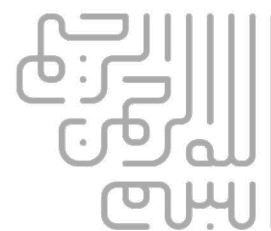


بررسی سیاست برون‌سپاری خدمات مرتبط با آسیب‌های اجتماعی در سازمان بهزیستی کشور



تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۷/۵
Publish Date : 2026/09/27



عنوان: بررسی سیاست برون سپاری خدمات مرتبط با آسیب های اجتماعی در سازمان بهزیستی کشور
تهیه و تدوین کنندگان (Authors): سامان یوسفوند، رضا پورکاویان
واژه های کلیدی: برون سپاری، خدمات اجتماعی، حکمرانی اجتماعی، سازمان بهزیستی، آسیب های اجتماعی
ناشر: مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی

DOI: <https://doi.org/10.22034/mrc.report.21910>

Permanent Link: https://report.mrc.ir/article_11976.html

Publisher : Islamic Parliament Research Center of Iran

**عنوان: بررسی سیاست برون سپاری خدمات مرتبط با آسیب‌های اجتماعی در
سازمان بهزیستی کشور**

نوع گزارش: طرح/ لایحه □، نظارتی ■، راهبردی □، پیش‌نویس قانونی □

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه مسائل و آسیب‌های اجتماعی)

مدیر مطالعه: سامان یوسف‌وند

اظهار نظر کنندگان: مرتضی گنجی (دفتر مطالعات اجتماعی)، فرشید خضری (دفتر
مطالعات اجتماعی)، اکرم باجلان (دفتر مطالعات آموزش و فرهنگ)

اظهار نظر کننده خارج از مرکز: محسن کرمانی (پژوهشگر حوزه حکمرانی مسائل و
آسیب‌های اجتماعی)

ناظران علمی: ریحانه رحمانی‌پور، ایمان شعبان‌زاده، صابر جعفری کافی‌آباد، کمیل قیدرلو
ناظر علمی خارج از مرکز: مهران بادین‌دهش (عضو هیئت علمی دانشگاه تهران)

گرافیک و صفحه‌آرایی: سمیرا صادقی عسکری

ویراستار ادبی: زهره عطاردی

تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۴/۰۷/۲۰



فهرست مطالب

۷	چکیده
۸	خلاصه مدیریتی
۹	۱. مقدمه
۱۱	۲. پیشینه پژوهش
۱۱	۲-۱. سوابق مطالعاتی
۱۲	۲-۲. سوابق تقنینی
۱۵	۳. نظریه سیاستی
۱۸	۴. روش پژوهش
۱۸	۵. مروری بر خدمات برون سپاری شده در حوزه آسیب‌های اجتماعی
۱۹	۵-۱. زنان و دختران آسیب‌دیده و در معرض آسیب
۲۱	۵-۲. آسیب‌دیدگان ناشی اعتیاد
۲۲	۵-۳. کودکان کار و خیابانی
۲۳	۵-۴. آسیب‌دیدگان ناشی از طلاق
۲۵	۶. ارزیابی عملکرد سازمان بهزیستی در حوزه ارائه خدمات آسیب‌های اجتماعی با تأکید بر امر برون سپاری
۲۵	۶-۱. خدمات ناظر بر زنان و دختران آسیب‌دیده و آسیب‌پذیر
۲۸	۶-۲. خدمات مرتبط با مشاوره پیش از طلاق
۳۲	۶-۳. آسیب‌های اجتماعی ناشی از اعتیاد
۳۵	۶-۴. کودکان کار و خیابانی
۳۶	۷. نگاهی به عملکرد سازمان بهزیستی در تأمین مالی مشارکتی
۴۰	۸. جمع‌بندی و نتیجه‌گیری
۴۳	منابع و مأخذ

فهرست جداول

جدول ۱. تحلیل پیشینه پژوهشی.....	۱۱
جدول ۲. سوابق تقنینی در حوزه برون سپاری خدمات	۱۲
جدول ۳. انواع مراکز پیشگیری و درمان آسیب های اجتماعی.....	۲۴
جدول ۴. میزان تغییرات در تعداد مراکز مرتبط با آسیب های ناظر بر زنان و دختران.....	۲۶
جدول ۵. تعداد خدمات گیرندگان مراکز مرتبط با آسیب های ناظر بر دختران و زنان.....	۲۶
جدول ۶. تعداد مراکز و مراجعان به مراکز دولتی و غیر دولتی و نسبت تعداد مراجعات به تعداد مراکز.....	۲۹
جدول ۷. تعداد مراجعات هر فرد به مراکز مشاوره غیر دولتی	۳۱
جدول ۸. تعداد مراکز و تعداد خدمات گیرندگان سرپایی دولتی و غیر دولتی.....	۳۲
جدول ۹. تعداد مراکز و خدمات گیرندگان مراکز دولتی و غیر دولتی کودکان کار و خیابانی.....	۳۵
جدول ۱۰. عناوین و درصد محل هزینه کرد نقدی و غیر نقدی ادارات و مراکز دولتی و مؤسسات خیریه در سال ۱۴۰۰ از مشارکت های مردمی.....	۳۸
جدول ۱۱. عملکرد مالی سازمان در ارائه خدمات پیشگیری از آسیب های اجتماعی.....	۳۹

فهرست شکل ها

شکل ۱. شاخص های ارزیابی سیاست های اجتماعی	۱۷
شکل ۲. چارچوب مراکز خدماتی ناظر بر آسیب های اجتماعی.....	۱۹
شکل ۳. سیر تاریخی سیاست های مربوط به زنان و دختران آسیب دیده.....	۲۱
شکل ۴. سیر تاریخی سیاست های ناظر بر آسیب اعتیاد.....	۲۲
شکل ۵. سیر تاریخی سیاست های ناظر بر کودکان کار و خیابانی	۲۳
شکل ۶. سیر تاریخی سیاست های ناظر بر آسیب طلاق.....	۲۴
شکل ۷. نمودار پراکندگی مراکز غیر دولتی ارائه دهنده خدمات مشاوره در سطح کشور و تعداد مراجعان به این مراکز	۳۰
شکل ۸. نمودار میزان مشارکت نقدی، غیر نقدی و خدماتی مردمی به بخش های دولتی و خیریه ای	۳۷
شکل ۹. نمودار عملکرد سازمان در بخش رصد و گزارش آسیب های اجتماعی در سال ۱۳۹۹.....	۳۹



بررسی سیاست برون سپاری خدمات مرتبط با آسیب‌های اجتماعی در سازمان بهزیستی کشور

چکیده



این گزارش با هدف بررسی سازوکارهای برون سپاری خدمات مرتبط با کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی در سازمان بهزیستی کشور، با بهره‌گیری از شاخص‌های قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (۱۳۸۳) شامل جامعیت، کفایت، فراگیری، پیشگیری، توانمندسازی، اثربخشی و پایداری مالی صورت گرفته است. بررسی‌ها نشان می‌دهند که سیاست برون سپاری بیش از آنکه متأثر از یک راهبرد اجتماعی حساب شده باشد، عمدتاً ذیل منطق اقتصادی و اداری شکل گرفته است. در این رویکرد، کاهش تصدی‌گری دولت و صرفه‌جویی هزینه‌ها بر ارتقای کیفیت و اثربخشی اجتماعی اولویت یافته است که در نتیجه، اگرچه در شاخص‌های کمی نظیر تعداد مراکز و خدمات‌گیرندگان رشد قابل قبولی حاصل شد، اما در ابعاد کیفی همچون پوشش عادلانه جغرافیایی، تنوع بخشی به منابع مالی، توانمندسازی پایدار و اثربخشی واقعی خدمات، نارسایی‌های عمیقی بر جای ماند. بدین سان، غلبه منطق اقتصادی بر ملاحظات اجتماعی، برون سپاری را به سیاستی با دستاوردهای نامتوازن و چالش‌های ساختاری تبدیل کرد که تحقق اهداف غایی بهزیستی را با تردید مواجه ساخته است. بر این اساس، استنباط گزارش این است که اگرچه استقبال از ورود نهادهای مردمی و واگذاری کنترل شده وظایف اجرایی به بخش غیردولتی در حوزه آسیب‌های اجتماعی گامی ضروری است، اما موفقیت آن مستلزم طراحی الگویی زمینه‌مند از برون سپاری اجتماعی و مشروط است که ضمن بهره‌گیری از ظرفیت‌های مشارکت مردمی، از فروکاستن امر اجتماعی به معادلات صرف اقتصادی پرهیز کند تا رهیافت برون سپاری در حوزه آسیب‌های اجتماعی از یک انتقال هزینه صرف به هم‌آفرینی ارزش‌های اجتماعی تبدیل گردد و مشروعیت و اثربخشی خود را در بلندمدت حفظ کند.

بیان / شرح مسئله

در مواجهه با پیچیدگی فزاینده آسیب‌های اجتماعی در ایران، برون‌سپاری خدمات به‌عنوان راهبردی ساختاری برای افزایش اثربخشی مداخلات اجتماعی برگزیده شده است. این سیاست، با واگذاری خدمات به نهادهای غیردولتی و حفظ نقش دولت در تنظیم‌گری و تأمین مالی، در پی بازتعریف نقش دولت از مجری مستقیم به ناظر مشارکت‌محور بوده است. با این حال، تجربه‌های بین‌المللی و داده‌های داخلی نشان می‌دهند که موفقیت این رویکرد به‌شدت وابسته به ظرفیت تنظیم‌گری، شفافیت عملکردی، نوع مالکیت مراکز و پایداری منابع مالی است. بر این اساس، این گزارش در پی بررسی سازوکارهای برون‌سپاری خدمات مرتبط با آسیب‌های اجتماعی در چهار حوزه زنان و دختران آسیب‌دیده، معتادان، کودکان کار و خیابانی و زوجین در معرض طلاق در سازمان بهزیستی است.

نقطه‌نظرات / یافته‌های کلیدی

بررسی وضعیت برون‌سپاری خدمات در چهار حوزه اصلی آسیب‌های اجتماعی شامل زنان و دختران آسیب‌دیده، خدمات مشاوره طلاق، کاهش آسیب ناشی از اعتیاد و کودکان کار و خیابانی، نمایانگر تصویری چندبعدی و تا حد زیادی ناهمسان از موفقیت‌ها و ناکامی‌های این سیاست ذیل شاخص‌های مختلف است.

- در زمینه فراگیری جغرافیایی خدمات، نتایج برون‌سپاری بسیار ناهمسان بوده است. موفق‌ترین عملکرد مربوط به حوزه کودکان کار است که در آن توزیع مراکز دولتی و غیردولتی متناسب و متوازن با جمعیت خدمات‌گیرنده صورت گرفته است. در مقابل، حوزه زنان و دختران آسیب‌دیده با ضعف جدی پوشش جغرافیایی مواجه است.

- در بُعد تأمین مالی پایدار، تمامی حوزه‌ها با آسیب‌پذیری ساختاری مشابهی روبه‌رو هستند. اگرچه جذب اعتبارات در برخی سال‌ها کامل بوده، اما تکیه صرف بر بودجه‌های دولتی و نبود منابع مکمل از جمله مشارکت‌های مردمی، خیریه‌ها یا بخش خصوصی، پایداری خدمات را در برابر نوسانات بودجه‌ای سالانه تهدید می‌کند.

- در موضوع پیشگیری نیز، مراکز غیردولتی در سه حوزه زنان آسیب‌دیده، اعتیاد و کودکان کار عملکرد موفق یا نسبتاً موفق داشته‌اند.
- در بعد توانمندسازی، تصویر ارزیابی دوگانه است. از یک سو، در حوزه اعتیاد، با تدوین پروتکل‌های جامع درمانی، و حوزه کودکان کار نیز با تلفیق آموزش رسمی، حمایت روانی-اجتماعی و مشاوره حقوقی در توانمندسازی موفق بودند. از سوی دیگر، در حوزه زنان، نبود سازوکارهای مستمر آموزشی، حمایت‌های حقوقی، اشتغال‌زایی و ... پس از خروج مددجویان از مراکز، دستاوردهای توانمندسازی را در بلندمدت تضعیف می‌کند.

- در بعد اثربخشی نیز، حوزه اعتیاد با تدوین پروتکل‌های استاندارد بالینی، به‌ظاهر می‌بایست عملکرد قابل قبولی داشته باشد، اما بررسی‌های انجام شده از مراکز ماده (۱۶)، گویای نقص‌های اساسی در اثربخشی این مراکز است. حوزه مشاوره طلاق نیز با نقدهای جدی در این زمینه روبه‌رو است.

یافته‌ها نشان می‌دهند که سیاست برون‌سپاری بیش از آنکه متأثر از یک راهبرد اجتماعی حساب شده باشد، عمدتاً ذیل منطق اقتصادی و اداری (عقلانیت هزینه‌ای، رقابت‌پذیری و شاخص‌های کمی) شکل گرفته است. در این رویکرد، کاهش تصدی‌گری دولت و صرفه‌جویی هزینه‌ها بر ارتقای کیفیت و اثربخشی اجتماعی اولویت یافته است. این منطق اگرچه در بنگاهداری و خدمات اداری توجیه‌پذیر است، اما در مواجهه با حوزه آسیب‌های اجتماعی که با ویژگی‌هایی چون غیرقابل پیش‌بینی بودن، دیربازده بودن، پیچیده و نیازمند اعتماد و ارتباط انسانی، خدمات اجتماعی با کیفیت و برخورداری از ارزش ذاتی همراه است، با چالش‌های بنیادین روبه‌رو می‌شود. این مطالعه نشان می‌دهد؛ اگرچه در شاخص‌های کمی نظیر تعداد مراکز و خدمات‌گیرندگان رشد قابل قبولی حاصل شده، اما در ابعاد کیفی همچون پوشش عادلانه جغرافیایی، تنوع‌بخشی به منابع مالی، توانمندسازی پایدار و اثربخشی واقعی خدمات، نارسایی‌های عمیقی بر جای ماند. بدین سان، غلبه منطق اقتصادی بر ملاحظات اجتماعی، برون‌سپاری را به سیاستی با دستاوردهای نامتوازن و چالش‌های ساختاری تبدیل کرد که تحقق اهداف غایی بهزیستی

را با تردید مواجه ساخته است. استنباط گزارش این است که اگرچه استقبال از ورود نهادهای مردمی و واگذاری کنترل شده وظایف اجرایی به بخش غیردولتی در حوزه آسیب‌های اجتماعی گامی ضروری است، اما موفقیت آن مستلزم طراحی الگویی زمینه‌مند از برون سپاری اجتماعی و مشروط است که ضمن بهره‌گیری از ظرفیت‌های مشارکت مردمی، از فروکاستن امر اجتماعی به معادلات صرف اقتصادی پرهیز کند.

پیشنهاد راهکارهای تقنینی، نظارتی یا سیاستی

سه راهبرد محتمل برای آینده برون سپاری خدمات آسیب‌های اجتماعی در سازمان بهزیستی کشور قابل تصور است:

● راهبرد اول: ادامه وضع موجود؛ تداوم منطق اقتصادی و کمی‌گرایی

در این راهبرد، روند فعلی برون سپاری با همان منطق اقتصادی حاکم بر برنامه ششم توسعه ادامه می‌یابد. تأمین مالی عمدتاً دولتی باقی می‌ماند، نظارت‌ها شکلی و کمی است و قرار دادهای خدماتی صرفاً بر اساس شاخص‌های هزینه‌ای و تعداد خدمات گیرندگان منعقد می‌شود. پیامد این رویکرد، تداوم نابرابری جغرافیایی، تشدید ناپایداری مالی، تضعیف رویکردهای پیشگیرانه و توانمندساز به نفع مداخلات کوتاه‌مدت و کمی و در نهایت افزایش کمی مراکز بدون ارتقای کیفیت خواهد بود. این راهبرد اگرچه ظاهراً مسیر کم‌هزینه‌ای برای دولت است، اما در عمل به افزایش نارضایتی مخاطبان، بی‌اثری مداخلات و بحران اعتماد عمومی منجر خواهد شد.

● راهبرد دوم: بازگشت به تصدی‌گری دولتی؛ واکنش محافظه‌کارانه به ناکارآمدی‌ها

در واکنش به ناکامی‌های برون سپاری صرفاً اقتصادی، این راهبرد بر اساس دیدگاه مخالفان برون سپاری شکل می‌گیرد. دولت با این استدلال که بازار در حوزه اجتماعی شکست خورده، مسئولیت اجرای مستقیم خدمات را مجدداً به دستگاه‌های دولتی بازمی‌گرداند. پیامد آن افزایش بار مالی و بوروکراسی، کاهش انعطاف‌پذیری، حذف ظرفیت‌های مردمی و بازگشت به مدل‌های متمرکز است که توان پاسخ‌گویی به نیازهای متنوع اجتماعی را ندارند. این راهبرد اگرچه ممکن است در کوتاه‌مدت حس کنترل را به سیاستگذار بدهد، اما در بلندمدت دولت را از ظرفیت عظیم مشارکت اجتماعی محروم کرده و نظام رفاهی را به ساختاری ناکارآمد و پرهزینه تبدیل می‌کند.

● راهبرد سوم: گذار به برون سپاری اجتماعی مشروط؛ الگوی زمینه‌مند و مشارکت‌محور (راهبردی مطلوب)

این راهبرد مبتنی بر دیدگاه موافقان مشروط برون سپاری و منطق حاکم بر این مطالعه است. برون سپاری نه یک راهکار صرفاً اقتصادی، بلکه فرایندی اجتماعی برای ارتقای کیفیت خدمات و تحقق عدالت اجتماعی تلقی می‌شود. در این مسیر، دولت نقش خود را از کارفرما به تنظیم‌گر و توانمندساز تغییر می‌دهد و نهادهای غیردولتی از جایگاه پیمانکار به شریک سیاستگذاری و هم‌طراح مداخلات ارتقا می‌یابند. تحقق آن مستلزم اصلاح نظام تأمین مالی به سمت منابع پایدار و چندمنبعی، استقرار ارزیابی کیفی و فرایندی، تغییر قراردادها به مدل مبتنی بر نتایج اثبات شده، حمایت از نهادهای کوچک محلی و تقویت رویکردهای پیشگیرانه است. پیامد این گذار، ارتقای کیفیت و اثربخشی خدمات، پایداری مالی، مشارکت واقعی نهادهای مردمی و تبدیل برون سپاری از انتقال هزینه به هم‌آفرینی ارزش اجتماعی خواهد بود.

۱. مقدمه

در سال‌های اخیر، با ظهور پارادایم‌های نوین حکمرانی و پیچیده‌تر شدن دامنه و شدت آسیب‌های اجتماعی، سیاستگذاران اجتماعی به‌ویژه در ایران، سیاست برون سپاری خدمات اجتماعی و حمایتی را به‌عنوان راهبردی ساختاری برای افزایش اثربخشی، پوشش و انعطاف‌پذیری آنها در دستور کار قرار داده‌اند. این سیاست عمدتاً ناظر بر واگذاری خدماتی چون مراقبت، توان‌بخشی، مشاوره، اسکان اضطراری و آموزش اجتماعی در حوزه‌هایی نظیر اعتیاد، خشونت خانگی، کودک‌آزاری و خانواده‌های در معرض طلاق به نهادهای غیردولتی بوده که با حفظ نقش دولت در تأمین مالی و تنظیم‌گری همراه است [۱] [۲]. مطابق یافته‌ها، دولت‌ها در اتخاذ این سیاست، با اهدافی فراتر از صرف کاهش هزینه‌ها یا کوچک‌سازی ساختار اجرایی اقدام کرده‌اند. از جمله، افزایش دسترسی به گروه‌های آسیب‌پذیر،



ارتقای کیفیت و تنوع خدمات، ایجاد فضای نوآوری، تعمیق مشارکت مدنی و بازتعریف نقش دولت از مداخله‌گر مستقیم به تنظیم‌گر مشارکت‌محور از جمله اهداف کلیدی بوده‌اند. در این چارچوب، سازوکارهای تأمین مالی، ابزارهای قراردادی و الگوهای مالکیتی از جمله متغیرهای تعیین‌کننده در نحوه عملکرد نظام برون‌سپاری به‌شمار می‌آیند [۱].

باین حال، داده‌های تجربی حکایت از آن دارند که موفقیت این سیاست، به‌ویژه در حوزه حساس آسیب‌های اجتماعی، به‌شدت وابسته به ظرفیت تنظیم‌گری، نوع مالکیت مراکز مجری، ثبات سازمانی و شفافیت عملکردی است. برای مثال، مطالعه‌ای در انگلستان نشان داده است که مراکز خدمات اجتماعی کودکان تحت مالکیت انتفاعی، نسبت به مراکز خیریه، از ثبات کمتری در پرسنل، کیفیت ضعیف‌تر در مراقبت و شفافیت پایین‌تری در گزارش‌دهی برخوردارند، امری که مستقیماً بر رفاه کودکان آسیب‌دیده اثرگذار بوده است [۲].

در ایران نیز، به‌موجب ماده (۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت، این رویکرد در ساختارهای حمایتی، توان بخشی، پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و ... اتخاذ شده است. سازمان بهزیستی یکی از نهادهایی است که در سال‌های اخیر خدمات مختلف خود را جهت کاهش تصدی‌گری دولت و افزایش مشارکت بخش غیردولتی در بخش‌های تأمین مالی و ارائه خدمات برون‌سپاری کرده است که امور مرتبط با پیشگیری و درمان آسیب‌های اجتماعی از جمله این خدمات محسوب می‌شوند. به‌موجب برنامه ششم توسعه کشور در حوزه آسیب‌های اجتماعی، نقش دولت از مجری مستقیم خدمات رفاه اجتماعی به ناظر و سیاستگذار ارتقایافته که وظایف اجرایی مانند بازتوانی معتادان، ساماندهی کودکان خیابانی و آموزش مربیان اجتماعی به نهادهای غیردولتی و مردمی واگذار شده است. علاوه بر این، ماده (۸۴) قانون برنامه هفتم پیشرفت نیز، با هدف کاهش آسیب‌های اجتماعی، الگوی سیاستگذاری برپایه مشارکت نهادهای مردمی، تخصصی و غیردولتی بنا شده است. این رویکرد به‌جای تکیه صرف بر ظرفیت‌های دولتی، به سمت ساختارهای شبکه‌ای حرکت کرده و تلاش دارد با واگذاری کنترل شده بخشی از وظایف اجرایی، اثربخشی اقدامات پیشگیرانه و مداخله‌گرایانه را افزایش دهد. در این چارچوب، وزارت کشور موظف است با همکاری دستگاه‌های مربوطه، طرحی جامع و داده‌محور برای پایش و کنترل آسیب‌ها تدوین کند. تدوین پیوست اجتماعی برای پروژه‌های بزرگ، استفاده از ظرفیت نهادهای مدنی در ارزیابی اجتماعی و استانداردسازی داده‌ها از جمله تدابیری است که در راستای ارتقای حکمرانی مشارکتی و افزایش هم‌افزایی نهادی به‌کار گرفته می‌شود. در استنباطی از این گذار سیاستی در برنامه‌های ششم و هفتم پیشرفت، می‌توان تلقی دولت از حکمرانی در حوزه آسیب‌های اجتماعی را از منطق «برون‌سپاری اجرایی» به سمت «مردمی‌سازی مشارکتی» در حرکت دانست؛ به‌گونه‌ای که در برنامه ششم، نهادهای مدنی عمدتاً به‌عنوان مجریان پیمانکار شناخته می‌شدند و دولت در مقام خریدار خدمت و تنظیم‌گر باقی می‌ماند، باین حال در برنامه هفتم، نهادهای مردمی به‌مثابه شرکای سیاستگذاری و هم‌طراحان مداخله اجتماعی با نقشی فعال در تدوین، پایش و ارزیابی سیاست‌ها ظاهر شده‌اند. این تحول نه‌تنها بیانگر چرخش از مدیریت هزینه‌محور به حکمرانی چندسطحی و شبکه‌ای است، بلکه نشان‌دهنده تلاش قانونگذار برای تقویت مشروعیت اجتماعی، ظرفیت‌سازی محلی و فراگیر کردن حکمرانی آسیب‌محور برپایه هم‌تصمیمی نهادی است.

همان‌طور که عنوان شد، اجرای سیاست برون‌سپاری نه‌تنها نیازمند ظرفیت‌سازی نهادی و تنظیم‌گری اثربخش است، بلکه مستلزم ارزیابی دقیق از پیامدهای آن در حوزه‌های مختلف خدماتی نیز خواهد بود. اقدامات سیاستی اخیر در ایران، به‌ویژه در حوزه تدوین دستورالعمل‌های اجرایی، راه‌اندازی مراکز تخصصی و تخصیص منابع مالی، حاکی از آن است که دولت تلاش دارد الگوی تلفیقی از مداخله مستقیم و غیرمستقیم را در پاسخ به آسیب‌های اجتماعی نهادینه سازد. از «خانه‌های امن» برای زنان آسیب‌دیده تا «مراکز درمان اعتیاد» با رویکرد اجتماع درمان‌مدار و از مراکز مشاوره برای پیشگیری از طلاق تا «مراکز حمایتی-آموزشی کودک و خانواده»، الگوی سیاستی برون‌سپاری

در پی تحقق مأموریتی چندوجهی، زمینه‌مند و مشارکت‌محور است. با توجه به گستردگی آسیب‌ها، تنوع مراکز و پیچیدگی رابطه دولت با نهادهای مجری، بررسی سیاست‌های برون سپاری در این حوزه، ضرورتی گریزناپذیر و در عین حال چندسطحی است. از این رو در این مطالعه، با تمرکز بر تجربه سازمان بهزیستی در برون سپاری خدمات مرتبط با آسیب‌های اجتماعی، ضمن تحلیل اقدامات سیاستی انجام شده، نقاط قوت و ضعف این سیاست براساس شاخص‌هایی مختلف مورد بررسی و تحلیل قرار گرفته است. هدف اصلی، ارائه چارچوبی تحلیلی برای درک بهتر از منطق مداخله دولت، ظرفیت نهادهای غیردولتی و ارائه پیشنهادهایی در مورد حفظ، اصلاح و تغییر بنیادین ساختار موجود در ایران است.

