

Examining the Impact of Changes in the Support Ratio of the Social Security Pension Fund on Justice in Health (With Emphasis on General Social Security Policies)

Seyed Sajjad Padam

PhD Student in Economics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.


padam_sajad@modares.ac.ir

 0000-0000-0000-0000

Lotfali Agheli

Faculty Member, Economics Research Institute, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran (Corresponding author).


aghelik@modares.ac.ir

 0000-0003-1043-346X

Amir Hossein Mozayani

Faculty Member, Economics Research Institute, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.


mozayani@modares.ac.ir

 0000-0002-3536-4328

Hossein Sadeghi Saghdal

Faculty Member, Economic Development and Planning Department, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

sadeghih@modares.ac.ir

 0000-0002-0719-5539

Abstract

Justice in health is a key indicator of the welfare system, specifically addressing access to healthcare and medical facilities for all society members. The Iranian Social Security Organization (ISSO), as the largest insurance fund in the country covering more than 47 million people, plays a pivotal role in achieving this goal. This is particularly significant as the organization collects insurance premiums from the public for compensating healthcare expenses. Thus, monitoring the fund's objectives and missions in this regard is essential, as there is a possibility that under economic and political pressures and a declining support ratio, the ISSO may prioritize settling pension-related claims. Therefore, the main research question is: "Does the financial strain of the pension system and the declining support ratio lead to a quantitative and qualitative weakening of healthcare services in the country?" To answer this question, this study analyzes statistical data from the Social Security Organization during 2001-2023, using linear regression. In this research, the support ratio and the general budget operating balance deficit were tested as independent variables and justice in health with (indicators such as the ratio of insured individuals to hospital beds, the number of hospitals and clinics to the Social Security Organization, the ratio of contracted physicians to insured individuals, treatment costs to total social security costs) as dependent variables. Based on the results, with a decrease in the support ratio, all selected indicators of equity in health significantly deteriorates.

Keywords: General Social Security Policies, Equity in health, Retirement crisis, Support Ratio, Social Security fund.

JEL Classification: D63, H53, H55, H75, I14, I31, I38

E-ISSN: 2588-6568 / Center for Strategic Research / Quarterly of Economic Strategy

 10.22034/es.2025.491944.1818



بررسی اثر تغییرات نسبت پشتیبانی صندوق بازنشستگی تأمین اجتماعی بر وضعیت عدالت در سلامت (با تأکید بر سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی)

سیدسجاد پادام

دانشجوی دکتری رشته اقتصاد دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

padam_sajad@modares.ac.ir

ORCID 0000-0000-0000-0000

لطفعلی عاقلی

عضو هیئت علمی پژوهشکده اقتصاد دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول).

aghelik@modares.ac.ir

ORCID 0000-0003-1043-346X

امیرحسین مزینی

عضو هیئت علمی پژوهشکده اقتصاد دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

mozayani@modares.ac.ir

ORCID 0000-0002-3536-4328

حسین صادقی سقدل

عضو هیئت علمی گروه توسعه اقتصادی و برنامه‌ریزی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

sadeghih@modares.ac.ir

ORCID 0000-0002-0719-5539

چکیده

عدالت در سلامت یکی از شاخص‌های کلیدی در نظام رفاهی است که به‌طور خاص به موضوع دسترسی به امکانات درمانی و بهداشتی برای آحاد جامعه می‌پردازد. صندوق تأمین اجتماعی به‌عنوان بزرگ‌ترین صندوق بیمه‌ای کشور با پوشش ۴۸ میلیون نفری، نقش محوری در تحقق این هدف در کشور دنبال می‌کند، به‌خصوص که این سازمان بابت پوشش مخارج درمانی از مردم حق بیمه اختصاصی دریافت می‌کند؛ بنابراین رصد اهداف و مأموریت صندوق در این خصوص ضروری به نظر می‌رسد، چراکه این احتمال وجود دارد که صندوق تأمین اجتماعی تحت فشارهای اقتصادی - سیاسی و کاهش نسبت پشتیبانی مجبور شود تسویه مطالبات حوزه بازنشستگی را در اولویت قرار دهد؛ بنابراین پرسش اصلی پژوهش، این است که «آیا فشار هزینه‌های نظام بازنشستگی و کاهش نسبت پشتیبانی موجب تضعیف کمی و کیفی ارائه خدمات درمانی در کشور خواهد شد؟». این پژوهش با استفاده از داده‌های آماری سازمان تأمین اجتماعی بین سال‌های ۱۳۸۰ تا ۱۴۰۲ انجام شده است و آزمون متغیرها به‌وسیله رگرسیون خطی انجام شد. در این پژوهش نسبت پشتیبانی و کسری تراز عملیاتی بودجه عمومی به‌عنوان متغیرهای مستقل و عدالت در سلامت با (شاخص‌هایی مانند تعداد بیمه‌پرداز به تخت، تعداد بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های ملکی تأمین اجتماعی و تعداد پزشکان تحت قرارداد به افراد تحت پوشش، هزینه درمان به کل هزینه‌های تأمین اجتماعی) به‌عنوان متغیرهای وابسته آزمون شدند. براساس نتایج مدل، با کاهش

نسبت پشتیبانی و افزایش کسری بودجه، همه شاخص‌های منتخب عدالت در سلامت به‌طور معناداری وضعیت بدتری پیدا کردند.

کلیدواژه‌ها: سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی، عدالت در سلامت، بحران بازنشستگی، نسبت پشتیبانی، صندوق تأمین اجتماعی.

طبقه‌بندی JEL: D63, H53, H55, H75, I14, I31, I38

شاپای الکترونیک: ۶۵۶۸-۲۵۸۸ / پژوهشکده تحقیقات راهبردی / فصلنامه علمی پژوهشی راهبرد اقتصادی

doi 10.22034/es.2025.491944.1818



مسئولیت مقاله از نظر محتوای علمی و نظریات مطرح‌شده در متن آن، به عهده نویسندگان و یا نویسنده مسئول مقاله می‌باشد و مورد تأیید / عدم تأیید صاحب امتیاز نشریه راهبرد اقتصادی نمی‌باشد.

مقدمه و بیان مسئله

یکی از شاخص‌های مهم نمایانگر وضعیت ثبات و پایداری صندوق‌های بازنشستگی با مدل تأمین مالی PAYG، نسبت پشتیبانی است (بهداروند، ۱۴۰۳). نسبت پشتیبانی در واقع از نسبت تعداد بیمه‌پرداز فعال به تعداد پرونده مستمری‌بگیران صندوق به دست می‌آید و به این موضوع اشاره دارد که برای حفظ پایداری مالی صندوق بازنشستگی به ازای هر مستمری‌بگیر باید چند نفر بیمه‌پرداز فعال داشته باشیم؛ بنابراین تضعیف یا تقویت نسبت پشتیبانی به ورودی و خروجی صندوق به‌طور هم‌زمان ارتباط دارد. برای ورودی و خروجی چهار فرآیند ذیل را می‌توان پیش‌بینی کرد:

- ۱- نرخ رشد ورودی صندوق مناسب باشد؛ اما نرخ رشد خروجی کنترل شده نباشد.
- ۲- نرخ رشد ورودی صندوق مناسب باشد و هم‌زمان نرخ رشد خروجی صندوق هم کنترل شده باشد.
- ۳- نرخ رشد ورودی صندوق مناسب نباشد و نرخ رشد خروجی کنترل شده باشد.^۱
- ۴- نرخ رشد ورودی صندوق مناسب نباشد و نرخ رشد خروجی هم کنترل شده نباشد.^۲

در بین فرآیندهای ذکر شده ایران یا صندوق تأمین اجتماعی تقریباً در فرآیند چهار قرار دارد. یعنی هم از حداکثر ظرفیت ممکن ورودی به صندوق استفاده نشده است و هم سرعت خروجی صندوق بسیار بالاست. در این پژوهش تلاش می‌شود بر اساس شواهد و داده‌ها اثبات شود که صندوق تأمین اجتماعی از نظر ورودی و خروجی دارای مسئله است و همین مسئله صندوق تأمین اجتماعی را به‌عنوان بزرگ‌ترین صندوق بیمه‌ای کشور^۳ با چالش مواجه خواهد کرد. چالش در صندوق تأمین اجتماعی می‌تواند ابعاد گسترده مالی داشته باشد و حتی دولت و بودجه

۱. فرآیند سه، فرآیندهای است که کشورهای اروپایی با پنجره جمعیتی بسته با آن مواجه هستند.

۲. خروجی صندوق‌ها باید بر اساس اصول اکچوئری و مدیریت ریسک باشد تا از ناتراز شدن صندوق بازنشستگی جلوگیری شود. در بیمه‌های اجتماعی یکی از مسائلی که مدیریت ریسک را با چالش مواجه می‌کند، عدم تناسب سن بازنشستگی با افزایش سن امید به زندگی است، یا مسئله وفور بازنشستگی‌های پیش از موعد نیز می‌تواند محاسبات فنی بیمه‌های اجتماعی را با چالش مواجه کند.

۳. صندوق تأمین اجتماعی با پوشش ۴۸ میلیون نفر از جمعیت کشور بالغ بر ۵۵ درصد جمعیت کشور را تحت پوشش قرار داده است.

عمومی را هم متأثر کند؛ اما آنچه در این پژوهش اهمیت دارد، تأثیر این چالش بر روی نظام درمان و ارائه با کیفیت خدمات درمانی توسط صندوق است.

نظام‌های بازنشستگی در ایران همچون بسیاری از کشورهای دنیا از جنس تعادل منابع - مصارف با تعریف مزایای معین (DB-PAYG) هستند. این نظام‌ها به دلیل تضمین سطحی از مستمری برای بیمه‌شدگان، فارغ از تکانه‌ها و تلاطمات اقتصادی و جمعیتی هزینه‌های بالایی داشته و به دلیل وابستگی بین نسلی، تغییرات جمعیتی تأثیر زیادی بر پایداری آنها دارد (قاسمی، ۱۴۰۲)؛ بنابراین صندوق‌های بازنشستگی با رویکرد مزایای معین مانند صندوق تأمین اجتماعی برای حفظ پایداری مالی و ارائه مطلوب خدمات تعهد شده باید از نسبت پشتیبانی بالای شش برخوردار باشند. نسبت پشتیبانی استاندارد در حالت مطلوب، معمولاً بین ۶ تا ۷ و حداقل آن برای جلوگیری از ورشکستگی صندوق‌ها ۳ است. (قنبری و دیگران، ۱۴۰۰).

