

## ارزیابی وضعیت حمایت‌های مالی و نقش دولت در سیاست‌های تأمین بیمه اجتماعی درمان برای بخش غیررسمی اشتغال

دکتر محمود کاظمیان<sup>۱</sup>، وحید علی‌پور<sup>۲\*</sup>

۱- گروه اقتصاد بهداشت، دانشکده پزشکی شاهد ۲- گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی زابل  
\* نویسنده مسؤول: سیستان و بلوچستان، زابل، خیابان شهید رجایی، دانشکده بهداشت، گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، تلفن: ۰۵۴۲-۲۲۵۳۵۳۱، شماره: ۰۵۴۲-۲۲۵۳۵۳۲  
پست الکترونیک: vahid.alipoor1360@yahoo.com

دریافت: ۸۹/۵/۲۸ پذیرش: ۸۹/۱۰/۶

### چکیده

**مقدمه:** دولت هر ساله از طریق طرح‌های بیمه درمانی مشارکت قابل ملاحظه‌ای در هزینه‌های درمانی شاغلین بیمه شده در بخش غیررسمی اشتغال فراهم می‌نماید، با این حال، تعداد بسیاری از خانوارها در گروه جمعیت فعال شاغل و بیکار در بخش غیررسمی از پوشش بیمه‌های درمانی بازمانده‌اند. در این تحقیق سیاست‌های عمومی دولت در گسترش بیمه درمانی همگانی برای تحت پوشش قرار دادن جمعیت فعال در بخش غیررسمی و طرح بیمه درمان خویش‌فرمایان ارزیابی گردید. روش کار: در این پژوهش توصیفی-تحلیلی، از داده‌های ثبتی مرکز آمار ایران، سازمان‌های تأمین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی استفاده شد و داده‌های تلفیقی با ویژگی جامعیت کشوری فراهم گردید. همچنین از روش تحلیل وضعیت جهت آنالیز داده‌ها استفاده شد.

**یافته‌ها:** سهم دولت طی سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۷۵ برای جبران منابع مورد نیاز برای پوشش خانوارها در گروه جمعیت شاغل و بیکار در بخش غیررسمی کاهش یافته است. همچنین متوسط رشد هزینه سرانه درمان برای بیمه شده‌های بخش غیررسمی کمتر از متوسط رشد این هزینه برای کل بیمه شده‌های شهری (در بخش‌های رسمی و غیررسمی) بوده است. در طرح فعلی بیمه درمانی برای این گروه نیز پرداخت نیمی از کل هزینه درمان برعهده جمعیت یاد شده گذارده شده است. نتیجه‌گیری: بدون دخالت دولت برای سازمان‌دهی طرح‌های بیمه درمانی برای بخش غیررسمی و تأمین مالی آنها، گسترش پوشش بیمه‌های بهداشتی و درمانی برای این بخش امکان‌پذیر نمی‌باشد. نتیجه طرح بیمه درمانی خویش‌فرمایان نشان‌دهنده نبود انگیزه و تقاضا برای بیمه درمانی در شرایط اختیاری، و به خصوص برای جمعیت فعال بیکار، بوده است.

**کلواژگان:** جمعیت فعال در بخش غیررسمی اشتغال، بیمه اجتماعی درمان، طرح بیمه درمان اختیاری خویش‌فرمان

### مقدمه

آنها به طوری که از شرایط کارآیی در اجرا و پایداری در طی زمان برخوردار باشد، امکان دسترسی مناسب به خدمات پیشگیری و درمان، و گسترش آنها را فراهم می‌نماید. امروزه پذیرفته شده است که آثار منفی بیماری با هر نوع آزرده‌گی جسمی و روحی، تأثیر زیادی بر زندگی و کارکرد اقتصادی افراد و کل جامعه دارد و دخالت دولت برای رفع این مشکل، هم از جهت توجه به سلامت آحاد جامعه و هم از جهت افزایش توانایی

دولت‌ها برای گسترش سلامت متعهد به اجرای برنامه‌هایی برای تأمین مالی از منابع دولتی و غیردولتی هستند. از جمله برنامه‌های مهم در دو دهه اخیر، تأمین خدمات سلامت از طریق سازوکارهای حمایتی و مشارکت همه افراد جامعه در طرح‌های بیمه‌های اجتماعی درمان بوده است. منابع این طرح‌ها از مجموع منابع دولتی و خانوارها تأمین مالی می‌شود. تعهد دولت‌ها برای تهیه و سازمان‌دهی این طرح‌ها، تأمین مالی و همچنین اجرای

بیمه‌های اجتماعی درمانی برای کارکنان شاغل در بخش غیررسمی اشتغال، و سازوکار مشارکت این کارکنان یا حق بیمه پرداختی آنان به طور مشابه با سایر مشمولین بیمه‌ها و بر اساس درآمد ماهانه آنها مشخص شود، نمی‌توان انتظار داشت که تحول یا بهبود قابل ملاحظه‌ای در جمعیت تحت پوشش بیمه‌ها برای این گروه از جمعیت فعال حاصل آید (۵ و ۶).

در این تحقیق تلاش می‌شود تا به این سؤال پاسخ داده شود که: آیا سیاست‌های عمومی دولت در گسترش بیمه درمان همگانی برای تحت پوشش قرار دادن جمعیت فعال در بخش غیررسمی موفق بوده است؟ و این که آیا طرح بیمه درمان خویش‌فرمایان و سیاست‌های مربوط به آن تاکنون توانسته است برای کاهش مشکلات بیمه درمان جمعیت فعال بیمه نشده در بخش غیررسمی اشتغال مؤثر باشد؟

### روش کار

در این بخش، تحلیل وضعیت با مطالعه توصیفی-تحلیلی برای مقایسه داده‌های هزینه‌های درمانی سالانه بیمه شده‌های شهری در دو بخش رسمی و غیررسمی اشتغال و بر اساس مستندات در دو سازمان تأمین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی توضیح داده می‌شود. این داده‌ها به شرحی که در ادامه خواهد آمد، تفاوت‌های بین دو گروه شاغلین در بخش‌های رسمی و غیررسمی اشتغال را در بهره‌مندی از خدمات بیمه‌های اجتماعی درمان و بهره‌مندی از نتایج مداخلات دولت، و ریشه‌های این تفاوت‌ها را نشان می‌دهد. توجه به این نکته نیز ضروری است که داده‌های مورد اشاره در واقع نتیجه‌ای از داده‌های رسمی و اولیه‌ای است که در مجموعه اطلاعات هزینه و پوشش جمعیتی دو سازمان تأمین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی آرایه شده است. این تحقیق برای نخستین بار با استخراج داده‌های رسمی و اولیه و سپس ایجاد داده‌های تلفیقی و آرایه نتایج پردازش شده، تحلیلی از وضعیت موجود و مداخلات دولت را آرایه می‌دهد.

