

به نام خدا



مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

# اسناد سیاستی نظام تأمین اجتماعی چندلایه کشور

گردآوری و تدوین:

اسماعیل گرجی پور

ناظر علمی: کیومرث اشتریان

ویراستار علمی: نرگس اکبرپور روشن

معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفتر بیمه‌های اجتماعی  
باهمکاری

کمیسیون اجتماعی دولت، سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور

و

مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

تهران ۱۳۹۵



اسناد سیاستی  
نظام تأمین اجتماعی چندلایه کشور

سرشناسه:

عنوان و نام پدیدآور:

مشخصات نشر: تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۹۵.

مشخصات ظاهری: ۲۵۵ ص.، جدول، نمودار.

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۶۹۲۳-۷۴-۴

وضعیت فهرست نویسی: فیبا

موضوع:

شناسه افزوده:

رده‌بندی کنگره:

رده‌بندی دیویی:

شماره کتابشناسی ملی:



## اسناد سیاستی نظام تأمین اجتماعی چندلایه کشور

گردآوری و تدوین: اسماعیل گرجی‌پور

ناظر علمی: کیومرث اشتریان

ویراستار علمی: نرگس اکبری‌پور روشن

صفحه آرایی: سمیرا طاهربرزی

طراحی جلد: شبنم ترابی‌پاریزی

لیتوگرافه، چاپ و صحافه: تیرازه

چاپ اول: ۱۳۹۵

شمارگان: ۵۰۰ جلد

شابک: ۹۷۸-۹۶۴-۶۹۲۳-۷۴-۴

قیمت: ۲۷۰۰۰۰ ریال

تهران، میدان آرژانتین، خیابان احمد قصیر، خیابان دهم، پلاک ۲۰

تلفن: ۰۲۱۸۸۷۵۳۳۴۵

فکس: ۰۲۱۸۸۵۰۷۴۲۱

کدپستی: ۱۵۱۴۷۳۴۳۱۱

ایمیل: info@ssor.ir



سخن وزیر	۱۳
پیشگفتار مؤسسه	۱۴
مقدمه	۱۵

### روش‌شناسی اسناد سیاستی: راهنمای برنامه‌ریزی دولتی در سطح خُرد

مقدمه	۱۸
۱- مفهوم سیاست‌گذاری عمومی	۱۸
۲- سیالیت چرخه سیاست‌گذاری مدل گردش ابری	۲۰
۳- مدل برنامه‌ریزی بر مبنای چرخه سیاست‌گذاری	۲۰
۴- مبانی قانونی و فرایند رسمی تدوین سند سیاستی در دولت	۲۲
۵- خلاصه اقدامات اصلی و گام‌به‌گام برای تدوین سند سیاستی	۲۳
۱-۵- مسئله‌شناسی تحلیلی	۲۴
۲-۵- تدوین نظریه سیاستی و استخراج راه‌حل‌ها	۲۵
۳-۵- تحلیل ذی‌نفعان	۲۷
۴-۵- برآورد بودجه و تحلیل هزینه-فایده	۳۰
۵-۵- تحلیل حقوقی	۳۲
۶-۵- تحلیل آثار اجتماعی، فرهنگی و زیست‌محیطی	۳۵
۷-۵- تعیین مدل اجرایی	۳۷
۸-۵- پایش اجرای سیاست	۳۸
۹-۵- تعیین مدل ارزیابی سند سیاست‌گذاری	۳۹
جمع‌بندی	۴۳
منابع	۴۴

### سند ۱: نظام تأمین اجتماعی چندلایه در ایران (الگوی کلان)

مقدمه	۴۷
-------	----

- ۱- مسئله‌شناسی تحلیلی ..... ۴۸
- ۲- راهبردهای اساسی حمایت‌های نظام تأمین اجتماعی ..... ۵۰
- ۱-۲- راهبرد غیرمشارکتی شامل نظام همگانی و مساعدت اجتماعی ..... ۵۱
- ۲-۲- راهبرد مشارکتی و پیشگیرانه شامل بیمه‌های اجتماعی پایه، پس‌انداز انفرادی اجباری و اختیاری، بیمه مسئولیت کارفرما و بیمه عمر ..... ۵۱
- ۳- مبانی نظری نظام‌های چندلایه تأمین اجتماعی ..... ۵۳
- ۴- مبانی تأمین مالی صندوق‌های بازنشستگی ..... ۵۶
- ۱-۴- طرح‌های مستمری مبتنی بر حق بیمه ..... ۵۷
- ۲-۴- طرح‌های مستمری بدون حق بیمه ..... ۵۸
- ۳-۴- مبانی تعیین مزایا در صندوق‌های بازنشستگی ..... ۵۸
- ۵- الگوی کلان‌پیشنهادی نظام تأمین اجتماعی چندلایه برای ایران ..... ۶۰
- ۱-۵- لایه مساعدت اجتماعی به تفکیک دو سطح حمایتی کامل و حمایتی نسبی ..... ۶۲
- ۲-۵- لایه بیمه‌های اجتماعی پایه به تفکیک دو سطح فراگیر (همگانی) و اجباری ..... ۶۳
- ۳-۵- لایه بیمه تکمیلی ..... ۶۴
- ۶- اصلاحات و اقدامات موردنیاز در وضع موجود ..... ۶۵
- ۱-۶- اصلاحات و اقدامات لازم در لایه حمایتی ..... ۶۵
- ۲-۶- اصلاحات و اقدامات لازم در لایه بیمه‌های پایه ..... ۶۵
- ۳-۶- اصلاحات و اقدامات لازم در لایه بیمه تکمیلی ..... ۶۶
- ۴-۶- ایجاد بانک اطلاعاتی ..... ۶۷
- ۷- تحلیل ذی‌نفعان نظام تأمین اجتماعی چندلایه در ایران ..... ۶۷
- ۸- تحلیل حقوقی و اسناد بالادستی ..... ۶۷
- ۱-۸- نظام تأمین اجتماعی چندلایه در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران ..... ۶۷
- ۲-۸- نظام تأمین اجتماعی چندلایه در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی ..... ۶۸
- ۳-۸- نظام تأمین اجتماعی چندلایه در قانون برنامه پنجم توسعه ..... ۶۹
- ۴-۸- نظام تأمین اجتماعی چندلایه در سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه ..... ۷۰
- ۹- رویکرد اجرایی نظام تأمین اجتماعی چندلایه در ایران به تفکیک سطوح ..... ۷۱
- لایه اول (خدمات حمایتی شامل مساعدت اجتماعی و خدمات همگانی) ..... ۷۱
- لایه دوم (بیمه‌های اجتماعی پایه) ..... ۷۲
- لایه سوم (بیمه‌های تکمیلی) ..... ۷۳
- جمع‌بندی ..... ۷۴
- منابع ..... ۷۶

## سند ۲: لایهٔ مساعدت اجتماعی

مقدمه .....	۸۰
مسئله‌شناسی تحلیلی .....	۸۰
۲- وضع موجود در حوزهٔ حمایتی .....	۸۱
۲-۱- سالمندان .....	۸۴
۲-۲- زنان سرپرست خانوار .....	۸۵
۲-۳- آسیب‌دیدگان اجتماعی .....	۸۵
۳- نظریهٔ پایهٔ سیاستی .....	۸۷
۳-۱- ضرورت سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی .....	۹۰
۳-۲- اقدامات مبتنی بر نظریهٔ سیاستی .....	۹۱
۴- تحلیل ذی‌نفعان .....	۹۲
۵- برآورد هزینه‌ها .....	۹۲
۵-۱- مستمری معیشت و امنیت تغذیه .....	۹۳
۵-۲- خدمات حمایتی سلامت شامل بهداشت و درمان پایه (مراقبت‌های پزشکی) و کمک‌هزینهٔ اقلام توان‌بخشی .....	۱۰۲
۵-۳- توانمندسازی (ارتقای ظرفیت و دارایی) .....	۱۰۵
۵-۴- مراقبت‌های ویژه شامل حمایت و نگهداری از خانواده‌های نیازمند، معلولین و کودکان بی‌سرپرست .....	۱۰۷
۵-۵- پیشگیری، مداخله و مدیریت مخاطرات .....	۱۰۸
۵-۶- برآورد مجموع اعتبار موردنیاز برای تأمین موضوعات حمایت در لایهٔ مساعدت .....	۱۰۹
۶- تحلیل حقوقی و اسناد بالادستی .....	۱۰۹
۶-۱- مساعدت اجتماعی در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران .....	۱۰۹
۶-۲- مساعدت اجتماعی در قانون برنامهٔ پنجم توسعه .....	۱۱۰
۶-۳- مساعدت اجتماعی در آیین‌نامهٔ چتر ایمنی رفاه اجتماعی .....	۱۱۱
۶-۴- مساعدت اجتماعی در قانون هدفمند کردن یارانه‌ها .....	۱۱۱
۶-۵- مساعدت اجتماعی در سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها .....	۱۱۲
۶-۶- مساعدت اجتماعی در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی .....	۱۱۳
۷- رویکرد اجرایی .....	۱۱۴
۸- مخاطرات طرح و ضمانت‌های اجرایی .....	۱۱۶
۹- پایش و ارزیابی .....	۱۱۷
جمع‌بندی .....	۱۱۷
منابع .....	۱۱۸

### سند ۳: لایه بیمه اجتماعی پایه و تکمیلی

۱۲۱	مقدمه
۱۲۲	۱- مسئله‌شناسی تحلیلی
۱۲۳	۱-۱- حوزه پوشش جمعیتی
۱۲۶	۱-۲- حوزه تعهدات و خدمات
۱۲۷	۱-۳- حوزه منابع مالی
۱۳۲	۱-۴- حوزه ساختار اداری و اجرایی
۱۳۴	۲- نظریه پایه سیاستی
۱۳۶	۳- اقدامات مبتنی بر نظریه سیاستی
۱۴۷	۴- تحلیل ذی نفعان
۱۴۹	۵- برآورد هزینه‌ها
۱۵۱	۶- تحلیل حقوقی و اسناد بالادستی
۱۵۱	۶-۱- بیمه‌های اجتماعی در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
۱۵۲	۶-۲- بیمه‌های اجتماعی در سیاست‌های کلی نظام جمهوری اسلامی ایران
۱۵۴	۶-۳- بیمه‌های اجتماعی در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی
۱۵۵	۶-۴- بیمه‌های اجتماعی در قانون هدفمند کردن یارانه‌ها
۱۵۵	۶-۵- بیمه‌های اجتماعی در قانون برنامه پنجم توسعه
۱۵۶	۷- رویکرد اجرایی
۱۵۸	۸- مخاطرات طرح و ضمانت‌های اجرایی
۱۵۸	۹- پایش و ارزیابی
۱۵۹	جمع‌بندی
۱۶۱	منابع

### سند ۴: نظام تأمین اجتماعی چندلایه در حوزه بیمه اجتماعی سلامت

۱۶۵	مقدمه
۱۶۶	۱- مسئله‌شناسی تحلیلی
۱۶۸	۲- نظریه پایه سیاستی
۱۶۹	۳- تحلیل ذی نفعان
۱۶۹	۴- برآورد هزینه‌ها
۱۷۰	۵- تحلیل حقوقی

۱۷۰	۱-۵- بیمه‌های اجتماعی سلامت در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
۱۷۰	۲-۵- بیمه‌های اجتماعی سلامت در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی
۱۷۲	۳-۵- بیمه‌های اجتماعی سلامت در قانون برنامه پنجم توسعه
۱۷۴	۴-۵- بیمه‌های اجتماعی سلامت در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی
۱۷۴	۵-۵- بیمه‌های اجتماعی سلامت در سیاست‌های کلی سلامت
۱۷۵	۶-۵- بیمه‌های اجتماعی سلامت در آیین‌نامه بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر
۱۷۶	۶- رویکرد اجرایی
۱۷۶	۱-۶- سطوح ارائه خدمات سلامت
۱۷۶	لایه اول: لایه مساعدتی سلامت
۱۸۱	لایه دوم: لایه بیمه اجتماعی سلامت پایه
۱۸۵	لایه سوم: لایه بیمه سلامت تکمیلی
۱۸۶	۲-۶- مهم‌ترین اقدامات اجرایی ارائه خدمات سلامت در چهار سطح
۱۸۷	۷- پایش و ارزیابی
۱۸۸	جمع‌بندی
۱۸۹	منابع

## سند ۵: شناسایی اقتصادی خانوارها و تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوار

۱۹۳	مقدمه
۱۹۴	۱- مسئله‌شناسی تحلیلی
۱۹۵	۲- نظریه پایه سیاستی
۱۹۶	۳- تحلیل ذی‌نفعان
۲۰۰	۴- تحلیل هزینه-فایده
۲۰۱	۱-۴- منافع تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها
۲۰۲	۲-۴- هزینه‌های تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها
۲۰۴	۳-۴- مقایسه هزینه‌ها و منافع تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها
۲۰۴	۵- تحلیل حقوقی
۲۰۴	۱-۵- تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی
۲۰۴	۲-۵- تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها در قانون هدفمند کردن یارانه‌ها
۲۰۵	۶- تحلیل تأثیر اجتماعی
۲۰۵	۷- رویکرد اجرایی

۲۰۵.....	۷-۱- تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها
۲۰۷.....	۷-۲- رده‌بندی اقتصادی خانوارها و افراد
۲۰۷.....	۷-۳- پروژه‌های در حال اجرا
۲۱۰.....	۷-۴- برنامه‌ریزی و مدیریت ارائه خدمات
۲۱۲.....	۸- پایش و ارزیابی
۲۱۳.....	جمع‌بندی
۲۱۴.....	منابع
۲۱۵.....	منابع و مآخذ

### پیوست‌ها (ویرایش‌های مختلف آیین‌نامه)

۲۱۷.....	پیش‌نویس آیین‌نامه اجرایی ماده (۲۷) و بند (ه) ماده (۲۸) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران
۲۱۷.....	۱- خلاصه پیشنهاد و دلایل توجیهی
۲۱۸.....	۲- توضیح دبیرخانه کمیسیون
۲۱۸.....	۳- متن ابلاغیه موردنظر پیشنهاددهنده
۲۲۳.....	۴- خلاصه نظرات دریافت‌شده
۲۲۴.....	۵- مستندات قانونی مرتبط
۲۲۷.....	پیش‌نویس آیین‌نامه اجرایی ماده (۲۷)، بندهای «الف» و «ه» ماده (۲۸) و بندهای «الف»، «ب» و «ج» ماده (۳۹) قانون برنامه پنجم توسعه
۲۲۸.....	آیین‌نامه نظام تأمین اجتماعی چندلایه موضوع ماده (۲۷)، بندهای «الف» و «ه» ماده (۲۸) و بند «ج» ماده (۳۹) قانون برنامه پنجم توسعه و ماده (۳) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی
۲۴۰.....	آیین‌نامه نظام تأمین اجتماعی چندلایه (لایه مساعدت‌های اجتماعی)
۲۴۰.....	۱- خلاصه دلایل توجیهی پیشنهاد
۲۴۱.....	۲- فرایند رسیدگی در کمیسیون
۲۴۱.....	۳- خلاصه دلایل توجیهی تصمیم کمیسیون
۲۴۲.....	۴- متن تصمیم کمیسیون اصلی
۲۴۵.....	۵- دلایل مؤثر و مهم موافقان تصمیم کمیسیون
۲۴۶.....	۶- دلایل مؤثر و مهم مخالفان تمام یا برخی از مفاد تصمیم کمیسیون
۲۴۶.....	۸- روند تصمیم‌سازی
۲۴۹.....	پیش‌نویس آیین‌نامه نظام تأمین اجتماعی چندلایه (لایه بیمه اجتماعی پایه)

### فهرست جدول‌ها

۲۹.....	جدول ۱. ذی‌ربطان مهم، نقش و منشأ قانونی اختیارات آن‌ها
۳۴.....	جدول ۲. سلسله‌مراتب اسناد رسمی در جمهوری اسلامی ایران و مرجع تدوین و تصویب

- جدول ۳. گونه‌های مختلف ارزیابی و اطلاعات کلی پیرامون آن‌ها ..... ۴۰
- جدول ۴. شناسنامه سند ۱ ..... ۴۶
- جدول ۵. تاریخچه بازنگری سند ۱ ..... ۴۶
- جدول ۶. تفاوت نقش حمایت‌های اجتماعی، بیمه‌های اجتماعی و بیمه‌های تکمیلی در نظام تأمین اجتماعی چندلایه ..... ۶۲
- جدول ۷. سیستم استقرار نظام جامع چندلایه تأمین اجتماعی کشور به تفکیک سطوح درآمدی ..... ۷۴
- جدول ۸. شناسنامه سند ۲ ..... ۷۸
- جدول ۹. تاریخچه بازنگری سند ۲ ..... ۷۸
- جدول ۱۰. جمعیت دریافت‌کننده مستمری (کمکمعیشت) و کمک موردی از نهادهای حمایتی در سال ۱۳۹۴ (نفر) ..... ۸۲
- جدول ۱۱. جمعیت واجد شرایط، تحت پوشش و در نوبت خدمات مستمری نهادهای حمایتی در سال ۱۳۹۴ ..... ۸۳
- جدول ۱۲. برآورد بار مالی و جمعیت نیازمند تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (واجد شرایط دریافت مستمری معیشت) در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال) ..... ۹۳
- جدول ۱۳. برآورد بار مالی و جمعیت نیازمند تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور (واجد شرایط دریافت مستمری معیشت) در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال) ..... ۹۵
- جدول ۱۴. برآورد بار مالی و جمعیت نیازمند پشت نوبت کمیته امداد امام خمینی (واجد شرایط دریافت مستمری معیشت) در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال) ..... ۹۶
- جدول ۱۵. برآورد بار مالی و جمعیت نیازمند پشت نوبت سازمان بهزیستی کشور (واجد شرایط دریافت مستمری معیشت) در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال) ..... ۹۷
- جدول ۱۶. برآورد بار مالی و تعداد خانوارهای دارای عضو معلول شدید و خیلی شدید تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور (واجد شرایط دریافت مستمری معیشت) در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال) ..... ۹۸
- جدول ۱۷. برآورد بار مالی و تعداد خانوارهای دارای عضو معلول شدید و خیلی شدید پشت نوبت سازمان بهزیستی کشور (واجد شرایط دریافت مستمری معیشت) در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال) ..... ۹۹
- جدول ۱۸. برآورد مجموع کسری منابع نهادهای حمایتی برای پرداخت مستمری به خانوارهای تحت پوشش مطابق استاندارد در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال) ..... ۱۰۰
- جدول ۱۹. برآورد اعتبار موردنیاز در طرح حمایت غذایی در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال) ..... ۱۰۱
- جدول ۲۰. برآورد بار مالی و جمعیت تحت پوشش نهادهای حمایتی واجد شرایط دریافت خدمات سلامت پایه رایگان در سال ۱۳۹۵ (ارقام به هزار ریال) ..... ۱۰۵
- جدول ۲۱. جمعیت هدف و اعتبار موردنیاز جهت ارائه برنامه‌های توانمندسازی به مشمولین سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال) ..... ۱۰۶
- جدول ۲۲. جمعیت هدف و اعتبار موردنیاز جهت ارائه برنامه‌های توانمندسازی به مشمولین کمیته امام خمینی (ره) در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال) ..... ۱۰۶
- جدول ۲۳. جمعیت هدف و اعتبار موردنیاز جهت اجرای برنامه مراقبت‌های ویژه در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال) ..... ۱۰۷
- جدول ۲۴. جمعیت هدف و اعتبار موردنیاز جهت اجرای برنامه پیشگیری، مداخله و مدیریت مخاطرات در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال) ..... ۱۰۸
- جدول ۲۵. جمع‌بندی اعتبار موردنیاز جهت اجرای موضوعات حمایتی در لایه مساعدت برحسب استانداردهای حداقلی در سال

۱۰۹.....	۱۳۹۵ (ارقام به ریال) .....
۱۱۵.....	جدول ۲۶. عملیات اجرای سیاست .....
۱۲۰.....	جدول ۲۷. شناسنامه سند ۳ .....
۱۲۰.....	جدول ۲۸. تاریخچه بازنگری سند ۳ .....
۱۲۴.....	جدول ۲۹. شاغلین دهساله و بیشتر و وضعیت شمول بیمه‌ای آن‌ها در سال ۱۳۹۳ .....
۱۲۵.....	جدول ۳۰. وضعیت پوشش بیمه بازنشستگی جمعیت شاغل-۱۳۹۳ .....
۱۲۸.....	جدول ۳۱. وضعیت پوشش جمعیتی و نسبت پشتیبانی سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه اجتماعی کشور در پایان سال ۱۳۹۳ .....
۱۳۹.....	جدول ۳۲. سطح‌بندی بیمه اجتماعی پایه و تکمیلی در نظام تأمین اجتماعی چندلایه .....
۱۵۰.....	جدول ۳۳. جدول برآورد بار مالی طرح طی سال (۱۴۰۲-۱۳۹۳) - ارقام به ریال .....
۱۵۶.....	جدول ۳۴. برنامه عملیاتی اجرای اصلاحات نظام بیمه‌های اجتماعی کشور .....
۱۶۴.....	جدول ۳۵. شناسنامه سند ۴ .....
۱۶۴.....	جدول ۳۶. تاریخچه بازنگری سند ۴ .....
۱۸۶.....	جدول ۳۷. مهم‌ترین اقدامات اجرایی ارائه خدمات سلامت در چهار سطح به همراه متکفل اجرایی هر اقدام و مستند قانونی مربوطه .....
۱۹۲.....	جدول ۳۸. شناسنامه سند ۵ .....
۱۹۲.....	جدول ۳۹. تاریخچه بازنگری سند ۵ .....
۱۹۷.....	جدول ۴۰. فهرست دستگاه‌هایی که پایگاه اطلاعات آنان برای شناسایی گروه‌های مختلف درآمدی موردنیاز است .....

## فهرست شکل‌ها

۲۶.....	شکل ۱. توالی ارائه نظریه طرح .....
۳۸.....	شکل ۲. طیف ابزارهای مختلف سیاست عمومی .....
۶۱.....	شکل ۳. شمای کلی نظام تأمین اجتماعی چندلایه در ایران .....
۷۱.....	شکل ۴. شمای کلی نظام تأمین اجتماعی چندلایه در ایران بر اساس سطح‌بندی درآمدی و نحوه تأمین مالی .....
۱۴۰.....	شکل ۵. اصلاحات ضروری در نظام بیمه‌های اجتماعی کشور .....
۱۹۶.....	شکل ۶. مهم‌ترین دلایل تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها .....
۲۰۰.....	شکل ۷. نحوه تعامل پایگاه‌های اطلاعات مختلف برای تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها .....
۲۰۸.....	شکل ۸. سایت سامانه رفاه .....
۲۰۸.....	شکل ۹. چهار چوب کلان پنجره رفاه اجتماعی .....
۲۰۹.....	شکل ۱۰. بلوک‌های سازنده پنجره رفاه اجتماعی .....
۲۱۰.....	شکل ۱۱. مدل مفهومی خوشه‌های اطلاعاتی تشکیل دهنده پایگاه داده رفاه اجتماعی .....
۲۱۲.....	شکل ۱۲. چهار چوب مدیریت خدمات رفاه اجتماعی سامانه پنجره رفاه شهروندان جمهوری اسلامی .....



## « سخن وزیر

یکی از اهداف اساسی نظام جمهوری اسلامی ایران رفع فقر و محرومیت از جامعه بوده است. نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در کشور ما دربرگیرنده نهادها، سازمان‌ها و صندوق‌های متعددی است که هر کدام در یکی از حوزه‌های حمایتی یا بیمه‌ای فعالیت می‌کنند و به تناسب وظایف قانونی خود، بخشی از جامعه را در برابر آسیب‌ها و خطرات طبیعی، اجتماعی یا اقتصادی مورد حمایت قرار می‌دهند. آمارهای موجود نشان می‌دهد که درصد قابل توجهی از جمعیت کشور به صورت بیمه‌ای یا حمایتی زیر پوشش نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی هستند. اما واقعیت این است که هنوز بسیاری از مردم برای تأمین حداقل نیازهای ضروری خود با مشکل مواجه هستند.

با وجود تلاش‌های فراوانی که در سه دهه گذشته صورت گرفته است، هنوز بخش چشمگیری از نیازمندان، سالمندان، زنان و کودکان بی سرپرست، بیکاران، بیماران و آسیب‌دیدگان جسمی، روانی و اجتماعی از خدمات نظام رفاه و تأمین اجتماعی برخوردار نیستند و یا خدماتی که ارائه می‌شود کفایت نیازهای آنان را نمی‌دهد. وجود این مشکلات و چالش‌ها، توجه هر چه بیشتر به حوزه رفاه و تأمین اجتماعی را ضروری می‌سازد.

در این راستا، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به دنبال آن است تا با توجه به شرایط موجود در کشور، تجربیات جهانی به‌ویژه تجربیات کشورهای پیشرو در این بخش و دیدگاه‌های صاحب‌نظران در خصوص محورهای طرح‌شده در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و قانون برنامه کشور، راهبرد استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چندلایه را به‌گونه‌ای تعریف نماید که ضمن در نظر گرفتن زیرساخت‌ها و منابع موجود در کشور، چالش‌های عمده موجود در پوشش حمایتی - بیمه‌ای و خواست‌های برنامه‌های بلندمدت کشور، پاسخگوی نیازها و مسائل مبتلابه جامعه هدف نیز باشد؛ این مهم‌ترین هدفی است که این وزارتخانه به دنبال آن است. امید است با برنامه‌ریزی و تعریف اقدامات مورد نظر در سند حاضر بتوان در سال‌های آتی به اهداف مدنظر در نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی بر اساس تحقق سه اصل اساسی فراگیری، جامعیت و کفایت مزایا برای کل جمعیت کشور - که مصداق خدمت‌رسانی بهینه به مردم در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی است - دست یافت.

دکتر علی ربیعی

وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی

## « پیشگفتار مؤسسه

نظام تأمین اجتماعی چندلایه رویکرد نسبتاً جدیدی در نظام‌های تأمین اجتماعی جهان است که در یک دهه اخیر در برخی از کشورها مورد توجه قرار گرفته است. این رویکرد ابتدا از سوی بانک جهانی مطرح و در قالب الگویی چندوجهی ارائه شد که از برخی جهات به‌ویژه تأکید بر خصوصی‌سازی بیمه‌های اجتماعی مورد انتقاد صاحب‌نظران قرار گرفت و در نهایت تعدیل‌هایی در آن ایجاد شد. در کنار این الگو، سازمان بین‌المللی کار و اتحادیه اروپا نیز الگوهای متفاوتی از تأمین اجتماعی چندلایه را ارائه کردند که در این الگوها به هدف «فقرزدایی» نظام تأمین اجتماعی توجه بیشتری شده بود. با عنایت به کارکردهای مثبت نظام‌های تأمین اجتماعی چندلایه در جهان و نقش مؤثر آن‌ها در پوشش کامل جمعیت، رفع هم‌پوشانی‌ها و خلأهای موجود در حوزه تأمین اجتماعی و پیشگیری از بروز فقر، در ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم توسعه به دولت اجازه داده شده است که نسبت به برقراری و استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه - با رعایت حداقل سه لایه شامل مساعدت‌های اجتماعی، بیمه‌های پایه و بیمه‌های مکمل - اقدام کند.

با توجه به حکم قانونی مصوب و ظرفیت‌ها و چالش‌های نظام تأمین اجتماعی در ایران و همچنین با بهره‌گیری از تجربه‌های جهانی، الگوی نظام تأمین اجتماعی چندلایه متناسب با شرایط و نیازهای کشور ایران پیشنهاد شده است. هدف اصلی در اجرای این الگو این است که ضمن هدایت کمک‌های دولت به لایه مساعدت اجتماعی، امکان پوشش همه افراد جامعه در نظام بیمه اجتماعی فراهم شود و حتی بخشی از خانوارهای نیازمند که قابلیت توانمند شدن دارند، با اجرای برنامه‌های توانمندسازی از پوشش حمایت مستقیم خارج و به لایه بیمه‌ای منتقل شوند. به علاوه، بستر قانونی و حقوقی لازم برای ارائه خدمات بیمه‌های مکمل فراهم آید.

کتاب حاضر اسناد ساستی الگوی نظام تأمین اجتماعی چندلایه در کشور را شامل می‌شود که به پیشنهاد وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و با همکاری کمیسیون امور اجتماعی و سازمان مدیریت برنامه‌ریزی کشور تأمین اجتماعی تهیه شده است.

امید است این کتاب در برنامه‌ریزی برای ایجاد یک نظام تأمین اجتماعی فراگیر و جامع هر کشور برای سیاست‌گذاران کشور مفید واقع شود.

دکتر شهرام غفاری

رئیس مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

در مواجهه با چالش‌هایی که به دنبال سالمندی جمعیت ایجاد شد، بسیاری از کشورهای جهان اقدام به انجام اصلاحات در نظام‌های بازنشستگی خود کردند تا عملکرد و پایداری خود را بهبود بخشند. بانک جهانی برای کمک به این کشورها تحلیل‌هایی نظام‌مند و مقایسه‌های انجام داد و نهایتاً در سال ۱۹۹۴ الگوی نظام تأمین اجتماعی سه لایه را پیشنهاد کرد. در سال ۲۰۰۵ بانک جهانی با بهبود این الگو، الگوی نظام تأمین اجتماعی پنج لایه را مطرح کرد که با جزئیات بیشتری لایه‌بندی را مدنظر قرار می‌داد. به علاوه، سازمان بین‌المللی کار و اتحادیه اروپا نیز الگوهای دیگری از تأمین اجتماعی چندلایه ارائه کردند.

کشورهای زیادی الگوهای چندلایه نظام تأمین اجتماعی را به منظور ارتقای کمیت و کیفیت تأمین اجتماعی اجرا کرده‌اند. در ایران نیز، با توجه به چالش‌هایی که در نظام تأمین اجتماعی کشور وجود داشت، در ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم توسعه کشور طراحی و استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه مورد توجه قرار گرفت. اهم مزایای استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه عبارت‌اند از: تخصیص کردن حوزه‌های امدادی، حمایتی و بیمه‌ای مبتنی بر تفکیک و تمایز امور و تقسیم کار؛ سطح‌بندی و اولویت‌بندی خدمات و پوشش (سطح‌بندی خدمات و پوشش بر اساس میزان نیاز، توانمندی و مشارکت)؛ ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات و پوشش به‌ویژه در سطح پایه؛ تمرکز حمایت‌ها و کمک‌های مالی دولت در لایه حمایتی و پس‌از آن سطوح نیمه حمایتی؛ ساماندهی لایه بیمه‌ای در حداقل دو سطح بیمه‌های فراگیر و بیمه‌های اجباری در جهت توسعه شمول آن به تمامی خانوارها با اولویت شاغلین؛ اصلاح ساختار سازمانی لایه بیمه‌ای در جهت همسویی، یکپارچگی، وحدت رویه و افزایش کارآمدی؛ طراحی بیمه اجتماعی فراگیر خاص شاغلین کم‌درآمد غیر مزد و حقوق‌بگیر و غیررسمی که حدود شش میلیون نفر هستند و با احتساب افراد تبعی آن‌ها جمعیتی بالغ بر حدود بیست میلیون نفر را تشکیل می‌دهند؛ جلوگیری از تحمیل قوانین حمایتی بر صندوق‌های بیمه‌گر؛ ممانعت از سرریز بار مالی مضاعف بر دوش دولت؛ ساماندهی و سطح‌بندی لایه حمایتی با رویکرد به توانمندسازی و پوشش بیمه‌ای جامعه هدف و تقلیل تدریجی کمک‌های مستقیم؛ و استانداردسازی بیمه‌های تکمیلی از طریق تصویب و ابلاغ نمونه قراردادهای فردی و گروهی و ضوابط یکسان برای همه (در جهت افزایش اعتماد و تضمین حقوق متقابل).

در راستای کمک به استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه در کشور، آیین‌نامه نظام تأمین اجتماعی چندلایه و اسناد سیاستی آن بر اساس قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مفاد مواد ۲۷ و ۲۸ از قانون برنامه پنجم توسعه و بندهای ۴۰، ۴۱ و ۴۲ از سیاست‌های کلی برنامه ششم با حدود سه سال کار کارشناسی مستمر در کمیسیون امور اجتماعی (تخصصی و اصلی) دولت به پیشنهاد وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و با همکاری سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور تهیه و تدوین نهایی شده است. با عنایت به اهمیت و ضرورت استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه در اسناد بالادستی و همچنین تجربه سایر کشورها

برای ساماندهی نظام تأمین اجتماعی در چهارچوب این الگو، لازم است دولت محترم در زمینه تصویب این آیین‌نامه و اسناد سیاستی پیوست آن اقدامات عاجل را معمول دارد.

اسناد سیاستی ارائه شده در این کتاب محصول همفکری و همکاری صاحب‌نظران، متخصصین و مدیران دستگاه‌های اثرگذار بر سیاست‌های رفاه و تأمین اجتماعی بوده است. لذا بر خود فرض می‌دانم از تمام کسانی که مقدمات نگارش این اثر را فراهم آوردند و همچنین همکاران محترم موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی که موجبات چاپ این کتاب را مهیا نمودند، تشکر و قدردانی به عمل آورم.

دکتر احمد میدری

معاون رفاه وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

# روش‌شناسی اسناد سیاستی: راهنمای برنامه‌ریزی دولتی در سطح خرد

سیاست‌سازی بر اساس مدل چرخه‌ای سیاست‌گذاری عمومی<sup>۱</sup>

---

۱. دکتر کیومرث اشترینان؛ دانشیار سیاست‌گذاری عمومی دانشگاه تهران

## «» مقدمه

روش‌شناسی تحلیل سیاست مجموعه‌ای از معیارها، قوانین و رویه‌هاست که برای ایجاد، برآورد و ارزیابی دقیق و انتقال دانش سیاستی به کار می‌رود. بی‌شک برای تدوین سند سیاستی وجود یک روش‌شناسی منسجم و مشخص برای تحلیل سیاست ضروری است؛ چراکه از این طریق، سیاست مطلوب‌تر و درست‌تری پیشنهاد می‌شود.

تدوین اسناد سیاستی نظام تأمین اجتماعی چندلایه بر اساس مدل چرخه‌ای سیاست‌گذاری عمومی انجام شده است. در این رویکرد، صورت مسئله به روشنی مشخص می‌شود و راه‌حل‌ها مطابق با آن شناسایی می‌گردد. سپس با تحلیل‌های هزینه-فایده، حقوقی، اجتماعی، فرهنگی و زیست محیطی، مدل اجرایی تعیین می‌شود. بدین ترتیب، سیاست متناسب با صورت مسئله پیشنهاد شده، نحوه‌ی بازخورد و ارزیابی آن تعیین می‌شود. گرچه می‌توان بین مراحل مختلف در این فرایند (تحلیل مشکل و صورت‌بندی مسئله، تدوین راه‌حل‌ها، تصمیم‌گیری رسمی، اجرا، بازخورد و ارزیابی) تمایزی نسبی قائل شد اما در واقع، این عناصر به هم پیوسته و درهم‌تنیده هستند. این بخش به تشریح مراحل فوق‌الذکر اختصاص دارد.

## ۱- مفهوم سیاست‌گذاری عمومی

سند برنامه‌ی تفصیلی سیاست‌گذاری (سند سیاستی) از سنخ اسناد سیاست‌سازی<sup>۱</sup> است. سیاست‌سازی فرایندی است که طی آن دولت چشم‌انداز سیاسی خویش را به برنامه‌ها<sup>۲</sup> و عملیات<sup>۳</sup> تبدیل می‌کند تا

1. Policy Making  
2. Programs  
3. Actions

خدماتی را ارائه نماید یا تغییراتی را در دنیای واقعی پدید آورد. سیاست<sup>۱</sup> می‌تواند اشکال گوناگونی داشته باشد؛ از جمله عدم‌مداخله، مقررات‌گذاری (مثلاً از طریق صدور مجوز) یا تشویق تغییرات داوطلبانه (مثلاً از طریق اعطای کمک‌هزینه) یا تدارک و ارائه مستقیم خدمات عمومی. نیاز به حمایت و پاس‌خگو بودن نهادهایی که وظیفه‌ای به آن‌ها واگذار می‌شود، یکی از چالش‌های مهم بخش عمومی است که ضرورت سیاست‌سازی را نشان می‌دهد.

آن ماژرزاک<sup>۲</sup> در کتاب خود تحت عنوان «روش‌های پژوهش سیاست‌گذاری»<sup>۳</sup>، سیاست‌پژوهی را فرایند انجام تحقیق در باب مسائل مهم اجتماعی می‌داند که به‌منظور ارائه توصیه‌های عملی به سیاست‌گذاران برای حل مسئله انجام می‌شود (ماژرزاک، ۱۳۹۲: ۱۵). در اینجا سیاست‌پژوهی و سیاست‌سازی در یک چهارچوب به کار رفته است. متون تخصصی سیاست‌گذاری و اعمال سیاستی در دولت‌ها چنین‌گرایشی را تأیید می‌کند. در ادبیات اغلب هر دو اصطلاح سیاست‌گذاری عمومی<sup>۴</sup> و سیاست‌سازی به یک معنا به‌کاررفته‌اند.

سیاست‌گذاری عمومی به اقدامات دولتی اشاره دارد که در پی حل مشکلات و بهبود کیفیت زندگی شهروندان است. در سطح فدرال، سیاست‌های عمومی به‌منظور تنظیم‌گری صنعت و کسب‌وکار، محافظت از شهروندان در داخل و خارج، کمک به دولت‌های ایالتی و شهری و کمک به افراد فقیر از طریق طرح‌های مالی، و دستیابی به اهداف اجتماعی اعمال می‌شوند. سیاست دولتی از طریق چند مرحله (از ابتدا تا انتها) وضع و اجرا می‌شود. این مراحل عبارت‌اند از: قرار گرفتن در دستور کار، صورت‌بندی سیاست، اتخاذ سیاست، اجرای سیاست، ارزیابی سیاست و پایان.

نکته مهم این است که برای عملیاتی‌سازی سیاست‌ها به تدوین آن‌ها در قالب عملیات، پروژه‌ها و طرح‌ها نیاز است؛ به‌نحوی که به‌تفصیل ابعاد و مراحل و ضرورت‌های حقوقی، زمان‌بندی، هزینه‌ها و نحوه اجرا، پایش و ارزیابی آن‌ها مشخص شده باشد. به بیانی روشن‌تر، منظور از سیاست‌گذاری عمومی در وهله اول، اعلام و استقرار جهت‌گیری‌ها (سیاست‌گذاری) و سپس، تدوین و تفصیل آن‌ها (سیاست‌سازی) است.

بر اساس کتاب راهنمای سیاست‌سازی در ایرلند یکی از تکنیک‌هایی که به برنامه‌ریزی کمک می‌کند، مدیریت برنامه و پروژه<sup>۵</sup> است. این تکنیک رصد مسیر را برای دستیابی به اهداف سیاست به‌خوبی مشخص می‌کند و تکنیک‌هایی را برای تبدیل استراتژی‌ها و سیاست‌ها به قابلیت‌های سازمانی فراهم می‌آورد.

#### 1. Policy:

سیاست در لغتنامه آکسفورد به این صورت تعریف می‌شود: «اصل یا شیوه‌های از فعالیت که توسط دولت، احزاب، مشاغل یا افراد اتخاذ یا پیشنهاد می‌شود».

2. Ann Majchrzak

3. Methods for Policy Research

4. Public Policy

5. Programme and Project Management

همچنین، تکنیک‌هایی وجود دارد که استراتژی‌ها را به زبان اداری و سازمانی ترجمه می‌کنند. این تکنیک‌ها که متنوع هستند، عبارت‌اند از:

۱. تکنیک‌های حقوقی (آیین‌نامه‌های اداری)؛

۲. تکنیک برنامه عملیاتی؛

۳. تکنیک سیاست‌نویسی؛

۴. تکنیک مدیریت پروژه.

## ۲- سیالیت چرخه سیاست‌گذاری مدل گردش ابری<sup>۱</sup>

چرخه سیاست‌گذاری بر این مبنا استوار است که می‌توان بین مراحل مختلف در فرایند سیاست‌سازی (تحلیل مشکل و صورت‌بندی مسئله، تدوین راه‌حل‌ها، تصمیم‌گیری رسمی، اجرا، بازخورد و ارزیابی) تمایزی نسبی قائل شد. اما این تمایز به مفهوم توالی خطی نیست بلکه، بیشتر به مفهوم عناصر به هم پیوسته و پویایی است که سیال‌اند و همچون پاره‌های ابر سیال، گاه جدا از هم و گاه درهم‌تنیده هستند.

سیاست‌گذاری عمومی از اجزاء، عناصر و ابعادی تشکیل می‌شود که با یکدیگر مرتبط بوده، برای تحقق سیاست‌گذاری لازم هستند. آنچه در ادبیات سیاست‌گذاری عمومی مطرح است، نام‌گذاری مدل چرخه‌ای، مرحله‌ای یا مدل توالی برای این فرایند است. این نام‌گذاری‌ها می‌توانند همراه‌کننده باشند؛ چراکه این تصور را به وجود می‌آورند که ضرورتاً باید یک مرحله به پایان برسد تا مرحله دیگر آغاز شود. مثلاً مرحله صورت‌بندی مسئله باید به انجام و اتمام برسد تا مرحله بررسی راه‌حل‌ها و انتخاب راه‌حل شروع شود. نه تنها سیاست‌گذاری در دنیای واقعی این چنین نیست بلکه، امکان چنین مرحله‌بندی قطعی هم وجود ندارد. این نقطه‌نظر حتی تا آنجا پیش رفته است که مدل مرحله‌ای را غیرواقعی تلقی کرده است؛ به این دلیل که اولاً، سیاست‌گذاری چنین مراحل متمایزی را طی نمی‌کند، ثانیاً، سیاست‌ها نیاز به طراحی دارند نه اینکه تصور شوند، ثالثاً، سیاست‌گذاری تحت تأثیر رخدادها به وقوع می‌پیوندد و رابعاً، تأثیر سیاست‌ها اغلب غیرمستقیم است و ظاهر شدن پیامدهای آن زمان می‌برد (هالسورث<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۱).

## ۳- مدل برنامه‌ریزی بر مبنای چرخه سیاست‌گذاری

مدل چرخه‌ای سیاست‌گذاری عمومی با تمرکز بر پنج مرحله سیاست‌گذاری عمومی، رویکردی مرحله‌ای یا

1. Cloud Circulation Model  
2. Michael Hallsworth



چرخه‌ای به سیاست‌های عمومی دارد. نخست، مسئله‌محوری (یعنی حل مشکل اجتماعی به مثابه یک هدف) و تمرکز بر عمل و اقدام دولتی نقطهٔ عزیمت معرفت علمی و متمایزکنندهٔ رشتهٔ سیاست‌گذاری عمومی از دیگر رشته‌های دانشگاهی است. سپس، سیاست‌گذاری عمومی با تمرکز بر راه‌حل‌ها، تصمیم‌گیری، اجرا و ارزیابی به تکمیل فرایند سیاست‌های بخش عمومی می‌پردازد. در این راستا، پژوهشگران سیاست‌گذاری عمومی برای هر یک از مراحل پنج‌گانهٔ مذکور شماری از مدل‌ها و روش‌ها را پیشنهاد کرده‌اند. باتوجه‌به توانایی به نسبت بیشتر این رویکرد در مؤسسات عمومی (اعم از دولتی و غیردولتی)، در سند حاضر این مدل برگزیده شده است. البته باتوجه‌به نیازهای بخش عمومی، این پنج مرحله به مراحل بیشتری هم گسترش یافته است.

این کتاب در راستای تلاش برای برنامه‌ریزی در درون قوهٔ مجریه نگاشته شده است و حل یک مشکل اجتماعی از طریق اجرای یک تکلیف قانونی را دنبال میکند. در واقع، فرض بر این است که قانون‌گذار در سطح کلان به این تشخیص رسیده است که باید یک مشکل اجتماعی را از طریق وضع یک قانون حل کند. به همین دلیل، در اینجا برنامهٔ تفصیلی سیاست‌گذاری برای اجرای این قانون به تحریر درآمده است.

قوهٔ مجریه مکلف است که مادهٔ ۲۷ قانون برنامهٔ پنجم توسعه مبنی بر استقرار نظام چندلایهٔ رفاه و تأمین اجتماعی را اجرا کند. برای اجرای این قانون معمولاً قانون‌گذار تکلیف می‌کند که آیین‌نامهٔ اجرایی نوشته شود. آیین‌نامهٔ اجرایی دستاورد حقوقدانان برای اجرای سیاست‌هاست. اما آیین‌نامهٔ اجرایی ظرفیت محدودی دارد و نمی‌تواند همهٔ تفصیلات را به‌صورت گام‌به‌گام و مرحله‌ای بیان کند. از آنجاکه قانون‌گذار هم نمی‌تواند همهٔ تفصیلات مربوطه را ذکر کند، مدیران اجرایی موظف‌اند که خط‌مشی‌ها و برنامه‌های تفصیلی را برای اجرای این ماده‌قانونی تدوین کنند. اینجاست که دانش سیاست‌گذاری عمومی به کار می‌آید و نقشی پشتیبان و تکمیلی برای آیین‌نامه‌های اجرایی ایفا می‌کند. در واقع بعد از وضع قانون و پیش از تدوین آیین‌نامهٔ اجرایی باید پاسخ این سؤالات مشخص شود که دقیقاً چه مشکلی قرار است حل شود و چه دستگاه‌هایی درگیر کارند و نقش هر یک چیست؟ چه مقدار بودجه برای چنین کاری لازم است و چگونه و با چه رویکردی می‌خواهد اجرا شود؟ چگونه اجرای سیاست پایش خواهد شد و با چه شاخص‌هایی ارزیابی صورت می‌پذیرد؟ روشن کردن پاسخ این پرسش‌ها وظیفهٔ سند سیاستی است. پس از اینکه درک روشنی از سیاست حاصل شد، آنگاه می‌توان آیین‌نامهٔ اجرایی را نوشت. متأسفانه بسیاری اوقات در دستگاه‌های دولتی بدون آنکه دقیقاً مشخص باشد که چه کاری قرار است انجام شود، نوشتن آیین‌نامه آغاز می‌شود و همین مسئله علت شکست بسیاری از آیین‌نامه‌ها و سیاست‌ها بوده است. تدوین آیین‌نامه بدون داشتن درک روشنی از تکالیف یک نتیجهٔ مشخص دارد: شکست سیاست!

البته ممکن است گفته شود که به هنگام تدوین قانون چنین تمهیداتی در قالب اسناد مطالعاتی پشتیبان در نظر گرفته شده است. در پاسخ باید گفت که وظیفهٔ اسناد پشتیبان پرداختن به جزئیات نیست. اسناد

مطالعاتی پشتیبان (که سطحی کلی‌تر از اسناد سیاستی هستند) به ضرورت‌های کلی می‌پردازند و معمولاً یک وظیفه کلی را برای دولت تعیین می‌کنند. لازم به تذکر است که سند سیاستی سطوح متفاوتی دارد. به‌عنوان مثال، برای تدوین سیاست‌های کلی نظام یا سیاست‌های کلی برنامه یا قوانین برنامه‌های پنج‌ساله مطالعاتی انجام می‌گیرد. از آنجاکه ماهیت این سیاست‌ها کلی است، سند سیاستی مربوط به آن‌ها نیز در فلسفه سیاسی حکومت یا فلسفه سیاستی ریشه دارد. این اسناد بر مبنای وظایف کلان حکومت یا روندهای جهانی در یک موضوع خاص، مطالعاتی را سامان می‌دهند که نتیجه آن‌ها در قالب گزاره‌هایی کلی بیان می‌شود. این مطالعات نیز به‌نوعی سند سیاستی هستند اما، سند سیاستی در حد کلان که ویژگی‌های روش‌شناختی متفاوتی از سند سیاستی سطوح پایین‌تر دارند. سند سیاستی سطح پایین‌تر که موضوع اصلی بحث در اینجا است، در قالب مراحل دقیق‌تر و واضح‌تری راه را برای مجریان روشن می‌سازد. هدف این بخش روشن کردن ویژگی‌های روش‌شناختی سند سیاستی در سطح قوه مجریه و سطوح مشابه آن در بخش عمومی است.

#### ۴- مبانی قانونی و فرایند رسمی تدوین سند سیاستی در دولت

سند سیاستی بر اصل ۱۳۴ قانون اساسی مبتنی است که بر اساس آن:

«ریاست هیئت‌وزیران با رئیس‌جمهور است که بر کار وزیران نظارت دارد و با اتخاذ تدابیر لازم به هماهنگ ساختن تصمیم‌های وزیران و هیئت دولت می‌پردازد و با همکاری وزیران، برنامه و خط‌مشی دولت را تعیین و قوانین را اجرا می‌کند. در موارد اختلاف‌نظر و یا تداخل در وظایف قانونی دستگاه‌های دولتی در صورتی که نیاز به تفسیر یا تغییر قانون وجود نداشته باشد، تصمیم هیئت‌وزیران که به پیشنهاد رئیس‌جمهور اتخاذ می‌شود لازم‌الاجرا است. رئیس‌جمهور در برابر مجلس مسئول اقدامات هیئت‌وزیران است.»

این ماده قانون اساسی بر تعیین برنامه و خط‌مشی دولت (سیاست) توسط رئیس‌جمهور با همکاری هیئت‌وزیران تصریح دارد. برای اجرای چنین وظیفه‌ای هر وزارتخانه می‌تواند سندهای برنامه تفصیلی خود را که خط‌مشی آن وزارتخانه است، تدوین نماید تا امکان اجرای قانون فراهم آید. نکته جالب توجه این است که در این سند مشخصاً بر تعیین «خط‌مشی» برای اجرای قوانین و نه تدوین آیین‌نامه‌های اجرایی تأکید شده است. بدین‌سان، تعیین خط‌مشی‌ها - که از آن‌ها به‌عنوان سیاست‌های خرد یاد می‌شود - ابزاری مهم برای اجرای سیاست‌ها است که در قانون اساسی هم بر آن تأکید شده است.

سند سیاستی از طریق نظرخواهی مستقیم از خبرگان در دستگاه مربوطه شامل مدیران و کارشناسان و با همکاری کارشناسان بودجه دستگاه مربوطه در سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی تدوین می‌شود. فرایند رسمی تدوین سند تفصیلی می‌تواند به قرار زیر باشد:

- ▲ در دستور کار قرار گرفتن یک تکلیف قانونی یا یک سیاست خاص در دستگاه مربوطه؛
- ▲ تدوین و پرايش نخست سند سیاستی در دستگاه مربوطه توسط کارشناسان آن دستگاه طبق روش ارائه شده توسط کمیسیون امور اجتماعی دفتر دولت یا توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی؛
- ▲ تشکیل جلسات کارشناسی در کمیسیون امور اجتماعی دفتر دولت یا در سازمان مدیریت و برنامه ریزی جهت تنقیح سند سیاستی با حضور دستگاه‌های ذی ربط؛
- ▲ جمع‌بندی و تلفیق نهایی؛
- ▲ ارائه به مراجع ذی صلاح بالاتر مثلاً کمیسیون اجتماعی دولت؛
- ▲ امضای سند سیاستی توسط وزیر مربوطه و ابلاغ رسمی سند؛
- ▲ تدوین آیین‌نامه بر اساس سند سیاستی و ارجاع رسمی به آن در آیین‌نامه.

## ۵- خلاصه اقدامات اصلی و گام به گام برای تدوین سند سیاستی

اقدامات اصلی برای تدوین سند سیاستی را می‌توان شامل موارد زیر دانست:

۱. هدف قرار دادن یک مشکل اجتماعی: برای تدوین سند سیاستی ابتدا باید یک مشکل اجتماعی یا یک هدف را مبنا قرار داد. این کار می‌تواند از طریق مبنا قرار دادن یکی از تکالیف مندرج در قانون برنامه یا یک سیاست کلی و تدوین برنامه تفصیلی برای آن انجام شود؛ چراکه تکلیف قانونی نیز یک مشکل اجتماعی را هدف قرار می‌دهد و از این رو، می‌توان برای آن سند برنامه تفصیلی نوشت. به عنوان نمونه‌ای از اینگونه موضوعات می‌توان به استقرار نظام چندلایه رفاه و تأمین اجتماعی یا روزآمد نمودن برنامه‌های بهداشتی و درمانی اشاره کرد.
۲. تشریح مسائلی که این سیاست می‌خواهد آن‌ها را حل کند: در این مرحله لازم است مسائلی که بر سر راه این سیاست قرار دارد، احصا شود.
۳. تدوین چهارچوب نظری اقدامات: این چهارچوب نظری باید روشن و معطوف به عمل باشد.
۴. بیان شفاف اقدامات بر اساس چهارچوب نظری: این اقدامات باید مبتنی بر یک مدل نظری روشن و در پاسخ به مسائلی باشد که در مرحله دوم احصا شده است.
۵. تحلیل ذی‌نفعان و تعیین تکلیف وظایف، اختیارات و هماهنگی‌های لازم.
۶. برآورد هزینه‌های این اقدامات و تحلیل هزینه-فایده.

۷. انجام تحلیل حقوقی برای تعیین اینکه از حیث قانونی یا حقوق اداری چه نیازهای قانونی وجود دارد.
۸. تحلیل آثار اجتماعی، سیاسی و فرهنگی این اقدامات در صورت لزوم و بسته به مورد.
۹. تعیین مدل اجرایی اقدامات: مثلاً آیا این اقدامات در بخش خصوصی قابل انجام است؟ آیا نهادهای مدنی می‌توانند بخشی از اقدامات را انجام دهند؟ آیا شبکه‌های حرفه‌ای همچون نظام پزشکی یا نظام مهندسی می‌توانند این اقدامات را بر عهده گیرند؟ یا اینکه این اقدامات باید تماماً توسط بخش دولتی انجام شود؟
۱۰. ارائه برنامه عملیاتی سند و پایش: لازم است تا برنامه عملیاتی سند مشتمل بر گام‌های اجرایی سند با زمان‌بندی آن ارائه شود. در این خصوص باید مسئولین و واحدهای مرتبط و وظایف آنان احصا شود. به علاوه، اجرای برنامه عملیاتی باید همواره پایش شود.
۱۱. تعیین مدل نظارت و ارزیابی سند سیاست‌گذاری: لازم است شاخص‌های نظارت و ارزیابی تعیین و معرفی شوند تا مشخص گردد در پایان اجرای این سیاست (یا اقدامات) با چه شاخص‌هایی می‌توان عملکرد را ارزیابی کرد؟
- برای توضیح بیشتر، در ادامه این مراحل در نه مرحله تجمیع و به اختصار تشریح می‌شوند. به‌طور مشخص، دو اقدام اول تحت عنوان مسئله‌شناسی تحلیلی، و اقدامات سوم و چهارم تحت عنوان تدوین نظریه سیاستی و استخراج راه‌حل‌ها مورد توجه قرار می‌گیرند.

### ۱-۵- مسئله‌شناسی تحلیلی

مسئله‌شناسی مکانیسمی است که از طریق آن سیاست‌ها با امور عینی و ملموس ارتباط برقرار می‌کنند. مسئله‌شناسی به‌مثابه یک روش باید مورد توجه قرار گیرد؛ چراکه صورت‌بندی مشکل یک نظام هدایت مرکزی یا نوعی مکانیسم هدایت‌کننده است که در موفقیت مراحل بعدی تجزیه و تحلیل سیاستی مؤثر است (دون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). نحوه تعریف مسئله (و جست‌وجوی راه‌حل‌ها) تا حد زیادی تحت تأثیر اعتقادات بازیگر درباره علل و راه‌حل‌های بالقوه مسئله قرار دارد. به‌عنوان مثال، تعریف بیکاری برحسب نیازهای فردی به جست‌جوی علل و راه‌حلی منجر می‌شود که بر کارگران تأکید دارند (مانند برنامه تجدید آموزش شغلی). برعکس، تعریف بیکاری برحسب بهره‌وری ملی منجر به تمرکز بر راه‌حلی برای بهبود رشد در صنایعی می‌شود که بیکاری بالایی دارند. پیداست تعریف‌های مختلف به روش‌های مختلفی به کاهش مسئله اجتماعی می‌انجامد (ماژرزاک، ۱۳۹۲: ۴۰-۳۹).

مسئله‌شناسی تحلیلی بر اساس تکلیف قانونی یا هر سند بالادستی انجام می‌شود. تکلیفی که در قانون برای

1. Dunn

یک دستگاه تعیین شده است، می‌تواند یک نقطهٔ عزیمت مناسب برای تدوین سند سیاستی در قوهٔ مجریه باشد. همچنین سیاست‌هایی که در اسناد بالادستی (مثلاً سیاست‌های کلی برنامهٔ پنجم یا سیاست‌های کلی نظام) ابلاغ شده‌اند و مبنایی برای تدوین قانون برنامهٔ پنج‌ساله هستند نیز، می‌توانند نقطهٔ عزیمت تدوین سند سیاستی باشند. البته این تکلیف می‌تواند در قوهٔ مجریه و بر اساس شرح وظایف خاص دستگاه یا سازمان نیز تعریف شود. قانون اساسی، قوانین جاری، قانون برنامه، سند چشم‌انداز، سیاست‌های کلی نظام، سیاست‌های کلی برنامه، برنامه‌های اعلامی رئیس‌جمهور یا وزیران، اعمال فشار گروه‌های سیاسی و اقتصادی، دستاوردهای علمی و پژوهشی، تعهدات بین‌المللی دولت جمهوری اسلامی که به تصویب مجلس رسیده باشد و بحران‌های سیاسی، اجتماعی و اقتصادی، هر کدام می‌توانند نقطهٔ عزیمتی برای یک سند سیاستی باشند. لازم به ذکر است که سند سیاستی در سطوح کلان، میانی و خرد نظام سیاست‌گذاری قابل تدوین است و ممکن است برای هر یک از این سطوح متفاوت باشد.

در مسئله‌شناسی تحلیلی باید به سه موضوع اصلی اشاره کرد:

▲ تکلیف موردنظر در پی پاسخ به کدام مشکل اجتماعی سیاسی پدید آمده است؟

▲ برای اجرای این تکلیف با چه مشکلاتی مواجهیم؟

▲ علت‌یابی مشکل موردنظر چیست؟

علت‌یابی از آن جهت اهمیتی اساسی دارد که شناسایی علل نحوهٔ مداخله را مشخص می‌کند. مداخلهٔ سیاست‌گذاری و اقدامات باید بر علل مشکلات متمرکز شود.

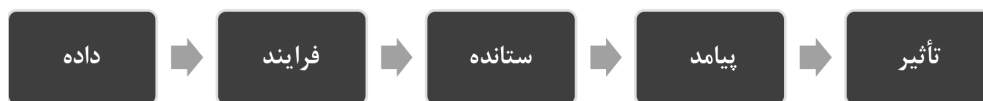
## ۲-۵- تدوین نظریهٔ سیاستی و استخراج راه‌حل‌ها

در این تحقیق از اصطلاح «نظریهٔ سیاستی» برای نظریه‌پردازی معطوف به عمل استفاده می‌شود. نظریهٔ سیاستی یک مدل علی از عوامل اصلی است که یک سیاست یا یک طرح و برنامه را به اهداف خود می‌رساند. در ادبیات واژه‌ها و اصطلاحات متنوعی برای نظریهٔ سیاستی به کار می‌رود که عبارت‌اند از: نظریهٔ طرح<sup>۱</sup>، مدل منطقی<sup>۲</sup>، منطق طرح<sup>۳</sup>، مدل علی<sup>۴</sup>، زنجیرهٔ نتایج<sup>۵</sup>، منطق مداخله<sup>۶</sup>. نظریهٔ طرح به طرز وسیعی در ادبیات ارزیابی سیاست به کار می‌رود (راجرز<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۰).

1. Program Theory
2. Logic Model
3. Programme Logic
4. Causal Model
5. Results Chain
6. Intervention Logic
7. Patricia Rogers

نظریه طرح توضیح می‌دهد که چگونه یک مداخله (اعم از یک پروژه، طرح، سیاست یا استراتژی) در زنجیره نتایج یک سیاست سهم دارد. در واقع، نظریه طرح دربرگیرنده مجموعه‌ای از اظهارات و بیانات است که نشان می‌دهد چرا، چگونه و تحت چه شرایطی آثار یک سیاست بروز می‌کند. این نظریه پیامدهای طرح را پیش‌بینی می‌کند و الزامات ضروری برای تحقق آثار طرح را تعیین می‌کند (شارپ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱).

نظریه طرح اغلب در مرحله طراحی یک سیاست یا مداخله جدید تدوین می‌شود و البته در زمان اجرا و پایان یک سیاست هم مورد استفاده قرار می‌گیرد. نکته مهم این است که نظریه طرح می‌تواند توسط مدیران طرح، ارزیاب بیرونی و یا برنامه‌ریز طراحی شود. همچنین، نظریه طرح ممکن است از طریق ادبیات موضوع یا از طریق اسناد رسمی کشف و استخراج شود و با یک نمودار تحت عنوان مدل منطقی معرفی و ارائه شود. نظریه طرح گاهی به صورت مجموعه‌ای از نتایج و گاه به صورت توالی داده، فرایند، ستانده، پیامد و تأثیر ارائه می‌شود (راجرز، ۲۰۰۰). این توالی در شکل ۱ به تصویر کشیده شده است.



شکل ۱. توالی ارائه نظریه طرح

در اینجا نیز از نظریه سیاستی برای طراحی سیاست و تدوین اقدامات سیاست‌گذاری استفاده می‌شود. پس از صورت‌بندی تحلیلی و دقیق مسئله سیاستی نوبت به شرح اقدام‌ها و راه‌حل‌ها برای حل مشکلات می‌رسد. محور اساسی بحث در این بخش آن است که این اقدام‌ها و راه‌حل‌ها باید مبتنی بر درک و تحلیل نظری باشند. اهمیت تحلیل نظری اقدامات در سیاست‌های عمومی، تدوین نظریه سیاستی (یا نظریه پایه) را ضروری می‌نماید. نظریه سیاستی نظریه‌ای معطوف به عمل است که چهارچوب‌های راه‌حل‌ها و اهداف اساسی مداخله دولتی را تعیین می‌کند.

برای آنکه بیان اهداف و ارزش‌ها انتزاعی و کلی نباشد، ضروری است تا نظریه‌ای سیاستی تدوین شود که معطوف به موضوع خاص مورد بررسی و عوامل علی تأثیرگذار باشد. این نظریه سیاستی در تعیین اقدامات و تدوین راه‌حل‌ها و سیاست‌های خرد هدایت‌کننده است. ساده‌ترین شکل تحلیل نظری، گزارش توجیهی است که معمولاً در سطوح کارشناسی دستگاه‌های اجرایی انجام می‌شود؛ اما باید توجه داشت که این گزارش توجیهی یا تحلیلی به هیچ روی نظریه سیاستی نیست. نظریه سیاستی فراتر، جامع‌تر و منسجم‌تر از یک گزارش فنی توجیهی است. البته مقصود در اینجا مبادرت به نظریه‌پردازی گسترده و کلان در

1. Glynn Sharpe

گزارش‌های دولتی و اسناد سیاستی نیست؛ چراکه نه مجال و نه تبحر لازم در مورد آن وجود دارد. در مقابل، نظریه‌های محدود و معطوف به عمل مدنظر قرار دارد که لازمهٔ انسجام نظری اقدامات و راه‌حل‌هاست. واضح است که در تدوین راهبردها و سیاست‌ها باید به اهداف و ارزش‌های اساسی یک سازمان توجه نمود. برای این کار باید توجه داشت که از چشم‌اندازهای متضاد نظری برای تدوین راه‌حل‌ها استفاده نشود. مثلاً نظریهٔ دولت رفاه مبتنی بر صرف هزینه‌ها و گسترش خدمات دولتی و مداخلهٔ دولت برای رفع روجع مشکلات عمومی و ارائه خدمات دولتی است، در حالی که نظریهٔ مدیریت دولتی نوین طرفدار کاهش حجم و اندازهٔ دولت و عدم مداخلهٔ دولت در سیاست‌گذاری عمومی است. سیاست‌ها نباید این دو رویکرد متضاد را باهم و یکجا مبنا قرار دهد؛ چون جمع مداخلهٔ دولتی و کاهش مداخلهٔ دولت امکان‌پذیر نیست.

برای تدوین سیاست‌ها شناختی از نظریه‌های موجود، ولو اجمالی، موردنیاز است. نکتهٔ حائز اهمیت در اینجا توجه به سطوح نظریه‌هاست. برخی نظریه‌ها کلان هستند و ناظر به کلیت رفتار انسان یا دولت هستند. برخی نظریه‌ها رشته‌های گوناگون علوم اجتماعی، اعم از اقتصاد، جامعه‌شناسی، علوم سیاسی و سایر رشته‌ها را در برمی‌گیرند. به‌عنوان نمونه‌ای از این نظریه‌ها که نظریه‌های جامع علوم اجتماعی هستند، می‌توان به نظریهٔ انتخاب عقلانی و نظریهٔ نهادی اشاره کرد. برای تدوین راه‌حل‌ها، سیاست‌ها و اقدامات نیازی به این سطح از نظریه‌پردازی نیست؛ هر چند که نظریه‌های خردتر ریشه در این نظریه‌های کلان دارند. برای سیاست‌سازی به نظریه‌های مرتبط، موضوعی یا به تعبیری نظریه‌های سیاستی نیاز است.<sup>۱</sup>

بنابراین ضروری است که اقدامات و راه‌حل‌ها متناظر با مسائل و مبتنی بر نظریه‌ای سیاستی باشد. حداقل کارکرد یک نظریهٔ سیاستی این است که از اقدامات متضاد جلوگیری می‌کند و انسجام و نظم ذهنی را در پی دارد.

### ۳-۵- تحلیل ذی‌نفعان

در ادبیات تخصصی مرتبط با تحلیل ذی‌نفعان تقسیم‌بندی‌های متعددی وجود دارد که صرفاً از باب نمونه به چند مورد اشاره می‌شود. یکی از راه‌های تمایز انواع ذی‌نفعان در نظر گرفتن گروه‌هایی از مردم است که دارای روابط قابل دسته‌بندی با سازمان هستند. مهم‌ترین گروه‌های ذی‌نفعان عبارت‌اند از: مشتریان، کارکنان، جوامع محلی، تأمین‌کنندگان، توزیع‌کنندگان و سهام‌داران. در ادبیات فریمن<sup>۲</sup> گروه‌ها و افراد دیگری نیز به‌عنوان ذی‌نفع در نظر گرفته می‌شوند که عبارت‌اند از: رسانه‌ها، مردم به‌طور کلی، شرکای کسب‌وکار، نسل آینده و نسل گذشته، دانشگاهیان، رقبا، سازمان‌های غیردولتی، فعالان و یا نمایندگان

۱ برای مطالعه بیشتر در این زمینه رک. اشترینان (۱۳۹۱).

ذی‌نفعان از قبیل اتحادیه‌های کارگری، اتحادیه صنفی توزیع‌کنندگان و تأمین‌کنندگان، سرمایه‌گذارانی غیر از سهامداران، دارندگان اوراق قرضه، دولت، رگلاتورها و سیاست‌گذاران.

چهارچوب ذی‌نفعان میچل<sup>۱</sup> و همکارانش (۱۹۹۷) در خصوص شرکت‌ها نشان می‌دهد که ذی‌نفعی که یک یا چند ویژگی قدرت، مشروعیت و فوریت را دارد، از اهمیت بیشتری برخوردار است. با ترکیب این سه ویژگی می‌توان یک توپولوژی از ذی‌نفعان ایجاد کرد و اهمیت آن‌ها برای مدیریت و تصمیم‌گیری را مورد ارزیابی قرار داد. در همین خصوص، ایتزیونی<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) نیز معتقد است سه نوع قدرت اجباری، مالی و اعتبارسازی مبتنی بر منابع نمادین وجود دارد.

در مدل بانک جهانی چهار گام برای تحلیل ذی‌نفعان ارائه شده است که عبارت‌اند از: شناسایی ذی‌نفعان، ارزیابی منافع (علاقه) ذی‌نفعان و تأثیر بالقوه پروژه بر روی این منافع، ارزیابی اهمیت و نفوذ ذی‌نفعان و طرح مشارکت ذی‌نفعان با توجه به منافع و در نهایت، اهمیت و نفوذ هر گروه از ذی‌نفعان (ثقفی و همکاران، ۱۳۹۳).

تحلیل ذی‌ربطان چند هدف عمده را به شرح زیر دنبال می‌کند:

- ▲ شناسایی دستگاه‌های دولتی و نهادهای بخش غیردولتی؛
- ▲ شناسایی خواسته‌ها، منافع، انگیزه‌های آن‌ها؛
- ▲ شناسایی وظایف و تکالیف قانونی آن‌ها در ارتباط با سیاست موردنظر؛
- ▲ طراحی تقسیم‌کار بین بخشی در ارتباط با سیاست موردنظر؛
- ▲ تدوین آیین‌نامه اجرایی.

در تحلیل ذی‌نفعان تقسیم وظایف دستگاه‌های ذی‌ربط، حقوق و تکالیف آن‌ها، انتظاراتی که دارند، اصطلاحاتی که یک سیاست با شرح وظایف آنان پیدا می‌کند، آسیب‌ها و موانع احتمالی که ممکن است بر سر راه سیاست‌های آن‌ها پدید آید و مواردی از این قبیل بررسی و تحلیل می‌شود. از حیث رسمی و حقوقی نتیجه این تحلیل در آیین‌نامه اجرایی که به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد، تجلی می‌یابد. معمولاً قوانین موضوعه مجلس یک سیاست را تعیین می‌کنند. این امر به‌ویژه در قانون برنامه مشهود است که طی آن مجلس سیاست‌های برنامه‌ای را تصویب می‌کند. آیین‌نامه اجرایی این سیاست‌ها که ماهیت بین بخشی دارند و بیش از یک دستگاه را درگیر می‌کنند، نیازمند آن است که در کمیسیون‌های موضوع اصل ۱۳۸ قانون اساسی و یا هیئت‌وزیران تصویب شود.

1. Mitchell

2. Etzion



برخی ذی‌ربطان از آن‌رو که در توقف یا پیشبرد یک سیاست نقشی قطعی ایفا می‌کنند، اهمیت بیشتری دارند. در نظام اداری ایران می‌توان به نقش سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، معاونت حقوقی ریاست جمهوری، کمیسیون‌های دولت و دبیرخانه‌های شوراها و واحدهای بین‌بخشی اشاره کرد. به‌موجب وظایف و اختیاراتی که در قوانین موضوعه، قانون برنامه، قانون خدمات کشوری و مانند آن به سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی داده می‌شود، این سازمان معمولاً در تأیید تشکیلات، پست‌های سازمانی و در تأمین بودجه لازم برای اجرای سیاست‌ها نقشی مهم ایفا می‌کند. از این‌رو، هر دستگاهی در فرایند تدوین سیاست‌های خرد و آیین‌نامه‌ها باید بتواند موافقت کارشناسان و مدیران این سازمان را جلب کند. معاونت حقوقی نیز در تفسیر حقوقی قوانین، تحدید حدود آیین‌نامه‌ها و ارائه مشاوره حقوقی به دستگاه‌ها بسیار تأثیرگذار است. کمیسیون‌ها و دبیرخانه‌های آن‌ها نیز از حیث نقش مدیریتی که در اداره جلسات تخصصی میان دستگاه‌ها، سازمان مدیریت، معاونت حقوقی و کارشناسان حرفه‌ای درون و بیرون دولت دارند، نقشی مهم ایفا می‌کنند. نتیجه آنکه تدوین یک سیاست و تصویب آیین‌نامه‌های مرتبط با آن مستلزم مذاکره و متقاعد کردن این ذی‌ربطان اصلی است.

نام دستگاه یا واحد بین‌بخشی	نقش	مبنای قانونی
سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی	تأیید تشکیلات، پست‌های سازمانی و تأمین بودجه لازم برای اجرای سیاست‌ها	قوانین موضوعه، قانون برنامه، قانون خدمات کشوری و مانند آن
معاونت حقوقی	تفسیر حقوقی قوانین، تحدید حدود آیین‌نامه‌ها و ارائه مشاوره حقوقی به دستگاه‌ها	قوانین موضوعه که از طریق هیئت تطبیق قوانین مجلس شورای اسلامی رصد می‌شود الزامات شورای نگهبان آراء دیوان عدالت اداری نظر هیئت‌وزیران برای احتراز از برگشت خوردن مصوبات از سوی شورای نگهبان، دیوان عدالت یا هیئت تطبیق مجلس
کمیسیون‌ها و دبیرخانه‌های آن‌ها	ایفای نقش مدیریتی در اداره جلسات تخصصی میان دستگاه‌ها، سازمان مدیریت، معاونت حقوقی و کارشناسان حرفه‌ای درون و بیرون دولت	اختیارات هیئت‌وزیران اختیارات قانونی شوراها اصل ۱۳۸ قانون اساسی آیین‌نامه داخلی هیئت دولت

جدول ۱. ذی‌ربطان مهم، نقش و منشأ قانونی اختیارات آن‌ها

بدیهی است که شمار و دامنه ذی‌ربطان به دستگاه‌های فوق محدود نمی‌شود. ذی‌ربطان مهم دیگر در میان مردم، بخش خصوصی، جامعه مدنی و نهادهای مطالعاتی قرار دارند؛ هرچند که برای ایفای نقش آنان در

فرایند تصمیم‌گیری دولتی سازوکار تکلیفی لحاظ نشده است. در برخی کشورها این سازوکارها از طریق سازمان‌های تنظیم‌گر<sup>۱</sup> دیده شده است. در ایران نیز چنین کارکردهایی از طریق قوانین موضوعه و عموماً از طریق نظام‌های تخصصی که توسط قانون‌گذار ایجاد می‌شوند، تحقق یافته است. سازمان نظام پزشکی، سازمان نظام مشاوره روانشناسی، سازمان نظام مهندسی و شورای رقابت از جمله این نظام‌های تخصصی هستند. این سازمان‌ها تکالیف، وظایف و اختیاراتی دارند که به آن‌ها اجازه ورود یا حضور یا تأثیرگذاری بر فرایند سیاست‌گذاری (اعم از سیاست‌گذاری کلان، میانی یا خرد) را می‌دهد. با این حال، برخی از این سازمان‌ها تأثیرگذاری خود را از طریق لابی‌گری دنبال می‌کنند.

#### ۴-۵- برآورد بودجه و تحلیل هزینه-فایده

تحلیل هزینه-فایده ارتباط مستقیمی با انتخاب راه‌حل و رویکرد اجرایی دارد. به همین دلیل حتی‌الامکان بهتر است این تحلیل پس از این دو مرحله از سند سیاستی انجام شود. البته نباید ویژگی چرخه‌های تجزیه و تحلیل سیاست‌گذاری و سیال بودن آن را نادیده گرفت. در واقع، همه چیز باید هم‌زمان انجام شود؛ اما از آنجاکه این امر شدنی نیست، باید در ادوار گوناگونی از چرخه به هریک از عناصر این چرخه پرداخت و بازپرداخت. به عبارت دیگر، این گونه نیست که تحلیل هزینه-فایده به اتمام برسد و آنگاه تحلیل حقوقی آغاز شود و دیگر به تحلیل هزینه-فایده بازگشتی نشود؛ بلکه باید پس از تحلیل هزینه-فایده گزینه‌های این تحلیل را به حالت تعلیق درآورد و سپس به سراغ تحلیل حقوقی رفت. ممکن است در تحلیل حقوقی این نتیجه حاصل شود که گزینه‌ای که از لحاظ مالی به صرفه‌تر است، از لحاظ حقوقی و قانونی با محدودیت مواجه است و امکان وقوع ندارد. در این صورت، باید گزینه‌های دیگر را مدنظر قرار داد.

نکته قابل توجه این است که تحلیل هزینه-فایده را باید از برآورد بودجه تفکیک کرد. تحلیل هزینه-فایده برای انتخاب یک گزینه از بین چند گزینه و برآورد بودجه برای یک سیاست منتخب انجام می‌شود. دامنه تحلیل هزینه-فایده مقوله‌های کمی و کیفی و نیز ابعاد اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی را در برمی‌گیرد اما، برآورد بودجه در حیطه هزینه‌های کمی محدود می‌ماند. تحلیل هزینه-فایده مستلزم محاسبه هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم یک سیاست است. بنابراین، لازم است که هزینه فرصت‌هایی که با اجرای یک سیاست از دست می‌رود، حتماً لحاظ شود. به علاوه، ابزارهای متنوعی که برای اجرای یک سیاست وجود دارد را باید تجسم و تحلیل کرد. ممکن است اجرای سیاست از طریق ابزارهای داوطلبانه اجتماعی امکان‌پذیر باشد. در این صورت نیازی به هزینه کردن از محل منابع دولتی نیست و می‌توان این مفروض که اجرای سیاست‌های دولتی مستلزم بودجه است را به زیر سؤال برد.

1. Regulatory

در تحلیل هزینه-فایده تا آنجا که ممکن است باید هزینه سیاست‌ها را به عدد و رقم تبدیل کرد. به‌عنوان مثال، اگر یک سیاست سبب اخراج یک تحصیل‌کرده یا کارمند با ۲۰ سال سابقه کار می‌شود، باید ارزش این تحصیلات و تجربه را، ولو به‌صورت تخمینی، به عدد و واحد پولی تبدیل کرد. برای این کار مثلاً می‌توان قیمت تمام‌شده یک سال تحصیلی را برای یک دانشجوی و دانش‌آموز محاسبه کرد و آن را در سال‌های تحصیل وی ضرب نمود. نتیجه این کار گرچه قطعی نیست اما، مفید است. بدین ترتیب می‌توان ضرر ناشی از اخراج یک دکترای تخصصی را به واحد پولی محاسبه کرد.

پس از انتخاب یک سیاست، برآورد بودجه باید انجام شود. بدین منظور لازم است گام‌های زیر طی شود:

۱. اقدامات دقیقاً فهرست شوند.
۲. جمعیت هدفی که قرار است تحت پوشش قرار گیرند، برشمرده شوند.
۳. تجهیزات موردنیاز تعیین و هزینه هر یک مشخص شود.
۴. مقدار هزینه مستقیم و غیرمستقیم هر اقدام مشخص شود.
۵. زمان پایان سیاست تعیین شود.
۶. مقدار پرداخت‌ها در طی سال‌ها یا ماه‌های اجرای سیاست دقیقاً محاسبه شود.
۷. منابع مالی مشخص شود.
۸. در صورت گرفتن وام، همه محاسبات اصل و فرع وام انجام شود.
۹. اگر پروژه چند سال به طول می‌انجامد، نرخ تعدیل سالانه حساب شود. عدم محاسبه نرخ تعدیل و تورم بسیاری از پروژه‌ها و سیاست‌ها را به شکست کشانده است.
۱۰. سیاست در قالب پروژه‌های شفاف مالی تدوین شود.
۱۱. با دفاتر مرتبط با تأمین بودجه در دستگاه خود و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی رایزنی شود.
۱۲. مشخص شود که آیا هزینه‌های اجرای سیاست پایدار است یا اینکه در یک مقطع زمانی مشخص پایان می‌یابد. به‌عنوان نمونه، سیاست ایجاد پوشش بیمه تأمین اجتماعی یا خدمات درمانی برای اقشار فقیر جامعه از جمله سیاست‌هایی است که هزینه‌های اجرای آن در طی زمان ادامه می‌یابد. در این صورت، حتماً باید برای تأمین بودجه آن در سال‌های آتی چاره‌ای اندیشیده شود. به‌عنوان نمونه‌ای دیگر، اگر قرار است حقوق یک قشر افزایش یابد، باید به فکر تأمین آن در سال‌های آینده هم بود و هزینه‌ای که این افزایش حقوق در سال‌های آتی بر صندوق‌های بازنشستگی خواهد گذاشت را لحاظ کرد.

برای تحلیل‌های بودجه‌ای شناسایی ظرفیت‌های قانونی بودجه کل کشور ضروری است.<sup>۱</sup> این ظرفیت‌ها عبارت‌اند از:

▲ قانون بودجه، ماده‌واحد و جدول‌های کلان منابع و مصارف بودجه؛

▲ پیوست اعتبار تملک دارایی‌های سرمایه‌ای؛

▲ پیوست درآمدها و واگذاری دارایی‌های سرمایه‌ای و مالی؛

▲ پیوست بودجه شرکت‌های دولتی، بانک‌ها و مؤسسات انتفاعی وابسته به دولت؛

▲ پیوست اعتبارات هزینه و تملک دارایی‌های سرمایه‌ای برحسب برنامه.

مطالعه قانون بودجه و اسناد مرتبط مستلزم صرف وقت زیادی است. از این رو می‌توان از کارشناس بودجه مربوطه در معاونت نظارت و راهبردی مشورت گرفت. در بیشتر کشورهای پیشرفته اصولاً ادارات مالی وزارتخانه‌ها<sup>۲</sup> از نخستین بخش‌هایی در وزارتخانه‌ها هستند که نقش مشاور اجرایی سیاست‌ها را به عهده دارند. به همین دلیل، باید با آن‌ها در ارتباط مستقیم بود. این در حالی است که ایفای این نقش توسط واحدهای متصدی امور بودجه در وزارتخانه‌های کشور محل تردید است؛ چراکه این واحدها معمولاً تنها به رتق و فتق امور مالی کارکنان و پرداخت حقوق و دستمزد می‌پردازند.

## ۵-۵- تحلیل حقوقی

شناسایی و تحلیل ضرورت تنظیم‌گری حقوقی یکی از ارکان برنامه‌ریزی تفصیلی سیاست‌گذاری در بخش دولتی است. با این حال، تحلیل حقوقی قوانین، مقررات، اسناد سیاست‌گذاری و مصوبات رسمی در سیاست‌گذاری عمومی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. در واقع مقررات حقوقی ترجمان اندیشه‌ها و سیاست‌ها به زبان اداری است. به همین سان، بخش مهمی از وظیفه برنامه تفصیلی سیاست‌گذاری تبدیل اندیشه‌ها و مقاصد سیاسی به زبان دستگاه اداری است. تا چنین ترجمانی صورت نگیرد نمی‌توان انتظار داشت که مقاصد مورد نظر تحقق می‌یابند. بنابراین عینیت اداری لازمه ذهنیت سیاسی است. باید توجه داشت که سازوکار اداری در ارتباط با سطوح و گونه‌های سیاست‌گذاری و سیاست‌سازی مشخص می‌شود. در این بخش ضرورت‌ها و ابعاد این ترجمان مورد بحث قرار می‌گیرد و به‌طور ویژه بر حقوق اداری تمرکز می‌شود؛ چراکه حقوق اداری تنظیمات درونی و بیرونی قوه مجریه را در قالب آیین‌نامه‌ها، دستورالعمل‌ها، بخشنامه‌ها و مانند آن مشخص می‌نماید.

۱. در این راستا درس مالیه عمومی که متأسفانه در بسیاری از دانشکده‌های علوم سیاسی و مدیریت کشور مهجور واقع شده است، می‌تواند بسیار مفید باشد.

در این مرحله، با تحلیل حقوقی قوانین و اسناد سیاستی تلاش می‌شود تا درک درستی از این موضوع پیدا شود که برای اجرای یک تکلیف قانونی به چه مواردی نیاز است؛ آیا اساساً الزامی برای تدوین آیین‌نامه وجود دارد؟ اگر پاسخ مثبت است، آیین‌نامه باید چه محدوده و چه مواردی را پوشش دهد؟ ممکن است تحلیل حقوقی نشان دهد که برای اجرای یک ماده قانونی به قانون دیگری نیاز است؛ مثلاً برای اجرای ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم در خصوص استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه ممکن است تصویب قانون دیگری برای افتتاح حساب‌های انفرادی مرتبط با نظام بازنشستگی موردنیاز باشد. حتی ممکن است تحلیل حقوقی نشان دهد که برای اجرای یک سیاست نیازی به تدوین آیین‌نامه جدید نیست و تنها با یک دستورالعمل یا حتی یک اقدام مدیریتی اجرای آن عملی است؛ چراکه به اندازه کافی قوانین و مقررات وجود دارد و شرح وظایف قانونی دستگاه کفایت می‌کند. بی‌توجهی به تحلیل حقوقی اشتباه مرسوم است که معمولاً مدیران اجرایی ناآشنا با حقوق اداری مرتکب آن می‌شوند. گاه مدیران دستگاه‌ها تصور می‌کنند که برای انجام هر کاری به مصوبه هیئت‌وزیران یا قانون‌گذاری نیاز دارند. حال آنکه ممکن است هم قوانین مرتبط و هم آیین‌نامه‌های آن‌ها موجود باشد و لذا اساساً هیچ نیازی به قانون یا آیین‌نامه جدید وجود نداشته باشد و یا آنکه ممکن است بر اساس قانون تأسیس و شرح وظایف دستگاه اجرایی بتوان به اقدامات لازم مبادرت ورزید و نیازی به مقررۀ دیگری نباشد.

در تحلیل حقوقی، شناسایی نظام حقوقی و سیاست‌گذاری اصلی از اهمیت زیادی برخوردار است. این نظام مصدر صدور قوانین، سیاست‌ها، راهبردها و راه‌حل‌ها است. از این رو، باید اسناد موجود را مورد توجه قرار داد و ارتباط آن‌ها را با سند سیاستی مشخص کرد. مهم‌ترین اسنادی که باید مدنظر قرار گیرند، به شرح زیر است:

▲ قانون اساسی، سند چشم‌انداز، سیاست‌های کلی نظام و سیاست‌های کلی برنامه؛

▲ قوانین جاری و قانون برنامه؛

▲ تصویب‌نامه‌ها و آیین‌نامه‌های مرتبط؛

▲ نیازهای حقوقی مرتبط با سند سیاستی؛

▲ سایر ملاحظات حقوقی مرتبط با اقدامات سند سیاستی.

بنابراین، ضروری است که به اسناد رسمی بالادستی و مقررات مرتبط توجه شود؛ چراکه بنا به مفاد حقوق اساسی و مقررات حقوق اداری، این راهبردها و سیاست‌ها نمی‌توانند ناقض اسناد بالادستی باشند و باید در چهارچوب اسناد فوق‌الذکر تدوین و طراحی شوند. سلسله‌مراتب اسناد رسمی در جمهوری اسلامی ایران به شرح جدول ۲ است.

اسناد رسمی	مرجع تدوین و تصویب
قانون اساسی	سند تقنینی؛ مجلس خبرگان قانون اساسی، مردم؛ حوزه حقوق اساسی
سند چشم‌انداز	سند غیر تقنینی؛ تدوین توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام و ابلاغ توسط رهبری
سیاست‌های کلی	سند غیر تقنینی؛ تدوین توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام و ابلاغ توسط رهبری
قانون برنامه و قوانین عادی	سند تقنینی؛ مجلس شورای اسلامی
قانون بودجه	سند تقنینی؛ مجلس شورای اسلامی
آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌ها	سند غیر تقنینی؛ قوه مجریه، حوزه حقوق اداری
سندهای توسعه بخش، فرابخش، استان و تلفیق که در برنامه پنجم از آن به بسته‌های سیاستی یاد می‌شود.	سند غیر تقنینی؛ دولت
موافقت‌نامه‌های بودجه جاری و عمرانی	سند غیر تقنینی؛ دولت

جدول ۲. سلسله‌مراتب اسناد رسمی در جمهوری اسلامی ایران و مرجع تدوین و تصویب

بدین ترتیب، تحلیل حقوقی میانی قانونی و مستندات تصمیم‌گیری در حوزه مورد نظر را روشن می‌سازد. در این راستا، ضروری است تا اسناد بالادستی و منشأ اصلی قانونی مورد توجه قرار گیرند و سپس، نیازهای حقوقی تصمیم مورد نظر در قوه مجریه و به‌بیان دیگر، ضرورت مصوبه دولت یا آیین‌نامه لازم بیان شود. به‌طور کلی، گام‌ها و مراحل تحلیل حقوقی را می‌توان به شرح زیر بیان نمود:

- ▲ شناسایی نظام حقوقی و سیاست‌گذاری؛
- ▲ شناسایی شوراهای مرتبط؛
- ▲ شرح وظایف دستگاه؛
- ▲ شناسایی حیطه اختیارات؛
- ▲ برنامه‌های تفصیلی یا سند سیاستی؛
- ▲ تعیین مستند قانونی آیین‌نامه؛
- ▲ تعریف مفاهیم و اختصارات در ابتدای آیین‌نامه؛
- ▲ تعیین وظایف ذی‌ربطان؛
- ▲ رفع و رجوع مشکلات حقوقی تصمیم‌گیری.

## ۶-۵- تحلیل آثار اجتماعی، فرهنگی و زیست‌محیطی

برای بررسی پیامدهای خارجی سیاست‌ها لازم است که اثرات اجتماعی، فرهنگی و زیست‌محیطی آن‌ها مورد بررسی و مطالعه قرار گیرد. مطالعات آثار اجتماعی-فرهنگی ابعاد و ویژگی‌هایی دارند که در زیر به آن‌ها اشاره می‌شود:

۱. تحلیل آثار اجتماعی-فرهنگی با مسائل پیچیده و کلی سروکار دارد. از این‌رو، در این خصوص باید نظریه‌های کل‌گرا و سیستمی و روش‌های حل مسئله به کار گرفته شوند.

۲. تحلیل آثار اجتماعی-فرهنگی بین‌رشته‌ای و چندجانبه است. به همین دلیل، از حیث نظریه روش‌شناسی می‌توان از نظریه‌های میان‌رشته‌ای به‌ویژه نظریه گفتگویی، نظریه پیچیدگی، و مانند آن استفاده کرد. در این راستا و به‌مثابه تکنیک تحقیق می‌توان از تکنیک‌های واسطه‌گری، مشارکتی، تفهیمی و تحلیل استدلال بهره برد. این تکنیک‌ها می‌توانند بین شاخه‌های مختلف علمی هم‌زبانی و تفاهم پدید آورند و دیدگاه‌های آن‌ها را به یکدیگر نزدیک نمایند.

۳. تحلیل آثار اجتماعی-فرهنگی بین‌سازمانی است. در این زمینه نظریه‌های سیستمی به‌مثابه نظریه‌های روش‌شناسی و روش تجزیه و تحلیل شبکه‌ای مانند تکنیک‌های روش تحقیق قابل کاربرد است. هماهنگی سیاست‌ها و هماهنگی سازمان‌های درگیر در ارزیابی تأثیر از طریق تحلیل شبکه، قابلیت مدل‌سازی پیدا می‌کنند (محمدی کنگرانی، ۱۳۹۰). از موارد کاربرد تحلیل شبکه‌ای می‌توان طرح‌ریزی و برنامه‌ریزی پروژه‌ها، سیستم‌های پیچیده، مدارهای الکتریکی، شبکه‌های اجتماعی، سیستم‌های حمل‌ونقل، شبکه‌های ارتباطی، پخش و انتشار بیماری‌های واگیردار، زیست‌سنجی رایانه‌ای، تئوری سازمانی، تحلیل متون و نوشته‌ها، تئوری سازمان، تحقیقات تبارشناسی و تحلیل وقایع را نام برد. اغلب این زمینه‌های تحقیقاتی بر مبنای نسبتاً مرتب‌تری قرار گرفته‌اند که این ارتباط را تحلیل شبکه‌ای برقرار می‌کند (برندز و ارباخ، ۲۰۰۵). یکی از ویژگی‌های رویکردهای سیاست‌گذاری ساختن مدل‌هایی بر اساس استعاره‌های جدید «شبکه‌ها» و «اجتماعات» سیاست‌گذاری است. همچنین علاقه‌ای فزاینده به روش‌هایی که در آن‌ها «نهادها» بر سیاست‌گذاری‌ها و نتایج آن‌ها تأثیر بسزایی دارند، به وجود آمده است.

