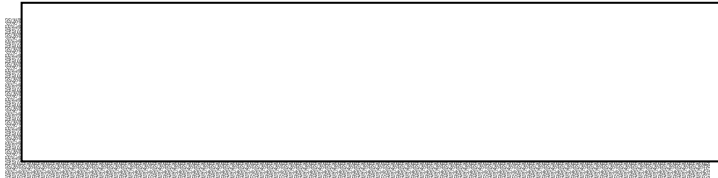




۱	چکیده
۲	مقدمه
۳	بخش اول - تکالیف و وظایف قانونی
۳	فصل اول - قلمرو، اهداف و وظایف
۴	۱-۱-۱. اهداف نظام جامع
۴	۱-۱-۲. حوزه‌های سه‌گانه نظام جامع
۵	۱-۱-۳. اهداف و وظایف حوزه بیمه‌ای
۶	۱-۱-۴. اهداف و وظایف حوزه حمایتی و توانبخشی
۸	۱-۱-۵. اهداف و وظایف حوزه امدادی
۸	فصل دوم - اصول و سیاست‌های کلی
۹	۱-۲-۱. اصول و سیاست‌های ساختاری
۱۰	۱-۲-۲. اصول و سیاست‌های مالی
۱۲	۱-۲-۳. اصول و سیاست‌های اقتصادی
۱۲	۱-۲-۴. اصول و سیاست‌های اجرایی
۱۳	۱-۲-۵. اصول و سیاست‌های یارانه‌ای
۱۴	فصل سوم - تشکیلات
۱۴	۱-۳-۱. تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی
۱۵	۱-۳-۲. ارکان چهارگانه نظام جامع تأمین اجتماعی
۱۵	۱-۳-۳. شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی
۱۶	۱-۳-۴. اختیارات و مسئولیت‌های وزارت رفاه و تأمین اجتماعی
۱۸	۱-۳-۵. اصلاح اساسنامه دستگاه‌های اجرایی فعال در قلمروهای بیمه‌ای، حمایتی و امدادی
۱۸	۱-۳-۶. امور مربوط به کمیته امداد امام خمینی (ره) و نیروهای مسلح
۱۸	۱-۳-۷. قوانین مغایر با قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی
۱۹	بخش دوم - دستاوردهای نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی
۲۰	۲-۱. اهداف نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی
۲۱	۲-۲. اقدامات انجام شده در قلمرو سه‌گانه نظام جامع تأمین اجتماعی
۲۲	۲-۳. اقدامات انجام شده در حوزه بیمه‌ای نظام جامع
۲۳	۲-۴. صندوق‌های بیمه‌ای در حوزه بیمه‌ای نظام جامع
۲۴	۲-۴-۱. بررسی شاخص‌های بیمه‌ای در بخش پوشش بیمه اجتماعی

- ۲-۴-۲. صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر..... ۲۶
- ۲-۴-۳. بررسی شاخص‌های پایداری در حوزه بیمه‌های اجتماعی..... ۲۷
- ۲-۴-۴. بررسی روند شاخص‌های حوزه بیمه درمان..... ۲۹
- ۲-۴-۵. بررسی وضعیت سازمان بیمه خدمات درمانی..... ۳۰
- ۲-۴-۶. طرح‌های بیمه‌ای حوزه نظام جامع برای اقشار مختلف جامعه..... ۳۱
- ۲-۵. اهداف، وظایف و اقدامات انجام شده در حوزه حمایتی و توانبخشی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی..... ۳۳
- ۲-۵-۱. کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها..... ۳۴
- ۲-۵-۲. خدمات حمایتی و توانبخشی..... ۳۵
- ۲-۶. اهداف، وظایف و اقدامات انجام شده در حوزه امدادی..... ۴۱
- ۲-۷. اعتبارات مالی حوزه رفاه و تأمین اجتماعی..... ۴۶
- ۲-۸. بررسی و اصلاح اساسنامه‌ها (ماده ۱۷) قانون ساختار، تبصره «۲» ماده (۱۲)..... ۵۷
- ۲-۹. عملکرد کمیته امداد امام (ره) در چارچوب نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی..... ۶۰
- بخش سوم - جمع‌بندی و نتیجه‌گیری..... ۶۳
- ۳-۱. وظایف اجرایی و خدماتی..... ۶۴
- ۳-۲. وظایف ستادی و حاکمیتی..... ۶۸
- منابع و مأخذ..... ۷۴



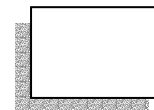
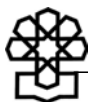


قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در برگیرنده مجموعه‌ای از اصول، مبانی، حقوق و تکالیف ناظر بر حوزه‌های مختلف نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی است که ضوابط و سازوکارهای اجرایی آن در سایر قوانین و مقررات هر یک از حوزه‌ها تعیین شده است. از این رو، چگونگی اجرای این قانون تا حدود زیادی به نحوه اجرای قوانین بیمه‌ای و حمایتی (مانند قانون تأمین اجتماعی، قانون مدیریت خدمات کشوری، قانون تأمین زنان و کودکان بی‌سرپرست، قانون جامع حقوق معلولان و...) و عملکرد سازمان‌ها و نهادهای بیمه‌ای و حمایتی ذیربط بستگی دارد.

بخش دیگری از مفاد این قانون نیز ناظر به اعمال وظایف حاکمیتی دولت در این بخش است که به نحوه انجام وظایف وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و سایر نهادهای قانونی (مانند شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و شورای عالی بیمه خدمات درمانی) باز می‌گردد.

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که آن بخش از مفاد قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی که مربوط به وظایف اختصاصی سازمان‌ها و نهادهای بیمه‌ای و حمایتی بوده، در چارچوب قوانین و مقررات خاص آن حوزه‌ها اجرا شده است. اما آنچه به وظایف حاکمیتی یا ستادی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و شورای عالی بیمه خدمات درمانی مربوط است، بعضاً اجرا نشده و برخی از مواردی هم که اجرا شده، هدف‌های آن تحقق نیافته است.

بنابراین، مجموعه الزامات و بایسته‌های تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی همچنان به قوت خود باقی است و با توجه به ضرورت ساماندهی بیمه‌های اجتماعی و سلامت، ضرورت توسعه و تعمیق خدمات حمایتی و مهمتر از همه لزوم طراحی و استقرار «نظام تأمین اجتماعی چند لایه» در یک ساختار منسجم و یکپارچه، تداوم فعالیت وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در جهت تحقق کامل اهداف قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی لازم به نظر می‌رسد.

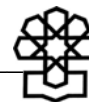


قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی که در اجرای اصل بیست‌ونهم و بندهای «۲» و «۴» اصل بیست‌ویکم قانون اساسی جمهوری اسلامی در تاریخ ۱۳۸۳/۲/۲۱ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید، مبتنی بر هدف‌هایی است که می‌تواند توسعه عدالت اجتماعی و رفع فقر و نابرابری را در جامعه اسلامی در پی داشته باشد. ساماندهی ساختار کلان نظام تأمین اجتماعی کشور، رفع همپوشانی‌ها و خلأها، تحقق اصول جامعیت و فراگیری در پوشش جمعیت، افزایش کارآمدی در عرصه خدمت‌رسانی سازمان‌های بیمه‌ای و حمایتی، ایجاد هماهنگی و همسویی بین این سازمان‌ها و نهادها جزو اهداف مهمی است که در بخش‌های مختلف این قانون مورد تأکید قرار گرفته است.

با وجود این، اجرای این قانون و تحقق اهداف آن در سال‌های گذشته با موانع و چالش‌هایی روبرو بوده است. به‌خصوص که وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، به‌عنوان متولی اصلی اجرای این قانون، در طول دوره کوتاه فعالیتش همواره با تهدید و خطر انحلال یا ادغام روبرو بوده و بی‌ثباتی مدیریتی را نیز بیش از سایر دستگاه‌ها تجربه کرده است. این در حالی است که اغلب صاحب‌نظران، توسعه و تقویت نظام تأمین اجتماعی را مطمئن‌ترین راه برای تحقق عدالت اجتماعی و کاهش نابرابری‌های ناموجه درآمدی بین اقشار مختلف جامعه می‌دانند و این امر یکی از هدف‌های متعالی نظام جمهوری اسلامی است.

بنابراین، ارزیابی چگونگی اجرای قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی از جهات مختلف دارای اهمیت است. از یک‌سو به‌دلیل آنکه این قانون در جهت ایجاد انسجام و هماهنگی در نظام تأمین اجتماعی و هموارسازی مسیر تحقق عدالت اجتماعی به تصویب رسیده و تحقق این هدف مهم در گرو چگونگی اجرای این قانون است. از سوی دیگر، طرح مکرر موضوع ادغام یا انحلال وزارت رفاه و تأمین اجتماعی - به‌عنوان متولی اصلی اجرای این قانون - ارزیابی واقع‌بینانه از عملکرد این وزارت را در جهت رفع برخی از ابهام‌ها ضروری می‌سازد.

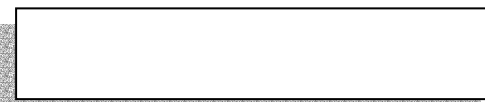
با وجود این، برای اجرای یک قانون دائمی نمی‌توان محدوده زمانی معینی را در نظر گرفت. به‌خصوص که بخشی از مفاد این قانون مستلزم تمهید مقدمات و انجام اقدامات دیگری بوده (و در گزارش به آنها اشاره شده) که خود فرصت زمانی بیشتری را می‌طلبد و ارزیابی نحوه اجرای آن در کوتاه‌مدت ممکن نیست. به بیان دیگر، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی را می‌توان به‌مثابه یک قانون مادر در نظر گرفت که اجرای بسیاری از مواد آن (جز در مواردی که به ساختار و تشکیلات نظام تأمین اجتماعی مربوط است)، خود نیازمند تصویب و اجرای قوانین دیگری است و مهم این است که در تصویب و اجرای قوانین یاد شده، اصول و سیاست‌های تصریح



شده در این قانون رعایت شود. هرچند که پایش و ارزیابی این موضوع به سهولت ممکن نیست و در این گزارش نیز به طور خاص مد نظر نبوده است.

این ارزیابی در مقطع زمانی شش ماهه دوم ۱۳۸۷ انجام شده و طی شش ماهه اول سال ۱۳۸۸ اطلاعات آن بهنگام شده است. در تهیه این گزارش، صرفاً گزارش‌های رسمی منتشر شده از سوی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و دستگاه‌های تابعه آن مبنا قرار گرفته است.

به منظور ارزیابی چگونگی اجرای هریک از تکالیف قانونی، سعی بر این بوده که تا حد ممکن شاخص‌های توصیف‌کننده وضع موجود ارائه شود یا اینکه وضع موجود با عباراتی گویا و روشن تبیین شود و از این رو، از به کار بردن عبارتهایی کلی مانند «اجرا شده» یا «قابل ارزیابی نیست» و ... خودداری شده است. با وجود این، احتمال می‌رود به دلیل محدودیت دسترسی به اطلاعات و همچنین فقدان شفافیت در برخی مواد قانونی، این گزارش از کاستی‌هایی نیز برخوردار باشد که انتظار می‌رود با بهره‌گیری از نظرات صاحب‌نظران و دست‌اندرکاران نظام تأمین اجتماعی کشور، این کاستی‌ها برطرف گردد.



آگاهی از چگونگی اجرای قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی نیازمند آن است تا در اولین گام تکالیف و وظایف قانونی مشخص شده و متولی اجرای قانون تعیین شود. در این بخش از گزارش به بررسی این وظایف قانونی می‌پردازیم. قانون ساختار نظام جامع مشتمل بر نوزده ماده و بیست و یک تبصره است که در سه سرفصل کلی اهداف، قلمرو و وظایف، اصول و سیاست‌های کلی و تشکیلات بیان شده است. در ادامه به مهمترین محورهای مورد تأکید قانون اشاره می‌شود.

فصل اول قانون ساختار که به قلمرو، اهداف و وظایف نظام جامع پرداخته است، شامل ۵ ماده و ۷ تبصره است. در این فصل اهداف نظام جامع، حوزه‌های سه‌گانه نظام، اهداف و وظایف هریک از این حوزه‌های سه‌گانه بیان شده است.

لازم به یادآوری است که منابع مورد نیاز جهت انجام این وظایف و تکالیف قانونی و همچنین اختیارات و مسئولیت‌های ارکان نظام جامع و وزارت رفاه به عنوان متولی تحقق قانون ساختار در فصل‌های بعدی بیان خواهد شد.



. - -

ماده (۱) قانون به بیان اهداف برقراری نظام جامع، محورهای فعالیت نظام، تکالیف دولت و حقوق افراد پرداخته است.

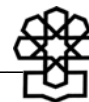
<p>اهداف برقراری نظام جامع</p>	<p>- اجرای اصل بیست و نهم (۲۹) و بندهای «۲» و «۴» اصل بیست و یکم (۲۱) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران مبنی بر برخورداری از تأمین اجتماعی به صورت بیمه و غیره به عنوان حقی همگانی - توسعه عدالت اجتماعی و حمایت از همه افراد کشور در برابر رویدادهای اجتماعی، اقتصادی، طبیعی و پیامدهای نظام جامع تأمین اجتماعی</p>	
<p>محورهای فعالیت نظام جامع (۱۲ بند)</p>	<p>الف) بازنشستگی، ازکارافتادگی و فوت ب) بیکاری ج) پیری د) در راه ماندگی، بی سرپرستی و آسیب های اجتماعی هـ) حوادث و سوانح و) ناتوانی های جسمی، ذهنی و روانی ز) بیمه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت های پزشکی ح) حمایت از مادران به خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند ط) حمایت از کودکان و زنان بی سرپرست ی) ایجاد بیمه خاص بیوگان، زنان سالخورده و خودسرپرست ک) کاهش نابرابری و فقر ل) امداد و نجات</p>	( )
<p>تکالیف دولت</p>	<p>- برخورداری افراد کشور از تأمین اجتماعی به عنوان یک حق و تکلیف دولت جهت تأمین آن (تبصره «۱») - تعریف آثار و تبعات ناشی از اقدامات دولت به عنوان مصادیق رویدادهای اقتصادی و اجتماعی (تبصره «۲») - برخورداری شهروندان خارجی مقیم کشور از حمایت های مربوط به نظام جامع تأمین اجتماعی در چارچوب موازین اسلامی، مقاله نامه ها و قراردادهای بین المللی مصوب و با رعایت شرایط متقابل (تبصره «۳»)</p>	

. - -

ماده (۲) قانون ساختار نظام جامع حوزه های مختلف نظام تأمین اجتماعی را تعریف و مصادیق و تکالیف مربوط را بیان کرده است.

این حوزه های سه گانه عبارتند از:

الف) حوزه بیمه ای شامل بیمه های اجتماعی و درمانی (پایه و تکمیلی)،



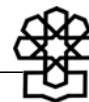
ب) حوزه حمایتی و توانبخشی شامل ارائه خدمات حمایتی و توانبخشی،  
ج) حوزه امدادی شامل امداد و نجات در حوادث غیرمترقبه.

<p>نوعی بیمه دولتی که در برابر خطرات اقتصادی گوناگون ... مردم را حمایت نموده و مشارکت در آن اجباری است</p> <p>بازنشستگی، بیکاری، حوادث و سوانح، از کارافتادگی و بازماندگان از جمله مصادیق آن می‌باشد (بند «الف» ماده (۲))</p> <p>( )</p> <p>نوعی بیمه خصوصی یا دولتی به منظور حمایت در برابر زیان‌های ناشی از مخارج درمان</p> <p>برخی خدمات پزشکی، بازپرداخت شماری از هزینه‌های پزشکی خاص و گاه شامل کمک درآمد برای روزهای غیبت از کار به دلیل بیماری یا زایمان</p> <p>آن دسته از خدمات بیمه‌ای که علاوه بر سطح خدمات بیمه‌های همگانی، با انعقاد قراردادهای انفرادی یا گروهی فی‌مابین بیمه شده و بیمه‌گر و پرداخت حق بیمه توسط بیمه شده انجام می‌پذیرد و دولت در قبال آن تعهد مالی ندارد (بند «۲» تبصره ماده (۲))</p>	تعاریف	حوزه بیمه‌ای	ماده (۲)
<p>- تقسیم خدمات بیمه‌های اجتماعی و درمانی به دو سطح همگانی و تکمیلی (تبصره ماده (۲))</p> <p>- تعیین حدود خدمات بیمه‌ای همگانی توسط قانون (بند «۱» تبصره)</p> <p>- تکلیف دولت به پشتیبانی حقوقی و قانونی از بیمه‌های تکمیلی (بند «۲» تبصره)</p>	تکالیف		
شامل ارائه خدمات حمایتی و توانبخشی و اعطای یارانه و کمک‌های مالی	تعریف	حوزه حمایتی و توانبخشی	
افراد و خانواده‌های نیازمندی که به دلایل گوناگون قادر به کار نیستند و یا درآمد آنان تکافوی حداقل زندگی آنان را نمی‌نماید	جمعیت هدف		
شامل امداد و نجات در حوادث غیرمترقبه	تعریف	حوزه امدادی	

. - -

ماده (۳) قانون ساختار به بیان اهداف و وظایف حوزه بیمه‌ای (از جمله گسترش نظام بیمه‌ای برای آحاد جامعه با اولویت بیمه‌های مبتنی بر بازار کار و اشتغال از طریق تشکیل صندوق‌های بیمه‌ای مورد نیاز، جمعیت‌های هدف اولویت‌دار مانند مزدبگیران، روستاییان و عشایر، حرف و مشاغل آزاد و...)، دامنه فعالیت و تعهدات صندوق‌های بیمه‌ای، ایجاد هماهنگی و انسجام بین بخش‌های مختلف





<p>( )</p> <p>:مجموع تلاش‌های پزشکی، آموزشی، حرفه‌ای و اجتماعی به‌منظور بازگرداندن سلامت یا قابلیت‌های سودمند یک فرد در حد ممکن و به‌گونه‌ای که وی بتواند به جامعه بازگشته و از فرصت‌های اجتماعی و اقتصادی بهره‌برداری نماید</p> <p>پرداخت مابه‌التفاوت تولید و قیمتی که مصرف‌کننده می‌پردازد مشروط بر آنکه هزینه تولید بیش از قیمت مصرفی باشد</p> <p>خطی که یک حد و به‌وسیله آن شمار افراد فقیر در جامعه را مشخص نماید</p> <p>ناتوانی یا محرومیت یک فرد در تأمین حداقل نیازهایی که تنها برای بقای فیزیکی وی ضرورت دارد</p> <p>ناتوانی فرد در تأمین حداقل استاندارد جاری سطح زندگی در جامعه</p> <p>- سازماندهی و هدفمند کردن یارانه‌ها و منابع حمایتی - حمایت از افراد جامعه در برابر رویدادهای اقتصادی، اجتماعی و پیامدهای سوء آنها خصوصاً در زمینه بیکاری، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی و پیری - تأمین حداقل زندگی برای همه افراد و خانواده‌هایی که درآمد کافی ندارند با اولویت افرادی که به دلایل جسمی و روانی قادر به‌کار نیستند - تحت پوشش قرار دادن خانواده‌های بی‌سرپرست و زنان خودسرپرست - حمایت از مادران به‌خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند - تأمین خدمات پیشگیری از بروز یا تشدید معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی در گروه‌های هدف و تحت پوشش قرار دادن آنها در سه سطح پیشگیری، درمان و توانبخشی - ادامه روند حمایت از نیازمندان روستایی و عشایر</p> <p>- افراد و خانواده‌هایی که درآمد کافی ندارند - افرادی که به دلایل جسمی و روانی قادر به‌کار نیستند - افراد جویای کار - خانواده‌های بی‌سرپرست و زنان خودسرپرست - مادران به‌خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند - معلولان - افراد محروم از فرصت‌های برابر اجتماعی - آسیب‌دیدگان اجتماعی - نیازمندان روستایی و عشایر</p>	<p>( )</p> <p>اهداف</p>



	وظایف	<p>- هماهنگی بخش‌های مختلف دولت در راستای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی</p> <p>- مشارکت در تعیین خط فقر (مطلق و نسبی)</p> <p>- فراهم آوردن امکانات لازم به‌منظور بهبود وضع جسمی، ذهنی، اجتماعی و اقتصادی معلولین برای ادامه زندگی و تلاش برای تأمین استقلال و خودکفایی معلولان، افراد محروم از فرصت‌های برابر اجتماعی و آسیب‌دیدگان اجتماعی</p> <p>- آماده‌سازی محیط اجتماعی و فضای فیزیکی متناسب با ویژگی‌ها و توانایی‌های معلولان</p> <p>- فراهم‌سازی امکانات، آموزش بازتوانی و ایجاد مهارت‌های شغلی خانوارهای نیازمند</p> <p>- پرداخت مقرری به افراد جویای کار به شکل وام و برای مدت محدود</p>

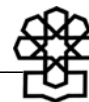
(۱) تعاریف از پاورقی کتاب «قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی»، دفتر قوانین و مقررات وزارت رفاه و تأمین اجتماعی استخراج شده است.

. - -

ماده (۵) قانون نیز به بیان اهداف و وظایف حوزه امدادی وزارت از قبیل هماهنگی جهت تأمین نیازهای اولیه آسیب‌دیدگان در چارچوب طرح امداد و نجات یا پیش‌بینی سازوکار جهت بازسازی کوتاه‌مدت پرداخته است.

	هدف	<p>- تأمین نیازهای اولیه آسیب‌دیدگان از حوادث طبیعی شامل تغذیه، پوشاک و سرپناه موقت در چارچوب طرح امداد و نجات کشور</p>
	وظایف	<p>- آماده‌سازی و هماهنگی سازمان‌ها و نهادهای ذیربط برای ارائه فوری و کافی خدمات به آسیب‌دیدگان رویدادهای غیرمترقبه در جهت تأمین نیازهای اولیه آسیب‌دیدگان از حوادث طبیعی شامل تغذیه، پوشاک و سرپناه موقت در چارچوب طرح امداد و نجات کشور</p> <p>- پیش‌بینی سازوکارهای لازم برای امور مربوط به بازسازی کوتاه‌مدت با همکاری سازمان‌های دولتی و غیردولتی و نهادهای مدنی</p> <p>- ضمن تأکید بر غیردولتی بودن جمعیت هلال احمر جمهوری اسلامی ایران و فعالیت آن براساس اساسنامه مصوب مجلس شورای اسلامی</p>

در این فصل که مشتمل بر مواد (۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰) قانون ساختار نظام جامع است، اصول و سیاست‌های کلی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در زیربخش‌های اصول و سیاست‌های ساختاری، اقتصادی، مالی، اجرایی و یارانه‌ای بررسی می‌شوند.



. - -

ماده (۶) قانون در ۱۱ بند به بیان اصول و سیاست‌های ساختاری نظام جامع پرداخته است. مهمترین این اصول عبارتند از:

- الف) اصل ایجاد هماهنگی فعالیت‌ها و خدمات در درون هر یک از حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی و همچنین میان حوزه‌های سه‌گانه با محور بودن نظام بیمه‌ای،
- ب) نحوه و سطح مشارکت بخش‌های غیردولتی،
- ج) نحوه و میزان مشارکت در تأمین مالی منابع نظام بیمه‌ای،
- د) تکالیف دولت،
- هـ) نحوه نظارت بر دو بخش دولتی و غیردولتی.

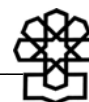
<p>- ساماندهی و هماهنگی فعالیت‌ها و خدمات در هر یک از حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی در جهت افزایش کارآمدی و پوشش کامل‌تر فعالیت دستگاه‌ها، به نحوی که از همپوشانی و تداخل فعالیت آنها جلوگیری گردد</p> <p>- هماهنگی بین حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی با محور بودن نظام بیمه‌ای</p> <p>- هماهنگی بین فعالیت‌های پیشگیرانه و فعالیت‌های اجرایی در سایر بخش‌های اثرگذار بر تأمین اجتماعی</p>	هماهنگی	ماده (۶)
<p>مشارکت دولت در نظام تأمین اجتماعی شامل سطوح زیر است:</p> <p>- سیاستگذاری</p> <p>- برنامه‌ریزی</p> <p>- اجرا</p> <p>- ارزشیابی</p> <p>:</p> <p>دستگاه‌ها و سازمان‌های غیردولتی، خدمت‌گیرندگان متشکل و سازمان‌یافته از قبیل سازمان‌ها و نهادهای غیردولتی</p>	مشارکت دولت و بخش‌های غیردولتی	
<p>- امکان استفاده از کمک‌های داوطلبانه مردمی جهت تأمین منابع مالی توسط نهادها، مؤسسات، سازمان‌ها و شرکت‌های غیردولتی و عمومی نظام تأمین اجتماعی مشروط بر آنکه طبق آیین‌نامه مصوب هیئت وزیران صورت گرفته و امکان نظارت نظام تأمین اجتماعی فراهم باشد</p> <p>- بهره‌مندی صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی بابت هر عضو از محل منابع عمومی به‌صورت سرانه برابر خواهد بود، این امر مانع حمایت</p>	چگونگی تأمین منابع مالی نظام	



دولت از اقشار ضعیف جامعه نمی‌باشد - یکسان بودن درصد مشارکت و سهم پرداختی کارفرما نسبت به مأخذ کسر حق بیمه به صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی - یکسان بودن درصد مشارکت و سهم پرداختی بیمه شده نسبت به مأخذ کسر حق بیمه به صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی		
- نظارت بر هر دو بخش دولتی و غیردولتی مرتبط با نظام جامع تأمین اجتماعی براساس مفاد قانون، معیارهای مندرج در اساسنامه آنها، قراردادهای و توافقنامه‌های مبادله شده	نظارت بر بخش‌های مرتبط با نظام جامع	
- برنامه‌ریزی، سیاستگذاری، نظارت، ارزشیابی و توزیع منابع عمومی به‌صورت متمرکز و توسط دولت - انجام امور اجرایی و کارگزاری به صورت غیرمتمرکز - دخالت دولت در سطح فعالیت‌های اجرایی و کارگزاری تأمین اجتماعی در مواردی که میزان فعالیت مؤسسات غیردولتی کفایت لازم برای ارائه خدمات را ننماید و یا برای تنظیم بازار خدمات تأمین اجتماعی و جبران نقص بازار دخالت دولت لازم باشد - دخالت دادن شرایط منطقه‌ای در برنامه‌ریزی	تکالیف دولت (تمرکز و تمرکززدایی)	
:	بهینه‌سازی فعالیت‌ها	
- تخصصی کردن فعالیت‌ها برحسب نوع خدمات - تخصصی کردن فعالیت‌ها برحسب گیرندگان خدمات - تخصصی کردن فعالیت‌ها برحسب سطح خدمات (همگانی یا مکمل)		
:	رقابت‌پذیری	ماده (۶)
- امکان رقابت در کلیه سطوح بیمه‌ای نظام تأمین اجتماعی - فراهم‌سازی امکان انتخاب مؤسسه بیمه‌گذار توسط بیمه‌شوندگان - کنترل و اقدام ضدانحصار توسط دولت براساس قوانین موضوعه به‌منظور حصول اطمینان از وجود فضای سالم رقابتی و عدم عرضه انحصاری یا نیمه‌انحصاری		
- سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های فعال در قلمرو بیمه‌ای نظام، دارای شخصیت حقوقی و استقلال مالی و اداری بوده و طبق ضوابط و مقررات مورد عمل خود، در چارچوب این نظام فعالیت می‌کنند - جابجایی بیمه‌شدگان بین صندوق‌های بیمه همگانی به‌صورت انفرادی یا گروهی براساس آیین‌نامه مصوب هیئت وزیران مجاز خواهد بود	نحوه فعالیت صندوق‌های بیمه‌ای	

. - -

ماده (۷) قانون ساختار به بیان اصول و سیاست‌های مالی نظام جامع تأمین اجتماعی در ابعاد پایداری منابع مالی نظام و معرفی منابع بالقوه نظام جامع تأمین اجتماعی، نظارت مالی دولت بر منابع مصرفی توسط دستگاه‌ها و سازمان‌های فعال در قلمرو نظام جامع، اتخاذ تمهیدات مالی و



اعتباری و ساختاری لازم به‌منظور توان پاسخگویی حوزه‌های سه‌گانه به نیاز شهروندان، تکالیف دولت به تأمین منابع مالی در صورت اتخاذ تصمیمات جهت افزایش مصارف و تعهدات صندوق‌ها و مؤسسات بیمه‌ای، تصرف دولت در ذخایر و دارایی صندوق‌های بیمه‌ای و درمانی در چارچوب قوانین و مقررات مورد عمل صندوق‌ها و همچنین پرداخت مطالبات سازمان‌ها، صندوق‌ها و مؤسسات بیمه‌ای فعال در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی توسط دولت تأکید دارد.

