



A Comparative Study of the Social Security System and Providing a Welfare Model based on Evidence and Experiences

Majid Bagherzadeh Khorasgani¹, Reza Najaf Beigi*², Karamullah Daneshfard³

1. Ph.D. student in Management, Department of Management, Qeshm Branch, Islamic Azad University, Qeshm, Iran
2. Professor, Department of Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
3. Professor, Department of Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Article Info

ABSTRACT

Article type:

*Qualitative
Research*

How to cite this article:

Bagherzadeh Khorasgani, M., Najaf Beigi*, R., & Daneshfard, k. (2024). A Comparative Study of the Social Security System and Providing a Welfare Model based on Evidence and Experiences. *Transformational Human Resources Quarterly*. 3(11): 116-136.

Background and purpose: The comparative analysis of social security systems across various nations facilitates the identification of their respective strengths and weaknesses, thereby enabling the formulation of evidence-based and experience-driven transformative models. This research aims a comparative study of the social security system and providing a welfare model based on evidence and experiences.

Research method: The methodology employed in this research involves content analysis, with a comprehensive examination of the similarities and differences between Iran's social security system and those of selected countries across various domains. A comparative analysis was conducted involving a sample of six countries.

Findings: The findings indicate that in the examined countries within the insurance sector, the social insurance system is predicated on employment, characterized by a labor-employer relationship. It relies on the collection of insurance premiums from the insured individuals, their employers, and occasionally governmental assistance. In contrast, within the non-insurance sector, the government assumes responsibility for social security for individuals with low financial resources, facilitating a shift towards comprehensive coverage funded by national income sources. These countries provide support to individuals whose income falls below a specified threshold, thereby transitioning from social insurance to social welfare programs.

Conclusion: The social security system in Iran necessitates comprehensive planning that encompasses economic components, healthcare and treatment services, emergency relief and rescue operations, organizational coordination, support and rehabilitation mechanisms, and the effective implementation of policies.

Keywords: *social security system, welfare model, evidence and experiences*



© 2024 the authors. Published by Islamic Azad University, Rafsanjan Branch. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)


NUMBER OF REFERENCES
32


NUMBER OF FIGURES
1


NUMBER OF TABLES
5

* Corresponding author:

Email: rezanajafbagy@yahoo.com
ORCID: 0000-0001-7180-7790

Introduction

The healthcare system has consistently ranked as a paramount priority across societies, with change management within this system presenting substantial challenges for organizations and policymakers in the health and treatment sectors. Given the current complexities and advanced innovations within healthcare, the management of transformation in the health system is regarded as a critical task (Barrow et al., 2023). The design of an effective social security system, tailored to the economic context of the country and grounded in principles of good governance, can ensure the efficacy of this system within the framework of national development (Asadi, 2015). Organizations involved in social security represent the largest and most comprehensive institutions regarding the population served, underscoring the significant role and importance of social security in the advancement and development of any nation. The disparities in income distribution and the income gap between affluent and impoverished populations, coupled with economic shocks that can severely impact the livelihoods of low-income individuals, underscore the necessity of social security programs. Disability arising from aging or accidents removes segments of the workforce from the labor market, thereby placing additional burdens on the younger generation and active workers. Consequently, retirement payments and disability benefits are essential for supporting both individuals with disabilities and workers (Hosseini, 2018).

The health system is currently confronted with numerous challenges that necessitate innovative and effective solutions for managing transformation. One significant challenge is the rapid evolution of medical technologies and health sciences, which continuously impacts the health system. Consequently, this raises the question of the extent to which social security, through the establishment of various support mechanisms such as treatment options and both short-term and long-term care, contributes to human development, a critical and foundational aspect of national development. Thus, the primary research question is: What outcomes can be derived from a comparative analysis of the social security system, and what insights can be gained from the presentation of an evidence-based welfare model grounded in experiential data?

Research method

In this research, a comparative analysis was performed utilizing the content analysis methodology. The primary sources for this analysis include international social security reports provided by global institutions, alongside an examination of Iran's three-tier social security system. The content analysis technique was employed to systematically extract information from the texts under review. Through this methodology, not only was a comparative evaluation conducted, but also an exploration of the structural components of the social security systems. Consequently, the current status of the social security system in Iran was assessed, and projections regarding its future trajectory were formulated.

Findings

This study conducts a comparative analysis of the social security systems in Sweden, Germany, the United States, Canada, France, and Australia, against that of Iran. From a structural

dimension perspective, two distinct approaches are identified for differentiating the social security systems of various countries: 1) The residence-based coverage approach: In certain countries, individuals are entitled to social welfare and security coverage solely based on their residency status; 2) The employment-based coverage approach: In other countries, an individual's eligibility for welfare and social security systems is contingent upon their employment status.

In the organizational frameworks of developed nations, governments assume a macro-management role in the health and welfare sectors, which entails functions such as planning, evaluation, and standard-setting at the macro level, thereby allowing greater oversight capabilities in the health and welfare sectors without entangling themselves in minor operational matters. In contrast to Iran, the organizational structure in developed countries is considerably streamlined and less complex. Furthermore, within the structure of the Ministry of Health and Treatment in Iran, there exists no significant distinction between the health and treatment division and the departments responsible for welfare, social security, and insurance.

Analysis of the structure of social security across various countries indicates that provincial, local government entities, departments, or municipalities significantly contribute to the administration of health and welfare services. In numerous countries, these entities possess national authority. This arrangement mitigates unnecessary centralization at higher governmental levels, enabling the central government to effectively manage and oversee foundational health and welfare operations. Each country has tailored these objectives and responsibilities in alignment with its unique social, economic, and cultural frameworks. A comparative assessment elucidating the similarities and differences has led to the proposal of a model for Iran's social security system, presented in Table 1.

Table 1. Proposed model for Iran's social security system based on a comparative study of selected countries

Sub component	main component
Developing rehabilitation programs and practical trainings for returning to work for various groups, including those injured by work and the disabled, in order to promote occupational activation.	Appropriate planning for economic components
Preventing high levels of unemployment and reducing income losses	
Increasing the amount of pensioners' income in accordance with the inflation rate.	
Designing a suitable program to prevent health risks and integrating it into health insurance.	Proper planning in the field of health and treatment
Comprehensive change and orientation of health insurance to universal health insurance in line with the development of human capital	
Implementation of educational programs for individuals and families to improve their ability in life	
Generalizing the protections of the health and treatment sector in line with the development of human capital	
Support for vulnerable groups. including workers in rural areas and workers in informal sectors and self-employed workers	
Process integration between social security plans in three areas of treatment, income poverty and work	Proper planning for the implementation of
Improving the efficiency and rationalizing the costs of the treatment department by adopting quality criteria	

Guaranteeing the financial stability of social security programs	policies in social security
Using information and communication technology (ICT)-based systems and web-based and mobile-based services to connect stakeholders and related institutions to promote integration between programs, fight corruption, and reduce inconsistencies within the system	
Reducing fragmentation and rework and simplifying processes	
Provide social security identity card	
Reduction of treatment costs and suitable contracts with doctors in order to provide quality services	
Appropriate disaster management and crisis management	Proper planning for rescue and relief
Developing safety management plans	
Helping empower people to rebuild their lives and communities	
Pensions and benefits related to victims of war and natural disasters	
Coordination and guidance of governmental and non-governmental organizations (NGOs)	
Creating coordination and coherence between different departments of social security insurance	Appropriate planning in the field of organizational coordination between health insurances
Management of social insurance and medical services	
Collecting social security income	
Funding and balance between wages	
Expanding the insurance system and providing universal insurance for members of society	
Dealing with the affairs of retirees	
Monitoring the performance of insurance funds	
Formation of required insurance funds	
Financial support for unemployed, sick and disabled people	Appropriate support and rehabilitation planning
Providing a minimum living for all members of families who do not have enough income	
Supporting people in society against economic and social events and their adverse consequences	
Financial support for the elderly	
Carrying out protection activities from homeless and street people	
Disabilities and rehabilitation services	
Services to prevent the occurrence or exacerbation of disabilities and social harms	
Supporting mothers especially during pregnancy and child custody	
Providing government care to young people and drug addicts	
Supporting the elderly and the disabled and caring for them	

Conclusion

The social security system constitutes a fundamental prerequisite for the economic, social, and cultural advancement of nations, serving as a critical mechanism for establishing social justice within civil societies. In countries such as Iran, this system is modeled after frameworks from advanced industrialized nations and possesses unique structural characteristics and regulatory guidelines. The non-insurance component of social security is primarily concerned with providing assistance to vulnerable populations and individuals who are unable to make financial contributions, and it is shaped by the cultural contexts of each nation. In developed countries, characterized by elevated standards of living and economic privatization, the government assumes responsibility for social security, utilizing national and tax revenues to comprehensively

support the populace. Consequently, the payment of insurance premiums by individuals is of lesser significance, with national and tax revenues serving as the principal financial source for social security programs. In these nations, there is a noticeable trend toward transitioning from social insurance to social welfare mechanisms. Conversely, in developing countries, there is an imperative to shift from non-insurance support frameworks toward the establishment of insurance systems.