۴. تحلیل آثار اجتماعی-فرهنگی هنجاری یا به تعبیری نه‌چندان دقیق ایدئولوژیک است. تأثیر سیاست‌های عمومی جنبه‌های گوناگونی دارد و بر گروه‌های مختلف اجتماعی آثار متفاوت و گاه متضادی دارد. دیدگاه‌ها و منظرهای گوناگون هر یک بر اساس منافع، ارزش‌ها و هنجارهای خود و به‌گونه‌ای متفاوت یک سیاست را ارزیابی می‌کنند. نظریه هنجاری در روش‌شناسی به مبانی ارزشی و فلسفی سیاست‌ها می‌پردازد و دامنه گسترده‌ای را در برمی‌گیرد؛ منظرهای کلان و متنوعی همچون لیبرالیسم و سوسیالیسم تا منظرهای خردتر و ارزش‌های خاص اجتماعی، سیاسی و مدیریتی، مانند مشارکت، کارآمدی، حقوق شهروندی، محله‌گرایی و

مانند آن در این دامنه قرار می‌گیرند. ابزارهای ارزیابی تأثیر در نظریه‌های هنجاری معمولاً ابزارهایی مفهومی هستند و به روش تحلیلی انجام می‌شوند.

۵. تحلیل آثار اجتماعی-فرهنگی واجد جنبه‌های عینی است و بنابراین، نیازمند استفاده از نظریه عقلانی و تکنیک‌هایی است که از آن قابل استخراج‌اند. تکنیک‌های تحلیل هزینه-فایده و هزینه-اثربخشی از جمله این تکنیک‌ها هستند.

مراحل تحلیل آثار اجتماعی-فرهنگی در سند سیاستی را می‌توان به قرار زیر بیان نمود (اشترین، ۱۳۹۱):

۱. طرح موضوع (بر اساس نظرخواهی از خبرگان و باتوجه به تکالیف قانونی که لزوماً باید از سطح کلان شروع شود)؛

۲. شناخت طرف‌های درگیر (نهادهای، سازمان‌ها و گروه‌های اجتماعی مرتبط)؛

۳. تدوین و صورت‌بندی تبیین‌های مختلف مسئله (شناسایی ابعاد مختلف یک مسئله باتوجه به بند ۱ و ۲)؛

۴. طراحی وضعیت مسئله (پیوند دادن یک مسئله فنی، عمرانی، شهری و یا مانند آن با مجموعه‌ای از مسائل و طراحی کلان مسئله)؛

۵. شناسایی ارزش‌های نظری گوناگون حاکم بر یک موضوع (مفهوم‌سازی، استفاده از ابزارهای مفهومی و تحلیل نظری برای شناسایی ارزش‌های نظری گوناگون)؛

۶. طراحی روش‌شناسی بر اساس وضعیت مسئله و مفاهیم اساسی (استخراج ابزارهای روش‌شناختی از مفهوم‌سازی‌ها و ابزارهای مفهومی)؛

۷. برآورد دامنه آثار و تدوین راهکارهایی برای اجتناب از آثار منفی.

### « چگونه ارزیابی تأثیر اجتماعی (اتا) با فرایند برنامه‌ریزی تناسب پیدا می‌کند؟

اتا ممکن است به‌عنوان «ابزار برنامه‌ریزی»، «ابزار سیاست‌گذاری» و یا «ابزار تصمیم‌گیری» به کار رود (وانکلی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ کمیسیون جهانی محیط‌زیست و توسعه<sup>۲</sup>، ۱۹۸۷).

#### ۱- ابزار برنامه‌ریزی

برنامه‌ریزی را می‌توان به سه مرحله اصلی تقسیم کرد:

1. Vanclay  
2. WCED



▲ سیاست‌ها که اهداف کلی و مقبول اجتماعی را تعریف کرده، راه‌ها و ابزارهای رسیدن به آن‌ها را مشخص می‌کنند؛

▲ برنامه‌ها که از وسایل و ابزارها استفاده کرده، منابع را به سمت برآوردن اهداف هدایت می‌کنند؛

▲ پروژه‌ها که نشان‌دهنده انجام دادن عملی فعالیت‌هایی هستند که به منظور تحقق اهداف معین شده در سیاست‌ها و برنامه‌ها طراحی شده‌اند.

## ۲- ابزار سیاست‌گذاری

انتخاب سیاست مستلزم دو تصمیم است:

▲ اقدام؛

▲ انتخاب میان گزینه‌ها با در نظر گرفتن هدف یا منظوری از پیش تعیین شده.

اتا با فراهم کردن ارزیابی جامع شیوه‌ها و گزینه‌های اقدام می‌تواند به ابزاری برای بهبود فرایند انتخاب از میان طیف گزینه‌های سیاستی تبدیل شود. به عبارت دیگر، اتا با سبک و سنگین کردن گزینه‌ها به سیاست‌گذاری کمک می‌کند.

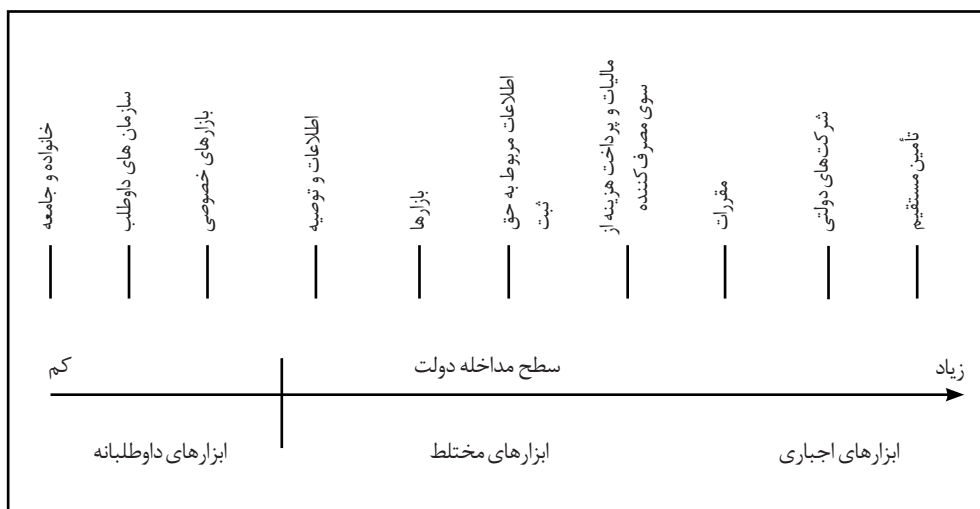
## ۳- ابزار تصمیم‌گیری

اتا به عنوان ابزار تصمیم‌گیری، بخشی از فرایند عقلانی حل مسئله است که با مشخص کردن طیف هزینه‌های اجتماعی و منافع اجتماعی اقدام پیشنهادی و شیوه‌ها و گزینه‌های اقدام، تصمیم‌گیری را تسهیل می‌کند. فرایند تصمیم‌گیری اغلب مملو از تضاد است. کنشگران مختلف فرایند اتا ارزش‌ها و منافع متفاوتی دارند و در پیگیری اهداف اتا به شیوه‌های متفاوتی عمل کرده و واکنش نشان می‌دهند. اتا به کاهش تضاد کمک کرده و اتخاذ تصمیمی عقلانی‌تر را ممکن می‌کند؛ زیرا گزارش اتا اطلاعات مربوط به اغلب مسائل و گزینه‌ها را به دست می‌دهد. قانون ایالات متحده شرطی اجبارکننده دارد: برای هر پروژه یا سیاستی که زمین یا بودجه یا قوانین ملی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، باید گزارش ارزیابی تأثیر محیطی تهیه شود.

## ۷-۵- تعیین مدل اجرایی

برای اجرای سیاست تنها شناسایی اقدامات لازم کافی نیست بلکه، باید قبل از آن به این نکته توجه کرد که با چه مدلی می‌توان این اقدامات را به اجرا درآورد. به عنوان مثال، آیا برای افزایش سواد باید مداخله مستقیم دولتی را در پیش گرفت یا اینکه نهادهای غیردولتی یا مؤسسات آموزشی خصوصی می‌توانند

عامل اجرای سیاست دولتی باشند؟ آیا نهادهای مردمی، خانواده‌ها و مانند آن می‌توانند چنین رسالتی را بر دوش بکشند یا اینکه مسئولیت این کار را باید به عهده وزارت آموزش و پرورش گذاشت؟ چنین پرسش‌هایی مطالعه مدل‌های اجرای سیاست‌ها را ضروری می‌کنند. مدل‌های نظری گوناگونی برای اجرای سیاست‌ها ارائه شده‌اند که طیفی از ابزارها را بنا به مقتضیات و شرایط اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و غیره پیشروی ما قرار می‌دهند تا بتوان از آن طریق به اجرای سیاست پرداخت. اندیشمندان مختلف طبقه‌بندی‌های مختلفی از این ابزارها ارائه کرده‌اند. برای مثال، کرشن<sup>۱</sup> ده نوع ابزار سیاست عمومی را در سه طبقه جای داده است: ابزارهای داوطلبانه، ابزارهای اجباری، ابزارهای مختلط (قلی‌پور، ۱۳۸۹). شکل ۲ این ابزارها را نمایش می‌دهد. ابزارهای داوطلبانه یا نرم یکی از مهم‌ترین ابزارهای سیاست‌گذاری هستند.



شکل ۲. طیف ابزارهای مختلف سیاست عمومی

## ۸-۵- پایش اجرای سیاست

پایش اجرای سیاست همان‌گونه که از نامش پیداست، معطوف به جریان اجرا است. برای انجام یک پایش کارآمد باید فعالیت‌ها و گام‌های اجرایی تعیین‌شده در مراحل قبل را در قالب شاخص‌های کمی و دوره‌های زمانی شفاف‌سازی کرد. البته می‌توان شاخص‌هایی که کیفی هستند را نیز (با تشکیل تیم‌های تحلیلی خبرگی) در دستور کار قرار داد. رصد شاخص‌های کمی و کیفی در حین اجرای یک سیاست و تدوین گزارش‌های ادواری و انتشار و ارجاع آن‌ها به مراجع ذی‌ربط می‌تواند اطمینان از حرکت در مسیر تحقق اهداف را افزایش دهد. افزون‌بر آن، زمان‌بندی هم یکی از ارکان اصلی پایش است. زمان‌بندی اجرای سیاست

1. Kershen

که در بخش گام‌های اجرایی تعیین شده است، باید رصد شود و تأخیرها و تعجیل‌های آن علت‌یابی و گزارش گردد. بدین‌سان مدیر اجرایی یک سیاست می‌تواند به تغییرات ضروری در حین اجرا دست یابد.

در اینجا باید بر اهمیت پایش کیفی تأکید کرد؛ چراکه شاخص‌های کمی تنها بخشی از واقعیت اجرا را بیان می‌کنند. ممکن است پایش کمی علائم مثبتی از اجرای یک سیاست را نشان دهد ولی، پایش کیفی معطوف به محتوا و ماهیت است. پایش کیفی نشان می‌دهد که آیا اهداف واقعی و آثار اجتماعی، فرهنگی، سیاسی موردنظر واقعاً محقق می‌شوند یا خیر. پایش کیفی که توسط جمع‌های خبرگی یا تحلیل‌گران زبده انجام می‌شود، می‌تواند نتایج شگرفی را به همراه داشته باشد. پایش کیفی می‌تواند نشان دهد که سیاست‌ها، راه‌حل‌ها و اقدامات از بنیان اشتباه بوده است و یا اینکه صورت‌بندی مشکل سیاسی و علت‌یابی آن از اساس غلط بوده است و بنابراین فرصت تجدیدنظر در سیاست‌ها و راه‌حل‌ها را فراهم می‌کند. به‌عنوان مثال، در سیاست‌های تشویقی برای سوادآموزی ممکن است چنین پیش‌بینی شده باشد که برای هر سوادآموز صد دلار جایزه تشویقی در نظر گرفته شود. در زمان اجرای این سیاست هزینه‌های زیادی تحت عنوان تشویق از بودجه کاسته و به سوادآموزان اهدا می‌شود. افزایش هزینه‌های این سیاست به لحاظ کمی نشان‌دهنده موفقیت ظاهری این سیاست است اما، ممکن است تحلیل‌گری باتوجه به کارآمدی این سیاست، پایداری نتایج (عدم بازگشت به بی‌سوادی) و فایده ذاتی آن، به این نتیجه برسد که سوادآموزی ابتدایی عملاً هیچ تغییری در فرد سوادآموز ایجاد نمی‌کند و او نمی‌تواند با این سطح از سواد حتی روزنامه یا کتاب‌های کودکان را بخواند و حتی پس از مدت کوتاهی این سطح از سواد را هم به فراموشی بسپارد. چنین تحلیلی در حین اجرای سیاست تشویقی سوادآموزی می‌تواند سیاست‌گذاران را به تجدیدنظر در این زمینه و تغییر سیاست رهنمون کند.

#### ۹-۵- تعیین مدل ارزیابی سند سیاست‌گذاری

اجزای سیاست‌گذاری عمومی مانند زنجیره‌های به‌هم‌پیوسته و وابسته‌های هستند که هر یک در دیگری تأثیرگذار است. نحوه ارزیابی سیاست که در آخرین مرحله گزارش می‌شود، در واقع به صورت‌بندی مسئله و مشکل مرتبط است. ارزیاب از خود می‌پرسد که این سیاست در پی رفع چه مشکل و حل چه مسئله‌ای بوده است؟ لذا ارزیابی و معیارهای آن از همان ابتدای شکل‌گیری مسئله سیاستی مطرح می‌شوند و ملاک‌ها، معیارها و مفروضات مسئله سیاستی در مرحله ارزیابی نیز مطرح هستند. اینکه یک پدیده با چه مفروضاتی تبدیل به مسئله سیاستی شده است، نقش خود را در ارزیابی نشان می‌دهد. بر اساس همان مفروضات قضاوت می‌شود که آیا یک سیاست به اهداف خود نائل شده است یا خیر.

ارزیابی با اهداف و روش‌های گوناگونی انجام می‌شود. روش‌های ارزیابی همان روش‌های مرسوم علوم

اجتماعی (روش‌های کمی، کیفی، مقایسه‌ای و مانند آن) هستند. ارزیابی گونه‌های متفاوتی دارد که عبارت‌اند از:

- ▲ ارزیابی بر اساس نتایج؛
- ▲ ارزیابی بر اساس تأثیرگذاری و کارآمدی؛
- ▲ ارزیابی بر اساس کارایی؛
- ▲ ارزیابی بر اساس اثرات جانبی؛
- ▲ ارزیابی بر اساس ارزش‌های خاص اجتماعی-سیاسی (مانند عدالت، برابری، فقرزدایی، ارزش‌های انسانی، قدرت سیاسی، ثبات اجتماعی-سیاسی و توسعه)؛
- ▲ ارزیابی بر اساس هزینه-فایده پولی؛
- ▲ ارزیابی قانونی؛
- ▲ ارزیابی بر اساس خواست‌های ذی‌نفعان گوناگون.

شقوق و گونه‌های ارزیابی که اشاره شد، بعضاً با یکدیگر هم‌پوشانی دارند. احصاء گونه‌های مختلف ارزیابی ضرورتاً به معنی تفکیک دقیق و وجود مرزهای نفوذناپذیر بین آن‌ها نیست بلکه، جنبه آموزشی دارد. مدل‌های مختلف ارزیابی در جدول ۳ خلاصه شده است.

رهیافت ارزیابی	پیشگام	ایده اصلی	کاربرد	روش
هدف‌محور	تایلر	پایش تحقق اهداف ارزیابی تعیین‌شده سیاست	نظارت بر تحقق اهداف سیاست	(۱) آزمایش و کنترل تصادفی؛ (۲) مطالعات مقایسه‌ای؛ (۳) مدل‌سازی آماری.
آزمایش	کمیل	تعریف گروه آزمایش و کنترل و تعیین رابطه علی میان یک سیاست معین و اثر آن	شناخت اثر یک سیاست معین	(۱) آزمایش؛ (۲) شبه آزمایش.
تصدیق / اعتبارگذاری	هیئت‌های ممتحن	بررسی صلاحیت نهادها، برنامه‌های نهادی، و/یا کارکنان برای ارائه خدمات عمومی مشخص	رتبه‌بندی، استانداردگذاری و ارزیابی عملکرد نهادها، برنامه‌ها و کارکنانشان برای اجرای سیاست‌ها	(۱) خودارزیابی؛ (۲) خودگزارشگری افراد/ نهادها؛ (۳) بازدید از نهادها.

رهیافت ارزیابی	پیشگام	ایده اصلی	کاربرد	روش
پاسخگویی با تأکید بر پرداخت نتیجه‌گرا	لسینگر	به‌کارگیری استانداردهای موفقیت/ شکست، پرداخت برای نتایج خوب و تنبیه برای عملکرد غیرقابل قبول	پیشگیری از اتلاف بودجه و ملزم کردن مجریان به تحقق اهداف و برنامه‌هایی که اعتبار آن را دریافت کرده‌اند.	۱) رویه‌های تنظیم استانداردهای موفقیت/ شکست؛ ۲) پرداخت نتیجه‌گرا؛ ۳) قرارداد عملکرد؛ ۴) مدیریت هدف‌گرا؛ ۵) پایگاه داده‌های ورودی، فرایند و خروجی برنامه؛ ۶) نظام‌های برنامه‌ریزی و بودجه‌ریزی برنامه؛ ۷) کارت‌ها/ پروفایل‌های گزارش نهادی؛ ۸) حسابرسی‌های رعایت رویه‌ای و دستیابی به هدف؛ ۹) خویش مطالعه؛ ۱۰) بازبینی‌های همتای متمرکز بر معیار ثابت؛ ۱۱) پرداخت شایستگی برای سازمان‌ها، برنامه‌ها و/یا افراد.
مورد پژوهی	کمیل، لینکلن و گوبا	توصیف، تحلیل و سنتز عمیق و متمرکز یک سیاست	توضیح موثق، عمیق و مستند سیاست برای ذی‌نفعان آن	۱) تحلیل بایگانی‌ها؛ ۲) جمع‌آوری مصنوعات مانند نمونه‌های کار؛ ۳) تحلیل محتوای مستندات برنامه؛ ۴) مشاهدات مستقل و مشارکتی؛ ۵) مصاحبه؛ ۶) تحلیل منطقی عملیات؛ ۷) گروه‌های کانونی؛ ۸) آزمون پرسشنامه؛ ۹) مقیاس‌های درجه‌بندی؛ ۱۰) تحقیق عمومی؛ ۱۱) فروروم‌ها؛ ۱۲) پایگاه داده.
نظام‌های اطلاعات مدیریت	دمینگ	طراحی یک پایگاه داده برای سیاست و جمع‌آوری منظم و مستمر اطلاعات آن	ارائه اطلاعات به مدیران برای برنامه‌ریزی، پایش، کنترل و گزارش سیاست	۱) تحلیل سیستم؛ ۲) تکنیک بازبینی و ارزیابی برنامه؛ ۳) روش مسیر بحرانی؛ ۴) نظام برنامه‌ریزی و بودجه‌ریزی برنامه؛ ۵) مدیریت هدف‌گرا؛ ۶) نظام اطلاعات کامپیوترمحور؛ ۷) گزارش‌های متناوب پیشرفت پرسنلی؛ ۸) گزارشگری منظم بودجه.
مصرف‌کننده‌گرا	اسکریون	محوریت رفاه مصرف‌کننده و خدمت به وی در تعیین شایستگی سیاست	انتخاب میان گزینه‌های سیاستی با توجه به هزینه‌های مختلف، نیازهای گروه‌های مصرف‌کننده، ارزش‌های عمومی جامعه و شواهد نتایج مثبت و منفی	۱) چک‌لیست؛ ۲) نیازسنجی؛ ۳) ارزیابی فارغ از اهداف؛ ۴) آزمایش و شبه آزمایش؛ ۵) تحلیل روش کار؛ ۶) تحلیل هزینه.
هزینه-فایده	تحلیلگران اقتصادی	مقایسه هزینه و فایده سیاست	قضاوت درباره بهره‌وری سیاست	۱) تحلیل هزینه و ورودی‌ها؛ ۲) تحلیل هزینه-اثربخشی.

ادامه جدول ۳. گونه‌های مختلف ارزیابی و اطلاعات کلی پیرامون آن‌ها

رهیافت ارزیابی	پیشگام	ایده اصلی	کاربرد	روش
ترکیب روش‌ها	تایلر	استفاده از هر دو روش کمی و کیفی در ارزیابی سیاست	ارزیابی تکوینی و تلخیصی سیاست	<p>(۱) پیمایش با استفاده از نمونه‌های معرف و نمونه‌های تداومی، مقطعی و جرگه‌ای؛</p> <p>(۲) آزمون‌های قاعده مرجع؛ (۳) مقیاس‌های درجه‌بندی؛ (۴) شبه آزمایش؛ (۵) آزمون‌های معناداری آثار اصلی؛ (۶) آزمون‌های آماری استقرایی؛ (۷) قوم‌نگاری؛ (۷) تحلیل اسنادی؛ (۸) تحلیل روایتی؛ (۹) نمونه‌های هدفمند؛ (۱۰) مشاهده‌گری مشارکتی؛ (۱۱) مشاهده‌گری مستقل؛ (۱۲) مطلعان کلیدی؛ (۱۳) کمیته‌های مشورتی؛ (۱۴) مصاحبه‌های ساختمند و غیرساختمند؛ (۱۵) گروه‌های کانونی؛ (۱۶) موردپژوهی‌های افراد و گروه‌ها؛ (۱۷) مطالعه برونی‌ها؛ (۱۸) خاطره‌نویسی؛ (۱۹) مدل‌های منطقی؛ (۲۰) نظریه برخاسته از داده‌ها؛ (۲۱) نمودارهای گردش کار؛ (۲۲) درخت‌های تصمیم؛ (۲۳) ماتریس‌ها؛ (۲۴) ارزیابی‌های عملکرد.</p>
مراجع محور (پاسخگو)	استیک	تعامل مستمر ارزیاب با متقاضیان، خودگردانی محلی و کمک به افراد درگیر سیاست برای انجام ارزیابی و استفاده از آن برای بهبود سیاست	فراهم کردن اطلاعات مفید در دسترس برای متقاضیان و پاسخ به نیازهای متنوع آن‌ها و سایر ذی‌نفعان	<p>(۱) موردپژوهی؛ (۲) اهداف گویا؛ (۳) نمونه‌گیری هدفمند؛ (۴) مشاهده؛ (۵) گزارش‌های مخالف؛ (۶) داستان‌گویی؛ (۷) نقش‌گذاری اجتماعی؛ (۸) گزارش‌های روایتی.</p>
محکمه‌ای (قضایی)	ولف	قضات نهایی درباره مطلوبیت سیاست بر مبنای ملاحظه توأمان نظرات موافقان و مخالفان آن	قضات در مجادلات سیاسی درباره سیاست	انواع روش‌های کمی و کیفی
تصمیم‌/ پاسخگویی‌گرا	کرونباچ	کمک به مجریان سیاست برای بهبود تصمیم‌گیری و پاسخگویی در مقابل اقداماتشان و درگیر کردن آن‌ها در ارزیابی	ارائه هر دو نوع اطلاعات ارزیابی تکوینی و تلخیصی به ذی‌نفعان برای بهبود سیاست	<p>(۱) پیمایش؛ (۲) برآورد نیازها؛ (۳) موردپژوهی؛ (۴) تیم‌های مدافع؛ (۵) مشاهده؛ (۶) مصاحبه؛ (۷) ارزیابان مقیم؛ (۸) طراحی‌های آزمایش و شبه آزمایش.</p>
سازه‌گرا	گوبا و لینکلن	قرار دادن ذی‌نفعان در مرکزیت ارزیابی؛ انکار وجود هر گونه واقعیت نهایی	یادگیری اجتماعی؛ توانمند کردن ذی‌نفعان	(۱) هرمنوتیک؛ (۲) دیالکتیک؛ (۳) مذاکره.

رہیافت ارزیابی	پیشگام	ایده اصلی	کاربرد	روش
نظریه محور	گلیزر و استراوس	ارزیابی سیاست بر مبنای یک نظریه	توسعه و تکامل مفهومی سیاست	متناسب با نظریه پایه
دموکراتیک مشورتی	هاوس و هاو	مشارکت دموکراتیک ذی نفعان در فرایند ارزیابی	شنیدن صدای همه ذی نفعان در ارزیابی سیاست	(۱) بحث با ذی نفعان؛ (۲) پیمایش؛ (۳) مناظره.
سودمندی مدار	پاتون	تأکید بر به کار گرفته شدن یافته‌های ارزیابی؛ استفاده از پنل نماینده کاربران ارزیابی برای پیشبرد ارزیابی متناسب با نیاز کاربر	هر نوع نیاز و مأموریت مورد نظر	(۱) تحلیل ذی نفعان؛ (۲) کار با پنل نماینده کاربران ارزیابی؛ (۳) انواع روش‌های کمی و کیفی.
نقد و خبرگی	آیزنر	توصیف، ارزیابی انتقادی و روشن کردن شایستگی یک سیاست خاص	عدم امکان ارزیابی عمیق سیاست از طرق دیگر	نقد و ارزیابی فنی-تخصصی خبرگان

ادامه جدول ۳. گونه‌های مختلف ارزیابی و اطلاعات کلی پیرامون آن‌ها

منبع: امامی میبیدی و اشتریان (۱۳۹۱)

## جمع بندی

در ادبیات نظری سند سیاستی از سنخ اسناد سیاست‌سازی است. سیاست‌سازی فرایندی است که طی آن دولت چشم‌انداز سیاسی خویش را به برنامه‌ها و عملیات تبدیل می‌کند تا خدماتی را ارائه نماید یا تغییراتی را در دنیای واقعی پدید آورد. در این بخش تدوین یک سند سیاستی بر مبنای روش چرخه‌ای سیاست‌گذاری عمومی مورد بحث قرار گرفت. مدل چرخه‌ای سیاست‌گذاری عمومی با تمرکز بر فرایند سیاست‌گذاری عمومی، رویکردی مرحله‌ای/چرخه‌ای به سیاست‌های عمومی دارد. در این رویکرد نخست، بر «مسئله محوری» به مثابه نقطه عزیمت معرفت علمی و متمایز کننده رشته سیاست‌گذاری عمومی از دیگر رشته‌های دانشگاهی تأکید می‌شود و سپس، با تمرکز بر راه‌حل‌ها، تصمیم‌گیری، اجرا و ارزیابی به تکمیل فرایند سیاست‌های بخش عمومی پرداخته می‌شود.

در ادامه این بخش، اقدامات اصلی برای تدوین سند سیاستی بر شمرده شد که عبارت‌اند از: مسئله‌شناسی تحلیلی، تدوین نظریه سیاستی و استخراج راه‌حل‌ها، تحلیل ذی نفعان، تحلیل حقوقی، تحلیل آثار اجتماعی، فرهنگی و زیست‌محیطی، تعیین مدل اجرایی، پایش اجرای سیاست و تعیین مدل ارزیابی. سپس، هر یک از این اقدامات به تفصیل تشریح شد.

## منابع

- اشترینان، کیومرث. (۱۳۹۱). نظریه سیاستی به‌مثابه الگوی اسلامی- ایرانی پیشرفت. نخستین همایش الگوی اسلامی- ایرانی پیشرفت، تهران (اردیبهشت و خرداد).
- اشترینان، کیومرث. (۱۳۹۱). ارزیابی آثار اجتماعی- فرهنگی در سیاست‌گذاری عمومی، ملاحظات روش‌شناسی. در: سیدمجید امامی. پیوست فرهنگی از مفهوم تا روش. تهران: دانشگاه امام صادق.
- امامی میبیدی، راضیه و اشترینان، کیومرث. (۱۳۹۱). طراحی نظام ارزیابی سیاست‌های عمومی در جمهوری اسلامی ایران. پژوهش‌نامه علوم سیاسی، ۲۶(۱)، ۴۸-۷.
- ثقفی فاطمه، عباسی شاه‌کوه، کلثوم و کشتگاری، احسان. (۱۳۹۳). طراحی چهارچوب شناسایی و اولویت‌بندی ذی‌نفعان مبتنی بر روش فراتلفیق مطالعه موردی سیستم عامل بومی ایران. مدیریت فردا، ۳۹(۲)، ۴۲-۲۱.
- ماژرزاک، آن. (۱۳۹۲). پژوهش و سیاست‌گذاری. (ترجمه هوشنگ نایی). تهران: نشر نی.
- قلی‌پور، رحمت‌الله. (۱۳۸۹). فرایند سیاست‌گذاری عمومی در ایران. تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
- محمدی کنگرانی، حنانه، شامخی، تقی، و حسین‌زاده، مهناز. (۱۳۹۰). بررسی و تحلیل شبکه روابط رسمی و غیررسمی میان‌سازمانی با استفاده از رویکرد تحلیل شبکه‌ای (مطالعه موردی: استان کهگیلویه و بویراحمد). مدیریت دولتی، ۱۶(۱)، ۱۶۴-۱۴۹.
- Brandes, U., & Erlebach, T. (2005). *Network Analysis Methodological Foundations*. Berlin: Springer-Verlag Berlin Heidelberg
- Dunn, W. N. (2012). **Public Policy Analysis: An Introduction** (5th ed.). United States: Boston [u.a.] Pearson.
- Etzion, D. (2007). Research on Organizations and the Natural Environment, 1992-Present: A Review. *Journal of Management*, 33(1), 637-664.
- Fontaine, C., Haarman, A., & Schmid, S. (2006). *The Stakeholder Theory*. Research Paper. Bordeaux, France: Edalys Développement Durable et Responsabilité d'Enterprise. Retrieved from: <http://www.martonomily.com/sites/default/files/attach/Stakeholders%20theory.pdf>
- Freeman, R. E. (1984). *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Boston: Pitman.
- Hallsworth, M., Parker, S., & Rutter, J. (2011). *Policy Making in the Real World Evidence and Analysis*. London: Institut for Government. Retrieved from: [www.instituteforgovernment.org.uk/policy](http://www.instituteforgovernment.org.uk/policy)
- Mitchell, R. K., B. R. Agle, & wood D. J. (1997). Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts. *Academy of Management Review*, 22(4), 853-886.
- Rogers, P. J., Petrosino, A., Huebner, T. A. & Hacs, T. A. (2000). Program Theory Evaluation: Practice, Promise, and Problems. *New Directions for Evaluation*, 87, 5-13. doi: 10.1002/ev.1177
- Sharpe, G. (2011). A Review of Program Theory and Theory-Based Evaluations. *American International Journal of Contemporary Research*, 3(1), 72-75.
- Vanclay, F. (2003). *International Principles for Social Impact Assessment*. Impact Assessment and Project Appraisal, 3(1), 5-12.
- WCED (the World Commission on Environment and Development). (1987). *Our Common Future*. Oxford: Oxford University Press.



سند

نظام تأمین اجتماعی چندلایه در ایران  
(الگوی کلان)

نام سند	سند سیاستی نظام تأمین اجتماعی چندلایه در ایران (الگوی کلان)
تاریخ صدور	۱۳۹۴/۰۲/۰۲
شرح سند	این سند به‌منابۀ مقدمه‌ای برای تدوین آیین‌نامه ماده ۲۷ برنامه پنجم توسعه است. این سند تناول طرح مسئله، نظریات پایه، اجزای نظام تأمین اجتماعی چندلایه، نظام چندلایه از منظر اسناد بالادستی، و ذی‌نفعان است و الگوی کلان نظام چندلایه برای ایران جهت اجرای ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم توسعه و موارد لازم جهت درج در آیین‌نامه مذکور در این سند ارائه شده است.
تهیه و تدوین	مرحوم مظفر کریمی، اسماعیل گرجی‌پور، علی حیدری، حمید پوراصغری، رضا کاظمی تکلیمی، رضا کاشف، محمدمهدی تدین، بهمن برزگر، رضا منوچهری‌راد، حسام نیکوپور، محمدعلی ابراهیم‌زاده، اکبر شیرمحمدی، بهبود خلیلی، حسین مشیری تبریزی، محمد پوستین‌دوز، و امیرعباس فضالی.
ناظر	کیومرث اشترینان؛ دبیر کمیسیون اجتماعی دولت

جدول ۴. شناسنامه سند ۱

شرح تغییرات	تاریخ	نویسنده / ویراستار
تدوین پیش‌نویس اول	۹۳/۰۶/۰۵	مرحوم مظفر کریمی، و اسماعیل گرجی‌پور.
تدوین پیش‌نویس دوم	۹۳/۰۷/۱۵	مرحوم مظفر کریمی، اسماعیل گرجی‌پور، علی حیدری، و رضا کاشف.
تدوین پیش‌نویس سوم	۹۳/۸/۰۸	اسماعیل گرجی‌پور، مرحوم مظفر کریمی، علی حیدری، و رضا کاشف.
تدوین پیش‌نویس چهارم	۹۳/۸/۲۹	اسماعیل گرجی‌پور، مرحوم مظفر کریمی، علی حیدری، و رضا کاشف.
تدوین پیش‌نویس پنجم	۹۴/۰۹/۱۸	اسماعیل گرجی‌پور، مرحوم مظفر کریمی، علی حیدری، رضا کاشف، رضا منوچهری‌راد، حسین مشیری تبریزی، محمدمهدی تدین، و بهمن برزگر.
تدوین پیش‌نویس ششم	۹۴/۱۰/۲۳	اسماعیل گرجی‌پور، علی حیدری، رضا کاظمی تکلیمی، رضا کاشف، حسین مشیری تبریزی، محمدمهدی تدین، بهمن برزگر، رضا منوچهری‌راد، و حسام نیکوپور.

جدول ۵. تاریخچه بازنگری سند ۱

شرح تغییرات	تاریخ	نویسنده / ویراستار
تدوین پیش‌نویس هفتم	۹۴/۱۲/۲۵	اسماعیل گرجی‌پور، علی حیدری، رضا کاظمی تکلیمی، رضا کاشف، رضا منوچهری‌راد، حمید پوراصغری، حسام نیکوپور، حسین مشیری تبریزی، مهدی تدین، و بهمن برزگر.
تدوین پیش‌نویس هشتم	۹۴/۰۲/۰۲	اسماعیل گرجی‌پور، علی حیدری، حمید پوراصغری، رضا کاظمی تکلیمی، رضا کاشف، رضا منوچهری‌راد، مهدی تدین، بهمن برزگر، حسام نیکوپور، حسین مشیری تبریزی، محمدعلی ابراهیم‌زاده، اکبر شیرمحمدی، بهبود خلیلی، محمد پوستین‌دوز، و امیرعباس فضالی.

ادامه جدول ۵. تاریخچه بازنگری سند ۱

## مقدمه

یکی از بحث‌های کلیدی که از دیرباز ذهن برنامه‌ریزان، اقتصاددانان و سیاستمداران را به خود مشغول کرده، ایجاد رفاه عمومی و امنیت اجتماعی است که از گذشته تاکنون برای نیل به اهداف والای انسانی و اجتماعی در کشورهای مختلف شکل گرفته است. این موضوع از مهم‌ترین و اساسی‌ترین پیش‌نیازهای توسعه در جوامع مختلف بوده و بدین جهت همواره در سرلوحه کار دولت‌ها قرار داشته و آرزوی آحاد مردم بوده است.

نظام تأمین اجتماعی به‌عنوان ابزار استقرار امنیت و عدالت اجتماعی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. تأمین اجتماعی مقوله‌ای در باب حقوق انسانی، حاکمیت ملی و صلح و ثبات اجتماعی است که با توسعه پایدار هر کشور رابطه مستقیم دارد. از آنجاکه تأمین اجتماعی یک کالای عمومی است و افراد جامعه خود به‌طور مستقیم نمی‌توانند تولیدکننده آن باشند. دولت‌ها ناگزیر هستند که سامان‌دهنده و شکل‌دهنده نظام تأمین اجتماعی باشند.

طرح‌های تأمین اجتماعی می‌توانند از طریق برقراری تور ایمنی اجتماعی، حداقل نیازهای زندگی را برای اقشار آسیب‌دیده و آسیب‌پذیر جامعه تضمین کنند، از طریق بیمه‌های اجتماعی و سایر طرح‌های باز توزیعی به توزیع مخاطرات بین اقشار وسیعی از جامعه کمک کنند و همچنین، با کمک به برقراری و توسعه طرح‌های بیمه‌ای داوطلبانه، پس‌اندازهای فردی را به‌منظور مقابله با خطرات طبیعی، اقتصادی و اجتماعی تشویق نمایند.

دیدگاه‌های جدید ارائه‌شده از سوی متخصصین، سازمان‌های جهانی و سیاست‌گذاران این موضوع را مطرح می‌کند که تأمین اجتماعی باید از «نداشتن تأمین» جلوگیری و از سقوط مردم به دامن فقر پیشگیری کند. این کار مستلزم هماهنگی بیشتر بین شاخه‌های مختلف تأمین اجتماعی است. تأمین اجتماعی باید شهروندان را تشویق کند و آن‌ها را قادر سازد تا سالم بمانند و از لحاظ اقتصادی فعال باشند (دی هاسکینز<sup>۱</sup>، ۱۳۷۸).

به‌موازات تغییر و تحول در نظام‌های اقتصادی و سیاسی جهان، مشروعیت مبانی نظام‌های سنتی تأمین

1. D.hoskins

اجتماعی نیز با تردیدهایی مواجه شده و این امر، الزاماتی را برای اصلاح در نظام‌های تأمین اجتماعی پدید آورده است. این مسئله صرفاً مربوط به کشورهای در حال توسعه نیست؛ از این رو اصلاحات ساختاری و نظام‌مند در دستور کار اکثر دولت‌ها قرار گرفته است و وقوع اصلاحات در کشورها با افزایش مواجهه شده است (قاسمی، ۱۳۸۷). این موضوع تقویت دیدگاه‌های نظام چندلایه را به دنبال داشت تا از طریق انعطاف‌پذیری در لایه‌های مختلف، از مشکلات موجود جلوگیری شود. نظام تأمین اجتماعی چندلایه یکی از رویکردهای رایج در اصلاح نظام‌های تأمین اجتماعی است که مدل‌های مختلفی برای آن ارائه شده است.

## ۱- مسئله‌شناسی تحلیلی

از زمانی که نخستین شکل تأمین اجتماعی در قالب صندوق احتیاط در کشور ایجاد شد، بیش از هفتاد سال می‌گذرد. در طول این سال‌ها، صورت‌های مختلفی از تأمین اجتماعی به روش بیمه‌ای یا حمایتی و خیریه در کشور تجربه شده است؛ اما فقر و نابرابری اقتصادی همچنان یکی از مهم‌ترین مشکلات کشور به شمار می‌رود. روشن است که برنامه‌های تأمین اجتماعی در هر کشوری برای مقابله با فقر و کاهش نابرابری‌های اقتصادی طراحی می‌شوند. پس اگر هنوز فقر و نابرابری به‌عنوان یک مسئله جدی در کشور مطرح است، می‌توان در کارآمدی نظام تأمین اجتماعی تردید کرد.

نظام تأمین اجتماعی در کشور دربرگیرنده نهادها و سازمان‌های متعددی است که هر کدام در یک یا چند حوزه از قلمرو تأمین اجتماعی فعالیت می‌کنند. هر یک از نهادها بخشی از جامعه را در مقابل خطرات طبیعی، اجتماعی و یا اقتصادی پوشش داده‌اند و در مجموع، درصد چشمگیری از جمعیت کشور زیر پوشش نظام تأمین اجتماعی قرار دارند. اما واقعیت این است که هنوز بسیاری از مردم برای تأمین حداقل نیازهای ضروری خود با مشکل روبرو هستند.

بر اساس قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (و باتوجه به انتزاع حوزه امدادی از شمول این قانون)، این نظام دارای دو حوزه «بیمه‌ای» و «حمایتی» است. حوزه بیمه‌ای شامل بیمه‌های اجتماعی (بازنشستگی، ازکارافتادگی، فوت، بیکاری و مانند آن) و بیمه‌های درمانی است که از طریق سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای (سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت، صندوق بازنشستگی کشوری و غیره) ارائه می‌شود.

در بخش بیمه‌های اجتماعی، چون صندوق‌های بازنشستگی در جمهوری اسلامی ایران بر اساس مزایای تعریف‌شده شکل گرفته‌اند، برخی از چالش‌های نظام بازنشستگی در کشور (مانند عدم عدالت برای مشترکین صندوق‌ها) به نوعی ناشی از ماهیت سیستم مزایای تعریف‌شده است. چالش‌های جدی دیگری نیز در این صندوق‌ها وجود دارد که بخشی از آن‌ها از عوامل برون‌سازمانی (کم بودن نرخ رشد تولید ناخالص داخلی،

بالا بودن تورم، بی ثباتی مدیریتی و تصمیم‌گیری‌های سیاسی به‌ویژه در دههٔ اخیر) و برخی دیگر از اشکالات مربوط به سیستم بازنشستگی ناشی می‌شوند. مهم‌ترین این چالش‌ها عبارت‌اند از:

▲ بسته شدن سامانه برای ورودی‌های جدید؛

▲ کم بودن پوشش حمایتی؛

▲ افزایش نرخ جایگزینی<sup>۱</sup>؛

▲ کاهش سن بازنشستگی و سال‌های خدمت (سال‌های اندوخته‌سپاری)؛

▲ بالا بودن نرخ حق بیمهٔ بازنشستگی؛

▲ تعهدات تأمین‌نشدهٔ صندوق‌ها و موضوع خودکفایی؛

▲ سرمایه‌گذاری و بازدهی حاصل از آن؛

▲ انباشته نشدن سرمایه در حد کلان؛

▲ رقابتی نبودن صندوق‌ها؛

▲ چالش‌های ناشی از بازخرید در امر بیمه برای بازنشستگی؛

▲ چالش‌های ناشی از سیاست‌گذاری و مدیریت صندوق‌ها (روغنی‌زاده، ۱۳۸۷).

صندوق‌های بیمه و بازنشستگی طی دو دههٔ گذشته برای تأمین منابع مالی خود مشکلاتی جدی داشته‌اند. افزایش شتابندهٔ مصارف بلندمدت، انباشت بدهی‌های دولت و کارفرمایان به این صندوق‌ها، افزایش نسبت جمعیت مستمری‌بگیر به جمعیت بیمه‌پرداز و تغییرات مکرر و مقطعی در قوانین و مقررات از جمله مسائلی است که این صندوق‌ها را با چالش روبرو کرده است. بنابراین، از یک‌سو برای پاسخگویی به نیازهای جامعه و توسعهٔ پوشش نظام تأمین اجتماعی و از سوی دیگر به‌منظور تقویت بنیان‌های مالی و مدیریتی صندوق‌های بیمه و بازنشستگی لازم است به‌طور جدی به این موضوع پرداخته شود.

مهم‌ترین خلأ و نارسایی وضع موجود در پوشش جمعیت بیمه‌های اجتماعی نبود سیستم بیمه‌ای مناسب و عدم استمرار پوشش بیمه‌ای برای شاغلین غیر مزد و حقوق‌بگیر است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که بخش عمدهٔ پوشش صندوق‌های بیمهٔ اجتماعی در کشور مربوط به اقشار مزد و حقوق‌بگیر بوده است و در زمینهٔ حمایت از شاغلین بدون کارفرما - که نزدیک به نیمی از شاغلین و فعالان اقتصادی کشور را تشکیل می‌دهند - و همچنین سایر اقشار جامعه از قبیل زنان سرپرست خانوار، زنان خانه‌دار، و شاغلین موقت و پاره‌وقت توفیق

۱. نرخ جایگزینی به‌صورت نسبت حقوق بازنشستگی در آغاز دوران بازنشستگی به آخرین حقوق ناخالص در زمان اشتغال (بخشی از حقوق ناخالص که مشمول کسور بازنشستگی است) تعریف می‌شود.

چندانی به دست نیامده است.

بخش عمده‌ای از حق بیمه گروه‌های جدیدی که با تصویب قوانین خاص به عضویت سازمان تأمین اجتماعی درآمده‌اند، به عهده دولت است و در نتیجه قابل وصول نیست. به‌عنوان مثال در مورد باربران، خادمین مساجد، بافندگان فرش و صاحبان صنایع دستی شناسه‌دار، سهم دولت از حق بیمه «بیست و بیست و هفتم» است که حدود ۷۴ درصد منابع بیمه‌ای حاصل از این گروه‌ها را شامل می‌شود و عمدتاً پرداخت نمی‌شود.

پوشش‌های حمایتی در نظام بیمه سلامت از یک‌سو موجب بی‌عدالتی در برخورداری از کمک‌های دولت بین اقشار مختلف شده است (چراکه کمک‌های دولت لزوماً بر اساس نیاز خانوارها توزیع نشده) و از سوی دیگر نظام بیمه را به شدت به بودجه دولت وابسته کرده است؛ به طوری که هرگونه تأخیر در تخصیص منابع بودجه ایفای تعهدات بیمه‌ها را به تأخیر می‌اندازد.

در شرایطی که دولت با محدودیت شدید منابع مواجه است، به دلیل تصویب قوانین حمایتی و معافیت‌های بیمه‌ای در سال‌های اخیر، بدهی‌های معوقه دولت به صندوق‌های بیمه اجتماعی به‌طور تصاعدی در حال افزایش بوده است و پیش‌بینی می‌شود که طی سال‌های آینده به سطح «غیرقابل‌وصول» برسد؛ مگر آنکه در اولین فرصت، قوانین تعهدآور اصلاح شوند و جلوی رشد این بدهی‌ها گرفته شود.

همچنین، مهم‌ترین مسائل و چالش‌ها در حوزه حمایتی عبارت‌اند از:

- ▶ نبود معیارها و سازوکارهای دقیق برای شناسایی و پوشش‌نیازمندان (مناسب نبودن سازوکارهای شناسایی و پذیرش نیازمندان و عدم سازگاری آن با کرامت انسانی)؛
- ▶ عدم پوشش بخش چشمگیری از جمعیت نیازمند واجد شرایط؛
- ▶ نبود پایگاه اطلاعاتی متمرکز برای شناسایی، پوشش و رصد وضعیت جامعه هدف.

## ۲- راهبردهای اساسی حمایت‌های نظام تأمین اجتماعی

به‌طور کلی راهبردهای گوناگونی جهت ارائه حمایت‌های تأمین اجتماعی مورد استفاده قرار گرفته است که معمولاً متأثر از عوامل اجتماعی، اقتصادی و سیاسی حاکم بر جامعه هستند. این راهبردها به دو دسته اصلی قابل تقسیم هستند که عبارت‌اند از: راهبرد غیرمشارکتی شامل نظام همگانی و مساعدت اجتماعی، و راهبرد مشارکتی و پیشگیرانه شامل بیمه‌های اجتماعی پایه، پس‌انداز انفرادی اجباری و اختیاری، بیمه مسئولیت کارفرما و بیمه عمر.

## ۲-۱- راهبرد غیرمشارکتی شامل نظام همگانی و مساعدت اجتماعی

**نظام همگانی:** در این سطح که معمولاً از طریق درآمدهای عمومی دولت تأمین مالی می‌شود، ارائه حمایت‌ها بدون لحاظ اشتغال و توانایی مالی افراد صورت می‌پذیرد. حمایت‌های در نظر گرفته شده برای افراد مشمول طرح عموماً در قالب مستمري برای افراد سالمند، از کارافتاده یا بازمانده ارائه می‌شوند. تأمین سطح پایه‌ای از نیازهای اساسی سلامت نظیر مراقبت‌های بهداشتی اولیه، واکسیناسیون، مراقبت‌های بارداری، زایمان و مادر و کودک، مراقبت‌های بهداشتی-درمانی مرتبط با بیماری‌های واگیردار، و اورژانس‌های پیش بیمارستانی و بیمارستانی از جمله خدمات این نظام است که توسط دولت برای کلیه شهروندان به صورت کاملاً رایگان فراهم می‌شود.

**مساعدت اجتماعی:** در این سطح طیفی از افراد جامعه قرار دارند که به علل گوناگون مانند عدم اشتغال یا عدم استطاعت مالی توان استفاده از حمایت‌های بخش بیمه‌ای را ندارند. این قشر نیازمند معمولاً در قالب طرح مساعدت اجتماعی مورد حمایت قرار می‌گیرند. تأمین هزینه‌های این طرح از محل درآمدهای عمومی دولت است و حمایت‌ها به عنوان یک حق قانونی با توجه به نیاز افراد ارائه می‌شود. نکته قابل توجه اینکه توان مالی افراد در هنگام ارائه حمایت‌ها یکی از معیارهایی است که مدنظر قرار می‌گیرد. همچنین میزان حمایت‌ها به گونه‌ای است که حداقل معیشت افراد را پوشش می‌دهد. هدف این لایه حمایت از اقشار فقیر جامعه است.

## ۲-۲- راهبرد مشارکتی و پیشگیرانه شامل بیمه‌های اجتماعی پایه، پس انداز انفرادی اجباری و اختیاری، بیمه مسئولیت کارفرما و بیمه عمر

**بیمه‌های اجتماعی:** بیمه‌های اجتماعی در بسیاری از کشورها هسته اصلی نظام تأمین اجتماعی را شکل می‌دهد. این راهبرد برای اولین بار در اواخر قرن نوزدهم در زمان بیسمارک صدراعظم آلمان، در این کشور پایه‌گذاری شد و بعدها به وسیله کشورهای اروپایی، آمریکای لاتین، ایالات متحده و کانادا دنبال شد. پس از جنگ جهانی دوم، بیمه‌های اجتماعی تقریباً در تمام کشورها رواج یافت. علی‌رغم اینکه در جزئیات این راهبرد از یک کشور به کشور دیگر تفاوت‌هایی وجود دارد اما، اصول کلی آن در کشورها مشترک است. این اصول مشترک عبارت‌اند از:

▲ تأمین مالی طرح از طریق پرداخت حق بیمه به وسیله کارفرما و بیمه‌شده؛

▲ عضویت اجباری؛

▲ ارتباط حق بیمه و میزان حمایت‌ها با دستمزد بیمه‌شده.

**صندوق‌های حساب پس‌انداز انفرادی اجباری و اختیاری:** صندوق‌های احتیاط از جمله اولین مکانیسم‌های ارائه تأمین اجتماعی هستند که مبتنی بر پس‌اندازهای فردی و با مدیریت دولت عمل می‌کنند. این گونه صندوق‌ها بر اساس نظام مالی ذخیره‌سازی کامل<sup>۱</sup> تأمین مالی می‌شوند. سه علت عمده برای انتخاب نظام مالی ذخیره‌سازی کامل وجود دارد:

۱. هزینه‌ها از ابتدا مشخص هستند؛ به همین علت دولت‌ها قول‌هایی نمی‌دهند که بعداً قادر به عمل کردن به آن‌ها نباشند؛

۲. انتقالات بین نسلی از جوانان به سالمندان که بعضاً موجب انتقال از افراد کم‌درآمد به افراد پردرآمد می‌شود، تحت این نظام حذف می‌گردد؛

۳. از سرمایه‌های تشکیل شده در این نظام می‌توان برای ارتقای پس‌اندازهای بلندمدت ملی - که معمولاً به‌منظور سرمایه‌گذاری‌های کلان به کار گرفته می‌شوند - استفاده کرد.

در برخی کشورها که از این راهبرد برای حمایت از اقشار جامعه استفاده می‌شود، مدیریت طرح به بخش خصوصی واگذار می‌گردد و دولت صرفاً به نظارت و راهبری قوانین و مقررات می‌پردازد. علت واگذاری مسئولیت اجرایی به بخش خصوصی ایجاد رقابت بین صندوق‌ها برای ارائه بهتر کمی و کیفی خدمات، حذف اهداف سیاسی و تأکید بر سیاست‌های اقتصادی در هنگام تبیین استراتژی‌های سرمایه‌گذاری به‌منظور تحقق حداکثر بازدهی سرمایه‌گذاری‌ها است. از الزامات استقرار طرح صندوق‌های حساب‌های پس‌انداز انفرادی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

▲ وجود نرخ بیکاری پایین؛

▲ وجود نرخ تورم پایین به‌منظور حفظ ارزش ذخایر در گذر زمان؛

▲ بالا بودن نرخ بازگشت سرمایه به‌منظور حفظ قدرت خرید اندوخته؛

▲ اشتغال پایدار و طولانی بودن دوره بیمه‌پردازی؛

▲ حضور بازارهای مالی و سرمایه قوی و متکی بر ضوابط محکم؛

▲ شکل‌گیری و تصویب قوانین مادر.

**بیمه مسئولیت کارفرما:** در برنامه‌های مسئولیت کارفرما کارکنان معمولاً با توجه به قوانین کار حاکم بر جامعه تحت پوشش قرار می‌گیرند. این گونه طرح‌ها در اواخر قرن نوزدهم میلادی تحت عنوان «جبران خسارت کارگران» مطرح شدند. هدف اصلی این طرح‌ها ارائه کمک در مقابل خطرات حوادث ناشی از کار



به وسیله کارفرما بود. پرداخت خدماتی مانند پرداخت غرامت ایام بیماری و بارداری از جمله مواردی است که باتوجه به قانون بر عهده کارفرما است. در برخی از موارد کارفرما به تأمین مراقبت‌های درمانی برای کارگران و خانواده آن‌ها نیز موظف است. در این نظام مشارکت در خطر (ریسک) مشاهده نمی‌شود؛ زیرا کلیه تعهدات بر عهده کارفرما است. البته در برخی از موارد کارفرمایان نزد شرکت‌های بیمه‌ای خود را در مقابل خطرات بیمه می‌کنند.

### ۳- مبانی نظری نظام‌های چندلایه تأمین اجتماعی

نظام‌های تأمین اجتماعی در جهان بیش از دو قرن قدمت دارند. در طی این دو قرن، دو مدل رایج جهانی از تأمین اجتماعی وجود داشته است که عبارت‌اند از: «مدل بیسمارکی»<sup>۱</sup> و «مدل بورجی»<sup>۲</sup>. مدل بیسمارکی با هدف حمایت از شاغلین مزدبگیر از اوایل دهه ۱۸۸۰ در آلمان طراحی شد و عنوان بیمه اجتماعی را به خود اختصاص داد. این سیستم برای کارگران و خانواده‌های آنان شرایطی را فراهم می‌ساخت که در برابر بسیاری از حوادث اجتماعی بیمه شوند و در صورت از کارافتادگی به‌ویژه در هنگام بازنشستگی، بیماری و تا حدودی بیکاری از حمایت مالی برخوردار شوند.

باتوجه به اینکه طرح‌های اولیه این الگو باید بر اساس سوابق فرد، از نظر مالی خودگردان می‌بودند، محدودیت‌هایی از لحاظ پوشش حرفه‌ها و نرخ و مدت مزایا وجود داشت. مزایا و شرایط احراز بر اساس اشتغال قبلی و سابقه حق بیمه بوده و مسئولیت دولت از نظر حمایت کلی محدود بود. در دهه ۱۹۳۰ این نوع طرح‌ها در آمریکای لاتین، آمریکا و کانادا گسترش و به تدریج تعمیم یافت. این طرح به عنوان نظریه یا مدل بیسمارک شناخته می‌شود. به دنبال کامیابی در استقلال حاکمیت ملی، بیمه‌های اجتماعی به بسیاری از کشورهای آفریقایی، منطقه کارائیب و آسیایی از جمله ایران نیز راه یافت. کشورهای آلمان، هلند، فرانسه، بلژیک، ژاپن، کره و اتریش دارای چنین نظامی هستند. به علاوه بیمه در این مدل نظام تأمین اجتماعی و تأمین مالی، حامی اصلی مردم در مقابل هزینه‌های سلامت هم هست. شاغلین از طریق مالیات بر دستمزد به‌طور اجباری در آن مشارکت می‌کنند. این حق بیمه‌ها بدون توجه به میزان خطرات پیش روی افراد و بر اساس رتبه‌بندی اجتماعی تعیین و جمع‌آوری می‌شود.

دومین سیستمی که به‌ویژه پس از گزارش تأثیرگذار بورجی در انگلستان (بعد از جنگ دوم جهانی)، در برخی از کشورها زمینه را برای حرکت به سمت طرح‌های پیشرفته تأمین اجتماعی با هدف تضمین حداقل معیشت زندگی فراهم نموده است، به مدل بورجی معروف است (دهه ۱۹۴۰). در این مدل نظام تأمین اجتماعی و تأمین مالی، نظام بیمه‌ای وجود ندارد. کشورهایمانند انگلستان، ایتالیا، پرتغال، نیوزلند، مصر، هند و

1. Bismarck Model  
2. Beveridge Model

دانمارک دارای چنین نظامی هستند. ایجاد انسجام بیشتر بین افراد (چه سالمند و چه جوان، چه شاغل و چه بیکار و چه افراد سالم و چه بیمار) از ویژگی‌های این طرح است. پوشش بیمه به همهٔ حرف و مشاغل تعمیم می‌یابد و دولت کل مسئولیت یا بخشی از آن را جهت تأمین مالی طرح به عهده می‌گیرد؛ به طوری که بعد از آن حق بیمه‌های انفرادی و مسئولیت کارفرما تنها مبنای محاسبه نیست. علاوه بر آن در این الگو به مرور مزایا افزایش یافت و تعداد حوادث مشمول حق بیمه نیز گسترده‌تر شد. میزان حق بیمه‌ها در تعیین صلاحیت بر خورندگی از مزایا به عنوان یک پارامتر مهم باقی ماند اما، تنها در یک سطح کلی. کشورهایی که چنین نظامی دارند، به جای بیمهٔ سلامت به ارائه مراقبت‌های سلامت رایگان (یا تقریباً رایگان) در مراکز دولتی متکی‌اند. در این کشورها معمولاً بیمهٔ خصوصی یا وجود ندارد یا بسیار محدود و قابل چشم‌پوشی است.

بر اساس تجربیات جهانی و باتوجه به مزایا و معایب هر یک از مدل‌های مذکور، در بعضی از کشورها مدل‌های ترکیبی مورداستفاده قرار گرفت که از جملهٔ این کشورها می‌توان به استرالیا اشاره کرد. این سیستم ضمن توجه ویژه به شاغلین کشور (کارگر و کارفرما) و تأمین منابع مالی از طریق حق بیمه‌ها، با تشکیل صندوق بیمه‌های فراگیر با استفاده از منابع دولتی (مالیات) در چهارچوب بیمهٔ اجتماعی همگانی، زمینه را برای حمایت از کلیهٔ شهروندان، صرف‌نظر از میزان حق بیمه و یا سابقهٔ اشتغال آن‌ها فراهم کرد. اگرچه باید این نکته را نیز یادآور شد که هنوز هم این مؤلفه‌ها (میزان حق بیمه و یا سابقهٔ اشتغال) در تعیین نرخ برخی از مزایا که بیش از حداقل پایه هستند، از اهمیت بسیاری برخوردارند. این وضعیت باعث شد که دولت حمایت مالی از افراد را بر پایهٔ نیاز و نه بر اساس حقوق دریافتی بنا کند؛ ضمن اینکه ارائه خدمات درمانی را برای کل جمعیت تسهیل و تسریع نماید.

در واقع، نظام تأمین اجتماعی چندلایه ساختاری تکامل یافته از نظام‌های تأمین اجتماعی است که هر یک از راهبردهای بیمه‌ای و حمایتی را در جایگاه خود قرار داده و باتوجه به شرایط خاص اقشار مختلف جامعه، آنان را پوشش می‌دهد. طرح تأمین اجتماعی چندلایه در سال ۱۹۹۴ برای نخستین بار از سوی بانک جهانی ارائه شد. این طرح که برای پوشش هر یک از اقشار جامعه به تناسب وضع درآمدی آن‌ها، لایهٔ متناسبی را پیشنهاد می‌کرد، به دلیل تأکید بر خصوصی‌سازی بیمه‌های اجتماعی و دور کردن آن‌ها از سازوکار بازتوزیعی، واکنش‌های منتقدانهٔ بسیاری از صاحب‌نظران اقتصادی و اجتماعی جهان را در پی داشت. به موازات این طرح، سازمان بین‌المللی کار و کمیسیون اروپا نیز طرح‌های دیگری با همین عنوان - و البته با تأکید بر نقش بازتوزیعی بیمهٔ اجتماعی و تداوم مسئولیت دولت‌ها در این لایه - ارائه کردند. همایش‌های علمی متعددی در سطوح منطقه‌ای و بین‌المللی برای بررسی این نظریه‌ها برگزار شد. این تضارب آرا موجب شد که در طرح بانک جهانی تعدیل‌هایی صورت گیرد تا کشورهای مختلف بتوانند متناسب با شرایط و نیازهای خاص خود، نظام‌های تأمین اجتماعی چندلایه را به شکل‌های متفاوتی طراحی و اجرا کنند. در گزارشی که از سوی بانک جهانی در سال ۲۰۰۵ منتشر شده، نظام مستمری چندلایه موردنظر این بانک

دارای پنج لایه به شرح زیر است:

**لایه صفر:** لایه صفر به صورت غیربیمه‌ای است که تأمین‌کننده سطح حداقل حمایتی به شکل مستمری اجتماعی است. هدف اصلی این لایه مقابله با فقر و کمک به افراد در شرایط اضطراری است.

**لایه اول:** این لایه به صورت بیمه‌ای است که با سطوح درآمد مرتبط است و با هدف جایگزینی بخشی از درآمد افراد طراحی شده است. در این لایه مخاطراتی از قبیل افت درآمد ناشی از مخاطرات سیاسی و جمعیتی و نااطمینانی‌های ناشی از نوسانات بازار پوشش داده می‌شود.

**لایه دوم:** این لایه ضرورتاً به صورت حساب پس‌انداز انفرادی و اجباری است.

**لایه سوم:** لایه سوم شامل تدابیری اختیاری است و به شکل‌های مختلف مانند حساب‌های انفرادی، طرح‌های با مشارکت کارفرما، و سیستم‌های مبتنی بر مزایای معین یا حق بیمه معین اجرا می‌شود و از انعطاف‌پذیری لازم برای سازگاری با شرایط برخوردار است. این لایه مخاطرات ناشی از ریسک سرمایه‌گذاری و مدیریت خصوصی بر دارایی‌ها را پوشش می‌دهد و همچنین جبران‌کننده محدودیت‌های موجود در سایر لایه‌ها نیز خواهد بود.

**لایه چهارم:** این لایه در واقع، سیستم حمایت (مالی و غیرمالی) از سالمندان به صورت بین نسلی و درون خانوادگی را ارائه می‌دهد که مراقبت‌های سلامت و نیز تأمین لوازم زندگی را شامل می‌شود و برای حمایت از کسانی است که به هر دلیلی نمی‌توانند در سایر لایه‌ها پوشش داده شوند.

همچنین، سازمان بین‌المللی کار با در نظر گرفتن تجربه نظام‌های تأمین اجتماعی در کشورهای مختلف، یک مدل چهار لایه تأمین اجتماعی شامل تور حمایتی، بیمه‌ای، خصوصی و مکمل را با ویژگی‌های زیر ارائه کرده است:

**لایه اول:** لایه اول تور ایمنی اجتماعی در قالب یک طرح ضد فقر است که مزایای آن از طریق دولت ارائه می‌شود و حداقل درآمد را برای نیازمندان تأمین می‌کند. این لایه مزایایی با نرخ ثابت همراه با خدمات درمانی پایه ارائه می‌دهد و از طریق سیستم مالیات‌بندی به‌طور سالیانه تأمین مالی می‌شود و در برخی موارد ممکن است مبتنی بر بررسی وضع درآمد باشد.

**لایه دوم:** این لایه یک طرح مستمری دولتی بدون اندوخته و مبتنی بر مزایای معین یا حق بیمه معین صوری<sup>۱</sup> است که از طریق تأمین اجتماعی دولتی برای شاغلین ارائه می‌شود و به صورت توازن هزینه با درآمد عمل می‌کند. این لایه در بیشتر موارد از طریق حق بیمه‌های پرداختی تأمین مالی می‌شود.

**لایه سوم:** این لایه طرح مستمری انفرادی دارای اندوخته است که از طریق دولت یا بخش خصوصی ارائه

1. National Defined Contributions (NDC)

می‌شود و بسته به شرایط، می‌تواند اجباری یا اختیاری باشد. همچنین ممکن است این لایه با لایه دوم ترکیب شود و به‌عنوان طرح دارای اندوخته جزئی عمل کند.

**لایه چهارم:** لایه چهارم تکمیلی و اختیاری است که از طریق مؤسسات خصوصی ارائه می‌شود.

مجموع این چهار لایه همه موارد پس‌اندازهای خصوصی، طرح‌های مستمری شغلی، طرح‌های پس‌انداز انفرادی، درآمدهای حاصل از کسب‌وکار، حمایت اعضای خانواده و نیز خیریه‌ها را شامل می‌شود (رینگ و مک‌کینون<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲: ۸).

علاوه بر این، کمیسیون اروپا در تحلیلی از سیستم تأمین مستمری در اروپا، سه لایه معین در این طرح‌ها را تبیین کرده است:

**لایه اول:** این لایه به طرح‌های مستمری دولتی اطلاق می‌شود که مزایای یکنواخت و مزایای مبتنی بر درآمد را شامل می‌شوند.

**لایه دوم:** این لایه شامل طرح‌های مستمری شغلی یا اجباری است که به تناسب شغل و حرفه متفاوت بوده و به‌وسیله مؤسسات خصوصی مدیریت می‌شوند.

**لایه سوم:** این لایه که تکمیل‌کننده لایه‌های قبلی است و لایه‌ای تکمیلی محسوب می‌شود، معمولاً بر قراردادهای انفرادی بین اشخاص و مؤسسات بیمه خصوصی مبتنی است (همان: ۹).

نظام تأمین اجتماعی چندلایه رویکردی نو و تجربه‌شده در جهان امروز است که مناسب‌ترین الگو را برای پوشش کامل جمعیت ارائه می‌کند. الگوهای مختلفی از این نوع نظام‌ها در جهان وجود دارد که وجه مشترک همه آن‌ها وجود حداقل سه لایه حمایتی، بیمه‌ای و تکمیلی است؛ با این حال، سطح‌بندی این سه لایه برحسب شرایط و نیازهای هر کشور متفاوت است.

## ۴- مبانی تأمین مالی صندوق‌های بازنشستگی

صندوق‌های بازنشستگی از نظر روش تأمین منابع مالی بر دو دسته‌اند. دسته‌ای از این طرح‌ها از طریق حق بیمه تأمین مالی می‌شوند<sup>۲</sup> و معمولاً برای پوشش گروه‌هایی از جمعیت که شاغل بوده و توانایی پرداخت حق بیمه را دارند، اجرا می‌شوند. دسته دوم طرح‌هایی هستند که منابع مالی آن‌ها از محلی به‌جز حق بیمه (عمدتاً مالیات‌های عمومی) تأمین می‌شوند<sup>۳</sup> و مخصوص گروه‌هایی از جمعیت هستند که امکان مشارکت و پرداخت حق بیمه را ندارند.

1. Ring and Mc. Kinnon

2. Contributory Pension Systems

3. Non Contributory Pension Systems

## ۴-۱- طرح‌های مستمری مبتنی بر حق بیمه

طرح‌های مستمری مبتنی بر حق بیمه به دو روش تأمین مالی می‌شوند: توازن درآمد با هزینه<sup>۱</sup> (بدون اندوخته) و اندوخته‌گذاری کامل.

۱. سیستم‌های توازن درآمد با هزینه (بدون اندوخته): در این سیستم‌ها کارگران نسل جاری بر مبنای درآمدشان حق بیمه می‌پردازند و این حق بیمه‌ها به مصرف مستمری بازنشستگان کنونی می‌رسد. به کارگران بیمه‌پرداز نیز اطمینان داده می‌شود که هرگاه واجد شرایط شدند، از مستمری متناسب با طول دوره بیمه‌پردازی و حق بیمه‌ای که پرداخته‌اند، برخوردار خواهند شد.

۲. سیستم‌های مبتنی بر اندوخته‌گذاری کامل: در این نوع سیستم‌ها حق بیمه دریافت‌شده از افراد با همکاری و مسئولیت خود آنان، سرمایه‌گذاری می‌شود و در پایان دوره بیمه‌پردازی (هنگامی که این افراد واجد شرایط دریافت مستمری شوند) مستمری هر فرد بر اساس مانده حساب او با احتساب حق بیمه پرداخت‌شده، سود یا زیان حاصل از سرمایه‌گذاری‌ها و کسر هزینه‌های صندوق تعیین می‌شود.

سیستم‌های توزیعی بدون اندوخته با همبستگی اجتماعی همخوانی بیشتری دارند و در شرایط بحرانی مانند جنگ یا تورم بهترین راه حل محسوب می‌شوند. این سیستم‌ها سه امتیاز دارند: ورشکست نمی‌شوند، نسبت به تورم حساسیت ندارند و دولت ضمانت آن را بر عهده دارد. اما این نظام‌ها دو اشکال عمده نیز دارند. نخست اینکه در صورت پیری نسل و رکود، بازدهی این نظام‌ها بسته به رابطه جمعیتی (تعداد بیمه‌پردازان نسبت به تعداد مستمری‌بگیران) و نیز دستمزد واقعی شاغلین، با چالش بیشتری مواجه است. دیگر اینکه ممکن است همبستگی بین فعالان یک نسل و بازنشستگان همان نسل در برخی شرایط غیرعادلانه به نظر آید.

سیستم‌های دارای اندوخته نیز مزایا و معایبی دارند. از جمله مزایای این سیستم‌ها این است که می‌توانند مبالغ زیادی را به بازار سرمایه تزریق کنند، نسبت به تغییرات جمعیتی کمتر حساس هستند و هر عضو این سیستم‌ها می‌تواند وجوه بازنشستگی خود را مطابق چرخه زندگی‌اش تنظیم کند. اما سیستم‌های دارای اندوخته با معایبی هم مواجه هستند؛ از جمله اینکه ممکن است ارزش دارایی‌ها به دلیل تورم و یا بحران‌های بازار و بورس کاهش یابد و یا در اثر بحران‌های عمیق مانند جنگ به کلی از بین برود. به دلیل فاصله طولانی بین شروع عضویت تا زمان دریافت مزایا احتمال این خطر زیاد است. همچنین، این نظام‌ها نقش بازتوزیعی ندارند و هر کس هر سهمی که آورده، بدون توجه به میزان نیازش، برداشت می‌کند (مایونی دانتیانو<sup>۲</sup>، ۱۳۸۰: ۸۲).

آرون<sup>۳</sup> نشان داده است که نظام‌های دارای اندوخته و بدون اندوخته هر دو به یک نتیجه ختم می‌شوند،

1. Pay as You Go Systems (PAYG)

2. Majnoni D>Intignano

3. Aaron

مشروط به آنکه شرط «قاعده طلایی ثبات» تحقق یابد؛ یعنی ۱) رشد اقتصادی پایدار و باثبات باشد؛ ۲) میزان رشد اقتصادی با رشد جمعیت مساوی باشد و با بهره‌وری تعدیل شود؛ ۳) رشد اقتصادی با نرخ بهره واقعی مساوی باشد (همان: ۸۵).

#### ۲-۴- طرح‌های مستمری بدون حق بیمه

این طرح‌ها که «مساعدت اجتماعی» نام دارند، عمدتاً از محل مالیات‌های عمومی<sup>۱</sup> تأمین مالی می‌شوند و هدف‌شان حمایت از کسانی است که به هر دلیلی امکان مشارکت در بازار کار و پرداخت حق بیمه را نداشته‌اند و یا اینکه با وجود عضویت در طرح بیمه اجتماعی، نتوانسته‌اند شرایط برخورداری از مستمری را کسب کنند. علاوه بر این، معمولاً کارگرانی که سطح درآمدشان در حد کفاف هزینه‌های یک زندگی معمولی نیست (مانند کارگران بخش غیررسمی، خویش‌فرمایان و کشاورزان کم‌درآمد)، مشمول این طرح‌ها قرار می‌گیرند. این طرح‌ها ممکن است به تمام ساکنان و یا کسانی که مدت معینی در کشور اقامت داشته‌اند، تعلق گیرند و یا اینکه صرفاً افراد و خانوارهای در معرض خطر را از طریق آزمون<sup>۲</sup> و پوشش دهند (شوارز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶).

#### ۳-۴- مبانی تعیین مزایا در صندوق‌های بازنشستگی

طرح‌های بازنشستگی مبتنی بر حق بیمه از نظر سازوکارهای تعیین مزایا بر دو دسته‌اند:

۱. سیستم‌های مبتنی بر مزایای معین<sup>۴</sup>: در این سیستم‌ها بر اساس یک فرمول که معمولاً تابع نرخ تورم است، سطح معینی از مستمری‌ها (معمولاً متناسب با دستمزدهای زمان اشتغال فرد بیمه‌شده) برای همه بیمه‌شدگان واجد شرایط تعهد می‌شود، بدون آنکه بین مقدار حق بیمه پرداخت‌شده به وسیله هر فرد و مقدار دریافتی‌های او ارتباط مستقیمی برقرار باشد. به بیان دیگر، اعضای صندوق حساب جداگانه ندارند و حقوق آن‌ها در قبال صندوق تابع سال‌های پرداخت حق بیمه و سطح حقوق و مزایای مشمول کسر حق بیمه است. در این سیستم‌ها، مخاطرات (ریسک) ناشی از تورم و نوسان‌های اقتصادی به صندوق یا دولت منتقل می‌شود.

۲. سیستم‌های مبتنی بر حق بیمه معین<sup>۵</sup>: در این سیستم‌ها حق بیمه از نظر فنی تعیین می‌شود؛ اما

1. General Tax  
2. Means Test  
3. Schwarz  
4. Defined Benefit (DB)  
5. Defined Contribution (DC)

مقدار مستمری از قبل تعهد نمی‌شود بلکه، مستمری قابل پرداخت به هر فرد در زمان واجد شرایط شدن کاملاً به وجوه اندوخته‌شده در حسابش، با احتساب سود و زیان و کسر هزینه‌های اداری صندوق بستگی خواهد داشت. در این سیستم‌ها، مخاطرات (ریسک) ناشی از تورم و نوسان‌های اقتصادی به خود شخص منتقل می‌شود.

عموماً سیستم‌های مبتنی بر مزایای معین از نوع توازن هزینه با درآمد هستند و سیستم‌های مبتنی بر حق بیمه معین به روش اندوخته‌گذاری کامل عمل می‌کنند. اما می‌توان حالتی را در نظر گرفت که سیستمی از نوع مزایای معین به روش اندوخته‌گذاری عمل کند. همچنین، می‌توان ترکیبی از سیستم مبتنی بر حق بیمه معین و توازن درآمد با هزینه را در قالب یک سیستم مستمری ملی مشاهده کرد (شوارز، ۲۰۰۶).

در طرح‌های مبتنی بر اندوخته‌گذاری، نرخ حق بیمه به روابط بین نرخ رشد دستمزدها و نرخ سود حساس است اما، از تغییرات جمعیتی تأثیر نمی‌پذیرد. در مقابل، در طرح‌های بدون اندوخته با مزایای معین، نرخ حق بیمه به تغییرات جمعیتی حساس است اما، به نرخ‌های سود و افزایش دستمزدها نسبتاً غیر حساس است. در هر دو طرح، نرخ حق بیمه نسبت به نرخ امید به زندگی در دوران بازنشستگی حساس است. با تغییر این عوامل، حق بیمه موردنیاز برای تأمین مالی مستمری‌ها نیز تغییر می‌کند. این تغییر ممکن است در نرخ حق بیمه و یا در مقدار مستمری ایجاد شود (تامپسون<sup>۱</sup>، ۱۳۷۹).

درباره آثار اقتصادی و اجتماعی هر یک از انواع طرح‌های مستمری بحث‌های مختلفی مطرح شده است. در این میان، طرح‌های بدون اندوخته بخش عمده‌ای از انتقادات را متوجه خود ساخته‌اند. یکی از این انتقادات این است که در طرح‌های بازنشستگی بدون اندوخته، سطح تعهدات بازنشستگی بی‌اندازه سخاوتمندانه و حلقه‌های اتصال بین حق بیمه‌ها و مزایا کوچک است و گروه‌های تأثیرگذار بر سطوح سیاسی توانسته‌اند مزایای بیشتری در این سیستم‌ها به دست آورند. علاوه بر این، صندوق‌های بازنشستگی به دلایل مختلف اقتصادی یا سیاسی، قادر به جمع‌آوری حق بیمه‌های معوقه و وصول مطالبات خود از بیمه‌پردازان نیستند و این امر توان صندوق‌ها را برای تأمین مالی تعهدات آینده تضعیف می‌کند (همان: ۱۶۷).

باوجود این، هنوز بسیاری از سیستم‌های مستمری دولتی بر مبنای توازن درآمد با هزینه تأمین مالی می‌شوند. در یک بررسی از ۱۳۰ طرح مستمری اجباری، نشان داده شده است که حدود یک‌سوم این طرح‌ها به‌طور سنتی مبتنی بر مزایای معین بوده‌اند. البته برخی از طرح‌های موردبررسی سرمایه‌گذاری نیز داشته‌اند که سود حاصل از آن، تنها بخشی از هزینه تعهدات سیستم مستمری را تأمین می‌کرد (اندوخته‌گذاری جزئی<sup>۲</sup>). همچنین، این گزارش نشان می‌دهد که در جهان، حدود ۴۹ درصد از طرح‌های مستمری اجباری از نوع توازن درآمد با هزینه، ۳۳ درصد از آن‌ها مبتنی بر مزایای معین دارای اندوخته

1. Thompson  
2. Partially Funded

جزئی و ۱۸ درصد مبتنی بر اندوخته‌گذاری کامل یا ترکیبی بوده‌اند (پالاکوئیس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰: ۱۵).

## ۵- الگوی کلان پیشنهادی نظام تأمین اجتماعی چندلایه برای ایران

باعنایت به تجربه‌های جهانی می‌توان گفت اصلاحات موردنظر بانک جهانی بر سازوکارهای بازار و استفاده از مدیریت خصوصی در نظام‌های مستمری متمرکز است که مستلزم انتقال ریسک از دولت به افراد، بزرگ‌تر شدن دامنه فعالیت بخش خصوصی و محدودتر شدن مساعدت‌های اجتماعی از طریق سخت‌گیری بیشتر در آزمون وسع خواهد بود. بر مبنای این مدل، بیمه‌های اجتماعی نقش بازتوزیعی خود را به دولت واگذار می‌کنند و صرفاً خدمات بیمه‌ای مبتنی بر سازوکار بازار ارائه می‌کنند. مدل بانک جهانی از این جهت که انتقال به نظام‌های مبتنی بر اندوخته با مدیریت بخش خصوصی را راه‌حل نجات از بحران در نظام‌های مستمری می‌داند، انتقادات بسیاری را متوجه خود ساخته است.

در رویکرد اتحادیه اروپا، مقابله با فقر و حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر همچنان به عهده دولت باقی می‌ماند، بیمه‌های اجتماعی نقش بازتوزیعی خود را حفظ می‌کنند و طرح‌های تأمین اجتماعی با مدیریت خصوصی و مبتنی بر اندوخته به صورت تکمیلی و اختیاری مدنظر قرار می‌گیرند. بر مبنای این رویکرد، لایه مربوط به مساعدت اجتماعی از فراگیری و جامعیت کافی برای مقابله با فقر و حمایت از نیازمندان برخوردار است.

مدل پیشنهادی سازمان بین‌المللی کار از انعطاف بیشتری برای تطبیق با شرایط کشورهای مختلف برخوردار است و کمتر به سازوکارهای بازار گرایش دارد. بر مبنای این مدل، طرح‌های دارای اندوخته و با مدیریت خصوصی نقش تکمیلی دارند و نمی‌توانند جایگزین بیمه‌های اجتماعی دولتی شوند. به این ترتیب، نقش بازتوزیعی و فقرزدایی بیمه‌های اجتماعی حفظ می‌شود. به نظر می‌رسد مدل پیشنهادی سازمان بین‌المللی کار و نیز اتحادیه اروپا با نیازهای کشورهای فقیر بیشتری دارند، سازگارتر است.

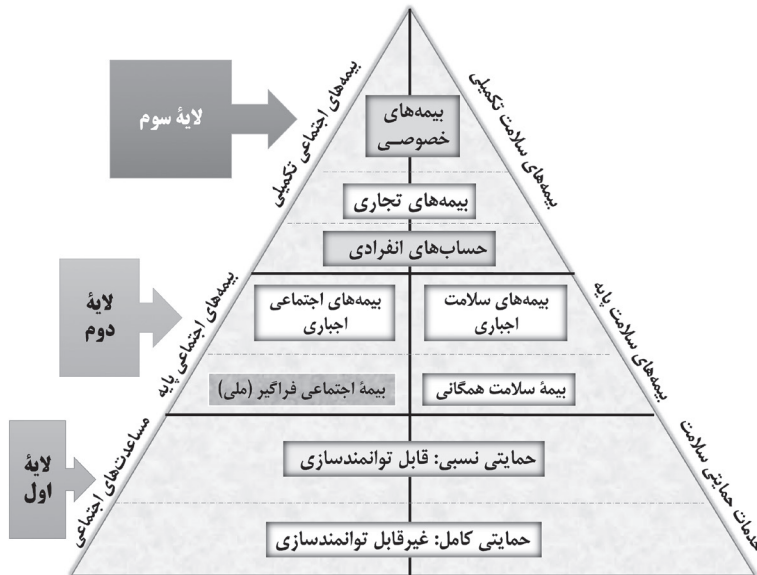
همان‌طور که کارشناسان بانک جهانی نیز اذعان می‌دارند، بی‌تردید، شرایط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی کشورها در اتخاذ رویکردهای اصلاحی نقشی تعیین‌کننده دارد و نمی‌توان هیچ‌یک از مدل‌ها را عیناً برای کشوری توصیه کرد. به‌ویژه، استفاده از این توصیه‌ها برای انجام اصلاحات در نظام‌هایی که دارای سابقه فعالیت طولانی مدت هستند، باید با احتیاط و مطالعه بسیاری صورت گیرد.

همان‌طور که اشاره شد، رویکرد قوانین برنامه‌ای کشور نیز با تأسی از دیدگاه‌های جهانی همان مسیر تجربه‌شده را دنبال می‌کند. در این سند نیز با بررسی شرایط موجود در کشور، تجربیات کشورهای پیشرو در این بخش، و دیدگاه‌های صاحب‌نظران برای محورهای طرح‌شده در قانون برنامه کشور، سیستم استقرار نظام



جامع تأمین اجتماعی چندلایه کشور طراحی شد؛ به نحوی که ضمن توجه به زیرساخت‌ها و منابع موجود در کشور، چالش‌های عمده موجود در پوشش‌های حمایتی و بیمه‌ای، و خواست‌های برنامه‌های بلندمدت کشور، پاسخگوی جمعیت و دیدگاه‌های صاحب‌نظران داخلی نیز باشد. این موضوع مهم‌ترین هدفی است که در طراحی نظام تأمین اجتماعی چندلایه کشور دنبال شده است.

در اغلب الگوهای تجربه‌شده جهانی، نظام تأمین اجتماعی چندلایه حداقل دارای سه لایه حمایتی، بیمه‌ای، و تکمیلی است که در هر کشور به تناسب شرایط و اقتضات اجتماعی و اقتصادی آن، سطح‌بندی و اجرا شده است. در ایران مطابق ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم توسعه، «دولت مجاز است نسبت به برقراری و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چندلایه با لحاظ حداقل سه لایه مساعدت‌های اجتماعی (شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی)، بیمه‌های اجتماعی پایه (شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه) و بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان، با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین این لایه‌ها در کشور اقدام نماید». با توجه به مفاد این ماده قانونی و همچنین تجربه‌های موفق جهانی در زمینه طراحی و استقرار نظام‌های تأمین اجتماعی چندلایه، الگوی مناسب برای نظام تأمین اجتماعی کشور با هدف پوشش فراگیر و حمایت همه افراد جامعه در نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، شامل دو راهبرد اساسی حمایتی (مساعدت) و بیمه‌ای پیشنهاد می‌شود. به طور مشخص، نظام تأمین اجتماعی در این سند در سه لایه مساعدت اجتماعی، بیمه پایه و بیمه تکمیلی طراحی شده است. کلیات طرح در شکل ۳ به نمایش درآمده است.



شکل ۳. شمای کلی نظام تأمین اجتماعی چندلایه در ایران

نقش سه لایه مساعادت اجتماعی، بیمه‌های اجتماعی پایه و بیمه‌های تکمیلی در نظام تأمین اجتماعی چندلایه در جدول ۶ مقایسه شده است. نکته مهم آن است که به‌رغم تفاوت نقش سه لایه موردنظر در نظام تأمین اجتماعی، هیچ‌یک از این لایه‌ها، بدون وجود لایه دیگر نمی‌تواند موفق عمل کند. همان‌طور که در کشور نیز به‌وضوح تجربه شده است، در نبود لایه حمایتی قوی و عمیق، انتظارات حمایتی جامعه به سمت لایه بیمه‌های اجتماعی هدایت می‌شود و بدین ترتیب، هزینه‌های ناخواسته این امر را بیمه‌شدگان می‌پردازند. همچنین، به دلیل نبود لایه تکمیلی مناسب و قانونمند، فعالیت بی‌ضابطه بیمه‌های تجاری در عرصه بیمه‌های پایه درمان موجب نابسامانی بازار سلامت و گرانی بیش‌از‌حد خدمات پزشکی می‌شود که آثار نامطلوب آن را مردم و سازمان‌های بیمه‌گر باید تحمل کنند. در ادامه، ویژگی و نقش هر یک از این لایه‌ها مورد بحث قرار می‌گیرد.

موضوع	حمایت اجتماعی	بیمه اجتماعی	بیمه تکمیلی
جامعه هدف	کل افراد نیازمند	کل افراد شاغل	آزاد (انتخاب خود فرد)
سطح تعهدات	حداقل نیازهای اساسی خانوار در زمینه معیشت و سلامت	نیازهای معیشت و سلامت فرد و خانواده او در شرایط قطع درآمد فرد	توافقی
منابع مالی	منابع دولتی (مالیات عمومی یا ویژه) و کمک‌های مردمی	حق بیمه‌های اجتماعی با مشارکت بیمه‌شده، کارفرما و دولت	حق بیمه‌های توافقی
مدیریت طرح	دولت یا نهادهای عمومی	سه‌جانبه (دولت، کارگر، کارفرما)	بخش خصوصی
مبنای پوشش	اقامت در کشور و استحقاق	اشتغال (رسمی یا غیررسمی)	انتخاب خود فرد

جدول ۶ تفاوت نقش حمایت‌های اجتماعی، بیمه‌های اجتماعی و بیمه‌های تکمیلی در نظام تأمین اجتماعی چندلایه

### ۱-۵- لایه مساعادت اجتماعی به تفکیک دو سطح حمایتی کامل و حمایتی نسبی

هدف لایه مساعادت اجتماعی تأمین حداقل نیازهای ضروری زندگی است. این لایه برای افرادی در نظر گرفته شده است که به دلایلی خارج از محدوده بیمه اجتماعی قرار گرفته‌اند یا مزایای استحقاقی آن‌ها در بیمه اجتماعی کفاف نیازشان را نمی‌کند. معمولاً وضع معیشتی و سطح درآمد اشخاص در تعیین استحقاق آن‌ها برای دریافت این کمک‌ها مدنظر قرار می‌گیرد. در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی از این خدمات به‌عنوان خدمات حمایتی نام برده شده است که از طریق کمیته امداد امام خمینی (ره)، سازمان بهزیستی و دیگر نهادهای حمایتی مشابه ارائه می‌شوند.

در لایه حمایتی اولویت با برنامه‌های توانمندسازی و هدایت افراد به سمت بازار کار و بیمه‌های اجتماعی

است؛ چراکه در این صورت هم عزت و کرامت افراد حفظ می‌شود و هم بار تکفل دولت کاهش می‌یابد. مضمولان نظام حمایتی بر اساس سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی متناسب با شرایط، در دو سطح اصلی شامل حمایتی کامل و حمایتی نسبی مورد حمایت قرار می‌گیرند.

– **سطح حمایتی کامل برای افراد غیر قابل توانمندسازی:** سطح حمایتی کامل در واقع سطح زیرین لایهٔ مساعدت اجتماعی خواهد بود؛ از این رو افرادی که به لحاظ محدودیت‌های جسمی، ذهنی و حرکتی قابل توانمند شدن نیستند، در طول دوران حیات برای تأمین نیازهای اساسی در سطح حداقل ضروری (از جمله هزینه‌های معیشت، درمان و توان‌بخشی) مورد حمایت قرار می‌گیرند.

– **سطح حمایتی نسبی برای افراد قابل توانمندسازی:** در این سطح از لایهٔ مساعدت اجتماعی افراد و خانوارهایی که امکان توانمند شدن در قالب برنامه‌های توانمندسازی را داشته باشند، با لحاظ سطح‌بندی خدمات به صورت زمان‌بندی شده و موقت، تحت پوشش و مورد حمایت قرار می‌گیرند. افراد تحت پوشش در این سطح از طریق برنامه‌های توانمندسازی هدفمند مدت‌دار و دریافت آموزش‌های لازم، امکانات و مهارت‌های مورد نیاز را کسب می‌کنند و سپس، با اشتغال به شغل مناسب به صورت تدریجی از چرخهٔ حمایت این لایه خارج، و به لایهٔ بیمهٔ اجتماعی پایه هدایت می‌شوند. بنابراین افرادی که در لایهٔ مساعدت در فرایند برنامهٔ توانمندسازی، توانمند شده و قادر به یافتن شغل و کسب درآمد شده‌اند، به حوزهٔ بیمه‌ای وارد می‌شوند تا بتوانند با مشارکت خود تحت پوشش این لایه قرار گیرند. بدین ترتیب، به واسطهٔ سهمی که این افراد پرداخت می‌کنند، بار تکفل دولت کاهش می‌یابد.

## ۲-۵- لایهٔ بیمه‌های اجتماعی پایه به تفکیک دو سطح فراگیر (همگانی) و اجباری

لایهٔ بیمه‌های اجتماعی بخشی از جامعه را شامل می‌شود که شغل و درآمد مستمر دارند و می‌توانند حق بیمه بپردازند. بیمهٔ اجتماعی معمولاً با مشارکت سه‌جانبهٔ بیمه‌شده، کارفرما و دولت تأمین مالی می‌شود و پوشش آن مبتنی بر دورهٔ اشتغال است. بنابراین، هر عاملی که موجب شود فرد به‌طور موقت یا دائم امکان کار کردن را از دست دهد (مانند بیماری، بیکاری، از کارافتادگی، سالمندی و فوت)، از طریق بیمه‌های اجتماعی پوشش داده می‌شود. حداقل تعهدات بیمه‌های اجتماعی شامل بازنشستگی، از کارافتادگی، و فوت است ولی، در مواردی بیکاری‌های موقتی چندروزه (گرامت‌ها) و بیکاری‌های موقت غیرارادی را نیز شامل می‌شود. از نظر سطح مزایا، سعی می‌شود که سطح زندگی دوران اشتغال فرد در دورهٔ مستمری‌بگیری‌اش نیز حفظ شود.