اینکه چه ارتباطی بین نظام بازنشستگی و نظام درمان وجود دارد به فلسفه بیمه اجتماعی در قانون تأمین اجتماعی برمی‌گردد. بر اساس تبصره یک ماده ۲۸ قانون تأمین اجتماعی^۱ حق بیمه وصولی صندوق ۳۰ درصد مزد یا حقوق است که باید بر اساس ماده ۲۹ و ۳ قانون تأمین اجتماعی^۲ ۹ درصد آن در درمان (حوادث، بیماری‌ها و بارداری) و ۲۱ درصد دیگر در تعهدات نظام مستمری مانند غرامت دستمزد، از کارافتادگی، بازنشستگی و فوت هزینه شود. علاوه بر این، از بیمه‌شدگان اختیاری و حرف و مشاغل آزاد، مستمری‌بگیران و فرزندان چهارم و به بعد بیمه‌شدگان اجباری حق سرانه درمان دریافت می‌گردد. با وجود این شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد وقتی نسبت پشتیبانی به زیر عدد استاندارد ۶ برسد، به تدریج حجم و کیفیت خدمات درمانی صندوق کاهش می‌یابد.

شاخص عدالت در سلامت تأکید می‌کند هر فرد باید فرصت مناسب برای دستیابی به سلامت کامل بالقوه‌اش را دارا باشد و هیچ‌کس نباید از دستیابی به این ظرفیت محروم باشد (پزشکیان، ۱۳۹۸)؛ بنابراین مسئله دسترسی به خدمات درمانی

۱. تبصره ۱- از اول سال ۱۳۵۵ حق بیمه سهم کارفرما ۲۰ درصد مزد یا حقوق بیمه شده خواهد بود و با احتساب سهم بیمه‌شده و کمک دولت کل حق بیمه به ۳۰ درصد مزد یا حقوق افزایش می‌یابد.

۲. ماده ۲۹- نه درصد از مأخذ محاسبه حق بیمه مذکور در ماده ۲۸ این قانون حسب مورد برای هزینه‌های ناشی از موارد مذکور در بندهای الف و ب ماده ۳ این قانون تخصیص می‌یابد و بقیه به سایر تعهدات اختصاص خواهد یافت.

از مهم‌ترین شاخص‌های عدالت در سلامت است. ویلکینسون^۱ (۱۹۹۶) دریافت که میان کشورهای توسعه‌یافته این ثروتمندترین کشورها نیستند که سلامتی بیشتری دارند بلکه کشورهای با بیشترین میزان برابری بهترین نماگرهای سلامت را نیز دارند. بنابراین صیانت از سهم منابع درمان برای هزینه‌شدن در حوزه درمان برای توزیع عادلانه تر امکانات بهداشتی و درمانی ضروری است و تداوم فشار به هزینه‌های نظام بازنشستگی که تابع ناترازی در منابع-مصارف صندوق است، می‌تواند وضعیت شاخص عدالت در سلامت را بدتر کند. این در حالی است که جمعیت کشور با سرعت بالایی رو به سالمندی می‌رود و قطعاً هزینه‌های درمانی دوره سالمندی بسیار بیشتر از هزینه‌های درمان دوره جوانی خواهد بود. شجاعی و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهش خود دریافتند که با افزایش یک درصدی جمعیت سالمند، هزینه‌های سلامت بیش از ۲ درصد افزایش خواهد یافت. همچنین، پروین (۱۴۰۱) سیستم‌های تأمین اجتماعی را مؤثر در تحول اساسی در رفاه خانوارها دانسته و تأکید داشته که این سیستم‌ها به شدت تحت تأثیر بحران‌های اقتصادی (مالی)، افزایش جمعیت سالمند، ناکارآمدی بازار کار (افزایش نرخ‌های بیکاری) و افزایش تقاضا برای این خدمات، قرار دارند و مجموعه این عوامل نظام‌های تأمین اجتماعی را آسیب‌پذیر و شکننده کرده است که نتیجه آن تحت تأثیر قرار گرفتن رفاه خانوارهای تحت پوشش است.

۱. پیشینه پژوهش

کنگور و همکاران (۲۰۲۱)، در پژوهشی به سفارس صندوق بین‌المللی پول به بررسی اصلاح نظام بازنشستگی یونان پرداختند. این پژوهش نظام بازنشستگی را پدیده‌ای بین‌نسلی معرفی می‌کند و از این منظر نظام بازنشستگی یونان را مخرب، پیچیده و هزینه‌زا معرفی می‌کند به طوری که بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵ هزینه‌های نظام بازنشستگی یونان از ۱۱ درصد تولید ناخالص داخلی به ۱۷٫۷ درصد تولید ناخالص داخلی رسید؛ بنابراین از سال ۲۰۱۰ اصلاحاتی مانند افزایش نرخ حق بیمه و افزایش سنوات دوره اشتغال از ۳۵ سال به ۴۰ سال، ساماندهی مشاغل سخت و زیان‌آور و بازنشستگی‌های پیش از موعد و... در نظام بازنشستگی یونان اعمال شد. در این پژوهش به‌وضوح نشان داده می‌شود که حتی در سال ۲۰۱۸ یعنی چند سال پس از شروع اصلاحات نظام بازنشستگی در این کشور بودجه عمومی همچنان درگیر

۱. Wilkinson, R.

هزینه‌های نظم‌بازنشستگی بود و بودجه بخش‌های اولویت‌داری مانند سرمایه‌گذاری، خدمات عمومی ضروری، رفاه اجتماعی هدفمند و هزینه‌های بهداشتی را در این کشور تحت تأثیر قرار داده بود.

آلفرس و روگان^۱ (۲۰۱۵)، در پژوهشی با موضوع ارتباط بین سلامت و مشاغل غیررسمی در افریقای جنوبی نشان دادند که رسمیت در شغل با سلامتی ارتباط مثبتی دارد و هرچه درآمد در مشاغل رسمی بیشتر باشد، این ارتباط قوی‌تر است. همچنین بین کارگران با دستمزد کم، کمتر از ۱۰ درصد آنها از پوشش بیمه سهم کارفرمایی برخوردارند. این در حالی است که در بین کارگران با دستمزد متوسط و بالا به ترتیب ۷۰ درصد و ۹۷ درصد دارای پوشش بیمه سهم کارفرمایی هستند. به‌طور مشابه، کمک‌های پزشکی از سوی کارفرمایان در میان کارگران با دستمزد رسمی کم تقریباً وجود ندارد.

بریمن^۲ (۲۰۱۳)، در پژوهشی با عنوان بحران بازنشستگی عمومی به ابعاد مختلف اثرهای بحران بازنشستگی پرداخت و مسائل این حوزه را اثر وعده‌های بدون پشتوانه یا اصطلاحاً سوءاستفاده از طرح‌های بازنشستگی در قالب چانه‌زنی‌های سیاسی عنوان می‌کند. این پژوهش به‌خوبی درباره محدودیت منابع عمومی بحث می‌کند و عنوان می‌کند که در شرایطی که برای هر دلار منابع دولتی رقابت وجود دارد و هیچ‌کس مایل نیست مالیات بیشتری به دولت بپردازد، پرداختن بیش از حد از منابع بودجه عمومی به سالمندان می‌تواند مابه‌ازای نپرداختن به آموزش و بهداشت اقشار کم‌درآمد جامعه باشد. برعکس کشور ما در بسیاری از کشورها سهم حق بیمه درمان به همراه حق بیمه بازنشستگی اخذ نمی‌شود؛ بنابراین یک دغدغه مهم در این پژوهش این موضوع است که کسری در نظام بازنشستگی از این حیث که دولت‌ها از پیش منابعی برای نظام درمان ذخیره نکرده‌اند، می‌تواند نگران‌کننده باشد.

رابرت جنسن و کاسپار ریچتر^۳ (۲۰۰۳)، در پژوهشی در خصوص اثر شکست تأمین اجتماعی بر وضعیت سلامت بازنشستگان در روسیه این موضوع را بررسی کردند که آیا سلامتی در برابر شوک‌های درآمدی آسیب‌پذیر است؟ نظام بازنشستگی روسیه در دهه ۹۰ میلادی با بحران مواجه شد و دولت در سال‌های ۱۹۹۵ و ۱۹۹۶ از پرداخت مستمری برخی از بازنشستگان ناتوان شده بود و این پژوهش با استفاده از

۱. Alferts, L. & Rogan, M.

۲. Beermann, Jack

۳. Robert T Jensen & Richter Kaspar

پنل دیتا برای بررسی تأثیر آن وقعه‌ها بر آثار بهداشتی و سلامتی بازنشستگان انجام شد. نتایج بررسی نشان می‌دهد با توجه به وابستگی بالای بازنشستگان به مستمری، در میان بازنشستگان آسیب‌دیده، نرخ فقر دو برابر شده و دریافت کالری و پروتئین و استفاده از خدمات بهداشتی و داروها به میزان قابل توجهی کاهش یافت و احتمال مرگ این مستمری‌بگیران در دو سال پس از بحران نیز ۵ درصد بیشتر بود.

گالاسو^۱ (۲۰۰۸)، در کتابی با موضوع آینده سیاسی تأمین اجتماعی در جوامع رو به سالمندی تلاش می‌کند اقتصاد سیاسی آینده جوامع سالمند را بررسی کند. این پژوهش بررسی می‌کند که قیده‌های سیاسی چگونه نظام تأمین اجتماعی را در هر کشور شکل می‌دهند. این پژوهش نشان می‌دهد که سالمند شدن جوامع موجب تغییر ترجیحات جامعه و جهت‌دهی سیاست‌گذاری‌های اقتصادی در نظام تأمین اجتماعی خواهد شد. پژوهش نشان می‌دهد با اینکه انتظار می‌رود با افزایش نسبت وابستگی سوددهی نظام بازنشستگی مقداری تعدیل شود؛ اما کثرت رأی‌دهندگان سالمند و افراد در معرض بازنشستگی باعث می‌شود که نظام بازنشستگی سخاوتمندتر شود. درواقع قیده‌های سیاسی موجب تشدید اثر سالمندی بر مخارج بازنشستگی خواهد شد؛ بنابراین برای مدیریت هزینه‌های آینده نظام بازنشستگی تنها راه عملی افزایش سن بازنشستگی است.

