

## نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی: دیدگاه کمیته امداد، سؤالات و پاسخ‌ها<sup>۱</sup>

### چکیده

رویکرد کمیته امداد برای ساماندهی نظام تأمین اجتماعی ناظر بر تفکیک وظایف، رفع تداخل‌ها و تخصصی کردن دستگاه‌ها و سازمان‌های متولی تأمین اجتماعی است. این نهاد با هر گونه تعرضی به سازمان‌ها یا ساختارهای موجود مخالف است. زیرا درگیر کردن سازمان‌های حمایتی و بیمه‌ای موجود در بوروکراسی و پیچیدگی‌های اداری یک وزارتخانه جدید با منافع در هم پیچیده آن منجر به تزلزل و ناطمینانی و کاهش کارایی نظام تأمین اجتماعی می‌شود. رویکرد مذکور پرداختن به حوزه‌های فرابخشی در نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی را امکان‌پذیر و جایز نمی‌داند؛ بلکه پیشنهاد می‌کند که مسائل تأمین اجتماعی در مواردی همچون برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و هماهنگی باید به صورت متمرکز از طریق شورای عالی و کاهش تصدی‌های دولت ساماندهی شود، بدون آن‌که نیازی به ایجاد هیچ‌گونه سازمان یا وزارتخانه جدید وجود داشته باشد. از دیدگاه کمیته امداد، تأمین اجتماعی مقدم بر رفاه اجتماعی است و دنبال کردن اهداف بلندپروازانه‌ای مانند رفاه

۱. این مقاله براساس مباحث مطرح شده در سلسله جلسات نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در مرکز پژوهش‌ها توسط آقای مسعود صوفی مجیدپور تهیه و تنظیم شده است.

اجتماعی خارج از ظرفیت‌های اقتصادی و اجتماعی کشور قرار دارد. در شرایطی که اقتصاد کشور قادر به تأمین حداقل نیازها و رعایت منزلت انسان‌ها نیست پرداختن به موضوع رفاه اجتماعی تنها انتظارات شهروندان را از سازمان رفاه و تأمین اجتماعی افزایش می‌دهد. این رویکرد در حقیقت اصل ۲۹ قانون اساسی و قانون برنامه سوم توسعه را محور اصلی و چارچوب نظام جامع تأمین اجتماعی می‌داند.

## بخش اول - دیدگاه کمیته امداد

### ۱. اصول و مبانی نظام تأمین اجتماعی

تأمین اجتماعی حمایتی نظام یافته و هدفمند است که جامعه از اعضای خود به عمل می‌آورد آن هم در قبال وقایع و رویدادهای طبیعی، اقتصادی و اجتماعی قابل انتظار در جریان زندگی‌شان. این نظام در عین حال مبتنی بر تکلیف و تعهد دولت و مشارکت مسئولانه و سازمان یافته مردم است. هدف نظام تأمین اجتماعی همانا ارتقاء سطح زندگی مردم و ایجاد امنیت خاطر و نوید آینده بهتر برای تعامل و مشارکت آگاهانه در زندگی اجتماعی است و بر دو محور اساسی زیر قرار دارد:

الف) رفع فقر و محرومیت‌های عارضی در ابعاد فرهنگی، اقتصادی و تعدیل و کاهش فاصله‌های درآمدی افراد و خانواده‌ها. جامعه هدف در این محور از اقدامات حمایتی عبارت است از افراد و خانواده‌های فعال اقتصادی که در نتیجه رخدادهای طبیعی، اقتصادی و اجتماعی همانند سالمندی، معلولیت، بیماری، از کار افتادگی، بازنشستگی، بیکاری، محرومیت و فقر مادی و فرهنگی، بی‌سرپرستی و دیگر آسیب‌های اجتماعی فاقد توانایی مناسب برای اداره زندگی خود و خانواده‌شان هستند.

ب) رفع نگرانی‌ها و تشویش افراد و خانواده‌ها در جامعه از تأمین آتیه و برخورداری از پشتوانه مطمئن اقتصادی و اجتماعی به خصوص در مواجهه با پدیده‌های طبیعی و رویدادهای قابل انتظار اجتماعی و اقتصادی (کاهش یا قطع درآمد ناشی از فوت، حادثه، معلولیت، بازنشستگی و بیکاری و ...). جامعه هدف در این محور عبارت است از نیروی کار

و شاغلان بخش عمومی (دولتی) و خصوصی و خویش فرمایان و صاحبان مشاغل و حرف آزاد در این جامعه. روستاییان و عشایر فعال و شاغل در امور کشاورزی، باغداری، دامداری، صیادی، صنایع محلی و دستی و دیگر مشاغل خانگی و بومی، سهم عمده‌ای را به خود اختصاص داده‌اند. این گروه به دلیل فقدان نظام و ساختار فراگیر بیمه‌های اجتماعی، عدم آگاهی موازین، نارسایی‌ها و نقایص قانونی، ابهام در چگونگی سازماندهی اجرائی برای تشخیص میزان حق بیمه، نحوه وصول و ... از شمول پوشش حمایت‌های اجتماعی در نظم بیمه‌ای و مبتنی بر اشتغال محروم مانده‌اند.

ویژگی‌ها و شرایط جامعه هدف در هر یک از محورهای دوگانه فوق اتخاذ تدابیر و روش‌های اجرائی مناسب و سازوکارهای اختصاصی خود را طلب می‌کند. در این راستا، اقدام به تشخیص و تعیین سطوح خدمات و تعهدات و گسترش گام به گام (مرحله‌ای) دامنه حمایت‌ها و بیمه‌های اجتماعی در ۳ سطح زیر ضروری است:

۱. حد کفافی «سطح حداقل مورد انتظار» از طریق بیمه‌های اجتماعی همگانی و حمایت‌های اجتماعی و اقتصادی مستمر و سازمان یافته،
  ۲. حد معمول «سطح مناسب و مورد عمل» در چارچوب قوانین استخدام کشوری، کار و تأمین اجتماعی برای شاغلان بخش عمومی و خصوصی،
  ۳. حد مطلوب «سطح رفاه»، مبتنی بر تمایل و اختیار افراد و گروه‌های اجتماعی در برخورداری از بیمه‌های تکمیلی و مضاعف عمر، پس‌انداز، حوادث، درمان و ...
- سازماندهی اقدامات و تأمین منابع و خدمات در هر یک از سطوح سه گانه فوق متناسب با قابلیت‌های اجرائی و مالی دولت، مشارکت جامعه و اهداف و سیاست‌های توسعه اجتماعی و اقتصادی نظام در چارچوب برنامه‌های مصوب صورت می‌گیرد. هم‌اکنون حدود ۳۴ میلیون نفر از جمعیت کشور (شاغلان بخش عمومی و خصوصی، خویش فرمایان و صاحبان مشاغل آزاد) از سطح دوم تأمین اجتماعی تحت پوشش قانونمند بیمه‌های اجتماعی قرار گرفته‌اند. لذا ترتیبات لازم به منظور تأمین سطح حداقل حد کفافی برای حداکثر ۲۸ میلیون نفر از جمعیت کشور با تأکید بر سهم حدود ۱۸ میلیون نفر جمعیت

روستایی و عشایری که تاکنون از هیچ گونه پوشش حمایتی مبتنی بر بیمه‌های اجتماعی (به استثنای بیمه خدمات درمانی) استفاده نکرده‌اند می‌تواند اصل جامعیت تأمین اجتماعی را در این سطح تحقق بخشد. اقدام و حرکت اجرایی برای تأمین و تعمیم این سطح از حمایت در نظم بیمه‌ای آن، بر محدود ساختن موضوع و شمول حمایت‌ها و تعهدات بیمه‌های اجتماعی و همگانی به: اول، بازنشستگی؛ دوم، فوت؛ سوم، از کارافتادگی کلی «مرتبط یا غیرمرتبط با کار»؛ و چهارم، خدمات درمانی برای مشمولان، متکی خواهد بود.

