱ کشور از این تعداد، طرح های مساعدت اجتماعی را نیز اجرا می کنند.

۳-۵-۳- اندازه پوشش قانونی

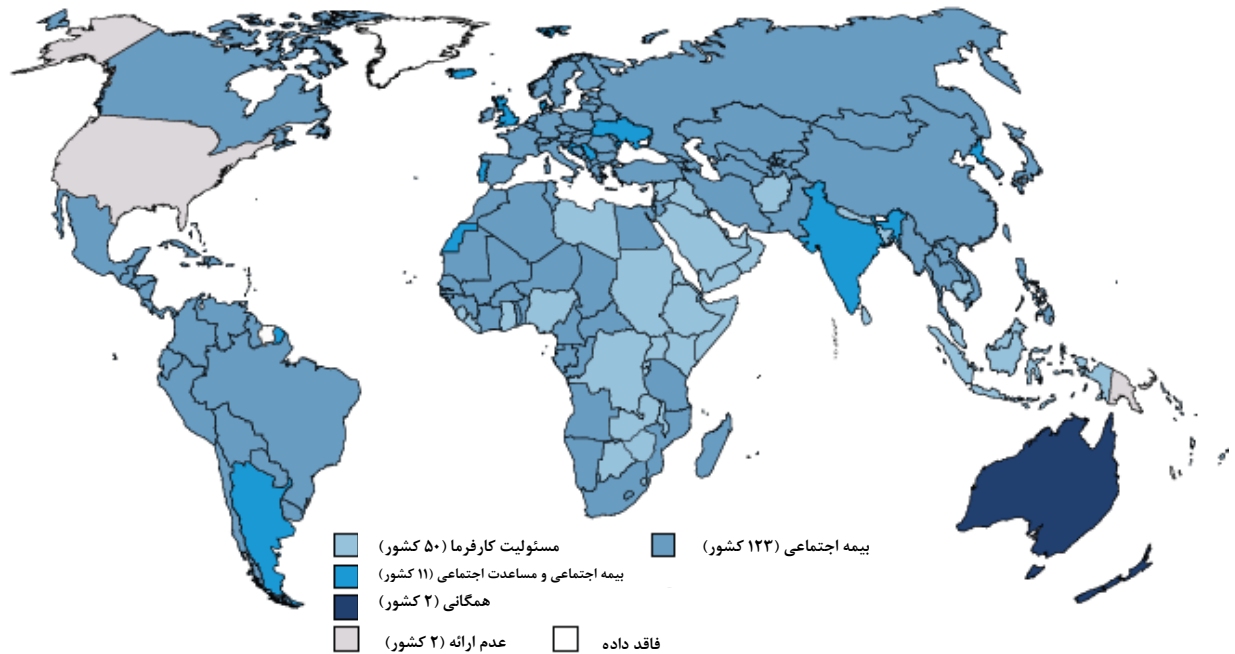
در سراسر جهان، اکثریت وسیعی از زنان شاغل هنوز هم در برابر زیان درآمدی به هنگام بارداری، مورد حمایت نیستند. تنها ۳۵/۳ درصد زنان شاغل از پوشش اجباری قانونی بهره مند می باشند و لذا به طور قانونی واجد دریافت مزایای نقدی دوره ای به مثابه درآمد جایگزین در خلال دوره مرخصی زایمان هستند. در ۵۵ کشور (اگر پوشش اختیاری را نیز لحاظ کنیم، ۶۷ کشور)، بیش از ۹۰ درصد زنان شاغل، به طور اجباری دارای حق قانونی برخورداری از مزایای نقدی ایام بارداری می باشند (شکل ۳-۲۲). در آن سوی طیف، در ۲۵ کشور اغلب آنها در منطقه آفریقای زیرصحرای، کمتر از ۱۰ درصد زنان شاغل واجد دریافت مزایای نقدی دوران بارداری هستند.

۳-۵-۴- اندازه پوشش موثر

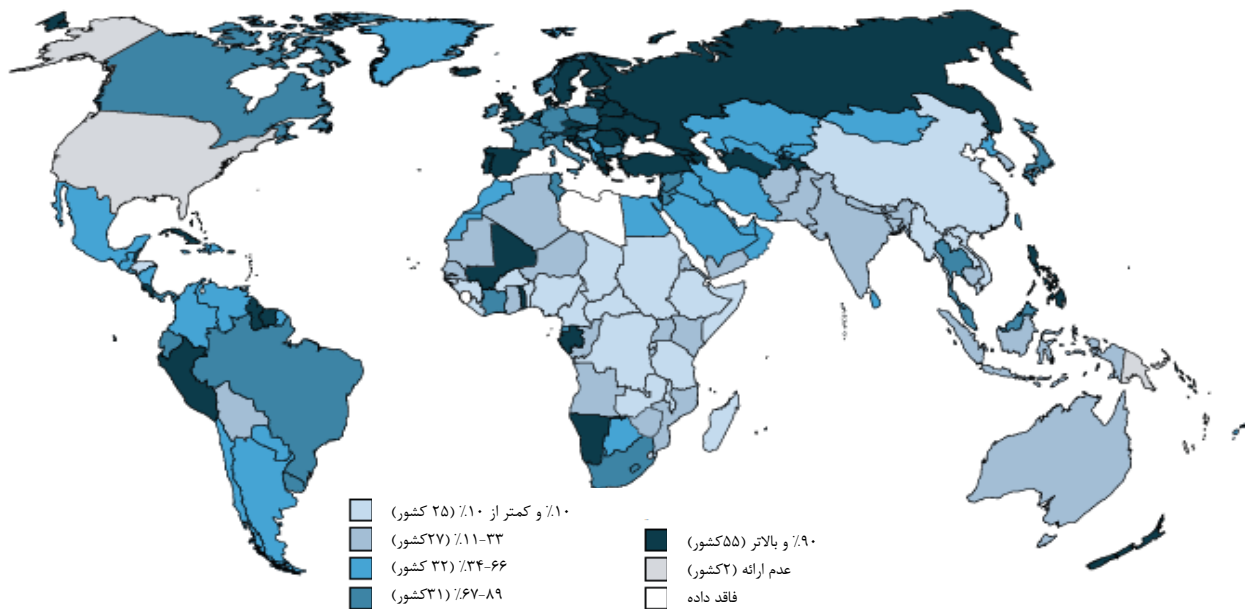
صرف نظر از الزامات قانونی، ممکن است موانعی وجود داشته باشد که زنان نتوانند مزایایی را که واجد شرایط آن می باشند، دریافت کنند. در واقع کمی بیشتر از یک چهارم (۲۸/۴ درصد) زنان شاغل در سراسر جهان به طور موثر تحت پوشش طرح های مشارکتی یا غیرمشارکتی مزایای نقدی ایام بارداری هستند. در بیشتر کشورهای آفریقا و جنوب آسیا، اقلیت اندکی از زنان (کمتر از ۱۰ درصد)، به طور موثر مورد حمایت شکل های مشارکتی یا غیرمشارکتی مزایای نقدی دوران بارداری می باشند (شکل ۳-۲۳). در بسیاری از این کشورها که برنامه های مسئولیت کارفرما

(شکل ۳-۲۱) متداول است، اشتغال غیررسمی نقشی غالب ایفا می کند و نسبت های مرگ و میر مادران همچنان بالاست. پوشش بیش از ۹۰ درصدی زنان شاغل، تنها در ۲۱ کشور مشاهده می گردد که بیشتر آنها در اروپا قرار دارند.

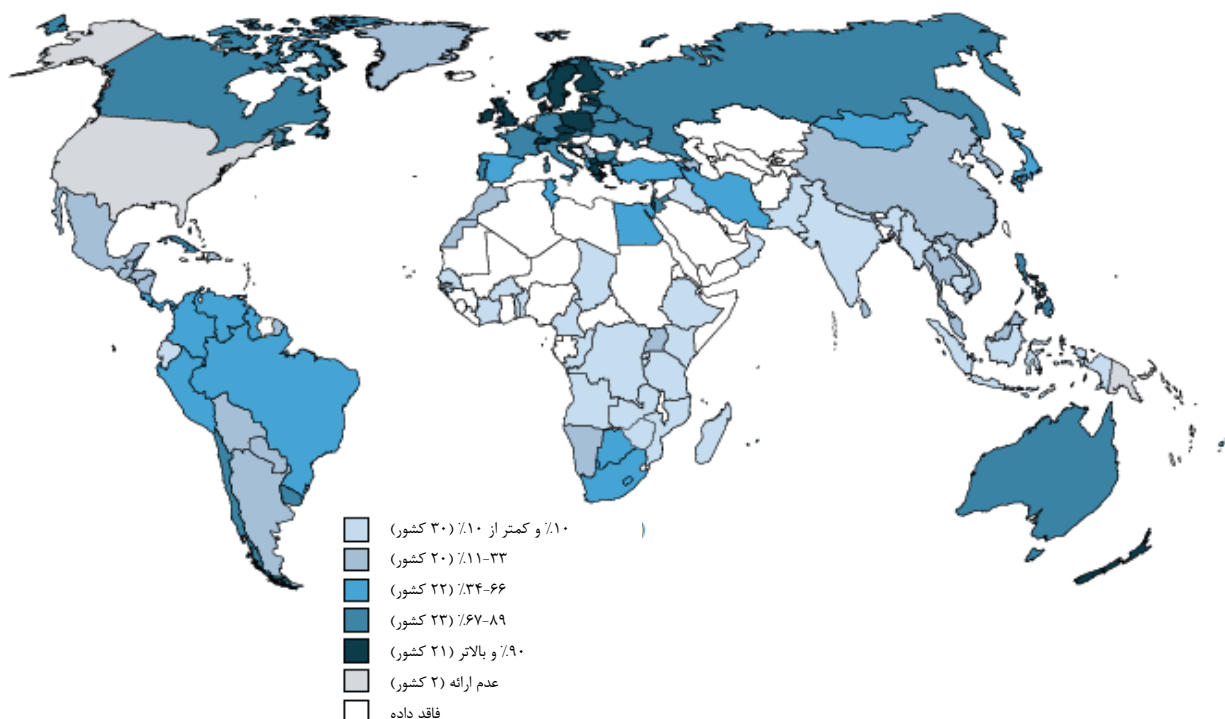
شکل ۳-۲۱- طرح های مزایای نقدی دوران بارداری در قوانین ملی: انواع طرح ها، ۲۰۱۳



شکل ۳-۲۲- پوشش قانونی (اجباری) طرح های مزایای نقدی بارداری: زنان شاغل تحت حمایت قانونی در برابر زیان درآمدی طی دوره بارداری (درصد)



شکل ۳-۲۳- پوشش موثر طرح های مزایای نقدی بارداری: زنان شاغل پرداخت کننده حق بیمه به طرح های مزایای نقدی بارداری یا واجد دریافت آن (درصد)

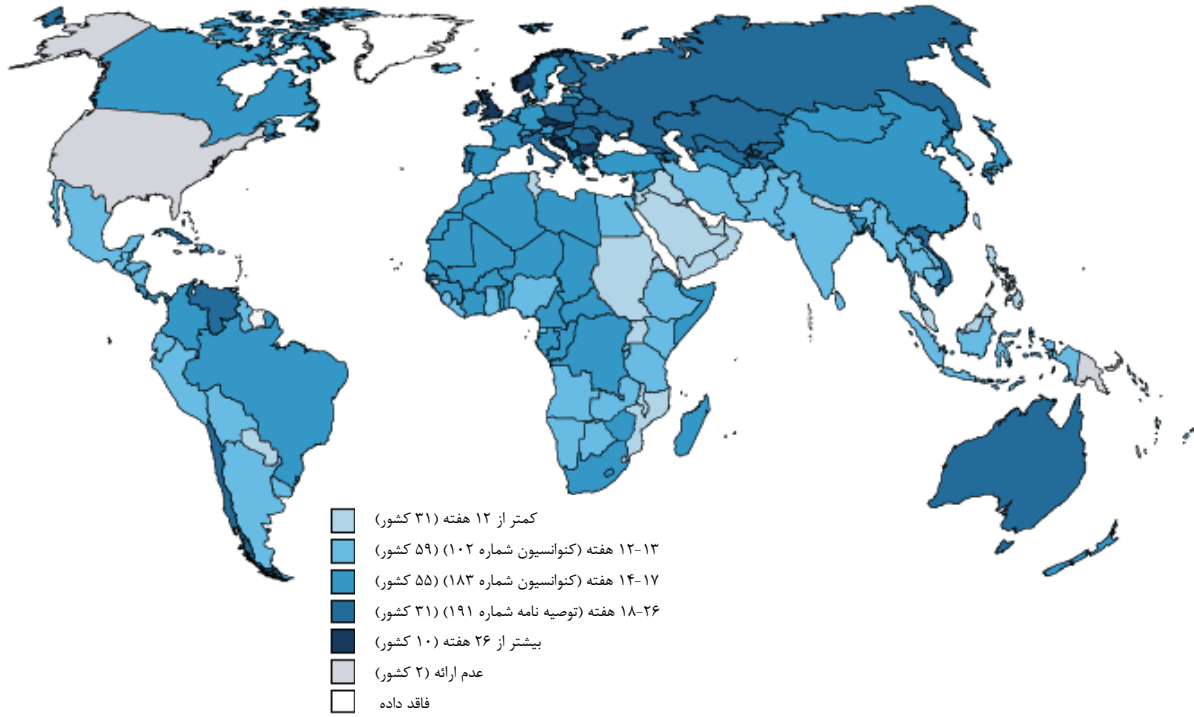


۳-۵-۵- کفایت مزایای بارداری در تضمین امنیت درآمدی در دوره مرخصی زایمان

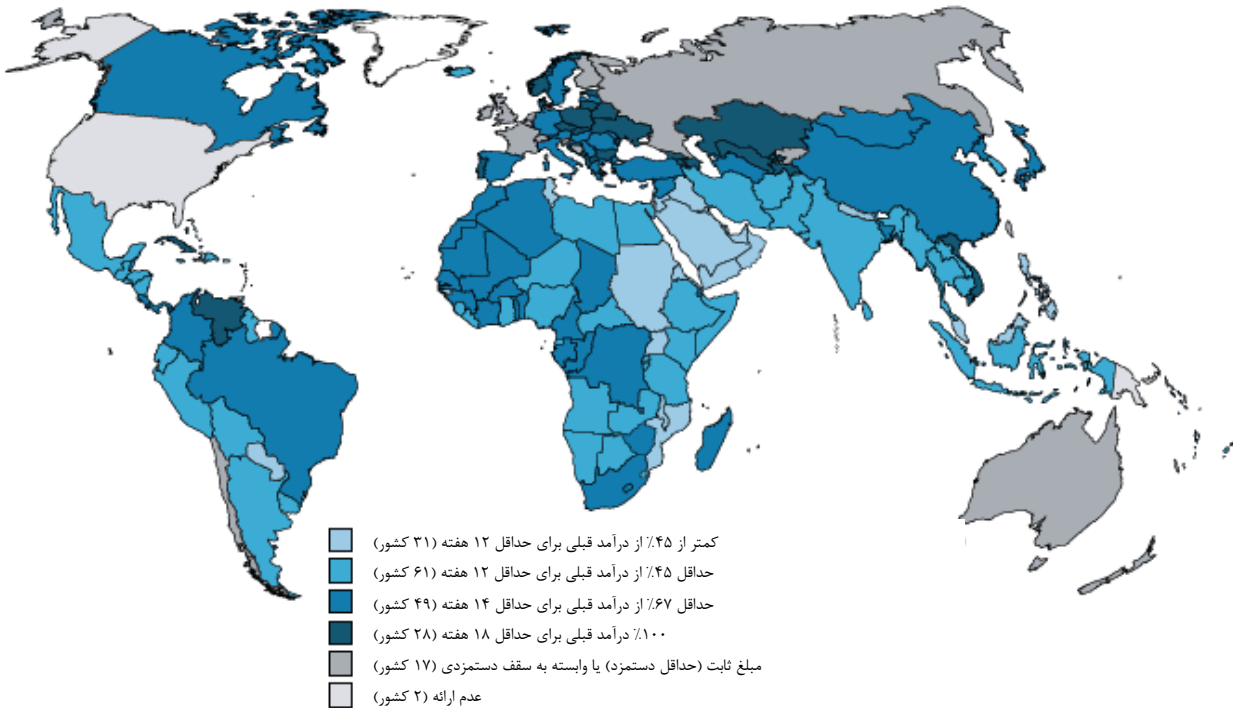
کفایت مزایای نقدی ارائه شده طی مرخصی زایمان جهت برآورده ساختن نیازهای مادران و فرزندان آنها را می توان برحسب مدت ارائه و میزان مزایا ارزیابی نمود. ۹۶ کشور از ۱۸۸ کشور مورد بررسی، برای این که زنان بتوانند پس از تولد فرزند به طور کامل بازبایی شوند، مطابق با استانداردهای کنوانسیون شماره ۱۸۳، حداقل ۱۴ هفته مرخصی بارداری با دستمزد ارائه می دهند. از این تعداد، ۳۱ کشور ۱۸ تا ۲۶ هفته، و ۱۰ کشور بیش از ۲۶ هفته مرخصی بارداری را برای زنان در نظر گرفته اند (شکل ۳-۲۴).

در ۵۹ کشور مدت مرخصی بارداری با حقوق، ۱۲ تا ۱۳ هفته است که همچنان حداقل استانداردهای کنوانسیون شماره ۱۰۲ را دارا می باشند. در ۳۱ کشور طول دوره مرخصی بارداری با مزایای نقدی کمتر از ۱۲ هفته است.

شکل ۳-۲۴- مدت مرخصی بارداری با دستمزد در قوانین ملی؛ ۲۰۱۳ (هفته)



شکل ۳-۲۵- سطح مزایای نقدی بارداری برحسب نسبتی از درآمدهای قبلی فرد؛ ۲۰۱۳ (درصد)



سطح مزایا نقدی بارداری محاسبه شده بر حسب نسبتهی از درآمد قبلی زنان برای حداقل هفته های دریافت مرخصی زایمان، در کشورهای مختلف متفاوت است (شکل ۳-۲۵). در ۷۷ کشور از ۱۸۸ کشور مورد بررسی، زنان به میزان حداقل دو سوم حقوق منظم خود برای مدت ۱۴ هفته، و مطابق با معیار کنوانسیون شماره ۱۸۳، واجد مرخصی زایمان با حقوق می باشند. در ۲۸ کشور (تقریباً ۱۵ درصد کل کشورها)، زنان از صد در صد حقوق قبلی خود به مدت حداقل ۱۸ هفته که بالاترین استاندارد تعریف شده در توصیه نامه شماره ۱۹۱ است، برخوردارند. ۱۷ کشور دیگر مزایایی با سطح ثابت (برای مثال حداقل دستمزد)، ارائه می دهند. بنابراین تعداد قابل توجهی از کشورها (۶۱ کشور) باقی می مانند که در آنها زنان واجد دریافت مزایایی کمتر از ۶۷ درصد حقوق قبلی خود برای یک مدت ۱۲ تا ۱۳ هفته - پایین تر از معیار کنوانسیون شماره ۱۸۳- هستند که البته همچنان منطبق با حداقل الزامات کنوانسیون شماره ۱۰۲ می باشد. در ۳۱ کشور، مزایای نقدی، کمتر از ۴۵ درصد حقوق قبلی فرد و یا دوره مرخصی بارداری کمتر از ۱۲ هفته می باشد.

۳-۵-۶- دسترسی به مراقبت سلامت دوران بارداری

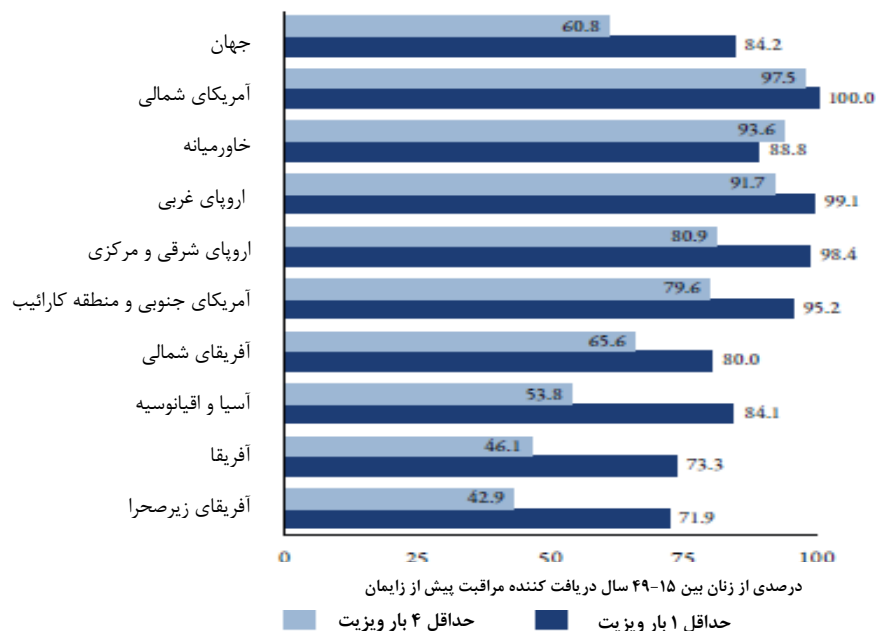
دسترسی به خدمات و مراقبت سلامت مناسب پیش و پس از زایمان برای زنان باردار و مادران دارای نوزاد جزء اساسی حمایت های بارداری می باشد. دسترسی به مراقبت سلامت برای مادران، به شدت با دسترسی به مراقبت سلامت کلی که در فصل ۵ مورد بررسی قرار گرفته است، مرتبط است.

اهمیت دسترسی تضمین شده به مراقبت سلامت مادران در حفظ سلامت مادر و نوزاد، در اهداف توسعه هزاره، به ویژه در اهداف توسعه هزاره ۵ (MDG5) در زمینه بهبود سلامت مادران و در اهداف توسعه هزاره ۳ (MDG3)، در زمینه کاهش مرگ و میر نوزادان، منعکس شده است. در حالی که در بسیاری از کشورها در زمینه کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان پیشرفت قابل ملاحظه ای رخ داده است لیکن برخی از کشورها همچنان با چالش های عمده ای در این خصوص رو به رو هستند (UN, 2013b).

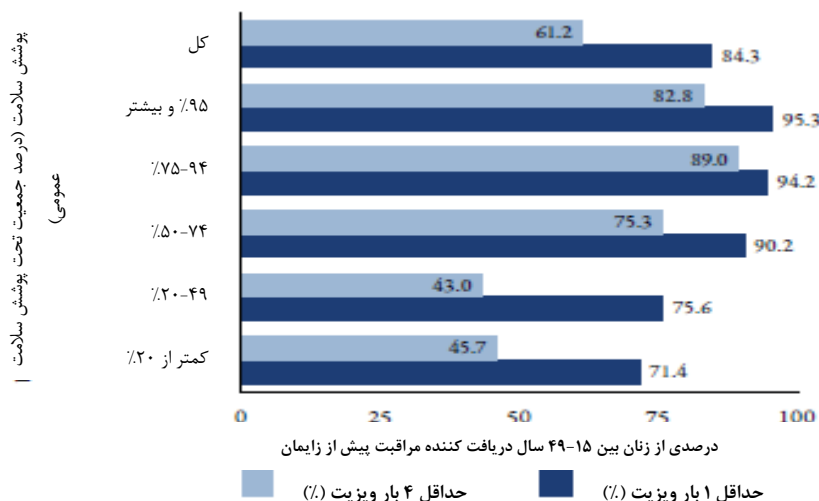
به طور وسیعی این موضوع پذیرفته شده است که یکی از مهمترین عوامل موثر در سلامت مادر و نوزاد، دسترسی به مراقبت های پیش از تولد است که در اغلب مناطق دسترسی همگانی بسیار دور از دسترس و متغیر می باشد (شکل ۳-۲۶). بر اساس آخرین داده های موجود، در حالی که ۸۴/۲ درصد زنان باردار، حداقل در هنگام استفاده از امکانات بهداشتی و درمانی مراقبت های پیش از زایمان را از افراد دارای مهارت در این زمینه دریافت می دارند، تنها ۶۰/۸ درصد از آنها حداقل چهار بار مورد بررسی و پایش قرار می گیرند. در آفریقای زیر صحرا بیش از یک چهارم زنان باردار هیچگونه مراقبت سلامت پیش از زایمان دریافت نمی کنند؛ همین وضعیت در مورد یک پنجم زنان در شمال آفریقا و یک ششم زنان در آسیا و اقیانوسیه وجود دارد.

پوشش سلامت عامل مهمی در تسهیل دسترسی به مراقبت سلامت مادران می باشد (شکل ۳-۲۷). دسترسی به مراقبت های پیش از تولد در جایی که حمایت سلامت برای اکثریت جمعیت فراهم است، بالاست، اما هنگامی که سهم قابل توجهی از جمعیت مورد حمایت نیستند، میزان دسترسی پایین تر می باشد.

شکل ۳-۲۶- پوشش مراقبت پیش از زایمان برحسب منطقه؛ آخرین سال در دسترس (درصدی از تولدهای موفق)



شکل ۳-۲۷- دسترسی به مراقبت پیش از زایمان برحسب پوشش سلامت؛ آخرین سال در دسترس



مراقبت پیش از زایمان، برحسب درصدی از زنان بین ۱۵-۴۹ سال با زایمان موفق که در یک دوره زمانی معین، مراقبت پیش از زایمان را از افراد متخصص و ماهر بهداشت و سلامت (پزشک، پرستار و ماما) حداقل یک بار در هنگام بارداری دریافت نموده اند، اندازه گیری می شود. میانگین وزنی جهانی تقسیم بر کل جمعیت. (پیش بینی جمعیت سازمان ملل ۲۰۱۲)

در بسیاری از بخش های جهان، دسترسی به مراقبت سلامت بارداری متغیر و تابع تفاوت های قابل توجه بین مناطق روستایی و شهری و بین گروه های فقیرتر و متمول تر می باشد (Nawal, Sekher and Goli, 2013). در بسیاری از کشورهای در حال توسعه این قبیل تفاوت ها به شدت با نبود دسترسی فراگیر به خدمات مراقبت سلامت مهیا و قابل استطاعت با کیفیت مرتبط می باشد لیکن نبود حمایت های مالی که به زنان امکان بهره مندی از امکانات موجود را می دهد نیز عامل مهمی به شمار می رود.

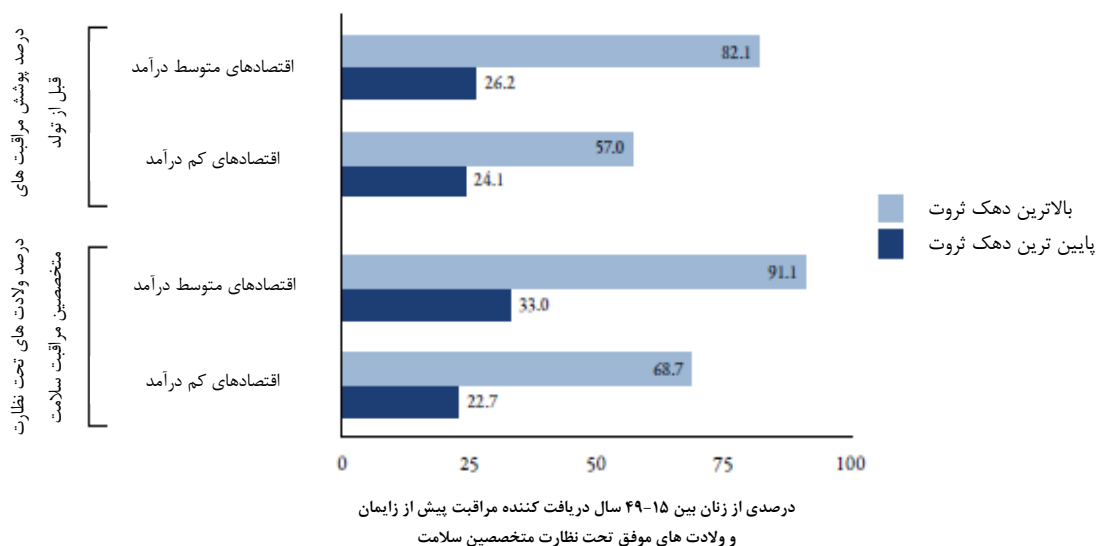
نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت بارداری (پیش، هنگام و پس از زایمان)، پیشرفت بیشتر در خصوص سلامت مادر و نوزاد را در کشورهای متوسط و کم درآمد به مخاطره می اندازد. در اغلب این کشورها می توان سطوح قابل توجه نابرابری را در دسترسی به خدمات مراقبت سلامت مادران بین مناطق و بین ساکنین مناطق شهری و روستایی مشاهده نمود که در این بین دسترسی شهرنشینان به خدمات مراقبت سلامت بارداری بهتر می باشد. در حالی که نابرابری بین مناطق شهری و روستایی در کشورهای تمام بخش های دنیا قابل مشاهده است، اختلاف در دسترسی در آفریقا، آسیا و اقیانوسیه نسبت به سایر مناطق بسیار بیشتر است. این تفاوت اغلب به واسطه ی تراکم پایین تر خدمات مراقبت سلامت در مناطق روستایی می باشد.

مولفه مهم دیگر موثر در بروز نابرابری در دسترسی به حمایت سلامت بارداری، ثروت خانوار است. در کشورهای کم و متوسط درآمد، تنها کسر کوچکی از زنان در پایین ترین دهک ثروت به حمایت های سلامت بارداری دسترسی دارند (شکل ۳-۲۸). چنین نابرابری هایی آثار منفی بر سلامت مادر و نوزاد داشته و اغلب در بلندمدت تبعات زیانباری برای افراد و جامعه به همراه خواهند داشت.

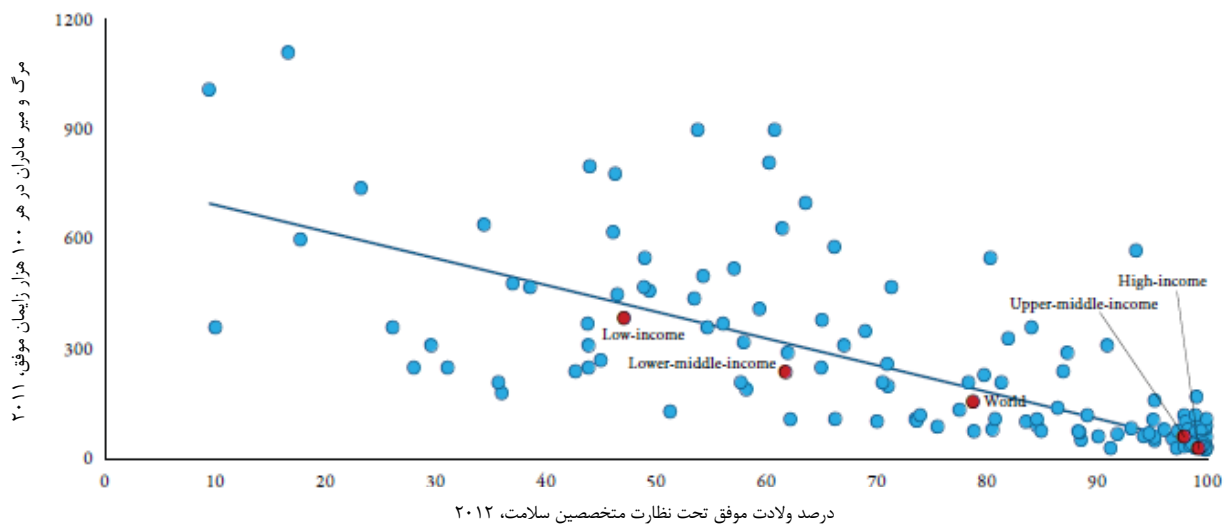
شکل ۳-۲۹، با نمایش همبستگی بین و نسبت مرگ و میر مادران، بیانگر اهمیت فراهم سازی خدمات با کیفیت مراقبت بارداری می باشد.

به علاوه، شواهد موجود حاکی از آن هستند که امنیت درآمدی نیز به رفاه زنان باردار، مادران و نوزادان آنها کمک شایانی می کند. کشورهایی که دارای سطح بالای پوشش مزایای نقدی دوران بارداری هستند، نسبت های مرگ و میر مادران بهتری را دارا می باشند. این نتایج ضرورت وجود یک رویکرد جامع نسبت به حمایت دوران بارداری شامل مراقبت سلامت بارداری و امنیت درآمدی دوران بارداری و همچنین ایمنی و بهداشت حرفه ای را همانگونه که در استانداردهای حمایت بارداری سازمان بین المللی کار تصریح گردیده است، نشان می دهد.

شکل ۳-۲۸- نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت مادران برحسب دهک ثروت و سطح درآمد ملی؛



شکل ۳-۲۹- نسبت و براساس سطح درآمد ملی ۲۰۱۱



Note: $R^2 = 0.6009$.

Sources: Based on WHO Global Health Observatory and World Bank, World Development Indicators.

۳-۵-۷- تحولات اخیر

همان گونه که در اکثر ابتکار عمل های سیاستی اخیر هم از نظر تعداد و هم دامنه به خوبی آشکار است، در سطح جهانی، حمایت دوران بارداری را عنصر حیاتی نظام حمایت اجتماعی - سرمایه گذاری بر سرمایه انسانی آتی هر کشور - می دانند. تغییر و تحولات مربوط به طرح های حمایت دوران بارداری را در کشورهای مختلف می توان بصورت ذیل طبقه بندی کرد:

- گسترش پوشش، از طریق توسعه ی دامنه طرح های موجود یا ایجاد طرح های مشارکتی یا غیرمشارکتی جدید؛
- تعدیل سطح مزایای نقدی بارداری/کمک هزینه ها
- تعدیل مدت بهره مندی از مزایا

گسترش پوشش حمایت دوران بارداری

بسیاری از کشورها (برای مثال استرالیا، اردن و آفریقای جنوبی) اصلاحاتی را اعمال نمودند که دامنه پوشش حمایت ایام بارداری را به زنانی که قبلاً تحت پوشش نبوده اند، توسعه می دهد. این امر از طریق سازوکارهای متنوعی صورت پذیرفته است (کادر ۳-۱۵).

تعدادی از کشورها اعم از آرژانتین، بنگلادش، بولیوی، هند و اندونزی، مزایای ایام بارداری غیرمشارکتی را برای زنان کارگر در اقتصاد غیررسمی یا زنان فقیر به طور کلی، معرفی نموده و یا گسترش داده اند. مزایای غیرمشارکتی معمولاً به طور مستقیم با وقفه در اشتغال در قالب مرخصی بارداری ارتباطی ندارند لیکن هدف وسیع تر فراهم نمودن مزایای نقدی قابل پیش بینی برای زنان باردار و نومادران را در خلال دوره بارداری و پس از تولد نوزاد، دنبال می کنند.

برخی از این برنامه ها به صورت ترکیبی از مزایای نقدی با شرایط استفاده از خدمات مراقبت سلامت بارداری و با هدف تشویق تغذیه با شیر مادر و بهبود تغذیه ارائه می گردند. در برخی کشورها، زنان باردار و نومادران از جمله گروه های هدف موجود در برنامه های کلی تر انتقالات نقدی مشروط می باشند. در برخی دیگر، برنامه های خاصی برای مزایای ایام بارداری وجود دارد. بسیاری از این برنامه ها مطابق با اهداف توسعه هزاره و راهبردهای حمایت اجتماعی و کاهش فقر ملی، به صراحت هدف کاهش مرگ و میر مادران و نوزادان را دنبال می نمایند. بعضی از برنامه ها صراحتاً افزایش مقبولیت روش های برنامه ریزی خانواده و کاهش وقوع ازدواج کودکان را هدف قرار می دهند. مزایا معمولاً تنها به زنان بالاتر از یک سن خاص و برای یک تعداد مشخص بارداری ارائه می گردند. برنامه های اختصاصی مزایای نقدی مشروط در سال های اخیر در کشورهای بنگلادش، بولیوی، هند و اندونزی اعمال شده اند (کادر ۳-۱۶).

کادر ۲-۱۵- مزایای نقدی بارداری: نمونه هایی از گسترش پوشش

در سال های اخیر، تعدادی از کشورها پوشش مزایای ایام بارداری را گسترش داده اند:

- اردن در سال ۲۰۱۱، مزایای جدید ایام بارداری برقرار نمود که کارگران بخش خصوصی را پوشش داده و از محل حق بیمه سهم کارفرما معادل ۰/۷۵ درصد درآمد مشمول، تامین مالی می شود. این طرح به زنان بیمه شده حق مرخصی بارداری برخوردار از ۱۰۰ درصد درآمد آخر شاغل به مدت حداکثر ۱۰ هفته را اعطاء می کند. انتظار می رود این مزایا مشارکت زنان را در بازار کار افزایش داده و بی انگیزگی استخدام زنان را از بین ببرد.
- در استرالیا، طرح ملی مرخصی پدران در سال ۲۰۱۱ معرفی گردید که اجازه ۱۸ هفته مرخصی پدری با دستمزد را از محل بودجه دولتی و به میزان حداقل دستمزد ملی برای والدین شاغل واجد شرایط می دهد. این طرح (نسبتاً سخاوتمند) مبتنی بر آزمون وسیع است. به همراه پاداش نوزاد که به والدین غیرشاغل پرداخت می شود و تابع محدودیت های سخت تر آزمون وسیع است، طرح مرخصی پدری تقریباً پوششی همگانی دارد.
- در آفریقای جنوبی در سال ۲۰۰۳، کارگران خانگی تحت صندوق بیمه بیکاری قرار گرفتند که مسئول پرداخت مزایای بارداری نیز بود.

کشورهای مختلفی نیز طرح های مزایای غیرمشارکتی را به منظور گسترش پوشش مزایای بارداری به کسانی که تحت پوشش طرح های مشارکتی قرار ندارند، معرفی کرده اند:

- آرژانتین یک کمک هزینه همگانی ولادت در سال ۲۰۱۱ معرفی نمود که زنان را از هفته دوازدهم بارداری تا پایان بارداری پوشش می دهد. این برنامه غیرمشارکتی به نوعی مکمل کمک هزینه ولادت است که توسط طرح بیمه اجتماعی ارائه می گردد. این برنامه در سال ۲۰۱۱ در آرژانتین ۲۲ درصد تولدها را پوشش داد و بین ماه می سال ۲۰۱۱ تا ژوئن سال ۲۰۱۲، هر ماه به طور متوسط ۶۶ هزار زن را تحت پوشش خود قرار داد.
- در برخی از کشورها، دریافت مزایای ایام بارداری غیرمشارکتی منوط به احراز شرایط خاص درخصوص مراقبت سلامت پیش و پس از زایمان است:

- در بنگلادش، برنامه کمک هزینه مادران شیرده فقیر در سال ۲۰۰۸ معرفی شد که برای زنان ۲۰ سال به بالا که درآمد ماهانه ای کمتر از ۱۵۰۰ تاکا داشتند، هدفمند شده است. این برنامه همچنین مادران دچار ازکارافتادگی و سرپرست خانوارهای فقیر را نیز پوشش می دهد. این افراد در صورت حائز شرایط بودن، از یکبار حمایت طی اولین یا دومین بارداری به میزان ۳۵۰ تاکا در ماه برای یک دوره دو ساله بهره مند می گردند.
- در بولیوی، مزایای بونو مادره نینو و مزایای بونو جوانا آزوردی دپادایلا برای زنان فقیر و خانواده های آنها که فاقد بیمه درمانی یادستری به کمک هزینه تغذیه با شیر مادر هستند، هدفمند شده است. در طول دوره بارداری و دو سال نخست عمر کودک، مزایابگیران مزایای نقدی دریافت می کنند مشروط بر آن که از یک جدول زمان بندی چک آپ سلامت مادر و نوزاد پیروی نمایند.
- در هند، برنامه ایندیرا گاندی (IGMSY)، که در سال ۲۰۱۰ معرفی گردید در ۵۲ منطقه پایلوت، مزایای نقدی برای زنان باردار و مادران شیرده فراهم می نماید و به طور متوسط ۱/۳۸ میلیون زن را پوشش می دهد. یک مزایای روزانه، تقریباً ۱/۶۸ دلار آمریکا برای مدت به طور متوسط ۴۰ روز با هدف پرداخت غرامت جزئی بابت زیان درآمدی زنان باردار و تشویق انجام استراحت کافی، به تمام زنان بالای ۱۹ سال (محدود به دو زایمان نخست و به استثنای کسانی که تحت پوشش برنامه شاغلین بخش دولتی می باشند) ارائه می شود. به علاوه تمام زنان واجد شرایط پاداش نقدی معادل ۴۰۰۰ روپیه در سه قسط از پایان سه ماهه دوم بارداری تا نوزاد به شش ماهگی برسد، دریافت می نمایند مشروط بر آن که شرایط تعیین شده از قبیل ثبت نام، چک آپ درمانی، واکسیناسیون و تمرین های شیردهی را انجام دهند.
- در اندونزی، برنامه انتقالات نقدی مشروط کلارگا کاپاران (PKH)، مزایای نقدی منظمی برای ۱/۵ میلیون خانوار فقیر در ۳۳ استان طی سال ۲۰۱۲ فراهم نمود؛ شرایط دریافت آن عبارت بود از لزوم مراجعه مرتب زنان باردار و مادران شیرده به مراکز بهداشتی درمانی برای چک آپ. این برنامه به نوعی تکمیل کننده برنامه جامپر سال معرفی شده در سال ۲۰۱۱ می باشد که مراقبت همگانی رایگان زایمان از جمله مشاوره پیش و پس از زایمان را فراهم می نماید.

کادر ۲-۱۶- تمهیدات تسهیل بازگشت به کار والدین

تمهیدات طرف عرضه مربوط به تسهیل بازگشت به کار زنان پس از تولد فرزند از طریق کمک آموزشی و جستجوی شغلی، در ژاپن و فدراسیون روسیه اجرا گردید. در روسیه، دسترسی به برنامه آموزشی که برای جویندگان کار طراحی شده بود به زنان در مرخصی بارداری و مراقب کودکان زیر سه سال نیز تسری یافت. در سال ۲۰۱۱، تعداد ۲۶۲۰۰ زن از این برنامه استفاده نمودند که ۱۵۷۰۰ نفر از آنان موفق به یافتن شغل شدند. تمهیدات دیگر نیز عبارت بودند از معرفی شکل های منعطف کار، برنامه های خوداشتغالی زنان، و آموزش پیش از دبستان برای کودکان ۳ تا ۷ سال. در ژاپن، برنامه حمایت از مادران دارای فرزند کوچک در یافتن شغل برای مثال ارائه خدمات پرستاری و اطلاع رسانی، مجدداً تقویت شد. در سال ۲۰۱۱، تعداد ۶۹۰۰۰ نفر از زنان از این برنامه استفاده کرده و موفق به یافتن شغل شدند.

در ایتالیا، برگه های دسترسی به خدمات مراقبت از کودک جهت ارتقاء اشتغال زنان، معرفی گردید. از این طریق و دیگر تمهیدات به کار گرفته شده، استفاده از مراقبت های رسمی از کودک به طور معناداری به یک میلیون کودک در سال ۲۰۱۱ افزایش یافت و پیش بینی می شود در سال ۲۰۱۶/۱۷ به ۱/۴ میلیون کودک بالغ گردد. عمده آنها نیز از مساعدت مالی به خانواده ها جهت مراقبت از کودک و حمایت مراقبت کودک برای والدین دریافت کننده انتقالات درآمدی که در حال کارآموزی یا یادگیری جهت یافتن شغل هستند، استفاده نمودند. در سال ۲۰۱۲ نیز یک مرخصی یکروزه با دستمزد برای پدران معرفی گردید.

در استرالیا، مراقبت کودک مشروط منعطف و صندوق منعطف مراقبت از کودک به منظور بهبود دسترسی به مراقبت کودک به ویژه خارج از ساعات استاندارد کار معرفی شد که به زنان امکان مشارکت بیشتر و منعطف تر را در بازار کار می دهد. علاوه بر این تمهیدات طرف عرضه، استرالیا همچنین پرداختی مرخصی والدین را در سطح حداقل دستمزد ملی و پرداختی دو هفته برای پدران یا شریک زندگی، معرفی کرده است. از زمان اجرای این برنامه در ژانویه سال ۲۰۱۱، تعداد ۲۴۰۰۰۰ نفر از آن بهره مند شده اند. ساز و کار منعطف مراقبت از کودک هدفگذاری شده برای خانواده هایی که نیازمند مراقبت خارج از ساعات کاری استاندارد هستند نیز ارائه شد.

کادر ۲-۱۷- تمهیدات انقباضی اخیر

برخی اصلاحات اخیر منجر به کاهش قابل توجه سطح مزایا برای گروه های خاصی از مزایاگیران شده اند:

- در جمهوری چک، سطح مزایای بارداری به طور موقت از ۶۹ درصد به ۶۰ درصد مبنای روزانه محاسبه مزایا در هر روز تقویمی در سال ۲۰۱۰ کاهش یافت اما دوباره افزایش یافت.
- آلمان مزایای بارداری را از ۶۷ درصد به ۶۵ درصد حقوق قبلی برای آنهایی که دارای درآمدی بالاتر از ۱۲۰۰ یورو در ماه بودند، کاهش داد.
- ایرلند از ابتدای ژانویه سال ۲۰۱۴، با هدف صرفه جویی به میزان ۳۰ میلیون یورو، حداکثر مزایای بارداری را برای متقاضیان جدید از ۲۶۲ یورو به ۲۳۰ یورو در ماه کاهش داد. از سال ۲۰۱۴/۱۳، مزایای بارداری به عنوان درآمد مشمول مالیات قلمداد می شوند. در نتیجه در سال حدود ۴۸۰۰۰ زن در هر مالیات پردازی به طور متوسط ۸۳۳ یورو بیشتر مالیات پرداختند که ۴۰ میلیون یورو درآمد در پی داشت.
- در لتونی، در سال ۲۰۱۱، نرخ جایگزینی مزایای بارداری از ۱۰۰ درصد به ۸۰ درصد درآمد مبنای محاسبه کاهش یافت. دولت همچنین تصمیم گرفت تا بر میزان مزایای ایام بیماری، بارداری، پدران، والدین و بیکاری پرداختی تا دسامبر سال ۲۰۱۴ نیز سقف بگذارد. انتظار می رود این تمهیدات ۲۵/۸۳ میلیون لات در سال ۲۰۱۳ و ۲۶/۴۲ لات در سال ۲۰۱۴ صرفه جویی به همراه داشته باشد.
- در لیتوانی، قانون مزایای ایام بیماری و بارداری در سال ۲۰۱۰ اصلاح شد و به موجب آن به طور موقت نرخ جایگزینی مزایای بارداری و پدران از ۱۰۰ درصد به ۹۰ درصد درآمد قبلی فرد کاهش یافت.
- در رومانی، ۱۵ درصد کاهش در میزان مزایای بارداری به عنوان یک تمهید اضطراری در سال ۲۰۱۰ اعمال شد. قانون مربوط به این کاهش، سیاست مزایای بارداری را نیز تغییر داد: اکنون مزایا ۷۵ درصد درآمد قبلی فرد و با رعایت سقف ۳۴۰۰ رون در ماه برای یک دوره مرخصی یکساله و ۱۲۰۰ رون برای یک دوره مرخصی دو ساله، می باشد. یک مبلغ کمک به میزان ۵۰۰ رون در ماه برای کارگرانی که پیش از پایان مرخصی یکساله خود درآمد مشمول مالیات کسب می کنند، مهیا می باشد.
- در بریتانیا، در سال ۲۰۱۱، کمک هزینه مشروط سلامت بارداری به میزان ۱۹۰ پوند برای هر مادر در انتظار به منظور کاهش کسری دولت، منسوخ شد و با یک کمک هزینه ۵۰۰ پوندی به والدین برای نخستین فرزند که متقاضی دیگر مزایای اجتماعی نظیر کمک درآمد یا اعتبار مالیات بر کار جایگزین گردید.

افزایش مدت بهره مندی و دامنه مزایای بارداری

پیرو تصویب کنوانسیون شماره ۱۸۳ در سال ۲۰۰۰، کشورهای مختلفی مدت مرخصی بارداری با دستمزد را در قانون خود افزایش دادند. اگرچه هنوز تصویب نشده اما چین، کلمبیا و مالت اکنون حداقل الزامات سطح مزایای تعیین شده در این کنوانسیون را احراز کرده اند و کشورهای دیگری نظیر شیلی، بولیوی و ونزوئلا فراتر هم رفته اند. تعدادی از کشورها (شامل فنلاند و ایرلند) حداقل سطح مزایا و مکانیزم های تعدیل مزایا را افزایش داده اند.

به علاوه، برخی از کشورها، تمهیدات تکمیلی مربوط به مساعدت مادران مشتاق به بازگشت به کار (ژاپن و روسیه) و مساعدت مربوط به امکانات مراقبت از کودک (استرالیا و ایتالیا) را تقویت کرده اند.

تمهیدات انقباضی

در بستر بحران اقتصادی و مالی، کشورهای مختلف، تمهیداتی را اجرا نموده اند که سطح حمایت دوران بارداری را کاهش داده است (کادر ۳-۱۷). در کشورهایی نظیر جمهوری چک، آلمان، ایرلند و بریتانیا، سطح مزایای بارداری کاهش یافته است. به علاوه در ایرلند در حال حاضر مزایای بارداری، درآمد مشمول مالیات قلمداد می شوند.

برخی از این تمهیدات تثبیت مالی، به طور قابل توجهی سطح حمایت بارداری در دسترس گروه های خاص زنان باردار و نومادران را کاهش داده است. اگرچه در برخی از کشورها به منظور پشتیبانی از سطح حمایت افراد کم درآمد، تمهیداتی به کار گرفته شده است لیکن گروه های دیگر همچنان متاثر از کاهش های موثر در مزایای دریافتی می باشند که امنیت درآمدی آنها را در طول دوره ی مهمی از عمرشان به مخاطره می اندازد. به علاوه دسترسی به مراقبت سلامت ایام بارداری نیز از کاهش های اعمال شده در نظام مراقبت سلامت متاثر شده است (فصل ۵). در هنگامی که بسیاری از دولت های اروپایی به تمهیداتی جهت تشویق زاد و ولد توجه نشان می دهند و یا آنها را به اجرا گذاشته اند، اعمال تمهیدات تثبیت مالی با طراحی ضعیف و نامناسب می تواند آثار منفی ناخواسته در پی داشته باشد. بنابراین ضروری است اثرات کوتاه مدت و بلندمدت اصلاحات سیاستی در این زمینه به دقت مورد بررسی و توجه قرار گیرد.

مستمری ها و سایر مزایای غیر از حوزه سلامت

نکات مهم:

- حق برخورداری از امنیت درآمدی در دوران سالمندی، همانگونه که پیش زمینه آن در اسناد حقوق بشری و استانداردهای بین المللی کار وجود دارد، عبارت است از حق داشتن یک مستمری تامین اجتماعی مکفی. در بسیاری از کشورهای دارای سهم بالای اشتغال غیررسمی، بهره مندی از مستمری تنها در دسترس اقلیتی می باشد و بسیاری از افراد سالمند تنها می توانند به پشتیبانی خانواده تکیه نمایند.
- نزدیک به نیمی (۴۸٪) از افراد بالای سن قابل برقراری مستمری بازنشستگی، هیچگونه مستمری دریافت نمی دارند. در مورد بسیاری از آنها که مستمری را دریافت می کنند، سطح مستمری مکفی نیست. در نتیجه، اکثریت جمعیت سالمند جهان امنیت درآمدی ندارند، فاقد حق بازنشستگی هستند و مجبورند تا زمانی که توانایی دارند، کار کنند که اغلب نیز در شرایط پرمخاطره و با پرداخت نامناسب می باشد.
- بر اساس قوانین و مقررات موجود، تنها ۴۲ درصد افراد در سن اشتغال در حال حاضر می توانند انتظار دریافت مستمری های تامین اجتماعی مشارکتی یا غیرمشارکتی را در آینده داشته باشند و پوشش موثر نیز احتمالاً به مراتب پایین تر است. این شکاف تا حدود زیادی باید با گسترش تمهیدات و برنامه های غیرمشارکتی پر شود.
- بسیاری از کشورها اخیراً تلاش هایی در زمینه گسترش پوشش طرح های مشارکتی مستمری و برقراری مستمری های غیرمشارکتی به منظور تضمین حداقل امنیت درآمد پایه در سالمندی برای همه، صورت داده اند.
- در همین حال، یک فشار جهانی پیوسته - در سایه تضمین پایداری مالی طرح های مستمری در جوامع با ساختار جمعیتی سالمند و تثبیت منابع عمومی - وجود دارد که به دنبال کاهش مسئولیت دولت ها در تضمین امنیت درآمدی در دوران سالمندی و انتقال بخش عمده مخاطرات اقتصادی مربوط به ارائه مستمری ها به افراد و بدین وسیله تضعیف کفایت نظام های مستمری و کاهش قابلیت آنها در جلوگیری از بروز فقر در دوران سالمندی می باشد. در برخی از کشورها، بازگشت های اخیر از اصلاحات اعمال شده پیشین نظیر خصوصی سازی نظام های بازنشستگی، با توجه به این چالش ها اعم از تحلیل کفایت مستمری، صورت پذیرفته است.
- همچنین امنیت درآمدی در دوران سالمندی به میزان دسترسی زنان و مردان سالمند به خدمات اجتماعی از جمله مراقبت سلامت و مراقبت های بلندمدت بستگی دارد.

۴-۱- نقش مهم مستمری ها در تضمین تامین در آمد و رفاه سالمندان

به طور کلی ضروری است که افراد در دوران سالمندی از یک تامین در آمدی مناسب بهره مند باشند. به دلایل گوناگونی افراد با مسن شدن ممکن است کمتر و کمتر بر درآمد حاصل از اشتغال تکیه نمایند: هرچند متخصصین با تحصیلات عالی اغلب از حقوق و مزایای مناسب شغلی تا اواخر زندگی برخوردار هستند، اما اکثریت جمعیت معمولاً از دسترسی به مشاغل با پرداختی مناسب محروم می باشند. دارایی ها و پس اندازهای خصوصی (از جمله مالکیت املاک) فرق می کنند اما در مورد اکثر افراد معمولاً به اندازه کافی نیستند که یک سطح مکفی از امنیت درآمد را تا پایان عمر تضمین نمایند. منابع انتقالی خصوصی درون خانواده ها می تواند منبع مهم دیگری در ایجاد امنیت درآمدی باشد اما این قبیل وجوه به ویژه در خانواده های کم درآمد، کافی و همیشگی نیستند.

با توجه به دلایل ذکر شده، در بسیاری از کشورها نظام های بازنشستگی عمومی تاسیس شدند که بر مبنای آنها حداقل امنیت درآمد پایه ایجاد گردد. امنیت درآمد در دوران سالمندی همچنین به در دسترس و مهیا بودن خدمات اجتماعی عمومی - رایگان یا با فرانشیز اندک - از جمله مراقبت سلامت و مراقبت های بلندمدت نیز بستگی دارد. اگر دسترسی امن و قابل استطاعت به چنین خدماتی وجود نداشته باشد، سالمندان و خانواده های آنها به فقر شدید دچار می گردند.

۴-۲- انواع طرح های مستمری سالمندان

طرح های مستمری تامین اجتماعی عمومی، راهکار نهادی بسیار مهمی برای تضمین امنیت درآمدی در دوران سالمندی می باشند. مستمری های عمومی معمولاً در تحقق این وظیفه با سازوکارهای خصوصی که توسط دولت تنظیم مقررات شده اند، تکمیل می شوند. در کشورهای عضو سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه (OECD)، ۵۹ درصد از درآمد خانوار زنان و مردان ۶۵ سال و بالاتر از محل انتقالات مستمری عمومی کسب می شود (۲۴ درصد درآمدها از اشتغال و خوداشتغالی و ۱۷ درصد از درآمدهای سرمایه ای - عمدتاً مستمری های خصوصی بدست می آیند). (OECD, ۲۰۱۳a؛ شکل ۴-۱). با این وجود، این تصویر کلی، تفاوت های عمده بین و درون کشورها را نشان نمی دهد. در حالی که در اکثر کشورهای اروپایی، مستمری های عمومی منبع اصلی درآمدی بیش از ۶۰ درصد افراد سالمند می باشد، در مناطق دیگر، - اغلب به واسطه پوشش محدود مستمری های عمومی - این سهم بسیار کمتر است. در بسیاری از کشورهای جهان، از جمله کره جنوبی، مکزیک و شیلی، الگو، مشابه موارد مشاهده شده در کشورهای عضو سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه می باشد به طوری که عمده درآمد افراد سالمند از کار بدست می آید.

در بسیاری از کشورهای عضو OECD، مستمری های عمومی منبع اصلی درآمد سالمندان به ویژه در بخش فقیرتر جمعیت می باشد: به طور متوسط، مستمری های عمومی بیش از ۸۰ درصد درآمد افراد در چهار دهک پایین توزیع

درآمد را تشکیل می دهد در حالی که درآمد حاصل از اشتغال، بین ۵ تا ۹ درصد کل درآمد این گروه می باشد. از سوی دیگر، در چهار دهک بالای درآمدی، درآمد حاصل از اشتغال بین ۲۰ تا ۴۰ درصد کل درآمد افراد سالمند را تشکیل می دهد. افراد پردرآمد با مشاغل باکیفیت، همچنین در وضعیت سلامت مناسبی به سر می برند و تمایل به ادامه کار خود حداقل به طور پاره وقت، دارند؛ در این حال افراد شاغل در کارهای بی کیفیت و با دستمزد پایین، مجبورند به دلیل وضعیت سلامت نامناسب و یا بی اشتیاقی به ادامه کار، به نسبت زودتر کار و فعالیت خود را متوقف نمایند. به علاوه با مسن تر شدن، آنها از فرصت های مناسب کسب درآمد که به نوعی مستمری های اندک آنها را تکمیل می نمایند محروم می گردند.

درآمدهای حاصل از مستمری های خصوصی و سایر درآمدهای سرمایه ای، کمتر از ۱۰ درصد کل درآمدهای سه دهک پایین درآمدی را تشکیل می دهند که پس از آن این سهم در مورد یک چهارم دهک بالای درآمدی، رشد می یابد.

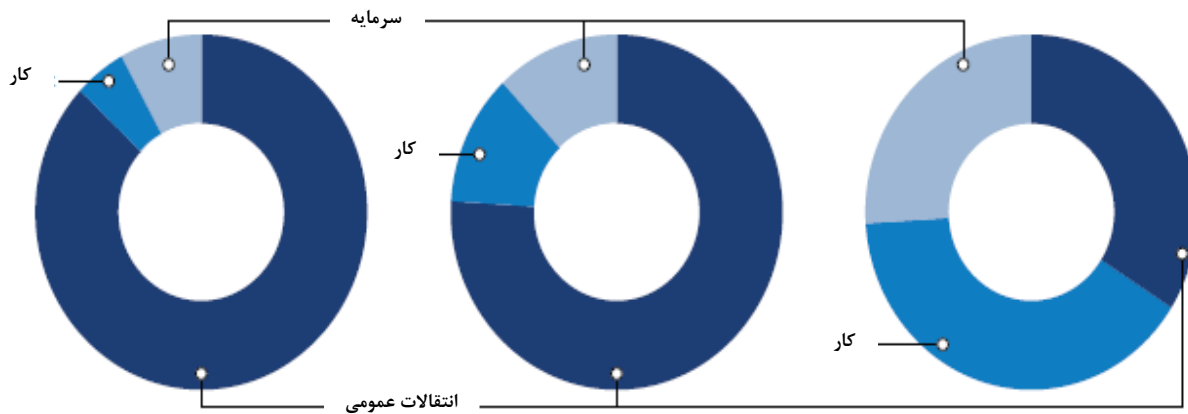
در برخی قسمت های جهان خارج از سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه، پوشش مستمری های عمومی، پایین است و مستمری ها نقش کم رنگ تری به عنوان منبع درآمد برای گروه های کمتر متمول جمعیت ایفا می کنند. اکثریت زنان و مردان سالمند در این کشورها، تا زمانی که از نظر فیزیکی توان دارند، کار می کنند - لیکن این الزاماً مانع قرار گرفتن آنها در فقر نیست. در کشورهای عضو OECD، همان گونه که شکل ۴-۲ نشان می دهد، هر اندازه پوشش مستمری های عمومی و در نتیجه سهم مستمری های عمومی در درآمد سالمندان، بیشتر باشد فقر کمتری وجود خواهد داشت. در کشورهای دیگر که اقتصاد غیررسمی بزرگ است، همان الگو برقرار است تنها پوشش از طریق مستمری های غیرمشارکتی در سطح بالایی می باشد (مانند آفریقای جنوبی).

دارایی مسکن نیز تاثیر قابل توجهی بر استانداردهای زندگی و سطح فقر میان سالمندان دارد. در میان خانوارهای کم درآمد، مالکیت خانه معمولاً کمتر دیده می شود و لذا تنها تاثیر محدودی بر ریسک فقر در آنها دارد: برای مثال در کشورهای عضو اتحادیه اروپایی، لحاظ برآوردهای موسوم به اجاره ضمنی (ارزش اجاره ای که فرد به سبب مالکیت ملک آن را نمی پردازد)، وقوع نسبی ریسک فقر را تنها ۳/۵ درصد کاهش می دهد (OECD, 2013a, p. 104).

این که آیا درآمد نقدی حاصل از مستمری ها یا سایر انتقالات، برای تضمین امنیت درآمدی، مکفی می باشد به عوامل دیگری از قبیل لزوم پرداخت بابت خدمات مراقبت سلامت، داشتن مسکن، مراقبت های بلندمدت و دیگر کالاهای خدمات در صورت نیاز بستگی دارد. این که چه میزان ارائه این خدمات مطمئن است و چگونه تامین مالی می شوند نیز سطح امنیت درآمدی در دوران سالمندی را تعیین می کند. یک مطالعه در کشورهای عضو سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه (OECD, 2013a؛ فصل ۲)، برای مثال نشان می دهد که خدمات غیرنقدی عمومی (شامل مراقبت سلامت و مراقبت بلندمدت)، به طور میانگین ۴۰ درصد به ارزش پولی درآمدهای افراد سالمند ۶۵ سال و بالاتر می افزاید (در مقایسه با ۲۴ درصد در مورد افراد در سن اشتغال). در کشورهای دارای دسترسی وسیع به خدمات عمومی

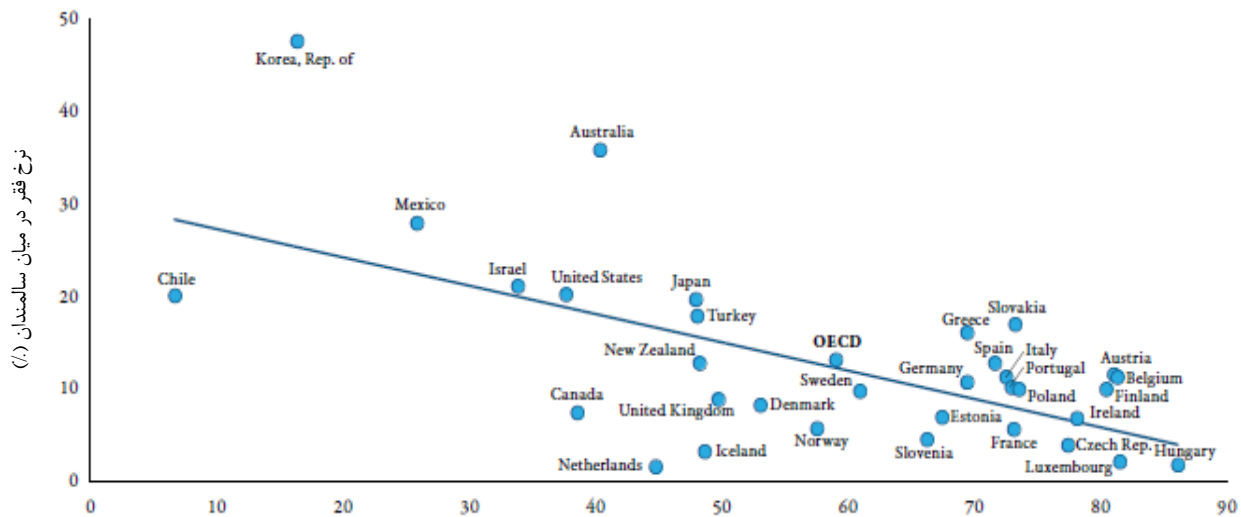
باکیفیت، فقر در سالمندان به طور معناداری پایین تر است. اما در بیشتر کشورهای غیرعضو سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه، دسترسی و فراهم بودن خدمات عمومی اغلب محدود است و لذا نقش مشابهی در افزایش درآمد سالمندان و کاهش فقر میان آنها ایفا نمی کند.

شکل ۴-۱- منابع درآمدی افراد ۶۵ سال و بالاتر؛ کشورهای عضو OECD



توضیحات: ترکیب درآمد افراد سالمند از کار، سرمایه و انتقالات عمومی؛ به ترتیب از چپ، آنهایی که در دهک نخست درآمدی (پایین ترین) و دهک پنجم (میانه) و دهک دهم (بالاترین)، قرار دارند. درآمد حاصل از کار شامل درآمد اشتغال و خوداشتغالی می شود. درآمد سرمایه ای عبارت است از مستمری های خصوصی و درآمد حاصل از پس اندازهای غیرمستمری.

شکل ۴-۲- همبستگی بین برنامه های مستمری عمومی بیشتر و سطوح پایین تر فقر؛ کشورهای عضو OECD



سهم انتقالات عمومی در درآمدهای سالمندان (%)

Note: $R^2 = 0.3952$.

Source: Based on OECD data.

به طور کلی طیف وسیعی از طرح های ارائه دهنده انواع مختلف مزایای نقدی و غیرنقدی به سالمندان وجود دارد. علاوه بر خدمات اجتماعی عمومی که در بالا ذکر شد، مزایای غیرنقدی شامل یارانه های مسکن و انرژی، کمک در منزل و خدمات مراقبتی و مراقبت پناهگاهی نیز می شود.

مزایای نقدی می تواند به صورت پرداخت های دوره ای با رسیدن به یک سن خاص (غالباً احراز دیگر شرایط تعیین شده) باشد که اغلب در طول باقیمانده عمر مزایابگیر اعطا می گردد. این قبیل پرداخت های دوره ای را مستمری (یا مقرری های سالانه عمر) می نامند و می توان آنها را به دو نوع عمده طبقه بندی نمود:

- مستمری سالمندی طرح های مشارکتی بیمه اجتماعی عمومی اجباری و یا طرح های حرفه ای اختیاری یا طرح های مستمری خصوصی.
- مستمری سالمندی طرح های غیرمشارکتی که می توانند به صورت الف) همگانی (فراگیر) که تمام افراد بالاتر از یک سن مشخص حائز شرایط شهروندی یا حداقل مدت سکونت را پوشش می دهد؛ ب) مستمری معیار^{۲۲}؛ یا ج) مستمری مبتنی بر آزمون وسع^{۲۳}؛ باشد.

تنها مستمری ها (یعنی پرداخت های دوره ای: عمدتاً مقرری های سالانه عمر و البته مزایای مبتنی بر آزمون وسع) از سوی استانداردهای سازمان بین المللی کار نظیر کنوانسیون شماره ۱۰۲ یا کنوانسیون مزایای ازکارافتادگی، بازماندگان و سالمندی سال ۱۹۶۷ (شماره ۱۲۸)، به مثابه مزایایی که به طور بالقوه می توانند از افراد به طور مناسب در برابر مخاطرات موجود در طول عمر حمایت کنند، به رسمیت شناخته می شوند. با این وجود گاهی طرح های مستمری مشارکتی بخشی از مزایا را به صورت مبلغ مقطوع نیز می پردازند. در چنین شرایطی، بسیار مهم است که اطمینان حاصل گردد که آن بخش مقرری از کل مزایا، مکفی باشد. در بسیاری از کشورها تنها یک مزایای به صورت مبلغ مقطوع ارائه می گردد و یا (برای مثال در شیلی)، افراد می توانند در هنگام بازنشستگی برداشت های موسوم به برداشت های مبتنی بر جدول زمان بندی را انتخاب نمایند (که بر اساس آن پرداخت مستمری آنها به عنوان مقرری سالانه عمر نیست و بلکه طی سال های محدودی صورت می پذیرد). چنین سازوکارهایی سطح امنیت درآمد مدنظر استانداردهای بین المللی را تضمین نمی کند.

²² Pension tested

مستمری غیرمشارکتی از این نوع به افراد سالمندی که اصلاً از یک طرح مشارکتی مستمری دریافت نمی کنند و یا مستمری دریافتی آنها از طرح مشارکتی پایین تر از حداقل تعیین شده است، ارائه می گردد. در این نوع مستمری، سایر درآمدهای فرد (آن گونه که در طرح های مبتنی بر آزمون وسع وجود دارد)، مدنظر قرار نمی گیرد. نمونه های این نوع طرح ها عبارتند از: مستمری اجتماعی سالمندی در ارمنستان، کمک هزینه سالمندی در نپال و کمک هزینه سالمندی در تایلند.

²³ Means tested

مستمری های مبتنی بر آزمون وسع تنها به سالمندانی که مجموع مستمری و درآمدهای آنها کمتر از یک سطح تعیین شده است اعطاء می گردد. مستمریهای مبتنی بر آزمون وسع، اگر مطابق با استانداردهای سازمان بین المللی کار، به گونه ای طراحی و اجرا شوند که در یک سطح مکفی برای حفظ خانواده ی مزایابگیر در سلامت و با آبرو، تمام نیازمندان را شامل شوند، دیگر مقرری های عمر به شمار نمی روند. برای مثال کمک هزینه ی سالمندان در آفریقای جنوبی، اگرچه مبتنی بر آزمون وسع است، اما به طور موثر اکثریت جمعیت سالمند کشور را پوشش می دهد و به طور موثری مانع افتادن مزایابگیران و خانواده های آنها در ورطه فقر می گردد.

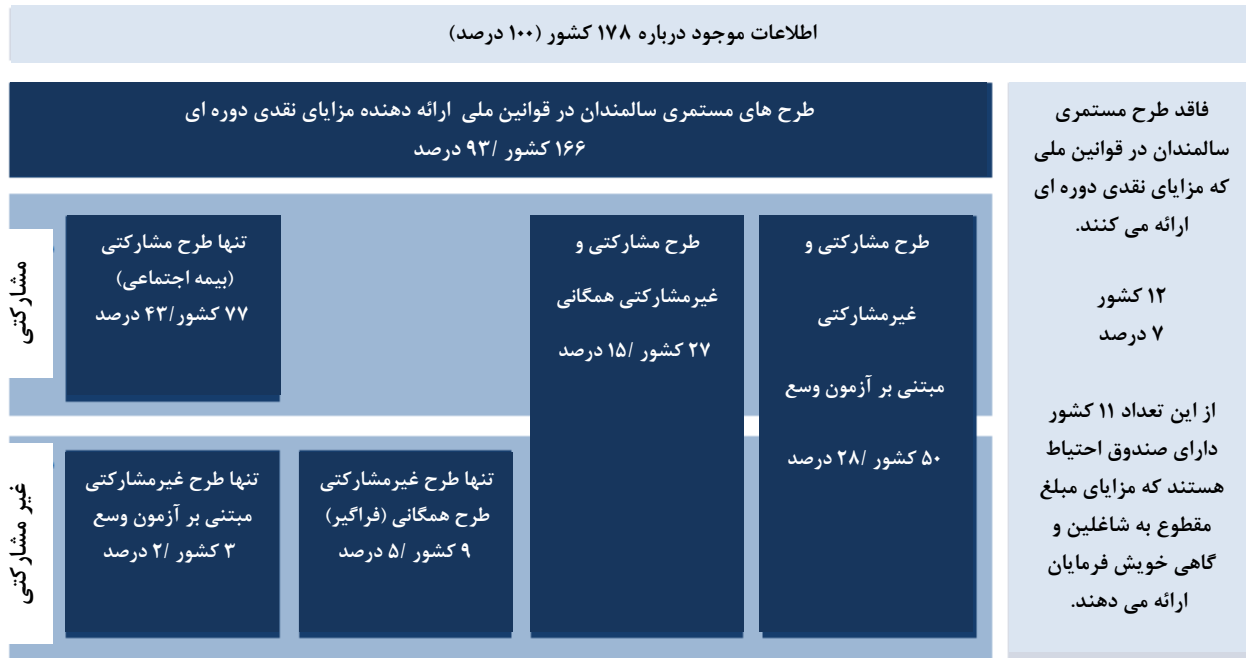
داده های مربوط به مصارف مزایا که در این فصل ارائه شده اند تلاش می کنند تا جایی که مدارک مستند آن موجود است، تمام انواع مزایای ارائه شده توسط طرح های اجباری یا شبه اجباری (اختیاری ولی با پوشش وسیع) استقرار یافته طبق قوانین، مقررات و یا توافقنامه های جمعی را پوشش دهند. شاخص های مربوط به دامنه و اندازه پوشش تنها پوشش انواع مزایای نقدی دوره ای (مستمری) را لحاظ می کنند؛ طرح های ارائه دهنده ی پرداخت های مبلغ مقطوع به تنهایی، مد نظر قرار نگرفته اند.

اکثریت گسترده ای از کشورها (۱۶۶ کشور از کل ۱۷۸ کشوری که اطلاعات آنها موجود بود)، از طریق حداقل یک طرح و غالباً از طریق ترکیبی از انواع مختلف طرح های مشارکتی و غیرمشارکتی، مستمری ارائه می دهند (شکل ۴-۳). دوازده کشور مابقی تنها مزایای مبلغ مقطوع را از طریق صندوق های احتیاط یا طرح های مشابه فراهم می نمایند.

با این وجود، در ۷۷ کشور (بیش از ۴۳ درصد کل کشورها اما نزدیک به ۷۰ درصد کشورهای کم درآمد)، طرح هایی وجود دارند که بر مبنای مشارکت (بیمه ای)، تنها شاغلین در اقتصاد رسمی و در مواردی گروه های خاص خویش فرما را پوشش می دهند. در همین تعداد کشور، این قبیل طرح های مستمری مشارکتی مرتبط با شغل با طرح های غیرمشارکتی، با هدف پوشش تمام سالمندان (۲۷ کشور) و یا تنها سالمندانی با درآمد زیر یک سطح معین (۵۰ کشور)، تکمیل می گردند. تنها در تعداد اندکی از کشورها، مستمری ها با مبنای غیرمشارکتی به تمام سالمندان (۹ کشور) و یا به تمام کسانی که آزمون وسع را گذرانده اند (۳ کشور)، ارائه می گردد.

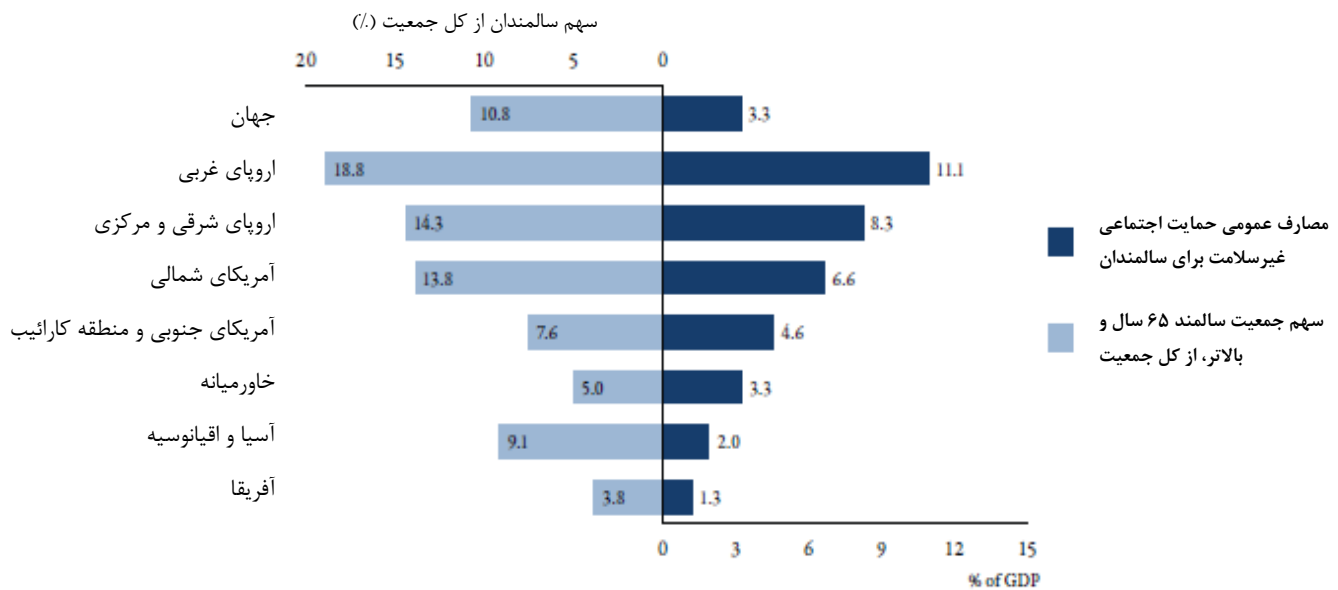
در سطح جهان، بیش از نیمی از کل مصارف عمومی تامین اجتماعی غیرسلامت، به میزان ۳/۳ درصد GDP جهان، به امنیت درآمدی سالمندان اختصاص می یابد (شکل ۴-۴ و ۴-۵). در این زمینه، تفاوت بین مناطق مختلف به وضوح متاثر از تفاوت های مربوط به ساختار جمعیتی و البته تفاوت در ترکیب سیاستی بین تمهیدات و مقررات خصوصی و عمومی برای مستمری ها و خدمات اجتماعی می باشد. مصارف عمومی حمایت اجتماعی غیرسلامت برای سالمندان در اروپای غربی بالاترین سهم از GDP را به میزان ۱۱/۱ درصد دارد و پس از آن اروپای شرقی و مرکزی با ۸/۳ درصد و آمریکای شمالی با ۶/۶ درصد قرار دارند، اما در آفریقا که سهم افراد سالمند از کل جمعیت به طور معناداری پایین است، تنها ۱/۳ درصد GDP می باشد. در آمریکای جنوبی و خاورمیانه، به ترتیب ۴/۶ و ۲/۰ درصد GDP برای نیازهای امنیت درآمدی سالمندان، اختصاص می یابد، در حالی که در آسیا و اقیانوسیه، که سهم جمعیت سالمند از کل جمعیت بالاتر است، تنها ۲/۰ درصد GDP یا ۵۲/۸ درصد کل مصارف حمایت اجتماعی غیرسلامت به جمعیت سالمند اختصاص یافته است. با عنایت به این که بیش از نیمی از جمعیت سالمند جهان در منطقه آسیا و اقیانوسیه زندگی می کنند و این که تعداد آنها طی سال های پیش رو به سرعت افزایش می یابد، این رقم نشان دهنده ی تخصیص نامتناسب (مرتبط با اندازه جمعیت سالمند) و پایین منابع به امنیت درآمد سالمندان است. مولفه ای که نیازمند سرمایه گذاری بیشتر در حمایت اجتماعی است (UN, 2013e).

شکل ۴-۳- مروری کلی بر طرح های مستمری بازنشستگی در قوانین ملی بر حسب نوع طرح ۲۰۱۲/۱۳



Sources: Based on SSA and ISSA, 2012; SSA and ISSA, 2013a; SSA and ISSA, 2013b; SSA and ISSA, 2014; European Commission, Mutual Information System on Social Protection (MISSOC).

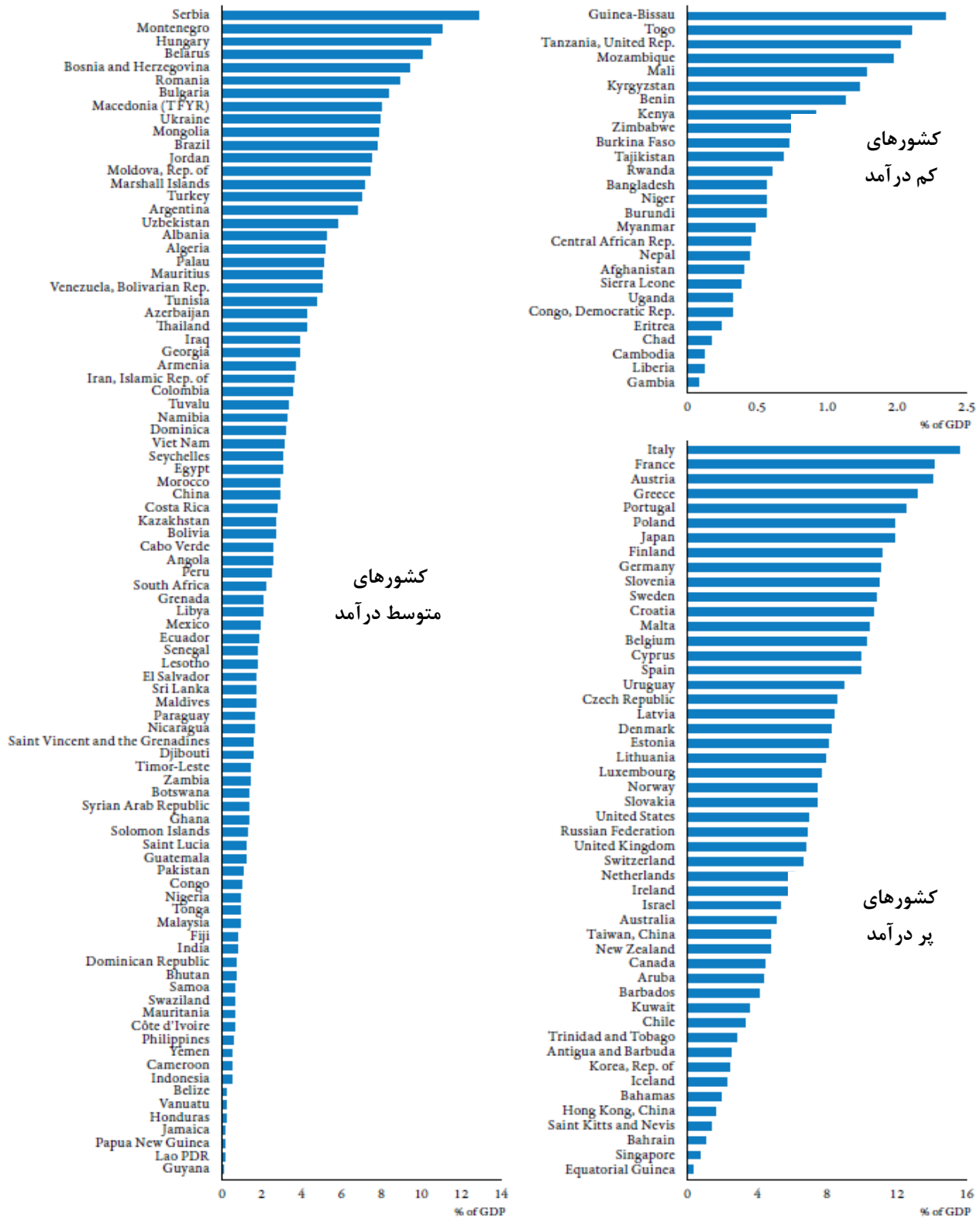
شکل ۴-۴- مصارف عمومی حمایت اجتماعی غیر سلامت در مستمری ها و سایر مزایای مربوط به سالمندان و سهم جمعیت سالمند (۶۵ سال و بالاتر) از کل جمعیت ۲۰۱۰/۱۱



Sources: ILO Social Protection Department database. For detailed sources, see Annex IV, table B.13.

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=39237>.

۴-۵- مصارف عمومی حمایت اجتماعی غیر از سلامت در حوزه مستمری ها و سایر مزایای سالمندان بر حسب درصدی از تولید ناخالص داخلی ۲۰۱۰/۱۱



Sources: ILO Social Protection Department database. For more detail on sources, see Annex IV, table B.13.

کادر ۴-۱- استانداردهای بین المللی در زمینه مستمري های سالمندان

حق سالمندان به بهره مندی از تامین اجتماعی و استاندارد مکفی زندگی برای پشتیبانی از سلامت و رفاه خود اعم از مراقبت درمانی و خدمات اجتماعی ضروری، در اسناد مهم حقوق بشری بین المللی، بیانیه جهانی حقوق بشر سال ۱۹۴۸، و (با مفادی عام تر) در میثاق نامه حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی سال ۱۹۶۶ تصریح گردیده است. محتوای این حقوق در متن استانداردهای اصولی توسعه یافته توسط سازمان بین المللی کار که برای کشورها در تنفیذ حق سالمندان به برخورداری از تامین اجتماعی از سطح پایه تا کامل، راهنمایی عینی فراهم می کند، قید شده است.

کنوانسیون تامین اجتماعی (حداقل استاندارد) سال ۱۹۵۲ (شماره ۱۰۲)، کنوانسیون مزایای سالمندی، از کارافتادگی و بازمندگان، سال ۱۹۶۷ (شماره ۱۲۸)، و توصیه نامه همراه آن شماره ۱۳۱، و توصیه نامه کف حمایت های اجتماعی سال ۲۰۱۲ (شماره ۲۰۲)، چارچوب بین المللی مرجع و شفاف کننده ی دامنه و سطح مزایای تامین اجتماعی که برای تضمین حفظ و تامین درآمد و همچنین دسترسی به مراقبت سلامت در دوران سالمندی، لازم و مکفی هستند، فراهم می نمایند. گسترش پوشش برای همه سالمندان و دستیابی به حمایت همگانی و فراگیر همانگونه که در توصیه نامه شماره ۲۰۲ نیز به صراحت بیان شده است، یک هدف موکد این استانداردها می باشد.

کنوانسیون شماره ۱۰۲ و ۱۲۸ و توصیه نامه شماره ۱۳۱، مقررات و تمهیداتی را برای پرداخت مستمري به سالمندان در سطحی تضمین شده و با احراز شرایطی معین و همچنین چگونگی تعدیل منظم این مستمري ها جهت حفظ قدرت خرید مستمري بگیران، در بر می گیرند. به طور خاص، کنوانسیون های ۱۰۲ و ۱۲۸، تامین امنیت درآمد را از طریق طرح های مستمري مشارکتی مرتبط با شغل (تضمین حداقل مزایا یا نرخ جایگزینی متناظر با سهم تعیین شده درآمد گذشته فرد به ویژه افراد کم درآمد) و یا طرح های غیرمشارکتی با مزایای ثابت که می تواند همگانی یا مبتنی بر آزمون وسع باشد، برای افرادی که به سن بازنشستگی و سالمندی می رسند، مورد توجه قرار می دهند. حداقل سطح تضمین شده برای طرح های غیرمشارکتی، باید سهم معینی از میانگین درآمد یک کارگر غیرماهر نوعی باشد اما کل مزایا و سایر کمک های موجود باید برای حفظ خانواده ی مزایابگیر در سلامت و آبرو، کافی باشد (کنوانسیون شماره ۱۰۲ ماده ۶۷).

توصیه نامه شماره ۲۰۲ این چارچوب را با تکلیف تضمین امنیت درآمد پایه برای همه سالمندان با اولویت تیزمندان و افراد فاقد پوشش تکمیل می کند. چنین تضمینی به مثابه یک محافظ در برابر فقر، آسیب پذیری و محرومیت اجتماعی در سالمندی به خصوص برای افراد فاقد پوشش تحت طرح های مستمري مشارکتی (بیمه ای)، عمل می کند. این حداقل همچنین در مورد مستمري بگیرانی که مزایای آنها متأثر از زیان های مالی صندوق مستمري است، یا مستمري آنها به طور منظم با توجه به تغییرات در هزینه های زندگی ترمیم نمی شود و یا مستمري آنها برای تضمین دسترسی موثر به کالاها و خدمات در شان آنها کافی نیست، نیز کاربرد دارد. بنابراین استانداردهای تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار، یک سری از مرجع ها و چارچوب استقرار، توسعه و حفظ نظام های مستمري سالمندان را در سطح ملی، فراهم می نمایند.

یک چالش مهم سیاست اجتماعی پیش روی جوامع با ساختار جمعیتی سالمند، تامین سطح مکفی درآمد برای تمام سالمندان بدون توجه به ظرفیت های نسل جوان می باشد. از منظر چالش تامین مالی و پایداری مالی پیش روی نظام های تامین اجتماعی در بستر تغییرات جمعیتی، دولت ها نقشی حیاتی در پیش بینی توازن بلندمدت بین منابع و مصارف و به منظور تضمین این که سازمان مربوطه بتواند به تعهدات خود در قبال سالمندان عمل کند، ایفا می نمایند. اصل استانداردهای تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار که اخیراً به شدت در توصیه نامه شماره ۲۰۲ مورد تایید و تاکید مجدد قرار گرفته است، مبنی بر مسئولیت کلی و اولیه دولت در این زمینه، بدون تردید نقشی مهم در این که چگونه دولت ها در آینده پاسخگوی پایداری مالی نظام های تامین اجتماعی ملی با عنایت به عوامل مختلف به ویژه تغییرات ساختار جمعیتی می باشند، ایفا می کند.

این تفاوت های منطقه ای در سطح مصارف نشان دهنده شرایط حاکم و واقعی می باشد که در آن اکثر سالمندان در کشورهای پردرآمد از حقوق خود در زمینه بازنشستگی و امنیت درآمد در دوران سالمندی بهره مند هستند (کادر ۴-۱) در حالی که در کشورهای با درآمد کمتر، این حقوق تنها به عده محدودی تعلق می گیرد.

همان گونه که به وضوح در توصیه نامه شماره ۲۰۲ بیان شده است، کف حمایت های اجتماعی ملی باید علاوه بر برقراری امنیت درآمد در سطح حداقل، "دسترسی به مجموعه ای از خدمات و کالاهای معین ملی از جمله مراقبت سلامت ضروری" (بخش ۲ بند ۵) را تضمین نماید. این امر به ویژه برای سالمندان نه تنها جهت تضمین سلامت مناسب آنها بلکه به دلیل آن که در حمایت در برابر فقر مرتبط با سلامت و با توجه به نیازهای خاص و بیشتر سالمندان به مراقبت سلامت و این که احتمالاً باید به مراقبت های بلندمدت تکیه نمایند، نقش دارد، از اهمیت ویژه ای برخوردار است. این امر به ویژه در خصوص زنان سالمند که در بسیاری از کشورها در مراحل پایانی عمرشان، تنها زندگی می کنند، اهمیت می یابد (Scheil-Adlung and Bonan, 2012). بنابراین مستمری های سالمندی باید به دقت با سایر تمهیدات حمایت اجتماعی، به خصوص در حوزه های حمایت اجتماعی سلامت، مراقبت بلندمدت (کادر ۴-۲) و از کارافتادگی، هماهنگ باشد تا به خوبی نیازهای خاص سالمندان برآورده گردد.

اهداف دو گانه ی حمایت، عبارتند از فراهم شدن برای تمام افراد سالمند و تحقق آن به صورت ارائه مزایا در یک سطح پولی مناسب. آمارهای موجود امکان تجزیه و تحلیل مفصل را بیشتر در خصوص جنبه نخست یعنی گسترش پوشش میسر می سازد تا جنبه دوم یعنی سطح مزایا، با این حال ارزیابی امنیت درآمد در سالمندی حداقل مستلزم توجه به هر دو بعد می باشد. به بیانی ساده، اطلاعات موجود، برخی داده های کمی از کشورها و مناطق (یا گروه بندی جهانی) را برحسب پوشش قوانین تامین اجتماعی و اجرای موثر آنها مهیا می سازد. اجرای موثر را می توان با دو معیار متمایز موسوم به تعداد افراد در سن اشتغال که واقعاً به طرح مستمری حق بیمه پرداخت می کنند (تمرکز بر جنبه مشارکت سیستم های مستمری) و نسبت افراد سالمند دریافت کننده مستمری - مشارکتی یا غیر از آن - در هر ماه یا حداقل بر یک مبنای منظم دوره ای تعبیر نمود.

کادر ۴-۲- بحران اقتصاد مراقبت: مخاطرات مربوط به عدم توجه به نیازهای مراقبت بلندمدت در دوران تثبیت مالی

نیاز به مراقبت بلندمدت با رشد تعداد سالمندان همواره در حال افزایش است. در حال حاضر، در سراسر جهان، چنین مراقبت‌هایی عمدتاً از سوی خویشان و وابستگان عمدتاً زنان انجام می‌شوند. با این وجود این کار اغلب به اندازه کافی ارزش گذاری و جبران نمی‌شود. طی سال‌های اخیر نه تنها به دلیل معضل سالمندی جمعیت که موجب افزایش تعداد سالمندان دارای بیماری‌های مزمن می‌شود بلکه به خاطر افزایش میزان مشارکت زنان جوان در بازار کار و امکان کمتر مشارکت در مراقبت از خانواده، وضعیت بدتر هم شده است.

