

جایگاه توانبخشی در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی

دکتر محمد کمالی، استادیار دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده

تلاش‌ها برای تدوین قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی به قبل از سال ۱۳۷۹ بر می‌گردد. در نهایت این قانون در اردیبهشت ماه ۱۳۸۳ به تصویب رسید و بدنبال آن وزارت رفاه و تامین اجتماعی با دربرگیری سازمان‌های مهمی چون بهزیستی کشور، تامین اجتماعی، خدمات درمانی و بازنشستگی کشور تشکیل گردید.

نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی برابر قانون از سه حوزه مهم بیمه‌ای، حمایتی و توانبخشی، امدادی تشکیل می‌گردد. هر چند قانونگذار دو حوزه مهم حمایتی و توانبخشی را در کنار هم قرار داده است، لیکن تاکید نموده است که در برنامه ریزی و اجرا می‌باید در این دو بخش نیز جهت گیری بیمه‌ای حفظ شود که با توجه به جمعیت قابل ملاحظه تحت پوشش حائز اهمیت است. بررسی اهداف منظور شده در قانون حاکی از در نظر گرفتن جایگاه مناسبی برای بخش توانبخشی در قانون است که چنانچه به صورت جامع و در کنار سند چشم‌انداز ۲۰ ساله، برنامه چهارم توسعه و قانون جامع حمایت از حقوق معلولان، بررسی شود می‌تواند این بخش را در فرآیندهای اجرایی کشور، آنگونه که شایسته آن است مورد عنایت قرار دهد.

ساماندهی نظام توانبخشی در کشور بدون در نظر گرفتن جمعیت افراد دارای ناتوانی و معلولین امکان پذیر نخواهد بود. شناخت این جمعیت از نظر ویژگی‌های جمعیتی، تنوع معلولیت، نیازمندی‌های خاص اعم از بهداشتی، درمانی، آموزشی، حقوقی، اجتماعی فرهنگی و اقتصادی، زیر بنای تدوین نظام توانبخشی خواهد بود. همچنین تربیت نیروهای متخصص، بسترسازی فرهنگی، متناسب سازی محیطی و تبیین جایگاه حقوقی شهروندان معلول و ... از جمله نکات مهمی است که خوشبختانه در قانون به خوبی ذکر شده است و می‌تواند موجب ساماندهی مطلوب در کشور گردد.

این مقاله تلاش نموده است تا جایگاهی را که برای نظام توانبخشی کشور در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی آمده است بررسی نماید.

کلمات کلیدی: قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی – توانبخشی – وزارت رفاه و تامین اجتماعی

هر چند حرکت‌ها برای تصویب نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی در ایران به سال‌های قبل از ۱۳۷۹ بر می‌گردد، لیکن اولین متن پیشنهادی این لایحه از سوی وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تاریخ ۷۹/۴/۲۹ تقدیم ریاست جمهوری وقت گردید. مسیر پرفراز و نشیبی طی می‌گردد تا در نهایت مجلس شورای اسلامی با تغییرات عمده‌ای که در طول چند سال بر لایحه اعمال می‌گردد، در تاریخ ۸۳/۲/۲۱ آن را تصویب و در مورخ ۸۳/۳/۹ نیز شورای نگهبان آن را تأیید می‌کند. ریاست جمهوری وقت نیز در تاریخ ۸۳/۳/۲۳ موضوع و اهمیت اجرا به سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی ابلاغ می‌کند.

قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی را می‌توان از مهمترین قوانینی دانست که در دوران ریاست جمهوری جناب آقای خاتمی به تصویب رسید. امید می‌رود این قانون بتواند به تحقق برخی از اصول مهم قانون اساسی که در طول سالیان گذشته، به خوبی اجرا نشده است کمک نماید. با تصویب این قانون وزارت رفاه و تامین اجتماعی به عنوان متولی اصلی نظام رفاه و تامین اجتماعی تشکیل گردید و به دنبال آن سازمانهای مهمی چون بهزیستی کشور، خدمات درمانی، تامین اجتماعی و بازنشستگی کشور و نیز برخی صندوق‌ها تحت نظر این وزارت خانه به فعالیت پرداختند.

بر اساس آنچه در ماده ۲ قانون آمده است، سه حوزه بیمه‌ای، حمایتی و توانبخشی و نیز حوزه امدادی، تشکیل دهنده بخش‌های عمده نظام تامین اجتماعی خواهند بود. بدیهی است هر یک از این سه حوزه با ویژگی‌ها و خصوصیات منحصر به فرد خود، دارای اهمیت ویژه‌ای هستند که نیازمند بررسی مجزا می‌باشند. آنچه در این مقاله بدان پرداخته می‌شود، بخشی از حوزه دوم است که تا کنون کمتر بدان پرداخته شده است. حوزه توانبخشی علیرغم اینکه از نظر جمعیت و ویژگی‌های تخصصی بسیار با اهمیت تلقی می‌گردد، لیکن بواسطه عدم شناخت، تخصصی بودن و وجوه برخی نگرش‌های منفی نسبت به افراد دارای ناتوانی، اغلب مغفول مانده است.

