

# چشم انداز رفاه اجتماعی در جهان امروز\*

گردآوری و ترجمه دکتر ناصر موفقیان

در این شماره:

- حداقل درآمد جامعه‌پذیر، طرح نجات بخش یا «تله‌ای برای فقر»؟
- صرفه‌جویی خام در بیمه‌های درمانی و هزینه سنگین «تشخیص‌های نادرست»
- همبستگی‌های میان‌نسلی و استحکام جامعه طرح بدیع «یاوران خانواده»
- ریشه‌کنی فقر و دیوارهای بلند «بازار آزاد»
- نبرد بیمه‌های درمانی در آلمان، تأمین کسر بودجه بیمه‌های درمانی بدون افزایش مالیاتها
- تأمین اجتماعی: یک اصطلاح و چهار مفهوم
- گسترش رفاه اجتماعی: منبع شغل‌های جدید

\* منابع:

*Independent, Le monde, ILO, USA today, Associated Press, AFP, Network Social Security, CNN, Reuter, Guardian.* Washington; Brookings Press; 2004, *Social Security in U.S.A.* <http://Actuarial Pension News. org>; <http://www.pbgc.gov>; Wikipedia.

## حداقل درآمد جامعه‌پذیر

### طرح نجات‌بخش یا «تله‌ای برای فقر»؟

در مباحث گوناگونی مانند محاسبه خط فقر، محاسبه درآمد سرانه ملی، محاسبه حداقل دستمزد، محاسبه شاخص‌های مختلف توسعه اجتماعی و همچنین در بسیاری دیگر از بررسی‌ها و ارزیابی‌های اقتصادی و اجتماعی که به نحوی با پیامدها و آسیب‌های فردی و گروهی بیکاری، اشتغال ناپایدار، انعطاف‌ناپذیری بازار کار و جز اینها سروکار دارد، برآورد «حداقل درآمد» خانوار یا فرد به صورت‌های گوناگون رواج دارد و یکی از حساس‌ترین عناصر هرگونه برنامه‌ریزی توسعه اقتصادی و اجتماعی محسوب می‌شود.

آنچه در اینجا به اختصار مورد تشریح و بررسی قرار می‌گیرد، شاخص نه‌چندان شناخته‌شده‌ای است که در برخی کشورها به کار گرفته می‌شود و بویژه در ظرف دو دهه گذشته مورد تغییر و تحول‌های گوناگونی قرار داشته که پیامدهای آنها از سطح مسائل اقتصادی و اجتماعی هم فزاینده‌تر می‌رود و چند و چون‌های پر دامنه‌ای حتی در افق سیاسی هم در پی داشته است.

### حداقل درآمد جامعه‌پذیر

توجه به این موضوع ضرورت دارد که اصطلاح «حداقل درآمد جامعه‌پذیر» در حقیقت نوعی تفسیر به معنای اصطلاحی است که در اصل دلالت دارد بر حداقل درآمد لازم برای ادغام در جامعه. این اصطلاح در اصل ریشه در نظام تأمین اجتماعی کشور فرانسه دارد که بتدریج با بعضی تفاوتها به بعضی از کشورهای دیگر نیز راه یافته است.

در مجموعه قوانین و مقررات مرتبط با پوشش‌های حمایتی از افراد و خانوارها در فرانسه، اصطلاح مورد بحث «حداقل درآمد برای ادغام اجتماعی»<sup>1</sup> نامیده می‌شود که در این مقاله آن را با عنوان «حداقل درآمد جامعه‌پذیر» مطرح کرده‌ایم.

در این مقاله موضوع‌های زیر به اختصار مورد بررسی قرار خواهد گرفت:

1. Revenu minimum d'insertion (RMI)

۱. تاریخچه
۲. شرایط احراز
  - ۱ - ۲. افراد زیر پوشش
  - ۲ - ۲. منابع مالی
۳. حقوق و تعهدات
  - ۱ - ۳. حقوق
  - ۲ - ۳. تعهدات
۴. طرز درخواست «حداقل درآمد جامعه‌پذیر»
۵. تحول تعداد دریافت‌کنندگان مزایای «حداقل درآمد»
۶. بحث دربارهٔ سودمندی حداقل‌های اجتماعی
  - ۱ - ۶. مخالفان طرح «حداقل درآمد جامعه‌پذیر»
  - ۲ - ۶. موافقان این برنامه
  - ۳ - ۶. سوءاستفاده‌کنندگان از «حداقل درآمد جامعه‌پذیر»

## ۱. تاریخچه

این طرح که به ابتکار یکی از کارشناسان حوزهٔ ریاست جمهوری فرانسه در زمان فرانسوا میتران شکل گرفت و در دولت میشل روکار به مرحلهٔ اجرا درآمد، به طور مجمل این هدف را دنبال می‌کرد که افرادی را که بیش از همه تحت فشارهای مادی قرار داشتند (و در گزارش ویژه‌ای از آنها با عنوان «فقیران جدید» یاد شده بود)، به نحوی در دنیای کار ادغام کنند. بدین ترتیب، پرداخت نوعی کمک‌هزینهٔ اجتماعی، زیر عنوان «حداقل درآمد جامعه‌پذیر» در ماه دسامبر سال ۱۹۸۸ (آذر ۱۳۶۹) به صورت قانون درآمد و از ۱۵ دسامبر همان سال به مرحلهٔ اجرا گذاشته شد. این قانون افرادی را زیر پوشش قرار می‌دهد که به سن کار رسیده باشند، ولی فاقد هرگونه درآمد، یا درآمدهایی کمتر از سقف تعیین‌شده در قانون باشند. بر اساس آمار و ارقام موجود، در ماه سپتامبر ۲۰۰۵ (شهریور ۱۳۸۴)، یک میلیون و صد و هفت هزار نفر زیر پوشش این قانون قرار داشتند که شمار آنها در سرزمین اصلی فرانسه به ۱,۱۱۲,۰۰۰ نفر رسیده است.

در ۱۸ دسامبر سال ۲۰۰۳ (آذر ۱۳۸۲)، قانون جدیدی طرز مدیریت این طرح را تغییر داد و، بویژه، مسئولیت هدایت این طرح و ساز و کارهای آن را برعهده شوراهای شهرداری گذاشت؛ تحولی که در واقع بر اساس اصل دوم قانون «عدم تمرکز» صورت می‌گرفت.

بدین ترتیب، شورای شهر و مقامات استانی به صورت دستگاه تصمیم‌گیرنده نهایی در مورد ادغام اجتماعی افراد مشمول طرح مورد بحث درآمد (تهیه و نظارت بر قراردادهای ادغام، ورود یا خروج افراد از شمول قانون و غیره). طرز اداره پرداختها هم برعهده مقامات رسمی شهری و استانی قرار گرفت، حتی در مواردی که در قانون قید شده بود که صندوق‌های کمک‌هزینه خانوادگی، و صندوق‌های همیاری اجتماعی کشاورزان مجاز خواهند بود که پرداخت «حداقل درآمد جامعه‌پذیر» را برعهده بگیرند.

خود دولت مرکزی نیز تضمین اجرای قانون و مقررات آن را که در سطح ملی باقی می‌ماند، برعهده داشت (از سوی دیگر، شوراهای استانی و شهری از این حق برخوردار بودند که کمک‌هزینه‌های اضافی و تکمیلی در قیاس با «حداقل درآمد جامعه‌پذیر» برقرار سازند و، در صورت لزوم قوانین مورد نیاز برای این گونه موارد پیشنهاد کنند). ارزیابی منظم نتایج حاصل از مقررات قانونی جدید را نیز برعهده همین شوراهای گذشته‌اند.

در ۱۸ دسامبر ۲۰۰۳ (آذر ۱۳۸۲)، دولت ژان پسی‌یر رافاران، آخرین پیوستگی‌های مرکزگرایانه را هم در مورد «حداقل درآمد جامعه‌پذیر» حذف کرد و به موجب قانون جدیدی «حداقل درآمد فعالیت»<sup>۱</sup> را به تصویب پارلمان رساند. این قانون جدید که در جهت تسهیل ادغام شغلی مشمولان «حداقل درآمد جامعه‌پذیر» وضع شده است، و تأیید شدیدتری بر ادغام آنها در حرفه‌ها و مشاغل مورد نظر به عمل می‌آورد، از اول ژانویه ۲۰۰۴ (۱۳۸۳) به مرحله اجرا درآمد.

## ۲. شرایط احراز

### ۱- ۲. افراد زیر پوشش

افراد زیر پوشش باید دارای شرایط زیر باشند:

- سکونت در فرانسه

1. Revenu minimum d'activité (RMA)

- داشتن حداقل ۲۵ سال سن یا داشتن یک یا چند فرزند تحت کفالت خود، یا باردار بودن،
- چنانچه فرد خارجی باشد، داشتن برگ اقامت یا سند دیگری که دال بر اقامت منظم در فرانسه به مدت حداقل سه سال باشد،
- دانش‌آموز، دانشجو یا کارآموز نبودن، مگر آنکه دوره آموزشی مورد بحث مربوط به کارآموزی اجباری معینی باشد که در قرارداد ادغام شخص مورد نظر قید شده باشد.

## ۲-۲. منابع مالی

«حداقل درآمد جامعه‌پذیر» نوعی کمک‌هزینه تفاضلی است، یعنی مساوی است با تفاضل بین از یک طرف مبلغ حداقل درآمد جامعه‌پذیر به میزانی که برحسب ترکیب خانوار محاسبه شده باشد و، از طرف دیگر، مجموع منابع مالی شخص مورد نظر و اعضای خانواده او، که به منظور تعیین مبلغ «درآمد حداقل» محاسبه شده باشد.

حداکثر مبلغ «درآمد حداقل جامعه‌پذیر» وابسته است به شمار فرزندان تحت تکفل.

شمار فرزندان	افراد زوج (یورو)	افراد مجرد (یورو)
صفر	۶۴۹/۵۹	۴۳۳/۰۶
۱	۷۷۹/۵۱	۶۴۹/۵۹
۲	۹۰۹/۴۳	۷۷۹/۵۱
برای هر فرزند بیشتر	۱۷۳/۲۲	۱۷۳/۲۲

هرگونه منابع مالی دریافت‌شده طی دوره سه‌ماهه پیش از تقاضا، از هر منبعی که باشد، به حساب خواهد آمد:

- کارمزد
- حقوق بازنشستگی
- کمک‌هزینه و اجاره‌بها
- غرامت مالی روزانه به دلیل بیماری یا حوادث شغلی،
- کمک‌هزینه بیکاری ...

در صورتی که فرد ذینفع کمک هزینه مسکن دریافت می‌کند یا خرج مسکن ندارد (مسالک بدون پرداخت اقساط وام، سکونت رایگان ...) سطح حداقل درآمد جامعه‌پذیر به میزان ۵۱/۰۵ یورو برای شخص مجرد، ۱۰۲/۱۰ یورو برای دو نفر و ۱۲۶/۳۴ یورو برای سه نفر و بیشتر کاهش خواهد یافت (ارقام مرتبط ۳۱ دسامبر ۲۰۰۵ / آذر ۱۳۸۴)، این در واقع همان چیزی است که آن را حق مسکن مقطوع می‌نامند.

