



به نام خدا



گزارش کارشناسی

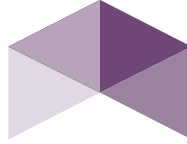
مقایسه تطبیقی خدمات بیمه‌های
اجتماعی به معلولین ایران با کشورهای
انگلیس، سوئد و هند



موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

اجتماعی و فرهنگی





موسسه عالی پژوهش و تأیید اجتماعی

مقایسه تطبیقی خدمات بیمه‌های اجتماعی به معلولین
ایران با کشورهای انگلیس، سوئد و هند

واژه‌های کلیدی:

تهیه و تدوین: سجاد روستایی
ناظر: رضا امیدی، مونا خورشیدی

بهزیستی
تأمین اجتماعی
رفاه اجتماعی
حمایت اجتماعی
معلولین

شماره مسلسل: SC ۰۸ DF (۱۷) ۹۶
تاریخ انتشار گزارش: ۹۶/۰۸/۱۳



فهرست مطالب

فصل چهارم: بررسی وضعیت معلولین در

نظام تأمین اجتماعی سوئد ۵۱

مقدمه ۵۱

اصول حاکم در نظام تأمین اجتماعی سوئد ۵۲

ویژگی‌های نظام تأمین اجتماعی در سوئد ۵۳

ساختار اداری نظام تأمین اجتماعی سوئد ۵۴

سیستم مراقبت اجتماعی سوئد ۵۵

سازمان‌های مربوط به رفاه معلولین ۵۶

تاریخچه سیاست اجتماعی سوئد ۵۶

معرفی نظام رفاهی به معلولین ۵۸

سیاست‌های امروز معلولیت در سوئد ۵۹

نقش سازمان‌های مرتبط با معلولان ۶۰

فعالیت‌های مراقبتی - فرهنگی ۶۵

شیوع اختلالات و معلولیت‌ها در سوئد ۶۷

دستیار شخصی و مسمتیر دستیار ۶۹

خدمات حمل و نقل درون و بین‌شهری ۷۱

توان‌بخشی، بازتوان‌بخشی و کمک‌های فنی ... ۷۲

هزینه خدمات به افراد دارای معلولیت ۷۴

توسعه سیاست‌های امروزی معلولیت ۷۵

مزایای مربوط به معلولیت ۷۶

فصل پنجم: مقایسه و نتیجه‌گیری ۷۷

مقدمه ۷۷

مقایسه ۷۹

خدمات پزشکی و درمانی ایران ۸۶

نتیجه‌گیری ۸۹

پیشنهادات ۸۹



منابع ۹۲

پیشگفتار مؤسسه ۴

فصل اول: نقد و بررسی وضعیت معلولین

در نظام تأمین اجتماعی ایران ۶

اصول حاکم بر تأمین اجتماعی ۸

ویژگی‌های نظام تأمین اجتماعی در ایران ۸

خدمات تأمین اجتماعی و منابع مالی آن ۱۰

انواع از کارافتادگی در مبانی قانونی ۱۲

مزایای رفاه و تأمین اجتماعی به معلولین ۱۴

قوانین مرتبط با معلولین ۱۷

فصل دوم: بررسی وضعیت معلولین در

نظام تأمین اجتماعی کشور هند ۲۸

سیاست‌های رفاهی برای معلولین در هند ۲۹

مزایا و مستمری‌های معلولین در هند ۳۳

گروه‌های هدف ۳۳

تسهیلات خاص معلولین ۳۴

اقدامات جدید در زمینه گردشگری ۳۵

فصل سوم: بررسی وضعیت معلولین در

نظام تأمین اجتماعی بریتانیا ۳۷

مقدمه ۳۷

نظام اداری و اجرایی ۳۸

روش‌های ارائه خدمات تأمین اجتماعی ۴۰

معلولین در بریتانیا ۴۵

نگرش جامعه بریتانیا به معلولین ۴۶



پیشگفتار مؤسسه

معلولان به‌عنوان طیفی از اقلیت‌های یک جامعه همواره به نوعی در معرض تضييع حقوق خود بوده‌اند. اغلب افراد معلول، در تمام جنبه‌های زندگی به حاشیه رانده شده، احتمال بیکاری به دلیل تبعیض در آن‌ها بیشتر بوده و سطح رفاه اجتماعی و اقتصادی و کیفیت زندگی آن‌ها با تهدید مواجه است. امروزه تأمین رفاه گروه‌های دارای نیازهای خاص، وارد مباحث نظام‌های رفاهی شده است و توجه انسان‌دوستان و برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران را به خود جلب کرده است. به‌طوری‌که سازمان‌های مردم‌نهاد و دولت‌ها و نهادهای رفاهی به این مهم توجه نشان داده‌اند. امروزه در جهان با تکیه بر اصول بنیادین حقوق بشری و ارزش‌های انسانی، برابرسازی فرصت‌ها برای همه اقشار جامعه با شرایط ویژه و منحصر به فرد، یکی از دغدغه‌ها و اصول مهم در تبیین رویکردهای جدید سیاست‌گذاری است.

این رویکرد جدید و در حال تغییر باعث شده است تا با نگاهی جامع، جایگاه و نقش تک‌تک افراد درون جامعه بازتعریف شود. بنابراین باید گفت رویکرد حمایتی از اقشار خاص و به‌خصوص معلولان باید جز اولویت‌های حوزه رفاه و تأمین اجتماعی قرار گیرد.





در گزارش پیش‌رو تلاش شده است تا علاوه بر نقد و بررسی وضعیت معلولین در نظام رفاه و تأمین اجتماعی ایران، وضعیت معلولین در نظام رفاه و تأمین اجتماعی کشورهای هند، بریتانیا و سوئد نیز بررسی و بر این اساس مقایسه و نتیجه‌گیری این کشورها صورت گیرد. امید است این گزارش که با همت و تلاش روشندل دانشجوی دوره دکتری جامعه‌شناسی جناب آقای سجاد روستایی به انجام رسیده مورد استفاده پژوهشگران و سیاست‌گذاران این حوزه قرار گیرد.

شایان ذکر است که دیدگاه‌های ارائه‌شده در این گزارش لزوماً بیانگر نظرات مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی نیست و مؤسسه در خصوص آثار ناشی از کاربرست پیشنهادات و مطالب درج شده در آن هیچ‌گونه مسئولیتی ندارد.

دکتر شهرام غفاری

رئیس مؤسسه

پاییز ۱۳۹۶

کلمات کلیدی



بهزیستی
تأمین اجتماعی
رفاه اجتماعی
حمایت اجتماعی
معلولین

فصل اول: نقد و بررسی وضعیت معلولین در نظام تأمین اجتماعی ایران

مقدمه



تأمین اجتماعی از دو کلمه تأمین و اجتماعی تشکیل شده است. کلمه تأمین به مفهوم حمایت در مقابل خطر و ریسک تعریف شده است و کلمه اجتماعی رابطه آن را با جامعه از ابعاد سنتی، تاریخی و جغرافیایی نشان می‌دهد. مقاله‌نامه شماره ۱۰۲ سازمان بین‌المللی کار، تأمین اجتماعی را به این صورت تعریف کرده است:

«تأمین اجتماعی به منزله حمایتی است که جامعه در قبال پریشانی‌های اجتماعی و اقتصادی پدید آمده به واسطه قطع یا کاهش شدید درآمد افراد بر اثر بیکاری، بیماری، بارداری، از کارافتادگی، سالمندی، فوت و همچنین افزایش هزینه‌های درمان و نگهداری خانواده (عائله‌مندی) به اعضای خود ارائه می‌دهد» (مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۸۶).

تله فقر از عواملی مانند ناتوانی‌های ذهنی و جسمی، سطح پایین سرمایه فیزیکی و انسانی، بهداشت ضعیف و ناکافی، سوءتغذیه و بازدهی پایین نیروی انسانی ناشی می‌شود. چرخه فقر ارتباط بین اشتغال، درآمد و فقر و محرومیت را نشان می‌دهد. بیمه‌های اجتماعی و مساعدت‌های اجتماعی به‌طور مستقیم از طریق جبران درآمد و یا به‌طور غیرمستقیم از طریق تأمین پوشاک، غذا، مسکن و دارو ایجاد امنیت کرده و بنابراین در کاهش و حذف فقر نقش بسزایی دارند (آبتین، ۱۳۹۰: ۲-۳).

تأمین اجتماعی با اخذ بیمه از شاغلان و اعطای مزایای کوتاه‌مدت و بلندمدت به ذینفعان در تعدیل و گسستن چرخه فقر نقش مهمی ایفا می‌کند (مسعودی‌اصل، ۱۳۸۸). علاوه بر فقر پدیده معلولیت و عواقب منفی جسمی، روانی و اجتماعی ناشی از آن یکی از موانع رشد و توسعه یک کشور قلمداد می‌گردد. معلولیت، پدیده‌ای ناخواسته و ناگوار است که گروهی از انسان‌ها ممکن است به‌ناچار در بخشی از زندگی خویش یا تمامی آن بدان دچار گردند.

هرچند تعدادی از نواقص به‌طور مادرزادی از بدو تولد عارض می‌گردند، اما سایر موارد در هر برهه‌ای از زندگی یک فرد ممکن است اتفاق افتد (باقرپور، ۱۳۹۵: ۱).

حوادث و تصادفات سالانه در کشور موجب خسارات و تلفات بالایی شده که منجر به معلولیت‌های بی‌شمار گردیده است. از سوی دیگر هر کشوری که تجربه جنگ را داشته باشد، تعداد زیادی جانباز و معلول جنگی در خود دارد. همچنین عدم رعایت اخلاق پزشکی و یا عدم درمان به دلیل ضعف اقتصادی و رسیدگی‌های سلامتی لازم در شرایط مختلفی منجر به تبدیل شدن یک فرد سالم به یک فرد معلول می‌شود (باقرپور، ۱۳۹۵: ۱).

اغلب افراد معلول، در تمام جنبه‌های زندگی به حاشیه رانده شده، احتمال بیکاری به دلیل تبعیض در آن‌ها بیشتر بوده و سطح رفاه اجتماعی و اقتصادی و کیفیت زندگی آن‌ها با تهدید مواجه است. امروزه تأمین رفاه گروه‌های دارای نیازهای خاص، وارد مباحث نظام‌های رفاهی شده است و توجه انسان‌دوستان و برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران را به خود جلب کرده است. به‌طوری‌که سازمان‌های مردم‌نهاد و دولت‌ها و نهادهای رفاهی به این مهم توجه نشان داده‌اند (مطلق و رزم، ۱۳۹۳: ۷).

با توجه به تعریف رفاه اجتماعی و اهداف رفاه اجتماعی که حفظ شأن افراد در آن اهمیت دارد و فرد را به هنگام برخی از مشکلات و محرومیت‌ها حمایت می‌کند؛ بنابراین خدمات توان‌بخشی به معلولین را هم می‌توان به‌عنوان مؤلفه‌ای از حمایت‌های اجتماعی در نظر گرفت که به‌طور عام به رفاه اجتماعی مربوط می‌شود.

فلسفه توان‌بخشی، امید بخشیدن است و آماده ساختن فرد معلول برای زندگی در جامعه و آماده‌سازی جامعه برای پذیرش وی به‌عنوان یک شهروند تا همانند دیگر افراد جامعه از فرصت‌های مختلف اجتماعی، اقتصادی و آموزشی به‌طور یکسان برخوردار شود. به‌عبارت‌دیگر توان‌بخشی عبارت از فرایندی متشکل از اقدامات هدفمند در جهت قادرسازی شخص معلول به‌منظور دستیابی به سطح نهایی توانایی و عملکرد جسمی، حرکتی، حسی، ذهنی، روانی، اجتماعی و حفظ این توانایی‌ها بوده و شامل این واقعیت است که فراسوی شرایط جسمی و روانی که مانع کارایی فرد می‌شود، نیازها و توانایی‌های دیگری هم نهفته است (تاج مزینانی، ۱۳۸۸: ۴۹).

اصول حاکم بر تأمین اجتماعی ایران

پس از پیروزی انقلاب اسلامی، امر سلامت همگانی و بازنگری و تجدید زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی و رفاهی در اولویت ویژه قرار گرفت؛ هر چند که پراکندگی‌های جمعیتی و وجود شرایط اقلیمی متفاوت، از جمله عوامل مؤثری بود که موجب نابرابری دسترسی جمعیت‌های مختلف به خدمات بهداشتی و درمانی و رفاهی مورد نیاز گردیده است. افزایش و ارائه خدمات رفاه و تأمین اجتماعی یکی از آرمان‌های انقلاب اسلامی بوده است؛ به نحوی که به صورت مستقیم و غیر مستقیم سه اصل قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران به این موضوع پرداخته است. در همین راستا بندهای دوم و چهارم اصل بیست و یکم قانون اساسی در زمینه حمایت مادران، بالخصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند و حمایت از کودکان بی سرپرست؛ و ایجاد بیمه خاص بیوگان و زنان سالخورده و بی سرپرست، اصل ۲۹ مبنی بر برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره به عنوان حقی همگانی و اصل ۳۱ قانون اساسی که مقرر می‌دارد «داشتن مسکن متناسب با نیاز، حق هر فرد و خانواده ایرانی است و دولت موظف است با رعایت اولویت برای آن‌ها که نیازمندترند، بالخصوص روستائینان و کارگران زمینه اجرای این اصل را فراهم کند» اصول حاکم بر رفاه اجتماعی ایران هستند.

هر چند که نظام تأمین اجتماعی در ایران دارای پراکندگی ارائه خدمات است و در مجموع نهادها و دستگاه‌هایی چند به صورت جداگانه به ارائه خدمات رفاهی و تأمین اجتماعی در حوزه‌های بیمه‌ای، امدادی و حمایتی می‌پردازند (که در بخش‌های بعدی به آن می‌پردازیم)؛ اما نماد مطرح و مبین آن در حوزه بیمه‌ای، سازمان تأمین اجتماعی است که بیشترین جمعیت را تحت چتر حمایتی خود دارد که بیش از ۴۱ میلیون نفر تحت پوشش این سازمان هستند (منوچهری راد و همکاران، ۱۳۸۹).

ویژگی‌های نظام تأمین اجتماعی در ایران

هر سیستمی دارای ویژگی‌هایی است که آن را از سایر سیستم‌ها و نظام‌های مشابه متمایز و برجسته می‌نماید. در ایران نیز علی‌رغم تفاوت و چندگانگی در نظام رفاه و

تأمین اجتماعی هر کدام از دستگاه‌ها و نهادهای خدمات‌دهنده رفاهی دارای ویژگی‌ها و شاخص‌هایی هستند که آن‌ها را نسبت به دستگاه دیگر متمایز و برجسته می‌کند. در میان دستگاه‌های خدمات‌دهنده در ایران سازمان تأمین اجتماعی نسبت به سایر دستگاه‌ها جامع‌تر و کامل‌تر است (معاونت حقوقی و امور مجلس تأمین اجتماعی، ۱۳۸۹). نوع مشارکت مخاطبان سازمانی در انجام مأموریت‌های این سازمان از یک‌سو و خدمات قابل‌ارائه سازمان از سوی دیگر، ویژگی‌های خاص را برای این سازمان رقم زده است که به آن پرداخته می‌شود.

▲ ارائه خدمات بر مبنای حق بیمه و اشتغال

به‌موجب این اصل، ارائه هر گونه خدمات به جامعه هدف و چگونگی حمایت از آن‌ها ارتباط مستقیم و حقیقی با اشتغال فرد موردنظر و نحوه پرداخت حق بیمه و مشارکت وی در پرداخت بخشی از این هزینه‌ها دارد که با کسر از میزان حقوق و دستمزد دریافتی وی و پرداخت به سازمان تأمین اجتماعی محقق می‌شود. در این راستا سه نوع رابطه، اعم از رابطه کارفرما و کارگر، رابطه خویش‌فرمایی و گروه‌های خاص بیمه‌ای تعریف شده و نحوه مشارکت بیمه‌شده و پرداخت حق بیمه برحسب نوع ارتباط با سازمان متفاوت خواهد بود.

در رابطه خویش‌فرمایی، فرد خود به‌صورت آزاد و بر اساس قوانین و ضوابط مقرر در قانون تأمین اجتماعی حق بیمه خویش را می‌پردازد و با مشارکت در تأمین این هزینه‌ها، واجد شرایط استفاده از خدمات تأمین اجتماعی می‌گردد (معاونت حقوقی و امور مجلس تأمین اجتماعی، ۱۳۸۹). گروه‌های بیمه‌ای خاص فاقد کارفرما نیز با حمایت دولت (و یا از طریق کارفرمای مجازی) در پرداخت بخشی از حق بیمه از معافیت بیمه‌ای سهم کارفرما برخوردار بوده و صرفاً با تقبل بخشی از هزینه‌ها (سهم بیمه‌شده) از مزایای تأمین اجتماعی بهره‌مند می‌شوند.

▲ مشارکت سه‌جانبه دولت، کارفرما و کارگر بیمه‌شده در شکل‌گیری خدمات

موردنظر

در میان سایر دستگاه‌های مکمل و موازی که بیشتر در حوزه‌های امدادی و حمایتی فعالیت دارند نسبت به سازمان تأمین اجتماعی که خدمات بیمه‌ای ارائه می‌دهد، اتکا بیشتر به پشتیبانی و حمایت دولت است و دولت به‌صورت یک‌جانبه به حمایت و

تقویت مالی و خط‌دهی اداری این سیستم‌ها می‌پردازد؛ ولی در سازمان تأمین اجتماعی این حرکت به صورت مثلث و با سه ضلع دولت، کارفرما و بیمه‌شده شکل می‌گیرند و علاوه بر پشتیبانی و حمایت خاص دولت، کارفرمایان و بیمه‌شدگان نیز در شکل‌گیری و تقویت روند خدمت‌رسانی نقش دارند.

▲ گستردگی و کیفیت خدمات تأمین اجتماعی نسبت به سایر دستگاه‌های خدمت‌رسان

خدمات ارائه‌شده توسط تأمین اجتماعی از نظر کمیت و کیفیت نسبت به سایر دستگاه‌ها سطح بالاتری دارد، به نحوی که در این سازمان ۲۱ نوع خدمت در انواع تعهدات کوتاه‌مدت و بلندمدت ارائه می‌شود.

در میان خدمات کثیر سازمان تأمین اجتماعی که به خدمات ۲۱‌گانه مشهور است؛ علاوه بر خدمات پزشکی و درمانی مابقی خدمات در بخش بیمه‌ای است. از کارافتادگی کلی، از کارافتادگی جزئی ناشی از کار، غرامت دستمزد ایام بارداری، کمک‌هزینه ازدواج، غرامت دستمزد ایام بیماری، تسهیلات موردی بلاعوض کارگشایی، مستمری بازماندگان، غرامت نقص عضو مقطوع، کمک‌هزینه کفن و دفن، کمک‌هزینه ارتز و پروتز، هزینه سفر و اقامت بیمار و همراه در صورت نیاز به مداوا و درمان در شهر و مرکز درمانی به‌غیر از محل سکونت، بن مستمری‌بگیران، حق اولاد، حق مسکن، مقرری بیکاری، مستمری بازنشستگی و کمک‌هزینه عائله‌مندی، از جمله خدماتی است که تأمین اجتماعی به بیمه‌شدگان و خانواده‌های آن‌ها ارائه می‌دهد (قاسمی، ۱۳۸۸).

خدمات تأمین اجتماعی و منابع مالی آن

سازمان تأمین اجتماعی؛ صندوق بازنشستگی کشوری؛ صندوق بازنشستگی کشاورزان، روستائیان و عشایر؛ و صندوق بازنشستگی نیروهای مسلح به‌عنوان چهار صندوق اصلی بیمه‌گر در کشور همراه با صندوق‌های اختصاصی به ارائه خدمات بیمه‌ای می‌پردازند (زارع، ۱۳۸۱). علاوه بر خدمات حوزه بیمه‌ای، ارائه خدمات پزشکی و درمانی نیز یکی دیگر از ضروریاتی است که بیمه‌شده به آن نیازمند است. بیمه‌شده‌ای که با مشارکت و پرداخت حق بیمه و حق سرانه درمان همواره چشم‌امید به روزی دوخته است که بتواند از این خدمات استفاده کند و با حمایت درمانی سازمان تأمین

اجتماعی از وی مقداری از درد و آلام او کاسته شود. در این خصوص سازمان تأمین اجتماعی با اتخاذ و ایجاد سازو کارهایی سعی در ارائه خدمات به بیمه‌شدگان، مخاطبان و شرکای سازمانی خود دارد که می‌توان خدمات درمان تأمین اجتماعی را در دو حوزه درمان مستقیم و غیرمستقیم تقسیم‌بندی کرد.

البته باید اذعان کرد که بخش درمان تأمین اجتماعی بار مالی زیادی نیز برای این سازمان دارد و حتی می‌توان گفت بیشترین بار مالی و هزینه در این بخش است که مکمل اصلی برای ارائه خدمات بیمه‌ای محسوب می‌شود (قاسمی، ۱۳۸۸).

▲ بخش درمان مستقیم

در این بخش سازمان با ۶۷ بیمارستان، ۲۶۸ درمانگاه، ۷ کلینیک و ۳۲۰۵۸ کادر درمانی و اداری در خدمت بیمه‌شدگان است. در بخش درمان مستقیم، بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با مراجعه به مراکز درمانی ملکی سازمان تأمین اجتماعی و ارائه دفترچه بیمه خود به‌صورت رایگان از خدمات درمانی بهره‌مند می‌شوند؛ البته باید گفت بیمه‌شدگان حرف و مشاغل آزاد ۲۵ درصد را به‌عنوان فرانشیز پرداخت می‌نمایند.

▲ بخش درمان غیرمستقیم

در این بخش سازمان تأمین اجتماعی، با خرید خدمات پزشکی و درمانی و از طریق عقد قرارداد با سایر پزشکان و مراکز درمانی، دارویی و تشخیصی، متعلق به بخش خصوصی و دولتی خصوصاً در شهرستان‌هایی که سازمان، مراکز درمانی ملکی ندارد با هدف تأمین نیازهای بیمه‌شدگان و خانواده‌های آنها و به‌منظور جبران کمبود مراکز درمانی و پرداخت بخشی از هزینه‌ها تحت فرانشیز، به بیمه‌شدگان خود خدمات درمانی ارائه می‌دهد و در صورت نیاز و یا نبودن برخی خدمات پزشکی موردنیاز در بیمارستان‌های ملکی تأمین اجتماعی، بیمار را به مراکز درمانی دیگر اعزام و هزینه‌های آن را پرداخت می‌نماید.

▲ سایر خدمات حوزه درمانی

علاوه بر خدمات ارائه‌شده فوق‌الذکر سازمان تأمین اجتماعی در زمینه اسناد پزشکی، کمسیون‌های پزشکی و از کارافتادگی نیز به بیمه‌شدگان خود خدمات ارائه می‌دهد. کمسیون‌های پزشکی و از کارافتادگی در دو مرحله بدوی و تجدیدنظر فعال هستند و به رسیدگی و بررسی درخواست‌های بیمه‌شدگان که بنا به علل بیماری و درمانی

درخواست از کارافتادگی دارند، رسیدگی می‌نمایند.

در این کمیسیون‌ها در مرحله بدوی و تجدیدنظر، یک پزشک جراح عمومی به‌عنوان رئیس کمیسیون به پیشنهاد مدیر درمان و تصویب و ابلاغ معاونت درمان، یک نفر پزشک متخصص داخلی به‌عنوان عضو ثابت، یک نفر پزشک متخصص در بیماری مربوطه، مشاور فنی با پیشنهاد اداره کل تأمین اجتماعی و ابلاغ معاونت درمان و یک منشی حضور دارند.

علاوه بر این موارد در بخش درمان تأمین اجتماعی تأمین وسیله‌های کمکی پزشکی (اعضای مصنوعی؛ اوروتز پروتز) نیز به بیمه‌شدگان بیمار فعال است. همچنین مخارج مسافرت و هزینه اقامت بیمار و همراه در صورتی که معالجه بیمار مستلزم انتقال وی از محل زندگی به شهر دیگری باشد و یا در صورتی که بیمار نیاز به همراه داشته باشند. هزینه همراه وی تا ۵۰ درصد معادل حقوق بیمه‌شده را پرداخت می‌نماید.

انواع از کارافتادگی در مبانی قانونی

در این قسمت به مبانی قانونی تعریف از کارافتادگی و انواع آن و سپس نحوه محاسبه آن پرداخته می‌شود.

یکی از مباحث حقوق کار، تعیین وضعیت کارگران از کارافتاده به‌منظور استفاده از مزایایی است که قوانین تأمین اجتماعی برای آنان در نظر گرفته است؛ برای مثال باید اشاره کرد که به‌موجب اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران دولت موظف است از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی را در خصوص فرد از کارافتاده تأمین کند.

این اصل مقرر می‌کند: «بر خورنداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و غیره حقی است همگانی، دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند».

قوانین مختلفی در زمینه از کارافتادگی وجود دارد که عبارت‌اند از: لایحه قانونی راجع

به برقراری حقوق وظیفه درباره کارکنان دولت و مشمولین قانون تأمین اجتماعی که در جریان انقلاب اسلامی ایران از کارافتاده یا به درجه شهادت نائل شده یا میشوند، مصوب ۱۳۵۸/۹/۲۱، لایحه قانونی الحاق یک تبصره به لایحه قانونی راجع به برقراری حقوق وظیفه ... مصوب ۱۳۵۸/۱۲/۲۷؛ قانون راجع به برقراری مستمری درباره بیمه شدگانی که به علت همکاری با نیروهای مسلح، شهید یا معلول شده یا بشوند مصوب ۱۳۶۰/۱۱/۱۸؛ قانون برقراری حقوق وظیفه از کارافتادگی و وظیفه عائله تحت تکفل به جانبازان ... مصوب ۱۳۶۱/۱۱/۲۵؛ قانون الحاق یک تبصره به ماده چهار قانون برقراری ... مصوب ۱۳۶۳/۱۱/۶ - لایحه قانونی شمول مواد ۶۰، ۷۰، ۷۱، ۷۲ و ... مصوب ۱۳۵۸/۶/۲۶؛ قانون اصلاح لایحه قانونی شمول مواد ۶۰، ۷۰، ۷۱ مصوب ۱۳۷۰/۵/۱۸ ماده ۷۶ قانون کار مصوب ۱۳۶۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام، ماده ۳ قانون ترویج تغذیه با شیر نادر مصوب ۱۳۶۹/۱۲/۲۲ و تبصره الحاقی مصوب ۸۰/۱/۲۲ به همین ماده، قانون تنظیم خانواده و جمعیت مصوب ۷۲/۲/۲۶ و بخشنامه ۱/۶۱۸ فنی مورخ ۸۴/۹/۲۷.

تعریف از کارافتادگی در ماده ۷۰، قانون تأمین اجتماعی به صورت زیر آمده است:

الف: هرگاه درجه کاهش قدرت کار بیمه شده ۶۶ درصد و بیشتر باشد از کارافتاده کلی شناخته می شود.

ب: چنانچه میزان کاهش قدرت کار بیمه شده بین ۳۳ تا ۶۶ درصد و به علت حادثه ناشی از کار باشد از کارافتاده جزئی شناخته می شود.

ج: اگر درجه کاهش قدرت کار بیمه شده بین ۱۰ تا ۳۳ درصد بوده و موجب آن حادثه ناشی از کار باشد استحقاق دریافت غرامت نقص مقطوع را خواهد داشت.

پس چنانچه مشخص شد و طبق تعاریف بالا، مستمری از کارافتادگی به بیمه شدگانی پرداخت می شود که طبق نظر پزشک معالج و کمیسیون های پزشکی برابر ماده ۹۱ قانون تأمین اجتماعی توانایی کار خود را به صورت کلی یا جزئی از دست داده باشند.

چنانچه بیمه شده در اثر حادثه ناشی از کار یا بیماری از کارافتاده کلی شود، بدون در نظر گرفتن سابقه پرداخت بیمه، برابر ماده ۷۱ قانون تأمین اجتماعی واجد شرایط دریافت مستمری از کارافتادگی کلی می باشد.

میزان و نحوه محاسبه این نوع مستمری ماهانه عبارت است از ۵۰ درصد حقوق

متوسط بیمه‌شده (جمع حقوق دریافتی بیمه‌شده در مدت ۷۲۰ روز قبل از وقوع حادثه ناشی از کار یا بیماری تقسیم‌بر روزهای کار ضرب‌در ۳۰) - ضرب‌در سنوات حق پرداخت بیمه، مشروط بر اینکه از ۵۰ درصد حقوق متوسط ماهانه کمتر و از ۱۰۰ درصد آن بیشتر نباشد. در خصوص بیمه‌شدگانی که دارای همسر و فرزند یا پدر و مادر تحت تکفل هستند و مستمری استحقاقی آن‌ها از ۶۰ درصد مزد یا حقوق متوسط آن‌ها کمتر باشد، علاوه بر مبلغ یاد شده آن معادل ۱۰ درصد نیز مستمری استحقاقی پرداخت می‌شود؛ به شرطی که جمع مستمری و کمک از ۶۰ درصد تجاوز نکند (برابر ماده ۷۲ قانون تأمین اجتماعی). اگر بیمه‌شده در مدت ۱۰ سال قبل از وقوع حادثه یا بیماری حداقل حق بیمه یک سال را پرداخت کرده باشد و در مدت یک سال قبل از حادثه و بیماری نیز سابقه پرداخت حق بیمه ۹۰ روز را داشته باشد؛ می‌تواند در صورت از کارافتادگی کلی، از مستمری از کارافتادگی کلی غیر ناشی از کار استفاده کند (برابر ماده ۴۸ مستمری از کارافتادگی جزئی ناشی از کار، بیمه‌شده‌ای که به علت حادثه ناشی از کار بین ۳۳ تا ۶۶ درصد توانایی خود را از دست دهد، از کارافتاده جزئی شناخته می‌شود که برای تعیین میزان مستمری آن حاصل ضرب درصد از کارافتادگی در مبلغ مستمری از کارافتادگی کلی استحقاقی محاسبه و پرداخت می‌شود که این علاوه بر حقوقی است که از محل کار خود نیز دریافت می‌کند) (معاونت فنی درآمد سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۸۱).

مزایای رفاه و تأمین اجتماعی به معلولین

در این بخش ضمن بررسی قوانین بالادستی در ارتباط با رفاه معلولین به نقد آن در عمل پرداخته خواهد شد.

در ماده ۴ «قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی» در سه بند از اهداف وظایف حوزه حمایتی و توان‌بخشی به معلولان توجه شده است این سه بند عبارت‌اند از:

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.
ک- 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.

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

معلولین از دیدگاه توان‌بخشی به سه دسته تقسیم می‌شوند که عبارت‌اند از: معلولین جسمی، معلولین ذهنی - روانی و معلولین اجتماعی.