در مواجهه با این چالش‌ها در مقوله سلامت و الگوهای زندگی خانواده‌ها، تمهیدات و برنامه‌های حمایت اجتماعی پیرامون مراقبت بلندمدت در بسیاری از موارد ناکافی بوده‌اند. با این وجود مشکل فراتر از خانواده‌ها و سیاست‌های ملی می‌باشد، در واقع در حد یک بحران جهانی اقتصاد مراقبت است. کمبود پرستار و سایر متخصصین حوزه مراقبت جهت برآورده ساختن نیازهای فزاینده کنونی، موجب هجوم فزاینده نیروی کار از کشورهای درحال توسعه به کشورهای توسعه یافته شده است. بر مبنای زنجیره عرضه نیروی کار بین‌المللی، عمدتاً کارگران مهاجر زن از خانواده‌های فقیر برای رفع نیازهای فیزیکی و روحی افراد سالمندان در کشورهای با ساختار جمعیتی سالمند، خدمات مراقبت ارائه می‌دهند. اغلب، دستمزدها، شرایط کار و پوشش تامین اجتماعی مراقبین در کشورهای پذیرنده کافی نیست که آثار منفی بر کیفیت مراقبت‌ها داشته و موجب نارضایتی هم مراقب و هم دریافت‌کننده مزایا و خدمات می‌گردد.

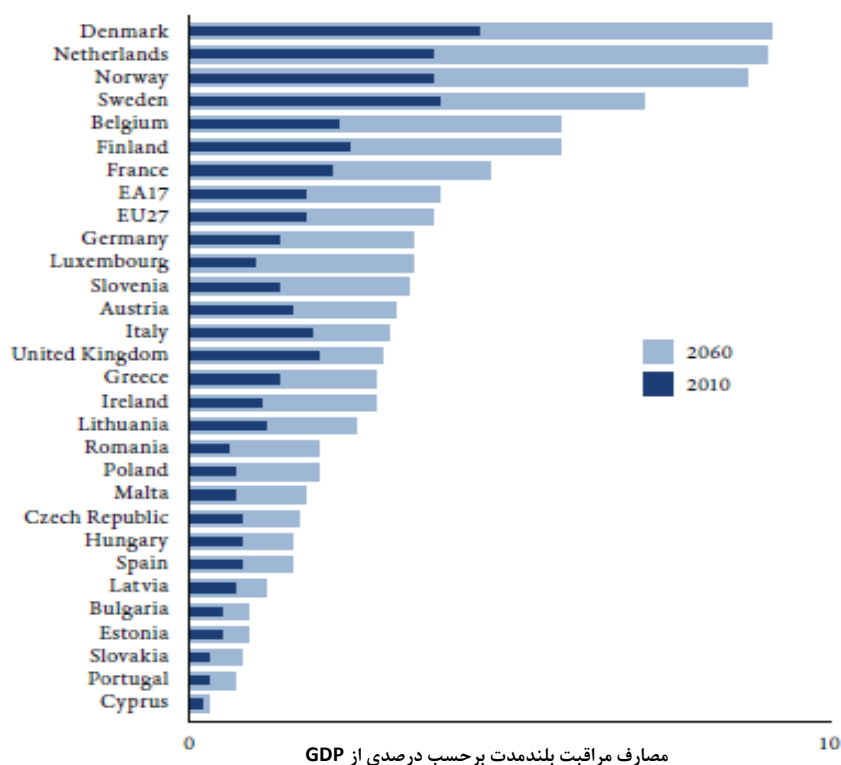
در خصوص اینکه چگونه مراقبت نهادی و در خانه بهبود یابد مباحثی در تایلند، ویتنام و سایر کشورها در جریان است با این امید که مراقبین داوطلب و گروه‌های داوطلب کمک‌کننده در این زمینه بتوانند نقش بزرگ‌تری ایفا نمایند و این که تقاضاها برای اختصاص سهم از مصارف عمومی از طریق انتقال تبعات مالی به بخش خصوصی، کاهش یابد. رویکردهای مشابهی نیز در هند، سنگاپور و چین دنبال می‌شوند و در این کشورها قوانینی اجرا می‌گردند که به فرزندان بالغ مسئولیت مراقبت از والدین نیازمند را تکلیف می‌کنند. در صورت عدم تمکین مجازات جریمه و یا زندان در نظر گرفته شده است. در دیگر مناطق جهان نظیر آفریقا و آمریکای جنوبی، با این فرض که شبکه‌های خصوصی-خانواده یا انجمن‌ها- می‌توانند بار مراقبت از سالمندان را بر عهده بگیرند و گاهی بدون توجه به محدودیت‌ها در ظرفیت‌های مراقبین خانوادگی (اکثر آنها از زنان) و تاثیرات چنین کار بدون مزدی بر کیفیت مراقبت، درآمد خانواده‌های مراقب و سلامت و اشتغال‌پذیری آتی مراقب، سیاست‌هایی اتخاذ شده‌اند. بی‌توجهی جهانی به نیازهای مراقبتی سالمندان نشان‌دهنده‌ی طرز تلقی‌های موجود نسبت به سالمندان است و می‌توان آن را در دیگر نظام‌های حمایت اجتماعی که باید هم از ایجاد نیازهای مراقبت بلندمدت جلوگیری نمایند و هم این نیازها را برآورده سازند، مشاهده نمود. برای مثال در مراقبت سلامت، تعداد متخصصین بیماری‌های مختص کهولت سن اغلب برای رفع نیازهای سالمندان ناکافی می‌باشد.

تنها کشورهای اندکی، طرح‌های خاص ارائه‌دهنده مزایای مراقبت بلندمدت را اجرا نموده‌اند. اکثر این طرح‌ها برای نمونه در دانمارک، نروژ و سوئد، از طریق مالیات تامین مالی می‌شوند. کشورهای معدودی شامل آلمان، ژاپن، هلند و تایوان از طرح‌های بیمه اجتماعی برای پوشش هزینه‌های مراقبت بلندمدت استفاده می‌کنند. با عنایت به پیچیدگی موجود در نیازها و همچنین طرح‌های در حال اجرا، در هنگام درخواست مزایای مورد نیاز، داشتن آگاهی و دانش قابل توجه مراقبت بلندمدت از سالمندان ضروری است. شرایط احراز مزایا به طور وسیعی متفاوت است و غالباً به صورت آزمون و آزمون نیاز می‌باشد.

به طور کلی، اگرچه مصارف عمومی اختصاص یافته به مراقبت بلندمدت در قیاس با سلامت و مستمری‌ها بسیار پایین است، اما پیش‌بینی‌های اتحادیه اروپایی، - در عین پذیرش عدم قطعیت در خصوص بزرگی پیامدهای مالی و توجه به سناریوهای جایگزین- دست کم، دو برابر شدن سطح مصارف جاری برای این حمایت را تا سال ۲۰۶۰ نشان می‌دهند. (شکل ۴-۶)

با توجه به محدودیت دسترسی به منابع عمومی، تمام طرح‌ها و نظام‌های موجود دارای این ویژگی هستند که به پرداخت‌های مشترک از محل منابع عمومی و خصوصی تکیه نمایند. در نتیجه، مبالغ پرداخت از جیب بابت مراقبت بلندمدت تاثیر قابل توجهی بر درآمد قابل تصرف سالمندان خواهند داشت: تحقیق اخیر سازمان بین‌المللی کار (Scheil-Adlung and Bonan, 2012)، روشن ساخت که حتی در کشورهای اروپایی، پرداخت‌های از جیب بابت مراقبت‌های بلندمدت به طور متوسط ۹/۶ درصد درآمد خانوار سالمندان را تشکیل می‌دهد و می‌تواند به ۲۵ درصد نیز برسد. فقیران، زنان و افراد بسیار سالمند متاثر از این موضوع می‌باشند. در واقع افراد بسیار فقیر ۸۰ ساله و بالاتر، با پرداخت‌های از جیب تا ۷ برابر مزایاگیران بین ۶۵ تا ۷۹ سال، مواجه‌اند. در این بستر، با توجه به دسترسی متغیر به مراقبین و قابل استطاعت بودن خدمات، لازم به ذکر است که آمارهای مربوط به پرداخت از جیب تنها در مورد افرادی است که دسترسی موثر به چنین خدماتی دارند و افراد بسیار فقیر که توانایی خریداری چنین خدماتی را ندارند و یا به خاطر کمبود مراقبین نمی‌توانند به آنها دسترسی داشته باشند، را مدنظر قرار نداده است.

شکل ۴-۶- مصارف مراقبت بلندمدت از سالمندان برحسب درصدی از GDP؛ ۲۰۱۰ و پیش بینی سال ۲۰۶۰ (درصد)



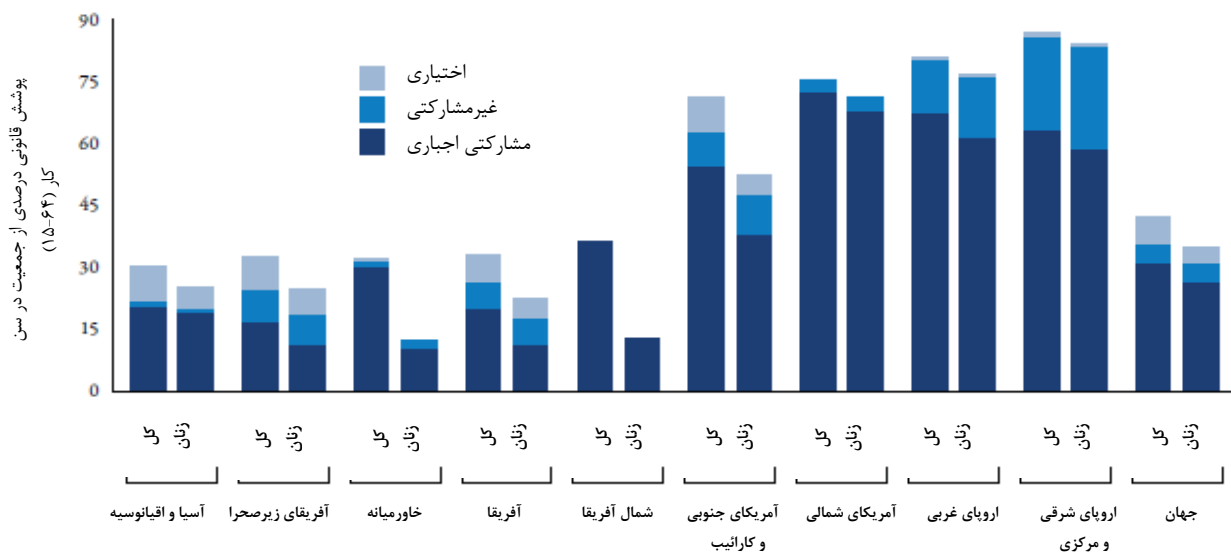
Source: Based on European Commission, 2012c.

۴-۳- اندازه پوشش قانونی

برای اکثر جمعیت جهان، حق برخورداری از امنیت درآمد در دوران سالمندی، تامین نمی شود و نابرابری های معنادار همچنان پابرجاست. در جهان، ۴۲/۲ درصد جمعیت در سن اشتغال، در حال حاضر به طور بالقوه تحت پوشش قوانین موجود هستند و لذا اگر این قوانین به درستی اعمال و اجرا شوند، با رسیدن به سن تعیین شده، مستمری سالمندی دریافت می نمایند (شکل ۴-۷). پوشش برای زنان کمتر از مردان است: تنها یک سوم زنان در سن اشتغال از شکلی از پوشش قانونی موجود بهره مند هستند. نرخ های پوشش پایین زنان در طرح های مشارکتی در واقع نشان دهنده ی پایین تر بودن نرخ مشارکت آنها در بازار کار، اشتغال بیشتر در مشاغل خویش فرمایی یا خانگی بدون مزد و یا در بخش های کشاورزی و سایر بخش های فاقد پوشش قانونی مناسب و احتمال بالاتر این که آنها در اشتغال رسمی، فعالیت کوتاه تر و با وقفه دارند که قابلیت بیمه پردازی آنها را در طرح بیمه اجتماعی محدود می سازد، می باشد. در بسیاری از کشورها، زنانی که همسرانشان تحت پوشش طرح های مشارکتی هستند، می توانند از مستمری بازماندگان بهره مند شوند که تنها منبع درآمدی آنها به شمار می رود.

به طور کلی، سطح پوشش قانونی (پوشش اجباری و اختیاری)، از حدود ۳۰ درصد در آسیا و اقیانوسیه و ۳۲/۸ درصد در آفریقا - با مشخصه غیررسمی بودن و بخش های سازمان نیافته- تا ۷۶/۴ درصد در شمال آمریکا و بیش از ۸۰ درصد در اروپای غربی و مرکزی و شرقی، متغیر است. در جهان، ۳۱/۵ درصد از جمعیت در سن اشتغال، به اجبار تحت پوشش قانونی هستند و سالمندان می توانند در آینده از طرح های مشارکتی، مستمری سالمندی دریافت نمایند و تنها بیش از ۴ درصد حائز شرایط دریافت مستمری غیرمشارکتی می شوند. نرخ های متناظر پوشش قانونی برای زنان، پایین تر است (۲۶/۴ درصد زیر پوشش طرح های اجباری مشارکتی و ۵ درصد دیگر به طور بالقوه تحت پوشش طرح های غیرمشارکتی مستمری همگانی یا مبتنی بر آزمون وسیع). به علاوه قوانین ملی ممکن است پوشش اختیاری را برای تکمیل سازوکارهای اجباری در نظر بگیرند.

شکل ۴-۷- مستمری های سالمندان: اندازه پوشش قانونی برحسب منطقه؛ آخرین سال موجود (درصد)



۴-۴- اندازه پوشش موثر

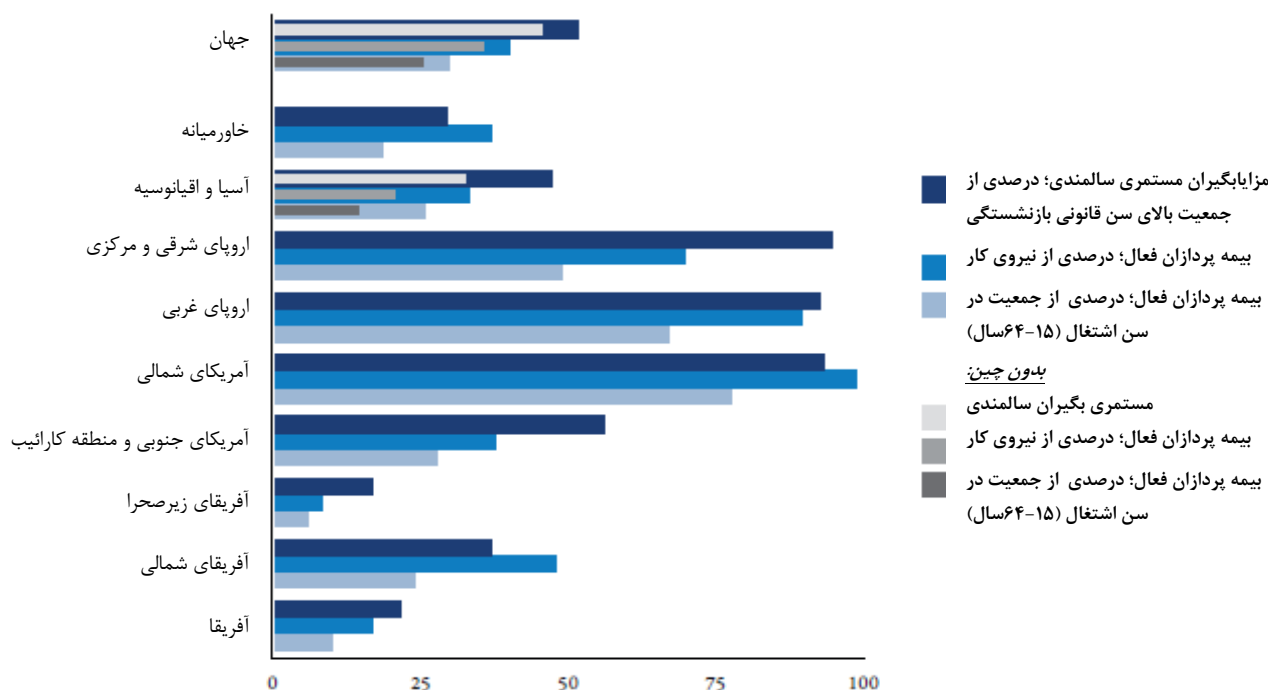
شاخص های اندازه پوشش موثر، تلاش می کنند تا اندازه ای را که در چارچوب قانونی موجود عملاً اجرا می گردد، اندازه گیری نمایند. شکل ۴-۸ نتایج جهانی را برای دو (یا شاید سه) معیار موازی پوشش موثر را نشان می دهد. نخستین معیار (نسبت پوشش مزایاگیران)، درصد افراد سالمند بالای سن قانونی بازنشستگی که مستمری مشارکتی یا غیرمشارکتی دریافت می دارند را نشان می دهد. در صورت تمرکز بر طرح های مشارکتی، معیار دوم (نسبت پوشش بیمه پردازان^{۲۴})، در دو متغیر خود، برخی نشانگرها از پوشش آتی مستمری ها را نشان می دهد: این معیارها به ترتیب بیانگر

²⁴ Contributor

بیمه پرداز- بیمه شدگان که به نظام حق بیمه پرداخت می کنند.

درصد کسانی است که فعال اقتصادی هستند (نسبت پوشش نیروی کار/بیمه پردازان) و افراد در سن اشتغال (نسبت پوشش جمعیت/ بیمه پردازان) که به طرح های مشارکتی مستمری موجود حق بیمه پرداخت می کنند.

شکل ۴-۸- نسبت پوشش موثر مستمری ها، برحسب منطقه؛ آخرین سال موجود (درصد)



۴-۴-۱- تامین درآمد در دوران سالمندی: حتی که برای بسیاری هنوز محقق نشده است

در مقیاس جهانی، تنها کمی بیشتر از نصف سالمندان بالای سن قانونی بازنشستگی (۵۱/۵ درصد)، یک مستمری سالمندی (یعنی مزایای نقدی دوره ای) دریافت می کنند و اگر چین را در نظر نگیریم این سهم به ۴۵/۶ درصد کاهش می یابد (کادر ۴-۳). علیرغم گسترش محسوس پوشش مستمری ها در بسیاری از کشورها، نابرابری های معنادار همچنان پابرجاست. در آفریقای زیرصحرای، کمتر از یک پنجم سالمندان (۱۶/۹ درصد) یک مستمری سالمندی دریافت می کنند که برای آنها سطح معینی از امنیت درآمد در دوران سالمندی را فراهم می نماید. در خاورمیانه، ۲۹/۵ درصد افراد مسن یک مستمری دریافت می نمایند؛ این رقم در آفریقای شمالی ۳۶/۷ درصد، در آسیا و اقیانوسیه ۴۷ درصد (۳۲/۴ درصد بدون لحاظ چین) و در آمریکای جنوبی و کارائیب ۵۶/۱ درصد می باشد. نسبت پوشش منطقه ای بیش از ۹۰ درصد افراد سالمند تنها در آمریکای شمالی و اروپا تحقق یافته است.

نسبت پوشش بیمه پردازان، شاخصی از سهم از جمعیت- یا نیروی کار- بدست می دهد که به مستمری های مشارکتی در آینده دسترسی خواهند داشت. اگرچه این معیار دسترسی به مستمری های غیرمشارکتی را منعکس

نمی‌کند اما با توجه به این که سطح مزایا در طرح‌های مشارکتی بالاتر از طرح‌های مستمری غیرمشارکتی است، نشانه‌های مهمی درخصوص سطح پوشش در آینده بدست می‌دهد. در سطح جهانی کمتر از یک سوم جمعیت در سن اشتغال (۳۰/۹ درصد)، بیشتر از یک چهارم (۲۵/۴ درصد) بدون چین، به یک طرح مشارکتی حق بیمه پرداخت می‌کنند (شکل ۴-۸). نسبت‌های پوشش موثر از ۵/۹ درصد جمعیت در سن اشتغال در منطقه زیرصحرای تا ۷۷/۵ درصد جمعیت در سن اشتغال در آمریکای شمالی متفاوت است.

با تمرکز بر افراد از نظر اقتصادی فعال، ۴۱/۴ درصد نیروی کار جهان در یک طرح بیمه مستمری حق بیمه پرداخت می‌نمایند و بنابراین می‌توانند انتظار دریافت یک مستمری مشارکتی در هنگام بازنشستگی را داشته باشند. به دلیل بالا بودن سهم اشتغال غیررسمی در آفریقای زیرصحرای، تنها ۸/۴ درصد نیروی کار در طرح بیمه مستمری مشارکت دارند و استحقاق دریافت مستمری مشارکتی را پیدا می‌کنند. در آسیا و اقیانوسیه حدود یک سوم نیروی کار (۳۴ درصد) بیمه شده هستند؛ نسبت پوشش در خاورمیانه (۳۷/۱ درصد)، آمریکای جنوبی و کارائیب (۳۸ درصد) و شمال آفریقا (۴۷/۴ درصد)، اندکی بالاتر است. اروپای غربی و آمریکای شمالی به ترتیب نرخ‌های پوشش ۸۹/۲ و ۹۸/۵ درصد را دارند و پس از آنها اروپای شرقی و مرکزی با ۶۹/۷ درصد نیروی کار قرار دارد.

در کشورهای کم‌درآمدتر معمولاً تنها سهم کوچکی از شاغلین، به موجب قراردادهای کاری حقوق‌بگیر و مزدبگیر هستند و لذا به نسبت آسان‌تر تحت پوشش مستمری‌های مشارکتی قرار می‌گیرند. غیررسمیت، گریز از پرداخت حق بیمه و تنفیذ ناکافی قوانین نیز در این قبیل کشورها شایع‌تر است. به همین دلیل است که به نظر می‌رسد پوشش مستمری موثر قویاً با سطح درآمد یک کشور در ارتباط است (شکل ۴-۹)، هر چند که این ساختارهای بازار کار و تنفیذ قوانین و حکمرانی هستند که در واقع تاثیر حیاتی را دارند. در حالی که در اقتصادهای پردرآمد، ۹۰/۸ درصد نیروی کار بیمه شده یک طرح مستمری می‌باشند، این رقم برای کشورهای با درآمد متوسط بالا، ۵۰/۷ درصد و در اقتصادهای با درآمد متوسط پایین ۱۵/۲ درصد و در اقتصادهای کم‌درآمد تنها ۵/۷ درصد است. این نسبت‌های پوشش پایین با پایین بودن درجه غیررسمیت در بازار کار مرتبط می‌باشد. شکاف‌های پوشش همچنین نشان‌دهنده سهم افراد سالمندی است که به طور موثر از مستمری بهره‌مندند مگر آن که مستمری‌های موثر به صورت غیرمشارکتی باشد: نسبت پوشش مزایابگیران از ۱۸/۱ درصد در اقتصادهای کم‌درآمد و ۲۴/۱ درصد در اقتصادهای با درآمد متوسط پایین تا ۷۱ درصد در اقتصادهای با درآمد متوسط بالا و ۸۹/۱ درصد در اقتصادهای پردرآمد متفاوت است.

با تلاش‌های صورت گرفته جهت گسترش طرح‌های مشارکتی به تمام کسانی که کمی ظرفیت بیمه‌پردازی دارند و با معرفی مستمری‌های غیرمشارکتی در تعداد بیشتری از کشورها، پوشش به طور قابل توجهی به کارگران در اشتغال غیررسمی گسترش یافته و بدین طریق حداقل امنیت درآمد برای دوران سالمندی آنها فراهم شده است. این روندها به طور مفصل در بخش بعدی بررسی خواهند شد.

کادر ۴-۴- گسترش حمایت اجتماعی برای سالمندان در چین

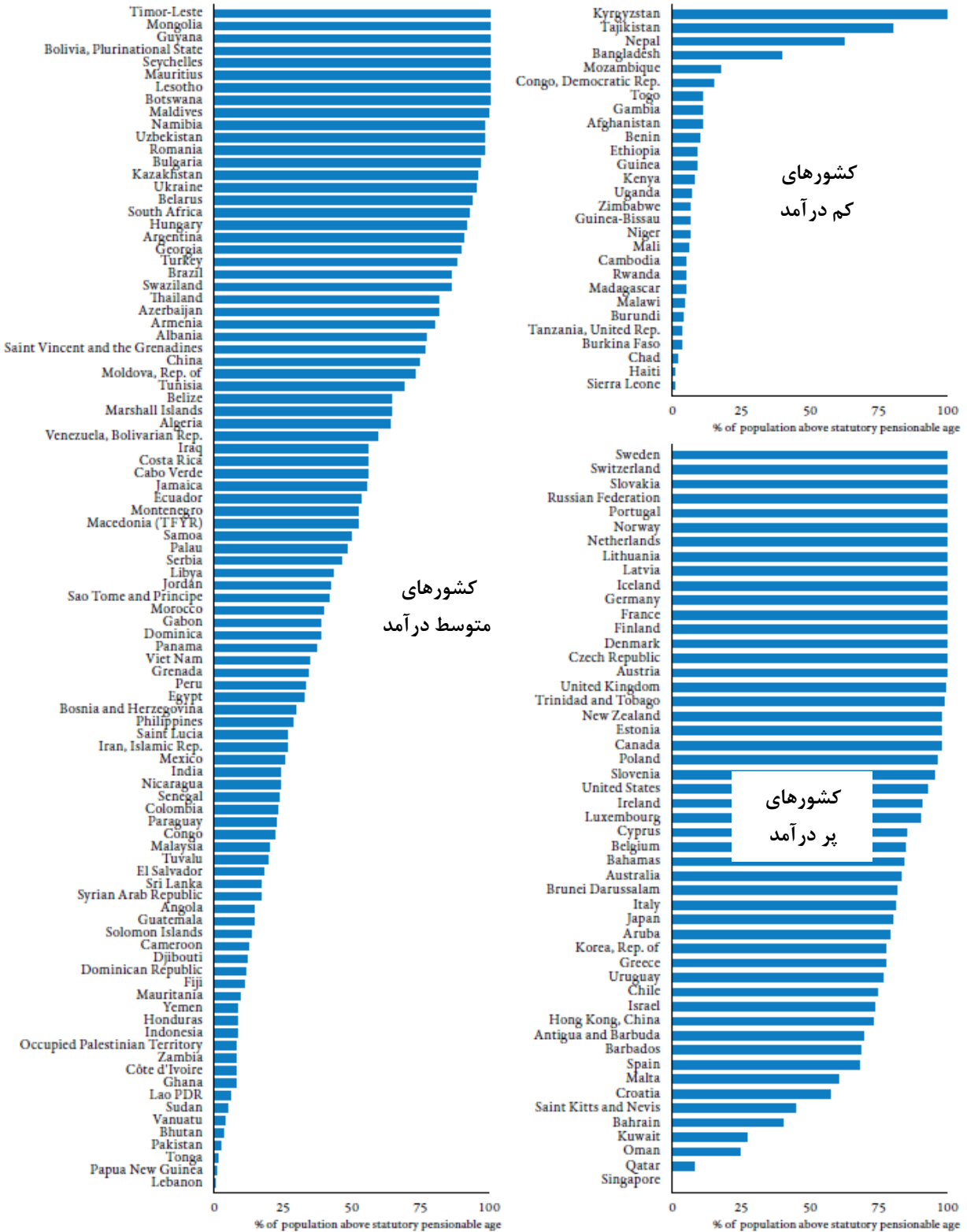
پیش از سال ۲۰۰۹، تنها دو مکانیزم نهادی برای امنیت درآمد در دوران سالمندی در چین وجود داشت: یکی برای کارگران شهری مبتنی بر اصول بیمه اجتماعی و یکی برای کارکنان دولتی و سایر شاغلین مشابه مبتنی بر رویکرد مسئولیت کارفرما. این دو طرح روی هم ۲۵۰ میلیون نفر (اعم از مستمری بگیران)، در حدود ۲۳ درصد جمعیت بالای ۱۵ سال را در سال ۲۰۰۸ پوشش می دادند.

در سال ۲۰۰۹ و ۲۰۱۱، به ترتیب دو طرح جدید مستمری سالمندی برای جمعیت روستایی و ساکنین شهری اگر تحت پوشش نبودند، معرفی گردید. مشارکت در آن ها اختیاری است. برای تشویق افراد به ورود به این طرح ها، دولت تمهیداتی از جمله یارانه حق بیمه و پرداخت مستمری فوری به والدین سالمند نامنویسی شده در طرح مستمری روستایی، را به کارگرفت. مستمری ها شامل دو جزء است: یک مستمری اجتماعی پرداختی توسط دولت و یک مستمری حساب پس انداز انفرادی که به طور مشترک از محل حق بیمه های بیمه شده، شخصیت های حقوقی جمعی (در صورت وجود) و دولت تامین مالی می شود. یک سطح حداقل برای مستمری اجتماعی تعیین شده که در صورت تمایل یا توان دولت محلی در تامین آن می تواند بالاتر هم باشد: این تمهید تا حدودی اختلاف سطوح پرداخت مستمری در مناطق مختلف توضیح می دهد. در مورد حق بیمه های پرداختی به حساب های پس انداز انفرادی، یک سطح حداقل یارانه از سوی دولت تعیین شده است و مقیاس حق بیمه های انفرادی به گونه ای تعیین شده که به هر بیمه شده امکان می دهد تا سطح حق بیمه ای که می خواهد پرداخت کند را خود انتخاب نماید.

در پایان سال ۲۰۱۳، ۸۵۰ میلیون نفر یعنی نزدیک به ۷۵ درصد جمعیت بالای ۱۵ سال تحت پوشش چهار طرح مستمری بودند که از این میزان ۴۹۸ میلیون نفر معادل ۵۹ درصد کل افراد تحت پوشش، زیر پوشش دو طرح مستمری جدید قرار داشتند. اصلاحات توسعه ای نیز در نظام مستمری کارگران شهری به ویژه کارگران مهاجر از روستا به شهر، اعمال شده است، تعداد کل آنها از ۲۶۰ میلیون نفر در سال ۲۰۱۲، فراتر رفت.

به منظور تثبیت پیشرفت های صورت گرفته تاکنون و در عین حال توجه به موضوعات کفایت، برابری، نقل و انتقالات و پایداری به صورت کارآمد، موثر و منسجم، در سال ۲۰۱۳، چین مبادرت به بازنگری و اصلاح کل نظام مستمری سالمندان خود نمود که اکنون مشتمل بر چهار جزء است که در بالا توضیح داده شدند. نخستین خروجی این بازنگری سیاست هایی است که در اوایل سال ۲۰۱۴ با آغاز به کار دو طرح مستمری جدید معرفی گردید و از این طریق حقوق و فرصت ها در کل نظام برابر شد؛ قابلیت نقل و انتقال بین طرح های جدید و قبلی فراهم گردیده و طرح مسئولیت کارفرما در نظام کارکنان دولتی به طرح مستمری بیمه اجتماعی تبدیل شد.

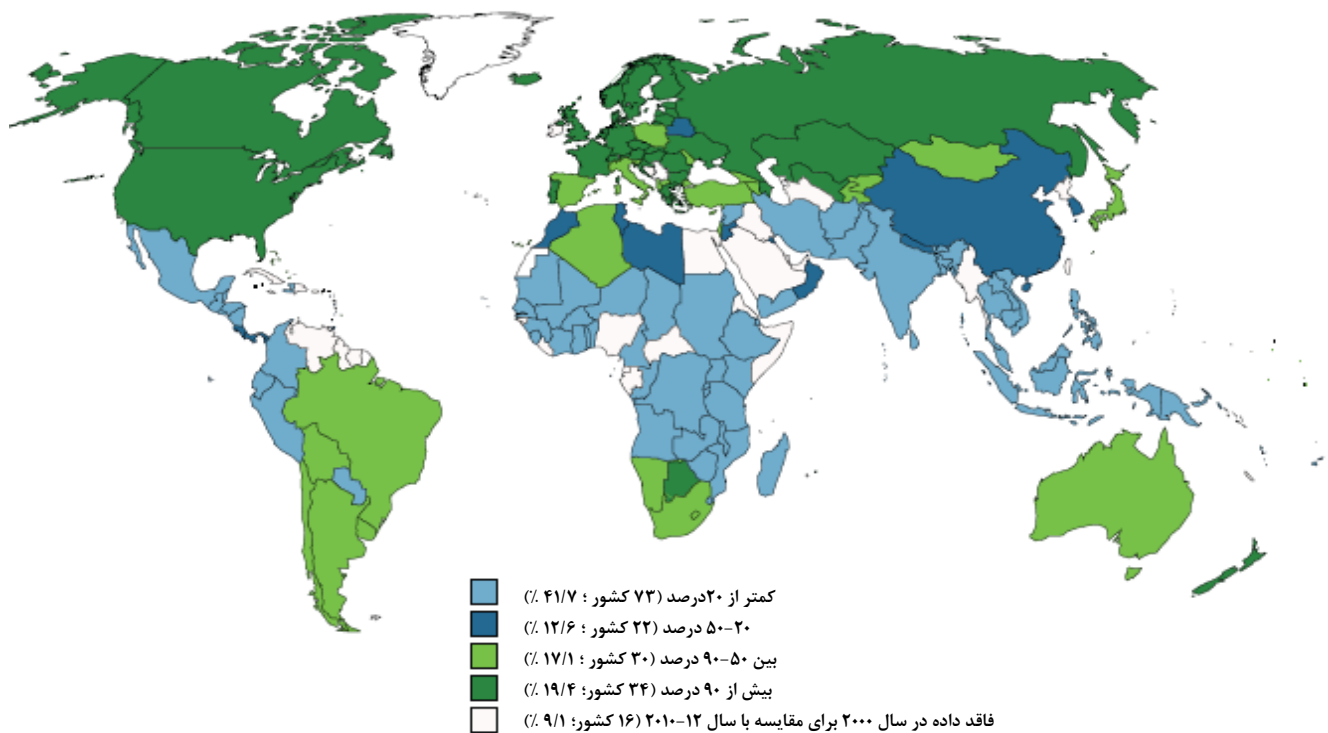
شکل ۴-۹ - مزایاگیران مستمری سالمندان برحسب نسبتی از جمعیت بالای سن قانونی سالمندی (بازنشستگی)؛ آخرین سال موجود (درصد)



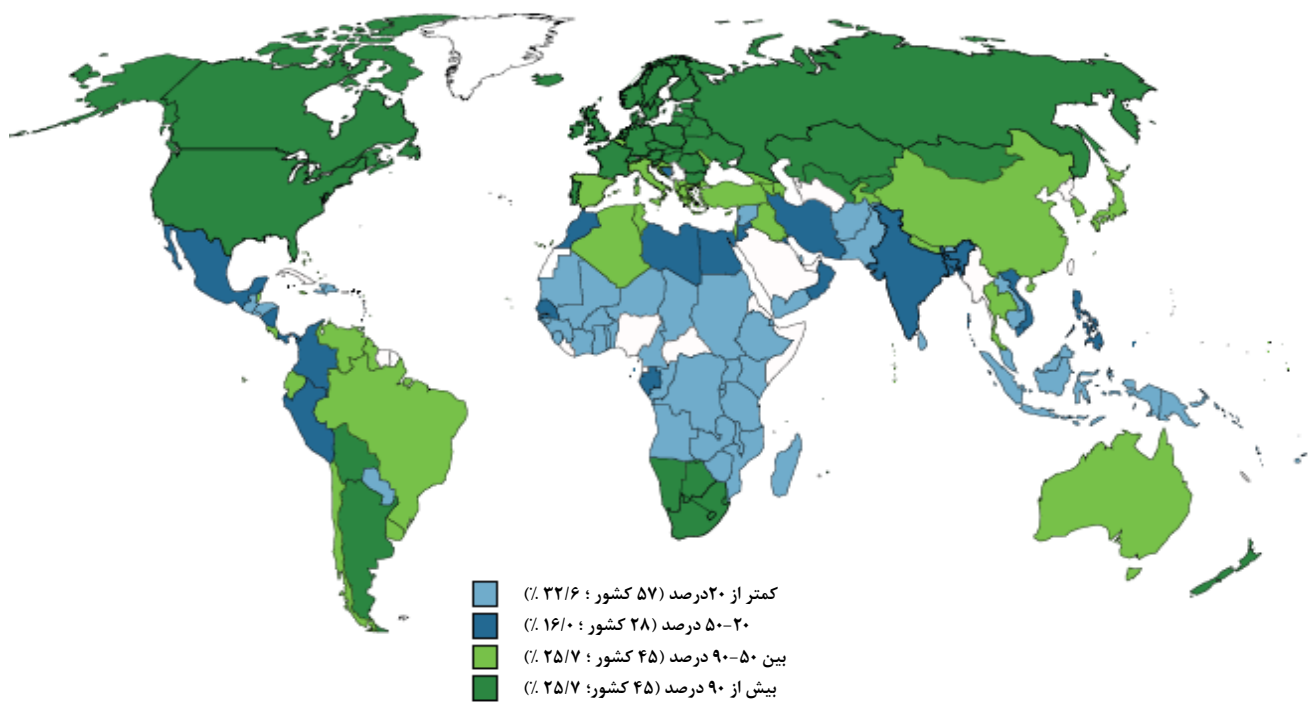
Sources: ILO Social Protection Department, compilation of national available data collected in national social security pension schemes. Based on SSA and ISSA, 2012; SSA and ISSA, 2013a; SSA and ISSA, 2013b; SSA and ISSA, 2014; Eurostat, Income and Living Conditions Database; UN World Population Prospects, 2012 Revision.

شکل ۴-۱۰- مزایاگیران مستمری سالمندی بر حسب نسبتی از جمعیت بالای سن قانونی سالمندی (بازنشستگی): ۲۰۱۰-۱۲ و ۲۰۰۰ (درصد)

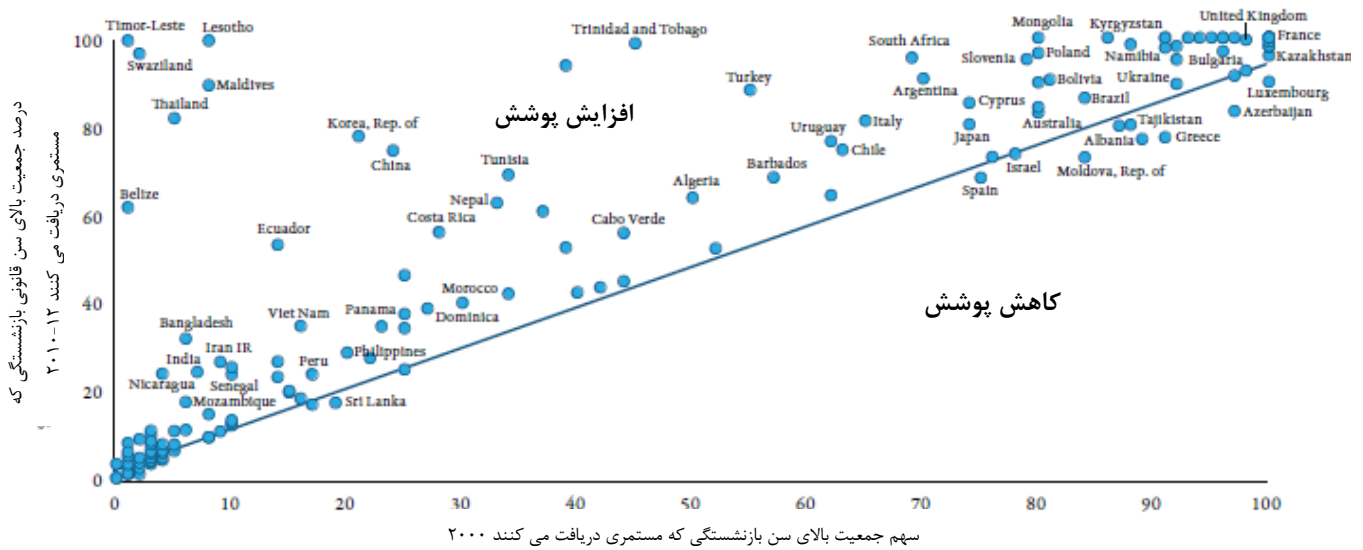
(a) 2000



(b) 2010-12



شکل ۴-۱۱- مقایسه سهم سالمندان دریافت کننده ی مستمری؛ ۲۰۱۰-۱۲ و ۲۰۰۰ (درصد)



Sources: ILO Social Security Inquiry Database; Eurostat (based on national data sources; see Annex IV, table B.9).

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceld=42999>.

۴-۴-۲- تغییرات در پوشش مستمری ها در جهان: پیشرفت و پس رفت

اگر چه نسبت های پوشش موثر همچنان ناکافی می باشند، اما پیشرفت های قابل توجهی طی سال های اخیر صورت گرفته است. در حالی که در سال ۲۰۰۰، تنها ۳۴ کشور دارای پوشش بسیار بالا بیش از ۹۰ درصد جمعیت بالای سن قانونی بازنشستگی بودند، در سال ۲۰۱۰-۱۲ (شکل ۴-۱۰ و ۴-۱۱)، ۴۵ کشور در این دسته قرار گرفتند. در سوی دیگر مقیاس، براساس داده های اخیر، در ۵۷ کشور ارائه مستمری به کمتر از ۲۰ درصد افراد سالمند می رسد که در مقایسه با رقم ۷۳ کشور در سال ۲۰۰۰، به طور کلی نشان دهنده پیشرفت در این زمینه می باشد.

بسیاری از کشورها بین سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰، افزایش معناداری را در پوشش تجربه کردند. بولیوی بین سال های ۲۰۰۰ و ۲۰۰۹، سهم سالمندان دریافت کننده ی مستمری را از ۸۰/۷ به ۹۰/۵ درصد افزایش داد که عمدتاً ناشی از اصلاحات برنامه رتتادیگنیداد^{۲۵} بود که جایگزین طرح بونوسول^{۲۶} در سال ۲۰۰۸ شد. طرح مستمری سالمندی مبتنی بر آزمون مستمری لسوتو^{۲۷}، در سال ۲۰۰۴ اجرا گردید و در حال حاضر به تمام افراد بالای ۷۰ سال مستمری ارائه می دهد. مزایایی که در سال ۲۰۰۰ تنها به ۸/۴ درصد سالمندان اعطا می شد. برنامه کمک هزینه همگانی سالمندان تیمور شرقی در سال ۲۰۰۸ معرفی شد و بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۱، با شیب تندی نرخ پوشش را از ۰/۵ درصد به ۱۰۰ درصد سالمندان بالای ۶۰ سال افزایش داد. معرفی مزایای سالمندی مبتنی بر آزمون مستمری در سوئیس در سال

²⁵ -Renta Dignidad programme

²⁶ -Bonosol scheme

²⁷ -Lesotho's pension-tested

۲۰۰۵، پوشش میان افراد ۶۰ ساله به بالا را از ۱/۸ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۹۶/۳ درصد در سال ۲۰۱۰ گسترش داد. کشور تایلند، با گسترش کمک هزینه سالمندی (معرفی در سال ۱۹۹۳)، به کسانی که هیچ مستمری در سال ۲۰۰۹ دریافت نمی کردند، نسبت پوشش را از ۵ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۸۱/۷ درصد افراد ۶۰ سال به بالا در سال ۲۰۱۱ افزایش داد. نپال در سال ۲۰۰۸، با کاهش حداکثر سن مربوط به کمک هزینه سالمندی (معرفی شده در سال ۱۹۹۵)، نسبت های پوشش سالمندان بالای ۵۸ سال را بین سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۰، از ۳۳ درصد به ۶۲/۵ درصد افزایش داد. کشور چین پس از افزایش پوشش مستمری آتی بالقوه خود از ۲۴/۴ درصد به ۷۴/۴ درصد جمعیت بالای سن بازنشستگی قانونی، بین سال های ۲۰۰۰ و ۲۰۱۰، با اتخاذ تصمیم مبنی بر ایجاد طرح مستمری روستاییان که از سال ۲۰۰۹ به صورت آزمایشی اجرا شد و طرح مستمری آزمایشی بیمه اجتماعی ساکنین شهری که از سال ۲۰۱۱ در تمام مناطق اجرایی گردید، برنامه ریزی نموده که نظام مستمری خود را به سمت پوشش همگانی هدایت کند (کادر ۳-۴). تونس در سال ۲۰۰۲، سطح پوشش مستمری ها را به خویش فرمایان، کارگران خانگی، کشاورزان، ماهیگیران و سایر گروه های کم درآمد افزایش داد و بدین طریق سهم مزایاگیران مستمری در سن ۶۰ سال، از ۳۳/۹ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۶۸/۸ درصد در سال ۲۰۰۶ افزایش یافت. در بسیاری از کشورها، گسترش پوشش عمدتاً از طریق استقرار یا توسعه طرح های مستمری غیرمشارکتی که حداقل سطح پایه حمایت را برای اکثر جمعیت سالمند فراهم می کنند، تحقق یافته است. در عین حال برخی دیگر از کشورها با گسترش طرح های مشارکتی به سمت گروه های جمعیتی فاقد پوشش به این مهم دست یافته اند.

گسترش قابل توجه پوشش مستمری، در قسمت هایی از جهان، در تقابل با سیاست های انقباضی در سایر کشورها بین سال ۲۰۰۰ و ۲۰۱۰ می باشد (شکل ۴-۱۱). سیاست های انقباضی در کشورهایی نظیر آلبانی، آذربایجان و یونان اتخاذ گردید که پیش تر به نرخ های پوشش نزدیک به ۹۰ درصد یا بالاتر در سال ۲۰۰۰ دست یافته بودند. این کشورها از کاهش سطح پوشش، پس از آن آسیب بسیاری دیدند.

۴-۴-۳- تداوم نابرابری در دسترسی به امنیت درآمد در دوران سالمندی

دسترسی به امنیت درآمد در سالمندی، به شدت با نابرابری های موجود در بازار کار و در اشتغال مرتبط است. چنین نابرابری هایی را می توان از بررسی گسستگی نرخ های پوشش برحسب جنسیت و محل سکونت (روستایی/شهری) که محور بحث این بخش هستند، مشاهده نمود (شکل ۴-۱۲ و ۴-۱۳).

زنان سالمند نسبت به مردان سالمند با ریسک فقر بالاتری مواجه هستند. دلایل بسیاری برای این موضوع غیر از این حقیقت که عمر طولانی تر زنان منجر به سطوح ضعیف حمایت و امرار معاش در سنین کهولت آنان می شود، وجود دارد (UNFPA and HelpAge International, 2012; UNRISD, 2010). دلیل این امر آن است که نظام های مستمری در بسیاری از کشورها در رفع نیازهای مردان و زنان به طور برابر ناموفق بوده اند: پوشش مستمری مشارکتی زنان به طور

معناداری پایین تر از مردان و میزان مزایای دریافتی آنها به طور متوسط پایین تر است (Razavi et al., 2012). در حالی که این نابرابری ها می تواند تا حدودی به واسطه ی طراحی نامناسب طرح های مستمری از منظر جنسیت باشد (برای مثال سن بازنشستگی پایین تر برای زنان یا کاربرد جداول مرگ و میر با جنسیت خاص یا محاسبه مزایا که باعث می شود زنان با شرایط مشابه مردان، مستمری کمتری دریافت نمایند)، در موارد زیادی، محرک قابل توجه نابرابری جنسیتی در تعامل بین پیامدهای تبعیض علیه زنان در بازار کار و طراحی طرح های مستمری یافت شده است که در آن تفاوت های ناشی از شرایط در بازار کار به خوبی مورد توجه قرار نمی گیرند و یا گاهی این تبعیض ها و تفاوت ها بیشتر می شوند (Behrendt and Woodall). مشکل اساسی این است که برای بسیاری از زنان ممکن نیست که بر یک مبنای برابر با مردان، حقوق مستمری کسب نمایند. از نظر تاریخی، سهم زنان در اشتغال دستمزدی به ویژه در اشتغال دستمزدی رسمی، پایین تر از مردان بوده است و در اکثر نقاط جهان این روند ادامه دارد (ILO, 2012d). به علاوه زنانی که در اشتغال دستمزدی کار می کنند، به طور سیستماتیک کمتر از مردان درآمد کسب می کنند که همین امر بر سطح مشارکت آنان در طرح های مستمری مشارکتی تاثیرگذار است. با توجه به این که زنان سهم بیشتری از مسئولیت های خانواده را برعهده دارند، به احتمال فراوان این موضوع در اشتغال آنها خلل ایجاد نموده و مدت اشتغال آنها را کاهش می دهد. در عین حال آنها با ریسک بالاتر کار در مشاغل پرخطر و اشتغال غیررسمی مواجه می شوند که این امر نیز قابلیت آنها در کسب شرایط احراز مستمری ها را متاثر می سازد. این عوامل منجر به شکل گیری مزایای مستمری نسبتاً کمتر می شود چرا که مستمری ها عمدتاً بر مبنای درآمد حاصل از اشتغال محاسبه و تعیین می گردند مگر آن که تمهیدات موثری برای جبران نابرابری های جنسیتی اندیشیده شود. مستمری های غیرمشارکتی می توانند نقش مهمی در تضمین دسترسی زنان به حداقل مستمری پایه داشته باشند، با این حال سطح مزایا اغلب برای رفع نیازهای آنها کافی نیست.

همچنین بدیهی است که کم کردن شکاف موجود در ارائه مستمری ها بین زنان و مردان به شدت با موضوع تامین برابر برای ساکنان شهری و روستایی مرتبط است (شکل ۴-۱۲ و ۴-۱۳). در بسیاری از بخش های جهان، زنان در جمعیت روستایی به طور متناسبی حضور دارند که اگر کاری با دستمزد انجام می دهند، میزان پرداختی به آنها پایین و در اشتغال غیررسمی و ناامن می باشد. این حداقل تاحدودی به معنای جابه جایی مردان به سمت شهرها در جستجوی مشاغل پردرآمد و در اشتغال رسمی در آن سوی طیف می باشد. در عین حال، اهمیت روبه رشد مستمری های غیرمشارکتی در تامین امنیت درآمد در دوران سالمندی به وضوح به پر شدن شکاف بین زنان و مردان تا اندازه ای کمک می کند. برای مثال در ساحل عاج، ۴۱/۴ درصد زنان بالای سن بازنشستگی مستمری غیرمشارکتی دریافت می نمایند (۳۱/۶ درصد مردان)؛ سهم آنها در مناطق روستایی به ترتیب ۵۳/۶ درصد و ۴۲/۱ درصد می باشد. در همین حال زنان به نسبت مردان کمتر از مستمری مشارکتی بهره مند می شوند (۱۱/۴ درصد در برابر ۲۸/۲ درصد)، این امر به ویژه در مناطق روستایی مشهودتر است (۸ درصد زنان در برابر ۲۲/۲ درصد مردان). در خصوص بولیوی، سهم زنان سالمند

دریافت کننده ی مزایای غیرمشارکتی به طور معناداری بالاتر از مردان است (۸۳/۳ درصد در مقایسه با ۶۶/۳ درصد مردان) و در مناطق روستایی نیز سهم آنان ۹۰/۶ درصد در برابر ۷۸/۴ درصد مردان است.

در هر حال دورنمای خوش بینانه ای می توان در تعدادی از روندهای جدید مشاهده نمود که موضوع نابرابری در پوشش مستمری را مورد توجه قرار داده اند. در جاهای مختلف تلاش هایی برای گسترش پوشش موثر طرح های مشارکتی حداقل برای برخی گروه ها نظیر خویش فرمایان و سایر کارگران دارای ظرفیت بیمه پردازی صورت گرفته است. تدابیر به کار گرفته شده برای گسترش پوشش طرح های مشارکتی به کارگران کشاورزی و روستایی در برخی از کشورها (مانند برزیل)، کمک شایانی به کم شدن شکاف پوشش مستمری بین مناطق روستایی و شهری نموده است هرچند نابرابری های قابل توجه همچنان وجود دارد. به علاوه استقرار طرح های مستمری غیرمشارکتی در مقیاس بزرگ در بسیاری از کشورها، پوشش موثر را توسعه و نابرابری ها را هم جنسیتی و هم بین جمعیت روستایی و شهری، کاهش داده است.

ملاحظات برابری جنسیتی، زمینه ای را در مباحث عمومی مربوط به مستمری ها، مطرح ساخته است. در برخی از کشورها به منشور کاهش اثر الگوهای شغلی متفاوت در زمینه امنیت درآمد سالمندان، تدابیر سیاستی کنش گرایانه ای^{۲۸} اجرا شده اند. بدیهی ترین مولفه ها و پارامترهای تبعیض آمیز طرح های مستمری ملی نظیر سن بازنشستگی متفاوت که تا این اواخر شایع بود، به سرعت در حال حذف شدن هستند (البته در زمینه افزایش های کلی سن بازنشستگی زنان و مردان).

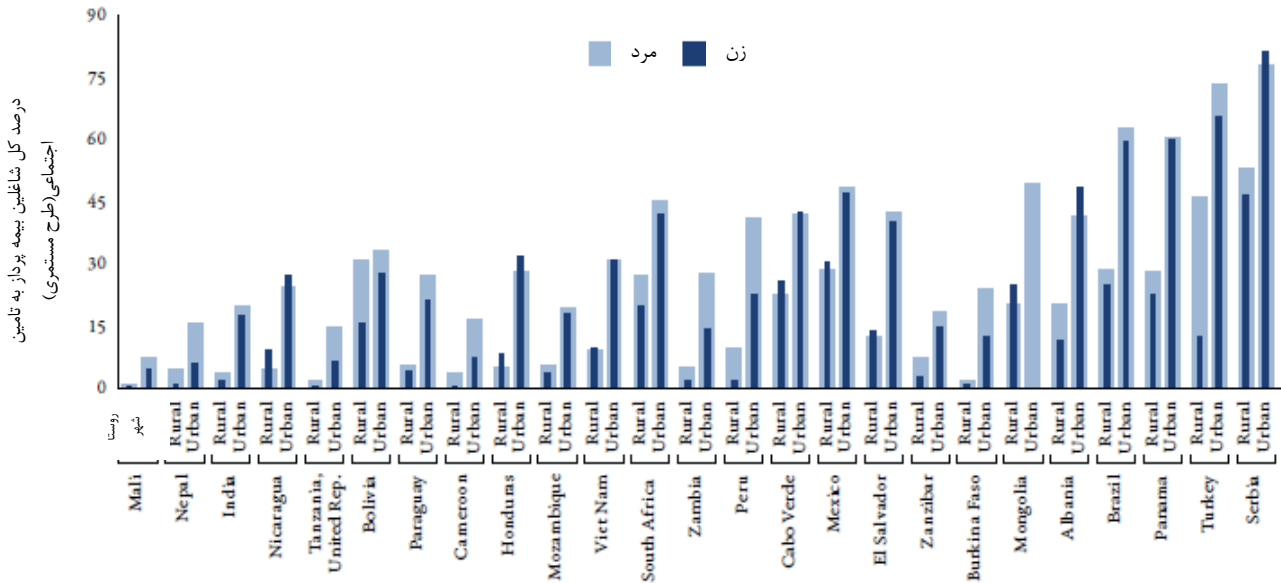
گام های دیگر در همین راستا عبارتند از اعتبار دادن به حساب های مستمری در هنگام بارداری، مراقبت والدین از کودک و مرخصی های والدین بابت مراقبت از فرزند، و به رسمیت شناختن کار مراقبت هم زن و هم مرد. تمهیدات تسهیل تقسیم مسئولیت های مراقبت بین زن و مرد کمک می کنند تا برخی نابرابری ها در بازار کار و در حمایت های اجتماعی را مورد توجه قرار داده و می تواند بیانگر کاهش نابرابری جنسیتی در بازارهای کار و نظام های مستمری در بلند مدت باشد.

همانند بسیاری از جنبه های دیگر حمایت اجتماعی، موارد مرتبط با ارتقاء رفتار برابر زنان و مردان، اگر قرار است به طور موثر و در سایه عدالت اجتماعی مورد توجه قرار گیرند، باید به طور کامل با سیاست گذاری های مربوط به بازار کار و نظام حمایت اجتماعی، یکپارچه و هماهنگ باشند.

²⁸ Proactive policy measures

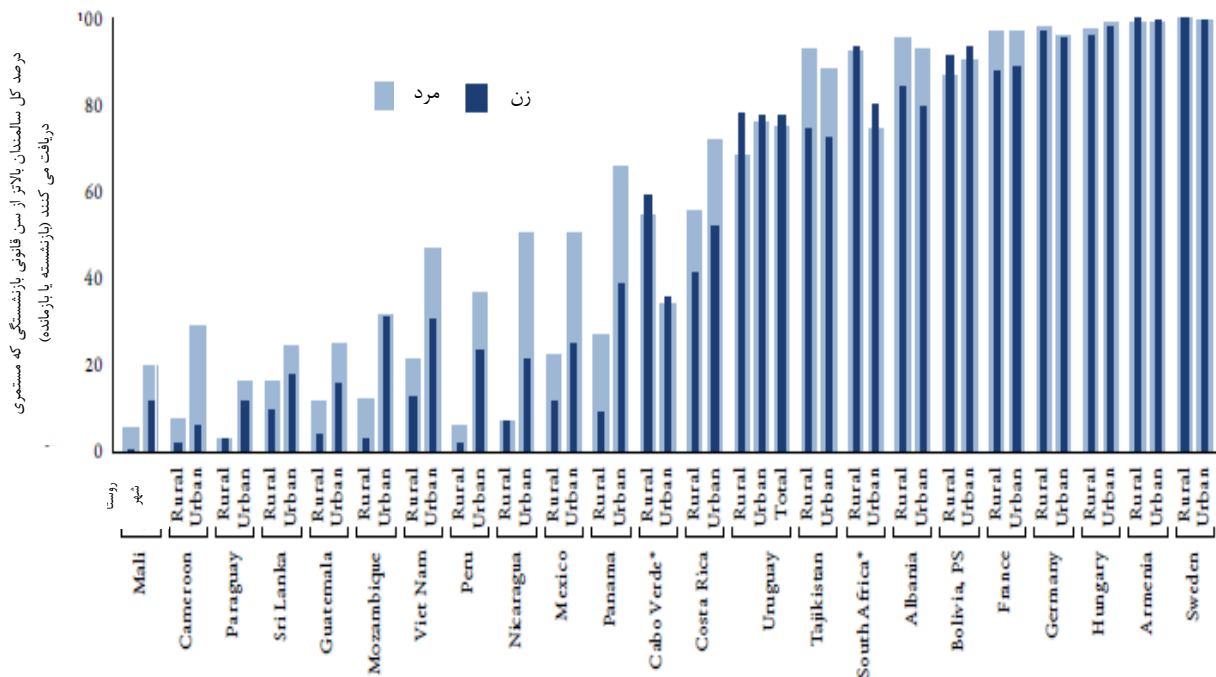
کنش گرایانه به معنی انجام عملی قبل از ایجاد محرک انجام آن عمل می باشد.

شکل ۴-۱۲- سهم زنان و مردان بیمه پرداز به طرح مستمری در اشتغال، بر حسب منطقه سکونت



Source: ILO calculations based on national household surveys.

شکل ۴-۱۳- سهم زنان و مردان بالای سن بازنشستگی قانونی دریافت کننده مستمری بر حسب منطقه سکونت (درصد)



* درصدها تنها مربوط به مستمری غیرمشارکتی است.

۴-۵- کفایت مستمری ها جهت تامین امنیت در آمد مناسب برای سالمندان

در جوامع مختلف، آن چه که تمهیدات بازنشستگی را کافی تلقی می کند، به طرز تلقی و رویکرد توزیع مسئولیت بین افراد و دولت، بازتوزیع و حمایت های ارائه شده به فقیران و آسیب پذیران و همبستگی بین نسلی بستگی دارد. این که در چه سنی بازنشستگی رخ دهد، چه سطح امنیت درآمدی باید تضمین شود و برای چه کسی، چه درجه ای از همبستگی بین نسلی جهت تامین مالی مستمری ها باید مورد انتظار باشد، همگی موضوعاتی هستند که معمولاً کمابیش به طور ضمنی و یاصریح در قراردادهای اجتماعی مورد توافق قرار می گیرند. این قراردادهای اجتماعی و طرز تلقی پشت آنها، طی زمان و با توجه به تغییرات شرایط اقتصادی، جمعیتی، فرهنگی و اجتماعی، تغییر و تکامل می یابند.

۴-۵-۱- تضمین جایگزینی در آمد

هر تلاشی برای انجام ارزیابی تطبیقی عملکرد نظام های مستمری ملی در زمینه تحقق اهداف، دارای پیچیدگی های بسیاری است. نخستین آنها این است که یافتن یک معیار و محک قابل مقایسه بسیار دشوار است. یک راهکار ممکن، مقایسه میانگین مستمری های دریافتی به میانگین درآمدها در اقتصاد به عنوان تصویر لحظه ای ملی در یک نقطه زمانی معین از وضعیت درآمدی نسبی مستمری بگیران در قیاس با وضعیت جمعیت شاغل، می باشد. متأسفانه، درحالی که داده های لازم برای چنین مقایسه ای موجود می باشند و در گزارش های گوناگون OECD و اتحادیه اروپایی ارائه می شوند، همچنان عملاً برای کشورهای خارج از این دو گروه، ایجاد داده هایی مشابه در مقیاسی بزرگتر غیرممکن است که این امر عمدتاً ناشی از فقدان آمار و اطلاعات درآمدی قابل قیاس و دسترسی محدود به داده های پیمایش خانوار که چنین مقایسه هایی را امکان پذیر می سازند، می باشد.

با این وجود چنین برآوردهایی از نرخ های جایگزینی درآمد پس از بازنشستگی، توسط طرح های مستمری، معیارهای مهم اندازه ای است که این طرح ها مزایای مکفی برای افراد تحت پوشش خود فراهم می نمایند (کادر ۴-۴). شاخص ها و نشانگرهای دیگر می تواند رابطه ی مقدار مستمری با میانگین درآمد خانوار، باسرانه تولید ناخالص داخلی و خط فقر باشند. مشکل این جاست که هر چند آنها برای بررسی و تحلیل کفایت نظام های مستمری درون یک کشور و برای مقایسه ی کیفیت پوشش گروه های مختلف تحت پوشش طرح های گوناگون، سودمند هستند، لیکن برای مقایسه ی بین کشورها با درجات و الگوهای متفاوت پوشش، مناسب نیستند. به همین دلیل و به خاطر محدودیت در دسترسی به داده ها، کتاب حاضر برآوردهای منطقه ای یا جهانی نرخ های جایگزینی و سایر جنبه های کیفیت پوشش مستمری خارج از حیطه سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه (OECD) را مدنظر قرار نداده است.

4-5-2- جلوگیری از تحلیل ارزش مستمری ها در گذر زمان: تضمین ترمیم منظم مستمری ها

با توجه به این که دریافت مستمری های بازنشستگی سال ها پس از محاسبه و برقراری، ادامه می یابند، این پرسشها که طی سال ها، برای قدرت خرید و ارزش واقعی مستمری چه اتفاقی می افتد و بازنشستگان چقدر باید استانداردهای زندگی خود را پس از بازنشستگی کاهش دهند، موقعیت درآمدی آنها نسبت به سایر گروه های جامعه، چگونه است و ریسک های افتادن آنها در ورطه فقر چیست، اهمیت به سزایی پیدا می کنند. مکانیزم های پشتیبانی از ارزش مستمری های در حال پرداخت، به صورت افزایش های مستمری کمابیش منظم گاهی با عنوان تعدیل هزینه های زندگی یا ترمیم نام برده می شوند و این که چگونه به انجام می رسند تا حد زیادی استاندارد زندگی مستمری بگیران را در بلندمدت تحت تاثیر قرار می دهد.

کنوانسیون های شماره ۱۰۲ و ۱۲۸، الزام می سازند که سطح مزایای در حال پرداخت به تبع تغییرات اساسی در سطح درآمدها یا هزینه های زندگی، مورد بازنگری قرار گیرد. در این حال توصیه نامه شماره ۱۳۱ صراحتاً عنوان می دارد که سطح مزایا باید به طور دوره ای با توجه به تغییرات در سطح کلی درآمدها یا هزینه های زندگی تعدیل گردد. توصیه نامه شماره ۲۰۲ نیز تصریح می کند که سطح تضمین شده کف حمایت های اجتماعی باید به طور منظم و با رویه ای شفاف که در قوانین، مقررات یا عملیات ها مشخص شده است، بازنگری شود.

همان گونه که در جدول ۴-۱ نشان داده شده است، عملیات ترمیم مستمری ها در کشورها و طرح های مختلف، متفاوت است.

جدول ۴-۱- روش های ترمیم

تعداد طرح ها	روش ترمیم
۴۴	ترمیم با توجه به قیمت ها
۲۷	ترمیم با توجه به دستمزدها
۲۱	ترکیبی دستمزد/قیمت
۲۴	منظم، نامشخص
۴	موردی
۵۷	فاقد اطلاعات
۱۷۷	کل

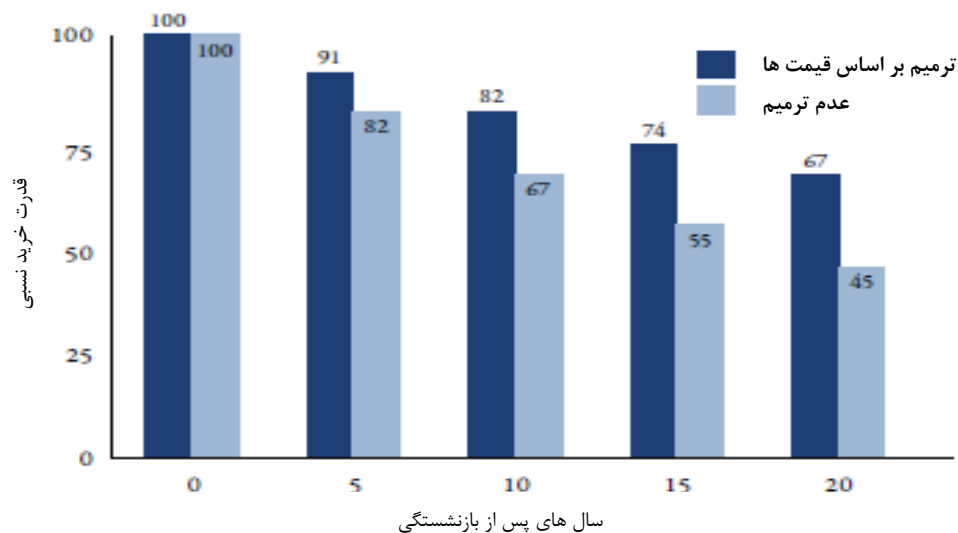
نکته: فاقد اطلاعات در اکثر موارد به معنای عدم انجام ترمیم مستمری می باشد.

در حالیکه ترمیم مستمری با توجه به تغییرات دستمزدی در گذشته بیشتر معمول بوده است، لیکن امروزه طرح های بیشتری و بیشتری در بهترین حالت افزایش مستمری با توجه به افزایش هزینه های زندگی را تضمین می کنند. انتخاب شیوه ترمیم ممکن است یک موضوع جزئی به نظر برسد اما تاثیر قابل توجهی بر سطح مستمری ها و در نتیجه بر

مصارف مستمری طرح دارد. در صورتی که افزایش دستمزد سریع تر از قیمت ها باشد، تغییر از ترمیم مبتنی بر دستمزد به ترمیم مبتنی بر قیمت ها، کاهش های معناداری در مصارف مستمری در بر خواهد داشت، همچنین موجب تحلیل استانداردهای زندگی مستمری بگیر نسبت به شاغلین می گردد. تغییرات نحوه ترمیم مستمری های مجارستان نمونه ای از یک روند عام تر می باشد: در دهه ی ۹۰ ترمیم مستمری ها از ترمیم براساس دستمزد به ترکیبی ۵۰-۵۰ از ترمیم بر اساس تورم و دستمزد، تبدیل شد، و اخیراً در خلال بروز بحران دوباره به طور خالص بر اساس دستمزدها ترمیم صورت می پذیرد. کشورهای دیگر سیاست ترمیم مستمری های در حال پرداخت را به گونه ای کمتر سخاوتمندانه تغییر داده اند: فنلاند (از حالت ترکیبی ۵۰-۵۰ بین درآمدها و قیمت ها به ۸۰ درصد بر اساس قیمت ها و ۲۰ درصد براساس درآمدها)؛ فرانسه (از ترمیم بر اساس دستمزد به ترمیم با توجه به سطح قیمت ها)؛ لهستان (تغییرات گوناگون: اخیراً از ۲۰ درصد براساس درآمد و ۸۰ درصد قیمت ها به ۱۰۰ درصد براساس قیمت ها)؛ و اسلواکی (از ۱۰۰ درصد براساس دستمزدها به ۵۰-۵۰ درصد براساس قیمت ها و دستمزدها) (OECD, 2012a, p. 58). اسپانیا در سال ۲۰۱۳ تصمیم گرفت تا رابطه تعدیل مستمری ها را با هر گونه شاخص مربوط به استاندارد زندگی قطع نماید و لذا اجازه نخواهد داد ترمیم مستمری ها برای یک مدت مشخص، بیش از ۰/۲۵ درصد در سال گردد.

شکل ۴-۱۴- کاهش نسبی استانداردهای زندگی مستمری بگیران در اثر ترمیم یا عدم ترمیم مستمری براساس

تغییر قیمت ها (در مقایسه با استاندارد زندگی در ترمیم با توجه به دستمزد=۱۰۰)



سایر طرح‌ها شامل بسیاری از طرح‌ها در آفریقا، در بهترین حالت افزایش‌های موردی را اعمال کرده‌اند. این امر به ویژه در موقعیت‌های تورمی موجب می‌گردد اکثر مستمری‌بگیران در نهایت حداقل مستمری را دریافت نمایند و بسیاری از آنها دچار فقر گردند و لولاینکه پیش از بازنشستگی در تخصص‌ها و مشاغل پردرآمد شاغل بوده باشند.

شکل ۴-۱۴ نشان می‌دهد که چگونه مستمری‌های در حال پرداخت، اگر با همان نرخ رشد دستمزدها و تحت شرایط رشد دستمزدهای واقعی افزایش نیابند، قدرت خرید نسبی خود را از دست می‌دهند (با فرض این که رشد متعادل دستمزدهای واقعی ۲ درصد و تورم نیز ۲ درصد باشد).

کاهش فراوانی ترمیم‌ها، یا تعلیق کلی آن، به شدت و فوراً بر استاندارد زندگی مستمری‌بگیران و خانواده‌های آنها تاثیر می‌گذارد. هر چه بیشتر از زمان بازنشستگی مردان و زنان می‌گذرد، شکاف بین استانداردهای زندگی آنها و افرادی که هنوز فعال اقتصادی هستند، بزرگتر می‌گردد، مگر آن که مستمری‌ها با توجه به رشد دستمزدهای واقعی یا سایر معیارهای کلی استانداردهای زندگی ترمیم شوند. این شکاف گسترده شده می‌تواند محرومیت اجتماعی و اقتصادی سالمندان را تشدید و بدتر نماید زیرا می‌تواند بدین معنا باشد که آنها استطاعت مالی دسترسی به فن‌آوری‌های نو و مدرن و کالاها و خدمات جدید را که زندگی گروه‌های متمدن جامعه را تغییر می‌دهند، ندارند. در مواردی که مستمری‌ها به طور کامل با توجه به تورم ترمیم نمی‌شوند - در سراسر جهان کاملاً متداول است - قدرت خرید مطلق سالمندان تحلیل رفته و آنها به سمت فقر سوق داده می‌شوند.

در صورتی که پیشرفت‌های فن‌آوری در مراقبت سلامت که هر روز هزینه‌های آن و هزینه‌های کالا و خدمات مربوط به آن، با رشدی سریع‌تر از تورم، بالا می‌رود، مد نظر قرار گیرند و با توجه به این که با افزایش سن، نیاز به مراقبت‌های سلامت و خدمات مربوطه اساساً افزایش می‌یابد، آثار ترمیم ناقص مستمری که مانع می‌شود سالمند بتواند خود را در برابر افزایش هزینه‌های زندگی حفظ نماید، اساسی‌تر و چشمگیرتر خواهد بود. همان گونه که در بسیاری از کشورها، سالمندان باید سهمی از هزینه‌های مراقبت سلامت و دیگر خدمات مراقبتی را خود از جیب بپردازند، بسیاری از آنها در معرض ریسک محرومیت از دسترسی به مراقبت سلامت مورد نیاز و یا ورشکستگی مالی خود و خانواده خود قرار دارند.

در هر حال، با عنایت به این که تعلیق یا تعویق ترمیم مزایا، موجب کاهش آنی و قابل ملاحظه‌ی مخارج عمومی به ویژه در کشورهای با ساختار جمعیتی سالمند و نظام‌های مستمری در مرحله‌ی بلوغ با تعداد مستمری‌بگیران فراوان، می‌گردد، در اغلب موارد دولت‌ها تعویق یا تعلیق ترمیم را به عنوان ابزاری جهت محدود ساختن مخارج عمومی مد نظر قرار می‌دهند. سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه عنوان می‌دارد که "دولت‌ها غالباً مقررات ترمیم مستمری‌ها را... به یک شیوه‌ی طرفدار ادواری، لغو می‌نمایند: وقتی منابع عمومی مناسب است، افزایش‌های مستمری حتی بیشتر از الزام‌های قانونی است اما هنگامی که محدودیت‌های مالی وجود دارد، افزایش مستمری به تعویق می‌افتد یا لغو

می گردد (OECD, 2012a, pp. 59–60). کشورهای گوناگونی از جمله کانادا، آلمان، ژاپن، پرتغال و سوئد، به صراحت ترمیم را با شاخص های معین پایداری مالی ارتباط داده اند اما در این ارتباط مشکل – که در خلال بحران مالی و اقتصادی اخیر نمایان شد – اینجاست که چنین مکانیزم هایی ممکن است حتی منجر به کاهش یا قطع مزایا در هنگام بحران شوند.

کادر ۴-۴- روندهای نرخ جایگزینی و کفایت پرداخت مستمری

یکی از مهمترین موفقیت های سیاست های مستمری در بسیاری از کشورهای اروپایی و برخی قسمت های دیگر جهان طی سال های پس از جنگ جهانی دوم، کاهش اساسی فقر در دوران سالمندی بود. اما تحولات اخیر در بازار کار و برخی سیاست های اصلاحی، ریسک ظهور مجدد فقر در دوران سالمندی افزایش داده است.

در حالی که اکثر کشورها در خلال بحران اخیر، نسبتاً خوب درآمد افراد سالمند را مورد حمایت قرار دادند، اما استثناهایی نیز وجود دارند. کشورهایی (از جمله کم درآمدترین ها) که به طور پیوسته مستمری ها را با نرخ کمتری نسبت به رشد دستمزدها یا میانگین درآمدها ترمیم می کنند (مانند لهستان که در آن مستمری ها تنها ۲۰ درصد رشد دستمزدهای واقعی تعدیل می شوند)، و یا ترمیم را به حالت تعلیق در می آورند (مانند سوئد در خلال دوره بحران که از یک مکانیزم خودکار ایجاد توازن استفاده نمود)، افزایشی در فقر نسبی جمعیت سالمند خود تجربه می نمایند. بین سال های ۲۰۰۵ و ۲۰۱۲، نرخ فقر میان بازنشستگان، در سوئد از ۱۰ درصد به ۱۸ درصد و در لهستان از ۷ درصد به ۱۴ درصد افزایش یافت.

این روند می تواند در آینده به سایر کشورها نیز تسری یابد. بسیاری از اصلاحات نظام مستمری اتخاذ شده به منظور تثبیت هزینه های آتی نظام های مستمری موجب پایین تر آمدن سطح مزایا می گردند. شکل ۴-۱۵ تغییرات در نرخ های جایگزینی طرح های مستمری عمومی را در کشورهای عضو اتحادیه اروپا را نشان می دهد. در برخی کشورها، کاهش مورد انتظار در نرخ جایگزینی بسیار قابل توجه است. به علاوه با توجه به اینکه اکثر اصلاحات اعمال شده، مکانیزم های توزیع مجدد را از طرح های مشارکتی حذف می کنند، این نرخ های جایگزینی پایین در مورد افرادی که در طول دوران اشتغال خود از درآمدهای پایینی برخوردار بوده اند نیز صدق خواهد کرد.

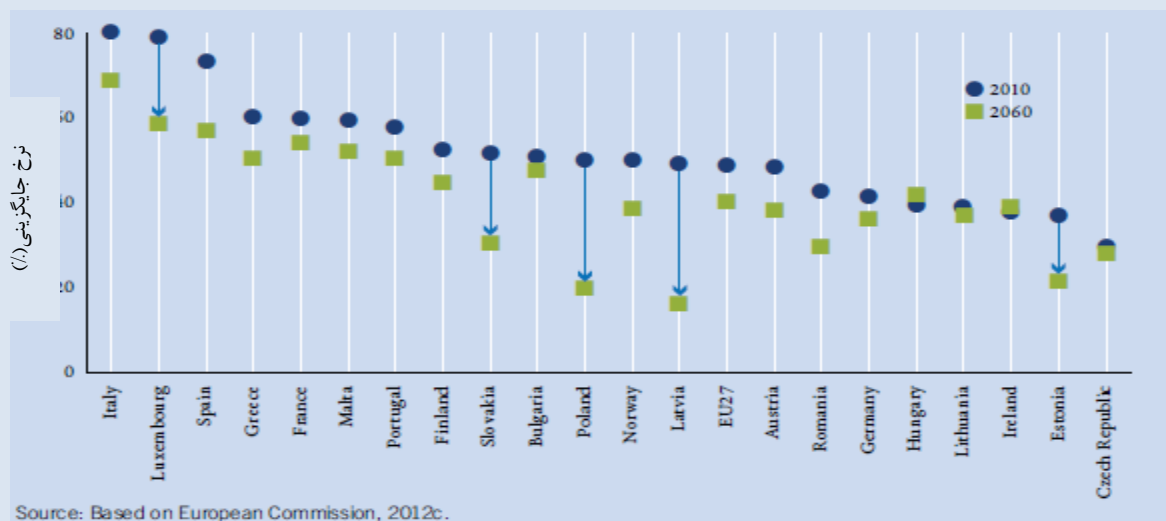
مطابق با اعلام اداره آمار کمیسیون اروپا، در سال ۲۰۱۰، ۱۷ درصد شاغلین در اتحادیه اروپا (بیش از ۲۱ درصد زنان و ۱۳ درصد مردان)، درآمدی پایین تر از سطح کم درآمدها (دو سوم میانگین درآمدها تعیین شده است)، داشته اند. بالاترین سهم شاغلین کم درآمد مربوط به لتونی (۲۷/۸ درصد)؛ لیتوانی (۲۷/۲ درصد)؛ رومانی (۲۵/۶ درصد)؛ لهستان (۲۴/۲ درصد) و استونی (۲۳/۸ درصد) می باشد در حالی که کمترین سهم شاغلین کم درآمد را کشورهای سوئد (۲/۵ درصد)؛ فنلاند (۵/۹ درصد)؛ فرانسه (۶/۱ درصد)؛ بلژیک (۶/۴ درصد) و دانمارک (۷/۷ درصد) داشته اند.

اما کدام حداقل نرخ های جایگزینی برای شاغلین کم درآمد در آینده درآمد مستمری بالاتر از خط فقر فراهم می نمایند؟ همان گونه که شکل ۴-۱۶ نشان می دهد، کشورها برای اجتناب از بروز فقر در سالمندی برای افراد کم درآمد، لازم است تا نرخ جایگزینی بین ۵۰ تا ۹۰ درصد درآمد قبلی فرد را فراهم نمایند.

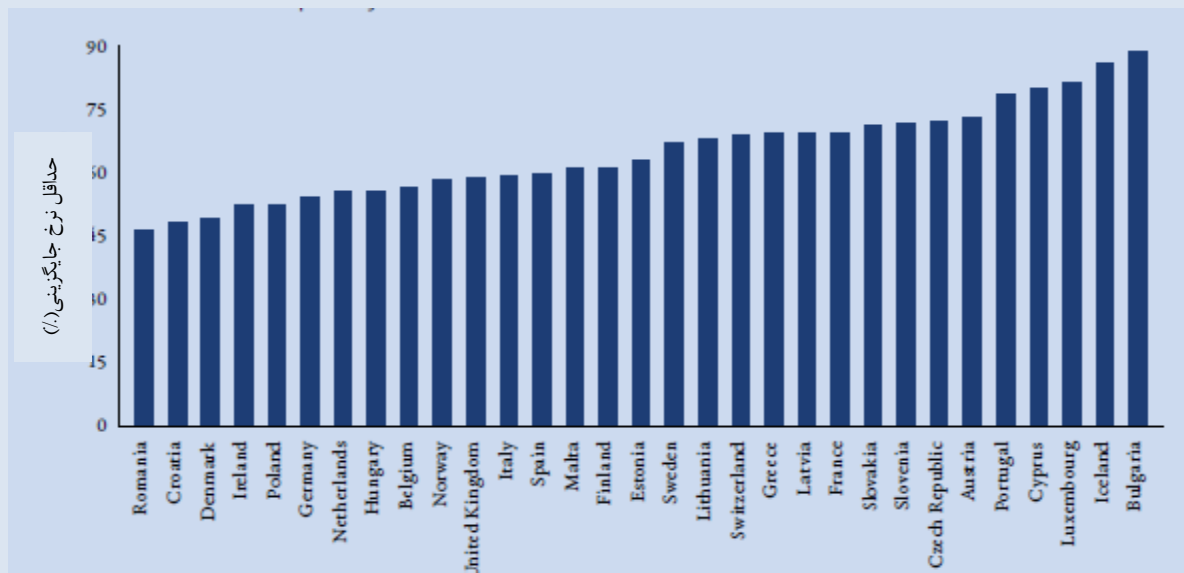
در آن چه اغلب طرح های مستمری تامین اجتماعی مزایای معین (DB) قدیمی مد نظر قرار می دهند، فرمول محاسبه مزایای دارای مولفه توزیع مجدد (مزایای با نرخ ثابت یا چیزی معادل آن) برای تضمین چنین نرخ های جایگزینی بالاتری برای افراد کم درآمد، به کار می رود.

امروزه، بسیاری از کشورها، این فرمول های دارای مولفه توزیع مجدد را هنگام معرفی رکن مبتنی بر حق بیمه معین و یا حق بیمه معین صوری (NDC) و یا تبدیل طرح های مزایای معین به طرح های مرتبط با درآمد خالص، حذف کرده اند. در این وضعیت، تامین یک سطح کافی مزایا برای کارگران کم درآمد مستلزم تقویت تمهیدات حداقل مزایا از طریق شکل های گوناگون تضمین حداقل درآمد غیرمشارکتی، می باشد.

شکل ۴-۱۵- میانگین نرخ های جایگزینی در هنگام بازنشستگی در طرح های مستمری عمومی در سال ۲۰۱۰ و پیش بینی آن برای سال ۲۰۶۰؛ کشورهای منتخب اتحادیه اروپایی (درصد)



شکل ۴-۱۶- حداقل نرخ های جایگزینی لازم برای تضمین درآمد مستمری مکفی بالاتر از آستانه فقر



۴-۶- اصلاحات و اصلاحات مجدد نظام های مستمری

استانداردهای تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار، دستورالعمل هایی را در خصوص ابعاد مختلف کفایت مزایا (سن احراز و دیگر شرایط احراز، سطح مزایا و پشتیبانی از قدرت خرید) فراهم می کند و در عین حال رصد دقیق وضعیت مالی طرح های مستمری را از طریق انجام ارزیابی های اکچوئری به صورت منظم و هرگاه پارامترهای مهم طرح در حال تغییر هستند، ایجاب می نمایند. با این وجود تصمیمات سیاستی جهت تعدیل و اصلاح طرح ها و نظام ها به دولت ها و شرکای اجتماعی آن ها واگذار شده است.

متأسفانه، عملکرد بسیاری از کشورها نشان می دهد که حتی اگر ارزیابی های اکچوئری به طور منظم انجام و منجر به ارائه توصیه هایی برای اصلاحات شده باشد، اصلاحات واقعی اغلب به تعویق می افتند و یا اصلاً به وقوع نمی پیوندند. یکی از مهمترین دلایل این امر این است که تصمیم گیری ها پیرامون نظام های مستمری دارای خصوصیت بلندمدت بوده و نه تنها بر نسل کنونی بلکه بر نسل های آتی تاثیرگذار است و افق دید سیاستمداران تصمیم گیرنده کوتاه و در دوره انتخابات می باشد. به علاوه همواره استفاده از ذخایر صندوق های مستمری هم در بخش خصوصی و هم عمومی به عنوان یک قلم که می تواند مورد دست اندازی قرار گیرد، وسوسه انگیز است. این امر طی سالیان اخیر در کشورهای فراوانی در قالب ترمیم مالیه عمومی و یا آزاد سازی بخش خصوصی، تجربه شده است (Casey, 2014). بهره برداری از ذخایر صندوق مستمری برای اهدافی غیر از تامین مالی مستمری های جاری و آتی، شاهدهی بر حکمرانی بد بوده و نباید رخ دهد.

با این وجود بسیاری از کشورها راهکارهای موثری یافته اند که ایجاد توازن در کفایت و پایداری مالی نظام های مستمری را از طریق مذاکرات سیاستی دموکراتیک که به خوبی توسط متخصصین مستقل اطلاع رسانی شده اند، امکان پذیر می سازند و در جایی که اصلاحات بر پایه ی اجماع گسترده میان طیف سیاسی و ذینفعان مختلف اعمال شده اند، آثار پایداری را در پی داشته اند. در هر حال در این زمینه هیچ نسخه ی واحدی وجود ندارد و هر کشور باید راهکار مناسب و متناسب با شرایط اقتصادی و اجتماعی خاص خود را پیدا کند. مطالعات فراوانی توسط سازمان بین المللی کار و سایر تحلیلگران در باب راهکارها و فرایندهای گوناگون و شناسایی عملکردهای خوب و همچنین مشکلات و چالش ها صورت پذیرفته است (Eurofound, 2013; Sarfati and Ghellab, 2012; Ghellab, Varela and Woodall, 2011; Reynaud, 2000).

برعکس در بسیاری از کشورهای اروپایی و برخی دیگر، طی دهه های اخیر برقراری توازن بین کفایت و پایداری مالی در نظام مستمری به مخاطره افتاد. ادعای بروز بحران تامین اجتماعی و یا بحران سالمندی نیز به عنوان توجیهی برای معرفی اصلاحات نظام های بازنشستگی که اساساً سطح کفایت مزایا را در آینده کاهش و ریسک فقر در سالمندی را برای نسل های آتی بازنشستگان افزایش می داد، مطرح گردید (OECD, 2013a; European Commission, 2012d). در این میان فشارهای ناشی از رقابت مالیاتی و بازارهای مالی جهانی، قدرت به ظاهر حکمفرمای دولت ها را در پیشنهاد افزایش

مالیات ها و حق بیمه های تامین اجتماعی به منظور اجتناب از کاهش مزایا، محدود می سازند. از طرفی، لابی های بخش سرویس های مالی بین المللی در انجام خصوصی سازی های در مقیاس بزرگ نظام های مستمری تامین اجتماعی موفق بودند (Hagemejer and Scholz, 2004; Hagemejer, 2005). هر چند این اصلاحات در پرتو بروز بحران اقتصادی و مالی، معکوس عمل کردند (کادر ۴-۵). در مواردی مکانیزم های مذاکره اجتماعی با شرکای اجتماعی برای دستیابی به اتفاق نظر درباره ی نحوه و اندازه ی افزایش سن بازنشستگی، چگونگی سازماندهی مجدد و تنظیم مقررات بازار کار جهت برآورده ساختن نیازهای تعداد فزاینده افراد مسن که می خواهند یا نیاز دارند به کار در سنین بالاتر ادامه دهند، با شکست رو به رو شدند.

این شکست ها در رسیدن به توافق جهت یافتن اصلاحاتی مناسب و انجام آن ها با طراحی مناسب و سیاست گذاری سنجیده، موجب گردید تا کشورهای زیادی رویکرد بسیار آسان دست نزدن^{۲۹} به حکمرانی و راهبری نظام مستمری خود از طریق خصوصی سازی جزئی و البته از طریق مکانیزم های توازن خودکار را اتخاذ نمایند (Woodall and Hagemejer, 2009). این رویکرد محتاطانه مواردی نظیر ارتباط دادن خودکار نرخ های تعلق مستمری مورد استفاده در محاسبه مستمری های طرح های تامین اجتماعی به امید زندگی در هنگام بازنشستگی (کشورهایی که مکانیزم حق بیمه معین صوری NDC را معرفی نمودند و البته در برزیل و در مورد مستمری های پیش از موعد و در بسیاری از کشورهای دیگر) یا مرتبط ساختن خودکار سن احراز مستمری با امیدزندگی (مانند دانمارک، فرانسه، یونان، و ایتالیا)، را شامل می شود. همچنین شکل غائی و کامل استفاده شده در سوئد را نیز در بر می گیرد که در آن تغییرات در ارزش یک شاخص (نسبت توازن) که نمایانگر موقعیت مالی بلندمدت طرح مستمری تلقی می گردد نه تنها شرایط احراز مستمری های آتی را متاثر می سازد بلکه می تواند موجب کاهش در میزان مستمری پرداختی به مستمری بگیران کنونی شود (همان گونه که در میانه ی بحران مالی و اقتصادی رخ داد).

راهکارهایی از این دست بدون مداخله سیاست گذاران و بدون مذاکره و بحث در میان شرکای اجتماعی، به طور خودکار، سطوح مزایا، فرمول های ترمیم، سنین بازنشستگی و سابقه مورد نیاز برای دریافت مستمری کامل را با توجه به شاخص های آماری انتخاب شده (مانند ارتباط با امید زندگی در هنگام بازنشستگی، یا نسبت های مشخص درآمد یا دارایی طرح به مصارف یا تعهدات آن)، تعدیل می کنند. یکی از شیوه های دستیابی به چنین تعدیل ها و اصلاحات خودکار (نزولی) در سطح مزایا با توجه به تغییر شرایط اقتصادی و جمعیتی، توسعه ی اجزاء یا عناصر حق بیمه معین نظام های مستمری آن گونه که در بسیاری از کشورهای جهان رخ داده است، می باشد. با این وجود چنین تنظیمات خودکاری در قالب طرح های حق بیمه معین صوری (NDC) نیز ایجاد شده اند. در کشورهای نظیر ایتالیا، لتونی، نروژ، لهستان و به ویژه سوئد که مکانیزم توازن خودکار روند ترمیم مزایا و تعیین ارزش حق بیمه های گذشته را نیز تنظیم می کند، طرح های حق بیمه معین صوری به اجرا در آمده اند. این راهکارها همچنین به صورت عوامل مختلف پایداری

²⁹ - hands-off

مالی در طرح های مختلف امتیازی (نظیر طرح های موجود در کشورهای آلمان، فرانسه، کانادا یا ژاپن) نیز وجود دارند. برخی کشورها، نظیر دانمارک، فرانسه، یونان و ایتالیا، افزایش های آتی در سن بازنشستگی را به تغییرات در امید زندگی در آینده مرتبط ساخته اند.

اکثر این مکانیزم های خودکار به منظور تضمین پایداری مالی طرح، به تعدیل های نزولی سطح مزایا منجر شده اند. تنها در دو کشور عضو سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه (آلمان و کانادا)، مکانیزم هایی هستند که ممکن است به افزایش نرخ حق بیمه موثر منتهی شوند (Di Addio and Whitehouse, 2012). بنابراین به غیر از تضمین های حداقل مستمری - در جایی که وجود داشته باشد- هیچ مکانیزم خودکار مشابهی که نظام را در جهت تضمین ارائه مزایای مکفی تعدیل کند وجود ندارد. حتی ترمیم های خودکار مزایای در حال پرداخت با توجه به تغییر قیمت ها، کاهش یافته و یا کلاً از بین رفته اند.

این مکانیزم های خودکار صرفاً بر هدف تضمین پایداری مالی بلندمدت نظام های مستمری متمرکز هستند و در عین حال در تلاش هستند تا باب مباحث سیاستی و مذاکرات اجتماعی را که موانع اصلی و بازدارنده انجام به موقع تغییرات سیاستی ضروری به شمار می روند، باز نمایند. در هر حال وقتی نبود مکانیزم خودکار متناظر جهت تامین سطح مطلوب کفایت مزایا، ایجاد توازن لازم بین کفایت و دغدغه های پایداری مالی را در نظام تضعیف می کند، پیامدهای این رویکرد بسیار سخت می باشد. به علاوه در کوتاه مدت برخی از این مکانیزم ها باعث تغییر طرفدار ادواری³⁰ در میزان مزایای پرداخت شده می گردند. ژوزف استیگلیتز در سال ۲۰۰۹ توجه ما را به این پدیده جلب می نماید:

"هنگامی که اقتصاد ضعیف می شود، صرف هزینه برای طرح های حمایت اجتماعی و بیکاری باید به طور خودکار افزایش یابد که این خود باعث تثبیت در اقتصاد می گردد. این در حالی است که یکی از حقایق غم انگیز اصلاحات در دهه های اخیر، این است که ما این تثبیت کننده های خودکار مهم را تضعیف کرده ایم. اندازه تصاعد در نظام های مالیاتی کاهش یافته و ما از نظام های مزایای معین به نظام های بازنشستگی حق بیمه معین حرکت کرده ایم که این نیز خود تثبیت کننده های خودکار اقتصاد را تضعیف می نماید. در واقع در برخی موارد آنها را به عوامل بی ثبات کننده تبدیل کرده ایم" (Stiglitz, 2009, pp. 4-5).