مشمولان بالفعل این سطح از حمایت‌های بیمه‌ای به ترتیب اولویت به شرح زیر قابل تشخیص و طبقه‌بندی هستند:

- افراد و خانواده‌های تحت پوشش نهادها و سازمان‌های حمایتی «کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور»

- روستاییان و عشایر «غیر از جمعیت تحت پوشش سازمان‌ها و نهادهای حمایتی»،  
- شهرنشینان و جمعیت مهاجر و حاشیه‌نشین شهری که به لحاظ شرایط اشتغال، بیکاری پنهان و آشکار و دیگر عوامل، فاقد پوشش بیمه‌ای هستند.

## ۲. تأمین اجتماعی پیش نیاز و مقدم بر رفاه اجتماعی

موضوع نظام جامع تأمین اجتماعی را بر اساس احکام قانونی با دو نگاه کوتاه‌مدت و بلندمدت می‌توان مورد توجه قرار داد. نگاه کوتاه‌مدت یا میان‌مدت در مواد ۲، ۳۶، ۳۸ و ۴۳ برنامه پنج‌ساله سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و نگاه بلندمدت، در اصل ۲۹ قانون اساسی مورد توجه قرار گرفته است. از منظر کمیته امداد این دو نگاه (قانون اساسی و برنامه سوم توسعه) دربردارنده اصول مسلم، قطعی و مترقی هستند که در شرایط موجود امکان تحقق‌شان وجود دارد. طرح مباحثی خارج از این چارچوب دیدگاه‌های بلندپروازانه‌ای است که امکان اجرای آن میسر نیست یا تنها منجر به اتلاف منابع و افزایش غیرمؤثر هزینه‌ها می‌شود.

تأمین اجتماعی جزئی از نظام رفاه اجتماعی یا پیش نیاز آن است. در ایران واقعیت‌های جامعه با دیدمان‌هایی که رفاه اجتماعی یا دولت رفاه را محور ساماندهی وضع موجود قرار می‌دهند فاصله زیادی دارد. لذا بحث رفاه اجتماعی در شرایط حاضر فقط به عنوان یک هدف آرمانی قابل طرح خواهد بود و یک هدف دست‌یافتنی در کوتاه‌مدت تلقی نمی‌شود. طرح چنین موضوعاتی برای مردم و جامعه، منفعتی ایجاد نمی‌کند. به دلیل وجود مشکلات و ضعف‌های بنیادی در زیرساخت‌های اقتصادی و اجتماعی، اهداف رفاه اجتماعی بدون رشد و توسعه اقتصادی مناسب قابل تحقق نخواهد بود.

نظام جامع تأمین اجتماعی باید به طریقی طراحی و هدفگذاری شود که امکان تحقق آن در شرایط موجود مهیا و حاکمیت توانایی اجرایی آن را به لحاظ عملیاتی و کاربردی داشته باشد، در غیر این صورت قوانین در عرصه اجرا عقیم مانده و مطالعات انجام شده به بایگانی سپرده می‌شود. در ۲۳ سال گذشته نیز خارج از چارچوب‌های قانونی و ظرفیت‌های جامعه بحث‌هایی مطرح شد که به علت عدم توانایی در اجرا از آن‌ها عدول شد. در شرایطی که اقتصاد کشور قادر به تأمین حداقل نیازها و رعایت منزلت انسان‌ها نیست پرداختن به چنین موضوعاتی (رفاه اجتماعی و دولت رفاه) تنها انتظارات جامعه را افزایش می‌دهد.

در کشورهای توسعه‌یافته صنعتی که بعضاً به تشکیل دولت رفاه اقدام کرده‌اند جمعیت قابل توجهی از اقشار کم درآمد مورد حمایت یا تحت پوشش نظام تأمین اجتماعی قرار گرفته‌اند. مطالعات اکثر مؤسسه‌های تحقیقاتی در ایران نشان می‌دهد که ۴۵ تا ۴۷ درصد افراد جامعه زیر خط فقر قرار دارند و حاکمیت موجود توانایی تأمین حداقل کالری مورد نیاز اقشار آسیب‌پذیر را ندارد. تنها در ممالکی که فقر مطلق تا حد رضایتبخشی کاهش یافته باشد می‌توان موضوعات رفاه اجتماعی و دولت رفاه را طرح و پیگیری نمود. اما در ایران با توجه به شرایط اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه و گستردگی فقر مطلق، بحث‌های رفاه اجتماعی، دولت رفاه یا تشکیل وزارت مربوطه باعث ایجاد توقعاتی خواهد شد که پاسخگویی به آن‌ها عملاً مقدور نخواهد بود. بنابراین تا زمانی که کشور از فقر مطلق به شکل رضایتبخشی عبور نکند، اجرای نظام رفاه اجتماعی امکان‌پذیر و جایز نیست، هر چند

که می‌توان به عنوان یک استراتژی اساسی در بلندمدت پس از تأمین حداقل نیازهای اساسی به آن توجه کرد.

### ۳. تشکیلات مناسب بخش تأمین اجتماعی

دیدگاه کمیته امداد در خصوص تشکیلات مناسب برای بخش تأمین اجتماعی در نمودار ضمیمه تلخیص شده است. دیدگاه مذکور در امر برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و هماهنگی قائل به تمرکز (از طریق شورای عالی)، کاهش تصدی‌های دولت، کوچک کردن آن و پرهیز از ایجاد هر گونه وزارتخانه جدید در این خصوص می‌باشد. از طرف دیگر در اجرا، قائل به تفکیک وظایف، تکرر واحدهای اجرایی و تخصصی شدن آن‌ها است؛ به طوری که مسئولیت سازمان‌های بیمه‌ای و حمایتی کاملاً تفکیک شود. وظیفه برخی دستگاه‌ها باید فقط حمایت از نیازمندان باشد، همان‌طور که در برنامه سوم نیز مقوله توانبخشی به سازمان بهزیستی و حمایت از نیازمندان به کمیته امداد واگذار شده است. در بخش حمایت‌های بیمه‌ای (یا نظام بیمه‌ای) نیز جهت‌گیری سیاست‌های تأمین اجتماعی باید به سمت تکثر صندوق‌ها، همراه با سیاست‌گذاری و هماهنگی آن‌ها به صورت متمرکز باشد.

