طراحی مدل ساختاری برای وزارت رفاه و تأمین اجتماعی ایران

ایروان مسعود اصل: * استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یاسوج
سیدجمال‌الدین طبیبی: استاد، گروه خدمات بهداشتی ـ درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی ایران

فصلنامه پایش
سال هشتم شماره دوم بهار ۱۳۸۸ صص ۱۸۰-۱۷۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶/۶/۱۹
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۳۱ فروردین ۱۳۸۸]

چکیده

با توجه به اهمیت رفاه اجتماعی بر بهره‌وری نیروی کار و سرمایه انسانی، اهمیت رابطه رشد و توسعه اقتصادی با رفاه اجتماعی و تأثیر آن بر توزیع درآمد و در نتیجه، برخورداری از برابری و عدالت و تأمین رفاه جامعه، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در سال۱۳۸۳ به صورت وزارتخانه‌ای مستقل آغاز به کار کرد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف شناسایی ساختار و مبنای پوشش و وظایف اساسی حوزه رفاه و تأمین اجتماعی در ایران و کشورهای منتخب، انجام شد تا ساختاری متناسب با وضعیت ایران پیشنهاد گردد.

در این مطالعه که به صورت توصیفی ـ تحلیلی انجام شده است، به منظور ارائه الگو، بررسی تطبیقی ساختار نظام رفاه و تأمین اجتماعی در کشورهای منتخب نیز صورت گرفته و از بین ابعاد ساختاری، بعد تمرکز به منزله محور این بررسی انتخاب شده است.

یافته‌های حاصل از این پژوهش، شباهت‌ها و تفاوت‌هایی را در وضع موجود ساختار رفاه و تأمین اجتماعی جامعه پژوهش نشان دادند. شباهت‌ها عبارتند از:

- در غالب کشورها، اصول و مبانی مشترکی برای تحقق هدف‌ها و وظایف وجود دارند؛
- از نظر پیچیدگی، ساختار تشکیلاتی تمامی کشورهای مورد مطالعه، ساده و کم حجم و نظام برنامه‌ریزی، متمرکز و اجرا در آنها به صورت نامتمرکز هستند و در مجموع نیز ساختار مدیریت رفاه و تأمین اجتماعی از ساختار نامتمرکز تبعیت می‌کند.

تفاوت‌ها عبارتند از:

- در کشورهای منتخب، در ارتباط با بعد ساختاری، دو رویکرد متفاوت برای تفکیک نظام‌های رفاه و تأمین اجتماعی وجود دارد: رویکرد مبتنی بر پوشش (Coverage) اقامت و رویکرد مبتنی بر پوشش اشتغال.

مطالعه وضعیت ایران نشان داد که وظایف و مأموریت‌هایی که برای این وزارتخانه در نظر گرفته شده بسیار متنوع و متعددند و لازم است خدمات آن همه افراد جامعه را شامل گردد. برای تحقق این امر، پیشنهاد می‌شود که ملیت، مبنای پوشش جمعیت قرار گیرد. ساختار نیز باید به سمت وضعیت نامتمرکز حرکت کند تا از شکل پیچیده خارج شود و در قالب ساختاری ساده و کم حجم قرار گیرد. در این حالت، فعالیت اصلی دولت درحوزه رفاه و تأمین اجتماعی به برنامه‌ریزی، ارزیابی و تعیین استاندارد در سطح کلان محدود می‌شود تا بتواند با توان بیشتری به این امور بپردازد.

کلیدواژه‌ها: ساختار، نظام رفاه و تأمین اجتماعی، الگو، رفاه اجتماعی، تأمین اجتماعی

* نویسنده پاسخگو: یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه پرستاری
تلفن: ۰۷۴۱-۲۲۲۱۲۰۰
E-mail: masoudi_1352@yahoo.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.7.0]

مقدمه

در جهان امروز، داشتن جامعه‌ای پویا و رو به رشد بدون نظام کارآمد رفاه اجتماعی، بسی دشوار است. سالیان متمادی دولتمردان و سیاست‌گذاران غالباً به رفاه اجتماعی تنها به مثابه مسئله‌ای اجتماعی توجه می‌کردند. اما با توجه به تأثیر مهم رفاه اجتماعی بر بهره‌وری نیروی کار و سرمایه انسانی در تولید جامعه و همچنین رابطه رشد و توسعه اقتصادی با رفاه اجتماعی و از سویی دیگر، اثر این نظام‌ها بر توزیع در آمد و به دنبال آن، رفاه جامعه امروز دیگر رفاه اجتماعی تنها یک مسئله اجتماعی صرف نیست[۱].

پرداختن به مقوله رفاه اجتماعی در راستای بسط و گسترش عدالت اجتماعی از هدف‌های عمده دولت‌ها و یکی از مسائل محوری در هر برنامه توسعه اقتصادی ـ اجتماعی محسوب می‌گردد. این گستردگی به حدی است که امروز دولت‌های مختلف جهان، مهم‌ترین خدمات خود را ایجاد و توسعه نظام رفاه اجتماعی قوی و کارآمد می‌دانند[۲].