تعاریف

ماده یک قانون هدف از آن را «اجرای اصول... قانون اساسی و... ایجاد انسجام کلان سیاست‌های رفاهی که به منظور توسعه عدالت اجتماعی و برای حمایت از همه افراد کشور در برابر رویدادهای اجتماعی، اقتصادی، طبیعی و پیامدهای آن...» می‌داند و رسیدگی به برخی از امور را با عناوین مشخص ذکر می‌کند. برخی از این عناوین از جمله پیری، از کار افتادگی، ناتوانی‌های ذهنی، جسمی، روانی و... به صورت بازرسی با حوزه توانبخشی مرتبط هستند و لزوم ارائه تعریف مختص از آنها را در اینجا اجتناب ناپذیر می‌نماید.

پیری، پیر یا سالمند به کسی اطلاق می‌گردد که ۶۵ سال به بالا سن داشته باشد. سالمندی در کشورهای مختلف به صورت‌های مختلف تعریف می‌شود. برخی از تعریف‌ها بر طول عمر فرد تاکید میکنند و برخی دیگر بروز ناتوانی عمده در افراد را در نظر می‌گیرند. در تعاریف رسمی ۶۰ سال یا ۶۵ سال به عنوان مرزی برای آغاز دوره کهنسالی در نظر گرفته می‌شود. افزایش امید به زندگی در کشورهای توسعه یافته از جمله ژاپن، کشورهای اسکاندیناوی، آلمان، فرانسه و... باعث آن گردیده تا ملاک سالمندی و نیز سن بازنشستگی مورد تجدید نظر قرار گرفته و به ۶۵ تا ۷۰ سال بالغ گردد. با بروز سالمندی یا پیری نیازهای ویژه‌ای برای شخص مطرح می‌گردد. بیماریهای وی با بیماریهای دوره میانسالی متفاوت گردید و با مراجعه برای دریافت خدمات پزشکی و توانبخشی رشد قابل ملاحظه‌ای می‌یابد. افزایش سن باعث می‌گردد تا میزان شیوع ناتوانی در افراد گروه سنی ۷۵-۷۹ سال به میزان ۳۷/۶ درصد و در گروه ۸۰ سال به بالا به حدود ۵۶ درصد جمعیت آن گروه سنی بالغ گردد.

از کار افتادگی مفهومی است که عمدتاً در فعالیتهای شغلی مورد استفاده قرار گرفته است. دکتر سیاوش مریدی (۱۳۷۸) از کار افتادگی را با ناتوانی یکسان در نظر گرفته و آن را وضعیت جسمانی یا روانی که موجب می‌شود، توانایی انجام یک یا چند وظیفه خود را از دست بدهد، می‌داند. به صورت معمول در برنامه‌های رفاهی و تامین اجتماعی از این گونه افراد حمایت مالی و مشخص به عمل می‌آید. ماده ۲۳ قانون کار (مصوب ۱۳۶۹) این افراد را تابع قانون تامین اجتماعی دانسته است. فصل ششم این قانون نیز موضوعاتی چون توانبخشی، تشخیص نوع و میزان ناتوانی و از کار افتادگی، غرامت، نقص عضو، مستمری از کار افتادگی را مشخص نموده است.

ناتوانی‌های جسمی، ذهنی، روانی: ناتوانی یکی از مفاهیم کلیدی در توانبخشی است. ناتوانی یک اصطلاح نسبی است (مانعی در برابر توانائی انسان برای انجام یک فعالیت در موقعیت طبیعی). در حال حاضر در مباحث و ادبیات توانبخشی در ایران ناتوانی معمولاً مترادف معلولیت بکار برده می‌شود. افراد دارای ناتوانی اغلب افراد معلول نامیده می‌شوند. این در حالی است که همان گونه ذکر شد با توجه به ماهیت نسبی ناتوانی می‌توان گفت هر کس در طول عمر خویش به درجات مختلف می‌تواند ناتوانی را تجربه نماید. از این رو فرد معلول یا دارای ناتوانی، «فردی است که در جامعه به دلیل ظاهر یا رفتار متفاوت و داشتن محدودیت عملکردی و یا فعالیتی، معلول تلقی می‌گردد و یا به صورت رسمی چنین شناسایی می‌شود.»