بدین ترتیب هرگونه ساماندهی ساختارهای سازمانی موجود باید براساس تفکیک وظایف، رفع تداخل‌ها و تخصصی کردن سازمان‌های ذی‌ربط ایجاد شود. رفع بسیاری از این تداخل و همپوشانی‌ها موقوف به ایجاد تمهیدات زیربنایی لازم بوده و به تشکیل یک وزارتخانه مستقل در خصوص رفاه و تأمین اجتماعی ارتباطی ندارد. به طور مثال علی‌رغم تأکیدات مکرر مسئولان و حتی الزامات قانونی متعدد، هنوز نظام تأمین اجتماعی موجود از فقدان یک بانک اطلاعاتی جامع و کارآمد و تهیه شاخص‌های دقیق و قابل اتکا رنج می‌برد به طوری که امکان برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری در عرصه اجرا و شناسایی گروه‌های مشمول وجود ندارد. وجود همپوشانی‌ها در نظام بیمه‌ای از دیگر تبعات فقدان نظام اطلاعاتی کارآمد است. هم‌اکنون برخی افراد از دفترچه‌های متعدد درمانی (مانند دفترچه بیمه طرح

شهید رجایی کمیته امداد، دفترچه بیمه تأمین اجتماعی و دفترچه بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح) به طور هم‌زمان استفاده می‌کنند.

تجربه سایر کشورها به خصوص ممالک پیشرفته نیز مؤید گسترش رقابت و تکثر سازمان‌های بیمه‌ای در عرصه اجرا است. در این کشورها رقابت گسترده‌ای در بخش بیمه‌ای وجود داشته و بیمه‌گران مختلف به صورت کاملاً منفک و مجزا در این بازار مشارکت می‌کنند. به علاوه میزان و کیفیت پوشش بیمه‌ای گروه‌های مختلف براساس ترجیحات و توانایی مصرف‌کنندگان تعیین می‌شود. طرح بیمه کارگران به لحاظ کیفیت و درجه پوشش ممکن است کاملاً متفاوت از طرح بیمه پزشکان باشد. بدیهی است افرادی که در موقعیت شغلی بالاتری قرار دارند انتظارات بیش‌تری از طرح بیمه درمانی خود نسبت به گروه‌های دیگر مانند کارگران ساده دارند. لذا برای هر یک از گروه‌ها طرح‌های بیمه متفاوتی جذابیت دارد. بدین ترتیب علاوه بر گسترش رقابت، قدرت انتخاب مصرف‌کننده نیز افزایش و کارایی نظام بیمه‌ای بهبود می‌یابد.

در امور حمایتی نیز لازم است سازمان‌های مجزا به صورت کاملاً تخصصی و با توجه به ویژگی‌ها و شئون گروه‌های مشمول، مجری وظایف تعیین شده شوند. به طور مثال، سازمان حمایت از اقشار کم درآمد و نیازمند، سازمان حمایت از ایثارگران، سازمان حمایت از زندانیان، سازمان حمایت از معلولان، سازمان حمایت از خانواده معتادان و آسیب‌دیدگان اجتماعی و غیره باید خدمات حمایتی را به افراد تحت پوشش خود ارائه نمایند. در نهایت مقتضی است نهادی مانند شورای عالی تأمین اجتماعی، هماهنگی بخش‌های مختلف تأمین اجتماعی و همچنین سیاست‌گذاری و وظایف حاکمیتی را در بخش مذکور عهده‌دار شود.

در طرح کمیته امداد اصلاحات ساختاری و سازمانی زیر در نظام تأمین اجتماعی کشور پیشنهاد و توصیه می‌شود:

#### الف) در قوه مجریه

در لایحه پیشنهادی کمیته امداد تصریح شده «به منظور ایجاد هماهنگی، انتظام و انسجام اهداف کلی سیاست‌های تأمین اجتماعی، خط‌مشی‌های اساسی، برنامه‌ها و اقدامات اجرایی

شورای عالی هماهنگی به ریاست رئیس جمهور تشکیل و از طریق تأسیس دبیرخانه شورای عالی تأمین اجتماعی در سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور امر هدایت، هماهنگی و نظارت بر اجرای برنامه‌ها، اقدامات و تصمیمات را به انجام برساند.

ترکیب و اعضای شورای عالی تأمین اجتماعی به ترتیب زیر پیشنهاد می‌شود:

۱. نماینده ویژه مقام رهبری،
۲. وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی،
۳. وزیر امور اقتصادی و دارایی،
۴. معاون رئیس جمهور و رئیس سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور،
۵. رئیس کمیته امداد،
۶. رئیس سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران،
۷. رئیس سازمان بیمه‌های اجتماعی کارکنان دولت،
۸. رئیس سازمان بیمه‌های اجتماعی نیروهای نظامی و انتظامی کشور،
۹. رئیس بنیاد امور ایثارگران،
۱۰. رئیس سازمان بهزیستی و خدمات توانبخشی،
۱۱. رئیس دفتر امور مشارکت زنان در نهاد ریاست جمهوری،
۱۲. رئیس کل جمعیت هلال احمر ایران.

با ملحوظ داشتن جایگاه قانونمند شورای عالی در حیطه هماهنگی، هدایت، سیاست‌گذاری، سازماندهی، نظارت عالی و ارزشیابی برنامه‌های اجرایی در حوزه تأمین و عدالت اجتماعی، اصلاحات زیر نیز در نظام تأمین اجتماعی کشور ضروری خواهد بود:

۱. کلیه وظایف و اقدامات مربوط به تأمین و تعمیم بیمه‌های اجتماعی و بیمه خدمات درمانی گروه‌های زیر در سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران متمرکز شود.<sup>۱</sup>
- کارگران شاغل در کارگاه‌ها، واحدها و گروه‌های صنفی،

۱. عنوان سازمان تأمین اجتماعی به (سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران و خویش‌فرمایان) تغییر یابد.



- کارکنان پیمانی و قراردادی شاغل در سازمان‌ها و مؤسسات و نهادهای دولتی و وابسته به دولت (مشمولان قانون کار)،

- کارکنان شاغل در نهادها و مؤسسات دولتی و وابسته به دولت که از آیین‌نامه‌ها و قوانین استخدامی خاص استفاده می‌کنند.

- خویش‌فرمایان و صاحبان حرف و مشاغل آزاد دارای پروانه کار و اشتغال به حرف.

۲. کلیه وظایف و اقدامات مربوط به بیمه‌های اجتماعی و خدمات درمانی کارکنان رسمی (مشمول قانون استخدام کشوری) شاغل در وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و مؤسسات دولتی و وابسته به دولت در سازمان بازنشستگی کشوری (صندوق بازنشستگی کشوری) متمرکز شود و صندوق‌های ۱۵ گانه مستقل با مجموعه امکانات، منابع و سرمایه‌ها و تمهیدات خود در صندوق بازنشستگی کشوری<sup>۱</sup> ادغام شوند.