³⁰ -pro-cyclical

کادر ۴-۵- اصلاحات مجدد و ضدخصوصی سازی نظام های مستمري در آمریکای جنوبی و اروپای شرقی و

مرکزی

بین سال های ۱۹۸۱ تا ۲۰۰۸، یازده کشور آمریکای جنوبی به طور کامل و یا جزئی نظام های بازنشستگی عمومی مبتنی بر توازن هزینه درآمد خود را خصوصی نمودند. چنین اصلاحاتی در اواخر دهه ۹۰ و آغاز هزاره جدید در اکثر کشورهای اروپای شرقی و مرکزی که سهمی از حق بیمه های تامین اجتماعی (در برخی کشورها مانند مجارستان، لهستان و اسلواکی تا یک سوم) به حساب های انفرادی با مدیریت خصوصی و به طور اجباری منتقل شدند، نیز گسترش یافت. با این وجود طی چند سال گذشته، این گونه خصوصی سازی ها متوقف شده اند و در برخی کشورها بازگشت به روندهای پیشین و در عین حال معرفی و تقویت سازوکارهای عمومی، مشاهده می گردد.

در شیلی که به عنوان نخستین کشور، پارادایم جدید در اوایل سال ۱۹۸۱ معرفی شد، به اندازه کافی زمان سپری شده است که نشان دهد نظام جدید نه تنها سطح پوشش تامین اجتماعی و مشارکت مورد انتظار را گسترش نداده است بلکه نتوانسته امنیت درآمدی مکفی برای سالمندان و بازنشستگان به طور خاص به ویژه برای کسانی که در دوران اشتغال کم درآمد بوده اند (عمدتاً زنان) را تامین نماید. بنابراین شیلی نخستین کشوری بود که اقدام به اصلاحات مجدد نمود. در سال ۲۰۰۸، طرح اندوخته گذاری کامل اجباری کنونی با مدیریت خصوصی، با دو طرح جدید عمومی تکمیل شد: یک مستمري همگانی پایه برای ۶۰ درصد جمعیت با درآمد پایین و فاقد مستمري و به نوبه خود یک طرح تکمیلی با اندوخته گذاری دولتی به افراد با مستمري پایین. به علاوه دولت در صدد ایجاد یک صندوق مستمري عمومی نیز می باشد. به منظور کاهش هزینه های اداری لایه خصوصی مستمري، کنترل و نظارت عمومی تقویت و رقابت بیشتر میان اداره کنندگان صندوق بازنشستگی تشویق گردید.

کشورهای دیگر منطقه نیز با اصلاحات اساسی در نظام بازنشستگی خود اعمال نموده اند: آرژانتین در سال ۲۰۰۸، بولیوی در سال ۲۰۱۰ و اروگوئه در سال ۲۰۱۳. در حالی که دو کشور نخست به طور کامل لایه خصوصی شده نظام خود را حذف نموده اند، اروگوئه مانند شیلی نظارت را ارتقاء بخشیده و لایه عمومی را تقویت نموده است. مهمترین اهداف این اصلاحات، گسترش پوشش و کفایت (آرژانتین)، عمومی سازی (بولیوی) و یا معرفی طرح های غیرمشارکتی بوده است.

یکی از ابعاد اصلاحات مجدد، کوچک سازی طرح های اجباری حساب های انفرادی بود. در این کوچک سازی دو هدف دنبال می شد: نخست تامین و تضمین دوباره مستمري ها و دوم کاهش فشار بر منابع عمومی چرا که بخش عمده منابع لازم برای سازوکارهای عمومی کشورها به سمت صندوق های خصوصی جاری شده بود.

ملی سازی مجدد کامل یا جزئی دارایی های انباشت شده در طرح های مستمري خصوصی اجباری، در کشورهای آرژانتین و بولیوی در آمریکای جنوبی و مجارستان، قزاقستان و لهستان در اروپا اتفاق افتاد. تعدادی از کشورها (شامل لیتوانی، لهستان، روسیه و اسلواکی و برای برخی گروه های کاری، اروگوئه)، این امکان را برای بخش خصوصی اختیاری فراهم ساختند که به سازوکارهای عمومی (دولتی) بازگردند. در خلال سال های بحران، اغلب کشورهای دارای طرح های مستمري خصوصی اجباری در اروپا، به طور موقت و یا دائم، جریان حق بیمه های واریزی به صندوق های مستمري خصوصی را که عمدتاً با کسری روبرو گردیده بودند، کاهش داده و یا متوقف ساختند و این منابع را برای نظام عمومی در نظر گرفتند.

در حالی که اصلاحات مجدد شیلی به وضوح با هدف ایجاد یک کف حمایتی انجام شده بود به طوری که هرکس که به سالمندی می رسد به هر حال از یک حداقل درآمد تضمین شده بهره مند می باشد (هدفی که در بولیوی نیز نقش مهمی داشت)، در سایر کشورها به ویژه اروپای شرقی و مرکزی که تا حد زیادی با مشکل منابع عمومی مواجه بودند، رویکرد، کاهش کسری های بودجه ای و دیون دولتی بود. در کشورهای نظیر لهستان، مجارستان و اسلواکی، خصوصی سازی نظام بازنشستگی تامین اجتماعی حدود ۱/۵ درصد تولید ناخالص داخلی به کسری های ملی افزوده بود. همانگونه که صندوق های بازنشستگی خصوصی عمده دارایی های خود را در اوراق قرضه دولتی سرمایه گذاری می کردند، به دلیل هدایت منابع حق بیمه به صندوق های خصوصی، کسری هایی به وجود آمد، لذا می توان اتخاذ تصمیمات اساسی توسط برخی از دولتمردان مبنی بر توقف چنین گردش پولی باطلی که صرفاً مدیران صندوق های خصوصی از آن منتفع می شدند را قابل درک دانست. برای مثال دولت لهستان نه تنها واریز حق بیمه ها را به لایه اندوخته گذاری از ۷/۳ درصد به ۲/۹ درصد دستمزد ها کاهش داد و مشارکت را در این صندوق ها اختیاری نمود بلکه در سال جاری در حال انتقال تمام دارایی هایی صندوق های خصوصی که در قالب اوراق قرضه هستند، به سازمان تامین اجتماعی می باشد، ضمن آن که چنین سرمایه گذاری را برای لایه مبتنی بر اندوخته گذاری کامل (حساب انفرادی)، منع ساخته است.

۴-۷- تضمین امنیت درآمد برای سالمندان: چالش ادامه دار

امروزه، اکثر سالمندان جهان در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند که در آنها بازنشستگی یکی از امتیازات کارگران بخش عمومی و خصوصی که بخت کار کردن در اقتصاد رسمی را پیدا کرده اند، می باشد. در جهان، اکثریت وسیعی از افراد سالمند از تضمین های حداقل درآمد از محل منابع عمومی بی بهره اند و مجبورند تا زمانی که از نظر بدنی توان دارند برای بقا کار کنند و همچنین مجبورند به کمک خویشاوندان و خیریه ها که اغلب حتی برای تامین امنیت درآمد پایه ناکافی هستند، اتکا نمایند. این شرایط در تضاد شدید با قرارداد اجتماعی جهانی مصرح در اسناد حقوق بشری و استانداردهای کار بین المللی می باشد که بر اساس آنها هر فرد حق برخورداری از دست کم یک نوع امنیت درآمدی حداقل را در دوران سالمندی دارد.

خوشبختانه، نگرش ها در حال تغییر هستند و با اقدامات سیاستی همراه شده اند: کشورهای بیشتری در سراسر جهان گسترش طرح های مستمری مشارکتی خود را به سمت افرادی که تحت پوشش نیستند ولی ظرفیت مشارکت و بیمه پردازی را دارند، دنبال می کنند. بسیاری از کشورها نیز در حال گسترش تمهیدات غیرمشارکتی خود موسوم به "مستمری های اجتماعی"^{۳۱} هستند که به صورت همگانی به افرادی که به یک سن خاصی می رسند و یا به کسانی که مستمری یا دیگر درآمد مشابه مکفی و منظم ندارند، ارائه می گردند.

البته پرسش هایی در باب توازن بین کفایت مزایا و قابلیت استطاعت^{۳۲} آنها و پایداری مالی بلندمدت طرح های مستمری وجود دارند که باید مورد توجه قرار گیرند. استقرار یک نظام مستمری، یک تعهد بلندمدت است و توازن بلندمدت بین هزینه های آتی مزایا و منابع تامین مالی باید به طور منظم رصد شود (در واقع طبق استانداردهای بین المللی کار باید از ابتدا این کار صورت پذیرد). در صورتی که افراد طولانی تر عمر کنند اما سن بازنشستگی به طور متناسب تعدیل نگردد (یعنی طول دوره بازنشستگی و دریافت مستمری نسبت به مدت زمان فعالیت اقتصادی و اشتغال و بالطبع بیمه پردازی افزایش یابد)، هزینه مستمری ها به طور اجتناب ناپذیری افزایش می یابد؛ مگر آن که سطح مزایا کاهش یابد.

قابلیت استطاعت به وجود فضای سیاستی برای هدف تضمین امنیت درآمد دوران سالمندی بستگی دارد: اگر چنین فضایی وجود داشته باشد (یعنی اگر اراده سیاسی برای اجرای این تضمین وجود داشته باشد)، راه برای ایجاد فضای مالی مورد نیاز (پس از ارزیابی هزینه فرصت تخصیص منابع به این منظور نه موارد دیگر) نیز باز است. با این وجود اگر پوشش و قطع مزایا کافی و درست شناخته شوند یا مدیریت و راهبری و تحویل مزایا به طور مناسب انجام نشود، ممکن است

³¹ Social pensions

³² Affordability

پشتیبانی برای تامین منابع مستمری ها، تضمین گزینه های سیاستی و فضای مالی بودجه ای متناظر آن طی زمان از بین برود.

همان گونه که در بالا عنوان شد، به نظر می رسد پایداری مالی نظام مستمری در بسیاری از کشورها به خوبی مورد توجه و محافظت قرار گرفته است. لیکن آن چه نادیده گرفته شده است، رصد دقیق کفایت مزایا به همان میزان و آثار اقتصادی و اجتماعی کاهش های در جریان مزایا می باشد. نتیجه گیری ها و توصیه هایی که از چنین رصدهایی ناشی می گردند باید خوراک مذاکرات اجتماعی دربرگیرنده ی تمام ذی نفعان را تامین نمایند و باید به اعمال تغییراتی در تعدیلات خودکار پایلوت اگر نظام را در مسیر نادرستی می برند، منجر شوند.

کفایت و پایداری مالی دو روی یک سکه هستند: وعده یک مستمری سخاوتمندانه که با تامین منابع مالی پایدار، متوازن نباشد هیچ گاه تحقق نمی یابد، در حالی که در سوی دیگر اگر یک نظام مستمری با هزینه پایین، به عنوان نظام مکفی پذیرفته نشود، تمایل به پرداخت حق بیمه ها یا مالیات های لازم برای تامین مالی آن از بین می رود. لذا آن چه مورد نیاز است دستیابی به تمهیداتی می باشد که یک توازن واقعی بین کفایت و پایداری مالی را تضمین می نمایند – توازنی که تنها می تواند از طریق مذاکرات دموکراتیک و واقعی اجتماعی منتهی به یک قرارداد اجتماعی تجدید نظر شده و جدید در زمینه مستمری ها، تحقق یابد.

نکات مهم:

- سابقه نقش پیشگامانه سازمان بین‌المللی کار در پایه‌گذاری پوشش همگانی در حوزه حمایت سلامت به سال ۱۹۴۴ باز می‌گردد که اعلامیه فیلادلفیا و توصیه نامه مراقبت سلامت سال ۱۹۴۴ شماره ۶۹ اتخاذ گردید. اخیراً نیز از این سازمان خواسته شد تا همگام با سازمان بهداشت جهانی و سایر نهادهای سازمان ملل، اولویت بالایی به کار مشترک با مجمع عمومی سازمان ملل در زمینه پوشش همگانی سلامت و در راستای هدف مربوط به استقرار کف حمایت‌های اجتماعی، اختصاص دهد.
- ضرورت اهتمام به پوشش همگانی در حوزه سلامت با این حقیقت قابل توضیح است که بیش از ۹۰ درصد جمعیت در کشورهای کم‌درآمد بدون هرگونه حق پوشش در زمینه سلامت باقی مانده‌اند. در سراسر جهان حدود ۳۹ درصد جمعیت فاقد چنین پوششی هستند. در نتیجه در حدود ۴۰ درصد مصارف جهانی سلامت به طور مستقیم بر دوش بیماران قرار دارد.
- صرف نظر از پوشش، مراقبت سلامت غالباً نه در دسترس است و نه قابل استطاعت و دسترسی به خدمات مورد نیاز می‌تواند منتهی به فقر شود. در نتیجه بیشتر پوشش موجود غیرواقعی است. اغلب حتی افرادی که به طور قانونی تحت پوشش هستند، مزایای سلامت محدود، پرداخت از جیب بسیار بالا و کمبود کارکنان حوزه سلامت مورد نیاز برای تحویل خدمات را تجربه می‌کنند.
- سازمان بین‌المللی کار تخمین می‌زند که یک کمبود جهانی به میزان ۱۰/۳ میلیون کارکن حوزه سلامت وجود دارد که به منظور تضمین این که تمام نیازمندان خدمات سلامت باکیفیت دریافت می‌نمایند، مورد نیاز است. این شکاف و دستمزدهای اغلب نزدیک به خط فقر کارکنان سلامت، مانع پیشرفت به سوی پوشش همگانی و فراگیر سلامت می‌باشند.
- ۸۸ کشور در تمام مناطق جهان ثابت کرده‌اند که کم کردن شکاف پوشش سلامت امکان پذیر است. بسیاری از آنها فرایند اصلاحات را در سطوح پایین تر درآمد ملی آغاز نمودند و برای دوران بحران اقتصادی سرمایه‌گذاری کردند. به علاوه آن‌ها نشان داده‌اند که کشورها می‌توانند به نرخ‌های پوشش بالا و حتی بدون توجه به مکانیزم‌های تامین مالی انتخاب شده، به پوشش همگانی دست یابند.
- سرمایه‌گذاری در حمایت سلامت از جمله مرخصی استعلاجی، بازده‌هایی به همراه دارد. با این وجود مصارف عمومی در بخش حمایت سلامت در حال حاضر بسیار پایین تر از سطح موثر می‌باشد: بازده‌های اقتصادی بالقوه ناشی از افزایش بهره‌وری و اشتغال را نمی‌تواند محقق سازد در حالی که شکاف در پوشش همچنان باقی است. کم کردن این شکاف‌ها منجر به بالاترین نرخ‌های بازده در فقیرترین کشورهای جهان می‌گردد.
- تمهیدات تثبیت مالی اعمال شده به واسطه منتقل ساختن هزینه‌ها از حوزه عمومی به حوزه خصوصی خانوار، نابرابری‌ها در دسترسی به مراقبت سلامت را تشدید کرده و محرومیت را افزایش داده‌اند. به علاوه این قبیل تدابیر و تمهیدات با کاهش اثربخشی و کارایی حمایت سلامت، مانع بازیابی و احیاء اقتصادی می‌گردند.
- سرمایه‌گذاری‌های قابل توجه در زمینه حمایت سلامت و رویکردهای سیاستی منسجم در بخش‌های سلامت، اجتماعی و اقتصادی برای رفع نابرابری‌ها در دسترسی به مراقبت سلامت و بالفعل نمودن حمایت سلامت به عنوان یک تثبیت‌کننده اقتصادی، مورد نیاز است.

۵-۱- نقش حیاتی پوشش همگانی سلامت برای افراد و اقتصاد

پوشش سلامت و به ویژه دسترسی به مراقبت سلامت وقتی مورد نیاز است، برای رفاه انسان حیاتی می باشد. به علاوه در میان تمام اجزاء و مولفه های حمایت اجتماعی، مراقبت سلامت ضروری ترین عنصر برای اقتصاد به طور کلی و برای بازیابی و شکوفایی اقتصادی به طور خاص می باشد. در کشورهای در حال توسعه، بازده های اقتصادی حاصل از سرمایه گذاری در سلامت، با توجه به افزایش درآمدهای ملی و طول عمر، در حدود ۲۴ درصد رشد اقتصادی بین سالهای ۲۰۰۰ و ۲۰۱۱، تخمین زده می شود. تاثیرات اقتصادی سرمایه گذاری در زمینه مراقبت سلامت را می توان به شرح ذیل بیان نمود:

- توسعه و رشد اقتصادی به واسطه افزایش بهره وری کار؛ رشد نیروی کار به دلیل کاهش ازکارافتادگی، مرگ و میر و افزایش امیدزندگی؛ کمک خود بخش سلامت به فعالیت اقتصادی؛ افزایش فرصت های مصرف خانوارها در نتیجه ی کاهش مخارج پرداخت از جیب.
- افزایش بهره وری به دلیل کاهش غیبت از محل کار.
- اثرات اشتغال و رشد شغل ناشی از بهبود قابلیت های فیزیکی کارگران و ناشی از هم اشتغال مستقیم در بخش سلامت و هم اثرات چندبرابری در صنعت، کسب و کارهای محلی و سایر بخش ها.
- تثبیت اقتصاد در هنگام بروز بحران ها از طریق تخفیف تاثیر بحران های اقتصادی بر سلامت فرد و تضمین اشتغال پایدار هم در بخش سلامت و هم بخش های مرتبط.
- ایجاد درآمد مبتنی بر افزایش قابلیت کار کردن.
- کاهش فقر، از طریق کاهش مخارج خصوصی سلامت کسانی که فقیرند یا در آستانه فقیر شدن هستند.

در بلندمدت تر، رشد پایه مالیاتی ناشی از آثار غیرمستقیم اقتصادی سرمایه گذاری ها در زمینه سلامت، منابع عمومی بیشتری را در سطح ملی به ویژه در کشورهای کم و متوسط درآمد ایجاد می کند.

در مقابل این پس زمینه، طرح ها و نظام های حمایت سلامت که به خوبی طراحی و اجرا می شوند و در سیاست های مناسب اقتصادی و بازار کار، قرار می گیرند دارای این پتانسیل هستند که بخش عمده ای از هزینه های خود را در سطح ملی، احیا نمایند. بنابراین هم جمعیت (شاغل) و هم اقتصاد از بهره مندان سرمایه گذاری در زمینه حمایت اجتماعی در حوزه سلامت می باشند.

۵-۲- مبانی پوشش همگانی در حوزه سلامت در استانداردهای بین المللی کار

با عنایت به اهمیت سلامت انسان هم برای فرد و هم توسعه اقتصادی و اجتماعی، بسیار مهم است که کشورها و شرکای توسعه ای در سراسر جهان، درگیر پشتیبانی از هدف استقرار پوشش همگانی شوند. در تایید این الزام، پوشش سلامت، کانون تعهد سازمان بین المللی کار از همان ابتدای تاسیس در سال ۱۹۱۹، شده است (کادر ۵-۱). گسترش چنین پوششی برای تمام افراد نیازمند از سال ۱۹۴۴ و در بیانیه فیلادلفیا به یک اولویت تبدیل گردید. نخستین طراحی راهنما جهت تحقق پوشش همگانی نیز به همان سال باز می گردد که تشکیلات سازمان بین المللی کار توصیه نامه مراقبت سلامت سال ۱۹۴۴ (شماره ۶۹) را اتخاذ نمود که در آن تصریح شده است: "خدمات مراقبت سلامت باید تمام اعضاء جامعه را خواه شاغل باشند خواه نباشند، پوشش دهد" (بند ۸).

از آن پس، این هدف و ابزارهای خاص تحقق آن در کنوانسیون ها و توصیه نامه های گوناگون سازمان بین المللی کار قید شده است که آخرین آن ها نیز توصیه نامه کف حمایت های اجتماعی سال ۲۰۱۲ (شماره ۲۰۲) است. تاکید این توصیه نامه نیز بر این است که در هر کشور، باید برای تمام ساکنین و کودکان، دسترسی به مراقبت سلامت تضمین گردد و این مراقبت باید حداقل شامل مراقبت های سلامت اساسی، پیشگیری و مراقبت بارداری، از طریق طرح ها و نظام های حمایت اجتماعی باشد به طوری که از موانع مالی دسترسی نظیر پرداخت از جیب های فزاینده اجتناب گردد. توصیه نامه شماره ۲۰۲ نیاز به موارد ذیل را تصریح می کند:

"پوشش سلامت قانونی از طریق یک نظام یا طرح حمایت اجتماعی، برای مثال احراز مزایای تعیین شده در قوانین ملی؛ یعنی حمایت مبتنی بر حقوق (در مقابل برای مثال خیریه ها) از طریق خدمات سلامت ملی و یا طرح های بیمه سلامت خصوصی یا اجتماعی ملی در راستای شرایط معین و دسترسی تضمین شده به حداقل مراقبت سلامت ضروری که معیارهای مهیا بودن، در دسترس بودن، مقبولیت و کیفیت^{۳۳} را بدون ریسک سختی یا ریسک فزاینده ی فقر ناشی از تبعات مالی کسب چنین دسترسی هایی، دارا می باشد."

³³ Availability, Accessibility, Acceptability and Quality (AAAQ)

معیارهای مهیا بودن (در اختیار بودن، موجود بودن)، دسترسی (در دسترس بودن)، مقبولیت و کیفیت

کادر ۵-۱- حرکت به سوی پوشش همگانی در حوزه سلامت: در کنوانسیون ها و توصیه نامه های سازمان بین المللی کار و سایر استانداردهای بین المللی

بیانیه جهانی حقوق بشر (۱۹۴۸) و میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی (۱۹۶۶) موارد ذیل را تصریح می کنند:

- حق برخورداری از تحقق پذیرترین استاندارد سلامت جسمی و روانی (ماده ۱۲ بند ۱ میثاق نامه) و یک استاندارد زندگی کافی برای سلامت و رفاه فرد و خانواده وی شامل مراقبت های درمانی (ماده ۲۵ بیانیه حقوق بشر)؛
- حق برخورداری از تامین اجتماعی شامل بیمه اجتماعی (ماده ۹ میثاق نامه) در هنگام وقوع ... بیماری، از کارافتادگی، ... یا دیگر کمبودهای معاش خارج از کنترل فرد (ماده ۲۵ بیانیه حقوق بشر)، و
- حق برخورداری از شرایطی که خدمات درمانی و مراقبت درمانی را در هنگام بیماری تضمین می کنند (ماده ۱۲ بند ۲ میثاق)

توصیه نامه مراقبت درمانی سازمان بین المللی کار سال ۱۹۴۴ (شماره ۶۹)، تاکید می کند که خدمات مراقبت درمانی باید تمام اعضاء اجتماع را خواه شاغل باشند یا نباشند، پوشش دهند (بند ۸) و دستورالعمل جامعی برای ارائه و تحویل مراقبت درمانی به ویژه موارد ضروری خدمات مراقبت درمانی، شرایط احراز افراد مشمول و دامنه، ساختار، کیفیت، منابع مالی و اداره مراقبت درمانی، فراهم نماید.

کنوانسیون تامین اجتماعی (حداقل استانداردها) سال ۱۹۵۲ (شماره ۱۰۲) تصریح می کند که مراقبت درمانی باید در خصوص شرایطی که مستلزم بهره مندی از مراقبت های درمانی با ماهیت پیشگیری یا درمانی است (ماده ۷)، در موارد شرایط ناخوشی یعنی بیماری (ماده ۸) و بارداری (ماده ۸)، فراهم گردد. مزایای مراقبت درمانی باید شامل موارد ذیل باشد:

- مراقبت پزشک عمومی شامل ویزیت در منزل
- مراقبت متخصص در بیمارستان برای موارد سرپایی و بستری و همچنین متخصصینی باید در خارج از بیمارستان نیز در دسترس باشند.
- تامین داروهای ضروری تجویز شده توسط پزشکان و یا سایر افراد واجد شرایط
- خدمات بستری در صورت نیاز
- مراقبت های پیش و پس از زایمان، مراقبت بارداری، نوزاد و سایر تبعات آن توسط پزشکان یا ماماها واجد شرایط و در صورت نیاز خدمات بستری.

کنوانسیون مزایای مراقبت درمانی و ایام بیماری سال ۱۹۶۹ (شماره ۱۳۰) و توصیه نامه همراه آن (شماره ۱۳۴)، نسبت به کنوانسیون ۱۰۲ مجموعه ای از استانداردهای پیشرفته تر را برای مراقبت درمانی ارائه می نماید و بسته مزایا را به مراقبت دندانپزشکی، توانبخشی (پروتز)، وسایل کمک پزشکی نظیر عینک و خدمات بهیاران، توسعه می دهد. کنوانسیون شماره ۱۳۰ نیز دولت های عضو تصویب کننده کنوانسیون را مکلف می سازد تا تعداد افراد تحت پوشش خود را افزایش، دامنه مراقبت درمانی ارائه شده را گسترش و مدت بهره مندی از مزایای ایام بیماری را افزایش دهند.

توصیه نامه کف حمایت های اجتماعی سال ۲۰۱۲ شماره ۲۰۲، تصریح می کند که باید کف حمایت های اجتماعی ملی دربرگیرنده ی تضمین های پایه حداقلی برقرار گردند که بر مبنای آن تمام نیازمندان در کل چرخه عمر، به مراقبت های سلامت ضروری و امنیت درآمد پایه نظیر مزایای ایام بیماری دسترسی داشته باشند. طبق این توصیه نامه:

- اصول فراگیری و احراز شرایط مزایا مصرح در قوانین ملی باید جاری باشند (بند ۳)
- تمام ساکنین و کودکان باید استحقاق برخورداری از مجموعه معین ملی از خدمات و کالاها شامل مراقبت سلامت ضروری مشتمل بر مراقبت بارداری که معیارهای مهیا بودن، دسترسی، مقبولیت و کیفیت را دارا می باشند، بدون ریسک سختی یا ریسک فزاینده ی فقر ناشی از تبعات مالی دسترسی به مراقبت سلامت ضروری را داشته باشند (بند ۵، ۶ و ۸).
- ضروری است دولت های عضو کف حمایت های اجتماعی را با دید ایجاد و ساخت نظام های تامین اجتماعی جامع و در ارتباط با دامنه و سطح مزایای تعیین شده در کنوانسیون تامین اجتماعی (حداقل استانداردها) سال ۱۹۵۲ شماره ۱۰۲ و یا سایر کنوانسیون ها و توصیه نامه های تامین اجتماعی حاوی استانداردهای پیشرفته تر، برقرار نمایند.

همگانی بودن پوشش سلامت بدین معناست که در تمام کشورها، باید رویکردهای مبتنی بر حقوق در چارچوب قوانین به منظور پوشش کل جمعیت اعم از کارگران در اقتصاد رسمی و غیررسمی و خانواده های آنها، وجود داشته باشند. اعمال و اجرای این رویکردها، پیش نیاز دسترسی به مراقبت سلامت مورد نیاز می باشد.

مطابق با توصیه نامه شماره ۲۰۲، پوشش سلامت همگانی همچنین مستلزم دسترسی موثر به حداقل مراقبت سلامت ضروری تعریف شده در سطح ملی و همچنین جایگزینی درآمد طی دوره های بیماری می باشد که برای تمام نیازمندان آن به طور برابر ارائه می شود. این امر مهیا بودن مراقبت باکیفیت مورد پذیرش را ایجاب می کند که به طور حتم مستلزم وجود کارکنان ماهر حوزه سلامت جهت ارائه خدمات و منابع مالی مکفی برای مثال برای تامین منابع داروها و زیرساخت ها می باشد. به علاوه ضروری است که پرداخت های مشترک، وجوه پرداختی استفاده کنندگان و سایر هزینه های بهره مندی از مراقبت، قابل استطاعت باشند و حمایت مالی به منظور اجتناب از فقر و سختی ارائه شود. در نهایت این که دسترسی موثر مستلزم حکمرانی خوب طرح ها و نظام هاست که باید مبتنی بر مسئولیت پذیری شامل فرایندهای مشارکتی نظیر مذاکرات اجتماعی و ملی باشد.

بنابراین، توصیه نامه، مفهومی از پوشش همگانی در زمینه سلامت تعریف می کند که مستلزم توجه به پوشش قانونی و دسترسی به مراقبت سلامت می باشد: در واقع تنها ترکیبی از هر دو منجر به حمایت معنادار برای جمعیت و تضمین دسترسی برابر موضوع حق برخورداری از خدمات باکیفیت، در دسترس، مهیا و مقبول می گردد. در این راستا سازمان بین المللی کار ابزارها و شاخص هایی را جهت اندازه گیری وضع موجود و پیشرفت به سوی پوشش همگانی سلامت در هر دو جنبه، توسعه داده است.

مفهوم پوشش همگانی سلامت همچنین طی سال ها، در نهادهای دیگر سازمان ملل به ویژه سازمان بهداشت جهانی توسعه یافته است برای مثال قطعنامه مجمع بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۱ که کشورها را تشویق می کند به دنبال پوشش همگانی بروند (WHO, 2011b). امروزه اصل پوشش همگانی سلامت، شتاب گرفته است و مجمع عمومی سازمان ملل از سازمان بهداشت جهانی و سایر نهادهای خود از جمله سازمان بین المللی کار خواسته است که با مشاوره کشورهای عضو این سازمان، اولویت بالایی را برای کار مشترک در زمینه حرکت به سوی پوشش همگانی سلامت در بستر رویکردهای وسیع تر حمایت اجتماعی قائل شوند (UN, 2012c).

۵-۳- کسری های پوشش به ویژه در کشورهای کم درآمد

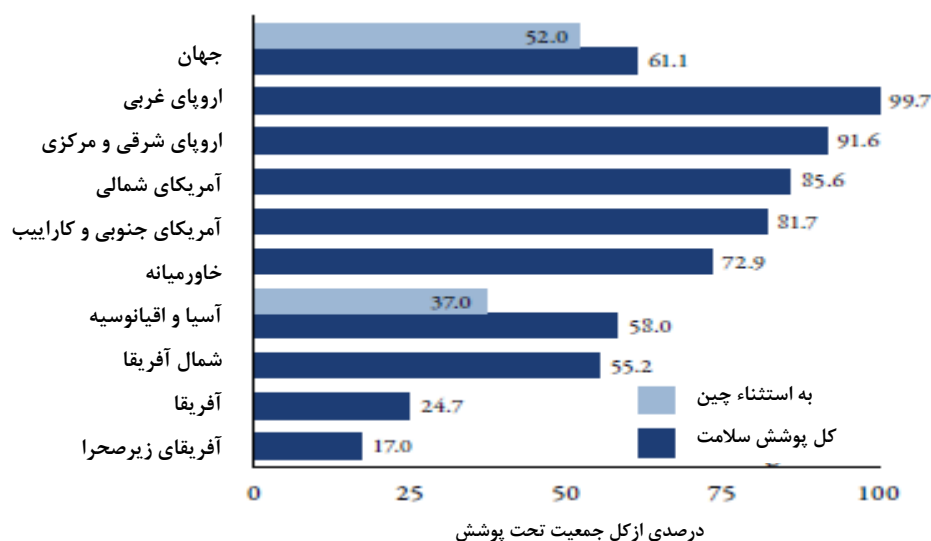
فعالیت سازمان بین المللی کار در جهت استقرار پوشش همگانی در زمینه سلامت با پشتیبانی پایگاه داده های خاصی است که وضعیت پوشش و کمبودهای دسترسی به سلامت را منعکس می کند. همگام با توصیه نامه شماره ۲۰۲، داده ها گردآوری شده و هر دو جنبه مهم پوشش مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند: پوشش قانونی سلامت، بنا به تعریف

اتصال به یک نظام یا طرح سلامت و دسترسی به مراقبت سلامت برخوردار از معیارهای خاص می باشد که با شاخص هایی اندازه گیری می شوند. در این حال این داده ها دارای محدودیت هایی نظیر اعتبار داده های ثانوی منتشر شده و کمبود در دسترسی یا در اختیار بودن داده، هستند؛ سازمان بین المللی کار داده های کلی را معتبر در نظر می گیرد.

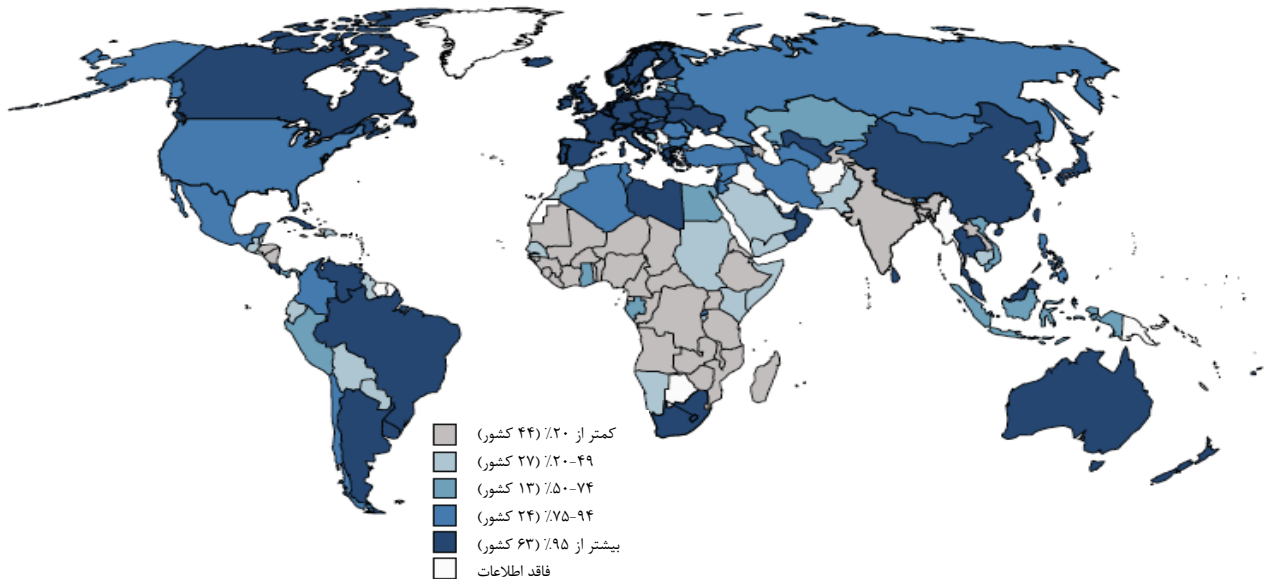
این داده ها نشان می دهند که نزدیک به ۳۸/۹ درصد از جمعیت جهان فاقد هر شکلی از پوشش سلامت قانونی هستند. بزرگترین شکاف پوشش در آفریقا به ویژه در آفریقای زیرصحرا که حدود ۸۰ درصد جمعیت از پوشش قانونی محرومند و در آسیا برای مثال در هند که بیش از ۸۰ درصد جمعیت به طور قانونی تحت پوشش نیستند، می باشد (شکل ۵-۱). در ۴۴ کشور جهان، بیش از ۸۰ درصد ساکنین فاقد پوشش بوده و به هیچ نظام یا طرح سلامت متصل نیستند (شکل ۵-۲). کشورهای آذربایجان، بنگلادش، بورکینافاسو، کامرون، هاییتی، هندوراس، هند و نپال از جمله ی این کشورها هستند.

تجزیه تحلیل های بیشتر نشان می دهند که عمده شکاف ها در پوشش قانونی سلامت در کشورهای با بالاترین سطوح فقر در میان جمعیت وجود دارد در حالی که بالاترین نرخ های پوشش در کشورهای با سطوح فقر پایین نظیر کشورهای اروپای غربی تحقق یافته اند. رابطه بسیار نزدیکی بین نرخ های پوشش و سطوح درآمد نیز مشاهده می گردد: هر قدر درآمد کشوری پایین تر باشد، احتمال بیشتری وجود دارد که شکاف پوشش را در حمایت اجتماعی حوزه سلامت خود تجربه کند.

شکل ۵-۱- پوشش حمایت در حوزه سلامت برحسب منطقه: سهم از جمعیت متصل به خدمات سلامت ملی، یا طرح های اجتماعی، خصوصی یا بیمه خرد؛ آخرین سال موجود (درصد)



شکل ۵-۲- پوشش سلامت در جهان: سهم از جمعیت متصل به خدمات سلامت ملی، طرح های بیمه خرد، اجتماعی یا خصوصی؛
آخرین سال موجود (درصد)



Sources: OECD Health Statistics database; national sources for non-OECD countries (for detailed country figures, see Annex IV, table B.11).

با توجه به شاخص های کاستی های مربوط به دسترسی انتخاب شده جهت ارزیابی عملکرد مطابق با معیارهای دسترسی، در اختیار بودن، کیفیت و مقبولیت، نظیر کمبود تعداد کارکنان حوزه سلامت مورد نیاز برای ارائه خدمات، سرانه مخارج سلامت، پرداخت از جیب و شاخص مربوط به کیفیت و کل خروجی های نظام سلامت و نرخ مرگ و میر مادران، کمبودهای جهانی در زمینه پوشش قانونی سلامت با شکاف ها و کاستی های مربوط به دسترسی موثر به مراقبت سلامت نیز ترکیب می شوند. آستانه های مربوطه مورد استفاده جهت شناسایی کاستی ها، مبتنی بر داده های کشورهای با آسیب پذیری پایین در نظر گرفته می شوند. شکل ۵-۴ نمایی کلی از وضعیت در سطح جهان و کاستی های دسترسی موثر به مراقبت سلامت در کشورها را که برحسب سطح درآمد گروه بندی شده اند، نشان می دهد.

این شکل نشان می دهد که در کشورهای کم درآمد:

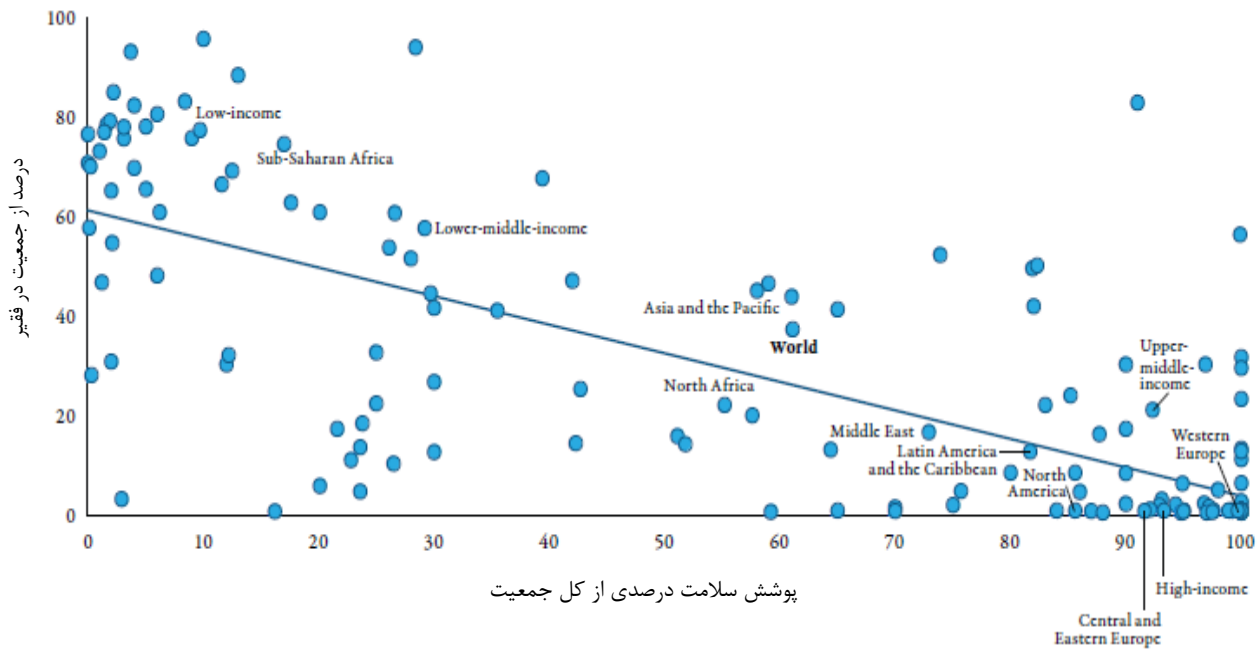
- بیش از ۹۰ درصد جمعیت فاقد هر گونه پوشش قانونی سلامت برای دسترسی به ضروری ترین مراقبت های سلامت می باشند.
- بیش از ۸۰ درصد جمعیت به دلیل نبود کارکنان حوزه سلامت جهت ارائه چنین خدماتی، فاقد دسترسی به مراقبت سلامت هستند.
- با وجود مبالغ پرداخت از جیب به میزان بیش از ۴۵ درصد کل مصارف حوزه سلامت، قابلیت استطاعت خدمات سلامت و حمایت مالی، یک معضل بزرگ است و فشارهای مالی ناشی از تقبل هزینه های سلامت توسط خود افراد، شایع تر است.

کمبودهای قابل توجه در تامین منابع مراقبت های سلامت نیز در این گروه از کشورها مشهود است. آستانه مورد نیاز برای تامین مراقبت سلامت باکیفیت به میزان ۲۳۹ دلار آمریکا برای هر فرد در سال، توسط سازمان بین المللی کار برآورد شده است. کسری مالی کنونی در کشورهای کم درآمد بالغ بر ۹۰ درصد مصارف لازم برای پوشش هزینه های حداقل مراقبت سلامت ضروری می باشد. میانگین سرانه جهانی مخارج سلامت ۹۴۸ دلار آمریکاست، کشوری با پایین ترین سطح مخارج سلامت در سال اریتره است که تنها سرانه ۱۲ دلار بابت آن صرف می کند (WHO, 2012).

برآورد می گردد که در کشورهای کم درآمد، نسبت مرگ و میر مادران به میزان ۳۷/۵ فوت در هر ۱۰ هزار تولد موفق باشد که اغلب به طورمستقیم به کمبودهای وجود کارکنان ماهر حوزه سلامت به ویژه ماماها مرتبط است.

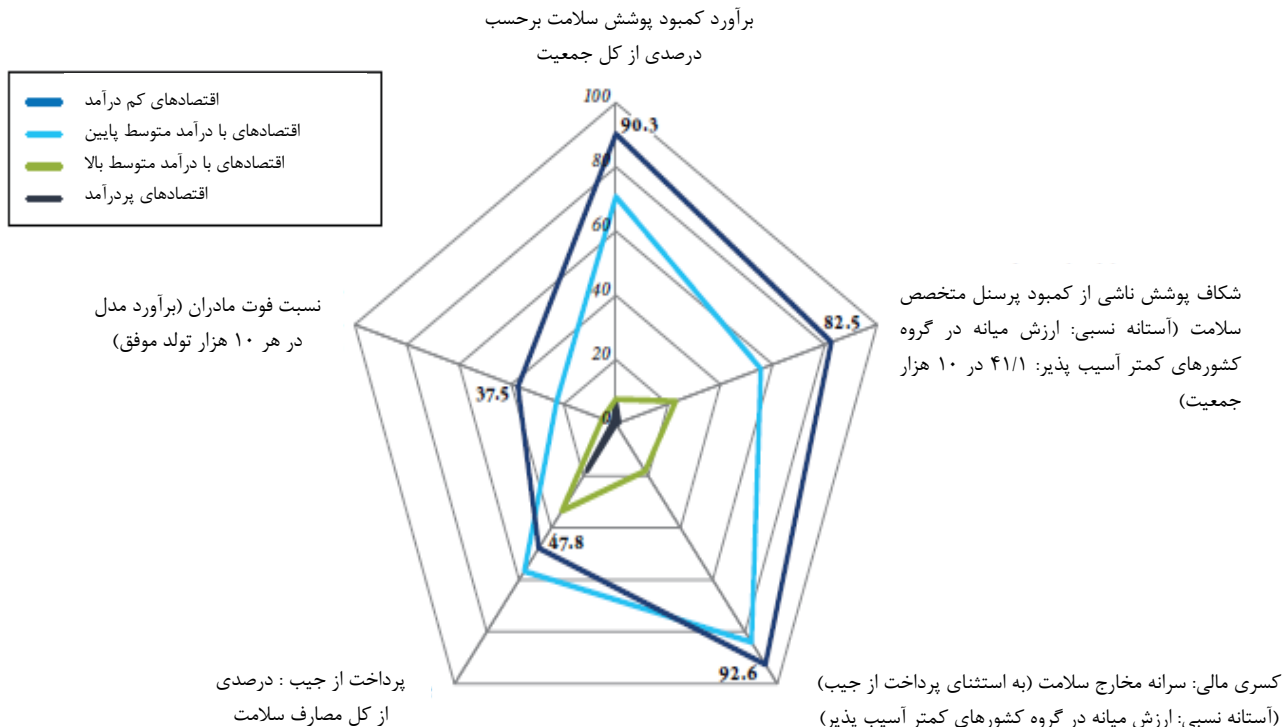
لازم به ذکر است که در اکثر کشورها، علاوه بر این کمبودها در دسترسی موثر به مراقبت سلامت، گروه های خاصی نظیر جمعیت روستایی، زنان، سالمندان، اقلیت ها و افراد با نیازهای خاص مانند مبتلایان به ایدز، نسبت به کل جمعیت، حتی احتمال بیشتری وجود دارد که با موانع دسترسی به مراقبت مواجه شوند. (Kuhl و Scheil-Adlung, ۲۰۱۲).

شکل ۵-۳- پوشش قانونی سلامت و فقر؛ آخرین سال موجود (درصد)



توضیحات: فقر به سرانه درآمد روزانه ۲ دلار و کمتر اطلاق می گردد.

شکل ۵-۴- کمبودهای جهانی در زمینه دسترسی موثر به خدمات سلامت ۲۰۱۱/۱۲ برحسب سطح درآمد کشورها



به علاوه در هنگام مقایسه گروه های مختلف کشورها یا طرح های گوناگون در درون کشورها، بسیار مهم است که تفاوت معنادار دامنه مزایای ارائه شده توسط نظام ها و طرح های مختلف مد نظر قرار گیرد. بسته به شرایط اقتصادی، مالی، اپیدمی شناسی و اجتماعی، دامنه مزایا ممکن است از ارائه ی تعداد محدودی از برنامه ها و مداخلات کلینیکی و عمومی سلامت در امکانات درمانی اولیه تا ارائه بسته جامع و کامل مزایا که تنها برخی از خدمات را مستثنی شده است، متفاوت باشد. بنابراین شکل ۴-۵ نشان دهنده ی ناهمگونی وسیع در دسترسی موثر به مراقبت در درون و بین کشورها نیست.

در کشورهای با مشخصه ی کمبودهای معنادار در پوشش و سطح دسترسی، حمایت اجتماعی سلامت نمی تواند نقش هایی را که به لحاظ ارتقاء بهره وری، اشتغال، تولید درآمد و کاهش فقر در بالا به آنها اشاره شد، ایفا نماید. غالباً کارگران و خانواده های آنها در خلال دوره های بیماری مورد حمایت نیستند و شغل و کسب درآمد در هنگام بروز بیماری از دست می روند و رکود اقتصادی با تاثیرات مثبت بهره وری و اشتغال حمایت اجتماعی سلامت خنثی نمی شود. لیکن نکته این جاست که در صورت نبود چنین نظامی اوضاع می تواند وخیم تر شود.

۵-۴- استطاعت مالی و ریسک فقیر شدن

تقریباً در تمام کشورهای جهان، هنگام جستجو برای برخورداری از مراقبت سلامت، مبالغ پرداخت از جیب وجود دارند. در صورتی که پوشش قانونی سلامت وجود نداشته باشد، چنین پرداخت هایی متداول و غالب است، اما در کشورهایی که به طور کامل قوانین مربوطه را اجرا و تنفیذ نکرده اند و یا هنگام طراحی نظام ها یا طرح های سلامت خود نتوانسته اند شرایط احراز مزایا و استطاعت مالی را با یکدیگر مرتبط سازند برای مثال هنگامی که دامنه مزایای ارائه شده بسیار محدود است و یا پرداخت های مشترک و حق الزحمه استفاده از خدمات و سایر هزینه های مرتبط با بهره مندی از مراقبت سلامت بسیار بالاست، وجود چنین مبالغی شایع می باشد. در جایی که سطح مبالغ پرداخت از جیب قابل توجه است، حتی به اندازه ای که موجب فقر می شود، این قبیل پرداخت ها موانع مالی ایجاد نموده که این خود برای دسترسی به مراقبت سلامت مورد نیاز بازدارنده است. در این موارد پوشش قانونی سلامت یک توهّم و نقابی برای فقدان دسترسی موثر می باشد.

در شکل ۵-۵، نمایی کلی از اندازه پوشش قانونی سلامت و پرداخت های از جیب در کشورهای منتخب آفریقایی ارائه شده است. این شکل نشان می دهد که در برخی از کشورها با نرخ های پوشش قانونی نسبتاً بالا نظیر موریس و مصر، مبالغ پرداخت از جیب همچنان بالغ بر ۵۰ درصد کل مصارف سلامت است.

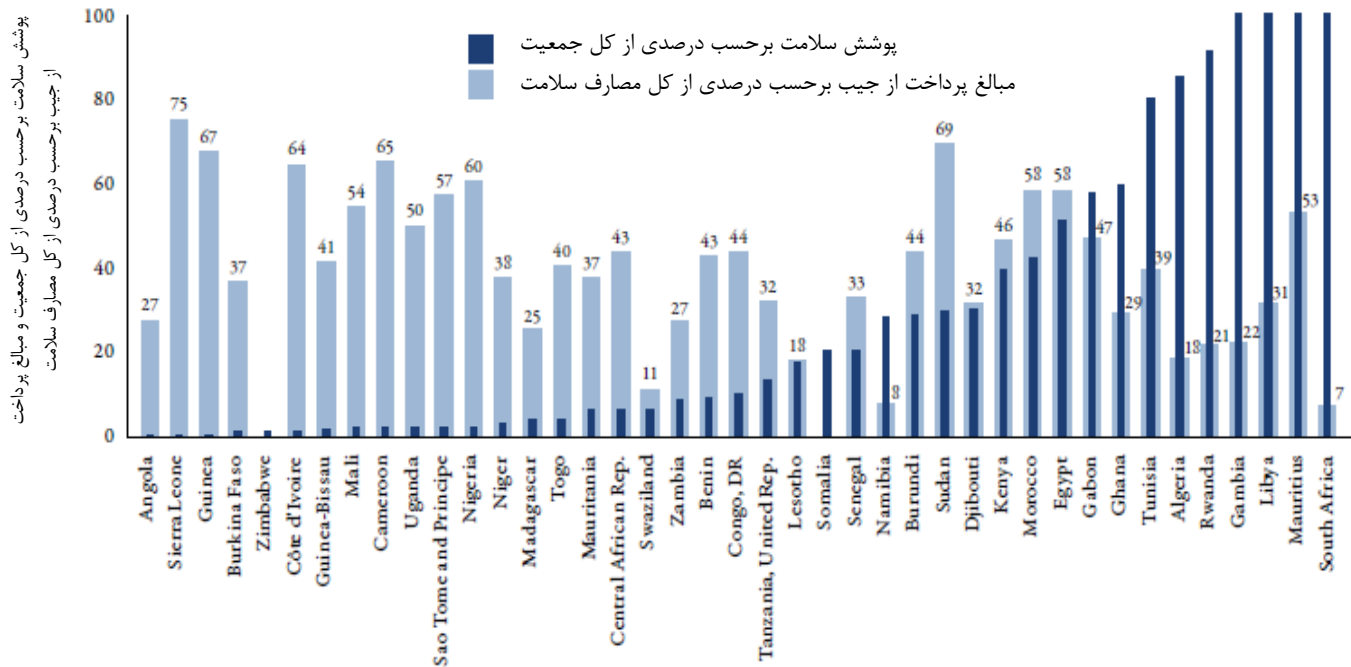
اغلب حتی در اساسی ترین مراقبت نیز پرداخت از جیب وجود دارد. مراقبت هایی نظیر مراقبت بارداری امکانات محور^{۳۴} در کشورهایی که عمده جمعیت کمتر از یک دلار در روز درآمد دارند: برای مثال در کنیا که نزدیک به ۱۰۰ درصد زنان باید مبالغی به میزان بیش از ۱۸ دلار آمریکا پرداخت نمایند و در بورکینافاسو که طبق گزارش ها ۹۲/۵ درصد زنان حق الزحمه مراقبت پرداخت می کنند.

همچنین در هنگام ارزیابی آثار مبالغ پرداخت از جیب، باید در نظر داشت که افرادی که در فقر به سر می برند بیشتر از سایر گروه های جمعیت دچار بیماری هایی هستند که پرداخت از جیب بالاتری را تحمیل می نمایند. این موضوع در خصوص بسیاری از بیماری های غیرواگیردار نظیر شرایط مزمن که اغلب در میان سالمندان شایع است و بیماری های مرتبط با سبک زندگی مانند چاقی که اغلب ناشی از عدم دسترسی به تغذیه سالم با قیمت های پایین (FAO, 2004) و دشواری انجام فعالیت های ورزشی به دلیل نبود امکانات عمومی مناسب می باشد، صادق است. در نتیجه فقرا نسبت به ثروتمندان اغلب هم از وضعیت سلامت بدتر و هم مبالغ پرداخت از جیب بالاتر آسیب می بینند، ترکیبی که غالباً باعث افزایش سطح فقر می گردند.

³⁴ facility-based

در بسیاری از کشورها، زنان شدیدتر از مردان، متاثر از پرداخت از جیب می باشند؛ این امر به ویژه در مورد زنان فقیر که نیازهای مراقبت سلامت آنها نظیر مراقبت های مربوط به بیماری ایدز، بیش از زنان دیگر است، قابل مشاهده است (Scheil-Adlung and Kuhl, 2012).

شکل ۵-۵- پوشش قانونی سلامت و مبالغ پرداخت از جیب در کشورهای منتخب آفریقای؛ ۲۰۱۱ (درصد)



Sources: Health coverage: OECD and national sources; OOP: WHO.

۵-۵- حمایت در برابر از دست دادن درآمد: مزایای مرخصی ایام بیماری

علاوه بر حمایت در برابر پرداخت از جیب، حمایت مالی در حوزه سلامت شامل ارائه مزایای ایام بیماری نیز می شود که هدف جایگزینی زیان درآمدی افراد و مرخصی استعلاجی در دوره های بیماری آنها را دنبال می کند. ارائه مزایای ایام بیماری و مرخصی استعلاجی به منظور مواجهه با وخامت وضعیت سلامت، فقر مرتبط با سلامت و آسیب بهره وری، بسیار حیاتی می باشد. مکانیزم های تامین مالی برای مرخصی های استعلاجی معمولاً مشابه مکانیزم های به کار رفته در مورد مراقبت سلامت اعم از برخی اشکال مالیات نظیر یارانه های مالیاتی و کسور/مالیات بر دستمزد و حق بیمه هستند. در کشورهای معدودی صندوق های کارفرمایی خاص به کار می روند. تمهیدات مربوطه نیز شامل استراحت شغلی و جایگزینی درآمد در خلال دوره بیماری است.

هرچند قوانین مرخصی استعلاجی (با دستمزد) برای کارگران بخش رسمی در ۱۴۵ کشور از حدود ۱۹۰ کشور در جهان وجود دارند، لیکن مزایای ارائه شده در این کشورها به طور وسیعی با توجه به تعریف کار، دستمزد مشمول، سطح جایگزینی درآمد، مدت پرداخت مزایا و دیگر شرایط خاص (جدول ۵-۱)، با هم تفاوت دارند.

نرخ های جایگزینی درآمد از پرداخت مبلغ مقطوع (در ۱۴ درصد کشورها) تا پرداخت ۱۰۰ درصد دستمزد (در ۲۱ درصد کشورها) متفاوت است. بیش از نیمی از کشورها نرخ جایگزینی بین ۵۰ و ۷۵ درصد دستمزد را فراهم می نمایند. دستمزد جایگزین شده نیز متفاوت است و ممکن است برای مثال با یک سقف دستمزد و یا عدم شمول مزایای تکمیلی دستمزد، محدود شده باشد. جایگزینی دستمزد همچنین ممکن است منوط به آزمون وسیع و یا دوره های انتظار باشد. دوره زمانی مرخصی نیز به طور وسیعی متفاوت است: از کل ۱۴۵ کشور مورد بررسی، ۱۰۲ کشور، یک ماه یا بیشتر مرخصی در نظر می گیرند در حالی که ۷ کشور زیر ۷ روز مرخصی ارائه می دهند (Scheil-Adlung and Bonnet, 2011).

در جایی که قوانین وجود دارند، پوشش معمولاً به شدت به سمت کارگران بخش رسمی متمایل می گردد. در اکثر کشورها، کارگران در اقتصاد غیررسمی به طور کامل از جایگزینی درآمد طی دوره بیماری محرومند. حتی آنهایی که تحت پوشش هستند اغلب با توجه به ترس از دست دادن شغل به ویژه در هنگام بحران های اقتصادی یا بیکاری های بالا، با موانعی در دسترسی به مرخصی استعلاجی مواجه هستند (Scheil-Adlung and Sandner, 2010).

در واقع، مرخصی استعلاجی بازده های قابل توجهی برای کارفرمایان، کارگران و اقتصاد به طور کلی به شکل منافع سلامت و بهره وری اقتصادی به همراه دارد. مرخصی استعلاجی، کارگران را قادر می سازد به سرعت بهبود یابند، از بروز بیماری های وخیم و توسعه از کارافتادگی جلوگیری می کند و شیوع بیماری ها بین همکاران و یا دیگران را کاهش می دهد؛ در حالی که کار کردن در هنگام بیماری در بردارنده هزینه های اقتصادی بالاست زیرا افراد بیشتری به دلایل بروز علائم بیماری وخیم مورد مداوا قرار می گیرند (Economic Intelligence Unit؛ ۲۰۱۴). همچنین مشاهده شده که پایین بودن بهره وری کارگران بیمار، رشد و توسعه را آهسته می کند؛ بنابراین نبود برنامه های مرخصی استعلاجی، موجب بروز هزینه های اقتصادی و مصارف سلامتی که قابل اجتناب هستند می گردد (Scheil-Adlung, Sandner, 2010).

جدول ۵-۱- تفاوت های جهانی در مزایای ایام بیماری و مرخصی استعلاجی

ابعاد مزایا	تفاوت ها در تمهیدات/شرایط احراز
تعریف کار مشمول	<ul style="list-style-type: none"> • مستثنی شدن کارهای بدون قرارداد کاری برای مثال در مورد کارگران خانگی و خوداشتغالی • محدودیت هایی در خصوص حداقل ساعات کار در هفته/ماه
دستمزد مشمول	<ul style="list-style-type: none"> • دستمزد موثر دریافت شده پیش از دوره مرخصی، با یا بدون مزایای تکمیلی تبعی ها؛ میانگین دستمزد؛ سقف دستمزد
دوره مرخصی	<ul style="list-style-type: none"> • بین یک روز تا دو سال • حداقل و حداکثر دوره • اغلب محدود به یک بیماری واحد
نرخ جایگزینی درآمد	<ul style="list-style-type: none"> • متفاوت از مبلغ مقطوع تا ۱۰۰ درصد دستمزد • آزمون وسع • دوره انتظار • تفاوت قائل شدن برای بیماری بلندمدت و کوتاه مدت
سایر شرایط خاص	<ul style="list-style-type: none"> • دوره های انتظار • پرداخت های قبلی حق بیمه • گواهی های پزشکی

۵-۶- مکانیزم های تامین مالی در مورد پوشش همگانی حوزه سلامت

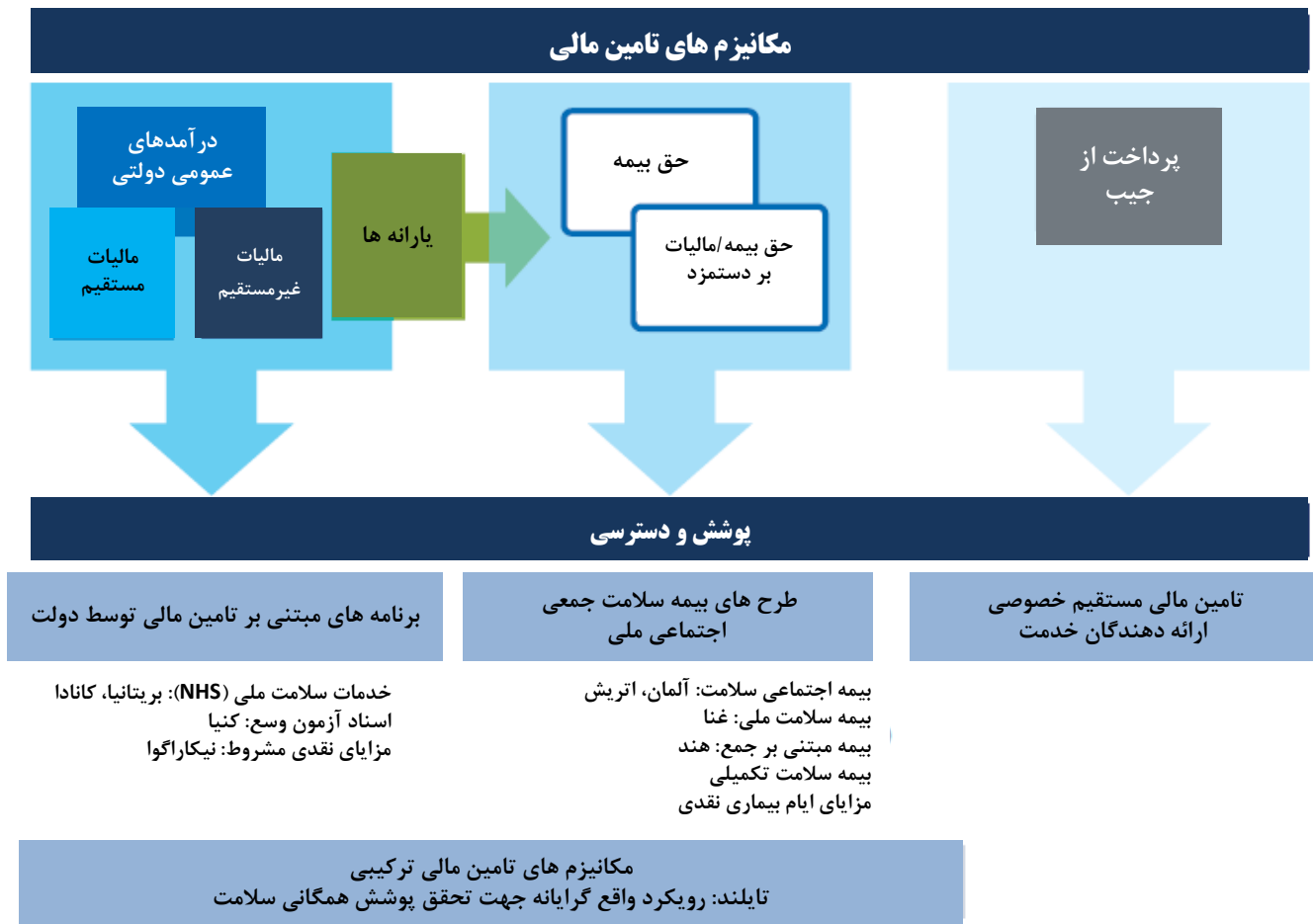
به طور کلی کشورهایی که به نرخ های پوشش بالا در زمینه سلامت دست یافته اند از مکانیزم های جمع آوری عواید و مشارکت در ریسک عمدتاً به شکل خدمات سلامت ملی دولتی یا طرح های بیمه سلامت خصوصی یا اجتماعی ملی مبتنی بر کسر حق بیمه، استفاده نموده اند.

نمایی شماتیک از مکانیزم های تامین مالی که در حال حاضر به کار می روند، نشان دهنده ی منابع و گردش های مالی مختلف مورد استفاده برای تامین مالی پوشش سلامت، در شکل ۵-۶ نمایش داده شده است. این شکل بین استفاده از عواید و منابع دولتی برای تامین بودجه خدمات ملی سلامت مانند کانادا و سایر برنامه های مبتنی بر تامین بودجه از محل مالیات نظیر اسناد هزینه بارداری در کنیا یا انتقالات نقدی مشروط در نیکاراگوا تمایز قائل شده است. در دیگر کشورها، منابع دولتی جهت ارائه یارانه به طرح های مبتنی بر حق بیمه های مرتبط با درآمد، به ویژه طرح بیمه اجتماعی سلامت که حق بیمه ها از کارگر و کارفرما کسر می شود (آلمان و اتریش)، و ارائه یارانه به طرح های بیمه ملی سلامت بابت کسانی که در اشتغال رسمی نیستند (مانند غنا)، به کار می روند.

این شکل همچنین تامین منابع مستقیم خصوصی -پرداخت از جیب- را که در تمام کشورها اندازه ی آن متفاوت است، نشان می دهد، هرچند که پرداخت های از جیب به خاطر تاثیرات کاهنده و فقرزایی و نداشتن ویژگی تسهیم بارمالی آن، نباید به عنوان مکانیزم تامین مالی سلامت قلمداد شود. توسل به پرداخت های از جیب تنها باید به منظور انگیزه های کنترل هزینه، محدود شود.

کشورهایی که طی دهه های گذشته با استفاده از مکانیزم های تامین مالی مبتنی بر مالیات و مشارکت (حق بیمه) به پوشش همگانی سلامت دست یافته اند عبارتند از بریتانیا با نظام خدمات سلامت ملی (NHS) و آلمان با استفاده از یک طرح بیمه اجتماعی سلامت. اخیراً طرح ها و نظام های همگانی سلامت مبتنی بر هر دو مکانیزم تامین مالی مذکور با موفقیت اجرا شده اند: برای مثال در تایلند طرح ها و نظام های متعددی در کنار یکدیگر وجود دارند و جهت اجتناب از هر گونه گسستگی، به خوبی هماهنگ شده اند.

شکل ۵-۶- نمای شماتیک از مکانیزم های تامین مالی مراقبت سلامت در حال اجرا



در مورد دیگر کشورها، تحقق پوشش همگانی مستلزم کاهش شکاف های موجود از طریق برداشتن موانع درون نظام مراقبت سلامت و برخورد با ریشه های نابرابری در دسترسی به مراقبت های سلامت می باشد که منشا بسیاری از آنها خارج از خود نظام سلامت بوده است. موضوعات مهمی که در درون بخش سلامت باید مدنظر قرار گیرند اغلب عبارتند از کاستی های قانونی و یا اجرایی که موجب گسستگی در نظام می شوند، دسترسی نابرابر ناشی از کمبود حمایت های مالی، قابلیت استطاعت خدمات و نبود مرخصی استعلاجی، در اختیار نبودن کافی خدمات به دلیل فقدان پرسنل آموزش دیده در حوزه سلامت و کیفیت پایین خدمات، و کمبود منابع مالی حمایت اجتماعی سلامت. علل و موانعی که ورای

بخش سلامت هستند عبارتند از فقر؛ ساختار اشتغال و بازار کار (برای مثال غالب بودن اقتصاد غیررسمی)؛ نابرابری های مرتبط با جنسیت، سن، اقلیت؛ شکاف های حمایت درآمدی در حمایت اجتماعی؛ و شرایط خاص فردی (مانند مهاجرت). اگر قرار است پیشرفت پایداری در زمینه گسترش پوشش سلامت صورت بگیرد، هر دو نوع و گروه موضوعات فوق الذکر باید همزمان مد نظر قرار گیرند که البته باید به کاهش فقر و سیاست های بازار کار به منظور از بین بردن رابطه ی متقابل سلامت پایین و فقر در بخش های اجتماعی، اقتصادی و سلامت، توجهی خاص مبذول گردد.

در خصوص هریک از مکانیزم های تامین مالی مطرح شده در اینجا، جنبه های مثبت و منفی وجود دارد و یک الگوی واحد مناسب برای تمامی بسترهای اقتصادی و اجتماعی وجود ندارد. بسیاری از کشورها از مکانیزم های ترکیبی یا در قالب یک طرح واحد – مانند اختصاص یارانه دولتی حق بیمه برای فقیران در طرح های مبتنی بر بیمه یا معرفی خصوصیات بیمه ای در خدمات سلامت ملی – و یا حفظ طرح های بیمه ای و دولتی در کنار یکدیگر، بهره جسته اند. دلایل اتخاذ این قبیل راهکارهای ترکیبی، با تمایل به ایجاد منابع مالی مکفی از منبع های گوناگون و استفاده بهینه از مزیت های مترتب مکانیزم های مختلف برای مثال ویژگی های مشارکت در ریسک، ایجاد منابع پایدار و دسترسی به جمعیت در مناطق دور دست، مرتبط می باشد. نگاهی اجمالی بر برخی ابعاد مهم عملکردی این مکانیزم های پوشش و تامین مالی در جدول ۵-۲ نمایش داده شده اند.

جدول ۵-۲- ابعاد مهم عملکردی مربوط به مکانیزم های گوناگون پوشش و تامین مالی سلامت

ابعاد مهم عملکردی	مکانیزم های پوشش و تامین مالی
<p>نظام های ملی سلامت</p> <p>جنبه مثبت</p> <ul style="list-style-type: none"> • مشارکت در ریسک برای کل جمعیت در سطح ملی یا گاهی در زیرگروه هایی از جمعیت در ساختارهای غیرمتمرکز از نظر مالی • پتانسیل مناسب برای کارآیی اداری و کنترل هزینه • توزیع مجدد بین ریسک های بالا و پایین و بین گروه های کم و پردرآمد در جمعیت تحت پوشش <p>جنبه منفی</p> <ul style="list-style-type: none"> • ریسک بی ثباتی منابع مالی و کمبود منابع به واسطه ی مطالبات رقیب در بودجه مصارف عمومی • ناکارآمدی نظام در صورت نبود انگیزه و نظارت موثر • اغلب کیفیت پایین خدمات 	<p>عمدتاً تامین منابع از محل مالیات</p>

ابعاد مهم عملکردی	مکانیزم های پوشش و تامین مالی
<p style="text-align: center;">بیمه سلامت ملی و اجتماعی</p> <p>جنبه مثبت</p> <ul style="list-style-type: none"> • ایجاد درآمد پایدار • اغلب حمایت قوی از جمعیت با توجه به کیفیت بالای خدمات • معمولاً برخوردار از یارانه های مالیاتی-به ویژه در طرح های بیمه سلامت ملی - جهت پوشش فقیران و گروه های آسیب پذیر • درگیر ساختن شرکای اجتماعی و توجه به صدای نمایندگان اقشار جامعه • توزیع مجدد بین ریسک های بالا و پایین و بین گروه های کم و پردرآمد در جمعیت تحت پوشش <p>جنبه منفی</p> <ul style="list-style-type: none"> • اگر هیچ یارانه ای برای کارگران بخش غیررسمی و دیگر بخش های جمعیت ارائه نشود، محدود بودن به کارگران بخش رسمی و خانواده های آنها؛ • کسورات از دستمزد (حق بیمه) می تواند رقابت پذیری راکاهش داده و موجب بیکاری بالاتر شود • پیچیدگی در مدیریت: حکمرانی و پاسخگویی ممکن است پرمسئله باشد • ممکن است منجر به افزایش هزینه ها شود مگر آن که مکانیزم های انقباضی موثری اعمال گردد. <p style="text-align: center;">بیمه سلامت جمعی</p> <p>جنبه مثبت</p> <ul style="list-style-type: none"> • می تواند به کارگران در اقتصاد غیررسمی و بخش های فقیرتر جمعیت برسد. <p>جنبه منفی</p> <ul style="list-style-type: none"> • پوشش معمولاً تنها به درصد اندکی از جمعیت تسری می یابد. • ممکن است فقرا محروم شوند مگر آن که یارانه اختصاص یابد. • اگر با یارانه های ملی پشتیبانی نشود، ممکن است به لحاظ مالی آسیب پذیر باشد • ایجاد انگیزه به انتخاب معکوس می نماید. • ممکن است با ضعف و کمبود تخصص در امر اداره و حکمرانی روبرو باشد. <p style="text-align: center;">بیمه سلامت خصوصی بازرگانی</p> <p>جنبه مثبت</p> <ul style="list-style-type: none"> • نسبت به مصارف پرداخت از جیب ارجحیت دارند. • حمایت مالی و دسترسی به خدمات سلامت برای کسانی که توانایی پرداخت دارند. • تشویق کیفیت بالاتر و کارآیی هزینه <p>جنبه منفی</p> <ul style="list-style-type: none"> • هزینه های اداری بالا • عدم کارآیی در کاهش فشارهای هزینه ای بر نظام های عمومی سلامت • بدون وجود حق بیمه های برخوردار از یارانه و بیمه نامه و قیمت های نظام مند، غیرمنصفانه هستند. • مستلزم ظرفیت ها و زیرساخت ها ی مالی و اداری می باشند. 	<p>عمدتاً کسورات دستمزد (حق بیمه) سهم کارگر و کارفرما و حق بیمه های پرداختی به طرح های بیمه سلامت</p>

ابعاد مهم عملکردی	مکانیزم های پوشش و تامین مالی
<p>جنبه مثبت</p> <ul style="list-style-type: none"> • دارای پتانسیل پوشش کل جمعیت • ایجاد منابع داخلی بیشتر نسبت به وجود تنها یک مکانیزم تامین مالی سلامت <p>جنبه منفی</p> <ul style="list-style-type: none"> • وجود ریسک گسستگی در صورتی که به خوبی طراحی و هماهنگ نشوند. 	<p>مکانیزم های ترکیبی: استفاده از ترکیبی از مالیات، کسورات (حق بیمه کسر از دستمزد) و حق بیمه های پرداختی به طرح های بیمه سلامت خرد و اجتماعی برای گروه های مختلف جمعیت</p>

در هنگام توسعه مکانیزم های ترکیبی، بسیار مهم است که از به کارگیری تعداد زیادی از طرح ها و نظام های ناهماهنگ که از مکانیزم های تامین مالی متفاوتی برای گروه های جمعیتی و ارائه دهندگان مختلف بهره می گیرند، اجتناب شود. یک چنین گسستگی تاثیرات مثبت مشارکت در ریسک و بارانه متقاطع را کاهش می دهد. بنابراین استفاده از مکانیزم های ترکیبی مستلزم هماهنگی بالای تمام طرح ها و نظام های هر کشور به منظور تحقق پوشش همگانی می باشد.

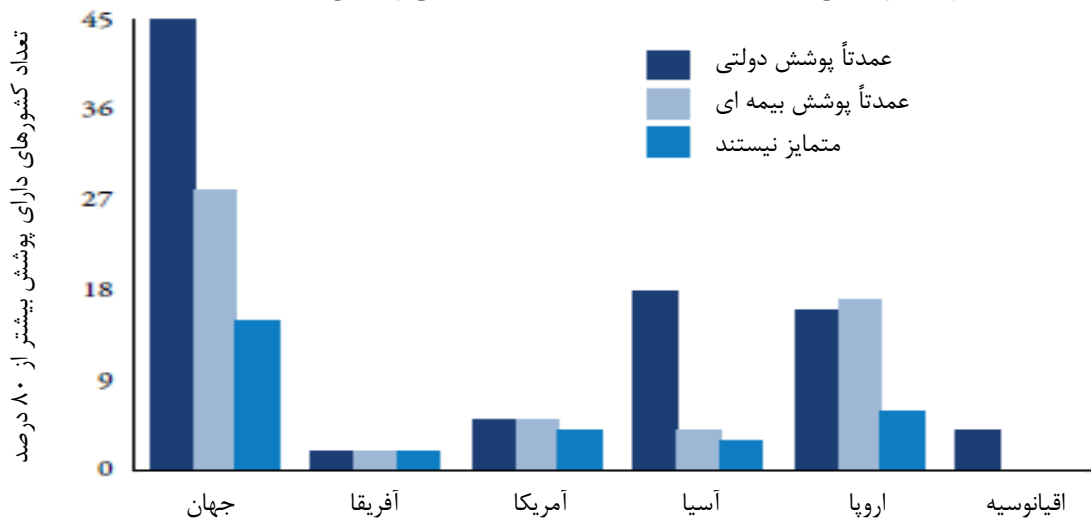
کشورهایی که اخیراً تلاش هایی در جهت کاهش شکاف های پوشش و گسستگی انجام داده اند عبارتند از کامبوج که حدود ۵۰ صندوق دارایی سلامت اکنون دسترسی به خدمات مراقبت سلامت رایگان را به بیش از نیمی از فقیران کشور فراهم می نمایند؛ اندونزی که دولت متعهد شده تا سال ۲۰۱۹ خود، پوشش همگانی را از طریق یک رویکرد هماهنگ طرح های مشارکتی و غیرمشارکتی محقق سازد؛ و جمهوری خلق لائوس که در حال حاضر یک بیمه سلامت ملی را با ادغام ۴ طرح مجزای موجود و با هدف افزایش مشارکت در ریسک و کارایی نظام اجرا می کند.

در تمام مناطق مورد بررسی، ۸۸ کشور در حال حاضر نرخ های پوشش قانونی بالا در حدود ۸۰ درصد جمعیت را محقق ساخته اند. برخی کشورها در مدت نسبتاً کوتاهی به پوشش همگانی دست یافتند (حدود ۱۰ سال درمورد تایلند)، و اعمال اصلاحات را در سطوح پایین درآمد ملی و در خلال دوره بحران اقتصادی آغاز نمودند (Evans et al., 2012).

همان گونه که شکل ۵-۷ نشان می دهد، اکثر کشورها (۴۵) که به نرخ های پوشش قانونی ۸۰ درصد و بالاتر دست یافته اند، عمدتاً از مکانیزم های پوشش دولتی استفاده نموده اند؛ در حالی که ۲۸ کشور عمدتاً از مکانیزم های بیمه ای و ۱۵ کشور باقیمانده از هر دو مکانیزم به صورت ترکیبی بهره گرفتند. تجزیه و تحلیل اطلاعات موجود برحسب منطقه نشان می دهد که در بین کشورهای با پوشش بالا در آسیا و اقیانوسیه، اولویت بیشتر بر مکانیزم های دولتی بوده است و در این حال در اروپا، آفریقا و آمریکا به طور متوسط گرایشی برابر به مکانیزم های دولتی و بیمه ای وجود داشته است.

این داده‌ها نشان می‌دهد که کشورها با توجه به نقش پررنگ و تعهد بخشی از دولت، می‌توانند پوشش بالا و حتی همگانی سلامت را صرف‌نظر از مکانیزم انتخاب شده محقق سازند در صورتی که نظام‌ها و یا طرح‌های مربوطه به خوبی طراحی شوند و جنبه‌های مثبت و منفی مکانیزم‌های گوناگون با دید اجتناب از گسستگی، متوازن گردند. مهمتر از این که چه مکانیزمی انتخاب شود تصمیم‌گیری در این باره است که چه مبنایی برای بستر اجتماعی، اقتصادی، تاریخی و فرهنگی هر کشور خاص مناسب‌ترین است. به علاوه بسیار مهم است که مسئولیت کلی و اولیه برای پوشش سلامت بر عهده‌ی دولت و مبتنی بر اصول کلیدی خاصی نظیر همبستگی و تسهیم بار مالی در تامین منابع می‌باشد. تحقق پیشرفت در زمینه پوشش قانونی و دسترسی به مراقبت سلامت مستلزم تعهد قوی دولت به تنظیم قوانین و مقررات به منظور حداکثر نمودن کارایی و اثربخشی طرح‌ها و نظام‌های حمایت سلامت می‌باشد. هدایت و راهنمایی دولت‌ها در انجام این وظیفه، از طریق اسناد حقوقی بین‌المللی گوناگون از منشور حقوق بشر تا کنوانسیون‌ها و توصیه‌نامه‌های سازمان بین‌المللی کار در حوزه‌ی حمایت سلامت به ویژه کنوانسیون شماره ۱۰۲ و توصیه‌نامه شماره ۲۰۲ امکان‌پذیر است (کادر ۵-۱).

شکل ۵-۷- مکانیزم‌های پوشش مورد استفاده در کشورهای دارای نرخ پوشش سلامت ۸۰ درصد به بالا، ۲۰۱۴



۵-۷- سطح مصارف سلامت خصوصی و عمومی

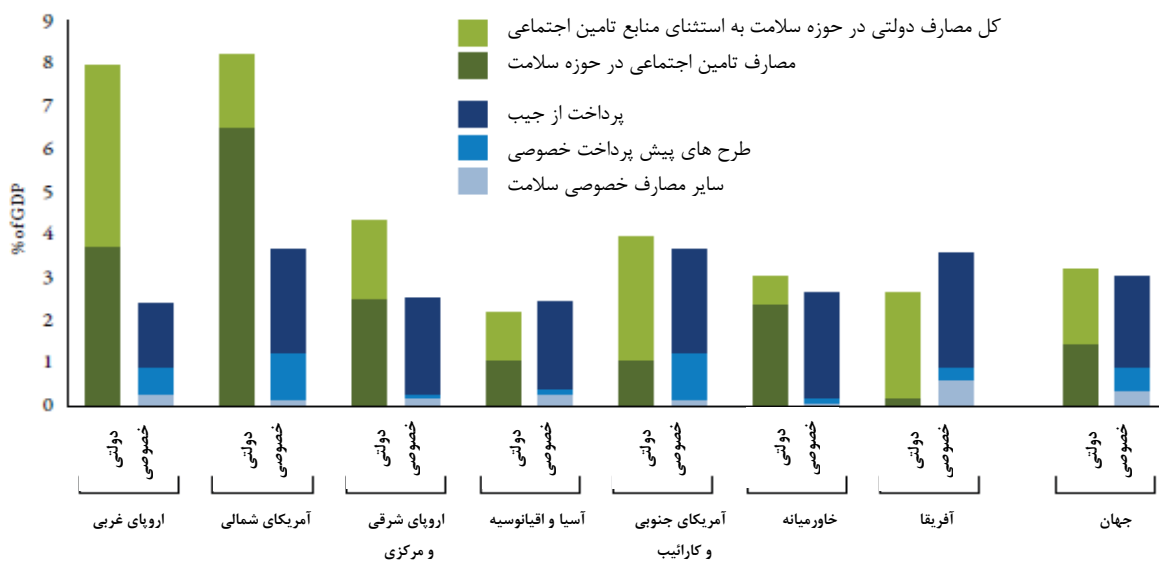
در سراسر جهان، مصارف عمومی در حوزه حمایت سلامت برحسب درصدی از تولید ناخالص داخلی کمابیش برابر با مصارف سلامت خصوصی است. در سطح منطقه‌ای، از این نظر تصویری مشابه قابل مشاهده است به طوری که در آسیا و اقیانوسیه و آفریقا، آمریکای جنوبی و کارائیب و خاورمیانه، سهم بخش عمومی و خصوصی با هم برابر است (شکل ۵-۸). بنابراین بیش از ۴۰ درصد کل بار مالی هزینه‌های سلامت در جهان بر دوش خانوارها و در قالب پرداخت از جیب

می باشد. این یک آمار هشدار دهنده است زیرا پرداخت از جیب پتانسیل این را دارد که موانع دسترسی، نابرابری و فقر ایجاد نماید و با مشخصه ی کاهندگی درآمد و نداشتن ویژگی مشارکت در ریسک، مانعی در برابر همبستگی در تامین مالی می باشد.

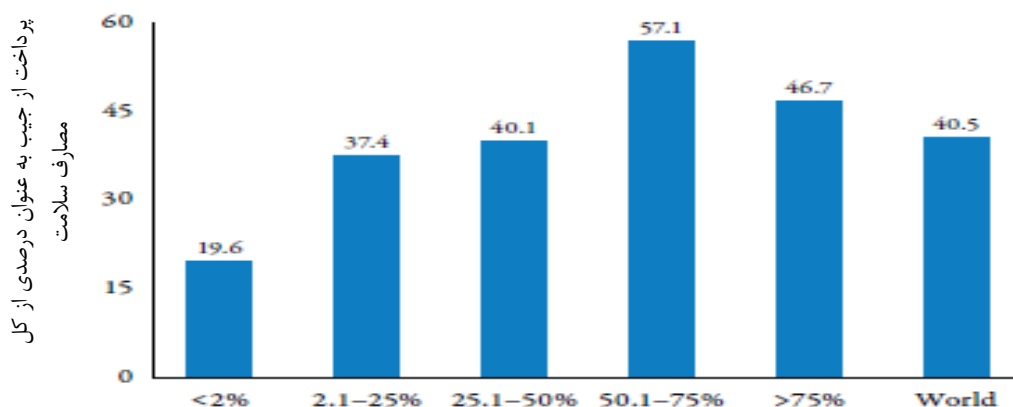
به طور کلی پرداخت از جیب خصوصی علیرغم اثر کاهش درآمدی که دارد، به طور خاص منبع غالب تامین منابع مراقبت سلامت در فقیرترین کشورهای جهان می باشد: در آفریقا مصارف خصوصی حتی بیش از مصارف عمومی و در حدود ۳ درصد تولید ناخالص داخلی است.

در واقع، یک همبستگی مثبت بین نرخ فقر و سهم پرداخت از جیب در کل مصارف سلامت وجود دارد: اندازه فقیرسازی پرداخت از جیب در یک کشور با سطح جمعیتی که زیر خط فقر قرار دارند افزایش می یابد. در کشورهایی که کمتر از ۲ درصد جمعیت با ۲ دلار آمریکا در روز زندگی می کنند، حدود ۲۰ درصد کل مصارف سلامت از محل پرداخت از جیب می باشد؛ در کشورهایی که بیش از ۵۰ درصد جمعیت با ۲ دلار در روز امرار معاش می کنند، این رقم در حدود ۵۰ درصد است. بنابراین این فقیرترین ها که نیازمندترین ها نیز هستند، بیش از سایرین از پرداخت های از جیب و نابرابری های مربوط به آن آسیب می بینند (شکل ۵-۹).

شکل ۵-۸- منابع تامین مالی مراقبت سلامت برحسب منطقه؛ (۲۰۱۱) - (درصدی از GDP)



کل ۵-۹- سهم پرداخت از جیب در کل مصارف سلامت، بر حسب سهمی از جمعیت که زیر ۲ دلار در روز درآمد دارند؛
(۲۰۱۱) (درصد)



گروه کشورها تعیین شده برحسب درصدی از جمعیت که با کمتر از ۲ دلار در روز امرار معاش می کنند.

۵-۸- کمبود جهانی کارکنان حوزه سلامت

سطح پایین مالیه عمومی سلامت، در پایین بودن تعداد کارکنان در این حوزه نیز منعکس است. کارکنان ماهر حوزه سلامت، استوانه محکم هر نظام سلامت به شمار می روند: در واقع کارکنان متخصص سلامت -پزشکان، پرستاران و ماماها طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی- پیش شرط تحویل و ارائه خدمات باکیفیت مراقبت به افراد نیازمند هستند. با این وجود نیروی کار حوزه سلامت در حال تجربه یک بحران جهانی است: تعداد آنها برای ارائه خدمات مورد نیاز بسیار کم است، به طور نابرابر توزیع شده اند و اغلب فاقد شرایط مناسب کار هستند. طبق آخرین داده های موجود، در کشورهای فراوانی اعم از هاییتی، نیجر، سنگال و سیرالئون، به ازای هر ۱۰ هزار نفر دریافت کننده خدمات، ۵ یا کمتر شاغل سلامت وجود دارد. در مقابل، در یک کشور پردرآمد مانند فنلاند در ازای هر ۱۰ هزار نفر ۲۶۹ شاغل حوزه سلامت وجود دارد (جدول ۵-۳).

در بسیاری از کشورها، شاغلین حوزه سلامت از محدودیت های موجود خود را خارج نموده و در جاهای دیگری به دنبال شغل می گردند؛ این امر به نوبه خود بیشتر باعث کاهش دسترسی به خدمات سلامت به ویژه در مناطق روستایی می شود و به فرار مغزها از نظر مهارت و تجربه می انجامد. در سطح جهانی مهاجرت کارکنان حوزه سلامت از کشورهای فقیرتر به ثروتمندتر پیوسته در حال افزایش است: برای مثال بین سال های ۲۰۰۷ و ۲۰۱۲ بیش از ۲۳۰ هزار شاغل سلامت مهاجر، فرصت های شغلی در بخش خدمات مراقبت سلامت ایالات متحده را اشغال کردند (OECD, 2013c).

در همین حال، کاهش پرداختی های کارکنان دولتی از جمله کارکنان حوزه سلامت در بسیاری از کشورها هم کشورهای با درآمد متوسط پایین و هم کشورهای با درآمد بالا، عمدتاً به منظور صرفه جویی در هزینه ها، مدنظر قرار گرفته است (Ortiz and Cummins, 2013).

جدول ۵-۳- تعداد کارکنان درمانی به ازای هر ۱۰ هزار نفر؛ کشورهای منتخب، آخرین سال موجود

نام کشور	تعداد کارکنان حوزه سلامت در ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت
نیجر	۱/۵۶
سیرالئون	۱/۸۸
آفریقای مرکزی	۲/۹۵
هاییتی	۳/۶۰
موزامبیک	۳/۶۷
سنگال	۴/۷۹
بنگلادش	۵/۷۴
گامبیا	۹/۷۲
نروژ	۱۹۶
سوئیس	۲۱۶
فنلاند	۲۶۹

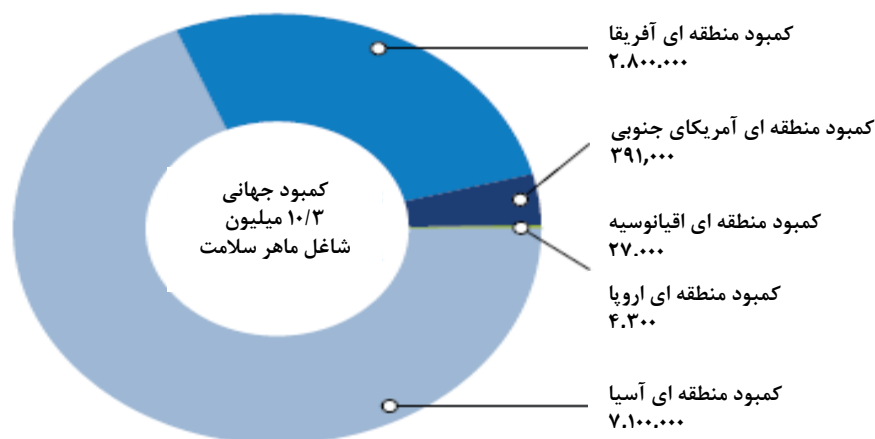
تنها کشورهای معدودی نشان داده اند که برای افزایش تعداد کارکنان حوزه سلامت خود برنامه دارند، آموزش کارکنان موجود را تضمین و یا هماهنگی قابل توجهی بین آموزش، بازار کار و بخش سلامت خود ایجاد نموده اند. با این وجود براساس گزارش اخیر کشوری صندوق بین المللی پول، افزایش های کلی در تعداد کارکنان دولتی از جمله کارکنان سلامت در برخی از کشورها نظیر آفریقای مرکزی، گامبیا و موزامبیک مد نظر قرار گرفته است (Ortiz and Cummins, 2013). تیمور شرقی افزایش تعداد کارکنان سلامت خود را از طریق بازآموزی پزشکان آموزش دیده در کوبا، هدف قرار داده است (Asante et al., 2014).

سازمان بین المللی کار تخمین می زند که ۴۱/۱ شاغل سلامت به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت جهت ارائه حداقل خدمات ضروری به تمام افراد نیازمند این خدمات، مورد نیاز است. این هدف و یا فراتر از آن نه تنها در کشورهای پردرآمد بلکه توسط برخی کشورهای متوسط درآمد پایین نظیر ارمنستان، قرقیزستان، مغولستان و سوازیلند نیز تحقق می یابد. باین حال در سراسر جهان، ۱۰/۳ میلیون شاغل حوزه سلامت بیشتر برای کم کردن شکاف های موجود و

تضمین ارائه خدمات سلامت به همه مورد نیاز است. اکثر این شاغلین نیز در کشورهای در حال توسعه عمدتاً در آسیا (۷/۱ میلیون) و آفریقا (۲/۸ میلیون) مورد نیاز هستند (شکل ۵-۱۰).

سرمایه گذاری در زمینه ی توسعه نیروی کار سلامت، شرط اساسی پیشرفت به سوی پوشش همگانی سلامت و توجه به کاستی های جهانی دسترسی سلامت می باشد. با توجه به این که سهم کل مصارف سلامت اختصاص یافته به حقوق و مزایای نیروی کار سلامت طی ۱۰ سال گذشته افت کرده در حالی که دیگر اجزاء مصارف سلامت به طور معناداری افزایش یافته است، چنین سرمایه گذاری هایی اکنون به موقع می باشد (Hernandez Pena et al., 2013) به علاوه و مهم تر این که چنین سرمایه گذاری هایی پتانسیل شکوفایی اقتصاد جهانی، ارتقاء بازیابی اقتصادی منصفانه در سطوح ملی و ایجاد کار شایسته بادآمدهای منصفانه را در خود دارند.

شکل ۵-۱۰- تعداد کارکنان ماهر حوزه سلامت مورد نیاز برای کم کردن شکاف های جهانی و منطقه ای در جهت پوشش همگانی سلامت (برآورد ILO ۲۰۱۴)



Source: ILO calculations based on WHO Global Health Observatory.