۲. پیشینه پژوهش

۲-۱. سوابق مطالعاتی

بررسی‌های انجام شده گویای آن است که مطالعات معدودی در حوزه‌های مرتبط با برون سپاری خدمات اجتماعی انجام شده است که هیچ‌کدام از آنها به صراحت به این موضوع نپرداخته‌اند. برخی از این یافته‌ها شامل:

جدول ۱. تحلیل پیشینه پژوهشی

ردیف	عنوان گزارش	سال انتشار	شماره مسلسل	نام دفتر / سازمان / نهاد
۱	سیاست‌های کاهش طلاق در کشور ۱. تحولات قوانین طلاق	۱۳۹۸	۱۶۷۰۳	دفتر مطالعات فرهنگ و آموزش
۲	ارزیابی عملکرد احکام برنامه ششم توسعه در حوزه مبارزه با مواد مخدر و اعتیاد	۱۴۰۱	۱۸۶۷۲	دفتر مطالعات اجتماعی
۳	ارزیابی سیاست ارائه خدمات اجتماعی در طرح «مثبت زندگی»	۱۴۰۱	۱۸۱۵۵	دفتر مطالعات اجتماعی
۴	کودکان کار و خیابانی در ایران (۱): ارزیابی قوانین و مقررات مرتبط	۱۴۰۱	۱۸۵۹۳	دفتر مطالعات اجتماعی
۵	کودکان کار و خیابانی در ایران (۲): ارزیابی طرح‌ها و الگوهای مداخله و الزامات تدوین طرح مداخله جامع	۱۴۰۱	۱۸۴۳۹	دفتر مطالعات اجتماعی
۶	درس‌آموخته‌های سیاستی مواجهه با فقر و آسیب‌دیدگان اجتماعی در تاریخ ایران معاصر (۱)	۱۴۰۲	۱۸۹۷۷	دفتر مطالعات اجتماعی
۷	بررسی لایحه برنامه هفتم توسعه (۳۷): تحلیلی بر مقوله برون‌سپاری (بررسی بند «ج» ماده (۱۰۶) لایحه)	۱۴۰۲	۱۹۱۱۱	دفتر مطالعات مدیریت
۸	بررسی فرایند برون‌سپاری خدمات به مرکز نگهداری از کودکان و نوجوانان فاقد سرپرست مؤثر از منظر نظام هزینه‌ها	۱۴۰۳	۲۰۳۰۹	دفتر مطالعات اجتماعی
۹	ارزیابی عملکرد مراکز مهر خانواده از منظر پیشگیری و کاهش آسیب‌های ناشی از طلاق	۱۴۰۳	۲۰۲۱۴	دفتر مطالعات اجتماعی
۱۰	ارزیابی وضعیت و فرایند مراکز موضوع ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر	۱۴۰۳	۲۰۲۹۸	دفتر مطالعات اجتماعی

مأخذ: یافته‌های پژوهش.



۲-۲. سوابق تقنینی

بررسی‌های انجام شده از ساختار قانونی موجود در حوزه آسیب‌های اجتماعی، گویای فراز و نشیب‌های بسیار در نوع تلقی و ادراک سیاستگذار از این مفهوم است. این تفاوت و تغییرات در نگرش نسبت به این پدیده، سبب شده است تا در طول دهه‌های اخیر، تمهیدات مختلفی با ماهیت متفاوت برای کنترل آسیب‌های اجتماعی تقنین گردد. برخی از این قوانین شامل موارد ذیل می‌شوند که بررسی نکات برجسته هر کدام، سبب احصای تصویری بهتر از نکات ذکر شده می‌شود (جدول ۲).

جدول ۲. سوابق تقنینی در حوزه برون‌سپاری خدمات

ردیف	نام سند	تاریخ تصویب	شماره ماده/ بند	نکات برجسته
۱	برنامه دوم توسعه	۱۳۷۳	تبصره «۳۳»	دستگاه‌های دولتی موظف به بازنگری ساختار خود با هدف واگذاری امور به بخش غیردولتی هستند. در صورت عدم اقدام، سازمان اداری راسا این کار را انجام می‌دهد.
۳			بخش دوم بند «۷»	وظایف تصدی دولت باید تا حد ضرورت کاهش یابد و وظایف حاکمیتی تقویت شود.
۴			تبصره «۳۲»	دولت موظف به واگذاری امور به مردم و عدم تمرکز است. نظام اداری باید با تکیه بر ارزش‌های اسلامی اصلاح شود.
۵			تبصره «۳۹»	انحصارهایی که منافی اعمال حاکمیت نیستند؛ لغو می‌شوند. هدف مشارکت عمومی و کاهش حجم تصدی دولت است.
۶			ماده (۱۲)	هیئت عالی واگذاری به ریاست وزیر اقتصاد برای هماهنگی و نظارت بر فرایند واگذاری تشکیل می‌شود.
۷	برنامه سوم توسعه	۱۳۷۹	بند «ب» ماده (۶۴)	انجام وظایف تصدی‌های اجتماعی مانند آموزش و بهداشت از طریق مشارکت بخش غیردولتی تأمین اعتبار می‌شود.
۸			ماده (۱۳۷)	بخشی از فعالیت‌های اجرایی دستگاه‌های دولتی به شوراهای اسلامی و مؤسسات غیردولتی محلی واگذار می‌شود.
۹			ماده (۱۸۲)	تشکیل‌های مردمی و سازمان‌های غیردولتی برای واگذاری تصدی‌های دولت تقویت می‌شوند.
۱۰			ماده (۱۹۲)	توسعه مراکز درمان بستری در شهرهای بزرگ برعهده بخش غیردولتی است. در شهرهای بزرگ، امکانات درمانی موجود نیز به بخش غیردولتی واگذار می‌شود.
۱۱			ماده (۲۶)	اعطای پروانه فعالیت برای مراکز با هدف انتفاعی برای بخش غیردولتی توسط سازمان بهزیستی
۱۲	قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت	۱۳۸۰	ماده (۸۸)	دولت موظف است با هدف کاهش تصدی‌گری، برخی فعالیت‌های اجتماعی را به بخش غیردولتی واگذار کند. ارائه خدمات موضوع این ماده توسط بخش غیردولتی به سه روش: خرید خدمات از بخش غیردولتی، مشارکت با بخش غیردولتی و واگذاری مدیریت بخش غیردولتی انجام می‌شود.
۱۳	برنامه چهارم توسعه	۱۳۸۳	ماده (۶)	دولت مجاز به استفاده از همه روش‌های واگذاری اعم از مدیریت و مالکیت است. روش‌هایی مانند اجاره، پیمان مدیریت، فروش سهام و انحلال شرکت‌ها قابل اجراست.
۱۴			ماده (۳۴)	دولت با حفظ سیاستگذاری و نظارت، امور تصدی‌دریایی را به بخش غیردولتی واگذار می‌کند. هدف توسعه فعالیت‌های تولیدی و خدمات‌دریایی است.
۱۵			ماده (۱۰۲)	دولت موظف به تهیه برنامه توسعه بخش تعاونی برای کاهش تصدی‌های دولتی است.
۱۶			ماده (۱۲۲)	بخشی از خدمات انتظامی و حفاظتی با موافقت فرماندهی کل نیروهای مسلح قابل واگذاری است. مؤسسات غیردولتی می‌توانند با حفظ کنترل و نظارت دولت مجوز فعالیت دریافت کنند.

ردیف	نام سند	تاریخ تصویب	شماره ماده/ بند	نکات برجسته
۱۷	برنامه چهارم توسعه	۱۳۸۳	ماده (۱۳۶)	وظایف تصدی‌های اجتماعی، فرهنگی و خدماتی از طریق خرید خدمات، مشارکت و واگذاری مدیریت انجام می‌شود. وظایف زیربنایی توسط بخش غیردولتی و با نظارت دولت انجام خواهد شد. وظایف اقتصادی نیز با رعایت اصل (۴۴) به بخش غیردولتی واگذار می‌گردد.
۱۸	سیاست‌های کلی اصل (۴۴)	۱۳۸۴	-	نقش دولت از مالکیت و مدیریت به سیاستگذاری و نظارت تغییر می‌کند. خصوصی‌سازی در راستای افزایش کارایی، رقابت‌پذیری و گسترش مالکیت عمومی جهت‌گیری می‌شود.
۱۹	قانون مدیریت خدمات کشوری	۱۳۸۶	بخش ۳ ماده (۱۳)	دولت می‌تواند امکانات و تجهیزات خود را در اختیار بخش غیردولتی قرار دهد. مالکیت دولت باقی می‌ماند؛ اما بهره‌برداری واگذار می‌شود.
۲۰			ماده (۱۸)	کارکنانی که منتقل می‌شوند دیگر کارمند دولت محسوب نمی‌شوند. قانون کار بر آنها حاکم است و رابطه استخدامی با دولت قطع می‌گردد.
۲۱			بند «الف» ماده (۲۴)	دستگاه‌های اجرایی موظف‌اند ظرف شش ماه وظایف قابل واگذاری را فهرست کنند. در هر برنامه پنج‌ساله باید ۲۰ درصد از تصدی‌های قابل واگذاری کاهش یابد.
۲۲			بند «۹» ماده (۱۱۵)	هدف، خروج دولت از فعالیت‌های غیرضرور است. واگذاری هم به بخش خصوصی و هم به شهرداری‌ها و شوراهای انجام می‌شود.
۲۳	برنامه پنجم توسعه	۱۳۹۰	بند «۵» ماده (۱۴۳)	امور تصدی‌گری و برون‌سپاری در بخش کشاورزی به بخش خصوصی، تعاونی‌ها و تشکلهای کشاورزی واگذار می‌شود. مهندسان و مشاوران فنی کشاورزی، دام‌پروری و آبریزپروری مخاطب این واگذاری هستند.
۲۴	برنامه ششم توسعه	۱۳۹۶	ماده (۱۷۳)	دولت مجاز به تهیه برنامه جامع مدیریت شهری برای واگذاری وظایف و تصدی‌های دستگاه‌های دولتی به بخش خصوصی و شهرداری‌هاست.
۲۵			بند «ب» ماده (۲۱)	بیمه مرکزی موظف به کاهش تصدی‌گری خود در صنعت بیمه شده است. کاهش بیمه اتکایی اجباری در بیمه بازرگانی نیز الزامی است.
۲۶			بند «الف» ماده (۲۸)	دستگاه‌های اجرایی موظف به کاهش ۱۵ درصدی اندازه خود طی برنامه هستند. این کاهش از طریق انحلال، ادغام و واگذاری وظایف به شهرداری‌ها و دهیاری‌ها انجام می‌شود.
۲۷			بند «ب» ماده (۵۱)	سازمان بنادر مجاز به واگذاری حق بهره‌برداری و مدیریت بنادر کوچک به بخش خصوصی است. وظایف حاکمیتی سازمان همچنان حفظ می‌شود.
۲۸	برنامه هفتم پیشرفت	۱۴۰۳	بند «الف» ماده (۷۰)	تولیت نظام سلامت در وزارت بهداشت متمرکز می‌شود؛ اما امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری قابل واگذاری است. همه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت ملزم به تبعیت از سیاست‌های وزارت بهداشت هستند.
۲۹			ماده (۶۴)	واگذاری وظایف دولتی، مسئولیت حاکمیتی دولت در قبال مردم را از بین نمی‌برد. اگر بخش خصوصی نتواند خدمات مطلوب ارائه دهد، دولت باید وظیفه را به شخص دیگری واگذار کرده و خسارت پیمانکار قبلی را بپردازد.
۳۰			بخش ۱ بند «ط» ماده (۲۲۴)	واگذاری امور به بخش غیردولتی نسبت به هزینه کردن مستقیم اعتبارات عمومی اولویت دارد.

مأخذ: همان.

ردپای سازوکارهای برون‌سپاری در نظام حکمرانی نشان می‌دهد؛ نگرش قانونگذار به تصدی‌زدایی در ایران طی سه دهه اخیر دستخوش تحولی بنیادین شده است. آنچه در برنامه‌های نخست توسعه با رویکردی محتاطانه و عمدتاً معطوف به اصلاح ساختار اداری آغاز شد، به تدریج به راهبردی کلان برای بازتعریف نقش دولت در اقتصاد و خدمات عمومی بدل گردید. این سیر تحول نه تنها دامنه شمول واگذاری‌ها را گسترش داد، بلکه ابزارها، الزامات و تضمین‌های اجرایی آن را نیز به مراتب پیچیده‌تر و نظام‌مندتر ساخت. در برنامه دوم توسعه، تأکید اصلی بر بازنگری



ساختار دستگاه‌های اجرایی با هدف واگذاری تدریجی امور به بخش غیردولتی بود. با این حال، این دوره فاقد ضمانت‌های اجرایی مشخص و اهداف کمی مدون بود و بیشتر به عنوان مقدمه‌ای برای تحولات بعدی عمل کرد. علاوه بر این، قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت در سال ۱۳۸۰، رویکرد برون‌سپاری را به ساختارهای حمایتی، توان بخشی و پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی با تأکید بر سازمان بهزیستی وارد کرد. براساس این قانون، به دستگاه‌های اجرایی اجازه داده شد تا ارائه خدمات مختلف اجتماعی را به بخش غیردولتی واگذار کنند. سازمان بهزیستی یکی از نهادهایی است که در همین راستا، در سال‌های اخیر خدمات مختلف خود را جهت کاهش تصدی‌گری دولت و افزایش مشارکت بخش غیردولتی در تأمین مالی و ارائه خدمات برون‌سپاری کرده است که امور مرتبط با پیشگیری و درمان آسیب‌های اجتماعی از جمله این خدمات محسوب می‌شوند.

افزون بر این، برنامه سوم با نهادسازی گام مهمی در این مسیر برداشت. ایجاد هیئت عالی واگذاری و الزام به تفکیک سیاستگذاری از تصدی در قالب شرکت‌های مادر تخصصی، نشان داد که قانونگذار به دنبال ایجاد ساختاری پایدار برای فرایند واگذاری است. با تصویب برنامه چهارم، رویکرد کمی و هدفمند به تصدی‌زدایی در دستور کار قرار گرفت. تعیین اهداف مشخصی نظیر کاهش ۵ درصدی نیروی انسانی دولت و واگذاری حداقل ۲۰ درصد از سازمان‌ها، همراه با تنوع بخشی به روش‌های واگذاری از اجاره و پیمان مدیریت تا فروش سهام، حاکی از آن بود که قانونگذار دیگر صرفاً به دنبال کوچک‌سازی دولت نیست، بلکه کیفیت و روش‌های این انتقال را نیز مدنظر دارد. با این حال، نقطه عطف این مسیر بی‌تردید ابلاغ سیاست‌های کلی اصل (۴۴) بود که نقش دولت را از مالکیت و مدیریت به سیاستگذاری و نظارت تغییر داد. قانون مدیریت خدمات کشوری نیز بلافاصله مکمل این رویکرد شد و با تفکیک دقیق وظایف حاکمیتی از تصدی‌گری، تکلیف نیروی انسانی منتقل شده و تضمین حقوق آنان را روشن ساخت.

پس از آن، به موجب قانون برنامه ششم توسعه، در حوزه آسیب‌های اجتماعی، نقش دولت از مجری مستقیم خدمات رفاه اجتماعی به ناظر و سیاستگذار ارتقا یافت و وظایف اجرایی مانند بازتوانی معتمدان، ساماندهی کودکان خیابانی و آموزش مربیان اجتماعی به نهادهای غیردولتی و مردمی واگذار شد. در این دوره، نهادهای مدنی عمدتاً به عنوان مجریان پیمانکار شناخته می‌شدند و دولت در مقام خریدار خدمت و تنظیم‌گر باقی می‌ماند. این قانون را می‌توان محرکه اصلی سازمان بهزیستی در برون‌سپاری خدمات طی سال‌های اخیر دانست. با این وجود، ماده (۸۴) قانون برنامه هفتم پیشرفت، با هدف کاهش آسیب‌های اجتماعی، الگوی سیاستگذاری را بر پایه مشارکت نهادهای مردمی، تخصصی و غیردولتی بنا نهاده است. در این چارچوب، نهادهای مردمی به مثابه شرکای سیاستگذاری و هم‌طراحان مداخله اجتماعی ظاهر شده‌اند و وزارت کشور موظف است با همکاری دستگاه‌های مربوطه، طرحی جامع و داده‌محور برای پایش و کنترل آسیب‌ها تدوین کند. تدوین پیوست اجتماعی برای پروژه‌های بزرگ، استفاده از ظرفیت نهادهای مدنی در ارزیابی اجتماعی و استانداردسازی داده‌ها از جمله تدابیری است که در راستای ارتقای حکمرانی مشارکتی و افزایش هم‌افزایی نهادی به کار گرفته می‌شود. این تحول در برنامه هفتم، تلقی دولت از حکمرانی در حوزه آسیب‌های اجتماعی را از منطق «برون‌سپاری اجرایی» به سمت «مردمی‌سازی مشارکتی» حرکت داده است.

به طور کلی می‌توان عنوان داشت که تأمل در **سیر تحول تصدی‌زدایی در ایران نشان می‌دهد که این فرایند از الگویی پیروی کرده است که آغاز آن از حوزه اداری با هدف چابک‌سازی دستگاه‌ها بود، سپس به حوزه اقتصادی و خصوصی‌سازی بنگاه‌ها ذیل سیاست‌های کلی اصل (۴۴) گسترش یافت، و در نهایت به حوزه اجتماعی و رفاهی تعمیم پیدا کرد.** با این حال، آنچه در این گذار قابل تأمل است، غلبه منطق حاکم بر دو حوزه نخست یعنی عقلانیت اداری و اقتصادی بر قلمرو اجتماعی است. به بیان دیگر، برون‌سپاری در ایران عمدتاً تابع منطق کارایی هزینه‌ای، کاهش تصدی‌گری، رقابت‌پذیری و اندازه‌گیری عملکرد براساس شاخص‌های کمی طراحی شده است. این منطق اگرچه در نگاه‌داری و برخی خدمات اداری می‌تواند توجیه‌پذیر باشد، با این حال در مواجهه با حوزه آسیب‌های اجتماعی که با ویژگی‌هایی چون غیرقابل پیش‌بینی بودن، دیربازده بودن، نیازمند اعتماد و ارتباط انسانی و برخورداری از ارزش ذاتی همراه است، با چالش‌های بنیادین روبه‌رو می‌شود. بر این اساس، تعمیم منطق اقتصادی به این حوزه همواره خطر کاهش کیفیت خدمات به دلیل فشار برای کاهش هزینه‌ها، کنار گذاشته شدن گروه‌های پرخرج، تضعیف رویکردهای پیشگیرانه بلندمدت به نفع مداخلات کوتاه‌مدت قابل اندازه‌گیری و در نهایت زایل شدن ارزش‌های انسانی و همدلانه در ارائه خدمت را دربردارد. از این رو، مطابق برنامه هفتم، اگرچه استقبال از ورود نهادهای مردمی و واگذاری کنترل شده وظایف اجرایی به بخش غیردولتی در حوزه آسیب‌های اجتماعی گامی ضروری است، موفقیت آن مستلزم طراحی الگویی زمینه‌مند از

برون سپاری اجتماعی است که ضمن بهره‌گیری از ظرفیت‌های مشارکت مردمی، از فروکاستن امر اجتماعی به معادلات صرف اقتصادی پرهیز کند. چنین الگویی باید مبتنی بر تأمین مالی بلندمدت و پایدار، ارزیابی کیفی و فرایندی، حمایت از نهادهای کوچک و محلی و تقویت رویکردهای توانمندساز و مشارکت‌جو طراحی شود تا برون سپاری در حوزه آسیب‌های اجتماعی از یک انتقال هزینه صرف به هم‌آفرینی ارزش اجتماعی تبدیل گردد و مشروعیت و اثربخشی خود را در بلندمدت حفظ کند.

۳. نظریه سیاستی

نگاهی به تاریخ تحول ساختار حکمرانی و شیوه ارائه خدمات عمومی، گویای یک الگوی دیالکتیکی است. از یک سو، منطق دولت حداکثری قرار دارد که براساس آن، دولت‌ها از اواخر قرن نوزدهم تا میانه قرن بیستم، در واکنش به بحران‌های ظهور یافته، از یک تنظیم‌گر ساده به تأمین‌کننده اصلی خدمات اجتماعی تبدیل شدند. در این دوران، نهادهای حمایتی که پیشتر به صورت محلی و غیردولتی فعالیت می‌کردند، در ساختارهای ملی ادغام شدند و دولت نقش محوری یافت. هرچند این تحول با کشمکش میان بخش دولتی و خصوصی همراه بود، اما در نهایت به نهادینه شدن مدل‌هایی انجامید که در آنها دولت مسئولیت اصلی ارائه خدمات را برعهده داشت. با این حال، این نظام‌های به‌ظاهر همگانی، در عمل با چالش‌هایی از جمله نابرابری جنسیتی در برخورداری از خدمات، بحران‌های مالی، افزایش تعدد و تنوع خواسته‌ها، همراه بودند [۳]. بر این اساس، با افزایش انتقادات از ناکارآمدی و بوروکراسی زائد دولت رفاه، افزایش جمعیت، سالمندی جمعیت، تأکید بر حق انتخاب خدمت‌گیرنده و ...، از دهه ۱۹۸۰ به تدریج مفهوم جدیدی با عنوان «دولت حداقلی» در ادبیات سیاسی ظهور کرد. در این نگاه، دولت دیگر تأمین‌کننده مستقیم خدمات نبود، بلکه به تنظیم‌گر، هدایت‌کننده و خریدار خدمات تبدیل شد. بر این اساس، سیاست‌هایی مانند برون سپاری، مقررات‌زدایی و واگذاری مسئولیت‌های اجرایی به بخش خصوصی، جایگزین ارائه مستقیم خدمات توسط دولت گردید. در این معنا، این سیاست‌ها نه به عنوان یک ابزار کمکی در اداره حاکمیت و ارائه هرچه بهتر خدمات، بلکه به عنوان هدف بلامنازع دولت‌ها، با شعار افزایش کارایی و کیفیت خدمات، در دستور کار قرار گرفت. این تغییر رویکرد در حوزه‌های مختلف اجتماعی نیز نمود یافت که در پی آن دولت‌ها ترجیح دادند به جای مدیریت مستقیم، این وظایف را به بازیگران غیردولتی که عمدتاً متعلق به بخش خصوصی بودند، واگذار کنند. این تغییر صرفاً یک تحول مدیریتی نبود، بلکه نشانگر دگرگونی در مفهوم کارکردهای دولت محسوب می‌شد. با این حال، تجربه عملی برخی موارد برون سپاری نشان داد که صرف عقب‌نشینی دولت، تضمین‌کننده کارایی نیست [۴]. از این رو گاهی واگذاری خدمات به بخش خصوصی بدون ایجاد سازوکارهای نظارتی و ارزیابی مناسب و پرداخت به‌هنگام و منصفانه اعتبارات، به کاهش کیفیت خدمات یا افزایش نابرابری در دسترسی منجر شد. بنابراین، دولت حداقلی را باید تلاشی برای یافتن تعادلی نوین میان حکمرانی، کارایی و عدالت اجتماعی دانست که ضرورت شکل‌گیری نهادهای تنظیم‌گر قوی و شفاف را نیز برجسته ساخت.

برایند این دو رویکرد موجب شد تا ساختاری تلفیقی منتج از دو مرحله پیشین، در واکنش به محدودیت‌های دولت رفاه و ناکامی‌های نئولیبرالیسم شکل گیرد. در این رویکرد جدید، سیاستگذاری عمومی حاصل تعامل چندلایه میان دولت، جامعه مدنی، بخش خصوصی، رسانه‌ها و نهادهای فراملی است. به جای فرماندهی خطی و بوروکراتیک، حکمرانی بر مشارکت، هم‌پیمانی و سازوکارهای افقی تأکید دارد. در این میان، سازمان‌های مردمی با شناخت بهتر از بافت محلی، توانستند در زمینه کاهش آسیب‌های اجتماعی نقش مؤثرتری ایفا کنند. علاوه بر این، نگرش‌های متأخر در رویکرد سوم که می‌توان از آن با عنوان حکمرانی واقع‌گرایانه یا حکمرانی به‌اندازه کافی خوب نیز یاد کرد، بر ظرفیت‌های واقعی نظام‌های سیاسی در مواجهه با محدودیت‌ها و شرایط زمینه‌ای تأکید کردند. براساس این نگاه، به جای پیروی از الگوهای آرمانی و تجویزی بین‌المللی (نگاه اولیه به مفهوم حکمرانی)، سیاستگذار باید متناسب با بستر نهادی خود و براساس نسبت هزینه-فایده، مداخلاتی محدود و دقیق طراحی کند. برای نمونه، آنچه در کاهش آسیب‌های اجتماعی در یک کلان‌شهر مؤثر است، ممکن است در یک منطقه روستایی کارآمد نباشد. بنابراین سیاستگذار باید مداخلات را متناسب با شرایط زمینه‌ای طراحی کند. در این رویکرد، خطا امری اجتناب‌ناپذیر به‌شمار می‌آید که بایستی از آن به عنوان ابزاری برای یادگیری و ایجاد ظرفیت‌هایی برای دستیابی به منابع و توسعه استفاده کرد [۵]. بدین ترتیب،



چرخش از دولت حداکثری به حکمرانی واقع‌گرایانه، نه یک مسیر خطی، بلکه فرایندی پرفراز و نشیب بوده که در آن تجربه زیسته جوامع مختلف، بهترین راهنما برای طراحی سیاست‌های مؤثر در حوزه آسیب‌های اجتماعی است.

این روایت‌ها، نقطه‌شروعی برای تحلیل و دسته‌بندی سیاست‌ها در چارچوب‌های نظری مختلف به‌شمار می‌روند و امکان دستیابی به فهمی نظام‌مند از الگوهای مداخله در کشورهای گوناگون را فراهم می‌سازند. همان‌طور که اشاره شد، یکی از حیاتی‌ترین خدمات عمومی، خدمات مرتبط با آسیب‌های اجتماعی است. از این رو، این نوع مداخلات همواره از مسئولیت‌های اساسی دولت‌ها محسوب شده و دولت‌ها راهبردهای متنوعی برای تحقق آن به کار می‌گیرند. در این راستا، پدیده برون‌سپاری به عنوان یکی از این راهبردهایی به‌شمار می‌آید که در مراحل نخستین حکمرانی، کمتر نمود داشت. در آن دوره، دولت متولی بلامنازع حوزه اجتماعی تلقی می‌شد، اما با گذر زمان این نگرش دگرگون شد و برون‌سپاری به یکی از اصلی‌ترین راهبردهای ارائه خدمات اجتماعی تبدیل گردید. بر این اساس این سیاست به میزانی رواج یافت که انواع مختلفی از آن مورد توجه حاکمیت‌ها قرار گرفت و در قالب‌های مختلفی ظهور و نمود یافت. پس از این دوره، برون‌سپاری شکلی فعال‌تر یافت و اجرای آن منوط به افزایش کارایی نظام حکمرانی گردید. در این معنا، برون‌سپاری به‌مانند دوره پیشین دیگر نه به‌عنوان یک هدف، بلکه به‌مثابه ابزاری در دست دولت برای ارتقای کارایی تلقی شد. از این رو، می‌توان سه رویکرد متمایز به پدیده برون‌سپاری را شناسایی کرد:

- ۱) مخالفان برون‌سپاری در نظام اجتماعی که بر نقش حداکثری دولت تأکید دارند.
- ۲) موافقان برون‌سپاری که خواستار دولت حداقلی و واگذاری خدمات به بخش غیردولتی هستند.
- ۳) موافقان برون‌سپاری مشروط به افزایش کارایی و اثربخشی خدمات، با حفظ و توجه به شاخص‌های عدالت اجتماعی که ذیل رویکرد حکمرانی قرار می‌گیرد. در این رویکرد «کیفیت برون‌سپاری» مبنای تصمیم‌گیری است نه منطق حداکثری یا حداقلی.