۳. وظایف و اقدامات مربوط به بیمه‌های اجتماعی و خدمات درمانی نیروهای نظامی و انتظامی در سازمان بیمه و بازنشستگی وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح متمرکز و کلیه صندوق‌های مستقل و موجود در نیروهای مسلح در صندوق بیمه و بازنشستگی وزارت دفاع و پشتیبانی ادغام شوند.

۴. مدیریت امور مربوط به حمایت‌ها و مراقبت‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی از خانواده‌ها و جمعیت محروم و مستمند شهری و روستایی (جمعیت زیر خط فقر) و اقدامات مربوط به تأمین معاش، سلامت اجتماعی و روانی، مسکن، آموزش، اشتغال، خوداتکایی اقتصادی، بیمه درمانی، بیمه‌های اجتماعی و همچنین جلب و هدایت مشارکت‌ها و همیاری‌های مردمی و توسعه و هماهنگی فعالیت تشکلی‌ها و مؤسسات خیریه و شخصیت‌ها و گروه‌های خیریه و سازماندهی و تمرکز وجوهات پراکنده شرعی در جهت کاربرد و استفاده مطلوب و منطبق با موازین شرعی در گسترش خدمات و فعالیت‌های حمایتی و اجتماعی از افراد و خانواده‌های نیازمند کلاً در کمیته امداد متمرکز شود.

۱. عنوان سازمان و صندوق بازنشستگی کشوری به (سازمان بیمه‌های اجتماعی کارمندان) تغییر یابد.

۵. وظایف و اقدامات مربوط به حمایت‌ها و خدمات اجتماعی و توانبخشی معلولان و آسیب‌دیدگان اجتماعی و پیشگیری از معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی و حمایت و هدایت مؤسسات توانبخشی و نگهداری غیردولتی و هماهنگی امور آن‌ها، در سازمان بهزیستی کشور متمرکز شود. عنوان این سازمان به «سازمان بهزیستی و خدمات توانبخشی» تغییر یابد.

۶. کلیه امور مربوط به حمایت از ایثارگران (خانواده‌های محترم شاهد، جانبازان و آزادگان) در یک نهاد (ترجیحاً بنیاد شهید انقلاب اسلامی) متمرکز می‌شود.

۷. کلیه وظایف و اقدامات مربوط به آمادگی و دفاع ملی و آموزش و تجهیز منابع انسانی برای مواجهه با حوادث و سوانح غیرمترقبه و پیش‌بینی نشده طبیعی و غیرطبیعی، اقدام به امداد، نجات و مراقبت موقت از آسیب‌دیدگان و همچنین خدمات مربوط به فوریت‌های پزشکی (اورژانس) درون شهری و جاده‌ای و تأمین امکانات، تجهیزات و منابع لازم برای اعمال آن در جمعیت هلال‌احمر متمرکز شود. مدیریت، هدایت و فرماندهی و هماهنگی درون مرزی و برون‌مرزی عملیات امداد‌رسانی و سازماندهی خدمات امداد و نجات، به صورت متمرکز به این نهاد محول و به تبعیت از آن سازمان‌ها و واحدهای مشابه در وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی منحل و امکانات و تجهیزات مرتبط به جمعیت هلال‌احمر منتقل و واگذار شود.

۸. برای تأمین حقوق جامعه روستایی و روستاییان فاقد پوشش بیمه اجتماعی در برخورداری از حمایت‌های سازمان یافته تأمین اجتماعی در زمینه: ۱. بیمه خدمات درمانی، ۲. بیمه بازنشستگی، ۳. بیمه از کارافتادگی کلی و جزئی و تصدی امور مربوط به تأمین اجتماعی روستاییان و عشایر در محدوده تعهدات و حمایت‌های بیمه‌ای سه‌گانه مذکور به کمیته امداد محول شود تا با همیاری و مشارکت شوراهای اسلامی روستاها و تشکل‌های تعاونی روستایی، در چارچوب مقررات و ضوابطی که به تصویب شورای عالی تأمین اجتماعی خواهد رسید، انجام وظیفه کند.

۹. با احاله وظایف مربوط به تصدی امور بیمه درمان کارمندان دولت به سازمان (صندوق) بازنشستگی کشوری و بیمه درمان روستاییان به کمیته امداد امام خمینی (ره) اصلاحات ساختاری زیر در دستور کار قرار داده شود:

- سازمان بیمه خدمات درمانی منحل و امکانات و سرمایه‌گذاری‌ها و منابع و تعهدات آن حسب مورد به سازمان بیمه‌های اجتماعی کارمندان دولت و کمیته امداد منتقل شود.  
- نهادها و سازمان‌های مسئول تأمین حمایت‌ها و خدمات بیمه‌ای از جامعه کارکنان دولت، روستاییان، کارگران، خویش‌فرمایان و گروه‌های مستمند تحت پوشش، مجاز و مخیر به انتخاب مؤسسات بیمه‌گر و روش‌های مستقیم یا غیرمستقیم ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان شوند.

#### ب) در قوه مقننه

به منظور هدایت، هماهنگی مستمر و نظارت شده اداره امور مربوط به توسعه انسانی، خدمات و حمایت‌های اجتماعی در روش‌های بیمه‌ای و غیربیمه‌ای از گروه‌ها و اقشار جامعه و اصلاح مسیر اهداف و سیاست‌های ناظر بر استقرار و تعمیم نظام تأمین اجتماعی تشکیل کمیسیون تأمین اجتماعی و امداد در مجلس شورای اسلامی پیشنهاد شده است.

### بخش دوم - سؤالات و چالش‌ها در خصوص دیدگاه مطروحه

۱. پیشنهاد کمیته امداد ایجاد یک شورای عالی به منظور برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری و هماهنگی به صورت متمرکز است. با توجه به تجربه ناموفق شوراهای عالی در کشور آیا با تشکیل جلسات معدودی در سال این شورا می‌تواند ۲۱ دستگاه در وضعیت نامطلوب موجود را سامان دهد و وظایف حاکمیتی خود را در حوزه‌های برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری، هماهنگی و نظارت به شیوه مؤثری ایفا کند؟

۲. چه راهکار یا ابزاری در اختیار این شورا برای اعمال سیاست‌های مصوب از طریق دستگاه‌های مرتبط با تأمین اجتماعی وجود خواهد داشت؟ هر چند شورای عالی در حد یک نظارت کننده کلان ضروری است اما تضمینی وجود ندارد که تمام دستگاه‌های متولی تأمین اجتماعی (به خصوص نهادهای غیردولتی) پاسخگوی رئیس شورای عالی باشند.

۳. در مورد تخصصی کردن خدمات تأمین اجتماعی و بیمه‌ای ابهاماتی وجود دارد. یک شهروند ممکن است به خدمات متفاوتی هم‌زمان نیاز داشته باشد. به طور مثال، افرادی می‌توانند هم‌زمان با دریافت خدمات بیمه‌ای، به دلیل وضعیت معیشتی نامطلوب نیازمند خدمات حمایتی و در صورت وقوع زلزله متقاضی خدمات امدادی هم باشند. تنها یک تشکیلات منسجم مانند وزارتخانه می‌تواند این خدمات را در ارتباط با یکدیگر ساماندهی کند.

