

ترسیم و آسیب‌شناسی مراکز خدمات بهزیستی (۲): بررسی نقاط قوت و ضعف مراکز مثبت زندگی



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تاریخ انتشار:

۱۴۰۳/۶/۱۱

شماره مسلسل: ۲۰۰۰۷

کد موضوعی: ۲۱۰



مرکز پژوهش‌های
مجلس شورای اسلامی

عنوان گزارش:

ترسیم و آسیب‌شناسی مراکز خدمات بهزیستی (۲):
بررسی نقاط قوت و ضعف مراکز مثبت زندگی

نوع گزارش: طرح و لایحه □، نظارتی □، راهبردی ■

نام دفتر:

مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین:

حسام عزت‌آبادی پور (گروه تعاون، مشارکت‌های مردمی و سرمایه اجتماعی)

همکاران:

فاطمه پورا کبری (مددکار اجتماعی)، رعنا فالو (مددکار اجتماعی)، همتا پورا کبری (مددکار اجتماعی)،
فاطمه زهدکار (مددکار اجتماعی)، شیما ودودیان (مددکار اجتماعی)، مهدی بشارت‌ده (مددکار اجتماعی)،
محبوبه دلفان‌آذری (مددکار اجتماعی)، ایمان شعبان‌زاده، شهاب‌الدین فولادی مقدم.

مدیر مطالعه:

محمدتقی ضرغام افشار

اظهار نظر کنندگان خارج از مرکز:

منیژه زواشکیانی (عضو هیئت‌مدیره کانون کشوری مراکز مثبت زندگی)، بابک قانعی (مدیرکل
مشارکت‌های مردمی سازمان بهزیستی)، وحیده‌سادات فردوسیان (کارشناس حوزه بهزیستی سازمان
برنامه‌بودجه)، منصور یحیایی (مدیرعامل مرکز مثبت زندگی)، آذر فرهادی (مدیرعامل مرکز مثبت
زندگی)، محمدامین فیروزآبادی (مدیرعامل مرکز مثبت زندگی).

ناظران علمی:

بهمن مشکینی، محمدرضا مالکی، هادی افراسیابی

ناظران علمی خارج از مرکز:

سیامک رسایی (خبیره بازنشسته سازمان برنامه‌بودجه)، سهیل معینی (مدیرعامل شبکه تشکل‌های
نابینایان و کم‌بینایان چاووش و انجمن باور)

گرافیک و صفحه‌آرایی:

محمد دهقانی شهرابی

واژه‌های کلیدی:

۱. مثبت زندگی

۲. بهزیستی

۳. مددجو

۴. کسب‌وکار اجتماعی

تاریخ شروع مطالعه: ۱۴۰۲/۰۷/۰۱



فهرست مطالب

چکیده.....	۶
خلاصه مدیریتی.....	۷
۱. مقدمه.....	۸
۲. پیشینه پژوهش.....	۹
۳. مراکز مثبت زندگی؛ نمونه‌ای از کار آفرینی اجتماعی در کشور.....	۱۰
۴. روش‌شناسی.....	۱۰
۵. نقاط قوت و ظرفیت‌های مراکز مثبت زندگی.....	۱۱
۶. نقاط ضعف و چالش‌های مراکز مثبت زندگی.....	۱۲
۷. جمع‌بندی و پیشنهادها.....	۲۷
منابع و مأخذ.....	۳۰

فهرست جداول

جدول ۱. پیشینه تقنینی پژوهش.....	۹
جدول ۲. مقایسه مشکلات سامانه‌های قدیم و جدید مثبت زندگی.....	۲۴

فهرست اشکال

شکل ۱. آسیب‌ها و نقاط ضعف مرتبط با مراکز در پستر سلامت اجتماعی.....	۱۴
شکل ۲. اهم نهادهای مرتبط با تأسیس و فعالیت مراکز.....	۲۳
شکل ۳. الگوی بررسی وضع موجود مراکز مثبت زندگی.....	۲۸



ترسیم و آسیب‌شناسی مراکز خدمات بهزیستی (۲): بررسی نقاط قوت و ضعف مراکز مثبت زندگی

چکیده



رفع مشکلات موجود و توسعه کارایی مراکز مزبور، دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس، سلسله مطالعاتی را به منظور بررسی وضعیت حقوقی، اداری و مالی این مراکز در دستور کار قرار داد. در گزارش «ترسیم وضع موجود» به شماره مسلسل ۱۹۵۷۲، وضعیت موجود نهادی، مالی، ساختاری و فرایندی مراکز مثبت زندگی در بستر نظام سلامت اجتماعی کشور ترسیم شد و گزارش حاضر، پس از برگزاری بیش از ۹۰۰ نفر/ساعت نشست تخصصی با ذی‌نفعان و ۲ دور بازدید میدانی از مراکز مثبت زندگی فعال در ۴ استان کشور، بسیاری از نقاط قوت و ضعف عملکردی مراکز مثبت زندگی را از همان مناظر احصا کرده است.

مراکز مثبت زندگی یکی از انواع تشکل‌های اجتماعی است که از سال ۱۳۹۹ با تولی‌گری سازمان بهزیستی در ایران ایجاد شدند تا از این طریق دولت بتواند از نیازهای رفاهی و اجتماعی نیازمندان، جوانان و زنان بی‌سرپرست و سرپرست خانواده و معلولان کشور مطلع شده و متناسب با نیازهای شناسایی شده توسط این مراکز، خدمت مناسبی را برای جامعه هدف فراهم کند، اما این مراکز حدود ۴ سال پس از تشکیل در شرایط نابسامانی قرار دارند. افزایش روند تعطیلی این مراکز و گریز نیروی انسانی از مراکز مذکور یا شکایت‌های متعدد مددکاران و کارکنان این مراکز در خصوص پرداخت نامناسب حقوق و دستمزد باعث شده تا این مراکز، خود به بخشی از مشکلات کشور اضافه شوند. به منظور



بیان / شرح مسئله

از سال ۱۳۹۸ تا امروز بیش از ۲۵۰۰ مرکز در ۴۴۲ شهر، ایجاد و به واسطه اشتغال بیش از ۱۰ هزار نفر به حدود ۱ میلیون خانواده تحت پوشش سازمان بهزیستی خدمت‌رسانی کرده‌اند. مطالعات مرکز پژوهش‌ها در سال ۱۴۰۲ حکایت از آن دارد که حدوداً ۴ سال پس از تأسیس اولین مراکز در کشور، در حال حاضر وضعیت عملکردی، مالی و ساختاری این مراکز مناسب نیست و بسیاری از این مراکز در شرف تعطیلی هستند و برخی دیگر نیز عملکردی پایین‌تر از حد انتظار دارند. سازمان بهزیستی به‌عنوان متولی سلامت اجتماعی، آنها را به‌عنوان شریک اجتماعی آن‌گونه که باید به رسمیت نمی‌شناسد و بعضاً رفتار دستوری با مراکز مذکور دارد و تکالیف زیادی را به آنها واگذار کرده، اما توان جبران خدمات آنها را نیز ندارد. خلأها و نقص‌های قوانین و مقررات مرتبط با تأسیس و فعالیت آنها منجر به سردرگمی فعالان اجتماعی شده است. محدودیت‌های حقوقی برای تأمین مالی مراکز در کنار کسری بودجه سازمان بهزیستی برای تأمین مالی مراکز جبران خدمات آنها، ادامه کار را برای مراکز تقریباً غیرممکن ساخته است. مسائل و مشکلات فراوان مراکز منتج به هدررفت سرمایه‌های اجتماعی و اقتصادی کشور شده است.

نقطه نظرات / یافته‌های کلیدی

نتایج این تحقیق حکایت از آن دارد که بستر اجتماعی و الگوی کسب و کار محله‌محور مراکز مذکور، مهم‌ترین نقطه قوت آنها به‌شمار می‌آید و در صورتی که مشکلات مالی و عملکردی آنها برطرف شود و به سطحی از کارآمدی برسند؛ ظرفیت‌های فراوانی برای کاهش مسائل اجتماعی کشور دارند. اهم این ظرفیت‌ها به شرح ذیل است:

- ۱ افزایش عام‌گرای اجتماعی، بده‌بستان اجتماعی و اعتماد عمومی در کشور؛
- ۲ افزایش اعتماد بین‌فردی، اعتماد به گروه‌ها و در نهایت افزایش سرمایه اجتماعی؛
- ۳ ترویج کسب و کار اجتماعی به جای کسب و کارهای صرفاً اقتصادی و سودمحور؛
- ۴ آمایش مستمر و پویای سلامت اجتماعی در کشور؛

- ۱ کاهش اعتبارات عمومی به‌موجب توانمندسازی مددجویان و بی‌نیاز کردن آنها از دریافت مستمری و کمک‌هزینه‌های جبران خدمات (یارانه) دولتی.
- ۲ همچنین نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که این مراکز با ضعف‌ها و چالش‌هایی در رابطه با تأسیس و فعالیت به شرح زیر مواجهند:
- ۳ چالش اعتماد نهادی متقابل بین سازمان بهزیستی و مراکز؛
- ۴ پرداخت ناکافی به حوزه آسیب‌های اجتماعی در برنامه‌های مدون کشور فقدان قوانین و مقررات جامع و مانع در زمینه تأسیس و فعالیت مراکز؛
- ۵ فقدان قوانین و مقررات جامع و مانع در زمینه تأسیس و فعالیت مراکز؛
- ۶ نظام بودجه‌ریزی نامناسب و کسری اعتبارات مورد نیاز برای هدایت و حمایت از مراکز؛
- ۷ ساختار و فرایندهای نامناسب ارزیابی و مدیریت عملکرد مراکز؛
- ۸ الگوی تأمین مالی نامتوازن و نادرست مراکز؛
- ۹ سازماندهی نامناسب نظام حرفه‌ای در قالب کانون سراسری مراکز مثبت زندگی؛
- ۱۰ کمبود نیروی انسانی شایسته و حرفه‌ای برای فعالیت‌های اجتماعی موضوع کار مراکز.

پیشنهاد راهکارهای تقنینی، نظارتی یا سیاستی

به‌منظور رفع چالش‌ها و تقویت ظرفیت مراکز مثبت زندگی برای بهزیستی و بهبود سلامت اجتماعی کشور، اهم راهکارها و اقدامات ذیل می‌تواند در دستور کار قرار گیرد:

- ۱ تبدیل مراکز به تشکل‌های محله‌محور و تکمیل فرایند اصلی خدمات بهزیستی در بستر مراکز مثبت زندگی از مرحله شناسایی تا تأمین نیاز؛
- ۲ تصویب آیین‌نامه تأسیس و فعالیت مراکز خدمات بهزیستی (مثبت زندگی) در هیئت وزیران؛
- ۳ واگذاری مأموریت رصد، آمایش و ارزیابی آسیب‌های اجتماعی در سطح محلی به مراکز و در سطح ملی به کانون مراکز؛ پذیرش مراکز به‌عنوان شریک اجتماعی سازمان بهزیستی و مشارکت دادن کانون مراکز و مؤسسات خدمات؛ بهزیستی در فرایندهای تصمیم‌گیری و نظارت بر عملکرد ذی‌نفعان دولتی و



غیردولتی حوزه مربوطه؛

- ۱۴ تعیین استانداردهای عملکردی در جهت توانمندسازی جامعه هدف بهزیستی با مشارکت ساختارمند کانون‌های کشوری مراکز و مؤسسات؛
- ۱۵ تعیین قیمت تمام شده یا هزینه انجام شده خدمات بهزیستی با مشارکت کانون مراکز و مؤسسات؛
- ۱۶ عقد قرارداد خرید خدمات اجتماعی از مراکز و مؤسسات متناسب با استانداردهای عملکردی و براساس قیمت تمام شده

خدمات واگذار شده؛

- ۷ جبران خدمات ارائه شده مراکز بر مبنای کیفیت عملکردی، شفافیت و انضباط مالی؛
- ۸ ارزیابی و رتبه‌بندی مراکز و مؤسسات با مشارکت مؤثر و ساختارمند تمامی ذی‌نفعان؛
- ۹ افزایش کمک‌هزینه جبران خدمات (یارانه) واگذار شده به مراکز و مؤسسات به منظور کاهش فاصله میان هزینه انجام شده مراکز و کمک‌هزینه جبران خدمات پرداختی به آنها.

۱. مقدمه

سازمان بهزیستی کشور^۱ با استناد به بند «۴» ماده (۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت^۲ برای تسریع در ارائه خدمات بهزیستی، مجوز تأسیس و فعالیت مراکز مثبت زندگی را صادر کرد [۱]. تاکنون ۲۵۰۷ مرکز در کشور ایجاد شده است و در حدود ۱۰ هزار نیروی انسانی در این مراکز مشغول به کار هستند. مراکز مذکور در حدود ۱ میلیون مددجوی بهزیستی را تحت پوشش قرار داده‌اند. این مراکز به موجب تفاهم‌نامه‌هایی به مددجویانی که سازمان بهزیستی به آنها معرفی می‌کند خدمات بهزیستی را ارائه می‌دهند و بخشی از هزینه‌های عملیاتی خود را در قالب کمک‌هزینه جبران خدمات^۳ از سازمان دریافت می‌کنند. براساس آمار و اطلاعات جمع‌شده از مراکز مثبت زندگی در سال ۱۴۰۲، هزینه‌های جاری و سربار یک مرکز در طول ماه حدوداً ۶۰ میلیون تومان برآورد شده که این مبلغ مشتمل بر هزینه اجاره ساختمان، حقوق و دستمزد (به‌طور میانگین ۴ نفر برای هر مرکز) و هزینه حامل‌های انرژی (آب، برق و گاز)، حق مدیریت صاحب امتیاز مرکز و سایر هزینه‌های عملیاتی مرکز است که از این میزان، در حدود ۳۳ میلیون تومان در قالب کمک‌هزینه جبران خدمات به مراکز پرداخت می‌شود. مددکاران مراکز، محل سکونت مددجویان سازمان را بازدید و شرایط اقتصادی و اجتماعی آنها را بررسی و در سامانه سازمان ثبت می‌کنند و در ادامه، فرایند بهبود و بهزیستی مددجویان مزبور توسط مددکاران مراکز پیگیری می‌شود [۲].

مراکز در انجام امور جاری و فرایندهای عملیاتی خود به صورت مستقیم یا غیرمستقیم با کانون کشوری مراکز مثبت زندگی^۴، سازمان بهزیستی، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان برنامه‌بودجه، معاونت روابط کار و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، شهرداری، گروه‌های جهادی و خیرین محلی در ارتباط هستند.

به‌طور خلاصه مراکز مثبت زندگی به عنوان کسب و کارهایی اجتماعی و نمونه‌ای از کارآفرینی اجتماعی در کشور در یک شبکه تعاملی مردمی و سازمانی به دنبال تأمین نیازهای اجتماعی و اقتصادی مددجویان سازمان بهزیستی هستند. در این بین هزینه‌هایی انجام می‌دهند که بخشی از آنها را به عنوان کمک‌هزینه جبران خدمات (یارانه) از سازمان بهزیستی دریافت می‌کنند و در این مسیر با مشکلات و آسیب‌هایی مواجه هستند که در این گزارش، علاوه بر شناسایی ظرفیت‌ها و نقاط قوت مراکز مذکور، نقاط ضعف و چالش‌های آنها نیز شناسایی و بررسی شده است.

۱. در ادامه به اختصار «سازمان» خوانده می‌شود.

۲. در ادامه به اختصار «قانون تنظیم» خوانده می‌شود.

۳. که در ادبیات جاری سازمان و مراکز به عنوان «یارانه» شناخته می‌شود.

۴. در ادامه به اختصار «کانون مراکز» خوانده می‌شود.



مددکاران مراکز و همچنین مدیران و کارشناسان سازمان بهزیستی و سازمان برنامه‌بودجه گزارشی با عنوان «ترسیم و آسیب‌شناسی مراکز خدمات بهزیستی (مثبت زندگی)» گزارشی ۱. ترسیم وضع موجود» با شماره مسلسل ۱۹۵۷۲ تدوین کرد. در این گزارش پس از ترسیم نگاهت نهادی مراکز در عرصه سلامت اجتماعی کشور، وضعیت فعلی مراکز از منظر قوانین و مقررات، شاخص‌های جمعیت‌شناختی، فرایند صدور مجوز، فرایندهای عملیاتی و الگوی تأمین مالی و نظام جبران خدمات مراکز مذکور ترسیم شده است. گزارش حاضر در ادامه گزارشی فوق‌الذکر و با مشارکت نخبگان اجرایی در بخش‌های دولتی و غیردولتی تدوین شده و در تلاش است نقاط مثبت و منفی مراکز را به تفصیل تشریح کند.