<p>پایداری منابع مالی از طریق:</p> <p>الف) ایجاد تعادل بین منابع و مصارف صندوق‌های بیمه‌ای ضمن حفظ شخصیت حقوقی و استقلال منابع مالی صندوق‌ها</p> <p>ب) استفاده از منابع نظام جامع</p> <p>منابع نظام عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- منابع عمومی</li> <li>- منابع حاصل از هدفمند کردن یارانه‌ها</li> <li>- منابع بخش بیمه‌ای با مشارکت کارفرما، بیمه شده، دولت</li> <li>- منابع اختصاص داده شده برای جبران اجتماعی خسارت‌های ناشی از سیاست‌های اقتصادی و توسعه‌ای</li> <li>- منابع حاصل از کمک‌های مردمی در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی</li> <li>- منابع حاصل از وقف در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی</li> <li>- منابع حاصل از صدقات و نذورات در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی</li> <li>- منابع حاصل از خمس، زکات و سایر وجوه شرعی در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی با مجوز مراجع تقلید</li> <li>- منابع، اموال و دارایی‌های نهادها و بنیادهای انقلاب اسلامی در قلمروهای مختلف نظام تأمین اجتماعی با اذن مقام رهبری</li> <li>- درآمد ناشی از سرمایه‌گذاری‌ها و مدیریت وجوه و ذخایر دستگاه‌های اجرایی دولتی و عمومی، سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های فعال در قلمروهای مختلف نظام تأمین اجتماعی</li> <li>- اتخاذ تمهیدات مالی، اعتباری و ساختاری لازم به‌منظور تداوم و استمرار توان پاسخگویی حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی نظام به نیازهای شهروندان</li> <li>- ایجاد تعادل بین منابع و مصارف صندوق‌های بیمه‌ای ضمن حفظ شخصیت حقوقی و استقلال منابع مالی صندوق‌ها</li> </ul>	<p>پایداری منابع مالی</p>	<p>ماده (۷)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- نظارت دولت در چارچوب قانون نظام جامع بر تمام دستگاه‌ها، سازمان‌ها، مؤسسات، نهادها و صندوق‌های فعال در قلمروهای بیمه‌ای، حمایتی و امدادی، در حد استفاده از منابع و تسهیلات نظام تأمین اجتماعی</li> <li>- تأمین منابع مالی توسط دولت در صورت اتخاذ تصمیمات یا اجرای احکامی دولتی که منجر به افزایش مصارف و تعهدات صندوق‌ها و مؤسسات بیمه‌ای شود</li> </ul>	<p>نظارت مالی بر منابع و تکالیف دولت</p>	



<p>- تأکید بر عمومی بودن وجوه، اموال، ذخایر و دارایی‌های صندوق‌های بیمه اجتماعی و درمانی در حکم اموال عمومی و رابطه مالی دولت با صندوق‌های موصوف در چارچوب قوانین و مقررات مورد عمل صندوق‌ها</p> <p>- پرداخت مطالبات سازمان‌ها، صندوق‌ها و مؤسسات بیمه‌ای فعال در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی از دولت بر مبنای ارزش واقعی روز و براساس نرخ اوراق مشارکت</p>		

. - -

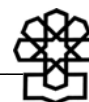
ماده (۸) که به بیان اصول و سیاست‌های اقتصادی نظام جامع تأمین اجتماعی پرداخته است بر حضور متولی نظام جامع تأمین اجتماعی در تصمیمات اقتصادی خصوصاً در مذاکرات مربوط به تعیین حداقل دستمزدها مشارکت و در شورای اقتصاد، شورای عالی اشتغال، شورای عالی کار، شورای پول و اعتبار، شورای عالی بیمه خدمات درمانی، شورای عالی سلامت و شورای عالی خانواده با حق رأی به‌منظور کاهش آثار سوء احتمالی سیاست‌ها و برنامه‌های اقتصادی و توسعه‌ای بر وضعیت رفاه و تأمین اجتماعی مردم و جلوگیری از وارد آمدن هرگونه شوک و ضربه ناشی از سیاست‌های فوق تأکید دارد.

.

<p>حضور متولی نظام جامع تأمین اجتماعی (وزارت رفاه و تأمین اجتماعی) در تصمیمات اقتصادی و با حق رأی در:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- مذاکرات مربوط به تعیین حداقل دستمزدها</li> <li>- شورای اقتصاد</li> <li>- شورای عالی اشتغال</li> <li>- شورای عالی کار</li> <li>- شورای پول و اعتبار</li> <li>- شورای عالی بیمه خدمات درمانی</li> <li>- شورای عالی سلامت</li> <li>- شورای عالی خانواده</li> </ul> <p>به‌منظور کاهش آثار سوء احتمالی سیاست‌ها و برنامه‌های اقتصادی و توسعه‌ای بر وضعیت رفاه و تأمین اجتماعی مردم و جلوگیری از وارد آمدن هرگونه شوک و ضربه ناشی از سیاست‌های فوق</p>	ماده (۸)	

. - -

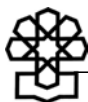
ماده (۹) قانون به بیان قانون اصول و سیاست‌های اجرایی نظام جامع تأمین اجتماعی، تعهدات صندوق‌ها و حقوق افراد عضو و همچنین تکلیف دولت در این خصوص پرداخته است. جزئیات بیشتر در جدول ۹ بیان شده است.



<p>به معنای ارائه کلیه خدمات متنوع و مصرح قانون ساختار</p> <p>تأمین حداقل نیازهای اساسی آحاد جامعه تأمین در مرحله اول و در مرحله دوم ارتقای کمیت و کیفیت خدمات</p> <p>تأمین و تضمین خدمات نظام تأمین اجتماعی برای کلیه آحاد ملت</p> <p>تلاش برای پیشگیری از ظهور یا گسترش انحرافات و مشکلات اجتماعی به‌عنوان یک سیاست هماهنگی فرابخشی و اعمال این سیاست شامل هر سه حوزه بیمه‌ای، حمایتی و امدادی و هماهنگی با سایر دستگاه‌های مؤثر</p> <p>کاهش روش‌های مبتنی بر تأمین مستقیم نیاز و متقابلاً افزایش توانایی‌های فردی و جمعی به‌منظور تأمین نیازها توسط خود افراد وابسته</p> <p>سازوکاری غیرحمایتی که با ایجاد زمینه‌های اشتغال فرد، امکان تأمین نیاز توسط خود او فراهم می‌شود و به معنای ارائه خدمات رفاهی به‌شرط انجام تعهدات معین است</p> <p>رسیدگی به حقوق افراد با استفاده از سیستم جامع آماری و اطلاعاتی و تأکید بر کرامت انسانی و نفی روش‌های تحقیرآمیز</p>	<p>سیاست‌های نظام جامع</p>	<p>ماده (۹)</p>
<p>- ضمانت دولت در زمینه حقوق افراد عضو و تحت پوشش در قبال تعهدات قانونی سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های بیمه‌ای و اتخاذ تمهیدات مالی، اعتباری و ساختاری لازم توسط دولت</p> <p>- ارائه تعهدات بیمه‌ای صندوق‌ها در قبال افراد عضو و تحت پوشش براساس قاعده عدالت و به تناسب میزان مشارکت (سنوات و میزان پرداخت حق بیمه) با تنظیم ورودی‌ها و خروجی‌ها طبق محاسبات بیمه‌ای</p> <p>- تکلیف دولت مبنی بر لحاظ نمودن سیاست‌های مرحله‌ای خود در ضمن برنامه‌های توسعه کشور با توجه به محدودیت منابع دولت در هر سه سیاست کفایت، جامعیت و فراگیری</p>	<p>تعهدات صندوق‌ها، تکلیف دولت و حقوق افراد عضو</p>	

. - -

ماده (۱۰) قانون ساختار به بیان اصول و سیاست‌های یارانه‌ای نظام جامع تأمین اجتماعی و اتخاذ سیاست‌های یارانه‌ای با تکیه بر نظام‌های اطلاعاتی جامع و منسجم کشور پرداخته است. به‌گونه‌ای که منابع یارانه‌ای نظام سازماندهی شده و هدفمند شود.



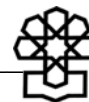
<p>- اتخاذ سیاست‌های یارانه‌ای در چارچوب قانون و براساس سیاست‌های کلی نظام به منظور هدفمند کردن یارانه‌ها، با استفاده از نظام‌های اطلاعاتی جامع و منسجم کشور مانند طرح کد ملی و یا نظام مالیاتی کشور</p> <p>- کاهش و یا حذف تدریجی یارانه اعطایی به خانواده‌های پردرآمد</p> <p>- افزایش یارانه اعطایی به خانواده‌های کم‌درآمد</p> <p>- استفاده از منابع حاصل از حذف یا کاهش یارانه خانواده‌های پردرآمد برای تأمین منابع مورد نیاز نظام جامع تأمین اجتماعی</p>	<p>ماده (۱۰)</p>
---	------------------

فصل سوم مشتمل بر ۹ ماده و ۱۱ تبصره است که به موضوع تشکیلات قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مشتمل بر ارکان چهارگانه نظام جامع، وزارت رفاه و اختیارات و مسئولیت‌ها، سایر دستگاه‌های اجرایی فعال در حوزه نظام جامع و... پرداخته است.

- - -

ماده (۱۱) قانون ساختار بر فلسفه وجودی تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، نظارت و راهبری کلان وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در استفاده از منابع نظام تأمین اجتماعی، تبعیت وزارت رفاه از خط‌مشی‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه‌های امور بهداشتی، درمانی، سطح‌بندی خدمات درمانی و سامانه ارجاع و همچنین تکلیف دولت جهت ادغام دو وزارتخانه موجود تا پایان برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران تأکید دارد.

<p>- تحقق نظام جامع تأمین اجتماعی و اجرای قانون ساختار</p> <p>- نظارت و راهبری کلان وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در استفاده از نظام تأمین اجتماعی اعم از منابع عمومی و یارانه‌ها در حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی برای دستگاه‌های اجرایی دولتی، عمومی، صندوق‌ها و نهادهای غیردولتی</p> <p>- تبعیت وزارت رفاه از خط‌مشی‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه‌های امور بهداشتی، درمانی، سطح‌بندی خدمات درمانی و سامانه ارجاع</p>	<p>وظایف وزارت رفاه</p>	<p>ماده (۱۱)</p>
<p>ادغام دو وزارتخانه موجود تا پایان برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران</p>	<p>تکلیف دولت</p>	



. - -

ماده (۱۲) قانون ساختار ارکان چهارگانه نظام جامع تأمین اجتماعی را تعریف و به صورت مختصر به وظایف هریک از ارکان اشاره کرده است. این ارکان عبارتند از:

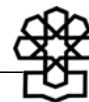
۱. شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی،
۲. وزارت رفاه و تأمین اجتماعی،
۳. نهادها، سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های اصلی هریک از قلمروهای «بیمه‌های اجتماعی»، «بیمه‌های خدمات درمانی»، «امور حمایتی» و «امور امدادی»،
۴. مؤسسات کارگزاری.

<p>- هماهنگی سیاست‌های اجتماعی در حوزه‌های اشتغال، آموزش و پرورش، تربیت بدنی، مسکن، بهداشت و درمان و سایر بخش‌های مرتبط با حوزه تأمین اجتماعی شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی (ماده (۱۳) قانون)</p>	<p>شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی</p>	
<p>تحقق نظام جامع تأمین اجتماعی و اجرای قانون ساختار (ماده (۱۱) قانون)</p>	<p>وزارت رفاه و تأمین اجتماعی</p>	
<p>- مدیریت و ساماندهی منابع نظام اعم از منابع عمومی و یارانه‌های تخصیصی از سوی وزارتخانه و نیز منابع حاصل از مشارکت شرکای اجتماعی خود - تصدی وظایف اجرایی در قلمروهای مختلف بیمه‌های اجتماعی، بیمه‌های خدمات درمانی، امور حمایتی و امور امدادی به نمایندگی از سوی دولت</p>	<p>نهادها، سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های اصلی هریک از قلمروهای «بیمه‌های اجتماعی»، «بیمه‌های خدمات درمانی»، «امور حمایتی» و «امور امدادی»</p>	<p>ماده (۱۲)</p>
<p>شرکت‌های بیمه تجاری، شهرداری‌ها، دهرداری‌ها و سایر ظرفیت‌های ساختاری در قالب بانک، صندوق، شرکت و بنگاه‌های خدماتی و نهادهای خیریه و مدنی است فعالیت در سطح کارگزار اجرایی نظام جامع تأمین اجتماعی در قالب قراردادهای تفاهم‌نامه‌های منعقد</p>	<p>مؤسسات کارگزاری</p>	

. - -

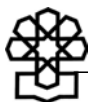
مواد (۱۳) و (۱۴) قانون ساختار به بیان وظیفه اصلی اولین رکن نظام جامع تأمین اجتماعی یعنی شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی، ترکیب شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و رئیس و دبیر آن پرداخته و مجدداً در ماده (۱۵) بر وظایف شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی تأکید دارد.





حمایتی و امدادی کشور، ایجاد هماهنگی در برنامه‌های اجرایی قلمروهای سه‌گانه نظام جامع تأمین اجتماعی، تدوین سیاست‌ها، راهبردها، تهیه و تدوین پیش‌نویس لوایح و آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مورد نیاز، تنظیم کلان بودجه عمومی دولت در قلمروهای سه‌گانه نظام، مدیریت منابع و مصارف و تنظیم بودجه تلفیقی نظام جامع تأمین اجتماعی، سازماندهی نظام نظارت و ارزشیابی کارکردهای نظام جامع تأمین اجتماعی، تشکیل پایگاه اطلاعاتی نظام جامع تأمین اجتماعی و... از جمله مسئولیت وزارت رفاه جهت تحقق نظام جامع و اجرای قانون ساختار می‌باشد. این مواد به‌صورت کامل در جدول ۱۴ آمده است.

<p>- زمینه‌سازی برای تحقق اصول فراگیری، جامعیت و کفایت نظام و بسط پوشش‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی کشور (در چارچوب طرح جامع امداد و نجات کشور)</p> <p>- ایجاد هماهنگی و تعامل برنامه‌های نظام جامع تأمین اجتماعی با برنامه‌های جامع قلمروهای اشتغال، بهداشت و درمان، آموزش و پرورش، مسکن و سایر بخش‌های مرتبط</p> <p>- تدوین سیاست‌ها، راهبردها و معیارهای جامعیت و کفایت روزآمد نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در چارچوب قانون و سیاست‌های کلی نظام جهت تأیید شورای عالی و تصویب هیئت وزیران</p> <p>- ایجاد هماهنگی در برنامه‌های اجرایی قلمروهای سه‌گانه نظام جامع تأمین اجتماعی</p> <p>- تهیه و تدوین پیش‌نویس لوایح و آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مورد نیاز برای تحقق اهداف و اصول سیاست‌های نظام جامع تأمین اجتماعی و پیشنهاد آن به مراجع ذیربط برای تأیید و تصویب</p> <p>- تنظیم کلان بودجه عمومی دولت در قلمروهای بیمه‌های اجتماعی، بیمه‌های خدمات درمانی، امور حمایتی و امدادی کشور و پیشنهاد آن به شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی</p> <p>- مدیریت منابع و مصارف و تنظیم بودجه تلفیقی نظام جامع تأمین اجتماعی به‌منظور متعادل‌سازی اعتبارات و تخصیص بهینه منابع به مصارف در قلمروهای مختلف نظام تأمین اجتماعی</p> <p>- سازماندهی نظام نظارت و ارزشیابی کارکردهای نظام جامع تأمین اجتماعی و تنظیم و ارائه گزارش‌های مربوطه به شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی</p> <p>- ساماندهی و مدیریت اجرایی نظام هدفمند یارانه‌های اجتماعی و جهت‌دهی آن به‌سوی افراد و خانواده‌های نیازمند با رویکرد خوداتکایی و اشتغال در چارچوب قانون و سیاست‌های کلی نظام</p> <p>- طراحی و تنظیم کارکردهای نظام به‌گونه‌ای که حتی‌الامکان برخورداری از مزایای تأمین اجتماعی و حمایت از کلیه افراد به‌ویژه افراد نیازمند از طریق شبکه‌های بیمه‌ای صورت پذیرد</p> <p>- بررسی و ارزیابی مستمر به‌منظور اطمینان از ثبات وضعیت مالی (منابع و مصارف) قلمروهای کارکردی نظام تأمین اجتماعی برای اجرای تعهدات جاری و آتی و ارائه گزارش‌های لازم به مراجع ذیربط</p> <p>- ایجاد زمینه گسترش حضور و مشارکت بیشتر نهادهای خیریه، وقف و مدنی در حوزه‌های حمایتی و امدادی نظام جامع تأمین اجتماعی</p> <p>- تشکیل پایگاه اطلاعاتی نظام جامع تأمین اجتماعی به‌منظور جمع‌آوری و پردازش اطلاعات مربوط و تعیین شاخص‌های ذیربط در حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی</p> <p>- انجام پژوهش‌های کاربردی</p> <p>- سازماندهی شوراهای تخصصی و راهبردی لازم در هر سه قلمرو نظام جامع تأمین اجتماعی</p>	ماده (۱۶)
--	-----------



. - -

در ماده (۱۷) قانون ساختار بر بررسی و اصلاح اساسنامه‌های کلیه دستگاه‌های اجرایی، صندوق‌ها و نهادهای دولتی و عمومی فعال در قلمروهای بیمه‌ای، حمایتی و امدادی نظام و سایر دستگاه‌هایی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است، بیان شرایط و ترکیب ارکان نهادهایی که می‌بایست اساسنامه آنها اصلاح گردد و همچنین تعیین تکلیف مسئولیت‌ها و اختیارات مربوط به دستگاه‌های اجرایی دولتی و عمومی، صندوق‌ها و نهادهای فعال در حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی نظام پرداخته است.

( ) .

<p>- بررسی و اصلاح اساسنامه‌های کلیه دستگاه‌های اجرایی، صندوق‌ها و نهادهای دولتی و عمومی فعال در قلمروهای بیمه‌ای، حمایتی و امدادی (در چارچوب طرح جامع امداد و نجات کشور) نظام و سایر دستگاه‌هایی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است توسط وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، تأیید شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و تصویب هیئت وزیران</p> <p>- بیان شرایط و ترکیب ارکان نهادهایی که می‌بایست اساسنامه آنها اصلاح گردد</p> <p>- سلب کلیه مسئولیت‌ها و اختیارات مربوط به دستگاه‌های اجرایی دولتی و عمومی، صندوق‌ها و نهادهای فعال در حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی نظام، از وزرای مربوطه یا بالاترین مقام مسئول آنها و تفویض آن به وزیر رفاه و تأمین اجتماعی</p>	<p>ماده (۱۷)</p>

( ) . - -

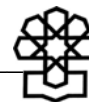
ماده (۱۸) قانون ساختار بر نحوه اعمال قانون ساختار نظام جامع در ارتباط با کمیته امداد امام خمینی (ره) و همچنین امور مرتبط با نیروهای مسلح پرداخته است.

( ) .

<p>اعمال قانون ساختار نظام جامع در ارتباط با کمیته امداد امام خمینی (ره) و همچنین امور مرتبط با نیروهای مسلح منوط به اذن مقام رهبری</p>	<p>ماده (۱۸)</p>

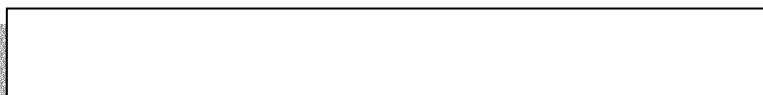
. - -

ماده (۱۹) قانون ساختار بر ملغی‌الاثربودن قوانین امور بیمه‌های اجتماعی، بیمه خدمات درمانی، امور حمایتی و امدادی که مغایر با قانون نظام جامع تأمین اجتماعی است اشاره دارد.



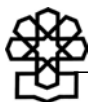
ماده (۱۹)	- ملغی الاثر بودن قوانین امور بیمه‌های اجتماعی، بیمه خدمات درمانی، امور حمایتی و امدادی مغایر با قانون نظام جامع تأمین اجتماعی

- هدف از استقرار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، توسعه عدالت اجتماعی و حمایت از مردم در برابر رویدادهای اجتماعی، اقتصادی، طبیعی و پیامدهای آن است.
- نظام جامع تأمین اجتماعی شامل سه حوزه بیمه‌ای، حمایتی و توانبخشی و امدادی است.
- قانون ساختار اصول، سیاست‌ها و راهبردها و منابع لازم جهت تحقق اهداف حوزه‌های سه‌گانه را در قالب اصول و سیاست‌های ساختاری، مالی، اقتصادی، اجرایی و یارانه‌ای تبیین کرده است.
- وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مهمترین رکن نظام جامع و متولی اجرای قانون ساختار بوده و از این بابت دارای اختیارات و مسئولیت‌هایی است و می‌بایست به تناسب اختیارات و مسئولیت‌های قانونی‌اش در مقابل آحاد جامعه پاسخگو باشد.
- سایر ارکان نظام جامع عبارتند از:
  - الف) شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی
  - ب) نهادها، سازمان‌ها و صندوق‌های فعال در حوزه‌های سه‌گانه
  - ج) مؤسسات کارگزاری



بیش از ۵ سال از تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی می‌گذرد. هم‌اکنون زمان آن فرا رسیده است تا عملکرد حوزه نظام جامع تأمین اجتماعی در کل و عملکرد وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به‌عنوان متولی تحقق نظام جامع و مسئول اجرای قانون ساختار نظام جامع مورد بررسی قرار گرفته، میزان دست‌یافته‌ها و رهاوردهای قانون ساختار مشخص، موانع و چالش‌های اجرایی شناسایی و جهت بهبود و اصلاح شرایط فعلی اقدام شود.

هر چند که این وزارتخانه نوپا در دوران کوتاه عمر خود با تغییرات مدیریتی بسیاری روبرو بوده و سه وزیر و سه سرپرست را تجربه کرده است و البته در طول این مدت هر از چندگاهی با زمزمه‌هایی چون انحلال و ادغام نیز روبرو بوده است و تمامی این موارد بر عملکرد نظام جامع تأثیر بسیاری داشته و دارد.



در این بخش که در واقع مکمل بخش اول است، عملکرد حوزه نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در حوزه‌های مختلف براساس گزارش عملکرد وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و همچنین سازمان‌ها و دستگاه‌های تابعه براساس مواد قانونی مطروحه در قانون ساختار بررسی می‌شود.

- .

همان‌طور که پیشتر بحث شد ماده (۱) قانون ساختار به بیان کلی اهداف برقراری نظام جامع، محورهای فعالیت نظام، تکالیف دولت و حقوق افراد پرداخته است. محورهای مورد تأکید فعالیت نظام جامع تأمین اجتماعی که در ۱۲ بند ذکر شده به شرح ذیل است:

الف) بازنشستگی، ازکارافتادگی و فوت،

ب) بیکاری،

ج) پیری،

د) در راه‌ماندگی، بی‌سرپرستی و آسیب‌های اجتماعی

هـ) حوادث و سوانح،

و) ناتوانی‌های جسمی، ذهنی و روانی،

ز) بیمه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی،

ح) حمایت از مادران به‌خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند،

ط) حمایت از کودکان و زنان بی‌سرپرست،

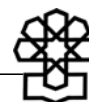
ی) ایجاد بیمه خاص بیوگان، زنان سالخورده و خودسرپرست،

ک) کاهش نابرابری و فقر،

ل) امداد و نجات.