۴. تفکیک تخصصی خدمات تأمین اجتماعی بر اساس تقسیم‌بندی خدمت‌گیرندگان، عواقب اجتماعی نامطلوبی را می‌تواند حاصل کند. به طور مثال، چنانچه خدمات تأمین اجتماعی روستایی به یک دستگاه و خدمات تأمین اجتماعی شهری به دستگاه دیگر واگذار شود چه ضمانتی وجود دارد که بین خدمات ارائه شده به قشر روستایی و خدمات ارائه شده به قشر شهری تبعیضی ایجاد نشود؟ براساس چه ضوابط و معیارهایی شرایط قشری، محلی و منطقه‌ای در طراحی سیاست‌های بیمه‌ای مورد توجه قرار می‌گیرد؟

۵. یکی از نقدهای موجود علیه شورای عالی، در مقابل ایجاد وزارتخانه الگوی ناموفق شوراها در ایران است. حتی اگر ابزارهای مؤثر و نظارت کافی هم در شورا وجود داشته باشد، تنها وزیر در مقابل قوه مقننه پاسخگو بوده و همواره قادر است به نوعی سیاست‌های خود را در عرصه اجرا (علی‌رغم مغایرت با خط‌مشی‌های شورا) اعمال کند.

۶. با توجه به این که کمیته امداد به ارائه خدمات اجتماعی متعددی همچون مسکن، درمان و آموزش به نیازمندان می‌پردازد اگر هدف تفکیک تصدی و حاکمیت باشد، آیا این سازمان می‌تواند تصدی همه این خدمات را برعهده بگیرد یا خیر؟

### بخش سوم - پاسخ به سؤالات

۱. در رابطه با سیاست‌های اجتماعی، وزارتخانه‌های ذی‌ربط مانند مسکن، بهداشت و آموزش و پرورش، باید از طریق سیاست‌گذاری‌های لازم، دسترسی نیازمندان به ارائه خدمات اساسی در حوزه خود را تضمین کنند. اما از آنجایی که این سازمان‌ها و وزارتخانه‌ها بنا به دلایل زیادی قادر به ایفای این وظایف و مسئولیت‌ها به شیوه رضایت‌بخشی نبوده‌اند لذا

سازمان تأمین اجتماعی، بهزیستی، کمیته امداد و ... ناگزیرند انواع خدمات اجتماعی را به نیازمندان ارائه کنند. اما ایجاد یک وزارتخانه فراگیر در خصوص رفاه و تأمین اجتماعی به دلیل همپوشانی و تداخل وظایف با سایر وزارتخانه‌ها وضع موجود را پیچیده‌تر می‌کند.

۲. ابهاماتی که در خصوص نظارت مؤثر شورا بر دستگاه‌های بیمه‌ای، حمایتی یا امدادی مطرح شد بستگی به ابزارهای نظارتی پیش‌بینی شده و ضمانت‌های اجرایی آن در قانون این شورا دارد. به هنگام تصویب و تشکیل این شورا باید تمهیدات و سازوکارهایی پیش‌بینی شود که اعمال حاکمیت آن را بر دستگاه‌های ارائه‌کننده خدمات تأمین اجتماعی تضمین کند. اگر دستگاه مورد نظر دولتی باشد مستقیماً پاسخگوی شورای عالی خواهد بود. در غیر این صورت می‌توان مجوزهای لازم و قانونی را از هر نهاد مسئولی گرفت و ضمانت‌های اجرایی لازم را تأمین کرد. به طور مثال با پیش‌بینی ترتیبات قانونی لازم می‌توان دستگاه‌های مرتبط را عضو شورای عالی و در مقابل رئیس شورا پاسخگو کرد.

۳. منتقدان ایجاد شورا باید به تجربه موفق برخی شوراهای در کشور (مانند شورای پول و اعتبار، شورای اقتصاد، شورای عالی شهرسازی و شورای عالی انقلاب فرهنگی) نیز توجه کنند. سازوکارها و ابزارهای مؤثری در شوراهای برای اعمال کنترل و نظارت وجود دارد. از دیدگاه کمیته امداد شورای عالی می‌تواند در مقابل مجلس و مردم پاسخگو باشد و با طراحی سیستم‌های نظارتی کارآمد مانع همپوشانی و توازی فعالیت‌ها در سازمان‌های مختلف شود.

۴. حوزه مسئولیت شورای عالی مشخص و تعریف شده است. این شورا برنامه سالانه خود را یک بار تنظیم و به تأیید دولت و در صورت نیاز به تصویب و تأیید مجلس می‌رساند. جلسات شورا باید برحسب ضرورت تشکیل شود.

۵. ایجاد وزارتخانه سطح توقعات مردم را بی‌تردید بالا خواهد برد و یکی از اعتراضات جدی نمایندگان در خصوص پیچیدگی و غیرکارآمد بودن نظام (تأمین اجتماعی) است. برای رفع این نابسامانی‌ها اصلاحاتی در نظام اداری و دیوان‌سالاری و کوچک کردن دولت لازم است. هر چه روابط میان سازمان‌ها به دلیل بوروکراسی و منافع درهم تنیده یک

وزارتخانه پیچیده تر شود هم زمان با افزایش توقعات مردم هزینه ارائه خدمات افزایش و بهره‌وری نظام تأمین اجتماعی کاهش می‌یابد.

## ضمیمه - لایحه پیشنهادی کمیته امداد در خصوص نظام تأمین اجتماعی

### ماده واحده

به منظور توسعه مبانی، زمینه‌ها و ابزار تأمین و تعمیم عدالت اجتماعی در جامعه اسلامی ایران و تحقق اصول بیست و نهم، بیست و یکم، چهل و سوم و سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، نظام تأمین اجتماعی با هدف هدایت و انجام امور و اقدامات مربوط به بهبود و ارتقاء کیفیت و سطح زندگی، محرومیت‌زدایی و حمایت‌های اجتماعی از مردم با تکیه بر تحکیم نهاد خانواده و تأکید بر اولویت اقشار و گروه‌های آسیب‌دیده و آسیب‌پذیر، در چارچوب مبانی و احکام موضوع این قانون تشکیل و استقرار می‌یابد.

### تبصره ۱- تعریف نظام تأمین اجتماعی

تأمین اجتماعی به منزله حمایتی نظام یافته و هدفمند است که جامعه از آحاد جمعیت خود در قبال وقایع، پدیده‌ها و رویدادهای طبیعی، اقتصادی و اجتماعی قابل انتظار در جریان زندگی آنان، به عمل می‌آورد و مبتنی بر تکلیف و تعهد دولت و مشارکت مسئولانه و سازمان یافته مردم است.

