

تحلیلی از سیاست‌های اجتماعی در ایران

دفتر امور زیر بنایی

پیش نوشتار

مسائل رفاه و تأمین اجتماعی، اشاره به حمایت‌ها و کمک‌هایی دارد که نیاز به آنها در مواجهه با مشکلاتی از قبیل فقر، معلولیت و از کار افتادگی، بیماری‌ها و حوادث، آسیب پذیری اجتماعی به خصوص برای کودکان و نوجوانان، بی سرپرستی خانواده‌ها و سایر نارسایی‌های اجتماعی، همواره در جامعه محسوس است. خدمات نجات بخش تأمین اجتماعی ضمن پیش‌گیری و اصلاح نارسایی‌های فوق، خدمات مورد نیاز دیگری از جمله حمایت از بازنشستگان و سالمندان، بازپروری اشخاص آسیب دیده از انحرافات اجتماعی از قبیل اعتیاد و نظایر آن و امداد آسیب دیدگان از سوانح مانند سیل، زلزله و جنگ را در بر می‌گیرد.

توسعه یافتگی جوامع با افزایش سطح بهره‌مندی افراد از رفاه و تأمین اجتماعی، شرایط نظام یافته‌ای^۱ را برای ارائه خدمات اجتماعی^۲ و بهبود خدمات انسانی^۳ فراهم می‌نماید. اقدامات حمایتی از طریق خدمات

کارکنان شاغل در مؤسسات حمایتی، رفاهی، بهداشتی و درمانی فراهم آمده و در یک نظام تأمین اجتماعی، کمک‌ها از طریق ارائه مزایای بیمه‌ای و یا انتقالات، به صورت پرداخت‌ها به اشخاص صورت می‌پذیرد. به دلیل آنکه شناخت نیازها و توانایی اظهار آنها در هر جامعه تعیین کننده دامنه حمایت‌های اجتماعی در آن جامعه می‌باشد، در مطالعات معاصر نمی‌توان تعریف یکسانی از دامنه اقدامات رفاهی و تأمین اجتماعی^۴ در کلیه جوامع مشاهده نمود.

در تعدادی از کشورها تمایز مشخصی بین «خدمات اجتماعی» و «خدمات رفاهی» بیان می‌گردد. در این کشورها خدمات اجتماعی شامل اقداماتی از قبیل مراقبت‌های بهداشتی و آموزشی است که به طور عمومی به جمعیت کشور عرضه می‌شود. در مقابل، خدمات رفاهی به صورت حمایت‌ها و کمک‌هایی به

1. Systematic Condition
2. Social Services
3. Human Services
4. Social Welfare and Social Security

امروزه صورت‌های متفاوتی از خدمات اجتماعی و رفاهی به عنوان ضرورت‌هایی دانسته شده‌اند که برای افراد جامعه نجات بخش می‌شود و آنان را در بهره‌مندی از شرایط مناسب اجتماعی یاری رسانده و در بهزیستی^۱ آنان نیز سهم بسزایی ایفا می‌نماید.

در مقاله حاضر، رفاه و تأمین اجتماعی با توجه به خدماتی که ضرورت ارائه آن به اشخاص نیازمند در جامعه محسوس است، متناسب با شرایط اجتماعی و فرهنگی کشورمان مورد بررسی و ارزیابی قرار می‌گیرد. همچنین براساس ساختار فعلی ارائه خدمات رفاهی در کشور برای تأمین نیازهای اساسی، موضوع برقراری بیمه‌های اجتماعی و عرضه خدمات حمایتی به گروه‌های آسیب‌پذیر با توجه به نوع دوم طبقه‌بندی یاد شده، مجموعه‌ای از خدمات رفاهی و حمایتی به صورت فعالیت‌های حرفه‌ای خاصی مورد نظر که به فعالیت‌های رفاه اجتماعی^۲ موسوم‌اند و مباحث مربوط به برنامه تأمین اجتماعی دولت^۳ با اشاره به موضوعاتی مانند بیمه‌های اجتماعی^۴ و

گروه‌های آسیب‌پذیر^۱ از قبیل فقرا، معلولین، خانواده‌های بی‌سرپرست و خانواده‌هایی که به‌طور مثال تحت سرپرستی بزهکاران قرار دارند، ارائه می‌گردد. در طبقه‌بندی دیگری از رفاه اجتماعی، ارائه خدمات به شرح زیر مورد توجه قرار می‌گیرد:

۱- خدمات بهبود بخش^۲ برای تأمین نیازهای اساسی^۳ در جامعه، که از طریق ارائه خدماتی از قبیل بهداشت و آموزش در حدائق سطوح مورد نیاز در جامعه و رفع اضطراب‌های شدید یا مزمن^۴ در افراد فراهم می‌گردد.

۲- خدمات پیشگیری^۵ از نوع بیمه‌های اجتماعی، که برای کاهش نارسایی‌های اجتماعی در شرایطی که فقدان یا کمبود درآمد موجب پریشانی‌های گاه و بی‌گاه در اشخاص می‌شود، مورد توجه قرار می‌گیرد.

۳- خدمات حمایتی^۶ که از طریق کمک‌های اجتماعی، گسترش رفاه، اجتماعی در مرحله‌ای فراتر از تأمین نیازهای اساسی، تلاش برای بهبود و یا نگهداشتن سطح مشخصی از توانایی‌ها برای اشخاص را مورد توجه قرار می‌دهد. براین اساس، خدمات رفاهی و حمایتی به صورت اقدامات اساسی برای رفع مشکلات گروه‌های آسیب‌پذیر و در زمانی تعریف می‌شوند که خدمات از نوع پیشگیری، در عمل مواجهه با محدودیت‌هایی در تأمین پوشش نیازمندان باشند. به‌طور کلی،

1. Vulnerable Groups
2. Remedial Services
3. Basic Needs
4. A Cute or Chronic Distress
5. Preventive Services
6. Supportive Services
7. Well-Being
8. Social Welfare Activities
9. Government-Sponsored Social Security
10. Social Insurance

کمک‌های اجتماعی^۱ مورد تحلیل و ارزیابی قرار خواهد گرفت.

۱- فعالیت‌های رفاه اجتماعی

فعالیت‌های رفاه اجتماعی در برگیرنده مجموعه‌ای از خدمات اجتماعی برای ارائه به اشخاص است که بخش قابل ملاحظه‌ای از آنها برای رفع مشکلاتی است که افراد برای حل آنها در زندگی روزمره به طور موقت یا دائم احساس ناتوانی می‌کنند. به طور کلی دریافت کنندگان خدمات عبارت‌اند از:

۱- خانواده‌هایی که مواجه با کمبود درآمد، بیماری و یا عدم امکان اشتغال برای سرپرست هستند؛

۲- کودکان و نوجوانانی که شرایط زیستی یا رفاهی آنها به لحاظ نارسایی‌های اجتماعی و یا مشکلات خانوادگی در معرض خطر قرار دارد؛

۳- سالمندان و معلولان؛

۴- کسانی که بازگشت به شرایط عادی زندگی برای آنها از طریق بازپروری و یا کارآموزی فراهم می‌شود. این گروه شامل معتادان و کسانی است که به طور مثال از طریق حرفه آموزی، برای اداره امور اقتصادی خود و یا خانواده‌شان بازتوانی حاصل می‌کنند.

خدمات اجتماعی ارزش ویژه‌ای برای مفاهیمی از قبیل خانواده و فراهم‌آوری حمایت‌های اجتماعی از طریق نیکوکاران و داوطلبان منظور می‌کند. این خدمات با جبران نارسایی‌ها در مراقبت‌های معمول زندگی اشخاص و رفع مشکلات

خانوادگی، نقش اساسی در کنترل جرایم و جلوگیری از انحرافات اجتماعی از قبیل اعتیاد جوانان به مواد مخدر ایفا می‌کند. در جوامع پیشرفته صنعتی، خدمات اجتماعی به اشخاص در چارچوب یک اقتصاد مختلط رفاه^۲ تعریف می‌شود. در این چارچوب، سه بخش دولتی، خصوصی (غیر انتفاعی) و گروه‌های داوطلب (خیریه) در فراهم نمودن خدمات اجتماعی مشارکت می‌کنند.