۵-۹- عدم کفایت پرداختی ها به شاغلین حوزه سلامت

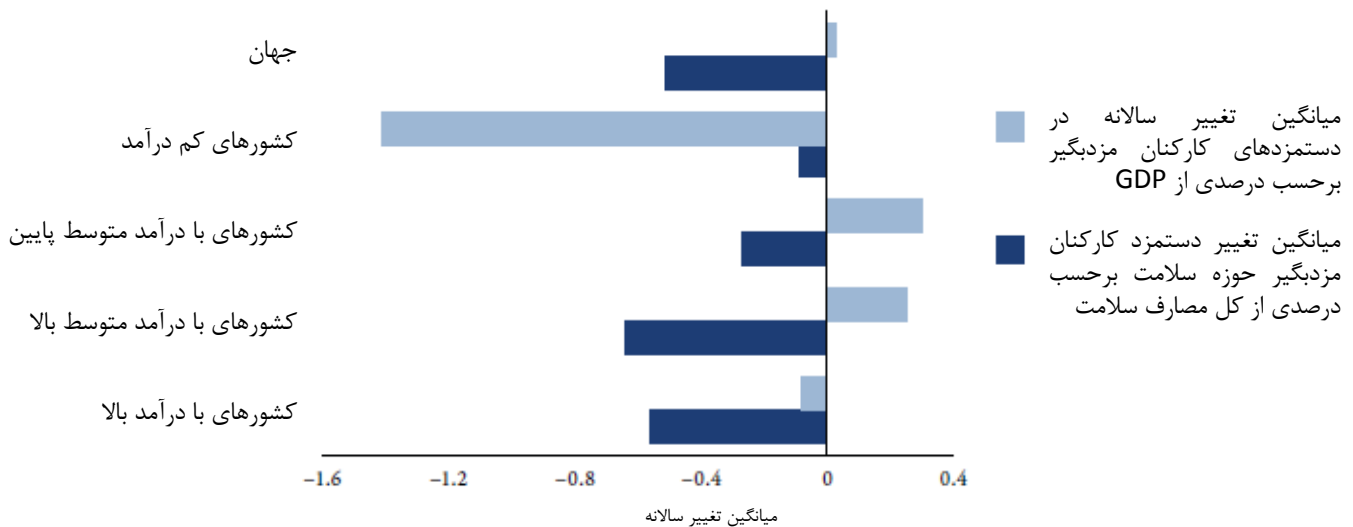
در جستجوی پیشرفت در زمینه پوشش سلامت، افزایش تعداد کارکنان حوزه سلامت باید همگام با ایجاد شرایط کاری شایسته از جمله ارائه دستمزدهای مکفی به آنها، صورت پذیرد.

در سال های اخیر لیست دستمزد کارکنان سلامت کاهش یافته است و گاهی هم این افت اساسی بوده است: برای مثال در جمهوری کنگو و میانمار دستمزدها در خلال بحران اقتصادی بین سال های ۲۰۰۷ و ۲۰۰۹، حدود ۴۰ درصد کاهش یافت (UNICEF, 2010). در واقع دستمزدها اغلب بسیار کم هستند که شاغلین در گروه های پایین دستمزدی با ریسک فقر روبه رو می گردند: در کشورهای نظیر سودان، مصر و میانمار، دستمزدها در بخش سلامت تنها یک درصد

بالتر از خط فقر (۲ دلار آمریکا در روز) هستند. در سایر کشورها هرچند لیست دستمزدهای کارکنان حوزه سلامت به ارقام اسمی ثابت بوده اند، لیکن به ارقام واقعی، به دلیل پایین آمدن قدرت خرید افراد، افت داشته اند.

شکل ۵-۱۱- تغییر سالانه در دستمزدهای کارکنان حوزه سلامت به عنوان سهمی از کل مصارف سلامت و GDP

برحسب سطح درآمد ملی، ۲۰۰۰-۲۰۱۰؛ (درصد)



Source: Based on Hernandez-Pena et al., 2013.

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43298>.

طی دهه نخست قرن حاضر، جبران خدمات کارکنان مزدبگیر حوزه سلامت برحسب درصدی از تولید ناخالص داخلی در سطح جهان تقریباً بدون تغییر ماند و برحسب درصدی از کل مصارف سلامت کاهش یافت (شکل ۵-۱۱). به علاوه تاخیر در پرداخت ها در بسیاری از کشورها غالب است. پیامدهای آن نیز غیبت، درخواست برای پرداخت های غیررسمی و فرار مغزهای شاغلینی که به دنبال دستمزدهای بالاتر در خارج از کشور موطن خود می باشند، بوده است.

۵-۱۰- تمهیدات تثبیت مالی: محرک بازیابی اقتصادی یا بخشی از معضل

در خلال بحران اخیر، تنها کشورهای معدودی در جهت افزایش پوشش قانونی سلامت، حرکت نموده اند. در بنین و گابن، طرح های بیمه سلامت همگانی معرفی شدند (ISSA, 2013b)؛ در ایالات متحده به موجب قانون حمایت بیماران و مراقبت قابل استطاعت سال ۲۰۱۰، در فیلیپین به موجب دستورالعمل سلامت آکینو جهت تحقق پوشش همگانی در سال ۲۰۱۰ و در چین برای ساکنین شهری و روستایی، پوشش قانونی گسترش یافت (SSA and ISSA, 2012; and ISSA, 2013a). کشورهای دیگر نظیر اروگوئه همزمان گسترش پوشش و کاهش گسستگی و بخشی نگری در این زمینه را هدف قرار دادند (EsSalud and ILO, 2013).

در عین حال، بسیاری از کشورها برنامه‌ها و تمهیدات تثبیت مالی^{۳۵} را با هدف اولیه بازبایی اقتصادی از طریق کاهش کسری‌های مالی، اجرا نمودند. از جمله‌ی این تمهیدات، اصلاحات ساختاری و تعدیل‌های کمی در بخش عمومی بود. در بخش سلامت، این اقدامات غالباً به صورت کاهش‌های بودجه‌ای با آثار منفی بر در اختیار بودن و قابلیت استطاعت خدمات سلامت و داروهای ضروری مانند آنتی‌بیوتیک‌ها و ایجاد و حفظ زیرساخت‌ها بود. لذا بین سال‌های ۲۰۰۹ و ۲۰۱۱، سرانه مخارج سلامت به طور معناداری به ویژه در کشورهای یونان و ایرلند (به ترتیب ۱۱/۱ و ۶/۶ درصد) کاهش یافت (OECD, 2013c).

جدول ۴-۵ تصویری کلی از برخی اعلامیه‌های سیاست‌های تثبیت مالی در حوزه حمایت سلامت در کنار افزایش پیش‌بینی شده و عملکردی پس‌اندازها را نشان می‌دهد.

این اعلامیه‌ها هم‌نشان‌دهنده‌ی کاهش‌ها در بودجه کل برای وزارتخانه‌های بهداشت و سلامت و هم کاهش‌های شدید در مصارف عمومی سلامت بر مبنای سرانه می‌باشند. چنین کاهش‌هایی موجب کاهش عرضه مراقبت سلامت در طیفی از حوزه‌ها از مراقبت پیشگیرانه تا مراقبت‌های اورژانسی برای مهاجرین غیرمجاز در اسپانیا شده است. کاهش در مصارف عمومی سلامت همچنین سطح دستمزد کارکنان حوزه سلامت را متأثر ساخت (جدول ۵-۵)؛ باعث تعویق اصلاحات اساسی در راستای گسترش و بهبود پوشش قانونی سلامت گردید برای مثال نظام ملی بیمه سلامت در قبرس؛ محدودیت در حجم برخی از خدمات را تحمیل نمود؛ و موجب کاهش مزایا و حذف مراقبت‌های پیشگیرانه شد. در ضمن در کشورهای مختلفی سطح پرداخت‌های از جیب به طور قابل توجهی افزایش یافت در حالی که مصارف عمومی سلامت محدود گردید و کمابیش ثابت ماند (جدول ۵-۶).

منتقل ساختن بار مالی پرداخت هزینه‌های مراقبت سلامت از دوش عمومی به افراد و خانوارها، با عنایت به اثر کاهشی و پس‌رونده‌ی پرداخت‌ها از جیب، اثر منفی شدیدی بر گروه‌های کم‌درآمد در بردارد. در نتیجه شکاف پوشش و دسترسی بین ثروتمندان و فقیران گسترده‌تر می‌شود. بنابراین سیاست‌های تثبیت مالی در کنار رشد فقر ناشی از رکود، به احتمال فراوان موجب افزایش نابرابری‌ها در درون کشورها می‌گردد.

به علاوه، کاهش شغل و دستمزد در مورد کارکنان سلامت به طور معناداری دسترسی به خدمات سلامت را تقلیل داد. جدول ۵-۵ کاهش‌های اخیر در دستمزدهای شاغلین بخش عمومی اعم از کارکنان حوزه سلامت را در کشورهای اروپایی به طور خاص کشورهایایی که به شدت از بحران اخیر ضربه خورده‌اند، نشان می‌دهد: در یونان از سال ۲۰۱۰ دستمزدهای بخش عمومی تا حدود ۳۰ درصد کاهش یافته است و در پرتغال و اسپانیا کاهش‌های ۵ درصدی رخ داده است.

^{۳۵} در گزارش حاضر، تثبیت مالی بر طیف گسترده‌ای از تمهیدات اصلاحی و تعدیلی اتخاذ شده به منظور کاهش کسری‌های دولت و انباشت دیون، دلالت دارد. سیاست‌های تثبیت مالی اغلب به سیاست‌های ریاضتی اشاره دارد.

در این حال که تمهیدات تثبیت مالی موجب کاهش در تعداد و میزان دستمزدهای کارکنان حوزه سلامت شد؛ یک افزایش تقاضا برای خدمات عمومی سلامت در کشورهای نظیر یونان و قبرس مشاهده گردید. در حالی که پذیرش در بیمارستان های عمومی رشد داشت، پذیرش در بیمارستان های خصوصی افت نشان می داد (Kentikelenis et al., 2011)، لذا دولت قبرس تصمیم گرفت تا اجرای برنامه ریزی شده ی طرح بیمه سلامت ملی را به تعویق بیندازد که همین امر نیز باعث بیشتر شدن نابرابری ها و شکاف در دسترسی شد.

به طور کلی، اثر تمهیدات تثبیت مالی اتخاذی در پاسخ به بحران، به واسطه بیشتر نمودن نابرابری ها در دسترسی به مراقبت سلامت، افزایش هزینه های مالی خانوارها، کاهش مزایا و لذا افزایش محرومیت، در زمینه پیشرفت به سوی دستیابی به پوشش همگانی سلامت، متوقف کننده یا حتی معکوس می باشد.

جدول ۴-۵- سیاست های تثبیت مالی اعلام شده و صرفه جویی مالی مربوطه، کشورهای منتخب، ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۴

نام کشور	سال	اصلاحات	صرفه جویی مالی
بوتسوانا	۲۰۰۷-۱۱	کاهش در سرانه مصارف دولتی در حوزه سلامت به میزان ۱۴/۴ درصد به قیمت ثابت دلار	
بلغارستان	۲۰۰۹	کاهش بودجه وزارت بهداشت	کاهش بودجه از ۷۱۳ میلیون لِف در سال ۲۰۰۸ به ۵۳۷ میلیون لِف در سال ۲۰۰۹ و ۵۷۰ میلیون در سال ۲۰۱۰ (کل کاهش ۱۰۰ میلیون دلار)
قبرس	۲۰۱۱	تعویق اجرای نظام جدید بیمه ملی سلامت	
جمهوری چک	۲۰۱۰	کاهش بودجه وزارت بهداشت در حدود ۳۰ درصد در سال ۲۰۱۰ نسبت به سال ۲۰۰۸	۱۰۷/۱۸ میلیون دلار
مجارستان	۲۰۱۰	محدودسازی حجم خدمات سرپایی افزایش ویزیت استفاده کنندگان	۱/۳ درصد کاهش در میانگین سالانه مصارف دولت در حوزه سلامت از سرانه ۴۷۶/۶ دلار به ۴۵۲ دلار
استونی	۲۰۰۹	کاهش بودجه صندوق بیمه سلامت استونی. کاهش بودجه بیمه سلامت به میزان ۱ درصد و کاهش مصارف وزارت بهداشت به میزان ۲۴ درصد بین سال های ۲۰۰۸ و ۲۰۰۹	مخارج صندوق ۲۶۳,۶۹۹,۰۰۰ واحد پول استونی (۲۲/۴۸ میلیون دلار) کاهش داشت.
یونان	۲۰۱۱	حذف تمهیدات خاص مراقبت پیشگیرانه توافق بر سر کاهش مصارف عمومی سلامت در سال ۲۰۱۲ از ۱/۹ به ۱/۳۳ درصد GDP، به عنوان بخشی از درخواست کمک از صندوق بین المللی پول کاهش ۳/۷ درصدی میانگین سالانه مصارف دولتی در زمینه سلامت از سرانه ۱,۲۸۱/۲ دلار به ۱۰۰/۹	بودجه سلامت در سال ۲۰۱۱ به میزان ۱/۴ میلیارد یورو کاهش یافت.
لیتوانی	۲۰۱۰	اصلاح قانون مزایای دوران بیماری و بارداری در جهت کاهش مزایا از مبلغ کامل به ۹۰ درصد پرداختی	
مالاوی	۲۰۱۱	تعلیق کمک بریتانیا به دولت مالاوی که بیشتر آن در حوزه سلامت صرف می شد.	سرویس هماهنگی امور بشردوستانه ی سازمان ملل تخمین می زند که پیش از قطع کمک، به ارزش ۴۹ میلیون دلار آمریکا از کمک ها صرف بخش سلامت شده است.

نام کشور	سال	اصلاحات	صرفه جویی مالی
مغولستان	۲۰۰۹	اصلاح بودجه سلامت که بر اساس آن حقوق و دستمزد عمومی تا ۳ درصد، مخارج مربوط به آموزش کارکنان ۵۵ درصد، تخصیص منابع برای دارو و واکسیناسیون ۲۰ درصد، سایر کالاها و خدمات ۱۷ درصد و سرمایه گذاری داخلی بر پروژه های سرمایه ای ۲۰ درصد کاهش یافت.	کاهش بودجه بخش سلامت به میزان ۲۳ میلیارد تاقریک (۱۳/۵ میلیون دلار)
رومانی	۲۰۰۸-۱۱	کاهش بودجه وزارت بهداشت به میزان ۴,۹۶۹ میلیون واحد پول رومانی در سال ۲۰۰۸ و ۴,۴۱۷ میلیون در سال ۲۰۱۱.	۱۷۱ میلیون دلار
اسلونی	۲۰۱۰	کاهش معالجات غیرحاد، داروهای خاص، خدمات آمبولانس غیراورژانس، پروتز دندان و برخی تجهیزات چشم پزشکی	
سريلانكا	۲۰۰۷-۱۱	افزایش مصارف دولت به میزان ۰/۷ درصد، میانگین سالانه پرداخت های از جیب به میزان ۵/۶ درصد (سرانه به قیمت ثابت دلار آمریکا)	
تانزانیا	۲۰۰۷-۱۱	کاهش ۲/۶ درصدی مصارف دولت؛ افزایش ۳۴/۶ درصدی میانگین سالانه پرداخت از جیب	
اوکراین	۲۰۰۷-۱۱	افزایش مصارف دولت به میزان ۰/۴ درصد؛ افزایش ۷/۸ درصدی میانگین سالانه پرداخت از جیب	
بریتانیا	۲۰۱۰	از ابتدای سال ۲۰۱۱، کمک هزینه سلامت بارداری برای هر مادر در انتظار قطع شد.	پارلمان صرفه جویی ۴۰ میلیون پوندی را در هزینه ها در سال ۲۰۱۱-۱۰ و ۱۵۰ میلیون پوند را در هر سال پس از آن تخمین زد. رقم دقیق صرفه جویی مشخص نیست.
	۲۰۱۲	قانون مراقبت سلامت و اجتماعی سال ۲۰۱۲، تعداد نهادهای بهداشتی و سلامت را کاهش داد.	

جدول ۵-۶- میانگین افزایش سالانه پرداخت از جیب؛ کشورهای منتخب، ۲۰۰۷-۱۱ (درصد)

نام کشور	میانگین افزایش سالانه (درصد، سرانه به ارزش ثابت دلار)
تانزانیا	۳۴/۶
گینه استوایی	۳۲/۲
ترکمنستان	۱۶/۷
پاراگوئه	۱۵/۱
کامبوج	۱۲/۱
روسیه	۹/۲
چین	۷/۲
سريلانكا	۵/۶
رواندا	۵/۳

جدول ۵-۵- کاهش های اعلام شده در دستمزدهای عمومی؛ کشورهای منتخب اروپایی، ۲۰۱۰-۱۳ (درصد)

نام کشور	۲۰۱۰	۲۰۱۱	۲۰۱۳
یونان	۱۴		۱۷
پرتغال	۰	۵	۰
اسپانیا	۵		

در خصوص آثار اقتصادی این تمهیدات، می توان نتیجه گیری نمود که به جای رفع مشکل بدهی ها و کسری ها، تمهیدات تثبیت مالی در حوزه حمایت سلامت به مثابه مانع شکوفایی اقتصادی عمل نموده و آثار بحران اقتصادی را از طریق تضعیف بهره وری نیروی کار و کاهش اشتغال کارکنان حوزه سلامت مورد نیاز، وخیم تر کرده است. به علاوه این تمهیدات یک اثر منفی بر حق کار کردن و استانداردهای مکفی معاش به ویژه برای بخش های آسیب پذیر جمعیت که بیشترین آسیب را از کاهش بودجه و افزایش پرداخت از جیب متحمل می شوند، به همراه دارند.

۵-۱۱- توجه به چالش ها: تحقق پیشرفت پایدار در دسترسی به مراقبت سلامت

بحران اخیر اقتصادی و مالی در بسیاری از کشورها خانوارها و بودجه های دولتی را تحت فشار قرار داد. این بحران به واسطه کاهش دسترسی و استطاعت پذیری مراقبت سلامت باکیفیت، اثرات منفی قابل اجتنابی در حوزه سلامت داشت و موجب افزایش نابرابری ها در دسترسی به مراقبت سلامت گردید. به علاوه تمهیدات تثبیت مالی اتخاذ شده، مانع بازیابی اقتصادی شدند. در حال حاضر نیاز مبرمی به تلاش برای دستیابی به پیشرفت پایدار وجود دارد.

ارتقاء نرخ های پوشش سلامت ملی و جهانی و فراهم نمودن دسترسی به مزایای ضروری سلامت به ویژه در کشورهای کم و متوسط درآمد، حرکت پیچشی نزولی ضعف سلامتی و فقر را پایان می بخشد و به شکوفایی اقتصادی کمک می کند. با این حال دستیابی به پیشرفت پایدار، ضروری است که سیاست های به کار رفته بازنگری شده و درس ها و تجارب گذشته مورد توجه قرار گیرند.

در دهه های اخیر اهمیت پوشش سلامت برای اقتصاد اغلب به میزان کافی مورد توجه سیاستگذاران که وجود کاستی های دسترسی را پذیرفته اند - در برخی کشورها تا ۸۰ درصد جمعیت فاقد پوشش قانونی سلامت - قرار نگرفته است. به علاوه فرض اشتباه رابطه تعاملی (بده بستانی) بین هزینه های پوشش همگانی در حوزه سلامت و رشد اقتصادی موجب گردید منافع بالقوه بهره وری، اشتغال و توسعه در پوشش همگانی مورد غفلت قرار گیرند. در نتیجه ضعف سلامتی غالباً یک موضوع خصوصی قلمداد شد و ارتباطات پیچیده اجتماعی و اقتصادی که فقر، اشتغال، جنسیت و

طبقه بندی اجتماعی-اقتصادی تاثیرگذار در محروم شدن افراد از دسترسی موثر به مراقبت سلامت را با هم مرتبط می سازد، نادیده گرفته شد.

مفهوم معاصر از تامین دسترسی به مراقبت سلامت از طریق حمایت اجتماعی، حوزه سلامت را در قالب یک چارچوب حقوق بشری قرار می دهد. توصیه نامه شماره ۲۰۲ سازمان بین المللی کار، حق برخورداری از سلامت را با شاخص های مهم اقتصادی و اجتماعی مرتبط می سازد و این پیوندها را به جای این که در سطح فردی متمرکز شود و راه کارهای کوتاه مدت بدون داشتن تصویری کلی توصیه نماید، در سطحی نظام مند هم درون و هم ورای بخش سلامت مورد توجه قرار می دهد.

هدف چنین رویکردی پیشرفت پایدار از طریق سرمایه گذاری در ساختارها و نهادهای حمایت اجتماعی سلامت با پشتوانه تعهد سیاسی و دانش فنی می باشد. این امر خود مستلزم تایید صریح نیاز به پوشش قانونی سلامت و دسترسی به حداقل مراقبت سلامت ضروری موجود، با کیفیتی قابل قبول و در حد استطاعت مالی می باشد. چنین تدبیری کمک شایانی برای ارتقاء برابری، کاهش محرومیت و البته فقر است. به علاوه یک مفهوم معاصر از پوشش همگانی سلامت، تامین مالی منصفانه مبتنی بر تسهیم هزینه ها با استفاده از مالیات ها (برای مثال خدمات ملی سلامت)، یا تامین مالی از محل حق بیمه کسر شده از دستمزد یا حق مشارکت (به شکل های مختلف بیمه اجتماعی، ملی یا خصوصی) می باشد. پرداخت های از جیب مشخصه ابزار تامین مالی سلامت را ندارد لیکن می تواند در یک ظرفیت حداقلی برای مقاصد دیگر مانند محرک های تشویقی از آن استفاده نمود. الزام به احراز مفاد اصلی حق برخورداری از سلامت به صورت تحویل خدمات سلامت، باید بدون توجه به مکانیزم تامین مالی اتخاذ شده، تحقق یابد.

توصیه نامه شماره ۲۰۲ سازمان بین المللی کار، راهنمایی در خصوص سیاست های مربوطه که برای تحقق کامل اثرات مثبت و پایدار سرمایه گذاری در زمینه سلامت و دستیابی به پوشش همگانی سلامت مورد نیاز هستند، فراهم می نماید (جدول ۵-۷). طبق این توصیه نامه، دسترسی به مراقبت سلامت مورد نیاز باید در قوانینی که قابلیت استطاعت خدمات را پشتیبانی می کنند و دسترسی به مراقبت سلامت را به لحاظ در اختیار بودن خدمات و امکانات با کیفیت مناسب که توسط کارکنان ماهر ارائه می شوند، تضمین می کنند، منعکس شود. هدف باید پوشش همگانی مبتنی بر ارائه حداقل مزایای مراقبت سلامت ضروری باشد. چنین مزایایی باید در سطح ملی و با توجه به نیازهای درمانی موجود و تقاضا برای مراقبت های مادران و پیشگیری و تامین حمایت های مالی، تبیین شوند. توسعه تصاعدی مراقبت سلامت ضروری به سمت بسته های جامع تر مزایا نیز توصیه می گردد.

در اختیار بودن خدمات باکیفیت ایجاب می کند که تعداد کافی از کارکنان حوزه سلامت، آموزش دیده، استخدام شده، شرایط کاری شایسته ای برای آنها فراهم گردیده و به طور منصفانه در کشورها به ویژه در مناطق روستایی و حاشیه شهری، توزیع شوند. در این زمینه لازم است که دولت ها درون بازار کار ملی، عرضه و تقاضا را از طریق فراهم

نمودن شرایط کاری مناسب (از جمله دستمزدها)، متوازن کنند. به علاوه بسیار مهم است که اختلاف در دستمزدها در مناطق مختلف و بین پزشکان عمومی و متخصص مد نظر قرار گیرد.

جدول ۵-۷- ابعاد مهم سیاست های کف حمایت اجتماعی با هدف تحقق پوشش همگانی در زمینه سلامت مبتنی

بر توصیه نامه شماره ۲۰۲

اهداف	اصول سیاستی	مولفه های مهم مزایای ضروری سلامت	تامین مالی	سیاست های تکمیلی
<ul style="list-style-type: none"> پوشش همگانی ارائه دهنده دسترسی به مجموعه ای از کالاها و خدمات تعریف شده ملی برای مراقبت سلامت ضروری شامل مراقبت های مادران و پیشگیرانه احراز معیارهای موجود بودن، دسترسی، مقبول بودن و کیفیت به دنبال تحقق سطوح بالاتر حمایت مصرح در کنوانسیون شماره ۱۰۲ دستیابی به انسجام سیاستی 	<ul style="list-style-type: none"> همگانی بودن (دسترسی به خدمات باکیفیت برای تمام افراد نیازمند) رویکرد حق محور شمول اجتماعی عدم تبعیض پاسخگو به نیازهای پایه و خاص مشارکت اعم از مذاکرات اجتماعی 	<ul style="list-style-type: none"> مزایای غیرنقدی شامل مراقبت درمانی، مادران و پیشگیرانه مبتنی بر سطح مکفی خدمات سلامت باکیفیت (بستری و سرپایی) و دارویی. مزایای نقدی تامین کننده حمایت مالی (مانند هزینه سفر بیمار و کاهش یا محو فقر ناشی از هزینه های درمانی) 	<ul style="list-style-type: none"> همبستگی در تامین مالی از طریق افزایش مشارکت در ریسک و کاهش هزینه های سلامت خصوصی فاقد مشارکت سایرین مانند پرداخت هزینه های استفاده از خدمات، بسته های مزایای محدود و با کیفیت پایین. تنوع مکانیزم های تامین مالی و تحویل خدمات شامل نظام های مبتنی بر مالیات، کسر حق بیمه و حق بیمه 	<ul style="list-style-type: none"> بررسی شکاف ها در پوشش حمایت اجتماعی، مزایا و خدمات با رویکرد کاهش فقر توسعه فضای مالی بودجه ای تضمین کننده پایداری مالی و اقتصادی و نظارت بر روند پیشرفت انسجام و ارتباط با سیاست های اجتماعی، اشتغال مانند ارتقاء اشتغال رسمی تقویت ظرفیت ها و نظارت نظام تامین اجتماعی

بهبود شرایط کار و دستمزدهای کارکنان حوزه مراقبت سلامت به منظور غلبه بر کمبود عرضه نیروی کار در تمام شاخه های این بخش، ضروری می باشد. این امر مستلزم قائل بودن حق سازماندهی و چانه زنی برای تمام کارکنان مراقبت سلامت می باشد. چانه زنی جمعی بهترین شیوه برای مذاکره درخصوص ترتیبات محیط کار است که تعداد لازم و باکیفیت کارکنان مراقبت سلامت را تامین می کند. به علاوه مراجع عمومی باید خود کارفرما و فراهم کننده ی سرمشق باشند. بنابراین مصارف مربوط به وجوه عمومی و هر گونه تمهید قراردادی مربوط به مراقبت سلامت باید دربرگیرنده ی مفادی تضمین کننده کار شایسته باشند. ابزارهای مهم تحقق شرایط لازم عبارتند از قوانین و مقررات، توافقات جمعی و دیگر مکانیزم های مذاکره بین نمایندگان کارگران و کارفرمایان و احکام قضایی. در نهایت این که در

خصوص مهاجرت کارکنان حوزه سلامت، سازوکارهای دو یا چندجانبه با دید جبران هزینه های آموزشی و اجتناب از فرار مغزها مورد نیاز است.

ایجاد منابع مکفی برای برقراری حمایت سلامت همگانی متضمن کشف جنبه های مثبت و منفی تمام مکانیزم های تامین مالی موجود، هماهنگی موثر رویکردهای مختلف به صورتی منصفانه، دوری از گسستگی و فرار مالیاتی و مقابله با فساد می باشد. مهمترین موضوع در تخصیص منابع مکفی، اراده سیاسی است. برای مثال در تایلند اخیراً پوشش همگانی سلامت و اعمال اصلاحات در شرایطی ظرف یک دهه محقق شد که سرانه درآمدها نسبتاً پایین و اقتصاد غیررسمی بزرگ بود (Evans et al., 2012).

به علاوه ضروری است که سیاست های مالی بودجه ای به طور نظام مند و با هدف کم کردن شکاف های منابع، با توجه به رابطه ی دو سویه بین ضعف سلامت و فقر از طریق استفاده از تدابیر و تمهیدات مختلف حمایت اجتماعی، مورد استفاده قرار گیرند. در این زمینه در هنگام ارزیابی هزینه توسعه حمایت اجتماعی سلامت، باید بازده سرمایه گذاری ها در حوزه سلامت برحسب بهره وری، اشتغال و توسعه مدنظر قرار گیرد.

بسیاری از مشکلاتی که در این فصل مطرح گردید می توانند حداقل تا حدودی ناشی از حکمرانی و اداره ناکارآمد و غیرموثر نظام های ملی حمایت سلامت باشند. این امر موضوعاتی نظیر نبود تعهد سیاسی و نهادی و همچنین اهمیت نظارت، بازخوردگیری و پشتیبانی منظم از طریق مذاکرات ملی سه جانبه و اجتماعی را مطرح می نماید. نظارت بر پیشرفت ها در زمینه دسترسی برابر، با عنایت به آستانه ها و حدود تعیین شده، پیش شرط پیشرفت پایدار می باشد. این حدود باید با برآورد قابلیت استطاعت و در اختیار بودن مراقبت باکیفیت و حمایت مالی برای تمام نیازمندان مراقبت تعیین شوند و شامل پوشش همگانی جمعیت مصرح در قوانین، حد پرداخت از جیب به منظور کاهش فقر یا افزایش بیش از ۴۰ درصد درآمد خانوار و یک آستانه ۴۱/۱ شاغل حوزه سلامت بهره مند از کار شایسته به ازای هر ۱۰ هزار نفر جمعیت می گردد.

به علاوه، امکان مذاکره اجتماعی اساساً مبتنی بر سه جانبه گرایی، در توجه به کمبودها و کاستی ها ضروری است - خواه این کاستی ها ماهیت اداری یا مدیریتی درون یک طرح یا نظام داشته باشند و خواه ناشی از عدم انسجام سیاست ها در سطح ملی، منطقه ای یا جمعی باشند. نیاز به مذاکرات اجتماعی به واسطه ی توصیه نامه شماره ۲۰۲ که "مشارکت سه جانبه با سازمان های نمایندگان کارفرمایان و کارگران و همچنین مشاوره ی دیگر سازمان های نماینده افراد مرتبط" (بند ۳) را الزامی می داند، تقویت گردید. در تسهیل پیشرفت در حمایت سلامت، بسیار حائز اهمیت است که مذاکرات اجتماعی سه جانبه منظم بین ذی نفعان مربوطه به هدایت ارگان های حاکمیتی ملی و به منظور تضمین حکمرانی و اداره مناسب نظام ها و سیاست های سلامت، برقرار گردد.

در توجه برابر به نیاز به مراقبت سلامت ضروری و حمایت درآمدی، سیاست هایی که در جدول ۵-۷ به آنها اشاره شده است، طیف وسیعی از سیاست ها را جهت مقابله با علل نابرابری در دسترسی به مراقبت سلامت و کمک به برقراری پوشش همگانی حمایت اجتماعی در حوزه سلامت، فراهم می نماید. در هنگام اجرای سیاست های منسجم در بخش های اجتماعی، اقتصادی و سلامت، دولت ها باید به منظور جلوگیری از افزایش های ناخواسته نابرابری و تحقق آثار سرایت پذیری اقتصادی^{۳۶}، بر کاهش فقر و سیاست های بازار کار تاکید نمایند.

این سیاست ها پتانسیل آن را دارند که هم پوشش همگانی سلامت و هم بازده اقتصادی را در تمام کشورها و در تمام سطوح درآمدی ملی محقق سازند. این خط مشی ها عبارتند از:

- یک دورنمای سیاسی فراگیری مبتنی بر یک چارچوب همگانی که توسط یک دولت متعهد، شرکای اجتماعی و جامعه مدنی پشتیبانی می شود و با یک نظام موجه و یا طرحی مبتنی بر تخصص فنی و بهترین تجارب جهانی مرتبط است؛
- اهداف کلانی که با انتظارات جمعیت از منظر دسترسی، قابلیت استطاعت و کیفیت خدمات منطبق می باشند؛
- بالفعل نمودن پتانسیل سیاست های کف حمایت اجتماعی که بر مبنای ارزیابی معتبر و بررسی آثار به منظور ایجاد فضای مالی بودجه ای و منابع داخلی برای حمایت سلامت، ایجاد، اجرا و نظارت شده اند؛
- نهادهایی با خصوصیات حکمرانی خوب که ظرفیت و ابزار اجرای اصلاحات لازم مبتنی بر راهبردهای موثر و کارآمد را دارند و هدف هماهنگی طرح ها و نظام های موجود، توجه به کمبودهای نیروی کار سلامت و تضمین این که افراد مراقبتی را که برای ادامه زندگی نیاز دارند دریافت می نمایند، دنبال می کنند.

³⁶ Economic Spillover effects

کلید بازیابی پس از بحران، توسعه فراگیر و عدالت اجتماعی

نکات مهم:

- بروز بحران های اقتصادی و مالی جهانی به طور موثری اهمیت تامین اجتماعی را به عنوان یک حق انسانی و یک ضرورت اجتماعی اقتصادی روشن می سازند و این امر همچنین در توصیه نامه کف حمایت های اجتماعی شماره ۲۰۲ مصوب سال ۲۰۱۲ سازمان بین المللی کار نیز بیان شده است.
- در مرحله نخست بروز بحران (۲۰۰۹-۲۰۰۸)، حمایت اجتماعی نقش بسیار مهمی در زمینه واکنش های انبساطی ایفا نمود. در حدود پنجاه کشور با درآمدهای متوسط و بالا، بسته های انگیزشی مالی بالغ بر ۲/۴ هزار میلیارد دلار که حدود یک چهارم آن در برنامه های حمایت اجتماعی ضد ادواری سرمایه گذاری شده بود، مورد استفاده قرار گرفت.
- در مرحله دوم بحران (۲۰۱۰ به بعد)، بسیاری از دولت ها، با وجود نیاز مبرم به ارائه حمایت های عمومی به جمعیت آسیب پذیر، مبادرت به تثبیت مالی و انقباض زود هنگام هزینه ها نمودند. انتظار می رود که در سال ۲۰۱۴، دامنه تعدیل مصارف عمومی به طور قابل توجهی تشدید شود، بر اساس پیش بینی های صندوق بین المللی پول، یکصد و بیست و دو کشور، مصارف خود را برحسب نسبتی از تولید ناخالص داخلی کاهش خواهند داد که هشتاد و دو کشور از این مجموع، کشورهای در حال توسعه هستند. به علاوه، یک پنجم از این کشورها مبادرت به اجرای سیاست های تثبیت مالی خواهند نمود که به صورت کاهش مصارف عمومی به زیر سطح پیش از بحران نمود پیدا می کند.
- برخلاف تصور عمومی، انجام اقدامات تثبیت مالی به اروپا محدود نمی شود؛ بسیاری از کشورهای در حال توسعه نیز این اقدامات تعدیلی را از جمله حذف یا کاهش یارانه های مواد غذایی و سوخت، کاهش یا تعیین سقف بر دستمزدها برای کارکنان بخش مراقبت سلامت و اجتماعی، هدفمندسازی محدودتر مزایای حمایت اجتماعی و اصلاحات نظام های مستمری و مراقبت سلامت، اتخاذ کرده اند. بسیاری از دولت ها نیز اقدامات طرف درآمدهای به طور مثال، افزایش مالیات بر مصرف نظیر مالیات بر ارزش افزوده بر کالاهای اساسی مصرفی خانواده های کم درآمد و فقیر را مورد توجه قرار می دهند.
- در کشورهای در حال توسعه، برخی از درآمدهای ناشی از این تنظیمات، به طور مثال درآمدهای حاصل از حذف یارانه ها برای طراحی یک مکانیزم جبرانی و یک شبکه ایمنی برای فقیرترین اقشار جامعه مورد استفاده قرار گرفته است. با این حال با توجه به گستردگی خانواده های کم درآمد آسیب پذیر در کشورهای در حال توسعه، انجام تلاش های بیشتر برای پاسخگویی به نیازهای حمایت اجتماعی جمعیت مورد نیاز است.
- نکته حائز اهمیت روندهای واگرا میان کشورهای ثروتمند و فقیرتر است: در حالی که بسیاری از کشورهای با درآمد بالا نظام های تامین اجتماعی خود را کوچک می کنند، بسیاری از کشورهای در حال توسعه آنها را گسترش می دهند.

- کشورهای با درآمد بالا دامنه ارائه مزایای حمایت اجتماعی را کاهش داده و دسترسی به خدمات عمومی با کیفیت را محدود ساخته اند. تمام این اقدامات به همراه بیکاری پایدار، دستمزدهای پایین و مالیات بالا، موجب افزایش فقر یا محرومیت اجتماعی شده اند و هم اکنون یکصد و بیست و سه میلیون نفر را در اتحادیه اروپا که بیست و چهار درصد از این جمعیت را کودکان، زنان و افراد ناتوان (از کارافتاده) تشکیل می دهند، تحت تاثیر قرار داده اند. مستمری بگیران بازنشسته در حداقل چهارده کشور اروپایی در آینده مستمری کمتری دریافت خواهند کرد. چندین دادگاه اروپایی این کاهش مستمری ها را خلاف قانون اساسی تشخیص داده اند. هزینه این تعدیل ها به جمعیت هایی منتقل می شود که بیش از پنج سال است که مشکلاتی نظیر وجود مشاغل کمتر و درآمد کمتر را تحمل می کنند. سطح پایین و در رکود درآمد خانوارها به نزول سطح مصرف داخلی و کاهش تقاضا و سرعت بازیابی اقتصادی منجر می شود. دستاوردهای مدل اجتماعی اروپایی که به طور چشمگیری فقر را کاهش داده و منجر به ارتقاء رفاه و انسجام اجتماعی در دوره پس از جنگ جهانی دوم شده بود، به واسطه اعمال چنین اصلاحات تنظیمی کوتاه مدت از بین رفته است.
- اکثر کشورهای دارای درآمد سرانه متوسط، به طور جسورانه، در حال گسترش نظام های حمایت اجتماعی خود و بدین وسیله کمک به اجرای راهبردهای رشد معطوف به تقاضای داخلی می باشند که این یک درس توسعه ای قدرتمند است. برای مثال، چین، پوشش همگانی مستمری ها و افزایش دستمزدها را محقق ساخته و برزیل، گسترش پوشش حمایت اجتماعی و افزایش حداقل دستمزد را از سال ۲۰۰۹ تسریع کرده است. تعهد پایدار برای مقابله با نابرابری های پایدار امری ضروری محسوب می شود.
- برخی کشورهای دارای درآمد سرانه پایین تر، حمایت اجتماعی را به طور عمده از طریق ارائه یک تور ایمنی موقتی محدود هدفگذاری شده با سطح مزایای بسیار پایین گسترش داده اند. با این حال، در بسیاری از این کشورها مباحثی در جریان است تا کف حمایت های اجتماعی به عنوان بخشی از نظام های جامع حمایت اجتماعی ایجاد گردد. همچنین حتی در فقیرترین کشورها، دولت ها گزینه هایی در اختیار دارند که می توانند از طریق آنها فضای مالی برای ارائه حمایت های اجتماعی را گسترش دهند.
- توجه به موضوع حمایت اجتماعی در زمان ما امری ضروری است. حمایت اجتماعی هم یک حق انسانی و هم یک خط مشی اقتصادی مناسب می باشد. حمایت اجتماعی ابزار قدرتمندی برای کاهش فقر، محرومیت و نابرابری است و در عین حال انسجام اجتماعی و ثبات سیاسی را تسهیل می کند. حمایت اجتماعی همچنین به واسطه ی پشتیبانی از درآمد خانوار و لذا مصرف داخلی، به رشد اقتصادی کمک می کند که این امر به ویژه در این دوره ی بازبایی آهسته و تقاضای جهانی کم، بسیار حائز اهمیت است. به علاوه، حمایت اجتماعی، سرمایه انسانی و بهره وری را ارتقاء می بخشد و بنابراین به یک سیاست مهم و حیاتی برای توسعه ملی بدل گشته است. حمایت اجتماعی و به طور خاص لحاظ کف حمایت های اجتماعی برای بازیابی اقتصادی، توسعه فراگیر و عدالت اجتماعی ضروری است و باید بخشی از دستورکار توسعه پس از سال ۲۰۱۵ باشد.

نظام های حمایت اجتماعی در سال های اخیر دچار تغییرات بنیادی شده است. در حالی که بسیاری از اقتصادهای در حال ظهور اقدامات جسورانه ای برای گسترش حمایت اجتماعی به منظور ارتقاء توسعه اقتصادی- اجتماعی انجام داده اند، در دیگر نقاط جهان، از جمله بسیاری از کشورهای با درآمد بالا، تعدیل و تنظیم مجدد نظام های حمایت اجتماعی و تثبیت مالی به منظور صرفه جویی در هزینه ها مد نظر قرار گرفته اند. این روندهای سیاستی واگرا و پیچیدگی های مربوطه در این فصل مورد توجه قرار گرفته اند. به طور خاص، در این فصل به ترتیب منطقی و تاثیر اقدامات تثبیت مالی و سیاست های انبساطی و تلاش های مربوط به بازیابی و احیاء اقتصادی در کشورهای دارای درآمد کم، متوسط و بالا مورد بررسی قرار می گیرند. در نهایت نیز فصل حاضر با استفاده از آثار مثبت توسعه حمایت اجتماعی

در راستای ارتقاء رشد پایدار و فراگیر، ایجاد و ساخت سرمایه انسانی و تحقق ثبات سیاسی، به عنوان مجموعه ای از دلایل توجیهی این که چرا موضوع حمایت اجتماعی باید به عنوان بخشی از برنامه های توسعه پس از سال ۲۰۱۵ در دستور کار قرار بگیرد، نتیجه گیری می نماید.

۶-۱- مقابله با رکود اقتصادی و رشد آهسته: حمایت اجتماعی و بحران جهانی

۶-۱-۱- حمایت اجتماعی در مرحله اول بحران جهانی: انگیزه های توسعه ای و مالی (۲۰۰۸-۰۹)

با وقوع بحران در سال های ۲۰۰۸-۰۹، اکثریت قریب به اتفاق دولت های متاثر از آن، برای حمایت از جمعیت و تداوم رشد در برابر آثار منفی تکانه های مربوط به مواد غذایی، سوخت و مالی، فوراً مصارف اجتماعی عمومی خود را افزایش دادند. در مرحله اول بروز بحران، در مجموع یکصد و چهل و پنج کشور مصارف عمومی خود را افزایش دادند. حداقل چهل و هشت کشور، ۲/۴ هزار میلیارد دلار بسته های انگیزشی مالی را معرفی نمودند که یک چهارم از این مقدار برای اجرای برنامه های حمایت اجتماعی سرمایه گذاری شده است (شکل ۶-۱). بررسی سازمان بین المللی کار (ILO, 2009b) درباره ۵۴ کشور توسعه یافته و در حال توسعه نشان می دهد که در مورد ۵۴ درصد دولت ها، انتقالات نقدی افزایش یافته، ۴۴ درصد مستمری های بازنشستگی را مورد حمایت قرار داده و در ۳۷ درصد دسترسی به مزایای سلامت افزایش یافته است. علاوه بر این، ۱۶ درصد دولت ها یارانه های مواد غذایی را معرفی کرده اند.

در مرحله نخست بروز بحران، حمایت اجتماعی نقشی کلیدی در کاهش اثرات منفی فوری بر خانوارها ایفا نمود. یکی از درس های مهم این پاسخ های اولیه به بحران این است که حمایت اجتماعی در صورتی که طرح ها و برنامه های مربوط به آن پیش از بروز شرایط بحرانی به اجرا گذاشته شود، می تواند به عنوان تثبیت کننده خودکار عمل نماید (ILO, 2010c; ILO and World Bank, 2012; Bonnet, Saget and Weber, 2012; Behrendt et al., 2011). در نبود این قبیل برنامه های حمایت اجتماعی، اثر بحران بر بیکاری، نرخ فقر و درآمدهای قابل تصرف خانوارها طی سال های ۲۰۰۹-۱۰ بسیار بالاتر از مقدار فعلی بوده است (ILO, 2011a).

۶-۱-۲- حمایت اجتماعی در مرحله دوم بحران جهانی: تثبیت مالی (۲۰۱۰ و پس از آن)

به طور کلی این قبیل اقدامات و برنامه های ضد ادواری کینزی، عمر کوتاهی داشتند. هنگامی که بحران از سال ۲۰۱۰ به بعد وارد مرحله دوم شد، نگرانی ها در مورد سطح دیون مطلق و کسری های بودجه باعث شد که دولت ها ارائه انگیزش های مالی را رها کرده و برنامه های تثبیت مالی را معرفی نمایند. طبق پیش بینی های صندوق بین المللی پول در رابطه با مصارف دولت ها در پایگاه داده های چشم انداز اقتصاد جهان^{۳۷} (اکتبر ۲۰۱۳)، ۱۰۶ کشور از مجموع ۱۸۱ کشور جهان که اطلاعات آنها موجود می باشد، در سال ۲۰۱۰ مخارج عمومی خود را کاهش دادند. در سال ۲۰۱۴،

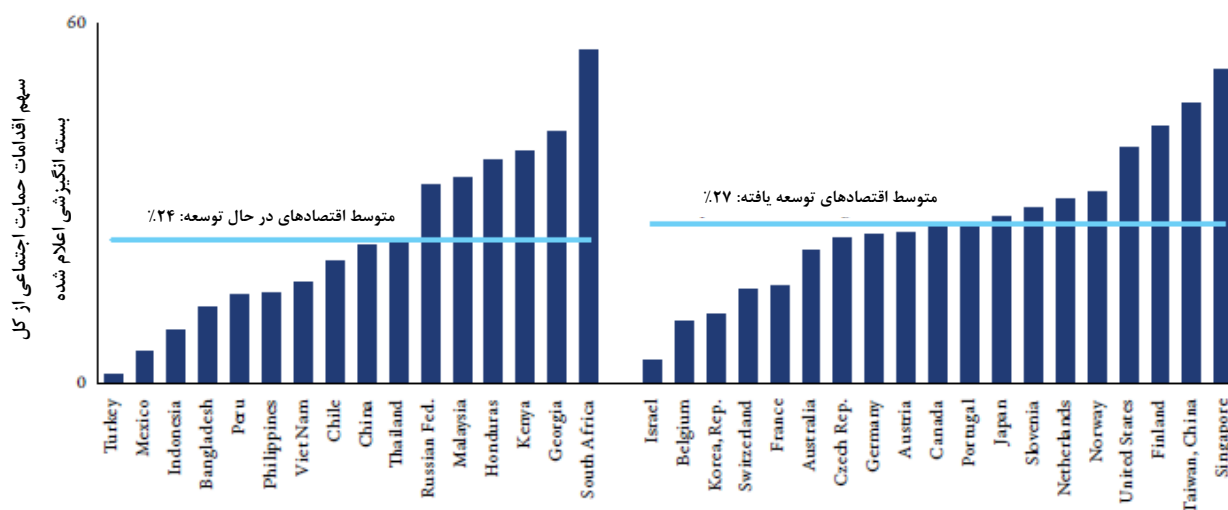
³⁷ World Economic Outlook

انتظار می رود که در ۱۲۲ کشور جهان، دامنه انقباض مخارج عمومی به طور قابل توجهی تشدید شود و سپس در سال ۲۰۱۵ دامنه این گونه انقباض ها همچنان افزایش یافته و ۱۲۵ کشور جهان درگیر چنین برنامه هایی گردند. آخرین پیش بینی صندوق بین المللی پول نشان می دهد که دولت ها این روند انقباضی را تا سال ۲۰۱۶ ادامه خواهند داد (شکل ۶-۲ پانل الف). نکته حائز اهمیت این که این روند در تمام کشورها با سطوح درآمد مختلف مشاهده می گردد. به طور خاص، در خلال سال ۲۰۱۰، انقباض مصارف عمومی، سیزده کشور دارای درآمد سرانه پایین، بیست و هشت کشور دارای درآمد سرانه متوسط پایین، سی و سه کشور دارای درآمد سرانه متوسط بالا و سی و دو کشور با درآمد سرانه بالا را متأثر ساخت. در سال ۲۰۱۴، مطابق با پیش بینی های مالی صندوق بین المللی پول انتظار می رود که ۸۲ کشور در حال توسعه و ۴۰ کشور با درآمد بالا، مصارف عمومی خود را کاهش دهند.

برحسب رشد واقعی مخارج که معیاری محافظه کارانه تر است، داده های مالی صندوق بین المللی پول، اوج اعمال برنامه های انقباضی را در سال ۲۰۱۱ و در بیش از ۶۰ کشور جهان نشان می دهد لیکن پس از آن و از سال ۲۰۱۲ به بعد سرعت انقباض کاهش یافته است (شکل ۶-۲، پانل ب). این اتفاق در کشورهای در حال توسعه به مراتب بزرگتر از اقتصادهای با درآمد بالا بوده است.

در مقایسه با دوران پیش از بحران به نظر می رسد تعداد نگران کننده ای از کشورها طی سال های ۱۵-۲۰۱۳ اقدام به اجرای برنامه های انقباضی مالی شدید نمایند که این اقدامات به صورت کاهش مصارف عمومی به زیر سطح پیش از بحران تعریف می شوند. بر حسب تولید ناخالص داخلی، تجزیه و تحلیل پیش بینی مصارف نشان می دهد که در ۳۵ کشور (یک پنجم تعداد کل)، دولت ها بودجه خود را در دوره ۱۵-۲۰۱۳ به طور فزاینده ای کاهش دهند (شکل ۶-۳ پانل الف). این کشورها اعم از اریتره، سودان، عراق، گینه بیسائو، یمن، سریلانکا، اتیوپی، ماداگاسکار، جامائیکا، قزاقستان، بوتسوانا، کیپ ورد، ترکمنستان، بروندي، لبنان و فیلیپین و برخی دیگر از کشورها، با چالش های قابل توجهی در زمینه توسعه مواجه هستند. انتظار می رود به طور متوسط نزدیک به نیمی از این کشورها (۱۸ کشور)، مخارج خود را به طور متوسط بیش از سه درصد تولید ناخالص داخلی، طی آخرین مرحله از بحران در مقایسه با سطح مصارف در دوره پیش از بحران، کاهش دهند. بر حسب ارقام واقعی پیش بینی می شود که به طور میانگین ۱۷ دولت، در سال های ۱۵-۲۰۱۳ در قیاس با سال های ۰۷-۲۰۰۵، بسته های انگیزشی مالی کوچکتری داشته باشند (شکل ۶-۳ پانل ب). این وضعیت به ویژه برای کشورهای در حال توسعه بسیار قابل توجه است زیرا این کشورها در حال حاضر نیز بودجه محدودی در اختیار دارند.

شکل ۶-۱- حمایت اجتماعی در بسته های انگیزشی، ۲۰۰۸-۲۰۰۹ (درصدی از کل میزان اعلام شده)

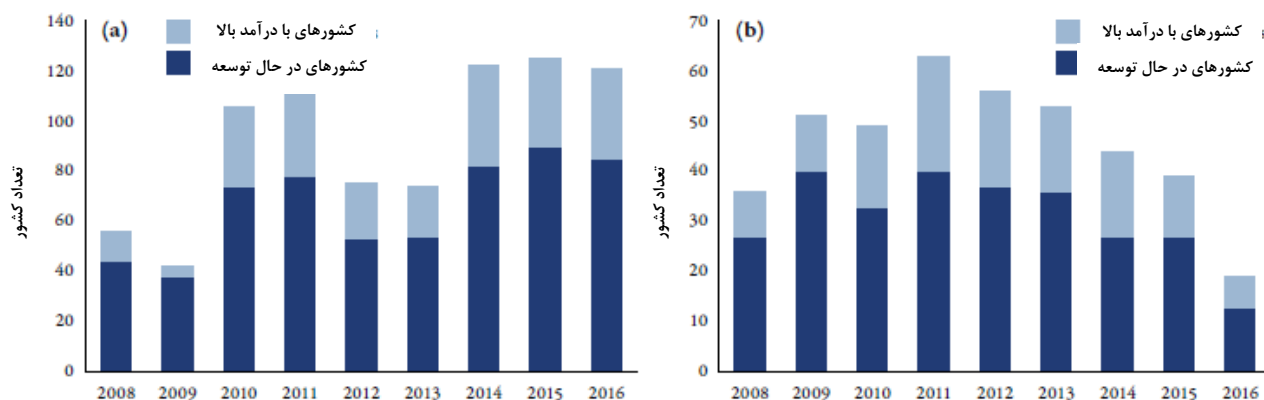


Source: Ortiz and Cummins, 2013, based on UNDP, 2010 and IMF country reports.

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43337>.

شکل ۶-۲- تعداد کشورهایی که اقدامات انقباضی در مورد مصارف عمومی انجام داده اند. (سال به سال) ۱۶-۲۰۰۸، الف

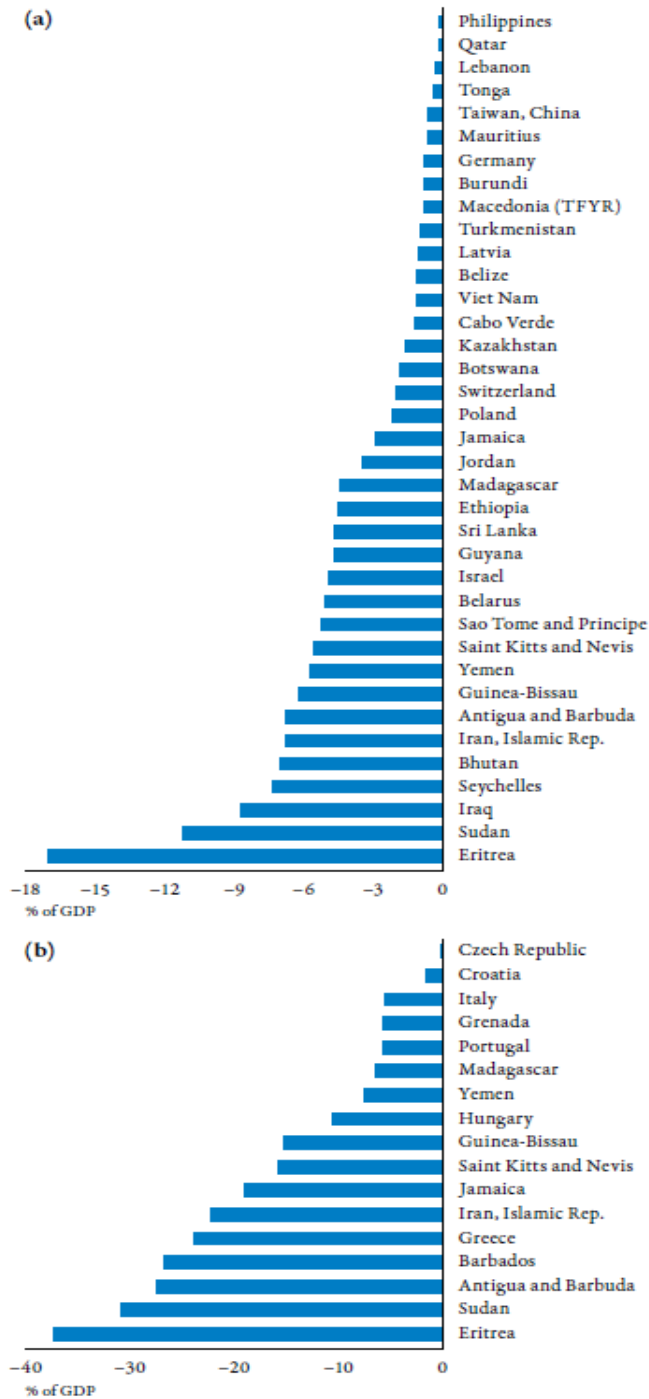
ب بر حسب GDP و ب بر حسب ارقام واقعی



Source: ILO calculations based on the IMF's *World Economic Outlook* database (Oct. 2013).

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43338>

شکل ۶-۳ اجرای برنامه های انقباضی فزاینده: کاهش پیش بینی شده در کل مصارف دولت نسبت به GDP و مصارف واقعی دولت (میانگین ۱۵-۲۰۱۳ بیشتر از میانگین ۰۷-۲۰۰۵)



Note: Excessive fiscal consolidation is defined here as a cut of expenditures below pre-crisis levels.
 Source: ILO calculations based on IMF, World Economic Outlook database (Oct. 2013).
 Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressourceId=43339>.

کادر ۶-۱ از محرک مالی تا تثبیت مالی - پیچیدگی هایی در مورد حمایت اجتماعی

در سال ۲۰۰۹-۲۰۰۸، یک اجماع سیاستی ضد ادواری جهانی وجود داشت که به موجب آن کشورها سیاست های خود را در مبارزه با تاثیرات منفی اقتصادی و اجتماعی بحران و با هدف حفظ تقاضا و رشد، هماهنگ کردند. صندوق بین المللی پول از نیاز به محرک مالی جهانی سخن به میان آورد: "در زمان عادی، صندوق به بسیاری از کشورها توصیه می کند که کسری بودجه و بدهی عمومی خود را کاهش دهند، اما در حال حاضر شرایط عادی نیست ... اگر هیچ محرک مالی به اجرا گذاشته نشود، تقاضا به سقوط خود ادامه خواهد داد آنچه مورد نیاز است تعهد دولت ها به این امر است که سیاست های لازم برای جلوگیری از تکرار سناریوی رکود بزرگ را به اجرا درآورند."

در اوایل سال ۲۰۱۰، توصیه صندوق بین المللی پول، تغییر شگرفی کرد (که پس از آن توسط OECD نیز مورد حمایت قرار گرفت) و در نهایت G20 نیز آن را پذیرفت. دو گزارش تایید شده توسط هیئت مدیره صندوق بین المللی پول در فوریه سال ۲۰۱۰- درخصوص سیاست های مداخله ای خروج از بحران و راهبردهای تثبیت مالی در دنیای پس از بحران - تعدیل مالی در مقیاس بزرگ "زمانی که بهبود و بازیابی در جریان است" و اصلاحات ساختاری فوری در مالیه عمومی، "حتی در کشورهایی که بهبود و بازیابی هنوز در جریان نیست"، را خواستار شدند. همچنین در این گزارش ها، اصلاحات طرح های مستمری و استحقاق سلامت به علاوه تقویت تور ایمنی برای فقیرترین اقشار جامعه نیز فراخوانده شد. در رابطه با ترکیب تعدیل مالی، توصیه شد که عمده این تعدیلات می تواند به صورت ذیل باشد:

رفع ایرادات مربوط به بسته های محرک مالی اتخاذ شده پیشین.

اصلاح طرح های مستمری و استحقاق سلامت به منظور کاهش تعهدات مالی بلندمدت دولت از طریق اجتناب از افزایش مخارج برحسب سهمی از تولید ناخالص داخلی.

محدود ساختن سایر مخارج برای مثال از طریق حذف یارانه ها.

افزایش درآمدهای مالیاتی

تمام این اصلاحات پیشنهادی از سال ۲۰۱۰ به بعد به توصیه های سیاستی اصلی در اکثر کشورهای دنیا تبدیل شده است و مسیر اتخاذی برنامه های تعدیل اقتصادی مورد قبول کشورهای دارای بحران بدهی دولتی را شکل داده است. چشم انداز اقتصادی ۲۰۱۰ سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه نیز بر نیاز فوری به تثبیت مالی و اصلاحات ساختاری تاکید داشتند و این امر نشان می دهد که هم در کشورهای عضو سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه و هم کشورهای غیر عضو این سازمان، رکود اقتصادی به سرعت در حال ناپدید شدن بوده است. هر چند که اسناد مذکور به طور کلی در مورد کشورهای با درآمد بالا بوده اند اما تعدیل مالی در کشورهای در حال توسعه را نیز با توجه به اینکه ریسک توقیف دارایی مربوط به بدهی ها در این کشورها رو به افزایش است، را مورد تاکید قرار می دهند. بنابراین این اسناد نخستین نشانه های بازگشت سیاستی در سراسر دنیا می باشند. با این حال، مشخص نموده اند که رکود اقتصادی محو نشده اند و در عوض ریسک هایی با الگوی رشد آهسته تا حدودی به دلیل خود برنامه های تثبیت مالی، پدیدار شده اند.

جدول ۶-۱- معیارهای عمده تعدیل بر حسب منطقه، ۲۰۱۰-۱۳ (تعداد کشورها)

اصلاحات حوزه سلامت	منطقی سازی و هدفمندسازی مساعدتها	اصلاحات مستمریها	افزایش مالیات بر مصرف	کاهش دستمزد مشمول/سقف	حذف یارانه ها	
۰	۹	۴	۸	۱۳	۱۲	آسیای شرقی و اقیانوسیه
۹	۱۵	۱۶	۱۳	۱۵	۹	اروپای شرقی و آسیای مرکزی
۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۱	آمریکای جنوبی و کارائیب
۳	۵	۵	۷	۷	۹	خاورمیانه و شمال آفریقا
۰	۴	۱	۴	۴	۶	جنوب آسیا
۰	۱۱	۹	۱۸	۲۲	۳۱	آفریقای زیرصحرای
۱۲	۵۵	۴۷	۶۳	۷۵	۷۸	کشورهای در حال توسعه
۲۵	۲۵	۳۹	۳۱	۲۳	۲۲	کشورهای پردرآمد
۳۷	۸۰	۸۶	۹۴	۹۸	۱۰۰	تمام کشورها

اما دولت ها چگونه مصارف عمومی خود را از سال ۲۰۱۰ تعدیل نموده اند؟ گزارش منتشر شده از بررسی در مورد کشورهای عضو صندوق بین المللی پول نشان می دهد که در خلال ژانویه ۲۰۱۰ تا فوریه ۲۰۱۳ (Ortiz and Cummins, 2013)، دولت های ۱۷۴ کشور، ترکیبی از شش گزینه سیاستی عمده (جدول ۶-۱) را که به شدت با حمایت اجتماعی از جمعیت مرتبط است، مد نظر قرار می دهند (کادر ۶-۱): توقف تدریجی یا حذف یارانه ها، کاهش یا تعیین سقف بر دستمزد، افزایش مالیات بر مصرف، انجام اصلاحات مستمری با هدف کاهش هزینه های نظام مستمری، منطقی سازی و هدفمند سازی محدودتر مساعدت اجتماعی و دیگر مزایای حمایت اجتماعی و معرفی اصلاحات در خصوص نظام های مراقبت سلامت با هدف مهار هزینه ها. این راهبردهای تثبیت مالی به اروپا محدود

نمی شود و در واقع در کشورهای در حال توسعه رایج است. بسیاری از دولت ها نیز اقدامات طرف درآمد را مدنظر قرار داده اند که می تواند آثار منفی بر جمعیت آسیب پذیر داشته باشد، این برنامه های طرف درآمد عمدتاً معرفی یا افزایش مالیات بر مصرف نظیر مالیات بر ارزش افزوده بر محصولات اساسی است که به طور نامتناسبی توسط خانوارهای فقیر مصرف می شوند. تمام رویکردهای تعدیلی مختلف، به طور بالقوه دارای پیامدها و آثار جدی بر جمعیت آسیب پذیر است که در ادامه به طور خلاصه به آنها پرداخته شده است.

حذف یا کاهش یارانه ها

در مجموع به نظر می رسد که یکصد دولت، ۷۸ کشور در حال توسعه و ۲۲ کشور دارای درآمد بالا، یارانه های عمدتاً بر سوخت و البته در زمینه برق، مواد غذایی و کشاورزی خود را حذف کرده یا کاهش داده اند. در حالی که یارانه های انرژی در بسیاری از مناطق کاهش یافته است، به نظر می رسد که این سیاست در خاورمیانه و شمال آفریقا، جنوب آسیا

و جنوب صحرای آفریقا کاملاً غالب باشد. حذف حمایت های عمومی در مورد مواد غذایی و کشاورزی نیز اغلب در خاورمیانه و شمال آفریقا و در جنوب صحرای آفریقا دیده می شود. این اقدامات تنظیمی در زمانی به اجرا درآمده است که قیمت انرژی و مواد غذایی حول و حوش بالاترین حد خود بوده است؛ اگر یارانه های پایه و اساسی برداشته شود بدون این که از طریق یک مکانیزم حمایت اجتماعی مناسب جبران نشود، تهیه مواد غذایی و انرژی برای بسیاری از خانوارها به ویژه فقیرترین آنها غیرممکن می گردد. عدم جبران مناسب منجر به شکل گیری تظاهرات عمومی قابل توجه در شصت کشور جهان شده است (Ortiz et al., 2013; Zaid et al., 2014).

کاهش دستمزد/لحاظ سقف دستمزد

با توجه به این که مصارف تکرار شونده مانند حقوق کارمندان (به خصوص کارگران بخش اجتماعی) بزرگترین بخش از بودجه ملی محسوب می شوند، حدود ۹۸ دولت، ۷۵ کشور درحال توسعه و ۲۳ کشور دارای درآمد بالا، دستمزدهای خود را اغلب به عنوان بخشی از اصلاحات خدمات مدنی کاهش داده اند. این موضع سیاستی می تواند به معنای کاهش یا تحلیل تدریجی ارزش واقعی حقوق و دستمزد، تعویق انجام پرداخت ها در قالب دیون معوق، ثابت نگهداشتن یا کاهش اشتغال، که تمامی آنها اثرات منفی بر ارائه خدمات عمومی به مردم دارند، می باشد. مراجع و مقامات حوزه سلامت راجع به مخاطرات سلامت ناشی از چنین برنامه های تثبیت مالی در اروپا و سایر مناطق هشدار داده اند.

افزایش مالیات بر مصرف کالاها و خدمات

نود و چهار دولت، ۶۳ کشور درحال توسعه و ۳۱ کشور دارای درآمد بالا، برای افزایش درآمدهای خود گزینه هایی نظیر بالا بردن نرخ مالیات بر ارزش افزوده یا مالیات بر فروش یا برداشتن معافیت ها را مد نظر قرار داده اند. افزایش متعاقب آنها نیز در مورد هزینه کالا و خدمات اساسی معمولاً به صورت نزولی (رگرسیون) است، زیرا این امر به طور قابل توجهی بر هزینه زندگی خانوارهای با درآمد پایین تر، شامل خانوارهایی که درحال حاضر در فقر هستند تاثیر می گذارد مگر اینکه اقدامات و برنامه های جبرانی نظیر ارائه مزایای نقدی یا شبه نقدی مانند کوپن غذا یا توزیع کالا و خدمات عمومی با قیمت یارانه ای به گروه های کم درآمد در نظر گرفته شده باشد. برخی کشورهای دیگر رویکردهای مالیاتی جایگزین مانند گسترش مالیات تصاعدی نظیر مالیات بر درآمد، ارث، دارایی و شرکت، از جمله مالیات بر بخش مالی را مد نظر قرار داده اند.

اصلاح نظام های مستمري و سلامت

در حدود ۸۶ دولت، ۴۷ کشور درحال توسعه و ۳۹ کشور دارای درآمد بالا، تغییرات مختلفی را در نظام های مستمري مشارکتی خود، با انجام اصلاحات پارامتریک اعمال کرده اند. از جمله این اصلاحات می توان به لحاظ شرایط احراز سختگیرانه تر یا بالا بردن سن بازنشستگی قانونی که افراد برای دریافت مزایای کامل باید مدت زمان بیشتری اشتغال

داشته باشند، کاهش نرخ جایگزینی مزایا و یا حذف تضمین های حداقل مستمری برای کارگران کمتر خوش شانس، اشاره کرد. ۳۷ کشور دیگر نیز در حال بحث و بررسی درباره اعمال اصلاحات در نظام های مراقبت سلامت خود با تمرکز بر مهار هزینه ها عمدتاً از طریق افزایش حق الزحمه ها و پرداخت های مشترک بیماران و همچنین انجام اقدامات صرفه جویانه در مراکز سلامت و درمان عمومی می باشند. این اقدامات تنظیمی اثرات منفی فوری بر فقیران و افزایش ریسک فقر برای دیگران دارد و می تواند به محرومیت بسیاری از دریافت مزایا یا مساعدت های ضروری در هنگامی که درآمد آنها کاهش می یابد و نیازهای اجتماعی آنها در بالاترین حد خود است، منجر شود.

منطقی سازی و هدفمندسازی دقیق تر مساعدت های اجتماعی و سایر مزایای حمایت اجتماعی

در مجموع ۸۰ کشور، ۵۵ کشور در حال توسعه و ۲۵ کشور دارای درآمد بالا، منطقی سازی مخارج اجتماعی خود را اغلب با بازنگری در شرایط احراز و هدفمندسازی مزایا به طور دقیق تر معطوف به اقشار فقیرتر مدنظر قرار داده اند که به معنای کاهش عملی پوشش حمایت اجتماعی و تعریف یک نقش محدودتر برای نظام های حمایت اجتماعی در جلوگیری از بروز فقر می باشد. همچنین اجرای یک برنامه هدفمندسازی دقیق تر معطوف به فقیرترین افراد جامعه، توسط دولت های ۲۵ کشور دارای درآمد بالا و ۵۵ کشور در حال توسعه از جمله کشورهای دارای درآمد پایین نظیر گامبیا، هائیتی، مالی، موریتانی، نیکاراگوئه، سنگال، سودان، تیمور شرقی، توگو و زامبیا که به طور متوسط نیمی از جمعیت آنها زیر خط فقر ملی قرار دارند، مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. در چنین موقعیت هایی منطقی سازی کار رفته برای هدفمندسازی مساعدت ها به سمت فقیرترین اقشار جامعه ضعیف است. این رویکرد سیاستی در بر دارنده ریسک بالای عدم لحاظ بخش اعظم جمعیت آسیب پذیر در مواقع سختی و بروز بحران های اقتصادی می باشد. به جای هدفمندسازی و کاهش نسبی برنامه های حمایت اجتماعی به منظور تحقق صرفه جویی در هزینه ها در کوتاه مدت، یک مورد قوی افزایش نسبی آنها در هنگام بروز بحران و ایجاد کف حمایت های اجتماعی حق محور، وجود دارد.

برخلاف تصور عمومی، اقدامات تثبیت مالی به اروپا محدود نمی شود، در واقع، بسیاری از اقدامات تنظیم مجدد خلاصه شده در اینجا عمدتاً در کشورهای در حال توسعه به اجرا گذاشته شده اند، که به طور خاص می توان به کاهش یارانه، کاهش دستمزد/لحاظ سقف دستمزد و "منطقی سازی"^{۳۸} برنامه های حمایت اجتماعی موجود اشاره کرد. مهمترین خطر اجرای این گونه برنامه های کاهش مصارف این است که وقتی بدون شناخت پیامدهای منفی مربوطه به اجرا گذاشته می شوند، باعث می شود که گروه بزرگی از اقشار آسیب پذیر از دریافت مزایا و مساعدت های اساسی محروم شوند.

برنامه های تثبیت مالی با طراحی ضعیف، نه تنها حق انسانی به تامین اجتماعی، بلکه حقوق برخورداری از غذا، سلامت و دیگر کالاهای اساسی و خدمات را نیز تهدید می کند (Sepúlveda, 2012; UN, 2012b). در بسیاری از

³⁸ rationalization

زمینه ها، سیاست های تثبیت مالی با منطق صرفه جویی در هزینه به اجرا در می آیند و تأثیرات منفی اجتماعی آنها بر زنان، کودکان، سالمندان، بیکاران، مهاجرین و افراد از کارافتاده را آسیب همراه و ناخواسته ی تلاش برای دستیابی به توازن مالی و رفع دیون، می دانند (CESR, 2012). کمیساریای عالی سازمان ملل برای حقوق بشر هشدار داده است که "برنامه های صرفه جویی در هزینه ها، طرح های حمایت اجتماعی از جمله طرح های مستمری را تهدید کرده و در نتیجه، اساساً بر برخورداری از تامین اجتماعی و استانداردهای مناسب زندگی" (OHCHR, 2013, para. 36)، به ویژه در مورد گروه های آسیب پذیر و در حاشیه که موید ضرورت الزام دولت برای تضمین وضع مقررات مالی مناسب در جهت پشتیبانی از حقوق بشر و همچنین تعهد تضمین رضایتمندی در حداقل سطح لازم حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، از جمله حق داشتن تامین اجتماعی، می باشد، تأثیر گذاشته است (OHCHR, 2013, esp. paras 36-71).

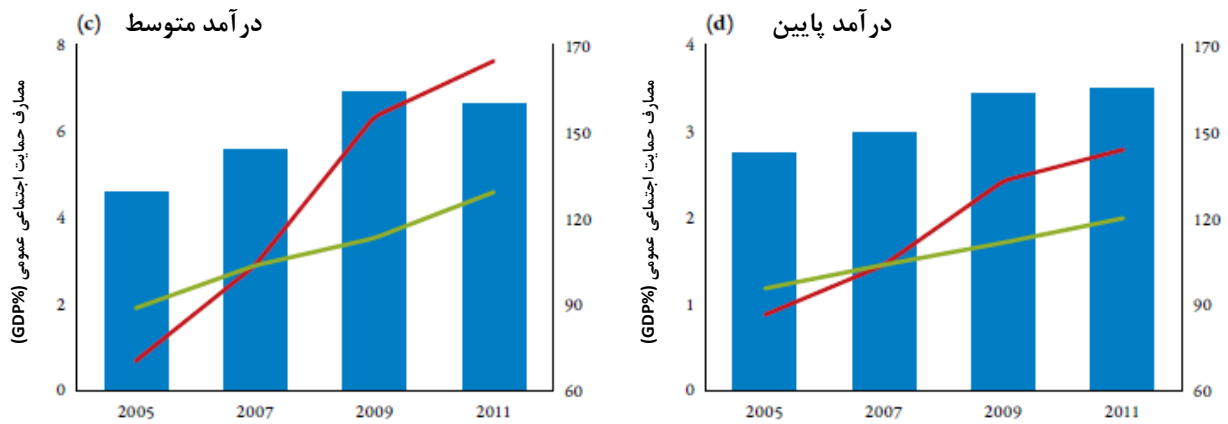
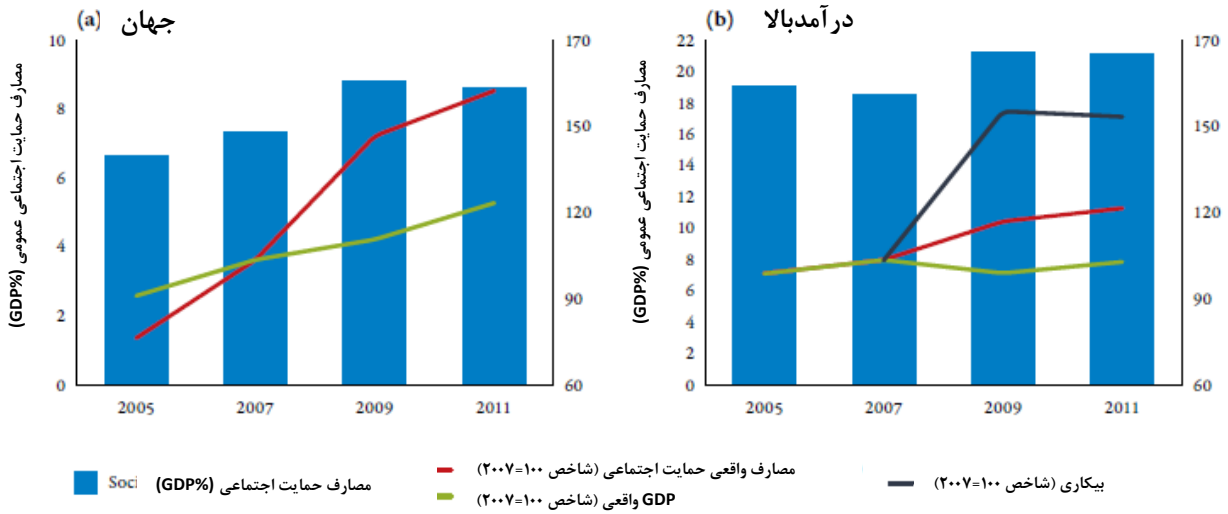
۶-۱-۳- روندهای واگرا در بین کشورها

به طور کلی آخرین اطلاعات کامل موجود (۲۰۱۱) یک کاهش جهانی در مصارف حمایت اجتماعی برحسب تولید ناخالص داخلی، به ویژه در کشورهای دارای درآمد متوسط و بالا را نشان می دهد (شکل ۶-۴). تنها کشورهای دارای درآمد پایین، مصارف حمایت اجتماعی عمومی خود را بر حسب درصدی از تولید ناخالص داخلی افزایش داده اند. سطح مصارف اجتماعی به اندازه کافی با رشد فقر و بیکاری افزایش پیدا نکرده است.

چهار پنل شکل ۶-۴، روندهای سرانه واقعی مصارف حمایت اجتماعی دولت ها را در دو مرحله بحران نشان می دهد. روشن است که با وجود رویکرد انقباضی حاکم در سال ۲۰۱۱، تعداد زیادی از کشورها (عمدتاً در کشورهای در حال توسعه) در آن زمان همچنان در حال گسترش تامین اجتماعی خود بوده اند. لازم به ذکر است که در بسیاری از این کشورهای در حال توسعه، چنین رویکردهای توسعه ای تا حدودی با استفاده از صرفه جویی های ناشی از تثبیت مالی و اقدامات تنظیمی نظیر کاهش یا حذف یارانه ها (از جمله یارانه های سوخت و مواد غذایی) تامین می گردند. آثار اجتماعی خالص این اقدامات همچنان تحت بررسی است و به ناچار از کشوری به کشور دیگر متفاوت است.

در حالی که تعداد قابل توجهی از دولت ها از سال ۲۰۱۰ نظام های حمایت اجتماعی خود را تعدیل نموده اند، بسیاری از کشورهای در حال توسعه برای گسترش پوشش حمایت اجتماعی و حداقل گسترش مساعدت های اجتماعی ارائه شده به فقیرترین بخش های جمعیتی خود به اقدامات جسورانه ای دست زده اند (شکل ۶-۵ و ۶-۶). حرکت محکم برای گسترش حمایت اجتماعی به خوبی پیش از وقوع بحران جهانی آغاز شد، اما این تحرکات از سال ۲۰۰۹، گاهی در قالب بخشی از اقدامات انگیزشی مالی کوتاه مدت و گاهی هم در قالب بخشی از سیاست های ساختاری بلند مدت تر با هدف ارتقاء توسعه انسانی و اقتصادی و همچنین ثبات سیاسی، شدت یافته است.

شکل ۴-۶- مصارف حمایت اجتماعی عمومی برحسب درصدی از GDP، GDP واقعی و مصارف حمایت اجتماعی واقعی (شاخص ۱۰۰ = ۲۰۰۷): الف) جهان؛ ب) کشورهای با درآمد بالا؛ ج) کشورهای با درآمد متوسط؛ د) کشورهای کم درآمد.



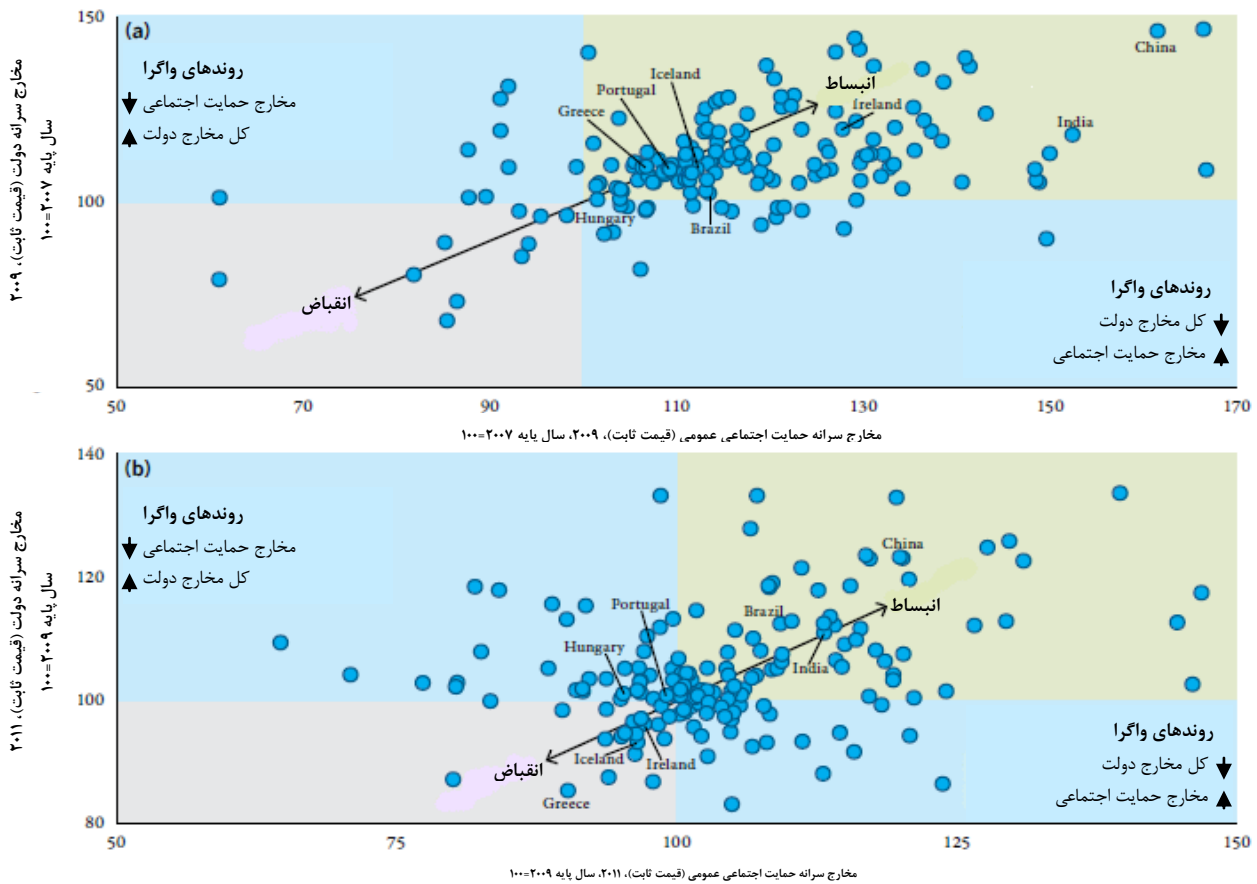
Note: The panel on high-income countries excludes the Russian Federation. The left (vertical) scale differs between income groups.

Sources: ILO calculations based on ILO, OECD, Eurostat, CEPAL, ADB, World Bank, IMF and national data.

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43321>.

شکل ۶-۵- روندها در سرانه مصارف حمایت اجتماعی عمومی و مصارف دولت (به قیمت ثابت):

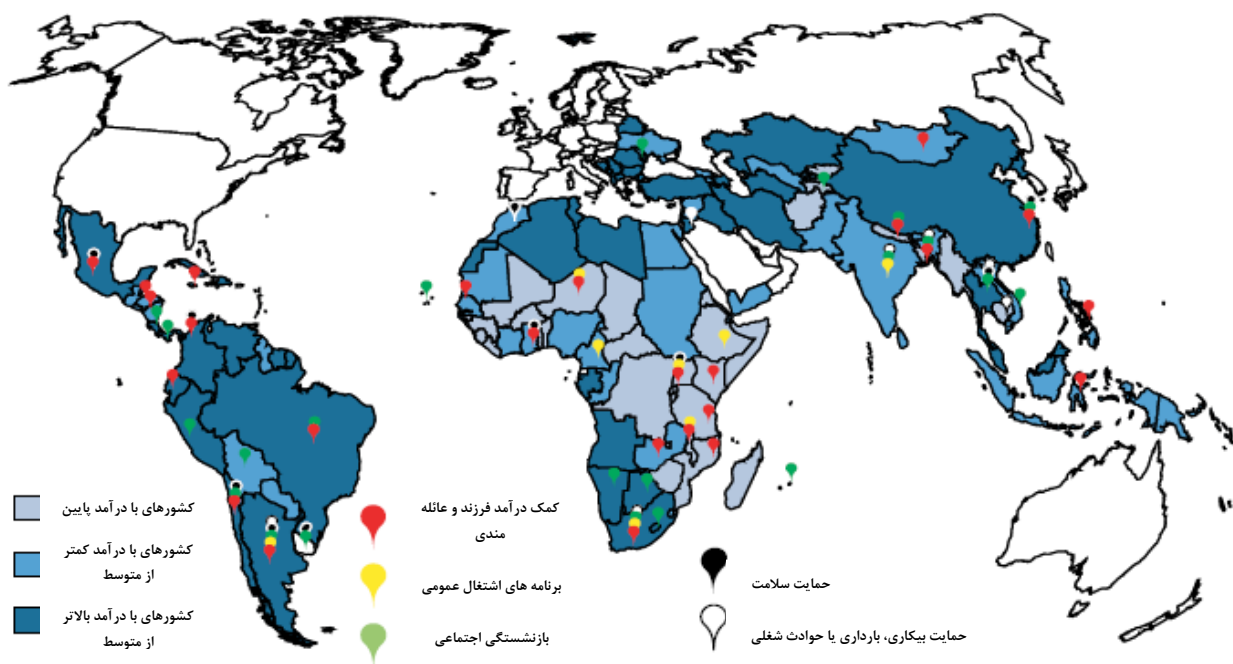
الف) ۲۰۰۷-۰۹ و ب) ۲۰۰۹-۱۱



Sources: ILO calculations based on ILO, OECD, Eurostat, CEPAL, ADB, World Bank, IMF and national data.

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43322>

شکل ۶-۶- گسترش حمایت اجتماعی در کشورهای با درآمد متوسط و کشورهای کم درآمد: نمونه های منتخب از برنامه های جدید و توسعه یافته.



۶-۲- کشورهای دارای درآمد بالا: تثبیت مالی و آثار آن

اکثر کشورهای دارای درآمد بالا، سال ها پیش از وقوع بحران به دلیل فشارهای ناشی از تغییرات در ساختار جمعیتی خود و جستجو برای پایداری مالی در بلندمدت، درگیر موضوعات مربوط به اعمال اصلاحات بلندمدت در نظام های مستمری حمایت اجتماعی بوده اند. سیاست های تثبیت مالی اخیر، این تغییرات را شتاب بخشیده و در عین حال بر تمامی حوزه های حمایت اجتماعی نیز تاثیر گذاشته است.

۶-۲-۱- مروری کلی: اولویت بندی اصلاح بخش مالی در خصوص حمایت اجتماعی

افزایش قابل توجه در مخارج حمایت اجتماعی در مرحله اولیه بحران به طور وسیعی بر جبران و خنثی سازی شدت استثنایی رکود اقتصادی، متمرکز بود. با این حال تفاوت های گسترده ای در میان کشورها وجود دارد: در اواخر سال ۲۰۰۸ و سال ۲۰۰۹، در حالی که در میان کشورهای اروپایی دارای درآمد بالا چنین افزایش هایی به ارقام واقعی در حدود ۷ درصد بود، در تمام کشورهای عضو سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه (OECD) به بیش از ۱۰ درصد و در ایالات متحده ۱۵ درصد بالغ گردید که آثار آن تا سال ۲۰۱۰ نیز ادامه پیدا کرد (OECD, 2012b). این افزایش ها اساساً

به کاهش و به حداقل رساندن هزینه های اجتماعی و محدود کردن تاثیر اقتصادی بحران از طریق اجتناب از سقوط مصرف و حفظ فعالیت های اقتصادی، کمک شایانی کرد.

در مرحله دوم بحران که از سال ۲۰۱۰ آغاز شد، یک برگشت سیاستی رخ داد: رشد هزینه های سالیانه به طور قابل توجهی کاهش یافت و به دنبال آن در بسیاری از کشورهای پردرآمد در سال ۲۰۱۱ انقباض و کاهش در هزینه های اجتماعی مشاهده شد. این امر نه تنها کاهش در نیازهای حمایت اجتماعی را نشان نمی داد بلکه یک چرخش صد و هشتاد درجه ای رو به جلو در سیاست مصارف عمومی دولت ها از سال ۲۰۱۰ به بعد ایجاد کرد. بحران بدهی های اعتباری دولت های اروپایی، توجه عمومی را به مخارج دولتی جلب نمود با این تصور که این امر باعث وقوع بحران شده است. لیکن دیون دولت و کسری بودجه، علائم بحران بود، نه علت آن. افزایش بدهی ها و کسری بودجه در این نقطه زمانی، به دلیل کمک مالی دولت به بانک ها برای نجات بخش مالی از ورشکستگی، بسته های انگیزشی و درآمدهای پایین دولت در نتیجه رکود در فعالیت های اقتصادی بود (شکل ۶-۷). با این حال تثبیت مالی متمرکز بر کاهش عمیق سیاست های عمومی و کوچک کردن دولت به عنوان اصلی ترین راه جبران کسری بودجه، بازارها را آرام ساخت و اقتصاد را جان دوباره بخشید. به تبع همین منطق، مدل اجتماعی اروپایی غیر قابل استطاعت و دارای بار مالی دانسته شد که در نهایت رقابت را کاهش داده و رشد را تضعیف می کرد.

هنگامی که سیاست های دولت در سال ۲۰۱۰ بالاترین اولویت خود را به رسیدگی به دیون و تحقق تراز مالی بودجه اختصاص داد، اشتغال و حمایت اجتماعی در درجه دوم اولویت و اهمیت قرار گرفت. با وجود افزایش بیکاری و فقر، در بسیاری از کشورهای دارای درآمد بالا، کاهش مصارف عمومی در دستور کار قرار گرفت (جدول ۶-۱). مصارف اجتماعی عمومی در کشورهای دارای درآمد بالا همگام با نیازهای جمعیت برای تامین درآمد و دسترسی به مراقبت های سلامت و دیگر خدمات اجتماعی، تغییر نکرده است.

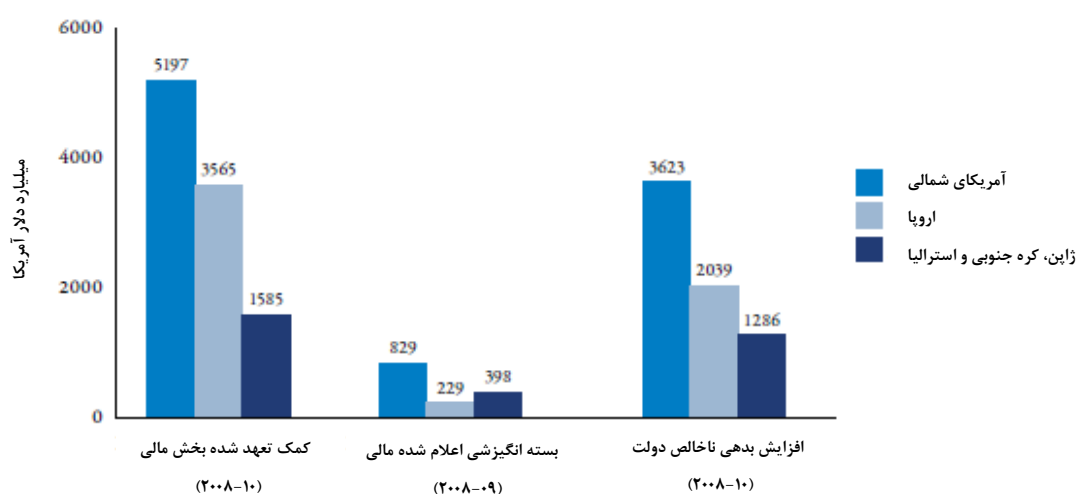
به طور کلی، در کشورهای دارای درآمد بالا و عضو سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه در سال ۲۰۱۳، نرخ بیکاری در مقایسه با سال ۲۰۰۸ بیش از ۴۵ درصد افزایش داشته و بیش از ۴۴ میلیون بیکار بوجود آورده است، در حالی که مصارف مربوط به مزایای دوران بیکاری و مساعدت اجتماعی تامین شده از محل مالیات ها در ابتدا افزایش نشان داد لیکن کمی بعد کاهش پیدا کرد و حدود نیمی از بیکاران، مزایای بیکاری را دریافت نکردند (ILO, 2014a). در زمان نگارش این کتاب، در کشورهای دارای درآمد بالا، بسیاری از مردم که پیش از این در طبقه متوسط قرار داشتند، در شرایط فقر یا نزدیک به فقر زندگی می کنند، این وضعیت در کشورهای بحران زده اروپایی کاملاً مشهود است و در سال ۲۰۱۲ حدود ۹/۵ میلیون نفر بیش از سال ۲۰۰۸ فقیر وجود داشته و فقر کودکان تا نرخ هشدار دهنده ای افزایش یافته است (شکل ۶-۸). افزایش بیکاری و فقر فزاینده در چنین مقیاسی در بسیاری از کشورهای اروپایی باید به جای کاهش های آگاهانه مبتنی بر اهداف تثبیت مالی، با تقویت مصارف حمایت اجتماعی مورد توجه قرار گیرد.