توانبخشی: در مفهوم عام و گروه شامل اقداماتی است که برای بازگرداندن فرد دارای ناتوانی به جامعه انجام می‌گیرد. تعریف توانبخشی نیز در طول زمان دستخوش تغییراتی شده است لیکن در حال حاضر یکی از جامع‌ترین تعریف‌ها هالاندر (۱۹۹۴) ارائه نموده است. در این تعریف «توانبخشی شامل تمام اقدامات هدفمند برای کاهش اثر معلولیت بر فرد، قادر ساختن وی برای دستیابی به استقلال، در هم

آمیزی اجتماعی، کسب کیفیت زندگی بهتر و خود شکوفائی است. توانبخشی نه تنها شامل آموزش افراد معلول، بلکه شامل مداخله و در ساختار عمومی جامعه به منظور متناسب سازی محیط و حفظ رعایت حقوق بشر افراد دارای ناتوانی است. رعایت حقوق بشر تعهدی از سوی دولت هر کشور، جوامع و هر شهروند آن است. معلولان برای زندگی همچون سایر افراد جامعه دارای حقوق مشابه هستند و هیچگونه استثنایی نباید وجود داشته باشد. برای حصول اطمینان از برخورداری افراد معلول از موارد زیر ممکن است توجه ویژه ای نیاز باشد. مانند دسترسی به خدمات بهداشتی و اجتماعی، فرصت های آموزشی و شغلی، مسکن، حمل و نقل، دسترسی به اطلاعات و برخورداری از زندگی اجتماعی، فرهنگی مثل تسهیلات ورزشی، تفریحی، حضور در جامعه و مداخله کامل سیاسی در تمامی موضوعات مربوط به آنان (۶).

نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی: در این مقاله مترادف با قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی در نظر گرفته شده است.

هر چند به نظر می رسد ابوعلی سینا از اولین دانشمندانی است که برای بیماران خود از درمان های فیزیکی استفاده کرده است، لیکن حضور توانبخشی در ایران با تصویب قانونی برای ایجاد انجمن توانبخشی وابسته به وزارت کار و امور اجتماعی در سال ۱۳۴۷ رسمیت یافت. البته پیش از آن هم فعالیت های موردی در این حیطه در ارتش یا جمعیت شیر و خورشید سرخ ایران انجام پذیرفته بود. بر اساس این قانون، دولت مکلف شد تا در جهت تجدید فعالیت و حرفه آموزی و تقویت روحی کسانی که به علت نقص عضو و یا از دست دادن قسمتی از توانائی خود، قادر به انجام کار نیستند، انجمن توانبخشی را تشکیل دهد. در سال ۱۳۴۸ بیمارستان توانبخشی سفایحیائیان به انجمن توانبخشی واگذار شد. در سال ۱۳۵۳ با تشکیل وزارت رفاه اجتماعی، انجمن توانبخشی به این وزارت منتقل گردید هر چند با انحلال وزارت رفاه اجتماعی در سال ۱۳۵۵ بار دیگر انجمن به وزارت بهداشتی و بهزیستی انتقال یافت.

به دنبال پیروزی انقلاب اسلامی در اوایل سال ۱۳۵۹ با تصویب شورای انقلاب اسلامی، انجمن توانبخشی از جمله انجمن ها، سازمانها و نهادهایی بود که با هم ادغام و سازمان بهزیستی کشور را تشکیل دادند. از این زمان فعالیت های توانبخشی در قالب حوزه معاونت امور توانبخشی سازمان بهزیستی به انجام می رسد. فعالیت های علمی برای تربیت نیروی متخصص این حوزه نیز با تشکیل مدارس عالی توانبخشی در سال ۱۳۵۲ در رشته های فیزیوتراپی، کار درمانی و گفتار درمانی آغاز گردید. هم اکنون تعداد دانشگاههایی که رشته های توانبخشی در آنها تدریس می شوند به ۱۰ دانشگاه افزایش یافته است.

به دنبال جنگ تحمیلی و لزوم رسیدگی به افراد جانبازی که معلولیت های مختلفی ناشی از جنگ روبرو شده بودند، فعالیت های توانبخشی در ابعاد مختلف در بنیاد امور جانبازان شکل گرفت که باعث گسترش

مراکز توانبخشی و توجه بیش از پیش به این امر گردید. از سوی دیگر فعالیت های که برای آموزش کودکان استثنایی در حیطه های محدودی صورت می گرفت با تشکیل سازمان آموزش و پرورش استثنایی کشور با خدمات توانبخشی تلفیق گردید. ارائه همزمان خدمات توانبخشی و آموزشی و پزشکی اجتماعی موجبات بهبود وضعیت دانش آموزان دارای ناتوانی و معلولیت را فراهم کرد.

در حال حاضر، عمده خدمات توانبخشی در کشور توسط سازمان بهزیستی کشور ارائه می گردد. بر اساس آخرین آمار جمعیتی بالغ بر ۶۰۰/۰۰۰ هزار نفر از معلولان تحت پوشش این خدمات هستند. همچنین خدمات توانبخشی در سازمان امور جانبازان، سازمان آموزش و پرورش استثنایی، هلال احمر، کمیته امداد امام (ره) و... و نیز بخش غیر دولتی به جامعه ارائه می گردد.