مطالعه تطبیقی نظام تامین اجتماعی و ارائه الگوی رفاه مبتنی بر شواهد و تجربیات

مجید باقرزاده خوراسگانی^۱، رضا نجف بیگی*^۲، کرم الله دانش فرد^۳

۱. دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، گروه مدیریت، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران

۲. استاد، گروه مدیریت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۳. استاد، گروه مدیریت، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

زمینه و هدف: مطالعه تطبیقی نظام‌های تامین اجتماعی در کشورهای مختلف می‌تواند فرصتی برای شناسایی نقاط قوت و ضعف این نظام‌ها و ارائه الگوهای تحول آفرین مبتنی بر شواهد و تجربیات فراهم کند. هدف این پژوهش، مطالعه تطبیقی نظام تامین اجتماعی و ارائه الگوی رفاه مبتنی بر شواهد و تجربیات می‌باشد.

روش بررسی: روش این پژوهش، تحلیل محتوا می‌باشد و مطالعه عمیق در مورد شباهت‌ها و تفاوت‌های موجود میان نظام تامین اجتماعی ایران با کشورهای منتخب در زمینه‌های مختلف انجام شد، بصورتی که ۶ کشور به عنوان نمونه آماری مورد مقایسه قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد در کشورهای مورد مطالعه در شاخه بیمه‌ای، شاخه بیمه اجتماعی مبتنی بر اشتغال است، رابطه کارگری و کارفرمایی در آن وجود دارد، و متکی به دریافت حق بیمه از بیمه شده، کارفرما و بعضاً کمک‌های دولتی است. در بخش غیر بیمه‌ای، برای افراد کم توان مالی، دولت مسئولیت تامین اجتماعی را بر عهده دارد و حرکت در جهت پوشش کامل افراد از محل درآمد ملی است. همچنین، کشورها از افراد با سطح درآمد کمتر از حد معینی حمایت می‌کنند و حرکت از بیمه‌های اجتماعی به سوی رفاه اجتماعی می‌باشد.

نتیجه گیری: نظام تامین اجتماعی ایران بایستی برنامه‌ریزی مناسب در جهت مولفه‌های اقتصادی، بهداشت و درمان، امداد و نجات، هماهنگی سازمانی، حمایتی و توانبخشی و اجرایی کردن سیاست‌ها داشته باشد.

واژه های کلیدی: نظام تامین اجتماعی، الگوی رفاه، شواهد و تجربیات

نوع مقاله:

پژوهش کیفی

نحوه استناد به مقاله:

باقرزاده خوراسگانی، م، نجف بیگی*، ر. و دانش فرد، ک. (۱۴۰۳). مطالعه تطبیقی نظام تامین اجتماعی و ارائه الگوی رفاه مبتنی بر شواهد و تجربیات. فصلنامه منابع انسانی تحول آفرین. ۱۱(۳): ۱۱۶-۱۳۶.

مقدمه

نظام سلامت همواره یکی از مهم ترین اولویت ها در هر جامعه بوده و مدیریت تحول در این نظام، یک چالش بزرگ برای سازمان ها و سیاست گذاران در حوزه بهداشت و درمان است. با توجه به پیچیدگی های فعلی و نوآوری های پیشرفته در زمینه بهداشت و درمان، مدیریت تحول در نظام سلامت به عنوان یک وظیفه بحرانی مورد توجه قرار گرفته است (بارو^۱ و همکاران، ۲۰۲۲). بر این اساس، نظام تأمین اجتماعی کشور نیازمند تغییراتی در طراحی سیاست های برنامه-ای سازگار با مختصات اقتصادی و سیاست های حکمرانی خوب نظام تأمین اجتماعی می باشد.

این تغییرات نه تنها فرصت هایی را برای بهبود کیفیت خدمات بهداشتی فراهم می کند، بلکه به همراه خود چالش هایی نظیر هزینه های بالا، ناسازگاری ساختاری و مدیریتی، نیاز به توانمندی های جدید و تغییر فرهنگی نیز بوجود می آورد (شارما^۲، ۲۰۰۶). سیاست های تأمین اجتماعی، به عنوان محور کلیدی سیاست های اجتماعی، همواره از اهمیت ویژه ای نزد دولت ها برخوردار بوده اند. طراحی نظام اثربخش تأمین اجتماعی متناسب با بستر اقتصادی کشور و مبتنی بر اصول حکمرانی خوب، می تواند اثربخشی این نظام را در افق چشم انداز توسعه ملی تضمین کند. بنابراین، بررسی دقیق و تطبیقی جایگاه فعلی نظام تأمین اجتماعی ایران و شناسایی مسیر و اهداف آینده آن برای نیل به اهداف مربوطه، ضروری است (اسدی، ۱۳۹۵). به نظر می رسد ساختار حقوقی تأمین اجتماعی ایران به لحاظ اصول لازم الاجرا برای یک نظام مطلوب و اثربخش، واجد قابلیت لازم برای تقویت مبانی خود است و اصول مربوطه از جمله فراگیری، برابری، حمایت دولت، حداقل بودن حمایت ها، جامعیت، پیشگیری، توانمندسازی، فارغ از ایرادهای وارد بر قانون گذاری در این حوزه، جایگاه مطلوبی دارند. همچنین، وضع نظام موجود از منظر الگوی انتخابی نیز محل تأمل است. بنابراین باید گفت نظام تأمین اجتماعی دست کم، از منظر انتخاب الگویی مناسب و همچنین به لحاظ سیر تحول تاریخی الگوها در گذار از سنتی به مدرن، در وضعیتی نامطلوب نیست. همچنین علی رغم آنکه در عرصه اجراء با مشکلات متعددی مانند سیاست گذاری های مقطعی و مبتنی بر مسائل سیاسی روز و بدون دوراندیشی، توجه نداشتن به محاسبات بیمه ای در مقررات گذاری ها مواجه است، می باید درصدد رسیدن به معیارهای مورد نظر و انتخاب الگوهای مناسب، مطابق با نظام های توسعه یافته باشد (زاهدی اصل، ۱۳۹۵).

مدل و الگوی مخصوص، استاندارد، یکسان و مشترکی برای ساختار سازمانی و تشکیلات اداری نظام تأمین اجتماعی در همه کشورهای وجود ندارد و بنا به شرایط اقتصادی کشورهای مختلف جهان، ساختارها و الگوهای متفاوتی برای موقعیت های خاصی کاربرد دارند و ساختار سازمانی اکثر نظام های امروزی تأمین اجتماعی بیشتر برای برآورده ساختن مقتضیات و نیازهای خاصی در زمان خاصی بر اساس ملاحظات تاریخی، سیاسی و اجتماعی بنا شده است. بی شک، چنانچه نظام تأمین اجتماعی فاقد پویایی لازم بوده و در وضعیت فعلی خود ایستا و ساکن بماند، نمی تواند پاسخگوی نیازهای در حال تغییر

1 Barrow
2 Sharma

جامعه باشد. علاوه بر این، هرگونه تلاش برای توسعه نظام تأمین اجتماعی چنانچه بدون شناخت کافی از آینده و مسیر پیش روی آن باشد (افتاده و واثقی، ۱۳۹۸)، نه تنها در رسالت خویش و دستیابی به اهدافش (مبارزه با فقر، کاهش نابرابری و ارتقای رفاه و توسعه ملی) شکست می‌خورد، بلکه علاوه بر هزینه‌های اقتصادی که بر جامعه تحمیل می‌کند، بنا به حساسیت امنیتی که دارد، پیامدهای سیاسی غیرقابل جبرانی به جای خواهد گذاشت.