بر اساس جدول ۱ و اطلاعات ستون‌های ۱ تا ۳، و با توجه به تعداد بیمه شده‌های جمعیت فعال و غیرفعال (مستمری‌بگیر) در سازمان تأمین اجتماعی و کل هزینه‌های درمانی این بیمه‌شده‌ها، متوسط هزینه سرانه درمان تأمین اجتماعی برای بیمه‌شده‌های شهری یاد شده در سال ۱۳۷۵ بالغ بر ۱۶۳ هزار ریال و در سال ۱۳۸۶ حدود ۱۷۴۹ هزار ریال بوده است. بر اساس اطلاعات ستون‌های ۴ تا ۶، این متوسط هزینه سرانه درمان برای بیمه شده‌های شهری در سازمان بیمه خدمات درمانی در سال‌های

و انگیزه نیروی کار در فعالیت‌های اقتصادی بسیار مهم می‌باشد (۱). توسعه بیمه‌های اجتماعی درمانی در سال‌های اخیر نیز عمدتاً ناشی از چنین ضرورتی از جهت دخالت دولت و اجرای طرح‌های مؤثر در گسترش دسترسی به خدمات سلامت در جامعه بوده است.

در بخش رسمی اشتغال و اقتصاد، به علت شفافیت فعالیت‌ها و قراردادهای کاری بین کارفرما و کارکنان و همچنین درآمد نسبتاً مناسب و پایدار کارکنان، اجرای طرح‌های بیمه‌های اجتماعی درمان و مشارکت بیمه‌شدگان در عمل با مشکل زیادی روبرو نمی‌باشد (۲). اما به هر صورت وضعیت در بخش غیررسمی اشتغال و فعالیت‌های اقتصادی کاملاً متفاوت است. فعالیت‌ها و کارکنان در این بخش تحت چارچوب‌های قانونی و مقرراتی ساده و معمول نمی‌توانند به سادگی مورد شناسایی قرار گیرند. همچنین درآمد کارکنان در این بخش ناپایدار و اساساً در هر دوره نسبت به دوره دیگر متغیر می‌باشد. این ویژگی‌ها در بخش غیررسمی، امکان برقراری بیمه‌های اجتماعی درمانی به طور مشابه با بخش رسمی اشتغال و با برخورداری از مزایای قوانین کار و تأمین اجتماعی را دشوار و ناممکن ساخته است (۳). ادامه چنین وضعیتی نیز از جهت به وجود آمدن تبعیض بین دو گروه کارکنان در بخش‌های رسمی و غیررسمی اقتصاد و امکان ناپذیر بودن حذف تفاوت‌ها بین این دو بخش، به سادگی قابل پذیرش نمی‌باشد، ضمن آن که بهره‌مندی مناسب جامعه از خدمات سلامت نیز اساساً با شرط حذف تفاوت‌ها در دسترسی به خدمات توضیح داده می‌شود. به هر صورت باید پذیرفت که تحت چارچوب‌های قانونی موجود برای بیمه‌های تأمین اجتماعی درمان که عمدتاً تنها گروه کارکنان در بخش رسمی اشتغال را تحت پوشش قرار می‌دهد، بخش مهمی از نیروی کار شاغل در کشور عملاً از حمایت‌های تأمین اجتماعی بی‌بهره مانده‌اند. همچنین باید توجه داشت که حتی در صورت شناسایی و سازمان‌دهی کارکنان شاغل در بخش غیررسمی اقتصاد، به علت وضعیت خاص کاری، درآمدی و زندگی این شاغلین، و در بیشتر موارد به علت درآمد ناکافی و بی‌ثبات آنها، پوشش بیمه‌های اجتماعی درمانی برای آنان به طور مشابه با کارکنان بخش رسمی و بر اساس مشارکت بیمه شده یا پرداخت حق بیمه توسط آنان، نمی‌تواند کارآمد باشد (۴). این مشکلی است که تاکنون مانع از گسترش بیمه‌های تأمین اجتماعی و درمانی کارکنان در بخش غیررسمی از طریق بیمه صاحبان حرف و مشاغل آزاد و تا حد پوشش کامل کشوری این کارکنان بوده است. اساساً تا زمانی که شرایط بیمه‌های تأمین اجتماعی یا

غیررسمی اشتغال در مجموع دو سازمان تأمین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی می باشد، و با توجه به هزینه‌های اعلام شده برای این بیمه شده‌ها توسط دو سازمان یاد شده، متوسط هزینه سرانه درمان برای بیمه شده‌ها در بخش غیررسمی در سال ۱۳۷۵ حدود ۱۹۴ هزارریال و در سال ۱۳۸۶ حدود ۱۰۲۰ هزارریال بوده است.

۱۳۷۵ و ۱۳۸۶ به ترتیب حدود ۲۹۲ هزارریال و ۱۱۷۲ هزارریال بوده است. نتایج نشان داده شده در ستون ۸، متوسط این هزینه را برای دو سازمان و مجموع بیمه شده‌های آنها در سال‌های یاد شده به ترتیب معادل ۱۹۸ هزارریال و ۱۵۲۸ هزارریال نشان می‌دهد. همچنین بر اساس اطلاعات جدول ۱، در ستون‌های ۱۰ تا ۱۳، که مربوط به بیمه شده‌ها از بخش

