

بررسی تطبیقی قانون برنامه عمرانی پنجم و برنامه پنجم توسعه (با تاکید بر شاخص های رفاه اجتماعی مورد توجه در مددکاری اجتماعی)

محبوبه حامد*

تاریخ دریافت: ۹۰/۱۰/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱/۲۵

چکیده

طرح مساله: این پژوهش در پی بررسی و مقایسه برخی شاخص های رفاهی از منظر رفاه اجتماعی و مددکاری اجتماعی در برنامه پنجم عمرانی و برنامه توسعه پنجم است. با توجه به برهه های زمانی این برنامه و تفاوت شرایط اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و تاریخی در این دوره، سعی بر آن است که با در نظر گرفتن این تفاوت ها، میزان پیشرفت و یا نحوه نگرش به شاخص های مورد نظر را بررسی کنیم.

روش تحقیق: در این مقاله از روش تطبیقی و تکنیک تحلیل محتوا سود برده شده است. جامعه آماری در این پژوهش فصول رفاه و تامین اجتماعی برنامه عمرانی پنجم تجدید نظر شده و فصل اجتماعی برنامه توسعه پنجم است، که از حیث شاخص های رفاه اجتماعی مورد تاکید در مددکاری اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته اند.

یافته‌ها: در هر دو برنامه، توانبخشی حرفه‌ای مورد توجه و اهمیت بوده است. توانبخشی پزشکی هم در هر دو برنامه مورد توجه بوده است، اما در برنامه پنجم عمرانی به توانبخشی اجتماعی و همچنین پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی نپرداخته است، در حالی که در برنامه پنجم توسعه به این دو مهم توجه شده است.

نتایج: برنامه عمرانی پنجم نسبت به دوره زمانی خود توجه نسبتاً خوبی به مسایل اجتماعی و رفاهی داشته و از این حیث که مسیر برنامه شفاف و مشخص است مثبت به نظر می‌رسد. توجه به شاخص‌های مهم در مددکاری اجتماعی تا حدودی و نه بطور کامل در این برنامه لحاظ شده است که نسبت به ویژگی‌های رفاه اجتماعی در آن دوره که بیشتر بر پایه اقتصاد تکیه داشته در وضعیت خوبی قرار دارد چراکه از تاکید بر اقتصاد رو به سوی مسایل اجتماعی دارد که البته این موضوع می‌تواند به دلیل رشد سریع قیمت نفت در آن دوره زمانی باشد. برنامه پنجم توسعه با در نظر داشتن شاخص‌های قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی از لحاظ شاخص‌های رفاهی و مددکاری اجتماعی در شرایط مطلوبی به سر می‌برد. اما با توجه عدم ارائه برنامه‌های مشخص بیشتر از آنکه برنامه باشد کلی‌گویی‌هایی است که یا عملیاتی نمی‌شود یا معیاری برای عملکردش نمی‌توان یافت.

واژه‌های کلیدی: برنامه پنجم عمرانی تجدید نظر شده، برنامه پنجم

توسعه، مددکاری اجتماعی، تامین اجتماعی، خدمات رفاهی، سلامت و درمان

مقدمه

هدف نهایی توسعه، بهبود وضعیت انسان از لحاظ مادی و معنوی است، اما در حال حاضر جامعه جهانی با استمرار نابرابری‌ها، پایداری فقر، بیکاری و بی‌عدالتی و رشد ناپایدار و ناموزون در کشورهای در حال توسعه از جمله ایران مواجه است. این شرایط بازتاب نابرابری و عدم تعادل در جامعه جهانی است، زیرا بخش قابل توجهی از

جمعیت دنیا از منافع جهانی محروم هستند. از این رو برنامه ریزی و سیاستگذاری‌های اجتماعی باید به این مهم توجه کنند و به همین دلیل طرح "رفاه اجتماعی" در کنار توسعه ضرورت می‌یابد تا به آن رنگ و بوی انسانی داده و توسعه انسانی را که در آن انسان، هم محور توسعه است و هم ابزار (و نه صرفاً ابزار) توسعه را به ارمغان می‌آورد. گفتمان مسلط رفاه اجتماعی تا دهه ۱۹۷۰، "گفتمان مادی" بوده و تنها مقولات مادی، کمی، عینی، سنجش‌پذیر و اقتصادی به‌مثابه عوامل مولد یا مانع رفاه اجتماعی جامعه یا گروه‌های اجتماعی خاص محسوب می‌شده است. تحول اساسی در گفتمان رفاه اجتماعی از دهه ۱۹۷۰ به بعد آغاز شد، زمانی که نظریه‌های توسعه اقتصادمحور با چالش‌های اجتماعی و فرهنگی مواجه شد و به‌خصوص رویکردهای "نظریه نوسازی" نتوانست به توسعه در کشورهای جهان سوم یاری رساند و "نظریه‌های وابستگی" که شارح اصلی آن آندره گوندر فرانک بود و "نظریه نظام جهانی" که شارح اصلی آن والرشتاین بود "نظریه‌های نئومارکسیستی" مکتب فرانکفورت و... به‌شدت اعتبار نظریه نوسازی و رویکردهای اقتصادمحور را به چالش کشیدند.

در طول سال‌های دهه ۱۹۸۰ این مفهوم به این شکل تغییر کرد؛ که «رفاه اجتماعی، به مجموعه اقدامات و خدمات گوناگون اجتماعی در جهت ارضاء نیازهای افراد و گروه‌ها در جامعه و غلبه بر مسائل اجتماعی» اطلاق می‌شود. در دهه ۱۹۹۰ «رفاه اجتماعی، مجموعه شرایطی تلقی می‌شود، که در آن خشنودی انسان در زندگی مطرح است». (ماکارو، ۱۳۷۸: ۱۰) از دیگر تعاریف موجود در زمان حاضر: «رفاه اجتماعی عبارت است از تدابیر و سیاست‌های که در قالب برنامه‌های مختلف به اقشار مختلف جامعه ارائه می‌شود» (زاهدی اصل، ۱۳۸۸: ۴۴).

در سال‌های اخیر با در نظر گرفتن ابعاد متنوع زندگی انسان، تعریف «رفاه اجتماعی عبارت است از: مجموعه سازمان‌یافته‌ای از قوانین، مقررات، برنامه‌ها و سیاست‌هایی که در قالب موسسات رفاهی و نهادهای اجتماعی به پاسخگویی به منظور

نیازهای مادی و معنوی و تامین سعادت انسان ارائه می‌شود تا زمینه رشد و تعالی او را فراهم آورد» (زاهدی اصل، ۱۳۸۱: ۱۶) مقبولیت بیشتری دارد.

مبانی نظری و مفهومی تحقیق

بنابر آنچه گفته شد اجرایی شدن برنامه‌های رفاه اجتماعی برای رسیدن به توسعه‌ای انسانی ضرورت می‌یابد. «برنامه‌های مربوط به رفاه اجتماعی در قالب مصوبه، آئین نامه قانون از طریق سازمان‌های خدمات اجتماعی توسط کارشناسان و متخصصین مختلف حرفه‌ای از جمله مددکاران اجتماعی به گروه‌های هدف ارائه می‌شود و یا به بیان روشن تر، مددکاران از طریق سازمان‌ها و نهادهای زیربسط به ارائه خدمات اجتماعی می‌پردازند. که حاصل و نتیجه آن تحقق ابعادی از زمینه‌های رفاه اجتماعی است.» (زاهدی اصل، ۱۳۸۸: ۴۴) از این رو مددکاری اجتماعی در تنگاتنگ رفاه اجتماعی قرار دارد و سعی می‌کند از طریق برنامه‌های رفاه اجتماعی به اهداف خود که همانا بهزیستی انسان‌هاست دست یابد. از این رو لازم است به وظایف و ماموریت‌های مددکاری اجتماعی کمی بپردازیم.