### تبصره ۲- موضوع شمول حمایت‌ها

تأمین معاش و هزینه‌های برخورداری خانواده‌ها و آحاد مردم از فرصت‌های زندگی و مشارکت اجتماعی، جبران کاهش یا قطع درآمد در نتیجه حوادث و رخدادهای قابل انتظار حیاتی و اجتماعی همانند بیماری، فوت، سالمندی، از کار افتادگی، بازنشستگی، بیکاری، بی‌سرپرستی، فقر و محرومیت، معلولیت، آسیب‌های رفتاری و اجتماعی، حمایت‌های موضوعی و تعهدات اجرایی نظام تأمین اجتماعی محسوب می‌شوند.

### تبصره ۳- سطح و محدوده حمایت‌ها و اقدامات

اقدامات حمایتی موضوع تعهد و مدیریت نظام تأمین اجتماعی در ۳ سطح تبیین و هدایت می‌گردد:

### الف) حد كفاف «سطح حد اقل مورد انتظار»

۱. فراهم سازی امکانات معاش، تأمین بیمه درمان و برخورداری از فرصت‌های اشتغال و مشارکت اجتماعی برای افراد و خانواده‌های کم درآمد، فاقد درآمد «فقرا و مستمندان» زنان و کودکان و سالمندان بی‌سرپرست و نیازمند، آسیب‌دیدگان از حوادث و سوانح غیر مترقبه و ...

۲. تأمین موجبات و خدمات توانبخشی، مراقبت، برابری فرصت‌های زندگی و مدرسانی برای معلولین جسمی، حسی و حرکتی، ذهنی و روانی و معلولان و آسیب‌دیدگان اجتماعی.

### ب) حد معمول «سطح مناسب و مورد عمل»

۱. تعمیم پوشش بیمه خدمات درمانی برای کلیه اقشار و گروه‌ها در چهارچوب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی و موازین آن،  
۲. پوشش بیمه‌های اجتماعی بازنشستگی، از کارافتادگی کلی و فوت روستاییان بر مبنای حداقل میزان حقوق و دستمزد،

۳. پوشش الزامی و فراگیر شاغلین و نیروی کار «کارکنان دولت، کارگران و خویش‌فرمایان» مشمول قوانین استخدام کشوری، کار، تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح، در چتر تعهدات و حمایت‌های بلندمدت و کوتاه‌مدت بیمه‌های اجتماعی موضوع قوانین مذکور.

### ج) حد مطلوب «سطح رفاه، مبتنی بر تمایل و اختیار افراد و گروه‌ها در برخورداری از بیمه‌های تکمیلی»

۱. حمایت و مراقبت‌های اجتماعی و اقتصادی و تأمین نیازها و جبران فرصت‌های زندگی از دست رفته ایثارگران.

۲. توسعه بیمه‌های اجتماعی تکمیلی و مضاعف (درمان، عمر، پس‌انداز، حوادث و ...) متناسب با تمایل، انگیزه و اقدام اختیاری افراد و گروه‌های اجتماعی در استفاده و برخورداری از پوشش‌های مضاعف بیمه‌ای «بیمه‌های تکمیلی» متکی بر توسعه و گسترش زمینه فعالیت بیمه‌های بازرگانی و مؤسسات بیمه‌ای غیردولتی.

## تبصره ۴- تشکیل شورای عالی بهداشت، درمان و تأمین اجتماعی

الف) به منظور هدایت و هماهنگی کلیه سیاست‌ها و برنامه‌های تأمین اجتماعی، همسویی برنامه‌ریزی‌های میان‌رشته‌ای در بخش نظارت و ارزشیابی مدیریت و کارکرد سازمان‌ها و نهادهای اجرایی، شورای عالی بهداشت، درمان و تأمین اجتماعی به ریاست رئیس جمهور تشکیل می‌شود.

ب) سازمان برنامه و بودجه، ریاست شورای عالی و معاون رئیس جمهور و رئیس سازمان برنامه و بودجه به عنوان اعضای شورای عالی تعیین می‌گردد.

ج) ترکیب شورای عالی بهداشت، درمان و تأمین اجتماعی به شرح زیر تعیین می‌گردد:

۱. نماینده ویژه مقام معظم رهبری،
۲. وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی،
۳. وزیر امور اقتصادی و دارایی،
۴. وزیر کار و امور اجتماعی،
۵. وزیر دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح،
۶. دبیر کل امور اداری و اتصالات،
۷. رئیس سازمان برنامه و بودجه،
۸. رئیس کمیته امداد امام خمینی،
۹. رئیس سازمان بیمه‌های اجتماعی،
۱۰. رئیس سازمان بیمه‌های جهان علم و فناوری،
۱۱. رئیس سازمان بیمه‌های اجتماعی،
۱۲. رئیس بنیاد امور ایثارگران،
۱۳. رئیس سازمان بهزیستی و خدمات اجتماعی،
۱۴. رئیس کل جمعیت هلال احمر ایران.

د) وظایف دبیرخانه شورای عالی و مسئولان اجرایی آن به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.



ها) با تشکیل شورایی عالی تأمین اجتماعی، شورایی عالی بیمه خدمات درمانی کشور منحل و وظایف موضوع آن از طریق شورایی عالی تأمین اجتماعی انجام و اعمال می‌گردد. (و) مصوبات شورایی عالی تأمین اجتماعی وجهه قانونی دارد و با ابلاغ ریاست شورایی عالی، انجام و اجرای مفاد آن در کلیه دستگاه‌ها و سازمان‌های اجرایی الزامی خواهد بود.

#### تبصره ۵- تشخیص نیازمندان و ایجاد پایگاه اطلاعات اقتصادی و اجتماعی اقشار نیازمند

الف) به منظور هدایت یارانه‌ها و ساماندهی حمایت‌های مستقیم از اقشار و خانواده‌های نیازمند در نظام پرداخت‌های جبرانی و کمک‌های انتقالی دولت، کمیته امداد امام خمینی (ره) مکلف است که با تکیه و تأکید بر مشارکت شوراهای اسلامی روستاها و شهرها و همکاری موظف وزارتخانه‌های ذی‌ربط، امر تشخیص و سطح‌بندی و اولویت‌مقاضیان برخوردار از پوشش خدمات حمایتی مستمر و موردی را در چارچوب تشکیل و سازماندهی پایگاه اطلاعات رایانه‌ای در سال‌های اول برنامه سوم به انجام برساند.

ب) مدیریت اجرایی امور مربوط به تنظیم، دریافت و بررسی اظهارنامه درآمد سالانه از نیازمندان تحت پوشش و متقاضیان بالقوه پوشش حمایتی مستمر، در حوزه مسئولیت‌های اجرایی کمیته امداد خمینی (ره) قرار می‌گیرد.

ج) دولت موظف است در حیطه اختیارات خود تمهیدات و شرایط تحقق موضوع این تبصره را در چارچوب آیین‌نامه‌های اجرایی فراهم کند یا از طریق پیشنهاد لوایح قانونی، اقدامات لازم را به عمل آورد.