سازمان‌های مرتبط با تأمین اجتماعی بزرگ‌ترین و گسترده‌ترین نهادها از نظر جمعیت تحت پوشش می‌باشند، بنابراین پذیرش این موضوع که تأمین اجتماعی در پیشرفت و توسعه هر کشوری نقش و اهمیت بسزایی دارد، بر کسی پوشیده نیست. توزیع نابرابر درآمد و شکاف درآمدی بین فقرا و ثروتمندان در کنار شوک‌های اقتصادی که به راحتی می‌تواند سفره بسیاری از مردم کم درآمد را خالی کند، نیاز به تأمین اجتماعی را الزامی می‌کند. از کارافتادگی به علت کهولت سن یا به دلیل حوادث، بخشی از افراد جامعه را از بازار کار خارج کرده و سربرار نسل جوان و کارکن می‌کند. پرداخت‌های بازنشستگی و حقوق از کارافتادگی برای حمایت از هر دو گروه از کارافتاده و کارکن لازم و ضروری است. اصل بیست ونهم قانون اساسی نیز برخورداری از تأمین اجتماعی را همگانی دانسته و دولت را موظف نموده است که طبق قوانین از محل درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی و تأمین اجتماعی را برای یکایک افراد کشور تأمین نماید (حسینی، ۱۳۸۸).

نظام تأمین اجتماعی یکی از اساسی‌ترین پیش‌نیازهای توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشورها تلقی گردیده و به همین دلیل به عنوان مهم‌ترین اهرم برقراری عدالت اجتماعی در جوامع مدنی محسوب می‌شود و همواره مقوله‌ای در حقوق انسانی، حاکمیت ملی و در راستای صلح، ثبات و امنیت اجتماعی نقش عمده‌ای را ایفا نموده، به گونه‌ای که توسعه پایدار هر کشور در بلندمدت با کمیت و کیفیت نظام رفاه و تأمین اجتماعی آن کشور همبستگی و رابطه‌ای مستقیم دارد. خوشبختانه در کشور به این امر توجه ویژه‌ای شده و این حق اجتماعی در چارچوب اصل ۲۹ قانون اساسی، قانون ساختار سازمانی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی همچنین سایر قوانین و مقررات جاری کشور، از جمله قانون تأمین اجتماعی مصوب سال ۱۳۵۴ به طور شفاف تصریح شده است.

مسئله تأمین اجتماعی و نحوه ارائه خدمات آن یک مساله اقتصادی- اجتماعی مورد توافق سیاست‌گذاران و دولت مردان است که علاوه بر اثرگذاری‌های اجتماعی باید آن را از جنبه اقتصادی نیز مورد بررسی قرار داد. لذا رسالت تأمین اجتماعی با برقراری حمایت‌های مختلف از جمله درمان، حمایت‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت از آن نظر حائز اهمیت که تا چه حد می‌تواند در توسعه انسانی به عنوان یکی از مسائل مهم و زیرساختی مباحث توسعه کشور نقش داشته باشد. بنابراین سوال اصلی این پژوهش این است که مطالعه تطبیقی نظام تأمین اجتماعی و ارائه الگوی رفاه مبتنی بر شواهد و تجربیات چه نتایجی را برای کشور به همراه دارد؟.

مبانی نظری

مدیریت تحول در نظام سلامت، اساسی برای ارتقای کیفیت خدمات بهداشتی، افزایش رضایت بیماران، بهبود بهره وری مالی، تطابق با تغییرات، و بهبود نتایج درمانی است و از اهمیت چشمگیری در ارتقای سلامت جامعه برخوردار است. مدیریت تحول در نظام سلامت می تواند بهبود و افزایش کیفیت خدمات سلامت را به همراه داشته باشد. با اجرای تغییرات مدنظر و بهبود فرآیندها، نظام سلامت قادر به ارائه خدمات بهتر مؤثرتر و ایمن تر می شوند. این امر باعث افزایش رضایت بیماران، کاهش خطاها و عوارض جانبی، بهبود نتایج درمانی و افزایش اعتماد عمومی به نظام سلامت می شود (کامپل^۱، ۲۰۲۰). مدیریت تحول در نظام سلامت به سازمان های مرتبط کمک می کند تا عملکرد خود را بهبود بخشند و بهینه سازی کنند. با اجرای تغییرات مناسب، سازمان های مرتبط با سلامت می توانند به بهبود فرآیندهای داخلی، افزایش بهره وری، کاهش هدر رفت منابع و مدیریت بهتر منابع مالی و انسانی خود دست یابند. این امر می تواند منجر به بهبود کارایی و اثر بخشی سازمان ها در ارائه خدمات سلامت و بهبود سلامت جامعه شود (شارما، ۲۰۰۶).

یکی از نکات مهم مدیریت تحول در نظام سلامت، توانایی پاسخگویی به نیازهای متغیر جامعه است. با تحولات اجتماعی، فرهنگی و فن آوری، نیازها و انتظارات جامعه درباره خدمات سلامت تغییر می کنند. مدیریت تحول به سازمان های سلامت کمک می کند تا با تغییرات روزمره، نیازهای متغیر جامعه را تشخیص داده و به آنها پاسخ دهند. این امر باعث افزایش رضایت و اعتماد جامعه به نظام سلامت می شود و تأثیر مثبتی در بهبود سلامت جامعه دارد (خو^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین برای افزایش رضایت مندی بیماران، با بهبود فرآیندها، مشارکت بیماران در تصمیم گیری های مربوط به خدمات سلامت، رضایت بیشتری حاصل می شود. با بهبود ارتباطات بین بیماران و ارائه دهندگان خدمات سلامت، تجربه بیماری مثبت تر و همراه با حس توجه و حمایت بیشتر ایجاد می شود. این امر نه تنها رضایتمندی بیماران را افزایش می دهد، بلکه بهبود کیفیت مراقبت و بهبود نتایج درمانی را نیز ایجاد می کند (راین^۳، ۲۰۱۸).

با توجه به این که فناوری های بهداشتی و درمانی با سرعت بسیار زیادی پیشرفت می کنند و در حوزه نظام سلامت پذیرفته می شوند، مدیریت تحول امکان تطبیق با این تغییرات فناوری را فراهم می کند تا از مزایای آنها به طور کامل استفاده شود. دنیای سلامت همواره با چالش ها و مشکلاتی روبرو است، مانند بیماری های واگیر، بحران های بهداشت عمومی، مشکلات مالی و غیره. با مدیریت مناسب، نظام سلامت آماده مقابله با این چالش ها خواهد بود و می تواند به طور سریع تر و کارآمدتر با آنها مقابله کند (کیکبوش و پاین^۴، ۲۰۰۳). با شناخت چالش ها و پیش بینی نیازمندی ها و تغییرات آینده، امکان مواجهه با مسائل تأثیرگذار بر نظام سلامت بیشتر می شود. در ادامه به اصلی ترین چالش ها اشاره می شود:

¹ Campbell

² Kho

³ Raina

⁴ Kickbusch & Payne

- تغییرات سریع فناوری و نیازمندی های فنی: در دنیای امروز، فناوری های نوظهور مانند هوش مصنوعی، رباتیک و تلفن هوشمند، و کلان داده ها، نظام سلامت را با تغییراتی عمده مواجه کرده است. بدین ترتیب، نیاز به مدیریت تحول برای انتقال به سیستم های الکترونیکی پرونده پزشکی، تله متری، اطلاعات بهداشت عمومی و مدیریت داده ها احساس می شود (خو و همکاران، ۲۰۲۰).
- تحول در سلامت جسمی و روانی: تغییر در نیازهای بهداشتی جامعه، تحول در الگوی بیماری ها و روند پیری جمعیت، به مدیریت تحول در نظام سلامت فشارهای جدیدی ایجاد می کند. افزایش نیاز به مراقبت بالینی، بهداشت روانی، بهبود امکانات پیشگیری و ارتقاء کیفیت خدمات بهداشتی از جمله چالش هایی هستند که نیازمند تغییر و تحول سیستم سلامت می باشند (کلری و همکاران^۱، ۲۰۱۹).
- تغییر در مدل های ارائه خدمات: انتقال از مدل های سنتی بهداشت و درمان به مدل های جدید مبتنی بر خدمات بهداشتی اجتماعی، بهداشت الکترونیکی، خدمات بهداشت از راه دور و سلامت همگانی، نیازمند مدیریت تحول است. این تغییرات همچنین نیازمند تغییر در ساختار سازمانی و فرهنگ سازمانی نظام سلامت می باشند (خو و همکاران، ۲۰۲۰).
- مقاومت در برابر تغییرات: مقاومت در برابر تغییرات در نظام سلامت به معنای مقاومت و مخالفت افراد و سازمانها در قبول و اجرای تغییرات است. این مقاومت ممکن است به دلیل ترس از تغییر، نگرانی درباره تغییرات در مسئولیت ها و وظایف، عدم آگاهی از سوی افراد و سازمان ها رخ دهد (کریمی^۲ و همکاران، ۲۰۲۲).
- کمبود منابع مالی و انسانی: به طور معمول تحولات در نظام سلامت هزینه بر و زمان بر هستند. این امر می تواند باعث محدودیت منابع مالی و مشکلات در تأمین منابع لازم برای اجرای تغییرات شود (شلدن و اسمیت^۳، ۲۰۰۰). منابع انسانی، فیزیکی و فنی نیز ممکن است محدودیت هایی داشته باشند که باعث مشکلات در اجرای تغییرات و تحولات می شوند. به عنوان مثال کمبود نیروی انسانی ماهر، ناکافی بودن تجهیزات و تکنولوژی های لازم، و ناتوانی در تأمین منابع انسانی و مالی برای اجرای تغییرات می تواند مشکلاتی را در مدیریت تحول در نظام سلامت ایجاد کند (کریمی و همکاران، ۲۰۲۲).
- تغییرات سیاسی و سیاست های نظامی: تحولات در نظام سلامت ممکن است تحت تأثیر تغییرات سیاسی و سیاست های نظامی قرار گیرند. این نوع تغییرات می تواند مسیر و برنامه های مدیریت تحول را تحت تأثیر قرار دهد و نیاز به تنظیم و تعدیل مجدد برنامه ها و راهکارها را ایجاد کند (مصدق راد^۴، ۲۰۱۴).