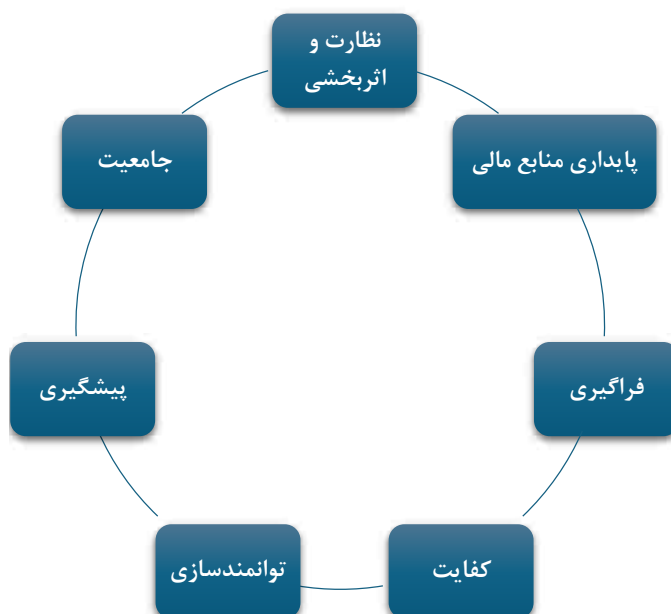
بنابراین، می‌توان چنین نتیجه گرفت که **برون‌سپاری خدمات در حوزه آسیب‌های اجتماعی، برخلاف تصور رایج، نه یک راهبرد صرفاً فنی یا اقتصادی و رقابت‌پذیر، بلکه کنشی عمیقاً سیاسی و نهادی است که موفقیت آن در گروی عبور از دوگانه‌های ساده‌انگارانه دولت حداکثری در برابر دولت حداقلی قرار دارد.** تجربه تاریخی نشان داده است که نه مداخله بی‌حد و حصر دولت به دلیل گرفتار آمدن در بوروکراسی زائد و فاصله گرفتن از میدان عمل، و نه واگذاری مطلق به بخش خصوصی به علت اولویت یافتن منطق سود بر عدالت اجتماعی، به تنهایی راهگشای مسائل پیچیده‌ای همچون اعتیاد، بی‌خانمانی یا طرد اجتماعی نیست. بنابراین، رویکرد مطلوب برای برون‌سپاری در این عرصه، الگوی حکمرانی چندلایه‌ای است که در آن دولت نقش خود را به تناسب الزامات و شرایط زمینه‌ای، با بهره‌گیری از ظرفیت سازمان‌های مردمی و بخش خصوصی متعهد، زمینه مشارکت مؤثر کنشگران محلی تنظیم می‌کند. در این چارچوب، برون‌سپاری نه یک هدف ایدئولوژیک، بلکه ابزاری در خدمت کارآمدی، اثربخشی و افزایش کیفیت خدمات اجتماعی است. این منطق دقیقاً برخلاف منطق برون‌سپاری در حوزه اقتصادی قرار دارد که رقابت‌پذیری و کارایی را هدف اصلی برون‌سپاری و خصوصی‌سازی تعریف می‌کند. بر این اساس، **امر برون‌سپاری مشروط به آنکه شاخص‌های عدالت، دسترسی همگانی و کیفیت خدمات را قربانی صرفه‌جویی اقتصادی نکند و نهادهای نظارتی قدرتمندی برای پایش مستمر عملکرد بازیگران غیردولتی تعریف گرداند، امری قابل قبول است.**

حال برای آنکه بتوان درستی یا نادرستی سیاست‌های اتخاذ شده در حوزه آسیب‌های اجتماعی را سنجید و از کارآمدی یا ناکارآمدی آنها اطمینان حاصل کرد، ضروری است پیش از هر داوری، شاخص‌ها و معیارهای ارزیابی مشخصی تعریف شوند. این شاخص‌ها به‌منزله چراغ‌هایی هستند که مسیر را روشن می‌کنند و امکان قضاوت مبتنی بر شواهد را فراهم می‌سازند. از این رو، برای تحلیل دقیق و بررسی همه‌جانبه سیاست برون‌سپاری در ارائه خدمات ناظر بر آسیب‌های اجتماعی که سازمان بهزیستی در سال‌های اخیر در پیش گرفته است، لازم است نخست مجموعه‌ای از فاکتورها و سنجه‌ها را تعیین کنیم تا بر مبنای آنها بتوان این سیاست را مورد ارزیابی قرار داد. باین حال، نکته حائز اهمیت، تناسب شاخص‌ها با شرایط محیطی سیاست‌های اجرا شده است. این موضوع از آن جهت ضروری است که عدم انطباق شاخص‌ها با زمینه سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و ... سبب انحراف در امر ارزیابی و تعارض میان اهداف سیاستی و شاخص‌های ارزیابی می‌شود. این نکته سبب شده است تا به‌منظور شاخص‌گزینی دقیق، مروری بر قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، به‌عنوان الگویی موفق در حوزه سیاستگذاری اجتماعی کشور، انجام گیرد. بر این اساس، بر پایه بند «د» از ماده ششم قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، ساختار

تأمین اجتماعی کشور بر مبنای مشارکت هم‌افزا میان بخش‌های دولتی و غیردولتی در تمامی سطوح سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی بنا نهاده شده است. در چارچوب این قانون، نقش‌آفرینی بخش‌های غیردولتی در حوزه‌های اجرایی، تأمین مالی و کارگزاری مجاز و مورد حمایت است. دولت نیز در مقام مکمل بخش‌های غیردولتی، تنها هنگامی به اجرای سیاست‌ها وارد می‌شود که نهادهای غیرحکومتی از کفایت لازم برای پیشبرد امور برخوردار نباشند. شاخص‌های مختلفی جهت ارزیابی سیاست‌های تأمین اجتماعی از این قانون در سه سطح بیمه‌ای، حمایتی و امدادی به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم قابل استخراج است. این شاخص‌های احصا شده عبارت‌اند از:

- **نظارت و اثربخشی:** براساس بند «ح» ماده (۶) این قانون، نظارت دولت بر بخش‌های دولتی و غیردولتی به‌عنوان اصلی اساسی و لازمه جهت ارزیابی اثربخشی سیاست‌ها محسوب می‌گردد.
- **پایداری منابع مالی:** براساس بند «الف» ماده (۷) قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، پایداری منابع مالی یکی از ضرورت‌های سیاست‌های اتخاذی است که از ۱۱ منبع قابل تأمین است: منابع عمومی، منابع حاصل از هدفمندی یارانه‌ها، ایجاد تعادل میان منابع و مصارف، استفاده از کمک‌های مردمی، خیریه‌ای و... همچنین براساس بند «ب» این ماده، حد استفاده از منابع و تسهیلات دستگاه‌ها و نهادهای مجری موضوعه این قانون مورد نظارت دولت قرار می‌گیرد.
- **جامعیت:** براساس بند «الف» ماده (۹) این قانون، به‌صراحت جامعیت چنین عنوان شده است: «جامعیت به‌معنای ارائه کلیه خدمات متنوع و مصرح در این قانون است». بر این اساس، تنوع در ارائه خدمات توسط مجریان از ضرورت برخوردار است.
- **فراگیری:** علاوه بر جامعیت و تنوع خدمات، فراگیری و پوشش کامل و عادلانه جمعیتی نیز از اهمیت برخوردار است. بر این اساس، خدمات می‌بایست برای آحاد جامعه تضمین و تأمین گردد.
- **کفایت:** ضروری است تا خدمات از کفایت لازم در دو سطح برخوردار باشند؛ در سطح اول، خدمات می‌بایست پاسخ‌گو و تأمین‌کننده حداقل نیازهای اساسی آحاد جامعه باشد و در سطح دوم، حدالمقدور می‌بایست کمیت و کیفیت خدمات ارتقا یابد.
- **پیشگیری:** تأمین این سه شاخص، تأمین‌کننده پوشش همگانی و حداکثری نظام تأمین اجتماعی است که ذیل سه مؤلفه: تنوع و تعدد خدمات، فراگیری آن در سطح جامعه و کفایت کیفی و کمی آن، واقع می‌شود.
- **پیشگیری:** مطابق با بند «د» ماده (۹) این قانون، پیشگیری از ظهور یا گسترش انحرافات و مشکلات اجتماعی، مقدم بر درمان و حل این مشکلات است. بر این اساس، آسیب‌شناسی موضوعات و گروه‌های در معرض مشکلات و آسیب‌های اجتماعی به‌عنوان امری ضروری که نقش فعالی در کاهش هزینه‌های فنی، انسانی و مالی دارند، محسوب می‌گردد.
- **توانمندسازی:** از دیگر اصول و شاخص‌های ارزیابی سیاست‌ها، تأکید آنها بر امر توانمندسازی و تفوق آن بر تأمین مستقیم نیاز است که بخشی از این مهم از طریق تقدم امر پیشگیری و نیازسنجی فعال صورت می‌پذیرد (شکل ۱).

شکل ۱. شاخص‌های ارزیابی سیاست‌های اجتماعی [۲۰]





همچنین براساس تبصره ماده (۹) قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، دولت با اذعان به محدودیت‌های منابع مالی و اجرایی در تحقق سه اصل بنیادین این نظام، کفایت، جامعیت و فراگیری، ملزم شده است که سیاست‌های رفاهی خود را به صورت مرحله‌ای و تدریجی طراحی و اجرا کند. این سیاست‌ها باید در چارچوب برنامه‌های توسعه‌ای ملی گنجانده شوند تا امکان هم‌افزایی نهادی و بهره‌گیری بهینه از ظرفیت‌های موجود فراهم گردد. این نحوه سیاست‌گذاری تدریجی، نه تنها نشانگر رویکردی واقع‌گرایانه در مواجهه با محدودیت‌های ساختاری است، بلکه بستری فراهم می‌سازد برای تحقق تدریجی اهداف رفاهی، با رعایت اولویت‌های ملی، ظرفیت اجرایی دستگاه‌ها، و امکان نظارت مستمر بر کیفیت و اثربخشی اقدامات. به عبارت دیگر، دولت مکلف است تا در برنامه‌ریزی کلان توسعه، به جای ارائه نسخه‌های جامع و بلافاصله قابل اجرا، مسیر تدریجی، ارزیابی‌پذیر و مبتنی بر امکان‌سنجی را برگزیده و این سیاست‌ها را در ساختارهای اجرایی و نظارتی کشور نهادینه سازد.

۴. روش پژوهش



این مطالعه با رویکردی تحلیلی و ارزیابی‌محور تدوین شده است که تمرکز آن بر بررسی عملکرد سازمان بهزیستی در حوزه برون‌سپاری خدمات اجتماعی، با استفاده از شاخص‌های ارزیابی سیاست اجتماعی است. این ارزیابی در چارچوب یک تحلیل ترکیبی^۱ صورت می‌پذیرد که علاوه بر داده‌های ثانویه کمی (از جمله اطلاعات سالنامه‌های آماری سازمان بهزیستی کشور، مرکز آمار و گزارش‌های رسمی بودجه‌ای) از تحلیل کیفی اسناد و مطالعات پیشین نیز بهره می‌گیرد. در مرحله نخست، تحلیل اسنادی^۲ به عنوان روش پایه برای شناسایی روندهای تاریخی، ظرفیت‌های قانونی، ساختار سیاستی و نحوه شکل‌گیری مراکز خدماتی غیردولتی مورد استفاده قرار گرفته است. از خلال این تحلیل، نحوه تکوین برون‌سپاری و تطور آن در حوزه‌های مورد بررسی استخراج شده و با سیاست‌های کلان اجتماعی کشور تطبیق داده شده‌اند. در گام دوم، داده‌های کمی استخراج شده از منابع آماری، مورد تحلیل روندی^۳ قرار گرفته‌اند تا ضمن ارائه توصیفی از وضعیت برون‌سپاری خدمات در بخش‌های مورد بررسی، زمینه‌های تحلیل و ارزیابی بخش‌های برون‌سپاری شده را ایجاد گردانند. این تحلیل با بهره‌گیری از شاخص‌های برآمده از قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی شامل جامعیت، کفایت، فراگیری، پیشگیری، توانمندسازی، نظارت و اثربخشی و پایداری منابع مالی صورت پذیرفته است. در کنار تحلیل کمی، داده‌های کیفی بر گرفته از گزارش‌های مطالعاتی مراکز پژوهشی و بررسی‌های میدانی موجود نیز مورد تحلیل محتوایی قرار گرفته‌اند تا ادراک عمومی از اثربخشی سیاست‌های برون‌سپاری، تجربه زیسته خدمات‌گیرندگان و سازوکارهای چالش‌برانگیز نظارتی و اجرایی آشکار گردد. این داده‌ها نقش مکمل را در مطالعه حاضر ایفا می‌کنند. در پایان، ضمن ارائه تصویری از تأثیرات و نتایج حاصل از امر برون‌سپاری در ارائه خدمات مورد بررسی، پیشنهادهایی در جهت حفظ، اصلاح یا بازنگری اساسی در برون‌سپاری خدمات ارائه می‌گردد.

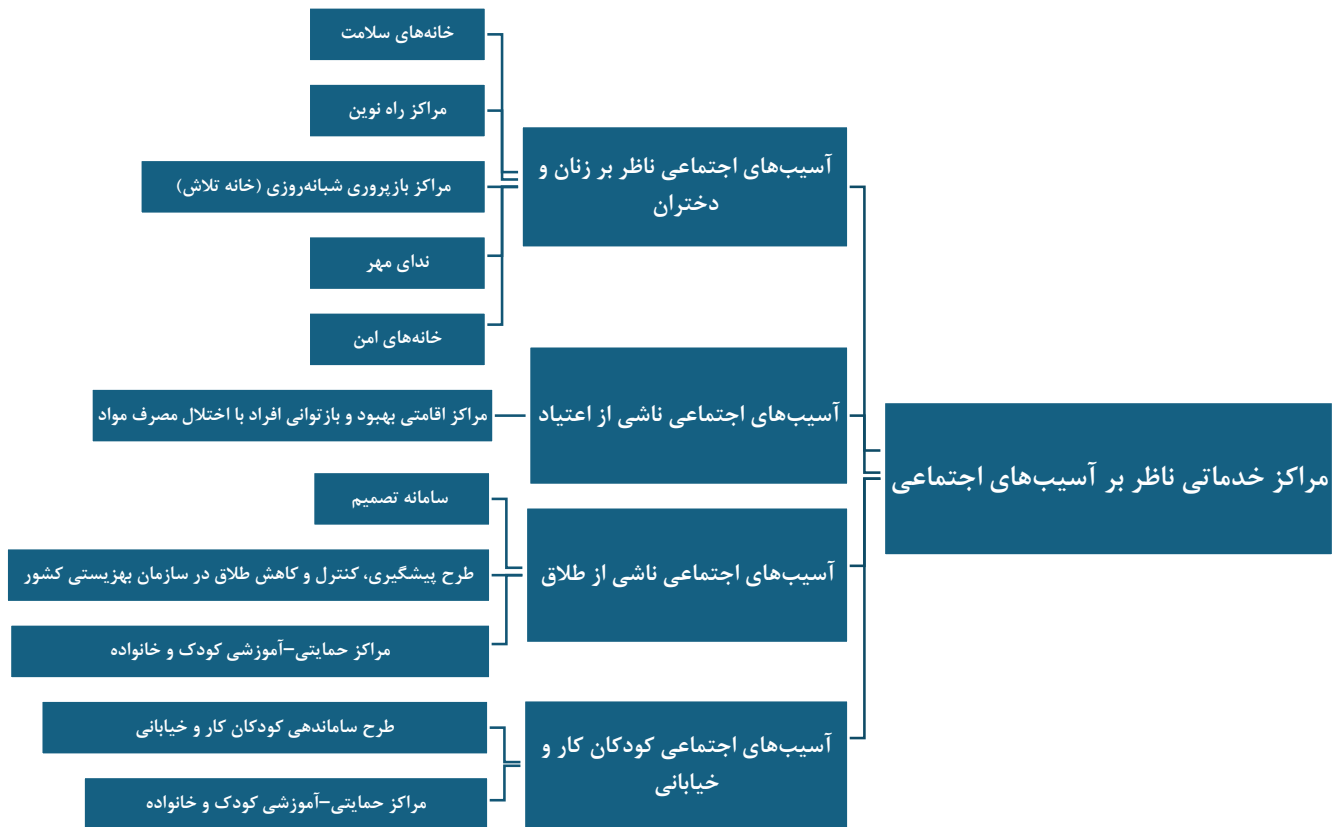
۵. مروری بر خدمات برون‌سپاری شده در حوزه آسیب‌های اجتماعی



در ساختار خدماتی سازمان بهزیستی، مقابله با آسیب‌های اجتماعی به عنوان یکی از مهم‌ترین وظایف این نهاد تلقی می‌شود. مراکز و طرح‌های متعددی ذیل این سازمان به منظور تحدید و رفع آسیب‌های اجتماعی ایجاد شده‌اند که برای درک تقسیم‌بندی کلی از گروه‌های هدف، می‌توان آنها را به ۴ گروه زنان و دختران آسیب‌دیده و در معرض آسیب، معتادان، کودکان کار و خیابانی و زوجین تحت آسیب‌های ناشی از طلاق تقسیم کرد. به منظور شناخت وضعیت گروه‌های ذکر شده، در ادامه هر یک از آنها به صورت اجمالی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

1. Mixed-Method Evaluation
2. Document Analysis
3. Trend Analysis

شکل ۲. چارچوب مراکز خدماتی ناظر بر آسیب‌های اجتماعی



مأخذ: یافته‌های پژوهش.

۱-۵. زنان و دختران آسیب‌دیده و در معرض آسیب

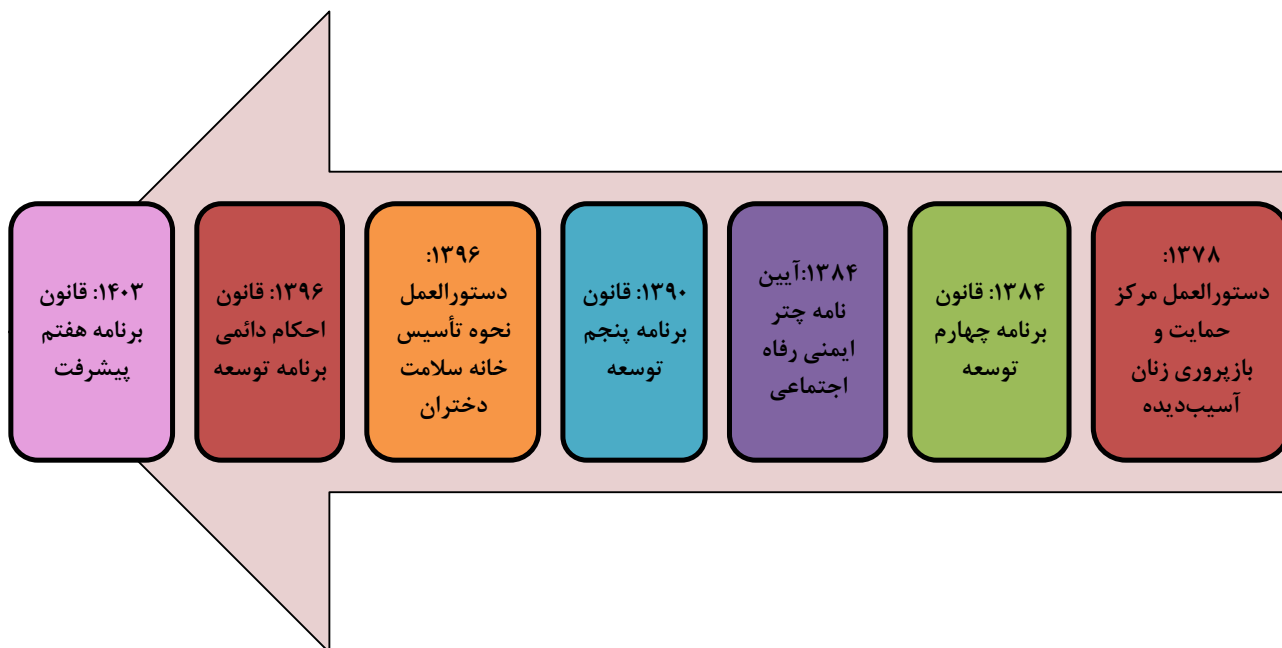
طرح حمایت و توانمندسازی دختران و زنان آسیب‌دیده اجتماعی به عنوان یکی از محورهای بنیادین مداخله سازمان بهزیستی کشور، در راستای کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی و ارتقای سلامت روانی-اجتماعی جامعه، در قالب دو نوع مرکز تخصصی دنبال می‌شود. نخست، **بازپروری شبانه‌روزی دولتی (خانه تلاش)** و دوم، **مراکز روزانه غیردولتی با عنوان «راه نوین»** که هر یک با رویکردی هدفمند، به توانمندسازی و بازگشت زنان آسیب‌دیده به مسیر زندگی سالم فردی و اجتماعی می‌پردازند. فعالیت بازپروری شبانه‌روزی که از سال ۱۳۵۹ به سازمان بهزیستی کشور واگذار شد، با تأسیس دفتر امور آسیب‌دیدگان اجتماعی و آغاز به کار مراکز نخست در تهران و مشهد، گسترش یافت و در سال ۱۳۷۸ با تدوین دستورالعمل اجرایی حمایت از زنان و دختران آسیب‌دیده، مراکز جدیدی در استان‌های مختلف با ظرفیت مشخص راه‌اندازی شدند. هدف کلی این مراکز، کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی است و اهداف اختصاصی آن شامل ایجاد امکانات لازم برای بازتوانی روانی-اجتماعی زنان در معرض آسیب حاد و پیشگیری از گسترش مجدد آسیب‌ها در فضای جمعی است. جامعه هدف این مراکز، زنان و دختران آسیب‌دیده اجتماعی هستند که از طریق ارجاع از مراکز مداخله در بحران، وارد فرایند خدمات تخصصی مددکاری، روان‌شناسی، پزشکی، روان‌پزشکی و حقوقی می‌شوند. تشکیل پرونده و ارزیابی همه‌جانبه وضعیت روانی، جسمی، خانوادگی و اجتماعی مددجویان از مراحل اولیه مداخله محسوب می‌شود. به موازات آن، تجربه مراکز شبانه‌روزی و تحلیل وضعیت مراجعین نشان داده است که بخش قابل توجهی از زنان آسیب‌دیده دارای خانه و خانواده بوده و با اجرای مداخلات سرپایی نظیر اصلاح روابط خانوادگی، آموزش مهارت‌های حرفه‌ای و فراهم‌سازی زمینه اشتغال، می‌توان زمینه بازگشت آنان را بدون نیاز به اقامت در مراکز فراهم ساخت. بر همین اساس، سازمان



بهزیستی کشور با تغییر رویکرد از مداخله صرفاً اقامتی به خدمات روزانه، اقدام به تأسیس «مرکز حمایت و توانمندسازی زنان آسیب‌دیده اجتماعی-راه‌نویس» کرده است. این مراکز با هدف کنترل و کاهش آسیب‌های مرتبط با زنان آسیب‌دیده در سطح فرد، خانواده و اجتماع، دسترسی آسان به خدمات حمایتی، بهره‌گیری از ظرفیت‌های بخش غیردولتی و توسعه بسته‌های خدماتی را دنبال می‌کنند. گروه هدف مراکز راه‌نویس، زنان آسیب‌دیده اجتماعی در بازه سنی ۱۳ تا ۶۰ سال و خانواده‌های آنان هستند. روند اجرایی در این مراکز شامل تشخیص و پذیرش، ارزیابی وضعیت فرد، تدوین برنامه کمک‌رسان، ارائه خدمات تخصصی، فرایند توانمندسازی و پیگیری مداوم است. توانمندسازی به‌عنوان یک فرایند هدفمند تعریف می‌شود که ارتقای توانایی‌ها و مهارت‌های فردی، اجتماعی، روانی و ایجاد احساس مؤثر بودن در تصمیم‌گیری‌های زندگی فرد را دنبال می‌کند. این فرایند با مشارکت تیم تخصصی مرکز شامل مدیر، مددکار اجتماعی، روان‌شناس، مربی، کارشناس حقوقی و سایر عوامل مرتبط انجام می‌پذیرد و هدف نهایی آن کاهش روابط جنسی خارج از چارچوب خانواده، ارتقای کیفیت زندگی فرد و بهبود ارتباط با خانواده است.

علاوه بر این، سازمان بهزیستی تمهیداتی را به‌منظور پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی دختران در معرض آسیب ایجاد کرده است که در قالب دو نوع مرکز دولتی و غیردولتی با مأموریت مشخص و مکمل، به‌منظور کاهش خطرات و ارتقای کیفیت زندگی این گروه هدف اجرا می‌شود. نخست، **مراکز شبانه‌روزی دولتی با عنوان «خانه‌های سلامت»** از سال ۱۳۷۸ در سراسر کشور راه‌اندازی شده‌اند. این مراکز برای دخترانی در نظر گرفته شده‌اند که به‌دلیل نبود سرپرست مؤثر، نداشتن حمایت خانوادگی، یا فقدان مکان مناسب زندگی، ناگزیر به اقامت در مراکز بهزیستی شده‌اند یا اقدام به فرار از منزل کرده‌اند. برای جلوگیری از اختلاط این افراد با گروه‌های دارای سوء پیشینه یا مسائل اخلاقی و همچنین به‌دلیل تفاوت‌های سنی، ضرورت ایجاد مراکز ویژه و مجزا برای آنان شکل گرفته است. هدف کلی این مراکز، پیشگیری از ابتلای این دختران به آسیب‌های اجتماعی و فراهم آوردن بستر مناسب برای آموزش، اشتغال، خودکفایی و استقلال آنان است. در سطحی دیگر، **مراکز روزانه غیردولتی با عنوان «ندای مهر»** از سال ۱۳۹۴ و با هدف پاسخ‌گویی به نیازهای روزافزون دختران در معرض آسیب و خانواده‌های آنان، در قالب مشارکت با بخش غیردولتی فعالیت خود را آغاز کرده‌اند. این مراکز با رویکرد مددکاری اجتماعی فعال، ارائه خدمات تخصصی را به‌صورت روزانه و با تأکید بر توانمندسازی فردی، خانوادگی و اجتماعی دنبال می‌کنند. دختران ۱۲ تا ۳۰ سال که در معرض آسیب‌های مختلف قرار دارند، از جمله خشونت خانگی، اعتیاد، تعرض و تفکرات آسیب‌زا چون خودکشی و فرار از منزل، گروه هدف این مراکز هستند که با غربالگری و تأیید تیم تخصصی مراکز، افرادی با آسیب‌های خاص پذیرش می‌شوند. روند اجرا شامل پذیرش از مسیرهای مختلف، تشکیل پرونده، ارزیابی روانی-جسمانی، ارائه خدمات تخصصی به مددجو و خانواده وی در حوزه‌های مددکاری اجتماعی، روان‌شناسی، پزشکی، روان‌پزشکی و حقوقی است. همچنین اقدامات اجتماع‌محور برای آگاه‌سازی عمومی و جلب مشارکت‌های محلی در رفع مشکلات شناسایی شده نیز بخشی از وظایف این مراکز محسوب می‌شود. از دیگر مراکز مهم بهزیستی، **خانه‌های امن هستند**. **خانه‌های امن در ایران با هدف حمایت و توانمندسازی زنان و دخترانی ایجاد شده‌اند که قربانی خشونت خانگی هستند یا در معرض آن قرار دارند.** این مراکز، فضای امنی را فراهم می‌کنند تا این افراد بتوانند از آسیب‌های جسمی، روانی و اجتماعی فاصله گیرند، به خدمات تخصصی دسترسی پیدا کنند و در فضایی حمایتی، مسیر بازسازی زندگی‌شان را طی نمایند. خدمات ارائه شده در خانه‌های امن شامل مشاوره روان‌شناسی، پزشکی، حقوقی، آموزش‌های مهارتی و مددکاری اجتماعی است که به‌صورت سرپایی یا اقامتی ارائه می‌شود. همچنین در شرایط بحرانی، زنان و فرزندان‌شان (با محدودیت سنی برای پسران) می‌توانند با دستور قضایی در این مراکز به‌طور موقت اقامت داشته باشند. این طرح‌ها نه تنها از قربانیان محافظت می‌کنند، بلکه با ارائه برنامه‌های تخصصی به مرتکبین خشونت نیز تلاش می‌کنند تا چرخه خشونت شکسته شود و فضای خانواده به تدریج ترمیم گردد (شکل ۳).