در عوض، این امکان هم وجود دارد که مبلغ حداقل درآمد مورد بحث به صورت انباشتی با تمام درآمدهای ناشی از یک فعالیت حرفه‌ای یا یک کارآموزی مزدبپرداز جمع شود - حداقل تا هنگام نخستین تجدید نظر سه‌ماهه و بعد از این سه ماه مشمول کسورات شود. این کسورات چیزی است در حد ۱۴۰/۳۸ یورو برای «قرارداد شغلی همبستگی» و در حد ۵۰ درصد کارمزد دریافتی برای هر نوع قرارداد یا دوره کارآموزی در مدت سه ماه بعدی (ارقام مربوط است به ۳۱ دسامبر ۲۰۰۵).

این تمهیدات در حقیقت وسیله‌ای است برای ایجاد آمادگی و رغبت که به نوبه خود باید افراد زیر پوشش را ترغیب کنند که فعالیت حرفه‌ای منبع درآمد را از سرگیرند و از غلتیدن در چاله‌ای اجتناب ورزند که اقتصاددان‌ها آن را «تله فقر» می‌نامند (به واقع، برای بعضی‌ها جالب است که در شرایط معینی همچنان به دریافت کمک‌هزینه‌های اجتماعی ادامه دهند و به دنبال فعالیت حرفه‌ای درآمدزا نروند).

### ۳. حقوق و تعهدات

#### ۳-۱. حقوق

«حداقل درآمد جامعه‌پذیر»، علاوه بر پرداخت کمک‌هزینه، راه را برای استفاده از بعضی حقوق اجتماعی دیگر نیز باز می‌کند، مانند:

- پوشش بیماری همگانی که ممکن است حاوی حق استفاده از برق ارزان قیمت باشد؛
- کوپن برق و شوقاژ، در بعضی از شهرستانها،
- تخصیص خانه‌های ارزان قیمت؛
- راهیابی به رستوران‌های غیرانتفاعی؛
- رایگان بودن غذاخوری‌های مخصوص مؤسسات آموزشی و کارآموزی،

- معافیت از مالیات مسکن و پرداخت عوارض تلویزیون؟
  - تخفیف نرخ‌های تلفنی؟
  - یک ماه مهلت برای اعلام تخلیه آپارتمان غیرمبله، به جای ۳ ماه متعارف؟
  - تخفیف برای بلیت‌های وسایل نقلیه همگانی؛ و
  - تخفیف برای استفاده از مجتمع‌های تفریحی مخصوص تعطیلات ...
- از چند سال پیش به این طرف، نوعی «پاداش» مخصوص عید سال نو نیز به مشمولان «حداقل درآمد جامعه‌پذیر» تعلق می‌گیرد که در ماه دسامبر هر سال پیش از فرا رسیدن عید نوئل پرداخت می‌شود. این پاداش مبلغ ثابتی است که به مشمولان «حداقل درآمد» تعلق می‌گیرد و مبلغ آن اندکی بیش از ۱۵۰ یورو است.
- علاوه بر این مزایای مترتب بر حق دریافت «حداقل درآمد جامعه‌پذیر»، مزایای دیگری هم به مشمولان این حق تعلق می‌گیرد، از جمله تسهیلات ویژه‌ای برای دریافت مطالبات وصول‌نشده؛ در واقع، «حداقل درآمد» مورد بحث غیرقابل فسخ یا مصادره است، مگر در مورد مبالغی که اضافه بر رقم مقرر شده دریافت شده باشد. در چنین مواردی اضافه پرداختهای «نا به حق» به طور قسطی از دریافتی‌های ماهانه شخصی مشمول کسر خواهد شد، ولی میزان این کسورات در هر حال از ۲۰ درصد دریافتی ماهانه مشمول فراتر نخواهد رفت.
- و سرانجام، می‌رسیم به آخرین مزیت «حداقل درآمد جامعه‌پذیر» که عبارت باشد از معافیت شخص مشمول از تضمین حق خوراک به سود اسلاف، اخلاف و پدربزرگ و مادربزرگ.

## ۲-۳. تعهدات

- در عوض مزایای حاصل از «حداقل درآمد جامعه‌پذیر» تعهداتی را هم در پی دارد:
- بستن و رعایت قرارداد ادغام، متناسب با نیازمندی‌ها و تمایلات شخص ذینفع. این قرارداد باید از سوی مجامع بخش عمومی و در ظرف نخستین سه ماه بلافاصله پس از شروع پرداخت مزایا، پیشنهاد شود؛
  - پر کردن «اظهارنامه سه‌ماهه منابع مالی» هر سه ماه یک بار، به نحوی که مقامات صلاحیت‌دار بتوانند درآمدهای شخص ذینفع را ارزیابی کنند و در صورت لزوم مبلغ مزایای اعطاشده را مورد تجدید نظر قرار دهند؛

- گزارش دادن هر نوع تغییر وضعیت (حرفه‌ای، خانوادگی و غیره) به دستگاه مسئول پرداخت مزایا، بویژه در شرایطی که این تغییر وضع مستلزم تجدید نظر در محاسبه مبلغ مزایا باشد.

#### ۴. طرز درخواست «حداقل درآمد جامعه‌پذیر»

درخواست «حداقل درآمد جامعه‌پذیر» را می‌توان به سه مرجع ارائه کرد:

- «مرکز منطقه‌ای یا میان - منطقه‌ای فعالیت‌های اجتماعی»
- گیرنده‌های محلی واحد فعالیت‌های اجتماعی در سطح استان،
- انجمن‌ها یا سازمانهای غیرانتفاعی پذیرفته‌شده از سوی رئیس شورای استان.

پس از اجرای بخش دوم طرح سراسری عدم تمرکز امور اداری در فرانسه، پاره‌ای از سازمانهای مسئول پرداخت و مدیریت کمک‌هزینه‌های گوناگون نیز مجاز شناخته شدند تا در سطح استان، پرداخت و نظارت بر «حداقل درآمد جامعه‌پذیر» را نیز بر عهده بگیرند. قانون ۱۸ نوامبر ۲۰۰۳ (۱۳۸۲) سهم زیادی در متنوع ساختن عوامل و سازمانهای مأمور اجرای طرح مورد بحث داشته است.

#### ۵. تحول تعداد دریافت‌کنندگان مزایای «حداقل درآمد»

سال	شمار افراد زیر پوشش (نفر)
دسامبر ۱۹۸۹	۳۹۶,۱۶۰
دسامبر ۱۹۹۰	۴۹۶,۲۸۵
دسامبر ۱۹۹۱	۵۶۷,۵۵۶
دسامبر ۱۹۹۲	۶۵۴,۶۴۲
دسامبر ۱۹۹۳	۷۷۴,۸۰۳
دسامبر ۱۹۹۴	۸۸۸,۴۶۸
دسامبر ۱۹۹۵	۹۲۵,۲۸۶
دسامبر ۱۹۹۶	۹۸۸,۷۱۵
دسامبر ۱۹۹۷	۱,۰۴۵,۳۰۳
دسامبر ۱۹۹۸	۱,۰۸۷,۸۶۱



۱,۱۲۰,۲۵۱	دسامبر ۱۹۹۹
۱,۰۷۲,۲۵۸	دسامبر ۲۰۰۰
۱,۰۵۱,۲۲۵	دسامبر ۲۰۰۱
۱,۰۶۸,۹۲۳	دسامبر ۲۰۰۲
۱,۱۲۰,۸۴۴	دسامبر ۲۰۰۳
۱,۲۱۵,۳۰۰	دسامبر ۲۰۰۴
۱,۲۶۶,۴۰۰	دسامبر ۲۰۰۵

## ۶. بحث دربارهٔ سودمندی حداقل‌های اجتماعی

### ۱ - ۶. مخالفان طرح «حداقل درآمد جامعه‌پذیر»

این مخالفان را بیشتر در میان مزدبگیران بخش خصوصی و صاحبکاران کوچک، از هر نژاد و قومیت و مذهب مشاهده می‌کنیم. این گروه‌ها بشدت مخالف پرداخت «حداقل درآمد جامعه‌پذیر» به درخواست‌کنندگان هستند و اصولاً خود طرح را به دلایل گوناگون بر نمی‌تابند. ولی بعضی از گروه‌های سیاسی هم به طور کلی ضرورت و نوع و شکل «درآمدهای اجتماعی» را غیرقابل توجیه می‌دانند.

استنباط کلی نگرش‌های لیبرالی این است که «درآمدهای اجتماعی» به هر شکل و عنوان که باشند غیراخلاقی هستند، زیرا در واقع پاداشی خواهند بود برای تن‌پروری و بطالت، بدون هرگونه پشتوانهٔ کار و فعالیت، و علاوه بر این مستلزم برداشت مالیات‌های تازه از دسترنج اشخاص فعال و زحمتکش.

با چنین استدلالی است که برخی از محافظه‌کاران نیز، همانند لیبرال‌ها، یادآور می‌شوند که «درآمدهای اجتماعی» به طور کلی، تله‌ای هستند برای فقر، زیرا هیچ‌گونه انگیزه‌ای برای افراد زیر پوشش به وجود نمی‌آورند تا به کارهایی مشغول شوند که درآمد آنها کمتر از مزایای دریافتی از طریق «حداقل درآمد جامعه‌پذیر» باشد.

### ۲ - ۶. موافقان طرح «حداقل درآمد جامعه‌پذیر»

سوسیال‌دمکرات‌ها به شرح زیر استدلال می‌کنند:

- هدف «حداقل‌های اجتماعی» این است که از منزوی ماندن اشخاص مشکل‌دار (مثلاً بیکار شدگان دوره‌های رکود اقتصادی) پیشگیری کنند و، برعکس، این امکان را برای آنها به وجود آورند که از نو به دنیای کار و فعالیت بازگردند (بویژه در طول دوره‌های رشد اقتصادی).
  - استدلال دیگر سوسیال‌دمکرات‌ها این است که توزیع مجدد درآمدها برای پشتیبانی از تداوم مصرف ضرورتی اساسی دارد. آنان، بویژه بر کارهای اقتصاددان انگلیسی، جان مینارد کینز<sup>۱</sup> تأکید می‌ورزند که معتقد بود در طی دوره‌های زمانی معینی که آزادی گردش افراد، سرمایه‌ها و اموال به شدت تحت کنترل قرار گیرد، درآمد اضافی طبقات مرفه جامعه به طور عمده ذخیره می‌شود، حال آنکه طبقات کم‌درآمد و فقیر در عمل تمام منابع مالی خود را برای مصارف جاری از دست می‌دهند.
- گروه‌های سیاسی چپ و چپ افراطی بر این اعتقادند که تدابیر محدودکننده دسترسی به درآمدهای اجتماعی - به عنوان مثال، از طریق تحمیل مشاغل کم‌درآمد - هدفی ندارند جز کنترل و در اختیار داشتن نیروی کار ارزان قیمت برای خوشایند کارفرمایان.
- کلیسای کاتولیک نیز از مدافعان پیگیر توسعه «حداقل درآمد جامعه‌پذیر» است زیرا آن را نوعی تشویق به تولید مثل برای طبقات فقیر و کم‌درآمد می‌داند، زیرا با هر کودکی که در چنین خانوارهایی متولد می‌شود، در حقیقت دست دیگری برای دریافت مزایای ناشی از «حداقل درآمد جامعه‌پذیر» دراز می‌شود.