۲-۲. پیشینه تقنینی

در جزء «۸» بند «پ» ماده (۵۷) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور تأکید کرد که صرفاً سازمان بهزیستی می‌تواند برای تأسیس تشکل‌های فعال در حوزه سلامت اجتماعی از جمله مراکز مثبت زندگی مجوز صادر کند [۳]. از این رو، در سال ۱۳۹۹ اولین مراکز مثبت زندگی با استناد به بند «۴» ماده (۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت تأسیس شدند. شایان توجه است که برای اجرای احکام فوق‌الذکر در ارتباط با تأسیس و فعالیت مراکز خدمات بهزیستی (مثبت زندگی)، آیین‌نامه اجرایی به تصویب هیئت‌وزیران نرسید، لکن دستورالعمل‌ها و شیوه‌نامه‌های متعددی بدون ارجاع به آیین‌نامه بالادستی آن در سازمان بهزیستی تهیه و به ادارات بهزیستی سراسر کشور ابلاغ شد. اهم قوانین و مقررات مرتبط با تأسیس و فعالیت مراکز مثبت زندگی به شرح جدول زیر است:

در این بخش از گزارش پیشینه پژوهشی و تقنینی مرتبط با تأسیس و فعالیت مراکز خدمات بهزیستی مثبت زندگی به اختصار بیان شده است.

۲-۱. پیشینه مطالعاتی

طرح تأسیس و فعالیت مراکز در ابتدای سال ۱۳۹۸ توسط سازمان وارد فاز اجرایی سراسری شد. از این رو این مراکز بسیار جوان هستند و الگوی عملیاتی آنها در بستر سلامت اجتماعی کشور نیز بسیار جدید است. شعبان‌زاده و یوسفوند، دو سال پس از عملیاتی شدن مراکز در فروردین‌ماه سال ۱۴۰۱ در قالب گزارشی نظارتی با عنوان «ارزیابی سیاست ارائه خدمات اجتماعی در طرح مثبت زندگی»، الگوی خدمات اجتماعی در طرح مثبت زندگی را بررسی کردند. ایشان بر اساس شاخص‌های «جامعیت»، «کفایت»، «فراگیری»، «پایداری منابع مالی»، «نظارت و اثربخشی» مصرح در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی کشور، مراکز مثبت زندگی را ارزیابی کردند. بررسی‌های ایشان حکایت از آن داشت که خدمات و حمایت‌های اجتماعی ارائه‌شده در این مراکز نتوانسته استانداردهای فوق‌الذکر را تأمین کند. از این رو الگوی واگذاری (خصوصی‌سازی) خدمات اجتماعی به بخش غیردولتی (مراکز مثبت) را معیوب و نادرست می‌دانند.

در پی اعتراض‌های صاحبان مراکز به نتایج و پیشنهاد‌های مندرج در گزارش فوق‌الذکر، عزت‌آبادی پور، مطالعه‌ای را از بهار سال ۱۴۰۱ طراحی و در طول حدوداً ۲۰ ماه به صورت مستمر و پس از حضور میدانی در چندین مرکز فعال در ۴ استان و برگزاری بیش از ۶۰۰ نفر ساعت نشست تخصصی با صاحبان مراکز، مسئولین فنی و

جدول ۱. پیشینه تقنینی پژوهش

سال تصویب / ابلاغ	عنوان
۱۳۸۰	بند (۴) ماده (۲۶) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت
۱۳۹۶	جزء «۸» بند «پ» ماده (۵۷) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور
۱۳۹۷	قانون حمایت از حقوق معلولان
۱۳۹۸	دستورالعمل اجرایی تأسیس و اداره مراکز خدمات بهزیستی
۱۳۹۸	شیوه‌نامه جامع‌یابی مراکز خدمات بهزیستی
۱۳۹۸	شیوه‌نامه نظارت بر مراکز خدمات بهزیستی (مثبت زندگی)
۱۳۹۸	ضوابط مناسب‌سازی مراکز خدمات بهزیستی (مثبت زندگی)
۱۳۹۹	دستورالعمل تأسیس، اداره و انحلال مراکز و مؤسسات غیردولتی تحت نظارت سازمان بهزیستی (بازنگری)
۱۳۹۹	دستورالعمل جامع جلب، مصرف و هزینه‌کرد مشارکت‌های مردمی سازمان بهزیستی
۱۴۰۱	بخشنامه سازمان بهزیستی در خصوص فرایند و ضوابط انجام بازدیدهای مراکز مثبت زندگی، به شماره ۹۰۰/۱۴۰۱/۱۳۵۷۰۳
۱۴۰۱	مصوبه پنجاه‌ونهمین نشست «هیئت مقررات‌زدایی و بهبود محیط کسب‌وکار» وزارت امور اقتصادی و دارایی در خصوص مرجع صدور مجوز مراکز و مؤسسات بهزیستی به شماره ۸۰/۳۱۶۷۵
۱۴۰۲	بخشنامه سازمان در خصوص ایجاد یکپارچگی در شیوه ارائه خدمات و امکان اعمال سیاست‌های نظارتی بر کیفیت خدمات مراکز (+زندگی) به شماره ۹۰۰/۱۴۰۲/۳۹۹۶۸



مراکز نیز با هدف به‌روزرسانی و بهبود ضوابط اجرایی آن مراکز، در دستور کار مدیران و کارشناسان سازمان قرار گرفته است.

اخیراً آیین‌نامه تأسیس و فعالیت مراکز مثبت زندگی در سازمان بهزیستی تهیه و برای بررسی و تصویب به هیئت‌وزیران ارسال شده است. همچنین بسیاری از دستورالعمل‌ها و شیوه‌نامه‌های مرتبط با

۳. مراکز مثبت زندگی؛ نمونه‌ای از کارآفرینی اجتماعی در کشور



باشد. به عبارت دیگر یک کسب‌وکار اجتماعی، به‌عنوان یک راهکار برای حل برخی مسائل و آسیب‌های اجتماعی ایجاد می‌شود تا مشکلاتی نظیر: فقر، اعتیاد، بیکاری، طلاق، کار کودکان، مشکلات فرهنگی، مشکلات محیط زیستی و غیره را برطرف کند. در واقع هر معضل اجتماعی می‌تواند نقطه آغاز و هر مسئله اجتماعی می‌تواند موضوع یک کسب‌وکار اجتماعی جدید باشد. در این راستا مراکز مثبت زندگی نمونه‌ای جامع از تحقق کسب‌وکاری اجتماعی در ایران هستند؛ مراکزی که فارغ از نقاط ضعف و قوت خود، نمونه‌ای برجسته از یک کسب‌وکار اجتماعی انتفاعی است که صاحبان و مدیران آن به دنبال نوعی ارزش‌آفرینی اجتماعی در حوزه ارائه خدمات حمایت اجتماعی به شهروندان آسیب‌پذیر کشور بوده و در راستای مبارزه با فقر و آسیب‌های اجتماعی در کشور عمل می‌کنند.

کارآفرینی اجتماعی فرایند دنبال کردن راه‌حل‌های خلاقانه برای مسائل اجتماعی است. کارآفرینان در تعریف رایج و سنتی دنیای کسب‌وکار، عملکرد خود را در خلق سود و بازگشت آن اندازه‌گیری می‌کنند، ولی کارآفرینان اجتماعی علاوه بر این، اثرگذاری مثبت در جامعه را نیز مدنظر دارند [۴]. کارآفرینان اجتماعی اغلب اهداف گسترده‌ای در زمینه‌های اجتماعی، محیط زیستی و فرهنگی دنبال می‌کنند و با بخش داوطلبانه و غیرانتفاعی همچون مراکز خیریه‌ای و سازمان‌های مردم‌نهاد^۲ در ارتباط و همکاری هستند. خروجی فرایند کارآفرینی اجتماعی، بسته به مدل کسب‌وکار مورد نظر و بودجه، موجود می‌تواند در قالب کسب‌وکار غیر انتفاعی، انتفاعی یا ترکیبی (که با عنوان شرکت اجتماعی^۳ نیز آن را می‌شناسند) اجرا شود. بدین معنا، کسب‌وکاری اجتماعی است که هدف اصلی تأسیس آن، مأموریتی اجتماعی و انسان‌دوستانه

۴. روش‌شناسی



بیش از ۳۰۰ نفر / ساعت نشست‌های تخصصی با صاحبان مراکز، مسئولان فنی، مددکاران اجتماعی و مددجویان تحت پوشش مراکز و همچنین مدیران و کارشناسان سازمان بهزیستی و سازمان برنامه‌بودجه تدوین شده است. در ادامه نقاط ضعف و قوت شناسایی شده از طریق مشاهده عینی پژوهشگر در مراکز مثبت زندگی و ادارات کل بهزیستی در ۴ استان صحت‌سنجی و بررسی شد.

در واقع گزارش حاضر محصول بیش از ۹۰۰ نفر / ساعت نشست تخصصی و ۲ دور بازدید میدانی در ۴ استان کشور است. شایان توجه است که مطمئناً بررسی‌ها و بازدیدهای میدانی بیشتر، نقاط ضعف و قوت بیشتری را در بستر تأسیس و فعالیت مراکز مثبت زندگی در کشور آشکار خواهد کرد.

طرح تشکیل مراکز مثبت زندگی یکی از مهم‌ترین طرح‌های عملیاتی حوزه اجتماعی است که پس از ایجاد آنها و واگذاری خدمات پایه اجتماعی به مراکز مذکور، عملاً امکان برگشت به دوره پیش از آن وجود ندارد. لذا به جهت اهمیت اصلاح و بهبود عملکرد این مراکز در ابتدا گزارشی با عنوان «ترسیم وضع موجود مراکز مثبت زندگی» با شماره مسلسل ۱۹۵۷۲ تدوین شد. برای تدوین گزارش یاد شده، بیش از ۶۰۰ نفر / ساعت نشست تخصصی و چندین بازدید میدانی از مراکز مثبت زندگی فعال در ۴ استان کشور انجام شد. ماحصل گزارش مزبور، ترسیم نگاشت نهادی مراکز مثبت زندگی در بستر سلامت اجتماعی کشور بود. همچنین فرایندهای تأمین مالی و اداری مرتبط با تأسیس و فعالیت این مراکز نیز به تصویر کشیده شد.

گزارش حاضر نیز در ادامه مطالعات فوق‌الذکر، پس از برگزاری

1. Social Entrepreneurship
2. Non-Governmental Organizations (NGOs)
3. Social Enterprise

۵. نقاط قوت و ظرفیت‌های مراکز مثبت زندگی



دارند؛ زبان، آداب و رسوم آنها را می‌دانند و دلسوز هم‌محلی‌ها و همشهری‌های خود هستند. این قبیل افراد در رفع آسیب‌های اجتماعی از فعالان بخش اقتصادی بسیار منصف‌تر رفتار می‌کنند و از کارکنان بخش دولتی نیز بسیار کارآمدتر هستند.

با توجه به مباحث پیش گفته، بستر اجتماعی و الگوی کسب و کار محله محور مراکز مهم‌ترین نقطه قوت آنها به‌شمار می‌آید و در صورتی که مشکلات مالی و عملکردی آنها برطرف شود و به کارآمدی برسند؛ ظرفیت‌های فراوانی برای کاهش آسیب‌های اجتماعی کشور دارند؛ البته این مهم زمانی محقق می‌شود که پوشش کشوری آنها تکمیل شده باشد^۱ و مراکز به‌عنوان شریک اجتماعی دولت، همچنین رابط و میانجی میان مردم و دولت در نظر گرفته شوند. برخی از این ظرفیت‌ها به شرح ذیل است:

- افزایش عام‌گرایی اجتماعی، بده‌بستان اجتماعی و اعتماد عمومی در کشور؛
- افزایش اعتماد بین‌فردی، اعتماد به گروه‌ها و در نهایت افزایش سرمایه اجتماعی؛
- ترویج کسب و کار اجتماعی و غیر تجاری به جای کسب و کارهای صرفاً اقتصادی و سودمحور؛
- ایجاد اشتغال پایدار؛
- تقویت حکمرانی داده در کشور و خط‌مشی‌گذاری بر مبنای داده در حوزه سلامت اجتماعی؛
- آمایش مستمر و پویای سلامت اجتماعی در کشور؛
- امکان ارزیابی و سنجش اثربخشی سیاست‌ها، قوانین و مقررات موضوعه کشور در حوزه سلامت اجتماعی؛
- افزایش کارآمدی سازمان به‌واسطه تغییر نقش سازمان از متصدی به سیاستگذار و ناظر؛
- امکان نظارت میدانی، چهره به چهره، بومی و خردنگر بر صحت اجرای قوانین و مقررات موضوعه کشور؛
- امکان ارتباط سریع‌تر دولت با مردم و مردم با دولت به‌صورت شبکه‌ای یکپارچه و سراسری؛
- امکان رصد فعالیت‌ها و مسائل اجتماعی به‌صورت میدانی توسط مراکز؛

از مهم‌ترین تعاریف سرمایه اجتماعی، اشاره بوردیو به منابع بالقوه یا واقعی است که حاصل شبکه‌ای ماندگار از روابط کم‌وبیش نهادینه شده آشنایی و شناخت متقابل هستند [۵]. اعتماد اجتماعی، اطمینان، توانمندسازی و انتفاع عمومی از مهم‌ترین مؤلفه‌های تقویت سرمایه اجتماعی میان مردم است. مراکز مثبت زندگی به‌واسطه اینکه رویکردی اجتماعی و محله‌محور دارند، می‌توانند نقش ویژه‌ای در تقویت سرمایه اجتماعی محلات و همچنین کشور ایفا کنند. ایشان از طریق تقویت شبکه روابط اجتماعی و عام‌گرایی اجتماعی، سبب افزایش اعتماد عمومی و شعاع تعاملات دور و نزدیک مردمی می‌شوند. وجود این مراکز، احساس امنیت و رضایت از زندگی جمعی محله را ارتقا داده و بده‌بستان و مشارکت اجتماعی را جلب می‌کند.

مراکز مثبت زندگی در شرایطی در کشور ایجاد شدند که وضعیت بروز آسیب‌های اجتماعی کشور مناسب نبود و دولت به تنهایی توان مواجهه با آن را نداشت. لذا کارآفرینان بومی در قالب یک کسب و کار اجتماعی با مشارکت فعالان اجتماعی محلی برای شناسایی و رفع مشکلات اجتماعی کشور متحد و متعهد شدند. در این معنا مددکاران و کارکنان بومی مراکز که تمام مناطق محله را می‌شناسند؛ به امکانات و کمبودهای محله واقف هستند؛ افراد موفق، کارآفرین، خیرین و ظرفیت‌های اقتصادی و اجتماعی محله را می‌شناسند، همچنین با افراد آسیب‌دیده، توان‌خواهان و مددجویان ساکن در محله آشنا هستند، می‌توانند سلامت اجتماعی را در سطح محله و در نهایت در سطح ملی بهبود بخشند. برای مثال مددکاران تحصیل کرده شاغل در مراکز مثبت زندگی شهر بناب، کمبودهای زیرساختی شهر را می‌شناسند، می‌دانند در هر یک از محله‌های شهر چند نفر معتاد، زن بی‌سرپرست یا سرپرست خانواده وجود دارد، اطلاع دارند که کدام خانواده‌ها از وضعیت معیشتی نامناسبی برخوردار هستند، آگاهند که فرزندان کدام خانواده‌ها کودک کار هستند، معلولان ساکن در محله را می‌شناسند، این مددکاران که دانش مواجهه و مهارت توانمندسازی مددجویان را به شایستگی دارند، عموماً وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی تقریباً مشابه جامعه هدف خود

۱. یعنی تمامی مددجویان و مستضعفین محله تحت پوشش مراکز قرار گرفته باشند و تمامی کشور از این پوشش خدماتی برخوردار باشد.



فنی حرفه‌ای در همه محلات کشور؛
 ■ امکان امداد و نجات سریع و به‌هنگام در بلایا و حوادث غیر مترقبه
 از طریق شبکه سراسری مراکز مثبت زندگی با هماهنگی جمعیت
 هلال احمر و سازمان مدیریت بحران کشور؛
 ■ افزایش آگاه‌سازی در حوزه بهداشت و سلامت عمومی به‌ویژه در
 شرایط همه‌گیری بیماری‌ها؛
 ■ کاهش هدررفت اعتبارات عمومی به‌موجب حذف افرادی که به
 نادرستی از منابع حمایتی استفاده می‌کنند؛^۱
 ■ کاهش اعتبارات عمومی به‌موجب توانمندسازی مددجویان و
 بی‌نیاز کردن آنها از دریافت مستمری و کمک‌هزینه‌های جبران
 خدمات (یارانه) دولتی؛
 ■ امکان جذب منابع مالی محلی و جلب نظر بنگاه‌های اقتصادی و
 خیرین به‌واسطه مشاهده عینی ارائه خدمات.