¹ Cleary

² Karimi

³ Sheldon & Smith

⁴ Mosadeghrad

- ناهمگونی و انباشت داده ها: مدیریت اطلاعات و داده ها نیز یک چالش مهم است. در سیستم های سلامت پیچیده، مدیریت و بهره برداری از داده ها و اطلاعات صحیح و دقیق بسیار اساسی است. چالش هایی مانند ناهمگونی و انباشت داده ها، نقص در سیستم های اطلاعاتی، عدم تعامل بین سامانه ها و ناکارآمدی در بهره برداری از داده ها می تواند مانع ارزیابی دقیق و اتخاذ تصمیمات بهینه در تحول سلامت شود.
- عدم تعامل بین سازمان ها: در سیستم سلامت، نهادها و سازمان های مختلف ممکن است با تفاوت در اهداف، ساختارها، فرهنگ ها و منافع مواجه شوند. این می تواند منجر به عدم هماهنگی، تداخل و از هم پاشیدگی عملکرد شود.
- عدم وجود سیستم های ارزیابی قوی: ارزیابی و پیگیری عملکرد نیز یک چالش اجرایی در مدیریت تحول است. برای اطمینان از موفقیت تحول و بهبود پایدار در سیستم سلامت نیاز است تا عملکرد برنامه ها و تغییرات مدنظر مورد ارزیابی قرار گیرد و به طور مداوم پیگیری شود. اما چالش هایی مانند عدم وجود سیستم های ارزیابی قوی، عدم تعیین معیارهای مناسب و مشکلات در جمعیت و تحلیل داده ها ممکن است مانع ارزیابی و پیگیری مؤثر عملکرد شوند (صفدری¹ و همکاران، ۲۰۱۲).

پیشینه پژوهش

پیشینه مطالعات نشان می دهد که تأمین اجتماعی و عدالت اقتصادی در کشورهای مختلف از اهمیت زیادی برخوردار است و هر کشور بر اساس شرایط و نیازهای خود، رویکردهای متفاوتی در این زمینه اتخاذ کرده است. نائب خسروشاهی و همکاران (۱۴۰۱) در مطالعه ای با عنوان بررسی و تحلیل جامعه شناختی عدالت اقتصادی در سیستم تأمین اجتماعی، بیان کردند که عدالت و تبیین ابعاد و مؤلفه های آن از مفاهیم مهم و چالش برانگیز در همه کشورهاست. در اقتصاد اسلامی، اهمیت عدالت بیشتر نمایان است و نظام تأمین اجتماعی به عنوان یکی از ابزارهای باز توزیع درآمد، نقش مهمی در تحقق عدالت دارد. این مطالعه نشان داد که در طراحی مدل تأمین اجتماعی، عدالت اقتصادی از منظر اسلام اولویت اول است و مهم ترین شاخص به شمار می رود. قاسمی (۱۴۰۱) در پژوهشی با عنوان اثرگذاری آراء دیوان عدالت اداری بر حقوق موضوعه تأمین اجتماعی در نظام حقوقی کنونی، تأکید کرد که تأمین اجتماعی به یکی از نیازهای حیاتی جوامع تبدیل شده است. این پژوهش نشان داد که با وجود اهمیت حقوق تأمین اجتماعی، این حوزه کمتر مورد توجه قرار گرفته و آرای دیوان عدالت اداری نیز تأثیر محدودی بر شکل دهی به این شاخه از حقوق داشته است. این مطالعه بر اهمیت بررسی آرای دیوان در ارزیابی عملکرد و گسترش ادبیات حقوقی تأمین اجتماعی تأکید داشت.

¹ Safdari

صالحی شهبابی (۱۳۹۶) در مطالعه‌ای تطبیقی-مقایسه‌ای به بررسی ساختار تأمین اجتماعی کشورهای مختلف پرداخت. این پژوهش نشان داد که کشورهای مختلف، بر اساس نیازها و شرایط خود، رویکردهای متفاوتی به تأمین اجتماعی دارند. به عنوان مثال، ۸۱ کشور از سیستم بازتوزیعی دولتی استفاده می‌کنند و ۱۵۱ کشور از سیستم بازنشستگی اجباری تحت مدیریت دولت بهره می‌برند. برخی کشورها نیز مدیریت خدمات بازنشستگی را به بخش خصوصی سپرده‌اند. این پیشینه مطالعاتی نشان می‌دهد که تأمین اجتماعی و عدالت اقتصادی در کشورهای مختلف از اهمیت زیادی برخوردار است و هر کشور بر اساس شرایط و نیازهای خود، رویکردهای متفاوتی در این زمینه اتخاذ کرده است. حسینی (۱۳۸۸) در مطالعه‌ای با عنوان تأمین اجتماعی و رشد و توسعه اقتصادی، رابطه علی بین مخارج تأمین اجتماعی و رشد اقتصادی ایران در سال‌های ۱۳۴۰ تا ۱۳۸۲ را بررسی کرد. این تحقیق نشان داد که برنامه‌های تأمین اجتماعی با تقویت زیرساخت‌های اقتصادی-اجتماعی، سرمایه انسانی را تقویت کرده و بر رشد اقتصادی اثر مثبت داشته است.

جونز و لی^۱ (۲۰۲۳) در مقاله‌ای با عنوان «اصلاح تأمین اجتماعی با مرگ و میر ناهمگون» به بررسی تأثیر نابرابری طول عمر بر اصلاح تأمین اجتماعی پرداختند و نشان دادند که رفاه حداکثری با مزایای پایه مستقل از درآمد مادام‌العمر، افزایش سقف مالیات بر حقوق، و کاهش تعدیل ادعاها حاصل می‌شود. کدره-لاپالم^۲ و همکاران (۲۰۲۱) در مقاله‌ای درباره دفاع از مراقبت‌های بهداشتی و امنیت اجتماعی کار در بریتانیا، بیان کردند که ایجاد همبستگی در دفاع از مزایای هدفمند نسبت به مزایای جهانی دشوارتر است، زیرا فرآیند کار مرتبط با هدف‌یابی منافع می‌تواند درگیری ایجاد کند.

جانگ و ترن^۳ (۲۰۲۰) پوشش تأمین اجتماعی در کشورهای در حال توسعه را بررسی کرده و دریافتند که گسترش مزایای بازنشستگی برای کارگران بخش غیررسمی می‌تواند بهره‌وری را کاهش دهد، اما رفاه اجتماعی را بهبود می‌بخشد. گلوم و کاونویچ^۴ (۲۰۲۰) نشان دادند که افزایش مخارج دولت بر تأمین اجتماعی، نابرابری درآمدی را کاهش می‌دهد و اثرات متفاوتی بر رشد اقتصادی دارد. ژانگ و ژانگ^۵ (۲۰۰۴) ارتباط تأمین اجتماعی با رشد اقتصادی، پس‌انداز، سرمایه‌گذاری در سرمایه انسانی را بررسی کرده و نشان دادند که تأمین اجتماعی می‌تواند به حل مشکلاتی نظیر جمعیت بالا و رشد اقتصادی پایین در کشورهای در حال توسعه کمک کند.