همچنین معلولین در ایران به دو نوع معلولین جنگی یا جانبازان و معلولینی که در نتیجه حوادث، بیماری‌ها و علل ژنتیکی هستند تقسیم می‌شوند. دسته اول تحت حمایت بنیاد ایثارگران و دسته دوم تحت حمایت بهزیستی هستند و به لحاظ دریافت مقرری تحت پوشش کمیته امداد می‌باشند. قوانین مربوط به پرداخت حق بیمه و دریافت مقرری یا مستمري در تأمین اجتماعی برای معلولین با جانبازان متفاوت است؛ اما در کل شامل کاهش ساعات کاری، کاهش مجموع سنوات کاری و معافیت از مالیات، تخفیف در پرداخت حق بیمه و مقرری‌های خاص از کارافتادگی می‌باشد. در این مجال به خدمات نظام رفاهی تأمین اجتماعی و به‌خصوص سازمان بهزیستی کشور پرداخته و ضمن نقد برخی قوانین و شرح نقص در عملکرد به برخی زمینه‌ها که سازمان تأمین اجتماعی را از نظر قانونی در باب معلولین با سازمان بهزیستی مرتبط می‌سازد می‌پردازیم اما خدمات کمیته امداد و هلال‌احمر و بنیاد ایثارگران در مجال این بحث نمی‌گنجد اما در برخی موارد به تبعیضات و موازی کاری‌ها اشاره خواهد شد.

در این مجال به ارتباط سازمان بهزیستی با تأمین اجتماعی معلولان پرداخته می‌شود، سپس قوانین مربوطه به معلولین حتی‌المقدور در دیگر قوانین تصویب شده مورد نقد و بررسی قرار می‌گیرند.

▲ کمک‌هزینه درمانی

در سازمان بهزیستی قانونی به‌عنوان «کمک‌هزینه درمانی» وجود دارد که اگر مددجویی به هر دلیلی (البته غیر از اعمال جراحی زیبایی) اقدام کند و یا هزینه‌هایی از بابت آزمایش، سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن، ام‌آر‌آی، هزینه‌های بیمارستانی و بستری متحمل شود؛ می‌تواند علاوه بر استفاده از خدمات دفترچه درمانی و بیمه تکمیلی ارائه‌شده از سوی سازمان بهزیستی با ارائه فاکتور هزینه‌ها با مهر و امضا به مددکار بهزیستی از حداقل ۳۰ درصد کمک‌هزینه درمانی برخوردار بشود. لازم به ذکر است که این خدمت شامل ویزیت و خرید دارو نمی‌شود.

▲ بیمه عمر و بازنشستگی

هر کدام از مددجویان بهزیستی می‌توانند با مراجعه به مددکار مربوطه نسبت به بیمه بازنشستگی اقدام کنند. این قانون به نحوی است که مددکار موظف به معرفی مددجوی واجد شرایط به سازمان تأمین اجتماعی می‌باشد و پس از انجام آزمایش‌های لازم از سوی کمیسیون‌های پزشکی دو سازمان، قراردادی توسط سازمان بهزیستی با تأمین اجتماعی عقد می‌گردد که بر اساس آن حق بیمه خویش‌فرمایی مددجو از سوی بهزیستی پرداخت گردد. پس از ده سال مستمری بازنشستگی از سوی سازمان تأمین اجتماعی به مددجویان تعلق می‌گیرند. توضیح اینکه بعد از انعقاد قرارداد، فرد موردنظر باید هر سه ماه یک‌بار جهت پرداخت حق بیمه به شعبه کارگزاری تأمین اجتماعی مراجعه کند و بعد از پرداخت ۱۸ درصد حق بیمه در بانک‌های مربوطه، فیش را به رؤیت مددکار مربوطه سازمان بهزیستی جهت درج در پرونده مددجو به‌منظور بازگشت حداقل ۷۵ درصد حق بیمه از سوی سازمان بهزیستی به مددجو برساند. البته حق بیمه‌ها به نسبت شدت معلولیت که از سوی کمیسیون‌های پزشکی تعیین شده درجه‌بندی می‌گردد. برای مثال فرد نایب‌ای مطلق یک‌سوم حق بیمه یک نیمه بینا را پرداخت می‌کند؛ زیرا مستمری از کارافتادگی به نیمه‌بینایان یا معلولین با درجه ضعیف تعلق نمی‌گیرد. در عمل اما بی‌عدالتی که واقع گردیده این است که حق بیمه زنان سرپرست خانوار تمام و کمال پرداخت می‌شود اما روال اداری پیچیده برای فرد معلول سردرگمی در پی دارد.

▲ استفاده از سهمیه جبران عدم کارایی

بر اساس طرح جبران عدم کارایی که از طرح‌های سازمان بهزیستی برای حمایت از اشتغال معلولین است؛ مددجو به شرط پرداخت ۵۰ درصد دستمزد به جلب نظر یک کارفرما جهت جذب وی به کار می‌پردازد و مابقی آن از سوی سازمان بهزیستی پرداخت می‌گردد و اگر تلاشش منجر به عقد قرارداد کاری با کارفرما گردید از ۲۰ درصد تخفیف مالیات برخوردار می‌شود که در لایحه جامع حمایت از معلولین که بعد از تصویب به قانون تبدیل شده، این تخفیف ۱۰۰ درصد اعمال می‌شود. در صورت پذیرش کارفرما، سازمان بهزیستی برای مددجوی موردبحث، پرونده اشتغال تشکیل داده و مددکار موظف است در کمیته اشتغال مطرح کند تا با وی قرارداد پنج‌ساله بسته شود. در حال حاضر سهم پرداختی بهزیستی دویست هزار تومان است

که شش ماه یک‌بار مستقیماً به کارفرما برای پرداخت به مددجو واریز می‌شود. اگر این مراکز وابسته به بهزیستی باشد، باید با افراد معلول قرارداد ببندند.

قوانین مرتبط با معلولین

در اصول متعدد قوانین بالادستی یعنی قانون اساسی، قوانین مربوط به حقوق شهروندی، قانون ساختار جامع رفاه و تأمین اجتماعی بر رویکرد عادلانه، پرهیز از تبعیض و موازی‌کاری تأکید شده است. به‌موجب ماده ۵ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، اهداف حوزه بیمه‌ای عبارت است از:

- الف) گسترش نظام بیمه‌ای و تأمین سطحی همگانی برای آحاد جامعه با اولویت دادن به بیمه‌های مبتنی بر بازار کار و اشتغال.
- ب) ایجاد هماهنگی و انسجام بین بخش‌های مختلف بیمه‌های اجتماعی و درمانی.

ماده ۱: اهداف وظایف حوزه حمایتی و توان‌بخشی به شرح زیر است:

- الف) سازماندهی و هدفمند کردن یارانه‌ها و منابع حمایتی.
- ب) هماهنگی بخش‌های مختلف دولت در راستای پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی.
- ج) مشارکت در تعیین خط فقر (مطلق و نسبی).
- د) حمایت از افراد جامعه در برابر رویدادهای اقتصادی، اجتماعی و پیامدهای سوء آن‌ها خصوصاً در زمینه بیکاری، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی و پیری.
- ه) تأمین حداقل زندگی برای همه افراد و خانواده‌هایی که درآمد کافی ندارند با اولویت افرادی که به دلایل جسمی و روانی قادر به کار نیستند.
- و) پرداخت مقرری به افراد جویای کار به شکل وام و برای مدت محدود.



- (ز) تحت پوشش قرار دادن خانواده‌های بی‌سرپرست و زنان خودسرپرست.
- (ح) فراهم‌سازی امکانات، آموزش بازتوانی و ایجاد مهارت‌های شغلی خانوارهای نیازمند.
- (ط) حمایت از مادران به‌خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند.
- (ی) تأمین خدمات پیشگیری از بروز یا تشدید معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی در گروه‌های هدف و تحت پوشش قرار دادن آن‌ها.

▲ قانون نحوه بازنشستگی جانبازان انقلاب اسلامی ایران و جنگ تحمیلی و

معلولین عادی و شاغلین مشاغل سخت و زیان‌آور

در این قانون آمده است؛ کلیه وزارتخانه‌ها، شرکت‌ها، مؤسسات دولتی، شهرداری‌ها، بانک‌ها، مؤسسات و شرکت‌ها و سازمان‌هایی که شمول قانون بر آن‌ها مستلزم ذکر نام است، می‌توانند مستخدمین معلول (اعم از جانبازان انقلاب اسلامی ایران و جنگ تحمیلی، معلولین حوادث ناشی از کار، بیماران ناشی از شرایط خاص کار و معلولین عادی) رسمی یا ثابت یا دارای عناوین مشابه خود را (به‌جز کارگران مشمول قانون کار)، به شرط داشتن حداقل بیست سال تمام سابقه خدمت، بر اساس درخواست کتبی آنان و تصویب شورای امور اداری و استخدامی کشور، با افزودن سنوات خدمت ارفاقی که مدت آن ذیلاً بر حسب نوع و درجه معلولیت و یا بیماری مشخص گردیده است، به مدت خدمات آنان بدون پرداخت کسور فقط از لحاظ احتساب حقوق بازنشستگی بازنشسته‌نمایند.

۱- در مورد جانبازان انقلاب اسلامی ایران و جنگ تحمیلی در درجات بین ۲۰٪ تا ۴۰٪ نقص عضو یا اعضاء یا کاهش توانایی‌ها برای انجام کار حداقل سه و حداکثر شش سال و درجات بین ۴۰٪ تا آستانه از کارافتادگی کامل حداقل شش و حداکثر ده سال به تناسب درجات فوق به جمع سنوات خدمت مستخدمین افزوده می‌شود. ملاک ارفاق از نظر درجه معلولیت بالاترین میزان معلولیت از آغاز تا زمان بازنشستگی است.

۲- در مورد معلولیت‌های مربوط به حوادث ناشی از کار و یا بیماری‌های ناشی از شرایط خاص کار در درجات بین ۲۰٪ تا ۴۰٪ نقص عضو یا اعضا و یا کاهش توانایی‌ها برای انجام کار حداقل دو و حداکثر پنج سال و درجات بین ۴۰٪ تا آستانه از کارافتادگی کامل حداقل پنج و حداکثر هشت سال به‌تناوب درجات فوق به جمع سنوات خدمت مستخدم افزوده می‌شود.

۳- در مورد معلولین عادی که به دلایل غیر ناشی از کار معلول شده‌اند در درجات بین ۲۰٪ تا ۴۰٪ نقص عضو یا اعضا یا کاهش توانایی‌ها برای انجام کار حداقل دو و حداکثر سه و در درجات بین ۴۰٪ تا آستانه از کارافتادگی کامل حداقل سه و حداکثر شش سال به تناسب درجات فوق به سوابق خدمت مستخدم اضافه می‌شود.

تبصره ۱- تشخیص درجه معلولیت جانبازان انقلاب اسلامی و جنگ تحمیلی به عهده کمیسیون پزشکی بنیاد شهید و تشخیص نوع معلولیت و درجات نقص عضو یا اعضا و یا کاهش توانایی برای انجام کار در مورد افراد مشمول این قانون به عهده کمیسیون پزشکی معتمد متشکل از حداقل سه نفر از افراد متخصص برحسب نوع معلولیت و یا بیماری با معرفی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خواهد بود و تعیین مدت سنوات ارفاقی بر اساس موارد فوق‌الذکر با شورای امور اداری و استخدامی کشور می‌باشد.

تبصره ۲- مستخدمینی که به استناد ماده ۷۹ قانون استخدام کشوری و مقررات مشابه آن در قوانین دستگاه‌های مذکور در این لایحه از کارافتاده می‌شوند، حداقل سه سال به سنوات خدمت آنان بدون پرداخت کسور از لحاظ بازنشستگی اضافه خواهد شد و در صورتی که با ارفاق مذکور، خدمت این قبیل افراد از پانزده سال کمتر شود مدت خدمت آنان پانزده سال منظور خواهد شد.

تبصره ۳- شاغلین مشاغل سخت و زیان‌آور که وظایف مربوط به شغل آنان باعث بروز ناراحتی‌های جسمی و روحی می‌گردد، می‌توانند با داشتن حداقل بیست سال سابقه خدمت بر اساس درخواست کتبی خود با حداکثر پنج سال ارفاق بازنشسته شوند.

در فصل هفتم قانون ساختار تأمین اجتماعی آمده است: افرادی که در مناطق بد آب‌وهوا و مشاغل سخت فعالیت می‌کنند مشمول پنج سال کاهش سنوات می‌گردند؛

اما فرد معلولی که در بازار کار وارد شده و فعالیت می‌کند از هیچ قانون حمایتی در باب کاهش سنوات خدمت از سوی سازمان تأمین اجتماعی برخوردار نیست در اصلاحیه قانون جامع حمایت از معلولین که در سال ۱۳۹۵ از سوی دولت تصویب شده اما هنوز در مجلس شورای اسلامی به‌عنوان قانون با موانع شورای نگهبان بوده ۲۵ سال لحاظ شده است (به فصل هفت قانون مواد ۷۶ مراجعه شود).

در باب مرگ فرد بیمه‌شده، امتیازی که برای افراد معلول مجرد قائل گردیده است، دریافت مستمری به‌شرط عدم دریافت مستمری از نهادهای دیگر است نقدی که به این ماده وارد است پرداخت ده سال حق‌بیمه فرزند معلول وی را از حمایت برخوردار می‌نماید.

در باب فصول مربوط به مستمری‌های سازمان که به افراد تحت پوشش بیمه‌شده پرداخت می‌گردد، در کشورهای توسعه‌یافته اگر نهادهای دیگر به فرد مستمری پرداخت نمایند، موجب قطع مستمری از سوی تأمین اجتماعی نمی‌گردد؛ اما در ایران شرط پرداخت مستمری از سوی سازمان تأمین اجتماعی عدم دریافت مستمری از نهادهای دیگر است و این موضوع برای انواع مستمری صدق می‌کند.

مفاد مربوط به حق برخورداری شهروندان از عدالت اجتماعی، رفاه و کیفیت زندگی بالا و رفع تبعیضات اجتماعی و فقر به کرات در فصل مربوط به ایران آمده است که در مقام عمل متأسفانه با چند نقد مواجه است.

نبود رویکرد یکسان و عادلانه و دور از تبعیض در خدمت‌رسانی به معلولین؛ این امر به‌ویژه در تفاوت امتیازات و سهمیه‌ها در قوانین مربوط به معلولین جنگی و معلولین تحت پوشش سازمان بهزیستی مشاهده می‌گردد.

موازی‌کاری و عدم شفافیت نهادهای خدمت‌رسان هم منجر به عدم تقویت جامعه مدنی در خدمت‌رسانی به معلولین می‌گردد و هم انگیزه نهادهای خیریه و بخش خصوصی را در ورود به این عرصه تضعیف می‌کند (روستایی، ۱۳۹۰).

یکی دیگر از قوانین که معلولین هم شامل مقررات آن می‌شوند؛ مثلاً در ماده ۳ همین قانون است که خانوارهای دارای فقر شدید، به‌صورت کامل تحت پوشش چتر ایمنی رفاه اجتماعی، قرار می‌گیرند و اولویت ارائه خدمات به خانوارهای دارای فقر مطلق، به ترتیب زیر خواهد بود:

فقر شدید: وضعیتی است که در آن، اگر تمامی درآمد خانوار، صرف تهیه غذا شود سرپرست خانوار، قادر به تأمین ۲۳۳۳ کیلو کالری روزانه برای هر فرد، بر مبنای سبد مطلوب غذایی نباشد.

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

کودکان بی سرپرست زنان سرپرست خانوار و خودسرپرست سالمندان

معلولان سایرین (بیکاران، معتادان، بیماران مزمن جسمی و روانی و ...)



اما نقد وارده هیچ سازوکار کارشناسی برای شناسایی گروه‌های هدف از سوی سازمان‌های مذکور، تعریف نشده یا عملی نمی‌گردد یا شفافیتی در سازوکارها نیست و همچنین موازی کاری در نهادهای مربوط کیفیت خدمات را تحت الشعاع قرار داده و بسیاری از افراد هم به دلیل ناآگاهی از این قوانین و هم به دلیل تبعیض‌ها و سازوکار نادرست شناسایی گروه‌های هدف از خدمات محروم می‌مانند.

در آیین‌نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی مصوب ۱۳۸۴، به نحوه تحت پوشش قرار گرفتن معلولین در نهادهای زیرمجموعه وزارت رفاه اشاره شده است در ماده این قانون آمده است: «اقدامات و برنامه‌های حمایتی موضوع این آیین‌نامه عبارت‌اند از: امنیت، تغذیه، بهداشت و درمان پایه، اشتغال مولد، توانمندسازی، ارتقای آگاهی عمومی، مسکن و مدیریت مخاطرات است.

تبصره: میزان و نوع خدمات موردنیاز، توسط وزارت رفاه با رعایت قوانین و مقررات حمایتی موجود با همکاری نهادها و دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط ظرف مدت یک ماه از تاریخ تصویب این آیین‌نامه، تدوین و پس از تصویب شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی به‌عنوان اولویت‌های اجرایی، به نهادها و دستگاه‌های ذی‌ربط ابلاغ می‌گردد.

نهادها و دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط در چهارچوب اعتبارات سالانه مرتبط خود و اعتبارات اختصاص‌یافته از سوی وزارت رفاه، مکلف‌اند مطابق اولویت‌های ابلاغ‌شده برنامه‌های عملیاتی و تخصیص منابع خود را تنظیم و اجرا نمایند».

عدم شفافیت در این مواد و تبصره‌ها نیز خودنمایی می‌کند. هیچ اشاره‌ای به نهادهای مربوطه و چگونگی هماهنگی بین بخشی و نحوه اقدام آن‌ها نگردیده است.

ازجمله قوانین مهمی که در سال ۱۳۸۳ به تصویب مجلس رسید و توسط نظام رفاهی کشور در قبال معلولین اجرایی شد و در سال ۱۳۹۵ بازبینی و اصلاح گردید (البته هنوز به سبب بار مالی به صورت کامل اجرایی نمی‌گردد)، قانون جامع «حمایت از حقوق معلولین» است. این قانون در ۱۶ ماده در بخش‌های مناسب‌سازی، توان‌بخشی، آموزش، اشتغال حرفه‌آموزی و خدمات درمانی و توان‌بخشی تصویب شده است. نکته جالبی که در این قانون جلب توجه می‌کند، ماده ۱۶ این قانون است که پس از برشمردن خدمات و امتیازاتی که این قانون برای معلولین کشور قائل شده و پس از برشمردن محل‌های جذب اعتبارات موردنیاز اجرای این قانون در تبصره ۲ اذعان می‌دارد که در صورت عدم تأمین اعتبارات موردنیاز قانون اجرا نخواهد شد.

در مورد تأمین اعتبار موردنیاز برای تحت پوشش قرار دادن معلولین در این آیین‌نامه در ماده ۱۶ آمده است:

۱- از محل اعتباراتی که دستگاه‌ها و نهادها، حسب وظایف قانونی در قوانین بودجه سالانه منظور می‌نمایند.

۲- از محل اعتبارات هزینه‌ای و تملک سرمایه‌ای سازمان بهزیستی کشور که تاکنون از محل اعتبارات مذکور خدمات لازم را به معلولان ارائه می‌داده است.

۳- از محل وجوه واصله از اجرای طرح هدفمند کردن یارانه‌ها در کشور.

۴- از محل صرفه‌جویی در هزینه‌های دستگاه‌ها، شرکت‌های دولتی و نهادهای عمومی که میزان سالانه آن برای هر یک از دستگاه‌ها و شرکت‌ها و نهادها را هیئت‌وزیران مشخص می‌نماید.

تبصره ۱- آیین‌نامه اجرایی این ماده توسط سازمان بهزیستی کشور و سازمان مدیریت

و برنامه‌ریزی کشور تهیه و به تصویب هیئت‌وزیران خواهد رسید.

تبصره ۲- آن تعداد و یا بخشی از مواد این قانون که نیاز به اعتبار جدید داشته باشد، مادامی که اعتبار لازم از محل منابع مذکور در این ماده تأمین نگردد، اجرا نخواهد شد. در ماده ۱۲ نیز بر شفاف شدن تعداد معلولین از طریق سرشماری‌هایی که از سوی سازمان آمار کشور انجام می‌گیرند، تأکید می‌شود. در سرشماری اخیر سال ۱۳۹۵ نیز شاهد سازوکار دقیقی از سوی این نهاد برای مشخص شدن تعداد معلولین کشور نبودیم و این یکی دیگر از نواقص سازوکار شناسایی قشر معلول به‌منظور خدمت‌رسانی است. توضیح اینکه تعداد معلولین کشور را عمدتاً بیش از یک درصد کل افراد جامعه تخمین می‌زنند که افراد تحت پوشش سازمان بهزیستی حدود یک میلیون می‌باشد که سیصد هزار نفر مشمول دریافت مستمری این نهاد می‌شوند؛ این خود نشانگر درصد بالای افراد شناسایی نشده و محروم از خدمات این نهاد است.

در مقام عمل نیز بسیاری از مفاد این قانون یا با نقص اجرایی می‌شود یا اصلاً اجرایی نمی‌گردد؛ برای مثال قانون مربوط به نیم‌بها بودن خدمات حمل‌ونقل؛ معلولان می‌توانند در استفاده از امکانات ورزشی، تفریحی، فرهنگی و وسایل حمل‌ونقل دولتی (مترو، هواپیما، قطار) از تسهیلات نیمه‌بها بهره‌مند گردند.

تبصره - وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سازمان تربیت‌بدنی و شهرداری‌ها موظف‌اند کتابخانه، اماکن ورزشی، پارک و اماکن تفریحی خود را به نحوی احداث و تجهیز نمایند که امکان بهره‌مندی معلولان فراهم گردد.

اما در واقع شرکت‌های خصوصی ریلی و هوایی خود را ملزم به اجرای این قانون نمی‌دانند. علت این امر آن است که در کشور ایران و اکثر کشورهای توسعه‌نیافته، اعتماد چندان از سوی دولت به بخش خصوصی و میزان اثرگذاری آن به هنگام ورود به هر عرصه‌ای وجود نداشته است. بخش خصوصی نیز به‌واسطه همین بی‌اعتنایی، توان و انگیزه لازم برای ورود به بخش‌های حمایتی را از دست می‌دهد. دولت نیز به این بخش‌ها هیچ کمکی به‌منظور وارد شدن به این عرصه‌ها نمی‌نماید. همچنین شهرداری‌ها نیز در شهرها قوانین را به‌صورت محلی تفسیر و اجرا می‌کنند؛ برای مثال حمل‌ونقل عمومی، مترو و اتوبوس برای معلولین ساکن شهر تهران رایگان است؛ ولی در شهر کرج که یک ساعت از تهران فاصله دارد، این قانون

اجرا نمی‌شود. سازمان بهزیستی نیز برای کمک به سفر بین‌شهری معلولین با اتوبوس فقط در شهر تهران و با سازوکار اداری پیچیده‌ای هزینه را پرداخت می‌کند. همچنین از دیگر قوانین مندرج در این مجموعه تأکید بر مناسب‌سازی اماکن عمومی پارک‌ها و ساختمان‌های دولتی و ملزم کردن شهرداری به عدم صدور مجوز برای ساختمان‌هایی است که این استانداردها را رعایت نکنند. این قانون چون در آغاز راه است برای قضاوت و نقد، زمان لازم است؛ اما در نقد این قانون نیز اولاً اعتبار کاملی برای این امر مهم که می‌تواند استقلال و اعتمادبه‌نفس را به معلولین بازگرداند اختصاص نمی‌یابد و همچنین در مناطق مختلف کشور با تفاسیر مختلف و به‌طور ناقص اجرایی می‌شود؛ برای مثال برخی شهرها مناسب‌سازی را مساوی با تسطیح پیاده‌رو می‌دانند.

مسئله دیگری که باید در اینجا اشاره شود، نحوه همکاری مؤسسات دولتی و عمومی برای بهره‌مندی معلولین در خدمات اجتماعی و رفاهی است که در ماده ۲ قانون جامع حمایت از معلولین بدین نحوه اشاره شده است:

ماده ۲- کلیه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، مؤسسات، شرکت‌های دولتی و نهادهای عمومی و انقلابی موظف‌اند در طراحی، تولید و احداث ساختمان‌ها، اماکن عمومی و معابر و وسایل خدماتی به نحوی عمل نمایند که امکان دسترسی و بهره‌مندی از آن‌ها برای معلولان همچون افراد عادی فراهم گردد.

تبصره ۱- وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و مؤسسات، شرکت‌های دولتی و نهادهای عمومی و انقلابی موظف‌اند جهت دسترسی و بهره‌مندی معلولان، ساختمان‌ها و اماکن عمومی، ورزشی و تفریحی، معابر و وسایل خدماتی موجود را در چهارچوب بودجه‌های مصوب سالانه خود مناسب‌سازی نمایند.

تبصره ۲- شهرداری‌ها موظف‌اند از صدور پروانه احداث و یا پایان کار برای آن تعداد از ساختمان‌ها و اماکن عمومی و معابری که استانداردهای تخصصی مربوط به معلولان را رعایت نکرده باشند، خودداری نمایند.

تبصره ۵- سازمان بهزیستی کشور مجاز است بر امر مناسب‌سازی ساختمان‌ها و اماکن دولتی و عمومی دستگاه‌های مذکور در ماده فوق نظارت و گزارشات اقدامات آن‌ها را درخواست نماید.

تبصره ۱- آیین‌نامه اجرایی ماده فوق‌ظرف سه ماه به‌طور مشترک توسط وزارت مسکن و شهرسازی، سازمان بهزیستی کشور و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور تهیه و به تصویب هیئت‌وزیران خواهد رسید.

در ماده ۷ این قانون، بر حرفه‌آموزی در مراکز فنی حرفه‌ای نهادهای آموزش عالی دانشگاه آزاد به‌طور رایگان تأکید شده است. این قانون نیز با نقص در اجرا مواجه است؛ اولاً سازمان‌های طرف قرارداد سازمان بهزیستی مانند دانشگاه‌ها به تعهدات مالی و تخفیفی خود عمل نمی‌کنند و بدتر اینکه خود سازمان بهزیستی نیز به تعهدات مالی خود در قبال فرد متقاضی آموزش به‌طور کامل عمل نمی‌کند و این بار مالی را به دوش فرد معلولی می‌اندازد که به‌سختی نیازهای روزمره خود را تأمین می‌کند.

ماده ۷- معلولان نیازمند واجد شرایط در سنین مختلف می‌توانند با معرفی سازمان بهزیستی کشور از آموزش رایگان در واحدهای آموزشی تابعه وزارتخانه‌های آموزش و پرورش، علوم، تحقیقات و فناوری، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دیگر دستگاه‌های دولتی و نیز دانشگاه آزاد اسلامی، بهره‌مند گردند.

تبصره- آیین‌نامه اجرایی این ماده به‌طور مشترک توسط سازمان بهزیستی کشور وزارتخانه‌های مذکور دانشگاه آزاد اسلامی ظرف مدت دو ماه پس از ابلاغ این قانون تهیه و به تصویب هیئت‌وزیران خواهد رسید و در ماده ۷ بخش اشتغال نیز چنین آمده است.

ماده ۷- دولت موظف است جهت ایجاد فرصت‌های شغلی برای افراد معلول تسهیلات ذیل را فراهم نماید:

الف. اختصاص حداقل سه درصد از مجوزهای استخدامی (رسمی، پیمانی، کارگری) دستگاه‌های دولتی و عمومی اعم از وزارتخانه‌ها، شرکت‌ها و مؤسسات، نهادهای عمومی و انقلابی و دیگر دستگاه‌هایی که از بودجه عمومی کشور استفاده می‌نمایند، به افراد معلول واجد شرایط. ب. تأمین حق بیمه سهم کارفرما توسط سازمان بهزیستی کشور و پرداخت آن به کارفرمایانی که افراد معلول را به کار می‌گیرند. ج. پرداخت تسهیلات اعتباری به واحدهای تولیدی، خدماتی، عمرانی و صنفی و کارگاه‌های تولیدی حمایتی در مقابل اشتغال افراد معلول به میزانی که در قوانین

بودجه سالانه مشخص می‌گردد. د. پرداخت تسهیلات اعتباری خوداشتغالی (وجوه اداره شده) به افراد معلول به میزانی که در قوانین بودجه سالانه مشخص می‌گردد. ه. پرداخت تسهیلات اعتباری (وجوه اداره شده) جهت احداث واحدهای تولیدی و خدماتی اشتغال‌زا به شرکت‌ها و مؤسساتی که بیش از شصت درصد سهام و سرمایه آن‌ها متعلق به افراد معلول است؛ و. اختصاص حداقل شصت درصد از پست‌های سازمانی تلفنچی (اپراتور تلفن) دستگاه‌ها، شرکت‌های دولتی و نهادهای عمومی به افراد نابینا و کم‌بینا و معلولان جسمی، حرکتی. ز. اختصاص حداقل شصت درصد از پست‌های سازمانی متصدی دفتری و ماشین‌نویسی دستگاه‌ها، شرکت‌ها و نهادهای عمومی به معلولین جسمی، حرکتی.

تبصره ۱- کلیه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، مؤسسات و شرکت‌های دولتی و نهادهای عمومی و انقلابی مجازند تا سقف مجوزهای استخدامی سالانه خود، افراد نابینا و ناشنوا و معلولین ضایعات نخاعی واجد شرایط را رأساً به صورت موردی و بدون برگزاری آزمون استخدامی به کار گیرند.

تبصره ۲- سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور موظف است سه درصد از مجوزهای استخدامی سالانه وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، مؤسسات دولتی، شرکت‌ها و نهادهای عمومی و انقلابی را کسر و در اختیار سازمان بهزیستی کشور قرار دهد تا نسبت به برگزاری آزمون استخدامی اختصاصی برای معلولین واجد شرایط با همکاری سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور اقدام و معلولین واجد شرایط پذیرفته‌شده را حسب مورد به دستگاه مربوطه معرفی نماید.

تبصره ۳- سازمان بهزیستی کشور مجاز است در قالب اعتبارات مصوب خود، صندوق فرصت‌های شغلی معلولان و مددجویان بهزیستی را ایجاد و اساسنامه آن را به تصویب هیئت‌وزیران برساند.

تبصره ۴- سازمان آموزش فنی و حرفه‌ای کشور موظف است آموزش‌های لازم فنی و حرفه‌ای را متناسب با بازار کار برای معلولان به صورت رایگان و تلفیقی تأمین نماید.