از مددکاری اجتماعی تعاریف گوناگونی صورت گرفته است، اما اگر از میان این تعاریف بخواهیم تعریفی از ماموریت مددکاری اجتماعی ارائه دهیم می‌توان گفت: «ماموریت اولیه حرفه مددکاری، بهبود و ارتقای بهزیستی و رفاه انسان‌هاست و مشخصه متمایز کننده این حرفه، توجه به رفاه فردی ساختار و بستر محیط اجتماعی وی می‌باشد. هدف اصلی حرفه مددکاری کمک به تحقق عدالت اجتماعی و افزایش کیفیت زندگی و ارتقای ظرفیت هریک از افراد جامعه و خانواده‌ها در حل مشکلات گوناگون است» (شریفیان ثانی، ۱۳۸۱: ۲). «از عمده ترین اهداف مددکاری اجتماعی تامین زمینه‌های خود اتکایی مددجو است» (زاهدی، ۱۳۸۵: ۵۵) مددجو در مفهوم عام آن یعنی هر فرد، گروه یا جامعه‌ای که به تنهایی قادر به حل مشکلاتش نباشد.

مددکاری اجتماعی به دنبال حل مشکلات در روابط انسانی و اقتدار و توانمند سازی افراد به منظور بهبود بخشیدن به زندگی آنها یعنی بهزیستی و آسایش ایشان است. حرفه مددکاری اجتماعی از طریق ایجاد تغییرات اجتماعی سعی در حل مشکلات روابط انسانی و توانمندی افراد و در نتیجه بهزیستی آنها دارد.

بر اساس تعریفی از مددکاری اجتماعی توسط انجمن بین المللی مددکاران اجتماعی و انجمن بین المللی موسسات آموزشی مددکاری اجتماعی در ۲۷ ژوئن ۲۰۰۱ در کپنهاگ بر سر آن به توافق رسیدند می توان وظایف و کارکردهای مددکاری را چنین عنوان کرد: «مددکاری اجتماعی در شکل های گوناگون خود، روابط چند گانه و پیچیده بین افراد و محیطشان را مطرح می کند. ماموریت این حرفه توانمند ساختن همه افراد است تا ظرفیت کامل خود را پرورش دهند، زندگی خود را غنی سازند و از ناکارکردها پیشگیری کنند. بر این اساس مددکاران اجتماعی کارگزاران تغییر در جامعه و نیز زندگی افراد، خانواده ها و اجتماعاتی هستند که مسئولیت خدمت به آنها را پذیرفته اند» (شریفیان ثانی، ۱۳۸۱: ۳) یکی دیگر از وظایف مددکاری اجتماعی پیشگیری از مشکلات اجتماعی و آسیب های اجتماعی است. مددکاری اجتماعی بر این باور است که چه به لحاظ مادی و چه به لحاظ انسانی هزینه پیشگیری به مراتب کمتر از درمان است و چه بسا آسیبی که پیش از آنکه درمان شود، قربانیان خودش را بگیرد. مددکاران اجتماعی کارگزاران تغییر در جامعه و نیز زندگی افراد، خانواده ها و اجتماعات هستند. از عمده ترین شاخص های مرتبط با رفاه اجتماعی و در نتیجه مرتبط با مددکاری اجتماعی عبارتند از «تامین اجتماعی، مراقبت بهداشتی، مراقبت اجتماعی، مسکن و آموزش». (شریفیان ثانی، ۱۳۸: ۸) که از این میان برخی برای مددکاران اجتماعی ابزاری تر است. البته شاخص های مختلف و البته گاه همانندی برای رفاه در نظر گرفته می شود. که از ذکر آنها در این مختصر چشم پوشی میکنیم.

روش تحقیق

در این مقاله با توجه به موضوع و اسنادی که مورد توجه بوده‌اند از روش تطبیقی و تکنیک تحلیل محتوا استفاده شده است. تحلیل محتوا از نوع مضمونی است و واحد تحلیل، مضامین موجود در متن است و معرف‌های مورد نظر در قالب این مضامین جستجو شده و در راستای تحلیل برنامه‌ها به کار گرفته شده‌اند.

مروری بر برنامه پنجم عمرانی

برنامه عمرانی پنجم کشور در بهمن ماه ۱۳۵۱ به تصویب مجلسین رسید. زمانی کوتاه پس از تصویب این برنامه، یعنی در حدود یکسال بعد، به دلیل تحولات درآمدی و دگرگونی‌های جهانی و همچنین اثرات انقلاب سفید مورد تجدید نظر قرار گرفت دلیل این امر در متن برنامه چنین بیان می‌شود: «در چنین شرایطی برنامه مصوب قبلی، چه از لحاظ کمیت و کیفیت هدفها و برنامه‌ها و چه از لحاظ سیاست‌ها و خط مشی‌ها نمی‌توانست از هر حیث کافی و رسا و پاسخگوی نیازهای جامعه متحول ایران باشد. به همین سبب همراه مطالعات سازمان برنامه و بودجه برای تهیه گزارش "دور نمای بیست سال‌هائینده ایران"، بررسی مجدد برنامه عمرانی پنجم نیز آغاز شد و با یاری، همکاری و همفکری تمام مؤسسات مربوط اصول کلی و خطوط اساسی تجدید نظر این برنامه معلوم و مشخص گشت» (برنامه پنجم عمرانی تجدید نظر شده، ۱۳۵۳: ۱) و سپس در ۲۴ اسفند ۱۳۵۳ به تصویب مجلس شورای ملی و ۲۷ اردیبهشت ۱۳۵۴ به تصویب مجلس سنا رسید. با توجه به این که برنامه تجدید نظر شده، تعداد سال‌های بیشتری در عمل پیاده شد، در این پژوهش این برنامه مورد بررسی قرار گرفته است. اگرچه عدم ثبات یک برنامه توسعه‌ای چندان مثبت به نظر نمی‌رسد اما گاهی که تحولات عظیمی در جامعه رخ می‌دهد، ضروری به نظر می‌رسد. اما این برنامه نیز به

هرحال دچار نقایص و نقاط قوتی بود.

«از مهمترین مسائلی که در دوره تدوین برنامه عمرانی پنجم مورد توجه قرار گرفته است بنابر مطالعات پسران و وفایی (۱۳۵۵) می‌توان به مواردی چون افزایش نابرابری در مناطق شهری و روستایی در نتیجه رشد سریع اقتصادی و عدم توازن صنعت و خدمات با بخش کشاورزی طی برنامه‌های سوم و چهارم، کمبودها در زمینه آموزش، بهداشت، تامین اجتماعی، مسکن، حاشیه نشینی، آلودگی محیط زیست و توسعه ناسالم بافت شهری در نتیجه گسترش قطب‌های صنعتی اشاره کرد. در این راستا برای اولین بار در روند برنامه‌ریزی کشور، اهداف اجتماعی نظیر ارتقاء سطح بهداشت و آموزش، توزیع عادلانه‌تر درآمد، توجه به افزایش سطح زندگی گروه‌های کم بهره، حفظ محیط زیست در اولویت قرار می‌گیرند. در این برنامه عنوان فصل «بهداشت و بهداری» به بهداشت و درمان و تغذیه، تهدید مولید» تغییر یافت و دولت در ارائه خدمات درمانی نقش بیشتری را عهده‌دار گردید. همچنین به علت اهمیت بیمه‌های اجتماعی، برنامه یاد شده با بینشی وسیع‌تر به نام «تامین اجتماعی» وارد برنامه گردید» (امیدی، ۱۳۸۷: ۲۰).

کیفیت زندگی

تا دهه ۱۹۷۰ کیفیت زندگی معطوف به انگاره‌های مادی و پیامد رشد اقتصادی در نظر گرفته می‌شد. در پی آن به تدریج و با پیدایش نظریه توسعه پایدار کیفیت زندگی ابعاد اجتماعی‌تری پیدا کرد. «دهه ۱۹۹۰ نیز سرآغاز بحث کیفیت زندگی با تاکید بر سازه‌های اجتماعی مانند سرمایه اجتماع، همبستگی اجتماعی، عدالت اجتماعی و مطروdit اجتماعی بود» (غفاری و امیدی، ۱۳۸۷: ۱۰) غفاری و امیدی (۱۳۸۷) به نقل از فاین آورده‌اند که در اوایل دهه ۱۹۸۰ با تسلط مولفه‌های اقتصادی توسعه در چارچوب سیاست تعدیل، مجدداً رشد اقتصادی را به عنوان عامل مؤثر توسعه برجسته ساخت. اما

پیامدهای منفی باعث شد در ۱۹۹۰ سازمان ملل گزارش توسعه را با رویکرد توسعه انسانی مطرح کرد.