توسعه نظام‌های تأمین اجتماعی در دنیا همواره با تحولات تدریجی در مبانی، اهداف و وسعت سیاست‌های اجتماعی^۳ همراه بوده و در سیاست‌ها نیز توجه به موقعیت‌های اجتماعی و شخصی افراد در جامعه، به صورت توسعه خدمات اجتماعی برای نیازمندان مشاهده شده است. در این سیاست‌ها همچنین توسعه خدمات اجتماعی به منظور حمایت و تأمین رفاه گروه‌های محروم در جوامع شهری که به لحاظ نژادی و یا محدودیت‌های فرهنگی و زبان قادر به بهره‌گیری از موقعیت‌های معمول اجتماعی نیستند، مورد توجه قرار می‌گیرد. در کشورهای توسعه یافته گسترش خدمات اجتماعی براساس اقدامات ذیل مورد توجه قرار گرفته است:

الف - آموزش مهارت‌های لازم به مددکاران اجتماعی^۴، و به کارگیری آنان در مراکز دولتی یا غیر دولتی برای شناخت

1. Social Assistance

2. A Mixed Economy of Welfare

3. Social Policy

4. Social Workers

۲- تأمین اجتماعی و برنامه‌های رفاهی مورد نظر دولت‌ها

تأمین اجتماعی، مجموعه اقداماتی است که استقرار مبنای آن در جامعه به موجب قانون بوده و به منظور نگهداشتن سطح درآمدی افراد و خانواده‌ها، فراهم آوردن درآمد مورد نیاز (وقتی تمام یا بخشی از آن از دست می‌رود)، تأمین هزینه‌های سنگین و اضطراری برای خانواده‌ها از قبیل هزینه‌های پزشکی و مراقبت‌های درمانی و هزینه‌های خاص برای تحصیل فرزندان برقرار می‌شود. بنابراین، با استقرار تأمین اجتماعی ممکن است کمک‌هایی به صورت پرداخت‌های نقدی به اشخاصی صورت پذیرد که به نحوی مواجه با بیماری، از کارافتادگی یا معلولیت، بیکاری، عدم توانایی در کسب درآمد مناسب از یک فعالیت اقتصادی، از دست دادن سرپرست یا همسر، بارداری یا مسئولیت نگهداری از فرزندان و بازنشستگی می‌شوند. کمک‌ها در پاره‌ای از موارد می‌توانند به صورتی غیر از پرداخت‌های نقدی بوده و برای تأمین نیازهایی مانند نیازهای درمانی و توانبخشی و مراقبت یا نگهداری کودکان و کمک در خانه در طی دوران بیماری از طریق مؤسسات وابسته و یا در خدمت نظام تأمین اجتماعی و از طریق خدمات کارکنان امور اجتماعی فراهم آید. به طور کلی، تأمین اجتماعی ممکن است براساس سه حالت زیر فراهم گردد:

نیازمندی‌ها در اشخاص و فراهم کردن مراقبت‌ها و سایر خدمات مورد نیاز، با استفاده از شیوه‌ها و فنون ویژه.

ب- بهبود شیوه‌های مدیریت برای ارائه خدمات از طریق سازمان‌های اجرایی تخصصی در بخش‌های دولتی یا غیر دولتی و با توجه به ضرورت ایجاد هماهنگی بین سازمان‌ها توسط دولت، اداره امور خدمات با شیوه‌های اجرایی متمرکز یا منطقه‌ای و محلی و حدود استقلال مؤسسات در ارائه هر یک از انواع خدمات.

در کشورهای در حال توسعه، رشد رفاه اجتماعی در شرایطی مورد توجه بوده است که در آن آموزش کارکنان و سازماندهی اجرایی در بخش‌های دولتی یا غیر دولتی در سطوح نسبتاً پایینی قرار داشته است. در این کشورها در شرایطی که دولت دچار مصیقه مالی می‌شود، شبکه سنتی در فعالیت‌های خدمات اجتماعی با اتکا به مؤسسات غیردولتی و خیریه، بخش عمده‌ای از کمک‌ها به مصیبت‌زدگان و نگهداری سالمندان و بی‌سرپرستان را به عهده می‌گیرد. در این کشورها مهاجرت بدون برنامه‌ریزی و با نرخ رشد بسیار بالا به شهرها، موجب گسترش فقر در سطح شهرها شده و شبکه خدمت‌رسانی در بخش غیردولتی را فاقد کارایی می‌کند. در چنین شرایطی، محدودیت در خدمات بخش دولتی نیز محسوس است.

تحت ادارهٔ یک مؤسسهٔ دولتی یا نیمه دولتی و یا یک واحد سازمانی مستقل باشد.

اصطلاح متداول دیگر برای تأمین اجتماعی در کشورهای عضو اتحادیه اروپا^۱، محافظت اجتماعی^۲ است که در برگیرندهٔ برنامه‌های داوطلبانه‌ای علاوه بر آنچه در چارچوب مواد قانون تعیین گردیده می‌باشد. در تعدادی از کشورها، تأمین اجتماعی با مفاهیم محدودتری ارائه می‌شود. برای مثال در انگلستان تنها کمک‌های نقدی دولت به عنوان تأمین اجتماعی تلقی می‌گردد. در این کشور اصطلاح خدمات اجتماعی شامل مفاهیمی از قبیل آموزش، بهداشت، مسکن و فعالیت‌های رفاه اجتماعی برای کسانی که در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار دارند است. در امریکا اصطلاح تأمین اجتماعی محدود به برنامه‌های بیمهٔ اجتماعی در نظام فدرال بیمه‌های اجتماعی و به صورتی متفاوت از کمک‌های حمایتی و رفاهی دولت‌های ایالتی مورد نظر می‌باشد. این قبیل کمک‌ها در اروپا موسوم به کمک‌های اجتماعی است. در تعدادی از کشورها مانند دانمارک و انگلستان، کاهش فقر در طی تاریخ معاصر از اهداف اساسی سیاست‌های تأمین اجتماعی بوده و در مراحل بعد، مفهوم نگهداشتن سطح درآمدی اشخاص به آن اضافه شده است. در سایر کشورها مانند فرانسه، اقداماتی که برای مقابله با فقر

الف - به موجب قانون و به حکم دادگاه برای ملزم ساختن کارفرما به تعهداتی در مقابل کارگران (به طور مثال انجام پرداخت‌های جبرانی برای قربانیان در حوادث کار)؛

ب - از طریق کارفرمایان و با استفاده از خدمات مؤسسات بیمه‌ای برای انجام امور مربوط به بیمه‌های اجتماعی کارگران؛

ج - از طریق یک سازمان مرکزی یا محلی دولتی و یا مؤسسات نیمه دولتی یا مستقل، در انجام امور بیمهٔ اجتماعی و کمک‌های غیر بیمه‌ای.

سازمان بین‌المللی کار^۳ سه معیار را برای توصیف یک نظام تأمین اجتماعی در نظر می‌گیرد: اول این‌که هدف چنین نظامی عبارت است از: عرضهٔ خدمات پزشکی (درمانی یا پیشگیری)، نگهداشتن سطح درآمدی در مواردی که به صورت غیر ارادی، تمام یا بخشی از درآمد شخص از دست می‌رود و اعطای درآمد کمکی به اشخاصی که با درآمد نامکفی مسئولیت ادارهٔ اقتصادی خانواده را به عهده دارند. دوم این‌که، یک نظام تأمین اجتماعی باید مبتنی بر قوانین خاصی باشد که صراحت در حقوق اجتماعی خاص برای افراد مشخص و یا اجبار قانونی برای مشارکت مالی گروه‌های خاص برقرار می‌کند. این قوانین همچنین در اجرای قانون توسط مضمولان صراحت داشته و نظارت بر اجرای آن را توسط یک واحد مشخص دولتی یا نیمه دولتی و یا یک واحد مستقل اجرایی ضروری می‌نماید. سوم این‌که، یک نظام تأمین اجتماعی باید

1. ILO

2. EU

3. Social Protection

پرداخت هزینه‌های حمایت از کارگران مشاهده می‌شود. تضمین درآمد کارگران در دوران بیکاری موقت یا دائم ناشی از بیماری، بازنشستگی و از کارافتادگی به صورتی محفوظ از تورم^۲، از دیگر اهداف بیمه‌های اجباری محسوب می‌شود. چنین تضمینی در شرایط به کارگیری دریافت‌های مربوط به بیمه‌های اجتماعی در سرمایه‌گذاری‌های سودآور مقدور است. زمانی که کارفرمایان تعهدات خود را در مقابل کارگران به مؤسسات بیمه‌ای خصوصی منتقل می‌کنند، این مؤسسات در موقعیتی قرار می‌گیرند که می‌توانند با دریافت و انباشت منابع مالی دریافتی از کارفرمایان متعدد، اقدام به سرمایه‌گذاری‌های اقتصادی و سودآور نمایند.