روش تحقیق

در این پژوهش، برای مقایسه نظام‌های تأمین اجتماعی از روش تحلیل محتوا استفاده می‌شود. مطالعات تطبیقی بر شباهت‌ها و اختلافات موجود میان سیستم‌های گوناگون مدیریت در زمینه‌های مختلف تأکید دارند. در روش تطبیقی، هدف اصلی تبیین واقعیت‌های کلان جامعه است. منابع مورد استفاده در این بررسی تطبیقی، گزارش‌های بین‌المللی تأمین

¹ Jones & Li

² Coderre-LaPalme

³ Jung & Tran

⁴ Glomm & Kaganovich

⁵ Zhang & Zhang

اجتماعی است که از نهادهای بین‌المللی ارائه می‌شود، بعلاوه نظام سه لایه تأمین اجتماعی ایران است. در این پژوهش، نظام تأمین اجتماعی کشورهای سوئد، آلمان، آمریکا، کانادا، فرانسه و استرالیا با نظام تأمین اجتماعی ایران مقایسه شده است. برای تجزیه و تحلیل گزارش‌ها، از روش تحلیل محتوا استفاده شد. همان‌طور که از نام آن پیداست، این روش به تحلیل محتواهای مربوطه می‌پردازد و می‌کوشد با استفاده از تحلیل، اطلاعاتی را در مورد متن استخراج کند. با به کارگیری این روش، علاوه بر مقایسه تطبیقی مختصات نظام‌های تأمین اجتماعی، به ترسیم مسیر نظری توسعه نظام تأمین اجتماعی پرداخته و جایگاه نظام تأمین اجتماعی در آینده کشور مشخص می‌شود.

یافته‌ها

مطالعه نظام رفاه و تأمین اجتماعی در کشورهای منتخب نشان می‌دهد که همه این کشورها رفاه را به عنوان حقی همگانی پذیرفته‌اند و دولت‌ها موظف به تأمین حقوق افراد هستند. در این کشورها اصول و مبانی مشترکی برای تحقق اهداف و وظایف وزارت رفاه و تأمین اجتماعی وجود دارد، اما روش‌ها و سازوکارهای اجرایی هر کشور متفاوت است. هر کشور با در نظر گرفتن زیرساخت‌ها و شرایط اجتماعی و اقتصادی خاص خود، در راستای تحقق این اهداف و وظایف گام برمی‌دارد. در ارتباط با بعد ساختاری، دو رویکرد متفاوت برای تفکیک نظام‌های رفاه و تأمین اجتماعی کشورها قابل شناسایی است:

- ۱) رویکرد مبتنی بر پوشش اقامتی: در برخی کشورها، افراد به عنوان شهروند حق دارند و صرفاً با اقامت در کشور، تحت پوشش رفاه و تأمین اجتماعی قرار می‌گیرند.
- ۲) رویکرد مبتنی بر پوشش اشتغال: در برخی دیگر از کشورها، مبنای عضویت افراد در نظام رفاه و تأمین اجتماعی وضعیت شغلی آن‌ها است. در ساختار تشکیلاتی کشورهای توسعه‌یافته، دولت‌ها در بخش سلامت و رفاه نقش مدیریت کلان را ایفاء می‌کنند، به این معنی که نقش دولت‌ها به برنامه‌ریزی، ارزیابی و تعیین استاندارد در سطح کلان محدود می‌شود. در این شرایط، دولت‌ها بدون درگیری در مسائل جزئی، می‌توانند با توانایی بیشتری به نظارت، ارزیابی و تعیین استاندارد در بخش سلامت و رفاه بپردازند.

در کشورهای توسعه‌یافته برخلاف ایران، ساختار بسیار ساده و کم‌حجم است. همچنین در ساختار وزارت بهداشت و درمان، تفاوت خاصی بین بخش بهداشت و درمان یا رفاه و تأمین اجتماعی و بیمه وجود ندارد. بررسی ساختار رفاه و تأمین اجتماعی در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که استان‌ها، دولت‌های محلی، بخش‌ها و یا شهرداری‌ها نقش مهمی در اداره خدمات بهداشتی و رفاهی ایفا می‌کنند. در بسیاری از کشورها، این سطوح از اختیارات ملی برخوردار هستند. در چنین شرایطی از تمرکز غیرضروری در سطوح بالای دولتی کاسته می‌شود و دولت مرکزی توانایی کنترل و نظارت بر امور زیربنایی سلامت و رفاه را می‌یابد. هر کشور با توجه به زیرساخت‌های اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی خود، این اهداف و وظایف را تدوین کرده است. جدول ۱، تطبیق تحت پوشش قرار دادن کشورهای مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۱. جدول تطبیقی تحت پوشش قرار دادن در کشور مورد مطالعه

کشورهای مورد مطالعه	ویژگی های جمعیت تحت پوشش
آلمان	پوشش جمعیت بر مبنای وضع شغلی افراد است. سایر قشرهای جمعیت، که حدود ۱۵ درصد کل جمعیت را تشکیل می-دهند، به طور اختیاری می توانند تحت بیمه اجتماعی یا شرکت های خصوصی باشند.
سوئد	مبنای پوشش، شهروندی و اسکان در کشور سوئد است و تقریباً ۱۰۰ درصد جمعیت تحت پوشش هستند.
کانادا	نظام تامین اجتماعی در کانادا فراگیر است. ولی در عین حال، سمت و سوی آن متوجه کسانی است که آسیب پذیرتر هستند.
آمریکا	تمهیدی برای پوشش جمعیتی به جز در برنامه مدیکیر و مدیکید وجود ندارد. در واقع پوشش جمعیتی بر مبنای پرداخت حق بیمه به وسیله و با مسئولیت شخص انجام می گیرد.
فرانسه	تمام جمعیت فرانسه زیر پوشش بیمه های اجتماعی قرار می گیرند. کسانی که تحت پوشش قرار ندارند، باید پوشش ویژه ای به نام بیمه فردی داشته باشند.
استرالیا	خانواده و کودکان، افراد در سنین کارف معلولان و سالمندان، کسانی که در مناطق روستایی و دور افتاده زندگی می کنند، افراد بی خانمان یا در معرض خطر بی خانمانی، افراد بومی و جزیره نشینان تنگه تورس، افراد با فرهنگ ها و زبان های مختلف، جمعیت های سراسر کشور
ایران	به دلیل همپوشانی بین آمار جمعیت تحت پوشش هر یک از نظام های بیمه ای و تفاوت در مبانی محاسبات آماری، آمار دقیقی در دست نیست؛ ولی در مجموع، ۹۰ درصد جمعیت تحت پوشش سازمان های بیمه ای و حمایتی هستند.

جدول ۲، شرح وظایف تطبیقی کشورهای منتخب در حوزه رفاه و تامین اجتماعی، و جدول های ۳ و ۴، وظایف تطبیقی کشورهای منتخب در حوزه رفاه و تامین اجتماعی را نشان می دهد. جدول ۵ و شکل ۱، مدل پیشنهادی نظام تامین اجتماعی ایران را نشان می دهد.

جدول ۲. خلاصه شرح وظایف تطبیقی کشورهای منتخب در حوزه رفاه و تامین اجتماعی

شرح و وظایف	آلمان	سوئد	کانادا	آمریکا	فرانسه	استرالیا	ایران
حمایت مالی از افراد بیکار، بیمار و از کار افتاده	٪۹۸	٪۹۷	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۹۹	٪۹۶	٪۹۴
تامین حداقل زندگی برای همه افراد و خانواده هایی که درآمد کافی ندارند.	٪۱۰۰	٪۹۸	٪۱۰۰	٪۹۸	٪۱۰۰	٪۹۷	٪۹۵
حمایت از افراد جامعه در برابر رویدادهای اقتصادی، اجتماعی و پیامدهای سوء آنها	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۹۸	٪۹۷	٪۱۰۰	٪۹۷	٪۹۲
حمایت مالی از افراد سالمند	٪۹۰	٪۹۱	٪۹۰	٪۸۹	٪۹۱	٪۹۰	٪۷۷
ضمانت منابع مالی، تعدیل دستمزد و هزینه	٪۸۵	٪۸۴	٪۸۵	٪۸۶	٪۸۷	٪۸۴	٪۷۸
انجام فعالیت های حفاظتی افراد بی خانمان و خیابانی	٪۷۷	٪۷۹	٪۷۶	٪۸۰	٪۷۴	٪۷۵	٪۶۵
بیمه حوادث ناشی از کار (بیمه بیکاری)	٪۷۴	٪۷۵	٪۷۶	٪۷۴	٪۷۶	٪۷۳	٪۷۲
گسترش نظام بیمه ای و تامین سطح بیمه همگانی برای آحاد جامعه	٪۷۶	٪۷۵	٪۷۷	٪۷۴	٪۷۵	٪۷۴	٪۷۳