در برنامه عمرانی پنجم موضوع کیفیت زندگی برای اولین بار در تاریخ برنامه‌های عمرانی قبل از انقلاب مطرح شد، و ارتقای کیفیت زندگی همه گروه‌ها و قشرهای اجتماعی کشور به عنوان یکی از اهداف اصلی برنامه مطرح شد. و زمینه‌های آن به طور خلاصه گسترش نهادهای مشارکتی و تقویت سازمان‌های دموکراتیک مانند شرکت‌های تعاونی تولید، مصرف، انجمن‌های ده، شهر، شهرستان و استان/ گسترش عدم تمرکز کارها و سپردن کار مردم به مردم/ اتخاذ تدابیر لازم برای رشد و پرورش شخصیت انسانی افراد جامعه/ ایجاد احساس همبستگی و مشارکت بیشتر در امور سیاسی و اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی کشور/ رشد و پرورش استعداد‌های مردم کشور در همه قشرها / کاهش رشد جمعیت از طریق آموزش. (سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۵۳: ۳) با وجود آنکه قانون برنامه عمرانی پنجم با آغاز دهه ۱۹۸۰ مصادف شد، که در آن اقتصاد محور توسعه به حساب می‌آمد، اما شاهد حضور شاخص‌های اجتماعی و انسانی همچون گسترش نهادها مشارکتی، تمرکز زدایی در کارها، و توجه به رشد شخصیت انسانی، در اهداف زمینه افزایش کیفیت زندگی هستیم. با توجه این که توسعه انسانی در آن دوره هنوز در جهان جایگاهی نداشته است توجه به یکی از راهکارهای آن یعنی کیفیت زندگی از نقاط قوت این برنامه است. البته یکی از دلایل عمده توجه کمتر به رشد اقتصادی به عنوان محور توسعه، افزایش ناگهانی قیمت نفت و در نتیجه افزایش درآمد کشور می‌توان ذکر کرد.

در برنامه پنجم توسعه از مفهوم کیفیت زندگی مستقیماً استفاده نشده است اما از برخی شاخص‌های مرتبط با کیفیت آن همچون توسعه انسانی در ماده ۲۴ و کار شایسته در ماده ۲۵ (کار شایسته به عنوان شاخص کیفیت زندگی کاری) استفاده شده است. (که البته تنظیم و تصویب اسناد مربوطه یعنی "سند راهبردی ارتقا سطح شاخص توسعه انسانی" و "سند ملی کار شایسته" به بعد از تصویب قانون برنامه پنجم توسعه

موکول شده است). موضوع ارتقاء شاخص توسعه انسانی به سطح کشورهای با توسعه انسانی بالا و هماهنگی رشد شاخص‌های آموزش، بهداشت و اشتغال در کشور در برنامه توسعه پنجم به عنوان یکی از سیاست‌های کلی برنامه مطرح شده است.

در ماده ۲۴ برنامه توسعه پنجم ارتقاء شاخص توسعه انسانی را در کنار "هماهنگی رشد شاخص‌های آموزش، بهداشت و اشتغال در کشور" مطرح کرده است. (معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور، ۱۳۸۹ (ب): ۵۱) به عبارتی به نظر می‌رسد رشد هماهنگ این سه شاخص به عنوان راهکار ارتقاء توسعه انسانی در نظر گرفته شده است.

اما با مصوب نبودن سند راهبردی مربوطه عملاً این ماده در زمان تصویب قانون قابل اجرا و قابل سنجش نیست.

معرفی برنامه‌های رفاه و تامین اجتماعی در دو برنامه پنجم توسعه و عمرانی پنجم:

در برنامه پنجم عمرانی فصلی تحت عنوان تامین و رفاه اجتماعی آورده شده است. شامل ۶ برنامه اصلی بیمه‌های اجتماعی کارگران، بیمه‌های اجتماعی روستاییان، بیمه‌های اجتماعی کارمندان، حمایت گروه‌های بیمه نشده و کم درآمد، خدمات رفاهی، توان بخشی معلولین و سه برنامه تبعی مشارکت و ارتباطات اجتماعی، تحقیقات و خدمات اداری می‌باشد.

اهداف کلی این فصل عبارتند از:

- الف - تامین حمایت بیمه‌ای شامل درمان، از کار افتادگی، بازنشستگی، فوت و بیکاری برای گروه‌های متشکل و شاغل جامعه.
- ب - تامین حمایت‌های مقتضی برای گروه‌های کم درآمد بیمه نشده.

- پ - توانبخشی، آموزش حرفه، اشتغال معلولین قابل توانبخشی و نگهداری معلولین غیر قابل توانبخشی.
- ت - رفاه گروه‌های مختلف جامعه با توجه به اهمیت اجتماعی گروه‌ها و آسیب پذیری آنها.
- ث - تأمین زمینه لازم برای پوشش کامل جمعیت شهری و روستایی از لحاظ بیمه‌های بیماری، از کار افتادگی، بازنشستگی، بیکاری و فوت تا پایان برنامه ششم.

در قانون برنامه پنجم توسعه، موضوعات مرتبط با حوزه رفاه و تامین اجتماعی ذیل سرفصل‌های بیمه‌های اجتماعی (مواد ۲۶، ۲۸، ۲۷، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۳)، سلامت (مواد ۳۲، ۳۵، ۳۴) بیمه سلامت (ماده ۳۸) امور حمایتی و توانمند سازی (مواد ۳۹، ۴۰) ... آمده است.

مهمترین اهداف مورد نظر در تنظیم مواد یاد شده به بدین صورت بوده است:
۱. ایجاد ثبات و پایداری و تعادل بین منابع و مصارف صندوق‌های بازنشستگی (ماده ۲۶)

- کاهش وابستگی این صندوق‌ها به کمک از محل بودجه عمومی دولت
- ارائه روش‌های جدید در اداره و ارائه خدمات این صندوق‌ها
۲. برقراری و استقرار نظام جامع تامین اجتماعی چند لایه با لحاظ حداقل سه لایه شامل: (ماده ۲۷)

مساعده‌های اجتماعی (شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی)،
بیمه‌های اجتماعی پایه (شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه)،
بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان
- رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین این لایه‌ها.

۳. ایجاد فضای رقابتی در عرضه بیمه‌های اجتماعی (ماده ۲۸)

تشکیل صندوق‌های بازنشستگی خصوصی توسط بخش خصوصی

تسهیل در شرایط نقل و انتقال بیمه شدگان بین صندوق‌های دولتی و خصوصی

۴. ممانعت صندوق‌ها و دستگاه‌ها از اجرای احکام مقامات اجرایی و مراجع قوه

مجریه که بار مالی آن تامین نشده است (ماده ۲۹)

۵. توسعه کمی و کیفی و پوشش عادلانه و فراگیر بیمه‌های سلامت

۶. توانمندسازی افراد و گروه‌های نیازمند به ویژه زنان سرپرست خانوار و

معلولان (ماده ۳۹)

- طراحی نظام سطح بندی خدمات حمایتی و توانمند سازی

- توانمند سازی و خروج حداقل سالیانه ۱۰ درصد خانوارها از پوشش

حمایت‌های مستقیم.

- تامین حق بیمه اجتماعی زنان سرپرست خانوار نیازمند، افراد بی سرپرست و

معلولین نیازمند

تأمین اجتماعی

«تامین اجتماعی یکی از ابزارها، وسایل و یا راه‌های تحقق رفاه اجتماعی است»

(زاهدی، ۱۳۸۸: ۱۵) از این رو یکی از ابزارهای بهزیستی انسان‌هاست که به جبران

خطرات انسانی و اجتماعی می‌پردازد و ابزار مناسبی است که مددکاران اجتماعی

می‌توانند به عنوان یکی از منابع اجتماعی برای رفع مشکلات افراد درگیر با مشکلات از

آن استفاده کنند. و از سوی دیگر در سطح کلان می‌توانند متناسب با تغییرات اجتماعی

در آن دخل و تصرف کرده و بر این اساس طرح و لایحه مطرح کنند. تامین اجتماعی

به طور عمده شامل بیمه‌های اجتماعی و حمایت اجتماعی و امدادی می‌شود.