البته به دلیل بحران‌های اقتصادی، وضعیت نابسامان اقتصادی و نرخ بالای بیکاری که دامن‌گیر کشورهای در حال توسعه و توسعه‌نیافته از جمله ایران است؛ به هیچ‌عنوان انتظار اجرای کامل این قانون نمی‌رود؛ اما موارد اجرایی با نواقص زیاد

مواجه است، مثلاً تبعیض در سهمیه‌های استخدام معلولین، بسیاری از سازمان‌ها خود را ملزم به به کارگیری افراد معلول نمی‌دانند؛ حتی پس از قبولی در آزمون استخدامی در مصاحبه موانعی ایجاد می‌شود که فرد معلول از دسترسی به بازار کار محروم می‌ماند.

ماده ۵- افراد تحت سرپرستی معلولان با معرفی سازمان بهزیستی کشور تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و معلولان تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و بیمه مکمل درمانی قرار می‌گیرند.

در مورد این قوانین باید گفت که در مقام اجرا فاصله کشورمان با نظام رفاهی کشورهای توسعه‌یافته در خدمت‌رسانی به افراد محروم فقیر و معلول که از اهداف نظام رفاهی کشور است، بسیار زیاد است. موانعی مانند نبود بودجه، نظارت ضعیف، فساد، رانت‌خواری و رشوه در بخش‌های اقتصادی، نگاه همراه با تبعیض مسئولین از جمله چالش‌هایی است که این شکاف را نه تنها کاهش نمی‌دهد که عمیق‌تر هم خواهد کرد.

فصل دوم: بررسی وضعیت معلولین در نظام تأمین اجتماعی کشور هند

مقدمه

طبق آمارهای ۲۰۱۵، هند با داشتن جمعیتی معادل یک میلیارد و دویست میلیون نفر، پرجمعیت‌ترین کشور دنیا پس از چین است. این کشور با نرخ رشد اقتصادی معادل ۸ درصد، از کشورهای با نرخ رشد اقتصادی بالا است؛ با توجه به آمار موجود ۳۰ تا ۴۰ درصد از مردم این کشور زیر خط فقر زندگی می‌کنند، البته این آمار با تردید همراه است.

یکی از موانعی که اعتبار پژوهش‌های اجتماعی و موفقیت برنامه‌های اقتصادی را خدشه‌دار می‌کند، آمارهای متناقض و نادقیق است؛ مثلاً تعداد معلولین این کشور که تحت حمایت یک دولت مرکزی که از زمان استقلال تحت رویکردهای سوسیالیستی حزب چپ اداره می‌شده، رقمی متجاوز از ۱۵۰ تا ۲۰۰ میلیون عنوان می‌شود؛ اما آمارهای جدیدتر رقم ۸۰ میلیون و در سال ۲۰۱۶، ۲۶ میلیون و دویست هزار را عنوان کرده‌اند. نظام رفاهی این کشور با فعالیت وزارت بهداشت و سلامت، وزارت کار، وزارت عدالت اجتماعی و توانمندسازی این کشور اداره می‌شود. نظام پرداخت یارانه در این کشور پرداخت یارانه به کالا و غذا می‌باشد؛ چراکه این یارانه به کالاهایی مثلاً کود شیمیایی و مواد اولیه تولید غذا به دولت‌های ایالتی پرداخت می‌شود؛ اما فساد ساختاری و موازی کاری مؤسسات و صندوق‌های حمایتی مانع از رسیدن این یارانه‌ها به گروه‌های هدف می‌گردد (موهیتی، ۱۳۸۷).
که رقم بالایی معادل ۲۷ میلیارد دلار می‌باشد. در این کشور ۲۰ درصد جمعیت روزانه یک دلار درآمد کسب می‌کند و یارانه هر هندی در سال ۲۰۱۰ معادل ۷۰ دلار بوده است. ۵۶ صندوق از جمله صندوق تأمین اجتماعی، صندوق بیمه بیکاری، صندوق احتیاط، صندوق پرداخت‌های مقطوع و صندوق بازنشستگی از جمله مؤسساتی هستند که به فعالان بازار کار، از کارافتادگان و بازنشستگان در هند خدمت‌رسانی می‌کنند. با وجود ارتباط سه‌گانه دولت، کارفرما و کارگر در نظام تأمین اجتماعی در سه بخش مهم اقتصادی هند یعنی کشاورزی، نساجی و صنعت تنها ۳۶ درصد از مردم این کشور تحت پوشش بیمه‌های درمانی هستند (جاتینگ، ۲۰۰۰: ۳-۲۴). هند عضویت در کنوانسیون‌های بین‌المللی مانند ایسا، سازمان

همکاری و توسعه اقتصادی و کنوانسیون حمایت از حقوق معلولین را در کارنامه دارد و لذا تا حدی خود را ملزم به اجرای قوانین تأمین اجتماعی، یکپارچه‌سازی نظام رفاهی و دسترس‌پذیر کردن آموزش، بهداشت رایگان و سکونت ارزان به شهروندان هندی می‌داند (اوانز و مایره، ۱۹۹۵). همچنین معلولین این کشور که غالباً در طبقات پایین قرار دارند؛ از جمله گروه‌های هدفی هستند که باید تحت حمایت فراگیر دولت از نظر رفاهی و تأمین اجتماعی قرار گیرد.

صندوق احتیاط کارکنان هند، تحت نظارت وزارت کار و اشتغال قرار دارد. دولت هند، مزایای تأمین اجتماعی را از طریق صندوق احتیاط و مستمری بازنشستگی را تحت قانون صندوق احتیاط کارکنان و مقررات متفرقه که در سال ۱۹۵۲ توسط پارلمان هند مصوب شده است، به اعضای تحت پوشش در تمام نقاط هند به‌غیر از جامو و کشمیر ارائه می‌کند. در حال حاضر، صندوق احتیاط کارکنان، مدیریت صندوق‌های کارگران صنایع خاص را از طریق سه طرح مختلف برعهده دارد: صندوق احتیاط کارکنان، صندوق‌های بازنشستگی کارکنان، بیمه سپرده کارکنان. این صندوق، دوازدهمین صندوق بازنشستگی مستقل و بزرگ دنیا است که مدیریت سرمایه حدود ۲۱۱ میلیارد دلار را برعهده دارد. از لحاظ تعداد ذی‌نفعان، صندوق احتیاط کارکنان، بزرگ‌ترین صندوق بازنشستگی مستقل در جهان است (داتا، ۱۹۹۸: ۲۲).

طرح‌های اجرا شده و در حال اجرا که تحت مدیریت صندوق احتیاط کارکنان قرار دارد، ۲۸۱ نوع مختلف از صنایع خاص را برای گروه‌های مختلف کارگری پوشش می‌دهد: فقیر، بی‌سواد، معلول، مهاجر، زنان، جوانان، اقلیت‌های نژادی، متخصصان، کارگران صنایع تنباکو، صنایع ساخت‌وساز، هتل‌ها و شرکت‌های فناوری اطلاعات (همان).

سیاست‌های رفاهی برای معلولین در هند



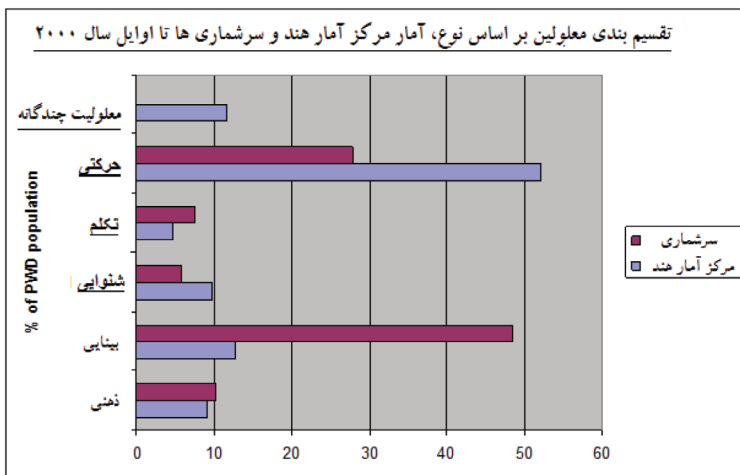
اصل ۴۱ قانون اساسی هند اشاره می‌کند که دولت وظیفه دارد با توجه به محدودیت‌های اقتصادی، امکانات مناسبی را برای کار، آموزش و مساعدت‌های عمومی در زمینه بیکاری، سالمندی، بیماری و معلولیت برقرار نماید.

در گزارش بانک جهانی در سال ۲۰۱۰ که آخرین تحلیل این بانک در مورد معلولین هند بوده، آمده است: تعداد افراد معلول در هند معادل سی میلیون بوده و همچنان

به شدت در حال رشد است و معلولیت برخلاف توسعه کشور کم نشده است. افراد معلول در هند از بسیاری از جنبه‌های زندگی‌شان دارای معلولیت بوده‌اند. نگرش‌های اجتماعی و داغ‌نگ، نقش مهمی را در محدود کردن فرصت‌ها به افراد معلول برای مشارکت کامل در زندگی اجتماعی و اقتصادی و حتی خانواده‌هایشان ایجاد کرده است (جانسون، ۲۰۱۱: ۶).

هند دارای چهارچوب بسیار قدرتمند در زمینه سیاست‌گذاری معلولیت در کشورهای جهان سوم است. به هر حال چالش‌های عظیمی نیز در عمل در این چهارچوب به وجود آمده است. افزایش مشارکت اقتصادی و اجتماعی و پایگاه معلولین علاوه بر فرد معلول بر همه شهروندان تأثیر مناسبی داشته است. هند از نظر انجمن‌هایی که حقوق معلولین را پیگیری می‌کنند دارای رشد زیادی در زمینه حقوق معلولین بوده است (گل، ۱۹۹۱).

نرخ‌های آمار معلولین که از سوی مراجع رسمی اعلام شده است، نسبتاً کم و چنانکه در بالا آمد متناقض بوده است. برای مثال نهادهای مشترک استخراج آمار این میزان را ۲,۱۳ می‌داند و مرکز آمار هند مطرح می‌کند که ۸ درصد جمعیت شهری هند دارای معلولیت هستند؛ بنابراین می‌توان گفت نرخ‌های متناقضی بین نهادهای رسمی وجود دارد.



△ نمودار ۱- تقسیم‌بندی معلولین بر اساس نوع

در نمودار بالا، نرخ مربوط به معلولین در آمارهای رسمی مشاهده می‌شود. رنگ بنفش آماری است که از سرشماری به دست آمده و رنگ آبی مربوط به آمار ارائه شده توسط NSS^۱ است. در این نمودار به خوبی می‌توان آمار مربوط به انواع معلولیت را مشاهده کرد. بیشترین تعداد معلولین مربوط به معلولین حرکتی و بینایی و کمترین نرخ هم مربوط به معلولین تکلمی است.

هند دارای تجربه بلندمدتی در زمینه سیاست و عمل در زمینه احترام به معلولین است. این سیاست‌ها شامل مجموعه‌ای از داده‌های سرشماری در مورد معلولین از ابتدای سال ۱۸۷۲ و مدارس و نهادهای خاص در زمینه معلولین از ابتدای قرن نوزدهم می‌باشد؛ مانند بسیاری از کشورها، هند هم خدمات رفاهی خاصی را برای افراد دارای بیماری روانی و عقب‌ماندگی ذهنی، مطابق با قانون حمایت از معلولین ذهنی سال ۱۹۱۲ فراهم کرده است؛ همچنین اقدامات بسیاری از قبیل شرایط اشتغال از سال ۱۹۶۰ مطرح شده است. این‌ها اقدامات پیشین بوده‌اند و تنها از سال ۱۹۸۰ بود که کمیته سیاست‌گذاری برای مشارکت کامل معلولین در جامعه هند، به وجود آمد. خروجی‌های این کمیته از این قبیل است:

- اقدام برای سلامت روانی در سال ۱۹۸۷؛
- اقدام برای افراد معلول در سال ۱۹۹۵ که شامل مواردی چون برابری فرصت، مشارکت کامل و حمایت از حقوق معلولین بوده است؛
- ایجاد شورای توانمندسازی هند در سال ۱۹۹۲ و اصلاحات این شورا در سال ۲۰۰۰؛
- توافق عمومی برای حمایت رفاهی از بیماران اوتیسم، عقب‌ماندگی ذهنی و معلولیت چندگانه در سال ۱۹۹۹ (چتریه، ۱۹۹۴).

برای تشریح امور رفاهی هند که تاکنون در زمینه معلولین وجود داشته است، سعی می‌گردد موارد بالا یک‌به‌یک توضیح داده شود.

1- National Service Scheme

- اقدام مربوط به معلولین: ارائه اصلی خدمات معلولین؛ این اقدام فارغ از یک مدل صرفاً پزشکی طراحی شده است و علاوه بر این‌ها به نگرش‌های اجتماعی نیز توجه داشته است. در همین زمان، رابطه مستقیمی بین تعاریف معلولیت و عناصر ضروری یک تعریف از معلولیت ارائه شد که سطوح مختلفی از اختلالات ذهنی و جسمی را دربر می‌گرفت. فلسفه این اقدام در مورد سیاست‌گذاری معلولیت در هندوستان بوده است و پیش‌زمینه فلسفی آن تلفیقی بین مدل اجتماعی و پزشکی در مورد معلولیت است. جزئیات و تعهدات این اقدام به دو قسمت تقسیم می‌شوند: جزئیاتی که به‌طور قاطع در سرشت قوانین حقوقی آمده‌اند و حقوق پشتوانه اقدام بوده است؛ اما در این عمل به فعلیت تام رسیده و مستحکم شده است. گروه دوم هم تعهداتی است که در شرایط عمومی و با در نظر گرفتن ظرفیت اقتصادی و توسعه اقتصادی دولت اتخاذ می‌شود.

اقدام مربوط به معلولین در سال ۱۹۹۵: این اقدام مواردی را در زمینه آموزش، توانمندسازی، اشتغال، تأمین اجتماعی و اقدامات غیر تبعیضی آموزش برای کسانی که معلول تلقی می‌شوند، در نظر گرفته است. این اقدام در ماده ۲۵۳ خود، به پارلمان این کشور این اختیار را داده که برای پیوستن به کمیسیون‌های جهانی که برای معلولین کار می‌کنند، اقدام نماید.

- شورای توانمندسازی هند: این شورا وظیفه اقداماتی در زمینه توانمندسازی و گسترش تحقیقات در این زمینه و آموزش‌های خاص را دارد.

- اقدام و وفاق ملی برای رفاه افراد دچار اوتیسم، عقب‌ماندگی ذهنی و معلولیت‌های چندگانه در سال ۱۹۹۹: این اقدام اموری از قبیل توانمندسازی، ارائه تسهیلات برای حمایت از معلولین برای زندگی در خانواده خود، اقداماتی در زمینه مراقبت و حمایت در زمان فوت والدین فرد معلول را شامل می‌شود. این شبکه دارای سازمان‌های مردم‌نهاد و انجمن‌های معلولین و انجمن‌های مربوط به والدین معلولین است. این شبکه دارای سه کمیته در سرتاسر کشور می‌باشد که برنامه‌هایی را برای معلولین اجرا می‌کنند که این برنامه‌ها طیف مربوط به کودکان دارای معلولیت تا بزرگسالان را دربر می‌گیرد (گل، ۱۹۹۱).

- مؤسسات ملی و مراکز منطقه‌ای: دولت هند هفت مؤسسه ملی را مخصوص امور معلولین ایجاد کرده که به امور معلولین می‌پردازند.

مزایا و مستمری‌های معلولین در هند

راهبردهای سیاست اجتماعی در هند به شرح زیر است:

- بیمه اجتماعی همراه با مشارکت ذینفعان در زمینه ریسک و منابع؛
- مساعدت اجتماعی که از درآمدهای بودجه‌ای تأمین می‌شود و مبتنی بر آزمون وسع است؛
- طرح‌های مسئولیت کارفرمایان در قبال تأمین اجتماعی؛
- طرح‌های ملی در زمینه معیشت؛
- طرح‌های عمومی برای تأمین اجتماعی (چتریه، ۱۹۹۴).



گروه‌های هدف

- والدین دارای فرزند معلول که در زیر خط فقر زندگی می‌کنند؛
- معلولینی که می‌توانند کار کنند ولی در حال حاضر بیکارند؛
- افراد معلولی که توانایی کار ندارند و نیاز به حمایت دائمی خانواده و دولت دارند؛
- معلولین بالای ۶۰ سال؛
- معلولین زن؛
- بیوه‌های معلول؛
- افراد معلولی که در زمینه کشاورزی و بخش غیررسمی اقتصادی کار می‌کنند؛
- معلولینی که به دلیل حضور در نیروهای جنگی معلول شده‌اند و توانایی کار کردن دارند.





بخش‌های مختلف دولت هند مزایا و تسهیلات خاصی را برای معلولین فراهم می‌کنند؛ از قبیل:

- مزایای راه‌آهن: راه‌آهن به معلولین، بلیت‌های سفر با قطار را تا ۷۵ درصد تخفیف در قطارهای درجه ۱ و درجه ۲ ارائه و برای نابینایان نیز یک همراه فراهم می‌کند. معلولین جسمی، حرکتی و ذهنی نیز دارای ۷۵ درصد تخفیف در خدمات راه‌آهن هستند.

- مزایای شرکت هواپیمایی: هواپیماهای هند در سفرهای معلولین نابینا تا ۵۰ درصد تخفیف به آن‌ها عرضه می‌کند. - خدمات پستی: پرداخت‌های پستی هم در هند و هم در خارج از هند نیز برای معلولین هزینه‌ای بابت پست‌هایی که به‌صورت زمینی ارسال می‌شود، دریافت نمی‌کنند.

- معافیت مالیاتی بر کالا: صفحات بریل از مالیات معاف هستند و این صفحات به‌طور مستقیم به مدارس داده می‌شود. تمام مواد آموزشی مثل کتاب و روزنامه‌ها و مجلات نابینایان از مالیات معاف هستند. موارد دیگر آموزشی هم اگر مورد استفاده معلولی قرار بگیرد، معاف از مالیات است.

- فوق‌العاده حمل‌ونقل: تمام کارفرمایان دولت مرکزی که نابینا هستند و دارای بیماری استخوانی هستند تا ۱۰۰ رپیه در ماه از هزینه حمل‌ونقل نابینایان معاف هستند.

- فوق‌العاده آموزش: استرداد هزینه شهریه برای کودکانی که معلولیت جسمی یا حرکتی دارند و در مراکز دولتی درس می‌خوانند تا ۵۰ درصد افزایش یافته است.

- مزایای مالیات بر درآمد: مقدار کاهش از درآمد نهایی یک شخص دارای معلولیت تا ۴۰۰۰۰ دلار افزایش یافته است. مزایای معلولین در هند وابسته به ایالات مختلف متفاوت است که در جدول زیر نمونه‌ای از آن آورده شده است:

ایالت	فوق العاده و مزایای معلولیت	فوق العاده بیکاری
آندرا پردیش	مستمری معلولیت ۷۵ روپیه در ماه به تمام گروه‌های معلولین در گروه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال و دارای ۴۰ درصد معلولیت.	۷۵ روپیه در ماه به تمام کسانی که در طرح بیکاری ثبت‌نام کرده‌اند و دارای گروه سنی ۱۸ تا ۶ سال هستند. این مستمری به والدین فرد معلول به صورت سالیانه ۱۲۰۰۰ روپیه داده می‌شود.
بیهار	مستمری معلولیت توسط دپارتمان کار دولتی داده می‌شود.	هنوز ایالت قانونی وضع نکرده است.
چاتیسگار	فوق العاده تأمین اجتماعی ۱۵۰ روپیه در ماه	---
دهلی	به معلولیت ۴۰ درصد و بالای آن ۱۰۰۰ روپیه در ماه به صورت مستمری داده می‌شود و این در صورتی است که درآمد فرد معلول زیر ۲۲۰۰۰ روپیه در سال باشد.	قانونی وضع نشده است.

△ جدول ۱- مزایای معلولین در هند بر اساس ایالت‌های مختلف

اقدامات جدید در زمینه گردشگری

دولت هند در نظر دارد نسبت به ایجاد امکانات دسترسی و در اختیار گذاردن صندلی چرخ‌دار خورشیدی، واکر باتری محور، سرویس بهداشتی قابل دسترس در ۱۴۵ مکان تاریخی و گردشگری مانند تاج‌محل و ... برای گردشگران معلول اقدام نماید. (ASI) که یک سازمان دولتی وابسته به وزارت فرهنگ هند در زمینه باستان‌شناسی است، پنجاه سایت گردشگری را برای فاز اولیه اقدامات ایجاد دسترسی برای معلولان در نظر گرفته است. این لیست شامل بناهای تاریخی است که برای اولین بار قرار است اقدامات مربوط به ایجاد دسترسی برای گردشگران معلول و سالمند در آن‌ها مورد توجه قرار گیرد. فورت راجستان و ماهاراشترا، مجتمع قطب دهلی، دهلی سرخ و آجاتتا و غارهای معبد برهما و آثار تاریخی درهامپی، کارناتاكا و پرستشگاه خورشید کونارک اوریسا، تعدادی از اماکن این لیست هستند.

در هند بیش از ۸۰ میلیون نفر با انواع معلولیت‌ها مواجه هستند و غالباً در بسیاری از

رویدادهای اجتماعی و فرهنگی مورد تبعیض قرار گرفته و حقوق اجتماعی آنان رعایت نمی‌شود. تحلیل‌گران معتقدند اجرای مناسب‌سازی اماکن تاریخی و گردشگری در هند گام مهمی در توسعه زیرساخت‌های موردنیاز گردشگری معلولان در هند محسوب خواهد شد. گروه آموزشی توانمندسازی معلولان می‌گوید، این طرح بخشی از مفهوم کمپین «هند قابل دسترس» است که صدراعظم تأکید فراوان بر اجرای آن دارد. مرکز کمپین «هند قابل دسترس» در یک حرکت بلندپروازانه در دسامبر سال ۲۰۱۵ در بهارت آبهیان شروع به فعالیت نموده است. این کمپین هدف خود را مناسب‌سازی حداقل ۵۰٪ ساختمان‌های دولتی در پایتخت هند و مراکز استان‌های کشور هند تا پایان سال ۲۰۱۸ برای دسترسی کامل معلولان قرار داده است. در این فرایند هر مکان تاریخی و گردشگری مورد ارزیابی کامل توسط کارشناسان (ASI) قرار خواهد گرفت و کلیه نیازهای گردشگران معلول و سالمند بدون آسیب رساندن به ماهیت اصلی و تاریخی بنا مورد توجه قرار خواهد گرفت و پس از آن اقدامات لازم برای ایجاد دسترسی معلولان به این مکان‌ها با استفاده از ابزار و تجهیزات مدرن انجام خواهد شد. این موضوع در نشست اخیر مشترک وزرای امور خارجه، وزارت عدالت اجتماعی و توانمندسازی هند مورد تصویب قرار گرفته است. روند اجرایی این توافق به منظور ایجاد دسترسی در ۱۴۵ مکان تاریخی، فرهنگی و مناسب‌سازی ۵۰٪ ساختمان‌های عمومی و دولتی در پایتخت هند و دیگر مراکز شهرهای بزرگ هند به‌زودی با تکمیل مطالعات و انجام مشورت‌های لازم با کارشناسان باستان‌شناسی وزارت فرهنگ آغاز خواهد شد. گفته می‌شود مقامات مسئول علاوه بر مناسب‌سازی و نصب تجهیزات و ابزار تسهیل‌کننده رفت‌وآمد معلولان از صندلی چرخ‌دار خورشیدی، واگرهای باتری‌محور و همچنین سرویس بهداشتی مناسب‌سازی و استاندارد برای معلولان در این مکان‌ها رونمایی خواهند کرد. تمام این امکانات بدون ایجاد تغییر و یا تخریب ساختار اصلی بناهای تاریخی انجام خواهد شد. دولت هند در نظر دارد از میان ۳۶۸۰ سایت و آثار تاریخی حفاظت‌شده مانند تاج‌محل، خاجوراهو، مجتمع قطب، قلعه سرخ و ... لیستی از اماکن را برای ایجاد دسترسی‌های ضروری گردشگران معلول و سالمند انتخاب نموده و نسبت به مناسب‌سازی آن‌ها تا پایان سال ۲۰۱۸ اقدام نماید. مقامات دولت هند معتقدند این اقدام تأثیر بسزایی در تقویت گردشگری بین‌المللی هند خواهد داشت (چتریه، ۱۹۹۴).



اصلاحات در سیاست اجتماعی با تأسیس دولت رفاه در بریتانیا در طول دهه ۴۰ میلادی، حاوی منافع زیادی برای بهبود زندگی معلولین بوده است. به هر صورت، فقدان اقدامات مؤثر برای ادغام اجتماعی این افراد نکته مهمی در مورد این سیاست‌ها بود؛ از دهه ۱۹۷۰ با افزایش کمپین‌ها یا گروه‌های سازماندهی شده از طرف معلولین، این مسئله بیشتر محسوس شد. شکایات آن‌ها به طور گسترده در مورد فشار مداوم نهادی شدن، تفکیک آن‌ها در مورد نیازهای خاص، نرخ بالای فقر و بیکاری، مدارک آموزشی پایین و محدودیت‌های بزرگ‌تری در زمینه اوقات فراغت و روابط اجتماعی در مقایسه با دیگر اقشار جمعیت بوده است (درچ و سولیوان، ۱۹۹۹).

فعالان حوزه معلولین انتقاد تند در مورد رویکرد مسلط در مورد معلولین داشتند. این رویکرد الگوی سیاست‌گذاری و ارائه خدمات بوده و علاوه بر این، نگرش‌های عمومی نسبت به معلولین را تحت تأثیر داشته است. این رویکرد فرد معلول را قربانی محدودیت‌های کارکردی در نظر می‌گرفت و اولویت‌های سیاستی را به فرد، مراقبت درمانی و توان‌بخشی و مزایای اجتماعی دولت رفاه واگذار می‌کرد. همچنین وابستگی به مراقبت غیررسمی توسط خانواده، دوستان، خیریه‌های و بخش داوطلبانه را فرض می‌گرفت (۴۷). در مقابل، فعالان حوزه معلولین و سازمان‌های در حال ظهوری که توسط معلولین اداره می‌شدند، مدل تفسیری اجتماعی را ارائه کردند که بر ویژگی‌های طردکننده جامعه معاصر در مورد معلولین تأکید می‌کند (بارنز، ۱۹۹۱). این کنش سیاستی اتخاذ شده برای فائق آمدن بر این موانع و تأکید بر ادغام اجتماعی و بازگرداندن معلولین به زندگی عادی‌شان به کار گرفته شد.

در این قسمت، رشد اخیر سیاست‌گذاری معلولین در به دهه اخیر بررسی می‌گردد. جمع‌بندی کلی از این مسئله این است که چنانچه بهبودهایی در زندگی روزمره معلولین و فرصت‌های جدیدی برای مقابله با طرد اجتماعی‌شان وجود داشته باشد، این مسئله

به‌طور اساسی و در طیف گسترده به‌وجود می‌آید. همچنین اصلاحات، بلندپروازی‌ها و منابع را در نظر نمی‌گیرند و به‌طور مناسب با موانع طرد متناسب نیستند. از این‌رو کشف رویکرد و مدل اجتماعی برای تئوری و عمل سیاسی معلولین همچنان ادامه دارد.

▲ ظهور دولت رفاه مدرن

پیرو وضعیت پریشان اقتصادی در دههٔ ۱۹۳۰ و جنگ جهانی دوم مشاجره‌ای در دوران پس از جنگ بین سرمایه‌داران و کارگران بر سر اصلاحات سیاسی اجتماعی در سطح گسترده به وجود آمد. در طرح اولیه مربوط به دولت رفاه، بورلیچ (۱۹۴۲) هدف این دولت را نابودی پنج عامل معرفی کرد: نیاز، بیماری، نادیده گرفتن، آلودگی و تنبلی. بدین منظور دولت باید سیاست اشتغال کامل و اصلاحات رفاهی و اجتماعی جامعه را دنبال کند. این سیاست‌ها شامل توسعه سرویس سلامت ملی، تحصیلات دبستان و راهنمایی به‌طور رایگان و فراگیر؛ بیمه اجباری برای همه شاغلین و خوداشتغالی‌ها برای مبارزه با بیکاری، مزایای سالمندی، مراقبت کودک و خانواده و افزایش انجمن‌های خانه‌ساز بوده است. به‌هر صورت، علاوه بر این‌ها حمایت غیر رسمی از سوی خانواده‌ها، دوستان، بخش داوطلبانه و خیریه هم وجود داشته است (پلا، ۲۰۰۲).

این اصلاحات سازشی بین سه بخش جداگانه ولی هم‌پوشان رفاهی بود: بخش اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و سازمانی در سطح سیاسی اقتصادی؛ سیاست‌های اقتصاد کلان کینزی قلب تفکر دولت بود. این تفکر به اشتغال کامل باور داشت و اجبار در ملی کردن شرکت بیمه‌ها را لازم می‌دانست.

نظام اداری و اجرایی

در سال ۱۹۸۸ وزارت تأمین اجتماعی (DSS) مسئول اجرای مزایای تأمین اجتماعی بوده است. با این‌وجود در اوایل دهه ۱۹۹۰ سیاست انتقال وظایف وزارت تأمین اجتماعی به آژانس‌ها با نظارت هیئت اجرایی کل که اغلب خارج از دستگاه اداری منصوب شده بود، اجرا شد. دلیل ایجاد این آژانس‌های نیمه‌مستقل، جدا کردن عملکرد سیاسی بخش دولتی از کارکرد اجرایی آن است. بنابراین لازم است که مؤسسات موافقت‌نامه‌هایی را با دولت به‌منظور اجرای این طرح‌ها منعقد کنند؛ نظیر نظام مزایا که سابقاً به‌وسیله دولت مرکزی اداره می‌شد و اکنون تنها سیاست‌گذاری

آن برعهده دولت است. هدف این است که مؤسسات برنامه‌ها را جدی‌تر از قبل دنبال کنند. در نتیجه شش مؤسسه برای به انجام رساندن عملیات اجرایی وزارت تأمین اجتماعی ایجاد شدند. مؤسسه مزایا بزرگ‌ترین این مؤسسات است که در آوریل ۱۹۹۱ کار خود را آغاز کرد. این آژانس عهده‌دار پرداخت بیشتر مزایای تأمین اجتماعی از طریق ادارات منطقه‌ای در سراسر کشور که هر کدام مسئول تعدادی از ادارات محلی‌اند می‌باشد. هر اداره به بخش‌هایی تقسیم شده است که هر بخش مسئول پرداخت به‌خصوص یا حق بیمه معین یا رسیدگی به تقلب است. مأموری از هیئت اجرایی قوه مجریه بر هر بخش نظارت می‌کند. برخی از امور مؤسسه مزایا به عهده ادارات مرکزی است. از جمله این وظایف مدیریت حقوق بازنشستگی، مدیریت مزایای برون‌مرزی و حق اولاد است که در نیوکاسل واقع شده است. مؤسسه بیمه نیز در نیوکاسل است و مسئول اجرای برنامه مستمری ملی است. این آژانس دارای ادارات جمع‌آوری و اجرایی در سراسر کشور هست؛ اما از آوریل ۱۹۹۹ این آژانس تحت ریاست اداره درآمدهای مالیاتی قرار گرفت تا جمع‌آوری مالیات بر درآمد با حق بیمه‌های ملی تسهیل گردد. غیر از مؤسسه عمران، مؤسسه مستمری زمان جنگ و مؤسسات خدماتی تکنولوژی ارتباطات، مؤسسه دیگری به نام مؤسسه حمایت از کودکان، مسئول اجرای برنامه حمایت از کودکان است. علاوه بر این‌ها سرویس استخدام است که اجرای استخدام و برنامه تحصیلی وزارت آموزش و کار را به اجرا در می‌آورد. کارمندان سرویس استخدامی در سراسر کشور در مراکز کاربایی مشغول به کار هستند. همچنین وزارت امور معلولین و شهرداری‌ها علاوه بر نظام تأمین اجتماعی در امور مربوط به معلولین اقدام می‌کنند.