■ فرصت ارزیابی‌های واقعی میدانی و پژوهش‌های کاربردی در
 حوزه‌های مختلف اجتماعی با رویکردهای محله یا خانواده‌محور و
 در تمامی محلات کشور؛
 ■ امکان تشخیص و ارزیابی نیازمندی‌های اجتماعی (بهداشتی،
 عمرانی، اجتماعی، فرهنگی، آموزشی و...) محلات با مشارکت مردم
 محلی و معتمدین در راستای کاهش هزینه‌های غیر کارشناسی و
 مغایر با نیازهای اولویت‌بندی شده مردم محلات؛
 ■ تهیه آمار دقیق، مستمر و به‌هنگام جمعیت‌شناختی کشور از
 طریق مراکز؛
 ■ امکان حرفه‌آموزی به عموم جوانان در مراکز مثبت به‌صورت
 شبکه‌ای در تمام کشور و افزایش سطح آموزش‌های حرفه‌ای
 جوانان با توجه به دسترسی نداشتن به مراکز فنی حرفه‌ای در
 محلات و نداشتن صرفه اقتصادی در راستای تأسیس مراکز

۶. نقاط ضعف و چالش‌های مراکز مثبت زندگی



ایرانیان در هیچ تشکل یا نهاد نیکوکاری یا خیریه‌ای عضویت
 ندارند. به همین میزان نیز در بازه زمانی یک‌ماهه تا زمان پیمایش
 هیچ فعالیت داوطلبانه‌ای نداشتند. از میان معدود افرادی که
 فعالیت داوطلبانه و خیرخواهانه انجام می‌دهند، بیش از ۵۷ درصد
 از ایشان ترجیح می‌دهند امور خیرخواهانه خود را به‌صورت فردی
 انجام دهند و تمایلی برای اعطای کمک از طریق نهادهای حمایتی
 دولتی و غیردولتی ندارند [۷]. در شرایطی که سرمایه اجتماعی و
 اعتماد عمومی کاهش یابد، موفقیت تشکل‌های اجتماعی مانند
 مراکز مثبت زندگی نیز دور از انتظار خواهد بود.

۲-۱-۶. وضعیت اقتصادی نامناسب

براساس گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس، جمعیت فقیر کشور
 در سال ۱۴۰۳ نسبت به سال ۱۳۹۰ حدوداً ۱۰ میلیون نفر بیشتر
 شده، اما سرانه حقیقی بودجه عمومی کشور همچنان به اندازه
 همان سال ۱۳۹۰ یعنی ۵ میلیون تومان باقی مانده است. خط
 فقر برای خانوار سه‌نفره در سال ۱۴۰۲ در کل کشور معادل

در این بخش از گزارش، نقاط ضعف و چالش‌های مرتبط با تأسیس
 و فعالیت مراکز در کشور بررسی شده است. در این بخش، متناظر
 با ابعاد سه‌گانه ترسیم وضع موجود مراکز، آسیب‌های موجود نیز
 دسته‌بندی شده است:

۱-۶. چالش‌های مرتبط با بستر سلامت اجتماعی در کشور

۱-۶-۱. چالش اعتماد عمومی و سرمایه اجتماعی در کشور
 کاهش اعتماد عمومی و به‌تبع آن سرمایه اجتماعی در کشور، منجر
 به کاهش مشارکت (فردی و نهادی) و بده‌بستان‌های اجتماعی
 می‌شود [۶]. مرکز مثبت زندگی تنها با حفظ اعتماد و مشارکت
 اجتماعی امکان ظهور و بقا دارد. مطالعات و گزارش‌های اخیر
 حکایت از کاهش سرمایه اجتماعی در کشور و کاهش اعتماد مردم
 به نهادهای حمایتی و امدادی دولتی و غیردولتی دارد. براساس
 پیمایش ملی «گرایش مردم ایران به نیکوکاری» که در سال ۱۴۰۱
 توسط دانشگاه فردوسی مشهد انجام شد، بیش از ۷۵ درصد از

۱. تنها یک سال پس از اجرای سراسری مراکز در کشور، حدوداً ۷۰ هزار پرونده مستمری‌بگیر سازمان که بدون شرایط و استحقاق در سالیان متوالی هر ماه به افراد پرداخت می‌شد، شناسایی و حذف شد [۲].

که بسیاری از افراد از پوشش خدمات آنها خارج مانده‌اند یا اینکه اطلاعات واصله به آنها اشتباهات فراوانی داشته است. برای مثال یک سال پس از استقرار و فعالیت مراکز در سال ۱۳۹۹ در حدود ۷۰ هزار مستمیری بگیر شناسایی شدند که یا شرایط وصول مستمیری را نداشتند.^۲ یا اصلاً در قید حیات نبودند، اما مستمیری به نام ایشان از اعتبارات سازمان کسر می‌شد [۲].

۵-۱-۶. هماهنگی و همکاری ناکافی میان نهادهای مرتبط با حوزه سلامت اجتماعی

برای اینکه فعالیت‌ها و وجوه مصرف شده برای تحقق برنامه‌های حوزه سلامت اجتماعی در مراکز به سرانجامی قابل اتکا برسند، باید هماهنگی نهادی و ارتباط سازمانی مؤثر میان نهادهای مرتبط با این حوزه وجود داشته باشد. برای نمونه، برای رهایی یک معلول جسمی حرکتی در یکی از شهرهای شمالی کشور از بند نیازمندی و شرایط بد اقتصادی، یک مرکز با سازمان فنی و حرفه‌ای هماهنگی لازم را انجام داده و مددجو مهارت نان‌پزی و اداره نانوايي را فرا گرفته است. در همین بازه زمانی نیز با هماهنگی بهزیستی استان، شهرداری و اداره اماکن منطقه، مجوز ساخت نانوايي در گوشه‌ای از حیاط خانه مددجو اخذ شد، اما به سبب ناهماهنگی یا همکاری کم بانک عامل، وام اشتغال به میزان بسیار کمی مصوب شد.^۳ این اتفاق منجر به بی‌اثر شدن تمامی هزینه‌ها و زحمات انجام شده مددجو، مرکز، سازمان بهزیستی، شهرداری و اداره اماکن منطقه شد. همچنین مددجو نیز با محرومیت نسبی مضاعفی مواجه شده است.

۶-۱-۶. چالش اعتماد نهادی متقابل بین سازمان بهزیستی و مراکز

دولت و سازمان در عمل به شکل‌های اجتماعی اعتماد بالایی ندارند و ممکن است این ذهنیت برای مدیران سازمان شکل بگیرد که مراکز خدماتی غیردولتی شریک اجتماعی آنها نیستند و بستری فراهم شود که به آنها به مثابه پیمانکار یا یک واحد اقماری یا تابعه نگریسته شود. رفتارهای خشک و رسمی که شائبه بر خورد آمرانه با مراکز را موجب می‌شود، محیط کسب و کار مراکز

۸,۲۳۲,۰۰۰ تومان و در تهران ۱۵,۳۴۴,۰۰۰ تومان برآورد شده است. بر این اساس بیش از ۳۰ درصد جامعه زیر خط فقر هستند. اقتصاد تورمی همراه با رشد اقتصادی نزدیک به صفر در دهه ۱۳۹۰ به گونه‌ای بوده که درصد جمعیت زیر خط فقر را به میزان قابل توجهی افزایش داده است [۸]. در این شرایط نامطلوب اقتصادی که تمایل برای سرمایه‌گذاری کاهش یافته، احتمالاً انگیزه‌ها برای سرمایه‌گذاری در کسب و کارهای اجتماعی نیز با شدت بیشتری کاهش می‌یابد. رشد فقر و افزایش تعداد مددجو در جامعه به منزله افزایش حجم کاری سازمان و مراکز است. هرچه تراکم کاری این مراکز افزایش یابد به تبع آن، کیفیت خدمت‌رسانی این مراکز نیز تنزل خواهد داشت، همچنین کمبود منابع و افزایش هزینه‌های انجام شده مراکز باعث تشدید افت کیفیت خدمات مراکز می‌شود.

۳-۱-۶. فقدان حکمرانی داده

کمبود داده در حوزه سلامت اجتماعی یا عدم قطعیت آنها منجر به تصمیمات سست‌بنیان در این حوزه شده است. [۹] تأسیس مراکز بیش از حد نیاز یک منطقه در مقابل مناطقی که از وجود مراکز و خدمات آنها محروم مانده‌اند،^۱ الگوی نادرست تخصیص پرونده مددجویان به مراکز است. به اینصورت که ظرفیت تمام مراکز یکسان در نظر گرفته شده و تعداد پرونده‌های ارجاع شده به مراکز با تعداد آسیب‌دیدگان یا مددجویان محلات مختلف تناسب ندارد. تصمیم‌گیری و برنامه‌ریزی بر اساس داده‌هایی غیرمتقن و فقدان حکمرانی داده در این حوزه، هزینه‌های فراوانی را برای کشور به دنبال داشته است.

۴-۱-۶. یکپارچه نبودن سامانه‌های مرتبط با سلامت و خدمات اجتماعی در کشور

یکپارچه نبودن پایگاه‌های داده و سامانه‌های اطلاعاتی و عملیاتی مرتبط با حوزه سلامت اجتماعی^۲ منجر به عدم اطمینان به داده‌های این حوزه شده است. مراکز نیز که بر اساس همین اطلاعات محدود تأسیس می‌شوند، بعد از مدتی متوجه می‌شوند

۱. تاکنون از ۱۴۳۱ شهر در کشور تنها در ۴۴۲ شهر مرکز مثبت زندگی تأسیس شده است. مقصود پوشش سراسری مراکز در حوزه سلامت اجتماعی محلات کشور است و الزاماً افزایش تعداد مراکز مدنظر نیست [۲].

۲. پایگاه رفاه ایرانیان، پایگاه بهره‌مندی ایرانیان، سامانه سخا، سامانه ارغوان سامانه ال و ...

۳. زنان بی‌سرپرستی که از دواج کرده بودند یا بیکارهایی که شاغل شده بودند یا مددجویانی که از چند سازمان حمایتی (کمیته امداد) مستمیری می‌گرفتند و ... [۲].

۴. بر اساس گزارش غیررسمی صاحب‌امتیاز مرکز مثبت زندگی شهر آستارا و عضو هیئت‌مدیره کانون کشوری مراکز مثبت‌زندگی در بازدید میدانی نگارنده از منزل مددجو، در سال ۱۴۰۱ مبلغ ۷۵ میلیون تومان برای ساخت نانوايي و خرید دستگاه تنور، تجهیزات نانوايي و مواد اولیه در شهر آستارا در نظر گرفته شده بود.



موجب پنهان ماندن نقاط قوت و باقی ماندن کاستی‌ها و نقصان‌ها می‌شود.

شایان توجه است که شفافیت کم در این حوزه خود عاملی برای کاهش اعتماد سازمان به مراکز و برعکس بوده است.

۸-۱-۶. پرداخت ناکافی به حوزه آسیب‌های اجتماعی در برنامه‌های مدون کشور

با توجه به احکام مندرج در لایحه برنامه هفتم توسعه و قانون بودجه سال ۱۴۰۲ کل کشور، به نظر می‌رسد که مسائل و آسیب‌های اجتماعی در اولویت قرار ندارد [۹]. در شرایطی که سیاست‌های اقتصادی، رفاه و تامین اجتماعی رافع آسیب‌های اجتماعی در کشور نباشد، در اولویت قرار نگرفتن آسیب اجتماعی در برنامه‌های عملیاتی کشور منجر به این خواهد شد که، مراکز خدمات بهزیستی (به‌خصوص مراکز مثبت‌زندگی که در این میان نوظهور تر و ناشناخته‌تر هستند) نیز در کانون توجه سیاستگذاران و مدیران ارشد دولتی قرار نمی‌گیرند.

را تخریب و فعالان اجتماعی را دلسرد می‌کند. در طرف مقابل، مراکز نیز خیلی اوقات سازمان را همکار خود ندانسته یا در برخی موارد رقیب خود می‌دانند. در چنین شرایطی، بروز تخلفاتی مانند فاکتورسازی، جلب مشارکت بدون اطلاع سازمان، بازدیدهای صوری، گزارش‌های رونوشت‌شده، ثبت موقعیت‌ها^۱ و تصاویر بازدید نشده و... تشدید خواهد شد.

۷-۱-۶. شفافیت کم در حوزه عملکرد نهادهای حمایتی

مراکز به‌مانند سایر نهادهای حمایتی در حوزه عملکردی خود شفافیت مناسبی ندارند. به‌عبارت‌دیگر مددجو، مردم و نهادهای مردمی، امکان مشاهده و ارزیابی کمی و کیفی عملکردی و انضباط مالی مراکز و سازمان را ندارند. گزارش‌های مالی در سامانه‌های آنها مشاهده نمی‌شود. بسیاری از مراکز بستر سامانه‌ای شفافیت ندارند و صرفاً اطلاعات عملکردی خود را به‌صورت کاملاً حفاظت‌شده در اختیار سازمان بهزیستی قرار می‌دهند. سازمان بهزیستی نیز که گزارش‌های عملکردی و مالی خود را در معرض دید مردم، شرکای اجتماعی و خدمت‌گیرندگان خود قرار نمی‌دهد. رویکردی که

شکل ۱. آسیب‌ها و نقاط ضعف مرتبط با مراکز در بستر سلامت اجتماعی



حاضر سازمان بهزیستی کشور، به‌عنوان یکی از بزرگترین نهادهای حمایتی در کشور به شکل کاملاً یک سویه و توسط دولت اداره می‌شود؛ بدین معنا که در اخذ تصمیمات راهبردی و سیاستگذاری‌های کلان اجرایی، هیچ‌کدام از شرکای اجتماعی دیگر این سازمان همچون مراکز غیردولتی وابسته و جامعه مددجویان تحت پوشش، نقشی ایفانمی‌کنند. این درحالی است که اگر اصل سه‌جانبه‌گرایی در رأس هرم مدیریتی این سازمان پیاده می‌شد، اخذ تصمیمات کاربردی تر و عدم انباشت مطالبات مراکز غیردولتی و مددجویان آسیب‌پذیر ممکن بود.

۲-۲-۶. چالش‌های مر تبط با سازمان برنامه‌بودجه

■ سازمان برنامه‌بودجه به‌صورت غیرمستقیم و از طریق پیش‌بینی و تخصیص اعتبارات عمومی بر عملکرد سازمان و حیات مراکز بسیار تأثیرگذار است. برساختی که از سازمان برنامه‌بودجه در میان برخی از مدیران و کارکنان سازمان و مراکز خدمات بهزیستی شکل گرفته این است که سازمان مذکور حوزه فعالیت مراکز را درک نمی‌کند و به‌مانند یک شرکت خصوصی با آن رفتار می‌کند که ورشکستگی و تعطیلی آن، آثار و پیامدهای اجتماعی زیادی ندارد.^۲

■ علاوه بر مورد فوق‌الذکر، کسری بودجه کشور هم‌زمان با اولویت‌دار شدن تأمین منابع برای بسیاری از امور عمومی در کشور، سازمان برنامه‌بودجه را در شرایطی قرار داده است که گزینش هر کدام از این اولویت‌ها، هزینه‌های سیاسی و اجتماعی فراوانی از جانب ذی‌نفعان سایر امور اولویت‌دار کشور به دنبال خواهد داشت. برای مثال انتخاب میان پرداخت بدهی نیروگاه‌های برق و پرداخت حقوق و مزایای معوق معلمان و مستمری معلولان بسترگرا به هر حال به سازمان برنامه‌بودجه فشارهای سیاسی و اجتماعی تحمیل خواهد کرد. به هر روی، مراکز بابت اعتباراتی که سازمان برنامه‌بودجه نتوانسته تأمین کند یا دیرتر از موعد تخصیص داده، به‌شدت آسیب دیده‌اند. به هر روی، سازمان برنامه‌بودجه، توزیع‌کننده منابع محدود بودجه به برنامه‌های حمایتی دستگاه‌هاست. منابعی که از طریق مالیات، درآمد نفتی و هدفمندی یارانه‌ها تأمین می‌شود. از این رو ناکارآمدی نظام بازتوزیعی و سیاست‌های حمایتی که نتوانسته فقیرترین فقرا به‌ویژه معلولان و زنان سرپرست خانواده را نجات دهد،

۲-۶. چالش‌های مر تبط با نگاشت نهادی مراکز

در این بخش، نواقص و مسائلی گزارش شده که در تعامل نهادهای مر تبط با تأسیس و فعالیت مراکز بروز کرده است:

۱-۲-۶. چالش‌های مر تبط با متولیان امور اجتماعی کشور

■ نقش‌های مشابه و هم‌پوشان شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و شورای اجتماعی کشور در حوزه اجتماعی باعث انحراف سیاست‌ها و برنامه‌های این حوزه می‌شود. به‌عبارت‌دیگر متولی سیاستگذاری و برنامه‌ریزی مر تبط با تشکل‌های اجتماعی در کشور مشخص نیست.

■ سازمان (به‌عنوان متولی سلامت اجتماعی کشور) در ترکیب شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی (به‌عنوان متولی سیاستگذاری امور حمایتی در کشور) عضویت ندارد. کم‌توجهی به میدان در عرصه سیاستگذاری دستاوردهای مناسبی را به دنبال نخواهد داشت.

■ شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی در عرصه سلامت اجتماعی کشور در سال‌های اخیر بسیار منفعل بوده و مصوبه یا خط‌مشی مؤثری در این خصوص نداشته است.

■ واگذاری امور رفاهی و حمایتی توان خواهان تحت پوشش سازمان به شورای اجتماعی کشور که اساساً متولی رصد و کاهش آسیب‌های اجتماعی است، اقدام مناسبی نیست. نگاه آسیب‌گونه به بخشی از مددجویان تحت پوشش مراکز و سازمان، منتج به بهبود وضعیت اجتماعی آنها نخواهد شد. مسائل و موضوعات مر تبط با دختران و پسران بی‌سرپرست، زنان خودسرپرست و سرپرست خانواده، کودکان در معرض خطر و معلولان از جنس امور اجتماعی و حمایتی است. لذا سیاستگذاری در این حوزه در شورایی که متولی آسیب اجتماعی است یک اشتباه راهبردی قلمداد می‌شود.