زروکی و همکاران (۱۴۰۰)، در پژوهشی که با استفاده از داده‌های سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۸ و ریزداده‌های هزینه درآمد خانوار انجام شد، نشان دادند که چون منابع تأمین اجتماعی بر دریافت حق بیمه استوار است، ازدیاد اشتغال غیررسمی موجب افزایش منابع از دست‌رفته تأمین اجتماعی خواهد شد. سازمان تأمین اجتماعی برای انجام وظایف حمایتی خود اعم از پرداخت مستمری بازنشستگی و هزینه‌های درمانی و از کارفتادگی و... به منابع درآمدی پایدار احتیاج دارد که در این میان یکی از منابع درآمدی سازمان تأمین اجتماعی ایران، مبالغی است که بر اساس درصدهای از پیش تعیین شده به ازای یک نیروی رسمی، توسط فرد بیمه‌شده، کارفرما و دولت به سازمان تأمین اجتماعی پرداخت می‌شود. در همین راستا یکی از ریسک‌های پیش‌روی تأمین اجتماعی گسترش اقتصاد زیرزمینی و غیررسمی است. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که به واسطه رواج بخش غیررسمی، بین سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۸ به‌طور میانگین ۱۴٫۵ درصد منابع تأمین اجتماعی

۱. Galasso, V.

از دست‌رفته قلمداد می‌شود.

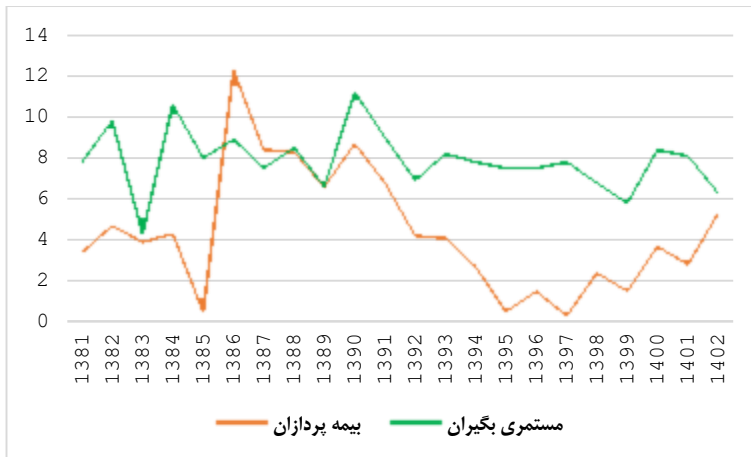
زمانیان (۱۴۰۰)، در پژوهشی با عنوان «کارگران پلتفرم‌های دیجیتال و تأمین اجتماعی» به تحول در مشاغل جدید و اهمیت نحوه پوشش تأمین اجتماعی کارگران در این مشاغل پرداخت. بر اساس این پژوهش، پوشش‌های فعلی حمایت اجتماعی برای کارگران در سکوه‌های دیجیتال، شکاف‌ها و خطرهای قابل‌توجهی را نشان می‌دهد و تا زمانی که سیاست‌های مناسب برای کاهش این آسیب‌پذیری‌ها ارائه نشود، رشد اقتصاد گیگ یا اقتصاد پلتفرمی ممکن است شکاف‌های موجود در پوشش حمایت اجتماعی را تشدید کند. این پژوهش با تأکید بر اینکه زیرساخت‌های قانونی درباره پوشش‌های حمایتی مشاغل پلتفرمی در ایران وجود ندارد، پیشنهاد می‌کند که کارگران فارغ از وضعیت شغلی خود باید به کمک یارانه یا مالیات‌های اجتماعی از حمایت اجتماعی بهره‌مند شوند.

در پایان نوآوری این پژوهش را می‌توان این‌گونه بیان کرد که رابطه بین توزیع امکانات بهداشتی که در این پژوهش عدالت در سلامت تعریف شد، با وضعیت نظام بازنشستگی تقریباً در هیچ پژوهشی دیده نشد و این برای اولین‌بار است که یک پژوهش پیشنهاد تفکیک حساب‌های درمان از حساب‌های نظام بازنشستگی به‌عنوان پیشنهاد سیاستی پژوهش مطرح می‌کند.

۲. روش‌شناسی و مبانی نظری

۲-۱. بررسی دلایل روند نزولی نسبت پشتیبانی

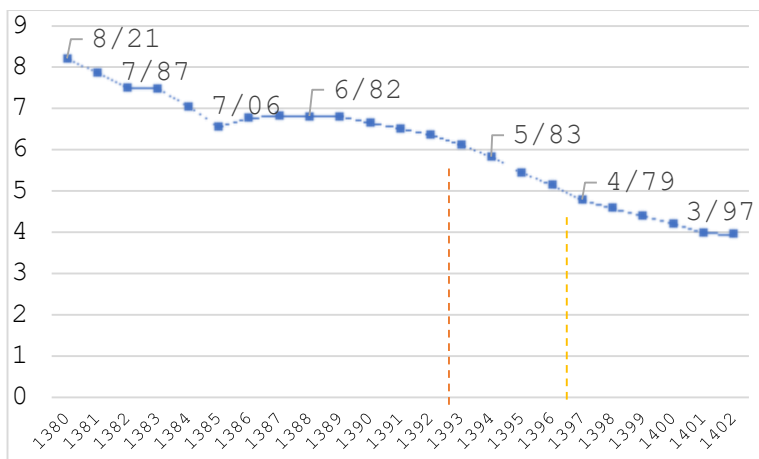
همان‌طور که در نمودار شماره (۱) قابل مشاهده است، رشد بیمه‌پردازان صندوق تأمین اجتماعی از سال ۱۳۸۰ تا ۱۴۰۲ سالانه حدوداً ۴٫۴ درصد بوده است، این در حالی است که در همین بازه زمانی نرخ رشد سالانه مستمری‌بگیران صندوق بالغ بر ۸٫۴ درصد بوده است.



منبع: (سالنامه‌های آماری تأمین اجتماعی)

نمودار (۱): مقایسه رشد تعداد بیمه‌پردازان و مستمری‌بگیران صندوق تأمین اجتماعی

وضعیت ورودی و خروجی صندوق گویای این موضوع است که برای حفظ پایداری مالی صندوق و نگر داشتن صندوق در نسبت پشتیبانی مطلوب باید سرعت خروجی صندوق کنترل شود. همان‌طور که در نمودار شماره (۲) نشان داده شده است، سال ۱۳۹۴ اولین سالی است که نسبت پشتیبانی صندوق تأمین اجتماعی به کمتر از عدد ۶ رسید. از این سال تا سال ۱۴۰۲ تعداد مستمری‌بگیران جدید (افزافه‌شده) بالغ بر یک میلیون و ۸۰۰ هزار نفر بود و اگر بنا بود این نسبت حفظ شود باید حداقل ۱۰ میلیون بیمه‌پرداز جدید به صندوق اضافه می‌شد. این در حالی است که در این مدت تنها حدود ۳ میلیون بیمه‌پرداز به صندوق اضافه شد. رویکرد دیگر این بود که سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران وقت نظام رفاهی کشور از روند رشد بلندمدت بیمه‌پردازان صندوق (یعنی سالی ۴,۴ درصد) مطلع بودند؛ بنابراین باید برنامه‌ریزی لازم و به وقت برای گُندکردن سرعت خروجی از صندوق اتفاق می‌افتاد؛ اما به نظر می‌رسد سقوط شدید نسبت پشتیبانی صندوق از بالای ۸ به زیر ۴ طی ۲۰ سال، به دلیل انفعال سیاست‌گذاران حوزه بیمه‌های اجتماعی باشد.



منبع: (سالنامه‌های آماری تأمین اجتماعی)

نمودار (۲): نسبت پشتیبانی صندوق تأمین اجتماعی

۲-۱-۱. بررسی چالش‌های ورودی صندوق تأمین اجتماعی

گزارش‌های مرکز آمار^۱ نشان می‌دهد که در تابستان ۱۴۰۲ تعداد شاغلان بالای ۱۵ سال کشور ۲۴ میلیون و ۶۸۶ هزار نفر بود، از سوی دیگر تعداد بیمه‌شدگان صندوق‌های بازنشستگی کشور حدود ۱۹ میلیون نفر است. مقایسه این دو آمار نشان‌دهنده این است که در ایران عوامل متعددی باعث شده که از تعداد شاغلان بالای ۱۵ سال کشور بالغ بر ۵ میلیون و ۶۰۰ هزار نفر آنها فاقد پوشش‌های تأمین اجتماعی باشند.

بر اساس بند ۲-۹ سیاست‌های کلی سلامت، سیاست‌گذار به «پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان» تأکید داشته است. همچنین در بند یک سیاست‌های کلی نظام در بخش تأمین اجتماعی «استقرار نظام تأمین اجتماعی به‌صورت جامع، یکپارچه، شفاف، کارآمد، فراگیر و چندلایه» تأکید شده است. تأکید بر فراگیری پوشش بیمه را حیدری و همکاران (۱۴۰۰) این‌گونه توضیح می‌دهند که فراگیری می‌تواند در آینده از مصارف بخش حمایتی بکاهد و افراد بیمه‌شده کمتر به ورطه فقر می‌افتند. به‌بیان دیگر بهترین نوع حمایت از اقشار و گروه‌های هدف، بیمه‌کردن آنهاست تا از

۱. <https://www.amar.org.ir/news/ID/22150/>

چرخه نسلی فقر رها شوند.