اهداف نظام‌های رفاه اجتماعی را می‌توان به صورت زیر خلاصه کرد:

- ایجاد آرامش خاطر و عزت نفس در فرد، خانواده و جامعه
- تأمین سطح متناسب معاش و تضمین آن برای نیروی کار
- ایجاد تفاهم بین کارگران و کارفرمایان در مناسبات تولیدی
- بالا بردن بهره‌وری و کاهش ضایعات از طریق ایجاد تعلق خاطر و عشق به کار
- فراهم کردن زمینه مناسب برای تحقق رشد و توسعه پایدار
- ایجاد امنیت اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی
- تحقق عدالت اجتماعی[۳]

از دیرباز تاکنون، برای نیل به این هدف‌های والای انسانی و اجتماعی، نظام تأمین اجتماعی در کشورهای مختلف شکل گرفته است. گرچه این نظام‌ها از لحاظ مقررات و دامنه شمول تفاوت‌هایی با هم دارند، اما از نظر ساختار و کارکرد کلی تا حد بسیار زیادی به یکدیگر شبیه هستند[۴].

نظام رفاه و تأمین اجتماعی، به منزله ابزار استقرار امنیت و عدالت اجتماعی در بسیاری از کشورهای جهان، جایگاهی ویژه دارد. توسعه پایدار اقتصادی، سیاسی و مدنی هر کشور با کمیت و کیفیت خدمات تأمین اجتماعی، رابطه‌ای مستقیم دارد.

تأمین اجتماعی، به مثابه یکی از اصلی‌ترین مأموریت‌های بخش دولتی، سهم عمده‌ای از هزینه‌های بودجه‌ای دولت و نسبت قابل توجهی از تولید ناخالص داخلی هر کشور را به خود اختصاص می‌دهد. در یک نظام جامع تأمین اجتماعی، مجموعه‌ای از راهبردها، برنامه‌ها و فعالیت‌های جامعه برای حفظ سطح درآمد فرد یا خانواده و نهایتاً ارتقای سطح رفاه عمومی آنان مورد توجه قرار می‌گیرد[۵].

با بررسی و مطالعه تاریخی ـ اجتماعی، کم و بیش روشن می‌شود که در کشورهای پیشرفته، هر چه بر میزان رشد اقتصادی و صنعتی، شکل گیری اتحادیه‌های کارگری و کارفرمایی و به طور کلی، پیشرفت اجتماعی و گسترش طبقه متوسط و قدرت گرفتن نهادهای مدنی افزوده شده، از وجهه حمایتی نظام تأمین اجتماعی کاسته شده و توجه عمده به راهبردهای بیمه‌ای معطوف شده است[۶].

نظام مدیریت رفاه و تأمین اجتماعی در اکثر کشورهای توسعه یافته، دارای برنامه‌ریزی متمرکز و اجرای غیرمتمرکز است، اما از نظامی کاملاً نامتمرکز پیروی می‌کند. همچنین این نظام، از نظر پیچیدگی ساختار تشکیلاتی، بسیار ساده و کم حجم است [۷، ۸].

در کشورهای عقب مانده و در حال توسعه، به لحاظ فقر، محرومیت و بی‌کاری فراگیر که ناشی از رشد نیافتگی صنعتی و بازرگانی و شکل نگرفتن نهادهای حرفه‌ای واقعی است، بخش‌های گسترده‌ای از جامعه در زمره اقشار آسیب پذیر به حساب می‌آیند. از همین رو، توجه بیشتر دولت به راهبردهای حمایتی به صورت یک الزام مطرح می‌شود[۸].

در ایران، تأمین اجتماعی از دو جنبه از اهمیتی ویژه برخوردار است: هم زمینه و بستر اصلی شکل گیری و اجرای حرکت‌های معطوف به توسعه است و هم هدف توسعه محسوب می‌شود[۹]. در قانون اساسی، در اصول متعددی به این مهم پرداخته شده است و به خصوص، اصل ۲۹ به صورتی ویژه بر این امر به شرح زیر صراحت دارد:

برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بی‌کاری، پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی که دولت موظف است، طبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای تک تک افراد کشور تأمین کند[۱۰].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.7.0]

فعالیت‌های رفاه و تأمین اجتماعی در ایران در سه بعد اصلی متمرکزند:

۱- راهبردهای بیمه‌ای که در مؤسساتی چون سازمان تأمین اجتماعی، صندوق‌های بازنشستگی کشوری و لشکری و سازمان بیمه خدمات درمانی اعمال می‌شوند؛

۲- راهبرد حمایتی که از طریق مؤسساتی همچون سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی(ره)، بنیاد شهید و بنیاد جانبازان دنبال می‌شود؛

۳- راهبرد امدادی که عبارت است از ایجاد آمادگی و هماهنگی بین سازمان‌ها و نهادهای ذی‌ربط به منظور ارائه خدمات لازم در شرایط وقوع بلایا به آسیب‌دیدگان رویدادهای غیرمترقبه و پیش‌بینی ساز و کارهای لازم برای امور مربوط به بازسازی با همکاری سازمان‌های دولتی و غیردولتی و نهادهای مدنی[۱۱].

کمک‌های یارانه‌ای دولت به هر یک از صندوق‌ها و سازمان‌ها و نیز عملکرد سایر مؤسسات خیریه عام‌المنفعه (نظیر اوقاف و صندوق‌های قرض‌الحسنه) نیز فعالیت‌های جنبی دیگری هستند که موازی با ابعاد فوق‌الذکر، در نظام رفاه و تأمین اجتماعی ایران انجام می‌گیرد[۱۱].

با آن که هر یک از این مؤسسات و نهادها منشأ کمک‌ها و خدماتی مهم و قابل ملاحظه بوده‌اند، از دیدگاه استقرار و پیشبرد یک نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، کارکردهایی متفاوت، ناهماهنگ و گاه غیرمکفی دارند[۱۱].