نظام حق بیمه ملی شرایط احراز برای بسیاری از مزایا در سیستم تأمین اجتماعی بریتانیا مبتنی بر پرداخت حق بیمه است. این صندوق از حق بیمه‌ای که کارگران، کارفرمایان، افراد دارای شغل آزاد و دیگران پرداخت می‌کنند و همچنین مبالغی که توسط وزارت دارایی پرداخت می‌شود، تغذیه می‌گردد. تا آوریل ۱۹۹۹ مالیات بر درآمد بیشترین منبع تأمین مالی درآمد برای وزارت تأمین اجتماعی بود و آژانس «حق بیمه» مسئول ثبت حق بیمه‌ها شد. در بودجه مارس ۱۹۹۸ اعلام شد که از آوریل ۱۹۹۹ آژانس «حق بیمه» مسئول تأمین اعتبار از طریق مالیات بر درآمد گردد. حق بیمه‌های مستمری ملی به صندوق مستمری ملی واریز می‌شود که مزایا از محل آن پرداخت می‌شود. مستمری بیکاری، بیماری، معلولیت، بیوگی، بازنشستگی (گروه‌های A و B) و مقرری

زایمان و تمامی انواع دیگر معاف از مالیات عمومی، نمونه این مزایاست.

روش‌های ارائه خدمات تأمین اجتماعی

برنامه‌های حمایتی تأمین اجتماعی مبتنی بر پرداخت مزایا به اشخاص بی‌بضاعت و فقرا است. حمایت‌ها جهت جبران آثار کمبود منابع مالی ارائه می‌گردد. اثر این امر به‌ویژه در هنگام بیماری، ناتوانی، بیکاری یا کهولت هویدا می‌گردد. هم‌چنین کارکرد دیگر تأمین اجتماعی برای اشخاص حقوق‌بگیری است که درآمد پایینی دارند؛ در این حالت، تأمین اجتماعی از طریق پرداخت وجه نقد جهت جبران کاستی درآمد وارد می‌شود. در انگلستان قرن ۲۰، دولت آغازگر نظام تأمین اجتماعی نوین بود که کار خود را (برای نمونه) با تصویب قانون ارائه خدمات بیمه بیکاری آغاز کرد. حمایت دولتی در تأمین اجتماعی حائز دو ویژگی اصلی است: اولاً چگونگی تحصیل منابع مالی لازم را بیان می‌کند و دوماً شرایط استحقاق متقاضیان، معین می‌گردد. با توجه به همین دو ویژگی نظام تأمین اجتماعی انگلستان، مزایا را به دو دسته تقسیم کرده است که فقط یک دسته از آن به پرداخت حق بیمه وابسته است. طرح‌های مشارکتی و غیرمشارکتی تأمین اجتماعی و مستمری‌های مستقل از حق بیمه (غیر مشارکتی) ممکن است بدون وجود سابقه بیمه‌پردازی نیز در اختیار متقاضیان قرار گیرد؛ برای مثال فرد از کارافتاده یا کسی که درآمد او زیر میزان تعیین شده باشد، حق استفاده از این مزایا را دارد. این مزایا معاف از مالیات بوده و مبتنی بر نیاز متقاضی است. مزایای کنونی غیرمشارکتی در نظام تأمین اجتماعی بریتانیا از گوناگونی زیادی برخوردار است؛ اما همه آن‌ها از طریق نظام مالیاتی تأمین می‌شود، نه حساب صندوق ملی. هم‌چنین بعضی از این مزایا (مانند کمک‌معاش و مستمری فرد آماده‌به‌کار) به‌طور مرکزی (متمرکز) و بعضی دیگر (مانند کمک‌هزینه مسکن و عوارض شهرداری) به شکل محلی توزیع می‌شوند. بعضی از آن‌ها مانند موارد اشاره شده اجباری و بعضی مانند تعدادی از وام‌های حساب صندوق اجتماعی اختیاری هستند. تفاوت مزایای مشارکتی و غیرمشارکتی به چگونگی تأمین مالی آن‌ها مربوط می‌شود؛ اما شیوه دیگری هم برای طبقه‌بندی این مزایا وجود دارد که مبتنی بر نحوه برخورداری از مزایا است. مزایای مقید و مشروط و مزایای مطلق. در روش ارزیابی استطاعت مالی، استحقاق دریافت مزایا به کسانی محدود می‌شود که درآمد و معمولاً سرمایه

آن‌ها زیر خط فقر توصیف شده باشد. مقرری فرد جویای کار که در اکتبر ۱۹۹۶ ایجاد شد، نمونه‌ای از مزایای مبتنی بر ارزیابی استطاعت است. افراد جویای کار که امکانات مالی آن‌ها کمتر از مقدار مقرر باشد، واجد شرایط دریافت این مستمری هستند. مقرری فرد جویای کار درآمدمحور، ویژگی دیگری از این نوع مزایا را روشن می‌کند. بدین معنی که چنین مزایایی، برای حمایت بیشتر از افرادی است که فاقد دیگر منابع حمایت‌گراانه مالی هستند. علی‌الاصول مقرری فرد جویای کار مکمل مزایای دیگری است که متقاضیان را به حداقل درآمد سوق می‌دهد و به‌عنوان تضمین حداقل درآمد برای طیف گسترده‌ای از متقاضیان عمل می‌کند. متقاضیانی که حال چه از طریق مزایای تأمین اجتماعی و یا منابع جانشین دیگر درآمد بالاتر از سطح مقرر دارند، واجد شرایط مزایای مبتنی بر ارزیابی استطاعت مالی نمی‌گردند. در مقابل چنین مستمری‌هایی، نوع دیگر از مستمری‌ها که اساس آن‌ها ارزیابی استطاعت مالی نیست، وجود دارند که افرادی را مستحق دریافت می‌داند که در شرایط خاصی مانند بیکاری، بیوگی، ناتوانی و حاملگی قرار داشته باشند؛ نه اینکه درآمد آن‌ها زیر مقدار مقرر باشد. مستمری مذکور را می‌توان مستمری‌های همگانی و گزینشی (انتخابی) نامید. مستمری گزینشی (مقید و مشروط) برای افراد نیازمند در نظر گرفته شده است. درحالی‌که مزایای همگانی اختصاص به تمامی افراد دارد؛ یک مثال فرضی از مستمری همگانی، پاداش اجتماعی است که به همه بزرگسالان تعلق می‌گیرد. به مزایای مبتنی بر ارزیابی توانایی مالی، مستمری‌های گزینشی نیز گفته می‌شود؛ زیرا تنها افرادی تحت پوشش قرار می‌گیرند که سطح درآمد آن‌ها زیر مقدار مقرر باشد. به‌این‌ترتیب مستمری‌های گزینشی (مقید و مشروط) برآنند که زمینه‌های متفاوت از مستمری از جمله ناتوانی، حاملگی، مستمری اولاد و ... را تحت پوشش قرار دهند. بر این اساس اسپیکر درباره مزایای غیرمبتنی بر ارزیابی توانایی مالی (و به تعبیر بهتر مزایای مطلق) چنین می‌گوید: این نوع مستمری را مستمری بی‌قیدوشرط می‌دانند؛ زیرا به گروه جمعیتی خاصی مربوط می‌شوند؛ مانند کودکان یا سالخوردگان و بنابراین چنین استنباط می‌شود که تأمین اجتماعی برای گروه‌های مشخصی از افراد فراهم شده است. مزایا و معایب این مستمری‌ها بحث‌های مفصل‌تری را به همراه دارد که مهم‌ترین آن‌ها به شرح زیر است:

▲ محاسن مزایای بی‌قید و شرط

۱- اجرای این مستمری ساده است؛ به‌ویژه اگر مبنای استحقاق، مشارکت نباشد. هزینه‌های هنگفت اجرایی مورد نیاز برای احراز نیازمندی هم مرتفع خواهد شد و همچنین نیازی به ثبت مشارکت (بیمه‌پردازی) نیست. ۲- مزیت مهم دیگر این است که چنین مستمری‌هایی مقدمات فقر را ایجاد نمی‌کنند. ۳- مستمری‌های بی‌قید و شرط اهداف خود را جامه عمل می‌پوشانند؛ چراکه مشکل عمده‌ای در سر راه بهره‌مندی از این گونه حمایت‌ها وجود ندارد.

▲ معایب مزایای بی‌قید و شرط

۱- نقص اصلی این مستمری، احتمال ثمربخش نبودن آن است؛ اگر هدف اصلی ایجاد کمک مالی برای محرومان یا افراد در خطر تهدید فقر باشد؛ این شیوه، شیوه‌ای نامناسب است؛ چراکه در اجرای آن همه افراد موجود در یک گروه صرف‌نظر از موقعیت مالی آن‌ها مستمری را دریافت می‌کنند. این مسئله موجب می‌شود که پرداخت آن به نسبت، کمتر از حالتی باشد که تنها بر گروه‌های کم‌درآمد تعلق می‌گرفت. در سیستم بریتانیا، مزایای بی‌قید و شرط و حق اولاد دارای همین نقص هستند. به عبارت دیگر، این مستمری همگانی به‌سوی افراد نیازمند معطوف نمی‌شود؛ برای مثال سه‌چهارم حق اولاد به افرادی تعلق می‌گیرند که درآمد آن‌ها از سطح حمایت درآمدی و یا مستمری فرد جویای کار بالاتر است. ۲- دومین نقص این نوع مستمری از آنجا نشئت می‌گیرند که اگر عملکرد اصلی تأمین اجتماعی را توزیع منابع مالی از افراد ثروتمند به افراد محروم بدانیم. از این دید، کسب مالیات از ثروتمندان و توزیع آن به محرومان در قالب مزایا راهی به‌سوی برابری اقتصادی مطلوب‌تر هست. در صورتی که بیمه‌های همگانی که صرف‌نظر از موقعیت مالی به افراد یک گروه تعلق می‌گیرند، به این هدف نائل نمی‌شود. در اصل مستمری‌های گزینشی است که می‌توانند به این هدف تحقق بخشند. چراکه تنها به افراد زیر خط فقر پرداخت می‌شود. ۳- سومین نقد وارد به این نوع مستمری این است که نسبت به مستمری گزینشی هزینه بیشتری دارد و بنابراین مالیات بر درآمد بیشتری به آن‌ها تعلق می‌گیرند؛ زیرا به افراد نیازمند و خاص تعلق نمی‌گیرد.

▲ محاسن مزایای مقید و مشروط

۱- مزایای مقید و مشروط می‌توانند برای تکمیل مزایا مورد استفاده قرار گیرد؛ چراکه

تنها برای کسانی ارائه می‌شود که بیمه‌پردازی لازم را داشته باشند؛ بنابراین در دوره پس از جنگ، سیستم تأمین اجتماعی بریتانیا، مستمیری به نام مستمیری پشتوانه‌گزینشی به کار برده است و به افرادی تعلق می‌گیرند که واجد شرایط دریافت مزایای مشارکتی نیستند؛ برای مثال، در حال حاضر، مستمیری فرد جویای کار از این طریق برای افرادی مورداستفاده قرار می‌گیرند که واجد شرایط این نوع مستمیری و دیگر مزایای حق بیمه نیستند. ۲- حامیان مستمیری گزینشی منابع مالی را حق افراد نیازمند می‌دانند؛ بنابراین برخلاف بیمه‌های همگانی که به بسیاری از افراد تعلق می‌گیرند که نیازمند مستمیری‌های دولتی نیستند، این نوع مستمیری منابع را به سوی افراد نیازمند سوق می‌دهد. ۳- در مقابل مزایای بی‌قیدوشرط، مستمیری‌های مقید و مشروط، آن‌طور که ذکر شد تا حدی به توزیع ثروت از ثروتمندان به محرومان می‌پردازد. ۴- از طرف دیگر همان‌طور که مستمیری گزینشی پشتوانه گروه‌های کم‌درآمد است، می‌تواند قشرهای پردرآمد را هم حمایت کند.

- مستمیری‌های جایگزین در آمد و دیگر مستمیری‌های بی‌قیدوشرط: درحالی که هدف اولیه مستمیری‌های گزینشی کاهش فقر از طریق فراهم کردن درآمد پایه و در اولویت قرار دادن افراد کم‌درآمد و مستمیری‌های دیگر هست، مستمیری‌های بی‌قیدوشرط تمایل به اجرای یکی از دو هدف را دارد. بعضی از مزایای بی‌قیدوشرط به‌عنوان جایگزین مستقیم درآمد طراحی شده‌اند و زمانی به شخص پرداخت می‌شود که به علت بیکاری، بیماری، حاملگی و یا کهولت سن قادر به کار کردن نیست. هدف این مزایای جایگزین کار، جبران غرامت ناشی از عدم توانایی اشتغال به کار است. این مستمیری‌ها شامل مستمیری‌های مشارکتی فرد جویای کار و حقوق بازنشستگی هستند. مستمیری‌های بی‌قیدوشرط به آنانی که علاوه بر نیاز، دارای شرایط خاص مانند بیماری، از کارافتادگی و معلولیت هستند، پرداخت می‌شود. این مزایا جایگزین مستقیم درآمد نیست، بلکه منبع بیشتری را در اختیار متقاضیان قرار می‌دهد؛ مانند زمانی که فرد به علت ناتوانی، از کارافتادگی و داشتن فرزند از نیاز بیشتری برخوردار است. شرط ویژه این است که متقاضی در گروه‌های مقرر قرار داشته باشد. این مستمیری، شامل مقرری امرارمعاش شخص از کارافتاده، مقرری حق مراقبت، مزایای آسیب‌های صنعتی، حق اولاد و مزایای سرپرستی است. به‌طور طبیعی یک متقاضی تنها می‌تواند از یک مزیت جانشین درآمد استفاده کند؛ اما در صورتی می‌تواند از دیگر مزیت‌ها استفاده کند که نیاز ویژه‌ای داشته باشد. با معرفی شیوه‌های گوناگون تعیین واجدین شرایط جا دارد

که مزایای مختلف را در سیستم تأمین اجتماعی انگلستان طبقه‌بندی کنیم. طبقه‌بندی مزایای اصلی سیستم تأمین اجتماعی انگلستان، بر اساس معیار بررسی شده در قسمت قبل یعنی تعیین واجدین شرایط، به دو گروه تقسیم می‌گردد؛ مزایای بی‌قیدوشرط مشارکتی (مبتنی بر پرداخت حق بیمه)؛ اصولاً، دریافت این مزایا مبتنی بر بیمه‌پردازی فرد متقاضی هست (یا بعضی مواقع حق بیمه همسر)، مقرری فرد جوای کار (بیمه بیکاری)، بیمه ناتوانی (از کارافتادگی) گروه‌های A و B، مستمری بازنشستگی مستمری زن بیوه، مستمری مادر بیوه شده و حقوق زن بیوه، بیمه زایمان.

▲ مزایای بی‌قیدوشرط غیرمشارکتی

علی‌رغم اینکه این مستمری‌ها بی‌قیدوشرط نامیده می‌شود، اما زمانی که متقاضی (یا یکی از اعضای خانواده) در گروه افراد نیازمند قرار گیرد، باید حائز برخی شروط باشد. حق اولاد، مقرری از کارافتادگی کلی، مقرری درمان ناتوانی، مقرری معاش از کارافتادگی، مقرری پرستاری (مراقبت)، مستمری بازنشستگی گروه D، مزایای آسیب‌های صنعتی شامل مستمری از کارافتادگی، مقرری استعلاجی، مقرری زایمان. مستمری‌های درآمدمحور^۱ این نوع مستمری از نظر قانونی جانشین مستمری‌های مشروط است که اولین بار در قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۹۸۶ مورد استفاده قرار گرفت (زمانی که مدد معاش به‌عنوان جایگزین مزایای تکمیلی معرفی شد). به‌طور کاملاً نادرست، همان‌طور که این مزایا به سرمایه‌بستگی دارد، مزایای درآمدمحور نیز به متقاضیان پرداخت می‌شود که امکانات مالی آن‌ها پایین‌تر از حد معینی باشد. مزایای اصلی درآمدمحور عبارت‌اند از: مقرری بیکاری درآمد محور مدد معاش^۲، اعتبار مالیاتی خانواده‌های شاغل، اعتبار مالیاتی اشخاص از کارافتاده، پرداخت‌های صندوق اجتماعی، مزایای مسکن، بیمه عوارض شهرداری، توجه به این نکته حائز اهمیت است که یک فرد متقاضی می‌تواند مزایای مختلفی را از هر طبقه دریافت کند؛ برای مثال یک پدر یا مادر بیکار ممکن است مقرری مستمری بیکاری، مقرری بیکاری وابسته به درآمد، حق اولاد، حق مسکن و مستمری عوارض شهرداری را دریافت کند و از طرفی مستمری‌بگیر از کارافتاده ممکن است از مستمری بازنشستگی، مقرری مراقبت، مدد معاش، حق مسکن و مستمری عوارض شهرداری بهره‌مند گردد. موضوع مهم دیگر این است که واجد شرایط بودن برای مزایای مشخص و درآمد محور شایستگی

1- income based

2- livelihood based

حق استفاده از مستمری‌های دیگر را خودبه‌خود به همراه می‌آورد. بعضی از مزایا به‌تئهایی انتخاب نمی‌شوند؛ بلکه استحقاق یک مزیت از طریق دریافت مزیت دیگر تعیین می‌شود. وعده‌های غذایی رایگان در مدرسه، کمک‌های مالی برای نوسازی و

تعمیر منزل، تشخیص پزشکی رایگان و دیگر مستمری‌های خدمات درمانی، استفاده از صندوق رفاه اجتماعی در هوای سرد، هزینه‌های خاک‌سپاری و هزینه‌های زایمان و حقوق مراقبت دسته‌جمعی وام‌های خاص.

مددمعاش: وعده‌های غذایی رایگان مدرسه، کمک‌های مالی برای نوسازی و تعمیر منزل، نسخه‌های رایگان و دیگر مستمری‌های درمانی، برخی از پرداخت‌های صندوق رفاه اجتماعی.

بیمه خانواده کم‌درآمد مشغول به کار و شخص از کارافتاده: مستمری‌های خدمات درمانی، خاک‌سپاری با استفاده از صندوق رفاه اجتماعی و مستمری زایمان.

مستمری کمک‌هزینه مسکن و عوارض شهرداری: هزینه‌های خاک‌سپاری با استفاده از صندوق رفاه اجتماعی حال به وضعیت معلولین در این کشور و مزایا مختص این گروه پرداخته خواهد شد.

معلولین در بریتانیا

فرض مسئولان این بوده که معلولین باید وابستگی زیادی به مراقبت غیررسمی که توسط خانواده و دوستان و بخش داوطلبانه و خیریه‌ها تأمین می‌شود؛ داشته باشند، ولی فعالان حوزه معلولیت در پی ایجاد یک وفاق جمعی بودند که نشان دهند معلولین در جامعه با مسئله طرد روبرو هستند. آن‌ها در پی این بودند که به جای طرد، معلولین باید در اجتماع ادغام شوند و به زندگی عادی برگردند. از هر چهار معلول یک معلول در بریتانیا می‌گوید که غالباً کنترلی بر امور روزمره خود ندارد.

مؤسسه «نگرش‌ها و سبک زندگی» می‌گوید که افرادی با بیماری بلندمدت و یا معلولیت بلندمدت دارای نرخ پایینی از رضایت از زندگی و نرخ بالایی از استرس و اضطراب را در مقایسه با کسانی که معلولیت بلندمدت ندارند، دارا هستند که در واقع نشانگر آزاری است که معلولین بریتانیا از طرد اجتماعی می‌بینند.

در این زمینه به سیاست‌های بیست ساله اخیر دولت بریتانیا در مورد معلولین می‌پردازیم؛ به‌خصوص از زمان روی کار آمدن دولت کارگری در سال ۱۹۹۷، به دلیل آنکه هنوز این سیاست‌ها هستند که پی گرفته می‌شوند.

▲ راهبرد دولت کارگری جدید برای سیاست‌های مربوط به معلولیت

دولت کارگری جدید در بریتانیا دارای هدف ادغام اجتماعی معلولین بوده است. به‌طور کلی گروه هدف آن‌ها افراد کم‌درآمد و افرادی بوده‌اند که در کل، مزایای اجتماعی اندکی داشته‌اند. این دولت برنامه‌های رفاه برای کار را در پیش گرفت. هدف این دولت از این سیاست این بوده که کار را برای کسانی که می‌توانند کار کنند و امنیت را برای کسانی که نمی‌توانند، فراهم آورد. این برنامه تأکید زیادی بر اصلاح دولت رفاه قدیم و مدرن‌سازی آن داشته؛ همچنین تأکید آن بر آوردن بخش خصوصی به پای این کار بوده است.

حال پس از شرح نظام اجرایی و شرح و نقد مزایا و مستمری‌ها به همراه گروه‌های پرداخت‌کننده حق‌بیمه به شرح وضعیت معلولین در ساختار رفاهی و نظام تأمین اجتماعی انگلیس می‌پردازیم؛ این حوزه‌ها شامل اشتغال، سلامت، مسکن و حمل‌ونقل و آموزش و پرورش می‌شوند.

نگرش جامعه بریتانیا به معلولین

افراد در بریتانیا همواره چالش‌های زیادی در مورد نحوه نگرش به خودشان داشته‌اند. نگرش‌ها مجموعه پیچیده‌ای از عقاید، احساسات، ارزش‌ها و تمایلاتی هستند که نحوه تفکر یا احساس در مورد افراد یا موقعیت‌های خاص را تعیین می‌کنند. نگرش افراد محصول تجربیات زندگی‌شان، مثل روابطی است که با افراد دیگر برقرار می‌کنند. نگرش‌ها از هر فردی به فرد دیگری و حتی گروهی به گروهی دیگر در طول زمان فرق می‌کند.

نگرش منفی نسبت به افراد معلول گسترده است. تحقیقات انجام گرفته نشان داده که اکثریت بزرگسالان بریتانیایی معتقدند که نسبت به افراد معلول پیش‌داوری می‌شود. طبق نظرسنجی‌هایی که قبلاً صورت گرفته ۵۷ درصد پاسخگویان معتقد بودند که پیش‌داوری کم و ۲۸ درصد از آنان موافق بودند که پیش‌داوری در مورد معلولین در حد بالایی وجود دارد. ۰٫۴ افراد معتقد بودند که افراد معلول کمتر از افراد غیر معلول مولد هستند و ۷۶ درصد معتقد بودند که باید از افراد معلول مراقبت کرد و ۱۳ درصد معتقد

بودند که باید معلولین را رها کرد. شواهد نشان می‌دهد که نسبت بالایی از جمعیت اعتقاد دارند که معلولین ظرفیت کمی نسبت به غیر معلولین دارند و باید مراقب آن‌ها بود.

پیمایش‌های اخیر نشان داده‌اند که یک سوم بریتانیایی‌ها معتقدند که با صحبت کردن از معلولین احساس راحتی می‌کنند؛ ولی عده زیادی اعتقاد داشتند که ممکن است آن‌ها چیزهایی بگویند که به مزاجشان خوش نیاید.

در بین گروه سنی ۱۸-۳۴ سال نگرش‌های منفی‌تری نسبت به معلولین وجود داشته است؛ برای نمونه ۲۱ درصد از ۱۸ تا ۳۴ ساله‌ها در تحقیقات گفته‌اند که آن‌ها از صحبت با افراد معلول اجتناب می‌کنند؛ زیرا نمی‌دانند چگونه باید با آن‌ها ارتباط برقرار کرد.

در بریتانیا ۱۲ میلیون معلول وجود دارد. یک نفر از پنج نفر یعنی ۱۹ درصد افراد در بریتانیا دارای یک نوع معلولیت هستند. در طول زمان تقریباً این نرخ معلولیت ثابت بوده است. در سال ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۳ بر اساس آمارها ۱۲٫۲ میلیون معلول در بریتانیا وجود داشته است.

نرخ معلولین در گروه‌های سنی در سال‌های ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۳ افزایش یافته است؛ به طوری که ۷ درصد کودکان حدود (۰٫۹ میلیون نفر) معلول هستند. نرخ بزرگسالان در معلولیت ۱۹ درصد است (۶٫۱ میلیون نفر). همچنین ۴۳ درصد از بزرگسالان در سنین بازنشستگی دارای معلولیت هستند (۵٫۱ میلیون نفر). تعداد معلولیت در بین زنان بیشتر از مردان می‌باشد. از نظر انواع معلولیت در بریتانیا می‌توان گفت که معلولین حرکتی (۵۷ درصد)، معلولین تنفسی، دارای ضعف بنیه، دارای کسالت جسمی (۳۸ درصد)، ضعف وزنی (به معنی نسبت پایین وزن به قد در نتیجه سوءتغذیه می‌باشد) (۲۸ درصد) و معلولین دارای ضعف روانی (۱۶ درصد) هستند.

از نظر نرخ اشتغال می‌توان گفت که در بریتانیا ۴۹ درصد از افراد معلول دارای شغل هستند. ۴۴ درصد از افراد معلولی که در سن کار هستند، از نظر اقتصادی غیرفعال محسوب می‌شوند که ۴ برابر افراد غیر معلول است.

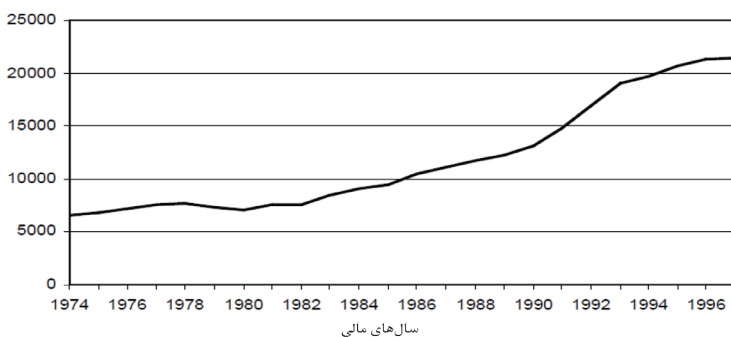
از مزایایی که توسط دولت برای توانمندسازی معلولین استفاده می‌شود، کاهش ساعت کاری، روز کاری و دیگری معافیت‌های اعتبارات مالیاتی است. از مشکلات عمده‌ای که معلولین برای دستیابی به اشتغال در بریتانیا دارند، فقدان فرصت‌های شغلی (۴۳ درصد) و مشکلات آن‌ها در حمل و نقل است (۲۹ درصد).

دو مشکل عمده‌ای که معلولین در دستیابی فرصت‌های آموزشی دارند، مشکلات مالی (۱۵ درصد) و شرایط جسمی، بیماری یا اختلالات است (۹ درصد).

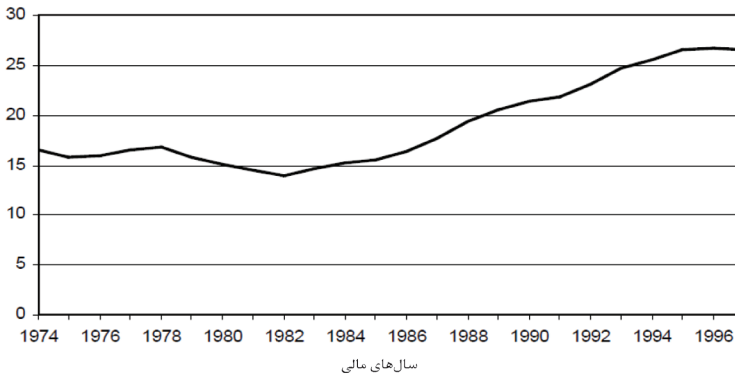
۱۹ درصد از خانوارهایی که دارای یک معلول در خانه هستند در فقر درآمدهای نسبی زندگی می‌کنند (یعنی درآمدهای آن‌ها زیر ۶۰ درصد از میانگین درآمد است). نرخ بالای بیکاری معلولین در خانوارهایی است که دارای درآمد کم هستند.

سیر مزایای اجتماعی معلولین در بریتانیا

رشد بسیار زیادی در هزینه‌های مزایای اجتماعی برای معلولین به وجود آمده؛ ولی دامنه این رشد که در نمودار ۲ نشان داده شده است، ممکن است برای عده‌ای غافلگیرانه باشد. مزایای معلولین نسبت به سال ۱۹۷۴ سه برابر شده است. مزایای مربوط به حمایت درآمدهای افراد بیمار و معلول از ۶۰۰ میلیون پوند در سال ۱۹۷۹ به ۳۵۰۰ میلیون پوند در سال ۱۹۹۷ رسیده است. تأمین اجتماعی نیز در طول این دوره رشد زیادی داشته و مزایای معلولین در نظام تأمین اجتماعی از ۱۶ درصد به ۲۷ درصد رسیده است (نمودار ۳).



Δ نمودار ۲: مزایای مالی مربوط به معلولین در طی سال‌های ۱۹۷۴ تا ۱۹۹۷



Δ نمودار ۳: میزان مزایای مرتبط با معلولین نسبت به کل مزایای نظام تأمین اجتماعی انگلستان از سال ۱۹۷۴ تا ۱۹۹۶

مزایای اصلی برای رسیدن به اهداف مختلفی طراحی شده‌اند و به افرادی که در شرایط گوناگون هستند پرداخت می‌شود. مزایای مرتبط با معلولین را می‌توان در چهار گروه طبقه‌بندی کرد:

مزایای جبرانی: این مزایا برای افرادی است که دارای بیماری و معلولیت هستند و در مشاغل دولتی و نظامی مشغول کار بوده‌اند. این مزایا معاف از مالیات است. مزیت معلولیت ناشی از آسیب (IIDB) و مقرری معلولیت جنگی (WDP) از نمونه‌های اصلی این نوع مزیت هستند.