الگوی غالب بیمه‌های اجتماعی در جهان مبتنی بر سازوکار بین نسلی و نقش بازتوزیعی است و حقوق مستمری‌بگیران از محل درآمد شاغلین فعلی تأمین می‌شود. منابع مالی بیمه‌های اجتماعی از طریق حق

بیمه (سهم بیمه‌شده، کارفرما، و دولت) تأمین می‌شود و سعی بر این است که دولت کمترین مشارکت مالی را داشته باشد. به علاوه، اداره امور بیمه‌های اجتماعی معمولاً به صورت سه‌جانبه با مشارکت نمایندگان کارفرمایان، بیمه‌شدگان و دولت انجام می‌شود.

از مهم‌ترین ویژگی‌های بیمه‌های اجتماعی این است که این بیمه‌ها معمولاً جمعیت شاغل را پوشش می‌دهند. این رویکرد در شکل سنتی تنها منحصر به افراد مزد و حقوق‌بگیر است اما، در الگوهای جدید خویش‌فرمایان (غیر مزد و حقوق‌بگیران) را نیز شامل می‌شود. در واقع، در الگوی سنتی بیمه اجتماعی تنها شاغلین مزد و حقوق‌بگیر که کارگاه و کارفرمای مشخصی دارند، تحت پوشش قرار می‌گیرند. علت اصلی این امر به ماهیت بیمه اجتماعی و نحوه طراحی آن مربوط است که به سه رکن «کارفرما، مزد و حقوق رسمی، و کارگاه معین» وابسته است. اما در نظام‌های جدید تأمین اجتماعی طرح‌های ویژه‌ای نیز برای بیمه اجتماعی شاغلین غیر مزد و حقوق‌بگیر و فاقد کارفرما طراحی شده است که عموماً به نام نظام مستمری ملی یا برنامه‌های فراگیر شناخته می‌شوند. این گونه طرح‌ها تقریباً در همه کشورهای صنعتی از جمله در شمال اروپا، کانادا، ژاپن و کره جنوبی وجود دارند. با این حال، در ایران چنین طرحی وجود ندارد. در این راستا، طرح‌های بیمه اجتماعی پایه در این سند در دو سطح «بیمه اجتماعی فراگیر» و «بیمه اجتماعی اجباری (شغلی)» طراحی شده‌اند.

- **بیمه‌های اجتماعی فراگیر:** افراد و خانوارهای غیر مزد و حقوق‌بگیری که مشمول بیمه‌های اجتماعی اجباری نیستند و شرایط بیمه شدن از طریق صندوق‌های بازنشستگی پایه موجود را ندارند، در این سطح بیمه می‌شوند. در بخش درمان و سلامت نیز افراد کم‌درآمد و غیر مزد و حقوق‌بگیر با پرداخت حداقلی تحت پوشش بیمه سلامت ایرانیان قرار می‌گیرند.

- **بیمه‌های اجتماعی اجباری:** افراد شاغل دارای کارفرما (مزد و حقوق‌بگیران بخش عمومی و خصوصی) که مشمول قوانین بیمه و بازنشستگی هستند، در این سطح به روال گذشته بیمه می‌شوند. در این سطح اصلاح قوانین و مقررات در جهت افزایش پایداری صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر و کاهش وابستگی آن‌ها به اعتبارات دولتی اولویت اصلی خواهد بود.

### ۳-۵- لایه بیمه تکمیلی

لایه بیمه‌های تکمیلی نظام تأمین اجتماعی خدماتی را ارائه می‌کند که بالاتر از سطح تعهدات بیمه اجتماعی پایه است و کسانی را پوشش می‌دهد که بدون کمک دولت قادرند حق بیمه بالاتری را برای خدمات تکمیلی بپردازند. اصل بر این است که همه خدماتی که در محدوده «نیازهای اساسی و ضروری» قرار می‌گیرند، در تعهد بیمه‌های اجتماعی و حمایت‌های اجتماعی قرار گیرند و فقط خدماتی که جنبه

«انتخابی، رفاهی و غیر ضروری» دارند، به وسیله بیمه‌های تکمیلی ارائه شوند. لایه تکمیلی در نظام تأمین اجتماعی چندلایه، علاوه بر تأمین نیازهای رفاهی و انتخابی بخشی از جامعه، نقش جذب و هدایت بخشی از پرداخت‌های رفاهی مردم را نیز ایفا می‌کند. در نبود لایه تکمیلی، این پرداخت‌ها می‌تواند برای بیمه‌های پایه نقش مخرب یا حداقل مزاحم داشته باشد. چنین وضعیتی در کشور در خصوص بیمه‌های سلامت کاملاً محسوس است.

## ۶- اصلاحات و اقدامات مورد نیاز در وضع موجود

مهم‌ترین اصلاحات و اقدامات لازم برای استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه در ادامه تشریح می‌شود.

### ۶-۱- اصلاحات و اقدامات لازم در لایه حمایتی

باتوجه به وضع موجود، برای پیاده‌سازی لایه حمایتی در کشور لازم است اقدامات و اصلاحات زیر انجام شود:

- ▶ بازنگری در ضوابط و معیارهای «نیازمندی» و تعیین مصادیق «نیازمندان»؛
- ▶ تعریف دقیق‌تر «جامعه هدف» و «دامنه شمول» حمایت‌ها؛
- ▶ تعریف روش‌ها و ابزارهای تشخیص مصادیق و پوشش جمعیت هدف؛
- ▶ تعیین «منابع پایدار» (توسعه مشارکت مردم، ممنوعیت ایجاد تعهدات پایدار در قوانین بودجه سنواتی، و تعیین ردیف‌های بودجه‌ای ثابت)؛
- ▶ توسعه و تنوع در «روش‌های توانمندسازی» و افزایش قابلیت‌های جامعه هدف؛
- ▶ بهره‌گیری از ابزارهای متنوع بیمه‌ای (بیمه‌های حوادث، اموال، اشخاص و غیره) در جهت کاهش آسیب‌پذیری جامعه هدف؛
- ▶ توسعه مشارکت‌های منطقه‌ای و محلی.

### ۶-۲- اصلاحات و اقدامات لازم در لایه بیمه‌های پایه

اقدامات لازم در بیمه‌های پایه به شرح ذیل است:

- ▶ ساماندهی بیمه‌های سلامت مبتنی بر قانون برنامه پنجم (یکپارچگی، استانداردسازی، یکسان‌سازی

رویه‌ها و غیره)؛

▲ اصلاح ساختار صندوق‌های موجود؛

▲ مبنا قرار دادن چهار صندوق اصلی برای عموم بیمه‌شدگان (تأمین اجتماعی، کشوری، لشگری و فراگیر)؛

▲ ساماندهی، تجمیع یا ادغام صندوق‌های خرد و اختصاصی تا حد ممکن؛

▲ ساماندهی ساختار کلان و بهبود روش‌ها در صندوق‌های پایه؛

▲ اصلاح قوانین و مقررات صندوق‌های بیمه پایه؛

▲ اصلاحات پارامتری آینده‌نگر؛

▲ رفع تبعیض‌های ناروا و برقراری عدالت بیمه‌ای بین صندوق‌ها و در درون صندوق‌ها؛

▲ تصویب مقررات پایدار برای تضمین حقوق اساسی مستمری‌بگیران؛

▲ سطح‌بندی بیمه‌های پایه اجتماعی در دو سطح شامل:

- بیمه‌های اجتماعی اجباری برای اقشار مزد و حقوق‌بگیر؛

- بیمه‌های اجتماعی فراگیر برای سایر افراد و خانوارها (شهری و روستایی).

### ۳-۶- اصلاحات و اقدامات لازم در لایه بیمه تکمیلی

به دلیل نبود ضوابط و تجربه کافی در این لایه به خصوص در حوزه بیمه تکمیلی بازنشستگی لازم است اصلاحات و اقدامات زیر در دستور کار قرار گیرد:

▲ ساماندهی بیمه‌های تکمیلی در سه نوع حساب‌های انفرادی (صندوق‌های احتیاط از طریق صندوق‌های عمومی)، بیمه‌های خصوصی و بیمه‌های تجاری؛

▲ تعیین «حدومرز روشن» بین تعهدات و خدمات بیمه‌های پایه و تکمیلی؛

▲ تصویب و ابلاغ ضوابط فعالیت بیمه‌های تکمیلی در هر سه نوع (شرایط تأسیس و فعالیت، فرم قراردادها، حقوق متقابل، تضمین‌های حقوقی و مانند آن).

## ۶-۴- ایجاد بانک اطلاعاتی

به منظور امکان شناسایی، گزارش‌گیری و تعیین وضعیت پوششش افراد و خانوارهای جامعه در لایه‌های مختلف نظام جامع تأمین اجتماعی باید پایگاه اطلاعاتی متمرکز با اهداف زیر تشکیل شود:

- ▲ ایجاد زیرساخت برای اجرای بهینه بسیاری از قوانین؛
- ▲ شناسایی اقشار نیازمند آسیب‌پذیر و گروه‌بندی آنان؛
- ▲ رفع هم‌پوشانی پایگاه‌های داده بیمه‌ای و حمایتی؛
- ▲ تخصیص بهینه منابع؛
- ▲ افزایش بهره‌وری فعالیت‌های بیمه‌ای و حمایتی؛
- ▲ ارائه شناسه رفاه و تأمین اجتماعی به آحاد جمعیت.

## ۷- تحلیل ذی‌نفعان نظام تأمین اجتماعی چندلایه در ایران

علاوه بر جامعه، دولت و مجلس، به‌طور اخص وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان‌های بیمه‌گر شامل سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح، صندوق بازنشستگی کارکنان بانک‌ها، صندوق تأمین معذوریت جهاد کشاورزی، صندوق بازنشستگی کارکنان صنعت نفت، صندوق بازنشستگی کارکنان صنعت فولاد، صندوق بازنشستگی کارکنان سازمان صداوسیما، صندوق بازنشستگی کارکنان بانک مرکزی، صندوق بازنشستگی کارکنان سازمان بنادر و کشتیرانی، صندوق بازنشستگی کارکنان بیمه مرکزی، صندوق بازنشستگی کارکنان بیمه ایران، صندوق بازنشستگی کارکنان شهرداری تهران، صندوق بازنشستگی مس، صندوق بازنشستگی هما، و صندوق بازنشستگی سازمان گسترش و نوسازی صنایع ایران / آینده‌ساز و سازمان‌های حمایتی مانند سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، بنیاد شهید و سایر سازمان‌ها و نهادهای خیریه، مجلس و کارفرمایان، کارگران و کارمندان دستگاه‌های اجرایی از جمله بهره‌وران و ذی‌نفعان این نظام خواهند بود.

## ۸- تحلیل حقوقی و اسناد بالادستی

### ۸-۱- نظام تأمین اجتماعی چندلایه در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

اصول متعددی از قانون اساسی جمهوری اسلامی به‌طور مستقیم به موضوعات مربوط به رفاه و تأمین

اجتماعی پرداخته‌اند. از جمله می‌توان به بندهای ۳، ۹ و ۱۲ از اصل سوم، بندهای ۲ و ۴ از اصل بیست و یکم، اصل بیست و نهم، اصل سی و یکم، و اصل چهل و سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی اشاره کرد. تأمین اجتماعی به مفهوم کامل آن، در اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی بیان شده است. بر مبنای این اصل «بر خور داری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی و درآمد حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند».

اصل ۲۹ قانون اساسی همه آنچه که در ماده ۲۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر و کنوانسیون شماره ۱۰۲ بین‌المللی کار درباره تأمین اجتماعی بیان شده است را در بر می‌گیرد و تأمین اجتماعی را به‌عنوان حق یک‌یک افراد جامعه و تکلیف دولت به رسمیت شناخته است. اما تحقق اهداف هر یک از اصول قانون اساسی مستلزم تصویب و اجرای یک قانون عادی است. لذا، به‌رغم وجود اصل ۲۹ قانون اساسی، نبود قانون عادی برای اجرای آن موجب شده تا این اصل به‌صورت ناقص اجرا شود و عملاً جمعیت کشور از مزایای اجرای آن محروم بمانند. مفاد این اصل در فصل پنجم قانون برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (۸۳-۱۳۷۹) به‌طور جدی مورد توجه قرار گرفت و سپس، با تصویب قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی عینیت و پایداری بیشتری یافت.

اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی بر چند نکته تأکید دارد. بیان مصادیق خدمات و حمایت‌های تأمین اجتماعی، اشاره به روش‌های بیمه‌ای و غیربیمه‌ای، تصریح بر حق همگانی و تکلیف دولت و تأمین منابع از محل درآمدهای عمومی و مشارکت مردم از جمله نکات مورد تأکید در این اصل است.

## ۲-۸- نظام تأمین اجتماعی چندلایه در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی که در خردادماه سال ۱۳۸۳ به دولت ابلاغ شد، زمینه اجرای کامل اصل ۲۹ قانون اساسی را فراهم ساخت. در این قانون مفاهیم و مضامین اصل ۲۹ قانون اساسی، یعنی مفهوم تأمین اجتماعی و قلمروهای مختلف آن، حدود حق همگانی و تکلیف دولت در این زمینه و حدود مشارکت دولت و بخش غیردولتی تعریف و تبیین شد. تا پیش از تصویب قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، این موارد در قوانین عادی تبیین و تشریح نشده بود. از این‌رو، راه بر تفسیرهای متفاوت از مفاهیمی مانند حدود حق همگانی و تکلیف دولت و چگونگی مشارکت مردم باز بود و این امر خود اختلاف رویه برای مجریان در بخش‌های مختلف را سبب می‌شد. این قانون حدود حق همگانی، دامنه شمول تکالیف دولت و سطح تعهدات نظام تأمین اجتماعی را در حوزه‌های بیمه‌ای و غیربیمه‌ای تعیین کرد.



نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی دربرگیرنده اصول، مبانی ساختار و سازوکارهای مختلف است که ضمن مشارکت همه اجزای آن در یک نظام جامع‌نگر، عملکردها و ساختارهای زیرین آن باید غیرقابل جمع باشند و بتوانند در یک پیکره واحد با تعامل ارگانیکی و توسعه‌ای منظومه کارآمدی را در قلمرو نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی شکل دهند و پاسخگوی الزامات، مطالبات و اهداف منظور شده باشند. راهبردهای امور بیمه‌ای، امور حمایتی و یارانه‌ها و امور امدادی ساختار یک نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی را تشکیل می‌دهند. قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی اصول و مبانی بیمه‌های اجتماعی، حمایت‌های اجتماعی و خدمات امدادی را روشن ساخت و حدود مرز این حوزه‌ها را مشخص کرد. مفاهیم پایه بیمه اجتماعی مانند غیردولتی بودن صندوق‌ها، مشاع و بین نسلی بودن منابع صندوق‌ها، غیرقابل ادغام بودن منابع و دارایی‌های صندوق‌ها، و مسئولیت و ضمانت دولت برای اجرا و تداوم خدمات بیمه‌های اجتماعی در این قانون برای نخستین بار به روشنی بیان شد. به موجب ماده ۳ این قانون، حوزه بیمه‌ای شامل دو سطح همگانی و تکمیلی است. در سطح بیمه‌های همگانی (پایه) باید همه افراد جامعه به‌ویژه مزدبگیران، صاحبان حرف و مشاغل آزاد، خویش‌فرمایان و شاغلین غیردائم، روستائیان، عشایر، زنان بیوه و سالخورده و خودسرپرست و کودکان تحت پوشش قرار گیرند. این در حالی است که سطح تکمیلی به صورت اختیاری با مشارکت بیمه‌شده و بخش خصوصی اجرا می‌شود. درباره حمایت‌های اجتماعی و خدمات امدادی نیز حدود تعهدات دولت، راهبردها و راهکارهای خدمت‌رسانی، جمعیت تحت پوشش، دامنه تعهدات و منابع مالی این حوزه‌ها تعیین شد. در حوزه حمایتی و توان‌بخشی افرادی مورد حمایت قرار می‌گیرند که قادر به کار و کسب درآمد برای تأمین معاش خود نیستند. هدف در این حوزه تأمین حداقل زندگی برای همه افراد و خانواده‌های تحت پوشش آن‌ها است (بند ۴ ماده ۴). مسئولیت اجرایی حوزه حمایتی و توان‌بخشی بر عهده دو نهاد کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور است.

از دیگر ویژگی‌های این قانون، همسان‌سازی ساختار سازمانی مؤسسات، نهادها و صندوق‌های فعال در حوزه‌های سه‌گانه نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و نیز ایجاد زمینه‌های رقابتی و انحصارزدایی در حوزه بیمه‌ای است که با هدف بهبود نظام خدمت‌رسانی و رضایت‌مندی مردم تدوین شد.

### ۳-۸- نظام تأمین اجتماعی چندلایه در قانون برنامه پنجم توسعه

مواد متعددی از قانون برنامه پنجم توسعه به حوزه رفاه و تأمین اجتماعی مربوط است که موارد مهم آن‌ها عبارت‌اند از: مواد ۲۶ تا ۳۹، ۴۲، ۴۴، ۴۵، ۵۰، ۵۹، ۶۱، ۶۶، ۷۳، ۸۰، ۱۹۴، ۲۲۸ و ۲۳۰. به موجب مواد ۲۶ و ۲۷ برنامه پنجم توسعه کشور، اصلاحات تأمین اجتماعی برای ایجاد ثبات، پایداری و تعادل بین منابع و مصارف صندوق‌های بازنشستگی مجاز دانسته شده و به دولت اجازه داده شده است تا نسبت به برقراری و استقرار نظام

جامع تأمین اجتماعی چندلایه با لحاظ حداقل سه لایهٔ مساعدت‌های اجتماعی، بیمه‌های اجتماعی و سلامت پایه و بیمه‌های مکمل اقدام کند.

علاوه بر این، مطابق با مادهٔ ۲۸ قانون برنامهٔ پنجم، به منظور فراهم نمودن شرایط رقابتی، افزایش کارآمدی بیمه‌های اجتماعی و جلوگیری از ایجاد هرگونه انحصار یا امتیاز ویژه برای صندوق‌های بازنشستگی اعم از خصوصی، عمومی، تعاونی و یا دولتی، اجازه داده شده است تا صندوق‌های بازنشستگی خصوصی با رعایت تضمین حقوق بیمه‌شدگان و بازنشستگان صندوق مربوطه، حداقل به مدت ده سال بر اساس آیین‌نامه‌ای که به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد، ایجاد شوند. در واقع، قانون‌گذار افتتاح حساب انفرادی خصوصی که به‌نوعی بیانگر رویکرد حساب‌های پس‌انداز انفرادی در تأمین اجتماعی است، را نیز مجاز دانسته است.

بدین ترتیب، دیدگاه‌های طرح‌شده در برنامهٔ پنجم توسعهٔ کشور در بخش بیمه‌های اجتماعی بسیار شفاف است و می‌توان آن‌ها را در دو موضوع کلی زیر دسته‌بندی کرد:

▲ ایجاد ثبات، پایداری و تعادل بین منابع و مصارف صندوق‌های بازنشستگی

▲ استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چندلایه شامل مساعدت‌های اجتماعی، بیمه‌های اجتماعی و سلامت با حداقل دو لایه (پایه و مکمل) و در نهایت، حساب‌های پس‌انداز انفرادی.

شایان ذکر است در مادهٔ ۳۹ برنامهٔ پنجم نیز بر طراحی نظام سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی متناسب با شرایط بومی، منطقه‌ای و گروه‌های هدف تأکید شده است که در رویکرد لایه‌بندی تأمین اجتماعی به‌عنوان لایهٔ صفر یا تورهای ایمنی مورد توجه قرار گرفته است.

#### ۴-۸- نظام تأمین اجتماعی چندلایه در سیاست‌های کلی برنامهٔ ششم توسعه

در بندهای ۴۰، ۴۱ و ۴۲ ذیل امور اجتماعی سیاست‌های کلی برنامهٔ ششم توسعه مستقیماً بر استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه، توانمندسازی اقشار محروم و اصلاح ساختار بیمه‌های اجتماعی تأکید شده است:

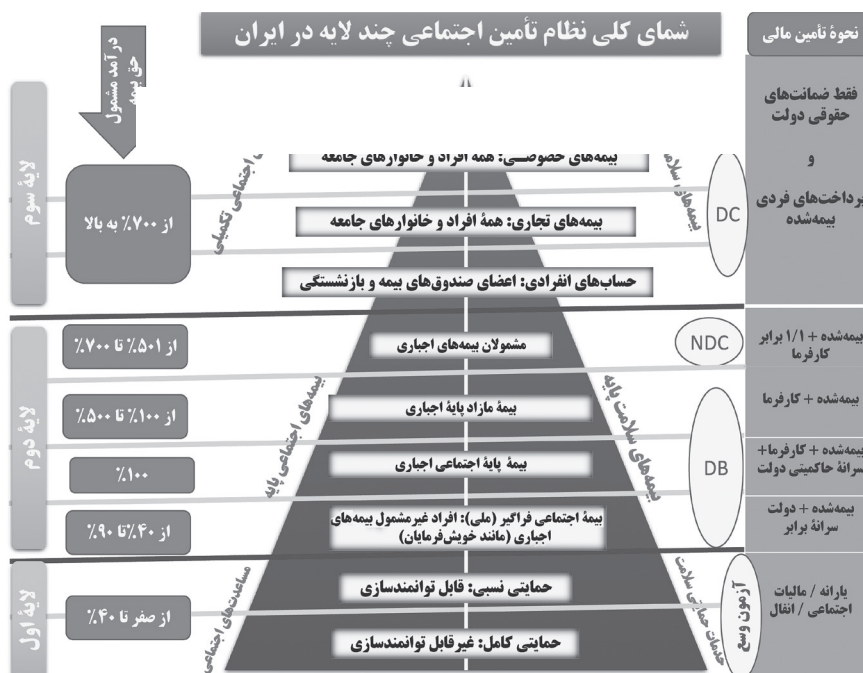
«۴۰- استقرار نظام جامع، یکپارچه، شفاف، کارآمد و چندلایهٔ تأمین اجتماعی کشور.

۴۱- توانمندسازی و خوداتکایی اقشار و گروه‌های محروم در برنامه‌های مربوط به رفاه و تأمین اجتماعی.

۴۲- ارتقای کیفیت و اصلاح ساختار بیمه‌های تأمین اجتماعی پایه (شامل بیمهٔ درمان، بازنشستگی، ازکارافتادگی و غیره) برای آحاد مردم.»

#### ۹- رویکرد اجرایی نظام تأمین اجتماعی چندلایه در ایران به تفکیک سطوح

نحوه تأمین مالی و سطح‌بندی درآمدی نظام تأمین اجتماعی چندلایه پیشنهادی برای ایران در شکل ۴ نمایش داده شده است. باتوجه به این شکل و مطالب پیش‌گفته، در ادامه، سطوح، مبانی و حدود و ثغور نظام مستمری مبتنی بر الگوی نظام چندلایه در ایران تشریح می‌شود.



شکل ۴. شمای کلی نظام تأمین اجتماعی چندلایه در ایران بر اساس سطح‌بندی درآمدی و نحوه تأمین مالی

### لایه اول: خدمات حمایتی شامل مساعدت اجتماعی و خدمات همگانی

این لایه از طریق بودجه عمومی تأمین مالی می‌شود و حمایت از اقشار فقیر جامعه را دنبال می‌کند. مساعدت‌های اجتماعی به افراد و خانوارهای به‌شدت فقیر ارائه می‌شود و خدمات اجتماعی<sup>۱</sup> برای گروه‌هایی که به مراقبت‌های ویژه نیاز دارند و یا از دسترسی و بهره‌مندی به خدمات اساسی محروم هستند، تدارک می‌شود. در اصل، هدف مساعدت‌های اجتماعی کاهش آسیب‌پذیری فقراست. برنامه تأمین هزینه‌های معیشتی، برنامه امنیت غذا و تغذیه، برنامه خدمات درمانی، برنامه حمایت‌های اجتماعی، برنامه حمایت از خانواده و فرزندان،

1. Social Services

برنامه توان بخشی، و برنامه حمایت از کودکان و نوجوانان از جمله برنامه‌های اساسی این لایه است.

### لایه دوم: بیمه‌های اجتماعی پایه

نظام مالی لایه بیمه‌های اجتماعی پایه در سطوح پایین مبتنی بر حق بیمه معین (DB) و در سطوح بالاتر مبتنی بر حق بیمه معین صوری (NDC) است. این لایه توسط حق بیمه‌های اعضا تأمین مالی می‌شود. هدف بیمه پایه تضمین حداقل درآمد و تأمین سطح معینی از حمایت‌ها خواهد بود. همان‌طور که اشاره شد، سطح پوشش این لایه شامل تمامی نیروی کار موجود در بازار کار است که در هر نوع حرفه یا شغلی اشتغال به کار دارند؛ یعنی مزد و حقوق‌بگیران، کارکنان مستقل و کارفرمایان مشمول این لایه هستند. علاوه بر این، افراد بازتوان‌شده تحت پوشش نهادهای حمایتی، زنان خانه‌دار (فاقد پوشش بیمه‌ای)، شاغلین مشاغل خانگی و هنرمندان، ورزشکاران و مانند آن تحت پوشش بیمه اجتماعی فراگیر قرار خواهند گرفت. سازمان‌های بزرگ بیمه‌ای مانند سازمان تأمین اجتماعی صندوق بازنشستگی کشوری، صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر، و صندوق صاحبان حرفه و مشاغل آزاد و سایر صندوق‌های تخصصی در این لایه قرار می‌گیرند.

لایه بیمه‌های اجتماعی پایه شامل دو سطح اصلی بیمه اجتماعی فراگیر (خاص غیر مزد و حقوق‌بگیران) و اجباری (خاص مزد و حقوق‌بگیران) است. در سطح بیمه اجتماعی فراگیر که مبتنی بر بازار کار غیررسمی شامل غیر مزد و حقوق‌بگیران کم‌درآمد است، کف دستمزد ۴۰ درصد حداقل دستمزد اعلام‌شده از طرف شورای عالی، و سقف دستمزد نیز ۹۰ درصد حداقل دستمزد است.

سطح دوم این لایه بیمه اجتماعی اجباری خاص مزد و حقوق‌بگیران است که از حداقل دستمزد تا هفت برابر آن را شامل شده و به زیرسطوح ذیل تقسیم می‌شود:

۱. بیمه پایه اجباری که در سطح کف حداقل دستمزد اعلام‌شده از طرف شورای عالی کار اجرا می‌شود.  
۲. بیمه مازاد پایه اجباری که کف آن مازاد حداقل دستمزد و سقف آن نیز ۳ یا ۵ برابر (انتخابی) حداقل دستمزد است.

۳. صندوق پس‌انداز اجباری که در سطوح بالاتر لایه بیمه پایه اجتماعی پیشنهاد می‌شود و همان‌طور که گفته شد، مبتنی بر حق بیمه معین صوری است. هدف پس‌انداز اجباری تأمین سطح متعارفی از درآمد متناسب با دوران اشتغال است. اصولاً در این بخش صندوق‌های بیمه اجتماعی پایه می‌توانند به ایفای نقش اصلی بپردازند. کف و سقف دستمزد در این نوع بیمه ۳ یا ۵ برابر حداقل دستمزد تا ۷ برابر آن است. میزان حق بیمه دریافتی در این سطح درصدی از دستمزد اعلام‌شده (مازاد درآمد از بیمه پایه) و یا مبلغ مقطوعی است که بر اساس محاسبات آکچوئری برای تأمین مستمری فرد در آینده تعیین می‌شود. تعهدات این نوع

از بیمه عمدتاً بازنشستگی، فوت و بازماندگان است و به موضوع درمان نیز در بخش خدمات درمانی مکمل پرداخته می‌شود.

به‌طور کلی، میزان حق بیمه دریافتی در این لایه درصدی از دستمزد اعلام‌شده فرد است که این درصد بنا بر شرایط خاص و جمعیت تحت پوشش هر صندوق، پس از محاسبات آکچوئری تعیین می‌شود. این نرخ باتوجه به نوع حمایت‌ها تعیین می‌شود. عمده تعهدات ارائه‌شده در نظام بیمه پایه عبارت‌اند از:

▲ بازنشستگی و سالمندی؛

▲ ازکارافتادگی کلی و جزئی؛

▲ فوت و بازماندگان؛

▲ درمان پایه (به شرح موجود در بیمه پایه درمان)؛

▲ حوادث ناشی از کار؛

▲ غرامت فوت و نقص عضو.

شرایط احراز بر خورداری از این تعهدات بسته به مقررات هر صندوق و مبتنی بر محاسبات آکچوئری تعیین می‌شود. باین وجود، پارامتر اصلی در احراز شرایط، سابقه پرداخت حق بیمه و شرط سنی خواهد بود.

### لایه سوم) بیمه‌های تکمیلی

نحوه تأمین مالی این لایه مبتنی بر نظام DC است و از طریق حق بیمه‌های اعضا تأمین مالی می‌شود. هدف این لایه اختیاری تأمین سطح دلخواه درآمد بنا بر سلیقه و تشخیص بیمه‌شده است. این لایه کلیه افراد دارای درآمد مکفی جهت خرید این نوع بیمه را پوشش می‌دهد. بنابراین، آن دسته از مشاغل که درآمدشان از سقف دستمزد تعیین‌شده در بیمه پایه بیشتر است و یا به مشارکت بیشتری تمایل دارند، تحت پوشش این نوع بیمه قرار می‌گیرند.

این لایه در قالب چند سطح و از طریق انواع مختلف طرح‌ها از جمله حساب پس‌انداز انفرادی و انواع بیمه‌های عمر و زندگی، مسئولیت کارفرما و مانند آن قابل ارائه است. سطح حساب پس‌انداز انفرادی در این لایه مشابه سطح پس‌انداز اجباری است و تفاوت آن با سطح قبلی صرفاً در اختیاری بودن آن و مدیریت خصوصی این صندوق است؛ چراکه مؤسسات و شرکت‌های خصوصی متولی این نوع بیمه هستند.

بیمه‌های تکمیلی عمدتاً قرارداد بیمه‌ای بین بیمه‌شده و بیمه‌گر را شامل می‌شوند و در این نوع قرارداد اقساط ماهیانه متضمن پرداخت مبلغی در زمان معین به فرد بیمه‌شده و یا افراد خانواده وی است. لذا توانایی

فرد در پرداخت این حق بیمه (سهم) تعیین کننده خواهد بود. با عنایت به موارد فوق، میزان حق بیمه مقدار تعیین شده در قراردادهای بسته‌های بیمه‌ای است که توسط بیمه‌گزارانه می‌شود. تعهدات این بیمه عمدتاً از نوع بیمه عمر به شرط فوت و حیات و نیز درمان مکمل است. در ضمن شرایط احراز مطابق با مفاد قرارداد فی‌مابین بیمه‌شده و بیمه‌گر مشخص می‌شود.

نظر به شمای کلی طرح و همچنین، اقدامات و اصلاحات اشاره‌شده در وضع موجود، الگوی نظام تأمین اجتماعی چندلایه پیشنهادی دارای هفت سطح اصلی خواهد بود. ویژگی‌های این سطوح در جدول ۷ خلاصه شده است. شایان ذکر است به دلیل آنکه هرگونه سطح‌بندی و اصلاح بیمه پایه اجباری مستلزم اصلاح قانون است، الگوی سطح‌بندی پیشنهادی در این لایه مبنای اصلاحات برای بهبود وضعیت نظام بازنشستگی موجود قرار خواهد گرفت که در سند سیاستی لایه بیمه اجتماعی پایه و تکمیلی به ابعاد جزئی آن پرداخته می‌شود.

لایه	سطوح	نوع پوشش	سیستم تأمین مالی	سطح درآمد نسبت به حداقل دستمزد قانونی	نحوه تأمین مالی
بیمه مکمل	۶	بیمه مکمل اختیاری	DC	از ۷۰٪ به بالا	پرداخت‌های فردی بیمه‌شده (متنوع و انتخابی)
بیمه پایه	۵	بیمه مکمل (پس‌انداز) اجباری	NDC	از ۵۰٪ تا ۷۰٪	بیمه‌شده + ۱/۱ برابر کارفرما (۵٪ تا ۱۰٪) (محدوده انتخاب بیمه‌شده)
	۴	بیمه ملازاد پایه	DB	از ۱۰٪ تا ۵۰٪	بیمه‌شده + کارفرما
	۳	بیمه پایه	DB	۱۰۰٪	بیمه‌شده + کارفرما + سرانه حاکمیتی دولت
	۲	فراگیر	DB	از ۴۰٪ تا ۹۰٪	بیمه‌شده + سرانه برابر دولت
مساعده اجتماعی	۱	حمایت نسبی و موقت	آزمون وسع	از صفر تا ۴۰٪	یارانه / مالیات/ انقال
	۰	حمایت کامل و مستمر			

جدول ۷. سیستم استقرار نظام جامع چندلایه تأمین اجتماعی کشور به تفکیک سطوح درآمدی

## جمع بندی

در این بخش الگوی نظام تأمین اجتماعی چندلایه پیشنهادی برای ایران ارائه شد. برای این منظور نخست، مبانی نظری نظام‌های تأمین اجتماعی چندلایه مورد بحث قرار گرفت. بیان شد که با توسعه و تکامل مدل‌های بیس‌مارکی و بورجی، به تدریج نظام‌های بیمه اجتماعی و مساعده اجتماعی به وجود آمد که

اولی متکی به منابع حق بیمه (مشارکت مستقیم مردم) و دومی متکی بر درآمدهای دولتی است. نظام‌های بیمه اجتماعی عموماً افراد شاغل و خانواده‌های آنان را پوشش می‌دهند و نظام‌های مساعدت اجتماعی از نیازمندان و افراد آسیب‌دیده حمایت می‌کنند. علاوه بر این دو، طرح‌هایی هم به صورت تکمیلی، با مدیریت بخش خصوصی به وجود آمدند که خدمات و امکانات فراتر و گسترده‌تری را ارائه می‌کنند و از طریق حق بیمه‌های پرداختی مردم تأمین مالی می‌شوند. مجموعه این نظام‌ها که می‌توانند کل افراد جامعه را بر اساس میزان مشارکت و نیازمندی پوشش دهند، چهارچوب اصلی نظام تأمین اجتماعی چندلایه را تشکیل می‌دهند. این دیدگاه از اوایل دهه ۱۹۹۰ مورد تأکید بانک جهانی قرار گرفت و پس از آن سازمان بین‌المللی کار و اتحادیه اروپا نیز مدل‌های خاص خود را از این نظام ارائه دادند.

باتوجه به اینکه طراحی الگوی مناسب و استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه امکان پوشش فراگیر و حمایت همه افراد جامعه در نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی را فراهم می‌کند، در ادامه این بخش، الگوی کلان پیشنهادی برای نظام تأمین اجتماعی چندلایه کشور ارائه شد. الگوی پیشنهادی مشتمل بر سه لایه است: مساعدت اجتماعی، بیمه‌های اجتماعی و بیمه‌های تکمیلی. در واقع، در این الگو افراد به تناسب وضع شغلی، درآمدی، و توانایی‌های فردی از طریق دو راهبرد اساسی بیمه‌ای و حمایتی (مساعدت) تحت حمایت قرار می‌گیرند، ضمن آنکه کمک و حمایت‌های مالی دولت به نفع نیازمندترین خانوارها خواهد بود و ارتباط عمودی و افقی بین لایه‌ها و سطوح مدنظر قرار می‌گیرد.

باعنایت به مدل کلان نظام تأمین اجتماعی چندلایه در ایران، اسناد سیاستی لایه‌ها و سطوح مختلف جهت بررسی برنامه‌های اصلاحی در هریک از لایه‌ها تهیه شده است که به ترتیب شامل سند سیاستی مساعدت اجتماعی، بیمه اجتماعی پایه و تکمیلی، بیمه سلامت (خدمات حمایتی سلامت، بیمه پایه و تکمیلی سلامت)، و تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها است. این اسناد در بخش‌های بعد ارائه می‌شوند.

## منابع

- برانت، کریستینا. (۱۳۸۳). دولت رفاه و حمایت‌های اجتماعی (ترجمه هرمز همایون‌پور). تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- بونولی، جولیانو. (۱۳۸۰). دولت رفاه در اروپا. (ترجمه هرمز همایون‌پور) تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- پلاگ، نیلز، و کویست، یان. (۱۳۷۹). تأمین اجتماعی در اروپا: توسعه یا تعطیل؟ (ترجمه هرمز همایون‌پور). تهران: مؤسسه عالی تأمین اجتماعی.
- تامپسون، لارنس. (۱۳۷۹). سالمندی و خردمندی: ابعاد اقتصادی بازنشستگی در بخش عمومی. (ترجمه زهره کسائی) تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- حسن‌زاده اصفهانی، مجید. (۱۳۸۷). روش‌های تأمین مالی در تأمین اجتماعی. فصلنامه تأمین اجتماعی، ۲۹(۲)، ۷۸-۵۹.
- حسن‌زاده، علی، فخیم‌علیزاده، سعیده. (۱۳۸۴). گزینه‌هایی برای پوشش مراقبت سلامت در ایران. فصلنامه تأمین اجتماعی، ۲۳(۳)، ۶۵-۶۲.
- دی‌هاسکینز، دالمر. (۱۳۷۸). طرحی نو برای تأمین اجتماعی (ترجمه علی شادروح). فصلنامه تأمین اجتماعی، ۱۶(۲)، ۲۱۶-۲۰۱.
- روغنی‌زاده، مصطفی. (۱۳۸۷). چالش‌های نظام بازنشستگی در جمهوری اسلامی ایران. فصلنامه تأمین اجتماعی، ۲۹(۲)، ۹۶-۷۹.
- سازمان بین‌المللی کار و سازمان بین‌المللی تأمین اجتماعی. (۱۳۸۴). اصول و مبانی تأمین اجتماعی. (ترجمه اداره کل امور بین‌الملل سازمان تأمین اجتماعی). تهران: مؤسسه عالی تأمین اجتماعی.
- سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه، ابلاغی توسط مقام معظم رهبری، سال ۱۳۹۴.
- صالح‌خو، قاسم. (۱۳۷۸). نهادهای بین‌المللی و تأمین اجتماعی. فصلنامه تأمین اجتماعی، ۱(۲)، ۱۴۶-۱۲۷.
- طباطبایی یزدی، رؤیا. (۱۳۸۱). تور ایمنی و استراتژی تأمین اجتماعی در دوران گذار. فصلنامه راهبرد، ۲۵(۳)، ۳۹-۲۳.
- قاسمی، مجتبی. (۱۳۸۷). اثرات اصلاح سیستم بازنشستگی شیلی بر اقتصاد کلان. تهران: سازمان بازنشستگی کل کشور.
- قانون برنامه پنجم توسعه، مصوب سال ۱۳۸۹.
- قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مصوب سال ۱۳۸۳.
- قانون مدیریت خدمات کشوری، مصوب سال ۱۳۸۶.
- کریمی، مظفر. (۱۳۸۴). زمینه‌های تاریخی پیدایش نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی. فصلنامه حقوق تأمین اجتماعی، ۱(۱).
- مایونی دانتیانو، بناتریس. (۱۳۸۰). بیمه‌ها و حمایت‌های اجتماعی. (ترجمه ایرج علی‌آبادی). تهران: مؤسسه عالی تأمین اجتماعی.
- هالزمن، رابرت. (۱۳۸۰). رویکرد بانک جهانی در مورد اصلاح نظام بازنشستگی. (ترجمه محمدرضا صالح‌پور). فصلنامه تأمین اجتماعی، ۱(۸).
- Holzman, R. (1999). The World Bank Approach to Pension Reform. (World Bank Social Protection Discussion Papers, No. 9807).
- Holzman, R., & Hinz, R. (2002). Old- Age Income Support in the 21st Century. Washington, DC: World Bank.
- Iglesias-Palau, A. (2009). Pension Reform in Chile Revisited: What Has Been Learned? (OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 86).
- Palacois, R. (2000). International Patterns of Pension Provision. Mimeo, World Bank.
- Ring, P., & Mc. Kinnon, R. (2002). The Pillared- Privatization of Pension Provision in the European Union. European Journal of Social Security, 4(1), 5-24.
- Rutkowski, M. (1999). The Quest for Modern Solutions: Pension Reforms in Transition Economies. World Bank Conference of Ten Years After: Transition and Growth in Post-Communist Countries, Poland (October).
- Schwarz, A. M. (2006). Pension System Reforms. (World Bank Social Protection Discussion Paper, No. 0608).



سند ۲

لايه مساعدت اجتماعي

نام سند	سند سیاستی لایهٔ مساعدت اجتماعی
تاریخ صدور	۱۳۹۳/۰۵/۲۲
شرح سند	این سند به‌مثابهٔ مقدمه‌ای برای تدوین آیین‌نامهٔ لایهٔ اول مادهٔ ۲۷ برنامهٔ پنجم توسعه است. در این سند شناخت مسئله، نظریات پایه، ذی‌نفعان و تحلیل سایر جنبه‌های مربوطه برای اجرای لایهٔ مساعدت اجتماعی در مادهٔ ۲۷ برنامهٔ پنجم توسعه مطرح شده و موارد لازم جهت درج در آیین‌نامهٔ مذکور ارائه شده است.
تهیه و تدوین	مرحوم مظفر کریمی، پرویز زارعی، اسماعیل گرجی‌پور، حمید پوراصغری، علی حیدری، عبدالرحیم تاج‌الدین، نرجس اسعدی خلیل‌آبادی، غلامعلی شکری، بیتا ضیایی، امیرعباس امیری، حبیب‌الله فرید، علی محمد ذوالفقاری، سیدحسین موسوی چلک، حسین نحوی‌نژاد، بهمن برزگر، مهدی تدین، رضا کاشف، امیر فضائلی، احد رستمی، محمدحسین یوسف‌بیگی، فریدون قربانی، سهیل معینی.
ناظر	کیومرث اشتریان؛ دبیر کمیسیون اجتماعی دولت

جدول ۸. شناسنامهٔ سند ۲

شرح تغییرات	تاریخ	نویسنده / ویراستار
ارائه پیش‌نویس اولیه	۹۳/۰۱/۳۰	کیومرث اشتریان.
تدوین پیش‌نویس اولیه زیر نظر دکتر اشتریان	۹۳/۲/۱۰	پرویز زارعی، و نرجس اسعدی خلیلی.
تدوین مسئله‌شناسی تحلیلی و تحلیل نحوهٔ اجرای سیاست	۹۳/۲/۱۰	پرویز زارعی، و نرجس اسعدی خلیلی.
تکمیل شمای کلی طرح و تحلیل هزینه-فایده	۹۳/۲/۱۰	پرویز زارعی، و نرجس اسعدی خلیلی.
تحلیل هزینه-فایده	۹۳/۲/۸	پرویز زارعی، نرجس اسعدی خلیلی، و غلامعلی شکری.
تکمیل بخش تحلیل‌ها	۹۳/۲/۱۰	پرویز زارعی، نرجس اسعدی خلیلی، و غلامعلی شکری.

جدول ۹. تاریخچهٔ بازنگری سند ۲

شرح تغییرات	تاریخ	نویسنده / ویراستار
نهایی سازی سند (مرحله نخست)	۹۳/۲/۱۰	پرویز زارعی، نرجس اسعدی خلیلی و غلامعلی شکرى.
اصلاح و تکمیل سند بر اساس یادداشت‌های جناب آقای دکتر اشتریان	۹۳/۰۳/۲۰	پرویز زارعی، نرجس اسعدی خلیلی، و غلامعلی شکرى.
افزودن اعتبارات سایر خدمات مورد ارائه	۹۳/۰۳/۳۰	پرویز زارعی، نرجس اسعدی خلیلی، و غلامعلی شکرى.
تکمیل بخش تحلیل حقوقی	۹۳/۰۶/۱	پرویز زارعی، نرجس اسعدی خلیلی، و غلامعلی شکرى.
اصلاح بخش مسئله‌شناسی تحلیلی	۹۳/۰۵/۱۰	پرویز زارعی، نرجس اسعدی خلیلی، غلامعلی شکرى، پاک‌سرشت، امیرعباس امیری.
افزودن مقدمه وزیر و ویرایش نهایی	۹۳/۰۶/۱	پرویز زارعی، نرجس اسعدی خلیلی، امیرعباس امیری، و غلامعلی شکرى.
نهایی سازی سند (مرحله دوم)	۹۳/۰۶/۲۵	پرویز زارعی، نرجس اسعدی خلیلی، غلامعلی شکرى، و امیرعباس امیری.
بازنویسی سند (مرحله اول)	۹۴/۰۳/۲۸	اسماعیل گرجی پور، عبدالرحیم تاج‌الدین، نرجس اسعدی خلیلی، غلامعلی شکرى، امیرعباس امیری، حبیب‌الله فرید، حسین نحوی‌نژاد، حسن موسوی چلک، علی محمد ذوالفقاری، فریدون قربانی، و موسی طباطبایی.
بازنویسی سند (مرحله دوم)	۹۴/۰۶/۲۸	کیومرث اشتریان، حمید پوراصغری، اسماعیل گرجی پور، علی حیدری، امیرعباس امیری، پرویز زارعی، علی محمد ذوالفقاری، عبدالرحیم تاج‌الدین، بهمن برزگر، مهدی تدین، رضا کاشف، امیر فضائی، احد رستمی، رضا منوچهری‌راد، محمدحسن یوسف‌بیگی، حبیب‌الله فرید، حسین نحوی‌نژاد، حسن موسوی چلک، و فریدون قربانی.
بازنویسی سند (مرحله سوم)	۹۵/۰۳/۹	کیومرث اشتریان، حمید پوراصغری، اسماعیل گرجی پور، علی حیدری، امیرعباس امیری، حبیب‌الله فرید، پرویز زارعی، علی محمد ذوالفقاری، عبدالرحیم تاج‌الدین، بهمن برزگر، مهدی تدین، رضا کاشف، امیرعباس فضائی، احد رستمی، رضا منوچهری‌راد، محمدحسن یوسف‌بیگی، حسین نحوی‌نژاد، حسن موسوی چلک، فریدون قربانی، کیوان دوانگران، محسن ابروانی، بیتا ضیایی، محمدصادق باقری، سهیل معینی، دکتر کرباسی، دکتر رحیمی، معصومه بااوش، علیرضا عبدالله‌زاده، یکتا آشوری.

## «» مقدمه

اصول حاکم بر این سند برگرفته از قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی است و حمایت‌های اجتماعی، ارائه خدمات تخصصی و پرداخت مستمری به افراد تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی در راستای توانمندسازی آنان را شامل می‌شود. در سند پیش رو سعی شده است تا علاوه بر بیان مسئله فقر در کشور و تحلیل آن از جنبه‌های مختلف، مهم‌ترین چالش‌های پیش روی خدمات اجتماعی تبیین شود و راهبردهای برگرفته به‌عنوان گزینه‌های سیاستی در چهارچوب الگوی علمی سند سیاستی تدوین و برای تصویب به هیئت محترم دولت تقدیم گردد.

در تدوین سند مذکور تلاش شده است تا از روزآمدترین رویکردهای سیاست‌گذاری در بخش عمومی و حاکمیتی با لحاظ الزامات بومی و چهارچوب ارزشی نظام‌مند بهره‌گیری شود.

به بیانی دقیق‌تر، تفکر حاکم بر این سند تفکر ارزشی-نهادی است که بر اساس آن، هنجارها، ارزش‌ها و مبانی پذیرفته‌شده در جمهوری اسلامی ایران مبنای سیاست‌های مساعدت‌های اجتماعی قرار می‌گیرد. این رویکرد در مفهومی عام‌تر در ادبیات علوم اجتماعی به رویکرد نهادی-هنجاری شهرت دارد. به عبارت روشن‌تر، زیربنای اصلی برنامه‌ریزی مبتنی بر تفکر ارزشی، چهارچوب مفهومی است که ابعاد و مؤلفه‌های موردنظر در یک سند راهبردی را بر اساس ارزش‌ها تبیین می‌نماید. لذا مبانی اصلی نظام شامل ارزش‌ها و هنجارهای دینی-اجتماعی، بیانات حضرت امام خمینی (ره) و مقام معظم رهبری و همچنین، اسناد بالادستی مصوب، زیربنای تدوین سند قرار گرفته است. این رویکرد تلاش می‌نماید تا در یک موضوع حاکمیتی مانند مساعدت‌های اجتماعی نقش کلیه دستگاه‌های سیاست‌گذار، پشتیبان و مجری را مشخص و نقش‌ها، وظایف و تعاملات آن‌ها را ترسیم کند و برای حذف موازی‌کاری‌ها و پر کردن خلأها تلاش نماید.

## ۱- مسئله‌شناسی تحلیلی

مأموریت اصلی حوزه حمایتی (مساعدت) مقابله با گسترش و تعمیق فقر (باتوجه به همه ابعاد اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و انسانی فقر) در جامعه است. در شرایطی که نتیجه عملکرد اغلب نظام‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی می‌تواند تولید و تعمیق فقر باشد، ایفای مأموریت نظام‌های حمایتی بسیار دشوار می‌شود. بنابراین، یکی از چالش‌های اصلی حوزه حمایتی در زمینه مقابله با فقر و پیشگیری از آن، کژکارکردی‌های سایر بخش‌ها است. در یک نگاه تحلیلی مهم‌ترین چالش‌هایی که حوزه حمایتی نظام تأمین اجتماعی در ایران با آن‌ها مواجه است، به‌طور خلاصه به شرح زیر است:

▶ ناتوانی در پوشش دادن کل خانوارهای نیازمند به دلیل کافی نبودن اعتبارات حمایتی؛

- ▶ مناسب نبودن سازوکارهای شناسایی و پذیرش نیازمندان و عدم سازگاری آن با کرامت انسانی؛
  - ▶ نبود پایگاه اطلاعاتی متمرکز برای شناسایی، پوشش و رصد وضعیت جامعه هدف؛
  - ▶ کافی نبودن میزان پرداخت‌های معیشتی در بخش حمایتی در مقایسه با هزینه‌های زندگی؛
  - ▶ کافی نبودن خدمات نظام حمایتی در مقایسه با نیازهای معلولان و آسیب‌دیدگان اجتماعی؛
  - ▶ ضعف رویکرد پیشگیری به‌ویژه در مورد مقابله با فقر، محرومیت و آسیب‌های اجتماعی.
- واقعیت این است که موارد یادشده - باوجود اهمیتی که دارند و نمی‌توان از آن‌ها غافل شد - خود معلول مؤلفه‌ها و عوامل اساسی دیگری هستند که باید توجه اصلی نظام حمایتی به سمت آن‌ها معطوف شود.

## ۲- وضع موجود در حوزه حمایتی

سازمان بهزیستی کشور و کمیته امداد امام خمینی (ره) دو نهاد اصلی حمایتی در کشور هستند. گرچه در کنار این نهادها، مؤسسات خیریه و حمایتی دیگری نیز به‌صورت دولتی یا غیردولتی در زمینه کمک به نیازمندان و حمایت از برخی اقشار جامعه فعالیت دارند اما، قوانین و مقررات جاری کشور این دو نهاد را به‌طور مستقیم در برابر نیازمندان و جامعه هدف نظام حمایت مسئول می‌شناسد و سایر مؤسسات مسئولیت قانونی مستقیمی در این باره ندارند. بنابراین، به نظر می‌رسد کلیه نهادهایی که به انجام امور حمایتی می‌پردازند، باید (حسب مورد) در چهارچوب سیاست‌های این دو نهاد ساماندهی شوند.

سازمان بهزیستی کشور سازمانی اجتماعی و حمایتی است که با ارائه خدمات پیشگیری، اجتماعی، توان‌بخشی، و آموزشی در جهت توانمندسازی و ارتقای کیفیت زندگی گروه‌های هدف فعالیت می‌کند. خدمات و حمایت‌های این سازمان شامل کمک‌های معیشتی، خدمات توان‌بخشی، مددکاری، مشاوره، آموزشی و تربیتی، کاریابی و اشتغال، و نگهداری و مراقبت از افراد زیرپوشش به‌ویژه کودکان و سالمندان است. جامعه هدف این سازمان را زنان و کودکان بی‌سرپرست، زنان خودسرپرست، سالمندان نیازمند، معلولان و آسیب‌دیدگان اجتماعی تشکیل می‌دهند. این در حالی است که کمیته امداد امام خمینی (ره) افراد و خانوارهایی را پوشش می‌دهد که به هر دلیلی قادر به تأمین نیازهای اولیه زندگی خود نبوده و نیازمند کمک هستند. بر مبنای ضوابط این نهاد، خانوار نیازمند خانواری است که به علت فوت، طلاق، مفقودی، متارکه، از کارافتادگی، محکومیت به زندان، اعزام به خدمت سربازی، بیماری سرپرست، و یا مواردی از این قبیل، قادر به تأمین نیازهای اولیه خود نباشد.

بر اساس محاسبات به‌عمل آمده حدود ۳/۲ میلیون خانوار کشور (۱۰/۲ میلیون نفر) زیر خط حداقل

دستمزد قانون کار درآمد دارند. به عبارت دیگر اگر حداقل دستمزد مصوب قانون کار باتوجه به ظرفیت اقتصادی کشور، به عنوان معیار خط فقر و معیار مورد توافق ذی نفعان فعال حوزه کسب و کار برای تأمین حداقل معاش زندگی در نظر گرفته شود، حدود ۱۳ درصد خانوارهای کشور زیر این خط حداقلی قرار دارند. از طرف دیگر جمعیت واجد شرایط و نیازمند تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور و کمیته امداد امام خمینی (ره) به ترتیب، ۹۹۰ هزار نفر (حدود نیم میلیون خانوار) و ۳/۴ میلیون نفر (حدود ۱۰۷ میلیون خانوار) است. همچنین، حدود ۳۸۰ هزار خانوار نیازمند (۶۵ هزار خانوار در سازمان بهزیستی کشور و ۳۱۰ هزار خانوار در کمیته امداد امام خمینی) نیز به دلیل محدودیت و کسری منابع در نوبت دریافت خدمات مساعدت اجتماعی هستند. به بیان دیگر، حدود ۴۰۳۴ میلیون نفر (۲۰۲ میلیون خانوار) از جمعیت کشور تحت پوشش این دو نهاد حمایتی هستند و حدود ۳۸۰ هزار خانوار نیازمند پشت نوبت دریافت خدمات حمایتی قرار دارند و به عنوان افراد کم درآمد نیازمند، مستحق دریافت حمایت‌های (نقدی و غیر نقدی) دولت هستند.

در جدول ۱۰ جمعیت تحت پوشش دو نهاد اصلی حمایتی در کشور و همچنین، بنیاد شهید و ایثارگران در سال ۱۳۹۴ گزارش شده است. همان طور که ملاحظه می شود، با احتساب جمعیت تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران نزدیک به ۷ میلیون نفر از جمعیت کشور تحت پوشش نهادهای حمایتی قرار دارند. اما باید توجه کرد که جمعیت تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران لزوماً نیازمند نیستند. از آنجاکه جامعه هدف لایه مساعدت اجتماعی افراد «نیازمند» واجد شرایط برای دریافت حمایت هستند، در این سند سیاستی جمعیت تحت پوشش و پشت نوبت دو نهاد حمایتی اصلی (سازمان بهزیستی کشور و کمیته امداد امام خمینی) هدف قرار می گیرند.

کمک موردی بگیران	مستمری بگیران	نهاد حمایتی
۴,۷۳۹,۸۳۳	۳,۳۴۵,۴۶۸	کمیته امداد امام خمینی (ره)
۴,۴۰۱,۳۷۵	۹۹۴,۴۸۸	سازمان بهزیستی کشور
.	۲,۶۰۲,۰۰۰	بنیاد شهید و امور ایثارگران
۹,۱۴۱,۲۰۸	۶,۹۴۱,۹۵۶	جمع

جدول ۱۰. جمعیت دریافت کننده مستمری (کمک معیشت) و کمک موردی از نهادهای حمایتی در سال ۱۳۹۴ (نفر)

منبع: معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

نسبت جمعیت پوشش یافته به کل جمعیت واجد شرایط بارزترین شاخص در حوزه حمایتی است. گرچه معیارهای دقیقی برای تعیین جمعیت واجد شرایط خدمات حمایتی در دست نیست و نهادهای حمایتی ضمن رعایت حداقل نیازهای ضروری برای همه واجدان شرایط، به دلیل محدودیت منابع مالی خود معمولاً

دامنه شمول خدمات را در حداقل ممکن فرض می‌کنند اما، استفاده از گزارش نهادهای حمایتی برای بررسی این شاخص خالی از لطف هم نیست.

طبق گزارش دو نهاد حمایتی اصلی کشور، جمعیت واجد شرایط دریافت خدمات مستمری نهادهای حمایتی به تفکیک پوشش یافته و پشت نوبت در جدول ۱۱ گزارش شده است. مطابق با اطلاعات این جدول، حدود ۲۰۶ میلیون خانوار در سال ۱۳۹۴ واجد شرایط دریافت خدمات مستمر نهادهای حمایتی شناخته شده‌اند که از این تعداد، حدود ۸۶ درصد تحت پوشش خدمات مستمری این دو نهاد حمایتی قرار دارند و ۱۴ درصد نیز پشت نوبت دریافت این خدمات هستند. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، نسبت جمعیت پوشش یافته به کل جمعیت واجد شرایط در سال ۱۳۹۴ برای سازمان بهزیستی کشور حدود ۸۹ درصد و برای کمیته امداد امام خمینی (ره) حدود ۸۵ درصد بوده است.

سهم (درصد)	تعداد خانوار	نحوه پوشش جامعه هدف	نهاد حمایتی
۸۹	۵۰۱,۶۲۳	پوشش یافته	سازمان بهزیستی کشور
۱۱	۶۴,۸۳۶	پشت نوبت	
۱۰۰	۵۶۶,۴۵۹	جمع (واجد شرایط)	
۸۵	۱,۷۴۰,۸۵۹	پوشش یافته	کمیته امداد امام خمینی (ره)
۱۵	۳۰۸,۰۰۰	پشت نوبت	
۱۰۰	۲,۰۴۸,۸۵۹	جمع (واجد شرایط)	
۸۶	۲,۲۴۲,۴۸۲	پوشش یافته	جمع کل
۱۴	۳۷۲,۸۳۶	پشت نوبت	
۱۰۰	۲,۶۱۵,۳۱۸	جمع (واجد شرایط)	

جدول ۱۱. جمعیت واجد شرایط، تحت پوشش و در نوبت خدمات مستمری نهادهای حمایتی در سال ۱۳۹۴

منبع: معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

دو نهاد حمایتی اصلی کشور با چالش‌های اساسی مواجه هستند. چالش‌های فراروی کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور تا حد زیادی با هم مشابه است. در حالی که عوامل فزاینده فقر و تنگدستی در سال‌های اخیر رو به گسترش بوده است، منابع مالی این نهادها به قدر کافی افزایش نیافته تا بتواند پاسخگوی نیازهای جدید جامعه باشد. دلایل اصلی ایجاد نیازهای جدید به شرح زیر است:

- ▲ افزایش جمعیت نیازمند به خدمات حمایتی به دلیل نرخ بالای تورم و بیکاری؛
- ▲ افزایش روزافزون هزینه‌های پزشکی و سهم بالای مردم در این هزینه‌ها؛
- ▲ افزایش بی‌رویه قیمت کالاهای اساسی و ضروری از قبیل غذا، مسکن و آموزش؛
- ▲ تنوع در نیازهای مخاطبان به‌خصوص زنان خودسرپرست و سرپرست خانوار؛
- ▲ افزایش نیاز به خدمات فرهنگی، حقوقی و مددکاری.

باوجود گسترده‌گی نیازها، رشد منابع مالی نهادهای حمایتی در سال‌های گذشته در مقایسه با نرخ تورم بسیار اندک بوده است و در عمل، امکان پوشش افراد جدید یا ارائه خدمات متناسب با نیازهای جدید جامعه هدف وجود نداشته است؛ به‌طوری که به‌رغم تأکید قانون برنامه چهارم توسعه بر ضرورت حمایت از دو دهک پایین درآمدی در کشور، جمعیتی که عملاً مورد حمایت قرار گرفته، بسیار کمتر از حد پیش‌بینی شده بوده است. برای روشن‌تر شدن چالش‌های موجود در حوزه حمایتی، در ادامه وضعیت سالمندان، زنان سرپرست خانوار، و آسیب‌دیدگان اجتماعی مورد بررسی قرار می‌گیرد. همچنین، به‌منظور بررسی وضع آسیب‌دیدگان اجتماعی برخی از شاخص‌های آسیب‌های اجتماعی بحث می‌شوند.

#### ۱-۲- سالمندان

سالمندی مسئله‌ای جدی برای آینده جمعیت کشور محسوب می‌شود. اهمیت مسئله سالمندی در نظام رفاه اجتماعی از این جهت است که تأمین نیازهای جمعیت سالمند و سالخورده از نظر معیشت، سلامت، تغذیه، مسکن و مراقبت مستلزم صرف هزینه‌های فراوان است. آمارها نشان می‌دهند که جمعیت کشور در حال سالمند شدن است. بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰، تعداد سالمندان کشور حدود ۶/۱ میلیون نفر است که این تعداد حدود ۸/۲ درصد از کل جمعیت را تشکیل می‌دهند. طی دهه ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵، رشد گروه سنی ۶۰ ساله و بالاتر حدود ۲/۵ درصد، گروه سنی ۷۰ سال و بالاتر حدود ۵ درصد، و گروه سنی ۸۰ سال و بالاتر ۸ درصد بوده است. پیش‌بینی می‌شود که رشد سالمندی از سال ۱۴۱۵ به بعد افزایش چشمگیری داشته باشد؛ در این مورد افزایش نسبت سالمندان ۶۰ سال و بالاتر از حدود ۸ درصد در حال حاضر به ۱۴/۵ درصد در سال ۱۴۱۵ و ۲۲ درصد در سال ۱۴۲۵ خواهد رسید. بدین ترتیب، اگر از هم‌اکنون تدابیر مناسبی برای تأمین این نیازها اتخاذ نشود، در آینده نزدیک این مسئله قابل حل نخواهد بود.



## ۲-۲- زنان سرپرست خانوار

آمارها نشان می‌دهند که نسبت زنان سرپرست خانوار و دختران خودسرپرست به کل جمعیت کشور طی دهه گذشته رو به افزایش بوده است. این رویداد به دلیل تحولات اجتماعی و فرهنگی از قبیل افزایش نرخ طلاق، تمایل به مجرد، افزایش سن ازدواج، مرگومیر ناشی از تصادفات و حوادث در سنین میان‌سالی، رشد اعتیاد و سایر عوامل مشابه بوده است. به علاوه، این تغییرات باعث شده است که میانگین سنی زنان سرپرست خانوار تا حد چشمگیری کاهش یابد و در نتیجه الگوی نیازهای حمایتی این خانوارها به همان نسبت دچار تغییر شود.

بر اساس سرشماری سال ۱۳۹۰، بیش از ۲/۵ میلیون خانوار دارای سرپرست زن در کشور وجود داشته است که این تعداد حدود ۱۲/۵ درصد از کل خانوارهای کشور را تشکیل می‌دهند. این در حالی است که سهم خانوارهای دارای سرپرست زن در سال ۱۳۸۵ حدود ۹/۵ درصد بوده است. این ارقام نشانگر آهنگ بالای رشد نسبت خانوارهای زن سرپرست به کل خانوارها در کشور است. این افزایش تحت تأثیر دو علت عمده بوده است: فوت همسر و طلاق.

همچنین بر اساس آمارها، بیش از ۴۳ درصد خانوارهای زن سرپرست در دو دهک پایین درآمدی قرار دارند و میانه درآمدی آن‌ها حدود ۳۴ درصد کمتر از خانوارهای مردسرپرست است. به علاوه، حدود ۴۰ درصد از زنان سرپرست خانوار سالمند، ۳۰ درصد آن‌ها از کارافتاده، ۸۲ درصد آن‌ها بیکار، و ۷۵ درصد آن‌ها بی‌سواد و کم‌سواد هستند و ۴۶ درصد آن‌ها تحت پوشش نهادها و مؤسسات حمایتی قرار دارند.

این آمارها و ارقام بسیار نگران‌کننده هستند و زنگ خطر را برای وقوع یک معضل اجتماعی و فرهنگی جدی در آینده به صدا در می‌آورند. این تصویر با دانستن این موضوع که میانه سنی زنان سرپرست خانوار به‌طور چشمگیری در حال کاهش است، بدتر هم می‌شود. با کاهش سن زنان سرپرست خانوار نیازهای جدیدی ایجاد می‌شود. زنان سرپرست خانوار در سنین بالای ۵۰ سال به حمایت‌های مستقیم (معیشتی، سلامت، مراقبت، و مانند آن) نیاز دارند؛ این در حالی است که نیاز اصلی این افراد در سنین پایین‌تر اشتغال و بیمه است. بنابراین، راهبرد اصلی نظام رفاه اجتماعی برای این گروه باید توانمندسازی، اشتغال، پوشش بیمه‌های اجتماعی و بیمه‌های عمر و تکمیلی باشد.

## ۲-۳- آسیب‌دیدگان اجتماعی

برای بررسی وضعیت آسیب‌دیدگان اجتماعی می‌توان شاخص‌های زیادی را مورد توجه قرار داد که در ادامه، به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود.

**اقدام به خودکشی:** نرخ اقدام به خودکشی در کشور از ۴/۳ نفر در هر صد هزار نفر در سال ۱۳۸۸ به ۵/۳ نفر در هر صد هزار نفر در سال ۱۳۹۳ رسیده است. این نرخ نسبت به سال ۱۳۹۲ در حدود ۰/۹ درصد (از ۵/۲ به ۵/۳) رشد داشته است. بر اساس شواهد، بیشترین میزان اقدام به خودکشی از بین اقدام‌کنندگان به خودکشی در سال ۱۳۹۳، مربوط به جوانان گروه سنی ۲۵-۳۴ سال بوده است. نرخ مرگ‌ومیر ناشی از خودکشی در کشور در سال ۱۳۹۱، ۳/۳ نفر در هر صد هزار نفر بوده است.

**مصرف مواد مخدر:** در طول سال ۱۳۹۳ بیش از ۵۰۰ تن مواد مخدر توسط معتادین کشور مصرف شده است. این در حالی است که مصرف مواد مخدر جدید در سال‌های اخیر رو به افزایش است؛ به‌عنوان مثال، مصرف شیشه در سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۸۴، بیش از ۲۵ درصد رشد داشته است. بر اساس اطلاعات موجود، سن اعتیاد به حدود ۲۰ سال کاهش یافته است. همچنین، شواهد نشان می‌دهد که مرگ‌ومیر زنان بر اثر سوءمصرف مواد مخدر در سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۹۱، ۱۵ درصد رشد داشته است. از طرف دیگر، کشف مواد مخدر توسط نیروی انتظامی و امنیتی در سال ۱۳۹۳ در حدود ۵۵۰ تن بوده است و بیش از ۷۵۰ هزار نفر در این سال در مراکز بازپروری معتادان پذیرش شدند.

**مصرف الکل:** بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، کشور ایران در رده‌بندی جهانی میزان مصرف الکل در رده ۱۶۶ قرار دارد. هرچند ایران در رده‌های پایین مصرف مشروبات الکلی در جهان است، اما افرادی که در ایران مشروبات الکلی مصرف می‌کنند با خوردن ۳۵ لیتر مشروب در سال در رده نوزدهم پرمصرف‌ترین مشروب‌خورها قرار دارند که این خود زنگ هشدار جدی به شمار می‌رود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۴). همچنین آمار ارائه‌شده در خصوص پرونده‌های مختومه قوه قضائیه با موضوع «شرب خمر» و آمار «الکل آزمایش‌شده و آزمایش‌های هوای بازدمی با استفاده از الکل سنج تنفسی» در آزمایشگاه‌های مراکز پزشکی قانونی کشور نشان می‌دهند که تعداد نمونه‌های الکل آزمایش‌شده در سال ۱۳۹۰ (۴۱۷۵۴ مورد) نسبت به سال ۱۳۸۰ (۱۳۵۲۴ مورد) ۲۰۹ درصد رشد داشته و تعداد آزمایش‌های هوای بازدمی در سال ۱۳۹۰ (۱۹۹۹۰ مورد) نسبت به سال ۱۳۸۴ (۶۷۵۶ مورد) با ۱۹۶ درصد رشد روبرو بوده است (سالنامه پزشکی قانونی کشور و سالنامه آماری ایران).

**تغییرات ازدواج:** تعداد ازدواج در سال ۱۳۹۱ نسبت به سال ۱۳۸۰ حدود ۲۹/۴ درصد رشد داشته است، درحالی‌که طلاق طی همین دوره با افزایشی حدود ۱۴۹/۵ درصد مواجه شده است. تعداد ازدواج به ازای هر طلاق از سال ۱۳۸۰ تا سال ۱۳۹۱ کاهش یافته است و از ۱۰/۶ ازدواج به ازای هر طلاق در سال ۱۳۸۰ به ۵/۵ ازدواج به ازای هر طلاق در سال ۱۳۹۱ رسیده است. این امر بسیار نگران‌کننده است. همچنین، بر اساس اطلاعات موجود، میانگین سن ازدواج مردان از ۲۶/۴ در سال ۱۳۸۳ به ۲۷/۴ در سال ۱۳۹۱ افزایش یافته است، درحالی‌که میانگین سن ازدواج زنان کشور از ۲۲ در سال ۱۳۸۳ به ۲۲/۱ در سال ۱۳۹۱ رسیده است.

**جرایم اجتماعی:** بر اساس آمار ارائه شده توسط مرکز آمار ایران، تعداد پرونده‌های مختومه در دادگاه‌های عمومی کشور با موضوع ایراد ضرب و جرح با رشدی حدود ۶۵٫۸ درصد، از ۲۳۳۹۸۳ پرونده در سال ۱۳۸۸ به ۳۸۷۸۷۰ پرونده در سال ۱۳۹۰ افزایش یافته است. همچنین، تعداد پرونده‌های مختومه در دادگاه‌های عمومی کشور با موضوع اعمال منافی عفت با رشدی حدود ۲۶٫۴ درصد، از ۲۷۷۹۶ مورد در سال ۱۳۸۸ به تعداد ۳۵۱۲۹ مورد در سال ۱۳۹۰ افزایش یافته است.

**کودکان خیابانی:** سالانه قریب به ۶۰۰۰ نفر کودک خیابانی در مراکز سازمان بهزیستی پذیرش می‌شوند و برآورد می‌شود که این تعداد حداکثر نیمی از جمعیت واقعی این گروه را تشکیل می‌دهند. با توجه به نرخ تورم بالا در سال‌های اخیر و شکاف طبقاتی ناشی از آن پیش‌بینی می‌شود که پدیده کودکان خیابانی و پدیده‌های مشابه با آن در آینده به‌طور چشمگیری گسترش یابند.

**ابتلا به اچ آی وی (ایدز):** بر اساس آمار جمع‌آوری شده از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی، تا تاریخ ۱۳۹۲/۱/۱ مجموعاً ۲۶۱۲۵ نفر افراد مبتلا به اچ آی وی/ایدز در کشور شناسایی شده‌اند که ۱۷۹۳۴ نفر از آن‌ها (۶۸٫۶ درصد) از طریق اعتیاد تزریقی، ۳۱۲۸ نفر (۱۲ درصد) از طریق آمیزشی، ۲۴۶ نفر (۱ درصد) از طریق خون و فرآورده‌های خونی، و ۲۹۴ نفر (۱٫۱ درصد) از طریق انتقال مادر به کودک به این بیماری مبتلا شده‌اند و دلیل ابتلای ۴۵۲۳ نفر (۱۷٫۳ درصد) از این افراد نامشخص است. بر اساس اطلاعات موجود، بیشترین گروه سنی مبتلایان به ایدز در جمعیت گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ سال قرار دارند.

**سکونتگاه‌های غیررسمی:** طبق آمارهای موجود در ایران (وزارت مسکن و شهرسازی، و دبیرخانه ستاد ملی توانمندسازی و ساماندهی سکونتگاه‌های غیررسمی)، وجود ۸۵۰ سکونت‌گاه غیررسمی در کشور گزارش شده است. در خوش‌بینانه‌ترین حالت، یک‌هفتم جمعیت شهری کشور (حدود ۷/۵ الی ۸ میلیون نفر) در این گونه سکونتگاه‌ها زندگی می‌کنند که حدود سه‌چهارم این جمعیت در ده شهر بزرگ کشور مستقر هستند.

### ۳- نظریه پایه سیاستی

حمایت‌های اجتماعی مجموعه‌ای از سیاست‌ها، راهبردها، برنامه‌ها، اقدامات، بسته‌های کمکی (انتقال‌های نقدی و غیرنقدی) و بسته‌های خدماتی هستند که افراد، خانوارها و اجتماعات و در کل، جامعه را برای کنار آمدن با شرایط و مخاطرات فردی، اجتماعی و اقتصادی، تخفیف اثرات و پیامدها و نیز پیشگیری از بروز و شیوع آن‌ها یاری می‌کنند. این حمایت‌ها در بهترین حالت، باعث تغییر در زندگی اجتماعی می‌شوند و به افراد، خانواده‌ها و اجتماعات کمک می‌کنند تا بر مسائلی که آن‌ها را با مشکل مواجه ساخته و به‌سوی طرد اجتماعی سوق می‌دهد، فائق آیند. رویکرد حمایت‌های اجتماعی تشویق به تغییر اجتماعی، راهگشایی

مسائل در مناسبات انسانی، و توانمندسازی، مقتدرسازی و آزادی افراد برای ارتقای سطح و کیفیت زندگی آنها است.

در حوزه مطالعات نظری، محورهای اساسی سیاست‌گذاری حمایت‌های اجتماعی را می‌توان به ترتیب زیر برشمرد:

▲ اتخاذ سیاست فعال برای مقابله با شکل‌گیری و شیوع مخاطرات و تنگنایهای اقتصادی و اجتماعی (اولویت پیشگیری بر درمان)؛

▲ حمایت از افراد جامعه در برابر ضربه‌ها و ریسک‌های اقتصادی، مسائل و آسیب‌های اجتماعی؛

▲ تخفیف آثار و پیامدهای ریسک‌ها، مخاطرات، و تنگنایهای اقتصادی و اجتماعی؛

▲ تأکید بر توانمندسازی افراد، خانواده‌ها و اجتماعات نیازمند حمایت و مساعدت به جای حمایت مستقیم از آنها (کاهش روش‌های مبتنی بر تأمین مستقیم نیاز و متقابلاً افزایش توانایی‌های فردی و جمعی به‌منظور تأمین نیازها توسط خود افراد)؛

▲ مشارکت آگاهانه، فعال و سازمان‌یافته افراد و گروه‌های هدف در فرایندهای حمایت.

مقوله حمایت‌های اجتماعی از نظر گروه‌های هدف و مسائل مورد تأکید قابل دسته‌بندی است که از این لحاظ مصادیق و گروه‌های جمعیتی و اجتماعی مورد توجه قرار می‌گیرند:

▲ حمایت از کودکان به جهت شرایط سنی و جسمی کودک و ضرورت مراقبت و مسئولیت جامعه در قبال رشد و تعالی همه‌جانبه کودکان در مفهوم عام، و نیز حمایت از کودکان آسیب‌پذیر و آسیب‌دیده همانند کودکان بی‌سرپرست، بدسرپرست، کودکان اعتیاد، کودکان طلاق به‌طور خاص؛

▲ حمایت از معلولان و بیماران روانی و مزمن، توان‌بخشی آنان و ظرفیت‌سازی برای حضور و مشارکت فعال آنان در عرصه‌های زندگی فردی و اجتماعی؛

▲ حمایت از سالمندان و آگاه‌سازی و آماده‌سازی جامعه برای ورود عزتمندان به دوره سالمندی و تلاش برای حفظ شأن و کرامت آنان و غنای دوره سالمندی؛

▲ حمایت از افراد و خانوارهای فقیر (کسانی که به دلیل محرومیت‌های مادی و قابلیت، به‌تنهایی از تأمین نیازهای اساسی زندگی خود ناتوانند<sup>۱</sup>) و اقشار کم‌درآمد و توانمندسازی آنان؛

۱. در دیدگاه سنتی، فقر عبارت است از محرومیت مادی که با معیار درآمد یا مصرف سنجیده می‌شود. اما در نگرش جدید به این مقوله، در سنجش سطح زندگی افراد به‌جای توجه به کالاها، خصوصیات و یا مطلوبیت، بر قابلیت افراد تمرکز می‌شود. قابلیت‌ها به معنی وجود شرایطی است که توانایی لازم برای رها شدن از فحطی و گرسنگی و سوء‌تغذیه، کسب سواد، مشارکت در زندگی اجتماعی، داشتن سرپناه و مواردی از این دست را فراهم می‌سازد. در این صورت، می‌توان عدم برخورداری از تمامی این موارد را فقر قابلیت‌نمی‌د که فقر درآمدی نیز یکی از آنهاست.

▶ حمایت از مادران و خانواده‌های زن سرپرست نیازمند حمایت؛

▶ حمایت از آسیب‌دیدگان و افراد در معرض آسیب‌های اجتماعی.

به‌بیان دیگر لایه حمایتی که از آن به‌عنوان «مساعادت اجتماعی» یاد می‌شود، آن بخش از جامعه را پوشش می‌دهد که به دلیل نداشتن منبع درآمدی مشخص، مشمول بیمه‌های اجتماعی قرار نیستند و لذا، این لایه به‌ناچار باید از محل منابع دولت (مالیات‌ها یا سایر درآمدهای عمومی) تأمین مالی شود. از آنجاکه منابع عمومی محدود و متعلق به همهٔ افراد جامعه است، کمک به بخشی از افراد جامعه فقط در صورتی مجاز شمرده می‌شود که نیاز قطعی آنان محرز شده باشد و موجب فرار از کار و تنبلی نشود. بنابراین، در لایهٔ حمایتی چند اصل رعایت می‌شود:

▶ احراز استحقاق فرد یا خانوار از طریق آزمون وسیع؛

▶ تضمین و تأمین حداقل نیازهای اساسی فرد و خانوار؛

▶ محدودیت دورهٔ پوشش و پایش مستمر برای تداوم استحقاق؛

▶ توانمندسازی و هدایت افراد به سمت بازار کار و بیمهٔ اجتماعی.

در لایهٔ حمایتی اولویت با برنامه‌های توانمندسازی و هدایت افراد به سمت بازار کار و بیمه‌های اجتماعی است؛ چراکه در این صورت هم عزت و کرامت افراد حفظ می‌شود و هم بار تکفل دولت کاهش می‌یابد. جامعهٔ زیرپوشش لایهٔ حمایتی را می‌توان به دو سطح تقسیم کرد: نخست، کسانی که امکان توانمند شدن ندارند و باید برای همیشه از حمایت‌های مستقیم برخوردار باشند، مانند سالخوردگان، از کارافتادگان کلی، و بیماران روانی مزمن، و دوم، کسانی که نیازمندی آنان موقت است یا قابل توانمند شدن هستند، مانند بیکاران، معلولان عادی، و زنان و کودکان بی‌سرپرست که از طریق آموزش‌های فنی و حرفه‌ای یا تسهیلات اشتغال می‌توان آنان را تا حدی خودکفا کرد.

در نهایت، ادبیات نظام حمایتی غیرمشارکتی بسیار گسترده است. این سند بر پایهٔ تحلیل خبرگی در جهت ارتقای سطح کمی و کیفی خدمات به‌عنوان یک هدف و سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی به‌عنوان یک ضرورت برنامه‌ای، نظریهٔ سیاستی «سطح‌بندی خدمات حمایتی» را برگزیده است. سطح‌بندی را می‌توان نوعی غربالگری، دسته‌بندی و هدفمندسازی خدمات حمایتی، توانمندسازی و بهینه‌سازی فعالیت‌ها، و کارآمدسازی نظام ارائه خدمات مساعادت‌های اجتماعی تلقی نمود که با ملاحظهٔ نوع و سطح خدمات، تنوع گیرندگان خدمت و تفاوت‌های منطقه‌ای، جغرافیایی و اجتماعی و در راستای اثربخشی اقدامات صورت می‌گیرد. به‌عبارت‌دیگر سطح‌بندی، سیاست و راهبردی است که برای کارآمدی و اثربخشی مساعادت‌ها و کمک‌های اجتماعی به گروه‌های هدف به کار می‌رود. سطح‌بندی خدمات، بیش از هر چیز،

مقوله‌ای جغرافیایی و اقتصادی است. از این رو علوم برنامه‌ریزی منطقه‌ای، شهری و اقتصادی در مقوله سطح‌بندی خدمات پیش‌قدم بوده‌اند که موضوع سلسله‌مراتب خدمات و سلسله‌مراتب سکونتگاهی (شهری و روستایی) از آن جمله است.

### ۱-۳- ضرورت سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی

سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی از چندین حیث ضرورت دارد. نخست، اکثریت افراد و خانوارهای تحت پوشش خدمات حمایتی و توانمندسازی در کشور به‌نوعی فقیر محسوب می‌شوند و بخش قابل توجهی از آنان با فقر مزمن و شدید مواجه هستند. از آنجاکه عوامل و دلایل فقر خانوارها لزوماً یکسان نیست، اگر خدمات حمایتی سطح‌بندی و هدفمند نشوند، این اقدامات در بهترین حالت به وابستگی بیشتر گروه‌های هدف به خدمات حمایتی و کنار آمدن خانوارها با شرایط فقیرانه خود منجر می‌شود. در این صورت، اقدامات حمایتی در خروج خانوارها از فقر کم‌اثر خواهند شد. دوم، خانوارهای تحت پوشش خدمات حمایتی و توانمندسازی به لحاظ مخاطراتی که با آن‌ها مواجه هستند، از تنوع زیادی برخوردارند. به همین دلیل، دسته‌بندی این خانوارها در یک گروه کلی فقرای مددجو (و حتی افراد در فقر شدید) نارسا است. لذا ارائه طبقه‌بندی‌های متعدد از خانوارهای مذکور بر مبنای تحلیل ریسک و ریسک‌پذیری در برابر انواع مخاطرات و ویژگی‌های اساسی آن‌ها ضروری است.

سومین ضرورت سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی از این موضوع ناشی می‌شود که گروه‌های هدف خدمات حمایتی و مساعدت‌های اجتماعی در گستره جغرافیایی کشور پراکنده‌اند؛ گستره‌ای که از تنوع اقلیمی، طبیعی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و قومی زیادی برخوردار است. این تنوع که فراهم‌کننده فرصت‌ها و مضیقه‌های کم‌وبیش متفاوتی است، حمایت‌ها و مساعدت‌های اجتماعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این در حالی است که سیاست‌ها و برنامه‌های حمایتی نسبت به این تفاوت‌ها کم‌توجه و در اصل خنثی هستند. مع‌الوصف، نمی‌توان تفاوت‌های جغرافیایی و اجتماعی را در ارائه خدمات حمایتی نادیده گرفت؛ ضمن آنکه توجه به این تفاوت‌ها در برنامه‌ریزی و اجرای سیاست‌های حمایتی خود می‌تواند فرصت محسوب شود. از منظر دیگر، سطح‌بندی منطقه‌ای خدمات حمایتی در ارائه مطلوب خدمات به تناسب سطوح ملی، منطقه‌ای و محلی نیز اهمیت دارد. اینکه در هر یک از لایه‌ها چه سطحی از خدمات ارائه شود و به تناسب سطح خدمات چه نوع سازمان‌دهی نهادی موردنیاز است و تشکیلات موجود کشور تا چه اندازه پاسخگوی نیازهای نهادی است، موضوع مهمی در اداره امور عمومی و ارائه خدمات رفاهی است. در نهایت، به‌رغم تلاش‌ها و اقدامات دولت‌ها و سازمان‌های حمایتی، تجربه سه دهه اخیر حمایت‌های اجتماعی حکایت از آن دارد که این اقدامات در ارتباط با خانوارهای فقیر و توانمند شدن آن‌ها خروجی

محسوس‌تری نداشته است. این در حالی است که این خانوارها عمدتاً یا در معرض فقر مزمن و شدید قرار دارند و یا درگیر آن هستند؛ این موضوع توانمند شدن خانوارهای فقیر را به شدت دشوار می‌سازد و فرایند خروج آنان از فقر را پیچیده می‌کند. از این رو سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی از این منظر نیز امری مهم و کلیدی است.

«» برای پرهیز از وابستگی بیشتر مددجویان به سازمان‌های حمایتی و خدمات آنان و به منظور توانمندسازی آنان، ارائه تعریف روشنی از مکانیسم ورود و خروج خانوارها از سیستم دریافت مساعدت‌های مستقیم و کمک‌های اجتماعی ضروری است. این مکانیسم باید به نحوی باشد که افراد و خانوارهای تحت پوشش به تناسب ویژگی‌ها و شرایط بتوانند پس از طی مراحل و فرایندی از چرخه حمایت و کمک‌های اجتماعی خارج شوند.

اهداف و نتایج مورد انتظار سطح‌بندی خدمات حمایتی را می‌توان به شرح زیر خلاصه کرد:

- ▲ بهینه‌سازی فعالیت‌ها و اقدامات حمایتی و توانمندسازی از طریق تخصیص کردن فعالیت‌ها بر حسب نوع خدمات، گیرندگان خدمات، سطح خدمات، و دامنه جغرافیایی و اجتماعی خدمات؛
- ▲ بازتعریف و دسته‌بندی خدمات‌بگیران بر مبنای تنوع ویژگی‌های فردی و اجتماعی، انواع مخاطرات و تحلیل ریسک‌پذیری آنان در برابر فقر و آسیب‌های اجتماعی؛
- ▲ بازتعریف و سطح‌بندی خدمات بر مبنای فرایند و سطوح توانمند شدن افراد و خانوارهای تحت پوشش؛
- ▲ بازتعریف و سطح‌بندی خدمات بر مبنای تفاوت‌های جغرافیایی، فضایی و منطقه‌ای؛
- ▲ بازنگری سازماندهی خدمات و سطح‌بندی ارائه خدمات در سطوح ملی، منطقه‌ای و محلی.

### ۲-۳- اقدامات مبتنی بر نظریه سیاستی

باتوجه به مسئله‌شناسی تحلیلی و نظریه سیاستی پایه این سند، اقدامات زیر باید برای اجرای سیاست حمایت اجتماعی در پیش گرفته شود:

۱. استانداردسازی و یکسان‌سازی دستورالعمل‌های حوزه حمایتی؛
۲. سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی (اجرای بند الف ماده ۳۹ قانون برنامه پنجم توسعه با

همکاری بخش غیردولتی)؛

۳. تشکیل سامانه رفاهی کشور به منظور نیازمندیابی فعال و ارائه خدمات مؤثر و هدفمند به نیازمندان در چهارچوب پنجره واحد حمایت‌های اجتماعی؛

۴. تأمین منابع و ایجاد انعطاف در ضوابط مالی. شتاب‌بخشی به روند ریشه‌کنی فقر نیازمند تأمین منابع موردنیاز است. این منابع از محل تخصیص زود هنگام اعتباراتی که دولت به روال عادی در سال‌های اجرای برنامه تخصیص خواهد داد، تأمین می‌شود. به‌علاوه به دلیل ماهیت فعالیت‌های حمایتی و شرایط مخاطبان، لازم است حداقل ۵۰ درصد این منابع به‌صورت خارج از شمول و در قالب پرداخت مستقیم به افراد تحت پوشش نهادهای حمایتی تخصیص یابد.

## ۴- تحلیل ذی‌نفعان

مخاطبان (گروه‌های هدف) این برنامه عبارت‌اند از: افراد تحت پوشش سازمان‌های حمایتی، دریافت‌کنندگان کمک‌های موردی، گروه‌های کم‌درآمد، زنان (سرپرست خانوار، خودسرپرست، بی‌سرپرست، و بدسرپرست)، کارگران و کارمندان (فاقد مهارت، کم‌مهارت، و کم‌مزیت)، زندانیان رهاشده، و ساکنین مناطق محروم و بحرانی (از نظر بلایای طبیعی و غیرطبیعی). در این رابطه، افراد و سازمان‌های ذی‌ربط را می‌توان شامل موارد زیر دانست:

▲ مدیران و برنامه‌ریزان نظام حمایت‌های اجتماعی: شامل سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان سطح کلان و مجریان؛

▲ ارائه‌دهندگان خدمات: دستگاه‌های حمایتی نظیر کمیته امداد امام خمینی (ره)، سازمان بهزیستی کشور، انجمن‌های خیریه و سازمان‌های مردم‌نهاد؛

▲ سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی که هدایت نظام برنامه‌ریزی، پیش‌بینی اعتبارات لازم و تخصیص بودجه از مهم‌ترین وظایف این سازمان در اجرای سیاست موردنظر است.

## ۵- برآورد هزینه‌ها

باعنایت به اهمیت این لایه و موارد پیش‌گفته، اقدامات و برنامه‌های حمایتی برای تأمین حداقل‌های موردنیاز مطابق با استانداردهای بین‌المللی و ملی طراحی و تدوین شده است. استانداردهای مذکور جهت تأمین حداقل‌های موردنیاز (شامل بسته خدمات و سرانه موردنیاز)، جمعیت هدف (مشمول) لایه مساعدت، و



اعتبارات موردنیاز با همکاری دستگاه‌های متولی حوزه رفاه و تأمین اجتماعی (وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نهادهای حمایتی، سازمان‌های بیمه‌گر و مانند آن)، کمیسیون اجتماعی دولت و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور تدوین و تدقیق شده است. مهم‌ترین حمایت‌های لایه مساعدت در ادامه تشریح می‌شوند.

#### ۱-۵- مستمری معیشت و امنیت تغذیه

کمک‌هزینه معیشت برای خانوارهای تحت پوشش نهادهای حمایتی اصلی کشور به تناسب تعداد نفرات خانوار و بر مبنای حداقل دستمزد مشمولین قانون کار برآورد شده است. ارقام برآوردی جهت تأمین این کمک‌هزینه برای خانوارهای تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور به ترتیب در جدول‌های ۱۲ و ۱۳ گزارش شده است. همان طوری که در این دو جدول مشاهده می‌شود، کمک‌هزینه ماهیانه معیشت برای خانوارهای نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی به تناسب تعداد نفرات خانوار و بر مبنای حداقل دستمزد مشمولین قانون کار، از ۱۶ درصد برای خانوار یک‌نفره تا ۵۰ درصد برای خانوار پنج نفره و بیشتر در نظر گرفته شده است. مطابق با استاندارد حداقلی فوق‌الذکر، اعتبار موردنیاز جهت تأمین حداقل مستمری معیشت برای خانوارهای نیازمند تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۹۵ با احتساب منابع موجود (بر اساس سرانه پرداختی توسط نهادهای حمایتی در وضع موجود) و یارانه سرانه ۴۵,۵۰۰ تومان در ماه (پرداختی توسط دولت) به ترتیب برابر حدود ۱۴۰۰ و ۱۵۱ میلیارد تومان است.