شکل ۳. سیر تاریخی سیاست‌های مربوط به زنان و دختران آسیب‌دیده



مأخذ: همان.

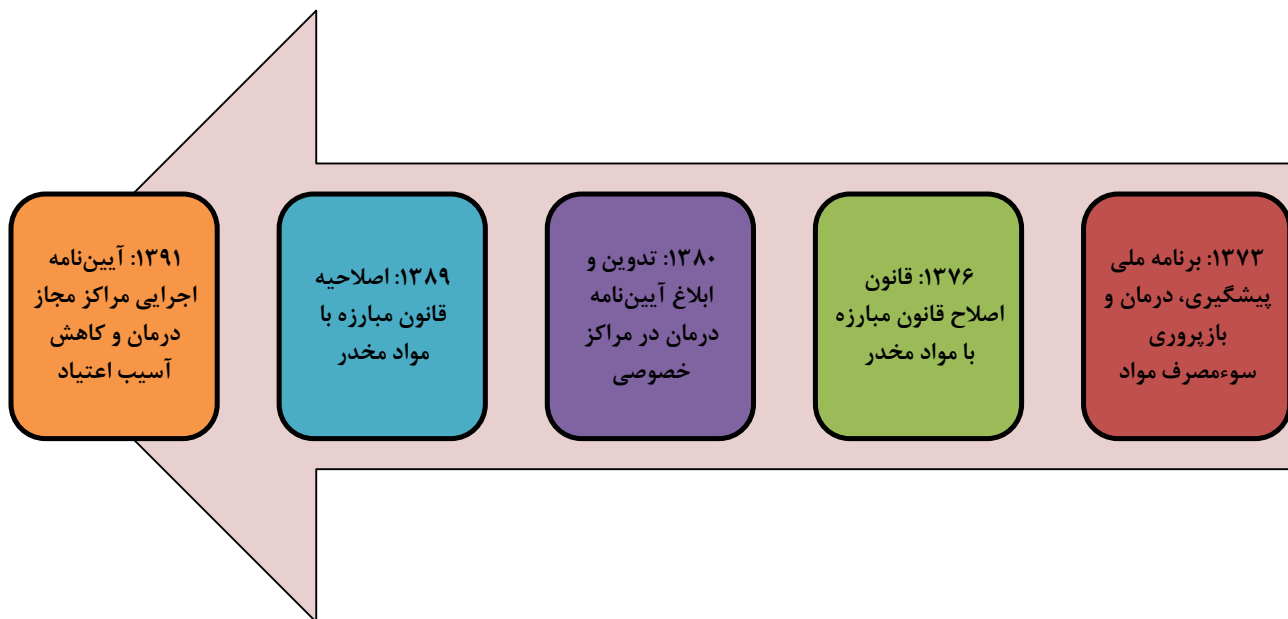
۲-۵. آسیب‌دیدگان ناشی اعتیاد

مراکز و تیم‌های متعددی در ذیل سازمان بهزیستی، به‌منظور جلوگیری از گسترش آسیب‌های ناشی از اعتیاد در سطح پیشگیری، کاهش آسیب و درمان به فعالیت می‌پردازند. در سطح درمان، خدمات عمدتاً در قالب مراکز سرپایی و اقامتی ارائه می‌شوند و در سطح کاهش آسیب‌ها نیز مراکز و تیم‌هایی مانند مراکز گذری که به ارائه خدماتی مانند آموزش تزریق سالم، رفتار جنسی ایمن، ارائه سوزن و سرنگ، کاندوم، غذا، پوشاک و استحمام می‌پردازند، مراکز سرپناه شبانه که به‌عنوان مراکزی برای اسکان معتادان بی‌خانمان با رفتارهای پرخطر فعالیت دارند، ترکیب خدمات روزانه و شبانه در قالب مراکز گذری/سرپناه شبانه، تیم‌های امداد رسان سیار و ایستگاه‌های کاهش آسیب (کانکس‌ها) به ارائه خدمات به جامعه هدف می‌پردازند.

مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد، از جمله ساختارهای رسمی نظام سلامت اجتماعی کشور هستند که بر پایه الزامات قانونی چون ماده‌واحد لایحه قانونی تشکیل سازمان بهزیستی (مصوب ۱۳۵۹)، بند «۱۲» ماده (۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (مصوب ۱۳۸۰)، ماده (۸۰) قانون برنامه ششم توسعه و تبصره «۱» ماده (۱۵) قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر (مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام ۱۳۸۹/۰۹/۱۶) شکل گرفته‌اند. هدف اساسی این مراکز، ارائه خدمات درمانی و بازتوانی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد با رویکرد پرهیز مدار، اجتماعی، خانواده‌محور و مبتنی بر تداوم مراقبت است؛ به‌گونه‌ای که سلامت روانی، جسمانی، اجتماعی و اقتصادی فرد، پس از ترک مواد نیز مورد حمایت قرار گیرد. مراکز جامع درمان، مدل ترکیبی درمان را پیاده‌سازی می‌کنند که شامل سم‌زدایی، روان‌درمانی، اصلاح شناختی-رفتاری، آموزش خانواده، توانمندسازی شغلی، حرفه‌آموزی و پیگیری پس از ترخیص است. گروه هدف این مراکز، افراد ۱۸ تا ۶۰ ساله مبتلا به اختلال مصرف مواد براساس معیارهای DSM-V هستند که به‌صورت داوطلبانه و با رضایت آگاهانه مراجعه می‌کنند و فاقد موارد منع پذیرش مانند بیماری جسمی شدید، روان‌پریشی حاد، عقب‌ماندگی ذهنی یا حکم قضایی هستند. مراحل درمان شامل یک دوره اقامت شبانه‌روزی چهارماهه با ساختار اجتماع درمان‌مدار (TC) است که سم‌زدایی، آموزش‌های گروهی، ارزشیابی رفتاری و مشارکت در گروه‌های کاری (نظافت، آشپزخانه، ایمنی، فرهنگی، انتظامات و ...) را شامل می‌شود. سپس فرد وارد دوره درمان سرپایی هشت‌ماهه می‌شود و به مدت ۵۲ جلسه در قالب گروه درمانی، پیشگیری از عود، آموزش خانواده، فعالیت‌های فرهنگی و ورزشی و پیگیری اشتغال تحت مراقبت «مدیر مورد» قرار دارد. پروتکل درمان در این مراکز، مبتنی بر طرح درمان فردی، نظارت روزانه و دوره‌ای، ارزشیابی

پیشرفت، رعایت سلسله‌مراتب، برنامه‌های تشویق و تنبیه رفتاری، و تشکیل جلسات خانگی، هم‌آموزی، نشست‌های عمومی، سمینار، کارگاه‌های مهارت‌آموزی و عضویت در باشگاه فارغ‌التحصیلان است. بهبودی در این رویکرد، نه تنها به معنای عدم مصرف مواد، بلکه معادل بازگشت فرد به یک زندگی پایدار، مستقل، ارزشمند و اجتماعی تلقی می‌شود (شکل ۴).

شکل ۴. سیر تاریخی سیاست‌های ناظر بر آسیب اعتیاد

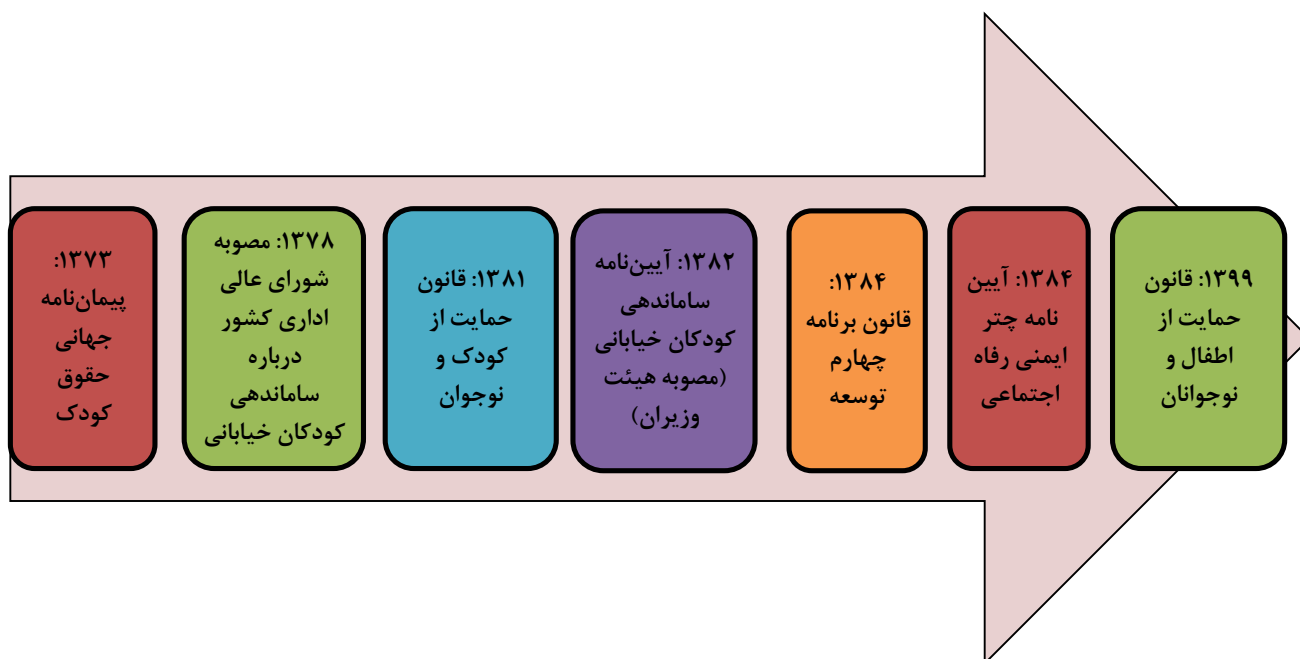


مأخذ: همان.

۳-۵. کودکان کار و خیابانی

طرح ساماندهی کودکان کار و خیابانی، از جمله برنامه‌های محوری سازمان بهزیستی کشور است که در راستای تحقق اصول (۲۱ و ۲۹) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و برپایه ماده واحد لایحه قانونی تشکیل این سازمان مصوب ۱۳۵۹ و اصلاحات بعدی آن، با هدف صیانت از حقوق کودکان، خانواده‌های بی‌سرپرست و آسیب‌پذیر و ارتقای سلامت اجتماعی طراحی شده است. این طرح به‌ویژه کودکان در معرض آسیب ناشی از شرایط نامناسب اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی از قبیل فقر، بیکاری، مهاجرت، حوادث طبیعی و انسان‌ساخت، سکونتگاه‌های غیررسمی و ورود غیرمجاز اتباع خارجی را مورد توجه قرار می‌دهد. با توجه به آثار مخرب و بلندمدت حضور کودکان در خیابان که از منظر قانون حمایت از اطفال و نوجوانان (۱۳۹۹) مصداق موقعیت مخاطره‌آمیز است، این گروه از کودکان نیازمند حمایت ویژه تلقی شده‌اند. در همین راستا، از سال ۱۳۷۸ مراکز ساماندهی کودکان خیابانی به‌صورت دولتی و شبانه‌روزی با هدف نگهداری و توانمندسازی کودکان و خانواده‌های آنان راه‌اندازی شده‌اند. هدف کلی این مراکز، کنترل و کاهش حضور کودکان برای زندگی و کار در خیابان و کاهش آسیب‌های اجتماعی ناشی از آن است. همچنین این مراکز به‌صورت ساختارمند در چهار سطح تعریف شده‌اند: سطح یک شامل پایگاه‌های شناسایی و جذب؛ سطح دو مراکز اقامت کوتاه‌مدت (تا ۲۰ روز) برای غربالگری و خدمات اولیه؛ سطح سه برای اقامت میان‌مدت کودکان فاقد شرایط بازگشت به خانواده و سطح چهار برای نگهداری بلندمدت تا ۱۸ سالگی در موارد خاص. هم‌زمان با تغییر رویکرد حمایتی از نگهداری شبانه‌روزی به ارائه خدمات روزانه برای توانمندسازی، در سال ۱۳۹۱ طرح ایجاد «مراکز حمایتی - آموزشی کودک و خانواده» (روزانه - غیردولتی) تدوین و از سال ۱۳۹۲ به‌صورت آزمایشی در استان‌های منتخب آغاز شد. جامعه هدف این مراکز، کودکان خیابانی و خانواده‌های آنان هستند. این مراکز ضمن ارائه خدمات تخصصی و پیشگیرانه به کودکان خیابانی و خانواده‌هایشان، بدون اقامت شبانه‌روزی، تلاش می‌کنند از طریق آموزش، مشاوره، حمایت مالی، حرفه‌آموزی، فعالیت‌های اجتماعی و معنوی، کودکان را به مسیر سالم زندگی بازگردانند (شکل ۵).

شکل ۵. سیر تاریخی سیاست‌های ناظر بر کودکان کار و خیابانی



مأخذ: همان.

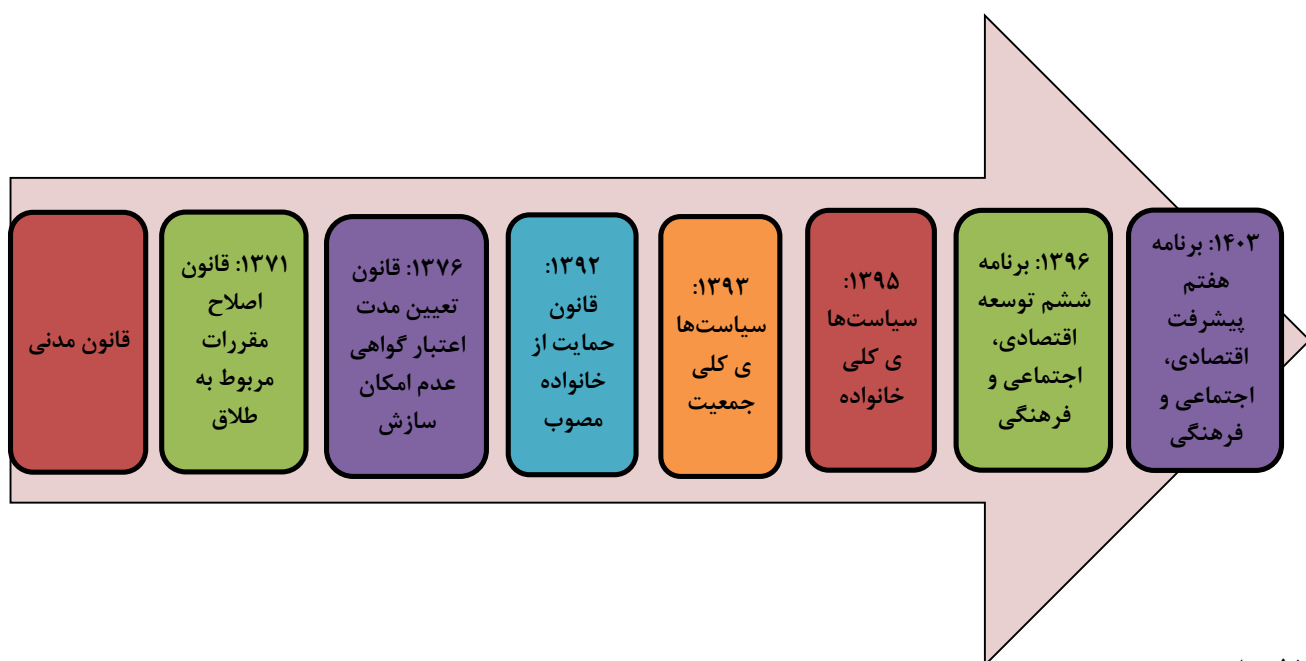
۴-۵. آسیب‌دیدگان ناشی از طلاق

سازمان بهزیستی به عنوان یکی از سازمان‌های پیشرو در حوزه ارائه خدمات مشاوره‌ای و روان‌شناختی در موضوعات، اهداف و به شیوه‌های مختلفی مانند ارائه خدمات مشاوره مجازی، خدمات سلامت روان محلی، مشاوره و خدمات روان‌شناختی، برنامه‌های ارتقای سلامت روانی-اجتماعی و بهبود کیفیت زندگی، آموزش‌های مداوم تخصصی روان‌شناسان و مشاوران، ارزیابی‌های روان‌شناختی و خدمات غربالگری، مداخلات روان‌شناختی در بحران‌ها و بلایای طبیعی (محب)، خدمات سلامت روان در مراکز و مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت، خدمات مشاوره تلفنی دولتی و غیردولتی، صدور مجوز برای مراکز مشاوره ازدواج و خانواده در کنار وزارت ورزش و جوانان، ترویج الگوی صحیح همسرگزینی، ترغیب به ازدواج و کاهش طلاق، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی محسوب می‌شود که در جهت توسعه و توانمندسازی ابعاد روحی و روانی جامعه حائز اهمیت هستند. باین حال، یکی از مهم‌ترین خدمات این نهاد، مقابله با پدیده طلاق و تلاش در جهت کاهش آن ذیل قوانین موضوعه است. **طرح پیشگیری، کنترل و کاهش طلاق در سازمان بهزیستی کشور**، با محوریت مداخله تخصصی در خانواده و تقویت انسجام آن، از سال ۱۳۷۸ آغاز شده است و تاکنون با بهره‌گیری از نیروهای متخصص در حوزه‌های روان‌درمانی، مشاوره، مددکاری اجتماعی و خانواده‌درمانی در سطح ملی گسترش یافته است. این فعالیت با بررسی اختلالات شناختی-عاطفی زوجین و شناخت چندبعدی مسائل خانوادگی، تلاش دارد زمینه‌های سازش و پایداری روابط زناشویی را فراهم آورد و از وقوع طلاق پیشگیری نماید. از اهداف محوری این طرح، می‌توان به افزایش رضایتمندی و پایداری روابط خانوادگی، کاهش آسیب‌های اجتماعی ناشی از طلاق، ارتقای کیفیت زندگی پس از طلاق، بهبود نحوه تعامل والدین با فرزندان و فراهم آوردن زمینه ارتباط پایدار والدین با فرزندان پس از جدایی اشاره کرد. علاوه بر این، در چارچوب سیاست‌های کلی سازمان بهزیستی مبنی بر کنترل و کاهش طلاق و در راستای تحقق تقسیم کار ملی مندرج در برنامه ششم توسعه که بر کاهش سالانه ۴ درصدی میزان طلاق تأکید دارد، این سازمان از سال ۱۳۹۶ اقدام به راه‌اندازی «**سامانه تصمیم**» با هدف **ساماندهی مداخلات تخصصی در مسیر طلاق کرده است** که با مشارکت چهارجانبه میان سازمان بهزیستی، وزارت کشور، معاونت پیشگیری از وقوع جرم قوه قضائیه و شورای عالی انقلاب فرهنگی مورد بهره‌برداری در کشور قرار گرفته است. بر این اساس، متقاضیان طلاق باید از طریق ثبت‌نام در این سامانه، اقدام به ثبت درخواست و گرفتن زمان جهت مراجعه حضوری نمایند و پس از مراجعه متقاضیان به مراکز ارزیابی روانی-



اجتماعی و انجام ارزیابی‌ها توسط کارشناسان، فرم‌های مربوطه توسط ارزیابان در سامانه تصمیم تکمیل و جهت انجام مشاوره‌های تخصصی و دریافت سایر خدمات تخصصی به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی منتخب ارجاع می‌شوند و کلیه فرایند کار در سامانه تصمیم توسط کارشناسان ثبت می‌شود. پس از انجام مشاوره‌ها در صورت عدم سازش زوجین، موارد جهت اقدامات بعدی به دادگستری ارسال می‌گردد. همچنین براساس بند «ت» ماده (۸۰) قانون برنامه هفتم، وزارت کشور مکلف به پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی و انضباط اجتماعی و تحکیم نهاد خانواده و پایش و کاهش طلاق شناخته شده است و براساس آیین‌نامه اجرایی بند «الف» ماده (۸۰) قانون برنامه هفتم، وظیفه سازمان بهزیستی محدود بر صدور یا ابطال مجوز مراکز مشاوره ازدواج و خانواده تعریف شده است (شکل ۶). البته از ابتدای سال ۱۴۰۴ سامانه تصمیم با سامانه مسیر جایگزین شده و امر مشاوره پیش از طلاق در سامانه «مسیر»، ذیل قوه قضائیه، پی گرفته می‌شود؛ لذا لازم به ذکر است که تحلیل‌های صورت گرفته در این گزارش، متمرکز بر بررسی سال‌های فعالیت سامانه تصمیم انجام گرفته است.

شکل ۶. سیر تاریخی سیاست‌های ناظر بر آسیب طلاق



مأخذ: همان.

جدول ۳. انواع مراکز پیشگیری و درمان آسیب‌های اجتماعی

نام مرکز / طرح	هدف	قوانین مربوطه	جامعه هدف	نوع آسیب اجتماعی
مراکز بازپروری شبانه‌روزی (خانه تلاش)	بازتوانی روانی- اجتماعی	- ماده واحده لایحه قانونی تشکیل سازمان بهزیستی - آیین‌نامه اجرایی مصوب هیئت وزیران در رابطه با دختران - ماده (۹۷) قانون برنامه چهارم توسعه - آیین‌نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی مصوب هیئت وزیران - بند «ج» ماده (۱۱۱) برنامه چهارم توسعه - ماده (۱۷) مصوبه شورای عالی انقلاب فرهنگی - لایحه پیشگیری از آسیب‌دیدگی زنان و ارتقای امنیت آنان در برابر سوء رفتار	زنان و دختران آسیب‌دیده	روابط خارج از خانواده، خشونت، بی‌سرپرستی
مراکز راه نوین	حمایت، بازتوانی و آموزش		زنان آسیب‌دیده ۱۳ تا ۶۰ سال و خانواده آنها	آسیب خانگی، آسیب‌های جنسی، فقر و انزوای اجتماعی
خانه‌های سلامت	جلوگیری از بروز آسیب‌های اجتماعی		دختران فراری و بدون خانواده	بی‌سرپرستی، فرار از منزل و سایر آسیب‌پذیری اجتماعی
ندای مهر	خدمات تخصصی روزانه به دختران در معرض آسیب و خانواده‌ها با رویکرد اجتماع‌محور		دختران ۱۲ تا ۳۰ سال در معرض آسیب	اعتیاد، خشونت، افکار خودکشی و فرار از منزل
خانه‌های امن	حمایت از توانمندسازی زنان قربانی خشونت‌های خانگی		زنان و دختران قربانی خشونت‌های خانگی و فرزندانشان	خشونت خانگی، روانی و اجتماعی

نام مرکز / طرح	هدف	قوانین مربوطه	جامعه هدف	نوع آسیب اجتماعی
مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد	درمان، آموزش، بازتوانی و توانمندسازی معتادان	– ماده واحده لایحه قانونی تشکیل سازمان بهزیستی (مصوب ۱۳۵۹) – ماده ۸۰ قانون برنامه ششم توسعه مواد (۱۵ و ۱۶) قانون اصلاح مبارزه با مواد مخدر – آیین‌نامه اجرایی مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها	افراد ۱۸ تا ۶۰ سال مبتلا به اعتیاد	اعتیاد
مراکز حمایتی-آموزشی کودک و خانواده	ارائه خدمات تخصصی از طریق آموزش، مشاوره، حمایت مالی، حرفه‌آموزی، فعالیت‌های اجتماعی و معنوی و پیشگیرانه به گروه‌های هدف	– ماده واحده لایحه قانون تشکیل سازمان بهزیستی – دستورالعمل اجرایی مراکز حمایتی-آموزشی کودک و خانواده	کودکان خیابانی و خانواده‌های آنها	آسیب‌های اجتماعی مرتبط با کودکان خیابانی
طرح ساماندهی کودکان کار و خیابانی	کنترل و کاهش حضور کودکان در خیابان و کاهش آسیب‌های ناشی از آن	– ماده واحده لایحه قانون تشکیل سازمان بهزیستی – آیین‌نامه سازماندهی کودکان خیابانی موارد ۱۵ و ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر	کودکان خیابانی و خانواده‌های آسیب‌پذیر	کودک‌آزاری، بی‌سرپرستی، معرومیت و کار کودک
طرح پیشگیری، کنترل و کاهش طلاق در سازمان بهزیستی کشور و سامانه تصمیم	همکاری در جهت صدور و ابطال مجوزهای مراکز مشاوره و ترغیب ازدواج و کاهش طلاق	– مواد (۲۵، ۲۷ و ۲۸) قانون حمایت از خانواده مصوب ۱۳۹۲ – سیاست‌های کلی جمعیت ۱۳۹۳ – سیاست‌های کلی خانواده – آیین‌نامه اجرایی بند «الف» ماده (۸۰) برنامه هفتم پیشرفت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی	زوجین در صدد طلاق	طلاق و آسیب‌های ناشی از آن

مأخذ: همان.

۶. ارزیابی عملکرد سازمان بهزیستی در حوزه ارائه خدمات آسیب‌های اجتماعی با تأکید بر امر برون‌سپاری

همان‌طور که عنوان شد، در دهه اخیر، رویکرد سازمان بهزیستی در ارائه خدمات سبب شده است تا بخش بزرگی از خدمات توسط بخش‌های غیردولتی (بخش خصوصی، عمومی و مدنی) ارائه شود که این رویکرد تغییرات مثبت و منفی را در کمیت و کیفیت این خدمات ذیل شاخص‌های مختلف در پی داشته است. بر این اساس، در ادامه در چهار بخش به ارزیابی عملکرد بخش دولتی و غیردولتی در ارائه خدمات و مقایسه آنها با یکدیگر در حوزه‌های مختلف آسیب‌های اجتماعی براساس شاخص‌های ذکر شده در قانون جامع رفاه و تأمین اجتماعی پرداخته می‌شود.