میزان شیوع ناتوانی و معلولیت

سازمان جهانی بهداشت و سازمان ملل متحد برآوردی ۱۰ درصدی از جمعیت هر کشور را به نوعی از ناتوانی و معلولیت مبتلا می دانند. بواسطه تفاوت هایی که در روش های جمع آوری اطلاعات اعم از سرشماری، مطالعات موردی و آمارهای ثبتی وجود دارد، برآورد دقیق تعداد افراد دارای ناتوانی با معلولیت هر سختی امکان پذیر است. از همین رو آمارهای اعلام شده در کشورهای توسعه یافته به مراتب بیشتر از کشورهای در حال توسعه است. حضور و تعداد بیشتری از سالمندان در این کشور ها از جمله دلایل مهم این موضوع می باشد. برآوردها در ایران از دو منبع سرچشمه گرفته اند. سرشماری سال ۱۳۶۵ و ۱۳۷۵ مهمترین منابع از برآورد جمعیت معلولان در ایران است که متأسفانه از اعتبار کافی برخوردار نمی باشند. در سال ۱۳۶۵ تعداد افراد دارای ناتوانی حدود یک درصد (۴۵۳۰۹۰ نفر) جمعیت برآورد شده است. از آنجا که افراد دارای ناتوانی ذهنی و روانی پرسش نشده اند و صرفاً موارد بارز و قابل رویت سرشماری شده اند، از روائی و اعتماد برخوردار نیست. در سال ۱۳۷۵ نیز بجای سرشماری افراد خانوارهای واجد فرد معلول شمرده شده اند. بر این اساس حدود ۳/۹ درصد از خانوارهای کشور (۴۷۹۵۹۰ خانوار) برآورد شده است. ایرادت ذکر شده در سرشماری ۶۵ در این سال هم وجود داشته است.

در این میان اگر کمی واقعی تر به مسئله پردازیم می توان از شیوه پروفیسور هلاندر (۱۹۹۴) استفاده نمود. در این روش ضریبی برای هر یک از گروههای جمعیتی در نظر گرفته شده است که با ضرب آن در جمعیت آن گروه تعداد افراد معلول مشخص خواهد شد. بر این اساس حدود ۴/۵ درصد از جمعیت کشور دارای معلولیت یا ناتوانی شدید و متوسط خواهند بود که جمعیتی بیش از ۲/۶۰۰/۰۰۰ نفر را شامل خواهد شد. این تعداد به واقعیت ها نزدیک تر است.

دو نکته مهم در این بحث باید ذکر شود. اول اینکه تعداد افراد دارای ناتوانی رو به افزایش است. این امر به دلیل افزایش امید زندگی، بهبود مراقبت های بهداشتی درمانی، بهبود تغذیه و وضعیت معیشتی در جوامع و... می باشد. دلایل فوق باعث آن می گردد که افراد بیشتری علیرغم داشتن ناتوانی و معلولیت امکان ادامه حیات داشته باشند. افزایش تعداد سالمندان در کشورهای مختلف خود دلیل دیگری برای ازدیاد تعداد افراد دارای ناتوانی در جوامع است. از سوی دیگر، دور باطل بین فقر و از طرف دیگر افراد فقیر بیشتر به معلولیت دچار می شوند. این مسلسل، معضلات عدیده ای در جوامع باعث می گردد و معمولاً تلاش نظام های رفاه اجتماعی بر حل این مورد تمرکز می یابد.

توانبخشی در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی

تا پیش از تصویب این قانون، موارد محدودی از قوانین در مورد توانبخشی وجود داشته است. قانون کار جمهوری اسلامی (مصوب ۱۳۶۹) قوانین برنامه دوم و بویژه سوم توسعه از جمله این موارد است. ماده ۱۹۲ و ۱۹۳ قانون برنامه سوم توسعه در حیطه های سالمندان، بیماران روانی مزمن و مناسب سازی اماکن عمومی و خصوصی مواردی را متذکر شده است که حایز اهمیت می باشد. در هنگام تدوین سند چشم انداز ۲۰ ساله و نیز قانون برنامه چهارم توسعه نیز تلاش هایی به عمل آمد تا با توجه به ویژگی های خاص جمعیت معلولان و خدمات مورد نیاز آنان، موارد مربوط به توانبخشی افزایش یابد، لیکن متأسفانه بعلت عدم پیگیری جدی موضوع از سوی مهمترین سازمان ارائه دهنده خدمات، این موارد محدود به همان موضوعات برنامه سوم گردد.