### ۳-۶. سوءاستفاده‌کنندگان از «حداقل درآمد جامعه‌پذیر»

به موجب بررسی گسترده‌ای که در سال ۲۰۰۶ (۱۳۸۵) از سوی «اتحادیه گروه‌های روابط عمومی کلیسای کاتولیک» در پادوکاله به عمل آمده است، بیکارگی ناشی از دریافت «حداقل درآمد جامعه‌پذیر» به طور کلی پیامدهای نامطلوبی در بر داشته است مانند وابستگی فزاینده به تلویزیون، الکل‌سیسم و دخانیات و همچنین از بین رفتن مفهوم وقت و پدید آمدن گرایش روزافزون به انزوا و گریز از معاشرت و رفت و آمدهای اجتماعی.

از سوی دیگر، با این واقعیت سروکار داریم که «حداقل درآمد جامعه‌پذیر» در عمل به

1. John Maynard Keynes

صورت نوعی شیوه زندگی درآمده است، بویژه برای بخش بزرگی از جوانان کمتر از ۲۵ سال که فاقد مهارت یا تخصص معینی هستند و رفته رفته علاقه‌ای هم برای کسب مهارت یا تخصص درآمده از خود نشان نمی‌دهند.

مادران خانوارهایی که برای حضور و تماس بیشتر با فرزندانشان از طرح «حداقل درآمد» استفاده می‌کنند، مزایای حاصل از آن را نوعی کارمزد می‌دانند که «حق مسلم» آنهاست. در عوض، مردان مجرد بویژه آنهایی که قبلاً شاغل بوده‌اند، چندان رضایتی از این طرح ندارند. □

## صرفه‌جویی خام در بیمه‌های درمانی و

### هزینه سنگین «تشخیص‌های نادرست»

در نظام‌های درمانی «دوطبقه»، محدودیت رجوع به پزشک متخصص فاجعه‌آفرین است بر اساس گزارش تکان‌دهنده‌ای که در شماره ۲۹ ژوئیه ۲۰۰۶ روزنامه معتبر گاردین در لندن منتشر شد، چند واقعیت دردناک به اطلاع همگان رسید:

(۱) حداقل یک پنجم از کل مردم انگلستان به بیماری پارکینسون مبتلا هستند. این بیماری نوعی ضایعه دستگاه عصبی است که به طور معمول با لرزش دستها و پاها، سختی و خشکی ماهیچه‌ها و کندی حرکت همراه است.

(۲) در هر سال، بین ۸۰۰۰ تا ۱۰,۰۰۰ نفر از مردم انگلستان به ابتوه مبتلایان به بیماری پارکینسون می‌پیوندند که یعنی به طور متوسط از هر ۵۰۰ نفر مردم این کشور دست‌کم یک نفر با این بیماری دست به گریبان است.

(۳) و، مهمتر از همه، اینکه، برحسب برآوردهای نه چندان کامل، پنج تا ده درصد از مبتلایان به بیماری پارکینسون در انگلستان با تشخیص نادرست پزشکان مواجه هستند.

(۴) این تشخیص نادرست هنگامی هراس‌آور می‌شود که، بر اساس گزارش یادشده، این اشتباه تشخیص و ردیابی بیماری منحصر به پارکینسون نیست، بلکه پاره‌ای از دیگر بیماریها را نیز دربرمی‌گیرد.

### صرفه‌جویی در تخصص

بیماری پارکینسون که در تشخیص‌های نادرست با بیماریهایی همچون افسردگی، آرتروزهای روماتیسمی و بعضی بیماریهای عصبی دیگر اشتباه گرفته می‌شود، به طور معمول ظهور ناگهانی ندارد، بلکه نشانه‌های آن بسیار کند آشکار می‌شود و گاه تا مدت چند سال مورد توجه قرار نمی‌گیرد، ولی آثار آغازین آن به طور معمول عبارت است از خشکی مفاصل‌های انگشتان یا شانه‌ها همراه با خشکی و سخت شدن ماهیچه‌ها.

در بسیاری از موارد، رعشه و لرزش دستها نیز پیش از نشانه‌های دیگر پدید می‌آید و اغلب همین نشانه است که شخص را به ملاقات پزشک می‌کشاند. با این حال، بیش از ۳۰ درصد از مبتلایان به پارکینسون ممکن است رعشه نداشته باشند، و همین امر است که اغلب موجب تشخیص‌های نادرست می‌شود. و، موضوع قابل توجه این است که بر اساس گزارش مورد بحث، با آنکه از هر ده پزشک عمومی ۹ نفرشان پذیرفته‌اند که هیچ‌گونه معلومات تخصصی در مورد بیماری پارکینسون ندارند، به طور معمول یک پنجم آنها بیماران احتمالاً مبتلا به پارکینسون را بی‌درنگ نزد پزشک متخصص نمی‌فرستند. و، به جای این کار، خودشان درمان آنها را بر عهده می‌گیرند.

یکی از دلایل این شیوه درمانی ظاهراً محدودیت‌های موجود در مقررات و دستورالعمل‌های مرتبط به بیمه‌های درمانی است که بیماران حق ندارند پیش از مراجعه به پزشک عمومی مشخص، با پزشک متخصص مشورت کنند و، در هر حال، این پزشک عمومی است که باید بر اساس تشخیص خود ضرورت مراجعه به پزشک متخصص را بپذیرد و، بعد هم بیمار را نزد پزشک متخصص که خود انتخاب می‌کند بفرستد.

این راه و رسم پر پیچ و خم و وقت‌گیر که با ضرورت تشخیص سریع بیماریهای خطرناک ولی نه چندان آشکار، هماهنگ نیست، ظاهراً یکی از دلایل توجیهی پزشکان عمومی برای نفرستادن سریع مراجعان خود نزد پزشک متخصص است.

### نظامهای درمانی دو طبقه

طراحان این گونه نظامهای بیمه درمانی دومرحله‌ای، در وهله نخست تنها یک هدف را در نظر می‌گیرند: صرفه‌جویی در هزینه‌های ناشی از مراجعه به پزشکان متخصص، بویژه برای مواردی که درمان بیماران در سطح پزشکان عمومی امکان‌پذیر باشد. تا اینجای کار ظاهراً اشکالی به نظر

نمی‌رسد. ولی طراحان این گونه نظام‌های درمانی دوطبقه ظاهراً بعضی مسائل در عین حال فنی و انسانی را نادیده گرفته‌اند مسائلی همچون،

الف) تشخیص نادرست بعضی بیماریهای پیچیده و دارای عوارض و نشانه‌های گمراه‌کننده؛  
ب) گرایش پزشک عمومی به «حفظ» هرچه بیشتر مراجعان خود به دلایلی نه چندان حرفه‌ای یا صرفه‌جویانه.

حال آنکه، به گفته رابرت میدوکرافت، مدیر برنامه‌ریزی و اخبار و اطلاعات در «انجمن بیماری پارکینسون»<sup>۱</sup>،

تشخیص دقیق و درمان صحیح از سوی یک پزشک متخصص نخستین گام برای شخص مبتلا به پارکینسون است که بی‌گمان در اندیشه ادامهٔ ثمربخش یک زندگی کاملاً عادی است. و یکی از نگرانی‌های عمیق ما در «انجمن بیماری پارکینسون»، این است که بعضی افراد مبتلا به پارکینسون هرگز فرصت آن را نمی‌یابند که به پزشک متخصص رجوع کنند.

**پیامدهای دردناک صرفه‌جویی در هزینه‌های درمانی**  
ماجرای تشخیص‌های پزشکی نادرست در انگلستان ظاهراً به بیماری پارکینسون ختم نمی‌شود، بلکه در مورد بسیاری از بیماریهای دیگر نیز سابقه دارد. از جمله:

#### غش کردن‌های متناوب

#### \* تشخیص معمولاً نادرست: صرع

بر اساس گزارشی که چند سال پیش در انگلستان منتشر شد، بیش از ۴۰ درصد از انگلیسی‌هایی که به دلیل تشخیص صرع ناچار به مصرف داروهای سنگین و خطرناک بودند، در واقع دارای دچار مشکلات قلبی بودند که به آسانی قابل درمان است.

به اعتقاد پژوهشگران مؤسسه «منچستر رویال اینفرمری»<sup>۲</sup> بسیاری از افرادی که گه‌گاه از حال می‌روند و غش می‌کنند در واقع مبتلا به بیماری صرع نیستند. حالت ضعف و غش آنها به طور معمول ناشی از افت ناگهانی فشارخون آنهاست. حال آنکه بیماری صرع واقعی به دلیل پدید آمدن تغییرات الکتریکی موقت در مغز آنهاست.

1. Parkinsons Disease Society (PDS)

2. Manchester Royal Infirmary.

به گفته دکتر ادام فیتز پاتریک، مشاور بیماریهای قلبی در «منچستر هارت سنتر»<sup>۱</sup> (مرکز قلب شناسی منچستر)، «این گونه افراد اغلب مبتلا به بعضی شرایط خاص قلب و عروق هستند که در اثر افت‌های ناگهانی فشارخون از حال می‌روند. ما هنوز نمی‌دانیم این حالت چگونه شروع می‌شود، ولی در هر حال همراه با کند شدن ضربان قلب است.»  
ضعف و غش ناشی از صرع به طور معمول همراه با سفت و سخت شدن دست و پا، همراه با تکانهای متناوب، و بی‌حالت شدن چشمهاست.

### فلج جزئی صورت

#### \* تشخیص نادرست: حمله مغزی

این بیماری به صورت فلج بخشی از صورت جلوه‌گر می‌شود و معمولاً یک طرف صورت را دربرمی‌گیرد. این حالت ممکن است چند هفته تا چند سال ادامه داشته باشد. به تقریب ۲۵ نفر از هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر در هر سال به این بیماری مبتلا می‌شوند، و اغلب تشخیص داده می‌شود که این حالت از عوارض سکته مغزی است.

به اعتقاد متخصصان «انجمن فلج صورت»، نشانه‌های این بیماری عبارت است از: چشم فرو افتاده، دهان کج شده و احتمالاً درد و حساسیت در صورت؛ علامتهایی که در وهله نخست از عوارض نوعی سکته مغزی به نظر می‌رسد، حال آنکه چنین نیست. این بیماری دارای چند علت احتمالی است، هر چند اعتقاد بسیاری از کارشناسان بر آن است که علت اصلی این بیماری نوعی عفونت ویروسی است.

#### سرطان تخمدان

#### \* تشخیص نادرست: سندرم حساسیت دفع

بر اساس برآوردهای «مرکز تحقیقات سرطان» در بریتانیا، انگلستان دارای بیشترین میزان سرطان تخمدان در سراسر اروپاست (در حدود ۷۰۰۰ مورد در سال تشخیص داده می‌شود) و البته این آمار به هیچ وجه کامل نیست.  
نشانه‌های این بیماری عبارت است از: درد و نفخ شکم، اسهال، یبوست، درد پشت و

خستگی که همه آنها در بیماری «حساسیت دفع» نیز وجود دارد. به همین دلیل است که بسیاری از زنان مبتلا به سرطان تخمدان مدتها از آن بی‌خبر می‌مانند و مورد درمانهای نادرست قرار می‌گیرند که البته پیامدهای خطرناکی به بار می‌آورد.

چنان‌که از یک تحقیق اختصاصی در انگلستان برمی‌آید، ۶۰ درصد از پزشکان عمومی این کشور در تشخیص سرطان تخمدان دچار اشتباه می‌شوند، زیرا نشانه‌های یادشده را مخصوص آخرین مراحل سرطان تخمدان می‌دانند. حال آنکه اگر سرطان تخمدان را در نخستین مراحل آن مورد درمان قرار دهند، شانس زنده ماندن بیمار ۹۰ درصد خواهد بود. حال آنکه به دلیل تشخیص دیرهنگام سرطان تخمدان در انگلستان، میزان زنده ماندن مبتلایان به این بیماری حداکثر به ۳۰ تا ۴۰ درصد می‌رسد. به طور کلی، در انگلستان هر ساله ۴۶۰۰ نفر در اثر ابتلا به سرطان تخمدان جان می‌سپارند، در صورتی که بسیاری از آنها در اثر تشخیص بموقع بیماری زنده می‌مانند.