کاهش های رخ داده در زمینه حمایت اجتماعی در کشورهای پردرآمد با بالاترین کسری بودجه و همچنین کشورهای دارای برنامه های مساعدت اجتماعی محدود (یونان، پرتغال و ایرلند) بسیار شدید بود (Vaughan-Whitehead, 2014). بر اساس پیمایش اخیر صورت گرفته در بیش از ۳۰ کشور عضو سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه، در نیمی از این کشورها، برنامه های تثبیت مالی نیازمند تعدیل (در حدود بیش از پنج درصد تولید ناخالص داخلی از سال ۲۰۰۹ تا ۲۰۱۵) با اولویت بالای کاهش مخارج مستقیم در مقابل اقدامات جانب درآمد، مورد توجه قرار گرفته است. این پیمایش نشان می دهد که در بیش از نیمی از کشورهای عضو سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه، برنامه های تثبیت مالی موجود به کاهش در انتقالات اجتماعی در یک شرایط تنظیم شده دوره ای منجر می شود، در حالی که در همان زمان در اکثر کشورهای عضو این سازمان انتظار می رود مالیات های تعدیل شده خانوار افزایش یابد.

حمایت اجتماعی غالباً به منظور کاهش یا انجماد مصارف به ویژه در حوزه های مزایای بیکاری، مراقبت سلامت، مستمری ها و مساعدت های اجتماعی هدفمند شده است (جدول ۶-۲). در طرف درآمد، اقدامات و برنامه ها اغلب در قالب افزایش مالیات غیر مستقیم نظیر مالیات بر ارزش افزوده هدفگذاری شده اند که طبق گزارش ها در کشورهای عضو اتحادیه اروپا به طور متوسط ۱/۸ درصد افزایش یافته است. افزایش های اینچینی در مالیات های غیر مستقیم به طور نامتناسبی بر گروه های کم درآمد تاثیر گذاشته است (Thomas and Picos-Sanchez, 2012).

شکل ۶-۷- حمایت از بخش مالی، بسته های انگیزشی مالی و افزایش بدهی های عمومی؛ کشورها منتخب پردرآمد، ۲۰۰۸-۱۰

۲۰۰۸ (میلیارد دلار)

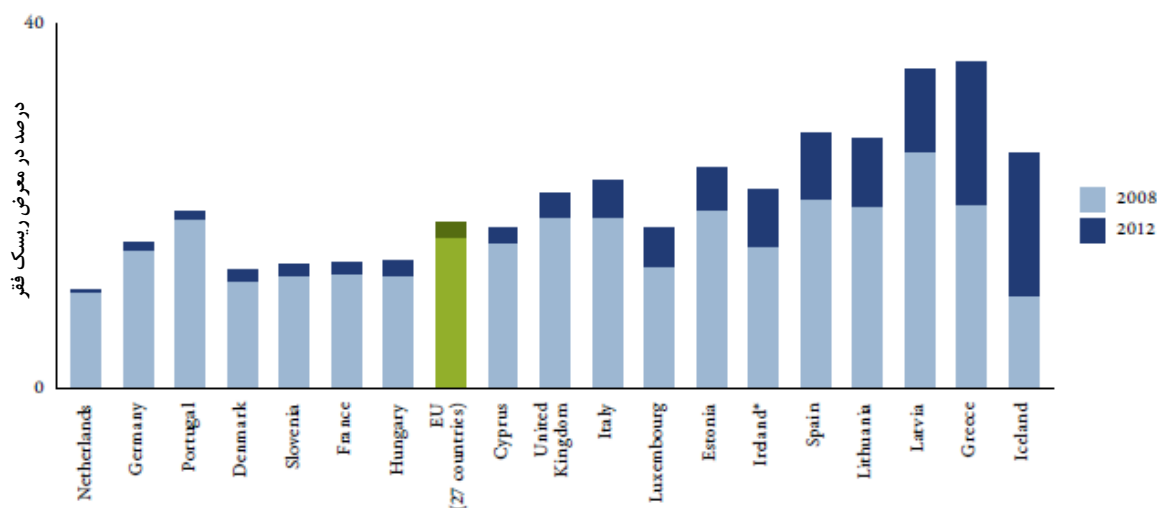


Note: North America includes United States and Canada; Europe includes Austria, Belgium, Finland, France, Germany, Greece, Ireland, the Netherlands, Poland, Portugal, Spain, Sweden and the United Kingdom.

Sources: IMF, 2010c; IMF, 2013a; Stolz and Wedow, 2010; UNDP, 2010.

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43679>.

شکل ۶-۸- افزایش در نسبت جمعیت در معرض خطر فقر در ۱۸ کشور اروپایی بین سال های ۲۰۰۸ و ۲۰۱۲



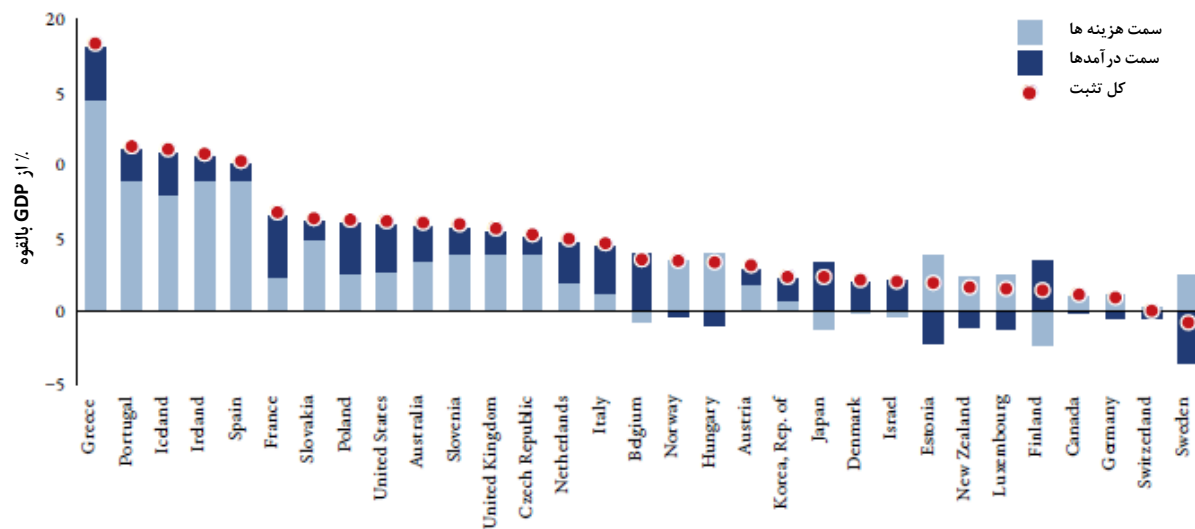
* Data for 2011.

Note: This graph is based on an at-risk-of-poverty line of 60 per cent of median equivalized income anchored at a fixed moment in time (2008).

Source: Eurostat.

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43342>.

شکل ۶-۹- توزیع برنامه های تثبیت مالی مصارف محور در برابر درآمد محور در ۳۰ کشور عضو OECD، ۲۰۰۹-۱۵



Sources: Based on OECD, 2012c; Rawdanowicz, Wurzel and Christensen, 2013. Link to original graph: http://www.oecd-ilibrary.org/governance/restoring-public-finances-2012-update_9789264179455-en [accessed 30 Apr. 2014].

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43477>.

جدول ۶-۲- اقدامات تثبیت مالی منتخب در کشورهای پردرآمد که اتخاذ گردیده و یا در دست بررسی هستند

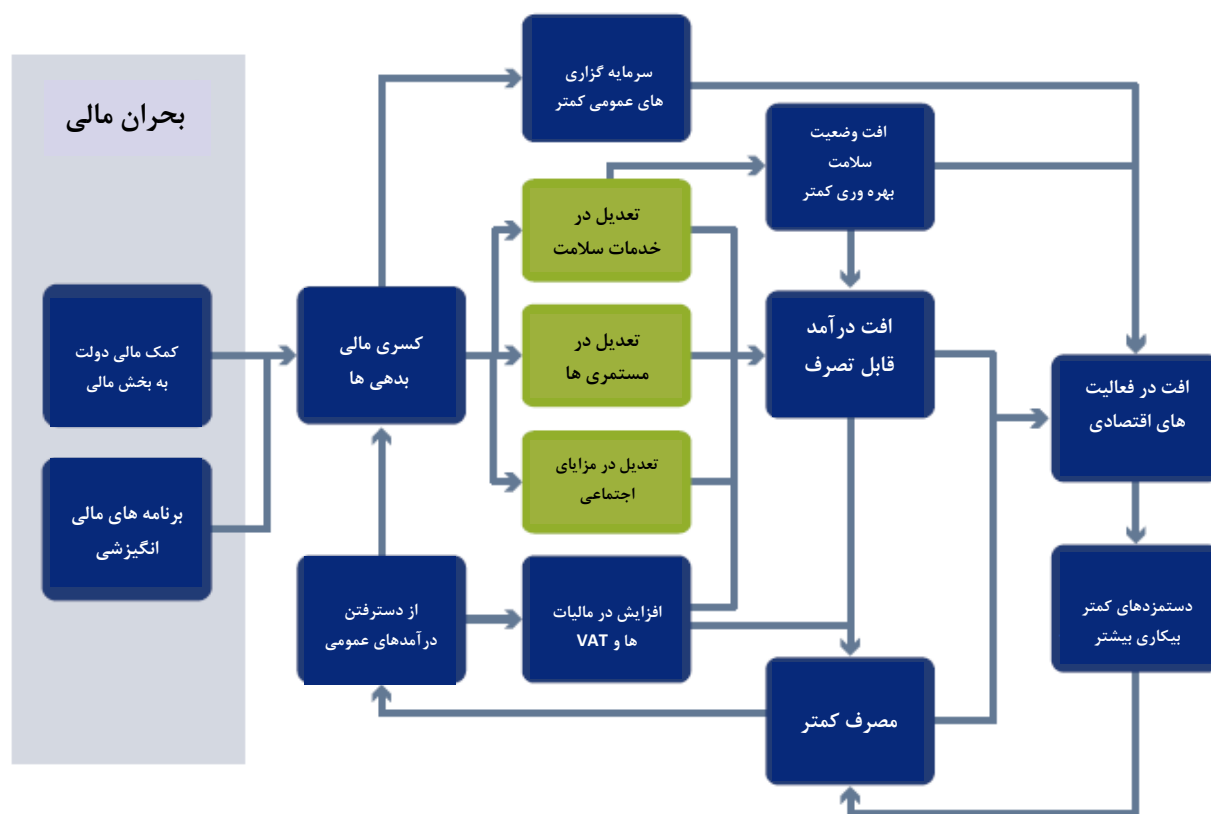
کشور	اقدامات و برنامه ها
دانمارک	ثابت نگه داشتن مزایای مختلف اجتماعی؛ کاهش مدت پرداخت مزایای بیکاری؛ تعیین سقف برای مزایای عائله مندی.
استونی	افزایش مالیات بر ارزش افزوده تا ۲۰ درصد و مالیات بر فروش؛ کاهش مزایای اجتماعی (مستمری و سلامت)؛ کاهش مخارج عملیاتی؛ اصلاح (موقت) حق بیمه های مستمری لایه دوم؛ فروش زمین؛ کاهش مخارج احتیاطی.
فرانسه	کاهش مستمری های عمومی، مراقبت سلامت و مدیریت دولتی؛ افزایش سن بازنشستگی (از ۶۰ به ۶۲ سال تا سال ۲۰۱۸)؛ افزایش مالیات بر سرمایه؛ افزایش سقف نرخ مالیات بر درآمد به میزان ۱٪؛ برنامه ریزی برای افزایش سابقه بیمه پردازی مورد نیاز جهت دریافت مستمری کامل.
آلمان	افزایش مالیات؛ کاهش مخارج مربوط به تامین اجتماعی و برنامه های بازار کار؛ اصلاح مقررات بیمه بیکاری؛ کاهش مخارج نظامی و اداری.
یونان	۱۰٪ کاهش در مصارف کل دولتی در بخش حقوق و دستمزد و کمک ها، ثابت نگه داشتن استخدام های دولتی؛ اصلاحات ساختاری اساسی نظام حمایت اجتماعی و کاهش اساسی تعداد نهادهای دولتی مرتبط با مراجع محلی.
مجارستان	کاهش هزینه های بخش عمومی (کاهش دستمزدها، حذف مزایای خاص)؛ مالیات شش ساله برای موسسات مالی؛ افزایش مالیات بر ارزش افزوده به میزان ۲۷٪؛ کاهش بروکراسی برای سرمایه گذاران؛ ممنوعیت وثیقه به ارز؛ بازگشت جزئی از اصلاحات مستمری
ایرلند	افزایش مالیات؛ کاهش مخارج (دستمزد بخش عمومی، مزایای اجتماعی رفاهی)
ایتالیا	ثابت نگه داشتن استخدام های دولتی و کاهش دستمزد بخش عمومی؛ کاهش مخارج مراقبت سلامت؛ کاهش انتقالات از دولت مرکزی به دولت های منطقه ای و محلی؛ اصلاحات اساسی نظام مستمری عمومی
لتونی	افزایش مالیات بر ارزش افزوده از ۱۸٪ به ۲۱٪؛ معرفی مالیات بر درآمد سرمایه؛ افزایش نرخ مالیات ثابت بر درآمد شخصی تا ۳٪؛ اصلاح نظام مستمری عمومی
پرتغال	کاهش پرداختی ها و استخدام در بخش دولتی؛ افزایش مالیات بر ارزش افزوده تا ۲۳٪؛ مالیات بر افراد پردرآمد؛ اصلاحات اساسی نظام مستمری عمومی.
رومانی	۲۵٪ کاهش در دستمزدهای بخش دولتی؛ ۱۵٪ کاهش در مستمری ها و مزایای بیکاری؛ دیگر اصلاحات در نظام حمایت اجتماعی؛ افزایش مالیات بر ارزش افزوده از ۱۹٪ به ۲۴٪؛
اسپانیا	کاهش پرداختی ها و استخدام در بخش دولتی؛ معرفی مالیات بر درآمد جدید؛ افزایش مالیات بر ارزش افزوده تا ۲۱٪؛ کاهش در زمینه مقررات مستمری های عمومی شامل تعلیق ترمیم مستمری براساس تورم.
بریتانیا	انحلال صندوق تراست کودکان؛ کاهش در برنامه های اشتغال؛ ثابت نگه داشتن استخدام های دولتی؛ افزایش مالیات بر ارزش افزوده از ۱۷/۵٪ به ۲۰٪.
ایالات متحده	ثابت نگه داشتن اندوخته گذاری احتیاطی غیر سهامی به مدت سه سال از طریق قطع یا کاهش ۱۲ برنامه ای که ناکارآمد تشخیص داده شده اند؛ ثابت نگه داشتن پرداختی ها در بخش دولتی؛ کاهش مدت بهره مندی از بیمه بیکاری؛ اعمال محدودیت در نظام مساعدت غذایی؛ معرفی یک برنامه بیمه سلامت ملی.

کادر ۶-۲- استفاده از ذخایر مستقل صندوق مستمري برای تامین کمک های مالی دولت

ذخایر مستقل صندوق های مستمري، به طور معمول به منظور حمایت از دولت برای تامین تعهدات آتی مستمري ها و از طریق تکمیل وجوه انباشته سهم کارگران و کارفرمایان ایجاد گردیده است که در دوره بحران جهانی برای کمک به سرمایه گذاری های عمومی ملی تا حد قابل توجهی از آن استفاده شده است. در برخی موارد از آنها برای تامین مالی برنامه ها و مداخلات مالی مستقیم استفاده شده است، در موارد دیگر، برای حمایت از بخش های اقتصادی خاص دارای مشکل یا برای تضمین وام مورد استفاده قرار گرفته اند.

برای مثال، جهت تزریق سرمایه به نظام بانکی ایرلند به عنوان یکی از کمک های ملی تقاضا شده براساس برنامه تنظیم اقتصادی ایرلند، صندوق ذخیره مستمري ملی ایرلند، مورد استفاده قرار گرفت. مثال دیگر صندوق آینده استرالیا است که آخرین تخصیص مالی خود را از دولت در سال ۲۰۰۸ دریافت کرده و به همین دلیل، سطح دارایی های این صندوق زیر سطح هدفی که از سوی اکچوئرهای دولت استرالیا تعیین شده بود، قرار گرفت. در عین حال صندوق بازنشستگی نیوزلند به توصیه دولت در توجه به فرصت های سرمایه گذاری سودآور و جذاب در نیوزیلند، بیشتر خود را در معرض اقتصاد داخلی کشور قرار داد. در این کشور نیز دولت انتقال منابع بودجه به صندوق بازنشستگی را در سال ۲۰۰۹/۱۰ کاهش داد و در سال ۲۰۱۰/۱۱ به حالت تعلیق درآورد ولی قرار است در سال ۲۰۲۰/۲۱ دوباره برقرار گردد.

شکل ۶-۱۰- مخاطرات اجتماعی و اقتصادی تثبیت مالی



Source: ILO.

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43680>.

علاوه بر این اقدامات، برخی از دولت‌ها مجبور بودند تا منابع موجود اندوخته را برای تامین مالی موسسات مالی دچار مشکل مدنظر قرار دهند. استفاده از اندوخته‌های صندوق‌های مستمری ملی، در قالب وام‌های صریح و تصمیمات مربوط به سرمایه‌گذاری و یا از طریق ضمانت‌های وامی غیر صریح (کادر ۶-۲)، دلیلی برای نگرانی است، چرا که این قبیل صندوق‌ها تابع اهداف کلان و برنامه‌های عملکردی سختگیرانه و همچنین اصول حکمرانی سخت‌مختص خود هستند که به نظر می‌رسد در حال حاضر کم‌اهمیت شده‌اند. این قبیل دارایی‌های مستمری معمولاً انباشت حق بیمه‌های کارگران و کارفرمایان به منظور تضمین حمایت‌های تامین اجتماعی آنها در سنین پیری می‌باشند، تقاضایی که با سالمند شدن جمعیت، فشار بیشتری وارد می‌آورد.

به طور کلی، به کارگیری گسترده منابع عمومی برای نجات موسسات خصوصی "بیش از حد بزرگ برای شکست"^{۳۹} و به میزان کمتر، تامین بودجه برنامه‌های محرک مالی، باعث افزایش دیون غالب گردید و زیان‌های مربوطه را بر مالیات‌دهندگان تحمیل نموده و در نهایت مانع رشد اقتصادی شد (شکل ۶-۱۰). بسیاری از دولت‌ها سطح مصارف و سرمایه‌گذاری‌های دولتی و همچنین مزایای اجتماعی را کاهش دادند و بدین ترتیب یک دور باطل ایجاد کردند: کاهش در سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌ها و دستمزدهای بخش عمومی، همچنین کاهش در تامین اجتماعی، تقاضای کل را در اقتصاد با رکود بیشتر مواجه کرد، در نتیجه تقاضا برای نیروی کار کاهش یافت، این امر به نوبه خود بیکاری را افزایش داده و باعث کاهش درآمد حاصل از وضع مالیات بر درآمد شده و منابع مالی موجود را محدود نمود، پیامد آن نیز کاهش بیشتر انتقالات اجتماعی بود. لذا هزینه این تعدیل‌ها به مردمی تحمیل شد که بیش از پنج سال است با کمبود شغل، درآمد کمتر و کاهش دسترسی به کالاها و خدمات عمومی روبرو هستند.

۶-۲-۲- مرحله اول بحران جهانی: ارتقاء حمایت اجتماعی برای حفظ درآمد قابل تصرف (پس از کسر مالیات و حق بیمه) و تقاضای داخلی (۲۰۰۸-۰۹)

ارائه خودکار مزایای بیمه بیکاری در مراحل اولیه بحران، نقش ضد ادواری این طرح‌ها را به اثبات رساند یعنی جایی که این مزایا از محل حق بیمه‌های انباشته شده متناسب با افزایش مصارف مربوط به مزایا در خلال رکود اقتصادی، تامین می‌شوند. در برخی از کشورها این طرح‌ها به منظور تسهیل دسترسی به مزایا در هنگام بروز بیکاری‌های انبوه، گسترش نسبی پیدا می‌کنند. به طور مثال، در ایالات متحده، به دلیل کاهش فرصت‌های شغلی و فراهم شدن زمان کافی برای انطباق با رشد فزاینده بیکاری، حداکثر مدت زمان پرداخت مزایا افزایش یافته است. کشورهای دیگر مانند آلمان، چارچوب حقوقی خود را به گونه‌ای تنظیم کرده‌اند که به منظور اجتناب از کاهش شغل، به شرکت‌ها امکان می‌دهد در بخش‌هایی خاص، کاهش موقتی مدت زمان کار را معرفی نمایند، این کاهش از طریق ارائه مزایای حمایت اجتماعی جبران می‌گردد. نمونه‌های دیگر از اقدامات مناسب، ارائه بسته‌های انگیزشی ویژه مبتنی بر مزایای مساعدت

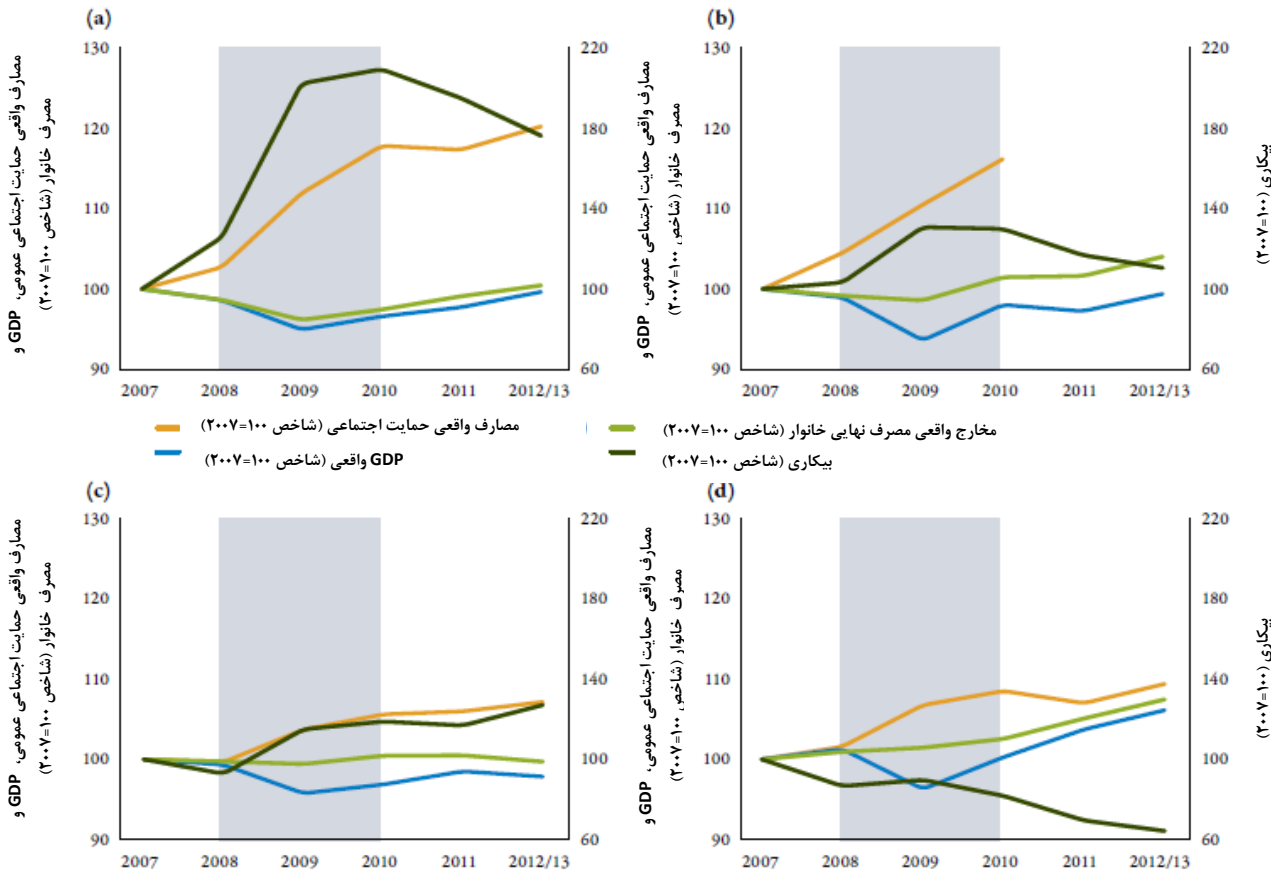
³⁹ too big to fail

اجتماعی برای تعداد رو به رشد فقیران و نیازمندان می باشد. این اقدامات و سایر تعدیلات و برنامه های کوتاه مدت، افت قدرت خرید شهروندان را محدود می سازد و لذا تقاضای کل جهانی را نیز کاهش می دهد.

داده های به دست آمده از ایالات متحده، ژاپن، فرانسه و آلمان از سال ۲۰۰۹ تا اوایل سال ۲۰۱۰، شواهدی از کارکرد تثبیت کنندگی خودکار و ضدادواری اجتماعی و اقتصادی مصارف حمایت اجتماعی را به ویژه از نقش محرک های مالی در افزایش نسبی مزایای کوتاه مدت برای بیکاران و فقرا و در معکوس کردن روند نزولی مصارف مربوط به مصرف خصوصی، نشان می دهد (شکل ۶-۱۱).

شواهد بیشتر از اثر ضد ادواری حمایت اجتماعی از طریق تجزیه و تحلیل اجزاء مختلف رشد در درآمد های قابل تصرف خصوصی در طول زمان، فراهم می گردد. پیش از بحران، درآمد حاصل از کار، مزایای اجتماعی خالص، مالیات ها و درآمد ناشی از دارایی ها در سراسر چرخه های اقتصادی متفاوت بود، به طوری که درآمد واقعی قابل تصرف ناخالص نزدیک به چهار درصد در اروپا تا سال ۲۰۰۸ به طور سالانه افزایش پیدا کرد (شکل ۶-۱۲). سپس در سال ۲۰۰۹ و اوایل سال ۲۰۱۰، جمعیت در اکثر کشورها، کاهش قابل توجه در درآمدهای دریافتی و دیگر منابع دریافتی از بازار را به دلیل افزایش بیکاری، کاهش در زمان کار و دریافتی ها و کاهش سود و دیگر درآمدهای سرمایه ای تجربه کرد.

شکل ۶-۱۱- روندها در سرانه مصارف عمومی حمایت اجتماعی، GDP، مصرف و بیکاری، ۲۰۱۲/۱۳ - ۲۰۰۷؛
 (الف) ایالات متحده؛ (ب) ژاپن؛ (ج) فرانسه و (د) آلمان

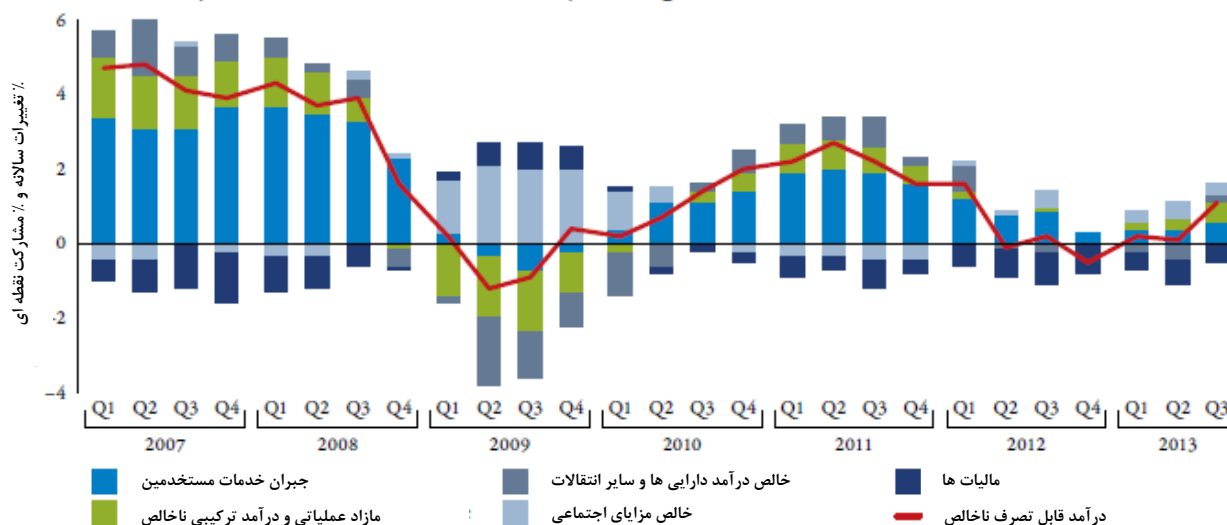


Note: Indexed levels, 2007 =100.

Sources: ILO, OECD, Eurostat, IMF.

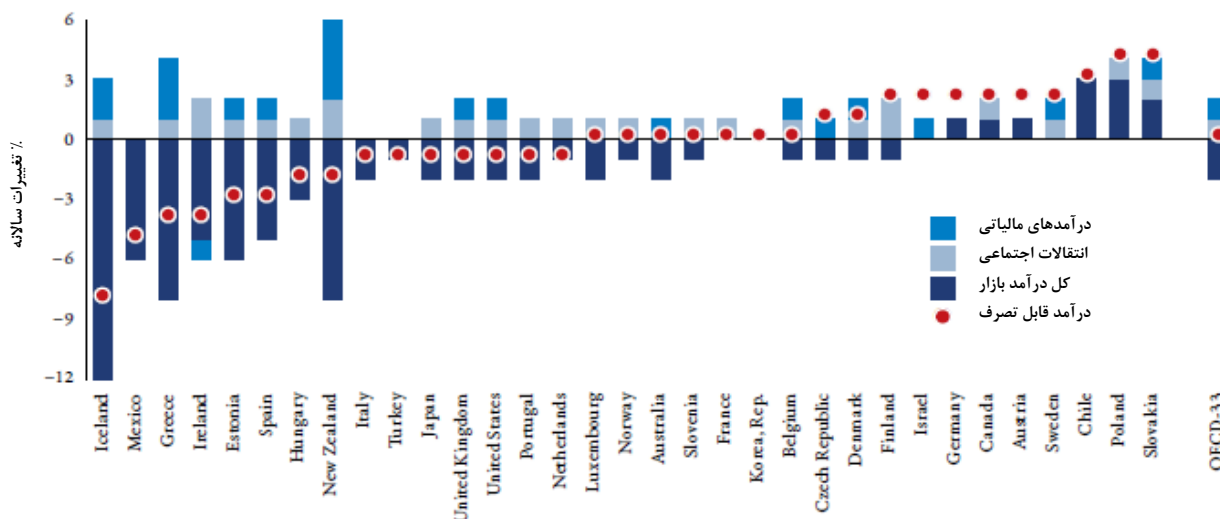
Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43323>.

شکل ۶-۱۲- کمک های اجزاء مختلف به رشد درآمد ناخالص اسمی قابل تصرف خانوارها، ۱۷ کشور حوزه اروپا؛ ۲۰۰۰-۱۲ (درصد)



به طور متوسط، درآمد حاصل از دریافتی ها و سرمایه (درآمد بازار)، در این مدت برحسب ارقام واقعی به میزان ۱/۹ درصد در هر سال در کشورهای عضو سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه کاهش یافت، با این حال در برخی از کشورها، نظیر یونان، ایسلند و نیوزیلند، درآمدهای بازاری بیش از ۷ درصد در هر سال کاهش یافت (شکل ۶-۱۳). افزایش انتقالات اجتماعی و دیگر مولفه های محرک های مالی ویژه، نقش تعیین کننده ای در جبران آثار کاهش درآمد بازاری در کشورهایی نظیر استونی، ایرلند، نیوزیلند و اسپانیا ایفا نمود. در کشورهای دیگر که مزایای حمایت اجتماعی به طور منظم و کافی در دسترس نبود، هیچ اثر جبرانی در برابر سقوط شدید درآمدهای قابل تصرف خانوارها مشاهده نگردید. از سال ۲۰۱۰ تا اوایل سال ۲۰۱۲، جزء درآمد دریافتی به طور متوسط ۲ درصد به رشد درآمدهای قابل تصرف افزود، در حالی که تغییرات در کاهش مزایای اجتماعی درست در جهت مخالف عمل نمود.

شکل ۶-۱۳- تغییرات سالانه در درآمد قابل تصرف ۲۰۰۷-۱۰، برحسب اجزای درآمد، کشورهای منتخب OECD (درصد)



Notes: 2007 figure refers to 2006 for Chile and Japan; 2008 figure for Australia, Finland, France, Germany, Israel, Italy, Mexico, New Zealand, Norway, Sweden and the United States. Figure for 2010 refers to 2009 for Hungary, Japan, New Zealand and Turkey; 2011 for Chile. Data for 2010 based on the European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) surveys are provisional for Austria, Belgium, Czech Republic, Estonia, Finland, Greece, Iceland, Ireland, Italy, Luxembourg, Poland, Portugal, Spain, Slovakia and Slovenia. Household incomes are adjusted for household size. Market incomes are reported net of taxes in Hungary, Mexico and Turkey.

Source: Based on OECD Income Distribution database; see OECD, 2013b.

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43417>.

با این وجود، شواهد مربوط به کارکرد تثبیت کنندگی خودکار و ضدادواری اجتماعی و اقتصادی مصارف حمایت اجتماعی مشاهده شده در سال ۲۰۰۹ و اوایل سال ۲۰۱۰، برای مهار فشارهای ناشی از بازارهای مالی، رتبه بندی موسسات و رویکردهای مرسوم در اتخاذ اقدامات تعدیلی در برنامه های حمایت اجتماعی مالی، از سال ۲۰۱۰ به بعد کافی نبودند. دولت های اکثر کشورهای دارای درآمد بالا، به جای پیوستن به شرکای اجتماعی و یافتن پاسخ های جایگزین به بحران که آنها را قادر می سازد بدون تضعیف حقوق اجتماعی یا تشدید مشکلات تجربه شده توسط شرکتهای دست به اصلاحات ساختاری بزنند، به اتخاذ سیاست های تثبیت مالی از جمله کاهش مزایای مستمری و طول دوره دریافت مزایا مبادرت ورزیدند. پیامدهای منفی در طی این رکود اقتصادی عمیق و طولانی نه تنها در افزایش فقر بلکه در قالب آثار اقتصادی کاهش تدریجی در سطح مصرف خصوصی کل نیز قابل مشاهده است (بخش ۶-۲-۳ را ببینید).

علیرغم مهار بحران و تثبیت مصرف از طریق مالیات ها و انتقالات، در بسیاری از کشورهای عضو سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه بحران به طور موثری درآمدهای قابل تصرف را کاهش داد، در بسیاری از موارد، اثرات منفی پیشین بر مصرف خصوصی و تقاضای کل وجود داشت. به طور کلی بین سال های ۲۰۰۷ تا ۲۰۱۰، خانوارها با کاهش درآمد قابل تصرف سالانه، در ایسلند به میزان ۸/۴ درصد و در استونی، یونان، مجارستان، ایرلند، مکزیک، نیوزیلند و اسپانیا بین ۲ تا ۴ درصد، روبرو شدند (شکل ۶-۱۳). این اثر با کاهش ارزش پول داخلی در برخی کشورهای حوزه یورو تشدید گردید.

۶-۲-۳- مرحله دوم بحران جهانی: تثبیت مالی پس از سال ۲۰۱۰

اقدامات تثبیت مالی در مرحله دوم بحران پس از سال ۲۰۱۰، نوعاً برعکس موضع انبساطی واکنش به بحران را نسبت به مرحله اول نشان می‌داد و شامل اقدامات گوناگونی برای کاهش مزایا بود. این نیز با سیاست‌های بازگشت اتخاذ شده توسط هیئت مدیره صندوق بین‌المللی پول و سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه و گروه ۲۰ همزمان گردید (کادر ۶-۱). اخیراً الیور بلانچارد اقتصاددان ارشد صندوق بین‌المللی پول به کم‌برآوردهای جدی ضرایب تغییر مالی در خصوص عمق انقباض اقتصادی در طراحی سیاست‌های تثبیت مالی اعتراف کرده است (Blanchard and Leigh, 2013)، همچنین تحقیقات صندوق بین‌المللی پول نشان می‌دهد که تثبیت مالی اثرات معکوس بر بیکاری کوتاه و بلند مدت، تقاضای خصوصی و رشد تولید ناخالص داخلی داشته است و مزدبگیران به طور نامتناسب و بیشتر از سود بگیران و اجاره بگیران آسیب می‌بینند (Ball, Guajardo, Leigh and Pescatori, 2011; Leigh and Loungani, 2011) و این که سیاست‌هایی که تقاضای کل را تثبیت می‌نمایند، به شدت دارای اهمیت هستند (Blanchard, Jaumotte and Loungani, 2013). در هر حال، هنگامی که سیاست‌های تثبیت مالی در سراسر کشورهای پردرآمد اتخاذ شد و کاهش هدفمند مخارج به ویژه در مزایای کوتاه مدت نظیر مزایای ایام بیکاری، عائله مندی و برنامه‌های حمایت از خانواده مدنظر قرار گرفت، ادامه یک زندگی در شان و با حداقل امنیت درآمد به ویژه برای خانواده‌های دارای فرزند بسیار، دشوار شد. به نظر می‌رسد پس از اصلاحات اخیر، برخی از کشورهای اروپایی دیگر با الزامات تامین اجتماعی سازمان بین‌المللی کار (حداقل استانداردها) کنوانسیون شماره ۱۰۲ سال ۱۹۵۲ که اکثر آنها، آن را تصویب کرده‌اند، منطبق نباشند. جدول ۶-۲، مرور کلی برخی از اقدامات عمده اتخاذ شده طی بحران جهانی را ارائه می‌نماید.

مزایای دوران بیکاری

دسترسی به مزایای دوران بیکاری، سطح و حداکثر مدت زمان پرداخت مزایا با شروع سال ۲۰۱۰ کاهش یافت (نگاه کنید به فصل ۳ بخش ۳-۲). افزایش فقر تا حدودی به چنین کاهش‌هایی در حمایت‌ها نسبت داده شده است: برای مثال یکی از مطالعات اخیر این گونه استدلال می‌کند که افزایش فقر در ایالات متحده به طور مستقیم ناشی از کاهش مزایای دوران بیکاری است (CBPP, 2014).

در کشورهای دارای رویکردهای پیش‌اندوخته‌گذاری^{۴۰}، مزایای ایام بیکاری از سال ۲۰۰۸ تا اوایل سال ۲۰۱۰ از محل حق بیمه‌های کنونی و وجوه ذخیره انباشت شده در طرح‌های بیمه بیکاری، تامین مالی می‌شد. لیکن نرخ بیکاری بالا پس از سال ۲۰۱۰ نیز ادامه یافت و ذخایر صندوق بیمه بیکاری به اتمام رسید. لذا در آن زمان افزایش نرخ حق بیمه طرح بیمه بیکاری مدنظر قرار گرفت، هرچند از سوی کارفرمایان نسبت به این موضوع بی‌میلی وجود داشت و

⁴⁰ Advance-funding approaches

آنها برعکس، طرح های طرفدار ادواری به شکل حق بیمه های پایین تر تامین اجتماعی را مورد توجه و بحث قرار می دادند. این امر خود تاکیدی بر اهمیت ارتقاء اندوخته گذاری طرح های بیمه بیکاری ضد ادواری در کشورهای فاقد سیاست های پیش- اندوخته گذاری است تا فراهم بودن اندوخته های منطقی بیمه بیکاری در خلال دوره رکود اقتصادی آتی تضمین گردد. پیش اندوخته گذاری مزایای ایام بیکاری به اندازه منطقی و در یک چارچوب به درستی مدیریت شده می تواند در زمان رکود یعنی هنگامی که نیازها بالا و درآمدها در حال سقوط است و بخش اقتصادی کمتر پذیرای امکان افزایش سهم حق بیمه است، به کاهش فشار بر بودجه های عمومی کمک نماید.

سلامت

اکثر دولت ها اصلاحاتی را در نظام های حمایت سلامت خود نظیر منطقی سازی هزینه های امکانات سلامت عمومی، معرفی پرداخت های مشترک بیمار و کاهش صورت دستمزد کارکنان بخش درمان، اعمال نموده اند. افزایش مصارف پرداخت از جیب برای سلامت، فشار بیشتری بر دولت ها وارد می آورد تا سطح مستمری ها و دیگر مزایای حمایت اجتماعی را به منظور جبران هزینه های اضافی تحمیلی بر خانوارهای نیازمند مراقبت سلامت، افزایش دهند. در همین حال، کیفیت پایین ارائه خدمات سلامت به پیامدهای وخیم تر سلامت منجر می شود (Karanikolos et al., 2013; Mladovsky et al., 2012). ضعف سلامت روان، افزایش سوء مصرف مواد و نرخ بالای خودکشی، همگی با انجام اقدامات تثبیت مالی مرتبط بوده اند (WHO, 2011a; Stuckler and Basu, 2013). مرکز کنترل بیماری های اروپا هشدار داده است که از سال ۲۰۰۸ به دلیل اجرای برنامه های تثبیت مالی، مخاطرات جدی سلامت ظهور کرده است. به طور خاص این که دسترسی شهروندان کشورهای یونان، اسپانیا و پرتغال به خدمات مراقبت سلامت عمومی به طور جدی محدود شده است، به طوری که آمار شیوع بیماری و مرگ و میر در این کشورها، افزایش یافته است. در این ارتباط مجله پزشکی لانست^{۴۱} درباره یونان که شهروندان آن شاهد یکی از ریشه ای ترین برنامه های اصلاح دولت رفاه طی سال های اخیر هستند، از "تراژدی سلامت عمومی یونانی" سخن می گوید (Kentikelinis et al., 2014).

مزایای اجتماعی

طیف وسیعی از کمک هزینه های تامین شده از محل مالیات نظیر کمک هزینه فرزند، مزایای ازکارافتادگی و کمک مسکن، برای صرفه جویی در هزینه ها در هنگام بحران، محدود و منطقی سازی شده است. اثرات منفی تثبیت مالی بر فقر، در کشورهایی که نظام های پایه مساعدت اجتماعی ضعیف بوده یا به تازگی تضعیف شده مانند دولت های بحران زده حوزه بالتیک و کشورهای اروپایی اجرا کننده ی برنامه های تعدیل اقتصادی مصوب، بسیار قابل توجه است. به طور مثال دولت یونان در حال برنامه ریزی برای اعمال تغییرات ساختاری شدید و جایگزینی تعداد زیادی از مزایای

⁴¹ *Lancet*

اجتماعی موجود نظیر مزایای عائله مندی و ازکارافتادگی، همچنین ارائه حداقل مستمری در قالب طرح های بیمه اجتماعی به همراه یک تور ایمنی برای فقیرترین اقشار جامعه، می باشد. ایرلند نیز مزایای همگانی فرزند را با کمک هزینه های مبتنی بر آزمون استطاعت مالی^{۴۲} برای خانواده های کم درآمد جایگزین کرده است. معرفی مکانیزم آزمون بررسی استطاعت مالی (آزمون وسع) به جای مزایای همگانی پیشین و هدفمندسازی مزایا برای مردم فقیر، مبانی حمایت های همگانی را که پیش از این بر اساس حقوق قانونی بخشی از قراردادهای اجتماعی در بسیاری از کشورهای اروپایی بود، مخدوش ساخته است. برای مثال، برنامه های تثبیت مالی، میزان دسترسی افراد دارای ازکارافتادگی را به زندگی در جامعه، تحصیلات و کمک ها و مراقبت های اولیه محدود کرده است. قطع برنامه های برابری جنسیتی، خدمات مراقبت از کودکان، مزایای فرزند و مراقبت والدین، ارائه خدمات به قربانیان خشونت و کمک های حقوقی، تاثیر به سزایی به ویژه بر روی زنان دارد (EU Commissioner for Human Rights, 2013).

مستمری ها

اصلاحات معمول در حوزه مستمری ها عبارتند از افزایش سن بازنشستگی، کاهش مزایا، افزایش نرخ حق بیمه و کاهش معافیت های مالیاتی حقوق مستمری و همچنین اصلاحات ساختاری معرفی شده در برخی از کشورها. بسیاری از کشورها تغییراتی را در نظام های مستمری خود پیش از وقوع بحران و برای رویارویی با مشکل سالمندی جمعیت معرفی کرده اند، اما برنامه های تثبیت مالی و اقدام در جهت صرفه جویی در هزینه ها، بدون در نظر گرفتن اثرات اجتماعی آنها اتخاذ شده اند. برخی از این اصلاحات در دادگاه های ملی قانون اساسی مورد تردید و اعتراض قرار گرفته اند. یک معیار مناسب برای درک تاثیرات اصلاحات، نرخ جایگزینی ناخالص مستمری های عمومی (رسمی) است. پیش بینی ها نشان می دهند که مستمری بگیران آینده حداقل در ۱۴ کشور اروپایی حقوق مستمری کمتری دریافت خواهند کرد، کاهش پیش بینی شده در هشت کشور بیش از ۱۰ درصد بدست آمده است (شکل ۶-۱۴).

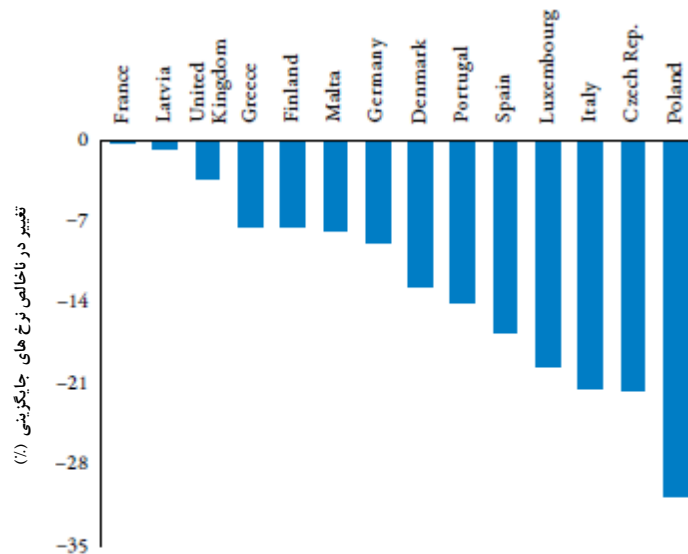
اکثر اصلاحات ساختاری در حوزه مستمری ها در کشورهای دارای درآمد بالا که در قالب معرفی اصل پس اندازهای انفرادی انجام شده اند، عملاً تضمین های حداقل مستمری را که پیش از این به صراحت در نظام مستمری سنتی ارائه می گردید، حذف کرده اند (البته برخی از آنها هنوز وجود دارند). علاوه بر این، اعمال اصلاحات متعدد به ویژه در زمینه ترمیم مستمری ها که تعدیل مستمری ها را با توجه به تغییرات در قیمت ها و دستمزدها محدود می ساختند، قدرت خرید مستمری ها را به شدت کاهش داده است. برای مثال اسپانیا، در سال ۲۰۱۳، ترمیم مستمری ها را با توجه به افزایش قیمت ها متوقف کرده است.

حاصل اعمال این تغییرات، تعداد بیشتر افراد سالمند فاقد امنیت درآمدی کافی بود: مستمری بگیران با بالا رفتن سن، فقیرتر و فقیرتر می شوند و ارزش واقعی مستمری آنها به دلیل نبود مکانیزم ترمیم مستمری مناسب، کاهش پیدا

⁴² Means-testing

می‌کند. برای مثال در سوئد و لهستان، نرخ فقر افراد سالمند تقریباً دو برابر شده و به ترتیب در بازه زمانی سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۲ از ۱۰ درصد به ۱۸ درصد و از ۷ درصد به ۱۴ درصد بالغ گردیده است (فصل ۴ را ببینید). بنابراین این نیاز وجود دارد که مقررات مربوط به حقوق مستمری به منظور اطمینان از ارائه تضمین حداقل مزایا از طریق نظام های مستمری مشارکتی و یا از طریق سیاست های هماهنگ با مزایای مساعدت اجتماعی غیرمشارکتی، مورد بازنگری قرار گیرند.

شکل ۶-۱۴- میزان کاهش نرخ های جایگزینی ناخالص مستمری های قانونی برای کارگران با درآمد متوسط که پس از ۴۰ سال بیمه پردازی در سن ۶۵ سالگی بازنشسته می شوند؛ ۵۰-۲۰۱۰ (درصدی از متوسط دستمزد)



Source: Based on European Commission, 2012c; European Commission, 2012d.

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43721>.

به طور کلی، سازمان بین المللی کار انتظار دارد تا در نتیجه ی اعمال اصلاحات مستمری ها طی دهه گذشته، کارگران بیشتری برای دوران سالمندی خود به طرح های مساعدت اجتماعی تامین شده از محل مالیات یا طرح های حداقل درآمد تضمین شده پناه بیاورند. برخی نظام های بازنشستگی ملی دیگر الزامات مربوط به کفایت را که در کنوانسیون شماره ۱۰۲ سازمان بین المللی کار و قانون خاص اروپا در زمینه تامین اجتماعی تصریح گردیده است، برآورده نمی سازند. این وضعیت در مورد اکثر کشورهای اروپایی صادق است.

تحلیل تدریجی مدل اجتماعی اروپا^{۴۳}

در سال ۲۰۱۲، حدود ۱۲۳ میلیون نفر از ۲۷ دولت عضو اتحادیه اروپا یعنی ۲۴ درصد از کل جمعیت، در معرض خطر فقر یا محرومیت اجتماعی بودند، این آمار در مقایسه با ۱۱۶ میلیون نفر در سال ۲۰۰۸ بوده و به نسبت این سال، ۸۰۰ هزار کودک بیشتر در فقر زندگی می کنند. این آمار و ارقام، زنگ خطر را در سراسر اروپا به صدا درآورده است. برخی برآوردها نشان می دهند که اگر اقدامات تثبیت مالی تداوم یابند، تا سال ۲۰۲۵، بین ۱۵ تا ۲۵ میلیون نفر در فقر زندگی خواهند کرد (Oxfam, 2013). فقر و نابرابری بیشتر نه تنها در نتیجه شدت رکود اقتصادی جهانی است بلکه حاصل تصمیم گیری های سیاستی خاص و محدود ساختن انتقالات اجتماعی و دسترسی به خدمات عمومی با کیفیت نیز می باشد. دستاوردهای مدل اجتماعی اروپایی که به طور چشمگیری فقر را کاهش داده و در دوره پس از جنگ جهانی اول سطح رفاه را ارتقاء داد، پس از بروز بحران، به واسطه ی اتخاذ یک سری اصلاحات تعدیلی که منجر به بروز دوباره فقر در اروپا و از دست رفتن طبقات متوسط شد، به تدریج از بین رفته و مضمحل شده است. مفهوم پذیرفته شده دسترسی همگانی به شرایط زندگی شایسته برای همه شهروندان، به واسطه شکاف گسترده میان برنامه های به شدت هدفگذاری شده برای سطوح پایین توزیع درآمدی و تاکید اکید بر پس اندازهای انفرادی برای گروه های درآمدی متوسط و بالا، با تهدید مواجه شده است. این چند پارگی در نظام های تامین اجتماعی، پتانسیل تحقق مشارکت در ریسک جمعی^{۴۴} را محدود می کند، همبستگی اجتماعی را از بین می برد، مسئولیت دولت را تنها متوجه قشر بسیار فقیر می کند و محتوای قرارداد اجتماعی اساس مدل اجتماعی اروپایی را تغییر می دهد. تضعیف چانه زنی جمعی و مذاکرات اجتماعی به همراه مقررات زدایی و انعطاف پذیری بازار کار، این فرسایش و تحلیل تدریجی را بیشتر کرده است (ILO, 2013b; ILS, 2012; Vaughan-Whitehead, 2013).

به علاوه، در حالی که صرفه جویی در هزینه ها ناشی از اقدامات تثبیت مالی، کمک مناسبی برای رسیدگی به دیون می باشد، ولی رشد اقتصادی را پشتیبانی نکرده است. در ایرلند، یونان، پرتغال و قبرس که از سال ۲۰۰۸، برخی از جسورانه ترین اصلاحات ساختاری به عنوان بخشی از محتوای پذیرفته شده ی برنامه های تعدیل اقتصادی مختلف صورت گرفته است، به دلیل نرخ بالای بیکاری، پایین بودن سطح دستمزدها و کاهش مصارف حمایت اجتماعی، درآمدهای قابل تصرف خانوارها کاهش یافته است و این به نوبه خود موجب کاهش مصرف شده است (شکل ۶-۱۵). برای مثال در یونان، اصلاحات نظام حمایت اجتماعی، مسئولیت دولت را صرفاً به مزایای حداقل درآمد تضمین شده برای قشر فقیر جامعه که به موجب قانون در سطح پایین ۷۵ درصد میانگین حداقل مستمری تضمین شده تعیین گردیده، محدود نموده است. این اصلاح پیش بینی می کند که مستمری های تکمیلی احتمالاً به مسئولیت افراد و کارفرمایان تبدیل می شوند (از طریق نظام حساب های انفرادی)، این شیوه جایگزین یک نظام می گردد، البته به صورت بسیار

⁴³ European Social Model

⁴⁴ Collective pooling of risks

پراکنده و با پایداری مالی نه چندان مطمئن، اما در گذشته تقریباً هر فرد می توانست روی داشتن یک حداقل مستمری سالمندی حساب کند. در این کشور بین سال های ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۳، حقوق و دستمزدها نزدیک به ۳۵ درصد کاهش و نرخ بیکاری ۲۸ درصد افزایش یافت، در نتیجه درآمد حاصل از حق بیمه ها به نظام تامین اجتماعی تنزل یافت. تداوم پرداخت مزایای تامین اجتماعی مستلزم تامین مالی کسری های مربوطه بود لیکن این الزام در اولویت قرار نگرفت. به جای آن، براساس محدودیت های مصرح در اهداف برنامه های تثبیت مالی، از سال ۲۰۰۸، مصارف حمایت اجتماعی بیش از ۱۲ درصد به رقم واقعی کاهش یافته است و بالطبع مصرف خصوصی نیز با همین روند افت کرده است (۶-۱۵؛ پانل ب). بنابراین به طور اجتناب ناپذیری فقر در یونان به بالاترین حد خود رسید و بیش از ۳۵ درصد جمعیت در سال ۲۰۱۳ مجبور به تحمل فشارها و دشواری های شدید شده و بسیاری از خانواده ها توانایی تامین شرایط یک زندگی در خور و آبرومند را نداشتند. به این دلیل است که فعالان اتحادیه های کارگری از " فقیرسازی برنامه ریزی شده جمعیت"^{۴۵} در یونان سخن به میان می آورند.

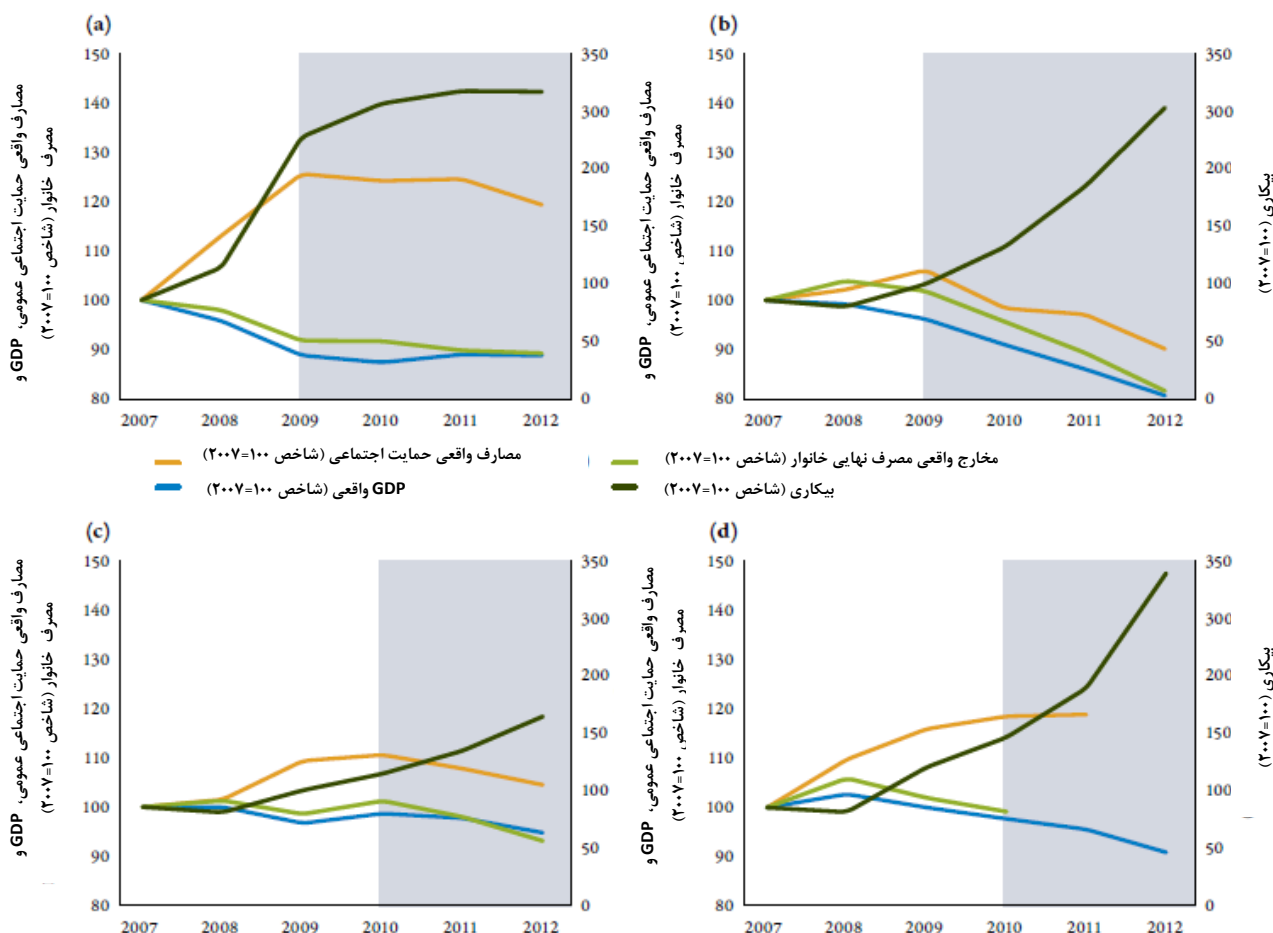
سایر کشورها از جمله ایتالیا و اسپانیا نیز، تحت فشار شدید بازارهای مالی، اصلاحاتی را معرفی کردند که بسیار وسیع تر از آن بود که در کشور های کمتر دچار بحران بدهی مانند فرانسه، بلژیک و آلمان وجود داشت. در حالی که هدف برخی از اصلاحات بهبود و ارتقاء اداری بود، بعضی دیگر تغییر رویکرد از تمرکز بر پیشگیری از فقر و ناامنی درآمد برای کل جمعیت، به یک رویکرد محدود کاهش فقر را هدف قرار دادند (تور ایمنی). چنین اصلاحاتی به طور نامتناسبی بر هدف مالی تراز بودجه های عمومی، بدون توجه به هدف کفایت مزایا برای همه، مصرح در کنوانسیون شماره ۱۰۲ سازمان بین المللی کار، کنوانسیون مزایای مستمری شماره ۱۲۸ سال ۱۹۶۷ و توصیه نامه ی کف حمایت های اجتماعی شماره ۲۰۲، تاکید دارند. چنین عدم توازن به منزله خطری جدی برای انسجام اجتماعی و عدالت اجتماعی است و موجب تحلیل تدریجی مدل اجتماعی اروپایی می گردد.

در برخی از کشورهای اروپایی اعتبار اقدامات تثبیت مالی از منظر قانون اساسی مورد بازنگری قرار گرفته است. در سال ۲۰۱۳، دادگاه قانون اساسی پرتغال، چهار اقدام تثبیت مالی را در بودجه که عمدتاً مستمری بگیران و کارمندان دولت را متاثر می ساخت، غیر قانونی و ناقض قانون اساسی کشور اعلام کرد. در لتونی بودجه سال ۲۰۱۰، کاهش مخارج و افزایش مالیات از جمله، ۱۰ درصد کاهش در مستمری ها و ۷۰ درصد کاهش برای مستمری بگیران شاغل را به تصویب رساند که دادگاه قانون اساسی این کشور کاهش مستمری ها را به دلیل نقض حق برخورداری از تامین اجتماعی، خلاف قانون اساسی تشخیص داد و کاهش ها بازگردانده شدند. در رومانی نیز ۱۵ درصد کاهش مستمری ها که در ماه می سال ۲۰۱۰ پیشنهاد شد، بر خلاف قانون اساسی اعلام شد، اگرچه ارائه مستمری ها از محل سهم حق بیمه کارگران و مبتنی بر روش اندوخته گذاری جزئی، از نظر قانون اساسی مورد حمایت است، لیکن دولت با پیش دستی و به بهانه دفاع از امنیت ملی با استفاده از یک ماده واحده قانون اساسی که اعمال یک سری محدودیت های موقت را ممکن

⁴⁵ a programmed impoverishment of the population

می‌سازد، این حمایت قانونی را محدود نمود (UNDP and RCPAR, 2011; OHCHR, 2013). اخیراً پارلمان اروپا تحقیقی را راجع به مشروعیت دموکراتیک اصلاحات تعدیلی و آثار اجتماعی آن‌ها در ایرلند، قبرس، اسپانیا، اسلونی، یونان، پرتغال و ایتالیا آغاز نموده است (European Parliament, 2014a,b).

شکل ۶-۱۵- مصارف واقعی حمایت اجتماعی عمومی، بیکاری و GDP واقعی: تحولات اخیر در ۴ کشور اتحادیه اروپایی درگیر برنامه‌های تعدیل اقتصادی ۲۰۰۸-۱۳: (الف) ایرلند، (ب) یونان، (ج) پرتغال و (د) قبرس



Note: Indexed levels, 2007=100.

Sources: ILO, OECD, Eurostat, IMF.

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=4320>.

۶-۲-۴- کفایت انتقالات نقدی، مالیات‌ها و کفایت اجتماعی: مولفه‌های مهم بهبود پاسخگویی اجتماعی

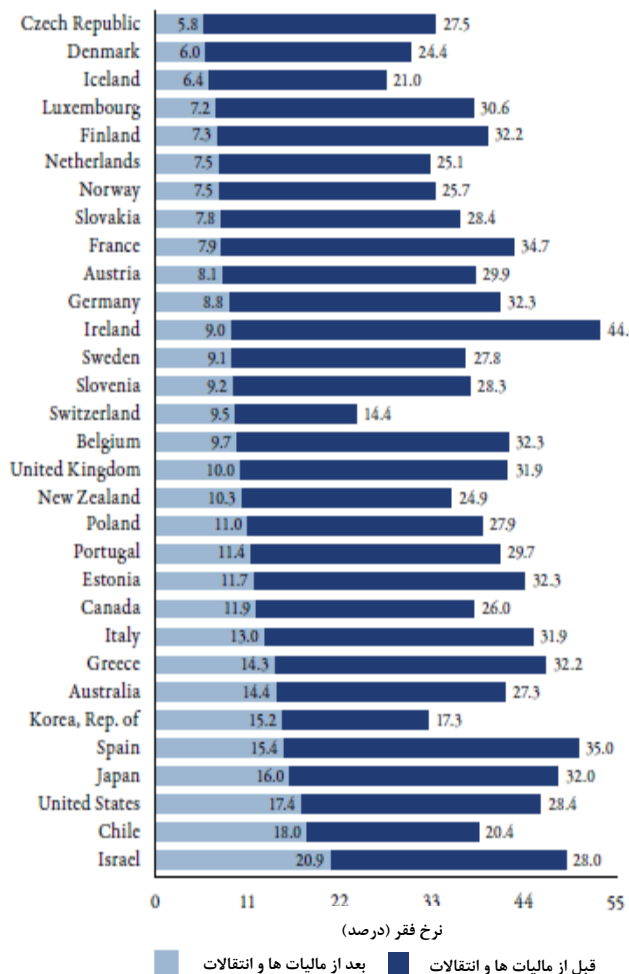
حمایت اجتماعی نقش مهمی در جلوگیری از بروز فقر و یا کاهش آن در تمام جوامع دارد، اگرچه ظرفیت و توانایی نظام‌های حمایت اجتماعی مختلف در این زمینه متفاوت است. برای مثال در کشور فنلاند در سال ۲۰۱۰، اگر ابزارهای مالیاتی و انتقالات حمایت اجتماعی وجود نداشتند، به جای ۷/۳ درصد جمعیت که واقعاً در فقر بودند، ۳۲/۲ درصد از

مردم در فقر قرار می گرفتند. شکل ۶-۱۶، ظرفیت های کاهش و جلوگیری از فقر نظام های مالیاتی و انتقالات ملی را در کشورهای عضو سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه نشان می دهد. این شکل نشان می دهد که تفاوت بسیار چشمگیر و معنی داری میان کشورها حتی کشورهایی که در سطح یکسان منابع مالی بالقوه و توسعه اقتصادی قرار دارند وجود دارد، همچنین نشان می دهد که اراده سیاسی هر جامعه است که یک چارچوب برای نظام حمایت اجتماعی خود مشخص می نماید. حمایت اجتماعی، پشتیبان رشد و تغییرات ساختاری در بازار کار است. همچنین از درآمد خانوار که برای حفظ مصرف و تقاضای داخلی ضروری است، پشتیبانی می نماید. سطح مناسب حمایت های اجتماعی، عنصر مهم راهبردهای رشد فراگیر تلقی می شود و در بخش های مختلف این کتاب به آنها اشاره شده است.

ادغام سیاست های حمایت اجتماعی، مالیات و اشتغال، کلید بازیابی و بهبود پاسخگو به لحاظ اجتماعی به شمار می رود. افزایش فقر و نابرابری تنها به دلیل بروز بحران جهانی اخیر اتفاق نیافتاده است بلکه تا حد زیادی ناشی از روند طولانی مدت تضعیف نقش توسعه ای دولت و ظرفیت توزیع مجدد دولت می باشد (OECD, 2008; OECD, 2011a; UNRISD, 2010). بروز عدم توازن ها در سطح جهان نیز می تواند این وضعیت را تشدید کند و این هنگامی است که خانواده ها به دلیل سلب اعتماد از ظرفیت و اراده نظام عمومی برای تامین امنیت درآمدی در بلندمدت، پس اندازهای احتیاطی خود را افزایش می دهند. این وضعیت مستلزم وجود هماهنگی موثر میان سیاست های حمایت اجتماعی، اشتغال و مالی بوده ای است تا بتوان بهتر شرایط نوظهور بازار کار را مخاطب قرار داده و از بروز آسیب های دیرپای آنها بر سطوح فعلی و آتی حمایت های اجتماعی برای همه از جمله قشر فقیر و طبقه متوسط، جلوگیری نمود. کشورها باید ترغیب شوند تا به منظور اجتناب از تخریب و انقطاع همبستگی میان نسل ها و گروه های درآمدی و دستیابی به آرامش اجتماعی، از نظام های حمایت اجتماعی خود به شکل بهتری استفاده نمایند.

گفتگوی ملی و مشاوره در زمینه گزینه های سیاستی جایگزین می تواند باعث رسیدن به تعادل مطلوب میان کفایت و پایداری شود. پیمایش کشوری سازمان بین المللی کار نشان داده است که اکثر اصلاحات اتخاذ شده در طول بحران بدون توجه به رایزنی با شرکای اجتماعی و ذینفعان مهم جامعه مدنی معرفی شده اند (Guardiancich, 2012). در نتیجه، اصلاحات که بر هزینه - اثربخشی با نگاه حفظ و ذخیره منابع عمومی تاکید می کردند و درعین حال پیامدهای اجتماعی را از منظر فقر و نابرابری، نادیده می گرفتند، به عدم توازن میل پیدا کردند. لذا انجام گفتگوهای ملی به منظور تضمین برنامه های حمایت اجتماعی مکفی به ویژه درخصوص حمایت از کودکان و سالمندان در برابر فقر و آسیب پذیری و همچنین تضمین این که تعدیل ها و اصلاحات مورد نیاز مبتنی بر توازن منصفانه و پایا میان کفایت و پایداری به عنوان بخشی از قرارداد اجتماعی که جوامع مدرن بر پایه آن شکل گرفته اند، هستند، ضروری می باشد.

شکل ۶-۱۶- نرخ فقر در کشورهای عضو OECD، پیش و پس از کسر مالیات و انتقالات حمایت اجتماعی، آخرین سال در دسترس (حدود ۲۰۱۰)



Note: Relative poverty line defined as 50 per cent of median equivalized household income.

Source: Based on OECD Income Distribution database.

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43437>.

کمیته حمایت اجتماعی کمیسیون اروپا در اواخر سال ۲۰۱۳ تصریح کرد که باید از تجربه اصلاحات اخیر درس گرفته شود و این که لازم است بر مبنای ارزیابی های دقیق در خصوص آثار اجتماعی بلندمدت و کوتاه مدت، سیاست ها مورد اصلاح قرار گیرند و مهم تر از همه این که چنین تجزیه و تحلیل هایی باید پیش از اتخاذ سیاست ها در اختیار باشد. سازمان بین المللی کار تمام کشور ها را تشویق می کند که گفتگوهای ملی مربوط به سیاست ها را با شرکای اجتماعی و تمام بخش های دیگر جامعه مدنی، تجدید نمایند و از این طریق به گزینه های سیاستی بهینه جهت مواجهه موثر با فقر و نابرابری دست یابند.

در این ارتباط، نمونه هایی از رویکردهای مناسب وجود دارد. مدل اجتماعی اروپای شمالی (کشورهای اسکانداویژی)^{۴۶} نه تنها انعطاف پذیر است بلکه به طور فعال در بحران ها مورد استفاده قرار می گیرد. به طور مثال فنلاند، در نظام سلامت و حمایت اجتماعی خود طی بحران اقتصادی بزرگ دهه نود و پس از سقوط اتحاد جماهیر شوروی سابق تفکیک دارایی ها^{۴۷} را اعمال نمود و این درست زمانی بود که مدل اجتماعی اروپای شمالی به دلیل ممانعت از رشد مورد انتقاد شدید قرار می گرفت. اخیراً کشورهای شمال اروپا به اصلاحات دست زده اند و در عین حال ارزش های بنیادی مدل اجتماعی خود را حفظ کرده اند، اکنون نیز برای مواجهه با پیامدهای اجتماعی و اقتصادی بحران در جایگاه خوبی قرار دارند (کادر ۶-۳).

⁴⁶ THE Nordic Social Model

⁴⁷ Ring-fence

نمونه های مطلوب دیگر، اقدامات انجام شده در مرحله اولیه بحران در راستای افزایش هدفمند مساعدت های اجتماعی می باشند: برای مثال در ایالات متحده، یارانه مواد غذایی برای فقرا، تعداد خانوارهایی را که در فقر شدید به سر می بردند به نصف کاهش داد و همچنین قانون مراقبت های سلامت قابل استطاعت در سال ۲۰۱۳، همه شهروندان را تحت پوشش قرار می داد (CBPP, 2014).

دیگر نمونه های قابل توجه عبارتند از: اقدامات و برنامه های حمایت اجتماعی که از پیش از وقوع بحران، جاری بودند و پس از بروز شرایط وخیم به راحتی قابل ارتقاء بودند، مانند طرح بیمه بیکاری در آلمان که توانست با ارائه حمایت، بیکاری ها را محدود کند و یا اصلاحات فرانسه که با ارائه مشوق ها این امکان را به کارخانه ها و شرکت ها داد که ضمن حفظ نیروی کار مسن، نیروی کار جوان تر را نیز در اختیار بگیرند.

کادر ۶-۳- ایسلند: یک باز یابی به لحاظ اجتماعی پاسخگو

ایسلند بدهی های خصوصی خود را به بانک های خارجی انکار نمود و به بخش مالی خود کمک مالی دولتی نکرد و زیان های وارده را به جای مالیات دهندگان بر دوش دارندگان اوراق قرضه نهاد. بنا بر نظر صندوق بین المللی پول، این یک موضوع مربوط به دیون قرضه ارزی نبود، این دیون در نتیجه خصوصی سازی و مقررات زدایی بخش بانکی بود که از طریق دسترسی آسان به منابع مالی خارجی تسهیل شده بود و عدم تراز فزاینده آن توسط نظارت بخش مالی ایسلند تشخیص داده نشد. دو همه پرسی در سال ۲۰۱۰ و ۲۰۱۱ برگزار گردید که در آنها از شهروندان خواسته شد بگویند آیا و چگونه دیون خصوصی ملی شده می بایست بازپرداخت شود، رای دهندگان ایسلندی به سیاست های ارتودوکس که همراه چنین طرح بازپرداخت دیون بود "نه" گفتند. با وجود فشارها و تهدیدات ایجاد شده توسط سیاست های دگراندیشانه (*) ایسلند - انکار بدهی، کنترل سرمایه و کاهش ارزش پول - این کشور به خوبی در برابر بحران باز یابی را انجام داد. ایسلند دوباره به بازارهای بین المللی سرمایه دسترسی پیدا کرد در حالی که رفاه شهروندان خود را با حمایت صندوق بین المللی پول حفظ نمود. در سال ۲۰۱۲ رتبه اعتباری ایسلند بسیار بالاتر از یونان بود. ماده چهار مشاوره صندوق بین المللی پول ایسلند تصریح می کند: هدف پس از بحران مقامات ایسلندی حفظ نظام رفاه اجتماعی در مواجهه با تثبیت مالی مورد نیاز بوده است. افزایش دستمزد در ماه می ۲۰۱۱ در میان شرکای اجتماعی مورد توافق قرار گرفت و این امر به افزایش اسمی شش درصدی حقوق منجر شد و نرخ بیکاری در سال ۲۰۱۲ هفت درصد کاهش پیدا کرد. در طراحی تعدیل مالی، مقامات مربوطه مالیات بر درآمد تصاعدی را معرفی نمودند و یک فضای مالی برای حفظ منافع اجتماعی ایجاد کردند. در نتیجه، هنگامی که تحدید مصارف در سال ۲۰۱۰ آغاز شد، مخارج حمایت اجتماعی به میزان یک درصد تولید ناخالص داخلی افزایش یافت و تعداد خانوار دریافت کننده کمک درآمدی از بخش دولتی نیز افزایش یافت. این سیاست ها به کاهش شدید نابرابری منجر شد. ضریب جینی ایسلند که در دوره رونق افزایش یافته بود در سال ۲۰۱۰ کاهش یافت و همانند دیگر هم تیان شمال اروپایی خود شد.

(ارتودوکس (Orthodox) و دگراندیشی (Heterodox): در علم اقتصاد ارتودوکس عبارت است از آن نگرش به پدیدارهای اقتصادی که در یک دوره زمانی معین (و احتمالاً در یک فضای معین) از بیشترین مقبولیت و اتفاق نظر در میان اقتصاددانان و سیاستگذاران برخوردار باشد. اقتصاد نئوکلاسیک و اقتصاد کینزی به طور معمول جزو جریان ارتودوکس تلقی می شوند. دگراندیشی بسیاری از نحله هایی را دربرمی گیرد که در میان اقتصاددانان و سیاستگذاران مقبولیت عمومی ندارد و هر چند ممکن است از نظام های استدلالی و منطقی معتبری (به معنای روش شناختی) برخوردار باشند. مترجم)

۶-۳- کشورهای دارای درآمد متوسط: رشد فراگیر از طریق حمایت اجتماعی

۶-۳-۱- توسعه معنادار پوشش حمایت اجتماعی

در بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط، روند غالب سال‌های اخیر که از پیش از بروز بحران سال ۲۰۰۸، آغاز شده بود به صورت گسترش پوشش حمایت اجتماعی با تفاوت‌هایی در سطح ملی بود. اکثر اصلاحات سیاستی در زمینه حمایت اجتماعی به صراحت بر اهمیت سرمایه‌گذاری در حوزه سلامت، آموزش و حمایت‌های اجتماعی به منظور ارتقاء رشد و کاهش فقر در کوتاه‌مدت و ایجاد سرمایه‌های انسانی و ظرفیت‌های انسانی در بلندمدت تأکید داشته‌اند. از بسیاری جهات، این سیاست‌ها دارای یک تمایز بسیار روشن با برخی سیاست‌های دهه‌های ۸۰ و ۹۰ که بر کاهش و کوچک شدن بخش عمومی، معرفی مکانیزم‌های پرداخت حق الزحمه سهم‌کاربر برای بخش سلامت، آموزش و سایر خدمات عمومی و خصوصی سازی نظام‌های مستمری تأکید داشتند، می‌باشند. تجربه بحران مالی و اقتصادی اواخر دهه نود در آسیا و آمریکای لاتین باعث شد تا بسیاری از کشورها در مدل‌های اقتصادی خود تجدید نظر کنند. سیاست‌های جدید نقش فعال‌تری برای دولت در ارتقاء توسعه اجتماعی و اقتصادی و تقویت تقاضای داخلی در نظر گرفته‌اند. تأکید جدی بر سیاست‌های حمایت اجتماعی در بسیاری از کشورهای دارای درآمد متوسط گواه این است که رشد پایدار و منصفانه در غیاب سیاست‌های حمایت اجتماعی قوی و گسترش تدریجی پوشش تأمین اجتماعی به گروه‌های بیشتری از جمعیت، امکان‌پذیر نیست (ILO, 2010b; ILO, 2011a; ILO, 2012a).

چندین کشور دارای درآمد متوسط از جمله، آرژانتین، برزیل، چین، هند، اندونزی، مکزیک، نامیبیا، آفریقای جنوبی و تایلند، به ویژه از اوایل دهه نخست قرن بیست و یکم به طور قابل توجهی مولفه‌های مختلف نظام‌های حمایت اجتماعی خود را توسعه داده‌اند که نتایج قابل توجهی نیز در بر داشته‌است. این تلاش‌ها در برخی نقاط جهان به دلیل وقوع بحران جهانی به طور موقت مختل شد که آثار آن در قالب ترکیبی از بحران‌های مواد غذایی و سوخت به شیوه‌های مختلف نمود پیدا کرد. برخی از کشورها از نظر رشد اقتصادی پس از سال ۲۰۱۰ دوباره احیا شدند، اما هنوز هم با افزایش گروه‌های آسیب‌پذیر و اشتغال غیررسمی روبرو بودند و جایگاه اقتصادی آنها در تقاضای جهانی همچنان در گروه اقتصادهای نامطمئن در زمینه بازیابی و اصلاح قرار دارد.

کشورهای گوناگونی که به تازگی به گروه کشورهای دارای درآمد متوسط پیوسته یا از وضعیت کشورهای کمتر توسعه یافته ارتقا پیدا کرده‌اند، نظیر کیپ ورد، غنا، لسوتو و گامبیا، سیاست‌های حمایت اجتماعی جداگانه‌ای را به اجرا گذاشته‌اند، با این هدف که به تدریج حمایت‌های اجتماعی را به گروه‌های بیشتری از جمعیت گسترش دهند و تا جایی که منابع ملی و خارجی اجازه می‌دهد آن را به عنوان بخشی از راهبرد توسعه خود قرار داده‌اند.

بسیاری از اصلاحات بر طرح ها و برنامه های غیرمشارکتی نظیر انتقالات نقدی مشروط یا بی قید و شرط برای کودکان و خانواده ها، مستمری های اجتماعی و/ یا طرح های تضمین اشتغال متمرکز شده اند. کشورهای فراوانی نیز تلاش نموده اند تا برنامه های بیمه اجتماعی خود را به صورت منصفانه تر، موثرتر و پایدارتر ارائه دهند، اگرچه بسیاری همچنان در تحت پوشش قرار دادن اکثریت کارگران بخش غیررسمی به ویژه در بخش های روستایی به اقتصاد رسمی با مشکلاتی مواجه هستند. این اصلاحات به گسترش بیشتر نظام های حمایت اجتماعی ملی کمک کرد و در عین حال تضمین نمود که دست کم، یک سطح حداقلی تامین اجتماعی به شکل کف حمایت های اجتماعی ملی تضمین می شود.

جدول ۳-۶ و نقشه شکل ۶-۶، طیف وسیع تلاش های اخیر کشورهای با درآمد متوسط را در زمینه گسترش حمایت اجتماعی به صورت معرفی طرح ها و برنامه های جدید و یا توسعه معنادار نظام موجود، نشان می دهند.

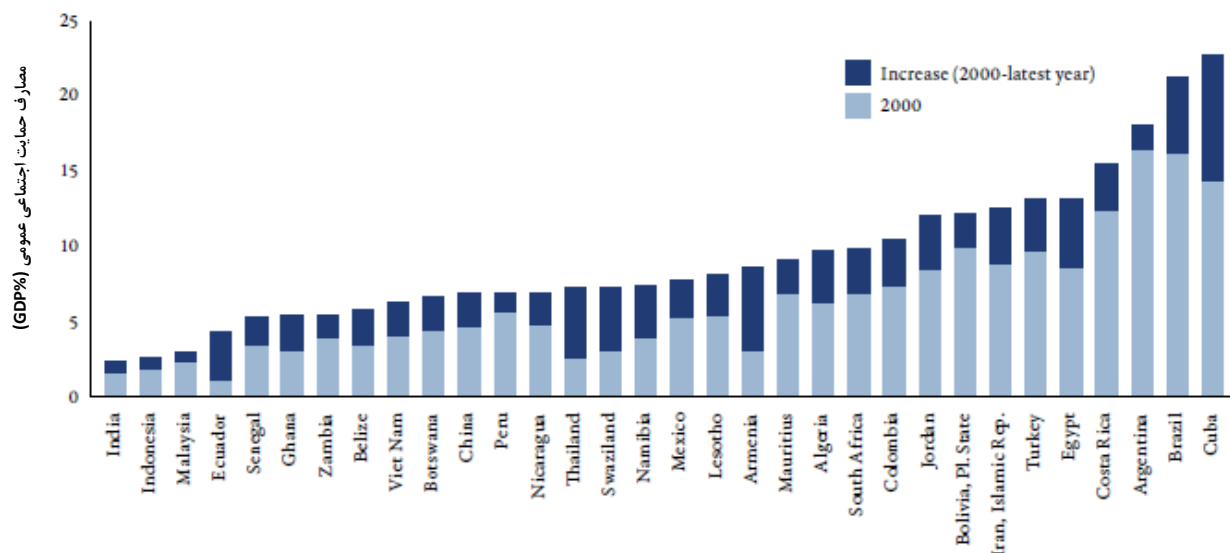
تعداد زیاد کشورهای با درآمد متوسط که حمایت اجتماعی خود را گسترش داده اند، اولویت قابل توجه سیاست های حمایت اجتماعی را در این گروه از کشورها طی سال های اخیر ثابت می کند. نکته قابل توجه این است که بسیاری از کشورهای دارای درآمد متوسط به طور قابل توجهی بسته منابع اختصاص یافته به حمایت های اجتماعی را نیز گسترش داده اند.

نرخ های مناسب توسعه اقتصادی، به افزایش معنادار در نسبت های مصارف حمایت اجتماعی در بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط کمک کرده است، هرچند وجود تفاوت ها در سطوح مصارف همچنان پا برجا است. از سال ۲۰۰۰ تاکنون، ۱۴ کشور از ۳۲ کشور اشاره شده در شکل ۶-۱۷، سهم اختصاص یافته به حمایت اجتماعی عمومی (از جمله سلامت) را بیش از سه درصد تولید ناخالص داخلی افزایش داده اند.

جدول ۳-۶- مثال های منتخب در زمینه توسعه حمایت اجتماعی در کشورهای با درآمد متوسط

نوع برنامه	کشورهایی که در آن ها برنامه/ طرح معرفی شده یا توسعه یافته است.
مزایای فرزند و خانواده	آرژانتین، چین، مغولستان، سنگال، آفریقای جنوبی
انتقالات نقدی با تمرکز بر توسعه انسانی	آرژانتین، برزیل، کلمبیا، اکوادور، غنا، هندوراس، اندونزی، جامائیکا، مکزیک، مغولستان، نیکاراگوئه، فیلیپین، تانزانیا
حمایت حداقل درآمد خانوار	شیلی، چین، غنا، زامبیا
برنامه های اشتغال عمومی	آرژانتین، کامرون، غنا، هند، اندونزی، آفریقای جنوبی
حمایت ایام بارداری	آرژانتین، بولیوی، غنا، هند، اندونزی، اردن، آفریقای جنوبی
حمایت ایام بیکاری	اردن، عربستان، آفریقای جنوبی، تایلند، ویتنام
مستمری های اجتماعی	آرژانتین، بولیوی، بوتسوانا، برزیل، کیپ ورد، شیلی، چین، کاستاریکا، هند، لسوتو، موریتانی، مولداوی، نامیبیا، پاناما، پرو، ساموآ، آفریقای جنوبی، تایلند، ویتنام
گسترش پوشش سلامت	آرژانتین، بریل، شیلی، چین، کلمبیا، غنا، لائوس، اندونزی، مکزیک، مراکش، تایلند.

شکل ۶-۱۷- افزایش در مصارف حمایت اجتماعی عمومی؛ کشورهای منتخب با درآمد متوسط، سال ۲۰۰۰ تا سال آخر؛
(درصدی از GDP)



Source: See detailed sources in Annex IV, table B.12.

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43537>.

۶-۳-۲- به سوی رشد فراگیرتر

بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط، از سال ۲۰۰۰، نرخ بالای نسبی رشد اقتصادی را تجربه کرده اند. این رشد به گسترده شدن فضای مالی بودجه ای کمک کرده، باعث گسترش پایه درآمد دولت شده و مدیریت دولتی را تقویت نموده است. تمام این موارد موجب گسترش حمایت های اجتماعی می گردند. با بهره گیری از این فرصت برخی اقتصادهای آمریکای جنوبی و آسیا، که درس های فراوانی از بحران های مالی دهه ۸۰، اواخر دهه ۹۰ و دوباره در اوایل سال ۲۰۰۰ فرا گرفتند، مکانیزم های حمایت اجتماعی خود را به منظور حمایت بهتر از گروه های آسیب پذیرتر جمعیت و قادر ساختن جمعیت برای غلبه بر رویدادهای احتمالی و مخاطرات اجتماعی، گسترش داده اند.

مهمتر این که بروز بحران، موجب تغییر رویکرد کشورهای در حال توسعه نسبت به رابطه میان رشد و حمایت اجتماعی شده است. هنگامی که اقتصادهای در حال ظهور تقاضا برای صادرات را در حال افت دیدند، سیاستگذاران در خصوص اجرای مدل های ناپایدار رشد صادرات محور تردید نموده و به جای آن ها راهبردهای بهبود با محوریت ایجاد بازارهای داخلی و مصرف داخلی را مدنظر قرار دادند. یکی از راهکارهای افزایش درآمد خانوار و در نتیجه مصرف داخلی، بهبود و گسترش نظام های حمایت اجتماعی است.

گسترش حمایت اجتماعی جهت حرکت دادن اقتصادها به سوی یک مسیر توسعه پایدار، به مثابه سرمایه گذاری برای ارتقاء نیروی کار سالم، تحصیل کرده و ماهر با قدرت پاسخگویی به نیازهای جدید و حمایت از انتقال به سطوح بالاتر بهره وری لازم برای حفظ و تداوم رشد اقتصادی، دیده شده است (ILO, 2014b; ILO, 2011a; همچنین رجوع شود به شکل‌های ۶-۲۳ و ۶-۲۴). چنین اقداماتی می‌تواند به غلبه بر "دام درآمد متوسط"^{۴۸} رشد ایستا ناشی از مسیرهای نامتوازن رشد کمک نماید (IMF, 2013c; Aiyar et al., 2013). گسترش مکانیزم‌های حمایت اجتماعی موثر، برای کل جمعیت به ویژه طبقه متوسط، نیز به عنوان راهکاری موثر برای مقابله با نرخ پس اندازهای احتیاطی نامتناسب و بالا که می‌تواند تقاضای داخلی کل را عقب نگه داشته و به عدم توازن جهانی کمک کند، به شمار می‌رود.

در واقع بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط، گسترش نظام‌های حمایت اجتماعی خود را به طور صریح و با هدف سرمایه گذاری در سرمایه‌های انسانی و قابلیت‌های انسانی برای دستیابی به رشد گسترده و پایدار دنبال نموده‌اند.

گسترش پوشش حمایت اجتماعی در برزیل (کادر ۶-۴)، چین (کادر ۶-۵) و تایلند نمونه‌های آموزنده‌ای هستند که در آنها توسعه پوشش تامین اجتماعی در قالب یک رویکرد جامع تر دیده شده است و هدف آن حرکت اقتصاد به سوی الگوهای رشد پایدارتر و فراگیرتر است که اقدامات اصلاح حداقل دستمزد را نیز در بر می‌گیرد.

این کشورها، یک بسته سیاست‌های اجتماعی و اقتصادی مشتمل بر ترکیبی از برنامه‌های مشارکتی و غیرمشارکتی را در جهت تقویت کف حمایت‌های اجتماعی ملی و تقویت نظام‌های تامین اجتماعی خود اعمال کرده‌اند. سیاست‌های فوق‌الذکر هماهنگ با سیاست‌های اشتغال بوده و به طور خاص بر تامین و ارائه مزایا و خدمات برای آحاد جامعه از طریق یک رویکرد یکپارچه، تاکید دارند. این دولت‌ها با هدفمندسازی برنامه‌های حمایت اجتماعی برای فقیرترین قشر جامعه منحصراً بر کاهش فقر متمرکز نشده‌اند، لیکن یک راهبرد گسترده تر را دنبال کرده‌اند که به افراد کم درآمد و طبقه متوسط جامعه نیز کمک می‌کند تا استانداردهای زندگی خود را به طور پایدار بهبود بخشند. این موارد اهمیت به کارگیری راهبردهای منسجم را که سیاست‌های اجتماعی را در طیفی وسیع تر از سیاست‌های هماهنگ اشتغال، بازار کار و سیاست‌های مالی و کلان اقتصادی قرار داده است، نشان می‌دهد.

هرچند برخی از کشورهای با درآمد متوسط موفق شده‌اند به طور قابل توجهی نابرابری را کاهش دهند، ولی تلاش‌های بیشتری در این زمینه مورد نیاز است (UNDP, 2014; UN, 2013b). در اینجا نظام حمایت اجتماعی نقش مهم ویژه‌ای را به عنوان یکی از مسیرهایی که از طریق آن مزیت‌های رشد به صورت عادلانه تری به اشتراک گذاشته می‌شوند بر عهده دارد: نه تنها به واسطه تاثیر مستقیم بر توزیع مجدد از طریق انتقالات اجتماعی و حق بیمه‌ها، بلکه همچنین به صورت غیر مستقیم به واسطه ی تسهیل دسترسی به حمایت‌های سلامت و آموزش. سرمایه گذاری در زمینه گسترش حمایت اجتماعی که بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط انجام داده‌اند، کمک می‌کند تا نابرابری و

⁴⁸ Middle income trap

اثرات منفی آن بر رشد کنترل شود و به کشورها امکان می دهد تا مسیرهای رشد پایدارتر و عادلانه تر را دنبال کنند (Berg and Ostry, 2011; Ostry et al., 2014). در واقع چنین رویکردی، به طور ویژه برای کشورهای با درآمد متوسط که در حال حاضر منزل اکثر مردم فقیر جهان هستند، مناسب است (Sumner, 2010). در این زمینه مکانیزم های حمایت اجتماعی، نقش مهم و ویژه ای در کاهش فقر و یا جلوگیری از بروز آن، کنترل نابرابری، تضمین فرصت زندگی عادلانه و ارتقاء شمول اجتماعی برعهده دارند.

کادر ۶-۴- نقش حمایت اجتماعی در مدل رشد داخلی تقاضا محور در برزیل

هنگامی که در سال ۲۰۰۸ در برزیل بحران مالی روی داد، اقتصاد این کشور که تا آن زمان تا حد زیادی از شرایط مساعد تجارت و صادرات رو به رشد کالا و محصولات نفع می برد، به شدت از کاهش شدید صادرات و بحران اعتباری در میان بانک های خصوصی برزیل آسیب دید. این امر منجر به از دست دادن ۶۹۵ هزار شغل رسمی در خلال ماه های نوامبر و دسامبر ۲۰۰۸ و کاهش ۴/۴ درصدی تولید ناخالص داخلی در سه ماهه چهارم سال ۲۰۰۸ شد. برای ایجاد موازنه در صادرات کاهش یافته، دولت از راهبرد رشد داخلی تقاضای محور بهره گرفت. دو رکن اساسی این راهبرد عبارتند از: افزایش مصرف داخلی از طریق افزایش درآمدهای خانوار و تحریک و تشویق سرمایه گذاری های داخلی. یک بسته محرک مالی بیست میلیارد دلاری (۱/۲ درصد تولید ناخالص داخلی) با تمرکز بر سرمایه گذاری در زیرساخت ها و ایجاد خطوط اعتباری برای بخش هایی که با مشکل مواجه هستند، راه اندازی شد. برای حمایت از تقاضای داخلی، کاهش مالیات برای خانواده های دارای درآمد متوسط و سیاست های اجتماعی با تمرکز بر فقیرترین اقشار جامعه از طریق بسته محرک مالی اعمال شد. علاوه بر تضمین حفظ برنامه های حمایت اجتماعی موجود با تعهدات قبلی، دولت برنامه انتقالات نقدی مشروط با عنوان "بولسا فامیلیا" را برای ۱/۳ میلیون خانواده بسیار فقیر توسعه داد، به علاوه، طول مدت پرداخت بیمه بیکاری برای افرادی که در بخش های به شدت زیان دیده از بحران مشغول کار بودند، دو ماه افزایش یافت و ۳۱۰ هزار نفر از این شرایط جدید سود بردند. اگر چه سرمایه گذاری در زمینه ی حمایت اجتماعی به لحاظ کمی، اندک به نظر می رسد، (تنها ۲/۴ درصد بسته محرک مالی)، شبکه جامع سیاست های اجتماعی موجود، امکان واکنش سریع با هزینه پایین را از طریق ارتقاء و افزایش برنامه های مرتبط فراهم می سازد، این کار تاثیر قابل توجهی داشته است و بیش از ۱/۶ میلیون نفر مردم آسیب پذیر را تحت پوشش قرار داده است. خارج از بسته محرک اقتصادی، دولت نیز از فوریه سال ۲۰۰۹ و ژانویه سال ۲۰۱۰، حداقل دستمزد رسمی را افزایش داده است. تخمین زده می شود که این اقدام در سال ۲۰۰۹، بیش از ۲۰ درصد جمعیت و عمدتاً خانوار با درآمد کم را متاثر ساخته است.