در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی نیز همین موضوع را می توان به خوبی سراغ گرفت. هر چند برای اینجانب جای شکرگزاری باقی مانده است که در بند «ب» ماده ۲ قانون، کلمه «توانبخشی» ذکر شده است. دومین حوزه نظام جامع، حوزه حمایتی و توانبخشی نام گرفته است و آن شامل ارائه خدمات حمایتی و توانبخشی و اعطای یارانه و کمک مالی به افراد و خانواده های نیازمند که به دلایل مختلف قادر به کار نیستند و یا درآمد آنان تکافوی حداقل زندگی آنان را نمی نماید، تعریف شده است.

هر چند به لحاظ علمی باید بین حمایت و توانبخشی فاصله قابل ملاحظه ای را در نظر گرفت، لیکن با عنایت به ساختار پیش بینی شده که از ابتدا سه حوزه بیمه ای، غیر بیمه ای و امدادی را در نظر می گرفت، حداقل تغییر عنوان غیر بیمه ای به حمایتی و توانبخشی قابل قبول است. متأسفانه برای ارائه دهندگان خدمات هم هنوز، فاصله بین این دو مفهوم به درستی تصویر نشده است. برای بسیاری از افراد حوزه حمایت تنها به حمایت مالی و پرداخت مستمری محدود گردیده است. البته در حوزه حمایتی خدماتی هم وجود دارد که جنبه پرداخت مالی نداشته و اغلب جنبه بازتوانی بخود می گیرد. از جمله می توان به برنامه هائی برای اشتغال، نگهداری ایتام، دختران فراری، معتادان و... اشاره نمود که جنبه های

بازتوانی در آنها مشهود است. (در سازمان بهزیستی این گونه فعالیتها در حوزه امور اجتماعی و تحت عنوان برنامه اجتماعی و در کمیته امداد امام (ره) تحت عنوان امور حمایتی انجام می شود) این گونه امور و برخی فعالیت ها چون بازتوانی منحرفین جنسی با معتادان را می توان در حیطه توانبخشی طبقه بندی نمود. به هر صورت باید تفکیک لازم را بین برنامه های حمایت مالی - که در بسیاری موارد برای خانواده های دارای فرد معلول ضروری هم می باشد و برنامه های توانبخشی قائل شد. آنچه که اهمیت دارد جایگاه قانونی و به رسمیت شناخته شده برنامه های توانبخشی در نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی است که می باید در برنامه های اجرایی، ارائه شده از سوی متولی اصلی این نظام که وزارت رفاه و تامین اجتماعی است، به دقت مورد مذاقه قرار گیرد.

ماده ۴ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی اهداف حوزه حمایتی و توانبخشی را بیان می کند. از مجموع ۱۳ بند ذکر شده تنها ۴ بند به طور مستقیم با توانبخشی و افراد دارای ناتوانی مرتبط است. هر چند باید پذیرفت سایر بندها نیز برای تحقق اهداف منظور شده در آن چهار بند بسیار حیاتی و ضروری است. در بندهای «ه»، «ی»، «ک» و «ل» به طور مشخص از رسیدگی به وضعیت معیشتی با اولویت افرادی که به دلایل جسمی و روانی قادر به کار نیستند، لزوم تامین خدمات پیشگیرانه از بروز و تشدید معلولیت ها و پوشش توانبخشی، فراهم نمودن امکانات برای بهبود وضع جسمی، ذهنی، اجتماعی و اقتصادی معلولان و در انتها آماده سازی محیط اجتماعی و فضای فیزیکی متناسب با ویژگی ها و توانایی های معلولان، پوشش توانبخشی، فراهم نمودن امکانات برای بهبود وضع جسمی، ذهنی، اجتماعی و اقتصادی معلولان و در انتها آماده سازی محیط اجتماعی و فضای فیزیکی متناسب با ویژگی ها و توانایی های معلولان، نام برده شده است. چنانچه این اهداف را در کنار سایر اهداف ذکر شده در این ماده که اغلب بر مبنای هدفمند کردن یارانه ها، هماهنگی بین بخشی، تعیین خط فقر، حمایت های خاص از افراد، پرداخت مقرری بیکاری، تحت پوشش قرار دادن خانواده های بی سرپرست، امکان آموزش بازتوانی، مهارت های شغلی، حمایت از مادران و نیازمندان روستائی، قرار دارد، بررسی کیفی، به اهمیت بسیار زیاد این حوزه در نظام رفاه و تامین اجتماع خواهیم برد. حوزه ای که جمعیت انبوهی از مردم کشور را درون خود جای داده است.

تعیین خط فقر و بدنبال آن هدفمند کردن یارانه ها با جهت گیری گروههایی که در این ماده مد نظر قرار دارند، می تواند تحولی عمیق در زندگی این اقشار پدید آورد. آنچه تا کنون بویژه در مورد افراد دارای ناتوانی و معلولیت در سازمان هایی چون بهزیستی و... انجام گرفته است، اغلب چون داروی مسکنی بوده است که تحمل رنج و درد بسیار زیاد و طاقت فرسا برای فرد معلول و خانواده او را آسانتر نماید. فقدان نگرشی جامع به موضوع در حال حاضر بزرگترین مشکل این سازمانها است.