جدول ۱- وضعیت هزینه درمان گروه‌های کارکنان در بخش‌های رسمی و غیررسمی اشتغال

سال	هزینه درمان سالانه بیمه شده‌های شهری در دو سازمان بیمه‌ای							
	تعداد کل بیمه شده‌های فعال و غیرفعال (مستمری‌بگیر) در سازمان تأمین اجتماعی (۱)	کل هزینه درمانی در سازمان تأمین اجتماعی (۲)	متوسط هزینه سرانه درمان اجتماعی (۳)	تعداد کل بیمه شده‌های فعال و غیرفعال (بازنشسته) شهری در سازمان بیمه خدمات درمانی (۴)	کل هزینه درمان شهری در سازمان بیمه خدمات درمانی (۵)	متوسط هزینه سرانه درمان بیمه خدمات (۶)	جمع کل هزینه (۷)	متوسط هزینه سرانه درمان در مجموع دو سازمان (۸)
	(هزار نفر)	(میلیون ریال)	(هزار ریال)	(هزار نفر)	(میلیون ریال)	(هزار ریال)	(میلیون ریال)	(هزار ریال)
۱۳۷۵	۵,۱۲۰	۸۹۵,۵۰۹	۱۶۳	۲,۰۵۷	۶۰۰,۸۵۱	۲۹۲	۱,۴۹۶,۳۶۰	۱۹۸
۱۳۷۶	۵,۶۷۶	۱,۲۷۰,۷۳۰	۲۰۹	۲,۱۰۱	۸۴۳,۴۵۸	۴۰۱	۲,۱۱۴,۱۸۸	۲۵۹
۱۳۷۷	۵,۸۷۹	۱,۳۳۱,۳۸۲	۲۷۵	۲,۱۱۶	۱,۰۱۷,۳۸۸	۴۸۱	۲,۷۴۸,۶۷۰	۳۲۷
۱۳۷۸	۵,۹۷۴	۱,۹۹۰,۳۲۵	۳۱۰	۲,۳۴۹	۱,۰۲۴,۳۹۷	۴۵۵	۳,۰۱۴,۸۲۲	۳۴۸
۱۳۷۹	۶,۰۹۵	۲,۵۸۲,۹۶۸	۳۹۴	۲,۳۳۱	۱,۴۸۳,۷۶۶	۶۳۷	۴,۰۶۶,۷۳۴	۴۵۸
۱۳۸۰	۶,۳۷۴	۳,۴۴۱,۸۰۱	۵۰۲	۲,۶۰۵	۱,۸۷۰,۵۴۹	۷۱۸	۵,۳۱۲,۳۵۰	۵۶۱
۱۳۸۱	۶,۵۴۷	۴,۸۳۶,۳۵۵	۶۸۳	۲,۹۴۱	۲,۶۰۷,۵۳۸	۶۶۲	۷,۴۴۳,۸۹۳	۶۷۵
۱۳۸۲	۶,۹۰۶	۶,۲۲۶,۳۴۵	۸۳۰	۴,۴۲۱	۳,۴۴۵,۳۱۱	۷۷۹	۹,۶۷۱,۶۵۶	۸۱۱
۱۳۸۳	۷,۱۶۲	۷,۷۶۶,۸۳۳	۹۹۷	۴,۸۴۸	۳,۸۵۴,۷۹۵	۷۹۵	۱۱,۶۲۱,۶۱۸	۹۱۹
۱۳۸۴	۷,۴۵۶	۹,۳۳۵,۰۴۶	۱,۱۴۴	۵,۲۱۳	۴,۷۸۱,۷۵۰	۹۱۷	۱۴,۱۱۶,۷۹۶	۱,۰۵۶
۱۳۸۵	۷,۵۱۴	۱۱,۴۲۸,۱۴۳	۱,۳۸۰	۵,۷۰۹	۵,۶۳۰,۱۶۹	۹۸۶	۱۷,۰۵۸,۳۱۲	۱,۳۱۹
۱۳۸۶	۸,۴۴۵	۱۶,۱۷۵,۵۲۵	۱,۷۳۹	۵,۷۵۴	۶,۷۴۴,۳۳۴	۱,۱۷۲	۲۲,۹۱۹,۸۵۹	۱,۵۲۸

  

سال	هزینه درمان سالانه بیمه شده‌های شهری در بخش غیررسمی			
	تعداد کل بیمه شده‌های شهری از جمعیت فعال در بخش غیررسمی (۹)	تأمین اجتماعی (۱۰)	بیمه خدمات درمانی (۱۱)	جمع کل هزینه (۱۲)
	(هزار نفر)	(میلیون ریال)	(میلیون ریال)	(میلیون ریال)
۱۳۷۵	۹۸۱	۱۲۱,۰۲۹	۶۹,۴۹۶	۱۹۰,۵۲۵
۱۳۷۶	۱,۱۲۹	۱۷۹,۰۵۱	۱۰۹,۸۷۴	۲۸۸,۹۲۵
۱۳۷۷	۱,۱۳۴	۲۶۰,۳۷۵	۹۰,۴۲۸	۳۵۰,۷۰۳
۱۳۷۸	۱,۰۷۸	۲۸۷,۷۲۰	۶۸,۷۰۵	۳۵۶,۴۲۵
۱۳۷۹	۱,۰۸۴	۳۷۸,۲۰۱	۷۹,۶۲۵	۴۵۷,۸۲۶
۱۳۸۰	۱,۱۵۷	۵۰۵,۰۷۹	۱۰۷,۷۰۰	۶۱۲,۷۷۹
۱۳۸۱	۲,۳۲۴	۶۶۶,۶۲۵	۵۱۳,۰۲۲	۱,۱۷۹,۶۴۷
۱۳۸۲	۲,۸۱۹	۸۳۷,۹۳۴	۱,۰۴۸,۳۱۹	۱,۸۸۶,۱۴۳
۱۳۸۳	۳,۲۲۱	۱,۰۳۲,۶۵۳	۱,۱۴۶,۸۷۴	۲,۱۷۹,۵۲۷
۱۳۸۴	۳,۵۵۸	۱,۳۱۷,۱۵۹	۱,۵۴۳,۰۳۰	۲,۷۶۰,۱۸۹
۱۳۸۵	۳,۶۵۰	۱,۲۶۰,۱۹۴	۱,۸۳۰,۸۱۹	۳,۰۹۱,۰۱۳
۱۳۸۶	۳,۷۵۵	۱,۷۴۳,۷۶۶	۲,۰۸۵,۳۵۱	۳,۸۲۹,۱۱۷

\* منبع: مجموع گزارش‌های عملکرد سالانه سازمان تأمین اجتماعی؛ آمارهای مربوط به امور بیمه‌گری سازمان بیمه خدمات درمانی؛ سالنامه‌های آماری مرکز آمار ایران

از کارکنان دولت و اخذ حق بیمه از خویش‌فرمایان براساس سرانه مشارکت برای اعضای خانوار کاملاً سازگار می‌باشد. نکته شایان ذکر دیگر این است که وضعیت جمعیت فعال و دو زیرگروه اصلی آن شامل جمعیت شاغل و غیرشاغل (بیکار) براساس تعاریف متداول در سرشماری‌ها، در سال‌های بین سرشماری‌ها به صورت درصدی از کل جمعیت شهری و روستایی به طور سالانه توسط مرکز آمار ایران ارایه می‌شود. از سوی دیگر تعداد کل جمعیت شهری و روستایی نیز به صورت برآورد توسط بانک مرکزی جمهوری اسلامی و در بانک اطلاعات اقتصادی آن ارایه می‌شود. در این تحقیق با استفاده از مجموع این دو اطلاعات، تلاش گردید تا برآورد قابل اعتمادی از تعداد جمعیت فعال شهری و جمعیت شاغل و غیرشاغل (بیکار)