بررسی‌ها نشان می‌دهد عمده‌ترین دلیل بیرون ماندن مردم از سبد پوشش بیمه‌ای در کشور، ناهماهنگی‌های نهادی و نارسایی در قوانین کار و تأمین اجتماعی کشور است، به طوری که این قوانین انعطاف و پیش‌بینی خاصی در مورد جمعیت بزرگ و رو به رشد مشاغل جدیدی مانند مشاغل پلتفرمی نداشته و ندارند. مثال دیگر فقدان تدبیر در خصوص بازار کار رسمی و بیمه مهاجران است که ترک فعل در این حوزه موجب آثار زیانبار بزرگی بر بازار کار و بیمه کارگران ایرانی شده است؛ البته دلایل دیگری مانند درآمد پایین کارگران در مشاغل بدون کارفرما و فقدان ساختار نظام‌مند رفاهی جهت پیاده‌سازی تأمین اجتماعی چند لایه از دیگر دلایل ناقص ماندن پوشش بیمه‌ای در کشور است و نکته اینکه بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی این است که دولت باید این نارسایی‌ها و موانع را حل کند تا آحاد مردم از پوشش بیمه‌ای برخوردار شوند. در این رابطه خندان (۱۳۹۲)، تأکید دارد که دولت‌ها نقش غالب را در ارائه خدمات اجتماعی در بیش از ۱۷۲ کشور به عهده دارند. همچنین در ایران دولت بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی^۱ موظف است برای آحاد جامعه سطحی از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره را از محل درآمدهای عمومی و درآمد حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فراهم نماید.

الف) ناهماهنگی‌های نهادی در برنامه‌ریزی مرکزی رفاه کشور

از عوامل مهمی که کشورها را از گسترش پوشش تأمین اجتماعی بازمی‌دارد، هماهنگی نهادی محدود در لایه‌های مختلف طراحی و اجرای برنامه‌ها و سیاست‌های حمایت اجتماعی است. نیاز به افزایش هماهنگی و یکپارچگی در هر دو سطح سیاسی و میدانی وجود دارد. عدم هماهنگی میان طرح‌ها و برنامه‌های حمایت اجتماعی، سازمان‌ها و مؤسسات متولی طراحی و اجرای سیاست‌های حمایت

۱. برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند.

اجتماعی و منابع تأمین مالی مانند: سه بیمه‌های اجتماعی، درآمد مالیات عمومی و... منجر به استفاده ناکارآمد از منابع و مانع از پیشرفت در جهت گسترش حمایت اجتماعی شده است (Nuno Meira Simoes, 2019). از مصادیق این ناهماهنگی نهادی در ایران این است که اغلب طرح‌های حمایتی که توسط دولت حمایت می‌شوند بر اساس فشارهای ذی‌نفعان سیاسی و اجتماعی پایه‌ریزی می‌شوند و نه اولویت جامعه هدف؛ به‌عنوان مثال دولت بر اساس قانون هدفمندی یارانه‌ها موظف شده که نیمی از حق بیمه پوشش کامل رانندگان درون‌شهری و بیرون‌شهری را پرداخت کند و بر این اساس بالغ بر ۸۳۰ هزار نفر تحت پوشش قرار گرفتند؛ اما بررسی‌های پایگاه رفاه ایرانیان در خصوص آزمون وسع این رانندگان نشان می‌دهد که حدود ۵۰ درصد آنها در سه دهک پردرآمد قرار دارند.

درواقع ناهماهنگی نهادی میان آنچه سیاستمداران استنباط می‌کنند و آنچه در میدان عمل وجود دارد، اجازه برنامه‌ریزی مرکزی مطلوب در خصوص رفاه جامعه را از دولت سلب می‌کند و همین موضوع باعث می‌شود افرادی که از نظر درآمدی ضعیف هستند و برای پوشش حائز اولویت هستند از دایره حمایت دولت خارج بمانند؛ بنابراین حمایت‌های بیمه‌ای نباید بر اساس رسته شغلی که باید بر اساس سطح درآمدی توزیع شوند تا افرادی که واقعاً امکان پرداخت حق بیمه را ندارند، مشمول حمایت دولت شوند.

ب) ظهور مشاغل پلتفرمی و فقدان ترتیبات قانونی برای مواجهه با آنها

در ایران مانند بسیاری از کشورهای جهان کسب و کارهای پلتفرمی در سال‌های اخیر ظهور کرده‌اند و روبه‌توسعه هستند، پلتفرم‌هایی مانند اسنپ و تپسی و کارپینو نمونه‌های داخلی پلتفرم‌هایی مانند اوبر هستند. اوبر اولین سکوی (پلتفرم) بین‌المللی حمل‌ونقل مسافر است که در ۶۵ کشور جهان فعالیت دارد و بالغ بر ۴ میلیون راننده در سراسر جهان تحت این سکو فعالیت می‌کنند؛ اما سکوهایی داخلی مانند اسنپ و تپسی در ایران به ترتیب ۳ میلیون و ۷۰۰ هزار و یک میلیون و ۴۰۰ هزار عضو دارند؛ البته رانندگان فعال اسنپ حدود یک میلیون و ۹۰۰ هزار هستند که از این تعداد بالغ بر ۱۰۰ هزار نفر را بانوان تشکیل می‌دهند، شرکت اسنپ ۲۲ خدمت ارائه می‌کند که پرتقاضاترین آنها خدمت خودرو و غذا است به‌طوری‌که در سال ۱۴۰۰

این سکو بستر بیش از ۴۶۰ میلیون سفر بوده است.^۱ درست است که همه مستخدمان این سکوها به‌عنوان شغل اول در این سکو فعالیت نمی‌کنند؛ اما چالش اصلی کارکنان آنها فقدان پوشش تأمین اجتماعی است، فقدانیهی که بی‌توجهی به آن می‌تواند بر هزینه‌های درمانی و سلامت فرد تأثیر بگذارد.

تجارب بین‌المللی اوبر در برخی کشورها مانند اروگوئه نشان می‌دهد که در اروگوئه، رانندگان سواری با استفاده از سکوهایی دیجیتال از طریق یک برنامه تلفنی توانستند با امکان کسر مستقیم سهم تأمین اجتماعی از قیمت سواری از طریق سازوکار مالیات یکنواخت^۲ پوشش مناسبی از تأمین اجتماعی را فراهم کنند (Behrendt & et al., 2019). همچنین در سال ۲۰۲۱ اوبر بر اساس حکم قضایی مجبور شد رانندگان را در بریتانیا نیز تحت پوشش بیمه بازنشستگی قرار دهد^۳ و بر این اساس قرار شد رانندگان نه‌تنها در طرح بازنشستگی با سهم پرداخت شده توسط شرکت ثبت‌نام شوند بلکه حداقل دستمزد ملی به آنها پرداخت شود و حقوق ایام تعطیلات را نیز دریافت کنند. این در حالی است که در ایران رانندگان بین‌دعوی حقوقی تأمین اجتماعی و سکوها گرفتار شده‌اند، در صورتی که این موضوع در قالب تفاهم‌نامه و بدون تشدید اختلافات مانند کارفرما بودن یا نبودن سکو و با مشارکت سکو، دولت و راننده قابل حل است.

افزایش پوشش تأمین اجتماعی علاوه بر اینکه از افراد در برابر مخاطرات حمایت می‌کند و اطمینان خاطر به آینده به همراه دارد، موجب بهبود وضعیت تراز مالی صندوق‌های بازنشستگی نیز خواهد شد.

پ) نارسایی‌های قانون کار برای مهاجران و برخی رسته‌های شغلی

قانون کار مصوب (۱۳۶۹) یکی از مهم‌ترین قوانین جمهوری اسلامی ایران است. این قانون حاصل سال‌ها اصطکاک و کش‌وقوس بین مجلس، دولت و شورای نگهبان بوده است. تقریباً هیچ نهادی به اصلاح کاستی‌های این قانون مبادرت نکرده است. علاوه بر مشاغل پلتفرمی، دایره شمول مشاغلی که رابطه کارگری و کارفرمایی دقیقی ندارند و یا اینکه قانون کار همچنان در مورد آنها ساکت است، بزرگ‌تر است. در ادامه به برخی از این شاغلان و یا مشاغل اشاره می‌شود.

۱. گزارش عملکرد گروه اسنپ در سال ۱۴۰۰

۲. Monotax

۳. <https://corporate-adviser.com/uber-offers-drivers-pension-with-strings-attached/>

کارگران مهاجر: درباره تعداد مهاجران افغانستانی در ایران گمانه‌زنی‌های متفاوتی وجود دارد؛ اما تعدادی که سفیر ایران در افغانستان و نهادهای بین‌المللی مانند سازمان جهانی مهاجرت و کمیساریای عالی سازمان ملل در امور پناهندگان ذکر کرده‌اند بین ۴ تا ۵ میلیون نفر است که از این تعداد بالغ بر ۲٫۶ میلیون نفر به‌صورت غیرمجاز وارد کشور شده‌اند. مطابق با آمار ثبت‌شده وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی ۸۵۰ هزار نفر افغانستانی به‌صورت رسمی و غیررسمی در ایران شاغل هستند؛ اما برآوردها بیش از یک میلیون نفر را نشان می‌دهد.

بر اساس آمارهای اداره کل اشتغال اتباع خارجی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی^۱ در ۶ ماه اول سال ۱۴۰۲ از ۲۴ هزار مورد بازرسی از کارگاه‌ها ۶ هزار و ۷۰۵ مورد کارفرمای متخلف شناسایی شد که بر خلاف مقررات از نیروی غیرمجاز اتباع بیگانه استفاده کرده‌اند. سال ۱۴۰۱ هم از ۵۱ هزار و ۹۱۴ فقره بازرسی از کارگاه‌ها ۱۳ هزار و ۴۰۰ کارفرمای متخلف مورد اعمال جرائم قانونی قرار گرفتند. همچنین، ۷۵ تا ۸۵ درصد اشتغال اتباع خارجی در ایران تحت پوشش این اداره نیست.^۲

کارگران افغانستانی که اکثر آنها فاقد مهارت فنی هستند و به‌صورت غیرقانونی وارد کشور شده‌اند، مشاغل سخت را با دستمزدهای پایین‌تر برعهده می‌گیرند و همین شرایط غیررسمی است که نیروی کار مهاجر را نسبت به نیروی کار بومی دارای مزیت قیمتی و ترجیح می‌کند؛ زیرا بر اساس ماده ۵ قانون تأمین اجتماعی^۳ فقط کارگران رسمی و قانونی می‌توانند از مزایای تأمین اجتماعی برخوردار شوند و در این شرایط کارفرما ترجیح می‌دهد از نیروی کم‌هزینه‌تر استفاده کند. مطالعه عیسی‌زاده و مهرانفر (۱۳۸۹)، نشان می‌دهد که مهاجران افغانستانی با ورود به بازار کار ایران، نرخ بیکاری را برای کارگران بومی افزایش داده‌اند و چون غیرقانونی هستند به دلیل دستمزد کمتر و عدم پرداخت هزینه حق بیمه برای کارفرمایان گزینه‌های جذاب‌تری هستند.