محورهای فعالیت نظام در واقع بیان‌کننده این موضوع می‌باشند که ماده (۱) قانون ساختار به‌مثابه چتری است که تمامی بخش‌های قانون ساختار و جنبه‌های رفاه اجتماعی را در بر گرفته و هریک از محورهای آن در چارچوب یکی از حوزه‌های سه‌گانه بیمه‌ای، حمایتی و توانبخشی و امدادی نظام جامع قابل تحقق است. به‌عبارت دیگر تحقق سایر مواد قانونی ذکر شده در متن قانون ساختار در نهایت، بیانگر میزان تحقق اهداف مصرح در ماده (۱) است.

البته شاخص‌هایی مانند: رفاه اجتماعی، ضریب جینی، نسبت هزینه دو دهک بالا به دو دهک پایین، خط فقر شدید، شیوع آسیب‌های اجتماعی، پوشش بیمه همگانی اجتماعی و پوشش بیمه همگانی درمانی از جمله شاخص‌هایی هستند که می‌توان براساس آن میزان دستیابی به این اهداف را مورد سنجش قرار داد.



اگر چه در متن قانون ساختار، تکالیف و وظایف هریک از حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و توانبخشی و امدادی به تفکیک ذکر شده است و لکن در بحث مربوط به قلمرو نظام جامع نیز به برخی از این تکالیف اشاراتی شده که در جدول ذیل به آن پرداخته شده است.

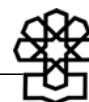
	<p>- تقسیم خدمات بیمه‌های اجتماعی و درمانی به دو سطح همگانی و تکمیلی</p>	حوزه بیمه‌ای	
<p>- یکسان‌سازی بسته خدمتی بیمه‌های پایه مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر توسط شورای عالی بیمه خدمات درمانی</p>	<p>- تعیین حدود خدمات بیمه‌ای همگانی توسط قانون شماره ۳۴۸۵/ت/۲۸۰۶۶ مورخ ۱۳۸۳/۳/۲ هیئت وزیران</p>		
	<p>- پشتیبانی حقوقی و قانونی از بیمه‌های تکمیلی توسط دولت</p>		
	<p>- پشتیبانی حقوقی و قانونی از بیمه‌های تکمیلی</p>	حوزه حمایتی و توانبخشی	ماده (۲)
<p>- ارائه خدمات حمایتی و توانبخشی و اعطای یارانه و کمک‌های مالی به افراد خانواده‌های نیازمندی که به دلایل گوناگون قادر به کار نیستند و یا درآمد آنان تکافوی حداقل زندگی آنان را نمی‌نماید</p>	<p>- خدمات حمایتی و توانبخشی در زیربخش‌های زیر ارائه شده است که در ادامه به صورت اختصاصی‌تر بیان می‌گردد:</p> <p>- توانمندسازی یارانه‌های تخصیصی و کمک‌های مالی جهت تأمین مسکن یا معیشت جامعه هدف</p> <p>- حمایت از زنان سرپرست خانوار و خودسرپرست</p> <p>- ارائه خدمات به معلولین</p> <p>- کاهش آسیب‌های اجتماعی</p> <p>- جلب مشارکت بخش‌های غیردولتی (سازمان‌های مردم‌نهاد)</p>		
	<p>- امداد و نجات در حوادث غیرمترقبه</p>	حوزه امدادی	
<p>- با تشکیل سازمان مدیریت بحران کشور در سال ۱۳۸۷ این وظیفه برعهده سازمان مذکور قرار گرفته است. و لکن در ادامه به اقدامات انجام شده توسط وزارت رفاه و تأمین اجتماعی قبل از تأسیس سازمان مدیریت بحران اشاره خواهد شد</p>			



. -

در این بخش از قانون که به حوزه‌های بیمه‌ای اختصاص یافته است با هدف گسترش نظام بیمه‌ای برای آحاد جامعه و همچنین با توجه به ماهیت بیمه‌ها (اجتماعی، درمانی، تکمیلی و تجاری)، جمعیت‌های هدف اولویت‌دار وظایفی برای نظام جامع مشخص شده و بر لزوم ایجاد هماهنگی و انسجام بین بخش‌های مختلف بیمه‌های اجتماعی و درمانی، نظارت بر عملکرد صندوق‌های بیمه‌ای و تعادل منابع و مصارف تأکید شده است که در جدول ۱۹ به بیان کلی اقدامات انجام شده در این زمینه اشاره شده و سپس در ادامه با توجه به شاخص‌های موجود، عملکرد دستگاه‌های تابعه وزارت رفاه در حوزه‌های بیمه‌ای بررسی خواهد شد.

<ul style="list-style-type: none"> <li>- تشکیل صندوق بیمه درمان روستاییان و عشایر در سازمان بیمه خدمات درمانی و تحت پوشش قرار دادن روستاییان، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر برای خدمات سرپایی و بستری</li> <li>- تصویب و اجرای طرح بیمه درمانی پایه برای افراد فاقد پوشش بیمه درمان با مشارکت ۵۰ درصدی دولت و مردم</li> <li>- اجرای طرح بیمه رانندگان، خادمان مساجد، باربران و ...</li> <li>- تشکیل صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر و پوشش دادن حدود ۷۰۰ هزار خانوار روستایی</li> <li>- و ...</li> </ul>	<p>۱. گسترش نظام بیمه‌ای و تأمین سطح بیمه همگانی برای آحاد جامعه و تشکیل صندوق‌های بیمه‌ای مورد نیاز</p> <p>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- اولویت دادن به بیمه‌های مبتنی بر بازار کار و اشتغال</li> <li>- بیمه اجباری مزدبگیران</li> <li>- بیمه حرف و مشاغل آزاد (خویش‌فرمایان و شاغل غیردائم)</li> <li>- بیمه روستاییان و عشایر</li> <li>- بیمه خاص زنان بیوه و سالخورده و خودسرپرست</li> <li>- بیمه خاص حمایت از کودکان</li> </ul>	<p>ماده (۳)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- با توجه به ماهیت تجاری و بازرگانی بیمه‌های خاص جبران خسارت، منظور نظارت شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی بر بیمه‌های بازرگانی است که درخصوص بیمه‌های مکمل و پایه براساس آیین‌نامه اجرایی ماده (۹۱) قانون برنامه چهارم توسعه بیمه مرکزی ایران مکلف است، تمام سیاست‌های ابلاغی شورای عالی بیمه خدمات درمانی را درخصوص بیمه پایه و مکمل شرکت‌های بیمه تجاری اجرا و ضمانت‌های لازم را از شرکت‌های یاد شده اخذ کند</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- گسترش بیمه‌های خاص جبران خسارات ناشی از حوادث طبیعی از قبیل سیل، خشکسالی، زلزله و طوفان</li> </ul>	



- ایجاد هماهنگی و انسجام بین بخش‌های مختلف بیمه‌های اجتماعی و درمانی	- راه‌اندازی بانک اطلاعات ایرانیان جهت شناسایی همپوشانی‌های بیمه‌ای میان سازمان‌های بیمه‌گر	
	- استقرار دبیرخانه شورای عالی بیمه خدمات درمانی به‌منظور هماهنگی در امور بیمه‌های درمانی	
	- تشکیل شورای هماهنگی رفاه و تأمین اجتماعی استان‌ها	
- پشتیبانی حقوقی از بیمه‌های تکمیلی	تعیین خدمات مشمول بیمه‌های مکمل توسط هیئت وزیران در سال ۱۳۸۲ (عدم اقدام مشخص در مورد پشتیبانی حقوقی از بیمه‌های مکمل)	
- نظارت بر عملکرد صندوق‌های بیمه‌ای	- عملکرد صندوق‌ها براساس شاخص‌هایی چون جمعیت تحت پوشش، ضریب نفوذ، نسبت مصارف و منابع و همچنین شاخص‌های اختصاصی به‌صورت دوره‌ای تحت نظارت وزارت رفاه است	
۱. نظارت بر تعادل منابع و مصارف صندوق‌ها براساس علم محاسبات بیمه‌ای		
۲. اطلاع‌رسانی درخصوص خدمات بیمه‌ای	- تشکیل پورتال اطلاع‌رسانی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی جهت اطلاع‌رسانی خدمات بیمه‌ای و سایر مصوبات به آدرس اینترنتی <a href="http://www.refah.gov.ir">www.refah.gov.ir</a>	
	- ارسال اخبار حوزه رفاه و تأمین اجتماعی از طریق پیامک به شماره ۳۰۰۰۲۲	
۳. پیگیری اصلاح اساسنامه‌های شرکت‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای به نحوی که اصل بنگاهداری برای شرکت‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای لحاظ شود	- اساسنامه سازمان‌های تأمین اجتماعی، خدمات درمانی و بازنشستگی کشوری اصلاح و تصویب شده، هر چند که در مورد اعتبار قانونی آن بحث‌هایی وجود دارد	

از میان دستگاه‌های تابعه وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، سازمان تأمین اجتماعی در هر دو بخش بیمه‌های اجتماعی و درمانی فعالیت می‌کند. وضعیت فعالیت سایر دستگاه‌های فعال در حوزه بیمه‌ای نیز در جدول آمده است. عملکرد دستگاه‌های تابعه نیز براساس این تقسیم‌بندی (اجتماعی - درمانی) ارائه شده است.



✓	✓	سازمان تأمین اجتماعی
✓	-	سازمان بیمه خدمات درمانی
-	✓	سازمان بازنشستگی کشوری
-	✓	صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر

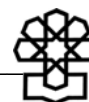
قبل از ورود به بحث عملکرد دستگاهها ضروری است با مفاهیم و شاخصهای سنجش عملکرد که مورد توافق دستگاهها بوده و در کتاب برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی نیز مورد استناد قرار گرفته است، آشنا شویم. مهمترین این شاخصها عبارتند از:

/	
تعداد جمعیت تحت پوشش سازمان اعم از اصلی و تبعی	جمعیت تحت پوشش
تعداد بیمهشدگان اصلی است	تعداد کل بیمهشدگان
- این شاخص از تقسیم تعداد کل بیمهشدگان به جمعیت هدف به دست می آید و نشان می دهد که چه میزان از جمعیت هدف (مشمول) یک سازمان بیمهگر تحت پوشش آن سازمان قرار گرفته است. جمعیت هدف با توجه به ضوابط هر یک از سازمانهای بیمهگر تعیین می گردد - شاخص ضریب نفوذ بیمه های اجتماعی گویای ظرفیت های بالقوه و بالفعل پوشش بیمه ای در جامعه می باشد	ضریب نفوذ بیمه اجتماعی
این شاخص از تقسیم تعداد کل بیمهشدگان به مستمری بگیران به دست می آید و نشان دهنده میزان تعادل ورودی و خروجی صندوق های بیمه ای می باشد، به عبارت دیگر نشان یک صندوق بیمه ای به ازای چند نفر بیمه شده اصلی یک نفر مستمری بگیر دارد	نسبت وابستگی (نسبت پشتیبانی)
این شاخص از تقسیم منابع به مصارف صندوق به دست می آید و نشان دهنده میزان پایداری صندوق به لحاظ منابع و مصارف می باشد. چنانچه حاصل این شاخص کمتر از ۱ باشد نشان دهنده آن است که صندوق در وضعیتی ناپایدار قرار دارد	نسبت منابع به مصارف

: برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۷.

- - -

در این بخش به بررسی پوشش جمعیتی صندوق های بیمه ای تأمین اجتماعی، بازنشستگی، بیمه روستاییان و عشایر پرداخته شده است.



۲۲۶۵۷۵۵	(جمع شاغلین و بازنشستگان)				نفر	جمعیت تحت پوشش
1400154	1435000	1453969	1472316	1522939	نفر	تعداد کل بیمه شدگان
865601	801435	750150	694130	638596	نفر	تعداد کل مستمری بگیران
1.62	1.77	1.94	212	2.38	برابر	نسبت وابستگی (نسبت پشتیبانی)

: کتاب برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۷.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود تا پایان سال ۱۳۸۶ تعداد بیمه‌شدگان اصلی (شاغلین) ۱,۴۰۰,۱۵۴ نفر و تعداد مستمری‌بگیران (بازنشسته و موظف) ۸۶۵,۶۰۱ نفر بوده است. نتایج مطالعات حاکی از آن است که تعداد مستمری‌بگیران در فاصله سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۸۶ به میزان ۲۸ درصد (به‌طور متوسط سالیانه ۸ درصد) افزایش یافته است در حالی که تعداد بیمه‌شدگان اصلی صندوق به میزان ۹ درصد (به‌طور متوسط سالیانه ۱/۸ درصد) کاهش داشته است. تعداد جمعیت تحت پوشش صندوق بازنشستگی کشوری اعم از شاغلین و حقوق‌بگیران در سال ۱۳۸۶ حدود ۲,۲۶۵,۷۵۵ نفر است که حدود ۳ درصد از جمعیت کل کشور را تشکیل می‌دهند.

27830916	27776256	27850403	27540689	27499478	نفر	جمعیت تحت پوشش (اصلی و تبعی)
8442492	7512024	7474726	7161867	6888154	نفر	تعداد کل بیمه‌شدگان
1247091	1144582	1058853	957058	917569	پرونده	تعداد کل مستمری‌بگیران
۶/۷۷	۶/۵۶	۷/۰۶	۷/۴۸	۷/۵۱	-	نسبت وابستگی (نسبت پشتیبانی)
۰/۵۵ (برآورد)	۰/۵۱	براساس سرشماری سال ۱۳۸۵ محاسبه شده			درصد	ضریب نفوذ بیمه اجتماعی

: گزارش عملکرد سازمان تأمین اجتماعی، برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۷.

مطالعه وضعیت موجود و عملکرد پنج‌ساله سازمان تأمین اجتماعی طی سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ نشان می‌دهد که تعداد بیمه‌شدگان اصلی سازمان با متوسط رشد سالیانه ۵/۲ درصد طی دوره مطالعه از رقم ۶,۸۸۸,۱۵۴ نفر در سال ۱۳۸۲ به رقم ۸,۴۴۲,۴۹۲ نفر در سال ۱۳۸۶ افزایش یافته است.

تعداد بیمه‌شدگان اصلی و تبعی نیز طی این دوره از ۲۷,۴۹۹,۴۷۸ نفر به ۲۷,۸۳۰,۹۱۶ نفر افزایش یافته است. تعداد مستمری‌بگیران (پرونده) با رشد متوسط ۸/۴ درصد از ۹۱۷,۵۶۹ نفر در



سال ۱۳۸۲ به ۱,۲۴۷,۰۹۱ نفر در سال ۱۳۸۶ افزایش یافته است.

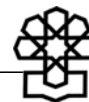
شاخص ضریب نفوذ برای سال ۱۳۸۵ بالغ بر ۵۱ درصد است. بدین معنا که سازمان در سال ۱۳۸۵ تنها ۵۱ درصد از جمعیت شاغل بالقوه را تحت پوشش قرار داده است و لذا ظرفیت بالایی جهت گسترش پوشش بیمه‌ای وجود دارد. شایان ذکر است با توجه به آنکه سرشماری عمومی نفوس و مسکن آمار ایران ده‌ساله است و آخرین سرشماری مربوط به سال ۱۳۸۵ می‌باشد؛ لذا ضریب نفوذ فقط برای سال ۱۳۸۵ محاسبه شده است.

. - -

با عنایت به الزام قانونی موجود در قانون ساختار، صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر در سال ۱۳۸۴ در راستای بسط و گسترش پوشش بیمه اجتماعی تشکیل شد و تا سال ۱۳۸۶، ۶۴۴,۰۰۰ خانوار را تحت پوشش خود قرار داده است که از این تعداد حدود ۴۷۲,۰۰۰ خانوار بیمه‌شدگان عادی، حدود ۱۳۷,۰۰۰ خانوار زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد (ره) و حدود ۳۵۰۰۰ خانوار زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی کشور می‌باشند و در ۸ سطح درآمدی مختلف اقدام به وصول حق بیمه از مشمولین خود می‌کند.

صندوق بیمه روستاییان و عشایر در حال حاضر ۱۴۰۵ خانوار مستمری‌بگیر تحت پوشش دارد که تناسب با میزان حق بیمه وصولی میزان حداقل مستمری بگیری پیری، از کارافتادگی و بازماندگان از ۶۰۰,۰۰۰ تا ۱,۰۰۰,۰۰۰ متفاوت است. همچنین شاخص ضریب نفوذ این صندوق از ۵/۵ در سال ۱۳۸۴ به ۲۰/۵ در سال ۱۳۸۶ رسیده است، کل جامعه روستایی حدود ۵ میلیون خانوار می‌باشد که به علل مختلف از جمله تحت پوشش قرار گرفتن توسط طرح شهید رجایی کمیته امداد و سایر بیمه‌های اجتماعی از شمول جمعیت این صندوق خارج شده است و در نهایت کل جمعیت هدف این صندوق به ۳,۳۰۰,۰۰۰ خانوار کاهش یافته است.

صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر، امور خود را از طریق کارگزاری‌ها انجام می‌دهد. در واقع کارگزاری‌ها رکن اجرایی بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر بوده که از بین ظرفیت‌های حقوقی، خصوصی و محلی انتخاب و در راستای تصدیگری امور به‌وسیله بخش‌های غیردولتی از طریق عقد قرارداد با صندوق همکاری می‌کنند. کارگزاری‌های صندوق بیمه روستاییان و عشایر دارای انواع مختلفی می‌باشند که عبارتند از: تعاونی عشایری، دهیاری، تعاونی دهیاری، تعاونی تولید روستا، تعاونی روستایی، اتحادیه و سایر. براساس سالنامه آماری وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، در حال حاضر ۳۰۴۱ کارگزاری در حال فعالیت هستند.



۳,۱۴۷,۰۰۰	براساس سرشماری سال ۱۳۸۵	خانوار	جمعیت تحت پوشش	
۶۴۴,۰۰۰	۳۲۲,۰۰۰	۱۷۳,۰۰۰	خانوار	تعداد کل بیمه‌شدگان اصلی*
۱۴۰۵	۵۷۹	۲۸	خانوار	تعداد کل مستمری‌بگیران
۲۰/۵	۱۰/۲	۵/۵	درصد	ضریب نفوذ بیمه اجتماعی (تعداد کل بیمه‌شدگان به جمعیت هدف)

: برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۷.

\* با احتساب زنان سرپرست خانوار که از طریق کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی بیمه شده‌اند.

. - -

اتخاذ تمهیدات مالی، اعتباری و ساختاری به‌منظور تداوم و استمرار توان پاسخگویی حوزه‌ای بیمه‌ای نظام جامع به نیازهای شهروندان از جمله مواردی است که در متن قانون ساختار بر آن تأکید شده است. پیش از اتخاذ هر تصمیمی و اجرای هر برنامه‌ای ضروری است تا از پایداری صندوق‌های بیمه‌ای وضعیت منابع و مصارف این صندوق‌ها آگاه شویم. منابع و مصارف سازمان، سن بازنشستگی، تعداد بیمه شده و مستمری‌بگیر از جمله مواردی است که بر پایداری صندوق‌ها اثر می‌گذارد. در ادامه به بررسی وضعیت هر یک از صندوق‌ها در این خصوص خواهیم پرداخت.

۱/۶۲	۱/۷۷	۱/۹۴	۲/۱۲	۲/۳۸	درصد	نسبت وابستگی (نسبت پشتیبانی) (تعداد کل بیمه‌شدگان به مستمری‌بگیران)
۱۸۲	۱۳۷	۱۱۷	۱۳۰	۱۲۸	درصد	نسبت مصارف به منابع
۵۱/۵۱	۵۱/۶۵	۵۱/۷۱	۵۱/۷۱	۵۱/۸۲	سال	میانگین سن بازنشستگی
۲۳/۸	۲۳/۶	۲۳/۴۲	۲۳/۲	۲۲/۰۳	سال	میانگین سنوات بیمه‌پردازی (سابقه خدمت رسمی)
۱۱/۵	۱۲/۸۹	۱۳/۷۴	۱۴/۷	۱۵/۷۲	سال	میانگین سنوات پرداخت مستمری (متوسط مدت پرداخت مستمری تاکنون) <sup>(۱)</sup>
۲۰۰۶۵	۱۶۷۵۶	۱۶۴۹۲	۲۰۴۴۰	۲۰۰۴۰	میلیارد ریال	میزان بدهی دولت به سازمان بازنشستگی کشوری

: برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۷.

(۱) به‌طور معمول کارکنان دولت دارای سابقه خدمت غیررسمی نیز می‌باشند که کشور آن حسب مقررات صرفاً بر مبنای سهم مستخدم و براساس اولین حقوق و مزایای مشمول کسر کشور در بدو استخدام رسمی محاسبه می‌شود و معمولاً در زمان بازنشستگی پرداخت می‌شود (با سی سال تأخیر). در پایان سال ۱۳۸۶ این مدت جهت کل بازنشستگان حدود ۴/۵ سال بوده است.

۱. رقم ۱۱/۵ سال در سال ۱۳۸۶ وضعیت مدت پرداخت تاکنون را نشان می‌دهد درحالی که با توجه به سن بازنشستگی، امید به زندگی و سن همسران بازنشسته در هنگام فوت بازنشسته که حدود ۵۲ سال است حداقل تعهد پرداخت مستمری حدود ۳۶ سال برآورد می‌شود.



در پایان سال ۱۳۸۶، میانگین سال‌های بیمه‌پردازی و میانگین سال‌های پرداخت مستمری در این سازمان در سال ۱۳۸۲، ۱۵/۷۲ سال بوده که در مقایسه با سال ۱۳۸۶ به ۱۱/۵ رسیده که روند کاهشی مشاهده می‌شود.

همچنین همان‌گونه که از ارقام جدول فوق پیداست میزان شاخص نسبت وابستگی نیز در این سازمان در سال ۱۳۸۲ معادل ۲/۳۸ بوده که در سال ۱۳۸۶ به ۱/۶۲ رسیده و با روند کاهشی روبرو بوده است.

در مورد شاخص نسبت مصارف به منابع نیز روند افزایشی مشاهده می‌شود به طوری که در سال ۱۳۸۲ این نسبت معادل ۱۲۸ درصد بوده که در مقایسه با سال ۱۳۸۶ با افزایش نسبتاً زیادی به ۱۸۲ درصد رسیده است. در مورد میزان بدهی دولت به سازمان بازنشستگی کشوری طبق ارقام موجود چنانکه پیداست طی سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ رقم بدهی دولت با اندکی نوسان در برخی سال‌ها همواره در حدود ۲۰۰۰ میلیارد تومان بوده است.

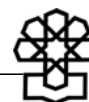
نسبت وابستگی (نسبت پشتیبانی)	-	۷/۵۱	۷/۴۸	۷/۰۶	۶/۵۶	۶/۷۷
نسبت مصارف به منابع (بیمه‌ای و درمان)	درصد	۰/۹۲	۰/۹۲	۰/۹۹	۱/۰۱	۱/۰۶
میانگین سن مستمری‌بگیران در سال برقراری	سال	۵۲/۸۱	۵۴/۱۴	۵۳/۹۵	۵۶/۴۱	۵۷/۸۶ (شش ماه اول)
میانگین سنوات بیمه‌پردازی مستمری‌بگیران در سال برقراری	سال	۲۰/۷۳	۲۱/۳	۲۲/۱۸	۱۹/۸۹	۱۸/۰۵ (شش ماه اول)
میزان بدهی دولت به سازمان تأمین اجتماعی (تجمیعی)	میلیارد ریال	۳۹۲۴۸	۴۳۱۴۷	۵۵۳۳۸	۷۳۲۹۷	۱۰۵۶۴۵

: برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۷.

توضیح اینکه شاخص نسبت مصارف به منابع در سازمان تأمین اجتماعی تنها براساس موارد بیمه‌ای و درمانی محاسبه شده و سایر درآمدهای سازمان اعم از کمک‌ها، سرمایه‌گذاری‌ها و... در این محاسبه اعمال نشده است. میانگین سن مستمری‌بگیران شامل متوسط سن بازنشستگان، از کارافتادگان بیمه شده و بازماندگان در سال برقراری است. شاخص میانگین سنوات بیمه‌پردازی عبارت است از: متوسط سنوات بیمه‌پردازی مستمری‌بگیران سازمان.

مطالعه وضعیت موجود و عملکرد پنج‌ساله سازمان طی سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ نشان می‌دهد که میانگین سال‌های بیمه‌پردازی سازمان در سال ۱۳۸۲، ۲۰/۷۳ سال بوده که در سال ۱۳۸۶ به ۱۸/۰۵ سال رسیده و نشان‌دهنده روند کاهشی آن است.

میزان شاخص نسبت وابستگی (نسبت پشتیبانی) که از نسبت تعداد بیمه‌شدگان به تعداد



مستمری‌بگیران حاصل می‌شود و معرف تعداد ورودی به خروجی صندوق است در سال ۱۳۸۲ معادل ۷/۵۱ بوده و در سال ۱۳۸۶ معادل ۶/۷۷ می‌باشد.

یکی دیگر از شاخص‌های مربوط به ورودی و خروجی صندوق، نسبت منابع به مصارف سازمان است که میزان پایداری مالی صندوق تأمین اجتماعی را نشان می‌دهد.

نسبت مصارف به منابع از ۰/۹۲ در سال ۱۳۸۲ به ۱/۰۶ در سال ۱۳۸۶ افزایش یافته و شکاف در حال افزایشی را تجربه می‌کند. براساس ارقام فوق سازمان در نقطه سر به سر منابع و مصارف خود قرار دارد که می‌تواند مهمترین چالش و تهدید پیش روی سازمان تأمین اجتماعی تلقی شود و پایداری آن را با مخاطره جدی مواجه سازد.

همچنین طی مدت یاد شده، بدهی‌های دولت به سازمان تأمین اجتماعی در حال افزایش بوده و از حدود ۳۹ هزار میلیارد ریال به بیش از ۱۰۵ هزار میلیارد ریال رسیده است.

۴۵۸	۵۵۶	۶۱۷	درصد	نسبت وابستگی (پوشش حمایتی) (تعداد کل بیمه‌شدگان به مستمری‌بگیران)
۱	۱	۲	درصد	نسبت مصارف به منابع
۴۰۱۲	۴۰۱۲	۴۰۱۲	میلیارد ریال	میزان بدهی دولت به صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر

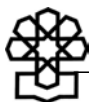
: کتاب برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۷.