کسری اعتبار برای پرداخت سرانه استاندارد به جمعیت تحت پوشش	اعتبار موردنیاز برای پرداخت سرانه استاندارد به جمعیت تحت پوشش	پرداختی وضع موجود	سرانه استاندارد تعریف‌شده برای پوشش حداقل نیاز	سرانه پرداختی توسط نهادهای حمایتی در وضع موجود	جمعیت (خانوار) تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی	خانوار یک‌نفره (۱۶) درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۷.۹۳۵.۵۹۲.۵۶۳.۶۰۰	۱۳.۴۰۳.۴۳۴.۵۵۳.۶۰۰	۵.۴۶۷.۸۴۱.۹۹۰.۰۰۰	۱.۲۹۹.۲۰۰	۵۳۰.۰۰۰	۷۹۳.۵۹۱	

جدول ۱۲. برآورد بار مالی و جمعیت نیازمند تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (واجد شرایط دریافت مستمری معیشت) در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال)

منبع: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

کسری اعتبار برای پرداخت سرانه استاندارد به جمعیت تحت پوشش	اعتبار مورد نیاز برای پرداخت سرانه استاندارد به جمعیت تحت پوشش	پرداختی وضع موجود	سرانه استاندارد تعریف شده برای پوشش حداقل نیاز	سرانه پرداختی توسط نهادهای حمایتی در وضع موجود	جمعیت (خانوار) تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی	
۱۱.۱۳۱.۴۶۹.۹۶۵.۲۰۰	۱۵.۳۳۵.۶۹۳.۷۶۵.۲۰۰	۴.۱۹۴.۲۳۳.۸۰۰.۰۰۰	۲.۱۹۲.۴۰۰	۶۰۰.۰۰۰	۵۳۷.۷۲۱	خانوار دونفره (۲۷) درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۶.۴۳۷.۱۵۱.۸۶۴.۰۰۰	۸.۵۸۰.۸۵۶.۲۸۴.۰۰۰	۲.۱۴۳.۷۰۴.۴۲۰.۰۰۰	۲.۸۴۲.۰۰۰	۷۱۰.۰۰۰	۲۳۲.۲۵۴	خانوار سه نفره (۳۵) درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۳.۹۳۴.۴۳۰.۸۶۴.۰۰۰	۵.۰۷۲.۸۳۳.۵۸۴.۰۰۰	۱.۱۳۸.۴۰۲.۷۲۰.۰۰۰	۳.۶۵۴.۰۰۰	۸۲۰.۰۰۰	۱۰۶.۷۹۲	خانوار چهار نفره (۴۵) درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۲.۸۰۴.۵۲۹.۷۸۰.۰۰۰	۳.۷۲۱.۰۴۲.۷۸۰.۰۰۰	۹۱۶.۵۱۳.۰۰۰.۰۰۰	۴.۰۶۰.۰۰۰	۱.۰۰۰.۰۰۰	۷۰.۵۰۱	خانوار پنج نفره و بیشتر (۵۰) درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۳۲.۲۴۳.۱۷۵.۰۳۶.۸۰۰	۴۶.۱۰۳.۸۶۰.۹۶۶.۸۰۰	۱۳.۸۶۰.۶۸۵.۹۳۰.۰۰۰			۱.۷۴۰.۸۵۹	جمع کل
یارانه‌های پرداختی به خانوارهای نیازمند تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره)						
جمع یارانه پرداختی به جمعیت هدف			سرانه یارانه		تعداد نفرات	
۱۸.۲۶۶.۲۵۵.۲۸۰.۰۰۰			۴۵۵.۰۰۰		۳.۳۴۵.۴۶۸	
۱۳.۹۷۶.۹۱۹.۷۵۶.۸۰۰	جمع کل منابع مورد نیاز جهت تأمین کمک هزینه معیشت برای جمعیت نیازمند تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) با احتساب یارانه					

ادامه جدول ۱۲. برآورد بار مالی و جمعیت نیازمند تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (واجد شرایط دریافت مستمری معیشت) در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال)

منبع: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

جمعیت (خانوار) تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور	سرانه پرداختی توسط نهادهای حمایتی در وضع موجود	سرانه استاندارد تعریف شده برای پوشش حداقل نیاز	پرداختی وضع موجود	اعتبار مورد نیاز برای پرداخت سرانه استاندارد تحت پوشش	کسری اعتبار برای پرداخت سرانه استاندارد به جمعیت تحت پوشش
۷۱،۶۵۹	۵۳۰،۰۰۰	۱،۲۹۹،۲۰۰	۴۹۳،۷۳۰،۵۱۰،۰۰۰	۱،۲۱۰،۲۹۱،۸۴۶،۴۰۰	۷۱۶،۵۶۱،۳۳۶،۴۰۰
۴۳،۵۳۵	۶۰۰،۰۰۰	۲،۱۹۲،۴۰۰	۳۳۹،۵۷۳،۰۰۰،۰۰۰	۱،۲۴۰،۷۹۹،۷۴۲،۰۰۰	۹۰۱،۲۲۶،۷۴۲،۰۰۰
۲۸،۷۵۵	۷۱۰،۰۰۰	۲،۸۴۲،۰۰۰	۲۶۵،۴۰۸،۶۵۰،۰۰۰	۱،۰۶۲،۳۸۲،۳۳۰،۰۰۰	۷۹۶،۹۷۳،۵۸۰،۰۰۰
۱۸،۶۷۷	۸۲۰،۰۰۰	۳،۶۵۴،۰۰۰	۱۹۹،۰۹۶،۸۲۰،۰۰۰	۸۸۷،۱۹۶،۸۵۴،۰۰۰	۶۸۸،۰۹۸،۰۳۴،۰۰۰
۱۶،۹۵۸	۱،۰۰۰،۰۰۰	۴،۰۶۰،۰۰۰	۲۲۰،۴۵۴،۰۰۰،۰۰۰	۸۹۵،۰۴۲،۲۴۰،۰۰۰	۶۷۴،۵۸۹،۲۴۰،۰۰۰
۱۷۹،۵۸۴			۱،۵۱۸،۲۶۲،۹۸۰،۰۰۰	۵،۲۹۵،۷۱۱،۹۱۲،۴۰۰	۳،۷۷۷،۴۴۸،۹۳۲،۴۰۰
یارانه‌های پرداختی به خانوارهای نیازمند تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور					
تعداد نفرات	سرانه یارانه	جمع یارانه پرداختی به جمعیت هدف			
۴۱۴،۶۶۷	۴۵۵،۰۰۰	۲،۲۶۴،۰۸۱،۸۲۰،۰۰۰			
جمع کل منابع مورد نیاز جهت تأمین کمک‌هزینه معیشت برای جمعیت نیازمند تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور با احتساب یارانه					
۱،۵۱۳،۳۶۷،۱۱۲،۴۰۰					

جدول ۱۳. برآورد بار مالی و جمعیت نیازمند تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور (واجد شرایط دریافت مستمری معیشت) در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال)

منبع: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

همچنین، اعتبار موردنیاز جهت تأمین حداقل کمک‌هزینه معیشت برای خانوارهای نیازمند پشت نوبت کمیته امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور به تناسب تعداد نفرات خانوار و بر مبنای حداقل دستمزد مشمولین قانون کار، به ترتیب در جدول‌های ۱۴ و ۱۵ نشان داده شده است. همان‌گونه که در این جدول‌ها مشاهده می‌شود، اعتبار موردنیاز برای تأمین کمک‌هزینه معیشت مطابق با استاندارد حداقلی تعریف‌شده برای خانوارهای نیازمند پشت نوبت کمیته امداد امام خمینی (ره) حدود ۴۹۳ میلیارد تومان و برای خانوارهای نیازمند پشت نوبت سازمان بهزیستی کشور حدود ۱۹ میلیارد تومان است.

اعتبار موردنیاز برای پرداخت سرانه استاندارد	سرانه استاندارد تعریف‌شده برای پوشش حداقل نیاز	جمعیت (خانوار) پشت نوبت کمیته امداد امام خمینی	
۲,۳۷۱,۳۸۴,۲۸۸,۰۰۰	۱,۲۹۹,۲۰۰	۱۴۰,۴۰۵	خانوار یک‌نفره (۱۶ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۲,۷۱۱,۵۱۸,۶۶۴,۴۰۰	۲,۱۹۲,۴۰۰	۹۵,۱۳۷	خانوار دونفره (۲۷ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۱,۵۱۸,۱۴۸,۰۸۶,۰۰۰	۲,۸۴۲,۰۰۰	۴۱,۰۹۱	خانوار سه‌نفره (۳۵ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۸۹۷,۵۰۲,۷۸۸,۰۰۰	۳,۶۵۴,۰۰۰	۱۸,۸۹۴	خانوار چهارنفره (۴۵ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۶۵۸,۳۳۴,۹۴۰,۰۰۰	۴,۰۶۰,۰۰۰	۱۲,۴۷۳	خانوار پنج‌نفره و بیشتر (۵۰ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۸,۱۵۶,۸۷۸,۷۶۶,۴۰۰		۳۰۸,۰۰۰	جمع کل
یارانه‌های پرداختی به خانوارهای نیازمند پشت نوبت کمیته امداد امام خمینی (ره)			
جمع یارانه پرداختی به جمعیت هدف	سرانه یارانه	تعداد نفرات	
۳,۲۳۱,۷۴۱,۲۴۰,۰۰۰	۴۵۵,۰۰۰	۵۹۱,۸۹۴	
۴,۹۲۵,۱۳۷,۵۲۶,۴۰۰	جمع کل منابع موردنیاز جهت تأمین کمک‌هزینه معیشت برای جمعیت پشت نوبت کمیته امداد امام خمینی (ره) با احتساب یارانه		

جدول ۱۴. برآورد بار مالی و جمعیت نیازمند پشت نوبت کمیته امداد امام خمینی (واجد شرایط دریافت مستمری معیشت) در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال)

منبع: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

اعتبار مورد نیاز برای پرداخت سرانه استاندارد	سرانه استاندارد تعریف شده برای پوشش حداقل نیاز	جمعیت (خانوار) پشت نوبت سازمان بهزیستی کشور	
۳۹,۱۳۳,۲۰۳,۲۰۰	۱,۲۹۹,۲۰۰	۲,۳۱۷	خانوار یک نفره (۱۶ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۶۳,۸۷۱,۱۸۹,۲۰۰	۲,۱۹۲,۴۰۰	۲,۲۴۱	خانوار دونفره (۲۷ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۷۰,۳۸۲,۱۳۰,۰۰۰	۲,۸۴۲,۰۰۰	۱,۹۰۵	خانوار سه نفره (۳۵ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۶۹,۲۵۷,۹۱۶,۰۰۰	۳,۶۵۴,۰۰۰	۱,۴۵۸	خانوار چهار نفره (۴۵ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۹۸,۳۲۹,۱۴۰,۰۰۰	۴,۰۶۰,۰۰۰	۱,۸۶۳	خانوار پنج نفره و بیشتر (۵۰ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۳۴۰,۹۷۳,۵۷۸,۴۰۰		۹,۷۸۴	جمع کل
یارانه‌های پرداختی به خانوارهای نیازمند پشت نوبت سازمان بهزیستی کشور			
جمع یارانه پرداختی به جمعیت هدف	سرانه یارانه	تعداد نفرات	
۱۵۱,۰۲۹,۰۶۰,۰۰۰	۴۵۵,۰۰۰	۲۷,۶۶۱	
۱۸۹,۹۴۴,۵۱۸,۴۰۰	جمع کل منابع مورد نیاز جهت تأمین کمک هزینه معیشت برای جمعیت پشت نوبت سازمان بهزیستی کشور با احتساب یارانه		

جدول ۱۵. برآورد بار مالی و جمعیت نیازمند پشت نوبت سازمان بهزیستی کشور (واجد شرایط دریافت مستمری معیشت) در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال)

منبع: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

از آنجایی که معلولین شدید و خیلی شدید تحت پوشش خدمات مستمری سازمان بهزیستی کشور قرار دارند و این افراد بیش از ۷۰ درصد توانمندی خود را از دست داده‌اند، لازم است تا بار مالی پرداخت کمک هزینه معیشت به خانوارهای دارای عضو معلول و عقب افتاده ذهنی شدید (به تشخیص سازمان بهزیستی کشور) نیز برآورد شود. کمک هزینه ماهیانه معیشت برای خانوارهای دارای عضو معلول و عقب افتاده ذهنی شدید به تناسب تعداد نفرات خانوار، از ۴۰ درصد حداقل دستمزد قانون کار برای خانوار یک نفره تا ۸۰ درصد برای خانوارهای پنج نفره و بیشتر در نظر گرفته شده است. بر این اساس، بار مالی تأمین سرانه حداقلی استاندارد برای این خانوارها در جدول ۱۶ گزارش شده است.

کسری اعتبار برای پرداخت سرانه استاندارد به جمعیت تحت پوشش	اعتبار موردنیاز برای پرداخت سرانه استاندارد به جمعیت تحت پوشش	پرداختی وضع موجود	سرانه استاندارد تعریف شده برای پوشش حداقل نیاز	سرانه پرداختی توسط نهادهای حمایتی در وضع موجود	جمعیت (خانوار) تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور	
۹.۸۹۷.۶۸۹.۴۱۲.۰۰۰	۱۱.۸۲۷.۷۰۲.۴۳۲.۰۰۰	۱.۹۳۰.۰۱۳.۰۲۰.۰۰۰	۳.۲۴۸.۰۰۰	۵۳۰.۰۰۰	۲۸۰.۱۱۸	خانوار یک نفره (۴۰ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۶۳۳.۱۸۳.۴۶۰.۰۰۰	۷۴۲.۹۸۴.۰۶۰.۰۰۰	۱۰۹.۸۰۰.۶۰۰.۰۰۰	۴.۰۶۰.۰۰۰	۶۰۰.۰۰۰	۱۴۰.۷۷	خانوار دوفره (۵۰ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۷۵۹.۶۴۸.۲۴۰.۰۰۰	۸۸۹.۲۳۷.۴۴۰.۰۰۰	۱۲۹.۵۸۹.۲۰۰.۰۰۰	۴.۸۷۲.۰۰۰	۷۱۰.۰۰۰	۱۴۰.۴۰	خانوار سه نفره (۶۰ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۶۰۱.۴۶۲.۷۸۴.۰۰۰	۷۰۲.۸۶۰.۷۰۴.۰۰۰	۱۰۱.۳۹۷.۹۲۰.۰۰۰	۵.۶۸۴.۰۰۰	۸۲۰.۰۰۰	۹۵.۱۲	خانوار چهار نفره (۷۰ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۳۰۶.۶۵۴.۸۱۶.۰۰۰	۳۶۲.۴۵۰.۸۱۶.۰۰۰	۵۵.۷۹۶.۰۰۰.۰۰۰	۶.۴۹۶.۰۰۰	۱.۰۰۰.۰۰۰	۴.۲۹۲	خانوار پنج نفره و بیشتر (۸۰ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۱۲.۱۹۸.۶۳۸.۷۱۲.۰۰۰	۱۴.۵۲۵.۲۳۵.۴۵۲.۰۰۰	۲.۳۲۶.۵۹۶.۷۴۰.۰۰۰			۳۲۲.۰۳۹	جمع کل
یارانه های پرداختی به خانوارهای دارای عضو معلول شدید و خیلی شدید تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور						
جمع یارانه پرداختی به جمعیت هدف			سرانه یارانه		تعداد نفرات	
۲.۲۵۲.۱۱۳.۵۰۰.۰۰۰			۴۵۵.۰۰۰		۴۱۲.۴۷۵	
۹.۹۴۶.۵۲۵.۲۱۲.۰۰۰	جمع کل منابع موردنیاز جهت تأمین کمک هزینه معیشت برای خانوارهای دارای عضو معلول شدید و خیلی شدید تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور با احتساب یارانه					

جدول ۱۶. برآورد بار مالی و تعداد خانوارهای دارای عضو معلول شدید و خیلی شدید تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور (واجد شرایط دریافت مستمری معیشت) در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال)

منبع: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

همچنین، اعتبار موردنیاز جهت تأمین حداقل کمک هزینه معیشت برای خانوارهای دارای عضو معلول شدید و خیلی شدید پشت نوبت سازمان بهزیستی کشور به تناسب بعد خانوار و بر مبنای حداقل دستمزد

مشمولین قانون کار به شرح جدول ۱۷ است.

اعتبار مورد نیاز برای پرداخت سرانه استاندارد	سرانه استاندارد تعریف شده برای پوشش حداقل نیاز	جمعیت (خانوار) پشت نوبت سازمان بهزیستی کشور	
۱,۶۳۶,۶۰۲,۲۴۰,۰۰۰	۳,۲۴۸,۰۰۰	۳۸,۷۶۰	خانوار یک نفره (۴۰ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۲۷۲,۱۸۶,۴۶۰,۰۰۰	۴,۰۶۰,۰۰۰	۵,۱۵۷	خانوار دو نفره (۵۰ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۳۳۲,۰۰۷,۳۱۲,۰۰۰	۴,۸۷۲,۰۰۰	۵,۲۴۲	خانوار سه نفره (۶۰ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۲۴۶,۲۸۲,۰۳۶,۰۰۰	۵,۶۸۴,۰۰۰	۳,۳۳۳	خانوار چهار نفره (۷۰ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۲۱۶,۱۸۶,۸۸۰,۰۰۰	۶,۴۹۶,۰۰۰	۲,۵۶۰	خانوار پنج نفره و بیشتر (۸۰ درصد حداقل دستمزد قانون کار)
۲,۷۰۳,۲۶۴,۹۲۸,۰۰۰		۵۵,۰۵۲	جمع کل
یارانه‌های پرداختی به خانوارهای دارای عضو معلول شدید و خیلی شدید پشت نوبت سازمان بهزیستی کشور			
جمع یارانه پرداختی به جمعیت هدف	سرانه یارانه	تعداد نفرات	
۴۹۶,۴۸۸,۷۲۰,۰۰۰	۴۵۵,۰۰۰	۹۰,۹۳۲	
۲,۲۰۶,۷۷۶,۲۰۸,۰۰۰	جمع کل منابع مورد نیاز جهت تأمین کمک هزینه معیشت برای خانوارهای دارای عضو معلول شدید و خیلی شدید پشت نوبت سازمان بهزیستی کشور با احتساب یارانه		

جدول ۱۷. برآورد بار مالی و تعداد خانوارهای دارای عضو معلول شدید و خیلی شدید پشت نوبت سازمان بهزیستی کشور (واجد شرایط دریافت مستمری معیشت) در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال)

منبع: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

مجموع اعتبارات مورد نیاز در جدول‌های فوق برحسب استانداردهای حداقلی تعریف شده با احتساب یارانه‌های دولت و منابع پرداختی توسط نهادهای حمایتی (منابع موجود در قانون بودجه) در جدول ۱۸ گزارش شده است. شایان ذکر است که در قانون بودجه سال ۱۳۹۵ افزایشی ۱۲ درصدی برای پرداخت مستمری به خانوارها پیش‌بینی شده است که باید در سرجمع اعتبارات وضع موجود (در جدول‌های قبلی) منظور شود.<sup>۱</sup> همان‌طور که مشاهده می‌شود، کسری منابع جهت پرداخت مستمری (مطابق با استاندارد تعریف شده) به جمعیت تحت پوشش نهادهای حمایتی اصلی کشور حدود ۲۳۳۱ میلیارد تومان است. به عبارت دیگر، برای پرداخت مستمری به نیازمندان تحت پوشش نهادهای حمایتی برحسب استاندارد حداقلی تعریف شده حدود ۲۳۳۱ میلیارد تومان مورد نیاز است.

۱. «منابع موجود» در جدول ۱۸ از ضرب ۱,۱۲ در رقم «پرداختی وضع موجود» در جدول‌های قبلی محاسبه شده است.

پرداخت مستمری معیشت به افراد تحت پوشش از جمعیت فعال منوط به فعالیت و یا کار خواهد بود؛ یعنی افرادی که قابلیت مشارکت در برنامه‌های توانمندسازی شغلی و مهارتی را دارند، لزوماً باید در برنامه‌ای که برای آن‌ها تعریف می‌شود، فعالیت داشته باشند تا مستمری دریافت کنند. در ضمن، کمک‌هزینه معیشت به سرپرست خانوار پرداخت می‌شود. نحوه پرداخت مستمری در مورد مهجورین، سالمندان و افراد فاقد سرپرست یا بدسرپرست به تشخیص نهاد حمایتی ذی‌ربط خواهد بود. پس از خروج خانوارهای تحت پوشش از لایه مساعدت طی برنامه‌های توانمندسازی، خانوارهای نیازمند پشت نوبت نهادهای حمایتی به‌مرور جایگزین خواهند شد.

دستگاه حمایتی	واجدین شرایط	اعتبار موردنیاز برای پرداخت سرانه استاندارد به خانوارهای تحت پوشش نهادهای حمایتی	منابع موجود در قانون بودجه برای پرداخت مستمری (با احتساب ۱۲٪ مازاد در قانون بودجه سال ۱۳۹۵)	یارانه پرداختی توسط دولت	جمع کل میزان کسری منابع برای پرداخت سرانه استاندارد به خانوارهای تحت پوشش نهادهای حمایتی
سازمان بهزیستی کشور	معلولین شدید و خیلی شدید نیازمند	۱۴.۵۲۵.۳۳۵.۴۵۲.۰۰۰	۲.۶۰۵.۷۸۸.۳۴۸.۸۰۰	۲.۲۵۲.۱۱۳.۵۰۰.۰۰۰	۹.۶۶۷.۳۳۳.۶۰۳.۲۰۰
	نیازمندان	۵.۲۹۵.۷۱۱.۹۱۲.۴۰۰	۱.۷۰۰.۴۵۴.۵۳۷.۶۰۰	۲.۲۶۴.۰۸۱.۸۲۰.۰۰۰	۱.۳۳۱.۱۷۵.۵۵۴.۸۰۰
	جمع	۱۹.۸۲۰.۹۴۷.۳۶۴.۴۰۰	۴.۳۰۶.۲۴۲.۸۸۶.۴۰۰	۴.۵۱۶.۱۹۵.۳۲۰.۰۰۰	۱۰.۹۹۸.۵۰۹.۱۵۸.۰۰۰
کمیته امداد امام خمینی (ره)	نیازمندان	۴۶.۱۰۳.۸۶۰.۹۶۶.۸۰۰	۱۵.۵۲۳.۹۶۸.۳۴۱.۶۰۰	۱۸.۲۶۶.۲۵۵.۲۸۰.۰۰۰	۱۲.۳۱۳.۶۳۷.۴۴۵.۲۰۰
جمع کل		۲۰۰۴۳.۱۴۲.۳۵۷.۷۳۱.۰۰۰	۱۹.۸۳۰.۲۱۱.۱۲۸.۰۰۰	۲۲.۷۸۲.۴۵۰.۶۰۰.۰۰۰	۲۳.۳۱۲.۱۴۶.۶۰۳.۲۰۰

جدول ۱۸. برآورد مجموع کسری منابع نهادهای حمایتی برای پرداخت مستمری به خانوارهای تحت پوشش مطابق استاندارد در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال)

منبع: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

در راستای کاهش سوءتغذیه و آثار زیان‌بار آن بر چرخه تولید و فقر، سبب غذایی حمایتی در اختیار مشمولین این طرح قرار خواهد گرفت. سبب غذایی حمایتی، ترکیبی از مواد غذایی است که حداقل ۲۱۰۰ کیلوکالری انرژی (روزانه) برای مصرف‌کننده تأمین می‌کند. جمعیت مشمول دریافت سبب غذایی حمایتی به ترتیب اولویت، عبارت‌اند از: زنان باردار و شیرده نیازمند (۷۰,۰۰۰ نفر)، کودکان زیر ۶ سال



دچار سوء تغذیه (۹۵,۰۰۰ نفر)، خانوارهای تحت پوشش دارای فرزندان چندقلو (۳۵,۰۰۰ نفر)، افراد مبتلا به فنیل کتونوری (PKU) (۲,۴۰۰ نفر)، کودکان معلول (یک وعده به ۱۸,۰۰۰ نفر) و روستا مهدها (یک وعده غذای گرم به ۲۵۰,۰۰۰ نفر).

جامعه هدف	تعداد جامعه هدف	سراة ماهیانه مورد نیاز	اعتبار مورد نیاز برای پرداخت سرانه
زنان باردار و شیرده نیازمند تحت پوشش	۷۰,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۸۴۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
خانواده‌های تحت پوشش دارای فرزندان چندقلو	۳۵,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۴۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
کودکان زیر ۶ سال دچار سوء تغذیه	۹۵,۰۰۰	۱,۰۰۰,۰۰۰	۱,۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
کودکان معلول	۱۸,۰۰۰	۵۶۰,۰۰۰	۱۲۰,۹۶۰,۰۰۰,۰۰۰
روستا مهدها	۲۵۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰	۶۷۵,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
افراد مبتلا به PKU	۲,۴۰۰	۱,۴۰۰,۰۰۰	۴۰,۳۲۰,۰۰۰,۰۰۰
جمع	۴۷۰,۴۰۰	۵۷۳,۳۲۱	۳,۲۳۶,۲۸۰,۰۰۰,۰۰۰
منابع موجود در قانون بودجه ۱۳۹۵			۱,۷۶۷,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
کسری منابع برای پرداخت سرانه مورد نیاز در طرح حمایت غذایی			۱,۴۶۹,۲۸۰,۰۰۰,۰۰۰

جدول ۱۹. برآورد اعتبار مورد نیاز در طرح حمایت غذایی در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال)  
منبع: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

ارزش ریالی سبد غذایی حمایتی برای زنان باردار و شیرده نیازمند، خانواده‌های تحت پوشش دارای فرزند چندقلو، و کودکان زیر ۶ سال دچار سوء تغذیه در سال ۱۳۹۵ برابر ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال در ماه است. همچنین، ارزش ریالی سبد غذایی حمایتی ماهیانه برای یک وعده غذا به کودکان معلول ۵۶۰,۰۰۰ ریال، یک وعده غذای گرم در روستا مهدها ۳۰۰,۰۰۰ ریال (برای ۹ ماه از سال)، و افراد مبتلا به PKU ۱,۴۰۰,۰۰۰ ریال است. این ارقام در سال‌های آتی معادل نرخ رشد حداقل دستمزد مشمولین قانون کار افزایش خواهد یافت. همان‌طور که در جدول ۱۹ مشاهده می‌شود، برای تأمین سبد غذایی حمایتی برای گروه‌های دارای اولویت فوق‌الذکر در سال ۱۳۹۵ به حدود ۳۲۴ میلیارد تومان اعتبار نیاز است که با لحاظ منابع موجود در قانون بودجه، حدود ۱۴۷ میلیارد تومان کسری منابع برای این طرح وجود دارد.

برخورداری از سبب غذایی حمایتی منوط به ثبت نام افراد مشمول در سامانه پنجره واحد خدمات رفاه و تأمین اجتماعی است. دستورالعمل ترکیب سبد غذایی حمایتی و تشخیص گروه‌های جمعیتی موضوع این ماده توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و ابلاغ می‌شود.

## ۲-۵- خدمات حمایتی سلامت شامل بهداشت و درمان پایه (مراقبت‌های پزشکی) و کمک‌هزینه ارقام توان‌بخشی

خدمات سلامت در لایه مساعدت اجتماعی مشتمل بر کلیه خدمات موجود در فهرست (بسته) خدمات بیمه پایه سلامت است. علاوه بر این، سازمان‌ها و نهادهای حمایتی می‌توانند به تناسب نیازهای خاص جامعه مورد حمایت خود، خدمات و لوازم توان‌بخشی و بازتوانی را تأمین نمایند. جمعیت تحت پوشش نهادهای حمایتی به صورت رایگان تحت پوشش خدمات حمایتی پایه سلامت قرار می‌گیرند. حق سرانه این‌گونه افراد توسط دولت تأمین و پرداخت می‌شود. با عنایت به اینکه جامعه هدف نهادهای مذکور زیر خط فقر هستند و در تأمین حداقل‌های معاش دچار مشکل‌اند، عملاً امکان تحمیل کمترین هزینه درمانی بر این افراد وجود ندارد. به عبارت دیگر، هزینه‌های کمرشکن درمان برای این گروه موضوعیت ندارد؛ چون این جمعیت فقیر در عمل قبل از هر هزینه درمانی زیر خط فقر قرار دارند. شاخص مذکور برای کسانی که بالای خط فقر قرار دارند و بر اثر هزینه‌های سنگین درمانی به زیر خط فقر سقوط می‌کنند، معنا پیدا می‌کند.

بنابراین کلیه جمعیت هدف مشمول لایه مساعدت‌های اجتماعی مشروط به رعایت سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع، از پرداخت ۱۰۰ درصد فرانشیز هزینه خدمات موجود در فهرست خدمات بیمه پایه سلامت (به جز داروهای سرپایی) در بخش‌های دولتی و عمومی غیردولتی معاف بوده و پرداخت ۱۰۰ درصد هزینه این خدمات در بخش‌های یادشده به عهده دولت است. فرانشیز داروهای سرپایی برای جمعیت هدف مشمول لایه مساعدت‌های اجتماعی معادل ۱۰ درصد هزینه نوع ژنریک داروی تولید داخل است. در صورت فقدان نوع ژنریک یا تولید داخل یک دارو، نرخ مصوب نوع تجاری یا وارداتی آن حسب اعلام سازمان غذا و دارو، مبنای محاسبه هزینه دارو قرار خواهد گرفت.

در صورت محدودیت ارائه برخی از خدمات موجود در فهرست خدمات بیمه پایه سلامت در بخش دولتی و عمومی غیردولتی مناطق محروم کشور، سازمان بیمه سلامت و سایر سازمان‌ها موظف‌اند با سازوکار خرید راهبردی، نسبت به انعقاد قرارداد با مراکز ارائه‌دهنده این خدمات در بخش‌های خصوصی و یا خیریه اقدام نمایند؛ به گونه‌ای که ضمن ایجاد دسترسی جمعیت هدف مشمول لایه مساعدت‌های اجتماعی به این خدمات، ارائه خدمات به آنان حتی الامکان به صورت رایگان و یا با حداقل فرانشیز صورت پذیرد.

بسته‌های هدفمند خدمات سلامت برای گروه‌های خاص بیماری‌ها (نظیر بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج، سرطان‌ها، بیماری‌های نادر و امثال آن) یا گروه‌های مختلف جمعیت هدف (سالمدان، معلولین و مانند آن) توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تدوین و پس از تأیید شورای عالی بیمه، توسط سازمان بیمه سلامت و سایر سازمان‌ها خریداری می‌شود.

سرانه استاندارد در سال ۱۳۹۵ برای تأمین خدمات رایگان مطابق بسته پایه سلامت، ماهانه ۲۱ هزار تومان (سالانه ۲۵۲۰۰۰ تومان)، و برای تأمین خدمات توان‌پزشکی ماهانه ۱۸ هزار تومان (سالانه ۲۱۶۰۰۰ تومان) است. نکته حائز اهمیت این است که در حال حاضر دولت از طریق سازمان بیمه سلامت حدود ۳۶ میلیون نفر از جمله کلیه روستائیان را تحت پوشش بیمه رایگان قرار داده است. اما با فرض رشد متوسط حداقل ۱۸ درصدی سرانه حق بیمه رایگان در سال‌های آتی، به نظر می‌رسد ادامه این روند امکان‌پذیر نباشد. به‌طورمثال، در سال ۱۳۹۴ برای پوشش بیمه رایگان همین جمعیت ۳۶ میلیونی با سرانه حق بیمه مصوب ۲۷ هزار تومانی در ماه اعتباری بالغ بر ۱۲ هزار میلیارد تومان نیاز بوده است. این در حالی است که قبل از اجرای طرح بیمه همگانی، حدود ۲۰۵ میلیون نفر تحت پوشش بیمه ایرانیان قرار داشتند که با مشارکت ۱۵ تا ۵۰ درصدی در پرداخت حق بیمه سهیم بودند. اما پس از اجرای طرح بیمه همگانی تنها حدود ۵۰۰ هزار نفر از آن‌ها در این طرح باقی ماندند و پیش‌بینی می‌شود که در سال جاری این صندوق کاملاً خالی شود و تمام جمعیت تحت پوشش آن به صندوق بیمه رایگان همگانی بپیوندند.

از این‌رو باید پوشش رایگان سلامت را به جمعیت نیازمند مشمول نهادهای حمایتی به‌اضافه بیماران خاص محدود نمود و مابقی جمعیت با توجه به توان پرداخت خود از طریق مشارکت، توسط بیمه ایرانیان تحت پوشش قرار گیرند. مطابق گزارش نیروی کار مرکز آمار ایران حدود ۴ میلیون نفر شاغل غیر مزد و حقوق‌بگیر (کارفرمایان، خویش‌فرمایان، و کارکنان فامیلی بدون مزد) با بعد خانوار حدود ۲۰۶ نفر در روستا زندگی می‌کنند که به دلیل توان مشارکت در پرداخت حق بیمه، می‌توانند در صندوق بیمه ایرانیان تحت پوشش بیمه سلامت قرار گیرند. به‌عبارت‌دیگر، بیمه رایگان ۲۲ میلیون نفر روستایی باید به تدریج مدیریت شود تا فقط نیازمندان روستایی از خدمات سلامت رایگان استفاده کنند؛ هر چند ۷۰ درصد جمعیت تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) و ۲۰ درصد جمعیت تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور روستایی هستند. به‌بیان دیگر، عملاً روستاییان نیازمند تا حدودی توسط این دو نهاد شناسایی شده و تحت پوشش قرار گرفته‌اند.

افراد نیازمندی که تحت پوشش این نهادها قرار ندارند، می‌توانند از طریق پنجره واحد خدمات رفاهی کشور نسبت به ثبت درخواست خود اقدام کنند تا استحقاق سنجی این افراد از طریق آزمون وسع انجام و پوشش آن‌ها در صورت تشخیص نیازمندی معمول گردد. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است بر اساس سامانه پنجره واحد خدمات رفاه و تأمین اجتماعی، موارد هم‌پوشانی بیمه پایه سلامت جمعیت روستایی،

عشایری و شهرهای زیر بیست هزار نفر را با سایر صندوق‌های بیمه‌ای شناسایی کند و نسبت به خارج کردن این‌گونه افراد از چتر حمایتی لایهٔ مساعدت‌های اجتماعی اقدام نماید. در سال‌های بعد، پوشش رایگان بستهٔ پایهٔ سلامت برای سایر گروه‌های جمعیتی بر اساس آزمون و سنج قابل انجام خواهد بود. آزمون و سنج بر اساس دستورالعمل وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی از طریق بررسی میدانی توسط نهادهای حمایتی و در نهایت، راستی‌آزمایی (کراس چک) با بانک‌های اطلاعاتی موجود (خودرو، ملک، درآمد و مانند آن) انجام خواهد شد.

بر اساس مطالعات به‌عمل آمده توسط معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، حدود ۱۸۰۳ میلیون نفر (۵۰۸ میلیون خانوار) در سال ۱۳۹۵ زیر خط فقر قابلیت‌ی قرار دارند و حدود ۱۲ میلیون نفر (۳۰۸ میلیون خانوار) به‌طور هم‌زمان با فقر قابلیت‌ی و درآمدی مواجه هستند. بنابراین، ابتدا باید با اقدامات تدریجی افراد دچار فقر قابلیت‌ی (۱۸۰۳ میلیون نفر) را در لایهٔ مساعدت پوشش داد و نهایتاً حدود پوشش این لایه را از طریق آزمون و سنج، به افرادی که به‌طور هم‌زمان با فقر قابلیت‌ی و درآمدی مواجه هستند، محدود کرد.

بار مالی پرداخت سرانهٔ رایگان به جمعیت هدف برای خدمات حمایتی سلامت رایگان، با فرض اولویت پوشش جمعیت تحت پوشش نهادهای حمایتی و بیماران خاص در جدول ۲۰ گزارش شده است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود، برای پرداخت سرانهٔ خدمات حمایتی سلامت (با فرانشیز زیر ۵ درصد) به ۱۸.۳۲۳.۳۹۹ نفر مشمول لایهٔ مساعدت، حدود ۴۶۱۷ میلیارد تومان اعتبار موردنیاز است که با احتساب منابع موجود در قانون بودجهٔ سال ۱۳۹۵، حدود ۲۲۲ میلیارد تومان کسری منابع برای ارائه این خدمات وجود دارد. همچنین، حمایت‌های توان‌بخشی که موارد آن از سوی وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی ابلاغ می‌گردد، به جمعیت نیازمند تحت پوشش قابل‌ارائه خواهد بود. با عنایت به پوشش حدود ۱۰۶ میلیون نفر معلول نیازمند خدمات توان‌بخشی و بازتوانی در سازمان بهزیستی کشور، بابت پوشش حداقل هزینه‌های این خدمت مطابق با سرانهٔ استاندارد تعریف‌شده، حدود ۲۶۴ میلیارد تومان اعتبار در سال ۱۳۹۵ موردنیاز است که با کسر منابع موجود، کسری منابع در این حوزه حدود ۱۶۲ میلیارد تومان است. اگر جمعیت زیر خط فقر قابلیت‌ی (۱۸۰۳ میلیون نفر) به‌عنوان جمعیت هدف مدنظر قرار گیرند، تنها با اضافه کردن ۱۰۰۰ تومان در ماه به مبلغ سرانهٔ استاندارد برای تأمین خدمات حمایتی سلامت (۲۱۰۰۰ تومان)، هزینهٔ ارائه کلیهٔ خدمات حمایتی سلامت مطابق با بستهٔ بیمهٔ پایهٔ سلامت و خدمات و لوازم توان‌بخشی به جمعیت هدف با فرانشیز زیر ۵ درصد تأمین خواهد شد.

عنوان خدمت	جمعیت هدف	تعداد (نفر)	سرانه پرداخت شامل حق بیمه رایگان با فرانشیز زیر ۵٪ و خدمات و لوازم توان بخشی (سالانه)	اعتبار مورد نیاز برای تأمین سرانه استاندارد تعریف شده	منابع موجود	کسری منابع برای تأمین سرانه استاندارد تعریف شده
خدمات حمایتی سلامت	زیر خط فقر قلبیتی	۱۸,۳۳۳,۳۹۹	۲,۵۲۰	۴۶,۱۷۴,۹۶۵,۴۸۰	۴۳,۹۵۱,۱۴۰,۰۰۰	۲,۲۲۳,۸۲۵,۴۸۰
خدمات توان پزشکی	معلولین نیازمند تحت پوشش	۱,۵۹۷,۷۲۲	۲,۱۶۰	۲,۶۳۸,۶۳۰,۰۸۰	۱,۰۱۵,۰۰۰,۰۰۰	۱,۶۲۳,۶۳۰,۰۸۰
جمع کل				۴۸,۸۱۳,۵۹۵,۵۶۰	۴۴,۹۶۶,۱۴۰,۰۰۰	۳,۸۴۷,۴۵۵,۵۶۰

جدول ۲۰. برآورد بار مالی و جمعیت تحت پوشش نهادهای حمایتی واجد شرایط دریافت خدمات سلامت پایه رایگان در سال ۱۳۹۵ (ارقام به هزار ریال)

منبع: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

### ۳-۵- توانمندسازی (ارتقای ظرفیت و دارایی)

باتوجه به رویکرد مهم توانمندسازی در ارائه خدمات لایه مساعدت با هدف بازتوانی و خوداتکایی افراد قابل توانمند شدن، بسته خدمات توانمندسازی شامل مهارت آموزی، آموزش، کارگستری، ارتقای توان حرفه‌ای و کمک به تأمین سرمایه کار، اشتغال‌زایی، ارائه وام‌های خرد و تبدیل اعتبارات خرد افراد تحت پوشش به اعتبار بانکی است. جهت جلوگیری از چسبندگی مشمولین بسته خدمات توانمندسازی به نهادهای حمایتی و نیز، مدیریت بهینه منابع در راستای خروج دریافت‌کنندگان این بسته از لایه مساعدت و ورود آن‌ها به لایه بیمه‌ای (مشارکتی)، سالانه تا ۱۰ درصد جمعیت مشمول، هدف این برنامه قرار خواهند گرفت. در این راستا، نهادهای حمایتی موظف‌اند سالانه حداقل یک درصد دریافت‌کنندگان بسته توانمندسازی، مهارت‌آموزی و اشتغال‌زایی را با مدیریت دقیق منابع و هدف‌گذاری مناسب، حداکثر پس از دو سال از چرخه حمایت مستقیم خارج نمایند. در ضمن نهادهای حمایتی موظف‌اند مأموریت‌های مربوط به مهارت‌آموزی و آموزش جمعیت تحت پوشش را از طریق خرید خدمت از بخش غیردولتی انجام دهند.

از این رو، طراحی سیستم به‌گونه‌ای خواهد بود که پس از گذشت مدت زمان مقرر (۲ تا نهایتاً ۵ سال) از ثبت اطلاعات افراد در پنجره واحد خدمات رفاه و تأمین اجتماعی به‌عنوان دریافت‌کننده بسته توانمندسازی، مستمری و سایر خدمات حمایتی مستمر این افراد (مانند حق بیمه رایگان) قطع شود. سرانه بسته خدمات

توانمندسازی و منابع موردنیاز برای تأمین آن، به تفکیک نهادهای حمایتی در سال ۱۳۹۵ به شرح جدول‌های ۲۱ و ۲۲ خواهد بود.

موضوع حمایت	تعداد	سراشته سالیانه موردنیاز جهت ارائه برنامه‌های توانمندسازی	اعتبار موردنیاز جهت ارائه برنامه‌های توانمندسازی
آموزشی (دانش‌آموزی و دانشجویی)	۲۱۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
مهارت‌آموزی	۱۷,۵۵۷	۵,۰۰۰,۰۰۰	۸۷,۷۸۵,۰۰۰,۰۰۰
طرح اشتغال‌زایی و خروج از حمایت	۱,۷۶۰	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۵۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
مناسب‌سازی و تعمیرات مسکن	۱۵,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
ودیعۀ مسکن نیازمندان	۱۶,۵۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۶۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
تأمین و احداث حداقل سرپناه مناسب	۶,۰۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۶۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
جمع کل			۴,۰۹۹,۷۸۵,۰۰۰,۰۰۰

جدول ۲۱. جمعیت هدف و اعتبار موردنیاز جهت ارائه برنامه‌های توانمندسازی به مشمولین سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال)

منبع: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

موضوع حمایت	تعداد	سراشته سالیانه موردنیاز جهت ارائه برنامه‌های توانمندسازی	اعتبار موردنیاز جهت ارائه برنامه‌های توانمندسازی
آموزشی (دانش‌آموزی و دانشجویی)	۳۱۰,۰۰۰	۱۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
مهارت‌آموزی	۱۰۰,۹۷۰	۵,۰۰۰,۰۰۰	۵۰۴,۸۵۰,۰۰۰,۰۰۰
طرح اشتغال‌زایی و خروج از حمایت	۱۰,۰۹۷	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۲,۰۱۹,۳۹۶,۴۴۰,۰۰۰
مناسب‌سازی و تعمیرات مسکن	۳۵,۰۰۰	۲۰,۰۰۰,۰۰۰	۷۰۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
ودیعۀ مسکن نیازمندان	۲۸,۰۰۰	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
تأمین و احداث حداقل سرپناه مناسب	۱۱,۴۰۰	۱۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱,۱۴۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
جمع کل			۸,۵۸۴,۲۴۶,۴۴۰,۰۰۰

جدول ۲۲. جمعیت هدف و اعتبار موردنیاز جهت ارائه برنامه‌های توانمندسازی به مشمولین کمیته امام خمینی (ره) در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال)

منبع: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

بار مالی ارائه حمایت‌های مختلف توانمندسازی اعم از آموزش، مهارت‌آموزی، طرح اشتغال‌زایی و تأمین حداقل سرپرناه مناسب برای جمعیت هدف سازمان بهزیستی کشور و کمیته امداد حضرت امام خمینی (ره) در سال ۱۳۹۵ به ترتیب، حدود ۴۱۰ و ۸۵۸ میلیارد تومان خواهد بود. بنابراین، برای ارائه برنامه‌های توانمندسازی مجموعاً حدود ۱۲۶۸ میلیارد تومان اعتبار موردنیاز است که با کسر منابع موجود در قانون بودجه سال ۱۳۹۵ (حدود ۷۳۹ میلیارد تومان)، نزدیک به ۵۳۰ میلیارد تومان کسری منابع در این حوزه وجود دارد.

#### ۴-۵- مراقبت‌های ویژه شامل حمایت و نگهداری از خانواده‌های نیازمند، معلولین و کودکان بی‌سرپرست

نگهداری معلولین، سالمندان و بیماران روانی مزمن نیازمند از طریق تأمین حق سرانه موردنیاز از محل منابع عمومی مربوطه و با اولویت خرید خدمت از بخش غیردولتی انجام خواهد شد. اعتبار موردنیاز سالانه برای این امر در قالب بودجه دستگاه‌های حمایتی منظور خواهد شد.

نهادهای حمایتی به منظور ارائه خدمات موردنیاز مجازند حق سرانه افراد مشمول را به خانواده‌های آن‌ها یا خانواده‌های متقاضی دارای شرایط احراز پرداخت نمایند. جمعیت هدف نیازمند مراقبت‌های ویژه و نیز، انواع خدمات قابل ارائه در این حوزه در جدول ۲۳ نمایش داده شده است. با توجه به ارقام این جدول، برای پوشش کامل جمعیت مشمول این بسته و ارائه خدمات استاندارد به آن‌ها ۱۰۵۸ میلیارد تومان اعتبار لازم است که با لحاظ منابع موجود در قانون بودجه سال ۱۳۹۵، حدود ۶۲ میلیارد تومان کسری در این بخش وجود دارد.

عنوان خدمت	جمعیت هدف	سرانه ماهیانه برای اجرای برنامه مراقبت‌های ویژه	سرانه سالیانه برای اجرای برنامه مراقبت‌های ویژه	اعتبار موردنیاز برای اجرای برنامه مراقبت‌های ویژه
مراقبت‌های ویژه از معلولین در مراکز شبانه‌روزی	۳۸۰۰۰	۵,۲۷۸,۰۰۰	۶۳,۳۳۶,۰۰۰	۲,۴۰۶,۷۶۸,۰۰۰,۰۰۰
مراقبت از معلولین در مراکز روزانه	۳۳,۳۰۰	۳,۶۵۴,۰۰۰	۴۳,۸۴۸,۰۰۰	۱,۴۶۰,۱۳۸,۴۰۰,۰۰۰
حمایت از معلولین در کارگاه‌های تولیدی و حمایتی	۳,۳۶۱	۳,۶۵۴,۰۰۰	۴۳,۸۴۸,۰۰۰	۱۴۷,۳۷۳,۱۲۸,۰۰۰
مراقبت و حق پرستاری معلولین در منزل	۲۲,۱۳۶	۳,۲۴۸,۰۰۰	۳۸,۹۷۶,۰۰۰	۸۶۲,۷۷۲,۷۳۶,۰۰۰
مراقبت‌های ویژه از کودکان بی‌سرپرست در مؤسسات	۲۳,۰۰۰	۶,۴۹۶,۰۰۰	۷۷,۹۵۲,۰۰۰	۱,۷۹۲,۸۹۶,۰۰۰,۰۰۰
ترخیص فرزندان بی‌سرپرست	۶۰۰	-	۲۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۱۲۰,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
توان بخشی مبتنی بر خانواده	۶,۵۰۰	۲,۲۶۹,۰۰۰	۲۷,۲۲۸,۰۰۰	۱۷۶,۹۸۲,۰۰۰,۰۰۰

جدول ۲۳. جمعیت هدف و اعتبار موردنیاز جهت اجرای برنامه مراقبت‌های ویژه در سال ۵۹۳۱ (ارقام به ریال)

عنوان خدمت	جمعیت هدف	سراة ماهيانه برای اجرای برنامه مراقبت‌های ویژه	سراة ساليانه برای اجرای برنامه مراقبت‌های ویژه	اعتبار مورد نیاز برای اجرای برنامه مراقبت‌های ویژه
نگهداری دانش‌آموزان در خوابگاه‌ها	۸۰,۰۰۰	-	۳۹۳,۷۵۰	۲۵۲,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
حمایت‌های ویژه از سالمندان، زنان و خانواده‌های کم‌درآمد (تأمین جهیزیه و کمک به ازدواج و مانند آن)	۸۴,۰۰۰	-	۴۰,۰۰۰,۰۰۰	۳,۳۶,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰
جمع کل				
منابع موجود در قانون بودجه سال ۱۳۹۵				
کسری منابع برای اجرای برنامه مراقبت‌های ویژه				
				۱۰,۵۷۸,۹۳۰,۲۶۴,۰۰۰
				۹,۹۵۶,۷۶۸,۸۷۲,۰۰۰
				۶۲۲,۱۶۱,۳۹۲,۰۰۰

ادامه جدول ۲۳. جمعیت هدف و اعتبار مورد نیاز جهت اجرای برنامه مراقبت‌های ویژه در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال)

#### ۵-۵- پیشگیری، مداخله و مدیریت مخاطرات

در بسته خدمات پیشگیرانه لایه مساعدت، خدماتی مانند امور مددکاری برای افراد تحت پوشش، غربالگری ناشنوایی و نابینایی، غربالگری ژنتیک افراد ۱۵ تا ۲۵ ساله، مشاوره ژنتیک، پوشش بیمه‌های اجتماعی مددجویان در حال بازتوانی، پیشگیری از آسیب‌ها، برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم در کودکان ۳ تا ۶ ساله سراسر کشور و پیشگیری از معلولیت‌های ناشی از اختلالات ژنتیک ارائه می‌شود. باتوجه به نقش اقدامات پیشگیرانه، ارائه بسته خدمات پیشگیری برای مشمولین لایه مساعدت از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است. بر اساس بررسی‌های به‌عمل آمده، حداقل سرة استاندارد بابت ارائه خدمات این بسته در سال حدود ۲۱۰ هزار تومان است. با عنایت به جمعیت هدف برنامه پیشگیری، مداخله و مدیریت مخاطرات در سال ۱۳۹۵ (حدود ۳,۳ میلیون نفر)، اعتباری نزدیک به ۳۵ میلیارد تومان برای پوشش کامل خدمات مورد نیاز است. جمعیت هدف و اعتبار مورد نیاز برای اجرای این برنامه در جدول ۲۴ گزارش شده است.

جمعیت مشمول خدمات پیشگیری، مداخله و مدیریت بحران	جمعیت هدف	میلنگین هزینه سرة در سال	اعتبار مورد نیاز برای اجرای برنامه	منابع موجود	کسری منابع برای اجرای برنامه
۹,۳۴۱,۶۷۲	۳,۲۶۹,۵۸۵	۲,۱۰۰,۰۰۰	۶,۸۶۶,۱۲۸,۹۲۰,۰۰۰	۶,۵۱۸,۰۰۰,۰۰۰,۰۰۰	۳۴۸,۱۲۸,۹۲۰,۰۰۰

جدول ۲۴. جمعیت هدف و اعتبار مورد نیاز جهت اجرای برنامه پیشگیری، مداخله و مدیریت مخاطرات در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال)

منبع: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی



## ۶-۵- برآورد مجموع اعتبار موردنیاز برای تأمین موضوعات حمایت در لایه مساعدت

باتوجه به برآورد اعتبار موردنیاز برای موضوعات اصلی حمایت در لایه مساعدت برحسب استانداردهای حداقلی، مجموعاً حدود ۱۴۸۱۰ میلیارد تومان برای پوشش جمعیت هدف در این لایه لازم است. با لحاظ منابع موجود در قانون بودجه سال ۱۳۹۵ و یارانه‌های پرداختی توسط دولت، کسری منابع در این حوزه حدود ۳۴۹۰ میلیارد تومان است. این اطلاعات با تفصیل بیشتر در جدول ۲۵ آورده شده است.

موضوع حمایت	اعتبار موردنیاز
معیشت (مستمری و امنیت تغذیه)	۶۹.۱۶۱.۰۸۸.۳۳۱.۲۰۰
خدمات حمایتی سلامت و توان‌بخشی	۴۸.۸۱۳.۵۹۵.۵۶۰.۰۰۰
مراقبت‌های ویژه	۱۰.۵۷۸.۹۳۰.۲۶۴.۰۰۰
توانمندسازی (ارتقای ظرفیت و دارایی)	۱۲.۶۸۴.۰۳۱.۴۴۰.۰۰۰
پیشگیری، مداخله و مدیریت مخاطرات	۶.۸۶۶.۱۲۸.۹۲۰.۰۰۰
جمع کل اعتبار موردنیاز	۱۴۸.۱۰۳.۷۷۴.۵۱۵.۲۰۰
منابع موجود (قانون بودجه سالانه)	۹۰.۴۲۵.۱۲۰.۰۰۰.۰۰۰
یارانه پرداختی	۲۲.۷۸۲.۴۵۰.۶۰۰.۰۰۰
کسری منابع برای ارائه خدمات لایه مساعدت	۳۴.۸۹۶.۲۰۳.۹۱۵.۲۰۰

جدول ۲۵. جمع‌بندی اعتبار موردنیاز جهت اجرای موضوعات حمایتی در لایه مساعدت برحسب استانداردهای حداقلی در سال ۱۳۹۵ (ارقام به ریال)

منبع: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

## ۶- تحلیل حقوقی و اسناد بالادستی

### ۶-۱- مساعدت اجتماعی در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

وفق اصل چهل‌وسوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، دولت موظف است «برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه‌کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، با حفظ آزادگی

او» بر اساس ضوابط زیر عمل نماید: «۱) تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه؛ ۲) تأمین شرایط و امکانات کار برای همه به‌منظور رسیدن به اشتغال کامل و قرار دادن وسایل کار در اختیار همه کسانی که قادر به کار هستند ولی وسایل کار ندارند، در شکل تعاونی، از راه وام بدون بهره یا هر راه مشروع دیگر که نه به تمرکز و تداول ثروت در دست افراد و گروه‌های خاص منتهی شود و نه دولت را به‌صورت یک کارفرمای بزرگ مطلق درآورد. این اقدام باید با رعایت ضرورت‌های حاکم بر برنامه‌ریزی عمومی اقتصاد کشور در هر یک از مراحل رشد صورت گیرد...».

## ۲-۶- مساعدت اجتماعی در قانون برنامه پنجم توسعه

بر اساس ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم توسعه، «دولت مجاز است نسبت به برقراری و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چندلایه با لحاظ حداقل سه لایه:

▲ مساعدت‌های اجتماعی شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی؛

▲ بیمه‌های اجتماعی پایه شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه؛

▲ بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان؛

با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین این لایه‌ها در کشور اقدام نماید. آیین‌نامه اجرایی این ماده به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد.»

همچنین، به‌موجب ماده ۳۹ از این قانون، «به‌منظور توانمندسازی افراد و گروه‌های نیازمند به‌ویژه زنان سرپرست خانوار و معلولان نیازمند با تأکید بر برنامه‌های اجتماع‌محور و خانواده‌محور، با استفاده از منابع بودجه عمومی دولت و کمک‌های مردمی، اقدامات زیر توسط دولت انجام می‌شود:

**الف-** طراحی نظام سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی متناسب با شرایط بومی، منطقه‌ای و گروه‌های هدف حداکثر تا پایان سال اول برنامه و فراهم نمودن ظرفیت‌های لازم برای استقرار نظام مذکور در طول برنامه.

**ب-** اجرای برنامه‌های توانمندسازی حداقل سالانه ده درصد (۱۰ درصد) خانوارهای تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی به‌استثنای سالمندان و معلولین ذهنی، توانمندشده و خروج آنان از پوشش حمایت‌های مستقیم.

### ۳-۶- مساعادت اجتماعی در آیین‌نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی

بر اساس ماده ۲ از آیین‌نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی، مصوب هیئت‌وزیران سال ۱۳۸۳، «جمعیت هدف تحت پوشش این آیین‌نامه به سه گروه درآمدی زیر طبقه‌بندی می‌شوند:

گروه اول- جمعیت زیر خط فقر شدید؛

گروه دوم- جمعیت مابین خط فقر شدید و خط فقر مطلق؛

گروه سوم- جمعیت بالاتر از خط فقر مطلق (جامعه سالم)».

در تبصره ۱ این ماده اذعان شده که «برای گروه‌های اول و دوم اقدامات جبرانی و برای گروه سوم اقدامات ارتقایی و پیشگیرانه انجام می‌گیرد». همچنین به موجب تبصره ۲ این ماده، «برای کاهش مخاطرات و تأمین پوشش کامل گروه‌های آسیب‌پذیر یک محدوده ده‌درصدی درآمدی بالاتر از خط فقر مطلق به جمعیت گروه دوم اضافه می‌شود».

افزون‌براین، وفق ماده ۳ از این آیین‌نامه، «خانوارهای دارای فقر شدید<sup>۱</sup>، به‌صورت کامل تحت پوشش چتر ایمنی رفاه اجتماعی قرار می‌گیرند و اولویت ارائه خدمات به خانوارهای دارای فقر مطلق<sup>۲</sup>، به ترتیب زیر خواهد بود:

الف- کودکان بی‌سرپرست؛

ب- زنان سرپرست خانوار و خودسرپرست؛

پ- سالمندان؛

ت- معلولان؛

ث- سایرین (بیکاران، معتادان، بیماران مزمن جسمی و روانی و ...).» همچنین هر یک از دستگاه‌های حمایتی نیز بر اساس ضوابط و شرایط مصوب می‌توانند اقدام به نیازسنجی کنند.

### ۴-۶- مساعادت اجتماعی در قانون هدفمند کردن یارانه‌ها

مطابق با ماده ۷ از قانون هدفمند کردن یارانه‌ها، «دولت مجاز است حداکثر تا پنجاه درصد (۵۰ درصد)

۱. فقر شدید به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن، اگر تمامی درآمد خانوار هم صرف تهیه غذا شود، باز هم سرپرست خانوار قادر به تأمین روزانه ۲۰۰۰ کیلوکالری برای هر فرد بر مبنای سبد مطلوب غذایی نیست.

۲. فقر مطلق وضعیتی است که در آن خانوار به لحاظ درآمدی، قادر به تأمین حداقل نیازهای اساسی خوراکی و غیرخوراکی (مسکن، پوشاک، درمان و آموزش) خود نیست.

خالص وجوه حاصل از اجرای این قانون را در قالب بندهای زیر هزینه نماید: ... ب- اجرای نظام جامع تأمین اجتماعی برای جامعه هدف از قبیل:

۱. گسترش و تأمین بیمه‌های اجتماعی، خدمات درمانی، تأمین و ارتقای سلامت جامعه و پوشش دارویی و درمانی بیماران خاص و صعب‌العلاج؛
۲. کمک به تأمین هزینه مسکن، مقاوم‌سازی مسکن و اشتغال؛
۳. توانمندسازی و اجرای برنامه‌های حمایت اجتماعی.»

#### ۵-۶- مساعادت اجتماعی در سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها

در بندهای ۳، ۵، ۶، ۷، و ۸ ماده ۱ از سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها به مقوله مساعادت اجتماعی به شرح زیر اشاره شده‌است:

- ▶ به فقرا به‌عنوان افرادی نگریسته شود که باید در فرایند فقرزدایی خودشان شرکت نمایند.
  - ▶ به‌منظور توانمندسازی فقرا با هدف شرکت در فرایند فعالیت‌های اقتصادی و کسب مشاغل پایدار، آموزش مهارت‌های شغلی متناسب با نیازهای بازار کار ارائه می‌شود.
  - ▶ پیشگیری از ایجاد و بروز فقر و بهبود وضعیت زندگی گروه‌های محروم در اولویت است. اقدامات ارائه‌شده در این خصوص، نخست باید برطرف‌کننده عوامل و زمینه‌هایی باشد که موجب ایجاد فقر می‌گردند. در مرحله بعد، مساعادت مالی و فرهنگی و آموزش‌هایی را شامل می‌شود که منجر به توانمندسازی افراد می‌گردند.
  - ▶ جهت‌گیری برنامه‌های فقرزدایی به‌گونه‌ای است که منجر به خروج افراد دارای توانایی کار از پوشش خدمات حمایتی به پوشش بیمه‌های اجتماعی می‌شوند.
  - ▶ پوشش‌های حمایتی فقرایی که توانایی کار و فعالیت دارند، از نظر زمانی محدود و طی دوره حمایت، اقدامات لازم برای کسب مهارت‌های شغلی به‌صورت رایگان برای آن‌ها فراهم می‌گردد.
- همچنین اهداف آرمانی و کیفی این سند در ماده سوم و چهارم آن بررسی شده است. بر اساس ماده ۳، «استقرار عدالت اجتماعی، کاهش نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی، کاهش فاصله دهک‌های درآمدی و توزیع عادلانه درآمد در کشور، کاهش فقر و محدودیت، توانمندسازی فقرا و هدفمند کردن یارانه‌ها به‌عنوان اهداف آرمانی این سند تلقی می‌شوند». به‌علاوه، مطابق با ماده ۴ از این سند، «اهداف کیفی سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها به شرح زیر است:

۱- بهبود وضعیت تغذیه؛

۲- بهبود سطح دسترسی به خدمات بهداشتی، درمانی و توان بخشی مورد نیاز؛

۳- ارتقای سطح مهارت‌های زندگی مبتنی بر دانش؛

۴- ارتقای وضعیت مسکن و سرپناه؛

۵- بازگرداندن گروه‌های آسیب پذیر به حوزه فعالیت‌های اجتماعی؛

۶- کاهش آسیب‌های ناشی از مخاطرات طبیعی، سیاسی و اجتماعی.»

## ۶-۶- مساعدت اجتماعی در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

بر اساس ماده ۴ از قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، «اهداف و وظایف حوزه حمایتی و توان بخشی به شرح زیر است:

الف- سازمان‌دهی و هدفمند کردن یارانه‌ها و منابع حمایتی؛

ب- هماهنگی بخش‌های مختلف دولت در راستای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی؛

ج- مشارکت در تعیین خط فقر (مطلق و نسبی)؛

د- حمایت از افراد جامعه در برابر رویدادهای اقتصادی، اجتماعی و پیامدهای سوء آن‌ها خصوصاً در زمینه بیکاری، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی و پیری؛

ه- تأمین حداقل زندگی برای همه افراد و خانواده‌هایی که درآمد کافی ندارند با اولویت افرادی که به دلایل جسمی و روانی قادر به کار نیستند؛

و- پرداخت مقرری به افراد جویای کار به شکل وام و برای مدت محدود؛

ز- تحت پوشش قرار دادن خانواده‌های بی‌سرپرست و زنان خودسرپرست؛

ح- فراهم‌سازی امکانات، آموزش بازتوانی و ایجاد مهارت‌های شغلی خانوارهای نیازمند؛

ط- حمایت از مادران به‌خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند؛

ی- تأمین خدمات پیشگیری از بروز یا تشدید معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی در گروه‌های هدف و تحت پوشش قرار دادن آن‌ها در سه سطح پیشگیری، درمان و توان بخشی؛

ک- فراهم آوردن امکانات لازم به‌منظور بهبود وضع جسمی، ذهنی، اجتماعی و اقتصادی معلولین برای

ادامه زندگی و تلاش برای تأمین استقلال و خودکفایی معلولان، افراد محروم از فرصت‌های برابر اجتماعی و آسیب‌دیدگان اجتماعی؛

ل- آماده‌سازی محیط اجتماعی و فضای فیزیکی متناسب با ویژگی‌ها و توانایی‌های معلولان؛

م- ادامه روند حمایت از نیازمندان روستایی و عشایر».

## ۷- رویکرد اجرایی

رویکرد اجرایی سیاست مساعدت‌های اجتماعی مبتنی بر مشارکت نهادهای غیردولتی و دستگاه‌های دولتی خواهد بود. بدین ترتیب، نهادهای عمومی غیردولتی و دولتی و همچنین، مؤسسات خیریه از ارکان اصلی اجرای این سیاست خواهند بود. باتوجه به دامنه گسترده این سیاست و بار مالی زیاد ناشی از آن، ضروری است که چشم‌انداز واضحی از هزینه‌های این سیاست ترسیم شود. این اقدام در سند سیاستی حاضر انجام شده است. افزون بر این، به منظور رفع چالش مالی حوزه حمایت‌های اجتماعی، کلیه محاسبات بر اساس هدف‌گذاری‌های میان‌مدت و باتوجه به نرخ تورم، به تفکیک انواع خدمات توسط بخش دولتی انجام خواهد شد.

همچنین، در خصوص اصلاح فرایندهای اجرایی در دستگاه‌های حمایتی دو فعالیت زیر پیگیری می‌شود:

▲ اصلاح دستورالعمل‌های اجرایی؛

▲ اجرای بند (الف) ماده ۳۹ قانون برنامه پنجم توسعه که توسط دولت و با همکاری بخش غیردولتی انجام خواهد شد.

اصلاح دستورالعمل‌ها از طریق بررسی رویه‌های اجرایی، احصاء نواقص و چالش‌های پیش رو، ارائه راه‌حل‌های پیشنهادی، و نهایی‌سازی راه‌حل‌ها انجام می‌شود. سپس، ضروری است که دستورالعمل‌ها و رویه‌های اصلاحی تدوین و تصویب، و جهت اجرا به دستگاه‌های حمایتی ابلاغ شوند و در پایان، اعتبار لازم جهت اجرای دستورالعمل‌ها و رویه‌های ابلاغی تأمین شود.

لازم به ذکر است در اجرای بند (م) ماده ۱۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و به منظور رعایت اصل فراگیری، رفع هم‌پوشانی، حصول اطمینان از برخورداری جامعه از خدمات لایه‌های مختلف نظام تأمین اجتماعی و تخصیص بهینه و بهنگام منابع در بین لایه‌های نظام رفاه و تأمین اجتماعی، سامانه‌ای تحت عنوان پنجره (درگاه) واحد خدمات رفاه و تأمین اجتماعی توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی ایجاد می‌شود. به بیانی دقیق، برای مدیریت منابع مالی، ایجاد پوشش مؤثر، اطمینان از دسترسی افراد مشمول و جلوگیری

از موارد سوءاستفاده، پرونده الکترونیک رفاه و تأمین اجتماعی با شناسه واحد (شماره ملی) برای تمامی افراد در قالب خانوارها، شبه خانوارها و مشمولین دریافت خدمات رفاه و تأمین اجتماعی تشکیل می‌شود و کلیه دستگاه‌های اجرایی، صندوق‌ها و نهادهای عمومی و مراکز غیردولتی که در حوزه حمایتی و بیمه‌های اجتماعی و درمانی فعالیت دارند و برای فعالیت و ارائه خدمات به هر طریق و به هر میزانی، از منابع عمومی و دولتی استفاده می‌کنند و یا مجوز فعالیت دریافت می‌نمایند، مکلفاند نسبت به ثبت و ارسال اطلاعات هویتی و خدمات ارائه‌شده به خانوارها، شبه خانوارها و افراد تحت پوشش خود در سامانه پنجره واحد رفاه و تأمین اجتماعی اقدام نمایند. اطلاعات بیشتر در این خصوص در سند ۵ ارائه می‌شود.

ردیف	اقدامات	فرایند اجرا	مسئول اجرا	زمان‌بندی
۱	یکسان‌سازی دستورالعمل‌های نحوه پذیرش و ارائه خدمات حوزه حمایت‌های اجتماعی	بررسی تحلیلی وضع موجود ارائه خدمات و استانداردهای تعریف‌شده در نهادهای حمایتی و ارائه سناریوی اصلاحات	معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، معاونت اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، سازمان بهزیستی کشور، و کمیته امداد امام خمینی (ره) با همکاری صاحب‌نظران حوزه حمایتی	نیمه اول سال ۱۳۹۵
		تهیه پیش‌نویس‌های دستورالعمل و ضوابط یکسان ارائه خدمات حمایتی و برگزاری نشست‌های تخصصی به‌منظور رفع ابهامات	معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، معاونت اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، سازمان بهزیستی کشور و کمیته امداد امام خمینی (ره) با همکاری هلال احمر، وزارت کشور، بنیاد شهید و امور ایثارگران، و سایر بنیادهای خیریه	نیمه اول سال ۱۳۹۵
۲	استقرار نظام سطح‌بندی خدمات در دستگاه‌های حمایتی	انجام مطالعات تطبیقی در ایران و سایر کشورها در خصوص شیوه‌های ارائه خدمات حمایت‌های اجتماعی و میزان اثربخش آن‌ها و درنهایت، ارائه مدل پیشنهادی	معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با همراهی نهادهای حمایتی	نیمه دوم سال ۱۳۹۵
		تهیه مدل و سناریوی مفهومی برای سطح‌بندی خدمات حمایتی	معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی، معاونت اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی	
		ارائه گزارش توجیهی، شناسایی مدل معیار بر اساس نقطه‌نظرات صاحب‌نظران و ذی‌نفعان این حوزه	معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی، معاونت اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، کمیسیون اجتماعی دولت، و سایر ذی‌نفعان از جمله نهادهای خیریه و مردمی	وزارت رفاه و شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی
		بررسی و تصویب نهایی		

زمان‌بندی	مسئول اجرا	فرایند اجرا	اقدامات	ردیف
نیمه اول سال ۱۳۹۵	معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با همکاری سایر دستگاه‌های فعال در این حوزه	معماری (طراحی) پایگاه مبتنی بر سیاست‌گذاری‌ها	ایجاد سامانه نظام جامع خدمات رفاهی جمهوری اسلامی ایران	۳
نیمه اول سال ۱۳۹۵	معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	شناسایی بانک‌ها و منابع اطلاعاتی معتبر حوزه حمایتی		
نیمه اول سال ۱۳۹۵	معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با همکاری سایر دستگاه‌های فعال در این حوزه	شناسایی فرایندهای ارائه خدمات رفاهی (حمایتی)		
نیمه اول سال ۱۳۹۵	معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با همکاری سایر دستگاه‌های فعال در این حوزه	طراحی فرایند کسب‌وکار ارائه خدمات رفاهی		
همزمان با دریافت اطلاعات	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	راه‌اندازی سامانه نظام جامع خدمات رفاهی		
حداکثر یک ماه پس از دریافت اطلاعات و راستی‌آزمایی آن	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	ذخیره‌سازی، نگهداری در سامانه اطلاعات پایگاه ثبتی و تشکیل پرونده تخصیصی برای افراد		
همزمان با دریافت و راستی‌آزمایی اطلاعات	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	به‌روزرسانی مستمر اطلاعات		

ادامه جدول ۲۶. عملیات اجرای سیاست

## ۸- مخاطرات طرح و ضمانت‌های اجرایی

طرح حاضر با مخاطراتی نیز همراه است که لازم است برای جلوگیری از وقوع آن‌ها یا مواجهه با آن‌ها پیش‌بینی مناسبی به عمل آید. این مخاطرات موارد زیر را شامل می‌شود:

- ▲ عدم تأمین مناسب منابع مالی؛
- ▲ عدم همکاری همه‌جانبه دستگاه‌های حمایتی در استقرار نظام سطح‌بندی خدمات؛
- ▲ عدم همکاری همه‌جانبه بخش غیردولتی در تدوین و طراحی سامانه.



## ۹- پایش و ارزیابی

برای حصول اطمینان از اجرای مناسب سیاست مساعدت‌های اجتماعی و شفاف‌سازی مقاصد اجرایی آن، ضروری است که شاخص‌های پایش و پیشرفت اجرای سیاست تدوین شود. باتوجه به اهداف، برنامه‌های طرح، و اقدامات تعیین‌شده مهم شاخص‌های ارزیابی به شرح زیر است:

- ▲ تعداد افراد پشت نوبت دریافت حمایت‌ها؛
- ▲ جمعیت تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی؛
- ▲ ضریب نفوذ خدمات حمایتی و توانمندسازی؛
- ▲ نسبت افراد خارج‌شده از طریق توانمندسازی به کل افراد قابل بازتوانی؛
- ▲ نسبت خانوارهای خارج‌شده از طریق توانمندسازی به کل خانوارهای قابل بازتوانی؛
- ▲ نسبت میزان اعتبارات موردنیاز به اعتبارات تخصیص‌یافته به تفکیک دوره‌های زمانی.

## « جمع بندی

از منظر کلان، ارتقای کمی و کیفی حمایت‌های اجتماعی موجب بهبود وضعیت افراد تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی و کاهش و یا قطع وابستگی آنان به دستگاه‌های حمایتی خواهد شد. از طرف دیگر، بهبود وضعیت حدود ۴۰۳ میلیون نفر مشمول حمایت اجتماعی نیز در کاهش آسیب‌های اجتماعی و مشکلات اجتماعی در سطح کلان آثار بسزایی خواهد داشت. با درک این ضرورت، لایه مساعدت برای ارائه خدمات حمایتی به عنوان لایه اول در نظام تأمین اجتماعی چندلایه معرفی شد. سند حاضر به‌طور ویژه به طراحی سیاست لایه مساعدت اجتماعی پرداخته است. در این راستا، در چهارچوب روش‌شناسی اسناد سیاستی که در فصل اول موردبحث قرار گرفت، سند سیاستی لایه مساعدت اجتماعی تدوین و تدقیق شد. بدین منظور، پس از بررسی اجمالی وضع موجود در حوزه حمایت و مسئله‌شناسی تحلیلی، نظریه سیاستی و اقدامات مبتنی بر آن تشریح شد. سپس، اسناد قانونی مرتبط با ایجاد این لایه ارائه شد. به‌منظور ارائه چشم‌اندازی از بار مالی این سیاست، اعتبار موردنیاز برای پوشش خدمات مختلف حمایتی (شامل مستمری معیشت و امنیت تغذیه، خدمات حمایتی سلامت، برنامه‌های توانمندسازی، مراقبت‌های ویژه، و پیشگیری، مداخله و مدیریت مخاطرات) به تفکیک برآورد شد. باتوجه به این محاسبات نشان داده شد که با لحاظ منابع موجود در قانون بودجه سال ۱۳۹۵ و یارانه‌های پرداختی توسط دولت، کسری منابع در این حوزه حدود ۳۴۹۰ میلیارد تومان است. پس از برآورد هزینه‌ها، رویکرد اجرایی سیاست و اقدامات عملیاتی توصیف شد و در نهایت، شاخص‌های ارزیابی معرفی شد.

## « منابع

- آیین‌نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی، مصوب هیئت‌وزیران سال ۱۳۸۳.
- سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها، مصوب هیئت‌وزیران سال ۱۳۸۳.
- قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، مصوب سال ۱۳۸۹.
- قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مصوب سال ۱۳۸۳.
- قانون هدفمند کردن یارانه‌ها، مصوب سال ۱۳۸۸.
- سالنامه آماری کشور، ۱۳۹۲.
- سالنامه کاری سازمان پزشکی قانونی کشور، ۱۳۹۳.

World Health Organization.(2014). Global Status Report on *Alcohol and Health* (Who Reports).

سند ۳

لایه بیمه اجتماعی پایه و تکمیلی

نام سند	سند سیاستی لایه بیمه اجتماعی پایه و تکمیلی
تاریخ صدور	۱۳۹۳/۰۶/۲۲
شرح سند	سند لایه بیمه اجتماعی پایه و تکمیلی به‌مثابه مقدمه‌ای برای تدوین آیین‌نامه نظام تأمین اجتماعی چندلایه (موضوع ماده ۲۷ برنامه پنجم توسعه) است. در این سند شناخت مسئله، نظریات پایه، ذی‌نفعان و تحلیل سایر جنبه‌های مربوط به اصلاح نظام بیمه‌های اجتماعی پایه و تکمیلی کشور مطرح شده و موارد لازم جهت درج در آیین‌نامه مذکور و سایر لوايح و اسناد پیشنهادی ارائه شده است.
تهیه و تدوین	مرحوم مظفر کریمی، اسماعیل گرجی‌پور، علی حیدری، حمید پوراصغری، رضا کاظمی تکلیمی، محمدعلی ابراهیم‌زاده، رضا کاشف، رضا منوچهری‌راد، حسین مشیری تبریزی، محمد پوستین‌دوز، حسام نیکوپور، امیرعباس فضائلی، کامران قربانعلی، و مجید حسنزاده.
ناظر	کیومرث اشتریان؛ دبیر محترم کمیسیون اجتماعی دولت

جدول ۲۷. شناسنامه سند ۳

شرح تغییرات	تاریخ	نویسنده / ویراستار
تدوین پیش‌نویس اول	۹۳/۰۶/۲۲	مرحوم مظفر کریمی، و اسماعیل گرجی‌پور.
تدوین پیش‌نویس دوم	۹۳/۰۸/۱۷	اسماعیل گرجی‌پور، و مرحوم مظفر کریمی.
تدوین پیش‌نویس سوم	۹۳/۱۰/۱۴	اسماعیل گرجی‌پور، مرحوم مظفر کریمی، علی حیدری، و رضا کاشف.
تدوین پیش‌نویس چهارم	۹۳/۱۱/۲۸	اسماعیل گرجی‌پور، مرحوم مظفر کریمی، علی حیدری، رضا کاظمی تکلیمی، رضا کاشف، و رضا منوچهری‌راد.
تدوین پیش‌نویس پنجم	۹۴/۰۲/۱۷	اسماعیل گرجی‌پور، مرحوم مظفر کریمی، علی حیدری، رضا کاظمی تکلیمی، محمدعلی ابراهیم‌زاده، رضا کاشف، رضا منوچهری‌راد، حسین مشیری تبریزی، حسام نیکوپور، کامران قربانعلی، امیرعباس امیری، و محمد پوستین‌دوز.

جدول ۲۸. تاریخچه بازنگری سند ۳

تدوین پیش‌نویس ششم	۹۴/۰۸/۲۲	مرحوم مظفر کریمی، اسماعیل گرجی‌پور، علی حیدری، حمید پوراصغری، رضا کاظمی تکلیمی، محمدعلی ابراهیم‌زاده، رضا کاشف، رضا منوچهری‌راد، حسین مشیری تبریزی، محمد پوستین‌دوز، حسام نیکوپور، امیرعباس فضائی، کامران قربانعلی، مجید حسن‌زاده، و امیرعباس امیری.
--------------------	----------	--

ادامه جدول ۲۸. تاریخچه بازنگری سند ۳

## مقدمه

صندوق‌های بیمه اجتماعی بر مبنای تعادل بین منابع و مصارف اداره می‌شوند. فشارهای مالی وارد بر نظام‌های تأمین اجتماعی در دنیا موجب نگرانی و درنهایت دگرگونی به صورت گوناگون شده است. به‌طور کلی، سه رویکرد اساسی را در خصوص اصلاحات می‌توان مشاهده کرد: اصلاح نظام توازن درآمد با هزینه (PAYG) از طریق اصلاح پارامتریک، تغییر روش و اجرای نظام مبتنی بر ذخیره‌سازی کامل (FF) با اصلاح سیستمی، و تغییر تدریجی به سمت طرح‌های تأمین اجتماعی چندلایه که در آن ترکیبی از اجزای PAYG و FF وجود دارد. کشورهای مختلف با توجه به شرایط اقتصادی، اجتماعی، و سیاسی حاکم بر جامعه، یکی از راهکارهای فوق را انتخاب می‌کنند.

نگاهی اجمالی بر وضعیت صندوق‌های بیمه بازنشستگی در کشور نشان می‌دهد که تقریباً همه این صندوق‌ها با مشکلات مالی روبرو هستند و در صورت تداوم روند فعلی، ادامه حیات آن‌ها و به‌طور کل پایداری آن‌ها با ابهام و مخاطره مواجه است. روند رو به رشد مصارف حوزه بیمه‌های اجتماعی از یک‌سو و محدودیت در تأمین منابع لازم جهت ارائه تعهدات و خدمات بیمه‌های اجتماعی از سوی دیگر، وضعیتی را ایجاد کرده است که به دغدغه بزرگ دولت‌ها در سال‌های اخیر تبدیل شده است. در این شرایط، نیاز به انجام اصلاحات در حوزه بیمه‌های اجتماعی کشور به شدت احساس می‌شود. با توجه به ماهیت نظام تأمین اجتماعی چندلایه، اصلاحات پیشنهادی در این حوزه مبتنی بر رویکرد اصلاحات ترکیبی همزمان است.

سند حاضر به طراحی لایه‌های بیمه اجتماعی پایه و تکمیلی، به‌عنوان لایه‌های دوم و سوم نظام تأمین اجتماعی چندلایه پیشنهادی اختصاص دارد. بنابراین، اصول حاکم بر این سند مبتنی بر رویکرد نظام تأمین اجتماعی چندلایه و اصلاحات ترکیبی همزمان است. در تدوین این سند تلاش شده است تا با در نظر گرفتن الزامات بومی و چهارچوب نظری نظام‌مند، از روزآمدترین رویکردهای سیاست‌گذاری در بخش عمومی و حاکمیتی بهره‌گیری شود. در این سند با بررسی مسائل کلیدی حوزه بیمه‌های پایه اجباری کشور و با استفاده از ظرفیت‌های قانونی موجود سعی شده است که اصلاحات پارامتریک و فنی به‌صورت ترکیبی پیشنهاد شود تا صندوق‌ها از وضعیت فعلی خارج شده، اصلاحات ساختاری و سیستمی لازم برای تحقق فراگیری، جامعیت، پایداری و کارآمدی حاصل شود. از این‌رو، در برنامه زمانی میان‌مدت اصلاحات پارامتریک و در کوتاه‌مدت اصلاحات فنی صندوق‌ها به‌منظور اصلاح فرایندها و روش‌های خدمات‌رسانی،

در دستور کار بررسی و اجرا قرار خواهند گرفت. همچنین، با اجرای نظام تأمین مالی اندوخته‌گذاری کامل در قالب حساب‌های انفرادی برای لایه بیمه‌های تکمیلی، اصلاحات ساختاری نیز قابل پیگیری خواهد بود.

## ۱- مسئله‌شناسی تحلیلی

مسئله‌شناسی سند سیاستی حاضر معطوف به شناسایی مهم‌ترین مسائلی است که نظام بیمه‌های اجتماعی قصد حل و رفع آن‌ها را دارد و درعین حال، مشتمل بر مسائل و موانع پیش روی استقرار نظام مذکور نیز است. به بیانی دقیق، در مسئله‌شناسی تحلیلی چالش‌های وضع موجود نظام بیمه‌های اجتماعی کشور در چهار حوزه «پوشش جمعیتی»، «منابع»، «مصارف» و «ساختار و مدیریت» قابل بررسی است. البته باید توجه کرد که مؤلفه‌های مؤثر بر هر حوزه بر دیگر حوزه‌ها هم تأثیر مستقیم دارد. به‌عنوان مثال، اگر افزایش پوشش جمعیت با رعایت قواعد محاسبات بیمه‌ای انجام شود، به تنظیم منابع و مصارف صندوق‌ها منجر خواهد شد و اگر بدون رعایت این قواعد، پوشش جمعیت افزایش یابد، صرفاً افزایش تعهدات رخ می‌دهد. همچنین، در صورتی که صندوق از ساختار منسجم و ثبات مدیریتی برخوردار باشد، مصارف آن منطقی و قابل کنترل، و منابع آن قابل تأمین خواهد بود؛ اما در شرایط بی‌ثباتی مدیریتی و نابسامانی ساختاری (چنانکه طی سال‌های اخیر تجربه شد) تمامی مؤلفه‌های مؤثر بر منابع و مصارف کارکرد نادرست و نتایج نامطلوب خواهند داشت. قطعاً چنین وضعیتی منافع درازمدت جامعه و مصالح نظام جمهوری اسلامی را تأمین نمی‌کند.

در یک نگاه خلاصه و تحلیلی، بیمه اجتماعی در ایران با مسائل، مشکلات و چالش‌های زیر مواجه است:

۱. نبود نظام بیمه‌ای مناسب برای شاغلین غیر مزد و حقوق‌بگیر (محرومیت بیش از ۵۰۲ میلیون نفر از شاغلین از پوشش بیمه بازنشستگی)؛

۲. عدم استمرار در پوشش بیمه‌های غیراجباری (روستائیان، خویش‌فرمایان، و مانند آن)؛

۳. وجود تعدد قوانین و مقررات، چندگانگی و ناهماهنگی شرایط و روش‌ها در صندوق‌های بیمه و بازنشستگی کشور؛

۴. وابستگی بیش از حد اغلب صندوق‌های بیمه و بازنشستگی به بودجه دولتی به دلیل تحمیل قوانین حمایتی و افزایش بی‌رویه حقوق و مزایای بازنشستگان بدون تأمین بار مالی آن در درازمدت؛

۵. عدم توازن و هماهنگی بین منابع و مصارف (تعهدات) در صندوق‌های بیمه و بازنشستگی به دلیل تداوم اجرای قوانین بازنشستگی پیش از موعد، عدم پرداخت بدهی معوقه دولت به سازمان‌های بیمه‌گر، عدم اعلام دستمزد واقعی و فرار بیمه‌ای، عدم اصلاح پارامترهای مؤثر بر منابع و مصارف صندوق‌ها و مواردی

از این دست.

برای بررسی دقیق‌تر، در ادامه مهم‌ترین چالش‌های نظام بیمه اجتماعی کشور در چهار محور پوشش جمعیتی، منابع، مصارف، و ساختار اداری با تفصیل بیشتری تشریح می‌شوند.

### ۱-۱- حوزه پوشش جمعیتی

با عنایت به اینکه مبنای پوشش بیمه‌های اجتماعی وضعیت شغلی افراد است، گروه غیر مزد و حقوق‌بگیران (کارفرمایان، کارکنان مستقل و کارکنان فامیلی بدون مزد) مشمول بیمه اجباری (اختیاری و سایر) و گروه مزد و حقوق‌بگیران (شامل مزد و حقوق‌بگیران بخش عمومی و بخش خصوصی) مشمول بیمه اجباری هستند.

شاخص ضریب نفوذ بیمه‌های اجتماعی (نسبت جمعیت بیمه‌شده به جمعیت کل کشور) یکی از معیارهای مناسب برای بررسی و تحلیل وضعیت موجود از نظر پوشش جمعیتی است. نسبت کل جمعیت تحت پوشش صندوق‌ها شامل بیمه‌شده اصلی و تبعی به علاوه مستمری‌بگیر اصلی و تبعی به کل جمعیت کشور حدود ۶۹ درصد است. از این مقدار، ۵۱ درصد سهم سازمان تأمین اجتماعی، ۷ درصد سهم صندوق بازنشستگی کشوری و حدود ۱۱ درصد سهم بقیه صندوق‌ها (نیروهای مسلح، بانک‌ها، نفت، آینده‌ساز و غیره) است. صندوق بازنشستگی کشوری و سازمان تأمین اجتماعی ۸۰ درصد نیروی کار در مناطق شهری را پوشش می‌دهند؛ این در حالی است که بیمه‌شدگان اصلی صندوق کشاورزان، روستائیان و عشایر تنها ۵ درصد جمعیت فعال کشور را تشکیل می‌دهند.

چالش‌های اصلی حوزه پوشش جمعیتی را می‌توان شامل موارد زیر دانست:

**الف- نبود نظام بیمه‌ای مناسب و عدم استمرار پوشش بیمه‌ای برای شاغلین غیر مزد و حقوق‌بگیر:** مهم‌ترین خلأ و نارسایی وضع موجود در پوشش جمعیت بیمه‌های اجتماعی نبود نظام بیمه‌ای مناسب و عدم استمرار پوشش بیمه‌ای برای شاغلین غیر مزد و حقوق‌بگیر است. بررسی‌ها نشان می‌دهند که بخش عمده پوشش صندوق‌های بیمه اجتماعی در کشور بر اقشار مزد و حقوق‌بگیر متمرکز بوده و در زمینه حمایت از شاغلین بدون کارفرما - که ۴۴ درصد از شاغلین کشور را تشکیل می‌دهند - و همچنین، سایر اقشار جامعه از قبیل زنان سرپرست خانوار، زنان خانه‌دار، و شاغلین موقت و پاره‌وقت توفیق چندانی به دست نیامده است.

جدول ۲۹ تعداد شاغلین ده ساله و بیشتر در سال ۱۳۹۳ را بر مبنای وضعیت شغلی به تفکیک شهری و روستایی و وضعیت شمول بیمه‌ای نشان می‌دهد. با توجه به این جدول، از ۲۱,۳ میلیون نفر شاغل ده‌ساله

و بیشتر در کشور حدود ۱۵۰۱ میلیون نفر شهری و ۶/۲ میلیون نفر روستایی هستند. از کل جمعیت شاغل شهری حدود ۹۰۶ میلیون نفر مزد و حقوق‌بگیر مشمول بیمه اجباری و ۵۰۶ میلیون نفر غیر مزد و حقوق‌بگیر مشمول بیمه غیراجباری هستند. افزون‌براین، از کل جمعیت شاغل روستایی نیز حدود ۲۰۴ میلیون نفر مزد و حقوق‌بگیر مشمول بیمه اجباری و ۳۰۸ میلیون نفر غیر مزد و حقوق‌بگیر مشمول بیمه غیراجباری بوده‌اند. در مجموع، در سال ۱۳۹۳ از شاغلین ده‌ساله و بیشتر در کشور حدود ۱۱۰۹ میلیون نفر مزد و حقوق‌بگیر و ۹۰۴ میلیون نفر غیر مزد و حقوق‌بگیر بوده‌اند.

وضعیت شغلی	کل کشور	شهری	روستایی	شمول بیمه‌ای
کارفرمایان	۷۸۰.۷۰۷	۶۳۹.۰۵۷	۱۵۱.۶۵۰	اختیاری
(کارکنان مستقل (خویش‌فرمایان	۷.۵۳۳.۰۴۱	۴.۷۰۹.۰۶۶	۲.۸۲۳.۹۷۵	اختیاری
کارکنان فامیلی بدون مزد	۱.۰۵۳.۸۶۴	۲۳۴.۳۸۵	۸۱۹.۴۷۹	اختیاری
مزد و حقوق‌بگیران بخش خصوصی	۸.۳۰۵.۷۹۱	۶.۳۱۸.۲۱۲	۱.۹۸۷.۵۷۹	اجباری
مزد و حقوق‌بگیران بخش عمومی	۳.۶۰۶.۱۳۱	۳.۲۱۹.۰۹۷	۳۸۷.۰۳۴	اجباری
مزد و حقوق‌بگیران بخش تعاونی	۲۴.۷۶۸	۱۹.۵۶۰	۵.۲۰۸	اجباری
اظهاری نشده	.	.	.	--
جمع	۲۱.۳۰۴.۳۰۲	۱۵.۱۲۹.۳۷۷	۶.۱۷۴.۹۲۵	--
مزد و حقوق‌بگیر	۱۱.۹۳۶.۶۹۰	۹.۵۵۶.۸۶۹	۲۳۷۹۸۲۱	اجباری
غیر مزد و حقوق‌بگیر	۹.۳۶۷.۶۱۲	۵.۵۷۲.۵۰۸	۳.۷۹۵.۱۰۴	غیر اجباری

جدول ۲۹. شاغلین ده‌ساله و بیشتر و وضعیت شمول بیمه‌ای آن‌ها در سال ۱۳۹۳

منبع: یافته‌های تحقیق بر اساس اطلاعات مرکز آمار ایران

همچنین، همان‌گونه که در جدول ۳۰ نشان داده شده است، در مجموع حدود ۵۰۲ میلیون نفر از شاغلین کشور در سال ۱۳۹۳ خارج از پوشش بیمه بازنشستگی قرار داشته‌اند که حدود ۵۸۸ هزار نفر از آن‌ها مزد و حقوق‌بگیر مشمول بیمه اجباری و حدود ۴۰۶ میلیون نفر غیر مزد و حقوق‌بگیر مشمول بیمه غیراجباری بوده‌اند. خلأ پوشش در گروه اول به معنی فرار از پوشش بیمه‌ای و ناکارآمدی سازوکارهای پوشش بیمه‌ای است. بنا بر شواهد موجود، بیمه‌های اجتماعی به دلایلی از جمله مشکلات در قوانین و مقررات حاکم،



نتوانسته‌اند در بازار غیررسمی عملکرد مطلوبی داشته باشند و به همین دلیل، بخش زیادی از شاغلین این بخش (۴۹ درصد) تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی قرار ندارند.