۱. <https://eakh.mcls.gov.ir/fa/news/332594/>

۲. <https://www.avapress.com/fa/news/238489/>

۳. ماده ۵- اتباع بیگانه که در ایران طبق قوانین و مقررات مربوط به کار اشتغال دارند جز در مواردی که طبق مقاله‌نامه‌ها و قراردادهای دو جانبه یا چندجانبه بین ایران و سایر کشورها ترتیب خاص مقرر گردیده است، در صورتی که مشمول قانون حمایت کارمندان در برابر اثرهای ناشی از پیری و از کارافتادگی و فوت نباشد مشمول مقررات این قانون خواهند بود.

بنابراین یکی از عواملی که کارگر افغانستانی برای کارفرمای ایرانی مزیت بیشتری دارد، امکان فرار از پرداخت حق بیمه این کارگران است. این امکان فرار از پرداخت حق بیمه، کارگر ایرانی جویای کار را در معرض انتخاب نشدن قرار می‌دهد مگر اینکه به شرایطی تن دهد که کارگر رقیب افغانی هم آن را پذیرفته است. در واقع حضور کارگر خارجی غیرمجاز موجب می‌شود که بخشی از کارگران ایرانی هم از حمایت‌های تأمین اجتماعی محروم بمانند. حال برخی، گزینه‌های رادیکالی مانند اخراج مهاجران را پیشنهاد می‌کنند؛ اما ورود و خروج کارگران خارجی پدیده‌ای است که در اکثر کشورهای جهان وجود دارد؛ اما آنچه اهمیت دارد این است که شرایط برای ورود رسمی کارگران به‌نحوی فراهم شود که برای کارفرما، کارگر خارجی نسبت به کارگر داخلی مزیتی نداشته باشد؛ بنابراین با رسمی‌سازی ورود مهاجران و اجباری شدن بیمه آنها می‌توان هم مزیت آنها را نسبت به کارگر ایرانی خنثی کرد و هم شرایط را برای بیمه‌شدن کارگران ایرانی و افغانستانی فراهم کرد، چراکه بهره‌مندی از بیمه یک حمایت انسانی است. ضمن اینکه افزایش تعداد بیمه‌پردازان به‌طور طبیعی می‌تواند به‌واسطه تقویت نسبت پشتیبانی صندوق به پایداری مالی صندوق تأمین اجتماعی کمک کند.

البته رشد و تداوم کارگران و مشاغل غیررسمی علاوه بر آثار فوق‌الذکر موجبات فرار مالیاتی، افزایش کسری بودجه به‌واسطه استفاده از یارانه‌های مختلف کالاهای اساسی مانند نان و... و افزایش تورم را نیز در اقتصاد می‌تواند به همراه داشته باشد.

سایر رسته‌های شغلی: برخی رسته‌های شغلی مانند رانندگان آموزشگاه‌های رانندگی به دلیل ابهام در رابطه کارفرمایی خود از ارائه پوشش تأمین اجتماعی برای رانندگان خود امتناع می‌کنند یا اینکه کارگران تخلیه بار کشتی به دلیل موقتی بودن ذاتی شغل معمولاً از تکثیر کارفرمایان و درنهایت پوشش ضعیف تأمین اجتماعی رنج می‌برند. قانون کار تا کنون به این مسائل ورود نداشته و به‌نظر می‌رسد که برای حل مسئله این کارگران که جمعیت رو به رشدی هستند، باید قانون کار قدرت تطابق‌پذیری داشته باشد.

ت) نرخ رشد جمعیت و نرخ باروری

تغییرات جمعیتی و افزایش سالمندی در جهان همه کشورها را با بحران در نظام‌های بازنشستگی روبه‌رو کرده و ایران نیز از این قاعده مستثنا نیست. با افزایش تعداد سالمندان در سال‌های آینده، مصارف صندوق‌های بازنشستگی برای ایفای تعهدات

افزایش یافته و با کاهش نرخ باروری، تعداد بیمه‌پردازان به صندوق‌های بازنشستگی نیز کاهش می‌یابد که بالتبع میزان منابع وصولی توسط صندوق‌ها تنزل خواهد یافت. به عبارت دیگر افزایش طول عمر و کاهش تعداد زادوولد موجب افزایش نسبت وابستگی بالقوه (نسبت جمعیت بالای ۶۵ سال به جمعیت ۱۵-۶۵ سال) و کاهش نسبت پشتیبانی (نسبت بیمه‌پردازان به مستمری‌بگیران) در یک سازمان بیمه‌ای خواهد شد که چالش بزرگی برای صندوق‌های بازنشستگی است (قنبری و دیگران، ۱۴۰۰).

همچنین بر اساس داده‌های مرکز آمار جمعیت بالای ۶۰ سال، در سال ۱۳۹۶ بالغ بر ۹,۳ درصد از کل جمعیت کشور، سال ۹۷ بیش از ۹,۶ درصد، سال ۹۸ بیش از ۹,۹ درصد و در سال ۱۳۹۹ جمعیت بالای ۶۰ سال کشور از مرز ۱۰ درصد جمعیت کل کشور عبور کرد و در سال‌های بعد به رشد خود ادامه داد و به ۱۰,۶ درصد جمعیت کل کشور در سال ۱۴۰۱ رسید. بدین ترتیب هم‌اکنون تعداد افراد بالای ۶۰ سال در ایران بیش از نه میلیون و ۱۰۰ هزار نفر می‌باشد؛ البته برآوردها نشان‌دهنده تداوم رشد این گروه سنی در هرم جمعیت ایران است، به طوری که برای سال‌های ۱۴۱۰ و ۱۴۱۵ پیش‌بینی می‌شود به ترتیب ۱۴,۴ درصد و ۱۶,۸ درصد کل جمعیت ایران بیش از ۶۰ سال، سن داشته باشند. پژوهش حیدری و همکاران (۱۴۰۰)، جمعیت بالای ۶۵ سال ایران را ۸,۳ درصد برآورد کردند. این در حالی است که بر اساس تعریف سالخوردگی، کشورهایی که ۷ درصد جمعیت آن بالای ۶۵ سال باشد، سالخورده محسوب می‌شوند. این پژوهش همچنین تصریح می‌کند که با پیرشدن جمعیت، هزینه بهداشت و درمان نیز افزایش خواهد یافت.

تسهیل در خروج زود هنگام افراد از چرخه اشتغال در حالی است که از دهه ۴۰ به این سو نرخ باروری و نسبت جمعیت کودک و نوجوان به سالمندان دائماً کاهش یافته است. به علاوه شاخص امید به زندگی طی همین دوره زمانی از حدود ۴۴ سال به حدود ۷۶ سال رسیده است. این روندهای جمعیتی در کنار افزایش شکاف سن بازنشستگی و امید به زندگی، حاکی از گسترش پیری جمعیت در سال‌های آتی، کاهش جمعیت بیمه‌پردازان، افزایش تعداد مستمری‌بگیران و افزایش دوران بازنشستگی می‌باشد؛ بنابراین اگر در سال ۱۴۱۰ حدود ۱۳ میلیون نفر جمعیت بالای ۶۰ سال سن یا حدود ۸ میلیون نفر بازنشسته وجود داشته باشند، برای حفظ میانگین نسبت پشتیبانی فعلی کشور (۳)، باید ۲۴ میلیون نفر شاغل بیمه‌پرداز وجود داشته باشند.

۲-۱-۲. بررسی دلایل سرعت خروج بالا از صندوق

در اغلب کشورهای جهان سن بازنشستگی تابعی از سن امید به زندگی است و هر قدر امید به زندگی افزایش یابد سن بازنشستگی نیز با یک ضریب افزایش می‌یابد؛ به‌عنوان مثال در ایتالیا که طرح بازنشستگی عمومی همچنان pay as you go است، سن بازنشستگی و ضریب مستمری هر ۳ سال یکبار به‌طور خودکار با سن امید به زندگی تعدیل می‌شوند.

نیکلاس بار^۱ (۲۰۱۲)، درباره افزایش سن بازنشستگی می‌نویسد: افزایش سن بازنشستگی نه تنها یک سیاست اقتصاد کلان خوب است بلکه سیاست اجتماعی مناسبی است. نخست آنکه بخش معناداری از افراد عملاً ترجیح می‌دهند برای مدت بیشتری کار کنند. دوم آنکه این سیاست مخارج صندوق‌های بازنشستگی را نه با کاهش سطح زندگی در سن بالا بلکه با کاهش دوره بازنشستگی آنها مهار می‌کند. حتی آنها که چشم انتظار بازنشستگی هستند، عموماً گزینه دوم را ترجیح می‌دهند. اما در ایران، روند قانون‌گذاری کشور از دهه ۱۳۵۰ تا کنون به نحوی بوده است که نه تنها مطابق با افزایش امید به زندگی، سن و سابقه لازم برای بازنشستگی افزایش نیافته بلکه کاهش نیز یافته است، به‌طوری‌که ابتدا مطابق لایحه قانونی بیمه‌های اجتماعی کارگران مصوب ۱۳۳۱ سن بازنشستگی برای مردان ۶۵ و زنان ۶۰ سال تعیین شده بود؛ اما در قانون بیمه‌های اجتماعی کارگران مصوب سال ۱۳۳۹ سن بازنشستگی برای مردان ۶۰ و برای زنان به ۵۵ سال کاهش یافت.

سن بازنشستگی در قانون تأمین اجتماعی مصوب سال ۱۳۵۴ نیز برای مردان ۶۰ و برای زنان ۵۵ سال بود تا اینکه بر اساس قانون اصلاح مواد ۷۲ و ۷۷ و تبصره ماده ۷۶ قانون تأمین اجتماعی مصوب، ۱۳۷۱ سن بازنشستگی مردان به ۵۰ و زنان به ۴۵ سال کاهش یافت. در نتیجه، اکنون در سازمان تأمین اجتماعی متوسط بیمه‌پردازی ۲۳،۱ سال و مدت دریافت مستمری ۲۱،۲ سال است، فاصله سن بازنشستگی میانگین ۵۶ سال با امید به زندگی به‌طور متوسط بالغ بر ۲۰ سال است و علاوه بر فرد، همسر و وراثت تا زمانی که مجرد هستند نیز می‌توانند از مستمری بهره‌مند شوند.