### فشارخون ریوی

#### \* تشخیص نادرست: بیماری تنگی نفس (آسم)

فشارخون ریوی بیماری نسبتاً کمیابی است (در حدود ۱۵۰،۰۰۰ نفر در اروپا و آمریکا) ولی در بالاترین سطح تشخیص‌های نادرست قرار دارد. نشانه‌های این بیماری تنگی و از نفس افتادن است، ولی برخلاف آسم هنگامی روی می‌دهد که فشارخون در سرخرگ‌هایی که ریه‌ها را تغذیه می‌کنند، بالا می‌رود این امر قلب را تحت فشار قرار می‌دهد و مقدار اکسیژنی را که باید به بافتها برسد کاهش می‌دهد.

در بیماران مبتلا به فشارخون ریوی، رگهای خونی ریه‌ها منقبض می‌شود و کار قلب را دشوار می‌کند. این بیماری ممکن است سرانجام به قلب صدمه برساند و حتی موجب مرگ شود. برای این بیماری هنوز درمان مؤثری وجود ندارد، ولی داروهای مؤثری هست که اگر بموقع تجویز شود، کارساز خواهد بود.

در بسیاری از موارد، علت واقعی این بیماری روشن نیست. به رغم وخیم بودن این بیماری، یک‌پنجم از مبتلایان باید بیش از دو سال انتظار بکشند تا تشخیص درست در مورد آنها به عمل آید! فقدان آگاهی در چنین مواردی دردناک و زجرآور است.

### هیپاتیت C

#### \* تشخیص نادرست: خستگی، واماندگی یا استرس

این بیماری مرگبار کبد که از طریق خون آلوده منتقل می‌شود، دلیل اصلی پیوند کبد شده است. بر اساس برآورد کارشناسان در سال ۲۰۲۰ (۱۳۹۹)، کشتار این بیماری بیش از کشتار ایدز خواهد بود. گاه پیش می‌آید که نشانه‌های این بیماری (از جمله خستگی مفرط) تا سالها پس از آلوده شدن شخصی نیز به ظهور نمی‌رسد، و این یکی از دلایلی است که افراد مبتلا به این بیماری را مورد تشخیص‌های پزشکی نادرست قرار می‌دهد. فقط ۲۰ درصد از این بیماران به بیماری خود پی می‌برند، ولی کمتر از ۱ درصد آنها تحت درمان قرار می‌گیرند. با این حال، ۶۰ درصد از مبتلایان به هیپاتیت C می‌توانند از داروهای موجود استفاده کنند.

بر اساس آمار رسمی «مرکز تحقیقات هیپاتیت C» در انگلستان، در حدود ۵۰۰,۰۰۰ بریتانیایی به این بیماری آلوده‌اند. ولی از لحاظ تشخیص درست بیماری، در ایتالیا، اسپانیا و آلمان وضع بهتر از انگلستان است. رئیس مرکز تحقیقاتی یادشده چارلز گور، می‌گوید: «در انگلستان، تشخیص و ردیابی مبتلایان به هیپاتیت C در وضع اسف‌آوری قرار دارد، به نحوی که بیش از ۴۰۰,۰۰۰ نفر خبر ندارند که به این بیماری آلوده شده‌اند.»

واقعیت این است که این بیماری را چنانچه بموقع تشخیص دهند، با دارو قابل درمان است و دست‌کم ۴۰ تا ۸۰ درصد مبتلایان از شر آن خلاص می‌شوند. □

### همبستگی‌های میان نسلی و استحکام جامعه

#### طرح بدیع «یاوران خانواده»

#### به مناسبت همزیستی چهار نسل در خانواده‌های امروزی

افزایش «امید زندگی در بدو تولد»، بویژه پس از جنگ جهانی دوم، در بسیاری از کشورهای اروپای غربی موجب شده است که دوره متوسط زندگی مردان از ۶۰ سال به ۷۷ سال افزایش یابد و در مورد زنان از ۶۵ سال به ۸۴ سال برسد.



این واقعیت انکارناپذیر، علاوه بر طیف گسترده‌ای از مسائل اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی، روابط موجود بین نسلها را نیز به طور کلی دگرگون کرده است. در اوایل قرن بیستم، بیشتر کودکان اروپایی نمی‌دانستند اجدادشان چه کسانی بوده‌اند و چگونه می‌زیسته‌اند. آنها طی دوره کوتاهی پدربزرگ و مادربزرگ را به محیلة خود راه نمی‌دادند.

امروزه، در اروپای غربی، این وضع تغییر یافته است. به عنوان نمونه، در کشوری مانند فرانسه بیش از سیزده میلیون پدربزرگ و مادربزرگ، بالغ بر دو میلیون والدین پدر و مادربزرگ، و ۳۰,۰۰۰ پدر پدربزرگ و مادر مادربزرگ با همدیگر همزیستی دارند.

### تعهدات جدید «بازنشستگان جوان»

با توجه به این پدیده خانوادگی - اجتماعی بی‌سابقه است که آقای راثول بریه، رئیس شورای نظارت بر حسابهای ذخیره مخصوص بازنشستگان، در آخرین گزارش عملکرد شورا اعلام می‌دارد که «ما در دورانی بسر می‌بریم که الگوی سنتی سه نسلی بتدریج جای خود را به الگوی چهارنسلی یا حتی پنج‌نسلی می‌دهد.»

سنگینی تعهدات جدید خانوادگی ناشی از این وضعیت بی‌سابقه، بیشتر بر دوش نسل ۵۵ تا هفتاد ساله است و واقعیت این است که از چند سال پیش به این طرف، بسیاری از «بازنشستگان جوان» کنونی در فرانسه، در همان حال که مراقبت از فرزندان خود را بر عهده دارند، بار سنگین سرپرستی والدین سالمند خود را نیز به دوش می‌کشند. سنگینی این بار مضاعف از آن روی بیشتر می‌شود که فرزندان خانواده‌های امروزی، به سرعت فرزندان خانواده‌های قدیم به بلوغ عملی نمی‌رسند، زیرا با طولانی‌تر شدن فزاینده دوره‌های تحصیلی و همچنین با پدید آمدن خرده‌فرهنگ‌های جدید، دوران نوجوانی و جوانی فرزندان خانواده‌ها بسی طولانی‌تر از گذشته شده است: در جوامع پیشین، بیشترین بخش نوجوانان و جوانان در سنین ۱۵ تا ۱۷ یا ۱۸ سالگی از «جوانی» درمی‌آمدند و به عنوان مرد یا زن بالغ و کامل به صحنه اجتماع وارد می‌شدند و در بازار کار جای می‌گرفتند.

اکنون دوران تحصیلی به طور متوسط تا بیست و پنج‌سالگی یا بیشتر به درازا می‌کشد و بنابراین، میلیونها جوان دانش‌آموز و دانشجو عملاً جزو «جمعیت فعال» کشور به حساب نمی‌آیند و، بنابراین، راهی به بازار کار نمی‌یابند و همچنان «تحت تکفل» پدر و مادر باقی می‌مانند.

در متن جامعه فرانسۀ امروز، بسیاری از پنجاه سالگان یا شصت سالگان همچنان کفالت فرزندان خود را بر عهده دارند. بین ۱۹ و ۲۴ سال، نُه خانوار از هر ده خانوار از نوعی کمک منظم والدین خود بهره می برد؛ والدین بازنشسته ای که علاوه بر فرزندان خود، مراقبت از پدر و مادر سالمند خود را هم بر عهده دارند. ۷۵ درصد از افراد مشمول کمک هزینه شخصی «خودبستگی» از کمکهای نزدیکان مسن تر خود نیز استفاده می کنند.

این نسل لولامانند که رابط نسل پیشین و نسل پسین خود محسوب می شود، به گفته آقای آلن کوردیه، رئیس «صندوق ملی همبستگی برای خودبستگی»، در حقیقت «سرمایه گذاری به نفع جوانان» را با «همراهی های مالی نسل های قدیمی تر» درهم می آمیزد.

### مسئولیت سنگین «یاوران خانوادگی» و پشتیبانی قانونی از آنها

«کنفرانس خانواده» که از ۱۹۹۶ به این طرف همه ساله در فرانسه برگزار می شود، به نخست وزیر کشور امکان می دهد که هر سال خطوط اصلی سیاستهای خانوادگی را در انطباق با مسائل جاری ترسیم کند و، از این رهگذر، پیشنهادهای مشخصی برای به رسمیت شناختن این «یاوران خانوادگی» ارائه دهد.

در آخرین نشست این کنفرانس (بهار گذشته)، گزارشی مطرح شد که در آن اعلام شده بود: «ما باید ضرورت کمک به خانواده های چندنسلی را بپذیریم تا به آنها یاری دهیم در برابر مشکلات روزمره تاب آورند، چون در هر حال اگر آنها نتوانند از عهده مسئولیت هایی که بر دوش دارند بر بیایند، این باکل جامعه است که به عنوان همبستگی ملی به یاری آنها بشتابد.»

در آخرین «کنفرانس خانواده» که در تاریخ ۳ ژوئیه ۲۰۰۶ (تیرماه ۱۳۸۵) تحت ریاست نخست وزیر فرانسه، دومتیک دوویلین، برگزار شد، وزیر امور خانواده، این موضوع اساسی را مطرح کرد که،

همبستگی های میان - نسلی را چگونه باید ایجاد کرد و گسترش داد؛ همبستگی هایی که در مجموع موجب تحکیم و تقویت جامعه ما می شود؟

در همین کنفرانس، نخست وزیر کشور اعلام کرد که به منظور «پشتیبانی از ۳۰۰،۰۰۰ یاور خانوادگی که تاکنون مورد شناسایی قرار گرفته اند» طرح بی سابقه ای در عرصه رفاه اجتماعی، با عنوان «مرخصی حمایت از خانواده» به مرحله اجرا در خواهد آمد.

به موجب این طرح جدید، از اول ژانویه سال ۲۰۰۷ (بهمن ۱۳۸۵)، تمام کسانی که دارای فعالیت شغلی و حرفه‌ای منظم هستند، خواهند توانست از یک مرخصی سه‌ماهه برای رسیدگی به امور خانوادگی استفاده کنند. این مرخصی ممکن است تا حد یک سال تمدید شود تا، به عنوان مثال، فرد مورد بحث بتواند به جست و جوی یک «خانه مخصوص بازنشستگان» پردازد، یا شخصاً مراقبت از والدین وابسته به خود را برعهده بگیرد.

در طول این نوع مرخصی‌ها، حق بیمه فرد تحت پوشش از سوی دولت پرداخت خواهد شد - یعنی یک بودجه ۱۰ میلیون یورویی - و، در ضمن، کارفرمای مربوط هم به هیچ وجه مجاز نخواهد بود که با این نوع مرخصی‌ها مخالفت ورزد.