در کل، حدود ۷۶ درصد جمعیت شاغل کشور در سال ۱۳۹۳، تحت پوشش انواع بیمه‌های اجتماعی قرار داشته‌اند اما نزدیک به ۲۵ درصد از آن‌ها هیچ‌گونه پوشش بیمه‌ای ندارند. این افراد عمدتاً در بخش غیررسمی اقتصاد، واحدهای کوچک صنفی و یا به صورت خویش فرمایی مشغول به کار هستند که ویژگی‌های شغلی آنان بر ضوابط بیمه‌ای منطبق نیست.

وضعیت شغلی	نوع پوشش بیمه‌ای	جمعیت شاغل	جمعیت بیمه‌شده						
			سازمان تأمین اجتماعی	صندوق بازنشستگی کشوری	صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر	سایر صندوق‌ها			
مزد و حقوق‌بگیر	اجباری	۱۱,۹۳۶,۶۹۰	۹,۲۵۶,۳۵۸	۱,۱۳۵,۰۰۰	۰	۹۵۷,۵۳۶	۱۱,۳۴۸,۸۹۴	۵۸۷,۷۹۶	۰,۹۵
غیر مزد و حقوق‌بگیر	غیر اجباری	۹,۳۶۷,۶۱۲	۴,۰۸۸,۱۴۰	۰	۶۶۰,۰۰۰	۰	۴,۷۴۸,۱۴۰	۴,۶۱۹,۴۷۲	۰,۵۱
اطهار نشده	-	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
جمع		۲۱,۳۰۴,۳۰۲	۱۳,۳۴۴,۴۹۸	۱,۱۳۵,۰۰۰	۶۶۰,۰۰۰	۹۵۷,۵۳۶	۱۶,۰۹۷,۰۳۴	۵,۲۰۷,۲۶۸	۰,۷۶

جدول ۳۰. وضعیت پوشش بیمه بازنشستگی جمعیت شاغل در سال ۱۳۹۳

منبع: یافته‌های تحقیق بر اساس اطلاعات صندوق‌های بیمه‌ای

علت اصلی این خلأ به ماهیت بیمه اجتماعی و نحوه طراحی آن مربوط است که وابسته به سه رکن کارفرما، مزد و حقوق رسمی، و کارگاه معین است. به همین دلیل در اغلب کشورها، طرح‌های بیمه اجتماعی متفاوتی برای افراد فاقد کارفرما طراحی شده که عموماً به نام سیستم مستمری ملی<sup>۱</sup> یا برنامه‌های فراگیر<sup>۲</sup> شناخته می‌شوند. به دلیل نبود چنین طرحی در کشور، مطالبات اجتماعی عمدتاً به صندوق‌های بیمه اجتماعی - که خاص اقشار مزد و حقوق‌بگیر است - منتقل می‌شود و بدون آنکه مشکلی را از جامعه هدف حل کند، منجر به ایجاد کسری منابع برای صندوق‌ها و افزایش وابستگی آن‌ها به بودجه دولت شده است.

**ب- پوشش گروه‌های جدید با حمایت دولت:** پرداخت بخش عمده‌ای از حق بیمه گروه‌های جدیدی

1. Nasional Pension System

2. Universal Programs

که با تصویب قوانین خاص به عضویت سازمان تأمین اجتماعی درآمده‌اند، به عهده دولت است و در نتیجه قابل وصول نیست. همان گونه که قبلاً در سند ۱ بیان شد، سهم دولت از حق بیمهٔ باربران، خادمین مساجد، بافندگان فرش، و صاحبان صنایع دستی شناسه‌دار «بیست/ بیست‌وهفتم» است که حدود ۷۴ درصد منابع بیمه‌ای این اقشار را تشکیل می‌دهد و عمدتاً پرداخت نمی‌شود.

**ج- پوشش گروه‌های جمعیتی جدید با میانگین سنی بالا:** طی سال‌های اخیر، گروه‌های جدیدی به عضویت سازمان تأمین اجتماعی (و بعضاً سایر صندوق‌ها) درآمده‌اند که میانگین سنی‌شان از حد طبیعی (نرمال) بالاتر بوده است. این وضعیت موجب شده که متوسط دورهٔ بیمه‌پردازی اعضای صندوق‌ها کاهش یابد و کفهٔ تعهدات صندوق‌ها نسبت به منابع آن‌ها سنگین‌تر شود.

**د- تسهیل در مقررات بازنشستگی‌های پیش از موعد:** در سال‌های اخیر، با تصویب قوانین متعدد، شرایط استفاده از بازنشستگی‌های پیش از موعد تسهیل شده است. این در حالی است که به دلیل افزایش طول عمر و روند سالمند شدن جمعیت، هزینه‌های دوران بازنشستگی با سرعت سرسام‌آوری افزایش می‌یابد. قواعد محاسبات بیمه‌ای حکم می‌کند که با افزایش امید به زندگی، سن بازنشستگی افزایش یابد و حتی راهبرد «بازنشستگی دیررس» اتخاذ شود. اما روند قانونگذاری در کشور عکس این راهبرد بوده است.

## ۱-۲- حوزهٔ تعهدات و خدمات

مهم‌ترین چالش‌های نظام بیمه‌های اجتماعی کشور در حوزهٔ تعهدات و خدمات در ادامه تشریح می‌شوند.

**الف- فقدان جامعیت و کفایت<sup>۱</sup> در تعهدات بیمه‌ای:** یکی از دغدغه‌های حوزهٔ رفاه و تأمین اجتماعی کفایت درآمد حاصل از مستمری دوران بازنشستگی و سالمندی است. توجه به کمیت و کیفیت خدماتی که به بازنشستگان جهت حفظ سطح زندگی در مقابل مخاطرات و نوسانات اقتصادی ارائه می‌شود، از اهم اولویت‌ها است. این در حالی است که پرداخت‌های سطوح پایین نسبت به خط فقر و عدم کفایت مزایا برای اعضا از مهم‌ترین مشکلات نظام بیمه‌های اجتماعی کشور در حوزهٔ تعهدات و خدمات بیمه‌ای است. در حال حاضر میانگین حقوق بازنشستگان صندوق‌های بیمه‌ای کشور ۶۰ درصد میانگین هزینه‌های یک خانوار در جامعه است. به عبارت دیگر، اگر میانگین هزینه‌های یک خانوار در جامعه یک میلیون تومان باشد، میانگین حقوق بازنشستگان ۶۰۰ هزار تومان است. ۷۷ درصد مستمری‌گیران سازمان تأمین اجتماعی و ۳۵ درصد مستمری‌گیران صندوق بازنشستگی کشوری کمتر از خط فقر دریافت می‌کنند، و ۸۰ درصد بازنشستگان این دو صندوق کمتر از ۱۵ میلیون ریال در ماه حقوق می‌گیرند.

1. Adequate

باید توجه کرد که در شرایط تورمی و بی ثباتی قیمت‌ها، قدرت خرید گروه‌هایی که درآمد ثابتی دارند (مانند مستمری‌بگیران)، کاهش می‌یابد و بنابراین، این اقشار متحمل خسران بیشتری می‌شوند. به‌عنوان مثال، افزایش تورم طی ۱۰ سال گذشته، قدرت خرید واقعی مستمری‌بگیران صندوق بازنشستگی کشوری را ۶۰ درصد تقلیل داده است. دولت‌ها معمولاً برای جبران کاهش خرید این افراد، میزان دریافتی آن‌ها را با شاخصی از تورم تعدیل می‌کنند.

افزون بر این، نبود جامعیت و کیفیت در مزایای از کارافتادگی کلی و جزئی (به‌خصوص موارد غیر ناشی از کار) و عدم اثربخشی خدمات و تعهدات کوتاه‌مدت از دیگر چالش‌های اصلی در این بخش هستند.

**ب- ناکارآمدی نسبی در نظام اجرایی و خدمت‌رسانی صندوق‌های بیمه‌ای:** این چالش به دلیل به‌روز نبودن سیستم‌های خدمات‌رسانی صندوق‌ها در برخی نقاط کشور، وابستگی سیستم‌های خدمات‌رسانی به نیروی انسانی و تأثیرگذاری عوامل انسانی بر این امر، و روند کند واگذاری وظایف اجرایی و خدماتی دستگاه‌ها به کارگزاری‌ها و مؤسسات غیردولتی ایجاد شده است.

**ج- نارسایی برخی قوانین و مقررات در جهت پاسخگویی به نیازهای کنونی جامعه هدف:** وجود تبعیض‌های ناعادلانه در برخی قوانین و مقررات بیمه و بازنشستگی بین صندوق‌ها و عدم اجرای صحیح قوانین و مقررات به دلیل وجود پیچیدگی و ابهام در آن‌ها سبب شده‌اند تا نظام بیمه‌های اجتماعی کشور در پاسخگویی به نیازهای کنونی جمعیت هدف با مشکلاتی مواجه شود. به‌علاوه، برخی قوانین منجر به تضعیف صندوق‌های بازنشستگی و افزایش بدهی‌های دولت می‌شوند، بدون آنکه به نفع عموم بیمه‌شدگان باشند.

**د- وجود نارضایتی از روش‌ها و مراحل خدمت‌رسانی و پاسخگویی در صندوق‌های بیمه:** پیچیدگی مراحل برقراری مزایا، کمک‌ها و مستمری‌ها، وجود ابهام و پیچیدگی در برخی مقررات بازنشستگی، و امکان سوءاستفاده در مراحل مختلف برقراری و پرداخت مستمری‌ها به برخی نارضایتی‌ها در خصوص خدمت‌رسانی در صندوق‌های بیمه‌های اجتماعی کشور منجر شده است.

### ۳-۱- حوزه منابع مالی

نگاهی به وضعیت صندوق‌های بازنشستگی کشور نشان می‌دهد که در بیشتر این صندوق‌ها مصارف از منابع بیشتر است؛ به‌عبارت‌دیگر، بیشتر صندوق‌های بیمه‌های اجتماعی کشور با کسری مواجه هستند. مهم‌ترین دلایل وجود مشکلات مالی در صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه اجتماعی کشور را می‌توان شامل موارد زیر دانست: تضعیف سازوکارهای وصول حق بیمه و عدم امکان وصول مطالبات معوقه از کارفرمایان به دلیل

شرایط اقتصادی، عدم پرداخت بدهی‌های دولت به صورت نقدی و به مقدار مؤثر سالانه، ضعف در سیستم شناسایی کارگاه‌ها و کارگران شاغل در آن‌ها، کاهش سن بازنشستگی<sup>۱</sup> و عدم تناسب بین سن بازنشستگی و امید به زندگی در جامعه، کاهش متوسط سابقه برای بازنشستگی<sup>۲</sup>، ابهام در عملکرد اقتصادی سازمان‌های بیمه‌گر، نبود استراتژی شفاف و سازوکار گزارش‌دهی و پاسخگویی در حوزه سرمایه‌گذاری، و ضعف نظارت بر شرکت‌های تحت پوشش از نظر نحوه عملکرد و میزان بازدهی واقعی آن‌ها. علاوه بر آن، عوامل اقتصاد کلان مانند کاهش نسبی رشد دستمزدها، افزایش نرخ بیکاری و اشتغال پنهان، و فرار بیمه‌ای نیز در کاهش منابع صندوق‌های بیمه‌ای اثر بسزایی داشته‌اند.

بیشتر صندوق‌های بازنشستگی در ایران در مرحله بلوغ هستند و لذا نسبت ذخایر به کل منابعشان اندک است. ذخایر سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی کشوری کفاف مستمری‌ها و بدهی‌های آن‌ها را هم نخواهد داد. در این شرایط، سودآوری سرمایه‌ها نمی‌تواند تأثیر زیادی بر تعادل منابع و مصارف این نهادها داشته باشد.

نسبت پشتیبانی (نسبت جمعیت بیمه‌پرداز به جمعیت مستمری‌بگیر) نماگر مهمی از پایداری صندوق‌های بازنشستگی به شمار می‌رود. نسبت پشتیبانی نشان می‌دهد به ازای هر یک نفر مستمری‌بگیر (دریافت‌کننده حقوق از صندوق) چند نفر بیمه‌شده اصلی (پرداخت‌کننده حق بیمه) وجود دارد. در وضعیت موجود، برای حفظ پایداری صندوق‌ها باید به ازای هر مستمری‌بگیر حداقل ۶ نفر بیمه‌شده وجود داشته باشد. اما این نسبت در بیشتر صندوق‌های کشور از مرز خطر عبور کرده است. در جدول ۳۱ نسبت پشتیبانی صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر اجتماعی کشور در سال ۱۳۹۳ گزارش شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، این نسبت برای بسیاری از صندوق‌های بیمه‌های اجتماعی کشور کمتر از یک است. به‌عنوان مثال، نسبت پشتیبانی صندوق بازنشستگی کشوری در سال ۱۳۹۳ تنها ۰٫۹ بوده است.

عنوان سازمان/صندوق	تعداد بیمه‌شده (اصلی فعال)	تعداد مستمری‌بگیر اصلی	نسبت پشتیبانی	کل جمعیت زیرپوشش	درصد از کل
سازمان تأمین اجتماعی	۱۳,۳۴۴,۴۹۸	۲,۱۷۹,۵۷۲	۶٫۱	۱۵,۵۲۴,۰۷۰	۷۵٫۷۲
صندوق بازنشستگی کشوری	۱,۱۳۵,۰۰۰	۱,۲۴۴,۰۰۰	۰٫۹۱	۲,۳۷۹,۰۰۰	۱۱٫۶
صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر	۶۶۰,۰۰۰	۲۲,۶۹۷	۲۹٫۱	۶۸۲,۶۹۷	۳٫۳۳

جدول ۳۱. وضعیت پوشش جمعیتی و نسبت پشتیبانی سازمانها و صندوقهای بیمه اجتماعی کشور در پایان سال ۱۳۹۳

- متوسط سن بازنشستگی در اغلب کشورهای توسعه‌یافته بیش از ۶۵ سال است در حالی که این مقدار در ایران حدود ۵۰ سال است.
- متوسط سابقه لازم برای بازنشستگی از سال ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۰ حدود ۴ سال کاهش یافته است؛ به طوری که متوسط سابقه برای بازنشستگی در سال ۱۳۹۰ برای مردان حدود ۲۲ سال و برای زنان حدود ۱۸٫۶ سال بوده است.

عنوان سازمان/صندوق	تعداد بیمه‌شده (اصلی/فعال)	تعداد مستمری‌گیر اصلی	نسبت پشتیبانی	کل جمعیت زیر پوشش	درصد از کل
سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح	۵۸۰,۰۰۰	۶۵۰,۰۰۰	۰,۸۹	۱,۲۳۰,۰۰۰	۶
صندوق نفت	۹۶,۷۰۰	۶۸,۶۱۲	۱,۴۱	۱۶۵,۳۱۲	۰,۸۱
صندوق حمایت از کارکنان فولاد	۱۱,۵۵۲	۷۴,۵۶۴	۰,۱۵	۸۶,۱۱۶	۰,۴۲
صندوق کارکنان سازمان بنادر و کشتیرانی	۱,۳۰۴	۲,۰۸۸	۰,۶۲	۳,۳۹۲	۰,۰۲
صندوق بانکها	۱۶۴,۰۰۰	۱۰۳,۰۰۰	۱,۶	۲۶۷,۰۰۰	۱,۳۰
صندوق حمایت از وکلا	۳۰,۰۰۰	۷۸۰	۳۸,۵	۳۰,۷۸۰	۰,۱۵
صندوق آینده‌ساز	۱۰,۹۲۰	۴,۱۷۲	۲,۶۲	۱۵,۰۹۲	۰,۰۷
سایر صندوق‌های اختصاصی (شامل ۸ صندوق دیگر)	۶۳,۰۶۰	۵۶,۵۱۰	۱,۱۲	۱۱۹,۵۷۰	۰,۵۸
جمع کل صندوق‌ها	۱۶,۰۹۷,۰۳۴	۴,۴۰۵,۹۹۵	۳,۶۵	۲۰,۵۰۳,۰۲۹	۱۰۰

منبع: ادامه جدول ۳۱. وضعیت پوشش جمعیتی و نسبت پشتیبانی سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه اجتماعی کشور در پایان سال ۱۳۹۳

منبع: یافته‌های تحقیق بر اساس اطلاعات صندوق‌های بیمه‌ای

دولت بخشی از کسری صندوق‌های بیمه‌های اجتماعی را جبران می‌کند و پیش‌بینی می‌شود که بودجه عمومی لازم برای پشتیبانی بدهی‌ها و کسری‌های صندوق‌ها (به‌عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی) در سال‌های آتی به‌طور نمایی افزایش یابد. سهم کمک دولت در تأمین هزینه‌های صندوق بازنشستگی کشوری در سال ۱۳۸۴ در حدود ۴۶ درصد بوده که این میزان در سال ۱۳۹۲ به ۷۶ درصد افزایش یافته است. به‌رغم تخصیص ۱۵,۵۰۰ میلیارد تومان به صندوق بازنشستگی کشوری در بودجه سال ۱۳۹۴، این صندوق همچنان با کسری ۳ هزار میلیارد تومانی در سال مذکور مواجه بوده است. همچنین، در صورت تداوم روند فعلی پیش‌بینی می‌شود که سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۴۱۵ به‌تنهایی مبلغ ۴۸۲ هزار میلیارد تومان (۱۸۸ میلیارد دلار) کسری داشته باشد. به‌این ترتیب دولت در سنوات آتی مجبور خواهد بود رقمی بیش از بودجه عمومی کل کشور را به تأمین کسری صندوق‌های بازنشستگی اختصاص دهد.

سهم بودجه صندوق بازنشستگی کشوری از کل بودجه فصل رفاه و تأمین اجتماعی در سال ۱۳۸۷ (پیش از اجرای قانون مدیریت خدمات کشوری) حدود ۱۵,۷ درصد بوده که این نسبت در قانون بودجه ۱۳۹۴ به بیش از ۳۱ درصد رسیده است. این نسبت برای سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح در دوره یادشده از حدود ۲۱ درصد به حدود ۲۷ درصد افزایش یافته است. سهم این دو صندوق از بودجه فصل رفاه و

تأمین تأمین اجتماعی در دوره یادشده مجموعاً از ۳۶۰۶ درصد به بیش از ۵۸ درصد (مبلغی در حدود ۲۵ هزار میلیارد تومان) رسیده است. مقایسه این رقم با ۴۰ هزار میلیارد تومان یارانه نقدی که به ۷۰ میلیون نفر پرداخت می‌شود، نشان می‌دهد که این صندوق‌ها چه بار سنگینی بر بودجه کشور تحمیل می‌کنند. در حال حاضر رقم کسری صندوق‌ها و کمک دولت از محل بودجه عمومی حتی از بودجه عمرانی کشور هم بیشتر است.

سه عامل عمده که ناهم‌ترازی بین آن‌ها، سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی کشوری را در خارج از مسیر پایداری مالی قرار داده است عبارت‌اند از: (۱) نرخ انباشت (تعلق مستمری)؛ (۲) نرخ حق بیمه؛ و (۳) سن بازنشستگی. ارتباط این سه متغیر توسط پارامتر دیگری به نام امید به زندگی در هنگام بازنشستگی برقرار می‌شود. در ادامه چالش‌های این حوزه با تفصیل بیشتری تشریح می‌شوند.

**الف - بالا بودن نرخ جایگزینی:** نرخ جایگزینی به صورت نسبت حقوق بازنشستگی به حقوق دوره اشتغال تعریف می‌شود. این نرخ در ایران بسیار بالا است؛ به نحوی که یکی از بالاترین نرخ‌های جایگزینی در دنیا به این کشور تعلق دارد. در سال ۱۳۹۳ نرخ جایگزینی در سازمان تأمین اجتماعی حدود ۸۵ درصد و در صندوق بازنشستگی کشوری برابر ۸۷ درصد بوده است. نرخ جایگزینی بالا نظام مستمری را مجبور به اخذ نرخ‌های حق بیمه بالاتر می‌کند؛ در حالی که نرخ حق بیمه در ایران جزء نرخ‌های بالا در دنیا است. برآوردها نشان می‌دهند که برای اینکه سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی کشوری بتوانند طی سال ۲۰۳۰ مستمری اعضای خود را پرداخت کنند، نرخ‌های حق بیمه باید به ترتیب به ۴۰ و ۹۶ درصد دستمزد افزایش یابد. از دیگر تبعات نرخ جایگزینی بالا این است که مانع توسعه صندوق‌های مستمری اختیاری خصوصی می‌شود. این در حالی است که گسترش این صندوق‌ها اغلب به بهبود توسعه بخش مالی کمک می‌کند. در واقع، نرخ جایگزینی بالا انگیزه‌ها را برای تنوع بخشیدن به پس‌انداز خارج از نظام مستمری عمومی کاهش می‌دهد. همچنین، انگیزه برای استخدام کارگران با افزایش نرخ جایگزینی کاهش می‌یابد و به کارگیری کارگران غیررسمی تشویق می‌شود؛ چراکه نرخ حق بیمه به‌عنوان مالیات روی نیروی کار اثر می‌گذارد. مقدار نرخ انباشت (تعلق مستمری)<sup>۱</sup> به‌عنوان یکی از پارامترهای مؤثر در نرخ جایگزینی، برای صندوق بازنشستگی کشوری و سازمان تأمین اجتماعی برابر با ۳۰۳ درصد است که نسبت به سایر کشورها رقم بالایی است.

**ب - مشکلات انگیزشی به دلیل نرخ بازگشت ضمنی حق بیمه و نابرابری‌های موجود:** نرخ بازگشت داخلی می‌تواند به دو صورت نمود پیدا کند: نرخ بازگشت ضمنی و نرخ بازگشت صریح (آشکار). نرخ بازگشت ضمنی تابعی از آثار تغییر نرخ مرگ‌ومیر بر تعهدات مستمری و هرگونه واگرایی بین تعهدات مستمری و حق بیمه‌های پرداختی است. همچنین، تغییرات در مقررات ارزش تعهدات مستمری را تغییر

۱. نرخ تعلق مستمری عبارت است از سهمی از میانگین دستمزد مبنای محاسبه مستمری که به ازای سابقه فرد، از زمان برقراری مستمری به عنوان مستمری به وی تعلق می‌گیرد.

داده و بر نرخ بازگشت داخلی اثر ضمنی دارد. از سوی دیگر، قوانین و مقررات و نیز افزایش‌های قانونی مزایا اثرات آشکار و صریحی بر ارزش مزایای بازنشستگان دارد.

محاسبات در خصوص نرخ بازگشت ضمنی نشان می‌دهد که نظام بیمه اجتماعی کشور برای بازنشستگی در مقابل کار، فرار بیمه‌ای و دست‌کاری راهبردی دستمزدها، انگیزه‌هایی ایجاد می‌کند. نتیجه مطالعه دو صندوق عمده کشور (سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی کشوری) نشان می‌دهد افرادی که زود هنگام بازنشسته می‌شوند، نرخ بازگشت بالاتری نسبت به بقیه دریافت می‌کنند. همچنین، کسانی که دیرتر وارد بازار کار می‌شوند، یا بیمه‌شدگانی که تعداد سال‌های کمی حق بیمه پرداخت می‌کنند و یا اینکه نظام مستمری را ترک می‌کنند و نزدیک سن بازنشستگی به نظام مستمری برمی‌گردند، نرخ بازگشت بالاتری دارند. در نهایت، کسانی که دستمزد کمتری در سنین جوانی اعلام می‌کنند، نرخ بازگشت بالاتری کسب می‌کنند. این امر از سه واقعیت موجود ناشی می‌شود:

۱. ملاک قرار گرفتن حقوق و مزایای تنها دو سال آخر اشتغال در محاسبه مستمری؛

۲. استفاده از حداکثر نرخ جایگزینی و حداقل دوره انتظار؛

۳. نبود جریمه برای بازنشستگی‌های زود هنگام.

هنگامی که فرمول محاسبه مزایا در صندوق‌های بیمه‌ای مبتنی بر طول دوره شغلی نباشد، افراد برای کم گزارش کردن دستمزدشان در ابتدای دوره اشتغال و بیشتر گزارش کردن دستمزدشان در زمان نزدیک به بازنشستگی انگیزه فراوانی دارند. استفاده از حداکثر نرخ‌های جایگزینی در ایران، انگیزه به تأخیراندازی ورود و تسریع در بازنشستگی را به وجود می‌آورد. سرانجام اینکه در غیاب برقراری جریمه برای بازنشستگی‌های زود هنگام، انگیزه برای بازنشستگی بیشتر از انگیزه برای کار است.

« نکته: توزیع مجدد در یک نظام مستمری باید پیش‌رونده باشد؛ بدین معنی که افراد کم‌درآمد نرخ بازگشت ضمنی بالاتری نسبت به افراد پردرآمد دریافت کنند. اما توزیع مجدد در نظام مستمری ایران پس‌رونده است و افراد کم‌درآمد نرخ بازگشت حق بیمه کمتری نسبت به افراد پردرآمد کسب می‌کنند.

ج- افزایش بدهی‌های معوقه دولت به صندوق‌های بیمه و بازنشستگی: گزارش‌ها نشان می‌دهند که مبلغ بدهی‌های دولت به سازمان تأمین اجتماعی از حدود ۶۰ هزار میلیارد ریال در سال ۱۳۸۴ به بیش از ۹۰۰ هزار میلیارد ریال در سال ۱۳۹۳ رسیده است. حدود ۳۰ درصد از این تعهدات مربوط به معافیت

حق بیمه بیمه‌شدگان حمایتی و ۱۸ درصد مربوط به تعهدات دولت ناشی از بازنشستگی‌های پیش از موعد است. هردو نوع این تعهدات قانونی بدون توجه به محاسبات بیمه‌ای و الزامات علمی بیمه‌های اجتماعی به دولت تحمیل شده‌اند. با روند کنونی، هر سال حدود ۳۲ درصد به بدهی‌های معوقه دولت اضافه می‌شود؛ به طوری که حجم این بدهی‌ها طی ده سال اخیر حدود ۱۸ برابر شده است. بدهی‌های معوقه دولت به صندوق‌های بیمه و بازنشستگی عمدتاً به دو دلیل افزایش یافته است که در زیر مورد بحث قرار می‌گیرند.

۱. تداوم تصویب قوانینی که بدهی‌های دولت به صندوق‌های بازنشستگی را افزایش می‌دهد: در شرایطی که دولت با محدودیت شدید منابع مواجه است، به علت تصویب قوانین حمایتی و معافیت‌های بیمه‌ای، بدهی‌های معوقه دولت به صندوق‌های بیمه اجتماعی به طور تصاعدی در حال افزایش است و پیش‌بینی می‌شود که طی پنج سال آینده به سطح «غیرقابل‌وصول» برسد؛ مگر آنکه در اولین فرصت، قوانین تعهدآور اصلاح شوند و از رشد این بدهی‌ها جلوگیری شود. به همین سبب لازم است که یک مرجع فرابخشی و فراقوه‌ای نقش «رگلاتوری قوانین» در حوزه بیمه‌های اجتماعی را ایفا کند و سریعاً نسبت به تکوین «سازمان تنظیم مقررات بیمه‌های اجتماعی» اقدام نماید تا بتواند مانع تصویب قوانین مغایر با اصول و محاسبات بیمه‌ای گردد.

۲. عدم کفایت اعتبارات پیش‌بینی شده در بودجه‌های سنواتی برای کاهش تدریجی بدهی‌ها.

#### ۴-۱- حوزه ساختار اداری و اجرایی

مهم‌ترین چالش‌های نظام بیمه‌های اجتماعی کشور در حوزه ساختار اداری و اجرایی در ادامه مورد توجه قرار می‌گیرند.

**الف- تعدد صندوق‌ها و سازمان‌های بازنشستگی:** نظام مستمری در ایران مجموعه‌ای از طرح‌های جزیره‌ای و جداگانه است. به‌غیراز سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی کشوری، ۱۶ صندوق مستمری به‌عنوان طرح‌های جایگزین اجباری وجود دارند. این تعدد به چند دلیل فاقد توجیه منطقی است: اولاً اغلب این طرح‌ها در غیاب چهارچوب قانونی مناسب عمل می‌کنند؛ ثانیاً تعدد این نظام‌ها هزینه‌های اداره طرح را افزایش می‌دهد؛ ثالثاً عدم یکپارچگی طرح‌ها مانعی برای تحرک نیروی کار در داخل چرخه اقتصادی و در نتیجه استفاده بهینه از منابع ایجاد می‌کند.

**ب- نبود نظام گزارش دهی و نظارت مستقل در صندوق‌ها:** در حال حاضر هیچ نهاد مالی متمرکزی به‌عنوان مقام ناظر صندوق‌های بازنشستگی وجود ندارد. باتوجه به فقدان مقام ناظر، صندوق‌ها ملزم به رعایت هیچ‌یک از معیارهای شفافیت در گزارش دهی نیستند. این در حالی است که تقریباً در تمام کشورهای



توسعه‌یافته، صندوق‌های بازنشستگی و تأمین اجتماعی زیر نظر یک مقام ناظر مالی قانونگذار فعالیت می‌کنند. متأسفانه علی‌رغم وجود هیئت نظارت و بازرس در ارکان تشکیلاتی صندوق‌های بازنشستگی، استانداردی جهت نظارت و ارائه گزارش به شرکای صندوق‌ها (دولت، کارفرما، و بیمه‌شده) وجود ندارد. افزون‌براین، نظام بیمه‌های اجتماعی کشور از نبود سیستم‌های کارآمد برای نظارت بر اجرای قوانین، رسیدگی به شکایت‌ها، و احقاق حقوق مردم رنج می‌برد؛ به عبارت دیگر، ترتیبات فعلی برای نظارت کافی نیست و نظارت‌هایی که توسط بازرسان قانونی صندوق‌ها انجام می‌شود، عمدتاً ناظر بر فعالیت مالی است و عملاً نظارتی بر عملکرد ارکان صندوق‌ها و مدیریت آن‌ها وجود ندارد.

**ج- ابهام قانونی در ساختار صندوق‌ها:** تصویب قوانین متعدد در خصوص ساختار کلان صندوق‌های بیمه اجتماعی موجب شده که ماهیت حقوقی و اداری این صندوق‌ها با ابهام روبرو شود. به عنوان مثال، «سازمان تأمین اجتماعی» موضوع ماده ۱۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری همچنان تشکیل نشده و مصداق خارجی ندارد؛ در حالی که در برخی قوانین از سازمان تأمین اجتماعی (موضوع قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴) به عنوان صندوق و در سایر قوانین به عنوان سازمان یاد می‌شود. در همین زمینه، ابهامات زیادی در تطبیق ماده ۱۷ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی با قانون اصلاح ماده ۱۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری وجود دارد.

**د- نبود حکمرانی خوب و سیاست‌های سرمایه‌گذاری:** حکمرانی خوب در صندوق‌های مستمری مستلزم شفافیت، پاسخگویی، تعریف واضح مسئولیت‌ها، نظام مدیریت تضاد منافع و کنترل فساد، و استقلال از فرایندهای سیاسی است. یک چالش مهم در صندوق‌های بازنشستگی ایران فشار سیاسی است. این موضوع از آنجا ناشی می‌شود که دولت انتخاب هیئت‌مدیره را تحت کنترل دارد و رئیس و یا مدیرعامل را خود انتخاب می‌کند. اینجا است که تضاد بین علایق دولت و علایق اعضای طرح پدیدار می‌شود. انتقال شرکت‌های ورشکسته به منظور رد بدهی دولت به صندوق‌ها نمونه‌ای از این تضاد منافع است. به علاوه پاسخگویی به اعضای طرح بسیار ضعیف و مبهم است. باینکه سازمان تأمین اجتماعی عملیات خود را از طریق گزارش‌های سالانه به اعضا ابلاغ می‌کند اما، اطلاعات گزارش شده برای تبیین وضعیت مالی صندوق‌ها و نتایج سرمایه‌گذاری‌ها ناکافی است. این گزارش‌ها اغلب نقشی مشابه بروشورهای تبلیغاتی دارند که فهرست سرمایه‌گذاری‌ها و عملیات جاری سازمان تأمین اجتماعی را نشان می‌دهند. این امر موجب انحراف از وظیفه ذاتی صندوق مستمری که همان جمع‌آوری حق بیمه و پرداخت مزایا است، می‌شود و هزینه‌های اداری را افزایش می‌دهد. سیاست‌های سرمایه‌گذاری بدون هرگونه ملاحظه‌ای در خصوص نقدینگی موردنیاز در آینده و ساختار بدهی‌های مستمری اتخاذ می‌شوند. ضمن آنکه مکانیسم بازار برای ارزش‌گذاری دارایی‌ها و نرخ بازگشت سرمایه‌گذاری‌ها وجود ندارد.

**ه- بی‌ثباتی مدیریت:** با وجود آنکه در ماهیت عمومی و غیردولتی صندوق‌های بیمه اجتماعی و آثار

درازمدت آن‌ها بر سرنوشت جامعه تحت پوشش تردیدی وجود ندارد اما، بی‌ثباتی مدیریت (حتی در رده‌های مدیریت حرفه‌ای) و تأثیر بالای تحولات سیاسی بر مدیریت این صندوق‌ها مشکلات زیادی را موجب شده است که نتیجه آن، افت شدید بازدهی فعالیت‌های اقتصادی، کاهش نظارت بر عملکرد صندوق‌ها، گسترش فساد اداری، و افزایش روزافزون مطالبات معوقه بوده است.

بخش عمده این چالش‌ها ناشی از عدم کیفیت قانونگذاری در نظام بیمه اجتماعی کشور است که نحوه مدیریت صندوق‌ها و عملکرد آن‌ها را تحت تأثیر قرار داده است. برقراری ثبات و پایداری در نظام بیمه اجتماعی کشور مستلزم بهبود فرایندهای سیاست‌گذاری و قانونگذاری درباره این صندوق‌ها است. از آنجا که صندوق‌های بیمه اجتماعی کارکرد بلندمدتی دارند، هرگونه قانونگذاری مقطعی بدون توجه به نتایج بلندمدت، وضعیت بیمه‌های اجتماعی را در آینده با مخاطره روبرو می‌سازد.

باعنایت به اینکه حدود ۷۰ درصد جمعیت کشور به‌طور مستقیم تحت پوشش نظام بیمه اجتماعی هستند و این نسبت در حال افزایش است و همچنین نظر به اینکه وقوع پدیده سالمندی در ترکیب جمعیتی کشور موردانتظار است، هرگونه بحران در این نظام ممکن است به یک بحران اجتماعی و امنیتی برای نظام جمهوری اسلامی ایران تبدیل شود.

## ۲- نظریه پایه سیاستی

به‌طور کلی سه رویکرد اساسی را می‌توان در خصوص اصلاحات نظام بازنشستگی موردتوجه قرار داد. نخست، اصلاح نظام توازن درآمد با هزینه (اصلاح پارامتریک)؛ دوم، تغییر روش و اجرای نظام مبتنی بر ذخیره‌سازی کامل (اصلاح سیستمی)؛ و سوم، تغییر تدریجی به سمت طرح‌های تأمین اجتماعی چندلایه که در آن ترکیبی از اجزای نظام توازن درآمد با هزینه و نظام مبتنی بر ذخیره‌سازی کامل وجود دارد (نظام چندلایه‌ای).

اصلاحات پارامتریک همان‌گونه که از نامش استنباط می‌شود، با تغییرات و اصلاحات در پارامترهای نظام بیمه‌ای سعی دارد تا مشکلات عدم توازن مالی طرح را مرتفع نماید. پارامترهای نظام بیمه‌ای به دو گروه تقسیم می‌شوند. دسته اول، پارامترهای محیطی که بر طرح اثرگذارند؛ مانند جمعیت، ضریب خانوار، دستمزدها، و نرخ‌های وقوع تعهدات که معمولاً از جانب محیط اعمال شده و تغییر آن‌ها مستلزم تغییرات بنیادی اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی است. دسته دوم، پارامترهای درون سیستمی که بر طرح اثرگذارند و در هنگام طراحی در قالب قوانین و مقررات نمود می‌یابند؛ مانند سن، سابقه و سایر شرایط احراز، و فرمول محاسبه مزایا که می‌تواند متناسب با تغییرات محیطی اصلاح گردد. منظور از اصلاحات پارامتریک، تغییر و اصلاح پارامترهای دسته دوم یا متغیرهای درون سیستمی است.

اصلاحات سیستمی همان گونه که از نامش برمی آید، با اعمال تغییرات در نظام یک طرح بیمه‌ای به خصوص تغییر در مقررات کلی، گستره پوشش، پارامترهای درون سیستمی یا نظام تأمین مالی، مشکلات طرح را برطرف می‌نماید. این نوع اصلاحات نسبت به اصلاحات پارامتری بنیادی تر است و می‌تواند شامل تغییر در برخی پارامترها و یا کلیه آن‌ها نیز باشد. به بیان دیگر، در اصلاحات پارامتریک بر تغییر برخی از پارامترهای مؤثر بر منابع و مصارف نظیر افزایش سن بازنشستگی، بالا بردن نرخ حق بیمه، ایجاد محدودیت در استفاده از تعهدات و خدمات تمرکز می‌شود، در صورتی که در اصلاحات سیستمی نظام مالی و روش جمع‌آوری و پرداخت تعهدات دچار دگرگونی می‌شود.

یکی از مشخصه‌های اصلی اصلاحات سیستمی تغییر نظام تأمین مالی طرح است که عموماً اولین محل بروز مشکلات در اغلب طرح‌ها است. نمونه بارز این گونه اصلاحات را می‌توان در طرح شیلی و نظام‌های حساب‌های انفرادی مشاهده کرد. از ابتدای دهه ۱۹۸۰ سیاست‌گذاران و متخصصین به این نتیجه رسیدند که راه‌حل‌های پارامتریک مقطعی هستند و اگر قرار است مشکلات نظام‌های بازنشستگی حل شود، اصلاحات عمیق‌تر و ریشه‌ای‌تری مورد نیاز است.

ادبیات نظام بازنشستگی و اصلاحات آن بسیار گسترده است. در مقوله اصلاحات اصولاً هر کشوری برنامه اصلاحات خود را با توجه به شرایط خودش طراحی و اجرا می‌کند و هیچ نسخه از پیش نوشته شده‌ای در این زمینه وجود ندارد. در این سند بر پایه تحلیل خبرگی، نظریه سیاستی «اصلاحات ترکیبی با تأکید بر نظام چندلایه» برگزیده شده است. نظام چندلایه‌ای چند مزیت مهم دارد که به شرح ذیل است:

- ▲ تمایز بین اهداف کاهش فقر و جایگزینی درآمد را ممکن می‌سازد؛
- ▲ در تدابیر و معیارهای حمایت درآمد دوران سالمندی کشور گوناگونی و تنوع ریسک ایجاد می‌کند؛
- ▲ بار مالی وارده به بودجه دولتی را در هنگام انتقال کاهش می‌دهد؛
- ▲ در مبحث اصلاحات برای شاغلین جوان کنونی و کسانی که به واسطه جهانی شدن اقتصاد متحمل زیان‌های درآمدی شده‌اند، مزیت‌های بالقوه‌ای را ایجاد می‌کند.

استراتژی اصلاحات نظام مبتنی بر چندلایه در سال ۱۹۸۱ از شیلی آغاز شد و تا سال ۱۹۹۸ هفت کشور آمریکای لاتین این استراتژی را در پیش گرفتند. همچنین سوئیس از سال ۱۹۸۵، استرالیا از سال ۱۹۹۳ و انگلیس از سال ۱۹۹۸ اقدام به چنین اصلاحاتی نمودند. از طرف دیگر در کشورهای شرق و مرکز اروپا که با عنوان اقتصادهای در حال گذار<sup>۱</sup> شناخته شده‌اند، نیز چنین شکل اصلاحاتی مورد توجه قرار گرفته است. مجارستان و قزاقستان در سال ۱۹۹۸ و لهستان در سال ۱۹۹۰ این اصلاحات را آغاز کردند.

همان‌گونه که قبلاً بیان شد، اصلاحات موردنظر بانک جهانی بر سازوکار بازار و استفاده از مدیریت خصوصی در نظام‌های مستمری متمرکز است که مستلزم انتقال ریسک از دولت به افراد، بزرگ‌تر شدن دامنه فعالیت بخش خصوصی و محدودتر شدن مساعدت‌های اجتماعی از طریق سخت‌گیری بیشتر در آزمون وسع است. بر مبنای این مدل، بیمه‌های اجتماعی نقش بازتوزیعی خود را به دولت واگذار نموده و صرفاً خدمات بیمه‌ای مبتنی بر سازوکار بازار ارائه می‌کنند. مدل بانک جهانی از این جهت که انتقال به نظام‌های مبتنی بر اندوخته با مدیریت بخش خصوصی را تنها راه‌حل نجات از بحران در نظام‌های مستمری می‌داند، انتقادات بسیاری را متوجه خود ساخته است.

در رویکرد اتحادیه اروپا، مقابله با فقر و حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر همچنان به عهده دولت باقی می‌ماند، بیمه‌های اجتماعی نقش بازتوزیعی خود را حفظ می‌کنند، و طرح‌های تأمین اجتماعی با مدیریت خصوصی و مبتنی بر اندوخته به صورت تکمیلی و اختیاری مدنظر قرار می‌گیرند. بر مبنای این رویکرد، لایه مربوط به مساعدت اجتماعی از فراگیری و جامعیت کافی برای مقابله با فقر و حمایت از نیازمندان برخوردار است. مدل پیشنهادی سازمان بین‌المللی کار از انعطاف بیشتری برای تطبیق با شرایط کشورهای مختلف برخوردار است و کمتر به سازوکار بازار گرایش دارد. بر مبنای این مدل، طرح‌های دارای اندوخته و با مدیریت خصوصی نقش تکمیلی دارند و نمی‌توانند جایگزین بیمه‌های اجتماعی دولتی شوند. بنابراین، در مدل پیشنهادی سازمان بین‌المللی کار نقش بازتوزیعی و فقرزدایی بیمه‌های اجتماعی حفظ می‌شود. با این وصف، به نظر می‌رسد مدل پیشنهادی سازمان بین‌المللی کار و نیز اتحادیه اروپا با نیازهای کشورهای جمعیت فقیر بیشتری دارند، سازگارتر است.

بی‌تردید، همان‌طور که کارشناسان بانک جهانی نیز اذعان می‌کنند، شرایط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی کشورها در اتخاذ رویکردهای اصلاحی نقشی تعیین‌کننده دارد و نمی‌توان هیچ‌یک از مدل‌ها را عیناً برای کشوری توصیه کرد؛ بخصوص، استفاده از این توصیه‌ها برای اصلاح در نظام‌هایی که دارای سابقه فعالیت طولانی‌مدت هستند، باید با احتیاط و مطالعه بسیار صورت گیرد. در نتیجه، طرح‌های اصلاحی برای صندوق‌های بازنشستگی باید با توجه به سیاست اجتماعی دولت، مطالبات عمومی، ظرفیت‌های اقتصادی کشور و نیز، وضعیت جامعه از نظر توزیع درآمد، عمق فقر، مشخصات جمعیتی و مانند آن تدوین گردد.

### ۳- اقدامات مبتنی بر نظریه سیاستی

همان‌طور که اشاره شد، تقریباً همه صندوق‌های بازنشستگی با مشکلات مالی مواجه‌اند یا در آینده‌ای نزدیک با این مشکل مواجه خواهند شد. به‌طور کلی، هدف اصلی اعمال اصلاحات در نظام بازنشستگی کشور تقویت نقش و وظیفه اجتماعی نظام در حمایت از سالمندان محروم، تشویق افراد به پس‌انداز و همچنین،

ثبات مالی است. با عنایت به مقولات اشاره شده در بخش قبلی، به نظر می‌رسد در کوتاه‌مدت راهکار اصلاحات پارامتریک مطلوب‌ترین گزینه باشد اما، راهکار مناسب در میان‌مدت و بلندمدت برقراری یک نظام تأمین اجتماعی چندلایه با توجه به ساختارهای موجود در کشور است.

در واکنش به چالش‌های مطرح شده در نظام بیمه‌های اجتماعی کشور تحت چهار محور پوشش جمعیت، تعهدات، منابع مالی، و ساختار اداری، جهت‌گیری و سیاست‌های کلان زیر پیشنهاد می‌شود:

**الف - کاهش وابستگی بیمه‌های اجتماعی به بودجه دولت:** به منظور کاهش وابستگی نظام بیمه‌های اجتماعی کشور به بودجه دولت لازم است احکامی در جهت تقویت منابع بیمه‌ها، کاهش یا حذف تکالیف حمایتی بیمه‌ها، پایبندی به الزامات محاسبات بیمه‌ای در همه تصمیمات و تسویه بدهی‌های معوقه دولت به تصویب برسد. یکی از مهم‌ترین احکامی که برای تمرکز کمک‌های نیمه‌حمایتی در جهت پوشش حداکثری بیمه اجتماعی باید مدنظر قرار گیرد، بیمه فراگیر ملی است.

**ب - ایجاد ثبات و پایداری در ساختار و مدیریت بیمه‌های اجتماعی:** در این راستا باید قوانینی در جهت تثبیت مدیریت حرفه‌ای صندوق‌ها، تخصصی شدن هیئت‌مدیره‌ها، اعمال سازوکار سه‌جانبه‌گرایی در مجامع و شوراها، الزام به شفافیت فزاینده در عملکردها، ایجاد سازوکار پاسخگویی و نظارت مؤثر از سوی تشکل‌های مردمی عضو صندوق‌ها به تصویب برسد.

**ج - پوشش کامل و مستمر جمعیت هدف:** برای این منظور، لازم است قوانین و مقرراتی مبنی بر اجباری شدن پوشش بیمه‌های اجتماعی و درمان برای همه، تدوین سازوکارهای استمرار و تداوم پوشش، ایجاد بیمه‌های فراگیر (تضمین حداقل برای همه افراد جامعه) و نظارت مؤثر حاکمیت بر فراگیری و استمرار پوشش جامعه به تصویب برسد.

**د - تعمیق تعهدات و جامعیت بخشیدن به خدمات نظام تأمین اجتماعی:** در این راستا لازم است دامنه نیازهای پایه، سطح تعهدات بیمه‌های پایه، محدوده خدمات بیمه‌های تکمیلی، و ضوابط حقوق و تکالیف متقابل بیمه‌گر و بیمه‌شده در بیمه‌های پایه و تکمیلی تعیین شود.

**ه - تقویت و پایدارسازی منابع مالی بیمه‌های پایه:** بدین منظور باید برقراری عدالت در مشارکت‌های مالی (تسهیم عادلانه سهم حق بیمه‌ها بین مردم و دولت)، هدفمندسازی کمک‌های مالی دولت، تفکیک سطوح تکمیلی در بیمه‌های بازنشستگی، تنوع بخشی به منابع مالی، تخصیص بخشی از مالیات بر ارزش افزوده به بیمه‌های فراگیر، هدایت بخشی از یارانه‌ها به سمت بیمه‌های اجتماعی، و تقویت سازوکار بازتوزیع بین نسلی و درون نسلی، در احکام قانونی گنجانده شود.

با توجه به مسئله‌شناسی تحلیلی و نظریه پایه سیاستی، مهم‌ترین اقدام مدنظر در این سند سطح‌بندی بیمه‌های اجتماعی به شکل زیر است:

- ▶ بیمه اجتماعی فراگیر برای غیر مزد و حقوق‌بگیران و افراد کم‌درآمد در سطح درآمدی ۴۰ تا ۹۰ درصد حداقل دستمزد که در راستای اجرای بند «ی» ماده ۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، با کمک حاکمیتی دولت به صورت سرانه برابر طراحی و اجرا می‌شود.
  - ▶ بیمه اجتماعی پایه اجباری برای سطوح درآمدی معادل حداقل دستمزد که مطابق بند «ی» ماده ۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، از طریق سهم سرانه برابر دولت، سهم برابر بیمه‌شده و کارفرما تأمین مالی شده، و برای کلیه صندوق‌های فعال در حوزه بیمه پایه اجباری طراحی و اجرا می‌شود.
  - ▶ بیمه مازاد پایه اجباری که به دلیل در نظر گرفتن هزینه‌های پنهان انتقال سیستم، در شروع طرح برای سطوح درآمدی معادل حداقل دستمزد قانونی تا ۵ برابر آن طراحی و اجرا می‌شود و از طریق مشارکت کارفرما و بیمه‌شده تأمین مالی می‌گردد. سقف این سطح به مرور زمان و به‌طور تدریجی، از ۵ برابر به ۲ برابر حداقل دستمزد کاهش پیدا خواهد کرد.
  - ▶ بیمه مکمل اجباری برای سطوح درآمدی مازاد ۵ برابر حداقل دستمزد قانونی تا سقف ۷ برابر که از طریق مشارکت بیمه‌شده (با نرخ ۵ تا ۱۰ درصد) و سهم ۱۰٪ کارفرما، به صورت پس‌انداز اجباری طراحی و اجرا می‌شود.
  - ▶ بیمه مکمل اختیاری برای سطوح درآمدی مازاد ۷ برابر حداقل دستمزد که فقط با سهم مشارکت بیمه‌شده تأمین مالی می‌شود. این طرح با ضمانت حقوقی دولت، در قالب حساب‌های انفرادی، بیمه‌های تجاری، و بیمه‌های خصوصی به صورت اختیاری طراحی و اجرا می‌شود.
- در جدول ۳۲، سطح‌بندی بیمه‌های اجتماعی پایه و تکمیلی در نظام تأمین اجتماعی چندلایه به اختصار آمده است. بیمه‌های اجتماعی پایه در دو سطح طراحی می‌شوند: بیمه‌های اجتماعی اجباری برای اقشار مزد و حقوق‌بگیر، و بیمه اجتماعی فراگیر برای سایر افراد و خانوارها (شهری و روستایی) یا به عبارتی غیر مزد و حقوق‌بگیران. بیمه اجتماعی فراگیر ملی بیمه‌ای برای ایجاد پوشش همگانی بیمه‌های اجتماعی است که برای آن بخش از جمعیت که مشمول بیمه اجتماعی اجباری نیستند و یا شرایط بیمه شدن در چهارچوب مقررات بیمه‌های یادشده را ندارند، ارائه می‌شود. سطح بیمه اجتماعی فراگیر ملی با ویژگی‌هایی متفاوت نسبت به بیمه اجتماعی مزد و حقوق‌بگیران و متناسب با شرایط شغلی و درآمدی اقشار غیرحقوق‌بگیر در جامعه طراحی شده است و انتظار می‌رود بتواند دامنه پوشش نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی را توسعه دهد و با برقراری «تور ایمنی اجتماعی» زمینه را برای اجرای برنامه‌های اقتصادی، رفع موانع کسب و کار، و توسعه اشتغال پایدار فراهم سازد. سطح درآمد مبنای حق بیمه و تعهدات بیمه اجتماعی فراگیر نسبت به حداقل مزایای بیمه اجتماعی اجباری کمتر و نسبت به کمک‌های معیشتی لایه مساعدت اجتماعی بیشتر خواهد بود (بین ۴۰ تا ۹۰ درصد حداقل دستمزد). به علاوه، تعهدات این طرح شامل پرداخت مستمری در شرایط

بازنشستگی، از کارافتادگی کلی و فوت (بازماندگان) خواهد بود.

شایان ذکر است که استراتژی اصلی تأمین مالی طرح مبتنی بر جابجایی منابع و خلق منابع جدید خواهد بود؛ از این رو، این طرح بار مالی جدیدی را به دولت تحمیل نخواهد کرد. به عبارت دیگر با ایجاد بیمه فراگیر برای غیر مزد و حقوق‌بگیران، انعطاف‌پذیری دستمزدهای مشمول کسور، و برابر کردن سهم دولت از طریق سرانه برابر از تحمیل بار مالی بیمه‌های حمایتی (نظیر قالیبافان، باربران و غیره) به دولت و ایجاد فشار و کسری منابع برای بیمه‌های پایه اجباری جلوگیری خواهد شد. در ضمن با تعریف لایه‌های مختلف بیمه‌ای، دولت به‌عنوان حاکمیت فقط در سطح بیمه پایه که معادل حداقل دستمزد است، مشارکت خواهد داشت.

بیمه پایه همگانی (فراگیر)	بیمه پایه اجباری	بیمه مکمل اجباری (همگانی)	بیمه مکمل اختیاری	
یارانه / مالیات اجتماعی / انفال	سرانه برابر دولت + مشارکت بیمه‌شده و کارفرما	بیمه‌شده و بیمه‌گذار + کمک دولت + کارفرمای غیردولتی	پرداخت‌های فردی	نحوه تأمین منابع
حداقل مزایای قانونی	از حداقل تا A برابر حداقل	A برابر حداقل تا B برابر حداقل	مزد بر B برابر حداقل	سطح‌بندی مزایا
*				بیمه اجتماعی فراگیر + بیمه پایه سلامت
*	*			غیرشهری، روستایی، و عشایر
	*	*		بیمه‌شدگان کشوری
	*	*		بیمه‌شدگان لشکری و اطلاعات
	*	*		مشمولان قانون تأمین اجتماعی
	*	*		سایر صندوق‌ها
			*	بیمه مکمل - تجاری

نظر به خلأ موجود در سطح بیمه فراگیر در کشور، نیاز است اقدامات قانونی لازم جهت استقرار بیمه اجتماعی فراگیر (همگانی) با هدف پوشش کامل جامعه هدف انجام شود. همچنین، باتوجه به مسئله‌شناسی تحلیلی در خصوص بیمه‌های اجباری پایه موجود، لازم است اصلاحات قانونی موردنیاز (به دلیل وجود داشتن قوانین و مقررات خاص برای هر صندوق) در قالب لایحه نظام نوین بیمه‌های اجتماعی کشور اعمال شود تا اصلاحات ترکیبی همزمان شامل اصلاحات ساختاری، پارامتریک، سیستمی، و اصلاحات فنی و اجرایی در چهارچوب نظام تأمین اجتماعی چندلایه در سال ۱۳۹۶ انجام گیرد. اصلاحات ترکیبی همزمان در نظام بیمه‌های اجتماعی پایه اجباری که برای برون‌رفت از وضع موجود ضروری است، در شکل ۵ نمایش داده شده است. جزئیات این اصلاحات در ادامه تشریح می‌شود.



شکل ۵. اصلاحات ضروری در نظام بیمه‌های اجتماعی کشور

## الف- اصلاحات ساختاری

اصلاحات ساختاری عبارت‌اند از: لایه‌بندی نظام بیمه‌های اجتماعی در سه سطح بیمه‌های پایه، مازاد پایه اجباری، و بیمه‌های مکمل (اجباری و اختیاری) باتوجه به سطوح درآمد، تشکیل حساب‌های انفرادی با رویکرد نظام حق بیمه معین در سطح لایه مکمل، تشکیل سازمان تنظیم ضوابط بیمه‌های اجتماعی ایران، مبنا قرار دادن چهار صندوق اصلی پایه برای عموم بیمه‌شدگان (تأمین اجتماعی، کشوری، لشگری، و فراگیر) ضمن ساماندهی، جمع‌آوری یا ادغام صندوق‌های خرد و اختصاصی تا حد ممکن و لحاظ نمودن مقررات بیمه بیکاری برای کارکنان دولت.

- ایجاد سازمان تنظیم مقررات بیمه‌ای: هماهنگی بیشتر سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای و ایجاد درک مشترک و هدف‌گذاری بهتر آن‌ها نیازمند ایجاد نهادی رگلاتوری برای بیمه‌های اجتماعی است.



تأسیس سازمان تنظیم مقررات در برنامه ششم توسعه نیز پیشنهاد شده و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی آیین‌نامه‌های مربوطه و اساسنامه آن را در دست تهیه دارد.

– **سامان‌دهی سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر:** تمرکز اصلی برنامه‌های اصلاحی باید در تحقق نظام یکپارچه مستمری‌ها باشد. ساماندهی سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر اجتماعی بر مبنای تخصصی کردن وظایف در قالب نظام چندلایه و چندسطحی، و تجمیع صندوق‌های مرتبط با بخش دولتی و عمومی می‌تواند به‌عنوان راهبرد اساسی برای یکپارچگی نظام مستمری در دستور کار قرار گیرد.

### ب- اصلاحات پارامتریک

اصلاحات پارامتریک شامل افزایش سن بازنشستگی به صورت تدریجی با توجه به شاخص امید به زندگی، تغییر نرخ حق بیمه با توجه به سطوح درآمدی و موقعیت در نظام لایه‌بندی، پیش‌بینی ساز و کارهای تشویقی برای بازنشستگی دیر هنگام (دیرتر از موعد مقرر) و حذف ارفاق‌های ناموجه در بازنشستگی‌های پیش از موعد عادی با استفاده از تغییر فرمول مستمری و نهایتاً افزایش مزایای افراد تحت تکفل بیمه‌شدگان همسو با سیاست افزایش جمعیت کشور در راستای فرمایشات مقام معظم رهبری.

– **افزایش تدریجی سن بازنشستگی:** سن بازنشستگی به دلیل بازنشستگی‌های پیش از موعد و سایر قوانین مرتبط علی‌رغم افزایش امید به زندگی کاهش یافته است. این امر علاوه بر کاهش ماه‌های بیمه‌پردازی به صندوق‌ها، افزایش متوسط دوره مستمری‌بگیری را موجب شده است. از این رو لازم است حداقل سن بازنشستگی و حداقل سابقه بیمه‌پردازی افزایش یابد.

– **کاهش نرخ تعلق مستمری با در نظر گرفتن نرخ حق بیمه و سن بازنشستگی:** نرخ تعلق مستمری عبارت است از ضریب محاسبه مستمری بابت هر سال سابقه بیمه‌پردازی. این ضریب بر اساس فرمول فعلی برای کلیه سنین و تمامی افراد ۳۰۳ درصد است. این مقدار باعث می‌شود که نرخ جایگزینی مستمری در مواردی حتی به ۱۰۰ درصد نیز بالغ گردد.

بررسی عملکرد در این خصوص مبین آن است که ضریب فوق در سال‌های پیش در جهت معکوس روند جهانی تغییر کرده است. در قانون تأمین اجتماعی سال ۱۳۵۴، این ضریب معادل  $\frac{1}{35}$  یا ۲/۸۶ درصد بوده است که در سال ۷۲ به  $\frac{1}{30}$  یا ۳/۳۲ درصد افزایش یافت. ضریب محاسبه مستمری را می‌توان از عوامل مؤثر بر شکل‌گیری رفتار بیمه‌شدگان از قبیل انتخاب زمان عضویت در طرح دانست؛ زیرا این ضریب با تأثیر مستقیم بر نرخ جایگزینی می‌تواند نرخ‌های بازده بالا و نامتناسبی را برای افرادی که در سنین بالا به طرح پیوسته‌اند و یا دارای سابقه کمی هستند، ایجاد نماید.

به‌منظور بهبود پایداری مالی نظام بیمه‌ای کشور لازم است که ارتباط و تناسب مبتنی بر محاسبات بیمه‌ای (آکچوئری) بین نرخ تعلق مستمری، نرخ حق بیمه و سن بازنشستگی ایجاد شود. برای این منظور پیشنهاد

می‌شود که باتوجه به نرخ جایگزینی هدف، نرخ تعلق مستمری برای کارگر دارای اشتغال کامل تنظیم شود. به‌عنوان مثال، اگر نرخ جایگزینی ناخالص هدف برای کارگر دارای اشتغال کامل ۷۰ درصد باشد و طول اشتغال کامل معادل ۳۵ سال باشد، یک فرد با ۳۵ سال سابقه برابر با  $70 \times 35 = 2450$  درصد حقوق مبنای محاسبه، مستمری دریافت می‌کند (حقوق مبنا در حال حاضر متوسط حقوق دو سال آخر اشتغال است). بنابراین، نرخ تعلق مستمری در سطح حدود ۲ درصد در سال تنظیم می‌شود.

– **اصلاح حقوق بازنشستگی:** حقوق پرداختی به بازنشستگان با میزان کسر از حقوق آن‌ها در طی سال‌های بیمه‌پردازی و به‌طور کلی اصول بیمه‌ای تناسب ندارد. از این‌رو تدوین قانون جامع برای بازنشستگان، مشتمل بر نحوه اشتراک، نرخ کسور، حقوق و مزایای مشمول کسور، شرایط بازنشستگی، نحوه محاسبه حقوق، نقل و انتقال کسور، وراثت مشمول دریافت حقوق و مانند آن ضروری است. یک توصیه مهم این است که به‌طور تدریجی تمام دریافتی فرد در محاسبه مبنای کسر حق بیمه لحاظ شود. این سیاست نه به خاطر کاهش مخارج مستمری است بلکه، به‌منظور بهبود انگیزه (از طریق ایجاد ارتباط بین حق بیمه و مزایا) و ایجاد برابری (کاهش تفاوت‌ها در نرخ بازده ضمنی حق بیمه‌ها) طراحی می‌شود. در رابطه با ارزش‌گذاری مجدد دستمزد قبلی چندین سناریو وجود دارد؛ یک راه‌حل ممکن این است که دستمزدهای گذشته با نرخ رشد متوسط دستمزد افراد تحت پوشش ترمیم شود.

– **تنظیم احکام تنبیهی برای بازنشستگی پیش از موعد:** در خصوص افرادی که می‌توانند زودتر بازنشسته شوند، نرخ جایگزینی و یا نرخ تعلق مستمری باید در سطحی کمتر تنظیم شود. به‌عنوان مثال، برای فردی که در سن ۵۵ سالگی بازنشسته می‌شود، نرخ تعلق مستمری باید به‌جای ۲ درصد، یک درصد باشد.

– **تعدیل پارامترها باتوجه به امید به زندگی:** در سال ۱۳۵۴، هنگامی که در قانون تأمین اجتماعی سن بازنشستگی برای آقایان ۵۵ سال و برای خانم‌ها ۵۰ سال در نظر گرفته شد، متوسط امید به زندگی حدود ۵۷/۵ سال بود. امروزه باوجود اینکه متوسط امید به زندگی به بالای ۷۰ سال رسیده است، هنوز هم همین سن مبنا قرار دارد. این در حالی است که بر اساس اصول علمی، سن بازنشستگی باید به‌طور مستمر متناسب با افزایش امید به زندگی تعدیل شود. اساساً اگر افراد عمر طولانی‌تری داشته باشند، برای دریافت مستمری یکسان باید به مدت طولانی‌تری کار کنند. علاوه بر این، نرخ جایگزینی قانونی هم باید با امید به زندگی تنظیم شود. به‌منظور انعکاس تغییرات احتمال بقا، این نرخ باید هر ۵ سال یک‌بار باتوجه به سن تعدیل شود. این اقدامات در جهت حفظ پایداری مالی نظام بازنشستگی در طی سالیان متمادی و اجتناب از افزایش نرخ حق بیمه در سطوح ناپایدار پیشنهاد می‌شود.

– **یکسان‌سازی شرایط بازنشستگی در صندوق‌های بیمه بازنشستگی:** تفاوت شرایط احراز

بازنشستگی در صندوق‌های مختلف بازنشستگی موجبات بروز تبعیض و بی‌عدالتی در برقراری مستمری‌ها را فراهم کرده است. در این راستا، شایسته است با انجام اصلاحاتی در خصوص یکسان‌سازی شرایط بازنشستگی چاره‌ای اندیشیده شود.

**– بازنگری در شرایط مستمری بازماندگان و یکسان‌سازی آن‌ها در صندوق‌ها:** بازماندگان واجد شرایط بیمه‌شدگان یا مستمری‌بگیران متوفی که استحقاق دریافت مستمری بازماندگان را دارند، عبارت‌اند از: پدر، مادر، همسر یا همسران و فرزندان تحت تکفل متوفی. پدر، مادر، و همسر تا لحظه فوت، و فرزندان ذکور تا ۱۸ سالگی و یا مادامی که اشتغال به تحصیل دارند، و فرزندان اناث مادامی که ازدواج نکرده‌اند و یا مشغول به کار نشده‌اند، واجد شرایط دریافت مستمری بازماندگان هستند. این رویه به‌خصوص در مورد همسر و فرزندان اناث هزینه مستمری بازماندگان را افزایش داده است؛ به‌نحوی که در حال حاضر هزینه مستمری بازماندگان بعد از هزینه مستمری بازنشستگی بیشترین هزینه بلندمدت را به خود اختصاص داده است.

تغییرات قانونی سال ۱۳۷۴ (الحاق یک تبصره به بند ۱ ماده ۸۱ قانون تأمین اجتماعی) و همچنین، اصلاح تبصره ۲ ماده واحد قانون «اجازه پرداخت مستمری و وظیفه» مصوب سال ۱۳۶۳ موجب افزایش بار مالی و تعداد مستمری‌بگیران بازمانده صندوق تأمین اجتماعی شده است. برای محدود کردن هزینه مستمری بازماندگان باید در شرایط احراز بازماندگان تجدیدنظر صورت گیرد.

**– نظام‌مندسازی و فرموله کردن تعدیل مستمری‌ها در صندوق‌ها:** حسب قانون، افزایش میزان مستمری جزء وظایف صندوق‌های بیمه‌ای است. پرداخت مستمری کمتر از میزان متعارف از یک‌سو موجب بروز مشکلاتی از قبیل نارضایتی و افزایش فشارهای اقتصادی بر خانواده مستمری‌بگیران، کاهش تمایل کارگران و کارفرمایان برای بیمه شدن، احساس نیاز و اجبار به اشتغال مجدد بازنشستگان (به‌صورت پنهانی)، و نهایتاً کاهش منابع حق بیمه‌ای صندوق به دلیل عدم الزام مستمری‌بگیران به پرداخت حق بیمه و از بین رفتن فرصت‌های شغلی ممکن برای مشمولین قانون تأمین اجتماعی می‌شود و از سوی دیگر امکان برنامه‌ریزی و پیش‌بینی مصارف صندوق در سال‌های آتی را به دلیل نامشخص بودن میزان افزایش مستمری‌ها، ایجاد فشارها و اعمال سلیقه‌های غیرسیستمی کاهش می‌دهد.

بنابراین ضروری است صندوق‌های بیمه‌ای در جهت افزایش تراز پرداخت مستمری‌ها در سال‌های بعد، به نظام‌مندسازی و طراحی یک مکانیسم منطقی اقدام نمایند. مستمری‌ها باید به‌صورت خودکار با تورم تعدیل شوند. شاخص قیمت مصرف‌کننده می‌تواند به‌عنوان نرخ تعدیل مستمری‌ها مورد استفاده قرار گیرد. تعدیل خودکار مستمری به این معناست که سیاست‌گذاران دیگر هیچ اختیاری برای اعمال نفوذ ندارند. در این حالت، صندوق‌های مستمری هر ساله با اخذ اطلاعات شاخص قیمت مصرف‌کننده، ارزش تمام مستمری‌ها

را تعدیل خواهند کرد. این سیاست اطمینان ایجاد می‌کند که هر بازنشسته به‌طور مناسبی در مقابل تورم محافظت می‌شود.

### ج- اصلاحات سیستمی

در اصلاحات سیستمی بیشتر تبدیل نظام‌های مبتنی بر ارزیابی سالانه به نظام‌های پس‌انداز انفرادی مبتنی بر ذخیره‌سازی کامل یا پس‌انداز صوری مورد توجه است. در نظام‌های پس‌انداز انفرادی هر فرد دارای حساب پس‌انداز انفرادی است و حق بیمه‌های مربوطه به حسابش واریز می‌شود. تفاوت اصلی دو نظام بیمه‌ای در نظام تأمین مالی و روش محاسبه سود حاصل از سرمایه‌گذاری است. همچنین، در نظام‌های پس‌انداز انفرادی (ذخیره‌سازی کامل یا پس‌انداز صوری) میزان مستمری تابعی از نرخ حق بیمه، دستمزد افراد، نسبت سال‌های دریافت مستمری به بیمه‌پردازی و به‌ویژه نرخ سود حاصل از سرمایه‌گذاری است.

### د- اصلاحات فنی و اجرایی

این اصلاحات شامل اصلاحات مدیریتی و اصلاحات نظام اداری است که در ادامه مورد بحث قرار می‌گیرند.

۱. **اصلاحات مدیریتی:** اصلاحات مدیریتی تشکیل پایگاه اطلاعات جامعه هدف نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و ارائه شناسه رفاه و تأمین اجتماعی به کلیه افراد تحت پوشش، راه‌اندازی سامانه پنجره واحد خدمات الکترونیکی رفاه و تأمین اجتماعی، و تمرکز کمک‌های مالی دولت بر تأمین حداقل نیازها (سطح پایه) به‌صورت سرانه برابر برای همه بیمه‌شدگان را شامل می‌شود.

۲. **اصلاحات نظام اداری:** اصلاحات نظام اداری عبارت‌اند از: گسترش دامنه انتخاب‌ها و ایجاد سطوح رفاه بیشتر برای کارکنان بخش دولتی، همسان‌سازی مقررات مربوط به بیمه پایه در بخش تعهدات صندوق‌های بازنشستگی، و تسهیل جابجایی کارکنان بین صندوق‌ها و توزیع عادلانه مخاطرات آن بین صندوق‌های مبدأ و مقصد از طریق مستمری جمع (تجمیع سوابق) به‌جای نقل و انتقال سوابق.

با این توضیحات، مهم‌ترین جهت‌گیری‌ها در تنظیم لایحه نظام نوین بازنشستگی برای اصلاح بیمه‌های اجتماعی پایه اجباری در مقایسه با وضع موجود به شرح زیر است:

- ▲ گسترش دامنه انتخاب‌ها و ایجاد سطوح رفاهی بیشتر برای مشمولین؛
- ▲ تمرکز کمک‌های مالی دولت بر تأمین حداقل نیازها (سطح پایه) به‌طور سرانه برابر برای همه بیمه‌شدگان<sup>۱</sup>؛
- ▲ کاهش بار مالی دولت در نظام بازنشستگی (اعم از سهم کارفرمایی و کمک‌های دولت) برای سطوح بالای درآمدی؛

۱. این موضوع در ماده ۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی تکلیف شده است اما، تاکنون به اجرا درنیامده است.

- ▲ اصلاحات پارامتریک تدریجی برای ورودی‌های جدید صندوق‌ها (نسل آینده) متناسب با افزایش شاخص امید به زندگی؛
  - ▲ پیش‌بینی سازوکارهای تشویقی برای بازنشستگی دیرهنگام (دیرتر از موعد مقرر) و حذف ارفاق‌های ناموجه در بازنشستگی‌های پیش از موعد عادی؛
  - ▲ تسهیل در جابجایی‌های اجباری کارکنان بین صندوق‌ها و توزیع عادلانه مخاطرات آن بین صندوق‌های مبدأ و مقصد؛
  - ▲ همسان‌سازی مقررات کلیه بیمه‌های بازنشستگی کارکنان بخش دولتی و فراهم‌سازی زمینه تجمع آن‌ها در صورت ضرورت؛
  - ▲ تعدیل مزایای افراد تحت تکفل بیمه‌شدگان همسو با سیاست افزایش جمعیت کشور.
- علاوه بر سطح‌بندی بیمه‌های اجتماعی که شرح آن رفت، لازم است اقدامات دیگری هم برای رفع مشکلات و فائق آمدن به چالش‌ها صورت پذیرد. برخی از مهم‌ترین این اقدامات پیشنهادی به شرح زیر است:
- ▲ بانک اطلاعاتی کامل بیمه‌شدگان جامعه تشکیل شود و آمارهای ثبتي مرجع برنامه‌ریزی، اعلام آمار سطح نفوذ بیمه‌ای، و رفع خلأها و هم‌پوشانی‌های جامعه قرار گیرند.
  - ▲ مقررات و قوانین برای امر بیمه‌گری از انعطاف و تسهیل لازم برخوردار شوند تا سبدهای بیمه‌ای متنوعی برای گروه‌های درآمدی مختلف با تضمین دولت تا سطح حداقل دستمزد قانونی و به‌صورت سرانه برابر فراهم گردد.
  - ▲ اراده ملی برای شروع اصلاحات پارامتریک و ساختاری در چهارچوب نظام چندلایه در سطوح مختلف حاکمیت ایجاد شود.
  - ▲ به‌منظور استفاده از ظرفیت‌های دستگاه‌های اجرایی و صندوق‌های فعال در این حوزه، بسیج عمومی و عزم ملی ایجاد شود.
- البته قبل از این اقدامات اجرایی و راهکارهای اصلاحی و توسعه‌ای، باید برنامه‌ها و اقدامات کوتاه‌مدت زیر عملی شود:

۱. شناخت دقیق وضع کنونی و آینده صندوق‌های بازنشستگی و ابلاغ شیوه‌نامه یکسان محاسبات بیمه‌گری و انجام محاسبات بیمه‌ای یکسان برای کلیه صندوق‌های بازنشستگی کشور: شناخت وضع موجود و برآورد وضعیت آینده صندوق‌های بازنشستگی برای تدوین نقشه راه صندوق‌ها ضروری است. محاسبات بیمه‌ای (آکچوئری) در کلیه سازمان‌ها و صندوق‌های بازنشستگی باید

توسط تیمی مستقل، با شاخص‌ها و مفروضات مشخص، زیر نظر یک نهاد واحد صورت پذیرد. لازم به ذکر است وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی اقدام به استخراج شاخص‌ها و مفروضات بیمه‌ای برای سازمان‌ها و صندوق‌های زیرمجموعه خود کرده است. از آنجاکه علاوه بر صندوق‌های تحت پوشش این وزارتخانه، ۱۶ صندوق اختصاصی و صنفی دیگر نیز در حال فعالیت هستند، لازم است این اقدام به سایر سازمان‌ها و صندوق‌های زیرمجموعه آن‌ها هم تسری پیدا کند تا بدین طریق صندوق‌های دیگر هم به ارائه داده‌های واقعی و صحیح و استفاده از شیوه یکسان محاسبات بیمه‌ای مکلف شوند. برای این کار حمایت دولت ضروری است.

پس از ابلاغ شیوه‌نامه یکسان محاسبات بیمه‌ای (آکچوئری)، لازم است محاسبات آکچوئری کلیه صندوق‌های بازنشستگی در کشور اعم از دولتی، عمومی غیردولتی و صنفی-اختصاصی (نظیر صندوق بازنشستگی بانک‌ها، صندوق نفت، صداوسیما، و هما) توسط یک تیم متخصص داخلی با نظارت مشاورین بین‌المللی انجام شود تا آخرین تصویر از وضعیت موجود تعهدات صندوق‌ها استخراج شود و همچنین، تأثیر اصلاحات پارامتریک در وضعیت آتی صندوق‌ها جهت ارائه پیشنهادهای اصلاحی برآورد و محاسبه گردد؛ زیرا بدون محاسبات بیمه‌ای صحیح، پیشنهادهای اصلاحی از پایه‌های علمی لازم برخوردار نخواهد بود.

**۲. دعوت از کارشناسان بین‌المللی تأمین اجتماعی و بانک جهانی:** در راستای انجام اصلاحات نظام بازنشستگی، استفاده از تجارب دیگر کشورها در ارائه یک مدل اصلاحات باتوجه به نظام سیاسی و اقتصادی کشور اجتناب‌ناپذیر خواهد بود. لذا بهره‌مندی از تجارب اساتید برجسته بین‌المللی در حوزه اصلاحات نظام بازنشستگی از دیگر اقدامات وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی بوده است.

**۳. اصلاح نظام جمع‌آوری داده‌های اعضای صندوق بازنشستگی کشوری:** از آنجایی که کسورات مشترکین شاغل صندوق بازنشستگی کشوری توسط ذی‌حسابان دستگاه‌ها پرداخت و به صورت کلی به حساب صندوق مذکور واریز می‌شود، از وضعیت شاغلین تحت پوشش این صندوق (مانند سن و میزان حقوق دریافتی) که در تحلیل وضعیت یک صندوق بیمه‌گر مؤثر است، اطلاعات صحیحی وجود ندارد. باتوجه به اینکه برخی از دستگاه‌ها در ارائه اطلاعات کارکنان شاغل خود همکاری لازم را ندارند، اخذ اطلاعات صحیح با حمایت دولت از طریق ابلاغ به دستگاه‌ها در کوتاه‌مدت قابل انجام خواهد بود.

**۴. اصلاح اساسنامه‌ها:** به منظور اصلاح ساختار ارکان عالی و نحوه اداره صندوق‌ها، ایجاد زمینه پاسخگویی بیشتر و نظارت مؤثرتر لازم است دولت در اسرع وقت بررسی اساسنامه‌های پیشنهادی توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی را در دستور کار قرار دهد. چهارچوب اساسنامه پیشنهادی سازمان‌ها و صندوق‌های بازنشستگی با هدف شفاف‌سازی و تفکیک وظایف و اختیارات ارکان این نهادها، متناسب با ماهیتشان ارائه شد. اصل اساسی در اصلاح اساسنامه‌های پیشنهادی رویکرد حکمرانی خوب بوده است. به‌طور کلی حکمرانی

خوب به نظام‌ها و فرایندهایی تعبیر می‌شود که شرکت یا دولت برای مدیریت امور خود از آن‌ها استفاده می‌کند و هدف آن، به حداکثر رساندن رفاه و رفع تضاد منافع بین ذی‌نفعان است. تجربیات بین‌المللی نشان می‌دهند که حرکت به سوی بهبود مدیریت صندوق مستمری دولتی به توانایی نظام مستمری در دستیابی به حکمرانی خوب بستگی دارد. حکمرانی خوب در صندوق‌های مستمری مستلزم شفافیت، پاسخ‌گویی، تعریف واضح مسئولیت‌ها، مدیریت تضاد منافع، کنترل فساد و استقلال از فرایندهای سیاسی است.

**۵. پرداخت سهم جاری (سالیانه) دولت:** دولت جهت جلوگیری از افزایش دیون خود، تسریع در سهم برنامه‌ریزی، و مدیریت بهتر صندوق‌های بیمه‌گر اجتماعی باید پیش‌بینی‌های لازم را در بودجه سالانه انجام دهد و با صدور مجوز انتشار صکوک پیش‌بینی‌شده در بودجه در سال جاری، نسبت به پرداخت بخشی از سهم جاری خود اقدام نماید.

**۶. پرداخت بخشی از بدهی دولت:** در راستای جلوگیری از افزایش دیون دولت به سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر اجتماعی، دولت می‌تواند بخشی از بدهی‌های خود را در قالب گزینه‌های زیر تأدیه نماید:

▶ تهاتر با سهام شرکت‌ها (در صورت عدم واگذاری مستقیم سهام شرکت‌ها به سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه اجتماعی معادل مبلغ شرکت واگذار شده به بخش خصوصی به این سازمان‌ها و صندوق‌ها پرداخت شود)؛

▶ واگذاری منابع ارزی متعلق به دولت در خارج از کشور؛

▶ تهاتر املاک مازاد بر نیاز دولت؛

▶ فروش نفت و گاز مازاد دولت با مکانیسم تهاتری (جهت تأمین خوراک و مواد اولیه شرکت‌های زیرمجموعه)؛

▶ واگذاری مناطق تجاری با هدف توسعه تجاری منطقه؛

▶ انتشار اوراق مشارکت و صکوک.

## ۴- تحلیل ذی‌نفعان

ذی‌نفعان بیمه‌های اجتماعی (تأثیرگذاران و تأثیرپذیران از بیمه‌های اجتماعی) عبارت‌اند از:

**۱. شاغلین و فعالین اقتصادی:** شامل کارفرمایان، کارگران، کارمندان، خویش‌فرمایان یا کارکنان مستقل، کارکنان فامیلی بدون مزد و کارکنان تعاونی شاغلین بخش غیررسمی و غیر مزدو حقوق‌بگیر، شاغلین فصلی و موقت. برای حمایت از نیروی کار در برابر خطرها و ایجاد امنیت و آرامش برای خانواده آنان، یک نظام

تأمین اجتماعی قوی، کارآمد و فراگیر موردنیاز است. در غیر این صورت، آثار ناگوار ناشی از خطرهای خود را به صورت فقر گسترده و عمیق، نارضایتی عمومی، عدم همراهی مردم با برنامه‌های توسعه ملی، عدم پایداری مردم به قوانین، و افزایش بزهکاری‌ها و ناهنجاری‌های اجتماعی در جامعه نشان می‌دهد و امنیت عمومی را با چالش روبرو می‌کند.

**۲. خانواده افراد بیمه شده:** از جمله ذی‌نفعانی که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم از بیمه اجتماعی نفع خواهند برد، خانواده بیمه‌شدگان هستند. با بیمه شدن افراد خانواده، احساس امنیت و رضایت در آنها ایجاد می‌شود؛ چراکه بدین طریق از ریسک‌ها و مخاطرات اقتصادی و اجتماعی ناشی از سالمندی، فوت، و یا از کارافتادگی سرپرست خانوار در امان خواهند بود. همچنین، دختران بی‌سرپرست در صورت عدم اشتغال و ازدواج از منافع بیمه‌های اجتماعی بهره‌مند خواهند بود.

**۳. صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه اجتماعی کشور:** سازمان‌های بیمه‌گر شامل سازمان تأمین اجتماعی، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح، صندوق بازنشستگی کشوری، صندوق بازنشستگی کارکنان بانک‌ها، صندوق بازنشستگی کارکنان صنعت نفت، صندوق بازنشستگی کارکنان صنعت فولاد، صندوق بازنشستگی کارکنان سازمان صداوسیما، صندوق بازنشستگی کارکنان بانک مرکزی، صندوق بازنشستگی کارکنان سازمان بنادر و کشتیرانی، صندوق بازنشستگی کارکنان بیمه مرکزی، صندوق بازنشستگی کارکنان بیمه ایران، صندوق بازنشستگی کارکنان شهرداری تهران، صندوق بازنشستگی شرکت سهامی تلفن سابق، و صندوق بازنشستگی سازمان گسترش و نوسازی صنایع ایران (آینده‌ساز).

**۴. سازمان‌ها و دستگاه‌های دولتی، سندیکاهای کارگری و کارفرمایی، و کانون‌های بازنشستگی:** با بهره‌مندی مشمولین جامعه از بیمه اجتماعی، زمینه عزت‌نفس و توانمندسازی افراد فراهم خواهد شد. کارمندان مزد و حقوق‌بگیر دستگاه‌های اجرایی، کارگران بخش خصوصی، کارفرمایان، و کانون‌های بازنشستگی از مشارکت‌کنندگان اساسی و ذی‌نفعان اصلی این نظام هستند. از این‌رو هر تغییر و اصلاحی باید با مشارکت این ذی‌نفعان که صاحبان اصلی سرمایه‌های این نظام هستند، انجام گیرد.

**۵. دولت جمهوری اسلامی ایران:** نظام تأمین اجتماعی به‌عنوان ابزار استقرار امنیت و عدالت اجتماعی از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. تأمین اجتماعی مقوله‌ای در باب حقوق انسانی، حاکمیت ملی، و صلح و ثبات اجتماعی است که با توسعه پایدار هر کشور رابطه مستقیم دارد. از آنجاکه تأمین اجتماعی یک کالای عمومی است و افراد جامعه خود به‌طور مستقیم نمی‌توانند تولیدکننده آن باشند، دولت‌ها سامان‌دهنده و شکل‌دهنده آن هستند. لذا، تداوم حیات مادی و معنوی هر جامعه مستلزم نگرش اجتماعی و مسئولانه به برقراری نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی به صورت فراگیر است؛ زیرا نظام مزبور مهم‌ترین اهرم برقراری عدالت اجتماعی در جوامع امروزی تلقی می‌شود.



۶. **جامعه:** بیمه اجتماعی جامعه را در قبال پریشانی‌های اجتماعی و اقتصادی پدید آمده به‌واسطه قطع یا کاهش درآمد براهر بیکاری، بیماری، بارداری، از کارافتادگی، سالمندی و فوت سرپرست خانواده، حمایت می‌کند.

۷. **مجلس:** با عنایت به نقش نظارت و قانونگذاری مجلس شورای اسلامی و نظر به اینکه وظایف و کارکرد بیمه‌های اجتماعی در چهارچوب قانون تعیین می‌شود، شناخت مجلس از مسائل این حوزه می‌تواند در تصویب قوانینی که با اصول بیمه‌گری سازگار است، مؤثر باشد. این امر نقش بسزایی در ایجاد تعادل در صندوق‌های بیمه‌ای و بهبود عملکرد بیمه‌های اجتماعی در کشور خواهد داشت.

## ۵- برآورد هزینه‌ها

همان‌طور که اشاره شد، بیمه اجتماعی پایه به دو سطح بیمه اجتماعی فراگیر و بیمه اجتماعی اجباری تقسیم خواهد شد. با توجه به اینکه در سطح بیمه‌های اجتماعی اجباری سهم حق بیمه دولت، بیمه‌شده و کارفرما مطابق با قوانین و مقررات مربوط به هر صندوق و به تفکیک نوع بیمه مشخص شده و در حال اجرا است، نیازی به برآورد هزینه‌ها در این سطح نیست. به این ترتیب، در این سند تنها هزینه‌های سطح بیمه اجتماعی فراگیر پیش‌بینی شده است.

در طرح بیمه اجتماعی فراگیر کل حق بیمه معادل ۱۵ درصد درآمد مقطوع است. مطابق بند «ی» ماده ۶ از قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، سه درصد حداقل دستمزد مصوب شورای عالی کار در هر سال به‌صورت سرانه برابر برای هر عضو توسط دولت (از محل منابع عمومی) تأمین می‌شود و مابقی آن توسط بیمه‌شده پرداخت می‌گردد. مبلغ درآمد مقطوع برای شروع عضویت در این صندوق در سطح ۴۰ درصد حداقل دستمزد مشمولان قانون کار تعیین می‌شود. با فرض اینکه از ابتدای طرح بتوان کل افراد فاقد پوشش (حدود شش میلیون نفر) را بیمه کرد، سهم دولت در سال ۱۳۹۳ با توجه به سطح حداقل دستمزد در این سال (حدود ۶۰۹۰۰۰ تومان) حدود ۱۳۰۰ میلیارد تومان برآورد می‌شود. با فرض اینکه متوسط رشد حداقل دستمزد در هر سال ۱۷ درصد باشد، این رقم در سال ۱۳۹۵ به ۱۸۰۰ میلیارد تومان و در سال ۱۴۰۲ به ۵۸۰۰ میلیارد تومان خواهد رسید. در صورت انتخاب استراتژی پوشش تدریجی، پوشش ۲۰۴ میلیون نفر جمعیت مشمول در سال ۱۳۹۳ حدود ۵۳۰ میلیارد تومان بار مالی برای دولت به همراه دارد. شفافیت در سهم دولت بر اساس سرانه پرداخت یکی از نکات مثبت این طرح است.

همان‌طور که در جدول ۳۳ مشاهده می‌شود، سهم بیمه‌شده و دولت در سطح درآمد ۴۰ درصد حداقل دستمزد برابر خواهد بود (سهم برابر دولت و بیمه‌شده در سال ۱۳۹۳ معادل ۱۸۲۷۰ تومان است). نکته قابل توجه در مدل مالی طرح حاضر این است که چون سهم دولت به‌صورت سرانه برابر تعیین شده است،

کمک دولت به افراد کم‌درآمد به مراتب بیشتر از افراد با درآمد بالاتر خواهد بود. به عبارت دیگر، برخلاف رویه معمول کنونی در صندوق‌های بازنشستگی از جمله سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستاییان و عشایر، در این طرح کمک حاکمیتی دولت به افراد کم‌درآمدتر به مراتب بیشتر از افراد با درآمد بالاتر است.

همچنین، با توجه به جدول ۳۳، سهم بیمه‌شده در سطح درآمد ۹۰ درصد حداقل دستمزد در سال ۱۳۹۳ برابر با ۶۳۹۴۵ تومان در ماه است که این مبلغ به مراتب از سهم بیمه‌شده در چهارچوب بیمه اجتماعی مشاغل آزاد تأمین اجتماعی کمتر است. با فرض نرخ رشد ۱۷ درصدی حداقل دستمزد، پیش‌بینی می‌شود این رقم در سال ۱۴۰۲ به ۲۸۲۶۲۶ تومان در ماه برسد. برای جلوگیری از تغییر ناگهانی سطوح دستمزد در سال‌های پایانی سابقه برای دریافت مستمری بالاتر، اعضای صندوق می‌توانند سطح درآمد ماهانه را به ازای هر دو سال سابقه، معادل ۱۰ درصد حداقل دستمزد افزایش دهند.

سال	حداقل دستمزد	۴۰٪ حداقل دستمزد	مبلغ حق بیمه دریافتی ماهانه با نرخ ۱۵٪ برای کف ۴۰٪ دستمزد	سهم ماهانه دولت به صورت سرانه برابر (معادل ۳ درصد حداقل دستمزد)	سهم ماهانه بیمه‌شده در سطح ۴۰ درصد حداقل دستمزد	۹۰٪ حداقل دستمزد
۱۳۹۳	۶۰۹۰۰۰۰	۲۰۴۳۶۰۰۰	۳۶۵۰۴۰۰	۱۸۲۰۷۰۰	۱۸۲۰۷۰۰	۵۰۴۸۱۰۰۰
۱۳۹۴	۷۰۱۲۴۰۲۴۷	۲۰۸۴۹۰۶۹۹	۴۲۷۰۴۵۵	۲۱۳۰۷۲۷	۲۱۳۰۷۲۷	۶۰۴۱۱۰۸۲۲
۱۳۹۵	۸۰۳۳۵۰۳۶۹	۳۰۳۳۴۰۱۴۸	۵۰۰۰۱۲۲	۲۵۰۰۰۶۱	۲۵۰۰۰۶۱	۷۰۵۰۱۰۸۳۲
۱۳۹۶	۹۰۷۵۲۰۳۸۲	۳۰۹۰۰۰۹۵۳	۵۸۵۰۱۴۳	۲۹۲۰۵۷۱	۲۹۲۰۵۷۱	۸۰۷۷۷۰۱۴۴
۱۳۹۷	۱۱۰۴۱۰۰۲۸۷	۴۰۵۶۴۰۱۱۵	۶۸۴۰۶۱۷	۳۴۲۰۳۰۹	۳۴۲۰۳۰۹	۱۰۰۲۶۹۰۲۵۸
۱۳۹۸	۱۳۰۳۵۰۰۰۳۵	۵۰۳۴۰۰۰۱۴	۸۰۱۰۰۰۲	۴۰۰۰۵۰۱	۴۰۰۰۵۰۱	۱۲۰۰۱۵۰۰۳۲
۱۳۹۹	۱۵۰۶۱۹۰۵۴۱	۶۰۲۴۷۰۸۱۷	۹۳۷۰۱۷۲	۴۶۸۰۵۸۶	۴۶۸۰۵۸۶	۱۴۰۰۵۷۰۵۸۷
۱۴۰۰	۱۸۰۲۷۴۰۸۶۳	۷۰۳۰۹۰۹۴۵	۱۰۰۹۶۰۴۹۲	۵۴۸۰۲۴۶	۵۴۸۰۲۴۶	۱۶۰۴۴۷۰۳۷۷
۱۴۰۱	۲۱۰۳۸۱۰۵۹۰	۸۰۵۵۲۰۶۳۶	۱۰۲۸۲۰۸۹۵	۶۴۱۰۴۴۸	۶۴۱۰۴۴۸	۱۹۰۲۴۳۰۴۳۱
۱۴۰۲	۲۵۰۰۱۶۰۴۶۰	۱۰۰۰۰۶۰۵۸۴	۱۰۵۰۰۰۹۸۸	۷۵۰۰۴۹۴	۷۵۰۰۴۹۴	۲۲۰۵۱۴۰۸۱۴

جدول ۳۳. جدول برآورد بار مالی طرح بیمه اجتماعی فراگیر طی سال‌های (۱۳۹۳-۱۴۰۲) (ارقام به ریال)

## ۶- تحلیل حقوقی و اسناد بالادستی

در احکام سند چشم‌انداز بر همراهی عدالت و توسعه تأکید زیادی شده است و مقرر شده است که متناسب با رشد، توسعه و تعالی اقتصادی کشور، تقویت نظام جامع و فراگیر رفاه و تأمین اجتماعی و حمایت ویژه از اقشار و گروه‌های آسیب‌پذیر نیز مدنظر قرار گیرد. فرمان‌ها، اسناد، و قوانین متنوعی در زمینه همگانی کردن نظام تأمین اجتماعی و گسترش بیمه‌های اجتماعی در کشور به‌منظور تحقق عدالت اجتماعی وجود دارد که در ادامه، به مهم‌ترین آن‌ها اشاره می‌شود.