البته در خصوص وراثت هم بر خلاف سایر نظام‌های بازنشستگی دنیا،

1. Nicholas barr

بخشندگي‌هاي عجيبی در صندوق تأمين اجتماعي وجود دارد که موجب سوءاستفاده‌هاي متعدد توسط افراد سودجو شده است؛ به‌عنوان مثال همسر متوفي در صورت ازدواج مجدد همچنان مي‌تواند از مستمري همسر قبلي خود بهره ببرد يا اينکه ورثه انث در صورت تجرد مي‌تواند مادام‌العمر از مستمري پدر متوفي خود بهره ببرد.

همچنين سن قانوني بازنشستگي شاغلين در مشاغل سخت و زيان‌آور همچون سن قانوني بازنشستگي عمومي به‌تدريج کاهش يافت، به‌طوري که شرط سني جهت بازنشستگي در مشاغل سخت و زيان‌آور از ۵۵ سال در لايحه قانوني بيمه‌هاي اجتماعي مصوب سال ۱۳۳۱ به ۵۰ سال (براي مردان) و ۴۵ سال (براي زنان) در تبصره (۲) الحاقی قانون اصلاحی ماده (۷۶) قانون تأمين اجتماعي در سال ۱۳۷۱ تغيير يافت و درنهايت به حذف کامل شرط حداقل سن لازم جهت بازنشستگي براي مردان و زنان به شرط داشتن ۲۰ سال سابقه متوالي و ۲۵ سال متناوب در سال ۱۳۸۰ منتهی شد. همچنين در سال ۱۳۹۰ ضريب ۱/۵ به‌منظور ارفاق در محاسبه سابقه شاغلان در مشاغل سخت و زيان‌آور لحاظ شد.

جدول (۱): مقايسه ميانگين سن برقراري، سابقه در بازنشستگي مشاغل سخت و

زيان‌آور با کل در سال ۱۴۰۱

سن برقراري	سابقه بيمه‌پردازي	نوع بازنشستگي
۵۷/۶	۲۵/۴	بازنشستگان عادي
۵۵	۲۲/۵	بازنشستگان پيش از موعد
۴۶/۴	$۳۳/۲ = ۹/۸ +$ (سابقه ارفاقی)	بازنشستگان سخت و زيان‌آور (متوالي)
۵۰/۴	$۳۴/۶ = ۷/۳ +$ (سابقه ارفاقی)	بازنشستگان سخت و زيان‌آور (متناوب)
۵۲/۲	$۳۱/۹ = ۶/۵ +$ (سابقه ارفاقی)	بازنشستگان قانون استفساريه

منبع: (سازمان تأمين اجتماعي، ۱۴۰۰)

به دليل فشار گروه‌هاي ذی‌نفع بر دولت‌ها و فشار مجلس‌ها بر صندوق، بيش از نيمي از بازنشستگان صندوق تأمين اجتماعي را بازنشستگان پيش از موعد تشكيل

می‌دهند و فاصله قابل توجه بین سن بازنشستگی پیش از موعد با امید به زندگی سبب ایجاد گروه جدیدی به نام «بازنشستگان جوان» شده است. این افراد با ورود مجدد به بازار کار یک فرصت شغلی را تصاحب می‌کنند به خصوص که گاهی به دلیل تجربه بیشتر و هزینه‌های سربار کمتر (مثل حق بیمه و آموزش) نسبت به جذب نیروی جوان برای کارفرما به صرفه‌تر هستند؛ بنابراین این قوانین از دو سمت به منابع صندوق فشار وارد می‌کنند، از یک سو فشار هزینه برای پرداخت مستمری و از سوی دیگر رقابت با جوانی که اگر وارد بازار کار شود بیمه‌پرداز خواهد شد و صندوق را تقویت خواهد کرد.

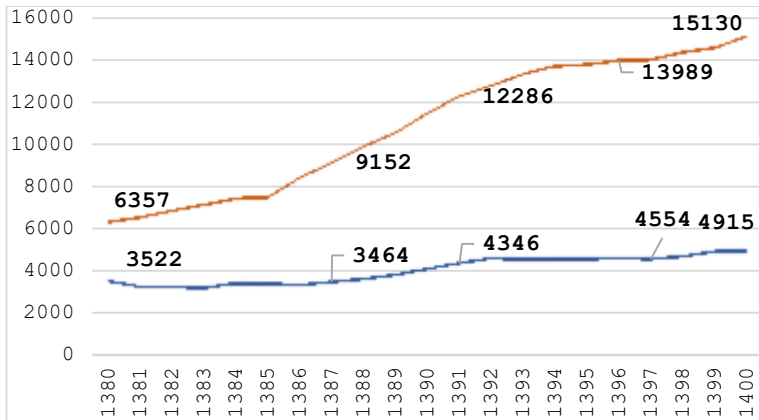
مطالعه حیدری و همکاران (۱۴۰۰)، نشان می‌دهد کاهش حداقل سن و سابقه لازم برای بازنشستگی که طی دو دهه اخیر در ایران اتفاق افتاده است، اثرهای بنیان‌برافکن و قابل توجهی بر سازمان‌ها و صندوق‌های بازنشستگی گذاشته است و بدین ترتیب افراد چندین سال حق بیمه نمی‌پردازند و چندین سال زودتر مستمری دریافت می‌کنند و دوره دریافت مستمری طولانی‌تر خواهد داشت که با افزایش شاخص امید به زندگی این پدیده تشدید شده است.

بر اساس مطالب گفته شده، فرضیه اصلی پژوهش این است که هزینه‌های فزاینده نظام بازنشستگی تأثیر مستقیم بر ارائه خدمات درمانی و کاهش کیفیت عدالت در سلامت توسط تأمین اجتماعی دارد.

۲-۲. بررسی چگونگی تأثیر نسبت پشتیبانی پایین بر کیفیت و کمیت

ارائه خدمات درمانی

یکی از شاخص‌های عدالت در سلامت، میزان دسترسی افراد به امکانات درمانی مانند تخت، پزشک و... است. نمودار ۴ مقایسه تعداد افراد بیمه شده اصلی با نسبت تعداد افراد تحت پوشش درمان به تخت‌های مراکز درمانی تأمین اجتماعی از سال ۱۳۸۰ تا ۱۴۰۰ را نشان می‌دهد. در طول این دوره تعداد بیمه‌پردازها ۲,۴ برابر شد و از ۶ میلیون و ۳۵۷ هزار نفر به ۱۵ میلیون و ۱۳۰ هزار نفر رسید؛ اما تعداد افراد تحت پوشش به ازای هر تخت از ۳۵۲۲ نفر در سال ۱۳۸۰ به ۴۹۱۵ نفر به ازای هر تخت رسیده است؛ بنابراین به نظر می‌رسد کیفیت ارائه خدمات درمانی در طول این دوره با کاهش مواجه شده است؛ زیرا تراکم صف افراد به ازای هر تخت حدود ۴۰ درصد افزایش داشته است.



منبع: (سالنامه‌های آماری تأمین اجتماعی)

نمودار (۴): مقایسه تعداد بیمه‌پردازان اصلی با تعداد افراد تحت پوشش درمان به ازای هر تخت در تأمین اجتماعی

با روش حداقل مربعات معمولی (OLS) لگاریتم نسبت تعداد افراد تحت پوشش درمان به تخت فعال تحت پوشش تأمین اجتماعی (متغیر وابسته) بر لگاریتم نسبت پشتیبانی و کسری بودجه عملیاتی به‌عنوان متغیر توضیحی برآزش شد. بر اساس آماره F مدل معنادار است و بر اساس ضریب تعیین (R^2)، متغیرهای توضیحی مدل بیش از ۷۷ درصد تغییرات متغیر وابسته را توضیح می‌دهند. تمام ضرایب به لحاظ آماری کاملاً معنادار هستند. ضریب نسبت پشتیبانی نشان می‌دهد که هر یک درصد کاهش در نسبت پشتیبانی باعث ۰٫۵۸ درصد افزایش در نسبت تعداد افراد تحت پوشش درمان به تخت فعال می‌شود؛ بنابراین فرضیه پژوهش تأیید می‌گردد، بدین‌معنی که کاهش نسبت پشتیبانی می‌تواند کیفیت خدمات درمانی را کاهش دهد.

متغیر دیگری که در این مدل مورد برآزش قرار گرفت متغیر کسری بودجه عملیاتی بود که در اینجا هم ضریب معنادار است و به ازای یک درصد افزایش در کسری بودجه عملیاتی نسبت افراد تحت پوشش درمان به تخت ۰٫۲۲ درصد نیز افزایش داشت. درواقع از صحت این فرضیه می‌توان به ارتباط بین افزایش کسری بودجه و عدم امکان تسویه سهم ۳ درصدی (دو درصد سهم بازنشستگی و یک درصد مستقیماً بابت هزینه‌های درمان) حق بیمه دولت به تأمین اجتماعی پی برد.