#### تبصره ۶- موازین حمایت‌های مستمر مالی

الف) در چارچوب منابع و امکانات اختصاص یافته سالانه از محل بودجه عمومی دولت، درآمدهای حاصل از مشارکت‌ها و کمک‌های مردمی، صدقات و نذورات و دیگر درآمدهای ناشی از فعالیت‌های اقتصادی کمیته امداد امام خمینی (ره) در دوره زمانی برنامه سوم اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی کشور، خانواده‌های فقیر و کم‌درآمد، بی‌سرپرست و دارای سرپرست زن و سالمندان نیازمند ۶۰ ساله و بیش‌تر روستایی را حداکثر تا حد ۲۰

درصد جمعیت روستایی و ۱۳ درصد جمعیت شهری در پوشش مراقبت و خدمات مستمر حمایتی خود قرار دهد.

ب) مستمری معیشت قابل پرداخت به خانواده‌های تحت پوشش متناسب با تعداد افراد خانواده‌ها، میزان درآمد سالانه خانوار و سطح نیاز آن‌ها، حداقل ۳۰ درصد و حداکثر ۶۰ درصد حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار در هر سال تعیین می‌شود که به صورت مجموعه‌ای از خدمات اجتماعی، کالاهای اساسی یا پرداخت نقدی انجام می‌شود.

ج) سازمان بهزیستی و توانبخشی، اجازه دارد که در جهت توسعه ظرفیت پذیرش، مراقبت، نگهداری، توانبخشی و آموزشی معلولان جسمی، ذهنی، روانی و معلولین اجتماعی و گسترش توانبخشی مبتنی بر جامعه، مراکز و مجتمع‌های توانبخشی و حمایتی خود را با امکانات و تجهیزات آن‌ها به صورت فروش، اجاره به شرط تملیک یا از طریق قرارداد خاص و پیمان مدیریت به مؤسسات خیریه، خصوصی یا تشکل‌های تعاونی و هیأت امنایی واگذار کند و در چارچوب منابع اختصاص یافته از بودجه عمومی دولت، علاوه بر حمایت از ایجاد، توسعه و تجهیز مراکز ظرفیت جدید خدمت‌رسانی، بخشی از هزینه‌های ماهانه نگهداری و توانبخشی معلولان نیازمند را تعهد و پرداخت کند.

د) خدمات و عملیات تأمین اشتغال و خودکفایی خانواده‌ها، تأمین مسکن، بیمه درمان، تأمین هزینه‌های آموزشی و اعتبارات اجرایی مورد نیاز، متناسب با امکانات دولت، در قالب برنامه‌های اجرایی تأمین و انجام می‌گیرد.

ه) آیین‌نامه اجرایی این تبصره حسب مورد به پیشنهاد کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی و توانبخشی به تصویب شورای عالی تأمین اجتماعی می‌رسد.

#### تبصره ۷- تأمین و تعمیم بیمه‌های اجتماعی روستاییان

الف) از سال ۱۳۸۰، کلیه روستاییان و عشایر سرپرست خانوار که به مشاغل کارگری، کشاورزی، باغداری، دامداری، صنایع دستی و بومی و حرف فنی و خدماتی وابسته به آن‌ها در روستاهای کشور اشتغال دارند، مصادم که در شمول قوانین و مقررات کار و

بیمه‌های اجتماعی کارگران قرار نگرفته باشند، براساس قانون بیمه و بازنشستگی روستاییان تحت پوشش قرار می‌گیرند.

ب) حمایت‌های موضوع بیمه‌های اجتماعی روستاییان و شمول خدمات و تعهدات موضوع آن محدود به:

۱. تأمین خدمات بهداشتی و درمانی،

۲. پرداخت مستمری از کارافتادگی کلی،

۳. پرداخت مستمری به بازماندگان،

۴. پرداخت مستمری بازنشستگی.

ج) حق بیمه مقرر «به استثنای حق سرانه بیمه خدمات درمانی که در چارچوب موازین قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، کماکان انجام می‌گیرد بر مبنای حداکثر ۱۲ درصد حداقل حقوق و دستمزد قانون کار در هر سال تعیین می‌گردد.

د) معادل ۵۰ درصد از حق بیمه مقرر توسط دولت و از محل بودجه عمومی همه ساله در قالب ردیف اعتباری مستقل تأمین و به کمیته امداد امام خمینی (ره) اختصاص می‌یابد.

ه) مسئولیت و مدیریت امور تأمین و تعمیم بیمه‌های اجتماعی روستاییان و اداره صندوق بیمه و بازنشستگی روستاییان به کمیته امداد امام خمینی (ره) محول می‌گردد و این نهاد مکلف است با همکاری موظف و نظام‌یافته شوراهای اسلامی روستاها و سازمان تعاون روستایی، با سازماندهی مناسب اقدامات اجرایی لازم را انجام و به نتیجه برساند.

و) دولت موظف است لایحه بیمه و بازنشستگی روستاییان را با مراعات موازین این تبصره تا قبل از مهرماه ۱۳۷۹ تقدیم مجلس کند.

**تبصره ۸- تأدیه بدهی‌های دولت به سازمان‌های بیمه اجتماعی «صندوق‌ها»**

الف) دولت موظف است نسبت به تأمین و تأدیه اصل بدهی‌های خود به صندوق بازنشستگی کشوری (سازمان بیمه‌های اجتماعی کارمندان) سازمان تأمین اجتماعی «سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران و دیگر صندوق‌ها و سازمان‌های طرف تعهد در طی سال‌های برنامه سوم اقدام کند و اعتبار لازم را در لوایح بودجه سالانه کل کشور منظور کند.

ب) به منظور بررسی و تشخیص در خصوص میزان اعتبار لازم بابت تأخیر و دیرکرد در تأدیه مطالبات و انجام تعهدات در چارچوب موازین قانونی و چگونگی پرداخت آن از طریق واگذاری سهام شرکت‌های دولتی، طرح‌های نیمه تمام و دیگر اموال و دارایی‌های دولت، کمیته‌ای به ریاست رئیس جمهور و با عضویت وزیر امور اقتصادی و دارایی، رئیس سازمان برنامه و بودجه و رئیس دستگاه اجرایی ذی‌ربط حسب مورد تشکیل می‌گردد.

### تبصره ۹- مؤسسات و تشکل‌های خیریه و مشارکت‌های مردمی

الف) هدایت و هماهنگی امور مربوط به تأسیس و فعالیت مؤسسات، تشکل‌ها و هیأت‌های خیریه و عام‌المنفعه‌ای که به منظور مشارکت و همیاری در حمایت و پوشش خدمات اجتماعی از افراد و خانواده‌های نیازمند و معلولان و سالمندان محتاج به مراقبت و توانبخشی در مراکز روزانه و شبانه‌روزی آموزشی و آسایشگاهی و نگهداری تشکیل گردیده یا می‌گردند، توسط کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی و خدمات توانبخشی انجام می‌شود.

ب) کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی و توانبخشی، موظفند در قالب برنامه‌های اجرایی سالانه و مصوب، با تقبل و تعهد تأمین بخشی از هزینه‌ها و پرداخت آن به صورت کمک در وجه این گونه مؤسسات و تشکل‌ها، با حفظ حق نظارت و ارزشیابی مستمر خود از کیفیت خدمات، نسبت به واگذاری امور تصدی و انجام مراقبت‌ها و ارائه خدمات به مشمولان تحت پوشش خود به این مؤسسات مبادرت نمایند.