### ۱-۶- بیمه‌های اجتماعی در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

اصول متعددی از قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به‌طور مستقیم به موضوعات مربوط به بیمه اجتماعی و تأمین اجتماعی پرداخته است. به‌عنوان مثال، در بندهای ۹ و ۱۲ از اصل سوم بر لزوم به‌کارگیری امکانات برای «رفع تبعیضات ناروا و ایجاد امکانات عادلانه برای همه در تمام زمینه‌های مادی و معنوی» و «پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی برای ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع

بار مالی سالیانه برای دولت بر اساس سرانه برابر و پوشش کامل جمعیت هدف در سال	بار مالی سالیانه برای دولت بر اساس سرانه برابر و پوشش تدریجی	جمعیت هدف بر اساس پوشش تدریجی جمعیت مشمول بیمه اجتماعی فراگیر	پیش‌بینی جمعیت مشمول بیمه اجتماعی فراگیر	سهم ماهانه بیمه‌شده در سطح ۹۰ درصد حداقل دستمزد	مبلغ حق بیمه دریافتی ماهانه با نرخ ۱۵٪ برای سقف ۹۰٪ دستمزد
۱۳۶۰۷۲۸۰۷۷۹۴۰۰	۵۲۶۱۷۶۰۰۰۰۰۰۰	۲۴۰۰۰۰۰	۶۲۰۶۵۶۹	۶۳۹۴۵۰	۸۲۲۱۵۰
۱۵۷۱۴۵۰۱۹۸۷۳۲۷	۶۸۹۳۹۹۱۳۳۶۹۶۰	۲۶۸۸۰۰۰	۶۱۲۷۱۵۹	۷۴۸۰۴۶	۹۶۱۷۷۳
۱۸۶۳۳۰۱۴۵۹۶۶۵۵	۹۰۳۳۸۸۶۲۴۷۹۵۲	۳۰۱۰۵۶۰	۶۲۰۶۱۵۶	۸۷۵۲۱۴	۱۱۲۵۲۷۵
۲۲۰۳۶۵۳۸۷۵۸۶۹۸	۱۱۸۳۸۰۰۴۵۳۹۳۱۷	۳۳۷۱۸۳۷	۶۲۷۶۶۸۳	۱۰۲۴۰۰۰	۱۳۱۶۵۷۲
۲۵۸۵۳۸۴۱۰۵۲۱۴۴	۱۵۵۱۲۵۲۱۱۴۸۳۲۱	۳۷۷۶۴۴۶	۶۲۹۳۹۹۰	۱۱۹۸۰۸۰	۱۵۴۰۳۸۹
۳۰۵۲۰۳۴۵۸۸۲۶۶۸	۲۰۳۲۷۶۰۷۷۱۲۷۶۰	۴۲۲۹۶۲۰	۶۳۵۰۴۵۱	۱۴۰۱۷۵۴	۱۸۰۲۲۵۵
۳۵۷۴۴۴۵۲۰۸۱۰۵۲	۲۶۶۳۷۲۹۷۱۴۶۸۰۰	۴۷۳۷۱۷۴	۶۳۵۶۷۹۰	۱۶۴۰۰۰۵۲	۲۱۰۸۶۳۸
۴۲۱۱۵۵۴۴۹۴۴۲۹۸	۳۴۹۰۵۵۱۴۱۸۱۱۶۷	۵۳۰۵۶۳۵	۶۴۰۱۵۵۹	۱۹۱۸۸۶۱	۲۴۶۷۱۰۷
۴۹۴۹۹۹۳۱۶۹۳۹۴۱	۴۵۷۴۰۱۸۵۷۸۳۰۰۱	۵۹۴۲۳۱۲	۶۴۳۰۷۵۷	۲۲۴۵۰۶۷	۲۸۸۶۵۱۵
۵۸۰۷۹۱۷۵۵۳۴۳۹۱	۵۹۹۳۷۹۳۹۴۵۰۰۴۴	۶۶۵۵۳۸۹	۶۴۴۹۰۶۲	۲۸۲۶۲۶۷	۳۳۷۷۲۲۲

ادامه جدول ۳۳. جدول برآورد بار مالی طرح بیمه اجتماعی فراگیر طی سال‌های (۱۳۹۳-۱۴۰۲) (ارقام به ریال)

محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن، کار، بهداشت و تعمیم بیمه» جهت تحقق اهداف نظام تأکید شده است. همچنین، به‌موجب بندهای ۲ و ۴ از اصل بیست و یکم، دولت موظف به «حمایت مادران، به‌خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند، و حمایت از کودکان بی‌سرپرست» و «ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی‌سرپرست» شده است. افزون‌براین، اصل بیست و نهم به‌طور مستقیم به تأمین اجتماعی و خدمات آن اشاره دارد: «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای تمام افراد کشور تأمین کند.»

## ۶-۲- بیمه‌های اجتماعی در سیاست‌های کلی نظام جمهوری اسلامی ایران

- **بندهای مرتبط در سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه:** در بندهای ۴۰، ۴۱ و ۴۲ ذیل امور اجتماعی سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه بر «ارتقای کیفیت و اصلاح ساختار بیمه‌های تأمین اجتماعی پایه (شامل بیمه درمان، بازنشستگی، از کارافتادگی و غیره) برای آحاد مردم» تأکید شده است.

- **بندهای مرتبط در سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه:** در بند ۱ از اصل ۳۴ از سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه بر برقراری سازوکار بیمه‌ای تأکید شده است: «تنظیم همه فعالیت‌های مربوط به رشد و توسعه اقتصادی بر پایه عدالت اجتماعی و کاهش فاصله میان درآمدهای طبقات و رفع محرومیت از قشرهای کم‌درآمد با تأکید بر موارد زیر: ۱- جبران نابرابری‌های غیرموجه درآمدی از طریق سیاست‌های مالیاتی، اعطای یارانه‌های هدفمند و سازوکارهای بیمه‌ای...». همچنین، به‌موجب بند ۵ اصل ۳۵ از این سند، «تأمین بیمه فراگیر و کارآمد و گسترش کمی و کیفی نظام تأمین اجتماعی و خدمات بیمه درمانی» یکی از «اقدامات لازم برای جبران عقب‌ماندگی‌های حاصل از دوران تاریخی گذشته» عنوان شده است.

- **بندهای مرتبط در سیاست‌های کلی نظام در مورد امنیت اقتصادی:** بر اساس اصل ۲ از سیاست‌های کلی نظام در مورد امنیت اقتصادی، «هدف از امنیت سرمایه‌گذاری، ایجاد رفاه عمومی و رونق اقتصادی و زمینه‌سازی برای عدالت اقتصادی و از بین بردن فقر در کشور است. وضع قوانین و مقررات مربوط به مالیات و دیگر اموری که به آن هدف کمک می‌کند، وظیفه الزامی دولت و مجلس است.»

- **بندهای مرتبط در سیاست‌های کلی اصل چهل و چهارم قانون اساسی:** در سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی بر «گسترش مالکیت در سطح عموم مردم به‌منظور تأمین عدالت اجتماعی» و «تشویق اقشار مردم به پس‌انداز و سرمایه‌گذاری و بهبود درآمد خانوارها» تأکید شده و مقرر شده است که سهمی از منابع حاصل از واگذاری‌های دولتی، صرف حوزه رفاه و تأمین اجتماعی گردد. بند ۲ ذیل بند «د» تحت

عنوان «سیاست‌های کلی واگذاری»، به بیان «مصارف درآمدهای حاصل از واگذاری» پرداخته است. بر اساس این بند، «وجوه حاصل از واگذاری سهام بنگاه‌های دولتی به حساب خاصی نزد خزانه‌داری کل کشور واریز و در قالب برنامه‌ها و بودجه‌های مصوب به ترتیب زیر مصرف می‌شود: ۱- ایجاد خوداتکایی برای خانواده‌های مستضعف و محروم و تقویت تأمین اجتماعی...».

بالین وجود، تاکنون در اغلب واگذاری‌ها به نحوی عمل شده است که مصارف صندوق‌های بیمه‌گر اجتماعی (سازمان تأمین اجتماعی و صندوق بازنشستگی کشوری) افزایش یافته و منابع آن‌ها با کاهش مواجه شده است؛ زیرا اغلب واگذاری‌ها توأم با تعدیل نیروی انسانی به شکل بازنشستگی زود هنگام، بیمه بیکاری، بازخریدی توافقی و مواردی از این دست بوده است که تعادل منابع و مصارف صندوق‌ها را با چالش روبرو کرده است. به عبارت دیگر، تأمین اجتماعی که یکی از عوامل تسهیل و تسریع خصوصی‌سازی است، تاکنون تنها با تبعات و عوارض واگذاری‌ها مواجه شده است.

**- بندهای مرتبط در سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی:** بی‌شک حوزه رفاه و تأمین اجتماعی (امدادی، حمایتی، و بیمه‌های اجتماعی) نقش بسزایی در تحقق اقتصاد مقاومتی و مقاومت اقتصادی دارد؛ چراکه بدون وجود یک چتر صیانتی، جبرانی، و تأمینی برای شرایط اقتصادی ناشی از بحران‌ها و تحریم‌ها، زمینه و امکان مقاومت اقتصادی فراهم نمی‌شود. این امر در تدوین سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی هم مورد توجه قرار گرفته است؛ به طوری که تعدادی از اصول و سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی به حوزه رفاه و تأمین اجتماعی اشاره دارند. برخی از این اصول عبارت‌اند از:

بند ۱) تأمین شرایط و فعال‌سازی کلیه امکانات و منابع مالی و سرمایه‌های انسانی و علمی کشور به منظور توسعه کارآفرینی و به حداکثر رساندن مشارکت آحاد جامعه در فعالیت‌های اقتصادی با تسهیل و تشویق همکاری‌های جمعی و تأکید بر ارتقاء درآمد و نقش طبقات کم‌درآمد و متوسط.

بند ۳) محور قرار دادن رشد بهره‌وری در اقتصاد با تقویت عوامل تولید، توانمندسازی نیروی کار، تقویت رقابت‌پذیری اقتصاد، ایجاد بستر رقابت بین مناطق و استان‌ها و به کارگیری ظرفیت و قابلیت‌های متنوع در جغرافیای مزیت‌های مناطق کشور.

بند ۴) استفاده از ظرفیت اجرای هدفمندسازی یارانه‌ها در جهت افزایش تولید، اشتغال و بهره‌وری، کاهش شدت انرژی و ارتقاء شاخص‌های عدالت اجتماعی.

بند ۵) سهم‌بری عادلانه عوامل در زنجیره تولید تا مصرف متناسب با نقش آن‌ها در ایجاد ارزش، به‌ویژه با افزایش سهم سرمایه انسانی از طریق ارتقاء آموزش، مهارت، خلاقیت، کارآفرینی و تجربه.

بند ۱۷) اصلاح نظام درآمدی دولت با افزایش سهم درآمدهای مالیاتی.

– **بندهای مرتبط در سیاست‌های کلی اشتغال:** در بندهای ۱ و ۱۱ از سیاست‌های کلی اشتغال بر «ترویج و تقویت فرهنگ کار، تولید، کارآفرینی و استفاده از تولیدات داخلی به‌عنوان ارزش اسلامی و ملی با بهره‌گیری از نظام آموزشی و تبلیغی کشور» و «برقراری حمایت‌های مؤثر از بیکاران برای افزایش توانمندی‌های آنان در جهت دسترسی آن‌ها به اشتغال پایدار» تأکید شده است.

– **بندهای مرتبط در سیاست‌های کلی جمعیت:** بند ۳ سیاست‌های کلی نظام در حوزه جمعیت به «اختصاص تسهیلات مناسب برای مادران به‌ویژه در دوره بارداری و شیردهی و پوشش بیمه‌ای هزینه‌های زایمان و درمان ناباروری مردان و زنان و تقویت نهادها و مؤسسات حمایتی ذی‌ربط» اشاره دارد. همچنین، با توجه به بند ۴ این سیاست‌ها، «تحکیم بنیان و پایداری خانواده با اصلاح و تکمیل آموزش‌های عمومی درباره اصلت کانون خانواده و فرزندپروری و با تأکید بر آموزش مهارت‌های زندگی و ارتباطی ارائه خدمات مشاوره‌ای بر مبنای فرهنگ و ارزش‌های اسلامی-ایرانی، توسعه و تقویت نظام تأمین اجتماعی، خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی در جهت سلامت باروری و فرزندآوری» مورد تأکید است.

### ۳-۶- بیمه‌های اجتماعی در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

در بند «الف» از ماده ۳ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی بر «گسترش نظام بیمه‌ای و تأمین سطح بیمه همگانی برای آحاد جامعه با اولویت دادن به بیمه‌های مبتنی بر بازار کار و اشتغال» تأکید شده است و در بند «د» از همان ماده، «تشکیل صندوق‌های بیمه‌ای موردنیاز از قبیل بیمه حرف و مشاغل آزاد، بیمه روستائیان و عشایر، بیمه خاص زنان بیوه و سالخورده و خودسرپرست و بیمه خاص حمایت از کودکان» از جمله وظایف و اهداف حوزه بیمه‌ای برشمرد شده است. به‌علاوه، در بند «الف» ماده ۶ این قانون بر «ساماندهی و هماهنگی فعالیت‌ها و خدمات در هر یک از حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی در جهت افزایش کارآمدی و پوشش کامل‌تر فعالیت دستگاه‌ها به‌نحوی که از هم‌پوشانی و تداخل فعالیت آن‌ها جلوگیری گردد» تأکید شده است. همچنین، در بخش یک بند «ی» از این ماده «بهره‌مندی صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی بابت هر عضو از محل منابع عمومی به‌صورت سرانه برابر» تعیین شده است که «این امر مانع حمایت دولت از اقشار ضعیف جامعه نیست». تکلیف دیگری که در بخش ۲ و ۳ بند «ی» از ماده ۶ مورد تأکید قرار گرفته و تاکنون نیز اجرایی نشده است، یکسان بودن درصد مشارکت و سهم پرداختی کارفرما و بیمه‌شده نسبت به مأخذ کسر حق بیمه به صندوق‌های فعال در سطح بیمه‌های همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی است. به‌موجب بند «ط» از ماده ۹ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، «ارائه تعهدات بیمه‌ای صندوق‌ها در قبال افراد عضو و تحت پوشش بر اساس قاعده عدالت و به تناسب میزان مشارکت (سنوات و میزان پرداخت حق بیمه) و با تنظیم ورودی‌ها

و خروجی‌ها طبق محاسبات بیمه‌ای صورت می‌پذیرد». این نکته در تنظیم سند حاضر مبنا بوده است.

#### ۶-۴- بیمه‌های اجتماعی در قانون هدفمند کردن یارانه‌ها

مطابق با ماده ۷ از قانون هدفمند کردن یارانه‌ها، «دولت مجاز است حداکثر تا پنجاه درصد (۵۰٪) خالص وجوه حاصل از اجرای این قانون را در قالب بندهای زیر هزینه نماید:

**الف-** یارانه در قالب پرداخت نقدی و غیر نقدی با لحاظ میزان درآمد خانوار نسبت به کلیه خانوارهای کشور به سرپرست خانوار پرداخت شود.

**ب-** اجرای نظام جامع تأمین اجتماعی برای جامعه هدف از قبیل:

۱. گسترش و تأمین بیمه‌های اجتماعی، خدمات درمانی، تأمین و ارتقاء سلامت جامعه و پوشش دارویی و درمانی بیماران خاص و صعب‌العلاج؛
۲. کمک به تأمین هزینه مسکن، مقاوم‌سازی مسکن و اشتغال؛
۳. توانمندسازی و اجرای برنامه‌های حمایت اجتماعی.»

#### ۶-۵- بیمه‌های اجتماعی در قانون برنامه پنجم توسعه

مواد متعددی از قانون برنامه پنجم توسعه به حوزه رفاه و تأمین اجتماعی مربوط است که مهم‌ترین آن‌ها عبارت‌اند از: مواد ۲۶ تا ۳۹، ۴۲، ۴۴، ۴۵، ۵۰، ۵۹، ۶۱، ۶۶، ۷۳، ۸۰، ۱۹۴، ۲۲۸، و ۲۳۰. موادی از این قانون که به‌طور مستقیم با حوزه بیمه‌های اجتماعی ارتباط دارند، با تأکید بر اهداف به شرح ذیل هستند:

▲ ماده ۲۶-الف-۱: کاهش وابستگی صندوق‌های بازنشستگی به بودجه دولت؛

▲ ماده ۲۶-الف-۲: منع هرگونه فعالیت بنگاهداری جدید برای صندوق‌های بازنشستگی دولتی؛

▲ ماده ۲۶-الف-۳: منع ایجاد هرگونه تعهد بیمه‌ای بدون پشتوانه مالی برای صندوق‌های بازنشستگی؛

▲ ماده ۲۶-ب: اصلاح ساختار نظام بیمه اجتماعی و صندوق‌های بازنشستگی؛

▲ ماده ۲۶-تبصره: اصلاحات پارامتری و ساختاری در صندوق‌های بازنشستگی؛

▲ ماده ۲۷: برقراری و استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه؛

▲ ماده ۲۸-الف: اجازه ایجاد بیمه‌های بازنشستگی خصوصی؛

- ▲ ماده ۲۸-ب: اجازه نقل و انتقال حق بیمه و سوابق بین صندوق های بیمه؛
- ▲ ماده ۲۸-ج: شمول قانون تأمین اجتماعی به صاحبان حرف و مشاغل آزاد؛
- ▲ ماده ۲۸-د: الزام اتباع خارجی مقیم کشور به داشتن بیمه نامه حوادث و بیماری ها؛
- ▲ ماده ۲۸-ه: مجاز بودن صندوق های بازنشستگی به ارائه بیمه تکمیلی بازنشستگی؛
- ▲ ماده ۲۹: ممنوعیت تصویب و اجرای هرگونه مصوبه دارای تعهد برای صندوق های بیمه بدون تأمین بار مالی آن؛
- ▲ ماده ۳۰: مجاز بودن کارکنان مشمول صندوق های بازنشستگی به ادامه بیمه قبلی خود در دوران انتقال، بازخریدی، اخراج، استعفا، مرخصی بدون حقوق و غیره؛
- ▲ ماده ۳۱: افزایش سنوات مبنای محاسبه مستمری ها به پنج سال در صورت افزایش غیرمتعارف دستمزد اعلام شده بیمه شدگان در دو سال آخر خدمت بدون ارتقاء شغلی؛
- ▲ ماده ۴۲: اجازه پوشش خانواده هایی که سرپرست آنها تحت پوشش هیچ گونه بیمه ای نیست، ذیل مقررات عام تأمین اجتماعی (بیمه اجتماعی فراگیر).

## ۷- رویکرد اجرایی

اصلاحات نظام بیمه های اجتماعی کشور که با بهره گیری از تجربه های بین المللی و داخلی، و بومی سازی مدل طراحی شده است، از طریق گفتمان سازی اصول اصلاحات و جابجایی منابع بودجه ای به صورت متمرکز و مشارکتی، با اقدامات تعیین شده طبق برنامه عملیاتی جدول ۳۴ انجام خواهد شد.

ردیف	اقدامات	فرايند اجرا	مسئول اجرا	زمان بندی
۱	ایجاد بسترهای قانونی لازم برای ایجاد بیمه اجتماعی فراگیر	طراحی مدل، گزارش توجیهی و تهیه پیش نویس بیمه اجتماعی فراگیر	مجموعه وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با همکاری سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور	نیمه اول سال ۱۳۹۵
		برگزاری جلسات، رفع ابهامات و تصویب	شورای عالی رفاه و هیئت دولت	
	اطلاع رسانی از طریق رسانه های جمعی و دستگاه های اجرایی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با همکاری سازمان های بیمه گر	پس از تصویب	



ردیف	اقدامات	فرایند اجرا	مسئول اجرا	زمان بندی
۲	تدوین نظام نوین بازنشستگی برای اصلاحات بیمه‌های اجباری پایه با توجه به بسترهای حقوقی و قانونی موجود	واکاوی ادبیات موضوع، شناسخت وضع موجود، بررسی تطبیقی و ارائه الگوی کلان	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با همکاری سازمان‌های بیمه‌گر	نیمه اول سال ۱۳۹۵
		بررسی تحلیلی و آکچوئری صندوق‌های بازنشستگی و تبیین سناریوی اصلاحات، شناسایی سناریوی مطلوب اصلاحات مبتنی بر حداکثرسازی منافع ذی‌نفعان، و طراحی مدل و معیار برای استفاده از یافته‌ها در تدوین پیش‌نویس لایحه	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان‌های بیمه‌گر، و معاونت اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی	نیمه اول سال ۱۳۹۵
		برگزاری جلسات و نشست‌های تخصصی با حضور صاحب‌نظران حوزه بازنشستگی و حمایت‌های اجتماعی برای رفع ابهامات پیش‌نویس اولیه لایحه	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان‌های بیمه‌گر، معاونت اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، کمیسیون اجتماعی دولت، مرکز پژوهش‌های مجلس، و سایر ذی‌نفعان	نیمه اول و دوم سال ۱۳۹۵
		ارائه سیاست‌ها، ضوابط و رویه‌های مناسب، تحلیل رفتاری و سیاسی ذی‌نفعان، سازوکارهای جایجایی، ظرفیت‌سازی سازمانی، و ارائه طرح توجیهی برای تصمیم‌سازان، نهادها و اخذ نظرات آن‌ها	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان‌های بیمه‌گر، معاونت اجتماعی سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، کمیسیون اجتماعی دولت، و مرکز پژوهش‌های مجلس	نیمه دوم سال ۱۳۹۵
	جمع‌بندی لایحه و تصویب	دولت و مجلس		
۳	تکمیل بانک اطلاعاتی بیمه‌شدگان	معماری (طراحی) پایگاه مبتنی بر سیاست‌گذاری‌ها	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با همکاری سایر دستگاه‌های همکار	حداکثر ۳ ماه پس از تصویب در دولت
		شناسایی بانک‌ها و منابع اطلاعاتی معتبر کشور	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	حداکثر ۳ ماه پس از تصویب در دولت
		هماهنگی و جلب مشارکت دستگاه‌ها در ارائه اطلاعات		حداکثر ۴ ماه پس از تصویب در دولت
		اخذ اطلاعات ثبتی بیمه‌شدگان به تفکیک نوع بیمه از منابع اطلاعاتی و یکپارچه‌سازی آنها	دستگاه‌های مرتبط	حداکثر ۸ ماه پس از تصویب در دولت
		انجام فرایند راستی‌آزمایی هوشمند از طریق پیوند اطلاعات با منابع معتبر		همزمان با دریافت اطلاعات
		ذخیره‌سازی و نگهداری اطلاعات در سامانه اطلاعات پایگاه ثبتی و تشکیل بانک سوابق بیمه‌ای برای افراد	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	حداکثر یک ماه پس از دریافت اطلاعات و راستی‌آزمایی آن
		به‌روزرسانی مستمر اطلاعات	دستگاه‌های مرتبط (سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر)	همزمان با دریافت و راستی‌آزمایی اطلاعات

## ۸- مخاطرات طرح و ضمانت‌های اجرایی

اجرای طرح بیمه اجتماعی فراگیر با مخاطراتی همراه است که لازم است برای جلوگیری از وقوع آن‌ها یا برخورد با آن‌ها اقدامات لازم پیش‌بینی شود. این مخاطرات شامل موارد زیر است:

- ▶ عدم تأمین مناسب منابع مالی؛
  - ▶ اختیاری بودن طرح؛
  - ▶ عدم همکاری مناسب سازمان‌های بیمه‌گر.
- ابزارهایی وجود دارند که برای اجرای این طرح و به‌عنوان ضمانت اجرایی آن می‌توان از آن‌ها استفاده کرد. این ابزارها عبارت‌اند از:
- ▶ ابزارهای داوطلبانه: مانند امضای توافقنامه با تشکل‌های مردمی و انعقاد قراردادهای گروهی با آنان به‌عنوان کارفرمایان مجازی؛
  - ▶ ابزارهای اجباری: مانند منوط نمودن صدور مجوزها یا انعقاد قراردادهای پرداخت یارانه‌ها و مواردی از این دست به بیمه بودن افراد در یکی از سطوح نظام بیمه‌ای؛
  - ▶ ابزارهای بودجه‌ای: در قالب بودجه دولتی و در قالب ردیف اعتباری دائمی.
- اصلاحات در نظام بازنشستگی کشور به‌خصوص بیمه‌های اجتماعی پایه الزاماتی دارد که باید به آن‌ها توجه کرد. از جمله این الزامات در زیر بیان شده است:
- ▶ پذیرش اجتماعی؛
  - ▶ ثبات مالی طرح؛
  - ▶ امکان سیاسی؛
  - ▶ همبستگی با واقعیات اقتصادی و بازار کار؛
  - ▶ اداره و مدیریت مشترک مدار.
- در شرایط ایدئال، در فرایند اصلاحات تمام مؤلفه‌های فوق به‌طور همزمان وجود دارند.

## ۹- پایش و ارزیابی

برخی از شاخص‌های ارزیابی نحوه اجرای این طرح شامل موارد زیر است:

- ▶ ضریب نفوذ بیمه اجتماعی (نسبت جمعیت بیمه‌شده به جمعیت کل کشور)؛
- ▶ ضریب پوشش بیمه اجتماعی شاغلین؛
- ▶ ضریب پوشش بیمه اجتماعی جمعیت فعال؛
- ▶ ضریب نفوذ بیمه‌ای (نسبت بیمه‌شدگان اجباری به جمعیت شاغل مزد و حقوق‌بگیر، نسبت بیمه‌شدگان غیراجباری به جمعیت شاغل غیر مزد و حقوق‌بگیر)؛
- ▶ نسبت پشتیبانی (تعداد بیمه‌شدگان به تعداد مستمری‌بگیران)؛
- ▶ نسبت کل مصارف به کل منابع؛
- ▶ نسبت سود حاصل از سرمایه‌گذاری به کل منابع؛
- ▶ نسبت خدمات واگذار شده به خدمات قابل‌واگذاری (تعداد کارگزاری‌های موجود به تعداد کارگزاری‌های موردنیاز).

برای ارزیابی اجرای سیاست طبق شاخص‌های تعیین‌شده از مدل ترکیبی استفاده خواهد شد. در این مدل با بهره‌گیری از ابزارهای رایج مانند ارزیابی عملکرد، پیمایش، و تحلیل اسنادی، از دو روش کمی و کیفی استفاده خواهد شد.

## « جمع بندی

برای اینکه اقتصاد کشور توانایی مقاومت در مقابل بحران‌ها، تحریم‌ها و مخاطرات بین‌المللی را داشته باشد، باید یک بسته سیاستی خدمات اجتماعی مبتنی بر تأمین اجتماعی تدوین شده و به‌مورد اجرا گذاشته شود و طیف وسیعی از خدمات امدادی، حمایتی و بیمه‌های اجتماعی برای مردم، به‌ویژه اقشار نیازمند و گروه‌های هدف طراحی و ارائه شود؛ چراکه غالب تغییرات و تصمیمات اقتصادی بر معیشت و سلامت مردم آثار مستقیم و غیرمستقیمی دارند و یک نظام فراگیر، جامع و باکفایت تأمین اجتماعی باید متکفل صیانت از مردم در دوره مقاومت شود.

این موضوع از منظر سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر اجتماعی بدین سبب اهمیت می‌یابد که غالب این نهادها از نظر توان مالی در منطقه خطر قرار دارند و بخش وسیعی از آن‌ها در حال حاضر نقش ادارات پرداخت انتقالی را ایفا می‌کنند و از اعتبارات، منابع و کمک‌های دولت برای ایفای وظایف بیمه‌ای خود بهره می‌گیرند. در میان سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر اجتماعی تنها سازمان تأمین اجتماعی، صندوق آینده‌ساز و صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر از شرایط بهتری برخوردار هستند که این

نهادهای نیز باتوجه به قوانین نامساعد و مغایر با اصول و قواعد بیمه‌ای که اخیراً تصویب شده و یا می‌شوند، در آینده نزدیک در شرایط بحرانی قرار خواهند گرفت.

علاوه بر این، صندوق‌های بیمه‌ای کشور با چالش‌های دیگری هم مواجه هستند که از آن جمله می‌توان به نبود نظام بیمه‌ای مناسب برای شاغلین غیر مزد و حقوق‌بگیر، عدم استمرار در پوشش بیمه‌های غیر اجباری (روستائیان، خویش‌فرمایان، و مانند آن)، وجود تعدد قوانین و مقررات، چندگانگی و ناهماهنگی شرایط و روش‌ها در صندوق‌های بیمه و بازنشستگی کشور، و عدم توازن و هماهنگی بین منابع و مصارف (تعهدات) در صندوق‌های بیمه و بازنشستگی اشاره کرد. انجام اصلاحات برای مواجهه با این مشکلات و چالش‌ها ضرورت دارد. در این راستا، در سند حاضر جزئیات لایه‌های بیمه اجتماعی پایه و تکمیلی، به‌عنوان لایه‌های دوم و سوم نظام تأمین اجتماعی چندلایه پیشنهادی طراحی و تشریح شد. در این سند مبتنی بر رویکرد نظام تأمین اجتماعی چندلایه و اصلاحات ترکیبی همزمان، به تشریح اقدامات مورد نیاز برای غلبه با چالش‌های کنونی نظام بیمه‌ای کشور، تحلیل ذی‌نفعان، برآورد هزینه‌ها، تحلیل حقوقی طرح، رویکرد اجرایی، و در نهایت پایش و ارزیابی پرداخته شده است. سطح‌بندی بیمه‌های اجتماعی از مهم‌ترین اقدامات پیشنهادی در این سند است.

با عنایت به بندهای ۹ و ۱۲ اصل ۳، بندهای ۲ و ۴ اصل ۲۱، بندهای ۱ و ۲ اصل ۴۳، و اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و به‌منظور دستیابی به اهداف قانون برنامه پنجم توسعه مبنی بر زمینه‌سازی تحقق هر چه بیشتر عدالت اجتماعی، بسط و گسترش پوشش بیمه‌های اجتماعی، و ایجاد رویه یکسان در ارائه خدمات صندوق‌های بیمه‌ای، «لایحه نظام نوین بیمه اجتماعی کشور» تهیه شده است که جهت سیر مراحل تصویب قانونی ارائه می‌شود. انتظار می‌رود با نقد کارشناسانه متولیان امر و در نهایت تصویب این لایحه، در کنار سایر اصلاحات مورد نظر در طرح جامع تحول در نظام تأمین اجتماعی کشور، بخش عمده مشکلات نظام بیمه و بازنشستگی کارکنان دستگاه‌های اجرایی بخش دولتی مرتفع شود. باید توجه داشت که تفکیک بیمه اجتماعی مزد و حقوق‌بگیران از غیر مزد و حقوق‌بگیران به لحاظ ساختاری و نرخ حق بیمه‌ها و در نظر گرفتن سطوح مختلف درآمدی با هدف پوشش فراگیر و کاهش بار حمایتی دولت از الزامات طراحی این نظام است.

## « منابع

- سازمان بین‌المللی کار و سازمان بین‌المللی تأمین اجتماعی. (۱۳۸۴). اصول و مبانی تأمین اجتماعی. (ترجمه اداره کل امور بین‌الملل سازمان تأمین اجتماعی). تهران: مؤسسه عالی تأمین اجتماعی.
- سیاست‌های کلی اشتغال، ابلاغی توسط مقام معظم رهبری، سال ۱۳۹۰.
- سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی، ابلاغی توسط مقام معظم رهبری، سال ۱۳۸۴.
- سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی، ابلاغی توسط مقام معظم رهبری، سال ۱۳۹۲.
- سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه، ابلاغی توسط مقام معظم رهبری، سال ۱۳۸۷.
- سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه، ابلاغی توسط مقام معظم رهبری، سال ۱۳۹۴.
- سیاست‌های کلی جمعیت، ابلاغی توسط مقام معظم رهبری، سال ۱۳۹۳.
- سیاست‌های کلی نظام، ابلاغی توسط مقام معظم رهبری، سال ۱۳۸۵.
- صالح خو، قاسم. (۱۳۷۸). نهادهای بین‌المللی و تأمین اجتماعی. فصلنامه تأمین اجتماعی، ۱(۲)، ۱۴۶-۱۲۷.
- قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، مصوب سال ۱۳۵۸.
- قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، مصوب سال ۱۳۸۹.
- قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مصوب سال ۱۳۸۳.
- قانون هدفمند کردن یارانه‌ها، مصوب سال ۱۳۸۸.
- کریمی، مظفر. (۱۳۸۴). زمینه‌های تاریخی پیدایش نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی. فصلنامه حقوق تأمین اجتماعی، ۱(۱).

Holzman, R., & Hinz, R. (2002). Old- Age Income Support in the 21st Century. Washington, DC: World Bank.

Schwarz, A. M. (2006). Pension System Reforms. (World Bank Social Protection Discussion Paper, No. 0608).



## سند ۴

نظام تأمین اجتماعی چندلایه در حوزه  
بیمه اجتماعی سلامت

نام سند	سند سیاستی لایه بیمه اجتماعی سلامت
تاریخ صدور	۱۳۹۵/۳/۰۹
شرح سند	این سند به مثابه مقدمه‌ای برای تدوین آیین‌نامه ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم توسعه است. در این سند سطوح نظام تأمین اجتماعی چندلایه در حوزه بیمه اجتماعی سلامت تشریح می‌شوند. در این راستا، مسئله‌شناسی تحلیلی، نظریات پایه، تحلیل ذی‌نفعان، تحلیل حقوقی، و تحلیل سایر جنبه‌های مربوطه برای اجرای ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم توسعه مطرح شده و موارد لازم جهت درج در آیین‌نامه مذکور ارائه شده است.
تهیه و تدوین	رضا حسینیپور، مریم محمدرضا، و امیر مجلسی - دفتر بیمه‌های سلامت وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی؛ محمدمهدی تدین، بهمن برزگر - سازمان بیمه سلامت ایران؛ مرحوم مظفر کریمی، رضا کاشف، امیرعباس فضائلی - سازمان تأمین اجتماعی؛ دکتر رحیمی - کمیته امداد امام خمینی (ره)؛ محمد واعظمهدوی، و حمید پوراصغری - سازمان برنامه و بودجه کشور.
ناظر	کیومرث اشتریان؛ دبیر کمیسیون اجتماعی دولت

جدول ۳۵. شناسنامه سند ۴

شرح تغییرات	تاریخ	نویسنده / ویراستار
تدوین پیش‌نویس اول	۹۳/۷/۲۱	مرحوم مظفر کریمی، محمد واعظمهدوی، رضا حسین‌پور، و محمدمهدی تدین.
تدوین پیش‌نویس دوم	۹۴/۰۸/۲۶	محمدمهدی تدین، بهمن برزگر، رضا کاشف، امیرعباس فضائلی، مریم محمدرضا، و حمید پوراصغری.
تدوین پیش‌نویس سوم	۹۵/۰۳/۰۹	امیر مجلسی، حمید پوراصغری، محمدمهدی تدین، بهمن برزگر، رضا کاشف، امیرعباس فضائلی، و مریم محمدرضا.

جدول ۳۶. تاریخچه بازنگری سند ۴



## مقدمه

امروزه رویکرد غالب در نظام‌های پیشرفته تأمین اجتماعی جهان استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه است که همه گروه‌های جمعیتی را پوشش می‌دهد. در واقع با لایه‌بندی این نظام، امکان ارائه حمایت‌های اجتماعی در لایه اول، بیمه‌های اجتماعی و درمان در لایه دوم و بیمه‌های خصوصی بازنشستگی و درمان مبتنی بر پس‌اندازهای فردی در لایه سوم فراهم می‌شود. هر لایه با سطوح حمایتی مشخص و منطبق با سطح توانایی و جایگاه افراد جامعه طراحی می‌شود. کلیه آحاد جامعه حداقل تحت پوشش یکی از لایه‌های نظام تأمین اجتماعی چندلایه قرار می‌گیرند.

باتوجه به اینکه در سال‌های اخیر هزینه‌های سلامت نسبت به سایر هزینه‌های زندگی با سرعت بیشتری افزایش یافته است، بسیاری از بیماران نیازمند برای تأمین هزینه‌های درمان و سلامت با چالش‌های جدی مواجه شده‌اند<sup>۱</sup>. در این راستا، در این سند نظام تأمین اجتماعی چندلایه در حوزه بیمه سلامت طراحی و تشریح می‌شود. هدف اصلی برقراری نظام تأمین اجتماعی چندلایه در حوزه بیمه سلامت، پوشش دادن آحاد جامعه در یک یا چند سطح از خدمات و مراقبت‌های سلامت زیر است:

**سطح حاکمیتی سلامت:** این سطح شامل برقراری یک سطح پایه از نیازهای اساسی سلامت نظیر مراقبت‌های بهداشتی اولیه، واکسیناسیون، مراقبت‌های بارداری و زایمان و مراقبت‌های مرتبط با مادر و کودک، مراقبت‌های بهداشتی-درمانی مرتبط با بیماری‌های واگیردار، و اورژانس‌های پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی است که توسط دولت برای تمام شهروندان ایرانی به صورت کاملاً رایگان فراهم می‌شود.

**خدمات حمایتی سلامت:** این سطح خدمات سلامت موجود در بسته بیمه سلامت پایه را شامل می‌شود که برای فقرا و دیگر گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه نظیر معلولین جسمی و ذهنی، کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست، زنان بی‌بضاعت سرپرست خانوار، زنان بی‌بضاعت و سالمندان فاقد حمایت‌های خانوادگی به صورت رایگان ارائه می‌شود. صد درصد منابع مالی لازم برای خدمات سلامت حمایتی از محل منابع عمومی دولتی و مالیات‌ها تأمین می‌گردد.

**بیمه سلامت پایه:** در این سطح پوشش اجباری خدمات بیمه پایه سلامت برای کارکنان دولت، کارگران ثابت، و سایر گروه‌های جامعه که توانایی مشارکت مالی در قالب حق بیمه را دارند، مورد توجه است. سایر منابع مالی برای تأمین این سطح عبارت‌اند از کمک دولت و سهم کارفرما. خدمات سلامت ارائه شده در این لایه همان خدمات موجود در بسته بیمه سلامت پایه است و درصد و نرخ پرداخت بیمه‌شدگان توسط نظام بیمه‌ای تعیین می‌گردد.

۱. از جمله مهم‌ترین علل این افزایش، رشد فزاینده فناوری‌های نوین در عرصه سلامت، عوارض اقتصادی ناشی از سوءمدیریت و عوارض اقتصادی ناشی از تحریم‌های بین‌المللی بوده است.

**بیمه سلامت تکمیلی:** این سطح بر پوشش اختیاری آن گروه از خدمات سلامت که در شمول تعهدات بیمه سلامت پایه نیست، تمرکز دارد. منابع مالی این نوع بیمه سلامت به طور کامل توسط بیمه‌شدگان و به صورت پاداش یا امتیاز از سوی کارفرمای غیردولتی تأمین می‌شود. دولت هیچ‌گونه تعهدی در تأمین مالی این نوع از پوشش بیمه سلامت ندارد و صرفاً موظف به پشتیبانی حقوقی و ایجاد امکان برخورداری از این نوع بیمه سلامت برای اقشار بیشتری از جامعه است.

## ۱- مسئله‌شناسی تحلیلی

باتوجه به وضعیت کنونی بیمه‌های اجتماعی سلامت در کشور می‌توان برخی از مهم‌ترین چالش‌های ایجاد پوشش مناسب در لایه بیمه اجتماعی سلامت را به شرح زیر دانست:

- ▲ عدم کفایت سهم نظام بیمه اجتماعی سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP)؛
- ▲ ناپایداری در تأمین مالی نظام بیمه اجتماعی سلامت؛
- ▲ توزیع ناعادلانه و غیرقابل رهگیری منابع سلامت از کانال‌های غیربیمه‌ای؛
- ▲ ابهام در تعریف بسته خدمات بهداشت و درمانی بیمه‌های پایه و تکمیلی؛
- ▲ ارائه خدمات بهداشت و درمانی لایه حمایتی توسط لایه بیمه اجتماعی سلامت پایه (نظیر صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر که به سبب تأمین صددرصد منابع مالی آن از ناحیه دولت عملاً بخشی از لایه حمایتی محسوب می‌شود)؛
- ▲ عدم تعیین شاخص‌های قابلیت<sup>۱</sup> پوشش در لایه حمایتی سلامت؛
- ▲ عدم تعیین شاخص‌های قابلیت پوشش در لایه بیمه اجتماعی سلامت؛
- ▲ تجمع نامناسب منابع مالی بیمه‌های اجتماعی پایه (پایه سلامت، بازنشستگی، از کارافتادگی و غیره)؛
- ▲ انباشت<sup>۲</sup> نامناسب منابع در صندوق‌های بیمه اجتماعی؛
- ▲ توزیع ناعادلانه منابع مالی بیمه اجتماعی سلامت بدون در نظر گرفتن نیازهای متفاوت سلامت و شرایط جغرافیایی، جمعیتی، و اقتصادی در مناطق مختلف کشور؛
- ▲ توجه ناکافی به اصل تعادل منابع و مصارف در تدوین فهرست خدمات مورد تعهد بیمه اجتماعی سلامت؛

1. Eligibility

2. Pooling

- ▶ عدم رعایت قوانین و مقررات در ارائه خدمات بیمه‌های تکمیلی سلامت؛
  - ▶ عدم استقرار خرید راهبردی و نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد در بیمه اجتماعی سلامت.
  - ▶ شناسایی چالش‌های ایجاد پوشش مناسب در لایه بیمه اجتماعی سلامت تا حدود زیادی الزامات را روشن می‌سازد. بدین ترتیب، مهم‌ترین الزامات در این خصوص عبارت‌اند از:
  - ▶ کفایت سهم نظام بیمه اجتماعی سلامت از تولید ناخالص داخلی؛
  - ▶ ایجاد ثبات و پایداری در تأمین مالی نظام بیمه اجتماعی سلامت از طریق کاهش سهم دولت در تأمین مالی بیمه اجتماعی سلامت پایه و افزایش سهم پیش‌پرداخت (حق بیمه) بیمه‌شدگان؛
  - ▶ ساماندهی و یکپارچه‌سازی میزان مشارکت و سهم مردم در تأمین منابع نظام بیمه‌ای و پرداخت از جیب؛
  - ▶ احصاء شاخص‌های قابلیت پوشش در لایه حمایتی سلامت؛
  - ▶ احصاء شاخص‌های قابلیت پوشش در لایه بیمه اجتماعی سلامت؛
  - ▶ احصاء شاخص‌های قابلیت پوشش در لایه بیمه سلامت تکمیلی؛
  - ▶ تجمیع مناسب منابع مالی بیمه‌های اجتماعی پایه (پایه سلامت، بازنشستگی، از کارافتادگی و مانند آن)؛
  - ▶ ایجاد انباشت مناسب منابع در صندوق‌های بیمه اجتماعی؛
  - ▶ توزیع عادلانه منابع مالی بیمه اجتماعی سلامت با در نظر گرفتن نیازهای متفاوت سلامت و شرایط جغرافیایی، جمعیتی، و اقتصادی در مناطق مختلف کشور؛
  - ▶ توجه به اصل تعادل منابع و مصارف در تدوین فهرست خدمات مورد تعهد بیمه اجتماعی سلامت؛
  - ▶ رعایت ضوابط قانونی بیمه‌های تکمیلی سلامت و ممانعت از بروز تقاضای القایی؛
  - ▶ استقرار خرید راهبردی و نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد در بیمه اجتماعی سلامت؛
  - ▶ تدوین فهرست خدمات حداقل پایه سلامت جهت پوشش کامل توسط دولت در لایه حمایتی؛
  - ▶ تدوین فهرست مزایای بیمه سلامت پایه جهت پوشش کامل با مشارکت بیمه‌شده، کارفرما و دولت در لایه بیمه اجتماعی سلامت پایه؛
  - ▶ تدوین فهرست مزایای بیمه تکمیلی سلامت جهت پوشش در لایه بیمه سلامت تکمیلی.
- رعایت الزامات فوق، ارائه سطح مناسبی از خدمات سلامت برای همه افراد جامعه، ایجاد امکان مشارکت

عادلانۀ مردم در تأمین مالی منابع اعتباری بیمه‌های سلامت پایه و تکمیلی، کاهش سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های سلامت، و کاهش درصد خانواده‌های دچار هزینه‌های کمرشکن سلامت را در پی خواهد داشت.

## ۲- نظریه پایه سیاستی

بر اساس مستندات حقوقی و قانونی موجود، تأمین مالی نظام سلامت ایران مبتنی بر نظام بیمه‌های اجتماعی است. توجه به این نکته ضروری است که نظام بیمه اجتماعی سلامت، بخش تفکیک‌ناپذیر نظام چندلایه رفاه و تأمین اجتماعی است؛ چراکه خدمات بیمه‌های اجتماعی پایه در دو بخش عمده ارائه می‌شود: بیمه اجتماعی پایه درمان (سلامت) و بیمه اجتماعی پایه از کارافتادگی، مستمری و بازنشستگی.

یکپارچگی<sup>۱</sup> ساختاری و عملکردی بین این اجزا نقش مهمی در بهره‌وری و کارایی نظام بیمه‌های اجتماعی دارد. عملکرد این اجزا در حوزه‌های خلق منابع<sup>۲</sup> و تجمیع منابع<sup>۳</sup> قابل ارزیابی است. بدیهی است که ارائه خدمات در هر یک از اجزا متفاوت است؛ در بیمه‌های اجتماعی پایه درمان (سلامت) خرید راهبردی<sup>۴</sup> خدمات سلامت مورد توجه است، در حالی که در بیمه‌های اجتماعی پایه از کارافتادگی و بازنشستگی بر پرداخت غرامت و مستمری بازنشستگی و از کارافتادگی تمرکز می‌شود.

مؤلفه‌های اساسی در تدوین نظریه سیاستی بیمه سلامت پایه در نظام تأمین اجتماعی چندلایه عبارت‌اند از:

۱. تعیین سطوح درآمد (دهک‌های درآمدی مشخص) به منظور تبیین شاخص‌های قابلیت مشارکت در تأمین مالی نظام بیمه سلامت پایه؛

۲. ایجاد امکان مشارکت برای افرادی که واجد شاخص‌های قابلیت مشارکت در تأمین مالی نظام بیمه سلامت پایه و دریافت پوشش بیمه سلامت پایه هستند (خصوصاً روستائیان شاغل و صاحبان حرف و مشاغل غیررسمی)؛

۳. ایجاد یکپارچگی عملکردی بین تمام بخش‌های بیمه‌های اجتماعی پایه (درمان، از کارافتادگی و بازنشستگی) و انشاء احکام قانونی به منظور تحقق این ادغام عملکردی در راستای ایجاد پوشش بیمه‌های اجتماعی پایه اجباری و یکسان برای تمامی افراد جامعه که امکان مشارکت مالی در تأمین مالی صندوق‌های بیمه اجتماعی پایه را دارند؛

1. Integration
2. Resource Generation
3. Pooling
4. Strategic Purchasing

۴. تفکیک منابع مالی پوشش حمایتی خدمات رفاه و تأمین اجتماعی (خصوصاً بهداشت و درمان، از کارافتادگی و بازنشستگی) از پوشش بیمه اجتماعی پایه برای این خدمات؛
۵. تعیین بسته‌های سلامت در هر سه لایه حمایتی (مساعدت‌های اجتماعی)، بیمه‌های سلامت پایه و بیمه‌های سلامت تکمیلی.

ذکر این نکته ضروری است که مبنای پوشش بیمه‌های اجتماعی درمان، از کارافتادگی و بازنشستگی روستائیان و عشایر، آیین‌نامه تأسیس صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر، موضوع تصویب‌نامه شماره ۶۵۸۴۶/ت ۳۲۱۸۰ ه مورخ ۱۳۸۳/۱۱/۱۲ هیئت وزیران است.

### ۳- تحلیل ذی نفعان

ذی نفعان این سند می‌توانند اشخاص حقیقی و یا حقوقی باشند. ذی نفعان حقیقی عبارت‌اند از: گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه، روستائیان و عشایر (شاغل و غیر شاغل)، صاحبان حرف و مشاغل غیررسمی، کارکنان دولت، و کارگران. همچنین، ذی نفعان حقوقی این سند به شرح زیر هستند: سازمان‌ها و نهادهای حمایتی (مانند کمیته امداد امام خمینی، سازمان بهزیستی، و جمعیت هلال احمر)، سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه پایه نظیر سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بازنشستگی کشوری، صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر، صندوق‌های بیمه تکمیلی درمان، صندوق‌های بیمه تکمیلی بازنشستگی و از کارافتادگی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، وزارت جهاد کشاورزی (مدیریت درآمد روستائیان شاغل در بخش کشاورزی و دام‌پروری)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، و بنیاد شهید و امور ایثارگران.

### ۴- برآورد هزینه‌ها

تفکیک سه لایه ارائه خدمات سلامت (حاکمیتی-حمایتی، بیمه سلامت پایه، و بیمه سلامت تکمیلی) در عین ایجاد انسجام ساختاری درون هر یک از لایه‌ها و یکپارچگی عملکردی درون و بین لایه‌ها، در ارتقاء بهره‌وری و تسهیل دسترسی و بهره‌مندی عادلانه کلیه اقشار جامعه به خدمات سلامت نقشی اساسی ایفا می‌کند. بیمه سلامت پایه هم‌اکنون در کشور وجود دارد و بار مالی جدیدی برای دولت ایجاد نمی‌کند. همچنین، هزینه بیمه سلامت تکمیلی تماماً بر عهده بیمه‌شدگان است. به همین دلیل، تنها برآورد هزینه‌های لایه حمایتی سلامت موردنیاز است و از آنجایی که برآورد هزینه لایه حمایتی سلامت در سند سیاستی لایه مساعدت به صورت کامل آمده است، از تکرار مجدد آن در این بخش خودداری می‌شود.

## ۵- تحلیل حقوقی<sup>۱</sup>

ارائه خدمات بیمه سلامت در بسیاری از اسناد بالادستی مورد تأکید قرار گرفته است. در ادامه، به برخی از مهم‌ترین این اسناد اشاره می‌شود.

### ۵-۱- بیمه‌های اجتماعی سلامت در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

همان‌گونه که قبلاً بیان شد، اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به‌طور مستقیم به موضوع تأمین اجتماعی و ابعاد آن اشاره دارد. بحث سلامت و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی هم به‌عنوان یکی از این ابعاد در این اصل آورده شده است. بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای تمامی افراد کشور تأمین کند».

### ۵-۲- بیمه‌های اجتماعی سلامت در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

به‌موجب ماده ۱ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، «در اجرای اصل بیست و نهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و همچنین بندهای ۲ و ۴ اصل بیست و یکم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و در جهت ایجاد انسجام کلان سیاست‌های رفاهی به‌منظور توسعه عدالت اجتماعی و حمایت از همه افراد کشور در برابر رویدادهای اجتماعی، اقتصادی، طبیعی و پیامدهای آن، نظام تأمین اجتماعی با رعایت شرایط و مفاد این قانون و از جمله برای امور ذیل برقرار می‌گردد:

الف- بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت؛

ب- بیکاری؛

ج- پیری؛

د- در راه‌ماندگی، بی‌سرپرستی و آسیب‌های اجتماعی؛

ه- حوادث و سوانح؛

۱. به‌تبع پیوستگی موضوعی اسناد ارائه‌شده در این کتاب، اسناد به مواد قانونی مشابه در تحلیل حقوقی برخی از آن‌ها اجتناب‌ناپذیر بوده است. به همین دلیل، در تحلیل حقوقی اسناد ممکن است هم‌پوشانی مشاهده شود.

و- ناتوانی‌های جسمی، ذهنی و روانی؛

ز- بیمه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی؛

ح- حمایت از مادران به‌خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند؛

ط- حمایت از کودکان و زنان بی‌سرپرست؛

ی- ایجاد بیمه خاص بیوگان، زنان سالخورده و خودسرپرست؛

ک- کاهش نابرابری و فقر؛

ل- امداد و نجات.

تبصره ۱- برخورداری از تأمین اجتماعی به‌نحوی که در این قانون می‌آید حق همه افراد کشور و تأمین آن، تکلیف دولت محسوب می‌شود.

تبصره ۲- آثار و تبعات منفی احتمالی ناشی از اقدامات دولت، از جمله مصادیق رویدادهای اقتصادی و اجتماعی هستند.

تبصره ۳- شهروندان خارجی مقیم جمهوری اسلامی ایران نیز در چهارچوب موازین اسلامی، مقابله‌نامه‌ها و قراردادهای بین‌المللی مصوب و با رعایت شرط عمل متقابل، از حمایت‌های مربوط به نظام جامع تأمین اجتماعی برخوردار خواهند بود.»

همچنین، همان‌گونه که در ماده ۲ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی اشاره شده است، «نظام جامع تأمین اجتماعی شامل سه حوزه است:

الف- حوزه بیمه‌ای: شامل بخش بیمه‌های اجتماعی از جمله بازنشستگی، بیکاری، حوادث و سوانح، از کارافتادگی و بازماندگان و بخش بیمه‌های درمانی (بهداشت و درمان) است.

تبصره- خدمات بیمه‌های اجتماعی و درمانی به دو سطح همگانی و تکمیلی تقسیم می‌شود به‌طوری‌که:

۱. حدود خدمات بیمه‌ای همگانی را قانون تعیین می‌کند.

۲. بیمه‌های تکمیلی به آن دسته از خدمات بیمه‌ای گفته می‌شود که علاوه بر سطح خدمات بیمه‌های همگانی، با انعقاد قراردادهای انفرادی یا گروهی فی‌مابین بیمه‌شده و بیمه‌گر و پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌شده انجام می‌پذیرد و دولت در قبال آن تعهد مالی نداشته، اما مکلف به پشتیبانی حقوقی و قانونی لازم از این‌گونه بیمه‌ها است.

ب- حوزه حمایتی و توان‌بخشی: شامل ارائه خدمات حمایتی و توان‌بخشی و اعطای یارانه و کمک‌های

مالی به افراد و خانواده‌های نیازمندی است که به دلایل گوناگون قادر به کار نیستند و یا درآمد آنان تکافوی حداقل زندگی آنان را نمی‌نماید.

ج - حوزه امدادی: شامل امداد، نجات در حوادث غیرمترقبه».

همچنین، مطابق با ماده ۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، «اصول و سیاست‌های ساختاری نظام جامع تأمین اجتماعی به شرح زیر است:

**الف-** هماهنگی در حوزه‌ها: ساماندهی و هماهنگی فعالیت‌ها و خدمات در هریک از حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی در جهت افزایش کارآمدی و پوشش کامل‌تر فعالیت دستگاه‌ها، به نحوی که از هم‌پوشانی و تداخل فعالیت آن‌ها جلوگیری گردد.

**ب-** هماهنگی بین حوزه‌ها: هماهنگی بین حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی با محور بودن نظام بیمه‌ای صورت می‌گیرد.

**ج-** هماهنگی بین فعالیت‌های پیشگیرانه و فعالیت‌های اجرایی در سایر بخش‌های اثرگذار بر تأمین اجتماعی.

**د-** مشارکت بخش‌های غیردولتی: نظام تأمین اجتماعی بر اصل مشارکت در سطوح سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی استوار است به نحوی که دستگاه‌ها و سازمان‌های غیردولتی به روش‌های تعریف‌شده امکان مشارکت داشته باشند. این مشارکت خدمت‌گیرندگان متشکل و سازمان‌یافته از قبیل سازمان‌ها و نهادهای غیردولتی را نیز شامل می‌شود. این مشارکت به معنای رفع مسئولیت از دولت نیست و در هر حال دولت مسئولیت تأمین اجتماعی را به عهده دارد.

ی- نحوه مشارکت مالی:

۱. بهره‌مندی صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی بابت هر عضو از محل منابع عمومی به صورت سرانه برابر خواهد بود، این امر مانع حمایت دولت از اقشار ضعیف جامعه نیست.

۲. درصد مشارکت و سهم پرداختی کارفرما نسبت به مأخذ کسر حق بیمه به صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی یکسان خواهد بود.

۳. درصد مشارکت و سهم پرداختی بیمه‌شده نسبت به مأخذ کسر حق بیمه به صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی یکسان خواهد بود».

### ۳-۵- بیمه‌های اجتماعی سلامت در قانون برنامه پنجم توسعه

به موجب ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم توسعه، «دولت مجاز است نسبت به برقراری و استقرار نظام جامع



تأمین اجتماعی چندلایه با لحاظ حداقل سه لایه:

- ▲ مساعدت‌های اجتماعی شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی؛
- ▲ بیمه‌های اجتماعی پایه شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه؛
- ▲ بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان؛

با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین این لایه‌ها در کشور اقدام نماید.

به‌علاوه، بر اساس ماده ۳۸ این قانون، «به‌منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به سی درصد (۳۰٪) از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوق‌ها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوق‌ها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی و در طول برنامه اقدامات زیر انجام می‌شود:

الف- دولت مکلف است سازوکارهای لازم برای بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت را تا پایان سال اول برنامه تعیین و ابلاغ نموده و زمینه‌های لازم را در قالب بودجه‌های سنواتی برای تحت پوشش قرار دادن آحاد جامعه فراهم نماید.

ب- به دولت اجازه داده می‌شود بخش‌های بیمه‌های درمانی کلیه صندوق‌های موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۵ قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام نماید. تشکیلات جدید سازمان بیمه سلامت ایران نامیده می‌شود. کلیه امور مربوط به بیمه سلامت در این سازمان متمرکز می‌شود. اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران با پیشنهاد معاونت به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

تبصره ۵- عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی که در بسته بیمه پایه سلامت اعلام خواهد شد توسط شرکت بیمه‌های تجاری و سازمان بیمه سلامت ایران با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است. پرداخت حق سرانه بیمه تکمیلی بر عهده افراد بیمه شده است. منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه سلامت پایه نیست.

ج- به دولت اجازه داده می‌شود متناسب با استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده خدمات بیمه سلامت پایه را برای عموم افراد کشور به صورت یکسان تعریف و تا پایان برنامه به تدریج اجرا نماید.

د- حق بیمه سلامت پایه خانوار به شرح زیر، سهمی از درآمد سرپرست خانوار خواهد بود:

۱. خانوارهای روستائیان و عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی و مؤسسات خیریه معادل پنج درصد (۵٪) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار در سال‌های اول، دوم و سوم برنامه و شش درصد (۶٪) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار در سال‌های چهارم و پنجم برنامه. صددرصد (۱۰۰٪) حق بیمه اقشار نیازمند از بودجه عمومی دولت تأمین می‌شود.

۲. خانوارهای کارکنان کشوری و لشکری شاغل و بازنشسته معادل پنج درصد (۵٪) حقوق و مزایای مستمر در سال‌های اول، دوم و سوم برنامه و شش درصد (۶٪) حقوق و مزایای مستمر در سال‌های چهارم و پنجم برنامه مشروط بر اینکه حداکثر آن از دو برابر حق بیمه مشمولین جزء ۱ این بند تجاوز نکند. بخشی از حق بیمه مشمولین این جزء از بودجه عمومی دولت تأمین خواهد شد.

۳. مشمولین تأمین اجتماعی مطابق قانون تأمین اجتماعی

۴. سهم خانوارهای سایر اقشار متناسب با گروه‌های درآمدی به پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت و تصویب هیئت‌وزیران».

#### ۴-۵- بیمه‌های اجتماعی سلامت در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی

وفق ماده ۴ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، «دولت موظف است شرایط لازم را برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند، فراهم نماید. پوشش و تعمیم بیمه خدمات درمانی برای کلیه گروه‌های مشمول این قانون حداکثر ظرف پنج سال پس از تصویب این قانون با اولویت نیازمندان و روستائیان طبق موازین این قانون انجام خواهد شد».

#### ۵-۵- بیمه‌های اجتماعی سلامت در سیاست‌های کلی سلامت

مطابق با بند ۷ از سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی از مقام معظم رهبری، «تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم به شرح ذیل:

۱-۷- تولید نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۲-۷- مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها.

- ۷-۳- تدارک خدمات توسط ارائه‌کنندگان خدمت در بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی.
- ۷-۴- هماهنگی و ساماندهی امور فوق مطابق سازوکاری است که قانون تعیین خواهد کرد.»
- همچنین، به موجب بند ۹ از این سیاست‌ها، «توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف:
- ۹-۱- همگانی ساختن بیمه پایه درمان.
  - ۹-۲- پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.
  - ۹-۳- ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چهارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت لازم برخوردار باشد.
  - ۹-۴- تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت و درمان و خرید آن‌ها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زائد و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان.
  - ۹-۵- تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی.
  - ۹-۶- تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی.
  - ۹-۷- اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم.»

#### ۵-۶- بیمه‌های اجتماعی سلامت در آیین‌نامه بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر

حسب ماده ۱۰ آیین‌نامه بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر، مصوب هیئت وزیران در سال ۱۳۸۳، «بیمه‌های اجتماعی موضوع این آیین‌نامه شامل موارد زیر است:

الف- خدمات درمانی؛

ب- از کارافتادگی کلی؛

پ- پیری؛

ت- فوت.»

افزون‌براین، مطابق با ماده ۱۱ از این آیین‌نامه، «بیمه‌شده با پرداخت ۱۰ درصد حق بیمه سرانه خدمات درمانی مصوب هیئت‌وزیران دفترچه بیمه خدمات درمانی دریافت خواهد نمود و بقیه سرانه به‌عنوان کمک و سهم دولت توسط دولت پرداخت خواهد شد». همچنین، در ماده ۱۲ تأکید شده است که «نحوه پرداخت فرانشیز در خدمات سرپایی و بستری و سایر موارد تابع مقررات موجود خواهد بود». در زیر به دیگر مواد قانونی موجود در آیین‌نامه بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر که به این سند مربوط هستند، اشاره شده است.

ماده ۱۳- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است همچنان نسبت به ارائه خدمات بهداشتی و درمانی مقرر به روستائیان و عشایر طبق مقررات اقدام نماید و تحت پوشش بودن افراد طبق این آیین‌نامه، مانع از برخورداری از خدمات مزبور نخواهد بود.

ماده ۱۴- بیمه‌شدگانی که طبق نظر پزشک معالج غیرقابل‌علاج تشخیص داده می‌شوند پس از انجام خدمات درمانی و خدمات توان‌بخشی، چنانچه طبق نظر کمیسیون‌های پزشکی توانایی کار خود را بیش از ۶۶ درصد از دست بدهند، از کارافتادگی کلی شناخته می‌شوند.

ماده ۱۵- نحوه تشکیل کمیسیون‌های پزشکی به‌موجب آیین‌نامه‌ای خواهد بود که توسط صندوق تهیه و به تأیید وزارت رفاه و تأمین اجتماعی خواهد رسید.

ماده ۱۶- برخورداری از مستمری از کارافتادگی کلی ناشی از کار بدون در نظر گرفتن مدت پرداخت حق بیمه و از کارافتادگی کلی ناشی از بیماری یا حادثه غیر ناشی از کار مستلزم داشتن حداقل یک سال سابقه پرداخت حق بیمه متضمن ۹۰ روز ظرف یک سال قبل از وقوع حادثه غیر ناشی از کار یا شروع بیماری خواهد بود.

## ۶- رویکرد اجرایی

### ۶-۱- سطوح ارائه خدمات سلامت

ارائه خدمات سلامت در سه لایه انجام خواهد شد: لایه مساعدتی سلامت، لایه بیمه سلامت پایه، لایه بیمه سلامت تکمیلی. این لایه‌ها در زیر به تفصیل تشریح می‌شوند.

#### لایه اول: لایه مساعدتی سلامت

در لایه مساعدتی سلامت خدمات در دو سطح حاکمیتی و حمایتی سلامت ارائه می‌شود.

## ۱. سطح حاکمیتی سلامت

این سطح خدمات سلامت پایه را شامل می‌شود که بر طبق اصل ۲۹ قانون اساسی، توسط حاکمیت (دولت) به تمامی مردم به صورت رایگان ارائه می‌شود. حوزه‌های اصلی سطح حاکمیتی سلامت در زیر تشریح می‌شوند.

### الف - خدمات سطح حاکمیتی سلامت

۱. کلیه خدمات مراقبت بهداشتی اولیه (PHC): این خدمات شامل مراقبت‌های بهداشتی ضروری است که باید در دسترس همه افراد قرار داشته باشد، برای آن‌ها قابل قبول باشد، با مشارکت کامل آن‌ها ارائه شود، قیمت مناسبی برای جامعه داشته باشد، و مردم قادر به پرداخت هزینه‌های آن باشند. این سطح اولین سطح تماس مردم، خانواده‌ها و جامعه با خدمات سلامت است و مراقبت‌های سلامت را هر چه نزدیک‌تر به محل زندگی و کار مردم ارائه می‌نماید. این خدمات در همه کشورهای اعم از توسعه‌یافته یا در حال توسعه، جایگاه یکسانی دارد ولی، در هر کشور شکل خاص خود را دارد. به‌طور مشخص این خدمات باید واجد معیارهای زیر باشد:

- ▲ مناسب بودن<sup>۲</sup>: خدمات متناسب با نیازهای ضروری فراهم باشد؛
  - ▲ کافی بودن<sup>۳</sup>: حجم خدمات متناسب با حجم نیازها باشد؛
  - ▲ جامع بودن<sup>۴</sup>: خدمات تمام سطوح پیشگیری را در برگیرد و تنوع داشته باشد؛
  - ▲ قابل دستیابی و در دسترس بودن<sup>۵</sup>: اندازه جمعیت با تعداد واحدهای ارائه‌کننده خدمت تناسب داشته باشد و عوامل فرهنگی، جغرافیایی و مانند آن مانعی بر بهره‌مندی از خدمات نباشد؛
  - ▲ قابل پرداخت بودن<sup>۶</sup>: دارای کمترین هزینه و حتی الامکان رایگان باشد؛
  - ▲ عملی بودن<sup>۷</sup>: از نظر تدارکات، کارکنان و منابع قابل اجرا باشد.
- به‌طور کلی، خدمات PHC را می‌توان در چهار گروه جای داد:
- ▲ مداخلات ارتقایی: مراقبت‌های بهداشتی اولیه در سطح جامعه در مواجهه با عوامل مهمی که بر سلامت اثر می‌گذارند؛

1. Primary Healthcare  
2. Appropriate  
3. Sufficient  
4. Comprehensive  
5. Available and Accessible  
6. Affordable  
7. Practical

- ▲ مداخلات پیشگیری‌کننده: این مداخلات وقوع بیماری‌ها را کاهش می‌دهند و یا شامل واکنش سریع در برابر عواملی می‌شوند که برای فرد ایجاد مشکل نموده‌اند؛
  - ▲ مداخلات درمانی: این مداخلات از طریق توقف پیشرفت بیماری در بیمار، سبب کاهش شیوع بیماری می‌شوند؛
  - ▲ مداخلات بازتوانی: این مداخلات سبب کاهش پیامد یا عوارض مربوط به مشکل سلامتی افراد می‌شوند.
۲. کلیه خدمات پیش‌بیمارستانی و بیمارستانی در اورژانس‌ها و فوریت‌های پزشکی؛
  ۳. خدمات سرپایی و بستری-بیمارستانی مرتبط با اقدامات حیاتی<sup>۱</sup>؛
  ۴. خدمات بهداشتی و درمانی مربوط به دوران بارداری و زایمان طبیعی؛
  ۵. خدمات بهداشتی و درمانی کودکان تا سن ۵ سالگی؛
  ۶. خدمات بهداشتی و درمانی مرتبط با مخاطرات سلامت ناشی از ایدز یا ویروس HIV، توبرکولوز، مالاریا و سایر بیماری‌های آندمیک؛
  ۷. خدمات بهداشتی-درمانی مرتبط با مخاطرات سلامت ناشی از اپیدمی‌ها و پاندمی‌ها؛
  ۸. خدمات بهداشتی-درمانی مرتبط با مخاطرات سلامت ناشی از حوادث و سوانح طبیعی؛
  ۹. خدمات توان‌بخشی و بازتوانی برای آن گروه از افراد دچار ناتوانی یا معلولیت شدید جسمی-حرکتی و ذهنی که توانایی زندگی مستقل را ندارند؛
  ۱۰. خدمات انتقال خون و هموویژلانس؛
  ۱۱. مداخلات بهداشت مدارس، دانشگاه‌ها و سایر اماکن عمومی.

#### ب- جمعیت هدف خدمات حاکمیتی سلامت

کلیه شهروندان ایرانی، صرف‌نظر از توان مشارکتشان در پرداخت هزینه خدمات و مراقبت‌های سلامت، جمعیت هدف خدمات حاکمیتی سلامت هستند.

#### ج- منابع مالی خدمات حاکمیتی سلامت

سددرد منابع مالی خدمات حاکمیتی سلامت از محل منابع عمومی و توسط دولت تأمین می‌شود. مدیریت این منابع مستقیماً توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یا نظام بیمه‌ای (با رعایت خط‌مشی‌ها و سیاست‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) صورت می‌پذیرد.

۱. منظور از اقدامات حیاتی آن دسته از اقداماتی است که حفظ حیات بیمار موقوف به آن است.

## د- نحوه ارائه خدمات حاکمیتی سلامت

خدمات حاکمیتی سلامت به صورت کامل توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و مراکز و مؤسسات وابسته به آن‌ها، جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، سازمان بهزیستی کشور، سازمان انتقال خون، انستیتو پاستور، مؤسسه سرم‌سازی رازی، و کلیه سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی مرتبط با آن‌ها ارائه می‌شود.

### ۲. سطح حمایتی سلامت

حوزه‌های اصلی سطح حمایتی سلامت در ادامه مورد بحث قرار می‌گیرند.

#### الف- خدمات سطح حمایتی سلامت

خدمات سطح حمایتی سلامت کلیه خدمات موجود در فهرست خدمات بیمه پایه سلامت جمهوری اسلامی ایران را شامل می‌شود. به عبارت دقیق‌تر، خدمات این سطح عبارت‌اند از:

۱. هزینه ویزیت و خدمات تشخیصی-درمانی سرپایی ارائه‌شده در درمانگاه‌ها و کلینیک‌های ویژه بخش دولتی، خدمات پاراکلینیک بخش دولتی (آزمایشگاه، رادیولوژی، توان‌بخشی و بازتوانی)، و داروهای ژنریک ارائه‌شده در مراکز و مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی-درمانی بخش دولتی بر مبنای تعرفه‌های مصوب بخش دولتی و ارزش نسبی خدمات سلامت جمهوری اسلامی ایران؛

۲. هزینه‌های خدمات تشخیصی، درمانی و توان‌بخشی مربوط به ایام بستری بیمار در بیمارستان‌های بخش دولتی و عمومی غیردولتی بر مبنای تعرفه‌های مصوب و ارزش نسبی خدمات سلامت جمهوری اسلامی ایران؛

۳. صددرصد هزینه مخاطرات سلامت ناشی از حوادث ترافیکی از زمان وقوع حادثه تا بهبودی کامل و یا نسبی مصدوم؛

۴. صددرصد هزینه‌های دارویی و خدمات بیماران خاص (هموفیلی، تالاسمی، نارسایی مزمن کلیه (دیالیز و پیوند کلیه)، بیماران مبتلا به بیماری ام اس و سایر بیماری‌های صعب‌العلاج بر اساس اعلام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، درمان‌های سرپایی و بستری، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی بیماران سرطانی در کلیه مراکز و مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت بخش دولتی؛

۵. صددرصد هزینه غربالگری بیماری‌ها بر اساس اولویت‌ها و استانداردهای اعلامی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

خدمات ارائه‌شده در این سطح با خدمات ارائه‌شده در لایه بیمه اجتماعی پایه سلامت یکسان است؛ با این تفاوت که صددرصد هزینه ارائه خدمات سطح حمایتی سلامت به جمعیت هدف توسط دولت تأمین می‌شود.

### ب- جمعیت هدف سطح حمایتی سلامت

فقرا و دیگر گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه نظیر معلولین جسمی، ذهنی و روانی مزمن، کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست، زنان بی‌بضاعت سرپرست خانوار، زنان بیوه بی‌بضاعت، سالمندان فاقد حمایت‌های خانوادگی، از کارافتادگان کلی (بنا بر تشخیص سازمان بهزیستی کشور)، و سایر اقشار نیازمند جامعه (بنا بر تشخیص کمیته امداد امام خمینی) جمعیت مشمول دریافت خدمات سطح حمایتی سلامت هستند.

### ج- منابع مالی سطح حمایتی سلامت

صددرصد منابع مالی موردنیاز جهت ارائه خدمات در سطح حمایتی سلامت توسط دولت تأمین خواهد شد. مدیریت این منابع با رعایت خط‌مشی‌ها و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق نظام بیمه‌ای خواهد بود. برخی از منابع کنونی برای تأمین هزینه‌های این سطح عبارت‌اند از:

۱. ۱۰ درصد خالص وجوه حاصل از اجرای قانون هدفمندی یارانه‌ها؛
۲. ۱ درصد مالیات بر ارزش افزوده؛
۳. یارانه دارو؛
۴. ۱۰ درصد خالص حق بیمه شخص ثالث و سرنشین (نیازمند قانون است)؛
۵. منابع عمومی حاصل از مشارکت دولت در حق بیمه (سهم کارفرمایی دولت)؛
۶. منابع اختصاص داده‌شده برای جبران اجتماعی خسارت‌های ناشی از سیاست‌های اقتصادی و توسعه‌ای؛
۷. استفاده از منابع حاصل از کمک‌های مردمی در قلمرو نظام تأمین اجتماعی؛
۸. استفاده از منابع حاصل از وقف در قلمرو نظام تأمین اجتماعی؛
۹. استفاده از منابع حاصل از خمس، زکات و سایر وجوه شرعی در قلمرو نظام تأمین اجتماعی با مجوز مراجع تقلید؛
۱۰. استفاده از منابع حاصل از صدقات و نذورات در قلمرو نظام تأمین اجتماعی؛
۱۱. استفاده از منابع، اموال و دارایی‌های نهادهای و بنیادهای انقلاب اسلامی در حوزه‌های مختلف نظام تأمین اجتماعی با اذن مقام معظم رهبری.

### د- نحوه ارائه خدمات حمایتی سلامت



خدمات حمایتی سلامت به صورت کامل توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی، مراکز و مؤسسات وابسته به آن‌ها شامل درمانگاه‌ها و کلینیک‌های ویژه بخش دولتی یا دانشگاهی، بیمارستان‌های بخش دولتی یا دانشگاهی، جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران، سازمان بهزیستی کشور، سازمان انتقال خون، انستیتو پاستور، مؤسسه سرم‌سازی رازی، و کلیه سازمان‌ها و دستگاه‌های اجرایی مرتبط با آن‌ها در چهارچوب سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» ارائه می‌شوند.

### لایه دوم: لایه بیمه اجتماعی سلامت پایه

حوزه‌های اصلی لایه بیمه سلامت پایه شامل خدمات، جمعیت هدف، منابع مالی و نحوه ارائه خدمات در این لایه در ادامه توصیف می‌شوند.

### الف- خدمات لایه بیمه اجتماعی سلامت پایه

کلیه خدمات موجود در فهرست خدمات بیمه سلامت پایه جمهوری اسلامی ایران در لایه بیمه سلامت پایه ارائه می‌شوند. این خدمات عبارت‌اند از:

۱. هزینه ویزیت، خدمات تشخیصی-درمانی سرپایی ارائه‌شده در درمانگاه‌ها و کلینیک‌های ویژه بخش دولتی و عمومی غیردولتی، مطب‌ها و کلینیک‌های بخش خصوصی، خدمات پاراکلینیک قابل ارائه در مراکز و مؤسسات پاراکلینیک بخش دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی طرف قرارداد بیمه سلامت پایه، و داروهای تجویز شده توسط پزشکان خانواده شاغل در برنامه پزشک خانواده، پزشکان عمومی، متخصص، فلوشیپ و فوق تخصص طرف قرارداد بیمه اجتماعی پایه سلامت بر مبنای نرخ نوع ژنریک داروها، تعرفه‌های مصوب و ارزش نسبی خدمات سلامت جمهوری اسلامی ایران؛

۲. هزینه‌های تشخیصی-درمانی ایام بستری بیمار در بیمارستان‌های بخش دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی طرف قرارداد بیمه اجتماعی پایه سلامت بر اساس تعرفه‌های مصوب و ارزش‌های نسبی خدمات سلامت جمهوری اسلامی ایران (به جز موارد خارج از تعهدات بیمه سلامت پایه) و یا پرداخت کلی بیمار به صورت فرانشیز ثابت؛

۳. صددرصد هزینه‌های تشخیصی-درمانی ناشی از حوادث ترافیکی در بیمارستان‌های دولتی، غیردولتی و خصوصی طرف قرارداد بیمه اجتماعی پایه؛

۴. صددرصد هزینه‌های غربالگری بیماری‌ها بر اساس اولویت‌های کشور حسب اعلام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛

۵. صددرصد هزینه‌های دارویی و خدمات بیماران خاص (هموفیلی، تالاسمی، نارسایی مزمن کلیه (دیالیز و

پیوند کلیه، بیماران مبتلا به بیماری ام اس و سایر بیماری‌های صعب‌العلاج بر اساس اعلام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، و درمان‌های سرپایی و بستری، شیمی‌درمانی و رادیوتراپی بیماران سرطانی در کلیه مراکز و مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت در بخش دولتی و عمومی غیردولتی؛

۶. هزینه‌های دندانپزشکی کودکان تا سن ۶ سالگی بر مبنای تعرفه‌های مصوب بخش دولتی و ارزش‌های نسبی خدمات دندانپزشکی در کلیه مراکز دندانپزشکی بخش دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی طرف قرارداد بیمه سلامت پایه؛

۷. هزینه‌های دندانپزشکی کلیه بیمه‌شدگان بالای ۶ سال (به‌جز خدماتی که منحصراً جنبه زیبایی دارند) بر مبنای تعرفه‌های مصوب بخش دولتی و ارزش‌های نسبی خدمات دندانپزشکی در کلیه مراکز دندانپزشکی بخش دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی طرف قرارداد بیمه سلامت پایه.

#### ب- جمعیت هدف لایه بیمه سلامت پایه

جمعیت هدف این لایه عبارت‌اند از: کارکنان دولت و عائله تحت تکفل آن‌ها، کارکنان نیروهای مسلح و عائله تحت تکفل آن‌ها، کلیه بازنشستگان صندوق‌های بازنشستگی و عائله تحت تکفل آن‌ها، کلیه روستائیان و عشایر شاغل که درآمدی معادل حداقل حقوق و دستمزد مشمولین قانون کار و تأمین اجتماعی دارند و عائله تحت تکفل آن‌ها، و شاغلین مشاغل آزاد و بخش غیردولتی که درآمدی معادل حداقل حقوق و دستمزد مشمولین قانون کار و تأمین اجتماعی دارند و عائله تحت تکفل آن‌ها.

#### ج- منابع مالی لایه بیمه سلامت پایه

منابع مالی این لایه عمدتاً از دو ناحیه تأمین می‌شود: حق بیمه سلامت پایه و درآمد ناشی از سرمایه‌گذاری‌ها و مدیریت وجوه نهادهای حوزه تأمین اجتماعی.

۱- حق بیمه سلامت پایه: حق بیمه سلامت پایه سهمی از درآمد سرپرست خانوار است که به تفکیک زیر تعیین می‌شود:

▶ حق بیمه سلامت پایه برای خانوارهای روستائیان و عشایر معادل ۷ درصد حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار تعیین می‌شود.

▶ حق بیمه سلامت پایه برای سایر بیمه‌شدگان مشمول بیمه‌های سلامت پایه در کلیه صندوق‌ها معادل ۷ درصد حقوق و مزایای مستمر است (نیازمند قانون است).

▶ حق بیمه سلامت پایه برای مشمولین تأمین اجتماعی مطابق قانون تأمین اجتماعی تعیین می‌شود.

▶ حق بیمه سلامت پایه برای سایر اقشار متناسب با گروه‌های درآمدی تعیین شود.

▲ حق بیمه سلامت پایه برای خویش فرمایان و افراد تبعی آنها معادل ۷ درصد حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار خواهد بود.

▲ تا صد درصد حق بیمه اقشار نیازمند (شامل سهم بیمه شده و سهم کارفرمایی دولت) توسط دولت تأمین می شود (نیازمند قانون است).

۲- درآمد ناشی از سرمایه گذاری ها و مدیریت وجوه و ذخایر دستگاه های اجرایی دولتی و عمومی، سازمان ها، مؤسسات و صندوق های فعال در قلمروهای مختلف نظام تأمین اجتماعی.

#### د- نحوه ارائه خدمات در لایه بیمه سلامت پایه

ارائه خدمات لایه بیمه سلامت پایه بر عهده درمانگاه ها و کلینیک های ویژه بخش دولتی و عمومی غیر دولتی، مطب ها و کلینیک های بخش خصوصی و مراکز و مؤسسات پاراکلینیک بخش دولتی، عمومی غیر دولتی و خصوصی طرف قرارداد بیمه سلامت پایه و نیز، کلیه بیمارستان های بخش های دولتی، عمومی غیر دولتی و خصوصی طرف قرارداد بیمه سلامت پایه است.

#### ه- الزامات اجرایی لایه بیمه سلامت پایه

برخی از مهم ترین الزامات اجرایی لایه بیمه سلامت پایه در زیر توصیف شده اند.

۱. تشکیل نظام بیمه سلامت پایه با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، هماهنگی و همسویی. مهم ترین اقدامات اجرایی در این راستا عبارت اند از:

▲ همانند و همگون سازی مبانی و نحوه محاسبه و دریافت حق بیمه سلامت پایه در تمامی صندوق ها و سازمان های بیمه سلامت پایه (نیازمند قانون است)؛

▲ همسان سازی الگوی انعقاد قرارداد با مراکز و مؤسسات ارائه دهنده خدمات سلامت بین کلیه صندوق ها و سازمان های بیمه سلامت پایه؛

▲ همسان سازی دستورالعمل ها، ضوابط و مقررات صندوق ها و سازمان های بیمه سلامت پایه (بر مبنای بند «ب» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه و در راستای ادغام و یکپارچگی عملکردی)؛

▲ ایجاد پایگاه اطلاعاتی متمرکز نظام بیمه سلامت پایه توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (بر مبنای آیین نامه اجرایی بند «ب» ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه)؛

▲ طراحی و استقرار سامانه یکپارچه نرم افزاری نظام بیمه سلامت پایه (سباسا) در حوزه های مختلف بیمه گری (درآمد و امور مالی، اسناد پزشکی و غیره) به صورت همسان برای کلیه صندوق ها و سازمان های بیمه سلامت پایه (مبتنی بر آیین نامه اجرایی بند «ب» ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه)؛

تبدیل دفاتر متعدد بیمه سلامت پایه به یک واسطه یا ابزار الکترونیکی واحد (نظیر کارت هوشمند بیمه سلامت پایه) به صورت یکسان برای کلیه صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه سلامت پایه و در تعامل با سامانه پرونده الکترونیک سلامت (سپاس) (مبتنی بر آیین‌نامه اجرایی بند «ب» ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه).

۲. تدوین فهرست خدمات بیمه سلامت پایه با رعایت:

- ▲ اولویت‌بندی<sup>۱</sup> خدمات بیمه سلامت پایه بر مبنای اصول و مبانی علمی؛
- ▲ سهمیه‌بندی<sup>۲</sup> خدمات بیمه سلامت پایه بر مبنای اصول و مبانی علمی؛
- ▲ وجود پیوست راهنماهای بالینی برای کلیه خدمات موجود در فهرست خدمات بیمه سلامت پایه؛
- ▲ کلیه خدماتی که به فهرست خدمات بیمه سلامت پایه افزوده می‌شوند، باید تحت مطالعات ارزیابی فناوری سلامت (HTA)<sup>۳</sup> قرار گیرند و هزینه-اثربخشی اثبات شده داشته باشند. همچنین، پیش‌بینی افزایش یا کاهش هزینه‌های آن باید به تغییر نرخ حق بیمه منجر شود؛
- ▲ تدوین معیارهای ورود<sup>۴</sup> و خروج<sup>۵</sup> خدمات سلامت به فهرست خدمات بیمه سلامت پایه؛
- ▲ رعایت اصل تعادل بین منابع و مصارف در تدوین و به‌روزرسانی فهرست خدمات بیمه سلامت پایه و بازنگری نرخ حق بیمه هر سه یا پنج سال یک‌بار متناسب با خدمات و تعهدات تحت پوشش بسته بیمه پایه.

۳. اصلاح نظام‌ها و شیوه‌های بازپرداخت و استقرار نظام‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد و کیفیت.

۴. اجباری بودن پوشش بسته خدمات بیمه سلامت پایه برای آحاد جامعه (مستند به بند «الف» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه و آیین‌نامه مربوطه).

۵. پیش‌بینی راهکارهای مشارکت مالی روستائیان شاغل (در بخش‌های کشاورزی، باغداری، دامداری و صنایع روستایی نظیر تولید فرش، گلیم و صنایع دستی) در پرداخت حق بیمه سلامت پایه (به‌عنوان مثال اختصاص درصدی از یارانه، درصدی از عوارض صادراتی فرش، محصولات کشاورزی و باغی، و درصدی از مالیات بر ارزش افزوده فرش، محصولات کشاورزی و باغی و لبنیات) و الزام این گروه از روستائیان شاغل به تحت پوشش قرار گرفتن در بیمه‌های اجتماعی پایه از کارافتادگی و بازنشستگی به‌عنوان شرط لازم برای

1. Priority Setting  
2. Rationing  
3. Health Technology Assessment  
4. Inclusion  
5. Exclusion

پوشش بیمه سلامت پایه (نیازمند قانون است).

۶. بازطراحی صندوق‌های بیمه‌ای بر مبنای توان مشارکت گروه‌های مختلف بیمه‌شدگان (به‌جای الگوی کنونی تقسیم‌بندی صندوق‌های بیمه‌ای که مبتنی بر شغل و یا محل سکونت است) در راستای تحقق اصل «مشارکت در پرداخت حق بیمه مبتنی بر توان مالی بیمه‌شدگان» به‌عنوان یکی از اصول اساسی تحقق عدالت در سلامت.

### لایه سوم: لایه بیمه سلامت تکمیلی

حوزه‌های اصلی لایه بیمه سلامت پایه شامل خدمات، جمعیت هدف، منابع مالی و نحوه ارائه خدمات در این لایه به شرح زیر است.

#### الف - خدمات لایه بیمه سلامت تکمیلی

کلیه خدمات تشخیصی-درمانی که در لایه حمایتی و بیمه سلامت پایه ارائه نمی‌شوند، در لایه بیمه سلامت تکمیلی قابل ارائه هستند. بسته‌های خدمات بیمه سلامت تکمیلی را می‌توان در سطوح مختلفی ارائه کرد.

این لایه پرداخت تا صد درصد فرانشیز هزینه ویزیت، خدمات تشخیصی-درمانی سرپایی ارائه شده در درمانگاه‌ها و کلینیک‌های ویژه بخش دولتی و عمومی غیردولتی، مطب‌ها و کلینیک‌های بخش خصوصی، خدمات پاراکلینیک قابل ارائه در مراکز و مؤسسات پاراکلینیک بخش دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی طرف قرارداد بیمه سلامت پایه، و داروی تجویز شده توسط پزشکان عمومی، متخصص، فلوشیپ و فوق تخصص طرف قرارداد بیمه سلامت پایه بر مبنای تعرفه‌های مصوب و ارزش نسبی خدمات سلامت جمهوری اسلامی ایران را پوشش می‌دهد. به‌علاوه، صد درصد مابه‌التفاوت تعرفه مصوب بخش خصوصی و تعرفه مصوب بخش دولتی این خدمات، تا صد درصد فرانشیز داروهای ژنریک، و مابه‌التفاوت نوع دارای علائم تجاری (برند) داروها و نوع ژنریک آن‌ها توسط لایه بیمه سلامت تکمیلی پوشش داده می‌شود.

#### ب - جمعیت هدف لایه بیمه سلامت تکمیلی

کلیه افراد جامعه که توانایی پرداخت حق بیمه سلامت تکمیلی را دارند، مشمول این نوع از بیمه سلامت هستند.

#### ج - تأمین منابع لایه بیمه سلامت تکمیلی

صد درصد منابع مالی لایه بیمه سلامت تکمیلی توسط بیمه‌شدگان و یا کارفرمایان غیردولتی و یا هر دو تأمین می‌شود. حق بیمه سلامت تکمیلی بر اساس سطح ارائه خدمات در بسته‌های مختلف و مبتنی بر محاسبات بیمه‌ای و آکچوئری تعیین می‌گردد. دولت در لایه بیمه سلامت تکمیلی صرفاً حمایت حقوقی را بر عهده دارد.

## د- ارائه خدمات در لایه بیمه‌های سلامت تکمیلی

خدمات لایه بیمه سلامت تکمیلی توسط درمانگاه‌ها و کلینیک‌های ویژه بخش دولتی و عمومی غیردولتی، مطب‌ها و کلینیک‌های بخش خصوصی، و مراکز و مؤسسات پاراکلینیک بخش دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی طرف قرارداد بیمه سلامت پایه و همچنین، کلیه بیمارستان‌های بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی طرف قرارداد بیمه سلامت پایه ارائه می‌شود.

### ۲-۶- مهم‌ترین اقدامات اجرایی ارائه خدمات سلامت در چهار سطح

مهم‌ترین اقدامات اجرایی برای ارائه خدمات سلامت در چهار سطح ذکرشده به همراه متکفل اجرایی و مستند قانونی هر اقدام در جدول ۳۷ خلاصه شده است.