در مورد صندوق بیمه اجتماعی روستاییان، نسبت وابستگی در این صندوق در سال ۱۳۸۴، ۶۱۷ درصد بوده که در سال ۱۳۸۶ به ۴۵۸ درصد رسیده و روند کاهشی داشته است. با توجه به جوان بودن این صندوق و همچنین اتکای آن به کمک‌های دولت، هنوز نمی‌توان درباره میزان پایداری آن داوری کرد.

. - -

در این بخش از گزارش در ابتدا به وضعیت کلی بخش بهداشت و درمان با توجه به شاخص‌های موجود اشاره خواهد شد. سپس به وضعیت سازمان بیمه خدمات درمانی به‌عنوان سازمان بیمه‌گر اصلی که صرفاً در حوزه بیمه درمان فعال بوده و بخش زیادی از جمعیت کشور را تحت پوشش خود قرار داده است خواهیم پرداخت.

سازمان جهانی بهداشت سه هدف عمده حفظ و ارتقای سطح سلامتی، پاسخگویی و عدالت در تأمین مالی را برای نظام‌های سلامت به‌عنوان شاخص‌های عملکردی تعیین کرده است. وزارت



بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متولی اصلی تأمین سلامت آحاد جامعه و ارتقای آن است و سایر دستگاه‌ها به صورت غیرمستقیم در تأمین سلامت مردم دخیل هستند. شاخص عدالت در تأمین مالی نظام سلامت به مقوله میزان مشارکت منصفانه و عادلانه اقشار مختلف جامعه در تأمین مالی نظام سلامت می‌پردازد چه در پرداخت حق بیمه و چه در پرداخت مستقیم هزینه که آن را پرداخت از جیب می‌نامند و در ماده (۹۰) قانون برنامه چهارم بر این امر تأکید شده بود که میزان این شاخص باید تا پایان برنامه به کمتر از ۳۰ درصد برسد که متأسفانه چنین امری محقق نگردید.

۳/۳	۲/۳	۲/۴	۱/۹	درصد جمعیت دچار هزینه‌های کمرشکن درمانی
-	۰/۸۲۵	۰/۸۲۶	۰/۸۲۶	میزان مشارکت مالی عادلانه
(برآورد) ۵۰/۸	۵۲/۳ (برآورد)	۵۰/۳۸	۴۹/۹۷	میزان پرداخت از جیب مردم
-	۴۴/۲	۵۳/۳۴	۵۲/۷۰	میزان مشارکت بخش خصوصی در هزینه‌های بخش سلامت

گزارشات سازمان جهانی بهداشت ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۷، بانک اطلاعات سری‌های زمانی مرکز ملی آمار ایران.

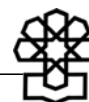
همان‌طور که در جدول فوق ملاحظه می‌شود، تمامی شاخص‌های حوزه بیمه درمان از سال ۱۳۸۶ تا ۱۳۸۳ روند مناسبی نداشته است.

. - -

سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی از سازمان‌های بیمه‌گر اصلی کشور هستند که بیشترین جمعیت کشور را تحت پوشش خود قرار داده‌اند. در بخش‌های پیشین به سازمان تأمین اجتماعی و جمعیت تحت پوشش آن اشاره شد. در این بخش به جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی در گروه‌های مختلف و همچنین منابع و مصارف آن اشاره خواهد شد.

یکی از مهمترین اقدامات سازمان بیمه خدمات درمانی ارائه خدمات درمانی به روستاییان در قالب نظام ارجاع و پزشک خانواده است که در چارچوب تفاهم‌نامه‌هایی میان وزارت رفاه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اجرا می‌شود تا عملاً موضوع تبصره «۲» ماده (۱۱) قانون ساختار مبنی بر «لازم‌الاجرا بودن خط‌مشی‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه امور بهداشتی، درمانی، سطح‌بندی خدمات درمانی و سامانه ارجاع برای وزارت رفاه و قلمروهای آن» تحقق یابد.

براساس گزارش عملکرد سال ۱۳۸۶ سازمان بیمه خدمات درمانی ۲۲,۱۸۹,۴۱۳ نفر تحت



پوشش صندوق بیمه درمانی روستاییان و عشایر هستند.

اقدام مهم دیگر، تصویب نامه هیئت محترم وزیران درخصوص طرح پوشش بیمه‌ای ایرانیان فاقد پوشش بیمه درمانی است که افراد فاقد پوشش بیمه‌ای می‌توانند با مشارکت در پرداخت حق بیمه به میزان ۵۰ درصد سرانه مصوب تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی قرار گیرند. ۵۰ درصد باقی را دولت پرداخت می‌کند. همچنین چنانچه افرادی قادر به پرداخت ۵۰ درصد حق بیمه سهم خود نباشند، پس از احراز موضوع، از طریق مکانیسم‌های حمایتی بخش دیگری از حق بیمه مربوطه توسط دولت پرداخت خواهد شد.

۳۹.۱۳۶.۴۴۴	۶.۵۴۷.۶۴۷	۲۳.۷۱۹.۹۳۶	۰	۱.۵۵۳.۳۷۸	۳۹۹.۸۰۵	۶.۹۱۵.۶۷۸	۱۳۸۳
۳۲.۲۵۴.۷۲۹	۷.۳۶۱.۷۸۱		۱۶.۰۴۶.۳۷۱	۱.۵۷۳.۳۷۲	۳۶۹.۴۲۷	۶.۹۰۳.۷۷۸	۱۳۸۴
۳۷.۲۱۸.۸۲۱	۷.۸۷۲.۷۴۴	۰	۲۰.۲۰۶.۸۷۸	۱.۸۶۰.۰۹۲	۲۸۳.۳۱۱	۶.۹۹۵.۷۹۶	۱۳۸۵
۳۹.۳۹۲.۱۰۵	۷.۹۵۵.۰۵۱	۰	۲۲.۱۸۹.۴۱۳	۱.۹۷۸.۵۳۰	۲۹۲.۲۹۵	۶.۹۷۶.۸۱۶	۱۳۸۶

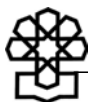
گزارش عملکرد سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۷.

۵.۲۴۱.۴۲۹	۴.۷۱۸.۴۴۴	۳۶۷	۲.۷۶۲.۷۱۵	۱.۹۵۵.۳۶۲	۱۳۸۳
۷.۴۸۹.۷۴۶	۸.۵۴۴.۵۴۹	۰	۵.۷۴۹.۸۷۰	۲.۷۹۴.۶۷۹	۱۳۸۴
۱۰.۵۹۴.۵۰۶	۱۰.۸۱۴.۵۱۳	۱.۳۶۸	۸.۰۴۰.۰۰۰	۲.۷۷۳.۱۴۵	۱۳۸۵
۱۲.۴۸۷.۷۴۸	۱۱.۴۹۱.۸۲۷	۵۰.۸۴۶	۶.۸۸۵.۰۸۷	۴.۵۵۵.۸۹۴	۱۳۸۶

گزارش عملکرد سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۷.

- - -

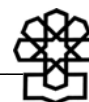
گسترش نظام بیمه‌ای و تأمین سطح بیمه همگانی برای آحاد جامعه با اولویت دادن به بیمه‌های مبتنی بر بازار کار و اشتغال و تشکیل صندوق‌های بیمه‌ای مورد نیاز از موارد مورد تأکید در ماده (۳) قانون ساختار است. در جدول زیر به‌طور خلاصه برخی از اقدامات و طرح‌های انجام شده توسط دستگاه‌های تابعه وزارت رفاه در این زمینه آمده است.



## جدول ۳۱. مهمترین طرح‌های اجرا شده در جهت تأمین پوشش همگانی بیمه اجتماعی و درمان در

سال‌های ۱۳۸۳ - ۱۳۸۷

اختیاری به موجب قانون (دائمی)	کارگران شاغل در مشاغل ساختمانی	
اختیاری به موجب قانون (دائمی)	کارفرمایان واحدهای صنفی	
اختیاری به موجب قانون (دائمی)	شاغلان صنایع دستی کددار	
اختیاری به موجب قانون (دائمی)	بافندگان قالی و فرش	
اختیاری به موجب قانون بودجه ۱۳۸۶ کل کشور	رانندگان حمل و نقل عمومی	
اختیاری به موجب قانون بودجه ۱۳۸۶ کل کشور	خادمان ثابت مساجد	
اختیاری به موجب قانون بودجه ۱۳۸۶ کل کشور	کارگران باربر (حمل)	
اختیاری به موجب قانون بودجه ۱۳۸۵ کل کشور	مجریان طرح‌های خود اشتغالی کمیته امداد امام خمینی	
اختیاری به صورت خویش فرمایی	زنان خانه‌دار	
اختیاری به موجب توافقنامه بین دستگاه‌ها	مجریان طرح‌های خوداشتغالی بنیاد شهید و امور ایثارگران	
اختیاری به موجب توافقنامه بین دستگاه‌ها	اعضای سازمان نظام پزشکی	(
اختیاری به موجب توافقنامه بین دستگاه‌ها	اعضای سازمان نظام دامپزشکی	(
اختیاری به موجب توافقنامه بین دستگاه‌ها	کارشناسان رسمی دادگستری	(
اختیاری به موجب توافقنامه بین دستگاه‌ها	طلاب و روحانیون	(
اختیاری به موجب توافقنامه بین دستگاه‌ها	شاعران و مداحان اهل بیت	(
اختیاری به موجب توافقنامه بین دستگاه‌ها	صنعتگران صنایع دستی	
اختیاری به موجب توافقنامه بین دستگاه‌ها	گروه‌های تعزیه‌خوانی	
اختیاری به موجب توافقنامه بین دستگاه‌ها	رزمندگان و بسیجیان فعال	
اختیاری به موجب توافقنامه بین دستگاه‌ها	معلمان و تعلیم‌دهندگان قرآن	
اختیاری به موجب توافقنامه بین دستگاه‌ها	رانندگان تاکسی شهرهای تهران، قم و باقرشهر	
اختیاری به موجب توافقنامه بین دستگاه‌ها	رانندگان تاکسی بیسیم تهران	
اختیاری به موجب توافقنامه بین دستگاه‌ها	اعضای انجمن صنفی نمایندگان شرکت بیمه معلم	
اختیاری به موجب توافقنامه بین دستگاه‌ها	اعضای انجمن صنفی نمایندگان بیمه ایران	
اختیاری به موجب توافقنامه بین دستگاه‌ها	راهنمایان تورهای ایرانگردی	
اختیاری به موجب توافقنامه بین دستگاه‌ها	اعضای فدراسیون سوارکاری	
اختیاری به موجب توافقنامه بین دستگاه‌ها	اعضای انجمن حمایت از مدیران مزرعه	
اختیاری به موجب قانون بودجه ۱۳۸۵ کل کشور	بیمه پایه درمان ایرانیان (اتباع ایرانی فاقد پوشش بیمه درمان)	(
اجباری به موجب مصوبات هیئت وزیران	بیمه پایه درمان اتباع خارجی مقیم ایران	
اختیاری به موجب قانون بودجه ۱۳۸۵ کل کشور	بیمه روستاییان و ساکنان شهرهای زیر بیست هزار نفر	
به موجب مصوبات هیئت وزیران	تأمین هزینه مصدومان تصادفی فاقد پوشش بیمه	
به موجب مصوبات هیئت وزیران	تأمین هزینه بیمارانی که دچار هزینه‌های تحمل‌ناپذیر هستند	(
اختیاری به موجب قانون بودجه ۱۳۸۵ کل کشور	بیمه تکمیلی درمان بازنشستگان و کارکنان دولت	



اختیاری به موجب قانون بودجه ۱۳۸۵ کل کشور	مصدومان شیمیایی و اعصاب و روان فاقد «درصد»	
اختیاری به موجب قانون (دائمی)	بیمه اجتماعی خانوارهای ساکن در مناطق روستایی و عشایری	
اختیاری به موجب توافقنامه بین دستگاهها	بیمه اجتماعی زنان خودسرپرست زیر پوشش کمیته امداد امام	
اختیاری به موجب توافقنامه بین دستگاهها	بیمه اجتماعی زنان خودسرپرست زیر پوشش سازمان بهزیستی	

: تدوین شده بر مبنای قوانین و مقررات مصوب.

. -

ماده (۴) قانون ساختار به بیان اهداف و وظایف حوزه حمایتی و توانبخشی و تعیین جمعیت‌های هدف مانند معلولان و خانوار نیازمندان و آسیب‌دیدگان اجتماعی و ... پرداخته است. محورهای اصلی مورد تأکید در این ماده قانونی یکی کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها است و دیگری پیشگیری از بروز آسیب‌های اجتماعی و ارائه خدمات حمایتی و توانبخشی به گروه‌های اهداف مانند زنان خودسرپرست، معلولان و ... که در ادامه به هر یک از محورهای به صورت اختصاصی خواهیم پرداخت.

( )

<p>۱. سازماندهی و هدفمند کردن یارانه‌ها و منابع حمایتی</p> <p>۲. حمایت از افراد جامعه در برابر رویدادهای اقتصادی، اجتماعی و پیامدهای سوء آنها خصوصاً در زمینه بیکاری، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی و پیری</p> <p>۳. تأمین حداقل زندگی برای همه افراد و خانواده‌هایی که درآمد کافی ندارند با اولویت افرادی که به دلایل جسمی و روانی قادر به کار نیستند</p> <p>۴. تحت پوشش قرار دادن خانواده‌های بی‌سرپرست و زنان خودسرپرست</p> <p>۵. حمایت از مادران به خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند</p>	<p>ماده (۴)</p>	<p>- تصویب سند کاهش فقر و هدفمند نمودن یارانه‌ها در سال ۱۳۸۴</p> <p>- راه‌اندازی بانک اطلاعات ایرانیان</p> <p>- فراخوان تکمیل فرم اطلاعات اقتصادی خانوارها</p> <p>- راه‌اندازی اورژانس اجتماعی (۶۸ دستگاه خودرو اورژانس اجتماعی در ۲۷ استان کشور)</p> <p>- کمک به درمان افراد دارای اختلال جنسی</p> <p>- تأمین کمک هزینه تحصیلی</p> <p>- حمایت از ازدواج زنان بیوه و دختران خودسرپرست تحت پوشش کمیته امداد و سازمان بهزیستی</p> <p>- تأمین و فراهم‌سازی مسکن مددجویان</p> <p>- اشتغال و کارآفرینی جامعه هدف</p>

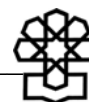


<p>-ارائه خدمات توانبخشی جامعه هدف -پرداخت یارانه جهت مراکز توانبخشی و مراکز نگهداری فرزندان بی سرپرست -ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد، ایدز، معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی -حمایت از مادران در دوران شیردهی -ارائه آموزش‌های شغلی به گروه‌های هدف -مناسب‌سازی محیط برای معلولین -حمایت از نیازمندان روستایی و عشایری در قالب خدمات بیمه‌ای و حمایتی -بیمه اجتماعی زنان سرپرست خانوار روستایی و عشایر توسط صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر با معرفی آنها توسط کمیته امداد و سازمان بهزیستی</p>	<p>۶. تأمین خدمات پیشگیری از بروز یا تشدید معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی در گروه‌های هدف و تحت پوشش قرار دادن آنها در سه سطح پیشگیری، درمان و توانبخشی ۷. ادامه روند حمایت از نیازمندان روستایی و عشایر ۸. هماهنگی بخش‌های مختلف دولت در راستای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی ۹. مشارکت در تعیین خط فقر (مطلق و نسبی) ۱۰. فراهم آوردن امکانات لازم به منظور بهبود وضع جسمی، ذهنی، اجتماعی و اقتصادی معلولین برای ادامه زندگی و تلاش برای تأمین استقلال و خودکفایی معلولان، افراد محروم از فرصت‌های برابر اجتماعی و آسیب‌دیدگان اجتماعی - آماده‌سازی محیط اجتماعی و فضای فیزیکی متناسب با ویژگی‌ها و توانایی‌های معلولان - فراهم‌سازی امکانات، آموزش بازتوانی و ایجاد مهارت‌های شغلی خانوارهای نیازمند - پرداخت مقرری به افراد جویای کار به شکل وام و برای مدت محدود</p>	

. - -

سازماندهی و هدفمند کردن یارانه‌ها و منابع حمایتی با استفاده از نظام‌های اطلاعاتی جامع و منسجم جهت کاهش تدریجی و حذف یارانه‌های اعطایی به خانواده‌های پردرآمد و افزایش سهم خانوارهای کم‌درآمد و همچنین مشارکت در تعیین خط فقر مطلق و نسبی از جمله اهداف حوزه حمایتی و توانبخشی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی می‌باشد و وزارت رفاه به‌عنوان متولی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مسئولیت انجام وظایف فوق و بسط پوشش‌های حمایتی را عهده‌دار است.

تصویب سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها در سال ۱۳۸۴، راه‌اندازی بانک اطلاعات ایرانیان و فراخوان تکمیل فرم اطلاعات اقتصادی خانوارها از جمله اقداماتی است که در طول این دوره انجام شده است. باید توجه داشت که یک اصل اساسی در برنامه‌ریزی، در دست داشتن اطلاعات کامل می‌باشد تا اهداف برنامه‌ای تعیین گردد و راهکارهای عملیاتی جهت دستیابی به آن مشخص شود. آگاهی از خط فقر مطلق و نسبی و میزان جمعیت قرار گرفته در هر گروه از این نمونه است که متأسفانه، این ارقام انتشار نیافته و عمده بحث‌ها براساس حدس و گمان است که به نظر می‌رسد می‌بایست موضوع مورد توجه قرار گیرد.



به‌طور کلی علاوه بر شاخص‌هایی چون خط فقر نسبی و خط فقر مطلق، از شاخص‌های دیگری چون رفاه اجتماعی، ضریب جینی و نسبت دو دهک بالای درآمدی به دو دهک پایین برای بیان وضعیت رفاهی یک کشور و توزیع درآمدها استفاده می‌شود که این شاخص‌ها در جدول زیر آمده است:

		( )			
۷/۷۳	۸/۴۰	۳۴۹۸/۴	۰/۳۹۵۸	۰/۴۰۷۹	۱۳۸۳
۷/۶۶	۸/۲۵	۲۶۲۵/۷	۰/۳۸۹۶	۰/۴۰۶۱	۱۳۸۴
۸/۰۲	۸/۸۶	۲۸۰۲/۲	۰/۴۰۱۹	۰/۴۱۶۵	۱۳۸۵
۷/۶۶	۸/۶۹	۳۹۷۶/۷	۰/۳۹۲۳	۰/۴۱۲۰	۱۳۸۶

گزارش اقتصادی سال ۱۳۸۶، معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی.

ضریب جینی، رفاه اجتماعی و نسبت هزینه دو دهک درآمدی بالا به پایین نشان‌دهنده وضعیت توزیع عادلانه درآمد و میزان بهره‌وری افراد و گروه‌های اجتماعی از امکانات معیشتی است که هر چه شاخص ضریب جینی و نسبت دهک‌های درآمدی به سمت پایین و شاخص رفاه اجتماعی به سمت بالاتر حرکت کند نشان از بهبود توزیع درآمد و برخورداری عادلانه افراد و گروه‌ها از امکانات معیشتی دارد. همان‌طور که در اطلاعات جدول فوق آمده است، وضعیت هر سه شاخص اول طی سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶ بهبود یافته است.

- - -

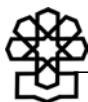
خدمات حمایتی و توانبخشی توسط سازمان بهزیستی کشور و کمیته امداد امام خمینی (ره) ارائه می‌گردد. البته سازمان‌های مردم‌نهاد بسیاری نیز هستند که در این زمینه فعالیت می‌کنند ولی با توجه به فقدان اطلاعات منسجم و جامع از عملکرد بخش‌های غیردولتی و همچنین تأکید قانون ساختار بر تولی‌گری وزارت رفاه در این خصوص و همچنین مشارکت کمیته امداد امام در این زمینه، در این بخش از گزارش عملکرد سازمان بهزیستی کشور بررسی خواهد شد. در بخش انتهایی گزارش نیز عملکرد کمیته امداد امام (ره) بررسی می‌شود. همان‌طور که در متن قانون آمده است:

- افراد و خانواده‌هایی که درآمد کافی ندارند،

- افرادی که به دلایل جسمی و روانی قادر به کار نیستند،

- افراد جویای کار،

- خانواده‌های بی‌سرپرست و زنان خودسرپرست،



- مادران به خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند،

- معلولان،

- افراد محروم از فرصت‌های برابر اجتماعی،

- آسیب‌دیدگان اجتماعی،

- نیازمندان روستایی و عشایر.

گروه‌های هدف نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در بخش حمایتی و توانبخشی هستند. با توجه به در دسترس نبودن اطلاعات مربوط به هر گروه به صورت تفکیکی در اینجا صرفاً به آماري که در سالنامه آماری وزارت رفاه در این خصوص ذکر شده است، اشاره خواهیم کرد.

. - - -

(

براساس آمار اعلام شده در برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی نزدیک به شش میلیون نفر تحت پوشش نهادهای حمایتی قرار دارند که از این تعداد ۱,۶۴۵,۹۴۰ خانوار معادل با ۴,۱۵۰,۵۰۰ نفر تحت پوشش کمیته امداد و ۴۵۶,۵۶۵ خانوار برابر با ۱,۸۲۶,۶۲۰ نفر تحت پوشش سازمان بهزیستی قرار دارند. البته این آمار تنها افراد تحت پوشش این دو نهاد رسمی را نمایش داده و کل افراد نیازمند به دریافت خدمات حمایتی شناسایی نشده‌اند. همچنین جمعیت مستمری‌بگیر سازمان بهزیستی در سال ۱۳۸۶، حدود ۲۸۵ هزار نفر اعلام شده است که ۲۰۱ هزار نفر شهری و ۸۴ هزار نفر روستایی بوده‌اند.<sup>۱</sup>

						( )
۶۱,۵۰۰	-	۱,۶۰۰,۰۰۰	۵,۱۱۰,۰۰۰	۲,۹۴۰,۰۰۰	۶۴,۹۰۰,۰۰۰	جمعیت هدف*
-	۱۷,۹۶۳	۱۴۷,۴۰۶ خانوار	۲۱۴,۶۲۰	۱,۴۰۰,۰۰۰	۹,۲۴۹,۰۰۰	جمعیت مشمول
۱,۵۰۰	۳,۱۵۷	۵۰۰,۰۰۰	۴۰,۰۰۰	۵۴۹,۰۰۰	۹,۲۴۹,۰۰۰	تحت پوشش سازمان
-	۱۴,۸۰۶	۶۳,۴۸۵		-	-	مراکز غیردولتی

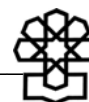
: برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی.

\* شامل کل جمعیت نیازمند خدمات پیشگیری (دانش‌آموزان ابتدایی و راهنمایی، کودکان ۴ تا ۶ سال، موالید، ازدواج‌ها و ...).

(

در راستای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، ارتقای توانمندی‌های افراد در معرض آسیب یا آسیب‌دیده اجتماعی، کودکان کار و خیابان، سالمندان و معتادان، مبتلایان به اختلال هویت جنسی و

۱. مرکز آمار ایران، سالنامه آماری ۱۳۸۶.



... اورژانس اجتماعی کشور در سال ۱۳۸۷ راه‌اندازی شده است. ساختار بخش اورژانس اجتماعی کشور به شرح زیر است:

- مرکز مداخله در بحران‌های فردی،
- پایگاه خدمات اجتماعی،
- خط تلفن اورژانس اجتماعی ۱۲۳،
- خدمات سیار اورژانس اجتماعی.

تعداد خط اورژانس اجتماعی	۳	۵	۱۸

: سالنامه آماری، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۶.

فعالیت	شاخص	سال ۱۳۸۴	سال ۱۳۸۵	سال ۱۳۸۶
فعالیت گروه‌های همیار سلامت روان	گروه	۷۲۰	۸۰۰	۹۶۰
آموزش پیش از ازدواج	نفر	۵۳۰۰۰	۸۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰
مداخله در بحران‌های فردی خانوادگی و اجتماعی	نفر	۹۲۵۸	۲۵۱۵۷	۲۶۸۶۶
مداخله در خانواده به منظور کاهش طلاق	نفر	۳۰۷۵۰	۳۰۰۲۸	۳۱۱۲۴
خط تلفن اورژانس اجتماعی	خط	۳	۵	۱۸
آموزش زندگی خانواده	نفر	۲۵۰۰	۳۷۵۰	۱۰۰۰۰

: سالنامه آماری وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۶.

(  
تأمین خدمات پیشگیری از بروز یا تشدید معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی در گروه‌های هدف و فراهم آوردن امکانات لازم به منظور بهبود وضع جسمی، ذهنی، اجتماعی و اقتصادی معلولین برای ادامه زندگی و تلاش برای تأمین استقلال و خودکفایی معلولان، افراد محروم از فرصت‌های برابر اجتماعی و آسیب‌دیدگان اجتماعی، از جمله وظایف حوزه حمایتی و توانبخشی است. سازمان بهزیستی در این راستا اقدامات زیر را انجام داده است.



۱,۷۱۲,۰۰۰	۱,۵۰۰,۰۰۰	کودکان تحت پوشش برنامه پیشگیری از آمبلیوپی (تنبلی چشم)
۱۲۶,۷۲۵	۷۰,۴۹۵	نوزادان و شیرخواران تحت پوشش برنامه غربالگری شنوایی
۸۴۸,۲۰۰	۵۶۰,۰۰۰	نوزادان تحت پوشش برنامه پیشگیری از عقب ماندگی ذهنی ناشی از هیپوتیروئیدی
۶۰۱,۳۴۸	۴۵۷,۲۰۶	طرح آگاه سازی از معلولیت ها و آسیب های اجتماعی
۹۰۰	۵۰	آموزش و ارتقای توان ذهنی
۱۲۴,۳۷۰	-	آگاه سازی پیشگیری از حوادث مین برای دانش آموزان و معلمان

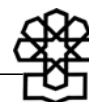
: سالنامه آماری وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۷.