سیاست های اجتماعی و افزایش حداقل دستمزد منجر به حفظ و حتی افزایش درآمد فقیرترین اقشار جامعه شده است و این امر به نوبه خود به رشد تقاضای داخلی کمک کرده است. با وجود کاهش در تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۰۹ به میزان ۰/۶ درصد، مصرف خصوصی پایدار باقی مانده و در نیمه دوم سال ۲۰۰۹ رشد دوباره آغاز شده است. این امر اثر چند برابری بر اقتصاد داشته، اشتغال و درآمد را افزایش داده و کمکی قابل ملاحظه به بازیابی اقتصادی کرده است. در سال ۲۰۱۰ تولید ناخالص داخلی رشد قابل توجه ۷/۵ درصدی داشته است. تاکید بیشتر بر رشد معطوف به داخل، تاثیری بر روند معمول کاهش نابرابری نداشته است، این موضوع در کاهش شاخص جینی از ۰/۵۴ در سال ۲۰۰۸ به ۰/۵۲۶ در سال ۲۰۱۲ نیز کاملاً مشهود است. بنابراین حمایت اجتماعی از طریق افزایش درآمدهای طبقات پایین و متوسط، در جلوگیری از اثرگذاری بحران بر قشر آسیب پذیر جامعه موثر بوده و به عنوان یک عنصر مهم سیاست رشد تقاضا محور داخلی که توسط دولت برزیل در پاسخ به بحران اجرا شده، عمل کرده است. همچنین مورد برزیل ثابت می کند که سیاست های درآمدی می تواند در حالی که فقر و نابرابری را کاهش می دهد، به ارتقاء رشد اقتصادی نیز منجر شود.

با توجه به کاهش نرخ رشد اقتصادی در بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط (IMF, 2013a) و اثرات زیانبار بالقوه سیاست های تثبیت مالی با طراحی ضعیف، تلاش های پیوسته برای تقویت نظام تامین اجتماعی و گسترش آنها از دو منظر ضروری می باشد: تضمین حداقل سطح پایه تامین اجتماعی برای همه از طریق تعیین کف حمایت های اجتماعی ملی و دستیابی تدریجی به سطوح بالاتر تامین اجتماعی که به طور موثر از آسیب پذیری جلوگیری کرده و به نیازهای تامین اجتماعی طبقات میانی جامعه که اغلب در سیاست های قراردادی کاهش فقر نادیده گرفته می شوند، پاسخ می دهد (Birdsall, 2010).

کادر ۶-۵- تقویت رشد داخلی تقاضا محور در چین از طریق افزایش دستمزد و گسترش مزایای حمایت اجتماعی

از اواسط دهه نخست قرن حاضر، برنامه پنج ساله کشور چین نیاز به پرداختن به مساله رشد نابرابری های درآمدی و فراهم سازی امنیت درآمد برای آحاد جامعه که اعتماد بسیاری به نظام تامین اجتماعی دولتی دارند، را سر لوحه کار خود قرار داد.

نابرابری درآمد میان جمعیت شهری و روستایی، میان مناطق توسعه یافته تر و کمتر توسعه یافته، میان گروه های مختلف جمعیتی و بخش های مختلف اقتصاد، از جمله نگرانی های مکرر مقامات ملی بوده است. دیگر چالش اجتماعی مهم در چین، فراهم سازی امنیت درآمد، تضمین دسترسی برابر و قابل استطاعت به بهداشت، آموزش و مسکن و ایجاد اشتغال برای جمعیت شهری و روستایی می باشد. از منظر اقتصادی، تقویت تقاضا و مصرف داخلی کل از زمان شروع بحران و با توجه به کاهش تقاضا برای صادرات چین، به اولویت ملی تبدیل شده است.

دولت به وضوح رابطه میان این چالش های اجتماعی و اقتصادی را دیده است و تصمیم گرفته تا آنجا که امکان پذیر است به آنها رسیدگی کند. رشد سریع اقتصادی که چین از اواخر دهه هفتاد تجربه نمود، ظرفیت مالی و اقتصادی کشور را جهت گسترش نظام تامین اجتماعی شکل داده است. بر این اساس، همسو با راهبرد توسعه اقتصادی، ابتکارات ذیل در اولویت قرار گرفته اند:

- در سال ۲۰۰۳ و ۲۰۰۷ دو طرح بیمه درمانی اجتماعی جدید برای جمعیت روستایی و بخش قبلاً بیمه نشده جمعیت شهری ایجاد شد. این دو طرح همراه با دیگر طرح های بیمه درمانی موجود، بیش از ۹۶٪ معادل ۱/۳۴ میلیارد نفر را پوشش می دهند.
- کفایت مزایای بیمه درمانی به منظور تضمین دسترسی موثر و برابر به مراقبت سلامت بهبود یافته است. این امر به صورت های مختلفی بوده است از جمله: افزایش نرخ بازپرداخت هزینه ها، توسعه طیف اقلام تحت پوشش جهت جبران هزینه ها، افزایش سقف بازپرداخت هزینه ها، معرفی بیمه برای پرداخت های از جیب بالا، اصلاح بخش سلامت عمومی و سرمایه گذاری بیشتر در امکانات سلامت روستایی و مراکز بهداشتی درمانی اجتماع محور.
- در سال ۲۰۰۹ و ۲۰۱۱ دو طرح جدید مستمری بازنشستگی برای جمعیت های روستایی و ساکنین شهری فاقد پوشش به اجرا گذاشته شده است. هدف این بود که تا سال ۲۰۲۰ پوشش جامع همگانی تحقق یابد که این امر در سال ۲۰۱۲ محقق شده است. تا پایان سال ۲۰۱۳ تعداد کل کسانی که تحت پوشش این دو طرح جدید قرار گرفتند، ۴۹۸ میلیون نفر به علاوه ۱۳۸ میلیون نفر مستمری بگیر بوده است. با احتساب افرادی که تحت پوشش طرح های بیمه ای فعلی هستند، رقم کلی افراد بیمه شده به ۸۲۰ میلیون نفر می رسد که بیش از ۸۰ درصد آنها بالای هجده سال هستند.
- هر دو طرح جدید بیمه سلامت و بازنشستگی در سطحی بالا از دولت یارانه دریافت می کنند. به طور مثال، کمک مالی سالانه طرح بیمه درمانی برای ساکنین شهری فاقد پوشش بیمه از ۴۰ یوان به ازای هر فرد در سال ۲۰۰۷ به ۲۸۰ یوان در سال ۲۰۱۳ رسید و این رقم قرار است در سال ۲۰۱۴ به ۳۲۰ یوان افزایش یابد.
- سطح مستمری پرداختی در نظام مستمری کارگران شهری به طور متوالی طی ده سال با نرخ سالانه ۱۰ درصد به منظور حفظ قدرت خرید، افزایش یافته است.
- مقدار کلی مزایای بیمه اجتماعی پرداختی در سال ۲۰۱۳، در حدود ۲/۸ هزار میلیارد یوان - افزایش نزدیک به سه برابر نسبت به ۲۰۰۷ - بوده که کمک عمده به رشد معطوف به داخل کشور را نشان می دهد.
- برنامه تضمین حداقل استاندارد زندگی از سال ۲۰۰۷ به هدف پوشش جهانی و کامل خود رسیده است و کمک مهمی در کاهش فقر و نابرابری داشته است.

در نتیجه ی این طرح ها و دیگر ابتکارات، مصارف تامین اجتماعی همواره رشد داشته که این امر به افزایش درآمدهای قابل تصرف میلیون ها خانوار و همچنین توسعه اقتصادی پایدار چین کمک شایانی نموده است.

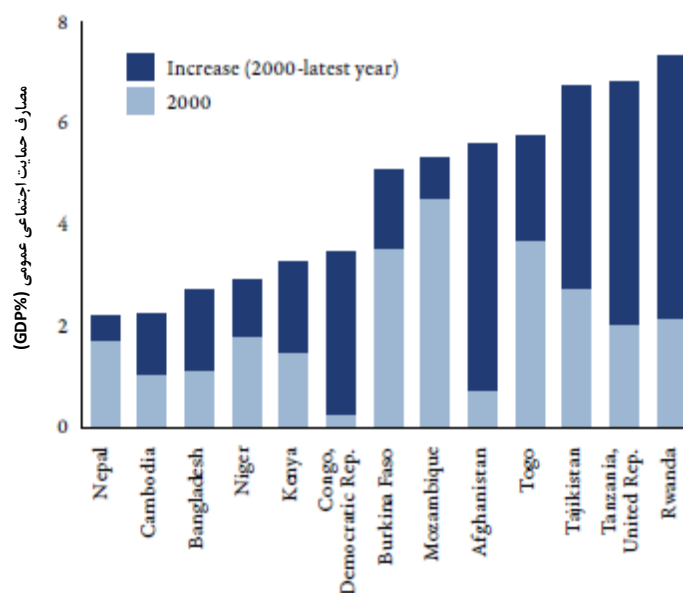
۶-۴- کشورهای کم درآمد: فراتر از تور ایمنی، به سوی تضمین کف حمایت های اجتماعی

۶-۴-۱- مقابله با نابرابری ها: توسعه پوشش حمایت اجتماعی در کشورهای کم درآمد

کشورهای کم درآمد، در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط و بالا، با محدودیت های بیشتری برای گسترش پوشش حمایت اجتماعی روبرو هستند. به طور معمول، این کشورها دارای سطوح فقر بالاتری بوده که باید با منابع مالی کمتر و ظرفیت های نهادی ضعیف تر و بسترهای اغلب شکننده تر با آن روبرو گردند. با این حال، تعدادی از کشورهای کم درآمد در خصوص گسترش حمایت های اجتماعی در حوزه های مختلف، گام های محکمی برداشته اند. برای مثال رواندا به طور کامل نظام سلامت خود را به منظور تضمین موثر دستیابی بیش از ۹۰ درصد از جامعه به خدمات سلامت و بهبود کیفیت خدمات سلامت ارائه شده اصلاح کرده است، این اقدام به کاهش سریع مرگ و میر کودکان و مادران کمک فراوانی کرده است (Sekabaraga et al., 2011). بنگلادش، کنیا و مالاوی از جمله کشورهایی هستند که برنامه های انتقال نقدی مشروط را معرفی کرده اند و به واسطه آن ها تامین درآمد و دسترسی به آموزش برای خانوارهای آسیب پذیر هدف واقع در موقعیت های سختی که خدمات عمومی و ظرفیت های ارائه آنها به اندازه ای محدود است که حتی برآورده ساختن ضروریات امنیت غذایی نیز دشوار است، ارتقاء و بهبود یافته است (García and Moore, 2012; Monchuk, 2014). در نپال، توسعه ی پوشش مستمری اجتماعی، امنیت درآمد را برای مردان و زنان مسن ارتقاء داده است. در موزامبیک، یک برنامه ی بزرگ انتقال نقدی، امنیت درآمد را برای خانوارهای آسیب پذیر که بسیاری از آنها متشکل از افراد سالمند و کودک هستند، بهبود بخشیده است (Cunha et al., 2013). از میان سایر کشورهای این گروه، در اتیوپی، مالاوی و نیجر، برنامه های اشتغال عمومی، به ارتقاء امنیت درآمدی برای کارگران مناطق روستایی در فصل بیکاری کمک کرده است (McCord, 2012; Lieuw-Kie-Song, 2011). اگرچه پوشش برخی از این برنامه ها محدود به برخی مناطق جغرافیایی خاص یا گروه های محدودی از جامعه می باشد، لیکن در هر حال این قبیل برنامه ها، سرمایه گذاری های مهمی در زمینه سلامت، تغذیه، آموزش و ظرفیت های مولد به شمار می روند و تاثیرات قابل توجهی در کاهش فقر و آسیب پذیری و بهبود استانداردهای زندگی به همراه دارند.

در نتیجه ی این تلاش ها، بسیاری از کشورهای کم درآمد به طور قابل توجهی سهم از تولید ناخالص داخلی خود را که در زمینه ی حمایت اجتماعی (از جمله سلامت) سرمایه گذاری کرده اند، افزایش داده اند (شکل ۶-۱۸ را ببینید). این امر، تغییر رویکرد مهم در اولویت های توسعه را به سمت تاکید بیشتر بر توسعه انسانی نشان می دهد.

شکل ۶-۱۸- افزایش در مصارف حمایت اجتماعی عمومی، کشورهای منتخب کم درآمد؛ سال ۲۰۰۰ تا سال آخر (درصدی از GDP)



Note: Some donor-financed expenditure on social protection programmes may not be fully reflected in this figure.

Source: For details, see Annex IV, table B.12.

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceid=43578>.

جدول ۶-۴- مثال های منتخب در زمینه توسعه حمایت اجتماعی در کشورهای کم درآمد

نوع برنامه	کشورهایی که در آن ها برنامه/طرح معرفی شده یا توسعه یافته است.
مزایای فرزند و خانواده	موزامبیک، نپال، نیجر
انتقالات نقدی با تمرکز بر توسعه انسانی	بنگلادش، کنیا، مالوی
حمایت حداقل درآمد خانوار	موزامبیک، رواندا، اوگاندا
برنامه های اشتغال عمومی	بنین، اتیوپی، مالوی، نیجر، رواندا، تانزانیا
حمایت ایام بارداری	بنگلادش
مستمری های اجتماعی	بنگلادش، قرقیزستان، نپال، سیرالئون، تاجیکستان، تانزانیا
گسترش پوشش سلامت	بروندی، کامبوج، رواندا

در کشورهایی که هیچ گونه تضمین امنیت درآمد و مراقبت سلامت از طریق مکانیزم های حمایت اجتماعی وجود ندارد، خانوارهای فقیر از جمله کارگران فقیر، با عدم امنیت روبرو هستند. بسیاری از مردم فقیر در اقتصاد غیررسمی روستایی فعالیت می کنند که تا حد زیادی به درآمد حاصل از فروش محصولات خود وابسته هستند. از منظر اقتصادی،

فقدان پوشش حمایت اجتماعی موجب استفاده ناکارآمد از منابع می شود، خانوارهای روستایی فقیر را به انتخاب محصولات کم ریسک و کم سود سوق می دهد تا از این طریق نقدینگی خود را حفظ نموده و در عین حال به داشتن دارایی های کم تر مولد رضایت دهند، همچنین باعث می شود این خانوارها در واکنش به بحران، فرزندان خود را از مدرسه و تحصیل محروم نمایند. نبود بیمه یا دیگر اشکال حمایت می تواند به فقر مزمن و یا موقعیتی منجر شود که افراد به راحتی به سوی فقر رانده می شوند و در وضعیتی قرار می گیرند که نمی توانند موقعیت خود را به طور پایدار بهبود بخشند. انتقالات اجتماعی می تواند به واسطه تثبیت و پشتیبانی از مصرف به بهبود و ارتقاء امنیت درآمدی خانوار کمک کند که به نوبه خود می تواند سرمایه گذاری را تسهیل نماید (ILO, 2010b).

طی سال های اخیر، در کشورهای کم درآمد، سیاست های حمایت اجتماعی به دلیل پذیرش نقش موثر و فعال آنها در کاهش فقر مزمن و آسیب پذیری و کمک به دستیابی به اهداف توسعه اقتصادی و اجتماعی، ارتقاء یافته اند. همچنین بر نقش حمایت اجتماعی در تسهیل خروجی های آموزش، سلامت و تغذیه به ویژه برای کودکان و تقویت منابع و ظرفیت های انسانی تاکید شده است (شکل ۶-۲۳ و ۶-۲۴ در ادامه). اخیراً نیز نقش اقتصادی حمایت های اجتماعی در تثبیت مصرف خانوار، افزایش تقاضای کل و تحریک بازارهای محلی به ویژه در مناطق دور افتاده مورد تاکید قرار گرفته است. پیش بینی های مربوط به انتقالات نقدی در اسیایی و کنیا نشان می دهند که منفعت واقعی کل اقتصاد محلی به طور قابل توجهی بالاتر از مقدار واقعی خود انتقالات است (FAO, 2014; Taylor, Thome and Davis, 2013). در بسیاری از کشورهای کم درآمد، یک چالش خاص همچنان باقی مانده است و آن تغییر رویکرد از مخارج امنیتی به مخارج حمایت اجتماعی است: مطالعه اخیر صندوق بین المللی پول در مورد افغانستان دریافت که باید یک توازن میان مخارج امنیتی و مخارج اجتماعی به منظور بهینه سازی احتمال ایجاد و حفظ آرامش اجتماعی، بدست بیاید (Aslam, Berkes and Fukač, 2013).

این تحولات تصور موجود در رابطه با سیاست های حمایت اجتماعی را در کشورهای کم درآمد از این فرضیه که آنها هزینه در بردارند دور کرده (اغلب غیرقابل استطاعت) و به سمت این درک سوق داده که به نوعی "سرمایه گذاری بر مردم" هستند و در حقیقت برای توسعه آینده بسیار ضروری می باشند (Cichon et al., 2006; ILO, 2008a; Monchuk, 2014). در نتیجه ی این تغییر در بینش، سیاست های اخیر اتخاذی بر توسعه انسانی و اجتماعی با تمرکز بر کاهش فقر شدید و ارتقاء "رشد معطوف به فقرا"^{۴۹} تاکید فراوانی داشته اند (OECD, 2009a); برخی از این سیاست ها بر رویکردهای تور ایمنی هدفگذاری شده، متمرکز شده اند درحالی که سایر سیاست ها فراتر رفته و ارتقاء رشد فراگیر را مدنظر قرار داده اند (ILO, 2011a).

⁴⁹ pro-poor growth

سیاست های توسعه ای یکپارچه به منظور تحقق و ارتقاء هم افزایی میان برنامه های انتقالات نقدی، دسترسی به خدمات سلامت و سایر خدمات اجتماعی و سرمایه گذاری عمومی، بسیار حیاتی هستند. برای مثال تعدادی از کشورهای آفریقایی فرانسوی زبان، اقداماتی را به اجرا گذاشته اند تا دسترسی موثر و فراگیر به مراقبت سلامت برای کودکان و مادران جوان تضمین شود. هر چند اجرای این سیاست اثرات قابل توجهی داشته است، لیکن اگر با برخی سیاست ها و برنامه های موثرتر بهبود عرضه و همچنین ارتقاء دسترسی و کیفیت خدمات سلامت توأم می شدند، می توانستند موفقیت بیشتری داشته باشند. تقویت زیرساخت های سلامت عمومی از طریق برنامه های اشتغال عمومی و نیز فراهم سازی فرصت های شغلی و تقویت امنیت درآمدی برای جمعیت آسیب پذیر، از جمله چنین اقدامات و برنامه هایی هستند.

۶-۴-۲- گسترش حمایت اجتماعی با استفاده از عواید حاصل از اجرای تثبیت مالی و اقدامات تعدیلی

گسترش حمایت های اجتماعی در کشورهای در حال توسعه، خیلی پیش از وقوع بحران اقتصادی و مالی جهانی آغاز شد و پس از آن با وقوع بحران، سرمایه گذاری در زمینه ی حمایت اجتماعی سرعت گرفت. این امر تا حدودی امکان پذیر بود زیرا برخی از این کشورها به خوبی از رشد اخیر قیمت کالاها منتفع شدند، با این حال بسیاری از کشورهای در حال توسعه، گسترش حمایت اجتماعی را از محل عواید حاصل از اجرای اقدامات تنظیمی و تعدیلی نظیر کاهش یارانه ها، افزایش مالیات بر مصرف مانند مالیات بر ارزش افزوده و صرفه جویی در هزینه های ناشی از اعمال اصلاحات در نظام های حمایت اجتماعی و مستمری که در بخش ۶-۲-۲ به آن اشاره شد، تامین کرده اند. در هر حال اثرات خالص رفاه، از کشوری به کشور دیگر متفاوت است و هنوز به قدر کافی مورد مطالعه قرار نگرفته است.

بسیاری از کشورهای در حال توسعه در خلال بحران سوخت و مواد غذایی، یارانه ها را افزایش داده یا مالیات سوخت و مواد غذایی را قطع کردند (IMF, 2008)، با این وجود اخیراً ۷۸ کشور در حال توسعه، علیرغم نبود نشانه ی شفاف مبنی بر اینکه قیمت های محلی انرژی و مواد غذایی کاهش یافته و یا آیا هرگونه کف حمایت های اجتماعی جبرانی اعمال می شود یا خیر، یارانه های انرژی و مواد غذایی را معکوس کرده اند. این روند تا حد زیادی با این منطق سنتی پیش رفته که یارانه های عمومی می تواند بی اثر و پر هزینه باشد و به همین دلیل جایگزین کردن آنها با تور ایمنی هدفگذاری شده، می تواند اختلالات بازار را مرتفع ساخته و گروه های آسیب پذیر را به طور اثربخش تری پشتیبانی نماید (Coady et al., 2010). بنابراین راهبرد استاندارد صندوق بین المللی پول، کاهش یارانه های انرژی را توصیه نمود (IMF, 2013b)، سیاستی که در اصل می تواند اثرات مثبت محیطی به همراه داشته باشد. به همین دلیل هم موسسات سازمان ملل در کشورهایی مانند موزامبیک از این سیاست پشتیبانی کرده اند (کادر ۶-۶).

کادر ۶-۶- موزامبیک: استفاده از یارانه سوخت جهت گسترش حمایت اجتماعی

در موزامبیک دولت با سازمان بین المللی کار، صندوق بین المللی پول، یونیسف و دیگر آژانس های سازمان ملل و بانک جهانی، به منظور اولویت بندی مجدد مصارف و همچنین تضمین این که منابع کافی برای ایجاد کف حمایت های اجتماعی ملی در دسترس است، همکاری داشته است. مطالعه مشترک سازمان بین المللی کار و صندوق بین المللی پول نشان می دهد که گسترش تدریجی کف حمایت های اجتماعی، تهدیدی برای ثبات و پایداری مالی محسوب نمی شود. این مطالعه توصیه نمود که یارانه سوخت با هدفگذاری نامناسب با نظام تامین اجتماعی کارآمدتر جایگزین شود. درآمد حاصل از رونق بخش منابع طبیعی این پتانسیل را دارد که فضای مالی را برای ارائه چنین تامينی فراهم آورد. دولت در نظر دارد که بودجه ای در حدود ۰/۸ درصد تولید ناخالص داخلی را از سال ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۶ برای ارائه کف حمایت های اجتماعی تخصیص دهد.

با این وجود هنگامی که برداشتن یارانه ها و هدفمندسازی مزایا برای قشر فقیر جامعه مورد توجه قرار می گیرد، لازم است برخی پیچیدگی های مهم سیاستی مدنظر قرار گیرند:

- یارانه ها را می توان یک شبه حذف کرد اما توسعه نظام های حمایت اجتماعی به ویژه در کشورهایی که ظرفیت نهادی محدود است زمان زیادی نیاز دارد. بنابراین ریسک بالایی وجود دارد که یارانه ها برداشته شود و جمعیت بدون برخورداري از هرگونه مزایای جبرانی از طریق مکانیزم های حمایت اجتماعی مناسب، بدون حمایت رها شوند به طوری که تامین انرژی و سوخت نه تنها برای فقیرترین اقشار جامعه بلکه برای بسیاری از خانوارها غیرقابل استطاعت می شود.
- هدفگذاری فقرا باعث حذف دیگر خانوارهای آسیب پذیر شده و ممکن است پیامدهای توسعه ای ضعیفی در بر داشته باشد. طراحی یک تور ایمنی تنها برای فقرا ممکن است بسیاری از خانوارهای غیرثروتمند را که از یارانه ها بهره می بردند، بدون حمایت رها کند. حذف یارانه های سوخت و در نتیجه ی آن افزایش قیمت انرژی به سطوح غیر قابل استطاعت، موجب بروز اعتراضات گسترده در بسیاری از کشورها از جمله الجزایر، کامرون، شیلی، هند، اندونزی، قرقیزستان، مکزیک، موزامبیک، نیکاراگوئه، نیجر، نیجریه، پرو، سودان و اوگاندا، شده است (Ortiz et al., 2013; Zaid et al., 2014). مطالعات اخیر از جمله برخی مطالعات صورت گرفته توسط صندوق بین المللی پول نشان می دهند که نابرابری درآمدی، مانع بزرگ توسعه است، به ویژه هنگامی که روند بازبایی و بهبود جهانی همچنان شکننده و ضعیف است و بسیاری از کشورهای در حال توسعه در تلاش برای توسعه بازارهای داخلی خود هستند تا به تقاضای ملی پاسخ دهند. ایجاد یک تور ایمنی برای فقیرترین ها به هیچ وجه پاسخ مناسبی برای این چالش ها نیست.
- صرفه جویی های بالا در هزینه ها ناشی از کاهش یارانه های انرژی باید به کشورها امکان دهد که نظام های حمایت اجتماعی جامع را توسعه دهند: یارانه های سوخت زیاد هستند، اما تورهای ایمنی جدید از نظر دامنه شمول و سطح هزینه ها کوچک هستند. برای مثال در کشور غنا، حذف یارانه سوخت در سال ۲۰۱۳، یک میلیارد دلار صرفه

جویی در هزینه ها در برداشت در حالی که برنامه به خوبی هدف گذاری شده ی لیپ (LEAP)، نزدیک به ۲۰ میلیون دلار در سال هزینه داشت.

• اعمال اصلاحات در خصوص یارانه ها پیچیده است و اثرات اجتماعی آنها باید به دقت مورد ارزیابی قرار گرفته و در چارچوب گفتمان ملی بررسی شود، در واقع پیش از آنکه هر گونه حذف یارانه ای صورت پذیرد، آثار رفاه خالص مربوط به آن باید درک گردیده و در مورد اصلاحات توافق صورت پذیرد.

۶-۴-۳- فراتر از تور ایمنی: حرکت به سوی کف حمایت های اجتماعی ملی

گسترش برنامه های حمایت اجتماعی در کشورهای کم درآمد تا حد زیادی به تسریع توسعه اقتصادی اجتماعی و حرکت به سمت دستیابی به اهداف توسعه ای هزاره کمک کرده است (UN, 2013b). به علاوه، در حال حاضر، توجه بیشتری نسبت به کارکردهای وسیع حمایت اجتماعی در خصوص تحقق حقوق بشر، مهار نابرابری و عدم امنیت درآمدی و ارتقاء انسجام اجتماعی، مبذول می گردد. در عین حال، کشورهای کم درآمد با محدودیت های خاصی از جمله، محدودیت بودجه، غیر قابل پیش بینی بودن کمک های خارجی و ظرفیت نهادی ضعیف نظیر ضعف نظام های مالیاتی روبرو هستند. اقتصاددانان اغلب دولت های این کشورها را به هدفمندسازی محدودتر حمایت های اجتماعی به عنوان راهی برای دستیابی به کاهش فقر با تثبیت مالی توصیه می کنند (Ravallion, 1999) و این گونه مشاوره به ویژه در وضعیت رکود اقتصادی و دوره رشد آهسته کنونی بسیار شایع بوده است. در نتیجه، برنامه های حمایت اجتماعی اغلب به صورت برنامه های تور ایمنی با مقیاس کوچک و موقتی به اجرا گذاشته می شوند و اغلب به صورت شدیداً هدف گذاری شده و محدود به یک ناحیه جغرافیایی خاص می باشند. تخصیص منابع کمیاب برای پاسخ به نیازهای حمایت اجتماعی جمعیت در بافت های دارای فقر گسترده به ویژه در خصوص تعیین شفاف و منصفانه ی معیارهای احراز مزایا که در شان ذینفعان باشد، یک چالش به شمار می رود. شایان توجه است که افرادی که موفق به خروج از فقر می شوند، به شدت در معرض ریسک سقوط به درون فقر را دارند. در مناطق روستایی اتیوپی، بین سال های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۹، تنها کمتر از ۴۰ درصد از کسانی که موفق به خروج از فقر شده بودند، توانستند همچنان در بالای خط فقر باقی بمانند (Chronic Poverty Advisory Network, 2014, P.77).

هرچند برنامه های از نوع تور ایمنی در وهله نخست به گروه های هدف گذاری شده ی خود حمایت اجتماعی ارائه می دهند، اما اغلب به دلیل فقدان مبنای قانونی ملی و منابع بودجه ای قابل اطمینان و پایدار، با مشکل مواجه می شوند. کشورهای کم درآمد اندکی وجود دارند که استحقاق برخورداری را بر مبنای حقوق قانونی و با تعاریف مشخص از شرایط احراز و نوع و میزان مزایا فراهم می نمایند. هدفمند سازی برنامه های اجتماعی برای افراد در فقر شدید که معمولاً خانوارهای فقیر و آسیب پذیر نیازمند کمک دولتی را نادیده می گیرد، از لحاظ سیاسی دشوار و از نظر اجرایی بسیار پیچیده می باشد.

در بسیاری از کشورها یک گسستگی مشخص میان طرح های مشارکتی و غیرمشارکتی وجود دارد. در حالی که طرح های بیمه اجتماعی اغلب به عنوان تامین کننده ی منافع تعدادی (اغلب اندک) از شاغلین اقتصاد رسمی، قلمداد می گردند، طرح های غیرمشارکتی (مبتنی بر آزمون وسیع یا غیر آن)، معمولاً بخشی از سیاست های کاهش فقر در نظر گرفته می شوند. با ایجاد هماهنگی بهتر و ترکیب برنامه های مشارکتی و غیرمشارکتی، کشورها می توانند شیوه های موثرتری نه تنها برای کاهش فقر بلکه برای جلوگیری از بروز فقر بیابند و کسانی را که از فقر گذر کرده اند از بازگشت و سقوط دوباره در امان نگه دارند و امنیت اقتصادی را برای کل جمعیت ارتقاء دهند. بنابراین نظام های حمایت اجتماعی هماهنگ و جامع، جزء مهم بسته سیاستی یکپارچه برای مقابله با فقر مزمن و موارد بازگشت فقر به شمار می روند.

برخی از کشورهای کم درآمد، در زمینه ی ایجاد و ارتقاء هماهنگی در برنامه های حمایت اجتماعی و تجمیع آنها در قالب یک چارچوب راهبردی مشترک متعلق به دولت و توسعه یافته با مشارکت ذینفعان اصلی و تقویت چارچوب های قانونی، مالی و نهادی ملی گام های بلندی برداشته اند تا از این طریق به نظام های حمایت اجتماعی ملی موثر، کارآمد، منصفانه و پایدار دست یابند. چنین تلاش هایی فراتر از تمرکز محدود بر تور ایمنی و با هدف ایجاد کف حمایت های اجتماعی ملی و نظام های تامین اجتماعی صورت گرفته اند (ILO, 2012a).

در خلال دوران بحران این موضوع بسیار حائز اهمیت است که سرمایه گذاری های اجتماعی و ایجاد تورهای ایمنی هدفگذاری شده و محدود که موجب کاهش عملی در پوشش می شوند، به جای پایین آمدن، ارتقاء یابند. با توجه به اهمیت حیاتی حمایت از خانوارها در زمان سختی و بالا بردن سطح درآمد افراد به منظور پیش بردن بازیابی اجتماعی-اقتصادی، یک اقدام موثر می تواند گسترش تدریجی انتقالات فراگیر (همگانی) برای خانواده ها و کودکان، سالمندان، افراد معلول و ازکارافتاده و سایر گروه ها باشد. هدفگذاری حمایت های اجتماعی برای فقیرترین اقشار جامعه و عدم توجه آگاهانه به جمعیت های آسیب پذیر در طراحی سیاست ها، با منشور سازمان ملل، اعلامیه هزاره و اعلامیه جهانی حقوق بشر (که براساس آن هر انسانی حق برخورداری از حداقل استانداردهای زندگی اعم از غذا، پوشاک، آموزش و تامین اجتماعی را دارد) و کنوانسیون هایی که تقریباً تمام دولت های جهان آنها را به امضا رسانده اند، مغایرت دارد (UN, 2008, Sepúlveda, 2014; Sepúlveda and Nyst, 2012).

در این میان، گسترش تدریجی مقررات و سازوکارهای حمایت اجتماعی، مستلزم تقویت چارچوب های قانونی و ظرفیت های نهادی و همچنین یک پایه درآمدی و منبع مالی پایدار که عمدتاً ترکیبی از منابع داخلی و خارجی است، می باشد. همچنین وجود سیاست های مالیاتی و اداره مالیات قوی جهت تضمین این که دولت ها می توانند به منابع عادلانه و پایدار برای اجرای سیاست های توسعه اجتماعی و اقتصادی تکیه نمایند، ضروری است. این امر به ویژه در کشور های دارای منابع غنی به منظور تضمین این که منافع حاصل از رشد به صورت منصفانه به اشتراک گذاشته شده و در خدمت نیازهای جمعیت است، بسیار اهمیت دارد (OECD, 2014a; Hujo and McClanahan, 2009; Hujo, 2012).

رویگردی که بر راهکارهای ملی تمرکز دارد و حق محور می باشد، بر اهمیت سیاست های حمایت اجتماعی ملی که می توانند موجب رشد گسترده و توسعه پایدار اجتماعی و اقتصادی گردیده و به تحقق حقوق انسانی کمک کنند، تاکید دارد. برای تحقق این امر، رویکرد موصوف فراتر از کمک های توسعه ای خارجی و سیاست های تور ایمنی کوتاه مدت عمل می کند و به تضمین ایجاد انسجام میان سیاست های اجتماعی، اشتغال و اقتصاد در قالب یک چارچوب قانونی و نهادی قوی و پایدار کمک می نماید (Townsend, 2009; Behrendt et al., 2009). چنین تلاش های اختصاصی ملی برای تقویت ظرفیت های نهادی به افزایش نتایج و خروجی های توسعه ای در اتیوپی و رواندا کمک فراوانی کرده اند. در سایر کشورها به خصوص آنهایی که دولت های شکننده و ضعیف به حساب می آیند، این چالش ها بسیار بزرگتر هستند، با این وجود، به طور کلی حمایت اجتماعی در حوزه سیاست هایی است که به طور بالقوه به تقویت "قرارداد اجتماعی"^{۵۰}، ارتقاء گفتگوهای ملی و افزایش اعتماد به دولت و نهادهای عمومی کمک می نماید (Hickey, 2010).

اگر دولت و بازیگردانان عرصه ملی این سیاست ها را با تعهد و حسن نیت دنبال کنند، ایجاد و تقویت کف حمایت های اجتماعی ملی نه تنها اثر آنی و کوتاه مدت بر زندگی مردم دارد بلکه به ساخت جوامع و اقتصادهای منسجم با دامنه شمول توسعه یافته در بلندمدت کمک می کند.

۶-۵- فضای مالی بودجه ای برای کف حمایت های اجتماعی

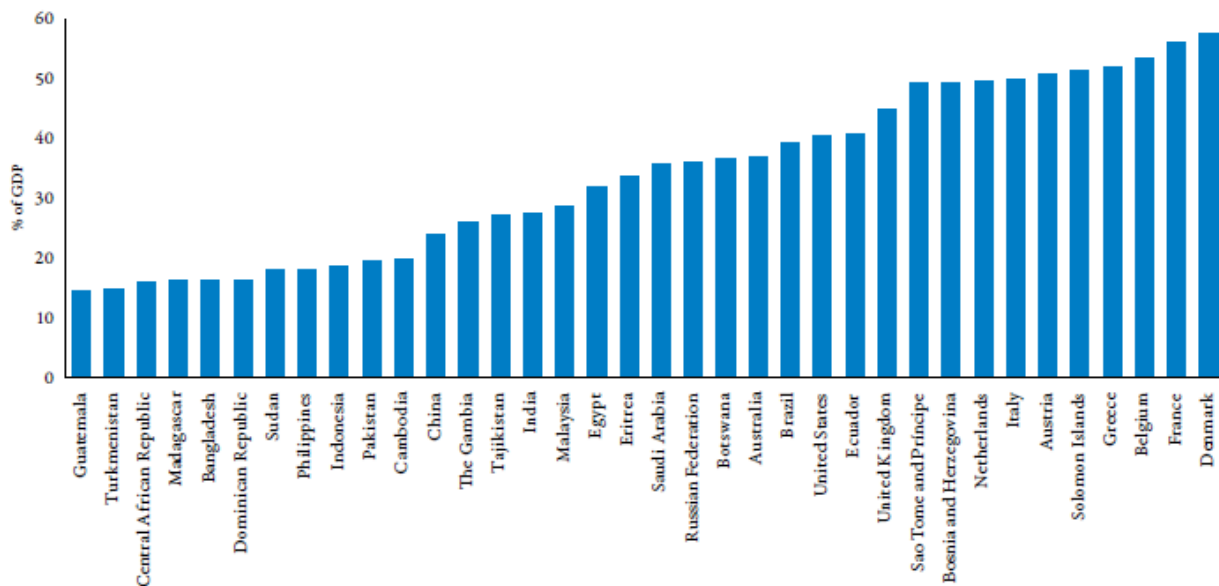
اغلب این بحث مطرح می گردد که تامین حمایت های اجتماعی قابل استطاعت نیست و یا این که در دوره های تعدیل، کاهش مصارف دولت اجتناب ناپذیر است. اما جایگزین هایی حتی در فقیرترین کشورها وجود دارد. اگر قرار است توسعه پایدار و منصفانه بدست بیاید، یافتن بودجه مالی برای انجام سرمایه گذاری های مهم اجتماعی و اقتصادی، به ویژه در دوران رکود اقتصادی و رشد آهسته ضروری است.

بسیار مهم است که از همین ابتدا بدانیم گزینه های دولت ها در رابطه با درآمد و مخارج به طور گسترده ای در سراسر جهان متفاوت است و این که این موضوع یک انتخاب سیاسی است (ILO, 2008a; Hall, 2010). برخی از کشورها به عنوان بخشی از قرارداد اجتماعی خود انتخاب می کنند که بیشتر و یا کمتر در این زمینه هزینه کنند (شکل ۶-۱۹). همانند تصمیم گیری های مربوط به مخارج، یک پراکندگی مشابه درخصوص چگونگی افزایش منابع توسط دولت جهت توسعه اقتصادی و اجتماعی وجود دارد. با استفاده از تمام گزینه های ممکن برای گسترش فضای مالی و سرمایه گذاری بر مردم، کشورها می توانند به یک چرخه موثر توسعه اجتماعی و رشد پایدار دست یابند و از ریسک رشد آهسته و دام توسعه انسانی ضعیف اجتناب نمایند (Ryder, 2013; ILO, 2012e).

⁵⁰ social contract

امروزه نیاز به ایجاد و حفظ فضای مالی جهت سرمایه گذاری های اجتماعی-اقتصادی بیشتر از همیشه است. با توجه به اهمیت سرمایه گذاری های عمومی به منظور افزایش موفقیت در رشد اقتصادی عادلانه و فراگیر و توسعه اجتماعی، بسیار مهم است که دولت ها به دنبال گزینه هایی برای افزایش مخارج اجتماعی و سرمایه گذاری های اقتصادی مولد اشتغال باشند. حتی مدیر عامل صندوق بین المللی پول، با شناسایی این ریسک که اقدامات تثبیت مالی ممکن است تلاش ها در زمینه ی اصلاح و بازیابی جهانی را به مخاطره بیندازند، "کشف و شناسایی مجدانه ی تمام اقدامات و برنامه هایی که می توانند در پشتیبانی از رشد کوتاه مدت موثر باشند" را خواستار شده است (Lagarde, 2011).

شکل ۶-۱۹- کل مخارج دولت در کشورهای منتخب، ۲۰۱۳.



Source: IMF, 2013a.

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=43518>.

در این ارتباط گزینه هایی وجود دارند که دولت ها می توانند از طریق آنها فضای مالی را برای یک احیاء و بازیابی به لحاظ اجتماعی پاسخگو، حتی در فقیرترین کشورها گسترش دهند. تمام این گزینه ها از سوی بیانیه های سیاستی سازمان ملل و موسسات مالی بین المللی (IMF and World Bank, 2006; ILO, 2009a; ILO, 2011a; ILO, 2012a; OECD, 2014a; UNDP, 2007; UN, 2009b; UN, 2013c) تخصیص مجدد مصارف عمومی (۲) افزایش درآمدهای مالیاتی؛ (۳) افزایش حق بیمه های تامین اجتماعی؛ (۴) استقراض یا تجدید ساختار دیون موجود؛ (۵) محدود ساختن گردش های مالی غیر قانونی؛ (۶) جذب کمک ها و منابع انتقالات نقدی بیشتر؛ (۷) بهره برداری از ذخایر مالی و ارز خارجی؛ (۸) اتخاذ یک چارچوب اقتصاد کلان مناسب تر (Hujo and McClanahan, 2009; Durán-Valverde and Pacheco, 2012; Ortiz and Cummins, 2012). به طور معمول هر دولت برای فضای مالی خود

از میان این گزینه ها انتخاب می کند. منحصر به فرد بودن هر کشور ایجاب می کند که طیف گزینه های مورد نظر به دقت در سطح ملی بررسی شود و انتخاب بر اساس مذاکرات اجتماعی موثر و یک رویکرد درست نسبت به اقتصاد سیاسی صورت پذیرد (ILO, 2012a).

۶-۵-۱- گزینه ۱: باز تخصیص مصارف عمومی جاری

این گزینه یکی از متعارف ترین گزینه هاست که ارزیابی تخصیص بودجه جاری، جایگزین کردن سرمایه گذاری های کم تاثیر و با هزینه بالا با آنهایی که می توانند تاثیرات اقتصادی-اجتماعی بزرگتری ایجاد کنند، از بین بردن مخارج ناکارآمد و یا مقابله با فساد را شامل می شود. اولویت بندی مجدد مستلزم آن است که دولت ها آمادگی تجدید نظر در حوزه های سیاست عمومی که نیازمند بیشترین حمایت است را دارا باشند. برای مثال دولت های کامبوج، کاستاریکا، موریس و سری لانکا، مصارف بودجه ای بخش دفاع و امنیت را به نفع افزایش مصارف بخش های اجتماعی کاهش داده اند. یک حوزه از مصارف با پتانسیل بالا در ایجاد فضای مالی، یارانه ها هستند. حذف یارانه ها، گسترش طرح های حمایت اجتماعی در برخی کشورها از جمله موزامبیک و غنا را امکان پذیر ساخته است در هر حال اثر خالص رفاه هر طرح اصلاحات پیش از حذف یارانه ها باید به درستی درک شود (کادر ۶-۷).

کادر ۶-۶- تامین مالی حمایت اجتماعی از محل حذف یارانه ها

از سال ۲۰۱۰، یکصد دولت یارانه های سوخت و مواد غذایی را حذف کرده اند و تورهای ایمنی هدفمند شده برای اقشار فقیر را جایگزین آن نموده اند، از این کشورها می توان به ۳۱ کشور در جنوب صحرای آفریقا، ۲۲ کشور دارای سرانه درآمد بالا، ۱۲ کشور در شرق آسیا و اقیانوسیه، ۱۱ کشور در آمریکای لاتین، ۹ کشور در خاورمیانه و شمال آفریقا و شش کشور در جنوب آسیا اشاره کرد. توصیه سیاستی استاندارد صندوق بین المللی پول حذف تدریجی یارانه های انرژی است (IMF, 2013b) که این عمل در اصل اثرات جانبی مثبت زیست محیطی به همراه دارد. با این حال حذف سریع یارانه - مولفه ی اصلی برنامه های تثبیت مالی در کشورهای در حال توسعه - به بالاتر رفتن قیمت سوخت و مواد غذایی منجر شده است (Ortiz et al., 2013). برای مثال در نیجریه که اکثریت جمعیت آن با روزی کمتر از ۲ دلار روزگار می گذرانند، بنزین ارزان تنها منفعت ملموسی است که آنها از دولت دریافت می کنند: لذا در نتیجه ی حذف یارانه انرژی که باعث می گردد هزینه های حمل و نقل و مواد غذایی مردم در سطح پایین باقی بماند، تظاهرات گسترده ای در سال ۲۰۱۲ روی داد.

موارد ذیل سه آموزه مهم است و دولت هایی که می خواهند یارانه را حذف نمایند، باید به آنها توجه کنند:

- اصلاحات مربوط به یارانه ها پیچیده هستند، گزینه، "یک الگوی واحد برای همه" وجود ندارد و اثر رفاه خالص اعمال هر گونه اصلاحی و زمینه های ملی آن باید به درستی درک شود و در قالب گفتگوهای ملی مورد بحث و بررسی قرار گیرد.
- طراحی یک تور ایمنی ناقص تنها برای فقیرترین اقشار جامعه، در صورتی که سایر خانوارها نیز از یارانه بهره مند می شوند، یک مکانیزم جبرانی ناکافی است. صرفه جویی های قابل توجه دولت ناشی از برداشتن یارانه های انرژی به دولت ها امکان می دهد که نظام های حمایت اجتماعی فراگیر مکفی و دیگر سیاست های توسعه ای لازم را برای تمام شهروندان و نه یک قشر خاص مدنظر قرار دهند.
- هنگامی که قیمت مواد غذایی و انرژی به بالاترین حد خود می رسد باید از کاهش یارانه ها اجتناب کرد، مگر اینکه یک نظام حمایت اجتماعی با عملکرد عالی وجود داشته باشد که بتواند از خانواده ها حمایت کند، توسعه چنین نظام هایی زمان می برد و اگر یارانه ها یک شبه برچیده شود، جمعیت در یک دوره آسیب پذیری غیرمترقبه بدون حمایت باقی می ماند. (Zaid et al., 2014).

کادر ۶-۸- وضع مالیات برای استخراج منابع طبیعی و معدنی بمنظور ایجاد فضای مالی برای حمایت اجتماعی

وضع مالیات برای استخراج منابع طبیعی، پتانسیل فوق العاده ای برای بسیاری از کشورهای در حال توسعه ایجاد می کند. در حالیکه رویکرد نروژ در وضع مالیات بر سودهای نفتی و ذخیره عواید آن در صندوق مستمری دولتی سراسری شاید بهترین مورد شناخته شده باشد، در کشورهای در حال توسعه نیز چندین نمونه ابتکاری درخصوص استفاده از جریان های درآمدی حاصل از حوزه منابع طبیعی برای قلمرو حمایت های اجتماعی قابل مشاهده می باشد (Hujjo, 2012; OECD, 2014a). برای مثال، مغولستان، مزایای همگانی اولاد مبتنی بر استحقاق را از محل وضع مالیات بر صادرات مس، تامین مالی می کند. هنگامی که قیمت مس با کاهش تقاضا در سال ۲۰۰۹ سقوط کرد، به مغولستان توصیه شد مزایای همگانی اولاد خود را هدفمندسازی نماید، اما وقتی در سال ۲۰۱۰/۱۱ قیمت مس دوباره افزایش پیدا کرد، مغولستان از انجام این کار امتناع ورزید. با توجه به ماهیت بی ثبات قیمت کالاهای اولیه، بسیاری از دولت ها، "صندوق های تثبیت*" را مبتنی بر مالیات های دوران رونق ایجاد کردند. چنین منابعی به دولت ها امکان می دهد که درآمد و مصارف خود را هموار کنند و در واقع درآمد مربوط به سال های رونق و متضمن ثروت را برای روز مبادا یعنی هنگامی که ارزش صادرات کالا کاهش می یابد، پس انداز نمایند و بدین سان تضمین کنند که سرمایه گذاری در زمینه ی توسعه اقتصادی و اجتماعی ثابت باقی بماند. از این نمونه ها می توان به صندوق تثبیت مس شیلی، صندوق تثبیت نفت ایران و صندوق تثبیت منابع معدنی گینه نو پاپوا اشاره کرد. در طی رکود اقتصادی اخیر بسیاری از کشورها از منابع این صندوق ها استفاده کردند تا اقدامات و برنامه های محرک خود برای رشد ملی و افزایش حمایت اجتماعی را تامین مالی کنند.

*صندوق های تثبیت برای کاهش نوسانات درآمد دولت ها ایجاد می شوند تا دولت ها بتوانند با تأثیرات چرخه ی رونق و کساد شدیدی بر مصارف خود و اقتصاد مواجه شوند. (مترجم)

۶-۵-۲- گزینه ۲: افزایش درآمدهای مالیاتی

افزایش درآمدهای مالیاتی از طریق تغییر انواع مختلف نرخ های مالیات، تقویت کارآیی روش های جمع آوری مالیات و همچنین بهبود کلی وصول مالیات ها، امکان پذیر است. همان گونه که در بالا اشاره شد، در حال حاضر، ۹۴ کشور در حال افزایش مالیات های مصرف نظیر مالیات بر ارزش افزوده هستند که عموماً نزولی می باشند، زیرا آنها محصولاتی که فقرا مصرف می کنند را پوشش می دهند. لذا باید بر سایر مالیات ها نظیر مالیات بر سود شرکت ها، فعالیت های مالی، درآمدهای شخصی، دارایی ها، واردات یا صادرات که به صورت تصاعدی هستند، تمرکز صورت گیرد. وضع مالیات تصاعدی- ابزار اصلی توزیع مجدد در اختیار سیاست گذاران - باید در هر دو زمینه ی فضای مالی و دارایی های شخصی به منظور جلب حمایت سیاسی شهروندان و ارتقاء اصلاح و بازیابی اقتصادی-اجتماعی اولویت بندی شود (IMF, 2010c; Ostry et al., 2014).

۶-۵-۳- گزینه ۳: افزایش حق بیمه های تامین اجتماعی

ایجاد اندوخته و منابع مالی از محل حق بیمه های اجتماعی ماهیتاً با گسترش طرح های تامین اجتماعی مشارکتی مرتبط است. در سال های اخیر بسیاری از کشورها از جمله برزیل، چین، کاستاریکا، لسوتو، نامیبیا، آفریقای جنوبی و تایلند، تامین مالی حمایت اجتماعی را از این طریق افزایش داده اند. در اکثر کشورها این ابتکار عمل ها از نزدیک با معرفی برنامه های جدید هدایت کارگران به اشتغال رسمی و گسترش پوشش طرح های تامین اجتماعی مشارکتی در ارتباط می باشد.

۶-۵-۴- گزینه ۴: استقراض یا تجدید ساختار دیون موجود

برخی کشورها دارای ظرفیت بالقوه استقراض هستند (وام یا صدور اوراق مشارکت)، برخی دیگر از پیش بدهی های کلانی داشته و نیازمند مدیریت بدهی بهتر هستند. تجدید ساختار بدهی ها، فرایند کاهش سطح فعلی بدهی ها یا بازپرداخت بدهی ها شامل بهره و بخشی از اصل بدهی می باشد. برای کشورهایی که از سطوح بالای دیون رنج می برند اگر مشروعیت دیون مورد تردید باشد و هزینه فرصت برحسب وخیم تر شدن رشد و استانداردهای زندگی بالا باشد، بازسازی دیون کنونی ممکن و موجه است (کادر ۶-۹).

کادر ۶-۹- استفاده از منابع آزاد شده ناشی از تجدید ساختار دیون در حوزه حمایت های اجتماعی

برخی از کشورهای در حال توسعه، بدهی های انباشتی که قدمت آنها به دهه هفتاد میلادی می رسد را به منظور کاهش تعهدات معوق خود مورد بازنگری قرار دادند. در سال ۲۰۰۸، اکوادور نخستین کشوری بود که از حسابرس رسمی جهت ارزیابی صحت و مشروعیت بدهی های ارزی خود استفاده نمود. بررسی های دو ساله دولتی نشان داد که برخی از بدهی های خارجی - عمدتاً بدهی های بخش خصوصی ملی شده مربوط به دولت های قبلی - اصول چندگانه قانون بین المللی و داخلی را زیر پا گذاشته اند و لذا این دیون غیرقانونی هستند. در حالی که اکوادور تمام بدهی هایی که به توسعه این کشور کمک کرده اند (دیون به اصطلاح مشروع) را پذیرفت، در نوامبر سال ۲۰۰۸ بدهی های موسوم به دیون نامشروع را قبول نکرد و چند هفته بعد، آن را به ارزش ۳۵ سنت (به دلار) بازخرید نمود.

بر مبنای تجربه اکوادور (و همچنین نروژ)، در سازمان ملل متحد یک کمیسیون ویژه از خبرگان در حوزه اصلاحات نظام بین المللی مالی و پولی، از حسابرسی دیون دولتی به مثابه مکانیزمی برای بازسازی شفاف و منصفانه بدهی ها، حمایت کردند (UN, 2009b). منابع دولتی آزاد شده در اکوادور به این روش در توسعه انسانی سرمایه گذاری شدند و عبارت بودند از دو برابر شدن مخارج آموزش طی سال های ۲۰۰۶ تا ۲۰۰۹، نزدیک به دو برابر شدن برنامه های مساعدت مسکن برای خانواده های کم درآمد و گسترش برنامه اصلی حمایت اجتماعی، انتقال وجوه به اوراق قرضه توسعه انسانی. نتایج بسیار چشمگیر است: فقر در اوج رکود اقتصادی از ۳۶ درصد به ۲۸/۶ درصد کاهش یافت، نرخ بیکاری از ۹/۱ درصد به ۴/۹ درصد رسید و نرخ ثبت نام در مدارس به طور قابل توجهی افزایش یافت (Ray and Kozameh, 2012).

پنج گزینه اصلی برای دولت هایی که به دنبال بازسازی دیون حاکمیتی خود هستند عبارتند از: (۱) مذاکره مجدد در رابطه با بدهی ها (بیش از ۶۰ کشور از دهه نود این کار را انجام داده اند)؛ (۲) دستیابی به کاهش/لغو دیون (به طور مثال، HIPC^{۵۱} یا طرح کشورهای فقیر به شدت مقروض که در سال ۱۹۹۸ معرفی شد)؛ (۳) ورود به سوآپ یا تهاتر دیون (در بیش از ۵۰ کشور از دهه هشتاد انجام شده است)؛ (۴) انکار یا رد دیون (عراق و ایسلند این کار را کرده اند)؛ (۵) عدم پرداخت بدهی (بیش از ۲۰ کشور از سال ۱۹۹۹ از جمله آرژانتین و فدراسیون روسیه این کار را انجام داده اند). دولت های فراوانی در مقابل طلبکاران اقدام به بازسازی دیون یا کاهش بازپرداخت های معوق دیون خود نموده اند. صندوق بین المللی پول، مکانیسم تجدید ساختار بدهی را پیشنهاد داده است (IMF, 2003; Kruger, 2002) و سازمان ملل نیز خواستار معرفی یک مکانیزم کاهش بدهی های حاکمیتی (مربوط به اوراق قرضه ارزی)^{۵۲} شده که براساس آن با وام گیرنده و وام دهنده به صورت یکسان رفتار شود (UN, 2009b; UN, 2010b).

⁵¹ Heavily Indebted Poor Countries

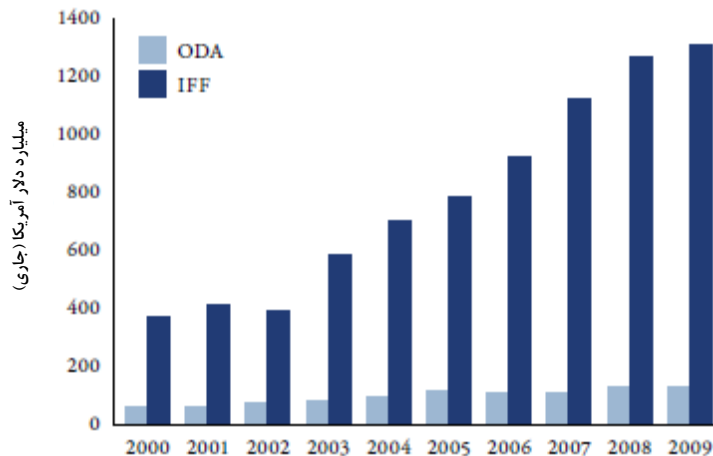
⁵² Sovereign Debts

اوراق قرضه ای که توسط دولت یک کشور منتشر شده و معمولاً به ارزهای خارجی می باشند (Sovereign Bond) نام دارد، کل بدهی که دولت به خریداران اوراق قرضه ی ارزی دارد، Sovereign Debt نامیده می شود.

۶-۵-۵- گزینه ۵: محدود ساختن گردش های مالی غیرقانونی

محدود ساختن گردش های مالی غیرقانونی^{۵۳} این پتانسیل را دارد که منابع مازاد فراوانی جهت سرمایه گذاری اقتصادی-اجتماعی از جمله حمایت اجتماعی ایجاد نماید. گردش های مالی غیرقانونی عبارتند از سرمایه هایی که به صورت غیرقانونی به دست آمده، انتقال یافته و یا استفاده شده اند و شامل کالاهای معامله شده که برای جلوگیری از تعرفه بالاتر، اشتباه قیمت گذاری شده اند، ثروت های جمع شده در حساب های خارج از کشور برای فرار از مالیات بر درآمد و جابجایی های گزارش نشده پول نقد نیز می شوند (UNDP, 2011). تخمین زده شده است که در سال ۲۰۰۹، حدود ۱/۳ هزار میلیارد دلار آمریکا در قالب گردش های مالی غیرقانونی عمدتاً به شیوه های تعیین قیمت نادرست معاملات از کشورهای در حال توسعه خارج شده است که مقصد دو سوم آنها کشورهای با درآمد بالا می باشد، این رقم بیش از ۱۰ برابر کل کمکی است که کشورهای در حال توسعه دریافت می کنند (شکل ۶-۲۰).

شکل ۶-۲۰- گردش های مالی غیرقانونی (IFF) در مقایسه با مساعدت های رسمی توسعه ای (ODA), ۲۰۰۹-۲۰۰۰
(میلیارد دلار)



Sources: Kar and Curcio, 2011; World Bank, World Development Indicators, 2011.

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ResourceDownload.action?resource.resourceId=43517>.

۶-۵-۶- گزینه ۶: جذب کمک ها و انتقالات نقدی بیشتر

این امر مستلزم مراجعه به دولت های مختلف کمک کننده به منظور افزایش انتقالات شمال-جنوب یا جنوب-جنوب یا کاهش انتقالات جنوب-شمال نظیر گردش های مالی غیرقانونی است که به طور قابل توجهی بزرگتر هستند. در نتیجه ی اجرای سیاست های تثبیت مالی اتخاذ شده در اکثر کشورهای کمک کننده، کمک های توسعه ای به میزان

⁵³ Illicit financial flows (IFFs)

۴ درصد به ارقام واقعی در سال ۲۰۱۲ و ۲ درصد در سال ۲۰۱۱ سقوط کرد (OECD, 2013e). در سال ۲۰۱۲ گزارشگران ویژه سازمان ملل در زمینه حق غذا، فقر شدید و حقوق بشر، فراخوان تشکیل یک صندوق جهانی را برای حمایت اجتماعی و به منظور بهبود توازن داده اند (De Schutter and Sepúlveda, 2012).

۶-۵-۷: گزینه ۷: بهره برداری از ذخایر مالی و ارز خارجی بانک مرکزی

این گزینه شامل برداشت از پس اندازهای مالی و دیگر درآمدهای ذخیره شده دولت در صندوق های خاص مانند صندوق ثروت ارزی حاکمیتی^{۵۴} (صندوق توسعه ملی) و یا استفاده از ذخایر ارزی بانک مرکزی به منظور توسعه داخلی و منطقه ای می گردد. بحث مفصل تر درباره ی این گزینه در اظهارات اورتیز و کامینز در سال ۲۰۱۲ قابل بهره برداری می باشد، در اینجا تنها به موارد صندوق های ثروت ارزی حاکمیتی که به طور بالقوه در توسعه اجتماعی-اقتصادی و حمایت اجتماعی استفاده می شوند می پردازیم. منطق این قبیل صندوق ها نظیر مرجع سرمایه گذاری ابوظبی، صندوق مستمری دولتی نروژ، و هلدینگ های تماسک سنگاپور و شرکت سرمایه گذاری دولت سنگاپور، حداکثر ساختن بازده مالی سرمایه گذاری ها، معمولاً در بازارهای سرمایه بین المللی می باشد. در حالی که ایجاد یک صندوق ثروت ارزی حاکمیتی گزینه ای در اختیار اکثر دولت ها است، بسیاری منطق سرمایه گذاری درآمدهای عمومی مکتسبه را جهت رشد بازار سرمایه، زیر سوال برده اند زیرا آن منابع را می توان در زمینه ی کالاهای اقتصادی و اجتماعی و خدمات مورد نیاز داخلی سرمایه گذاری کرد. به طور مثال ونزوئلا، ذخایر مالی خود را برای اهداف توسعه داخلی و منطقه ای مورد استفاده قرار داده است. در سوی دیگر تیمور شرقی، با شاخص های انسانی توسعه بسیار پایین و نسبت بالای زندگی در فقر (۵۰ درصد در سال ۲۰۰۷ و تا ۳۶ درصد در سال ۲۰۰۱)، ۶/۳ میلیارد دلار در صندوق ثروت ارزی حاکمیتی ذخیره و در خارج از کشور سرمایه گذاری کرده است. نکته مهم این است که دولت ها گزینه های متعددی را در نحوه استفاده از ذخایر خود برای توسعه اجتماعی و اقتصادی در اختیار دارند که باید به دقت مورد بررسی قرار گیرند.

۶-۵-۸: اتخاذ یک چارچوب کلان اقتصادی مناسب تر

این گزینه، کسری بودجه بالاتر و سطوح بالاتر تورم را بدون به خطر انداختن ثبات اقتصاد کلان امکان پذیر می سازد (برای مثال در ایالات متحده از طریق آزادسازی کمی). اهداف سیاست کلان اقتصادی چندگانه هستند، از حمایت از رشد، تثبیت قیمت یا کنترل تورم تا یکنواخت سازی چرخه های اقتصادی، کاهش بیکاری و فقر و ارتقاء برابری. در دهه های اخیر، چارچوب های اقتصاد کلان، تاکید فراوانی بر اقدامات کوتاه مدت تثبیتی نظیر کنترل تورم و کسری بودجه، به عنوان بخشی از تلاش های گسترده با هدف آزادسازی اقتصادها و یکپارچه سازی آنها در بازار جهانی و جذب سرمایه گذاری داشته اند. هر چند این اهداف کلان اقتصادی الزاماً نادرست نیستند، لیکن ریسک فزاینده ای در بسیاری از کشورهای در حال توسعه وجود دارد که دیگر اهداف مهم، نظیر رشد مولد اشتغال و حمایت اجتماعی، اولویت و اهمیت

⁵⁴ Sovereign Wealth Funds (SWFs)

خود را از دست بدهند. لازم به ذکر است که دیدگاه های مختلفی در رابطه با سطح قابل قبول تورم یا کسری های مالی وجود دارد و این که به عنوان بخشی از واکنش به بحران، درک فزاینده ای از نیاز به تسهیل و برداشتن محدودیت های بودجه ای و افزایش میزان مخارج بودجه ای به ویژه به منظور حمایت از سرمایه گذاری های اجتماعی و رشد اقتصادی اشتغال را وجود دارد (IMF, 2009; Epstein, 2009; Pollin, Epstein and Heintz, 2008; Islam and Chowdhury, 2010a; Islam and Chowdhury, 2010b; UNCTAD, 2011; UNCTAD, 2012; UNCTAD, 2013). به طور خلاصه باید گفت که فرصت های کافی برای کشورها وجود دارد تا فضای مالی را برای حمایت اجتماعی از طریق ترکیبی منسجم از راهبردهای طراحی شده، گسترش دهند. معمولاً ترکیبی از این راهکارها برای دولت ها کارساز و مناسب است. هر کشور منحصر به فرد است و طیف گسترده ای از گزینه های فضای مالی باید از طریق گفتگوی فراگیر در سطح ملی و با توجه به مخاطرات بالقوه و بده بستان های مرتبط با هر گزینه، به دقت مورد بررسی قرار گیرد تا بازبایی و بهبود پاسخگو از نظر اجتماعی تضمین گردد. تمام گزینه های مربوط به فضای مالی که در اینجا توضیح داده شد توسط سازمان ملل و موسسات مالی بین المللی پشتیبانی شده اند. توصیه نامه شماره ۲۰۲ سازمان بین المللی کار به وظیفه دولت های ملی در تامین مالی کف حمایت های اجتماعی ملی و بسیج منابع لازم برای تضمین پایداری مالی و اقتصادی تاکید کرده است. این توصیه نامه همچنین به صراحت اشاره می کند که راهبردهای بسیج منابع ملی می تواند شامل اعمال و تنفیذ موثر الزامات مربوط به اخذ مالیات ها و حق بیمه ها، اولویت بندی مجدد مصارف و یا تعیین یک پایه درآمدی تصاعدی باشد. توصیه نامه همچنین تصریح می کند که کشورهایی که ظرفیت های مالی و اقتصادی آنها برای اعمال تضمین ها کافی نیست، می توانند از پشتیبانی و همکاری های بین المللی جهت تکمیل تلاش های خود، بهره گیرند (ILO, 2012a).

جدول ۶-۵- راهبردهای گسترش فضای مالی: نمونه های کشوری

راهبرد	بولیوی	بوتسوانا	برزیل	کاستاریکا	لسوتو	ایسلند	نامیبیا	آفریقای جنوبی	تایلند
تخصیص مجدد مصارف عمومی				×	×	×		×	×
افزایش درآمدهای مالیاتی	×	×	×		×	×			×
افزایش حق بیمه های تامین اجتماعی			×	×	×		×	×	×
کاهش دیون یا تجدیدساختار دیون	×	×	×	×	×	×		×	×
محدود ساختن گردش های مالی غیر قانونی						×	×		
افزایش کمک ها							×		
بهره برداری از ذخایر مالی	×	×	×						
اتخاذ یک چارچوب اقتصاد کلان مناسب	×		×			×			

۶-۶- چرا کف حمایت های اجتماعی کلید بازیابی اقتصادی است و باید بخشی از دستورالعمل توسعه پس از ۲۰۱۵ باشد

همان گونه که جامعه جهانی در تلاش برای رهایی از رکود اقتصادی و رشد آهسته است و با توجه به ارزیابی های دستورالعمل کنونی توسعه و پیشرفت هایی که در جهت دستیابی به اهداف توسعه هزاره صورت گرفته است، زمان مناسبی است تا به سه دلیل اصلی که چرا حمایت اجتماعی یکی از شروط لازم برای توسعه پایدار است، بپردازیم. نخست اینکه یک حق انسانی است و مولفه اصلی حقوق نیروی کار است. همچنین یک الزام سیاسی و اجتماعی است، وقتی دولت ها در هنگام سقوط بازار به ظرفیت هایی برای مداخله و نقش آفرینی نیاز دارند، نظام های حمایت اجتماعی ملی ابزار قدرتمندی برای تامین امنیت درآمد، جلوگیری از بروز فقر و کاهش فقر و نابرابری و ایجاد یک جامعه منسجم (شمول بالا) به شمار می روند، بنابراین این نظام ها انسجام اجتماعی را تقویت کرده و به ایجاد و حفظ صلح و آرامش اجتماعی کمک می کنند. حمایت اجتماعی همچنین یک ضرورت اقتصادی برای حفظ مصرف داخلی و تقاضا از طریق بالا بردن درآمد خانوار است. حمایت اجتماعی کافی، بهره وری و توسعه انسانی را ارتقاء داده و کارگران را قادر می سازد با تغییرات انطباق یابند، همچنین اعمال تغییرات ساختاری منصفانه و فراگیر را تسهیل می کند. سرمایه گذاری در قلمرو حمایت اجتماعی، سرمایه گذاری در جامعه ای سالم، مولد و منصف است.

۶-۶-۱- کف حمایت های اجتماعی فقر و نابرابری را کاهش می دهد

حمایت اجتماعی فقر و محرومیت اجتماعی را کاهش می دهد:

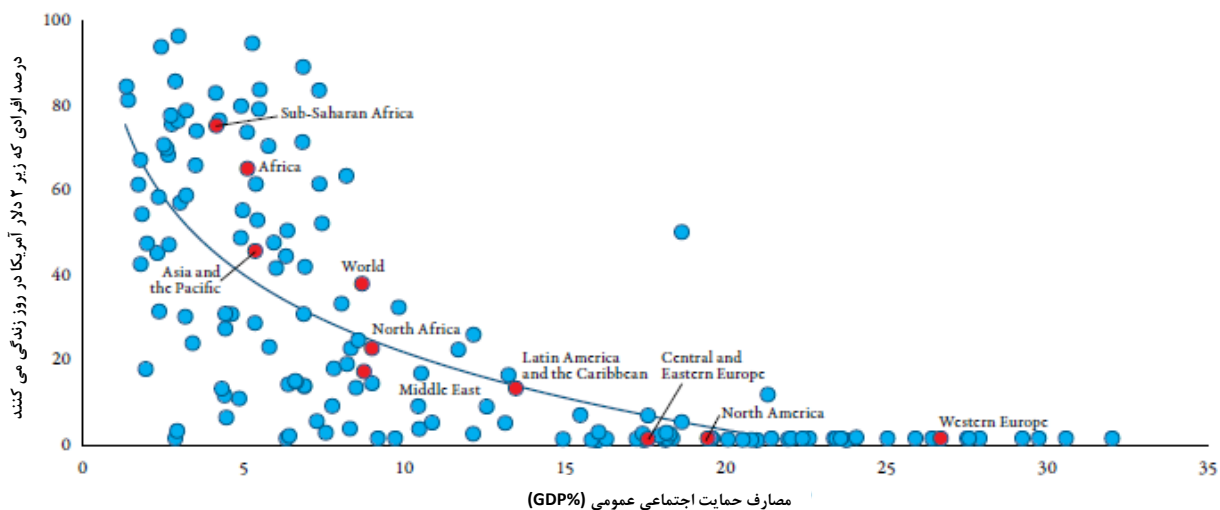
حمایت اجتماعی ابزار بسیار مهمی در مقابله با تمام اشکال فقر است. طرح های انتقال نقدی با موفقیت فقر را در آفریقا، آسیا، اروپای شرقی و مرکزی و آمریکای لاتین کاهش داده و به طور بالقوه نتایج سریع تری نسبت به سیاست های اقتصادی "انتقال ثروت از غنی به فقیر"^{۵۵} در بر داشته اند. اگرچه در عمل، مزایا کمتر از حد مورد نیاز می باشند، اما ارائه انتقال نقدی در سطح مناسب می تواند مردم را یک شبه از فقر برهاند. انتقالات نقدی تاثیر قابل توجهی در کاهش عمق فقر ایفا می کنند. برای مثال، کمک های مالی غیر مشارکتی در آفریقای جنوبی، شکاف فقر را بیش از یک سوم کاهش داده است (Woolard, Harttgen and Klasen, 2010) ، برنامه اوپورتونیداس در مکزیک، ۱۰ درصد از تعداد فقرا و ۳۰ درصد شکاف فقر را کاهش داده است (Skoufias and Parker, 2001) و برنامه حمایت اجتماعی قرقیزستان به میزان ۲۴ درصد تعداد افراد در فقر شدید و ۴۲ درصد شکاف فقر را کاهش داده است (World Bank, 2003). طبق گزارش ها گسترش مساعدت های غذایی در ایالات متحده، تعداد خانوار در فقر شدید را به

⁵⁵ trickle-down

نصف کاهش داده است (CBPP, 2014). به طور کلی، انتقالات اجتماعی و وضع مالیات در اکثر کشورهای اروپایی فقر را تا ۵۰ درصد تقلیل داده اند (شکل ۶-۱۶).

مصارف حمایت اجتماعی نقش برجسته ای در کاهش فقر و جلوگیری از بروز آن (شامل نابرابری و محرومیت اجتماعی) بر عهده دارد. به طور خاص ظرفیت آن در تضمین رهایی از فقر برای همیشه بسیار قابل توجه است: ریسک بازگشت و افتادن دوباره در فقر در مواردی که مکانیزم حمایت اجتماعی وجود ندارد، بسیار بالا است (Chronic Poverty Advisory Network, 2014). وجود حمایت اجتماعی نه تنها جهت مقابله با فقر پولی بلکه برای کاستن از محرومیت های اجتماعی ضروری می باشد (Babajanian and Hagen-Zanker, 2012). در واقع حمایت اجتماعی یکی از مسیرهای ضروری است که دولت ها از طریق آن اقدام به توزیع و توزیع مجدد درآمد و منابع و تسهیم منافع حاصل از رشد می نمایند و به ایفای تعهدات دموکراتیک که به واسطه انتخابات بر عهده آنها نهاده شده است، می پردازند تا انتظارات را تحقق بخشند (OECD, 2009a). نقش حائز اهمیت و کلیدی حمایت های اجتماعی در رشد فراگیر، به طور گسترده پذیرفته شده است، بنابراین جای تعجب نیست که بالا بودن مصارف حمایت اجتماعی با پایین بودن سطوح فقر مرتبط می باشد (شکل ۶-۲۱).

شکل ۶-۲۱- مصارف حمایت اجتماعی عمومی (درصدی از GDP) و سهم جمعیت در فقر



Notes: $R^2 = 0.5326$. The relationship between public social protection expenditure and poverty outcomes is complex, involving a variety of factors. It should be noted in particular that US\$2 PPP per day does not represent a meaningful absolute poverty line in high-income countries; this cut-off point was selected for the purpose of the graph to ensure international comparability.

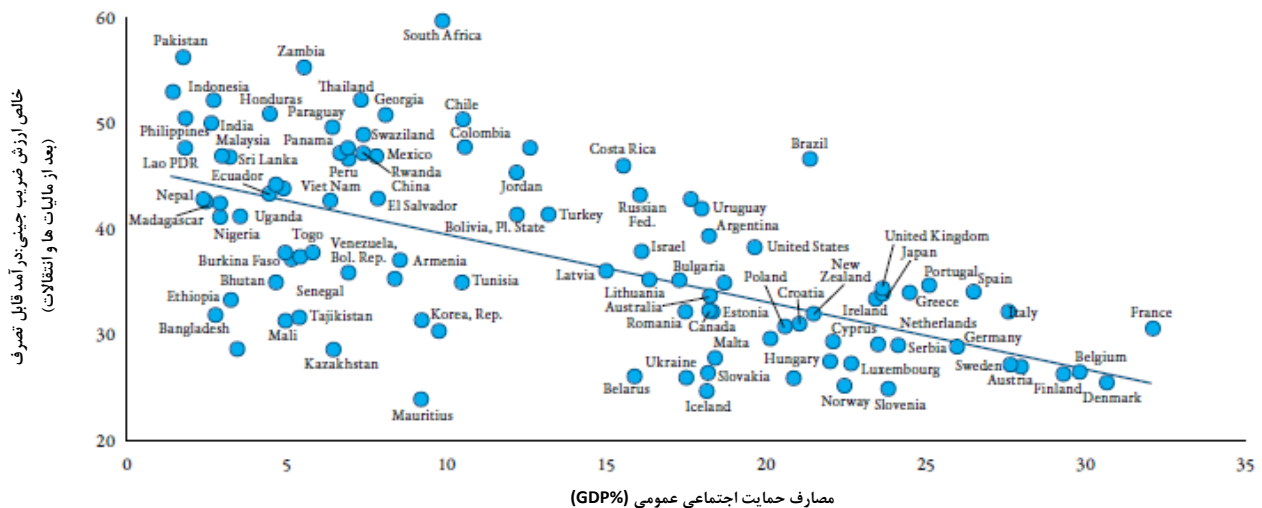
Sources: Public social protection expenditure: Based on data from IMF, OECD, Eurostat, ILO, CEPALSTAT, ADB and national sources. Poverty headcount: World Bank, World Development Indicators (accessed April 2013). For more details see Annex IV, table B.12.

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=38559>.

حمایت اجتماعی نابرابری درآمد را کاهش می دهد:

نقش حمایت های اجتماعی بسیار فراتر از کاهش فقر درآمد می باشد. اگرچه برای مدت زمانی محدود مباحث در این زمینه بر نقش کاهش فقر و کارآمدی هدفگذاری حمایت های اجتماعی متمرکز شده بود، لیکن به طور فزاینده ای اذعان می شود که کاهش فقر برای ارتقاء رشد فراگیر کافی نیست (UNDP, 2013; UN, 2013d; UN, 2013e). سیاست های حمایت اجتماعی گسترده تر شامل رویکردهایی نظیر توسعه بیمه اجتماعی مورد نیاز برای جلوگیری از فقر و ناامنی و محدود کردن نابرابری نیز می گردد (شکل ۶-۲۲). همبستگی بین مصارف حمایت اجتماعی عمومی و نابرابری (ضریب جینی)، در مورد فقر از قدرت کمتری برخوردار است، اما همچنان یک رابطه مشخص و متمایزی است که نشان می دهد سطح بالاتر مصارف حمایت اجتماعی با سطح پایین تر نابرابری مرتبط است.

شکل ۶-۲۲- مصارف حمایت اجتماعی عمومی (درصدی از GDP) و برابری درآمد (ضریب جینی)؛ آخرین سال موجود



Notes: $R^2 = 0.3893$. Again, the relationship between social protection policies (measured here by expenditure) and inequality (here measured by Gini coefficient) is much more complex than can be captured here. Well-designed social protection policies address not only income inequality, but also various other dimensions of inequality (see e.g. UNRISD, 2010; OECD, 2011b; UNDP, 2014).

Sources: Public social protection expenditure: based on data from IMF, OECD, Eurostat, ILO, CEPALSTAT, ADB and national sources (see Annex IV, table B.12). Gini index: World Bank, World Development Indicators (accessed Jan. 2014); ADB, CEPAL; Soit, 2009; Soit, 2013).

Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=42217>.

حمایت اجتماعی به توسعه سرمایه انسانی، کاهش گرسنگی و امنیت غذایی کمک می کند:

شواهدی قوی مبنی بر اثرات مثبت حمایت اجتماعی بر گرسنگی و تغذیه وجود دارد. مشخص گردیده که در آسیا، آفریقا و آمریکای لاتین، انتقالات نقدی مصرف مواد غذایی را هم از نظر کمی و هم تنوع بهبود بخشیده و مصرف غذایی را در هنگام بروز تکانه ها و خشکسالی، پشتیبانی می نماید. تغذیه بهتر نیز به توسعه فیزیکی بهتر کمک می کند: برنامه های اجرا شده در مکزیک، مالاوی و کلمبیا همگی موید کاهش تعداد کودکان دچار توقف رشد می باشند (Yablonski and O'Donnell, 2009; Tirivayi, Knowles and Davis, 2013). در این حال، کودکان خانوارهای

آفریقای جنوبی که از مستمری بهره مند هستند، به طور متوسط پنج سانتیمتر بلندتر از کودکان متعلق به خانوارهای فاقد مستمری بوده اند (Case, 2001).

حمایت اجتماعی اثرات آموزشی مثبت در بر دارد:

برنامه های حمایت اجتماعی، از جمله انتقالات نقدی، عرضه شهریه های آموزشی، وسایل آموزشی و برنامه های تغذیه در مدرسه، با از بین بردن موانع جانب تقاضا برای تحصیل در مدارس، همگی موجب شده اند تا نرخ ثبت نام در مدارس بالاتر و ترک تحصیل پایین تر رود و کودکان کار، کمتر شوند. برنامه های انتقالات نقدی در بنگلادش، برزیل، کامبوج، اکوادور، اتیوپی، مالاوی، مکزیک، نیکاراگوئه، پاکستان، آفریقای جنوبی و ترکیه باعث افزایش قابل توجه در ثبت نام کودکان و حضور آنها در مدارس شده اند (Adato and Bassett, 2008).

حمایت اجتماعی اثرات مثبت سلامتی به همراه دارد:

حمایت اجتماعی می تواند به شیوه های گوناگون به ایجاد سلامت بهتر و برابرتر کمک کند. هنگامی که فشار ناشی از بیماری ها شدید است، سرمایه گذاری در زمینه زیرساخت ها، شاغلین و داروها در حوزه سلامت به شدت مورد نیاز است. همچنین برای جلوگیری از سقوط خانواده ها به درون فقر به دلیل هزینه های پرداخت از جیب بالا، حمایت های مالی مورد نیاز است. یک مطالعه کشوری سازمان بهداشت جهانی نشان داد که این مهم از طریق کاهش اتکاء نظام سلامت بر پرداخت از جیب و فراهم کردن حمایت مالی بیشتر در برابر مخاطرات امکان پذیر است (Xu, Evans and Kawabata, 2003). در این ارتباط، تعهد کشور تایلند به تحقق دسترسی همگانی به مراقبت سلامت منجر به پیشرفت های قابل توجهی در حوزه سلامت و پیامدهای مربوطه شد (Evans et al., 2012; Tangcharoensathien et al., 2009). برنامه اوپوردونیدادیس در مکزیک انتقالات نقدی و خدمات سلامت رایگان را بایکدیگر ترکیب نموده است که این امر بهبود در عرضه خدمات سلامت را به همراه داشته و باعث ۱۷ درصد کاهش در مرگ و میر نوزادان روستایی در طول یک دوره سه ساله و ۱۱ درصد کاهش در نرخ مرگ و میر مادران شده است (Barham, 2010; Adato and Bassett, 2008). در غنا معافیت حق ویزیت برای زنان باردار باعث کاهش در نرخ مرگ و میر مادران شده است (Witter et al., 2007). اخیراً، شواهدی در خصوص سودمندی برنامه های حمایت اجتماعی گسترده تر در پیشگیری، درمان و مراقبت در برابر ایدز مشاهده شده است (ILO, 2008b; Temin, 2010). برای مثال، انتقالات نقدی، در حمایت از خانواده ها برای مراقبت از افراد مبتلا به ایدز و بهبود دسترسی به مراقبت ها موثر بوده است.

۶-۶-۲- کف حمایت های اجتماعی اشتغال شایسته و رشد فراگیر را ارتقاء می دهد

حمایت اجتماعی اشتغال را ارتقاء می بخشد:

حمایت اجتماعی نقش مهمی در ایجاد دسترسی به اشتغال کامل و مولد و کار شایسته برای همه از جمله زنان و جوانان از طریق انتقالات نقدی، برنامه های بازار کار فعال، بیمه سلامت و سیاست های حمایت از خانواده، برعهده دارد. مشخص شده است که این برنامه ها، در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، مشارکت در بازار کار را از طریق تضمین ایجاد فرصت های اشتغال عمومی، پوشش هزینه های جستجوی شغلی و حمایت از مسئولیت های مراقبت از کودکان به ویژه در مورد زنان تقویت کرده اند. در آفریقای جنوبی، مشارکت در بازار کار کسانی که انتقالات نقدی دریافت می کنند، ۱۳ تا ۱۷ درصد بالاتر از خانواده هایی که آن را دریافت نمی کنند، بوده است. برنامه "ژاون"^{۵۶} در شیلی، برای جوانانی که از لحاظ ساختاری بیکار بوده یا در معرض ریسک بالای اجتماعی هستند، ترکیبی از تجربه کاری، آموزش و دوره های کارآموزی می باشد، این مدل در دیگر کشورهای آمریکای جنوبی نیز استفاده شده است (World Bank, 2003). در کشورهای دیگر، هند و اوگاندا، انتقالات نقدی به منظور فراهم کردن اشتغال برای جوانان محلی و افراد فقیر مورد استفاده قرار گرفته است. انتقالات نقدی همچنین می تواند منابع مهمی برای تامین هزینه های یافتن شغل، حمایت از توسعه آموزش و مهارت با کیفیت، دسترسی به اعتبار و تقویت انعطاف پذیری خرده مالکان بخش کشاورزی در حفظ تولید، فراهم کند. برنامه های اشتغال عمومی می تواند به مشاغل سبز^{۵۷} و بهبود زیست محیطی منجر شود، نمونه های آن در برزیل و فیلیپین اجرا شده است. مطالعه اخیر در ایالات متحده نشان می دهد که فراهم نمودن مساعدت های غذایی برای کودکان خانواده های فقیر در بلندمدت باعث افزایش متوسط درآمد سالانه آنها به میزان ۳۰۰۰ دلار و میزان متوسط ساعت کاری آنها به ۱۵۰ ساعت می گردد (CBPP, 2014).

بسیاری از کشورها در آسیا، آفریقا و آمریکای لاتین، روش هایی را به کار گرفته اند که از طریق آنها مکانیزم های حمایت اجتماعی با سیاست ها و خدمات بازار کار هماهنگ هستند، در نتیجه، فرصت های بازگشت به بازار کار برای بیکاران تقویت می شود. یکی از یافته های جالب توجه این است که مشارکت کنندگان بزرگسال در تعدادی از برنامه های انتقالات نقدی در آمریکای لاتین که در بالا اشاره شد و همچنین مزایابگیران طرح های مشابه در آفریقای جنوبی، توانسته اند نرخ فعالیت اقتصادی خود را با یافتن شرایط استخدام از طریق سرمایه گذاری ساده و دسترسی به آموزش و خدمات اشتغال افزایش دهند و همه این ها از طریق برنامه های انتقالات نقدی مناسب امکان پذیر شده است.

⁵⁶ Joven Program

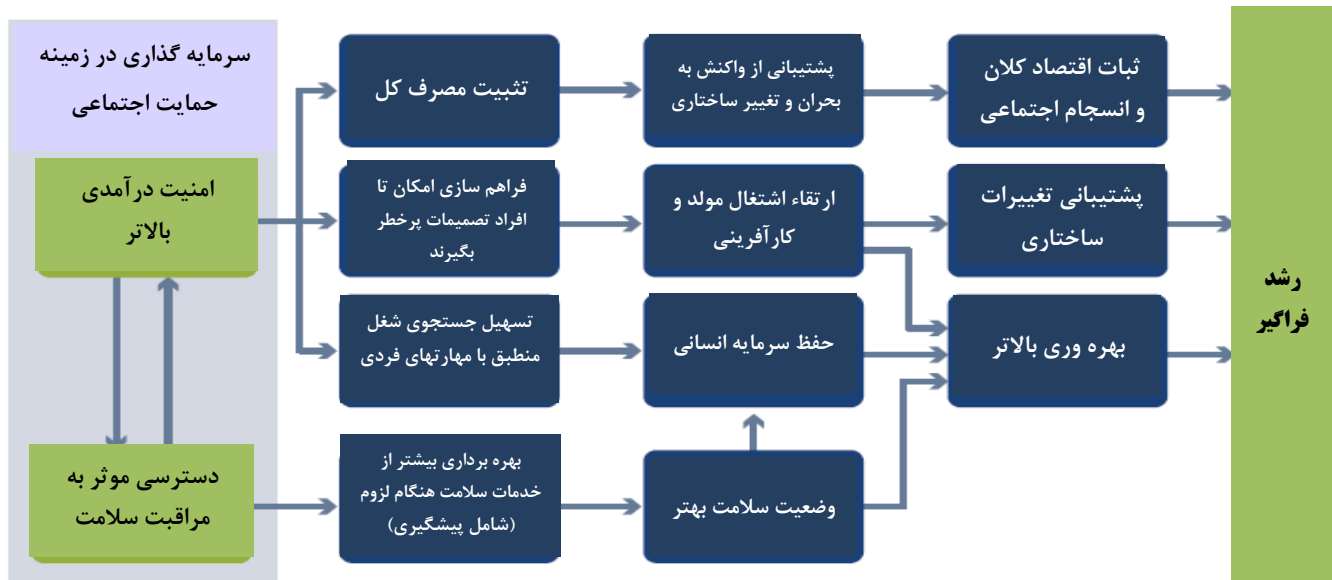
⁵⁷ green jobs

حمایت اجتماعی رشد اقتصادی را ارتقاء می بخشد:

طرح های حمایت اجتماعی به دلیل بالابردن بهره وری نیروی کار و توانمند سازی مردم برای یافتن شغل شایسته، به رشد اقتصادی پایدار کمک می کند. تزریق پول به جوامع روستایی می تواند تاثیر چندبرابری مهمی بر اقتصاد محلی بگذارد و باعث تحریک مبادلات کالا و خدمات شود و تشویق توسعه محلی پویاتر مبتنی بر فعالیت های کشاورزی را امکان پذیر سازد (Tirivayi, Knowles and Davis, 2013; Alderman and Yemtsov, 2012). حمایت اجتماعی نشان می دهد که سرمایه گذاری در "زیرساخت های انسانی" چیزی کمتر از سرمایه گذاری در زیرساخت های فیزیکی ندارد. تنها یک جمعیت سلامت و به خوبی تغذیه شده و تحصیل کرده می تواند پتانسیل اشتغال مولد خود را بالفعل سازد. آثار مثبت انتقالات نقدی بر تغذیه کودکان و دسترسی به بهداشت و آموزش به خوبی در سراسر جهان به ثبت رسیده اند. بنابراین نظام های حمایت اجتماعی به خوبی طراحی شده یک کشور را قادر می سازد تا تمام پتانسیل مولد خود را آزاد نموده و رشد فراگیر را ارتقاء بخشد (ILO, 2014d).

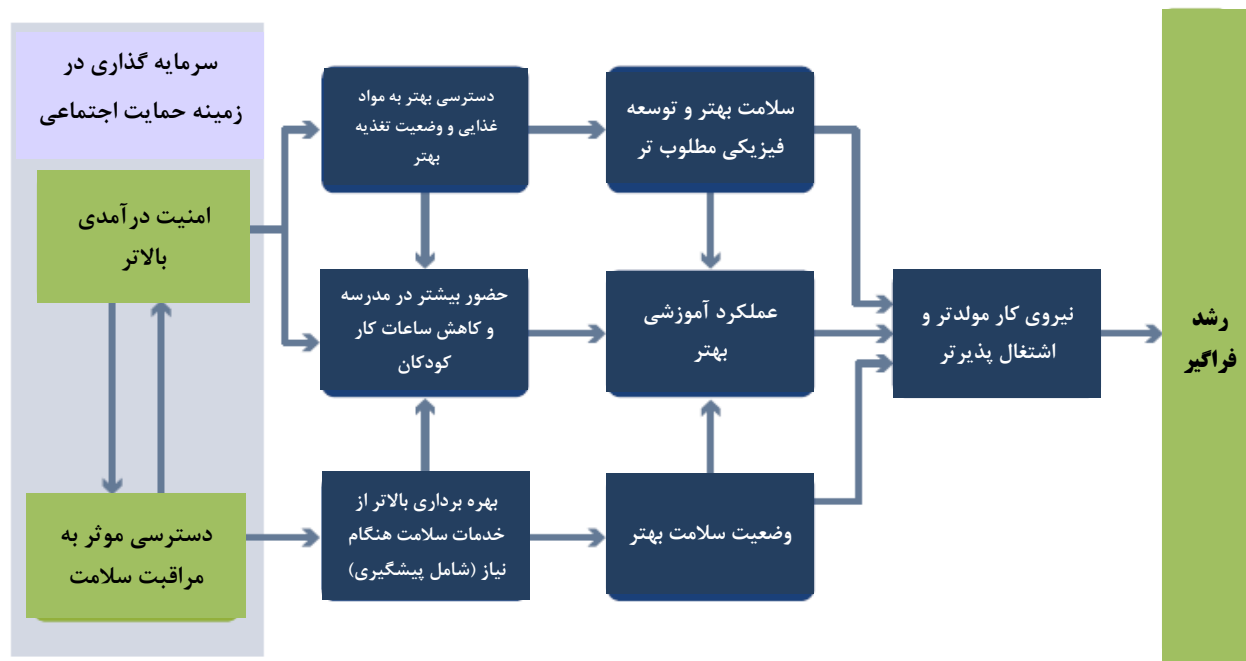
نظام های حمایت اجتماعی از طرق مختلفی می توانند چنین سرمایه گذاری هایی را بر مردم انجام دهند و نتایج سودمندی در کوتاه مدت و بلند مدت کسب نمایند (ILO, 2010b; Social Protection Floor Advisory Group, 2011; Behrendt, 2013). در کوتاه مدت، حمایت اجتماعی می تواند به بهبود سلامت جمعیت کمک کند، مصرف کل را تثبیت نماید، به مردم کمک کند تا تصمیمات ریسک پذیرتر را اتخاذ نمایند و در فعالیت های اقتصادی مولدتر درگیر شوند، سرمایه انسانی را حفظ نموده و ارتقاء بخشد و کارکردهای بازار کار را بهبود دهد (شکل ۶-۲۳). بدین ترتیب به پشتیبانی از تغییرات ساختاری در بازار کار و اقتصاد کمک می کند و کارکرد به شدت مورد نیاز ضد ادواری خود را در هنگام رکود ناشی از بحران های جهانی به کار می اندازد.