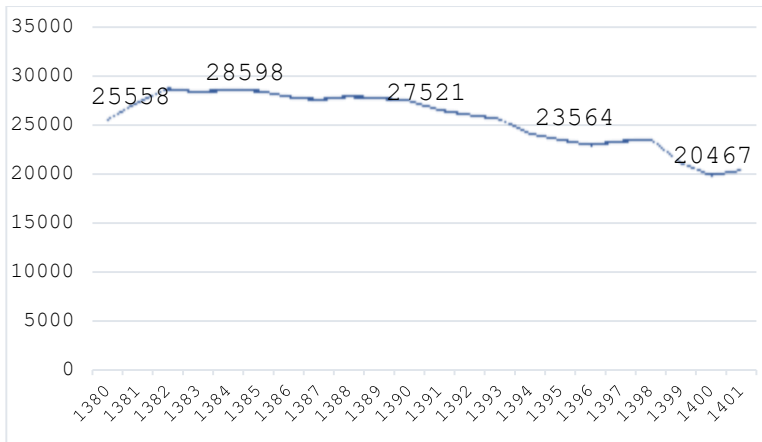
جدول (۲): نتایج آزمون

Log_treatment cost	Log_pezeshk	Log_takht	متغیر وابسته متغیر توضیح‌دهنده
۲,۸۵۴ (۰,۵۵)***	8.845(0.72)***	۸,۶۵۹ (۰,۳۸)***	عرض از مبدأ
۰,۲۷۷ (۰,۱۶)*	-1.354(0.228)***	- ۰,۵۸۴ (۰,۱۱)***	Log_poshtibani
- ۰,۰۴۰ (۰,۰۹۸)	0.258(0.138)*	۰,۲۲ (۰,۰۸)**	Log_Deficit_Budget
۰,۲۳۴ (۰,۰۵۹)***			Tahavol_salamat
۰,۰۰۵	0.000	0.000	آماره F
۰,۵۳۵	0.8211	۰,۷۷۰۸	آماره R ²
۰,۴۴۸	0.7935	۰,۷۴۰۲	آماره R ² تعدیل شده

*P<0/1; **p<0/05 ; ***p<0/01

در مثال دیگر تعداد کل بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های ملکی (شامل درمانگاه‌های عمومی، تخصصی، پلی کلینیک و دندانپزشکی) سازمان تأمین اجتماعی نشان می‌دهد که از سال ۱۳۸۰ تا سال ۱۴۰۱ تعداد آنها از ۳۰۱ مورد به ۳۹۱ مورد رسیده و به معنای رشد تجمعی حدود ۳۰ درصدی زیرساخت‌های ملکی حوزه درمان است و این در حالی است که در همین دوره بیمه‌پردازان اصلی تأمین اجتماعی یا منابع در اختیار صندوق نسبت به سال ۱۳۸۰ حدود ۲,۴ برابر شده است، با این فرض که حداقل دستمزد و تورم یکدیگر را در بلندمدت خنثی می‌کنند.

همچنین بر اساس نمودار ۶، آمار پزشکان بخش خصوصی طرف قرارداد تأمین اجتماعی نشان می‌دهد که تعداد این پزشکان از ۲۵۵۵۸ نفر در سال ۱۳۸۰ به ۲۰۴۶۷ نفر در سال ۱۴۰۱ رسیده است. کاهش سرانه تعداد زیرساخت‌های درمانی و کاهش سرانه تعداد پزشک تحت قرارداد با هم نشان‌دهنده این است که علی‌رغم افزایش بیمه‌پرداز و منابع تخصصی حوزه درمان؛ اما کیفیت و کمیّت خدمات درمانی با رشد مناسبی همراه نبود.



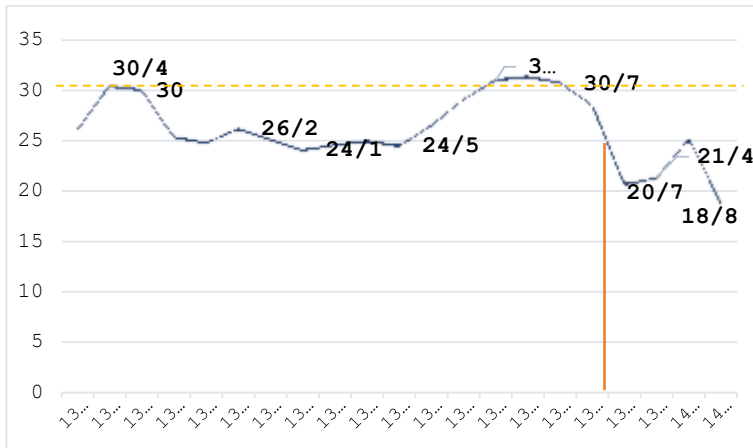
منبع: (سالنامه‌های آماری تأمین اجتماعی)

نمودار (۶): تعداد پزشکان طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی

با روش حداقل مربعات معمولی (OLS) لگاریتم نسبت تعداد افراد تحت پوشش درمان به پزشکان (متغیر وابسته) بر لگاریتم نسبت پشتیبانی و کسری بودجه عملیاتی به عنوان متغیرهای توضیحی برآزش شد. براساس آماره F مدل معنادار است و بر اساس ضریب تعیین (R^2)، متغیرهای توضیحی مدل حدود ۸۲ درصد تغییرات متغیر وابسته را توضیح می‌دهد. تمامی ضرایب به لحاظ آماری کاملاً معنادار هستند. ضریب نسبت پشتیبانی نشان می‌دهد که هر یک درصد کاهش در نسبت پشتیبانی باعث ۱,۴ درصد افزایش در نسبت تعداد افراد تحت پوشش درمان به پزشک می‌شود. همچنین یک درصد افزایش در نسبت کسری بودجه عملیاتی باعث ۰,۲۵ درصد افزایش در نسبت افراد تحت پوشش درمان به ازای هر پزشک می‌گردد.

از آنجاکه بر اساس مواد ۲۹ و ۳ قانون تأمین اجتماعی ۹ درصد منابع از محل دریافت حق بیمه باید به حوزه درمان اختصاص یابد، این ۹ درصد معادل ۳۰ درصد کل حق بیمه وصولی خواهد بود؛ بنابراین هزینه‌های کل درمان در تأمین اجتماعی باید معادل ۳۰ درصد کل هزینه‌های صندوق باشد؛ اما داده‌های هزینه‌کرد تأمین اجتماعی نشان می‌دهد که به جز سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۸۳ که نسبت پشتیبانی حدود ۸ بود و طی دوره اجرای طرح تحول سلامت، در سایر سال‌ها عموماً سهم هزینه‌های درمان کمتر از ۳۰ درصد کل هزینه‌های صندوق بوده و نکته مهم‌تر اینکه در سال‌های اخیر که نسبت پشتیبانی کمتر از ۵ شده است سهم هزینه‌های درمان از کل هزینه‌ها به شدت کاهش یافته و در سال‌های ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ به ترتیب به ۲۰,۷ و

۲۱,۴ درصد کاهش یافته است. در سال ۱۴۰۱ نیز رکورد کمترین سهم از هزینه‌های درمان ثبت شد و این نسبت به ۱۸,۸ درصد از هزینه‌های کل صندوق رسید.



منبع: (سالنامه‌های آماری تأمین اجتماعی)

نمودار (۷): سهم هزینه درمان از کل هزینه‌های سازمان تأمین اجتماعی

همچنین با روش حداقل مربعات معمولی (OLS)، لگاریتم سهم هزینه درمان از کل هزینه‌های صندوق (متغیر وابسته) بر لگاریتم نسبت پشتیبانی، کسری بودجه عملیاتی و متغیر مجازی طرح تحول سلامت (برای سال‌های ۹۴ تا ۹۶ عدد ۱ و مابقی سال‌ها عدد صفر) به عنوان متغیرهای توضیحی برآزش شد. بر اساس آماره F مدل معنادار است و بر اساس ضریب تعیین (R^2)، متغیرهای توضیحی مدل ۵۳ درصد تغییرات متغیر وابسته را توضیح می‌دهد. تمامی ضرایب به لحاظ آماری معنادار هستند. در اینجا متغیر کسری بودجه عملیاتی تأثیر معناداری بر سهم هزینه‌های درمان از کل هزینه‌های تأمین اجتماعی نداشت؛ اما ضریب نسبت پشتیبانی نشان می‌دهد که هر یک درصد کاهش در نسبت پشتیبانی باعث ۰,۲۷ درصد کاهش در سهم درمان از کل هزینه‌های صندوق می‌شود.

ضریب متغیر مجازی دوره طرح تحول سلامت معادل ۰,۲۳ شده است و به لحاظ آماری معنادار می‌باشد. این ضریب نشان می‌دهد که در دوره طرح تحول سلامت هزینه‌های درمان به اندازه ۲۳ درصد نسبت به سایر سال‌ها بیشتر بوده است. یعنی طرح تحول سلامت به بهبود خدمات درمانی کمک کرده است.

علاوه بر شواهد آماری و تأیید آزمون‌های فوق در خصوص اثرهای اهمال در

پرداخت سهم درمان تأمین اجتماعی، شواهد میدانی هم از بدحسابی سازمان تأمین اجتماعی با مراکز طرف قرارداد مانند داروخانه‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی و... حکایت دارد و درحالی‌که سازمان تأمین اجتماعی نهایتاً باید بعد از ۴۵ روز با این مراکز تسویه حساب کند، بر اساس گزارش‌های مراکز درمان، حداقل زمان تسویه سه ماه شده است و اخیراً رئیس دانشگاه علوم پزشکی تهران از تأخیر ۱۵ ماهه تأمین اجتماعی در پرداخت بدهی‌های خود نیز خبر داده است.^۱ همچنین در تاریخ ۲۰ بهمن ماه ۱۴۰۳ انجمن داروسازان کشور با ابلاغ یک اطلاعیه از امتناع از خدمات دهی به بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی خبر دادند و دلیل آن را تأخیر ۶ ماهه تأمین اجتماعی در پرداخت معوقات اعلام کردند.^۲ شایان ذکر است طولانی‌شدن تسویه سازمان تأمین اجتماعی با دانشگاه‌های علوم پزشکی موجب تأخیر در تسویه دانشگاه‌های علوم پزشکی با شرکت‌های دارویی شده و انضباط مالی و فرایند تأمین مواد اولیه مورد نیاز این شرکت‌ها را هم با چالش مواجه کرده است.

جمع‌بندی و پیشنهادها

همان‌طور که در متن پژوهش هم اشاره شد نسبت پشتیبانی صندوق تأمین اجتماعی از ۸,۲۱ در سال ۱۳۸۰ به ۳,۹۷ در سال ۱۴۰۲ رسید و این کاهش در نسبت پشتیبانی بیش از هر چیز به دلیل خروجی بیش از حد صندوق بوده است. خروجی بالای صندوق به دلیل قوانین متعدد در استثناء بخشی به اصناف و گروه‌های مختلف ذی‌نفع و اعطای امتیاز بازنشستگی پیش از موعد بوده است. هر جا در نزدیکی انتخابات‌ها گروهی به مجلس یا دولت فشار سیاسی وارد کردند قوانین بازنشستگی پیش از موعد و سخت‌وزیان‌آور به سود آنها تصویب شد، بدون اینکه در خصوص مطالعات اکچوئری تصمیمات اتخاذ شده، اقدامی شده باشد. انباشت این تصمیمات نادرست موجب شد رهبر معظم انقلاب در فروردین ۱۴۰۱ برای ساماندهی و بهبود وضعیت نظام بازنشستگی، سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی را ابلاغ نماید و در بند ۳ این سیاست‌ها صراحتاً به «پایبندی به حقوق و رعایت تعهدات بین‌نسلی و عدم تحمیل طرح‌های فاقد تضمین مالی بین‌نسلی، تأمین منابع پایدار، رعایت محاسبات بیمه‌ای و تعادل بین منابع و مصارف و حفظ و ارتقاء ارزش ذخایر سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر اجتماعی به‌عنوان اموال متعلق حق مردم با تأکید بر امانت‌داری،

۱. <https://www.mehrnews.com/news/6108733>

۲. <https://tn.ai/3253395>

امنیت، سودآوری و شفافیت با ایجاد سازوکار لازم» تأکید شد؛ بنابراین پژوهش حاضر در پی نشان دادن این واقعیت است که بی‌توجهی به محاسبات فنی، بیمه‌ای فقط موجب آسیب به نظام بازنشستگی کشور نمی‌شود بلکه بخش درمان کشور را هم نیز می‌تواند تحت تأثیر قرار دهد. هرچند در ابعاد گسترده‌تر می‌تواند بر عمران و آموزش کشور هم اثرهای جبران‌ناپذیری بگذارد.