سال ۱۳۸۶	سال ۱۳۸۵	سال ۱۳۸۴	فعالیت
۲۶۳۵۲	۲۵۴۶۳	۲۶۱۳۴	تأمین و توزیع وسایل کمک توانبخشی معلولان
۲۲۲	۲۰۱	۸۵	تعداد تیم های سیار جهت ارائه خدمات توانبخشی در منزل برای معلولان ضایعه نخاعی
۱۰۰۰۰	۸۰۰۰	۳۵۰۰	تعداد افراد خدمت گیرنده از خدمات توانبخشی تیم های سیار در منزل برای معلولان ضایعه نخاعی
۱۵۸۳	۱۲۴۶	-	پرداخت حق پرستاری به خانواده های معلولین ضایعه نخاعی
۱۱۳۲۵	۷۸۴۰	۴۲۰۰	ساماندهی امور مربوط به ایاب و ذهاب معلول جسمی حرکتی
۳۰۰۰۰۰	۲۲۰۰	۱۸۰۰	پوشش بیمه مکمل درمان معلولان
۱۵۸۳	۶۴۰	۵۸۲	ارائه خدمات تغذیه ای به کودکان PKU
۵۹۶۰	۵۸۳۵	۵۶۷۵	آموزش مهارت های زندگی به معلولان

: سالنامه آماری وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۶.

سال ۱۳۸۶	سال ۱۳۸۵	سال ۱۳۸۴	شاخص	عنوان
۵۴۹۲۱۴	۴۹۹۲۵۶	۴۷۶۵۵۱	نفر	تعداد کل معلولان تحت پوشش
۵۲	۷۲	۹۰	دولتی	تعداد کل مراکز ارائه خدمات توانبخشی به معلولان (روزانه و شبانه روزی)
۱۱۵۸	۹۸۵	۹۲۹	غیر دولتی	
۴۶۸۰	۶۴۸۵	۸۱۲۱	دولتی	تعداد کل افراد استفاده کننده از خدمات مراکز توانبخشی (روزانه و شبانه روزی)
۶۳۰۵۷	۶۱۵۶۲	۵۵۷۶۱	غیر دولتی	
۶۱۷	۶۲۳	۵۵۳	دولتی	تعداد کلینیک های دولتی ارایه خدمات توانبخشی پزشکی
۳۹۲۱۰۰	۳۴۸۱۹۶	۳۰۳۳۵۹	غیر دولتی	

: سالنامه آماری وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۶.



(

عنوان	سال ۱۳۸۴	سال ۱۳۸۵	سال ۱۳۸۶	جمع
جنسیت	زن	۱۲۹۵۴	۱۲۱۹۹	۳۰۲۴۳
	مرد	۱۰۱۱۱	۱۸۸۸۹	۳۱۶۳۰
وضعیت	معلول	۱۱۰۳۴	۱۴۷۳۰	۲۸۵۳۴
	مددجو	۱۲۰۳۱	۱۶۳۵۸	۳۳۳۳۹
جمع اشتغال یافتگان	۷۷۲۰	۲۳۰۶۵	۳۱۰۸۸	۶۱۸۷۳

: سالنامه آماری وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۶.

(

تأمین مسکن مددجویان و ساماندهی و توانبخشی سالمندان از مصداق‌های حمایت از افراد جامعه در مواردی مانند بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی و پیری است.

فعالیت	سال ۱۳۸۴	سال ۱۳۸۵	سال ۱۳۸۶
تعداد واحدهای واگذار شده	۵۸۹	۱۲۲۲	۲۶۳۹
تعداد واحدهای واگذار شده با مشارکت خیرین	۴۸۲	۸۴۷	۲۲۵۱
تعداد واحدهای در دست ساخت	۱۱۵۲	۷۲۵۵	۱۰۳۶۱
تعداد افراد معرفی شده به بنیاد مسکن (طرح مسکن روستایی)	۰	۳۵۹۶	۱۷۸۷۸
تعداد وام ودیعه مسکن پرداخت شده	۰	۱۰۰۰۰	۱۲۰۰۰

: سالنامه آماری وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۶.

عنوان	سال ۱۳۸۴	سال ۱۳۸۵	سال ۱۳۸۶
تعداد خدمت گیرندگان از کمک هزینه خدمات توانبخشی و حمایتی	۵۸۴۶	۶۲۵۰	۸۱۹۵
مراکز غیردولتی	۱۵۸	۸۲	۲۲۴
تعداد خدمت گیرندگان از مراکز غیردولتی	۱۰۸۱۲	۱۲۹۶۴	۱۵۵۱۲
تعداد خدمت گیرندگان از خدمات توانبخشی در منزل	-	۱۵۲۰	۱۸۵۴
توانمندسازی سالمندان تحت پوشش در شبکه شهری و روستایی	۷۲۰۰	۷۳۴۰	۹۳۴۶

: سالنامه آماری وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۶.

(

پرداخت مستمری در راستای تأمین حداقل معیشتی و تأمین سبد مطلوب غذایی برای همه افراد و خانواده‌هایی که درآمد کافی ندارند، از جمله اقدامات انجام شده در این بخش است.



فعالیت	شاخص	سال ۱۳۸۴	سال ۱۳۸۵	سال ۱۳۸۶
پرداخت مستمری به خانواده های نیازمند	خانوار	۱۱۷۰۰۰	۱۴۴۳۶۴	۱۴۶۶۶۷
پرداخت کمک هزینه توانبخشی حمایتی(مستمری)	نفر	۱۱۴۰۰۰	۱۲۲۱۱۸	۱۳۷۰۰۰

: سالنامه آماری وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۶.

نوع فعالیت	شاخص	سال ۱۳۸۴	سال ۱۳۸۵	سال ۱۳۸۶
تهیه یک وعده غذای گرم کودکان روستا مهدها	نفر	۷۸۰۰	۹۱۳۸	۱۴۰۰۰۰
توزیع بن غیرنقدی کالاهای اساسی	نفر	۸۲۲۰۰۰	۱۵۳۰۰۰۰	۱۵۳۰۰۰۰
توزیع آرد یارانه‌ای	تن	۱۳۲۰۰	۱۳۲۰۰	۱۵۲۰۰
توزیع شیرخشک رایگان	قوطی	۵۰۰۰۰۰	۵۰۰۰۰۰	۵۰۰۰۰۰

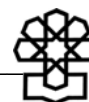
: سالنامه آماری وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۶.

حمایت از مادران به‌خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند	عدم دسترسی به اطلاعات
آماده‌سازی محیط اجتماعی و فضای فیزیکی متناسب با ویژگی‌ها و توانایی‌های معلولان	عدم دسترسی به اطلاعات
پرداخت مقرری به افراد جویای کار اطلاعاتی در مورد پرداخت	عدم دسترسی به اطلاعات

: سالنامه آماری وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۶.

(

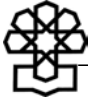
نسبت جمعیت زیر خط فقر مطلق به کل جامعه	فقر
نسبت جمعیت زیر خط فقر نسبی به کل جامعه	
نرخ بروز و شیوع آسیب‌های اجتماعی	آسیب‌های اجتماعی
نرخ بروز خشونت علیه کودکان	
نرخ بروز زنان و دختران آسیب‌دیده اجتماعی و در معرض آسیب	
نرخ بروز اعتیاد	
نرخ شیوع خودکشی موفق	
نرخ شیوع کودک‌آزاری	
نرخ شیوع اقدام به خودکشی	توانمندسازی
نرخ شیوع طلاق	
نسبت اشتغال ایجاد شده به تعداد افراد جمعیت هدف	
نسبت زنان سرپرست توانمند شده به جامعه هدف	نسبت فرزندان بهزیستی توانمند شده به جامعه هدف
نسبت فرزندان بهزیستی توانمند شده به جامعه هدف	



تعداد افراد بهره‌مند از خدمات توانبخشی به کل جامعه هدف	
نسبت معنادرمان و زیانکاهی شده به جامعه هدف	
خالص تعداد افراد خارج شده از پوشش حمایتی مستقیم	
نسبت آسیب‌دیدگان اجتماعی توانمند شده تحت پوشش به جامعه هدف	
ضریب نفوذ خدمات بهزیستی	شاخص‌های
متوسط زمان انتظار دریافت خدمات از مراکز روزانه و شبانه‌روزی توانبخشی	کلی

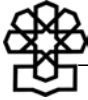
- .

<p>- آماده‌سازی و هماهنگی سازمان‌ها و نهادهای ذیربط برای ارائه فوری و کافی خدمات به آسیب‌دیدگان رویدادهای غیرمترقبه در جهت تأمین نیازهای اولیه آسیب‌دیدگان از حوادث طبیعی شامل تغذیه، پوشاک و سرپناه موقت در چارچوب طرح امداد و نجات کشور</p> <p>- تأمین نیازهای اولیه آسیب‌دیدگان از حوادث طبیعی شامل تغذیه، پوشاک و سرپناه موقت در چارچوب طرح امداد و نجات کشور</p> <p>- پیش‌بینی سازوکارهای لازم برای امور مربوط به بازسازی کوتاه‌مدت با همکاری سازمان‌های دولتی و غیردولتی و نهادهای مدنی</p>	ماده (۵)	<p>- با تصویب قانون تشکیل سازمان مدیریت بحران توسط مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۸۷ و موافقت با اجرای آزمایشی آن به مدت ۵ سال، سازمان مدیریت بحران در وزارت کشور به منظور ایجاد مدیریت یکپارچه در امر سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، ایجاد هماهنگی و انسجام در زمینه‌های اجرایی و پژوهشی و اطلاع‌رسانی متمرکز و نظارت بر مراحل مختلف مدیریت بحران و ساماندهی و بازسازی مناطق آسیب‌دیده و .. تشکیل گردید و در نتیجه وظیفه آماده‌سازی و هماهنگی سازمان‌ها و نهادهای ذیربط برای ارائه فوری و کافی خدمات به آسیب‌دیدگان رویدادهای غیرمترقبه از وزارت رفاه به این سازمان انتقال یافت. البته این سازمان دارای شورای عالی مدیریت بحران است که وزیر رفاه نیز یکی از اعضای آن می‌باشد. همچنین براساس ماده (۱۴) قانون تشکیل سازمان مدیریت بحران کشور قوانین و مقررات مغایر این قانون ملغی‌الاثرا گردیده است.</p> <p>- سایر اقدامات انجام شده توسط وزارت رفاه و تأمین اجتماعی:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اختصاص ۲۵۰ میلیارد ریال به‌عنوان ذخیره حوادث جهت حمایت از افرادی که دچار سوانح و حوادث طبیعی شده بودند (۱۵۶۵۰۰۰ نفر در ۱۶ استان در سال ۱۳۸۶- بند «د» تبصره «۱۵» قانون بودجه ۱۳۸۶)</li> <li>• اختصاص ۱۰۰ میلیارد ریال توسط وزارت رفاه به‌منظور حمایت از خانواده‌های آسیب‌دیده از حوادث و سوانح (بند «ب» تبصره «۱۵» قانون بودجه ۱۳۸۶)</li> <li>• جهت کمک به خانواده‌های آسیب‌دیده از بلایای طبیعی ۲۷/۵ میلیارد ریال و حوادث و سوانح غیرطبیعی ۳۹/۵ میلیارد ریال در سال ۱۳۸۶ به کمیته امداد امام خمینی (ره) به‌عنوان مجری طرح تخصیص یافت</li> </ul>

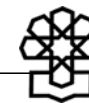


ماده (۴)	هماهنگی	<p>- ساماندهی و هماهنگی فعالیت‌ها و خدمات در هریک از حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی در جهت افزایش کارآمدی و پوشش کامل‌تر فعالیت دستگاه‌ها، به نحوی که از همپوشانی و تداخل فعالیت آنها جلوگیری گردد</p> <p>هماهنگی بین حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی با محور بودن نظام بیمه‌ای</p> <p>هماهنگی بین فعالیت‌های پیشگیرانه و فعالیت‌های اجرایی در سایر بخش‌های اثرگذار بر تأمین اجتماعی</p>	<p>- تشکیل جلسات هماهنگی بین سازمان‌های بیمه‌ای و همچنین بین نهادهای حمایتی به منظور هماهنگی بیشتر و پیشگیری از موازی‌کاری، همپوشانی و تداخل وظایف با استفاده از ابزارهایی چون شورای عالی بیمه خدمات درمانی یا شورای هماهنگی بیمه‌ای استان‌ها و شورای هماهنگی رفاه و تأمین اجتماعی استان‌ها</p> <p>- راه‌اندازی بانک جامع اطلاعاتی ایرانیان به منظور پیشگیری از همپوشانی</p> <p>- انعقاد تفاهم‌نامه بین سازمان‌های بیمه‌ای و حمایتی به منظور برخورداری افراد تحت پوشش نهادهای حمایتی از خدمات بیمه‌ای</p> <p>- تهیه تفاهم‌نامه‌های همکاری میان نهادهای مردمی و اجرایی (فرابخشی)</p> <p>- انعقاد تفاهم‌نامه همکاری بین وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و شورای عالی استان‌ها</p>
	مشارکت نهادهای غیردولتی	<p>مشارکت در نظام تأمین اجتماعی شامل سطوح زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- سیاستگذاری</li> <li>- برنامه‌ریزی</li> <li>- اجرا</li> <li>- ارزشیابی</li> </ul> <p>بخش‌های غیردولتی نیز شامل:</p> <p>دستگاه‌ها و سازمان‌های غیردولتی، خدمت‌گیرندگان متشکل و سازمان‌یافته از قبیل سازمان‌ها و نهادهای غیردولتی</p>	<p>- ۳۰۴۱ کارگزاری صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر وظایف اجرایی این صندوق را انجام می‌دهند</p> <p>- سازمان بهزیستی نیز با واگذاری بیشتر خدمات خود به بخش غیردولتی رتبه سوم را در واگذاری خدمات به بخش غیردولتی کسب کرده است</p> <p>- سازمان تأمین اجتماعی دارای ۱۱۹ کارگزاری فعال در سطح کشور می‌باشد و با استفاده از شعب اقماری و کارگزاری‌های رسمی ارائه خدمات را از حالت متمرکز به وضعیت غیرمتمرکز تبدیل نموده و در حال توسعه می‌باشد</p> <p>سازمان بازنشستگی نیز ضمن افزایش اختیارات مدیران استانی در انجام امور، با ایجاد ۶ واحد در سطح استان تهران و آموزش و پرورش، موجبات غیرمتمرکز نمودن امور را فراهم نموده است</p>





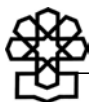
<p>۱. انجام برنامه استراتژیک و عملیاتی برای وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان‌های تابعه</p> <p>۲. واگذاری برخی از امور اجرایی سازمان‌ها به کارگزاری‌ها که شرح آن قبلاً داده شد ولی این اقدامات در حدی نبوده که هدف قانون تحقق یابد</p> <p>۳. در این مورد اقدامی صورت نگرفته است</p> <p>۴. انجام طرح‌های حمایتی و توانمندسازی متناسب با نیازهای منطقه‌ای برای استان‌های مختلف کشور</p>	<p>۱. برنامه‌ریزی، سیاستگذاری، نظارت، ارزشیابی و توزیع منابع عمومی به‌صورت متمرکز و توسط دولت</p> <p>۲. انجام امور اجرایی و کارگزاری به‌صورت غیرمتمرکز</p> <p>۳. دخالت دولت در سطح فعالیت‌های اجرایی و کارگزاری تأمین اجتماعی در مواردی که میزان فعالیت مؤسسات غیردولتی کفایت لازم برای ارائه خدمات را ننماید و یا برای تنظیم بازار خدمات تأمین اجتماعی و جبران نقص بازار دخالت دولت لازم باشد</p> <p>۴. دخالت دادن شرایط منطقه‌ای در برنامه‌ریزی</p>	<p>تکالیف دولت (متمرکز و غیرمتمرکز)</p>	
<p>در این زمینه اقدام مشخصی گزارش نشده است اما طبق روال گذشته، سازمان‌ها و صندوق‌ها عمدتاً برحسب گیرندگان خدمات تفکیک شده‌اند</p>	<p>بهبودسازی فعالیت‌ها بر سه سیاست زیر استوار است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- تخصصی کردن فعالیت‌ها برحسب نوع خدمات</li> <li>- تخصصی کردن فعالیت‌ها برحسب گیرندگان خدمات</li> <li>- تخصصی کردن فعالیت‌ها برحسب سطح خدمات (همگانی یا مکمل)</li> </ul>	<p>بهبودسازی فعالیت</p>	<p>ماده (۶)</p>
<p>هرچند که جابجایی بیمه‌شدگان بین صندوق‌ها مجاز است اما اقدامی برای تسهیل این امر و ایجاد فضای رقابتی بین بیمه‌ها صورت نگرفته است</p>	<p>اعمال اصل رقابت‌پذیری در سطوح اجرایی و کارگزاری نظام به‌منظور گسترش فضای رقابتی و بسط مزیت‌های زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- امکان رقابت در کلیه سطوح بیمه‌ای نظام تأمین اجتماعی</li> <li>- فراهم‌سازی امکان انتخاب مؤسسه بیمه‌گذار توسط بیمه‌شوندگان</li> <li>- کنترل و اقدام ضدانحصار توسط دولت براساس قوانین موضوعه به‌منظور حصول اطمینان از وجود فضای سالم رقابتی و عدم عرضه انحصاری یا نیمه‌انحصاری</li> </ul>	<p>رقابت‌پذیری</p>	



<p>- سازمان‌ها طبق اساسنامه مصوب دارای شخصیت حقوقی و استقلال مالی و اداری می‌باشند</p> <p>- آیین‌نامه جابجایی بیمه‌شدگان بین صندوق‌ها به تصویب هیئت وزیران رسیده است. اما به دلیل هزینه‌های سنگینی که برای بیمه‌شدگان دارد، عملاً فاقد اثربخشی است</p>	<p>- سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های فعال در قلمرو بیمه‌ای نظام، دارای شخصیت حقوقی و استقلال مالی و اداری بوده و طبق ضوابط و مقررات مورد عمل خود، در چارچوب این نظام فعالیت می‌کنند</p> <p>- نحوه جابجایی بیمه‌شدگان بین صندوق‌های بیمه همگانی به صورت انفرادی یا گروهی براساس آیین‌نامه مصوب هیئت وزیران مجاز خواهد بود</p>	نحوه فعالیت صندوق‌های بیمه‌ای	

( )

<p>- به دلیل بلا تکلیف بودن وضعیت اساسنامه صندوق‌ها و حدود اختیارات وزارت رفاه در این زمینه نمی‌توان اظهار نظر کرد</p> <p>- هر چند که محاسبه بدهی دولت به این صندوق‌ها مطابق این ماده قانونی انجام می‌شود، اما عدم پرداخت بدهی‌ها توسط دولت موجب شده که در عمل اهداف قانون محقق نشود</p>	<p>- نظارت دولت در چارچوب قانون نظام جامع بر تمام دستگاه‌ها، سازمان‌ها، مؤسسات، نهادها و صندوق‌های فعال در قلمروهای بیمه‌ای، حمایتی و امدادی، در حد استفاده از منابع و تسهیلات نظام تأمین اجتماعی</p> <p>- تأکید بر عمومی بودن وجوه، اموال، ذخایر و دارایی‌های صندوق‌های بیمه اجتماعی و درمانی در حکم اموال عمومی و تصرف دولت در این اموال و رابطه مالی دولت با صندوق‌های موصوف در چارچوب قوانین و مقررات مورد عمل صندوق‌ها</p> <p>- پرداخت مطالبات سازمان‌ها، صندوق‌ها و مؤسسات بیمه‌ای فعال در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی از دولت بر مبنای ارزش واقعی روز و براساس نرخ اوراق مشارکت</p>	نظارت مالی بر منابع و تکالیف دولت	

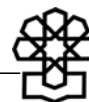


(ارقام به میلیارد تومان) ( )

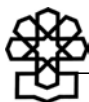
									/
۱۷۰۰	۱۳۳۶	۱۳۳۶	۲۱۱۷	۲۱۱۷	۱۷۵۰	۱۸۵۰	۱۱۰۹	۱۱۲۲	صندوق و ستاد بازنشستگی کشوری
۱۲۰۰	۱۰۷۴	۱۱۰۱	۱۰۶۲	۱۰۸۰	۳۸۵	۴۰۵	۵۲۵	۴۷۱	سازمان بیمه خدمات درمانی
۴۳۳	۴۵۳	۴۵۳	۴۴۹	۴۴۹	۳۰۹	۳۰۹	۲۷۶	۲۷۶	سازمان بهزیستی کشور
۹۶۷۸	۶۸۷۳	۷۷۵۳	۴۹۰۰	۵۹۹۱	۴۱۳۰	۴۳۹۳	۳۷۶۱	۳۷۹۹	سازمان تأمین اجتماعی
۱۵۲	۱۱۲	۱۵۲	۱۳۳	۱۶۰	۲۶	۳۰	۰	۰	صندوق بیمه روستاییان و عشایر
۱۴۹۱	۱۱۹۲	۱۱۹۲	۱۰۰۶	۱۰۰۶	۷۰۱	۷۰۱	۴۶۳	۴۶۷	کمیته امداد امام خمینی(ره)
۲۸۵	۳۰۵	۴۱۸	۵	۸	۸	۱۳	۲	۲	وزارت رفاه و تأمین اجتماعی
۱۴۹۳۹	۱۱۳۴۵	۱۲۴۰۵	۹۶۷۲	۱۰۸۱۱	۷۳۰۹	۷۶۰۱	۶۱۳۶	۶۱۳۷	

: سالنامه آماری وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۶.

از عملکرد شوراهای مربوطه، نقش و جایگاه وزارت رفاه در این شوراها، و تأثیر تصمیمات این شوراها بر وضعیت رفاه جامعه گزارشی در دسترس نیست و خود نیازمند بررسی است	حضور متولی نظام جامع تأمین اجتماعی (وزارت رفاه و تأمین اجتماعی) در تصمیمات اقتصادی و با حق رأی در: - مذاکرات مربوط به تعیین حداقل دستمزدها - شورای اقتصاد - شورای عالی اشتغال - شورای عالی کار - شورای پول و اعتبار - شورای عالی بیمه خدمات درمانی - شورای عالی سلامت - شورای عالی خانواده به منظور کاهش آثار سوء احتمالی سیاست‌ها و برنامه‌های اقتصادی و توسعه‌ای بر وضعیت رفاه و تأمین اجتماعی مردم و جلوگیری از وارد آمدن هرگونه شوک و ضربه ناشی از سیاست‌های فوق	فایده (>)
--	---	-----------



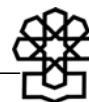
<p>این سیاست‌ها در قالب برنامه چهارم توسعه و نیز سیاست‌ها و برنامه‌های اجرایی دستگاه‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد و با اجرای قانون هدفمندسازی یارانه‌ها انتظار می‌رود بخش دیگری از این سیاست‌ها تحقق یابد</p>	<p>معنای ارائه کلیه خدمات متنوع و مصرح قانون ساختار تأمین حداقل نیازهای اساسی آحاد جامعه تأمین در مرحله اول و در مرحله دوم ارتقای کمیت و کیفیت خدمات تأمین و تضمین خدمات نظام تأمین اجتماعی برای کلیه آحاد ملت</p> <p>تلاش برای پیشگیری از ظهور یا گسترش انحرافات و مشکلات اجتماعی به‌عنوان یک سیاست هماهنگی فرابخشی و اعمال این سیاست شامل هر سه حوزه بیمه‌ای، حمایتی و امدادی و هماهنگی با سایر دستگاه‌های مؤثر</p> <p>کاهش روش‌های مبتنی بر تأمین مستقیم نیاز و متقابلاً افزایش توانایی‌های فردی و جمعی به‌منظور تأمین نیازها توسط خود افراد وابسته</p> <p>سازوکاری غیرحمایتی که با ایجاد زمینه‌های اشتغال فرد، امکان تأمین نیاز توسط خود او فراهم می‌شود و به معنای ارائه خدمات رفاهی به‌شرط انجام تعهدات معین است.</p> <p>رسیدگی به حقوق افراد با استفاده از سیستم جامع آماری و اطلاعاتی و تأکید بر کرامت انسانی و نفی روش‌های تحقیرآمیز</p>	<p>سیاست‌های نظام جامع</p>	<p>ماده (۹)</p>
<p>این موارد در قوانین عادی دستگاه‌های تابعه نظام جامع مورد تأکید قرار گرفته و اجرا می‌شود هرچند که در برخی موارد (مانند افزایش مستمری‌ها) از این قواعد تخطی شده است</p>	<p>ارائه تعهدات بیمه‌ای صندوق‌ها در قبال افراد عضو و تحت پوشش براساس قاعده عدالت و به تناسب میزان مشارکت (سنوات و میزان پرداخت حق بیمه) با تنظیم ورودی‌ها و خروجی‌ها طبق محاسبات بیمه‌ای</p> <p>تکلیف دولت مبنی بر لحاظ نمودن سیاست‌های مرحله‌ای خود در ضمن برنامه‌های توسعه کشور با توجه به محدودیت منابع دولت در هر سه سیاست کفایت، جامعیت و فراگیری</p>	<p>تعهدات صندوق‌ها، تکلیف دولت و حقوق افراد عضو</p>	



	<p>اتخاذ سیاست‌های یارانه‌ای در چارچوب قانون و براساس سیاست‌های کلی نظام به‌منظور هدفمند کردن یارانه‌ها، با استفاده از نظام‌های اطلاعاتی جامع و منسجم کشور مانند طرح کد ملی و یا نظام مالیاتی کشور</p> <p>کاهش و یا حذف تدریجی یارانه اعطایی به خانواده‌های پردرآمد</p> <p>افزایش یارانه اعطایی به خانواده‌های کم‌درآمد</p> <p>استفاده از منابع حاصل از حذف یا کاهش یارانه خانواده‌های پردرآمد برای تأمین منابع موردنیاز نظام جامع تأمین اجتماعی</p>	ماده (۱۰)
<p>- تصویب سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها</p> <p>- ارائه لایحه هدفمند کردن یارانه‌ها توسط دولت به مجلس شورای اسلامی (و تصویب آن در سال ۱۳۸۸)</p> <p>- در حوزه یارانه‌ها بیشترین فعالیت وزارت رفاه و تأمین اجتماعی براساس قوانین بودجه سالیانه بوده است</p>		

<p>۱. تصویب قانون ساختار نظام جامع در اردیبهشت‌ماه ۱۳۸۳</p> <p>۲. تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در تاریخ بیست‌وپنجم تیرماه ۱۳۸۳ (آخرین سال برنامه پنج‌ساله سوم کشور)</p> <p>۳. ایجاد تغییراتی در ساختار تشکیلاتی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی (اضافه نمودن واحدهای داخلی یا جابجایی دفاتر میان معاونت‌ها)</p> <p>۴. جذب نیروی کارشناسی به‌صورت قراردادی و برگزاری آزمون استخدامی</p>	<p>تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی</p> <p>در راستای تحقق نظام جامع تأمین اجتماعی و تحقق قانون ساختار</p>	ماده (۱۱)

براساس اطلاعات سالنامه آماری وزارت رفاه در سال ۱۳۸۶، ۲۷۶ نفر در وزارت رفاه مشغول به فعالیت بوده که ۱۵۸ نفر قراردادی، ۶۵ نفر پیمانی، ۳۴ نفر مأمور و ۱۹ نفر رسمی هستند.