همچنین بر اساس بند «الف» ماده ۱۳۷ قانون برنامه چهارم توسعه، دولت مکلف است:

«تشکیلات کلان دستگاه‌های اجرایی و وزارتخانه‌ها را، متناسب با سیاست‌ها و احکام این برنامه و تجربه سایر کشورها، برای برطرف کردن اثر بخشی ناقص، تعارض‌های دستگاهی و غیرکارآمدی و کاستی جامعیت، کمی کفایت، تمرکز امور، موازی‌کاری‌ها و همچنین بهره‌گیری همه جانبه از فناوری‌های نوین و روش‌های کارآمد با هدف نوسازی، متناسب سازی، ادغام و تجدید ساختار به صورت یک منظومه منسجم، کارآمد، فراگیر و با کفایت، اثر بخش و غیرمتمرکز طراحی نماید»[۱۲]. به همین منظور، با رعایت سیاست‌ها و تکالیف برنامه چهارم، برای تحلیل نارسایی‌ها و مشکلات ساختار تشکیلاتی موجود و با الهام مثبت از شرایط و اقتضائات بومی، می‌توان با بهره‌گیری از تجارب موفق دیگر کشورها، ساختار موجود را بهبود بخشید[۱۳].

از این رو، بر آن شدیم که با طراحی ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، یعنی نظامی فراگیر که بتواند مجموعه‌های پراکنده موجود را ـ که در قلمرو تأمین اجتماعی مشغول خدمت هستند ـ سامان دهد و آنها را از ساختار و کارکردی توسعه‌ای برخوردار سازد، گامی در انجام این مهم برداریم[۱۱].

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع کاربردی است و با روش توصیفی ـ تطبیقی و در پنج مرحله انجام شده است. در مرحله اول، مطالعه کتابخانه‌ای و اسنادی، شامل بررسی کتب، مجلات علمی، مستندات، انتشارات، گزارش‌های رسمی و مکتوب و منابع و اطلاعات داخلی بوده که خروجی آن چارچوب مفهومی ساختار نظام رفاه و تأمین اجتماعی بوده است.

در مرحله دوم، جستجوی اینترنتی منابع بانک های اطلاعاتی، Medline، ISSA، Emerald و Proquest، با کلیدواژه‌های الگو، ساختار، رفاه اجتماعی، تأمین اجتماعی از سال ۱۹۹۰ به بعد انجام و اطلاعات مرتبط استخراج، تفکیک و اولویت بندی شد. خروجی این قسمت، بررسی وضع موجود و ساختار نظام رفاه و تأمین اجتماعی در کشورهای منتخب بود.

معیار انتخاب کشورها، تنوع نظام رفاه و تأمین اجتماعی، برخورداری از پیشینه علمی و عملی در زمینه رفاه و تأمین اجتماعی، دارا بودن الگوی مشخص و قابل تعریف برای ساختار وزارتخانه‌ای، قابل دستیابی بودن اطلاعات مورد نیاز از طریق این کشورها، امکان الگوبرداری و قابلیت اجرای آن با توجه به شرایط کنونی کشور ایران و کسب دستاوردهای جدید در خصوص شیوه‌های نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در نظر گرفته شد و به این ترتیب، کشورهای انگلستان، آلمان، استرالیا، ایالات متحده آمریکا، اتریش، ژاپن، سوئد، فرانسه، کره جنوبی انتخاب و مورد تحلیل قرار گرفت.

در مرحله سوم، اطلاعات به دست آمده از مراحل اول و دوم، جمع‌بندی و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و الگویی بر پایه آن طراحی و در مرحله چهارم، به منظور انجام اعتبارسنجی، الگو از تکنیک دلفی استفاده شد؛ به این معنی که الگوی طراحی شده برای ۵۰ نفر از استادان، صاحب‌نظران و مسئولان مرتبط، در ۳ نوبت ارسال و نظرهای آنان پس از جمع بندی در الگو لحاظ شد. در مرحله پنجم نیز الگوی نهایی ارائه گردید.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.7.0]

یافته‌ها

جدول شماره ۱، خلاصه یافته‌های مقایسه ویژگی‌های مورد مطالعه در کشورهای منتخب و ایران را نشان می‌دهد. مطالعه نظام رفاه و تأمین اجتماعی در کشورهای منتخب، حاکی از این واقعیت است که تمامی کشورها پذیرفته‌اند که رفاه حقی است همگانی و دولت‌ها موظف به تأمین حقوق افراد هستند. در کشورهای منتخب، غالباً اصول و مبانی مشترکی برای تحقق هدف‌ها و وظایف وزارت رفاه و تأمین اجتماعی وجود دارد، اما روش و ساز و کارهای اجرایی به کار گرفته شده در هر کشور با دیگری متفاوت است. در واقع هر کشور با در نظر گرفتن زیرساخت‌ها و شرایط اجتماعی و اقتصادی خاص خود در راستای تحقق این هدف‌ها و وظایف گام برداشته است. در ارتباط با بعد ساختاری، دو رویکرد متفاوت برای تفکیک نظام‌های رفاه و تأمین اجتماعی کشورها قابل تفکیک بود:

الف- رویکرد مبتنی بر پوشش (Coverage) اقامتی: در تعدادی از کشورها افراد، در مقام شهروند، صاحب حق هستند و بنابراین به صرف اقامت در کشور، تحت پوشش رفاه و تأمین اجتماعی قرار می‌گیرند؛