در بسیاری از کشورها تعهدات قانونی کارفرمایان شامل مراقبت‌های پزشکی نیز می‌شود. به این ترتیب، کارفرمایان در فعالیت‌های سخت و بیمارکننده ملزم می‌شوند که خدمات کلینیکی و بیمارستانی مورد نیاز کارگران خود را فراهم کنند. چنانچه در نظر باشد با ایجاد انگیزه‌های اقتصادی برای کارفرمایان زمینه‌های رشد فعالیت‌ها و اشتغال بیشتر کارگران فراهم آید. انتقال الزامات بیمه درمانی به دولت، به تمامی یا بخشی از آن، مناسب تشخیص داده شده است. در چنین شرایطی کارگران

صورت پذیرفت به طور کامل متفاوت از اهداف نگهداشتن سطح درآمدها در تأمین اجتماعی بوده است.

به طور کلی، امروزه در حدود ۱۴۰ کشور دنیا تعدادی از انواع برنامه‌های تأمین اجتماعی در حال اجرا است. تقریباً در تمامی این کشورها برنامه‌هایی برای پوشش آسیب‌های ناشی از کار، بازنشستگی و بازماندگان وجود دارد. در بیش از نیمی از این کشورها پوشش بیماری‌ها و در کم‌تر از نصف آنها پرداخت به خانواده‌های نیازمند، علاوه بر آنچه در پوشش بیمه‌های اجتماعی قرار دارد، مورد عمل قرار می‌گیرد. کم‌ترین سطح پوشش در مجموعه اقدامات تأمین اجتماعی در مورد تأمین درآمد بیکاران مشاهده می‌شود که تنها حدود ۴۰ کشور توجه به آن را حائز اهمیت یافته‌اند.

۱-۲- روش‌های عرضه خدمات تأمین اجتماعی

الف- تعهدات قانونی: در بسیاری از کشورها و در مراحل اولیه توسعه تأمین اجتماعی، کارفرمایان براساس قانون متعهد به پرداخت هزینه‌های درمان و انجام پرداخت‌های جبرانی به آسیب دیدگان از حوادث کار بودند. در این کشورها، امروزه حالاتی از بیمه اجباری کارگران برای تضمین تعهدات کارفرمایان وجود دارد. برنامه‌های بیمه اجباری به منظور رفع مشکلاتی بوده است که پیش از آن به لحاظ عدم توانایی کارفرما و یا ورشکستگی وی و به صورت عدم

1. Work-Related Injury

2. Inflation-Protected Income

مؤسسات بیمه‌های اجتماعی، در بسیاری از موارد به صورت موضوعی قانونی محسوب شده است. اجرای برنامه‌های بیمه اجتماعی به صورت اجباری معمولاً نیازمند مداخله وسیع دولت‌ها بوده و بخش قابل ملاحظه‌ای از آن نیز از طریق درآمدهای مالیاتی دولت‌ها تأمین می‌شود. سهم منظور شده برای کارفرمایان در اجرای برنامه‌های بیمه اجباری در واقع نوعی مالیات بر درآمد محسوب می‌شود. از دیدگاه اقتصادی این مشکل وجود دارد که کارفرمایان در مواجهه با چنین مالیاتی، مانند هر نوع مالیات بر درآمد دیگر، در بلندمدت سهم خود را از طریق افزایش قیمت به مصرف‌کنندگان و از طریق کاهش نسبی دستمزدها به کارگران منتقل نمایند. توجه دولت‌ها به دریافت این نوع مالیات‌ها، اساساً به دلیل سادگی وصول آنها بوده و کارگران نیز چنین می‌اندیشند که بخش مهمی از هزینه بیمه اجتماعی آنان توسط کارفرمایان پرداخت می‌شود. در شرایطی که سهم تعیین شده برای کارفرمایان (و کارگران) در سطح بالایی برقرار می‌شود. کارفرمایان با به کارگیری کارگران قراردادی برای دوره‌های کوتاه‌مدت به جای کارگران تمام وقت، پرداخت سهم خود بابت هزینه بیمه‌های اجتماعی را کاهش داده و کارگران نیز ممکن است تصمیم به اشتغال انفرادی خود بگیرند.

از معایب تحصیل هزینه بیمه‌های اجتماعی از طریق سهم کارفرمایی و کارگری این است که اولاً، پرداخت‌ها بابت بیمه‌های اجتماعی، تنها محدود به گروه

نیز قادر خواهند بود مجموعه وسیع‌تری از خدمات درمانی مورد نیاز خود و خانواده‌شان را نسبت به حالات معمول دریافت نمایند.

ب- برنامه‌های معیشتی آینده‌نگر: در بسیاری از کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته، کارفرمایان موظف به مشارکت در برنامه‌های معیشتی آینده‌نگر برای کارگران در شرایط بازنشستگی یا عدم توانایی در انجام کار به دلیل بیماری‌های سخت و در صورت فوت، پرداخت به خانواده کارگران هستند. اجرای چنین تعهداتی نیز می‌تواند به بیمه‌گرهای اجتماعی انتقال داده شود. در برنامه‌های بیمه اجتماعی دولتی مبالغ دریافتی بابت حق بیمه معمولاً در سهام مؤسسات دولتی سرمایه‌گذاری شده و نرخ بهره‌ای برای آن در نظر گرفته می‌شود. در شرایط عادی، نرخ بهره پرداختی بابت استفاده از مبالغ انباشت شده بیمه‌ای توسط دولت کمتر از نرخ بهره بازار است. ولی شیوه به کار رفته در بهره‌گیری از مبالغ مذکور می‌تواند تا حدود زیادی آن را محفوظ از آسیب تورم نگه‌داشت. اعمال چنین شیوه‌ای از آن جهت حائز اهمیت است که با ایجاد پس‌انداز اجباری، تأمین اعتبار برای اجرای برنامه‌های توسعه ملی مقدور می‌شود.

ج- بیمه‌های اجتماعی اجباری: تأکید بر بیمه اجباری به عنوان شیوه‌ای برای فراهم کردن خدمات درمانی و رفع مشکلات درآمدی کارگران در دوران بیماری، از کارافتادگی، فوت و یا ضلایق و نظایر آن از طریق

تمامی افراد جامعه از سوی دولت فراهم آید. در این تعهدات، پوشش لازم برای افراد جامعه از طریق بیمه‌های اجتماعی و پرداخت‌های انتقالی دولت (به صورت توأم) برای کلیه افراد در شرایط پیری، از کارافتادگی، پرداخت‌ها برای بازماندگان، مراقبت و نگهداری کودکان و نظایر آن فراهم می‌شود. ضرورت انجام چنین پرداخت‌هایی از سوی دولت، از دلایل بسیار صریح برای دریافت مالیات‌ها توسط دولت‌ها در نظر گرفته می‌شود. امروزه این اندیشه نیز به‌طور روزافزون گسترش یافته‌است که تأمین نیازهای پزشکی، حق تمامی افراد جامعه بوده و دولت‌ها باید به هر طریق ممکن هزینه‌ها و تسهیلات لازم را برای آن تأمین کنند.