■ فقدان گفتگوی اجتماعی در هرم مدیریتی سازمان بهزیستی یکی از اساسی‌ترین چالش‌های این حوزه است. گفتگوی اجتماعی معنا و مفهوم بسیار گسترده‌ای دارد که در ساده‌ترین شکل می‌توان آن را نوعی توانمندسازی و مشارکت تمامی ذی‌نفعان در فرایندهای تصمیم‌سازی تعریف کرد. سازمان بین‌المللی کار به‌عنوان مبدع این مفهوم، آن را «انواع مذاکرات، مشورت‌ها و اشتراک‌گذاری اطلاعات در بین نمایندگان دولت، کارفرمایان و کارگران درباره سیاست‌های اقتصادی و اجتماعی» تعریف می‌کند [۱۰]. بدین معنا مفهوم گفتگوی اجتماعی و قرینه سازمانی آن یعنی «سه‌جانبه‌گرایی»^۱ قابل‌تعمیم به حوزه حمایت‌های اجتماعی نیز است. در حال

1. Tripartism

۲. در یک سال اخیر حداقل ۲ تجمع اعتراضی سراسری برای وصول اعتبارات سازمان بهزیستی توسط صاحبان مراکز خدماتی بهزیستی مقابل سازمان برنامه‌بودجه کشور و چندین تجمع مقابل ادارات استانی سازمان مذکور برگزار شد.



اصلی آن حوزه مدیریتی هزینه‌هایی خواهد داشت. به عبارت دیگر، هزینه تصمیمات و آزمون خطاهای یک مدیر جدید بر دوش مراکز، سنگینی خواهد کرد تا زمانی که دوره شناخت و آگاهی این مدیر سپری شود. با تغییر هر مدیر، این روند و رویه تکرار خواهد شد.

■ منابع و اعتبارات سازمان در قانون بودجه کل کشور به نسبت مصارف و هزینه‌های آن بسیار ناچیز و محدود است. برای مثال در سال ۱۴۰۲ برای پرداخت کمک‌هزینه جبران خدمات ارائه شده مراکز توان بخشی^۲ به ۲۲۰ هزار مددجویی تحت پوشش مراکز مذکور (براساس قیمت تمام شده خدمات آنها) حدود ۱۷ هزار میلیارد تومان اعتبار نیاز است، در صورتی که سرجمع اعتبارات پیش‌بینی شده سازمان بهزیستی برای تأمین خدمات اجتماعی و بهزیستی به تمامی مددجویان تحت پوشش این سازمان^۳ اعتباری در حدود ۱۸ هزار میلیارد تومان در قانون بودجه سال ۱۴۰۲ کل کشور پیش‌بینی شده است. بنابراین با این میزان اعتبارات، سازمان به هیچ عنوان نمی‌تواند ۱۵۹ تکلیف قانونی سازمان را با کیفیت مناسب انجام دهد. سازمانی که به عنوان متولی سلامت اجتماعی کشور، مسئولیت حمایت از آسیب‌دیدگان کشور را برعهده دارد، هم‌اکنون، خود محتاج حمایت‌های مالی عمومی و مردمی است.

■ سازمان ساختار مناسبی برای ساماندهی تکالیف محوله به مراکز را در اختیار ندارد. ساختار سازمان مذکور همانند ساختار تمامی سازمان‌های دولتی کشور ساختاری سلسله‌مراتبی دارد، در صورتی که ماهیت و مأموریت‌های مراکز به گونه‌ای است که ساختاری ماتریسی یا شبکه‌ای برای ساماندهی و مدیریت امور آن مراکز می‌طلبد. به این صورت که مراکز از یک واحد مشخص (مرکز مشارکت‌های مردمی و توسعه ظرفیت‌های اجتماعی و فرهنگی) طرح‌های خدماتی را دریافت می‌کنند. همان واحد، سیاستگذاری و برنامه‌ریزی‌های مرتبط فعالیت مراکز را انجام می‌دهد، اما علاوه بر واحد مذکور و «دفتر بازرسی، ارزیابی عملکرد و پاسخ‌گویی به شکایات» سازمان، سایر معاونت‌های تخصصی سازمان نیز مانند معاونت امور توان‌بخشی و معاونت سلامت اجتماعی به فراخور موضوع بر عملکرد مراکز نظارت می‌کنند و بعضاً در امور اجرایی آنها نیز مداخلات مؤثری دارند، البته بخشی از مداخلات آسیب‌زای معاونت‌های تخصصی مذکور پس از ابلاغ بخشنامه اخیر سازمان در خصوص ایجاد یکپارچگی در شیوه ارائه خدمات و امکان اعمال

محل نقد جدی است. در حقیقت بخش بزرگی از منابع حمایتی که از هدفمندی یارانه‌ها به دست می‌آید به صورت یارانه نقدی و کاملاً سخاوت‌مندانه به تمام افراد کشور پرداخت می‌شود و محدودیت‌های مالی شدیدی برای حمایت از اقشار و اشخاصی ایجاد می‌کند که واقعاً نیازمند حمایت هستند یا مأموریت توانمندسازی نیازمندان را برعهده دارند.

نداشتن قانون و آیین‌نامه اجرایی خاصه مراکز مثبت زندگی باعث شده که این مراکز، نماینده‌ای در میان ردیف‌های پرتعداد جداول قانون بودجه کل کشور نداشته باشند. در این شرایط مراکز نمی‌دانند سهم اعتبارات آنها در سبد اعتبارات عمومی سازمان چه میزان است و براساس چه میزان تعرفه‌ای پیش‌بینی شده است؛ پس امکان مطالبه‌گری برای دریافت حقوق حقه خود را نیز نخواهند داشت.

■ الگوی بودجه‌ریزی و تعیین اعتبارات عمومی برای مراکز خدماتی بهزیستی به دلیل فقدان حکمرانی داده در این حوزه بر مبنای چانه‌زنی و تخمین‌هایی است که بنیان مستحکمی ندارد. تازمانی که این نقیصه مرتفع نشود مجادله میان سازمان برنامه‌بودجه، سازمان بهزیستی و قانون مراکز برای تعیین تعرفه و میزان کمک‌هزینه جبران خدمات (یارانه) مراکز ادامه خواهد داشت.

۳-۲-۶. چالش‌های مرتبط با سازمان بهزیستی

■ عدم ثبات مدیریتی^۱ در ساختارهای مرتبط با تأسیس و فعالیت مراکز مثبت زندگی که تشکل‌هایی جدید و ناشناخته هستند بسیار آسیب‌زا و نامطلوب است. این تغییرات به دو صورت بر عملکرد مراکز تأثیرگذار است:

■ با توجه به حیات کوتاه مدیریتی در سازمان بهزیستی، مدیران نمی‌توانند برنامه‌های بلندمدت و اصلاحات اساسی داشته باشند؛ از این رو مجبورند اقدامات جزئی و زودبازده را در دستور کار خود قرار دهند.

■ یک مدیر در حوزه فعالیت مراکز حداقل دو سال زمان لازم دارد تا پس از برگزاری جلسات تخصصی با ذی‌نفعان و بازدیدهای میدانی از مراکز، نسبت به ماهیت، مأموریت و فرایندهای اصلی و پشتیبان مراکز شناخت نسبی پیدا کند. انتصاب یک مدیر جدید در ساختارهای مرتبط با تأسیس و فعالیت مراکز برای ذی‌نفعان

۱. در ۳ سالی که مراکز در کشور فعالیت سراسری داشتند، بارها مدیران کل و معاونین مرتبط با آنها در سازمان تغییر کرده‌اند.

۲. شبانه‌روزی، روزانه، مراقبت در منزل و ویزیت در منزل.

۳. در حدود ۳ میلیون نفر.

نشست‌های صوری و غیر مؤثر با کانون مراکز^۳ بی‌توجهی به هزینه انجام‌شده مراکز در تعرفه‌گذاری خدمات مراکز، بی‌توجهی به توان و ظرفیت‌های نظارت‌های پسینی و پیشینی کانون مراکز در ارتباط با صلاحیت‌های تخصصی و اخلاق حرفه‌ای مراکز، نقش نداشتن کانون مراکز در دستورالعمل اجرایی تأسیس و اداره مراکز خدمات بهزیستی^۴ و شیوه‌نامه‌های «جانمایی مراکز»، «مناسب‌سازی مراکز» و «نظارت بر مراکز» و سایر دستورالعمل‌های سازمان که اثر مستقیم بر تأسیس و فعالیت مراکز دارند.

■ حجم زیاد تکالیف محوله به سازمان هم‌زمان با کمبود نیروی انسانی در سازمان و نگاه ریاستی توسط مدیران و کارشناسان سازمان به مراکز و کارکنان آنها منتج به صدور دستورات خارج از قواعد پرداختی به مراکز و تحمیل بار مالی مضاعف به آنها شده است. این رابطه رئیس مرئوسی میان سازمان و مراکز به سبب مخیر بودن کارشناسان سازمان در کسر ۳۰ درصد از ردیف کمک‌هزینه جبران خدمات اجتماع محور مراکز تشدید شده است. به عبارتی این اختیار، هزینه عدم پذیرش هر دستوری از جانب کارشناسان سازمان در سطح شهرستان و استان را برای مدیران و مددکاران مراکز افزایش می‌دهد.

■ اخذ تصمیمات به صورت جزیره‌ای در خصوص امور امدادی و حمایتی مددجویان تحت پوشش معاونت‌های تخصصی باعث موازی‌کاری یا ناکارآمدی اقدامات متصدی اجرایی همه این تصمیمات (بعضاً متناقض و متعارض) یعنی مراکز مثبت زندگی می‌شود.

■ سازمان رأساً مجوز تأسیس و فعالیت کانون مراکز را صادر می‌کند؛ تعلیق و انحلال آن تشکل اجتماعی نیز در اختیار سازمان است. در این شرایط کانون مراکز استقلال نخواهد داشت یا در بهترین شرایط در بحث نظارت بر عملکرد سازمان و سایر دستگاه‌های دولتی مرتبط با فعالیت مراکز محتاط خواهند بود.

■ تولی‌گری ناقص سازمان بهزیستی در حوزه سلامت اجتماعی، هم‌پوشانی وظایف و مأموریت‌های مرتبط با مراکز در کمیته امداد و سایر نهادهای حمایتی کشور باعث افزایش هزینه‌های عمومی و موازی‌کاری در حوزه سلامت اجتماعی شده است.

سیاست‌های نظارتی بر کیفیت خدمات مراکز (+زندگی)^۱ حذف شد [۱۱]، لکن ریشه مشکل را باید در تناسب نداشتن ماهیت چندوجهی فعالیت‌های مراکز با ساختار سلسله‌مراتبی حاکم بر آنها جستجو کرد.

■ اعتبارات عمومی (حقوق و دستمزد کارکنان و هزینه‌های عملیاتی) سازمان بهزیستی با وجود رشد مستمری که همواره در قوانین سالیانه بودجه کشور داشته، لکن به هیچ عنوان کفایت هزینه‌های عمومی آن سازمان را نمی‌دهد. افزایش نرخ عمومی قیمت‌ها و کسری بودجه کشور هم‌زمان با افزایش میزان آسیب‌های اجتماعی در کشور در سنوات اخیر دلایلی برای کسری بودجه و اعتبارات عمومی سازمان بهزیستی است که عوارض سازمانی و فراسازمانی عدیدهای به شرح ذیل داشته است:

بسیاری از کارکنان با تجربه و توانمند سازمان ترک خدمت کردند و در سازمان‌های دیگر یا در بخش غیردولتی مشغول به کار شده‌اند، از این رو هرم منابع انسانی سازمان به شدت آسیب‌دیده است. تضعیف هرم منابع انسانی سازمان به منزله کاهش ظرفیت‌های اجرایی سازمان و واگذاری بیشتر خدمات به مراکز و کاهش توان نظارت سازمان بر آن مراکز است.

نظام حقوق و دستمزد ضعیف و حداقلی سازمان در مقایسه با سایر دستگاه‌های اجرایی کشور، برای متقاضیان کار جذابیت ندارد. همچنین انگیزه کارکنان موجود سازمان برای افزایش کارایی و کارآمدی را تقلیل می‌دهد. دلسردی کارشناسان بهزیستی متعاقباً بر عملکرد مدیران و مددکاران مراکز نیز تأثیر خواهد داشت.

کسری بودجه سازمان منجر به جبران نامناسب خدمات بهزیستی شده است. از آنجا که سازمان منابع کافی در اختیار ندارد نمی‌تواند تمام هزینه‌های انجام‌شده مراکز را پرداخت کند و این مسئله اخیراً منتج به ورشکستگی و تعطیلی تعدادی از مراکز شده است. بسیاری از مراکز نیز در شرف تعطیلی هستند. تعطیلی مراکز نیز به منزله محرومیت مددجویان و توان خواهان از حمایت‌های اجتماعی است.

■ با گذشت حداقل ۳ سال از اجرای سراسری طرح مثبت زندگی در کشور، مدیران و کارکنان سازمان این مراکز را به عنوان شریک اجتماعی خود نمی‌شناسند. برجسته‌ترین مصادیق چنین ادعایی،

۱. بخشنامه سازمان در خصوص ایجاد یکپارچگی در شیوه ارائه خدمات و امکان اعمال سیاست‌های نظارتی بر کیفیت خدمات مراکز (+زندگی) به شماره ۹۰۰/۱۴۰۲/۳۹۹۶۸ مورخ ۱۴۰۲/۳/۲۵.

۲. شریک اجتماعی شخصی است که در تصمیم‌گیری‌ها نقش مؤثر دارد. ناظر و منتقد است و بخشی از امور را برعهده می‌گیرد و در ارزیابی اثربخشی و کارایی سیاست‌ها و فعالیت‌ها جایگاه رسمی و پذیرفته‌شده‌ای دارد.

۳. غالب جلسات و نشست‌های سازمان با مراکز و کانون مراکز حتی به اندازه تنظیم و تنفیذ یک صورتجلسه نیز رسمیت و اعتبار ندارد.

۴. در ادامه به اختصار «دستورالعمل» خوانده شده است.



داوطلب از این رویکرد نادرست سازمان تأمین اجتماعی و معاونت روابط کار و وزارتخانه مزبور نسبت به نیروی داوطلب سوءاستفاده می‌کنند و با طرح شکایت بابت نپرداختن حق الزحمه، جرائم سنگینی را به مراکز تحمیل می‌کنند. این همه مسئله و مشکل شاید با یکسری جلسات درون سازمانی در مجموعه وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی رفع شود که تاکنون مورد توجه نهادهای مذکور نبوده است.

■ سازمان بهزیستی به‌عنوان متولی سلامت اجتماعی، مسئولیت اجرای صحیح قوانین مربوطه و نظارت بر رعایت آنها توسط سایر دستگاه‌های مرتبط با آن را برعهده دارد، لکن در خصوص برخی از قوانین و مقررات تأثیرگذار کشور این مسئولیت به‌درستی ادا نشده است. از جمله این موارد عبارتند از:

❶ براساس ماده (۹) دستورالعمل، سازمان باید ۲۲ خدمات سطح یک بهزیستی را به مراکز واگذار می‌کرد، لکن پس از ۳ سال، هنوز برخی از خدمات مندرج در ماده (۹) دستورالعمل واگذار نشده است. برای مثال «انجام استعلامات و پیگیری‌های مورد نیاز جهت صدور و تمدید موافقت اصولی، پروانه تأسیس، پروانه فعالیت، پروانه مسئول فنی مراکز و مؤسسات غیردولتی مندرج در بندهای سیزده‌گانه ماده (۲۶) قانون تنظیم» یکی از این خدمات است که همچنان به مراکز واگذار نشده و حتی به‌نظر می‌رسد که سازمان اراده‌ای برای واگذاری چنین خدمتی به مراکز ندارد [۱۲].

❷ براساس ماده (۳) شیوه‌نامه «نظارت بر مراکز خدمات بهزیستی (مثبت زندگی)»، برای استقرار یک نظام ارزیابی و نظارت اثربخش، ۵ سطح نظارتی تبیین شده بود که دو سطح اول آن (۱. خودارزیابی مراکز و ۲. نظارت خدمت‌گیرندگان) اجرایی نشده و تنها سطوح نظارت سلسله‌مراتبی سازمانی عملیاتی شده است [۱۳]. همچنین ارزشیابی‌های سازمان نیز براساس استانداردهای مندرج در دستورالعمل است که با توجه به پرداخت‌های ناکافی کمک‌هزینه جبران خدمات (یارانه) و هزینه‌های عملیاتی و سربار فراوان مراکز، اساساً این استانداردها امکان تحقق ندارد.