برنامه‌های حمایتی و توانبخشی

همانطور که ذکر شد یکی از اجزا تامین اجتماعی خدمات حمایتی است که خدمات توانبخشی را نیز می‌توان در کنار آن و به صورت خدمات حمایتی و توانبخشی در نظر گرفت.

برنامه‌های حمایتی و توانبخشی در برنامه پنجم توسعه

بر اساس ماده ۲۷ برنامه پنجم توسعه دولت مجاز است به اقدام نسبت به برقراری و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چند لایه با لحاظ حداقل سه لایه، که یک لایه آن مربوط به بحث جاری است یعنی مساعدت‌های اجتماعی شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی.

همچنین در ماده ۳۹ این برنامه عنوان شده است که به منظور توانمندسازی افراد و گروه‌های نیازمند به ویژه زنان سرپرست خانوار و معلولان نیازمند از منابع بودجه عمومی دولت و کمک‌های مردمی اقدامات زیر توسط دولت انجام می‌شود:

الف - طراحی نظام سطح‌بندی خدمات **حمایتی و توانمندسازی** متناسب با شرایط بومی، منطقه‌ای و گروه‌های هدف حداکثر تا پایان سال اول

ب - اجرای برنامه‌های توانمندسازی حداقل سالانه ده درصد (۱۰٪) خانوارهای زیر پوشش دستگاه‌های حمایتی به استثناء سالمندان و معلولین ذهنی، توانمند شده و خروج آنان از پوشش حمایت‌های مستقیم (توانمند سازی)

ج - تأمین حق سرانه بیمه اجتماعی زنان سرپرست خانوار نیازمند، افراد بی‌سرپرست و معلولین نیازمند در طول سال‌های اجرای برنامه (حمایتی)

د - معافیت افراد تحت پوشش سازمان‌ها و نهادهای حمایتی از پرداخت هزینه‌های صدور پروانه ساختمانی، عوارض شهرداری و هزینه‌های انشعاب آب،

فاضلاب، برق و گاز برای کلیه واحدهای مسکونی اختصاص یافته به آنها فقط برای یک بار (حمایتی)

در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی مورد توجه برنامه پنجم توسعه (ماده ۲۴)، به توانبخشی و توانمندسازی و همچنین اهداف حمایتی و بیمه‌ای توجه شده است. همچنین در این قانون به ارائه خدمات پیشگیری از بروز و تشدید معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی توجه شده و آسیب دیدگان اجتماعی را در سه سطح پیشگیری درمان و توانبخشی تحت پوشش قرار داده است. در متن برنامه به خانواده‌های بی سرپرست و زنان خود سرپرست و معلولان بیش از دیگر گروه‌های هدف مورد نظر مددکاری اجتماعی توجه شده است (ماده ۴ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی)

با توجه به این که در ماده ۲۷، مرجع "نظام جامع تامین اجتماعی"، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی است که در ۱۳۸۳/۲/۲۱ به تصویب رسید، برای بررسی کامل برنامه پنجم توسعه باید نگاهی به قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی داشته باشیم.

اهداف و وظایف حوزه حمایتی و توانبخشی (بر اساس ماده ۴ قانون ساختار رفاه و تامین اجتماعی) به شرح زیر می‌باشد: (ویژگی هر بند از حیث حمایتی و توانمند سازی (یا توانبخشی) بودنش در ادامه هر بند در داخل پرانتز نوشته شده است.

الف - سازماندهی و هدفمند کردن یارانه‌ها و منابع حمایتی. (حمایتی)
ب - هماهنگی بخش‌های مختلف دولت در راستای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی. (پیشگیرانه)

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

د - حمایت از افراد جامعه در برابر رویدادهای اقتصادی، اجتماعی و پیامدهای

سوء آنها خصوصاً در زمینه بیکاری، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی و پیری (حمایتی)

- هـ - 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. (حمایتی)
- و - پرداخت مقرری به افراد جویای کار به شکل وام و برای مدت محدود. (حمایتی - توانمند سازی)
- ز - تحت پوشش قرار دادن خانواده‌های بی‌سرپرست و زنان خودسرپرست. (حمایتی)
- ح - فراهم‌سازی امکانات، آموزش بازتوانی و ایجاد مهارت‌های شغلی خانوارهای نیازمند (بازتوانی)
- ط - حمایت از مادران به‌خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند. (حمایتی)
- ی - تأمین خدمات پیشگیری از بروز یا تشدید معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی در گروه‌های هدف و تحت پوشش قرار دادن آنها در سه سطح پیشگیری، درمان و توانبخشی. (پیشگیرانه - توانبخشی)
- ک - فراهم آوردن امکانات لازم به منظور بهبود وضع جسمی، ذهنی، اجتماعی و اقتصادی معلولین برای ادامه زندگی و تلاش برای تأمین استقلال و خودکفائی معلولان، افراد محروم از فرصت‌های برابر اجتماعی و آسیب دیدگان اجتماعی. (توانبخشی - توانمند سازی)
- ل - آماده سازی محیط اجتماعی و فضای فیزیکی متناسب با ویژگی‌ها و توانائی‌های معلولان. (توانبخشی)
- م - ادامه روند حمایت از نیازمندان روستایی و عشایر (حمایتی)

✓ به طور کل در این قانون (قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی) هم به پیشگیری از آسیب توجه کرده و هم به آسیب دیدگان. از سوی دیگر برنامه‌ها هم از جنس حمایتی هستند و هم توانبخشی حرفه‌ای.

✓ همچنان که ملاحظه می‌کنید این اهداف و وظایف با اهداف مددکاری اجتماعی کاملاً همخوان است، یعنی عدالت اجتماعی و قادر سازی.

✓ با توجه به این که «یکی از نمودهای عینی رویکرد فردی یا جمعی به برنامه‌ها، انتخاب یکی از دو پدیده " آسیب " یا " آسیب دیدگان " در برنامه رفاهی است» (مدنی، ۱۳۷۹: ۱۳۳) می‌توان گفت برنامه پنجم توسعه هم فردنگر است و هم جامع نگر، زیرا هم به آسیب توجه کرده است و هم به آسیب دیده، بنابراین می‌توان گفت این قانون دیدگاه میانه روانه دارد.

✓ بطور کل در قانون برنامه پنجم توسعه به رغم در نظر گرفتن قانون ساختار رفاه و تامین اجتماعی که مشتمل بر ۱۳ بند در خصوص شاخص‌های توانمند سازی، پیشگیری و حمایتی، در متن برنامه تنها برای توانمند سازی زنان سرپرست خانوار و معلولین برنامه‌ای مشخص ارائه داده است. بنابراین شاید بتوان گفت این برنامه به رغم توجه و در نظر داشتن اهداف مهم پیشگیرانه و توانمند سازانه و حمایتی، برنامه‌ای عملی نداشته و از چشم‌اندازی مبهم برخوردار است.

✓ به علاوه در بند ۲۷ که به استقرار نظام جامع تامین اجتماعی اشاره کرده است تاکید شده که دولت "مجاز" به استقرار این نظام است که در واقع این واژه از بار تکلیفی دولت می‌کاهد. و جای بسیار نقد دارد.

✓ به طور کل برنامه پنجم توسعه در بخش حمایتی و توانبخشی از غنای محتوایی برخوردار بوده، اما به نظر می‌رسد به لحاظ برنامه‌های عملیاتی دستش تهی است.

✓ در برنامه پنجم توسعه در خصوص پوشش حمایتی ملاحظه می‌شود، توانمند سازی را مد نظر دارد و سعی بر کاهش پوشش حمایتی است (ماده ۳۹). اگر چه توانمند سازی و خروج از پوشش حمایت‌های مستقیم برنامه‌ای مثبت است اما در این قانون برنامه‌ای برای افزایش پوشش حمایتی وجود ندارد همچنان که آخرین آمارها

نشان می دهند «حدود نیمی از جمعیت زیر خط فقر (بین ۳ تا ۴ میلیون نفر) از خدمات نظام حمایتی» (دفتر مطالعات مجلس، ۱۳۸۹: ۳۶) محروم اند.