ب- رویکرد مبتنی بر پوشش اشتغال: در بعضی از کشورها مبنای عضویت افراد در نظام رفاه و تأمین اجتماعی، وضعیت شغلی آنها است[۱۴](جدول شماره ۲). در ساختار تشکیلاتی کشورهای توسعه یافته، دولت‌ها در بخش سلامت و رفاه، تنها نقش «مدیریت کلان» را ایفا می‌کنند؛ به این معنی که نقش دولت‌ها در بخش سلامت و رفاه به برنامه‌ریزی، ارزیابی و تعیین استاندارد در سطح کلان محدود می‌شود. در چنین شرایطی، دولت‌ها فارغ از هر گونه درگیری در مسائل جزیی، با توانایی بیشتری به امور مهمی نظیر نظارت، ارزیابی و تعیین استاندارد در بخش سلامت و رفاه پرداخته‌اند. در کشورهای توسعه یافته، بر خلاف ایران، ساختار بسیار ساده و کم حجم است. همچنین، در ساختار وزارت بهداشت و درمان، غالباً تمایز خاصی بین بخش بهداشت و درمان یا رفاه و تأمین اجتماعی و بیمه مشاهده نمی‌شود[۱۴]. بررسی ساختار رفاه و تأمین اجتماعی در کشورهای مختلف حاکی از آن است که «استان‌ها»، «دولت‌های محلی»،«بخش‌ها» و یا «شهرداری‌ها» نقش مهمی را در اداره خدمات بهداشتی و رفاهی ایفا می‌کنند. در بسیاری از کشورها سطوح مذکور از اختیارات ملی برخوردار هستند. در چنین شرایطی از تمرکز غیرضروری در سطوح بالای دولتی کاسته می‌شود و دولت مرکزی توانایی کنترل و نظارت امور زیربنایی سلامت و رفاه را می‌یابد[۱۴]. بررسی اهداف کشورهای منتخب نشان داد که در کشورهای مورد مطالعه غالباً اصول و مبانی مشترکی برای تحقق هدف‌ها و وظایف نظام رفاه و تأمین اجتماعی وجود دارد، اما ساز و کارهای اجرایی و کنترلی آنها از هم متفاوت است. در واقع، هر کشور با توجه به زیر ساخت‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی خود آن اهداف و وظایف را تدوین نموده است[۱۴].

با استخراج و طبقه بندی وظایف نظام رفاه و تأمین اجتماعی، ۶۰ مورد شناسایی و فراوانی آنها استخراج شد. سپس وظایفی که میزان فراوانی بیش از ۵۰ درصد داشته‌اند، استخراج (جدول شماره ۳) و د در مرحله بعد، فعالیت‌ها از نظر موضوعی، براساس منطق تقسیم کار، وظایف در سه گروه طبقه‌بندی گردیدند[۱۴].

جدول شماره ۱- خلاصه یافته‌های مقایسه ویژگی‌های مورد مطالعه در کشورهای منتخب و ایران

عامل تطبیق	ساختار سازمانی از نظر تمرکز (درصد)		ساختار سازمانی از نظر وابستگی (درصد)		پوشش جمعیت (درصد)		
	متمرکز	غیرمتمرکز	ادغام یافته	مستقل	اقامت و ملیت	اشتغال	سایر
کشورهای مورد مطالعه	۱۰	۹۰	۵۰	۵۰	۴۵	۴۰	۱۵

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.7.0]

جدول شماره۲- جدول تطبیقی بر اساس جمعیت تحت پوشش در کشور مورد مطالعه

عامل تطبیق / کشور مورد مطالعه	ویژگی‌های جمعیت تحت پوشش
انگلستان	کل ساکنان انگلستان تحت پوشش هستند. در نظام تأمین اجتماعی، همه افراد عضویت دارند و به طور اجباری باید حق بیمه بپردازند، اما سهم مشارکت آنان به تناسب وضع شغلی و سطح درآمدشان، متفاوت است.
آمریکا	تعهدی برای پوشش جمعیتی به جز در برنامه مدیکیر و مدیکید وجود ندارد. در واقع، پوشش جمعیتی بر مبنای پرداخت حق بیمه به وسیله و با مسئولیت شخص انجام می‌گیرد.
آلمان	پوشش جمعیت بر مبنای وضع شغلی افراد است. سایر قشرهای جمعیت، که حدود ۱۵ درصد کل جمعیت را تشکیل می‌دهند، به طور اختیاری می‌توانند تحت بیمه اجتماعی یا شرکت‌های خصوصی باشند.
استرالیا	خانواده و کودکان، افراد در سنین کار، معلولان و سالمندان، کسانی که در مناطق روستایی و دورافتاده زندگی می‌کنند، افراد بی‌خانمان یا در معرض خطر بی‌خانمانی، افراد بومی و جزیره نشینان تنگه تورس، افراد با فرهنگ‌ها و زبان‌های مختلف، جمعیت‌های سراسر کشور
اتریش	نظام تأمین اجتماعی در اتریش، نظامی است فراگیر؛ ولی در عین حال، سمت و سوی آن متوجه کسانی است که آسیب‌پذیرتر هستند.
ژاپن	تقریباً تمام ژاپنی‌ها تحت پوشش هستند. در واقع، اساس پوشش جمعیتی مبنای شغل تعیین شده است.
سوئد	مبنای پوشش، شهروندی و اسکان در کشور سوئد است و تقریباً ۱۰۰ درصد جمعیت تحت پوشش هستند.
فرانسه	تمام جمعیت فرانسه زیر پوشش بیمه‌های اجتماعی قرار می‌گیرند. کسانی که تحت پوشش قرار ندارند، باید پوشش ویژه‌ای به نام بیمه فردی داشته باشند.
کره جنوبی	مبنای پوشش، ملیت، اشتغال و پرداخت حق بیمه است. برای نیازمندان و قشر از نظر مالی آسیب‌پذیر نیز دولت یارانه می‌پردازد.
ایران	به دلیل همپوشانی بین آمار جمعیت تحت پوشش هر یک از نظام‌های بیمه‌ای و تفاوت در مبانی محاسبات آماری، آمار دقیقی در دست نیست؛ ولی در مجموع،۹۰ درصد جمعیت تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌ای و حمایتی هستند.