❸ براساس ماده (۵) دستورالعمل جامع «جلب، مصرف و هزینه‌کرد مشارکت‌های مردمی سازمان بهزیستی» الگوی جامعی برای تأمین منابع مراکز تبیین شده است [۱۴]، لکن اجرای این حکم برای مراکز مثبت زندگی هنوز در هاله‌ای از ابهام است و

■ سازمان با مراکز، رفتاری دوگانه دارند. به این صورت که اخیراً به مؤسسات خیریه‌ای^۱ موضوع بند «۱۳» ماده (۲۶) قانون تنظیم، مجوز تأسیس مرکز داده است. این مراکز سبد تأمین مالی متنوعی دارند. آنها امکان جلب مشارکت‌های مردمی و استفاده از نیروی داوطلب و برگزاری بازارچه و... دارند، لکن اغلب مراکز که مؤسسات غیرتجاری انتفاعی هستند از این فرصت محروم هستند. این رفتار دوگانه در شرایطی رخ می‌دهد که مؤسسات خیریه‌ای مانند مراکز از کمک‌هزینه‌های جبران خدمات پرداختی سازمان بهره‌مند می‌شوند و مدیران آنها همانند مدیران مراکز حقوق و حق مدیریت دریافت می‌کنند. این رفتار دوگانه باعث بروز نابرابری و نارضایتی در میان مراکز شده است.

■ مقررات نامناسب و معیوب سازمان به عملکرد مراکز آسیب رسانده است. دستورالعمل جلب مشارکت‌های مردمی^۲، دستورالعمل تأسیس و فعالیت مراکز خدمات بهزیستی (مثبت زندگی)، شیوه‌نامه جانمایی مراکز و شیوه‌نامه نظارت بر مراکز از جمله این مقررات هستند.^۳

■ دانش و تخصص کارشناسان مرتبط با فعالیت مراکز در ادارات بهزیستی شهرستان و استان، هدایت و نظارت مراکز را کفایت نمی‌کند. اکثر مسئولین فنی مراکز نسبت به کارشناسان مربوطه در شهرستان دانش و تخصص بیشتری دارند، از این‌رو نظارت سازمان بر مراکز در این شرایط آزاردهنده و مسلماً ناکارآمد خواهد بود.

■ ارتباط معیوب و غیر مؤثر سازمان با معاونت روابط کار و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان تأمین اجتماعی که هر سه این نهادها در یک دستگاه مادر یعنی وزارتخانه فوق‌الذکر جای دارند. معاونت کار با کسب و کارهای اجتماعی به‌مثابه کسب و کارهای اقتصادی برخورد می‌کند و پرداخت حداقل حقوق را برای کارکنان مراکز الزامی می‌داند، لکن کمک‌هزینه‌ای که سازمان بهزیستی به مراکز پرداخت می‌کند کفاف هزینه‌های حقوق و دستمزد و هزینه‌های عملیاتی مراکز را نمی‌دهد. در بسیاری از موارد پرداخت کمک‌هزینه جبران خدمات (یارانه) به مراکز از جانب سازمان با تأخیر انجام می‌شود و به همین دلیل نیز مراکز مجبور هستند سهم بیمه کارفرمایی و کارگری را با تأخیر پرداخت کنند، لکن صندوق تأمین اجتماعی، مراکز را به خاطر این تأخیر جریمه و تنبیه می‌کنند. اخیراً مواردی مشاهده شده که افرادی با عنوان نیروهای

۱. مؤسسات غیرتجاری غیرانتفاعی.

۲. در ادامه به اختصار «دستورالعمل مشارکت» خوانده می‌شود.

۳. اخیراً اصلاح تمامی دستورالعمل‌ها و شیوه‌نامه‌های سازمان بهزیستی در دستور کار سازمان قرار گرفته و تلاش‌های خوبی در جهت بهبود آنها صورت گرفته است.

مراکز است. به این صورت که الگوی عملیاتی مراکز با توجه به نظام جبران خدمات معیوب طراحی شده به صورت ناخواسته به الگوی حفظ وضعیت موجود و پرهیز از توانمندسازی مددجویان تحت پوشش مراکز تبدیل شده است. برای مثال اگر یک مرکز خوب کار کند و مددجو را پس از حمایت و توانمندسازی از پوشش سازمان و حمایت‌های مالی آن خارج کند نه تنها تشویق نمی‌شود، بلکه تنبیه نیز خواهد شد. به این صورت که با توانمندشدن یک مددجو، پرونده ایشان مختومه اعلام و از پوشش مرکز خارج می‌شود. به این ترتیب از مجموع ۴۵۰ فرد تحت پوشش مرکز یک نفر کم می‌شود و یک واحد نیز از درآمد مرکز کاهش می‌یابد. پس منطق اقتصادی می‌طلبد که هیچ‌گاه مددجویی مستقل و توانمند نشود تا درآمدهای مراکز نیز کاهش نیابد. در این شرایط مراکزی که وجدان کاری دارند و اخلاق حرفه‌ای را خط قرمز خود می‌دانند، تنبیه‌های ناخواسته سازمان را تحمل می‌کنند.

۴-۲-۶. مسائل مرتبط با کانون مراکز

■ نکته اول در خصوص کانون مراکز مثبت زندگی^۱ این است که از سال ۱۳۹۹ که اولین مراکز تأسیس شدند^۲ فرایند ثبت رسمی آن در سازمان ثبت اسناد و املاک کشور به تازگی (مرداد ماه ۱۴۰۳) انجام شد و پروانه فعالیت رسمی خود را از سازمان بهزیستی دریافت کرد؛ از این رو کانون مذکور، مدت طولانی‌ای کارکردهای حقوقی و قانونی خود را نداشت و جامعه هدف آن یعنی مراکز مثبت، از حمایت‌های یک نهاد صنفی محروم بودند.

■ در میان اعضا و ارکان کانون دو یا چنددستگی مشهود است. هر چند تفاوت سلیقه و وجود گروه‌های کانونی در دل یک تشکل اجتماعی اجتناب‌ناپذیر است، لکن این وضعیت در کانون مزبور منجر به کاهش شدید کارآمدی کانون و دلسردی ارکان آن تشکل شده است.^۳

■ یکی از مهم‌ترین عوامل موفقیت مراکز و شاید مهم‌ترین منبع تأمین مالی تشکل‌های اجتماعی پرداخت حق عضویت اعضای کانون است. زمانی که حق عضویت اعضای کانون پرداخت شود، مراکز نسبت به عملکرد کانون‌های استانی و کشوری حساس می‌شوند و پیگیر اثربخشی منابع تخصیص یافته خودشان در کانون خواهند بود. از سوی دیگر کانون نیز توان انجام وظایف خود و

مشخص نیست که چه زمانی قرار است تکلیف مراکز مثبت با ۹ شیوه تأمین مالی مندرج در این دستورالعمل مشخص شود.

۴ به استناد بند «ج» ماده (۸۸) قانون تنظیم، مراکز به موجب قرار خرید خدمت که با طرف دولتی منعقد می‌کنند، سرانه خدمات ارائه شده خود به مردم را دریافت کنند. این در حالی است که دریافتی آنها از سازمان تاکنون هیچ‌گاه بیش از ۵۰ درصد هزینه انجام شده خدمات ارائه شده آنان نبوده است [۱].

۵ براساس بند «د» ماده (۸۸) قانون پیش گفته، دستگاه‌های دولتی مجازند مراکز و واحدهای خدماتی، اجتماعی و رفاهی موجود یا نیمه‌تمام خود را به صورت اجاره به مراکز واگذار کنند. همچنین براساس بند «ه» ماده مذکور، دستگاه‌های اجرایی می‌توانند مدیریت واحدهای خود را با حفظ مالکیت دولت بر اموال منقول و غیرمنقول به مراکزی که شرایط مندرج در این ماده را داشته باشند، واگذار کنند [۱]؛ لکن با وجود اینکه یکی از بزرگ‌ترین مشکلات و معضلات مراکز، وضعیت اجاره‌نشینی و جابه‌جایی‌های فراوان آنها و هزینه‌های گزاف اجاره‌بها و مناسب‌سازی املاک استیجاری است، لکن اقدام شایسته و مؤثری برای بهره‌مندی از این ظرفیت‌های ارزشمند قانونی از جانب سازمان صورت نگرفته است. به نظر می‌رسد مراکز شبانه‌روزی از قبیل مراکز نگهداری معلولان ذهنی و مراکز شبه‌خانواده اولویت اول سازمان در واگذاری‌های موضوع این بند هستند؛ مراکز توان‌بخشی روزانه نیز در اولویت دوم قرار دارند و پس از مراکز شبانه‌روزی و روزانه نوبت به مراکز مثبت زندگی می‌رسد. علاوه بر این، معدود اقدامات انجام شده در این حوزه برای مراکز مثبت زندگی نیز بدون ارزیابی و رتبه‌بندی مراکز صورت گرفته است.

۶ براساس دستورالعمل جامع «جلب، مصرف و هزینه‌کرد مشارکت‌های مردمی سازمان بهزیستی»، مراکز در صورتی که از شورای جذب و تبلیغات سازمان مجوز داشته باشند می‌توانند جلب مشارکت مردمی داشته باشند. به عبارت دیگر سازمان نه تنها نمی‌تواند خدمات خریداری شده خود را به صورت کامل جبران کند، بلکه از جذب منابع غیردولتی توسط یک تشکل غیردولتی نیز ممانعت می‌کند.

شاید یکی از مهم‌ترین چالش‌ها و نقاط ضعف عملکردی مراکز مرتبط با الگوی تنظیم‌گری سازمان در ارتباط با فعالیت این

۱. در ادامه به اختصار «کانون» خوانده می‌شود.

۲. مهرماه سال ۱۴۰۲.

۳. در دو ماه اخیر (شهریور و مهر) دو نفر از ارکان اصلی، تأثیرگذار و با سابقه کانون درخواست استعفا دادند که بارای منفی سایر اعضای کانون مواجه شد.



فعالیت‌های رسانه‌ای را در خود ایجاد می‌کند. به هر حال، پرداخت نامنظم و ناقص حق عضویت توسط اعضای کانون^۱ باعث از بین رفتن روابط نهادی مراکز و کارویژه‌های مهم کانون شده است.

■ نداشتن انسجام درونی و همکاری‌های مؤثر و البته پرداخت نکردن حق عضویت در کانون توسط خیل وسیعی از صاحبان مراکز باعث افت شدید مشارکت در این کانون شده است. به گونه‌ای که در بسیاری از مواقع ارکان تشکل مجبورند به تنهایی از نهادهای حاکمیتی و دولتی مطالبه‌گری و فعالیت‌های اجتماعی را بدون مشارکت سایر اعضا انجام دهند. شاهد این مدعا این است که کمتر از نیمی از مراکز با برنامه‌های مطالبه‌گرانه کانون همراهی می‌کنند و شبکه‌های مجازی و ظرفیت‌های رسانه‌ای خود را برای تصمیمات و برنامه‌های کانون اختصاص نمی‌دهند.

■ به دلیل کمبود منابع (مالی، انسانی و کالبدی) کانون و همچنین نداشتن تخصص کافی برخی از ارکان، کانون با ضعف عملکردی مواجه است. برای نمونه، فعالیت رسانه‌ای و تبلیغی که یکی از مهم‌ترین ابعاد فعالیت‌های تشکل‌های اجتماعی است در کانون مذکور کم‌اثر و ناقص است. کانون مذکور وب‌گاه^۲ مستقل ندارد. در رسانه‌های رسمی کشور فعالیت ندارد. نشریه تخصصی یا حتی فعالیت‌های علمی در نشریات تخصصی و خبری در روزنامه‌های کثیرالانتشار کشور ندارد و بیشتر فعالیت‌های رسانه‌ای کانون محدود به پرسش و پاسخ و نشر اخبار داخلی مراکز و سازمان در شبکه‌های مجازی است.

■ عملکرد تشکیلاتی معیوب نیز دیگر آسیب کانون مراکز است. به این صورت که کانون‌های مراکز در سطح استان‌ها، کمترین هماهنگی را با سایر کانون‌های استانی و به طریق اولی با کانون کشوری مراکز دارند. عموماً سیاست‌ها و برنامه‌ها به صورت جزیره‌ای و بدون هماهنگی با کانون کشوری تدوین و عملیاتی می‌شود.^۳ ارکان کانون کشوری برای نشر اخبار و پاسخ به سئوالات مراکز مستقیماً با صاحبان مراکز در تمام سطح محلی ارتباط برقرار می‌کنند. از سوی دیگر کانون مراکز ظرفیت یا حتی امکان نظارت مستمر بر عملکرد و صحت اجرای قوانین توسط مراکز را در شرایط فعلی ندارند. از این رو یکی دیگر از مهم‌ترین کارویژه‌های تشکل‌های

اجتماعی در خصوص کانون، ابتر مانده است.

■ چنانچه ذکر شد، تشکل‌ها جایگاه خود را به عنوان شریک اجتماعی سازمان پیدا نکرده‌اند. این ایراد بعضاً به دلیل بی‌اعتمادی سازمان و کارشناسان سازمان به مراکز است و بعضاً بروز تخلفاتی از جانب مددکاران و صاحبان مراکز که بازتاب‌های اجتماعی به دنبال داشته، دلیلی برای این نقیصه بوده است. ارتباط غیر مؤثر و کم‌کاری، برخی از ارکان کانون‌ها نیز در این نقیصه بی‌اثر نبوده است. برجسته‌ترین شاهد این ادعا نیز مشارکت صوری کانون در تدوین و تصویب دستورالعمل‌ها و شیوه‌نامه‌هایی است که تاکنون در خصوص تأسیس و فعالیت مراکز در سازمان تصویب و ابلاغ شده است.^۴

۵-۲-۶. چالش‌های مرتبط با صاحبان مراکز

■ بسیاری از صاحبان مراکز با فراخوان سازمان و به امید کسب درآمد و اشتغال‌زایی به میدان و عرصه‌ای وارد شدند که ذاتاً امکان کسب ثروت و سودآوری بالا ندارند. وعده‌هایی برای انجام ۲۲ خدمت برای کارفرمایی به نام سازمان بهزیستی کشور و جبران خدمات آنها توسط سازمان مذکور، بسیاری را مجاب و ترغیب کرد که از پست‌های دولتی خود خارج شوند، سرمایه‌های اقتصادی را تبدیل به منابع کالبدی مورد نیاز تأسیس و فعالیت مرکز کنند، نیروی انسانی جذب کنند تا بتوانند از بستر یک فعالیت انسانی و اجتماعی منافع اجتماعی و اقتصادی خود را افزایش دهند، اما عدم تحقق کامل وعده‌های سازمان و زیان‌ده شدن کسب‌وکار آنها منجر به دلسردی و بی‌انگیزگی صاحبان مراکز شده است.

■ بسیاری از صاحبان مراکز که منافع اجتماعی را بر منافع اقتصادی خود ترجیح می‌دانند، در شرایط فعلی به شدت متأثر از فشارهای مالی و زیان‌انباشته مراکز هستند. ایشان به دلیل اینکه نمی‌خواهند کارکنان خود را اخراج کنند و از معیشت و رفاه حداقلی مددجویان تحت پوشش خود چشم‌پوشی کنند، به زندگی شخصی خود آسیب می‌زنند. این افراد غالباً از خانواده خود دور هستند و نمی‌توانند خواسته‌های خانواده خود را تأمین کنند. در صورتی که اگر هیچ فعالیتی نمی‌کردند و وارد هیچ چالش اداری و سیاسی برای بقای کسب‌وکار خود نمی‌شدند و سرمایه‌ها و آورده‌های اقتصادی

۱. حدوداً ۲۵۰۰ عضو [۲].

۲. تخصص رسانه‌ای، روابط عمومی، خزانه‌داری و حسابداری تخصصی حوزه تشکل‌های اجتماعی و غیرانتفاعی.

۳. سایت.

۴. ساختار و محتوای طرح اقدام مندرج در گزارشات مددکاری هر استان متفاوت از استان‌های دیگر است. برخی از استان‌ها هم اصلاً ورودی به استانداردهای لازم نداشتند.

۵. در ماه‌های اخیر با دعوت از کانون مراکز در اصلاح دستورالعمل‌ها و حضور در نشست‌های تخصصی در حوزه‌های تخصصی عملکردی و همچنین در تعرفه‌گذاری خدمات مراکز، نقش کانون مراکز بهتر شده است، لکن این نقش رسمی و برای سازمان الزام‌آور نیست.

تحصیل در این رشته نیز کاهش خواهد داشت و به همین دلیل در بسیاری از شهرستان‌ها، اساساً مددکار اجتماعی وجود ندارد و مراکز مجبور هستند از فارغ‌التحصیلان سایر رشته‌ها برای تکمیل کادر خود استفاده کنند و این امر نیز به کیفیت خدمات مراکز آسیب می‌رساند.