مزایای جایگزین درآمد: این مزایا درآمدی را برای افراد معلول و یا بیماری که نمی‌توانند درآمد کسب کنند، فراهم می‌آورد. این مزایا هم به‌طور کوتاه‌مدت و هم بلندمدت پرداخت می‌شود و هم می‌تواند به شغل پیشین فرد مربوط شود و هم می‌تواند ربطی به پیشینه شغلی وی نداشته باشد. این مزایا در اصل معاف از مالیات بوده‌اند؛ ولی اکنون به اغلب آن‌ها مالیات تعلق می‌گیرند. مقرری مربوط به بیماری (SSP)، مزیت از کارافتادگی (IB)، فوق‌العاده معلولیت شدید (SDA) و فوق‌العاده ناتوانی (ICA) از این نوع مزایا هستند.

مزایای هزینه‌افزایی: این مزیت برای کمک‌هزینه‌های اضافی یک فرد معلول است. این مزایا معاف از مالیات هستند. فوق‌العاده پرستاری (AA) و فوق‌العاده زندگی معلولین (DLA) مزایای اصلی را شامل می‌شود.

مزایای آزمون وسع: این مزیت برای ارتقای درآمد در سطح حداقل است که با توجه به تعداد اعضای خانوار، نیازهای خاص و هزینه‌های سکونت سنجیده می‌شود. این مزایا حساسرسی نمی‌شوند؛ ولی فردی که این مزیت را می‌گیرند در مقابل مزایای اضافه بر آن مسئول است. این مزیت شامل: حمایت درآمدی (IS)، مزایای مسکن و مالیات هستند. فوق‌العاده کار معلولین (DWA) یک مزیت مبتنی بر آزمون وسع در حال اشتغال است تا درآمد کارگران معلول را افزایش دهد؛ این مزیت برابر با مزیت اعتباری خانواده است و به کسانی که معلول نیستند و فرزندان آنان تعلق می‌گیرند.

فصل چهارم: بررسی وضعیت معلولین در نظام تأمین اجتماعی سوئد

مقدمه

سوئد کشوری در شمال اروپا است که در شبه‌جزیره اسکاندیناوی واقع شده و با ۴۴۹۹۶۴ کیلومتر مربع از نظر مساحت، سومین کشور بزرگ اروپا می‌باشد که پایتخت آن استکهلم است. دین آن مسیحی و زبان رسمی آن سوئدی و واحد پول آن کرون است. سوئد که تا اواخر قرن ۱۸ میلادی از فقیرترین کشورهای اروپا بود، امروزه در زمره کشورهای پیشرفته لحاظ می‌شود که از رشد اقتصادی بسیار بالایی برخوردار است.

درآمد کشور سوئد مثل کشورهای نسبتاً کوچک صنعتی، وابسته به صادرات تولیدات صنعتی بوده و اقتصاد آن بر پایه مشارکت مردم در سرمایه‌گذاری‌ها استوار است. تولید ناخالص داخلی (سرانه قدرت خرید) ۴۷۹۳۴ دلار و تولید خالص داخلی (نرخ واقعی) ۳۳۷۸۹۳ دلار آمریکا است که در حال حاضر دارای رشد مطلوبی در توازن بین صادرات و واردات می‌باشد. سوئد با ۹ میلیون و ۴۱۵ هزار نفر جمعیت از سال ۱۹۹۵ عضو اتحادیه اروپا بوده است. شایان‌ذکر است که سوئدی‌ها جزو مرفه‌ترین شهروندان جهان هستند که از کیفیت بالای زندگی برخوردار می‌باشند. نرخ بیکاری در آن ۵/۶ درصد، نرخ تورم سالیانه ۱/۴ درصد و امید به زندگی در آن ۷۷ سال است. همچنین کشور سوئد دارای سیستم رفاهی بیمه‌ای و درمانی پیشرفته‌ای می‌باشد (حسن‌زاده، ۱۳۸۱). سوئد از نظام رفاهی فوق‌العاده‌ای برخوردار است و شرایط کاری خوبی را ارائه می‌دهد. ساعات کاری یک هفته ۴۰ ساعت است و هر کارمند از ۲۵ روز تعطیلات با حقوق در سال بهره می‌برد. حداقل دستمزد از نظر قانونی به کارمندان تحمیل نمی‌شود و سطح حقوق کار در بخش‌های مختلف بر اساس توافقات دسته‌جمعی که ناشی از مذاکرات اتحادیه‌های صنفی و کارفرماست، تعیین می‌شود. سوئد نیز مانند اکثر کشورهای اروپایی دارای نرخ نسبتاً بالای بیکاری است. انتظار می‌رود جمعیت رو به کهنوت سن این کشور و اشتیاق مردم سوئد به بازنشستگی، فرصت‌های بیشتری را طی سال‌های آینده برای متقاضیان در بازار کار این کشور فراهم کند.

سیستم تأمین اجتماعی این کشور که می‌توان آن را ترکیبی از بیمه دولتی، خصوصی و بیمه شرکت‌ها دانست، سیستم رفاه عمومی تمام ساکنان سوئد را به‌طور برابر تحت پوشش قرار می‌دهد و این در حالی است که بیمه خصوصی نیز اشخاص و گروه‌ها را پوشش می‌دهد.

سیستم تأمین اجتماعی عمومی سوئد که در آغاز قرن حاضر راه‌اندازی شده و طی دوره پس از جنگ توسعه یافت، تمام ساکنان سوئدی را به‌صورت اجباری تحت پوشش قرار داده و بر اساس اصل توزیع مجدد بنا شده است. تمام مردم حق بیمه خود را پرداخت می‌کنند؛ اما تنها افراد محروم از مزایای آن بهره می‌برند. هدف این سیستم تأمین امنیت مالی در طول مراحل مختلف زندگی است و بودجه آن از محل حق بیمه و مالیات تأمین می‌شود. بخش عمده حق بیمه از سوی کارفرما پرداخت می‌شود و پرداخت بخش بسیار جزئی از آن متوجه اشخاص است (پلاماندون، ۲۰۰۲).

اصول حاکم بر نظام تأمین اجتماعی سوئد

در این کشور به‌منظور کسب رضایت شهروندان و از سوی دیگر ارائه خدمات مطلوب و مورد رضایت مخاطبان، استاندارد و معیارهایی تدوین و عملیاتی شده است که با رعایت این استانداردها و معیارهای طراحی شده، خدمات رفاهی در حال ارائه می‌باشد که مهم‌ترین این اصول به شرح ذیل است:

الف- اصول پوشش بیمه‌ای بر مبنای سکونت و ملیت: بر مبنای این اصل ارائه خدمات رفاه و تأمین اجتماعی در کشور سوئد به‌صورت کامل و جامع همه افراد جامعه را دربر می‌گیرد. پوشش بر مبنای ملیت همه متولدین و اتباع این کشور فارغ از نوع اشتغال و یا پرداخت حق بیمه را شامل می‌شود و دیگر کسی به دلیل بیکار بودن و یا دارا نبودن رابطه کارفرمایی و کارگری از دریافت خدمات محروم نمی‌شود و یا استرس و نگرانی ناشی از پیدا نکردن شغل به وجود نمی‌آید. در نوع دیگر آن نیز که پوشش بیمه‌ای بر مبنای سکونت است نیز باعث بهره‌گیری اتباع خارجی و نیروهای غیربومی که در سوئد سکونت و اقامت دارند می‌شود.

ب- اصل برابری و مساوات پوشش بیمه‌ای: بر مبنای این اصل ارائه خدمات و سرویس‌دهی به همه افراد بدون تبعیض انجام می‌شود. همه افراد در برابر نظام

بیمه‌ای کشور سوئد مساوی بوده و از حق برخورداری از خدمات مطلوب و موردنظر برخوردارند و چنین نیست که نوع و میزان خدمات دریافتی افراد همراه با تبعیض و یا تفاوت‌هایی باشد. تنوع در انجام خدمات قابل‌ارائه و کمیت و کیفیت آن شامل همه افراد می‌شود و از این حیث هیچ نقصان و تفاوتی وجود ندارد. با اجرای این اصل دیگر هیچ پراکندگی و موازی کاری وجود ندارد و استانداردهای خدمات‌رسانی نیز رعایت می‌شود.

▲ **ج- اصل جامعیت و شمول پوشش بیمه‌ای:** بر مبنای این اصل، پوشش رفاه و تأمین اجتماعی در کشور سوئد جامع بوده و حیطة شمول آن گسترده و فراگیر است. بر مبنای این اصل دولت و مؤسسات متولی ارائه‌کننده خدمات رفاهی و تأمین اجتماعی، سطحی استاندارد از درآمد و هزینه‌ها را مدنظر دارند و خدمات خود را بر مبنای آن تنظیم و ارائه می‌نمایند و چنانچه فرد و یا خانواده‌ای به هر دلیلی از حیث دریافت این خدمات با نقصان و کمبودی مواجه شود، بلافاصله برنامه‌ها و تدابیر جبرانی به اجرا درمی‌آیند تا نیاز مخاطب مرتفع گردد. این تدابیر و برنامه‌ها که به برنامه‌های مکمل مشهورند نیز شامل مخاطبان و خدمات‌گیرندگان دو اصل قبل نیز می‌شود و همگان بر مبنای همان پوشش ملیت و سکونت می‌توانند از آن بهره‌مند گردند و هیچ تبعیض و نابرابری در آن‌ها وجود ندارد. از این‌روست که می‌توان از این اصول به‌عنوان اصول محکم و تغییرناپذیری که موردپسند و رضایت مخاطبان و جامعه هدف می‌باشد یاد کرد (حسن‌زاده، ۱۳۸۱). اجرایی شدن این اصول در سیستم رفاهی کشور سوئد سبب افزایش تقاضا و حجم زیاد درخواست و تمایل نیروهای خلاق و متخصص خارجی برای سفر و اقامت در این کشور شده که در توسعه و پیشرفت بخش‌های گوناگون این کشور و فرار مغزها از کشورهای مبدأ بی‌تأثیر نبوده است.

ویژگی‌های نظام تأمین اجتماعی در سوئد

علاوه بر این اصول اولیه حاکم بر نظام تأمین اجتماعی سوئد، ویژگی‌ها و شاخصه‌های دیگری نیز در نظام رفاهی این کشور وجود دارد که نسبت به کشور ایران متفاوت است که در ادامه به آن می‌پردازیم.

الف- پایه‌گذاری نظام تأمین اجتماعی بر مبنای رفاه اجتماعی: در این کشور بحث نظام تأمین اجتماعی از گذرگاه پوشش بیمه‌ای گذشته و به سمت‌وسوی نظام رفاه اجتماعی

شکل گرفته است. در آنجا دیگر دغدغه پوشش بیمه‌ای وجود ندارد و تلاش‌ها برای افزایش و کارآمدی نظام رفاه اجتماعی است.

ب- تنوع خدمت‌رسانی و حمایت‌های گوناگون: در این خصوص خدمات قابل‌ارائه و حمایت‌های در حال انجام از آن‌چنان تنوع و گوناگونی برخوردار است که دیگر سرگردانی و تحیری برای متقاضی وجود ندارد. انواع خدمات و سرویس‌دهی از حمایت از والدین گرفته تا حمایت از فرزندان در زمینه‌های گوناگون بهداشتی، آموزشی، رفاهی و ... به انواع و اشکال گوناگون در حال انجام است، حتی بیکاران و افرادی که فاقد شغل و درآمد هستند نیز در این عرصه تنها نیستند و یا دیگر نظام رفاه اجتماعی در این کشور پشتیبان و حامی آن‌هاست. هم‌چنین فشارهای ناشی از هزینه‌های درمان و بیمارستان فرد متقاضی را در تنگنا نمی‌گذارد.

ج- گسترده‌گی حمایت‌های تکمیلی: بر این مبنای چنانچه بیمه‌شده و فرد متقاضی در انجام امورات خود و اداره زندگی با تنگنا روبه‌رو شود و دریافت مقرری و مستمری‌های وی پایین‌تر از حد سیستم رفاهی و درآمدی این کشور باشد، بیمه‌ها و سیستم‌های تکمیلی وارد عمل می‌شوند و با حمایت و جبران خود سطح درآمد فرد را به حد استاندارد و رفع نیاز می‌رسانند (زرگری، ۱۳۸۲).

د- جمع‌بندی و ارائه خدمات به‌صورت یکجا و حذف موازی‌کاری: ویژگی دیگر نظام رفاه و تأمین اجتماعی کشور سوئد، انسجام و یکپارچگی در خدمات‌رسانی است. در سیستم رفاه و تأمین اجتماعی این کشور موازی‌کاری و چند سیستمی وجود ندارد و سیستم رفاه و تأمین اجتماعی به‌صورت هماهنگ و متمرکز و بر اساس سطوح پیش‌بینی‌شده و ملاک و معیارهای مشخص شده به انجام خدمات مشغول است و متقاضی دچار سردرگمی و طی کردن مسیرهای تکراری نیست؛ بلکه با مراجعه به ساختاری مشخص و از قبل تعیین‌شده، بدون بلاتکلیفی و سرگردانی خدمات موردنیازش را دریافت می‌نماید. در این بخش به ساختار اداری و اجرایی این نظام پرداخته می‌شود.

ساختار اداری نظام تأمین اجتماعی سوئد

نظام تأمین اجتماعی کشور سوئد و مزایا و امتیازات رفاهی ناشی از آن از آغاز سال

۱۹۹۰ تاکنون به علت تنوع و پوشش عمومی انواع بیمه‌های اجتماعی و همگانی بودن آن دارای شهرتی جهانی است.

در این کشور طرح‌های قدیمی سیستم‌های بازنشستگی، از کارافتادگی و بازماندگان کشور سوئد که در گذشته شامل سیستم همگانی و بیمه‌های اجتماعی بوده است، به سیستم‌های جدیدی به نام‌های سیستم اجباری حساب‌های انفرادی و حق بیمه معین صوری تغییر یافته و الگوی جدیدی از قوانین بیمه‌ای و درمانی را به نظام تأمین اجتماعی این کشور افزوده است. در این راستا، اداره بیمه اجتماعی سوئد، مسئولیت مدیریت و سرپرستی کلی طرح‌ها و دفاتر بیمه اجتماعی محلی و منطقه‌ای، مسئولیت اجرای طرح‌ها را برعهده دارند. از سوی دیگر، اداره مستمری بازنشستگی سوئد، مسئولیت اجرای طرح‌ها و برنامه‌های بازنشستگی و بازماندگان را برعهده دارد. اداره ملی سلامت و رفاه نیز مسئولیت سرپرستی و نظارت کلی بر طرح سیستم همگانی مزایای درمانی را برعهده دارد. همچنین اداره بیمه بیکاری سوئد بر ۳۲ صندوق بیمه بیکاری این کشور نظارت می‌نماید. حال به نظام رفاهی سوئد و شیوه خدمت‌رسانی و مراقبت از معلولین این کشور پرداخته می‌شود.

سیستم مراقبت اجتماعی سوئد



در نظام رفاهی سوئد اصلی وجود دارد که بر اساس آن هر شخص دارای ارزش و حقوق برابر است. مسئولیت بنیادین تضمین سلامت مناسب بر عهده دولت بوده و تأمین اجتماعی و تأمین مالی برای افراد دارای اختلال توسط دولت محلی، منطقه‌ای و ملی انجام می‌گیرند. مسئولیت دولت در این است که هر فرد دارای معلولیت را توانمند سازند تا بتواند از زندگی مستقلی برخوردار شود و بتواند آن را اداره کند. هدف سیاست معلولین این است که شکاف بین معلولین و غیر معلولین را از بین ببرند.

بدین منظور دولت مرکزی در بحث قانون‌گذاری، برنامه‌ریزی عمومی و توزیع مزایای اجتماعی همچون بیمه‌های اجتماعی به این امر کمک می‌کند؛ و مسئولین محلی نیز خدمات اجتماعی را برای افراد معلول فراهم نموده و دولت منطقه‌ای نیز مسئول مراقبت بهداشتی است. خدمات اجتماعی شهری و خدمات بهداشتی و روانی در یک چهارچوب قانونی، عملی می‌شود که این چهارچوب، علاوه بر این که لازم‌الاجراست و اهداف و فعالیت‌های آن مشخص شده ولی شوراهای شهر می‌توانند قانون را تفسیر

کنند و فعالیت‌هایشان را مطابق با اصول خودشان شکل دهند.

در سوئد کمیته ملی سلامت و رفاه و شماری از دیگر بدنه‌های دولتی، مسئول امور معلولین هستند. این مسئولیت‌ها مطابق با یک اصل معین تنظیم شده و این است که مقامات قانونی نیز مسئولیت رسیدگی بر امور معلولین را برعهده دارند؛ بنابراین، مقامات در زمینه آموزش مسئول هستند تا به آموزش‌های مربوط به افراد دارای اختلال کمک کنند. مقامات بازار کار نیز مسئول پیگیری امور اشتغال معلولین هستند. علاوه بر این‌ها آژانس هماهنگی سیاست‌های معلولین سوئد هم نقش مرکزی در گسترش یک جامعه دارد که هر کس فارغ از ظرفیت‌های کارکردی بتواند تحت شرایط برابر در آن مشارکت کند.

سازمان‌های مربوط به رفاه معلولین

بورד ملی سلامت و رفاه (SOS): یک کارگزار دولتی است که داده‌های مربوط به سلامت و خدمات درمانی را جمع‌آوری و تحلیل می‌کند.

مؤسسه ملی سلامت عمومی سوئد (FHI): آژانس دولتی که وظیفه گسترش سلامت و جلوگیری از بیماری را برعهده دارد. گروه هدف اصلی این آژانس کسانی هستند که در معرض خطرهای مربوط به سلامت خود هستند؛ مانند معلولین.

آژانس بیمه اجتماعی سوئد (FK): مرکز دولتی است که بسیاری از بیمه‌های اجتماعی را ارائه می‌کند.

تاریخچه سیاست اجتماعی سوئد

برای بررسی سیاست‌های معلولین در سوئد ابتدا لازم است مروری تاریخی به سیاست اجتماعی معلولین داشته باشیم.

سال‌های ۱۸۵۰ تا ۱۹۵۰ (مراقبت‌های در زمینه مسکن معلولان)

در طول نیمه اول قرن پیشین، سوئد سیستم قوی مراقبت نهادی را برای معلولین به وجود آورد. در مرحله اول، خلق سازمان‌های خصوصی برای مساعدت‌ها به معلولین و در مرحله بعدی اقدامات بدنه بخش عمومی در زمینه خدمات مرتبط با معلولین.

حمایت‌ها در این دوره در نهادهای مسکونی بزرگ که اغلب در حومه شهر بودند انجام می‌شد و طیفی از خدمات آموزشی مثل مدارس، یتیم‌خانه‌ها و بیمارستان با یارانه‌های حمایتی دولت فراهم شد. به دلیل نگرشی که به افراد معلول در آن زمان وجود داشت، دیوارهایی دورتادور این نهاد اقامتی کشیده بودند که مراقب‌شوندگان را تحت شرایط فقر نگه می‌داشت. در اواخر سال‌های دهه ۶۰ هنوز ۱۴۰۰۰ نفر در این نهادها نگهداری می‌شدند.

مرحله دوم اولین اقدامات به‌سوی نهادزدایی ۱۹۵۰ تا ۱۹۹۰

در اوایل ۱۹۵۰ دو سنت حمایت از معلولین در مقابل هم قرار گرفتند؛ نهادهای مسکونی هنوز در خدمات معلولین مسلط بودند و افراد با معلولیت شدید نیاز داشتند که در نهادهای سنتی مسکونی تحت مداوا باشند. در همین زمان ایده دیگری مطرح شد که جامعه باید حداقل‌ها را برای افرادی که دارای معلولیت خفیف هستند هم فراهم کند؛ بنابراین خدمات رفاهی عمومی از این‌پس در خانه معلول انجام می‌شد.

مرحله سوم بستن نهادها ۱۹۹۴ تا ۲۰۰۰

در سال ۱۹۹۴، قانونی به‌منظور منسوخ کردن نهادهای اختصاصی افراد، با این استدلال که این نهادها باعث آسیب‌های فکری می‌شدند، تصویب شد. زندگی نهادی به‌تدریج جای خود را به سکونت منسجم و همراه با خدمت‌رسانی برای افراد با آسیب‌های کارکردی مشخص داد. در همین سال پرداخت‌های مستقیمی برای مساعدت‌های شخصی انجام گرفتند. در سال ۲۰۰۰ تمام اشکال مراقبت برای معلولین ذهنی باید از کانال خدمات جامعه‌محور عبور می‌کرد که در همین زمان دوره‌ای از تغییرات جامع و بزرگی در خدمات معلولین که در سال‌های قبل به وجود آمده بود، از میان رفت و خدمات تاکنون به همین اشکال راه خود را ادامه می‌دهند.

وضعیت آماری کنونی معلولین در سوئد عبارت‌اند از:

هیچ نهادی بالاتر از ده نفر معلول ذهنی، شناختی و فیزیکی را تحت پوشش خود نمی‌گیرد. ۱۰ تا ۱۵ درصد از بلوک‌های مسکونی قابل تردد با ویلچرها هستند. ۱۹۰۰۰ فرد پرداخت‌های مستقیمی را برای خدمات مساعدت شخصی برعهده می‌گیرند. ۴۰۰۰۰ کودک و معلول در خانه‌های خود تحت مراقبت قرار گرفته‌اند.

امروزه در سوئد اشکال مختلفی از مسکن برای افراد معلول وجود دارد که عبارت‌اند از:

حدود ۱۹۰۰۰ نفر در یک خانواده با شرایط عادی زندگی می‌کنند و دارای حمایت عمومی و خدمات اجتماعی خاص هستند. حدود ۲۰۰۰۰ نفر از افراد در یکی از دو نوع زندگی منسجم زندگی می‌کنند:

- مطابقت گروهی: پنج الی شش نفر از آپارتمان‌های فردی در یک بلوک یکسان و اتاق‌های مشترک و خدمات عمومی اجتماعی ساکن می‌شوند.

- مسکن خدماتی: خانه‌ها و آپارتمان‌های افراد در همسایگی هم قرار می‌گیرند و خدمات فردی به‌طور شبانه‌روزی برای آن‌ها مهیا می‌شود.

تعداد کمی از کودکان در مراکز شبانه‌روزی زندگی می‌کنند. بیشتر این کودکان به حمایت و مراقبت زیادی نیاز دارند و آموزش‌های خاص در منزل به آن‌ها ارائه می‌گردد.

معرفی نظام رفاهی به معلولین

سنگ بنای سیاست معلولیت بر اصولی استوار است که هر فرد از ارزش و حقوق برابر برخوردار باشد. مسئولیت اصلی تأمین اجتماعی و مالی برای افراد مبتلا به اختلالات بر عهده دولت ملی، منطقه‌ای و محلی است. همچنین این مسئولیت انتظارات هر فرد را از زندگی مستقل بالا می‌برد. هدف از این سیاست از میان برداشتن شکاف میان افراد معلول و سالم است. در حالی که دولت مرکزی مسئول قانون‌گذاری، برنامه‌ریزی و توزیع عمومی و نیز بیمه اجتماعی است، خدمات اجتماعی شهری و خدمات بهداشت و درمان شورای استان‌ها در قالب مقرراتی اداره می‌شود که چهارچوب و اهداف فعالیت‌ها را تعیین می‌کنند؛ اما به شهرداری‌ها و شورای استان‌ها فرصت کافی می‌دهد تا قانون را تفسیر کنند و فعالیت‌های خود را بر اساس دستورالعمل‌های خود شکل دهند. در سوئد، هیئت ملی بهداشت و رفاه و برخی از نهادهای دولتی، مسئول رسیدگی به مسائل مرتبط با افراد معلول هستند. این مسئولیت‌ها، طبق اصول خاصی تقسیم می‌شوند که بر اساس آن، مقامات عادی مسئول رسیدگی به امور معلولیت هستند؛ بنابراین، مدیران حوزه آموزش و پرورش مسئول امور مربوط به حقوق آموزشی معلولان؛ و مدیران بازار کار مسئول امور مربوط به اختلال یا معلولیت و بازار کار و غیره هستند.

این نهادها موظف به حمایت از حقوق و مزایای معلولان بر اساس هماهنگی، پشتیبانی

و ارتقای چنین مسائلی هستند که با سایر مقامات سروکار دارند. علاوه بر این، آژانس هماهنگی سیاست معلولیت سوئد، نقش مهمی در ترقی جامعه ایفا می کند که همه در آن می توانند صرف نظر از توانایی شغلی با شرایط یکسان در جامعه حضور یابند.

سیاست های امروز معلولیت در سوئد

اصل برابری ارزش و حقوق همه انسان ها، پایه و اساس مابقی سیاست های معلولیت در سوئد است. دولت، شهرداری ها و شورای شهرستان همراه هم مسئولیت اصلی تأمین تندرستی و ثبات اقتصادی و اجتماعی معلولان و نیز توانمندسازی معلول برای اداره یک زندگی مستقل را برعهده دارند. شکاف هایی که بین معلولان و سایر افراد وجود دارد، باید از بین برود. نوسانات اقتصادی نباید مانع از تحقق هدف شرایط برابر زندگی شود. یکی از وظایف اصلی جامعه، دسترسی شهروندان یا اعضای آن به منابع و امکان شکل گیری زندگی آن ها طبق خواسته شان است. هدف طرح اقدام ملی، مشمولیت است که بر اساس آن، مسائل مربوط به معلولیت باید در تمام حوزه های جامعه در نظر گرفته شوند و مانند گذشته، به سلامت و مراقبت پزشکی محدود نشوند. دولت و نمایندگی های آن، مسئولیت ویژه اجرای این طرح را برعهده دارند.

اهداف سیاست های ملی معلولیت که در طرح عملیاتی مطرح شده است، عبارت اند از: همبستگی اجتماعی بر اساس تفاوت هاست و جامعه باید طوری سازماندهی شود که معلولان در تمام رده های سنی تبدیل به بخشی از جامعه با شرایط برابر زندگی شوند. به طور کلی سیاست های معلولیت تأکید ویژه ای بر این موارد دارند:

- شناسایی و از بین بردن موانع مشارکت کامل معلولان در جامعه؛
- پیشگیری و مبارزه با تبعیض معلولان؛
- فراهم کردن ابزارهایی برای کودکان، جوانان و بزرگسالان جهت مستقل شدن و اتکا به خود.

از طریق افزایش دسترسی پذیری، فرصت های بهتری در جامعه به افراد معلول داده می شود تا بهتر در جامعه مشارکت کنند. پیش شرط لازم برای رسیدن به این

هدف شرایط یکسان زندگی است. قانون‌گذاری و نظارت از ابزارهای مهم دستیابی به این هدف هستند. مبنای مراقبت پزشکی و بهداشتی، خدمات اجتماعی، همراه با آموزش و پرورش در برخی قوانین از جمله قانون خدمات اجتماعی، قانون خدمات پزشکی و بهداشتی و قانون آموزش و پرورش تصویب شده است. اقدامات جامعه فرصت‌های افراد را برای داشتن زندگی مستقل و متکی به خود افزایش می‌دهد.

در نتیجه، برای تکمیل قوانین ذکر شده در بالا، قانون پشتیبانی و خدمات‌رسانی به افراد مبتلا به اختلالات عملکردی فراهم شده است. این یک قانون است که در صورت عدم کفایت، پشتیبانی اولیه‌ای که توسط سایر قوانین فراهم شده، حق برخورداری از اقدامات اولیه را به افراد دارای معلولیت‌های شدید می‌دهد. معلولان نیز در برنامه‌ریزی و شکل‌دهی به این اقدامات و در اجرای آن‌ها تأثیر دارند.

نقش سازمان‌های مرتبط با معلولان

سازمان‌های معلولان جایگاه پررنگی در سوئد دارند. مشارکت آن‌ها در سیاست‌گذاری‌های معلولیت در سوئد به‌عنوان بخش مهمی از روند دموکراسی در نظر گرفته شده است. بسیاری از سازمان‌ها نیز بودجه فدرال برای فعالیت‌های خود دارند و هدف، حمایت از کار این سازمان‌ها برای مشارکت کامل و مساوات اجتماعی است.

امروزه، این سازمان‌ها فعالیت‌های اعمال‌نمود مرکزی، منطقه‌ای و محلی را در سطح گسترده اداره می‌کنند. اغلب از آن‌ها درخواست می‌شود قوانین پیشنهادی را بازبینی و به گزارش‌های گوناگون توجه کنند. همچنین خدمات، اطلاعات و مشاوره حقوقی برای معلولان و خانواده‌های آن‌ها فراهم می‌کنند. در برخی موارد سازمان‌های معلولین فعالیت‌هایی را به درخواست شهرداری‌ها یا دولت انجام می‌دهند. تسهیلات رفاهی یک نمونه از این نوع اقدامات است. بسیاری از این سازمان‌ها اعضای فدراسیون معلولین سوئد هستند.

وظیفه وزارت بهداشت و رفاه کشور در مورد مسائل مربوط به معلولیت

مسئولیت ملی وزارت بهداشت و رفاه در مورد مسائل مربوط به معلولیت هم شامل بهداشت و هم شامل مراقبت پزشکی می‌شود که برعهده شورای استان و خدمات اجتماعی است و توسط شهرداری‌ها نظارت می‌شوند. وزارت به‌منظور انجام این مأموریت، تحقیقات کشوری، پیگیری و ارزیابی اقدامات در این حوزه و نیز اصلاحات

ملی را هدایت می‌کند. همچنین وزارت مسئول تعیین استانداردهاست، یعنی تهیه نسخه‌های کاربردی، مشاوره همگانی و کتابچه‌های مراقبت بهداشت و سلامت و خدمات اجتماعی، به‌علاوه، وزارت مسئول نظارت بر مراقبت بهداشت و سلامت کشور است. دفاتر اجرایی شهرستان مسئول نظارت بر خدمات اجتماعی هستند. توسعه انواع شاخص‌های کیفی، سیاست‌ها و دستورالعمل‌های شهرداری‌ها و شورای شهرها نمونه‌های دیگری از وظایف کلی وزارت بهداشت و رفاه کشور هستند.

مراکز همه‌گیرشناسی، تحقیقات اقتصادی اجتماعی، آمار کلی و توسعه روش‌های کار اجتماعی برای حمایت از این کار ایجاد شده‌اند. وزارت بهداشت با توجه به کار مخصوص امور معلولین، وظایف زیر را دنبال می‌کند:

تنوع فعالیت‌ها بین شهرداری‌های مختلف در گزارشات سالانه طراحی می‌شود که در طی زمان با توجه به این فعالیت‌ها هم شامل آمار اصلی و هم هزینه‌هاست. وزارت بهداشت به سازمان‌های معلولین یارانه اختصاص می‌دهد که در کل حدود ۱۷۰ میلیون کرون در سال برای بیش از ۵۰ سازمان در سطح کشور است. پروژه‌های خاصی که با موضوعات مختلفی سروکار دارند (برای مثال، مراقبت شخصی، اقدامات روزانه، والدینی که مشکل ذهنی دارند و فرزندانشان).