شکل ۶-۲۳- نمای شماتیک برخی آثار مثبت توسعه حمایت اجتماعی بر رشد فراگیر (در کوتاه مدت)



در بلندمدت، اثرات دسترسی بهتر به مواد غذایی، وضعیت بهتر تغذیه و سلامت می توانند به توسعه فیزیکی و روانی جمعیت منجر شوند. اثرات افزایش دسترسی به آموزش و بهبود عملکرد آموزشی نیز به پرورش نیروی کار آماده و قابل اشتغال بهره ورتر منجر می شود که یکی از پیش شرط های رشد فراگیر و پایدار است (شکل ۶-۲۴).

شکل ۶-۲۴- نمای شماتیک برخی آثار مثبت توسعه حمایت اجتماعی بر رشد فراگیر (در بلندمدت)



Source: Based on Behrendt, 2013.

وقوع بحران باعث ایجاد تغییر در نگاه جوامع بین المللی نسبت به رابطه میان رشد، مداخلات عمومی و حمایت اجتماعی شده است. برای مثال در آسیا و اقیانوسیه، سیاست گذاران به طور فزاینده ای از رویکردهای رشد صادرات محور دوری کرده اند و به سوی راهبردهای بازبایی و بهبود اشتغال بر^{۵۸} حرکت کرده اند که بر نیاز به کاهش نرخ های بالای پس انداز داخلی و توسعه ی برنامه های حمایت اجتماعی توسعه نیافته تاکید دارند (Ortiz and Cummins, 2013). چین نمونه خوبی است که در سال های اخیر طرح های حمایت اجتماعی را به طور وسیعی گسترش داده است و از این طریق استاندارد زندگی را در سطح ملی بالا برده و تقاضای ملی را ارتقاء داده است.

در آفریقا و دیگر کشور ها، بحران قیمت مواد غذایی، محدودیت های نظام های حمایتی سنتی خانواده و اجتماع محور را در پاسخ به تکانه های کلی و تلاش برای تقویت کشاورزی داخلی، نمایان ساخته است. در سطح جهانی، در حال حاضر، آگاهی نسبت به نیاز به افزایش درآمدهای خانوار، گسترش بازارهای داخلی و ایجاد آمادگی های بیشتر برای

⁵⁸ Employment-intensive

مواجهه با تکانه های آتی و برقراری نظام های قدرتمندتر طی دوره بهبود و بازیابی کنونی پس از بحران اخیر، بوجود آمده است.

حمایت اجتماعی، آرامش اجتماعی، ثبات سیاسی و دولت سازی را پشتیبانی می کند:

حمایت اجتماعی نه تنها یک حق انسانی، بلکه یک نیاز سیاسی و اجتماعی نیز می باشد. اگر فقیر و غنی بیشتر و بیشتر از یکدیگر فاصله بگیرند، هیچ جامعه فراگیر و منسجمی وجود نخواهد داشت. هرچند منبع تضادهای سیاسی از کشوری به کشور دیگر متفاوت است، اما به طور کلی تضاد از نارضایتی اجتماعی شدید که اغلب ریشه در درک نابرابری در میان گروه های اجتماعی، قومی و مذهبی دارد، سرچشمه می گیرد. اقدامات و برنامه های حمایت اجتماعی، نقش محوری در کاهش و جلوگیری از به وجود آمدن این قبیل منابع تضاد بر عهده دارند. دولت هایی که نظام های تامین اجتماعی قدرتمندی را معرفی و حفظ نموده اند، نه تنها به طور قابل توجهی نابرابری را کاهش داده اند، بلکه اعتماد شهروندان خود را با فراهم سازی مزایای پایا و خدمات با کیفیت که توسط نهادهای کارآمد و قابل اعتماد ارائه می شوند، جلب کرده اند (GIZ, 2012). بنابراین حمایت اجتماعی نقش مهمی در دولت سازی، نهادسازی و ارتقاء آرامش و عدالت اجتماعی بر عهده دارد.

۶-۶-۳- هیچ کس نادیده گرفته نمی شود: کف حمایت های اجتماعی برای تغییر زندگی مردم تا سال ۲۰۳۰

حمایت اجتماعی عمل می کند. این نتیجه گیری مهم گزارش جهانی حمایت اجتماعی است. گسترش حمایت اجتماعی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه در سال های اخیر با موفقیت حق برخورداری از تامین اجتماعی را برای بخش وسیع تری از جامعه تحقق بخشیده است. کودکان و خانواده های بیشتری مزایای نقدی دریافت می کنند و از این طریق امنیت درآمدی آنها افزایش می یابد و دسترسی به تغذیه، بهداشت و آموزش نیز تسهیل می گردد. مردان و زنان سالمند بیشتری می توانند بر داشتن منابع منظم درآمد مستمری بازنشستگی حساب نمایند، حتی اگر سطح مستمری نسبتاً اندک باشد. افراد بیشتری به ویژه در مناطق روستایی از حق داشتن اشتغال تضمین شده برای روزهای معینی در فصول کم درآمد برخوردار می باشند و لذا امنیت درآمد در طول سال افزایش پیدا می کند. کودکان و بزرگسالان بیشتری به خدمات سلامت دسترسی پیدا می کنند زیرا دولت ها پوشش بیمه سلامت و کمک های یارانه ای را برای کسانی که استطاعت تامین هزینه های آن ها را ندارند، گسترش داده است و نیز کیفیت و دسترسی به خدمات سلامت عمومی را بهبود بخشیده اند. این سرمایه گذاری های قابل توجه در زمینه ی حمایت اجتماعی همچنین به کارگران امکان می دهد تا درگیر مشاغل مولدتر شده و مصرف کل را تقویت نمایند. وجود یک مزایای حمایت اجتماعی می تواند تفاوت زیادی در زندگی یک فرد و کل یک کشور ایجاد کند.

با وجود این تلاش های مثبت، ۷۳ درصد جمعیت در سن اشتغال جهان و خانواده های آنها هنوز به اندازه کافی تحت پوشش نظام های تامین اجتماعی جامع قرار نگرفته اند. لذا جهت تسریع در گسترش تامین اجتماعی تا یک سطح مکفی

و مناسب، تلاش های بیشتری مورد نیاز است. دولت ها با مشارکت شرکای اجتماعی و سایر ذینفعان، مسئولیت پر کردن شکاف های باقی مانده در حمایت اجتماعی و تضمین سطح مناسب و مکفی تامین اجتماعی را برای جمعیت خود برعهده دارند. کف حمایت های اجتماعی نگرانی های همیشگی خانواده ها را مورد توجه قرار می دهد و در ارتباط با تحقق و برآورده ساختن حقوق آحاد جامعه اعم از کودکان، مردان و زنان در سن اشتغال، افراد معلول و ازکارافتاده و سالمند می باشد. سند "آینده ای که می خواهیم ریو ۲۰^{۵۹}"، لزوم فراهم سازی حمایت اجتماعی برای آحاد جامعه، تقویت رشد، انعطاف پذیری، عدالت اجتماعی و همبستگی را متذکر می گردد و تدارک ابتکار عمل هایی را با هدف فراهم نمودن کف حمایت های اجتماعی برای تمامی شهروندان، تشویق می نماید (UN, 2012a, p. 29). بنابراین در هنگام نگاه به سال های فراتر از سال ۲۰۱۵، ضروری است که کف حمایت های اجتماعی و نظام های تامین اجتماعی نیز در اهداف توسعه پایدار جدید گنجانده شود.

⁵⁹ Rio+20's The Future We Want

تاکید واژه نامه حاضر بر مفاهیم پایه، تعاریف و روش شناسی راهنمای کار تحلیلی سازمان بین المللی کار در زمینه تامین اجتماعی یا حمایت اجتماعی می باشد. در پی دفاع از تعاریف جهانی نبوده و هدف آن این است که مفاهیم و اصطلاحات به کار رفته در این مجلد را تبیین و شفاف نماید.

برنامه انتقال نقدی (Cash transfer program)

طرح یا برنامه غیرمشارکتی (غیربیمه ای) که مزایای نقدی برای افراد یا خانوارها فراهم می نماید و معمولاً از محل منابع مالیات، سایر درآمدهای دولت یا کمک ها و یا اخذ وام تامین مالی می گردد. برنامه های انتقال نقدی می توانند در بر دارنده آزمون وسیع (بررسی توانایی مالی یا درآمد) باشند.

برنامه های انتقال نقدی که مزایای نقدی را مشروط به احراز برخی الزامات رفتاری خاص به خانواده ها ارائه می دهند، برنامه های انتقال نقدی مشروط (CCTS) ⁶⁰ اطلاق می شوند. این بدان معناست که برای مثال مزایاگیران باید تضمین نمایند فرزندان آنها به طور منظم در مدرسه حاضر شده و یا خدمات پایه مراقبت سلامت و تغذیه ای پیشگیرانه را انجام می دهند.

طرح مشارکتی (بیمه ای) (Contributory Scheme)

طرحی که در آن افراد مورد حمایت به طور مستقیم حق بیمه پرداخت نموده و از این طریق حق بهره مندی از مزایای را کسب می نمایند (حقوق مکتسبه). متداول ترین شکل طرح های تامین اجتماعی مشارکتی، طرح بیمه اجتماعی رسمی است که معمولاً کارگران در اشتغال دستمزدی رسمی و در برخی از کشورها خویش فرمایان را پوشش می دهد. نوع دیگر طرح های مشارکتی - در نبود بیمه اجتماعی - صندوق احتیاط ملی می باشد که در هنگام بروز رویدادی خاص (نوعاً سالمندی، ازکارافتادگی یا فوت)، سطح معینی از حمایت را معمولاً به صورت مبلغ مقطوع به مزایاگیران ارائه می دهد. در مورد طرح های بیمه اجتماعی برای افراد مزد و حقوق بگیر، حق بیمه معمولاً توسط فرد شاغل و کارفرما (البته به طور کلی طرح های حوادث شغلی به طور کامل توسط کارفرمایان تامین مالی می گردد)، پرداخت می شود. طرح های مشارکتی می تواند به طور کامل از محل حق بیمه ها تامین مالی گردد لیکن اغلب بخشی از آن از محل مالیات یا سایر منابع نیز تامین می گردد؛ این امر در قالب ارائه یارانه جهت پوشش کسری های طرح یا از طریق یارانه ای که تکمیل کننده نرخ کامل حق بیمه است و یا لحاظ یارانه هایی برای گروه های خاص بیمه شدگان یا مزایاگیران (برای مثال افرادی که به دلایلی نظیر مراقبت از فرزند، تحصیل، خدمت نظام، یا بیکاری و یا درآمد بسیار

⁶⁰ Conditional cash transfer programmes

اندک امکان پرداخت حق بیمه را ندارند و یا مزایای دیگری که سطح مزایای آنها کمتر از حداقل های تعیین شده است).
اتفاق می افتد.

طرح تضمین اشتغال (Employment guarantee scheme)

برنامه اشتغال عمومی که یک تعداد تضمین شده روزهای کاری در سال را برای خانوارهای فقیر تامین می کنند و به طور کلی سطح دستمزدها در این برنامه نسبتاً پایین است (نوعاً در سطح حداقل دستمزد اگر به میزان مکفی تعیین شده باشد).

طرح مبتنی بر آزمون وسیع (Means-tested scheme)

طرحی که مزایا را با توجه به مدارک دالّ بر نیازمند بودن افراد، ارائه می دهد و برای گروه های خاصی از افراد یا خانوارها که سطح درآمدشان پایین تر از یک حد معین است، هدفمند شده است. اغلب این طرح ها را طرح های مساعدت اجتماعی اطلاق می کنند. از آزمون وسیع برای ارزیابی سطح منابع تحت مالکیت (درآمد و یا دارایی) افراد یا خانوارها در قیاس با یک سطح معین و یا تعیین این که آیا فرد متقاضی، واجد شرایط دریافت مزایا می باشد یا خیر، و میزان مزایا چقدر است، استفاده می گردد. در برخی از کشورها، از آزمون های استطاعت نماینده استفاده می شود: بدین معنا که شرایط احراز بدون ارزیابی واقعی درآمد یا دارایی ها و بر مبنای خصوصیات (نماینده) خانوارها که آسان تر قابل مشاهده می باشند، تعیین می گردد. طرح های مبتنی بر آزمون وسیع همچنین شرایط احراز و الزامات خاصی نظیر الزامات شغلی، مشارکت در معاینات سلامت و یا حضور فرزندان در مدرسه را نیز شامل می شوند. در برخی از این طرح ها مزایای دیگری (مداخلات) علاوه بر انتقالات درآمد واقعی ارائه می گردد.

طرح های غیرمشارکتی (Non-contributory schemes)

طرح های غیرمشارکتی شامل طرح های مبتنی بر آزمون وسیع یا بدون آزمون، به طور طبیعی مستلزم دریافت حق اشتراک یا حق بیمه از ذی نفعان یا کارفرمایان آنها به عنوان شرطی برای دریافت مزایا، نیستند. این عبارت طیف وسیعی از طرح ها را نظیر طرح های همگانی برای تمام ساکنین نظیر خدمات ملی سلامت (NHS)، طرح های طبقه ای برای گروه های خاص جمعیت نظیر طرح مربوط به کودکان زیر یک سن خاص یا سالمندان بالای سنی خاص و طرح های مبتنی بر آزمون وسیع مانند طرح های مساعدت اجتماعی شامل می شود. طرح های غیرمشارکتی معمولاً از محل مالیات ها یا سایر منابع دولتی و یا در موارد خاص از محل هدایا یا وام های خارجی تامین مالی می شوند.

برنامه اشتغال عمومی (Public employment program)

برنامه دولت برای ارائه فرصت های شغلی به طبقات خاصی از افراد که قادر به یافتن شغل نیستند. برنامه های اشتغال عمومی شامل طرح های تضمین اشتغال و مزد در برابر کار و غذا در برابر کار می شوند (کادر ۳-۲).

طرح/برنامه مساعدت اجتماعی (Social assistance scheme/program)

طرحی که مزایایی را برای گروه‌های آسیب‌پذیر جمعیت به ویژه خانوارهای در فقر فراهم می‌نماید. اکثر طرح‌های مساعدت اجتماعی مبتنی بر آزمون وسیع هستند.

طرح بیمه اجتماعی (Social insurance scheme)

طرح حمایت اجتماعی مشارکتی از طریق مکانیزم بیمه مبتنی بر اصول (۱) پرداخت جلوتر حق بیمه‌ها یعنی پیش از وقوع رویداد تحت پوشش بیمه؛ (۲) مشارکت در ریسک یا تسهیم ریسک و (۳) مفهوم تضمین. حق بیمه‌های پرداختی بیمه‌شدگان به اشتراک گذاشته و در نتیجه صندوقی تشکیل می‌گردد. از محل این وجوه برای پوشش هزینه‌های مربوط به رویدادهای مشمول طرح به هنگام وقوع آنها استفاده می‌شود. برخلاف بیمه‌های بازرگانی مشارکت در ریسک در بیمه اجتماعی مبتنی بر اصل همبستگی است که متفاوت با حق بیمه‌های ریسک محاسبه شده بر مبنای فردی می‌باشد.

بسیاری از طرح‌های تامین اجتماعی مشارکتی علی‌رغم ترکیبی بودن و داشتن برخی خصوصیات طرح‌های غیرمشارکتی در احراز مزایا، به عنوان طرح‌های بیمه معمولاً طرح بیمه اجتماعی توصیف می‌گردند؛ این امر امکان توزیع منصفانه‌تر مزایا را به ویژه برای افراد کم‌درآمد و یا دوره‌های شغلی کوتاه‌تر و منقطع را میسر می‌سازد. این ویژگی‌های غیرمشارکتی به صورت‌های متفاوتی نمود پیدا می‌کنند برای مثال تامین مالی توسط دیگر بیمه‌پردازان (توزیع مجدد درون سیستم) یا دولت.

حمایت اجتماعی (Social protection)

اصطلاح "حمایت اجتماعی" در نهادهای سراسر جهان با معانی متنوع‌تری نسبت به تامین اجتماعی به کار می‌رود. اغلب این گونه تعبیر می‌شود که خصوصیت عام‌تری نسبت به تامین اجتماعی (شامل به طور خاص حمایت ارائه شده بین اعضای خانواده یا اعضای یک اجتماع محلی) دارد لیکن در برخی زمینه‌ها با مفهومی نزدیک‌تر (یعنی تمهیداتی که برای فقیرترین و آسیب‌پذیرترین اقشار یا اعضای محروم جامعه در نظر گرفته می‌شود) مورد استفاده قرار می‌گیرد. بنابراین در بسیاری از زمینه‌ها و بسترها، اصطلاحات تامین اجتماعی و حمایت اجتماعی تا حد زیادی می‌تواند به جای یکدیگر به کار روند و سازمان بین‌المللی کار به طور حتم از هر دو مقوله با اجزای متشکله و در جهت توصیه به ارائه آنها، استفاده می‌نماید. در کتاب حاضر به حمایت اجتماعی هم به عنوان اصطلاحی به جای تامین اجتماعی و هم به منظور اشاره به حمایت ارائه شده توسط تامین اجتماعی در مورد نیازها و ریسک‌های اجتماعی، ارجاع داده شده است.

کف حمایت اجتماعی (Social protection floor)

توصیه نامه شماره ۲۰۲ سازمان بین المللی کار تصریح می کند که دولت های عضو این سازمان باید کف حمایت های اجتماعی ملی را به مثابه مجموعه ملی و تعریف شده از تضمین های تامین اجتماعی پایه که حمایت را به منظور کاهش و یا جلوگیری از فقر، آسیب پذیری و محرومیت اجتماعی تامین می کنند، تعیین و حفظ نمایند. این تضمین ها باید حداقل این اطمینان را ایجاد کنند که تمام نیازمندان، در طول عمر، به حداقل مراقبت سلامت ضروری و امنیت درآمدی پایه دسترسی دارند. این کف حمایت ها با هم دسترسی موثر به کالاها و خدمات ضروری تعیین شده در سطح ملی را تضمین می نمایند. به طور خاص تر کف حمایت های اجتماعی ملی باید شامل حداقل چهار تضمین تامین اجتماعی ذیل که در سطح ملی تعیین می شوند، باشد:

الف) دسترسی به مراقبت سلامت ضروری شامل مراقبت بارداری؛

ب) امنیت درآمد پایه برای کودکان فراهم کننده دسترسی به تغذیه، آموزش، مراقبت و هر گونه کالا و خدمات ضروری؛

ج) امنیت درآمد پایه برای افراد در سن فعال که قادر به کسب درآمد مکفی نیستند به ویژه در موارد بیماری، بیکاری، بارداری و ازکارافتادگی؛ و

د) امنیت درآمد پایه برای سالمندان.

چنین تضمین هایی باید طبق قوانین و مقررات ملی و الزامات بین المللی موجود، به تمام ساکنین و تمام کودکان ارائه گردد.

توصیه نامه شماره ۲۰۲ همچنین تصریح می کند که تضمین های تامین اجتماعی پایه باید به موجب قانون تعیین گردند. قوانین و مقررات ملی باید دامنه پوشش، شرایط احراز و سطوح مزایا موثر در این تضمین ها را مشخص نمایند و رویه های مطالبات، شکایات و دادخواهی موثر و آسان را فراهم نمایند. کف حمایت های اجتماعی به اشکال گوناگون با مفهوم "الزامات اساسی"، با هدف تضمین تحقق حداقل سطوح ضروری حقوق، محقق شده در معاهدات حقوق بشری، مطابقت دارد.

برنامه / طرح حمایت اجتماعی (برنامه / طرح تامین اجتماعی) (Social protection/security program/scheme)

چارچوب متمایزی از اصول ارائه مزایای حمایت اجتماعی به مزایاگیران واجد شرایط. چنین اصولی دامنه شخصی و جغرافیایی برنامه (گروه هدف)، شرایط احراز و برخورداری از مزایا، نوع مزایا، مقدار مزایا (انتقالات نقدی)، دوره ای بودن یا سایر ویژگی های مزایا و همچنین چگونگی تامین منابع مالی (از محل حق بیمه، مالیات یا سایر منابع)، نحوه حکمرانی و اداره برنامه را شامل می گردد.

در حالی که ممکن است برنامه (Program) به طیف وسیعی از برنامه ها دلالت داشته باشد، واژه ی طرح (Scheme)، معمولاً در معنایی خاص تر از برنامه که در قوانین ملی آمده و دارای ویژگی های حداقل رسمی تری است، مورد استفاده قرار می گیرد.

یک برنامه/طرح ممکن است توسط یک یا چند نهاد تامین اجتماعی که ارائه مزایای تامین اجتماعی و تامین منابع آن را هدایت و اداره می کنند، پشتیبانی شود. به طور کلی باید امکان برقراری حساب های مجزای درآمد و هزینه برای هر برنامه حمایت اجتماعی، وجود داشته باشد. اغلب یک برنامه حمایت اجتماعی، در برابر یک ریسک یا نیاز واحد حمایت را فراهم می نماید و یک گروه خاص از مزایاگیران را پوشش می دهد. با این وجود نوعاً یک نهاد بیش از یک برنامه مزایا را ارائه می دهد.

تامین اجتماعی (Social security)

حق اساسی برخورداری از تامین اجتماعی در بیانیه جهانی حقوق بشر (سال ۱۹۴۸)، و دیگر اسناد بین المللی تصریح گردیده است. مفهوم تامین اجتماعی مدنظر کتاب حاضر، تمام سازوکارهای ارائه مزایا، نقدی و غیرنقدی و تامین امنیت را از جمله در برابر موارد ذیل پوشش می دهد:

- فقدان درآمد مرتبط با شغل (یا درآمد ناکافی) ناشی از بیماری، از کارافتادگی، بارداری، حوادث شغلی، بیکاری، سالمندی، یا فوت عضوی از خانواده؛
- فقدان دسترسی (قابل استطاعت) به مراقبت سلامت؛
- حمایت ناکافی خانواده به ویژه از کودکان و بزرگسالان وابسته؛
- فقر کلی و محرومیت اجتماعی.

بنابراین تامین اجتماعی دارای دو بعد اصلی "تامین درآمد" و "دسترسی به مراقبت درمانی" می باشد که در بیانیه فیلادلفیا (۱۹۴۴) منعکس شده است و بخشی از اساسنامه سازمان بین المللی کار را تشکیل می دهد: "سازوکارهای تامین اجتماعی جهت تامین یک درآمد پایه برای تمام نیازمندان چنین حمایت و مراقبت درمانی جامعی". توصیه نامه شماره ۲۰۲، تصریح می کند که حداقل دسترسی به مراقبت سلامت ضروری و امنیت درآمدی پایه در تمام دوران زندگی باید در قالب کف حمایت های اجتماعی تعریف شده ملی تضمین شود و سطوح بالاتر حمایت ها باید به صورت پیش رونده از طریق نظام های ملی تامین اجتماعی و منطبق با کنوانسیون شماره ۱۰۲ سازمان بین المللی کار و سایر اسناد این نهاد بین المللی، تحقق یابد.

دسترسی به تامین اجتماعی اساساً یک مسئولیت عمومی است و نوعاً توسط نهادهای عمومی ارائه می گردد و از طریق منابع حق بیمه یا مالیات ها و یا هر دو تامین مالی می شود. با این وجود ارائه تامین اجتماعی می تواند و اغلب از سوی شخصیت های حقوقی خصوصی تعهد می گردد. به علاوه نهادهای (بیمه ای، خود تامین، جمع محور یا با ویژگی کمک متقابل) فراوانی با اداره خصوصی وجود دارند که بخشی از نقش های معین تامین اجتماعی را متقبل می شوند

مانند کارکرد طرح های مستمری حرفه ای که تکمیل کننده و گاهی تاحد زیادی جایگزینی برای اجزای طرح های تامین اجتماعی عمومی می باشند. احراز شرایط برخورداری از تامین اجتماعی، یا مشروط به پرداخت حق بیمه های تامین اجتماعی برای دوره ای معین (طرح های مشارکتی اغلب در قالب ساختارهای بیمه اجتماعی) و یا الزامات خاصی نظیر شرایط سکونت می باشد که بر اساس آن مزایا به تمام ساکنین یک کشور که برخی معیارهای دیگر را نیز احراز نموده اند ارائه می شود (طرح های غیرمشارکتی). چنین معیارهایی می توانند دریافت مزایا را به احراز سن معین، سلامت، مشارکت در بازار کار، درآمد یا دیگر شاخص های وضعیت اقتصادی یا اجتماعی و حتی مطابقت با برخی الزامات رفتاری خاص، مشروط سازند.

دو ویژگی مهم، تامین اجتماعی را از سایر سازوکارهای اجتماعی متمایز می سازد. نخست این که مزایا بدون هر گونه الزام متقابل همزمان به مزایاگیران ارائه می شود (بنابراین برای مثال مستلزم جبران برای کار یا ارائه دیگر خدمات نیست). دوم این که مبتنی بر توافق فردی بین شخص مورد حمایت و ارائه دهنده نیست (برای مثال قرارداد بیمه عمر)؛ این سازوکار در مورد گروه بزرگتر مصداق دارد و لذا دارای ویژگی و مشخصه جمعی (Collective character) است. با توجه به مجموعه شرایط احراز تعیین شده، تمایزی نیز بین طرح های غیرمبتنی بر آزمون وسع (دریافت مزایا ارتباطی به سطح کل درآمد یا ثروت مزایاگیر و خانواده وی ندارد) و طرح های مبتنی بر آزمون وسع (که مزایا تنها به کسانی با سطح درآمد زیر یک سطح یا آستانه معین ارائه می شود). وجود دارد. یک گروه از طرح های خاص مشروط، طرح هایی هستند که علاوه بر احراز شرایط معین مزایاگیران (و یا خانواده یا وابستگان وی) را مجاب می سازند تا در برنامه های عمومی مشخصی (برای مثال برنامه های مشخص آموزشی یا بهداشت و سلامت) مشارکت داشته باشند.

نظام تامین اجتماعی / نظام حمایت اجتماعی (Social security system/social protection system)

کلیت برنامه ها و طرح های تامین/حمایت اجتماعی در یک کشور، ضمن توجه به این نکته که اصطلاح دوم (حمایت اجتماعی) دارای مفهومی وسیع تر از اولی است.

تمام طرح ها و نهادهای تامین اجتماعی در یک کشور به طور اجتناب ناپذیری با یکدیگر در ارتباط و به نوعی تکمیل کننده هم به لحاظ اهداف، کارکرد و تامین مالی می باشند و لذا یک نظام تامین اجتماعی ملی را شکل می دهند. به دلایل اثربخشی و کارآیی ضروری است که هماهنگی نزدیکی درون نظام وجود داشته باشد و این که - نه دست کم برای اهداف هماهنگی و برنامه ریزی - حساب های دریافت و هزینه های تمام طرح ها در قالب بودجه تامین اجتماعی کشور جمع آوری شود به طوری که در خصوص مصارف آتی و تامین مالی طرح های کشور از جمله نظام تامین اجتماعی به صورت یکپارچه برنامه ریزی صورت پذیرد.

انتقالات اجتماعی (Social transfer)

تمام مزایای تامین اجتماعی به نوعی انتقالات محسوب می شوند خواه به صورت نقدی خواه غیرنقدی: یعنی این مزایا نشانگر یک انتقال درآمد، کالا یا خدمات (برای مثال خدمات مراقبت سلامت) می باشند. این انتقال می تواند در قالب انتقال از افراد فعال به سالمندان، از افراد سالم به بیماران و یا افراد متمول به فقرا باشد. دریافت کننده چنین انتقالاتی می تواند در موقعیتی باشد که آنها را از یک طرح تامین اجتماعی خاص دریافت نماید زیرا به چنین طرحی حق بیمه پرداخته (طرح مشارکتی) و یا ساکن یک منطقه خاصی بوده (طرح های همگانی فراگیر برای تمام ساکنین) و یا شرایط سنی معینی را احراز نموده (طرح های توافقی برای طبقه ای خاص)، و یا شرایط خاصی از نظر منبع درآمد داشته (طرح های مساعدت اجتماعی) و یا شرایط گوناگونی را به طور همزمان احراز نموده است. همچنین در برخی از طرح ها (طرح های تضمین شغل، برنامه های اشتغال عمومی) این الزام وجود دارد که مزایابگیران وظایف خاصی را انجام دهند و یا (در برنامه های انتقالات نقدی مشروط)، رفتارهای خاصی را اتخاذ نمایند. در هر کشور، انواع گوناگون طرح ها به طور کلی با هم وجود دارند و ممکن است برای رویدادهای مشابهی مزایایی برای گروه های مختلف جمعیت فراهم نمایند.

برنامه / طرح هدفگذاری شده (Targeted scheme/program)

رجوع کنید به طرح های مساعدت اجتماعی.

طرح همگانی (فراگیر) / طرح طبقه ای (Universal scheme/categorical scheme)

به بیانی دقیق، طرح های همگانی، مزایایی را با یک شرط واحد یعنی سکونت، ارائه می دهند. با این وجود این اصطلاح اغلب برای توصیف طرح های اختصاصی (طبقه ای) که برای طبقه خاص و وسیعی از جمعیت، مزایایی را بدون انجام آزمون وسیع ارائه می دهند نیز به کار می رود. غالب ترین شکل این طرح ها، انتقالات درآمدی به افراد سالمند بالای یک سن معین و یا کودکان زیر یک سن معین می باشد. همچنین برخی طرح های طبقه ای، خانوارهایی را با ساختارهای معین (نظیر خانوارهای تک سرپرست)، یا گروه های حرفه ای خاص (مانند کارگران روستایی) را هدف قرار می دهند. در برخی از طرح ها، احراز شرایط دریافت مزایا، مشروط به انجام وظایف خاص می باشد. اکثر طرح های طبقه ای فراگیر از محل مالیات ها تامین مالی می شوند.

اندازه گیری پوشش تامین اجتماعی کار پیچیده ای است. برای ورود به ارزیابی کامل این مقوله، ابعاد مختلفی باید مد نظر قرار گیرند. در عمل کشورهای اندکی دامنه کاملی از داده های آماری مورد نیاز برای ارزیابی پوشش تامین اجتماعی را در اختیار دارند؛ در عین حال در تعداد قابل توجهی از کشورها، اطلاعات مختصری در این زمینه موجود است. بسیاری از کشورها نیاز به نظارت و پایش منظم چگونگی پوشش تامین اجتماعی را درک نموده و گام های موثری در زمینه بهبود و توسعه گردآوری داده ها و تحلیل آنها برداشته اند.

پوشش تامین اجتماعی، یک مفهوم چند بعدی است و حداقل دارای سه بعد مهم ذیل است:

- **دامنه پوشش^{۶۱}**: در این مجلد این بعد به صورت دامنه (تعداد) و نوع زمینه های تامین اجتماعی (شاخه ها) که جمعیت کشور دسترسی دارند، اندازه گیری می شود. گروه های جمعیتی با جایگاه های متفاوت در بازار کار ممکن است دامنه های پوشش متفاوتی داشته باشند و این عامل باید در ارزیابی دامنه پوشش مدنظر قرار گیرد.
- **اندازه پوشش^{۶۲}**: این مفهوم معمولاً برحسب درصدی از افراد تحت پوشش از کل جمعیت یا گروه هدف (برای مثال تعریف شده بر اساس جنسیت، سن یا جایگاه در بازار کار) توسط سازوکارهای تامین اجتماعی در هر حوزه خاص بیان می گردد.
- **سطح پوشش^{۶۳}**: این مفهوم بر کفایت پوشش هر شاخه خاص تامین اجتماعی دلالت دارد. سطح پوشش را می توان از سطح مزایای نقدی ارائه شده اندازه گیری نمود که اندازه سطح مزایا می تواند به مقادیر مطلق یا نسبی با توجه به معیارهای تعیین شده مانند درآمدهای قبلی، میانگین درآمد، خط فقر و غیره بیان شود. اندازه های کیفی معمولاً نسبی هستند و ممکن است عینی یا ذهنی باشند برای مثال میزان رضایتمندی مزایاگیران در قیاس با انتظاراتشان.

در محاسبه پوشش، بین پوشش قانونی و پوشش موثر در هر یک از سه بعد فوق الذکر و در هر شاخه تامین اجتماعی، تمایزی وجود دارد. پوشش موثر معمولاً متفاوت از پوشش قانونی و اغلب به دلیل مسائل متعدد حاکمیتی در اجرای قوانین و مقررات و همچنین تامین منابع، پایین تر از آن است. جدول ذیل به طور خلاصه ابعاد مختلف پوشش را نشان می دهد.

⁶¹ Scope

⁶² Extent

⁶³ Level

پوشش قانونی

برآوردهای مربوط به دامنه پوشش قانونی معمولاً با اندازه گیری تعداد حوزه های (شاخه های) تامین اجتماعی که به موجب قوانین ملی جاری، جمعیت یا گروه های خاصی از جمعیت تحت پوشش آنها قرار می گیرند، صورت می پذیرد. فهرست ۹ شاخه مهم تامین اجتماعی که در کنوانسیون شماره ۱۰۲ سازمان بین المللی کار آمده به عنوان راهنما استفاده می گردد.

برآوردهای مربوط به اندازه پوشش قانونی، از هر دو اطلاعات گروه های تحت پوشش طرح های قانونی در یک حوزه تامین اجتماعی و اطلاعات آماری موجود نشانگر تعداد افراد مورد نظر در سطح ملی استفاده می نماید. یک گروه از جمعیت ممکن است به لحاظ قانونی در شاخه ای از تامین اجتماعی (نظیر بازنشستگی، حمایت در برابر بیکاری، حمایت بارداری) تحت پوشش قرار گیرد اگر قوانین موجود تصریح نمایند که گروه مذکور به طور اجباری مشمول بیمه اجتماعی می باشند؛ یا واجد شرایط دریافت مزایای خاص طرح های غیرمشارکتی هستند. (برای مثال حائز شرایط دریافت مستمری دولتی سالمندی به محض رسیدن به سن ۶۵ سالگی یا کمک درآمدی هنگامی که درآمد آنها زیر یک حد معین می رسد.) نسبت پوشش قانونی برای یک شاخه معین تامین اجتماعی عبارتست از نسبت تعداد برآوردی افرادی که مشمول قانون می باشند به کل جمعیت یا کل نیروی کار در یک گروه سنی، تعداد کل مستخدمین (مزد و حقوق بگیر) و یا تعداد کل شاغلین (اعم از مستخدمین و خویش فرمایان). برای مثال از آن جایی که کنوانسیون شماره ۱۰۲ این امکان را می دهد که هر کشور پوشش را از طریق راهبردهای بیمه اجتماعی، مزایای همگانی یا مبتنی بر آزمون وسع و یا ترکیبی از آنها فراهم نمایند، گزینه هایی را نیز به شرح ذیل در مورد الزامات حداقلی برای اندازه پوشش طراحی نموده است: الف) مشخص نمودن طبقات یا گروه های شاغلین - کمتر از ۵۰ درصد کل شاغلین نباشد؛ ب) مشخص نمودن طبقات یا گروه های جمعیت فعال اقتصادی - کمتر از ۲۰ درصد کل ساکنین نباشد؛ و ج) تعیین تمام ساکنین که درآمدهای آنها در خلال بروز رویداد یا پیشامد بالاتر از حدود تعیین شده نیست.

برآوردهای مربوط به سطح پوشش قانونی برای شاخه های معین تامین اجتماعی معمولاً (برای مزایای نقدی) از نسبت مزایا یا نسبت های جایگزینی محاسبه شده برای گروه های مشخصی از مزایابگیران و با استفاده از فرمول محاسبه مزایا یا مزایای تعیین شده در قانون، بدست می آید. برای مثال کنوانسیون شماره ۱۰۲، حداقل نرخ های جایگزینی را برای مزایای نقدی در ۷ شاخه از ۹ شاخه تامین اجتماعی مشخص می کند (جدول ذیل را مشاهده کنید). این کنوانسیون تصریح می کند که چنین نرخ های حداقلی باید در مورد یک مزایابگیر استاندارد تعریف شده حائز شرایط کامل برقرار باشد و حداقل تا یک سطح معین درآمد تضمین شوند.

پوشش موثر

برآوردهای مربوط به پوشش موثر باید منعکس کند که چگونه در واقعیت مقررات قانونی اجرا شده اند. پوشش موثر معمولاً متفاوت از پوشش قانونی و اغلب پایین تر از آن است که دلیل آن عمدتاً عدم تبعیت از قانون (عدم وصول)،

مشکلات مربوط به اجرایات و یا انحراف و تخطی سیاست های واقعی از نص قانون است. برای ورود به ارزیابی کامل پوشش، ضروری است برآوردهای پوشش موثر و قانونی به طور همزمان مورد استفاده قرار گیرند.

جدول شماره ۱ پیوست ۲ - ابعاد چندگانه پوشش: نمونه هایی از سوالات و شاخص ها

ابعاد پوشش	پوشش قانونی	پوشش موثر
دامنه	<p>کدام حوزه های تامین اجتماعی در قوانین ملی مدنظر هستند؟</p> <p>برای یک گروه معین از جمعیت: طبق قانون ملی برای کدام حوزه تامین اجتماعی این گروه تحت پوشش است؟</p>	<p>کدام حوزه های تامین اجتماعی به طور واقعی و عملاً مشمول هستند (اجرای واقعی)؟</p> <p>درخصوص یک گروه معین از جمعیت: برای کدام حوزه تامین اجتماعی این گروه به طور موثر و واقعی تحت پوشش است (مزایا به طور واقعی ارائه می شوند)؟</p>
اندازه	<p>برای یک حوزه تامین اجتماعی (شاخه مزایا): کدام طبقه یا گروه از جمعیت به طور موثر تحت پوشش است بدین معنا که در هنگام نیاز دسترسی واقعی به مزایا دارد (حال یا آینده)؟</p> <p>نسبت پوشش مزایابگیری: در مورد یک حوزه معین تامین اجتماعی چه درصدی از جمعیت متاثر از یک رویداد یا پیشامد مزایا یا خدمات دریافت می دارد (برای مثال درصد افراد سالمند دریافت کننده مستمری سالمندان؛ درصد بیکاران دریافت کننده مقرری بیکاری)؟</p> <p>برای یک حوزه تامین اجتماعی (شاخه مزایا): کدام طبقه یا گروه از جمعیت طبق قانون ملی تحت پوشش است؟ چه درصدی از جمعیت یا نیروی کار طبق قانون ملی تحت پوشش هستند؟</p>	<p>برای یک حوزه تامین اجتماعی (شاخه مزایا): کدام طبقه یا گروه از جمعیت به طور موثر تحت پوشش است بدین معنا که در هنگام نیاز دریافت واقعی به مزایا دارد (حال یا آینده)؟</p> <p>نسبت پوشش مزایابگیری: در مورد یک حوزه معین تامین اجتماعی چه درصدی از جمعیت متاثر از یک رویداد یا پیشامد مزایا یا خدمات دریافت می دارد (برای مثال درصد افراد سالمند دریافت کننده مستمری سالمندان؛ درصد بیکاران دریافت کننده مقرری بیکاری)؟</p> <p>نسبت پوشش بیمه پردازی: در مورد یک حوزه معین تامین اجتماعی چه درصدی از جمعیت به طرح حق بیمه پرداخت می کنند و لذا انتظار دریافت مزایا را در هنگام نیاز دارند (برای مثال درصد جمعیت در سن اشتغال یا نیروی کار پرداخت کننده حق بیمه به یک طرح مستمری)؟ باتعمیم آن، نسبت پوشش افراد مورد حمایت عبارت است از افرادی که به طور بالقوه واجد شرایط دریافت مزایای غیرمشارکتی هستند.</p>
سطح	<p>برای یک حوزه معین تامین اجتماعی: سطح حمایت ارائه شده طبق قانون ملی چقدر است؟ در مورد مزایای نقدی: مبلغ تعیین شده و یا نرخ جایگزینی براساس قانون چه میزان است؟</p>	<p>برای یک حوزه معین تامین اجتماعی: سطح حمایتی که به طور واقعی و عملی ارائه شده چقدر است (برای مثال مزایای نقدی، میانگین سطح مزایا برحسب نسبتی از میانه درآمد، حداقل دستمزد یا خط فقر؟</p>

برآوردهای مربوط به دامنه پوشش موثر در یک کشور نشان دهنده ی تعداد حوزه ها یا شاخه های تامین اجتماعی است که برای آنها قانون خاصی عملاً اجرا می شود: بدین معنا که آیا در تمام این حوزه ها، اکثریت جمعیت قانوناً تحت پوشش به طور موثر و عملی نیز تحت پوشش هستند.

جهت برآورد اندازه پوشش موثر باید تمایزی بین اندازه گیری پوشش برحسب افراد تحت پوشش و مزایابگیران واقعی قائل شد. افراد تحت پوشش کسانی هستند که مزایا برای آنها تضمین شده است اما آن را الزاماً در حال حاضر دریافت نمی کنند - برای مثال افرادی که فعال و بیمه پرداز بیمه اجتماعی هستند و لذا برای پیشامد خاصی نظیر بازنشستگی با رسیدن به سن معین بازنشستگی و یا در مورد طرح های غیرمشارکتی با احراز شرایط معین، بهره مندی از مزایای مربوطه برای آنها تضمین شده است.

درخصوص افراد تحت پوشش، نسبت پوشش بیمه پردازی در مورد طرح های مشارکتی بیانگر تعداد افراد تحت پوشش که باید در مورد یک رویداد خاص در حال یا آینده مشمول شوند، می باشد. یعنی سهم جمعیت شاغل (یا جمعیت در سن اشتغال یا نیروی کار) که مستقیم یا غیرمستقیم به بیمه اجتماعی در یک حوزه خاص تامین اجتماعی حق بیمه پرداخت می نمایند و لذا در هنگام نیاز از مزایای مورد نظر بهره مند می گردند. مثال آن نیز درصد افراد شاغل پرداخت کننده ی حق بیمه به طرح مستمری است. با تعمیم آن، نسبت پوشش جمعیت تحت پوشش (حمایت)، عبارتست از افراد واجد شرایط مزایای غیرمشارکتی.

در خصوص مزایابگیران واقعی، نسبت پوشش مزایابگیر بیان کننده ی سهم جمعیت متاثر از یک پیشامد معین (برای مثال سالمندی یا بیکاری) که واقعاً از مزایای تامین اجتماعی مناسب (مانند مستمری بازنشستگی یا مقرری بیکاری) بهره مند می گردند. این نسبت نشان دهنده ی تعداد افرادی است که واقعاً مزایا دریافت می کنند برای مثال تعداد مزایابگیران هر یک از مزایای مستمری در کل ساکنین و بالاتر از یک سن معین یا تعداد مزایابگیران نوعی از کمک درآمد از بین تمام بیکاران یا تمام افرادی که زیر خط فقر هستند.

برآوردهای مربوط به سطح پوشش موثر، سطح مزایا را (معمولاً با لحاظ مقادیر معیار) که مزایابگیران به طور واقعی دریافت می نمایند نظیر مقرری بیکاری یا مستمری های پرداختی در قیاس با درآمد مشمول کسر حق بیمه یا حداقل دستمزدها و یا خط فقر نشان می دهند. در مورد طرح های مستمری مشارکتی، سطح موثر پوشش می تواند با سطح مزایای آتی در ارتباط باشد.

در هنگام ارزیابی پوشش و شکاف پوشش باید بین پوشش در (۱) طرح مشارکتی بیمه اجتماعی و (۲) طرح های فراگیر که تمام ساکنین را پوشش می دهند، و (۳) طرح های مساعدت مبتنی بر آزمون وسع، تمایز قائل شد. در خصوص طرح های بیمه اجتماعی باید تعداد بیمه پردازان واقعی که پتانسیل برخورداری از مزایا را خود و در مواردی افراد تبعی آنها پیدا می کنند، مد نظر قرار گیرند. این افراد در مجموعه جمعیت تحت پوشش یک پیشامد معین قرار میگیرند. مفهوم افراد تحت پوشش ممکن است در مورد افراد مشمول برنامه های طبقه ای یا همگانی کاربرد داشته باشد: در صورتی که قانون تصریح کند که تمام ساکنین یا تمام ساکنین با مشخصه ای معین (مانند سن خاص)، از مزایا یا

دسترسی به خدمات رایگان بهره مند می گردند، تمام این افراد طبق قانون جمعیت تحت پوشش محسوب می شوند. با این حال در طرح های مساعدت اجتماعی یا انتقالات نقدی مشروط، تعیین این که چه کسی در واقع تحت پوشش بالقوه است، دشوار می باشد.

معیارهای فوق درخصوص اندازه و سطح پوشش در مورد حوزه های (شاخه های) خاص تامین اجتماعی (و گاهی حتی تنها طرح های خاص)، کاربرد دارند و معیاری نوعی از پوشش تامین اجتماعی را نشان نمی دهند. به منظور ورود به یک تجزیه و تحلیل معنادار و مرتبط با توسعه سیاستی، تضمین خاص بودن شاخص های پوشش برحسب حوزه یا شاخه ضروری می باشد.

به عنوان یک معیار کلی از پوشش، مجلد حاضر از معیار سهم برآوردی جمعیت برخوردار از حمایت تامین اجتماعی جامع استفاده می نماید. کسانی که تنها از یک سطح پایه امنیت درآمد (امنیت درآمد تعریف شده در سطح ملی برای مثال خط فقر) در تمام مراحل عمر و دسترسی به مراقبت سلامت ضروری بهره مند می شوند، برخوردار از حمایت اجتماعی پایه (کف حمایت های اجتماعی که در توصیه نامه ۲۰۲ آمده است) قلمداد می شوند. کسانی که برخوردار از پوشش (پایه یا جامع) در برخی از حوزه ها هستند دارای پوشش جزئی پایه یا جامع می باشند. هدف غایی تمام استانداردهای سازمان بین المللی کار فراهم سازی حمایت جامع برای تعداد بیشتر افراد تا جای ممکن است. هدف میانی آنها فراهم نمودن حداقل سطح پایه حمایت برای تمام افراد جمعیت است.

پوشش در زمینه سلامت

در خصوص پوشش سلامت، ابعادی مشابه سایر شاخه های وجود دارد لیکن رویکردها و شاخص ها به ویژه در زمینه ارائه مزایای درمانی غیرنقدی باید تعدیل شوند. برای مثال ارائه مراقبت درمانی باکیفیت مستلزم توجه به در دسترس بودن کارمندان ماهر حوزه سلامت است. تفاوت دیگر مربوط به این واقعیت است که کسب مزایای مراقبت سلامت اغلب متضمن هزینه های خصوصی است حتی اگر نظام یا طرح سلامت وجود داشته باشد. بنابراین اعمال حقوق حمایت اجتماعی در خصوص مراقبت سلامت نیازمند تضمین دسترسی به مراقبت سلامت مورد نیاز و جلوگیری از فقر ناشی از بروز بیماری ها می باشد.

پوشش در زمینه سلامت ابعاد گوناگونی دارد:

پوشش قانونی سلامت: شناسایی سهمی از جمعیت که تحت پوشش قانونی هستند و یا مشمول یک نظام یا طرح سلامت می باشند. این معیار با استفاده از یک شاخص سنجیده می شود که در ادامه توضیح داده خواهد شد.

قابلیت استطاعت، در دسترس بودن و حمایت مالی مزایای باکیفیت: دامنه مزایای درمانی باکیفیت که در

دسترس و در اختیار است (برای مثال با مشخص بودن وجود تعداد کارمندان ماهر کافی در حوزه سلامت)، و در هنگام

نیاز بدون درگیر شدن با مسائل مالی یا فقیر شدن ناشی از هزینه های درمانی در دسترس می باشد. این معیار با استفاده از چهار شاخص میانجی سنجیده می شود که در ادامه توضیح داده می شود.

در مقابل این پیش زمینه، ارزیابی پوشش سلامت مستلزم این است که تمام ابعاد به طور همزمان و با استفاده از هر پنج شاخص میانجی مدنظر قرار گیرند. آنها باید کاستی های مربوط به حدود و آستانه های خاص را بسنجند. تنها هنگامی که داده ها از هر پنج شاخص با همدیگر مد نظر قرار می گیرند است که دیدگاه هایی پیرامون وضع موجود و یا پیشرفت به سوی پوشش همگانی و فراگیر سلامت فراهم می گردد.

شاخص پوشش قانونی سلامت سهمی از جمعیت (درصدی از کل جمعیت) یا گروه های خاص را که در طرح یا نظام خصوصی یا عمومی سلامت عمدتاً خدمات ملی سلامت یا طرح های بیمه اجتماعی، خصوصی یا جمعی، مشمول یا نامنویسی شده اند می سنجد. این شاخص معمولاً برحسب کسری درقیاس با صد در صد جمعیت یک کشور معین سنجیده می شود و اطلاعاتی را پیرامون وضع موجود و توسعه پوشش جمعیت برحسب شمول در کشور، منطقه یا در سطح جهانی فراهم می نماید.

شاخص های قابلیت استطاعت، در دسترس بودن و حمایت مالی مزایای با کیفیت عبارتند از:

- ۱- *اندازه پرداخت های از جیب (OOP) برحسب درصدی از کل مصارف سلامت:* هزینه های مستقیم خانوارها شامل انعام ها و پرداخت های غیرنقدی به پزشکان و عرضه کنندگان دارو، تجهیزات و وسایل پزشکی درمانی و سایر اقلام و خدمات که نیت اولیه آنها کمک به بازایی و بهبود وضعیت سلامت افراد یا گروه هایی از جمعیت می باشد. این هزینه ها، پرداخت های خانوارها بابت خدمات عمومی، موسسات غیرانتفاعی و سازمانهای غیردولتی، تسهیم هزینه غیرقابل برگشت، فرانشیزها، پرداخت های مشترک و حق الزحمه خدمات را شامل می شود لیکن پرداخت های صورت گرفته شرکت ها برای کارمندان خود جهت بهره مندی از مزایای درمانی و پیراپزشکی خواه الزام قانونی داشته باشد یا خیر شامل نمی شوند. پرداخت های مربوط به درمان در خارج از کشور نیز در این هزینه ها نیستند.
- ۲- *شکاف پوشش ناشی از کمبود کارمندان حوزه سلامت:* این شاخص هم طرف عرضه دسترسی به مراقبت سلامت و هم سهم جمعیت فاقد امکان دسترسی به مراقبت سلامت ناشی از کمبود نیروی کار کافی حوزه سلامت را نشان می دهد.

مولفه نخست متمرکز بر موجود بودن منابع انسانی در سطحی است که حداقل دسترسی موثر پایه و نه فراگیر را برای همه تضمین می نماید. برای برآورد دسترسی به خدمات متخصصین درمانی ماهر (پزشکان، پرستاران و بهیاران)، به عنوان یک شاخص از تفاضل نسبی بین تراکم متخصصین حوزه سلامت در یک کشور معین و مقدار میانه آن در کشورهای دارای سطح پایین آسیب پذیری (بنابراین دسترسی جمعیت به خدمات متخصصین سلامت در کشورهای دارای آسیب پذیری پایین به عنوان یک آستانه یا حد برای دیگر کشورها مورد استفاده قرار می گیرد). استفاده می گردد.

آستانه نسبی سازمان بین المللی کار با مقدار میانه در گروه کشورهای ارزیابی شده به عنوان کشورهای دارای آسیب پذیری پایین، متناظر است. کشورها بر اساس سطح آسیب پذیری در چهار گروه طبقه بندی شده اند: بسیار پایین، پایین، بالا و بسیار بالا (جدول ۲ پیوست). این طبقه بندی مبتنی بر سه معیار است: سطح فقر، اندازه اقتصاد غیررسمی و انصاف مکانیزم های تامین مالی سلامت. گویه های مورد استفاده عبارتند از: (۱) وقوع فقر مبتنی بر خط فقر بین المللی درآمد یا مصرف، زیر ۲ دلار آمریکا در روز؛ (۲) اشتغال بدون دستمزد به عنوان نشانگر گویه ای اشتغال غیررسمی؛ و (۳) درخصوص کشورهای با آسیب پذیری پایین، مصارف سلامت غیر از هزینه های پرداخت از جیب تا یک سطح ۴۰ درصد کل مصارف سلامت. میانه وزنی تعداد کارکنان ماهر در کشورهای دسته آسیب پذیر پایین به عنوان آستانه یا حد در نظر گرفته می شود. با توجه به خصوصیات اجتماعی-اقتصادی این کشورها و مکانیزم های تامین مالی سلامت مورد استفاده، این کشورها در جایگاهی قلمداد می شوند که دسترسی همگانی را از طریق تعداد کافی کارکنان حوزه سلامت با شرایط کاری شایسته فراهم می کنند. در سال ۲۰۱۴، این آستانه عبارت بود از ۴۱/۱ پزشک، پرستار و بهیار در هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت. کمبودهای هر کشور با استفاده از این حد و تعداد واقعی کارکنان سلامت محاسبه می شود.

نگاه به این شاخص به طریق دیگر، توجه به جمعیت فاقد پوشش به دلیل کمبود در طرف عرضه است. در این زمینه، شاخص کمبود دسترسی به کارکنان سازمان بین المللی کار، بعد عملکرد کلی تحویل مراقبت سلامت را برحسب درصدی از جمعیت که دسترسی به مراقبت سلامت مورد نیاز را ندارند، برآورد می نماید.

۳- کسری مالی: محاسبه سرانه هزینه ها (به استثناء پرداخت از جیب) با استفاده از آستانه نسبی میانه هزینه ها در کشورهای با سطح آسیب پذیری پایین که در مورد شاخص دوم عنوان شد. در سال ۲۰۱۴ این آستانه معادل سرانه ۲۳۹ دلار بود.

۴- نسبت مرگ و میر مادران در هر ۱۰ هزار تولد موفق.

جدول شماره ۲ پیوست: ترکیب گروهی کشورها برحسب سطح آسیب پذیری

آسیب پذیری بسیار پایین	آسیب پذیری پایین	آسیب پذیری بسیار بالا	آسیب پذیری بسیار بالا
آندورا، آرژانتین، استرالیا، اتریش، باهاما، بلاروس، بلژیک، بوسنی و هرزگوین، بلغارستان، کانادا، کرواسی، قبرس، جمهوری چک، دانمارک، استونی، فنلاند، فرانسه، آلمان، مجارستان، ایسلند، ایرلند، جزیره مان، ایتالیا، ژاپن، اردن، قزاقستان، کره، لتونی، لیختن اشتاین، لیتوانی، لوکزامبورگ، مالت، موریس، مونتنگرو، هلند، نیوزلند، نروژ، فلسطین اشغالی، لهستان، پرتغال، رومانی، روسیه، صربستان، سیشل، سنگاپور، اسلواکی، اسلونی، اسپانیا، سوئد، سوئیس، تایوان، اوکراین، بریتانیا، ایالات متحده، اروگوئه.	آلبانی، الجزایر، ارمنستان، بلیز، بولیوی، برزیل، شیلی، کلمبیا، کاستاریکا، دومینیک، اکوادور، مصر، السالوادور، فیجی، گابن، گویان، ایران، عراق، جامائیکا، قرقیزستان، مالزی، مالدیو، مکزیک، مولداوی، مراکش، پاناما، پاراگوئه، پرو، آفریقای جنوبی، سورینام، سوریه، تایلند، مقدونیه، ترینیداد و توباگو، تونس، ترکیه، ونزوئلا.	آذربایجان، بوتان، بوتسوانا، کامبوج، کامرون، کیپ ورد، چین، ساحل عاج، جیبوتی، گرجستان، گواتمالا، هندوراس، اندونزی، کنیا، لسوتو، موریتانی، مغولستان، نامیبیا، نیکاراگوا، پاکستان، فیلیپین، سنت لوسیا، سائو تومه و پرنسپ، سریلانکا، سودان، سوازیلند، تاجیکستان، تیمور شرقی، ترکمنستان، ویتنام، یمن.	آنگولا، بنگلادش، بنین، بورکینافاسو، برونزی، آفریقای مرکزی، چاد، کنگو، اتیوپی، گامبیا، غنا، گینه، گینه بیسائو، هاییتی، هند، لائو، لیبریا، ماداگاسکار، مالاوی، مالی، موزامبیک، نپال، نیجر، نیجریه، گینه پاپوا، رواندا، سنگال، سیرالئون، سومالی، توگو، اوگاندا، تانزانیا، زامبیا، زیمبابوه.

سایر ملاحظات

منابع عمده اطلاعات به کار رفته عبارتند از: قوانین کشور؛ داده های مربوط به افراد تحت پوشش، مزایابگیران، مزایای ارائه شده، هزینه ها و تامین مالی از اسناد و حساب های موسسات اداره کننده طرح های مختلف تامین اجتماعی؛ و داده های پیمایشی خانوار از پیمایش های منظم نیروی کار، پیمایش های درآمد و هزینه خانوار، پیمایش های بودجه خانوار یا مشابه آن، یا پیمایش های خاص طراحی شده برای پایش پوشش و آثار تامین اجتماعی.

به طور خلاصه تعدادی از موضوعات مدنظر قرار گرفته در هنگام سنجش پوشش عبارتند از :

- پوشش تامین اجتماعی می تواند به طور مستقیم و مجزا برای هر یک از شاخه های آن نظیر مراقبت سلامت، سالمندی، بیکاری یا حتی گروهی از طرح های مشخص درون هر شاخه اندازه گیری شود. معیارهای پوشش کل نظیر شاخص حمایت اجتماعی بانک توسعه آسیا را تنها می توان با تجمیع شاخص های مجزای پوشش برای تمام شاخه های تامین اجتماعی ساخت.
- پوشش طرح های تامین اجتماعی در برابر ریسک های اجتماعی و پیشامدهای خاص را می توان از دو طریق مورد توجه قرار داد: پوشش بالقوه که با تعداد افراد مورد حمایت در هنگام وقوع پیشامد (برای مثال افرادی که تحت پوشش طرح های بیمه اجتماعی هستند یا بیمه پردازان چنین طرح هایی) اندازه گیری می شود، و پوشش واقعی که با تعداد مزایابگیرانی که واقعاً مزایا را دریافت می نمایند یا از خدمات استفاده می کنند، اندازه گیری می شود. این دو مفهوم تکمیل کننده ی یکدیگر می باشند و باید جداگانه محاسبه شوند.
- پوشش قانونی و موثر متمایزند و باید جداگانه محاسبه شوند. در هر حال ممکن است افرادی قانوناً تحت پوشش باشند ولی اجرای قانون ممکن است کامل نباشد لذا پوشش موثر معمولاً پایین تر از سطح پوشش قانونی است.
- در محاسبه اندازه پوشش بسیار مهم است که صورت و مخرج کسر به درستی انتخاب شود. به طور ایده آل تعداد مطلق افراد تحت پوشش یک ریسک خاص بر اندازه گروه جمعیت هدف یک بیمه یا مزایای خاص تقسیم می شود. برای مثال برای اندازه گیری پوشش واقعی مستمری های سالمندان، تعداد مستمری بگیران باید با تعداد کل افراد سالمند مرتبط گردد این در صورتی است که هر دو صورت و مخرج کسر با یک شرط سنی مانند بالای ۶۵ سال محدود شده باشند.
- یک رابطه ی تعاملی (بده بستان) بین شرایط خاص ملی (و رابطه ی شاخص در سطح ملی برای مثال سن بازنشستگی) و قابلیت مقایسه بین المللی وجود دارد.
- برای ورود به محاسبه پوشش هر دو داده های پیمایشی و اجرایی ضروری است. داده های اجرایی برای ارزیابی و محاسبه نرخ های پوشش بالقوه، واقعی و موثر مورد نیاز هستند. با این وجود، سطح در اختیار بودن و کیفیت این قبیل داده ها بین کشورها متفاوت است. داده های اجرایی اغلب پیشامدهای قطعی از نظر اجرایی (مانند پرداخت حق بیمه یا مزایا) را به جای توجه به افراد پشت این رویدادها پیگیری می کند. این موجب دوباره شماری به ویژه در هنگام تجمیع داده های اجرایی می شود به طوری که ممکن است یک فرد در بیش از یک شغل و یا در بیش از

یک طرح پوشش دهنده ی یک پیشامد یا ریسک بیمه پرداز باشد و یا یک نوع مزایا را از بیش از یک منبع دریافت نماید.

- داده های پیمایش خانوار به ویژه برای محاسبه و سنجش سطح کیفیت پوشش و آثار آن مهم هستند. همچنین تنها داده های پیمایش خانوار می توانند برای ارزیابی ماهیت شکاف های پوشش، خصوصیات گروه های جمعیتی فاقد پوشش، و به طور خاص پیامدهای فقدان پوشش برای آنها و نیازشان به انواع خاص پوشش، کمک باشند. متأسفانه بسیاری از پیمایش های خانوار منظم همچنان فاقد اطلاعات مناسب و مرتبط جهت ارزیابی پوشش هستند و یا پرسش هایی را مطرح می نمایند که بسیار متنوع بوده و لذا انجام مقایسات بین المللی را غیرممکن می سازند. پیمایش های خاص نیز به ندرت انجام شده و از نظر بین المللی استاندارد شده نیستند.

پیوست حاضر رویکرد توصیه ای را برای سنجش پوشش ارائه می دهد. متأسفانه چون داده های واقعی موجود همچنان محدود می باشند، دشواری دنبال کردن چنین رویکردی در تهیه این مجلد، مشهود و ثابت شده است. بالطبع کتاب حاضر نیز به ارزیابی پوشش در حوزه های منتخب تامین اجتماعی بسنده نموده و تمام ابعاد پوشش را اندازه گیری نکرده است؛ به علاوه داده های کافی از کشورهای بسیار اندکی برای ارزیابی سطح و کیفیت پوشش در اکثر شاخه های تامین اجتماعی در اختیار بود. بنابراین کتاب برآوردهای منطقه ای از چند شاخص منتخب پوشش را بر مبنای داده های موجود ارائه داده است. این برآوردهای منطقه ای زمانی محاسبه می شوند که داده های موجود تضمین نمایند که کشورها حداقل اطلاعات سه چهارم جمعیت منطقه را فراهم نموده اند. میانگین های منطقه ای، بسته به شاخص مربوطه و با توجه به جمعیت کل، جمعیت در سن اشتغال، نیروی کار یا شاغل، وزنی می باشند. به دلیل محدودیت های داده ها، اکثر این برآوردهای منطقه ای بر اساس آخرین داده های موجود صورت گرفته اند که الزاما برای تمام کشورهای مورد نظر، یکسان نیستند. در حالی که داده های در اختیار از ویرایش نخست این کتاب توسعه یافته اند، لیکن امید می رود پیشرفت های بیشتری در زمینه آمار و اطلاعات ملی و زیرملی در حوزه تامین اجتماعی اتفاق بیافتد که این موجب افزایش صحت و درستی برآوردهای منطقه ای و جهانی خواهد گردید.

جداول کلی

استانداردهای تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار، مرجعی مهم و راهنمایی برای تمام سیاست ها و توصیه های فنی سازمان بین المللی کار در زمینه تامین اجتماعی می باشند. آنها به محتوای حق برخورداری از تامین اجتماعی که در اسناد حقوق بشری بین المللی (موکداً در بیانیه حقوق بشر ۱۹۴۸، و میثاق بین المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۱۹۶۶)، منعکس شده اند، معنا و مفهوم می دهند و لذا ابزار ضروری جهت تحقق این حق و اجرای موثر یک رویکرد حق محور حمایت اجتماعی به شمار می روند.

چارچوب اصولی تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار شامل هشت کنوانسیون و توصیه نامه به روز می باشد. مهمترین آنها عبارتند از: کنوانسیون تامین اجتماعی ۱۹۵۲ (حداقل استانداردها) شماره ۱۰۲ و توصیه نامه کف حمایت های اجتماعی ۲۰۱۲ (شماره ۲۰۲). کنوانسیون شماره ۱۰۲ در میان سایر استانداردهای بین المللی در گروه بندی ۹ پیشامد یا شاخه تامین اجتماعی (مراقبت درمانی، بیماری، بیکاری، سالمندی، حوادث شغلی، مسئولیت های خانواده، بارداری، ازکارافتادگی و بازماندگی) در قالب یک سند قانونی و جامع، بی نظیر است. این کنوانسیون معیارهای کمی و کیفی برای هر یک از این پیشامدها را تنظیم نموده که با هم حداقل استانداردهای حمایت تامین اجتماعی را که باید توسط طرح های تامین اجتماعی ارائه شوند تعیین می کنند. از آن جمله اند:

- تعریف پیشامد (چه چیز باید پوشش داده شود؟)
- افراد تحت پوشش (چه کسانی باید پوشش داده شوند؟)
- نوع و نرخ مزایا (چه چیزی باید ارائه شود؟)
- شرایط احراز از جمله مدت سابقه لازم جهت احراز مزایا (فرد باید چه شرایطی را برای دریافت مزایا احراز نماید؟)
- مدت ارائه مزایا و دوره های انتظار (چه مدت باید مزایا پرداخت یا ارائه گردد؟)

به علاوه، این کنوانسیون اصول مشترک سازماندهی جمعی، تامین مالی و مدیریت را مشخص می کند و اصولی برای حکمرانی خوب شامل مسئولیت کلی دولت ها در خصوص تعهد ارائه مزایا و اداره مناسب نظام های تامین اجتماعی، مدیریت مشارکتی، تضمین مزایای تعریف شده، ترمیم مستمری ها، حق اعتراض و شکایت، تامین مالی جمعی و مشارکت در ریسک و ارزیابی های دوره ای اکچوئری، فراهم می نماید. کنوانسیون شماره ۱۰۲ همچنین معیار و مرجعی برای گسترش تدریجی پوشش تامین اجتماعی جامع در سطح ملی و نیز ابزاری جهت جلوگیری از تضعیف نظام های تامین اجتماعی در سراسر جهان همان گونه که در کنفرانس بین المللی کار در سال ۲۰۱۱ مورد تایید واقع گردید، به شمار می رود.

جدول پیوست ۳-۱- الزامات مهم: استانداردهای تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار در زمینه حمایت سلامت

توصیه نامه شماره ۲۰۲ حمایت پایه	کنوانسیون شماره ۱۳۰ الف و توصیه نامه شماره ۱۳۴ ب استانداردهای بالاتر	کنوانسیون شماره ۱۰۲ حداقل استانداردها
هر شرایطی که نیازمند مراقبت سلامت است از جمله بارداری و مراقبت مادرانه	نیاز به مراقبت پزشکی با ماهیت درمانی یا پیشگیری	هر گونه شرایط بیماری و ناخوشی به هردلیل، بارداری، زایمان و تبعات آن
حمایت فراگیر؛ حداقل تمام ساکنین و کودکان باید از تضمین پایه دسترسی به حداقل مراقبت ضروری برخوردار باشند؛ با غیرساکنین نیز باید در راستای الزامات بین المللی رفتار شود.	C130: تمام شاغلین شامل کارآموزان و همسران و فرزندان یا • گروه های فعال جمعیت (کمتر از ۷۵ درصد کل جمعیت نباشد) • طبقاتی از ساکنین که کمتر از ۷۵ درصد کل ساکنین را تشکیل ندهند. R134: به علاوه: افراد در مشاغل موقت و خانواده های آنها، کسب و کارهای خانوادگی، تمام افراد فعال اقتصادی و خانواده های آنها و تمام ساکنین.	حداقل: • ۵۰ درصد تمام شاغلین و همسران و فرزندان آنها؛ یا • گروه های فعال جمعیت (کمتر از ۲۰ درصد ساکنین نباشد) • تمام ساکنین دارای درآمد زیر یک سطح معین.
کالاها و خدمات شامل مراقبت سلامت ضروری اعم از مراقبت بارداری، احراز معیارهای دسترسی، موجود بودن، کیفیت و قابلیت استطاعت، مراقبت درمانی پیش و پس از زایمان، سطوح بالاتر حمایت باید تا جای ممکن و در اسرع وقت ارائه شود.	C130: مراقبت درمانی لازم شرایط فرد با دید حفظ، نگهداری و بهبود سلامت و توانایی کار کردن و رفع نیازهای فردی اعم از حداقل: مراقبت پزشکی عمومی، مراقبت متخصص در بیمارستان، مراقبت و مزایای مرتبط، امکانات درمانی ضروری، بستری در صورت نیاز، مراقبت دندان و توانبخشی. R134: همچنین وسایل کمک پزشکی مانند عینک و خدمات دوره نقاهت.	در مورد بیماری: مراقبت پزشک عمومی؛ مراقبت متخصص در بیمارستان، دارو و ملزومات و بستری در صورت لزوم. در مورد بارداری، زایمان و مسائل تبعی آن: مراقبت پیش، حین و پس از زایمان توسط پزشک و ماماها؛ مغرب، بستری در صورت لزوم.
تا زمانی که وضعیت و شرایط ایجاب می کند.	C130: در سرتاسر دوره بروز پیشامد. می تواند به ۲۶ هفته برای هر بیماری محدود شود در صورتی که مزایاگیر دیگر متعلق به گروه تحت پوشش نباشد، مگر آن که وی از قبل مراقبت درمانی را در مورد یک بیماری که طولانی شده است دریافت نماید و یا یک مزایای نقدی ایام بیماری به وی پرداخت شود. R134: در سرتاسر دوره بروز پیشامد.	تا زمانی که بیماری، بارداری یا مسائل مربوط به زایمان باقی هستند. می تواند به ۲۶ هفته برای هر بیماری محدود شود. در صورتی که بیماری طول بکشد و در زمانی که مزایاگیر غرامت ایام بیماری دریافت می کند، این مزایا نباید تعلیق شود.
افراد نیازمند مراقبت سلامت نباید به واسطه ی مشکلات مالی در دسترسی به مراقبت سلامت ضروری به سختی و فقر بیافتند. باید در سطح ملی و به موجب قانون و با رعایت اصول عدم تبعیض و پاسخگویی به نیازهای خاص و شمول اجتماعی و تضمین حقوق و شان افراد تعریف شود.	C130: دوره لازم برای احراز مزایا به منظور اجتناب از سوء استفاده می تواند تعیین شود. R134: حق برخورداری از مزایا نباید تابع شرایط لازم باشد.	دوره لازم برای احراز مزایا به منظور اجتناب از سوء استفاده می تواند تعیین شود.

چه چیز باید پوشی داده شود؟

چه کسی باید تحت پوشی قرار گیرد؟

مزایا کدامند؟

مدت بهره مندی از مزایا چقدر است؟

چه شرایطی برای احراز مزایا باید باشد؟

جدول پیوست ۳-۲- الزامات مهم: استانداردهای تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار در زمینه مزایای ایام بیماری

توصیه نامه شماره ۲۰۲ حمایت پایه	کنوانسیون شماره ۱۳۰ الف و توصیه نامه شماره ۱۳۴ ب استانداردهای بالاتر	کنوانسیون شماره ۱۰۲ حداقل استانداردها
<p>امنیت درآمد پایه برای کسانی که به واسطه ی بیماری قادر به کار کردن و کسب درآمد مکفی نیستند.</p>	<p>C130: عدم توانایی کار کردن به دلیل بیماری که موجب تعلیق درآمد فرد می شود. R134: همچنین دوره های غیبت از کار منتهی به زیان درآمدي به خاطر دوره های مراقبت پزشکی دوره نقاهت، مراقبت درمانی و پیشگیری، توانبخشی و قرنطینه یا به سبب مراقبت از افراد تبعی.</p>	<p>عدم توانایی کار کردن به دلیل بیماری که موجب تعلیق درآمد فرد می شود.</p> <p>چه چیز باید پوشش داده شود؟</p>
<p>حداقل تمام ساکنین در سن اشتغال در راستای الزامات بین المللی</p>	<p>C130: تمام شاغلین شامل کارآموزان یا • گروه های فعال جمعیت (کمتر از ۷۵ درصد کل جمعیت نباشد) • تمام ساکنین با درآمد کمتر از یک حد معین. R134: توسعه به افراد در مشاغل موقت، کسب و کارهای خانوادگی، تمام افراد فعال اقتصادی و تمام ساکنین.</p>	<p>حداقل: • ۵۰ درصد تمام شاغلین و همسران و فرزندان آنها؛ یا • گروه های فعال جمعیت (کمتر از ۲۰ درصد ساکنین نباشد) • تمام ساکنین دارای درآمد زیر یک سطح معین.</p> <p>چه کسی باید تحت پوشش قرار گیرد؟</p>
<p>مزایای نقدی و غیرنقدی در سطحی که امنیت درآمد پایه را تضمین نماید و دسترسی موثر به کالاها و خدمات ضروری را فراهم نماید. مانع فقر بوده و آسیب پذیری، محرومیت و فقر را کاهش دهد و امکان یک زندگی آبرومند را فراهم سازد.</p>	<p>C130: پرداخت های دوره ای؛ حداقل ۶۰ درصد دستمزد ملاک. در مورد فوت مزایایبگیر کمک هزینه کفن و دفن R134: مزایا باید ۶۶/۶۶ درصد دستمزد مینا باشد.</p>	<p>پرداخت های دوره ای؛ حداقل ۴۵ درصد دستمزد ملاک</p> <p>مزایا کدامند؟</p>
<p>تا زمانی که ناتوانی در کسب درآمد مکفی به واسطه ی بیماری پاربرجاست.</p>	<p>C130: تا زمانی که فرد به دلیل بیماری نمی تواند در یک شغل درآمدزا فعالیت نماید. دوره انتظار حداکثر سه روز قبل از پرداخت مزایا امکان پذیر است. مدت بهره مندی از مزایا می تواند محدود به ۵۲ هفته در هر مورد بیماری باشد. R134: در سرتاسر دوره بیماری یا هر پیشامد تحت پوشش مزایا باید پرداخت شود.</p>	<p>تا زمانی که فرد به دلیل بیماری نمی تواند در یک شغل درآمدزا فعالیت نماید. دوره انتظار حداکثر سه روز قبل از پرداخت مزایا امکان پذیر است. مدت بهره مندی از مزایا می تواند محدود به ۲۶ هفته در هر مورد بیماری باشد.</p> <p>مدت بهره مندی از مزایا چقدر است؟</p>
<p>باید در سطح ملی و به موجب قانون و با رعایت اصول عدم تبعیض و پاسخگویی به نیازهای خاص و شمول اجتماعی و تضمین حقوق و شان افراد تعریف شود.</p>	<p>C130: دوره لازم برای احراز مزایا به منظور اجتناب از سوء استفاده می تواند تعیین شود.</p>	<p>دوره لازم برای احراز مزایا به منظور اجتناب از سوء استفاده می تواند تعیین شود.</p> <p>چه شرایطی برای احراز مزایا باید باشد؟</p>

جدول پیوست ۳-۳- الزامات مهم: استانداردهای تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار در زمینه حمایت دوران بیکاری

توصیه نامه شماره ۲۰۲ حمایت پایه	کنوانسیون شماره ۱۶۸ الف و توصیه نامه شماره ۱۷۶ ب استانداردهای بالاتر	کنوانسیون شماره ۱۰۲ حداقل استانداردها
امنیت درآمد پایه برای کسانی که به واسطه ی بیکاری قادر به کسب درآمد مکفی نیستند.	C168: زیان درآمد به دلیل ناتوانی فرد در یافتن کار مناسب. حمایت باید به بیکاری های جزئی، کاهش درآمد، کارگران پاره وقت به دنبال کارهای تمام وقت نیز تسری یابند. R176: راهنمایی در راستای ارزیابی مناسب بودن شغل	تعلیق درآمد فرد آماده به کار به دلیل ناتوانی در یافتن کار مناسب
حداقل تمام ساکنین در سن اشتغال در راستای الزامات بین المللی	C168: حداقل ۸۵ درصد شاغلین شامل شاغلین عمومی و کارآموزان؛ تمام ساکنین با درآمد کمتر از یک حد معین. پوشش باید به افراد جویای کار که بیکار نبوده اند یا تحت پوشش طرح های حمایت در برابر بیکاری هستند، تسری یابد. R176: پوشش باید به تمام شاغلین و افراد در سختی و مشقت در دوره انتظار تسری یابد.	حداقل: • ۵۰ درصد تمام شاغلین ؛ یا • تمام ساکنین با درآمد زیر یک سطح معین.
مزایای نقدی و غیرنقدی در سطحی که امنیت درآمد پایه را تضمین نماید و دسترسی موثر به کالاها و خدمات ضروری را فراهم نماید. مانع فقر بوده و آسیب پذیری، محرومیت و فقر را کاهش دهد و امکان یک زندگی آبرومند را فراهم سازد.	C168: پرداخت های دوره ای؛ حداقل ۵۰ درصد دستمزد ملاک یا این که کل مزایا باید شرایط زندگی سلامت مزایا بگیر را تضمین نماید. R176: در مورد اشتغال جزئی: مجموع مزایا و درآمد ناشی از کار پاره وقت باید مجموع درآمد یک کار تمام وقت و یا مبلغ کامل مزایای بیکاری باشد.	پرداخت های دوره ای؛ حداقل ۴۵ درصد دستمزد مبنا
تا زمانی که ناتوانی در کسب درآمد مکفی به واسطه ی بیکاری پابرجاست.	C168: سرتاسر دوره بیکاری؛ امکان محدود شدن دوره نخست پرداخت به ۲۶ هفته در مورد بیکاری و یا ۳۹ هفته در یک دوره بیش از ۲۴ ماه. امکان دوره حداکثر ۷ روز. R176: مدت پرداخت مزایا باید تا رسیدن به سن قانونی بازنشستگی برای بیکارانی که به آن سن می رسند باشد.	در مورد طرح های پوشش دهنده شاغلین : حداقل ۱۳ هفته مزایا ظرف یک دوره ۱۲ ماهه. در مورد طرح های غیرمشارکتی مبتنی بر آزمون وسع: حداقل ۲۶ هفته در یک دوره ۱۲ ماهه. امکان تعیین دوره انتظار یک هفته ای.
باید در سطح ملی و به موجب قانون و با رعایت اصول عدم تبعیض و پاسخگویی به نیازهای خاص و شمول اجتماعی و تضمین حقوق و شان افراد تعریف شود.	C168: دوره لازم برای احراز مزایا به منظور اجتناب از سوء استفاده می تواند تعیین شود. R176: دوره لازم باید برای جویندگان کار جدید تعدیل یا حذف شود.	دوره لازم برای احراز مزایا به منظور اجتناب از سوء استفاده می تواند تعیین شود.

چه چیز باید پوشش داده شود؟

چه کسی باید تحت پوشش قرار گیرد؟

مزایا کدامند؟

مدت بهره مندی از مزایا چقدر است؟

چه شرایطی برای احراز مزایا باید باشد؟

جدول پیوست ۳-۴- الزامات مهم: استانداردهای تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار در زمینه تامین درآمد در سالمندی

توصیه نامه شماره ۲۰۲ حمایت پایه	کنوانسیون شماره ۱۲۸ الف و توصیه نامه شماره ۱۳۱ ب استانداردهای بالاتر	کنوانسیون شماره ۱۰۲ حداقل استانداردها
امنیت درآمد پایه برای سالمندان.	C128: همانند کنوانسیون ۱۰۲؛ به علاوه این که برای مشاغل سخت و زیان آور سن معین باید کمتر از ۶۵ سال باشد. R131: همچنین سن تعیین شده باید با توجه به زمینه های اجتماعی پایین تر باشد.	زنده مانده پس از یک سن معین (۶۵ سال و بالاتر با توجه به توانایی کار کردن سالمندان در یک کشور)
تمام ساکنین در یک سن معین ملی در راستای الزامات بین المللی	C128: تمام شاغلین شامل کارآموزان؛ یا • گروه های فعال جمعیت (کمتر از ۷۵ درصد کل جمعیت فعال اقتصادی نباشد) • تمام ساکنین یا تمام ساکنین با درآمد کمتر از یک حد معین. R131: به علاوه: افراد در مشاغل موقت و ، تمام افراد فعال اقتصادی.	حداقل: • ۵۰ درصد تمام شاغلین ؛ یا • گروه های فعال جمعیت (کمتر از ۲۰ درصد ساکنین نباشد) • تمام ساکنین با درآمد زیر یک سطح معین.
مزایای نقدی و غیرنقدی در سطحی که امنیت درآمد پایه را تضمین نماید و دسترسی موثر به کالاها و خدمات ضروری را فراهم نماید. مانع فقر بوده و آسیب پذیری ، محرومیت و فقر را کاهش دهد و امکان یک زندگی آبرومند را فراهم سازد. سطح مزایا باید به طور منظم بازنگری شود.	C128: پرداخت های دوره ای؛ حداقل ۴۵ درصد دستمزد ملاک. ترمیم با توجه به تغییرات سطح دستمزدها یا هزینه زندگی. R131: حداقل ۵۵ درصد دستمزد مینا. حداقل مزایای سالمندی باید طبق قانون و به منظور تضمین حداقل استاندارد زندگی تعیین شود.	پرداخت های دوره ای؛ حداقل ۴۰ درصد دستمزد مینا ترمیم با توجه به تغییرات سطح دستمزدها یا هزینه زندگی.
از یک سن معین تا فوت مزایا بگیر	C128: از یک سن معین تا فوت مزایا بگیر.	از یک سن معین تا فوت مزایا بگیر
باید در سطح ملی و به موجب قانون و با رعایت اصول عدم تبعیض و پاسخگویی به نیازهای خاص و شمول اجتماعی و تضمین حقوق و شان افراد تعریف شود.	C128: همانند کنوانسیون ۱۰۲ R131: ۲۰ سال پرداخت حق بیمه یا سابقه اشتغال (طرح های مشارکتی) یا ۱۵ سال سکونت (طرح های غیرمشارکتی) دوره های ناتوانی به دلیل بیماری، حادثه، بارداری، بیکاری غیرارادی و خدمت نظام باید جزء سابقه بیمه برای محاسبه مزایا محسوب گردد.	۳۰ سال پرداخت حق بیمه یا سابقه اشتغال (طرح های مشارکتی) یا ۲۰ سال سکونت (طرح های غیرمشارکتی) دریافت مزایای کاهش یافته در مورد ۱۵ سال سوابق بیمه یا سکونت .

چه چیز باید پوشش داده شود؟

چه کسی باید تحت پوشش قرار گیرد؟

مزایا کدامند؟

مدت بهره مندی از مزایا چقدر است؟

چه شرایطی برای احراز مزایا باید باشد؟

جدول پیوست ۳-۵- الزامات مهم: استانداردهای تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار در زمینه حمایت در برابر حوادث شغلی

توصیه نامه شماره ۲۰۲ حمایت پایه	کنوانسیون شماره ۱۲۱ الف و توصیه نامه شماره ۱۲۱ ب استانداردهای بالاتر	کنوانسیون شماره ۱۰۲ حداقل استانداردها
امنیت درآمد پایه برای کسانی که به واسطه ی حادثه شغلی قادر به کسب درآمد مکفی نیستند.	C121: همانند کنوانسیون ۱۰۲	ناخوشی؛ و ناتوانی برای کار کردن ناشی از حوادث یا بیماری های شغلی که موجب تعلیق درآمد می گردد؛ آسیب کلی جهت کسب درآمد یا آسیب جزئی تا یک درجه معین، احتمالاً دائمی . آسیب حمایت از خانواده به دلیل فوت نان آور.
حداقل تمام ساکنین در سن اشتغال در راستای الزامات بین المللی	C121: تمام شاغلین بخش عمومی و خصوصی اعم از اعضای تعاونی ها و کارآموزان؛ در صورت فوت همسران و تبعی های تعریف شده. R121: پوشش باید به تمام شاغلین و سایر افراد تبعی خانواده (خواهر، برادر، والدین و نوه) تسری یابد.	حداقل ۵۰ درصد تمام شاغلین و همسران و فرزندان آنها.
مزایای نقدی و غیرنقدی در سطحی که امنیت درآمد پایه را تضمین نماید و دسترسی موثر به کالاها و خدمات ضروری را فراهم نماید. مانع فقر بوده و آسیب پذیری ، محرومیت و فقر را کاهش دهد و امکان یک زندگی آبرومند را فراهم سازد. سطح مزایا باید به طور منظم بازنگری شود.	C121: مراقبت درمانی مانند کنوانسیون ۱۰۲، به علاوه درمان های اورژانسی یا پیگیری درمان. مزایای نقدی: پرداخت های دوره ای؛ حداقل ۶۰ درصد دستمزد مینا در مورد ازکارافتادگی و ناتوانی کار کردن؛ حداقل ۵۰ درصد درآمد مینا در مورد فوت نان آور خانواده. مبلغ مقطوع همانند کنوانسیون ۱۰۲. R121: هزینه های مساعدت ثابت یا رسیدگی در صورت نیاز به مراقبت باید پوشش داده شود. مزایای نقدی: کمتر از ۶۶/۶۷ درصد درآمد قبلی نباشد. ترمیم با توجه به تغییرات سطح دستمزدها یا هزینه زندگی. مبلغ مقطوع در صورت آسیب جزئی کمتر از ۲۵ درصد.	مراقبت درمانی و مزایای مربوطه: پزشک عمومی، متخصص، مراقبت دندان، مراقبت پرستاری، دارو، توانبخشی و غیره. به منظور حفظ و ارتقاء سلامت و توانایی بازگشت به کار و رفع نیازهای فرد. مزایای نقدی: ✓ پرداخت های دوره ای؛ حداقل ۵۰ درصد دستمزد مینا در مورد ازکارافتادگی و ناتوانی کار کردن؛ حداقل ۴۰ درصد درآمد مینا در مورد فوت نان آور خانواده. ✓ ترمیم با توجه به تغییرات سطح دستمزدها یا هزینه زندگی. ✓ ارائه مبلغ مقطوع در صورت جزئی بودن آسیب .
تا زمانی که ناتوانی در کسب درآمد مکفی به واسطه ی بیکاری پاربرجاست.	C121: تا زمانی که فرد به مراقبت درمانی نیاز دارد یا ناتوان است. R121: مزایای نقدی باید از اولین روز تعلیق درآمد فرد پرداخت شود.	تا زمانی که فرد به مراقبت درمانی نیاز دارد یا ناتوان است. عدم وجود دوره انتظار به جز در صورت ناتوانی جزئی تا حداکثر ۳ روز.
باید در سطح ملی و به موجب قانون و با رعایت اصول عدم تبعیض و پاسخگویی به نیازهای خاص و شمول اجتماعی و تضمین حقوق و شان افراد حادثه دیده تعریف شود.	C121: همانند کنوانسیون ۱۰۲	بدون دوره لازم برای احراز مزایا برای فرد حادثه دیده. برای افراد تبعی پرداخت مزایا مشروط به عدم توانایی همسر برای حمایت خانواده و فرزندان تا یک سن معین.

چه چیز باید پوشش داده شود؟

چه کسی باید تحت پوشش قرار گیرد؟

مزایا کدامند؟

مدت بهره مندی از مزایا چقدر است؟

چه شرایطی برای احراز مزایا باید باشد؟

جدول پیوست ۳-۶- الزامات مهم: استانداردهای تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار در زمینه مزایای عائله مندی/اولاد

توصیه نامه شماره ۲۰۲ حمایت پایه	کنوانسیون شماره ۱۰۲ حداقل استانداردها	
امنیت درآمد پایه برای کودکان	مسئولیت برای نگهداری کودک	چه چیز باید پوشی داده شود؟
تمام کودکان	حداقل ۵۰ درصد تمام شاغلین؛ یا • گروه های فعال جمعیت (کمتر از ۲۰ درصد ساکنین نباشد) • تمام ساکنین با درآمد زیر یک سطح معین.	چه کسی باید تحت پوشش قرار گیرد؟
مزایای نقدی و غیرنقدی تامین کننده دسترسی به تغذیه، آموزش، مراقبت و سایر کالاها و خدمات ضروری برای کودکان.	پرداخت های دوره ای؛ یا ✓ ارائه غذا، پوشاک، مسکن، کمک تعطیلات یا کمک خانگی، ✓ ترکیبی از هر دو. کل ارزش مزایا در سطح جهانی محاسبه می شود: حداقل ۳ درصد درآمد مبنا ضربدر تعداد فرزندان افراد تحت پوشش؛ یا حداقل ۱/۵ درصد دستمزد مبنا ضربدر تعداد فرزندان تمام ساکنین.	مزایا کدامند؟
کل دوره کودکی	حداقل از تولد تا ۱۵سالگی یا تا سن ترک مدرسه.	مدت بهره مندی از مزایا چقدر است؟
باید در سطح ملی و به موجب قانون و با رعایت اصول عدم تبعیض و پاسخگویی به نیازهای خاص و شمول اجتماعی و تضمین حقوق و شان کودکان تعریف شود.	۳ ماه پرداخت حق بیمه یا اشتغال (برای طرح های مشارکتی یا شغل محور) یک سال سکونت (برای طرح های غیرمشارکتی)	چه شرایطی برای احراز مزایا باید باشد؟

جدول پیوست ۳-۷- الزامات مهم: استانداردهای تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار در زمینه حمایت ایام بارداری

توصیه نامه شماره ۲۰۲ حمایت پایه	کنوانسیون شماره ۱۸۳ الف و توصیه نامه شماره ۱۹۱ ب استانداردهای بالاتر	کنوانسیون شماره ۱۰۲ حداقل استانداردها
<p>کالا و خدمات شامل مراقبت سلامت بارداری ضروری امنیت درآمد پایه برای کسانی که به واسطه ی بارداری قادر به کسب درآمد مکفی نیستند.</p>	<p>C183: مراقبت درمانی مورد نیاز بارداری، وضع حمل و مراقبت های بعدی که موجب از دست رفتن دستمزد و درآمد می شود. R191: همانند بند فوق</p>	<p>مراقبت درمانی مورد نیاز بارداری، زایمان و مراقبت های بعدی که موجب از دست رفتن دستمزد و درآمد می شود. حداقل: • ۵۰ درصد تمام شاغلین ؛ یا • تمام زنان در گروه های فعال جمعیت (کمتر از ۲۰ درصد ساکنین نباشد) • تمام زنان با درآمد زیر یک سطح معین.</p>
<p>حداقل تمام زنان ساکن در راستای الزامات بین المللی</p>	<p>C183: تمام شاغلین زن R191: همانند فوق.</p>	<p>چه کسی باید تحت پوشش قرار گیرد؟</p>
<p>مزایای درمانی باید معیارهای دسترسی، کیفیت، قابل استطاعت بودن را داشته باشند؛ مراقبت های رایگان پیش، حین و پس از زایمان برای اکثر آسیب پذیران. مزایای نقدی و غیرنقدی در سطحی که امنیت درآمد پایه را تضمین نماید و دسترسی موثر به کالاها و خدمات ضروری را فراهم نماید. مانع فقر بوده و آسیب پذیری، محرومیت و فقر را کاهش دهد و امکان یک زندگی آبرومند را فراهم سازد. سطح مزایا باید به طور منظم بازنگری شود.</p>	<p>C183: مزایای درمانی: حداقل • مراقبت پیش، حین و پس از زایمان توسط پزشک واجد شرایط. • بستری در صورت لزوم. • کاهش ساعت کاری (وقت استراحت و شیردهی) مزایای نقدی: حداقل ۶۶/۶۷ درصد درآمد قبلی که باید مادر و فرزندان را در شرایط سلامتی و استاندارد زندگی مناسب حفظ نماید. R191: مزایای نقدی باید تا میزان کامل درآمد قبلی یک زن افزایش یابد.</p>	<p>مزایای درمانی: حداقل • مراقبت پیش، حین و پس از زایمان توسط پزشک واجد شرایط. • بستری در صورت لزوم. مزایای نقدی: پرداخت های دوره ای؛ حداقل ۴۵ درصد دستمزد مینا</p> <p>مزایا کدامند؟</p>
<p>تا زمانی که ناتوانی برای کسب درآمد مکفی وجود دارد.</p>	<p>C183: ۱۴ هفته مرخصی زایمان؛ شامل ۶ هفته مرخصی اجباری پس از زایمان ؛ افزایش مدت مرخصی در صورت بروز بیماری یا شرایط پیچیده و پرریسک. R191: ۱۸ هفته مرخصی زایمان افزایش مدت در صورتی که تعداد فرزندان بیشتر باشد.</p>	<p>حداقل ۱۲ هفته برای مزایای نقدی</p> <p>مدت بهره مندی از مزایا چقدر است؟</p>
<p>باید در سطح ملی و به موجب قانون و با رعایت اصول عدم تبعیض و پاسخگویی به نیازهای خاص و شمول اجتماعی و تضمین حقوق و شان زنان تعریف شود.</p>	<p>C183: شرایط باید توسط اکثر زنان احراز شود. آنهایی که نمی توانند شرایط را احراز کنند مشمول طرح مساعدت اجتماعی می گردند. R191: مانند مورد فوق</p>	<p>همانگونه که برای ممانعت از سوء استفاده لازم است.</p> <p>چه شرایطی برای احراز مزایا باید باشد؟</p>

جدول پیوست ۳-۸- الزامات مهم: استانداردهای تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار در زمینه مزایای ازکارافتادگان

توصیه نامه شماره ۲۰۲ حمایت پایه	کنوانسیون شماره ۱۲۸ الف و توصیه نامه شماره ۱۳۱ ب استانداردهای بالاتر	کنوانسیون شماره ۱۰۲ حداقل استانداردها
امنیت درآمد پایه برای کسانی که به واسطه ی ازکارافتادگی قادر به کسب درآمد مکفی نیستند.	C128: ناتوانی انجام فعالیت درآمدزا احتمالاً دائمی که بیش از دوره مربوط به مزایای ایام بیماری ادامه می یابد (ازکارافتادگی کلی) R131: ناتوانی انجام فعالیت درآمدزا (ازکارافتادگی جزئی و کلی)	ناتوانی انجام فعالیت درآمدزا احتمالاً دائمی که بیش از دوره مربوط به مزایای ایام بیماری ادامه می یابد (ازکارافتادگی کلی)
حداقل تمام ساکنین در راستای الزامات بین المللی	C128: تمام شاغلین شامل کارآموزان؛ یا • گروه های فعال جمعیت (کمتر از ۷۵ درصد کل جمعیت فعال اقتصادی نباشد) • تمام ساکنین یا تمام ساکنین با درآمد کمتر از یک حد معین. R131: به علاوه: افراد در مشاغل موقت و ، تمام افراد فعال اقتصادی.	حداقل: • ۵۰ درصد تمام شاغلین ؛ یا • گروه های فعال جمعیت (کمتر از ۲۰ درصد ساکنین نباشد) • تمام ساکنین با درآمد زیر یک سطح معین.
مزایای نقدی و غیرنقدی در سطحی که امنیت درآمد پایه را تضمین نماید و دسترسی موثر به کالاها و خدمات ضروری را فراهم نماید. مانع فقر بوده و آسیب پذیری ، محرومیت و فقر را کاهش دهد و امکان یک زندگی آبرومند را فراهم سازد.	C128: پرداخت های دوره ای؛ حداقل ۵۰ درصد دستمزد ملاک. R131: مزایای جزئی (کاهش یافته) برای ازکارافتادگی جزئی.	پرداخت های دوره ای؛ حداقل ۴۰ درصد دستمزد مبنا ترمیم با توجه به تغییرات سطح دستمزدها یا هزینه زندگی.
تا زمانی که ناتوانی برای کسب درآمد مکفی وجود دارد.	تا زمانی که فرد نمی تواند فعالیت درآمدزا انجام دهد یا تا رسیدن به سن بازنشستگی.	تا زمانی که فرد نمی تواند فعالیت درآمدزا انجام دهد یا تا رسیدن به سن بازنشستگی.