جدول شماره ۳- خلاصه شرح وظایف تطبیقی کشورهای منتخب در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی

شرح وظایف	فراوانی(درصد)
حمایت مالی از افراد بیکار، بیمار و از کار افتاده	۱۰۰
تامین حداقل زندگی برای همه افراد و خانواده‌هایی که درآمد کافی ندارند.	۱۰۰
حمایت از افراد جامعه در برابر رویدادهای اقتصادی، اجتماعی و پیامدهای سوء آنها	۱۰۰
حمایت مالی از افراد سالمند	۹۰
ضمانت منابع مالی، تعدل بین دستمزد و هزینه	۸۰
انجام فعالیت های حفاظتی افراد بی‌خانمان و خیابانی	۷۰
بیمه حوادث ناشی از کار (بیمه بی‌کاری)	۷۰
گسترش نظام بیمه‌ای و تامین سطح بیمه همگانی بر آحاد جامعه	۷۰
جمع آوری درآمدهای تأمین اجتماعی	۶۰
امور بیماری‌ها، بارداری و زایمان، معلولیت‌ها، فوت، خطرهای شغلی	۶۰
مستمری و مزایای مربوط به قربانیان جنگ	۶۰
تأمین خدمات پیشگیری از بروز یا تشدید معلولیت ها و آسیب‌های اجتماعی	۶۰
معلولیت‌ها و تأمین مالی برای بیماران و معلولین (خدمات توانبخشی)	۶۰
مدیریت بیمه‌های اجتماعی، خدمات اجتماعی	۶۰
ایجاد هماهنگی و انسجام بین بخش‌های مختلف بیمه‌های اجتماعی و درمانی	۵۰
مراقبت از کودکان به لحاظ حفظ سلامت و جلوگیری از آسیب‌های اجتماعی	۵۰
مدیریت بلایایی طبیعی، مدیریت بحران	۵۰
تدوین برنامه‌های مدیریت ایمنی ملی	۵۰
کمک ها بر قادرسازی مردم برای پایه‌گذاری مجدد زندگی و جامعه	۵۰
بسط و توسعه کیفیت خدمات عمومی	۵۰
حمایت‌های مالی از افرادی که از سالمندان و از کارافتادگان مراقبت می‌کنند	۴۰
حمایت قانونی از کارگران و شاغلین	۴۰
نظارت بر عملکرد صندوق‌های بیمه‌ای	۴۰
مشارکت با سازمان‌های دولتی و غیردولتی	۳۰
حمایت از مادران به خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند	۳۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.7.0]

بحث و نتیجه گیری

تأمین اجتماعی، به طور کلی، در بر گیرنده دو شاخه بیمه اجتماعی و غیربیمه‌ای است. شاخه بیمه اجتماعی، که مبتنی بر اشتغال است و رابطه کارگری و کارفرمایی در آن وجود دارد، متکی به دریافت حق بیمه از بیمه شده، کارفرما و بعضاً کمک دولت متکی است[۱۵]. نظام بیمه‌های اجتماعی، که شاخه بیمه‌ای تأمین اجتماعی را می‌پوشاند، برای کشورهایی چون ایران پدیده‌ای است که ریشه برون‌مرزی دارد و قوانین، مقررات و محاسبات و نیز ساختار و سازماندهی آن منبعث از نظام‌های موجود در کشورهای پیشرفته صنعتی است[۱۵]. شاخه غیربیمه‌ای تأمین اجتماعی، بر حمایت اقشار آسیب‌پذیر و حمایت از افرادی مبتنی است که توانایی مشارکت مستقیم در تأمین منابع مالی مورد نیاز را ندارند. این شاخه تحت تأثیر شرایط فرهنگی هر کشوری قرار دارد و سابقه آن در ایران از کشورهای صنعتی پیشرفته بیشتر است. با این حال، به دلیل بالا بودن سطح زندگی در کشورهای پیشرفته و خصوصی‌سازی کامل اقتصادی، دولت مسئولیت تأمین اجتماعی را بر عهده دارد و حرکت در جهت پوشش کامل افراد از محل درآمد ملی است. بنابراین، در بسیاری از این کشورها دولت موظف است از افراد با سطح درآمد کمتر از حد معینی حمایت کند. در این کشورها، پرداخت حق بیمه از طرف مردم مطرح نیست و درآمدهای ملی و مالیاتی، منبع مالی هزینه‌های طرح‌های تأمین اجتماعی هستند. به طور خلاصه، در کشورهای پیشرفته، حرکت از بیمه‌های اجتماعی به سوی رفاه اجتماعی است؛ در حالی که در کشورهای توسعه یافته، حرکت باید از شاخه غیربیمه‌ای به شاخه بیمه‌ای صورت گیرد[۱۶]. از مطالعه مقایسه‌ای می‌توان، به اجمال، شباهت‌ها و تفاوت‌هایی را به شرح زیر نتیجه گرفت:

الف- شباهت‌ها

۱- در تمامی کشورهای مورد مطالعه، برنامه‌ریزی متمرکز و اجرای غیرمتمرکز در نظام رفاه و تأمین اجتماعی کاملاً مشهود است.