برنامه‌های حمایتی و توانبخشی در برنامه عمرانی پنجم:

با نگاهی به اهداف کلی فصل **تامین و رفاه اجتماعی** در برنامه عمرانی پنجم می‌توان دریافت که این اهداف هم شامل برنامه‌های بیمه‌ای است و هم حمایتی (غیر بیمه‌ای). که در این مقاله به تفکیک و در بحث‌های مربوطه پرداخته می‌شود.

۲ هدف از ۵ هدف اصلی فصل **تامین و رفاه اجتماعی** مربوط به برنامه‌های حمایتی و توانمند سازی است (هدف ۲ و ۳) که عبارتند از:

- تأمین حمایت‌های مقتضی برای گروه‌های کم درآمد بیمه نشده. از طریق اشتغال مولد و تعدیل درآمد خانوار و حمایت کوتاه مدت دولت در شرایط خاص. (حمایتی - توانمند سازی)

- توانبخشی، آموزش حرفه، اشتغال معلولین قابل توانبخشی و نگهداری معلولین غیر قابل توانبخشی (توانبخشی)

برای بررسی بیشتر، سیاست‌ها و خط مشی‌های مربوط به هر یک از این ۲ هدف را به طور جداگانه مورد بررسی قرار می‌دهیم.

الف. تأمین حمایت‌های مقتضی برای گروه‌های کم درآمد بیمه نشده. از طریق اشتغال مولد و تعدیل درآمد خانوار و حمایت کوتاه مدت دولت در شرایط خاص:

۱- حمایت دولت در وهله اول معطوف به کودکان و خانواده‌های بی سرپرست (موقت و یا دائم) خواهد بود.

۲- تأمین حمایت‌های مقتضی با توجه به حفظ حیثیت و شخصیت افراد و خانواده‌ها و مراعات سنت‌های اجتماعی جامعه و به هنگام لازم صورت می‌گیرد.

۳- حمایت‌های مذکور به نحوی انجام می‌گیرد که تحرک و تکاپوی افراد و خانواده‌ها را در جهت اتکاء به خود سست ننماید (تاکید بر خود اتکایی).

۴- امر عدم تمرکز و استفاده وسیع از سازمان‌های محلی در اجرای برنامه‌ها رعایت خواهد شد.

۵- رسیدن به اهداف از طریق مشارکت استفاده کنندگان از خدمات.

برنامه عمرانی پنجم در برنامه‌های حمایتی (مالی) برای گروه‌های کم در آمد، کودکان و خانواده‌های بی‌سرپرست را در اولویت قرار داده و در ضمن جز در موارد خاص برنامه‌های حمایتی‌اش را بر توانبخشی حرفه‌ای متمرکز کرده است.

همچنان که ملاحظه می‌شود بند ۲ به حفظ حیثیت و شخصیت افراد توجه کرده و بند ۳ تاکید بر خود اتکایی دارد، همچنین بند ۵ مشارکت خدمات گیرندگان را مورد توجه قرار داده است. بنابر این می‌توان گفت در این برنامه اگرچه به نقش مددکاری اجتماعی مستقیماً اشاره نشده است اما ملاحظه می‌شود اصولی که برای حمایت از افراد کم درآمد مورد نظر قرار گرفته به اهداف (خود اتکایی و استقلال) و ارزشهای مددکاران اجتماعی (حفظ حیثیت و شخصیت افراد و رسیدن به اهداف از طریق مشارکت) بسیار نزدیک است.

ب - توانبخشی، آموزش حرفه، اشتغال معلولین قابل توانبخشی و نگهداری معلولین غیر قابل توانبخشی. (شامل ۱۴ برنامه مشخص برای این گروه می‌باشد که سه گروه معلولان جسمی و ذهنی و اجتماعی را در بر می‌گیرد. و برای هر گروه برنامه‌های خاصی دارد که به طور خلاصه بدین صورت بوده است. (نوع برنامه برای هر گروه در جلوی آن آورده شده است)

- معلولان جسمی (نگهداری/ خدمات توانبخشی (توانبخشی جسمی) و توانمند سازی شغلی (توانبخشی حرفه‌ای)

- معلولان ذهنی (نگهداری)

- معلولان اجتماعی (توجه به زندانیان (حمایت شغلی) و ایجاد مجتمع مادران

قابل هدایت همچنین

ایجاد مرکز امدادی برای کودکان و نوجوانان خارج شده از کانون و ایجاد مراکز کارآموزی برای متکدیان)

■ برنامه‌های حمایتی برای معلولین در برنامه عمرانی پنجم از جنس توانبخشی حرفه‌ای، توانبخشی پزشکی و کمک‌های مالی است.

توجه به توانبخشی در این برنامه به صورت جدی وجود دارد به طوری که یکی از ۶ هدف اصلی فصل رفاه و تامین اجتماعی را به خود اختصاص داده است.

در برنامه عمرانی پنجم برنامه مشخصی برای تمامی معلولان اجتماعی و همین طور معلولان جسمی و روانی در نظر گرفته شده است. در خصوص آسیب دیدگان اجتماعی در این برنامه به درمان توجه شده است، نه پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی، از ویژگی‌هایی این برنامه است. همچنین توجه ویژه به کودکان و حقوق کودک یکی از نقاط قوت این برنامه است.

به عبارتی یکی از ویژگی‌های برنامه عمرانی پنجم در بخش حمایتی و توانبخشی کم توجهی به پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی است. در واقع رویکرد این برنامه بیشتر به آسیب دیدگان اجتماعی است و برای آنها برنامه‌های حمایتی و توانبخشی در نظر گرفته است و نه پیشگیرانه. البته در بحث بهداشت و تغذیه می‌توان گفت با حمایت‌های تغذیه‌ای از کودکان و مادران به زمینه پیشگیری از معلولیت‌های جسمی توجه شده است.

به طور کل در این برنامه به پیشگیری از آسیب‌های فردی توجه کرده اما پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی نادیده گرفته شده است.

نوع برنامه	برنامه پنجم توسعه به انضمام قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی	
<p>۱. تامین حمایت‌های مقتضی برای گروه‌های کم درآمد بیمه نشده. از طریق [...] تعدیل درآمد خانوار و حمایت کوتاه مدت دولت اولویت کودکان و خانواده‌های بی سرپرست</p>	<p>۱. هدفمند کردن یارانه‌ها و منابع حمایتی ۲. حمایت از افراد جامعه در برابر بیکاری، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی و پیری ۳. تامین حداقل زندگی برای همه افرادی که درآمد کافی ندارند با اولویت افرادی که به دلایل جسمی و روانی قادر به کار نیستند. ۴. پرداخت مقرری به افراد جویای کار به‌شکل وام و برای مدت محدود ۵. پوشش قرار دادن خانواده‌های بی‌سرپرست و زنان خودسرپرست. ۶. حمایت از مادران به‌خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند ادامه روند حمایت از نیازمندان روستایی و عشایر</p>	<p>توانبخشی</p>
<p>از برنامه‌های هدف توانبخشی: ۱. ایجاد مراکز در راستای توانبخشی معلولان جسمی توانبخشی کودکان دچار سوء تغذیه</p>	<p>۱. فراهم آوردن امکانات لازم به منظور بهبود وضع جسمی، ذهنی، [...] معلولین</p>	<p>توانبخشی توانبخشی</p>

	<p>۱. فراهم آوردن امکانات لازم به منظور بهبود وضع [...]، اجتماعی و [...] معلولین و آسیب دیدگان اجتماعی</p> <p>۲. آماده سازی محیط اجتماعی و فضای فیزیکی متناسب با ویژگی ها و توانائی های معلولان</p>	<p>توانبخشی حرفه‌ای</p>	
<p>۱. تأمین حمایت‌های مقتضی برای گروه‌های کم درآمد بیمه نشده. از طریق اشتغال مولد [...]</p> <p>۲. توانبخشی، آموزش حرفه، اشتغال معلولین قابل توانبخشی</p> <p>۳. توانمند سازی شغلی معلولان.</p> <p>۴. برنامه‌هایی برای توانمند سازی شغلی معلولان اجتماعی</p>	<p>۱. آموزش بازتوانی و ایجاد مهارت‌های شغلی خانوارهای نیازمند</p> <p>۲. فراهم آوردن امکانات لازم به منظور بهبود وضع [...] اقتصادی معلولین و خودکفائی معلولان و آسیب دیدگان اجتماعی</p> <p>منظور توانمندسازی افراد و گروه‌های نیازمند به ویژه زنان سرپرست خانوار و معلولان نیازمند (ماده ۳۹)</p>	<p>توانبخشی حرفه‌ای</p>	
	<p>پیشگیری از بروز یا تشدید معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی در گروه‌های هدف و زیر پوشش قرار دادن آنها در سه سطح پیشگیری، درمان و توانبخشی</p>	<p>پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی</p>	

در هر دو برنامه توانبخشی حرفه‌ای مورد توجه و اهمیت بوده است. به توانبخشی پزشکی هم در هر دو برنامه توجه شده است اما در برنامه پنجم عمرانی به توانبخشی اجتماعی و همچنین پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی پرداخته است.