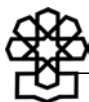


( )

نظارت و راهبری کلان وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در استفاده از نظام تأمین اجتماعی اعم از منابع عمومی و یارانه‌ها در حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی برای دستگاه‌های اجرایی دولتی، عمومی، صندوق‌ها و نهادهای غیردولتی وزارت رفاه در بحث نظارت و راهبری کلان اطلاعاتی در دسترس نیست	تأمین اجتماعی در استفاده از نظام تأمین اجتماعی اعم از منابع عمومی و یارانه‌ها در حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی برای دستگاه‌های اجرایی دولتی، عمومی، صندوق‌ها و نهادهای غیردولتی وزارت رفاه در بحث نظارت و راهبری کلان اطلاعاتی در دسترس نیست	تبصره «۱» ماده (۱۱)
لازم‌الاجرا بودن خط‌مشی‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در زمینه‌های امور بهداشتی، سطح‌بندی خدمات درمانی و سامانه ارجاع برای وزارت رفاه و قلمروهای آن	خدمات ارائه شده به روستاییان و عشایر کشور در قالب بیمه درمان روستاییان و عشایر براساس سامانه نظام ارجاع و با مشارکت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است. البته اختلاف‌نظرهایی بین دو وزارت یاد شده وجود دارد که مسائل آن لاینحل مانده است	تبصره «۲» ماده (۱۱)
ادغام دو وزارتخانه موجود تا پایان برنامه سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران توسط دولت	اقدام خاصی در این زمینه انجام نشده است	ماده (۱۱) تبصره «۲»

( )

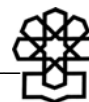
شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی (بند «ا»)	- هماهنگی سیاست‌های اجتماعی در حوزه‌های اشتغال، آموزش و پرورش، تربیت بدنی، مسکن، بهداشت و درمان و سایر بخش‌های مرتبط با حوزه تأمین اجتماعی شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی (ماده (۱۳) قانون)		ماده (۱۲)
وزارت رفاه و تأمین اجتماعی (بند «۲»)	تحقق نظام جامع تأمین اجتماعی و اجرای قانون ساختار (ماده (۱۱) قانون)	در ماده (۱۱) و ماده (۱۶) عملکرد وزارت رفاه بررسی می‌گردد	
نهادهای سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های اصلی هریک از قلمروهای « بیمه های اجتماعی »،	مدیریت و ساماندهی منابع نظام اعم از منابع عمومی و یارانه‌های اختصاصی از سوی وزارتخانه و نیز منابع حاصل از مشارکت شرکای	عملکرد سازمان‌های فعال در حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و توانبخشی و امدادی و همچنین بحث منابع و مصارف مربوطه در مواد (۳)، (۴) و (۵) بررسی گردید	



	اجتماعی خود تصدی وظایف اجرایی در قلمروهای مختلف بیمه‌های اجتماعی، بیمه‌های خدمات درمانی، امور حمایتی و امور امدادی به نمایندگی از سوی دولت	» بیمه‌های-خدمات درمانی»، «امور حمایتی» و «امور امدادی (بند «۳»)	
عملکرد مؤسسات کارگزاری در ادامه در ذیل تبصره «۱» همین ماده بررسی می‌گردد.	: شرکت‌های بیمه تجاری، شهرداری‌ها، دهرداری‌ها و سایر ظرفیت‌های ساختاری در قالب بانک، صندوق، شرکت و بنگاه‌های خدماتی و نهادهای خیریه و مدنی است : فعالیت در سطح کارگزار اجرایی نظام جامع تأمین اجتماعی در قالب قراردادهای و تفاهم‌نامه‌های منعقد	مؤسسات کارگزاری (بند «۴»)	

( ) « » « »

هریک از سازمان‌های تابعه وزارت رفاه و تأمین اجتماعی ضوابط مربوط به چگونگی واگذاری را تدوین و اجرا نموده است همچنین، بخش قابل توجهی از خدمات اجرایی این سازمان‌ها به کارگزاری‌ها واگذار شده است. اما هنوز غلبه با تصدیگری خود سازمان‌هاست و در واقع، هدف قانون تحقق نیافته است	واگذاری امور اجرایی و تصدیگری نهادها، سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های فعال در قلمروهای بیمه‌ای و حمایتی و امدادی نظام به مؤسسات کارگزاری براساس ضوابط پیشنهادی وزارت رفاه و مصوب شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی	تبصره «۱» ماده (۱۲)	
در این زمینه اقداماتی انجام شده و اساسنامه صندوق‌ها تصویب و ابلاغ شده است اما در مورد اعتبار قانونی آن اختلاف نظر وجود دارد	تغییر عناوین تشکیلاتی و سازمانی نهادهای فعال در قلمرو بیمه‌های اجتماعی و درمانی به صندوق	تبصره «۲» ماده (۱۲)	

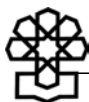


« ( ) »

پس از درخواست مسئولان نهادهای ایثارگری و براساس فرمان مقام معظم رهبری و طبق مصوبه شورای عالی اداری در تاریخ ۱۳۸۳/۲/۱۹ جمع‌بندی نهادهای ایثارگران در ساختاری یکپارچه در بدنه دولت به تصویب رسید و به این ترتیب بنیاد شهید و امور ایثارگران شکل گرفت.	<p>- ادغام کلیه دستگاه‌هایی که خانواده معظم شهدا، اسراء، مفقودین، جانبازان، آزادگان و ایثارگران انقلاب اسلامی و جنگ تحمیلی را تحت پوشش قرار داده‌اند در یک نهاد</p> <p>- انتقال کلیه اموال، دارایی‌ها، مالکیت‌ها و امکانات بنیاد شهید، ستاد رسیدگی به امور آزادگان و ۵۰ درصد اموال و دارایی‌ها، مالکیت‌ها و امکانات بنیاد مستضعفان و جانبازان به این نهاد در صورت تأیید مقام رهبری</p> <p>- هزینه نمودن منابع ناشی از دارایی‌ها و مالکیت‌های فوق صرفاً جهت رسیدگی به امور شهدا و ایثارگران در چارچوب نظام تأمین اجتماعی</p>	تصویر «۳» ماده (۱۲)

۱۳۵۸/۱۲/۲۲	- ارتقای امور فرهنگی، معیشتی و اجتماعی خانواده‌های معظم شهدا	بنیاد شهید انقلاب اسلامی	۱
۱۳۶۸/۶/۱۵	- رسیدگی هر چه بیشتر و بهتر به امور جانبازان - ارتقای سطح معیشت و گسترش فرهنگ ایثار و شهادت و رسیدگی به امور مسکن و رفاه جانبازان	بنیاد مستضعفان و جانبازان	۲
۱۳۶۹/۹/۴	- رسیدگی به امور معیشتی، اشتغال و ارتقای سطح علمی آزادگان	ستاد رسیدگی به امور آزادگان	۳
۱۳۸۳/۳/۱۹	- یکپارچه‌سازی خدمات، هماهنگی و هم‌افزایی در خدمت‌رسانی - کاهش هزینه‌ها، پیشگیری از انجام اقدامات موازی - ارتقای سطح فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی ایثارگران و خانواده‌های آنان	بنیاد شهید و امور ایثارگران	۴

: سایت بنیاد شهید و امور ایثارگران، تاریخچه.



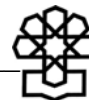
بنیاد شهید و امور ایثارگران از دو بخش ستاد و صف تشکیل شده است. ستاد مرکزی از واحدهای تخصصی ریاست، برنامه‌ریزی، پشتیبانی و نظارت و ستاد تخصصی مانند معاونت بهداشت و درمان، مسکن و عمران، تعاون و امور اجتماعی و ... تشکیل شده است. بخش صف نیز که امور اجرایی را به عهده دارد از واحدهای اجرایی تابعه و تحت پوشش ستاد مرکزی، واحدهای استانی و شهرستانی تشکیل شده است.

جامعه هدف بنیاد شهید و امور ایثارگران شامل شهدا، جانبازان، آزادگان و خانواده‌های معظم آنان هستند. براساس گزارش عملکرد بنیاد شهید و امور ایثارگران جمعیت تحت پوشش بنیاد به شرح جدول زیر است.

1383					
۲۱۹,۸۵۰	۲۱۹,۷۹۱	۲۱۹,۱۲۳	۲۱۸,۸۶۷	شهید	شهدا
۲۴۷,۱۰۶	۲۴۶,۸۶۱	۲۸۳,۳۸۰	۲۸۲,۹۵۳	والدین	
۶۱,۰۵۲	۶۱,۲۷۶	۵۹,۸۸۴	۵۹,۷۴۰	همسر	
۱۵۳,۳۵۰	۱۵۵,۳۲۶	۱۵۲,۵۹۹	۱۵۲,۳۳۹	فرزند	
,	۶۸۳,۲۵۴	۷۱۴,۹۸۶	۷۱۳,۸۹۹		
۵۲۶,۳۶۶	۵۱۷,۰۶۱	۴۳۵,۴۸۹	۴۱۹,۲۲۸	جانباز	جانبازان
۷۱,۳۷۲	۷۱,۰۳۹	۶۹,۹۱۶	۴۱,۸۹۴	والدین	
۳۱۷,۱۹۳	۳۰۸,۶۱۱	۲۸۸,۶۷۳	۱۶۳,۸۴۲	همسر	
۸۱۲,۰۵۲	۷۸۷,۵۸۰	۷۲۶,۴۹۲	۴۳۲,۴۵۲	فرزند	
,	۱,۶۸۴,۲۹۱	۱,۵۲۰,۵۷۰	۱,۰۵۷,۴۱۶		
۴۲,۶۱۸	۴۲,۶۲۷	۴۳,۷۸۸	۴۳,۷۸۸	آزاده	آزادگان
۱۳,۰۸۲	۱۳,۵۰۷	۱۳,۴۶۱	۱۳,۴۶۱	والدین	
۴۱,۰۷۶	۴۱,۷۸۹	۴۱,۷۱۹	۴۱,۷۱۹	همسر	
۹۰,۹۱۹	۹۲,۵۶۲	۸۸,۵۳۷	۸۸,۵۳۷	فرزند	
,	۱۹۰,۴۸۵	۱۸۷,۵۰۵	۱۸۷,۵۰۵		

: بنیاد شهید و امور ایثارگران، گزارش عملکرد سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶.

با توجه به ارتباط تنگاتنگ وظایف مربوط به تعاون و امور اجتماعی، بهداشت و درمان و عمران و مسکن سازمان با کارکردهای حوزه رفاه و تأمین اجتماعی به بررسی عملکرد هریک از این معاونت‌ها از سال ۱۳۸۳ به بعد اشاره خواهد شد.



(

از جمله اهداف این حوزه می‌توان به مواردی چون ارتقای کیفیت زندگی ایثارگران به‌منظور نیل به خود اتکایی در معیشت و بهبود وضعیت شغلی و اجتماعی آنان، ارائه خدمات مددکاری و مشاوره جهت پیشگیری از بروز آسیب‌های فردی و اجتماعی و افزایش سلامت و امنیت روانی و رشد اجتماعی اشاره کرد. مهمترین اقدام بنیاد شهید و امور ایثارگران را که در راستای این قانون است، می‌توان اتخاذ رویکرد توانمندسازی و خوداشتغالی ایثارگران دانست. در جدول زیر گزارشی از اقدامات بنیاد در این راستا، ارائه شده است.



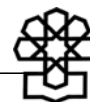
(اعتبارات به میلیارد ریال)

-	۶,۵۷۵	-	۵,۷۲۸	-	۴,۳۵۷	-	۵,۴۹۴	فرزندان شاهد	استخدام در دستگاه‌های دولتی و غیردولتی	
-	۲۳۰۱	-	۱,۹۶۶	-	۴۳۶	-	-	جانبازان و آزادگان		
		-	۳,۲۹۱	-	۴,۴۸۸	-	۴,۸۶۲	سایر اعضای خانواده‌های شاهد		
۱۹۶/۹	۳۰۳۶	۵۵۴/۶	۳,۳۴۸	۱۶۶/۲	۳,۶۶۹	۱۲۸	۳,۸۵۰	فرزندان شاهد	وام از محل وجوه اداره شده	
		۵۳/۹	۱,۰۰۷	۱۰	۲۲۳	۷/۵۶	۱۱۳۳	جانبازان و آزادگان		
۹۵/۱	۱۵۶۴	۱۸۶/۲	۲,۴۶۰	۴۷۴/۵	۶,۸۹۹	۱۱۶	۴,۴۴۷	کل ایثارگران واجد شرایط	وام از محل تسهیلات تکلیفی	
۱۰۳/۴	۳۴۰۷	۷۱/۲	۲,۴۴۲	۴۳/۵	۳,۲۳۹	*	*	کل ایثارگران واجد شرایط	وام از محل منابع داخلی بانکها	
۸۶۷/۲	۹۰۵۲	۱۷۸۵	۱۶,۳۸۳	۲۰۶/۷	۷۸۲	-	-	کل ایثارگران واجد شرایط	وام از محل بنگاه‌های کوچک اقتصادی زودبازده	
۸/۱	۱۴۳	۱۸۶/۲	۲,۸۶۰	-	-	-	-	کل ایثارگران واجد شرایط	وام از محل صندوق مهر امام رضا**	
۱۷/۷	۱۰۴۷۸۱	۲/۸	۵۶,۳۰۷	۱۲	۳۰,۰۰۰	۷/۷	۲۵,۶۰۰	اجرای برنامه اطلاع‌رسانی	توانمندسازی و امور حمایتی و زیرساختی اشتغال	
	۱۶۷۰۳	۴/۹	۴۰,۱۲۳	۲/۳	۱۲,۵۹۲	۱	۱۱,۴۲۰	خدمات مشاوره و راهنمایی شغلی		
۵۰	۱۲۱۶	۱۰/۱	۳,۶۴۶	۵/۲	۲,۷۶۳	۱۴/۱	۳,۶۵۵	آموزش‌های فنی و مهارتی		
	۳۵۴۵	۲۷	۳,۸۸۵	۱۲/۷	۲,۰۸۷	۰/۲	۱,۵۶۵	اجرای طرح کارورزی شغلی		
۴۰/۵	۳۹۳۵	۹/۱	۵۲۰	۴/۵	۵۰۸	۴/۸	۳۱۳	کمک‌های فنی و اعتباری		
۸	۱۰۹۳	۵/۲	۹۳۳	۸	۲,۶۶۵	۱/۲	۵۱۷	کل ایثارگران واجد شرایط		تأمین فضا و اخذ مجوز از محل ۵ درصد زیرساخت
۱۰/۲	۳۳۲۶	۶/۸	۲,۸۷۷	۳/۷	۱,۳۹۳	۰/۷	۳,۶۵۲			رسیدگی به موارد خاص آموزش و اشتغال

گزارش عملکرد بنیاد شهید و امور ایثارگران، ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶.

\* عدم وصول گزارش عملکرد از استان‌ها.

\*\* این صندوق فعالیت خود را از سال ۱۳۸۵ آغاز کرده است.



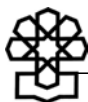
(

تأمین و ارائه خدمات لازم و کافی بهداشتی و درمانی و برخورداری از سطح مطلوب مراقبت بهداشتی و سلامت روانی، حفظ و ارتقای سطح سلامت ایثارگران و خانواده‌های آنان از جمله وظایف این حوزه است. براساس گزارش بنیاد در سال ۱۳۸۶، حدود یک میلیون نفر از ایثارگران زیر پوشش بیمه درمان پایه و حدود ۸۷۶ هزار نفر زیر پوشش بیمه مکمل درمان بوده‌اند.

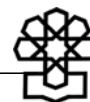
(نفر)	( )	
۶۹۲۹۶۵	۸۷۶۵۰۵	۱۳۸۳
۷۸۰۳۹۴	۹۷۵۴۴۶	۱۳۸۴
۸۵۱۷۶۰	۱۰۱۸۵۳۵	۱۳۸۵
۸۷۵۶۷۹	۱۰۸۶۰۰۰	۱۳۸۶

گزارش عملکرد بنیاد شهید و امور ایثارگران در سال‌های ۱۳۸۳ تا ۱۳۸۶.

ماده (۱۶)	<p>کفایت نظام و بسط پوشش‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی کشور (در چارچوب طرح جامع امداد و نجات و به‌عنوان عملکرد سازمان‌های بیمه‌گر و حمایتی - توانبخشی ارائه شد</p>	<p>زمینه‌سازی برای تحقق اصول فراگیری، جامعیت و کفایت نظام و بسط پوشش‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی کشور (در چارچوب طرح جامع امداد و نجات و به‌عنوان عملکرد سازمان‌های بیمه‌گر و حمایتی - توانبخشی ارائه شد</p>
	<p>علاوه‌بر نقش توانمندسازی وزارت رفاه توسط سازمان بهزیستی و یا با همکاری کمیته امداد امام (ره) و در نتیجه فراهم ساختن امکان اشتغال افراد توانمند شده، حضور وزارت رفاه در شورای عالی اشتغال نیز در ایجاد هماهنگی و تعامل اثربخش است ولی همان‌طور که قبلاً اشاره شد از عملکرد این شوراها، گزارشی در دسترس نیست. شورای عالی بیمه خدمات درمانی یکی از ابزارهای وزارت رفاه در ایجاد هماهنگی و تعامل با برنامه‌های وزارت بهداشت است. همکاری و هماهنگی وزارت رفاه با وزارت بهداشت در زمینه اجرای پزشک خانواده و نظام ارجاع نمونه‌ای از این تعامل است. هر چند که کاهش فعالیت این شورا در سال‌های اخیر موجب ناهماهنگی‌هایی بین دستگاه‌های ذیربط شده است</p>	<p>ایجاد هماهنگی و تعامل برنامه‌های نظام جامع تأمین اجتماعی با برنامه‌های جامع قلمروهای اشتغال، بهداشت و درمان، آموزش و پرورش، مسکن و سایر بخش‌های مرتبط</p>
	<p>تدوین برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و همچنین سازمان‌های تابعه بیمه خدمات درمانی، تأمین اجتماعی، بهزیستی، بازنشستگی کشوری و بیمه روستاییان و عشایر از شاخص‌ترین اقدامات وزارت رفاه جهت ایجاد هماهنگی در برنامه‌های قلمروهای سه‌گانه نظام</p>	<p>تدوین سیاست‌ها، راهبردها و معیارهای جامعیت و کفایت روزآمد نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در چارچوب قانون و سیاست‌های کلی نظام جهت تأیید شورای عالی و تصویب هیئت وزیران</p> <p>— ایجاد هماهنگی در برنامه‌های اجرایی قلمروهای</p>



<p>جامع تأمین اجتماعی است که براساس آن جهت تحقق اصول فراگیری، کیفیت و جامعیت نظام و بسط پوشش‌های حمایتی و بیمه‌ای نسبت به تدوین سیاست‌ها و راهبردها جهت دستیابی به اهداف تعیین شده اقدام می‌گردد. به‌طور کلی، وظایف یاد شده طبق روال جاری در دوره‌های منظم سالیانه اجرا می‌شود</p>	<p>سه‌گانه نظام جامع تأمین اجتماعی</p> <p>- تهیه و تدوین پیش‌نویس لوایح و آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مورد نیاز برای تحقق اهداف و اصول سیاست‌های نظام جامع تأمین اجتماعی و پیشنهاد آن به مراجع ذیربط برای تأیید و تصویب</p> <p>- تنظیم کلان بودجه عمومی دولت در قلمروهای بیمه‌های اجتماعی، بیمه‌های خدمات درمانی، امور حمایتی و امدادی کشور و پیشنهاد آن به شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی</p> <p>- مدیریت منابع و مصارف و تنظیم بودجه تلفیقی نظام جامع تأمین اجتماعی به‌منظور متعادل‌سازی اعتبارات و تخصیص بهینه منابع به مصارف در قلمروهای مختلف نظام تأمین اجتماعی</p> <p>- بررسی و ارزیابی مستمر به‌منظور اطمینان از ثبات وضعیت مالی (منابع و مصارف) قلمروهای کارکردی نظام تأمین اجتماعی برای اجرای تعهدات جاری و آتی و ارائه گزارش‌های لازم به مراجع ذیربط</p>	
<p>علیرغم ضرورت وجود نظامی جامع جهت ارزیابی کارکردهای نظام جامع تأمین اجتماعی و سنجش عملکرد دستگاه‌های تابعه، مکانیسم جامعی طراحی نشده است و هر یک از بخش‌های نظام جامع به‌طور منفک از سیستم نظارتی خود استفاده نموده و مقایسه مشکل است</p>	<p>- سازماندهی نظام نظارت و ارزشیابی کارکردهای نظام جامع تأمین اجتماعی و تنظیم و ارائه گزارش‌های مربوطه به شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی</p>	
<p>راه‌اندازی بانک اطلاعات ایرانیان از راهکارهای شناسایی اقشار مختلف جامعه است تا در چارچوب آن نظام هدفمند نمودن یارانه‌های اجتماعی و فراهم‌سازی مزایای تأمین اجتماعی برای آحاد جامعه و به‌ویژه به نیازمندان محقق گردد. البته با تصویب و اجرای قانون هدفمند کردن یارانه‌ها این هدف تا حد زیادی قابل تحقق خواهد بود</p>	<p>- ساماندهی و مدیریت اجرایی نظام هدفمند یارانه‌های اجتماعی و جهت‌دهی آن به‌سوی افراد و خانواده‌های نیازمند با رویکرد خوداتکایی و اشتغال در چارچوب قانون و سیاست‌های کلی نظام</p> <p>- طراحی و تنظیم کارکردهای نظام جهت برخورداری از مزایای تأمین اجتماعی و حمایت از کلیه افراد به‌ویژه افراد نیازمند از طریق شبکه‌های بیمه‌ای</p>	
<p>همان‌طور که پیش‌تر اشاره گردید کلیه نهادهای فعال در حوزه نظام جامع تأمین اجتماعی شناسایی نشده‌اند و از میزان مشارکت این نهادها در تحقق اهداف نظام جامع و سهم آنان در تأمین منابع مالی نظام جامع گزارشی در دسترس نیست</p>	<p>- ایجاد زمینه گسترش حضور و مشارکت بیشتر نهادهای خیریه، وقف و مدنی در حوزه‌های حمایتی و امدادی نظام جامع تأمین اجتماعی</p>	
<p>بانک اطلاعات ایرانیان تشکیل و مورد بهره‌برداری قرار گرفته است</p>	<p>- تشکیل پایگاه اطلاعاتی نظام جامع تأمین اجتماعی به‌منظور جمع‌آوری و پردازش اطلاعات مربوط و تعیین شاخص‌های ذیربط در حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی</p>	
<p>تشکیل شورای پژوهش در وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و عقد قرارداد همکاری با مراکز پژوهشی مانند مؤسسه</p>	<p>انجام پژوهش‌های کاربردی</p>	



عالی پژوهش تأمین اجتماعی، دانشگاه بهزیستی و توانبخشی جهت انجام پژوهش‌های کاربردی در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی		
<p>- سازماندهی شوراهای تخصصی و راهبردی لازم در هر سه قلمرو نظام جامع تأمین اجتماعی</p> <p>- تشکیل شوراهای راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان‌های تابعه و دیگر نهادهای فعال در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی</p> <p>- تشکیل شورای هماهنگی استان‌ها در تمام استان‌ها به منظور هماهنگ نمودن فعالیت دستگاه‌های فعال در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی</p>		

( )

اصلاح اساسنامه سازمان‌های تأمین اجتماعی، خدمات درمانی، بازنشستگی کشوری و تصویب آن در هیئت وزیران (مورخ ۱۳۸۷/۸/۲۳). این اقدام از سوی مجلس شورای اسلامی خلاف قانون دانسته شده است	بررسی و اصلاح اساسنامه‌های کلیه دستگاه‌های اجرایی، صندوق‌ها و نهادهای دولتی و عمومی فعال در قلمروهای بیمه‌ای، حمایتی و امدادی (در چارچوب طرح جامع امداد و نجات کشور) نظام و سایر دستگاه‌هایی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است توسط وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، تأیید شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و تصویب هیئت وزیران بیان شرایط و ترکیب ارکان نهادهایی که می‌بایست اساسنامه آنها اصلاح گردد	ماده (۱۷)
انتقال مسئولیت شوراهای یاد شده از وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به وزیر رفاه و تأمین اجتماعی صورت گرفته است	سلب کلیه مسئولیت‌ها و اختیارات مربوط به دستگاه‌های اجرایی دولتی و عمومی، صندوق‌ها و نهادهای فعال در حوزه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی نظام، از وزرای مربوطه یا بالاترین مقام مسئول آنها و تفویض آن و به وزیر رفاه و تأمین اجتماعی	

« ( ) » ( ) . -

براساس ماده (۱۷) قانون ساختار وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف شده است حداکثر ظرف مدت یک سال پس از تاریخ تصویب قانون، نسبت به بررسی و اصلاح اساسنامه‌های کلیه دستگاه‌های اجرایی، صندوق‌ها و نهادهای دولتی و عمومی فعال در قلمروهای بیمه‌ای، حمایتی و امدادی (در چارچوب طرح جامع امداد و نجات کشور) و سایر دستگاه‌هایی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است اقدام و مراتب را پس از تأیید شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی به تصویب هیئت وزیران برساند. در این زمینه اقدامات زیر انجام شده است:



۱. اصلاح و تصویب اساسنامه سازمان تأمین اجتماعی، بازنشستگی کشوری و بیمه خدمات درمانی (تصویب‌نامه‌های شماره ۱۴۷۴۴۸/ت/۳۷۳۰۹ هـ مورخ ۱۳۸۷/۸/۲۲ و ۸۴۷۴۲۷/ت/۳۷۲۹۶ مورخ ۱۳۸۷/۸/۲۲ و ۱۴۷۴۱۶/ت/۳۸۸۳۳ هـ مورخ ۱۳۸۷/۸/۲۳ هیئت وزیران).