۶-۲-۶. چالش‌های مرتبط با مددکاران و کارکنان

■ در شریطی که در عمل میزان حقوق و دستمزد پرداختی مددکاران و کارکنان مراکز جزو پایین‌ترین رده‌ها در بازار کار دسته‌بندی می‌شود، داشتن صلاحیت‌های تخصصی و ارائه استانداردهای حرفه‌ای و عملکردی از مددکاران انتظاری به دور از واقعیت است. تدوین برنامه اقدام، بازدید تخصصی، گفتار درمانی، ارائه خدمات مشاوره‌ای و رفع مشکلات معلولان و آسیب‌دیدگان اجتماعی پیر و جوان بسیار پیچیده، سخت و بعضاً خطرناک است که مددکاران مراکز همواره در معرض آن هستند. از سوی دیگر شرایط نامناسب اقتصادی و معیشتی کارکنان و کارگران در کشور در کنار عرضه محدود کار در بازار کار کشور، مددکاران اجتماعی را به افرادی تبدیل کرده است که نه تنها برای امرار معاش خود و خانواده‌شان، بلکه به خاطر انسانیت و مسئولیت‌پذیری ایشان در قبال مددجویان و مستضعفان تحت پوشش مرکز، مجبور به تحمل شرایط نامناسب شغلی و درآمدی هستند.

■ برخی از شاغلان مراکز به دلیل دسترسی نداشتن مراکز به مددکار اجتماعی در منطقه تحت پوشش مرکز یا به دلیل اینکه شاغل مذکور فرصت شغل دیگری برای تصدی آن نداشتند در این مراکز مشغول به کار شدند. این افراد شغل مددکاری در مراکز را به عنوان شغل موقت در نظر می‌گیرند و هر زمان که بتوانند و فرصت شغلی مناسب‌تری پیدا کنند، مراکز را ترک می‌کنند و صاحبان مراکز را مجدداً درگیر کارمندیابی و آموزش حین خدمت می‌کنند که این مسئله نیز به عملکرد مراکز آسیب می‌رساند.

■ برخی از شاغلین مراکز که به اشتباه یا از سر اجبار (بیکاری) به کسب و کار اجتماعی روی آورده‌اند و منافع فردی‌شان بر هر ارزشی اولویت دارد، در شرایط نامناسب درآمدی ترک خدمت نمی‌کنند و اما ممکن است رفتارهای غیراخلاقی، غیرقانونی و بعضاً رفتارهای

خود را در بانک می‌گذاشتند و سود پول خود را دریافت می‌کردند می‌توانستند زندگی بسیار بهتری برای خود و خانواده‌شان فراهم کنند.

■ برخی از صاحبان مراکز که انگیزه‌های اقتصادی آنها در انجام کسب و کار خود کاملاً بر منافع اجتماعی ایشان غالب است؛ به این صورت عمل می‌کنند که پس از کسر سود مورد انتظار خود، مابقی کمک‌هزینه جبران خدمات (یارانه) دریافتی را به مصارف جاری و سر بار مرکز تخصیص می‌دهند. این گروه با توجه به عدم تناسب هزینه‌های مرکز با منابع دریافتی، حقوق کارکنان خود را کمتر از حداقل دستمزد کارگران پرداخت می‌کنند^۱ و بعضاً مشاهده شده است که برخی از این مراکز حق بیمه کارکنان‌شان را به سازمان تأمین اجتماعی پرداخت نمی‌کنند یا اینکه کمتر از میزان مقرر پرداخت می‌کنند. جذب کمک‌های مردمی و خیرین و عدم اطلاع‌رسانی این موارد به سازمان از دیگر موارد غیر قانونی این مراکز است.

■ برخی از صاحبان مراکز با حداقل صلاحیت لازم، امتیاز تأسیس مرکز را اخذ کرده‌اند. از این رو انتظار کارایی و کارآمدی از مراکز تحت مدیریت آنها بلاوجه و بی‌مورد است. از آنجا که حوزه عمل آنها، اجتماعی و فرهنگی است هر گونه سوء عملکرد این گروه باعث افت شدید سرمایه اجتماعی سایر مراکز نیز خواهد شد.

■ علاوه بر این موارد، در شرایطی که منابع درآمدی حداقلی را برای مراکز متصور باشیم، استخدام مددکار اجتماعی متخصص و برجسته برای ارائه خدمات اجتماعی با کیفیت در محلات تحت پوشش مراکز اساساً امکان‌پذیر نخواهد بود. به عبارتی یک دانش‌آموخته ممتاز رشته مددکاری از یک دانشگاه معتبر کشور با حداقل حقوق کارگر و بدون هیچ مزایای شغلی، جذب مراکزی در شرف ورشکستگی نخواهد شد؛ مگر اینکه ایشان به منابع مالی ناشی از اشتغال در مرکز نیاز نداشته باشد که در شرایط اقتصادی کشور، تعداد این افراد قابل توجه نخواهد بود. از سوی دیگر شغل مددکاری که غالباً در ساختار و تشکیلات مراکز توان بخشی، مثبت زندگی، شبه‌خانواده، کلینیک‌های مشاوره و... تعریف می‌شود و در مقایسه با سایر مشاغل موجود در بازار کار رقیب، فاقد جذابیت مالی و مزیت رقابتی است. از این رو متقاضی

۱. طبق گزارشات غیر رسمی که نگارنده از برخی مددکاران دریافت کرده، برخی از مراکز حقوقی بین یک تا دو و نیم میلیون تومان در سال ۱۴۰۲ به مددکاران خود پرداخت می‌کنند، این در صورتی است که حداقل حقوق کارگر در سال مذکور حدوداً ۷ میلیون تومان و خط فقر کشور نیز بیش از دو برابر این مبلغ است.

۲. بعضاً به دلایلی مانند ارتباط خویشاوندی، سفارش یا فشار مقامات و مدیران سیاسی، گزینش و ارزیابی نامناسب سازمان و... مجوز تأسیس مراکز را دریافت کردند. هر چند تعداد این افراد زیاد نیست، اما ناکارآمدی‌های آنها به وجه اجتماعی تمامی مراکز آسیب‌زده است و باعث شده بسیاری از ذی‌نفعان این حوزه مراکز مثبت زندگی را به دلیل ناکارآمدی برخی از آنها «مراکز مصیبت زندگی» اطلاق کنند.



۷-۲-۶. چالش‌های مرتبط با مددجویان و خانواده مددجویان

■ افراد بسیار زیادی هستند که از میان نیازمندان و آسیب‌دیدگان کشور تحت پوشش حمایت‌های سازمان قرار ندارند و در یک محله کوچک احساس تبعیض می‌کنند.^۱

■ مشاهدات میدانی حکایت از آن دارد که خانواده‌هایی وجود دارند که مادر سالخورده سرپرست خانواده تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی و فرزند معلول ایشان تحت پوشش سازمان بهزیستی است و برای قطع نشدن حمایت‌های دولت مجبور هستند که بازدیدهای زیاد و سؤال جواب‌های زیاد و پرونده‌سازی و مزاحمت‌های ناشی از بازدیدهای سرزده مددکاران هر دو نهاد حمایتی را تحمل کنند.

■ به دلایل فرهنگی و اجتماعی متعدد، بسیاری از مددجویان اساساً انتظاراتی خارج از ظرفیت‌های قانونی و مالی سازمان دارند و این‌گونه استنباط می‌کنند که همواره باید زیر چتر این‌گونه حمایت‌ها باشند. به‌نحوی که حتی اگر مراکز شرایط استقلال نسبی آنها را فراهم کنند با مراکز همراهی نمی‌کنند تا اینکه بتوانند تا آخر عمر از مستمری دولتی استفاده کنند. تقریباً با قاطعیت می‌توان ادعا کرد که قطع نشدن مستمری مددجویان خط قرمز بخش زیادی از آنهاست و هر کاری می‌کنند که این امر واقع شود. به عبارت دیگر بسیاری از مددجویانی که در کشور مستمری دریافت می‌کنند به‌هیچ‌عنوان از جامعه مستمری‌بگیران کشور خارج نمی‌شوند، مگر پس از فوت ایشان یا در پی کشف تخلف آنها توسط مراکز.

■ بخش قابل توجهی از جامعه مددجویان نیز هستند که عزت نفس زیادی دارند و از تحت پوشش قرار گرفتن خود احساس شرم می‌کنند. مشاهدات نگارنده حکایت از آن دارد که این افراد با وجود معلولیت‌های شدید، صرفاً از دولت مطالبه اشتغال زایی دارند تا با انکاب به توان خود از پس مخارج خود و خانواده خود برآیند.^۲

■ برخی از مددجویان به‌سبب کم‌سواد بودن یا بعضاً به دلایل فقر فرهنگی اجازه توانمندسازی، درمان و بهبود شرایط را به مددکاران نمی‌دهند. برای نمونه مددکاری پس از بازدید از منزل متوجه می‌شود که فرزند با استعداد خانواده با اصرار مادر ترک تحصیل کرده و در زمان مشاوره با مددکار صرفاً درباره خرید وسایل خانه با مددکار صحبت می‌کنند. به عبارت دیگر مادر کم‌اطلاع خانواده برای دریافت یک کولر یا یک اتاق بیشتر، فرزند خود را از تحصیل

غیرانسانی بروز دهند.^۱ برخی از این رفتارهای به‌شرح ذیل است:
■ ایجاد باز دیدهای صوری با درج عکس‌های تکراری و موقعیت‌های جغرافیایی دستی در نرم‌افزار مثبت زندگی؛

■ رونوشت گرفتن از گزارش‌های بازدیدهای گذشته و بارگذاری آنها به جای گزارش‌های بازدیدهای جدید؛
■ فاکتورسازی برای بیشینه کردن درآمدهای خارج از نظام حقوق و دستمزد مراکز؛

■ سوءاستفاده از مددجویان و اخذ رشوه در ازای ادامه روند حمایتی سازمان یا دریافت حمایت‌های مالی غیرقانونی و سایر فسادهای مالی و اخلاقی دیگر.

■ برخی از مددجویان به‌ویژه مددجویان امدادی با مشکلات روحی و روانی مواجه هستند؛ همچنین برخی از توان‌خواهان از کیفیت پایین خدمات حمایتی دولت بسیار عصبانی هستند و بازدیدهای پر تعداد و سئوالات بی‌نتیجه مددکاران را بی‌احترامی قلمداد می‌کنند. مددکاران اجتماعی که عموماً خانم‌های جوان هستند همواره در معرض خطرات جسمی و روانی ناشی از مواجهه با این گروه از مددجویان عصبانی و آزرده‌خاطر هستند.

■ برخی از مددکاران و حتی برخی از مسئولین فنی مراکز به قواعد الزام‌آور مندرج در دستورالعمل‌ها و شیوه‌نامه‌های مرتبط با فعالیت مراکز مسلط نیستند و این مسئله بر عملکرد آنها تأثیرگذار است. همچنین در برخی از موارد پیامدهای حقوقی و قضایی یا انضباطی پیش‌بینی نشده برای مراکز به دنبال دارد.

■ بسیاری از مددکاران شاغل در مراکز، جوانان تحصیل‌کرده‌ای هستند که به امید استقلال مالی و اداره زندگی خود در مراکز مشغول به کار شده‌اند. اکنون سن آنها زیاد شده و فرصت استخدام در دستگاه‌های اجرایی را از دست داده‌اند. پیشنهادهای شغلی دیگر را رد کردند و فرصت‌های شغلی محدود پیش‌روی آنها نیز از دست رفته است. با توجه به اینکه در سال‌های اشتغال در مراکز سرپرست خانواده شدند یا بچه‌دار شده‌اند، زمانی برای یادگیری و راه‌اندازی کسب‌وکار جدید نیز ندارند. به بیان دیگر شرایط نامناسب درآمدی مراکز، آینده آنها را نیز تحت‌الشعاع قرار داده و امید را از آینده آنها سلب کرده است. قاعدتاً مددکار ناامید نمی‌تواند امیدبخش مددجویان افسرده و فرسوده باشد.

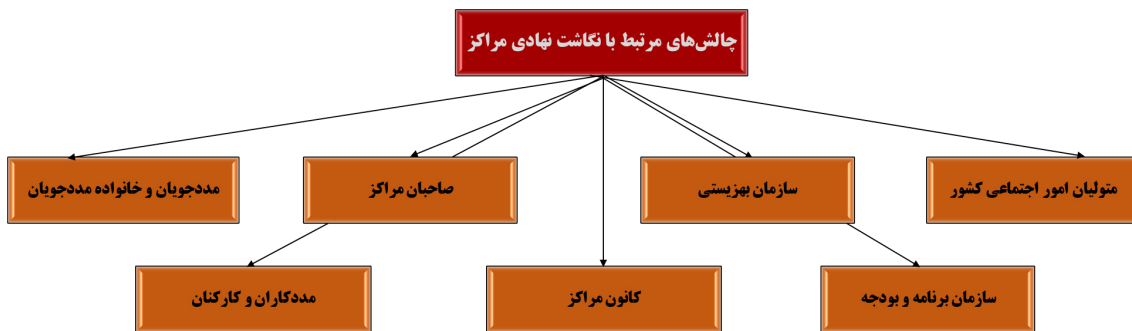
۱. برای مثال یک برادر و خواهر که در یک محله زندگی می‌کنند و هر دو زندگی نامناسبی دارند و شرایط پوشش بهزیستی را ندارند، لکن یکی در مرکز مثبت محله پرونده دارد، اما دیگری در پوشش مرکز مذکور قرار ندارد.
۲. برخی از این مددجویان با وجود مشکلات مالی فراوان از قبول پول و یارانه‌های حمایتی سازمان ممانعت می‌کنند.

از این رو مسیر بهبود و توانمندسازی برای ایشان پیموده نمی‌شود. ■ برخی از مددجویان یا سرپرست‌های آنها، حمایت‌های مالی دریافتی مددجو را صرف موارد خلاف (خرید مواد مخدر) می‌کنند یا از آنها می‌گیرند و درمان یا توانمندسازی مددجو را متوقف می‌کنند. ■ برخی از مددجویان به دلیل اینکه دوست ندارند تحت پوشش بودن آنها افشا شود از همکاری با مددکاران امتناع می‌کنند.

محروم و ایشان را در معرض آسیب و محرومیت اجتماعی قرار می‌دهد. در این شرایط زحمات مددکاران به سرانجام نمی‌رسد. بسیاری از مددجویان در زمان بازدید شرایط اقتصادی و اجتماعی خود را شبیه‌سازی می‌کنند یا گزارش نادرست و غیرواقع به مددکاران می‌دهند تا بتوانند از حداکثر منابع حمایتی بهره‌مند شوند.

■ برخی از مددجویان به سبب ناکافی بودن کمک هزینه جبران خدمات (یارانه) دریافتی یا به‌هنگام نبودن آنها، منابع دریافتی از سازمان را در مسیرهای خارج از برنامه اقدام ایشان هزینه می‌کنند.

شکل ۲.۲. اهم نهادهای مرتبط با تأسیس و فعالیت مراکز



در بررسی صلاحیت‌های مسئولین فنی و صاحبان مراکز، شاخص‌هایی از جمله سلامت روان، دانش و مهارت‌های ادراکی، تعهد و مسئولیت اجتماعی، پذیرش قانون و رعایت اخلاق حرفه‌ای مدنظر قرار نمی‌گیرد و ارزیابی‌ها بیشتر به نداشتن سوء پیشینه مؤثر کیفی، نداشتن اعتیاد و داشتن تحصیلات مرتبط معطوف است.

۹-۲-۶. چالش‌های مرتبط با فرایند عملیاتی مراکز

یکی از مهم‌ترین مشکلاتی که در فرایندهای عملیاتی مراکز مشهود است، ناقص بودن فرایند مددکاری اجتماعی در این مراکز است. براساس مقررات موضوعه، مددکاران اجتماعی صرفاً مکلف به شناسایی و ثبت مسائل اجتماعی مددجویان هستند و برای تأمین و رفع مسائل آنان، الزام قانونی برای آنان وجود ندارد. این در حالی است که بسیاری از مددکاران و مدیران مراکز، خارج از شرح وظایف‌شان برای رفع مشکلات مددجویان از طریق تعاملات و ارتباطات شخصی و گاهی به واسطه تخصیص سرمایه‌های

۸-۲-۶. چالش‌های مرتبط با فرایند صدور مجوز تأسیس مراکز

کمیسیون ماده (۲۶) قانون تنظیم، متولی اصلی صدور مجوز مراکز در سازمان بهزیستی است. ترکیب اعضای این کمیسیون کاملاً داخلی و انحصاری است و هیچ نهادی بیرونی در آن حضور ندارند. این در شرایطی است که مجوز تشکلهای تحت پوشش وزارت کشور در شورایی^۱ با مشارکت دستگاه‌های تخصصی، نمایندگان تشکلهای اجتماعی و نهادهای نظارتی بررسی می‌شود.

فرایند مذکور زمان‌بندی مشخصی ندارد و با توجه به اینکه در حال حاضر از قواعد مندرج در درگاه ملی مجوزها خارج شده، محدودیت دو ماهه برای صدور مجوز در ارتباط با مراکز مثبت زندگی جاری نیست.

کانون‌های استانی و کشوری مراکز نه تنها در ترکیب اعضای کمیسیون ماده (۲۶) قانون تنظیم عضویت ندارند، بلکه در مراحل بررسی «موافقت اصولی»، «صلاحیت مسئول فنی» و «پروانه فعالیت» مراکز، استعلامی نیز از آنان صورت نمی‌پذیرد.

۱. شورای ملی توسعه و حمایت از تشکلهای مردم‌نهاد.