۲. برنامه‌های بیمه‌ای

حوزه بیمه‌ای شامل: ۱- بخش بیمه‌های اجتماعی از جمله بازنشستگی، بیکاری، حوادث و سوانح، از کار افتادگی و بازماندگان ۲- بخش بیمه‌های درمانی (بهداشت و درمان) می‌باشد. خدمات بیمه‌های اجتماعی و درمانی به دو سطح همگانی و تکمیلی تقسیم می‌شود.

به طور کل در زمینه بیمه‌ای برنامه پنجم توسعه به موارد زیر توجه کرده است:

- بیمه مکمل بازنشستگی و درمان (ماده ۲۷)
 - بیمه اجتماعی پایه (مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه) (ماده ۲۷)
 - بیمه همگانی و اجباری سلامت (ماده ۳۸ بند الف)
- در بخش بیمه سلامت تاکید بر توسعه کمی و کیفی بیمه‌های اجتماعی، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به سی درصد است. (ماده ۳۸) از دیگر برنامه‌های مورد توجه در این بخش (در ماده ۳۸) عبارتند از:
- فراهم سازی شرایط بیمه همگانی برای آحاد جامعه
 - ادغام بخشهای بیمه درمانی کلیه صندوق‌ها در سازمان بیمه خدمات درمانی
 - تعیین حق بیمه سلامت به صورت درصدی از درآمد (به جای سرانه)
 - پرداخت صد درصدی حق بیمه اقشار نیازمند بیرون از پوشش نهادهای حمایتی، توسط دولت
- الزام سازمان بیمه سلامت به "خرید راهبردی خدمات سلامت".

❖ جهت گیری اصلی این قانون در زمینه بیمه‌های سلامت، ایجاد یکپارچگی و انسجام ساختاری، پوشش همگانی و اجباری، دسترسی همه افراد جامعه به خدمات یکسان و با کیفیت از طریق نظام ارجاع و پزشک خانواده، با حفظ تفکیک و تمایز بین اقشار و گروه‌های مختلف بیمه شده از نظر نحوه مشارکت مالی و پرداخت حق بیمه است.

❖ الگوی بیمه‌ای مورد نظر در قانون برنامه پنجم توسعه از نوع بیمه‌های اجتماعی مبتنی بر اشتغال است و حق بیمه بر اساس سهمی از درآمد سرپرست خانوار محاسبه می‌شود

❖ از یکسو استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده و ارائه خدمات بیمه پایه سلامت برای عموم افراد به صورت یکسان (ماده ۳۸ بند "ج") راهی است به سوی عدالت در کیفیت خدمات سلامت. و از سوی دیگر « تاکید بر اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده و یکسان سازی خدمات به طور تدریجی، آن را به " نظام جامع فراگیر " نزدیک می‌کند که بر عدم تمایز و تفاوت شهروندان (عدم دریافت حق بیمه بر درآمد) تاکید دارند. این امر تناقضی به وجود می‌آورد که در صورت اجرا موجب نا عادلانه شدن مشارکت مالی در نظام بیمه سلامت شود». (دفتر مطالعات مجلس، ۱۳۸۹ الف) و باید سیاست‌هایی برای جلوگیری از چنین رخدادی اندیشیده شود. اگر چه قرار است سهم خانواره بر اساس درآمدشان تعیین شود و اگر چه مقرر شده است سهم بیمه اقشار نیازمندی که تحت پوشش حمایتی قرار ندارند به طور کامل از بودجه عمومی دولت پرداخت شود (ماده ۳۸ بند "د") اما با توجه به این که مقرر شده خانوارهای روستایی و عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی معادل ۵ تا ۶ درصد حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار را به عنوان حق بیمه پرداخت کنند اما با توجه به سطح پایین حمایت‌های مالی موسسات حمایتی، به نظر می‌رسد تعیین چنین سهمی برای آنها نا عادلانه باشد و چه بسا آنها قادر به پرداخت چنین

هزینه‌ای نباشند. (مقرر شده است صد در صد حق بیمه اقشار نیازمند از بودجه عمومی دولت تامین شود)

برنامه‌های بیمه‌ای در برنامه عمرانی پنجم

۱. تأمین حمایت بیمه‌ای شامل درمان، از کار افتادگی، بازنشستگی، فوت و بیکاری برای گروه‌های متشکل و شاغل جامعه (بیمه مبتنی بر اشتغال)
۲. تأمین زمینه لازم برای پوشش کامل جمعیت شهری و روستایی از لحاظ بیمه‌های بیماری، از کار افتادگی، بازنشستگی، بیکاری و فوت تا پایان برنامه ششم. (بیمه اجتماعی فراگیر)

در این قانون برنامه‌های مشخصی برای گروه‌های خاص در نظر گرفته شده است

بیمه اجتماعی کارگران (بیمه درمان . بیمه بیکاری)

بیمه اجتماعی کارمندان (افزایش پوشش بیمه درمان به پوشش کامل، افزایش پوشش بازنشستگی، فوت و از کار افتادگی)

بیمه اجتماعی روستاییان (افزایش پوشش بیمه درمان، و فوت)

همچنین اشاره شده است به منظور توسعه سریع خدمات تأمین اجتماعی به مزد و حقوق بگیران کشور، امور درمانی بیمه شدگان در تشکیلات مستقلی تمرکز یافته و سایر تعهدات از جمله بازنشستگی، از کار افتادگی و فوت، در سازمان مستقل دیگر متمرکز می‌گردد.

برنامه‌های امدادی

در برنامه پنجم توسعه ماده ۴۰ بیشتر توجه خود را به ارتقا امکانات و خدمات امدادی معطوف کرده است.

در برنامه پنجم عمرانی اولیه برنامه‌ای برای کمک‌های امدادی به آسیب‌دیدگان وقایع طبیعی در نظر گرفته شده بود اما در برنامه تجدید نظر شده این بند به چشم نمی‌خورد.

خدمات اجتماعی (خدمات رفاهی)

در خصوص نیازهای تحت پوشش اگر ۲ بعد خدمات اجتماعی و تامین اجتماعی را در نظر بگیریم، می‌توان گفت برنامه عمرانی پنجم هر دو بعد خدمات اجتماعی (در برنامه‌های رفاهی‌اش) و تامین اجتماعی را در نظر دارد در حالی که در برنامه پنجم توسعه چندان به خدمات اجتماعی توجه نشده است

گروه‌های ویژه هدف در بخش حمایتی برنامه پنجم عمرانی (اولیه) بر اساس معیارهای زیر تعیین شده‌اند:

«حمایت از گروه‌های کم درآمد (کارگران)

حمایت از افراد با اهمیت اجتماعی (تاکید بر معلمان)

نا توانی و آسیب پذیری (تاکید بر سالمندان، اطفال، زنان سرپرست و معلولان)».

(ماهر و کریمی، ۱۳۸۲: ۱۵۹)

اما در فصل رفاه و تامین اجتماعی برنامه عمرانی پنجم (تجدید نظر شده) یکی از اهداف اصلی فصل (بند ۴ اهداف) به موضوع پرداخته و به این صورت بیان شده است: «رفاه گروه‌های مختلف جامعه با توجه به اهمیت اجتماعی گروه‌ها و آسیب پذیری آنها» (سازمان برنامه و بودجه، ۱۳۵۳: ۷۹).