مستند قانونی	متکفل قانونی	لایه مرتبط	اقدام یا فعالیت اجرایی
اصل ۲۹ قانون اساسی	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای عالی بیمه خدمات درمانی، و هیئت‌وزیران	سطح حاکمیتی سلامت	تعیین فهرست خدمات و مراقبت‌های بهداشتی اولیه و سایر خدمات حاکمیتی سلامت
سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، بند «ج» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای عالی بیمه خدمات درمانی، و هیئت‌وزیران	سطح حمایتی سلامت و لایه بیمه سلامت پایه	تعیین بسته یکسان خدمات جامع بهداشتی و درمانی برای سطح حمایتی سلامت و لایه بیمه سلامت پایه
بند «ز» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، شورای عالی بیمه خدمات درمانی، و هیئت‌وزیران	سطح حمایتی سلامت و لایه بیمه سلامت پایه	تصویب بسته یکسان خدمات جامع بهداشتی و درمانی برای سطح حمایتی سلامت و لایه بیمه سلامت پایه
سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	لایه بیمه سلامت تکمیلی	تعیین و تصویب بسته خدمات بیمه سلامت تکمیلی
بند «ج» ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	سطح حمایتی سلامت و لایه بیمه سلامت پایه	تدوین سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت»
بند «ب» ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه و آیین‌نامه مربوطه	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	سطح حمایتی سلامت و لایه بیمه سلامت پایه	ساماندهی برنامه خدمات بیمه سلامت به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات

جدول ۳۷. مهم‌ترین اقدامات اجرایی ارائه خدمات سلامت در چهار سطح به همراه متکفل اجرایی هر اقدام و مستند قانونی مربوطه

مستند قانونی	متکفل قانونی	لایه مرتبط	اقدام یا فعالیت اجرایی
بند «ه» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه	شورای عالی بیمه خدمات درمانی (سلامت) و هیئت وزیران	سطح حمایتی سلامت، لایه بیمه سلامت پایه، و لایه بیمه سلامت تکمیلی	بازنگری سالیانه ارزش نسبی و تعرفه خدمات سلامت
بند «د» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه	شورای عالی بیمه خدمات درمانی (سلامت) و هیئت وزیران	لایه‌های بیمه سلامت پایه و بیمه سلامت تکمیلی	تعیین سهم مشارکت بیمه‌شدگان (حق بیمه) در لایه‌های بیمه سلامت پایه و تکمیلی
ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم توسعه	دفتر امور حمایتی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، و سازمان بهزیستی کشور	سطح حمایتی سلامت و لایه بیمه سلامت پایه	تعیین ملاک‌های قابلیت دریافت پوشش در سطح حمایتی سلامت
بند «ه» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه	شورای عالی بیمه خدمات درمانی و هیئت وزیران	سطح حمایتی سلامت	تعیین فرانشیز خدمات بستری، سرپایی، پاراکلینیک و دارو در سطح حمایتی سلامت
ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم توسعه	دفتر بیمه‌های اجتماعی و دفتر بیمه‌های سلامت وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بیمه سلامت ایران، و صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر	لایه بیمه سلامت پایه	تدوین سازوکارهای اجباری شدن پوشش بیمه اجتماعی مستمری‌های پایه جهت پوشش بیمه سلامت پایه برای روستائیان و عشایر شاغل
ماده ۲۷، بندهای «الف» و «ج» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه	دفتر بیمه‌های سلامت وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، دفتر حمایتی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، و سازمان بیمه سلامت ایران	سطح حمایتی سلامت	ایجاد صندوق حمایتی خدمات سلامت در سازمان بیمه سلامت ایران به منظور پوشش صددرصدی و رایگان جمعیت مشمول پوشش حمایتی خدمات سلامت و خرید راهبردی خدمات سلامت برای مشمولین این لایه

ادامه جدول ۳۷. مهم‌ترین اقدامات اجرایی ارائه خدمات سلامت در چهار سطح به همراه متکفل اجرایی هر اقدام و مستند قانونی مربوطه

## ۷- پایش و ارزیابی

برخی از شاخص‌های ارزیابی نحوه اجرای این طرح شامل موارد زیر است:

- ▲ ضریب نفوذ بیمه درمان (نسبت جمعیت بیمه‌شده به جمعیت کل کشور)؛
- ▲ نسبت کل مصارف درمان به کل منابع درمان؛
- ▲ درصد جمعیت دچار هزینه‌های کمرشکن.

## جمع بندی

در راستای پوشش جامع و همگانی سلامت با رعایت توزیع عادلانه منابع دولتی، یارانه‌ها و همچنین، مشارکت عادلانه مردم در تأمین هزینه‌های سلامت، این سند به طراحی و تشریح حوزه سلامت از نظام تأمین اجتماعی چندلایه اختصاص یافته است. در این سند ارائه خدمات سلامت در سه لایه طراحی و پیشنهاد شده است: لایه مساعدتی سلامت، لایه بیمه سلامت پایه، و لایه بیمه سلامت تکمیلی. هر یک از این لایه‌ها ویژگی‌هایی متناسب با افرادی که تحت پوشش قرار می‌دهند، دارند. لایه مساعدتی سلامت از دو سطح شامل سطح حاکمیتی سلامت و سطح حمایتی سلامت تشکیل شده است. در حالی که در سطح حاکمیتی سلامت، خدمات سلامت پایه توسط حاکمیت (دولت) به تمامی مردم به صورت رایگان ارائه می‌شود، در سطح حمایتی سلامت، خدمات سلامت موجود در بسته بیمه سلامت پایه برای فقرا و دیگر گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه فراهم می‌شود. افزون بر این، در لایه بیمه سلامت پایه پوشش اجباری خدمات بیمه پایه سلامت برای کارکنان دولت، کارگران ثابت، و سایر گروه‌های جامعه که توانایی مشارکت مالی در قالب حق بیمه را دارند، مورد توجه است و در لایه بیمه سلامت تکمیلی بر پوشش اختیاری آن گروه از خدمات سلامت که در شمول تعهدات بیمه سلامت پایه نیست، تمرکز می‌شود.



## « منابع

آیین‌نامه بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر، مصوب هیئت‌وزیران در سال ۱۳۸۳.

سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی توسط مقام معظم رهبری، سال ۱۳۹۳.

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، مصوب سال ۱۳۵۸.

قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، مصوب سال ۱۳۸۹.

قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، مصوب سال ۱۳۷۳.

قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مصوب سال ۱۳۸۳.



سند ۵

شناسایی اقتصادی خانوارها و تشکیل  
پایگاه اطلاعات اقتصادی

نام سند	شناسایی اقتصادی خانوارها و تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوار
تاریخ صدور	۱۳۹۴/۰۲/۱
شرح سند	این سند به‌مثابه مقدمه‌ای برای تدوین آیین‌نامه نظام تأمین اجتماعی چندلایه (موضوع ماده ۲۷ برنامه پنجم توسعه) است. در این سند شناخت مسئله، نظریات پایه، ذی‌نفعان و تحلیل سایر جنبه‌های مربوطه ارائه شده و موارد لازم جهت درج در آیین‌نامه مذکور و سایر لوايح و اسناد پیشنهادی مطرح شده است.
تهیه و تدوین	مجتبی کرباسچی، احد رستمی، و مهدی خسروی.
ناظر/ ناظرین	کیومرث اشتریان؛ دبیر کمیسیون اجتماعی دولت

جدول ۳۸. شناسنامه سند ۵

شرح تغییرات	تاریخ	نویسنده / ویراستار
تدوین پیش‌نویس اولیه	۹۳/۰۸/۳۰	مجتبی کرباسچی.
پیش‌نویس دوم	۹۳/۱۰/۲	مجتبی کرباسچی، و احد رستمی.
پیش‌نویس سوم	۹۴/۲/۱	مجتبی کرباسچی، و احد رستمی.
پیش‌نویس چهارم	۹۵/۴/۲۶	مجتبی کرباسچی، احد رستمی، و مهدی خسروی.

جدول ۳۹. تاریخچه بازنگری سند ۵

## مقدمه

بانک اطلاعات ایرانیان در وزارت رفاه و تأمین اجتماعی سابق در سال ۱۳۸۶ راه‌اندازی شد. اطلاعات این بانک حاصل از جمع‌آوری اطلاعات شش سازمان (سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت، صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر، سازمان بازنشستگی کشور، کمیته امام خمینی، و سازمان بهزیستی کشور) است. اهداف تشکیل این بانک به شرح زیر بوده است:

- ▲ شناسایی هم‌پوشانی‌ها و تهیه گزارش ماتریسی هم‌پوشانی دستگاه‌ها؛
- ▲ گزارش تعداد اقلام و هزینه‌های دارویی؛
- ▲ تخصیص یارانه به سازمان‌های بیمه‌گر؛
- ▲ گزارش هزینه سازمان‌های بیمه‌گر برای افراد بیمه‌شده به تفکیک بخش‌های مختلف؛
- ▲ گزارش تعداد نسخ و داروهای تجویز شده توسط پزشکان؛
- ▲ استعلام وضعیت بیمه افراد متقاضی جهت صدور دفترچه درمان با ارائه شناسه یکتا؛
- ▲ استعلام وضعیت بیمه افراد مراجعه‌کننده به مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی (مانند بیمارستان، پزشکان، و پاراکلینیک).

در نتیجه راه‌اندازی این بانک اطلاعاتی، سامانه‌ای جهت استعلام سوابق بیمه‌ای افراد طراحی و اجرا شد. پس از ادغام سه وزارتخانه کار و امور اجتماعی، رفاه و تأمین اجتماعی، و تعاون و تشکیل وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در ابتدای سال ۱۳۹۰، بانک اطلاعات ایرانیان همراه با مرکز داده وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به سازمان هدفمندی یارانه‌ها منتقل شد. پس از پیگیری‌های فراوان در دی‌ماه سال ۱۳۹۱ اطلاعات این بانک به مرکز داده وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی بازگشت. در فرایند انتقال، مستندات قابل توجهی در خصوص طرح مفهومی، معماری کلان و جزء، و مستندات طراحی سیستم و بانک اطلاعاتی در اختیار مرکز فناوری اطلاعات وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی قرار نگرفت.

هم‌اکنون بانک اطلاعات ایرانیان شامل اطلاعات هویتی افراد اصلی و تبعی تحت پوشش شش سازمان مذکور و سامانه‌ای برای استعلام وضعیت افراد است. شایان ذکر است که پس از ادغام سه وزارتخانه، سازمان تأمین اجتماعی نسبت به به‌روزرسانی اطلاعات اقدام نکرد و سوابق اطلاعات این سازمان تا سال ۱۳۸۹ موجود است.

## ۱- مسئله‌شناسی تحلیلی

فقدان پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها مسائل و مشکلاتی را در پی دارد که از جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

**افزایش خطای طرد<sup>۱</sup> (در زمان کمبود منابع):** در صورتی که منابع حمایتی موجود پایان‌ناپذیر باشد، می‌توان منابع موردنظر را به کلیه خانوارهای متقاضی تخصیص داد. اما در عمل، در شرایطی که کمبود منابع ملموس است، عدم شناسایی اقتصادی خانوارها می‌تواند به سیاست‌هایی منجر شود که برخی اقشار آسیب‌پذیر را از حمایت محروم کند.

**تخصیص غیربهبینه منابع:** تخصیص غیربهبینه منابع حمایتی تبعات خود را در وجوه مختلفی نشان خواهد داد.

**افزایش خطای شمول<sup>۲</sup>:** در نبود پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوار ممکن است بسیاری از خانوارهایی که نیازی به سیاست‌های حمایتی ندارند، از حمایت برخوردار شوند. این وضعیت هم‌اکنون در مورد یارانه‌های نقدی مشاهده می‌شود.

**هم‌پوشانی پرداخت‌های حمایتی:** زمانی که داده‌های هویتی مددجویان یکپارچه نباشد، امکان استفاده چندباره یک مددجو از منابعی که برای یک نفر در نظر گرفته شده است، بیشتر می‌شود. این معضل در حالت وجود مباحثین متعدد خود را بیشتر نشان می‌دهد.

**رتبه‌بندی نشدن خانوارها و در نتیجه، پرداخت بدون توجه به کمیت نیاز خانوار:** بدون شناسایی اقتصادی خانوارها، میزان نیاز یک خانوار به منابع حمایتی مشخص نیست و ممکن است برخی خانوارها کمتر یا بیشتر از میزان نیاز خود دریافت کنند.

**عدم توجه به کیفیت نیاز خانوار:** با توجه به تنوع کیفی نیازهای مددجویان، پرداخت به مددجویان بدون توجه به کیفیت نیازهایشان ممکن است نه تنها مشکل اصلی خانوار را رفع نکند بلکه، آسیب‌های دیگری را موجب شود؛ مانند زمانی که به یک سرپرست خانوار معتاد پرداخت نقدی ارائه شود.

**عدم امکان اجرای بسیاری از سیاست‌ها و قوانین و حتی اجرا نشدن برخی از آن‌ها:** بسیاری از قوانین و سیاست‌ها در نبود پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها قابلیت اجرا شدن ندارند. از جمله این قوانین می‌توان به قانون هدفمند کردن یارانه‌ها و سیاست‌های حمایتی بخش مسکن اشاره کرد.

**عدم امکان یکپارچه‌سازی منابع عمومی در حوزه حمایتی:** در حال حاضر منابع حمایتی به صورت

1. Errors of Exclusion

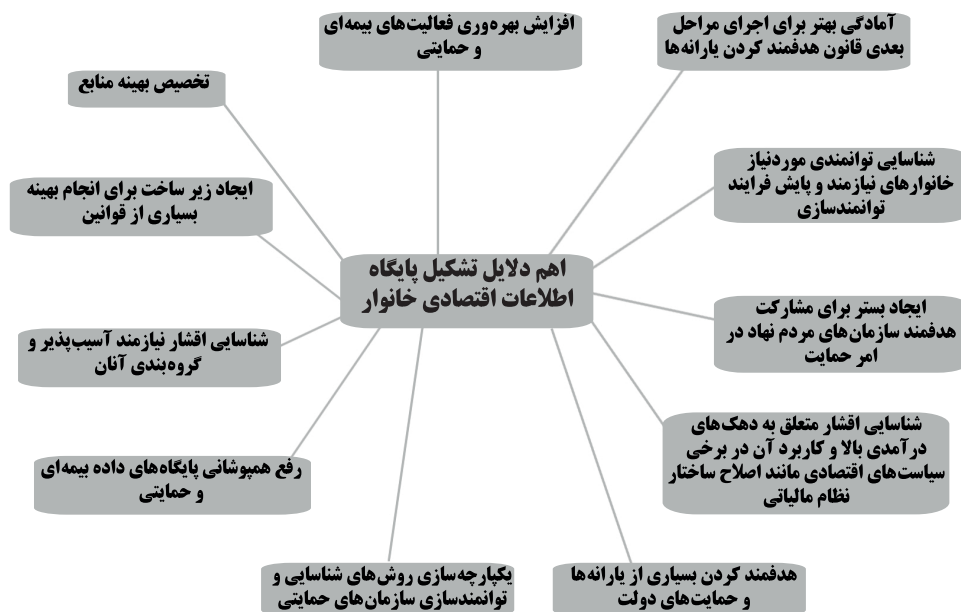
2. Error of Inclusion

پراکنده و توسط مباشرین مختلف تخصیص داده می‌شود؛ به‌عنوان مثال، تسهیلات حمایتی مسکن توسط وزارت مسکن و شهرسازی، حمایت‌های مالی و کالایی توسط سازمان‌های حمایتی، یارانه نقدی توسط سازمان هدفمندسازی یارانه‌ها، سبد کالا توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، و یارانه‌های بخش سلامت و بهداشت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تخصیص می‌یابند. این در حالی است که با وجود یک پایگاه اطلاعات جامع می‌توان کلیه این منابع را به‌صورت یکپارچه و باتوجه‌به نیاز هر خانوار تخصیص داد.

## ۲- نظریه پایه سیاستی

تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوار از مهم‌ترین زیرساخت‌های موردنیاز برای سیاست‌گذاری در بسیاری از امور اقتصادی، اجتماعی و رفاهی است. اهم مبانی تشکیل این پایگاه عبارت‌اند از:

- ▲ ایجاد زیرساخت برای اجرای بهینه بسیاری از قوانین؛
  - ▲ شناسایی اقشار نیازمند و آسیب‌پذیر و گروه‌بندی آن‌ها؛
  - ▲ رفع هم‌پوشانی پایگاه‌های داده بیمه‌ای و حمایتی؛
  - ▲ تخصیص بهینه منابع؛
  - ▲ افزایش بهره‌وری فعالیت‌های بیمه‌ای و حمایتی.
- ایجاد چنین پایگاهی به‌جز نتایج مستقیم فوق، نتایج غیرمستقیم دیگری به شرح زیر خواهد داشت:
- ▲ یکپارچه‌سازی روش‌های شناسایی و توانمندسازی سازمان‌های حمایتی؛
  - ▲ ایجاد بستر برای مشارکت هدفمند سازمان‌های مردم‌نهاد در امر حمایت؛
  - ▲ شناسایی توانمندی خانوارهای نیازمند و پایش فرایند توانمندسازی؛
  - ▲ آمادگی بیشتر برای اجرای مراحل بعدی قانون هدفمند کردن یارانه‌ها؛
  - ▲ شناسایی اقشار متعلق به دهک‌های درآمدی بالا و کمک به اجرای برخی سیاست‌های اقتصادی مانند اصلاح ساختار نظام مالیاتی؛
  - ▲ هدفمند کردن بسیاری از یارانه‌ها و حمایت‌های دولت شامل هزینه‌های آموزش و پرورش، تسهیلات اعطایی حمایتی بانک‌ها و کلیه منابع حمایتی از جمله مسکن و سبد کالا.



شکل ۶. مهم‌ترین دلایل تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها

### ۳- تحلیل ذی نفعان

ذی نفعان این برنامه عبارت‌اند از:

۱. اقشار آسیب‌پذیر: با وجود پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها، اقشار آسیب‌پذیر به‌صورت هدفمندتری از سیاست‌های حمایتی بهره‌مند می‌شوند.
۲. سازمان‌های حمایتی اعم از دولتی، عمومی و مردم‌نهاد: سازمان‌های مذکور ضمن استفاده از داده‌های حاصل از شناسایی، می‌توانند بهره‌وری برنامه‌های حمایتی و توانمندسازی خود را ارتقا دهند.
۳. سیاست‌گذاران حوزه رفاه: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سایر دستگاه‌های مرتبط با این حوزه می‌توانند با استفاده از برنامه شناسایی و پایگاه اطلاعاتی آن، تحولی گسترده در سیاست‌های حمایتی و بالأخص فرایندها و نحوه تخصیص منابع حمایتی ایجاد کنند.
۴. حکومت در معنای کلی و کلیه شهروندان: کلیه منابع عمومی که در راستای سیاست‌های حمایتی تخصیص می‌یابند، اعم از اینکه به‌صورت مستقیم به‌عنوان برنامه حمایتی قلمداد شوند و یا به‌صورت غیرمستقیم با آن مرتبط باشند، از این پایگاه به‌عنوان پایگاه پشتیبان برنامه خود استفاده می‌کنند. بنابراین،



کلیه شهروندان از وجود این پایگاه اثر می‌پذیرند.

همچنین، باتوجه‌به کارشناسی‌های صورت‌گرفته و احصای پایگاه‌های داده موجود در کشور، فهرست پایگاه‌های اطلاعاتی که برای شناسایی گروه‌های مختلف درآمدی موردنیاز هستند، در جدول ۴۰ گزارش شده است. دستگاه‌های مرتبط با این پایگاه‌های اطلاعاتی ذی‌ربطان اصلی این سند هستند و همکاری مستمر آن‌ها جهت تکمیل، به‌روزرسانی و بهنگام‌سازی سامانه‌های موردنظر و ایجاد ارتباط آنلاین با یکدیگر، نقش مهمی در پیشبرد هرچه سریع‌تر امر شناسایی دارد. نحوه تعامل پایگاه‌های اطلاعاتی برای تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها در شکل ۷ نمایش داده شده است.

ردیف	نام دستگاه	واحد متولی پایگاه	پایگاه داده	مورد / موارد استفاده	داده موردنیاز	جمعیت موردنظر
۱	ریاست جمهوری	دفتر امور مناطق محروم کشور	پایگاه اطلاعات مناطق محروم	کاهش خطای طرد	شماره ملی و شناسه جغرافیایی محرومان	محرومان مناطق جغرافیایی
		معاونت توسعه مدیریت و سرمایه‌انسانی	پایگاه داده اطلاعات کارکنان دولت	کاهش خطای شمول	حقوق و مزایا	کارکنان دوات
		مرکز آمار ایران	پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوار	پایگاه زیربنایی	داده‌های آماری خانوار	جمعیت ایران
		سازمان هدفمندسازی یارانه‌ها	پایگاه رفاهی	پایگاه زیربنایی	ساختار خانوار	دریافت‌کنندگان یارانه نقدی
۲	وزارت کشور	معاونت امور سازمان‌های مردم‌نهاد	پایگاه داده سازمان‌های مردم‌نهاد حمایتی	کاهش خطای طرد	فهرست سازمان‌های حمایتی مردم‌نهاد، شماره ملی مددجویان تحت پوشش سازمان‌های حمایتی	افراد تحت پوشش سازمان‌های مردم‌نهاد
		نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران	پایگاه اطلاعات خودرو	کاهش خطای شمول	شماره ملی مالکان خودرو، داده‌های خودرویی برای رده‌بندی قیمتی خودرو	مالکان خودرو
			پایگاه اطلاعات اداره گذرنامه		مسافران سفرهای خارجی	مسافران سفرهای خارجی
		سازمان ثبت‌احوال کشور	پایگاه اطلاعات شماره ملی و اطلاعات هویتی	پایگاه زیربنایی	ساختار خانوار	جمعیت ایران

جدول ۴۰. فهرست دستگاه‌هایی که پایگاه اطلاعات آنان برای شناسایی گروه‌های مختلف درآمدی موردنیاز است.

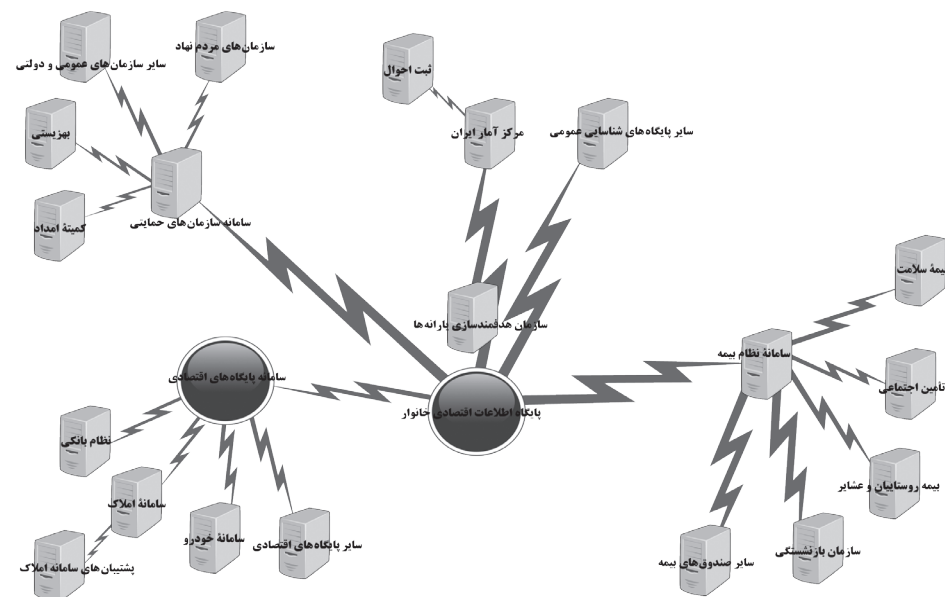
ردیف	نام دستگاه	واحد متولی پایگاه	پایگاه داده	مورد / موارد استفاده	داده مورد نیاز	جمعیت مورد نظر
۳	وزارت اقتصاد و امور دارایی	بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و نظام بانکی	پایگاه اطلاعات بانک‌ها	کاهش خطای شمول	گردش مالی	افراد دارای گردش مالی بالا
		گمرک جمهوری اسلامی ایران	پایگاه اطلاعات گمرک		تسهیلات	گیرندگان وام‌های با مبلغ بالا
		سازمان بورس	پایگاه اطلاعات سازمان بورس اوراق بهادار و سایر بورس‌های فعال		شماره ملی و میزان ارزش سهام سهامداران	سهامداران
		سازمان امور مالیاتی	پایگاه اطلاعات مؤدیان مالیاتی		شماره ملی و میزان تأدیه مؤدیان مالیاتی	مؤدیان مالیاتی
			پایگاه ارزش‌گذاری املاک و مستغلات		قیمت اسمی املاک بر حسب شناسه جغرافیایی	صاحبان املاک
		مرکز امور اصناف و بازرگانان ایران	پایگاه‌های اطلاعاتی اصناف مختلف	کاهش خطای شمول	شماره ملی اصناف خاص	صاحبان اصناف
۴	وزارت بازرگانی	شرکت خدمات انفورماتیک راهبر	سامانه اطلاعات مدیریت معاملات املاک و مستغلات کشور (کد رهگیری املاک)		شماره ملی خریداران املاک خاص	صاحبان املاک
		سازمان توسعه تجارت	پایگاه ثبت سفارش‌های واردات		شماره ملی واردکنندگان	واردکنندگان
			پایگاه اطلاعات سازمان توسعه تجارت			
۵	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	حوزه ستادی و صندوق‌های بیمه و بازنشستگی	پایگاه اطلاعات سازمان‌های بیمه‌گر، سازمان تأمین اجتماعی، صندوق بازنشستگی کشوری و بانک اطلاعات ایرانیان	کاهش خطای طرد	بیمه‌شدگان، داده‌های مورد استفاده برای رتبه‌بندی اقشار دارای هزینه‌های خاص	بیمه‌شدگان
		سازمان بهزیستی کشور	پایگاه اطلاعات مددجویان		داده‌های مورد استفاده برای رده‌بندی مددجویان	مددجویان
		حوزه ستادی و سازمان بهزیستی کشور	پایگاه اطلاعات سازمان‌های مردم‌نهاد حمایتی و امدادی		شماره ملی مددجویان تحت پوشش سازمان‌های حمایتی	مددجویان

ادامه جدول ۴۰. فهرست دستگاه‌هایی که پایگاه اطلاعات آنان برای شناسایی گروه‌های مختلف درآمدی مورد نیاز است.

ردیف	نام دستگاه	واحد متولی پایگاه	پایگاه داده	مورد / موارد استفاده	داده مورد نیاز	جمعیت مورد نظر
۶	وزارت نیرو	شرکت‌های توزیع برق	پایگاه اطلاعات مشترکین برق	کاهش خطای شمول	شماره ملی و شناسه جغرافیایی مشترکین	مشترکین
		شرکت‌های آب و فاضلاب شهری و روستایی	پایگاه اطلاعات مشترکین آب و فاضلاب		شماره ملی و شناسه جغرافیایی مشترکین	مشترکین
۷	وزارت نفت	شرکت ملی گاز ایران	پایگاه اطلاعات مشترکین گاز		شماره ملی و شناسه جغرافیایی مشترکین	مشترکین
۸	وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات	شرکت ارتباطات زیرساخت	پایگاه اطلاعات مشترکین تلفن ثابت		شماره ملی و شناسه جغرافیایی مشترکین	مشترکین
		شرکت پست جمهوری اسلامی ایران	پایگاه اطلاعات کد پستی	پایگاه زیربنایی	کد پستی	مشترکین
۹	کمیته امداد امام خمینی (ره)		پایگاه اطلاعات مددجویان	کاهش خطای طرد	داده‌های مورد استفاده برای رتبه‌بندی اقشار دارای هزینه‌های خاص	مددجویان
۱۰	شوراهای روستا، شهر، استان و شهرداری‌ها		کلیه پایگاه‌های اطلاعات مربوط به افراد، املاک و مستغلات اعم از عوارض و نوسازی، پایان کار و مانند آن	کاهش خطای شمول	شماره ملی و شناسه جغرافیایی ساکنین	جمعیت ایران
			پایگاه اطلاعات گورستان‌های کشور	شماره ملی اموات	اموات	
۱۱	قوه قضائیه	سازمان ثبت اسناد و املاک کشور	پایگاه اطلاعات اسناد و املاک	کاهش خطای شمول	شماره ملی مالکان املاک خاص	مالکان مستغلات
		سازمان پزشکی قانونی	پایگاه اطلاعات متوفیان	پایگاه زیربنایی	شماره ملی اموات	اموات
		سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور	پایگاه اطلاعات زندانیان	کاهش خطای طرد	شماره ملی زندانیان	زندانیان
۱۲	سازمان‌های خیریه عمومی		پایگاه اطلاعات مددجویان	کاهش خطای طرد	شماره ملی مددجویان تحت پوشش	مددجویان

ردیف	نام دستگاه	واحد متولی پایگاه	پایگاه داده	مورد/ موارد استفاده	داده مورد نیاز	جمعیت مورد نظر
۱۳	کلیه اصناف کشور		پایگاه داده اصناف	کاهش خطای شمول	شماره ملی اصناف خاص	اصناف

شکل ۷. نحوه تعامل پایگاه‌های اطلاعات مختلف برای تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوار



شکل ۷. نحوه تعامل پایگاه‌های اطلاعات مختلف برای تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوار

## ۴- تحلیل هزینه-فایده<sup>۱</sup>

سیاست‌گذاران برای اجرای برنامه‌های مرتبط با فقرزدایی روش‌های مختلفی را در اختیار دارند. برای کمک به سیاست‌گذاران در انتخاب از بین روش‌های مختلف و برای درک اینکه هر روش تحت چه شرایطی کاربرد دارد، تحلیل هزینه-فایده انجام می‌شود. پاسخ به این سؤالات که آیا شناسایی باید صورت پذیرد یا خیر، چگونه می‌توان شناسایی را با دقت بالایی انجام داد، و اینکه کدام روش به کار گرفته شود، در گرو داشتن اطلاعاتی راجع به هزینه‌ها و منافع روش‌های مختلف شناسایی است. به همین دلیل قبل از هر بحثی ارائه

۱. تحلیل هزینه-فایده این طرح از پیش‌نویس پروژه «هدفمندسازی؛ با تأکید بر روش‌های شناسایی فقرا» انجام شده توسط خداداد کاشی استخراج شده است.

یک ارزیابی در مورد هزینه‌ها و منافع شناسایی ضروری است.

شناسایی ابزاری است برای بهبود کارایی برنامه‌های حمایت اجتماعی از طریق افزایش منافی که فقرا می‌توانند از یک بودجه ثابت مختص به برنامه کسب نمایند. به‌عنوان مثال، در اقتصادی با ۱۰۰ میلیون نفر جمعیت که ۳۰ میلیون نفر از آن‌ها فقیر هستند، اگر کل مبلغ بودجه موردنظر برای فقرزدایی ۳۰۰ میلیون دلار باشد، بدون شناسایی از طریق این برنامه می‌توان به هر نفر از افراد جامعه مبلغ ۳ دلار پرداخت کرد. اما اگر بتوان برنامه را طوری هدفمند کرد که منافع آن فقط نصیب فقرا شود، هر فرد فقیر معادل ۱۰ دلار دریافت خواهد کرد. در این شرایط اگر هدف، ارائه پرداخت انتقالی معادل ۳ دلار به هر فرد فقیر باشد، با بودجه‌ای معادل ۹۰ میلیون دلار می‌توان این کار را انجام داد. پس هدفمندسازی از دو طریق می‌تواند موجب افزایش کارایی برنامه‌های حمایت اجتماعی شود: صرفه‌جویی بودجه‌ای و رساندن منافع برنامه‌ها به فقرای واقعی جامعه.

به بیانی کلی، انگیزه برای شناسایی از سه ویژگی مختص به شرایط سیاست‌گذاری ناشی می‌شود که عبارت‌اند از:

- ▲ هدف: حداکثر نمودن میزان کاهش فقر با افزایش رفاه اجتماعی.
- ▲ محدودیت بودجه: محدود بودن بودجه مرتبط با برنامه‌های فقرزدایی.
- ▲ هزینه فرصت: مبادله بین تعداد نفع‌برندگان از برنامه و میزان پرداخت انتقالی.

#### ۱-۴- منافع تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها

از منافع تشکیل این پایگاه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ▲ کاهش خطای طرد و تحت پوشش قرار دادن هرچه بیشتر اقشار آسیب‌پذیر؛
- ▲ کاهش خطای شمول و جلوگیری از هدررفت منابع؛
- ▲ امکان پایش فرایند شناسایی و ارتقای بهره‌وری آن؛
- ▲ امکان پایش فرایند توانمندسازی و ارتقای بهره‌وری آن؛
- ▲ افزایش بهره‌وری و هدفمندی اعتبارات حمایتی.

## ۴-۲- هزینه‌های تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها

منافع نام‌برده شناسایی مبتنی بر این فرض است که می‌توان افراد فقیر و غیر فقیر را از یکدیگر تفکیک کرد اما، در عمل برای شناسایی افراد نیاز است تا هزینه‌هایی صرف جمع‌آوری آمار و اطلاعات شود. علاوه بر این، اطلاعات جمع‌آوری شده به احتمال زیاد ناقص بوده و به‌ندرت نشان‌دهنده واقعیات مرتبط با وضعیت رفاهی خانوارها است. گرچه میزان هزینه‌های مرتبط با روش‌های مختلف هدفمندسازی متفاوت است اما، در اکثر روش‌های شناسایی هزینه‌های مشخصی وجود دارد که عبارت‌اند از: هزینه‌های اجرایی، خصوصی، انگیزشی، اجتماعی، و سیاسی.

اهمیت نسبی این هزینه‌ها که در ادامه تشریح می‌شوند، در روش‌های مختلف هدفمندسازی و نیز، در جوامع مختلف متفاوت است. به‌عنوان مثال، در روش ارزیابی فردی هزینه‌های اجرایی بسیار مهم هستند یا در روش هدفمندسازی طبقه‌ای<sup>۱</sup> هزینه‌های انگیزشی اهمیت چندانی ندارند، و یا در روش خودهدفمندی هزینه‌های خصوصی از اهمیت زیادی برخوردارند. در هر صورت مهم این است که در هر برنامه هدفمندسازی این هزینه‌ها منظور شوند.

**۱- هزینه‌های اجرایی:** هزینه‌های اجرایی شامل هزینه جمع‌آوری اطلاعات و هزینه‌های مرتبط با توزیع منافع برنامه است. این هزینه‌ها با افزایش دقت برنامه زیاد می‌شوند. اما در حالت کلی مقدار این هزینه‌ها باید کمتر از کل بودجه تخصیص داده‌شده به برنامه باشد. همچنین، هرچه تعداد جمعیت ذی‌نفع کمتر باشد، مقدار این هزینه‌ها چه به‌صورت مطلق و چه به‌صورت نسبی (درصدی از کل هزینه‌های برنامه) نیز کمتر خواهد بود. این امر از دو عامل ناشی می‌شود. نخست اینکه اگر برنامه به تعداد محدودی از افراد جامعه خدمت‌رسانی کند، برای انتقال منافع به این گروه محدود، تشکیلات اجرایی کوچک‌تری موردنیاز است، و دوم اینکه با افزایش مبلغ پرداختی به هر فرد فقیر سهم هزینه‌های اجرایی از کل هزینه‌ها کاهش خواهد یافت. البته برخی هزینه‌ها ثابت هستند؛ یعنی مستقل از تعداد خانوارهای ذی‌نفع و میزان پرداخت انتقالی هستند.

**۲- هزینه‌های خصوصی:** خانوارها نیز برای دریافت منافع برنامه متحمل هزینه می‌شوند. به‌عنوان مثال، برنامه‌های رفاه مبتنی بر کار<sup>۲</sup> هزینه فرصت زمانی را بر خانواده‌ها تحمیل می‌کنند؛ زیرا خانوارها زمانی را که می‌توانند به انجام کاری اختصاص دهند باید صرف مشارکت در این برنامه‌ها کنند. صف‌بندی برای دریافت منافع برخی برنامه‌ها نیز مستلزم هزینه‌ای مشابه است. در برخی از برنامه‌ها حتی ممکن است خانوارها

1. Categorical

2. Workfare:

برنامه‌های رفاه مبتنی بر کار نوعی برنامه رفاهی هستند که در آن خانوارها برای دریافت منافع باید در برخی برنامه‌های آموزشی یا کاری مشارکت کنند.

متحمل پرداخت هزینه‌های پولی (مانند پرداخت هزینه ثبت‌نام یا تهیه مدارک لازم برای اثبات آسیب‌پذیر بودن یا هزینه‌های حمل‌ونقل برای حضور یافتن در ادارات مربوطه) هم شوند. باین وجود، معمولاً هزینه‌های خصوصی هنگام ارزیابی برنامه‌های شناسایی نادیده گرفته می‌شوند، باینکه این هزینه‌ها می‌توانند بسیار مهم باشند؛ به خصوص زمانی که شناسایی به صورت خوداظهاری انجام می‌شود.

**۳- هزینه‌های انگیزشی:** هزینه‌های انگیزشی معمولاً غیرمستقیم هستند. این هزینه‌ها از وجود معیارهای آسیب‌پذیری در برخی برنامه‌ها ناشی می‌شوند که ممکن است منجر به تغییر رفتار اقتصادی و اجتماعی خانوارها برای احراز آن معیارها شوند. به‌عنوان مثال، برنامه‌ای که فقط افراد با درآمد کمتر از یک سطح حداقل را پوشش می‌دهد، ممکن است موجب شود که بعضی خانوارها عرضه نیروی کار خود را کاهش دهند تا درآمد حاصل از کار آن‌ها کاهش یابد. اثرات انگیزشی منفی مصرف بیش‌ازحد یا اسراف در مصرف کالاهای یارانه‌ای مثال دیگری در این خصوص است. یکی از مشکلات عمده برنامه‌های هدفمندسازی در کشورهای OECD، آثار منفی آن‌ها بر روی عرضه کار است؛ اما به دلایل زیر این مشکل در کشورهای در حال توسعه به این گستردگی رخ نمی‌دهد: (۱) در کشورهای در حال توسعه کمتر از معیار درآمد استفاده می‌شود؛ (۲) در این کشورها پرداخت‌ها به‌ندرت تضمین می‌شوند و به همین دلیل تنها کسانی که نزدیک به خط فقر هستند، ممکن است عرضه نیروی کار خود را تغییر دهند؛ (۳) سطح پرداخت انتقالی برنامه‌ها در کشورهای در حال توسعه بسیار پایین است و از این‌رو انگیزه‌ای قوی برای کسب درآمد از سایر منابع درآمدی وجود خواهد داشت. باین وجود، روش‌هایی برای تخفیف این آثار منفی وجود دارد. یکی از این روش‌ها عدم ارائه اطلاعات تفصیلی در مورد معیارهای آسیب‌پذیری به کاررفته در این برنامه‌ها به مردم است. به‌عنوان مثال، می‌توان به مردم گفت که هدفمندی بر اساس میزان فقر است اما، جزئیات مربوط به اینکه چگونه این فقر اندازه‌گیری می‌شود، در اختیار آنان قرار نگیرد. روش دیگر این است که آسیب‌پذیری افراد بر اساس اطلاعات قبلی محاسبه شود.

**۴- هزینه‌های اجتماعی:** این هزینه‌ها زمانی افزایش می‌یابند که شناسایی منجر به شناخته شدن فرد به‌عنوان یک فقیر در جامعه شود؛ به طوری که عزت‌نفس آن‌ها به خطر افتد. افزایش هزینه‌های اجتماعی می‌توانند به کاهش مشارکت افراد در برنامه منجر شوند.

**۵- هزینه‌های سیاسی:** حذف طبقات متوسط جامعه می‌تواند به عدم حمایت اجتماعی از برنامه‌های فقرزدایی بیانجامد؛ چراکه این گروه از طریق عدم مشارکت در انتخابات و عدم حمایت از سیاستمداران، می‌توانند اجرای برنامه را منحرف سازند. در چنین شرایطی که دولت‌ها با عدم حمایت گروه‌های بزرگ و پرنفوذ اجتماعی و سیاسی از اجرای برنامه روبرو می‌شوند، ممکن است اجرای برنامه را رها کنند.

### ۳-۴- مقایسه هزینه‌ها و منافع تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها

گذشته از هزینه‌هایی که به دلیل تبعات اجتماعی اجرای برنامه شناسایی ایجاد می‌شوند، هزینه‌های استقرار پایگاه اطلاعات در مقایسه با منافع آن بسیار ناچیز است. ارتقای بهره‌وری و هدفمندی سیاست‌های حمایت موجب صرفه‌جویی گسترده‌ای در هزینه‌های سیاست‌های حمایتی مستقیم و سایر اعتباراتی می‌شود که با عناوین دیگر اما در راستای سیاست‌های حمایتی پرداخت می‌شوند.

## ۵- تحلیل حقوقی

ضرورت تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها در قانون هم مورد توجه قرار گرفته است. در ادامه به برخی از مهم‌ترین مستندات قانونی تشکیل این پایگاه اشاره می‌شود.

### ۱-۵- تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

به موجب ماده ۱۰ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، «اتخاذ سیاست‌های یارانه‌ای در چهارچوب قانون و بر اساس سیاست‌های کلی نظام به منظور هدفمند کردن یارانه‌ها، با استفاده از نظام‌های اطلاعاتی جامع و منسجم کشور مانند طرح کد ملی و یا نظام مالیاتی کشور صورت می‌گیرد؛ به نحوی که به تدریج یارانه اعطایی به خانواده‌های پردرآمد کاهش یافته و یا حذف گردد و میزان یارانه اعطایی به خانواده‌های کم‌درآمد افزایش یابد. منابع حاصل از حذف یا کاهش یارانه خانواده‌های پردرآمد برای تأمین منابع موردنیاز نظام جامع تأمین اجتماعی منظور خواهد شد». همچنین، وفق بند «م» ماده ۱۶ از این قانون، «تشکیل پایگاه اطلاعاتی نظام جامع تأمین اجتماعی به منظور جمع‌آوری و پردازش اطلاعات مربوط و تعیین شاخص‌های ذی‌ربط در حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی» یکی از اختیارات و مسئولیت‌های وزارت رفاه و تأمین اجتماعی برای نیل به اهداف قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی است. آیین‌نامه اجرایی این بند به شماره ۷۴۵۶۵/ت/۳۹۲۳۳ ک مورخ ۱۳۸۷/۵/۱۳ تصویب شده است.

### ۲-۵- تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها در قانون هدفمند کردن یارانه‌ها

مطابق با تبصره ۱ ماده ۷ قانون هدفمند کردن یارانه‌ها، «آیین‌نامه اجرایی این ماده شامل چگونگی شناسایی جامعه هدف، تشکیل و به‌هنگام‌سازی پایگاه‌های اطلاعاتی موردنیاز، نحوه پرداخت به جامعه هدف و پرداخت‌های موضوع این ماده حداکثر سه ماه پس از تصویب این قانون با پیشنهاد وزیر امور اقتصادی و



دارایی، رفاه و تأمین اجتماعی و رئیس سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور به تصویب هیئت‌وزیران خواهد رسید». همچنین، به‌موجب ماده ۵ آیین‌نامه اجرایی ماده ۷ قانون هدمندی یارانه‌ها، «وزارت رفاه و تأمین اجتماعی موظف است با استفاده از پایگاه نسبت به گروه‌بندی خانوارهای جامعه هدف باتوجه‌به میزان درآمد خانوارها اقدام کند».

## ۶- تحلیل تأثیر اجتماعی

اگر ایجاد پایگاه اطلاعات صرفاً تجمیع پایگاه‌های داده را شامل شود، تبعات اجتماعی قابل توجهی موردانتظار نیست. زیرا در این صورت، این کار پروژه‌ای کاملاً ستادی است که نیازمند همکاری‌های بین‌سازمانی است. با این حال، یک تأثیر اجتماعی مهم تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوار، احتمال تغییر مناسبات افراد و بنگاه‌ها نسبت به برخی سازمان‌ها مانند نظام بانکی است که می‌توان برای آن‌ها سازوکارهای خاصی ارائه کرد. از سوی دیگر شناسایی اقتصادی خانوارها و افراد می‌تواند ابعاد اجتماعی زیر را نیز به دنبال داشته باشد:

- ▲ احتمال نشان‌دار شدن به دلیل اولویت‌بندی حاصل از شناسایی؛
- ▲ تغییر رفتار اقشار آسیب‌پذیر در صورت افزایش سرانه منابع حمایتی؛
- ▲ تغییر رفتار یا شاخص‌های قابل‌سنجش رفتاری اقشار متوسط و یا حتی دهک‌های بالای درآمدی در صورت قابل‌ملاحظه بودن سرانه منابع حمایتی؛
- ▲ تغییر نقش‌ها و مسئولیت‌های اجتماعی متقابل در صورت احاله مسئولیت‌های حمایتی به نهادهایی خارج از نهادهای عرفی.

## ۷- رویکرد اجرایی

### ۷-۱- تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها

برای تکمیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوار لازم است خطای شمول و خطای طرد کاهش یابد. کاهش خطای شمول از طریق تجمیع یا ارتباط پایگاه‌های داده موجود در کشور که نشانگر وضعیت اقتصادی شهروندان هستند، انجام می‌شود. ارتباط این پایگاه‌ها در صورت وجود عزم و اراده کافی، می‌تواند به‌صورت هدفی میان‌مدت (و حتی کوتاه‌مدت) در نظر گرفته شود. کاهش خطای طرد علاوه بر روش فوق، نیازمند برخی فعالیت‌های میدانی برای شناسایی و دسته‌بندی اقتصادی خانوارها و افراد است. داده‌های حاصل از

این فعالیت‌ها تکمیل‌کننده پایگاه اصلی و نیز ابزاری مهم برای اجرای سیاست‌های توانمندسازی خواهد بود. در ادامه، این دو روش مورد بحث قرار می‌گیرند.

۱. **تجمیع بانک‌های داده:** در این روش با استفاده از روش تقریب وسیع و شناسایی جغرافیایی و به کمک پایگاه‌های داده موجود، خطای شمول تا حد امکان کاهش داده می‌شود. تجمیع بانک‌های داده با فرض وجود پایگاه‌های اطلاعاتی مورد نیاز، یک کار ستادی است که در آن دستگاه‌های مختلف، بانک‌های داده خود را در اختیار وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی قرار می‌دهند. برای تجمیع پایگاه داده‌ها مراحل زیر باید طی شود:

▲ احصای دستگاه‌های ذی‌ربط؛

▲ آغاز مذاکره با دستگاه‌ها جهت در اختیار گذاردن بانک‌های داده؛

▲ ایجاد زیرساخت‌های سخت‌افزاری و نرم‌افزاری لازم؛

▲ اطمینان از پالایش، راستی‌آزمایی و رفع هم‌پوشانی در بانک‌های اطلاعات دستگاه‌ها؛

▲ ایجاد هماهنگی‌های سخت‌افزاری و نرم‌افزاری با دستگاه‌های ذی‌ربط جهت ادغام بانک‌ها؛

▲ ادغام بانک‌های اطلاعاتی.

در سال ۱۳۹۳ فرایند اجرایی فوق به صورت مشترک توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان هدفمندسازی یارانه‌ها آغاز، و سناریوهای مختلفی برای حذف دهک‌های درآمدی بالا ارائه شد. با تصویب قانون بودجه سال ۱۳۹۴ و کاهش سقف پرداخت یارانه، دولت موظف شد به طریقی این کاهش را جبران کند که موجب انتخاب سناریوهای لازم برای شناسایی افراد و خانوارهای پردرآمد و حذف آن‌ها از گروه یارانه‌بگیران شد. سناریوهای منتخب مبتنی بر پایگاه‌های داده اقتصادی است که در وزارتخانه‌ها و دستگاه‌های مختلف موجود است.

۲. **شناسایی میدانی:** در این روش با استفاده از روش شناسایی توسط واسطه‌ها مجموع خطای طرد و شمول کاهش می‌یابد. هدف اصلی این روش کاهش خطای طرد است. برای این منظور، پایگاه اطلاعات نهادی عمومی و دولتی حمایتی شامل کمیته امداد امام خمینی (ره)، سازمان بهزیستی کشور، و همچنین پایگاه داده سازمان‌های مردم‌نهاد مورد استفاده قرار می‌گیرند. فرایند کلی اجرایی شناسایی میدانی شامل مراحل زیر است:

▲ یکپارچه کردن شاخص‌ها و فرایندهای شناسایی کلیه سازمان‌های حمایتی اعم از دولتی، عمومی و مردم‌نهاد؛

- ▲ آغاز فعالیت میدانی سازمان‌های حمایتی برای شناسایی؛
- ▲ ورود اطلاعات گردآوری‌شده در پایگاه داده؛
- ▲ رفع هم‌پوشانی، تصحیح آمار و راستی‌آزمایی با سایر داده‌های موجود در پایگاه؛
- ▲ اجرای نظارت‌ها و به‌روزرسانی‌های دوره‌ای.

## ۲-۲- رده‌بندی اقتصادی خانوارها و افراد

پس از جمع‌آوری کلیه داده‌های موجود (یا ممکن) که می‌توانند به نحوی نشانگر وضعیت اقتصادی خانوارها و افراد باشند، لازم است با ایجاد پیوندهای منطقی بین داده‌ها، به هر فرد (و در نتیجه خانوار) رتبه‌ای کمی (و شاید ترکیبی) تخصیص داده شود. این رتبه به همراه شاخص‌های کیفی متناظر با توانمندسازی‌های موردنیاز، با در نظر گرفتن منابع موجود، نقشه راه توانمندسازی هر گروه از اقشار آسیب‌پذیر را مشخص می‌کند.

## ۲-۳- پروژه‌های در حال اجرا

باتوجه به بحث‌های علمی و نظری و با در نظر گرفتن ضرورت شفافیت و توافق کلیه سیاست‌گذاران جهت تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوار در کشور، معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی از سال ۱۳۹۳ تاکنون به تعریف پروژه‌های متعددی با محوریت تشکیل پایگاه جامع فوق‌مبادرت نموده است. این پروژه‌ها شامل دو بخش اصلی پنجره رفاه اجتماعی و پایگاه جامع اطلاعات اقتصادی ایرانیان هستند که در بخش‌های زیر معرفی می‌شوند.

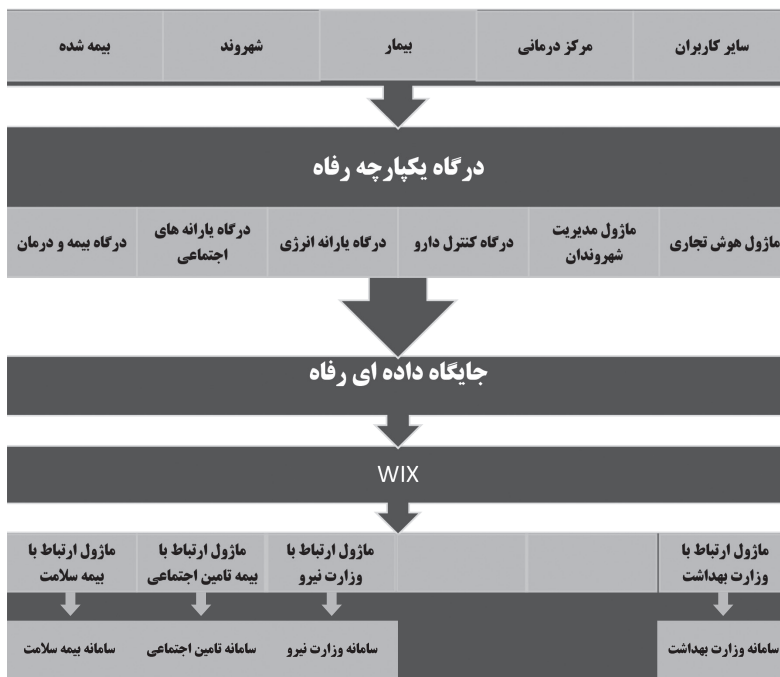
### الف- پنجره رفاه اجتماعی

پنجره رفاه اجتماعی سامانه‌ای مبتنی بر معماری دارای پلتفرم است. فلسفه وجود این پنجره افزایش سطح دسترسی آحاد مردم به خدمات قابل‌ارائه رفاه اجتماعی جمهوری اسلامی ایران به صورت متمرکز است. با یکپارچه‌سازی پنجره ارائه خدمات به متقاضیان در اصل، سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بیمه‌ای و حمایتی در سطح کشور در لایه‌های سازمانی داده‌ها، فرایندها و ارائه خدمات یکپارچه می‌شوند. این ارتباطات در قالب لایه فوق‌الذکر تشکیل‌دهنده پازل دولت الکترونیک خواهد بود. ارتباط بین وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سایر مؤسسات و وزارتخانه‌ها در بستر وب و تحت مکانیسم‌های کنترلی و امنیتی مطمئن صورت می‌گیرد. صفحه اصلی سایت رفاه اجتماعی در شکل ۸ ارائه شده است.



شکل ۸. سایت سامانه رفاه

متقاضیان از هر قشری از جامعه که باشند، درخواست‌های خود را در این سامانه ثبت می‌کنند و بدون نیاز به مراجعه حضوری، درخواست خدمت خود را از طریق این سامانه پیگیری می‌نمایند. متقاضیان صرفاً در آخرین مرحله به شعب مراکز ارائه‌دهنده خدمت مراجعه می‌کنند و یا اینکه خدمت به نحو دیگری در اختیار وی قرار می‌گیرد.



شکل ۹. چهارچوب کلان پنجره رفاه اجتماعی

مردم، فناوری، فرایندها و قوانین، بلوک‌های سازنده پنجره رفاه اجتماعی را تشکیل می‌دهند. این بلوک‌ها در ادامه تشریح می‌شوند.



شکل ۱۰. بلوک‌های سازنده پنجره رفاه اجتماعی

۱. **مردم:** مخاطبان اصلی سامانه پنجره رفاه در دنیا، عموماً اقشار ضعیف، کم‌درآمد، بیماران خاص، افراد در معرض خطر و آسیب‌های اجتماعی، نیازمندان و مانند آن هستند که درخواست دریافت کمک‌های حمایتی را از دولت‌های خود دارند.

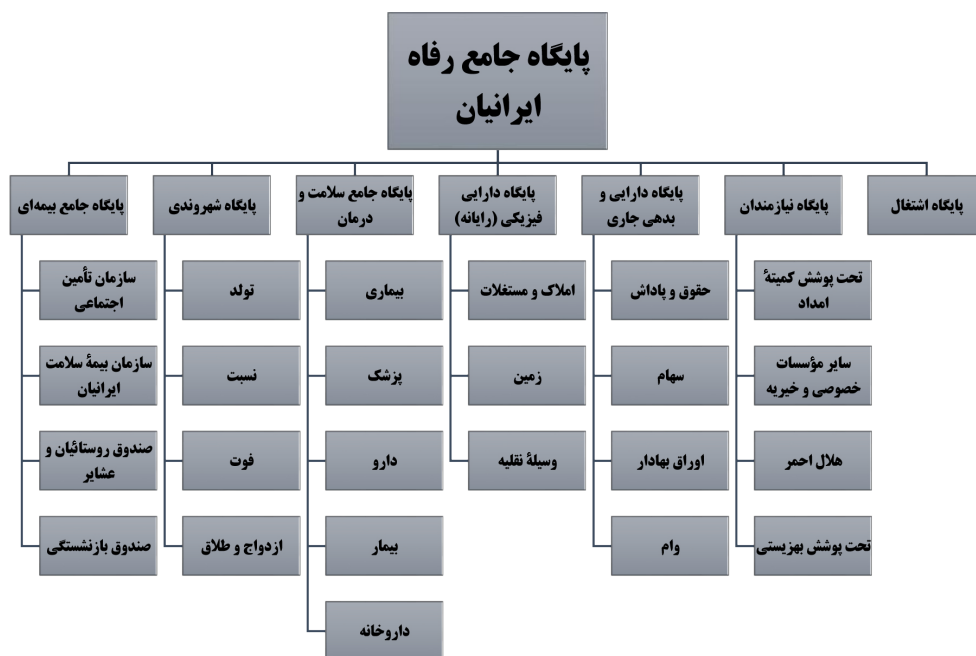
۲. **فناوری:** شناسایی افراد نیازمند، در دسترس قرار دادن خدمات، و توزیع عادلانه خدمات بین نیازمندان از مشکلات اصلی برنامه‌ریزی، توزیع و ارائه خدمات رفاه اجتماعی است. با کمک گرفتن از فناوری‌های نوین تحت وب، اینترنت، و تلفن همراه می‌توان ضمن معرفی و در دسترس قرار دادن خدمات حمایتی، متقاضیان دریافت خدمات را ثبت‌نام کرد و پایگاه داده مناسبی از اطلاعات اقتصادی واقعی و سبد خدمات دریافتی آن‌ها فراهم نمود.

۳. **فرایندها:** هر خدمتی که توسط سازمان‌ها و مؤسسات ارائه می‌شود، محصول اجرای مجموعه‌ای از فرایندهای از پیش تعریف‌شده و مشخص است. ارائه خدمات برخط نیز از این قاعده مستثنا نیست و پنجره رفاه متکی به فرایندهای کسب‌وکار مهندسی شده است.

۴. **قوانین کسب‌وکار:** توزیع عادلانه و منصفانه خدمات حمایتی بین جامعه نیازمند ضوابط و قوانین استحقاق‌سنجی است تا افرادی که مستحق نیستند، از فرصت ایجادشده برای نیازمندان بهره‌مند نشوند. تعریف قوانینی که بتواند خدمت برنامه‌ریزی‌شده را به‌صورت عادلانه به ذی‌حقان ارائه دهد، یکی از پیچیده‌ترین فعالیت‌ها در این پروژه است.

## ب- پایگاه جامع رفاه ایرانیان

پایگاه جامع رفاه ایرانیان که یکی از جامع‌ترین و کامل‌ترین پایگاه‌های شهروندی کشور خواهد بود، مشتمل بر اطلاعات شهروندان در کلیه سازمان‌ها و حوزه‌هایی است که از زمان تولد تا زمان فوت با آن‌ها در ارتباط بوده‌اند. به‌منظور مدیریت مناسب‌تر یارانه‌ها و ارائه خدمات رفاهی به متقاضیان ذی‌حق، اطلاعات تولد، فوت، وضعیت اقتصادی، اجتماعی، تحصیلی، دارایی و مانند آن در این پایگاه داده نگهداری و به‌روزرسانی می‌شود که در اصل، هسته اصلی پنجره رفاه اجتماعی را تشکیل می‌دهد. بخشی از مدل مفهومی خوشه‌های اطلاعاتی این پایگاه داده در شکل ۱۱ معرفی شده است.



شکل ۱۱. مدل مفهومی خوشه‌های اطلاعاتی تشکیل‌دهنده پایگاه داده رفاه اجتماعی

## ۴-۷- برنامه‌ریزی و مدیریت ارائه خدمات

دولت جمهوری اسلامی ایران در راستای افزایش سطح رضایتمندی آحاد مردم، خدمات متعددی را در قالب سازمان‌های گوناگون (از قبیل سازمان بهزیستی کشور و کمیته امداد امام خمینی) ارائه می‌کند که با راه‌اندازی سامانه پنجره رفاه کلیه این خدمات می‌توانند به‌صورت برخط ارائه شوند. باین حال، نباید از نقش

مهم مؤسسات مردم‌نهاد در ارائه خدمات حمایتی به اقشار آسیب‌پذیر و برخی بیماران خاص غافل شد. سؤالی که در اینجا برای سیاست‌گذاران پنجره رفاه اجتماعی مطرح می‌شود، این است که باتوجه به ظرفیت‌ها، منابع مالی و زمانی، و تعدد خدمات، کدام‌یک از خدمات باید در اولویت برخط‌سازی قرار گیرند؟ پس از یک سال تجربه و تحقیق گسترده برای مدیریت کارآمد ارائه خدمات برخط رفاه اجتماعی مدل ۵ مرحله‌ای زیر شناسایی و تدوین شده است.

۱. **استراتژی خدمات رفاهی**<sup>۱</sup>: در این مرحله با هماهنگی وزیر رفاه کمیته‌ای متشکل از معاون وزیر، مدیران کل وزارتخانه، مسئولین سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی، و سایر ذی‌نفعان سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی کشور تشکیل می‌شود و پس از برگزاری چندین جلسه مدیریتی و همچنین بررسی ظرفیت‌ها و قابلیت‌های سازمان ارائه‌دهنده خدمت، سبد خدمات برخط در سال جاری تعیین می‌گردد.

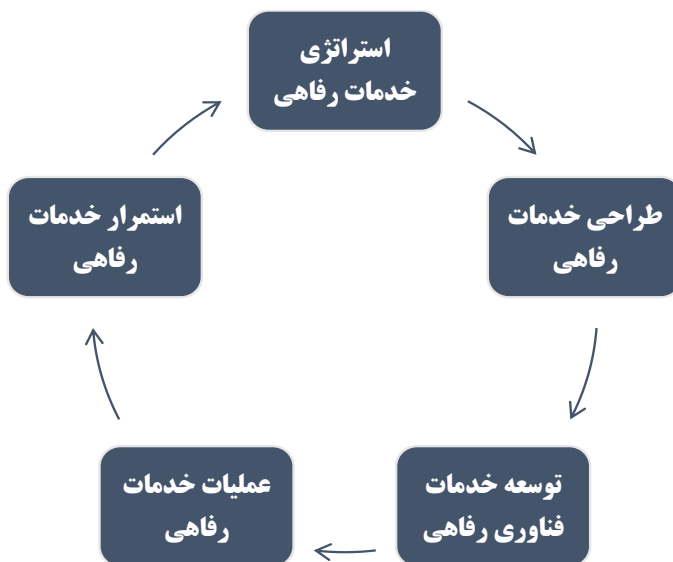
۲. **طراحی خدمات رفاهی**<sup>۲</sup>: پس از اینکه فهرست خدمات الکترونیکی قابل ارائه مشخص شد، تیم‌های فنی با تخصص‌های مختلف مبادرت به تحلیل و طراحی خدمت الکترونیکی می‌نمایند.

۳. **توسعه خدمات فناوری اطلاعات رفاهی**<sup>۳</sup>: طی این مرحله فرآورده‌های بخش طراحی جهت ساخت و آماده‌سازی سرویس برخط، به تیم فنی برنامه‌نویسی و پشتیبانی سامانه پنجره رفاه ارائه می‌شود.

۴. **عملیات خدمات رفاهی**<sup>۴</sup>: در این بخش ضمن هماهنگی با سازمان‌های اصلی ارائه‌دهنده خدمت، سرویس به‌صورت عملیاتی مورد بهره‌برداری قرار می‌گیرد. عموماً به این دلیل که در برخی موارد نمی‌توان مسائل و مشکلات پیش‌روی ارائه خدمت به‌صورت کشوری را شناسایی و مدیریت کرد، غالباً خدمات ابتدا، در شهرها یا بخش‌های کوچک‌تری به‌عنوان نمونه‌ای از جامعه کشوری، به‌صورت پایلوت و آزمایشی ارائه می‌شوند و پس از بررسی نتایج، خدمت مربوطه به‌صورت کشوری راه‌اندازی می‌شود.

۵. **استمرار خدمات رفاهی**<sup>۵</sup>: پس از راه‌اندازی برنامه و ارائه خدمت به‌صورت برخط، پشتیبانی و توسعه قابلیت‌های خدمت بر عهده گروه‌های فنی نرم‌افزاری و متخصصین حوزه کاری خواهد بود.

1. Welfare Service Strategy  
2. Welfare Service Design  
3. Welfare IT Service Development  
4. Welfare Service Operation  
5. Welfare Service Continue



شکل ۱۲. چهار چوب مدیریت خدمات رفاه اجتماعی سامانه پنجره رفاه شهروندان جمهوری اسلامی

## ۸- پایش و ارزیابی

در عمل، متولیان برنامه‌های شناسایی در مورد اینکه چه کسی فقیر است، اطلاعات کاملی در اختیار ندارند؛ زیرا کسب این اطلاعات مشکل، زمان‌بر و هزینه‌بر است. زمانی که برنامه هدفمندسازی مبتنی بر اطلاعات ناقص باشد، ممکن است یا خطای شمول (یعنی افراد غیرفقیر را به‌عنوان افراد فقیر مشمول منافع برنامه گرداند) و یا خطای طرد (افراد فقیر را به‌عنوان افراد غیرفقیر تشخیص دهد و آن‌ها را از برنامه حذف کند) رخ دهد. در دنیایی که محدودیت منابع وجود ندارد، می‌توان با کسب اطلاعات دقیق و کافی از وضعیت خانوارها مقدار این خطاها را حداقل نمود. اما در دنیای واقعی با منابع محدود، ضروری است که سیاست‌گذاران و مدیران اجرایی این برنامه آگاه شوند که بهبود هدفمندسازی مستلزم صرف هزینه است. علاوه بر این دولت‌ها تمایل دارند که از میزان تأثیر یک برنامه هدفمندسازی آگاه شوند تا برای بهبود آن اقدام نمایند. برای این منظور، معرفی معیارهایی برای بررسی عملکرد برنامه‌های هدفمندسازی لازم است. یک روش معمول برای بررسی عملکرد برنامه‌های هدفمندسازی محاسبه میزان پوشش کمتر از حد<sup>۱</sup> و میزان نشت<sup>۲</sup> برنامه‌ها است. پوشش کمتر از حد عبارت است از درصدی از فقرا که در برنامه وارد نشده‌اند که آن را خطای طرد نیز

1. Under Coverage

2. Leakage



می‌نامند، و نشت عبارت است از درصدی از افراد غیرفقیر که وارد برنامه شده‌اند که آن را خطای شمول نیز می‌نامند. برای بررسی عملکرد هر برنامه هدفمندسازی باید دو نوع خطای فوق را محاسبه نمود. سایر شاخص‌هایی که می‌توان در راستای ارزیابی برنامه شناسایی و نیز پایگاه داده مورد استفاده قرار داد، عبارت‌اند از:

- ▲ نسبت پایگاه‌های تجمیع شده به پایگاه‌های شناسایی شده؛
- ▲ میزان پوشش افراد شناسایی شده به کل جامعه؛
- ▲ نتایج راستی‌آزمایی داده‌ها (از طریق روش‌هایی مانند نمونه‌گیری)؛
- ▲ نسبت منابع تخصیص داده شده از طریق سامانه متمرکز به کل منابع حمایتی.

## « جمع بندی

با در نظر گرفتن ضرورت شفافیت و لزوم تشکیل یک پایگاه اطلاعات منسجم و یکپارچه از وضعیت اقتصادی خانوارها و همچنین، به منظور افزایش بهره‌وری طرح‌های هدفمندی و بهبود توزیع عادلانه منابع حمایتی بین اقشار نیازمند و آسیب‌پذیر، در این سند به بررسی ابعاد مختلف تشکیل پایگاه اطلاعات اقتصادی خانوارها پرداخته شد. البته معاونت رفاه اجتماعی وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی از سال ۱۳۹۳ تاکنون با اجرای پروژه‌هایی در دو بخش اصلی پنجره رفاه اجتماعی و پایگاه جامع اطلاعات اقتصادی ایرانیان، به تشکیل این پایگاه اطلاعات مبادرت ورزیده است. با ایجاد چنین پایگاهی امکان سطح‌بندی افراد در نظام تأمین اجتماعی چندلایه میسر می‌شود.

## « منابع

آیین‌نامه اجرایی ماده ۷ قانون هدفمند کردن یارانه‌ها، مصوب سال ۱۳۸۸.

خداداد کاشی، فرهاد و شهیکی تاش، محمدنبی (۱۳۸۷). هدفمندسازی؛ با تأکید بر روش‌های شناسایی فقرا. طرح پژوهشی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی.

قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، مصوب سال ۱۳۸۹.

قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مصوب سال ۱۳۸۳.

قانون هدفمند کردن یارانه‌ها، مصوب سال ۱۳۸۸.

## منابع و مأخذ

- آیین‌نامه اجرایی ماده ۷ قانون هدفمند کردن یارانه‌ها، مصوب سال ۱۳۸۸.
- آیین‌نامه بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر، مصوب هیئت‌وزیران در سال ۱۳۸۳.
- آیین‌نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی، مصوب هیئت‌وزیران سال ۱۳۸۳.
- اشترینان، کیومرث. (۱۳۹۱)، نظریه سیاستی به‌مثابه الگوی اسلامی-ایرانی پیشرفت. نخستین همایش الگوی اسلامی-ایرانی پیشرفت، تهران (اردیبهشت و خرداد).
- اشترینان، کیومرث. (۱۳۹۱). ارزیابی آثار اجتماعی-فرهنگی در سیاست‌گذاری عمومی، ملاحظات روش‌شناسی. در: سیدمجید امامی. پیوست فرهنگی از مفهوم تا روش. تهران: دانشگاه امام صادق.
- امامی میبیدی، راضیه و اشترینان، کیومرث. (۱۳۹۱). طراحی نظام ارزیابی سیاست‌های عمومی در جمهوری اسلامی ایران. پژوهشنامه علوم سیاسی، (۱)۲۶، ۴۸-۷.
- برانت، کریستینا. (۱۳۸۳). دولت رفاه و حمایت‌های اجتماعی (ترجمه هرمز همایون‌پور). تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- بونولی، جولیانو. (۱۳۸۰). دولت رفاه در اروپا. (ترجمه هرمز همایون‌پور) تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- پلاگ، نیلز، و کویت، یان. (۱۳۷۹). تأمین اجتماعی در اروپا: توسعه یا تعطیل؟ (ترجمه هرمز همایون‌پور). تهران: مؤسسه عالی تأمین اجتماعی.
- تامپسون، لارنس. (۱۳۷۹). سالمندی و خردمندی: ابعاد اقتصادی بازنشستگی در بخش عمومی. (ترجمه زهره کسائی) تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- ثقفی فاطمه، عباسی شاهکوه، کلثوم و کشتگاری، احسان. (۱۳۹۳). طراحی چهارچوب شناسایی و اولویت‌بندی ذی‌نفعان مبتنی بر روش فراتفویق مطالعه موردی سیستم عامل بومی ایران. مدیریت فردا، (۲)۳۹، ۲۱-۴۲.
- حسن‌زاده اصفهانی، مجید. (۱۳۸۷). روش‌های تأمین مالی در تأمین اجتماعی. فصلنامه تأمین اجتماعی، (۲)۲۹، ۵۹-۷۸.
- حسن‌زاده، علی، فخریم‌علیزاده، سعیده. (۱۳۸۴). گزینه‌هایی برای پوشش مراقبت سلامت در ایران. فصلنامه تأمین اجتماعی، (۳)۲۳، ۶۵-۱۶۲.
- خداداد کاشی، فرهاد و شهیکی تاش، محمدنبی. (۱۳۸۷). هدفمندسازی؛ با تأکید بر روش‌های شناسایی فقرا. طرح پژوهشی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی.
- دی‌هاسکینز، دالمر. (۱۳۷۸). طرحی نو برای تأمین اجتماعی (ترجمه علی شادروح). فصلنامه تأمین اجتماعی، (۲)۱۶، ۲۰۱-۲۱۶.
- روغنی زاده، مصطفی. (۱۳۸۷). چالش‌های نظام بازنشستگی در جمهوری اسلامی ایران. فصلنامه تأمین اجتماعی، (۲)۲۹، ۹۶-۷۹.
- سازمان بین‌المللی کار و سازمان بین‌المللی تأمین اجتماعی. (۱۳۸۴). اصول و مبانی تأمین اجتماعی. (ترجمه اداره کل امور بین‌الملل سازمان تأمین اجتماعی). تهران: مؤسسه عالی تأمین اجتماعی.
- سالنامه آماری کشور، ۱۳۹۲.
- سالنامه آماری سازمان پزشکی قانونی کشور، ۱۳۹۳.
- سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها، مصوب هیئت‌وزیران سال ۱۳۸۳.
- سیاست‌های کلی اشتغال، ابلاغی توسط مقام معظم رهبری، سال ۱۳۹۰.
- سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی، ابلاغی توسط مقام معظم رهبری، سال ۱۳۸۴.
- سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی، ابلاغی توسط مقام معظم رهبری، سال ۱۳۹۲.
- سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه، ابلاغی توسط مقام معظم رهبری، سال ۱۳۸۷.
- سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه، ابلاغی توسط مقام معظم رهبری، سال ۱۳۹۴.
- سیاست‌های کلی جمعیت، ابلاغی توسط مقام معظم رهبری، سال ۱۳۹۳.
- سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغی توسط مقام معظم رهبری، سال ۱۳۹۳.
- سیاست‌های کلی نظام، ابلاغی توسط مقام معظم رهبری، سال ۱۳۸۵.
- صالح خو، قاسم. (۱۳۷۸). نهادهای بین‌المللی و تأمین اجتماعی. فصلنامه تأمین اجتماعی، (۲)۱، ۱۴۶-۱۲۷.
- طباطبایی یزدی، رؤیا. (۱۳۸۱). تور ایمنی و استراتژی تأمین اجتماعی در دوران گذار. فصلنامه راهبرد، (۳)۲۵، ۳۹-۲۳.
- قاسمی، مجتبی. (۱۳۸۷). اثرات اصلاح سیستم بازنشستگی شیلی بر اقتصاد کلان. تهران: سازمان بازنشستگی کل کشور.
- قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، مصوب سال ۱۳۵۸.
- قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، مصوب سال ۱۳۸۹.
- قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، مصوب سال ۱۳۷۳.
- قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مصوب سال ۱۳۸۳.

- Iglesias-Palau, A. (2009). Pension Reform in Chile Revisited: What Has Been Learned? (OECD Social, Employment and Migration Working Papers, No. 86).
- Mitchell, R. K., B. R. Agle, & Wood D. J. (1997). Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts. *Academy of Management Review*, 22(4), 853-886.
- Palacios, R. (2000). International Patterns of Pension Provision. Mimeo, World Bank.
- Ring, P., & Mc. Kinnon, R. (2002). The Pillared- Privatization of Pension Provision in the European Union. *European Journal of Social Security*, 4(1), 5-24.
- Rogers, P. J., Petrosino, A., Huebner, T. A. & Hacsli, T. A. (2000). Program Theory Evaluation: Practice, Promise, and Problems. *New Directions for Evaluation*, 87, 5-13. doi: 10.1002/ev.1177
- Rutkowski, M. (1999). The Quest for Modern Solutions: Pension Reforms in Transition Economies. World Bank Conference of Ten Years After: Transition and Growth in Post-Communist Countries, Poland (October).
- Schwarz, A. M. (2006). Pension System Reforms. (World Bank Social Protection Discussion Paper, No. 0608).
- Sharpe, G. (2011). A Review of Program Theory and Theory-Based Evaluations. *American International Journal of Contemporary Research*, 3(1), 72-75.
- Vanclay, F. (2003). International Principles for Social Impact Assessment. *Impact Assessment and Project Appraisal*, 3(1), 5-12.
- WCED (the World Commission on Environment and Development). (1987). *Our Common Future*. Oxford: Oxford University Press.
- World Health Organization. (2014). *Global Status Report on Alcohol and Health* (Who Reports).
- قانون مدیریت خدمات کشوری، مصوب سال ۱۳۸۶.
- قانون هدفمند کردن یارانه‌ها، مصوب سال ۱۳۸۸.
- قلی‌پور، رحمت‌الله. (۱۳۸۹). فرایند سیاست‌گذاری عمومی در ایران. تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
- کریمی، مظفر. (۱۳۸۴). زمینه‌های تاریخی پیدایش نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی. فصلنامه حقوق تأمین اجتماعی، ۱(۱).
- ماژرزاک، آن. (۱۳۹۲). پژوهش و سیاست‌گذاری. (ترجمه هوشنگ ناییبی). تهران: نشر نی.
- مایونی دانتیانو، بناتریس. (۱۳۸۰). بیمه‌ها و حمایت‌های اجتماعی. (ترجمه ایرج علی‌آبادی). تهران: مؤسسه عالی تأمین اجتماعی.
- محمدی کنگرانی، حنا، شامخی، تقی، و حسین‌زاده، مهناز. (۱۳۹۰). بررسی و تحلیل شبکه روابط رسمی و غیررسمی میان‌سازمانی با استفاده از رویکرد تحلیل شبکه‌ای (مطالعه موردی: استان کهکلوپه و بویراحمد). مدیریت دولتی، ۱(۶)، ۱۶۴-۱۴۹.
- هالزمن، رابرت. (۱۳۸۰). رویکرد بانک جهانی در مورد اصلاح نظام بازنشستگی. (ترجمه محمدرضا صالح‌پور). فصلنامه تأمین اجتماعی، ۱(۸).
- Brandes, U., & Erlebach, T. (2005). *Network Analysis Methodological Foundations*. Berlin: Springer-Verlag Berlin Heidelberg
- Dunn, W. N. (2012). *Public Policy Analysis: An Introduction* (5th ed.). United States: Boston [u.a.] Pearson.
- Etzion, D. (2007). Research on Organizations and the Natural Environment, 1992-Present: A Review. *Journal of Management*, 33(1), 637-664.
- Fontaine, C., Haarman, A., & Schmid, S. (2006). *The Stakeholder Theory*. Research Paper. Bordeaux, France: Edalys Développement Durable et Responsabilité d'Enterprise. Retrieved from: <http://www.martonomily.com/sites/default/files/attach/Stakeholders%20theory.pdf>
- Freeman, R. E. (1984). *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Boston: Pitman.
- Hallsworth, M., Parker, S., & Rutter, J. (2011). *Policy Making in the Real World Evidence and Analysis*. London: Institut for Government. Retrieved from: [www.instituteforgovernment.org.uk/policy](http://www.instituteforgovernment.org.uk/policy)
- Holzman, R. (1999). *The World Bank Approach to Pension Reform*. (World Bank Social Protection Discussion Papers, No. 9807).
- Holzman, R., & Hinz, R. (2002). *Old-Age Income Support in the 21st Century*. Washington, DC: World Bank.

## «پیوست‌ها (ویرایش‌های مختلف آیین‌نامه)

بسمه‌تعالی

آیین‌نامه اجرایی ماده (۲۷) و بند (ه) ماده (۲۸) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

گزارش کمیته تخصصی کد پیشنهاد: ۴۸۹۵۰

پیشنهاددهنده: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور  
تاریخ پیشنهاد: ۱۳۹۱/۱۲/۱۹

کمیسیون مرتبط: امور اجتماعی و دولت الکترونیک  
طبقه‌بندی پیشنهاد: عادی  
فوریت: فوری

### ۱- خلاصه پیشنهاد و دلایل توجیهی

۱- بر اساس ماده (۲۷) قانون برنامه پنجم توسعه، دولت مجاز است نسبت به برقراری و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چندلایه با لحاظ حداقل سه لایه:

- مساعدت‌های اجتماعی شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی

- بیمه‌های اجتماعی پایه شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه

- بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین این لایه‌ها در کشور اقدام نماید.

آیین‌نامه اجرایی این ماده به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد.

۲- همچنین طبق بند (ه) ماده (۲۸) قانون یادشده، به منظور برقراری بیمه تکمیلی بازنشستگی، صندوق‌های بیمه اجتماعی مجازند نسبت به افتتاح حساب‌های انفرادی خصوصی جهت بیمه‌شدگان با مشارکت فرد بیمه‌شده اقدام نمایند.

۳- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور، آیین‌نامه اجرایی ماده مذکور را با همکاری وزارت امور اقتصادی و دارایی، معاونت حقوقی رئیس‌جمهور و سایر

دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط تهیه و جهت تصویب در هیئت‌وزیران به شرح زیر ارائه نموده است.

## ۲- توضیح دبیرخانه کمیسیون

موضوع در جلسه مورخ ۱۳۹۲/۸/۱۹ کمیسیون فرعی مطرح و با عنایت به جواز مقرر در ماده (۲۷) قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه برای استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه توسط دولت و از طرفی باتوجه به بار مالی ناشی از پیشنهاد و صعوبت تأمین آن از طرف دولت و از سویی وضعیت بحرانی صندوق‌های تأمین اجتماعی، مقرر شد وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی ضمن بررسی و مطالعه همه ابعاد تخصصی موضوع، با نگاه به قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، نسبت به ضرورت و امکان استقرار این نظام اعلام نظر نمایند که مراتب طی نامه‌ای به وزارت یادشده اعلام گردید.

## ۳- متن ابلاغیه مورد نظر پیشنهاددهنده

آیین‌نامه اجرایی ماده (۲۷) و بند (ه) ماده (۲۸) قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران

ماده ۱- اصطلاحات مورد استفاده در این آیین‌نامه در معانی مشروح مربوط به کار می‌روند:

الف- قانون: قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران - مصوب ۱۳۸۹-

ب- وزارت: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

ج- نظام: نظام جامع تأمین اجتماعی

د- نهادهای حمایتی: کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور حسب مورد

ه- سازمان: سازمان بیمه سلامت ایران

و- شورا: شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی

ز- مساعدت‌های اجتماعی: مجموعه‌ای از کمک‌ها، مراقبت‌ها، خدمات و اقدامات پیشگیرانه، حمایتی و توانمندسازی که به منظور تأمین حداقل نیازهای ضروری نیازمندان و تقویت توانمندی‌های آنان و پیشگیری از بروز آسیب‌های جسمی، ذهنی، اجتماعی و اقتصادی، با استفاده از منابع و امکانات عمومی و کمک‌های مردمی از طریق نهادهای حمایتی و یا با نظارت نهادهای یادشده در چهارچوب ضوابط و مقررات ارائه می‌شود.

**ح- حداقل نیازهای ضروری:** سطحی از مساعدت اجتماعی که طبق ضوابط مصوب وزارت، به صورت کمک‌های مالی و مراقبت‌های جسمی، روحی، روانی، خدمات اجتماعی، مشاوره‌ای و نظایر آن ارائه می‌شود.

**ط- توانمندسازی:** مجموعه‌ای از برنامه‌ها و اقدامات آموزشی، فرهنگی، حقوقی، حرفه‌آموزی، بازتوانی، توان‌بخشی، اعطای تسهیلات، ایجاد شغل و مواردی از این قبیل که در حد نیاز برای خوداتکایی افراد و خانوارهای نیازمند و خروج تدریجی آن‌ها از پوشش حمایتی مستقیم، با سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی متمرکز وزارت انجام می‌شود.

**ی- بیمه پایه:** سطحی از خدمات و تعهدات بیمه اجتماعی و سلامت که حسب مورد از طریق صندوق‌های بیمه و بازنشستگی یا سازمان ارائه می‌شود و مسئولیت سیاست‌گذاری، نظارت و ضمانت تداوم اجرای آن در بلندمدت بر عهده دولت است. منابع و تعهدات بیمه‌های پایه طبق قوانین و مقررات مربوط خواهد بود.

**ک- بیمه‌های اجتماعی پایه:** بیمه‌های بازنشستگی، از کارافتادگی، فوت (بازماندگان)، بیکاری و غرامت‌ها و کمک‌های کوتاه‌مدت که هر یک از صندوق‌های بیمه اجتماعی مطابق قوانین و مقررات تمام یا بخشی از آن‌ها را ارائه می‌کند.

**ل- بیمه اجتماعی اجباری:** بیمه‌هایی که به موجب قانون، شمول آن به اشخاص یا گروه‌هایی از جامعه اجباری است و سازمان‌ها یا صندوق‌های بیمه و بازنشستگی مکلف به اجرای آن هستند.

**م- بیمه اجتماعی فراگیر:** بیمه‌ای که به منظور پوشش همگانی بیمه‌های اجتماعی برای آن بخش از جمعیت که مشمول بیمه اجتماعی اجباری نیستند و یا شرایط بیمه شدن در چهارچوب مقررات بیمه‌های یادشده را ندارند، به صورت اختیاری برقرار و سطح درآمد مشمولین مبنای تعیین حق بیمه است. تعهدات بیمه اجتماعی فراگیر نسبت به حداقل مزایای بیمه اجتماعی اجباری کمتر و نسبت به کمک‌های معیشتی لایه مساعدت‌های اجتماعی بیشتر خواهد بود.

**ن- بیمه‌های سلامت پایه:** بیمه‌های موضوع آیین‌نامه بند (ب) ماده (۳۸) قانون.

**س- بیمه‌های تکمیلی:** آن دسته از خدمات بیمه‌های اجتماعی و سلامت که از تعهدات بیمه‌های پایه خارج بوده و با انعقاد قراردادهای گروهی یا انفرادی بین بیمه‌شده و بیمه‌گر و پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌شده، بدون تعهد مالی دولت انجام می‌شود، ولی دولت موظف به پشتیبانی حقوقی و قانونی لازم است.

**ماده ۲-** نظام شامل سه لایه به شرح زیر است:

**الف- لایه مساعدت‌های اجتماعی:** شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی

**ب- لایه بیمه‌های پایه:** شامل بیمه‌های اجتماعی پایه و بیمه‌های سلامت پایه

### ب- لایه بیمه‌های تکمیلی: شامل بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان

**ماده ۳-** وزارت موظف است روش‌های شناسایی و پوشش جامعه هدف و نحوه ارائه خدمات دستگاه‌های اجرایی فعال در زمینه مساعدت‌های اجتماعی و بیمه‌های اجتماعی پایه را در چهارچوب قوانین به نحوی تنظیم کند که علاوه بر رفع هم‌پوشانی‌ها و خلأها، امکان پوشش خانوارهای کشور در یکی از این دو لایه فراهم شود.

**تبصره -** وزارت موظف است امکان شناسایی، گزارش‌گیری و تعیین وضعیت پوشش افراد و خانوارهای جامعه در لایه‌های مختلف نظام را از طریق یک پایگاه اطلاعاتی متمرکز فراهم نماید. در خصوص کارکنان سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح، نحوه پوشش افراد منوط به اذن فرماندهی کل قوا است.

**ماده ۴-** کمک‌های مالی دولت بابت خدمات حمایتی نظام در لایه مساعدت‌های اجتماعی متمرکز می‌شود و مسئولیت نظارت و پاسخگویی در این زمینه بر عهده وزارت خواهد بود.

**تبصره ۱-** کمک‌های دولت بابت بیمه‌های اجتماعی نیازمندان و سایر اقشار مورد حمایت حسب مورد در اختیار نهاد حمایتی ذی‌ربط قرار می‌گیرد تا از طریق عقد قرارداد به صندوق‌های بیمه و بازنشستگی پایه پرداخت شود.

**تبصره ۲-** معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رئیس‌جمهور نسبت به پیش‌بینی تدابیر لازم برای اجرای این ماده در بودجه‌های سنواتی اقدام نماید.

**ماده ۵-** نهادهای حمایتی حسب مورد مسئولیت ایفای تعهدات لایه مساعدت‌های اجتماعی را درباره جامعه هدف خود بر عهده دارند و مکلف‌اند امور اجرایی و تصدی‌گری آن را بر اساس ضوابطی که با هماهنگی نهادهای یادشده به پیشنهاد وزارت به تصویب شورا خواهد رسید، به کارگزاری‌های واجد شرایط واگذار نمایند.

**ماده ۶-** در اجرای بندهای (الف) و (ب) ماده (۳۹) قانون، نهادهای حمایتی مکلف‌اند افراد و خانوارهای مشمول لایه مساعدت‌های اجتماعی را به تناسب توانایی‌ها و میزان نیاز آن‌ها با رعایت شرایط بومی و منطقه‌ای در یکی از سطوح زیر سطح‌بندی و حمایت نمایند:

**الف-** افراد یا خانوارهایی که قابلیت توانمند شدن را نداشته باشند، به تناسب میزان نیاز و مطابق سطح‌بندی از کمک‌ها و خدمات حمایتی مستمر برخوردار می‌شوند.

**ب-** افراد و خانوارهایی که قابلیت توانمند شدن را داشته باشند، با رعایت مفاد بند (ب) ماده (۳۹) قانون، زیر پوشش برنامه‌های توانمندسازی قرار می‌گیرند و متناسب با میزان خودکفایی آن‌ها، حمایت‌های مستقیم قابل‌ارائه به آن‌ها کاهش خواهد یافت.



**تبصره ۱-** دستورالعمل نظام سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی و چگونگی شناسایی نیازمندان، تشخیص نیازها، سنجش قابلیت‌ها، برنامه‌های توانمندسازی و میزان حمایت‌های قابل‌ارائه در هر مورد به تصویب وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی خواهد رسید.

**تبصره ۲-** ارزش ریالی کمک‌های معیشتی قابل پرداخت به نیازمندان در چهارچوب نظام سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی به تناسب تعداد اعضای خانوار بین دوازده و نیم درصد (برای خانوار یک‌نفره) تا بیست و پنج درصد (برای خانوار پنج نفره و بیشتر) بر مبنای حداقل دستمزد کارگران مشمول قانون کار - مصوب ۱۳۶۹- و اصلاحات بعدی آن خواهد بود.

**ماده ۷-** به منظور اجرای بیمه اجتماعی پایه برای افراد و خانوارهایی که در اجرای برنامه‌های توانمندسازی شاغل می‌شوند، نهادهای حمایتی موظف‌اند به تناسب قدرت پرداخت افراد یا خانوار، تمام یا بخشی از حق بیمه اجتماعی آن‌ها (سهم بیمه‌شده و کارفرما) را از محل اعتباراتی که به این منظور تخصیص داده می‌شود، پرداخت نمایند.

**تبصره ۱-** سهم مشارکت نهادهای حمایتی در حق بیمه اجتماعی مشمولان این ماده به تدریج و متناسب با افزایش قدرت پرداخت آنان کاهش می‌یابد.

**تبصره ۲-** دستورالعمل اجرایی این ماده شامل نحوه پرداخت حق بیمه سهم بیمه‌شده و نهاد حمایتی و نحوه تأمین اعتبارات موردنیاز با پیشنهاد نهاد حمایتی ذی‌ربط حداکثر ظرف سه ماه پس از ابلاغ این آیین‌نامه به تصویب وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی خواهد رسید.

**ماده ۸-** در اجرای بند (ب) ماده (۲۶) قانون، بیمه‌های اجتماعی پایه در دو سطح به شرح زیر ارائه می‌شود:

#### **الف- بیمه اجتماعی فراگیر**

##### **ب- بیمه‌های اجتماعی اجباری**

**تبصره ۵-** مشمولان قانون تأمین اجتماعی - مصوب ۱۳۵۴- و اصلاحات بعدی آن و سایر قوانین بیمه‌های اجتماعی از هر جهت تابع قوانین و مقررات خاص خود خواهند بود.

**ماده ۹-** وزارت موظف است ضمن فراهم‌سازی بسترهای حقوقی لازم، دستورالعمل بیمه اجتماعی فراگیر را با هدف پوشش کامل جامعه هدف، یکپارچگی ساختاری، ثبات و پایداری بیمه، مشارکت مالی مؤثر و عدالانه دولت، رعایت محاسبات بیمه‌ای، با اولویت قراردادهای جمعی و گروهی تدوین و پس از تصویب شورا از ابتدای سال ۱۳۹۲ اجرا نماید.

**ماده ۱۰-** به استناد بند (ج) ماده (۳۸) قانون، تأمین و ارائه خدمات بیمه سلامت پایه برای همه افراد یکسان و طبق مصوبات هیئت‌وزیران خواهد بود.

**ماده ۱۱-** سازمان موظف است با رعایت مقررات پزشک خانواده و نظام ارجاع و با اولویت قراردادهای گروهی، همه افراد را تا پایان دوره اجرای برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران تحت پوشش بیمه سلامت پایه قرار دهد.