چندین پروژه در زمینه معلولان ذهنی فعال است. وزارت بهداشت، فعالیت نمایندگان شخصی و مدیریت موردی افراد دارای اختلالات روانی را توسعه و ارزیابی کرده و تلاش‌هایی ملی را در این راستا تدارک دیده است.

موضوع مهم دیگر، شرایط زندگی این گروه افراد است. وزارت بهداشت دائماً روی این موضوع تحقیق می‌کند و از این رو ابزار بهتری برای دنبال کردن پیشرفت فراهم می‌نماید. وزارت بهداشت در این زمینه دارای مسئولیت خاصی به نام مسئولیت بخشی است. وزارت در مورد اصلاحات اغلب یارانه‌هایی را برای افزایش پیشرفت و پیگیری و ارزیابی تأثیرات سرتاسری اختصاص می‌دهد.

وزارت بهداشت با توجه به مراقبت بهداشت، درمان و خدمات اجتماعی، مسئول آمار رسمی است. توان بخشی و بازتوان بخشی از اولویت‌های وزارت بهداشت هستند. برای مثال، با توجه به چهارچوب‌ها و مسائل، استانداردهای سازی می‌کند و اقداماتی را در جهت حمایت از پیشرفت کشور اعمال می‌نماید.

وزارت بهداشت دارای یک پایگاه داده است که اختلالات عملکردی بیماری‌های نادر را توصیف می‌کند. این پایگاه داده برای انواع مقولات طرح‌ها، پشتیبانی و اطلاعات فراهم می‌کند.

▲ شورای تحقیق معلولیت در سوئد

شورای زندگی کاری و تحقیق اجتماعی سوئد و شورای تحقیقات سوئد، در باب پژوهش بر معلولین سرمایه‌گذاری می‌کنند. سرمایه‌گذاری دولتی برای تحقیق در این زمینه ۳۷ میلیون کرون در سال ۲۰۰۶ بوده است. کمک مالی شورای زندگی کاری و تحقیق اجتماعی سوئد ۱۷ میلیون کرون و دو مؤسسه مذکور در بالا با هم بیش از ۲۰ میلیون کرون مشارکت قوی در سرمایه‌گذاری معلولیت دارند. همچنین این تحقیقات در دانشگاه‌ها و دانشکده‌ها پیش برده می‌شود. تحقیق ارزیابی نیز در مراکز توسعه تحقیقات منطقه‌ای صورت می‌گیرند که توسط شهرداری‌ها و شوراهای استانی اداره می‌شود. آن‌ها با هدف افزایش دانش بر اساس رویکردهای علمی پژوهش می‌کنند که در توسعه درازمدت خدمات اجتماعی و مدارس مشارکت دارند. این تحقیقات با پیوند نزدیک اقدامات عملی پیش برده می‌شوند.

تحقیقات معلولیت سوئد هم از لحاظ گستردگی حوزه کار و هم از لحاظ عمق کار مشخص می‌شود. برخی از حوزه‌های تحت پوشش تحقیق اجرایی شورای زندگی کاری و تحقیق اجتماعی سوئد در میان سایر موضوعات عبارت‌اند از ارتباطات، آموزش و پرورش، دموکراسی و عدالت. سایر بنیان‌گذارها تحقیق را از لحاظ اشکال زندگی جایگزین، دسترسی‌پذیری و غیره حمایت می‌کنند. اساساً تحقیقات صرفاً پزشکی توسط شورای تحقیقات حمایت می‌شود و ۸ میلیون کرون در سال ۲۰۰۶ کمک صرف این امر شد.

اغلب گفته می‌شود که تحقیق معلولیت شامل دو مجراست: یکی از آن‌ها روی فرد متمرکز است و مشکلاتی را بررسی می‌کند که افراد به‌عنوان نکته انحرافی با آن مواجه می‌شوند؛ به‌عنوان مثال، راه‌هایی را بررسی می‌کند که در آن معلولیت در زندگی روزمره نمود پیدا می‌کند و فرد در جبران نواقص خود در موقعیت‌های مختلف موفق می‌شود یا شکست می‌خورد. راه دیگر با روابط بین فرد و محیط اطرافش سروکار دارد. در اینجا نیز به معلول به‌عنوان فردی نگاه می‌شود که وابسته به محیطی است

که در آن قرار دارد.

شدت معلولیت نیز بر اساس چگونگی تفسیر آن و محیط اطرافش تعیین می‌گردد. این راه شامل تحقیق در مورد نگرش‌ها و نقطه‌نظرات نسبت به معلولیت، سازمان اجتماعی و حقوق انسانی و شهروندی است. همچنین حقوق معلولیت با مسائل اسلوب‌شناسی سروکار دارد. این امر نسبتاً به دلیل این واقعیت است که گروه‌هایی که اغلب مطالعه شدند کوچک و ناهمگن هستند.

افرادی که تحت پوشش قرار می‌گیرند عبارت‌اند از:

۱- افرادی با معلولیت ذهنی، اوتیسم یا شرایطی مشابه اوتیسم؛

۲- افرادی که پس از آسیب مغزی (به دلیل نیروی خارجی یا بیماری جسمی) در بزرگسالی دچار نقص ذهنی شدید و دائمی شده‌اند؛

۳- افرادی که دچار نقص‌های فیزیکی یا ذهنی مزمن و دائمی دیگری باشند که به‌طور واضح، ناشی از اثرات معمول افزایش سن نباشد و نیز منجر به مشکلات عمده‌ای در زندگی روزانه شده و در نتیجه نیاز شدیدی به پشتیبانی و خدمات داشته باشند.

اقدامات فراهم شده عبارت‌اند از:

۱- مشاوره و پشتیبانی شخصی دیگر

متخصصان واجد شرایط از کارکنانی کمک می‌گیرند که علاوه بر مهارت‌های شغلی‌شان، از چگونگی زندگی کردن افراد دارای نقص(های) عملکردی مهم اطلاعات ویژه‌ای دارند. این پشتیبانی ممکن است مثلاً از سوی مددکار اجتماعی، روانشناسی، متخصص فیزیوتراپی، مشاور پیش‌دبستانی، کار درمان یا متخصص تغذیه فراهم شود. مشاوره و پشتیبانی جزو اقدامات تکمیلی مثل توان‌بخشی و بازتوان‌بخشی و خدمات رفاه اجتماعی است و جایگزین این اقدامات نمی‌شود.

۲- دستیار شخصی

افرادی که دارای نقص‌های عملکردی مهم هستند و به پشتیبانی و کمک زیادی در



زندگی روزانه‌شان نیازمندند، حق دارند یک یا چند دستیار شخصی داشته باشند. شهرداری مسئول پشتیبانی مالی افرادی است که کمتر از ۲۰ ساعت در هفته به دستیار نیاز دارند. فردی که برای نیازهای اساسی‌اش بیش از ۲۰ ساعت در هفته به دستیار نیاز داشته باشد نیز حق دریافت مستمری دستیار را دارد.

مستمری در شورای زندگی کاری و تحقیق اجتماعی سوئد

قانون مستمری دستیار در سال ۱۹۹۳ تنظیم شده است. اداره تأمین اجتماعی در مورد مستمری دستیار تصمیم‌گیری می‌کند. در این موارد نیز شهرداری مسئول پشتیبانی مالی ۲۰ ساعت اول است. مزایای داشتن دستیار شخصی تا پیش از رسیدن شخص به سن ۶۵ سالگی اعطاء خواهد شد و ساعت‌های کمک پس از تولد ۶۵ سالگی فرد افزایش نمی‌یابد.

۳- خدمات همراه

آن‌هایی که مستحق داشتن دستیار شخصی نیستند، می‌توانند به جای آن، از خدمات همراه استفاده کنند. خدمات همراه یک خدمت شخصی است که مطابق با نیازهای فردی و برای حضور ساده‌تر فرد در زندگی اجتماعی طراحی شده است.

۴- رابط شخصی

رابط شخصی، همراهی است که می‌تواند فرد را یاری کند تا با کاهش انزوای اجتماعی، بتواند زندگی مستقلی داشته باشد و به او کمک کند تا در فعالیت‌های تفریحی شرکت کند و در موقعیت‌های روزانه به او مشورت دهد. گاهی این نوع پشتیبانی را خانواده‌هایی ارائه می‌کنند که خانواده پشتیبان نامیده می‌شود.

۵- خدمات امداد در خانه

خدمات امداد به‌طور منظم و نیز برای موقعیت‌های غیرمنتظره ارائه می‌شود. این خدمات به شکل شبانه‌روزی است.

۶- اقامت کوتاه‌مدت دور از خانه

اقامت‌های کوتاه‌مدت دور از خانه، علاوه بر اینکه امکان تفریح و تغییر محیط را برای افراد فراهم می‌کند، باعث می‌شود وابستگان فرد مدتی استراحت کنند. این اقامت

کوتاهمدت می‌تواند در یک استراحتگاه، یک خانواده دیگر یا به شیوه‌ای دیگر مثلاً اقامت در اردوی جوانان یا اردوی تعطیلات باشد.

۷- سرپرستی کوتاهمدت

کودکان دبستانی بزرگ‌تر از ۱۲ سال که دیگر تحت پوشش خدمات عمومی مراقبت از کودکان نیستند، پیش و پس از مدرسه و طی تعطیلات مدرسه تحت سرپرستی قرار می‌گیرند.

۸- زندگی در خانه‌های خانوادگی یا در خانه‌هایی با خدمات ویژه کودکان و جوانان

کودکان و جوانانی که نمی‌توانند با والدینشان زندگی کنند، حق دارند با خانواده دیگر یا در خانه‌هایی با خدمات ویژه زندگی کنند. این خدمات باید هم برای کودکانی که گاهی با والدینشان زندگی می‌کنند و هم برای آن‌هایی که اصلاً با والدینشان زندگی نمی‌کنند، مکمل خانه‌های پدری‌شان باشد.

۹- طرح‌های مسکونی با خدمات ویژه برای بزرگسالان یا دیگر طرح‌های مسکونی مناسب‌سازی شده

این طرح‌ها می‌توانند اشکال مختلفی داشته باشند، اما معمولی‌ترین نوع این طرح‌ها، منازل گروهی و خانه‌های خدماتی است. همچنین، افراد حق دارند از خانه‌های مناسب‌سازی شده ویژه بهره‌مند شوند که شهرداری آن‌ها را ارائه می‌دهد.

۱۰- فعالیت‌های روزانه افرادی که در سن کار هیچ شغل درآمدزایی ندارند و در دوره آموزشی هم شرکت ندارند، به شرطی که بر طبق شورای زندگی کاری و تحقیق اجتماعی سوئد، بخشی از گروه‌های یک و دو باشند، حق دارند از فعالیت‌های روزانه بهره‌مند شوند.

فعالیت‌های مراقبتی - فرهنگ

خدمات مراقبتی نیز در اقدامات خدمات آسایشی، سرپرستی کوتاهمدت، اقامت کوتاهمدت دور از خانه و زندگی در خانه‌های خانوادگی یا در اقامتگاه‌های با خدمات ویژه پوشش داده می‌شود. خدمات مراقبتی مستلزم این است که پشتیبانی و کمکی به شخص ارائه شود که در زندگی روزانه نیاز دارد، طوری که فرد احساس امنیت کند.

فعالیت‌های تفریحی و فرهنگی نیز در اقدامات مربوط به خانه‌های با خدمات ویژه برای کودکان، جوانان و بزرگسالان پوشش داده می‌شود.

در اصل، اقدامات ویژه به افراد شامل، به‌جز چند مورد استثنا رایگان است. فردی که حق استفاده از مستمری دستیار تأمین اجتماعی را دارد، باید مقدار معادل را در صورتی به شهرداری بپردازد که مستمری از سوی شهرداری فراهم شده باشد. فردی که در فرارگاه‌های اقامتی با خدمات ویژه بزرگسالان زندگی می‌کند، ممکن است لازم باشد هزینه معقولی را برای فعالیت‌های اقامتی، تفریحی و فرهنگی بپردازد. والدین کودکانی که در خانه‌های خانوادگی یا در خانه‌های با خدمات ویژه اقامت دارند باید تا حد معقولی در هزینه پوشاک، فعالیت‌های تفریحی و غیره کودکان مشارکت کنند (فورسی کریس کازان، ۲۰۱۱).

▲ تأثیر گذاری و مشارکت در تصمیم‌گیری

با توجه به حمایت‌هایی که سازمان‌های مربوطه سوئد ارائه می‌دهد، هر فرد تا حد ممکن در تصمیم‌گیری مشارکت می‌کند و تأثیر می‌گذارد. فقط وقتی به فرد اقدامات ویژه ارائه می‌شود که شخصاً درخواست کند. افراد کوچک‌تر از ۱۵ سال و کسانی که آشکارا نتوانند درخواست رسمی خود را برای برخورداری از اقدامات ارائه دهند، مشروط به درخواست قیم (۱۷ سال و بزرگ‌تر)، متولی یا وصی آنها را دریافت خواهند کرد. شهرداری‌ها نیز به نمایندگی افراد دارای اختلالات عملکردی با سازمان‌ها همکاری می‌کنند.

▲ برنامه‌ریزی فردی

کسی که بر اساس نظام تأمین اجتماعی سوئد اقدامات خدماتی دریافت می‌کند می‌تواند نیازها و خدمات موردنیازش را در یک برنامه‌ای تدوین کند که در آن اقدامات با مشورت با افراد آگاه و یا مددکاران تنظیم و تصویب و طراحی شده و توسط یک یا چند مرجع ارائه می‌شود. شهرداری مسئول ویژه هماهنگی اقدامات نوشته شده در طرح است.

▲ مسئولیت و نظارت

معمولاً شورای شهر مسئول اقدامات مربوط به «مشاوره و دیگر پشتیبانی‌های شخصی» و شهرداری مسئول سایر اقدامات است. طبق نظام تأمین اجتماعی سوئد هیئت‌های

اجرایی شهر، وظیفه نظارت بر شهرها را چه برای اقدامات شهرداری و چه اقدامات فردی برعهده دارند و مسئول بازرسی آنها هستند. هیئت‌های اجرایی شهر نیز وظیفه ارائه اطلاعات و مشاوره به افراد و شهرداری‌ها را برعهده دارند. آنها باید همکاری در برنامه‌ریزی را بین شهرداری‌ها و شوراهای شهر و دیگر بخش‌های رسمی ارتقا دهند. وزارت بهداشت و رفاه مسئول نظارت مرکزی اجرای قانون است. وزارت فعالیت‌ها را نظارت و پشتیبانی می‌کند (استاتیسیتیکا، ۲۰۱۱).

شیوع اختلالات و معلولیت‌ها در سوئد

به چند دلیل لازم است از تعداد افراد دارای نقص عضو آگاه باشیم؛ برای مثال، هنگام برنامه‌ریزی اقدامات و توسعه فعالیت‌ها و هنگام برآورد هزینه‌ها. معمولاً مرجع کاربردی سوئد در این زمینه متمم آمار سوئد در دستورالعمل‌های منظم نیروی کار است. گزارش منتشر شده در سال ۲۰۰۷ نشان می‌دهد که ۹۱۹ هزار نفر در سوئد در سنین ۱۶ تا ۶۴ سال، دارای نقص عضو هستند. این آمار معادل حدود ۱۶ درصد جمعیت در سال ۲۰۰۶ است. باین‌حال، معلولیت فقط به معنای وجود نقص عضو نیست، بلکه شامل برخی موانع ناتوان‌کننده نیز می‌شود؛ بنابراین، این آمار نسبتاً کلی است. باین‌حال، همین گزارش خاطر نشان می‌کند که حدود ۵۵۶ هزار نفر دچار کاهش توانایی در کار کردن هستند. این مقدار، معادل ۹/۵ درصد جمعیت در سال ۲۰۰۶ است (بعضی گروه‌ها در آمار در نظر گرفته نشده‌اند).

سوئد دیگر هیچ مؤسسه‌ای برای زندگی افراد دچار اختلالات عملکردی ندارد. باین‌حال، اقامتگاه‌های مسکونی با خدمات ویژه وجود دارند که جزو اقدامات تنظیم شده در قانون پشتیبانی و ارائه خدمات به افراد دارای اختلالات عملکردی خاص و نیز قانون خدمات اجتماعی است.

در سوئد امروزی، بیشتر کودکان و جوانان دارای اختلالات عملکردی مزمن در کنار خانواده و خویشاوندانشان بزرگ می‌شوند. هیچ مؤسسه‌ای برای زندگی کودکان و جوانان دارای اختلالات عملکردی وجود ندارد. آن دسته از کودکان و جوانانی که یا به دلیل نیازهای پزشکی فراوان یا به دلیل حضور در مدرسه در منطقه دیگر، نمی‌توانند در خانه‌های پدری‌شان زندگی کنند، بر اساس اقدامات مشهور به زندگی در خانه‌های خانوادگی یا در خانه‌های با خدمات ویژه برای کودکان و جوانان کمک

دریافت خواهند کرد. این اقدامات باید به‌طور انعطاف‌پذیر اعمال شوند و متناسب با نیازهای کودک و خانواده‌اش باشند.

بزرگسالان دارای اختلالات عملکردی که نیاز به پشتیبانی و کمک دارند، می‌توانند از انواع مختلف اقامتگاه‌های مسکونی استفاده کنند. یک راه این است که مانند این خدمات بیشتر بزرگسالان در خانه‌های خود زندگی کنند. افرادی که در زندگی روزانه نیاز به پشتیبانی و کمک دارند، این کمک را از طریق خدمات کمک در خانه دریافت می‌کنند که در قانون خدمات اجتماعی تنظیم شده است. خدمات کمک در خانه به‌منظور زندگی راحت‌تر روزانه برای افراد ارائه می‌شود و شامل اقدامات خدماتی و نیز مراقبت فردی است. افرادی که به پشتیبانی و کمک بیشتری نیاز دارند، می‌توانند درخواست اقدامات مربوط به دستیار شخصی داشته باشند.

اقامتگاه‌های مسکونی با خدمات ویژه به‌صورت منازل گروهی یا شکل خانه‌های خدماتی هستند و در مناطق مسکونی معمولی (یک بلوک آپارتمانی یا ویلا) قرار دارند. آپارتمان تمام امکانات یک آپارتمان معمولی را داراست (اتاق مهمانی و خواب، یک جا یا بخشی از فضا برای آشپزی، توالت و حمام). خانه‌های خدماتی برای کسانی است که بدون توجه به نیازشان به پشتیبانی و کمک بخواهند زندگی مستقل‌تری داشته باشند. این خانه‌ها شامل آپارتمان‌های مجزایی است که در یک بخش بزرگ‌تر (مثلاً یک بلوک آپارتمانی) توزیع شدند و امکانات گروهی نیز گاهی در دسترس است. هم‌چنین پشتیبانی فردی و گروهی نیز ارائه می‌شود. کارکنان به شکل ۲۴ ساعت در روز در دسترس هستند. یک منزل خصوصی مناسب‌سازی شده، کارمندی ندارد اما فرد از خدمات کمک در خانه، خدمات همراه یا دستیار شخصی، کمک دریافت کند. بر اساس مطالعات، همه این خانه‌ها می‌توانند حتی به افراد دارای اختلالات عملکردی شدید، خدمات مراقبتی فراوان و با کیفیت ارائه دهند. هدف این است که هر فرد سوئدی بتواند به خانه شخصی خود برود و در آنجا با پشتیبانی فردی مناسب زندگی کند. این امر با مناسب‌سازی‌ها و کمک‌های فنی برای معلولیت‌های ذهنی و فیزیکی، شدنی است.

فعالیت‌های روزانه کار یکی از فاکتورهای مهم شرکت در حیات جامعه است. یک شغل نه‌تنها به درآمد می‌انجامد، بلکه یک فضای اجتماعی و فرصتی برای رشد شخصی هم فراهم می‌کند. هدف استراتژی بازار کار سوئد این است که همه شغل

داشته باشند. با این حال در مقایسه با متوسط افراد در سن کار، بیکاری افراد دارای اختلال عملکردی بیشتر است. شهرداری‌ها موظف‌اند برای افراد بیکار دارای اختلال عملکردی، شغلی مناسب یا فعالیت‌های روزانه فراهم نمایند. این امر هم در قانون خدمات اجتماعی و هم در قانون پشتیبانی و خدمات افراد دارای اختلال عملکردی خاص پیش‌بینی شده است.

فعالیت‌های تحت شورای زندگی کاری و تحقیق اجتماعی سوئد، مجموعه اقداماتی هستند که از سال ۱۹۶۸ برای افراد دارای معلولیت ذهنی، در کنار دیگر معلولیت‌ها، در نظر گرفته شده است. این اقدامات در ابتدا برای افرادی در سن کار است که شغل یا کار مناسبی ندارند و در هیچ دوره آموزشی و مانند آن شرکت ندارند. البته ابتدا ارزیابی‌هایی صورت می‌گیرد تا مشخص شود فرد به این کمک‌ها نیازمند است یا خیر. این نیاز نباید از طریق دیگری برآورده شده باشد.

در اکتبر ۲۰۰۶ حدود ۲۶۰۰۰ نفر در فعالیت‌های روزانه شرکت کردند. در ۱۹۹۹ این رقم حدود ۲۰۰۰ بود. افراد شرکت‌کننده در فعالیت‌های روزانه معمولاً مستمری‌بگیران دارای معلولیت هستند. گاهی اوقات در روزهایی که کار می‌کنند اندکی پول نیز به آن‌ها داده می‌شود.

هدف کلی فعالیت‌های روزانه، افزایش شانس افراد برای به دست آوردن شغل است. نیل به این هدف برای بعضی از افراد دارای معلولیت‌های شدید ممکن نیست، بنابراین گاهی ممکن است هدف شرکت در یک شغل روزانه مناسب باشد. از این رو، این اقدامات هم توان‌بخشی و هم فعالیت‌های تولیدی بیشتر را پوشش می‌دهند. این فعالیت‌ها با توجه به میزان نیازها و خواسته‌های افراد و شرایط گوناگون شهرداری‌های مختلف، با هم فرق دارند. این فعالیت‌ها می‌تواند در مکان‌های خاص یا در مراکز کار محلی صورت پذیرد (استاتیستیکا، ۲۰۱۱).

دستیار شخصی و مستمری دستیار

دستیار شخصی خدمتی است که بیشترین توجه را در سال ۱۹۹۴ و در اصلاحیه معلولیت به دست آورد. این خدمت برای بسیاری از مردم نماد کل اصلاحات است، زیرا که هدف اصلاحات ایجاد استقلال، خود تصمیم‌گیری، حضور کامل در جامعه و

برابری شرایط زندگی برای معلولان است (جانز، ۲۰۰۷).

ایده‌ی طرح دستیار شخصی، پشتیبانی کردن است که تا حد ممکن درخور فرد باشد و کنترل وی را در نحوه‌ی پشتیبانی بهبود بخشد. یک راه نیل به هدف این است که دریافت‌کننده‌ی کمک، نقش ناظر را داشته باشد. دستیار شخصی در قانون پشتیبانی و خدمات‌رسانی به افراد دارای اختلال عملکردی خاص به تصویب رسید.

هدف از مستمری دستیار این است که گماشتن دستیار شخصی برای افراد دارای معلولیت‌های شدید از لحاظ مالی هم برای خودشان و هم برای خدمات‌دهنده مقدرور باشد.

بر اساس قوانین خدمات اجتماعی سوئد، هر کسی که واجد شرایط دریافت پشتیبانی و خدمات است، واجد شرایط دستیار شخصی و مستمری دستیار نیست. شرایط خاصی برای مستحقان دستیار شخصی وجود دارد. این شرایط، شرایطی هستند که شخصی برای برخی نیازهای اساسی روزانه مانند نظافت شخصی، لباس پوشیدن و درآوردن، خوردن، ارتباط برقرار کردن با دیگران، یا کمک‌های دیگری که نیازمند اطلاعات مفصل در مورد اختلالات عملکردی شخصی است، نیاز به دستیار شخصی دارد. اگر فردی بیش از ۲۰ ساعت در هفته برای این نیازهای اولیه نیاز به دستیار دارد، برای سایر مسائل روزمره مانند خرید، سینما رفتن، یا در سفرهای تعطیلات نیز مستحق داشتن دستیار است.

کودکان نیز مانند بزرگسالان می‌توانند کمک دستیار داشته باشند. افرادی که برای اولین بار کمک دریافت می‌کنند باید کمتر از ۶۵ سال باشند. اگر ۶۵ ساله یا بزرگ‌تر باشند، می‌توانند همین تعداد ساعتی که کمک دریافت می‌کردند را داشته باشند، ولی ساعات اضافه نمی‌شود. افرادی که با افزایش سن به کمک بیشتری نیاز دارند، می‌توانند به این شکل از خدمات کمک در خانه برخوردار شوند.

منظور از دستیار شخصی، فردی است که تمام اموری را انجام می‌دهد که فرد دارای اختلال عملکردی قادر به انجام آن نباشد. کمک باید در شرایط و مکان‌های گوناگون برای تعدادی از افراد فراهم شود. دریافت‌کننده‌ی کمک، حق تعیین نوع کمک، زمان و چگونگی آن را دارد. دستیار شخصی موظف به یاری رساندن در نیازهای اولیه در خانه شخص و نیز در جامعه هنگام خرید، رفتن به سینما، در

محل کار، هنگام ملاقات دوستان و اقوام، در تعطیلات و غیره است. کمک باید در مکانی فراهم شود که مددجو آنجاست. مسئولیت دستیار شخصی و مزایای آن بین دولت محلی (شهرداری) و دولت مرکزی تقسیم می‌شود که در این مورد برعهده بیمه تأمین اجتماعی است. اگر شخصی برای رفع نیازهای اولیه‌اش به بیش از ۲۰ ساعت مراقبت در هفته نیازمند باشد، بیمه تأمین اجتماعی درباره هزینه آن تصمیم می‌گیرد. اگر فرد در هفته به مراقبت ۲۰ ساعت یا کمتر نیاز داشته باشد، شهرداری تصمیم‌گیری می‌کند. هزینه مراقبت در قالب تعداد ساعات مراقبت است که در یک محدوده زمانی مشخصی به فرد ارائه می‌شود. هزینه مراقبت با توجه به مقدار زمان لازم برای انجام نیازهای اولیه و نیز پشتیبانی از سایر نیازهای فرد در نظر گرفته می‌شود. سقفی برای زمان مراقبت وجود ندارد؛ به عبارت دیگر، تعداد ساعات می‌تواند نامحدود باشد، زیرا افراد دارای معلولیت‌های شدید ممکن است همزمان به بیش از دو دستیار نیاز داشته باشند. افرادی هستند که به مراقبت ۲۴ ساعته نیاز دارند و این سبب می‌شود با وجود معلولیت شدید مستقل زندگی کنند. قانون به شکلی تنظیم شده که مددجویان کنترل زیادی بر چگونگی کمک فراهم آمده داشته باشند. همزمان بتوانند یک یا چند دستیار استخدام کنند. فرد مبتلا به اختلالات عملکردی می‌تواند خدمات موردنظر را از شهرداری، شرکت یا یک تعاونی کمک‌رسانی دریافت کند (فورسی کریس کاران، ۲۰۱۱).

خدمات حمل‌ونقل درون و بین‌شهری

خدمات حمل‌ونقل، شکلی از حمل‌ونقل است که باید مکمل حمل‌ونقل عمومی باشد و برای کسانی است که در رفت‌وآمد شخصی یا سفر با وسایل نقلیه عمومی مشکلات زیادی دارند. سفرها می‌تواند با تاکسی یا خودروهای مناسب‌سازی شده انجام شود. خدمات حمل‌ونقلی بین‌شهری، شکلی از حمل‌ونقل است که اساساً شامل سفر بین شهرهای مختلف می‌شود. معمولاً سفر با خدمات حمل‌ونقل بین‌شهری با شکل‌های معمولی حمل‌ونقل مثل هواپیما، قطار یا اتوبوس، با همراه یا بدون همراه انجام می‌گیرند. در بعضی موارد، کل سفر با تاکسی یا با خودروهای مناسب‌سازی شده انجام می‌شود. خدمات حمل‌ونقل بین‌شهری باید هزینه‌های اضافه‌ای که افراد دارای اختلالات عملکردی مزمن پرداخت کرده‌اند را بازپرداخت کند.

شهرداری مکانی که فرد در فهرست اهالی آن قرار دارد، مجوز سفر با خدمات حمل و نقل درون و بین شهری را صادر می کند؛ همچنین، شهرداری می تواند این وظیفه را به مقام مسئول در استان محول کند. مأمور اجرایی، نیازهای فرد مورد نظر را بررسی می کند. برای اینکه امتیاز خدمات حمل و نقل به فرد داده شود، باید مشکلات حرکتی قابل توجه یا مشکل استفاده از وسایل حمل و نقل عمومی به خاطر اختلال عملکردی غیرموقت داشته باشد. اگر سن متقاضی کمتر از ۱۸ سال باشد، بررسی باید شامل مقایسه با کودکان هم سنی شود که نقص عملکردی ندارند. اگر متقاضی خدمات حمل و نقل در سفرهایش نیاز به همراه داشته باشد، مجوز باید شامل همراه نیز باشد (فورسی کریس کازان، ۲۰۱۱).

توان بخشی، بازتوان بخشی و کمک های فنی

هدف از توان بخشی و بازتوان بخشی این است که افراد معلول بتوانند به تنهایی تعیین کننده زندگی خویش باشند و تا حد ممکن، مانند سایر افراد زندگی مستقلی داشته باشند. معمولاً توان بخشی و بازتوان بخشی به عنوان شرایط حمایتی تمام اقدامات پزشکی، روانشناسی، اجتماعی، فنی، آموزشی و مربوط به کار می رود که برای حمایت از افراد بیمار صورت می گیرند تا به آن ها کمک کند تا حد ممکن توانایی های عملکردی خود را بهبود بخشند و از این رو شرایط لازم برای زندگی خوب را ایجاد نمایند.

بر اساس قانون سوئد، مراقبت پزشکی، توان بخشی، بازتوان بخشی و امدادهای فنی بخشی از مسئولیتی است که شوراهای استانی و شهرداری ها در بخش مراقبت پزشکی و بهداشتی برعهده دارند. این مسئولیت شامل ارائه خدمات پیشگیری به مناطق مختلف واجد شرایط و نیز اقدامات مختلف برای افراد نیازمند است. فرایند توان بخشی و بازتوان بخشی شامل معاینات و درمان دارویی، اجتماعی، روانشناسی و آموزشی است. این اقدامات شامل بررسی عملکردها و آموزش کاربردی خواهد بود ولی برای کمک به افراد در یادگیری فنون جدید و دریافت امدادهای فنی و آموزش نحوه استفاده از این فنون نیز پشتیبانی خواهد کرد (فورسی کریس کازان، ۲۰۱۱).