آنچه در این میان اهمیت دارد، پذیرش اهداف ذکر شده در ماده ۴ قانون در سازمانهای تابعه این نظام به منظور تحقق آنهاست. تلفیق این اهداف با هدف های ذکر شده در سند چشم انداز ۲۰ ساله و قانون برنامه چهارم توسعه و تدوین برنامه استراتژیک می تواند به خوبی اهداف فوق را محقق سازد. بدیهی است فعالیت های اجرائی گوناگونی جهت رسیدن به این اهداف باید تدوین شوند. تصویب قانون جامع حقوق معلولان در اردیبهشت ۱۳۸۳، از جمله قوانینی است که می تواند در امتداد اجرای قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی در نظر گرفته شود. قانون اخیر الذکر را می توان یکی از مهمترین دستاوردهای دولت جناب آقای خاتمی برای معلولان دانست. موارد مطرح شده در این قانون به خوبی در چارچوب قانون ساختار قابل اجراست. هر چند آنچه تا کنون در قالب آئین نامه های اجرایی قانون انجام شده است کمی با واقعیت ها فاصله دارد.

تحقق اهداف ذکر شده در هر سه حوزه نیازمند هماهنگی است که باید در سطح کلی این نظام وجود داشته باشد. از این رو فصل دوم قانون به بیان اصول و سیاست های کلی پرداخته است که می باید ناظر به هر سه حوزه باشد. هماهنگی درون بخش حوزه ها می تواند از هم پوشانی و تداخل فعالیت ها جلوگیری کند و نیز هماهنگی بین بخشی که به درستی با محور قرار دادن نظام بیمه ای در نظر گرفته شده است. نکته حائز اهمیت در همین موضوع نهفته است و آن اینکه حتی در حوزه حمایتی و توانبخشی نیز باید نظام بیمه ای مد نظر قرار داشته باشد. اصولا در نظام های پیش رفته تامین اجتماعی، حرکت بر مبنای پرداخت مستمری صرف، محکوم به زوال است و کنار گذاشته شده است نظام های مبتنی بر پرداخت مستمری بجز در موارد خاص به هیچ عنوان امکان بازتوانی و بازگرداندن فرد معلول (اعم از جسمی یا اجتماعی) به محیط اجتماع را فراهم نخواهد کرد.

این در حالی است که بیشتر مقالات در مورد سیاست ها و خط مشی ها برای معلولین در کشورهای در حال توسعه بر برنامه های حمایتی برای تامین در آمد کافی متمرکز هستند. در حالی که در کشورهای توسعه یافته، طرح های حفظ درآمد و برنامه ریزی های اشتغال ویژه، در جاهایی که بازار کار موثری وجود ندارد، توصیه محدودی دارند. در کشورهای توسعه یافته برنامه های جداگانه ای برای خط ناتوانی مرتبط با کار (بیماری ها و حوادث ناشی از کار) و ناتوانی های غیر مرتبط با کار، وجود دارد.

نحوه برخورد سازمانهای حمایتی با موضوع مشکلات اقتصادی خانواده های نیازمند در ایران، اصولا بر پایه پرداخت مستمری استوار بوده است که متأسفانه با توجه به پایین بودن میزان مستمری پرداخت شده به نظر می رسد هیچگاه نتوانسته است راه حل قابل اعتمادی باشد. بویژه در مورد خانواده های دارای فرد معلول که در این پرداخت ها، اغلب عوامل مرتبط با معلولیت به طور موثری در نظر گرفته نمی شود.

پژوهش دواتگران (۱۳۷۹) با عنوان «بررسی میزان و رابطه مستمری پرداخت شده به معلولین ذهنی... با نیازهای توانبخشی آنان» که با راهنمایی اینجانب صورت گرفت، نشان داد نحوه پرداخت مستمری ها رابطه معنا داری با عواملی که در نظام پرداخت های مستمری ها دخیل هستند، وجود ندارد. این در حالی است که در بسیاری از نظام پرداخت مستمری از جمله در انگلستان، عواملی همچون سن، بعد خانوار، جنسیت، نوع معلولیت و شدت ناتوانی در پرداخت ها، نقش ایفا می کند.

بنابراین با توجه به تاکید مناسبی که در بند «ب» ماده ۶ و نیز بند «ی» از ماده ۱۶ بر ضرورت استفاده از نظام بیمه ای برای برخورداری کلیه افراد نیازمند صورت گرفته است، انتظار می رود افراد دارای ناتوانی از وضعیت بهتری برخوردار شوند. هر چند به جرات می توان گفت تا کنون نظام بیمه ای در کشور به شدت مخالف بهره مندی افراد معلول از این خدمات بوده است.