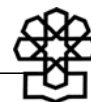
۲. تقاضای ابطال اساسنامه جدید سازمان‌های تأمین اجتماعی، بازنشستگی کشوری و خدمات درمانی توسط وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به هیئت عمومی دیوان عدالت اداری.

۳. رأی هیئت عمومی دیوان عدالت اداری به شماره ۶۸۹ درخصوص تقاضای ابطال اساسنامه جدید سازمان‌های تأمین اجتماعی، بازنشستگی کشوری و خدمات درمانی مبنی بر:

( به‌شرح قسمت اخیر تبصره «۲» ماده (۱۱) اصلاحی قانون اصلاح مقررات بازنشستگی و وظیفه قانون استخدام کشوری مصوب ۱۳۸۰ «اصلاح» اساسنامه سازمان بازنشستگی کشوری به تصویب هیئت وزیران موکول شده و در ماده (۱۷) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۳ نیز تصریح شده که وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف است نسبت به بررسی و «اصلاح» اساسنامه‌های کلیه دستگاه‌های اجرایی، صندوق‌ها و نهادهای دولتی و عمومی فعال در قلمروهای بیمه‌ای، حمایتی و امدادی نظام و سایر دستگاه‌هایی که شمول قانون بر آنها مستلزم ذکر نام است، اقدام کند و مراتب را پس از تأیید شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی به تصویب هیئت وزیران برساند و به‌موجب ماده (۱۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری مصوب ۱۳۸۵ دولت مکلف شده است که تا پایان قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران درخصوص تجمیع کلیه صندوق‌های بازنشستگی اعم از کشوری و تأمین اجتماعی در سازمان تأمین اجتماعی اقدامات قانونی لازم را به‌عمل آورد. نظر به اینکه هیئت دولت در اجرای احکام مقنن مبادرت به تصویب اساسنامه‌های مورد اعتراض نموده است و عبارت «اقدامات قانونی لازم» مذکور در ماده اخیرالذکر نیز براساس هیچ یک از دلالات منطقی و اصولی، ملازمه‌ای با تهیه لایحه قانونی در جهت تحقق حکم قانونگذار در باب تجمیع صندوق‌های بازنشستگی ندارد. بنابراین مصوبات مورد اعتراض از جهات فوق‌الاشعار مغایرتی با قانون ندارد و خارج از حدود اختیارات قوه مجریه در وضع مقررات دولتی نمی‌باشد.

( ماده (۷) اساسنامه صندوق خدمات درمانی و ماده (۷) اساسنامه صندوق بازنشستگی کشوری که مقرر داشته است «اعمال وظایف، اختیارات و مسئولیت‌های شورا و رئیس آن به ترتیب برعهده هیئت مدیره سازمان و رئیس هیئت مدیره سازمان یاد شده می‌باشد». مبتنی بر احکام قانونگذار در باب تجمیع صندوق‌های بازنشستگی کشوری و تأمین اجتماعی و خدمات درمانی و اختیارات هیئت وزیران در اصلاح و تصویب اساسنامه سازمان‌های مزبور است و مغایرتی با قانون ندارد.

( ماده (۲) اساسنامه سازمان تأمین اجتماعی در باب تبیین وظایف و مسئولیت‌های آن سازمان از



جمله ارائه خدمات درمانی و اداره صندوق‌های بیمه اجتماعی و درمانی مربوط و ماده (۶) اساسنامه مزبور درخصوص ترکیب اعضای شورای سازمان و از جمله مشتمل بر عضویت هشت نفر از نمایندگان دولت موضوع بند «الف» ماده (۶) مذکور و همچنین بند «ح» ماده (۱۳) آن اساسنامه که اعمال اختیارات مجمع عمومی شورا یا هیئت امنای صندوق‌های بیمه‌ای اجتماعی و درمانی از جمله صندوق بازنشستگی کشوری، صندوق خدمات درمانی و صندوق بیمه روستاییان و عشایر در زمره وظایف و اختیارات هیئت مدیره سازمان قرار داده در جهت تحقق اهداف قانونگذار به شرح قوانین فوق‌الذکر و اعمال اختیارات قانونی قوه مجریه در مقام اصلاح و یا تنظیم اساسنامه سازمان‌های مزبور و امر تجمیع آنها به تصویب رسیده است و مغایرتی با قانون ندارد و خارج از حدود اختیارات قوه مجریه در وضع مقررات دولتی نمی‌باشد.

( در قسمت اخیر بند «ب» شق ۲ ماده (۱۷) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی تصریح شده است که رئیس هیئت مدیره توسط هیئت مدیره و از بین آنان انتخاب می‌شود. همچنین حسب بند «ج» شق ۲ ماده فوق‌الذکر مدیرعامل سازمان به پیشنهاد هیئت مدیره و تصویب شورا یا مجمع یا هیئت امنای مربوطه انتخاب می‌شود. بنابراین تبصره «۱» ماده (۹) اساسنامه سازمان تأمین اجتماعی که انتخاب رئیس هیئت مدیره و مدیرعامل سازمان را در اختیار رئیس شورای سازمان قرار داده است، مغایر حکم مقنن و خارج از حدود اختیارات قوه مجریه در وضع مقررات دولتی می‌باشد و مستنداً به قسمت دوم اصل ۱۷۰ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، ماده (۱) و بند «۱» ماده (۱۹) و ماده (۴۲) قانون دیوان عدالت اداری مصوب ۱۳۸۵ ابطال می‌گردد.

۴. در اردیبهشت‌ماه ۱۳۸۸ با توجه به قانون اختیارات ریاست مجلس شورای اسلامی، مصوبه هیئت وزیران درخصوص اصلاح اساسنامه‌ها از سوی رئیس مجلس شورای اسلامی مغایر قانون اعلام گردید. با وجود این تا زمان تهیه گزارش، اقدامی در جهت اصلاح این مصوبات انجام نشده است.



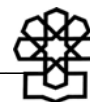
فعالیت‌های کمیته امداد در موارد حمایتی، توانبخشی و امدادی با وظایف وزارت رفاه همپوشانی دارد، برای مثال موارد: ۱. همکاری با کمیته امداد در طرح‌های توانمندسازی به‌عنوان بازوی اجرایی ۲. همکاری با کمیته امداد در طرح‌های فقرزدایی به‌عنوان بازوی اجرایی را می‌توان نام برد. اما این سؤال که تا چه میزان تعاملات فی‌مابین اثربخش بوده و چه نقشی در تحقق اهداف نظام جامع داشته است باید بررسی گردد. در ارتباط با همکاری نیروهای مسلح با وزارت رفاه به‌دلیل محرمانه بودن اطلاعات، بجز همکاری در زمینه خدمات درمانی آن هم به‌صورت محدود اطلاعی در دسترس نیست.	اعمال قانون ساختار نظام جامع در ارتباط با کمیته امداد امام خمینی (ره) و همچنین امور مرتبط با نیروهای مسلح منوط به اذن مقام رهبری	ماده (۱۸)

( )

سابقه شکل‌گیری و پی‌ریزی تشکیلات کمیته امداد به قبل از پیروزی انقلاب و حدود سال ۱۳۴۲ برمی‌گردد که تعدادی از انقلابیون اول نهضت اسلامی از طرف امام خمینی (ره) مسئولیت رسیدگی به خانواده زندانیان سیاسی و نیازمندان را برعهده داشتند. با پیروزی انقلاب اسلامی و آغاز مجدد فعالیت بخش‌های اداری، اقتصادی و فرهنگی کشور، لزوم حمایت از نیازمندان در صدر برنامه‌های نظام قرار گرفت و ۲۲ روز پس از پیروزی انقلاب اسلامی در تاریخ ۱۴ اسفندماه ۱۳۵۷ کمیته امداد امام با صدور دستور تاریخی حضرت امام خمینی (ره) جهت تحقق بخشیدن به اهداف عالی نظام جمهوری اسلامی و ولایت فقیه در حمایت از محرومان و مستضعفان و خودکفا نمودن آنان تأسیس گردید.

کمیته امداد امام به‌عنوان نهادی انقلابی و از نوع مؤسسات غیرانتفاعی و عام‌المنفعه و دارای شخصیت مستقل و استقلال مالی و استخدامی است که تحت نظر ولایت فقیه قرار داشته و طبق اساسنامه آن اداره می‌شود. براساس ماده (۱۸) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی فعالیت کمیته امداد امام خمینی (ره) در چارچوب قانون ساختار منوط به اذن مقام رهبری است.

کمیته امداد امام که با هدف یاری نمودن محرومان و مستضعفان، امداد درماندگان و آسیب‌دیدگان و خودکفا نمودن محرومان تشکیل شده است برنامه‌های مختلفی را ارائه می‌نماید که در ادامه به موضوع جمعیت تحت پوشش کمیته امداد و منابع و مصارف انجام شده در حوزه حمایتی اشاره می‌شود.



( )

(ارقام به هزار نفر)

۲۹۷۴	۱۱۱۸	مشمولان طرح مددجویی	مستمری‌بگیران
۱۵۶۰	۶۹۸	مشمولان طرح شهید رجایی	
۴۵۳۴	۱۸۱۶	جمع مستمری‌بگیران	
۱۴۷۶	۶۲۳	مشمولان بیمه خدمات درمانی	

: سالنامه آماری کمیته امداد امام خمینی (ره) ۱۳۸۶، دی‌ماه ۱۳۸۷.

براساس برخی برآوردها<sup>۱</sup>، در سال ۱۳۸۶ حداقل حدود ۸ میلیون نفر زیر خط فقر بوده‌اند که با توجه به پوشش حدود ۴/۵ میلیون نفر از این افراد از طریق کمیته امداد امام خمینی (ره) و حدود ۰/۳ میلیون نفر از طریق سازمان بهزیستی، می‌توان گفت که درصد پوشش نظام حمایتی (نسبت به جمعیت زیر خط فقر) ۶۰ درصد بوده و حدود ۴۰ درصد فاقد پوشش بوده‌اند.

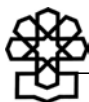
علاوه بر حمایت‌های مستمر در قالب طرح مددجویان و طرح شهید رجایی، کمیته امداد امام خمینی (ره) خدمات دیگری نیز به جامعه هدف ارائه می‌کند مانند طرح‌های حمایت از خانواده زندانیان نیازمند، حمایت از دانشجویان، دانش‌آموزان و طلاب نیازمند، حمایت از کودکان یتیم (بی‌سرپرست)، طرح‌های خوداشتغالی مددجویان و ... که بسته کاملی از خدمات حمایتی این نهاد را تشکیل می‌دهد. اطلاعات مربوط به جمعیت زیر پوشش چند مورد مهم از این حمایت‌ها، در جدول ۶۷ آمده است.

( )

۳۲۱۹۹	۲۶۷۸۲	۲۷۶۱۹	۲۷۵۱۲	خانوار	خانواده زندانیان تحت حمایت
۹۶۶۷۰	۸۲۷۰۵	۸۷۸۵۰	۹۰۶۰۰	نفر	
۳۳۸۵۵۱	۲۸۵۴۹۶	۲۳۶۷۳۶	۱۸۲۴۵۱	خانوار	خانوارهای تحت حمایت طرح‌های خودکفایی
۸۴۳۰۹۵	۸۳۴۲۵۵	۸۷۰۴۹۳	۹۱۷۷۳۱	نفر	تعداد دانش‌آموز، دانشجو و طلبه تحت حمایت
۴۳۹۷۲۱	۴۳۵۴۳۰	۴۵۶۹۱۹	۴۶۶۲۰۴	نفر	کودکان بی‌سرپرست (یتیم) تحت حمایت
۲۹۶۵۰۳۹	۲۹۰۸۲۰۱	۱۷۶۷۶۸۶	۱۹۰۶۷۲۴	نفر	کمک‌های موردی

: سالنامه آماری کمیته امداد امام خمینی (ره) ۱۳۸۶، دی‌ماه ۱۳۸۷.

۱. بررسی وضعیت مستمری‌بگیران کمیته امداد امام خمینی (ره)، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (دفتر مطالعات اجتماعی)، ۱۳۸۷.



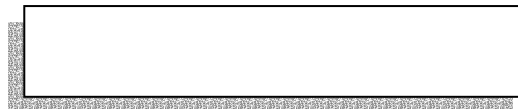
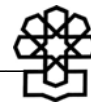
از سوی دیگر، سرانه مستمری ماهیانه قابل پرداخت (حسب موافقتنامه بودجه) به یک خانوار پنج نفره، از ۱۸۰ هزار ریال در سال ۱۳۸۳ به ۵۰۰ هزار ریال در سال ۱۳۸۶ افزایش یافته است. روند افزایش این مبلغ طی سال‌های یاد شده به گونه‌ای است که فقط برای سال ۱۳۸۴ از رشد بالایی برخوردار بوده و در سال‌های بعد کاهش یافته است. جدول ۶۸ این روند را نشان می‌دهد.

۲۵۰۰۰۰	۲۵۰۰۰۰	۲۸۵۰۰۰	۸۰۰۰۰	مبلغ (ریال)	یک‌نفره
۰	-۱۲/۳	۲۵۶/۳	-	درصد رشد	
۳۰۰۰۰۰	۳۰۰۰۰۰	۳۱۵۰۰۰	۱۰۰۰۰۰	مبلغ (ریال)	دو نفره
۰	-۴/۸	۲۱۵	-	درصد رشد	
۳۵۰۰۰۰	۳۵۰۰۰۰	۳۷۰۰۰۰	۱۲۵۰۰۰	مبلغ (ریال)	سه نفره
۰	-۵/۴	۱۹۶	-	درصد رشد	
۴۰۰۰۰۰	۴۰۰۰۰۰	۴۲۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۰	مبلغ (ریال)	چهار نفره
۰	-۴/۸	۱۸۰	-	درصد رشد	
۵۰۰۰۰۰	۵۰۰۰۰۰	۵۳۰۰۰۰	۱۸۰۰۰۰	مبلغ (ریال)	پنج نفره و بیشتر
۰	-۵/۷	۱۹۴/۴	-	درصد رشد	

: سالنامه‌های آماری کمیته امداد امام خمینی (ره) در سال‌های ۱۳۸۳-۱۳۸۶.

متوسط مستمری ماهیانه قابل پرداخت به هر خانوار نیازمند تحت پوشش این نهاد (نسبت اعتبارات تخصیص یافته به تعداد خانوارهای زیر پوشش)، از حدود ۲۴۰ هزار ریال در سال ۱۳۸۳ به حدود ۳۳۰ هزار ریال در سال ۱۳۸۶ رسیده است. درصد افزایش این مبلغ نسبت به سال قبل در هریک از این سال‌ها به ترتیب ۵۶ درصد، ۵۲ درصد، (۱۴-) درصد و ۲ درصد بوده است. با وجود این، از آنجا که مطابق بند «ل» ماده (۹۷) قانون برنامه چهارم توسعه، دولت مکلف شده بود میزان مستمری ماهیانه خانوارهای نیازمند تحت پوشش دستگاه‌های حمایتی را بر مبنای ۴۰ درصد حداقل حقوق و دستمزد در سال اول برنامه چهارم افزایش دهد، اما متوسط مبلغ پرداختی به این خانوارها طی سال‌های برنامه همواره کمتر از این مقدار (حدود نصف مبلغ تعیین شده در قانون برنامه چهارم) بوده است.<sup>۱</sup>

۱. بررسی وضعیت مستمری‌گیران کمیته امداد امام خمینی (ره)، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، دفتر مطالعات اجتماعی، بهمن‌ماه ۱۳۸۷.



قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، که خود حاصل بیش از پنج سال کار کارشناسی در حوزه‌های مختلف اجرایی، سیاستگذاری و قانونگذاری است، دارای ویژگی‌هایی است که آن را از سایر قوانین این بخش متمایز می‌سازد. این ویژگی‌ها ناشی از الزامات تاریخی، اجتماعی و سیاسی است که خود در یک دوره زمانی خاص منجر به تدوین و تصویب این قانون شده است.

فراهم‌سازی زمینه‌های قانونی اجرای اصل بیست‌ونهم قانون اساسی، تبیین و تفکیک قلمروهای بیمه‌ای و حمایتی در نظام تأمین اجتماعی، تبیین اصول و مبانی قلمروهای بیمه‌ای و حمایتی، بیان سازوکارهای قانونی برای توسعه و تقویت قلمرو بیمه‌ای، تبیین حقوق مردم و تکالیف دولت در نظام تأمین اجتماعی، تعیین جهت‌گیری‌ها و مسیر اصلی حرکت قلمرو حمایتی، تعیین اصول و سیاست‌های بخشی نظام تأمین اجتماعی، تعیین مرز قلمرو حاکمیتی و اجرایی، تعیین حدود مسئولیت، مشارکت و دخالت دولت در نظام تأمین اجتماعی و ... از جمله مهمترین مواردی است که برای نخستین بار در این قانون تصریح شده است.

روشن است که پیش از تصویب این قانون نیز وظایف سازمان‌ها و نهادهای بیمه‌ای و حمایتی فعال در نظام تأمین اجتماعی، مطابق قوانین خاص آن دستگاه‌ها انجام می‌شده و در واقع تصویب قانون ساختار برای انجام این وظایف نبوده است. بلکه چالش‌های فراروی نظام تأمین اجتماعی در دو دهه گذشته، به‌ویژه همپوشانی‌ها، موازی‌کاری‌ها، خلأها، ناهم‌سویی‌ها، توزیع نامناسب منابع، تمرکز وظایف، متناقض (حاکمیتی، نظارتی، اجرایی، خرید و فروش خدمات و...) در یک وزارت، ... و در نتیجه ناکارآمدی مجموعه نهادها و سازمان‌های یاد شده، موجب شد که با تصویب این قانون و تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، تدبیری برای مواجهه با این چالش‌ها اندیشیده شود.

با نگاهی به ماده (۴۰) قانون برنامه سوم توسعه می‌توان دریافت که هدف اصلی از استقرار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مواردی از قبیل رفع تداخل وظایف دستگاه‌های موجود، تأمین پوشش کامل جمعیتی، افزایش کارآمدی و اثربخشی سازمان‌ها، برقراری هماهنگی بین سازمان‌های ذیربط، اتخاذ سیاست‌های واحد در بالاترین سطوح تصمیم‌گیری اجرایی، استفاده مؤثر از مؤسسات خیریه و امکانات مردمی، با تأکید بر استفاده از سازمان‌های موجود و پرهیز از ایجاد سازمان‌های جدید، بوده است. بنابراین، در ارزیابی چگونگی اجرای قانون به این نکته نیز باید توجه داشت که اهداف اولیه تا چه حد در عمل مدنظر بوده‌اند.

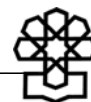


نتایج این مطالعه بیانگر این است که دستگاه‌های اجرایی زیرمجموعه وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مطابق قوانین خاص خود - و البته سایر قوانینی که طی سال‌های اخیر در این باره تصویب و ابلاغ شده - عمل کرده‌اند و حتی می‌توان ادعا کرد که عملکرد این دستگاه‌ها و دستاوردهای آنان، (از قبیل گسترش پوشش جمعیت بیمه‌ای و حمایتی، ارتقای سطح خدمات بیمه‌ای و حمایتی) ارتباط محسوسی با قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی ندارد. در واقع، بجز صندوق بیمه روستاییان و عشایر که در اجرای ماده (۳) قانون ساختار ایجاد شده، سایر سازمان‌ها، نهادها و صندوق‌ها همان رویه گذشته خود را در عرصه خدمت‌رسانی ادامه داده‌اند.

در جدول ۶۹ دامنه شمول و پوشش جمعیتی جامعه هدف در دو حوزه بیمه‌ای و حمایتی نشان داده شده است.

طبق قوانین امکان پوشش بیمه‌ای برای فعالان بازار کار فراهم است. بخشی از آنان (مزد و حقوق‌بگیران) مشمول بیمه اجباری و بخش دیگر (غیر مزدبگیران) مشمول بیمه‌های اختیاری هستند که به صورت خویش‌فرما می‌توانند بیمه شوند	آحاد جامعه با اولویت به بیمه‌های بازار کار و اشتغال	بیمه همگانی
بازنشستگان با شرایط قانونی از مزایای بیمه اجتماعی استفاده می‌کنند	بازنشستگان	
برای مشمولان قانون کار و تأمین اجتماعی اجرا می‌شود. برای کارکنان دولت و مشمولان قانون مدیریت خدمات کشوری هنوز اجرا نشده است	بیکاری {بیمه بیکاری}	
بیمه اجباری مزدبگیران از گذشته وجود داشته و اجرا می‌شده است	بیمه اجباری مزدبگیران	
بیمه حرف و مشاغل آزاد به صورت اختیاری است؛ ولی به دلیل بالا بودن نرخ حق بیمه و دشواری شرایط آن، مورد استقبال قرار نمی‌گیرد	بیمه حرف و مشاغل آزاد	
بیمه درمان روستاییان و عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر با اعتبارات دولتی برای همه اجرا شده است. همچنین، صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر تشکیل شده و با مشارکت دولت در حق بیمه، بیش از ۶۴۰ هزار خانوار <sup>۱</sup> بیمه شده‌اند	بیمه روستاییان و عشایر	
حدود ۱۷۰ هزار {خانوار} از زنان نیازمند سرپرست خانوار با کمک کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی زیر پوشش صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر قرار گرفته‌اند. برای سایر زنان بی‌سرپرست و خودسرپرست هنوز بیمه اجتماعی اجرا نشده است	بیمه زنان بی‌سوه و ســـــالخورده و خودسرپرست	

۱. با احتساب زنان سرپرست خانوار که با مشارکت سازمان بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی (ره) بیمه شده‌اند.



	بیمه خاص حمایت از کودکان	در این مورد اقدامی صورت نگرفته است
	بیمه‌های خاص جبران حوادث طبیعی	در چارچوب این قانون اقدامی صورت نگرفته است، اما بیمه‌های تجاری و غیردولتی خدمات خود را در این جهت گسترش داده‌اند
بیمه تکمیلی	پشتیبانی حقوقی	اقدام مشخصی در این زمینه صورت نگرفته است
حمایتی و توانبخشی	- همه افراد جامعه در مقابل بیکاری، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی، پیری - تأمین همه افراد و خانواده‌هایی که درآمد کافی ندارند با اولویت علل جسمی و روانی	این موارد، جزو معیارهای پذیرش و حمایت در کمیته امداد امام خمینی (ره) است که بر مبنای آن خانوارها بررسی و مورد حمایت قرار می‌گیرند. در پایان سال ۱۳۸۶، حدود ۴/۵ میلیون نفر مستمری‌بگیر و حدود ۱/۵ میلیون نفر زیر پوشش بیمه درمان این نهاد بوده‌اند. همچنین حدود ۲۸۵ هزار نفر هم مستمری‌بگیر سازمان بهزیستی بوده‌اند. با وجود این، حدود ۴۰ درصد افراد زیرخط فقر فاقد پوشش بوده‌اند
	افراد جویای کار به شکل وام	در چارچوب این قانون، اقدام خاصی در این زمینه انجام نشده است
	مادران به‌خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند	در این زمینه اقدام ویژه‌ای (بجز آنچه در مورد نیازمندان یا بیمه‌شدگان بیان شد) صورت نگرفته است
	معلولان	از حدود ۱/۴ میلیون نفر معلولان مشمول خدمات بهزیستی، حدود ۵۵۰ هزار (۳۹ درصد) زیر پوشش سازمان بهزیستی هستند. این نسبت برای کل جامعه هدف (۲/۹ میلیون نفر)، حدود ۱۹ درصد است
	افراد محروم از فرصت‌های برابر اجتماعی	در این زمینه (بجز آنچه در مورد نیازمندان یا بیمه‌شدگان بیان شد) به‌طور مشخص اقدامی صورت نگرفته است
	آسیب‌دیدگان اجتماعی	این گروه‌ها (بی‌خانمان‌ها، متکدیان، معتادان، کودکان و زنان خیابانی و ...) به‌طور بالقوه تحت حمایت سازمان بهزیستی هستند، اما گزارش مستندی که بیانگر نسبت پوشش این گروه از کل جامعه هدف باشد، در دسترس نیست
	نیازمندان روستایی و عشایر	همان‌طور که بیان شد، نیازمندان حسب مورد تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی (ره) یا سازمان بهزیستی هستند ولی پوشش آنها کامل نیست

به‌طور کلی، می‌توان گفت که جامعه هدف تعیین شده در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مشمول پوشش (بالحق) قوانین و مقررات خاص و مورد عمل سازمان‌های تابعه هستند. البته بخشی از پوشش نیز در اثر تصویب قوانین موردی یا قوانین بودجه سالیانه (مانند بیمه باربران، خادمین مساجد، رانندگان، کارفرمایان و ...) تحقق یافته است. اما به دلایل مختلف، از جمله اختیاری بودن پوشش در مورد اقشار خویش‌فرما و غیر مزد و حقوق‌بگیر، پوشش جمعیتی (بالفعل) کامل نشده و همچنین، جز در مورد بیمه‌های اجباری، از استمرار کافی برخوردار نیست.

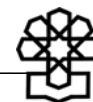
از سوی دیگر، سطح تعهدات و خدمات این سازمان‌ها و نهادها نیز تابع قوانین و مقررات خاص



آنهاست که گاه در اثر اصلاح این قوانین یا در قوانین بودجه سالیانه، در این خدمات تغییراتی (مانند افزایش مستمری‌ها و مزایای بازنشستگان، افزایش سطح مستمری مددجویان تحت پوشش نهادهای حمایتی و ...) ایجاد شده است. با وجود این، موارد یاد شده را نمی‌توان در راستای اجرای این قانون دانست.