ه - کمک‌های اجتماعی: توسعه بیمه‌های اجتماعی و پرداخت مزایای بیمه‌ای به تمامی افراد جامعه مانع از گسترش کمک‌های اجتماعی برای جبران نارسایی‌های باقیمانده، در جوامع پیشرفته نبوده‌است. کمک‌های اجتماعی به‌طور مثال برای تأمین معیشت تا میزان حداقل لازم برای رهایی از فقر تعریف شده و مستلزم اطلاع از وضعیت درآمدی، وسعت خانواده و موضوعات اقتصادی مربوط به سایر شرایط زیستی افراد جامعه است. به این ترتیب، بعضی از اشخاص که دارای پس‌انداز به‌میزانی بیش از حداقل لازم هستند، ممکن است از شمول دریافت این کمک‌ها خارج گردند. در مجموع، تشخیص

کارگران بیمه شده می‌شود. به این ترتیب انسان که سهمی در پرداخت حق بیمه نداشته‌اند (مانند معلولانی که هیچ‌گاه قادر به کار کردن نبوده یا کسانی که در شروع کار دچار از کار افتادگی شده‌اند، و افرادی که پیش از رسیدن به شرایط لازم برای دریافت مقرری‌های بیمه‌ای اساساً متقاضی دریافت شغل نبوده یا این‌که به دلیل عدم انجام کار برای یک کارفرما رابطه‌ای با نظام بیمه‌های اجتماعی نداشته‌اند)، از دریافت خدمات بیمه اجتماعی محروم می‌مانند. دوم آن‌که انتظار دریافت مقرری بیمه‌ای بیشتر برای آنان که سهم بالاتری در پرداخت حق بیمه داشته‌اند و یا سال‌های بیشتری حق بیمه پرداخت کرده‌اند، برای سایر کسانی که از شرایط فوق به‌دور بوده و در سنین بازنشستگی یا از کارافتادگی خواهان تأمین هزینه زندگی خود در شرایط مناسب هستند، نوعی تبعیض محسوب می‌شود. سوم آن‌که، گروه زیادی از کسانی که در مواجهه با مشکل فقر قرار دارند، آنانی هستند که به جهات یاد شده، دریافتی محدودی از بیمه‌های اجتماعی داشته و تنها تخصیص بخشی از منابع مالی دولتی برای رفع این مشکل به‌عنوان یک اقدام چاره‌جویانه شناخته شده است.

د - پرداخت مزایای بیمه‌ای به تمام افراد جامعه: معایب شیوه بیمه‌های اجتماعی موجب شد که در تعدادی از کشورها تعهدات اجتماعی وسیعی برای پوشش

اسکاندیناوی، نیوزیلند، استرالیا، انگلستان، کانادا، آلمان، فرانسه و ژاپن، در شمار کشورهای پیشرفته در تأمین اجتماعی محسوب می‌شوند. در این کشورها خدمات اجتماعی تا بدان حد پیشرفت کرده است که اطفال حتی در زمان سرپرستی والدین تحت مراقبت‌های اجتماعی قرار داشته و به سالمندان نیز همه‌گونه حقی در اداره زندگی شخصی خود داده می‌شود. در کشورهای در حال توسعه، خدمات اجتماعی در مراحل مختلف در حدود تأمین نیازهای اساسی و سپس بهبود استانداردهای زندگی تعریف شده و به دلیل مشکلات ناشی از تأمین منابع مالی لازم و سازماندهی برای ارائه خدمات و وجود درصد بالایی از بیکاری یا اشتغال ناقص (بیکاری پنهان) در مقیاس وسیع و در سطح روستاها و سایر مشکلاتی از این قبیل، توسعه تأمین اجتماعی کند و تا حدود زیادی دشوار بوده است.

۲-۲- مدیریت تأمین اجتماعی و تأمین منابع مالی آن

کشورهای مختلف، شیوه‌های اداری متفاوتی را برای نظام تأمین اجتماعی خود پذیرفته‌اند. در بعضی از کشورها درجات بالایی از تمرکزگرایی مشاهده می‌شود. در یک نظام متمرکز، سازمانی تحت سرپرستی یک وزیر یا یک مقام عالی‌رتبه دولتی مسئولیت اجرایی سرپرستی امور تأمین اجتماعی را بر عهده دارد. در نظام اجرایی غیر متمرکز، سرپرستی یک مقام دولتی تنها به منظور نظارت، برنامه‌ریزی و هماهنگی در اجرای قوانین و برنامه‌های تأمین

ضرورت اعطای کمک‌های اجتماعی به اشخاص توسط کارشناسان امور اجتماعی صورت می‌پذیرد. در تعدادی از کشورها که مزایای بیمه‌های اجتماعی برای همه افراد و در حد مطلوب فراهم شده، اهمیت کمک‌های اجتماعی به میزان زیادی کاهش یافته است. در انگلستان، کمک‌های اجتماعی در چارچوب مزایای بیمه اجتماعی خاص، برای کسانی که به موجب محدودیت قوانین بیمه بیکاری یا سایر قوانین حمایتی تنها برای مدت محدودی از مزایای بیمه اجتماعی بهره‌مند می‌گردند، اختصاص می‌یابد. کمک‌های اجتماعی همواره به دلایل زیر مورد انتقاد بوده‌اند:

۱- در این شیوه، افراد به عدم پس‌انداز یا ذخیره‌سازی به هر صورت تشویق می‌شوند؛ زیرا داشتن پس‌انداز مانع دریافت کمک‌های اجتماعی می‌گردد.

۲- افراد ممکن است با دریافت این کمک‌ها احساس حقارت کنند.

۳- تا حدودی به دلیل فوق و نیز به دلیل آن‌که بسیاری از افراد جامعه به دلیل عدم آشنایی با شرایط پیچیده برای دریافت این کمک‌ها قادر به بهره‌گیری از آن نیستند، نقش کارکنان امور اجتماعی برای کاهش شدت انحرافات اجتماعی بسیار حساس و خدمت‌شان بسیار دشوار به نظر می‌رسد.

به طور کلی، برنامه‌های بهره‌مندی جامعه از مزایای تأمین اجتماعی و خدمات بیمه درمانی در کشورهای مختلف به صورت‌های متفاوتی است. کشورهای

مواردی تسبیض آمیز به نظر می‌رسد. هنگامی که ارائه این کمک‌ها مشروط به نظر و تأیید کارکنان امور اجتماعی است، از نظر دریافت کنندگان کمک‌ها نوعی اجبار و یا تهدید مشاهده می‌گردد. تصور در انجام توصیه‌های کارکنان امور اجتماعی ممکن است به کاهش و یا حذف این کمک‌ها بینجامد. در بعضی از کشورها قوانین مربوط به کمک‌های اجتماعی انتشار یافته و در دسترس همگان قرار گرفته است. پذیرش چنین نقطه نظری ممکن است موجب ایجاد مشکلات پیش‌بینی نشده‌ای برای کارکنان امور اجتماعی شود.

در مورد نحوه تأمین منابع مالی باید گفت که در بیشتر کشورها، بخش اصلی هزینه‌های اجتماعی با دریافت نسبت‌هایی از درآمد کارفرمایان و کارگران تأمین می‌شوند. این سهم ممکن است به طور مساوی بین کارگران و کارفرمایان تقسیم شود، جز در مواردی که مربوط به تأمین هزینه آسیب دیدگی‌های ناشی از کار است که در این صورت، از مسئولیت‌های خاص کارفرمایان محسوب می‌شود. در شرایطی که متوسط دریافتی کارگران در سطح نسبتاً پایینی قرار دارد، سهم کارفرمایان در تأمین هزینه بیماری‌های اجتماعی ممکن است تا دو برابر کارگران تعیین گردد. معمولاً سقفی برای درآمد کارگران که اساس محاسبه حق بیمه است، وجود دارد. در کشورهای سوئد و سوئیس چنین سقفی مشاهده نمی‌شود.

اجتماعی خواهد بود. عدم تمرکز در بسیاری از کشورها از طریق فعالیت صندوق‌های بیمه‌ای جداگانه مشاهده می‌شود. کنترل این صندوق‌ها معمولاً در دست هیئت‌های مدیره متشکل از نمایندگان کارفرمایان و کارگران بوده و در بعضی موارد نیز دولت به عنوان شخصیت سوم در اداره امور صندوق‌ها دخالت می‌کند.

در تعدادی از کشورها تلاش بر این است که بهره‌مندی یکسان از مزایای تأمین اجتماعی برای همگان فراهم شود، اما این تلاش مواجه با مقاومت بازدارنده از سوی گروه‌هایی می‌شود که امکان دریافت مزایای بیشتر را داشته یا سهم کم‌تری در پرداخت حق بیمه دارند. مؤسسات بیمه‌ای در بخش خصوصی نیز در زمان پرداخت مزایای بیمه‌ای، شرایط نسبتاً پیچیده و سختی پیش روی بیمه‌شدگان می‌گذارند. در بخش دولتی، این پرداخت‌ها مواجه با شرایط پیچیده اداری و توأم با تأخیر است که به نارضایتی بیمه‌شدگان می‌انجامد. یک نظام واحد تأمین اجتماعی با ادارات محلی متعدد و قابل دسترسی برای همگان، بسیار مفید به نظر می‌رسد، اما مشکل این است که اداره و هماهنگی چنین واحد بزرگی با تعداد بسیار زیاد مراجعان به سختی می‌تواند پاسخگوی سریع و بسی نیاز از تجدید نظر به خواست‌های بیمه‌شدگان باشد.