نماینده گی بیمه اجتماعی و کارفرما در پشتیبانی از خویشاوندان و همکاری با سایر

سازمان‌های داخل و خارج از حوزه پزشکی مانند مدارس جزو بخش‌های مهم عملیات هستند

یک گروه حرفه‌ای و متخصص با همکاری هم روی نیازهای افراد دارای معلولیت تمرکز می‌کنند تا بر اساس دیدگاه کلی، پشتیبانی کاملی فراهم نمایند. به عبارت دیگر، این یک همکاری منظم است که همکاران با تخصص‌های مختلف برای یک هدف و با یک ارزیابی و پیگیری با هم کار می‌کنند. چند نمونه از افراد حرفه‌ای عضو این گروه‌ها در این کار عبارت‌اند از متخصص کار درمان، مأمور خدمات اجتماعی، گفتار درمان، پزشک، روانشناس، روان‌پزشک، پرستار و مربی اصلاحی.

کار باید با همکاری نزدیک با افراد دارای معلولیت انجام شود. پیگیری‌ها و ارزیابی‌ها باید منظم صورت گیرند و مبنایی برای برنامه‌ریزی آینده باشند.

امدادهای فنی نقش مهمی در توان‌بخشی و بازتوان‌بخشی دارند. برای اینکه این امدادها مفید واقع شوند، لازم است که بررسی کامل و کافی از تمام زندگی افراد دارای معلولیت صورت گیرد و نیز مهم است که نیاز امدادهای فنی با اقدامات توان‌بخشی مرتبط باشد.

توان‌بخشی، بازتوان‌بخشی و کاربرد امدادهای فنی با همکاری افراد دارای معلولیت طراحی خواهند شد. زمانی که اقدامات برنامه‌ریزی و تصمیمات به کارگیری آن‌ها اتخاذ شدند، در طرح خاصی مستند می‌شوند. هدف هماهنگ کردن توان‌بخشی، بازتوان‌بخشی و اقدامات امدادی گوناگون با فرد نیازمند است.

یک سیستم پشتیبانی پرهزینه برای اقدامات مراقبت پزشکی و بهداشتی وجود دارد (لازم نیست فرد بیش از مبلغ خاصی در سال بپردازد) که شامل توان‌بخشی و بازتوان‌بخشی است. امدادهای فنی شامل پشتیبانی هزینه‌بر نمی‌شوند و هزینه‌های فرد به شورای شهری بستگی دارد که فرد متعلق به آن است.

تفاوت بین توان‌بخشی و بازتوان‌بخشی این است که توان‌بخشی افرادی را تحت پوشش قرار می‌دهد که از بدو تولد دچار اختلالات عملکردی شدند یا از همان ابتدا صدمه دیدند یا بیمار شدند. هدف از توان‌بخشی این است که توانایی عملکردی افراد دارای معلولیت را تا بالاترین حد ممکن افزایش دهد. به عبارت دیگر، هدف از بازتوان‌بخشی این است که به‌طور کلی به افراد دارای معلولیت کمک می‌کند تا زمانی

که بر اثر بیماری یا جراحی، دچار نقص یا اختلال عملکردی می‌شوند، بهترین توانایی عملکردی و نیز سلامت روحی و جسمی خویش را بازیابند. هدف از توان بخشی و بازتوان بخشی جلوگیری و کاهش مشکلاتی است که ممکن است بر اثر اختلالات عملکردی ایجاد شوند (فورسی کریس کازان، ۲۰۱۱).

هزینه خدمات به افراد دارای معلولیت

تحت قانون بیمه خدمات اجتماعی و قانون خدمات پزشکی و بهداشتی، افراد معلول با بیماری درازمدت مستحق دریافت کمک هستند. این قوانین ابتدا برای اقدامات کمک در منزل یا منازل خاص ارائه می‌شود. افراد دارای معلولیت دائم یا موقت نیز تحت قانون پشتیبانی خاص و قانون خدمات‌رسانی، مستحق برخورداری از اقدامات ویژه هستند. هدف از این کار، ساده‌تر کردن زندگی افراد دارای اختلالات مزمن عملکردی و افزایش مشارکت کامل آن‌ها در زندگی اجتماعی است. بر اساس قانون بیمه خدمات اجتماعی، قانون خدمات پزشکی و بهداشتی و قانون خدمات‌رسانی به افراد معلول شرایط خاص، شهرداری‌ها مسئول بیشتر این اقدامات هستند. دولت مرکزی تحت نظر قانون مزایای دستیار، مسئولیت اصلی هزینه‌ها را برعهده دارد. هزینه‌های عملیاتی کلی که شهرداری در سال ۲۰۰۶ برای افراد دارای معلولیت از منابع خود شهرداری تقبل کرد ۳۶۰۱ میلیارد کرون (۴۰۷.۶۷، ۵۲ میلیارد ریال) بود. تحت قانون خدمات‌رسانی به افراد مبتلا به اختلالات عملکردی خاص و مشارکت شهرداری‌ها در هزینه‌های مزایای دستیار، بیشتر این مبلغ یعنی ۸۰ درصد آن، هزینه اقدامات پیشگیرانه بود. ۲۰ درصد هزینه‌های مراقبت از معلولان برای اقدامات فراهم شده تحت نظر قانون خدمات اجتماعی و قانون خدمات پزشکی و بهداشتی هستند. خارج از خدمات اجتماعی، هزینه‌های شهری و خدمات حمل‌ونقل سرتاسری وجود دارند که در سال ۲۰۰۶ تقریباً ۳۵۰ میلیون کرون شد. دولت مرکزی علاوه بر هزینه‌های بالا، هزینه‌های قانون مزایای دستیار را هم دارد. خدمات‌رسانی به افراد دارای معلولیت به سرعت رو به رشد است با ورود به قرن ۲۱، سهم خدمات افراد دارای معلولیت از منابع شهرداری را از ۱۱ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۸۱ درصد در سال ۲۰۰۶ افزایش داده است. به‌طور کلی خدمات افراد دارای معلولیت ۱.۶ درصد از تولید داخلی ناخالص است. این عدد از سال ۲۰۰۳ تقریباً ثابت بوده است

توسعه سیاست‌های امروزی معلولیت

طی ۵۰ سال گذشته، توسعه سیاست‌های معلولیت در سوئد با سیاست‌های رفاه اجتماعی پیوند خورده است. در نتیجه این ارتباط، سیاست‌های معلولیت در سوئد با سیاست‌های توزیع نیز مرتبط شده‌اند. برای مثال، از آنجا که بیمه تأمین اجتماعی و مراقبت پزشکی و بهداشتی همگانی به حق شهروندی مربوط هستند؛ بنابراین خطر محرومیت مردم از سیستم‌های تأمین اجتماعی کاهش یافته است. جنبه مهم دیگر برای افراد دارای معلولیت این است که پشتیبانی بر اساس نیاز است، نه درآمد. این واقعیت که امداد رسانی بر اساس نیاز هاست، به این معناست که برای یک فرد صندلی چرخ‌داری متناسب با نیاز معلول فراهم می‌شود. توان بخشی به هنگام ارزیابی قدر و نوع نیاز فرد معلول مهم می‌شود.

از آنجا که سوئد در جنگ جهانی دوم شرکت نکرد، صنعت تولید کشور سالم باقی ماند. توسعه فنی و پزشکی همراه با تلاش‌های همگانی، راه را برای امکانات جدید افراد دارای معلولیت هموار کرد. برای مثال، طی ۵۰ سال، توان بخشی پیشرفت کرد، چراکه امدادهای فنی توسعه یافت و برای اشتغال‌زایی در بازار کار عادی نیز تلاش‌هایی صورت گرفت. البته پیشرفت عمده‌ای در زمینه ایجاد سیاست‌های کار ملی و پیش‌رونده تا دهه ۱۹۶۰ رخ نداد. پس از آن می‌توان گفت یکی از دلایل مهم این پیشرفت، ارتباط سیاست‌های کاری با سیاست‌های مالی بود. در نتیجه، سیاست‌های کار و آموزش فنی و حرفه‌ای، ابزارهای مهم بویایی بازار کار و افراد دارای معلولیت شدند. مسائل بازار کار در همکاری اولیه با سازمان‌های معلولیت نیز اهمیت داشتند (استاتیسیتیکا، ۲۰۱۱).

رابطه معلولیت با محیط زیست

قبلاً به وضعیت افراد دارای معلولیت از دیدگاه پزشکی نگریسته می‌شده و به این ترتیب با وضعیت جسمی این افراد در ارتباط بوده است. سوئد تحت تأثیر دیدگاه جدید معلولیت قرار گرفت که رو به رشد بود. در دهه ۷۰، مفهوم محدودیت مبتنی بر محیط‌زیست پیشرفت کرد و این تعریف بر اهمیت محیط‌زیست تأکید می‌کرد.

درواقع محدودیت دیگر صرفاً به افراد مرتبط نبود؛ بلکه مشکلاتی را در نظر می‌گرفت که افراد به دلایل جسمی یا روحی در زندگی روزمره‌شان با آن‌ها روبرو می‌شدند. به عبارت دیگر، ممکن است آن افراد به دلیل مشکلات محیط‌زیست دچار محدودیت شوند. به این ترتیب، اصطلاح «محدودیت» به سیاست‌های محیط‌زیست مربوط می‌شود، زیرا تصمیمات سیاسی در مورد شکل جامعه می‌تواند از وقوع محدودیت جلوگیری کند (استاتیسیتیکا، ۲۰۱۱).

مزایای مربوط به معلولیت

این مزایا مهم‌ترین بخش سیستم تأمین اجتماعی سوئد است که حمایت‌های مالی را برای کسانی که دارای معلولیت هستند و توانایی کار کردن ندارند فراهم می‌کند. این مزایا توسط آژانس بیمه اجتماعی سوئد ارائه می‌گردد و به افراد ۳۰ تا ۶۴ ساله که دارای اختلال فیزیکی و ذهنی هستند و نمی‌توانند کار کنند ارائه می‌شود. در سال ۲۰۱۰ به ۴۴۰ هزار نفر، ۴۶٫۵ میلیون کرون سوئد برای مزایای معلولیت پرداخت شده بود. مزایای معلولیت ۲۲ درصد از پرداخت‌های کلی نظام اجتماعی سوئد می‌باشد که حدود ۱٫۴ درصد تولید ناخالص داخلی سوئد را دربر می‌گیرد.

برخی از مزایای اجتماعی سوئد

جبران فعالیت: مزایا برای افرادی که در رده سنی ۱۹ تا ۲۹ و با عدم توانایی در کار کردن ناشی از بیماری و یا معلولیت هستند فراهم شده است.

مزایای معلولیت: این مزایا برای گروه سنی ۳۰ تا ۶۴ سال دارای معلولیت ناشی از بیماری و یا آسیب فیزیکی ارائه می‌گردد.

مزایای بیماری: این مزایا به کسانی داده می‌شود که در حال حاضر به دلیل معلولیت و بیماری توانایی کار کردن ندارند (فورسی کریس کازان، ۲۰۱۲).



همه‌ساله بعد از ۱۹۹۲ میلادی و به دنبال رسمی شدن روز سوم دسامبر به‌عنوان روز افراد دارای معلولیت توسط سازمان ملل، این روز را دولت‌ها و نهادهای مردمی گرامی می‌دارند. هدف از انتخاب این روز ارتقا آگاهی و آشنا کردن مردم سراسر جهان از مشکلات و معضلات افراد دارای معلولیت و چاره‌اندیشی برای رفع این مشکلات است (ابری، ۱۹۸۷: ۵-۱۹). آنچه مسلم است بدون کوشش برای رسیدن جامعه جهانی معلولان به حقوق انسانی و شهروندی و مدنی خویش مشکلات این اقلیت بزرگ جهانی قابل حل نیست و نخواهد بود.

به دلیل شتاب گرفتن حرکت کشورها به‌سوی توسعه، زندگی در دنیای امروز با گذشته بسیار متفاوت است. نظام‌های اقتصادی مرتباً در حال تغییر و تحول هستند؛ البته به دلیل بحران‌های ناشی از جنگ سیاست‌های اقتصادی ناسنجیده از سوی قدرت‌های بزرگ نمی‌توان به آینده آن مطمئن بود. در کنار ثروت و رفاه عمومی که برای بخش اندکی از جمعیت جهان وجود دارد، فقر عمومی و بیکاری در جهان رو به گسترش است.

روی دیگر ماجرا افزایش نرخ معلولیت در جهان هست؛ معلولیت عبارت است از «فقدان یا کاهش فرصت‌ها برای سهم شدن در زندگی اجتماعی، در سطحی برابر با دیگران»

در هر پنج دقیقه یک نفر در نقطه‌ای از دنیا دچار معلولیت می‌شود. طبق آخرین آمارها ۱۰٪ تا ۱۳٪ مردم جهان به‌نوعی دچار معلولیت جسمی و روحی هستند. در ایران معلولین بزرگ‌ترین اقلیت را تشکیل می‌دهند که بنا به وقایع و حوادث هر روزه به تعداد آن‌ها افزوده می‌شود. از علل معلولیت می‌توان به جنگ، حوادث در زمان کار، حوادث جاده‌ای، علل ژنتیکی و ... اشاره نمود. انواع معلولین را نیز می‌توان به معلولین ذهنی، معلولین جسمی - حرکتی، ناشنوا، نابینا و افراد چند معلولیتی تقسیم کرد که هر کدام در دل خود با توجه به درجه معلولیت و میزان نقص از درجه‌بندی برخوردار است (شاه‌مرادی، ۱۳۹۲: ۱۴). کاهش فقر و نرخ معلولیت از طریق توانمندسازی موضوع کانونی و موردتوجه نظام تأمین اجتماعی در کشورهای توسعه‌یافته و

در حال توسعه به شمار می‌آید. طبق نظر سازمان جهانی بهداشت، نزدیک به بیش از نیم میلیارد از جمعیت در سراسر جهان به نوعی معلول به شمار می‌آیند. بیش از ۹۰ درصد از کل افرادی که معلول هستند در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (رمضانی، ۲۰۱۲: ۸۰-۸۳). شیوع معلولیت در کشورهای آسیایی در حال توسعه حدود ۳/۰ تا ۴/۳ درصد گزارش شده است (تیلور، ۲۰۱۰: ۲۶۱-۲۶۶)، (داندونا، ۲۰۰۱: ۱۶-۱۴۲). مطالعات مختلف نشان داده است که نقص به هر شکل کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار داده و فعالیت‌های اجتماعی و استقلال او را کاهش می‌دهد (باسانهو، ۱۹۹۴: ۷۲). ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی در افراد دارای ناتوانی امروزه به عنوان یک هدف در برنامه‌های باز توانی و توان بخشی به شمار می‌رود.

در دنیای امروز نمی‌توان تنها به تدابیر فردی و اختیاری تأمین اجتماعی متکی بود. نظام تأمین اجتماعی با فعالیت و ارائه خدمات در سه حوزه بیمه‌ای، امدادی و حمایتی در کشورها در حال ارائه خدمات می‌باشد. در کشورهای انگلیس و سوئد رویکرد نظام تأمین اجتماعی مبتنی بر یافته‌های علمی است و نه مانند کشورهای در حال توسعه مثل ایران و هند مبتنی بر مقولاتی برخاسته از سنت، ایدئولوژی، حق برادری و برانگیختن مردم برای کمک با رویکردهای احساسی. همچنین با این روش‌ها نمی‌توان به پیشگیری از معلولیت‌های ناشی از عوامل ژنتیکی و رهایی اقشار جامعه از تله فقر و محرومیت پرداخت.

در سوئد و بریتانیا تلاش نظام تأمین اجتماعی، تحت پوشش قرار دادن همه با سازوکار شناسایی مناسب و رویکردهای علمی به‌طور همگانی و بدون تبعیض است (کلین، ۱۹۹۸: ۱۰۵)؛ برای مثال مستمری‌های بی‌قید و شرط برای حمایت از افراد که تحت پوشش بیمه‌ای نیستند اعمال می‌گردد. در هند و ایران پوشش نظام‌های رفاهی به صورت پراکنده، تبعیض آمیز و با سازوکار نامناسب شناسایی است.

امروزه به منظور رهایی از فقر، سوء تغذیه، محرومیت و معلولیت، دولت‌ها و سیاست‌گذاران ناچارند با رویکردهای به‌روز و عالمانه با رویکردهای باز توزیعی به کمک مالیات و حق بیمه، نظام‌های تأمین اجتماعی را در جامعه تقویت نمایند.

نگرش و رویکرد نظام جمهوری اسلامی ایران به موضوع تأمین اجتماعی که برگرفته از مفاهیم فقهی و نوع نگاه دین اسلام به این مقوله است، در اصل بیست نهم قانون اساسی، تعریف و تبیین شده است. در این اصل آمده است: «بر خورداری از تأمین

اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سربستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند.» در سال‌های اخیر، به منظور ساماندهی نظام تأمین اجتماعی کشور و گسترش دامنه پوشش و جامعیت خدمات آن، تلاش‌های چشمگیری از سوی متصدیان این حوزه صورت گرفته و انتظار می‌رود با اجرای کامل قانون تأمین اجتماعی، بخش دیگری از هدف‌های عدالت‌خواهانه تحقق یابد. در کشورهای مورد بررسی تمام این موارد یعنی پیری، از کارافتادگی، بازنشستگی، بهداشت و درمان، بیکاری و اشتغال، فقر، محرومیت و معلولیت کمابیش به صورت‌های مختلف در قوانین رفاهی اشاره و در جهت رفع مسائل مربوط به آن اقدام گردیده است.

هند و ایران گام‌های بزرگی را در جهت محو فقر و کمک به نیازمندان به کار گرفته‌اند؛ اما با وجود این هنوز چهره کره فقر در جامعه این دو کشور همچون اکثر کشورهای در حال توسعه نمایان است. اختلاف سطح بین ثروتمند و فقیر، افزایش شکاف طبقاتی و نرخ بیکاری نیز در این دو کشور رو به گسترش است. با وجود تلاش‌های حمایتی بخش‌های خیریه، به نظر می‌رسد کمک‌های خیریه مردمی و اعتبارات دولتی برای پوشش دادن به همه نیازها بدون تبعیض در این دو کشور کافی نیست و در حقیقت نمی‌توان امیدوار بود که صرفاً با اتکا به این روش بتوان به عدالت اجتماعی که هدف آرمانی نظام تأمین اجتماعی است، دست یافت. پس چه باید کرد؟

مقایسه

وجه مشترک این کشورها این است که هر چهار کشور دارای نظام رفاهی هستند که دولت مرکزی متولی آن می‌باشد. هر چهار کشور از مشارکت مردم، کارگران، کارمندان و خویش‌فرمایان و اختصاص بودجه‌های سالانه، منابع صندوق‌های بیمه اجتماعی خود را فراهم می‌نمایند. نظام پرداخت اختیاری و اجباری حق بیمه در هر چهار کشور موجود است. هر چهار کشور عضو کنوانسیون‌ها و تفاهم‌نامه‌های بین‌المللی هستند که در صورت الزام دولت‌هایشان می‌توان روندی نظام‌مند را در نظام رفاه و تأمین اجتماعی آن‌ها مشاهده کرد؛ از جمله برنامه‌های مبارزه با فقر، برنامه‌های

بهداشتی فراگیر، مبارزه با سوءتغذیه و تلاش برای بهبود کیفیت زندگی اقشار مختلف؛ از جمله معلولین و کاهش شکاف درآمدی و همچنین کنوانسیون حمایت از حقوق معلولین و ایسا؛ اما تفاوت‌های بسیاری در این چهار کشور مشاهده می‌گردد؛ چنانکه در فصول پیشین آمد، جمعیت کشور هند معادل یک میلیارد تا یک میلیارد و دو بیست میلیون یعنی بیش از پنج برابر جمعیت سه کشور ایران، سوئد و انگلیس که دومین کشور جهان از نظر تراکم جمعیت پس از چین می‌باشد. این کشور با استقرار در شرق آسیا از جنوب به اقیانوس هند و از شمال با رشته‌کوه‌های هیمالیا با تنوع اقلیمی متنوع از کوهستانی تا معتدل و بیابان‌های خشک که در جنوب این کشور گسترده شده است، برخوردار می‌باشد. رشد اقتصادی این کشور معادل ۸ درصد در سال ۲۰۱۵ برآورد شده؛ اما میزان فقر در این کشور به شدت زیاد است؛ به گونه‌ای که سی درصد از مردم این کشور روزانه درآمدها معادل یک دلار است. می‌توان گفت فساد و موازی‌کاری از چالش‌های پیشبرد توسعه اجتماعی و اقتصادی این کشور می‌باشد.

کشور ایران در جنوب غرب آسیا، از جنوب به واسطه دریای عمان و خلیج فارس به آب‌های آزاد دسترسی دارد. موقعیت ژئوپولیتیک و منابع و معادن غنی اعم از نفت و گاز در این کشور وجود دارد. رشد اقتصادی این کشور در سال ۱۳۹۵ معادل ۸ درصد از سوی دولت عنوان گردیده است. همچون هند، فقر و بیکاری تورم از معضلات اقتصادی است که کیفیت زندگی اقشار ایرانی را پایین آورده است؛ البته باید گفت این وضعیت قابل مقایسه با هند نیست و مشکلات در هند بسیار بیشتر است. نظام تأمین اجتماعی هند و ایران از لحاظ اصول بسیار مشابه می‌باشد. موازی‌کاری و نظارت ضعیف و همچنین فساد ساختاری از عواملی است که اهداف تأمین اجتماعی و آرمان‌های نظام رفاهی ایران را با مانع مواجه نموده است.

سوئد کشوری در شمال اروپا می‌باشد که در شبه‌جزیره اسکاندیناوی واقع شده و از نظر مساحت، سومین کشور بزرگ اروپا است. این کشور که تا اواخر قرن ۱۸ میلادی از فقیرترین کشورهای اروپا بود، امروزه در زمره کشورهای پیشرفته لحاظ می‌شود که از رشد اقتصادی بسیار بالایی برخوردار است. درآمد کشور سوئد مثل دیگر کشورهای نسبتاً کوچک صنعتی، وابسته به صادرات تولیدات صنعتی بوده و اقتصاد آن بر پایه مشارکت مردم در سرمایه‌گذاری‌ها استوار است. این کشور در حال حاضر دارای رشد مطلوبی در توازن بین صادرات و واردات می‌باشد. کشور سوئد

از سال ۱۹۹۵ عضو اتحادیه اروپا است. سوئدی‌ها جزو مرفه‌ترین شهروندان جهان هستند که از کیفیت بالای زندگی برخوردار می‌باشند.

کشور بریتانیا و سوئد نسبت به دو کشور دیگر از نظام رفاهی ساختاریافته‌تری برخوردار هستند. شفافیت، فرایند ساده‌سازی و پرهیز از موازی کاری، هماهنگی مناسب بین بخشی میان سازمان‌ها، نظام رفاهی این دو کشور را با کارآمدی و اثربخشی بیشتری در جامعه مواجه نموده است؛ البته این دو کشور که در قلمرو کشورهای توسعه‌یافته قرار می‌گیرند نیز با مسائلی مواجه‌اند؛ سالمندی، نرخ بالای بیکاری، بحران اقتصادی که دولت‌ها را از یاری به نظام رفاهی کشور ناتوان کرده است؛ البته این مسئله درباره بریتانیا بیشتر صدق می‌کند. در ایران ۱۷ صندوق، در هند ۵۶، در سوئد ۳۲ و در بریتانیا ۳۳ صندوق و شش مؤسسه متولی نظام رفاهی بهداشت و تأمین اجتماعی هستند.

امروزه اکثر کشورهای جهان از جمله ایران، هند، بریتانیا و سوئد از هر دو نظام بیمه‌اری و بورجی در نظام تأمین اجتماعی خود بهره می‌برند. شایان‌ذکر است که جهت‌گیری نظام تأمین اجتماعی در ایران بیمه‌ای و حمایتی، در هند و بریتانیا حمایتی و در سوئد نیز رویکرد برابرگرایانه موجود است، یعنی جهت‌گیری بیمه‌ای بر حمایتی رجحان نداشته و بالعکس و تلاش بر این است که تمام اقشار جامعه از خدمات این نهاد بهره‌مند شوند؛ البته این به این معنا نیست که باید نقش دولت را نادیده گرفت؛ بلکه نقش دولت در همه زمینه‌های حمایتی نقش محوری است و تحمیل صرف امور حمایتی به صندوق‌های بیمه‌گر علاوه بر وجود آوردن یک بوروکراسی موجب عدم تمرکز در مسئله حمایت نیز می‌شود؛ البته در بریتانیا نیز تلاش در جهت رسیدن به این هدف است که جهت‌گیری بیمه‌ای و حمایتی از نگاه یکسانی از سوی متولیان برخوردار گردد. همچنین نظام تأمین اجتماعی در هند و ایران به صورت پراکنده افراد جامعه را تحت پوشش قرار داده و در هند نیز پوشش بیمه‌ای کامل نیست به گونه‌ای که در این کشور سی درصد از مردم از هیچ پوشش بیمه‌ای بهره‌مند نیستند. در این گزارش شرح وضعیت معلولین در ساختار رفاهی و نظام تأمین اجتماعی در این چهار کشور در حوزه‌های اشتغال، سلامت، مسکن، حمل‌ونقل و آموزش و پرورش مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته است.

انگلیس طبق تعریف ۲۰۱۰ معلول را شخصی می‌داند که دارای اختلال فیزیکی یا ذهنی باشد و این اختلال دارای اثرات بلندمدت و حیاتی بر توانایی شخص معلول

برای گذراندن فعالیت‌های روزمره بگذارد. تقریباً سه کشور دیگر نیز با این تعریف هم‌نظرند.

در بریتانیا ۱۲ میلیون معلول، در ایران از یک میلیون تا هفتصد هزار، در هند ۲۶ میلیون و در سوئد ۹۵۰ هزار معلول وجود دارد. یک نفر از ۵ نفر یعنی ۱۹ درصد افراد در بریتانیا دارای یک نوع معلولیت هستند، در ایران از هر ۸ نفر و سوئد از هر ۱۲ نفر و هند به روایتی از هر ۴۰ نفر. در انگلیس و سوئد در طول زمان تقریباً این نرخ معلولیت ثابت بوده است. در سال ۲۰۱۲ تا ۲۰۱۳ بر اساس آمارها ۱۲،۲ میلیون معلول در بریتانیا وجود داشته است؛ اما در ایران به دلیل تصادفات و حوادث این آمار افزایش می‌یابد. البته باید گفت به دلیل آگاه‌سازی معلولیت از بدو تولد کاهش یافته است.

۴۴ درصد از افراد معلولی که در سن کار هستند از نظر اقتصادی غیرفعال محسوب می‌شوند که این میزان چهار برابر افراد غیر معلول است.

از مزایایی که دولت‌ها در ایران و هند برای معلولین در ساختار تأمین اجتماعشان عملی کرده‌اند عبارت‌اند از: کاهش ساعت کاری، روز کاری و دیگر معافیت‌های مالیاتی. در ایران ماده‌واحد تشکیل سازمان بهزیستی (مصوب ۱۳۵۹/۴/۲۵)، این سازمان را موظف به ارائه خدمات و امکانات پیشگیری و توان‌بخشی حرفه‌ای و اجتماعی معلولین جسمی و روانی می‌نماید.

با نگاه به مقررات مشمولی معلولان در ایران در بخش تأمین اجتماعی، خلأ قانون‌گذاری جامع و مناسب به‌خوبی نمایان است. حتی قانون جامع حمایت از معلولان نیز چندان جنبه‌های حقوقی تأمین اجتماعی معلولین را دربر نمی‌گیرد. همچنین اینکه از ضمانت اجرای کافی نیز برخوردار نمی‌باشد؛ به‌عنوان مثال مستمری مقرر قانونی بر اساس دستورالعمل‌های سازمان بهزیستی از یک‌پنجم حداقل حقوق پایین‌تر است که ناقض تأمین حداقل زندگی شهروندی که در قوانین به آن اشاره شده می‌باشد. در مجموع مستمری معلولان در ایران بخش ناچیزی از هزینه خدمات عمومی دولت را دربر می‌گیرد؛ درحالی‌که این مبلغ در کشورهای توسعه‌یافته ۲۵ درصد هزینه خدمات عمومی را دربر می‌گیرد؛ به‌گونه‌ای که بسیاری از افراد سالم جهت برخورداری از آن خود را به تمارض می‌زنند.

ساماندهی نظام توان‌بخشی در کشور بدون در نظر گرفتن جمعیت افراد دارای ناتوانی و معلولین امکان‌پذیر نخواهد بود. شناخت این جمعیت از نظر ویژگی‌های جمعیتی،

تنوع معلولیت، نیازمندی‌های خاص اعم از بهداشتی، درمانی، آموزشی، حقوقی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی، زیربنای تدوین نظام توان‌بخشی خواهد بود. همچنین تربیت نیروهای متخصص، بستر سازی فرهنگی، متناسب‌سازی محیطی و تبیین جایگاه حقوقی شهروندان معلول و ... از جمله نکات مهمی است که در قوانین حمایتی معلولین (قانون جامع حمایت از معلولین مصوب ۱۳۸۴ و بازبینی ۱۳۹۵ و برنامه‌های توسعه) ذکر شده است و می‌تواند موجب ساماندهی در کشور گردد؛ اما چنانکه در نقد قوانین در فصل ایران آمد نه نیروهای مرتبط با معلولین از تخصص لازم برخوردارند و نه سازوکار مناسبی برای شناسایی معلولین و شناسایی نیازهای آن‌ها صورت می‌گیرد؛ البته پیوستن به کنوانسیون حمایت از حقوق معلولین (تصویب قانون جامع حمایت از حقوق معلولین) و افزایش نیروهای متخصص در سال‌های اخیر امیدواری را به جامعه معلول در کشور باز گردانده، اما نگاه تبعیض‌آمیز و اقدامات ناعادلانه همچنان پیشبرد اهداف رفاهی نظام تأمین اجتماعی در باب معلولین را با چالش مواجه کرده است.