اقتصادی و اجتماعی خود اقدام می‌کنند.

دستورالعمل‌های ابلاغی سازمان بهزیستی با استانداردهای مرتبط با توانمندسازی توان‌خواهان و آسیب‌دیدگان اجتماعی انطباق ندارد. در بهترین شرایط منتج به حفظ وضع موجود مددجویان و بدتر نشدن وضعیت اقتصادی و اجتماعی ایشان می‌شود. به عبارت دیگر فرایندها و قواعد ترسیم شده در این دستورالعمل‌ها غالباً منجر به توانمندسازی و بهزیستی مددجو نمی‌شود.

مقرره‌ای تحت عنوان شیوه‌نامه نظارت بر عملکرد در سازمان تهیه و ابلاغ شده، لکن با استانداردهای یک نظام ارزیابی و مدیریت عملکرد فاصله بسیار زیادی دارد. شاخصه‌های این نظارت

کیفی هم نیست و صرفاً تعداد پرونده‌های بازدید شده و تعداد گزارش‌های تهیه شده مراکز را مدنظر دارد. به عبارتی، سازمان، توانمندشدن و بهبود زندگی مددجویان را ارزیابی نمی‌کند و فقط آمارهای کمی مورد بررسی قرار می‌گیرند و بهبود وضعیت معیشتی و توانمندسازی مددجو را به عنوان مقصد غایی مراکز، ارزیابی نمی‌کند. در شرایطی که نظام ارزیابی عملکرد مستقر نشده باشد، نظام‌هایی مانند آموزش، ارتقا و جبران خدمت نیز به‌طور قطع ناکارآمد خواهد بود.

سامانه مثبت زندگی، ناقص و پیچیده است. همچنین سامانه مذکور، کاربر آشنا نیست. اهم مشکلات سامانه به شرح ذیل است:

جدول ۲. مقایسه مشکلات سامانه‌های قدیم و جدید مثبت زندگی

ردیف	مشکل	سامانه قدیم ^۲	سامانه جدید ^۳
۱	امکانات و تجهیزات ثبتي توضیحات ندارند. یعنی مندرس بودن یا خراب بودن مشخص نمی‌شود، بلکه صرفاً وجود داشتن یا نداشتن آن ارقام ثبت می‌شود.	✓	✗
۲	امکان گزارش‌گیری و دریافت خروجی در فایل‌های اکسل / اکسس وجود ندارد.	✓	✗
۳	فرم و ساختار سامانه پیچیده و کار برای کاربر سخت است.	✓	✓
۴	وضعیت کمیسیون‌های اولیه اکثراً اشتباه ثبت شده است.	✓	✓
۵	بخش مرتبط با ثبت عملکرد سیستم بسته است. زمانی هم که باز بود فقط گزینه امکان ثبت گزارش‌های قابل پایش بوده و امکان ثبت عملکرد اجتماعی و مددکاری وجود نداشته است.	✓	✓
۶	سامانه ظاهری خسته‌کننده دارد.	✓	✗
۷	بسیاری از بازدیدها به دلیل باگ‌های سیستمی حذف شده است.	✓	✓
۸	بسیاری از لوکیشن‌های گذشته تغییر پیدا کرده و موقعیت‌های ثبت شده اشتباه است.	✓	✓
۹	امکان صحت‌سنجی گزارش‌های صوری وجود ندارد.	✓	✓
۱۰	امکان مشاوره‌یابی و شناسایی گزارش‌های رونوشت شده وجود ندارد.	✓	✓
۱۱	گزارش‌های مددکاری کمتر به ابعاد مددکاری، توان‌بخشی و توانمندسازی اشاره دارد.	✓	✓
۱۲	در بخش «ثبت خدمات» فقط یک خدمت وجود دارد (فقط گزینه «پایش پرونده» است).	✓	✓
۱۳	گزینه‌های موجود در بخش «اطلاعات مددجو» ناقص است و بسیاری از موارد ثبت نمی‌شود.	✓	✓
۱۴	گزینه‌های مرتبط با وضعیت اقتصادی و اجتماعی مددجو متناسب با گروه‌های متفاوت مددجویان به‌ویژه برای معلولان مناسب نیست.	✓	✓

1. User Friendly

2. <https://lifeplus.behzisti.net/>

3. <https://ssolab.behzisti.gov.ir/>

طراحی نشده است. برای نمونه مددجو باید منابع مالی مورد نیاز مناسب‌سازی منزل را از طریق قرض کردن یا وام گرفتن تأمین کند. مناسب‌سازی (رِمپ، نرده، سرویس بهداشتی و...) را از طریق پیمان کار انجام دهد و فاکتورهای هزینه‌های انجام شده را به همراه تصاویر اقدامات انجام شده از طریق مرکز برای سازمان ارسال کند. در پایان کارشناس سازمان بررسی می‌کند که چه میزان از هزینه‌های انجام شده مورد قبول سازمان است و اقدام اداری برای بازپرداخت هزینه‌های انجام شده را انجام دهند. این در شرایطی است که بسیاری از مددجویان امکان تأمین منابع مالی مورد نیاز را ندارند. همچنین برخی از هزینه‌های انجام شده مورد تأیید کارشناس قرار نمی‌گیرد و شرایط مالی مددجو را بدتر می‌کند. تمام این موارد در شرایطی است که از جانب سازمان، به طور میانگین برای حوزه مناسب‌سازی، مبلغی در حدود ۳ میلیون تومان تخصیص داده می‌شود.

۱۰-۲-۶. چالش‌های مرتبط با ساختار تأمین مالی و جبران خدمات مراکز

یکی از مهم‌ترین نقاط ضعف عملکردی مراکز، متوجه الگوی کسب و کار و نظام جبران خدمات آنهاست. به این صورت که مراکز به ازای ۴۵۰ پرونده که سالی دوبار بازدید می‌کنند و اقدامات مددکاری مرتبط با آنها را انجام می‌دهند، از سازمان کمک هزینه جبران خدمات (یارانه) دریافت می‌کنند. کسر هر پرونده از سرجمع فعالیت‌های مراکز به منزله کوچک شدن سبد درآمدی مراکز خواهد بود. به عبارت دیگر، مددجو همواره باید در چرخه توانمندسازی باقی بماند تا پرونده آن، از سرجمع پرونده‌های تحت پوشش مرکز خارج نشود تا منابع دریافتی مراکز استمرار یابد. به عبارت دیگر نظام جبران خدمات مراکز مبتنی بر پرونده و ارزیابی‌های کمی است و ارزیابی کیفی و جبران خدمات مبتنی بر اثربخشی مدنظر قرار نگرفته است.

■ قیمت تمام شده خدمات مراکز، تاکنون به صورت علمی و منطقی و حتی فرمول محاسبه آن نیز تعیین نشده است.

■ تعرفه‌گذاری در سازمان با مشارکت مؤثر کانون مراکز انجام نمی‌شود، بلکه قاعده تعرفه‌گذاری این گونه است که با توجه به اعتبارات موجود حدودی را مشخص می‌کنند و با چانه‌زنی میان کانون مراکز و سازمان به عدد توافقی می‌رسند. این مسیر چانه‌زنی هم رسمی نیست و الزام قانونی ندارد. به عبارت دیگر سازمان می‌تواند بدون چانه‌زنی تعرفه خدمات را تعیین و در قالب

■ مرحله «بازدید» از فرایند عملیاتی مرکز، سخت و پرهزینه است. بی‌توجهی به بازطراحی فرایندی باعث بروز تخلف‌هایی توسط بازدیدکنندگان خواهد شد. عدم تناسب نظام جبران خدمات با سختی کار بازدیدکنندگان، فراوانی این تخلفات را تشدید می‌کند. باین حال اغلب مددکاران مراکز به دلیل مسئولیت اجتماعی و دغدغه‌هایی که دارند، اخلاق حرفه‌ای را رعایت و سختی‌های مذکور را تحمل می‌کنند. شایان توجه است که مراکز برای هر بازدید از مناطق شهری مبلغی در حدود ۱۰۹ هزار تومان از سازمان بهزیستی دریافت می‌کنند که بخشی از آن صرف حقوق مددکار خواهد شد و بخش دیگری نیز صرف هزینه ایاب‌و‌ذهاب و هزینه‌های عملیاتی مرتبط با ثبت و ارسال گزارش‌های مربوط به بازدید میدانی می‌گردد. این در شرایطی است که گاهی برای یک بازدید از مناطق محروم مددکاران باید حدوداً یک ساعت در میان جنگل یا کوه پیاده‌روی کنند و در این مسیر مددکاران با مشکلاتی مانند زمین خوردن و آسیب جسمی دیدن یا پاره شدن کفش و لباس مواجه هستند. در برخی از موارد، سگ‌های ولگرد یا گرگ و مار به آنها حمله می‌کند. در برخی از موارد مددجویانی که شرایط روانی مناسبی ندارند آنها را به خانه راه نمی‌دهند یا بعضاً به آنها پرخاش می‌کنند.

■ امکان صحت‌سنجی بازدید و گزارش بازدیدها در فرایند عملیاتی مراکز دیده نشده است. به عبارت دیگر کارشناسان سازمان و حتی صاحبان مرکز نمی‌توانند تأیید کنند که آیا تمامی بازدیدهای ثبت شده، واقعاً انجام شده یا خیر، گزارش ثبت شده جدید است یا رونوشت شده از گزارش‌های قبلی، و گزارش ثبت شده واقعی است یا شرایط مددجو متفاوت از آن چیزی است که در گزارش ثبت شده است.

■ سرانه پرداختی سازمان به ازای هر بازدید و مددکاری اجتماعی با میزان سختی کار و زمان بردن آن تناسب ندارد. از این رو، مددکاران مجبور هستند برای ایجاد صرفه اقتصادی چندین بازدید سخت و خسته‌کننده را در یک روز انجام دهند و این مسئله کاهش کیفیت بازدیدها و به تبع آن افت کیفیت گزارش‌های مددکاری را به دنبال خواهد داشت.

■ رویه‌های اجرایی نامناسب از جمله انتقال فیزیکی آمار و ارقام از مراکز به بهزیستی شهرستان (از طریق حافظه همراه) نیز بخش پنهان این فرایند است که هم اطلاع فرایند مددکاری را به همراه دارد و هم هزینه‌های مراکز را افزایش می‌دهد.

■ پرداخت هزینه‌های عملیاتی مندرج در برنامه اقدام به درستی



و مددکاری این افراد، پرخطرتر، تخصصی‌تر، حساس‌تر و بیشتر از سایرین است.

■ هزینه‌های ایاب و ذهاب و سایر هزینه‌های عملیاتی مراکز در مناطق روستایی و شهری، بر خوردار و کم‌برخوردار یکسان در نظر گرفته شده است. البته پرواضح است که تعیین این هزینه‌ها به تفکیک مذکور بسیار سخت و زمان‌بر است.

■ مشکلات و خطاهای سامانه که منجر به دوباره‌کاری مددکاران و افزایش هزینه‌های آنها و مراکز می‌شود در سرجمع هزینه‌های تمام‌شده خدمات مراکز محاسبه نشده است.

نظام حقوق و دستمزد نامناسب برای مددکاران و کارکنان مراکز، به قدری ناچیز است که اساساً امکان به کارگیری متخصصین و نخبگان در این مراکز وجود ندارد و این امر سبب شده است که برخی خدمات تخصصی از طریق افراد غیرمتخصص صورت پذیرد.

■ مؤسسات غیرانتفاعی (خیریه) می‌توانند با رعایت شرایط مندرج در ماده (۱۳۹) قانون مالیات‌های مستقیم از تسهیلات مالیاتی بهره‌مند شوند، لکن مراکز انتفاعی و اشخاص حقیقی از این تسهیلات محروم هستند [۱۵]. این موضوع در شرایطی تبدیل به یک چالش می‌شود که جبران خدمات مراکز انتفاعی از جانب سازمان به حد کفایت انجام نمی‌شود.

■ در خصوص تسهیلات موضوع ماده (۱۷۲) قانون مالیات‌های مستقیم نیز ابهام‌ها و ایرادهایی وجود دارد. به این صورت که ۱۰۰ درصد میزان منابع مالی واریز شده مؤدی به حساب سازمان بهزیستی از درآمد مشمول مالیات عملکرد سال پرداخت منبعی که مؤدی انتخاب خواهد کرد، قابل کسر است [۱۵]، اما اگر واریزی مؤدی به حساب مراکز باشد، این میزان حدوداً ۲۰ درصد خواهد بود. در خصوص اشخاص حقیقی نیز در این مورد مناقشه وجود دارد.

■ جلب مشارکت‌های مردمی پس از اخذ مجوز از شورای جذب و تبلیغات سازمان برای مؤسسات غیرانتفاعی (خیریه‌ها) بلامانع است؛ در صورتی که مراکز انتفاعی و اشخاص حقیقی صرفاً عامل جلب مشارکت برای سازمان هستند و نمی‌توانند مستقیماً از منابع جذب شده استفاده کنند.

تفاهم‌نامه رأساً به مراکز ابلاغ کند. مسلماً مراکز به دلایل مختلف مجبور به پذیرش تعرفه و امضای تفاهم‌نامه هستند.

■ کمک‌هزینه جبران خدمات (یارانه) که سازمان بهزیستی برای خدمات ارائه شده مراکز در نظر می‌گیرد معمولاً چندین بار کمتر از هزینه‌هایی است که اجرای دستورالعمل‌ها و تکالیف حقوقی بر مراکز تحمیل می‌کنند. ساختمان اجاره‌ای، حقوق و بیمه کارکنان، هزینه انشعابات و حامل‌های انرژی به قدری بر صاحبان مراکز بار مالی ایجاد کرده که اخیراً چندین مرکز تعطیل شده‌اند و چندین صاحب‌امتیاز دیگر نیز درخواست انحلال مراکز خود را به سازمان ارسال کرده‌اند.

■ با توجه به محدودیت‌های بودجه‌ای و تخصیص نامناسب اعتبارات دولتی برای خرید خدمات از مراکز، عملاً امکان ارائه خدمات با کیفیت از مراکز مذکور سلب می‌شود.

■ همان‌طور که پیشتر بیان شد، نظام جبران خدمات مراکز، بر اساس ارزیابی کیفی و بر اساس نظام رتبه‌بندی نیست. هر ماه بررسی می‌شود که چه تعداد بازدید انجام شده و به‌ازای آن کمک‌هزینه جبران خدمات (یارانه) به مراکز پرداخت می‌شود، اما مشخص نیست که وضعیت مددجویان به چه میزان بهبود یافته است.

■ فرایند ارزیابی عملکرد حاکم بر مراکز از کارآمدی لازم برخوردار نبوده و بعضاً موجب تحمیل خواسته‌های اضافی سازمان به مدیران و کارکنان این مراکز می‌گردد و ابزار انگیزشی لازم برای مددکاران و صاحبان مراکز در آن دیده نشده است. به این صورت که اگر دستورات و برنامه اضافی سازمان توسط مراکز برآورده نشود، سی درصد از کمک‌هزینه جبران خدمات اجتماع محور مراکز توسط کارشناس استان کسر می‌شود و هیچ مشوقی برای مراکز است که خدمات با کیفیت ارائه می‌دهند یا برنامه‌های اضافی سازمان را انجام می‌دهند، در این نظام ارزیابی تعریف نشده است.