شرایط قانونی پوشش بیمه همگانی درمان برای همه افراد جامعه فراهم شده و تا حدود ۹۰ درصد است، ولی به دلیل اختیاری بودن این نوع بیمه و وابستگی به اعتبارات دولتی، نمی‌توان به استمرار آن امیدوار بود. از سوی دیگر، بیمه‌های اجتماعی پایه (بازنشستگی) برای بخش عمده‌ای از خویش‌فرمایان، کارفرمایان، زنان خانه‌دار و ... (حدود ۸ میلیون نفر از شاغلان) تحقق نیافته است	تأمین سطح بیمه همگانی برای آحاد جامعه
با توجه به پوشش حدود ۶۰ درصد جمعیت زیر خط فقر، می‌توان گفت این هدف تحقق نیافته است. همچنین، مستمری‌های قابل پرداخت به خانوارهای زیر پوشش نظام حمایتی نسبت به حداقل دستمزد کارگر ساده، بین ۳۰ تا ۴۰ درصد بوده که برای تأمین زندگی مکفی به نظر نمی‌رسد	تأمین حداقل زندگی برای همه افراد بدون درآمد مکفی
در این زمینه اقدام مشخصی در چارچوب این قانون صورت نگرفته است. اما کمیته امداد امام در قالب طرح خودکفایی مددجویان اقداماتی را انجام می‌دهد	پرداخت مقرری به افراد جویای کار به شکل وام
این خدمات از طریق سازمان بهزیستی و مؤسسات غیردولتی مرتبط برای کسانی که زیر پوشش هستند، ارائه می‌شود. در واقع، اگرچه پوشش کامل نیست، اما خدمات در حد تعهدات قانونی ارائه می‌شود	تأمین خدمات پیشگیری از بروز یا تشدید معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی
هرچند که این خدمات از طریق سازمان بهزیستی ارائه می‌شود اما اعتبارات و امکانات تخصیص یافته برای تحقق این هدف کافی نیست چراکه همواره افرادی در نوبت حمایت قرار دارند	تأمین امکانات لازم به منظور بهبود وضع جسمی، ذهنی، اجتماعی و اقتصادی معلولین
با تصویب آیین‌نامه این موضوع در هیئت وزیران، تلاش‌هایی در این جهت صورت گرفته است، اما اطلاعات مستندی درباره نتایج این اقدامات و درصد تحقق هدف در دسترس نیست	مناسب‌سازی محیط اجتماعی و فضای فیزیکی برای معلولان

از سوی دیگر، خدمت‌رسانی به جامعه تحت پوشش نظام جامع مستلزم تأمین منابع مالی مورد نیاز است. با توجه به اصول و مبانی بیمه‌ها و قوانین خاص صندوق‌های بیمه، انتظار این است که حوزه بیمه‌ای بتواند منابع مالی مورد نیاز خود را از محل مشارکت‌های مردمی (و کمک محدود دولت) تأمین کند و منابع عمومی (کمک‌های دولت) صرفاً به بخش حمایتی تخصیص یابد. اما از



آنجا که بخش قابل توجهی از بیمه‌شدگان (از جمله روستاییان و عشایر، خویش‌فرمایان، سایر اقشار، خادمین مساجد، رانندگان، باربران و ...) نیز با اتکا به منابع مالی دولت پوشش یافته‌اند، حوزه بیمه‌ای بیش از گذشته به کمک‌های دولت وابسته شده و به همان میزان، تعهدات معوقه دولت نیز به سازمان‌های بیمه‌ای افزایش یافته است.

بیمه‌ای	پرداختی کارفرما	۱. بیمه‌های تأمین اجتماعی با مشارکت سه‌جانبه کارفرما، بیمه شده و دولت تأمین مالی می‌شود
	پرداختی بیمه شده	۲. سایر بیمه‌های اجتماعی با مشارکت بیمه شده و دولت (به‌عنوان سهم کارفرما و سهم دولت) تأمین مالی می‌شود
	منابع عمومی	
سایر قلمروها	کمک‌های داوطلبانه مردمی، وقف، خمس، زکات و سایر وجوهای شرعی با مجوز مراجع، صدقات و نذورات و دارایی‌های نهادهای انقلابی با اذن مقام معظم رهبری	در حوزه حمایتی، به تناسب موضوع و حسب مورد، از این منابع استفاده می‌شود
	درآمد ناشی از سرمایه‌گذاری و مدیریت وجوه دستگاه‌های اجرایی دولتی و عمومی و ...	برخی از سازمان‌های بیمه‌ای، از درآمد ناشی از سرمایه‌گذاری نذایر استفاده می‌کنند، اما این درآمدها سهم چشمگیری در منابع این صندوق‌ها ندارد
متفرقه	منابع حاصل از هدفمند کردن یارانه‌ها	در لایحه هدفمند کردن یارانه‌ها این موضوع پیش‌بینی شده است
	منابع خاص جبران اجتماعی خسارت‌های ناشی از سیاست‌های اقتصادی و توسعه‌ای	در این مورد تاکنون اقدام مشخصی صورت نگرفته است؛ اما به نظر می‌رسد در قانون هدفمندسازی یارانه‌ها مد نظر قرار گیرد

گزارش‌های عملکردی صندوق‌ها و نهادها نشان می‌دهد که منابع مالی دو حوزه بیمه‌ای و حمایتی از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست. به‌طور کلی، طی سال‌های ۱۳۸۱ - ۱۳۸۵ روند تغییر شاخص‌ها و عوامل اثرگذار بر پایداری صندوق‌های بیمه اجتماعی به این شرح بوده است:<sup>۱</sup>

- متوسط رشد سالیانه بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی حدود ۳ درصد و متوسط رشد مستمری‌بگیران آن حدود ۸/۲ درصد بوده است.
- متوسط رشد سالیانه منابع سازمان تأمین اجتماعی حدود ۳۰/۹ درصد و رشد مصارف آن حدود ۳۳/۴ درصد بوده است.
- بیمه‌شدگان بازنشستگی کشوری به‌طور متوسط سالیانه ۱/۸ درصد کاهش یافته و مستمری‌بگیران آن به‌طور متوسط ۸ درصد افزایش یافته است.

۱. به نقل از برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان‌های تابعه، ۱۳۸۷.



- نسبت مصارف به منابع در مورد سازمان بازنشستگی کشوری از ۱۲۸ به ۱۸۲ رسیده است.  
- نسبت پشتیبانی صندوق (تعداد بیمه شده به مستمری‌بگیر) در مورد سازمان تأمین اجتماعی از ۸/۴ به ۶/۸ و در مورد بازنشستگی کشوری از ۲/۷ به ۱/۶ کاهش یافته است.  
مجموع این عوامل بیانگر شدت در صندوق‌های بازنشستگی اصلی کشور است. همچنین تخصیص اعتبارات به نهادهای حمایتی به نحوی بوده که این نهادها نتوانسته‌اند جمعیت شناسایی شده نیازمند حمایت را به‌طور کامل پوشش دهند.

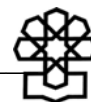
-

موضوع مهم دیگر، اقدامات ستادی و حاکمیتی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در اجرای این قانون است که معطوف به مواردی مانند رفع تداخل وظایف از دستگاه‌ها، برقراری هماهنگی بین سازمان‌ها، وحدت در سیاستگذاری و استفاده مؤثر از امکانات مردمی است. شاید بتوان راه‌اندازی بانک اطلاعات ایرانیان را مشخص‌ترین اقدام این وزارت در جهت رفع همپوشانی‌های آماری بین دستگاه‌های فعال در نظام تأمین اجتماعی دانست. اما اقدام دیگری که در جهت رفع تداخل وظایف (حذف یا ادغام وظایف موازی و ...) و ایجاد هماهنگی بین این دستگاه‌ها انجام شده باشد، گزارش نشده است. به‌خصوص که انجام این‌گونه اقدامات نیاز به مصوبه قانونی دارد و باید از مسیر شورای عالی اداری، هیئت دولت یا مجلس شورای اسلامی انجام شود.

همچنین، شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و شورای عالی بیمه خدمات درمانی که هر کدام می‌توانست در حوزه مأموریت خود نقش مؤثری در جهت وحدت سیاستگذاری، هماهنگ‌سازی، ایجاد همسویی و وحدت رویه بین ارکان و اجزای نظام تأمین اجتماعی داشته باشد، طی سال‌های اخیر با افت شدید فعالیت روبرو بوده و عملکرد محسوس نداشتند.

عدم ایفای نقش این شوراهای موجب شده که اختلاف نظر بین دستگاه‌های مسئول یا مرتبط با وظایف نظام جامع تأمین اجتماعی در برخی زمینه‌ها (مانند پزشک خانواده و نظام ارجاع، تعرفه‌های خدمات درمانی، حق بیمه سرانه، بیمه پایه درمان ایرانیان، اساسنامه صندوق‌های بازنشستگی و ...) شدت یابد و بجای آنکه این اختلاف‌نظرها در شوراهای یاد شده حل‌وفصل شود، از طریق رسانه‌های همگانی به متن جامعه سرایت کند.

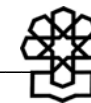
از سوی دیگر، طی این سال‌ها چالش‌هایی جدی بین وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز سازمان نظام پزشکی و حتی با برخی از سازمان‌های تابعه وزارت رفاه، وجود داشته که انتظار می‌رفت از طریق شورای عالی بیمه خدمات درمانی یا شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی حل‌وفصل شود. اما تداوم این چالش‌ها در کنار نبود تدبیری



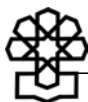
مناسب برای تعامل صحیح بین وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با دولت، مجلس و سایر نهادهای ذینفع، موجب تضعیف جایگاه این وزارت و حتی جدی شدن بحث انحلال آن شده است. علاوه بر این، چند پاره بودن ساختار و تشکیلات نظام تأمین اجتماعی (در حوزه‌های مختلف بیمه‌ای و حمایتی) موجب چندگانگی در بسته‌های خدمتی و شرایط و روش‌های خدمت‌رسانی شده است که احساس تبعیض را در اذهان بخشی از جامعه دامن می‌زند. ساختار چند پاره و نامنسجم موجب می‌شود که همواره بخشی از جامعه به دلیل شرایط ناگوار اقتصادی یا اجتماعی از دید همه بخش‌های حمایتی دور بماند (خلاً پوشش) و بخش دیگری به دلیل تمکن یا دسترسی به مراکز تصمیم‌گیری بتواند از حمایت‌های مکرر نظام تأمین اجتماعی برخوردار شود (همپوشانی).



<p>در حوزه امدادی با تصویب قانون مدیریت بحران کشور زمینه هماهنگی درون حوزه‌ای فراهم شده است. اما در دو حوزه بیمه‌ای و حمایتی چنین اقدامی صورت نگرفته و ناهماهنگی بین صندوق‌های بیمه‌ای و همچنین نهادهای حمایتی (به‌خصوص از نظر ضوابط و شرایط ارائه خدمات) وجود دارد</p>	<p>هماهنگی در حوزه‌های سه‌گانه</p>	<p>سیاست‌های ساختاری</p>
<p>در این مورد نیز اقدام مشخصی صورت نگرفته است و در اغلب موارد لازم است برخی قوانین بخشی (بیمه‌ای و حمایتی) اصلاح شود</p>	<p>هماهنگی بین حوزه‌های سه‌گانه</p>	
<p>از سوی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی اقدام محسوسی در جهت هماهنگ‌سازی سایر بخش‌های اثرگذار گزارش نشده است</p>	<p>هماهنگی بین فعالیت‌های پیشگیرانه و اجرایی در سایر بخش‌های مرتبط</p>	
<p>مشارکت بخش غیردولتی در سطح حداقل وجود دارد ولی هدف قانون که واگذاری تمام وظایف خدماتی و اجرایی است، تحقق نیافته است</p>	<p>مشارکت بخش‌های غیردولتی</p>	
<p>۱. اقداماتی برای رفع همپوشانی برحسب خدمت‌گیرنده صورت گرفته است و در واقع سازمان‌ها و صندوق‌ها بر این مبنا تفکیک شده‌اند ۲. با وجود تفکیک وظایف سازمان‌ها برحسب نوع خدمت، همپوشانی‌هایی هنوز وجود دارد ۳. در مورد تفکیک برحسب سطح خدمات، اقدامی صورت نگرفته است</p>	<p>تخصصی کردن فعالیت‌ها برحسب: نوع خدمت، خدمت‌گیرنده و سطح خدمت</p>	
<p>علاوه بر عملکرد وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، بخشی از این وظایف (حسب مورد) جزو اختیارات شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و شورای عالی بیمه خدمات درمانی است که در صورت فعال بودن این شوراها می‌تواند تحقق یابد اما به دلیل کافی نبودن جلسات این شوراها و فعال نبودن دبیرخانه این شوراها، این هدف تحقق نیافته است</p>	<p>تمرکزگرایی در برنامه‌ریزی، سیاستگذاری، نظارت، ارزشیابی و توزیع منابع عمومی</p>	
<p>اغلب صندوق‌ها بخشی از وظایف اجرایی خود را به کارگزاری‌ها واگذار کرده‌اند اما تصدیگری همچنان غلبه دارد و واگذاری به کارگزاری‌ها مطابق قانون (واگذاری کل وظایف اجرایی و خدماتی) تحقق نیافته است</p>	<p>تمرکززدایی در امور اجرایی و کارگزاری</p>	
<p>بخش عمده‌ای از خدمات درمانی، توانبخشی و حمایتی به وسیله دستگاه‌های دولتی یا وابسته به دولت ارائه می‌شود. بنابراین، این سیاست رعایت نشده است</p>	<p>دخالت محدود و مشروط دولت در فعالیت‌های اجرایی و کارگزاری</p>	
<p>از آنجا که هریک از سازمان‌ها و نهادهای بیمه‌ای و حمایتی در حیطه وظایف خاص خود، انحصاری عمل می‌کنند و حتی خدمات واگذار شده به کارگزاری‌ها هم در محدوده جغرافیایی فعالیت‌شان انحصاری است، می‌توان گفت که اقدام مؤثری در این زمینه صورت نگرفته است</p>	<p>اعمال اصل رقابت‌پذیری در سطوح اجرایی و کارگزاری</p>	
<p>نظارت بر بخش دولتی و غیردولتی (در مواردی که وظایف دستگاه‌ها واگذار شده) انجام می‌گیرد. با وجود این، گزارش خاصی درباره این نظارت‌ها در دسترس نیست</p>	<p>نظارت بر هر دو بخش دولتی و غیردولتی براساس مفاد این قانون</p>	

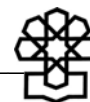


سیاست‌های مالی	پایداری منابع مستلزم اقداماتی از قبیل پرداخت به موقع مطالبات دولت، وصول به‌موقع حق بیمه‌ها، سودآوری سرمایه‌گذاری‌ها و تنظیم منابع و مصارف است که با توجه به گزارش صندوق‌ها، این شرایط تحقق نیافته است	پایداری منابع
	نظارت بر منابع مالی بر دستگاه‌ها در حد استفاده آنها از منابع این نظام رعایت نمی‌شود	نظارت مالی بر دستگاه‌ها در حد استفاده آنها از منابع این نظام
	در برخی موارد، مصوبات دولت و مجلس در جهت افزایش مصارف این سازمان‌ها، همراه با پیش‌بینی بار مالی معادل بوده ولی در عمل به این تعهدات عمل نشده و بدهی‌های دولتی افزایش یافته است	اجرای تصمیمات دولت منوط به تأمین منابع مالی مربوطه خواهد بود
	این حکم معمولاً رعایت می‌شود و موردی خلاف آن گزارش نشده است. با وجود این، تغییرات مکرر مدیران و انتصاب مدیران ناآشنا به مبانی و اصول صندوق‌های بیمه، خسارت‌هایی را به دارایی‌های این صندوق‌ها وارد ساخته و به‌خصوص ماهیت بین نسلی آن آسیب دیده است	وجوه و دارایی‌های صندوق‌های بیمه اجتماعی و درمانی در حکم اموال عمومی/ مشاع و بین نسلی است
	سود مطالبات معوقه صندوق‌های بیمه‌ای از دولت، معمولاً براساس نرخ اوراق مشارکت محاسبه می‌شود. اما، بازپرداخت بدهی‌های دولت در سال‌های گذشته کافی نبوده و هر ساله بر حجم این بدهی‌ها افزوده شده است	پرداخت مطالبات سازمان‌ها از دولت براساس نرخ روز و نرخ اوراق مشارکت
سیاست‌های اقتصادی	عضویت نماینده وزارت رفاه در این شوراهای (مذاکرات مربوط به تعیین حداقل دستمزدها، شورای اقتصاد، شورای عالی اشتغال، شورای عالی کار، شورای پول و اعتبار، شورای عالی بیمه خدمات درمانی، شورای عالی سلامت، شورای عالی خانواده) تحقق یافته است؛ اما میزان تأثیر این حضور و مشارکت قابل ارزیابی نیست	حضور متولی نظام جامع در شوراهای مرتبط
	این سیاست‌ها جزو ترجیحات سازمان‌ها و نهادهای بیمه‌ای و حمایتی محسوب می‌شود اما در عمل تحقق نیافته است	جامعیت، کفایت، فراگیری، پیشگیری، توانمندسازی، کارگستری و نیازمندی‌های فعال
سیاست‌های اجرایی	برای تضمین حقوق بیمه‌شدگان صندوق‌ها ضمانت قانونی وجود دارد هرچند که در اجرا ممکن است موانعی بروز کند	ضمانت حقوق افراد در مقابل تعهدات سازمان‌ها
	در این مورد، مغایرت‌هایی وجود دارد. به‌خصوص افزایش مستمری‌ها و تعیین کف و سقف آن (به‌خصوص در اثر اصلاح موردی قوانین و مقررات بازنشستگی) به‌گونه‌ای است که گاه قاعده تناسب با میزان مشارکت رعایت نمی‌شود	ارائه تعهدات بیمه‌ای صندوق‌ها براساس قاعده عدالت و به تناسب میزان مشارکت آنها
	این مورد مطابق مفاد قانون، اجرا می‌شود	تعهدی بودن ماهیت صندوق‌ها
سیاست‌های یارانه‌ای	این مورد (انتقال تدریجی یارانه اعطایی از خانواده‌های پردرآمد به کم‌درآمد) به‌صورت لایحه به مجلس تقدیم شده و انتظار می‌رود به‌زودی تصویب شود	هدفمند کردن تدریجی یارانه‌ها
	سیاست نیازمندی‌های درحال حاضر بر مبنای خوداظهاری (مراجعه افراد نیازمند) است که با این ماده قانونی تطبیق ندارد. اما بانک اطلاعات ایرانیان که در وزارت رفاه و تأمین اجتماعی راه اندازی شده، یکی از شرایط مهم تحقق این هدف را فراهم می‌کند	سیاست نیازمندی‌های فعال و استفاده از نظام‌های اطلاعاتی برای شناسایی نیازمندان



بنابراین، به نظر می‌رسد بخش عمده‌ای از وظایف قانونی که معطوف به اعمال سیاست‌ها و اصول حاکم بر قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی بوده، اجرا نشده است. اما برخی موارد که ناشی از ماهیت قوانین بخشی است (مانند تعهدی بودن ماهیت صندوق‌ها که برگرفته از قوانین و مقررات بیمه‌ای و بازنشستگی است) اجرا می‌شود.

این شورا تشکیل شده ولی گزارشی از جلسات و عملکرد آن هم منتشر نشده است	شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی	ارکان نظام جامع
این وزارت تشکیل شده و در حال فعالیت است	وزارت رفاه و تأمین اجتماعی	
این نهادها و سازمان‌ها مطابق قوانین خاص خود فعالیت دارند. البته در اجرای قانون ساختار، صندوق بیمه اجتماعی روستاییان عشایر و به این مجموعه اضافه شده است	نهادهای، سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های اصلی در هر یک از سه حوزه	
اغلب صندوق‌ها و سازمان‌ها، از کارگزاری‌ها برای انجام بخشی از فعالیت‌های اجرایی خود استفاده می‌کنند اما همچنان غلبه با واحدهای وابسته به این سازمان‌ها و نهادهاست	مؤسسات کارگزاری (شرکت‌های بیمه تجاری، شهرداری‌ها، دهماری‌ها و ...)	
این اقدام صورت گرفته و بنیاد شهید و امور ایثارگران از تجمیع این نهادها به‌وجود آمده است	تجمیع کلیه نهادهای حمایتی مرتبط با ایثارگران (خانواده شهید، جانبازان و آزادگان) در یک نهاد	وظایف خاص وزارت
اصلاح اساسنامه‌ها، با چند سال تأخیر انجام شده ولی درباره قانونی بودن آن ابهاماتی وجود دارد	بررسی و اصلاح اساسنامه سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای و حمایتی	رفاه و تأمین اجتماعی
تعادل منابع و مصارف صندوق‌ها به‌طور مستمر پایش می‌شود اما در جهت برقراری تعادل، اقدام مؤثری صورت نگرفته است	نظارت بر تعادل منابع و مصارف صندوق‌ها	
اطلاع‌رسانی درباره خدمت‌رسانی سازمان‌ها در حداقل ممکن انجام می‌شود و بیشتر اطلاع‌رسانی، گزارش اقدامات و عملکردها (تبلیغی) است	اطلاع‌رسانی درخصوص خدمات بیمه‌ای	
سازوکار مشخصی برای هماهنگ‌سازی بخش‌های مختلف دولت در این زمینه وجود ندارد	هماهنگی بخش‌های مختلف دولت در راستای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی	
خط فقر طی سال‌های اخیر به‌طور رسمی از سوی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی اعلام نشده است	مشارکت در تعیین خط فقر	
برخی از این معیارها در آیین‌نامه‌های مصوب تعریف شده است	تدوین راهبردهای اساسی نظام جامع و تدوین معیارهای جامعیت و کفایت روزآمد نظام	

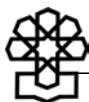


تدوین پیش‌نویس لوایح و آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مورد نیاز	به روال جاری انجام می‌شود	
تنظیم کلان بودجه عمومی دولت در قلمروهای نظام جامع و پیشنهاد آن به شورای عالی	هر ساله به روال جاری انجام می‌شود	
ارزیابی مستمر به‌منظور اطمینان از ثبات وضعیت مالی (منابع و مصارف) قلمروهای نظام جامع	به‌طور دوره‌ای در طول سال انجام می‌گیرد	
ایجاد هماهنگی و تعامل برنامه‌های نظام جامع با برنامه‌های قلمروهای اشتغال، بهداشت و درمان، آموزش و پرورش، مسکن و ...	گزارش مشخصی در این زمینه در دسترس نیست	
ساماندهی و مدیریت اجرایی نظام هدفمند یارانه‌های اجتماعی و ...	در چارچوب قانون هدفمندسازی یارانه‌ها پیگیری می‌شود	
سازماندهی شوراهای تخصصی و راهبردی در قلمروهای نظام جامع (با تصویب هیئت وزیران)	این شوراهای در سطح وزارت تشکیل نشده‌اند یا اینکه فعالیت محسوسی نداشته‌اند	
انجام پژوهش‌های کاربردی	شورای پژوهشی وزارت تشکیل شده و پژوهش‌ها و مطالعات محدودی هم در این مدت انجام گرفته است	

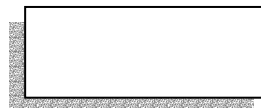
بنابراین، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که مفاد قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در مواردی که به عملکرد جاری سازمان‌ها و نهادهای بیمه‌ای و حمایتی و قوانین و مقررات خاص آنها مربوط می‌شود، عمدتاً اجرا شده است. اما در مواردی که به وظایف خاص وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی، شورای عالی بیمه خدمات درمانی یا تعامل بین وزارتخانه‌ها مربوط می‌شود، از کاستی‌هایی برخوردار بوده و به‌خوبی اجرا نشده است. با وجود این، مجموعه عوامل و الزاماتی که در گذشته منجر به تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی شده، امروز نیز پابرجاست و ضرورت تداوم فعالیت این وزارت - با جدیت و پایداری بیشتر - انکارناپذیر است.

امروز نیز همچون گذشته، ساماندهی بیمه‌های اجتماعی و سلامت، توسعه و تعمیق خدمات حمایتی و توانمندسازی، هدایت یارانه‌ها به سمت جامعه هدف و مهمتر از همه «طراحی و استقرار نظام تأمین اجتماعی چند لایه» یک ضرورت حتمی است که ایجاب می‌کند وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با سرعت و جدیت بیشتری به فعالیت خود ادامه دهد و اهداف قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی تحقق یابد.

درواقع، تحقق راهبرد عدالت‌خواهانه دولت و پاسخگویی به انتظارات عمومی، مستلزم تقویت هرچه بیشتر نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی است که بدون ایجاد یکپارچگی و انسجام در



ساختار و تشکیلات کلان آن، هماهنگی و همسویی حوزه‌های مختلف آن و تضمین پایداری و ثبات مدیریت در همه ارکان و سطوح آن قابل تحقق نخواهد بود.



۱. برنامه راهبردی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۷.
۲. سالنامه آماری وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۶.
۳. گزارش عملکرد سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۶.
۴. گزارش عملکرد کمیته امداد امام خمینی (ره)، ۱۳۸۶.
۵. گزارش عملکرد بنیاد شهید و امور ایثارگران، ۱۳۸۶.
۶. قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، دفتر حقوقی و قوانین و مقررات وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۳.
۷. بررسی وضعیت مستمری‌بگیران کمیته امداد امام خمینی (ره)، مرکز پژوهش‌های مجلس، دفتر مطالعات اجتماعی، بهمن‌ماه ۱۳۸۷.



:

: ارزیابی چگونگی اجرای قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

: مطالعات اجتماعی (گروه امور استخدامی - روابط کار و رفاه)

: مظفر کریمی، محمد موسوی خطاط با همکاری جمعی از

کارشناسان وزارت رفاه و تأمین اجتماعی

: ایروان مسعود اصل، علی اخوان بهبهانی

: معاونت پژوهشی

\_\_\_\_\_:

\_\_\_\_\_:

\_\_\_\_\_:

/ / :