۶-۱. خدمات ناظر بر زنان و دختران آسیب‌دیده و آسیب‌پذیر

همان‌طور که پیشتر عنوان شد، خدمات سازمان بهزیستی در حوزه آسیب‌های اجتماعی ناظر بر زنان و دختران را می‌توان در سه بخش مورد مطالعه قرار داد: زنان و دختران آسیب‌دیده ناشی از خشونت خانگی (خانه‌های امن)، زنان و دختران آسیب‌دیده اجتماعی (خانه‌های تلاش و راه‌نویس) و دختران و زنان در معرض آسیب‌های اجتماعی (خانه سلامت و ندای مهر). در این راستا، به‌منظور ارزیابی عملکرد هر کدام از این نهادها در ارائه خدمات مربوطه، نیاز است تا در گام نخست، به مروری توصیفی از عملکرد و تغییرات نهادهای مربوطه پرداخته شود (جدول ۴).



جدول ۴. میزان تغییرات در تعداد مراکز مرتبط با آسیب‌های ناظر بر زنان و دختران [۸-۶]

سال	خانه امن		خانه سلامت (دولتی)	ندای مهر (غیردولتی)	خانه تلاش (دولتی)	راه نوین (غیردولتی)
	دولتی	غیردولتی				
۱۳۹۵	۲۶		۳۱	۰	۲۶	-
۱۳۹۶	۷	۱۶	۳۰	۱۰	۲۶	-
۱۳۹۷	۸	۱۸	۳۰	۱۹	۲۷	-
۱۳۹۸	۸	۱۹	۳۰	۱۹	۲۷	۴
۱۳۹۹	۸	۱۹	۳۰	۲۲	۲۷	۹
۱۴۰۰	۸	۱۹	۳۱	۲۲	۲۷	۱۳
۱۴۰۱	۱۰	۲۱	۳۲	۲۱	۲۸	۱۵
۱۴۰۲	۱۱	۱۸	۳۱	۲۱	۲۹	۱۵

داده‌های مندرج در جدول ۴، گویای افزایش قابل توجه تعداد مراکز غیردولتی به نسبت مراکز دولتی از سال ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۲ است که این امر تأییدکننده تغییر رویکرد سازمان بهزیستی از ارائه خدمات مستقیم به نظام برون‌سپاری خدمات در طی این سال‌هاست. با این وجود، همچنان تعداد مراکز دولتی در موضوع حمایت از دختران در معرض آسیب‌های اجتماعی (خانه سلامت) و حمایت و توانمندسازی زنان و دختران آسیب‌دیده اجتماعی (خانه تلاش) که ارائه‌دهنده خدمات شبانه‌روزی هستند، با وجود سرعت رشد کمتر نسبت به بخش غیردولتی طی سال‌های ۱۳۹۵ الی ۱۴۰۲، بیشتر از تعداد مراکز غیردولتی ارائه‌دهنده خدمات روزانه (بخش غیردولتی) است. این در حالی است که این تعداد در موضوع دختران و زنان موضوع خشونت‌های خانگی (خانه‌های امن) معکوس بوده و تعداد مراکز غیردولتی بیش از تعداد مراکز دولتی است. در تحلیل دقیق‌تر فرایند فوق، لازم است تا تعداد خدمات‌گیرندگان در هر مرکز را نیز به صورت تطبیقی مورد بررسی قرار داد (جدول ۵).

جدول ۵. تعداد خدمات‌گیرندگان مراکز مرتبط با آسیب‌های ناظر بر دختران و زنان [۸-۶]

سال	خانه امن		خانه سلامت (دولتی)	ندای مهر (غیردولتی)	خانه تلاش (دولتی)	راه نوین (غیردولتی)
	دولتی	غیردولتی				
۱۳۹۵	۱۵۷۶		۸۴۰	۰	۱۶۴۹	-
۱۳۹۶	۱۱۳۵	۷۲۴	۶۶۹	۳۷۲	۱۴۳۲	-
۱۳۹۷	۱۲۷۸	۱۱۹۱	۵۷۷	۱۰۷۵	۱۴۰۶	۱۴۹
۱۳۹۸	۱۰۰۱	۱۴۲۵	۵۰۳	۱۴۲۵	۱۲۷۵	۲۳۴
۱۳۹۹	۸۲۹	۱۵۱۹	۴۹۶	۱۵۱۹	۱۱۶۴	۴۳۷
۱۴۰۰	۹۵۷	۱۸۰۸	۶۵۸	۱۸۰۸	۹۷۵	۶۵۸
۱۴۰۱	۹۴۶	۱۳۷۲	۹۳۳	۱۳۷۲	۶۲۹	۹۳۳
۱۴۰۲	۶۶۸	۱۲۷۰	۴۳۶	۹۹۲	۶۹۸	۹۴۲

براساس جدول ۵، در طی سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۲، خدمات‌گیرندگان از مراکز دولتی و غیردولتی نیز تغییرات محسوسی را با خود به همراه داشته است. بر این اساس، با وجود فزونی تعداد خدمات‌گیرندگان از مراکز دولتی نسبت به مراکز غیردولتی در سال ۱۳۹۵، این روند در سال ۱۴۰۲ به شکل چشمگیری معکوس گردید و به دلیل افزایش تعداد مراکز غیردولتی (روزانه) ارائه‌دهنده خدمات، تعداد خدمات‌گیرندگان نیز در این مراکز بر مراکز دولتی پیشی گرفت و به تبع، تعداد خدمات‌گیرندگان دولتی نیز در این روند کاهش داشت که این امر را باید ناشی از تغییر سیاست‌های سازمان از مرکزگرایی و اقامتی به سیاست‌های خانواده محور و مبتنی بر ارائه خدمات روزانه، دانست.

با این اوصاف یکی از نکات حائز اهمیت، تناسب میان میزان افزایش مراکز غیردولتی با میزان افزایش خدمات‌گیرندگان در این مراکز است. داده‌ها حاکی از آن است که از سال ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۲، تعداد مراکز غیردولتی خانه‌های امن و مراکز ندای مهر به ترتیب ۱۲،۵ و ۱۱۰ درصد افزایش داشته‌اند. این میزان در طی سال‌های ۱۳۹۸ تا ۱۴۰۲ برای مراکز راه نوین، ۲۷۵ درصد بوده است. با این حال، میزان رشد خدمات‌گیرندگان در این مراکز، در طی سال‌های ۱۳۹۶ الی ۱۴۰۲ برای مراکز غیردولتی خانه‌های امن و مراکز ندای مهر، ۷۵ و ۱۶۷ درصد بوده که این میزان در طی سال‌های ۱۳۹۸ الی ۱۴۰۲ برای مراکز راه نوین، ۳۰۲ درصد عنوان شده است. این عدم تناسب در میزان رشد تعداد مراکز و خدمات‌گیرندگان در همان مرکز، می‌تواند این خطر را ایجاد کند که در طی سال‌های آتی، مراکز با تجمع بیش از ظرفیت خدمات‌گیرندگان (عدم کفایت کمی فضایی) و در پی آن کاهش کیفیت خدمات، روبه‌رو شوند. این خطر عمدتاً در مراکز روزانه غیردولتی وجود دارد، اما در مراکز دولتی و غیردولتی خانه امن (با وجود کاهشی بودن روند تغییرات این نسبت در بخش دولتی)، این نسبت به میزان قابل توجهی بالاست.

علاوه بر این، با مروری بر فراگیری این مراکز، می‌توان بر ضعف پوشش جغرافیایی مراکز، به خصوص مراکز غیردولتی، صحنه گذاشت. بر این اساس، در حوزه حمایت و توانمندسازی دختران و زنان آسیب‌دیده اجتماعی در سال ۱۴۰۲، تنها ۱۴ استان از مرکز راه نوین (روزانه) برخوردار بودند که تعداد آنها در تمامی این استان‌ها به غیر از استان مازندران، محدود به یک مرکز بوده است. این در حالی است که کفایت در پوشش جغرافیایی مراکز روزانه، برخلاف مراکز شبانه‌روزی، از اهمیت مضاعفی برخوردار است. افزون بر این، میزان پوشش‌دهی جغرافیایی خانه‌های تلاش (شبانه‌روزی) در سطح کشور، شامل ۲۶ استان از ۳۱ استان می‌شود. اگرچه که ۵ استان فاقد این مراکز هستند، اما این سطح از پوشش برای مراکز شبانه‌روزی (دولتی)، گویای وضعیت مناسب تری نسبت به مراکز روزانه (غیردولتی) است. از این رو، برخی استان‌ها مانند آذربایجان غربی، خراسان جنوبی و سمنان تا سال ۱۴۰۲ فاقد هر گونه مرکز روزانه و شبانه‌روزی ارائه‌دهنده خدمات حوزه حمایت و توانمندسازی دختران و زنان آسیب‌دیده اجتماعی هستند.

در حوزه حمایت از دختران در معرض آسیب‌های اجتماعی که خدمات‌رسانی آنها از طریق دو مرکز خانه سلامت (شبانه‌روزی/دولتی) و ندای مهر (روزانه/غیردولتی) صورت می‌گیرد نیز وضعیتی مشابه حوزه پیشین (حمایت و توانمندسازی دختران و زنان آسیب‌دیده اجتماعی) در بخش غیردولتی مشاهده می‌شود. از این رو، با وجود پوشش جغرافیایی حداکثری توسط خانه‌های سلامت به عنوان مراکز دولتی شبانه‌روزی، همچنان پوشش مراکز ندای مهر به عنوان مراکز غیردولتی و روزانه ضعیف بوده و تنها در ۱۹ استان به خدمات‌رسانی می‌پردازند.

بر خلاف دو روند پیشین، پوشش خدماتی مراکز دولتی و غیردولتی خانه‌های امن، با وجود عدم پوشش خدماتی در استان‌های خراسان شمالی، خوزستان، مرکزی و هرمزگان، به نسبت توسعه یافته‌تر است. گفتنی است؛ در این بخش به نظر می‌رسد که نقش دو نهاد دولتی و غیردولتی حتی‌الامکان مکمل یکدیگر بوده و سعی شده است تا خلأهای پوشش جغرافیایی توسط این دو نهاد رفع گردد [۸]. در چارچوب ارزیابی پایداری مالی خدمات حمایتی سازمان بهزیستی، بررسی عملکرد اعتبارات یارانه‌ای مرتبط با زنان و دختران در معرض آسیب در سال ۱۴۰۰، گویای ظرفیت‌های جذب بالا برای این بخش است. طبق گزارش بودجه‌ای حسابرسی هوشمند، دو ردیف مستقل از تبصره «۱۴» قانون بودجه در سال ۱۴۰۰ (ردیف ۱۹ با اعتبار مصوب ۴۰ میلیارد ریال و ردیف ۴۰ با اعتبار ۲۴ میلیارد ریال) به زنان و دختران در معرض آسیب اختصاص یافته که میزان تحقق و هزینه‌کرد این دو ردیف در پایان سال به طور کامل انجام گرفته است. این سطح از جذب کامل اعتبارات، از منظر کارایی اجرایی حاکمی از انضباط مالی سازمان در این بخش (زنان و دختران در معرض آسیب) است. با این حال، باید توجه داشت که تکیه کامل بر بودجه‌های دولتی در قالب ردیف‌های یارانه‌ای، بدون تعریف منابع مکمل و پایدار نظیر مشارکت‌های مردمی، حمایت بخش خصوصی یا کمک‌های بین‌المللی، ساختار تأمین مالی این خدمات را آسیب‌پذیر و وابسته به شرایط مالی کشور و تصمیمات سالانه بودجه‌ای نگه می‌دارد.



از سوی دیگر، این نکته حائز اهمیت است که تحقق عددی بودجه نمی‌تواند به تنهایی گویای اثربخشی مالی باشد. از این رو باید در نسبت با شاخص‌هایی همچون شیوه و محل هزینه‌کرد منابع، تنوع خدمات و نتایج آنها سنجیده شود. بدون مستندسازی این نسبت‌ها، مشخص نخواهد بود که میزان اعتبار هزینه شده تا چه حد توانسته پاسخ‌گوی تقاضای واقعی، پوشش گروه‌های هدف و ارتقای کیفیت زندگی خدمات‌گیرندگان باشد. بر این اساس، اگرچه جذب کامل اعتبارات مصوب در سال ۱۴۰۰ نشانه‌ای مثبت در مدیریت اجرایی و مالی است، اما از منظر پایداری مالی، لازم است رویکردی چندمنبعی، متنوع و آینده‌نگر در تأمین مالی خدمات آسیب‌های اجتماعی به‌ویژه برای زنان و دختران در معرض آسیب اتخاذ شود. تنها در این صورت می‌توان از تداوم خدمات حمایتی در برابر تغییرات سیاسی و اقتصادی اطمینان حاصل کرد [۹].

در موضوع توانمندسازی مراجعین نیز، اقداماتی همچون برگزاری کارگاه‌های حرفه‌آموزی، ایجاد فرصت اشتغال و تقویت مهارت‌های زندگی تا میزان زیادی موجب توانمندسازی مراجعین و بازگشت به محیط خانواده و بازار کار شده است. باین حال، نبود سازوکارهای مستمر آموزشی پس از خروج مددجویان، بستر را برای بازگشت به چرخه آسیب فراهم می‌آورد و دستاوردهای توانمندسازی را در بلندمدت تضعیف می‌کند. علاوه بر این، **رویکرد مرکز‌زدایی و جلوگیری حتی المقدور از ورود مراجعین به مراکز اقامتی و شبانه‌روزی سازمان، به نحوی نمایانگر رویکرد پیشگیرانه سازمان بهزیستی در حوزه آسیب‌های اجتماعی است که امر برون‌سپاری و مشارکت نهادهای غیردولتی در کنار سازمان بهزیستی در تحقق این رویکردها نقش مهمی ایفا کرده است.**

بنابراین، بررسی روند تغییرات مراکز غیردولتی فعال در حوزه زنان و دختران آسیب‌دیده و آسیب‌پذیر طی سال‌های ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۲، نشان‌دهنده افزایش چشمگیر تعداد این مراکز در مقایسه با مراکز دولتی است. این افزایش که در خانه‌های امن غیردولتی (۱۲۵ درصد رشد)، مراکز ندای مهر (۱۱۰ درصد رشد) و مراکز راه نوین (۲۷۵ درصد رشد) قابل مشاهده است، بیانگر تغییر جهت‌گیری سازمان بهزیستی از ارائه خدمات مستقیم به سوی برون‌سپاری و استفاده از ظرفیت نهادهای غیردولتی است. باین حال، تحلیل عملکرد این مراکز غیردولتی در شاخص‌های مختلف، تصویری دوگانه از موفقیت و نیاز به اصلاح را نمایان می‌سازد. در حوزه پیشگیری از ورود به مرحله درمان، مراکز غیردولتی روزانه مانند ندای مهر و راه نوین، در راستای سیاست کاهش تمرکز بر مراکز اقامتی، عملکردی مثبت داشته‌اند. لذا، باید ارزیابی‌های میدانی از عملکرد مراکز روزانه و نتیجه مراجعات به این مراکز برای زنان و دختران آسیب‌دیده، به‌طور دقیق انجام شود. باین وجود، در بعد توانمندسازی، اگرچه این مراکز در دوران ارائه خدمت، اقدامات مؤثری در زمینه حرفه‌آموزی و بازگشت به بازار کار داشته‌اند، اما فقدان سازوکارهای حمایتی مستمر برای مددجویان پس از ترک مراکز غیردولتی، نقطه ضعف عمده‌ای است که تداوم دستاوردها را تهدید می‌کند. از منظر تأمین مالی، وابستگی کامل مراکز غیردولتی به بودجه‌های دولتی و ردیف‌های یارانه‌ای، به‌رغم جذب کامل اعتبارات در سال‌های اخیر، ساختاری آسیب‌پذیر ایجاد کرده است. همچنین جدی‌ترین چالش پیش روی مراکز غیردولتی، ضعف در پوشش جغرافیایی و فراگیری خدمات است. در سال ۱۴۰۲، مراکز راه نوین تنها در ۱۴ استان مستقر بودند و در اکثر این استان‌ها نیز به یک مرکز محدود می‌شدند. مراکز ندای مهر نیز تنها در ۱۹ استان فعالیت داشتند. علاوه بر این، عدم تناسب میان رشد تعداد مراکز غیردولتی و افزایش شمار خدمات‌گیرندگان آنها (برای مثال، رشد ۲۷۵ درصدی مراکز راه نوین در مقابل رشد ۳۰۲ درصدی خدمات‌گیرندگان) هشدار دهنده‌ای درباره احتمال تجمع بیش از ظرفیت در این مراکز است که می‌تواند به کاهش کیفیت خدمات و ناکافی بودن فضای فیزیکی منجر شود.

۲-۶. خدمات مرتبط با مشاوره پیش از طلاق

همان‌طور که عنوان شد، مواد قانونی ناظر بر کاهش روند طلاق در کشور و تمهیدات مربوطه، سبب افزایش نقش و اهمیت سازمان بهزیستی در این امر شد. بر این اساس یکی از الزامات قانونی در طلاق توافقی، مراجعه زوجین به مراکز مشاوره تحت نظر سازمان بهزیستی در جهت تصمیم‌گیری نهایی دادگاه است که هدف از این اقدام، تشویق به‌سازش پیش از طلاق زوجین است. از این رو، به‌منظور نیل به اهداف قانونی، افزایش تعداد مراکز ارائه‌دهنده خدمات مشاوره در جهت پیشگیری از امر طلاق به‌عنوان یکی از راهبردهای سازمان تلقی می‌شود^۱ (جدول ۶).

۱. در این بخش، به‌دلیل محدودیت در داده‌های مربوط به تعداد مراکز مشاوره پیش از طلاق، از داده‌های مربوط به تعداد مراکز و دفاتر مشاوره‌ای و تعداد مراکز سلامت روان، کلینیک‌ها، مراکز مشاوره تخصصی و مراکز مشاوره (بخش دولتی) و خدمات روان‌شناختی محدود (بخش غیردولتی) ذیل سازمان بهزیستی استفاده شده است.

جدول ۶. تعداد مراکز و مراجعان به مراکز دولتی و غیردولتی و نسبت تعداد مراجعات به تعداد مراکز [۸و۶]

سال	دولتی	غیردولتی	دولتی	غیردولتی	دولتی	غیردولتی
	تعداد مراکز و دفاتر مشاوره	تعداد مراکز سلامت روان، کلینیک ها، مراکز مشاوره تخصصی و مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی محدود	تعداد مراکز مشاوره حضوری و خدمات روان شناختی محدود	تعداد مراکز مشاوره حضوری و خدمات روان شناختی محدود	نسبت تعداد مراجعات به تعداد مراکز	نسبت تعداد مراجعات به تعداد مراکز
۱۳۹۶	۹۲	۲۲۱۸	۶۴۳۰۵	۹۶۸۷۵۳	۶۹۹	۴۳۷
۱۳۹۷	۹۴	۲۷۲۵	۷۰۹۱۹	۱۰۲۹۸۴۵	۷۵۴	۳۷۷
۱۳۹۸	۸۷	۲۹۷۵	۷۸۰۲۸	۱۲۰۱۷۷۰	۸۹۷	۴۰۴
۱۳۹۹	۸۸	۳۱۱۶	۴۳۹۹۰	۸۸۸۱۲۷	۵۰۰	۲۸۵
۱۴۰۰	۸۹	۳۱۶۶	۷۵۷۶۴	۹۷۷۰۲۹	۸۵۱	۳۰۹
۱۴۰۱	۹۲	۳۱۷۴	۸۶۱۲۰	۱۱۲۰۴۸۲	۹۳۷	۳۵۴
۱۴۰۲	۸۸	۳۰۸۲	۵۴۹۰۹	۱۲۲۵۹۶۰	۶۲۴	۳۹۷

براساس داده های جدول ۶، در فاصله سال های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۲، بررسی نسبت تعداد مراکز مشاوره به تعداد افراد خدمت گیرنده به عنوان شاخصی برای ارزیابی کفایت خدمات ارائه شده توسط سازمان بهزیستی، حاکی از وجود نوعی عدم توازن ساختاری و کارکردی میان دو بخش دولتی و غیردولتی است. در این دوره، تعداد مراکز دولتی تقریباً بدون تغییر باقی مانده و در بازه حداکثر ۹۴ و حداقل ۸۷ واحد نوسان داشته است. این در حالی است که بار مراجعه کنندگان به این مراکز به طور کلی، جزء در سال های بعد از کرونا کاهش یافته است. به عبارتی، میانگین بار خدمات گیرندگان برای هر مرکز دولتی در یک سال، از ۶۹۹ نفر به حدود ۶۲۴ نفر در سال ۱۴۰۲ رسیده که نمایانگر تغییری جزئی در این بخش است. در مقابل، بخش غیردولتی شاهد رشدی به نسبت بیشتر در تعداد مراکز بوده است. بر این اساس، در سال ۱۳۹۶، تعداد واحدهای خدمات مشاوره بخش غیردولتی ۲۲۸۱ واحد بوده که این تعداد در پایان سال ۱۴۰۲، با رشدی بالغ بر ۸۰۰ واحدی به ۳۰۸۲ واحد رسیده است. همچنین تعداد مراجعات در طی این سال ها، جزء در سال های شیوع همه گیری کرونا، رشدی ۲۷ درصدی را تجربه کرده است که در نتیجه آن، بار مراجعان به هر مرکز، به طور متوسط به ۳۹۷ نفر در سال ۱۴۰۲ رسیده که به نسبت سال ۱۳۹۶، نمایانگر کاهش ۴۰ واحدی است. این وضعیت حاکی از آن است که سیاست برون سپاری خدمات مشاوره ای هر چند از منظر افزایش کمی ظرفیت و گسترش دامنه مراکز غیردولتی عملکرد نسبتاً موفق داشته، با این حال از منظر اثرگذاری بر کاهش فشار بار مراجعین مراکز دولتی، تأمیزی ناموفق بوده است. تراکم بالای مراجعات در مراکز دولتی، به خصوص در دوران شیوع بیماری کرونا، به رغم سهم اندک این بخش در کل ساختار ارائه خدمات، نشان می دهد که بخش دولتی همچنان بار اصلی و سنگین تری را نسبت به مراکز غیردولتی تحمل می کند که این امر به طور بالقوه می تواند منجر به افت کیفیت خدمات، افزایش زمان انتظار، تضعیف رضایت مندی خدمت گیرندگان و به طور کلی کاهش کفایت خدمات در بخش دولتی شود [۶] [۸].

علاوه بر موضوع کفایت، جامعیت خدمات نیز از اهمیت بالایی برخوردار است. همان طور که عنوان شد، خدمات مشاوره این سازمان طیف عظیمی از خدمات جانبی را در سطوح و دوره های مختلف شامل می شود. مشاوره پیش و بعد از ازدواج و طلاق از جمله سازوکارهایی در جهت نیل به اهداف تعریف شده است که این امر نشان از جامعیت در گروه های تحت پوشش خدمات مشاوره ای است. بر این اساس، خدمات مشاوره نه محدود به زوجین در صدد طلاق، بلکه شامل طیف عظیمی از پسران و دخترانی که به نحوی با امر تشکیل خانواده در پیوند هستند، می شود. این نکته همچنین در بند «الف» ماده (۸۰) برنامه هفتم پیشرفت نیز به صراحت تأکید شده است که

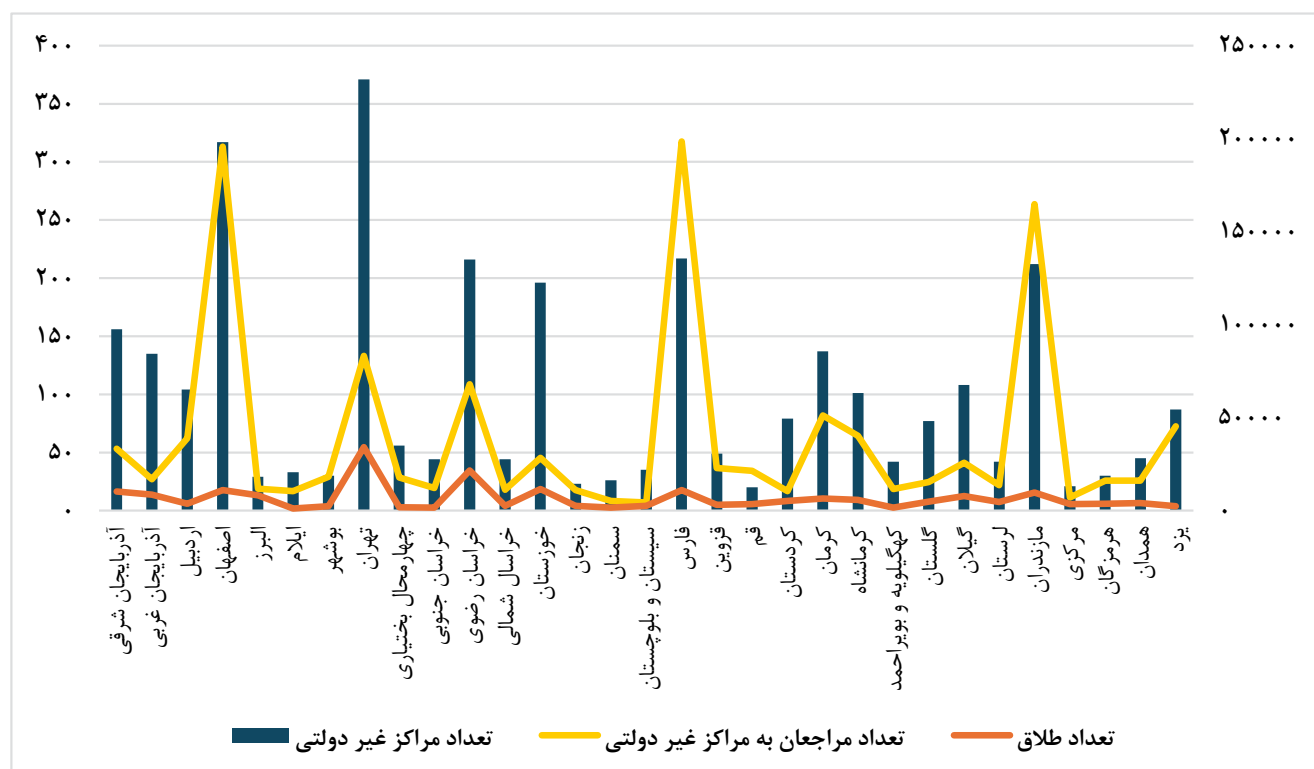


براساس آن، سازمان بهزیستی مکلف بر افزایش تنوع خدمات مشاوره خانواده به زوجین گردیده است. با این حال، فقدان پروتکل‌های ترکیبی و یکپارچه‌سازی مستمر میان خدمات‌های پیش‌طلاق، میان‌طلاق و پس‌طلاق، انسجام بسته‌ها را تضعیف کرده و مانع از ایجاد چرخه حمایتی کامل برای زوجین در بحران می‌شود. از این رو جلسات محدود، نبود مداخلات گروهی یا کارگاه‌های تجربه‌محور و نبود حمایت مالی یا حقوقی پس از مشاوره، امکان ارتقای تاب‌آوری و مهارت‌های ارتباطی را محدود ساخته است.