جدول ۳. خلاصه شرح وظایف تطبیقی کشورهای منتخب در حوزه رفاه و تامین اجتماعی

شرح و وظایف	آلمان	سوئد	کانادا	آمریکا	فرانسه	استرالیا	ایران
جمع آوری درآمدهای تامین اجتماعی	٪۶۷	٪۶۶	٪۷۰	٪۷۱	٪۶۶	٪۶۵	٪۶۲
امور بیماری‌ها، بارداری و زایمان، معلولیت‌ها، فوت، خطرهای شغلی	٪۷۸	٪۷۵	٪۷۴	٪۷۶	٪۷۵	٪۷۰	٪۶۴
مستمری و مزایای مربوط به قربانیان جنگ	٪۶۰	٪۶۲	٪۶۰	٪۶۴	٪۶۲	٪۶۷	٪۶۹
تامین خدمات پیشگیری از بروز یا تشدید معلولیت‌ها و آسیب‌های اجتماعی	٪۸۰	٪۸۲	٪۸۴	٪۸۰	٪۷۹	٪۷۴	٪۶۷
معلولیت‌ها و تامین مالی برای بیماران و معلولین (خدمات توانبخشی)	٪۶۵	٪۶۷	٪۶۹	٪۶۹	٪۶۴	٪۶۳	٪۶۲
مدیریت بیمه‌های اجتماعی، خدمات اجتماعی	٪۷۴	٪۷۲	٪۷۴	٪۷۹	٪۶۵	٪۶۷	٪۶۱
ایجاد هماهنگی و انسجام بین بخش‌های مختلف بیمه‌های اجتماعی و درمانی	٪۶۲	٪۶۵	٪۶۳	٪۶۲	٪۶۱	٪۶۴	٪۵۹
مراقبت از کودکان به لحاظ حفظ سلامت و جلوگیری از آسیب‌های اجتماعی	٪۸۵	٪۸۴	٪۸۳	٪۸۸	٪۸۰	٪۷۹	٪۷۰

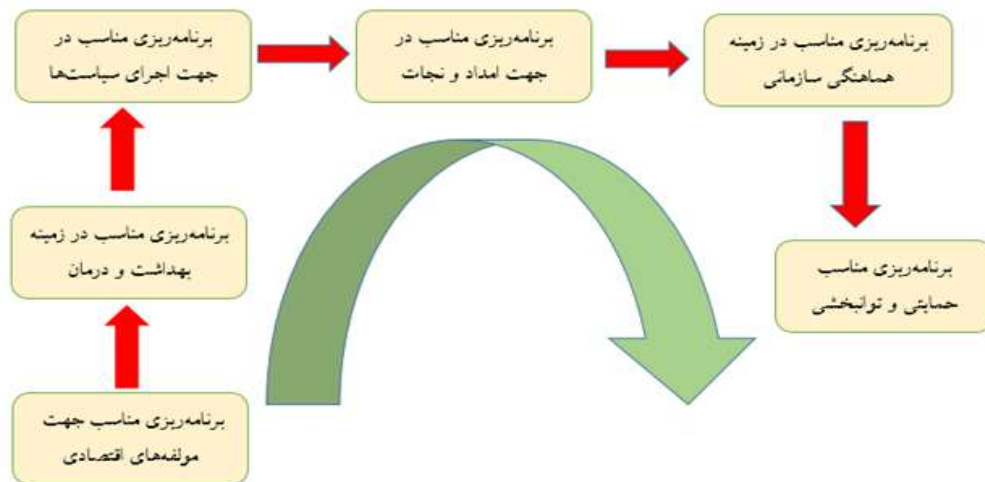
جدول ۴. خلاصه شرح وظایف تطبیقی کشورهای منتخب در حوزه رفاه و تامین اجتماعی

شرح و وظایف	آلمان	سوئد	کانادا	آمریکا	فرانسه	استرالیا	ایران
مدیریت بلایایی طبیعی، مدیریت بحران	٪۵۵	٪۵۷	٪۵۷	٪۵۹	٪۵۴	٪۷۶	٪۴۷
تدوین برنامه‌های مدیریت ایمنی	٪۶۵	٪۶۲	٪۶۴	٪۶۳	٪۶۷	٪۶۶	٪۵۲
کمک‌ها و قادرسازی مردم برای پایه گذاری مجدد زندگی و جامعه	٪۷۲	٪۷۵	٪۷۴	٪۷۷	٪۷۳	٪۷۲	٪۵۴
بسط و توسعه کیفیت خدمات عمومی	٪۵۱	٪۵۲	٪۵۴	٪۵۹	٪۵۲	٪۵۳	٪۴۹
حمایت‌های مالی از افرادی که از سالمندان و از کارآتادگان مراقبت می‌کنند.	٪۷۶	٪۷۷	٪۷۵	٪۷۹	٪۷۳	٪۷۲	٪۶۷
حمایت قانونی از کارگران و شاغلین	٪۸۲	٪۸۵	٪۸۴	٪۸۹	٪۸۰	٪۷۷	٪۶۴
نظارت بر عملکرد صندوق‌های بیمه‌ای	٪۷۴	٪۷۳	٪۷۲	٪۷۷	٪۷۱	٪۷۰	٪۶۷
مشارکت با سازمان‌های دولتی و غیر دولتی	٪۵۸	٪۵۴	٪۵۵	٪۵۳	٪۵۱	٪۵۳	٪۵۰
حمایت از مادران به خصوص در دوران بارداری و حضانت از فرزندان	٪۸۲	٪۸۵	٪۸۰	٪۸۸	٪۸۱	٪۷۹	٪۸۰

جدول ۵. مدل پیشنهادی برای نظام تامین اجتماعی ایران بر اساس مطالعه تطبیقی کشورهای منتخب

مؤلفه اصلی	زیرمؤلفه‌های اصلی
برنامه‌ریزی مناسب جهت مؤلفه‌های اقتصادی	تدوین برنامه‌های توانبخشی و آموزش‌های عملی جهت بازگشت مجدد به کار برای اقشار گوناگون از جمله آسیب دیدگان از کار و معلولین به منظور ارتقای فعال‌سازی شغلی.
	جلوگیری از سطوح بالای بیکاری و کاهش خسران درآمدی.
	افزایش میزان دریاقتی‌های بازنشستگان متناسب با نرخ تورم.
برنامه‌ریزی مناسب در زمینه بهداشت و درمان	طراحی برنامه مناسب جهت پیشگیری از ریسک‌های بهداشتی و درمانی و ادغام آن در بیمه‌های درمانی.
	تغییر و جهت دهی همه جانبه بیمه‌های درمانی به بیمه سلامت همگانی در راستای توسعه سرمایه انسانی.
	اجرای برنامه‌های آموزشی به افراد و خانواده‌ها جهت ارتقای توانمندی آنها در زندگی.
	همگانی کردن حفاظت‌های بخش سلامت و درمان در راستای توسعه سرمایه انسانی.