۲- در تمامی کشورهای مطالعه شده، برنامه‌ریزی اصلی و تنظیم طرح رفاه کلی کشور جزء وظایف و مسئولیت‌های دولت مرکزی است.

۳- در تمامی کشورهای مورد مطالعه پوشش گروه‌های آسیب‌پذیر، یکی از هدف‌های اصلی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی است.

۴- در تمامی کشورهای مورد مطالعه، حمایت مالی از افراد بی‌کار، بیمار و از کارافتاده از وظایف اصلی وزارت رفاه و تامین اجتماعی است.

۵- در تمامی کشورهای مورد مطالعه، تأمین حداقل زندگی برای همه افراد و خانواده‌هائی که درآمد کافی ندارند از وظایف اصلی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی است.

۶- در تمامی کشورهای مطالعه شده، حمایت از افراد جامعه در برابر رویدادهای اقتصادی، اجتماعی و پیامدهای سوء آنها در زمره وظایف اصلی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی جای دارد.

۷- در تمامی کشورهای مورد مطالعه، حمایت مالی از سالمندان از جمله وظایف اصلی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی است.

۸- در تمامی کشورهای مورد مطالعه، ساختار مدیریت رفاه و تأمین اجتماعی از یک ساختار کاملاً غیرمتمرکز پیروی می‌کند.

ب- تفاوت‌ها

در تمامی کشورهای مورد مطالعه، به رغم وجود عدم تمرکز اداری، طیفی از این عدم تمرکز مشاهده می‌شود به نحوی که در کشوری مانند آمریکا مدیریت رفاه و تأمین اجتماعی، کاملاً غیرمتمرکز و نقش دولت بسیار کم رنگ است. از طرفی، در کشوری مانند فرانسه، نقش دولت در برنامه‌ریزی متمرکز کاملاً مشهود است، به نحوی که برنامه‌های راهبردی و بلند مدت توسط مؤسسات ناحیه‌ای تدوین می‌شوند.

به این ترتیب، میزان تمرکز و عدم تمرکز به صورت گستره‌ای است که هر کشور در جایی از این گستره قرار دارد و هیچ دو کشوری را نمی‌توان کاملاً مشابه هم یافت؛ لذا در هیچ کشوری نظام کاملاً متمرکز یا غیرمتمرکز وجود ندارد.

در ایران، بر طبق قوانین برنامه‌ریزی بلندمدت و کلان، نظام رفاه و تأمین اجتماعی کاملاً متمرکز انجام می‌شود و سازمان‌های تابعه بیشتر در برنامه‌ریزی عملیاتی نقش دارند.

در مجموع، نتایج حاصل از مطالعه تطبیقی و یافته‌های پژوهش در خصوص ساختار وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در ایران حاکی از واقعیت های ذیل است.

- متمرکز بودن برنامه‌ریزی

- توجه دولت به مدیریت و برنامه‌ریزی راهبردی و کنترل کلان نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در راستای اهداف و سیاست‌گذاری‌های مربوط به بهبود عملکرد نظام رفاه وتأمین اجتماعی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.7.0]

- فعالیت اصلی دولت در بخش رفاه اجتماعی، محدود به برنامه‌ریزی و مدیریت کلان نظام و ایجاد زمینه برای تعیین استانداردهای نظارت بر نحوه اجرای مقررات رفاهی و تأمین اجتماعی است. بر این اساس، ساختار وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، باید از شکل پیچیده خارج شود و در قالب ساختاری ساده و کم حجم، با حذف وظایف اجرایی، طراحی گردد.

پ- امور رفاه اجتماعی (تحلیلی از ساختار موجود و پیشنهادی)

وضع موجود نظام رفاه و تأمین اجتماعی کشور ما بیانگر آن است که از نظر قانونی و آرمانی، حفظ سلامت و توجه به آن در زمره تکالیف دولت قرار داده شده است. این مهم در بند (۱۲) اصل سوم قانون اساسی نیز آمده است. بر این اساس، ایجاد رفاه از وظایف اساسی دولت و در کنار بهداشت آمده است. همچنین، در اصل بیست و نهم قانون اساسی، برخورداری ملت از حقوق اساسی مورد تأکید قرار گرفته و در قالب نظام تأمین اجتماعی آورده شده است[۱۰]. به موجب اصل ۲۹ قانون اساسی، خدمات حمایتی در زمینه بازنشستگی، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، حوادث و سوانح در کنار خدمات بهداشتی ـ درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره در قالب نظام تأمین اجتماعی تعریف شده است[۱۰].

در خصوص امور بهزیستی و خدمات حمایتی و توان بخشی نیز، با عنایت به قانون، لازم است تمام امور اجرایی بهزیستی، شامل توانبخشی، حمایت و نگهداری کودکان، زنان و سالمندان بی‌سرپرست و افراد نیازمند، از طریق مشارکت با شهرداری‌ها و مؤسسات خیریه غیردولتی (N.G.O) انجام شود. مقایسه هزینه‌های ارائه خدمات در دولت و بخش خصوصی، نمایانگر آن است که هزینه سرانه خدمات توانبخشی و حمایتی بخش دولتی بین ۲ تا ۳ برابر بخش غیردولتی است. بنابراین، وظایف عملیاتی و اجرایی سازمان بهزیستی کشور کاهش پذیر است و آنچه باقی می‌ماند وظایف نظارتی و راهبردی سازمان شامل سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، هدایت، نظارت و ارزیابی است[۱۳].

به طور کلی، اهم مشکلات و نارسایی‌های ساختار موجود این بخش را می‌توان به شرح زیر ذکر کرد:

۱- جدا بودن مدیریت نظام بیمه درمان و خدمات توان بخشی و حمایتی موجب عدم انسجام و ناهماهنگی در مدیریت نظام رفاه و تأمین اجتماعی می‌شود.