در برنامه عمرانی پنجم اولیه دارای برنامه‌های رفاهی برای خانواده/ کودک (مهدکودک و تدوین قوانین برای حفظ حقوق کودک)؛ اطفال بی‌سرپرست؛ رفاه معلمان؛ رفاه سالمندان؛ رفاه کارگران؛ رفاه روستاییان بود. اما در برنامه تجدید نظر شده در بخش خدمات رفاهی اشاره‌ای به معلمان و سالمندان نشده است. در برنامه اولیه

خدمات مددکاری برای سالمندان در نظر گرفته شده بود که متعاقب حذف رفاه سالمندان بحث خدمات مددکاری هم حذف شده است. همچنین تدوین قوانین حقوق کودک دیده نمی‌شود.

بهداشت، درمان، سلامت و تغذیه

در برنامه پنجم عمرانی از لفظ درمان استفاده شده است و در برنامه پنجم توسعه از واژه سلامت استفاده کرده است. که این دو واژه با هم تفاوت معنایی داشته و سلامت حوزه‌ای وسیعتر از درمان را دربرمی‌گیرد.

«سلامتی به مفهوم گسترده لغوی آن تنها به معنای بیمار نبودن یا پیش‌بینی خدمات تشخیص، درمانی و پیشگیری نیست. بلکه همانطور که در تعریف WHO هم گنجانده شده سلامتی شامل حالت رفاه جسمی، روانی و اجتماعی و تعادل سازگار این حالت در افراد انسانی است که در محیط زیست او تلفیق شود. سلامتی را برابر تعریف WHO تشکیل می‌دهد. [...] اخیراً مفهوم وسیع‌تری از سلامتی به وجود آمده - که شامل بهبود کیفیت زندگی، و سلامتی یکی از اجزاء ضروری آن است. این موضع ابتدا این نکته را به نظر می‌آورد که سلامتی مثبت نه تنها بسته به اقدام پزشکی، بلکه وابسته به دیگر عوامل اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی دست‌اندر کار اجتماع است.

(<http://irlister.com>).

بنابراین مفهوم سلامت، علاوه بر درمان، خدمات تشخیص، پیشگیری، رفاه جسمی، روانی و اجتماعی و تعادل سازگار این حالت در افراد انسانی را نیز در بر می‌گیرد. درمان فرایندی است که بعد از بیماری ظهور می‌کند اما سلامتی نه تنها به نبود بیماری می‌انديشد بلکه هدفش ارتقا کیفیت زندگی فرد در بعد ذهنی و جسمی است.

هدف درمان اصولاً بهبود بیماری و رفع آسیب است. بر این اساس رشد مفهوم درمان در ۱۹۸۰ تا سلامت که امروزه مورد توجه است در مقایسه این دو برنامه

مشخص است. البته با بررسی و تدقیق در برنامه پنجم توسعه هم در می‌یابیم منظور از سلامت در این برنامه بیشتر بعد سلامت جسمی است و نه همه ابعاد آن. البته به هر حال آنچه از آن به "سلامتی" در برنامه پنجم توسعه یاد می‌شود با آنچه در برنامه پنجم توسعه "درمان" خوانده می‌شود متفاوت و وسیع‌تر است.

ویژگی‌های عمده برنامه پنجم توسعه در خصوص سلامت و تغذیه:

۱. تصویب سامانه "خدمات جامع و همگانی سلامت" با ویژگی‌های زیر:

الف) مبتنی بر مراقبتهای اولیه سلامت

ب) محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع

ج) سطح بندی خدمات

د) اولویت بهره مندی مناطق کمتر توسعه یافته ویژه روستاها

۲. عدالت در سلامت از طریق: (ماده ۳۴)

الف) کاهش سهم هزینه‌های مستقیم مردم از هزینه سلامت به حداکثر ۳۰ درصد

ب) دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی درمانی

ج) کمک به تأمین هزینه‌های تحمل‌ناپذیر درمان، پوشش دارو، درمان بیماران

خاص و صعب‌العلاج

د) کمک به تربیت، تأمین و پایداری نیروی انسانی متخصص موردنیاز

۳) ارائه خدمات الکترونیکی سلامت و تشکیل "پرونده الکترونیکی سلامت

ایرانیان" برای تمام افراد (ماده ۳۵)

۴) تغذیه سالم

الف) تهیه لیست غذاهای سالم و ایمن و سبد غذایی مطلوب گروه‌های سنی مختلف

ب) تعیین میزان مجاز سموم و کودهای شیمیایی در محصولات باغی.

۵) پیشگیری و مقابله با بیماری‌ها و عوامل خطر ساز سلامتی

تهیه لیست اقدامات و کالاهای آسیب رسان

ویژگی‌های بخش بهداشت و تغذیه در برنامه عمرانی پنجم

به بحث بهداشت و درمان در برنامه پنجم عمرانی یک فصل مجزا اختصاص یافته است که در این فصل تاکید می‌کند که با توجه به این که سلامت یکی از حقوق مسلم فردی و اجتماعی است و نیز سلامت افراد زیر بنای مهم پیشرفت اقتصادی و اجتماعی را تشکیل می‌دهد، هدف اساسی برنامه پنجم ارتقاء میزان سلامت افراد از طریق پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها، توسعه کمی و کیفی خدمات درمانی و بالاخره توانبخشی است" از ویژگی‌های عمده این فصل در خصوص سلامت به ویژگی‌های زیر می‌توان اشاره کرد:

(۱) بهداشت رایگان و عرضه خدمات بهداشتی به کلیه افراد جامعه در کوتاه‌ترین

زمان

(۲) کنترل بیماری‌های واگیر از طریق واکسیناسیون و درمان بیماری‌های عفونی

(۳) تاکید بر پیشگیری از بیماری‌ها

(۴) صدور شناسنامه بهداشتی برای افراد تا سن ۱۸ سالگی

(۵) برنامه خدمات درمانی و بهداشتی روستایی

(۶) توسعه خدمات درمانی و توانبخشی

(۷) تنظیم خانواده

(۸) تغذیه سالم به ویژه برای کودکان و مادران باردار، شیرده و کارگر

(۹) آموزش کادر فنی مرتبط با خدمات درمان و خدمات تغذیه‌ای

(۱۰) برنامه‌های تحقیقاتی

هر دو برنامه از لحاظ توجه به تغذیه سالم مشابه هستند با این تفاوت که در

برنامه پنجم عمرانی، برنامه‌های مشخص و عملیاتی داشته و با برنامه‌های مشخص به

ارتقا کیفیت تغذیه کودکان و مادران پرداخته است، اما در برنامه پنجم توسعه کلیتی از هدف را مطرح کرده و مشخص شدن برنامه به انتهای سال اول موکول شده است. هدف هر دو برنامه در این بخش فراگیری است و هر دو به پیشگیری توجه کرده‌اند. با توجه به شیوع بیماری‌های واگیر در مقطع زمانی برنامه عمرانی پنجم در این برنامه تاکید بر پیشگیری این نوع بیماری‌های بوده است. از مشابهت‌های دو برنامه تشکیل پرونده بهداشتی برای مردم است که توسعه فن آوری در طی این سال‌ها منجر به توجه به الکترونیکی و فراگیر بودن این نوع پرونده در برنامه توسعه پنجم است. در برنامه عمرانی پنجم مقرر می‌شود برای افراد تا ۱۸ سال پرونده بهداشتی تشکیل شود.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

بر اساس مقایسه این دو برنامه درخواست می‌یافت که در برنامه پنجم توسعه، افرادی که به دلایل جسمی و روانی قادر به کار کردن نیستند در اولویت برنامه‌های حمایتی قرار دارند در حالی که برنامه عمرانی پنجم افراد کم درآمد به ویژه کودکان و خانواده‌های بی سرپرست را در اولویت قرار داده است.