علاوه بر این، در موضوع عدالت جغرافیایی، یافته‌ها گویای ضعف در پوشش عادلانه جغرافیایی خدمات مشاوره‌ای در سطح کشور است. بر این اساس، در بخش دولتی، تعداد مراکز در اکثر استان‌ها کمتر از ۵ واحد است. این در حالی است که این تعداد در برخی استان‌ها مانند خراسان جنوبی و آذربایجان شرقی به ترتیب به ۱۲ و ۱۹ واحد دولتی می‌رسد. این بدان معناست که تعداد مراکز در ارتباط مستقیمی با تعداد مراجعان به بخش دولتی قرار ندارد [۸]. از سوی دیگر، داده‌ها حاکی از آن است که پراکندگی مراکز غیردولتی، برخلاف مراکز دولتی از وضعیت مناسبی برخوردار است. لذا، ارتباط مستقیمی میان تعداد مراکز غیردولتی در هر استان با تعداد مراجعان به این مراکز در هر سال مشاهده می‌شود که این نسبت در استان‌های مختلف متفاوت است. همچنین، برخلاف سایر استان‌ها، سه استان فارس، مازندران و اصفهان به ترتیب با ۹۱۵، ۷۷۷ و ۶۱۷ نفر در هر مرکز، در سال ۱۴۰۲ بوده که این امر بیانگر وضعیت نه‌چندان مطلوب در این سه استان برخلاف سایر مناطق کشور است.

علاوه بر این، مقایسه تعداد طلاق‌های انجام شده و تعداد مراکز غیردولتی ارائه‌دهنده خدمات مشاوره‌ای در سال ۱۴۰۲ در هر استان، بیانگر ارتباط میان این دو متغیر است. بر این اساس، با افزایش تعداد طلاق در هر استان، تعداد مراکز مشاوره‌ای نیز افزایش یافته و برعکس [۸] (شکل ۷). در نتیجه، ارزیابی از میزان فراگیری و پراکندگی جغرافیایی در ارائه خدمات در مراکز دولتی ضعیف و در مراکز غیردولتی به نسبت مناسب ارزیابی می‌شود.

شکل ۷. نمودار پراکندگی مراکز غیردولتی ارائه‌دهنده خدمات مشاوره در سطح کشور و تعداد مراجعان به این مراکز [۶] [۸] [۱۰]



افزون بر این، یکی از مهم ترین فاکتورهای سنجش و ارزیابی عملکرد بهزیستی در امر برون سپاری خدمات، میزان اثربخشی این خدمات در نیل به اهداف تعریف شده است. یافته های مطالعات کیفی گویای پنداشت منفی مراجعه کنندگان نسبت به مراکز مشاوره، به ویژه مشاوره پیش از طلاق و اثربخشی ضعیف آنهاست [۱۱] [۱۲] [۱۳]. آسیب شناسی های انجام شده گویای وجود علل مختلفی در کاهش اثربخشی مراکز مشاوره پیش از طلاق است که بخش بسیاری از این علل ناشی از برون سپاری خدمات مشاوره ای است. بر این اساس، بی میلی زوجین به مشارکت واقعی در جلسات، به ویژه زمانی که تصمیم به جدایی قطعی دارند، یکی از این موارد است. در مواردی که زوجین با تصمیم قطعی برای ازدواج وارد جلسات مشاوره می شوند، شانس اصلاح نگرش ها و تقویت مهارت های ارتباطی بسیار ضعیف است. افزون بر این، اگر این جلسات صرفاً به عنوان یک الزام قانونی یا تشریفات اداری تلقی شوند، تأثیر گذاری آنها بیش از پیش کاهش می یابد [۱۲]. از این رو، ضروری است تا امر مشاوره، نه محدود به پیش از طلاق، بلکه به مشاوره های پیش از ازدواج و پس از آن نیز تسری یابد و در مواردی، به منظور بازگشت مطلقین به کانون خانواده و ازدواج مجدد، مشاوره های پس از طلاق نیز ذیل خدمات سازمان بهزیستی ارائه شود. به رغم اینکه داده های فوق مربوط به وضعیت انواع مراکز مشاوره ذیل سازمان بهزیستی بوده، لکن می توان براساس آن وضعیت نوعی مراکز مشاوره فعال در زمینه مشاوره پیش از طلاق را نیز مورد تحلیل قرار داد. در این زمینه، از جمله عوامل ضعف عملکرد مراکز مشاوره مواردی مانند خستگی شغلی مشاوران به دلیل حجم بالای پرونده ها، و گاه بی انگیزگی است که سبب برگزاری جلسات با حداقل تعامل می شود و در مواردی نیز به دریافت رشوه و صدور گواهی بدون بررسی دقیق ختم می گردد. همچنین فقدان نظارت و سازوکار ارزیابی اثربخش و مؤثر بر مراکز مشاوره از سوی قوه قضائیه، هزینه های مالی مشاوره ها برای خانواده های کم درآمد، عدم تعهد مشاوران در ایجاد سازش، افزایش فشارهای روانی بر زوجین به دلیل اطاله فرایند طلاق [۱۳] و همچنین فقدان ساختار اجرایی مؤثر و نبود ضمانت اجرای توافقات حاصل از مشاوره، عدم تطابق مشاوره ها با واقعیت های فرهنگی و اجتماعی زوجین از جمله دیگر علل کاهش اثربخشی این مراکز محسوب می شوند [۱۲]. به منظور تصدیق برخی از گزاره های فوق، می توان به بررسی میزان دفعات مراجعه به این مراکز توسط زوجین پرداخت. این شاخص گویای آن است که این مشاوره ها تا چه میزان توانسته تغییر نگرش زوجین را به همراه داشته باشد و سبب ادامه فرایند سازش گردند (جدول ۷).

جدول ۷. تعداد مراجعات هر فرد به مراکز مشاوره غیردولتی [۸ و ۶]

سال	تعداد مراجعان به مراکز مشاوره حضوری و خدمات روان شناختی محدود	تعداد جلسات مشاوره در مراکز حضوری و خدمات روان شناختی محدود	نسبت تعداد جلسات به تعداد مراجعان
۱۳۹۶	۸۶۷۴۱۰	۱۸۰۴۶۱۲	۲۰۰۸
۱۳۹۷	۹۶۸۷۵۳	۲۱۹۹۷۸۱	۲۰۲۷
۱۳۹۸	۱۲۰۱۷۷۰	۲۵۶۹۵۱۴	۲۰۱۳
۱۳۹۹	۸۸۸۱۲۷	۱۹۴۸۳۹۶	۲۰۱۹
۱۴۰۰	۹۷۷۰۲۹	۱۸۸۲۹۶۴	۱۰۹۲
۱۴۰۱	۱۱۲۰۴۸۲	۲۳۹۷۸۴۸	۲۰۱۴
۱۴۰۲	۱۲۲۵۹۶۸	۲۸۱۶۹۳۹	۲۰۲۹

همان طور که در جدول ۷ قابل مشاهده است، متوسط مراجعه هر خدمات گیرنده از مراکز مشاوره غیردولتی در حدود ۲ نوبت است. این میزان در مراکز دولتی، کمتر بوده و در حدود ۱٫۷ نوبت عنوان شده است. این امر به نحوی موجب می شود تا کارآمدی مورد انتظار قوانین از مشروط سازی طلاق توافقی به مشاوره پیش از طلاق، محقق نگردد. با این حال این ضعف ارتباط معناداری با امر برون سپاری در سازمان ندارد. در این راستا، «دستورالعمل آموزش پیش از ازدواج»، با رویکردی پیشگیرانه و ارتقایی، در امتداد منطق نظام مند خدمات



اجتماعی سازمان بهزیستی تدوین شده است که در آن آموزش نه صرفاً ابزاری برای انتقال اطلاعات، بلکه ساختاری برای جلوگیری از شکل‌گیری چرخه آسیب‌های خانوادگی، از جمله طلاق، خشونت خانگی، سوء مصرف، انحرافات جنسی و اختلالات روانی پس از ازدواج به‌شمار می‌آید. بر اساس این سند، آموزش پیش از ازدواج به‌عنوان نوعی «پیشگیری اولیه» تعریف شده است که نه در مرحله بحرانی، بلکه در نقطه شروع تصمیم‌گیری فردی و انتخاب همسر به دنبال ارتقای آگاهی، مهارت و تحلیل موقعیت‌مند فرد است. در دستورالعمل، آموزش‌های همگانی به‌عنوان گامی در جهت ارتقای کیفیت ازدواج و تشکیل خانواده موفق تلقی می‌شود که زمینه‌های بروز آسیب‌هایی مانند طلاق، همسر آزاری، کودک آزاری، سوء مصرف و خودکشی را کاهش می‌دهد.

در نهایت نیز، باید عنوان داشت که تأمین مالی پایدار خدمات مشاوره کاملاً بر اعتبارات دولتی اتکا دارد و طبق گزارش سالنامه سازمان بهزیستی، سهم مشارکت مردمی یا خیریه تک‌رقمی باقی مانده است. این وضعیت، دوام شبکه مشاوره را در مواجهه با تنگنای بودجه‌ای سالانه و تغییر اولویت‌های سیاستگذار تهدید می‌کند [۶] [۸].

بنابراین، بررسی عملکرد مراکز غیردولتی فعال در حوزه خدمات مشاوره‌ای نشان‌دهنده رشد قابل توجه تعداد این مراکز و مراجعه‌کنندگان آنها طی سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۲ است. این توسعه کمی و گسترش دامنه پوشش مراکز غیردولتی در اغلب استان‌ها، در مقایسه با مراکز دولتی که از پراکندگی جغرافیایی ضعیف‌تری برخوردارند، نشان‌دهنده موفقیت نسبی سیاست برون‌سپاری در فراگیری خدمات مشاوره است. با این حال، این موفقیت در شاخص‌های دیگر با چالش‌های جدی مواجه است. از منظر کفایت خدمات، به‌رغم افزایش مراکز غیردولتی، بار مراجعات همچنان به‌طور نامتوازی بر مراکز دولتی سنگینی می‌کند. این تراکم بالای مراجعات در بخش دولتی، پتانسیل کاهش کیفیت و افزایش زمان انتظار را در پی دارد و نشان می‌دهد برون‌سپاری نتوانسته است فشار بر مراکز دولتی را به میزان مطلوب کاهش دهد. جدی‌ترین نقد به عملکرد این مراکز، به اثربخشی خدمات بازمی‌گردد. میانگین مراجعه هر خدمات‌گیرنده به مراکز غیردولتی حدود ۲ نوبت و در مراکز دولتی حدود ۱,۷ نوبت است که حکایت از عدم تمایل زوجین به تداوم فرایند مشاوره دارد. این امر، همراه با پنداشت منفی مراجعه‌کنندگان نسبت به مشاوره‌های پیش از طلاق، ناشی از عواملی همچون بی‌میلی زوجین با تصمیم قطعی به جدایی، خستگی شغلی مشاوران و در مواردی دریافت گواهی بدون بررسی دقیق، فقدان نظارت مؤثر، و نبود ضمانت اجرایی برای توافقات حاصل از مشاوره است.

۳-۶. آسیب‌های اجتماعی ناشی از اعتیاد

سازمان بهزیستی خدمات متعدد و متنوعی را برای کاهش آسیب اعتیاد در سه سطح درمان، کاهش آسیب و پیشگیری ارائه می‌دهد. به‌طور کلی، مراکز دولتی مهم‌ترین متولیان این حوزه به حساب می‌آیند، در بخش درمان سرپایی و اقامتی، بخش‌های غیردولتی نیز نقش آفرینی می‌کنند (جدول ۸).

جدول ۸. تعداد مراکز و تعداد خدمات‌گیرندگان سرپایی دولتی و غیردولتی [۸ و ۶]

سال	سرپایی دولتی			سرپایی غیردولتی		
	تعداد مراکز	تعداد خدمات‌گیرنده	متوسط تعداد خدمات‌گیرندگان در هر مرکز	تعداد مراکز	تعداد خدمات‌گیرنده	متوسط تعداد خدمات‌گیرندگان در هر مرکز
۱۳۹۶	۹	۱۴۶۳	۱۶۲	۱۰۶۶	۹۶۱۶۰	۹۰
۱۳۹۷	۷	۳۵۹۸	۵۱۴	۱۱۳۲	۱۸۹۹۶۳	۱۶۷
۱۳۹۸	۷	۱۹۲۰	۲۷۴	۱۱۰۷	۲۵۶۲۹۵	۲۳۱
۱۳۹۹	۶	۲۱۴۶	۳۵۷	۱۰۸۱	۳۰۹۶۴۸	۲۸۶
۱۴۰۰	۶	۱۶۹۵	۲۸۲	۱۰۸۷	۲۲۶۰۰۵	۲۰۷
۱۴۰۱	۶	۷۶۷۲	۱۲۷۸	۱۰۳۹	۲۹۹۵۲۸	۲۸۸
۱۴۰۲	۶	۴۰۵۷	۶۷۶	۱۰۲۰	۳۰۳۵۵۳	۲۹۷

براساس یافته های جدول ۸، در بخش دولتی، تعداد مراکز سرپایی از ۹ واحد در سال ۱۳۹۶ به ۶ واحد در سال ۱۴۰۲ کاهش یافته و با وجود نوسان ۳۰۰ درصدی در تعداد خدمات گیرندگان (از حدود ۱۴۶۳ نفر به ۴۰۵۷ نفر)، نسبت خدمات گیرنده به مراکز دولتی به طور میانگین به زیر ۷۰۰ نفر رسیده است. در مقابل، مراکز غیردولتی نه تنها از نظر تعداد (۱۰۲۰ واحد در سال ۱۴۰۲) رشد چشمگیری داشته اند، بلکه تعداد خدمات گیرندگان نیز از حدود ۹۶ هزار نفر در سال ۱۳۹۶ به بیش از ۳۰۰ هزار نفر در سال ۱۴۰۲ افزایش یافته؛ به طوری که میانگین خدمات گیرنده در هر مرکز به بیش از ۲۸۰ نفر رسیده است. با توجه به این داده ها، می توان عنوان کرد که تمرکز ظرفیت ها و مسئولیت در حوزه کاهش آسیب های ناشی از اعتیاد به طور محسوسی برای بخش های غیردولتی در حال افزایش است و دولت با حفظ نقش حداقلی در ارائه خدمات درمانی سرپایی، عملاً سهم کمتری در ارائه مستقیم خدمات بر عهده دارد و نقش تنظیم گر یا ناظر را ایفا می کند. با این حال، این برون سپاری وظیفه، مستلزم تأمین زیرساخت های کافی برای تضمین کیفیت خدمات در بخش خصوصی و غیردولتی است؛ چراکه کاهش حضور دولت در کنار رشد سریع تقاضا، می تواند مخاطراتی در زمینه عدالت دسترسی، استانداردهای درمان و نظارت مؤثر به همراه داشته باشد.

همچنین یکی از ویژگی های مهم خدمات مرتبط با اعتیاد، تنوع ساختاری و تعدد روش های مداخله در دو سطح درمانی و پیشگیری است. در حوزه درمان، سازمان بهزیستی خدمات خود را از طریق سه قالب اصلی شامل مراکز سرپایی، اقامتی و مدل اجتماع درمان مدار ارائه می دهد که بخش قابل توجهی از این سازوکار توسط مراکز غیردولتی پشتیبانی می شوند و نقش فعالی در پوشش جمعیت هدف ایفا می نمایند. در مقابل، در سطح کاهش آسیب، سازمان از پنج سازوکار متفاوت بهره می برد که هر یک با جامعه هدف، نوع خدمات و رویکرد اجرایی خاصی تعریف شده اند. در این میان، نقش مستقیم سازمان بهزیستی در هدایت فرایندهای کاهش آسیب مشهود است. به طور خاص در سال های اخیر، این نهاد با تمرکز بر خدمات مبتنی بر تیم های سیار (موبایل ون ها) و الگوی مداخله اورژانسی و پیشگیرانه، به عنوان یکی از راهبردهای کلیدی در پوشش گروه های پرخطر و دسترسی پذیری میدانی به خدمات تخصصی، عملکردی تعیین کننده داشته است.

در چارچوب تحلیل پایداری مالی خدمات مرتبط با آسیب های اجتماعی ناشی از اعتیاد، داده های بودجه ای سال ۱۴۰۰ نشان دهنده تخصیص هدفمند و نسبتاً کامل اعتبارات در قالب سه ردیف یارانه ای مستقل ذیل تبصره «۱۴» قانون بودجه هستند. در ردیف ۱۹، اعتباری معادل ۵۰۷ میلیارد تومان برای درمان، بازتوانی و کاهش آسیب معتادان اختصاص یافته که به طور کامل تخصیص و هزینه شده است. به موازات آن، ردیف ۴۰ نیز با اعتبار مصوب ۴۲ میلیارد تومان، با نرخ تحقق ۹۷۴ درصدی (معادل ۴۰۹ میلیارد تومان)، سهم قابل توجهی از منابع عمومی را به این حوزه اختصاص داده است. همچنین ذیل ردیف ۱۹، اعتباری مستقل به مبلغ ۲۰۴ میلیارد تومان برای پیشگیری از سوء مصرف مواد تعریف شده که آن نیز به صورت کامل پرداخت و هزینه گردیده است. این سطح از جذب اعتبارات، از منظر اجرایی و مالی، نمایانگر اولویت دهی نسبی به حوزه اعتیاد در برنامه های سالانه سازمان بهزیستی است و نشانه ای از ظرفیت بالفعل در بهره برداری از منابع رسمی به شمار می رود. علاوه بر این، در بودجه سال ۱۳۹۹ نیز، مبلغ ۵۰۱ میلیارد تومان از محل بودجه عمومی کشور، با هدف درمان، بازتوانی و کاهش آسیب معتادان مصوب شد. با این وجود، میزان اعتبار تخصیص یافته و دریافت شده تنها ۳۰۹ میلیارد تومان بوده که نشان دهنده تحقق ۷۶ درصدی اعتبار مصوب است. این سطح از تحقق، اگرچه از منظر اجرایی قابل قبول به نظر می رسد، اما در مقایسه با حجم تقاضا و نیازهای فزاینده مراکز درمانی و حمایتی در حوزه اعتیاد، نامطلوب به شمار می آید. عدم تخصیص کامل اعتبار مصوب، بیانگر نوعی ناپایداری مالی در مواجهه با آسیب های اجتماعی است. در ارزیابی پایداری منابع مالی این بخش، چنین شکاف هایی میان منابع مصوب و تخصیص یافته باید به عنوان شاخصی مهم در سیاست گذاری مالی سازمان در نظر گرفته شوند؛ چراکه استمرار و توسعه خدمات درمانی معتادان، نیازمند منابع پایدار، قابل پیش بینی و متناسب با بار درمانی این آسیب است [۱۴] [۱۵]. علاوه بر این، آنچه که در ارزیابی پایداری مالی اهمیت دارد، پرسش از استمرار این اعتبارات در بلندمدت است. تکیه بر ردیف های یارانه ای دولتی، بدون تکمیل آنها با منابع مکمل از جمله مشارکت های مردمی، کمک های نهادهای مدنی یا سازوکارهای مالی درون سازمانی، ساختار تأمین مالی خدمات اعتیاد را به شدت وابسته و آسیب پذیر در برابر نوسانات بودجه ای سالانه می سازد.

همچنین دستورالعمل مراکز اقامتی بهبود و بازتوانی افراد با اختلال مصرف مواد، بر خلاف ظاهر بالینی و درمان محور آن، واجد



منطق پیشگیریانه، چندسطحی و نظام‌مند است. در سطح نخست، آموزش و توانمندسازی مددجویان پیش از اتمام دوره اقامت، با تأکید بر مهارت‌های تصمیم‌گیری، ارتباط مؤثر، مدیریت خشم، تاب‌آوری و تحلیل موقعیت‌های پرخطر، به‌منزله مداخلات پیشگیرانه برای جلوگیری از بازگشت به مصرف تلقی می‌شود. تعریف دقیق بازتوانی به‌معنای دستیابی به زندگی مستقل، ارتقای کیفیت زندگی و بازگشت به اجتماع خود مؤید آن است که درمان تنها به‌معنای قطع مصرف نیست، بلکه به تثبیت تغییر رفتار و جلوگیری از بازگشت به آسیب معطوف است. در سطح دوم، حضور مددیار خانواده و ارجاع مددجویان به مشاوره فردی و گروهی، مداخلات روان‌درمانی و خدمات اجتماعی، هدفی فراتر از سلامت فردی و در سطح توانمندسازی شبکه خانوادگی و جلوگیری از تکرار چرخه اعتیاد در بستری اجتماعی را دنبال می‌کند. تلاش برای آموزش و مشارکت خانواده‌ها، به‌ویژه در مسیر پس از ترخیص، ساختاری پیشگیرانه برای جلوگیری از آسیب‌های ثانویه همچون طرد، خشونت خانگی یا بازگشت فرد به فضای مصرف مواد است. افزون‌براین، طراحی سامانه‌های نظارت، ارزیابی و مستندسازی اقدامات، تربیت نیروهای تخصصی، مشارکت گروه‌های هم‌تا و اجتماع‌محور، از جمله مؤلفه‌های سیاستگذاری پیشگیرانه به‌شمار می‌آیند که از طریق حکمرانی داده‌محور، تلاش دارند رفتارهای پرخطر را نه فقط در فرد، بلکه در ساختار خدماتی کنترل کنند. در این راستا، داده‌های موجود بیانگر آن است که تعداد محیط‌های تحت پوشش برنامه‌های پیشگیری اجتماع‌محور از اعتیاد در سال ۱۴۰۲، در مقایسه با سال ۱۳۹۸، در محله‌ها و محیط‌های آموزشی کاهشی بوده است. باین حال در محیط کار و فضای مجازی، این میزان افزایش یافته که این مهم نمایانگر تغییر فضای سیاست‌های پیشگیری از محیط‌های فیزیکی به فضای مجازی است. **این تغییرات سبب شده است تا در مجموع، تعداد محیط‌های پیشگیری اجتماع‌محور، در طی این سال‌ها افزایشی باشد که این امر نمایانگر موفقیت نسبی سازمان بهزیستی در پیگیری اقدامات مربوط به حوزه پیشگیری از پدیده اعتیاد است [۸].** با این اوصاف، باید توجه داشت که این افزایش و تغییر بستر سیاستی، سبب افزایش کارایی و اثربخشی نیز شده باشد. این در حالی است که **مطالعات صورت گرفته نشان می‌دهد که فرایند ساماندهی معتادان متجاهر در مراکز ماده (۱۶) با نقص‌های اساسی روبه‌روست که اثربخشی این مراکز را به شدت کاهش داده است.** برخی از این نواقص شامل: معیوب بودن چرخه جمع‌آوری، ابهام در تعریف تجاهر و تعیین شاخص‌های آن، تقلیل چرخه درمان و توانمندسازی به خدمات اولیه پزشکی، اختلال در فرایند و کیفیت غربالگری، کمبود، ناپایداری و توزیع نامتوازن اعتبارات مالی، تکمیل نبودن و نقص در فرایند نگهداری و درمان، فقدان انسجام آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌ها، شنیده نشدن صدای جامعه هدف و ... همچنین نگاه مقطعی و سیاسی به این مسئله و دنبال کردن اهدافی غیر از درمان و بازتوانی، به چرخه‌ای معیوب از جمع‌آوری، نگهداری، رهاسازی و جمع‌آوری مجدد انجامیده است و در خوش‌بینانه‌ترین حالت، این مراکز تنها به پاک‌سازی ظاهری شهر و کاهش محدود برخی جرائم خرد کمک کرده‌اند [۱۶].

به‌طور کلی در حوزه اعتیاد، برون‌سپاری خدمات درمان و کاهش آسیب با حفظ ۶ مرکز دولتی درمان سرپایی و هم‌زمان توسعه شبکه‌ای تقریباً هزار واحدی غیردولتی، کارنامه‌ای نسبتاً موفق را در گسترش شبکه درمانی و فراگیری جغرافیایی رقم زده است. از منظر شاخص اثربخشی، به‌طور تلویحی می‌توان عنوان داشت که تدوین و اجرای پروتکل‌های درمان جامع، شامل چهار ماه اقامت شبانه‌روزی در قالب اجتماع درمان‌مدار با سیستمی از تشویق و تنبیه رفتاری و سپس هشت ماه پیگیری سرپایی با ۵۲ جلسه گروه‌درمانی، آموزش خانواده و توانمندسازی شغلی، بستر رعایت استاندارد بالینی را فراهم آورده و نرخ جذب کامل اعتبارات یارانه‌ای در این بخش (۱۰۰ درصد تحقق) نیز نشانگر انضباط مالی سازمان در این حوزه است. نکته حائز اهمیت آن است که هرچند جذب ۱۰۰ درصدی بودجه مصوب، نشانگر موفقیت در تخصیص است، اما فقدان منابع مکمل نظیر مشارکت خیریه‌های تخصصی، صندوق‌های خرد اجتماعی یا بیمه‌های تکمیلی، خطر ناپایداری مالی را با توجه به نوسانات سالانه بودجه و شرایط اقتصادی کشور افزایش می‌دهد. در موضوع کفایت خدمات نیز، با وجود ثابت ماندن شمار مراکز دولتی در ۶ واحد و نوسان میانگین خدمات‌گیرندگان دولتی بین ۱۶۲ تا ۱۲۷۸ نفر، گسترش غیردولتی‌ها به بیش از هزار واحد و افزایش متوسط تعداد مراجعان از ۹۰ نفر در سال ۱۳۹۶ به حدود ۲۹۷ نفر در سال ۱۴۰۲ حاکی از آن است که سازمان‌های مردم‌نهاد سهم عمده‌ای از نیاز فزاینده جامعه مبتلایان را پوشش دادند. همچنین از منظر جامعیت نیز، بسته‌های درمانی و کاهش آسیب با ترکیب سم‌زدایی، روان‌درمانی شناختی-رفتاری، مشاوره خانوادگی، توانمندسازی شغلی و خدمات بهداشتی میدانی، نیازهای چندبعدی افراد را پاسخ داده و از چندپاره شدن فرایند درمان جلوگیری کرده است. این موضوع در صورت تحقق، می‌تواند نمونه‌ای عالی از سازوکار توانمندسازی در میان سایر حوزه‌های آسیب‌های اجتماعی باشد.