علاوه بر این طرح رفاهی جدید، نخست‌وزیر طرح رفاهی دیگری را نیز با عنوان «حق استراحت» برای «یاوران خانواده» اعلام کرد که در واقع شکل عملی و اجرایی برنامه رفاهی «همبستگی با سالمندان و کهنسالان» خواهد بود. بر اساس این برنامه، هر سال - و به مدت پنج‌سال - ۲۵۰۰ محل پذیرش روزانه و ۱۱۰۰ محل اسکان موقت باید ایجاد شود تا به خانواده‌ها امکان دهد اعضای سالمند خود را، برای چند ساعت یا برای چند هفته به نهادهای ویژه‌ای که برای این کار به وجود خواهد آمد بسپارند.

### آموزش‌های لازم برای مراقبت از سالمندان

روشن است که اجرای چنین طرح‌هایی به مجریان و کارکنان آموزش‌دیده‌ای نیاز دارد که تاکنون نمونه‌ای نداشته‌اند. به همین دلیل، برنامه‌های آموزشی و کارورزی‌های کوتاه‌مدت برای مسئولان و کارکنان حرفه‌ای این برنامه‌ها و طرح‌های رفاهی پی‌سابقه ترتیب داده خواهد شد تا به آنان تعلیم داده شود که با سالمندان و کهنسالان چگونه باید رفتار کنند. آن گروه از افرادی که مایل باشند پس از مراقبت از سالمندان خانواده خود به طور حرفه‌ای به این گونه مشاغل درمانی - اجتماعی پردازند، باید بتوانند در آزمون‌های ویژه دستاوردها و معلومات تجربی خود را به اثبات برسانند.



برای کمک به جوانانی که در سوی دیگر این زنجیره همبستگی خانوادگی قرار دارند، دولت

فرانسه در اندیشهٔ اعلام نوعی وام با بهرهٔ صفر با تضمین دولتی است. این وام به محرومترین گروههای جوان ۱۸ تا ۲۵ سال - که تقریباً یک چهارم این گروه سنی را دربرمیگیرد - امکان خواهد داد تا در صورت تمایل به خرید اتومبیل یا تهیهٔ تجهیزات و وسایل لازم در آپارتمان مبادرت ورزند. این وام در مدت پنج سال بازپرداخت خواهد شد و مبلغ آن چیزی در حد ۵۰۰۰ یورو خواهد بود.

### مرخصی سومین فرزند

اشاره به این نکته نیز حائز اهمیت است که مهم‌ترین تصویب‌نامهٔ «کنفرانس خانواده» سال ۲۰۰۵ (۱۳۸۴)، یعنی مرخصی جدید والدین به مناسبت تولد سومین فرزند، از اول ژوئیهٔ همان سال به مرحلهٔ اجرا درآمده است. برای آنکه به والدین شاغل امکان داده شود که هرچه زودتر به محل کار خود بازگردند، این «مکمل اختیاری انتخاب آزاد شغل» نسبت به مرخصی‌های پیشین کوتاهتر است (یک سال به جای سه سال) ولی مزایای بیشتری در بردارد (۷۵۰ یورو در ماه به جای ۵۲۴ یورو که به طور سنتی برای این نوع مرخصی‌ها پرداخت می‌شد). این مرخصی جدید منحصر به خانواده‌هایی است که دارای سه فرزند یا بیشتر باشند و، در ضمن، ممکن است بین پدر و مادر تقسیم شود. □

## ریشه‌کنی فقر و گرسنگی

و

## دیوارهای بلند بازار آزاد

آیا درست است که سیاستهای بازرگانی «غیر عادلانه» که از سوی کشورهای ثروتمند اعمال می‌شود، یکی از مهمترین موانع توسعهٔ اقتصادی و اجتماعی در کشورهای فقیر را تشکیل می‌دهد؟ به این پرسش دست‌کم به تعداد مکاتب اقتصادی و سیاسی موجود پاسخ وجود دارد؛ پاسخ‌هایی که با تکیه بر نظریه‌پردازی‌های سیاسی، اقتصادی و اجتماعی خاص خود رنگ و بویی متفاوت و گاه متضاد دارند.

در چنین فضای پر تشنگی و سردرگم‌کننده‌ای، آخرین گزارش جهانی «برنامه ملل متحد برای توسعه»<sup>۱</sup> که در اواخر سال ۲۰۰۵ به طور همزمان در وین (مقر اروپایی برنامه ملل متحد برای توسعه، و نیویورک، مقر اصلی سازمان ملل متحد) انتشار یافت، بیانگر واقعیت‌هایی است که در عین حال هم با نظریه‌های اقتصادی - سیاسی رایج ناسازگار به نظر می‌رسد و هم با سیاستهای بازرگانی سازمانهای بین‌المللی‌ای همچون بانک جهانی، صندوق بین‌المللی پول و سازمان بین‌المللی تجارت.

### ریشه‌کنی فقر و گرسنگی

پیش از طرح نتیجه‌گیری‌های کل گزارش یادشده، ذکر این مطلب لازم به نظر می‌رسد که در ماه سپتامبر سال ۲۰۰۰ (شهریور ۱۳۷۹)، سران تمام کشورهای دنیا در جریان کنفرانس پر سر و صدایی اهدافی برای مبارزه جهانی با فقر، بیماری، گرسنگی و بی‌سوادی مشخص کردند و زیر عنوان کلی «اهداف هزاره» منتشر ساختند که یکی از آنها کاهش فقر جهانی به میزان ۵۰ درصد تا سال ۲۰۱۵ بود (= ۱۳۹۴).

بدین ترتیب، پانزدهمین گزارش «برنامه ملل متحد برای توسعه» که به آن اشاره شد، در حقیقت بررسی و ارزیابی پیشرفتهایی است که تاکنون در زمینه اجرای «اهداف هزاره» به عمل آمده است. ولی، برای ساده‌تر کردن مطلب، شاید بتوان گفت که گزارش یادشده در واقع روشنگر هزینه‌های انسانی و عده‌های تحقق‌نیافته است.

### دیوارهای بلند و کوتاه تجارت جهانی

از جمله نتیجه‌گیری‌های انگیزه‌گزارش مورد بحث «برنامه ملل متحد برای توسعه» (که، ناگفته نماند، یکی از کارگزاری‌های وابسته به سازمان ملل متحد است) به این موضوع برمی‌خوریم که، سد و بندهای تجاری که در برابر کشورهای توسعه‌یابنده و صادرکننده کالا به کشورهای ثروتمند قرار دارد، به طور متوسط، سه برابر بلندتر و عبورناپذیرتر از سد و بندهایی است که بین کشورهای ثروتمند مشاهده می‌شود.

1. United Nation Plan for Development (UNDP)

این دیوارهای بلند به طور معمول به صورت عوارض گمرکی و تعرفه‌های مالیاتی یا به صورت سیاستهای بازرگانی پرمپیچ و خمی است که بر اساس گزارش «برنامه ملل متحد برای توسعه» در مجموع روزنه امید برای ورود کالاهای کشورهای فقیر به کشورهای ثروتمند بر جای نمی‌گذارد:

این تعرفه‌گذاری‌های گیج‌کننده و این سیاستهای بازرگانی غیرمنصفانه همچنان مانع آن است که میلیون‌ها نفر از مردم فقیرترین کشورهای جهان دست‌کم تا حدی از فقر و بینوایی نجات یابند. واقعیت این است که این نابرابری زشت و وقاحت‌آمیز همچنان پابرجا می‌ماند.

### ادبیات پر آب و تاب بازار آزاد و واقعیت‌ها

«برنامه ملل متحد برای توسعه» در پانزدهمین گزارش خود، علاوه بر نکته‌های یادشده، انگشت اتهام به سوی یارانه‌هایی دراز می‌کند که کشورهای ثروتمند به کشاورزی خود تخصیص می‌دهند؛ یارانه‌هایی که به آنها امکان می‌دهد،

انحصار کم و بیش کامل بازار جهانی صادرات فراورده‌های کشاورزی را در اختیار داشته باشد.

در همین گزارش آمده است که کشورهای در حال توسعه به تقریب ۱۹/۷ میلیارد یورو در سال به دلیل سیاستهای حمایتی و یارانه‌های دست و دل‌بازانه کشورهای ثروتمند از دست می‌دهند.

در همین زمینه، گزارش یادشده مورد ویژه تولیدکنندگان اروپایی قند و شکر را پیش می‌کشد:

این تولیدکنندگان که فراورده‌های خود را از برکت یارانه‌های بی‌دریغ چهار برابر گرانتر از قیمت جزئی به سازمانهای دولتی خود می‌فروشند، در عمل موجب کاهش قیمت‌های جهانی می‌شوند و بدین ترتیب در سال جاری توانسته‌اند زیانهایی بیش از ۴۹۴ میلیون دلار به کشور برزیل و ۱۵۱ میلیون دلار به افریقای جنوبی وارد سازند.

کارشناس ارشد گزارش مورد بحث، کوین واتکینز، به صراحت اعلام می‌کند:

در پس ادبیات پر آب و تاب بازار آزاد و مزایای یکسان‌سازی مقررات بازی، این

واقعیت خشن نهفته است که بسیاری از فقیرترین کشاورزان دنیا ناچارند، نه با کشاورزان کشورهای ثروتمند شمال، بلکه با وزارتخانه‌های دارایی و اقتصاد کشورهای صنعتی پیشرفته رقابت کنند!

### تغییرات سریع و مؤثر در سیاستهای فقرزدایی

در برابر چنین شرایطی است که «برنامه ملل متحد برای توسعه»، به موازات نقدهای افشاگرانه خود از سیاستهای بازرگانی بین‌المللی، پیشنهاد می‌کند که پشتیبانی دولتهای ثروتمند اروپایی از تولیدکنندگان کشاورزی باید دست‌کم به میزان ۱۰ درصد ارزش تولیدات کاهش یابد، و هرگونه یارانه صادراتی مستقیم و غیرمستقیم نیز بی‌درنگ قطع شود. در ضمن، گزارش یادشده، بر این نکته مهم تأکید می‌ورزد که «تغییرات سریع و مؤثر در سیاستهای جهانی ناظر بر کمکهای فنی و اقتصادی، و همچنین ناظر بر بازرگانی و امنیت بین‌المللی، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر دارد، بویژه اگر هدفهای «توسعه هزاره» که در سال ۲۰۰۰ (۱۳۷۹) از سوی سازمان ملل متحد برای ریشه‌کنی فقر تا سال ۲۰۱۵ عنوان شده است، هنوز هم به قوت خود باقی باشد.» □

### نبرد بیمه‌های درمانی در آلمان

#### تأمین کسر بودجه بیمه‌های درمانی

#### بدون افزایش مالیاتها

جریمه پزشکان دست و دل‌باز در نسخه‌نویسی ... پس از یک شبانه‌روز بحث و جدل‌های بسیار و تخصصی، احزاب حاکم بر دولت آلمان، سرانجام روز دوشنبه سوم ژوئیه، در مورد اصلاح نظام بیمه‌های درمانی کشور به نوعی اجماع دست یافتند.

این اجماع دو حزب دمکرات مسیحی که در حال حاضر با کسب اکثریت پارلمان و همکاری حزب سوسیال دمکرات (حزب اقلیت) زمام امور کشور را در دست دارد، برای صدراعظم آلمان، خانم آنجلا مرکل، که با اکثریت ناچیزی بر حزب رقیب، حزب سوسیال دمکرات، پیروز شد و هم‌اکنون مسئولیت قوه مجریه کشور را بر عهده دارد، پیروزی بزرگی بود که امیدواری زیادی برای یافتن راه‌حل قابل قبولی برای آن وجود نداشت.