ج) در جهت حمایت، تشویق و تقویت مؤسسات غیردولتی «خیریه، هیأت امنایی و خصوصی»، توسعه ظرفیت خدمات‌رسانی این مؤسسات و گسترش جلب و جذب مشارکت‌های مردمی، به کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی و توانبخشی اجازه داده می‌شود که از محل منابع در اختیار خود و اعتبارات اختصاص یافته از بودجه عمومی، مؤسسات مذکور را در زمینه سرمایه‌گذاری برای ایجاد، توسعه و بهبود استاندارد مراکز فرهنگی، آموزشی، نگهداری و توانبخشی از طریق پرداخت وام‌های قرض‌الحسنه یا بلاعوض مورد حمایت قرار دهند.

د) آیین‌نامه اجرایی این تبصره به پیشنهاد کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی و توانبخشی به تصویب شورای عالی تأمین اجتماعی می‌رسد.

#### تبصره ۱۰- بیمه‌های تکمیلی «مضاعف» خدمات درمانی

الف) از ابتدای سال ۱۳۷۹ کلیه بازنشستگان بالای ۶۰ سال مشمول قانون استخدام کشوری و قانون استخدامی نیروهای مسلح، بازنشستگان کم‌تر از ۶۰ سال سن که با انجام ۳۰ سال خدمت بازنشسته شده‌اند و همچنین کارکنان و ایشارگرانی که از کارافتاده کلی محسوب گردیده‌اند، تحت پوشش بیمه‌های تکمیلی خدمات درمانی قرار می‌گیرند.

ب) حق بیمه سرانه این گروه از بازنشستگان با تشخیص و تصویب شورای عالی تأمین اجتماعی، هر ساله در قالب ردیف اعتباری مستقل در لایحه بودجه سالانه منظور می‌شود.

ج) کلیه شرکت‌های بیمه بازرگانی اجازه دارند، همانند سازمان‌ها و مؤسسات بیمه‌های اجتماعی، در زمینه بیمه‌های اجتماعی تکمیلی مشارکت و فعالیت کنند و در چارچوب ضوابط و موازین قانونی، طرف قرارداد سازمان‌ها و مؤسسات دولتی قرار گرفته و ارائه خدمت نمایند.

#### تبصره ۱۱- ساختار و سازماندهی اجرایی

دولت موظف است به منظور رفع تداخل وظیفه‌ای و کارآمدسازی ساختار و سازمان‌های اجرایی در چارچوب اختیارات خود یا تهیه و پیشنهاد لوایح قانونی، اصلاحات ساختاری و سازمانی موضوع بندهای «الف» تا «ی» این تبصره را در ساختار تشکیلاتی خود و نهادها و مؤسسات عمومی اعمال کند و طی سال ۱۳۷۹ به اجرا بگذارد.

الف) کلیه امور و وظایف مربوط به توانبخشی، مراقبت و حمایت از معلولان و آسیب‌دیدگان اجتماعی و پیشگیری از معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی، در سازمان بهزیستی و خدمات توانبخشی کشور متمرکز می‌گردد.

ب) کلیه امور و وظایف مربوط به حمایت‌های اجتماعی و تأمین حداقل نیازهای اساسی زندگی اقشار و خانواده‌های نیازمند و مستمند در کمیته امداد امام خمینی (ره) متمرکز می‌گردد.

ج) تصدی امور، مدیریت اجرایی و سازماندهی بیمه‌های اجتماعی روستایان مبتنی بر تأمین و تعمیم بیمه‌های اجتماعی، خدمات درمانی، بازنشستگی، از کارافتادگی کلی و فوت برای جمعیت روستایی غیرمشمول قانون کار و تأمین اجتماعی در کمیته امداد امام خمینی (ره) متمرکز می‌گردد و وظایف، امکانات و تأسیسات و منابع سازمان بیمه خدمات درمانی در برنامه بیمه خدمات درمانی روستایان به کمیته امداد امام خمینی (ره) واگذار و منتقل خواهد شد.

د) سازمان بیمه‌های اجتماعی کارمندان دولت را، از ادغام سازمان و صندوق بازنشستگی کشوری، صندوق‌های بیمه و بازنشستگی مستقل وابسته به سازمان‌ها و شرکت‌ها و مؤسسات دولتی و سازمان بیمه خدمات درمانی کشور، تشکیل دهد.

ه) از تاریخ تصویب این قانون، نام سازمان تأمین اجتماعی به سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران و عنوان قانون تأمین اجتماعی (مصوب ۱۳۵۴) به قانون بیمه‌های اجتماعی کارگران اصلاح می‌شود و کلیه امور مربوط به بیمه‌های اجتماعی و خدمات درمانی مشمولان قانون کار و خویش فرمایان، در این سازمان متمرکز می‌گردد. (و) از تاریخ تصویب این قانون سازمان بیمه خدمات درمانی کشور و سازمان و تشکیلات آن منحل گردد.

ز) از ادغام، سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه و بازنشستگی، نیروهای نظامی، انتظامی، سپاه پاسداران انقلاب اسلامی و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح، سازمان بیمه‌های اجتماعی نیروهای نظامی و انتظامی را به منظور تحکیم وحدت فرماندهی و مدیریت اجرایی، تشکیل دهد و در چارچوب موازین قانونی، در مقررات و ضوابط ناظر بر بیمه‌های اجتماعی و خدمات درمانی مشمولان در جهت ایجاد هماهنگی با بیمه‌های اجتماعی کارمندان دولت، تجدیدنظر کند.

ح) از تاریخ تصویب این قانون، کلیه امور و تکالیف مربوط به حمایت، مراقبت و رسیدگی به خانواده‌های معظم شاهد، جانبازان و آزادگان، اسراء و مفقودین در بنیاد

ایثارگران متمرکز می‌گردد و با اذن مقام معظم رهبری بنیاد شهید انقلاب اسلامی با اصلاح عنوان، تصدی امور ایثارگران را در چارچوب قانون تشکیل خود به عهده خواهد داشت.

با تشکیل بنیاد ایثارگران ستاد آزادگان و بخش جانبازان بنیاد مستضعفان و بنیاد شهید انقلاب اسلامی با مجموعه، امکانات، تأسیسات، تجهیزات، برنامه‌ها و منابع اختصاص یافته از بودجه عمومی دولت یا ناشی از سرمایه‌گذاری‌ها و درآمدهای حاصل از عملیات اقتصادی نهادهای مذکور، در بنیاد مذکور ادغام می‌گردند.

ط) مدیریت و فرماندهی، عملیات و اقدامات مربوط به امداد و نجات در سوانح و حوادث طبیعی و غیرطبیعی پیش‌بینی نشده و خدمات فوریت‌های پزشکی درون شهری و جاده‌ای کشور در جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران متمرکز شود.

تبصره ۱۲- از تاریخ تصویب این قانون، کلیه قوانین و مصوبات مغایر لغو می‌گردد.