<p>حمایت از گروه‌های آسیب پذیر. شامل کارگران مناطق روستایی و کارگران شاغل در بخش‌های غیررسمی و کارگران خود اشتغال.</p>	
<p>یکپارچگی فرآیندی میان طرح‌های تامین اجتماعی در سه حوزه درمان، فقر درآمدی و کار.</p>	<p>برنامه‌ریزی مناسب در جهت اجرای سیاست‌ها در تامین اجتماعی</p>
<p>ارتقای کارایی و عقلانی سازی هزینه‌های بخش درمان با اتخاذ معیارهای کیفی.</p>	
<p>تضمین ثبات مالی برنامه‌های تامین اجتماعی.</p>	
<p>بکارگیری سیستم‌های مبتنی بر فناوری اطلاعات و ارتباطات (ICT) و خدمات مبتنی بر وب و مبتنی بر موبایل برای مرتبط نمودن ذینفعان و نهادهای مرتبط جهت ارتقای یکپارچگی میان برنامه‌ها، مبارزه با فساد و کاهش عدم انطباق‌های درون نظام.</p>	
<p>کاهش چندپارگی و دوباره کاری و ساده‌سازی فرآیندها.</p>	
<p>ارائه کارت هویت تامین اجتماعی.</p>	
<p>کاهش هزینه‌های درمانی و قراردادهای مناسب با پزشکان در جهت کیفیت خدمات رسانی</p>	<p>برنامه‌ریزی مناسب در جهت امداد و نجات</p>
<p>مدیریت مناسب بلایا و مدیریت بحران</p>	
<p>تدوین برنامه‌های مدیریت ایمنی</p>	
<p>کمک به قادرسازی مردم برای پایه گذاری مجدد زندگی و جامعه</p>	
<p>مستمری و مزایای مربوط به قربانیان جنگ و بلایای طبیعی</p>	
<p>هماهنگی و هدایت سازمان‌های دولتی و غیر دولتی (NGO)ها</p>	
<p>ایجاد هماهنگی و انسجام بین بخش‌های مختلف بیمه‌های تامین اجتماعی</p>	<p>برنامه‌ریزی مناسب در زمینه هماهنگی سازمانی بین بیمه‌های درمانی</p>
<p>مدیریت بیمه‌های اجتماعی و خدمات درمانی.</p>	
<p>جمع‌آوری درآمدهای تامین اجتماعی</p>	
<p>تامین منابع مالی و تعادل بین دستمزدها</p>	
<p>گسترش نظام بیمه‌ای و تامین بیمه همگانی برای احاد جامعه</p>	
<p>رسیدگی به امور بازنشستگان</p>	
<p>نظارت بر عملکرد صندوق‌های بیمه‌ای</p>	
<p>تشکیل صندوق‌های بیمه‌ای مورد نیاز.</p>	
<p>حمایت مالی از افراد بیکار، بیمار و از کار افتاده.</p>	
<p>تامین حداقل زندگی برای همه افراد خانواده‌هایی که درآمد کافی ندارند.</p>	
<p>حمایت از افراد جامعه در برابر رویدادهای اقتصادی، اجتماعی و پیامدهای سوء آنها</p>	<p>برنامه‌ریزی مناسب حمایتی و توانبخشی</p>
<p>حمایت مالی از سالمندان</p>	
<p>انجام فعالیت‌های حفاظتی از افراد بی خانمان و خیابانی</p>	
<p>معلولیت‌ها و خدمات توانبخشی</p>	
<p>خدمات پیشگیری از بروز یا تشدید معلولیت و آسیب‌های اجتماعی</p>	
<p>حمایت از مادران به خصوص در دوران بارداری و حضانت از فرزند</p>	
<p>ارائه مراقبت‌های دولتی به جوانان و ترک معتادین</p>	
<p>حمایت از افرادی که از سالمندان و از کارافتادگان و مراقبت از آنها.</p>	



شکل ۱. مدل پیشنهادی تأمین اجتماعی ایران

نتیجه گیری

نظام رفاه و تأمین اجتماعی یکی از ضروری‌ترین پیش‌نیازهای توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشورها است و به‌عنوان مهم‌ترین ابزار برای برقراری عدالت اجتماعی در جوامع مدنی نقش مهمی ایفاء می‌کند. این نظام همواره به‌عنوان یکی از حقوق اساسی بشر و حاکمیت ملی، نقشی کلیدی در صلح، ثبات و امنیت اجتماعی داشته و توسعه پایدار هر کشور به کمیت و کیفیت این نظام وابسته است. بنابراین، برخورداری از یک نظام رفاه و تأمین اجتماعی پویا و در دسترس، ضرورتی انکارناپذیر است. تأمین اجتماعی به‌طور کلی شامل دو شاخه بیمه‌ای و غیربیمه‌ای است. شاخه بیمه‌ای مبتنی بر اشتغال و رابطه کاری و کارفرمایی است و با دریافت حق بیمه از بیمه‌شدگان، کارفرمایان و گاه کمک‌های دولتی تأمین می‌شود. این نظام که برای کشورهایی مانند ایران، الگویی برگرفته از نظام‌های کشورهای صنعتی پیشرفته است، ساختار و قوانین خاصی دارد. شاخه غیربیمه‌ای تأمین اجتماعی بر حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و افرادی که قادر به مشارکت مالی نیستند، تمرکز دارد و تحت تأثیر شرایط فرهنگی هر کشور است.

در کشورهای پیشرفته با توجه به سطح بالای زندگی و خصوصی‌سازی اقتصادی، دولت مسئولیت تأمین اجتماعی را بر عهده دارد و از محل درآمدهای ملی و مالیاتی برای پوشش کامل افراد استفاده می‌شود. در این کشورها، پرداخت حق بیمه توسط مردم کمتر مطرح است و منبع اصلی مالی طرح‌های تأمین اجتماعی، درآمدهای ملی و مالیاتی است. به‌طور کلی، در کشورهای پیشرفته روند حرکت از بیمه‌های اجتماعی به سمت رفاه اجتماعی است، در حالی که در کشورهای در حال توسعه باید از حمایت‌های غیربیمه‌ای به سمت نظام‌های بیمه‌ای حرکت کرد. از مطالعه مقایسه‌ای می‌توان شباهت‌ها و تفاوت‌هایی را به شرح زیر نتیجه گرفت:

شباهت‌ها: در تمامی کشورهای مورد مطالعه برنامه‌ریزی متمرکز و اجرای غیر متمرکز در نظام رفاه و تأمین اجتماعی کاملاً مشهود است. در تمامی کشورهای مورد مطالعه، برنامه‌ریزی اصلی و تنظیم طرح رفاه کلی کشور جزء وظایف و مسئولیت‌های

دولت مرکزی است. در تمامی کشورهای مورد مطالعه، پوشش گروه‌های آسیب پذیر یکی از هدف‌های اصلی نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی است. در تمامی کشورهای مورد مطالعه، حمایت مالی از افراد بیکار، بیمار و از کار افتاده از وظایف اصلی وزارت رفاه و تامین اجتماعی است. در تمامی کشورهای مورد مطالعه، تامین حداقل زندگی برای همه افراد و خانواده‌هایی که درآمد کافی ندارند از وظایف اصلی وزارت رفاه و تامین اجتماعی است. در تمامی کشورهای مطالعه شده حمایت از افراد جامعه در برابر رویدادهای اقتصادی، اجتماعی و پیامدهای سوء آنها در زمره وظایف اصلی وزارت رفاه و تامین اجتماعی جای دارد. در تمامی کشورهای مورد مطالعه، حمایت مالی از سالمندان از جمله وظایف اصلی وزارت رفاه و تامین اجتماعی است. در تمامی کشورهای مورد مطالعه، ساختار مدیریت رفاه و تامین اجتماعی از یک ساختار کاملاً غیر متمرکز پیروی می‌کند.

تفاوت‌ها: در تمامی کشورهای مورد مطالعه، به رغم وجود عدم تمرکز اداری، طیفی از این عدم تمرکز مشاهده می‌شود، به نحوی که در کشوری مانند آمریکا مدیریت تامین اجتماعی کاملاً غیر متمرکز و نقش دولت بسیار کم رنگ است. از طرفی در کشوری مانند فرانسه و کانادا نقش دولت در برنامه‌ریزی متمرکز کاملاً مشهود است. به نحوی که برنامه‌های راهبردی توسط موسسات ناحیه‌ای تدوین می‌شوند. به این ترتیب میزان تمرکز و عدم تمرکز بصورت گسترده‌ای است که هر کشور در جایی از این گستره قرار دارد و هیچ دو کشوری را نمی‌توان کاملاً مشابه هم یافت، لذا در هیچ کشوری نظام کاملاً متمرکز یا غیر متمرکز وجود ندارد.

در ایران برطبق قوانین برنامه ریزی بلند مدت و کلان نظام رفاه و تامین اجتماعی کاملاً متمرکز انجام می‌شود و سازمان‌های تابعه بیشتر در برنامه ریزی عملیاتی نقش دارند. در مجموع نتایج حاصل از مطالعه تطبیقی و یافته‌های پژوهش در خصوص ساختار نظام تامین اجتماعی در ایران حاکی از واقعیت‌های ذیل است:

- متمرکز بودن برنامه‌ریزی؛

- توجه دولت به مدیریت و برنامه ریزی راهبردی و کنترل کلان نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی در راستای اهداف و سیاست‌گذاری‌های مربوط به بهبود عملکرد نظام رفاه و تامین اجتماعی؛

- فعالیت اصلی دولت در بخش رفاه اجتماعی محدود به برنامه ریزی و مدیریت کلان نظام و ایجاد زمینه برای تعیین استانداردهای نظارت بر نحوه اجرای مقررات رفاهی و تامین اجتماعی است. بر این اساس ساختار وزارت رفاه و تامین اجتماعی باید از شکل پیچیده خارج شود و در قالب ساختاری ساده و کم حجم با حذف وظایف اجرایی طراحی گردد.