ارائه کمک‌های اجتماعی نیز به نوبه خود دارای پیچیدگی‌هایی است و در

در تأمین هزینه‌های بیمه اجتماعی معتقدند که با توجه به اداره امور بیمه‌های اجتماعی به طور مشترک توسط این دو گروه، مشارکت آنان در تأمین هزینه‌ها، مانع از افزایش بی‌رویه هزینه‌های اداری می‌شود. همچنین در چنین حالتی سهم هر دو گروه به سادگی قابل جمع‌آوری است؛ زیرا مدیریت مشترک این دو گروه در بیمه‌های اجتماعی مایل است به هر صورت از بروز شکایات طرفین جلوگیری کند. چنین مدیریتی قادر است در صورت ضرورت با توافق طرفین، در پرداخت مزایای بیمه‌ای به کارگران یا خانواده آنها تعدیل و اصلاح لازم را به عمل آورد.

استفاد از اتکای منحصر به فرد به مشارکت کارفرمایان و کارگران اشاره به این نکته دارد که دریافتی از طریق مشارکت فوق تا حد سقف مشخصی از درآمدها، مانع از تأمین منابع مالی در حد مورد نیاز برای کاهش شدت فقر بیمه شدگان و جبران کمبود درآمد آنها می‌شود. تأمین بخشی از منابع مالی لازم از طریق مالیات‌ها امکان آن را فراهم می‌آورد تا دولت با تعیین اولویت‌ها، مدیریت هزینه در امور مربوط به تأمین اجتماعی و کمک‌های اجتماعی را به طور مناسب سرپرستی نماید. به علاوه، تعیین سهم بسالایی برای کارفرمایان و کارگران در تأمین هزینه‌ها، فعالیت‌های اقتصادی را با توسل به شیوه‌های زیرزمینی از حیطة نظارت دولت خارج کرده و امکان کنترل و نظارت دولت بر امور بیمه اجتماعی را کاهش می‌دهد. این موارد از مشکلات

حداکثر سقف مورد نظر ممکن است به میزان ۵۰ درصد بالاتر و یا تا حدود دو برابر متوسط درآمد کارگران تعیین شود. علت وجود چنین سقفی این است که سهم پرداختی بابت بیمه اجتماعی و نرخ‌های بالای مالیات بر درآمد در سطوح بالاتر درآمدی به صورت توأم، اثرات نامناسبی بر روی انگیزه کسب درآمد بیشتر در جامعه ایجاد می‌نماید. در بعضی از کشورها نیز درآمدهای کم‌تر از یک میزان حداقل از پرداخت حق بیمه معافاند.

معمولاً بخشی از هزینه‌های تأمین اجتماعی از طریق مالیات‌ها تأمین می‌شود. در سال‌های دهه ۱۹۷۰ این تمایل در کشورهای اروپای غربی وجود داشت که به نحوی تأمین هزینه‌های ناشی از کسری درآمدهای بیمه‌ای به مالیات‌ها منتقل شود. دلیل عمده برای این نحوه عمل، نرخ بالای بیکاری در خلال سال‌های فوق بوده است. در کشورهایی مانند مالزی، فیلیپین و سنگاپور، هیچ‌گونه هزینه‌ای از طریق مالیات‌ها، تأمین مالی نمی‌شود. در کشورهایی مانند استرالیا، نیوزیلند و دانمارک، بخش عمده‌ای از هزینه‌ها از طریق مالیات‌ها تأمین می‌گردد. در انگلستان، خدمات پزشکی به صورت کامل توسط دولت تأمین مالی شده و کمک‌های اجتماعی از سوی دولت بسیار مهم محسوب می‌شوند و در سایر موارد، هزینه‌ها نیمی از طریق دولت و نیمی از طریق مشارکت کارگران و کارفرمایان تأمین مالی می‌شوند. موافقان مشارکت کارفرمایان و کارگران

منابع مالیاتی در تأمین هزینه‌های بیمه اجتماعی در بسیاری از کشورها این است که چنین منابعی می‌تواند صرف هزینه برای کلیه شهروندان شده و در اموری از قبیل مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، پرداخت به خانواده‌ها در مواقع نیاز و ضرورت، پرداخت برای فراهم نمودن حداقل سطح درآمدی برای شاغلان، پرداخت به بازنشستگان و یا از کار افتادگان زمانی که مزایای بیمه‌ای برای آنان به دلایلی از قبیل کمبود سال‌های خدمت یا نظایر آن محدود و ناکافی به نظر می‌رسد، به کار گرفته شود. دلیل دیگر این که حل مشکلات اشخاصی که به نحوی از پوشش برنامه‌های بیمه اجتماعی به دور مانده‌اند، به طور معمول تنها از طریق منابع مالیاتی مقدور است. به طور کلی، بهره‌گیری از منابع مالیاتی برای تعمیم تأمین اجتماعی در جامعه از حقوق قطعی اشخاص در جامعه دانسته شده و توجه به آن به عنوان دلیلی اساسی برای تشکیل دولت‌ها، در انجام وظایفی که از عهده هر یک از احاد جامعه به تنهایی خارج است ذکر می‌شود. چنین شیوه عملی امروزه در بیشتر کشورها روند توسعه آتی تأمین اجتماعی را تعیین نموده است.

۳- رفاه و تأمین اجتماعی در ایران

در حال حاضر در ایران، فعالیت‌های رفاه و تأمین اجتماعی عمدتاً از طریق سازمان‌های زیر صورت می‌پذیرد:

عمده در فرانسه و ایتالیا محسوب شده است. در این دو کشور در یک دوره، سهم بسیار بالا برای کارفرمایان موجب شد تا پوشش بیمه اجتماعی کارگران به شدت کاهش یابد.

در تحلیل دیگری، یکی از عوامل افزایش نرخ بیکاری بالا در سال‌های دهه ۱۹۷۰، وجود سهم بسیاری بالا برای پرداخت هزینه‌های بیمه اجتماعی توسط کارفرمایان دانسته شده است. استدلال این است که در چنین شرایطی افزایش هزینه تولید، درجه رقابتی محصولات رابه خصوص در صنایع کارگرم در بازار جهانی و در مقابل کشورهای جهان سوم با درجه پایینی از گسترش تأمین اجتماعی، به شدت کاهش داد و عامل مذکور به شدت رکود و بیکاری در کشورهای صنعتی انجامید. از سوی دیگر، سهم بالا برای کارفرمایان، به توسعه صنایع کارگرم آسیب رسانده و آنان را تشویق به گسترش صنایع سرمایه‌بر می‌نماید. در مقابل، برقراری سقف پایینی برای تعیین سهم مشارکت کارفرمایان ممکن است این مشکل را داشته باشد که آنان را در به‌کارگیری کارگران موجود با اضافه دستمزد برای ساعات اضافی کار تشویق نموده و از گسترش اشتغال در دوره‌های رونق اقتصادی جلوگیری کند. این موضوع به طور جدی در کنفرانس سازمان بین‌المللی کار در سال ۱۹۸۴ مورد ارزیابی قرار گرفت.

مهم‌ترین دلیل برای تأکید بر استفاده از

۱- سازمان بهزیستی؛
 ۲- سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بازنشستگی کشور، صندوق‌های بازنشستگی و تعدادی از مؤسسات دولتی یا وابسته به دولت؛
 ۳- جمعیت هلال احمر؛
 ۴- کمیته امداد امام خمینی (ره)؛
 ۵- بنیاد شهید؛
 ۶- بنیاد مستضعفان و جانبازان.