۴-۶. کودکان کار و خیابانی

همان طور که پیشتر عنوان شد، خدمات سازمان بهزیستی در حوزه آسیب های اجتماعی مربوط به کودکان کار و خیابانی را می توان ذیل دو مرکز سامان دهی کودکان کار و خیابانی (دولتی) و مراکز حمایتی-آموزشی کودک و خانواده کودکان کار و خیابانی (غیردولتی) بررسی کرد. بر این اساس، به منظور ارزیابی صحیح عملکرد بازیگران مختلف (دولتی و غیردولتی) در ارائه این خدمات، در گام نخست نیاز است تا به بررسی نقش این بازیگران پرداخته شود (جدول ۹).

جدول ۹. تعداد مراکز و خدمات گیرندگان مراکز دولتی و غیردولتی کودکان کار و خیابانی [۸] [۶]

سال	مراکز سامان دهی کودکان کار و خیابانی (دولتی)	مراکز حمایتی-آموزشی کودک و خانواده کودکان کار و خیابانی (غیردولتی)	خدمات گیرندگان سامان دهی کودکان کار و خیابانی (دولتی)	خدمات گیرندگان حمایتی-آموزشی کودک و خانواده کودکان کار و خیابانی (غیردولتی)	نسبت تعداد خدمات گیرنده به تعداد مراکز دولتی	نسبت تعداد خدمات گیرنده به تعداد مراکز غیردولتی
۱۳۹۵	۴۷	۴۵	۹۲۸۷	۱۶۶	۱۹۷	۳
۱۳۹۶	۳۳	۴۶	۵۱۵۲	۶۳۳۱	۱۵۶	۱۳۷
۱۳۹۷	۳۱	۶۳	۶۱۹۸	۸۵۵۶	۱۹۹	۱۳۵
۱۳۹۸	۳۱	۶۳	۴۸۰۵	۵۷۵۳	۱۵۵	۹۱
۱۳۹۹	۳۱	۶۳	۳۹۰۲	۶۱۱۷	۱۲۵	۹۷
۱۴۰۰	۳۱	۶۷	۳۶۵۳	۶۷۹۹	۱۱۷	۱۰۱
۱۴۰۱	۲۹	۶۴	۲۷۴۲	۹۸۱۳	۹۴	۱۵۳
۱۴۰۲	۳۴	۵۴	۴۲۲۲	۱۰۶۱۱	۱۲۴	۱۹۶

بر اساس داده های مندرج در جدول ۹، تعداد مراکز دولتی سامان دهی کودکان کار و خیابانی از ۴۷ واحد در سال ۱۳۹۵ به ۳۴ واحد در سال ۱۴۰۲ کاهش یافته است. در مقابل، مراکز غیردولتی حمایتی-آموزشی در همین بازه زمانی از ۴۵ واحد به ۵۴ واحد افزایش یافته اند. اگرچه رشد تعداد مراکز غیردولتی چشمگیر نیست، با این حال آنچه اهمیت دارد، روند افزایشی تعداد خدمات گیرندگان این مراکز است که از ۱۶۶ نفر در سال ۱۳۹۵ به بیش از ۱۰۶۰۰ نفر در سال ۱۴۰۲ افزایش داشته است. این در حالی است که مراکز دولتی نه تنها کاهش کمی داشته اند، بلکه تعداد خدمات گیرندگان آنها نیز از حدود ۹۲۸۷ نفر در سال ۱۳۹۵ به تنها ۴۲۲۲ نفر در سال ۱۴۰۲ رسیده که این به معنای افت ۵۰ درصدی است. علاوه بر این، نسبت خدمات گیرنده به مرکز نیز تحولاتی معنادار را نشان می دهد. در مراکز دولتی این نسبت از ۱۹۷ نفر در سال ۱۳۹۵ به ۱۲۴ نفر در سال ۱۴۰۲ رسیده و در مراکز غیردولتی از عددی بسیار پایین (۳ نفر در هر مرکز) به ۱۹۶ نفر ارتقا یافته است. چنین جهشی در ظرفیت جذب مراکز غیردولتی را می توان نشانگر بهبود نسبی بهره وری عملیاتی و استقبال بیشتر از رویکردهای مشارکتی در نهاد دولت دانست. با این حال، آنچه در این روند نیازمند تأمل است، کاهش شدید ظرفیت مراکز دولتی در مقابل رشد فزاینده نیازها در زمینه کودکان خیابانی است. این تغییر به معنای گرایش سازمان به ارائه خدمات روزانه و تحدید مراجعات به مراکز شبانه روزی است. با این اوصاف باید دقت داشت که این منطق پیشگیری از ورود به مرحله درمانی-اقامتی، موجب تقلیل مسائل و تداوم بهره کشی از کودکان نشود.

علاوه بر این، با مروری بر سطح پوشش جغرافیایی این مراکز، می توان تناسب در توزیع مراکز دولتی و غیردولتی را مشاهده کرد. بر این اساس، فراگیری جغرافیایی این مراکز به صورت برابر و متناسب با جمعیت خدمات گیرنده شکل گرفته است [۸]. بررسی های انجام شده از گزارش های حسابرسی اعتبارات سازمان بهزیستی در سال ۱۴۰۰ در موضوع کمک هزینه نگهداری کودکان کار،



گویای تخصیص و هزینه ۱۰۰ درصدی اعتبارات مصوب در بودجه ۱۴۰۰ بوده است. باین حال در سال ۱۳۹۹، عملکرد سازمان ۸۲ درصد از ۲ همت بودجه تخصیصی بوده است [۱۴] [۱۵].

همچنین جامعیت بسته‌های خدماتی در تلفیق آموزش رسمی (بازگرداندن به مدرسه یا کلاس‌های جبرانی)، حمایت روانی-اجتماعی، آموزش مهارت‌های زندگی و مشاوره حقوقی در یک چرخه واحد، از تکه تکه شدن فرایند حمایت جلوگیری کرده است. این مدل یکپارچه، کودکان رانه‌تنها از تفکیک میان خانواده و جامعه مصون می‌دارد، بلکه با پیوند دادن آنها به شبکه‌های حمایتی محلی، کمیته‌های محله، سازمان‌های مردم‌نهاد حامی کودک، فرایند باز توانی بلندمدت را تسهیل می‌کند.

افزون بر این، براساس دو سند بنیادین «دستورالعمل مراکز شبانه‌روزی کودکان خیابانی» و «دستورالعمل مراکز حمایتی آموزشی کودک و خانواده»، مواضع پیشگیرانه خدمات ناظر بر کودکان کار و خیابانی، نه تنها پاسخی به بحران‌های جاری اجتماعی بلکه تجسمی از یک نظام سیاستگذاری بازدارنده و چندلایه در سطح مقررات است. اقداماتی مانند آموزش مهارت‌های زندگی، ارتقای سلامت روان، غربالگری پزشکی اولیه، آموزش بهداشت فردی و آموزش‌های پیشگیرانه (ایدز، سوء مصرف، سوء استفاده جنسی) نقش بسزایی در توانمندسازی مقاوم‌سازی کودک نسبت به آسیب‌های رایج خیابانی دارند. علاوه بر این، ورود خانواده به چرخه توانمندسازی از جمله نقاط تمایز رویکرد پیشگیرانه این خدمات است. از بازدید منزل، ارزیابی صلاحیت مراقبتی، مشاوره‌های هدفمند، تا حمایت‌های مالی و آموزش والدین، همگی مؤید آن هستند که خانواده نه نقطه خروج، بلکه کانون بازدارندگی آسیب اجتماعی است. همچنین تجمیع نهادهای بین بخشی اعم از کمیته امداد، وزارت بهداشت، آموزش و پرورش، نیروی انتظامی، شهرداری و صدا و سیما، به منزله برقراری یک ساز و کار میان بخشی است که به‌طور هم‌زمان علاوه بر محافظت از کودکان، جامعه را در بلندمدت آماده پذیرش مجدد او می‌سازد. آگاه‌سازی عمومی، آموزش رسمی، پوشش بیمه‌ای، خدمات درمانی رایگان، آموزش مهارت‌های شغلی و مشارکت رسانه‌ای همگی ابزارهای پیشگیری ساختاری‌اند که فراتر از خدمات موردی عمل می‌کنند. سایر اقدامات پیشگیرانه مانند نظام پیگیری پس از ترخیص نشانگر آن است که سیاستگذار پیشگیری رانه‌تنها در آغاز مداخله بلکه در امتداد آن نیز معنا کرده است.

بنابراین، بررسی روند تغییرات مراکز غیردولتی فعال در حوزه کودکان کار و خیابانی نشان‌دهنده افزایش تدریجی تعداد این مراکز و کاهش تعداد مراکز دولتی است. آنچه در این میان حائز اهمیت است، جهش چشمگیر تعداد خدمات گیرندگان مراکز غیردولتی است. نسبت خدمات گیرنده به مرکز نیز در بخش غیردولتی از ۳ نفر به ۱۹۶ نفر افزایش یافته که اگرچه حکایت از بهبود قابل توجه بهره‌وری عملیاتی دارد، اما خطر کاهش کفایت رانیز با خود به همراه دارد. از منظر پوشش جغرافیایی نیز، عملکرد سازمان با مشارکت بخش غیردولتی قابل دفاع و مطلوب است. در بُعد تأمین مالی، عملکرد در جذب اعتبارات بانوسان همراه بوده است. در حوزه پیشگیری و جامعیت، رویکرد درمانی-سرپایی به عنوان راهبرد اصلی سازمان مورد تأکید قرار گرفته است و اقداماتی نظیر آموزش مهارت‌های زندگی، غربالگری پزشکی، آموزش‌های پیشگیرانه، بازدید منزل، مشاوره و حمایت مالی از والدین و همکاری بین بخشی با نهادهای همگی مصادیقی از یک نظام سیاستگذاری پیشگیرانه و چندلایه محسوب می‌شوند که موفقیت نسبی این حوزه را در سطح مقررات و دستورالعمل نویسی نشان می‌دهد.

۷. نگاهی به عملکرد سازمان بهزیستی در تأمین مالی مشارکتی

یکی از مهم‌ترین سنجه‌ها در ارزیابی سیاست‌های اجتماعی مبتنی بر برون سپاری، میزان پایداری تأمین مالی در سطوح اجرایی و نهادی است؛ چراکه استمرار، جامعیت و اثربخشی خدمات اجتماعی در گروی وجود ساز و کارهای مالی متوازن، قابل پیش بینی و مقاوم در برابر نوسانات اقتصادی است. تجربه سازمان بهزیستی در سال‌های اخیر نشان می‌دهد که صرف اتکای به منابع دولتی یا واگذاری خدمات به بخش غیردولتی، به تنهایی برای پایداری مطلوب کفایت نمی‌کند. چراکه شواهد نشان می‌دهند که مراکز غیردولتی به شدت تحت مضیقه‌های مالی قرار دارند؛ به نحوی که یارانه‌های پرداختی کفاف هزینه‌های آنها را نمی‌دهد. این موضوع سبب چند پیامد شده است:

۱ این امر نظارت سازمان بهزیستی به عنوان نهاد تنظیم گر را تضعیف کرده است؛ چراکه زمانی که بهزیستی مطالبه‌ای در راستای ارائه

خدمات از بخش خصوصی و مردم نهاد ارائه می کند، این بخش ها با این استدلال که در پرداخت میزان و زمان اعتبارات کاستی های از سوی سازمان بهزیستی صورت گرفته است، عملاً مطالبات را برآورده نمی کنند.

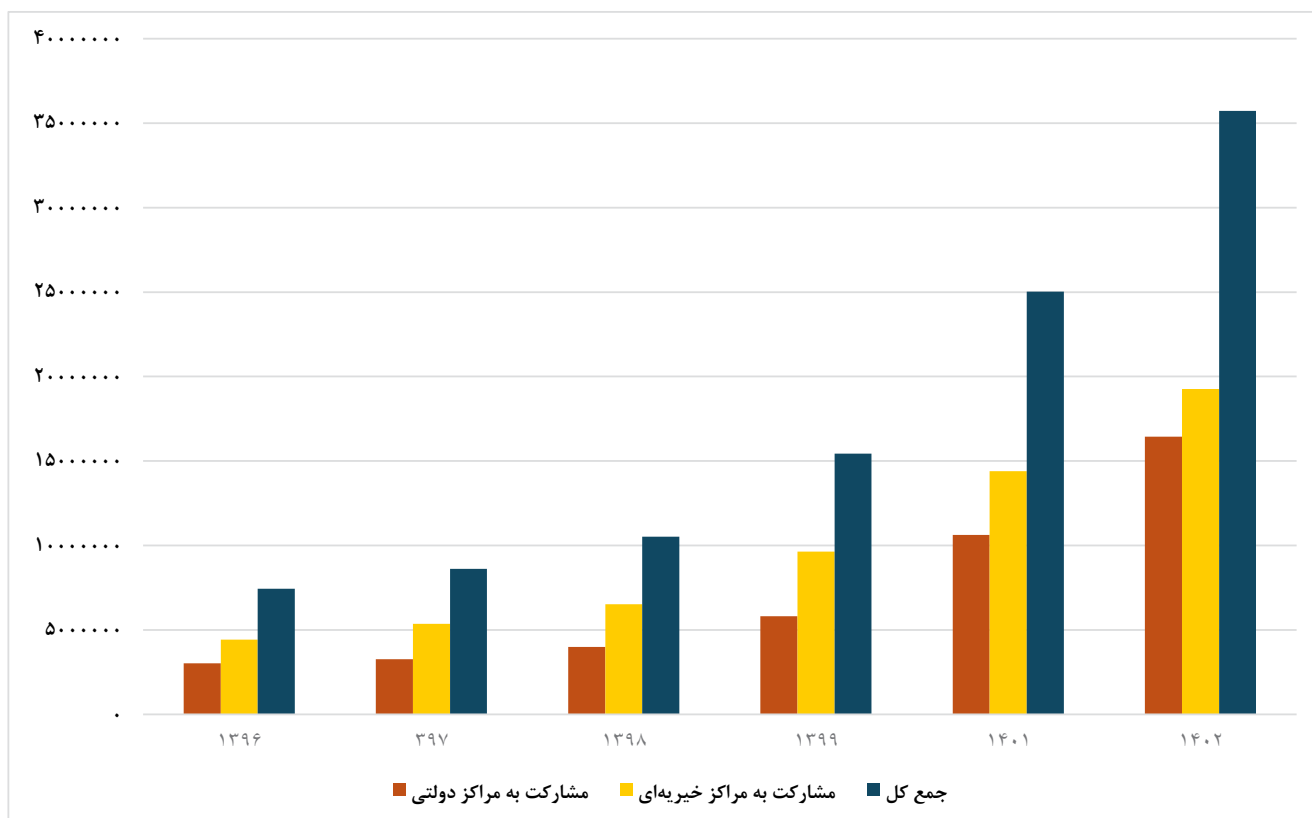
۲- این مضيقه مالی موجب ضعف کیفیت خدمات در این مراکز شود و اهداف اقتصادی، یعنی کسب سود یا بقای اقتصادی در شرایط بحرانی، بر اهداف اجتماعی همچون ارائه خدمات با کیفیت به مددجویان و پیگیری های بعد از ترخیص، پیشی گیرد.

۳- این امر کیفیت کاری نیروی انسانی در مراکز خصوصی و مردم نهاد را به شدت کاهش داده است و اساساً نیروهای کار آزموده و متخصص چندان تمایلی به فعالیت در این مراکز ندارند.

۴- در برخی از موارد نیز، ضعف مالی امنیت این مراکز را به خطر می اندازد و سبب مرگ برخی از مددجویان می شود.

با این اوصاف، برخی از مراکز غیردولتی و به ویژه خصوصی به سودهای هنگفت در این حوزه رسیده اند. این امر نشان می دهد که حمایت بهزیستی و سایر نهادهای حوزه ارائه خدمات اجتماعی، قادر نبوده اند برون سپاری خدمات را به صورت منصفانه در بین مراکز بخش خصوصی توزیع کنند. در این راستا، ارزیابی عملکرد سازمان بهزیستی در شاخص پایداری مالی، مستلزم واکاوی چندلایه ای از سازوکارهای تأمین، تخصیص و هزینه کرد منابع است. این بررسی به طور خاص شامل تحلیل روند تاریخی مشارکت های مردمی (نقدی، غیر نقدی و خدماتی)، سنجش سهم مراکز دولتی و خیریه ای در جذب و مدیریت منابع، ارزیابی الگوی هزینه کرد بر حسب نوع خدمات (معیشتی، درمانی، آموزشی و توان بخشی)، و بررسی میزان انطباق این الگوها با اهداف پیشگیرانه، مداخله ای و توانمندساز تعریف شده در سیاستگذاری سازمان خواهد بود (شکل ۸).

شکل ۸. نمودار میزان مشارکت نقدی، غیر نقدی و خدماتی مردمی به بخش های دولتی و خیریه ای [۸]



براساس شکل ۸، سهم مراکز خیریه ای در جذب مشارکت مردمی در تمام سال ها از مراکز دولتی بیشتر بوده و فاصله آن با بخش دولتی در مرور زمان حفظ شده است. در سال ۱۳۹۶، مشارکت در مراکز دولتی حدود ۳۰۱ میلیارد تومان و در مراکز خیریه ای حدود ۴۴۲ میلیارد تومان ثبت گردیده است، اما تا سال ۱۴۰۲، این ارقام به ترتیب به ۱,۶۴ و ۱,۹۲ همت افزایش یافته اند. مجموع کل مشارکت ها نیز از ۷۴۳ میلیارد



تومان در سال ۱۳۹۶ به ۳,۵ همت در سال ۱۴۰۲ رسیده است. به‌طور کلی، شکل فوق بر رشد تدریجی و مداوم مشارکت در هر دو بخش (خیریه‌ای و دولتی) تأکید دارد، اما شیب افزایش مشارکت در مراکز خیریه‌ای تندتر و پویاتر بوده و این به‌معنای سهم بیشتر بخش خیریه‌ای از مشارکت‌های مردمی است. با این وجود، باید توجه داشت که وابستگی بالای مراکز خیریه‌ای به مشارکت مردمی، در شرایط اقتصادی ناپایدار، نوعی آسیب‌پذیری ساختاری تلقی می‌شود؛ این در حالی است که مراکز دولتی با وجود سهم کمتر از مشارکت‌های مردمی، از پشتوانه‌های بودجه‌ای مستمر نیز بهره‌مند هستند.

بر این اساس، در تحلیل مشارکت مردمی در تأمین مالی مراکز بهزیستی، ضروری است تا تغییرات واقعی منابع مالی سنجش گردد که این مهم مستلزم بررسی تغییرات اسمی در نسبت با نرخ تورم است. بر اساس محاسبات انجام‌شده با تغییرات در شاخص تورم، مشارکت واقعی مردم در سال‌های ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸، با افت قابل توجهی مواجه بوده و از سطح اولیه خود در سال ۱۳۹۶ فاصله گرفته است. با این حال، از سال ۱۳۹۹ به بعد، روندی تدریجی و رو به بهبود مشاهده می‌شود، به‌طوری که در سال ۱۴۰۱، میزان مشارکت واقعی مجدداً به سطحی نزدیک به سال پایه بازگشته است. این رشد، هرچند در ظاهر بیانگر افزایش پنج‌برابری مشارکت‌هاست، در واقع پس از تعدیل تورم، تنها حدود ۶ تا ۹ درصد افزایش داشته است. این امر نشان می‌دهد که توان واقعی مراکز در تأمین هزینه‌ها از محل مشارکت مردمی، نسبتاً ثابت مانده و تنها به‌صورت محدود بهبود یافته است. بنابراین، رشد واقعی مشارکت بیش از آنکه بر توسعه ظرفیت مالی دلالت داشته باشد، حاکی از حفظ نسبی آن در برابر نوسانات اقتصادی و فشار تورمی است.

جدول ۱۰. عناوین و درصد محل هزینه‌کرد نقدی و غیرنقدی ادارات و مراکز دولتی و مؤسسات خیریه در سال ۱۴۰۰ از مشارکت‌های مردمی [۱۷]

عنوان	درصد هزینه‌کرد در سال ۱۴۰۰
سبد معیشتی و مواد غذایی	۴۲٪
سایر	۱۶٪
کمک‌هزینه‌های درمان	۱۰٪
احداث، تعمیر و تجهیز مراکز	۶٪
ازدواج و تأمین جهیزیه	۶٪
مشارکت‌های نقدی مانده	۵٪
مسکن	۴٪
خدمات توان‌بخشی و تجهیزات پزشکی	۴٪
برنامه‌های فرهنگی و آموزشی	۴٪
مشارکت‌های غیرنقدی مانده	۱٪

مطابق داده‌های مندرج در جدول ۱۰، نحوه تخصیص مشارکت‌های مردمی در سال ۱۴۰۰ نشان از اولویتی دارد که بخش عمده‌ای از این منابع را متوجه حوزه‌های عمومی همچون سبدهای معیشتی، کمک‌های درمانی، تعمیر و تجهیز مراکز و برنامه‌های فرهنگی ساخته است. این در حالی است که خدمات مرتبط با آسیب‌های اجتماعی هیچ جایگاه اختصاصی و مشهودی در این تقسیم‌بندی نیافته‌اند. این امر، به‌رغم آن که بخش قابل توجهی از مراکز برون‌سپاری شده بهزیستی مأموریت خود را در خدمت‌رسانی به گروه‌های آسیب‌پذیر نظیر زنان قربانی خشونت، کودکان کار، معتادان و زوجین در معرض طلاق تعریف کرده‌اند، خلأ قابل تأملی را در هم‌راستایی منابع مردمی با مأموریت‌های محوری سازمان آشکار می‌سازد. عدم اختصاص سهمی مستقل برای آسیب‌های اجتماعی، نه‌تنها از منظر شفافیت در گزارش‌دهی مالی محل پرسش است، بلکه از حیث تداوم و کفایت بودجه‌ای این نهادها، می‌تواند زمینه‌ساز نوعی تهدید مزمن و ناپایدار باشد؛ که این امر ضرورت بازنگری در نظام بودجه‌بندی مشارکت‌ها را بیش از پیش نمایان می‌سازد.

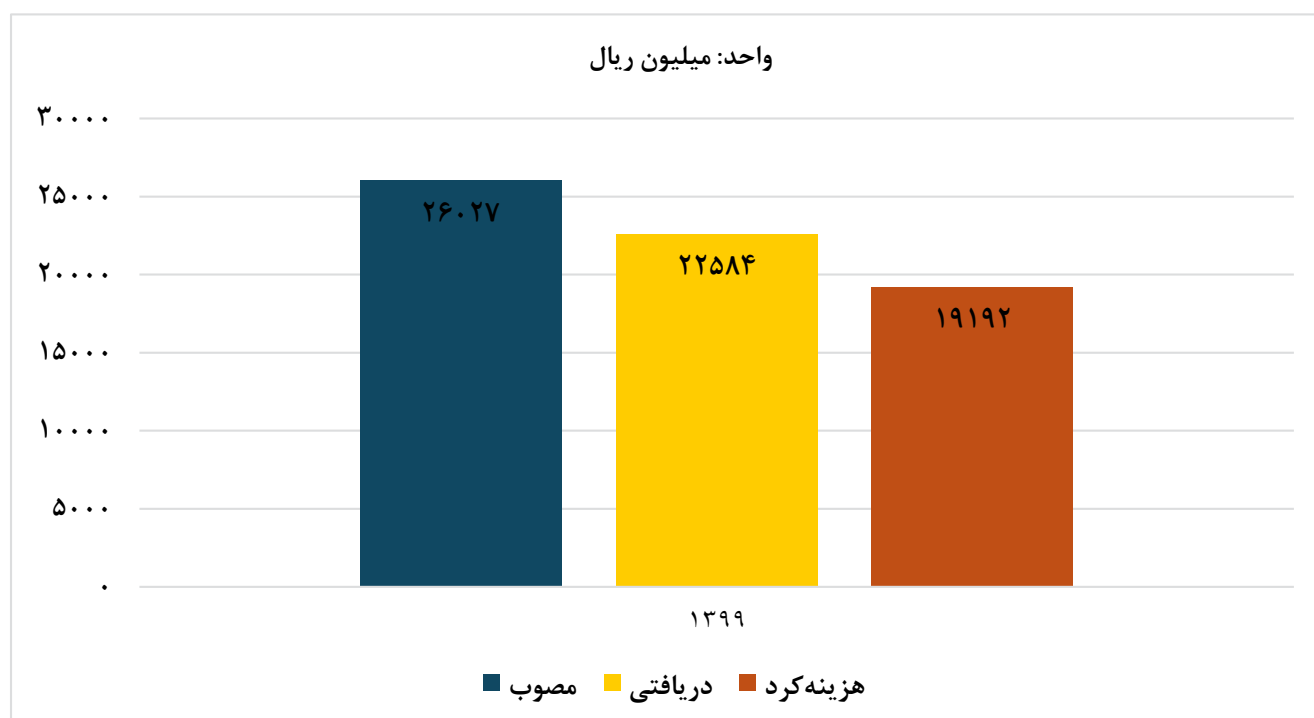
علاوه بر اهمیت بررسی سهم مشارکت مردمی در تأمین مالی سازمان و مراکز خیریه‌ای، بررسی جزئیات ردیف‌های اختصاصی منابع بودجه عمومی کشور نیز حائز اهمیت است. بررسی‌های انجام شده از گزارش‌های عملکرد مالی سازمان گویای آن است که میزان تخصیص و عملکرد بودجه در حوزه پیشگیری، پایش و راهبری آسیب‌های اجتماعی در سال‌های مختلف، از کفایت و انسجام لازم برخوردار نبوده است (جدول ۱۱).

جدول ۱۱. عملکرد مالی سازمان در ارائه خدمات پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی [۱۸]

سال	ارائه خدمات پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی			پایش آسیب‌های اجتماعی			راهبری و نظارت امور پیشگیری از آسیب‌ها (میلیون ریال) (درصد)		
	(میلیون ریال) (درصد)			(میلیون ریال)					
	مصبوب	تخصیص	درصد تخصیص	مصبوب	تخصیص	درصد تخصیص	مصبوب	تخصیص	درصد تخصیص
۱۳۹۸	۵۰۸۱۰	۴۴۲۹۰	%۸۷	۲۵۹۸۰	۱۲۵۵۰	۴۸%	۱۱۵۴۰	۴۰۰۰	۳۵%

با بررسی اطلاعات مندرج در جدول ۱۱، با وجود تصویب اعتبار قابل توجه برای این بخش‌ها، سهم تخصیص یافته به ویژه در زیرشاخه‌هایی همچون پایش آسیب‌ها و نظارت تخصصی، به مراتب پایین‌تر از سطح مصوب باقی مانده و در برخی موارد به کمتر از نیمی از اعتبار مصوب کاهش یافته است. این روند بیانگر آن است که رویکرد پیشگیری محور، به رغم تصریح در سیاست‌های رسمی، در ساختار تخصیص بودجه عملیاتی نشده و اجرای اقدامات پیشگیرانه در برابر آسیب‌های اجتماعی با محدودیت‌های مالی جدی مواجه است. چنین شکافی میان تصویب و اجرای بودجه، ظرفیت مداخله مؤثر و به موقع را در مراحل ابتدایی چرخه آسیب کاهش داده و اولویت‌های برنامه‌ای سازمان را به سمت واکنش‌های پسینی سوق می‌دهد. استمرار این وضعیت، احتمال تکرار الگوهای ناکارآمد و کاهش اثربخشی کلی خدمات اجتماعی را به همراه دارد و اصلاح آن مستلزم بازنگری در سازوکارهای برنامه‌ریزی، تخصیص و نظارت مالی در سطح سازمانی و ملی است (شکل ۹).