■ هزینه‌های انجام شده مددجویان امدادبگیر معادل با سایر مددجویان در نظر گرفته شده است؛ در صورتی که تعداد بازدیدهای مددجویان امدادبگیر، دو برابر بازدیدهای سایر مددجویان تحت پوشش مراکز است. فرایند گزارش‌گیری و ثبت گزارش آنها، بسیار طولانی‌تر و سخت‌تر است. خدمات مشاوره‌ای

۷. جمع‌بندی و پیشنهادها

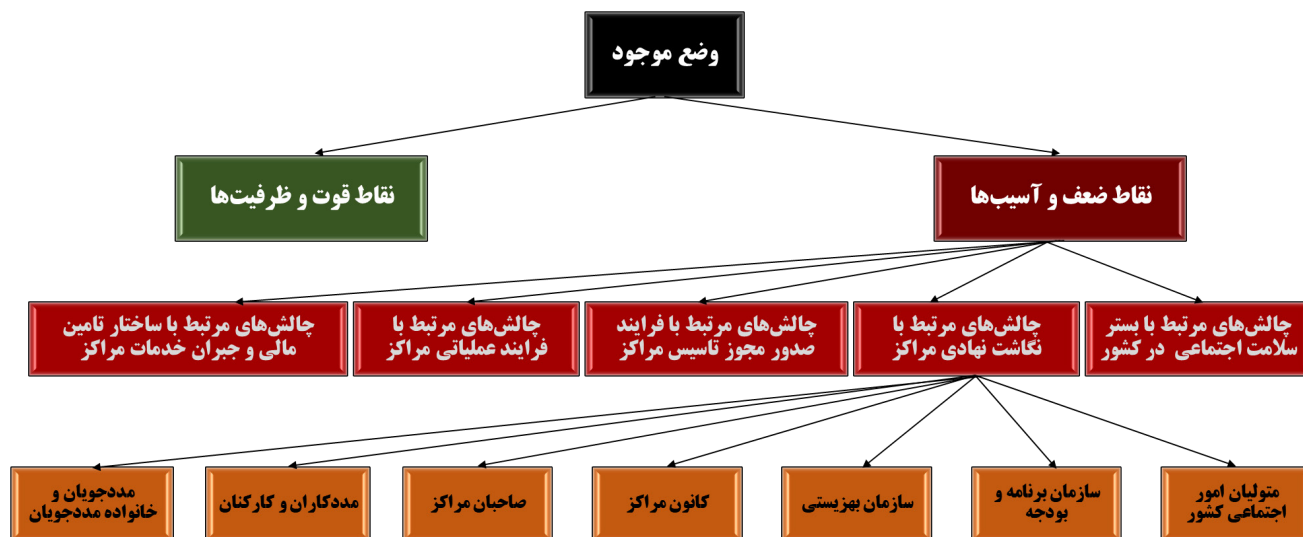


گرفته نمی‌شود. در برخی از مراکز دیده می‌شود که مددکاران شاغل در آنها، حقوقی در حدود ۲ میلیون تومان دریافت می‌کنند. در برخی از موارد نیز گزارش شده که صاحب‌امتیاز مرکز، بیمه مددکاران را پرداخت نکرده است. در شرایطی که خط فقر در کشور به حدود ۱۵ میلیون تومان رسیده [۸] دریافت حقوق ۲ میلیون تومانی به معیشت، آمال و آینده مددکاران آسیب‌های جدی وارد می‌کند. در این شرایط برخی از مددکاران ترک خدمت می‌کنند و به سمت اشتغال دولتی (اکثراً آموزش و پرورش) یا کسب و کارهای اقتصادی دیگر روی می‌آورند. بسیاری از مددکاران که به دلیل غوطه‌ور شدن در مسئولیت اجتماعی خود، تبدیل به شریک و هم‌درد مددجویان شده‌اند، حتی با وجود حقوق کم نمی‌توانند مددجویان خود را رها کنند. این افراد، هزینه فعالیت‌های اجتماعی خود را با لطمه‌زدن به زندگی شخصی خود می‌پردازند. دسته دیگری از مددکاران هستند که به بهانه ناچیز بودن دریافتی‌شان نسبت به حجم و سختی کارشان از طریق کاهش کیفیت کار، تلاش می‌کنند، نوعی تعادل در داده و ستانده خود ایجاد کنند، اما در نهایت افرادی آسیب می‌بینند که تحت پوشش خدمات امدادی و حمایتی مددکاران، صاحبان مراکز، سازمان بهزیستی و دولت هستند. دومینوی بی‌پولی و گره‌های درهم تنیده ناکارآمدی باعث افزایش محرومیت و محرومیت نسبی افرادی خواهد شد که ابزار و ساختاری برای اعتراض و احقاق حقوق خود ندارند.

علاوه بر موارد فوق‌الذکر سازمان و دولت در عمل، مراکز را شریک تجاری خود نمی‌دانند و برای ایجاد صرفه‌جویی مالی و اعتباری از ظرفیت‌های آنها استفاده می‌کنند. در واقع سازمان به‌عنوان یک مرئوس یا پیمانکار به آنها می‌نگرند. در این بستر سازمان و مراکز در یک رقابت بازنده - بازنده خواهند بود که هر کدام به دنبال افزایش دستاورد خود در مواجهه با دیگری هستند.

بررسی بودجه عمومی کشور طی دهه اخیر حکایت از آن دارد که عمدتاً منابع کشور پاسخ‌گوی مصارف آن نیست و این امر سبب شده است که دولت با کسری منابع مواجه شود که شاید عمده‌ترین دلیل آن اعمال تحریم‌های ظالمانه بر کشور باشد. نرخ تورم در کشور نیز عمدتاً در سال‌های اخیر بالاتر از میانگین حقوق دستمزد بوده و به همین دلیل هزینه تمام شده خدمات نیز افزایش یافته است. افزایش کسری بودجه در کنار افزایش هزینه تمام شده خدمات، باعث شده تا سازمان برنامه‌بودجه در تأمین اعتبار مورد نیاز سازمان بهزیستی برای ارائه ۱۵۹ خدمت تکلیفی با مشکل مواجه باشد. سازمان بهزیستی نیز با توجه به کسری بودجه، در انجام تکالیف متعدد خود مجبور به اولویت‌بندی شده و متناسب با بودجه محدودی که از سازمان برنامه‌بودجه دریافت می‌کند برای مهم‌ترین خدمات بهزیستی برنامه‌ریزی می‌کند. کمبود منابع سازمان، دلیلی برای پرداخت نشدن هزینه تمام شده خدمات به مراکز مثبت زندگی شده است. بخش کوچکی از هزینه تمام شده به‌عنوان کمک‌هزینه جبران خدمات (یارانه) به صاحبان مراکز پرداخت می‌شود. صاحبان مراکز، به‌عنوان سرمایه‌گذاران اجتماعی کشور در کسب و کار خود متضرر می‌شوند. نتیجه آنکه برخی از این مراکز در صدی از وجوه دریافتی از سازمان را به‌عنوان حق‌الزحمه خود کسر می‌کنند و هر آنچه باقی بماند را به هزینه‌های عملیاتی و سربار مرکز تخصیص می‌دهند. برخی مجبور می‌شوند تا مرکز خود را تعطیل کنند. برخی نیز با تحمل فشارهای اقتصادی و اجتماعی فراوان خدمت‌رسانی به مددجویان را متوقف نمی‌کنند، اما زندگی شخصی و خانوادگی ایشان به‌شدت آسیب می‌بیند. زمانی که صاحبان مراکز ضرر و زیان انباشته داشته باشند، علی‌الاصول نمی‌توانند خدمات و زحمات مددکاران را به‌درستی جبران کنند. در بهترین شرایط، حداقل حقوق کارگر را به ایشان پرداخت می‌کنند و هیچ مزایای شغلی برایشان در نظر

شکل ۳. الگوی بررسی وضع موجود مراکز مثبت زندگی



- ۵ تعیین استانداردهای عملکردی در جهت توانمندسازی جامعه هدف بهزیستی با مشارکت ساختارمند کانون‌های کشوری مراکز و مؤسسات؛
- ۶ تعیین قیمت تمام شده یا هزینه انجام شده خدمات بهزیستی با مشارکت کانون مراکز و مؤسسات؛
- ۷ عقد قرارداد خرید خدمات اجتماعی از مراکز و مؤسسات متناسب با استانداردهای عملکردی و براساس قیمت تمام شده خدمات واگذار شده؛
- ۸ جبران خدمات ارائه شده مراکز بر مبنای کیفیت عملکردی، شفافیت و انضباط مالی؛
- ۹ ارزیابی و رتبه‌بندی مراکز و مؤسسات با مشارکت مؤثر و ساختارمند تمامی ذی‌نفعان؛
- ۱۰ افزایش کمک هزینه جبران خدمات (یارانه) به مراکز و مؤسسات به منظور کاهش فاصله میان هزینه انجام شده مراکز و کمک هزینه جبران خدمات پرداختی به آنها؛
- ۱۱ تفاهم با سازمان برنامه و بودجه و سازمان بهزیستی برای تعیین یک بازه زمانی مشخص برای پرداخت کمک هزینه جبران خدمات مراکز؛
- ۱۲ استمهال زمان پرداخت بیمه سهم کارفرما توسط مراکز به

همچنین ناکارآمدی موجود در نهادها و روابط نهادی مرتبط با مددجویان تحت پوشش مراکز باعث افزایش دوباره کاری، اتلاف انرژی و افزایش هزینه‌های عملیاتی برنامه‌های حمایتی و امدادی سازمان می‌شود. در نهایت بروز فسادهای اقتصادی و اجتماعی و تعارض منافع میان سازمان و مراکز نیز مانع از هرگونه اصلاح وضع موجود می‌شود. از این رو برای رفع چالش‌ها و تقویت ظرفیت‌های مراکز مثبت زندگی برای بهزیستی و بهبود سلامت اجتماعی کشور، پیشنهادهایی به شرح زیر ارائه می‌شود:

- ۱ تبدیل مراکز به تشکلهای محله‌محور^۱ و تکمیل فرایند اصلی خدمات بهزیستی در بستر مراکز مثبت زندگی از مرحله شناسایی تا تأمین نیاز؛
- ۲ تصویب آیین‌نامه تأسیس و فعالیت مراکز خدمات بهزیستی (مثبت زندگی) در هیئت وزیران؛
- ۳ واگذاری مأموریت رصد، آمایش و ارزیابی آسیب‌های اجتماعی در سطح محلی به مراکز و در سطح ملی به کانون مراکز؛
- ۴ پذیرش مراکز به عنوان شریک اجتماعی سازمان بهزیستی و مشارکت دادن کانون مراکز و مؤسسات خدمات بهزیستی در فرایندهای تصمیم‌گیری و نظارت بر عملکرد ذی‌نفعان دولتی و غیردولتی حوزه مربوطه؛

1. Community Based Organization (CBO)

۲۰ تفاهم با سازمان اوقاف و امور خیریه به منظور بهره‌مندی از موقوفات به‌عنوان ساختمان مراکز؛

۲۱ تفاهم با سازمان فنی و حرفه‌ای کشور برای آموزش و مهارت‌آموزی رایگان مددکاران و مددجویان تحت پوشش مراکز؛

۲۲ تفاهم با وزارت آموزش و پرورش برای در اختیار قرار دادن امکانات وزارتخانه به مراکز و مددجویان آنها؛

۲۳ تفاهم با وزارت امور اقتصادی و دارایی و سازمان امور مالیاتی کشور برای بهره‌مندی مراکز از تسهیلات مالیاتی موضوع مواد (۱۳۹ و ۱۷۲) قانون مالیات‌های مستقیم؛

۲۴ تفاهم با سازمان برنامه و بودجه برای ایجاد ردیف‌های بودجه‌ای مستقل برای هر گروه خدمتی، ذیل اعتبارات سازمان بهزیستی در قانون بودجه سالیانه کشور به تفکیک خدمات ارائه‌شده توسط مراکز؛

۲۵ هدف قرار گرفتن سلامت اجتماعی در تدوین احکام قانون برنامه پنج‌ساله هفتم توسعه؛

۲۶ در اولویت قرار گرفتن مصارف مربوط به بهداشت، درمان، توان‌بخشی، توانمندسازی و استقلال نسبی و کامل مددجویان و نیازمندان کشور در قانون برنامه و بودجه؛

۲۷ بازآفرینی فرایندهای عملیاتی خدمات بهزیستی در مراکز مثبت زندگی؛

۲۸ اصلاح ساختار تأمین مالی منابع مراکز و ایجاد مزیت رقابتی برای کسب و کارهای اجتماعی در برابر کسب و کارهای اقتصادی؛

۲۹ تسهیل فرایند و قواعد جذب مشارکت‌های مردمی بلاواسطه توسط مراکز و تأمین بخشی از هزینه انجام شده آنها از طریق جذب منابع مالی خیرین؛

۳۰ برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری در زمینه ارتقای کمی و کیفی آموزش و مهارت‌های مددکاری اجتماعی حرفه‌ای در کشور.

سازمان تأمین اجتماعی کشور (برای مثال اعطای فرصت حداکثر یک ماهه به مراکز از زمان دریافت کمک‌هزینه جبران خدمات از سازمان بهزیستی)؛

۱۳ بازبینی دستورالعمل‌های عملیاتی مراکز با مشارکت کانون‌های کشوری مراکز به‌منظور کاهش هزینه‌های سربار، افزایش فرصت درآمدزایی آنها از طریق افزایش پرونده مددجو، افزایش شیفتهای کاری و سایر ظرفیتهای ممکن با تأکید بر حفظ کیفیت خدمات؛

۱۴ ایجاد امکان حقوقی و ساختاری برای بهره‌مندی مراکز از منابع مالی حوزه مسئولیت‌های اجتماعی مجموعه شرکت‌های ذیل شرکت سرمایه‌گذاری تأمین اجتماعی (شستا)؛

۱۵ واگذاری اماکن، مستحقات و امکانات سازمان بهزیستی به مراکز خدماتی تحت پوشش خود به‌صورت ارزان و براساس نظام رتبه‌بندی مراکز به‌گونه‌ای که در عملکرد سازمان مزبور خللی وارد نشود؛

۱۶ تسهیل و تخصیص تسهیلات اشتغال، سرمایه در گردش و کمک‌هزینه خرید ساختمان به مراکز از منابع موجود در صندوق‌ها و بانک‌های تحت مدیریت وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی؛

۱۷ بهره‌مندی مراکز از مخفف‌های بیمه‌ای سازمان تأمین اجتماعی کشور در صورت امکان؛

۱۸ بازبینی الگوی قراردادهای کاری مراکز و رفع مشکلات همکاری با نیروهای داوطلب در مراکز مذکور توسط معاونت روابط کار وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی؛

۱۹ تفاهم با وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای تصحیح و تسهیل و فرایندهای اجرایی مرتبط با درمان تأمین دارو و پوشش بیمه سلامت مددجویان سازمان بهزیستی؛



- [۱]. قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت مصوب ۱۳۸۰.
- [۲]. گزارش کانون مراکز مثبت زندگی در خصوص وضع موجود مراکز مثبت زندگی، طی نامه شماره ۱۱۷ مورخ ۱۴۰۲/۷/۲۲.
- [۳]. قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه‌ای کشور، مصوب ۱۳۹۶.
- [4]. Gina, V & Roland, E. (2007). Toward a Typology of New Venture Creators: Similarities and Contrast Between Business and Social Entrepreneurs. *New England Journal of Entrepreneurship*; Fall 2007.
- [۵]. احمدی، یعقوب و آزاد، نمکی (۱۳۹۱). سرمایه اجتماعی و گونه دمکراتیک فرهنگ سیاسی، فصلنامه علوم اجتماعی، مقاله ۷، دوره ۱۹، ش ۵۹.
- [۶]. رحمت‌الهی، حسین و احسان، آقامحمدآقایی و مهدی، بالوی، (۱۳۹۵). کاهش سرمایه اجتماعی، دولت و مشارکت مردم. مدیریت سرمایه اجتماعی، ۳(۳).
- SID. <https://sid.ir/paper/266907/fa>
- [۷]. دانشگاه فردوسی (۱۴۰۱)، پیمایش ملی گرایش مردم ایران به نیکوکاری، تهران، مؤسسه خیرماندگار، چاپ اول.
- [۸]. موسوی‌نیک، سیدهدادی و شهاب‌الدین، فولادی‌مقدم (۱۴۰۳). بررسی بخش دوم لایحه بودجه سال ۱۴۰۳ کل کشور (۱۰): بودجه حامی فقرا، مرکز پژوهش‌های مجلس، دفتر مطالعات بخش عمومی، شماره مسلسل ۱۹۷۳۱.
- [۹]. عزت‌آبادی‌پور، حسام (۱۴۰۲). گزارش بررسی لایحه برنامه هفتم توسعه از منظر تشکلهای اجتماعی، دفتر مطالعات اجتماعی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، شماره مسلسل ۱۹۲۸۲.
- [10]. Deeg, R. & Jackson, G. (2007). Towards a More Dynamic Theory of Capitalist Diversity. *Socio-Economic Review* 5, no. 1.
- [۱۱]. بخشنامه سازمان در خصوص ایجاد یکپارچگی در شیوه ارائه خدمات و امکان اعمال سیاست‌های نظارتی بر کیفیت خدمات مراکز (+زندگی) به شماره ۹۰۰/۱۴۰۲/۳۹۹۶۸ مورخ ۱۴۰۲/۳/۲۵.
- [۱۲]. دستورالعمل تأسیس، اداره و انحلال مراکز و مؤسسات غیردولتی تحت نظارت سازمان بهزیستی، بازنگری ۱۳۹۹.
- [۱۳]. شیوه‌نامه نظارت بر مراکز خدمات بهزیستی (مثبت زندگی)، مصوب ۱۳۹۸.
- [۱۴]. دستورالعمل جامع جلب، مصرف و هزینه‌کرد مشارکت‌های مردمی سازمان بهزیستی، مصوب ۱۳۹۹.
- [۱۵]. قانون مالیات‌های مستقیم مصوب ۱۳۶۶.
- [۱۶]. شیوه‌نامه جانمایی مراکز خدمات بهزیستی، مصوب ۱۳۹۸.
- [۱۷]. ضوابط مناسب‌سازی مراکز خدمات بهزیستی (مثبت زندگی)، مصوب ۱۳۹۸.
- [۱۸]. دستورالعمل اجرایی تأسیس و اداره مراکز خدمات بهزیستی، مصوب ۱۳۹۸.

گزیده سیاستی

بررسی‌های کارشناسی نشان می‌دهد تقویت ساختارهای مالی و حقوقی و فرایندهای عملیاتی مراکز مثبت زندگی با اشتغال بیش از ۱۰ هزار نفر در ۴۴۲ شهر کشور و حدود یک میلیون و هفتاد هزار مددجو، ضرورتی محتوم است.



مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روبروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۵۸۵۵ پست الکترونیک: mrc@majles.ir

وبسایت: rc@majles.ir