۲- بخش‌های سلامت و خدمات بیمه‌ای و رفاه، زنجیره‌ای از فعالیت‌های به هم پیوسته قلمداد می‌شوند که دقیقاً در ارتباط با اولویت‌های برنامه‌ای به دنبال هم مطرح می‌شوند و این به آن معنی است که توفیق در برنامه‌های سلامت و بهداشت سبب می‌شود از ابعاد فعالیت‌های درمانی و به تبع آن، استفاده از خدمات درمانی کاسته شود و بر عکس آن، شکست برنامه‌های سلامت، بازتاب نامطلوب در بخش‌های دیگر خواهد داشت.

۳- از مشخصه‌های دیگر که پشتوانه تصمیم‌گیری‌های تشکیلاتی در الحاق یا انتزاع و تفکیک وظایف و مسئولیت‌ها قرار می‌گیرد، رعایت اصل تجانس و سنخیت وظیفه است.

این اصل در زمینه فعالیت‌های حوزه رفاه و تأمین اجتماعی به علت مشابهت انواع تخصص‌ها و ماهیت وظایف به مفهوم حدود و نوع دخالت در امور مورد بحث و همچنین نوع وظیفه از نظر ستادی و اجرایی بودن، مصداق پیدا می‌کند.

۴- از عوامل و ملاحظات دیگری که پیوستگی وظایف حوزه رفاه و تأمین اجتماعی را بیشتر نشان می‌دهد، حساسیت و اهمیت برنامه‌ریزی هماهنگ و یکپارچه این امور است که لزوم در اختیار داشتن اطلاعات و ارقام و گردش سالم و سریع این اطلاعات در شبکه اطلاعاتی متمرکز و واحد را اجتناب ناپذیر می‌سازد.

۵- عدم وجود نظام بیمه‌ای جامع

در اجرای اصل ۲۹ قانون اساسی و نیز به منظور توسعه عدالت اجتماعی، نظام تأمین اجتماعی با هدف حمایت از اقشار مختلف جامعه در برابر رویدادهای اقتصادی، اجتماعی و طبیعی پیامدهای آن از نظر بازنشستگی، بی‌کاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و ناتوانی‌های جسمی، ذهنی، روانی و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه‌ای و غیر آن (حمایتی و امدادی) حقی است همگانی و دولت مکلف است که طبقه قوانین، از محل درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت مالی فوق را برای یکایک افراد کشور تأمین کند.

بر اساس ماده ۳۷ قانون برنامه سوم، فعالیت‌های بیمه‌ای در دو بخش همگانی و مکمل انجام می‌شود و خدمات هر بخش بر اساس ضوابط تعیین می‌شود:

الف- خدمات بیمه همگانی که با مشارکت بیمه شده، کارفرما (در صورت وجود کارفرما) و دولت (حسب تکالیف قانونی آن) تأمین می‌شود. خدماتی که در قوانین فعلی سازمان‌های بیمه‌ای و صندوق‌های بازنشستگی، برای تمام بیمه شدگان تحت پوشش هر

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.7.0]

سازمان و صندوق تعیین شده است، به منزله خدمات بیمه همگانی برای مسئولان همان سازمان و صندوق منظور خواهد شد.

بخش مکمل بیمه‌های درمان شامل خدماتی است که سطح بالاتری از خدمات بیمه همگانی را در بر می‌گیرد و یا هزینه بیشتری نسبت به تعهد بیمه همگانی تأمین می‌کند.

بیمه خدمات درمانی در نظام سلامت نقش تأمین کننده بخش مهمی از منابع مالی آن را ایفا می‌کند. از این رو، انجام اصلاحات در نظام بیمه خدمات درمانی کشور، بخش عمده‌ای از اصلاحات نظام رفاه و تامین اجتماعی خواهد بود.

۵- شاخص‌هایی از وظایف در بخش توانبخشی دیده شده است؛ از آن جمله‌اند: نسبت سالمندان تحت پوشش به کل سالمندان نیازمند کشور، نسبت بیماران روانی تحت پوشش به کل بیماران مزمن شناسایی شده کشور، توانمندسازی و قادرسازی معلولان تحت پوشش، همچنین شاخص‌هایی که از وظایف در بحث پیشگیری معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی، نظیر نسبت تعداد خانوارهای دارای معتاد تحت پوشش برنامه پیشگیری به کل خانوارهای دارای معتاد، نسبت کودکان تحت پوشش طرح تنبلی چشم به کل کودکان واجد شرایط (۴ تا ۶ ساله)، تعداد تماس گیرندگان مراکز مشاوره خدمات روان شناسی به ازای هر صدهزار نفر جمعیت کشور، نسبت مشاوره ژنتیک انجام شده قبل از ازدواج به کل ازدواج‌های هر سال، نسبت پرونده‌های خانوارهای ارجاع شده متقاضی طلاق که از طلاق منصرف شده‌اند به کل متقاضیان طبق ارجاع از دادگاه و سلامت جسمانی و روانی پیش دبستانی.