در میان مجموعه سازمان‌های یاد شده، سازمان بهزیستی و سازمان بازنشستگی کشور، سازمان‌های دولتی محسوب می‌شوند. سازمان بهزیستی به طور مشخص، موظف به ارائه خدمات اجتماعی برای حمایت و تأمین رفاه خانواده‌های بی سرپرست، کودکان و سایر افراد آسیب‌پذیر در مواجهه با انحرافات اجتماعی، سالمندان، بیماران و معلولان و کارآموزی و بازپروری اشخاص برای تأمین استقلال اقتصادی آنها در اداره زندگی‌شان است. این سازمان همچنین برای ارائه بخشی از خدمات فوق، در تعدادی از روستاهای کشور نیز به فعالیت می‌پردازد. افراد تحت پوشش این سازمان و سایر مؤسسات فعال در خدمات اجتماعی، به استثنای سازمان‌های تأمین اجتماعی و بازنشستگی کشور، خارج از پوشش بیمه اجتماعی قرار دارند. سازمان بهزیستی را شاید بتوان تنها دستگاه اجرایی دولتی دانست که از طریق اجرای سیاست‌های اجتماعی دولت، به ارائه خدمات حمایتی و رفاهی تقریباً در کلیه امور و کمک‌های اجتماعی (یا پرداخت‌های انتقالی) به گروه‌های غیر مشمول بیمه

واحدهای آموزشی - درمانی و مراکز بهداشتی و درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ضمن ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی و سایر بیمه‌شدگان، عهده‌دار ارائه خدمت به کلیه افرادی هستند که به نحوی خارج از پوشش مزایای بیمه‌ای قرار دارند. علی‌رغم تعهدات وزارت بهداشت نسبت به این گروه، مراکز درمانی وابسته به تعدادی از نهادها از قبیل کمیته امداد امام (ره)، بنیاد شهید و بنیاد مستضعفان و جانبازان نیز در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به افراد و خانواده‌های تحت پوشش خود مشارکت می‌کنند. همچنین سازمان تأمین اجتماعی برای مشمولان تحت پوشش خود، خدمات بیمه درمانی را در مراکز وابسته و یا به صورت قرارداد با سایر مراکز (دولتی یا خصوصی) برای بیمه‌شدگان تحت پوشش آن سازمان فراهم می‌نماید. در سال‌های اخیر، سازمان تأمین خدمات درمانی با بهره‌گیری از اعتبارات دولتی، عهده‌دار تأمین هزینه بهداشتی و درمانی گروه‌های غیر مشمول

جامعه مورد نظر خود دارند. در سال‌های دهه ۱۳۶۰ با بروز جنگ تحمیلی، گروه عظیمی از جمعیت کشور (بالغ بر دو میلیون نفر) مواجه با مشکل آوارگی و از دست دادن درآمد و امکانات اولیه زندگی شدند. پوشش کامل برای این گروه در سال‌های یاد شده، در حدود اعتبارات دولتی، توسط بنیاد امور مهاجران جنگ تحمیلی فراهم می‌گردید. در این سال‌ها بنیاد مزبور حدود نسیمی از جمعیت مهاجران را که امکان بازیافت شرایط مناسب زندگی را نداشتند، تسحت پوشش کمک‌های اجتماعی (پرداخت‌های انتقالی) قرار می‌داد. پس از خاتمه جنگ تحمیلی، رسیدگی به امور اسرا و مفقودان و ضرورت ارائه خدمات رفاهی و کمک‌های اجتماعی به این گروه در اولویت قرار گرفت. در حال حاضر انتظار می‌رود با بازگشت تدریجی مهاجران به محل اصلی زندگی و تأمین نسبی نیاز اسرا و تأمین پوشش لازم برای خانواده مفقودان در جنگ تحمیلی از طریق بنیاد شهید، مشکل خاصی از نظر برقراری خدمات حمایتی و کمک‌های اجتماعی خاص برای این مجموعه از آسیب دیدگان جنگ تحمیلی وجود نداشته باشد.

پراکندگی و وسعت جامعه تحت پوشش سازمان بهزیستی و کمیته امداد امام (ره) از جمله عواملی محسوب می‌شوند که امکان تأمین پوشش کامل در ارائه خدمات اجتماعی برای گروه‌های غیر مشمول بیمه

اجتماعی می‌پردازد. اعتباراتی که در اختیار سازمان بهزیستی قرار می‌گیرد عمدتاً از طریق منابع دولتی فراهم شده و سازمان مذکور تنها در حدود اعتبارات تخصیصی از طریق بودجه سالانه دولت قادر به برنامه‌ریزی در اجرای وظایف قانونی خود می‌باشد.

کمیته امداد امام (ره) نیز خدمات حمایتی و رفاهی از نوع کمک‌های اجتماعی به نیازمندان، در زمینه‌هایی که خارج از تعهدات قانونی سازمان بهزیستی دانسته شده (مانند کمک‌های اجتماعی به سالمندان روستایی، خانواده‌های سربازان و خانواده‌های زندانیان)، و خدماتی مانند امداد به آسیب دیدگان از سوانح و حرفه‌آموزی برای کسب استقلال اقتصادی اشخاص و خانواده‌ها ارائه می‌نماید. جمعیت هلال احمر نیز با فعالیت‌های نسبتاً مشابه، عمدتاً در زمینه امداد به آسیب دیدگان از سوانح فعالیت داشته و در ارائه کمک‌های اجتماعی نیز به طور محدود، مشارکت می‌کند. افراد تحت پوشش این دو نهاد در شمار گروه‌های غیر مشمول بیمه اجتماعی قرار دارند.

بنیاد شهید مجموعه‌ای از خدمات حمایتی و کمک‌های اجتماعی را برای اعضای خانواده‌های شهدا فراهم نموده و بنیاد مستضعفان و جانبازان خدمات مشابهی را برای معلولان و جانبازان جنگ تحمیلی عرضه می‌کند. این دو نهاد از جمله مؤسساتی هستند که پوشش نسبتاً کامل بر

اجتماعی، غیر از گروهی که تحت حمایت‌های خاص قرار دارند را مشکل نموده است. تأمین خدمات اجتماعی مورد نیاز جامعه غیر مشمول بیمه اجتماعی، همچنین به شدت تحت تأثیر محدودیت‌های اعتباری و کمبود نیروی انسانی آموزش دیده در سازمان و نهاد مزبور قرار داشته است. از سوی دیگر، کمک‌های اجتماعی ارائه شده توسط سازمان بهزیستی و کمیته امداد امام (ره) هیچ‌گاه برای دریافت کنندگان به منزله دسترسی به سطح درآمدی مورد نیاز تلقی نشده و آنان را بی‌نیاز از دریافت کمک‌های اجتماعی از سوی سایر مؤسسات خیریه نکرده است. وجود چنین وضعیتی به طور آشکار نشان دهنده مشکلات سیاست‌های رفاه و تأمین اجتماعی در کشور است. این مشکلات همچنین به‌طور جدی در پیش‌روی هرگونه سیاست اجتماعی به منظور پیشگیری از گسترش فقر یا رفع آن قرار دارند.

سازمان تأمین اجتماعی بنا بر قانون مصوب تیرماه ۱۳۵۴، به منظور تعمیم و گسترش انواع بیمه‌های اجتماعی و استقرار نظام هماهنگ و متناسب با برنامه‌های تأمین اجتماعی تشکیل شد. پیش از تصویب تشکیل این سازمان، بنا بر قوانین مصوب سال‌های ۱۳۳۱ و ۱۳۳۴، سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران عهده‌دار تأمین پوشش و خدمات بیمه‌ای برای کارگران بود. و از سال ۱۳۴۷ سازمان بیمه‌های اجتماعی عهده‌دار گسترش خدمات بیمه‌ای برای کارگران و مشمولان قوانین استخدامی غیرکارگری و صنوف و

مشاغل آزاد گردید. مزایا و کمک‌های اجتماعی موضوع قانون تأمین اجتماعی (مصوب سال ۱۳۵۴) شامل موارد زیر بود:

۱- حوادث و بیماری‌ها؛

۲- بارداری؛

۳- غرامت و دستمزد؛

۴- از کارافتادگی؛

۵- بازنشستگی؛

۶- مرگ؛

۷- ازدواج.

مشمولان بیمه‌های اجتماعی در قانون

عبارت‌اند از:

الف - افرادی که به نحوی در مقابل دریافت

مزد یا حقوق کار می‌کنند؛

ب - صاحبان حرفه‌ها و مشاغل آزاد؛

ج - دریافت کنندگان مستمری‌های

بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت.