از سوی دیگر غلبه سیاست های پیشگیرانه بر ارائه خدمات بعد از ایجاد ناتوانی و هماهنگی این سیاستها با فعالیتهای اجرائی بسیار حائز اهمیت است. تاکید بر آسیب بجای تاکید بر آسیب دیده و پیشگیری از عوامل بروز یا تشدید کننده آسیب که بویژه می تواند در حوزه های دیگری خارج از حوزه تامین اجتماعی مطرح باشد، باید بخوبی مورد توجه قرار گیرد.

استفاده از مشارکت بخش غیر دولتی و استفاده از کمک های داوطلبانه مردمی در حوزه های مختلف اعم از مادی و معنوی نیز از اصول کلی این نظام بر شمرده شده است. متأسفانه در طول سالهای بعد از پیروزی انقلاب، تشدید دیدگاه دولت مدار که تصدی فعالیت های گوناگون توسط دولت را هدف قرار داد، مانع بزرگی برای تحقق برخی از اهداف مذکور در اصول قانون اساسی و برنامه های اول و دوم فراهم کرد. در فعالیت های حوزه حمایتی با نهادی چون کمیته امداد (ره) برخورد می کنیم و به صورتی غیر دولتی تشکیل گردید و در طول این سالها به تدریج به نهادی تبدیل شد که ۹۰ درصد بودجه خود را از دولت می گیرد و چنانچه این اعتبار را در اختیار نداشته باشد امکان فعالیت از او سلب می گردد.

فعالیت های توانبخشی نیز از جمله اموری است که نقش مشارکت های بخش غیر دولتی در آن بخوبی می تواند مطرح باشد. هر چند با گسترش مناسبی که در این بخش فراهم شده است لیکن لزوم حمایت جدی از سرمایه گذاران این حوزه احساس می شود که اخیراً با برخی از بی مهری ها روبرو شده اند. در کشورهای توسعه یافته استفاده از داوطلبان در ارائه خدمات به افراد دارای ناتوانی به شدت گسترش یافته است. در بازیهای پارالمپیک سیدنی و آتن شاهد حضور دهها هزار نفر از داوطلبین برای همراهی و کمک به افراد معلول شرکت کننده در بازیها بوده ایم. فرهنگ خدمت داوطلبانه باید به صورت بنیادین در حوزه حمایتی و توانبخشی و نیز حوزه امدادی مد نظر دست اندرکاران قرار گیرد.

دو موضوع بهینه سازی و تمرکز زدایی که در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی آمده است، می تواند جایگاه توانبخشی را به خوبی ترسیم نماید. قانون در این دو بند خواستار تخصصی کردن فعالیت ها بر حسب نوع خدمات، گیرندگان خدمات و سطح خدمات شده است. همچنین قانون خواستار برنامه ریزی و سیاستگذاری متمرکز توسط دولت و تصدی امور اجرائی و کارگزاری توسط بخش غیر دولتی و به شیوه ای غیر متمرکز شده است. در جایی این بخش امکان لازم را نداشته باشد، آنرا وظیفه دولت ذکر نموده است.

خدمات توانبخشی به زعم اینجانب اقدامی تخصصی است که قابلیت تهیه سازی حول سه محور فوق را داراست. تجربه ارائه خدمات توانبخشی بر جامعه ما بیش از ۱۰ سال سابقه اجرائی به خوبی نشان داد که امکان سطح بندی خدمات توانبخشی وجود دارد. همچنین نوع خدمات با توجه به ناتوانی های مختلف افراد قابل ارائه است. از سوی دیگر چنانچه سیاست های اجرائی حول برنامه توانبخشی مبتنی بر جامعه تدوین شوند، امکان اعمال تمرکز زدایی ذکر شده در قانون نیز به خوبی وجود خواهد داشت. در این میان استفاده از اعضای خانواده ها و داوطلبان برای ارائه خدمات توانبخشی به خوبی قابل حصول خواهد بود. در این زمینه، هماهنگی لازم با حوزه سلامت در وزارت بهداشت برای ادغام توانبخشی مبتنی بر جامعه درون نظام مراقبتهای بهداشتی اولیه ضروری است.