امور رفاه اجتماعی: وضع موجود نظام رفاه و تامین اجتماعی کشور ما بیانگر آن است که از نظر قانونی و آرمانی حفظ سلامت و توجه به آن در زمره تکالیف دولت قرار داده شده است. این مهم در بند ۱۲ اصل سوم قانون اساسی نیز آمده است. بر این اساس ایجاد رفاه از وظایف اساسی دولت و در کنار بهداشت آمده است. همچنین در اصل ۲۹ قانون اساسی برخورداری ملت از حقوق اساسی مورد تأکید قرار گرفته و در قالب نظام تامین اجتماعی آورده شده است. به موجب اصل

۲۹ قانون اساسی خدمات حمایتی در زمینه بازنشستگی، از کار افتادگی، بی سرپرستی، حوادث و سوانح در کنار خدمات بهداشتی - درمانی و مراقبت های پزشکی بصورت بیمه و غیره در قالب نظام تامین اجتماعی تعریف شده است. در خصوص امور بهزیستی و خدمات حمایتی و توان بخشی نیز با عنایت به قانون لازم است تمام امور اجرایی بهزیستی توانبخشی، حمایت و نگهداری کودکان، زنان و سالمندان بی سرپرست و افراد نیازمند از طریق مشارکت با شهرداری ها و موسسات خیریه غیر دولتی^۱ انجام شود. مقایسه هزینه های ارائه خدمات در دولت و بخش خصوصی نمایانگر آن است که هزینه سرانه خدمات توانبخشی و حمایتی بخش دولتی بین ۲ تا ۳ برابر بخش غیر دولتی است. بنابراین وظایف عملیاتی و اجرایی سازمان بهزیستی کشور کاهش پذیر است و آنچه باقی می ماند وظایف نظارتی و راهبردی سازمان شامل سیاست گذاری، برنامه ریزی، هدایت، نظارت و ارزیابی است.

پس از مطالعه تطبیقی در نظام رفاه و تامین اجتماعی کشورهای منتخب با ایران، پیشنهادهایی ارائه می شود: مبلغ دریافتی از سوی مردم به نظام تامین اجتماعی بایستی بطور ثابت و هر ساله با نرخ مشخصی تعیین شود، نه اینکه متناسب با نرخ تورم مقدار آن هم نیز افزایش قابل توجهی داشته باشد. بنابراین بایستی برنامه ریزی و سیاست گذاری مناسب در این زمینه انجام شود. از نظر وابستگی مسئولیت ها و وظایف، حوزه های رفاه و تامین اجتماعی در ایران باید ادغام شوند و بصورت وزارت رفاه در چارچوب قانونی تعیین شده فعالیت کنند. برای پوشش جمعیتی فقط ملیت ملاک و مبنای پوشش جمعیت قرار گیرد و سایر طبقه بندی ها حذف شوند.

ارتقای سطح و بهبود رفاه که نتیجه آن کاهش هزینه درمانی، کاهش آسیب های اجتماعی و افزایش رفاه اجتماعی خواهد بود، مورد توجه و تقویت بیشتر قرار گیرد. نظام بیمه درمان و استفاده از منابع لازم بری تحت پوشش قرار دادن آحاد جامعه و امکان بهره برداری اقشار مردم از خدمات درمانی مطلوب تقویت شود. تصدی گری در امور درمانی و خدمات بهزیستی کاهش یابد و امور برنامه ریزی پایش و حمایت از فعالیت های مذکور در سطح کشور تقویت گردد.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده ها

داده ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

^۱ N.G.O

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Asadi, Z. (2015). Studying the relationship between economic-social development and social security in Iran, Master's thesis, Tarbiat Moalem University, Tehran [In Persian].
- Barrow, J. M. & Annamaraju, P. (2022). Change Management in Health Care. National Library of Medicine. National Center for Biotechnology Information. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459380/>
- Campbell R J. (2020). Change management in health care. *Health Care Manag (Frederick)*, 39(2), 50-65. DOI: [10.1097/HCM.0000000000000290](https://doi.org/10.1097/HCM.0000000000000290)
- Cleary. M., West, S., Arthur, D., & Kornhaber, R. (2019). Change Management in Health Care and Mental Health Nursing. *Issues Ment Health Nurs*, 40(11): 966-972. DOI: [10.1080/01612840.2019.1609633](https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1609633)
- Coderre-LaPalme, G., Greer, I., & Schulte, L. (2021). Welfare, work and the conditions of social solidarity: British campaigns to defend healthcare and social security. *Work, Employment and Society*, 37(2), 352-372. <https://doi.org/10.1177/095001702111031454>
- Ghasemi, E. (2022). The effect of the decisions of the Administrative Court of Justice on the rights of social security in the current legal system. *Gunun Yar Journal*, 6(21), 27 [In Persian]. <https://civilica.com/doc/1495214/>
- Glomm, G., & Kaganovich, M. (2020), Social Security, Public Education and the Growth-inequality Relationship. *European Economic Review*, 52(6), 1009-1034. <https://doi.org/10.1016/j.eurocorev.2007.10.002>
- Hosseini, R., (2008). Social security and economic growth and development. *Two Scientific Research Quarterly Economic Essays*, 6(11), 61-82 [In Persian]. <https://ensani.ir/fa/article/318451>
- Jones, J. B., & Li, Y. (2023). Social Security reform with heterogeneous mortality. *Review of Economic Dynamics*, 48, 320-344. <https://doi.org/10.1016/j.red.2022.06.003>
- Jung, J., & Tran, C. (2020). The Extension of Social Security Coverage in Developing Countries. *Journal of Development Economics*, 99(2), 439-458. <https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2012.05.007>
- Karimi, E., Sohrabi, Z., & Aalaa, M. (2022). Change Management in Medical Contexts, especially in Medical Education: A Systematized Review. *J Adv Med Educ Prof*, 10(4): 219-27. <https://doi.org/10.30476%2FJAMP.2022.96519.1704>
- Kho, J., Gillespie, N., Martin-Khan, M. (2020). A systematic scoping review of change management practices used for telemedicine service implementations. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 815. <https://doi.org/10.1186%2Fs12913-020-05657-w>
- Kickbusch, I., & Payne, L. (2003). Twenty-first century health promotion: the public health revolution meets the wellness revolution. *Health Promot Int*, 18(4), 275-8. <https://doi.org/10.1093/heapro/dag418>
- Mosadeghrad, A.M., (2014). Factors influencing healthcare service quality. *Int J Health Policy Manag*, 3(2), 77-89 [10.15171/ijhpm.2014.65](https://doi.org/10.15171/ijhpm.2014.65). PMID: 25114946; PMCID: PMC4122083
- Nayb Khosrowshahi, H. R., Nahidi Amirkhaiz, M. R., Motfekrazad, M. A. & Paytakhti Oskoui, A. (2022). Sociological Analysis of Economic Justice in the Social Security System after the Islamic Revolution. *Scientific Quarterly Journal of Political Sociology of the Islamic Revolution*, 3(2), 243-267 [In Persian]. <https://civilica.com/doc/1743269/>

- Oftadeh, G., & Vaseghi, M. (2018). Examining the goals and functions of social security and evaluating the current regulations of social security in fulfilling it. *Social Security Quarterly*, 6(17) [In Persian]. <https://ensani.ir/fa/article/38653>
- Raina, R. (2018). Change management and organizational development. New Delhi: SAGE Publications.
- Salehi Shahrabi, M. (2016). Review of the social security structure of the world countries (with emphasis on selected countries). Higher Institute of Social Security Research [In Persian].
- Safdari, R., Ghazi Saeedi, M., & Zahmat Keshan, M. (2012). Information Technology (IT): A New Revolution in Urban Health Development. *Payavard Salamat*, 6(3), 170-81 [In Persian] <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:74949840>
- Sharma R. R. (2013). Change Management and Organisational Transformation. New Delhi: McGraw-Hill Publishing.
- Sheldon, T. A., & Smith, P.C. (2000). Equity in the allocation of health care resources. *Health Econ*, 9(7): 571-4. [https://doi.org/10.1002/1099-1050\(200010\)9:7%3C571::AID-HEC555%3E3.0.CO;2-8](https://doi.org/10.1002/1099-1050(200010)9:7%3C571::AID-HEC555%3E3.0.CO;2-8)
- Zahedi Asl, M., (2016). Basics of Social Welfare, Tehran: Allameh Tabatabai University Publications [In Persian]. https://book.atu.ac.ir/book_686.html
- Zhang, J., & Zhang, J. (2004). How Does Social Security Effect Economic Growth? Evidence from Cross-Country Data. *J Popul Econ*, 17, 473-500. <https://doi.org/10.1007/s00148-004-0198-x>