در جدول ۲، برآورد کل هزینه درمان برای هر یک از گروه‌های کارکنان در بخش‌های رسمی و غیررسمی اشتغال (شامل خانوارهای تحت سرپرستی آنان) بر اساس اطلاعات برآوردهای آماری از تعداد این کارکنان در حد فاصل بین سرشماری‌های رسمی کشور در سال‌های ۱۳۷۵ و ۱۳۸۵، و متوسط هزینه‌های سرانه درمان دو سازمان تأمین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی نشان داده شده است. در این تحقیق هر یک از جمعیت فعال شاغل و غیرشاغل به عنوان نماینده یک خانوار در نظر گرفته شده‌اند. این موضوع با شرایط اخذ حق بیمه توسط سازمان تأمین اجتماعی براساس درصدی از درآمد هر یک از جمعیت فعال شاغل در نظام بیمه‌های تأمین اجتماعی، و با شرایط مشابه در سازمان بیمه خدمات درمانی برای اخذ حق بیمه

شهری فراهم آید. در ادامه، به جهت سازوکارهای پوشش بیمه در دو سازمان تأمین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی براساس مشارکت بیمه شده یا پرداخت حق بیمه، و این که برای انجام این مشارکت بیمه شده باید دارای درآمد باشد، بیمه شده‌های شهری این دو سازمان در گروه جمعیت فعال شاغل شهری طبقه‌بندی گردیده‌اند. با کسر بیمه شده‌های دو سازمان بیمه از

کل شاغلین شهری، تعداد جمعیت فعال شاغل و بیمه نشده شهری به دست آمده است. در ستون‌های مربوط به برآورد هزینه‌ها نیز با استفاده از متوسط سالانه هزینه سرانه در دو سازمان بیمه از جدول ۱، ارقام هزینه‌ای مربوط به جمعیت فعال بیمه نشده و جمعیت بیکار (که این نیز به طور طبیعی بیمه نشده محسوب می‌شود) برآورد شده است.

جدول ۲- برآورد هزینه درمان گروه‌های کارکنان در بخش‌های رسمی و غیررسمی اشتغال

جمعیت فعال بیمه نشده شهری و جمعیت شاغل و بیکار شهری در بخش غیررسمی		متوسط هزینه سرانه جمعیت فعال بیمه نشده در بخش غیررسمی		برآورد هزینه برای کل جمعیت فعال بیمه نشده در بخش غیررسمی (مجموع شاغل بیمه نشده و بیکار شهری)			
سال	شاغل (۱) (هزار نفر)	بیکار (۲) (هزار نفر)	کل (۳) (هزار نفر)	متوسط در مجموع سازمان تأمین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی (۴) (هزار ریال)	متوسط در سازمان بیمه خدمات درمانی برای خویش‌فرمایان و بستری (۵) (هزار ریال)	بر اساس نرخ متوسط در مجموع سازمان تأمین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی (۶) (میلیون ریال)	بر اساس نرخ متوسط در سازمان خویش‌فرمایان و بستری شهری (۷) (میلیون ریال)
۱۳۷۵	۲,۰۰۴	۸۶۴	۲,۸۶۸	۱۹۴	۲۹۲	۵۵۶,۳۹۲	۸۳۷,۴۵۶
۱۳۷۶	۲,۶۱۱	۱,۳۲۵	۳,۹۳۶	۲۵۶	۴۰۱	۹۸۲,۰۱۶	۱,۵۳۸,۲۳۶
۱۳۷۷	۲,۷۱۳	۱,۳۳۶	۴,۰۴۹	۳۰۹	۴۸۱	۱,۲۵۱,۱۴۱	۱,۹۴۷,۵۶۹
۱۳۷۸	۳,۰۲۲	۱,۵۴۲	۴,۵۶۴	۳۳۱	۴۵۵	۱,۵۱۰,۶۸۴	۲,۰۷۶,۶۲۰
۱۳۷۹	۳,۳۷۸	۱,۷۲۶	۵,۱۰۴	۴۲۲	۶۳۷	۲,۱۱۱,۶۸۸	۳,۱۸۷,۵۴۸
۱۳۸۰	۳,۴۲۳	۱,۸۱۲	۵,۲۳۵	۵۳۰	۷۱۸	۲,۷۷۴,۵۵۰	۳,۷۵۸,۷۳۰
۱۳۸۱	۳,۳۱۰	۱,۶۲۵	۴,۹۳۵	۵۰۸	۳۸۱	۱,۹۹۸,۹۸۰	۱,۴۹۹,۲۳۵
۱۳۸۲	۱,۸۳۱	۱,۵۴۸	۳,۳۷۹	۴۶۹	۵۷۹	۲,۲۶۰,۵۵۱	۱,۹۵۶,۴۴۱
۱۳۸۳	۱,۵۷۱	۱,۶۴۸	۳,۲۱۹	۶۷۷	۵۲۵	۲,۱۷۹,۲۶۳	۱,۶۸۹,۹۷۵
۱۳۸۴	۱,۳۶۹	۱,۹۷۴	۳,۳۷۰	۷۷۶	۶۱۹	۲,۶۱۵,۱۲۰	۲,۰۸۶,۰۳۰
۱۳۸۵	۱,۹۲۵	۲,۰۲۳	۳,۹۴۸	۸۴۷	۶۶۹	۳,۳۴۳,۹۵۶	۲,۶۴۱,۲۱۲
۱۳۸۶	۱,۹۳۱	۱,۹۲۰	۳,۸۵۱	۱,۰۲۰	۷۵۶	۳,۹۲۸,۰۲۰	۳,۹۱۱,۳۵۶

  

سال	متوسط در مجموع بیمه سرانه خویش‌فرمایان در سازمان بیمه خدمات درمانی شهری (۸) (هزار ریال)	برآورد مشارکت جمعیت شاغل بیمه نشده در بخش غیررسمی (بر اساس حق بیمه سرانه خویش‌فرمایان در سازمان بیمه خدمات درمانی) (۹) (میلیون ریال)	بر اساس نرخ متوسط در مجموع دو سازمان (۱۰) (میلیون ریال)	بر اساس نرخ متوسط در سازمان بیمه خدمات درمانی (۱۱) (میلیون ریال)
۱۳۷۵	۳۴	۸۸,۱۷۶	۴۶۸,۲۱۶	۷۴۹,۲۸۰
۱۳۷۶	۵۰	۱۳۰,۵۵۰	۸۵۱,۳۶۶	۱,۴۰۷,۶۸۶
۱۳۷۷	۲۴۰	۶۵۱,۱۲۰	۶۰۰,۰۲۱	۱,۲۹۶,۴۴۹
۱۳۷۸	۱۲۰	۳۶۲,۶۴۰	۱,۱۴۸,۰۴۴	۱,۷۱۳,۹۸۰
۱۳۷۹	۱۹۸	۶۴۹,۰۴۴	۱,۴۶۲,۶۴۴	۲,۵۳۸,۵۰۴
۱۳۸۰	۲۱۰	۷۱۸,۸۳۰	۲,۰۵۵,۷۲۰	۳,۰۳۹,۹۰۰
۱۳۸۱	۲۸۸	۶۶۵,۲۸۰	۱,۳۳۳,۷۰۰	۱۸۳,۹۵۵
۱۳۸۲	۴۵۶	۸۳۴,۹۳۶	۱,۴۲۵,۶۱۵	۱,۱۲۱,۵۰۵
۱۳۸۳	۵۱۶	۸۱۰,۶۳۶	۱,۳۶۸,۶۳۷	۸۷۹,۳۳۹
۱۳۸۴	۸۵۷	۱,۱۷۳,۳۳۳	۱,۴۴۱,۸۸۷	۹۱۲,۷۹۷
۱۳۸۵	۸۵۷	۱,۶۴۹,۷۲۵	۱,۶۹۴,۲۳۱	۹۹۱,۴۸۷
۱۳۸۶	۸۵۷	۱,۶۵۴,۸۶۷	۲,۲۷۳,۱۵۳	۱,۲۵۶,۴۸۹