در حال حاضر (ژوئیه ۲۰۰۶) که در حدود هشت ماه از به قدرت رسیدن خانم مرکل می‌گذرد، تصویب لایحه قانونی «اصلاح نظام بیمه‌های درمانی» که مدتهاست مورد جر و بحث‌های گوناگون قرار دارد، به اضافه لایحه اصلاحی دیگری که در شرف تصویب است (اصلاح نظام فدرال در آلمان)، پیروزیهایی خواهد بود که به صدراعظم تازه‌وارد امکان خواهد داد انتقادهای شدید و روزافزونی را که بر دولت تحت ریاست او وارد می‌آید، لاقبل برای مدتی ساکت کند یا از دامنه آنها بکاهد.

بدین ترتیب، احزاب بزرگ و کوچکی که با «ائتلاف بزرگ» دولت آلمان را در اختیار گرفته‌اند، در عمل توانستند سررسیدهایی را که برای اصلاحات پیشنهادی خود تعیین کرده بودند با موفقیت متحقق سازند و وعده‌هایی را که در جریان انتخابات به مردم و هواداران خود داده بودند، در موعد مقرر به مرحله اجرا درآورند.

اصلاح ریشه‌ای نظام بیمه‌های درمانی یکی از این وعده‌ها بود که کسب توافق پارلمان با آن چندان آسان به نظر نمی‌رسید، خاصه آنکه لاقبل در مورد این پروژه خاص اختلافات عمیق و آشتی‌ناپذیری بین دو حزب بزرگ دمکرات مسیحی و سوسیال دمکرات وجود داشت. در جریان مبارزات انتخاباتی سال ۲۰۰۵ (۱۳۸۴)، این دو حزب رقیب، برای تأمین هزینه‌های بسیار سنگین بیمه‌های درمانی، هر یک پیشنهادهایی را مطرح کرده بودند که به طور کلی متضاد و متنافر بودند و، بنابراین، هرگونه توافق یا اجماع اساسی در زمینه اصلاح این نظام، مطلقاً ناممکن به نظر می‌رسید.

### اجماع غیرمنتظره

با این وصف، هنگامی که سحرگاه روز دوشنبه هفتم ژوئیه ۲۰۰۶، خانم مرکل دست یافتن به این اجماع غیرمنتظره را اعلام کرد، تمام آنهایی که با علاقه این کشمکش بزرگ را دنبال می‌کردند،



به این نتیجه رسیدند که محتوای نهایی پروژه اصلاح نظام بیمه‌های درمانی آلمان فدرال به صورتی درآمد، که دو جناح ائتلاف حاکم توانسته‌اند بر آن مهر تأیید بکوبند. حزب دمکرات مسیحی و همفکران آن که نگران افزایش جدیدی در مالیات‌ها برای تأمین کسری بودجه بیمه‌های درمانی بودند، خیالشان راحت شد، زیرا نه فقط چنین افزایشی مطرح نشد، بلکه برحسب تصمیمی اصولی قرار شد مالیات بر شرکتهای فنی کاهش هم پیدا کند. بنابراین، برای تأمین مسکن منابع مالی نظام بیمه‌های درمانی در آلمان فدرال مقرر شده است که از سال ۲۰۰۷ (۱۳۸۶)، کسری صندوق‌های بیمه درمانی تا حدی از طریق افزایش ۶۵ درصدی حق بیمه‌های پرداختی از سوی کارفرمایان و کارگران تحت پوشش بیمه‌های درمانی اجباری (یعنی در حدود ۹۰ درصد بیمه‌شدگان) تأمین شود. در مورد بیمه‌شدگان بخش خصوصی نیز مقرر شده که نوعی تلاش واقعی برای همبستگی به عمل آید که چند و چون آن هنوز مشخص نشده است.

### «وضعیت قرمز» برای صندوق‌های بیمه درمانی

پس از دو سال پرداخت سوده‌های کلان ناشی از اصلاحات انجام‌یافته توسط دولت سوسیال‌دمکرات آقای شرودر، حسابهای بانکی صندوق‌های بیمه درمانی در آلمان ناگهان در «وضعیت قرمز» قرار گرفته است.

در چنین شرایطی، برای جبران کمبودهای این صندوق‌ها که تا سال ۲۰۰۷ (۱۳۸۶) با کسری وحشت‌آوری در حد ۸ میلیارد یورو مواجه خواهد شد، دولت سوسیال‌دمکرات آقای شرودر تنها به یک راه‌حل می‌اندیشید: افزایش مالیاتهای مخصوص تأمین کسری بودجه نظام بیمه‌های درمانی - مالیاتی که عدم دریافت آن مساوی بود با ورشکستگی نظام بیمه‌های درمانی کشور. ولی، خانم مرکل، صدراعظم جدید، که وارث این «وضعیت قرمز» بود، از همان ابتدای کار خود در هشت ماه پیش، اعلام کرده که به هیچ وجه قصد پیمودن این راه خطرناک و شکست‌آفرین را ندارد و طرح «مالیات مخصوص بیمه‌های درمانی» را به طور کلی از دستور کار خود خارج خواهد کرد. راه‌حل پیشنهادی وی «افزایش مالیات» نیست، ولی معجزه‌ای هم در کار نخواهد بود، زیرا طرح پیشنهادی خانم مرکل در واقع به معنای خاموش کردن چراغ‌های قرمزی است که بر پیشانی صندوق‌های بیمه درمانی به چشم می‌خورد، نه از میان برداشتن آنها.

به واقع، افراد تحت پوشش بیمه‌های درمانی اجباری در آلمان فدرال، یعنی بالغ بر ۹۰ درصد بیمه‌شدگان از ژانویه سال ۲۰۰۷ (۱۳۸۶)، پولی بابت مالیات جدید از بابت بیمه‌های درمانی نمی‌پردازند، ولی عوارضی که تحت عنوان «مالیات بر ارزش افزوده» می‌پردازند از ۱۶ درصد کنونی به ۱۹ درصد خواهد رسید.

شکست انتخاباتی با حفظ حیثیت. بنابراین، حزب سوسیال‌دمکرات که همواره سعی داشته کسری صندوق‌های بیمه‌های درمانی را از طریق مالیاتهای اضافی تأمین کند، و نه از طریق افزایش عوارضی مانند «مالیات بر ارزش افزوده»، در این ماجرا، هرچند از پیروزی انتخاباتی محروم ماند، حیثیت اجتماعی خود را از دست نداده است. خاصه آنکه تصمیم گرفته شده است که از آغاز سال ۲۰۰۸ (۱۳۸۷)، تمام کودکان زیر پوشش بیمه درمانی رایگان قرار گیرند و هزینه‌های این طرح بتدریج از طریق مالیات تأمین خواهد شد.

بدین‌سان، برای تحقق این طرح پردامنه، در سال ۲۰۰۷ (۱۳۸۷) در آلمان فدرال، ۱/۵ میلیارد یورو از مالیاتهای دریافتی دولت برداشت خواهد شد، و در سال ۲۰۰۹ (۱۳۸۸) این رقم دو برابر خواهد شد - ولی، به گفته دبیرکل حزب سوسیال مسیحی، آقای ادموند استوبر، «بدون هرگونه افزایش مالیات».

ناگفته نماند که این طرح اصلاحی باید با قانون ویژه‌ای تکمیل شود که اکنون در دست تهیه است و به موجب آن پزشکانی که در نوشتن نسخه‌های بلندبالا زیاده از حد دست و دل‌باز باشند با جریمه‌های نقدی مجازات خواهند شد.



از سوی دیگر، ائتلاف حاکم در آلمان در نظر دارد که فشار مالیاتی عمده‌ای را که بر دوش بنگاه‌های تولیدی سنگینی می‌کند، از ۳۹ درصد به ۳۰ درصد کاهش دهد. البته مؤسسات و بنگاه‌های تولیدی آلمان فدرال خواهان کاهش بیشتر بار مالیاتی خود هستند، بویژه برای کسب امتیازهای بیشتر در رقابتهای بین‌المللی و حفظ امکانات اشتغال تا سرحد امکان در سرزمین خود آلمان.

خانم مرکل، که به تازگی مورد انتقادهای روزافزونی قرار گرفته است که وقت و انرژی خود را بیشتر صرف امور بین‌المللی می‌کند تا امور داخلی کشور، با خوشبینی آشکاری اعلام داشته است که: «به نظر من راهی که در پیش گرفته‌ایم به نوعی گشایش واقعی انجامیده است». به اعتقاد

وی، دستاوردهای فراهم‌آمده در زمینه تأمین اجتماعی بسیار پراهمیت بوده است، زیرا از دیدگاه مردم کشور «پرونده بیمه‌های درمانی» به واقع آزمون بزرگی بوده است برای نشان دادن اراده و توانایی دولت تحت ریاست او برای اصلاح و نوسازی آلمان. □

## تأمین اجتماعی

### یک اصطلاح و چهار مفهوم

اصطلاح «تأمین اجتماعی» با مفاهیم گسترده و متنوع آن به صورت پرچم مشترک بسیاری از مباحث اجتماعی و اقتصادی درآمده است که نه تنها در عرصه تخصصی خود، بلکه در حوزه بفرنج و بحث برانگیز «رفاه اجتماعی» و همچنین در زمینه‌های گوناگون دیگری نیز به صورت محور اصلی بسیاری از نظریه‌پردازی‌های ناظر بر توسعه اجتماعی و توسعه انسانی است.

چنین است که اصطلاح‌هایی مانند «تأمین اجتماعی»، «بیمه‌های اجتماعی»، «حمایتهای اجتماعی»، «امنیت پایه»، «امنیت شغلی»، «رفاه اجتماعی»، «دولت رفاه‌پرور» و بسیاری اصطلاح‌های دیگر در همین مقوله، به صورتهای مترادف یا مکمل مورد استفاده قرار می‌گیرد.

### ضرورت تعریفهای مشخص برای مفاهیم معین

به منظور نزدیک شدن به نوعی دقت در تعریف مفاهیمی از این دست، شاید بی‌فایده نباشد که دست‌کم برای درک روشن‌تر مباحثی که در این شماره از «چشم‌انداز رفاه اجتماعی در جهان امروز» آمده است، اندکی مته به خشخاش بگذاریم:

### تأمین اجتماعی<sup>۱</sup>

این اصطلاح، پیش از هر چیز، معطوف است به یکی از زمینه‌های «رفاه اجتماعی»<sup>۲</sup> که می‌باید به «حمایت اجتماعی»<sup>۳</sup>، یا حمایت در برابر بعضی شرایط ویژه اجتماعی، از جمله فقر، سالخوردگی، از کار افتادگی، بیکاری، خانوارهای دارای فرزندان متعدد و مانند اینها پردازد.

1. social security

2. social welfare

3. social protection

در عمل، «تأمین اجتماعی» مرجوع است به مفهومی که تا حدی گسترده‌تر از مفهوم «حمایت اجتماعی» است، ولی در پاره‌ای از آثار نوشتاری این دو مفهوم را چنان به کار می‌گیرند که گویی جانشین یکدیگرند.

به طور کلی اصطلاح «تأمین اجتماعی» را می‌توان چنان به کار گرفت که در عین حال به چهار مفهوم خویشاوند، ولی نه یکسان، دلالت داشته باشد:

### ۱. بیمه اجتماعی<sup>۱</sup>

منظور شرایط معینی است که در متن آنها مردم می‌توانند مزایا، مستمری یا خدماتی در برابر حق بیمه‌ای که قبلاً به یک دستگاه بیمه‌گذار پرداخته‌اند، دریافت دارند. این گونه خدمات به طور نوعی دربرگیرنده مزایایی است که به عنوان مستمری بازنشستگی، بیمه از کار افتادگی، مزایای بازماندگی<sup>۲</sup>، مراقبت‌های درمانی و بیمه بیکاری دریافت می‌دارند.