شکل ۹. نمودار عملکرد سازمان در بخش رصد و گزارش آسیب‌های اجتماعی در سال ۱۳۹۹ [۱۵]





در ارزیابی عملکرد مالی سازمان بهزیستی، سنجش پایداری منابع مالی آن در تأمین خدمات حمایتی، توان بخشی، پیشگیرانه و مداخله‌ای، یکی از مؤلفه‌های بنیادین به‌شمار می‌آید. با توجه به تنوع وظایف سازمان، گستردگی گروه‌های هدف و تکیه بر منابع دولتی، خیریه‌ای و مردمی، ارزیابی پایداری مالی مستلزم بررسی دقیق نحوه تخصیص، ثبات منابع، تنوع درآمدی و ظرفیت جذب و هزینه کرد مؤثر است. این پایداری نه تنها در استمرار خدمات موجود، بلکه در مواجهه با نوسانات اقتصادی، تغییرات سیاستی و گسترش آسیب‌های اجتماعی نیز نقش تعیین کننده دارد. تحلیل ساز و کارهای تأمین مالی سازمان بهزیستی در سطح بودجه‌های رسمی، مشارکت‌های مردمی و منابع حاصل از برون سپاری، می‌تواند چشم‌انداز روشنی از نقاط قوت، چالش‌ها و فرصت‌های تقویت پایداری مالی در حوزه خدمات اجتماعی کشور فراهم آورد. در چارچوب ارزیابی پایداری مالی خدمات اجتماعی، یکی از چالش‌های بنیادین، فقدان ردیف‌های بودجه‌ای کافی و ساختارمند برای تأمین مالی حوزه آسیب‌های اجتماعی است. داده‌های تحلیلی و عملکرد بودجه‌ای سازمان بهزیستی طی سال‌های اخیر نشان می‌دهد که اعتبارات مصوب در این بخش، هم از منظر حجم مالی و هم از حیث پوشش مأموریت‌های تخصصی سازمان، به‌طور چشمگیری محدود بوده‌اند. بررسی جداول بودجه‌ای مرتبط، حاکی از آن است که سهم آسیب‌های اجتماعی در میان ردیف‌های کلان بودجه‌ای، به‌ندرت به شکل مستقل تعریف شده و اغلب در میان ردیف‌های عمومی تر نظیر حمایت‌های درمانی، فرهنگی یا رفاهی ادغام می‌شود. این ساختار، امکان رصد اختصاصی منابع و ارزیابی اثربخشی آنها را دشوار می‌سازد و منجر به ناپایداری در تأمین مالی خدمات تخصصی در حوزه‌هایی نظیر اعتیاد، کودکان کار، زنان آسیب دیده و طلاق می‌شود. علاوه بر این، مطالعات ارزیابی و گزارش‌های پژوهشی متعدد، از جمله ارزیابی‌های ملی برنامه‌های کاهش آسیب، گزارش‌های حسابرسی و بررسی‌های تطبیقی مراکز خدماتی، گویای شکاف قابل توجه میان نیاز واقعی سازمان و بودجه‌های تخصیص یافته هستند. این کمبود بودجه نه تنها ظرفیت اجرایی مراکز را محدود می‌سازد، بلکه برنامه ریزی بلندمدت در حوزه پیشگیری، پایش و مداخلات زودهنگام را نیز با اختلال مواجه می‌کند.

علاوه بر نکات فوق، یکی از تهدیدها و چالش‌های موجود در ساختار مالی کشور در این حوزه، محدودیت ساختاری در تخصیص منابع به اقدامات پیشگیرانه و نظارتی است. بر این اساس ردیف‌های بودجه‌ای ناظر بر پیشگیری، پایش و راهبری آسیب‌ها، از حیث حجم مالی و میزان تخصیص و حجم عملیاتی شده، سهم بسیار ناچیزی از مجموع اعتبارات مصوب را به خود اختصاص داده‌اند. این امر، به رغم تصریح در اسناد سیاستی مبنی بر ضرورت تقویت رویکرد پیشگیری محور، نشان دهنده ضعف جدی در ترجمه اهداف راهبردی به ساز و کارهای عملیاتی و مالی است.

۸. جمع بندی و نتیجه گیری



در این مطالعه به بررسی عملکرد سیاست برون سپاری سازمان بهزیستی کشور در سال‌های اخیر، در ارائه خدمات آسیب‌های اجتماعی ذیل شاخص‌های احصا شده از قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، پرداخته ایم. از این رو، ارزیابی آن ذیل شاخص‌های تعریف شده به نحوی مبتن بر نتایج حاصله از برون سپاری خدمات به بخش‌های غیردولتی است. در این فرایند، به صورت مستقیم و غیرمستقیم عملکرد بخش‌های برون سپاری شده نیز مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند. در این مطالعه، برون سپاری به عنوان یک امر تحقق یافته در برخی ابعاد خدمات ناظر بر آسیب‌های اجتماعی تلقی شده است که و رای موافقت یا مخالفت صرف با آن، باید به جهت گیری صحیح نسبت به نتایج آن پرداخت. در این نگاه، برون سپاری نه امری اقتصادی که رقابت پذیری را تقویت می‌کند، بلکه امری اجتماعی است که هدف آن، در گام نخست بهبود کیفیت خدمات و رضایتمندی مخاطبان از خدمات ارائه شده است.

برایند کلی این مطالعه گویای آن است که راهبرد برون سپاری خدمات اجتماعی در سازمان بهزیستی، محصول رویکرد تحولی که در برنامه ششم توسعه بود که به تبع، در کوتاه مدت به گسترش چشمگیر شبکه مؤسسات غیردولتی و افزایش کمی مراکز تخصصی برای گروه‌های مختلف از جمله زنان و دختران آسیب دیده، متقاضیان طلاق، معتادان و کودکان کار و خیابانی منجر شد. لذا این فرایند بیش از آنکه متأثر از یک راهبرد اجتماعی حساب شده باشد، عمدتاً ذیل منطق اقتصادی مذکور در برنامه ششم توسعه شکل گرفته است. در این رویکرد، کاهش تصدی گری دولت و صرفه جویی هزینه‌ها بر ارتقای کیفیت و اثربخشی اجتماعی اولویت یافت که در نتیجه، اگرچه در شاخص‌های کمی نظیر

تعداد مراکز و خدمات گیرندگان رشد قابل قبولی حاصل شد، اما در ابعاد کیفی همچون پوشش عادلانه جغرافیایی، تنوع بخشی به منابع مالی، توانمندسازی پایدار و اثربخشی واقعی خدمات، نارسایی‌های عمیقی بر جای ماند. بدین سان، غلبه منطق اقتصادی بر ملاحظات اجتماعی، برون سپاری را به سیاستی با دستاوردهای نامتوازن و چالش‌های ساختاری تبدیل کرد که تحقق اهداف غایی بهزیستی را با تردید مواجه ساخته است. افزون بر این، آنچه این وضعیت را تأمل برانگیزتر می‌کند، تطبیق یافته‌های این مطالعه با سند راهبردی سازمان بهزیستی در سال ۱۳۹۵ است. این سند با رویکردی آینده‌نگر و هشدارمحور، چالش‌هایی همچون وابستگی مالی به منابع دولتی و ناپایداری ناشی از نوسانات قیمت نفت، نظام ناقص پایش و ارزشیابی، تمرکزگرایی جغرافیایی و نابرابری منطقه‌ای، غفلت از سیاستگذاری پیشگیرانه و نگاه اقتصادی صرف به خدمات اجتماعی را به روشنی آسیب‌شناسی کرده بود [۱۹]. یافته‌های مطالعه کنونی نشان می‌دهد که نه تنها این پیش‌بینی‌ها به وقوع پیوسته، بلکه در بسیاری از موارد این راهبردها تشدید نیز شدند. برای نمونه، در حوزه مشاوره‌های پیش از طلاق، افزایش بیش از سه هزار دفتر غیردولتی به دلیل فقدان قراردادهای مبتنی بر نتایج و سازوکار مستمر بازخورد، به کاهش محسوس آمار طلاق نینجامید. همچنین در حوزه زنان و دختران آسیب‌دیده نیز با وجود پوشش وسیع «خانه‌های امن» در ۱۹ استان، نسبت معاینات اورژانسی به پذیرش در این مراکز تنها حول ۳ درصد نوسان داشت و میانگین مددجویان در هر مرکز کمتر از ظرفیت ایدئال باقی ماند. این نتایج دقیقاً همان «ضعف در برنامه‌ریزی، اجرا و نظارت بر سیاست‌های توانمندسازی» را که توسط سند راهبردی پیش‌بینی شده بود، بازتاب می‌دهد. بخش اعتیاد اگرچه با رعایت پروتکل‌های اجتماع درمان‌مدار و جذب کامل ردیف‌های بودجه‌ای عملکرد موفق‌تری داشت، اما اتکای مطلق به منابع دولتی، ریسک ناپایداری آن را افزایش داده و درست به همان «تأثیرپذیری منابع مالی از نوسانات غیرقابل پیش‌بینی» دچار شده که سند نسبت به آن هشدار داده بود. در حوزه کودکان کار و خیابانی نیز، توسعه بیش از ۷۰۰ مرکز غیردولتی اگرچه بار روشنی از پوشش را به دوش کشید، اما فقدان صندوق‌های مشارکتی و شبکه منسجم ارزیابی، مانع تثبیت نتایج بلندمدت شد که این امر بیانگر بی‌توجهی به تنوع بخشی در منابع مالی است. با این اوصاف، با ورود به برنامه هفتم پیشرفت، شاهد چرخشی رویکردی به سمت «مردم‌مداری»، «جامعه‌محوری» و «مشارکت نهادی» هستیم. این رویکرد اگرچه بر تعمیق ظرفیت‌های محلی و نقش‌آفرینی فعال نهادهای مردمی تأکید دارد، اما انتقادهایی از جمله: تمرکز جدی‌تر بر آسیب‌های ناشی از اعتیاد و کمتر دیده شدن گروه‌های زنان و دختران آسیب‌دیده یا کودکان کار به عنوان اولویت‌های مستقل در سند برنامه بر آن وارد است. این در حالی است که سند راهبردی ۱۳۹۵ به صراحت نسبت به «تبعات قرار داشتن کشور در مرحله گذار اجتماعی و تضعیف نهاد خانواده» و «افزایش آسیب‌پذیری در برابر تهاجم فرهنگی و کاهش سن شیوع آسیب‌ها» هشدار داده که غفلت از آنها در اولویت‌بندی جدید، جای تأمل جدی دارد.

■ سه راهبرد پیش‌روی سیاستگذاری برون سپاری خدمات آسیب‌های اجتماعی

با توجه به نکات مطرح شده و منطق حاکم بر این گزارش که برون سپاری را صرفاً ابزاری در دست سیاستگذار برای بهبود کیفیت و کمیت خدمات اجتماعی می‌داند، به منظور بهبود وضعیت برون سپاری خدمات آسیب‌های اجتماعی سه راهبرد محتمل برای آینده برون سپاری خدمات آسیب‌های اجتماعی در سازمان بهزیستی کشور قابل تصور است:

● راهبرد اول: ادامه وضع موجود؛ تداوم منطق اقتصادی و کمی‌گرایی

در این راهبرد، روند فعلی برون سپاری با همان منطق اقتصادی حاکم بر برنامه ششم توسعه ادامه می‌یابد. تأمین مالی عمدتاً دولتی باقی می‌ماند، نظارت‌ها شکلی و کمی است و قراردادهای خدماتی صرفاً بر اساس شاخص‌های هزینه‌ای و تعداد خدمات گیرندگان منعقد می‌شود. نهادهای غیردولتی نیز همچنان در جایگاه «پیمانکار» باقی می‌مانند و خبری از مشارکت واقعی آنها در سیاستگذاری یا طراحی مداخلات نیست. پیامد این رویکرد، تداوم نابرابری جغرافیایی، تشدید ناپایداری مالی، تضعیف رویکردهای پیشگیرانه و توانمندسازی به نفع مداخلات کوتاه‌مدت و کمی و در نهایت افزایش کمی مراکز بدون ارتقای کیفیت خواهد بود. این راهبرد اگرچه ظاهراً مسیر کم‌هزینه‌ای برای دولت است، اما در عمل به افزایش نارضایتی مخاطبان، بی‌اثری مداخلات و بحران اعتماد عمومی منجر خواهد شد.

● راهبرد دوم: بازگشت به تصدی‌گری دولتی؛ واکنش محافظه کارانه به ناکارآمدی‌ها

در واکنش به ناکامی‌های برون سپاری صرفاً اقتصادی، این راهبرد بر اساس دیدگاه مخالفان برون سپاری شکل می‌گیرد. دولت با این استدلال که «بازار در حوزه اجتماعی شکست خورده»، مسئولیت اجرای مستقیم خدمات را مجدداً به دستگاه‌های دولتی باز می‌گرداند. نهادهای غیردولتی



کنار گذاشته می‌شوند و تمرکز بر گسترش ساختارهای اداری و استخدام نیروی جدید در سازمان بهزیستی خواهد بود. پیامد آن افزایش بار مالی و بوروکراسی، کاهش انعطاف‌پذیری، حذف ظرفیت‌های مردمی و بازگشت به مدل‌های متمرکزی است که توان پاسخ‌گویی به نیازهای متنوع اجتماعی را ندارند. این راهبرد اگرچه ممکن است در کوتاه‌مدت حس «کنترل» را به سیاستگذار بدهد، اما در بلندمدت دولت را از ظرفیت عظیم مشارکت اجتماعی محروم کرده و نظام رفاهی را به ساختاری ناکارآمد و پرهزینه تبدیل می‌کند.

● راهبرد سوم: گذار به برون‌سپاری اجتماعی مشروط؛ الگوی زمینه‌مند و مشارکت‌محور (راهبرد مطلوب)

این راهبرد مبتنی بر دیدگاه موافقان مشروط برون‌سپاری و منطق حاکم بر این مطالعه است. برون‌سپاری نه یک راهکار صرفاً اقتصادی، بلکه فرایندی اجتماعی برای ارتقای کیفیت خدمات و تحقق عدالت اجتماعی تلقی می‌شود. در این مسیر، دولت نقش خود را از کارفرما به تنظیم‌گر و توانمندساز تغییر می‌دهد و نهادهای غیردولتی از جایگاه پیمانکار به شریک سیاستگذاری و هم‌طراح مداخلات ارتقا می‌یابند. تحقق آن مستلزم اصلاح نظام تأمین مالی به سمت منابع پایدار و چندمنبعی، استقرار نظارت کیفی و فرایندی، تغییر قراردادهای مدل مبتنی بر نتایج اثبات شده، حمایت از نهادهای کوچک محلی و تقویت رویکردهای پیشگیرانه است. پیامد این گذار، ارتقای کیفیت و اثربخشی خدمات، پایداری مالی، مشارکت واقعی نهادهای مردمی و تبدیل برون‌سپاری از انتقال هزینه به هم‌آفرینی ارزش اجتماعی خواهد بود.

پیشنهادهای:

■ نظارت مستمر بر کیفیت و کفایت خدمات

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که نبود سازوکار ارزیابی مستقل و معیارهای کفایت از پیش تعریف شده، منجر به نوسان شدید کیفیت و اثربخشی مداخلات مراکز غیردولتی شده است. در نتیجه مددجویان با خدمات متفاوت و گاه ناکارآمد مواجه‌اند و اصلاح به‌موقع روندها ممکن نیست. برای جبران این نقصان، چارچوبی طراحی می‌شود که بر سه رکن استوار است: الف) تعریف حداقل استانداردهای فنی و اجتماعی برای هر نوع خدمت (از جمله نسبت مددجو به متخصص، کمینه ساعات مداخله حمایتی و ابزارهای ارزیابی خروجی)، ب) استقرار نظام ممیزی سالانه توسط تیم‌های ارزیاب مستقل و ج) سامانه شکایات و بازخورد مستند از سوی مددجویان و ذی‌نفعان. گزارش‌های ادواری این سازوکارها به‌عنوان شرط تمدید یا اصلاح قراردادهای ملایم عمل قرار می‌گیرد و در صورت انحراف شدید، تشدید مکانیسم‌های جریمه و محرومیت از تسهیلات حمایتی اعمال خواهد شد. در کنار این، باید به تقویت ضعف در سازوکار انتشار داده به‌عنوان پیش‌نیاز شفافیت و نظارت مستمر بر خروجی‌های سازمانی در ابعاد مختلف نیز اشاره کرد که این مطالعه نیز به‌نحوی متأثر از این ضعف اطلاعاتی بوده است.

■ تعادل پوشش جغرافیایی و بهینه‌سازی ظرفیت مراکز

تحلیل مکانی داده‌های مراکز نشان می‌دهد تراکم مراجعات در کلان‌شهرها و خالی بودن ظرفیت در مناطق حاشیه‌ای، هدررفت منابع و نابرابری دسترسی را تشدید کرده است. این شکاف از نبود طرح استقرار پایه و عدم هم‌راستایی میان گنجایش استاندارد و الگوی جمعیتی نشئت می‌گیرد. برای رفع این چالش، برنامه‌ریزی مبتنی بر GIS پیشنهاد می‌شود تا «نقشه تقاضا- ظرفیت» مراکز در هر استان ترسیم شود. مطابق این نقشه، گنجایش هر مرکز (متوسط تعداد مددجو در ماه) با جمعیت هدف و نقاط دسترسی سنجیده شده و در صورت نیاز به افزایش یا کاهش تخت و نیرو اقدام می‌شود. استقرار یا انتقال مراکز جدید تنها پس از تأیید برابری شاخص‌های پوشش و گنجایش انجام خواهد گرفت تا از تراکم بیش از حد یا اتلاف ظرفیت جلوگیری شود.

■ تأمین مالی پایدار و تخصیص سهم مشخص از کمک‌های مردمی

آسیب‌شناسی ساختار مالی نشان می‌دهد که تمرکز صرف بر اعتبارات دولتی، مراکز غیردولتی را در برابر فراز و فرود بودجه عمومی آسیب‌پذیر کرده و باعث کاهش ناگهانی خدمات در دوره‌های کسری بودجه می‌شود. همچنین عدم انسجام در تخصیص کمک‌های خیران موجب پراکندگی مالی و ضعف شفافیت شده است. در این راستا، مکانیسمی تعریف می‌شود که درصد ثابتی از مجموع کمک‌های مردمی (برای مثال ۲۰ درصد) به «صندوق استانی آسیب‌های اجتماعی» واریز شود. این صندوق تحت نظارت مشترک سازمان بهزیستی و نمایندگان خیرین اداره می‌شود و بودجه آن تنها برای مراکز مصوب آسیب‌های اجتماعی قابل استفاده خواهد بود. همچنین، انتشار اوراق مشارکت اجتماعی با بازپرداخت مبتنی بر تحقق شاخص‌های عملکرد و پرداخت پاداش به طرح‌های موفق، تنوع منابع و انگیزه ارتقای کیفیت را تضمین می‌کند.

■ پیشگیری و پایش نظام‌مند آسیب‌های اجتماعی

نتایج پژوهش حاکی است که تمرکز برون سپاری عمدتاً بر درمان و بازتوانی مددجویان قرار داشته و پیشگیری ساختاری و میدانی در اولویت نبوده است. این رویکرد تقاضای مستمر برای خدمات درمانی را افزایش داده و هزینه نهایی سیستم را بالا برده است. برای تحول این وضعیت، دوره‌ای شش ماهه از مطالعات رصد محلی برگزار شده و داده‌های آن با نقشه‌های امنیت زیستی و عوامل خطر (مثل بیکاری یا فقر مطلق) تلفیق می‌شود. براساس این شناسایی، «پکیج‌های پیشگیرانه» طراحی و در اختیار گروه‌های محلی و سازمان‌های مدنی قرار می‌گیرد. ایجاد «کارگروه واکنش سریع استان» برای اجرا و ارزیابی تأثیر این مداخلات، تضمین می‌کند که پیشگیری به‌عنوان مؤلفه‌ای مساوی با درمان مورد توجه قرار گیرد و در نهایت بار تقاضای خدمات حمایتی کاهش یابد.

تحلیل نتایج پژوهش بیان می‌کند که فرایند تصمیم‌سازی در برون سپاری خدمات مرتبط با آسیب‌های اجتماعی عمدتاً متمرکز بر سطوح ستادی باقی مانده و هماهنگی اثربخش با نهادهای محلی، به‌درستی شکل نگرفته است. این نقصان ساختاری نه تنها موجب موازی کاری و تضاد اولویت‌ها می‌شود، بلکه پراکندگی منابع و عدم انطباق خدمات با نیازهای فرهنگی و زیرساختی هر منطقه را تشدید می‌کند. در نتیجه، ظرفیت خلق راه‌حل‌های محلی و پاسخ‌گو به مقتضیات محلی به حاشیه رانده شده و عدالت در دسترسی به خدمات نیز کاهش می‌یابد. برای جبران این ضعف، پیشنهاد می‌شود تا با استفاده از ظرفیت‌های موجود نهادهای سازمان امور اجتماعی در استان‌ها و با تعدیل رویه موجود به رویکردی مشارکتی‌تر، همراه با تمرکززدایی به نفع خیرین و فعالین مدنی، سازوکاری باهدف تدوین و بازنگری برنامه‌های منطقه‌ای برون سپاری با تکیه بر داده‌های پوشش جغرافیایی و متوسط گنجایش مراکز، طراحی بسته‌های خدماتی هماهنگ با قابلیت‌های محلی و رصد اجرای مصوبات را از طریق گزارش‌های عملکردمحور و بازخورد مستقیم ذی‌نفعان، ایجاد گردد. انتشار شفاف صورت‌جلسات و نتایج ارزیابی نیز تضمین‌کننده پاسخ‌گویی و اعتماد عمومی خواهد بود.

منابع و مآخذ

- [1] Irish, L. E., Salamon, L. M., & Simon, K. W. (2009). Outsourcing social services to CSOs: Lessons from abroad. Washington, DC: World Bank.
- [2] Bach-Mortensen, A. M., Vadean, F., & Paldanius, S. (2022). Outsourcing children's residential care to the for-profit sector: A longitudinal analysis of provider ownership and service quality in England. University of Oxford, Department of Social Policy and Intervention.
- [3] Lengwiler, M., & Stüdl, B. (2016). History of the welfare state. Living Books About History.
- [4] Light, J. S. (2003). The effects of privatization on public services: A historical evaluation approach.
- [5] Khan, M. H. (2011). Governance and growth: History, ideology and methods of proof. In A. Noman, K. Botchwey, H. Stein, & J. E. Stiglitz (Eds.), Good growth and governance in Africa: Rethinking development strategies (pp. 51–79). Oxford University Press.

[۶] سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۹۹). سالنامه آماری ۱۳۹۹ سازمان بهزیستی کشور. انتشارات سازمان بهزیستی.

[۷] سازمان بهزیستی کشور. (۱۴۰۰). سالنامه آماری ۱۴۰۰ سازمان بهزیستی کشور. انتشارات سازمان بهزیستی.

[۸] سازمان بهزیستی کشور. (۱۴۰۲). سالنامه آماری ۱۴۰۲ سازمان بهزیستی کشور. انتشارات سازمان بهزیستی.

[۹] سازمان بهزیستی کشور. (۱۴۰۱). گزارش بودجه‌ای حسابرسی هوشمند.

[۱۰] مرکز آمار ایران. (۱۴۰۲). سالنامه مرکز آمار ۱۴۰۲.

[۱۱] محمدتقی‌زاده، م. (۱۳۹۹). تجربه مشاوره اجباری بین متقاضیان طلاق توافقی در شهر تهران. پژوهش‌نامه زنان، ۱۱(۳۱)، ۸۳-۱۱۲.

- [۱۲] محسنی ثانی، مصطفی و عباس‌زاده، زینب و فلاحتی‌نسب، سمیه (۱۴۰۳). بررسی طلاق توافقی با رویکرد نقد ماده (۲۵) قانون حمایت از خانواده. ارائه شده در اولین کنفرانس بین‌المللی انقلاب علوم انسانی اسلامی، مؤسسه آموزش عالی ادیب مازندران.
- [۱۳] فرمانش، طاهره و بیاتی، زهرا (۱۳۹۸). بازپژوهی قانون اجباری کردن مشاوره قبل از طلاق توافقی با توجه به ماده (۲۵) قانون حمایت از خانواده؛ ارائه شده در دومین کنگره بین‌المللی نوآوری و تحقیق در علوم انسانی و اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دماوند.
- [۱۴] سازمان بهزیستی کشور. (۱۴۰۱). گزارش اعتبارات مالی سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۴۰۰.
- [۱۵] سازمان بهزیستی کشور. (۱۴۰۰). گزارش اعتبارات مالی سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۹۹.
- [۱۶] گنجی، مرتضی. (۱۴۰۳). ارزیابی وضعیت و فرایند مراکز موضوع ماده (۱۶) قانون مبارزه با مواد مخدر. دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، (مسلسل: ۲۰۲۹۸).
- [۱۷] سازمان بهزیستی کشور. (۱۴۰۱). گزارش عملکرد مشارکت‌های مردمی در سال ۱۴۰۰.
- [۱۸] سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۹۹). گزارش اعتبارات مالی سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۹۸.
- [۱۹] سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۹۵). سند جامع راهبردی و عملیاتی سازمان بهزیستی کشور مبتنی بر برنامه ششم توسعه (ویرایش اول). تهران: مرکز فناوری اطلاعات، ارتباطات و تحول اداری، معاونت برنامه‌ریزی و تحول اداری.
- [۲۰] قانون ساختار نظام جامع رفاه تأمین اجتماعی (۱۳۸۳).

عنوان: بررسی سیاست برون‌سپاری خدمات مرتبط با آسیب‌های اجتماعی در سازمان بهزیستی کشور



DOI: <https://doi.org/10.22034/mrc.report.21910>

Permanent Link: https://report.mrc.ir/article_11976.html

Publisher: Islamic Parliament Research Center of Iran

گزیده سیاستی

غلبه منطق اقتصادی صرف بر برون‌سپاری آسیب‌های اجتماعی، کیفیت و اثربخشی را کاهش داده است. لذا، بدون گذار به «الگوی برون‌سپاری مشروط اجتماعی» این سیاست به‌جای حل مسئله، به انتقال هزینه و ناکارآمدی منجر خواهد شد.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روبروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ صندوق پستی: ۵۸۵۵-۱۵۸۷۵ پست الکترونیک: mrc@majles.ir

وبسایت: rc.majles.ir