چه چیز باید پوشش داده شود؟

چه کسی باید تحت پوشش قرار گیرد؟

مزایا کدامند؟

مدت بهره مندی از مزایا چقدر است؟

چه شرایطی برای احراز مزایا باید باشد؟

C128: همانند کنوانسیون ۱۰۲

باید در سطح ملی و به موجب قانون و با رعایت اصول عدم تبعیض و پاسخگویی به نیازهای خاص و شمول اجتماعی و تضمین حقوق و شان افراد ازکارافتاده تعریف شود.

R131: ۵سال پرداخت حق بیمه یا سابقه اشتغال یا سکونت در صورت ازکارافتادگی شغلی شرایط احراز حذف یا کاهش می یابند. دوره های ناتوانی به دلیل بیماری، حادثه، بارداری، بیکاری غیرارادی و خدمت نظام باید جزء سابقه بیمه برای محاسبه مزایا محسوب گردد.

۱۵ سال پرداخت حق بیمه یا سابقه اشتغال (طرح های مشارکتی) یا ۱۰ سال سکونت (طرح های غیرمشارکتی) دریافت مزایای کاهش یافته پس از ۵ سال بیمه پردازی یا ۳ سال سکونت .

جدول پیوست ۳-۹- الزامات مهم: استانداردهای تامین اجتماعی سازمان بین المللی کار در زمینه مزایای بازماندگان

توصیه نامه شماره ۲۰۲ حمایت پایه	کنوانسیون شماره ۱۲۸ الف و توصیه نامه شماره ۱۳۱ ب استانداردهای بالاتر	کنوانسیون شماره ۱۰۲ حداقل استانداردها
امنیت درآمد پایه برای کسانی که به واسطه ی فوت نان آور خانواده قادر به کسب درآمد مکفی نیستند.	C128: آسیب پذیری بیوه یا فرزند در زمینه حمایت و اداره خود به دلیل فوت نان آور خانواده R131: مانند فوق.	آسیب پذیری بیوه یا فرزند در زمینه حمایت و اداره خود به دلیل فوت نان آور خانواده.
حداقل تمام ساکنین و کودکان در راستای الزامات بین المللی	C128: همسران، فرزندان و سایر افراد تبعی • شاغلین و کارآموزان؛ یا • گروه های فعال جمعیت (کمتر از ۷۵ درصد کل جمعیت فعال اقتصادی نباشد) • تمام ساکنین یا تمام ساکنین با درآمد کمتر از یک حد معین. R131: به علاوه: افراد در مشاغل موقت و ، تمام افراد فعال اقتصادی. همچنین مرد بازمانده زن که معلول یا تحت تکفل محسوب می شود.	همسران و فرزندان افراد نان آور خانواده حداقل: • ۵۰ درصد تمام شاغلین ؛ یا • گروه های فعال جمعیت (کمتر از ۲۰ درصد ساکنین نباشد) • تمام ساکنین با درآمد زیر یک سطح معین.
مزایای نقدی و غیرنقدی در سطحی که امنیت درآمد پایه را تضمین نماید و دسترسی موثر به کالاها و خدمات ضروری را فراهم نماید. مانع فقر بوده و آسیب پذیری ، محرومیت و فقر را کاهش دهد و امکان یک زندگی آبرومند را فراهم سازد.	C128: حداقل ۴۵ درصد دستمزد مبنا. نرخ ها باید با توجه به هزینه زندگی تعدیل شوند. R131: مزایا باید تا ۵۵ درصد دستمزد مبنا افزایش یابند. حداقل مزایای بازماندگان نیز باید با توجه به استاندارد معاش تعیین شود.	پرداخت های دوره ای؛ حداقل ۴۰ درصد دستمزد مبنا ترمیم با توجه به تغییرات سطح دستمزدها یا هزینه زندگی.
تا زمانی که ناتوانی برای کسب درآمد مکفی وجود دارد.	تا زمان رسیدن فرزند به سن اشتغال یا معلولیت برای مدت بیشتر. در مورد همسر محدودیت وجود ندارد.	تا زمان رسیدن فرزند به سن اشتغال. در مورد همسر محدودیت وجود ندارد.
باید در سطح ملی و به موجب قانون و با رعایت اصول عدم تبعیض و پاسخگویی به نیازهای خاص و شمول اجتماعی و تضمین حقوق و شان افراد تعریف شود.	C128: همانند کنوانسیون ۱۰۲. به علاوه امکان دارد یک سن که بالاتر از سن بازنشستگی نیست برای همسر تعیین شود. برای همسر معلول یا ازکارافتاده هیچ سنی در نظر گرفته نمی شود. R131: دوره های ناتوانی به دلیل بیماری، حادثه، بارداری، بیکاری غیرارادی و خدمت نظام باید جزء سابقه بیمه برای محاسبه مزایا محسوب گردد.	۱۵ سال پرداخت حق بیمه یا سابقه اشتغال (طرح های مشارکتی) یا ۱۰ سال سکونت (طرح های غیرمشارکتی) دریافت مزایای کاهش یافته پس از ۵ سال بیمه پردازی. برای همسر می تواند تا زمانی که ناتوان از اداره خود است، باشد. برای فرزندان تا ۱۵ سالگی یا سن ترک مدرسه.

چه چیز باید پوشش داده شود؟

چه کسی باید تحت پوشش قرار گیرد؟

مزایا کدامند؟

مدت بهره مندی از مزایا چقدر است؟

چه شرایطی برای احراز مزایا باید باشد؟

- Adato, M.; Bassett, L. 2008. "What is the potential of cash transfers to strengthen families affected by HIV and AIDS? A review of the evidence on impacts and key policy debates", Brief 10 in *HIV, livelihoods, food and nutrition security: Findings from renewal research (2007–2008)* (Washington, DC, International Food Policy Research Institute).
- ADB (Asian Development Bank). 2010. *Toward universal social security coverage in the People's Republic of China*, Observations and Suggestions Series (Manila). Available at: <http://www.adb.org/publications/toward-universal-social-security-coverage-prc> [16 Apr. 2014].
- ADB. 2013. *The Social Protection Index: Assessing results for Asia and the Pacific* (Manila). Available at: <http://www.adb.org/sites/default/files/pub/2013/social-protection-index.pdf> [3 May 2014].
- ADB. 2014. *Asian Development Outlook: Fiscal policy for inclusive growth* (Manila). Available at: <http://www.adb.org/sites/default/files/pub/2014/ado-2014.pdf> [16 Apr. 2014].
- Adema, W.; Fron, P.; Ladaique, M. 2011. *Is the European welfare state really more expensive? Indicators on social spending, 1980–2012; and a manual to the OECD Social Expenditure database (SOCX)*, OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 124 (Paris, OECD). Available at: <http://www.oecd-ilibrary.org> [16 Apr. 2014].
- Adema, W.; Fron, P.; Ladaique, M., 2014. "How much do OECD countries spend on social protection and how redistributive are their tax/benefit systems?", in *International Social Security Review*, Vol. 67, No. 1, pp. 1–25.
- Ahluwalia, M. Forthcoming. *Cash transfer programmes, poverty reduction and empowerment of women in India* (Geneva, ILO).
- Aiyar, S.; Duval, R.; Puy, D.; Wu, Y.; Zhang, L. 2013. *Growth slowdowns and the middleincome trap*, IMF Working Paper WP 13/71 (Washington, DC, IMF, Asia and Pacific Department). Available at: <http://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.aspx?sk=40411.0> [16 Apr. 2014].
- Alber, J.; Heisig, J.P. 2011. *Do new labour activation policies work? A descriptive analysis of the German Hartz reforms* (Berlin, Social Science Research Center Berlin (WZB)). Available at: <http://skylla.wz-berlin.de/pdf/2011/i11-211.pdf> [16 Apr. 2014].
- Alderman, H.; Yemtsov, R. 2012. *Productive role of safety nets*, Social Protection Discussion Paper 1203 (Washington, DC, World Bank).
- Aleksynska, M.; Bonnet, F.; Da Silva Gama Nogueira, A.; Saget, C. 2013. *Addressing employment, labour market and social protection challenges in G20 countries: Key measures since 2010*, background report for the ILO–OECD report for the G20 Task Force on Employment (Geneva, ILO).
- Alviar García, H. 2013. "Social policy and the new development state: The case of Colombia", in D.M. Trubek et al. (eds): *Law and the new developmental state: The Brazilian experience in Latin American context* (Cambridge, Cambridge University Press).
- Amarante, V.; Arim, R.; Dean, A. 2013. "Unemployment insurance design and its effects: Evidence for Uruguay," in *Revista Desarrollo y Sociedad*, Vol. 71, No. 1, pp. 7–42.

- Available at: <http://www.scielo.org.co/pdf/dys/n71/n71a01.pdf> [16 Apr. 2014]. Arpaia, A.; Curci, N.; Meyermans, E.; Peschner, J.; Pierini, F. 2010. *Short time working arrangements as response to cyclical fluctuations*, European Economy Occasional Paper 64 (Brussels, European Commission). Available at: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6475&langId=en> [16 Apr. 2014].
- Asante, A.; Martins, N.; Otim, M.; Dewdney, J. 2014. “Retaining doctors in rural Timor-Leste: A critical appraisal of the opportunities and challenges”, in *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 92, pp. 277–282.
- Aslam, A.; Berkes, E.; Fukač, M. 2013. *Afghanistan: Balancing social and security spending in the context of shrinking resource envelope*, Working Paper No. 13/133 (Washington, DC, IMF).
- Attanasio, O.P.; Battistin, E.; Fitzsimons, E.; Mesnard, A.; Vera-Hernández, M. 2005. *How effective are conditional cash transfers? Evidence from Colombia*, Briefing Note No. 54 (London, Institute for Fiscal Studies). Available at: <http://www.ifs.org.uk/bns/bn54.pdf> [16 Apr. 2014].
- Avram, S.; Figari, F.; Leventi, C.; Levy, H.; Navicke, J.; Mataganis, M.; Militaru, E.; Paulus, A.; Rastringina, O.; Sutherland, H. 2013. *The distributional effects of fiscal consolidation in nine countries*, EUROMOD Working Paper (Colchester, Institute for Social and Economic Research, University of Essex). Available at: <https://www.iser.essex.ac.uk> [16 Apr. 2014].
- Babajanian, B.; Hagen-Zanker, J. 2012. *Social protection and social exclusion: An analytical framework to assess the links*, Background Note (London, Overseas Development Institute). Available at: <http://www.odi.org.uk/publications/6889-social-protection-social-exclusion-design-analytical-framework> [16 Apr. 2014].
- Baird, S.; Ferreira, F.H.G.; Özler, B.; Woolcock, M. 2013. *Relative effectiveness of conditional and unconditional cash transfers for schooling outcomes in developing countries: A systematic review* (Oslo, The Campbell Collaboration). Available at: <http://www.campbellcollaboration.org/lib/download/2954/> [16 Apr. 2014].
- Ball, L.; Leigh, D.; Loungani, P. 2011. “Painful Medicine”, in *Finance and Development*, Vol. 48, No. 3, pp. 20–23 (Washington, DC, IMF).
- Barham, T. 2010. “A healthier start: The effect of conditional cash transfers on neo-natal and infant mortality”, in *Journal of Development Economics*, Vol. 94, No. 1, pp. 74–85.
- Barrientos, A. 2007. *Does vulnerability create poverty traps?*, Chronic Poverty Research Centre Working Paper 76 (Brighton, Institute of Development Studies). Available at: http://www.chronicpoverty.org/uploads/publication_files/WP76_Barrientos.pdf [16 Apr. 2014].
- Barrientos, A. 2013. *Social assistance in developing countries* (Cambridge, Cambridge University Press).
- Barrientos, A.; Byrne, J.; Villa, J.M.; Pena, P. 2013. *Social transfers and child protection*, Office of Research Working Paper (New York, UNICEF). Available at: <http://www.unicef-irc.org/publications/691> [16 Apr. 2014].
- Barrientos, A.; Nino-Zarazúa, M.; Maitrot, M. 2010. *Social Assistance in Developing Countries database (version 5.0)* (Manchester and London, Brooks World Poverty Institute and Overseas Development Institute). Available at: <http://www.chronicpoverty.org/publications/details/social-assistance-in-developing-countries-database> [16 Apr. 2014].

- Basso, G.; Dolls, M.; Eichhorst, W.; Leoni, T.; Peichl, A. 2012. “The effects of the recent economic crisis on social protection and labour market arrangements across socioeconomic groups”, in *Intereconomics*, Vol. 47, No. 4, pp. 217–223.
- Behrendt, C. 2013. “Investing in people: Implementing the extension of social security through national social protection floors”, in D. Kucera and I. Islam (eds): *Beyond macroeconomic stability: Structural transformation and inclusive development* (Basingstoke, Palgrave Macmillan), pp. 228–259.
- Behrendt, C.; Bonnet, F.; Cichon, M.; Hagemeyer, K. 2011. “Social security: Three lessons from the global crisis”, in ILS (ed.): *The global crisis: Causes, responses and challenges* (Geneva, ILO), pp. 167–180. Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_155824.pdf [8 May 2014].
- Behrendt, C.; Cichon, M.; Hagemeyer, K.; Kidd, S.; Krech, R.; Townsend, P. 2009. “Rethinking the role of social security in development”, in P. Townsend (ed.): *Building decent societies: Rethinking the role of social security in state building* (Basingstoke, Palgrave Macmillan), pp. 325–336.
- Behrendt, C.; Woodall, J. Forthcoming. “Pensions and other social security income transfer systems”, in J. Berg (ed.): *Labour market institutions and inequality: Building just societies in the 21st century* (Cheltenham, Edward Elgar).
- Berg, A.G.; Ostry, J.D. 2011. *Inequality and unsustainable growth: Two sides of the same coin?*, IMF Staff Discussion Note (Washington, DC, IMF). Available at: <https://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.aspx?sk=24686.0> [16 Apr. 2014].
- Berg, J.; Salerno, M. 2008. “The origins of unemployment insurance: Lessons for developing countries”, in J. Berg and D. Kucera (eds): *In defence of labour market institutions: Cultivating justice in the developing world* (Basingstoke, Palgrave Macmillan), pp. 80–99.
- Berg, J.; Tobin, S. 2011. “Income-led growth as a crisis response: Lessons from Brazil”, in ILS (ed.): *The global crisis: Causes, responses and challenges* (Geneva, ILO), pp. 181–192. Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_155824.pdf [16 Apr. 2014].
- Bertranou, F.; Cetrángolo, O.; Grushka, C.; Casanova, L. 2012. *Beyond the privatization and re-nationalisation of the Argentine pension system: Coverage, fragmentation, and sustainability*, Social Science Research Network Working Paper, Nov. Available at: <http://ssrn.com/abstract=2191202> [16 Apr. 2014].
- Bertranou, F.; Maurizio, R. 2012a. “Semi-conditional cash transfers in the form of family allowances for children and adolescents in the informal economy in Argentina,” in *International Social Security Review*, Vol. 65, No. 1, pp. 53–72.
- Bertranou, F.; Maurizio, R. 2012b. *Monetary transfers for children and adolescents in Argentina: Characteristics and coverage of a “system” with three components*, IPC Research Brief No. 30 (Brasilia, International Policy Centre for Inclusive Growth). Available at: <http://www.ipc-undp.org/pub/IPCPolicyResearchBrief30.pdf> [16 Apr. 2014].

- Birdsall, N. 2010. *The (indispensable) middle class in developing countries; or, The rich and the rest, not the poor and the rest*, Working Paper No. 207 (Washington, DC, IMF).
- Blanchard, O. 2008. "IMF spells out need for global fiscal stimulus", in *IMF Survey Magazine*, 29 Dec.
- Blanchard, O.; Jaumotte, F.; Loungani, P. 2013. *Labor market policies and IMF advice in advanced economies during the great recession*, IMF Staff Discussion Note SDN 13/02 (Washington, DC, IMF).
- Blanchard, O.; Leigh, D. 2013. *Growth forecast errors and fiscal multipliers*, IMF Working Paper No. 13/1 (Washington, DC, IMF).
- Bonnet, F.; Saget, C.; Weber, A. 2012. *Social protection and minimum wages responses to the 2008 financial and economic crisis: Findings from the ILO/World Bank Inventory*, Employment Working Paper No. 113 (Geneva, ILO). Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_emp/--mp_elm/documents/publication/wcms_175204.pdf [16 Apr. 2014].
- Bonnet, F.; Tessier, L. 2013. *Mapping existing international social protection statistics and indicators that would contribute to the monitoring of social protection extension through social protection floors*, Extension of Social Security ESS Paper No. 38 (Geneva, ILO).
- Bontout, O.; Lokajickov, T. 2013. *Social protection budgets in the crisis in the EU*, Working Paper No. 1/2013 (Brussels, European Commission). Available at: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=10224&langId=en> [16 Apr. 2014].
- Busch, K.; Hermann, C.; Hinrichs, K.; Schulten, K. 2013. *Euro crisis, austerity policy and the European social model: How crisis policies in southern Europe threaten the EU's social dimension* (Berlin, Friedrich Ebert Foundation). Available at: <http://library.fes.de/pdffiles/id/ipa/09656.pdf> [16 Apr. 2014].
- CAGED/IPEADATA. Available at: <http://www.ipeadata.gov.br/> [16 Apr. 2014].
- Calvo, E.; Bertranou, F.; Bertranou, E. 2010. "Are old-age pension system reforms moving away from individual retirement accounts in Latin America?", in *Journal of Social Policy*, Vol. 39, No. 2, pp. 223–234.
- Carter, J.; Bédard, M.; Peyron Bista, C. 2013. *Comparative review of unemployment and employment insurance experiences in Asia and worldwide* (Bangkok, ILO). Available at: http://www.ilo.org/asia/whatwedo/publications/WCMS_229985/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].
- Case, A. 2001. *Does money protect health status? Evidence from South African pensions*, NBER Working Paper No. 8495 (Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research).
- Casey, B.H. 2012. "The implications of the economic crisis for pensions and pension policy in Europe", in *Global Social Policy*, Vol. 12, No. 3, pp. 246–265. Available at: <http://gsp.sagepub.com/content/12/3/246.abstract> [16 Apr. 2014].
- Casey, B.H. 2014. "From pension funds to piggy banks: (Perverse) consequences of the Stability and Growth Pact since the crisis", in *International Social Security Review*, Vol. 67, No. 1, pp. 27–48.

- CBPP (Center on Budget and Policy Priorities). 2014. "Today's safety net cuts poverty nearly in half, provides health care to millions, and has long-term benefits for children", in *Chart book: The war on poverty at 50* (Washington, DC).
- Cecchini, S.; Madariaga, A. 2011. *Programas de transferencias condicionadas: Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe* (Santiago de Chile, United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean). Available at: <http://www.eclac.cl/cgi-in/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/6/44126/P44126.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl> [16 Apr. 2014].
- CESR (Center for Economic and Social Rights). 2012. *Fiscal fallacies: Eight myths about the age of austerity and human rights responses* (New York).
- Chang, H.-J. 2010. "How to 'do' a developmental state: Political, organizational, and human resource requirements for the developmental state", in O. Edigheji (ed.): *Constructing a democratic developmental state in South Africa: Potentials and challenges* (Cape Town, HSRC Press). Available at: <http://hajoongchang.net/2010/01/05/constructinga-democratic-developmental-state-in-south-africa-potentials-and-challenges/> [16 Apr. 2014].
- Chile Superintendencia de Pensiones. 2010. *Unemployment insurance in Chile*. Available at: http://www.safp.cl/portal/informes/581/articles-8556_recurso_1.pdf [16 Apr. 2014].
- Chronic Poverty Advisory Network. 2014. *The Chronic Poverty Report 2014–2015: The road to zero extreme poverty* (London, Overseas Development Institute). Available at: <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/8834.pdf> [8 May 2014].
- Cichon, M. 2013. "The Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202): Can a six-page document change the course of social history?", in *International Social Security Review*, Vol. 66, Nos 3–4, pp. 21–43.
- Cichon, M.; Hagemeyer, K. 2007. "Changing the development policy paradigm: Investing in a social security floor for all", in *International Social Security Review*, Vol. 60, Nos 2–3, pp. 169–196.
- Cichon, M.; Hagemeyer, K.; Woodall, J. 2006. *Changing the paradigm in social security: From fiscal burden to investing in people* (Geneva, ILO).
- Clasen, J.; Clegg, D. 2011. "Unemployment protection and labour market change in Europe: towards 'triple integration'?", in J. Clasen and D. Clegg (eds): *Regulating the risk of unemployment: national adaptations to post-industrial labour markets in Europe* (Oxford, Oxford University Press), pp. 1–12.
- Clasen, J.; Goerne, A. 2011. "Exit Bismarck, enter dualism? Assessing contemporary German labour market policy," in *Journal of Social Policy*, Vol. 40, No. 4, pp. 795–810.
- Clements, B.; Coady, D.; Eich, F.; Gupta, S.; Kangur, A.; Shang, B.; Soto, M. 2012. *The challenge of public pension reform in advanced and emerging market economies*, IMF Occasional Paper (Washington, DC, IMF).
- Coady, D.; Gillingham, R.; Ossowski, R.; Pietrowski, J.; Tareq, S.; Tyson, J. 2010. *Petroleum product subsidies: Costly, inequitable, and rising*, IMF Staff Discussion Note No. SPN/10/05

- (Washington, DC, IMF). Available at: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/spn/2010/spn1005.pdf> [8 May 2014].
- Cooke, E.F.A.; Hague, S.; Cockburn, J.; El Lahga, A.-R.; Tiberti, L. 2014. *Estimating the impact on poverty of Ghana's fuel subsidy reform and a mitigating response* (Accra, UNICEF and Partnership for Economic Policy). Available at: http://www.unicef.org/ghana/1389903137_PEP_UNICEF_Ghana_WP_201_public.pdf [3 May 2014].
- Cornia, G.A.; Stewart, F.; Jolly, R. 1987. *Adjustment with a human face: Protecting the vulnerable and promoting growth* (Oxford, Clarendon).
- Cunha, N.; Pellerano, L.; Mueller, J.; Lledo, V.; Xiao, Y.; Gitton, P. 2013. *Towards a Mozambican social protection floor. Consolidating a comprehensive social protection system in Mozambique: Analysis of policy alternatives and costs*, Extension of Social Security ESS Paper No. 41 (Geneva, ILO).
- de Brauw, A.; Hoddinott, J. 2008. *Is the conditionality necessary in conditional cash transfer programmes? Evidence from Mexico*, International Poverty Centre One Pager (Brasilia, International Poverty Centre).
- De Schutter, O.; Sepúlveda, M. 2012. *Underwriting the poor: A global fund for social protection* (New York, United Nations).
- Dercon, S. 2003. *Risk and poverty: A selective review (or: can social protection reduce poverty?)* (Oxford, Oxford University Department of Economics).
- DfID (UK Department for International Development); HelpAge International; Hope & Homes for Children; Institute of Development Studies; ILO; Overseas Development Institute; Save the Children UK; United Nations Development Programme; United Nations Children's Fund; World Bank. 2009. *Joint statement on advancing child-sensitive social protection*. Available at: http://www.unicef.org/aids/files/CSSP_joint_statement_10.16.09.pdf [16 Apr. 2014].
- Dornan, P.; Porter, C. 2013. "The implications of conditionality in social assistance programmes", in Rebecca Surender and Robert Walker (eds): *Social policy in a developing world* (Cheltenham, Edward Elgar), pp. 155–171.
- DSD (Department of Social Development, South Africa); SASSA (South African Social Security Agency); UNICEF South Africa. 2012. *The South African Child Support Grant impact assessment: Evidence from a survey of children, adolescents and their households* (Pretoria). Available at: http://www.unicef.org/southafrica/SAF_resources_csg2012s.pdf [16 Apr. 2014].
- Duflo, E. 2000. *Grandmothers and granddaughters: Old age pension and intra-household allocation in South Africa*, NBER Working Paper No. 8061 (Washington, DC, National Bureau of Economic Research). Available at: <http://www.nber.org/papers/w8061.pdf> [16 Apr. 2014].
- Durán-Valverde, F.; Pacheco, J.F. 2012. *Fiscal space and the extension of social protection: Lessons learnt from developing countries*. Extension of Social Security ESS Paper No. 33 (Geneva, ILO). Available at: <http://www.ilo.org/gimi/gess/RessFileDownload.do?resourceId=34168> [16 Apr. 2014].
- Economic Policy Research Institute. 2004. *The social and economic impact of South Africa's social security system* (Cape Town, South Africa Department of Social Development).

- Ehmke, E. Forthcoming. *Study on national experiences in building social protection floors: The Indian MGNREGS* (Geneva, ILO).
- Eichhorst, W.; Kaufmann, O.; Konle-Seidl, R. 2008. *Bringing the jobless into work? Experiences with activation schemes in Europe and the US* (Berlin, Springer). EIU (Economist Intelligence Unit). 2014. *Out of office: An overview of workplace absenteeism in Europe* (London).
- Epstein, G. 2009. *Rethinking monetary and financial policy: Practical suggestions for monitoring financial stability while generating employment and poverty reduction*, Employment Working Paper No. 37 (Geneva, ILO).
- EsSalud; ILO. 2013. *El sistema de salud del Perú: Situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva* (Lima)
- EU Commissioner for Human Rights. 2013. *Safeguarding human rights in times of economic crisis* (Strasbourg, Council of Europe).
- EU Social Protection Committee. 2009: *Updates of current and prospective theoretical pension replacement rates 2006–2046*, Report by the Indicator Sub-Group (ISG) of the Social Protection Committee (SPC) (Brussels, European Commission). Available at: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4308&langId=en> [16 Apr. 2014].
- EU Social Protection Committee. 2013: *Social policy reforms for growth and cohesion: Review of recent structural reforms 2013*, Report of the Social Protection Committee (Brussels: European Commission). Available at: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=10976&langId=en> [16 Apr. 2014].
- Eurofound (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions). 2013. *Social partners' involvement in pension reform in the EU* (Dublin). Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/docs/eiro/tn1304032s/tn1304032s.pdf> [16 Apr. 2014].
- European Commission. 2008. *ESSPROS manual* (Luxembourg, Office for Official Publications of the European Commission).
- European Commission. 2011a. *Promoting social protection in EU development cooperation: Public consultation*, Issues Paper No. D.3/NT/AMD (2011) (Brussels). Available at: http://ec.europa.eu/europeaid/news/promoting-social-protection-public-consultation_en.htm [16 Apr. 2014].
- European Commission. 2012a. *Social protection in European Union development cooperation: Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions*, COM(2012) 446 final (Brussels).
- European Commission. 2012b. *European Employment Observatory review: Long-term unemployment 2012* (Luxembourg, Publications Office of the European Union). Available at: <http://www.eu-employment-observatory.net> [2 Apr. 2014].
- European Commission. 2012c. *The 2012 ageing report: Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010–2060)* (Brussels). Available at: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/2012-ageing-report_en.htm [16 Apr. 2014].

- European Commission. 2012d. *Pension adequacy in the European Union 2010–2050* (Brussels). Available at: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7805&langId=en> [16 Apr. 2014].
- European Commission. 2013. *Mutual Information System on Social Protection Systems (MISSOC)* (Brussels). Available at: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815&langId=en> [2 Apr. 2014].
- European Commission. 2014a. *Policy roadmap for the 2014 implementation of the Social Investment Package* (Feb. 2014) (Brussels). Available at: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=11150&langId=en> [16 Apr. 2014].
- European Commission. 2014b. *Employment and social developments in Europe 2013* (Brussels). Available at: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=88&langId=en&eventsId=972&furtherEvents=yes> [2 Apr. 2014].
- European Parliament. 2014a. “Inquiry: how Parliament evaluated the impact of Troika measures”, in *European Parliament News*, 13 Jan. (Strasbourg). Available at: <http://www.europarl.europa.eu/news/en/news-room/content/20140110STO32308/html/Inquiryhow-Parliament-evaluated-the-impact-of-Troika-measures> [16 Apr. 2014].
- European Parliament. 2014b. “Parliamentarians call for more legitimacy in economic policymaking in the EU”, in *European Parliament News*, 23 Jan. (Strasbourg). Available at: <http://www.europarl.europa.eu/news/en/news-room/content/20140122STO33435/html/Parliamentarians-call-for-more-legitimacy-in-economic-policy-making-in-the-EU> [16 Apr. 2014].
- Eurostat. 2013. “In 2012, a quarter of the population was at risk of poverty or social exclusion: Corresponding to around 125 million persons”, News Release 184/2013 (Luxembourg). Available at: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/3-05122013-AP/EN/3-05122013-AP-EN.PDF [16 Apr. 2014]
- Evans, T.G.; Chowdhury, A.M.R.; Evans, D.B.; Fidler, A.; Lindelow, M.; Mills, A.; Scheil - Adlung, X. 2012. *Thailand’s universal coverage scheme: Achievements and challenges – An independent assessment of the first 10 years (2001–2010), Synthesis report* (Bangkok, Health Systems Research Institute). Available at: <http://uhcforward.org/sites/uhcforward.org/files/book018.pdf> [16 Apr. 2014].
- Eyal, K.; Woolard, I. 2013. *School enrolment and the Child Support Grant: Evidence from South Africa*, National Income Dynamics Study, Working Paper Series (Cape Town, Southern Africa Labour and Development Research Unit). Available at: <http://opensaldru.uct.ac.za/handle/11090/689> [16 Apr. 2014].
- FAO (Food and Agriculture Organization). 2004. *Globalization of food systems in developing countries: Impact on food security and nutrition*, FAO Food and Nutrition Paper No. 83 (Rome). Available at: <http://www.fao.org/docrep/007/y5736e/y5736e00.HTM> [16 Apr. 2014].
- FAO. 2012. *The state of food insecurity in the world 2012: Economic growth is necessary but not sufficient to accelerate reduction of hunger and malnutrition* (Rome). Available at: <http://www.fao.org/publications/sofi/2012/en/> [16 Apr. 2014].

- FAO. 2014. *From protection to production: The role of cash transfer programmes in fostering broad-based economic development in sub-Saharan Africa* (Rome). Available at: http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/p2p/Documents/PtoP_short_description_11feb14.pdf [16 Apr. 2014].
- Figari, F.; Matsaganis, M.; Sutherland, H. 2013. “Are European social safety nets tight enough? Coverage and adequacy of minimum income schemes in 14 EU countries”, in *International Journal of Social Welfare*, Vol. 22, No. 1, pp. 3–14.
- Fiszbein, A.; Schady, N. 2009. *Conditional cash transfers: Reducing present and future poverty* (Washington, DC, World Bank). Available at: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2597> [16 Apr. 2014].
- Fultz, E.; Francis, J. 2013. *Cash transfer programmes, poverty reduction and empowerment of women: A comparative analysis. Experiences from Brazil, Chile, India, Mexico and South Africa* (Geneva, ILO). Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_233599.pdf [16 Apr. 2014].
- G20. 2009. Leaders’ statement, G20 Pittsburgh Summit, Pittsburgh, United States, 24–25 Sep. Available at: <http://www.g20.utoronto.ca/2009/2009communique0925.html> [16 Apr. 2014].
- G20. 2011. Final declaration, G20 Summit, Cannes, France, 3–4 Nov. Available at: <http://www.g20.utoronto.ca/2011/2011-cannes-declaration-111104-en.html> [16 Apr. 2014].
- G20. 2012. Leaders’ declaration, G20 Summit, Los Cabos (Mexico), 18–19 June. Available at: <http://www.g20.utoronto.ca/2012/2012-0619-loscabos.html> [16 Apr. 2014].
- García, M.; Moore, C.M.T. 2012. *The cash dividend: The rise of cash transfer programs in sub-Saharan Africa* (Washington, DC, World Bank). Available at: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2246> [16 Apr. 2014].
- Gauthier, A.H. 2010. *The impact of the economic crisis on family policies in the European Union* (Brussels, European Commission). Available at: <http://europa.eu/epic/docs/final-revised.pdf> [16 Apr. 2014].
- Ghellab, Y.; Varela, N.; Woodall, J. 2011. “Social dialogue and social security governance: A topical ILO perspective”, in *International Social Security Review*, Vol. 64, No. 4, pp. 39–56.
- GIZ (Deutsche Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit). 2012. *Social protection and its contribution to social cohesion and state building* (Eschborn). Available at: <http://www.odi.org.uk/publications/6720-social-protection-social-cohesion-state-building> [16 Apr. 2014].
- GIZ; ILO; P4H. 2012. *Actuarial review of the NSSF employment injury branch and assessment of social health insurance for the National Social Security Fund (NSSF) and The National Social Security Fund for Civil Servants (NSSF-C)* (Phnom Penh). Available at: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowResource.action?ressource.ressourceId=30954> [16 Apr. 2014].
- Global Health Workforce Alliance; WHO. 2014. *A universal truth: No health without a workforce* (Geneva). Available at: <http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/> [16 Apr. 2014].

- Grammenos, S. 2013. *European comparative data on Europe 2020 and housing conditions* (Leeds, Academic Network of European Disability Experts). Available at: <http://www.humanconsultancy.com/news?newsid=4> [16 Apr. 2014].
- Guajardo, J.; Leigh, D.; Pescatori, A. 2011. *Expansionary austerity: New international evidence*, IMF Working Paper No. 11/158 (Washington, DC, IMF).
- Guardiancich, I. (ed.) 2012. *Recovering from the crisis through social dialogue in the new EU Member States: The case of Bulgaria, the Czech Republic, Poland and Slovenia* (Geneva, ILO). Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-budapest/documents/publication/wcms_203443.pdf [8 May 2014].
- Hagemeyer, K. 2005. “Sustainable, safe and adequate pensions in the ageing society: Policy dilemmas”, in *Polityka Społeczna*, Vol. 1, No. 1, pp. 11–17. Available at: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=32290> [16 Apr. 2014].
- Hagemeyer, K.; McKinnon, R. 2013. “The role of national social protection floors in extending social security to all”, in *International Social Security Review*, Vol. 66, No. 3–4, pp. 3–19.
- Hagemeyer, K.; Scholz, W. 2004. “Nachhaltig, sicher und angemessen? Die Reformstrategie der Weltbank und die Rentenreformen in Polen, Ungarn, Tschechien und anderen osteuroäischen Ländern”, in *Deutsche Rentenversicherung*, Nos 11–12, pp. 778–789.
- Hagen-Zanker, J.; Morgan, J. 2011. *South Africa’s cash social security grants: Progress in increasing coverage*, Development Progress project (London, Overseas Development Institute).
- Hall, D. 2010. *Why we need public spending* (London, University of Greenwich). Available at: <http://www.psir.org/reports/why-we-need-public-spending> [16 Apr. 2014].
- Handa, S.; Park, M.J.; Darko, R.O.; Osei-Akoto, I.; Davis, B.; Diadone, S. 2013. *Livelihood empowerment against poverty impact evaluation* (Carolina Population Center, University of North Carolina).
- Hauben, H.; Coucheir, M.; Spooren, J.; McAnaney, D.; Delfosse, C. 2012. *Assessing the impact of European governments’ austerity plans on the rights of people with disabilities* (Brussels, European Foundation Centre). Available at: http://www.efc.be/programmes_services/resources/Documents/Austerity%20European%20Repot_FINAL.pdf [16 Apr. 2014].
- HelpAge International. 2013. *Global AgeWatch Index 2013: Insight report* (London). Available at: <http://www.helpage.org/global-agewatch/> [16 Apr. 2014].
- HelpAge International. 2014. *Home care for older people: The experience of ASEAN countries* (London). Available at: <http://www.eldis.org/go/home&id=66957&type=Document#.Uz8FHq15PSk> [16 Apr. 2014].
- Hermann, C. 2013. *Crisis, Structural Reform and the Dismantling of the European Social Model(s)*, Working Paper 20/2013 (Berlin, Institute for International Political Economy). Available at: http://www.ipe-berlin.org/fileadmin/downloads/working_paper/ipe_working_paper_26.pdf [15 Apr. 2014].
- Hermeto Camilo de Oliveira, A.M.; Caetano, A. Forthcoming. *Cash transfer programmes, poverty reduction and empowerment of women in Brazil* (Geneva, ILO).

- Hernandez-Pena, P.; Poulhier, J.P. et al. 2013. "Health worker remuneration in WHO member States", in *World Health Organization Bulletin*, Vol. 91, No. 11, pp. 808–815.
- Hickey, S. 2010. *The politics of social protection in Africa: What do we get from a "social contract" approach?*, Background Paper to the European Report on Development (Florence, Robert Schumann Centre for Advanced Studies). Available at: <http://erd.eui.eu/media/BackgroundPapers/Hickey.pdf> [16 Apr. 2014].
- Hirose, K. (ed.). 2011. *Pension reform in Central and Eastern Europe in times of crisis, austerity and beyond* (Budapest, ILO Regional Office for Central and Eastern Europe).
- Holmes, R.; Jones, N. 2013. *Gender and social protection in the developing world: Beyond mothers and safety nets* (London and New York, Zed Books)
- Holzmann, R.; Pouget, Y.; Vodopivec, M.; Weber, M. 2011. *Severance pay programs around the world: History, rationale, status, and reforms*, SP Discussion Paper No. 1111 (Washington, DC, World Bank). Available at: <http://go.worldbank.org/ZDUAM7JPIO> [16 Apr. 2014].
- Hujo, K. (ed.). 2012. *Mineral rents and the financing of social policy: Opportunities and challenges* (Basingstoke, UN Research Institute for Social Development and Palgrave Macmillan).
- Hujo, K.; McClanahan, S. (eds). 2009. *Financing social policy: Mobilizing resources for social development* (Basingstoke, UN Research Institute for Social Development and Palgrave Macmillan).
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). 2012. *Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira 2012* (Rio de Janeiro).
- IILS (International Institute for Labour Studies). 2011a. *Making recovery sustainable: Lessons from country innovations* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_153764.pdf [16 Apr. 2014].
- IILS. 2011b. *Brazil: An innovative income-led strategy* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_153768/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].
- IILS. 2011c. *Germany: A job-centered approach* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_153779.pdf [16 Apr. 2014].
- IILS. 2012. *World of Work Report 2012: Better jobs for a better economy* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-of-work/WCMS_179453/lang--nl/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO (International Labour Office). 2000. *World Labour Report: Income security and social protection in a changing world* (Geneva).
- ILO. 2008a. *Can low-income countries afford basic social security?*, Social Security Policy Briefings (Geneva). Available at: <http://www.ilo.org/gimi/gess/ShowResource.action?resource.ressourceId=5951> [16 Apr. 2014].
- ILO. 2008b. *Saving lives, protecting jobs: International HIV/AIDS workplace education programme. SHARE: Strategic HIV/AIDS Responses in Enterprises: Second report* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_092043/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].

- ILO. 2009a. *Recovering from the crisis: A global jobs pact*, Adopted by the International Labour Conference, 98th Session, Geneva, 2009 (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/jobspact/WCMS_115076/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO. 2009b. *Protecting people, promoting jobs: A survey of country employment and social protection policy responses to the global economic crisis in 54 countries*, report to the G20 Leaders' Summit, Pittsburgh, 24–25 Sep. (Geneva).
- ILO. 2010a. *World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in the time of crisis and beyond* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_146566/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO. 2010b. *Extending social security to all: A guide through challenges and options* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_146616/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO. 2010c. *Accelerating a job-rich recovery in G20 countries: Building on experience*, an ILO report, with substantive contributions from OECD, to the meeting of G20 labour and employment ministers, 20–21 Apr. 2010, Washington, DC (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/public/libdoc/jobcrisis/download/g20_report_accelerating.pdf [16 Apr. 2014].
- ILO. 2010d. *Maternity at work: A review of national legislation. Findings from the ILO Database of Conditions of Work and Employment Laws* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_124442/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO. 2010e. *ILO contribution to the pension reform in Chile* (Santiago de Chile)
- ILO. 2011a. *Social security for social justice and a fair globalization: Recurrent discussion on social protection (social security) under the ILO Declaration on Social Justice for a Fair Globalization, 2011*, Report VI, International Labour Conference, 100th Session, Geneva, 2011 (Geneva). Available at: <http://ilo.org/ilc/ILCSessions/100thSession/on-the-agenda/social-protection/lang--en/index.htm> [16 Apr. 2014].
- ILO. 2011b. *Report of the Director-General: A new era of social justice*, Report I(A), International Labour Conference, 100th Session, Geneva, 2011 (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/100thSession/reports/reports-submitted/WCMS_155656/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO. 2011c. *Social security and the rule of law: General survey concerning social security instruments in the light of the 2008 Declaration on Social Justice for a Fair Globalization*, Report III (Part 1B), International Labour Conference, 100th Session, Geneva, 2011 (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_152602.pdf [3 May 2014].
- ILO. 2012a. *The strategy of the International Labour Organization. Social security for all: Building social protection floors and comprehensive social security systems* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/books-andreports/WCMS_SECSOC_34188/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO. 2012b. *The youth employment crisis: Time for action*, Report V, International Labour Conference, 101st Session, Geneva, 2012 (Geneva). Available at:

- http://www.ilo.org/washington/areas/youth-employment/WCMS_175421/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO. 2012c. *Social protection assessment based national dialogue: Towards a nationally defined social protection floor in Indonesia* (Jakarta). Available at: http://www.ilo.org/jakarta/whatwedo/publications/WCMS_195572/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO. 2012d. *Global Employment Trends for Women 2012* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/global/research/global-reports/global-employment-trends/WCMS_195447/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO. 2012e. *World of Work Report 2012: Better jobs for a better economy* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-of-work/WCMS_179453/lang--nl/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO. 2012f. “China’s latest revolution: Basic health care for all”, 3 Sep. Available at: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS_188582/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO. 2013a. *World Report on Child Labour: Economic vulnerability, social protection and the fight against child labour* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/ipec/Informationresources/WCMS_178184/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO. 2013b. *Global Wage Report 2012/13: Wages and equitable growth* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/global/research/global-reports/global-wage-report/2012/WCMS_194843/lang--de/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO. 2013c. *Global Employment Trends 2013: Recovering from a second jobs dip* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/global/research/global-reports/global-employmenttrends/2013/WCMS_202326/lang--nl/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO. 2013d. *Global Employment Trends for Youth 2013: A generation at risk* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/global/research/global-reports/global-employmenttrends/youth/2013/WCMS_212423/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO. 2013e. *Working Conditions Laws Report 2012: A global review* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ravail/documents/publication/wcms_235155.pdf [16 Apr. 2014].
- ILO. 2013f. *Tackling the jobs crisis in Portugal*, Report of the ILO Inter-Departmental Task Force on European Crisis Countries for the high-level conference on “Tackling the jobs crisis in Portugal”, Lisbon, 4 Nov.
- ILO. 2013g. *Transitioning from the informal to the formal economy*, Report V(1), International Labour Conference, 103rd Session, Geneva, 2014 (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_218128.pdf [3 May 2014]
- ILO. 2013h. *The informal economy and decent work: supporting transitions to formality: a resource guide* (Geneva), Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_policy/documents/publication/wcms_212689.pdf [3 May 2014].

- ILO. 2013i. *Employment and social protection in the new demographic context*, Report IV, International Labour Conference, 102nd Session, Geneva, 2013 (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_209717.pdf [3 May 2014].
- ILO. 2014a. *Global Employment Trends 2014: Risk of a jobless recovery?* (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/global/research/global-reports/global-employment-trends/2014/WCMS_233953/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO. 2014b. *Employment policies for sustainable recovery and development: Recurrent discussion under the ILO Declaration on Social Justice for a Fair Globalization*, Report VI, International Labour Conference, 103rd Session, Geneva, 2014 (Geneva). Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_240032.pdf [16 Apr. 2014].
- ILO. 2014c. Forthcoming. *Global Wage Report 2014/15* (Geneva).
- ILO. 2014d. *World of Work Report 2014: Developing with jobs* (Geneva).
- ILO. 2014e. *Maternity and paternity at work: Law and practice across the world* (Geneva).
- ILO; EU (European Union); ILS (International Institute of Labour Studies). 2011. *A review of global fiscal stimulus*, EC–ILS Joint Discussion Paper Series No. 5. Available at: http://www.ilo.org/inst/research/addressing-crisis-challenges/discussion-paper-series/WCMS_194175/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO; OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2013. *Addressing employment, labour market and social protection challenges in G20 countries: Key measures since 2010* (Geneva and Paris). Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_217544.pdf [16 Apr. 2014].
- ILO; UNDP (United Nations Development Programme). 2009. *Work and family: Towards new forms of reconciliation with social co-responsibility* (Santiago de Chile). Available at: http://www.ilo.org/gender/Informationresources/Publications/WCMS_111375/lang--n/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO; World Bank. 2012. *Joint synthesis report: Inventory of policy responses to the financial and economic crisis* (Geneva and Washington, DC). Available at: http://ilo.org/empelm/pubs/WCMS_186324/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].
- ILO; World Bank; DfID (UK Department for International Development); UNICEF (United Nations Children’s Fund); ISSA (International Social Security Association); ODI (Overseas Development Institute); International Policy Center for Inclusive Growth; HelpAge International. 2013. *Joint proposal on international social protection data harmonisation*, input to 3rd meeting of the Social Protection Inter-Agency Cooperation Board (SPIAC-B) (Geneva and Washington, DC). Available at: http://www.ilo.org/newyork/issues-at-work/social-protection/social-protection-inter-agency-cooperationboard/third-meeting/WCMS_227154/lang--en/index.htm [16 Apr. 2014].
- IMF (International Monetary Fund). 2003. *Proposed features of a sovereign debt restructuring mechanism* (Washington, DC). Available at: <http://www.imf.org/external/np/pdr/sdrm/2003/021203.htm> [16 Apr. 2014].

- IMF. 2008. *Food and fuel prices: Recent developments, macroeconomic impact, and policy responses – an update* (Washington, DC). Available at: <http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2008/091908.pdf> [8 May 2014].
- IMF. 2009. *Creating policy space: Responsive design and streamlined conditionality in recent low-income country programs* (Washington, DC). Available at: <http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2009/091009a.pdf> [16 Apr. 2014].
- IMF. 2010a. *Exiting from crisis intervention policies* (Washington, DC). Available at: <http://www.imf.org/external/np/pp/eng/2010/020410.pdf> [16 Apr. 2014].
- IMF. 2010b. *Strategies for fiscal consolidation in the post-crisis world*, Departmental Paper No. 10/4 (Washington, DC). Available at: <http://www.imf.org/external/pubs/cat/longres.aspx?sk=23878.0> [16 Apr. 2014]
- IMF. 2010c. *Financial sector taxation: The IMF's report to the G-20 and background material* (Washington, DC).
- IMF. 2012. *Iceland: 2012 Article IV consultation and first post-program monitoring discussion*, IMF Country Report No. 12/89 (Washington, DC). Available at: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2012/cr1289.pdf> [16 Apr. 2014].
- IMF. 2013a. *World Economic Outlook October 2013: Transitions and tensions* (Washington, DC). Available at: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2013/02/> [16 Apr. 2014].
- IMF. 2013b. *Energy subsidy reform: Lessons and implications* (Washington, DC). Available at: <http://www.imf.org/external/np/fad/subsidies/> [16 Apr. 2014].
- IMF. 2013c. *Regional economic outlook Asia and Pacific: Shifting risks, new foundations for growth* (Washington, DC). Available at: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/reo/2013/apd/eng/areo0413.htm> [16 Apr. 2014].
- IMF; World Bank. 2006. *Fiscal space policy for growth and development: An interim report*, Background Paper for the Development Committee Meeting, (Washington, DC).
- IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). 2013. *Duas décadas de desigualdade e pobreza no Brasil medidas pela Pnad/IBGE*, Comunicados do Ipea No. 159. Available at: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=20005 [16 Apr. 2014].
- Islam, I.; Chowdhury, A. 2010a. *Fiscal consolidation, growth and employment: What do we know?*, G24 Policy Brief No. 57.
- Islam, I.; Chowdhury, A. 2010b. *The fallacy of austerity-based fiscal consolidation*, G24 Policy Brief No. 58.
- ISSA (International Social Security Association). 2012. *Return-to-work programmes: Supporting health and employability*, Social Policy Highlight No. 22 (Geneva). Available at: <http://www.issa.int/details?uuid=c4133419-78dc-49f9-a005-4d74470d11ae> [16 Apr. 2014].
- ISSA (International Social Security Association). 2013. *Social security coverage extension in the BRICS: A comparative study on the extension of coverage in Brazil, the Russian Federation, India, China and South Africa* (Geneva). Available at: <http://www.issa.int/content/download/176183/3493137/file/2-BRICS-report.pdf> [3 Apr. 2014].

- Jackson, C.; Butters, S.; Byambaa, E.; Davies, M.; Perkins, N. 2011. *Lessons from social protection programme implementation in Kenya, Zambia and Mongolia*, IDS Research Report, Vol. 2011, No. 69 (Brighton, Institute for Development Studies). Available at: <http://www.ids.ac.uk/publication/lessons-from-social-protection-programmeimplementation-in-kenya-zambia-and-mongolia> [16 Apr. 2014].
- Jackson, R. 2013. *Attitudes toward the role of the family, the individual, and the State in providing retirement income: Survey evidence from emerging East Asia* (Washington, DC, Center for Strategic and International Studies).
- Kar, D.; Curcio, K. 2011. *Illicit financial flows from developing countries: 2000–2009* (Washington, DC, Global Financial Integrity).
- Karanikolos, M.; Mladovsky, P.; Cylus, J.; Thomson, S.; Basu, S.; Stuckler, D.; Mackenbach, J.P.; McKee, M. 2013. “Financial crisis, austerity, and health in Europe”, in *The Lancet*, Vol. 381, Issue No. 9874, pp. 1323–1331. Available at: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60102-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60102-6/abstract) [16 Apr. 2014].
- Kentikelenis, A.; Karanikolos, M.; Papanicolas, I.; Basu, S.; McKee, M.; Stuckler, D. 2011. “Health effects of financial crisis: Omens of a Greek tragedy”, in *The Lancet*, Vol. 378, Issue No. 9801, pp. 1457–1458. Available at: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61556-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61556-0/fulltext) [16 Apr. 2014].
- Kentikelenis, A.; Karanikolos, M.; Reeves, A.; McKee, M.; Stuckler, D. 2014. “Greece’s health crisis: From austerity to denialism”, in *The Lancet*, Vol. 383, Issue No. 9918, pp. 748–753. Available at: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62291-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62291-6/abstract) [16 Apr. 2014].
- Kruger, A. 2002. *A new approach to sovereign debt restructuring* (Washington, DC, IMF).
- Krugman, P. 2012. *End this depression now* (New York, Norton)
- Künzel, S. 2012. “The local dimension of active inclusion policy”, in *Journal of European Social Policy*, Vol. 22, No. 3, pp. 3–16. Available at: <http://esp.sagepub.com/content/22/1/3> [16 Apr. 2014].
- Lagarde, C. 2011. “Don’t let fiscal brakes stall global recovery”, in *Financial Times*, 15 Aug. Available at: <http://www.ft.com/cms/s/0/315ed340-c72b-11e0-a9ef-00144feabdc0.html#axzz30yG76vCO> [8 May 2014].
- Lancet Commission (*The Lancet*–University of Oslo Commission on Global Governance for Health). 2013. “Global health 2035: A world converging within a generation”, in *The Lancet*, Vol. 382, Issue 9908, pp. 1898–1955. Available at: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62105-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62105-4/fulltext) [16 Apr. 2014].
- Lancet Commission (*The Lancet*–University of Oslo Commission on Global Governance for Health). 2014. *The political origins of health inequity: Prospects for change*. Available at: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62407-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62407-1/fulltext) [16 Apr. 2014].

- Lieuw-Kie-Song, M. 2011. *Integrating public works and cash transfers in Ethiopia: Implications for social protection, employment and decent work*, International Poverty Centre Working Paper No. 84 (Brasilia, International Policy Centre for Inclusive Growth). Available at: <http://www.ipc-undp.org/pub/IPCWorkingPaper84.pdf> [16 Apr. 2014].
- Lieuw-Kie-Song, M.; Philip, K.; Tsukamoto, M.; Van Imschoot, M. 2011. *Towards the right to work: Innovations in Public Employment Programmes (IPEP)*, Employment Working Paper No. 69 (Geneva, ILO). Available at: http://www.ilo.org/employment/Whatwedo/Publications/working-papers/WCMS_158483/lang-en/index.htm [18 Apr. 2014].
- Lodemel, I.; Trickey, H. (eds). 2001. *“An offer you can’t refuse”: Workfare in international perspective* (Bristol, Policy Press).
- Lustig, N.; Pessino, C.; Scott, J. 2014. “The impact of taxes and social spending on inequality and poverty in Argentina, Bolivia, Brazil, Mexico, Peru, and Uruguay: Introduction to the special issue”, in *Public Finance Review*, Vol. 42, No. 3, pp. 287–303.
- Martínez Franzoni, J.; Sánchez-Ancochea, D. 2014. Forthcoming. “Public social services”, in J. Berg (ed.): *Labour market institutions and inequality: Building just societies in the 21st century* (Cheltenham, Edward Elgar).
- McCord, A. 2012. *Public works and social protection in sub-Saharan Africa: Do public works work for the poor?* (Tokyo, New York and Paris, United Nations University Press).
- Mesa-Lago, C. 2012. “Re-reforms of privatized pension systems in the world: A comparative study of Chile, Argentina, Bolivia and Hungary”, in *Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits- und Sozialrecht*, Vol. 26, No. 3, pp. 189–314.
- Minujin, A.; Nandy, S. (eds). 2012. *Global child poverty and well-being: Measurement, concepts, policy and action* (Bristol, Policy Press).
- Mladovsky, P.; Drivastava, D.; Cylus, J.; Karanikolos, M.; Evetovits, T.; Thomson, S.; McKee, M. 2012. *Health policy responses to the financial crisis in Europe* (Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe). Available at: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf [8 May 2014].
- Mokomane, Z. 2012. *Anti-poverty family-focused policies in developing countries*, Background Paper to the Twentieth Anniversary of the International Year of the Family, 2014 (New York, UNDESA). Available at: http://www.un.org/esa/socdev/family/docs/BP_POVERTY.pdf [18 Apr. 2014].
- Molyneux, M. 2007. *Change and continuity in social protection in Latin America: Mothers at the service of the state?* (Geneva, United Nations Research Institute for Social Development). Available at: <http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/search/BF80E0A84BE41896C12573240033C541> [3 May 2014].
- Monchuk, V. 2014. *Reducing poverty and investing in people: The new role of safety nets in Africa* (Washington, DC, World Bank). Available at: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16256> [18 Apr. 2014].
- Moore, M. 2013. *Obstacles to increasing tax revenues in low income countries*, Working Paper

- No. 15 (Brighton, International Centre for Tax and Development). Available at: <http://www.ids.ac.uk/publication/obstacles-to-increasing-tax-revenues-in-low-income-countries> [18 Apr. 2014]
- Morduch, J. 1995. "Income smoothing and consumption smoothing", in *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 9, No. 3, pp. 103–114.
- Nawal, D.; Sekher, T.V.; Goli, S. 2013. "Decomposing the socioeconomic inequality in utilisation of maternal health-care services in selected Asian and sub-Saharan African countries", in *The Lancet*, special issue on "Global health metrics and evaluation", 17 June, p. S97.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2008. *Growing unequal? Income distribution and poverty in OECD countries* (Paris). Available at: http://www.oecd.org/document/4/0,3343,en_2649_33933_41460917_1_1_1_1,00.html#NEWS [8 May 2014].
- OECD. 2009a. *Promoting pro-poor growth: Social protection* (Paris). Available at: <http://www.oecd.org/dac/povertyreduction/promotingpro-poorgrowthsocialprotection.htm> [18 Apr. 2014].
- OECD. 2009b. *Social Expenditure database (SOCX)* (Paris). Available at: <http://www.oecd.org/social/expenditure.htm> [3 Apr. 2014].
- OECD. 2009c. *Doing better for children* (Paris).
- OECD. 2010a. *Latin American Economic Outlook 2011: How middle class is Latin America?* (Paris). Available at: http://www.oecd-ilibrary.org/development/latin-american-economic-outlook-2011_leo-2011-en [18 Apr. 2014].
- OECD. 2010b. *Sickness, disability and work: Breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries* (Paris). Available at: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/sickness-disability-and-work-breaking-the-barriers_9789264088856-en [20 Apr. 2014].
- OECD. 2010c. *Obesity and the economics of prevention: Fit not fat* (Paris). Available at: <http://www.oecd.org/els/health-systems/obesityandtheeconomicsofpreventionfitnotfat.htm> [20 Apr. 2014].
- OECD. 2010d. *OECD Economic Outlook No. 87* (Paris). Available at: http://www.oecdilibrary.org/economics/data/oecd-economic-outlook-statistics-and-projections/oecdeconomic-outlook-no-87_data-00492-en;jsessionid=e9ecb59hs92k.delta?isPartOf=/content/datacollection/eo-data-en [20 Apr. 2014].
- OECD. 2011a. *Doing better for families* (Paris). Available at: <http://www.oecd.org/social/soc/doingbetterforfamilies.htm> [20 Apr. 2014].
- OECD. 2011b. *Divided we stand: Why inequality keeps rising* (Paris). Available at: <http://www.oecd.org/social/soc/dividedwestandwhyinequalitykeepsrising.htm> [20 Apr. 2014].
- OECD. 2012a. *Pensions Outlook 2012* (Paris). Available at: <http://www.oecd.org/finance/private-pensions/oecd-pensions-outlook-2012.htm> [20 Apr. 2014].
- OECD. 2012b. *Social spending after the crisis: Social expenditure SOCX data update 2012* (Paris). Available at: <http://www.oecd.org/social/expenditure.htm> [3 Apr. 2014].

- OECD. 2012c. *Restoring public finances (2012 update)* (Paris). Available at: <http://www.oecd.org/gov/budgeting/restoringpublicfinances-reportoutliningthefiscalconsolidationplansof30oecdcountries.htm> [20 Apr. 2014].
- OECD. 2013a. *Pensions at a Glance 2013: Retirement-income systems in OECD and G20 countries* (Paris). Available at: <http://www.oecd.org/pensions/pensionsataglance.htm> [20 Apr. 2014].
- OECD. 2013b. *Crisis squeezes income and puts pressure on inequality and poverty: New results from the OECD income distribution database* (Paris). Available at: <http://www.oecd.org/els/soc/OECD2013-Inequality-and-Poverty-8p.pdf> [20 Apr. 2014].
- OECD. 2013c. *International Migration Outlook 2013* (Paris). Available at: <http://www.oecd.org/els/mig/imo2013.htm> [20 Apr. 2014].
- OECD. 2013d. *Health at a Glance 2013: OECD indicators* (Paris). Available at: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-at-a-glance.htm> [20 Apr. 2014].
- OECD. 2013e. *Development Co-operation Report 2013: Ending poverty* (Paris). Available at: <http://www.oecd.org/dac/dcr2013.htm> [20 Apr. 2014].
- OECD. 2014a. *Fragile States 2014: Domestic revenue mobilisation* (Paris). Available at: <http://www.oecd.org/dac/incaf/resourceflowstofragilestates.htm> [20 Apr. 2014].
- OECD. 2014b. *OECD Family Database* (Paris). Available at: www.oecd.org/social/family/database [20 Apr. 2014].
- OHCHR (Office of the UN High Commissioner for Human Rights). 2012. *Thematic study on the work and employment of persons with disabilities*, Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, A/HRC/22/25 (Geneva). Available at: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/A-HRC-22-25_en.pdf [18 Apr. 2014].
- OHCHR (Office of the High Commissioner for Human Rights). 2013. *Report on austerity measures and economic, social and cultural rights*, presented to ECOSOC, Substantive Session of 2013, Geneva, 1–26 July, E/2013/82 (Geneva). Available at: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Development/RightsCrisis/E-2013-82_en.pdf [18 Apr. 2014].
- Ortiz, I.; Burke, S.; Berrada, M.; Cortes, H. 2013. *World protests 2006–2013*, Working Paper, Sep. (New York, Initiative for Policy Dialogue and Friedrich-Ebert-Stiftung).
- Ortiz, I.; Chai, J.; Sire, X.R. 2010. *Protecting salaries of frontline teachers and health workers*, UNICEF Policy and Practice Working Paper. Available at: http://www.unicef.org/socialpolicy/index_53314.html [20 Apr. 2014].
- Ortiz, I.; Cummins, M. 2013. *The age of austerity: A review of public expenditures and adjustment measures in 181 countries*, Working Paper (New York and Geneva, Initiative for Policy Dialogue and the South Centre). Available at: http://policydialogue.org/files/publications/Age_of_Austerity_Ortiz_and_Cummins.pdf [20 Apr. 2014].
- Ortiz, I.; Cummins, M. (eds). 2012. *A recovery for all: Rethinking socio-economic policies for children and poor households* (New York, UNICEF, Division of Policy and Practice).

- Ortiz, I.; Moreira Daniels, L.; Engilbertsdóttir, S. 2012. *Child poverty and inequality: New perspectives* (New York, UNICEF). Available at: http://www.unicef.org/socialpolicy/index_62108.html [20 Apr. 2014].
- Ostry, J.D.; Berg, A.G.; Tsangarides, C.G. 2014. *Redistribution, inequality, and growth*, IMF Staff Discussion Note No. 14/02 (Washington, DC, IMF). Available at: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/sdn/2014/sdn1402.pdf> [20 Apr. 2014].
- Oxfam. 2013. *A cautionary tale: The true cost of austerity and inequality in Europe*, Briefing Paper (London). Available at: <http://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/acautionary-tale-the-true-cost-of-austerity-and-inequality-in-europe-301384> [20 Apr. 2014].
- Padoan, P.C. 2010. *How to correct global imbalances*, OECD Observer No. 279, May. Available at: http://www.oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/3248/How_to_correct_global_imbalances.html [20 Apr. 2014].
- Patel, L.; Hochfeld, T.; Moodley, J. 2013. "Gender and child sensitive social protection in South Africa", in *Development Southern Africa*, Vol. 30, No. 1, pp. 69–83.
- Patel, L.; Hochfeld, T.; Moodley, J.; Mutwali, R. 2012. *The gender dynamics and impact of the child support grant in Doornkop, Soweto* (Johannesburg, University of Johannesburg, Center for Social Development in America). Available at: <http://www.childwatch.uio.no/publications/research-reports/gender%20dynamics%20and%20child%20support.pdf> [20 Apr. 2014].
- Pollin, R.; Epstein, G.; Heintz, J. 2008. *Pro-growth alternatives for monetary and financial policies in sub-Saharan Africa*, Policy Research Brief No. 6 (Brasilia, UNDP International Poverty Centre).
- Rawdanowicz, L.; Wurzel, E.; Christensen, A.K. 2013. *The equity implications of fiscal consolidation*, OECD Economics Department Working Paper No. 1013 (Paris). Available at: <http://dx.doi.org/10.1787/5k4dlvx2wjq0-en> [8 May 2014].
- Ray, R.; Kozameh, S. 2012. *Ecuador's economy since 2007*, Working Paper (Washington, DC, Center for Economic and Policy Research).
- Razavi, S.; Arza, C.; Braunstein, E.; Cook, S.; Goulding, K. 2012. *Gendered impacts of globalization: Employment and social protection*, Gender and Development Paper No. 16 (Geneva, United Nations Research Institute for Social Development). Available at: <http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/search/6E16D1DC33F5D82BC12579D000478859?OpenDocument> [20 Apr. 2014].
- Republic of Kenya. 2010. *Constitution of Kenya 2010*. Available at: <https://www.kenyaembassy.com/pdfs/The%20Constitution%20of%20Kenya.pdf> [20 Apr. 2014]
- Reynaud, E. (ed.). 2000. *Social dialogue and pension reform* (Geneva, ILO).
- Ringen, S.; Ngok, K. 2013. *What kind of welfare state is emerging in China?*, UNRISD Working Paper No. 2013-2 (Geneva, United Nations Research Institute for Social Development). Available at: <http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/search/28BCE0F59BDD3738C1257BE30053EBA?OpenDocument> [20 Apr. 2014].

- Robalino, D.A.; Vodopivec, M.; Bodor, A. 2010. *Savings for unemployment in good or bad times: Options for developing countries*, IZA Discussion Paper No. 4516 (Bonn, Institute for the Study of Labor).
- Ryder, G. 2013. *Avoiding the risk of a slow growth trap*, Statement to the International Monetary and Financial Committee and Development Committee (Washington, DC, IMF).
- Sanfilippo, M.; de Neubourg, C.; Martorano, B. 2012. *The impact of social protection on children: A review of the literature*, UNICEF Office of Research Working Paper (New York, UNICEF). Available at: <http://www.unicef-irc.org/publications/666> [20 Apr. 2014].
- Sarfati, H.; Ghellab, Y. 2012. *The political economy of pension reforms in times of global crisis: State unilateralism or social dialogue?*, Working Paper No. 37 (Geneva, ILO). Available at: http://www.ilo.org/ifpdial/information-resources/publications/WCMS_176346/lang--en/index.htm [20 Apr. 2014].
- Sarra, J. 2008. *Employee and pension claims during company insolvency: A comparative study of 62 jurisdictions* (Toronto, Carswell).
- Save the Children. 2012a. *A chance to grow: How social protection can tackle child malnutrition and promote economic opportunities* (London). Available at: <https://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/chance-grow> [20 Apr. 2014].
- Save the Children. 2012b. *What cash transfer programming can do to protect children from violence, abuse and exploitation: Review and recommendations* (London). Available at: <http://www.savethechildren.org.uk/resources/online-library/cash-and-child-protection> [20 Apr. 2014].
- Scheil-Adlung, X.; Bonan, J. 2012. *Can the European elderly afford the financial burden of health and long-term care? Assessing impacts and policy implications*, Extension of Social Security ESS Paper No. 31 (Geneva, ILO). Available at: <http://www.ilo.org/gimi/gess/ShowRessource.action?ressource.ressourceId=30228> [20 Apr. 2014].
- Scheil-Adlung, X.; Bonan, J. 2013. "Gaps in social protection for health care and long-term care in Europe: Are the elderly faced with financial ruin?", in *International Social Security Review*, Vol. 66, No. 1, pp. 25–48. Available at: <http://dx.doi.org/10.1111/issr.12001> [20 Apr. 2014].
- Scheil-Adlung, X.; Bonnet, F. 2011. "Beyond legal coverage: Assessing the performance of social health protection", in *International Social Security Review*, Vol. 64, No. 3, pp. 21–38.
- Scheil-Adlung, X.; Kuhl, C. 2012. *Evidence on gender inequities in social health protection: The case of women living in rural areas*, Extension of Social Security ESS Paper No. 29 (Geneva). Available at: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowRessource.action?ressource.ressourceId=28986> [20 Apr. 2014].
- Scheil-Adlung, X.; Sandner, L. 2010. *Paid sick leave: Incidence, patterns and expenditure in times of crises*, Extension of Social Security ESS Paper No. 27 (Geneva, ILO). Available at: http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/Workingpapers/WCMS_207675/lang--en/index.htm [20 Apr. 2014].
- Schmitt, V.; Sakunphanit, T.; Prasitsiriphol, O. 2013. *Social protection assessment based national dialogue: Towards a nationally defined social protection floor in Thailand* (Bangkok, United

- Nations/Royal Thai Government Joint Team on Social Protection). Available at: http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-and-tools/books-and-reports/WCMS_213264/lang--en/index.htm [20 Apr. 2014].
- Sehnbruch, K. 2006. “Unemployment insurance or individual savings accounts: Can Chile’s new scheme serve as a model for other developing countries?”, in *International Social Security Review*, Vol. 59, No. 1, pp. 27–48
- Sekabaraga, C.; Soucat, A.; Diop, F.; Martin, G. 2011. “Innovative financing for health in Rwanda: A report of successful reforms”, in P. Chunam-Pole and M. Angwafo (eds): *Yes, Africa can: success stories from a dynamic continent* (Washington, DC, World Bank), pp. 403–416. Available at: <http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/258643-1271798012256/Rwanda-health.pdf> [20 Apr. 2014].
- Sepúlveda, M. 2012. *The human rights based approach to recovery from the global economic and financial crises, with a focus on those living in poverty*, Report of the Independent Expert on the Question of Human Rights and Extreme Poverty, Magdalena Sepúlveda Carmona, Human Rights Council (A/HRC/17/34). Available at: <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/17session/A-HRC-17-34.pdf> [20 Apr. 2014].
- Sepúlveda, M. 2014. *From undeserving poor to rights holder: A human rights perspective on social protection systems*, Working Paper (London, Development Pathways). Available at: <http://www.developmentpathways.co.uk/downloads/working-papers/from-undeserving-poor-to-rights-holder---magdalena-sepulveda.pdf> [20 Apr. 2014].
- Sepúlveda, M.; Nyst, C. 2012. *The human rights approach to social protection* (Helsinki, Ministry of Foreign Affairs of Finland). Available at: <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/EPoverty/HumanRightsApproachToSocialProtection.pdf> [20 Apr. 2014].
- Skoufias, E.; Parker, S. 2001. *Conditional cash transfers and their impact on child work and schooling: Evidence from PROGRESA program in Mexico*, FCND Discussion Paper No. 123 (Washington, DC, International Food Policy Research Institute). Available at: <http://www.ifpri.org/publication/conditional-cash-transfers-and-their-impact-child-workand-schooling-0?print> [20 Apr. 2014].
- Soares, S.; Perez Ribas, R.; Veras Soares, F. 2010. *Targeting and coverage of the Bolsa Família Programme: Why knowing what you measure is important in choosing the numbers*, IPC Working Paper No. 71 (Brasilia, International Policy Centre for Inclusive Growth). Available at: <http://www.ipc-undp.org/pub/IPCWorkingPaper71.pdf> [20 Apr. 2014].
- Social Protection Floor Advisory Group. 2011. *Social protection floor for a fair and inclusive globalization* (Geneva, ILO). Available at: http://www.ilo.org/global/publications/books/forthcoming-publications/WCMS_165750/lang--en/index.htm [20 Apr. 2014].
- Solt, F. 2009. “Standardizing the world income inequality database”, in *Social Science Quarterly*, Vol. 90, No. 2, pp. 231–242. Available at: <http://myweb.uiowa.edu/fsolt/swiid/swiid.html> [20 Apr. 2014].

- Solt, F. 2013. Standardized World Income Inequality Database (SWIID), Version 4.0, Sep. Available at: <http://myweb.uiowa.edu/fsolt/swiid/swiid.html> [20 Apr. 2014].
- SSA (Social Security Administration of the United States); ISSA (International Social Security Association). 2012. *Social security programs throughout the world: Europe, 2012* (Washington, DC and Geneva). Available at: <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2012-2013/europe/> [20 Apr. 2014].
- SSA (Social Security Administration of the United States); ISSA (International Social Security Association). 2013a. *Social security programs throughout the world: Asia and Pacific, 2012* (Washington, DC and Geneva). Available at: <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2012-2013/asia/> [20 Apr. 2014].
- SSA (Social Security Administration of the United States); ISSA (International Social Security Association). 2013b. *Social security programs throughout the World: Africa, 2013* (Washington, DC and Geneva). Available at: <http://www.socialsecurity.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2012-2013/africa/> [20 Apr. 2014].
- SSA (Social Security Administration of the United States); ISSA (International Social Security Association). 2014. *Social security programs throughout the world: The Americas, 2011* (Washington, DC and Geneva). Available at: <http://www.socialsecurity.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2010-2011/americas/> [20 Apr. 2014].
- Stiglitz, J. 2009. “The global crisis, social protection and jobs”, in *International Labour Review*, Vol. 148, Nos 1–2, pp. 1–13. Available at: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1564-913X.2009.00046.x> [20 Apr. 2014]
- Stolz, S.M.; Wedow, M. 2010. *Extraordinary measures in extraordinary times: Public measures in support of the financial sector in the EU and the United States*, Occasional Paper Series No. 117 (Frankfurt, European Central Bank). Available at: <http://www.ecb.europa.eu/pub/pdf/scpops/ecbocp117.pdf> [15 Apr. 2014].
- Stuckler, D.; Basu, S. 2013. *The body economic: Why austerity kills* (New York, Basic Books).
- Subbarao, K.; Ninno, C.D.; Andrews, C.; Rodríguez-Alas, C. 2013. *Public works as a safety net: Design, evidence, and implementation* (Washington, DC, World Bank). Available at: <http://go.worldbank.org/OPT7HUOS10> [20 Apr. 2014].
- Sumner, A. 2010. *Global poverty and the new bottom billion: What if three-quarters of the world's poor live in middle-income countries?*, IDS Working Paper (Brighton, Institute for Development Studies). Available at: <http://www.ids.ac.uk/publication/global-povertyand-the-new-bottom-billion-what-if-three-quarters-of-the-world-s-poor-live-in-middleincome-countries> [20 Apr. 2014].
- Tangcharoensathien, V.; Prakongsai, P.; Limwattananon, S.; Patcharanarumol, W.; Jongudomsuk, P. 2009. “From targeting to universality: Lessons from the health system in Thailand”, in Peter Townsend (ed.), pp. 310–322.
- Taylor, J.E.; Kagin, J.; Filipinski, M.; Thome, K. 2013. *Evaluating general equilibrium impacts of Kenya's cash transfer programme for orphans and vulnerable children (CT-OVC)* (Rome, Food and Agriculture Organization). Available at: http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/p2p/Publications/Kenya_LEWIE_2013.pdf [20 Apr. 2014].

- Taylor, J.E.; Thome, K.; Davis, B. 2013. *Evaluating the spillover effects of social cash transfer programs*, The 3rd Annual Transfer Project Workshop, "Evaluating the impact of social cash transfers in sub-Saharan Africa", Lusaka, 23–25 Apr. 2013. Available at: <http://www.cpc.unc.edu/projects/transfer/events/third-annual-research-workshop/Paper3LocaleconomyeffectsofCTinSSATaylor.pdf> [20 Apr. 2014].
- Temin, M. 2010. *HIV-sensitive social protection: What does the evidence say?*, Paper prepared for IDS, UNICEF and UNAIDS meeting on "The evidence for HIV-sensitive social protection", Brighton, UK, 14–15 June 2010.
- Thomas, A.; Picos-Sánchez, F. 2012. *Shifting from social security contributions to consumption taxes: The impact on low-income earner work incentives*, OECD Taxation Working Paper No. 11 (Paris, OECD). Available at: http://www.oecd-ilibrary.org/taxation/shifting-from-social-security-contributions-to-consumption-taxes_5k95qw921521-en [20 Apr. 2014].
- Tirivayi, N.; Knowles, M.; Davis, B. 2013. *The interaction between social protection and agriculture: A review of evidence* (Rome, Food and Agriculture Organization).
- Townsend, P. (ed.). 2009. *Building decent societies: Rethinking the role of social security in state building* (Basingstoke, Palgrave). Available at: <http://www.palgrave.com/products/title.aspx?pid=370307> [8 May 2014].
- UN (United Nations). 2000. *General comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health*. Doc. E/C.12/2000/4 (Geneva, United Nations Economic and Social Council, Committee on Economic, Social and Cultural Rights). Available at: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en [20 Apr. 2014].
- UN. 2008. *General comment No. 19: The right to social security (Art. 9)*. Doc. E/C.12/GC/19 (Geneva, United Nations Economic and Social Council, Committee on Economic, Social and Cultural Rights). Available at: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fGC%2f19&Lang=en [20 Apr. 2014].
- UN. 2009a. *Global financial crisis: UN system joint initiatives* (New York, UN System Chief Executives Board for Coordination (CEB)). Available at: <http://www.ilo.org/public/libdoc/igo/2009/433767.pdf> [8 May 2014].
- UN. 2009b. *Report of the Commission of Experts of the President of the United Nations General Assembly on Reforms of the International Monetary and Financial System* (New York).
- UN. 2010a. *Report on the World Social Situation 2010: Rethinking poverty* (New York). Available at: <http://www.un.org/esa/socdev/rwss/docs/2010/fullreport.pdf> [20 Apr. 2014].
- UN. 2010b. *Keeping the promise: United to achieve the Millennium Development Goals*, Resolution adopted by the General Assembly, 22 Sep. 2010, MDG Summit, High Level Plenary Meeting of the General Assembly No. A/RES/65/1 (New York).
- UN. 2010c. *Till debt do us part: The urgency of a sovereign debt workout mechanism*, UNDESA Policy Brief No. 29 (New York, UN Department of Economic and Social Affairs).
- UN. 2012a. *The future we want*, Resolution adopted by the General Assembly, Rio de Janeiro, Sep. 2012.
- UN. 2012b. *Guiding principles on extreme poverty and human rights*, submitted by the Special

- Rapporteur on Extreme Poverty and Human Rights, Magdalena Sepúlveda Carmona, Human Rights Council, 21st Session, New York, July. Available at: <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Poverty/Pages/DGPIntroduction.aspx> [20 Apr. 2014].
- UN. 2012c. *Global health and foreign policy*, Resolution adopted by the UN General Assembly, 67th Session, New York, 12 Dec. Available at: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36 [20 Apr. 2014].
- UN. 2013a. *Economic empowerment through inclusive social protection and poverty reduction strategies*, Conference of States Parties to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 6th Session, New York, 17–19 July. Available at: http://www.un.org/disabilities/documents/COP/crpd_csp_2013_2.doc [20 Apr. 2014].
- UN. 2013b. *The Millennium Development Goals Report 2013* (New York). Available at: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/report-2013/mdg-report-2013-english.pdf> [20 Apr. 2014].
- UN. 2013c. *World Economic Situation and Prospects 2013* (New York).
- UN. 2013d. *The report on the world social situation: Inequality matters* (New York, UN Department of Economic and Social Affairs). Available at: <http://www.un.org/en/development/desa/publications/world-social-situation-2013.html> [20 Apr. 2014].
- UN. 2013e. *Economic and social survey of Asia and the Pacific 2013: Forward-looking macroeconomic policies for inclusive and sustainable development* (Bangkok, UN Economic and Social Commission for Asia and the Pacific). Available at: <http://www.unescap.org/publications/survey/surveys/survey2013.pdf> [20 Apr. 2014].
- UNCTAD (United Nations Conference on Trade and Development). 2011. *Development-led globalization: Towards sustainable and inclusive development paths* (Geneva).
- UNCTAD. 2012. *Trade and Development Report 2012: Policies for inclusive and balanced growth* (Geneva).
- UNCTAD. 2013. *Trade and Development Report 2013: Adjusting to the changing dynamics of the world economy* (Geneva).
- UNDP (United Nations Development Programme). 2007. *Fiscal space for what? Analytical issues from a human development perspective*, Paper for G20 Workshop on Fiscal Policy, Istanbul, 30 June–2 July 2007.
- UNDP. 2009. *Human Development Report 2009* (New York). Available at: <http://hdr.undp.org/en/content/human-development-report-2009> [20 Apr. 2014].
- UNDP. 2010. *Social protection in fiscal stimulus packages: Some evidence* (New York, UNDP Office of Development Studies).
- UNDP. 2011. *Illicit financial flows from the least developed countries: 1990–2008* (New York).
- UNDP. 2013. *Humanity divided: Confronting inequality in developing countries* (New York). Available at: http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty%20Reduction/Inclusive%20development/Humanity%20Divided/HumanityDivided_Full-Report.pdf [8 May 2014].

- UNDP. 2014. *Humanity divided: Confronting inequality in developing countries* (New York). Available at: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/povertyreduction/humanity-divided--confronting-inequality-in-developing-countries.html> [20 Apr. 2014].
- UNDP; RCPAR (Regional Centre for Public Administration Reform). 2011. *Economic crisis responses from a governance perspective in Eastern Europe and Central Asia: Regional report* (New York and Bratislava). Available at: http://www.rcpar.org/contents_en.asp?id=475 [20 Apr. 2014]
- UN ECOSOC (United Nations Economic and Social Council). 2009. *Recovering from the crisis: A Global Jobs Pact (Resolution)*, Substantive session of 2009, Geneva, 6–31 July. Available at: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@relconf/documents/meetingdocument/wcms_108456.pdf [20 Apr. 2014].
- UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization). 2014. *Teaching and learning: Achieving quality for all. Education for All global monitoring report 2013/14* (Paris). Available at: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002256/225660e.pdf> [3 May 2014].
- UNFPA (United Nations Population Fund); HelpAge International. 2012. *Ageing in the twenty-first century: A celebration and a challenge* (New York and London). Available at: <http://www.helpage.org/resources/ageing-in-the-21st-century-a-celebration-and-a-challenge/> [20 Apr. 2014].
- UNICEF (United Nations Children’s Fund). 2010. *Protecting salaries of frontline teachers and health workers*, Social and Economic Policy Working Brief (New York). Available at: http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Protecting_Salaries_of_Frontline_Teachers_and_Health_care_Workers_final%281%29.pdf [20 Apr. 2014].
- UNICEF. 2012. *Integrated social protection systems: Enhancing equity for children* (New York). Available at: http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Presentation_Jennifer_Yablonski_UNICEF_20_Feb_2012.pdf [20 Apr. 2014].
- UNICEF. 2013. *The State of the World’s Children 2013: Children with disabilities* (New York). Available at: <http://www.unicef.org/sowc2013/> [20 Apr. 2014].
- UNICEF. 2014. *The State of the World’s Children 2014 in Numbers: Every child counts* (New York). Available at: http://www.unicef.org/publications/index_71829.html [20 Apr. 2014].
- UNICEF; ILO. 2013. *Supporting workers with family responsibilities: Connecting child development and the decent work agenda* (New York and Geneva). Available at: http://www.ilo.org/travail/areasofwork/work-and-family/WCMS_217181/lang--en/index.htm [20 Apr. 2014].
- UNRISD (United Nations Research Institute for Social Development). 2010. *Combating poverty and inequality: Structural change, social policy and politics* (Geneva). Available at: <http://www.unrisd.org/publications/cpi> [20 Apr. 2014].
- Vaughan-Whitehead, D. 2013. *Public sector shock: The impact of policy retrenchment in Europe* (Geneva and Cheltenham, ILO and Edward Elgar).
- Vaughan-Whitehead, D. 2014. “Is Europe losing its soul? The European social model in times of crisis. Conference organized by the International Labour Office in collaboration with the

- European Commission”, in D. Vaughan-Whitehead (ed.): *The European social model in times of economic crisis and austerity policies* (Geneva, ILO), pp. 1–52.
- Vodopivec, M. 2009. *Introducing unemployment insurance to developing countries*, Social Protection Discussion Paper Series No. 0907 (Washington, DC, and Bonn, World Bank and IZA). Available at: http://www.iza.org/en/webcontent/publications/policypapers/viewAbstract?policypaper_id=6 [20 Apr. 2014].
- Whitehouse, E. 2012. *Adequacy (1): Pension entitlements, replacement rates and pension wealth*, World Bank Pension Indicators and Database Briefing No. 3 (Washington, DC, World Bank). Available at: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2012/06/30/000426104_20120630145406/Rendered/PDF/703490BRI0P109070036B00PUBLIC00NC03.pdf [20 Apr. 2014].
- WHO (World Health Organization). 2010. *World Health Report 2010. Health systems financing: The path to universal coverage* (Geneva). Available at: <http://www.who.int/whr/2010/en/> [20 Apr. 2014].
- WHO. 2011a. *Impact of economic crises on mental health* (Geneva).
- WHO. 2011b. *Sustainable health financing structures and universal coverage*, Resolution No. WH64.9 adopted by 64th World Health Assembly (Geneva).
- WHO. 2012. *Spending on health: A global overview*, Fact sheet No. 319 (Geneva).
- WHO; World Bank. 2011. *World report on disability* (Geneva and Washington, DC). Available at: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/ [20 Apr. 2014]
- Witter, S.; Arhinful, D.; Kusi, A.; Zakariah-Akoto, S. 2007. “The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care”, in *Reproductive Health Matters*, Vol. 15, No. 30, pp. 61–71.
- Woodall, J.; Hagemeyer, K. 2009. *How can we maintain pension levels in pay-as-you-go schemes? Maintaining pension levels in PAYG schemes in ageing societies: Rules versus discretion*, International Social Security Association Technical Seminar on Pensions, Paris, 1–2 Oct. 2009. Available at: http://www.ilo.org/secsoc/information-resources/publications-andtools/articles/WCMS_SECSOC_32289/lang--en/index.htm [20 Apr. 2014].
- Woolard, I.; Harttgen, K.; Klasen, S. 2010. *The evolution and impact of social security in South Africa*, Background Paper to the *European Development Report 2010* (Florence, Robert Schumann Centre for Advanced Studies). Available at: <http://erd.eui.eu/media/BackgroundPapers/Woolard-Harttgen-Klasen.pdf> [8 May 2014].
- World Bank. 2003. *The contribution of social protection to the Millennium Development Goals* (Washington, DC).
- World Bank. 2012. *Resilience, equity and opportunity: The World Bank’s social protection and labor strategy 2012–2022* (Washington, DC). Available at: <http://go.worldbank.org/2SVY7NI3Y0> [20 Apr. 2014].
- World Bank. 2014. *World Development Report 2014: Risk and opportunity – Managing risk for development* (Washington, DC). Available at: <http://go.worldbank.org/OSAT4FHFP0> [20 Apr. 2014].

- Xu, K.; Evans, D.; Kawabata, K. 2003. "Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis", in *The Lancet*, Vol. 362, No. 9378, pp. 111–17. Available at: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol362no9386/PIIS0140-6736\(00\)X3809-3](http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol362no9386/PIIS0140-6736(00)X3809-3) [20 Apr. 2014].
- Yablonski, J.; O'Donnell, M. 2009. *Lasting benefits: The role of cash transfers in tackling child mortality* (London, Save the Children UK).
- Zaid, A.; Sherry, H.; El-Badrawi, M.; Haber, J. 2014. *Arab uprisings and social justice: implications of IMF subsidy reform policies* (Washington, DC, New America Foundation). Available at: http://middleeast.newamerica.net/sites/newamerica.net/files/policydocs/Policy_Paper_Arab_Uprisings_and_Social_Justice.pdf [8 May 2014].

بانک داده های بین المللی ارجاع داده شده در این کتاب:

- Asian Development Bank: Key Indicators for Asia and the Pacific 2013, Part III – Regional Trends and Tables: Government and governance. Available at: <http://www.adb.org/publications/key-indicators-asia-and-pacific-2013?ref=publications/series/key-indicatorsfor-asia-and-the-pacific> [20 Apr. 2014].
- Asian Development Bank: Social Protection Index database. Available at: <http://spi.adb.org/spidmz/index.jsp> [20 Apr. 2014].
- Council of Europe: Mutual Information System on Social Protection of the Council of Europe (MISSCEO) (Strasbourg). Available at: http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialsecurity/missceo/missceo_EN.asp [20 Apr. 2014].
- Eurofound: European Working Conditions Observatory. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/working/>.
- European Commission: Mutual Information System on Social Protection (MISSOC). Available at: <http://www.missoc.org/MISSOC/MISSOCII/MISSOCII/index.htm> [20 Apr. 2014].
- European Employment Observatory. Available at: <http://www.eu-employment-observatory.net/> [3 May 2014].
- European Labour Law Network. Available at: <http://www.labourlawnetwork.eu/> [3 May 2014].
- Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/> [5 May 2014].
- Eurostat: Income and Living Conditions database. Available at: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/income_social_inclusion_living_conditions/data/database [20 Apr. 2014].
- HelpAge International: Global AgeWatch Index. Available at: <http://www.helpage.org/globalagewatch/> [20 Apr. 2014].
- HelpAge International: Pension Watch. Available at: <http://www.pension-watch.net/> [20 Apr. 2014].

ILO (International Labour Office): ILO Employment protection legislation database (EPLex). Available at http://www.ilo.org/dyn/epl/termmain.home?p_lang=en [20 Apr. 2014].

ILO (International Labour Office): ILO International labour standards and national legislation database (NORMLEX) (incorporates the former IOLEX and NATLEX databases). Available at: <http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/> [20 Apr. 2014].

ILO (International Labour Office): Key Indicators of the Labour Market (KILM), 8th edition. Available at: http://www.ilo.org/empelm/what/WCMS_114240/lang--en/index.htm [20 Apr. 2014].

ILO (International Labour Office): ILO LABORSTA labour statistics database (ILOSTAT). Available at: <http://www.ilo.org/ilostat/> [20 Apr. 2014].

ILO (International Labour Office): ILO Social Protection Platform (formerly GESS platform). Available at: <http://www.social-protection.org/> [20 Apr. 2014].

ILO (International Labour Office): ILO Social Security Inquiry database. Available at <http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.home> [20 Apr. 2014].

ILO (International Labour Office): Working Conditions Laws database. Available at: <http://www.ilo.org/dyn/travail/travmain.home> [20 Apr. 2014].

IMF (International Monetary Fund): World Economic Outlook database. Available at: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2013/02/weodata/index.aspx> [8 May 2014].

ISSA (International Social Security Association): Social Security Country Profiles (incorporates information from SSA/ISSA Social security programs throughout the world: see below). Available at: <http://www.issa.int/country-profiles> [20 Apr. 2014].

OECD Family database. Available at: <http://www.oecd.org/els/family/> [20 Apr. 2014].

OECD Health Statistics database. Available at: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT [20 Apr. 2014].

OECD Income Distribution database. Available at: <http://www.oecd.org/els/soc/incomedistribution-database.htm> [20 Apr. 2014].

Solt, Frederick: Standardized World Income Inequality Database (SWIID, Version 4.0). Available at: <http://myweb.uiowa.edu/fsolt/swiid/swiid.html> [20 Apr. 2014].

SSA (Social Security Administration); ISSA (International Social Security Association): Social security programs throughout the world. Available at: <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/> [20 Apr. 2014].

United Nations: World Population Prospects, 2012 Revision. Available at: <http://esa.un.org/wpp/> [20 Apr. 2014].

UN ECLAC (United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean): Conditional Cash Transfer Programmes database: Non-contributory social protection programmes in Latin America and the Caribbean database. Available at: <http://dds.cepal.org/bdptc/en/> [20 Apr. 2014].

WHO (World Health Organization): Global Health Observatory. Available at <http://apps.who.int/ghodata/> [20 Apr. 2014].

WHO (World Health Organization): National Health Accounts. Available at: <http://www.who.int/health-accounts/en/> [20 Apr. 2014].

World Bank pensions data. Available at: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTPENSIONS/0,,contentMDK:23231994~menuPK:8874064~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:396253,00.html> [20 Apr. 2014].

World Bank: World Development Indicators. Available at: <http://data.worldbank.org/datacatalog/world-development-indicators> [20 Apr. 2014]

متن پشت جلد:

حمایت های اجتماعی نقشی مهم در تحقق حق انسانی تامین اجتماعی برای همه، کاهش فقر و نابرابری و بهبود رشد فراگیر از طریق تقویت سرمایه انسانی و بهره وری، حمایت از تقاضای داخلی و تحول اقتصاد ملی دارند. این کتاب به مرور ساختار نظام های حمایت های اجتماعی، دامنه پوشش و سطح مزایای آنها و مصارف عمومی حمایت های اجتماعی در جهان می پردازد. در این مجلد با دنبال کردن رویکرد چرخه زندگی، حمایت های اجتماعی کودکان، زنان و مردان در سن کار و در نهایت مزایای بازنشستگی و سایر حمایت های دیگر برای سالمندان بررسی شده است. همچنین این کتاب به ارزیابی پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت می پردازد. مجلد حاضر دربرگیرنده آخرین داده های آماری باارزش حوزه حمایت اجتماعی است.