همان‌طور که در متن پژوهش نشان داده شد قوانین متعدد و بدون رعایت محاسبات بیمه‌ای موجب کاهش شدید نسبت پشتیبانی صندوق تأمین اجتماعی در دوره ۱۴۰۲-۱۳۸۰ شده است و همچنان هم این روند کاهشی ادامه خواهد داشت. مطابق نتایج کمی پژوهش، کاهش نسبت پشتیبانی بر شاخص عدالت در سلامت نیز تأثیر منفی دارد. به طوری که یک درصد کاهش در نسبت پشتیبانی:

- موجب ۰٫۵۸ درصد افزایش در نسبت تعداد افراد تحت پوشش درمان به تخت فعال می‌شود، یعنی نسبت تخت به افراد تحت پوشش تأمین اجتماعی در دوره ۱۳۸۰ تا ۱۴۰۲ کاهش یافته است که به معنی انتظار بیشتر افراد در صف برای دسترسی به تخت خواهد بود.

- موجب ۱٫۳۵ درصد افزایش در نسبت تعداد افراد تحت پوشش درمان به پزشک می‌شود، یعنی نسبت پزشک به افراد تحت پوشش در دوره ۱۳۸۰ تا ۱۴۰۲ کاهش یافت.

- موجب ۰٫۲۷ درصد کاهش در سهم درمان از کل هزینه‌های صندوق می‌شود. یعنی هرچه نسبت پشتیبانی کاهش یافت استقرای نظام بازنشستگی از نظام درمان در تأمین اجتماعی افزایش یافت و عملاً منابع حوزه درمان در حوزه بازنشستگی هزینه شد.

بنابراین بر اساس نتایج حاصل از پژوهش که بر اساس داده‌های سازمان تأمین اجتماعی انجام شده است، پیشنهاد می‌شود برای بهبود وضعیت عدالت در سلامت و بهبود تراز مالی در سازمان تأمین اجتماعی تصمیمات ذیل توسط سیاست‌گذار اتخاذ شود:

- سیاست‌گذار محترم مطابق بند ۲ سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی یک تنظیم‌گر صاحب اختیار و تخصصی را در این حوزه به رسمیت بشناسد تا از تصویب و تمدید قوانین غیر تخصصی و بدون پشتوانه مالی جلوگیری شود؛ البته پرداختن به یک تشکیلات مطلوب جهت تنظیم‌گری در نظام بازنشستگی پژوهش مستقلی طلب می‌کند؛ اما اجمالاً باید ذکر کرد که هیچ‌یک از ساختارهای موجود مانند

- دبیرخانه شورای عالی رفاه و دبیرخانه هیئت امنای تأمین اجتماعی امکان رگلاتور کردن صندوق‌های بیمه‌ای را ندارند و برای صندوق‌های بیمه‌ای باید از منظر ساختار، تشکیلات و اختیارات، نهادی همانند بانک مرکزی برای مؤسسات پولی ایجاد کرد تا از حجم سیاست‌زدگی در تصمیمات فنی این صندوق‌ها کاست.
- در مرحله بعد تصمیم‌گیری در خصوص مشاغل سخت‌وزیان‌آور و سایر تصمیمات هزینه‌زای حوزه نظام بازنشستگی به نهاد تنظیم‌گر (رگلاتور) فوق‌الذکر محول شود.
 - تصمیمات هیئت امنای تأمین اجتماعی و انتصابات در شرکت‌های زیرمجموعه باید برای ذی‌نفعان شفاف شود تا اعتماد عمومی به صندوق تقویت شود. صندوق تأمین اجتماعی باید نماد شفافیت و اعتماد باشد تا مردم با اطمینان آینده خود را در آن سرمایه‌گذاری کنند.
 - سازمان تأمین اجتماعی با تحولات جدید بازار کار انطباق لازم را در قالب تفاهم‌نامه و... داشته باشد تا بسیاری از کارکنان پلتفرم‌ها را تشویق به پرداخت بیمه نماید.
 - تسهیل محیط کسب‌وکار و الکترونیکی‌شدن اخذ مجوزها که می‌تواند باعث افزایش بیمه‌پردازان تأمین اجتماعی شود، پیگیری شود.
 - دولت یا مجلس محترم در قالب لایحه یا طرح حساب‌های درمان را از حساب‌های بازنشستگی تفکیک کنند و ادغام این منابع در یک حساب را تخطف قلمداد کنند تا نوسانات نظام بازنشستگی بر روی نظام درمان اثر نگذارد، چراکه جامعه در حال پیر شدن است و هزینه‌های درمان و دسترسی به امکانات درمانی بیش از گذشته مورد نیاز مردم خواهد بود. نیکلاس بار (۲۰۱۲)، درباره نظام رفاهی می‌گوید: مسئله حقیقی این است که شکلی از سازمان‌دهی را انتخاب کنیم که کمترین ناکارآمدی و بی‌عدالتی را به دنبال داشته باشد؛ بنابراین نباید کارآمدی در نظام بازنشستگی را با بی‌عدالتی در نظامی درمان پوشش دهیم.
 - برای کارگران کم‌درآمدتر بیرون مانده از سبد حمایتی، دولت می‌تواند پیشنهاد پرداخت حق بیمه معطف و کمتر از نرخ حداقل دستمزد را هم بررسی کند با این شرط که بعدها امکان نقل‌وانتقال به سطوح بالاتر حق بیمه را نیز داشته باشند.

فهرست منابع

مرکز آمار ایران.

بهداروند، شاهین (۱۴۰۳). بررسی بخش دوم لایحه بودجه سال ۱۴۰۳ کل کشور (بخش صندوق‌های بازنشستگی). مرکز پژوهش‌های مجلس، شماره مسلسل ۱۹۷۱۷.

پروین، سهیلا (۱۴۰۱). شاخص هزینه زندگی بازنشسته با استفاده از اجزا سبد مصرفی خانوار هدف. فصلنامه علمی - پژوهشی تأمین اجتماعی، سال هجدهم، (۴)، ۵۷-۱۰۴.

پزشکیان، مسعود (۱۳۹۸). تحلیل عدالت در سلامت در دوره چهل ساله انقلاب اسلامی. مجله علمی - پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی، سال دوم، (۴)، ۴۹۳-۵۰۱.

حیدری، علی؛ گرجی‌پور، اسماعیل و اکبری، نگار (۱۴۰۰). آینده‌اندیشی بیمه‌های اجتماعی ایران. مؤسسه عالی پژوهش‌های تأمین اجتماعی.

زررکی، شهریار؛ یدالهی اطلاقسرا، مستانه و یوسفی بارفروشی، آرمان (۱۴۰۰). محاسبه و تجزیه و تحلیل اشتغال غیررسمی در بخش‌های اقتصادی و برآورد منابع از دست‌رفته تأمین اجتماعی». فصلنامه علمی - پژوهشی تأمین اجتماعی، سال شانزدهم، (۲)، ۱۳-۴۶.

زمانیان، زهرا (۱۴۰۰). کارگران پلتفرم‌های دیجیتال و پوشش تأمین اجتماعی. فصلنامه علمی - پژوهشی تأمین اجتماعی، ۱۷(۵۵)، ۴۷-۷۰.

سالنامه‌های آماری سازمان تأمین اجتماعی؛ سال‌های مختلف.

شجاعی، فروغ؛ محسنی زنوزی، جمال‌الدین و محمدزاده، یوسف (۱۳۹۸). اثرات پیری جمعیت بر هزینه مراقبت‌های بهداشتی. فصلنامه علمی - پژوهشی تأمین اجتماعی، سال چهاردهم، (۲)، ۱۲۷-۱۳۹.

قاسمی، مهدی (۱۴۰۲). بررسی ابعاد مصوبه افزایش سن بازنشستگی در برنامه هفتم. مرکز پژوهش‌های مجلس، شماره مسلسل ۱۹۵۴۵.

قنبری، معصومه؛ مالکی، محمدرضا؛ جعفری، توحید و اسمعیلی شه‌میرزایی، سمیرا (۱۴۰۰). بحران صندوق‌های بازنشستگی و ضرورت اصلاح وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی.

- Alfers, L. & Rogan, M. (2015). Health risks and informal employment in South Africa: does formality protect health? *Int. J. Occup. Environ. Health* 21(3), 207–215.
- Barr, Nicholas (2012). *Economics of the Welfare State*. Oxford university press.
- Beermann, Jack (2013). The Public Pension Crisis. S , 70 Wash. & Lee L. Rev.
- Behrendt, Christina; Quynh Anh Nguyen & Uma, Rani (2019). Social Protection Systems and the Future of Work: Ensuring Social Security for Digital Platform Workers. *International Social Security Review*, 72(3), 17-41.
- Galasso, V. (2008). Political Future of Social Security in Aging Societies. International Labour Organization (2021). *Extending social security to self-employed workers Lessons from international experience*.
- Jensen, Robert T. & Kaspar, Richter (2003). The health implications of social security failure: evidence from the Russian pension crisis. *Journal of Public Economics*, (88), 209-236.
- Nuno, Meira Simoes da Cunha, Quynh Anh Nguyen (2019). ILO, “Extension of social security to workers in informal employment in the ASEAN region”.
- Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.