از جمله مشکلات حوزه توانبخشی در کشور فقدان پایگاه اطلاعات جمعیتی از افراد دارای ناتوانی و معلولیت است. بیش از این اشاره کردم که آمارهای ارائه شده از سوی مرکز آمار ایران به دلایل مختلف قابلیت استناد ندارند. مطالعات نمونه ای اندکی هم امکان تعلیم ندارند. فقدان یک برنامه بانک اطلاعاتی جامع، مانع از آن بوده است که آمارهای ثبتي نیز بتوانند در این میان کارگشا باشند. به نظر می رسد تاکیدي که در قانون در بند «ز» از ماده ۹ و بند «م» از ماده ۱۶ بر ایجاد پایگاه اطلاعاتی نظام جامع تامین اجتماعی شده است، باید برای حوزه توانبخشی به عنوان فرصتی مغتنم برای تکمیل بانک اطلاعاتی افراد دارای ناتوانی به خوبی مورد استفاده قرار گیرد. در این مورد لازم است با هماهنگی مرکز آمار ایران و استفاده از آخرین طبقه بندی جهانی ناتوانی و معلولیت (ICF) زمینه تحقق چنین پایگاه ارزشمندی را فراهم نمود.

نتیجه گیری

چنانچه بپذیریم تعداد افراد دارای ناتوانی متوسط و شدید، جمعیتی نزدیک به سه میلیون نفر از جامعه را تشکیل می دهند، می توان گفت اینان بزرگترین اقلیت غیر نژادی یا دینی هستند. این امر باید به صورت ویژه ای مورد توجه قرار گیرد و جایگاهی خاص در برنامه ریزی های نظام رفاه و تامین اجتماعی به خود اختصاص دهند. هر چند نیازمندیهای آنان با سایر اقشار جامعه تفاوت عمده ای ندارد و لیکن در برخی نیازمند توجهی خاص هستند از جمله در زمینه آموزش، بهداشت و درمان، مسکن، اشتغال، فرصت های اجتماعی، امور اقتصادی و معیشتی، فضای فیزیکی مناسب و...

برنامه های خدمات توانبخشی برای این قشر از جامعه باید مورد توجه قرار گرفته و زمینه های مناسب برای دسترسی آنها به محیط های اجتماعی فراهم گردد. به هر صورت امروز پسندیده نیست که افرادی در جامعه زندگی کنند که امکان دسترسی به محیط اجتماعی و جامعه خود را نداشته باشند. در برخی منابع از چنین جوامعی با عنوان «جامعه معلول» نام برده می شود. از همین رو سازمان ملل متحد از تعبیر «جامعه بدون مانع» برای زندگی آتی افراد معلول استفاده کرده است.

قانون ساختار نظام رفاه و تامین اجتماعی هر چند به صورت عمیق به جایگاه توانبخشی و افراد دارای ناتوانی نپرداخته است لیکن می توان پذیرفت که حداقل ها را برای تامین رفاه و حضور این افراد در جامعه، بیان کرده است. پذیرش حوزه توانبخشی به عنوان یکی از حوزه های سه گانه نظام و نیز بیان اهدافی برای این حوزه می تواند نوید بخش تامین خدمات مورد نیاز افراد دارای ناتوانی و معلولیت و خانواده های آنان باشد، که می توان از جمله نقاط قوت قانون دانست.

با توجه به گستردگی حوزه حمایتی و توانبخشی و حجم قابل ملاحظه جمعیتی آن، لازم است تا دست اندرکاران وزارت رفاه و تامین اجتماعی، نگاه ویژه ای به این حوزه داشته باشند. ضمن اینکه با تصویب قانون جامع حقوق معلولان، زمینه مناسبتری نیز برای تحقق اهداف ذکر شده در قانون ساختار نظام و تحقق حقوق معلولان فراهم گردیده است.

منابع

- ۱- معاونت حقوقی و امور مجلس سازمان تامین اجتماعی. (۱۳۸۳) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی. موسسه فرهنگی، هنری آهنگ آتیه. صفحه ۸
 - ۲- شاملو، غلامحسین (۱۳۶۴) پیری چیست؟ چرا پیر می شویم. انتشارات چهره تهران
 - ۳- دفتر حقوقی و قوانین و مقررات وزارت رفاه و تامین اجتماعی (۱۳۸۳) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی. موسسه فرهنگی هنری آهنگ آتیه.
 - ۴- کمالی. محمد (۱۳۷۹) «فقر و ناتوانی در ایران» فقر در ایران انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران - صفحه ۳۸۹
 - ۵- هلاندر. اینار. (۱۳۸۳) راهنمای برنامه ریزی ملی توانبخشی - ترجمه علی چابک واحد نظری. انتشارات دانژه. تهران صفحه ۳۲
 - ۶- همان منبع. صفحه ۳۰
 - ۷- کریمی درمنی، حمیدرضا (۱۳۸۲) توانبخشی گروههای خاص. انتشارات گسترده تهران صفحه ۱۹ و ۲۰
- 8- WHO .(1981) world Health Report. Geneva
- 9- Healand, E., (1994). Sharing opportunities UNDP
- ۱۰- دواتگران، کیوان. (۱۳۷۹) «بررسی رابطه و میزان مستمری پرداخت شده به معلولین ذهنی تحت پوشش بهزیستی منطقه شرق تهران با نیازهای توانبخشی آنان» پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد و مدیریت توانبخشی. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.