### ۲. حفظ درآمد<sup>۳</sup>

در اصل به معنای توزیع پول نقد در صورت انقطاع اشتغال، از جمله بازنشستگی، از کار افتادگی یا بیکاری است.

### ۳. خدمات

منظور خدماتی است که از سوی سازمانهای مسئول تأمین اجتماعی عرضه می‌شود. در کشورهای مختلف، این خدمات ممکن است شامل چیزهایی باشد مانند مراقبت‌های درمانی، بعضی کارهای اجتماعی و حتی نوعی روابط صنعتی<sup>۴</sup>.

### ۴. امنیت پایه<sup>۵</sup>

اصطلاحی است که به طور کلی دلالت دارد بر دستیابی به نیازمندی‌های اساسی، مانند خوراک، پوشاک، سرپناه، آموزش و مراقبت‌های درمانی.

1. social insurance

2. survivor benefits

3. income maintenance

4. industrial relations

5. basic security



در پاره‌ای از موارد بالا، بعضی یادآوری‌ها بی‌فایده نخواهد بود.

### بیمه‌های اجتماعی «از گهواره تا گور»

در مغرب زمین، پیش از آنکه برنامه‌های دولتی بیمه اجتماعی به راه بیفتند، بعضی گروه‌های خصوصی مفهوم «اشتراک در خطر» یا «سهیم شدن در خطرهای احتمالی» را توسعه داده بودند. به عنوان مثال، در یونان و روم باستان شرکت‌های کفن و دفن خصوصی وجود داشت و افراد به طور منظم و جوهی به آنها می‌پرداختند (حق بیمه) تا اطمینان حاصل کنند که پس از مرگشان به طرزی آبرومند دفن خواهند شد. پاره‌ای از اصناف قرون وسطی برنامه‌هایی داشتند که به موجب آنها اعضای صنف مبلغی به یک صندوق مخصوص می‌پرداختند که هرگاه اعضای صنف از کار می‌افتاد یا درمی‌گذشت، از آن صندوق برداشت می‌کردند و به خود یا خانواده عضو نیازمند می‌پرداختند. در زمان‌های اخیر هم بعضی سازمانهای برادری یا اتحادیه‌های کارگری دارای برنامه‌های مشابهی بودند.

نخستین برنامه بیمه‌های اجتماعی دولتی برای پرداخت مستمری بازنشستگی در سال ۱۸۸۹ به وسیله صدر اعظم آلمان، بیسمارک، پایه‌گذاری شد. هدف اصلی بیسمارک در واقع رویارویی با موج تاریخی آرا و عقاید سوسیالیستی بود که در آن زمان در اروپا دامنه می‌گرفت. نظام بیمه اجتماعی او بر اساس دریافت مالیات از کارمندان بود که توسط کارکنان و کارفرمایان پرداخت می‌شد و دولت هم به نوبه خود سهمی بدان می‌افزود. بیسمارک نوعی مستمری از کار افتادگی هم برقرار کرد. امروزه، چنین برنامه‌هایی همه‌گیر شده است؛ بویژه در بیشتر کشورهای توسعه‌یافته، ولی نه در همه آنها. بیشتر این برنامه‌ها از همان طرح اصلی نظام بیمه آلمانی‌ها پیروی می‌کنند.

در انگلستان، نخستین برنامه مستمری مشارکتی در سال ۱۹۱۱ به صورت قانون درآمد و وینستون چرچیل، نخست‌وزیر مشهور انگلستان در زمان جنگ دوم جهانی، با اشتیاق هرچه تمامتر از آن پشتیبانی کرد و اصل اساسی بیمه اجتماعی را عامل معجزه طبقات متوسط برای نجات میلیون‌ها نفر دانست. پس از آن، در سال ۱۹۴۲، بیوریچ، الگوی دیگری پیشنهاد کرد. هدف

بیوریج این بود که بیمه‌های اجتماعی را به صورت شالوده‌طرحی جامع و همگانی درآورد که تمام نیازمندی‌های اساسی جامعه را پوشش دهد.

در ایالات متحد آمریکا، فرانکلین روزولت، رئیس‌جمهوری وقت، نظام آرمانی بیمه‌های اجتماعی را نظامی می‌دانست که حمایت اقتصادی همگان را «از گهواره تا گور» تأمین کند. چنین است که در پیشرفته‌ترین کشورهای توسعه یافته، تأمین اجتماعی شامل یک نظام همگانی مراقبت‌های درمانی هم می‌شود.

### هزینه‌های دولتی برای تأمین اجتماعی

در پایان شاید مفید باشد آخرین آمار قطعی هزینه‌های دولتی برای برنامه‌های ملی تأمین اجتماعی در کشورهای مختلف را به منظور مقایسه‌های لازم ارائه کنیم.

ارقام زیر درصدهایی هستند از «تولید ناخالص داخلی» هر کشور:

۸ درصد	● ژاپن	۱۴ درصد	● ایتالیا
۴ درصد	● ایالات متحد آمریکا	۱۲ درصد	● فرانسه
۲ درصد	● کره جنوبی	۱۲ درصد	● آلمان
۲ درصد	● هنگ‌کنگ	۹ درصد	● سوئد

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

### گسترش رفاه اجتماعی:

### منبع شغل‌های خدماتی جدید

به موازات گسترش کمی و کیفی مسائل رفاهی در کشورهای مختلف و راه‌حل‌های گوناگونی که برای آنها به کار گرفته می‌شود، فرصتهای تازه‌ای برای ایجاد مشاغل و حرفه‌ها و مهارت‌های تخصصی جدید پدید آمده است که شمار و میدان عمل آنها به تناسب افزایش روزافزون توقعات عمومی و مسئولیتهای دولتی در زمینه‌های حمایتی بسرعت گسترش می‌یابد.

## دستیار خدمات اجتماعی<sup>۱</sup>

یکی از پرتحرک‌ترین زمینه‌های شغلی جدید در نظام‌های حمایتی بسیاری از کشورهای اروپایی که هم‌اکنون با عنوان و مختصات حرفه‌ای خاص خود حتی به فرهنگها و دانشنامه‌های معروف راه یافته است، با عنوان «دستیار خدمات اجتماعی» مشخص می‌شود که بویژه در کشورهای بلژیک و فرانسه روز به روز دامنهٔ بیشتری به خود می‌گیرد و در عمل به صورت یکی از بخشهای پرتحرک اشتغال غیردولتی در این کشورها درآمده است.

به طور کلی می‌توان گفت که «دستیار خدمات اجتماعی» یا «دستیار اجتماعی»<sup>۲</sup> فرد تعلیم‌دیده‌ای است که به یاری افراد، خانواده‌ها یا گروههایی می‌پردازد که با مشکلات فردی یا خانوادگی یا شغلی یا اجتماعی دست به‌گریبانند و از عهدهٔ برطرف کردن مشکلات خود برنمی‌آیند (به دلایل مختلف، از جمله کهولت، ازکارافتادگی، بیماری مزمن، نداشتن وقت کافی، منابع مالی کافی، یا تعهدات شغلی و خانوادگی دیگری که فرصت کافی در اختیار آنها نمی‌گذارد).

در چنین مواردی، نقش ویژهٔ «دستیار اجتماعی» برحسب مورد عبارت خواهد بود از تأمین آسایش و آرامش این گونه افراد، ادغام مجدد آنها در جامعه و بازگرداندن نسبی آزادی عمل و خودمختاری شخصی آنها.

برای انجام چنین وظایفی، دستیار اجتماعی باید به گفته‌ها و مسائل شخصی مراجع گوش فرا دهد، او را مورد پشتیبانی قرار دهد، با او همراهی کند، توصیه‌های لازم را به او ارائه دهد و راهنمایی‌های لازم را متناسب با تقاضاها و نیازمندیهای آنها به عمل بیاورد. و، گذشته از همهٔ اینها، باید با آنها اظهار همدردی و همدلی کند.

## روش‌شناسی حرفهٔ دستیار اجتماعی

روشن است که انجام چنین وظایفی بدون تکیه بر نوعی ارتباط مددکارانه<sup>۳</sup> و نوعی روش عملیاتی<sup>۴</sup> مشخص، امکان‌پذیر یا موفقیت‌آمیز نخواهد بود. روش عملیاتی مناسب به دستیار اجتماعی امکان خواهد داد تا تقاضا یا تقاضاهای شخصی مراجع را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد، برنامهٔ عملیاتی معینی تنظیم کند و، مهمتر از همهٔ اینها، ارزیابی صادقانه‌ای است که

1. social service assistant

2. social assistant

3. help relation

4. methodology

شخص دستیار باید از اقدامات خود به عمل بیاورد و، در صورت ضرورت، آنها را تغییر دهد یا اصلاح کند.

تردیدی نیست که شخص مراجع یا «مشرتی» یا «فرد تحت پوشش حمایتی» باید به طور کامل در فرایند تغییرات ادغام شده باشد. نکته بسیار مهم این است که دستیار اجتماعی نباید به جای فرد مراجعه کننده عمل کند بلکه باید «با او» عملیات و رفتارها و تصمیم‌گیری‌های مختلف را انجام دهد، و بویژه در جریان این عملیات ضرباهنگ و سرعت خاص «مشرتی» را ملاک قرار دهد، نه سرعت عمل خاص خود را. در واقع، دستیار اجتماعی باید به «مشرتی» خود امکان دهد که شخصاً در انجام عملیات و تصمیم‌گیری‌ها و تغییرات رفتاری مورد انتخاب مشارکت جوید و، از این رهگذر، به سوی خودمختاری و استقلال عمل گام بردارد.

روشن است که دستیار اجتماعی در جریان عملیات حرفه‌ای خود با نهادها، مسائل و مراجعان بسیار متنوعی رو به رو خواهد شد. به همین دلیل است که برنامه‌های آموزشی و کارورزی‌های پایه‌ای او باید نه تنها بر «روش‌شناسی» بلکه بر روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، بهداشت و تندرستی، تاریخ، حقوق و بعضی مباحث تخصصی دیگر نیز استوار باشد. دانش‌های تخصصی او باید متنوع باشد و مدام مورد بازبینی و تکمیل و نوسازی قرار گیرد.

از این گذشته، حرفه حساس دستیار اجتماعی باید مبتنی بر نوعی وظیفه‌شناسی شغلی و مشروط بر «رازداری حرفه‌ای» باشد. به همین دلیل است که بیشتر دستیاران اجتماعی که در حوزه عمومی کار می‌کنند، علاوه بر شرایط یادشده، «قسم خورده» هم هستند.