با توجه به توضیحات فوق، در جدول ۲ و در ستون‌های ۱ تا ۳، جمعیت فعال بیمه نشده شهری و جمعیت بیکار شهری نشان داده شده‌اند. متوسط هزینه سرانه جمعیت فعال بیمه شده در بخش غیررسمی در مجموع دو سازمان و برای سازمان بیمه خدمات درمانی به طور جداگانه در ستون‌های ۴ و ۵، نشان داده شده است. اطلاعات این دو ستون در واقع از جدول ۱ در اینجا نقل شده‌اند. با استفاده از اطلاعات این دو ستون در جدول ۲، هزینه بیمه درمانی برای کل بیمه نشده‌ها، شامل مجموع جمعیت شاغل بیمه نشده و جمعیت بیکار در ستون ۳، محاسبه و برآورد شده است. این برآورد براساس متوسط هزینه در دو

سازمان و سپس در سازمان بیمه خدمات درمانی، در ستون‌های ۶ و ۷ نشان داده شده است. براساس نتایج این دو ستون، برآورد هزینه بیمه درمانی بیمه نشده‌های شهری در سال ۱۳۸۶ با متوسط هزینه در مجموع دو سازمان ۳,۹۲۸,۰۲۰ میلیون ریال و با متوسط هزینه در سازمان بیمه خدمات درمانی ۲,۹۱۱,۳۵۶ میلیون ریال بوده است. در ستون ۸، متوسط حق بیمه سرانه خویش‌فرمایان در سازمان بیمه خدمات درمانی نشان داده شده است. با اطلاعات این ستون و با توجه به تعداد شاغلین بیمه نشده در بخش غیررسمی در ستون ۱، برآورد مشارکت سالانه برای شاغلین در بخش غیررسمی در ستون ۹ نشان داده شده

کشوری و سازگاری داده‌ها با یکدیگر، و همچنین با توجه به روش تحلیل وضعیت برای برآورد مشارکت جمعیت شاغل بیمه نشده و سهم دولت در جدول ۲، نتایج حائز اهمیتی را برای پاسخ به سؤالات تحقیق فراهم می‌نمایند.

### نتایج

جدول ۳، هزینه بیمه درمانی جمعیت فعال بیمه نشده در بخش غیر رسمی (اعم از شاغل و بیکار) را با نسبت‌هایی به تفکیک سهم دولت و سهم مشارکت جمعیت فعال یاد شده، در یک طرح بیمه درمانی شبیه به آنچه که در طرح بیمه درمان خویش‌فرمایان همیشه مورد تأکید دولت بوده است، نشان می‌دهد. طرح بیمه درمان خویش‌فرمایان همواره از سوی دولت یک طرح جامع و کافی برای پوشش کشوری بیمه درمانی دانسته می‌شد، اما هیچ‌گاه ویژگی جامعه خویش‌فرمایان اعم از شاغل و بیکار و تعهدات دولت و سهم مشارکت خویش‌فرمایان به درستی مشخص نشده است. به همین ترتیب نیز هیچ‌گاه برای دولت مشخص نبوده است که باید چگونه نسبت به تحقق‌پذیر نمودن مشارکت افراد برای این طرح سازماندهی نماید. جدول ۳ و تحلیل نتایج آن نشان می‌دهد که دولت باید چه سهمی از کل تعهدات مربوط به جمعیت فعال بیمه نشده را عهده‌دار می‌شد.

همان‌طور که گفته شد، با شرط مشارکت کل شاغلین بیمه شده در بخش غیر رسمی در یک طرح بیمه درمانی از نوع بیمه خویش‌فرمایان و با حق بیمه سرانه پیش‌بینی شده توسط سازمان بیمه خدمات درمانی، و همچنین با استفاده از اطلاعات جدول ۲، می‌توان مبالغ مشارکت دولت و جمعیت فعال بیمه نشده در بخش غیررسمی را با برآوردهایی که در ستون‌های ۹ تا ۱۱ در جدول ۲ نشان داده شده است، به دست آورد. در جدول ۳، ستون‌های ۱ و ۲ به ترتیب، سهم مشارکت دولت و جمعیت فعال بیمه نشده در بخش غیررسمی را بر اساس نرخ متوسط هزینه بیمه درمان در مجموع دو سازمان تأمین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی (از تقسیم ستون‌های ۱۰ و ۹ بر ستون ۶ در جدول ۲)، نشان می‌دهند. اطلاعات مشابه در جدول ۳ و در ستون‌های ۳ و ۴ نیز به ترتیب سهم مشارکت دولت و جمعیت فعال بیمه نشده در بخش غیر رسمی را بر اساس نرخ متوسط سازمان بیمه خدمات درمانی (از تقسیم ستون‌های ۱۱ و ۹ بر ستون ۷ در جدول ۲) نشان می‌دهند.

به طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، در ستون ۱ سهم دولت از بیش از ۸۴٪ در سال ۱۳۷۵ به حدود ۵۸٪ در سال ۱۳۸۶ کاهش یافته است. همچنین در ستون ۳ سهم دولت از زمستان ۸۹، دوره سیزدهم، شماره چهارم

است. این سهم مشارکت برای بیمه نشده‌های شاغل در بخش غیررسمی، برای مثال در سال ۱۳۸۶ با رقمی معادل ۱۶۴۵،۸۶۷ میلیون ریال، تنها در صورت ایجاد سازوکار لازم برای ایجاد انگیزه برای پرداخت حق مشارکت یا حق بیمه توسط آنها در قالب طرح بیمه درمان خویش‌فرمایان تحقق‌پذیر می‌باشد. اما به هر حال هزینه بیمه درمان برای جمعیت بیکار بیمه نشده، به دلیل فاقد درآمد بودن این جمعیت، باید به طور کامل در یک طرح کاملاً حمایتی توسط دولت تأمین مالی گردد. برآورد سهم دولت برای تأمین مالی هزینه بیمه درمان جمعیت فعال بیمه نشده در ستون‌های ۱۰ و ۱۱ نشان داده شده است. این دو ستون به ترتیب تفاوت هزینه بیمه درمان این جمعیت و مشارکت شاغلین بیمه نشده در بخش غیررسمی را، به ترتیب براساس متوسط هزینه در مجموع دو سازمان و متوسط هزینه سازمان بیمه خدمات درمانی، نشان می‌دهند. در واقع سهم دولت در این دو ستون شامل مجموع مانده هزینه شاغلین بیمه نشده از مشارکت احتمالی آنها و هزینه جمعیت بیکار بدون هر نوع مشارکتی از سوی آنان، براساس هر یک از دو نوع متوسط هزینه می‌باشد. بدیهی است در صورت عدم تحقق مشارکت مورد انتظار از سوی شاغلین بیمه نشده در بخش غیررسمی، باید ارقام ستون ۹ را به هر یک از ستون‌های ۱۰ و ۱۱ افزود که در این صورت همان ارقام نشان داده شده در ستون‌های ۶ و ۷ به عنوان تعهدات دولت به دست می‌آیند.

حال با توجه به نوع داده‌های استفاده شده در این تحقیق که براساس سابقه مشاهده شده در سال‌های گذشته نشان داده شده است، باید برآورد کمبود منابع مالی برای بیمه درمانی جمعیت فعال بیمه نشده و خانوارهای آنها در بخش غیررسمی را در سال‌های گذشته معادل با ارقام نشان داده شده در ستون‌های ۶ و ۷ دانست. در مجموع این هزینه‌ها نیز می‌توان برآورد حداقل تعهدات دولت در سال‌های گذشته را معادل ارقام ستون‌های ۱۰ و ۱۱ دانست. البته دولت در سال‌های یاد شده هیچ‌گاه ضرورت توجه به بیمه درمان جمعیت فعال بیمه نشده و خانوارهای آنان را، نه در سازماندهی برای ایجاد مشارکت مالی برای شاغلین بیمه نشده در بخش غیررسمی که به طور بالقوه واجد شرایط مشارکت بوده‌اند، و نه در پذیرش تعهدات نسبت به بیکاران بیمه نشده و خانوارهای آنها، ندیده‌رفته است. این تحقیق برای نشان دادن اهمیت این موضوع و ضرورت توجه به مشکل ناشی از آن صورت پذیرفته است.

داده‌های اطلاعاتی در جداول ۱ و ۲ با توجه به روش توضیح داده شده برای استخراج داده‌های تلفیقی با ویژگی جمعیت

بیکار شهری و کل جمعیت بیمه نشده شهری در بخش غیررسمی براساس اطلاعات ستون‌های ۲ و ۳ در جدول ۲، افزایش داشته‌اند. در واقع بالا بودن نرخ مشارکت بیمه درمانی یکی از دلایلی است که به تداوم تعداد قابل ملاحظه جمعیت بیمه نشده در بخش غیر رسمی انجامیده است. در ضمن، باید توجه داشت که به علت ناکارآمدی سیاست‌ها برای جذب مشارکت شاغلین بیمه نشده در بخش غیر رسمی، تحقق این مشارکت همواره ناممکن بوده است.

۸۹٪ در سال ۱۳۷۵ به ۴۳٪ در سال ۱۳۸۶ کاهش یافته است. این ارقام نشان می‌دهد که کاهش سهم دولت در دوره مورد بررسی قابل ملاحظه بوده است، و این که کاهش مزبور بر اساس نرخ متوسط هزینه بیمه درمانی در سازمان بیمه خدمات درمانی شدیدتر از کاهش سهم دولت براساس نرخ متوسط هزینه بیمه درمانی در مجموع دو سازمان بیمه می‌باشد. به طور کلی، علت کاهش شدید در سهم دولت، افزایش قابل ملاحظه در نرخ مشارکت بیمه درمان خویش‌فرمایان طی این سال‌ها بوده است. این کاهش در سهم دولت در حالی مشاهده می‌شود که جمعیت

جدول ۳- برآورد درصد مشارکت دولت و جمعیت فعال بیمه نشده در بخش غیررسمی اشتغال از کل هزینه درمان

سال	برآورد درصد مشارکت دولت و درصد مشارکت جمعیت فعال بیمه نشده در بخش غیررسمی بر اساس نرخ متوسط هزینه درمان در مجموع دو سازمان تأمین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی	سهم مشارکت جمعیت فعال بیمه نشده	سهم مشارکت دولت	برآورد درصد مشارکت دولت و درصد مشارکت جمعیت فعال بیمه نشده در بخش غیررسمی بر اساس نرخ متوسط هزینه درمان در سازمان بیمه خدمات درمانی	سهم مشارکت جمعیت فعال بیمه نشده	سهم مشارکت دولت
	(۱)	(۲)	(۳)	(۴)	(۵)	(۶)
۱۳۷۵	۸۴/۲	۱۵/۸	۸۹/۵	۱۰/۵	۱۳۷۶	۸۶/۷
۱۳۷۶	۴۸	۵۲	۶۶/۶	۳۳/۴	۱۳۷۷	۷۶
۱۳۷۸	۶۹/۳	۳۰/۷	۸۲/۵	۱۷/۵	۱۳۷۹	۷۴/۱
۱۳۸۰	۶۶/۷	۳۴/۹	۵۵/۶	۲۰/۴	۱۳۸۱	۶۶/۷
۱۳۸۱	۶۳/۱	۳۶/۹	۵۷/۳	۱۹/۱	۱۳۸۲	۶۳/۱
۱۳۸۲	۶۲/۸	۳۷/۲	۵۲	۴۸	۱۳۸۳	۶۲/۸
۱۳۸۴	۵۵/۱	۴۴/۹	۴۳/۸	۵۶/۲	۱۳۸۴	۵۵/۱
۱۳۸۵	۵۳/۷	۴۶/۳	۴۱/۳	۵۸/۷	۱۳۸۵	۵۳/۷
۱۳۸۶	۵۷/۹	۴۲/۱	۴۲/۲	۵۶/۸	۱۳۸۶	۵۷/۹

شرایط کاری نیز رنج می‌برد، تا بیش از ۵۰٪ افزایش یافته است. در واقع در حال حاضر پذیرفته شده است که بیمه نشده‌های فعلی در شرایط اختیاری بودن بیمه درمانی، تمامی هزینه درمان خود را از محل پرداخت مستقیم به فراهم‌آوردندگان خدمات انجام دهند. یکی دیگر از نتایج چنین وضعیتی نیز این است که این گروه تنها در شرایط پرداخت‌های اضطراری یا مصیبت‌بار درمانی، به پذیرش شرایط بیمه درمان اختیاری روی می‌آورند.