میزان حق بیمه طبق این قانون، از سال

۱۳۵۵ حدود ۳۰ درصد مزد یا حقوق تعیین

شد که سهم کارفرما و کارگر در آن به ترتیب

حدود ۲۰ درصد و هفت درصد بوده و سه

درصد باقیمانده به عنوان کمک دولت

پیش‌بینی شده است. از مأخذ محاسبه حق

بیمه، حدود ۲۰ درصد آن برای تأمین

هزینه‌های بهداشتی و درمانی بیمه شدگان

در نظر گرفته شده است. سازمان تأمین

اجتماعی همچنین مجاز دانسته شده از محل

منابع داخلی اقدام به سرمایه‌گذاری در امر

ایجاد و تأسیس مؤسسات بهداشتی و

درمانی نماید. به این ترتیب، کلیه تعهدات

بهداشتی و درمانی بیمه شدگان مشمول

قانون تأمین اجتماعی، خارج از محدوده

مقامات و وزارتخانه‌ای معرفی می‌شوند. نمایندگان کارگران نیز به علت عدم تشکل اتحادیه‌های کارگری در کشور، از میان مجموعه محدودی از کارگران تعیین و انتخاب می‌شوند و به این ترتیب، کارگران نقشی محدودتر از یک اتحادیه کارگری در مقایسه با آنچه در کشورهای صنعتی مشاهده می‌شود، در اداره سازمان تأمین اجتماعی ایفا می‌نمایند. به این ترتیب، سازمان تأمین اجتماعی علی‌رغم آن‌که به‌طور عمده متکی بر مشارکت کارگران و کارفرمایان در تأمین هزینه‌های بیمه اجتماعی است، تحت اداره نسبتاً کامل دولت قرار دارد، و این در شرایطی است که سهم دولت در تأمین هزینه‌های آن حداقل می‌باشد.

چنانچه هدف از ایجاد یک مؤسسه بیمه اجتماعی، انباشت و سرمایه‌گذاری منابع صندوق و تأمین اجتماعی باشد تا نسبت به نگهداشتن سطح درآمدی بیمه‌شدگان در دوران اشتغال و پس از آن، با در نظر گرفتن شرایط معمول تورمی به نحو صحیح اقدام گردد، سیاست‌های بیمه اجتماعی هیچ‌گاه تصویر روشنی از شرایط احراز چنین هدفی عرضه نکرده‌اند. سازمان بازنشستگی کشور با فعالیت‌های نسبتاً مشابه با سازمان تأمین اجتماعی، اقدام به فراهم نمودن بیمه‌های اجتماعی برای کارکنان شاغل در بخش دولتی می‌کند. این سازمان تحت اداره مستقیم دولت قرار داشته و سهم کارفرمایی

تعهدات دولت شمرده شده است. سیاست‌های بیمه‌های اجتماعی در طی سال‌های بعد از پیروزی انقلاب اسلامی به نحوی بوده که با کاهش نرخ حق بیمه برای کارگاه‌های کوچک به حدود ۱۸ درصد (۱۳) درصد سهم کارفرما و پنج درصد سهم کارگر، معافیت از پرداخت سهم بیمه کارفرمایانی که حداکثر پنج نفر کارگر دارند و تسهیل شرایط بیمه برای صاحبان حرفه‌ها و مشاغل آزاد، سعی در گسترش بیمه‌های اجتماعی شده است. همچنین در اجرای مصوبه خرداد ماه ۱۳۶۶، بیمه بیکاری به مدت سه سال به طور آزمایشی مورد عمل واقع شد. در این قانون میزان حق بیمه به مأخذ سه درصد درآمد بیمه شده بود که پرداخت آن به عهده کارفرما گذارده شده بود. این قانون بنابر مصوبه شهریور ماه ۱۳۶۹ به صورت دائمی به مرحله اجرا در آمد.

گسترش بیمه‌های اجتماعی طی سال‌های گذشته منجر به انباشت چشمگیر دریافت‌های حق بیمه در صندوق تأمین اجتماعی شده است. اداره صندوق تأمین اجتماعی تحت سرپرستی مقام عالی‌رتبه منصوب از سوی دولت بوده و نمایندگان کارگران و کارفرمایان تنها در امور تأیید مصوبات داخلی سازمان در حدود مجمع عمومی آن (که موسوم به شورای عالی تأمین اجتماعی است) دخالت دارند. نمایندگان کارفرمایان نیز عمدتاً از میان کارگاه‌های دولتی و یا به نوعی از طرف

دولت نیز همه ساله در بودجه عمومی دولت پیش‌بینی و منظور می‌گردد. سازمان بازنشستگی کشور و سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۷۳ به ترتیب بالغ بر ۱/۲۰۰ هزار نفر و ۳/۲۰۰ هزار نفر بیمه شده اصلی داشته‌اند که در مجموع حدود ۳۰ درصد از نیروی کار شاغل در کشور و حدود ۴۵ درصد از نیروی کار شاغل در بخش‌های صنعت و خدمات را شامل می‌گردید. علی‌رغم توسعه بیمه‌های اجتماعی توسط این دو سازمان و وجود بخش عظیمی از نیروی کار در خارج از پوشش خدمات بیمه‌ای، بیانگر اهمیت نقش دولت و ضرورت افزایش تعهدات آن برای فراهم نمودن خدمات بیمه درمان و سایر برنامه‌های حمایتی و رفاهی، تأمین اجتماعی برای گروه‌های غیر بیمه شده و نگهداشتن سطح درآمدی آنها طی دوران اشتغال و پس از آن، در روند توسعه تأمین اجتماعی در کشور است.

در روند توسعه بلند مدت، به طوری که در پایان یک یا دو برنامه پنج‌ساله امکان تحقق پوشش کامل افراد جامعه در برخوردارگی از تعداد مشخصی از خدمات فراهم گردد. بدیهی است سیاست‌های اجتماعی طی دوره مورد بحث باید حدود فعالیت‌ها در بخش‌های دولتی و غیردولتی را به تفکیک، و موضوع نحوه تأمین هزینه‌ها از جهات مربوط به تعهدات دولت و تعهدات قانونی بخش غیردولتی و مشارکت خیریه‌ها را مورد توجه قرار دهد. همچنین توجه به شرایط لازم برای یکنواختی رشد در ادامه خدمات حمایتی و رفاهی و تأمین اجتماعی، به نحوی که گسترش بهره‌مندی جامعه از این خدمات را طی دوره مورد نظر از نارسایی‌های احتمالی ناشی از کمبود منابع مالی دولتی و عدم تحقق تعهدات قانونی بخش غیردولتی مصون نگاه دارد، حائز اهمیت است.

۴- پیشنهادهایی برای گسترش برنامه‌های رفاه و تأمین اجتماعی
موضوعات مورد بحث در بخش‌های گذشته، نشان دهنده اهمیت توجه به تبیین سیاست‌های اجتماعی خاص در کشور و در چارچوب برنامه‌های توسعه رفاه و تأمین اجتماعی است. بر این اساس، پیشنهادهایی برای سیاست‌های رفاه اجتماعی در کشور به شرح ذیل ارائه می‌شود:

۲- از جمله عوامل حائز اهمیت در تدوین سیاست‌های رفاه اجتماعی، تعیین ابعاد کمی و کیفی خدمات اجتماعی برای گروه‌های آسیب‌پذیر شامل کودکان و نوجوانان، بیماران و معلولان، سالمندان و خانواده‌های بی‌سرپرست است. همچنین در برنامه‌های تأمین اجتماعی ضروری است گروه‌ها و تعداد کسانی که خارج از پوشش قوانین بیمه‌های اجتماعی قرار می‌گیرند، برای تعیین حدود تعهدات دولت شناسایی شوند.

۱- تعیین انواع و حدود فعالیت‌های رفاهی و حمایتی، و خدمات تأمین اجتماعی

نارضایتی در گروه‌های متقاضی خدمات محسوب می‌شود. همچنین توجه به این نکته ضروری است که سرپرستی دولتی در یک نظام اجرایی دولتی، امکان نظارت مستقل دولت بر نحوه ارائه خدمات را کاهش می‌دهد. در هر حال، کارایی نظام تأمین اجتماعی از طریق حدود توجه پاسخگویی سریع به مجموعه وسیعی از مراجعان و بی‌نیاز از تجدید نظرهای متعدد قابل ارزیابی می‌باشد.