برنامه پنجم عمرانی اگرچه تجدید نظر شد و انتظار می‌رفت با توجه با افزایش درآمد که اصلاً عامل تجدید نظر بود، برنامه‌های بیشتری را در بخش رفاه و تامین اجتماعی در نظر بگیرد اما عملاً می‌بینیم بسیاری از مواد در برنامه عمرانی پنجم تجدید نظر شده حذف شده است. از جمله برخی گروه‌های رفاهی و همچنین در برنامه اولیه مقرر شده بود برنامه‌ای برای تربیت و افزایش نیروهای مددکاری اجتماعی در نظر گرفته شود اما این مورد نیز در برنامه پنجم عمرانی تجدید نظر شده به چشم نمی‌خورد.

■ از تشابهات دو برنامه ادغام بخشهای درمانی بیمه درمانی در یک سازمان است. که در برنامه پنجم توسعه تشکیلات جدید سازمان بیمه سلامت نام گرفت. (ماده ۳۸ بند ب)

■ در برنامه عمرانی پنجم اگرچه به زنان بی سرپرست توجه کرده است، اما به توانمند سازی این گروه نپرداخته است در حالی که در برنامه پنجم توسعه به این گروه توجه شده است، به طوری که توانمند سازی این گروه در کنار توانمندسازی معلولان یک ماده از برنامه را به خود اختصاص داده است این رشد تا برنامه پنجم توسعه قابل توجه و مثبت بوده و می‌تواند ناشی از تحولات فرهنگی و اجتماعی به ویژه در خصوص اشتغال زنان باشد.

■ در هر دو برنامه توانبخشی حرفه‌ای مورد توجه و اهمیت بوده است. به توانبخشی پزشکی هم در هر دو برنامه توجه شده است اما در برنامه پنجم عمرانی به توانبخشی اجتماعی و همچنین پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی نپرداخته است.

■ در برنامه پنجم توسعه علی‌رغم آن که در سیاست‌های کلی برنامه به پیشگیری از آسیب‌های فردی و اجتماعی اشاره شده است، اما در متن قانون برای آن برنامه‌ای در نظر گرفته نشده است. در برنامه پنجم عمرانی در خصوص آسیب‌های اجتماعی توجه به درمان و آسیب دیدگان است و اما آسیب رسانها و پیشگیری در نظر گرفته نشده است.

■ در برنامه عمرانی پنجم به افزایش پوشش بیمه‌ای کارگران به عنوان یکی از اقشار کم درآمد جامعه توجه ویژه شده است همچنین بیمه اجتماعی روستاییان و افزایش پوشش بیمه درمانی و فوت در این قشر توجه ویژه‌ای شده است و این بیانگر توجه ویژه سیاستگذاران و برنامه ریزان به این قشر بوده است. در حالی که در برنامه توسعه پنجم توجه خاص به این اقشار نشده است.

■ بخش رفاه معلمان و آموزش مددکاران اجتماعی که در متن اولیه برنامه عمرانی پنجم وجود داشت در برنامه تجدید نظر شده به چشم نمی‌خورد. همچنین

بخش کمک به آسیب دیدگان حوادث طبیعی (امدادی) در برنامه تجدید نظر شده، حذف شده است.

■ گروه‌های خاص مورد توجه در برنامه پنجم توسعه زنان سرپرست خانوار و معلولین هستند در حالی که در برنامه عمرانی پنجم (تجدید نظر شده) بیشترین توجه به کودکان، مادران است.

■ در هر دو برنامه در بخش سلامت و بهداشت به رعایت عدالت اشاره شده است.

■ در خصوص نیازهای تحت پوشش اگر ۲ بعد خدمات اجتماعی و تامین اجتماعی را در نظر بگیریم، می‌توان گفت برنامه عمرانی پنجم هر دو بعد خدمات اجتماعی (در برنامه‌های رفاهی‌اش) و تامین اجتماعی را در نظر دارد در حالی که در برنامه پنجم توسعه چندان به خدمات اجتماعی توجه نشده است.

■ برنامه توسعه پنجم از نظر شاخص‌هایی که مورد توجه قرار داده است برنامه‌ای غنی است اما نقطه ضعف عمده آن نسبت به برنامه پنجم عمرانی این است که برنامه عمرانی پنجم نسبت به برنامه توسعه پنجم عملیاتی‌تر بوده به طوری که سیاست‌ها و خط مشی‌ها و برنامه‌های مشخص برای بیشتر اهداف آن وجود دارد در حالی که در برنامه توسعه پنجم تنها کلیاتی از اهداف در قالب مواد آمده است که تدوین و تصویب بیشتر آیین‌نامه‌های مربوطه به انتهای سال اول برنامه موکول شده است، بنابراین بسیاری از برنامه‌های آن تا انتهای سال اول قابلیت اجرایی شدن ندارد. از سوی دیگر، در این برنامه در بیشتر مواد به جای عبارت دولت مکلف است، عبارت دولت مجاز است به کار رفته که در صورت اجرایی نشدن مسئولیتی برای دولت در پی ندارد به عبارتی اجرای بسیاری از برنامه‌ها به اختیار دولت گذاشته شده است. حتی در ماده ۲۷ که مربوط به استقرار نظام جامع تامین اجتماعی است (دولت برنامه ریز آن را مد نظر قرار داده) علی‌رغم آنکه در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی مصوب ۸۳/۲/۲۱ عنوان شده است که ۲ سال پس از تصویب این قانون دولت مکلف

به اجرای آن است، اما در این ماده (ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم توسعه) می‌بینیم علاوه بر آنکه به جای در نظر گرفتن نظام تامین اجتماعی به صورت کامل به سه لایه اکتفا کرده است، همچنین به جای مکلف دانستن دولت آنرا در استقرار این نظام مجاز اعلام می‌کند. این برنامه ویژگی‌های زیادی دارد که به نامشخص بودن دستاوردهای آن، حتی در شرایط مطلوب اجتماعی، اقتصادی،... کشور، دامن می‌زند. برنامه عمرانی پنجم با اعداد و ارقام مسیر آینده خودش را مشخص و شفاف بیان کرده است در حالی که برنامه پنجم توسعه چنین ویژگی ندارد.

منابع

- دفتر مطالعات مجلس. (۱۳۸۹)، بیمه سلامت در برنامه لایحه برنامه توسعه پنجم، (برگرفته از سایت مجلس شورای اسلامی بخش گزارشات)
- دفتر مطالعات مجلس. (۱۳۸۹)، تحلیل فصل اجتماعی لایحه برنامه پنجم توسعه (برگرفته از سایت مجلس شورای اسلامی بخش گزارشات).
- زاهدی اصل، محمد. (۱۳۸۱)، مبانی رفاه اجتماعی، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی، چاپ اول.
- زاهدی اصل، محمد. (۱۳۸۵)، مبانی مددکاری اجتماعی، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی.
- زاهدی اصل، محمد. (۱۳۸۸)، مبانی رفاه اجتماعی، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی، ویرایش دوم.
- ماکارو، دیوید. (۱۳۷۸)، رفاه اجتماعی (ساختار و عملکرد)، ترجمه: محمدتقی جغتایی و فریده همتی، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، چاپ اول.
- ماهر. علی و کریمی، مظفر. (۱۳۸۲)، تامین اجتماعی در برنامه‌های توسعه، فصلنامه تامین اجتماعی، شماره ۱۵.

- مدنی، سعید. (۱۳۷۹)، به سوی نظام جامع رفاه اجتماعی، تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. چاپ اول.
- معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور. (۱۳۸۹)، مجموعه برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، تهران: معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور.
- موسوی، میرطاهر و محمدی، محمدعلی. (۱۳۸۸)، رفاه اجتماعی، تهران: دانشه، چاپ اول.
- شریفیان ثانی، مریم. (۱۳۸۱)، " جایگاه مددکاری اجتماعی در سیاستگذاری و برنامه‌ریزی کلان رفاه اجتماعی"، فصلنامه علوم اجتماعی . شماره 18 تابستان ۸۱.
- غفاری، غلامرضا. امیدی، رضا. (۱۳۸۷)، "کیفیت زندگی در برنامه‌های عمرانی و توسعه ایران"، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال هشتم، شماره ۳۰ و ۳۱
- سازمان برنامه و بودجه. (۱۳۵۳)، برنامه پنجم عمرانی کشور ۱۳۵۲-۱۳۵۶ (تجدید نظر شده)، تهران: سازمان برنامه و بودجه.

- <http://ifrlister.com>