موضوع حائز اهمیت دیگر این است که تفاوت بین متوسط هزینه سرانه درمان در مجموع دو سازمان برای بیمه شده‌های شهری (شاغلین رسمی و غیررسمی) و متوسط هزینه سرانه درمان در مجموع دو سازمان برای بیمه شده‌های غیررسمی نشان می‌دهد که در ابتدای دوره ۱۳۸۶-۱۳۷۵، تفاوت بین این دو متوسط هزینه غیرمحسوس بوده است ولی در طی سال‌های اخیر تفاوت فاحشی بین آنها ایجاد شده است. این تفاوت که در سال ۱۳۸۶ معادل ۵۰٪ متوسط هزینه‌های مربوط به کارکنان در بخش غیررسمی می‌باشد، به سود کارکنان بخش رسمی مشاهده می‌شود. در دوره ۱۳۸۶-۱۳۷۵، متوسط رشد هزینه سرانه درمان برای کل بیمه شده‌های شهری (رسمی و غیررسمی) حدود ۲۰/۴٪ بوده است. در مقایسه با متوسط نرخ رشد این

همچنین به شرحی که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، کاهش سهم دولت براساس نرخ متوسط هزینه بیمه درمانی در سازمان بیمه خدمات درمانی (ستون ۳) شدیدتر از کاهش سهم دولت براساس نرخ متوسط هزینه بیمه درمانی در مجموع دو سازمان بیمه (ستون ۱) می‌باشد. علت آن نیز تأکید بر این سیاست عمومی در سازمان بیمه خدمات درمانی بوده است که نرخ مشارکت افراد (یا خویش‌فرمایان) باید در هر سال سهم بیشتری نسبت به سال قبل در هزینه بیمه درمانی آنان داشته باشد. این سیاست عمومی نیز از دیگر دلایل افزایش جمعیت بیمه نشده در بخش غیررسمی یا بازداشتن آنها از پذیرش بیمه همگانی درمان بوده است.

به طور کلی باید خاطر نشان نمود که روند کاهشی سهم دولت در هزینه‌های بیمه درمانی برای بخش غیررسمی اشتغال برخلاف توصیه‌های سازمان‌های مسؤول در زمینه سلامت کارگران از جمله سازمان بین‌المللی کار می‌باشد (۲). این روند کاهشی همچنین نشان‌دهنده آن است که نقش دولت در تأمین هزینه‌های درمانی بخش غیررسمی در حال کم‌رنگ‌تر شدن می‌باشد و به مرور زمان نیز هزینه‌های درمانی این بخش از جمعیت فعال که به طور نسبی از وضعیت نابسامان درآمدی و

انجامیده است. بررسی وضعیت مشارکت دولت حتی در شرایطی که مبلغ مورد انتظار از مشارکت جمعیت فعال شاغل در بخش غیررسمی تحقق می‌یافت، نشان داده است که سیاست‌ها در طول دوره مورد بررسی همیشه تلاش داشته است تا سهم دولت برای تأمین مالی هزینه بیمه درمان جمعیت فعال در بخش غیررسمی را کاهش دهد. این هزینه با توجه به نرخ متوسط هزینه درمان در سازمان‌های بیمه در نظر گرفته شده است، و از این جهت می‌توان آن را سطح مناسب هزینه برای جمعیت فعال در بخش غیررسمی دانست. در عمل عدم تحقق مبالغ این هزینه برای جمعیت یاد شده به معنی تداوم فقر بهداشتی و درمانی برای آنان می‌باشد.

به طور کلی می‌توان سیاست‌های فعلی دولت برای پوشش و حمایت از بیمه اجتماعی درمان بخش غیررسمی را که تنها در چارچوب بیمه درمان اختیاری خویش‌فرمایان و بیمه بستری درمان قرار داده شده است، فاقد کارآمدی مورد انتظار برای پوشش کشوری بیمه در این بخش، و تأمین هزینه بیمه درمان آنان دانست. به عبارت دیگر علی‌رغم وجود محدودیت‌های درآمدی برای کارکنان بخش غیررسمی اقتصاد، محدودیت بهره‌مندی از خدمات بیمه درمانی برای آنان در طول دوره مورد بحث همچنان ادامه داشته است. علت آن نیز به وضوح، ناسازگاری سیاست مشارکت بخش غیر رسمی در هزینه بیمه درمان با سیاست پوشش کشوری بیمه درمانی برای جمعیت یاد شده، بوده است. در واقع سیاست تأمین پوشش کشوری بیمه در مقایسه با سیاست مشارکت در بیمه همواره فاقد اولویت دانسته شده است. اگر غیر از این می‌بود باید لااقل روند کاهشی در سهم مشارکت دولت در هزینه بیمه درمان جمعیت فعال در بخش غیررسمی به وجود نمی‌آمد، و برای جمعیت بیکار نیز پوشش کامل هزینه بیمه درمان توسط دولت برقرار می‌گردید. به هر حال، با توجه به انتظاری که از دولت در گسترش پوشش بیمه درمانی برای بخش غیررسمی می‌رود، دو موضوع مهم عبارتند از: الف) در تعیین میزان حق بیمه و سرانه درمان برای کارکنان بخش غیررسمی در مقایسه با بخش رسمی، دولت باید سهم بیشتری از این سرانه و حق بیمه را متعهد شود تا انگیزه بیشتری برای بیمه شدن در بین کارکنان بخش غیررسمی به وجود آید. در حال حاضر، در مقایسه با بخش رسمی که از حقوق سالانه پایدار و به طور نسبی مکفی برخوردار هستند، میزان سرانه درمان کارکنان بخش غیررسمی با وجود درآمد غیرثابت سالانه و نسبتاً ناکافی، بیشتر می‌باشد. ب) برای گسترش پوشش بیمه‌های درمانی برای جمعیت فعال بیکار، باید سهم دولت از

هزینه سرانه برای بیمه شده‌های شهری در بخش غیررسمی، که سالانه به طور متوسط حدود ۱۶/۳٪ بوده است<sup>۱</sup>، ملاحظه می‌شود که رشد هزینه سرانه برای این گروه از بیمه شده‌ها کمتر از متوسط رشد هزینه سرانه برای کل بیمه شده‌ها بوده است. به عبارت دیگر، علی‌رغم وجود محدودیت‌های درآمدی برای کارکنان در بخش غیررسمی اشتغال، محدودیت بهره‌مندی از توسعه خدمات بیمه درمانی برای بیمه شده‌های بخش غیررسمی همچنان ادامه داشته است، و شکاف یا نابرابری در بهره‌مندی آنان از خدمات نیز افزایش یافته است.