۵- رفع آثار نامطلوب ناشی از مهاجرت‌های بی‌رویه به شهرها که به صورت محله‌های فقیر و پر جمعیت شهرها مشاهده می‌شود و افزایش سطح بهره‌مندی مردم در این محله‌ها و همچنین روستاهای کشور از خدمات بهداشتی و درمانی، آموزش عمومی، برنامه‌های تنظیم خانواده، و افزایش درآمد ناشی از اشتغال برای این گروه، از اهداف اساسی برای تدوین سیاست‌های اجتماعی محسوب می‌شوند. این سیاست‌ها همچنین مشکلات اجرایی برای جلوگیری از گسترش نارسایی‌ها و آسیب‌پذیری اجتماعی که به صورت آثار ناشی از مهاجرت‌ها، بیکاری، فقر و بزهکاری مشاهده می‌شوند و مشکل نگهداشتن سطح درآمدی (به صورتی محافظت شده از آسیب تورم و ناتوانی ناشی از

۳-- تعیین نیازهای آموزشی و ارتقای سطوح آموزشی کارکنان امور اجتماعی در بخش‌های دولتی و غیردولتی، از موضوعات حائز اهمیت در سیاست‌های اجتماعی به‌شمار می‌رود. براین اساس با توجه به نقش دولت‌ها در رهبری امور اجتماعی (و غیر انتفاعی)، ضروری است بهبود استاندارد آموزشی کارکنان امور اجتماعی از وظایف اساسی دولت دانسته شود.

۴- سازماندهی اجرایی در سیاست‌های اجتماعی مستلزم توجه به ارزیابی شیوه‌های متمرکز و غیر متمرکز اجرایی در ارائه انواع خدمات، تعیین حدود سرپرستی دولت در ارائه سطوح متفاوت خدمات رفاهی و حمایتی و تأمین اجتماعی و تعیین حدود مشارکت گروه‌های غیر دولتی از جمله بیمه‌شدگان و کارفرمایان در ارائه خدمات است. همچنین ضروری است چارچوب قانونی مشخصی برای حدود مسئولیت کارکنان امور اجتماعی در برخورد با مشکلات رفاهی افراد جامعه تعیین شود. با توجه به غیرانتفاعی بودن موضوع ارائه خدمات اجتماعی، نقش دولت‌ها در زمینه برنامه‌ریزی و نظارت بر امور این خدمات افزایش یافته، ضمن آن‌که گسترش نقش دولت در ارائه خدمات، با توجه به پیچیدگی مراحل اداری و تأخیر در پرداخت‌ها، از علل

درآمد، به هر دلیلی در اجرای تعهدات خود ناتوان می‌شوند.

د- ارزیابی شرایطی که براساس آن سازمان بیمه‌های اجتماعی می‌تواند به طور منطقی جانشین تعهدات قانونی کارفرمایان شود. در این مورد، ارزیابی نحوه به کارگیری و سود آوری منابع انباشته شده در سازمان بیمه‌های اجتماعی با توجه به هزینه‌های اداری و خطر پذیری زیان در سرمایه‌گذاری‌ها مورد نظر است. به‌طور کلی منابع انباشته شده در سازمان (یا سازمان‌های) بیمه‌های اجتماعی می‌توانند از نظر ایجاد پس اندازها و به‌کارگیری آنها در برنامه‌های توسعه ملی حائز اهمیت دانسته شوند، ضمن آن‌که توجه به حفظ اصل منابع و سود آن در مقابل تعهدات حال و آتی سازمان بیمه‌های اجتماعی از وظایف و ضروریات استقلال سازمان مزبور به شمار می‌رود.

هـ- ارزیابی نقش دولت در برنامه‌های

تأمین اجتماعی از طریق:

۱- تعمیم بیمه‌های اجتماعی و بیمه اجباری از طریق برقراری قوانین و ایجاد سازوکارهای اجرایی برای تعهداتی که کارفرمایان و سازمان بیمه‌های اجتماعی بر عهده دارند، و در نظر داشتن توجه به شرایطی که براساس آن، نارسایی در بعضی از مقررات بیمه‌های اجتماعی

بیماری و معلولیت) را برای کلیه افراد جامعه مورد توجه قرار می‌دهند.

۶- ضروری است سیاست‌های اجتماعی در همه حال و در پایان دوره‌های یک تا دو ساله با توجه به موارد ذیل مورد ارزیابی قرار گیرند:

الف - برداشت‌های عمومی از حقوق اساسی در جامعه از نظر برخورداری از تسهیلات بهداشتی و درمانی، خدمات رفاهی و حمایتی، تأمین اجتماعی و کمک‌های اجتماعی.

ب - حدود مسئولیت‌ها و نقش دولت از نظر نظارتی یا اجرایی برای:

۱- حفظ سطح درآمدی خانواده‌ها و اشخاص در دوره‌های اشتغال، بیکاری موقت، بازنشستگی و ازکارافتادگی؛

۲- تأمین مراقبت‌های بهداشتی و درمانی؛

۳- تأمین خدمات مورد نیاز برای آنان که به‌هر دلیل از پوشش برنامه‌های بیمه اجتماعی خارج مانده‌اند.

ج - ارزیابی عرضه خدمات اجتماعی از

نظر تعهدات قانونی کارفرمایان یا سازمان بیمه‌های اجتماعی برای تضمین نگهداشتن سطح درآمدی بیمه شدگان در شرایط عادی و در شرایطی که کارفرمایان به دلایل اقتصادی دچار ورشکستگی شده یا سازمان‌های بیمه‌های اجتماعی در مواجهه با بحران ناشی از کمبود

مالی انباشته در سازمان‌های بیمه اجتماعی.

به‌طور کلی سیاست‌های اجتماعی شرایطی را مورد توجه قرار می‌دهند که در آن، عرضه خدمات به تدریج گسترش و تنوع بیشتری یافته و کیفیت ارائه آنها نیز همزمان با روند رشد و توسعه در کشور بهبود می‌یابد. توجه به موضوع به‌کارگیری پس‌اندازهای اجباری که از طریق بیمه‌های اجتماعی حاصل می‌شوند، در جریان سرمایه‌گذاری برای توسعه ملی از یک سو، و ضرورت بهره‌گیری از منابع مالی دولت برای تعمیم خدمات رفاهی و تأمین اجتماعی در کشور از سوی دیگر، اتخاذ سیاست‌های اجتماعی مناسب را پیچیده و بسیار حائز اهمیت نموده است. به هر صورت، زمانی که این سیاست‌ها تدوین شده و به مرحله اجرا در می‌آیند، تداوم مبنای سیاست‌ها در طی دوره اجرا و استمرار سیاست‌هایی که از ابتدا در یک برنامه بلندمدت توسعه مورد نظر قرار می‌گیرند، می‌تواند شرایط لازم را برای دستیابی به اهداف مورد نظر در برنامه توسعه رفاه و تأمین اجتماعی فراهم کند.

□ □ □

به‌خصوص در دوره‌های رکود و بیکاری، کارگران را از توجه به اهمیت بهره‌مندی از خدمات بیمه‌ای محروم نگاه می‌دارد.

۲- تأمین کمک‌های اجتماعی و سایر مزایای تأمین اجتماعی (از قبیل: تأمین خدمات بهداشتی و درمانی) به‌خصوص برای آنان که به هر دلیل، خارج از پوشش موضوع بیمه اجتماعی اجباری یا به‌طور کلی پوشش بیمه‌های اجتماعی قرار می‌گیرند.

۳- تعهدات دولت در مواجهه با مشکل فقر برای اشخاصی که در زمان بزنشستگی و از کارافتادگی با مشکل نگهداشتن سطح درآمدی خود روبه‌رو بوده، یا در زمان اشتغال، درآمدی کمتر از حداقل مورد نیاز دارند، یا اشخاصی که بنا بر محدودیت در قوانین بیمه‌ای از جمله قانون بیمه بیکاری که مزایای آن تنها برای مدت محدودی برای اشخاص برقرار می‌شود، فاقد درآمد هستند.

و- ارزیابی تعهدات دولت در جریان سیاست‌های اقتصادی خاص، زمانی که این سیاست‌ها به کاهش سطح اشتغال انجامیده یا افزایش در سطح عمومی قیمت‌ها را موجب می‌شوند، از نظر حفظ سطح درآمدی اشخاص و حفظ سطح ارزش درآمدها و منابع