**تبصره ۱-** عقد قرارداد با ارائه کنندگان اعم از دولتی، عمومی و خصوصی برای خرید خدمات بیمه سلامت پایه در مورد بیمه شدگان (با رعایت مستثنای بند (ب) ماده (۳۸) قانون و تبصره‌های (۲) و (۴) آن) صرفاً از طریق سازمان صورت خواهد گرفت.

**تبصره ۲-** ارائه مراقبت‌های بهداشتی از طریق شبکه بهداشتی و درمانی رایگان است و تأمین هزینه‌های آن بر عهده دولت خواهد بود.

**ماده ۱۲-** عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مزاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی که در بسته بیمه سلامت پایه اعلام می‌شود، توسط شرکت بیمه‌های تجاری و سازمان با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است.

**ماده ۱۳-** هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو و درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، در مواردی که در تعهد بیمه سلامت پایه قرار نگرفته باشند، از محل منابع موضوع بند (ب) ماده (۳۴) قانون تأمین و پرداخت خواهد شد.

**ماده ۱۴-** بیمه‌های اجتماعی تکمیلی در قالب ایجاد حساب‌های انفرادی در سه سطح به شرح زیر ارائه می‌شوند:

**الف-** از طریق صندوق‌های بازنشستگی عمومی و دولتی

**ب-** از طریق صندوق‌های بازنشستگی خصوصی

**پ-** از طریق شرکت‌های بیمه تجاری

**ماده ۱۵-** خدماتی که در بسته تعهدات بیمه‌های پایه سلامت تعریف نشده باشد، با رعایت اساسنامه سازمان، موضوع تصویب‌نامه شماره ۱۰۲۸۲۸/ت/۴۷۶۴۴ هـ مورخ ۱۳۹۱/۵/۲۲ می‌تواند از طریق بیمه‌های تکمیلی سلامت ارائه شود.

**تبصره ۱-** ارائه بیمه تکمیلی به هر فرد، خانوار یا گروه منوط به درخواست متقاضی و پذیرش شرایط و ضوابط مربوط خواهد بود.

**تبصره ۲-** ضوابط بیمه‌های تکمیلی سلامت و نحوه نظارت بر اجرای آن به پیشنهاد وزارت و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب شورای عالی بیمه سلامت کشور خواهد رسید.

**ماده ۱۶-** در اجرای بند (ه) ماده (۲۸) قانون، صندوق‌های بازنشستگی دولتی و عمومی غیردولتی می‌توانند برای بیمه‌شدگان خود به‌طور اختیاری حساب انفرادی تکمیلی برقرار نمایند.

**تبصره ۱-** کمک مالی به حساب‌های انفرادی از محل سایر منابع صندوق‌ها، بودجه عمومی و بودجه شرکت‌های دولتی ممنوع است.

**تبصره ۲-** دستورالعمل چگونگی ایجاد و فعالیت حساب‌های انفرادی با رعایت محاسبات بیمه‌ای در مورد هر یک از صندوق‌ها با پیشنهاد صندوق ذی‌ربط حداکثر ظرف سه ماه پس از ابلاغ این آیین‌نامه به تصویب وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی خواهد رسید.

**ماده ۱۷-** مسئولیت امور حاکمیتی مربوط به نظام و نظارت بر حسن اجرای این آیین‌نامه بر عهده وزارت است.

## ۴- خلاصه نظرات دریافت شده

### معاونت حقوقی رئیس‌جمهور

۱- از آنجاکه موضوع بند (ب) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجم راجع به مجوز ادغام صندوق‌های موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (۵) قانون محاسبات عمومی کشور در سازمان بیمه خدمات درمانی و تغییر نام آن به سازمان بیمه سلامت است و با توجه به اینکه آیین‌نامه‌ای با عنوان آیین‌نامه اجرایی بند (ب) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجم توسعه به تصویب هیئت‌وزیران نرسیده است بلکه در اجرای بند مذکور «اساسنامه سازمان بیمه سلامت» (موضوع تصویب‌نامه شماره ۱۰۲۸۲۸/ت/۴۷۶۴۴ هـ مورخ ۱۳۹۱/۵/۲۲) به تصویب هیئت‌وزیران رسیده است. لذا بند (ن) ماده (۱) محل اشکال است.

۲- تعریف «بیمه‌های تکمیلی» در بند (س) ماده (۱) با کمی تغییر، تعریفی است که از «بیمه تکمیلی» در بند (ز) ماده (۱) اساسنامه یادشده مورد ایراد رئیس مجلس شورای اسلامی قرار گرفته است، لازم است مفاد بند (س) ماده (۱) آیین‌نامه پیشنهادی به شرح بند (۱) اصلاحیه پیوست نامه شماره ۱۷۶۴۰/۲۰۲۰۳۳ مورخ ۱۳۹۱/۱۰/۳۰ این معاونت اصلاح گردد تا مورد ایراد رئیس مجلس شورای اسلامی قرار نگیرد.

۳- لازم است در قسمت اخیر تبصره ماده (۳) عبارت «کارکنان و سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح» به عبارت «کارکنان سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح» اصلاح گردد.

۴- عبارت «پیش‌بینی تدابیر لازم برای اجرای این ماده در بودجه‌های سنواتی» در تبصره (۲) ماده (۴) محل تأمل بوده و لازم است به عبارت مناسبی مانند «پیش‌بینی اعتبار لازم برای اجرای این ماده در بودجه‌های

سنواتی «اصلاح شود».

۵- مفاد ماده (۵) راجع به تصویب ضوابط واگذاری امور اجرایی و تصدی‌گری توسط شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی مغایر اصل (۱۳۸) قانون اساسی و قوانین عادی مربوط مانند ماده (۲۴) قانون مدیریت خدمات کشوری است که به هیئت‌وزیران اختیاری در این زمینه اعطا نموده است.

۶- به‌منظور جلوگیری از ایراد رئیس مجلس شورای اسلامی و باتوجه‌به ماده (۲۹) و بند (ت) ماده (۲۲۴) قانون برنامه پنجم توسعه لازم است عبارت «و منابع موردنیاز از محل اعتبارات مصوب مربوط تأمین خواهد شد» به انتهای تبصره (۲) ماده (۶) اضافه شود.

۷- در تبصره (۱) ماده (۱۱) واژه «عمومی» محل ابهام است و ممکن است باتوجه‌به بند (ه) ماده (۳۸) قانون برنامه پنجم توسعه به «غیردولتی» اصلاح شود. ضمناً مناسب است عبارت «خدمات سلامت» پس از عبارت «ارائه‌کنندگان» اضافه گردد.

۸- تبصره (۲) ماده (۱۱) راجع به ارائه مراقبت‌های بهداشتی رایگان توسط دولت از طریق شبکه بهداشتی درمانی، متضمن بار مالی برای دولت بوده و باتوجه‌به ماده (۲۹) و بند (ت) ماده (۲۲۴) قانون برنامه پنجم توسعه مبنی بر لزوم محاسبه و تأمین قبلی بار مالی مصوبات محل اشکال است.

۹- در بند (الف) ماده (۱۴) عبارت «عمومی» به «عمومی غیردولتی» اصلاح می‌گردد.

۱۰- در تبصره (۱) ماده (۱۶) عبارت «سایر منابع صندوق‌ها» واجد ابهام است.

## ۵- مستندات قانونی مرتبط

مواد (۲۶)، (۲۷) و بند (ه) ماده (۲۸) و ماده (۳۹) قانون برنامه پنجم توسعه:

**ماده ۲۶-** به دولت اجازه داده می‌شود در راستای ایجاد ثبات، پایداری و تعادل بین منابع و مصارف صندوق‌های بازنشستگی نسبت به اصلاح ساختار این صندوق‌ها بر اساس اصول زیر اقدام قانونی را به عمل آورد.

### الف -

۱ - کاهش وابستگی این صندوق‌ها به کمک از محل بودجه عمومی دولت به‌استثنای سهم قانونی دولت در حق بیمه در طول برنامه از طرق مختلف از جمله تنظیم عوامل مؤثر بر منابع و مصارف صندوق‌ها منطبق بر محاسبات بیمه‌ای، کاهش حمایت‌های غیربیمه‌ای صندوق‌ها و انتقال آن به نهادهای حمایتی، تقویت سازوکارهای وصول به‌موقع حق بیمه‌ها و تقویت فعالیت‌های اقتصادی و سرمایه‌گذاری سودآور با اولویت

سرمایه‌گذاری در بازار پول و سرمایه، به‌نحوی که سود سرمایه‌گذاری موردنظر کمتر از سود اوراق مشارکت بانکی نباشد.

۲- انجام هرگونه فعالیت بنگاه‌داری جدید برای صندوق‌های دولتی ممنوع است و موارد قبلی و موجود و نیز سهام مدیریتی که درازای مطالبات به صندوق‌ها واگذار می‌شود باید طی برنامه‌ی زمان‌بندی‌شده‌ای که به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد تا پایان اجرای برنامه با رعایت مقررات به بخش‌های خصوصی و تعاونی واگذار شود.

۳- همچنین ایجاد هرگونه تعهد بیمه‌ای و بار مالی خارج از ارقام مقرر در جداول قوانین بودجه‌ی سنواتی برای صندوق‌ها ممنوع است. تعهدات تکلیف‌شده فقط در حدود ارقام مذکور قابل اجرا است.

ب- استفاده از روش‌های نوین در اداره و ارائه خدمات این صندوق‌ها از طرق مختلف از جمله تجدیدنظر در ساختار بیمه‌های اجتماعی، سازمان تأمین اجتماعی و صندوق‌های تابعه به‌ویژه صندوق بازنشستگی کشوری و اصلاح ساختار و تجهیز سایر صندوق‌های وابسته به دستگاه‌های اجرایی بر اساس اساسنامه‌ی دولت به‌نحوی که بر کاهش هزینه‌های سرباری نیروی انسانی از منابع بیمه و کاهش تصدی‌گری تأکید نماید.

تبصره - دولت مجاز است نسبت به شرایط احراز، زمان بهره‌مندی، نظام امتیازبندی بازنشستگی (مشاغل غیر تخصصی) تعیین مشاغل سخت و زیان‌آور، میزان و ترکیب نرخ حق بیمه، افزایش سنواتی و چگونگی اصلاح ساختار صندوق‌ها اقدام قانونی لازم را انجام دهد.

ماده ۲۷- دولت مجاز است نسبت به برقراری و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چندلایه با لحاظ حداقل سه لایه:

- مساعدت‌های اجتماعی شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی

- بیمه‌های اجتماعی پایه شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه

- بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان

با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین این لایه‌ها در کشور اقدام نماید.

آیین‌نامه‌ی اجرایی این ماده به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد.

ماده ۲۸-

۵- به‌منظور برقراری بیمه‌ی تکمیلی بازنشستگی، صندوق‌های بیمه‌ی اجتماعی مجازند نسبت به افتتاح حساب‌های انفرادی خصوصی جهت بیمه‌شدگان با مشارکت فرد بیمه‌شده اقدام نمایند.

ماده ۳۹- به‌منظور توانمندسازی افراد و گروه‌های نیازمند به‌ویژه زنان سرپرست خانوار و معلولان نیازمند

با تأکید بر برنامه‌های اجتماع‌محور و خانواده‌محور، با استفاده از منابع بودجه عمومی دولت و کمک‌های مردمی اقدامات زیر توسط دولت انجام می‌شود:

**الف-** طراحی نظام سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی متناسب با شرایط بومی، منطقه‌ای و گروه‌های هدف حداکثر تا پایان سال اول برنامه و فراهم نمودن ظرفیت‌های لازم برای استقرار نظام مذکور در طول برنامه.

**ب-** اجرای برنامه‌های توانمندسازی حداقل سالانه ده درصد (۱۰۰٪) خانوارهای تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی به‌استثنای سالمندان و معلولین ذهنی، توانمندشده و خروج آنان از پوشش حمایت‌های مستقیم.

**ج-** تأمین حق سرانه بیمه اجتماعی زنان سرپرست خانوار نیازمند، افراد بی‌سرپرست و معلولین نیازمند در طول سال‌های اجرای برنامه.

**د-** معافیت افراد تحت پوشش سازمان‌ها و نهادهای حمایتی از پرداخت هزینه‌های صدور پروانه ساختمانی، عوارض شهرداری و هزینه‌های انشعاب آب، فاضلاب، برق و گاز برای کلیه واحدهای مسکونی اختصاص یافته به آن‌ها فقط برای یک‌بار.

## اصلاح شده پیش نویس آیین نامه اجرایی ماده (۲۷)، بندهای «الف» و «ه» ماده (۲۸) و بندهای «الف»، «ب» و «ج» ماده (۳۹) قانون برنامه پنجم توسعه

تاریخ اصلاحات: ۱۳۹۳/۱۰/۲۹

### مقدمه

نظام جامع تأمین اجتماعی نقش بارز و مؤثری در تأمین امنیت اجتماعی و اقتصادی جامعه و رفع دغدغه‌های آینده مردم دارد. دغدغه‌هایی که اگر به موقع برطرف نشوند، پیامدهای نامطلوب آن می‌تواند امنیت مذکور را در ابعاد مختلف تهدید کند. وجود یک نظام تأمین اجتماعی فراگیر، جامع و کارآمد می‌تواند پشتوانه محکمی برای اصلاحات نظام اقتصادی، انعطاف بازار کار، توسعه اجتماعی و تقویت بنیان‌های فرهنگی جامعه باشد.

باتوجه به این نکات و همسو با سیاست‌های کلی ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری، در قانون برنامه پنجم توسعه بسته سیاستی نسبتاً جامعی برای اصلاح ساختار و تقویت نظام جامع تأمین اجتماعی تدوین و به تصویب قانونگذار رسیده است. این بسته شامل موضوعات مختلفی از قبیل اصلاحات پارامتری و ساختاری موردنیاز (ماده ۲۶)، استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه (ماده ۲۷)، افزایش رقابت و کارآمدی در نظام بیمه‌های اجتماعی (ماده ۲۸)، سطح‌بندی و متناسب‌سازی نظام حمایتی و توانمندسازی (بندهای الف و ب ماده ۳۹) و فراهم‌سازی زمینه پوشش فراگیر بیمه‌های اجتماعی (ماده ۴۲) است.

از آنجاکه احکام قانونی یادشده کاملاً به هم مرتبط و وابسته‌اند، لازم است مراحل تصویب آیین‌نامه‌های اجرایی و همچنین تدوین پیش‌نویس لوایح قانونی مربوطه با رعایت اصول یکپارچگی، هماهنگی و همسویی انجام شود. به همین دلیل در پیش‌نویس آیین‌نامه اجرایی پیوست تلاش گردیده تا پیوستگی و یکپارچگی بین احکام قانونی مرتبط به‌خصوص در مواد (۲۷)، (۲۸) و (۳۹) قانون برنامه پنجم رعایت شود و تا حد ممکن در چهارچوب یک آیین‌نامه اجرایی واحد قرار گیرد.

بسمه تعالی

## تصویب نامه هیئت وزیران

هیئت وزیران در جلسه مورخ ..... بنا به پیشنهاد شماره ..... مورخ ..... وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و تأیید سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور آیین نامه اجرایی ماده (۲۷)، بندهای «الف» و «ه» ماده (۲۸) و بند «ج» ماده (۳۹) قانون برنامه پنجم توسعه را به شرح زیر تصویب نمود:

آیین نامه اجرایی ماده (۲۷)، بندهای «الف» و «ه» ماده (۲۸) و بندهای «الف»، «ب» و «ج» ماده (۳۹) قانون برنامه پنجم توسعه

## فصل اول: تعاریف و کلیات

### تعاریف

ماده ۱- اصطلاحات مورداستفاده در این آیین نامه در معانی و مفهوم مشروح بیان شده زیر به کار می روند:

الف - وزارت: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

ب - نهادهای حمایتی: کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور، حسب مورد.

ج - سازمان: سازمان بیمه سلامت ایران.

د - سازمان بیمه گر: کلیه سازمان ها و صندوق های بیمه گر پایه اعم از اجتماعی و درمانی.

ه - شورا: شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی.

و - شورای عالی بیمه: شورای عالی بیمه خدمات درمانی (سلامت) کشور.

ز - مساعدت های اجتماعی: مجموعه ای از کمک ها، مراقبت ها، خدمات و اقدامات پیشگیرانه، حمایتی و توانمندسازی که به منظور تأمین حداقل نیازهای ضروری نیازمندان و تقویت توانمندی های آنان و پیشگیری از بروز آسیب های جسمی، ذهنی، اجتماعی و اقتصادی، با استفاده از منابع و امکانات عمومی دولتی و کمک های مردمی از طریق نهادهای حمایتی و یا با نظارت نهادهای یادشده در چهارچوب ضوابط و مقررات ارائه می شود.

ح - حداقل نیازهای ضروری: سطحی از مساعدت های اجتماعی که جهت رفع حداقل نیازهای معیشتی جامعه هدف که طبق ضوابط مصوب وزارت، به صورت کمک های مالی و یا مراقبت های جسمی، روحی، روانی، خدمات اجتماعی، مشاوره ای و نظایر آن ارائه می شود.



**ط - توانمندسازی:** مجموعه‌ای از برنامه‌ها و اقدامات آموزشی، فرهنگی، حقوقی، حرفه‌آموزی، بازتوانی، توان‌بخشی، اعطای تسهیلات، ایجاد شغل و مواردی از این قبیل که در حد نیاز برای خوداتکایی افراد و خانوارهای نیازمند و خروج تدریجی آنان از پوشش حمایتی مستقیم، با سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی متمرکز وزارت انجام می‌شود.

**ل - بیمه پایه:** شامل سطحی از خدمات و تعهدات بیمه اجتماعی و سلامت مطابق با ضوابط مراجع ذی‌ربط است که حسب مورد از طریق صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر ارائه می‌شود و مسئولیت سیاست‌گذاری، نظارت و ضمانت تداوم اجرای آن در بلندمدت بر عهده دولت است. منابع و تعهدات بیمه‌های پایه طبق قوانین و مقررات مربوط خواهد بود.

**م - بیمه پایه اجتماعی:** شامل بیمه‌های بازنشستگی، از کارافتادگی، فوت (بازماندگان)، بیکاری، غرامت و کمک‌های کوتاه‌مدت است که توسط هر یک از صندوق‌های بیمه‌گر اجتماعی و مطابق با قوانین و مقررات مربوطه تمام یا بخشی از آن‌ها به بیمه‌شده ارائه می‌گردد و شامل بیمه اجتماعی اجباری و بیمه اجتماعی فراگیر است.

**ن - بیمه اجتماعی اجباری:** تمام یا بخشی از بیمه پایه اجتماعی که به موجب قانون، شمول آن به اشخاص یا گروه‌هایی از جامعه اجباری است و صندوق‌های بیمه‌گر اجتماعی با رعایت ضوابط قانونی مکلف به اجرای آن هستند.

**ث - بیمه اجتماعی فراگیر:** بیمه‌ای که به منظور پوشش همگانی تمام یا بخشی از بیمه‌های پایه اجتماعی برای آن بخش از جمعیت کشور که مشمول بیمه اجتماعی اجباری نیستند و یا شرایط بیمه شدن در چهارچوب قوانین و مقررات مربوط به بیمه‌های یادشده را ندارند، به صورت اختیاری برقرار و سطح درآمد مشمولین مبنای تعیین حق بیمه است. تعهدات بیمه اجتماعی فراگیر نسبت به حداقل مزایای بیمه اجتماعی اجباری کمتر و نسبت به کمک‌های معیشتی لایه مساعدت اجتماعی بیشتر خواهد بود.

**ع - خدمات پایه سلامت:** خدمات و مراقبت‌های سلامت شامل آموزش سلامت، پیشگیری، درمان‌های اولیه سرپایی و بستری، تأمین دارو و دیگر اقلام پزشکی، درخواست خدمات پاراکلینیکی، تدبیر فوریت‌ها، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت، ارجاع و پیگیری بیمار.

**غ - خدمات بیمه سلامت پایه:** فهرستی از خدمات و کالاهای سلامت که زیرمجموعه‌ای از بسته پایه خدمات سلامت است و با توجه به محدودیت‌های مالی، سیاسی و اجتماعی در یک فرایند اولویت‌گذاری و سهمیه‌بندی تعیین و توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تأمین مالی می‌شود.

**ف - بیمه تکمیلی:** آن دسته از خدمات بیمه‌های اجتماعی و سلامت که از تعهدات بیمه پایه خارج بوده و با انعقاد قراردادهای گروهی یا انفرادی بین بیمه‌شده و بیمه‌گر و پرداخت حق بیمه مربوطه توسط بیمه‌شده،

بدون تعهد مالی دولت انجام می‌شود ولی دولت موظف به پشتیبانی حقوقی و قانونی لازم است.

کلیات:

**ماده ۲-** نظام جامع تأمین اجتماعی کشور شامل سه لایه به شرح زیر خواهد بود:

**الف - لایه مساعدت‌های اجتماعی:** شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی.

**ب - لایه بیمه پایه:** شامل بیمه پایه اجتماعی و بیمه سلامت پایه.

**ج - لایه بیمه تکمیلی:** شامل بیمه مکمل اجتماعی و درمان.

**ماده ۳-** وزارت موظف است روش‌های شناسایی و پوشش جامعه هدف و همچنین نحوه ارائه خدمات دستگاه‌های اجرایی فعال در لایه‌های مساعدت اجتماعی و بیمه پایه را بر اساس سند سیاستی مصوب وزارت تنظیم کند که علاوه بر رفع هم‌پوشانی‌ها و خلأها، زمینه لازم جهت پوشش آحاد جمعیت کشور، فراهم شود.

**تبصره -** وزارت موظف است امکان شناسایی، گزارش‌گیری و تعیین وضعیت پوشش افراد و خانوارهای جامعه در لایه‌های مختلف نظام جامع تأمین اجتماعی را از طریق پایگاه اطلاعاتی متمرکز فراهم کند. اجرای این تبصره در خصوص مشمولان سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح منوط به اذن فرماندهی کل قوا است.

**ماده ۴-** فهرست (بسته) خدمات مورد تعهد بیمه سلامت پایه شامل کلیه نیازهای پایه، به پیشنهاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی بیمه به تصویب هیئت وزیران می‌رسد و برای تمامی بیمه‌شدگان کلیه سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه سلامت پایه در سطح کشور یکسان خواهد بود.

**ماده ۵-** وزارت موظف است سازوکارهای تداوم پوشش صددرصدی بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت را ظرف مدت ۶ ماه پس از ابلاغ این آیین‌نامه تعیین و به سازمان و سایر سازمان‌های بیمه سلامت پایه ابلاغ نموده، اعتبارات لازم را در لوایح بودجه سنواتی ذیل هریک از سازمان‌ها پیش‌بینی نماید.

**ماده ۶-** بخشی از خدمات پایه سلامت مستقیماً توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌ها و واحدهای اجرایی وابسته برای کلیه آحاد جامعه به صورت یکسان ارائه می‌گردد. ارائه کلیه این خدمات برای اقشار نیازمند جامعه الزاماً رایگان است.

۱. از قبیل خدمات PHC (مراقبت‌های بهداشتی اولیه)، خدمات پیش بیمارستانی و بیمارستانی در اورژانس‌ها و خدمات سرپایی و بستری - بیمارستانی مرتبط با اقدامات حیاتی، خدمات بهداشتی و درمانی مربوط به دوران بارداری و زایمان طبیعی، خدمات بهداشتی و درمانی کودکان تا سن ۵ سالگی، خدمات بهداشتی - درمانی مرتبط با مخاطرات سلامت ناشی از اپیدمی‌ها و پاندمی‌ها، خدمات بهداشتی - درمانی مرتبط با مخاطرات سلامت ناشی از حوادث و سوانح طبیعی، خدمات توان‌بخشی و بازتوانی برای آن گروه از افراد دچار ناتوانی یا معلولیت شدید جسمی - حرکتی و ذهنی که توان زندگی مستقل ندارند و خدمات انتقال خون و هموویژانس

**تبصره -** وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است سطح خدمات و مراقبت‌های شبکه بهداشتی و درمانی کشور را متناسب با الگوی جدید بیماری‌ها و مخاطرات جامعه ارتقاء دهد.

**ماده ۷-** در اجرای سیاست‌های کلی سلامت مبنی بر حذف اقدامات زائد و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه و تشخیص بیماری تا درمان، تکالیف نظارت بر اجرای بسته خدمات بیمه سلامت پایه به شرح ذیل است:

**الف - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:** رعایت استاندارد خدمات و تعرفه‌های مصوب.

**ب - وزارت و صندوق‌های بیمه‌گر:** رعایت مفاد قراردادهای فی‌مابین.

**ج - سازمان نظام پزشکی کشور:** رسیدگی به شکایات انتظامی مربوطه.

**ماده ۸-** کلیه وجوه حاصل از منابع عمومی و یارانه‌ها برای نظام جامع تأمین اجتماعی در بودجه سالیانه کشور با ردیف‌های مشخص ذیل وزارت متمرکز می‌شود تا در چهارچوب مفاد این آیین‌نامه هزینه شود.

**تبصره ۱-** وزارت هرساله اعتبارات موردنیاز از محل بودجه عمومی کشور را به‌منظور اجرای این آیین‌نامه محاسبه و جهت درج در لوائح بودجه سنواتی به سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور اعلام می‌دارد. سازمان مذکور مکلف است نسبت به مبادله موافقت‌نامه با وزارت و تخصیص صددرصدی اعتبارات یادشده اقدام نماید.

## فصل دوم: مساعدت‌های اجتماعی

### خدمات حمایتی و توانمندسازی

**ماده ۹-** مشمولین استفاده از خدمات حمایتی و توانمندسازی، جمعیت هدف موضوع ماده ۲ آیین‌نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی (تصویب‌نامه شماره ۲۰۸۶۷/ت/۳۲۳۴۳ هـ مورخ ۱۳۸۴/۴/۸ هیئت‌وزیران) می‌باشند.

**ماده ۱۰-** نهادهای حمایتی مکلف‌اند مشمولین مساعدت‌های اجتماعی را به تناسب توانایی‌ها و میزان نیاز آن‌ها با رعایت امکانات و مقتضیات محلی در یکی از سطوح زیر سطح‌بندی و مورد حمایت قرار دهند<sup>۱</sup>:

۱. ماده ۳۹ ق.ب.پ - به‌منظور توانمندسازی افراد و گروه‌های نیازمند به‌ویژه زنان سرپرست خانوار و معلولان نیازمند با تأکید بر برنامه‌های اجتماع‌محور و خانواده‌محور، با استفاده از منابع بودجه عمومی دولت و کمک‌های مردمی اقدامات زیر توسط دولت انجام می‌شود:

الف- طراحی نظام سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی متناسب با شرایط بومی، منطقه‌ای و گروه‌های هدف حداکثر تا پایان سال اول برنامه و فراهم نمودن ظرفیت‌های لازم برای استقرار نظام مذکور در طول برنامه

ب- اجرای برنامه‌های توانمندسازی حداقل سالانه ده درصد (۱۰٪) خانوارهای تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی به‌استثنای سالمندان و معلولین ذهنی، توانمند شده و خروج آنان از پوشش حمایت‌های مستقیم

ج- تأمین حق سرانه بیمه اجتماعی زنان سرپرست خانوار نیازمند، افراد بی‌سرپرست و معلولین نیازمند در طول سال‌های اجرای برنامه

د- معافیت افراد تحت پوشش سازمان‌ها و نهادهای حمایتی از پرداخت هزینه‌های صدور پروانه ساختمانی، عوارض شهرداری و هزینه‌های انشعاب آب، فاضلاب، برق و گاز برای کلیه واحدهای مسکونی اختصاص یافته به آن‌ها فقط برای یک‌بار

**الف-** افراد یا خانوارهایی که قابلیت توانمند شدن را نداشته باشند، به تناسب نیاز و مطابق سطح بندی از کمک‌ها و خدمات حمایتی مستمر و غیرمستمر برخوردار می‌شوند.

**ب-** افراد و خانوارهایی که قابلیت توانمند شدن را داشته باشند، با رعایت ضوابط قانونی زیرپوشش برنامه‌های توانمندسازی قرار می‌گیرند و متناسب با میزان خودکفایی آن‌ها، حمایت‌های مستقیم قابل ارائه به آن‌ها کاهش می‌یابد.

**تبصره ۱-** نظام سطح بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی و چگونگی شناسایی نیازمندان، چگونگی رعایت امکانات و مقتضیات محلی، تشخیص نیازها، سنجش قابلیت‌ها، برنامه‌های توانمندسازی و میزان حمایت‌های قابل ارائه در هر مورد، مطابق آیین‌نامه‌ای خواهد بود که با توجه به اسناد سیاستی پیوست این آیین‌نامه و با رعایت قوانین و مقررات مربوطه توسط وزارت تهیه و ابلاغ می‌شود.

**تبصره ۲-** ارزش ریالی کمک‌های حمایتی قابل ارائه به نیازمندان در چهارچوب نظام سطح بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی به تناسب تعداد اعضای خانوار، حداکثر تا ۴۰ درصد حداقل حقوق و دستمزد مصوب شورای عالی کار است. حداقل پرداخت مستمری نقدی برای بعد متوسط خانوار ۲۰ درصد حداقل دستمزد مصوب شورای عالی کار خواهد بود

**ماده ۱۱-** نهادهای حمایتی حسب مورد مسئولیت انجام تعهدات لایه مساعدت اجتماعی را درباره جامعه هدف خود بر عهده دارند و مکلف‌اند امور اجرایی و تصدی‌گری خود در زمینه تولید و ارائه خدمات و تعهدات قانونی مربوطه را به موجب قرارداد و بر اساس ضوابطی که تا سه ماه پس از ابلاغ این آیین‌نامه با هماهنگی نهادهای یادشده به پیشنهاد وزارت به تصویب شورا خواهد رسید، به کارگزاری‌های واجد شرایط واگذار نمایند.

**ماده ۱۲-** خدمات سلامت در لایه مساعدت‌های اجتماعی مشتمل بر کلیه خدمات موجود در فهرست (بسته) خدمات بیمه سلامت پایه است. علاوه بر این نهادهای حمایتی می‌توانند به تناسب نیازهای خاص جامعه مورد حمایت خود خدمات توان بخشی را تأمین نمایند.

**ماده ۱۳-** کلیه نیازمندان مشمول نظام حمایتی (طبق تعاریف این آیین‌نامه) از پرداخت حق بیمه و ۱۰۰ درصد فرانشیز در بخش دولتی و عمومی معاف بوده و پرداخت هزینه فرانشیز آنان طبق مصوبات هیئت وزیران به عهده نهاد حمایتی ذی ربط خواهد بود.

**ماده ۱۴-** در صورت مراجعه مشمولین حمایتی سلامت به بخش‌های عمومی غیردولتی و خصوصی ارائه‌دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت، پرداخت فرانشیز مصوب و مابه‌التفاوت تعرفه بخش خصوصی و دولتی خدمات سلامت به عهده بیمار است.

**تبصره-** در صورت محدودیت ارائه برخی از خدمات و مراقبت‌های سلامت در بخش دولتی، سازمان بیمه سلامت موظف است با سازوکار خرید راهبردی، نسبت به انعقاد قرارداد با مراکز ارائه‌دهنده این خدمات در بخش‌های عمومی غیردولتی، خصوصی و یا خیریه به‌گونه‌ای اقدام نماید که ضمن ایجاد دسترسی و بهره‌مندی مناسب جهت بیماران نیازمند، فرانشیز خدمات مصرف‌شده توسط آنان همانند مراکز دولتی محاسبه شود.

## فصل سوم: بیمه پایه اجتماعی و سلامت

### الف: بیمه پایه اجتماعی

**ماده ۱۵-** بیمه پایه اجتماعی در دو سطح ذیل قابل ارائه است:

الف - بیمه اجتماعی فراگیر

ب - بیمه اجتماعی اجباری

**تبصره-** مشمولان قانون تأمین اجتماعی و سایر قوانین بیمه‌های اجتماعی از هر جهت تابع قوانین و مقررات خاص خود می‌باشند.

**ماده ۱۶-** وزارت موظف است اقدامات قانونی و اجرایی لازم جهت استقرار بیمه اجتماعی فراگیر (همگانی) را بر اساس سند سیاستی که توسط وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی تهیه و پس از تأیید شورا ابلاغ می‌شود با هدف پوشش کامل جامعه هدف، یکپارچگی ساختاری، ثبات و پایداری بیمه، مشارکت مالی مؤثر و عادلانه دولت، رعایت محاسبات بیمه‌ای، با اولویت قراردادهای جمعی و گروهی فراهم سازد.

**ماده ۱۷-** وزارت مکلف است با رعایت قوانین و مقررات مربوطه و ضوابط این آیین‌نامه کلیه افراد فاقد بیمه را با اولویت افراد بازتوان‌شده تحت پوشش نهادهای حمایتی، زنان خانه‌دار (فاقد پوشش بیمه‌ای)، خویش‌فرمایان (شاغلین آزاد فاقد کارفرما)، شاغلین مشاغل خانگی و هنرمندان، ورزشکاران و ... تحت پوشش بیمه اجتماعی فراگیر قرار دهد.

**ماده ۱۸-** نهادهای حمایتی مکلف‌اند در قالب کارفرمای مجازی و از طریق امضای توافقنامه با بیمه فراگیر (انعقاد قراردادهای گروهی) افراد بازتوان‌شده خود را تحت پوشش بیمه اجتماعی فراگیر قرار دهند.

**تبصره ۱-** دستورالعمل مربوط به ضوابط و چهارچوب کلی قراردادهای انفرادی و یا گروهی شامل حقوق و تکالیف متقابل، ضمانت اجرای آن‌ها و همچنین سازوکارهای حل اختلاف و سایر موارد با رعایت قوانین و مقررات مربوطه حداکثر ظرف مدت ۳ ماه از تاریخ اجرای این آیین‌نامه توسط وزیر ابلاغ خواهد شد.

**تبصره ۲-** سهم مشارکت نهادهای حمایتی در حق بیمه اجتماعی مشمولان این ماده به تدریج و متناسب با افزایش توان پرداخت بیمه‌شده کاهش می‌یابد.

### **ب: بیمه سلامت پایه**

**ماده ۱۹-** ملاک تعهد سازمان و سایر سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه سلامت، بسته خدمات مورد تعهد بیمه سلامت پایه مصوب هیئت وزیران است.

**ماده ۲۰-** میزان فرانشیز مشمولین بیمه سلامت پایه در کلیه مراکز و مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت توسط وزارت تهیه و پس از تأیید شورای عالی بیمه به تصویب هیئت وزیران می‌رسد. پرداخت مابه‌التفاوت تعرفه بخش غیردولتی و یا خصوصی با تعرفه بخش دولتی و خدمات خارج از بسته بیمه سلامت پایه بر عهده بیمه‌شده است.<sup>۱</sup>

**تبصره ۱-** در کلیه مواردی که برابر این آیین‌نامه بخشی از بیمه‌شدگان (مانند بیماران خاص، به‌استثنای مشمولین بخش حمایتی سلامت) از پرداخت فرانشیز معاف می‌شوند، هزینه مربوط در صورت حساب‌ها درج و از طریق سازمان‌های/صندوق‌های بیمه‌گر مربوطه پرداخت و گزارش آن هر ۶ ماه به وزارت ارائه خواهد شد.

**تبصره ۲-** کمک‌های قانونی دولت بابت کاهش سهم هزینه بیماران، جلوگیری از تحمیل هزینه‌های سنگین (کمرشکن) سلامت به بیمه‌شده و.. در اختیار وزارت قرار می‌گیرد تا متناسب با هزینه‌های انجام‌شده و با رعایت قوانین و مقررات مربوط به سازمان/صندوق بیمه‌گر ذی‌ربط پرداخت گردد.

**تبصره ۳-** جهت بهره‌مندی از معافیت پلکانی فرانشیز جدول بیماری‌های موجد هزینه‌های سنگین سلامت و نرخ فرانشیز پلکانی معکوس متناظر با آن‌ها هر ساله بنا به پیشنهاد وزارت به تصویب شورای عالی بیمه خواهد رسید.

**ماده ۲۱-** صندوق‌های بیمه‌گر درمانی می‌توانند به‌منظور نظارت بر نحوه پذیرش و درمان بیماران بیمه‌شده و تطبیق صورت حساب هزینه‌ها با خدمات انجام‌شده، در کلیه بیمارستان‌ها و مؤسسات درمانی نماینده ناظر داشته باشند.

## **فصل چهارم: بیمه تکمیلی**

**ماده ۲۲-** بیمه تکمیلی اجتماعی در سه سطح به شرح زیر قابل ارائه خواهد بود:

**الف-** از طریق صندوق‌های بیمه‌گر بخش عمومی، دولتی و عمومی غیردولتی برای اعضای همان صندوق

۱. ماده ۹ قانون بیمه خدمات درمانی همگانی و بنده ماده ۳۸ ق.ب.پ

در قالب حساب‌های انفرادی.

ب- از طریق صندوق‌های بیمه‌گر بخش خصوصی.

ج- از طریق شرکت‌های بیمه تجاری.

**تبصره -** دستورالعمل چگونگی ایجاد و فعالیت حساب‌های انفرادی در هریک از صندوق‌های بیمه‌گر اجتماعی با رعایت علم محاسبات بیمه‌ای، انواع خدمات و سایر ضوابط بیمه‌های اجتماعی تکمیلی و نحوه نظارت بر اجرای آن با پیشنهاد صندوق بیمه‌گر ذی‌ربط و تأیید وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی به تصویب شورا می‌رسد.

**تبصره -** کمک مالی به حساب‌های انفرادی موضوع این ماده از محل سایر منابع صندوق بیمه‌گر ممنوع است.

**ماده ۲۳ -** شرکت‌های بیمه تجاری تحت پوشش بیمه مرکزی ایران می‌توانند با رعایت قوانین و مقررات مربوط به بیمه‌های تجاری، خدمات بیمه تکمیلی اجتماعی ارائه نمایند.

**ماده ۲۴ -** به منظور افزایش رقابت و کارآمدی در توسعه بیمه‌های اجتماعی، اشخاص حقیقی و حقوقی واجد شرایط می‌توانند با رعایت ضوابط مربوط، صندوق بیمه‌گر خصوصی (به صورت شرکت سهامی) ایجاد کنند

**تبصره -** ضوابط و شرایط ایجاد و فعالیت صندوق‌های بیمه‌گر خصوصی، تعهدات، میزان حق بیمه، حقوق و تکالیف متقابل بیمه‌گر و بیمه‌شده، ضمانت‌های حقوقی، مراجع رسیدگی به شکایات و سایر موارد با رعایت تضمین حقوق بیمه‌شدگان و بازنشستگان صندوق مربوطه حداقل به مدت ده سال، متناسب با قوانین مربوط به بیمه‌های اجتماعی، توسط کارگروهی متشکل از نمایندگان وزارت، وزارت امور اقتصادی و دارایی و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور تهیه و پس از تأیید شورا به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید.

**ماده ۲۵ -** خدمات بیمه سلامت تکمیلی شامل مواردی است که خارج از تعهد بیمه سلامت پایه بوده و از طریق صندوق‌های بیمه‌گر پایه و شرکت‌های بیمه‌ای قابل ارائه است.

**تبصره ۱ -** ضوابط بیمه‌های تکمیلی سلامت و نحوه نظارت بر اجرای آن به پیشنهاد مشترک وزارت و وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و امور اقتصادی و دارایی ظرف مدت ۶ ماه پس از ابلاغ این آیین‌نامه به تصویب شورای عالی بیمه می‌رسد.

**تبصره ۲ -** صد درصد منابع مالی لایه بیمه سلامت تکمیلی توسط بیمه‌شدگان تأمین می‌گردد. شورای عالی بیمه موظف است حق بیمه سلامت تکمیلی را بنا بر پیشنهاد وزارت و بر اساس سطح ارائه خدمات در بسته‌های مختلف تعیین و پس از تأیید به کلیه شرکت‌های بیمه‌گر ارائه‌دهنده خدمات بیمه سلامت

تکمیلی ابلاغ نماید.

**ماده ۲۶-** ارائه طرح‌های بیمه تکمیلی اجتماعی و یا سلامت به هر فرد، خانوار یا گروه، منوط به درخواست متقاضی و پذیرش شرایط و ضوابط مربوطه و در قالب قرارداد انفرادی یا گروهی خواهد بود. این آیین‌نامه در ... ماده و ... تبصره در جلسه مورخ .../.../۱۳۹۳ به تصویب هیئت وزیران رسید.

#### **ضمیمه: مفاد مرتبط با آیین‌نامه در قانون برنامه پنجم توسعه**

**ماده ۲۷-** دولت مجاز است نسبت به برقراری و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چندلایه با لحاظ حداقل سه لایه:

- مساعدت‌های اجتماعی شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی

- بیمه‌های اجتماعی پایه شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه

- بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان

با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین این لایه‌ها در کشور اقدام نماید.

آیین‌نامه اجرایی این ماده به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

#### **ماده ۲۸-**

**الف-** به منظور فراهم نمودن شرایط رقابتی و افزایش کارآمدی بیمه‌های اجتماعی و جلوگیری از ایجاد هرگونه انحصار یا امتیاز ویژه برای صندوق‌های بازنشستگی اعم از خصوصی، عمومی، تعاونی و یا دولتی اجازه داده می‌شود صندوق‌های بازنشستگی خصوصی با رعایت تضمین حقوق بیمه‌شدگان و بازنشستگان صندوق مربوطه حداقل به مدت ده سال بر اساس آیین‌نامه‌ای که به تصویب هیئت وزیران می‌رسد ایجاد گردد.

**ب-** به منظور برقراری بیمه تکمیلی بازنشستگی، صندوق‌های بیمه اجتماعی مجازند نسبت به افتتاح حساب‌های انفرادی خصوصی جهت بیمه‌شدگان با مشارکت فرد بیمه‌شده اقدام نمایند.

**ماده ۳۸-** به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به سی درصد (۳۰٪) از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوق‌ها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوق‌ها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی و در طول برنامه اقدامات زیر انجام می‌شود:

**الف-** دولت مکلف است سازوکارهای لازم برای بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت را تا پایان سال اول



برنامه تعیین و ابلاغ نموده و زمینه‌های لازم را در قالب بودجه‌های سنواتی برای تحت پوشش قرار دادن آحاد جامعه فراهم نماید.

ب- به دولت اجازه داده می‌شود بخش‌های بیمه‌های درمانی کلیه صندوق‌های موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (۵) قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام نماید. تشکیلات جدید «سازمان بیمه سلامت ایران» نامیده می‌شود. کلیه امور مربوط به بیمه سلامت در این سازمان متمرکز می‌شود. اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران با پیشنهاد معاونت به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

**تبصره ۱-** شمول مفاد این بند به صندوق‌های خدمات درمانی نیروهای مسلح و وزارت اطلاعات با اذن مقام معظم رهبری است.

**تبصره ۲-** بیمارستان‌ها و مراکز ملکی صندوق تأمین اجتماعی که درمان مستقیم را بر عهده دارند با حفظ مالکیت در اختیار صندوق مذکور باقی مانده و مطابق مقررات به سازمان بیمه سلامت ایران فروش خدمت خواهند نمود.

**تبصره ۳-** با تغییر نام شورای عالی بیمه خدمات درمانی به شورای عالی بیمه سلامت کشور، ترکیب اعضاء، وظایف، اختیارات و مسؤولیت‌های این شورا و دبیرخانه آن به پیشنهاد معاونت با تأیید هیئت وزیران به تصویب مجلس شورای اسلامی می‌رسد.

**تبصره ۴-** دارائی‌ها، تعهدات، اموال منقول و غیرمنقول، منابع انسانی، مالی و اعتباری، امکانات، ساختمان و تجهیزات مربوط به بخش بیمه‌های درمان به استثناء صندوق تأمین اجتماعی با تشخیص معاونت به سازمان بیمه سلامت ایران منتقل می‌گردد. اعتبارات مربوط به حوزه درمان نیز بر اساس عملکرد در قبال ارائه خدمات و محاسبه به‌عنوان بخشی از تعرفه استحقاقی در قالب بودجه سنواتی پیش‌بینی می‌گردد.

**تبصره ۵-** عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی که در بسته بیمه سلامت پایه اعلام خواهد شد توسط شرکت بیمه‌های تجاری و سازمان بیمه سلامت ایران با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است.

پرداخت حق سرانه بیمه تکمیلی بر عهده افراد بیمه شده است. منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه سلامت پایه نیست.

ج- به دولت اجازه داده می‌شود متناسب با استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده خدمات بیمه سلامت پایه را برای عموم افراد کشور به صورت یکسان تعریف و تا پایان برنامه به تدریج اجرا نماید.

د- حق بیمه سلامت پایه خانوار به شرح زیر، سهمی از درآمد سرپرست خانوار خواهد بود:

۱- خانوارهای روستائیان و عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی و مؤسسات خیریه معادل پنج درصد (۵٪) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار در سال‌های اول، دوم و سوم برنامه و شش درصد (۶٪) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار در سال‌های چهارم و پنجم برنامه صد درصد (۱۰۰٪) حق بیمه اقشار نیازمند از بودجه عمومی دولت تأمین می‌شود.

۲- خانوارهای کارکنان کشوری و لشکری شاغل و بازنشسته معادل پنج درصد (۵٪) حقوق و مزایای مستمر در سال‌های اول، دوم و سوم برنامه و شش درصد (۶٪) حقوق و مزایای مستمر در سال‌های چهارم و پنجم برنامه مشروط بر این‌که حداکثر آن از دو برابر حق بیمه مشمولین جزء (۱) این بند تجاوز نکنند. بخشی از حق بیمه مشمولین این جزء از بودجه عمومی دولت تأمین خواهد شد.

۳- مشمولین تأمین اجتماعی مطابق قانون تأمین اجتماعی

۴- سهم خانوارهای سایر اقشار متناسب با گروه‌های درآمدی به پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت و تصویب هیئت وزیران

**تبصره-** دستگاه‌های اجرایی مکلفاند حق بیمه سلامت پایه سهم کارمندان، بازنشستگان و موظفین را از حقوق ماهانه کسر و حداکثر ظرف مدت یک ماه به حساب سازمان بیمه سلامت ایران واریز نمایند.

**ه-** شورای عالی بیمه سلامت مکلف است هر ساله قبل از شروع سال جدید نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانی محاسباتی واحد و یکسان در شرایط رقابتی و بر اساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی اقدام و مراتب را پس از تأیید معاونت جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه نماید.

**ز-** سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است با رعایت نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات بر اساس سیاست‌های مصوب نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی اقدام نماید. آیین‌نامه اجرایی این بند مشتمل بر اصلاح نظام پرداخت و فهرست خدمات مورد تعهد بیمه سلامت پایه ظرف یک سال توسط وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت تهیه و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.

## حمایتی و توانمندسازی

**ماده ۳۹-** به منظور توانمندسازی افراد و گروه‌های نیازمند به ویژه زنان سرپرست خانوار و معلولان نیازمند با تأکید بر برنامه‌های اجتماع‌محور و خانواده محور، با استفاده از منابع بودجه عمومی دولت و کمک‌های مردمی اقدامات زیر توسط دولت انجام می‌شود:

**الف-** طراحی نظام سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی متناسب با شرایط بومی، منطقه‌ای و گروه‌های هدف حداکثر تا پایان سال اول برنامه و فراهم نمودن ظرفیت‌های لازم برای استقرار نظام مذکور در طول برنامه

**ب-** اجرای برنامه‌های توانمندسازی حداقل سالانه ده درصد (۱۰٪) خانوارهای تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی به استثنای سالمندان و معلولین ذهنی، توانمند شده و خروج آنان از پوشش حمایت‌های مستقیم

**ج-** تأمین حق سرانه بیمه اجتماعی زنان سرپرست خانوار نیازمند، افراد بی‌سرپرست و معلولین نیازمند در طول سال‌های اجرای برنامه

**د-** معافیت افراد تحت پوشش سازمان‌ها و نهادهای حمایتی از پرداخت هزینه‌های صدور پروانه ساختمانی، عوارض شهرداری و هزینه‌های انشعاب آب، فاضلاب، برق و گاز برای کلیه واحدهای مسکونی اختصاص یافته به آن‌ها فقط برای یک‌بار

**ماده ۴۲-** دولت مجاز است خانواده‌هایی را که سرپرست آن‌ها تحت پوشش هیچ‌گونه بیمه‌ای نیست، تحت پوشش مقررات عام تأمین اجتماعی قرار دهد.

## «متن مصوب کمیسیون امور اجتماعی و دولت الکترونیک در خصوص لایه «مساعدت اجتماعی»

بسمه تعالی

گزارش کمیسیون امور اجتماعی و دولت الکترونیک برای طرح در هیئت دولت

«عنوان پیشنهاد»

آیین نامه نظام تأمین اجتماعی چندلایه (لایه مساعدت های اجتماعی)

پیشنهاددهنده: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

نوع پیشنهاد از حیث زمانی: عادی

تاریخ پیشنهاد: ۱۳۹۱/۱۲/۱۹

طبقه بندی حفاظت پیشنهاد: عادی

تاریخ وصول به دفتر هیئت دولت: ۱۳۹۱/۱۲/۱۹

تاریخ طرح در کمیسیون: ۱۳۹۴/۶/۸

### ۱- خلاصه دلایل توجیهی پیشنهاد

۱-۱- بر اساس ماده (۲۷) قانون برنامه پنجم توسعه، دولت مجاز شده است نسبت به برقراری و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چندلایه با لحاظ حداقل سه لایه زیر و بارعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین این لایه ها در کشور اقدام نماید و آیین نامه اجرایی این ماده را به تصویب هیئت وزیران برساند.

- مساعدت های اجتماعی شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی

- بیمه های اجتماعی پایه شامل مستمری های پایه و بیمه های درمانی پایه

- بیمه های مکمل بازنشستگی و درمان

۱-۲- طبق بند (ه) ماده (۲۸) قانون یادشده نیز به منظور برقراری بیمه تکمیلی بازنشستگی، صندوق های بیمه اجتماعی مجاز شده اند نسبت به افتتاح حساب های انفرادی خصوصی جهت بیمه شدگان با مشارکت فرد بیمه شده اقدام نمایند.

۱-۱- با توجه به مواد یادشده، معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور (سابق) آیین نامه اجرایی

ماده مذکور را با همکاری وزارت امور اقتصادی و دارایی، معاونت حقوقی رئیس‌جمهور و سایر دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط تهیه و برای تصویب به هیئت‌وزیران ارائه کرده است.

## ۲- فرایند رسیدگی در کمیسیون

۱-۲- موضوع در جلسه مورخ ۱۳۹۲/۸/۱۹ کمیسیون فرعی مطرح و با عنایت به جواز مقرر در ماده (۲۷) قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه برای استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه توسط دولت و از طرفی با توجه به بار مالی ناشی از پیشنهاد و صعوبت تأمین آن از طرف دولت و از سویی وضعیت بحرانی صندوق‌های تأمین اجتماعی، مقرر شد وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی ضمن بررسی و مطالعه همه ابعاد تخصصی موضوع، با نگاه به قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، نسبت به ضرورت و امکان استقرار این نظام اعلام نظر نمایند.

۲-۲- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در پاسخ به تصمیم فوق‌الذکر متن پیش‌نویس جدید را تحت عنوان آیین‌نامه نظام تأمین اجتماعی چندلایه و با استناد به ماده (۲۷)، بندهای «الف» و «ه» ماده (۲۸) و بندهای «الف»، «ب» و «ج» ماده (۳۹) قانون برنامه پنجم توسعه و ماده (۳) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی به کمیسیون ارائه نمود.

۳-۲- موضوع در ۱ جلسه کمیته فرعی و ۲۸ جلسه کمیته تخصصی مطرح و با اصلاحاتی تصویب شد.

۴-۲- متن مصوب کمیته تخصصی در جلسه مورخ ۱۳۹۴/۳/۱۷ کمیسیون اصلی مطرح و مقرر شد با توجه به بار مالی ناشی از پیشنهاد و اهمیت موضوع برای دولت، موضوع با حضور نمایندگان سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور مجدداً بررسی و ضمن اصلاحات لازم در متن پیش‌نویس، در خصوص میزان بار مالی و نحوه تأمین آن تصمیم‌گیری شود.

۵-۲- موضوع در ۱۰ جلسه کمیته تخصصی با حضور نماینده سازمان یادشده و سایر دستگاه‌های ذی‌ربط مورد بررسی قرار گرفت و به شرح مندرج در بند (۴) تصویب شد. همچنین سند سیاستی آیین‌نامه به شرح پیوست توسط وزارت یادشده با همکاری کمیسیون نیز تهیه شده است.

۶-۲- با توجه به اینکه لایه «بیمه‌های اجتماعی پایه» و لایه «بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان» هنوز در کمیسیون به تصویب نهایی نرسیده است، مقرر شد به منظور جلوگیری از متوقف شدن پرونده، متن مصوب کمیسیون اصلی در خصوص لایه «مساعده‌های اجتماعی» به هیئت دولت ارسال شود تا تصمیم‌گیری لازم صورت گیرد و پس از تصویب و نهایی شدن دو لایه دیگر، متن‌های مصوب جهت طرح در هیئت دولت ارائه شود و در نهایت آیین‌نامه نظام تأمین اجتماعی چندلایه به صورت یکجا ابلاغ شود.

### ۳- خلاصه دلایل توجیهی تصمیم کمیسیون

- اجرای ماده (۲۷) قانون برنامه پنجم توسعه کشور
- اولویت دولت در جهت برقراری و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی

### ۴- متن تصمیم کمیسیون اصلی

هیئت وزیران در جلسه مورخ بنا به پیشنهاد وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و تأیید سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و به استناد اصل یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و ماده (۲۷) قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، آیین نامه نظام تأمین اجتماعی چندلایه (لایه مساعدت های اجتماعی) را به شرح زیر تصویب نمود:

**ماده ۱-** لایه مساعدت های اجتماعی مجموعه ای از کمک ها و خدمات شامل کمک هزینه معیشت (مستمری)، سبد حمایت غذایی، خدمات بیمه سلامت پایه، حق پرستاری، توان بخشی، توانمندسازی و همچنین نگهداری و آموزش کودکان، زنان، سالمندان، معلولان و بیماران روانی مزمن نیازمند است که با رعایت قوانین و مقررات مربوط و سند سیاستی که به تأیید وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی می رسد، به مشمولین این آیین نامه ارائه می گردد.

**ماده ۲-** مشمولین لایه مساعدت های اجتماعی، جمعیت هدف و تحت پوشش نهادهای حمایتی سازمان بهزیستی کشور، کمیته امداد امام خمینی (ره) و سایر مؤسسات خیریه مردم نهاد مورد تأیید سازمان بهزیستی کشور می باشند که در این آیین نامه «نهاد حمایتی» نامیده می شوند و حسب تشخیص نهاد مربوطه تمام یا برخی از خدمات یاد شده را دریافت می نمایند.

**تبصره-** در اجرای مفاد این آیین نامه، نهادهای حمایتی مکلفاند بر اساس دستورالعمل ابلاغی وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی، برای تمام افراد واجد شرایط پرونده الکترونیک خدمات رفاه و تأمین اجتماعی با شناسه واحد (شماره ملی) تشکیل دهند.

**ماده ۳-** کمک هزینه معیشت برای خانوارهای تحت پوشش نهادهای حمایتی به تناسب تعداد نفرات خانوار و بر مبنای حداقل دستمزد مشمولین قانون کار به شرح جدول ذیل تعیین می گردد:

ردیف	تعداد نفرات	درصد کمک هزینه قابل پرداخت
۱	یک نفره	۱۶ درصد
۲	دو نفره	۲۷ درصد

جدول کمک هزینه قابل پرداخت (به نسبت تعداد خانوار و بر مبنای حداقل دستمزد مشمولین قانون کار)

۳	سغفره	۳۵ درصد
۴	چهارنفره	۴۵ درصد
۵	پنج‌نفره و بیشتر	۵۰ درصد

ادامه جدول کمک‌هزینه قابل پرداخت (به نسبت تعداد خانوار و بر مبنای حداقل دستمزد مشمولین قانون کار)

**تبصره ۱-** به خانوارهای دارای عضو معلول بسیار شدید (جسمی، ذهنی و...) و بیماران روانی مزمن (به تشخیص سازمان بهزیستی کشور) به ازای هر نفر که دارای شرایط فوق باشند ۸۰٪ حداقل دستمزد مذکور به صورت ماهیانه به خانواده قابل پرداخت است. میزان کمک‌هزینه قابل پرداخت به خانواده‌های مذکور با عضو دارای معلولیت خفیف و متوسط با توجه به تعداد نفرات، معادل بعد خانوار جدول فوق تعیین می‌گردد.

**تبصره ۲-** در خانواده‌های بی‌سرپرست یا بدسرپرست (اعتیاد، بیمار روانی مزمن، محجوریت، مفقودالایر بودن، زندانی بودن سرپرست و نظایر آن) تعیین فرد دریافت‌کننده کمک‌هزینه مذکور به تشخیص نهاد حمایتی خواهد بود.

**ماده ۴-** سبد غذایی حمایتی عبارت است از ترکیب مواد غذایی که حداقل ۲۱۰۰ کیلوکالری انرژی (روزانه) برای مصرف‌کننده را تأمین می‌نماید.

تبصره- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مرجع اعلام ترکیب سبد غذایی حمایتی خواهد بود.

**ماده ۵-** جمعیت مشمول دریافت سبد غذایی حمایتی شامل زنان باردار و شیرده نیازمند، خانوارهای دارای ۲ فرزند ۲ قلو و بالاتر، کودکان زیر ۶ سال دچار سوءتغذیه، زنان سرپرست خانوار و بدسرپرست نیازمند، معلولین و سالمندان نیازمند و سایر گروه‌های نیازمند کمک غذایی می‌باشند.

**تبصره ۱-** برخورداری از سبد غذایی حمایتی منوط به ثبت نام افراد مشمول در سامانه پنجره واحد خدمات رفاه و تأمین اجتماعی است.

**تبصره ۲-** ارزش ریالی سبد غذایی حمایتی هر ساله به پیشنهاد وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و تأیید سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی تعیین می‌گردد. (ارزش ریالی سبد غذایی حمایتی برای سال ۱۳۹۴ ماهیانه برابر یک میلیون ریال است و در سال‌های آتی میزان رشد آن کمتر از حداقل دستمزد مشمولین قانون کار خواهد بود).

**تبصره ۳-** دستورالعمل نحوه تشخیص گروه‌های جمعیتی موضوع این ماده توسط وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی با همکاری وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی حداکثر ظرف مدت سه ماه پس از لازم‌الاجرا شدن این آیین‌نامه تهیه و ابلاغ می‌گردد.

**ماده ۶-** جمعیت تحت پوشش نهادهای حمایتی به صورت رایگان تحت پوشش بیمه سلامت پایه قرار

می‌گیرند. حق سرانه بیمه این‌گونه افراد توسط دولت و در حدود اعتبارات مصوب مربوطه تأمین و پرداخت می‌گردد.

**تبصره ۱-** وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است بر اساس سامانه پنجره واحد خدمات رفاه و تأمین اجتماعی، موارد هم‌پوشانی بیمه سلامت پایه جمعیت روستایی، عشایری و شهرهای زیر بیست هزار نفر با مشمولین سایر صندوق‌های بیمه‌ای را تعیین و نسبت به خارج کردن افراد غیر نیازمند از پوشش رایگان بیمه سلامت اقدام نماید.

**تبصره ۲-** وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی موظف است حداکثر ظرف مدت پنج سال پس از تصویب این آیین‌نامه به نحوی اقدام نماید که از جمعیت روستایی، عشایری و شهرهای زیر بیست هزار نفر فقط گروهی که درآمدهای ماهانه آنان کمتر از حداقل دستمزد قانون کار است، تحت پوشش بیمه سلامت رایگان قرار گیرند.

**تبصره ۳-** در طول پنج سال اول پس از تصویب این آیین‌نامه، پوشش رایگان بیمه سلامت پایه برای سایر گروه‌های جمعیتی بر اساس آزمون وسیع انجام خواهد گرفت. آزمون وسیع بر اساس دستورالعمل وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی انجام خواهد شد.

**ماده ۷-** خدمات حمایتی سلامت در لایه مساعدت‌های اجتماعی مشتمل بر کلیه خدمات موجود در فهرست (بسته) خدمات بیمه سلامت پایه است. علاوه بر این، نهادهای حمایتی می‌توانند به تناسب نیازهای خاص جامعه هدف مورد حمایت خود، خدمات توان‌بخشی و درمانی (خارج از بسته خدمات پایه سلامت) را تأمین نمایند.

**ماده ۸-** بسته خدمات توانمندسازی شامل مهارتی، حرفه‌ای و عملکردی خواهد بود.

**تبصره ۱-** سرانه ریالی منابع مورد نیاز برای برنامه توانمندسازی برابر ۵۰ میلیون ریال در سال ۱۳۹۴ خواهد بود. جمعیت مشمول دریافت این خدمات سالانه تا ۱۰٪ خانوارهای تحت پوشش نهادهای حمایتی که قابل توانمند شدن هستند، است. سرانه فوق هر ساله به میزان رشد حداقل دستمزد مشمولین قانون کار افزایش می‌یابد.

**تبصره ۲-** نهادهای حمایتی موظف‌اند مأموریت‌های مربوط به توانمندسازی جمعیت تحت پوشش را از طریق ظرفیت‌های داخلی موجود و خرید خدمت از بخش غیردولتی تأمین نمایند.

**تبصره ۳-** به منظور توانمندسازی مؤثر و خروج جمعیت قابل توانمندسازی تحت پوشش لایه مساعدت‌های اجتماعی، نهادهای حمایتی موظف‌اند مأموریت‌های مربوط به توانمندسازی را به نحوی طراحی کنند که متناسب با میزان خوداتکایی آن‌ها حمایت‌های مستقیم قابل ارائه به آن‌ها کاهش یابد و حداکثر پس از دو



سال از دریافت منابع موردنیاز توانمندسازی از چرخه حمایت مستقیم خارج شوند.

**ماده ۹-** نگهداری کودکان بی سرپرست، معلولین، سالمندان و بیماران روانی مزمن نیازمند در مراکز روزانه و شبانه‌روزی از طریق تأمین کمک‌هزینه (یارانه) موردنیاز از محل منابع عمومی مربوط و با خرید خدمت از بخش غیردولتی انجام خواهد شد. اعتبار موردنیاز (میزان کمک‌هزینه مربوط) با در نظر گرفتن نرخ تمام‌شده و تورم همه‌ساله به پیشنهاد وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و تأیید سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور تعیین و در لویح بودجه سنواتی منظور خواهد شد.

**تبصره -** نهادهای حمایتی مجازند کمک‌هزینه این افراد را که مشمول نگهداری در مراکز شبانه‌روزی هستند، به خانواده‌های آنان یا خانواده‌های متقاضی دارای شرایط احراز به‌منظور ارائه خدمات موردنیاز، پرداخت نمایند.

**ماده ۱۰-** راهبردها و سیاست‌های اجرایی مندرج در این آیین‌نامه متناسب با تأمین اعتبار و در حدود اعتبارات مصوب در بودجه سنواتی و سایر منابع و امکانات داخلی دستگاه‌های ذی‌ربط و نیز مشارکت‌ها و کمک‌های مردمی و به‌طور تدریجی و مرحله‌بندی اجرا خواهد شد.

**تبصره -** وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی موظف است هر ساله اعتبارات موردنیاز از محل بودجه عمومی کشور را به‌منظور اجرای این آیین‌نامه محاسبه و جهت درج در لویح بودجه سنواتی به سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور اعلام کند. سازمان مذکور مکلف است اعتبارات یادشده را در لویح بودجه سنواتی کل کشور پیش‌بینی و نسبت به مبادله موافقت‌نامه با وزارت و تخصیص صددرصدی اعتبارات مصوب اقدام نماید.

## ۵- دلایل مؤثر و مهم موافقان تصمیم کمیسیون

- کاهش و یا جلوگیری از فقر عمیق
- استانداردسازی حمایت‌ها و خدمات
- سطح‌بندی خدمات باتوجه‌به نیاز افراد
- احقاق سنجی نیاز افراد
- مدیریت منابع مالی و هدایت منابع به سطوح پایین جامعه
- هدفمند کردن خدمات و جلوگیری از چسبندگی افراد قابل توانمند شدن

## ۶- دلایل مؤثر و مهم مخالفان تمام یا برخی از مفاد تصمیم کمیسیون

مخالفت اساسی با تصویب پیشنهاد در کمیسیون وجود نداشت.

تصویب پیشنهاد نه تنها تعارضی با سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی ندارد، بلکه با بند ۴ این سیاست‌ها (استفاده از ظرفیت اجرای هدفمندسازی یارانه‌ها در جهت افزایش تولید، اشتغال و بهره‌وری، کاهش شدت انرژی و ارتقاء شاخص‌های عدالت اجتماعی) انطباق دارد.

۳-۷- وضعیت ارائه راهبردها، خط‌مشی‌ها، سیاست‌های فوق‌الذکر در جلسه کمیسیون اصلی: راهبردها و خط‌مشی‌های لازم از سوی اعضای در کمیسیون مطرح گردیدند.

## ۸- روند تصمیم‌سازی

۸-۱- حالت الزام قانونی دستگاه‌ها به هماهنگی برای ارائه پیشنهاد و اقدام مربوط:

دستگاه‌های عضو هیئت دولت الزام قانونی به هماهنگی برای ارائه پیشنهاد نداشته‌اند.

### نظر معاونت حقوقی:

نظرات معاونت حقوقی رئیس‌جمهور در جلسات کمیته تخصصی در آیین‌نامه مذکور رعایت شده است.

### مستندات قانونی:

ماده (۲۷)، بندهای «الف» و «ه» ماده (۲۸) و بند «ج» ماده (۳۹) قانون برنامه پنجم توسعه

ماده ۲۷- دولت مجاز است نسبت به برقراری و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چندلایه با لحاظ حداقل سه لایه:

- مساعده‌های اجتماعی شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی

- بیمه‌های اجتماعی پایه شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه

- بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان

با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین این لایه‌ها در کشور اقدام نماید.

آیین‌نامه اجرایی این ماده به تصویب هیئت‌وزیران می‌رسد.

ماده ۲۸-

**الف-** به منظور فراهم نمودن شرایط رقابتی و افزایش کارآمدی بیمه‌های اجتماعی و جلوگیری از ایجاد هرگونه انحصار یا امتیاز ویژه برای صندوق‌های بازنشستگی اعم از خصوصی، عمومی، تعاونی و با دولتی اجازه داده می‌شود صندوق‌های بازنشستگی خصوصی با رعایت تضمین حقوق بیمه‌شدگان و بازنشستگان صندوق مربوطه حداقل به مدت ده سال بر اساس آیین‌نامه‌ای که به تصویب هیئت وزیران می‌رسد ایجاد گردد.

**ه-** به منظور برقراری طرح بیمه تکمیلی بازنشستگی، صندوق‌های بیمه اجتماعی مجازند نسبت به افتتاح حساب‌های انفرادی خصوصی جهت بیمه‌شدگان با مشارکت فرد بیمه‌شده اقدام نمایند.

**ماده ۳۹-** به منظور توانمندسازی افراد و گروه‌های نیازمند به‌ویژه زنان سرپرست خانوار و معلولان نیازمند با تأکید بر برنامه‌های اجتماع‌محور و خانواده‌محور، با استفاده از منابع بودجه عمومی دولت و کمک‌های مردمی اقدامات زیر توسط دولت انجام می‌شود:

**الف-** طراحی نظام سطح‌بندی خدمات حمایتی و توانمندسازی متناسب با شرایط بومی، منطقه‌ای و گروه‌های هدف حداکثر تا پایان سال اول برنامه و فراهم نمودن ظرفیت‌های لازم برای استقرار نظام مذکور در طول برنامه.

**ب-** اجرای برنامه‌های توانمندسازی به‌گونه‌ای که حداقل سالانه ۱۰ درصد خانوارهای تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی به‌استثنای سالمندان و معلولین ذهنی، توانمند شده و خروج آنان از پوشش حمایت‌های مستقیم.

**ج-** تأمین حق سرانه بیمه اجتماعی زنان سرپرست خانوار نیازمند، افراد بی‌سرپرست و معلولین نیازمند در طول سال‌های اجرای برنامه.

### **- ماده (۳) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی**

ماده ۳ - اهداف و وظایف حوزه بیمه‌ای به شرح زیر است:

**الف -** گسترش نظام بیمه‌ای و تأمین سطح بیمه همگانی برای آحاد جامعه با اولویت دادن به بیمه‌های مبتنی بر بازار کار و اشتغال.

**ب-** ایجاد هماهنگی و انسجام بین بخش‌های مختلف بیمه‌های اجتماعی و درمانی.

**ج-** اجرای طرح بیمه اجباری مزدبگیران.

**د-** تشکیل صندوق‌های بیمه‌ای موردنیاز از قبیل بیمه حرف و مشاغل آزاد (خویش‌فرمایان و شاغل غیردائم)، صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر، بیمه خاص زنان بیوه و سالخورده و خودسرپرست و بیمه خاص حمایت از کودکان.

هـ- گسترش بیمه‌های خاص جبران خسارات ناشی از حوادث طبیعی از قبیل سیل، خشک‌سالی، زلزله و طوفان.

و- پشتیبانی حقوقی از بیمه‌های تکمیلی.

ز- نظارت بر عملکرد صندوق‌های بیمه‌ای.

ح- پیگیری اصلاح اساسنامه‌های شرکت‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای به‌نحوی که اصل بنگاهداری برای شرکت‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای لحاظ شود.

ط- نظارت بر تعادل منابع و مصارف صندوق‌ها بر اساس علم محاسبات بیمه‌ای.

ی- اطلاع‌رسانی در خصوص خدمات بیمه‌ای.

تبصره ۱- هر صندوق بیمه‌ای می‌تواند در یکی از دو حوزه بیمه اجتماعی و درمانی و یا در هر دو فعالیت نماید.

تبصره ۲- دولت مکلف است ظرف مدت دو سال از تاریخ ابلاغ این قانون، امکان تحت پوشش بیمه قرار گرفتن اقشار مختلف جامعه از جمله روستائیان، عشایر و شاغلین فصلی را فراهم نماید.

تبصره ۳- تعهدات قبلی سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر به افراد تحت پوشش مشروط بر آنکه فقط در یک سازمان یا صندوق عضویت داشته‌اند کماکان به قوت خود باقی است و مازاد بر آن در صورت تأمین منابع و بار مالی لازم از سوی این نظام برقرار خواهد شد.

## «پیش نویس آیین نامه لایه بیمه اجتماعی پایه»

«بسمه تعالی»

هیئت وزیران در جلسه مورخ ..... بنا به پیشنهاد وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و تأیید سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور و به استناد اصول بیست و نهم و یکصد و سی و هشتم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، بندهای «الف»، «ب»، «د» و تبصره ۲ ماده (۳) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی - مصوب ۱۳۸۳، ماده (۲۷)، بند «ج» ماده (۳۹) و ماده ۴۲ و بند (ه) ماده ۲۳۴ قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، تصویب نمود:

### آیین نامه نظام تأمین اجتماعی چندلایه (لایه بیمه اجتماعی پایه)

## فصل اول: تعاریف و کلیات

ماده ۱- اصطلاحات زیر در این آیین نامه در معانی مشروح مربوط به کار می روند:

**الف- لایه بیمه اجتماعی پایه:** عبارت است از سازوکاری که با مشارکت ذی نفعان (بیمه شده، کارفرما و دولت حسب مورد) برای برخورداری از مزایای مشخص شامل بیمه سلامت، بازنشستگی، از کارافتادگی، فوت، بیکاری، غرامت و کمک های کوتاه مدت که به تناسب نیاز یا مشارکت افراد بر اساس قوانین موضوعه میزان و نوع آنها مشخص و در دو سطح فراگیر و اجباری ارائه می گردد.

**ب- سطح بیمه اجتماعی اجباری:** تمام یا بخشی از بیمه پایه اجتماعی که به موجب قانون، شمول آن به اشخاص یا گروه هایی از جامعه اجباری است و صندوق های بیمه گر اجتماعی با رعایت ضوابط قانونی مکلف به اجرای آن هستند.

**پ- سطح بیمه اجتماعی فراگیر:** سطحی از تعهدات بیمه اجتماعی شامل بازنشستگی، سلامت، از کارافتادگی (کلی و جزئی)، فوت و کمک هزینه ایام بارداری است که به منظور پوشش همگانی بیمه های اجتماعی برای آن بخش از جمعیت غیر مزد و حقوق بگیران کشور (به استثنای ایرانیان مقیم خارج از کشور) که کمتر از حداقل دستمزد درآمد دارند و مشمول بیمه اجباری نیستند با مشارکت دولت و بیمه شده بر اساس مفاد این آیین نامه برقرار می گردد.

**ت- حق بیمه اجتماعی پایه:** سهمی از درآمد بیمه شده اصلی که بر اساس قوانین موضوعه و متناسب با بسته مزایای تعریف شده تعیین می گردد.

**ث- بیمه شده:** شخصی که با پرداخت مبالغی به عنوان حق بیمه (رأساً یا از طریق اشخاص حقوقی ذی ربط)،

حق استفاده از حقوق و مزایای مقرر در این آیین‌نامه را دارد.

**ج- خدمات بیمه سلامت پایه:** فهرستی از خدمات و کالاهای سلامت که زیرمجموعه‌ای از بسته پایه خدمات سلامت است و با توجه به محدودیت‌های مالی و اجتماعی در یک فرایند اولویت‌گذاری و سهمیه‌بندی تعیین و توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه تأمین مالی می‌شود.

**ماده ۲-** لایه بیمه اجتماعی پایه شامل مستمری پایه و بیمه سلامت پایه در دو سطح ذیل قابل ارائه است:

**الف- بیمه اجتماعی فراگیر**

**ب- بیمه اجتماعی اجباری**

**ماده ۳-** فهرست (بسته) خدمات مورد تعهد بیمه سلامت پایه شامل کلیه نیازهای پایه، به پیشنهاد مشترک وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و تأیید شورای عالی بیمه به تصویب هیئت وزیران می‌رسد و برای تمامی بیمه‌شدگان سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه سلامت پایه در سطح کشور یکسان خواهد بود.

## فصل دوم: سطح بیمه اجتماعی فراگیر

**ماده ۴-** وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی موظف است به منظور گسترش پوشش بیمه‌های اجتماعی، کلیه افرادی که مشمول بیمه اجتماعی اجباری نباشند را با اولویت افراد بازتوان شده تحت پوشش نهادهای حمایتی و زنان خانه‌دار فاقد پوشش بیمه‌ای و رعایت مفاد این آیین‌نامه تحت پوشش بیمه اجتماعی فراگیر (خاص غیر مزد و حقوق‌بگیران) قرار دهد. صندوق بیمه اجتماعی کشاورزان، روستائیان و عشایر متکفل اجرای این نوع بیمه است.

**تبصره ۱-** بیمه‌شدگان این صندوق از نظر بیمه سلامت، مشمول قوانین و مقررات مربوط به بیمه سلامت ایرانیان می‌باشند.

**تبصره ۲-** وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی موظف است برنامه پوشش تدریجی اقشار و گروه‌های هدف را به نحوی تنظیم و اجرا کند که متناسب با منابع مالی موجود، امکان پوشش برای تمامی مشمولان این آیین‌نامه فراهم شود.

**ماده ۵-** حداقل سن افراد برای شروع عضویت در بیمه اجتماعی فراگیر ۱۸ سال تمام و حداکثر ۵۰ سال تمام است. در صورتی که شخص متقاضی عضویت، مطابق با قوانین و مقررات مربوطه دارای سابقه بیمه قابل انتقال به صندوق باشد، معادل سنوات آن به حداکثر سن اضافه می‌شود مشروط بر اینکه حق بیمه

سوابق مذکور را به صندوق منتقل نماید.

**تبصره ۱-** در صورتی که شخص متقاضی عضویت، شرایط سقف سنی این ماده را نداشته باشد صندوق می‌تواند بر اساس زمان تقاضای فرد و با رعایت اصول بیمه‌ای نسبت به محاسبه حق بیمه مازاد شرط سنی اقدام و پس از دریافت کل مبلغ محاسبه شده سابقه ایجاد نماید. در این صورت جهت احراز شرایط بازنشستگی مطابق سن و سابقه مقرر در این آیین‌نامه، حداقل سابقه بیمه‌پردازی فرد در صندوق باید ده سال تمام باشد.

**تبصره ۲-** چنانچه بیمه شده برابر ضوابط مربوطه مشمول بیمه پایه اجباری گردد از شمول این آیین‌نامه خارج می‌شود. در این صورت در رابطه با نقل و انتقال سوابق بیمه‌ای بین صندوق‌های بیمه‌گر اجتماعی و یا استفاده از مستمری جمع (تجمیع سوابق) برابر قوانین و مقررات مربوط عمل خواهد شد.

**تبصره ۳-** اتباع خارجی غیر مزد و حقوق‌بگیری که فاقد پوشش بیمه‌ای باشند، به شرط پرداخت کل حق بیمه و سرانه کامل از سوی متقاضی با ارائه مجوز رسمی اقامت در زمان تقاضا و تمدید اعتبار مجوز مذکور برای سال‌های آتی، مشمول مزایای این آیین‌نامه قرار خواهند گرفت.

**تبصره ۴-** افرادی که در زمان تقاضای عضویت، به تشخیص کمیسیون پزشکی ذی‌ربط از کارافتاده (کلی یا جزئی) باشند، نمی‌توانند از مستمری از کارافتادگی (کلی یا جزئی) استفاده نمایند.

**ماده ۶-** افراد تبعی بیمه شده اصلی فاقد هرگونه پوشش بیمه‌ای مشمول این آیین‌نامه عبارت‌اند از:

۱. همسر بیمه شده (زن)

۲. شوهر بیمه شده که سن قانونی وی بیش از ۶۵ سال یا طبق نظر کمیسیون‌های پزشکی موضوع این آیین‌نامه از کارافتاده کلی باشد و در هر حالت معاش او توسط زن بیمه شده تأمین شود.

۳. فرزندان بیمه شده که دارای یکی از شرایط زیر باشند:

**الف-** فرزندان ذکور تا پایان سن ۲۰ سالگی و صرفاً در صورت اشتغال به تحصیل تا سن ۲۸ سالگی تمام؛

**ب-** فرزندان اناث به شرط نداشتن شغل یا شوهر و عدم تمکن مالی؛

**ج-** فرزندان بیمه شده اصلی که در اثر بیماری یا نقص عضو طبق گواهی کمیسیون‌های پزشکی موضوع این آیین‌نامه قادر به کار نبوده و تحت تکفل وی باشند.

**ماده ۷-** درآمدها و منابع مالی بیمه فراگیر به شرح زیر است:

۱. حق بیمه‌های دریافتی و دریافتنی.

۲. درآمدهای حاصل از سرمایه‌گذاری ذخایر در منابع مالی موضوع این آیین‌نامه (به‌استثنای ذخایر سهم درمان).

۳. کمک‌های حمایتی دولت.

۴. هدایای اشخاص حقیقی و حقوقی، کمک‌های خیریه و مانند آن.

۵. سایر منابع مالی مذکور در ماده ۷ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی حسب اقتضاء.

**ماده ۸-** نرخ حق بیمه برای بیمه‌شدگان موضوع این آیین‌نامه به شرح ذیل است:

**الف-** کل نرخ حق بیمه ۱۵٪ درآمد مقطوع (۴۰٪ تا ۹۰٪ حداقل دستمزد مشمولان قانون کار) به انتخاب بیمه‌شده.

**ب-** سهم دولت معادل ۳٪ حداقل دستمزد مشمولان قانون کار که بابت هر عضو از محل منابع عمومی به‌صورت سرانه برابر توسط دولت و از محل اعتبارات مصوب پرداخت می‌شود.

**پ-** سهم بیمه‌شده: مابه‌التفاوت مبلغ مندرج در بند ب و کل حق بیمه مربوط.

**تبصره ۱-** تمام یا بخشی از حق بیمه سلامت پایه این قبیل بیمه‌شدگان بر اساس آزمون وسیع با مساعدت دولت پرداخت می‌گردد.

**تبصره ۲-** بیمه‌شده یا بیمه‌گذار می‌تواند سطح درآمد ماهانه را به ازای هر دو سال سابقه پرداخت حق بیمه، معادل ده درصد حداقل دستمزد انتخابی افزایش دهند.

**ماده ۹-** پرداخت حق بیمه حداکثر در مقاطع یک‌ساله (مشروط بر اینکه از انتهای سال تقویمی تجاوز ننماید)، به‌صورت یکجا و در ابتدای همان مقطع انجام می‌گردد. بیمه‌شده مکلف است حداکثر ظرف مدت ۱۰ روز از تاریخ ثبت‌نام یا آغاز یا تجدید مقطع انتخابی حق بیمه مربوطه را به‌صورت کامل پرداخت نماید در غیر این صورت رابطه بیمه‌پردازی وی با صندوق از ابتدای همان مقطع منفسک شده و ادامه بیمه‌پردازی منوط به درخواست مجدد و رعایت مفاد این آیین‌نامه خواهد بود.

**ماده ۱۰-** صندوق مکلف است ضمن پرهیز از بنگاهداری و تصدی‌گری در امور اقتصادی، ذخایر و منابع موضوع این آیین‌نامه به‌استثنای سهم درمان را با رعایت اصول «نقدشوندگی»، «سودآوری» و «امنیت» و حفظ قدرت خرید ذخایر در برابر تورم سرمایه‌گذاری کند.

**ماده ۱۱-** هیئت‌مدیره صندوق موظف است در اجرای این آیین‌نامه گزارش عملکرد، محاسبات بیمه‌ای (آکچوئری) و پایش مؤلفه‌های مؤثر بر فعالیت صندوق بیمه فراگیر را به‌طور سالانه انجام و پیشنهادهای لازم را برای تعادل بین منابع با مصارف و تعهدات صندوق جهت تسیر مراحل تصویب به مراجع ذی‌ربط



ارائه نماید.

**ماده ۱۲-** مضمولان (بیمه‌شدگان) صندوق با دارا بودن هر یک از شرایط زیر می‌توانند از مستمری و بازنشستگی برخوردار شوند:

**الف-** مردان با دارا بودن حداقل ۳۰ سال سابقه و ۵۵ سال سن و زنان با دارا بودن حداقل ۳۰ سال سابقه و ۵۰ سال سن.

**ب-** حداقل ۳۵ سال سابقه پرداخت حق بیمه بدون شرط سنی.

**پ-** دارا بودن حداقل بیست و پنج سال سابقه پرداخت حق بیمه قبل از تاریخ تقاضای بازنشستگی مشروط به آنکه سن مرد شصت سال و سن زن به پنجاه و پنج سال کامل رسیده باشد.

**تبصره ۱-** در صورتی که بیمه‌شده بیش از ۶۵ سال تمام سن داشته باشد، در صورت تقاضای کتبی بیمه‌شده و با داشتن حداقل ۱۵ سال سابقه پرداخت حق بیمه مشمول دریافت مستمری به نسبت سنوات پرداخت خواهد بود.

**تبصره ۲-** افراد موضوع تبصره فوق، در صورتی که به سن مقرر رسیده و سابقه بیمه کمتر از ۱۵ سال داشته باشند، به منظور دریافت مستمری بازنشستگی می‌بایست تا رسیدن به سابقه ۱۵ سال به پرداخت حق بیمه ادامه دهند.

**ماده ۱۳-** میزان مستمری بازنشستگی استحقاقی عبارت است از یک‌سی‌ام میانگین درآمد ماهیانه مبنای محاسبه حق بیمه ظرف بیست و چهار ماه قبل از تقاضای بازنشستگی ضربدر سنوات پرداخت حق بیمه.

**تبصره-** به ازای هر سال سابقه عضویت اضافه بر شرایط مندرج در تبصره یک ماده (۱۲)، «یک درصد میانگین دستمزد مبنای محاسبه مستمری» به مستمری موضوع این ماده اضافه می‌شود و حداکثر آن می‌تواند به ۱۰۰٪ برسد.

**ماده ۱۴-** در صورتی که بیمه‌شده به علت بروز حادثه یا بیماری به تشخیص کمیسیون‌های پزشکی صندوق، از کارافتاده کلی شناخته شود (کاهش قدرت کار بیمه‌شده در نتیجه بیماری و یا حادثه مورد تأیید صندوق به نحوی که پس از انجام خدمات درمانی و توان‌بخشی طبق نظر کمیسیون‌های پزشکی توانایی کار خود را بیش از ۶۶٪ از دست داده باشد) به شرط آنکه ظرف ۵ سال منتهی به از کارافتادگی حداقل یک سال سابقه عضویت در صندوق داشته باشد و در سال منتهی به از کارافتادگی نود روز سابقه پرداخت حق بیمه داشته باشد، مشمول برخورداری از مستمری از کارافتادگی کلی می‌شود.

**تبصره ۱-** میزان مستمری استحقاقی از کارافتادگی کلی برابر است با درصد از کارافتادگی فرد ضربدر میزان مستمری بازنشستگی موضوع ماده (۱۳) این آیین‌نامه و تبصره آن که در صورت مبلغ آن از ۶۰٪

درآمد مبنای پرداخت حق بیمه در سال پرداخت مستمری، کمتر نخواهد بود.

**تبصره ۲-** در صورتی که درصد از کارافتادگی بیمه‌شده ۴۰ تا ۶۶ درصد باشد به شرط داشتن حداقل ۲۰ سال سابقه بیمه‌پردازی می‌تواند از مستمری از کارافتادگی جزئی استفاده نماید. میزان مستمری استحقاقی از کارافتادگی جزئی برابر است با درصد از کارافتادگی فرد ضرب‌در میزان مستمری بازنشستگی موضوع ماده (۱۴) این آیین‌نامه و تبصره آن.

**ماده ۱۵-** در صورت فوت بیمه‌شده‌ای که در ۵ سال آخر قبل از تاریخ فوت حداقل حق بیمه یک سال را پرداخت نموده، مشروط بر اینکه ظرف آخرین سال قبل از تاریخ فوت حق بیمه نود روز را پرداخت کرده باشد، بازماندگان واجد شرایط تحت تکفل از مستمری بازماندگان برخوردار خواهند شد.

**تبصره ۱-** چنانچه مشمول حداقل دارای ۲۰ سال سابقه پرداخت حق بیمه قبل از تاریخ فوت نزد صندوق باشد و واجد شرایط ماده قانونی فوق نگردد، بازماندگان وی از مستمری برخوردار خواهند شد

**تبصره ۲-** چنانچه مشمول حداقل دارای ۱۰ و حداکثر تا ۲۰ سال سابقه پرداخت حق بیمه قبل از تاریخ فوت نزد صندوق باشد و واجد شرایط قانونی فوق نگردد، بازماندگان بر مبنای سنوات پرداخت حق بیمه استحقاق دریافت مستمری را دارند.

**تبصره ۳-** چنانچه مشمول کمتر از ۱۰ سال سابقه پرداخت حق بیمه نزد صندوق را داشته باشد و واجد شرایط ماده قانونی فوق نگردد، به بازماندگان وی غرامت مقطوع فوت در ازای هر سال سابقه معادل دو ماه آخرین درآمد مبنای پرداخت حق بیمه به صورت یکجا پرداخت خواهد شد.

**ماده ۱۶-** بازماندگان واجد شرایط بیمه‌شده مرد متوفی که استحقاق دریافت مستمری را خواهند داشت عبارت‌اند از:

۱. همسر یا همسران دائم بیمه‌شده متوفی (مطابق ماده ۴۸ قانون حمایت از خانواده ۱۳۹۱/۱۲/۱)

۲. فرزندان اناث مادام که ازدواج ننموده و یا شاغل نباشند.

۳. فرزندان ذکور در صورتی که سن آنان کمتر از ۲۰ سال تمام باشد و یا منحصراً به تحصیل اشتغال داشته باشند (تا سن ۲۸ سالگی) و یا به علت بیماری یا نقص عضو قبل از تاریخ فوت بیمه‌شده طبق گواهی کمیسیون‌های پزشکی صندوق قادر به کار نباشند.

**ماده ۱۷-** بازماندگان واجد شرایط بیمه‌شده زن متوفی که استحقاق دریافت مستمری را خواهند داشت عبارت‌اند از:

۱. شوهر بیمه‌شده مشروط بر اینکه قبل از فوت، حسب گواهی کمیسیون‌های پزشکی صندوق تحت تکفل

بیمه شده قرار گرفته باشد.

۲. فرزندان در صورت حائز بودن شرایط ذیل:

- فرزندان اناث مادامی که ازدواج ننموده و فاقد شغل باشند؛

- فرزندان ذکور در صورتی که سن آنان کمتر از هجده سال تمام بوده و یا منحصرأً به تحصیل اشتغال داشته باشند (تا سن ۲۸ سالگی) و یا به علت بیماری یا نقص عضو قبل از تاریخ فوت بیمه شده طبق گواهی کمیسیون های پزشکی صندوق قادر به کار نباشند و پدر آنان در قید حیات نبوده و یا تحت حضانت مادر باشند استفاده نمایند.

**ماده ۱۸-** سهم مستمری بازماندگان بیمه شده متوفی به شرح ذیل است:

۱. میزان مستمری همسر بیمه شده متوفی معادل پنجاه درصد میزان مستمری استحقاقی بیمه شده و در صورتی که بیمه شده مرد دارای چند همسر باشد مستمری مذکور به نسبت تساوی بین آنها تقسیم خواهد شد.

۲. میزان مستمری هر فرزند بیمه شده متوفی معادل بیست و پنج درصد مستمری استحقاقی و در صورتی که پدر و مادر را از دست داده باشد مستمری او دو برابر میزان مذکور خواهد بود.

**تبصره-** مجموع مستمری بازماندگان نباید از میزان مستمری استحقاقی متوفی بیشتر باشد و هرگاه مجموع مستمری از این میزان بالاتر رود سهم هر یک از مستمری بگیران به نسبت تقلیل داده می شود و در این صورت اگر یکی از مستمری بگیران فوت شود یا فاقد شرایط استحقاقی دریافت مستمری گردد سهم بقیه آنان با توجه به تقسیم بندی مذکور در این ماده افزایش خواهد یافت و در هر حال بازماندگان بیمه شده از سددرد مستمری بازماندگان متوفی استفاده خواهند کرد.

**ماده ۱۹-** منظور از مستمری استحقاقی بیمه شده متوفی از کارافتاده کلی و بازنشسته، مستمری منتهی به زمان فوت او است.

**تبصره ۱-** مستمری استحقاقی بیمه شدگانی که در اثر هر نوع حادثه یا بیماری فوت شوند برابر است با یک سی ام میانگین درآمد ماهیانه مبنای محاسبه حق بیمه ظرف دو سال قبل از وقوع فوت ضرب در سنوات پرداخت حق بیمه (سابقه بیمه شده).

**تبصره ۲-** چنانچه سابقه بیمه شده در تبصره (۱) این ماده کمتر از ۱۵ سال باشد، در محاسبه حقوق مستمری استحقاقی سنوات پرداخت کسور، ۱۵ سال منظور می گردد.