بررسی روند هزینه‌های درمانی بخش غیررسمی اشتغال در طی ۱۲ سال اخیر، نشان دهنده افزایش سهم این بخش تا ۵۰٪ این هزینه‌ها می‌باشد و این که بیمه نشده‌های فعلی در شرایط اختیاری بودن بیمه درمانی، غیر از هزینه درمان بستری در بیمارستان‌های دولتی، که با بیمه درمان بستری به طور اضطراری پوشش داده می‌شود، برای درمان سرپایی، دارو، و درمان بستری در بیمارستان‌های غیردولتی تمامی هزینه درمان خود را از محل پرداخت مستقیم به فراهم‌آوردندگان خدمات انجام داده‌اند.

### بحث و نتیجه‌گیری

دو سؤال اصلی در این تحقیق عبارت بود از این که: آیا سیاست‌های دولت برای پوشش کشوری جمعیت فعال در بخش غیررسمی موفق بوده است؟ و این که آیا طرح بیمه درمان خویش‌فرمایان توانسته است هزینه درمان در بخش غیررسمی را متناسب با این هزینه‌ها برای کارکنان در بخش رسمی کاهش دهد. نتیجه تحقیق نشان می‌دهد که سیاست‌های عمومی دولت از طریق سازمان بیمه خدمات درمانی در سال‌های ۱۳۸۶-۱۳۷۵ تلاش داشته است تا سهم مشارکت بخش غیررسمی را افزایش دهد، و توجهی نیز به عدم امکان مشارکت بیکاران در گروه جمعیت فعال شهری در هزینه بیمه درمانی نداشته است. این سیاست موجب افزایش جمعیت فعال بیمه نشده شهری تا حدود یک میلیون نفر در طول دوره مورد بررسی شده است. همچنین در سیاست‌های دولت سازوکارهای مناسب برای ایجاد انگیزه در گروه جمعیت فعال شاغل در بخش غیررسمی برای مشارکت آنها از طریق پرداخت حق بیمه وجود نداشته است. این مشکل به از دست رفتن مبلغی بالغ بر ۱۶۵۴۸۶۷ میلیون ریال سهم مشارکت این گروه در سال ۱۳۸۶

<sup>۱</sup> محاسبه متوسط نرخ سالانه رشد براساس تابع لگاریتمی برای رابطه هزینه‌ها بین دو سال ابتدا و انتهای دوره با نرخ رشد مرکب صورت پذیرفته است.

شرایطی که طی دوره مورد بررسی تعداد جمعیت بیکار بیمه نشده افزایش یافته است، دولت تنها روش بیمه درمان خویش‌فرمایان را برای تأمین پوشش بیمه‌ای آنان در نظر داشته است که این سیاست هیچ گاه اقدام مؤثری برای تأمین هزینه بیمه درمان آنان محسوب نگردیده است.

هزینه‌های درمانی برای آنان افزایش یابد. بررسی روند هزینه‌ها در طول سال‌های مورد بررسی نشان داده است که چنین سیاستی هیچ گاه مورد توجه نبوده است. حال با توجه به این که برای جمعیت بیکار بیمه نشده در بخش غیررسمی که فاقد درآمد می‌باشند، پرداخت حق بیمه دشوار می‌باشد، دولت باید پرداخت صد درصد حق بیمه و هزینه درمان آنان را نیز عهده‌دار شود.

## References

- 1- Karimi M. The Situation of Health Insurance in Comprehensive Social Security System. *Social Security Quarterly Journal* 2005;10:192-203.
- 2- Canagarajah S, Sethuraman SV. Social protection and the informal sector in developing Countries: challenges and opportunities. *The World Bank series of Social Protection Discussion Papers*, No. 0130: 2001.
- 3- Holtzblat J, Page B. Effects of Changes to the Health Insurance System on Labor Markets. *Economic and Budget Issue Brief* 2009; July 13.
- 4- Rama M. Social Protection and Labor Markets in Vietnam. Presentation at Commission on Growth and Development: Labor Markets and Growth. Washington D. C: World Bank, 2007. Available from: <http://www.growthcommission.org/storage/cgdev/documents/LaborMarkets/Rama.pdf>.
- 5- Normand C, Weber A. Social Health Insurance: A Guide Book for Planning. 2nd ed. WHO: 2009; Ch. 8, 11, 18, 20.
- 6- Bitran R, Giedion U. Waiver and exemption for health services in developing countries. *The World Bank: Social Protection Discussion Paper Series* 0308; 2003.

## Assessment of Government Financial Supports and Policies for Social Health Insurance in Informal Sector

Kazemian M<sup>1</sup> (PhD), Alipoor V<sup>\*2</sup> (MSc)

<sup>1</sup>Health Economics Section, Faculty of Medicine, Shahed University, Tehran, Iran

<sup>2</sup>Health Economics and Management Group, Faculty of Public Health, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

Received: 19 Aug 2010, Accepted: 27 Dec 2010

### Abstract

**Introduction:** Each year, the government provides considerable financial contribution in health expenditure of the insured employees in the informal sector. Nevertheless, there are still a great number of households in the active employed and unemployed group that are excluded from universal health insurance. This research assessed policies for developing health insurance for active workers in the informal sector, and the self-employed health insurance plan.

**Methods:** This was a descriptive– analytic study. Using the primary record data from the Iranian Statistical Center, Health Insurance Services Organization, and Social Security Organization, the secondary data were created and analyzed using situation analysis.

**Results:** In 1996-2007, the government's share for compensating the shortages of funds for health insurance of the employed and unemployed workers in informal sector has reduced significantly. Also, the average growth rate of per capita health expenditure of the insured people in informal sector has been less than the average for the insured people in both formal and informal sectors. In the plan of health insurance for the population in informal sector, it is also expected that more than half of the health expenses to be financed by the service users.

**Conclusion:** If the government does not intervene in organizing insurance plan for the informal sector and does not provide financial support, developing of health insurance in this sector is not feasible. The results of the current plan for the self-employed shows that the required incentives and demand for social health insurance is not present in the non-obligatory state, especially for the unemployed active workers.

**Key words:** Active People in the Informal Sector; Social Health Insurance; Health Insurance Plan for Self-Employed; Financing, Government; Social Security

Hakim Research Journal 2011; 13(4): 267- 275.

\*Corresponding Author: Department of Health Management and Economics, School of Health, Zabol University of Medical Sciences, Rajai St, Zabol, Iran. Tel: +98- 542- 2253531, Fax : +98- 542- 2253532, Email: [yahid.alipoor1360@yahoo.com](mailto:yahid.alipoor1360@yahoo.com).