### عرصه‌های عملیاتی

زمینه‌های فعالیت دستیار اجتماعی با مختصات یادشده را می‌توان به شرح زیر خلاصه کرد:

- حمایت از کودکان (در آموزشگاه‌ها، در مراکز ویژه نگاهداری کودکان و...)
- ادغام مجدد افراد در فعالیتهای شغلی و حرفه‌ای یا در محافل اجتماعی ...
- بودجه خانوادگی، میانجی‌گری برای دریافت یا پرداخت وام
- آموزش و پرورش، روابط خانوادگی
- میانجی‌گری
- پشتیبانی اداری، کسب حقوق قانونی



- کمک برای تهیه مسکن و ادامهٔ اقامت در محل یا شرایط معین
- توسعهٔ محلی
- ایجاد حساسیت نسبت به مسائل اجتماعی (در مدارس، در سمینارها...)
- تندرستی، بهداشت، پیری، وابستگی، سلامت ذهنی
- نقش هشداردهنده در مورد مشکلات اجتماعی تکرار شونده، عامل تغییر
- ادغام مجدد در اجتماع (نظارت اجتماعی - آموزشی به منظور کمک به زندانیانی که در شرف آزاد شدن هستند)
- و، بسیاری مسائل و مشکلات اجتماعی و شخصی و خانوادگی که شمارش کامل آنها ناممکن خواهد بود.



در اینجا شاید بی‌فایده نباشد که به عنوان نمونه‌هایی از این مشاغل خدماتی جدید در زمینهٔ رفاه اجتماعی، گوشه‌هایی از وضع موجود در دو کشور فرانسه و بلژیک را فهرست‌وار مطرح کنیم:

#### در فرانسه:

#### دستیار اجتماعی چندوجهی<sup>۱</sup>

این فرد حرفه‌ای در اختیار تمام مردم قرار دارد، بویژه برای انواع مسائل و دشواری‌هایی که در یک واحد جغرافیایی معین رخ می‌دهد (بخش، محله و...). این فرد به طور معمول در یک گروه ویژه انجام وظیفه می‌کند (شامل کودک‌یاران، منشی، آموزشگر و...). محل فعالیت این گروه نیز معمولاً در یک «مرکز بهداشتی - اجتماعی» است، و از نظر قانونی تابع شورای محلی یا شورای شهرداری است. در بیشتر موارد شورای استان است که صلاحیت سازماندهی خدمات اجتماعی عمومی را بر عهده دارد.

#### دستیار اجتماعی چندوجهی اختصاصی

این فرد حرفه‌ای نیز به انواع مسائل و دشواریهای اجتماعی می‌پردازد، ولی فقط برای یک گروه

1. assistant social polyvalent

ویژه از مردم؛ وابستگان به نهادی معین (کارکنان راه آهن، کارکنان شرکت های برق منطقه ای، اتحادیه های کشاورزان و ...) یا کارفرمایی معین (خدمات اجتماعی در کارخانه های بزرگ).

### دستیار اجتماعی ویژه کار

این فرد به مشکلات اجتماعی ویژه گروه معینی از مردم می پردازد: خدمات اجتماعی مخصوص دانش آموزان در دبیرستان ها، خدمات اجتماعی در محیط بیمارستانی، در محیط بیماران روانی، یا در محیط بازداشتگاه ها، خدمات اجتماعی ویژه برای سازمانهای کمک به معلولان و مانند اینها.

### در بلژیک

#### دستیار اجتماعی «مرکز عمومی عملیات اجتماعی»

این فرد خود را در اختیار مردم ساکن در یک بخش یا روستای معین قرار می دهد. سراسر کشور بلژیک دارای مرکزهایی از این نوع است که هر یک از آنها خدمات گوناگونی ارائه می دهد:

- **کمکهای اجتماعی همگانی:** دریافت تقاضاهای درآمد ادغام اجتماعی (که چیزی است شبیه به «حداقل درآمد جامعه پذیر» در فرانسه)، تقاضای کمکهای اضطراری، وثیقه های مسکن، کمک به اجاره بها و ... این برنامه به هر مراجعه کننده ای پاسخ می دهد و ممکن است خدمات خود را به عرضه بهداشت و درمان یا انجام امور اداری نیز گسترش دهد.

- **کمک به متقاضیان وام:** به دلیل رشد فزاینده تعداد اشخاص وام دار، ارائه ضمانت نامه برای دریافت وام اجباری شده است. «مرکز عمومی عملیات اجتماعی» به عنوان میانجی این گونه ضمانتها را هم برعهده می گیرد. در بیشتر موارد «مرکز» پس از بررسی وضع مالی متقاضیان و برقراری تماس با بستانکاران، سعی می کند راه حل دوستانه ای برای مسائل آنها پیدا کند و از مصادره اموال فرد بدهکار یا وخیم تر شدن وضع جلوگیری کند.

- **«کمکهای خانوادگی»:** کمکهای خانگی به صورتهای مختلف و متناسب با وضع و حال شخص ذینفع ارائه می شود. به طور کلی، این نوع کمکها مخصوص افراد سالمندی است که مایلند در خانه بمانند، ولی ممکن است به خانواده یا به خود افراد معلول نیز تسری پیدا کند.

- **کمک به «ادغام مجدد»:** پس از تصویب قانون در سال ۲۰۰۲ در مورد «درآمد ادغام اجتماعی»، میسر ساختن ادغام مجدد افراد در اجتماع به صورت یکی از مأموریت های بسیار مهم «مرکز عمومی عملیات اجتماعی» در بلژیک درآمده است. هدف از این مأموریت عبارت

است از همراهی با شخص متقاضی دریافت «درآمد ادغام» که به اجبار یا به طور آزادی قرارداد مخصوص ادغام اجتماعی را امضا کرده باشد. از این مرحله به بعد، جست و جوی شغل یا نوعی کارآموزی شروع می‌شود. این همراهی ممکن است در طول دوره کارآموزی یا در تمام مدت قرارداد کار ادامه پیدا کند.

● در «مرکز عمومی عملیات اجتماعی» بلژیک خدمات دیگری هم ممکن است وجود داشته باشد، مانند «بخش نگهداری کودکان»، «بخش نگهداری افراد سالمند»، آسایشگاه، کودکانستان، یا بخش میانجی‌گری خانوادگی و ...



«مرکز عمومی عملیات اجتماعی» در بلژیک را «شورای عملیات اجتماعی» اداره می‌کند و از مشاوران منتخب تشکیل شده که درباره اعطای یا عدم اعطای کمکها تصمیم می‌گیرند. همچنین مسائل مرتبط با پشتیبانی یا مرتبط با اشتغال را هم مورد بررسی و تصویب قرار می‌دهند.

#### ● دستیار اجتماعی بخش عمومی

این فرد، همان‌گونه که از عنوان شغلی‌اش برمی‌آید، در نهادهایی که از سوی بخش عمومی ایجاد می‌شود به کار می‌پردازد: «مرکز روانی - پزشکی - اجتماعی»، «مرکز حمایت قضایی»، «مرکز امدادی در محیط باز»، «مرکز کمک به جوانان»، «مرکز کمک به افراد تحت تعقیب»، «مرکز بسته»، زندان و ...

● دستیار اجتماعی، ممکن است در اتحادیه نیز به کار بپردازد. حوزه‌های عملیاتی بسیار متنوع است.

● در محیط کارخانه‌ها و بنگاههای تولیدی، دستیار اجتماعی ممکن است نقش مدیر منابع انسانی را بر عهده داشته باشد، رابط بین کارفرما و کارگر باشد، کارگران را در اقداماتی که برای مسائل اجتماعی به عمل می‌آورند همراهی کند و ...

## آموزش و آماده‌سازی

### در فرانسه

- در فرانسه، آموزش و آماده‌سازی «دستیاران اجتماعی» به مدت سه سال پس از کسب دیپلم

متوسطه و در انستیتوهای ویژه آماده‌سازی برای کار اجتماعی صورت می‌گیرد. پذیرش در این انستیتوها از طریق کنکور است و در صورت موفقیت، دیپلم دولتی «دستیار خدمات اجتماعی» دریافت می‌کند.

– دوره آموزشی شامل ۱۲ ماه کارورزی طی سه سال است، و شامل درسهای نظری جامعه‌شناسی، روانشناسی، حقوق و شناسایی قوانین و نهادهای اجتماعی و ... می‌شود.

– این دوره تحصیلی از شروع دوره ۲۰۰۷ - ۲۰۰۴ مورد بازبینی اصلاحی قرار گرفته که هنوز هم ادامه دارد.

– عنوان جدید این دوره آموزشی عبارت است از «دستیار اجتماعی - آموزشی»، با دو گزینه: (۱) دستیار خدمات اجتماعی و (۲) آموزشگر ویژه کار.

دستیار خدمات اجتماعی و آموزشگر ویژه کار در واقع دو حرفه مکمل هستند، ولی متفاوت. تنه مشترک این دو تخصص نیز در هر آموزشگاه الزاماً یکسان نیست.

## در بلژیک

– آموزش و آماده‌سازی دستیاران اجتماعی به مدت سه سال پس از دیپلم دبیرستان (شاخه علوم انسانی) در مدارس عالی استانها و مناطق یا در مدارس عالی آزاد صورت می‌گیرد. هیچ گونه امتحان ورودی وجود ندارد، جز در مورد داوطلبانی که دیپلم کامل متوسطه نداشته باشند. مدرک تحصیلی این دوره آموزش «دستیار اجتماعی» است.

مدرک تحصیلی این دوره آموزشی برای متقاضیان حرفه دستیار اجتماعی اجباری است، و هیچ دستگاهی حق ندارد افراد فاقد این دیپلم تخصصی را به استخدام درآورد.

– دوره آموزشی مورد بحث شامل یک دوره کارآموزی در هر سال هم می‌شود. این دوره

کارآموزی اجباری به مدت ۱۸ هفته با ۳ روز کامل در هفته در سال دوم برگزار می‌شود. و یک دوره کارآموزی اجباری به مدت ۲۴ هفته با ۴ روز کامل در هفته نیز در سال سوم برگزار می‌شود.

– این دوره آموزشی دارای درسهای نظری و عملی گوناگونی است: جامعه‌شناسی،

روان‌شناسی، کمکهای بشردوستانه، تاریخچه نهادهای اجتماعی، اساسنامه نهادها،

روش‌شناسی، تحقیقات اجتماعی، اقتصاد سیاسی، اقتصاد اجتماعی، تاریخچه آرا و عقاید -

اجتماعی - اقتصادی، فلسفه و ...

در سال سوم، دانشجویان می‌توانند رشته‌ای تخصصی انتخاب کنند، رشته‌هایی از قبیل بهداشت و تندرستی، دنیای کار، کمک اجتماعی کلی و کمکهای اجتماعی فرهنگی.

– دوره آموزشی با نگرارش پایان‌نامه که نوعی «رساله» محسوب می‌شود، پایان می‌یابد. هیئت منصفه‌ای مرکب از کارکنان امور اجتماعی داخل یا خارج از آموزشگاه قضاوت نهایی درباره دانشجو را بر اساس یک امتحان کتبی و یک امتحان شفاهی انجام می‌دهند.

### ملاحظات جالب توجه

– تا چند سال پیش، این حرفه در فرانسه منحصراً حرفه‌ای زنانه محسوب می‌شد، اما اکنون ۱۰ تا ۱۵ درصد از افراد شاغل در این حرفه مرد هستند.

در بلژیک، این گرایش هنوز ملموس نیست.

– تاریخچه حرفه «دستیار اجتماعی» به امور خیریه و سازمانهای نیکوکاری در زمانهای گذشته باز می‌گردد. کمک کردن خیلی زود به یک حرفه مبدل شد، و با شروع جنگ جهانی اول، گروه جدیدی با عنوان «پرستاران اجتماعی» پدید آمد. سپس، به دنبال تحولات بعدی حرفه «دستیار اجتماعی» شکل گرفت. با این حال، هرچند عمل کمک کردن همواره وجود داشته، این حرفه با مختصات جدید خود بسیار جوان است و مدام تحول می‌یابد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