با توجه به مواد مذکور، در مجموع به نظر می‌رسد که موارد مشترکی بین وظایف و مسئولیت‌های حوزه رفاه و تأمین اجتماعی وجود دارند که انفکاک آنها را از هم غیر ممکن می‌سازند و اصولاً مرزبندی آنها از یکدیگر غیرعملی و غیرمنطقی است. تجارب کشورهای مورد مطالعه و یافته‌های حاصل از مقایسه ساختار این ممالک درستی این مدعا را ثابت می‌کنند. وزارت رفاه و تأمین اجتماعی بر اساس قانون ساختار نظام رفاه و تأمین اجتماعی تشکیل شده که با توجه به این که سازمان‌های حمایتی ـ بیمه‌ای ـ امدادی در زیر مجموعه آن قرار دارد، لازم است در طراحی ساختار، جایی برای آنها در نظر گرفت.

وظایف و مأموریت‌های در نظر گرفته شده برای این وزارتخانه، بسیار متنوع و متعددند. علاوه بر آن، وظایف مزبور باید در سطح کشور به طور گسترده در دسترس همگان قرار گیرد. تنوع، تعدد، حجم وسیع عملیات و حیطه‌های فعالیتی نظام رفاه و تأمین اجتماعی از یک سو و ویژگی‌های این خدمات و تخصص‌ها و مهارت‌های مورد نیاز این خدمات از سوی دیگر نشانگر آنند که این ساختار سازمانی به مهندسی مجدد نیاز دارد.

پس از مطالعه تطبیقی در نظام رفاه و تأمین اجتماعی کشورهای منتخب و تحلیل نتایج به دست آمده، وظایفی پیشنهادی برای این وزارتخانه استخراج شدند و در نهایت، الگویی پیشنهادی تدوین گردید (شکل شماره ۱). بر اساس الگوی طراحی شده پیشنهاد می‌شود:

۱- از نظر وابستگی مسئولیت‌ها و وظایف، حوزه‌های رفاه و تأمین اجتماعی در ایران باید ادغام شوند و به صورت وزارت رفاه در چارچوب قانونی تعیین شده فعالیت کنند.

۲- برای پوشش جمعیتی، فقط ملیت ملاک و مبنای پوشش جمعیت قرار گیرد و سایر فروع و طبقه‌بندی‌ها حذف شوند.

با ادغام حوزه‌های مربوط به رفاه و تأمین اجتماعی، هماهنگی و انسجام در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و تخصیص صحیح منابع حوزه رفاه و تأمین اجتماعی افزایش می‌یابد. به طور کلی، اهداف مورد انتظار از ایجاد وزارت مذکور، که در ذیل فهرست شده‌اند با این الگو بهتر تحقق می‌یابند.

۱- ارتقای سطح و بهبود رفاه، که نتیجه آن کاهش هزینه درمانی، کاهش آسیب‌های اجتماعی و افزایش رفاه اجتماعی خواهد بود، مورد توجه و تقویت بیشتر قرار گیرد.

۲- نظام بیمه درمان و استفاده از منابع لازم برای تحت پوشش قرار دادن آحاد جامعه و امکان بهره‌برداری اقشار مردم از خدمات درمانی مطلوب، تقویت شود.

۳- تصدی‌گری در امور درمانی و خدمات بهزیستی کاهش یابد و امور برنامه‌ریزی، پایش و حمایت از فعالیت‌های مذکور در سطح کشور، تقویت گردد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.7.0]



شکل شماره ۱- ساختار پیشنهادی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی

منابع

۱- بولونی جولیانو. ترجمه هرمز همایون‌پور. *دولت رفاه در اروپا*. چاپ اول، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، تهران، ۱۳۷۸

۲- مدنی سعید. *به سوی نظام جامع رفاه اجتماعی*. چاپ اول، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۷۹

۳- مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی. نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (خلاصه گزارش). ۱۳۷۸

۴- ستاری محمد. زمینه تاریخی تأمین اجتماعی. *تأمین اجتماعی* ۱۳۷۸، ۱، ۵۱-۲۹

۵- همایون‌پور هرمز. تأمین اجتماعی در ایران و جهان. چاپ اول، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، تهران، ۱۳۸۵

6- Social Security Programs throughout the World (SSA), 22nd Edition, USA, 1995

7- http://www.facs.gov.au/internet/facsinternet.nsf/aboutfacs/orgchart.htm (July 2007)

۸- جغتایی محمد تقی. *رفاه اجتماعی: ساختار و عملکردها*. چاپ اول، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۷۷

۹- پناهی بهرام. *اصول و مبانی نظام تأمین اجتماعی*. چاپ اول، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، تهران، ۱۳۷۶

۱۰- امین محمد. *قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران*. انتشارات خورشید، تهران ۱۳۸۰

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.7.0]

۱۱- مجیدپور مسعود. *نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی: دیدگاه کمیته امداد*. مجلس و پژوهش ۱۳۸۱، ۳۳، ۲۷۸-۲۵۵

۱۲- سازمان مدیریت و برنامه ریزی. *قانون برنامه چهارم توسعه جمهوری اسلامی ایران*. انتشارات سازمان مدیریت و برنامه ریزی،۱۳۸۴

۱۳- سازمان مدیریت و برنامه ریزی. *منطقی نمودن اندازه دولت*. چاپ اول، انتشارات مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه ریزی، ۱۳۸۱

۱۴- مسعوداصل ایروان. طراحی ساختار وزارت رفاه و تامین اجتماعی ایران، رساله دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، ۱۳۸۵

۱۵- اکبری محمدعلی. *بررسی برنامه‌ریزی دولتی در حوزه تأمین اجتماعی ایران*. چاپ اول، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، جلد دوم (۱۳۵۷-۱۳۲۰)، ۱۳۸۳

۱۶- اعرابی سیدمحمد. *طراحی ساختار مدیریت نظام رفاه اجتماعی*. چاپ اول، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸۱

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1388.8.2.7.0]