در ایران برای تحت پوشش قرار گرفتن در سازمان بهزیستی لازم است تقاضا از سوی فرد معلول به نزدیک‌ترین نهاد بهزیستی داده شود و معاینات کمیته پزشکی برای معلولین جسمی حرکتی که شامل پزشک، پرستار، فیزیوتراپ و کار درمان است و کمیته پزشکی مخصوص معلولین شنوایی که شامل بینایی‌سنج و چشم‌پزشک یا متخصص گوش، حلق، بینی و شنوایی‌سنج می‌باشد، به صورت ملاقات خانگی و یا معاینه حضوری در مکان‌های تعیین شده از سوی سازمان انجام شود و برای معلولین کارت معلولیت می‌شود که درصد معلولیت در سه درجه بندی ضعیف، متوسط و شدید با نوع معلولیت بر کارت درج شده است. در اکثر مراکز یک مددکار کلی به‌عنوان مددکار افراد ضایعه نخاعی، مددکار دیگر برای نابینایان و دیگری هم برای ناشنوایان حضور دارد که غالب آن‌ها از تخصص مربوط به‌ویژه در مناطق محروم بی‌بهره‌اند؛ البته در سال‌های اخیر با جذب نیروهای جدید وضعیت بهبود یافته است. وظیفه این مددکاران رسیدگی به تمام معلولان است. فرد معلول به‌عنوان معلول یا خانواده معلول باید به این مددکار مربوطه مراجعه کند و این فرد مسئول شنیدن مشکلات تمام معلولین مربوطه در مرکز است. مستمری این افراد در بازه‌های معادل ۵۰ تا ۱۲۰ هزار تومان بدون هیچ ملاک برخوردار می‌باشد. بعضی اوقات تماسی از سوی مددکار جهت دریافت لوازم پزشکی (شامل سوند و گاز استریل، کمک‌های غیرنقدی غذایی، برخی لوازم توان‌بخشی مانند ساعت گویا، عصای سفید، واکر و

صندلی چرخ‌دار، برخی لوازم بهداشتی، کاغذ بریل) گرفته می‌شود تا مددجو سهمیه خود را دریافت نماید. این تماس‌ها نیز به صورت نامنظم است؛ هیچ ملاک کارشناسی برای اعطای این ابزار کمک‌ها به فرد معلول لحاظ نمی‌شود. برای معلولینی که دائم به لوازم خاصی نیاز دارند اقدام ویژه‌ای صورت نمی‌گیرد.

در سال‌های اخیر، در قانون حمایت از حقوق معلولین، تبصره‌ای به‌عنوان حق پرستاری برای معلولان ضایعه نخاعی تصویب شد که آن هم در اوایل طرح به‌طور نامنظم در مراکز مختلف با رقم‌های مختلف به فرد معلول پرداخت می‌شد که متأسفانه این پرداخت‌ها قطع گردیده است.

از قوانین ممتاز در حمایت از معلولین که در بهزیستی اجرایی شد، پرداخت هزینه آموزشی افراد معلول در مؤسسات آموزش عالی شبانه دانشگاه آزاد بود که پرداخت تقریباً ۸۰٪ شهریه را شامل می‌شد؛ البته این پرداخت‌ها با تبعیض و عدم اجرای درست مواجه گردید؛ چنانکه در حال حاضر این پرداخت‌ها برای افراد معلول نامنظم و تبعیض‌آمیز صورت می‌گیرند.

عدم مناسب‌سازی، از جمله مسائل مهم معلولین در ایران است که با وجود تأکید آن در قوانین مختلف، اعم از قانون جامع حمایت از حقوق معلولین، در عمل به‌گونه‌ای تفسیری در برخی مناطق و بی‌قاعده اجرایی شده و در برخی مناطق هم اجرایی نشده است.

خدمات نظام رفاهی در انگلیس و سوئد توسط نهاد خدمات اجتماعی که معادل سازمان بهزیستی ایران است؛ از مددکارانی متخصص بهره می‌برند، به معلولین خدمت‌رسانی می‌کنند؛ همچنین در این دو کشور شهرداری‌ها و انجمن‌های بسیار پیشرو در حمایت از معلولین اقدام می‌نمایند. به مواردی از این دست در زیر اشاره می‌گردد.

در بریتانیا با خدمات اجتماعی منطقه‌ای و در سوئد مرکز توان‌بخشی که فرد معلول در آن ساکن است، تماس حاصل می‌شود و به صورت تلفنی یا حضور در خانه از نیازهای فرد معلول اطلاع حاصل می‌شود. مرکز با توجه به نوع معلولیت مددکار اختصاصی برای ارزیابی نیازها، وضعیت فرد معلول و درجه معلولیت در محل زندگی فرد معلول حاضر می‌شود. فرم‌های ارزیابی را به صورت محرمانه پر می‌کند و بر اساس نیازهای شخصی، زمان حضور پرستار و در صورت نیاز لوازم ارسالی مورد نیاز اعم از بهداشتی، آموزشی و رفاهی تعیین می‌گردد. پرداختی به پرستار یا مراقب یا دستیار، هم از مرکز

خدمات اجتماعی و هم شهرداری و همچنین از طریق انجمن‌های خیریه فعال در این دو کشور صورت می‌گیرند. لازم به ذکر است که هماهنگی بین بخشی در سطحی عالی در این کشورها در باب معلولین وجود دارد و در صورت نیاز به پرستار فرد معلول می‌تواند بر اساس سلیقه خود پرستار را انتخاب نماید. در باب خدمات و انواع دستیار و مستمری‌ها به تفسیر در بخش مربوط به کشورها بحث شده است.

مددکار و مأمورین شهرداری منطقه همچنین وضعیت مناسب‌سازی محل سکونت و منطقه‌ای که فرد معلول در آن ساکن است و یا تردد دارد، ارزیابی می‌کنند. مددکار گزارش را برای نصب تجهیزات لازم در محل سکونت فرد معلول به کار درمان منطقه ارجاع می‌دهد و شهرداری نیز در رفع موانع محتمل حذف پله و نصب علائم در منطقه اقدام می‌نماید؛ البته اقدامات مناسب‌سازی شده در شهرهای کشورهای توسعه‌یافته به صورت پیش‌فرض عملی می‌گردد. چه در ساختمان‌های عمومی و دولتی، چه مسیرها و فضای پارک‌ها و چه ساخت آپارتمان‌های مسکونی. با حضور کار درمان در محل زندگی فرد معلول، وی به سفارش وسایلی مثل صندلی حمام و میز حمل‌شو، تخت اتوماتیک و تشک مواج برای معلولین جسمی حرکتی، عصا واکر، عصای سپید و ملزومات با توجه به معلولیت، به صورت رایگان به فرد معلول می‌پردازد. حتی اگر خانه محل زندگی مناسب نباشد، در جهت تعویض یا مناسب‌سازی از سوی شهرداری اقدام می‌گردد. همچنین مددکار وظیفه پر کردن فرم‌های مرتبط برای حقوق معلولیت و مستمری را به عهده دارد. در هند نیز علاوه بر توزیع سبد غذایی، یارانه‌ای معادل ۱۰۰ روپیه به معلولین اعطا می‌گردد که هیچ ملاکی برای اعطای آن موجود نیست و گروه‌های هدف هم کاملاً مشخص نیستند که علت آن عدم شفافیت در آمارها و اطلاعات است.

در ایران غیر از یارانه نقدی و مستمری مربوطه که مجموع آن برای فرد معلول به ۶۰ دلار هم نمی‌رسد، پرداختی‌ها به صورت موردی و تبعیض‌آمیز آن هم با سازوکار اداری سرگردان کننده اعطا می‌گردد. در بریتانیا اگر فرد معلولی اعلام کند که به دلیل معلولیت قادر به کار کردن نیست، پس از ارزیابی، هفته‌ای ۱۲۰ پوند به عنوان مستمری دریافت می‌کند. اگر فرد معلول قادر نباشد خانه شخصی برای خود فراهم کند، شهرداری موظف است که یک محل زندگی مناسب با شرایط جسمی معلول برای وی فراهم نماید. همچنین برای پرداخت قبوض آب و برق می‌توان از برخی از

سازمان‌های غیردولتی خیریه تقاضا کرد و سالانه ۵۰۰ پوند برای پرداخت قبض‌ها به فرد دچار معلولیت پرداخت می‌شود؛ اما انجمن‌ها در ایران به دلیل عدم توانایی مالی و عدم اعتماد گروه هدف، فراگیر و موفق عمل نمی‌کنند.

برای یک فرد معلول با مشکلات حرکتی، خانه‌ای که در نظر گرفته می‌شود، شرایط زیر را دارا است؛ ساختمان به در اتوماتیک تجهیز می‌شود که با فشردن یک دکمه در باز و بسته می‌گردد. فضای بسیار بزرگی برای حمام و توالت در نظر گرفته می‌شود و توالت مخصوصی که دارای سیستم شستشو و خشک کردن اتوماتیک است نصب می‌گردد. لوازم آشپزخانه به نسبت ارتفاع ویلچر نصب گردیده و همچنین تمام پریزها و کابل‌های برق بر طبق همان ارتفاع ویلچر تنظیم می‌گردد. اجاق گاز، ماشین لباسشویی و یخچال و فریزر توسط دولت خریداری می‌شود و ۴۵۰ پوند پول نقد برای خرید وسایل ضروری اجناس دیگر اعطا می‌گردد.

علاوه بر مستمری ماهانه، در انگلیس هر فرد دارای معلولیت بعد از ثبت‌نام در وزارت امور معلولان و مشخص شدن درجه معلولیتش از کمک‌هزینه‌ای بر اساس درجه معلولیت آن فرد بهره‌مند می‌شود. این کمک‌هزینه به دو بخش نگهداری و حرکتی تقسیم می‌شود. هزینه نگهداری دارای سه رده‌بندی، کم، متوسط و زیاد است.

این نوع از خدمات دولتی به افراد دارای معلولیت، به وضعیت اشتغال و دارایی فرد دچار معلولیت ارتباط ندارد و فرد با داشتن هر گونه حقوق و پس‌اندازی می‌تواند از این کمک‌هزینه برخوردار شود. اگر درجه معلولیت فرد ثبت شده در وزارت امور معلولان بالاتر از متوسط باشد، آن فرد می‌تواند یک فرد را به‌عنوان پرستار خود معرفی کند (به‌جز حق پرستاری که توسط دولت داده می‌شود) و دولت به فرد معرفی شده مستمری هفتگی و مزایای مسکن اختصاص می‌دهد. در سوئد هم امکانات پشتیبان تکمیلی زمانی فعال می‌گردد که فرد معلول قادر به تأمین هزینه‌های خود نبوده یا پرداختی‌ها هزینه فرد معلول را پوشش ندهد.

خدمات پزشکی و درمانی ایران

در ایران مددجوهای تحت پوشش بهزیستی از بیمه تأمین خدمات درمانی بدون هیچ بیمه تکمیلی استفاده می‌کنند. چنانکه در نقد قانون جامع هم در فصل ایران مطرح گردید، معلولین از هیچ اختیاری برای گزینش بیمه‌های درمانی و تکمیلی برخوردار

نیستند. تنها مؤسساتی که می‌شود در آن‌ها از بیمه استفاده کرد، بیمارستان‌های دولتی و خدمات تأمین اجتماعی می‌باشد. برای استفاده از خدمات مراکز تأمین اجتماعی با وجود ارائه کارت معلولیت اخذ گواهی از سازمان بهزیستی الزامی است. در بعضی مطب‌ها و بیمارستان‌های خصوصی نیز می‌توان از تخفیف این بیمه‌ها استفاده کرد که برای معلولین با مشکلات زیاد باز هم هزینه بالایی را دربر می‌گیرد. اکثر پزشکان متخصص خصوصی از قبول بیمه درمانی خودداری می‌کنند و هزینه درمانی باید به صورت نقد توسط بیمار پرداخت شود. داروخانه‌ها فقط داروهای معمولی و ارزان را با بیمه درمانی به بیمار عرضه می‌کنند. بسیاری از داروها به صورت آزاد و با هزینه‌های شخصی قابل استفاده برای معلولین است که درصدی هزینه آن با ارائه فاکتور یک بار در سال و به صورت سلیقه‌ای به فرد معلول بازگردانده می‌شود. هیچ خدمات پرستاری در منزل برای افراد معلول وجود ندارد؛ اما برای جانبازان وضع به نحو دیگر است؛ خدمات پرستاری هم در خانه و هم در مراکز درمانی بی‌هیچ هزینه‌ای اعمال می‌گردد. مراکز تخصصی و آزمایشگاهی برای مشکلات معلولین اعم از جسمی-حرکتی، نابینا، ناشنوا و معلولین ذهنی به صورت رایگان یا با هزینه معقول وجود ندارد و همه این‌ها مستلزم پرداخت هزینه هنگفت توسط افراد و یا خانواده آن‌ها می‌باشد.

خدمات پزشکی در سوئد و انگلستان در تمام سطوح برای همه شهروندان بدون تبعیض جنسیتی، نژادی و دینی به صورت کاملاً رایگان ارائه می‌شود و همه مردم آزادانه از خدمات پزشکی درمانی رایگان بهره‌مند می‌شوند. فرد معلول ابتدا در درمانگاه عمومی منطقه سکونتش ثبت‌نام می‌کند و سپس توسط پزشک عمومی به بیمارستان‌های تخصصی موردنیاز ارجاع داده می‌شود. با ارزیابی کار درمان و پرستار ویژه با توجه به نوع معلولیت، وسایل توان‌بخشی و پزشکی اعم از صندلی چرخ‌دار، با توجه به وضعیت جسمانی عصای واکر، عصای سپید و غیره به معلول به طور رایگان ارائه می‌شود. همچنین یک زمان تعریف شده برای ویزیت پرستار کار درمان یا حتی پزشک به صورت روزانه برای انجام کارهای تخصصی برای معلولیت‌های سطح بالا که پرستار عادی قادر به انجام آن نیست، مشخص می‌گردد.

در ایران لوازم توان‌بخشی عمدتاً وارداتی است و سازمان بهزیستی برای تولید آن اقدام چندانی با شرکت‌های دانش‌بنیان چه برای ساخت لوازم پزشکی موردنیاز معلولین مانند سمعک برای ناشنوایان، عینک و لنز و دیگر لوازم مانند عصای سفید مخصوص

با فناوری جدید برای نابینایان و نرم‌افزارهای کاربردی که زندگی را برای معلولین با توسعه تکنولوژی بهتر کرده نمی‌نماید؛ اما در هند این نقیصه با سرعت زیادی در حال رفع شدن است. چنانکه گفتیم، سازوکار شناسایی دقیق، یکی از مهم‌ترین و گام آغازین در اجرای هرگونه برنامه فقرزدایی و خدمت‌رسانی به معلولین است؛ در هند اخیراً برنامه‌ای با عنوان هر هندی یک شناسه با استفاده از اثرانگشت و اسکن از چشم (مشخصات غیرقابل جعل) از افراد برای برخورداری از یارانه و مستمری‌ها اجرایی شده است. در ایران نیز هنوز مشکلاتی در بحث شناسایی و آمار دقیق معلولین وجود دارد. هیچ نهاد محلی در ایران متولی شناسایی معلولین برخلاف سوئد و بریتانیا نیست.

بخش اشتغال

در بحث اشتغال، ایران و هند از نرخ بالای بیکاری در سطح عموم جامعه رنج می‌برند. معلولین هم به‌ویژه در ایران با وجود تحصیلات بالا بیکار هستند. در این دو کشور هیچ مستمری برای افراد بیکار که از پوشش بیمه‌ای محروم‌اند، پرداخت نمی‌شود. در سوئد و انگلیس چنانکه گفته شد مبلغی به افراد که نمی‌توانند کار کنند یا هنوز قادر به یافتن کار نشده‌اند، پرداخت می‌گردد؛ علاوه بر دولت، انجمن‌های قدرتمند در زمینه کاریابی و کارآفرینی برای معلولینی که می‌توانند کار کنند، فعالیت می‌کنند.

بخش مسکن

در بخش مسکن، اخیراً سازمان بهزیستی با حمایت انجمن‌های خیریه و بنیاد مسکن انقلاب اسلامی طرحی جدید در جهت شناسایی معلولین سرپرست خانوار، زنان سرپرست خانوار و خانواده‌هایی با دو یا بیش از دو معلول که فاقد خانه می‌باشند را آغاز نموده‌اند؛ البته همچنان سازوکار شناسایی درست گروه‌های هدف و خانه‌هایی مناسب‌سازی نشده برای معلولین از مشکلات این طرح است. همچنین بسیاری از افراد معلول در بخش فقیرنشین شهرها یا مناطق محروم در خانه‌هایی با کیفیت ساخت پایین و مناسب‌سازی نشده با توجه به وضعیت معلولین زندگی می‌کنند یا اصلاً مالک خانه نیستند. در بریتانیا و سوئد باید گفت که به افراد فاقد مسکن از سوی خدمات اجتماعی و شهرداری‌ها مسکن مناسب اعطا می‌شود که به تفصیل در فصول مربوطه آمده است.



در فصول پیشین بر مزایای نظام تأمین اجتماعی چهار کشور ایران، هند، سوئد و بریتانیا پرداخته شد. همان‌طور که گفته شد که یکی از مسائل کشورهای در حال توسعه جمعیت بالا و فقدان شفافیت در اعلام آمار جمعیت به‌ویژه برای اقشار خاص است؛ این به‌ویژه در هند رخ می‌نماید. کاهش مرگ‌ومیر نوزادان و بهبود شاخص‌های بهداشتی باعث نوعی رشد جمعیت در کشورهای در حال توسعه گردیده است. در ایران این مشکل با برنامه‌های تنظیم خانواده و آگاه‌سازی افکار عمومی تا حد زیادی مهار شد. در سال‌های اخیر آگاه‌سازی از سوی رسانه‌ها و سازمان بهزیستی منجر به کاهش معلولیت‌های مادرزادی شده است؛ اما به‌رروری در ایران نیز آمار دقیقی از تعداد معلولین وجود ندارد، به همین دلیل بسیاری از معلولین شناسایی نشده و از چتر نظام حمایتی سازمان‌های رفاهی بیرون مانده‌اند. فساد ساختاری، وجود رانت، سازوکار نامناسب و شناسایی از جمله مسائل نظام رفاهی ایران و هند و بسیاری کشورهای در حال توسعه برای شناسایی و حمایت از معلولین است؛ هم‌چنین عدم تضمین لازم و انحراف کمک‌های نظام رفاهی از گروه‌های هدف به دسته‌هایی که با اقدامات متقابلانه و همراه با فساد خود این خدمات را دریافت می‌کنند. فقدان شفافیت لازم از مشکلات دیگر این کشورهاست. امید می‌رود با اقدامات لازم، ایران بتواند کشورهای توسعه‌یافته را الگوی خود قرار داده و با رویکردی فارغ از تبعیض و همراه با نگاه عدالت‌محور چتر نظام رفاهی را برای خدمت‌رسانی بر سر تمام معلولین در حوزه‌های مختلف اعم از قانون‌گذاری در بحث اشتغال، مسکن، بهداشت و آموزش و در یک کلام افزایش رفاه و ارتقا کیفیت زندگی بگستراند.



در این بخش به ارائه پیشنهاداتی در اصلاح جهت‌گیری و اتخاذ تصمیمات فراگیر در باب معلولین در ابعاد تسهیل در پوشش قرار گرفتن، معلولین تعامل بهتر با سازمان بهزیستی، تسهیل و رفع تبعیض‌ها در اعطای مستمری‌ها و مقرری‌های بلندمدت و کوتاه‌مدت و تسهیل و بازبینی در قوانین مربوط به بازنشستگی معلولین پرداخته می‌شود.

- جهت گیری به پوشش همگانی اقشار محروم و معلول گسترش یابد.

- ضمانت لازم برای اجرای درست قوانین نظام رفاهی اعم از قانون جامع نظام رفاه و تأمین اجتماعی و قانون جامع حمایت از حقوق معلولین فراهم گردد.

- ساز و کار مناسبی برای تعامل دور از تبعیض و مناسب سازمان های بیمه ای و حمایتی با سازمان بهزیستی تعریف گردیده و بر اساس آن عمل گردد.

- تطبیق و تعمیم بیمه بازنشستگی افراد دارای معلولیت با قانون بازنشستگی جانبازان انقلاب اسلامی.

- کلیه معلولان در بخش دولتی، مدیریت خدمات کشوری و کارکنان مشمول قانون کار (تأمین اجتماعی) ۲۰ سال سابقه بازنشسته می شوند و بخش غیردولتی (حرف و مشاغل آزاد) و مراکز خصوصی چنین تسهیلاتی وجود ندارد؛ تدابیری اتخاذ گردد تا این قانون برای بخش غیردولتی نیز اعمال گردد.

مانعی که در مقابل بازنشستگی معلولین هم دامن گیر قانون گذاری و اجرا شده است عدم تأمین بودجه و بار مالی بالا است؛ چنانکه از سال ۹۴ تا زمان نگارش این گزارش است هنوز پیوست مربوط به قوانین بازنشستگی در مورد معلولین در اصلاحیه قانون جامع حمایت از حقوق معلولین با ایراد بار مالی شورای نگهبان هنوز تصویب نشده است.

- پیگیری تشکیل صندوق ویژه بازنشستگی افراد دارای معلولیت.

- تمام افراد معلول بالای ۱۸ سال با پرداخت حق بیمه بین ۱۰ تا ۲۰ سال (نسبت به شدت معلولیت) با حداقل تعرفه نسبت به بقیه اقشار تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی قرار گیرند و تمامی معلولان شدید و خیلی شدید از حداقل مستمری ماهیانه برابر با ۳۰٪ حقوق پایه اداره کار تا زمان بهره مندی از خدمات بازنشستگی پیش از موعد و خانواده های آنان یا کسانی که مسئولیت نگهداری از معلول را برعهده دارند (از جمله کارکنان مراکز نگهداری، توان بخشی و اجتماعی و...)، از قوانین بیمه مشاغل سخت و زیان آور بهره مند گردند.

- حضور دو پزشک به عنوان نماینده معلولان با تأیید سازمان بهزیستی و یا تشکل های معلولان با حق رأی نهایی در کمیسیون های تشخیص از کارافتادگی و بازنشستگی به منظور جلوگیری از تضییع حقوق معلولان با توجه به شرایط خاص آنها.

- تمام معلولان شاغل در بخش دولتی و غیردولتی (مراکز کسب و کار، مشاغل خانگی و...) از پرداخت مالیات و حق بیمه معاف گردند.
- کارفرمایانی که در مراکز کسب و کار خود، معلولین را استخدام نمایند، مشروط بر آنکه مدت قرارداد استخدامی آنان با معلول شاغل بیش از یک سال باشد، از پرداخت حق بیمه کارفرما معاف گردند.
- تشکیل صندوق بیمه تکمیلی طلایی ویژه معلولان و خانواده‌های آنها جهت بهره‌مندی تمام افراد معلول از خدماتی شامل تهیه لوازم توان‌بخشی و ...
- تأمین بودجه لازم جهت پرداخت بیمه کارفرمایی معلولان و تأسیس صندوق حمایت از فرصت‌های شغلی آنان در راستای تقویت و حمایت از اشتغال معلولان.
- تسریع در بررسی و تصویب پیشنویس لایحه قانون حمایت از کارآفرینی و اشتغال معلولان در دولت و کمیسیون‌های مربوطه با بیست و یک ماده و اجرای طرح بیمه بیکاری پسران و دختران بیکار معلول و بازنشستگی زنان و دختران معلول.
- پیش‌بینی مجازات در برابر عدم انجام مقررات حمایتی از حقوق معلولین با تأسیس کمیسیون رسیدگی به شکایات معلولین.

۱. آبتین، علی (۱۳۹۰)، «بررسی اثر برنامه هدفمندی یارانه‌ها بر کارکنان سازمان تأمین اجتماعی»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
۲. باقرپور، معصومه (۱۳۹۵) نقش تشکل‌های مدنی در کیفیت زندگی معلولین با آسیب بینایی، دومین همایش جامعه‌بینا، شهروند بینا، کاشان.
۳. تاج‌الدین و باهوش معصومه (۱۳۸۹) مجموعه گردآوری‌شده قوانین نظام رفاهی در ایران.
۴. تاج‌زینانی، علی‌اکبر (۱۳۸۸)، بررسی شاخص‌های تأمین اجتماعی، مرکز پژوهش‌های تأمین اجتماعی، تهران
۵. حسن‌زاده، علی، (۱۳۸۱) مجموعه مقالات ارائه‌شده در بیست و هفتمین نشست مجمع عمومی اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی سوئد، تهران: دفتر طرح و نشر انتشارات علمی و فرهنگی.
۶. زرگری، فرهاد (۱۳۸۲)، تأمین اجتماعی در سراسر جهان، دفتر ششم سوئد، اداره کل روابط عمومی و امور بین‌الملل سازمان تأمین اجتماعی.
۷. روستایی سجاد (۱۳۹۰)، موازی‌کاری در سازمان بهزیستی و کمیته امداد امام خمینی ره همایش ملی رفاه اجتماعی دانشگاه علامه طباطبایی، تهران.
۸. زارع، حسین (۱۳۸۱)، توسعه بیمه و فقرزدایی در جمهوری اسلامی ایران، تهران: معاونت بیمه و درمان اداره کل مطالعات و پژوهش‌ها.
۹. سام آرام، عزت‌الله (۱۳۸۳)، مقایسه بیمه خوداشتغالی در ایران با شش کشور، فصلنامه رفاه اجتماعی، زمستان ۱۳۸۳، دوره ۴، شماره ۱۵، صص ۹۹-۱۲۲.
۱۰. شاهمردی، فرزانه (۱۳۹۲) بررسی مناسب‌سازی فضای شهر تهران برای افراد با آسیب بینایی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
۱۱. قاسمی، محمد (۱۳۸۸)، ارزیابی کیفیت خدمات سازمان تأمین اجتماعی از دیدگاه مشتریان و کارکنان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج.
۱۲. کمالی، محمد (۱۳۸۴)، جایگاه توان‌بخشی در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۸ تیر ۱۳۸۹، <http://www.baavarnew.ir>
۱۳. مسعودی‌اصل، ایروان (۱۳۸۸)، نظام رفاه اجتماعی در جهان، تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
۱۴. مطلق، عالیبه و مسعود رزم (۱۳۹۳)، مقایسه تطبیقی تأمین اجتماعی ایران کانادا و سوئد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه پیام‌نور، تهران.
۱۵. معاونت حقوقی و امور مجلس تأمین اجتماعی (۱۳۸۹)، قانون تأمین اجتماعی و



آئین نامه‌های آن، تهران: سازمان تأمین اجتماعی.

۱۶. منوچهری زاد، رضا، حیدری، علی (۱۳۸۹)، چارچوب کلی نقش آفرینی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در طرح تحول اقتصادی کشور، ششمین کنفرانس بین المللی تحقیقات تأمین اجتماعی، تهران.

۱۷. موهبتی، یاسر (۱۳۸۷)، بررسی تطبیقی ساختار نظام جامع و رفاه تأمین اجتماعی در ایران و کشورهای منتخب، تهران: دانشگاه امام صادق (ع)، تهران.

1. Daniel Drache & Terry Solivan (1999), Health Reform): Public Success, Privat, Routledge, London, (46)
2. Robert. G. Evans And Mayreeh(1995) M. Law, Social Security for Persons with Disabilities in India An International Assessment Of Health Care Financing Lessons For Developing Countries
3. Ilo, Setting social security standard in a global society, consultation paper, international labor office, social security department, geneva, 2008.
4. Lawrence H.Thompson (2004),social security and economic growth "Issa", social security documentation
5. Pierre plamondon and etl (2002),actuarial practice in social security, Ilo and Issa, first published.
6. Jutting. J(2000), social security systems in low income countries: concepts, constraints and the need for cooperation, international social security review.
7. social security law", third edition. kluwer law international. Penning's, frans (2001), "Introduction to European
8. Chattterjee, Mirai. Et. al. 1994, "Organizing for Social Security-Some experiences of Self – Employed Women Workers" in Social Security in Developing Countries, Social Security Association of India 294 231



9. Datta R.C. 1998. "Public Action Social Security and Unorganised Sector", in Economic and Political Weekly
10. janson h. 2011. "Social Security and the Poor: Choice for Developing Countries", in The World Bank Research Observer 6(1)
11. Government of India (GOI). 1991. Report of the Committee for Review of National Policy on Education (NPE) (Ramamoorthy Committee), New Delhi.
12. Abberley P. 1987: The concept of oppression and the development of a social theory of disability. Disability, Handicap and Society, 2 (1), 5-19.
13. Ramezani A. Pard is M. Rafati N. Kazemi-Moghaddam M. Katibeh M. Rostami Rabbanikhah Z. Causes of visual impairment among patients referred to a visual rehabilitation clinic in Iran, Korean Journal of Ophthalmology
14. Taylor HR. Hugh R. Jill E. Kleeffc. "World blindness: a 21st century perspective." British Journal of Ophthalmology
15. Tabbara FK. El Sheikh HF. Shawafs S. Pattern of child hood blindness at a referral center in Saudi Arabia. Ann Saudi Med 2005;
16. Dandona L. Dandona R. Srinivas M. Blindness in the Indian state of Andhra Pradesh. Invest Ophthalmol Vis Sci 2001
17. Baasanhu J. Johnson GJ. Burcndei G. Prevalence and causes of blindness and visual impairment in Mongolia: a Survey of populations aged 40 years and older. Bull World Health Organ 1994
18. Klein BEK. Klein R. Lee KE. CruickShanks KJ. Performan cc-based and self assessed measures of Visual function as related to history of falls. hip fractures and measured gait time. The Beaver Dam Eye Study. Ophthalmology 1998
19. Försäkringskassan. "Sjukersättning/aktivitetsersättning 2010." [Online]. Available: http://statistik.forsakringskassan.se/frv/html/1_





- sjukarters_belopp_2010.html. [Accessed 23 Februari 2012].
20. Försäkringskassan, "Socialförsäkring i siffror 2011," Försäkringskassan, Stockholm, 2011.
21. SCB, "2011K03-Statistiska centralbyrån," 29 november 2011. [Online]. Available: http://www.scb.se/pages/product-Tables__22918.aspx. [Accessed 23 februari 2012].
22. A.C. Jans, "Vägen tillbaka - en beskrivande studie av flödet ut från sjuk- och aktivitetsersättning," Försäkringskassan, Stockholm, 2007.
23. Försäkringskassan, Sjukersättning och aktivitetsersättning - rätten till ersättning, beräkning m.m. Vägledning 2004:9 version 13, Stockholm: Försäkringskassan, 2011.
24. M. Johansson, "Inflöde till sjuk- och aktivitetsersättning - har reglerna någon betydelse?" Riksförsäkringsverket, 2007. (54)
25. Statistiska centralbyrån, "Genomsnittlig månadslön och lönespridning efter sektor, yrke (SSYK) och kön. År 2005-2010," Statistiska centralbyrån, Stockholm, 2011. (55)
26. Försäkringskassan, "Om du blir sjuk- Försäkringskassan," [Online]. Available: <http://www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/>. [Accessed 11 Maj 2012].
27. Försäkringskassan, "Historik- Försäkringskassan," [Online]. Available: http://www.forsakringskassan.se/omfk/om_socialforsakringen/historik/. [Accessed 23 Februari 2012]

